



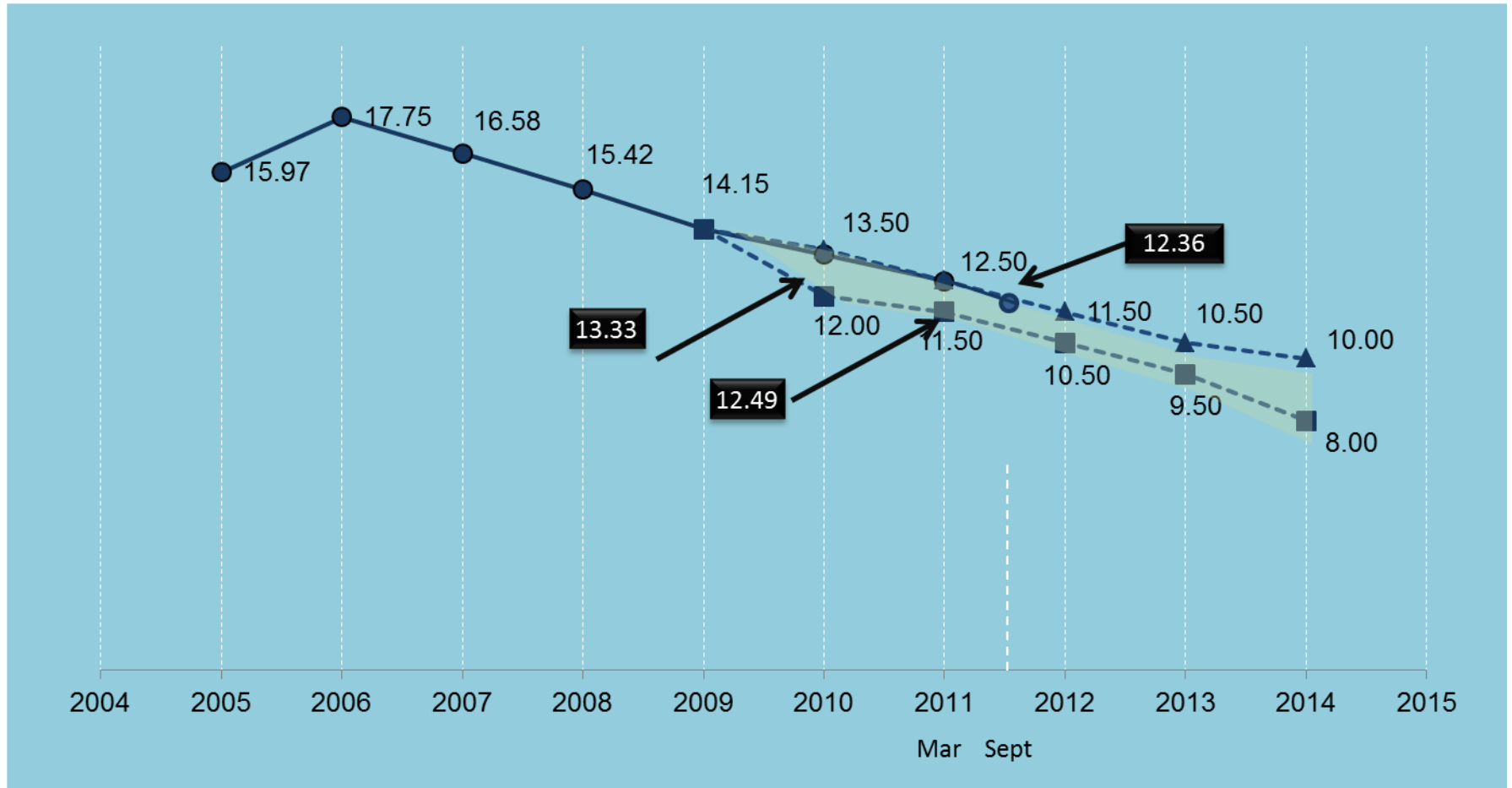
SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN  
REPUBLIK INDONESIA

# KEBIJAKAN PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

**DR. BAMBANG WIDIANTO**  
DEPUTI SESWAPRES BIDANG KESRA DAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN/  
SEKRETARIS EKSEKUTIF NASIONAL PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN  
(TNP2K)

JAKARTA, 31 MEI 2012

# TINGKAT KEMISKINAN

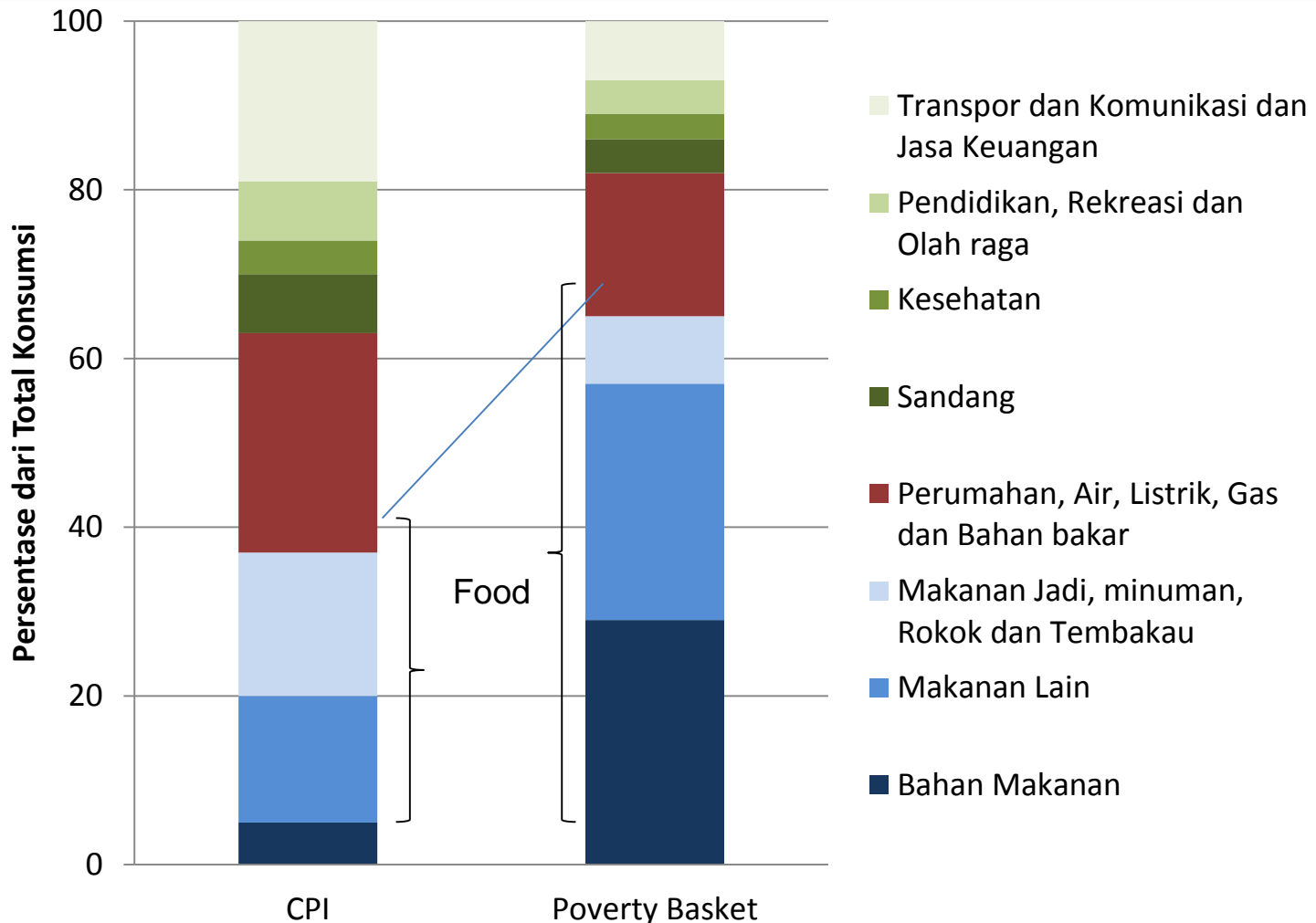


● Poverty Rate

■ RPJM Target (Optimistic Scenario)

▲ RPJM Target (Moderate Scenario)

Masyarakat miskin sangat terpengaruh oleh kenaikan harga bahan pangan karena 2/3 dari konsumsi mereka adalah pada konsumsi pangan sementara golongan lain lebih terpengaruh pada kenaikan bahan bakar (BBM)



# PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

**Maret 2009 – Maret 2010** : 14,7 juta penduduk keluar dari kemiskinan; 13.2 juta penduduk masuk kembali ke bawah garis kemiskinan → Net 1,5 juta penduduk keluar dari kemiskinan

## I. MENYEMPURNAKAN PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL

- Bantuan Sosial Berbasis Keluarga
- Bantuan Kesehatan bagi Keluarga Miskin
- Bantuan Pendidikan bagi Masyarakat Miskin

## II. MENINGKATKAN AKSES RUMAH TANGGA MISKIN TERHADAP PELAYANAN DASAR: PENDIDIKAN, KESEHATAN, PELAYANAN DASAR SEPERTI SANITASI DAN AIR BERSIH

## III. PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

- Menyempurnakan pelaksanaan PNPM Mandiri

## IV. PERTUMBUHAN EKONOMI BERKUALITAS: “INCLUSIVE GROWTH”

- UMKM (KUR dan Bantuan kepada Usaha Mikro)
- Industri Manufaktur Padat Pekerja
- Konektivitas Ekonomi (Infrastruktur)
- Iklim Usaha (Pasar Kerja yang Luwes dan Infrastruktur)
- Pembangunan Perdesaan
- Pembangunan Pertanian

## ORIENTASI PERUBAHAN PROGRAM PENANGGULANGAN KEMISKINAN

- Pada masa lalu tidak terdapat program penanggulangan kemiskinan yang langsung disasarkan kepada penduduk miskin
- Strategi penanggulangan kemiskinan lebih menekankan pertumbuhan ekonomi secara luas, dilengkapi dengan pembangunan infrastruktur perdesaan.
- Walaupun pendekatan berorientasi “pertumbuhan” telah berhasil menurunkan jumlah penduduk miskin di Indonesia, banyak penduduk miskin tidak menikmati hasil pembangunan
- Namun, krisis ekonomi tahun 1997 menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan kebijakan untuk melindungi penduduk miskin dalam merespon setiap goncangan ekonomi

## ORIENTASI PERUBAHAN PROGRAM PENANGGULANGAN KEMISKINAN

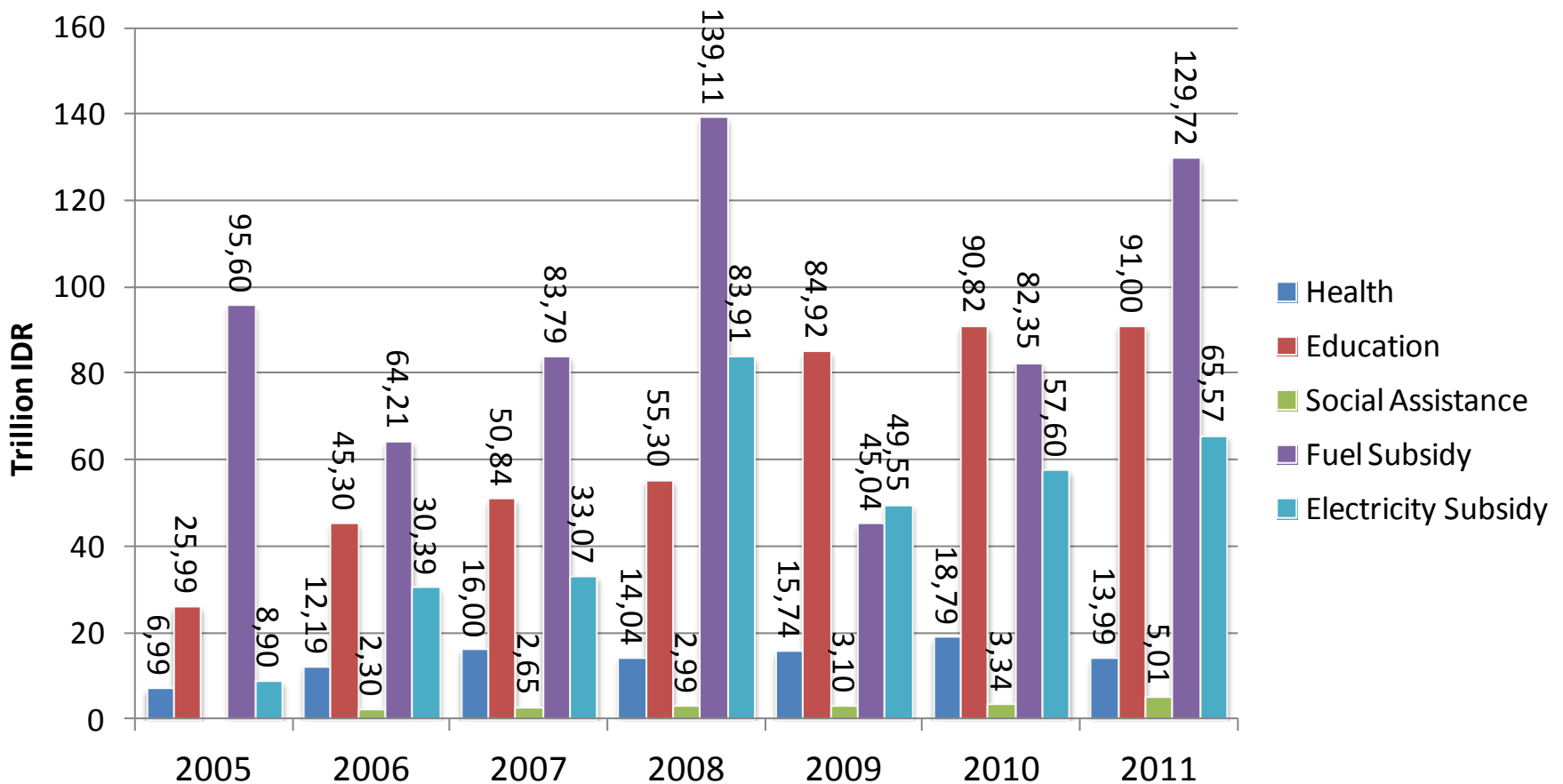
- Pendekatan Pemerintah telah berubah dalam upaya penanggulangan kemiskinan, dari program yang lebih mengandalkan pertumbuhan kepada program yang Lebih mengedepankan program-program penanggulangan kemiskinan bersasaran
- Demokrasi dan keterbukaan menempatkan kemiskinan menjadi sebagai salah satu isu penting
- Program-program penanggulangan kemiskinan saat ini lebih bersasaran dan pemerintah berupaya untuk mengembakan sistem jaminan sosial

