



LAPORAN PENELITIAN SMERU

ANALISIS PENGELUARAN PUBLIK UNTUK PENANGGULANGAN *STUNTING* DI TINGKAT DAERAH: FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI VARIASI TINGKAT *STUNTING* DI ENAM KABUPATEN/ KOTA DI INDONESIA

Rachma Indah Nurbani, Hastuti, Dyan Widyaningsih, Akhmad Ramadhan Fatah, Elza Elmira,
Nina Toyamah, Laskar Rianto, Steve Christiantera

DRAF: Dokumen ini telah disetujui untuk pratinjau dalam jaringan, tetapi belum melewati proses *copyediting* dan *proofreading* sehingga dapat menyebabkan perbedaan antara versi ini dan versi final. Bila Anda mengutip dokumen ini, indikasikan sebagai "draf".

LAPORAN PENELITIAN SMERU

Analisis Pengeluaran Publik untuk Penanggulangan *Stunting* di Tingkat Daerah: Faktor-faktor yang Memengaruhi Variasi Tingkat *Stunting* di Enam Kabupaten/Kota di Indonesia

Rachma Indah Nurbani

Hastuti

Dyan Widyaningsih

Akhmad Ramadhan Fatah

Elza Elmira

Nina Toyamah

Laskar Rianto

Steve Christiantara

The SMERU Research Institute

Juli 2019

Analisis Pengeluaran Publik untuk Penanggulangan *Stunting* di Tingkat Daerah: Faktor-faktor yang Memengaruhi Variasi Tingkat *Stunting* di Enam Kabupaten/Kota di Indonesia

Penulis: Rachma Indah Nurbani, Hastuti, Dyan Widyaningsih, Akhmad Ramadhan Fatah, Elza Elmira,
Nina Toyamah, Laskar Rianto, Steve Christiantara

Foto Sampul: Hastuti

Diterbitkan oleh:

The SMERU Research Institute

Jl. Cikini Raya No. 10A

Jakarta 10330

Indonesia

Saran sitasi

Nurbani, Rachma Indah, Hastuti, Dyan Widyaningsih, Akhmad Ramadhan Fatah, Elza Elmira, Nina Toyamah, Laskar Rianto, dan Steve Christiantara (2019) 'Analisis Pengeluaran Publik untuk Penanggulangan *Stunting* di Tingkat Daerah: Faktor-Faktor yang Memengaruhi Variasi Tingkat *Stunting* di Enam Kabupaten/Kota di Indonesia.' Draf Laporan Penelitian. Jakarta: The SMERU Research Institute <URL> [tanggal akses].



Ciptaan disebarluaskan di bawah Lisensi Creative Commons Atribusi-NonKomersial 4.0 Internasional.

Konten SMERU dapat disalin atau disebarluaskan untuk tujuan nonkomersial sejauh dilakukan dengan menyebutkan The SMERU Research Institute sebagai sumbernya. Jika tidak ada kesepakatan secara kelembagaan, format PDF publikasi SMERU tidak boleh diunggah dalam jaringan (daring) dan konten daring hanya bisa dipublikasikan melalui tautan ke situs web SMERU.

Temuan, pandangan, dan interpretasi dalam laporan ini merupakan tanggung jawab penulis dan tidak berhubungan dengan atau mewakili lembaga-lembaga yang mendanai kegiatan dan pelaporan The SMERU Research Institute.

Studi dalam publikasi ini sebagian besar menggunakan metode wawancara dan diskusi kelompok terfokus. Semua informasi terkait direkam dan disimpan di kantor SMERU.

Untuk mendapatkan informasi mengenai publikasi SMERU, hubungi kami melalui nomor telepon 62-21-31936336, nomor faks 62-21-31930850, atau alamat surel smeru@smeru.or.id; atau kunjungi situs web www.smeru.or.id.

Tim Peneliti

Peneliti SMERU

Rachma Indah Nurbani

Hastuti

Dyan Widyaningsih

Elza Elmira

Akhmad Ramadhan Fatah

Nina Toyamah

Laskar Rianto

Steve Christiantara

Peneliti Lapangan

Upik Sabainingrum, Mulyana, Ikram, Iman Saeful Rahman, Santi Dwiningsih, Ali Murtadhonuri, Akhmad Fadli, Rohmad Suryadi, Yokomina Nguru, Debora Rambu, Rini Archda Saputri, Wini Pudyastuti, I Gusti Ngurah Gede Agung Pradipta, Ida Chodijah, Fuad Abdulgani, Marice Suruk

Penasihat

Widjajanti Isdijoso

Ucapan Terima Kasih

Laporan ini dapat diselesaikan atas dukungan sejumlah pihak. Untuk itu kami menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada Cut Dian R. D. Agustina, Eko Setyo Pambudi, Alike Dibyanta Tuwo, Dhani Nugroho, dan Tim dari Bank Dunia yang telah memberikan fasilitasi dan arahan teknis sejak awal pelaksanaan penelitian hingga penyelesaian laporan ini.

Secara khusus kami berterima kasih kepada seluruh pemerintah daerah kabupaten/kota dan provinsi, khususnya Bappeda dan Dinas Kesehatan beserta jajarannya, dan pemerintah desa/kelurahan studi atas curahan waktu, informasi berharga, dan dukungan kelancaran studi ini. Kami juga mengucapkan terima kasih kepada tokoh masyarakat, kader posyandu, dan para ibu yang sudah bersedia menjadi informan dan berpartisipasi dalam diskusi. Penghargaan juga kami sampaikan kepada Tanya Sargeant yang telah membantu dalam melakukan studi literatur. Terakhir, terima kasih kami sampaikan kepada rekan-rekan peneliti lapangan yang telah bersedia membantu selama berlangsungnya studi ini.

Abstrak

Analisis Pengeluaran Publik untuk Penanggulangan *Stunting* di Tingkat Daerah: Faktor-faktor yang Memengaruhi Variasi Tingkat *Stunting* di Enam Kabupaten/Kota di Indonesia

Rachma Indah Nurbani, Hastuti, Dyan Widyaningsih, Akhmad Ramadhan Fatah, Elza Elmira, Nina Toyamah, Laskar Rianto, Steve Christiantara

Indonesia termasuk kelompok negara dengan status gizi terbelakang di dunia dengan prevalensi *stunting* sekitar 31%. Kondisi tersebut tidak berbanding lurus dengan peningkatan pengeluaran pemerintah dalam upaya perbaikan gizi sehingga memunculkan pertanyaan terhadap efektivitas intervensi yang sudah dilakukan. Karenanya, Bank Dunia memberikan dukungan terhadap The SMERU Research Institute untuk melakukan studi yang menganalisis pengeluaran pemerintah daerah dalam upaya penanganan *stunting* guna memahami faktor-faktor yang membedakan kondisi *stunting* di tingkat daerah. Studi ini dilakukan di enam kabupaten/kota, yakni Kabupaten Lampung Tengah, Kabupaten Brebes, dan Kabupaten Sumba Tengah (wilayah *stunting* tinggi); serta Kabupaten Belitung, Kota Surakarta, dan Kabupaten Klungkung (wilayah tingkat *stunting* rendah). Studi ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif untuk menganalisis pola pengeluaran daerah terkait *stunting* pada 2015–2017 dan mendalami proses penyelenggaraan lima intervensi fokus pada 2017. Studi ini menemukan bahwa anggaran/pengeluaran daerah tidak cukup baik menjelaskan perbedaan kondisi *stunting*. Meskipun banyak faktor pendukung, pemerintah daerah juga menghadapi banyak kendala terkait manajemen keuangan daerah, seperti koordinasi dengan pemerintah pusat serta kapasitas dalam merencanakan, mengelola, melaksanakan, dan melakukan monev terhadap penggunaan anggaran. Oleh karena itu perlu langkah perbaikan di semua tahapan penganggaran dan penggunaannya, baik oleh pemerintah pusat maupun oleh pemerintah daerah antara lain memperbaiki manajemen distribusi informasi, memperbaiki mekanisme penentuan alokasi anggaran, melakukan kampanye tentang manfaat barang intervensi.

Kata kunci: *stunting*, anggaran, program intervensi

Daftar Isi

Ucapan Terima Kasih	i
Abstrak	ii
Daftar Isi	iii
Daftar Tabel	iv
Daftar Gambar	iv
Daftar Kotak	v
Daftar Singkatan dan Akronim	vi
Rangkuman Eksekutif	ix
I. Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penelitian	2
II. Cakupan Penelitian dan Metodologi	3
2.1 Metode Pengumpulan Data dan Informasi	3
2.2 Cakupan Penelitian	5
2.3 Wilayah Studi	7
2.4 Keterbatasan dan Kendala Studi	8
III. <i>Stunting</i> dan Kondisi Sosial Ekonomi Enam Kabupaten/Kota	10
3.1 Prevalensi <i>Stunting</i> dan Kondisi Sosial Ekonomi Daerah	10
3.2 Komitmen Pemerintah Daerah terhadap Upaya Penanganan <i>Stunting</i>	13
3.3 Pemahaman Pemangku Kepentingan di Daerah	14
IV. Tinjauan Pengeluaran Pemerintah Daerah Enam Kabupaten/Kota	16
4.1 Kebijakan dan Kondisi Umum Keuangan Daerah	16
4.2 Pengeluaran Pemerintah Daerah untuk Intervensi Terkait <i>Stunting</i>	20
4.3 Reliabilitas Perencanaan Anggaran dan Pengeluaran Daerah	30
4.4 Studi Kasus: Alokasi Anggaran untuk PMT dan Imunisasi	37
V. Penyelenggaraan Intervensi <i>Stunting</i> dalam Lingkup Penggunaan Anggaran: Studi Kasus Lima Intervensi Fokus	41
5.1 Perencanaan dan Penganggaran	42
5.2 Pelaksanaan	49
5.3 Pelaporan	57
5.4 Pemantauan dan Evaluasi	61
VI. Kesimpulan dan Rekomendasi	66
Daftar Acuan	69

Daftar Tabel

- Tabel 1. Intervensi Gizi Spesifik dan Sensitif | 6
Tabel 2. Wilayah Studi | 7
Tabel 3. Kondisi Sosial Ekonomi Wilayah Studi | 12
Tabel 4. Program dan Kegiatan Terkait *Stunting* di Enam Kabupaten/Kota, 2017 | 22
Tabel 5. Alur Distribusi Lima Intervensi Fokus | 51
Tabel 6. Mekanisme Pemberian Barang Intervensi Fokus kepada Sasaran | 53

Daftar Gambar

- Gambar 1. Bagan Pengumpulan Data dan Informasi dan Strategi Analisis | 5
Gambar 2. Prevalensi *Stunting* di Enam Kabupaten/Kota (%) | 11
Gambar 3. Penerimaan Pemerintah Enam Kabupaten/Kota, 2015 - 2017 | 16
Gambar 4. Belanja Menurut Urusan pada APBD, 2017 | 19
Gambar 5. Pengeluaran Total dan Pengeluaran Perkapita Pemerintah Enam Kabupaten/Kota, 2015 - 2017 | 20
Gambar 6. Komposisi Pengeluaran untuk Intervensi Terkait *Stunting* terhadap Total Pengeluaran Pemerintah Enam Kabupaten/Kota, 2015 - 2017 | 21
Gambar 7. Pengeluaran Perkapita Pemerintah Enam Kabupaten/Kota untuk Intervensi Terkait *Stunting*, 2015 - 2017 | 26
Gambar 8. Komposisi Pengeluaran dan Pengeluaran Perkapita Pemerintah Enam Kabupaten/Kota untuk Intervensi Terkait *Stunting*, Menurut Jenis Intervensi | 27
Gambar 9. Komposisi Pengeluaran dan Pengeluaran Perkapita Pemerintah Enam Kabupaten/Kota untuk Intervensi Terkait *Stunting*, Menurut Sektor Pengampu | 28
Gambar 10. Komposisi Pengeluaran dan Pengeluaran Perkapita Pemerintah Enam Kabupaten/Kota untuk Intervensi Terkait *Stunting*, Menurut Jenis Belanja | 30
Gambar 11. Perubahan dan Deviasi Perubahan antara Anggaran Awal dan Anggaran Revisi, Intervensi Terkait *Stunting* 2015 – 2017 | 32
Gambar 12. Perubahan dan Standar Deviasi pada Perubahan antara Anggaran Revisi dan Realisasi Anggaran, Intervensi Terkait *Stunting* 2015 – 2017 | 33
Gambar 13. Perubahan Nilai Anggaran, Anggaran Perubahan, dan Realisasi Anggaran, 2015 - 2017 | 35
Gambar 14. Gambaran Capaian Tujuan Intervensi: Jumlah Balita Gizi Buruk dan Cakupan Imunisasi, 2017 | 38
Gambar 15. Alokasi Anggaran Perkapita Intervensi Terkait PMT dan Imunisasi | 39
Gambar 16. Komposisi Alokasi Anggaran Intervensi Terkait PMT | 40
Gambar 17. Komposisi Alokasi Anggaran Intervensi Terkait Imunisasi | 40
Gambar 18. Alur Penyelenggaraan Intervensi Fokus dan Program/Kegiatan Terkait di Daerah | 42
Gambar 19. Tahapan Kegiatan, Jadwal Perencanaan dan Penganggaran APBD | 43

Gambar 20. PMT 2017 Masih Tersedia Ketika PMT 2018 Datang | 49

Gambar 21. Spanduk/Poster terkait Intervensi Fokus dan Kesehatan di Puskesmas di Kota Surakarta | 56

Gambar 22. Rantai Umum Pelaporan di Level Daerah | 58

Gambar 23. Tahapan dan Peran Lembaga dalam Penyelenggaraan Program PMT Lokal di Kota Surakarta | 65

Daftar Kotak

Kotak 1. Kondisi Wilayah dan Kebiasaan Masyarakat yang Dipercaya Turut Memengaruhi *Stunting* | 13

Kotak 2. Dana Alokasi Khusus Terkait *Stunting* | 17

Daftar Singkatan dan Akronim

APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBD-P	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Perubahan
APBDes	Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional
ASI	Air Susu Ibu
ATK	Alat Tulis Kantor
Baduta	Bawah dua tahun
Balita	Bawah lima tahun
Bappeda	Badan perencanaan pembangunan daerah
Bappenas	Badan perencanaan pembangunan nasional
BCG	<i>Bacille Calmette-Guerin</i> /vaksin untuk tuberkulosis
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BOKB	Bantuan Operasional Keluarga Berencana
BOP	Bantuan Operasional Pendidikan
BOP PAUD	Bantuan Operasional Penyelenggaraan Pendidikan Anak Usia Dini
BOS	Bantuan Operasional Sekolah
BPKAD	Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah
BPS	Badan Pusat Statistik
Bumil	Ibu hamil
CBR	<i>Crude Birth Rate</i> /angka kelahiran kasar
DAK	Dana Alokasi Khusus
DAU	Dana Alokasi Umum
DBH	Dana Bagi Hasil
Dinkes	Dinas kesehatan
DPA	Dokumen Pelaksanaan Anggaran
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat
DPRD	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
DPT	Difteri, Pertusis, dan Tetanus
E-PPGBM	Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat
E-renggar	Elektronik perencanaan dan penganggaran
FGD	<i>Focus Group Discussion</i> /diskusi kelompok terfokus

IDL	Imunisasi Dasar Lengkap
IMD	Inisiasi Menyusui Dini
IPV	<i>Inactivated Polio Vaccine</i>
IVA	Inspeksi visual dengan asam asetat
IYCF	<i>Infant and Young Child Feeding</i>
Jampersal	Jaminan persalinan
Juknis	Petunjuk teknis
KB	Keluarga Berencana
KEK	Kekurangan Energi Kronis
Kemendagri	Kementerian dalam negeri
Kemenkes	Kementerian kesehatan
Kemenkeu	Kementerian keuangan
MP-ASI	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
Monev	Monitoring evaluasi
OPD	Organisasi Perangkat Daerah
PAD	Pendapatan Asli Daerah
PAUD	Pendidikan Anak Usia Dini
PEFA	<i>Public Expenditure and Financial Accountability</i>
Pemda	Pemerintah daerah
Permenkes	Peraturan menteri kesehatan
PKK	Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
PMT	Pemberian Makanan Tambahan
PNS	Pegawai Negeri Sipil
PNSD	Pegawai Negeri Sipil Daerah
P2P	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
P3K2	Pendukung Program Prioritas Kabinet Kerja
Polindes	Pondok bersalin desa
Poskesdes	Pos kesehatan desa
Posyandu	Pos pelayanan terpadu
PSG	Pemantauan Status Gizi
PUPR	Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat
Pusdatin	Pusat data dan informasi
Puskesmas	Pusat kesehatan masyarakat

Pustu	Puskesmas pembantu
Rakor	Rapat koordinasi
Renstra	Rencana strategis
Riskesdas	Riset kesehatan dasar
RKA	Rencana Kerja dan Anggaran
RKO	Rencana Kebutuhan Obat
RKP	Rencana Kerja Pemerintah
RKPD	Rencana Kerja Pemerintah Daerah
RPJMD	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDM	Sumber Daya Manusia
Sekda	Sekretaris daerah
SIKDA	Sistem Informasi Kesehatan Daerah
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SMK	Sekolah Menengah Kejuruan
SPM	Standar Pelayanan Minimal
Stranas	Strategi nasional
RUK	Rencana Usulan Kegiatan
Tenakes	Tenaga kesehatan
TK	Taman Kanak-kanak
TKDD	Transfer ke Daerah dan Dana Desa
TNP2K	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
TPAD	Tim Penyusun Anggaran Daerah
TPO	Tim Perencana Obat
TTD	Tablet Tambah Darah
UKM	Usaha Kecil Menengah
WA	<i>Whats App</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Rangkuman Eksekutif

Pendahuluan

Indonesia termasuk kelompok negara dengan status gizi terbelakang di dunia karena memiliki prevalensi *stunting* anak berusia di bawah lima tahun sekitar 31%. Oleh karena itu, investasi pada upaya penanganan *stunting* menjadi fokus komitmen pemerintah dalam beberapa tahun ke depan. Di level nasional, komitmen tersebut diimplementasikan ke dalam Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* 2018–2024 yang menargetkan penurunan prevalensi *stunting* menjadi 22% pada 2025.

Kegagalan Indonesia keluar dari kelompok negara dengan gizi terbelakang tidak berbanding lurus dengan peningkatan pengeluaran pemerintah dalam upaya perbaikan gizi. Hal tersebut memunculkan pertanyaan terhadap efektivitas dan efisiensi mekanisme kerja berbagai intervensi yang sudah dilakukan. Karenanya, Bank Dunia memberikan dukungan terhadap The SMERU Research Institute untuk melakukan studi yang menganalisis pengeluaran pemerintah dalam upaya penanganan *stunting*. Melalui eksplorasi pada level pemerintahan kabupaten/kota, studi ini bertujuan memahami faktor-faktor yang diduga berkontribusi atau dapat menjelaskan perbedaan kondisi *stunting* di wilayah studi. Hasil studi ini diharapkan dapat menjadi masukan penting bagi pemerintah Indonesia dalam meningkatkan efektivitas intervensi pencegahan *stunting* di daerah.

Cakupan Penelitian dan Metodologi

Upaya penanganan *stunting* terdiri atas sejumlah intervensi spesifik dan intervensi sensitif. Studi ini memfokuskan pada lima intervensi spesifik: (i) PMT untuk ibu hamil dan MP-ASI untuk balita, (ii) imunisasi dasar lengkap, (iii) tablet tambah darah untuk ibu hamil, (iv) vitamin A untuk balita, dan (v) zinc untuk pengobatan diare. Studi dilakukan pada November-Desember 2018 di enam kabupaten/kota. Kabupaten Lampung Tengah, Kabupaten Brebes, dan Kabupaten Sumba Tengah mewakili 20 daerah dengan prevalensi *stunting* tertinggi, sedangkan Kabupaten Belitung, Kota Surakarta, dan Kabupaten Klungkung mewakili 20 daerah dengan prevalensi *stunting* terendah di Indonesia berdasarkan Riskesdas 2013.

Studi ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif digunakan dalam menganalisis pengeluaran pemerintah daerah terkait intervensi penanganan *stunting* yang dilaksanakan pada 2015–2017. Data utama bersumber dari APBD dan DPA Daerah. Intervensi yang dianalisis mencakup intervensi spesifik dan sensitif. Selain itu, dilakukan analisis alokasi anggaran terhadap dua intervensi studi kasus, yakni PMT dan imunisasi. Sementara itu, pendekatan kualitatif digunakan untuk mendalami proses penyelenggaraan intervensi fokus di daerah pada 2017, mulai tahap perencanaan/penganggaran, pelaksanaan, pelaporan, hingga pemantauan. Temuan kualitatif juga menjadi penjelas atas tren dan komposisi anggaran hasil analisis kuantitatif.

