



KPK
Komisi Pemberantasan Korupsi

DIREKTORAT
MONITORING

2023

Laporan Kajian: Identifikasi Potensi Korupsi pada Program Penanganan Stunting

Dokumen ini disusun untuk memberikan rekomendasi kepada pengambil kebijakan di Pemerintah Pusat dan Stakeholder Terkait tentang Program Pencegahan Stunting dalam Men-
capai angka stunting 14% pada tahun 2024.

**KAJIAN IDENTIFIKASI POTENSI
KORUPSI PADA PROGRAM PENANGANAN
STUNTING (TENGGES)**

**LAPORAN KAJIAN
IDENTIFIKASI POTENSI KORUPSI PADA PROGRAM
PENANGANAN STUNTING (TENGGES)**

Diterbitkan oleh:

Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK)

Penyusun:

Syahdu Winda

Adryan Kusumawardhana

Erlangga Dwi Saputro

Ibrahim Kholil

Ruth Silvia

Budi Rustandi

Hendra Teja

Dwi Indriastuti

Raisa Annisa

Aldila Surya Hutami

Pendukung:

Agung Sanyono

Penyelia:

Kunto Ariawan

Penanggung jawab:

Agung Yudha Wibowo

PERNYATAAN

Kajian Identifikasi Korupsi pada Program Penanganan Stunting (Tengkes)

Laporan Hasil Kajian ini merupakan produk Direktorat Monitoring Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK). Sifat distribusi dan pemanfaatan laporan terbatas pada internal KPK dan instansi terkait. Dilarang menggandakan dan/atau mengedarkan laporan ini tanpa izin dari KPK.

| | |
|----------|---------------------|
| | |
| Kasatgas | Direktur Monitoring |

| | |
|---------|---|
| Salinan | / |
|---------|---|

Daftar Istilah dan Singkatan

| Singkatan | Kepanjangan atau makna sebenarnya |
|-----------|--|
| ANC | Ante-Natal Care |
| APBD | Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah |
| Balita | Bayi Bawah Lima Tahun |
| BPNT | Bantuan Pangan Non Tunai |
| Bumil | Ibu Hamil |
| DAK | Dana Alokasi Khusus |
| e-PPGBM | elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat |
| IKP | Indeks Ketahanan Pangan |
| JKN | Jaminan Kesehatan Nasional |
| K/L | Kementerian atau Lembaga |
| KEK | Kekurangan Energi Kronis |
| KKS | Kartu Keluarga Sejahtera |
| LILA | Lingkar Lengan Atas |
| MP-ASI | Makanan Pendamping Air Susu Ibu |
| OPD | Organisasi Perangkat Daerah |
| P3KE | Program Percepatan Penanganan Kemiskinan Ekstrim |
| Persagi | Persatuan Ahli Gizi Indonesia |
| PK22 | Pendataan Keluarga Tahun 2022 |
| PMT | Program Makanan Tambahan |
| PUS | Pasangan Usia Subur |
| RAN | Rencana Aksi Nasional |
| Rematri | Remaja Putri |
| RPJMN | Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional |

| Singkatan | Kepanjangan atau makna sebenarnya |
|------------------|--|
|------------------|--|

| | |
|------|--------------|
| Ruta | Rumah Tangga |
|------|--------------|

| | |
|------|---|
| SDGs | Sustainable Development Goals atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan |
|------|---|

| | |
|----|-----------------|
| SR | Sambungan Rumah |
|----|-----------------|

| | |
|------|------------------------------|
| SSGI | Survei Status Gizi Indonesia |
|------|------------------------------|

| | |
|------|------------------------------------|
| TPPS | Tim Percepatan Penanganan Stunting |
|------|------------------------------------|

| | |
|-----|---------------------|
| TTD | Tablet Tambah Darah |
|-----|---------------------|

| | |
|--------|---------------------------|
| USG-2D | Ultrasonography 2 Dimensi |
|--------|---------------------------|

Ringkasan Eksekutif

Dalam rangka pelaksanaan tugas yang diamanatkan pada Pasal 6 Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2002 tentang Komisi Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi, KPK melakukan kajian terhadap Program Penanganan Stunting. Tujuan kajian ini dilaksanakan untuk memberikan saran perbaikan pelaksanaan program stunting agar terhindar dari risiko korupsi.

Berdasarkan *Global Nutrition Report 2016*, prevalensi *stunting* di Indonesia berada pada peringkat 108 dari 132 negara. Di kawasan Asia Tenggara, prevalensi *stunting* di Indonesia merupakan tertinggi kedua, setelah Kamboja. Sementara, berdasarkan data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI, 2022), 21,6% balita di Indonesia berstatus stunting. Hal ini berarti, terdapat sekitar satu dari lima anak balita di Indonesia mengalami stunting. Berdasarkan kondisi tersebut, Pemerintah Indonesia memasukkan program penanganan stunting dalam RPJMN 2020-2024 dengan menetapkan target capaian prevalensi sebesar 14% hingga tahun 2024. Pelaksana program ini melibatkan sekitar 16 K/L dengan anggaran mencapai lebih dari Rp30 Triliun setiap tahun.

Kajian KPK mengambil ruang lingkup kajian meliputi program intervensi spesifik, intervensi sensitif dan pendataan stunting yang dilaksanakan K/L terkait, diantaranya adalah Kementerian Kesehatan, BKKBN, Kementerian Sosial, Kementerian PUPR, Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Koordinator Bidang PMK.

Dari hasil analisis kajian diperoleh beberapa permasalahan yang perlu mendapat perhatian dari K/L yang bertanggung jawab, serta Tim Percepatan Penanganan Stunting (TPPS) Pusat. Adapun temuan hasil kajian disajikan sebagai berikut:

1. Intervensi Spesifik: Risiko salah alokasi Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Lokal

Berdasarkan hasil analisis terhadap data alokasi PMT lokal pada 389 Kabupaten/Kota Tahun 2023 dan data balita dan bumil sasaran per Kabupaten/Kota diperoleh fakta sebagai berikut:

- a. 78 Kab/Kota (20%) kelebihan alokasi PMT Balita sebesar Rp55Miliar¹
- b. 315 Kab/Kota (81%) kelebihan alokasi PMT Bumil sebesar Rp226,7 Miliar²

Selain itu terdapat 92 Kab/Kota (24%) mengalokasikan PMT pada masing-masing puskesmas tidak sesuai jumlah sasaran balita dan bumil. Alokasi PMT per puskesmas dibagi hanya berdasarkan persentase Total PMT Kab/Kota dari Total BOK Puskesmas Kab/Kota.

Kondisi di atas terjadi disebabkan karena:

- a. Terdapat dua jenis pengukuran prevalensi stunting yang berbeda signifikan hasilnya, yaitu Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) dan elektronik Pencatatan dan Pelaporan

¹ Kecuali Prov. Papua karena isian e-PPGBM Kab/Kota tidak lengkap

² Sasaran: Balita Stunting, Balita Gizi Buruk, Balita Gizi Kurang, Bumil Kekurangan Energi Kronis (KEK)

Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM). Angka prevalensi stunting tahun 2022 menurut SSGI (21,6%) dan e-PPGBM (7,7%)

- b. Alokasi anggaran Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik PMT 2023 berdasarkan SSGI sedangkan intervensi di level Puskesmas menggunakan data e-PPGBM yang dilengkapi dengan nama dan alamat sasaran.

Hal ini tentu saja berpotensi mengakibatkan terjadinya salah alokasi/tidak tepat sasaran penerima PMT sehingga penanganan balita stunting tidak dapat dicapai.

Rekomendasi:

Kementerian Kesehatan:

- a. Mengalokasikan anggaran intervensi spesifik (PMT, TTD, Suplemen, Vitamin) menggunakan acuan data prevalensi yang riil, terkini, lengkap *by name by address* (bnba) dan padan NIK untuk menghindari salah sasaran.
- b. Melakukan perbaikan data balita dan bumil pada aplikasi *surveillance* gizi (e-PPGBM) melalui pemadanan NIK Dukcapil sehingga pelaksanaan survei prevalensi untuk level nasional guna menilai prevalensi stunting tidak perlu setiap tahun dilakukan, dalam rangka efisiensi anggaran.
- c. Mengarahkan Dinas Kesehatan mengalokasikan pembagian anggaran PMT lokal per puskesmas berdasarkan sasaran balita dan bumil.

2. Intervensi Spesifik: Data rujukan intervensi sensitif belum terintegrasi

Berdasarkan hasil pemadanan data penerima bantuan yang ditandai untuk intervensi sensitif, diperoleh fakta sebagai berikut:

- a. Alokasi sasaran Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) 2022 untuk 5,7 Juta KPM berisiko stunting baru terealisasi 883 Ribu (6,5%). Di samping itu, berdasarkan SSGI 2022, realisasi akses BPNT pada keluarga dengan balita stunting baru mencapai 17%.
- b. Alokasi sasaran Program Keluarga Harapan (PKH) 2022 untuk 3,2 Juta KPM berisiko stunting baru terealisasi 1,9 Juta (14%)
- c. Status kepemilikan SAM dan jamban layak pada data P3KE:
 - Sanitasi dan Air Minum (SAM) layak pada keluarga berisiko stunting adalah 64%
 - Jamban layak pada keluarga berisiko stunting adalah 72%

Rendahnya pencapaian realisasi penerima bantuan yang diintervensi disebabkan karena belum semua K/L terkait yang bertanggung jawab menggunakan data keluarga berisiko stunting sebagai dasar pemberian bantuan. Pada Tahun 2022, hanya terdapat 4 dari 10 K/L yaitu Kementerian PUPR, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pertanian dan BKKBN yang sudah mengakses data PK-BKKBN sebagai rujukan pemberian bantuan yang ditagging stunting.

Hal ini mengakibatkan pemberian intervensi sensitif berpotensi tidak tepat sasaran. Hal ini diindikasikan dengan rendahnya realisasi pencapaian intervensi sensitif untuk akses pangan dan akses pelayanan kesehatan.

Rekomendasi:

BKKBN:

- a. Menyusun kebijakan dan rencana aksi pemberian intervensi sensitif oleh Kementerian/Lembaga dan Pemda dan mengacu kepada data keluarga berisiko stunting, khususnya pada akses pangan bergizi, akses pelayanan kesehatan dan akses air minum dan sanitasi.
- b. Mendorong K/L terkait (Kemensos, Kemendes, KemenPUPR, Kementan, Badan Pangan Nasional) melakukan pepadanan database pemberian bantuan dengan data PK dan P2KE. Hal ini diharapkan agar pemberian intervensi sensitif lebih tepat sasaran.

3. Pengadaan

a. Kelemahan proses pengadaan konsolidasi

- Terjadi *barrier to entry* ke e-katalog konsolidasi. Hanya 73 penyedia antropometri kit yang dapat tayang (22% dari penyedia yang ada di e-katalog) pada tahap 1
- Terjadi keterlambatan konsolidasi. Proses tayang batch 1 baru dilakukan pada 12 April 2023 (USG 2D) dan 17 April 2023 (antropometri) dan Surat Edaran Bersama sebagai instruksi kepada Pemda untuk belanja konsolidasi baru dilaksanakan pada Juni 2023, sehingga:
 - 38 Kab/Kota belanja Antropometri (14.659 unit) di luar konsolidasi (per-Agustus 2023).
 - 16 Kab/Kota belanja USG (122 unit) di luar konsolidasi (Per Mei 2023).

Hal di atas terjadi disebabkan karena:

1. *Timeline* proses konsolidasi relative pendek (jarak antara *market-sounding* dengan uji teknis antropometri hanya 7 Hari Kalender) sehingga muncul keluhan penyedia karena tidak mempunyai kesempatan waktu yang cukup untuk menyiapkan produk sesuai spesifikasi.
2. Terjadi perubahan spesifikasi antropometri standar kemkes sebanyak 4 kali pada tahun 2022 (Januari, Mei, Agustus dan November) yang tidak material tetapi bersifat mengunci produk yang memenuhi kriteria (misal, kelengkungan mangkok, dimensi panjang lebar tinggi, dimensi tray, berat).
3. Pengujian spesifikasi alat tidak berdasarkan kriteria atau indikator tertentu sehingga bersifat subjektif (*user driven*).

Hal ini berpotensi mengakibatkan terjadinya kemahalan belanja alkes stunting (antropometri sebesar Rp1,2 Juta/unit dan dan USG-2D sebesar Rp5 Juta/unit). Selanjutnya juga berpotensi mengakibatkan terjadinya persaingan usaha tidak sehat dengan adanya *barrier to entry*.

b. Pelaksanaan pengadaan alkes stunting tidak sesuai kebutuhan

Berdasarkan hasil analisis perbandingan data ketersediaan antropometri dan USG-2D pada sampling 52 Kab/Kota dan 1049 Puskesmas dengan alokasi anggaran DAK Fisik dan Banper 2023 diperoleh:

3 Terdapat 118 produk antropometri dari 32 penyedia dengan rentang harga Rp7-11 Juta dan ber-TKDN (https://e-katalog.lkpp.go.id/productsearchcontroller/listproduk?authenticityToken=120baa072e9bb90513307ead7c683a499b9de018&cat=&commodityId=686&q=antropometri+kit&jenis_produk=&pid=&mid=&tkdn_produk=1&sn=-99&btu_id=>=7%2C000%2C000.0<=per+28+September+2023)

- 61,3% Kab/Kota sampling kelebihan alokasi antropometri (Perbandingan antara data kekurangan alat dengan alokasi DAK Fisik dan Banper Tahun 2023).
- 32,1% Kab/Kota sampling kelebihan alokasi USG (Perbandingan antara data kekurangan alat dengan alokasi DAK Fisik dan Banper Tahun 2023).

Hal ini terjadi disebabkan karena pengadaan tidak dilengkapi/didukung data/kajian yang cukup, yaitu:

1. Data pada Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK) Puskesmas tidak valid dan tidak mutakhir.
2. Tidak tersedia data SDM Pengukur (kader) yang sudah dilatih untuk menggunakan alat antropometri.

Berdasarkan Persagi (2023), terdapat 5 (lima) standar yang harus dipenuhi untuk pengukuran, yaitu alat, SOP dan SDM, implementasi pengukuran, dan validasi data. SDM/tenaga pengukur terstandar merupakan faktor utama dalam menentukan ketepatan/validitas ukuran penimbangan.

Kondisi di atas mengakibatkan alkes tidak termanfaatkan di level Puskesmas dan Posyandu

c. **Risiko *vendor driven* dalam belanja alkes tersentralisasi**

Proporsi alokasi anggaran Antropometri dan USG-2D Tahun 2023 di Kemkes untuk kebutuhan daerah mencapai lebih dari 48%:

1. Antropometri tahun 2023 terdiri atas Rp1,34 T (52%) DAK Fisik dan **Rp1,25 T (48%) Banper**
2. USG-2D 2023 terdiri atas Rp268M (43%) DAK Fisik dan **Rp363 M (57%) Banper**

Pengadaan alkes stunting yang cenderung terpusat di Ditjen Kesmas Kemenkes ini disebabkan adanya keterlambatan penganggaran alkes stunting melalui DAK Fisik sehingga dipenuhi melalui mekanisme Bantuan Pemerintah (Banper). Hal ini berpotensi mengakibatkan lebih mudah terjadinya pengarahannya (*vendor driven*) dalam proses *e-purchasing*-nya.

Rekomendasi:

Kementerian Kesehatan:

1. Perbaiki etalase konsolidasi alkes, melalui:
 - b. Proses penayangan dilakukan sebelum pencairan anggaran DAK dan Banper sehingga dapat lebih optimal untuk proses efisiensi anggaran.
 - c. *Timeline* pelaksanaan memberikan kesempatan yang adil kepada penyedia untuk meminimalisasi *barrier to entry* yang berisiko korupsi.
2. Alokasi anggaran alkes untuk kebutuhan daerah dialokasikan dengan mekanisme DAK Fisik untuk kemudahan pelaksanaan, pendistribusian dan pencatatan aset.
3. Pelaksanaan pengadaan alkes disertai dasar kajian/analisis kebutuhan yang jelas.

4. Hal-hal lain yang perlu menjadi perhatian: Anggaran dan Kelembagaan

a. Kelemahan tagging anggaran stunting

- APBD 2023 yang ditagging stunting dengan output sasaran langsung (KK/SR, RT, Orang) hanya 22% (Rp9,2 T/Rp45 T). Sementara untuk kegiatan yang dilakukan

penandaan stunting, hanya 29% (43 dari total 147 kode kegiatan) yang output satuan sasarannya bersifat langsung (KK/SR, RT, dan orang).

- Program penunjang berupa fasilitasi, koordinasi, sinkronisasi mengambil proporsi cukup besar menyamai program yang berdampak langsung yaitu 26,7% dari total anggaran stunting (9,5T/44T).

Hal di atas terjadi karena tidak ada mekanisme kontrol dan evaluasi terkait ketepatan penandaan anggaran dan program stunting dengan Stranas Percepatan Penanganan Stunting oleh Kemdagri untuk APBD. Kondisi ini tentu mengakibatkan program dan anggaran yang telah ditagging tidak tepat dan tidak mendukung pencapaian target penanganan stunting.

b. Kelemahan Kelembagaan Tim Percepatan Penanganan Stunting (TPPS)

Berdasarkan Perpres 71 Tahun 2021 diatur bahwa:

- BKKBN menjadi Ketua Pelaksana TPPS Pusat
- Merujuk Perpres 71 Tahun 2021, Dinas Pengendalian Penduduk dan KB menjadi Koordinator Pelaksana TPPS Daerah

Hal ini telah mengakibatkan adanya kelemahan dan kesulitan dalam pelaksanaan tugas TPPS dikarenakan:

- a. BKKBN di Pusat dan Dinas Pengendalian Penduduk dan KB (Dalduk dan KB) di daerah tidak mempunyai tugas mengkoordinasikan K/L atau OPD terkait dalam tupoksi yang diembannya.
- b. Berdasarkan Perka BKKBN No. 163 Tahun 2016, Dinas Dalduk dan KB terdiri atas 3 Tipe (A, B, C) sesuai beban kerja sehingga kapasitas Dinas Dalduk dan KB di daerah berbeda-beda.
- c. Nomenklatur dinas yang membawahi urusan Dalduk dan KB berbeda-beda sehingga urusan Dalduk dan KB berada pada level beragam (setingkat Kabid sd Kadis)

Rekomendasi:

1. Kementerian PPN/Bappenas dan Kementerian Keuangan memantau penandaan program kegiatan stunting pada K/L terkait untuk mengarah pada output sasaran yang bersifat langsung kepada penerima manfaat dan sesuai dengan stranas percepatan penurunan stunting.
2. Kementerian Dalam Negeri mengarahkan penandaan program dan kegiatan pada APBD yang berdampak langsung kepada penerima manfaat stunting.
3. Pengarah TPPS Pusat melakukan reviu kelembagaan TPPS baik di Pusat dan di daerah dimana ketua pelaksana diberikan kepada K/L atau OPD yang mempunyai fungsi mengkoordinasikan K/L atau OPD (misal: Bappeda pada level daerah).

Executive Summary

In order to carry out the tasks mandated in Article 6 of Law Number 19 of 2019 concerning the Second Amendment to Law Number 30 of 2002 concerning the Corruption Eradication Commission (Komisi Pemberantasan Korupsi, or KPK), the KPK conducted a study of the Stunting Prevention Program. This study sought to provide recommendations for enhancing the implementation of the stunting program to reduce the potential risk of corruption.

According to the 2016 Global Nutrition Report, Indonesia ranks 108th out of 132 countries for its prevalence of stunting, after Cambodia. Further, Indonesia has the second greatest prevalence of inadequate nutrition in Southeast Asia. In 2022, according to data from the Indonesian Nutrition Status Survey (Studi Status Gizi Indonesia, or SSGI), 21.6% of children under five stunted in Indonesia. This condition affects approximately one of five infants under five in Indonesia. In light of this, the Indonesian Government incorporated a stunting management program into the 2020-2024 National Medium Term Development Plan (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional, or RPJMN) by establishing a 2024 prevalence target of 14%. Related to that, approximately sixteen ministries and non-ministerial institutions with an annual budget of over IDR 30 trillion are involved in the program's implementation.

The scope of the KPK study encompasses specific interventions, sensitive interventions, and the collection and record-keeping of stunting data conducted by various affiliated ministries and institutions, such as the Ministry of Health, BKKBN, Ministry of Social Affairs, Ministry of PUPR, Ministry of Home Affairs, and Coordinating Ministry for PMK.

Based on the findings of the study, this investigation has identified issues that need the attention of the relevant Ministries and Institutions. Furthermore, it is imperative that the Central Stunting Handling Acceleration Team (TPPS) diligently pursues the implementation of the results and suggestions derived from this research. The provided information is outlined as follows:

1. Specific Intervention: Risk of misallocation of Supplementary Food for Maternal and Child Malnutrition (Program Makanan Tambahan, or PMT).

Based on the results of the analysis of local PMT allocation data in 389 regions and cities in 2023 and data on targeted toddlers and pregnant women per region and city, the following facts were obtained:

- a. 78 districts and cities (20%) have an excess allocation for PMT for toddlers of IDR 55 billion.
- b. 315 regencies and cities (81%) have an excess allocation for PMT for pregnant women amounting to IDR 226.7 billion.

Apart from that, there are 92 regencies and cities (accounted for 24%) that allocate PMT to each community health center, which does not match the target number of toddlers and pregnant women. The PMT allocation per community health center is divided only based on the percentage of the total district or city PMT from the total district or city health center BOK.

The above conditions occur due to:

- a. There are two types of stunting prevalence measurements that have significantly different results: the Indonesian Nutrition Status Survey (SSGI) and electronic Community-Based Nutrition Recording and Reporting (e-PPGBM). Stunting prevalence figures in 2022, according to SSGI (21.6%) and e-PPGBM (7.7%).
- b. The 2023 PMT Non-Physical Special Allocation Fund (DAK) budget allocation is based on SSGI, while interventions at the Community Health Center level use e-PPGBM data, which is equipped with the names and addresses of targets.

This problem has the potential to result in the misallocation or incorrect targeting of PMT recipients, preventing the treatment of stunted children.

Recommendation(s):

Ministry of Health:

- a. Allocate specific intervention budgets (PMT, TTD, supplements, vitamins) using real, current, complete prevalence data by name by address (bNnA) as well as appropriate NIK to avoid the wrong targets.
- b. Improving data on toddlers and pregnant women in the nutritional surveillance application (e-PPGBM) by matching NIK data obtained from Dukcapil. This aims to ensure that stunting prevalence surveys conducted at the national level do not need to be carried out every year, in the context of budget efficiency.
- c. The Health Service in each city and district allocates a share of the local PMT budget per community health center based on targets for toddlers and pregnant women.

2. Specific Interventions: Sensitive intervention referral data has not been integrated

Based on the results of matching data on aid recipients marked for sensitive intervention, the following facts were obtained:

- a. The 2022 Non-Cash Food Assistance (BPNT) target allocation for 5.7 million KPM at risk of stunting has only been realized at 883 thousand (approximately 6.5%). In addition, based on the 2022 SSGI, the realization of BPNT access for families with stunted toddlers has only reached 17%.
- b. The 2022 Family Hope Program (PKH) target allocation for 3.2 million KPM at risk of stunting has only been realized at 1.9 million (14%).
- c. Sanitation and Drinking Water (Sanitasi dan Air Minum, or SAM) ownership status and proper toilets in P3KE data:
 - Adequate SAM in families at risk of stunting is 64%.
 - Decent toilets in families at risk of stunting are 72%

The low realization of aid recipients who have been intervened is because not all relevant ministries or institutions use data on "families at risk of stunting" as a basis for providing aid. In 2022, there will only be 4 out of 10 ministries and institutions, such as the Ministry of PUPR, Ministry of Health, Ministry of Agriculture, and BKKBN, that have accessed "PK-BKKBN" data as reference data for providing assistance tagged using the keyword "stunting".

This results in the provision of sensitive interventions potentially being inappropriately targeted. The inaccuracy of targets can be seen in the low realization of the achievement of sensitive interventions for food access and access to health services.

Recommendations(s):

BKKBN:

- a. Encourage the preparation of policies and action plans to provide sensitive interventions by ministries, institutions, and regional governments that refer to data on families at risk of stunting, especially on access to nutritious food, access to health services, and access to safe drinking water and sanitation.
- b. Encourage relevant ministries or institutions (Ministry of Social Affairs, Ministry of Villages, Ministry of PUPR, Ministry of Agriculture, and National Food Agency) to match the aid distribution database with PK and P2KE data. This is expected to increase the accuracy of providing sensitive interventions to target recipients of aid.

3. National Procurement

a. Weaknesses of the consolidated procurement process

- There is a barrier to entry into the consolidated e-catalog. Only 7 anthropometry kit providers were able to go “live” (22% of providers in the e-catalog) in stage 1.
- There is a delay in consolidation. The new live batch 1 process was carried out on April 12, 2023 (2D-USG) and April 17, 2023 (anthropometrics), and the "Joint Circular Letter" as an instruction to the Regional Government for new consolidated spending was implemented in June 2023, so that:
 - 38 Districts or Cities Anthropometry expenditures (14,659 units) were carried out without using consolidation (as of August 2023).
 - 16 Districts or Cities spend on USG (122 units) without consolidation (as of May 2023).

Conditions as stated above occur due to:

1. The timeline for the consolidation process is relatively short (the gap between market-sounding and anthropometric technical testing is only 7 calendar days), so providers complain that they do not have sufficient time to prepare the product according to specifications.
2. There have been changes to the Ministry of Health's standard anthropometric specifications four times in 2022 (January, May, August, and November) that are thought to be immaterial but lock in products that meet the criteria (for example, bowl curvature, length, width, height, tray dimensions, and heavy).
3. Testing specifications for tools tends to be subjective, not based on specific criteria or indicators (user-driven).

This condition has the potential to result in high prices for medical equipment in the stunting program (anthropometrics of IDR 1.2 million/unit and USG-2D of IDR 5 million/unit). Furthermore, it also has the potential to result in unhealthy business competition due to the existence of barriers to entry.

b. Implementation of procurement of stunting medical equipment does not meet needs

Based on the results of the comparative analysis of data on the availability of anthropometry and USG-2D in a sampling of 52 districts or cities and 1049 community health centers with the 2023 Physical DAK and Banper budget allocations, the following were obtained:

- 63,3% of sampling districts and cities have excess anthropometric allocations (comparison between equipment shortage data and 2023 Physical DAK and Banper allocations).
- 32,1% of sampling districts and cities have excess USG allocations (comparison between equipment shortage data and 2023 physical DAK and Banper allocations).

This condition can occur because procurement is not equipped or supported with sufficient data or studies, with details as follows:

1. The data on Puskesmas's Medical Facilities and Equipment Application (ASPAK) is invalid and not up-to-date.
2. There is no data available on human resources for measurers (cadres) who have been trained to use anthropometric tools.

According to Persagi (2023), there are five standards that must be met for measurement, namely tools, SOPs and human resources, measurement implementation, and data validation. Standardized human resources and measuring personnel are the main factors in determining the accuracy and validity of weighing measures. The above conditions result in medical equipment not being utilized at the Puskesmas and Posyandu levels.

c. Vendor-driven risk in centralized medical equipment procurement.

The proportion of the 2023 anthropometric and USG-2D budget allocation at the Ministry of Health for regional needs reaches more than 48%:

1. Anthropometrics in 2023 consists of IDR 1.34 T (52%) physical DAK and IDR 1.25 T (48%) Banper.
2. USG-2D 2023 consists of IDR 268B (43%) physical DAK and IDR 363M (57%) Banper.

Procurement of stunting medical equipment tends to be centralized at the Directorate General of Public Health of the Ministry of Health due to delays in budgeting for stunting medical equipment through DAK Physical so that it is fulfilled through the Government Assistance (Banper) mechanism. This condition has the potential to make it easier to direct (vendor-driven) in the e-purchasing process.

Recommendations:

Ministry of Health:

1. Repair the medical equipment consolidation display case by:
 - a. The screening procedure is conducted before the DAK and Banper budgets are disbursed to maximize budget efficiency.
 - b. The implementation schedule affords providers a reasonable opportunity to minimize entry barriers that pose a risk of corruption.
2. The budget allocation for medical equipment for regional needs is allocated using the Physical DAK mechanism for ease of implementation, distribution and recording of assets.
3. Implementation of large-scale procurement of medical equipment is accompanied by a clear needs assessment basis.

4. Other Matters that need attention: Budget Allocation and Institution

a. Weaknesses of budget marking (tagging)

- The 2023 APBD has been tagged stunting with direct target output (KK/SR, RT, People) only 21% (Rp. 9.66 T/Rp. 44.69 T). Meanwhile, for activities where stunting is marked, only 30 of the total 147 activity codes have direct target unit output (KK/SR, RT, and people).
- Supporting program in APBD such as facilitation, coordination, synchronization activities spend quite a large proportion, equal to programs that have a direct impact (26,7% of total stunting budget = Rp9,5 T/Rp44 T)

The above happened because there was no control and evaluation mechanism regarding the accuracy of marking the stunting budget and program with the National Strategy for the Acceleration of Stunting Handling by Bappenas for the APBN and the Ministry of Home Affairs for the APBD. This condition certainly results in programs and budgets that have been tagged as inappropriate and not supporting the achievement of targets for handling stunting.

b. Weaknesses of Institutional of the Stunting Acceleration Handling Team (TPPS)

Based on Presidential Decree 71 of 2021, it is regulated that:

- BKKBN becomes Chief Executive of the Central TPPS
- Referring to Presidential Decree 71 of 2021, the Family Planning Service becomes the Regional TPPS Implementing Coordinator.

This has resulted in weaknesses and difficulties in carrying out TPPS duties due to:

- The BKKBN at the center and the Family Planning Services in the regions do not have the task of coordinating the relevant KL or OPD in the main tasks they carry out.

- Based on Perka BKKBN No. 163 of 2016, Dinas Dalduk and KB consists of 3 types (A, B, C) according to workload so that the capacity of Dinas Dalduk and KB in the regions varies.
- The nomenclature of the departments in charge of dalduk and KB affairs is different so that dalduk and KB affairs are at various levels (at the level of Head of Division to Head of District)

Recommendations:

1. The Ministry of National Development Planning/Bappenas and the Ministry of Finance oversee the marking of stunting activity programs in related KLS to lead to direct beneficiary output targets in accordance with the national strategy to accelerate stunting reduction.
2. The Ministry of Home Affairs directs the designation of APBD programs and activities that have a direct impact on beneficiaries with stunting.
3. The Central TPPS leader conducts institutional evaluations of the TPPS both at the Center and in regions where the KL or OPD has the responsibility of coordinating the KL or OPD (for example, Bappeda at the regional level).