# ORIENTASI PERUBAHAN PROGRAM PENANGGULANGAN KEMISKINAN

- Periode Sebelum Krisis:
  - ➔ Hampir semua program kemiskinan tidak bersasaran (pemberian subsidi secara umum)
  - ➔ Pembangunan Perdesaan (seperti BIMAS, KUK, pembangunan fasilitas kesehatan & sekolah secara masif), yang kemudian menjadi program bersasaran berdasarkan region (IDT)
- Selama Periode Krisis:
  - ➔ Program perlindungan sosial lebih bersasaran tapi masih bersifat reaktif, seperti: Program Padat karya, Raskin, Bantuan Kesehatan & Pendidikan untuk rumah tangga miskin.
  - ➔ Semua program ditujukan untuk menjaga agar tingkat konsumsi rumah tangga miskin tidak mengalami penurunan.

# KENAIKAN HARGA MINYAK INTERNASIONAL SEBAGAI FAKTOR PENDORONG

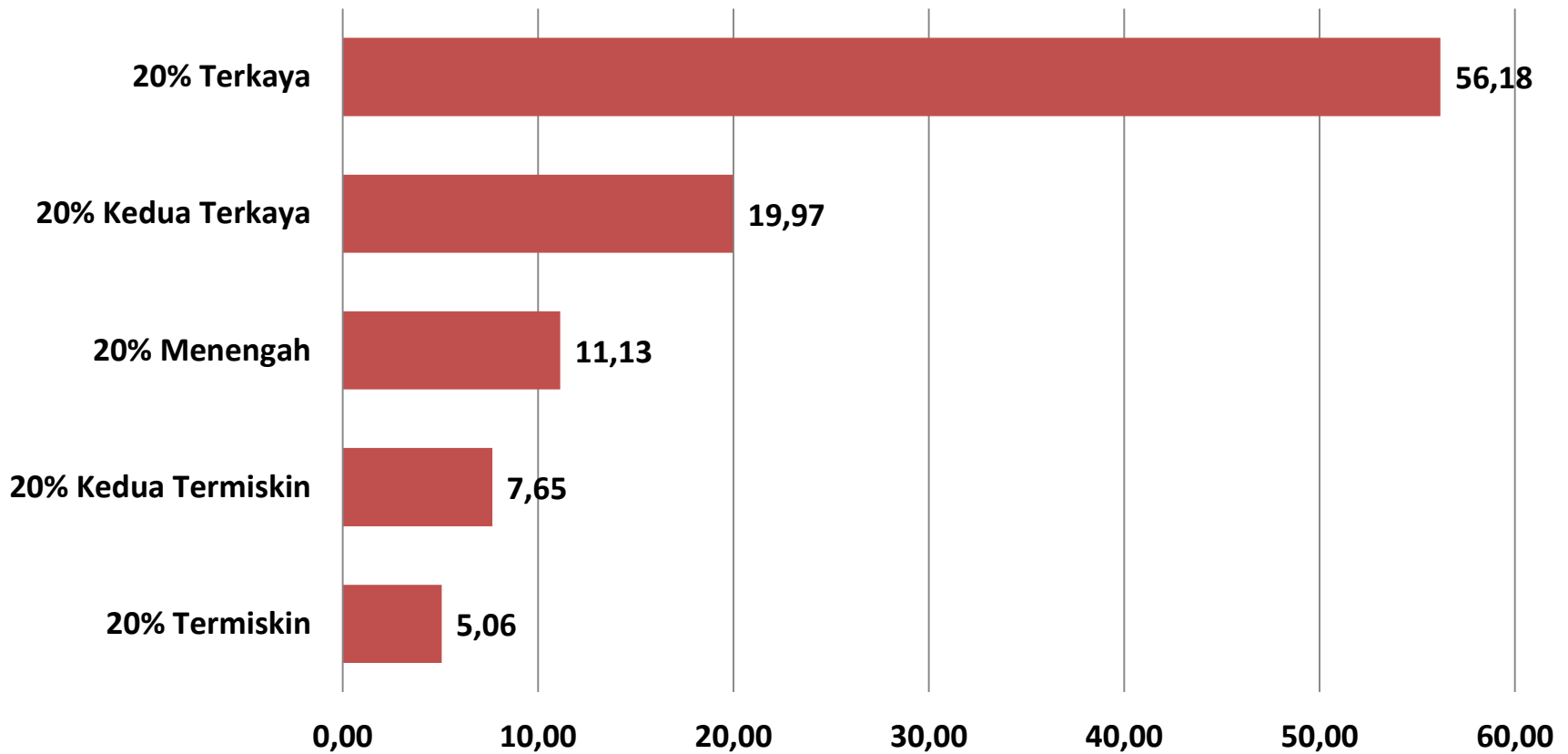
**Subsidi BBM & Listrik** menghilangkan kesempatan untuk membangun bidang-bidang lain yang lebih pro orang miskin, seperti pembangunan kesehatan, pendidikan, perlindungan sosial bersasaran dan infrastruktur





# SUBSIDI BBM TIDAK PRO ORANG MISKIN

Distribusi Subsidi BBM yang Dikonsumsi Rumah Tangga (%)  
Tahun 2011



Sumber: Badan Pusat Statistik, 2012

# MENUJU PROGRAM-PROGRAM PENANGGULANGAN KEMISKINAN BERSASARAN

Kenaikan harga minyak dunia pada tahun 2005

Penghematan subsidi BBM digunakan untuk pembiayaan program

- *Unconditional Cash Transfer*
- Pendidikan
- Kesehatan
- Infrastruktur Perdesaan
- Program Pemberdayaan Masyarakat

# KENAPA DIBUTUHKAN SISTEM PERLINDUNGAN SOSIAL?

## 1. Kemiskinan Dinamis

Maret 2009 – Maret 2010 : 14,7 juta penduduk keluar dari kemiskinan; 13.2 juta penduduk masuk kembali ke bawah garis kemiskinan. Net 1,5 juta penduduk keluar dari kemiskinan

## 2. Kompensasi untuk kelompok rentan apabila terjadi perubahan kebijakan

## 3. Strategi promosi untuk kelompok miskin agar memperoleh akses terhadap pendidikan, kesehatan, pekerjaan, dll.

## 4. Melindungi kelompok miskin & rentan terhadap “goncangan ekonomi”.

# ALTERNATIF SISTEM PENTARGETAN:

- *Means-testing*, diperlukan data berkualitas sehingga pelaksanaannya membutuhkan biaya yang cukup besar. Tidak semua negara memiliki data sasaran dengan metode ini. Indonesia salah satu negara yang memiliki data sasaran dengan metode ini. Basis Data Terpadu berdasarkan PPLS 2011.
- *Geographical targeting*, bantuan diberikan kepada individu yang tinggal di daerah dengan kriteria tertentu.
- *Community-based targeting*, menggunakan struktur komunitas untuk mengidentifikasi anggota rumah tangga miskin berdasarkan kriteria yang disepakati.
- Memberikan bantuan kepada kelompok rentan yang memiliki keterbatasan tertentu; dan
- *Self-targeting*, adalah program dengan kompensasi dibawah harga pasar, sehingga hanya mereka yang membutuhkan akan mengikuti program tersebut.

## CONTOH KELOMPOK RENTAN:

1. Sangat Miskin, Miskin, dan Dekat Miskin
2. Anak Yatim & Anak Jalanan
3. Tunawisma tanpa dukungan
4. Komunitas Suku Terpencil
5. Pengungsi

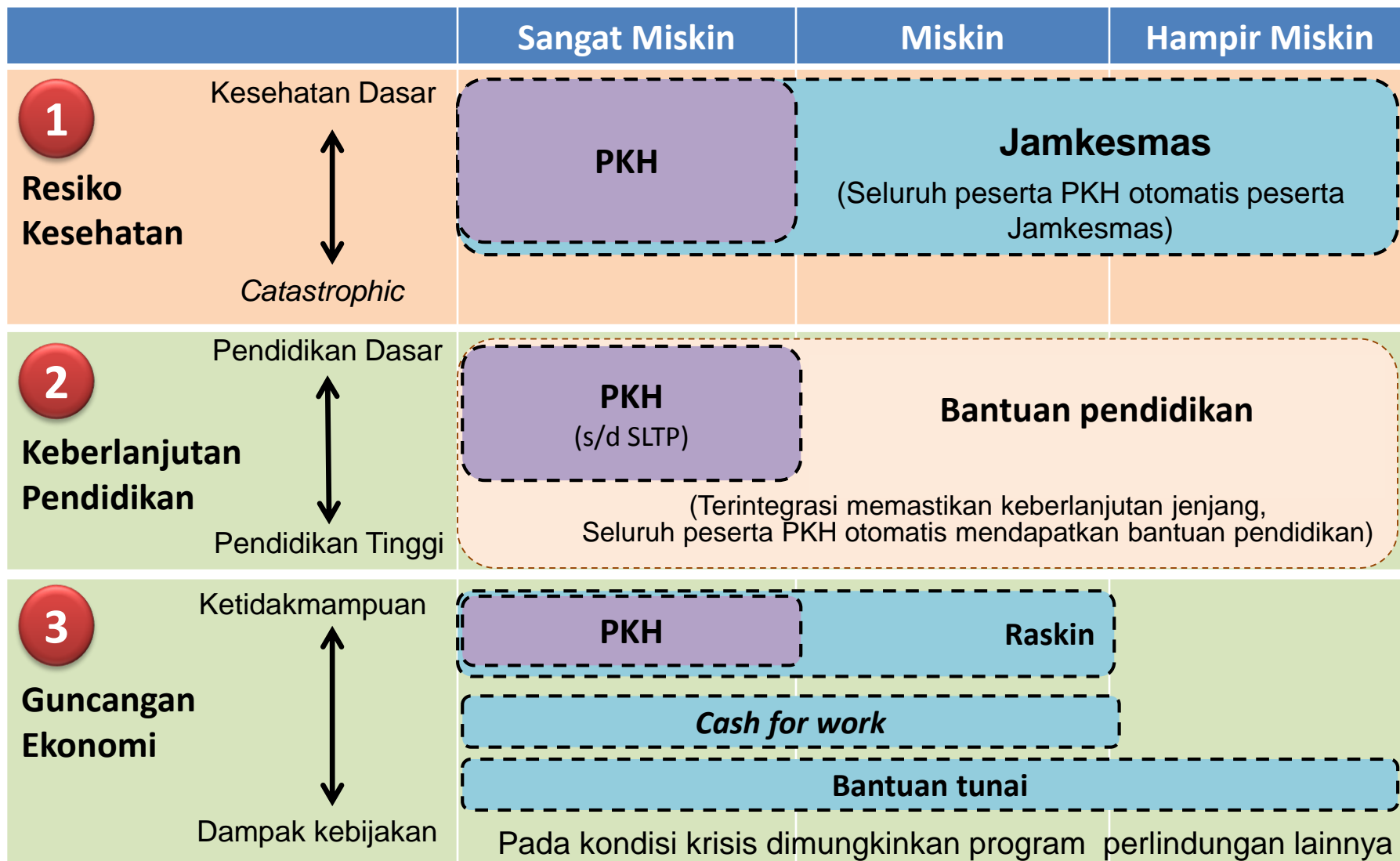
# PRIORITAS JANGKA PENDEK–MENENGAH TNP2K

1. Unifikasi Sistem Penetapan Sasaran Nasional.
2. Menyempurnakan Pelaksanaan Bantuan Sosial Kesehatan untuk Keluarga Miskin.
3. Menyempurnakan Pelaksanaan dan Memperluas Cakupan Program Keluarga Harapan.
4. Integrasi Program Pemberdayaan Masyarakat Lainnya ke dalam PNPM.
5. Mengembangkan Peta Jalan Sistem Keuangan Inklusif untuk Percepatan Pembangunan dan Penanggulangan Kemiskinan.