Stunting dan Kondisi Sosial Ekonomi di Wilayah Studi

Kondisi *stunting* dan sosial ekonomi

Tingkat *stunting* di enam wilayah studi berdasarkan Riskesdas 2013 mengindikasikan masih tingginya tingkat *stunting* di Indonesia. Kelompok wilayah dengan *stunting* tinggi memiliki prevalensi *stunting* sangat tinggi. Wilayah dengan tingkat *stunting* rendah pun memiliki prevalensi *stunting* cukup tinggi. Di antara seluruh wilayah studi, Sumba Tengah memiliki prevalensi *stunting* tertinggi (64%), sedangkan Klungkung memiliki prevalensi terendah (19%). Namun, data awal Riskesdas 2018 memperlihatkan prevalensi *stunting* di wilayah dengan *stunting* tinggi mengalami penurunan signifikan. Sebaliknya, prevalensi *stunting* di wilayah dengan *stunting* rendah cenderung meningkat.

Masyarakat di wilayah dengan *stunting* tinggi menghadapi lebih banyak hambatan untuk memperoleh kualitas hidup dan kesehatan yang baik dibanding masyarakat di wilayah lainnya. Wilayah ini memiliki tingkat kemiskinan dan pengangguran yang lebih tinggi. Selain itu, wilayah ini memiliki capaian pendidikan dan akses terhadap layanan serta fasilitas dasar, termasuk kesehatan, yang lebih rendah.

Komitmen pemerintah daerah

Penanganan *stunting* mulai menjadi isu prioritas di beberapa wilayah studi, khususnya di wilayah dengan **stunting** tinggi. Namun, hingga 2018, seluruh wilayah studi belum memiliki payung hukum percepatan pencegahan *stunting*. Meskipun demikian, di sebagian wilayah studi, isu *stunting* muncul pada dokumen perencanaan dan anggaran 2018 untuk dilaksanakan pada 2019. Pemerintah desa studi di seluruh wilayah juga sudah mengalokasikan keuangan desa untuk sektor kesehatan yang kegiatannya berkaitan dengan upaya pencegahan *stunting*, seperti dalam bentuk pengadaan makanan lokal bagi ibu hamil dan/atau balita yang dikelola kader posyandu.

Pemahaman pemangku kepentingan di daerah

Pemahaman para pemangku kepentingan di seluruh wilayah studi terhadap *stunting* masih beragam dan relatif tidak berbeda antar wilayah studi. Hal ini dipengaruhi latar belakang pendidikan, pengalaman kerja, dan derajat paparan isu *stunting* yang diterima. Umumnya, *stunting* dimaknai sebagai kondisi balita atau anak yang memiliki tinggi badan di bawah standar umurnya karena pertumbuhannya terhambat akibat kurang asupan gizi. Di level desa, pemahaman pemangku kepentingan di desa lokus lebih baik daripada desa nonlokus.

Pengeluaran Pemerintah Daerah untuk Intervensi Terkait *Stunting*

Alokasi pengeluaran

Alokasi pengeluaran pemerintah daerah wilayah studi untuk intervensi terkait *stunting* sangat kecil, yakni rata-rata di bawah 2% dari total pengeluaran daerah selama 2015-2017 dan khusus Sumba Tengah mencapai 3,5% pada 2017. Alokasi pengeluaran terkait *stunting* tersebut tersebar pada beberapa sektor. Hanya di Brebes yang alokasi pengeluaran terkait *stunting* terbesarnya ada di sektor kesehatan yang mencapai 45%. Di kelima wilayah studi lainnya, alokasi terkait *stunting* terbesar adalah untuk sektor pekerjaan umum dan perumahan yang berkisar 32%–67%, sedangkan untuk sektor kesehatan hanya 5%–30%.

Perkembangan dan komposisi pengeluaran per kapita

Pengeluaran pemerintah daerah dengan *stunting* tinggi untuk setiap penduduk sasaran *stunting* cenderung meningkat, namun secara nominal masih relatif lebih rendah daripada yang dikeluarkan pemerintah daerah dengan *stunting* rendah. Pengecualian untuk Sumba Tengah yang justru merupakan wilayah yang terbanyak membelanjakan anggaran untuk setiap sasaran *stunting*. Pengeluaran per kapita untuk intervensi *stunting* yang meningkat secara konsisten dari tahun ke tahun terjadi di Klungkung, Brebes, Lampung Tengah, dan Sumba Tengah.

Pengeluaran menurut jenis intervensi: spesifik dan sensitif

Secara umum, pengeluaran terkait *stunting* pada 2015–2017 paling banyak digunakan untuk intervensi sensitif yang rata-rata menyerap 73%–96%. Pengeluaran tersebut terutama digunakan untuk pembangunan infrastruktur air bersih dan pendidikan anak usia dini, serta jaminan persalinan. Sebaliknya, pengeluaran untuk intervensi spesifik hanya sekitar 4%–27%.

Pengeluaran menurut sektor pengampu dan jenis belanja

Di wilayah studi luar Jawa dan Bali, sektor pekerjaan umum dan perumahan paling banyak berperan melalui pelaksanaan intervensi sensitif berupa pembangunan infrastruktur. Di wilayah studi Jawa dan Bali, sektor yang berperan cukup besar adalah kesehatan dan pendidikan. Sementara itu, di hampir seluruh wilayah studi, pengeluaran daerah terkait *stunting* paling besar adalah untuk belanja barang dan jasa. Komponen belanja modal banyak muncul pada kegiatan pembangunan infrastruktur di wilayah studi luar Jawa dan Bali, sedangkan komponen belanja pegawai banyak muncul pada kegiatan pendidikan anak usia dini.

Reliabilitas perencanaan anggaran dan pengeluaran daerah

Merencanakan anggaran yang akurat masih menjadi masalah pemerintah daerah wilayah studi. Hal ini terindikasi dari cukup besarnya deviasi antara anggaran awal dan revisi, serta antara revisi dan realisasi. Besarnya deviasi revisi anggaran dengan realisasi juga menunjukkan rendahnya penyerapan anggaran daerah.

Pada 2015-2017, rata-rata revisi anggaran awal pemerintah daerah tidak signifikan (1%), tetapi perubahan setiap tahunnya sangat fluktuatif, yakni rata-rata 12%, terendah di Belitung (4%) dan tertinggi di Brebes (24%). Fluktuasi tersebut terutama didorong oleh revisi anggaran intervensi sensitif untuk kegiatan infrastruktur dan kegiatan dari dana transfer khusus. Fakta bahwa anggaran dan program intervensi daerah banyak diinisiasi pemerintah pusat menunjukkan adanya ketidaksinkronan antara pemerintah daerah dan pusat dalam proses perencanaan anggaran.

Di seluruh wilayah studi, realisasi anggaran selalu lebih rendah daripada anggaran revisi dengan rata-rata perbedaan -20% dengan deviasi perubahan 14%. Deviasi terjadi pada hampir semua intervensi, tetapi pendorong utamanya adalah intervensi sensitif dengan *unit cost* dan skala cakupan yang besar seperti pembangunan infrastruktur air bersih dan sanitasi. Rendahnya serapan anggaran disebabkan kurang tepatnya revisi anggaran dan rendahnya kemampuan melaksanakan anggaran.

Studi kasus: alokasi anggaran untuk PMT dan imunisasi

PMT dan imunisasi merupakan dua intervensi dengan anggaran terbesar di antara lima intervensi spesifik yang menjadi fokus studi ini. Alokasi antardaerah pada intervensi PMT relatif mirip, sedangkan pada imunisasi sangat beragam. Namun, alokasi anggaran kedua intervensi tersebut tidak berkorelasi dengan indikator capaiannya. Menurut anggaran per kapita, investasi PMT terbesar terdapat di Surakarta dan Sumba Tengah, sedangkan investasi imunisasi terbesar terdapat di Belitung, Sumba Tengah, dan Surakarta.

Di seluruh wilayah studi terdapat peningkatan anggaran PMT. Hal ini mengindikasikan makin tingginya komitmen pemerintah daerah dalam penyediaan PMT lokal, kecuali Lampung Tengah yang tidak menganggarkan PMT daerah. Sebagian besar wilayah studi menggunakan anggaran PMT untuk membiayai pengadaan bahan. Sementara itu, realisasi anggaran imunisasi sangat beragam dan tidak memiliki pola yang jelas.

Penyelenggaraan intervensi *stunting*: lima intervensi fokus

Lima intervensi fokus merupakan intervensi langsung dari pemerintah pusat yang sekaligus menjadi penanggung jawab penyediaan barang intervensi. Pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan di wilayahnya, termasuk menyediakan kegiatan pendukung manajemen logistik dan keberhasilan intervensi. Beberapa pemerintah daerah juga mengadakan barang intervensi sejenis, baik sebagai pelengkap/tambahan intervensi maupun sebagai program daerah.

Perencanaan dan Penganggaran

Mekanisme perencanaan dan penganggaran

Sumber pendanaan dukungan daerah dalam penyelenggaraan intervensi fokus terdiri atas APBD (dari PAD) dan dana transfer (DAK, DAU, dan DBH). Penentuan sumber pendanaan suatu program tergantung pada beberapa faktor, antara lain, kesesuaian program dengan juknis sumber pendanaan dan besarnya anggaran yang dibutuhkan. Proses perencanaan dan penganggarnya mengikuti mekanisme dan jadwal yang sudah ditentukan, serta dilakukan secara berjenjang. Semua perencanaan mengacu pada dokumen perencanaan daerah yang disusun dengan memerhatikan dokumen perencanaan nasional, Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan, capaian tahun sebelumnya, dan skala prioritas.

Rencana kebutuhan barang intervensi

Perencanaan kebutuhan barang terdiri atas: perencanaan tahunan untuk keperluan pelaksanaan program tahun berikutnya dan perencanaan distribusi untuk pengajuan setiap distribusi. Pembuatan perencanaan dimulai dari pemegang program di puskesmas. Namun, pengajuan secara *bottom-up* cenderung hanya dilakukan pada pengajuan distribusi barang. Pada perencanaan tahunan, jumlah sasaran tidak berdasarkan data riil, melainkan hasil estimasi yang rumus dan sumber datanya ditentukan pemerintah pusat. Khusus PMT, hingga 2018 tidak ada perencanaan/pengajuan dari bawah karena alokasinya ditentukan pemerintah pusat.

Faktor pendukung dan penghambat

- (+) Ketersediaan anggaran dari berbagai sumber
- (+) Jejaring komunikasi informal yang mempercepat penyebaran informasi
- (+) Aplikasi *online* membantu proses perencanaan dan meningkatkan akuntabilitas penganggaran
- (+) Rapat koordinasi membantu koordinasi dan meminimalisasi tumpang tindih program
- (-) Beban pembuatan perencanaan berbagai program dan sumber pendanaan
- (-) Kuantitas dan kualitas SDM kurang memadai dan tingginya mutasi
- (-) Ketidaksinkronan jadwal pusat dan daerah terkait pagu anggaran dan penyampaian juknis DAK
- (-) Adanya instruksi mendadak mengenai efisiensi anggaran
- (-) Banyaknya rapat koordinasi yang menyita waktu dan sumber daya
- (-) Masalah teknis (sarana dan prasarana) menghambat efektivitas penggunaan aplikasi perencanaan
- (-) Reabilitas data masih rendah

Pelaksanaan

Secara umum, teknis pelaksanaan intervensi fokus di wilayah dengan tingkat *stunting* rendah dan tinggi tidak ada perbedaan nyata. Hanya saja terdapat perbedaan faktor

pendukung dan penghambat, seperti akses wilayah, yang kemungkinan berpengaruh pada kualitas intervensi.

Secara umum, barang intervensi dari pusat memenuhi kebutuhan daerah bahkan cenderung berlebih. Kasus kekurangan atau keterlambatan pengadaan sedikit terjadi dan ditanggulangi dinas kesehatan kabupaten/kota atau puskesmas dengan melakukan pengadaan sendiri.

Distribusi

Distribusi barang intervensi dilaksanakan secara berjenjang melalui instansi kesehatan di setiap level pemerintahan, kecuali untuk PMT yang sejak 2018 langsung didrop ke puskesmas oleh pihak ketiga. Cara pendistribusian dari provinsi hingga puskesmas bervariasi antarwilayah dan antarjenis intervensi. Begitu pula dengan cara pendistribusian dari puskesmas ke lembaga pelaksana di level masyarakat. Pada sebagian kasus, puskesmas mengantar barang intervensi. Pada sebagian kasus lainnya, pelaksana di level masyarakat yang mengambil barang intervensi ke puskesmas. Penganggaran kedua cara pendistribusian ini dikelola puskesmas dengan menggunakan anggaran dari APBD atau DAK nonfisik.

Penyimpanan

Setiap instansi kesehatan di level provinsi ke bawah melakukan penyimpanan barang intervensi yang lamanya bervariasi antarinstansi dan antarjenis intervensi. Semua lembaga memiliki tempat penyimpanan obat-obatan, termasuk untuk vitamin A, Fe, dan zinc. Khusus untuk vaksin yang aturan penyimpanannya lebih ketat, dinas kesehatan kabupaten/kota dan puskesmas beserta jajarannya belum memiliki ruang penyimpanan khusus dan di wilayah yang sulit diakses terdapat masalah terkait pengiriman dan penyimpanan.

Penyaluran kepada kelompok sasaran

Terdapat sedikit variasi penyaluran kepada kelompok sasaran antarjenis intervensi dan antarwilayah studi. Secara umum ditemukan bahwa: (i) penerima intervensi sesuai dengan ketentuan sasaran, kecuali pada beberapa kasus PMT, (ii) tidak semua sasaran mendapatkan intervensi sesuai ketentuan, dan (iii) tidak semua penerima memanfaatkan intervensi sesuai ketentuan.

Faktor pendukung dan penghambat

- (+) Di seluruh wilayah studi terdapat tenaga dan sarana kesehatan level desa/kelurahan yang didukung keberadaan posyandu dan kader yang cukup aktif
- (+) Anggaran pelaksanaan intervensi tersedia dari berbagai sumber
- (+) Praktik *sweeping* sasaran oleh tenaga kesehatan dan kader mendukung pencapaian target
- (+) Jejaring komunikasi informal mempercepat penyampaian informasi
- (-) Terdapat ketidaksinkronan jadwal pencairan anggaran DAK nonfisik dengan kegiatan pelayanan

- (-) Sosialisasi atau promosi intervensi fokus kepada masyarakat sangat terbatas
- (-) Rasa dan aroma PMT, Fe, dan zinc kurang disukai sehingga tidak dikonsumsi secara penuh
- (-) Koordinasi pusat dan daerah masih belum efektif sehingga terjadi kelebihan/kekurangan atau keterlambatan pasokan
- (-) Kendala akses wilayah di sebagian wilayah studi berpengaruh pada kualitas barang intervensi

Pelaporan

Mekanisme

Di seluruh wilayah studi tidak ada mekanisme pelaporan khusus untuk pelaksanaan lima intervensi fokus, melainkan bergabung dengan pelaporan lainnya. Secara umum ada dua jenis pelaporan, yakni pelaporan pelaksanaan program dan pelaporan penggunaan obat. Pelaporan program di seluruh wilayah studi dilakukan secara berjenjang dan *bottom-up*. Secara formal, tugas pelaporan dimulai oleh bidan desa. Secara informal, kader posyandu juga melaporkan pelaksanaan kegiatan kepada bidan desa. Dinas kesehatan di seluruh wilayah studi sudah mulai melakukan pelaporan secara *online*.

Faktor pendukung dan penghambat

- (+) Keberadaan aplikasi pelaporan online yang mendukung efektivitas pelaporan
- (+) Keberadaan media sosial sebagai sarana pelaporan informal di seluruh wilayah studi
- (+) Penerapan skema disinsentif di Sumba Tengah untuk mendukung pelaporan tepat waktu
- (-) Keterlambatan pelaporan yang berantai disebagian wilayah studi
- (-) Keterbatasan SDM secara kualitas dan kuantitas

Pemantauan dan Evaluasi

Mekanisme

Secara prosedur, pelaksanaan pemantauan dan evaluasi terdapat dalam siklus rutin kegiatan program. Namun, pemantauan dan evaluasi tidak selalu dilakukan secara rutin di seluruh wilayah studi. Ada empat jalur pemantauan dan evaluasi: pelaporan, pertemuan, kunjungan langsung, dan aplikasi pemantauan *online*. Pemantauan melalui laporan tertulis dan pertemuan rutin terdapat di seluruh wilayah studi, sedangkan dua bentuk pemantauan lainnya hanya ada di beberapa wilayah studi.

Kegiatan pemantauan pemanfaatan intervensi fokus sudah mulai dilakukan, meski belum untuk seluruh intervensi fokus dan belum di seluruh wilayah studi. Pemantauan program oleh dinas kesehatan dan puskesmas masih terbatas pada pemenuhan target distribusi. Pemantauan kepatuhan konsumsi yang ada di seluruh wilayah studi hanya dilakukan pada intervensi vitamin A; pemantauan kepatuhan konsumsi PMT/MP-ASI, TTD, imunisasi, dan pola kejadian diare pada balita baru dilakukan di sebagian kecil wilayah.

Faktor pendukung dan penghambat

- (+) Peran aktif kader posyandu sebagai pelaksana program di level masyarakat
- (-) Keterbatasan anggaran
- (-) Keterbatasan SDM

I. Pendahuluan

1.1 Latar Belakang

Indonesia masih masuk ke dalam kelompok negara-negara dengan status gizi terbelakang di dunia dengan prevalensi *stunting* anak berusia di bawah lima tahun mencapai 30,8% (Risikesdas, 2018). Sebuah ironi di tengah keberhasilan Indonesia menurunkan tingkat kemiskinan dan meningkatkan pendapatan per kapita hingga masuk ke dalam kelompok negara berpendapatan menengah bawah. Pembangunan sumber daya manusia menjadi langkah penting yang menentukan keberlangsungan ekonomi negara di masa depan. Terlebih Indonesia juga diperkirakan akan mengalami bonus demografi pada 2030.

***Stunting* merupakan isu mendesak yang harus segera ditanggulangi, sehingga investasi pada upaya pencegahan *stunting* akan menjadi fokus pemerintah dalam beberapa tahun ke depan.** Komitmen ini terejawantah di dalam Strategi Nasional (STRANAS) Percepatan Pencegahan *Stunting* 2018–2024 yang secara eksplisit menargetkan penurunan prevalensi *stunting* hingga menjadi 22% pada 2025. Untuk mendukung pencapaian target tersebut pemerintah mengeluarkan berbagai strategi pendukung, di antaranya Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan *Stunting* Terintegrasi di Kabupaten/Kota; Pedoman Konvergensi Penurunan *Stunting* hingga Tingkat Desa; dan Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku dalam Pencegahan *Stunting*. *Stunting* juga sudah menjadi prioritas pembangunan nasional dan sasaran anggaran bidang kesehatan. Hal tersebut ditunjukkan dengan dimasukkannya indikator dan target pencegahan *stunting* sebagai sasaran pembangunan nasional di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019.¹ Berdasarkan RPJMN 2015-2019, pemerintah menargetkan penurunan prevalensi bayi di bawah dua tahun (baduta) yang mengalami *stunting* menjadi 28% pada 2019 (Pritasari, 2018).²

Mewujudkan upaya pencegahan *stunting* yang terintegrasi bukan hal yang mudah mengingat besar dan kompleksnya sistem kerja pemerintah. Terlebih *stunting* adalah isu multi sektor. Di tingkat pusat, upaya pencegahan *stunting* bersinggungan dengan sekitar 24 kementerian lembaga pengampu program/kegiatan terkait. Di tingkat daerah, pencegahan *stunting* bersentuhan dengan berbagai organisasi perangkat daerah (OPD) yang ada di berbagai level administrasi pemerintahan daerah. Cakupan wilayah yang luas dan jumlah penduduk kelompok sasaran yang besar juga menjadi justifikasi atas kompleksitas sistem yang ada.

Kegagalan Indonesia keluar dari kelompok negara dengan gizi terbelakang tidak berbanding lurus dengan pengeluaran pemerintah untuk upaya perbaikan gizi yang

¹Kementerian/Lembaga Pelaksana Program/Kegiatan Pencegahan Anak Kerdil (*Stunting*), 2018.

²Kirana Pritasari, 2018, "Upaya Percepatan Penurunan *Stunting*: Evaluasi Pelaksanaan Tahun 2018 dan Rencana Tindak Tahun 2019" (http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi_rakorpop_2018/Evaluasi%202018%20dan%20Rencana%20Tindak%20Lanjut%20Penurunan%20Stunting.pdf diakses pada 21 Juli 2019).

terus naik. Hal tersebut menghadirkan pertanyaan akan efektivitas dan efisiensi mekanisme kerja berbagai intervensi yang selama ini sudah dilaksanakan. Karenanya, evaluasi terhadap penyelenggaraan intervensi dan pengeluaran yang telah dikeluarkan pemerintah penting untuk dilakukan. Atas dukungan dari Bank Dunia, The SMERU Research Institute melaksanakan studi yang menganalisis pengeluaran pemerintah pada upaya terkait *stunting* di tingkat kabupaten/kota. Laporan ini menampilkan hasil studi tersebut.