Daftar Isi

| | |
|--|----|
| PERNYATAAN..... | 4 |
| Daftar Istilah dan Singkatan..... | 5 |
| Ringkasan Eksekutif | 7 |
| Executive Summary | 12 |
| Daftar Isi | 18 |
| Daftar Gambar | 20 |
| Daftar Tabel | 21 |
| BAB I. Pendahuluan..... | 22 |
| A. Latar Belakang..... | 22 |
| B. Dasar Hukum..... | 24 |
| C. Tujuan..... | 25 |
| D. Ruang Lingkup | 25 |
| E. Metode Kajian..... | 26 |
| 1. Metodologi..... | 26 |
| 2. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan | 27 |
| Bab II. Gambaran Umum | 30 |
| 1. Analisis situasi stunting di Indonesia..... | 30 |
| a. Intervensi Stunting..... | 30 |
| b. Standard Prevalensi WHO/WHA..... | 35 |
| c. Target RPJMN dan Perpres No. 72 Tahun 2021 | 37 |
| 2. Intervensi Stunting..... | 40 |
| a. Kementerian dan Lembaga Non Kementerian yang Terlibat | 40 |
| b. Anggaran Stunting..... | 42 |
| c. Program Pemberian Makanan Tambahan Berbahan Pangan Lokal (PMT Lokal) ... | 43 |
| d. Pengadaan Barang/Jasa dalam Rangka Penurunan Stunting | 46 |
| 3. Pengukuran dan Pendataan Stunting/Risiko Stunting..... | 48 |
| a. Pendataan Keluarga BKKBN | 48 |
| b. Aplikasi e-PPGBM | 50 |
| c. Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) | 59 |
| BAB III. Hasil Analisis dan Rekomendasi | 62 |
| 1. Intervensi Spesifik: Risiko salah alokasi Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Lokal. | 62 |
| 2. Intervensi Spesifik: Data rujukan intervensi sensitif belum terintegrasi..... | 66 |

| | |
|--|----|
| 3. Pengadaan..... | 68 |
| 4. Alokasi anggaran dan kelembagaan: | 73 |
| BAB IV. Penutup | 76 |
| Daftar Pustaka | 78 |
| Lampiran..... | 80 |
| Lampiran 1. Dokumentasi Kegiatan Kajian..... | 80 |
| Lampiran 2. Daftar Kab/Kota Dengan Alokasi PMT Lokal Per Puskesmas Tidak Sesuai Jumlah Sasaran (Persen alokasi PMT Puskesmas dari BOK Puskesmas sama dengan persen alokasi PMT Kab/Kota dari BOK Kab/Kota) | 83 |
| Lampiran 3. Daftar Kab/Kota Dengan Kelebihan Alokasi PMT Lokal untuk Balita..... | 86 |
| Lampiran 4. Pembelanjaan Antropometri dan USG-2D di luar Konsolidasi..... | 93 |
| Lampiran 5. Kab/Kota Kelebihan Alokasi Antro & USG-2D (DAK dan Banper)..... | 95 |

Daftar Gambar

| | |
|--|----|
| Bagan 1. Prevalensi Stunting Berdasarkan Hasil Riskesdas dan SSGI 2007-2022 | 23 |
| Bagan 2. Usulan Ruang Lingkup Kajian..... | 26 |
| Bagan 3. Metode Kualitatif Kajian..... | 26 |
| Bagan 4. Strategi Nasional Percepatan Penurunan Stunting (Infografis) | 39 |
| Bagan 5. Alur Pembagian Peran PMT Lokal | 44 |
| Bagan 6. Tampilan Antar Muka e-PPGBM..... | 51 |
| Bagan 7. Halaman Utama e-PPGBM | 52 |
| Bagan 8. Daftar Balita pada menu e-PPGBM..... | 53 |
| Bagan 9. Identitas lengkap Balita | 54 |
| Bagan 10. Grafik Pertumbuhan Balita berdasar Indeks Berat Badan/Usia | 54 |
| Bagan 11. Grafik Pertumbuhan Balita berdasar Indeks Tinggi Badan/Usia | 55 |
| Bagan 12. Grafik Pertumbuhan Balita berdasar indeks Berat Badan/Tinggi Badan | 55 |
| Bagan 13. Riwayat Tindakan..... | 56 |
| Bagan 14. Daftar Ibu hamil | 56 |
| Bagan 15. Formulir Tambah Data Ibu hamil | 57 |
| Bagan 16. Daftar Ibu nifas | 57 |
| Bagan 17. Tambah Ibu nifas..... | 58 |
| Bagan 18. Menu Laporan Daftar Balita berdasarkan Status Gizi..... | 58 |
| Bagan 19. Menu Laporan Daftar Ibu hamil | 59 |
| Bagan 20. Laporan Rekapitulasi Sasaran..... | 59 |
| Bagan 21. Perbedaan e-PPGBM, Riskesdas dan SSGI..... | 61 |
| Bagan 22. Top 10 Kab/Kota dengan Kelebihan Alokasi PMT (Balita) | 63 |
| Bagan 23 Top 10 Kab/Kota dengan Kelebihan Alokasi PMT (Bumil)..... | 63 |
| Bagan 24. Perbandingan Sebaran Kab/Kota yang mendapatkan Alokasi DAK NF 2023 PMT Balita dengan yang Tidak Mendapatkan | 64 |
| Bagan 25. Perbandingan Sebaran Kab/Kota yang mendapatkan PMT Lokal Balita Lebih dari Sasaran dengan yang Tidak Lebih dari Sasaran..... | 64 |
| Bagan 26. Perbandingan Sebaran Kab/Kota yang mendapatkan Alokasi DAK NF 2023 PMT Bumil KEK dengan yang Tidak Mendapatkan | 65 |
| Bagan 27. Perbandingan Sebaran Kab/Kota yang mendapatkan PMT lokal Bumil KEK Lebih dari Sasaran dengan yang Tidak Lebih dari Sasaran | 65 |

Daftar Tabel

| | |
|---|----|
| Tabel 1. Percepatan Penurunan Kematian Ibu dan Stunting dalam RPJMN 2020-2024..... | 22 |
| Tabel 2. Rincian Pelaksanaan Wawancara dan Penyusunan Laporan Kajian | 27 |
| Tabel 3. Pencapaian 11 Target Intervensi Spesifik | 30 |
| Tabel 4. Detail Pencapaian 11 Target Intervensi Spesifik..... | 31 |
| Tabel 5. Persentase Kemiskinan Per Provinsi | 33 |
| Tabel 6. Kelembagaan TPPS Pusat | 40 |
| Tabel 7. Program dan Kegiatan Intervensi Spesifik | 40 |
| Tabel 8. Program dan Kegiatan Intervensi Sensitif..... | 41 |
| Tabel 9. Anggaran Program Stunting pada 5 Besar K/L..... | 43 |
| Tabel 10. Anggaran per Jenis Intervensi | 43 |
| Tabel 11. Tahapan Penyelenggaraan PMT Lokal | 44 |
| Tabel 12. Manfaat Ketersediaan Antropometri | 47 |
| Tabel 13. Keuntungan USG 2 Dimensi | 47 |
| Tabel 14. Kelompok Variabel PK-21 | 49 |
| Tabel 15. Cakupan PK BKKBN 2021..... | 49 |
| Tabel 16. Pemutakhiran data PK-22..... | 50 |
| Tabel 17. Indikator Penilaian SSGI 2022..... | 60 |
| Tabel 18. Target vs Realisasi Pencapaian Intervensi Sensitif K/L Terkait..... | 66 |
| Tabel 19. Daftar Penerima Bantuan pada Data P3KE | 67 |
| Tabel 20. Pemadanan Data Penerima Bantuan pada Keluarga Berisiko Stunting di P3KE ... | 67 |
| Tabel 21. Alokasi Anggaran Belanja Antropometri Kit 2023 | 69 |
| Tabel 22. Alokasi Anggaran Belanja USG 2 Dimensi 2023..... | 69 |
| Tabel 23. Jadwal Konsolidasi Antropometri | 69 |
| Tabel 24. Regulasi Perubahan Spesifikasi Antropometri..... | 70 |

BAB I. Pendahuluan

A. Latar Belakang

Stunting (kerdil atau pendek) adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya⁴. Kondisi anak *stunting* di Indonesia termasuk yang tertinggi di dunia. Berdasarkan *Global Nutrition Report 2016*, prevalensi *stunting* di Indonesia berada pada peringkat 108 dari 132 negara. Dalam laporan sebelumnya, Indonesia tercatat sebagai salah satu dari 17 negara yang mengalami beban ganda gizi, baik kelebihan maupun kekurangan gizi. Di kawasan Asia Tenggara, prevalensi *stunting* di Indonesia merupakan tertinggi kedua, setelah Cambodia. Sementara berdasarkan data Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGI), 27,7% balita di Indonesia masih *stunting* pada tahun 2019. Hal ini berarti, terdapat sekitar satu dari empat anak balita (lebih dari delapan juta anak) di Indonesia mengalami *stunting*.

Atas data kondisi *stunting* tersebut, Pemerintah Indonesia dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 menetapkan target prevalensi *stunting* sebesar 14% pada tahun 2024, dimana target prevalensi setiap tahun secara berturut-turut dari 2020-2024 adalah 24,1%, 21,1%, 18,4%, 16 % dan 14%. Adapun indikasi pendanaan APBN untuk program penanganan *stunting* selama 5 (lima tahun) tersebut mencapai Rp187,1 Triliun. Pelaksana program melibatkan berbagai Kementerian/Lembaga yaitu Kementerian Kesehatan, BKKBN, Kementerian Pendidikan Kebudayaan, Riset dan Teknologi, Kementerian Kelautan dan Perikanan, Kementerian PUPR, BPOM, Kementerian PPPA, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Komunikasi dan Informasi serta Pemerintah Daerah. Adapun program atau proyek penanganan *stunting* dilaksanakan melalui intervensi gizi spesifik (pemberian makanan tambahan, suplemen, tablet tambah darah), intervensi gizi sensitif (pemberian akses air dan sanitasi, akses pangan dan gizi, akses gizi dan kesehatan serta peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan dan gizi ibu anak) serta intervensi dukungan. Secara lengkap target dan sasaran percepatan penurunan kematian ibu dan *stunting* dalam RPJMN 2020-2024 dapat dilihat pada Tabel berikut.

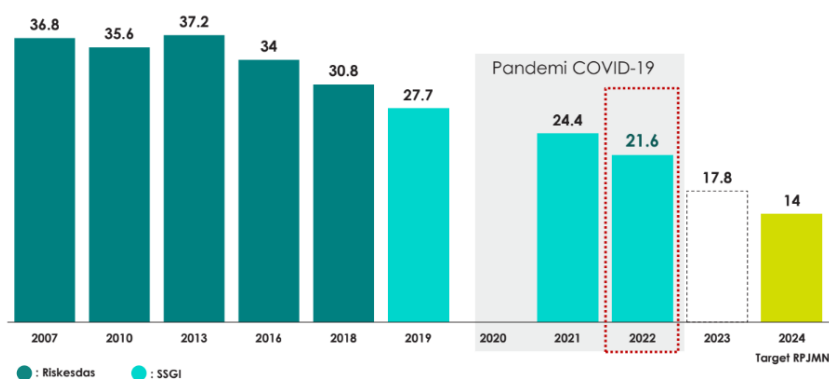
Tabel 1. Percepatan Penurunan Kematian Ibu dan Stunting dalam RPJMN 2020-2024

⁴ Stranas Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024, Setwapres, 2018

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|---|--------------------------------|
| Latar Belakang | <ul style="list-style-type: none"> • Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi yakni sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup (2015) • 27,7% balita di Indonesia stunting (tahun 2019) | | | | | | |
| Manfaat | Meningkatnya status kesehatan masyarakat yang ditandai dengan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunnya angka kematian Ibu hingga 183 per 100.000 kelahiran hidup 2. Menurunnya prevalensi <i>stunting</i> pada balita hingga 14 persen | | | | | | |
| Durasi | 2020-2024 (5 tahun) | | | | | | |
| Indikasi Target dan Pendanaan | INDIKASI TARGET | | | | | | INDIKASI PENDANAAN |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Total | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • AKI menurun hingga 230/100.000 KH • Prevalensi stunting balita menurun hingga 24,1% (prioritas di 260 kab/kota) | <ul style="list-style-type: none"> • AKI menurun hingga 217/100.000 KH • Prevalensi stunting balita 21,1% (prioritas di 360 kab/kota) | <ul style="list-style-type: none"> • AKI menurun hingga 205/100.000 KH • Prevalensi stunting balita 18,4% (prioritas di 460 kab/kota) | <ul style="list-style-type: none"> • AKI menurun hingga 194/100.000 KH • Prevalensi stunting balita 16,0% (prioritas di 514 kab/kota) | <ul style="list-style-type: none"> • AKI menurun hingga 183/100.000 KH • Prevalensi stunting balita 14,0% (prioritas di 514 kab/kota) | <ul style="list-style-type: none"> • AKI 183/100.000 KH • Prevalensi stunting balita turun menjadi 14,0% | Rp 187,1 Triliun (APBN) |
| Pelaksana | Kemenkes, BKKBN, Kemendikbud, KKP, KemenPUPR, BPOM, KemenPPPA, Kemendagri, Kemenkominfo, Pemda. | | | | | | |
| Highlight Proyek | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian makanan tambahan (PMT), suplementasi gizi mikro, serta STBM (Kemenkes), pelayanan KB berkualitas di fasilitas kesehatan (BKKBN) 2. PAUD Holistik-Integratif & kelas pengasuhan (Kemendikbud) 3. Penyediaan akses air minum & penyediaan akses sanitasi (air limbah domestik) layak (Kemen PUPR) 4. Bantuan operasional kesehatan (DAK Kesehatan) | | | | | | |

Sumber: Lampiran II Perpres 18 tahun 2020 tentang RPJMN 2020-2024

Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) setiap tahun yang dilaksanakan Kementerian Kesehatan memperlihatkan pencapaian angka prevalensi stunting yang tidak sesuai target. Tahun 2021, pencapaian prevalensi stunting hanya 24,4% dari target 21,1%, sementara 2022 hanya 21,6% dari target 18,4% sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 1 berikut.



Sumber: Buku Saku SSGI 2022

Bagan 1. Prevalensi Stunting Berdasarkan Hasil Riskesdas dan SSGI 2007-2022

Melihat pencapaian prevalensi stunting dalam 3 (tiga) tahun terakhir pada gambar di atas dapat dilihat bahwa prevalensi stunting hanya bergerak turun $\pm 2\%$ /tahun. Dengan kondisi tersebut maka akan sulit mencapai target prevalensi stunting sebesar 14% pada 2024 sebagaimana yang ditetapkan dalam RPJMN. Hasil kegiatan koordinasi dan supervisi KPK terkait penanganan stunting pada tahun 2022 juga memperlihatkan sejumlah permasalahan terkait anggaran, pengadaan, sumber data dan pengawasan, sebagai berikut⁵:

⁵ Nota Dinas No.321/KSP.00/70-75/11/2022 dari Deputi Bidang Koordinasi dan Supervisi kepada Deputi Pencegahan dan Monitoring perihal Permohonan Kajian Sebagai Tindak Lanjut Upaya Pencegahan Korupsi pada Program Percepatan Penurunan Prevalensi Stunting pada Pemerintah Daerah, 28 November 2022

a. Anggaran

Penandaan (*tagging*) anggaran stunting di KL mayoritas merupakan anggaran yang mendukung prioritas KL meskipun sebesar Rp 34,1 Triliun serta belum semua kegiatan stunting diberi penandaan stunting atau sebaliknya.

b. Pengadaan

- i. Pengadaan barang banyak yang tidak dibutuhkan
- ii. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) diseragamkan ke seluruh daerah tanpa melakukan analisis kebutuhan pada objek. Pengadaan biskuit dan susu formula dalam jumlah besar dan jenisnya sama setiap tahun, termasuk pengadaan alat peraga yang dikeluhkan tidak diperlukan di lapangan
- iii. Pengadaan terlambat
- iv. Pengadaan bersifat sentralistis dan vendor terbatas
- v. Pengadaan alat peraga harus berdasarkan Peraturan Kepala BKKBN 13/2021 yang juknisnya menyebutkan bahwa vendor yang menyediakan alat tersebut harus mendapatkan lisensi dari BKKBN

c. Sumber Data

- i. Masing-masing Kementerian/Lembaga menggunakan sumber data yang berbeda. Pemerintah Daerah menggunakan E-PPBGM (Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat) yang datanya diambil dari balita yang datang ke Posyandu, sedangkan Pemerintah Pusat menggunakan SSGI (Studi Status Gizi Indonesia), dengan datanya diambil dari sampel balita (10 persen).
- ii. K/L menggunakan data yang berbeda sebagai acuan kebijakan program kegiatan yang ditandai sebagai program pengentasan stunting. Sebagai contoh untuk peningkatan akses pangan dan gizi, Kemensos menyalurkan bansos BPNT dan PKHnya sesuai basis data DTKS dan tidak mengacu ke data BKKBN.

a. Pengawasan

Belum ada pedoman teknis untuk APIP dalam melakukan audit atau pengawasan khusus terkait pelaksanaan program percepatan penurunan prevalensi stunting di Pemerintah Daerah.

Permasalahan terkait tidak terintegrasinya anggaran dan sumber data tentu saja berpotensi mengakibatkan tidak efisiennya anggaran dalam pembiayaan penanganan stunting. Sedangkan sejumlah permasalahan dalam pengadaan berpotensi mengakibatkan pengadaan yang tidak efisien dan tidak transparan berpotensi menimbulkan terjadinya kerugian negara dan korupsi. Selanjutnya besarnya anggaran penanganan program stunting, banyaknya KL yang terlibat serta tidak tercapainya target penurunan prevalensi stunting dalam 3 (tiga) tahun terakhir menjadi latar belakang KPK perlu melakukan kajian potensi korupsi dalam penanganan program stunting dalam rangka mengidentifikasi titik rawan korupsi dalam penanganan stunting serta memformulasikan rekomendasi perbaikannya.

B. Dasar Hukum

Pelaksanaan kegiatan Kajian Potensi Korupsi Layanan Pertanahan yang dilakukan Direktorat Monitoring KPK dilakukan dengan dasar hukum:

- a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2019

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2019 Tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2002 Tentang Komisi Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi:

- Pasal 6 huruf c: “Komisi Pemberantasan Korupsi bertugas melakukan monitor terhadap penyelenggaraan pemerintahan negara”;
 - Pasal 9 : “Dalam melaksanakan tugas monitor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf c, Komisi Pemberantasan Korupsi berwenang:
 - a. Melakukan pengkajian terhadap sistem pengelolaan administrasi di semua lembaga negara dan lembaga pemerintahan;
 - b. Memberi saran kepada pimpinan lembaga negara dan lembaga pemerintahan untuk melakukan perubahan jika berdasarkan hasil pengkajian, sistem pengelolaan administrasi tersebut berpotensi menyebabkan terjadinya Tindak Pidana Korupsi; dan
 - c. Melaporkan kepada Presiden Republik Indonesia, Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia, dan Badan Pemeriksa Keuangan, jika saran Komisi Pemberantasan Korupsi mengenai usulan perubahan tidak dilaksanakan”.
- b. Dalam UNCAC Pasal 9 yang telah diratifikasi dalam Undang-undang Nomor 7 Tahun 2006 tentang Pengesahan *United Nations Convention Against Corruption, 2003* (Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa Antikorupsi, 2003) menyebutkan: “Masing-masing Negara Peserta wajib, sesuai dengan prinsip-prinsip dasar dari sistem hukumnya, mengambil tindakan-tindakan yang diperlukan untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dalam manajemen keuangan publik. Tindakan tersebut mencakup, antara lain:
- a. Prosedur-prosedur untuk penyusunan anggaran negara;
 - b. Pelaporan mengenai pemasukan dan pengeluaran yang tepat waktu;
 - c. Suatu sistem mengenai standar akunting dan auditing dan penyimpangan yang terjadi;
 - d. Sistem manajemen risiko dan pengawasan internal yang efektif dan efisien; serta
 - e. Dimana diperlukan, tindakan korektif dalam hal terjadi kelalaian untuk memenuhi persyaratan yang ditetapkan dalam ayat ini.

C. Tujuan

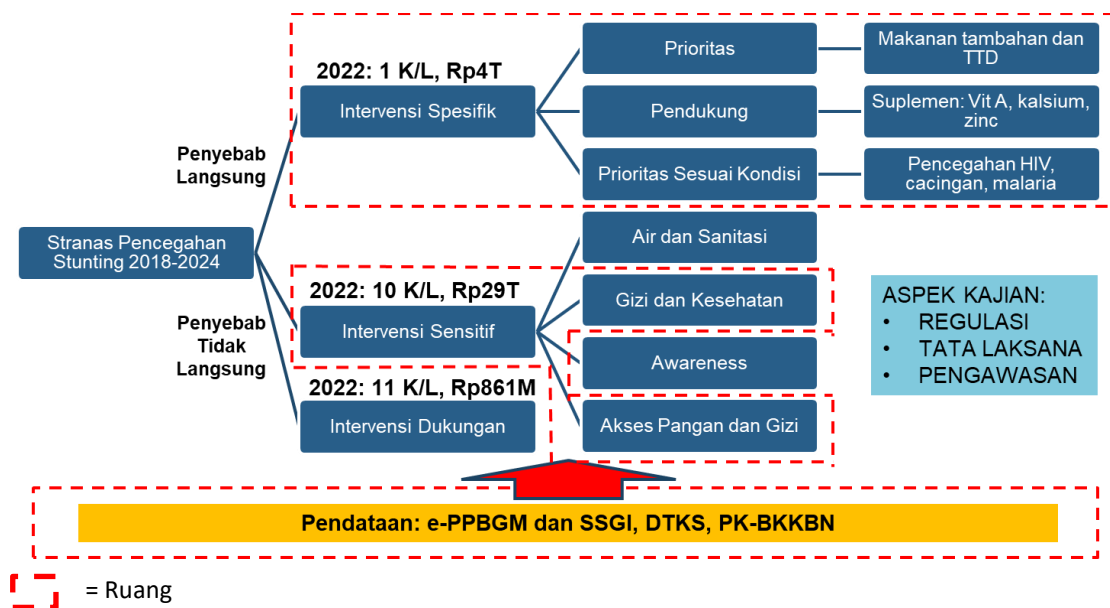
Kajian Tata Kelola Bantuan Pemerintah di Kementerian/Lembaga bertujuan untuk:

1. Mengidentifikasi potensi korupsi pada program penanganan stunting di Kementerian/Lembaga
2. Merumuskan rekomendasi perbaikan pada program penanganan stunting di Kementerian/Lembaga

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup kajian adalah tata Kelola penanganan program stunting yang difokuskan pada intervensi gizi spesifik, intervensi gizi sensitif (pada KL yang terlibat dalam peningkatan akses pangan dan gizi serta akses peningkatan gizi dan Kesehatan) serta pendataan dalam penanganan stunting sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 2. Intervensi spesifik dipilih

menjadi fokus utama kajian karena merupakan program yang mengintervensi penyebab langsung dari stunting. Adapun aspek yang dikaji meliputi regulasi, tata laksana, dan pengawasan.

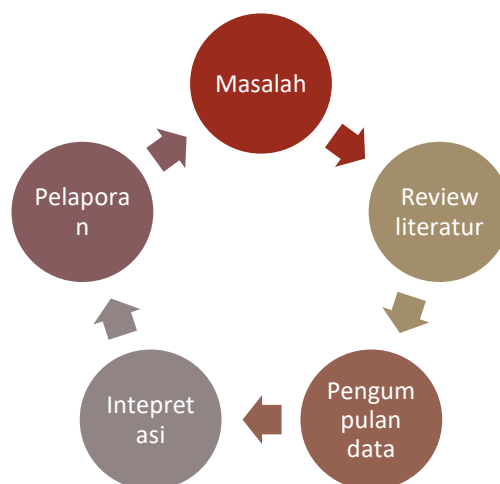


Bagan 2. Usulan Ruang Lingkup Kajian

E. Metode Kajian

1. Metodologi

Metode yang digunakan dalam kajian adalah metode penelitian kualitatif yang dapat digambarkan sebagai berikut:



Bagan 3. Metode Kualitatif Kajian

Sumber: Alur penelitian kualitatif, Creswell (2008)

Menurut *Creswell* (2008), penelitian kualitatif adalah suatu pendekatan atau penelusuran untuk mengeksplorasi dan memahami suatu gejala inti/sentral. Selanjutnya untuk memahami sebuah gejala inti tersebut diperlukan wawancara terstruktur kepada para pihak/*stakeholders*, pengumpulan data dan informasi di lapangan/objek penelitian yang selanjutnya dianalisis dalam bentuk deskriptif. Dari analisis tersebut peneliti membuat interpretasi dan perenungan pribadi (*self-reflection*).

Dalam melakukan analisis permasalahan untuk menentukan penyebab dan akibat serta merumuskan rekomendasi, digunakan metode *Root Cause Analysis* (RCA). RCA adalah salah satu alat untuk membantu tim menemukan akar penyebab (*root cause*) dari masalah yang kini sedang dihadapi. Kelebihan penggunaan metode RCA adalah problem yang ditanggulangi dapat diselesaikan dengan tuntas sampai ke akar masalahnya, sehingga tidak muncul kembali atau dicegah agar tidak mengalir ke proses berikutnya. Kelebihan lain adalah dapat dilakukan dengan cepat tetapi tetap mengutamakan proses, dan analisa sesuai dengan kasus yang dihadapi (Nugroho, 2018).

Tahapan kajian ini dilakukan sebagai berikut:

1. Analisis regulasi dan dokumen terhadap berbagai peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan bantuan pemerintah, hasil penelitian lain, laporan audit dan lain-lain.
2. Pengumpulan informasi dan data melalui diskusi, wawancara dengan narasumber/pakar/*stakeholder* terkait yang relevan dengan kajian
3. Observasi lapangan (*field review*).
4. Analisis informasi dan data
5. Konfirmasi hasil analisis informasi dan data kepada narasumber terkait untuk mencari akar masalah dan usulan rekomendasi;

2. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan

Jadwal pelaksanaan kegiatan kajian dan daftar wawancara terstruktur dengan *stakeholder* terkait dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 2. Rincian Pelaksanaan Wawancara dan Penyusunan Laporan Kajian

| No | Kegiatan | Stakeholder | Waktu Pelaksanaan |
|----|---|------------------------|-------------------|
| 1 | Diskusi PK-BKKBN, BKB Kit Stunting, Elsimil | BKKBN | 5-6 April 2023 |
| 2 | Diskusi e-PPGBM, PMT, USG | Ditjen Kesmas – Kemkes | 12-14 April 2023 |
| 3 | Diskusi Pengadaan Alkes Stunting | UKPBJ Kemkes | 10 April 2023 |
| 4 | Diskusi SSGI | Pusjak Kemenkes | 9 April 2023 |

| No | Kegiatan | Stakeholder | Waktu Pelaksanaan |
|----|---|---|-------------------|
| 5 | Diskusi Penanganan Stunting (PMT, USG, e-PPGBM) | Puskesmas Kab. Bogor Posyandu Kab. Bogor | 16 Mei 2023 |
| 6 | Diskusi Penanganan Stunting (PMT, USG, e-PPGBM) | Puskesmas Kab. Bekasi Posyandu Kab. Bekasi | 17 Mei 2023 |
| 7 | Diskusi Penanganan Stunting (PMT, USG, e-PPGBM) | Dinkes Kab. Bandung Barat Puskesmas Posyandu | 12-13 Juni 2023 |
| 8 | Diskusi Penanganan Stunting (PMT, USG, e-PPGBM) | Dinkes Kab. Sumedang Puskesmas Posyandu | 14-15 Juli 2023 |
| 9 | Diskusi Penanganan Stunting (PMT, USG, e-PPGBM) | Dinkes Kab. Bandung Puskesmas Posyandu | 15-16 Juli 2023 |
| 10 | Diskusi Penanganan Stunting (PMT, USG, e-PPGBM) | Dinkes Kota Kupang Dinas KB Puskesmas Posyandu | 24-25 Juli 2023 |
| 11 | Diskusi Penanganan Stunting (PMT, USG, e-PPGBM) | Dinkes Kab. Kupang Dinas KB Puskesmas Posyandu | 26-27 Juli 2023 |
| 12 | Diskusi Renaksi Penanganan Stunting, PK-BKKBN | BKKBN Perwakilan NTT | 27 Juli 2023 |
| 13 | Diskusi Penanganan Stunting (PMT, USG, e-PPGBM) | Dinkes Kab. Gresik | 14 Agustus 2023 |
| 14 | Diskusi Penanganan Stunting (PMT, USG, e-PPGBM) | Dinkes dan KB Kota Mojokerto | 15 Agustus 2023 |
| 15 | Diskusi Penanganan Stunting (PMT, USG, e-PPGBM) | Dinkes Kota Surabaya Dinas KB Kota Surabaya | 16 Agustus 2023 |
| 16 | Diskusi Renaksi Penanganan Stunting, PK-BKKBN | BKKBN Perwakilan Jatim | 14 Agustus 2023 |
| 17 | Diskusi Stunting (PMT, Alat Ukur, Prevalensi) | Persagi | 31 Agustus 2023 |
| 18 | Diskusi SIKD | Ditjen Keuda – Kemendagri | 4 September 2023 |

| No | Kegiatan | Stakeholder | Waktu Pelaksanaan |
|----|---|-------------------------|---------------------------------|
| 19 | Diskusi P3KE | Kemenko PMK | 5 September 2023 |
| 20 | Diskusi Pengadaan Stunting (antropometri dan USG) | Gakeslab dan Aspaki | 29 Agustus dan 5 September 2023 |
| 21 | Diskusi hasil audit/reviu Program Stunting | Inspektorat II Kemenkes | 12 Oktober 2023 |
| 22 | Penyusunan Laporan | KPK | September – November 2023 |
| 23 | Penyampaian Laporan | KPK | November 2023 |

Bab II. Gambaran Umum

1. Analisis situasi stunting di Indonesia

a. Intervensi Stunting

Stunting, yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak-anak di Indonesia, merupakan masalah kesehatan masyarakat yang sangat signifikan. Dalam beberapa tahun terakhir ini, pemerintah Indonesia telah menerapkan berbagai intervensi untuk menekan tingkat prevalensi stunting, khususnya pada Kabupaten dan Kota yang penurunan prevalensinya tidak cukup signifikan. Dalam upayanya tersebut, secara garis besar, Intervensi stunting dibagi menjadi 3 kategori, yaitu: Intervensi Spesifik dan Sensitif. Untuk lebih lanjut, masing-masing kategori Intervensi akan dibahas lebih jauh sebagai berikut:

i. Intervensi Spesifik

Intervensi Spesifik adalah program yang dilaksanakan untuk mengatasi penyebab langsung terjadinya stunting (Gowa, 2020). Sedangkan menurut Archda dan Tumangger (2019), Intervensi Spesifik adalah Intervensi yang dilakukan kepada anak dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yang berkontribusi pada kurang lebih sebesar 30% penurunan stunting. Berdasarkan data yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan (2023), setidaknya terdapat 11 jenis Intervensi Spesifik yang dalam tahapannya, dimana 2 dari 11 jenis Intervensi, pencapaiannya telah melebihi target nasional, yaitu Remaja Putri Mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) dan Ibu Hamil mengonsumsi TTD selama kehamilan, masing-masing secara berurutan dengan nilai pencapaian sebesar 57,7% dari target 12,5% dan 66% dari target sebesar 20%. Untuk lebih lanjut, dapat dilihat melalui gambar sebagai berikut:

Tabel 3. Pencapaian 11 Target Intervensi Spesifik

| Belum mencapai target Q1 | | Dibahas pada pertemuan ini | | Target Q1 2023 | Capaian Q1 2023 | |
|--|----|--|--|----------------|-----------------|------|
| Intervensi spesifik percepatan penurunan stunting | | | | | | |
| Intervensi untuk remaja putri dan ibu hamil (sebelum kelahiran) | 1 | Remaja putri menjalani skrining anemia | | 70.0% | 24.6% | ● |
| | 2 | Remaja putri mengonsumsi TTD (tablet tambah darah) | | 12.5% | 57.7% | ● |
| | 3 | Ibu hamil menjalani pemeriksaan kehamilan / ANC (ante-natal care) | | 20.0% | 14.6% | ● |
| | 4 | Ibu hamil mengonsumsi TTD selama kehamilan | | 20.0% | 66.0% | ● |
| | 5 | Ibu hamil KEK (kurang energi kronik) mendapat tambahan asupan gizi | | 87.5% | 79.6% | ● |
| Intervensi untuk balita (setelah kelahiran) | 6 | Pemantauan pertumbuhan balita | | 85.0% | 79.2% | ● |
| | 7 | Bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif | | 75.0% | 68.0% | ● |
| | 8 | Anak usia 6-23 bulan mendapat MP-ASI* (makanan pendamping ASI) | | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 9 | Balita gizi kurang mendapatkan tambahan asupan gizi | | 85.0% | 61.2% | ● |
| | 10 | Bayi memperoleh imunisasi dasar lengkap | | 22.5% | 6.0% | ● |
| Intervensi lintas hidup | 11 | Desa bebas dari BABS (buang air besar sembarangan) | | 70.0% | 58.9% | ● |

*MP-ASI mulai diaparkan Q3 2023
gizi Terpadu Trivulsi I difarak 20 Juni 2023, Komdat Kesmas Jan-Maret 2023 per 1 Juni 2023, Capaian indikator Desa/Kelurahan 585 804 2023, Microsite Promkes/Komdat Kesmas 2023, ASI: Trivulsi I difarak 20 Juni 2023, HSP Trivulsi I difarak Juni 2023

Lebih jauh, Kementerian Kesehatan telah berupaya untuk secara gencar mendorong tercapainya Intervensi lainnya, khususnya pada remaja putri, ibu hamil dan balita. Saat ini, masih terdapat 5 provinsi yang memiliki jumlah

kasus stunting terbanyak pada tahun 2021 dan penyumbang 51% kasus stunting di Indonesia, yaitu: Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Banten dan Sumatera Utara. Jika secara signifikan pada seluruh Kabupaten dan Kota yang terdapat di masing-masing Provinsi tersebut dapat menurunkan persentase prevalensi stunting, maka secara nasional akan terjadi penurunan stunting yang sangat signifikan.