# INSTRUMEN UTAMA PENANGGULANGAN KEMISKINAN

1. Program Bantuan Sosial Terpadu Berbasis Individu atau Rumah Tangga (Klaster I)
2. Program Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Komunitas (Klaster II)
3. Program Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Usaha Mikro dan Kecil (Klaster III)

# STRATEGI NASIONAL BANTUAN SOSIAL TERPADU BERBASIS KELUARGA - KLASER 1 (*INTEGRATED FAMILY BASED SOCIAL ASSISTANCE*)





# **UNIFIKASI SISTEM PENETAPAN SASARAN NASIONAL**

# SISTEM PENETAPAN SASARAN NASIONAL

- **Sistem Penetapan Sasaran Nasional** adalah suatu sistem penetapan sasaran keluarga yang berhak mendapatkan program perlindungan/jaminan sosial dari Pemerintah (Pusat dan Daerah).
- Suatu sistem pentargetan dikatakan yang efektif apabila mampu secara tepat mengurangi *exclusion error* dan *inclusion error*.
- Keberadaan satu basis data (*unified*) akan memperbaiki efektivitas Program Perlindungan Sosial

	Miskin	Tidak Miskin
Menerima Bantuan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Inclusion Error</i>
Tidak Menerima Bantuan	<input type="checkbox"/> <i>Exclusion Error</i>	<input checked="" type="checkbox"/>

# BASIS DATA TERPADU UNTUK PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL

**Kriteria Kepesertaan  
Program Perlindungan Sosial**

*Ditetapkan oleh K/L atau Pemerintah  
Daerah penyelenggara Program*

**Basis Data Terpadu Untuk  
Program Perlindungan Sosial**

*Kriteria diterapkan kepada  
Basis Data Terpadu*

Jamkesmas

Subsidi  
Siswa  
Miskin

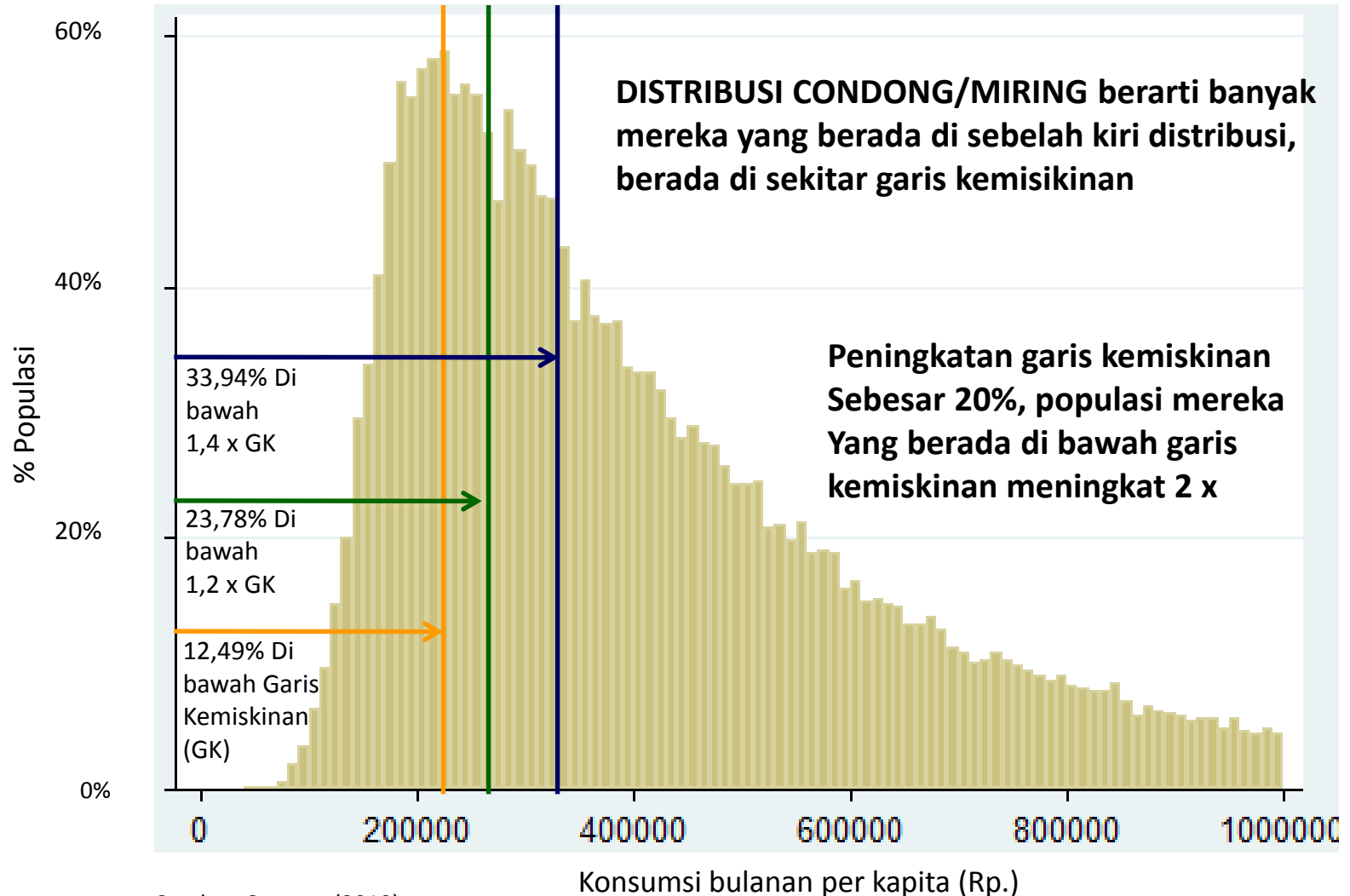
Program  
Keluarga  
Harapan

Raskin

*Daftar nama dan alamat individu/  
keluarga/ rumah tangga sasaran  
masing-masing program*

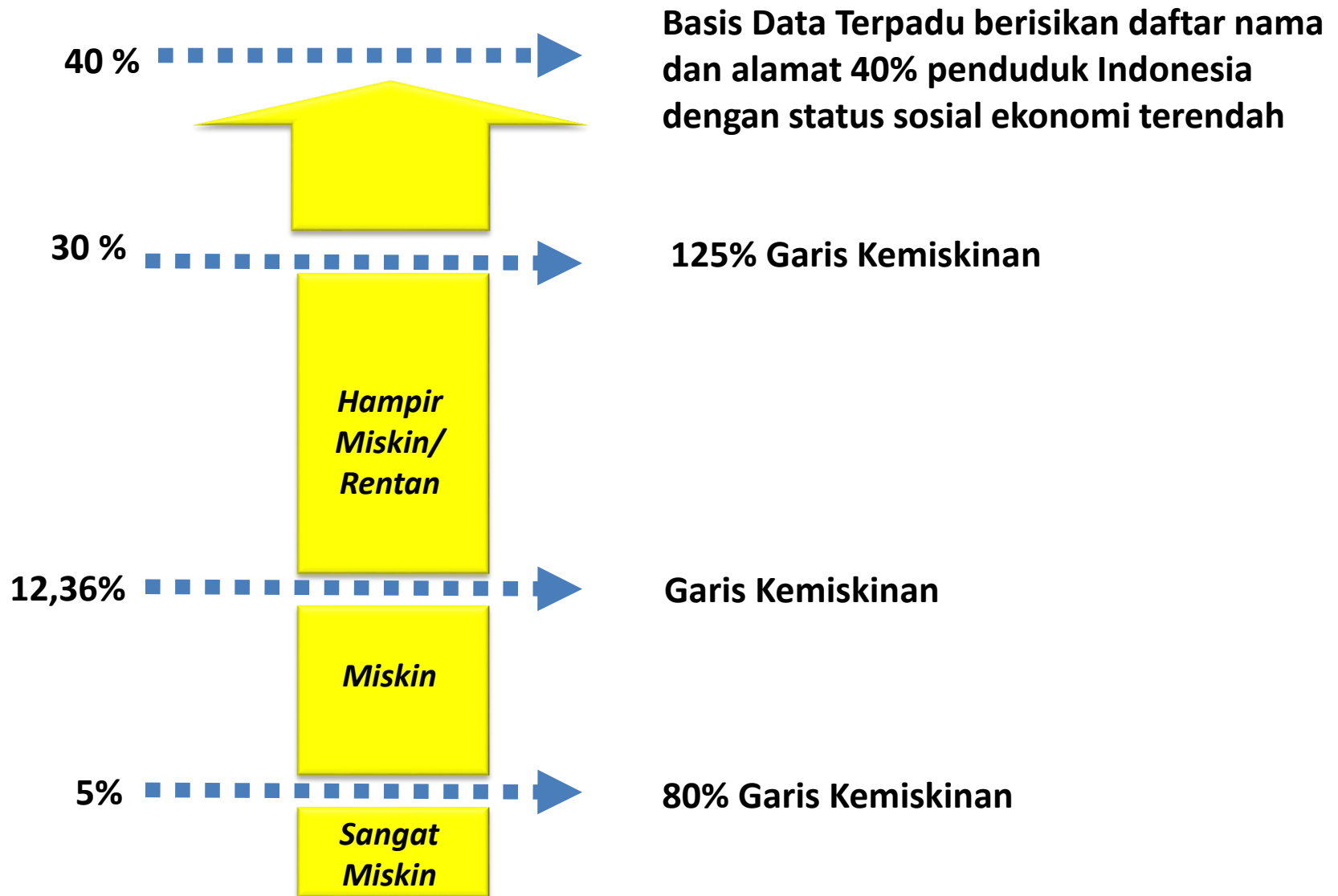
**Program Perlindungan Sosial lainnya  
Dengan Sasaran Individu/Keluarga/Rumah Tangga**

# PROFIL KONSUMSI INDONESIA 2011



Sumber: Susenas (2010)

# CAKUPAN BASIS DATA TERPADU



# BASIS DATA TERPADU UNTUK PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL

Dengan sumber utama dari PPLS 2011, Basis Data Terpadu berisikan nama dan alamat 40% rumah tangga di Indonesia dengan kondisi kesejahteraan terendah

## Prinsip Dasar

- Fleksibel mengakomodasi kebutuhan unit intervensi program (individu, keluarga, RT)
- Fleksibel mengakomodasi kriteria kepesertaan program (berdasarkan status kesejahteraan, lokasi administrasi, status demografis, dll)
- Pengukuran status kesejahteraan berdasarkan metode ilmiah, kriteria yang *comparable* dengan mengakomodasi kondisi lokal, dan kelengkapan informasi dasar
- Dapat diakses secara luas oleh Program dengan memperhatikan privasi informasi individu/keluarga/rumah tangga dalam Basis Data Terpadu

# BASIS DATA TERPADU UNTUK PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL

Dikelola oleh UNIT PENETAPAN SASARAN NASIONAL, di bawah Sekretariat TNP2K dengan 3 (tiga) tugas utama:

1

## Menyediakan Layanan Program

- Memastikan Basis Data Terpadu dapat dimanfaatkan oleh Program Perlindungan Sosial , dengan bekerja sama dengan penyelenggara program
- Memberi dukungan teknis kepada pengguna basis data terpadu

2

## Melakukan Riset

- Memastikan kesahihan berbagai studi untuk memperbaiki kualitas penetapan sasaran program
- Melakukan pemantauan dan evaluasi pemanfaatan Basis Data Terpadu

3

## Membangun Sistem Informasi

- Manajemen Basis Data Terpadu berbasis teknologi informasi
- Penyajian beragam informasi dari basis data terpadu melalui media berbasis teknologi informasi

# AKSES TERHADAP

## BASIS DATA TERPADU UNTUK PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL

Untuk keperluan Program, K/L dan Pemda terkait menyampaikan permintaan data kepada Sekretaris Eksekutif TNP2K, dengan menguraikan:

- Nama dan tujuan Program yang akan dijalankan
- Cakupan dan jenis intervensi (bentuk perlindungan sosial) yang akan dijalankan
- Data pendukung yang diperlukan

Sekretariat TNP2K bekerja sama dengan K/L dan Pemda menyiapkan daftar nama & alamat sasaran serta data pendukung lainnya.

