

# PERAN PUSAT KESEJAHTERAAN SOSIAL DALAM PELAYANAN SOSIAL TERINTEGRATIF

## *THE ROLE OF THE SOCIAL WELFARE CENTER IN INTEGRATED SOCIAL SERVICES*

**Habibullah**

Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial, Kementerian Sosial Republik Indonesia  
Jl. Dewi Sartika No. 200, Cawang III Jakarta Timur  
Email: habibullah@kemsos.go.id

Diterima: 15 April 2020; Direvisi: 15 Juli 2020; Disetujui: 10 Agustus 2020

### **Abstrak**

Tujuan penelitian untuk mengetahui implementasi dan upaya memfokuskan kembali pelayanan Pusat Kesejahteraan Sosial di desa/kelurahan. Penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif dengan pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam, observasi dan studi dokumentasi. Pengumpulan data lapangan dilaksanakan di Kabupaten Muaro Jambi, Kabupaten Musi Rawas, Kabupaten Bandung dan Kabupaten Takalar pada tahun 2018 dan 2019. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pusat Kesejahteraan Sosial yang hanya ditumbuhkan oleh Kementerian Sosial RI sebanyak 300 Puskesmas ternyata telah berkembang sebanyak 6.169 pada tahun 2019 yang tersebar di seluruh Indonesia. Berkembangnya Pusat Kesejahteraan Sosial didukung juga dengan pembiayaan dana desa dan pemerintah daerah. Pelayanan yang diberikan Pusat Kesejahteraan Sosial berupa pemutakhiran data, menangani dan menyelesaikan keluhan dan melakukan rujukan keluhan penduduk miskin dan rentan miskin. Jika keluhan tersebut tidak bisa diselesaikan oleh Pusat Kesejahteraan Sosial maka akan dirujuk kepada pengelola layanan sosial di desa/kelurahan atau di kabupaten/kota melalui Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu. Keluhan penduduk miskin dan rentan miskin melalui Pusat Kesejahteraan Sosial lebih banyak dapat diselesaikan atau dirujuk ke program yang dikelola oleh desa, pemerintah daerah, masyarakat maupun swasta dibanding dengan penyelesaian yang dilakukan oleh program Kementerian Sosial RI. Pelayanan Pusat Kesejahteraan Sosial hanya terfokus pada upaya perlindungan dan penanggulangan kemiskinan, ada pembatasan sasaran penerima manfaat yaitu hanya warga miskin dan rentan miskin dengan layanan cenderung pengurusan administrasi penduduk miskin dan rentan miskin. Penelitian ini merekomendasikan agar Pusat Kesejahteraan Sosial memfokuskan kembali dengan cara tidak hanya melayani warga miskin dan rentan miskin serta tidak hanya fokus pada penanggulangan kemiskinan dan perlindungan sosial akan tetapi juga rehabilitasi sosial dan pemberdayaan sosial.

**Kata Kunci:** pusat kesejahteraan sosial, pelayanan sosial, desa, kelurahan.

### **Abstract**

*The research objective is to determine the implementation and efforts to refocus the service of the Social Welfare Center in rural / urban villages. This research is a qualitative descriptive study with data collection done by in-depth interviews, observation and documentation studies. Field data collection was carried out in Muaro Jambi Regency, Musi Rawas Regency, Bandung Regency and Takalar Regency in 2018 and 2019. The results showed that the Social Welfare Center, which was only grown by the Indonesian Ministry of Social Affairs as many as 300 Puskesmas, had actually grown by 6,169 in 2019 which spread throughout Indonesia. The development of the Social Welfare Center is also supported by funding of village and regional government funds. The services provided by the Social Welfare Center include updating data, handling and resolving complaints and referring complaints of poor and vulnerable people. If the complaint cannot be resolved by the Social Welfare Center, it will be referred to the social service manager in the village / urban village or district / city through the Integrated Service and Referral System. Complaints of the poor and vulnerable poor through the Social Welfare Center can be resolved more or referred to programs*

*managed by villages, local governments, communities and the private sector compared to the resolutions carried out by the Ministry of Social Affairs program. However, the Social Welfare Center services are only focused on protection efforts, there are restrictions on the target beneficiaries, namely only the poor and vulnerable poor, and for social protection and poverty reduction services by tending to administer the poor and vulnerable poor. This study recommends that the Social Welfare Center refocus by not only serving the poor and vulnerable poor and not only focusing on poverty alleviation and social protection but also social rehabilitation and social empowerment.*

**Keywords:** *social welfare center, social services, village, urban village.*

## PENDAHULUAN

Pada masa pandemi Covid-19 diperlukan lembaga penyelenggara kesejahteraan sosial yang mampu menjangkau seluruh Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) yang sekarang lebih dipopulerkan oleh Kementerian Sosial RI dengan istilah Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial sesuai dengan Permensos No. 5 tahun 2019 tentang Pengelolaan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (Kementerian Sosial RI, 2019) pada tingkat desa/kelurahan.

Pada tingkat desa/kelurahan sebenarnya sudah ada sumber daya manusia kesejahteraan sosial yaitu penyuluh sosial masyarakat dan pekerja sosial masyarakat namun sumber daya manusia kesejahteraan sosial ini hanya bersifat kerelawanan dan tidak terlembaga dengan baik. Pada sisi lain, untuk urusan sosial sudah ada perangkat desa yang mengurus urusan sosial yaitu melalui Kepala Urusan Kesra (Kaur Kesra) namun dirasakan kurang berperan untuk urusan penyelenggaraan kesejahteraan sosial.