Secara lebih detail, setiap jenis Intervensi akan dijelaskan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4. Detail Pencapaian 11 Target Intervensi Spesifik

| No. | Jenis Intervensi | Pencapaian Intervensi |
|-----|---|---|
| 1. | Remaja Putri mengalami skrining Anemia | Pada jenis Intervensi ini, belum ada satupun Provinsi yang telah mencapai target yang ditetapkan, yaitu sebesar 70% di kuartal 1, 2023. |
| 2. | Remaja Putri mengkonsumsi TTD | Sudah 36 dari 38 Provinsi telah melebihi target 12,5% pada kuartal 1, 2023 yaitu rata-rata sebesar 57%. Dua Provinsi lainnya masih harus mengejar target yang telah dicanangkan, yaitu sebesar 12,5%. Dua Provinsi tersebut antara lain Papua Tengah dan Papua Pegunungan. |
| 3. | Ibu hamil mengalami pemeriksaan kehamilan/ANC (Ante-Natal Care) | Intervensi ini ditargetkan pencapaiannya sebesar 20%. Namun, dari 38 provinsi, hanya Banten dan DKI Jakarta yang telah mencapai target tersebut, masing-masing sebesar 20,45% dan 20,13%. Intervensi pemeriksaan kehamilan ini dilakukan minimal 6 kali di fasilitas kesehatan. |
| 4. | Ibu hamil mengkonsumsi TT selama kehamilan. | Terdapat 37 provinsi selain Papua Barat Daya yang sudah mencapai target pada jenis Intervensi ini, yaitu 20% kuartal 1 2023. Saat ini ibu hamil mengkonsumsi TTD di Papua Barat Daya baru mencapai 16,89%. |
| 5. | Ibu hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK) mendapat tambahan asupan gizi. | Terdapat 18 Provinsi telah melebihi target yang dicanangkan sebesar 87,5% pada Kuartal 1 2023. |
| 6. | Pemantauan pertumbuhan balita. | Terdapat 14 provinsi yang telah melebihi target 80% pada kuartal 1 2023. |
| 7. | Bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif. | Baru 7 provinsi yang telah mencapai target 75% kuartal 1 2023, yaitu Aceh, DKI Jakarta, Sumatera Barat, Jambi, Bali, Lampung, dan Yogyakarta. |
| 8. | Anak usia 6 – 23 bulan mendapat MP-ASI (Makanan Pendamping ASI) | Capaian MP-ASI ini mulai dilaporkan pada kuartal 3 2023. |
| 9. | Balita gizi kurang mendapatkan tambahan asupan gizi. | Terdapat 8 provinsi yang telah yang telah melebihi target 85%. |

| No. | Jenis Intervensi | Pencapaian Intervensi |
|-----|---|--|
| 10. | Bayi memperoleh imunisasi dasar lengkap. | Semua provinsi belum mencapai target 22,5% kuartal 1 2023. |
| 11. | Desa bebas dari BABS (Buang Air Besar Sembarangan). | Terdapat 10 provinsi telah melebihi target 80% kuartal 1 2023. Lebih jauh, terdapat dua Provinsi yang telah berhasil mencapai angka 100% bebas dari BABS yaitu Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dan Nusa Tenggara Barat (NTB). |

ii. Intervensi Sensitif

Secara khusus upaya penanggulangan stunting dapat dilakukan melalui perbaikan pola asuh, pola makan dan peningkatan akses air bersih dan sanitasi, serta aspek lain yang tidak berhubungan secara langsung, namun menjadi faktor penyerta stunting. Dalam studinya, Husen et al. (2022) menitikberatkan setidaknya pada 3 (tiga) aspek penting dalam Intervensi sensitif program Stunting, yaitu: Pola Makan, Pola Asuh, serta Sanitasi dan Air Bersih. Untuk lebih jelasnya, keempat aspek tersebut akan dibahas sebagai berikut:

1. Pola Makan

Tingginya angka prevalensi stunting juga dipengaruhi oleh rendahnya akses terhadap makanan dari segi jumlah dan kualitas gizi, serta makanan yang seringkali tidak beragam (Nurmayasanti & Mahmudiono, 2019). Anak-anak dalam masa pertumbuhan wajib memperbanyak sumber protein yang dikonsumsi, di samping tetap membiasakan mengonsumsi buah dan sayur. Dalam satu porsi makan, setengah piring diisi oleh sayur dan buah, setengahnya lagi diisi dengan sumber protein (baik nabati maupun hewani) dengan proporsi lebih banyak daripada karbohidrat.

Namun sayangnya, tidak semua balita di sebagian besar Kabupaten dan Kota di Indonesia dapat memperoleh gizi makanan yang beragam. Berdasarkan data BPS tahun 2022, angka kemiskinan di Indonesia mencapai 9,57% atau setara dengan 26,36 juta orang (Laras & Mulyanti, 2023). Berikut adalah data perbandingan persentase kemiskinan, antara semester 1 tahun 2022 dengan semester 1 tahun 2023 (BPS, 2023).

Tabel 5. Persentase Kemiskinan Per Provinsi

| No | Provinsi | 2022 | 2023 | Status |
|-----------|----------------------|-------------|-------------|--------------|
| | | Q1 (Maret) | Q 1 (Maret) | |
| 1 | ACEH | 14,64 | 14,45 | TURUN |
| 2 | SUMATERA UTARA | 8,42 | 8,15 | TURUN |
| 3 | SUMATERA BARAT | 5,92 | 5,95 | NAIK |
| 4 | RIAU | 6,78 | 6,68 | TURUN |
| 5 | JAMBI | 7,62 | 7,58 | TURUN |
| 6 | SUMATERA SELATAN | 11,9 | 11,78 | TURUN |
| 7 | BENGKULU | 14,62 | 14,04 | TURUN |
| 8 | LAMPUNG | 11,57 | 11,11 | TURUN |
| 9 | KEP. BANGKA BELITUNG | 4,45 | 4,52 | NAIK |
| 10 | KEP. RIAU | 6,24 | 5,69 | TURUN |
| 11 | DKI JAKARTA | 4,69 | 4,44 | TURUN |
| 12 | JAWA BARAT | 8,06 | 7,62 | TURUN |
| 13 | JAWA TENGAH | 10,93 | 10,77 | TURUN |
| 14 | DI YOGYAKARTA | 11,34 | 11,04 | TURUN |
| 15 | JAWA TIMUR | 10,38 | 10,35 | TURUN |
| 16 | BANTEN | 6,16 | 6,17 | NAIK |
| 17 | BALI | 4,57 | 4,25 | TURUN |
| 18 | NUSA TENGGARA BARAT | 13,68 | 13,85 | NAIK |
| 19 | NUSA TENGGARA TIMUR | 20,05 | 19,96 | TURUN |
| 20 | KALIMANTAN BARAT | 6,73 | 6,71 | TURUN |
| 21 | KALIMANTAN TENGAH | 5,28 | 5,11 | TURUN |
| 22 | KALIMANTAN SELATAN | 4,49 | 4,29 | TURUN |
| 23 | KALIMANTAN TIMUR | 6,31 | 6,11 | TURUN |
| 24 | KALIMANTAN UTARA | 6,77 | 6,45 | TURUN |
| 25 | SULAWESI UTARA | 7,28 | 7,38 | NAIK |
| 26 | SULAWESI TENGAH | 12,33 | 12,41 | NAIK |
| 27 | SULAWESI SELATAN | 8,63 | 8,7 | NAIK |
| 28 | SULAWESI TENGGARA | 11,17 | 11,43 | NAIK |
| 29 | GORONTALO | 15,42 | 15,15 | TURUN |
| 30 | SULAWESI BARAT | 11,75 | 11,49 | TURUN |
| 31 | MALUKU | 15,97 | 16,42 | NAIK |
| 32 | MALUKU UTARA | 6,23 | 6,46 | NAIK |
| 33 | PAPUA BARAT | 21,33 | 20,49 | TURUN |
| 34 | PAPUA | 26,56 | 26,03 | TURUN |
| 35 | INDONESIA | 9,54 | 9,36 | TURUN |

Walaupun secara total, persentase kemiskinan di Indonesia turun sebesar 0,18%, namun masih terdapat 10 Provinsi yang justru tingkat kemiskinannya mengalami kenaikan, dengan nilai peningkatan terbesar

diperoleh oleh Provinsi Maluku (+0,45%) dan nilai peningkatan terkecil diperoleh Provinsi Banten (+0,01%).

2. Pola Asuh

Stunting juga dipengaruhi aspek perilaku, terutama pada pola asuh yang kurang baik dalam praktik pemberian makan bagi bayi dan balita (Hermawan & Hermanto, 2020). Bersalin di fasilitas kesehatan, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) menjadi sangat penting, dimana berupaya agar bayi mendapat kolostrum air susu ibu (ASI) menjadi bagian yang seharusnya wajib diketahui oleh setiap Ibu yang baru melahirkan bayi. ASI dapat diberikan hingga bayi berusia 6 bulan. Setelah itu, ASI boleh dilanjutkan sampai usia 2 tahun, namun bayi tetap diberikan makanan pendamping ASI.

Dalam studinya, Noorhasanah dan Tauhidah (2021) menyatakan bahwa, terdapat korelasi yang kuat antara pola asuh ibu yang buruk dengan tingginya angka stunting. Pola asuh ibu yang buruk ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya: rendahnya pendidikan Ibu (Mustamin, 2018), kurangnya ibu dalam menjaga kebersihan makanan (Yudianti, 2016), serta pemberian nutrisi yang tidak tepat (Oktavia Ningtias, 2020).

3. Sanitasi dan Air Bersih

Intervensi pada program perbaikan sanitasi dan akses terhadap air bersih memainkan peran penting dalam upaya pencegahan stunting di Indonesia (Nasyidah et al., 2022). Akses yang cukup terhadap sanitasi yang baik dan pasokan air bersih yang aman adalah faktor kunci dalam memastikan pertumbuhan dan perkembangan anak-anak yang sehat. Pada bagian ini, lebih lanjut akan dibahas mengenai intervensi dalam bidang sanitasi dan air bersih yang telah dilakukan di Indonesia dengan fokus pada pengaruhnya terhadap pencegahan stunting.

Sanitasi yang memadai melibatkan upaya untuk memastikan bahwa masyarakat memiliki akses ke fasilitas sanitasi yang layak, seperti toilet yang higienis. Pemerintah Indonesia telah mengambil langkah-langkah penting dalam meningkatkan sanitasi melalui program-program seperti "Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat" (Rahmuniyati & Sahayati, 2021). Program ini bertujuan untuk mengubah perilaku masyarakat terkait sanitasi, mempromosikan penggunaan toilet yang aman, dan meningkatkan kualitas sanitasi di rumah tangga. Penelitian telah menunjukkan bahwa perbaikan sanitasi yang signifikan dapat berkontribusi pada penurunan angka stunting (Fauzan, 2021).

Disisi lain, penggunaan air bersih yang aman juga menjadi kunci dalam pencegahan stunting. Program air minum dan sanitasi perkotaan dan pedesaan (PAMSIMAS) telah diterapkan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap air bersih yang aman (Firdanti, 2021). Hal ini mencakup pengembangan sumber air yang aman dan peningkatan sistem penyediaan air di wilayah-wilayah yang membutuhkan. Air bersih yang aman penting untuk memastikan kebersihan diri, mencegah penyakit infeksi, dan mendukung pertumbuhan anak-anak. Berdasarkan kajian

yang dilakukan oleh Pratama et al. (2019), infeksi adalah penyebab langsung dari stunting.

b. Standard Prevalensi WHO/WHA

Program pencegahan stunting merupakan respons terhadap masalah serius kesehatan masyarakat yang mempengaruhi pertumbuhan fisik dan perkembangan anak-anak. Stunting adalah kondisi di mana pertumbuhan anak terhambat, biasanya terjadi pada anak-anak yang kekurangan nutrisi pada periode pertumbuhan mereka. Sejarah program pencegahan stunting dapat ditelusuri hingga beberapa dekade yang lalu, dan ini termasuk kerja sama internasional dan peran penting Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organisation, atau WHO) dan Majelis Kesehatan Dunia (World Health Assembly, atau WHA).

Pengertian tentang stunting sebagai masalah kesehatan masyarakat pertama kali muncul pada pertengahan abad ke-20. Pada saat itu, penelitian ilmiah mulai mengidentifikasi bahwa masalah nutrisi yang buruk pada anak-anak dapat menyebabkan pertumbuhan terhambat dan berdampak negatif pada perkembangan fisik dan kognitif mereka. Upaya-upaya awal dalam pencegahan stunting melibatkan peningkatan akses masyarakat terhadap makanan berkualitas tinggi dan pemahaman tentang gizi yang baik.

WHO telah memainkan peran penting dalam pencegahan stunting sejak berdirinya pada tahun 1948. WHO adalah badan khusus dari Perserikatan Bangsa-Bangsa yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan isu kesehatan global dan mengembangkan standar internasional dalam bidang kesehatan. WHO mengidentifikasi stunting sebagai masalah serius dalam kesehatan masyarakat global dan telah bekerja sama dengan negara-negara, termasuk Indonesia, untuk mengatasi masalah ini.

WHO telah mengembangkan standar dan pedoman yang sangat penting dalam pencegahan stunting. Salah satunya adalah standar pertumbuhan anak, yang mencakup kurva pertumbuhan yang digunakan untuk memantau perkembangan fisik anak-anak dan mengidentifikasi apakah mereka mengalami stunting. Kurva pertumbuhan WHO adalah alat penting dalam mengukur prevalensi stunting di seluruh dunia dan memungkinkan pemantauan yang konsisten dari negara ke negara.

World Health Assembly (WHA), yang merupakan forum utama untuk pembuatan kebijakan kesehatan dunia yang diatur oleh WHO, juga memiliki peran penting dalam pencegahan stunting. WHA telah menyadari pentingnya peningkatan gizi anak-anak dan mengurangi angka stunting di negara-negara berkembang. Selama pertemuan tahunan, WHA mengadopsi resolusi dan rekomendasi yang mendorong negara-negara untuk meningkatkan upaya pencegahan stunting.

Mengapa WHO dan WHA Concern Terhadap Program Stunting di Indonesia?

Tingkat Stunting yang Tinggi

Indonesia memiliki tingkat prevalensi stunting yang cukup tinggi, terutama di daerah pedesaan dan wilayah dengan akses terbatas terhadap sumber daya kesehatan dan gizi yang memadai. Menurut data dari Badan Pusat Statistik Indonesia, tingkat stunting pada anak-anak di Indonesia masih tinggi, meskipun telah mengalami penurunan dalam beberapa tahun terakhir. Tingkat stunting yang tinggi ini membuat Indonesia menjadi fokus perhatian WHO dan WHA dalam upaya untuk mengatasi masalah tersebut.

Ketidaksetaraan Akses Kesehatan

Ketidaksetaraan akses kesehatan menjadi salah satu masalah utama di Indonesia. Wilayah pedesaan dan daerah terpencil seringkali memiliki akses yang terbatas terhadap fasilitas kesehatan dan gizi yang memadai. Ini berarti bahwa anak-anak yang tinggal di wilayah-wilayah ini memiliki risiko lebih tinggi mengalami stunting. WHO dan WHA berkomitmen untuk mengurangi kesenjangan ini dan memastikan bahwa semua anak memiliki akses yang sama terhadap layanan kesehatan dan gizi yang baik.

Komitmen terhadap Tujuan Pembangunan Berkelanjutan

Indonesia, seperti banyak negara lain, telah berkomitmen untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) yang termasuk dalam Agenda 2030 PBB. Salah satu SDG adalah mengakhiri kelaparan, mencapai gizi yang baik, dan memastikan kesehatan yang baik dan kualitas hidup yang baik bagi semua. Pencegahan stunting adalah bagian penting dari pencapaian SDG ini, dan WHO serta WHA bekerja sama dengan pemerintah Indonesia untuk mencapai tujuan ini.

Dampak Jangka Panjang

WHO dan WHA memahami bahwa stunting memiliki dampak jangka panjang yang serius pada perkembangan anak-anak dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Anak-anak yang mengalami stunting memiliki risiko lebih tinggi mengalami masalah kesehatan, rendahnya prestasi pendidikan, dan produktivitas yang rendah saat dewasa. Oleh karena itu, pencegahan stunting adalah investasi dalam masa depan negara dan generasi yang lebih sehat.

Standard WHO Mengenai Stunting

WHO telah mengembangkan berbagai standard dan pedoman yang sangat penting dalam pencegahan stunting. Beberapa standard utama yang diberlakukan WHO meliputi:

1. Standar Pertumbuhan Anak

Kurva pertumbuhan WHO, yang dikenal sebagai WHO Growth Standards, digunakan untuk memantau perkembangan fisik anak-anak di seluruh dunia. Kurva ini mencakup berbagai parameter pertumbuhan, seperti tinggi badan, berat badan, dan lingkar kepala, yang digunakan untuk mengukur pertumbuhan anak-anak dari kelahiran hingga usia lima tahun. Standar ini memungkinkan

pemantauan yang konsisten dan perbandingan data pertumbuhan anak di berbagai negara.

2. Standard Gizi

WHO juga mengembangkan pedoman gizi yang digunakan untuk mengevaluasi asupan gizi dan kebutuhan nutrisi bagi anak-anak dan populasi umum. Ini mencakup rekomendasi terkait asupan kalori, protein, vitamin, dan mineral yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.

3. Rekomendasi Gizi Ibu Hamil dan Anak-Anak

WHO memberikan rekomendasi gizi khusus untuk ibu hamil dan anak-anak. Ini mencakup pedoman tentang pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan, pengenalan makanan padat, dan suplementasi gizi yang diperlukan.

4. Pemantauan dan Evaluasi Program

WHO juga mengembangkan pedoman tentang cara memantau dan mengevaluasi program-program pencegahan stunting. Ini mencakup pengumpulan data, analisis data, dan pengukuran dampak intervensi.

5. Standar Air Bersih dan Sanitasi

Selain standar gizi, WHO juga memiliki pedoman yang berkaitan dengan akses air bersih yang aman dan fasilitas sanitasi yang memadai. Ini penting karena sanitasi yang buruk dan air bersih yang tidak aman dapat menyebabkan penyakit yang berkontribusi pada stunting.

6. Kerjasama Internasional

WHO mempromosikan kerja sama internasional dalam upaya pencegahan stunting. Organisasi ini bekerja sama dengan berbagai pihak, termasuk pemerintah, lembaga internasional, dan LSM, untuk mengembangkan strategi pencegahan stunting yang efektif.

c. Target RPJMN dan Perpres No. 72 Tahun 2021

Sebagai tindakan untuk mempercepat pengurangan tingkat stunting, pemerintah telah mengeluarkan Peraturan Presiden (Perpres) nomor 72 tahun 2021 yang mengenai Percepatan Penurunan Stunting. Perpres ini berfungsi sebagai landasan hukum untuk mendukung Strategi Nasional (Stranas) Percepatan Penurunan Stunting yang sudah diluncurkan dan diterapkan sejak tahun 2018. Peraturan Presiden ini juga bertujuan untuk memperkuat kerangka intervensi yang harus dijalankan serta struktur organisasi dalam upaya percepatan penurunan angka stunting.

Pemerintah memiliki target untuk mengurangi prevalensi stunting sebesar 14 persen pada tahun 2024 dan mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan pada tahun 2030 berdasarkan pencapaian pada tahun 2024. Sesuai dengan Lima Pilar Percepatan Penurunan Stunting, akan dibuat Rencana Aksi

Nasional (RAN) yang akan mendorong dan memperkuat koordinasi antara berbagai program dengan pendekatan yang berfokus pada keluarga yang berisiko mengalami stunting.

Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2021 juga menetapkan Tim Percepatan Penurunan Stunting yang terdiri dari Pengarah dan Pelaksana. Wakil Presiden akan memimpin sebagai Ketua Pengarah, yang akan didampingi oleh Menteri Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan serta menteri-menteri lainnya. Sementara itu, Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional ditunjuk sebagai Ketua Pelaksana. Tim Percepatan Penurunan Stunting juga akan dibentuk di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan desa/kelurahan. Untuk lebih jelasnya, dapat melihat infografis berikut ini.

PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 72 TAHUN 2021 TENTANG PERCEPATAN PENURUNAN STUNTING



Stunting: Gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang, yang ditandai dengan panjang atau tinggi badannya berada di bawah standar yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Percepatan Penurunan Stunting: Setiap upaya yang mencakup Intervensi Spesifik dan Intervensi Sensitif yang dilaksanakan secara konvergen, holistik, integratif, dan berkualitas melalui kerja sama multisektor di pusat, daerah, dan desa.

TARGET YANG DIUKUR PADA ANAK BALITA:



TARGET 2024

INTERVENSI SPESIFIK (PENYEBAB LANGSUNG STUNTING)

- 90%** Ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) mendapat **tabuhan asupan gizi**
- 80%** Ibu hamil mengonsumsi **Tablet Tambah Darah (TTD)** minimal 90 tablet selama kehamilan
- 58%** Remaja putri mengonsumsi TTD (Tablet Penambah Darah)
- 80%** Bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat **ASI eksklusif**
- 80%** Anak usia **6-23 bulan** mendapat MP-ASI
- 90%** Balita **gizi buruk** mendapat pelayanan tata laksana gizi buruk
- 90%** Balita dipantau **pertumbuhan dan perkembangannya**
- 90%** Balita gizi kurang mendapat **tabuhan asupan gizi**
- 90%** Balita memperoleh **imunisasi dasar lengkap**

INTERVENSI SENSITIF (PENYEBAB TIDAK LANGSUNG STUNTING)

- 70%** Pelayanan **KB** pascapersalinan
- 15,5%** **Kehamilan** yang tidak diinginkan
- 90%** **Cakupan calon Pasangan Usia Subur (PUS)** memperoleh pemeriksaan kesehatan sebagai bagian pelayanan nikah
- 100%** Rumah tangga mendapat **akses air minum layak** di kabupaten/kota prioritas
- 90%** Rumah tangga mendapat **akses sanitasi (air limbah domestik) layak** di kabupaten/kota prioritas
- 112,9 Juta** Penduduk menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI) **Jaminan Kesehatan Nasional**
- 90%** Keluarga berisiko stunting memperoleh **pendampingan**
- 10 Juta** Keluarga miskin dan rentan memperoleh **bantuan tunal beryarat**
- 70%** Target sasaran memiliki pemahaman yang baik tentang stunting di lokasi prioritas
- 15,6 Juta** Keluarga miskin dan rentan yang menerima **bantuan sosial pangan**
- 90%** Desa/kelurahan stop **Buang Air Besar Sembarangan (BABS)**

STRATEGI NASIONAL PERCEPATAN PENURUNAN STUNTING

TUJUAN

- Menurunkan prevalensi stunting
- Meningkatkan kualitas penyediaan kehidupan berkeluarga
- Menjamin pemenuhan asupan gizi
- Memperbaiki pola asuh
- Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan
- Meningkatkan akses air minum dan sanitasi

KELOMPOK SASARAN

| | | |
|-----------------|--------------|-------------------------|
| Remaja | Ibu Hamil | Anak Berusia 0-59 Bulan |
| Calon Pengantin | Ibu Menyusui | |

5 (LIMA) PILAR STRANAS PERCEPATAN PENURUNAN STUNTING

| PILAR 1 | PILAR 2 | PILAR 3 | PILAR 4 | PILAR 5 |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | | | |

RENCANA AKSI NASIONAL

KEGIATAN PRIORITAS

- Penyediaan data keluarga berisiko stunting
- Pendampingan keluarga berisiko stunting
- Pendampingan semua calon pengantin/calon Pasangan Usia Subur (PUS)
- Surveils keluarga berisiko stunting
- Audit kasus stunting

PENYELENGGARAAN PERCEPATAN PENURUNAN STUNTING

Program Percepatan Penurunan Stunting yang dilakukan Kementerian/Lembaga dan Pemerintah Daerah hingga Tingkat Desa:



KOORDINASI PENYELENGGARAAN PERCEPATAN PENURUNAN STUNTING

| PENGARAH | PELAKSANA | PELAKSANA |
|--|---|--|
| Ketua: Wakil Presiden RI Wakil Ketua: Menteri PMK, Menteri Dalam Negeri, Kepala Bappenas Anggota: 8 Menteri/Kepala Lembaga - Menteri Kesehatan - Menteri Keuangan - Menteri Sosial - Menteri Agama - Menteri PU PR - Menteri Sekretariat Negara - Kepala Staf Kepresidenan | Ketua: Kepala BKKBN Wakil Ketua: Eselon 1 dari Kemko PMK, Bappenas, Setnaspres, Kemendagri, Kemenkes | Tim Percepatan Penurunan Stunting - Provinsi - Kabupaten/Kota - Desa/Kelurahan |

Tim Percepatan Penurunan Stunting tingkat Desa melibatkan:

- Tenaga Kesehatan Desa
- Penyuluh KB
- Tim Penggerak PKK
- PPKBD, Sub-PPKBD/Kader Pembangunan Manusia
- Kader lainnya disesuaikan kebutuhan desa

Bagan 4. Strategi Nasional Percepatan Penurunan Stunting (Infografis)

2. Intervensi Stunting

a. Kementerian dan Lembaga Non Kementerian yang Terlibat

Menurunkan tingkat prevalensi stunting di Indonesia merupakan salah satu perjuangan utama dalam meningkatkan kualitas hidup anak-anak di negara ini. Stunting adalah persoalan gizi yang menetap yang menghambat pertumbuhan tubuh dan perkembangan mental anak-anak. Untuk mengatasi permasalahan ini, berbagai Kementerian dan Lembaga Non Kementerian berperan aktif dalam upaya yang beragam untuk mengkoordinasikan langkah-langkah yang mengarah pada penurunan angka prevalensi stunting. Dalam kajian ini, akan dijelaskan beberapa di antara mereka, beserta dengan fungsi serta tugas yang dijalankan berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 71 tahun 2021, dimana seluruh entitas tergabung menjadi satu kesatuan dalam bentuk Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS).

Tabel 6. Kelembagaan TPPS Pusat

| Pengaruh | Pusat | Daerah |
|--|---|--|
| | Pelaksana | |
| Ketua: Wakil Presiden | Ketua: BKKBN | |
| Wakil Ketua: <ul style="list-style-type: none"> • Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Menko PMK); • Menteri PPN/Kepala Bappenas • Menteri Dalam Negeri | Wakil Ketua: <ul style="list-style-type: none"> • JPT Madya Kementerian PPN/Bappenas • JPT Madya Kemenko PMK • JPT Madya Kemenkes • JPT Madya Kemendagri • JPT Madya Kemensesneg | TPPS Provinsi: OPD dan TP-PKK TPPS Kab/Kota: OPD dan TP-PKK TPPS Kecamatan <ul style="list-style-type: none"> • TPPS Desa/Kel: • Tenaga Kesehatan • Penyuluh KB dan/atau PL-KB • TP-PKK • Pembantu Pembina KB Desa (PPKBD) dan/atau Kader |
| Anggota: <ul style="list-style-type: none"> • Menteri Kesehatan • Menteri Keuangan • Menteri Sosial • Menteri Desa & PDTT • Menteri Agama • Menteri PUPR • Menteri Sekretaris Negara • Kepala Kantor Staf Presiden | | |

Jika dilihat dari bentuk program atau kegiatannya, maka beberapa Kementerian dan Lembaga Non-Kementerian yang terlibat dapat dijabarkan sebagai berikut. Khusus untuk intervensi yang dilakukan secara spesifik, Kementerian yang terlibat adalah Kementerian Kesehatan.

Tabel 7. Program dan Kegiatan Intervensi Spesifik

| Intervensi Spesifik | Program/Kegiatan | Pendukung |
|--|--|---|
| Ibu Hamil | <ul style="list-style-type: none"> • PMT Bumil KEK • TTD | <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian suplementasi kalsium • Pemeriksaan Kehamilan |
| Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan | <ul style="list-style-type: none"> • Promosi dan konseling pemberian ASI eksklusif • Promosi dan konseling PMBA • Penatalaksanaan gizi buruk • PMT pemulihan bagi anak gizi kurang • Pemantauan dan promosi Pertumbuhan | <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian suplementasi Vitamin A • Pemberian suplementasi bubuk tabur gizi • Pemberian imunisasi • Pemberian suplementasi zinc untuk pengobatan Diare • Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) |
| Remaja putri dan wanita usia subur Anak 24-59 bulan | <ul style="list-style-type: none"> • TTD • Penatalaksanaan gizi buruk • PMT pemulihan bagi anak gizi kurang • Pemantauan dan promosi Pertumbuhan | <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian suplementasi Vitamin A • Pemberian suplementasi bubuk tabur gizi • Pemberian imunisasi • Pemberian suplementasi zinc untuk pengobatan Diare • Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) |

Sumber: Stranas Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024, Setwapres.

Sedangkan untuk jenis intervensi yang dilakukan secara sensitif, ada beberapa Kementerian dan Lembaga Non-Kementerian yang turut terlibat. Detail dapat dilihat melalui tabel di bawah ini.

Tabel 8. Program dan Kegiatan Intervensi Sensitif

| Intervensi Sensitif | Program/Kegiatan | Institusi yang terlibat |
|--|--|--|
| Peningkatan penyediaan air bersih dan sanitasi | <ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan akses air bersih dan air minum • Penyediaan akses sanitasi yang layak | <ul style="list-style-type: none"> • Kemenkes • Kemen PUPR • Kemendes PDPT |
| Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan akses Jaminan Kesehatan (JKN) • Penyediaan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB) • Penyediaan akses bantuan uang tunai bersyarat untuk keluarga kurang mampu, seperti Program Keluarga Harapan (PKH) | <ul style="list-style-type: none"> • Kemenkes • BKKBN • Kemensos |
| Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak | <ul style="list-style-type: none"> • Penyebarluasan informasi mengenai gizi dan kesehatan melalui berbagai media • Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi • Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua | <ul style="list-style-type: none"> • Kemenkominfo • Kemenkes • Kemendikbud • Kemensos • Kemendes PDPT • Kemendagri • BKKBN • Kemen PPPA • Kemenag |

| Intervensi Sensitif | Program/Kegiatan | Institusi yang terlibat |
|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan pelayanan pendidikan anak usia dini, promosi stimulasi anak usia dini, dan pemantauan tumbuh kembang anak • Penyediaan konseling kesehatan reproduksi untuk remaja • Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak | |
| Peningkatan akses pangan Bergizi | <ul style="list-style-type: none"> • Penyediaan akses bantuan pangan untuk keluarga kurang mampu, seperti Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) dan Program Sembako • Pengembangan pertanian dan peternakan untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi di rumah tangga, seperti program Pekarangan Pangan Lestari (P2L) • Fortifikasi bahan pangan utama, misalnya garam, tepung terigu, minyak goreng • Penguatan regulasi mengenai label dan iklan Pangan | <ul style="list-style-type: none"> • Kemensos • Kementan • KKP • BPOM • Kemenperin |

Sumber: *Stranas Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024, Setwapres.*

b. Anggaran Stunting

Dalam rangka mencapai penurunan angka prevalensi stunting yang signifikan, peran dukungan anggaran tidak dapat diabaikan. Pengalokasian sumber daya yang memadai untuk berbagai program dan kegiatan yang terkait dengan penurunan stunting adalah investasi dalam masa depan Indonesia yang sehat dan produktif. Pengalokasian anggaran yang cukup juga cerminan dari komitmen pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan anak-anak, yang pada nantinya akan memberikan manfaat jangka panjang bagi pertumbuhan ekonomi dan pembangunan sosial negara ini. Oleh karena itu, upaya untuk meningkatkan dukungan anggaran dalam penurunan angka prevalensi stunting harus menjadi prioritas utama dalam agenda pembangunan Indonesia.

Untuk lebih detailnya, berikut disajikan tabel yang memperlihatkan 5 Kementerian dengan anggaran program stunting terbesar dan alokasi anggaran berdasarkan jenis intervensinya, dari tahun 2019 hingga 2023.

Tabel 9. Anggaran Program Stunting pada 5 Besar K/L

| Kementerian/Lembaga | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Kemensos | Rp 17.011.263.533 | Rp 20.630.021.682 | Rp 26.948.577.953 | Rp 23.333.304.234 | Rp 20.331.003.890 | Rp 108.254.17 |
| Kemenkes | Rp 6.473.385.506 | Rp 4.527.408.986 | Rp 7.354.160.332 | Rp 8.261.991.772 | Rp 6.749.303.356 | Rp 33.366.24 |
| KemenPUPR | Rp 4.723.935.194 | Rp 1.815.479.662 | Rp 576.413.168 | Rp 1.352.465.783 | Rp 1.250.832.300 | Rp 9.719.12 |
| BKKBN | Rp 65.237.391 | Rp 56.757.761 | Rp 74.672.109 | Rp 810.440.361 | Rp 835.120.606 | Rp 1.842.22 |
| Kementan | Rp 282.861.000 | Rp 56.534.810 | Rp 112.682.584 | Rp 137.100.000 | Rp 262.103.990 | Rp 851.28 |
| Subtotal 5 K/L | Rp 28.556.682.624 | Rp 27.086.202.901 | Rp 35.066.506.146 | Rp 33.895.302.150 | Rp 29.428.364.142 | Rp 154.033.05 |
| KL Lainva | Rp 449.081.251 | Rp 439.856.987 | Rp 267.601.238 | Rp 255.843.929 | Rp 415.280.863 | Rp 1.827.66 |
| TOTAL | Rp 29.005.763.875 | Rp 27.526.059.888 | Rp 35.334.107.384 | Rp 34.151.146.079 | Rp 29.843.645.005 | Rp 155.860.722 |

Sumber: Kementerian Keuangan, diolah

Tabel 10. Anggaran per Jenis Intervensi

| Intervensi | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| Spesifik | Rp 3.656.222.103 | Rp 1.790.527.112 | Rp 2.381.714.063 | Rp 4.087.451.268 | Rp 2.075.973. |
| Sensitif | Rp 24.293.677.435 | Rp 24.921.083.927 | Rp 32.566.901.539 | Rp 29.201.811.940 | Rp 26.483.387. |
| Dukungan | Rp 1.055.864.337 | Rp 814.448.849 | Rp 385.491.782 | Rp 861.882.871 | Rp 1.284.283 |
| Total | Rp 29.005.763.875 | Rp 27.526.059.888 | Rp 35.334.107.384 | Rp 34.151.146.079 | Rp 29.843.645.4 |
| K/L Terlibat | 18 | 20 | 19 | 17 | 19 |

Sumber: Kementerian Keuangan, diolah

Dari Tabel 9 dapat dilihat bahwa, total anggaran 5 (lima) Kementerian/Lembaga yang mendapatkan alokasi tertinggi disetiap tahunnya terus mengalami pengurangan, kecuali di tahun 2021, dengan pertumbuhan anggaran sebesar 28,37%. Angka ini sangat signifikan, mengingat beberapa faktor pendorong dapat menjadi sebab utama, mengapa pada tahun tersebut anggaran bertambah secara signifikan. Kemungkinan alasan yang pertama adalah karena Pandemi Covid-19. Pemerintah mengalokasikan anggaran stunting lebih tinggi untuk menghindari lonjakan peningkatan balita stunting di musim pandemik, dimana virus Covid-19 menjadi faktor pemicu utamanya. Kemungkinan kedua yang terjadi adalah Perpres No. 72 tahun 2021, dimana Perpres ini mendorong dan mewajibkan seluruh *stakeholders* terkait untuk terlibat secara aktif, salah satunya dengan dukungan anggaran, tidak hanya melalui pemerintah pusat, namun juga pemerintah daerah. Kemungkinan yang ketiga adalah, kesadaran akan masalah stunting dan dampak negatifnya terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak-anak mungkin telah meningkat pada tahun 2021. Peningkatan kesadaran ini bisa menghasilkan tekanan publik dan politik untuk meningkatkan anggaran yang dialokasikan untuk mengatasi stunting. Namun sayangnya, alokasi anggaran terus mengalami penurunan sejak tahun 2021.