**Data disediakan oleh Sekretariat TNP2K tanpa biaya apapun.**

**Untuk memastikan integritas data diperlukan Nota Kesepakatan Pemanfaatan Basis Data Terpadu, memastikan bahwa nama & alamat dari Basis Data Terpadu hanya akan dipakai untuk keperluan Program Perlindungan Sosial**



# BASIS DATA TERPADU UNTUK PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL

Sekretariat TNP2K telah berkoordinasi dengan beberapa K/L memastikan penggunaan Basis Data Terpadu untuk Program Perlindungan Sosial

Jamkesmas

- Menggunakan nama & alamat dari Basis Data Terpadu sebagai basis kepesertaan tahun 2012

Raskin

- Menggunakan nama & alamat dari Basis Data Terpadu mulai Juni 2012, dengan metode penyaluran baru

PKH

- Menggunakan nama & alamat dari Basis Data Terpadu untuk ekspansi 2012 menuju 3 juta cakupan tahun 2014

Subsidi Siswa

- Komitmen penggunaan, sedang diupayakan teknis sinkronisasi data dengan Kemdikbud

Pemda

- Sejumlah Pemda telah meminta nama & alamat dari Basis Data Terpadu untuk Program yang dijalankan Daerah

**Basis Data Terpadu juga dapat diakses oleh instansi Pemerintah lainnya untuk keperluan khusus seperti monitoring dan evaluasi (contoh oleh UKP4)**

# PEMANFAATAN LAINNYA

## BASIS DATA TERPADU UNTUK PROGRAM PERLINDUNGAN SOSIAL

- Riset dan Studi untuk memperbaiki ketepatan sasaran Program Perlindungan Sosial di Indonesia, oleh lembaga penelitian dan universitas
- Pemanfaatan untuk kegiatan *corporate social responsibility* (CSR) yang ingin bersinergi dengan kegiatan Pemerintah
- Informasi bagi masyarakat umum mengenai cakupan, sebaran, dan karakteristik Basis Data Terpadu – disajikan secara agregat

**➔ Data disediakan oleh Sekretariat TNP2K tanpa nama dan alamat**



# PROGRAM KELUARGA HARAPAN

# PROGRAM KELUARGA HARAPAN - PKH

## BANTUAN TUNAI BERSYARAT (*Conditional Cash Transfer*)

**PKH adalah program perlindungan sosial melalui pemberian uang tunai kepada Keluarga Sangat Miskin, selama keluarga tersebut memenuhi kewajibannya.**

### Kewajiban:

- Memeriksa anggota keluarganya (Ibu Hamil dan Balita) ke fasilitas kesehatan (Puskesmas, dll).
- Menyekolahkan anaknya dengan tingkat kehadiran sesuai ketentuan.

Tidak ada ketentuan mengenai pemakaian uang tunai yang diberikan kepada keluarga penerima PKH

# PROGRAM KELUARGA HARAPAN - PKH

## BANTUAN TUNAI BERSYARAT (*Conditional Cash Transfer*)

- PKH diarahkan untuk membantu kelompok sangat miskin dalam memenuhi kebutuhan pendidikan dan kesehatan, selain memberikan kemampuan kepada keluarga untuk meningkatkan pengeluaran konsumsi.
- PKH diharapkan dapat mengubah perilaku keluarga sangat miskin untuk memeriksakan ibu hamil ke fasilitas kesehatan, dan mengirimkan anak ke sekolah dan fasilitas kesehatan.
- Dalam jangka panjang, PKH diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar-generasi.

# PKH BERJALAN

SEBAGAI PROGRAM *CONDITIONAL CASH TRANSFER*

**Jika...**

- (1) Verifikasi kepatuhan telah berjalan**
- (2) Keluarga mengetahui kewajibannya**
- (3) Program menerapkan penalti atas ketidakpatuhan**

## ARAH PERLUASAN PKH (1): **PENETAPAN SASARAN**

- Data penerima PKH bersumber dari **BASIS DATA TERPADU**
- Peserta PKH adalah berbasiskan **KELUARGA**
- **OTOMATIS KEPESERTAAN** Jamkesmas, Raskin, dan Bantuan Pendidikan untuk keluarga PKH

# PERENCANAAN PKH s/d 2014

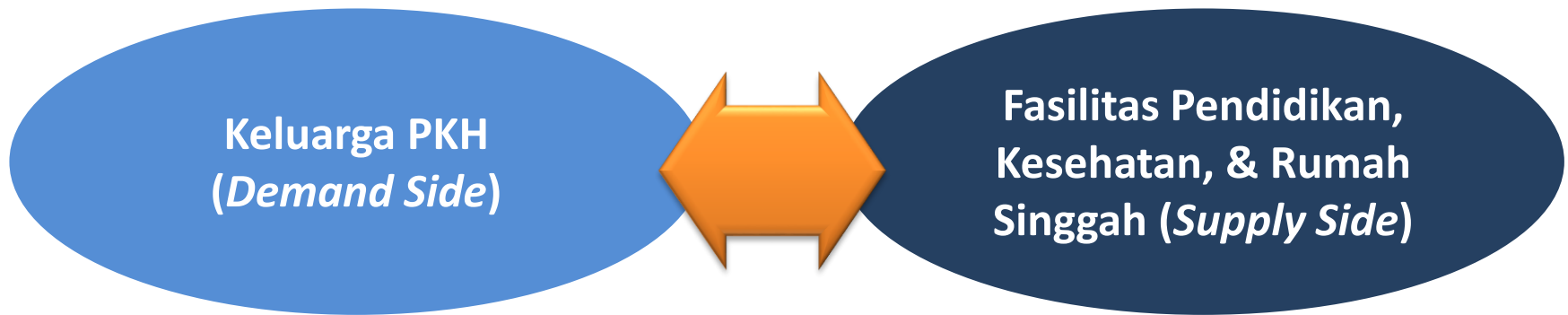
	2011	2012	2013	2014
Keluarga sasaran (juta)	1,116	1,516	2,4	3,0
Provinsi	25	33	33	33
Kabupaten/Kota	103	166	350	500
Kecamatan	1.151	1.551	2.667	3.342
Desa	13.641	21.471	29.301	37.131
Kebutuhan dana (Rp triliun)		1,8	3,2	4,2

Sumber: Kementerian Sosial dan TNP2K

Catatan: Agar dapat dialokasikan 2 kali pembayaran bagi keluarga sasaran baru di tahun 2013 (sebesar 884 ribu keluarga), maka diperlukan aktifitas persiapan pembayaran di tahun 2012. Akan ada dampak pada komposisi biaya administrasi, namun hal tersebut dapat dibenarkan karena akan menciptakan efisiensi pelaksanaan program di tahun anggaran berikutnya.



# PKH ADALAH PROGRAM NASIONAL



## Kementerian Sosial

Memastikan kesediaan Keluarga untuk mengikuti program: Pendampingan, Pemantauan Kepatuhan, dan Pembayaran

## Kementerian Pendidikan Nasional Kementerian Kesehatan

- Layanan fasilitas pendidikan & kesehatan,
- Pencatatan kehadiran di fasdik/faskes untuk verifikasi kepatuhan program → tugas tambahan bagi staf fasdik/faskes

## Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi Kementerian Sosial

- Layanan rumah singgah (*shelter*) bagi anak jalanan dan pekerja anak.

# KOMPLEMENTARITAS PROGRAM MENGUNAKAN BASIS DATA TERPADU

RASKIN

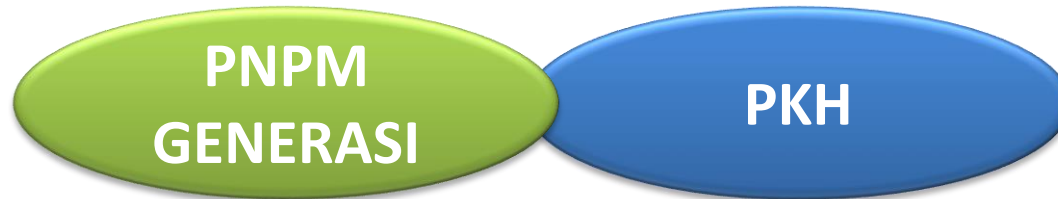
JAMKESMAS

PKH

BANTUAN  
PENDIDIKAN

- Karena mencakup keluarga sangat miskin, maka penerima PKH secara otomatis adalah juga penerima Jamkesmas, Raskin, dan Bantuan Pendidikan untuk keluarga miskin.
- Penggunaan Basis Data Terpadu yang difasilitasi oleh TNP2K diarahkan kepada komplementaritas program

# KOMPLEMENTARITAS DENGAN PROGRAM LAIN



- PNPM Generasi adalah *Community Conditional Cash Transfer*, yang seyogyanya merupakan komplementer dengan PKH → Komplementaritas program Klaster I dan Klaster II.
- Sinkronisasi lokasi PKH dengan lokasi PNPM Generasi.
- Sinkronisasi kegiatan Pendamping PKH dan Fasilitator PNPM.

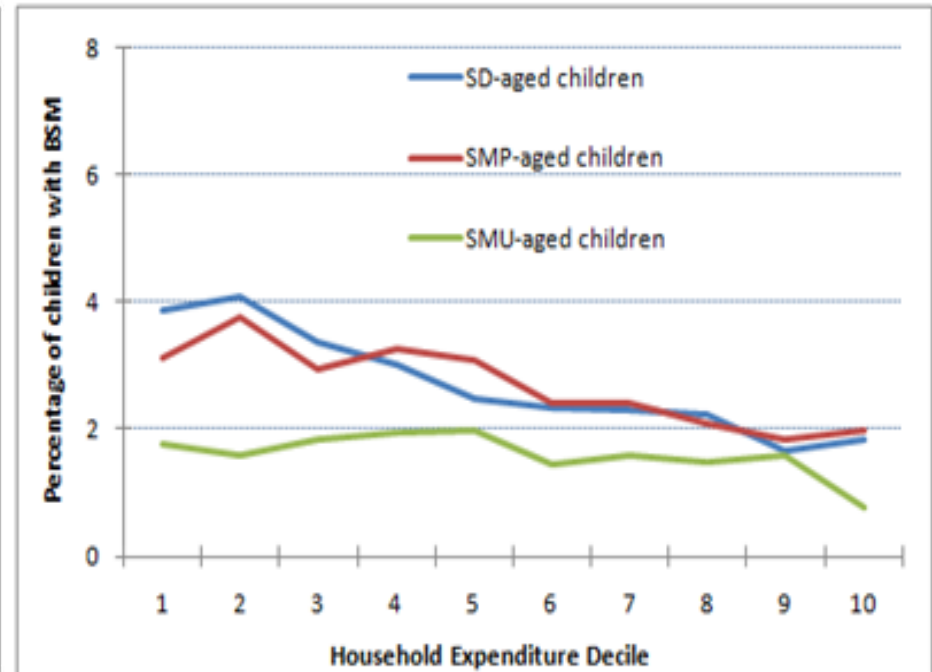
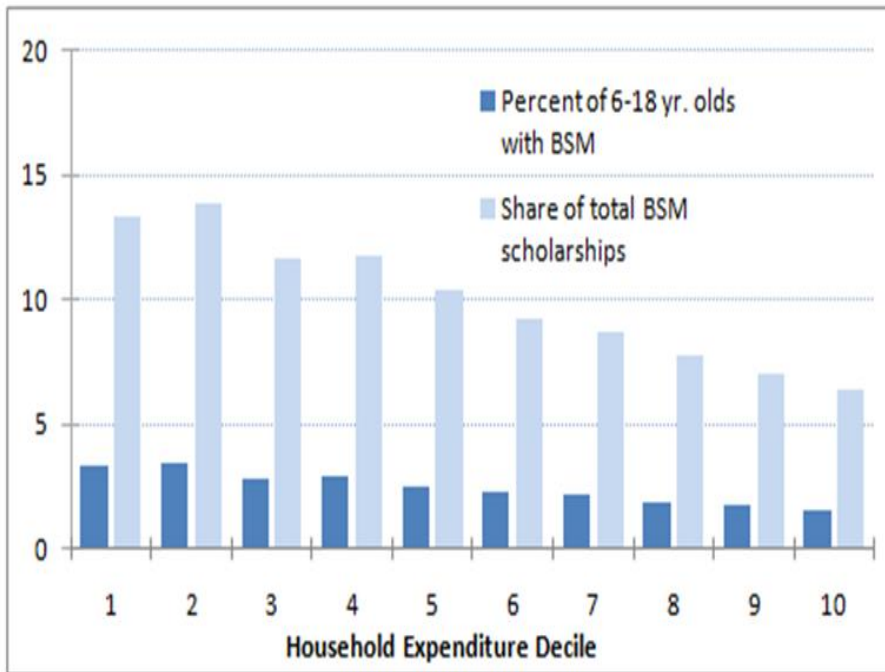
# **BANTUAN PENDIDIKAN UNTUK SISWA MISKIN (BSM)**

# ELEMEN EVALUASI BSM

- **Penetapan sasaran BSM menunjukkan adanya *inclusion & exclusion error*.** Alokasi BSM ditetapkan oleh sekolah pada siswa yang berada di sekolah.
- **Tidak memastikan keberlanjutan subsidi antar-tingkatan sekolah,** termasuk siswa transisi SD → SMP, atau SMP → SMA atau SMK.
- **Ketepatan jumlah/nilai BSM** mempengaruhi dampak BSM terhadap pendidikan siswa dari keluarga miskin
- **Ketepatan waktu penyaluran BSM** mempengaruhi keberlanjutan pendidikan siswa dari keluarga miskin

# INCLUSION & EXCLUSION ERROR

*Keberadaan inclusion & exclusion error ini berkaitan langsung dengan sistem penetapan sasaran yang berbasiskan sekolah dan bukannya kategori (tingkat kemiskinan) rumah tangga*



Sumber: Susenas (2009) dan World Bank (2012)