Penyelenggaraan kesejahteraan sosial meliputi urusan pemberdayaan, rehabilitasi, perlindungan dan jaminan sosial serta penanggulangan kemiskinan (Suharto, 2009). Sesuai dengan Undang-Undang No. 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial (Republik Indonesia, 2009) Puskesmas merupakan salah satu sarana-prasarana penyelenggaraan kesejahteraan sosial selain panti sosial, pusat rehabilitasi sosial, pusat pendidikan dan pelatihan, rumah singgah dan rumah perlindungan sosial.

Pusat Kesejahteraan Sosial (Puskesmas) merupakan lembaga penyelenggaraan kesejahteraan sosial pada tingkat desa/kelurahan. Hal tersebut dipertegas dengan Peraturan Pemerintah No. 39 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial bahwa Puskesmas yaitu sebagai tempat yang berfungsi untuk melakukan kegiatan pelayanan sosial bersama secara sinergis dan terpadu antara kelompok masyarakat dalam komunitas yang ada di desa atau kelurahan dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial (Republik Indonesia, 2012)

Implementasi dan penafsiran Puskesmas tersebut ternyata berbeda-beda, Guru Besar UIN Syarif Hidayatullah menyatakan bahwa Puskesmas adalah semacam sanggar besar sentra kegiatan dari wahana kesejahteraan sosial berbasis masyarakat yang dipusatkan di kelurahan atau desa yang berfungsi sebagai penguatan pranata-pranata yang telah ada (Turnanggor, 2009). Peneliti Puslitbagkesos dalam penelitiannya menafsirkan dan merekomendasikan bahwa kedudukan Puskesmas sebagai pusat layanan sosial di wilayah kecamatan (Sitepu, 2009). Padahal berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 39 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial sudah jelas ditegaskan bahwa kedudukan Puskesmas berada di desa/kelurahan.

Implementasi yang berbeda dilakukan oleh Pemerintah Kota Bandung yang menempatkan Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Sosial Kota Bandung. Pemerintah kota Bandung

mendefinisikan bahwa Puskesmas mempunyai fungsi melaksanakan sebagian tugas Dinas Sosial dan Penanggulangan Kemiskinan lingkup rehabilitasi sosial gelandangan, pengemis, anak jalanan, WTS, penyandang disabilitas, lanjut usia dan penderita eks psikotik terlantar (Walikota Bandung, 2017). Dengan demikian Puskesmas di Kota Bandung hampir sama dengan pelayanan sosial berbasis panti sosial.

Sementara itu peneliti Puslitbangkesos lainnya menyampaikan bahwa definisi lain disampaikan Puskesmas berkedudukan di desa atau kelurahan sebagai lini terdepan (*front line*) yang bergerak di bidang pelayanan sosial secara langsung, yaitu aksesibilitas layanan sosial, pelayanan sosial untuk rujukan, pelayanan sosial untuk advokasi, serta penyedia data dan informasi (Setiawan, 2017)

Kementerian Sosial RI melalui Direktorat Jenderal Pemberdayaan Sosial melakukan pembinaan dan pemberdayaan Puskesmas. Puskesmas yang dikembangkan oleh Kementerian Sosial RI merupakan bagian dari Sistem Layanan dan dan Rujukan Terpadu (SLRT). Pada implementasinya, SLRT berkedudukan di Kabupaten/Kota sedangkan Puskesmas merupakan miniatur dari SLRT dan berkedudukan di desa/kelurahan (Kementerian Sosial RI, 2018b)

Direktorat Jenderal Pemberdayaan Sosial selaku pembina Puskesmas mendefinisikan Puskesmas adalah lembaga yang dibentuk oleh desa/kelurahan untuk memudahkan warga miskin dan rentan miskin menjangkau layanan perlindungan sosial dan penanggulangan kemiskinan, baik yang dikelola pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota, pemerintah desa/kelurahan dan swasta. Puskesmas adalah miniatur dan perpanjangan tangan SLRT di level desa/kelurahan. Diharapkan pemerintah desa/kelurahan menyediakan kontribusi

natura dan anggaran Puskesmas untuk mendukung pelaksanaan Puskesmas (Direktorat Pemberdayaan Sosial Perorangan Keluarga dan Kelembagaan Masyarakat, 2017).

Peraturan Pemerintah No. 39 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial mengatur tentang Standar minimum sarana dan prasarana Puskesmas. Standar minimum sarana dan prasarana meliputi tempat, tenaga pelaksana dan peralatan. 1). Tempat yang dijadikan pusat kegiatan bersama. 2). Tenaga pelayanan yang terdiri dari tenaga pengelola dan pelaksana. 3). Peralatan yang terdiri dari peralatan penunjang perkantoran dan peralatan penunjang pelayanan teknis. Standar minimum sarana dan prasarana tersebut disediakan bersama oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan Pemerintah Desa.

Puskesmas sebagai bagian dari SLRT mempunyai tugas dan tanggung jawab secara administrasi dan fungsional. Secara administrasi Puskesmas diberikan tugas untuk menyusun rencana kegiatan dan anggaran, menyusun laporan kegiatan Puskesmas. Sedangkan secara fungsional Puskesmas, bertugas untuk, 1). Mendukung dan memfasilitasi pemutakhiran Daftar Penerima Manfaat di tingkat desa/kelurahan. 2). Mencatat keluhan penduduk miskin dan rentan ke dalam sistem aplikasi Puskesmas yang terhubung dengan SLRT di tingkat kabupaten/kota. 3). Melayani menangani, dan menyelesaikan keluhan penduduk miskin dan rentan sesuai kapasitas Puskesmas. 4). Melakukan rujukan keluhan penduduk miskin dan rentan kepada pengelola program/layanan sosial di desa/kelurahan atau di kabupaten/kota melalui SLRT. 5). Membangun dan menindaklanjuti kemitraan dengan Lembaga Non-Pemerintah termasuk Pihak Swasta (CSR) di desa/kelurahan.