1.2 Tujuan Penelitian

Melalui eksplorasi di tingkat pemerintahan kabupaten/kota, penelitian ini bertujuan untuk **memahami faktor-faktor yang diduga berkontribusi terhadap atau dapat menjelaskan perbedaan kondisi *stunting* di kabupaten/kota terpilih** di Indonesia. Untuk menjawab tujuan tersebut, secara spesifik penelitian ini melakukan berbagai analisis tingkat kabupaten/kota studi untuk:

1. Mengidentifikasi tingkat dan komposisi pengeluaran pemerintah kabupaten/kota dalam upaya terkait pencegahan *stunting*, baik berupa intervensi spesifik maupun sensitif gizi;
2. Mengidentifikasi dan menganalisis berbagai tantangan dalam pelaksanaan intervensi pencegahan *stunting* terkait dengan proses dan siklus anggarannya;
3. Memahami faktor-faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan intervensi pencegahan *stunting*;
4. Menilai efektivitas pengeluaran intervensi pencegahan *stunting* terpilih; dan
5. Memberikan rekomendasi kebijakan untuk perbaikan intervensi pencegahan *stunting* di tingkat daerah.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan **Bank Dunia untuk mendukung Kementerian Keuangan dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes)** dalam membangun pemahaman yang lebih baik mengenai tingkat, komposisi, dan efektivitas pengeluaran pemerintah yang dialokasikan pada upaya pencegahan *stunting*, baik di tingkat nasional maupun daerah. Temuan penelitian ini juga akan menjadi masukan penting bagi **peningkatan efektivitas intervensi pencegahan *stunting* di tingkat daerah.**

II. Cakupan Penelitian dan Metodologi

Studi ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif digunakan dalam menganalisis pengeluaran pemerintah daerah untuk intervensi-intervensi yang terkait dengan *stunting*. Sementara itu, pendekatan kualitatif digunakan dalam melakukan pendalaman terhadap proses penyelenggaraan intervensi-intervensi tersebut—mulai dari tahapan perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan, pelaporan, hingga monitoring dan evaluasi.

2.1 Metode Pengumpulan Data dan Informasi

Analisis pengeluaran pemerintah daerah dilakukan terhadap pola pengeluaran, termasuk alokasi, komposisi, serta pencairan dan pertanggungjawaban anggaran (*disbursement*) intervensi terkait *stunting* yang dilaksanakan pemerintah kabupaten/kota studi kasus pada periode 2015 hingga 2017. Sumber data utama yang dipakai adalah anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) dan daftar pelaksanaan anggaran (DPA), yang mencakup data anggaran dan realisasi belanja daerah. Intervensi terkait *stunting* yang dianalisis mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Selain itu juga dilakukan analisis alokasi anggaran terhadap dua intervensi studi kasus, yakni yang terkait PMT dan imunisasi.

Pengumpulan data anggaran dilaksanakan oleh pengumpul data lokal. Untuk APBD, data yang dikumpulkan mencakup tiga versi anggaran, yakni anggaran awal, anggaran setelah perubahan, dan realisasi anggaran. APBD mencakup seluruh organisasi perangkat daerah (OPD) yang menyelenggarakan intervensi terkait *stunting* di tingkat kabupaten/kota. Sementara untuk DPA hanya mencakup anggaran yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan untuk intervensi terkait PMT dan imunisasi sebagai studi kasus.

Analisis pengeluaran pemerintah daerah dimulai dengan pemilahan program dan kegiatan terkait *stunting* yang ada dalam APBD kabupaten/kota. Pemilahan program dan kegiatan dilakukan dengan melihat nama program dan kegiatan, organisasi perangkat daerah OPD yang menjadi pengampu, hasil pendalaman kualitatif yang dilakukan di setiap lokasi studi, dan melalui konsultasi intensif dengan Tim Bank Dunia.

Analisis kualitatif menelusuri lebih jauh proses penyelenggaraan intervensi terkait *stunting* mulai dari tahap perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan, pelaporan, hingga monitoring dan evaluasinya di tingkat daerah pada tahun 2017. Selain itu juga digali berbagai tantangan dan dukungan yang dihadapi pada berbagai tahapan penyelenggaraan lima intervensi fokus. Sumber informasi utama analisis kualitatif adalah penuturan informan yang didapat melalui proses wawancara dan diskusi kelompok terpumpun (Focus Group Discussion/FGD).

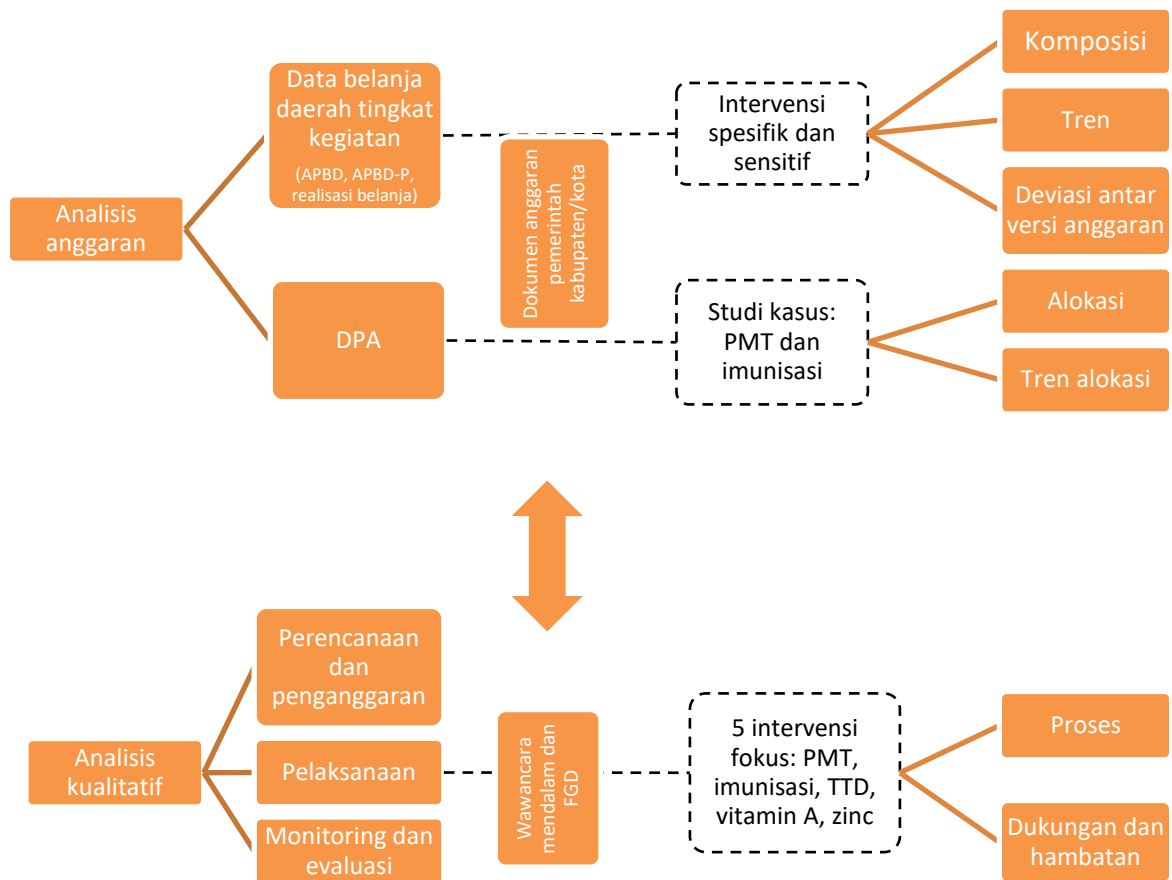
Pengumpulan data kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam dan FGD. Wawancara mendalam dilakukan terhadap para pemangku kepentingan di tingkat pusat,

provinsi, kabupaten/kota, dan desa/kelurahan, termasuk pelaksana program di tingkat puskesmas dan desa/kelurahan, serta masyarakat sasaran/penerima intervensi. FGD dilakukan di tiga tingkat, yakni di tingkat kabupaten/kota, desa/kelurahan, dan masyarakat. FGD di tingkat kabupaten/kota melibatkan berbagai bidang/bagian di lingkup Dinas Kesehatan. FGD ini dilakukan untuk mengkonfirmasi informasi mengenai proses perencanaan/penganggaran, pelaksanaan, pelaporan, serta monitoring dan evaluasi intervensi pencegahan *stunting* yang diperoleh dari kegiatan wawancara. FGD tingkat desa/kelurahan melibatkan para tokoh dan implementer intervensi terkait *stunting* di desa/kelurahan, yang antara lain meliputi bidan, kader posyandu, guru, aparat desa/kelurahan, dan tokoh masyarakat. FGD ini ditujukan untuk mengkonfirmasi keberadaan, pelaksanaan, dan manfaat intervensi. Sementara itu, FGD di tingkat masyarakat dilakukan dengan ibu hamil dan ibu yang memiliki anak balita yang mengalami atau rentan mengalami *stunting*. FGD masyarakat ini dimaksudkan untuk mengetahui pelaksanaan intervensi pencegahan *stunting*, termasuk akses masyarakat terhadap intervensi, dan manfaat intervensi. Semua FGD juga dimaksudkan untuk mendapatkan masukan atau kemungkinan-kemungkinan untuk memperbaiki intervensi.

Analisis kualitatif dimulai dengan menyusun berbagai temuan ke dalam matriks yang mewakili berbagai tahapan intervensi—perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan, dan pelaporan serta monitoring dan evaluasi, di setiap daerah studi kasus. Selanjutnya dilakukan perbandingan antar daerah studi kasus. Hasil analisis kualitatif juga menjadi sumber informasi penjabar dari tren dan komposisi yang dihasilkan dari analisis pengeluaran.

Pengumpulan data dan informasi dan strategi analisis studi ini seperti dijelaskan sebagai berikut.

Gambar 1. Bagan Pengumpulan Data dan Informasi dan Strategi Analisis



2.2 Cakupan Penelitian

Intervensi terkait *stunting* yang dianalisis dalam analisis anggaran mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif, seperti tertera pada tabel berikut.

Tabel 1. Intervensi Gizi Spesifik dan Sensitif

Intervensi gizi spesifik	Intervensi gizi sensitif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian zat besi dan asam folat (tablet tambah darah—TTD) 2. Imunisasi 3. Kelas ibu hamil 4. Pemberian kalsium/Yodium 5. Pemberian makanan tambahan (PMT) 6. Penanganan gizi buruk 7. IYCF (<i>Infant and Young Child Feeding</i>) 8. Penanggulangan diare 9. Penanggulangan kecacingan 10. Kelambu dan pengobatan ibu hamil malaria 11. Pelayanan kesehatan ibu 12. Promosi menyusui, air susu ibu (ASI) eksklusif, dan inisiasi menyusui dini (IMD) 13. Pemberian vitamin A 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan terhadap ketahanan pangan 2. Perlindungan social untuk rumah tangga miskin 3. Promosi gizi seimbang 4. Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua 5. Penyediaan layanan pendidikan anak usia dini universal 6. Penyediaan konseling kesehatan reproduksi untuk remaja

Catatan: yang dicetak tebal adalah lima intervensi fokus yang dianalisis

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, studi kasus alokasi anggaran juga dilakukan terhadap intervensi terkait PMT dan imunisasi. Kedua intervensi ini dipilih dengan pertimbangan memiliki komposisi anggaran yang paling besar diantara intervensi fokus.

Sementara lima intervensi fokus yang dianalisis melalui pendalaman kualitatif meliputi:

1. **Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk ibu hamil dan untuk balita**, dengan sasaran penerima ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronik (KEK) dan bayi berusia 6 – 59 bulan dengan kategori kurus (memiliki status gizi berdasarkan berat badan/panjang (tinggi) badan di bawah minus 2 standar deviasi. Intervensinya berupa biskuit khusus yang diberikan sesuai usia kehamilan dan balita;
2. **Imunisasi dasar lengkap** yang terdiri dari imunisasi Hepatitis B (HB-0), BCG, Difteri (DPT-HB-Hib) 1–3, Polio 1–4, polio suntik atau *inactivated polio vaccine* (IPV), dan campak. Sasarannya adalah seluruh bayi baru lahir hingga berusia 24 bulan. Masing-masing jenis imunisasi diberikan secara terjadwal sesuai dengan usia bayi dan jenis vaksin;
3. **Tablet Tambah Darah (TTD) ibu hamil** adalah pemberian tablet zat besi atau Fe untuk dikonsumsi setiap hari, minimal selama 90 hari selama masa kehamilan, dengan sasaran penerima seluruh ibu hamil;
4. **Vitamin A balita** adalah pemberian kapsul vitamin A pada setiap bulan Februari dan Agustus, dengan sasaran seluruh balita berusia 6 – 59 bulan. Bayi berusia 6–11 bulan diberi kapsul berwarna biru dengan dosis 1 kali per tahun, sedangkan bayi berusia 1–5 tahun diberi kapsul berwarna merah dengan dosis 2 kali per tahun;
5. **Zinc** merupakan intervensi yang diberikan dalam bentuk tablet zinc untuk dikonsumsi selama 10 hari, dengan sasaran seluruh balita yang menderita diare. Bayi berusia di

bawah 6 bulan diberi 10 mg atau 1/2 tablet per hari dan bayi berusia 6 bulan ke atas diberi 20 mg atau 1 tablet per hari.

Pemilihan lima intervensi fokus adalah berdasarkan hasil studi yang dilakukan oleh Bank Dunia sebelumnya, yang menemukan bahwa intervensi-intervensi ini termasuk diantara intervensi yang dianggap paling *cost effective* dalam mencegah *stunting*.

2.3 Wilayah Studi

Studi dilakukan di enam kabupaten/kota yang berlokasi di lima provinsi yang terdapat di tiga kawasan Indonesia dan mewakili wilayah dengan prevalensi *stunting* tinggi dan rendah. Kabupaten Lampung Tengah (Provinsi Lampung), Kabupaten Brebes (Provinsi Jawa Tengah), dan Kabupaten Sumba Tengah (Provinsi Nusa Tenggara Timur-NTT) mewakili 20 daerah dengan prevalensi *stunting* tertinggi. Sementara Kabupaten Belitung (Provinsi Bangka Belitung), Kota Surakarta (Provinsi Jawa Tengah), dan Kabupaten Klungkung (Provinsi Bali) mewakili 20 daerah dengan prevalensi *stunting* terendah di Indonesia. Pengelompokan daerah ini berdasarkan hasil perhitungan yang dilakukan oleh Tim Bank Dunia dan SMERU, menggunakan data Riskesdas 2013.³

Tabel 2. Wilayah Studi

Tingkat <i>Stunting</i>	Wilayah		
	Sumatera	Jawa	Kawasan Timur Indonesia
Tinggi	<u>Kabupaten Lampung Tengah</u> (Provinsi Lampung)	<u>Kabupaten Brebes</u> (Provinsi Jawa Tengah)	<u>Kabupaten Sumba Tengah</u> (Provinsi NTT)
	Kecamatan A	Kecamatan B	Kecamatan C
	Desa A1	Desa B1	Desa C1
	Desa A2	Desa B2	Desa C2
Rendah	<u>Kabupaten Belitung</u> (Provinsi Bangka Belitung)	<u>Kota Surakarta</u> (Provinsi Jawa Tengah)	<u>Kabupaten Klungkung</u> (Provinsi Bali)
	Kecamatan D	Kecamatan E	Kecamatan F
	Kelurahan D1	Kelurahan E1	Desa F1
	Desa D2	Kelurahan E2	Desa F2

Di setiap kabupaten/kota, ditetapkan dua desa/kelurahan studi kasus yang berlokasi di satu kecamatan. Pemilihan kecamatan dilakukan dengan melihat kesamaan kondisi *stunting* kecamatan dengan kabupaten/kota studi. Di kabupaten/kota studi yang mewakili wilayah *stunting* tinggi, dipilih kecamatan dengan prevalensi *stunting* tinggi. Sebaliknya, di kabupaten/kota studi yang mewakili wilayah *stunting* rendah, dipilih kecamatan studi dengan prevalensi *stunting* rendah di kabupaten/kota tersebut. Pemilihan desa/kelurahan

³Pada saat studi ini dilakukan, Pendataan Riskesdas 2018 sudah selesai dilaksanakan oleh Kemenkes dan datanya sudah dipakai untuk status gizi tingkat nasional. Namun, Riskesdas 2013 masih menjadi sumber data utama untuk status gizi tingkat kabupaten/kota, karena hasil Riskesdas 2018 dimaksud belum secara resmi dirilis oleh pemerintah.

dilakukan dengan mempertimbangkan perbedaan karakteristik yaitu satu desa/kelurahan dengan kondisi relatif lebih baik dan memiliki akses terhadap layanan kesehatan dasar lebih mudah, dan satu desa/kelurahan lainnya dengan kondisi sebaliknya.⁴ Dalam melakukan pemilihan kecamatan, tim peneliti memanfaatkan data estimasi tingkat *stunting* level kecamatan dari studi mengenai pemetaan *stunting*, yang dilakukan oleh SMERU bersama dengan Bank Dunia dan Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). Sementara itu, dalam memilih desa/kelurahan peneliti menggunakan data jarak dari pusat kota kecamatan atau puskesmas ke desa/kelurahan dan melakukan konsultasi dengan informan di tingkat kabupaten/kota, kecamatan, dan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas). Khusus di Kabupaten Brebes dan Lampung Tengah, salah satu desa studi yang terpilih adalah desa yang menjadi lokus intervensi *stunting* nasional—100 kabupaten prioritas.⁵

2.4 Keterbatasan dan Kendala Studi

Pengumpulan data anggaran mulai dilaksanakan pada November 2018, diikuti oleh pendalaman kualitatif pada Desember 2018. Data anggaran berhasil terkumpul, tetapi di sebagian kecil wilayah menemui berbagai kendala sehingga baru dapat terkumpul pada saat studi kualitatif, bahkan ada yang diperoleh pada Februari 2019. Akibatnya, data tersebut tidak dapat dianalisa terlebih dahulu untuk diklarifikasi atau diperdalam pada studi kualitatif.

Pengumpulan data anggaran *series* tiga tahun (2015 – 2017) juga merupakan kendala tersendiri karena adanya masalah dokumentasi atau kearsipan, ditambah mutasi pegawai (pengampu data) yang tidak dibarengi alih informasi yang lengkap di beberapa daerah. Jadwal pengumpulan data yang dilaksanakan pada akhir tahun juga mempengaruhi tingkat kemudahan dalam menemui informan karena banyak yang terlibat dalam berbagai kegiatan, khususnya perencanaan dan pengusulan program, baik di lingkup instansi masing-masing maupun di luar instansi, bahkan di luar wilayah. Sebagian daerah melakukan beberapa kali revisi anggaran, hingga tersedia berbagai versi anggaran revisi. Sayangnya, hal ini tidak dibarengi dokumentasi yang baik dan ditemukan beberapa inkonsistensi angka. Isu lainnya adalah data anggaran yang dianggap sensitif sehingga keterbukaan pemerintah sebagian daerah menjadi tantangan dalam proses pengumpulan data. Di salah satu daerah, kepala dinas pengampu anggaran baru saja tersangkut dugaan kasus korupsi, hal ini semakin membawa tantangan bagi tim peneliti dalam mengakses data yang dibutuhkan. Hambatan pengumpulan data lainnya bersifat teknis, yakni ketersediaan fasilitas fotokopi yang berkualitas dan logistik pengiriman data, terutama di daerah terpencil. Kemampuan dan pengetahuan pengumpul data sebagian daerah mengenai anggaran pemerintah masih terbatas, turut memengaruhi proses pengumpulan data anggaran. Pada pelaksanaannya, pengumpulan data sekunder terus berlanjut pada saat studi kualitatif dilakukan.

⁴Terkecuali Kota Surakarta yang dua kelurahan sampelnya tidak menunjukkan perbedaan mencolok dalam hal jarak maupun akses ke Puskesmas.

⁵100 daerah prioritas pencegahan *stunting* ditetapkan pada 2018, namun sebagian besar diantaranya memiliki kondisi relatif lebih tertinggal dibanding yang lain dan sejak sebelumnya sudah menjadi prioritas dari transfer anggaran khusus.