Jika dilihat dari jenis intervensinya (lihat Tabel 10), intervensi yang bersifat sensitif menerima alokasi anggaran yang jauh lebih banyak jika dibandingkan dengan intervensi spesifik dan dukungan lainnya. Walaupun alokasi anggaran terlihat cukup fluktuatif dari tahun ke tahun, pada 2 (dua) tahun terakhir (2021 dan 2022), jika dibandingkan dengan anggaran di tahun sebelumnya, memiliki jumlah yang lebih besar, walaupun pada anggaran sensitif, anggaran di tahun 2022 dan 2023 mengalami penurunan yang cukup signifikan dibandingkan tahun 2021, yaitu masing masing sebesar 10% dan 9%.

c. Program Pemberian Makanan Tambahan Berbahan Pangan Lokal (PMT Lokal)

Stunting, yang merupakan kondisi ketika seorang anak tidak tumbuh sesuai dengan tinggi badan yang seharusnya untuk usianya, dapat berdampak serius pada perkembangan fisik dan

kognitif anak. Masalah ini dapat timbul akibat gizi buruk atau kurangnya asupan gizi yang memadai selama periode kritis pertumbuhan, terutama dalam 1.000 hari pertama kehidupan, mulai dari kehamilan hingga dua tahun pertama kelahiran. Oleh sebab itu, untuk mengatasi masalah ini, pemerintah Indonesia telah meluncurkan Program Pemberian Makanan Tambahan Berbahan Pangan Lokal (PMT Lokal) sebagai bagian dari upaya penurunan risiko stunting. Fokus utama program ini adalah pada ibu hamil kurang energi kronis (KEK), ibu hamil risiko KEK, balita yang mengalami stunting, gizi buruk, dan gizi kurang. Prinsip utama dari program PMT Lokal ini adalah makanan siap santap atau kudapan, dan bukan pengganti makanan utama. Makanan dari program ini haruslah kaya sumber protein hewani dengan memperhatikan gizi seimbang dengan harapan mendapatkan kandungan protein tinggi dan asam amino yang lengkap.

Pemerintah Indonesia menyadari pentingnya intervensi pada periode kritis ini dan telah menginisiasi PMT Lokal di tahun 2023. Program ini bertujuan untuk memberikan suplemen gizi yang diperlukan kepada target penerima manfaat program. Salah satu pendekatan yang diambil adalah memanfaatkan sumber daya lokal untuk menghasilkan makanan tambahan yang sesuai dengan kebutuhan gizi setempat. PMT Lokal menekankan konsep lokalitas, yang berarti memanfaatkan bahan makanan yang mudah didapatkan di daerah setempat. Hal ini tidak hanya membantu dalam memastikan ketersediaan makanan tambahan, tetapi juga mendukung ekonomi lokal dengan melibatkan petani dan produsen lokal. Misalnya, dalam wilayah tertentu, program dapat memanfaatkan bahan makanan seperti ubi jalar, bayam, atau ikan air tawar sebagai bahan dasar makanan tambahan. Ini tidak hanya memberikan nutrisi yang diperlukan tetapi juga mengedukasi masyarakat tentang pentingnya makanan lokal yang seringkali terabaikan.

Untuk mengetahui lebih lanjut mengenai alur pembagian peran pada penyelenggaraan program PMT Lokal, dapat dilihat melalui alur berikut ini:



Bagan 5. Alur Pembagian Peran PMT Lokal

Adapun tahapan penyelenggaraan PMT Lokal dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 11. Tahapan Penyelenggaraan PMT Lokal

| | | |
|-----------------|-------------------------------|------------------------------|
| 01. Perencanaan | 02. Persiapan dan Pelaksanaan | 03. Pencatatan dan Pelaporan |
|-----------------|-------------------------------|------------------------------|

| | | |
|---|---|--|
| a. Penyusunan Kerangka Acuan Pelaksanaan Kegiatan | a. Persiapan (sosialisasi, pembekalan petugas) | a. Pencatatan dan pelaporan secara berjenjang dan berkesinambungan terhadap data sasaran dan keluaran antara lain input, proses, output dan outcome. |
| b. Penetapan Tim Pelaksana Puskesmas | b. Pembelian bahan makanan lokal sesuai siklus menu | b. Pencatatan dan pelaporan dilakukan dari tahap penentuan sasaran sampai dengan berakhirnya intervensi PMT. |
| c. Verifikasi dan Penetapan Data Sasaran Penerima MT | c. Pengolahan bahan makanan sesuai dengan siklus menu | |
| d. Penetapan Lokasi Kegiatan | d. Pemberian MT berbahan pangan lokal disertai edukasi integrasi dengan LP dan LS terkait | |
| e. Penyusunan Siklus Menu sesuai Standar | e. Memperhatikan protokol kesehatan untuk pencegahan penyakit | |
| f. Penyusunan Rencana Anggaran Kegiatan (pembelian bahan makanan, jasa dan Manajemen) | | |

Secara garis besar, Program PMT Lokal diatur berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 42 tahun 2022 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2023. Program PMT Lokal ini diberikan kepada Balita Gizi Kurang dan Ibu Hamil KEK selama 90 hari.

Pemantauan dan evaluasi program secara teratur menjadi kunci keberhasilan. Data yang dikumpulkan dari pemantauan ini membantu dalam mengevaluasi dampak program, mengidentifikasi area-area yang memerlukan perbaikan, dan menyesuaikan strategi sesuai kebutuhan. Dengan pendekatan ini, program dapat terus berkembang dan memberikan kontribusi maksimal terhadap penurunan risiko stunting di Indonesia. Untuk mengukur keberhasilan dan perbaikan program kedepan, pemantauan Program PMT Lokal dilakukan oleh tim pelaksana di Puskesmas maupun secara berjenjang. Kegiatan ini dilakukan untuk mendapatkan informasi serta data pelaksanaan kegiatan untuk bahan pengambilan keputusan dalam menjaga dan memperbaiki pelaksanaan kegiatan. Pemantauan dilakukan terhadap data keluaran antara lain *input, proses, output, outcome dan impact*.

Adapun evaluasi dilakukan untuk mengukur tingkat keberhasilan kegiatan PMT lokal bagi Ibu hamil dan balita yang dapat dilihat melalui beberapa aspek berikut ini:

1. Penyelenggaraan kegiatan PMT berbahan pangan lokal sesuai jadwal.
2. Cakupan jumlah dan persentase Ibu Hamil KEK yang mengkonsumsi MT berbahan pangan lokal.
3. Cakupan jumlah dan persentase Balita gizi kurang yang mengkonsumsi MT berbahan pangan lokal.
4. Cakupan jumlah dan persentase Balita *underweight* (BB kurang) yang tidak *wasting* atau *stunting* ataupun tidak keduanya yang mengonsumsi MT berbahan pangan lokal.
5. Cakupan jumlah dan persentase Balita BB/U normal tetapi Berat Badan Tidak Naik yang mengonsumsi MT berbahan pangan lokal.
6. Persentase Ibu hamil KEK dengan peningkatan berat badan sesuai usia kehamilannya.
7. Persentase Balita BB/U normal tetapi Berat Badan Tidak Naik yang mengalami peningkatan berat badan adekuat.
8. Persentase Ibu hamil dengan Berat Badan Bayi Lahir ≥ 2500 gram.
9. Persentase Balita *underweight* dengan perbaikan status gizi berdasarkan indikator BB/U.
10. Persentase Balita gizi kurang dengan atau tanpa *stunting* yang mengalami perbaikan status gizi berdasarkan indikator BB/U dan BB/PB atau BB/TB.

Program ini tidak hanya memberikan makanan tambahan tetapi juga melibatkan upaya edukasi gizi dan kesehatan. Ibu hamil dan keluarga balita stunting mendapatkan informasi tentang pentingnya pola makan seimbang, asupan gizi yang cukup, dan praktik gizi yang baik. Dengan meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya gizi yang baik, diharapkan akan tercipta perubahan perilaku yang berkelanjutan. Keberhasilan PMT Lokal juga bergantung pada kolaborasi dengan berbagai pihak terkait. Dengan melibatkan pemerintah daerah, lembaga kesehatan, organisasi non-pemerintah, dan sektor swasta, program ini dapat mencapai dampak yang lebih luas dan berkelanjutan. Kolaborasi ini mencakup distribusi makanan tambahan, layanan kesehatan, dan pendampingan bagi ibu hamil dan balita stunting.

d. Pengadaan Barang/Jasa dalam Rangka Penurunan Stunting

Diperlukan pendekatan holistik dan terintegrasi untuk mencapai target penurunan angka prevalensi stunting di Indonesia sebesar 14% di akhir tahun 2024. Dua instrumen kunci yang sangat penting dalam upaya ini adalah antropometri dan ultrasonografi (USG) 2 dimensi. Antropometri membantu memantau secara berkala pertumbuhan fisik balita, sementara USG 2 Dimensi berfungsi untuk mendeteksi dan memeriksa kondisi kehamilan pada ibu hamil. Dalam konteks penurunan angka prevalensi stunting, ketersediaan kedua alat kesehatan tersebut memiliki peran krusial di seluruh Puskesmas dan Posyandu di seluruh wilayah Indonesia.

1. Antropometri

Perhitungan kebutuhan antropometri kit sesuai standar yang berlaku mengacu pada keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/1182/2022 tentang Standar Alat Antropometri dan Alat Deteksi Dini Perkembangan Anak. Saat ini, ketersediaan set antropometri di Kabupaten atau Kota Berdasarkan pemenuhan melalui DAK Fisik tahun 2022, APBN 1 dan 2 tahun 2022 termasuk usulan DAK Fisik tahun 2023 dengan mengacu jumlah Puskesmas dan Posyandu, masih terdapat gap/kekurangan sebesar 119.233 set.

Atas hasil penelaahan dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan negara, usulan tambahan anggaran Kementerian Kesehatan TA 2023 dalam rangka Percepatan Penurunan Stunting disetujui sebesar Rp488.832.125.000. Pemenuhan alat antropometri di seluruh Posyandu dan Puskesmas diharapkan dapat meningkatkan jumlah balita dipantau dan dideteksi dini terkait dengan masalah gizinya dan ditangani sesuai tatalaksana terstandar sehingga dapat menurunkan prevalensi wasting dan stunting pada balita.

Adapun pengajuan usulan Pengadaan antropometri kit tahun 2023 sebanyak 48.883 alat yang terdiri dari:

- 1) Alat ukur berat Badan bayi (baby scale) dan balita
- 2) Alat ukur berat Badan injak digital (standing weight)
- 3) Alat ukur panjang Badan bayi (Infantometer/lengthboard)
- 4) Alat ukur tinggi Badan (stadiometer)
- 5) Alat ukur lingkar lengan atas dan lingkar kepala
- 6) Tas Antropometri

Ketersediaan antropometri di seluruh Posyandu di Indonesia memiliki keuntungan sebagai berikut:

Tabel 12. Manfaat Ketersediaan Antropometri

| | |
|---|--|
| 01. Identifikasi Stunting dan Underweight | Antropometri melibatkan pengukuran fisik, termasuk tinggi badan, berat badan, dan lingkar lengan atas balita. Data ini membantu petugas kesehatan untuk mengidentifikasi stunting dan underweight secara dini. |
| 02. Pemantauan Pertumbuhan Secara Berkala | Dengan ketersediaan antropometri di Posyandu, petugas kesehatan dapat memantau pertumbuhan fisik balita secara berkala. Ini memungkinkan deteksi dini masalah pertumbuhan yang dapat diatasi sejak dini. |
| 03. Intervensi Terkustomisasi | Data antropometri membantu merancang intervensi gizi yang terkustomisasi sesuai dengan kebutuhan setiap balita. Pengukuran yang dilakukan secara rutin membantu memastikan efektivitas program gizi. |
| 04. Pencegahan dan Edukasi | Melalui data antropometri, petugas kesehatan dapat memberikan edukasi kepada orang tua mengenai pentingnya gizi seimbang dan memberikan solusi konkrit untuk meningkatkan pertumbuhan balita. |

2. USG 2 Dimensi

Ketersediaan Ultrasonografi (USG) 2 Dimensi di setiap Puskesmas memiliki peran yang penting dalam mendukung upaya penurunan angka stunting di Indonesia. Meskipun pada dasarnya USG 2 Dimensi digunakan untuk memeriksa kondisi kehamilan pada Ibu hamil, dampaknya mencakup lebih dari sekadar deteksi dini masalah pada janin.

Berdasarkan perhitungan yang dilakukan, dimana data ketersediaan USG diperoleh dari setiap Kepala Dinas Kabupaten dan Kota, dan setelah dilakukan konfirmasi dan verifikasi, didapatkan gap kebutuhan alat USG sebanyak 2.364 unit. Namun, dari dokumen yang sudah diterima oleh Direktorat Gizi dan KIA Kementerian Kesehatan, baru sekitar 156 Kabupaten dan Kota yang mengirimkan dokumen secara lengkap, sehingga angka kebutuhan alat USG 2 Dimensi Berdasarkan data yang didapatkan sekitar 1.485 unit. Diharapkan, dari ketersediaan USG di Puskesmas dapat meningkatkan jumlah Rujukan dini kasus kehamilan abnormal dan kasus kanker payudara sehingga dapat ditangani lebih cepat.

Ketersediaan USG 2 Dimensi di seluruh Puskesmas di Indonesia memiliki keuntungan sebagai berikut:

Tabel 13. Keuntungan USG 2 Dimensi

| | |
|---------------------------------------|--|
| 01. Pemeriksaan Kondisi Janin | USG 2 Dimensi merupakan alat penting untuk memeriksa kondisi janin selama kehamilan. Hal ini membantu mendeteksi kelainan atau masalah kesehatan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan janin. |
| 02. Pemantauan Perkembangan Janin | Dengan menggunakan USG 2 Dimensi, petugas kesehatan dapat memantau perkembangan janin, termasuk berat badan dan panjang janin. Ini memungkinkan untuk memastikan pertumbuhan janin yang optimal. |
| 03. Deteksi dini komplikasi kehamilan | USG 2 Dimensi membantu petugas kesehatan mendeteksi dini komplikasi kehamilan seperti restrukturisasi |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | pertumbuhan janin, pre-eklamsia, atau kondisi medis lainnya yang dapat mempengaruhi kesehatan bayi |
| 04. Perencanaan persalinan yang aman | Dengan mengetahui kondisi janin melalui USG 2 Dimensi, petugas kesehatan dapat merencanakan persalinan yang aman, memastikan bahwa semua langkah persiapan dilakukan untuk mengurangi risiko komplikasi saat persalinan |

Ketersediaan antropometri di Posyandu dan USG 2 Dimensi di Puskesmas di seluruh wilayah Indonesia adalah langkah penting dalam upaya menurunkan angka prevalensi stunting. Melalui pemantauan pertumbuhan fisik balita dan deteksi dini kondisi kehamilan, program ini dapat mengambil tindakan preventif dan kuratif yang lebih efektif. Dengan mendukung ketersediaan dan penggunaan kedua alat ini, Indonesia dapat menuju pada generasi yang lebih sehat dan terbebas dari stunting.

3. Pengukuran dan Pendataan Stunting/Risiko Stunting

a. Pendataan Keluarga BKKBN

1. Pendataan Keluarga BKKBN - 2021

Pendataan Keluarga 2021 atau PK-21 menjadi instrumen yang sangat vital dalam menggambarkan dan mengenali keluarga Indonesia. Selain sebagai sarana identifikasi, pendataan ini juga memiliki tujuan untuk mengetahui potensi dan kendala yang dihadapi oleh keluarga Indonesia, terutama dalam fungsi vital di bidang kesehatan, pendidikan, dan ekonomi. Dalam konteks pencegahan dan penurunan angka prevalensi stunting, PK-21 yang dilakukan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), bersama dengan Kementerian Kesehatan, melalui pendataan data surveilans e-PPGBM (elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat) dan SSGI (Survei Status Gizi Indonesia), memegang peran yang sangat penting.

Berdasarkan Undang Undang Nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Pendataan Keluarga adalah kegiatan pengumpulan data primer tentang data Kependudukan, Keluarga Berencana, Pembangunan Keluarga dan Data Anggota Keluarga yang dilakukan oleh masyarakat bersama pemerintah secara serentak pada waktu yang telah ditentukan. Adapun karakteristik Pendataan Keluarga meliputi beberapa hal, diantaranya adalah data mikro rinci berbasis keluarga, data primer mutakhir yang secara periodik dilakukan update, operasional lapangan yang digunakan untuk melakukan Intervensi, kondisi riil dimana data dikumpulkan dan dimutakhirkan oleh masyarakat yang tahu secara persis kondisi/keadaan di wilayahnya, data masyarakat serta segmentasi sasaran fokus berbentuk peta keluarga.

Adapun pengumpulan data yang digunakan pada Pendataan Keluarga (PK-21) melalui metode sensus dengan mendata seluruh keluarga yang menjadi target sasaran pendataan di Indonesia dengan melakukan kunjungan rumah ke rumah. Pengumpulan data menggunakan aplikasi yang terinstal di smartphone, dimana data diinput secara langsung oleh kader dengan fitur GEOPOINT. Pengolahan data dilakukan di tingkat kecamatan dengan memanfaatkan Balai Penyuluhan.

Pada PK-21, setidaknya terdapat tiga kelompok besar variabel pendataan, yaitu Kependudukan, Keluarga Berencana, dan Pembangunan Keluarga. Untuk lebih lanjutnya, ditampilkan pada tabel berikut ini.

| Kependudukan | Keluarga Berencana | Pembangunan Keluarga |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Nama, NIK • Jenis Kelamin • Perkawinan • Agama • Tanggal lahir • Pendidikan • Pekerjaan • Jaminan Kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Status kelahiran • Status kehamilan • Status kontrasepsi • Akses kontrasepsi • Informasi keluarga berencana | <ul style="list-style-type: none"> • Informasi perumahan • Informasi sanitasi dan air bersih • Informasi program kependudukan dan keluarga berencana |

Tabel 14. Kelompok Variabel PK-21

Dari target Kartu Keluarga (KK) sebesar 66.828.571 yang akan didata, terdapat 68.478.139 KK yang berhasil didata dengan Pencapaian pendataan sebesar 102% dari target. Pendataan dilakukan di 507 Kabupaten dan Kota, 6998 Kecamatan dan 80.052 Desa/Kelurahan. Dari hasil PK-21, 5 Provinsi terbanyak dengan status Keluarga Berisiko Stunting adalah Kalimantan Barat, Papua, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Barat, dan Kalimantan Utara. Secara detail, cakupan PK-21 dapat dilihat sebagai berikut:

| Indikator | Administrasi Kependudukan (31 Juni 2021) | PK BKKBN 2021 | Cakupan |
|-----------------|--|---------------|---------|
| Jumlah Penduduk | 272,229,372 | 225,338,582 | 82.78% |
| Jumlah Keluarga | 86,913,976 | 68,478,139 | 78.79% |

Tabel 15. Cakupan PK BKKBN 2021

2. Pendataan Keluarga – BKKBN 2022

PK22 adalah kegiatan untuk memutakhirkan Data Keluarga Indonesia dengan cara melengkapi, memperbaiki, memperbaharui, mencatat mutasi dan mendata keluarga baru yang belum ada dalam Basis Data Keluarga Indonesia (BDKI) melalui kunjungan rumah ke rumah dengan cara mewawancarai dan atau mengobservasi kepala keluarga, yang dilakukan secara serentak pada waktu yang telah ditentukan. Adapun sasaran dari PK-22 adalah keluarga dan keluarga khusus yang terdata pada PK21 dan keluarga yang belum terdata pada PK21. Target pendataan pada PK-22 ini sebanyak 39.281.626 keluarga termutakhirkan. Metode yang digunakan masih sama seperti PK-21 yaitu wawancara dan observasi kondisi rumah, dimana pengumpulan data melalui smartphone sebanyak 70% dan formulir sebanyak 30%.

Terdapat sejumlah perubahan dan pemutakhiran data untuk melengkapi pemeringkatan status kesejahteraan pada PK-22. Untuk lebih detail, hal mana yang diperbaharui, ditambah, dihapus ditampilkan pada tabel berikut ini.

| Ditambahkan | Diperbaharui | Dihapus |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Status Keluarga | <ul style="list-style-type: none"> • Jenis Pekerjaan | <ul style="list-style-type: none"> • Informasi POKTAN |

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Informasi kepemilikan aset • Status Pekerjaan • Mutasi Anggota keluarga | <ul style="list-style-type: none"> • Anggota Keluarga memiliki penyakit kronis • Anggota Keluarga disabilitas • Variable Perumahan (atap, dinding dan lantai) • Sumber penerangan utama • Sumber air minum utama • Fasilitas buang air besar • Bahan bakar utama • Kepemilikan rumah • Informasi Bangsa Kencana | <ul style="list-style-type: none"> • Keberadaan Anggota Keluarga • Mutasi Anggota keluarga |
|---|--|--|

Tabel 16. Pemutakhiran data PK-22

Adapun lokus pemutakhiran data PK-22 menitikberatkan pada lokus sebagai berikut:

1. Desa/kelurahan belum terdata pada PK21
2. Desa/kelurahan dengan cakupan keluarga terdata PK21 rendah
3. Desa/kelurahan dengan validitas NIK rendah
4. Desa/kelurahan dengan cakupan keluarga yang masuk dalam status kesejahteraan (desil) 1-4 rendah

b. Aplikasi e-PPGBM

Aplikasi e-PPGBM diluncurkan tahun 2021 oleh Kementerian Kesehatan. Aplikasi e-PPGBM atau elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat merupakan salah satu modul yang terdapat pada Aplikasi Sigizi Terpadu dari Kementerian Kesehatan. Adapun tujuan dari Aplikasi e-PPGBM adalah untuk pemantauan pertumbuhan dan status gizi anak balita serta Ibu hamil yang berisi informasi gizi individu baik untuk anak balita atau Ibu hamil secara cepat, akurat, teratur dan berkelanjutan di suatu daerah. Aplikasi e-PPGBM memiliki ruang lingkup meliputi:

1. Data identitas sasaran individu (balita dan Ibu hamil).
2. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan pada anak balita dan Ibu hamil.
3. Pengukuran lingkar lengan atas (LILA) pada balita dan Ibu hamil.
4. Melakukan intervensi spesifik seperti Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita dan Ibu hamil kekurangan energi kronik (KEK), pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) kepada Ibu hamil kekurangan energi kronik (KEK) dan remaja putri. atau intervensi sensitif seperti Peningkatan air minum dan sanitasi, Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan Kesehatan, Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan dan gizi Ibu dan anak serta Peningkatan akses pangan bergizi.

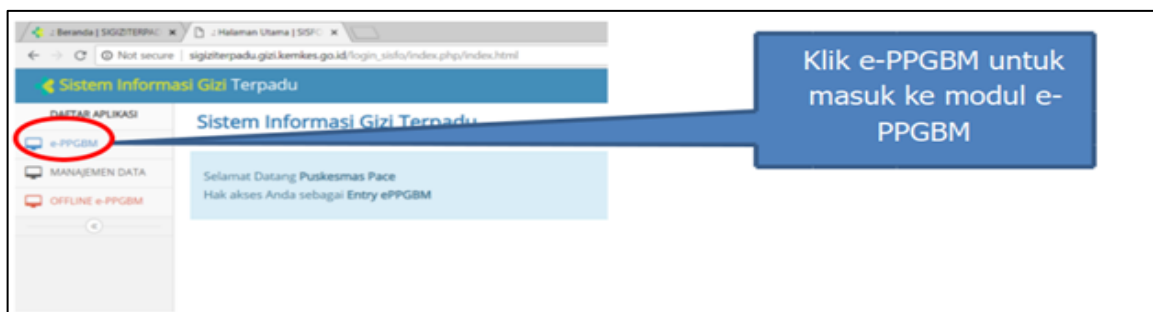
Data pada Aplikasi e-PPGBM juga dapat bermanfaat untuk:

1. Menemukan keberadaan anak balita stunting dan Ibu hamil kekurangan energi kronik (KEK) yang datanya sudah diinput lengkap dengan berdasarkan nama dan Alamat (*by name by address*) dari anak balita yang terindikasi terkena stunting dan Ibu hamil kekurangan energi kronik (KEK) yang berisiko melahirkan anak stunting.
2. Memantau pertumbuhan dan perkembangan balita stunting dan Ibu hamil kekurangan energi kronik (KEK).
3. Membantu dalam audit kasus stunting dimana sumber data yang digunakan berasal dari Aplikasi e-PPGBM untuk mendeteksi awal sasaran keluarga yang berisiko stunting.
4. Untuk menunjukkan jenis intervensi yang berkaitan dengan akses geografi, ketersediaan jaminan kesehatan, kondisi ketahanan pangan keluarga, akses air bersih di lingkungan pemukiman dan tingkat Pendidikan keluarga.

Adapun tahapan pencatatan data perkembangan tumbuh kembang balita dan Ibu hamil kedalam Aplikasi e-PPGBM adalah sebagai berikut:

1. Kader Posyandu secara manual mencatat perkembangan tumbuh kembang balita dan perkembangan Ibu hamil di Posyandu maupun yang dilakukan *sweeping* ke rumah setempat setiap sebulan sekali.
2. Rekapitulasi pencatatan data perkembangan tumbuh kembang balita dan perkembangan Ibu hamil dikirimkan oleh Kader Posyandu ke Puskesmas, kemudian pihak Puskesmas memasukan data hasil pencatatan Kader di Posyandu kedalam Aplikasi e-PPGBM, jika ditemukan adanya anomali pada data tersebut maka Puskesmas melakukan verifikasi ulang dengan meminta konfirmasi dari Kader Posyandu untuk dilakukan perbaikan data.

Untuk masuk ke dalam aplikasi PPGBM dapat dilakukan dengan memilih e-PPGBM seperti dapat dilihat pada Daftar Aplikasi yang diberi lingkaran merah pada gambar berikut sehingga muncul halaman utama dari Aplikasi e-PPGBM



Bagan 6. Tampilan Antar Muka e-PPGBM



Bagan 7. Halaman Utama e-PPGBM

Seperti pada Bagan 5, terdapat beberapa komponen dari aplikasi PPGBM. Bagian a) berfungsi untuk melihat daftar notifikasi (peringatan dini) balita yang harus dirujuk karena status gizi berdasarkan indeks pengukuran TB/U (Warna Biru) Baduta kurang dari -2 SD, BB/TB (warna ungu) kurang dari -2SD dan Indeks BB/U (warna merah) kurang dari -3SD, Balita menyimpang (warna hijau), tombol (b) bagian berisi daftar menu yang ada pada aplikasi PPGBM. dan (c) berisi menu-menu yang berfungsi untuk mengubah password, mengunduh buku panduan, melihat profil (detail) user, dan logout dari aplikasi.

Menu *Entry* Aplikasi e-PPGBM

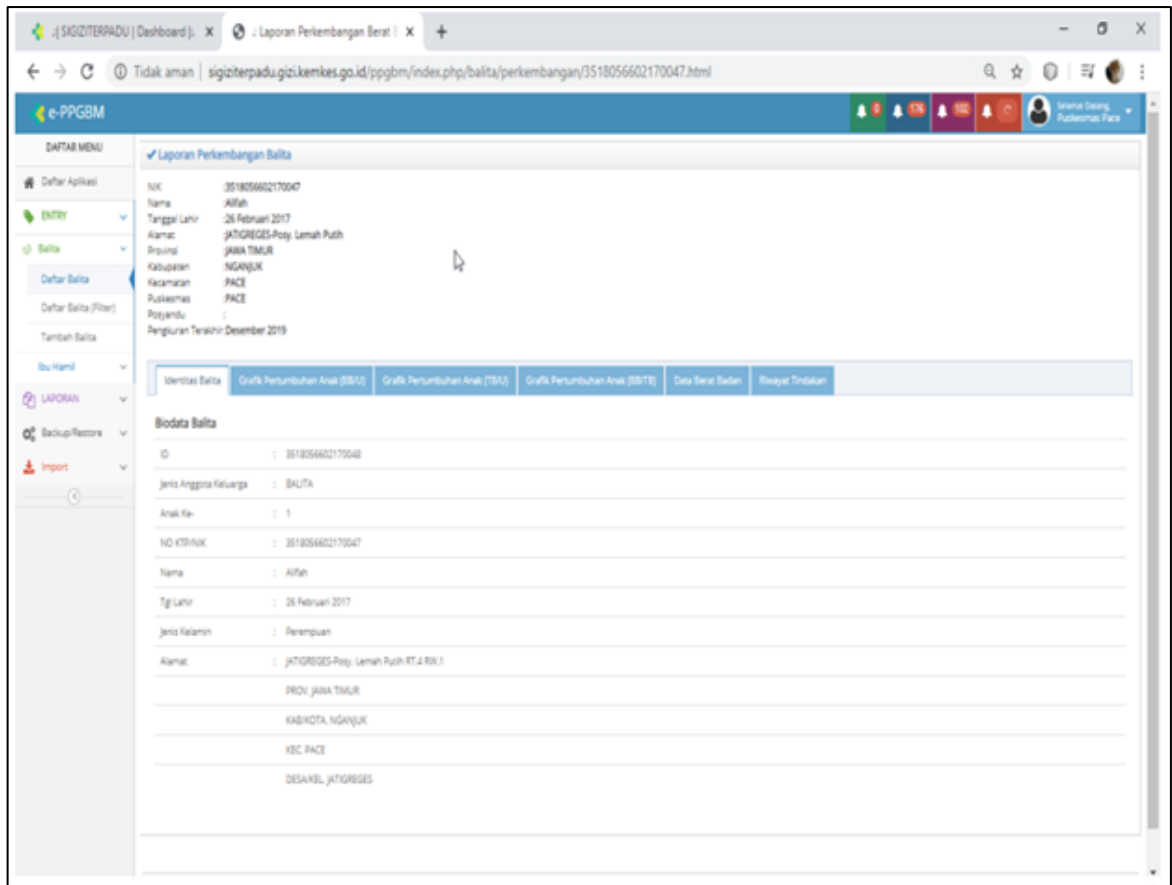
1. Balita

Pada menu entri sasaran balita, kita bisa melihat balita yang sudah masuk ke dalam sistem dengan klik menu daftar Balita dan juga bisa menambah balita baru dengan klik tambah balita seperti pada gambar berikut:



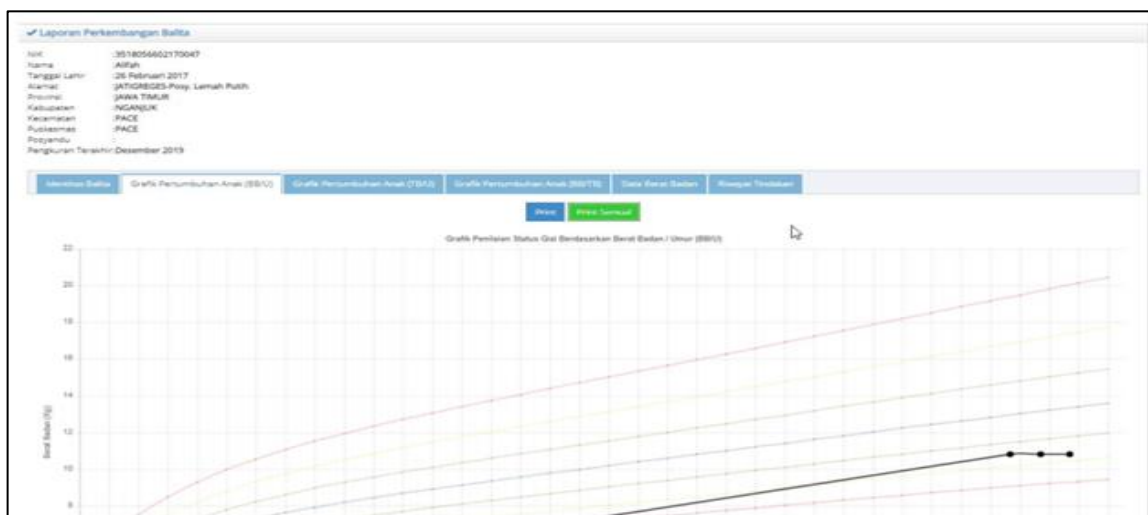
Bagan 8. Daftar Balita pada menu e-PPGBM

Daftar balita dapat dilakukan dengan mengakses menu Balita → Daftar Balita seperti gambar 7. Pada daftar balita ada beberapa fungsi yang bisa digunakan yaitu untuk mengedit isian identitas, menghapus balita, melihat pemantauan pertumbuhan, menginput pengukuran tiap bulan dan menginput PMT yang diberikan setiap bulannya. Identitas Balita juga secara lengkap diinput di Aplikasi e-PPGBM seperti gambar berikut ini :



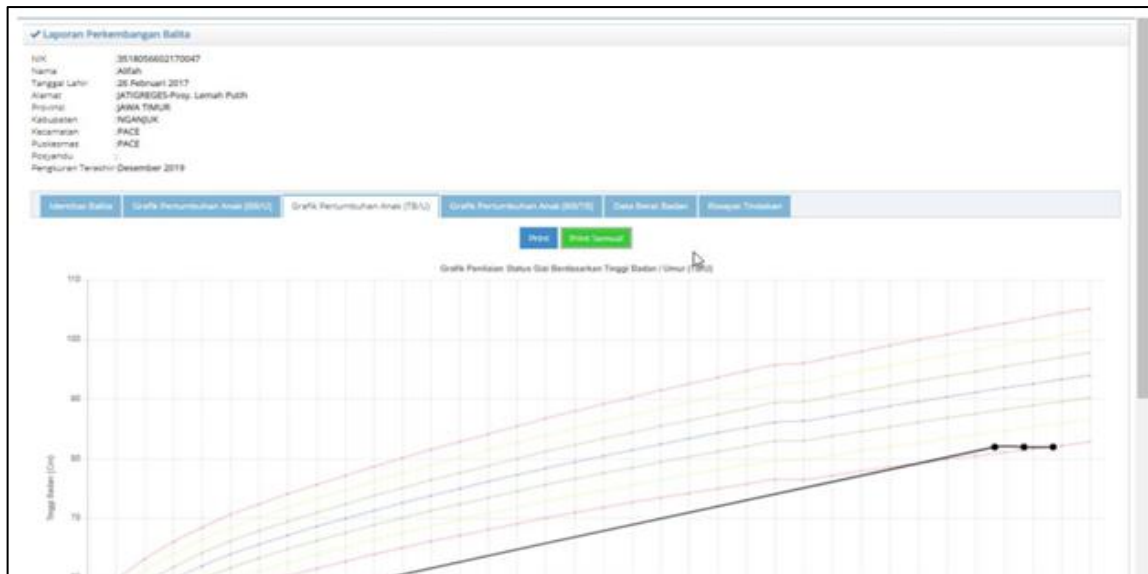
Bagan 9. Identitas lengkap Balita

Aplikasi e-PPGBM juga menampilkan Grafik Pertumbuhan Balita berdasarkan indeks Berat Badan berbanding dengan Usia (BB/U).