## KETEPATAN JUMLAH BSM hanya menutup separuh dari biaya pendidikan

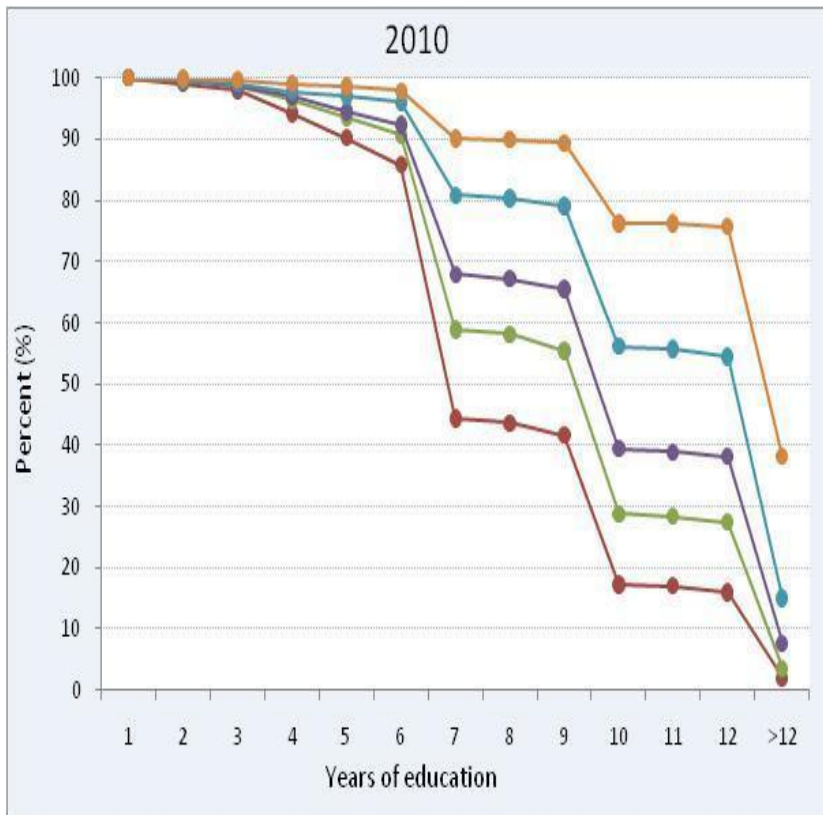
- Jumlah BSM hanya 5% dari garis kemiskinan rumah tangga (sekitar 15-30% pengeluaran garis kemiskinan individu)
- Kebutuhan biaya pendidikan, biaya pendukung & biaya transportasi (per tahun, dalam juta rupiah):

	Biaya Pendidikan	Biaya Pendukung	Biaya Transportasi
SD	1,0	0,4	0,7
SMP	2,0	0,8	1.1
SMA	2,5-3,0	1,6	1,0

- Bagi rumah tangga miskin, biaya pendidikan SMP atau SMA sekitar 30% dari seluruh pengeluaran rumah tangga.
- Perlu dipastikan agar RT penerima PKH juga menerima BSM

# KETEPATAN WAKTU PENYALURAN BSM

*Ketepatan waktu penyaluran BSM dapat membantu keberlanjutan sekolah siswa dari keluarga miskin (antar jenjang kelas dan antar jenjang pendidikan)*



- Tingkat putus sekolah lebih tinggi pada kelompok pendapatan yang lebih rendah
- Siswa dari kelompok dengan pendapatan rendah mulai keluar sekolah pada kelas 3
- BSM baru diterima pada bulan Agustus  
Penyaluran Juni sangat rendah.
- Waktu kritis: saat akhir (Mei-Juni) dan awal tahun ajaran (Juli) terutama saat transisi jenjang pendidikan SD → SMP; SMP → SMA/SMA



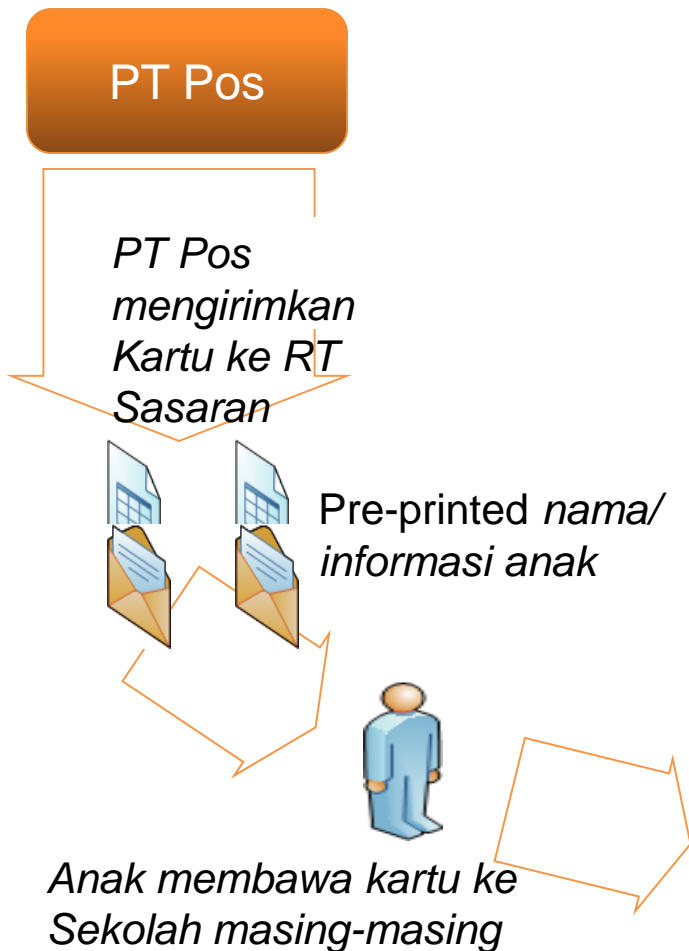
# PENETAPAN SASARAN MENGGUNAKAN BASIS DATA TERPADU

- Bantuan pendidikan seharusnya diberikan **tepat sasaran**
  - Kepada siswa dari keluarga sangat miskin, miskin, dan rentan menggunakan nama & alamat dari Basis Data Terpadu hasil PPLS 2011.
- **Anggaran yang memadai** semestinya disediakan untuk seluruh siswa dari keluarga sangat miskin
- Bantuan pendidikan semestinya lebih banyak **dialokasikan ke wilayah tertinggal**
  - Wilayah dengan rata-rata tingkat partisipasi yang lebih rendah dari tingkat rata-rata partisipasi nasional dan wilayah dengan angka putus sekolah dan ketidakhadiran yang tinggi

# DIUSULKAN: PENGGUNAAN MEKANISME BARU PENETAPAN SASARAN PENERIMA BSM

- **Lebih tepat sasaran** dengan menjangkau anak dari keluarga sangat miskin, miskin, dan rentan (30% penduduk Indonesia dengan status sosial ekonomi terendah)
- Dapat **menjangkau mereka yang tidak bersekolah** dan **mendorong orangtua** untuk menyekolahkan anaknya
- **Memperbaiki data Basis Data Terpadu** yang tidak memiliki NIS dan nama/lokasi sekolah

# USULAN MEKANISME BARU PENETAPAN SASARAN PENERIMA BSM



*Pembayaran tetap menggunakan mekanisme yang masih berjalan*

**Tim Pengelola Pusat**

*Menerbitkan SK Nama, NIS, Kelas*

**Tim Pengelola Provinsi**

*Rekap Nama, NIS, Kelas, diteruskan ke Provinsi*

**Tim Pengelola Kab/Kota**

*Rekap Nama, NIS, Kelas, diteruskan ke Provinsi*



*Sekolah mengumpulkan Kartu. Nama, NIS, Kelas Siswa yang memiliki kartu, dikirimkan ke Kab/Kota*

# USULAN MEKANISME BARU PENYALURAN BANTUAN PENERIMA BSM

- Bantuan BSM diberikan langsung kepada siswa usia >18 tahun
- Bantuan BSM kepada siswa usia < 18 tahun diberikan kepada orang tua siswa (Perempuan Pengurus Keluarga/RT)
- Penyaluran bantuan bertahap dengan kondisi:
  - Tahap 1 April (40%) untuk membiayai biaya registrasi pendaftaran
  - Tahap 2 Agustus (20%) jika tingkat kehadiran tercapai;
  - Tahap 3 Desember (20%) jika tingkat kehadiran tercapai;
  - Tahap 4 Maret (20%)
- Bantuan BSM/SSM total dapat dialokasikan bagi sekolah dimana siswa bersekolah untuk membayar biaya sekolah sesuai jadwal pembayaran sekolah



# JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT JAMKESMAS

# TOTAL PENGELUARAN KESEHATAN NASIONAL

- Total Pengeluaran Kesehatan Nasional meningkat hampir 3 kali dalam 5 tahun terakhir dari Rp 66.5 triliun menjadi Rp 167.67 triliun di tahun 2010, tetapi persentase terhadap PDB tetap rendah → 2.6% dari PDB

TAHUN 2010	PDB per Kapita	% Pengeluaran Kesehatan Terhadap PDB	Persentase <i>Out-of-Pocket</i> terhadap Total Pengeluaran Kesehatan
INDONESIA	USD 2,946.00	2.6 %	38.3 %
THAILAND	USD 4,614.00	3.9 %	13.9 %
MALAYSIA	USD 8,373.00	4.4 %	34.2 %
FILIPINA	USD 2,140.00	3.6 %	54 %
VIETNAM	USD 1,211.00	6.8 %	57.6 %

Source: World Health Statistics, 2012

**Catatan:** penerapan sistem jaminan kesehatan yang efektif berpengaruh pada persentase *Out-of-pocket*

# STATUS KESEHATAN MASIH RENDAH

- Indikator kesehatan : AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi) relatif tinggi
- Indeks Pembangunan Manusia (IPM): kategori sedang

No	Negara	Angka Kematian Ibu (per 100.000)	Angka Kematian Bayi (per 1.000)	Umur Harapan Hidup	IPM
1	Indonesia	240	30	71	0.600
2	Thailand	48	12	69	0.654
3	Malaysia	31	6	74	0.750
4	Filipina	94	26	72	0.638
5	Vietnam	56	19	74	0.572

*Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2010*

# CAKUPAN JAMINAN KESEHATAN MENCAPAI 63% (2011)

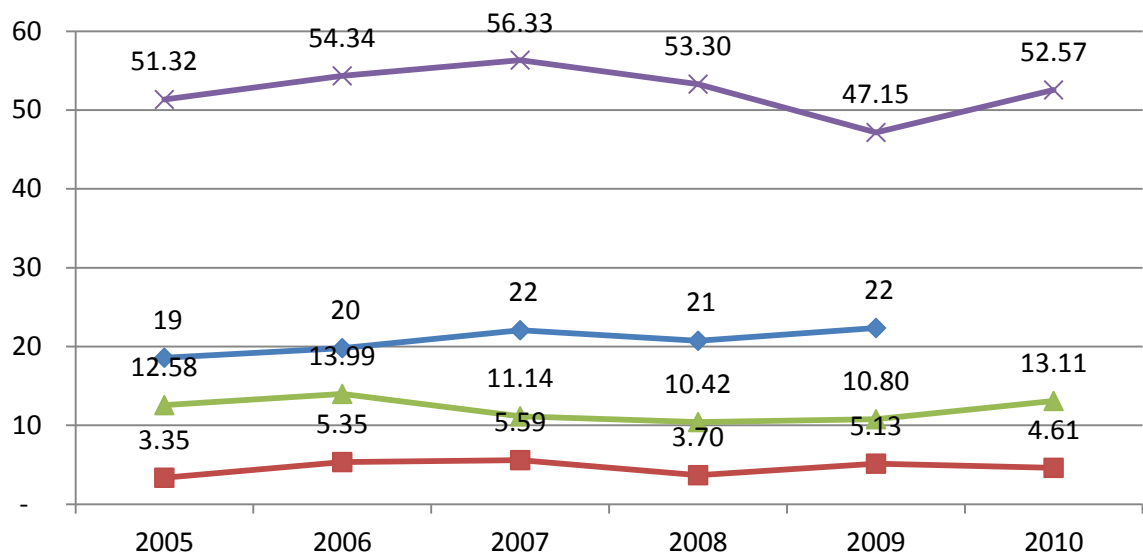
SKEMA	ASKES	JAMSOSTEK	JAMKESMAS	JAMKESDA	SELF-INSURED	ASURANSI SWASTA
Mulai	1984	1992	2005	2006-2007		
Target Populasi	PNS + Pensiun + Keluarga	Pekerja Formal + keluarga	Sangat Miskin, Miskin, Hampir Miskin	Non-Kuota populasi miskin	Perusahaan Besar & Sedang dengan pegawai > 250 orang	Perusahaan Sedang dan Besar
Jumlah Populasi Tercakup	16.4 juta	5.5 juta	76.4 juta sejak 2008	32 juta	10 juta	5.2 juta
Sumber Dana	Kontribusi Pemberi Kerja + Pekerja % gaji	Kontribusi Pemberi Kerja – % Gaji	Subsidi Pemerintah Pusat	Subsidi Pemerintah Daerah	Kontribusi Pemberi Kerja	Kontribusi Pemberi Kerja
Total Premium (2010)	Rp 7.0 T *)	Rp 1.0 T *)	Rp 4.8 T *)	Rp 2.1 T	Rp 22.9 T **)	Rp 2.6 T **)
Premi Per Orang Per Bulan (2010)	Rp 39,747	Rp 19,394	Rp 6,500	Rp 2.000 – Rp 20.000	Rp 19.000	Rp 50.000 – Rp 750.000