Analisis terhadap anggaran daerah (APBD) memiliki tantangan yang lebih besar dibanding Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Tiap daerah memiliki struktur dan nomenklatur kelembagaan yang beragam. Tantangan yang ditemui tidak hanya terkait dengan variasi antar daerah yang cukup besar namun juga antar berbagai versi anggaran serta konsistensi keberadaan kegiatan di dalam sebuah program. Masalah variasi dan konsistensi juga terlihat dari alokasi anggaran antar waktu. Selain itu, membandingkan anggaran antar daerah menjadi tantangan tersendiri karena setiap daerah memiliki standar kebijakan sendiri untuk rincian kode rekening, penamaan, dan pengelompokan kegiatan. Tidak semua daerah secara baik mendokumentasikan data anggarannya dalam bentuk *softcopy* sehingga proses *entry* data dilakukan secara manual dan rentan mengalami *error*. Tim peneliti menerapkan pengecekan berulang terhadap data namun pada beberapa kasus juga ditemukan *error* atau inkonsistensi pada angka yang tertera di dokumen asli.

III. *Stunting* dan Kondisi Sosial Ekonomi Enam Kabupaten/Kota

3.1 Prevalensi *Stunting* dan Kondisi Sosial Ekonomi Daerah

Tingkat *stunting* 6 daerah studi kasus memberi gambaran tentang masih tingginya *stunting* di Indonesia. Daerah-daerah di kelompok *stunting* tinggi memiliki prevalensi *stunting* yang sangat tinggi, namun prevalensi *stunting* di kelompok *stunting* rendah juga terhitung tinggi.

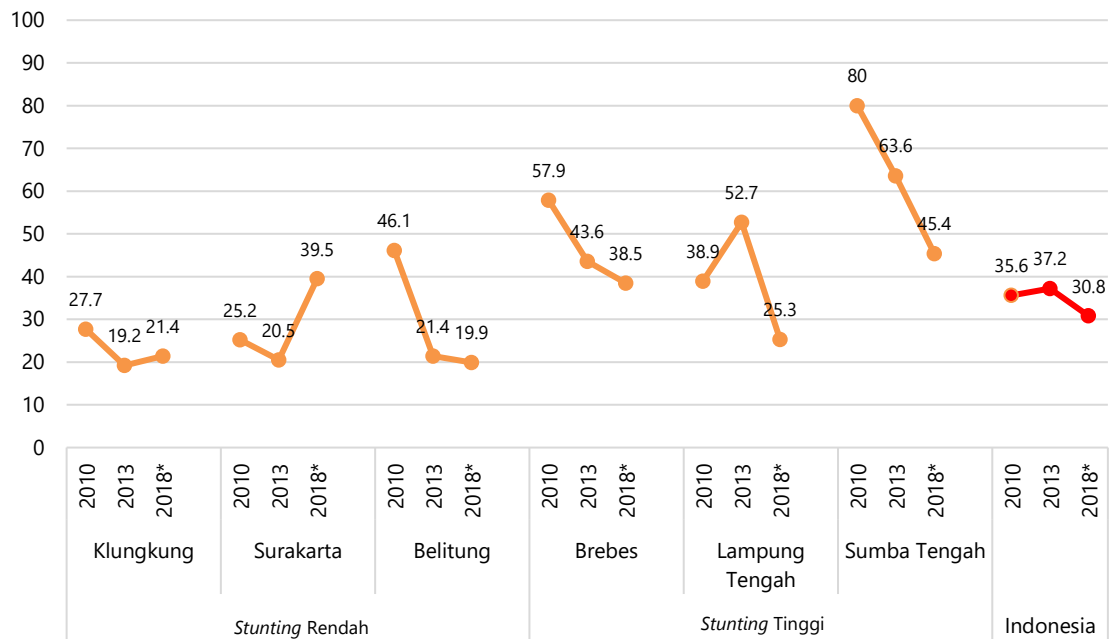
Berdasarkan Riskesdas 2013,⁶ diantara daerah studi kasus, tingkat *stunting* Sumba Tengah adalah yang tertinggi diantara semua, dengan prevalensi sebesar 64%, diikuti oleh Lampung Tengah (53%) dan Brebes (44%). Ketiga daerah ini masuk pada kelompok 20 daerah dengan tingkat *stunting* tertinggi di Indonesia. Surakarta dan Belitung berada pada kelompok daerah *stunting* terendah, namun dengan prevalensi 20% dan 21%, tingkat keparahan keduanya masuk pada kategori tinggi menurut standar WHO.⁷ Diantara kelompok 20 daerah dengan *stunting* terendah yang menjadi studi kasus, hanya Klungkung saja yang prevalensinya, di tingkat 19%, dianggap rendah oleh WHO (Kemenkes, 2013; de Onis, 2018; dan WHO, UNICEF, dan World Bank, 2019).

Perhitungan awal Riskesdas 2018 memperlihatkan prevalensi *stunting* di daerah-daerah kelompok *stunting* tinggi mengalami penurunan signifikan, namun demikian prevalensinya masih dianggap tinggi dan sangat tinggi menurut standard batas WHO. Penurunan tertinggi diperlihatkan Lampung Tengah, diikuti oleh Sumba Tengah dan Brebes, yang pada 2018 prevalensinya masing-masing sebesar 25,3%, 45,4%, dan 38,5%. Prevalensi *stunting* justru meningkat diantara daerah studi kasus *stunting* rendah, terutama Surakarta yang prevalensinya naik signifikan hingga mencapai 39,5%, jauh melampaui prevalensi nasional yang hanya sebesar 30,8%. Klungkung juga diperkirakan mengalami kenaikan walau tidak terlalu besar, yakni menjadi 21,4% di 2018. Sebaliknya, diantara daerah *stunting* rendah studi ini, hanya Belitung yang mengalami penurunan, menjadi 19,9%.

⁶Sampai pada saat laporan ini dibuat, Riskesdas 2013 masih menjadi acuan utama data *stunting* tingkat kabupaten/kota.

⁷Menurut WHO, *stunting* dianggap rendah jika prevalensinya <20%, medium jika prevalensinya 20%-29%, tinggi jika prevalensinya 30%-39%, dan sangat tinggi jika prevalensinya ≥40%. Informasi lebih lanjut mengenai klasifikasi standar gizi menurut WHO, bisa dilihat di: <http://who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/index5.html>.

Gambar 2. Prevalensi *Stunting* di Enam Kabupaten/Kota (%)



Sumber: Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010, 2013, dan 2018, Kemenkes 2018

Catatan: * angka sementara

Penduduk daerah stunting tinggi menghadapi lebih banyak hambatan untuk memperoleh kualitas hidup dan derajat kesehatan yang baik.

Dari sisi ekonomi, daerah-daerah ini memiliki tingkat kemiskinan dan pengangguran yang lebih tinggi. Demikian pula capaian pendidikan dan akses terhadap layanan dasar serta kesehatan yang masih rendah. Rata-rata lama sekolah di daerah kelompok *stunting* tinggi cenderung lebih rendah dibanding kelompok *stunting* rendah, berkisar antara 5,5 tahun (Sumba Tengah) dan 6,2 tahun (Brebes), dengan pengecualian Lampung Tengah yang rata-rata lama sekolahnya mencapai 7,4 tahun. Dua hal yang menjelaskan hubungan pendidikan dengan prevalensi *stunting*, yakni pendidikan orang tua (terutama ibu) yang memengaruhi pola asuh dan capaian pendidikan anak terkait kemampuan kognitifnya. Anak yang terlahir dari orang tua dengan pendidikan lebih rendah memiliki resiko *stunting* yang lebih tinggi, dan anak *stunting* cenderung memperlihatkan capaian pendidikan yang lebih rendah (Vollmer, et.al., 2016; Woldehanna Behrman Araya 2017; and Senbajo,et.al., 2018).

Terkait ketersediaan sarana fisik, sebenarnya akses terhadap listrik di daerah-daerah ini cukup merata, dengan pengecualian pada kabupaten Sumba Tengah. Namun, terdapat perbedaan antara daerah *stunting* tinggi dan rendah terkait akses terhadap sanitasi dan air bersih. Proporsi rumah tangga di daerah *stunting* tinggi yang memiliki sarana sanitasi layak (memiliki fasilitas buang air besar dan pembuangan akhir tinja dalam wujud tangki septik) termasuk rendah, berkisar antara 13% (Sumba Tengah) hingga yang tertinggi 52% (Lampung Tengah). Hanya sekitar 50% dari rumah tangga di Kabupaten Lampung tengah dan Sumba tengah yang memiliki akses terhadap air yang layak (yakni air dari sumber yang terlindungi seperti ledeng, sumur terlindungi, dan mata air terlindungi lainnya. Berbeda dari kecenderungan umum, untuk akses terhadap air bersih, Belitung

yang merupakan kelompok *stunting* rendah justru memiliki akses yang relatif rendah, bahkan jika dibandingkan dengan Brebes yang merupakan kelompok *stunting* tinggi. Sementara persentase kelahiran yang ditangani oleh tenaga kesehatan terlatih terlihat sudah cukup merata di semua daerah studi kasus.

Tabel 3. Kondisi Sosial Ekonomi Wilayah Studi

Karakteristik	Kabupaten/Kota Berdasarkan Tingkat <i>Stunting</i>					
	<i>Stunting</i> Rendah			<i>Stunting</i> Tinggi		
	Klungkung	Surakarta	Belitung	Brebes	Lampung Tengah	Sumba Tengah
Kemiskinan dan Ketimpangan						
Kemiskinan (%)	6,9	10,8	8,3	19,7	13,3	36,2
Ketimpangan (Gini)	0,35	0,37	0,3	0,33	0,3	0,28
Geografi dan Penduduk						
Luas wilayah (km ²)	315	44	2.294	1.658	4.790	1.869
Jumlah desa/kelurahan	59	51	49	297	311	65
Jumlah penduduk	215.852	562.269	159.349	1.896.243	1.468.875	84.174
Angka harapan hidup (tahun)	70,5	77,1	70,4	68,6	69,3	67,7
Pendidikan dan Ketenagakerjaan						
Rata-rata lama sekolah (tahun)	7,5	10,4	8,1	6,2	7,4	5,5
Tingkat pengangguran/ TPT (%)	0,9	4,5	2,6	8,0	3,1	4,3
Akses terhadap Layanan Dasar dan Kesehatan						
Akses ke air bersih (%)	97,1	82,99	64,1	73,5	50,5	46,8
Akses listrik (%)	99,9	100	99,4	100	99,7	65,9
Akses ke sanitasi yang layak (%)	92,2	82,1	85	70,03	52,3	13,2
Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terampil (%)	100	98,5	100	96,2	96,6	88,2

Kotak 1

Kondisi Wilayah dan Kebiasaan Masyarakat yang Dipercaya Turut Memengaruhi *Stunting*

Faktor-faktor terkait kondisi wilayah dan kebiasaan masyarakat setempat yang dikemukakan oleh para pemangkukepentingan daerah turut menjelaskan perbedaan tingkat *stunting*. Surakarta dan Klungkung mewakili konteks perkotaan dimana fasilitas dan layanan kesehatan bisa diakses dengan lebih mudah, walau Surakarta menghadapi masalah kemiskinan perkotaan yang cukup kompleks. Belitung diuntungkan dengan kebiasaan masyarakatnya mengkonsumsi ikan laut yang pasokannya tersedia luas.

Daerah-daerah studi kasus *stunting* tinggi memiliki wilayah terpencil yang sulit diakses. Lampung Tengah adalah daerah yang paling luas diantara daerah studi kasus, sekaligus menggambarkan tantangan yang lebih besar akan akses dan keterjangkauan. Di Brebes, daerah sulit dijangkau terletak di bagian selatan wilayahnya yang memiliki topografi berupa pegunungan. Wilayah ini merupakan penghasil utama bawang merah yang merupakan komoditas andalan daerah. Dibalik nilai ekonomi yang didapat, pemakaian pestisida berlebih dipercaya oleh para pemangkukepentingan sebagai salah satu faktor yang menyebabkan tingginya *stunting* di daerah ini. Keyakinan para pemangkukepentingan ini didukung oleh penelitian yang dilakukan salah satu perguruan tinggi di Jawa Tengah.

“Angka kemiskinan di Kabupaten Brebes cukup tinggi yaitu sebesar 19,14 persen. Angka ini termasuk tertinggi ke tiga di Jawa Tengah. Selain itu ada karakteristik unik yang ada di Brebes, terkait kebiasaan masyarakat petani bawang merah dalam menyimpan bawang. Bawang disimpan diatas perapian di dapur, agar awet bawang disemprot pestisida. Bahan makanan yang terdapat di dapur juga akan ikut terpapar pestisida. Hal ini disinyalir merupakan salah satu penyebab anak kurang gizi atau anak gizi buruk,” Staf Sekretariat Daerah Kabupaten Brebes.

Sumba Tengah menghadapi tantangan besar dari wilayah yang luas dan infrastruktur yang terbatas. Daerah ini juga menghadapi hambatan laten dari tuntutan adat berbiaya tinggi dan menyita waktu, yang berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan gizi anak-anak. Pesta adat juga perkawinan dengan keluarga dekat juga masih jamak terjadi di Sumba Tengah.

“Biasanya di akhir tahun ada evaluasi, kita akan sampaikan pencapaian target kegiatan ke setiap kabupaten ketika pencapaian program tidak tercapai, kita akan sharing juga kendala yang mereka dihadapi seperti pencapaian target penimbangan balita tidak mencapai target, ternyata masyarakat sibuk kerja di kebun, atau ada acara adat yang menyita waktu dan untuk ini peran lintas sektoral menjadi penting. Jadi dalam hal ini kami sekedar memberikan info seperti itu saja,” Staf Dinas Kesehatan Provinsi NTT.

3.2 Komitmen Pemerintah Daerah terhadap Upaya Penanganan *Stunting*

Penanganan *stunting* mulai menjadi isu prioritas di beberapa wilayah studi, khususnya di tiga kabupaten dengan tingkat *stunting* tinggi. Pemberian prioritas ini terutama dilakukan oleh OPD kesehatan dan beberapa OPD nonkesehatan⁸ yang terkait

⁸Contohnya dinas pendidikan, dinas perikanan, dinas perumahan dan permukiman, serta dinas ketahanan pangan.

dengan upaya pencegahan *stunting*, baik melalui intervensi spesifik maupun sensitif, sesuai instruksi kepala daerah pada akhir 2017 atau awal 2018. Inisiatif ini didorong oleh pemerintah pusat yang pada periode tersebut mengundang berbagai pimpinan daerah ke Jakarta untuk sosialisasi awal upaya pencegahan *stunting*. Di beberapa daerah, terutama daerah dengan *stunting* tinggi, dilakukan penandatanganan pernyataan komitmen pelaksanaan percepatan pencegahan *stunting* antara pemerintah daerah dan TNP2K. Pernyataan komitmen ini merupakan tanggapan pemerintah daerah terhadap penetapan kabupaten prioritas penanganan *stunting* oleh pemerintah pusat.

Hingga 2018, seluruh kabupaten/kota studi kasus belum memiliki payung hukum untuk percepatan pencegahan *stunting*. Namun, di sebagian daerah, *stunting* secara formal mulai muncul menjadi prioritas pada dokumen perencanaan dan anggaran 2018 untuk dilaksanakan pada 2019. Umumnya, pemerintah daerah hanya meneruskan program reguler yang sudah ada dengan memprioritaskan desa-desa lokus *stunting* sebagai sasaran penerima program; bukan melalui pengadaan program baru khusus penanganan *stunting*. Meskipun demikian, pemerintah di beberapa daerah studi kasus sedang menyusun peraturan daerah atau peraturan bupati/walikota untuk pencegahan *stunting*, salah satunya Lampung Tengah. Di antara daerah studi kasus, hanya Brebes yang sudah memasukkan penurunan *stunting* ke dalam dokumen perencanaan pembangunan daerah (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah/RPJMD) 2017-2022 sebagai indikator capaian sektor kesehatan. Sementara itu, di Belitung, komitmen pemerintah daerah dalam penanganan *stunting* baru akan dituangkan di dalam RPJMD 2019-2023.

Seluruh pemerintah desa studi kasus sudah mulai mengalokasikan anggaran untuk kegiatan percepatan pencegahan *stunting* melalui alokasi untuk pembangunan sektor kesehatan. Dana tersebut umumnya dikelola kader posyandu untuk pengadaan makanan lokal bagi ibu hamil dan/atau balita. Di Brebes, komitmen pemerintah desa di lokus *stunting* terlihat dari pengalokasian Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes) sebesar lebih dari 4% untuk pembangunan kesehatan, meski pemerintah daerahnya hanya menganjurkan 4%. Dana ini, antara lain, digunakan untuk menyediakan susu ibu hamil sebagai bagian dari upaya penanganan *stunting* di level desa. Pemerintah di desa tersebut juga telah membangun 4 titik sarana air bersih dan 135 jamban rumah tangga serta memberikan makanan tambahan bagi murid PAUD. Alokasi dan penggunaan APBDes untuk upaya pencegahan *stunting* akan sangat bergantung kepada komitmen dan pengetahuan dari Kepala Desa.

3.3 Pemahaman Pemangku Kepentingan di Daerah

*Pemahaman para pemangku kepentingan di seluruh daerah sampel studi terhadap *stunting* masih beragam. Selain latar belakang pendidikan dan pengalaman kerja, paparan terhadap isu *stunting* dari bidang kerja dan sosialisasi menjelaskan perbedaan pemahaman yang terjadi.*

Pemahaman para pemangku kepentingan di seluruh wilayah studi terhadap *stunting* masih beragam. Pemangku kepentingan yang memang menangani intervensi terkait *stunting*, baik yang bertugas di OPD kesehatan dan para pelaksana di bawahnya, Bappeda, maupun OPD nonkesehatan, relatif memiliki pemahaman lebih baik daripada pemangku

kepentingan yang tidak terpapar isu *stunting*. Derajat pemahaman pemangku kepentingan bisa saja berbeda walau bekerja di OPD atau lembaga yang sama. Hal ini dipengaruhi oleh paparan pemangku kepentingan terhadap isu *stunting* dari tugas pekerjaannya dan juga kesempatan sosialisasi yang didapat.

Umumnya, *stunting* dimaknai sebagai kondisi balita atau anak yang memiliki tinggi badan di bawah standar umurnya, karena pertumbuhannya terhambat akibat kurangnya asupan gizi. Pemangku kepentingan di beberapa wilayah studi juga menyebutkan bahwa *stunting* dapat mengakibatkan gangguan pada kemampuan kognitif anak, penyebabnya tidak terbatas pada persoalan gizi, dan intervensi penanganannya sebagian besar merupakan kontribusi OPD nonkesehatan. Sementara itu, pemahaman para pemangku kepentingan yang tidak menangani intervensi terkait *stunting*, baik di level kabupaten, kecamatan (puskesmas), maupun desa, cenderung terbatas. Umumnya, mereka memaknai *stunting* sebagai anak pendek, anak kurus, atau anak kurang gizi.

Di level desa, pemahaman pemangku kepentingan di desa lokus *stunting* relatif cukup baik daripada desa nonlokus. Pemahaman yang baik di desa lokus tidak hanya terlihat di kalangan pelaksana program kesehatan seperti bidan dan kader posyandu, tetapi juga aparat desa dan pelaksana program nonkesehatan seperti PKK dan pengelola Dana Desa. Hal ini karena umumnya mereka sudah beberapa kali mendapat sosialisasi tentang *stunting* dan desa mereka juga menerima sejumlah intervensi dari pemerintah pusat dalam rangka percepatan penanganan *stunting*. Sebaliknya, pemahaman pemangku kepentingan di desa nonlokus, cenderung lebih terbatas karena mereka minim terpapar isu *stunting*. Di desa nonlokus, hanya tenaga kesehatan yang relatif memiliki pemahaman lebih baik mengenai *stunting*. Namun, hal ini tidak berlaku di Sumba Tengah. Tenaga kesehatan desa di kabupaten ini baru mendengar istilah *stunting* pada 2018 melalui petugas puskesmas. Bagi para tenaga kesehatan di desa tersebut, petugas gizi puskesmas merupakan pihak yang paling tahu mengenai *stunting* dan perkembangan kondisi *stunting* di desa mereka. Di Lampung Tengah, pemangku kepentingan di desa nonlokus yang belum pernah mendengar istilah *stunting* menduga bahwa *stunting* merupakan kegiatan pemeriksaan kesehatan khusus perempuan (seperti tes IVA atau inspeksi visual dengan asam asetat) dan ada pula yang mengira *stunting* adalah jenis/merek kloset. Terbatasnya pemahaman pemangku kepentingan di level desa, turut memengaruhi tingkat kepedulian dan dukungan mereka terhadap upaya percepatan penanganan *stunting* yang dilakukan pelaksana program.