Sebagai dukungan untuk pembinaan Puskesmas, Kementerian Sosial RI saat ini memberikandukunganberupabiayaoperasional,

koordinasi program, sosialisasi, bimbingan teknis, monitoring, pengadaan perlengkapan, pengembangan kapasitas dan tali asih untuk petugas Puskesmas. Pembiayaan Puskesmas tidak hanya dibebankan oleh Kementerian Sosial RI akan tetapi juga Pemerintah daerah bahkan Kementerian Desa, Daerah Tertinggal dan Transmigrasi mendukung implementasi dari Puskesmas yang menetapkan penanggulangan kemiskinan sebagai prioritas penggunaan dana desa (Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi RI, 2019).

Berbagai penelitian sebelumnya menyatakan bahwa Puskesmas merupakan bagian dari SLRT sudah relatif banyak (Huruswati, 2014) (Muhtar & Purwanto, 2016) (Muhtar & Huruswati, 2015) (Sabarisman, 2015) (Muhtar, 2017). Akan tetapi belum banyak penelitian lapangan yang mendalami secara khusus mengenai peran Puskesmas. Meskipun secara kelembagaan Puskesmas di Kota Bandung merupakan UPTD Dinas Sosial dan Penanggulangan Kemiskinan, akan tetapi di berbagai kelurahan di Kota Bandung juga melaksanakan kegiatan Puskesmas. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kota Bandung menyimpulkan bahwa administrasi mulai berjalan, kejelasan dasar hukum dan pemberian pelayanan dilakukan oleh fasilitator terpilih (Priesteta et al., 2019). Namun pelayanan Puskesmas belum optimal dilakukan. Di Kota Malang dan Kabupaten Jember pelayanan Puskesmas yang masih terbatas pengurusan Kartu Indonesia Sehat (KIS) (Fitrianda, 2019) (Ramadhani et al., 2018).

Berdasarkan penelitian sebelumnya maka dapat disimpulkan bahwa peran Puskesmas belum optimal. Padahal Menteri Sosial RI memandang bahwa Puskesmas memiliki peran strategis untuk penyelenggaraan kesejahteraan sosial pada tingkat desa/kelurahan dengan mencanangkan 1 (satu) desa 1 (satu) Puskesmas

(Republika, 2019). Dukungan hasil penelitian dibutuhkan untuk implementasi 1 (satu) desa 1 (satu) Puskesmas. Oleh karena itu menarik untuk dilaksanakan penelitian mengenai “bagaimana upaya memfokuskan kembali peran Puskesmas dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial ?

Tujuan penelitian untuk mengetahui implementasi dan memfokuskan kembali peran Puskesmas dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial pada tingkat desa/kelurahan. Manfaat penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi kebijakan untuk implementasi 1 (satu) desa 1 (satu) Puskesmas.

## METODE

Penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif dengan maksud agar peneliti fokus pada proses dan makna serta pemahaman yang didapat dari kata dan atau gambaran dengan menggunakan metode evaluasi dan pendekatan kualitatif (Sugiyono, 2016). Informan penelitian ditentukan secara *purposive* dengan pertimbangan bahwa informan terpilih memahami dan terlibat langsung pada kegiatan Puskesmas baik pada tingkat pembuat kebijakan maupun pelaksana Puskesmas di desa/kelurahan.

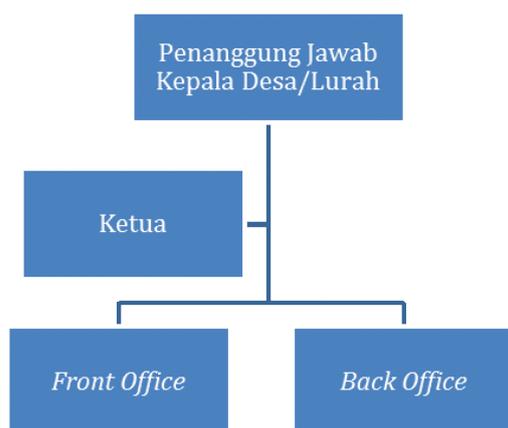
Untuk mendapatkan data yang akurat maka pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi dan studi dokumentasi. Pengumpulan data pada tingkat pusat dilaksanakan dengan wawancara dengan tim teknis SLRT dan pihak Direktorat Pemberdayaan Perseorangan, Keluarga, Kelompok dan Masyarakat Kementerian Sosial RI karena saat ini Puskesmas merupakan bagian dari kegiatan SLRT dan dikelola oleh Tim Teknis dan Direktorat tersebut.

Sedangkan pengumpulan data di daerah dilaksanakan di Kabupaten Muaro Jambi Provinsi Jambi, Kabupaten Musi Rawas Provinsi Sumatera Selatan, Kabupaten

Bandung Provinsi Jawa Barat dan Kabupaten Takalar Provinsi Sulawesi Selatan. Informan di Kabupaten tersebut berasal dari Dinas Sosial Kabupaten, petugas SLRT dan petugas Puskesmas.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada tahun 2016 merupakan awal pembentukan Puskesmas yang ditumbuhkan oleh Kementerian Sosial RI di 50 Kabupaten. Pada masing-masing kabupaten dibentuk 2 Puskesmas yang berasal dari 2 desa terpilih dan dibiayai oleh Kementerian Sosial RI. Kementerian Sosial RI mendukung Puskesmas dengan melakukan bimbingan teknis, pemberian honorarium petugas, penyediaan perangkat komputer serta bantuan biaya operasional.