\*) TNP2K, "Jaminan Kesehatan, 2010"

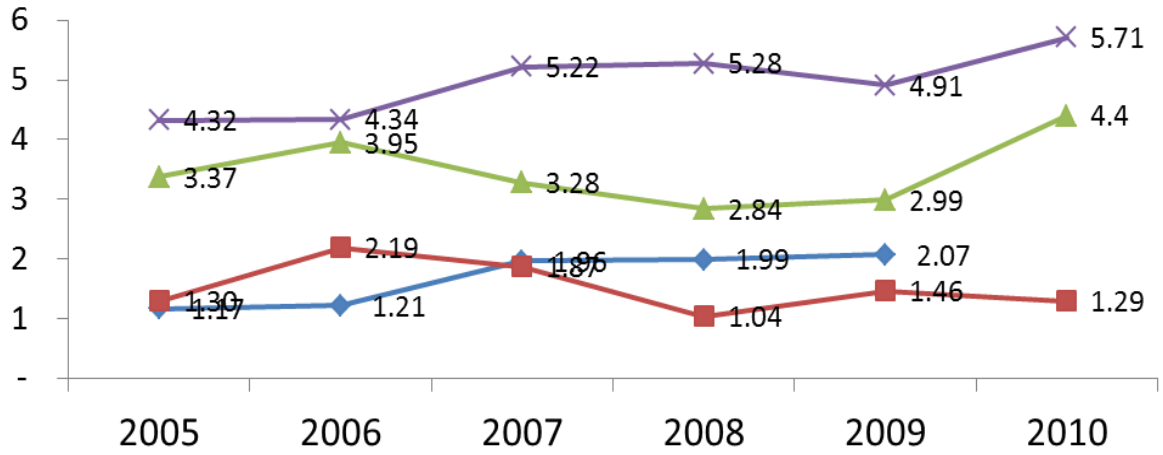
\*\*\*) National Health Account Estimation for 2010, Ministry of Health



# UTILISASI RAWAT JALAN & RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT BERVARIASI SANGAT LEBAR ANTAR PROGRAM



UTILISASI RAWAT JALAN per 1,000



UTILISASI RAWAT INAP PER 1,000

—◆— Susenas    —■— Jamkesmas    —▲— Jamsostek    —×— Askes

# PERUBAHAN UTILISASI

- Faktor Permintaan
  - Efek Asuransi
  - Perubahan Pola Penyakit (peningkatan penyakit tidak menular)
  - Perubahan Perilaku Hidup Sehat (Promosi & Preventif)
- Faktor Suplai
  - Ketersediaan, Distribusi, Kualitas Fasilitas Kesehatan, dan Tenaga Kesehatan
  - Sistem Layanan Kesehatan yang Terstruktur (Berjenjang, Sistem Rujukan)

# PERBAIKAN SISTEM LAYANAN KESEHATAN

- Efektivitas layanan kesehatan tingkat pertama (*primary care*) terbatas
  - Pasien cenderung berobat ke dokter spesialis**
- Sistem Rujukan belum berjalan optimal:
  - Kasus persalinan normal di Rumah Sakit masuk dalam 10 besar penyakit terbanyak (data klaim Jamkesmas), idealnya persalinan normal dilayani di *Primary Care***
- Kualitas layanan bervariasi lebar → butuh *National Standard of Practical Guidelines*

**Sistem Layanan Kesehatan belum optimal → butuh Perbaikan SISTEM LAYANAN KESEHATAN dimana PRIMARY CARE berfungsi sebagai “GATE KEEPER” sehingga FUNGSI RUJUKAN dapat optimal**

# KETERBATASAN JUMLAH/DISTRIBUSI TENAGA MEDIS

Hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Risfaskes), Kemenkes 2011

- Jumlah Observasi: 8,981 Puskesmas
- Keterbatasan ketersediaan Dokter Umum dan Dokter Gigi di Puskesmas
  - Hanya 5 dari 33 propinsi yang semua Puskesmas mempunyai Dokter Umum. Prosentase Tertinggi Puskesmas Tanpa Dokter Umum: Papua (32%), Papua Barat (16.3%), Maluku Utara (14.9%), Kalimantan Barat (13.7%), Sulawesi Tengah (11%)
  - Hanya 47,4% Puskesmas mempunyai Dokter Gigi
  - Ketersediaan Bidan lebih merata di Puskesmas

# KETERBATASAN KETERSEDIAAN TEMPAT TIDUR DAN DOKTER SPESIALIS DI RUMAH SAKIT (KEMENKES 2011)

- Hanya 9 dari 33 provinsi yang telah memenuhi rasio tempat tidur 1:1000 termasuk Papua Barat namun akses geografis tetap menjadi kendala. Provinsi NTB, Banten dan Sulawesi Barat memiliki rasio paling rendah.
  - Standar Internasional adalah 1:500
- Hanya 52% dari total Rumah Sakit memiliki kelengkapan 4 (empat) dokter spesialis dasar (spesialis anak, penyakit dalam, obgyn, bedah). Persentase tertinggi ketidaklengkapan dokter spesialis dasar terdapat di Sumatra Utara, Sulawesi Barat, Papua, dan Sulawesi Utara.
- Hanya 4 provinsi yang memenuhi rasio 6 Dokter Spesialis untuk 100.000 penduduk. Rasio terendah terdapat di Bangka Belitung, NTT, Sulawesi Barat, dan Papua

# KETERBATASAN JUMLAH/DISTRIBUSI TENAGA MEDIS KASUS KARDIOVASKULAR

- Hanya Tersedia 15 Unit Pusat Penanganan Jantung Terpadu, Sebagian Besar Di Pulau Jawa
- Ketersediaan Dan Distribusi Dokter Spesialis Penyakit Dalam (Butuh 25,000 Tersedia 2,900) dan Spesialis Jantung (Tersedia Hanya 250)
- Pengetahuan, Perilaku Dan Kemampuan Masyarakat Terbatas

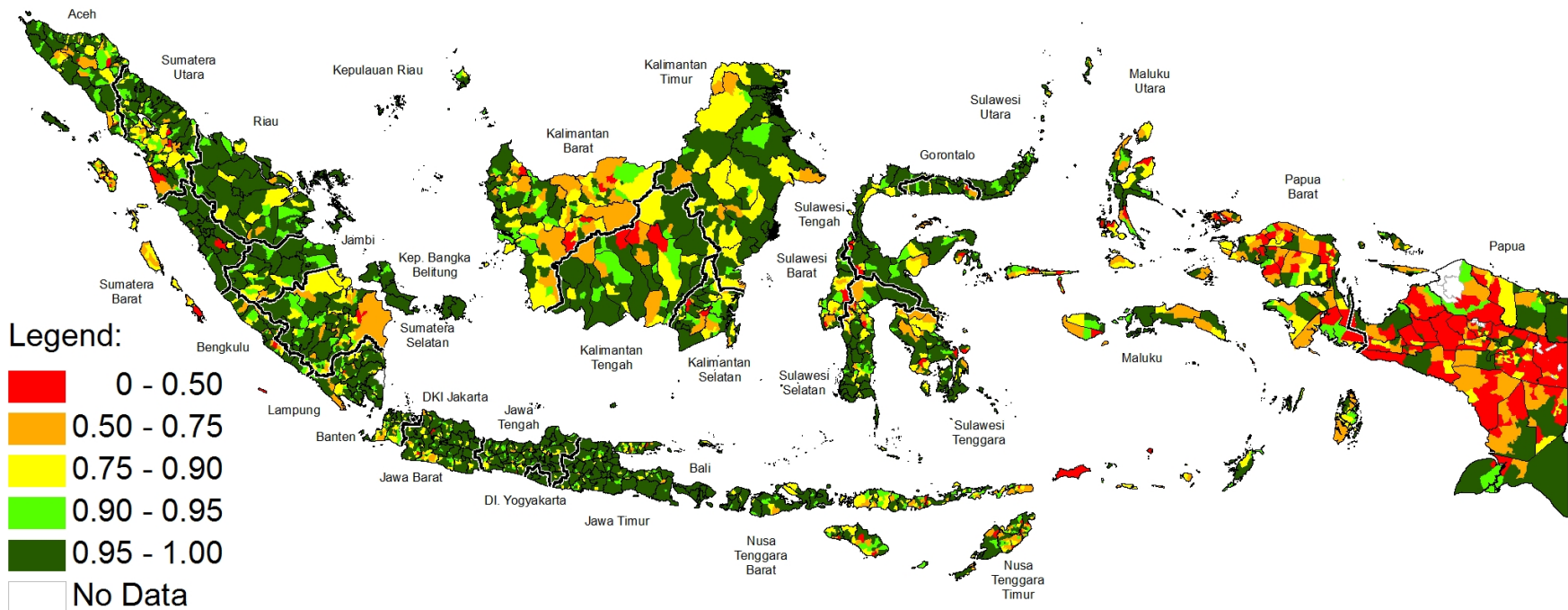
Data Komunitas (Riskesdas, 2007) Menyatakan penderita hipertensi di Indonesia adalah 31%, artinya ada 3 dari 10 orang yang berumur diatas 18 tahun menderita hipertensi (prevalensi). Hanya 25% yang terdeteksi (mencari pengobatan di fasilitas kesehatan) dan hanya 20% dari yang terdeteksi dalam pengobatan rutin oleh tenaga medis.

# ANALISIS DATA PODES 2010: INDIKATOR-INDIKATOR TERPILIH

Dimensi	Indikator	Penjelasan	Rerata
① Ketersediaan Sarana Fisik	Akses terhadap Layanan Primer	Proporsi penduduk yang dapat dengan mudah menjangkau poliklinik, Puskesmas, Puskesmas Pembantu atau praktik dokter	<b>0.926</b>
	Akses terhadap Layanan Sekunder	Proporsi penduduk yang dapat dengan mudah menjangkau rumah sakit	<b>0.673</b>
	Akses terhadap Fasilitas Bersalin	Proporsi penduduk yang dapat dengan mudah menjangkau rumah sakit, rumah bersalin, Puskesmas, Polindes atau praktik bidan	<b>0.899</b>
② Ketersediaan Petugas Kesehatan	Puskesmas dengan Dokter	Proporsi puskesmas yang memiliki paling tidak satu orang dokter	<b>0.858</b>
	Kehadiran Bidan	Proporsi penduduk yang tinggal di desa yang memiliki bidan	<b>0.848</b>
③ Karakteristik Bangunan	Instalasi Air Bersih	Puskesmas yang memiliki instalasi air bersih sendiri atau yang berjarak 10 menit jalan kaki	<b>0.848</b>
	Listrik	Proporsi fasilitas kesehatan yang memiliki sambungan listrik (tidak termasuk Posyandu)	<b>0.818</b>

Rata-rata, 92.6% populasi kecamatan memiliki akses terhadap layanan kesehatan dasar

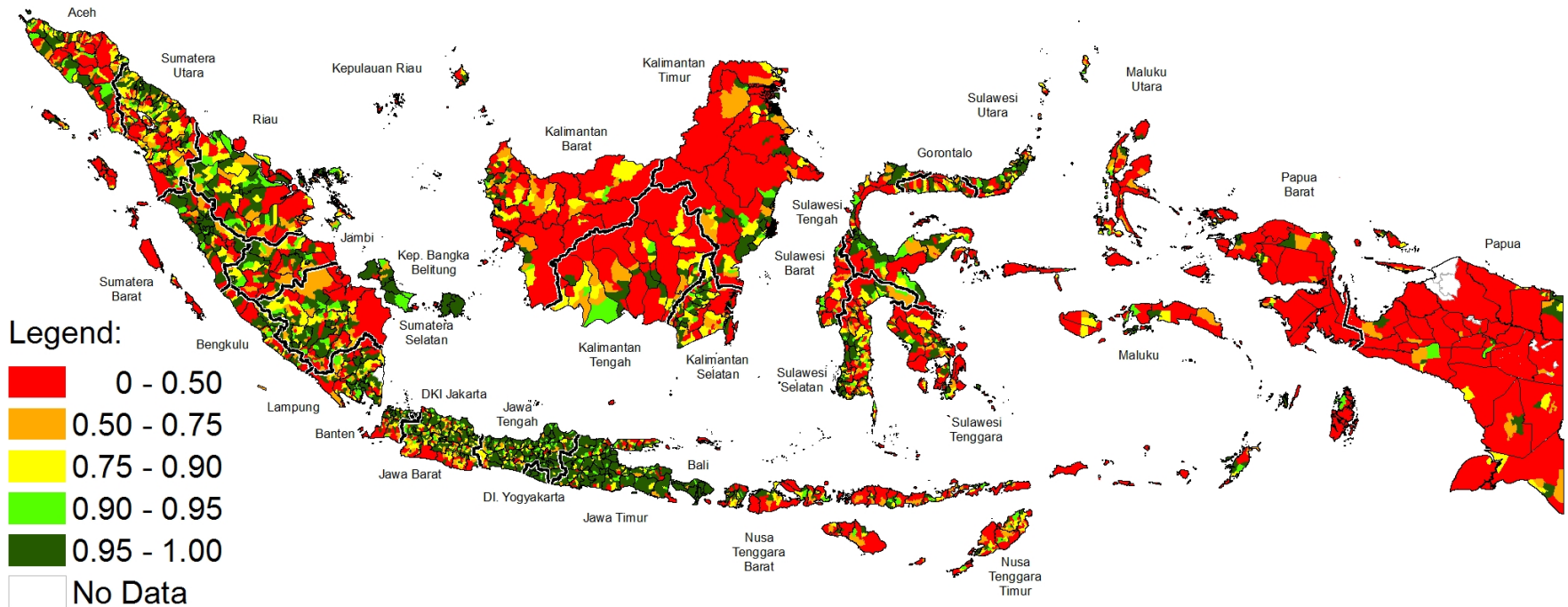
# DISTRIBUSI DAERAH: AKSES TERHADAP LAYANAN PRIMER