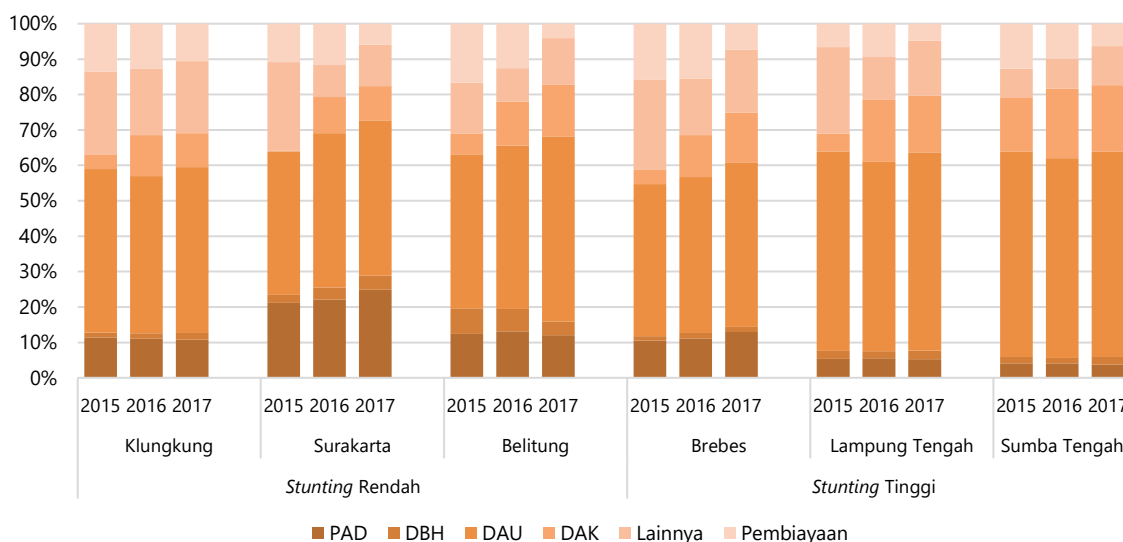
IV. Tinjauan Pengeluaran Pemerintah Daerah Enam Kabupaten/Kota

4.1 Kebijakan dan Kondisi Umum Keuangan Daerah

Dana perimbangan dari pusat adalah sumber penerimaan utama bagi daerah, dengan DAU sebagai komponen terbesarnya. Namun terjadi peningkatan signifikan pada alokasi DAK sejak 2016 sejalan dengan komitmen pemerintah pusat untuk memperkuat peranan daerah—terutama kabupaten/kota, untuk mencapai prioritas pembangunan nasional.

Seperti daerah-daerah lain di Indonesia, dana perimbangan dari pusat masih menjadi sumber penerimaan utama bagi 6 kabupaten/kota studi kasus. Di antara daerah studi kasus, hanya Surakarta yang pendapatan asli daerah (PAD) nya di atas 20%, sementara daerah lainnya berkisar 4% hingga 13%. Dana Alokasi Umum (DAU) adalah komponen penerimaan yang terbesar di 6 kabupaten/kota tersebut, komposisinya sekitar separuh dari total penerimaan daerah. Sumber penerimaan selain DAU menunjukkan komposisi kontribusi yang bervariasi, baik antar daerah maupun antar tahun. Variasi terbesar didorong oleh peningkatan signifikan pada Dana Alokasi Khusus (DAK) antara 2015 dan 2016, di hampir semua daerah studi kasus terkecuali Sumba Tengah yang memang sejak awal komposisi penerimaan DAKnya cukup besar.

Gambar 3. Penerimaan Pemerintah Enam Kabupaten/Kota, 2015 - 2017



Sumber: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten/Kota, 2015 – 2017

Catatan: angka realisasi

Peningkatan komposisi DAK tersebut sejalan dengan kebijakan pemerintah pusat yang menaikkan alokasinya dari 59 Trilyun pada 2015 menjadi 208 Trilyun pada 2016, atau meningkat menjadi hampir 4 kali lipat. Hal ini memberi kontribusi berarti pada peningkatan total Transfer ke Daerah dan Dana Desa (TKDD) yang naik dari Rp623

Trilyun pada 2015, menjadi Rp765 Trilyun pada 2016. Peningkatan transfer ke daerah melalui dana transfer khusus dilakukan untuk mendukung komitmen pemerintah pusat memperkuat peranan daerah dalam penyediaan layanan publik guna mencapai prioritas nasional. Kebijakan DAK mulai 2016 diarahkan untuk mendukung percepatan pembangunan infrastruktur publik di daerah; mendukung pemenuhan anggaran pendidikan (20%) dan anggaran kesehatan (10%); memperkuat kebijakan afirmasi membangun daerah perbatasan, tertinggal, dan kepulauan; mempercepat pengalihan belanja kementerian lembaga yang sudah menjadi urusan daerah; meniadakan kewajiban penyediaan dana pendamping DAK; dan merealokasi dana transfer lainnya ke dalam DAK Non Fisik. Untuk itu, selain menetapkan proporsi transfer ke daerah menjadi lebih besar dari anggaran untuk kementerian dan lembaga pusat, pemerintah pusat juga melakukan perubahan terhadap postur TKDD terutama pada komponen dana perimbangan. Hingga tahun 2015, postur dana perimbangan yang secara teknis operasional dibedakan atas Dana Bagi Hasil (DBH), DAU dan DAK, sejak 2016 dipilah menjadi dana transfer umum (yang terdiri dari DBH dan DAU) dan dana transfer khusus (berupa DAK fisik dan non fisik).

Kotak 2 Dana Alokasi Khusus Terkait *Stunting*

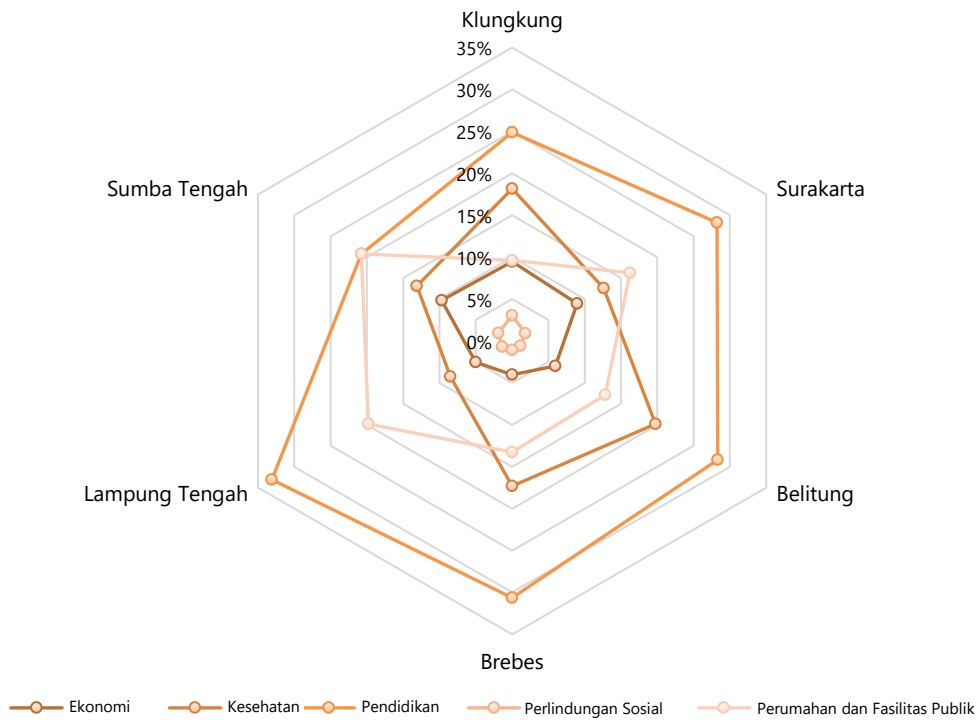
Pada postur TKDD yang baru, DAK dibagi menjadi komponen fisik dan non fisik, dengan titik berat pelaksanaan berada pada pemerintah daerah tingkat kabupaten/kota. DAK fisik terbagi atas DAK reguler dan non reguler, yang peruntukannya ditentukan berdasarkan bidang. Sementara DAK non fisik diperuntukan untuk belanja operasional—secara khusus untuk bidang pendidikan dan kesehatan; tunjangan profesi dan tunjangan penghasilan guru berstatus pegawai negeri sipil daerah (PNSD); serta peningkatan kualitas pengelolaan DAK di bidang infrastruktur. Penjabaran DAK dan komponennya ditampilkan pada tabel berikut. DAK yang terkait dengan upaya penanggulangan *stunting* adalah bercetak tebal.

Tahun 2015	Tahun 2016	Tahun 2017
<p>Terdiri dari:</p> <p>(1) DAK reguler untuk daerah yang memenuhi kriteria umum, kriteria khusus, dan kriteria teknis;</p> <p>(2) DAK tambahan untuk afirmasi kepada kabupaten/ kota daerah tertinggal dan perbatasan yang memiliki kemampuan keuangan relatif rendah;</p> <p>(3) DAK untuk Pendukung Program Prioritas Kabinet Kerja (P3K2) dan DAK usulan Pemerintah Daerah yang disetujui oleh DPR RI.</p>	<p>Terdiri dari:</p> <p>1. DAK Fisik, meliputi:</p> <p>a. DAK reguler,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pendidikan - Kesehatan dan KB - Perumahan, Permukiman, Air Minum & Sanitasi - Kedaulatan Pangan - Lingkungan Hidup dan Kehutanan - Energi Skala Kecil - Kelautan dan Perikanan - Prasarana Pemerintahan Daerah - Transportasi - Sarana Perdagangan, Industri Kecil Menengah & Pariwisata 	<p>Terdiri dari:</p> <p>1. DAK Fisik, meliputi:</p> <p>a. DAK reguler,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pendidikan - Kesehatan - Perumahan dan Permukiman - Pertanian - Kelautan dan Perikanan - Industri Kecil dan Menengah - Pariwisata <p>b. DAK Penugasan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pendidikan SMK - Kesehatan RS Rujukan/Pratama - Air Minum - Sanitasi - Jalan - Pasar

Yang terbagi atas:	b. DAK Infrastruktur dan Publik Daerah	- Irigasi - Energi Skala Kecil
- DAK Pendidikan	c. DAK Afirmasi	c. DAK Afirmasi
- DAK Kesehatan		- Perumahan dan Permukiman
- DAK Trasfortasi		- Transportasi
- DAK Infrastruktur dan Irigasi		- Kesehatan
- DAK Infrastruktur Air Minumdan Sanitasi	2. DAK Nonfisik, meliputi:	2. DAK Nonfisik, meliputi:
- DAK Prasarana dan Pemerintah Daerah	- Bantuan Operasional Sekolah (BOS)	- Bantuan Operasional Sekolah (BOS)
- DAK Energi Pedesaan	- Bantuan Operasional Penyelenggaraan PAUD (BOP)	- Bantuan Operasional Penyelenggaraan PAUD (BOP)
- DAK Kelautan dan Perikanan	- Tunjangan Profesi Guru PNSD	- Tunjangan Profesi Guru PNSD
- DAK Pertanian	- Dana Proyek Pemerintah Daerah dan Desentralisasi	- Tunjangan Khusus Guru PNSD di Daerah Khusus
- DAK Lingkungan Hidup	- Tambahan Penghasilan Guru PNSD	- Tambahan Penghasilan Guru PNSD
- DAK Keluarga Berencana	- Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)	- Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)
- DAK Kehutanan	- Bantuan Operasional Keluarga Berencana (BOKB)	- Bantuan Operasional Keluarga Berencana (BOKB)
- DAK Sarana Perdagangan	- Dana Peningkatan Kapasitas Koperasi	- Dana Peningkatan Kapasitas Koperasi, dan UKM
- DAK Perumahan dan Permukiman		- Dana Pelayanan Administrasi Kependudukan

Dari sisi pengeluaran daerah, prioritas nasional diterjemahkan ke dalam berbagai jenis belanja menurut urusan dan sektor yang memberi gambaran mengenai prioritas pembangunan di tingkat daerah. Dilihat dari urusan dan sektornya, pengeluaran terbesar di hampir semua daerah studi kasus pada 2017 adalah untuk urusan terkait sektor pendidikan, dengan komposisi rata-rata 28% dari total pengeluaran daerah atau sudah diatas target 20%. Pengeluaran untuk urusan sektor kesehatan dan perumahan dan pekerjaan umum secara bergantian menempati di posisi kedua dan ketiga di daerah yang berbeda. Sebagai sektor utama dalam intervensi spesifik pencegahan *stunting*, rata-rata pengeluaran untuk urusan kesehatan di daerah studi kasus pada 2017 mencapai 15% atau sudah berada di atas target 10%. Lampung Tengah adalah daerah dengan komposisi belanja kesehatan terkecil diantara daerah studi kasus, dengan persentase hanya sekitar 8%.

Gambar 4. Belanja Menurut Urusan pada APBD, 2017

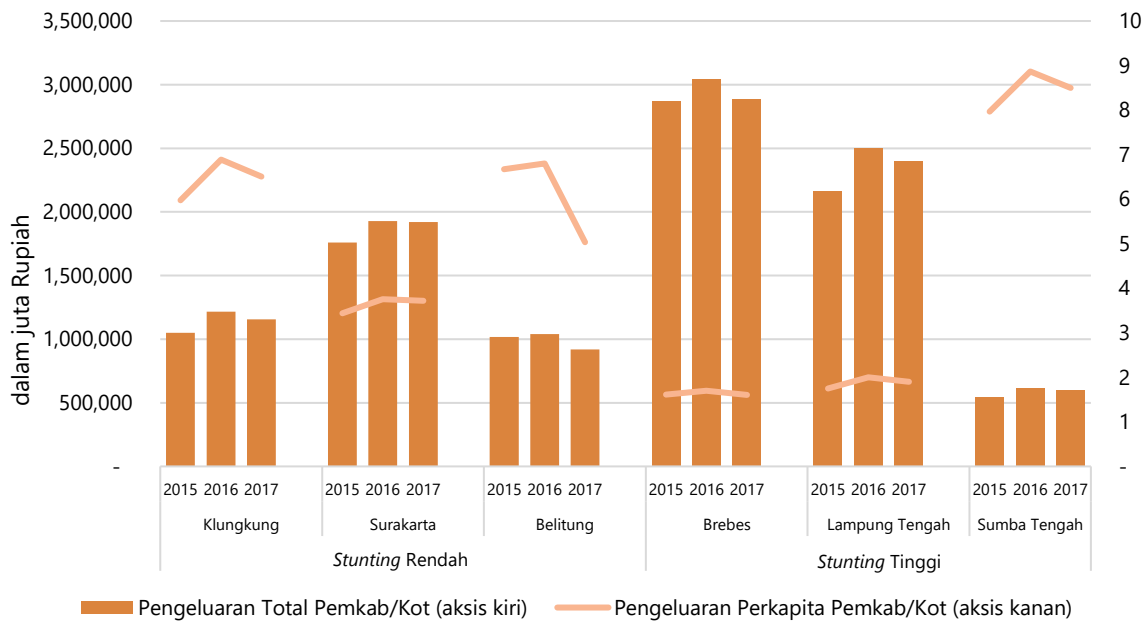


Sumber: Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan Daerah, Kementerian Keuangan (per 18 September 2017).

Pengeluaran per kapita Sumba Tengah sekitar Rp8,5 juta, jauh lebih tinggi dibanding pengeluaran perkapita rata-rata keseluruhan daerah studi kasus yang besarnya sekitar Rp4,5 juta pada 2017. Dengan pengeluaran per kapita yang relative besar itu, Sumba Tengah seharusnya memiliki potensi paling besar dalam membiayai pembangunan daerahnya—dalam konteks studi ini untuk pencegahan *stunting*.

Namun, dibalik potensi fiskal yang dimilikinya, Sumba Tengah memiliki tingkat *stunting* yang sangat tinggi, masalah kemiskinan yang cukup kompleks, dan akses terhadap layanan dasar kesehatan yang terbatas (Dinkes NTT, 2017; dan Bappenas, 2017); Kondisi insfratraktur Sumba Tengah juga yang paling tidak memadai dibanding daerah studi kasus lain. Daerah lain yang pengeluaran per kapitanya cukup besar adalah Klungkung dan Belitung, yang merupakan daerah kelompok *stunting* rendah. Sementara tiga daerah studi kasus lainnya, yakni Surakarta, Brebes, dan Lampung Tengah, walaupun pengeluaran totalnya paling besar, jumlah penduduk yang tinggi menyebabkan pengeluaran per kapitanya menjadi rendah.

Gambar 5. Pengeluaran Total dan Pengeluaran Perkapita Pemerintah Enam Kabupaten/Kota, 2015 - 2017



Sumber: Statistik Keuangan Pemerintah Kabupaten/Kota 2015, 2016, dan 2017, BPS Indonesia
 Catatan: angka realisasi

4.2 Pengeluaran Pemerintah Daerah untuk Intervensi Terkait *Stunting*

Pemerintah daerah 6 kabupaten/kota studi kasus masih sangat sedikit membelanjakan anggarannya untuk intervensi terkait stunting. Hal ini terlihat dari rata-rata komposisi pengeluaran yang hanya sekitar 1% dari total pengeluaran daerah selama tiga tahun antara 2015 – 2017.

Jika kita lihat kembali komposisi belanja menurut urusan, komposisi pengeluaran untuk intervensi terkait *stunting* hanya mencakup sebagian kecil dari pengeluaran daerah untuk sektor pendidikan, pekerjaan umum dan perumahan, dan kesehatan yang merupakan tiga sektor pengampu anggaran *stunting* terbesar di daerah.

Komposisi pengeluaran di daerah-daerah kelompok *stunting* tinggi memang mengalami kenaikan, dengan kenaikan tertinggi dan komposisi pengeluaran terbesar diperlihatkan oleh Sumba Tengah. Walau demikian, hingga mencapai titik tertinggi di 2017, komposisinya tidak lebih dari 3.5%. Daerah studi kasus lainnya membelanjakan kurang dari 2% total pengeluarannya untuk intervensi terkait *stunting*. Dua daerah dari kelompok *stunting* tinggi, yakni Brebes dan Lampung Tengah adalah yang komposisinya paling kecil, dengan rata-rata kurang dari 1% selama 2015 hingga 2017.

Gambar 6. Komposisi Pengeluaran untuk Intervensi Terkait *Stunting* terhadap Total Pengeluaran Pemerintah Enam Kabupaten/Kota, 2015 - 2017



Sumber: Pertanggungjawaban Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten/Kota, 2015 – 2017
 Catatan: angka realisasi

Pengeluaran pemerintah 6 kabupaten/kota untuk terkait *stunting* tersebar alokasinya untuk belanja pada sektor kesehatan; kependudukan dan keluarga berencana; pendidikan; pertanian (termasuk perkebunan, perikanan, dan kelautan) dan ketahanan pangan; pekerjaan umum dan perumahan; sosial, serta perencanaan pembangunan daerah. Secara berturut-turut, daerah dengan pengeluaran terbesar untuk intervensi terkait *stunting* adalah Lampung Tengah, Brebes, Sumba Tengah, Surakarta, Belitung, dan Klungkung.

Kecuali di Jawa (Surakarta dan Brebes) pengeluaran terbesar dibelanjakan untuk kegiatan di sektor pekerjaan umum dan perumahan, berkisar antara 32% dan 67%. Pengeluaran untuk sektor kesehatan yang cukup besar ditemukan di Brebes (45%), Klungkung (30%), dan Surakarta (28%). Pengeluaran yang juga besar dibelanjakan oleh pemerintah daerah-daerah studi kasus untuk sektor pendidikan. Rincian pengeluaran daerah dan persentase komposisi pengeluaran per sektor terkait *stunting* berdasarkan sektor OPD dijabarkan pada tabel berikut ini.