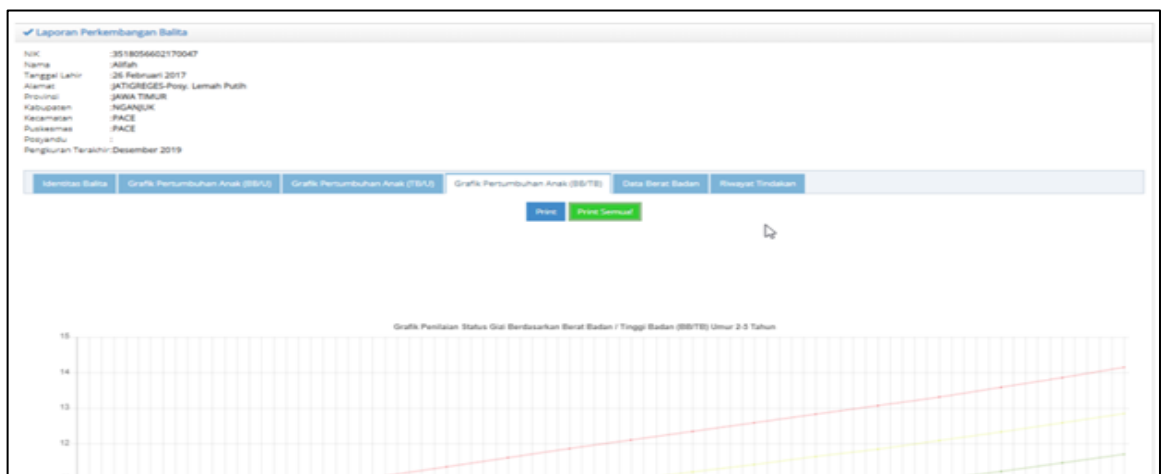
Bagan 10. Grafik Pertumbuhan Balita berdasar Indeks Berat Badan/Usia

Untuk memantau Tinggi Badan Balita berbanding Usia Aplikasi e-PPGBM juga menampilkan grafiknya seperti pada gambar berikut:



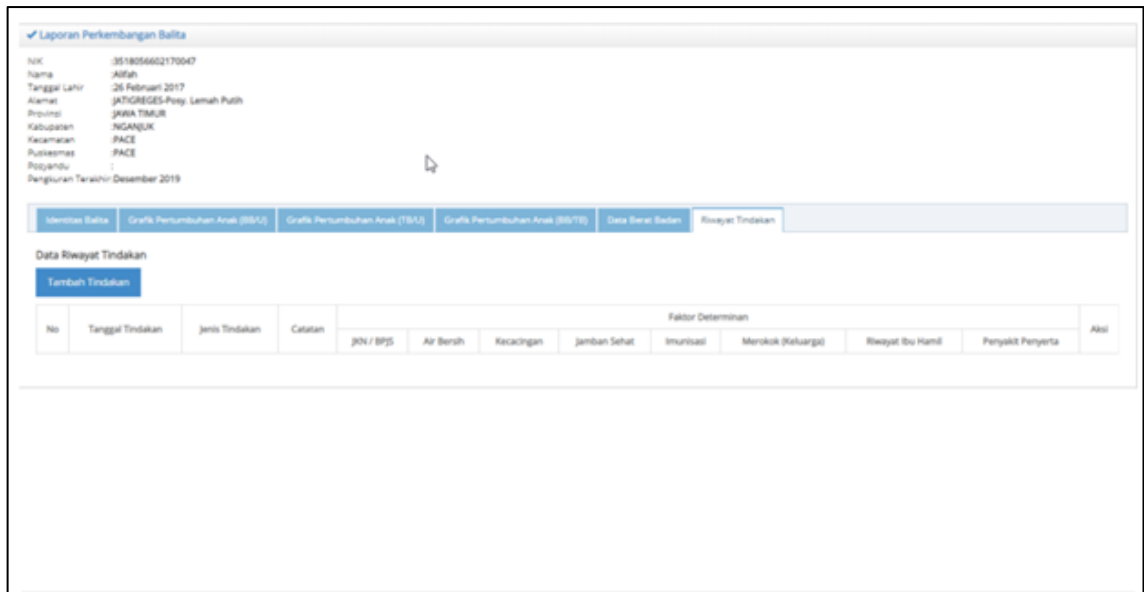
Bagan 11. Grafik Pertumbuhan Balita berdasar Indeks Tinggi Badan/Usia

Aplikasi e-PPGBM juga menyajikan pertumbuhan Balita berdasar Indeks Berat Badan berbanding dengan Tinggi Badan.



Bagan 12. Grafik Pertumbuhan Balita berdasar indeks Berat Badan/Tinggi Badan

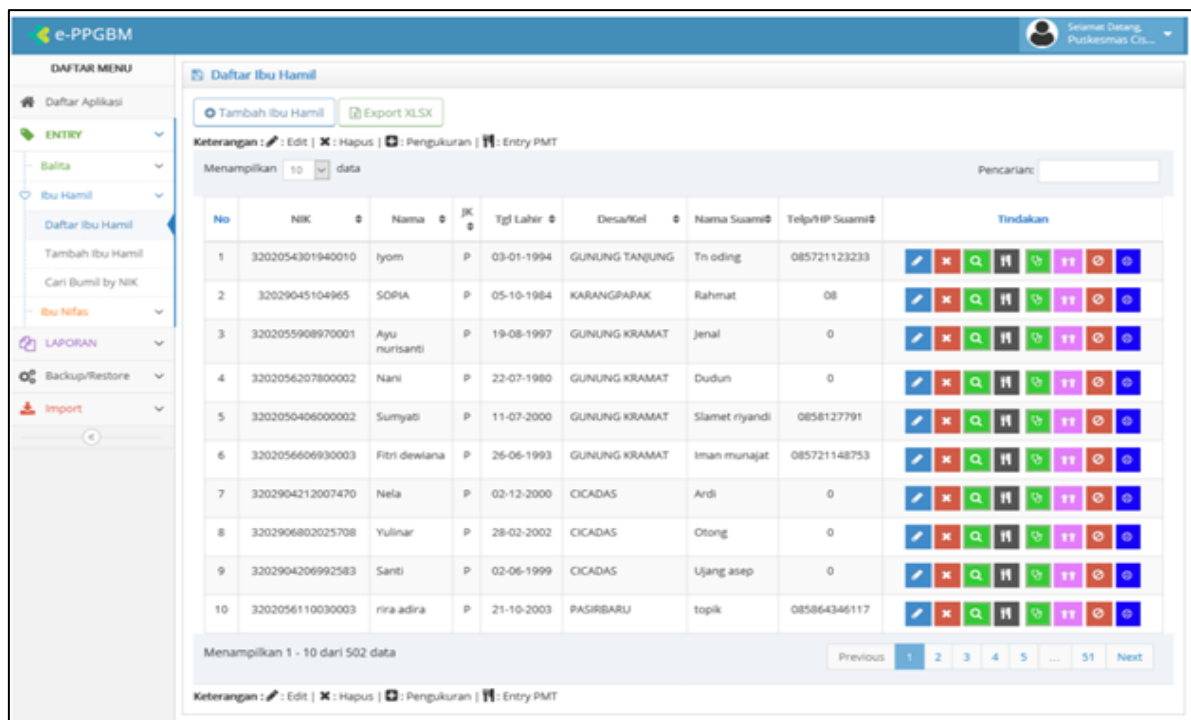
Di Aplikasi e-PPGBM terdapat juga Data Berat Badan dan Riwayat Tindakan yang diambil pada Balita.



Bagan 13. Riwayat Tindakan

2. Ibu Hamil

Seperti pada menu *entry* sasaran Balita, pada sasaran Ibu hamil juga terdapat daftar Ibu hamil dan tambah data Ibu hamil yang sudah di-*entry* ke dalam aplikasi e-PPGBM seperti Gambar 13 dan 14 berikut ini:



Bagan 14. Daftar Ibu hamil

Tambah Data Ibu Hamil

NIK*

Cerdas dalam apabila Ibu Hamil sebelum memasuki AKK

Kehamilan ke Berapa**

Tgl Lahir ada -mm-yyyy**

Alamat

Alamat RUK*

Agama

Berat Badan Awal Hamil / Trimester 1 (kg)

Tinggi Badan Awal Hamil / Trimester 1 (cm)

Jarak Kehamilan Sebelumnya Bulan

Hari Pertama Haid Terakhir (PHT) ada -mm-yyyy**

Hari Perkiraan Lahir (MPL)

Golongan Darah

Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini

Rwayat Perukit yang diterima Ibu

Rwayat Alergi

Buku KIA* Ya Tidak

Jaminan Kesehatan

No. Jaminan Kesehatan

KTD (kehamilan Tidak Ditinggalkan)

Faktor Ek 1

Faktor Risiko

Pembelahan

Pekerjaan

No. Register Kehari Ibu

Nama Suami*

NIK Suami*

Telp HP Suami*

Provinsi*

Kabupaten*

Kecamatan*

Puskesmas Pembina*

Bagan 15. Formulir Tambah Data Ibu hamil

3. Ibu Nifas

Pada sasaran Ibu nifas juga terdapat daftar ibu nifas yang sudah di entry ke dalam aplikasi juga menu untuk tambah Ibu nifas seperti tampak pada gambar berikut.

Daftar Ibu Nifas

Keterangan: | | |

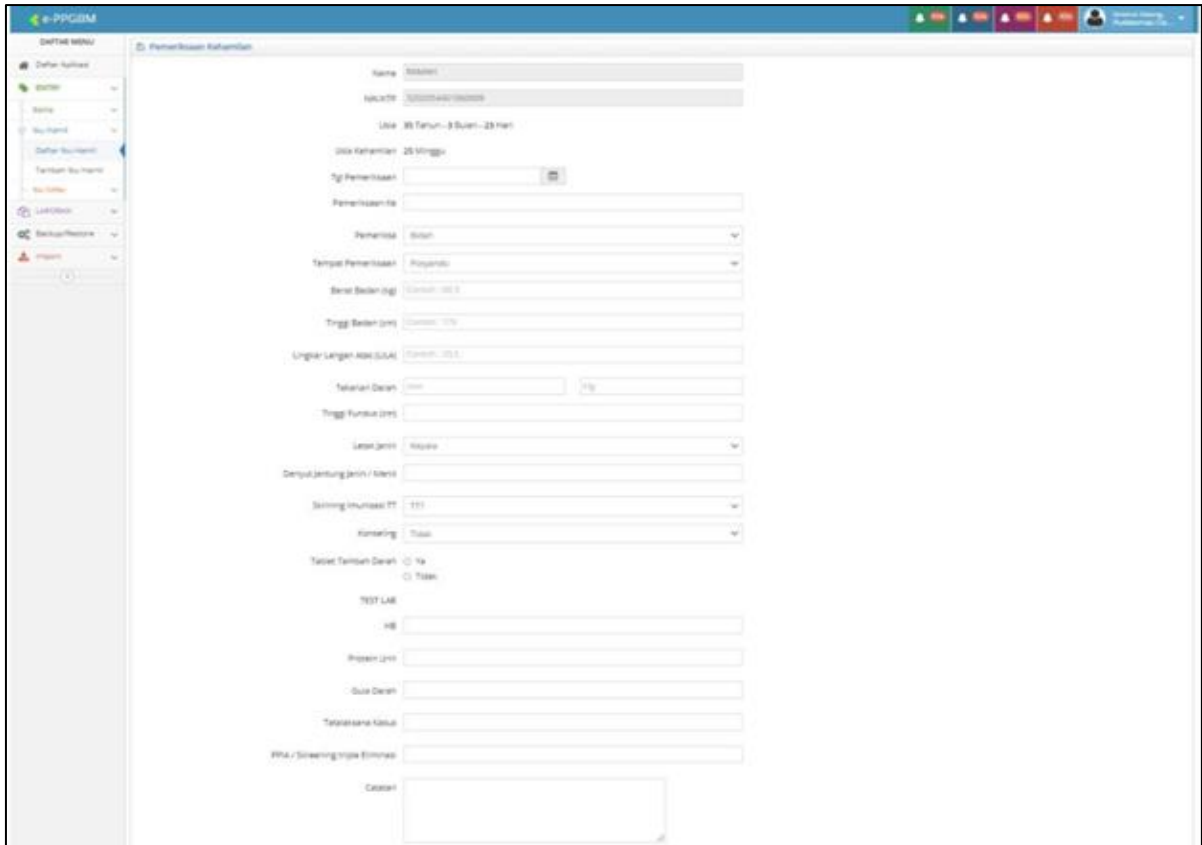
Menampilkan 10 data

| No | NIK | Nama | JK | Tgl Lahir | Desa/Kel | Nama Suami | Telp/HP Suami | Tindakan |
|----|------------------|-------|----|------------|----------------|------------|---------------|---|
| 1 | 3202905504213853 | LISNU | P | 15-12-1997 | KARANGPAPAK | SUGHARTO | 0 | <input type="button" value="Edit"/> <input type="button" value="Hapus"/> <input type="button" value="Pengukuran"/> <input type="button" value="Entry PMT"/> |
| 2 | 3202055512970003 | LISNU | P | 15-12-1997 | KARANGPAPAK | SUGHARTO | 08 | <input type="button" value="Edit"/> <input type="button" value="Hapus"/> <input type="button" value="Pengukuran"/> <input type="button" value="Entry PMT"/> |
| 3 | 3202906502993479 | Risma | P | 25-02-1999 | CICADAS | Ruspendi | 0 | <input type="button" value="Edit"/> <input type="button" value="Hapus"/> <input type="button" value="Pengukuran"/> <input type="button" value="Entry PMT"/> |
| 4 | 3202905803931990 | Imas | P | 18-03-1993 | SUKARAME | udih | 0 | <input type="button" value="Edit"/> <input type="button" value="Hapus"/> <input type="button" value="Pengukuran"/> <input type="button" value="Entry PMT"/> |
| 5 | 320205 | Yeni | P | 01-01-1978 | KARANGPAPAK | Endang | 085 | <input type="button" value="Edit"/> <input type="button" value="Hapus"/> <input type="button" value="Pengukuran"/> <input type="button" value="Entry PMT"/> |
| 6 | 3202906107978700 | CINDY | P | 21-07-1997 | CISOLOK | dodi | 085861418408 | <input type="button" value="Edit"/> <input type="button" value="Hapus"/> <input type="button" value="Pengukuran"/> <input type="button" value="Entry PMT"/> |
| 7 | 3202054809930005 | Fitri | P | 03-05-1994 | WANAJAYA | Enang | 0 | <input type="button" value="Edit"/> <input type="button" value="Hapus"/> <input type="button" value="Pengukuran"/> <input type="button" value="Entry PMT"/> |
| 8 | 3202904505996088 | namah | P | 05-05-1999 | GUNUNG TANJUNG | Itina | 085624424483 | <input type="button" value="Edit"/> <input type="button" value="Hapus"/> <input type="button" value="Pengukuran"/> <input type="button" value="Entry PMT"/> |
| 9 | 3202054402983351 | Nenih | P | -- | PASIRBARU | Andi | 085794860475 | <input type="button" value="Edit"/> <input type="button" value="Hapus"/> <input type="button" value="Pengukuran"/> <input type="button" value="Entry PMT"/> |
| 10 | 3202054402983481 | Nenih | P | -- | PASIRBARU | Andi | 085794860475 | <input type="button" value="Edit"/> <input type="button" value="Hapus"/> <input type="button" value="Pengukuran"/> <input type="button" value="Entry PMT"/> |

Menampilkan 1 - 10 dari 1.105 data

Previous 1 2 3 4 5 ... 111 Next

Bagan 16. Daftar Ibu nifas

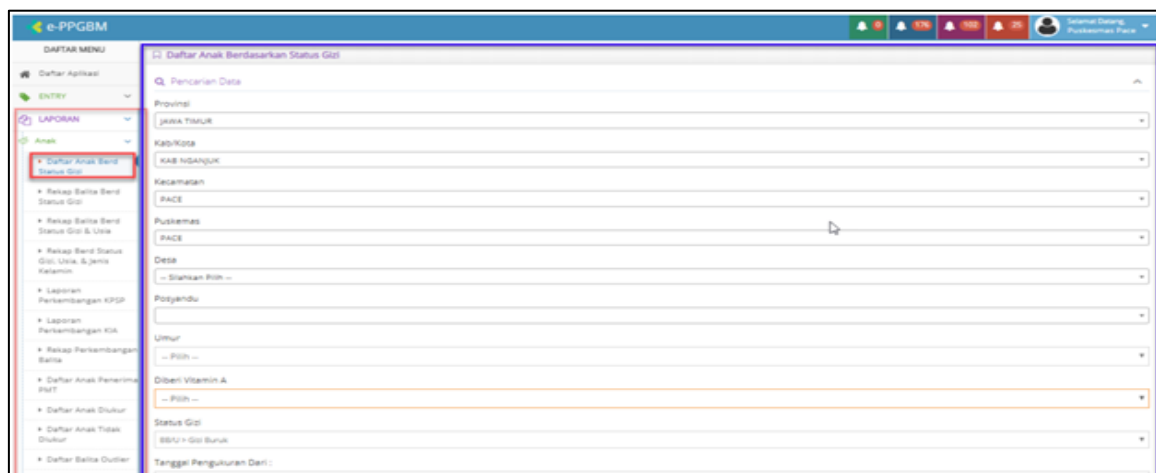


Bagan 17. Tambah Ibu nifas

Menu Laporan Aplikasi e-PPGBM

Aplikasi e-PPGBM juga bisa menampilkan rekap data hasil entri pada menu sebelumnya. Saat ini laporan yang terdapat pada aplikasi e-PPGBM terbagi sebagai berikut:

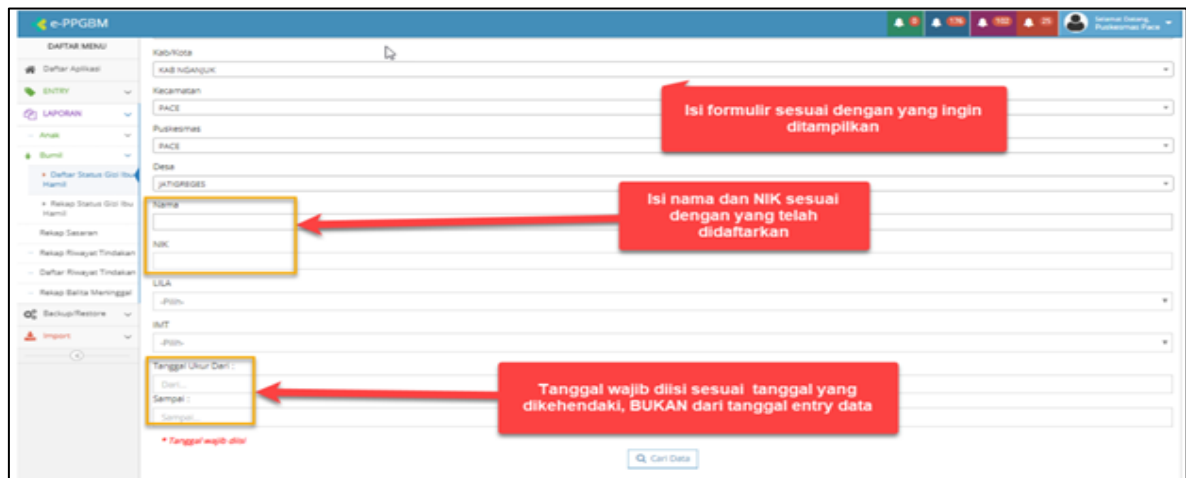
1. Laporan Daftar Balita berdasarkan Status Gizi



Bagan 18. Menu Laporan Daftar Balita berdasarkan Status Gizi

2. Laporan Daftar status gizi Ibu Hamil

Laporan ini berfungsi untuk melihat daftar Ibu Hamil pada wilayah tertentu berdasarkan status gizi tertentu.



Bagan 19. Menu Laporan Daftar Ibu hamil

3. Laporan Rekapitulasi sasaran

Laporan rekap sasaran berfungsi untuk menyajikan data rekapitulasi sasaran yang ada (telah dientry) ke dalam aplikasi PPGBM



Bagan 20. Laporan Rekapitulasi Sasaran

c. Survei Status Gizi Indonesia (SSGI)

Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) adalah survei berskala nasional yang dilakukan sejak tahun 2019 dan dilakukan di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Survei ini dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

(Balitbangkes) Kementerian Kesehatan, bekerja sama dengan Biro Pusat Statistik (BPS), dan didukung oleh Sekretariat Wakil Presiden RI. Tujuan dari Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) adalah untuk mengetahui perkembangan status gizi balita, terutama bayi dengan status *wasting*, *stunting*, *overweight* dan *underweight*. Selain itu, hasil SSGI digunakan oleh Kementerian Keuangan untuk membuat Dana Insentif Daerah kabupaten/kota dan untuk menilai pelaksanaan intervensi gizi spesifik dan sensitif yang dilakukan pemerintah pusat dan daerah.

Hasil SSGI 2022 menunjukkan bahwa prevalensi stunting menurun dari 24,4% pada tahun 2021 menjadi 21,6%. Berdasarkan hasil survei ini, Provinsi Nusa Tenggara Timur masih menempati posisi dengan angka persentase prevalensi stunting paling tinggi, hingga 35,3%. Sedangkan Provinsi dengan nilai prevalensi terkecil adalah Bali, dengan persentase 8%. Terdapat 3 (tiga) Provinsi yang mencapai penurunan paling besar jika dibandingkan tahun sebelumnya, yaitu Kalimantan Selatan, Kalimantan Utara dan Sumatera Selatan. Hasil survei ini juga menunjukkan bahwa, balita dengan rentang umur 6-11 bulan merupakan balita yang paling rentan, karena probabilitas balita terkena stunting melonjak hingga 1,6x ketika balita tersebut berumur pada rentang 12-23 bulan.

Adapun metodologi yang digunakan pada SSGI di tahun 2022 adalah sampling dengan metode *2 stage stratified* secara potong lintang (*cross-sectional*). Dengan sampel sebanyak 33 Provinsi, 486 Kabupaten dan Kota, serta 334.848 balita, dengan response rate sebesar 91.4%. Pengumpulan data melalui pengukuran antropometri (berat badan, panjang/tinggi badan balita, LiLa Remaja Putri, Wanita Usia Subur dan Ibu Hamil) menggunakan alat terstandar dan wawancara. Adapun pelaksanaan SSGI 2022 melibatkan Setwapres, Bappenas, BPS, Kemendagri, Poltekkes, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota serta para pakar dari beberapa universitas

Seperti layaknya sebuah survei, SSGI memiliki indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian sebuah tujuan. Indikator pada SSGI 2022 dibagi menjadi 2 jenis kelompok, yang pertama adalah indikator yang masuk pada Gizi Spesifik. Sedangkan indikator kedua masuk pada jenis kelompok Gizi sensitif. Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat melalui tabel sebagai berikut:

Tabel 17. Indikator Penilaian SSGI 2022

| Indikator Gizi Spesifik | | Indikator Gizi Sensitif |
|--|--------------------|--------------------------------------|
| Pemeriksaan (Antenatal Care) | Kehamilan | Akses Sanitasi Layak |
| Imunisasi Rutin dan Dasar Lengkap | Pertumbuhan Balita | Jaminan Kesehatan |
| Tablet Tambah Darah Ibu hamil dan Remaja Putri | | Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) |
| Akses Pencarian Pengobatan Balita Sakit | | KB |
| Pemberian Obat Cacing | | Bantuan sosial (PKH, BPNT, BLT, dll) |

| Indikator Gizi Spesifik | Indikator Gizi Sensitif |
|---|---------------------------|
| Pemberian Makanan Tambahan Balita dan Ibu Hamil | Rumah sehat |
| | Ketahanan Pangan Keluarga |
| | Keragaman Pangan Balita |

Adapun dasar pelaksanaan Survei SSGI adalah:

1. PERPRES No. 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024.
2. PERPRES No. 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting
3. Surat Set Wapres No.B.470/KSNB/SWP/PKM.00/07/2021 tentang pelaksanaan SSGI tahun 2022
4. Surat Bappenas No.030007/PP.03.02/D.5/T/3/2022 mengenai urgensi pelaksanaan SSGI oleh Kemenkes

Sebelum SSGI dilaksanakan pada tahun 2021, kegiatan pendataan dan pencatatan melalui survei sudah pernah dilakukan, yaitu melalui Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Namun, sama halnya dengan e-PPGBM, SSGI memiliki karakteristik yang berbeda diantara kedua alat ukur tersebut. Adapun perbedaannya dapat dilihat pada bagan sebagai berikut:

| e-PPGBM | SSGI | Riskesdas |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| Setiap bulan (data <i>real-time</i>) | Setiap tahun | Setiap 5 tahun |
| Petugas gizi puskesmas | Enumerator terlatih (Balitbangkes) | Enumerator terlatih (Balitbangkes) |
| Seluruh balita di posyandu | Sampel rumah tangga dengan balita | Sampel rumah tangga umum |
| Surveilans program gizi di daerah | Evaluasi kemajuan intervensi gizi | Evaluasi pembangunan kesehatan |

Sumber: <https://cegahstunting.id/wp-content/uploads/2022/02/SSGI-1-03-03-scaled.jpg>

Bagan 21. Perbedaan e-PPGBM, Riskesdas dan SSGI

BAB III. Hasil Analisis dan Rekomendasi

Dari hasil analisis diperoleh permasalahan yang perlu mendapat perhatian dari Kementerian/Lembaga yang bertanggung jawab serta Tim Percepatan Penanganan Stunting (TPPS) Pusat, sebagai berikut:

1. Intervensi Spesifik: Risiko salah alokasi Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Lokal.

Analisis:

Saat ini terdapat dua pengukuran angka prevalensi stunting yang menjadi rujukan yaitu Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) dan elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM). Kedua pengukuran tersebut menghasilkan angka prevalensi stunting yang berbeda signifikan. Contoh pada Tahun 2022 Prevalensi Stunting menurut SSGI adalah 21,6% sementara e-PPGBM hanya mencatat sebesar 7,7%.

Salah satu bentuk intervensi spesifik yang dilakukan untuk menurunkan stunting adalah PMT pada balita dan ibu hamil. Pada tahun 2023 dilakukan perubahan mekanisme PMT yang semula berbentuk PMT Pabrikasi menjadi PMT Lokal. Anggaran yang dialokasikan untuk PMT lokal melalui DAK Non Fisik adalah sebesar Rp1,23T. Berdasarkan Permenkes 42 Tahun 2022 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Non Fisik Bidang Kesehatan TA 2023, salah satu pertimbangan alokasi PMT lokal adalah nilai SSGI, sebagaimana berikut:

- a. 389 Kab/Kota yang mendapatkan DAK NF 2023 PMT berdasarkan peta kapasitas fiskal 2021, nilai prevalensi stunting Survei Status Gizi (SSGI) 2021 dan Indeks Ketahanan Pangan (IKP) 2021.
- b. Besaran alokasi anggaran PMT Kab/Kota dihitung berdasarkan formula $85\% \times \text{Jumlah Sasaran Proyeksi (Balita/Bumil)} \times \text{Prev Stunting SSGI 2021} \times 90 \text{ Hari} \times \text{Rp}16.500 \text{ (balita)} \text{ atau } \text{Rp}21.500 \text{ (Bumil)}$

Sementara di Pemerintah Daerah untuk melaksanakan intervensi menggunakan data e-PPGBM karena data tersebut berupa data riil balita dan bumil yang dapat diintervensi.

Selain kondisi adanya perbedaan data acuan dalam pelaksanaan intervensi spesifik PMT, petunjuk teknis PMT lokal juga terlambat diterbitkan. Juknis PMT baru dikeluarkan pada Mei 2023 dan berdasarkan hasil observasi tim kajian di lapangan, daerah yang menjadi sampling kajian hingga Agustus 2023 belum melaksanakan PMT lokal padahal dibutuhkan waktu 90 hari untuk pelaksanaan PMT lokal yang berdampak.

Akibat:

Perbedaan data yang signifikan sebagai dasar pengalokasi PMT lokal ini tentu berpotensi mengakibatkan terjadinya salah alokasi/tidak tepat sasaran sebagaimana dapat dilihat pada data berikut ini (rincian dapat dilihat pada lampiran):

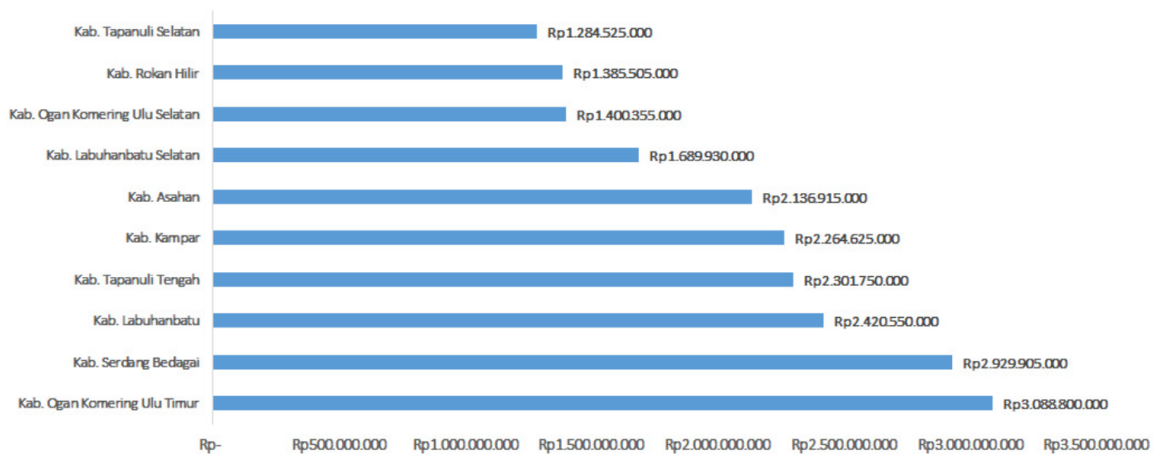
- a. 78 Kab/Kota (20%) kelebihan alokasi PMT Balita sebesar Rp 55 Miliar⁶

⁶ Kecuali Prov. Papua karena isian e-PPGBM Kab/Kota tidak lengkap

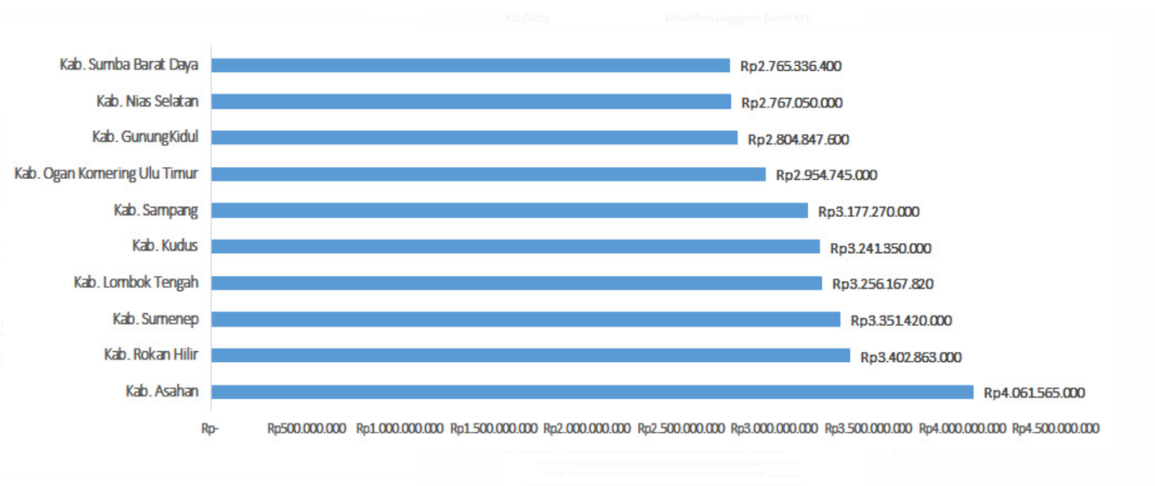
b. 315 Kab/Kota (81%) kelebihan alokasi PMT Bumil sebesar Rp 226,7 Miliar⁷

Selain itu, terdapat 92 Kab/Kota (24% daerah yang mendapatkan PMT 2023) mengalokasikan PMT pada masing-masing puskesmas tidak sesuai jumlah sasaran balita dan bumil karena anggaran PMT lokal dari BOK Puskesmas untuk masing-masing puskesmas hanya dibagi sama persis dengan persentase total PMT Kab/Kota dari total BOK Puskesmas Kab/Kota.