- Meskipun skor rata-rata tinggi untuk indikator akses terhadap layanan primer (93 %), kesenjangan yang substansial masih terjadi antar daerah
- Keterbatasan akses terutama terjadi di daerah perdesaan NTT (86%), Kalimantan Barat (85%), Maluku Utara (84%), Maluku (83%), Papua Barat (77%), dan Papua (59%)

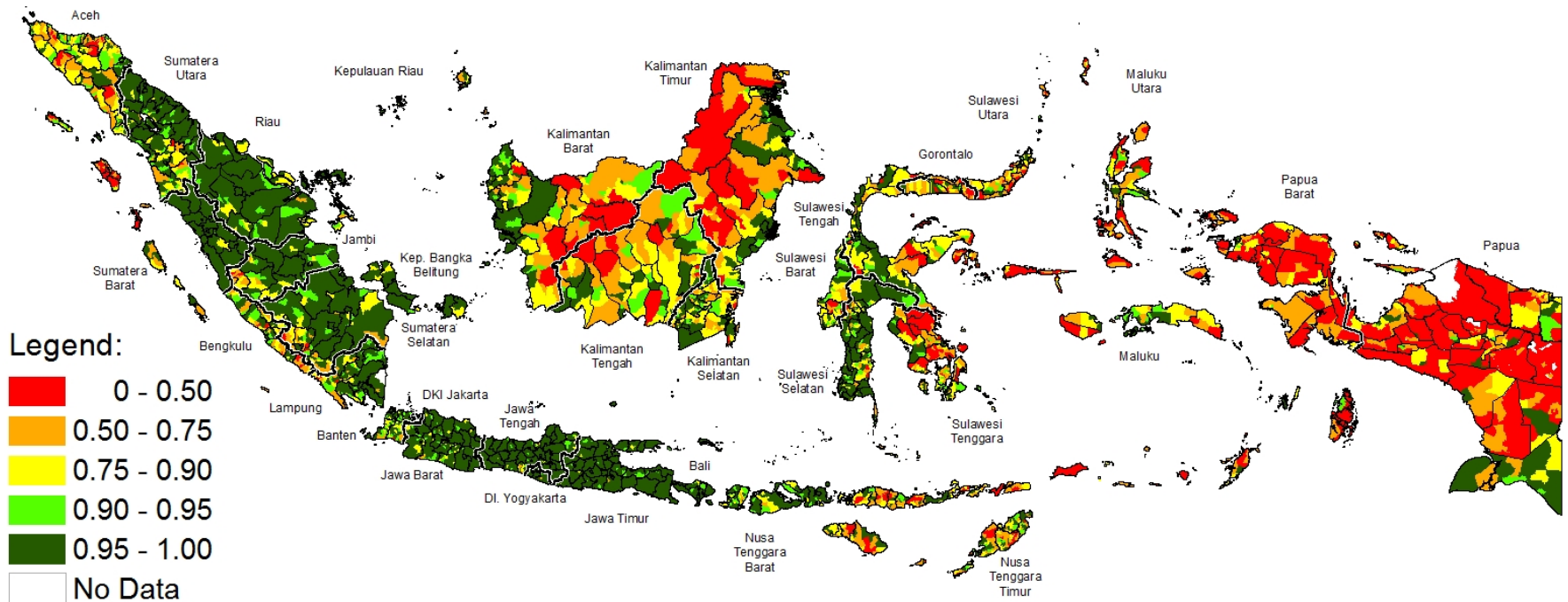


# SEKTOR KESEHATAN – AKSES KE *SECONDARY CARE*



- Akses ke Rumah Sakit pada Kecamatan di Pedesaan: 51% dari populasi (urban: 91%)
- Akses sangat terbatas di Papua (18%), Maluku (37%), NTT/NTB (51%), Kalimantan (53%)

# SEKTOR KESEHATAN – BIDAN DI DESA



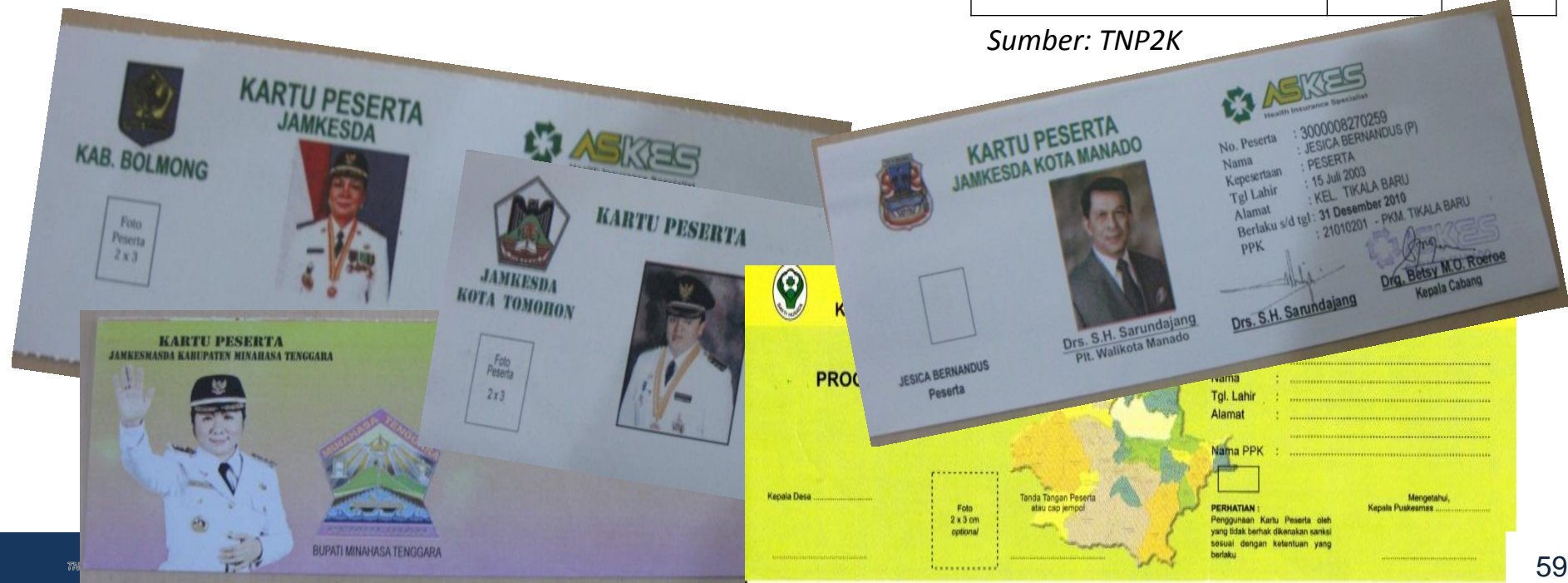
- Perbedaan yang nyata antara Pedesaan dan Perkotaan: Bidan tersedia di 96% perkotaan dan 78% di pedesaan
- Tingkat terendah di pedesaan Sulawesi Utara (61%), Maluku (54%), Kalimantan Timur (51%), Maluku Utara (50%), Papua (30%) and Papua Barat (27%).
- Tetapi, hanya 9% dari desa di pedalaman yang tidak memiliki bidan jika *dukun bayi* diperhitungkan

# JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA) ADA 350 KAB/KOTA YANG MENJAMIN 32 JUTA ORANG

1. Mayoritas Jamkesda mulai diselenggarakan pada tahun 2009/2010 seiring dengan implementasi Pilkada langsung oleh rakyat.
2. Jaminan Kesehatan secara gratis bagi masyarakat sering menjadi program yang dijanjikan saat kampanye Pilkada

Lama Penyelenggaraan	Jumlah	
	n	%
< 2 Tahun	33	58
3 - 5 Tahun	12	21
6 - 8 Tahun	12	21
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Sumber: TNP2K



# SUSTAINABILITAS JAMKESDA

No.	Aspek	Keterangan
1.	Lama Penyelenggaraan	78% Penyelenggaraan dibawah 5 tahun (seiring Pilkada)
2.	Kepesertaan	50% Jumlah Peserta dibawah 100.000 orang
3.	Besaran Premi	65% Besaran Premi di bawah Rp. 10.000
4.	Sumber Pendanaan	86% Bersumber APBD
5.	Manfaat	Bervariasi, hanya 25% menanggung Hemodialisis
6.	Tingkat Rujukan	45,61% rujukan terbatas di tingkat Kabupaten/Kota
7.	Badan Penyelenggara	43% Dinas Kesehatan, 45% PT. Askes
8.	Rasio Klaim	20% Jamkesda rasio klaim > 90%, 40% Jamkesda tidak ada data

- Jamkesda berkembang lebih belatar belakang politis
- Jumlah peserta sedikit sangat beresiko dalam pengelolaan keuangannya (distribusi risiko)
- Besaran premi tidak dihitung berbasis aktuaria
- Variasi paket manfaat sangat lebar
- Mayoritas bersumber APBD
- Portabilitas yang sangat terbatas, kesulitan ketika harus dirujuk ke Rumah Sakit diluar wilayah kab/kota
- Rasio klaim relatif tinggi karena persepsi kinerja sesuai penyerapan dana

**SUSTAINABILITAS RENDAH DAN PERLU PETA JALAN INTEGRASI KE BPJS KESEHATAN**

# KESIMPULAN

- **Dibutuhkan “*Grand Design*” penyempurnaan sistem layanan kesehatan**
  1. Ketersediaan, Distribusi, Kualitas Fasilitas Kesehatan, dan Tenaga Kesehatan
  2. Sistem Layanan Kesehatan yang Terstruktur (Berjenjang, Sistem Rujukan)
  3. Standar Nasional Layanan Medis (*National Standard of Practical Guidelines*)
  4. Perubahan Perilaku Hidup Sehat (Promosi & Preventif)
- **Dibutuhkan peta jalan JAMKESDA untuk integrasi ke BPJS Kesehatan**

**RASKIN**

# INDIKATOR KETEPATAN: BERAGAM HASIL

Indikator Keberhasilan	Pedoman Umum	SMERU	Susenas/ WB	TNP2K (2011)
<b>Tepat sasaran</b>	RTM (Q1 & Q2)	Sumbar: tepat Jatim: merata Sultra: merata/bergilir	Q1-Q2: 53% Q3-Q5: 47%	Banyak rumah tangga tidak miskin juga menerima
<b>Tepat jumlah</b>	10-20 kg	Sumbar: 10 kg Jatim: 4-7 kg Sultra: 4-10 kg	4 kg (2004, 2007, 2010)	Rata2: 5,75 kg; Semarang: 2,5 kg Deli Serdang: 8,9 kg
<b>Tepat harga (Rp/kg)</b>	1.000 / 1.600	Sumbar: 1.200-1.300 Jatim: 1.000 Sultra: 1.000-1.440	1.160 (2004) 1.225 (2005) 1.253 (2006)	Rata2: 2.122; Deli Serdang: 1.586 Barito Kuala: 2.863
<b>Tepat waktu</b>	Setiap bulan	Sumbar: setiap bulan Jatim: setiap bulan Sultra: setiap 1-4 bulan	5 x setahun	1-4 bulan sekali



# TUJUAN MEKANISME BARU RASKIN

- Meningkatkan ketepatan sasaran penyaluran Raskin
- Meningkatkan pemahaman penerima mengenai haknya mendapatkan Raskin sesuai dengan jumlah yang telah ditetapkan
- Mengujicoba mekanisme baru penyaluran Raskin untuk perbaikan masa depan