Tabel 4. Program dan Kegiatan Terkait *Stunting* di Enam Kabupaten/Kota, 2017

Tingkat <i>Stunting</i>	Kabupaten /Kota	Sektor OPD	Program	Kegiatan	Pengeluaran		Rata-rata Pengeluaran per Kegiatan
					Total	% per sektor	
<i>Stunting Rendah</i>	Klungkung	Kesehatan	6	10	3.637.972.157	30%	363.797.216
		Kependudukan dan Keluarga Berencana	5	7	1.206.142.318	10%	172.306.045
		Pendidikan	1	3	2.671.961.716	22%	890.653.905
		Pertanian dan Ketahanan Pangan	1	14	695.963.747	6%	49.711.696
		Pekerjaan Umum dan Perumahan	2	4	3.887.253.488	32%	971.813.372
		Sosial	1	1	206.311.700	2%	206.311.700
			16	39	12.305.605.126	100%	315.528.337
	Surakarta	Kesehatan	6	11	3.839.620.150	28%	349.056.377
		Kependudukan dan Keluarga Berencana	3	9	2.629.750.364	19%	292.194.485
		Pendidikan	1	4	59.527.000	0%	14.881.750
		Pertanian dan Ketahanan Pangan	1	6	6.921.233.398	51%	1.153.538.900
		Pekerjaan Umum dan Perumahan	1	1	162.810.900	1%	162.810.900
				12	31	13.612.941.812	100%
	Belitung	Kesehatan	4	7	661.509.224	5%	94.501.318
		Perencanaan Pembangunan	1	2	184.588.784	1%	92.294.392
		Kependudukan dan Keluarga Berencana	5	10	2.112.882.219	16%	211.288.222

Tingkat Stunting	Kabupaten /Kota	Sektor OPD	Program	Kegiatan	Pengeluaran		Rata-rata Pengeluaran per Kegiatan
					Total	% per sektor	
Stunting Tinggi		Pendidikan	1	11	3.085.595.354	23%	280.508.669
		Pertanian dan Ketahanan Pangan	1	6	328.154.392	2%	54.692.399
		Pekerjaan Umum dan Perumahan	1	5	7.095.962.182	52%	1.419.192.436
		Sosial	1	1	94.382.200	1%	94.382.200
			14	42	13.563.074.355	100%	322.930.342
	Brebes	Kesehatan	6	15	10.279.046.615	45%	685.269.774
		Perencanaan Pembangunan	2	2	154.737.913	1%	77.368.957
		Kependudukan dan Keluarga Berencana	7	12	2.569.366.724	11%	214.113.894
		Pendidikan	1	5	4.017.355.000	18%	803.471.000
		Pertanian dan Ketahanan Pangan	1	12	784.529.545	3%	65.377.462
		Pekerjaan Umum dan Perumahan	4	7	4.229.909.810	18%	604.272.830
		Sosial	2	3	892.323.093	4%	297.441.031
		23	56	22.927.268.700	100%	409.415.513	
	Lampung Tengah	Kesehatan	6	12	1.555.410.343	7%	129.617.529
		Kependudukan dan Keluarga Berencana	6	20	2.628.053.611	11%	131.402.681
		Pendidikan	1	3	616.150.250	3%	205.383.417
		Pertanian dan Ketahanan Pangan	1	9	785.541.973	3%	87.282.441
Pekerjaan Umum dan Perumahan		2	5	15.609.505.752	67%	3.121.901.150	

Tingkat Stunting	Kabupaten /Kota	Sektor OPD	Program	Kegiatan	Pengeluaran		Rata-rata Pengeluaran per Kegiatan
					Total	% per sektor	
		Sosial	1	3	2.206.693.152	9%	735.564.384
			17	52	23.401.355.081	100%	450.026.059
	Sumba Tengah	Kesehatan	5	11	1.027.486.806	5%	93.407.891
		Kependudukan dan Keluarga Berencana	2	5	209.395.202	1%	41.879.040
		Pendidikan	1	6	5.112.780.200	25%	852.130.033
		Pertanian dan Ketahanan Pangan	1	8	408.415.100	2%	51.051.888
		Pekerjaan Umum dan Perumahan	3	3	13.504.970.494	67%	4.501.656.831
				12	33	20.263.047.802	100%

Sumber: Pertanggungjawaban Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten/Kota, 2015 – 2017

Catatan:

- angka realisasi
- nomenklatur dan nama tiap OPD bervariasi di setiap daerah, yang ditampilkan di tabel ini adalah sektor OPD

4.2.1 Perkembangan dan Komposisi Pengeluaran Daerah untuk Intervensi Terkait *Stunting*

Pengeluaran pemerintah daerah *stunting* tinggi untuk setiap penduduk kelompok sasaran *stunting* cenderung mengalami kenaikan dari tahun ke tahun, namun secara nominal nilainya masih relatif lebih rendah dibandingkan yang dikeluarkan oleh daerah *stunting* rendah, terkecuali Sumba Tengah yang justru paling tinggi diantara semua.

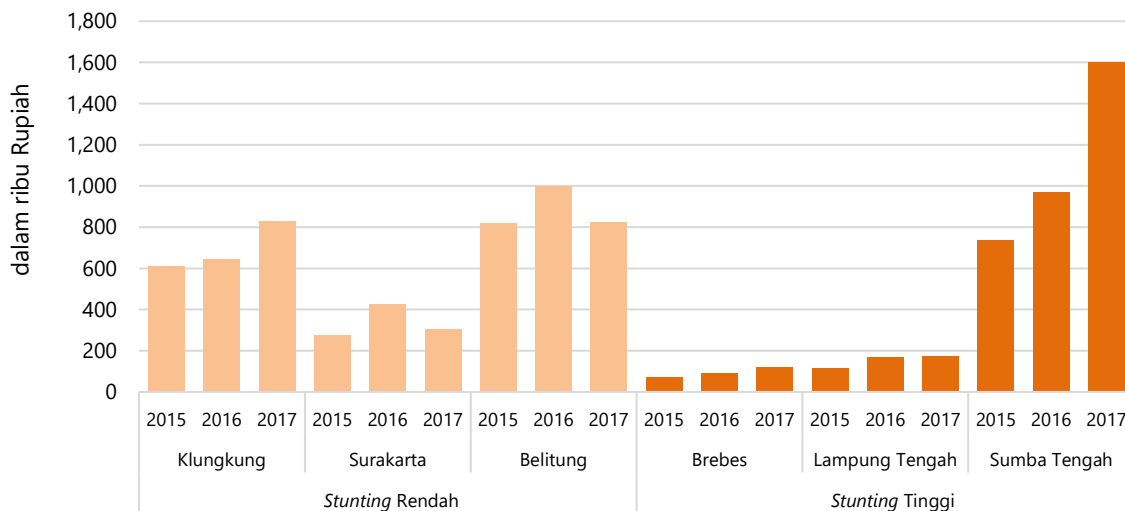
Secara berturut-turut, pemerintah Kabupaten Sumba Tengah, Belitung, dan Klungkung adalah yang paling banyak mengeluarkan anggaran untuk setiap penduduk kelompok sasaran *stunting*—ibu hamil dan anak usia di bawah 5 tahun (balita).⁹ Diikuti oleh Surakarta, Lampung Tengah, dan Brebes sebagai yang paling kecil. Sumba Tengah adalah daerah dengan tingkat *stunting* paling tinggi namun juga yang paling banyak membelanjakan anggarannya untuk setiap penduduk kelompok sasaran intervensi terkait *stunting* diantara seluruh daerah studi kasus. Pada 2015 hingga 2017, rata-rata pengeluaran perkapita daerah ini untuk intervensi terkait *stunting* mencapai sekitar Rp1.100.000. Sedikitnya jumlah penduduk (kelompok sasaran intervensi *stunting*) menjadi penjas utama tingginya pengeluaran per kapita di Sumba Tengah.¹⁰ Sebaliknya, dua daerah lain di kelompok *stunting* tinggi—yakni Brebes dan Lampung Tengah, adalah yang pengeluaran perkapita untuk intervensi terkait *stunting*nya paling rendah diantara semua, dengan rata-rata tahunan sekitar Rp94.000 dan Rp150.000. Angka ini terpaut jauh dibawah rata-rata pengeluaran di kelompok daerah *stunting* rendah, yakni sekitar Rp645.000 per tahun. Rata-rata pengeluaran perkapita yang relatif tinggi diantara kelompok daerah *stunting* rendah tersebut, terutama disumbang oleh Belitung dan Klungkung yang masing-masing pengeluaran perkapita rata-rata tahunannya sekitar Rp694.000 dan Rp881.000. Di kelompok daerah ini, Surakarta adalah yang pengeluaran perkapita untuk *stunting*nya paling rendah, yakni hanya sekitar Rp363,000 per tahun.

Klungkung, Brebes, Lampung Tengah, dan Sumba Tengah secara konsisten memperlihatkan kenaikan pengeluaran per kapita untuk intervensi terkait *stunting*, dari tahun ke tahun. Kecuali Klungkung, tiga daerah lainnya merupakan kelompok daerah *stunting* tinggi. Kenaikan tertinggi terjadi di Sumba Tengah, rata-rata 49% per tahun. Kenaikan pengeluaran ini erat terkait dengan alokasi dana perimbangan—terutama pada komponen dana transfer khusus, pada beberapa urusan dan daerah prioritas. Daerah-daerah *stunting* tinggi di studi ini termasuk ke dalam daerah prioritas nasional, dan juga diantara 100 daerah prioritas pencegahan *stunting*. Sementara itu, Surakarta dan Belitung, yang masuk pada kelompok daerah dengan *stunting* rendah, pengeluaran perkapita untuk intervensi terkait *stunting* pada 2017 mengalami penurunan masing-masing sebesar 17% dan 29%.

⁹Dalam laporan ini, denominator untuk menghitung angka per kapita adalah jumlah ibu hamil dan anak balita, yang didapat dari Data Profil Kesehatan masing-masing daerah.

¹⁰Secara umum, dengan kondisi jumlah penduduk yang paling sedikit diantara seluruh daerah studi kasus, hasil perhitungan berbagai pengeluaran perkapita Sumba Tengah adalah yang tertinggi—termasuk total pengeluaran perkapita dan pengeluaran untuk intervensi terkait *stunting* perkapita.

Gambar 7. Pengeluaran Perkapita Pemerintah Enam Kabupaten/Kota untuk Intervensi Terkait *Stunting*, 2015 - 2017



Sumber: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten/Kota, 2015 – 2017

Catatan: angka realisasi

4.2.2 Pengeluaran Menurut Jenis Intervensi: Spesifik dan Sensitif

Pengeluaran terbesar dibelanjakan untuk intervensi sensitif, yang di berbagai daerah studi kasus berupa pembangunan infrastruktur untuk air bersih dan pendidikan anak usia dini, serta jaminan persalinan (jampersal).

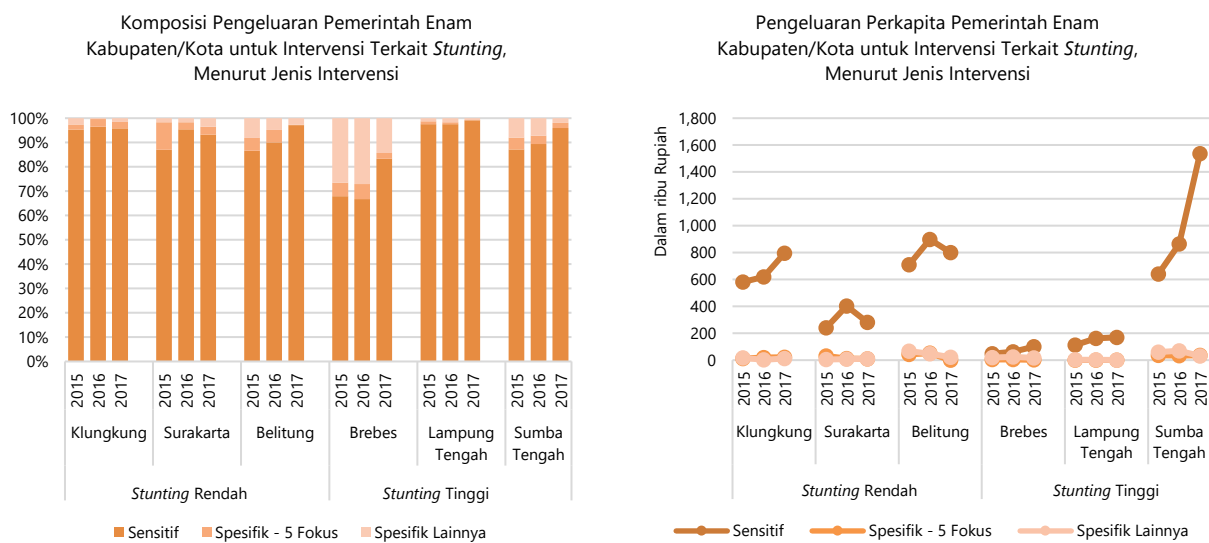
Secara umum, komposisi pengeluaran terkait *stunting* terbesar dipakai untuk intervensi sensitif, dengan rata-rata komposisi setiap daerah berkisar antara 73% (Brebes—terendah) hingga 96% (Lampung Tengah—tertinggi) selama periode 2015 hingga 2017. Peningkatan pengeluaran untuk intervensi sensitif menjadi pendorong utama kenaikan pengeluaran terkait *stunting* di daerah-daerah kelompok *stunting* tinggi. Di daerah studi kasus, pengeluaran intervensi sensitif terbesar antara lain dikeluarkan untuk pembangunan infrastruktur dan program perlindungan sosial, yakni penyelenggaraan air bersih, jaminan persalinan (jampersal), dan penyelenggaraan sarana dan prasarana pendidikan anak usia dini (PAUD).

Sebaliknya, pengeluaran untuk intervensi spesifik hanya berkisar antara 4% (Lampung Tengah—terendah) hingga 27% (Brebes—tertinggi), dengan komposisi pengeluaran terbesar di hampir semua daerah untuk intervensi spesifik lainnya (non lima fokus). Terkecuali Surakarta yang pada tahun 2015 membelanjakan cukup banyak pengeluaran intervensi spesifiknya untuk intervensi spesifik lima fokus berupa kegiatan pemberian makanan tambahan dan vitamin. Di daerah dengan komposisi intervensi spesifik terbesar, yakni Brebes, pengeluaran intervensi spesifik diantaranya dipakai untuk kegiatan Penyusunan Peta Informasi Masyarakat Kurang Gizi, Peningkatan Kesehatan Ibu, dan pemberian makanan tambahan dan vitamin.

Dilihat dari nilai pengeluaran perkapitanya, maka belanja untuk intervensi sensitif lebih besar dibanding spesifik. Sebagai gambaran, pengeluaran perkapita untuk intervensi sensitif pada 2017 berkisar antara Rp99.000—di Brebes sebagai yang terkecil,

dan Rp1.500.000—di Sumba Tengah sebagai yang terbesar. Sementara belanja perkapita untuk intervensi spesifik hanya berkisar antara Rp1.500—di Lampung Tengah sebagai yang terkecil, dan Rp65.000—di Sumba Tengah sebagai yang terbesar. Besaran belanja ini tentu tidak menggambarkan situasi pelaksanaan intervensi sepenuhnya, karena ada beberapa intervensi yang mendapat transfer *inkind*—baik berupa barang maupun jasa, dan pemerintah pusat maupun provinsi. Selain itu, juga terdapat dukungan pelaksanaan dari pemerintah desa. Untuk intervensi 5 fokus, pengadaan semuanya dilakukan oleh pemerintah pusat sehingga pengeluaran daerah hanya untuk komponen pendukung, seperti PMT lokal. Selain itu, di beberapa daerah pengeluaran yang besar juga berbanding lurus dengan tantangan geografi wilayahnya.

Gambar 8. Komposisi Pengeluaran dan Pengeluaran Perkapita Pemerintah Enam Kabupaten/Kota untuk Intervensi Terkait *Stunting*, Menurut Jenis Intervensi



Sumber: Pertanggungjawaban Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten/Kota, 2015 – 2017

Catatan: angka realisasi

4.2.3 Pengeluaran Menurut Sektor Pengampu

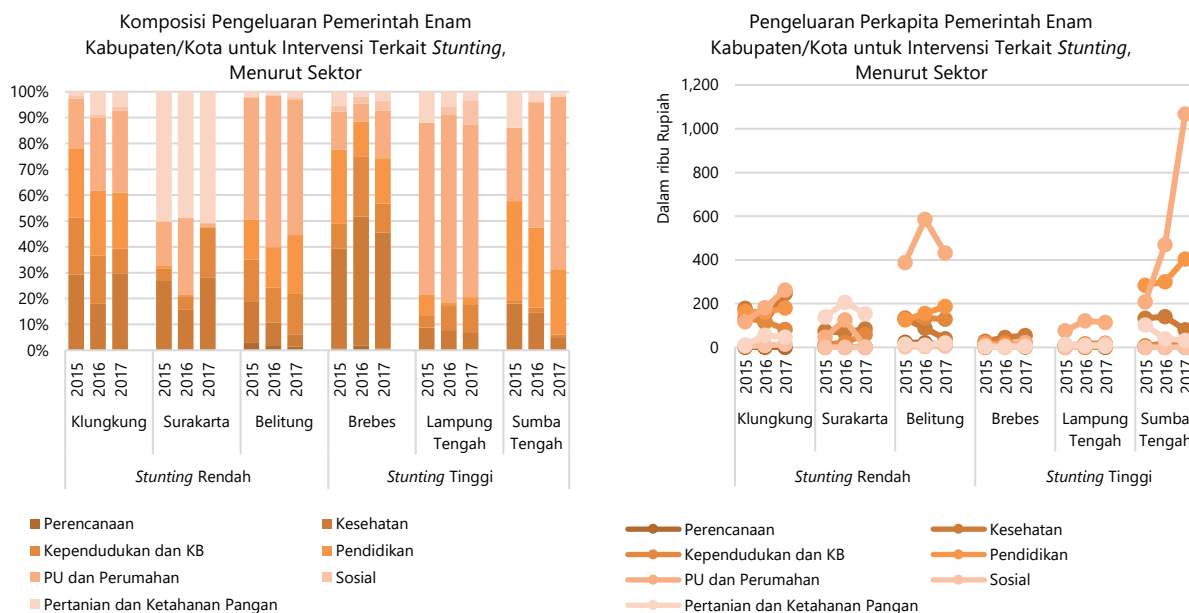
Peran sektor pekerjaan umum dan perumahan paling banyak terlihat di daerah studi kasus yang berada di luar Jawa dan Bali, melalui berbagai intervensi sensitif yang dikelolanya. Namun di Jawa dan Bali, sektor kesehatan memegang peran yang cukup besar. Sektor lain yang juga besar peranannya adalah pendidikan.

Dinas terkait Pekerjaan Umum dan Perumahan (PUPR) menjadi mengampu utama yang mengelola pengeluaran terkait *stunting* terbesar, melalui berbagai intervensi pembangunan dan pengembangan sarana air bersih dan sanitasi yang dilaksanakannya. Sementara sektor pengampu utama intervensi spesifik *stunting* adalah Dinas Kesehatan, namun diantara daerah-daerah studi kasus hanya yang berada di Pulau Jawa (Surakarta dan Brebes) dan Bali (Klungkung) saja yang komposisi pengeluaran sektor kesehatannya cukup besar. Komposisi pengeluaran sektor kesehatan nampaknya berbanding terbalik dengan sektor pekerjaan umum, yang justru terlihat lebih besar di

daerah-daerah luar Pulau Jawa. Pengampu utama anggaran terkait *stunting* terbesar lainnya adalah Dinas Pendidikan melalui intervensi terkait infrastruktur penyelenggaraan PAUD.

Berbeda dari kecenderungan umum, di Surakarta, Dinas terkait Pertanian dan Ketahanan Pangan mengelola pengeluaran terkait *stunting* yang terbesar, yang digunakan untuk kegiatan pengembangan cadangan pangan daerah. Hanya di Klungkung saja dapat dilihat peran antar sektor yang cukup berimbang, dengan komposisi pengeluaran yang tidak terpaut jauh antara sektor pekerjaan umum, kesehatan, pendidikan, dan kependudukan dan keluarga berencana. Pendalaman kualitatif studi ini pun menemukan bahwa pemangku kepentingan di daerah ini memiliki pemahaman yang cukup baik mengenai *stunting*, tak hanya dari yang bekerja untuk sektor kesehatan namun juga sektor-sektor lainnya.

Gambar 9. Komposisi Pengeluaran dan Pengeluaran Perkapita Pemerintah Enam Kabupaten/Kota untuk Intervensi Terkait *Stunting*, Menurut Sektor Pengampu



Sumber: Pertanggungjawaban Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten/Kota, 2015 – 2017

Catatan: angka realisasi

4.2.4 Pengeluaran Menurut Jenis Belanja

Komposisi jenis belanja bergantung pada sifat dan keperluan kegiatan intervensi. Belanja barang dan jasa muncul dengan komposisi terbesar di berbagai kegiatan di berbagai daerah. Komponen belanja modal banyak muncul di kegiatan terkait pembangunan infrastruktur air bersih dan sanitasi di daerah-daerah di luar pulau Jawa dan Bali. Komponen belanja pegawai banyak muncul pada kegiatan pendidikan anak usia dini.