Berikut dapat dilihat top 10 Kab/Kota yang mendapatkan kelebihan alokasi PMT pada balita dan bumil.



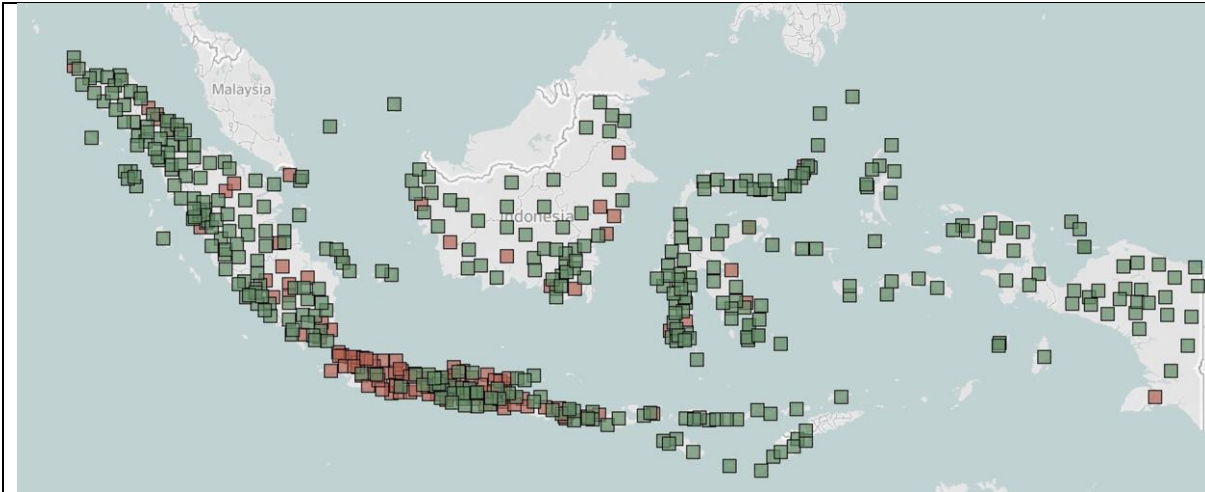
Bagan 22. Top 10 Kab/Kota dengan Kelebihan Alokasi PMT (Balita)



Bagan 23 Top 10 Kab/Kota dengan Kelebihan Alokasi PMT (Bumil)

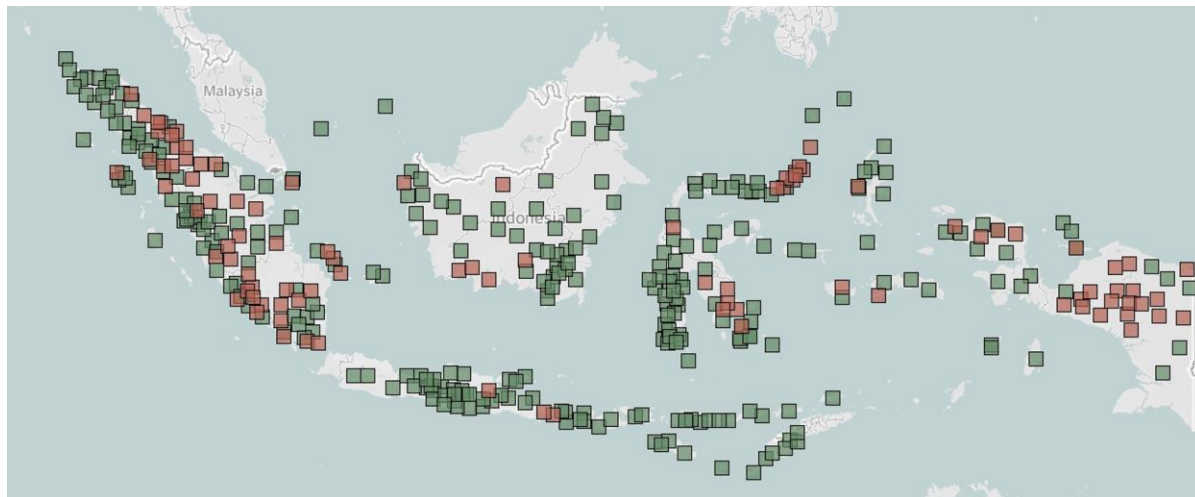
Sementara sebaran kab/kota yang kelebihan dan kekurangan anggaran PMT lokal secara lebih rinci dapat dilihat pada gambar berikut ini:

⁷ Sasaran: Balita Stunting, Balita Gizi Buruk, Balita Gizi Kurang, Bumil Kekurangan Energi Kronis (KEK)



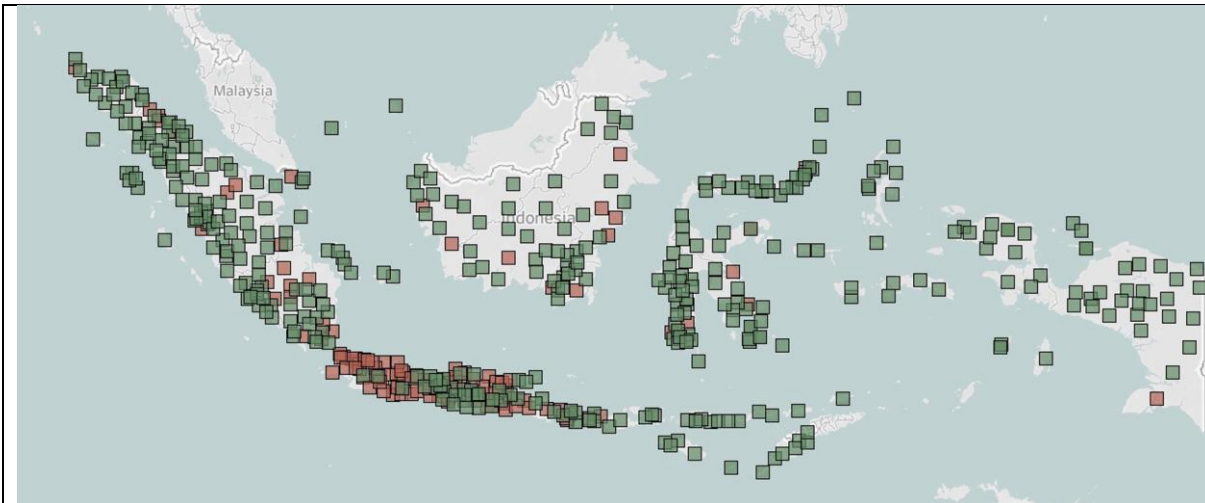
Hijau = Mendapatkan, Merah = Tidak Mendapatkan

Bagan 24. Perbandingan Sebaran Kab/Kota yang mendapatkan Alokasi DAK NF 2023 PMT Balita dengan yang Tidak Mendapatkan



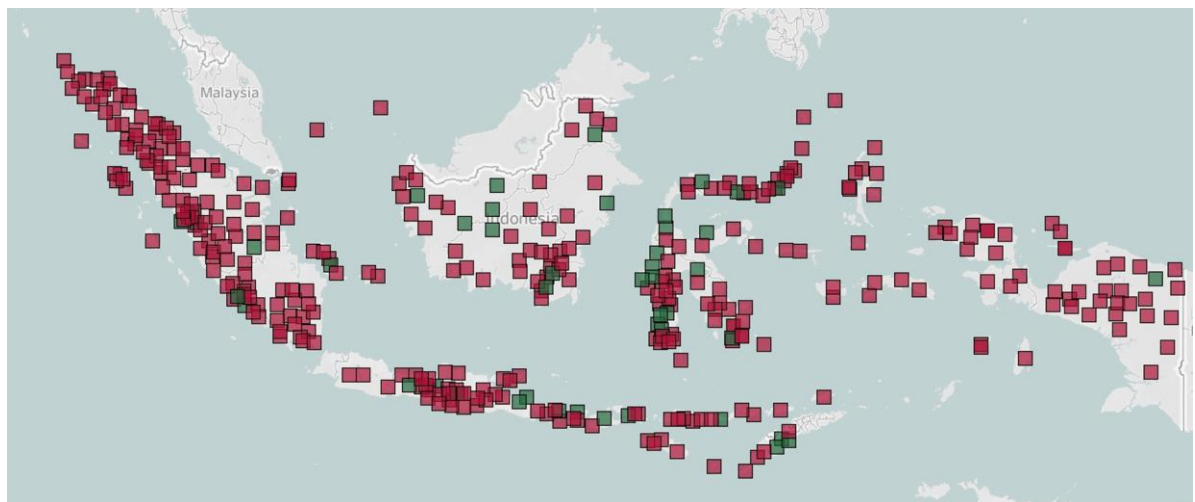
Merah = Lebih dari Sasaran, Hijau = Tidak Lebih dari Sasaran

Bagan 25. Perbandingan Sebaran Kab/Kota yang mendapatkan PMT Lokal Balita Lebih dari Sasaran dengan yang Tidak Lebih dari Sasaran



Hijau = Mendapatkan, Merah = Tidak Mendapatkan

Bagan 26. Perbandingan Sebaran Kab/Kota yang mendapatkan Alokasi DAK NF 2023 PMT Bumil KEK dengan yang Tidak Mendapatkan



Merah = Lebih dari Sasaran, Hijau = Tidak Lebih dari Sasaran

Bagan 27. Perbandingan Sebaran Kab/Kota yang mendapatkan PMT lokal Bumil KEK Lebih dari Sasaran dengan yang Tidak Lebih dari Sasaran

Keterlambatan Juknis PMT juga berakibat rendahnya realisasi PMT lokal. Berdasarkan data BOK salur Kemenkes, per-2 September 2023, rata-rata realisasi PMT lokal baru mencapai 18% dan terdapat 42% Puskesmas yang menerima DAK Non Fisik 2023 belum melaksanakan PMT lokal (Sumber: Data BOK Salur Kemenkes, diolah).

Rekomendasi:

Kementerian Kesehatan:

1. Mengalokasikan anggaran intervensi spesifik (PMT, TTD, Suplemen, Vitamin) menggunakan acuan data prevalensi yang riil, terkini, lengkap *by name by address* dan padan NIK untuk menghindari salah sasaran.
2. Melakukan perbaikan data balita dan bumil pada surveilans gizi (e-PPGBM) melalui pepadanan NIK Dukcapil sehingga pelaksanaan survei prevalensi untuk level nasional untuk menilai prevalensi stunting tidak perlu setiap tahun dalam rangka efisiensi anggaran.
3. Menerbitkan Juknis PMT lokal pada awal tahun sehingga dapat segera dilaksanakan dan sinkron dengan waktu pengukuran dampak pemberian (pengukuran prevalensi)
4. Mengarahkan Dinas Kesehatan mengalokasikan pembagian anggaran PMT lokal per puskesmas berdasarkan sasaran balita dan bumil.

2. Intervensi Spesifik: Data rujukan intervensi sensitif belum terintegrasi

Analisis:

Berdasarkan Pendataan Keluarga BKKBN (PK, 22), diperoleh data keluarga berisiko stunting sejumlah 13.511.649 dari 67.457.760 (20%) Keluarga yang menjadi cakupan PK 22. Adapun keluarga berisiko stunting adalah keluarga sasaran⁸ yang memiliki faktor risiko stunting (sanitasi, akses air bersih, kondisi 4T (Terlalu Muda, Terlalu Tua, Terlalu Banyak, dan Terlalu Dekat). Data ini menjadi rujukan untuk memberikan bantuan intervensi sensitif stunting dan kemudian diadopsi juga oleh KemenkoPMK untuk rujukan data Program Percepatan Penanganan Kemiskinan Ekstrim (P3KE).

Tetapi berdasarkan hasil klarifikasi ke BKKBN, hanya 4 dari 10 K/L terkait yang bertanggung jawab atas intervensi sensitif pada tahun 2022 dan 2023 yang mengakses data risiko stunting ini untuk pemberian bantuan yang di-tagging stunting. Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 18. Target vs Realisasi Pencapaian Intervensi Sensitif K/L Terkait

| K/L | Program Intervensi yang di Tagging | Akses Data Stunting (PK-BKKBN) | Anggaran Total 2022 | Volume Sasaran | Anggaran yang Ditagging Stunting | Volume Sasaran Stunting | Satuan Volume | % Tagging Stunting | % intervensi (seharusnya) | % intervensi (SSGI) |
|---------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------|----------------------------------|-------------------------|---------------|--------------------|---------------------------|---------------------|
| 1. Kemensos | BPNT | Tidak | Rp45,1 T | 18,8 Juta | Rp13,89 Juta | 5,79 Juta | KPM | 30,80% | 42,85% | 17,10% |
| | KKS/PKH | Tidak | Rp28,7 T | 10 Juta | Rp9,31 Juta | 3,24 Juta | KPM | 32,42% | 24,00% | 26,30% |
| 2. Kemen-PUPR | Sanimas | Ya | Rp567 M | 500 Ribu | Rp567 Juta | 500 Ribu | KK | 100% | 14,80% | 20,30% |
| | Pamsimas | Ya | Rp799 M | 1.725 | Rp799 M | 1.725 | Desa | 100% | * | 21,30% |
| 3. Kementan | Pedoman Kaya Gizi | Tidak | Rp100 Juta | 1 | Rp100 Juta | 1 | NSPK | 100% | * | 17,10% |

⁸ Keluarga sasaran adalah keluarga dengan Pasangan Usia Subur (PUS), PUS Hamil dan memiliki Balita

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---|-------|---------------------------------|-----------|------------|----------|-------------------|--------|--------|--------|
| | Kawasan Padi Kaya Gizi | Tidak | Rp137 M | 46 Ribu | Rp137 M | 46 Ribu | Hektar | 100% | * | 17,10% |
| 4. KKP | Promosi, Kampanye Pelatihan | Ya | Rp22.1 M | n/a | Rp11,8 M | n/a | Keluarga | 53,28% | * | - |
| 5. Kemenkes | PBI APBN | Ya | Rp46,46 T | 96,8 Juta | Rp3,9 M | 8,1 Juta | Orang | 8,40% | 15,04% | 18,50% |
| 6. Kemendes PDTT | Fasilitasi dan Pembinaan Masyarakat | Tidak | Rp993 Juta | 360 | Rp823 Juta | 299 | Pokmas | 82,95% | * | n/a |
| 7. BKKBN | Kampanye Monev Pelaporan Pelatihan | Ya | Rp810 M | - | Rp810 M | - | Layanan/ Kegiatan | 100% | * | n/a |
| 8. BPOM | KIE obat dan pangan, Desa pangan aman (orang) | Tidak | Rp86 M | 239 Ribu | Rp86 M | 239 Ribu | Orang | 100% | * | n/a |
| 9. Kemenperin | - | Tidak | Tidak ada tagging stunting 2022 | | | | | | * | n/a |
| 10. Bapanas | - | Tidak | Tidak ada tagging stunting 2022 | | | | | | * | n/a |

Sumber: Kemenkeu, BKKBN, Diolah

Catatan:*) Tidak dapat dihitung secara langsung karena bantuan tidak ditujukan kepada orang/keluarga/ruta atau data pengukuran tidak tersedia (n/a).

Tabel 19. Daftar Penerima Bantuan pada Data P3KE

| Desil | 1 | 2 | 3 | 4 | >4 | Total |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| BPNT | 778.177 | 649.219 | 566.882 | 487.689 | 1.057.723 | 3.539.69 |
| PKH | 1.933.597 | 1.453.281 | 1.129.826 | 890.001 | 1.706.513 | 7.113.21 |
| BST | 2.885.443 | 2.496.914 | 2.155.996 | 1.882.880 | 4.223.985 | 13.645.21 |
| Keluarga dengan SAM Layak | 5.499.082 | 6.376.393 | 6.633.855 | 6.793.895 | 37.886.128 | 63.189.35 |
| Keluarga dengan Jamban layak | 5.966.375 | 6.742.091 | 6.940.258 | 7.040.679 | 38.262.947 | 64.952.35 |

Sumber: KemenkoPMK, 2023

Tabel 20. Pemadanan Data Penerima Bantuan pada Keluarga Berisiko Stunting di P3KE

| Prioritas | 1 | 2 | 3 | 4 | >4 | Total | Perse n |
|-----------------------------|-----------|---------|---------|---------|---------|-----------|---------|
| BPNT dengan risiko Stunting | 295.076 | 189.786 | 137.641 | 100.018 | 160.128 | 882.649 | 6,53% |
| PKH dengan risiko stunting | 751.855 | 433.553 | 281.650 | 183.681 | 248.881 | 1.899.620 | 14,06% |
| BST dengan risiko stunting | 1.037.185 | 674.500 | 484.912 | 353.008 | 574.340 | 3.123.945 | 23,12% |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|--------|
| Jamban Layak risiko stunting | 1.965.368 | 1.670.727 | 1.472.976 | 1.295.939 | 3.227.137 | 9.632.147 | 71,29% |
| SAM layak risiko stunting | 1.617.364 | 1.424.772 | 1.284.678 | 1.168.277 | 3.185.291 | 8.680.382 | 64,24% |
| Prioritas Keluarga Stunting BKKBN | 2.417.028 | 2.016.598 | 1.738.336 | 1.501.579 | 5.838.108 | 13.511.649 | |

Sumber: KemenkoPMK, 2023

Dari Tabel 14 dapat dilihat bahwa pencapaian realisasi bantuan kepada keluarga dengan risiko stunting paling kecil terjadi pada program BPNT yaitu sebesar 6,53%. Berdasarkan data tagging anggaran stunting 2022, seharusnya anggaran program BPNT yang ditagging stunting dapat menysasar kepada kurang lebih 5,7 Juta Keluarga Penerima Manfaat (KPM) atau seharusnya dapat menysasar 45% dari keluarga dengan risiko stunting. Program bantuan sosial lainnya berupa PKH dan BST juga masih relatif kecil pencapaian realisasi untuk sasaran keluarga dengan risiko stunting.

Adapun kondisi yang sudah cukup baik pencapaiannya pada keluarga dengan risiko stunting adalah terkait kepemilikan sanitasi air minum dan jamban layak karena telah mencapai angka 64,24% dan 71,29%.

Akibat:

Hal ini mengakibatkan pemberian intervensi sensitif berpotensi tidak tepat sasaran. Hal ini diindikasikan dengan rendahnya realisasi pencapaian intervensi sensitif untuk akses pangan dan akses pelayanan kesehatan. Sebagaimana dapat dilihat pada tabel 12 dan 14 di atas:

- Alokasi sasaran Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) 2022 untuk 5,7 Juta KPM berisiko stunting (seharusnya dapat menjangkau 45% keluarga berisiko stunting), baru terealisasi 883 Ribu (6,5%). Di samping itu, berdasarkan SSGI 2022, realisasi akses BPNT pada keluarga dengan balita stunting juga baru mencapai 17%.
- Alokasi sasaran Program Keluarga Harapan (PKH) 2022 untuk 3,2 Juta KPM berisiko stunting (seharusnya dapat menjangkau 24% keluarga berisiko stunting) baru terealisasi 1,9 Juta (14%).

Rekomendasi:

BKKBN:

- a. BKKBN Sebagai ketua pelaksana TPPS Pusat dan pengelola data keluarga berisiko stunting, menyusun kebijakan dan rencana aksi pemberian intervensi sensitif oleh Kementerian/Lembaga dan Pemda mengacu kepada data keluarga berisiko stunting, khususnya pada akses pangan bergizi, akses pelayanan kesehatan dan akses air minum dan sanitasi.
- b. Mendorong K/L terkait (Kemensos, KemenPDPT, KemenPUPR, Kementan, Badan Pangan Nasional) melakukan pepadanan basis data pemberian bantuan dengan data PK dan P2KE sehingga pemberian intervensi sensitif menjadi tepat sasaran.

3. Pengadaan

Pada tahun 2023, Kementerian Kesehatan mengalokasikan anggaran yang sebesar Rp2,59 Triliun untuk pengadaan antropometri dan Rp 632 Miliar untuk USG-2D dalam rangka pencegahan stunting. Antropometri Kit akan diberikan kepada setiap Posyandu dan USG-2D kepada setiap Puskesmas dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 21. Alokasi Anggaran Belanja Antropometri Kit 2023

| Antropometri Kit | DAK | | | Bantuan Pemerintah | | | Total | |
|------------------|---------|----------|--------|--------------------|----------|--------|---------|----------|
| | Unit | Anggaran | % unit | Unit | Anggaran | % unit | Unit | Anggaran |
| 2023 | 131.618 | Rp1,34 T | 52% | 119.233 | Rp1,25 T | 48% | 250.846 | Rp2,59 T |

Tabel 22. Alokasi Anggaran Belanja USG 2 Dimensi 2023

| USG 2D | DAK | | | Bantuan Pemerintah | | | Total | |
|--------|-------|-----------|--------|--------------------|-----------|--------|-------|-----------|
| | Unit | Anggaran | % unit | Unit | Anggaran | % unit | Unit | Anggaran |
| 2023 | 1.865 | Rp268,7 M | 43% | 2.424 | Rp363,6 M | 57% | 4.289 | Rp632,3 M |

Adapun permasalahan pengadaan yang perlu menjadi perhatian adalah:

Analisis 1: Kelemahan proses pengadaan konsolidasi

Dalam rangka efisiensi pengadaan maka dilakukan proses konsolidasi pengadaan atas PBJ tersebut melalui mekanisme e-katalog konsolidasi alat Kesehatan (etalase khusus alkes) oleh Kementerian Kesehatan sebagai pengelola e-katalog sektoral Kesehatan. Tetapi dalam pelaksanaannya masih ditemui kelemahan sebagai berikut:

1. *Timeline* proses konsolidasi relatif pendek (jarak antara *market sounding* dengan uji teknis antropometri hanya 7 Hari Kalender) sehingga muncul keluhan penyedia karena tidak mempunyai kesempatan waktu yang cukup untuk menyiapkan produk sesuai spesifikasi. Di samping itu, berdasarkan jadwal konsolidasi antropometri yang dikeluarkan Kemenkes berdasarkan Surat No. BJ.02.01/KS/104/2023, 3 April 2023 pada Tabel 17 dapat dilihat bahwa surat pengumuman konsolidasi kepada para penyedia tidak dikeluarkan dari awal tahapan kegiatan konsolidasi, melainkan di tengah proses sehingga informasi awal terkait *market sounding* dan uji teknis berpotensi tidak diketahui oleh semua penyedia yang terkait.

Tabel 23. Jadwal Konsolidasi Antropometri

| No | Kegiatan | Tanggal |
|----|--|---------------|
| 1 | Market Sounding pertama pada Pelaku Usaha | 2 Maret 2023 |
| | Market Sounding kedua pada Pelaku Usaha | 7 Maret 2023 |
| | Market Sounding ketiga pada Pelaku Usaha | 24 Maret 2023 |
| 2 | Uji Teknis Pertama Konsolidasi Antropometri Kit | 9 Maret 2023 |
| | Uji Teknis kedua Konsolidasi Antropometri Kit | 15 Maret 2023 |
| 3 | Permintaan Informasi Harga dari Pelaku Usaha yang sudah Lulus Uji Teknis | 3 April 2023 |
| 4 | Negosiasi Konsolidasi Antropometri Kit | 5 April 2023 |
| 5 | Penandatanganan Kontrak Payung Konsolidasi Antropometri Kit | Tentative |

** Jadwal dapat berubah sewaktu – waktu.

2. Terjadi perubahan spesifikasi antropometri standar kemenkes sebanyak 4 kali pada tahun 2022 (Januari, Mei, Agustus dan November) yang tidak material tetapi bersifat mengunci produk yang memenuhi kriteria (misal, kelengkungan mangkok, dimensi panjang lebar tinggi, dimensi tray, berat).

Tabel 24. Regulasi Perubahan Spesifikasi Antropometri

| No | Regulasi | Tentang | Item Perubahan |
|----|--|--|--|
| 1. | Kepmenkes 51 Tahun 2022 Tanggal 19 Januari 2022 | Standar Alat Antropometri dan Alat Deteksi Perkembangan Anak | -- |
| 2. | Kepmenkes 1182 Tahun 2022 Tanggal 31 Mei 2022 | Alat Antropometri dan Alat Deteksi Perkembangan Anak | Ukuran kelengkungan mangkok, dimensi, dimensi tray, berat, min-max weighing/heighing |
| 3. | Kepmenkes 1340 Tahun 2002 tanggal 10 Agustus 2022 | Alat Antropometri dan Alat Deteksi Perkembangan Anak | Ukuran kelengkungan mangkok, dimensi, dimensi tray, berat, min-max weighing/heighing |
| 4. | Kepmenkes 1919 Tahun 2022 tanggal 11 November 2022 | Alat Antropometri dan alat Deteksi Perkembangan Anak | SNI untuk LILA dihilangkan |

3. Pengujian spesifikasi alat tidak berdasarkan kriteria atau indikator tertentu sehingga bersifat subjektif (*user driven*).
4. Pelaksanaan konsolidasi terlambat. Proses tayang batch 1 baru dilakukan pada 12 April 2023 (USG 2D) dan 17 April 2023 (antropometri) dan Surat Edaran Bersama sebagai instruksi kepada Pemda untuk belanja konsolidasi baru dilaksanakan pada Juni 2023 sehingga sebagian Pemda melalui DAK Fisik sudah melakukan pembelanjaan (rincian dapat dilihat dalam Lampiran).
 - a. 38 Kab/Kota belanja Antropometri (14.660 unit)⁹ di luar konsolidasi (per-Agustus 2023).
 - b. 16 Kab/Kota belanja USG (122 unit)¹⁰ di luar konsolidasi (Per-Mei 2023).

Analisis 2: Pelaksanaan pengadaan alkes stunting tidak sesuai kebutuhan

Berdasarkan hasil analisis perbandingan data ketersediaan antropometri dan USG-2D pada sampling 52 Kab/Kota dan 1049 Puskesmas dengan alokasi anggaran DAK Fisik dan Banper 2023 diperoleh (rincian dapat dilihat pada Lampiran):

⁹ Data transaksi e-katalog alkes luar konsolidasi (antropometri) per-Agustus 2023 dari UKPBJ Kemenkes

¹⁰ Data transaksi e-katalog alkes luar konsolidasi (USG) hasil *crawling* laman e-katalog per-Mei 2023

- a. 63,33% Kab/Kota sampling kelebihan alokasi antropometri (Perbandingan antara data kekurangan alat dengan alokasi DAK Fisik dan Banper Tahun 2023).
- b. 32,14% Kab/Kota sampling kelebihan alokasi USG (Perbandingan antara data kekurangan alat dengan alokasi DAK Fisik dan Banper Tahun 2023).

| Kab/Kota | Jumlah | Kab/Kota | Jumlah | % |
|--|--------|---|--------|--------|
| Sampling | 52 | | | |
| Kab/Kota Sampling Mendapatkan DAK Fisik dan Banper Antropometri 2023 | 30 | Kab/Kota Kelebihan Alokasi Antropometri DAK Fisik dan Banper 2023 | 19* | 63,33% |
| Kab/Kota Sampling Mendapatkan DAK Fisik dan Banper USG-2D 2023 | 28 | Kab/Kota Kelebihan Alokasi USG-2D DAK Fisik dan Banper 2023 | 9* | 32,14% |
| Kab/Kota Sampling Tidak Mendapatkan DAK Fisik Antropometri 2023 | 26 | *) Kelebihan tidak memperhitungkan kab/kota yang sudah belanja DAK 2023 sd Mei 2023 | | |
| Kab/Kota Sampling Tidak Mendapatkan DAK Fisik USG-2D 2023 | 36 | | | |

Sumber: Data Sampling Kab/Kota dan Alokasi DAK Fisik Antropometri dan USG-23 Tahun 2023 (Kemkes)

Catatan:

***Sampling = 1049 Puskesmas pada 52 Kab/Kota**

Jumlah sampling kab/kota menggunakan metode slovin. Pemilihan kab/kota dilakukan secara proporsional random sampling dengan terlebih dahulu mengelompokkan kab/kota berdasarkan klasifikasi nilai SSGI 2022 (rendah, sedang dan tinggi)

Hal ini terjadi disebabkan karena pengadaan tidak dilengkapi/didukung data/kajian yang cukup, yaitu:

- a. Data pada Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK) Puskesmas tidak valid dan tidak mutakhir.
- b. Tidak tersedia data SDM Pengukur (kader) yang sudah dilatih untuk menggunakan alat antropometri.

Berdasarkan (Persagi 2023), terdapat 5 (lima) standar yang harus dipenuhi untuk pengukuran, yaitu alat, SOP dan SDM, implementasi pengukuran, dan validasi data. SDM/tenaga pengukur terstandar merupakan faktor utama dalam menentukan ketepatan/validitas ukuran penimbangan.

Analisis 3: Risiko *vendor driven* dalam belanja alkes tersentralisasi

Berdasarkan data pengadaan antropometri kit dan USG-2D Tahun 2023 sebagaimana dapat dilihat pada Tabel 15 dan 16, dapat dilihat bahwa proporsi alokasi anggaran Antropometri dan USG-2D Tahun 2023 di Kemkes untuk kebutuhan daerah mencapai lebih dari 48%:

1. Antropometri tahun 2023 terdiri atas Rp1,34 T (52%) DAK Fisik dan **Rp1,25T (48%) Banper**
2. USG-2D 2023 terdiri atas Rp268M (43%) DAK Fisik dan **Rp363M (57%) Banper**

Pengadaan alkes stunting yang cenderung terpusat di Ditjen Kesmas Kemenkes ini disebabkan adanya keterlambatan penganggaran alkes stunting melalui DAK Fisik sehingga dipenuhi melalui mekanisme Bantuan Pemerintah (Banper).

Selain itu, sebagaimana diketahui kasus korupsi alkes yang terjadi di Kementerian Kesehatan tahun 2017 yang ditangani KPK, dimana melibatkan Menkes dan jajaran memperlihatkan modus adanya *vendor driven* pada pengadaan alkes di Pusat. Sebenarnya risiko ini sudah diidentifikasi oleh Kementerian Kesehatan dimana pada alokasi anggaran alkes pada tahun-tahun setelah kasus tersebut, dialokasikan lebih besar melalui mekanisme DAK Fisik.

Akibat:

Berdasarkan kondisi yang dijelaskan dalam analisis 1-3, maka berpotensi mengakibatkan hal-hal sebagai berikut:

1. Kemahalan belanja alkes stunting (antropometri sebesar Rp1,1 Juta/unit dan dan USG-2D sebesar Rp5,6 Juta/unit).
2. Terjadinya persaingan usaha tidak sehat dengan adanya *barrier to entry*. Hal ini dapat dilihat bahwa tahap 1 (per April 2023) hanya 7¹¹ penyedia antropometri kit yang dapat tayang (22% dari penyedia yang ada di e-katalog).
3. Pengadaan alkes stunting yang tidak sesuai kebutuhan akan mengakibatkan tidak termanfaatkan alkes di level Puskesmas dan Posyandu
4. Belanja alkes terpusat berakibat lebih mudah terjadinya pengarahannya (*vendor driven*) dalam proses *e-purchasing*-nya.

Rekomendasi:

Kementerian Kesehatan:

1. Perbaiki etalase konsolidasi alkes, melalui:
 - a. Proses penayangan dilakukan sebelum pencairan anggaran DAK dan Banper sehingga dapat lebih optimal untuk proses efisiensi anggaran.
 - b. *Timeline* pelaksanaan memberikan kesempatan yang adil kepada penyedia untuk meminimalisasi *barrier to entry* yang berisiko korupsi.
4. Alokasi anggaran alkes untuk kebutuhan daerah dialokasikan dengan mekanisme DAK Fisik untuk kemudahan pelaksanaan, pendistribusian dan pencatatan aset.
5. Pelaksanaan pengadaan alkes disertai dasar kajian/analisis kebutuhan yang jelas.

