



**INSTRUMEN EVALUASI
PELAKSANAAN PEMBERDAYAAN PSM**

Yth. Bapak/Ibu Responden,

Kami dari Bagian Program dan Pelaporan Sekretariat Ditjen Pemberdayaan Sosial Kementerian Sosial RI, sedang melakukan kegiatan evaluasi terhadap pelaksanaan pengembangan Pekerja Sosial Masyarakat (PSM). Hasil evaluasi akan menjadi acuan bagi kami untuk melakukan perbaikan dan perencanaan pada tahun anggaran 2020 dan RPJMN 2020-2024. Oleh karena itu, mohon untuk mengisi kuesioner ini dengan lengkap dan jelas sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kami mengucapkan terima kasih atas partisipasi Bapak/Ibu dalam pengambilan data ini.

Salam,

Bagian Program dan Pelaporan
Direktorat Jenderal Pemberdayaan Sosial

2019

Provinsi :

Kab/Kota:

I. Identitas Umum

1	Nama Dinas Sosial	
	Alamat Email	
	No. Telp dan Fax	
2	Nama Responden	
	Jabatan	
	Nomor Hp/WA	

II. Data dan Pengembangan PSM

1	Apakah Dinas/Instansi Sosial mempunyai data jumlah dan sebaran PSM di wilayah Kab/Kota? a. Ya. (Petugas kami akan menghimpun/melakukan konfirmasi dengan data dari Dit. PSPKKM) b. Tidak, karena
---	--

2 Pada lembaga apa saja atau di bidang apa saja PSM di wilayah Anda berkiprah?
Berilah tanda silang (x) pada jawaban yang sesuai, atau diisi pada bagian yang disediakan.

<input type="checkbox"/> Pusat Kesejahteraan Sosial (Puskesmas)	<input type="checkbox"/> Forum Peduli Pendidikan
<input type="checkbox"/> WKSBM	<input type="checkbox"/> Forum Kesehatan Desa/Kelurahan
<input type="checkbox"/> Karang Taruna	<input type="checkbox"/> Aparat Desa/Kelurahan
<input type="checkbox"/> Lembg. Pemberdayaan Masyarakat Desa/Kel	<input type="checkbox"/> Lembaga Konsultasi Kesejahteraan Keluarga
<input type="checkbox"/> Gabungan Kelompok Tani	<input type="checkbox"/> Lainnya, yaitu
<input type="checkbox"/> Pos Pelayanan Terpadu
<input type="checkbox"/> Tim Penggerak PKK
<input type="checkbox"/> Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu
<input type="checkbox"/> Lembaga Kesejahteraan Sosial

3 Apakah Dinas/Instansi Sosial Kabupaten/Kota memberikan penugasan khusus kepada PSM ?

a. Tidak, karena

b. Ya, yaitu

No	Jenis>Nama Penugasan	Tugas Utama Penugasan

4 Apakah PSM terlibat dalam layanan SLRT dan/atau puskesmas?

a. Tidak

b. Ya, yaitu sebagai

Jenis	Jumlah (orang)
Fasilitator	
Petugas Puskesmas	
Front Office SLRT	
Supervisor	
Lainnya yaitu	

5	<p>Apakah Dinas/Instansi Sosial Kab/Kota melakukan pemantauan, supervisi, dan evaluasi terhadap pengembangan PSM?</p> <p>a. Ya, dengan hasil</p> <p>b. Tidak, karena</p>
6	<p>Apakah terdapat PSM yang tidak aktif ?</p> <p>a. Tidak</p> <p>b. Ya, yaitu sebanyak orang dariorang PSM.</p>
7	<p>Menurut Anda, apa yang menyebabkan PSM tersebut tidak aktif?</p>
8	<p>Langkah apa yang dilakukan Dinas/Instansi Sosial Kab/Kota atas adanya PSM yang tidak aktif?</p>
9	<p>Apakah Dinas/Instansi Sosial Kab/Kota mengirimkan peserta dalam seleksi PSM Teladan tingkat Provinsi tahun 2018?</p> <p>a. Ya, yaitu Bapak/Ibu</p> <p>b. Tidak, karena</p>

10	<p>Apakah Dinas/Instansi Sosial Kab/Kota menyelenggarakan seleksi PSM Teladan tingkat Kabupaten/Kota tahun 2018?</p> <p>a. Ya.</p> <p>b. Tidak, karena</p>												
11	<p>Apakah terdapat dukungan Pemerintah Kabupaten/Kota pada pengembangan PSM?</p> <p>a. Tidak</p> <p>b. Ya, sebagai berikut:</p> <table border="1" data-bbox="277 659 1377 1402"> <thead> <tr> <th data-bbox="277 659 342 730">No</th> <th data-bbox="342 659 591 730">Bentuk dukungan Pemerintah Daerah</th> <th data-bbox="591 659 1377 730">Keterangan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="277 730 342 930">1</td> <td data-bbox="342 730 591 930">Dana APBD</td> <td data-bbox="591 730 1377 930"> Nilai: Peruntukan: </td> </tr> <tr> <td data-bbox="277 930 342 1129">2</td> <td data-bbox="342 930 591 1129">Regulasi Daerah</td> <td data-bbox="591 930 1377 1129">Peraturan Daerah/Kepala Daerah</td> </tr> <tr> <td data-bbox="277 1129 342 1402">3</td> <td data-bbox="342 1129 591 1402">Bentuk dukungan lainnya</td> <td data-bbox="591 1129 1377 1402"></td> </tr> </tbody> </table>	No	Bentuk dukungan Pemerintah Daerah	Keterangan	1	Dana APBD	Nilai: Peruntukan:	2	Regulasi Daerah	Peraturan Daerah/Kepala Daerah	3	Bentuk dukungan lainnya	
No	Bentuk dukungan Pemerintah Daerah	Keterangan											
1	Dana APBD	Nilai: Peruntukan:											
2	Regulasi Daerah	Peraturan Daerah/Kepala Daerah											
3	Bentuk dukungan lainnya												

Terima kasih.

....., 2019

Responden

Petugas Pusat

(.....)

(.....)