Di hampir semua daerah studi kasus, komposisi terbesar pengeluaran pemerintah untuk intervensi terkait *stunting* terletak pada belanja barang dan jasa, dengan rata-rata keseluruhan selama tiga tahun sekitar 66%. Terkecuali Belitung yang lebih dari

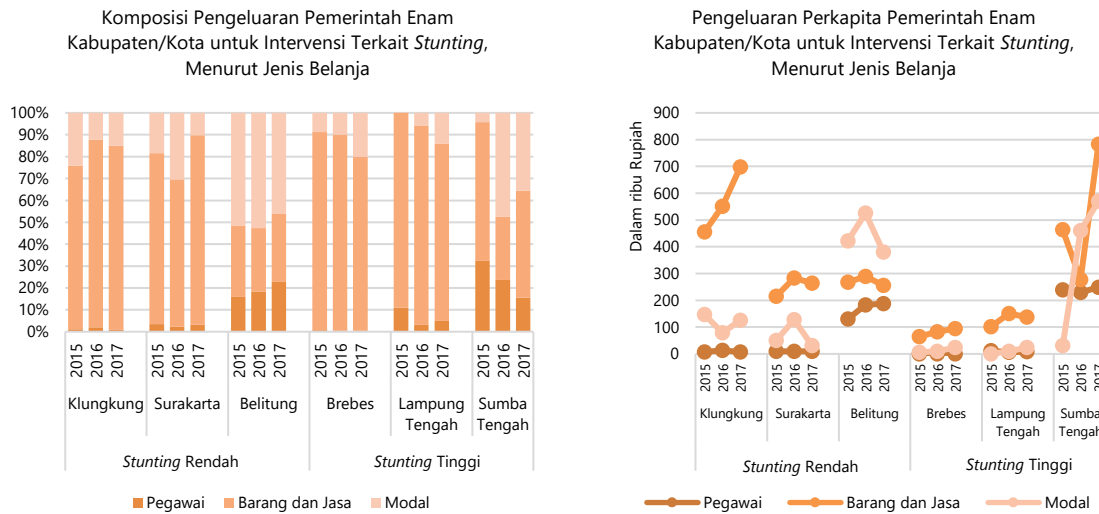
50% anggarannya digunakan untuk pembelian barang modal. Untuk program kesehatan secara umum pengeluarannya dihabiskan untuk barang habis pakai dan pembayaran jasa. Sebagian lainnya digunakan untuk pembelian barang modal yang dapat bertahan lama dan sisanya untuk honor pegawai/non-pegawai.

Komposisi jenis belanja bergantung kepada sifat dan keperluan belanja kegiatan intervensi. Semisal di Lampung Tengah, meskipun porsi belanja terbesar untuk penyelenggaraan infrastruktur air bersih dan sanitasi, terdapat belanja barang habis pakai yang cukup besar seperti kloset yang diberikan kepada masyarakat untuk pembangunan fasilitas jamban, sehingga masuk pada kategori belanja barang dan jasa. Walau sama-sama untuk air bersih dan sanitasi, komponen belanja terbesar di Belitung dan Sumba Tengah adalah belanja modal. Belanja modal Belitung bahkan yang terbesar diantara daerah studi kasus, yang dipakai untuk pengadaan pembangunan sarana, pengadaan jaringan air minum, jaringan sambungan ke rumah, serta peralatan dan mesin.

Belanja barang dan jasa memiliki komponen yang paling beragam. Selain bersinggungan dengan belanja modal, belanja terkait personil juga dapat masuk pada jenis belanja ini. Jika pengadaan yang bersifat jangka panjang masuk ke dalam belanja modal, maka pengadaan bahan habis pakai masuk ke dalam belanja barang dan jasa. Komponen pendukung kegiatan mulai dari makanan dan minuman (konsumsi kegiatan), percetakan dan penggandaan, alat tulis kantor (ATK), dan bahan baku masuk kedalam jenis belanja ini. Kaitannya dengan belanja personil, untuk yang periode kerjanya jangka pendek atau tidak tetap seperti jasa konsultan, maka dimasukkan ke dalam belanja barang dan jasa. Lainnya adalah perjalanan dinas personil, yang pada banyak kegiatan menjadi salah satu yang terbesar dibanding pengeluaran lainnya.

Sementara, belanja pegawai muncul dengan komposisi kecil di hampir semua daerah studi kasus. Belanja pegawai umumnya dipakai untuk komponen honorarium (panitia PNS dan bulanan non PNS) pada berbagai aspek kegiatan seperti pengadaan, pengawasan, hingga pemeriksaan dan uang lembur. Salah satu faktor yang membuat belanja personil relatif lebih kecil adalah biaya pegawai sebagian sudah tercakup ke dalam belanja tidak langsung setiap OPD, berupa gaji dan tunjangan pegawai. Pada komponen belanja langsung, komposisi belanja pegawai yang relatif besar biasanya ditemukan pada kegiatan-kegiatan terkait dengan pendidikan anak usia dini yang dibiayai oleh Bantuan Operasional Pendidikan (BOP). Di Belitung dan Sumba Tengah, komposisi belanja pegawai yang relatif besar salah satunya terkait dengan keberadaan panitia pengadaan dan penyelenggaraan kegiatan infrastruktur yang cukup masif di dua daerah tersebut, dan hal ini juga berbanding lurus dengan belanja modal yang juga besar komposisinya.

Gambar 10. Komposisi Pengeluaran dan Pengeluaran Perkapita Pemerintah Enam Kabupaten/Kota untuk Intervensi Terkait *Stunting*, Menurut Jenis Belanja



Sumber: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten/Kota, 2015 – 2017

Catatan: angka realisasi

4.3 Reliabilitas Perencanaan Anggaran dan Pengeluaran Daerah

Dalam setiap periode anggaran, pemerintah daerah berupaya menyusun dan menyesuaikan anggaran agar lebih sesuai dengan peraturan, kebutuhan, dan kemampuan mereka dalam melaksanakannya. Terdapat dua isu penting yang mengurangi reliabilitas pengeluaran pemerintah daerah untuk intervensi terkait *stunting*. *Pertama*, perencanaan anggaran yang kurang bisa diandalkan keakuratannya. Hal ini tergambar dari deviasi antara anggaran awal dan anggaran perubahan, serta deviasi antara anggaran perubahan dan realisasi anggaran yang cukup besar. *Kedua*, rendahnya penyerapan anggaran daerah. Hal ini bisa dilihat dari deviasi antara anggaran perubahan dan realisasinya.

4.3.1 Akurasi Perencanaan Anggaran

Mempersiapkan rencana anggaran yang yang akurat masih menjadi masalah bagi sebagian besar daerah studi kasus. Ketidakakuratan anggaran paling banyak didorong oleh anggaran dari kegiatan-kegiatan besar dan yang bersumber dari transfer dana khusus, memperlihatkan adanya ketidaksinkronan antara pemerintah daerah dengan pusat dalam proses perencanaan anggaran.

a) Akurasi perencanaan awal

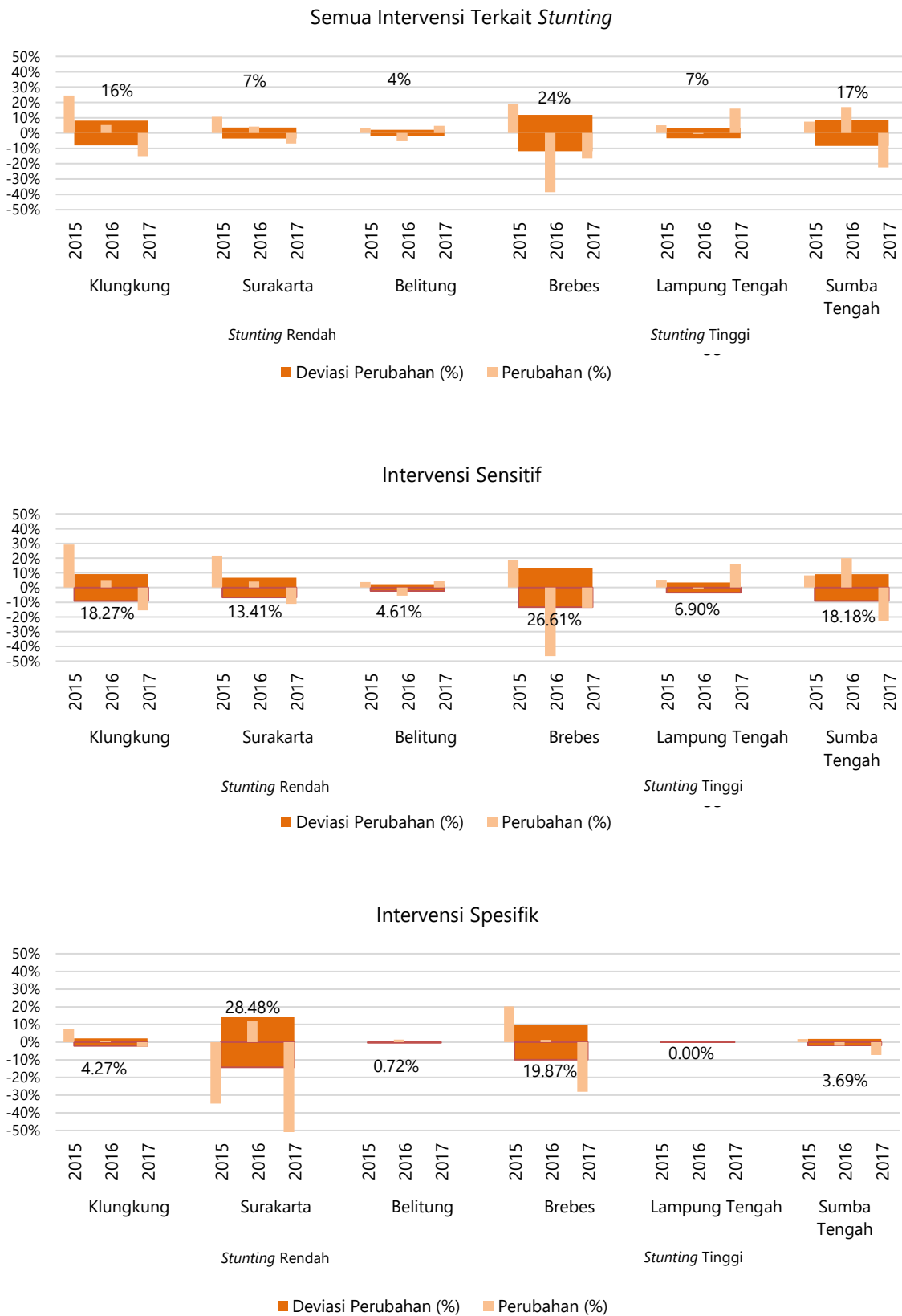
Akurasi perencanaan awal bisa dilihat dari revisi yang dilakukan terhadap anggaran awal. Secara rata-rata, revisi atas anggaran awal yang dilakukan oleh keseluruhan pemerintah daerah studi kasus relatif tidak signifikan (1%), namun jika dilihat dari detail tiap tahunnya, perubahannya sangat fluktuatif. Perencanaan anggaran Belitung

relatif lebih akurat, sehingga tidak banyak melakukan revisi atas anggarannya. Sementara itu, perubahan anggaran di kelima daerah lainnya fluktuatif dan sangat fluktuatif, baik itu karena *over-estimate* atau *under-estimate* pada anggaran awalnya. Fluktuasi revisi anggaran ini terlihat dari nilai standar deviasinya yang secara rata-rata berkisar pada 12% dan bahkan melebihi 15% di beberapa daerah.

Deviasi perubahan anggaran secara umum yang relatif besar terjadi di tiga daerah, yakni Brebes (24%), Sumba Tengah (17%), dan Klungkung (16%). Fluktuasi anggaran yang signifikan didorong oleh revisi anggaran intervensi sensitif, berupa kegiatan infrastruktur yang *unit cost*-nya besar dan yang didanai oleh dana transfer khusus, seperti: pembangunan sarana dan prasarana air bersih, penyelenggaraann PAUD dari Bantuan Operasional Pendidikan untuk PAUD. Di Brebes, pada 2016 juga terjadi perubahan drastis pada anggaran jaminan persalinan (Jampersal) yang direvisi dari sekitar Rp9Milyar menjadi sekitar Rp3 Milyar. Penjabaran besaran perubahan dan deviasinya menurut jenis intervensi, memberi gambaran lebih jelas mengenai kecenderungan fluktuasi anggaran tiap kelompok intervensi. Fluktuasi besar pada intervensi sensitif di Brebes, Sumba Tengah, dan Klungkung menjelaskan besarnya fluktuasi anggaran *stunting* secara umum di tiga daerah ini. Sementara fluktuasi pada anggaran intervensi spesifik paling besar dialami oleh Surakarta dan Brebes. Di kedua daerah ini, fluktuasi tersebut didorong oleh pemotongan anggaran untuk kegiatan pemberian makanan tambahan dan vitamin dari sekitar Rp2 Milyar menjadi hanya sekitar Rp80 Juta pada 2017 di Surakarta dan dari sekitar Rp700 Juta menjadi sekitar Rp200 Juta di Brebes di tahun yang sama.

Tiga daerah dengan deviasi umum terbesar berasal dari kelompok *stunting* tinggi dan rendah, yang artinya permasalahan akurasi rencana anggaran ini bisa terjadi dimana saja tanpa melihat kondisi *stunting*-nya. Dengan kenyataan bahwa anggaran dan program intervensi daerah banyak yang diinisiasi dari pemerintah pusat, maka berbagai permasalahan tersebut erat terkait dengan proses dan mekanisme perencanaan dan penganggaran antara pemerintah daerah dan pusat. Jadwal perencanaan anggaran daerah dan ketetapan kebijakan anggaran dari pusat yang kurang sinkron, membuat daerah memiliki sedikit waktu untuk menyusun perencanaan yang lebih sesuai. Pada akhirnya daerah menyusun anggaran awal dengan mengacu pada tahun sebelumnya, dan dilakukan revisi untuk menyesuikannya. Pada beberapa kasus, revisi dilakukan untuk menyesuaikan anggaran yang direncanakan dengan ketetapan pagu dan atau petunjuk teknis, yang biasanya datang setelah jadwal perencanaan anggaran di daerah. Selain itu, beberapa sumber pendanaan juga mensyaratkan persentase serapan tertentu untuk bisa dilakukan pencairan anggaran.

Gambar 11. Perubahan dan Deviasi Perubahan antara Anggaran Awal dan Anggaran Revisi, Intervensi Terkait *Stunting* 2015 – 2017



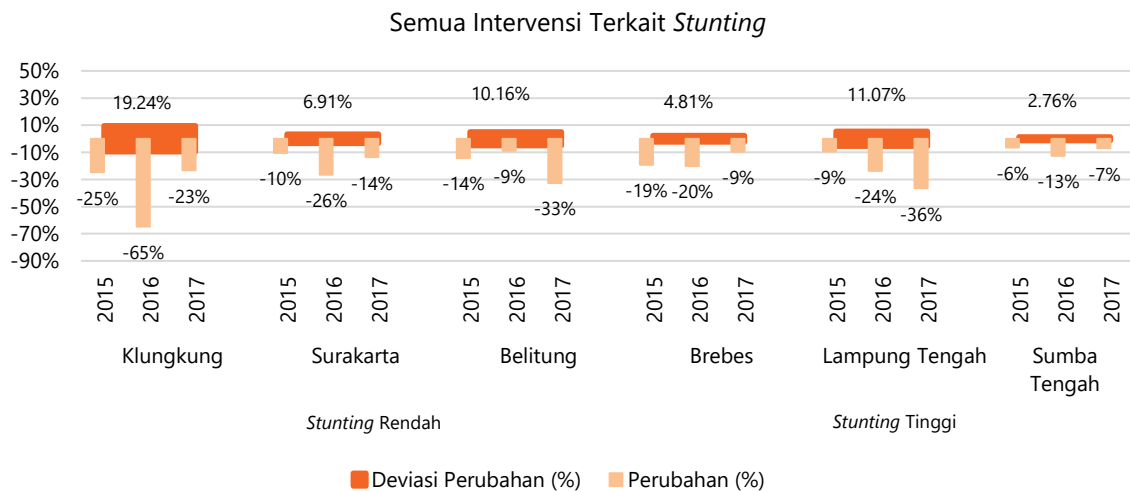
Sumber: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten/Kota, 2015 – 2017

b) Akurasi revisi anggaran dan perhitungan kemampuan penyerapan anggaran daerah

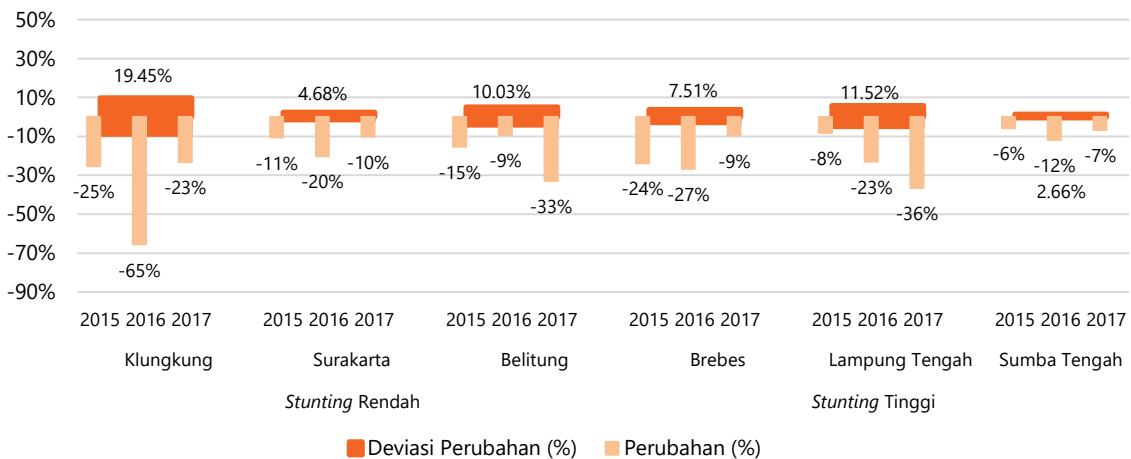
Akurasi revisi anggaran dan perhitungan kemampuan penyerapan anggaran daerah bisa dilihat dari perubahan dan deviasi antara anggaran revisi dengan realisasinya. Rata-rata realisasi anggaran terhadap anggaran revisi yang dialami seluruh daerah studi kasus selama 2015 hingga 2017 adalah sebesar -20%, dengan standar deviasi perubahan 14%. Berbeda dengan perubahan antara anggaran awal dan revisi yang variasinya naik dan turun, perubahan antara anggaran revisi dan realisasinya secara konsisten di semua daerah studi kasus adalah turun. Artinya, realisasi selalu lebih rendah dibandingkan anggaran revisi.

Klungkung, Lampung Tengah, dan Belitung adalah tiga daerah dengan rata-rata perubahan dan deviasi rata-rata perubahan antara anggaran revisi dan realisasi tertinggi. Deviasi terjadi di hampir semua intervensi, namun pendorong terbesar adalah intervensi sensitif dengan unit cost dan skala cakupan yang besar seperti intervensi terkait air bersih dan sanitasi, penyelenggaraan PAUD, dan Jampersal. Revisi yang kurang tepat membawa beban terhadap proses pelaksanaan anggaran di tingkat daerah. Namun, kemampuan daerah itu sendiri dalam melaksanakan anggaran (yang sudah direvisi) juga menjadi penyebab utama rendahnya serapan anggaran di berbagai daerah studi kasus.

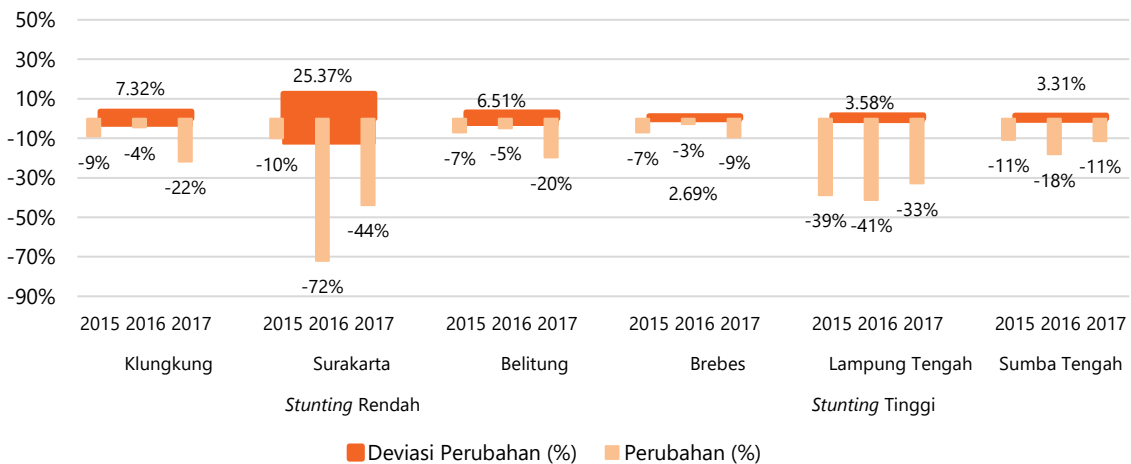
Gambar 12. Perubahan dan Standar Deviasi pada Perubahan antara Anggaran Revisi dan Realisasi Anggaran, Intervensi Terkait *Stunting* 2015 – 2017



Intervensi Sensitif



Intervensi Spesifik



Sumber: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten/Kota, 2015 – 2017

4.3.2 Penyerapan Anggaran

Penyerapan anggaran yang rendah menjadi masalah bagi semua daerah studi kasus. Selain itu, variasi perkembangan dan fluktuasi anggaran awal, revisi, dan realisasinya juga memperlihatkan bahwa tidak ada perbedaan antara daerah stunting tinggi dengan rendah, terkait perbaikan kapasitas dalam melaksanakan kegiatan dan menyerap anggaran.