# MEKANISME BARU RASKIN

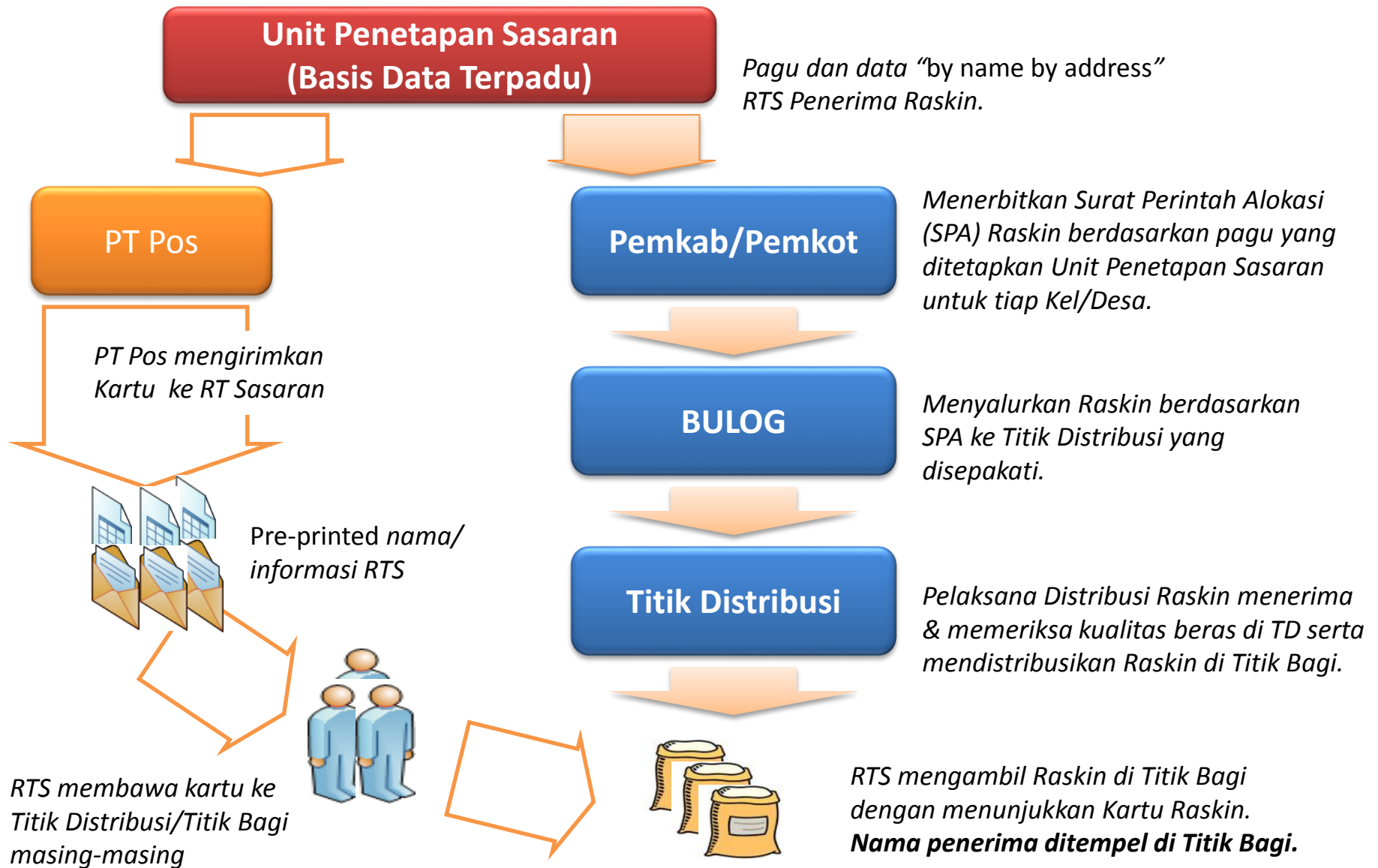
**Mekanisme penyaluran Raskin mulai Juni 2012 dijalankan seperti halnya metode yang saat ini sedang berjalan:**

- Penyaluran beras dilaksanakan oleh BULOG s/d titik distribusi
- Mekanisme lain sebagaimana yang saat ini berjalan
- Menggunakan pagu nasional 2012 yang telah ditetapkan

**Dengan perbaikan sbb.:**

- Alokasi RT di setiap provinsi, kabupaten/kota, dan kecamatan penerima Raskin menggunakan Basis Data Terpadu hasil PPLS 2011
- Jumlah, nama dan alamat RT penerima di setiap desa diambil dari Basis Data Terpadu
- Pengumuman daftar RT penerima Raskin di setiap titik bagi (desa/kelurahan)
- Pengiriman Kartu Raskin bagi sekitar 1,3 juta RT terpilih – untuk melihat dampak pelaksanaan mekanisme baru

# USULAN MEKANISME BARU: KARTU & NAMA DI TITIK BAGI



# PENETAPAN ALOKASI, NAMA & ALAMAT

## Mekanisme yang berjalan:

- Menko Kesra menetapkan alokasi Provinsi, Gubernur menetapkan alokasi Kab/Kota
- Bupati/Walikota menetapkan nama & alamat penerima
- Data nama & alamat didapatkan dari BPS Kab/Kota (berdasarkan PPLS 2008)

## Mekanisme yang akan dijalankan:

- Menko Kesra menetapkan dan mengirimkan alokasi Provinsi dan Kab/Kota kepada Gubernur. Menko Kesra mengirimkan data nama & alamat RT penerima Raskin kepada Bupati/Walikota (seluruh data disiapkan Sekretariat TNP2K)
- Nota Kesepakatan penggunaan nama & alamat dari Basis Data Terpadu ditandatangani oleh Sekretariat TNP2K dan Kemenko Kesra

# FAKTOR PERUBAHAN PAGU RASKIN 2012

Pagu Raskin sampai dengan saat ini dialokasikan berdasarkan Data PPLS 2008. Padahal, telah terjadi sejumlah perubahan signifikan di perekonomian antara tahun 2008 dan saat ini.

- **Variasi perubahan tingkat kemiskinan antara 2008 dan 2011** (misal Provinsi Maluku: tingkat kemiskinan turun sebesar 6,66% sementara rerata nasional hanya turun 2,93%)
- **Perubahan jumlah penduduk antara 2008 dan 2011** (misal karena kelahiran, kematian, dan migrasi penduduk)
- **Laju pertumbuhan ekonomi regional yang cukup tinggi antara tahun 2008 dan 2011** (misal Provinsi Banten, rerata laju pertumbuhan PDRB 2006-2010: 8,95% sementara rerata nasional hanya tumbuh 5,62%)
- **Perbaikan metodologi pengumpulan dan pengolahan data PPLS11.**

# WILAYAH PILOT KARTU RASKIN

Propinsi	Kabupaten
Jawa Timur (P. Madura)	Bangkalan, Sampang, Pamekasan, Sumenep
Sumatera Utara (P. Nias)	Nias, Nias Selatan, Nias Utara, Nias Barat, Gunung Sitoli
Bangka-Belitung	Seluruh kabupaten
Bali	Seluruh kabupaten
Nusa Tenggara Timur	Seluruh Kabupaten
Sulawesi Tenggara	Buton, Bombana, Bau-Bau, Wakatobi, Muna

Catatan: Total calon penerima Raskin di daerah pilot adalah 1.267.273 rumah tangga

# RASKIN MASA DEPAN: PRINSIP UTAMA

- Raskin adalah program penanggulangan kemiskinan & perlindungan sosial di bidang pangan, dan bukan program stabilisasi harga beras
- Efektifitas Raskin sebagai perlindungan sosial dan menanggulangi kemiskinan sangat tergantung kepada kecukupan *income transfer* & ketepatan sasaran kepada kelompok miskin
- Memastikan **kelompok miskin mendapat cukup pangan dan nutrisi karbohidrat** tanpa terkendala dana

## **Usulan perbaikan mekanisme (jangka menengah mulai 2013):**

- Raskin disalurkan secara gratis -- untuk kelompok miskin (yang hidup di bawah garis kemiskinan) yang lebih terbatas jumlahnya
- Raskin disalurkan dengan harga tebus -- untuk kelompok rentan

## **Lembaga Pengelola/Pelaksana :**

- Memisahkan lembaga pengelola komoditas pangan dan lembaga penyalur Raskin

## **Usulan Perbaikan Jangka Panjang:**

- Memberikan bantuan sosial pangan dalam bentuk tunai

# **PROGRAM NASIONAL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT (PNPM) - MANDIRI**

# LATAR BELAKANG

- PNPM dicanangkan oleh Presiden SBY pada tahun 2007 sebagai salah satu kebijakan nasional penanggulangan kemiskinan dan penciptaan lapangan kerja
- Pendekatan pemberdayaan masyarakat dimaksudkan untuk memperbaiki stabilitas sosial, membuka lapangan kerja, memperbaiki *local governance*, dan menciptakan aset untuk kelompok miskin
- Kelompok masyarakat yang terbentuk dimaksudkan untuk menghilangkan marginalisasi penduduk miskin dan menjadi model jaring pengaman sosial



# KARAKTERISTIK

## PROGRAM NASIONAL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT (PNPM)

PNPM merupakan kemitraan Pemerintah dan Kelompok Masyarakat

- Proses partisipatif dengan fasilitasi pemberdayaan penduduk miskin / marjinal
- Alokasi dana langsung kepada kelompok masyarakat berbasis manajemen lokal
- Sistem yang transparan, terbuka, dengan pembinaan dan pengawasan/audit oleh masyarakat

**MODAL SOSIAL**  
(kohesi, *trust* , gotong royong,)

**KELOMPOK SOSIAL**  
(UPK, BKM, BumDes)

**AKSES**  
(Layanan dasar, informasi, keuangan)

**MASYARAKAT  
MANDIRI,  
MAJU,  
DAN SEJAHTERA**

# PNPM MANDIRI MEMILIKI CAKUPAN NASIONAL

	2011	2012
<b>PNPM Perdesaan</b>	<b>5.020</b> kec	<b>5.100</b> kec
<b>PNPM Perkotaan</b>	<b>1.153</b> kec (10.948 kel)	<b>1.151</b> kec (10.930 kel)
<b>PNPM PISEW</b>	<b>237</b> kec	<b>237</b> kec
<b>RIS PNPM / PPIP</b>	<b>215</b> kec (1.500 desa)	<b>215</b> kec (1.237 desa)
<b>PNPM P2DTK</b>	-- 75 kab/kota	-- 80 kab/kota
<b>CAKUPAN PNPM</b>	<b>6.625</b> kec	<b>6.703</b> kec

Catatan:

1. Data bersumber dari unit MONEV Pokja Pengendali, Des 2011
2. P2DTK tidak eskplisit sasaran kec, tergantung hasil perencanaan/prioritas masyarakat
3. Jumlah kecamatan = **6.636 kecamatan** (sumber Ditjen KUM, Kemendagri, Mei 2010).

## PERKEMBANGAN ANGGARAN PNPM 2007 – 2010 (MILIAR)

Program	2007	2008	2009	2010
<b>PNPM Perdesaan</b>	1.841	4.284,1	6.987,1	9.629
<b>PNPM Perkotaan</b>	1.994	1.414,8	1.737,0	1.509,5
<b>PPIP</b>	-	550.0	450	736.4
<b>RIS-PNPM</b>	-	-	500	489.5
<b>PISEW</b>	-	52.5	485.3	499.5
<b>P2DTK</b>	-	387.0	195,9	57.0
<b>TOTAL</b>	<b>3.835</b>	<b>6.688,4</b>	<b>10.355,3</b>	<b>13.048.2</b>

Sumber : BAPPENAS, 2010

Keterangan:

\* Alokasi per kecamatan termasuk BLM dan TA, hanya dari APBN.

\*\* Belum termasuk *Green KDP*. Alokasi/kecamatan berdasar jumlah kecamatan 2009.

# PEMBANGUNAN SARANA/PRASARANA

Yang telah dibangun selama 2007-2010

Prasarana/Sarana	PNPM Mandiri Perdesaan	PNPM Mandiri Perkotaan
Jalan	65.500 km	64.445 km
Jembatan	9.000 unit	438 km
Saluran irigasi	11.000 unit	
Sistem Air Bersih	28.300 unit	1.210 km 100.653 unit
Drainase		17.506 km
MCK	17.500 unit	91.464 unit
Perbaikan/Pembangunan Sekolah	6.950 unit	
Beasiswa	120.000 siswa	
Puskemas/Pustu	5.700 unit	
Rumah Layak Huni		190.163 unit
Pembuangan Sampah		96.548 unit

Prasarana/Sarana lainnya meliputi :

- saluran limbah,
- saluran irigasi
- penerangan jalan
- tambatan perahu
- sarana pendidikan kesehatan, perdagangan

## PROLIFERASI dan FRAGMENTASI menimbulkan *MISSED OPPORTUNITY*

- Proliferasi program memunculkan fragmentasi dalam pemberdayaan masyarakat
- Koordinasi yang lemah di antara *Inti* dan *Penguatan* memunculkan variasi dalam kualitas implementasi
- Timbul *missed opportunities* (skala ekonomi kegiatan dan dampak kemiskinan),
- Kebingungan antar masyarakat dan pendamping dalam pendekatan pemberdayaan dan tujuan program
- PNPM memiliki dampak terbatas kepada tata kelola pemerintahan daerah dan institusi lokal di desa, kecamatan, atau kabupaten

# VARIASI PELAKSANAAN PNPM

*Hasil evaluasi Sekretariat TNP2K terhadap 11 PNPM yang sedang berjalan menunjukkan variasi dalam implementasi berbagai elemen kegiatan pemberdayaan masyarakat*

**L  
E  
M  
A  
H**

1. FASILITASI / PENDAMPINGAN
2. PARTISIPASI KOMUNITAS
3. PENGORGANISASIAN KELOMPOK
4. TRANSPARANSI
5. SISTEM PENGAWASAN
6. PERSPEKTIF JENDER

**K  
U  
A  
T**



Thank you