11 Terdapat 118 produk antropometri dari 32 penyedia dengan rentang harga Rp7-11 Juta dan ber-TKDN ([https://e-katalog.lkpp.go.id/productsearchcontroller/listproduk?authenticityToken=120baa072e9bb90513307ead7c683a499b9de018&cat=&commodityId=686&q=antropometri+kit&jenis_produk=&pid=&mid=&tkdn_produk=1&sni=-99&btu_id=>7%2C000%2C000.0<=">per 28 September 2023\)](https://e-katalog.lkpp.go.id/productsearchcontroller/listproduk?authenticityToken=120baa072e9bb90513307ead7c683a499b9de018&cat=&commodityId=686&q=antropometri+kit&jenis_produk=&pid=&mid=&tkdn_produk=1&sni=-99&btu_id=>7%2C000%2C000.0<=)

4. Alokasi anggaran dan kelembagaan:

Analisis 1: Kelemahan Tagging Anggaran Stunting

Sebagai turunan dari amanah Perpres 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting, pemerintah melalui Kementerian PPN/Bappenas, Kementerian Keuangan dan Kementerian terkait melakukan penandaan anggaran APBN pada sejumlah program dan kegiatan yang dianggap mendukung dalam penanganan stunting. Penandaan ini juga dilakukan terhadap APBD oleh Kementerian Dalam Negeri berdasarkan Surat Edaran Nomor: 400.5/8476/SJ Tanggal 27 November 2022 dari Menteri Dalam Negeri kepada Gubernur/Bupati/Walikota Seluruh Indonesia.

Tetapi berdasarkan penandaan yang dilakukan tersebut dapat dilihat bahwa sebagian besar program/kegiatan tidak tertuju kepada penerima manfaat langsung sebagai berikut.

Berikut dapat dilihat fakta penandaan stunting pada APBD:

- a. APBD 2023 yang ditagging stunting yang output sasaran bersifat langsung (penerima keluarga (KK), rumah tangga (ruta), sambungan rumah (SR), orang) hanya 21% (Rp9,66 T/Rp44,69T). Sementara untuk kegiatan yang dilakukan penandaan stunting, hanya 30 dari total 147 kode kegiatan yang output sarannya bersifat langsung (KK, Ruta, SR dan orang)
- a. Alokasi anggaran untuk program penunjang (fasilitasi, koordinasi, sinkronisasi) mencapai 26,7% dari total anggaran stunting (9,5T/44T), melebihi alokasi anggaran dengan output berdampak langsung.

Hal di atas terjadi karena tidak ada mekanisme kontrol dan evaluasi terkait ketepatan penandaan anggaran dan program stunting dengan Stranas Percepatan Penanganan Stunting oleh Kemdagri untuk APBD. Kondisi ini tentu mengakibatkan program dan anggaran yang telah ditagging tidak tepat dan tidak mendukung pencapaian target penanganan stunting.

Analisis 2: Kelemahan Kelembagaan Tim Percepatan Penanganan Stunting (TPPS)

Berdasarkan Perpres 72 Tahun 2021, Ketua Pelaksana TPPS Pusat adalah BKKBN. Tugas dari ketua pelaksana adalah mengkoordinasikan Pemantauan dan Evaluasi pelaksanaan Percepatan Penurunan Stunting di kementerian/lembaga, Pemerintah Daerah provinsi, Pemerintah Daerah kabupaten/kota, dan Pemerintah Desa. Sebagai turunan dari Perpres tersebut, di level Daerah, maka Koordinator Pelaksana TPPS menjadi turun kepada Dinas Keluarga Berencana.

Sebagaimana diketahui baik BKKBN maupun Dinas Pengendalian Penduduk (Dalduk) KB di level daerah tidak mempunyai tugas mengkoordinasikan KI atau OPD terkait dalam tupoksi yang diembannya.

Selain itu, berdasarkan Perka BKKBN No.163 Tahun 2016 tentang Pedoman Nomenklatur, Tugas Dan Fungsi Dinas Pengendalian Penduduk Dan Keluarga Berencana Di Daerah Provinsi, Dan Daerah Kabupaten/Kota, Dinas Dalduk dan KB

terdiri atas 3 Tipe (A, B, C) sesuai dengan beban kerja sehingga kapasitas Dinas Dalduk dan KB di daerah berbeda-beda. Adapun rincian masing-masing tipe adalah sebagai berikut:

- a. Tipe A terdiri atas: Sekretariat dan 4 (empat) Bidang yaitu Bidang Advokasi, Komunikasi, Informasi, Edukasi dan Penggerakan, Bidang Keluarga Berencana, Bidang Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga dan Bidang Pengendalian Penduduk.
- b. Tipe B terdiri atas: Sekretariat dan 3 (tiga) Bidang yaitu Bidang Pengendalian Penduduk, Advokasi, Komunikasi, Informasi, Edukasi dan Penggerakan, Bidang Keluarga Berencana dan Bidang Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga.
- c. Tipe C terdiri atas: Sekretariat dan 2 (dua) Bidang yaitu Bidang Pengendalian Penduduk, Advokasi, Komunikasi, Informasi, Edukasi dan Penggerakan serta Bidang Keluarga Berencana dan Ketahanan Kesejahteraan Keluarga

Atas tipe dinas yang membawahi urusan pengendalian penduduk dan KB di atas, maka nomenklatur dinas yang membawahi urusan Dalduk dan KB berbeda-beda. Ada yang berbentuk selevel Dinas, tetapi ada juga yang hanya berada pada level Kepala Bidang (Kabid) karena bergabung dengan fungsi lainnya dalam satu OPD (misal bergabung dengan kesehatan dan pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak). Berikut bentuk OPD yang membawahi fungsi KB diantaranya:

- a. Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan KB (DKPPKB). Contoh: Kota Mojokerto (urusan Dalduk dan KB ditangani oleh 1 bidang)
- b. Dinas Pengendalian Penduduk dan KB (DPPKB). Contoh: Kota Bandung (urusan dalduk dan KB ditangani oleh 4 bidang), Kota Samarinda (urusan dalduk dan KB ditangani 3 bidang)
- c. Dinas Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak Serta Pengendalian Penduduk Dan Keluarga Berencana (DP3APPKB). Contoh: Kota Surabaya (urusan dalduk dan KB ditangani 1 bidang)
- d. Dinas Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DKBPPPA). Contoh: Kab. Gresik (urusan dalduk dan KB ditangani 2 bidang)

Akibat:

Kondisi anggaran dan kelembagaan di atas dapat berpotensi mengakibatkan:

1. Tidak tercapainya target penurunan stunting sesuai strategi percepatan penanganan yang telah ditetapkan.
2. Koordinasi pelaksanaan tugas TPPS tingkat pusat dan daerah tidak berjalan dengan baik.

Rekomendasi:

1. Kementerian PPN/Bappenas dan Kementerian Keuangan memantau penandaan program kegiatan stunting pada KL terkait untuk mengarah pada output sasaran yang bersifat langsung kepada penerima manfaat dan sesuai dengan stranas percepatan penurunan stunting

2. Kementerian Dalam Negeri mengarahkan penandaan program dan kegiatan pada APBD yang berdampak langsung kepada penerima manfaat stunting
3. Pengarah TPPS Pusat melakukan reuiu kelembagaan TPPS baik di Pusat dan di daerah dimana ketua pelaksana diberikan kepada KL atau OPD yang mempunyai fungsi
4. mengkoordinasikan KL atau OPD (misal: Bappeda pada level daerah)

BAB IV. Penutup

Program penanganan stunting yang masuk ke dalam RPJMN 2020-2024 menggelontorkan anggaran yang besar melalui APBN dan APBD dalam rangka mencapai target penurunan prevalensi stunting sebesar 14% pada akhir tahun 2024. Setidaknya ada lebih kurang Rp30 Triliun APBN ditandai sebagai anggaran stunting pada 14 Kementerian/Lembaga pada tahun 2023 sedangkan pada APBD 2023 ditandai lebih kurang Rp 45 Triliun untuk program stunting. Secara umum program penanganan stunting terdiri atas dua bentuk intervensi, yaitu intervensi spesifik yang menysasar penyebab langsung serta intervensi sensitif yang meminimalisasi penyebab tidak langsung. Pemerintah selanjutnya juga telah mengeluarkan Peraturan Presiden No.72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penanganan Stunting dengan harapan koordinasi dan sinergi pelaksanaan program stunting lintas KL menjadi lebih efektif dan efisien.

Setelah melaksanakan serangkaian wawancara, diskusi, observasi lapangan, kajian ini mengidentifikasi beberapa permasalahan yang perlu menjadi perhatian pemerintah dalam rangka melaksanakan program penanganan stunting yang lebih optimal dan bebas dari korupsi.

Pertama terkait intervensi spesifik, terdapat risiko salah alokasi Pemberian Makanan Tambahan (PMT) lokal. Pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan mengalokasikan anggaran PMT lokal melalui Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik sebesar Rp1,23 triliun dengan dasar pengalokasian adalah prevalensi stunting SSGI 2021 sebesar 24,4%. Sementara data riil di lapangan yang dapat diintervensi oleh Pemerintah Daerah adalah prevalensi stunting e-PPGBM per- Agustus 2022 sebesar 7,7%. Kondisi ini mengakibatkan terjadinya salah sasaran dalam mengalokasikan PMT Lokal dimana terdapat daerah yang kelebihan anggaran dari sasaran riilnya.

Kedua terkait intervensi sensitif, terdapat data rujukan intervensi yang tidak terintegrasi. Data keluarga berisiko stunting diidentifikasi berdasarkan data Pendataan Keluarga (PK) yang dilakukan BKKBN yang kemudian juga diadopsi menjadi data untuk penanganan kemiskinan ekstrim di Kemenko PMK. Dalam proses pelaksanaan intervensi sensitif, tidak semua KL terkait merujuk kepada data keluarga berisiko stunting karena masing-masing KL sudah memiliki basis data penerima bantuan sendiri. Hal ini mengakibatkan realisasi anggaran KL untuk stunting lebih rendah dari penerima manfaat yang seharusnya dapat dicakup oleh anggaran tersebut.

Ketiga terkait pengadaan barang untuk penanganan stunting. Pada tahun 2023, Pemerintah Pusat melalui Kemenkes menganggarkan pengadaan besar-besaran senilai lebih dari Rp3 Triliun untuk antropometri kit dan USG-2D. Alat-alat tersebut akan disebarakan ke Puskesmas hingga posyandu melalui mekanisme DAK Fisik dan Bantuan Pemerintah. Terdapat risiko korupsi dalam pengadaan tersebut karena adanya indikasi *barrier to entry* penyedia yang masuk ke katalog konsolidasi, pengadaan tidak didukung kajian dan data pendukung yang kuat, serta sebagian besar pengadaan dilakukan terpusat sehingga berpotensi memudahkan terjadinya *vendor driven* atau pengarahannya belanja.

Keempat terkait alokasi anggaran dan kelembagaan TPPS. Anggaran dan program yang ditandai stunting tidak tertuju langsung kepada penerima manfaat stunting. Berdasarkan

penandaan anggaran baik di APBN maupun APBD, dapat dilihat bahwa sebagian besar program/kegiatan tidak tertuju kepada penerima manfaat langsung serta jenis dan program kegiatan tidak sesuai dengan bentuk intervensi yang telah disusun dalam strategi nasional percepatan penanganan stunting 2018-2024. Sementara terkait dengan kelembagaan, terdapat kelemahan dan kesulitan dalam pelaksanaan TPPS yang mengakibatkan TPPS tidak berjalan optimal. Hal ini disebabkan karena ketua pelaksana (BKKBN di tingkat pusat dan Dinas Pengendalian Penduduk dan KB di tingkat daerah) tidak memiliki tugas mengkoordinasikan instansi terkait dalam tupoksinya.

Atas sejumlah permasalahan tersebut, KPK merekomendasikan sejumlah perbaikan untuk dapat dilaksanakan oleh Kementerian terkait berupa perbaikan data acuan untuk intervensi spesifik melalui pepadanan data dengan NIK Dukcapil, integrasi data pemberian bantuan intervensi sensitif dan pepadanan basis data KL terkait dengan PK-BKKBN, perbaikan e-katalog konsolidasi alkes, optimalisasi pengadaan alkes untuk daerah melalui DAK Fisik serta revaluasi penandaan anggaran stunting dan kelembagaan TPPS. Diharapkan dengan sejumlah perbaikan tersebut maka alokasi anggaran program penanganan stunting menjadi tepat sasaran, efisien dan bebas dari risiko korupsi.

Daftar Pustaka

- Archda, R., & Tumangger, J. (2019). Hulu-hilir penanggulangan stunting di Indonesia.
- BPS. (2023). Retrieved from <https://www.bps.go.id/indicator/23/192/1/persentase-penduduk-miskin-menurut-provinsi.html>
- Fauzan, A. R. Q. (2021). Hubungan Sanitasi dengan Kejadian Stunting pada Balita. *Jurnal Medika Hutama*, 3(01 Oktober), 1299-1303.
- Firdanti, E., Anastya, Z., Khonsa, N., & Maulana, R. (2021). Permasalahan Stunting Pada Anak Di Kabupaten Yang Ada Di Jawa Barat. *Jurnal Kesehatan Indra Husada*, 9(2), 126-133.
- GOWA, M. A. K. D. K. EFEKTIVITAS PROGRAM PERCEPATAN PENURUNAN STUNTING.
- Hermawan, D. J., & Hermanto, H. (2020). Pentingnya Pola Asuh Anak Dalam Perbaikan Gizi Untuk Mencegah Stunting Sejak Dini di Desa Brumbungan Lor Kecamatan Gending Kabupaten Probolinggo. *Jurnal Abdi Panca Marga*, 1(1), 6-9.
- Husen, A., Runtunuwu, P. C. H., & Suamole, M. (2022). Mencegah Stunting Melalui Program Intervensi Sensitif. *Jurnal Pengabdian Khairun*, 1(1).
- Kementerian Kesehatan. (2023). 11 intervensi Spesifik Atasi stunting Telah Dilaksanakan di Daerah, 2 di antaranya melebihi target. Retrieved from <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20230623/1543354/11-intervensi-spesifik-atasi-stunting-telah-dilaksanakan-di-daerah-2-di-antaranya-melebihi-target/>
- Laras, A. T. M., & Mulyanti, D. (2023). Manajemen Angka Kemiskinan Ekstrem Terhadap Penurunan Angka Stunting Di Kabupaten Dompu Nusa Tenggara Barat. *Jurnal Sains dan Kesehatan*, 7(1), 27-38.
- Mustamin, R. A. (2018). Tingkat Pendidikan Ibu dan Pemberian Asi Eksklusif dengan Kejadian Stunting pada Balita di provinsi Sulawesi Selatan. *Media Gizi Pangan*, 25-32.
- Nasyidah, M., Fajar, N. A., & Najmah, N. (2022). Tinjauan Faktor Air dan Sanitasi dengan Kejadian Stunting pada Balita. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 8(3), 597-606.
- Noorhasanah, E., & Tauhidah, N. I. (2021). Hubungan pola asuh ibu dengan kejadian stunting anak usia 12-59 bulan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Anak*, 4(1), 37-42.
- Nurmayasanti, A., & Mahmudiono, T. (2019). Status sosial ekonomi dan keragaman pangan pada balita stunting dan non-stunting usia 24-59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Wilangan Kabupaten Nganjuk. *Amerta Nutrition*, 3(2), 114-121.
- Oktavia Ningtias, L. (2020). Perbedaan Pola Pemberian Nutrisi pada Balita dengan Stunting dan Non-Stunting di Desa Rempoah Kecamatan Baturaden Lely Oktavia Ningtias 1, Umi Solikhah 1. *Jurnal Ilmu Keperawatan Anak*, 3(1), 1-8.
- Pratama, B., Angraini, D. I., & Nisa, K. (2019). Penyebab Langsung (Immediate Cause) yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 8(2), 299-303.

Rahmuniyati, M. E., & Sahayati, S. (2021). Implementasi Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (Stbm) Untuk Mengurangi Kasus Stunting Di Puskesmas Wilayah Kabupaten Sleman. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(1), 80-95.

Yudianti, R. H. (2016). Pola Asuh Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Di Kabupaten Polewali Mandar. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 21-25.

Lampiran

Lampiran 1. Dokumentasi Kegiatan Kajian



Pengukuran dan Penimbangan Bayi di Posyandu di bawah Puskesmas Tarumajaya, Kabupaten bekasi



Pengukuran dan Penimbangan Bayi di Posyandu di bawah Puskesmas Cimaung, Kabupaten Bandung Barat



Diskusi Penanganan Stunting di Puskesmas Oesapa, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur



Pengukuran dan Penimbangan Bayi di Posyandu Falileo, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur



Diskusi dengan Kader di Posyandu Anggrek 1, dibawah Puskesmas Sikumana, Kabupaten Kupang, Nusa Tenggara Timur



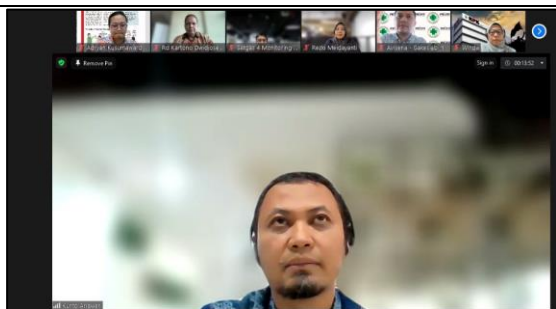
Diskusi dengan Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur



Diskusi dengan Ahli Kesehatan Masyarakat dari Monash University Indonesia Campus



Diskusi e-katalog konsolidasi di Kementerian Kesehatan dengan Gakeslab terkait dengan Pengadaan Antropometri dan USG-2D dari persektif penyedia



Diskusi e-katalog konsolidasi di Kementerian Kesehatan dengan ASPAKI terkait dengan Pengadaan Antropometri dan USG-2D dari persektif penyedia



Diskusi dengan Bina Keuangan Daerah, Kementerian Dalam Negeri, terkait tagging anggaran stunting di Pemerintah Daerah



Diskusi dengan Dinas Kesehatan Kota Surabaya



Diskusi dengan DP3APPKB Kota Surabaya

Lampiran 2. Daftar Kab/Kota Dengan Alokasi PMT Lokal Per Puskesmas Tidak Sesuai Jumlah Sasaran (Persen alokasi PMT Puskesmas dari BOK Puskesmas sama dengan persen alokasi PMT Kab/Kota dari BOK Kab/Kota)

| Kab/Kota | Jumlah Puskesmas dengan Alokasi PMT = PMT KabKota/BOK Puskesmas Kab/Kota | Jumlah Puskesmas Mendapatkan Alokasi PMT Lokal | % Puskesmas |
|-------------------------|--|--|-------------|
| KAB. GUNUNGGIDUL | 30 | 30 | 100,00% |
| KAB. KAPUAS | 26 | 26 | 100,00% |
| KAB. KATINGAN | 16 | 16 | 100,00% |
| KAB. LAMANDAU | 11 | 11 | 100,00% |
| KAB. PULANG PISAU | 12 | 12 | 100,00% |
| KAB. SUKAMARA | 5 | 5 | 100,00% |
| KOTA PALANGKARAYA | 11 | 11 | 100,00% |
| KAB. DAIRI | 18 | 18 | 100,00% |
| KAB. HUMBANG HASUNDUTAN | 12 | 12 | 100,00% |
| KAB. KARO | 19 | 19 | 100,00% |
| KAB. MANDAILING NATAL | 25 | 26 | 96,15% |
| KAB. NIAS BARAT | 13 | 13 | 100,00% |
| KAB. PADANG LAWAS UTARA | 17 | 17 | 100,00% |
| KAB. SAMOSIR | 12 | 12 | 100,00% |
| KAB. TAPANULI UTARA | 21 | 21 | 100,00% |
| KAB. TOBA | 19 | 19 | 100,00% |
| KOTA PEMATANGSIANTAR | 19 | 19 | 100,00% |
| KOTA SIBOLGA | 5 | 5 | 100,00% |
| KAB. BATANGHARI | 18 | 18 | 100,00% |
| KAB. BUNGO | 19 | 19 | 100,00% |
| KAB. MERANGIN | 27 | 27 | 100,00% |
| KAB. MAMASA | 18 | 18 | 100,00% |
| KAB. PASANGKAYU | 15 | 15 | 100,00% |
| KAB. PASAMAN | 16 | 16 | 100,00% |
| KAB. PASAMAN BARAT | 20 | 20 | 100,00% |
| KAB. SIJUNJUNG | 13 | 13 | 100,00% |
| KOTA PADANG PANJANG | 4 | 4 | 100,00% |
| KOTA SAWAHLUNTO | 6 | 6 | 100,00% |
| KOTA SOLOK | 4 | 4 | 100,00% |
| KAB. MAGETAN | 22 | 22 | 100,00% |
| KAB. NGAWI | 24 | 24 | 100,00% |
| KAB. SITUBONDO | 20 | 20 | 100,00% |
| KAB. SUMENEP | 30 | 30 | 100,00% |
| KOTA BATU | 5 | 5 | 100,00% |
| KOTA BLITAR | 3 | 3 | 100,00% |
| KOTA MADIUN | 6 | 6 | 100,00% |
| KOTA MOJOKERTO | 6 | 6 | 100,00% |
| KOTA PROBOLINGGO | 6 | 6 | 100,00% |
| KAB. EMPAT LAWANG | 10 | 10 | 100,00% |

| Kab/Kota | Jumlah Puskesmas dengan Alokasi PMT = PMT KabKota/BOK Puskesmas Kab/Kota | Jumlah Puskesmas Mendapatkan Alokasi PMT Lokal | % Puskesmas |
|--------------------------------|--|--|-------------|
| KAB. OGAN ILIR | 24 | 25 | 96,00% |
| KAB. OGAN KOMERING ULU SELATAN | 19 | 19 | 100,00% |
| KOTA PAGAR ALAM | 7 | 7 | 100,00% |
| KAB. BONE BOLANGO | 20 | 20 | 100,00% |
| KOTA GORONTALO | 10 | 10 | 100,00% |
| KAB. BENGKALIS | 18 | 18 | 100,00% |
| KAB. INDRAGIRI HULU | 20 | 20 | 100,00% |
| KAB. KAMPAR | 31 | 31 | 100,00% |
| KAB. PARIGI MOUTONG | 23 | 23 | 100,00% |
| KAB. POSO | 23 | 24 | 95,83% |
| KAB. SIGI | 19 | 19 | 100,00% |
| KOTA PALU | 14 | 14 | 100,00% |
| KAB. SORONG SELATAN | 15 | 15 | 100,00% |
| KAB. BIMA | 21 | 21 | 100,00% |
| KAB. DOMPU | 10 | 10 | 100,00% |
| KAB. LOMBOK UTARA | 8 | 8 | 100,00% |
| KAB. BUTON UTARA | 10 | 10 | 100,00% |
| KAB. KOLAKA | 14 | 14 | 100,00% |
| KAB. KOLAKA TIMUR | 12 | 12 | 100,00% |
| KAB. KONAWE | 29 | 29 | 100,00% |
| KAB. KONAWE KEPULAUAN | 8 | 8 | 100,00% |
| KOTA BAU BAU | 17 | 17 | 100,00% |
| KAB. KEEROM | 10 | 10 | 100,00% |
| KAB. MIMIKA | 21 | 21 | 100,00% |
| KAB. PEGUNUNGAN BINTANG | 32 | 32 | 100,00% |
| KAB. PESAWARAN | 14 | 14 | 100,00% |
| KAB. PESISIR BARAT | 11 | 11 | 100,00% |
| KAB. TULANG BAWANG BARAT | 16 | 16 | 100,00% |
| KOTA METRO | 11 | 11 | 100,00% |
| KAB. MINAHASA | 21 | 22 | 95,45% |
| KAB. MINAHASA TENGGARA | 13 | 13 | 100,00% |
| KAB. KENDAL | 30 | 30 | 100,00% |
| KAB. KUDUS | 19 | 19 | 100,00% |
| KAB. REMBANG | 17 | 17 | 100,00% |
| KAB. TEMANGGUNG | 26 | 26 | 100,00% |
| KAB. KAYONG UTARA | 10 | 10 | 100,00% |
| KOTA SINGKAWANG | 10 | 10 | 100,00% |
| KAB. KLUNGKUNG | 9 | 9 | 100,00% |
| KAB. BANTAENG | 13 | 13 | 100,00% |
| KAB. ENREKANG | 14 | 14 | 100,00% |
| KAB. GOWA | 26 | 26 | 100,00% |
| KAB. JENEPONTO | 19 | 19 | 100,00% |
| KAB. BENGKULU SELATAN | 14 | 14 | 100,00% |
| KAB. KEPAHANG | 14 | 14 | 100,00% |

| Kab/Kota | Jumlah Puskesmas dengan Alokasi PMT = PMT KabKota/BOK Puskesmas Kab/Kota | Jumlah Puskesmas Mendapatkan Alokasi PMT Lokal | % Puskesmas |
|-----------------------|---|---|--------------------|
| KAB. BANJAR | 24 | 25 | 96,00% |
| KOTA BANJARBARU | 10 | 10 | 100,00% |
| KAB. BULUNGAN | 12 | 12 | 100,00% |
| KAB. TANA TIDUNG | 5 | 5 | 100,00% |
| KAB. ACEH SELATAN | 23 | 24 | 95,83% |
| KAB. PIDIE | 26 | 26 | 100,00% |
| KAB. PIDIE JAYA | 12 | 12 | 100,00% |
| KAB. SIMEULUE | 14 | 14 | 100,00% |
| KOTA LANGSA | 5 | 5 | 100,00% |
| KAB. BELU | 17 | 17 | 100,00% |
| KAB. ENDE | 25 | 25 | 100,00% |
| KAB. MANGGARAI TIMUR | 29 | 29 | 100,00% |
| KAB. SUMBA TENGAH | 9 | 9 | 100,00% |
| KAB. HALMAHERA TENGAH | 11 | 11 | 100,00% |
| KOTA BANJAR | 10 | 10 | 100,00% |

Lampiran 3. Daftar Kab/Kota Dengan Kelebihan Alokasi PMT Lokal untuk Balita

| No | Prov | Kab/Kota | Alokasi PMT Balita | SSGI 2022 | e-PPGBM 2022 | % Balita Ditimbang | Sasaran Balita PMT (90 Hari) | Balita Stunting/ Gizi Kurang/ Gizi Buruk) e-PPGBM | Status Selisih Anggaran | Jumlah Selisih Sasaran | Selisih Anggaran |
|----|----------------|--------------------------|--------------------|-----------|--------------|--------------------|------------------------------|---|------------------------------------|------------------------|------------------|
| 1 | Aceh | Kota Langsa | Rp 819.720.000 | 22,10% | 1,15% | 92,45% | 552 | 203 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 349 | Rp 518.265.000 |
| 2 | Sumatera Utara | Kab. Mandailing Natal | Rp 2.623.995.000 | 34,20% | 2,78% | 88,43% | 1.767 | 1.229 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 538 | Rp 798.930.000 |
| 3 | Sumatera Utara | Kab. Tapanuli Selatan | Rp 1.829.115.000 | 39,40% | 4,32% | 49,68% | 1.231 | 366 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 865 | Rp 1.284.525.000 |
| 4 | Sumatera Utara | Kab. Tapanuli Tengah | Rp 3.427.380.000 | 30,50% | 2,35% | 89,20% | 2.308 | 758 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 1.550 | Rp 2.301.750.000 |
| 5 | Sumatera Utara | Kab. Labuhanbatu | Rp 2.984.850.000 | 23,90% | 0,72% | 89,75% | 2.010 | 380 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 1.630 | Rp 2.420.550.000 |
| 6 | Sumatera Utara | Kab. Asahan | Rp 3.094.740.000 | 15,30% | 0,80% | 90,68% | 2.084 | 645 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 1.439 | Rp 2.136.915.000 |
| 7 | Sumatera Utara | Kab. Serdang Bedagai | Rp 4.569.345.000 | 21,10% | 1,90% | 89,13% | 3.077 | 1.104 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 1.973 | Rp 2.929.905.000 |
| 8 | Sumatera Utara | Kab. Padang Lawas Utara | Rp 2.689.335.000 | 29,20% | 5,07% | 94,15% | 1.811 | 1.637 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 174 | Rp 258.390.000 |
| 9 | Sumatera Utara | Kab. Labuhanbatu Selatan | Rp 2.551.590.000 | 26,40% | 1,30% | 84,94% | 1.718 | 580 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 1.138 | Rp 1.689.930.000 |
| 10 | Sumatera Utara | Kab. Labuhanbatu Utara | Rp 1.942.380.000 | 7,30% | 1,48% | 89,70% | 1.308 | 742 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 566 | Rp 840.510.000 |
| 11 | Sumatera Utara | Kab. Nias Utara | Rp 806.554.506 | 11,90% | 3,35% | 90,37% | 543 | 505 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 38 | Rp 56.430.000 |
| 12 | Sumatera Utara | Kota Tanjung Balai | Rp 746.518.950 | 26,90% | 1,46% | 78,52% | 502 | 185 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 317 | Rp 470.745.000 |
| 13 | Sumatera Utara | Kota PematangSiantar | Rp 1.142.834.056 | 14,30% | 2,21% | 77,43% | 769 | 327 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 442 | Rp 656.370.000 |
| 14 | Sumatera Utara | Kota Tebing Tinggi | Rp 1.005.345.000 | 19,60% | 2,62% | 79,71% | 677 | 400 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 277 | Rp 411.345.000 |
| 15 | Sumatera Utara | Kota Binjai | Rp 1.287.000.000 | 18,70% | 0,55% | 89,04% | 866 | 271 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 595 | Rp 883.575.000 |
| 16 | Sumatera Barat | Kota Payakumbuh | Rp 1.245.915.000 | 17,80% | 5,35% | 79,50% | 839 | 761 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 78 | Rp 115.830.000 |
| 17 | Riau | Kab. Indragiri Hilir | Rp 2.531.205.000 | 28,50% | 1,83% | 60,80% | 1.704 | 1.215 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 489 | Rp 726.165.000 |

| No | Prov | Kab/Kota | Alokasi PMT Balita | SSGI 2022 | e-PPGBM 2022 | % Balita Ditimbang | Sasaran Balita PMT (90 Hari) | Balita Stunting/ Gizi Kurang/ Gizi Buruk) e-PPGBM | Status Selisih Anggaran | Jumlah Selisih Sasaran | Selisih Anggaran |
|----|------------------|--------------------------------|--------------------|-----------|--------------|--------------------|------------------------------|---|------------------------------------|------------------------|------------------|
| 18 | Riau | Kab. Pelalawan | Rp 778.140.000 | 11,20% | 1,51% | 26,85% | 524 | 277 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 247 | Rp 366.795.000 |
| 19 | Riau | Kab. Kampar | Rp 5.411.340.000 | 14,50% | 2,32% | 81,76% | 3.644 | 2.119 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 1.525 | Rp 2.264.625.000 |
| 20 | Riau | Kab. Rokan Hulu | Rp 4.689.630.000 | 22,00% | 3,31% | 79,46% | 3.158 | 2.343 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 815 | Rp 1.210.275.000 |
| 21 | Riau | Kab. Rokan Hilir | Rp 3.586.812.000 | 14,70% | 2,15% | 62,51% | 2.415 | 1.482 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 933 | Rp 1.385.505.000 |
| 22 | Riau | Kota Dumai | Rp 1.643.895.000 | 12,80% | 0,71% | 84,67% | 1.107 | 294 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 813 | Rp 1.207.305.000 |
| 23 | Jambi | Kab. Merangin | Rp 1.985.362.000 | 14,50% | 2,04% | 80,35% | 1.336 | 812 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 524 | Rp 778.140.000 |
| 24 | Jambi | Kab. Muaro Jambi | Rp 2.269.395.000 | 18,60% | 3,08% | 78,49% | 1.528 | 1.222 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 306 | Rp 454.410.000 |
| 25 | Jambi | Kab. Tebo | Rp 1.882.975.000 | 25,00% | 1,02% | 91,63% | 1.267 | 678 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 589 | Rp 874.665.000 |
| 26 | Jambi | Kab. Bungo | Rp 1.865.160.000 | 15,40% | 1,56% | 90,28% | 1.256 | 625 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 631 | Rp 937.035.000 |
| 27 | Jambi | Kota Sungai Penuh | Rp 261.269.274 | 26,00% | 0,73% | 92,24% | 175 | 53 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 122 | Rp 181.170.000 |
| 28 | Sumatera Selatan | Kab. Ogan Komering Ulu | Rp 2.329.179.938 | 19,90% | 2,01% | 87,69% | 1.568 | 791 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 777 | Rp 1.153.845.000 |
| 29 | Sumatera Selatan | Kab. Ogan Komering Ilir | Rp 2.774.013.000 | 15,10% | 1,13% | 91,56% | 1.868 | 1.108 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 760 | Rp 1.128.600.000 |
| 30 | Sumatera Selatan | Kab. Ogan Komering Ulu Selatan | Rp 2.315.905.000 | 19,40% | 1,82% | 81,61% | 1.559 | 616 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 943 | Rp 1.400.355.000 |
| 31 | Sumatera Selatan | Kab. Ogan Komering Ulu Timur | Rp 3.852.090.000 | 19,10% | 0,75% | 89,32% | 2.594 | 514 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 2.080 | Rp 3.088.800.000 |
| 32 | Sumatera Selatan | Kab. Empat Lawang | Rp 1.014.255.000 | 18,50% | 0,59% | 93,68% | 683 | 309 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 374 | Rp 555.390.000 |
| 33 | Sumatera Selatan | Kab. Musi Rawas Utara | Rp 742.500.000 | 20,20% | 2,83% | 69,80% | 500 | 485 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 15 | Rp 22.275.000 |
| 34 | Sumatera Selatan | Kota Prabumulih | Rp 1.085.535.000 | 12,30% | 0,74% | 85,44% | 731 | 192 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 539 | Rp 800.415.000 |
| 35 | Sumatera Selatan | Kota Pagar Alam | Rp 833.174.100 | 11,60% | 1,55% | 86,83% | 561 | 176 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 385 | Rp 571.725.000 |
| 36 | Sumatera Selatan | Kota Lubuk Linggau | Rp 1.348.380.000 | 11,70% | 0,97% | 87,62% | 908 | 227 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 681 | Rp 1.011.285.000 |