**Gambar 1. Struktur Organisasi Puskesmas**

Sumber: Dit. PSKKM, 2018.

Struktur organisasi Puskesmas terdiri dari Penanggung jawab, Ketua, *Front office* dan *Back office*. Penanggung jawab dijabat oleh Kepala Desa/Lurah. Ketua, Petugas *Front Office* dan *Back Office* ditunjuk melalui SK Kepala Desa/Lurah. Petugas *Front Office* adalah petugas yang melayani secara langsung masyarakat miskin dan rentan yang memerlukan pelayanan Puskesmas. Secara detail tugas *Front office* melakukan penerimaan, pemberian informasi dan melakukan review terhadap keluhan masyarakat miskin dan rentan.

Sedangkan bagian *Back office* terdiri dari bagian pendidikan, kesehatan, sosial ekonomi dan pengolahan data. Jika layanan tidak mampu diberikan pada tingkat Puskesmas maka petugas *Back office* melakukan rujukan ke berbagai pengelola program baik pada pemerintah, LSM maupun dari pihak swasta.

Kementerian Sosial RI sejak tahun 2016 mulai melakukan penumbuhan dan pembinaan Puskesmas seiring dengan implementasi SLRT. Pada tiap kabupaten/kota yang menjadi lokasi SLRT terdapat 2 desa/kelurahan yang menjadi lokasi Puskesmas. Pada tahun 2016, baru terbentuk 100 Puskesmas yang tersebar di 50 Kabupaten/Kota lokasi SLRT dan pada tahun 2019 telah berkembang menjadi 1.135 Puskesmas baik di lokasi SLRT yang dibiayai oleh Kementerian Sosial RI maupun di lokasi SLRT yang dibiayai oleh APBD Kabupaten/Kota.

**Tabel 1. Perkembangan Puskesmas tahun 2016-2019**

Tahun	Jumlah
2016	100 (APBN)
2017	895 (+40 APBN dan 755 Mandiri)
2018	1.071 (+ 140 APBN)
2019	1.135 (+ 40 APBN dan Mandiri)

Mandiri biaya APBD dan APBDes dan Proyeksi  
Sumber: Direktorat PSKKM, 2019

Namun menurut Tim Teknis SLRT, jumlah Puskesmas lebih dari data yang disampaikan oleh Direktorat Jenderal Pemberdayaan Sosial. "Puskesmas telah berkembang di 6.000 desa/kelurahan, baik di lokasi SLRT maupun di luar lokasi SLRT dengan pembiayaan mandiri melalui APBD maupun APBdes" (PA, Desember, 2019).

### Studi Kasus Pelaksanaan Puskesmas di 4 Kabupaten

Pada 4 Kabupaten yang menjadi lokasi penelitian Puskesmas jumlah Puskesmas berbeda sesuai dengan kebijakan pemerintah kabupaten masing-masing. Di Kabupaten Muaro Jambi

dan Kabupaten Takalar, jumlah Puskesmas tidak bertambah sesuai dengan pembiayaan yang diberikan oleh oleh Kementerian Sosial RI yaitu hanya ada 2 Puskesmas. Sedangkan Kabupaten Musi Rawas dan Kabupaten Bandung Puskesmas berkembang di seluruh desa/kelurahan dengan pembiayaan dana desa. Pada umumnya, Sekretariat Puskesmas menyatu dengan Kantor Kepala Desa dengan pelayanan khusus terhadap penduduk miskin dan rentan miskin.

Penambahan jumlah Puskesmas di luar pembiayaan APBN Kementerian Sosial RI dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Musi Rawas, menurut informan penambahan Puskesmas di Kabupaten Musi Rawas dengan memanfaatkan dana desa. *“Penambahan Puskesmas dilakukan dengan pemanfaatan dana desa”* (AS, November 2018). Pemerintah Kabupaten Bandung mempunyai kebijakan mengimplementasikan ke seluruh desa/kelurahan di Kabupaten Bandung sebanyak 280 desa/kelurahan. Hal tersebut disampaikan oleh informan *“Penambahan Puskesmas untuk seluruh desa/kelurahan di Kabupaten Bandung dengan penggunaan alokasi dana perimbangan desa yang diperkuat dengan Peraturan Bupati”* (NA, November 2018).

Kabupaten/kota mengimplementasikan Puskesmas sesuai dengan pedoman dan pembiayaan yang dikeluarkan oleh Kementerian Sosial RI tanpa ada inovasi dan intervensi kebijakan pemerintah kabupaten terdapat kecenderungan Puskesmas kurang berkembang dan pelayanannya terbatas pada penanggulangan kemiskinan dan cenderung hanya melaksanakan pelayanan administrasi kependudukan seperti pengurusan KTP, Kartu Keluarga, Akte Kelahiran. Hal tersebut disampaikan oleh petugas Puskesmas di Kabupaten Muaro Jambi *“kami melakukan pelayanan terhadap masyarakat miskin, khususnya sanak kita (Suku Anak Dalam) yang*

*belum mempunyai KTP dan KK kita urus KTP dan KK”* (SY, November 2018). Administrasi kependudukan berupa KTP, KK dan Akte Kelahiran merupakan hal yang penting untuk mendapatkan pelayanan lainnya seperti bantuan sosial.

Pelayanan yang diberikan Puskesmas di Kabupaten Takalar berupa administrasi pengurusan Program Indonesia Sehat melalui BPJS Kesehatan khususnya BPJS Kesehatan yang dibiayai oleh Pemerintah Daerah *“Paling banyak Puskesmas kami melayani pengurusan Program Indonesia Sehat atau biasa yang dikenal BPJS gratis karena ada program BPJS yang dibiayai oleh Pemda”* (NH, November 2018). Pelayanan yang diberikan Puskesmas di Kabupaten Muaro Jambi dan Takalar cenderung melaksanakan pelayanan yang merupakan kegiatan di luar tugas dan fungsi penyelenggaraan kesejahteraan sosial yaitu pengurusan administrasi kependudukan dan kesehatan warga miskin dan rentan miskin.

Pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas berupa pemutakhiran data, pencatatan keluhan, menangani, dan menyelesaikan keluhan penduduk miskin dan rentan sesuai kapasitas Puskesmas dan melakukan rujukan keluhan penduduk miskin dan rentan kepada pengelola program/layanan sosial di desa/kelurahan atau di kabupaten/kota melalui SLRT.

Pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas dilakukan oleh Petugas Puskesmas. Petugas Puskesmas tersebut sebagian besar merupakan perangkat desa/kelurahan sehingga memudahkan proses pemberian layanan yang diberikan. Jenis pelayanan yang diberikan sebenarnya merupakan pelayanan yang sudah diberikan oleh petugas puskesmas khususnya yang berasal dari unsur perangkat desa. Bentuk pelayanan yang diberikan berupa pengurusan dokumen kependudukan (KTP,

Kartu Keluarga), usulan penerima program dan pendataan dan penanganan keluhan warga miskin. Hal tersebut disampaikan oleh salah satu petugas Puskesmas di Kabupaten Muaro Jambi “ *pelayanan terhadap warga miskin berupa pengurusan KTP dan BPJS, kami sudah lakukan sebelumnya tapi tidak kami catat*” (SY, November 2018). Dengan demikian pelayanan Puskesmas sudah dilaksanakan akan tetapi selama ini proses pemberian layanan tersebut tidak tercatat.

Berdasarkan peraturan yang mengatur tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesejahteraan Sosial maka Puskesmas minimal harus memiliki paling sedikit 1 (satu) orang Relawan Sosial. Relawan Sosial terdiri dari pekerja sosial masyarakat, karang taruna, tenaga pelopor perdamaian, taruna siaga bencana, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, wanita pemimpin kesejahteraan sosial, kader rehabilitasi berbasis masyarakat, kader rehabilitasi berbasis keluarga dan penyuluh sosial masyarakat. Namun berdasarkan Permensos tersebut relawan sosial harus tersertifikasi. (Kementerian Sosial RI, 2018a). Sementara itu, relawan sosial masih sedikit yang sudah tersertifikasi. Semestinya petugas Puskesmas merupakan tim yang terdiri perangkat desa/kelurahan serta didukung oleh relawan sosial yang berpengalaman. Kolaborasi antara perangkat desa/kelurahan dengan relawan sosial merupakan strategi model pelayanan hibrid, perangkat desa dan relawan sosial bekerja satu tim dalam Puskesmas untuk melayani PPKS dan jika tidak mampu dilayani oleh Puskesmas maka akan dirujuk pada pemerintah daerah, swasta maupun lembaga sosial lainnya. (Yang et al., 2020).

Pada layanan usulan program atau usulan bantuan sosial, Puskesmas mengalami kendala karena tidak semua usulan dapat diselesaikan oleh Puskesmas. Puskesmas dapat merujuk ke

pengelola program lainnya baik program yang dilaksanakan pemerintah, swasta maupun masyarakat. Usulan program diterima atau tidak sangat tergantung dengan kebijakan pengelola program. Seringkali warga miskin yang datang ke Puskesmas ingin mendapat bantuan sosial tersebut secara cepat. Namun Puskesmas tidak bisa memutuskan secara cepat apakah warga miskin tersebut mendapat bantuan atau tidak, khususnya program-program yang harus dirujuk kepada pengelola program lainnya.

Pada program yang dikelola oleh Kementerian Sosial RI saja, mempunyai prosedur yang lama dan tidak serta merta warga miskin sudah memenuhi kriteria penerima manfaat program langsung mendapatkan program Kementerian Sosial RI. Akan tetapi program tersebut mempunyai mekanisme sendiri untuk penambahan penerima manfaat bahkan harus menunggu tahun anggaran baru. Hal tersebut disampaikan oleh informan petugas Puskesmas di Kabupaten Takalar “*usulan untuk menjadi penerima manfaat PKH khususnya sudah banyak akan tetapi belum ada tindak lanjut dari Kemensos*”. (NH, November 2018).

Akibat lamanya proses pengusulan program dari Pemerintah Pusat menyebabkan petugas Puskesmas mengambil inisiatif untuk merujuk usulan bantuan sosial tersebut ke program yang dikelola oleh pemerintah desa, pemerintah daerah, CSR dari perusahaan, program dari LSM/NGO ataupun program sosial lainnya misalnya dari Bazda. Rujukan ke lembaga sosial non pemerintah jauh lebih cepat penanganannya dan tidak melalui prosedur administrasi anggaran yang berbelit-belit. Hal tersebut dibenarkan oleh Tim Teknis SLRT (P) “ *95 persen usulan dan keluhan dirujuk ke program daerah baik itu Pemda, swasta dan LSM*” (PA, Desember, 2019). Pengelola Puskesmas Kabupaten Muara Jambi bahwa masyarakat miskin yang mengusulkan bantuan dirujuk ke Bazda

Kabupaten Muaro Jambi “ *untuk masyarakat miskin yang memerlukan bantuan secara cepat kami rujuk ke Bazda* ”(SY, November 2018).

Adanya inisiatif petugas Puskesmas untuk merujuk ke pengelola program sosial selain ke pemerintah dapat dijadikan indikator bahwa Puskesmas sudah menjalankan perannya untuk tidak hanya tergantung pada program pemerintah yang relatif terbatas. Pada posisi ini, Puskesmas dapat berfungsi sebagai saringan agar tidak semua permasalahan kesejahteraan sosial pada tingkat desa/kelurahan harus diintervensi dengan program nasional akan tetapi Puskesmas dapat memilah-milah program sosial yang cocok dengan permasalahan yang dihadapi oleh warga miskin tersebut. Semestinya program nasional baru diterima oleh masyarakat ketika program dari pemerintah daerah, swasta dan LSM daerah tidak ada baru program dari diintervensi dengan program pemerintah pusat.

Hal tersebut seiring dengan pembagian kewenangan antara pusat dan daerah yang diatur dengan Undang-Undang No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang menyatakan bahwa urusan sosial merupakan urusan wajib pelayanan dasar bagi pemerintah daerah (Sauqi & Habibullah, 2016). Urusan wajib dan merupakan pelayanan dasar bagi pemerintah daerah meliputi: pendidikan, kesehatan, pekerjaan umum dan penataan ruang, perumahan rakyat dan kawasan permukiman, ketenteraman, ketertiban umum, dan perlindungan masyarakat, dan sosial Dengan demikian peranan Puskesmas mendukung pembagian peranan dalam pemerintahan khususnya dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial.

### **Memperluas Fungsi dan Peran**

Apabila merujuk peran Puskesmas sebagai bagian dari SLRT maka Puskesmas hanya

berperan untuk memudahkan warga miskin dan rentan miskin menjangkau layanan perlindungan sosial dan penanggulangan kemiskinan. Dengan demikian ada pembatasan sasaran penerima manfaat yaitu hanya warga miskin dan rentan miskin serta untuk layanan perlindungan sosial dan penanggulangan kemiskinan saja.

Sementara itu, penyelenggaraan kesejahteraan sosial tidak hanya untuk warga miskin dan rentan miskin saja yang menjadi sasaran penerima manfaat program akan tetapi mencakup semua Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS) baik itu mulai dari anak terlantar, penyandang disabilitas, lanjut usia terlantar, korban penyalahgunaan napza, fakir miskin, tuna susila, korban bencana alam sampai dengan komunitas adat terpencil. Memang secara umum PPKS masuk kategori warga miskin dan rentan miskin akan tetapi kurang tepat jika Puskesmas hanya melayani warga miskin dan rentan miskin.

Pembatasan layanan untuk penanggulangan kemiskinan dan perlindungan sosial juga menimbulkan permasalahan bagi pelaksana kesejahteraan sosial bidang lain selain perlindungan sosial dan penanggulangan kemiskinan, semestinya layanan yang diberikan oleh Puskesmas adalah penyelenggaraan kesejahteraan sosial yang meliputi perlindungan dan jaminan sosial, pemberdayaan sosial, rehabilitasi sosial dan penanggulangan kemiskinan meskipun layanan hanya sebatas layanan dasar.

Pada pelayanan rehabilitasi sosial, ada pelayanan rehabilitasi sosial dasar di luar Panti Sosial dilakukan dalam bentuk layanan Rehabilitasi Sosial dalam keluarga dan masyarakat (Kementerian Sosial RI, 2018a). Semestinya Puskesmas dapat melaksanakan layanan rehabilitasi sosial di luar panti yang

dilakukan oleh masyarakat untuk penyandang disabilitas telantar, anak telantar, lanjut usia telantar, serta gelandangan dan pengemis.

Memperluas fungsi dan peran Puskesmas berarti tidak hanya fokus pada pemecahan masalah sosial yang ada akan tetapi juga upaya preventif atau pencegahan sebelum masalah tersebut terjadi. Upaya preventif dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial dapat dilakukan: 1). Pendekatan keagamaan, menyadarkan masyarakat akan pentingnya nilai-nilai kesetiakawanan sosial, solidaritas sosial dan tolong menolong, 2). Menyadarkan warga miskin untuk meningkatkan kualitas hidup melalui usaha ekonomi produktif, kelompok usaha bersama, 3). Melibatkan warga miskin dalam berbagai penyelenggaraan kesejahteraan sosial 4) Menggerakkan dan membina organisasi sosial kemasyarakatan agar secara swadaya menyelenggarakan kesejahteraan sosial dengan harapan kegiatan sosial kemasyarakatan tersebut mempunyai peran merubah perilaku masyarakat, 5). Pengintegrasian kegiatan Puskesmas dengan program yang telah ada misalnya puskesmas, posyandu, PKK maupun kegiatan lainnya.

Upaya pencegahan permasalahan kesejahteraan sosial yang dilakukan oleh Puskesmas dapat melibatkan seluruh warga masyarakat sehingga layanan Puskesmas tidak hanya kepada warga miskin dan rentan miskin. Pelayanan kesejahteraan sosial bagi seluruh warga masyarakat atau pelibatan masyarakat dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial pada tingkat desa/kelurahan menjadi hal yang penting dilakukan oleh Puskesmas untuk menunjukkan eksistensi kelembagaan Puskesmas di masyarakat. Hal tersebut juga sebagai upaya memberdayakan potensi sosial yang ada di masyarakat. Kehadiran Puskesmas diharapkan masyarakat akan dimudahkan untuk mendapatkan pelayanan kesejahteraan

sosial. karena baik berupa informasi yang jelas mengenai program, pencatatan dan pemutakhiran data serta usulan kebutuhan program pada lembaga yang resmi dan terdekat dengan mereka. Apalagi Puskesmas ditunjang oleh petugas yang berasal dari relawan sosial yang sudah terlatih dari Kementerian Sosial RI dan perangkat desa yang sudah merupakan kewajibannya untuk melayani seluruh lapisan masyarakat.