| No | Prov | Kab/Kota | Alokasi PMT Balita | SSGI 2022 | e-PPGBM 2022 | % Balita Ditimbang | Sasaran Balita PMT (90 Hari) | Balita Stunting/ Gizi Kurang/ Gizi Buruk) e-PPGBM | Status Selisih Anggaran | Jumlah Selisih Sasaran | Selisih Anggaran |
|----|---------------------------|-------------------------|--------------------|-----------|--------------|--------------------|------------------------------|---|------------------------------------|------------------------|------------------|
| 37 | Bengkulu | Kab. Bengkulu Selatan | Rp 663.795.000 | 23,20% | 2,92% | 97,77% | 447 | 418 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 29 | Rp 43.065.000 |
| 38 | Bengkulu | Kab. Rejang Lebong | Rp 856.845.000 | 20,20% | 2,22% | 80,99% | 577 | 344 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 233 | Rp 346.005.000 |
| 39 | Bengkulu | Kota Bengkulu | Rp 1.103.778.413 | 12,90% | 0,75% | 85,49% | 743 | 171 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 572 | Rp 849.420.000 |
| 40 | Lampung | Kab. Lampung Selatan | Rp 5.776.650.000 | 9,90% | 1,76% | 96,70% | 3.890 | 3.203 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 687 | Rp 1.020.195.000 |
| 41 | Lampung | Kab. Pesawaran | Rp 2.723.490.000 | 25,10% | 2,77% | 81,94% | 1.834 | 1.289 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 545 | Rp 809.325.000 |
| 42 | Lampung | Kab. Pesisir Barat | Rp 715.770.000 | 16,70% | 0,37% | 83,46% | 482 | 41 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 441 | Rp 654.885.000 |
| 43 | Kepulauan Bangka Belitung | Kab. Bangka | Rp 1.692.085.000 | 16,20% | 1,35% | 89,78% | 1.139 | 451 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 688 | Rp 1.021.680.000 |
| 44 | Kepulauan Bangka Belitung | Kab. Bangka Selatan | Rp 723.690.000 | 23,00% | 2,37% | 69,58% | 487 | 417 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 70 | Rp 103.950.000 |
| 45 | Kepulauan Bangka Belitung | Kota Pangkal Pinang | Rp 580.741.150 | 12,90% | 0,76% | 87,90% | 391 | 221 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 170 | Rp 252.450.000 |
| 46 | Kepulauan Riau | Kota Tanjung Pinang | Rp 1.087.033.000 | 15,70% | 3,54% | 89,66% | 732 | 641 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 91 | Rp 135.135.000 |
| 47 | Jawa Timur | Kota Mojokerto | Rp 970.240.000 | 8,40% | 3,28% | 83,26% | 653 | 386 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 267 | Rp 396.495.000 |
| 48 | Bali | Kab. Jembrana | Rp 980.826.000 | 14,20% | 2,96% | 75,36% | 660 | 594 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 66 | Rp 98.010.000 |
| 49 | Bali | Kab. Tabanan | Rp 1.798.417.500 | 8,20% | 2,76% | 77,74% | 1.211 | 988 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 223 | Rp 331.155.000 |
| 50 | Kalimantan Barat | Kab. Kapuas Hulu | Rp 1.699.200.000 | 37,90% | 36,40% | 8,89% | 1.144 | 901 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 243 | Rp 360.855.000 |
| 51 | Kalimantan Barat | Kota Singkawang | Rp 1.334.916.000 | 23,50% | 12,68% | 26,32% | 898 | 623 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 275 | Rp 408.375.000 |
| 52 | Kalimantan Tengah | Kab. Kotawaringin Barat | Rp 2.065.830.000 | 21,10% | 5,55% | 46,77% | 1.391 | 975 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 416 | Rp 617.760.000 |
| 53 | Kalimantan Tengah | Kab. Sukamara | Rp 455.895.000 | 21,80% | 8,54% | 44,96% | 307 | 259 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 48 | Rp 71.280.000 |
| 54 | Kalimantan Tengah | Kab. Seruyan | Rp 1.085.400.000 | 34,70% | 21,37% | 25,17% | 730 | 720 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 10 | Rp 14.850.000 |

| No | Prov | Kab/Kota | Alokasi PMT Balita | SSGI 2022 | e-PPGBM 2022 | % Balita Ditimbang | Sasaran Balita PMT (90 Hari) | Balita Stunting/ Gizi Kurang/ Gizi Buruk) e-PPGBM | Status Selisih Anggaran | Jumlah Selisih Sasaran | Selisih Anggaran |
|----|-------------------|----------------------------------|--------------------|-----------|--------------|--------------------|------------------------------|---|------------------------------------|------------------------|------------------|
| 55 | Kalimantan Tengah | Kota Palangkaraya | Rp 1.278.585.000 | 27,80% | 21,24% | 3,65% | 861 | 103 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 758 | Rp 1.125.630.000 |
| 56 | Sulawesi Utara | Kab. Bolaang Mongondow | Rp 849.420.000 | 19,00% | 0,75% | 94,68% | 572 | 300 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 272 | Rp 403.920.000 |
| 57 | Sulawesi Utara | Kab. Minahasa | Rp 1.047.624.203 | 16,50% | 0,83% | 84,21% | 705 | 295 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 410 | Rp 608.850.000 |
| 58 | Sulawesi Utara | Kab. Minahasa Selatan | Rp 689.818.000 | 19,20% | 2,89% | 92,93% | 464 | 458 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 6 | Rp 8.910.000 |
| 59 | Sulawesi Utara | Kab. Minahasa Utara | Rp 821.805.500 | 20,50% | 2,86% | 89,03% | 553 | 508 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 45 | Rp 66.825.000 |
| 60 | Sulawesi Utara | Kab. Kep. Siau Tagulandang Biaro | Rp 317.949.000 | 14,40% | 0,69% | 98,39% | 214 | 49 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 165 | Rp 245.025.000 |
| 61 | Sulawesi Utara | Kab. Minahasa Tenggara | Rp 527.175.000 | 26,50% | 1,81% | 94,44% | 355 | 227 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 128 | Rp 190.080.000 |
| 62 | Sulawesi Utara | Kota Bitung | Rp 1.217.700.000 | 23,50% | 3,86% | 58,02% | 820 | 575 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 245 | Rp 363.825.000 |
| 63 | Sulawesi Utara | Kota Tomohon | Rp 262.483.000 | 13,70% | 0,31% | 98,63% | 176 | 31 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 145 | Rp 215.325.000 |
| 64 | Sulawesi Utara | Kota Kotamobagu | Rp 675.675.000 | 22,90% | 2,80% | 93,94% | 455 | 302 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 153 | Rp 227.205.000 |
| 65 | Sulawesi Tengah | Kota Palu | Rp 3.238.785.000 | 24,70% | 6,45% | 88,06% | 2.181 | 1.642 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 539 | Rp 800.415.000 |
| 66 | Sulawesi Tenggara | Kab. Konawe | Rp 2.176.016.827 | 28,30% | 16,42% | 42,90% | 1.465 | 1.381 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 84 | Rp 124.740.000 |
| 67 | Sulawesi Tenggara | Kab. Konawe Selatan | Rp 2.099.906.875 | 28,00% | 21,35% | 22,32% | 1.414 | 878 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 536 | Rp 795.960.000 |
| 68 | Sulawesi Tenggara | Kab. Kolaka Utara | Rp 1.304.735.000 | 24,80% | 5,61% | 80,14% | 878 | 564 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 314 | Rp 466.290.000 |
| 69 | Sulawesi Tenggara | Kab. Konawe Utara | Rp 701.672.600 | 21,60% | 6,07% | 76,41% | 472 | 415 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 57 | Rp 84.645.000 |
| 70 | Sulawesi Tenggara | Kab. Kolaka Timur | Rp 839.025.000 | 23,70% | 10,18% | 48,81% | 565 | 553 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 12 | Rp 17.820.000 |
| 71 | Sulawesi Tenggara | Kab. Muna Barat | Rp 601.425.000 | 31,70% | 11,15% | 28,19% | 405 | 255 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 150 | Rp 222.750.000 |
| 72 | Maluku | Kab. Buru | Rp 1.342.440.000 | 23,30% | 2,04% | 62,23% | 904 | 402 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 502 | Rp 745.470.000 |
| 73 | Maluku | Kota Ambon | Rp 2.970.000.000 | 21,10% | 3,32% | 53,05% | 2.000 | 1.249 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 751 | Rp 1.115.235.000 |
| 74 | Maluku Utara | Kota Ternate | Rp 1.510.916.000 | 17,70% | 2,45% | 89,02% | 1.017 | 513 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 504 | Rp 748.440.000 |

| No | Prov | Kab/Kota | Alokasi PMT Balita | SSGI 2022 | e-PPGBM 2022 | % Balita Ditimbang | Sasaran Balita PMT (90 Hari) | Balita Stunting/ Gizi Kurang/ Gizi Buruk) e-PPGBM | Status Selisih Anggaran | Jumlah Selisih Sasaran | Selisih Anggaran |
|--------------|-------------|------------------------|---------------------------|-----------|--------------|--------------------|------------------------------|---|------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| 75 | Papua Barat | Kab. Maybrat | Rp 244.430.000 | 27,30% | 17,22% | 30,13% | 164 | 139 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 25 | Rp 37.125.000 |
| 76 | Papua Barat | Kab. Manokwari Selatan | Rp 271.080.000 | 27,20% | 19,02% | 24,54% | 182 | 176 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 6 | Rp 8.910.000 |
| 77 | Papua Barat | Kab. Pegunungan Arfak | Rp 247.995.000 | 51,50% | 5,88% | 13,42% | 167 | 11 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 156 | Rp 231.660.000 |
| 78 | Papua Barat | Kota Sorong | Rp 2.276.100.000 | 27,20% | 11,83% | 28,90% | 1.532 | 972 | Anggaran Lebih Banyak dari Sasaran | 560 | Rp 831.600.000 |
| Total | | | Rp 129.794.196.892 | | | | 87.385 | 50.271 | | 37.114 | Rp 55.114.290.000 |

Lampiran 4. Daftar Belanja USG-2D dan Antropometri Luar Konsolidasi per-31 Agustus 2023

| KLPD | Total Harga Tanpa Ongkir | | Total Harga Tanpa Ongkir USG | | Total Harga Tanpa Ongkir Antropometri | |
|--|---------------------------------|----------------|-------------------------------------|---------------|--|----------------|
| Pemerintah Daerah Kabupaten Cianjur | Rp | 24.281.040.000 | Rp | - | Rp | 24.281.040.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung | Rp | 16.685.000.000 | Rp | - | Rp | 16.685.000.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Bojonegoro | Rp | 11.872.000.000 | Rp | - | Rp | 11.872.000.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Mojokerto | Rp | 10.323.934.900 | Rp | - | Rp | 10.323.934.900 |
| Pemerintah Daerah Kota Tangerang Selatan | Rp | 9.068.400.000 | Rp | - | Rp | 9.068.400.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Gresik | Rp | 8.575.000.000 | Rp | - | Rp | 8.575.000.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Blora | Rp | 7.810.750.000 | Rp | - | Rp | 7.810.750.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Rembang | Rp | 7.798.484.000 | Rp | - | Rp | 7.798.484.000 |
| Pemerintah Daerah Kota Tangerang | Rp | 5.924.178.000 | Rp | - | Rp | 5.924.178.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Ende | Rp | 5.094.900.000 | Rp | - | Rp | 5.094.900.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Labuhan Batu Selatan | Rp | 4.723.000.000 | Rp | 2.198.000.000 | Rp | 2.525.000.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Manggarai Timur | Rp | 4.692.060.300 | Rp | - | Rp | 4.692.060.300 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Manggarai Barat | Rp | 3.988.477.350 | Rp | - | Rp | 3.988.477.350 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Pidie | Rp | 3.416.743.800 | Rp | - | Rp | 3.416.743.800 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Manggarai | Rp | 3.203.334.000 | Rp | - | Rp | 3.203.334.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Tengah | Rp | 1.838.000.000 | Rp | - | Rp | 1.838.000.000 |

| KLPD | Total Harga Tanpa Ongkir | | Total Harga Tanpa Ongkir USG | | Total Harga Tanpa Ongkir Antropometri | |
|---|--------------------------|---------------|------------------------------|-------------|---------------------------------------|---------------|
| Pemerintah Daerah Kabupaten Buton Tengah | Rp | 1.816.000.000 | Rp | 628.000.000 | Rp | 1.188.000.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Kayong Utara | Rp | 1.476.000.000 | Rp | - | Rp | 1.476.000.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Sumbawa Barat | Rp | 1.459.296.600 | Rp | - | Rp | 1.459.296.600 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Ketapang | Rp | 1.404.250.000 | Rp | - | Rp | 1.404.250.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak | Rp | 1.330.318.080 | Rp | - | Rp | 1.330.318.080 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Deli Serdang | Rp | 1.244.400.000 | Rp | - | Rp | 1.244.400.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Hulu Sungai Selatan | Rp | 1.134.697.500 | Rp | - | Rp | 1.134.697.500 |
| Pemerintah Daerah Kota Sibolga | Rp | 1.082.900.000 | Rp | - | Rp | 1.082.900.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Simeulue | Rp | 1.060.400.000 | Rp | - | Rp | 1.060.400.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Sabu Raijua | Rp | 986.557.000 | Rp | - | Rp | 986.557.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Lombok Barat | Rp | 916.509.450 | Rp | - | Rp | 916.509.450 |
| Pemerintah Daerah Kota Langsa | Rp | 820.244.502 | Rp | - | Rp | 820.244.502 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Gayo Lues | Rp | 802.620.000 | Rp | - | Rp | 802.620.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Konawe Kepulauan | Rp | 725.193.000 | Rp | - | Rp | 725.193.000 |
| Pemerintah Daerah Kota Lhokseumawe | Rp | 476.394.750 | Rp | - | Rp | 476.394.750 |
| Pemerintah Daerah Kota Bau-Bau | Rp | 314.000.000 | Rp | 314.000.000 | Rp | - |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Kolaka Timur | Rp | 260.400.000 | Rp | - | Rp | 260.400.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Mamuju Tengah | Rp | 201.600.000 | Rp | - | Rp | 201.600.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Pidie Jaya | Rp | 175.500.000 | Rp | - | Rp | 175.500.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Barat Daya | Rp | 79.380.000 | Rp | - | Rp | 79.380.000 |

| KLPD | Total Harga Tanpa Ongkir | | Total Harga Tanpa Ongkir USG | | Total Harga Tanpa Ongkir Antropometri | |
|---|--------------------------|------------------------|------------------------------|----------------------|---------------------------------------|------------------------|
| Pemerintah Daerah Kabupaten Kulon Progo | Rp | 26.460.000 | Rp | - | Rp | 26.460.000 |
| Pemerintah Daerah Kabupaten Halmahera Selatan | Rp | 17.640.000 | Rp | - | Rp | 17.640.000 |
| Total KLPD = 38 | Rp | 147.106.063.232 | Rp | 3.140.000.000 | Rp | 143.966.063.232 |
| Total Unit | | | | 20 | | 14.660 |
| | | | Rp | 157.000.000 | Rp | 9.820.332 |

Lampiran 4. Pembelanjaan Antropometri dan USG-2D di luar Konsolidasi

| kd_klpd | satker_id | nama_paket | harga_satuan | kuantitas | ongkos_kirim | total_harga |
|-------------|-----------|---|--------------|-----------|--------------|---------------|
| D187 | 101357 | Belanja Modal Alat Kesehatan Kebidanan dan Penyakit Kandungan (Pengadaan USG 2D (DAK)) - Pengadaan USG 2D | 140.000.000 | 9 | 72.000.000 | 1.332.000.000 |
| D3 | 176250 | Pengadaan USG 2 Dimensi Puskesmas Blang Mangat (DAK) | 132.867.000 | 1 | 5.000.000 | 137.867.000 |
| D3 | 176250 | Pengadaan USG 2 Dimensi Puskesmas Kandang (DAK) | 132.867.000 | 1 | 5.000.000 | 137.867.000 |
| D3 | 176250 | Pengadaan USG 2 Dimensi Puskesmas Muara Satu (DAK) | 132.867.000 | 1 | 5.000.000 | 137.867.000 |
| D3 | 176250 | Pengadaan USG 2 Dimensi Puskesmas Blang Cut (DAK) | 132.867.000 | 1 | 5.000.000 | 137.867.000 |
| D168 | 69790 | Belanja Modal Alat kedokteran Umum USG 2 Dimensi (DAK) | 155.000.000 | 7 | - | 1.085.000.000 |
| D294 | 152412 | PENGADAAN USG 2 DIMENSI PUSKESMAS (DAK) | 142.000.000 | 5 | 4.277.000 | 714.277.000 |
| D234 | 63289 | Pengadaan USG 2 Dimensi (DAK FISIK) | 136.750.000 | 9 | 18.900.000 | 1.249.650.000 |
| D539 | 144334 | Belanja USG 2D Digital (DAK Fisik Penguatan AKI dan AKB) | 149.000.000 | 5 | 5.000.000 | 750.000.000 |
| D235 | 57868 | Pengadaan Alat USG 2D (Dak Fisik) | 137.500.000 | 8 | - | 1.100.000.000 |
| D143 | 66412 | Belanja Modal Pengadaan Alkes USG 2D DAK | 140.000.000 | 3 | 19.000.000 | 439.000.000 |

| kd_klpd | satker_id | nama_paket | harga_satuan | kuantitas | ongkos_kirim | total_harga |
|--------------|-----------|---|--------------------|------------|--------------------|-----------------------|
| D7 | 109274 | Belanja Modal Alat Kesehatan Umum Lainnya (1.02.02.2.02.02) USG 2 Digital (DAK KIA) | 125.200.000 | 3 | 30.000.000 | 405.600.000 |
| D19 | 84260 | Pengadaan Alat USG 2 Demensi (DAK Fisik) | 125.200.000 | 6 | 13.800.000 | 765.000.000 |
| D89 | 60998 | USG 2 Dimensi (DAK FISIK) | 125.200.000 | 15 | 61.000.000 | 1.939.000.000 |
| D369 | 110357 | Pengadaan Alat Penguatan Layanan Maternal Neonatal di Puskesmas USG 2 Dimensi (DAK-PENUGASAN) | 125.200.000 | 19 | 243.200.000 | 2.622.000.000 |
| D527 | 70985 | Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan sumber dana DAK Fisik (USG 2 Dimensi) | 128.700.000 | 9 | 38.000.000 | 1.196.300.000 |
| D547 | 102813 | Pengadaan USG 2D (DAK) | 125.200.000 | 2 | 16.000.000 | 266.400.000 |
| D528 | 80043 | Pengadaan USG 2 Dimensi di Puskesmas (Tugala Oyo, Alasa Talumuzoi, Sawo, Lahewa Timur, Afulu) (DAK Fisik 2023) | 125.200.000 | 5 | 43.820.000 | 669.820.000 |
| D21 | 156651 | USG 2 Dimensi (DAK) | 147.500.000 | 13 | 35.101.000 | 1.952.601.000 |
| Total | | | Rata-rata = | 122 | 620.098.000 | 17.038.116.000 |
| | | | 134.690.421 | | | |

Lampiran 5. Kab/Kota Kelebihan Alokasi Antro & USG-2D (DAK dan Banper)

| No | Kab/Kota | Jml Posyandu | Jml Antro | Jml Antro Kondisi Baik | Antro DAK | Antro Banper | Antro (PBJ + Banper) | Flag Antro Lebih |
|----|-------------------------|--------------|-----------|------------------------|-----------|--------------|----------------------|------------------|
| 1 | Kab. Aceh Barat | 353 | 329 | 329 | 210 | - | 210 | 1 |
| 2 | Kab. Aceh Selatan | 323 | 171 | 171 | 171 | - | 171 | 1 |
| 3 | Kab. Bandung | 4358 | 170 | 161 | 1775 | - | 1.775 | 0 |
| 4 | Kab. Bandung Barat | 2339 | 1820 | 1492 | 2108 | - | 2.108 | 1 |
| 5 | Kab. Bangka Barat | 187 | 120 | 120 | 0 | - | - | 0 |
| 6 | Kab. Barito Timur | 167 | 156 | 129 | 0 | - | - | 0 |
| 7 | Kab. Batang | 1233 | 192 | 192 | 1128 | - | 1.128 | 1 |
| 8 | Kab. Bener Meriah | 243 | 243 | 223 | 123 | - | 123 | 1 |
| 9 | Kab. Bengkulu Selatan | 182 | 84 | 70 | 0 | - | - | 0 |
| 10 | Kab. Bintan Kepulauan | 179 | 87 | 87 | 0 | - | - | 0 |
| 11 | Kab. Bone Bolango | 208 | 192 | 0 | 0 | - | - | 0 |
| 12 | Kab. Buton Selatan | 129 | 70 | 19 | 55 | 18 | 73 | 0 |
| 13 | Kab. Cilacap | 2204 | 0 | 0 | 1772 | 81 | 1.853 | 0 |
| 14 | Kab. Empat Lawang | 178 | 112 | 112 | 0 | - | - | 0 |
| 15 | Kab. Flores Timur | 565 | 516 | 449 | 161 | 192 | 353 | 1 |
| 16 | Kab. Gresik | 1521 | 1507 | 1458 | 1 | 18 | 19 | 0 |
| 17 | Kab. Humbang Hasundutan | 254 | 146 | 90 | 0 | - | - | 0 |
| 18 | Kab. Karawang | 2375 | 352 | 352 | 327 | 2.073 | 2.400 | 1 |
| 19 | Kab. Kepahiang | 121 | 121 | 121 | 0 | - | - | 0 |
| 20 | Kab. Kepulauan Aru | 161 | 120 | 118 | 0 | - | - | 0 |
| 21 | Kab. Kolaka Utara | 139 | 28 | 28 | 105 | 16 | 121 | 1 |
| 22 | Kab. Konawe Utara | 171 | 22 | 15 | 58 | 121 | 179 | 1 |
| 23 | Kab. Kotawaringin Barat | 189 | 98 | 98 | 0 | - | - | 0 |

| No | Kab/Kota | Jml Posyandu | Jml Antro | Jml Antro Kondisi Baik | Antro DAK | Antro Banper | Antro (PBJ + Banper) | Flag Antro Lebih |
|----|-------------------------------|--------------|-----------|------------------------|-----------|--------------|----------------------|------------------|
| 24 | Kab. Kotawaringin Timur | 317 | 74 | 74 | 0 | - | - | 0 |
| 25 | Kab. Lebong | 121 | 121 | 121 | 0 | - | - | 0 |
| 26 | Kab. Lombok Utara | 419 | 10 | 10 | 335 | - | 335 | 0 |
| 27 | Kab. Luwu Timur | 257 | 114 | 17 | 0 | 177 | 177 | 0 |
| 28 | Kab. Maluku Tenggara | 238 | 238 | 238 | 0 | - | - | 0 |
| 29 | Kab. Minahasa | 287 | 188 | 188 | 0 | - | - | 0 |
| 30 | Kab. Minahasa Tenggara | 144 | 13 | 13 | 0 | - | - | 0 |
| 31 | Kab. Muna Barat | 130 | 71 | 71 | 65 | - | 65 | 1 |
| 32 | Kab. Natuna Kepulauan | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | 0 |
| 33 | Kab. Pakpak Barat | 91 | 60 | 53 | 0 | - | - | 0 |
| 34 | Kab. Pangkajene dan Kepulauan | 387 | 312 | 289 | 0 | - | - | 0 |
| 35 | Kab. Pasaman | 437 | 125 | 122 | 0 | 326 | 326 | 1 |
| 36 | Kab. Pringsewu | 401 | 318 | 253 | 0 | 165 | 165 | 1 |
| 37 | Kab. Samosir | 230 | 64 | 64 | 174 | 56 | 230 | 1 |
| 38 | Kab. Seram Bagian Timur | 248 | 183 | 183 | 0 | - | - | 0 |
| 39 | Kab. Sukoharjo | 1225 | 8 | 8 | 1187 | - | 1.187 | 0 |
| 40 | Kab. Sumba Tengah | 203 | 101 | 91 | 54 | 91 | 145 | 1 |
| 41 | Kab. Sumedang | 1709 | 190 | 190 | 1174 | 345 | 1.519 | 0 |
| 42 | Kab. Tapin | 224 | 122 | 108 | 67 | 39 | 106 | 0 |
| 43 | Kab. Tasikmalaya | 1307 | 55 | 52 | 897 | - | 897 | 0 |
| 44 | Kota Batam Kepulauan | 560 | 80 | 80 | 0 | - | - | 0 |
| 45 | Kota Bima | 175 | 42 | 42 | 104 | 104 | 208 | 1 |
| 46 | Kota Cilegon | 389 | 58 | 58 | 13 | - | 13 | 0 |
| 47 | Kota Metro Lampung | 158 | 22 | 22 | 0 | - | - | 0 |
| 48 | Kota Palembang | 941 | 792 | 759 | 0 | 189 | 189 | 1 |
| 49 | Kota Singkawang | 158 | 158 | 158 | 80 | - | 80 | 1 |
| 50 | Kota Surabaya | 2670 | 267 | 267 | 2443 | - | 2.443 | 1 |

| No | Kab/Kota | Jml Posyandu | Jml Antro | Jml Antro Kondisi Baik | Antro DAK | Antro Banper | Antro (PBJ + Banper) | Flag Antro Lebih |
|--------------|--------------------|--------------|-----------|------------------------|-----------|--------------|----------------------|------------------|
| 51 | Kota Tebing Tinggi | 129 | 60 | 60 | 86 | - | 86 | 1 |
| 52 | Kota Yogyakarta | 622 | 19 | 19 | 0 | - | - | 0 |
| Total | | | | | | | | 19 |

| No | Kab/Kota Sampling | USG Tersedia | USG Kondisi Baik | Jumlah Puskesmas | Puskesmas Tidak Punya USG | USG DAK | USG Banper | USG (DAK + Banper) | Flag USG Lebih |
|----|-------------------------|--------------|------------------|------------------|---------------------------|---------|------------|--------------------|----------------|
| 1 | Kab. Aceh Barat | 8 | 8 | 12 | 4 | 4 | - | 4 | 0 |
| 2 | Kab. Aceh Selatan | 24 | 24 | 24 | 0 | 0 | - | - | 0 |
| 3 | Kab. Bandung | 13 | 13 | 62 | 49 | 14 | - | 14 | 0 |
| 4 | Kab. Bandung Barat | 18 | 15 | 32 | 17 | 16 | - | 16 | 0 |
| 5 | Kab. Bangka Barat | 8 | 8 | 8 | 0 | 0 | - | - | 0 |
| 6 | Kab. Barito Timur | 11 | 11 | 11 | 0 | 9 | - | 9 | 1 |
| 7 | Kab. Batang | 20 | 18 | 21 | 4 | 0 | 13 | 13 | 1 |
| 8 | Kab. Bener Meriah | 13 | 13 | 15 | 2 | 13 | - | 13 | 1 |
| 9 | Kab. Bengkulu Selatan | 10 | 10 | 14 | 4 | 0 | - | - | 0 |
| 10 | Kab. Bintan Kepulauan | 54 | 54 | 15 | 0 | 0 | - | - | 0 |
| 11 | Kab. Bone Bolango | 23 | 23 | 20 | 0 | 0 | - | - | 0 |
| 12 | Kab. Buton Selatan | 7 | 7 | 13 | 6 | 0 | - | - | 0 |
| 13 | Kab. Cilacap | 24 | 24 | 38 | 14 | 0 | 13 | 13 | 0 |
| 14 | Kab. Empat Lawang | 4 | 4 | 10 | 6 | 6 | - | 6 | 0 |
| 15 | Kab. Flores Timur | 21 | 21 | 21 | 0 | 0 | - | - | 0 |
| 16 | Kab. Gresik | 32 | 32 | 32 | 0 | 7 | - | 7 | 1 |
| 17 | Kab. Humbang Hasundutan | 3 | 3 | 12 | 9 | 0 | - | - | 0 |
| 18 | Kab. Karawang | 51 | 50 | 50 | 0 | 20 | 1 | 21 | 1 |
| 19 | Kab. Kepahiang | 14 | 14 | 14 | 0 | 0 | - | - | 0 |
| 20 | Kab. Kepulauan Aru | 6 | 6 | 30 | 24 | 0 | - | - | 0 |

| No | Kab/Kota Sampling | USG Tersedia | USG Kondisi Baik | Jumlah Puskesmas | Puskesmas Tidak Punya USG | USG DAK | USG Banper | USG (DAK + Banper) | Flag USG Lebih |
|----|-------------------------|--------------|------------------|------------------|---------------------------|---------|------------|--------------------|----------------|
| 21 | Kab. Kolaka Utara | 7 | 7 | 16 | 9 | 9 | - | 9 | 0 |
| 22 | Kab. Konawe Utara | 4 | 4 | 22 | 18 | 0 | 18 | 18 | 0 |
| 23 | Kab. Kotawaringin Barat | 6 | 6 | 18 | 12 | 0 | 11 | 11 | 0 |
| 24 | Kab. Kotawaringin Timur | 11 | 9 | 21 | 12 | 0 | 9 | 9 | 0 |
| 25 | Kab. Lebong | 13 | 0 | 13 | 13 | 0 | - | - | 0 |
| 26 | Kab. Lombok Utara | 9 | 9 | 8 | 1 | 0 | 3 | 3 | 1 |
| 27 | Kab. Luwu Timur | 16 | 16 | 17 | 1 | 0 | - | - | 0 |
| 28 | Kab. Maluku Tenggara | 24 | 24 | 20 | 0 | 0 | - | - | 0 |
| 29 | Kab. Minahasa | 9 | 8 | 23 | 15 | 14 | - | 14 | 0 |
| 30 | Kab. Minahasa Tenggara | 9 | 9 | 13 | 4 | 4 | - | 4 | 0 |
| 31 | Kab. Muna Barat | 15 | 15 | 16 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 32 | Kab. Natuna Kepulauan | 0 | 0 | 14 | 14 | 0 | - | - | 0 |
| 33 | Kab. Pakpak Barat | 3 | 3 | 8 | 5 | 0 | - | - | 0 |
| 34 | Kab. Pangkajene dan Kep | 44 | 33 | 23 | 3 | 0 | - | - | 0 |
| 35 | Kab. Pasaman | 16 | 14 | 16 | 3 | 10 | 3 | 13 | 1 |
| 36 | Kab. Pringsewu | 13 | 13 | 13 | 0 | 0 | - | - | 0 |
| 37 | Kab. Samosir | 0 | 0 | 12 | 12 | 12 | - | 12 | 0 |
| 38 | Kab. Seram Bagian Timur | 0 | 0 | 22 | 22 | 0 | - | - | 0 |
| 39 | Kab. Sukoharjo | 11 | 11 | 12 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 40 | Kab. Sumba Tengah | 5 | 1 | 10 | 9 | 0 | 5 | 5 | 0 |
| 41 | Kab. Sumedang | 36 | 30 | 35 | 6 | 0 | 5 | 5 | 0 |
| 42 | Kab. Tapin | 0 | 0 | 13 | 13 | 0 | 11 | 11 | 0 |
| 43 | Kab. Tasikmalaya | 36 | 28 | 40 | 22 | 0 | - | - | 0 |
| 44 | Kota Batam Kepulauan | 21 | 20 | 21 | 1 | 0 | - | - | 0 |
| 45 | Kota Bima | 3 | 3 | 7 | 4 | 0 | - | - | 0 |
| 46 | Kota Cilegon | 5 | 5 | 9 | 4 | 0 | - | - | 0 |
| 47 | Kota Metro Lampung | 11 | 11 | 11 | 0 | 0 | - | - | 0 |

| No | Kab/Kota Sampling | USG Tersedia | USG Kondisi Baik | Jumlah Puskesmas | Puskesmas Tidak Punya USG | USG DAK | USG Banper | USG (DAK + Banper) | Flag USG Lebih |
|--------------|--------------------|--------------|------------------|------------------|---------------------------|---------|------------|--------------------|----------------|
| 48 | Kota Palembang | 35 | 31 | 42 | 28 | 34 | - | 34 | 1 |
| 49 | Kota Singkawang | 10 | 10 | 10 | 0 | 10 | - | 10 | 1 |
| 50 | Kota Surabaya | 41 | 41 | 63 | 22 | 0 | 22 | 22 | 0 |
| 51 | Kota Tebing Tinggi | 1 | 1 | 9 | 8 | 8 | - | 8 | 0 |
| 52 | Kota Yogyakarta | 22 | 21 | 18 | 0 | 0 | - | - | 0 |
| Total | | | | | | | | | 9 |



KPK
Komisi Pemberantasan Korupsi

DIREKTORAT
MONITORING

Gedung KPK
Jalan Kuningan Persada No.4, RT.1/RW.6,
Guntur, Setia Budi, Jakarta Selatan, Daerah
Khusus Ibukota Jakarta 12950
(021) 25578300

www.KPK.GO.ID