### **Faktor-Faktor Penyebab Pelayanan Sosial Puskesmas Belum Optimal**

Puskesmas merupakan salah satu sarana prasarana penyelenggaraan kesejahteraan sosial yang diatur oleh Undang-Undang No. 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, meskipun sudah diatur pada tahun 2009 sesuai dengan terbitnya Undang-Undang tersebut akan tetapi Puskesmas baru dapat diimplementasikan secara nasional tahun 2016 dan itupun pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas belum fokus pada pelayanan kesejahteraan sosial.

Ada berbagai faktor-faktor penyebab sehingga pelayanan Puskesmas belum melayani permasalahan Kesejahteraan Sosial:

1. Kebijakan, Undang-Undang No 11 tahun 2009 tentang kesejahteraan sosial mengatur tentang Puskesmas sebagai sarana dan prasarana penyelenggaraan kesejahteraan sosial, namun hingga saat ini belum kebijakan teknis misalnya Peraturan Menteri Sosial atau Peraturan Direktorat Jenderal Pemberdayaan Sosial yang mengatur secara teknis implementasi Puskesmas. Pada saat ini sudah ada Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2018 Tentang Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu Untuk Penanganan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu, pada peraturan tersebut Puskesmas disebutkan sebagai miniatur dari SLRT. Namun berdasarkan peraturan tersebut kegiatan pelayanan Puskesmas hanya

dibatasi untuk program penanggulangan kemiskinan dan perlindungan sosial, sedangkan program pemberdayaan sosial dan rehabilitasi sosial tidak diatur pada peraturan tersebut. Berdasarkan peraturan tersebut juga sasaran pelayanan Puskesmas hanya untuk warga miskin dan rentan miskin yang menyebabkan Puskesmas hanya melaksanakan pelayanan yang bersifat mengatasi permasalahan kesejahteraan sosial yang sudah terjadi dan belum menyentuh upaya preventif/pencegahan terjadinya masalah kesejahteraan sosial.

2. Sumber Daya Manusia, Struktur organisasi Puskesmas terdiri dari Penanggung jawab, Ketua, *Front office* dan *Back office*. Berdasarkan struktur organisasi tersebut, sumber daya manusia Puskesmas sebagian besar berasal dari atau dijabat oleh perangkat desa/kelurahan. Perangkat desa/kelurahan ini sebagian besar belum terlalu paham dengan penyelenggaraan kesejahteraan sosial secara umum maupun pelayanan Puskesmas. Pemahaman petugas Puskesmas bahwa Puskesmas hadir untuk melayani warga miskin dan rentan miskin saja khususnya untuk usulan bantuan sosial sehingga pelayanan yang diberikan hanya sebatas yang biasa petugas Puskesmas kerjakan yaitu pelayanan administrasi kependudukan bagi keluarga miskin dan rentan miskin. Sedangkan pelayanan kesejahteraan sosial belum banyak dikerjakan oleh petugas Puskesmas tersebut. Oleh karena itu sangat diperlukan kolaborasi antara perangkat desa/kelurahan dan relawan sosial yang sudah terlatih/bersertifikat sebagai petugas Puskesmas.
3. Anggaran, untuk melaksanakan Puskesmas, Kementerian Sosial mendukung pembiayaan melalui skema APBN. Pembiayaan berupa bantuan biaya operasional, peralatan kerja berupa Laptop/PC Komputer serta honorarium petugas Puskesmas. Beberapa Kabupaten/Kota juga membiayai Puskesmas

melalui skema APBD Kabupaten/Kota. Beberapa desa juga mengambil inisiatif untuk pembiayaan Puskesmas melalui skema dana desa. Adanya skema pembiayaan yang tidak seragam dan relatif terbatas inilah yang menyebabkan implementasi Puskesmas tidak fokus pada pelayanan kesejahteraan sosial. Pelayanan kesejahteraan sosial yang diberikan sesuai dengan apa yang diatur oleh pemberi anggaran. Misalnya pembiayaan melalui skema Kementerian Sosial yang merupakan bagian dari SLRT maka fokus Puskesmas sesuai dengan tugasnya sebagai miniatur SLRT yaitu pemutakhiran daftar penerima manfaat, mencatat keluhan, melayani menangani, dan menyelesaikan keluhan, melakukan rujukan keluhan penduduk miskin dan rentan kepada pengelola program/layanan sosial. Oleh karena itu diperlukan skema pendanaan Puskesmas yang jelas sehingga fokus pelayanan Puskesmas juga jelas.

## KESIMPULAN

Peranan Puskesmas sangat penting sebagai sarana prasarana penyelenggara kesejahteraan sosial pada tingkat desa/kelurahan. Hal tersebut disebabkan Kementerian Sosial RI tidak mampu menjangkau atau memberikan pelayanan secara langsung pada level desa/kelurahan. Selama ini Kementerian Sosial RI telah melakukan pembinaan dan penumbuhan terhadap 300 Puskesmas yang tersebar di 150 Kabupaten/Kota melalui SLRT namun perkembangan Puskesmas yang jauh lebih banyak dikembangkan oleh Pemerintah Daerah melalui pendanaan APBD maupun APBDes.

Pelayanan Puskesmas berupa pemutakhiran data, pencatatan keluhan, menangani, dan menyelesaikan keluhan penduduk miskin dan rentan dan melakukan rujukan keluhan penduduk miskin dan rentan kepada pengelola program/layanan sosial di desa/kelurahan atau di kabupaten/kota melalui SLRT lebih

banyak dapat diselesaikan/dirujuk ke program yang dikelola oleh desa, pemerintah daerah, masyarakat maupun swasta dibanding dengan penyelesaian yang dilakukan oleh program Kementerian Sosial RI. Pelayanan Puskesmas belum menyentuh pada pelayanan kesejahteraan sosial disebabkan oleh kebijakan, sumber daya manusia dan anggaran penyelenggaraan Puskesmas yang belum terskema dengan baik.

## SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, maka disarankan untuk Kementerian Sosial RI melakukan pembinaan dan pengembangan Puskesmas ke seluruh desa/kelurahan yang ada di Indonesia dengan bekerja sama dengan berbagai instansi terkait khususnya Kementerian Desa, Daerah Tertinggal dan Transmigrasi untuk pemanfaatan dana desa sebagai penunjang operasional Puskesmas.

Mengembangkan pelayanan Puskesmas dilakukan dengan cara tidak hanya melayani warga miskin dan rentan miskin akan tetapi seluruh masyarakat serta tidak hanya fokus pada program penanggulangan kemiskinan dan perlindungan sosial akan tetapi juga program rehabilitasi sosial dan pemberdayaan sosial.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Saya mengucapkan terima kasih buat Tim Pusat SLRT yang berasal dari Direktorat Pemberdayaan Sosial Persorangan, Keluarga dan Kelembagaan Masyarakat, Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial dan Tim Seknas SLRT (Mahkota) yang telah menginspirasi penulisan naskah jurnal ini.

## DAFTAR PUSTAKA

Direktorat Pemberdayaan Sosial Perorangan Keluarga dan Kelembagaan Masyarakat. (2017). *Panduan Pembentukan SLRT*. Fitrianda, M. I. (2019). *Pelayanan Pusat*

*Kesejahteraan Sosial (Puskesmas) Pada Masyarakat Desa*.

Huruswati, I. (2014). *Pengembangan Kebijakan, Strategi, Model Pelayanan Terpadu dan Gerakan Masyarakat Peduli Kabupaten/Kota Sejahtera: Perkembangan Konseptual Kebijakan*. Puslitbangkesos.

Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi RI. (2019). *Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2019 Tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2020*.

Kementerian Sosial RI. (2018a). *Peraturan Menteri Sosial No. 9 tahun 2018 tentang Standar Teknis Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Sosial di daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota*.

Kementerian Sosial RI. (2018b). *Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2018 Tentang Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu Untuk Penanganan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu*.

Kementerian Sosial RI. (2019). *Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2019 Tentang Pengelolaan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial*.

Muhtar. (2017). Peningkatan Layanan Sosial bagi Keluarga Miskin terhadap Program Perlindungan Sosial melalui Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu. *Sosio Informa*, 3(1), 59–69.

Muhtar, & Huruswati, I. (2015). *Pelayanan Satu Pintu Penanggulangan Kemiskinan di Kabupaten Sragen*. 1, 1–25.

Muhtar, & Purwanto, A. B. (2016). Peran Unit Pelayanan Terpadu Kesejahteraan

- Anak Nagari dalam Penanggulangan Kemiskinan (Studi Kasus di Kota Payakumbuh). *Sosio Konsepsia*, 5(3), 205–216.
- Priesteta, A. C., Widowati, D., & Tukino. (2019). Mengintegrasikan Pelayanan Sosial Melalui Pusat Kesejahteraan Sosial (Puskesmas) Di Kelurahan Dago Kota Bandung. *Peksos: Jurnal Ilmiah Pekerjaan Sosial*, 18(1), 379–399.
- Ramadhani, R., Nurani, F., & Java, E. (2018). *Realizing SDGs in Poverty Reduction on Malang City through Pusat Kesejahteraan Sosial ( Social Welfare Center )*. 1–7.
- Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial*.
- Republik Indonesia. (2012). *Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial*.
- Republika. (2019). *Mensos Canangkan Program Satu Desa Satu Puskesmas*. <https://nasional.republika.co.id/berita/q2eknt368/mensos-canangkan-program-satu-desa-satu-puskesmas>
- Sabarisman, M. (2015). Peluang dan Tantangan Pelayanan Kesejahteraan Sosial di Kabupaten Berau Kalimantan Timur. *Sosio Informa*, 1(1), 53–68.
- Sauqi, & Habibullah. (2016). Implikasi Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah Dalam Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial. *Sosio Informa*, 2(1), 19–32. <http://ejournal.kemsos.go.id/index.php/Sosioinforma/article/view/181>
- Setiawan, H. H. (2017). Penanggulangan Kemiskinan Melalui Pusat Kesejahteraan Sosial. *Sosio Informa*, 3(3).
- Sitepu, A. (2009). Model, Peluang dan Tantangan Pembentukan Pusat Layanan Kesejahteraan Sosial di kecamatan Studi Kasus di Kecamatan Pakuhaji Kabupaten Tangerang Provinsi Banten. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial*, 14(2).
- Sugiyono. (2016). Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D. In *Alfabeta*, cv.
- Suharto, E. (2009). *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. CV. Alfabeta.
- Turnanggor, R. (2009). Peran WKSMB dan Puskesmas dalam Penguatan Pranata-Pranata Sosial Perdesaan. *Informasi*, 14(03), 25–33.
- Walikota Bandung. (2017). *Peraturan Wali Kota Bandung Nomor 160 Tahun 2017 Tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas dan Fungsi, Susunan Organisasi Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Pada Dinas dan Badan di Lingkungan Pemerintah Kota Bandung*.
- Yang, J. jin, Kim, H. S., Choi, S. E., Ryu, L., & Choi, Y. J. (2020). What makes hybrid insourcing successful: A new public-private partnership model for social welfare services. *Asian Social Work and Policy Review*, 14(1), 11–21. <https://doi.org/10.1111/aswp.12188>