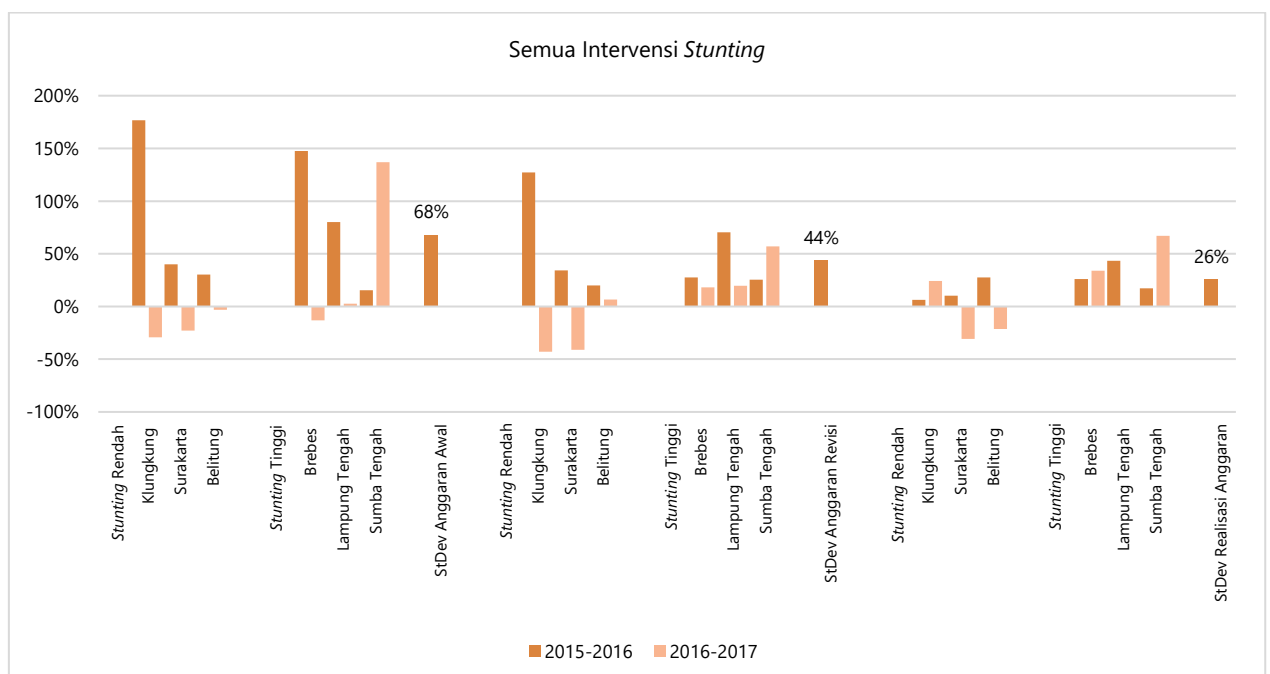
Revisi yang kurang tepat dan kemampuan melaksanakan anggaran yang rendah, membuat serapan anggaran oleh daerah menjadi rendah. Selain kendala pada proses pelaksanaan, berbagai permasalahan pada tahap perencanaan dan revisi anggaran mempengaruhi waktu pelaksanaan yang pada akhirnya berdampak kepada penyerapan anggaran. Hal lainnya adalah kapasitas pihak penyelenggara kegiatan tidak dapat berubah secara drastis mengikuti anggaran yang dialokasikan. Kekurangan personil (baik secara kuantitas maupun kapasitas) menjadi keluhan yang kerap disampaikan pemangkukepentingan mengenai hambatan dalam penyelenggaraan kegiatan intervensi.

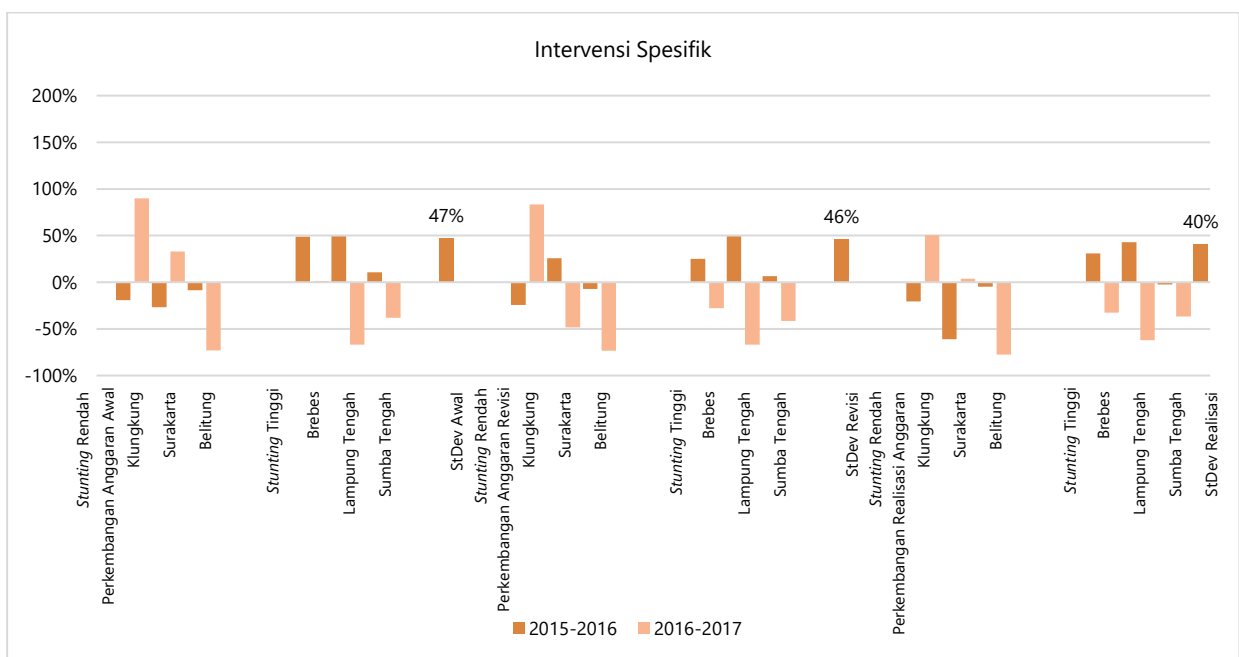
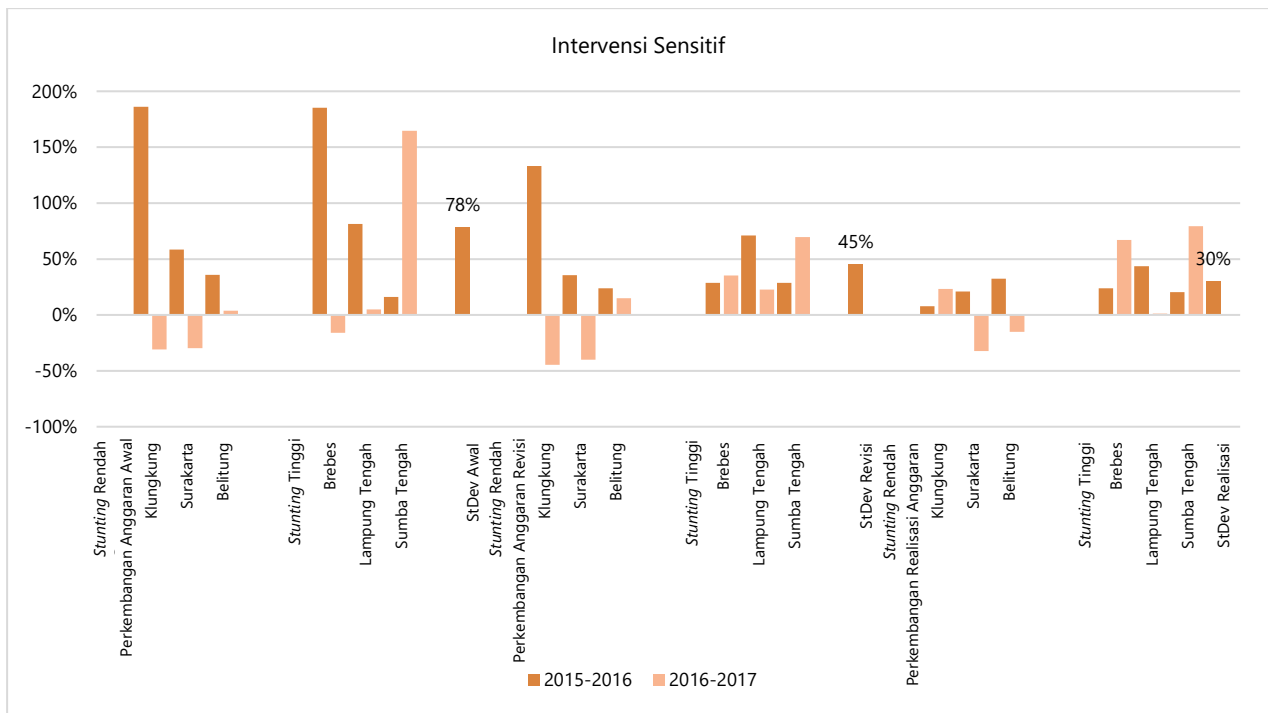
Hal tersebut berdampak pada tingkat penyerapan anggaran (realisasi) yang tidak berubah secara signifikan, terlepas dari perubahan besaran alokasi anggarannya.

Melihat perkembangan anggaran intervensi *stunting* secara umum selama tiga tahun, rata-rata fluktuasi terkecil terjadi pada realisasi anggaran, dengan deviasi 26%. Diikuti oleh anggaran revisi yang deviasinya sebesar 44%, dan yang terbesar adalah fluktuasi pada anggaran awal yang deviasinya mencapai 64%. Rata-rata fluktuasi intervensi *stunting* umum di semua daerah studi kasus adalah 46%, yang dominan didorong oleh fluktuasi pada anggaran intervensi sensitif yang deviasi rata-ratanya mencapai 51%. Tak terpaud jauh dari fluktuasi umum, anggaran intervensi spesifik deviasi perubahan rata-ratanya sebesar 44%. Sama seperti kecenderungan umum, pada intervensi sensitif maupun spesifik, fluktuasi terbesar terjadi pada anggaran awal, diikuti oleh revisi, dan realisasinya. Jika dilihat per daerah, maka yang fluktuasi anggaran awal terbesar dialami oleh Klungkung, Brebes, dan Sumba Tengah. Untuk realisasi anggaran, Brebes dan Klungkung adalah yang terkecil fluktuasinya, sementara empat daerah lainnya memiliki fluktuasi yang hampir sama berada pada kisaran 20% hingga 25%.

Fluktuasi realisasi anggaran yang relatif kecil menunjukkan bahwa tidak ada perbaikan kapasitas yang cukup signifikan dalam kemampuan pemerintah daerah melaksanakan kegiatan dan menyerap anggaran. Sedangkan, Fluktuasi anggaran awal dan revisinya yang relatif tinggi memperlihatkan bahwa perencanaan anggaran kurang mempertimbangkan kemampuan penyerapan anggaran daerah.

Gambar 13. Perubahan Nilai Anggaran, Anggaran Perubahan, dan Realisasi Anggaran, 2015 - 2017





Sumber: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten/Kota, 2015 – 2017

4.4 Studi Kasus: Alokasi Anggaran untuk PMT dan Imunisasi

Alokasi anggaran untuk kegiatan intervensi tampak tidak berkorelasi dengan indikator capaiannya. Kecenderungan jenis alokasi pada intervensi PMT relatif mirip antara daerah, dan sebaliknya untuk imunisasi yang sangat beragam. Namun keduanya sama-sama tidak bisa menjelaskan variasi capaian intervensi PMT maupun imunisasi.

Manajemen anggaran dan alokasinya memiliki peran penting bagi sebuah intervensi agar bisa memberi hasil yang baik. Dengan anggaran tertentu yang telah ditetapkan, para pengampu anggaran berupaya mengalokasikannya agar *cost-effective* hingga mencapai hasil dan dampak yang besar (Pearson, et.al., 2018 dan Scott, et.al., 2017).

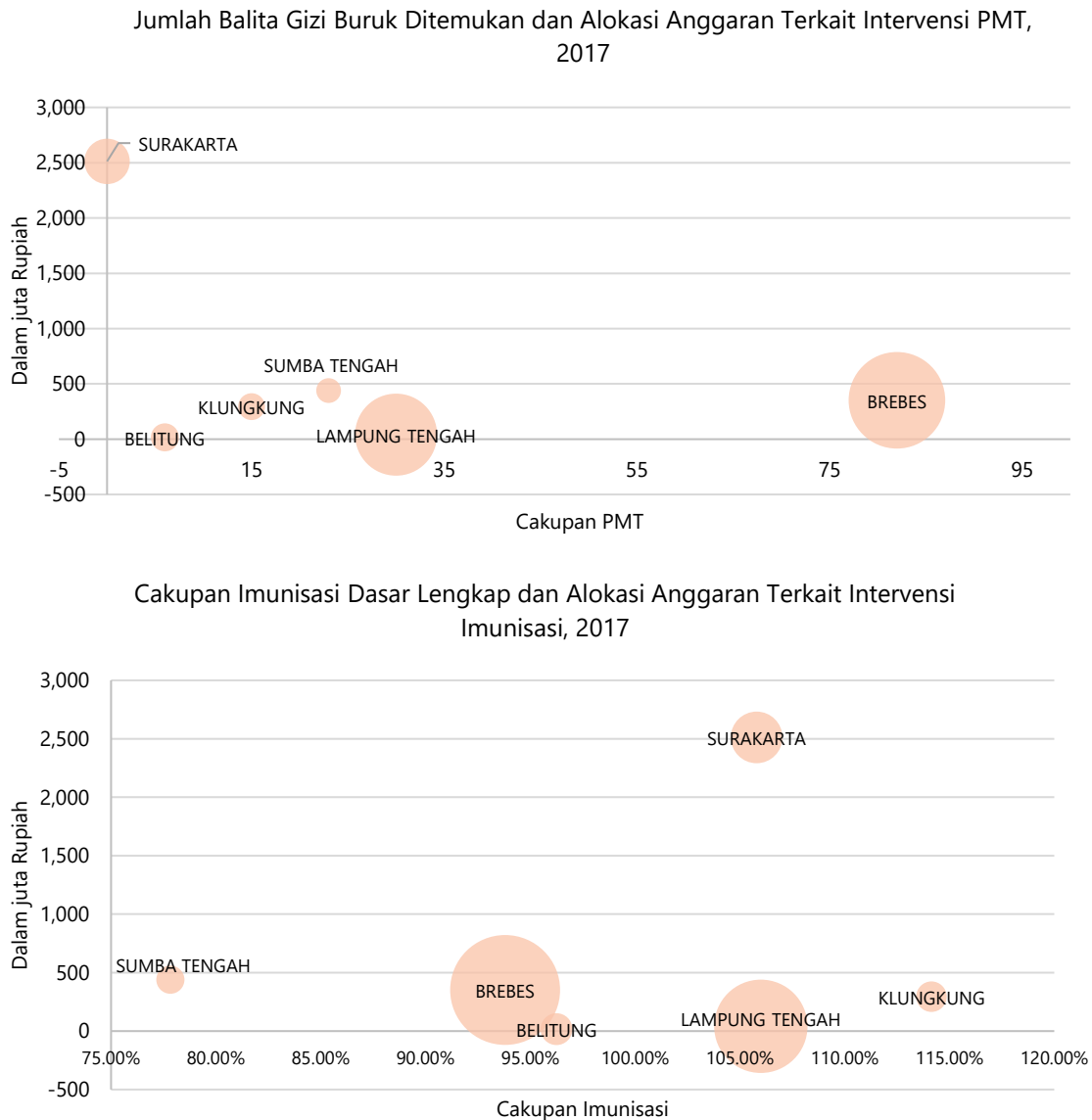
PMT dan imunisasi adalah dua intervensi yang memiliki anggaran terbesar diantara intervensi spesifik lainnya yang menjadi fokus studi kasus ini. Dalam kaitannya dengan *stunting*, PMT memiliki dua fungsi utama yakni sebagai intervensi preventif (pencegahan) dan juga kuratif (pemulihan) atas kasus gizi buruk. Sementara imunisasi lebih banyak terkait dengan upaya preventif, yakni meningkatkan kekebalan anak terhadap penyakit, untuk mencegah anak dari resiko gizi buruk. Bagian ini melihat bagaimana capaian kedua intervensi tersebut dan anggaran kegiatan terkait dua intervensi ini dialokasikan di masing-masing daerah studi kasus.¹¹

Terlepas dari anggaran yang dialokasikan tersebut, terdapat variasi yang mencolok antara daerah *stunting* tinggi dan rendah, pada indikator capaian terkait dengan intervensi gizi buruk, namun tidak untuk imunisasi yang sudah cukup tinggi di semua daerah terkecuali Sumba Tengah. Pada 2017, kasus balita gizi buruk ditemukan dan mendapat perawatan yang paling rendah adalah di Surakarta, Belitung, dan Klungkung. Ketiganya berada pada kelompok daerah dengan tingkat *stunting* rendah. Sementara kasus yang terbanyak ditemukan di Brebes, diikuti oleh Lampung Tengah, dan Sumba Tengah, yang merupakan daerah kelompok *stunting* tinggi. Untuk imunisasi, capaiannya tidak melihat kondisi *stunting* daerahnya. Cakupan imunisasi dasar lengkap pada 2017 yang tertinggi adalah Klungkung, Surakarta, dan Lampung Tengah. Diikuti oleh Belitung, Brebes, dan Sumba Tengah. Walau capaiannya paling rendah diantara semua, cakupan IDL di Sumba Tengah mengalami kenaikan yang sangat signifikan, hampir empat kali lipat dibanding cakupannya pada 2015.

Jika dilihat dari perkembangan capaiannya, terjadi peningkatan jumlah anak gizi buruk ditemukan di Lampung Tengah pada 2017 dibandingkan pada 2015. Penurunan jumlah terjadi di Brebes dan Sumba Tengah. Sementara daerah *stunting* rendah cenderung stagnan jumlahnya. Untuk imunisasi, peningkatan cakupan IDL terjadi di semua daerah studi kasus, namun peningkatan paling signifikan ditunjukkan oleh Sumba Tengah.

¹¹Untuk melihat capaian dari PMT, laporan ini memakai jumlah kasus gizi buruk yang ditemukan dan mendapat perawatan. Datanya didapat dari Profil Kesehatan Daerah, yang merupakan satu-satunya indikator keluaran yang bisa mewakili, walau hanya menjelaskan upaya kuratif pemberian PMT. Sementara untuk imunisasi, laporan ini menggunakan cakupan imunisasi dasar lengkap (IDL) yang juga bersumber dari Profil Kesehatan Daerah.

Gambar 14. Gambaran Capaian Tujuan Intervensi: Jumlah Balita Gizi Buruk dan Cakupan Imunisasi, 2017

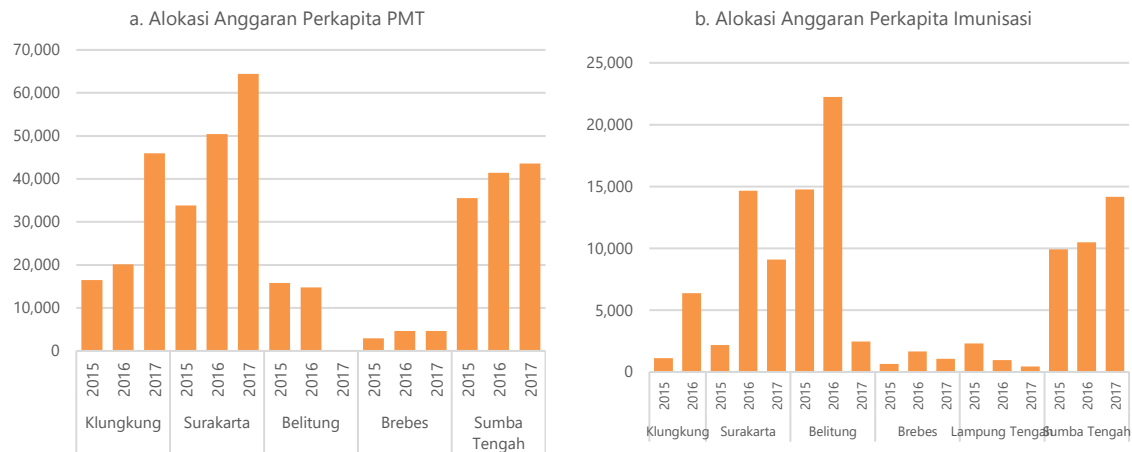


Sumber: DPA tahun 2015 – 2017 dan Profil Kesehatan Daerah 2017.

Dilihat dari alokasi anggaran perkapitanya, pada Gambar 15, Surakarta dan Sumba Tengah merupakan kabupaten/kota yang paling banyak menginvestasikan anggarannya untuk intervensi terkait PMT. Sementara untuk imunisasi, Belitung, Sumba Tengah, dan Surakarta yang memiliki alokasi anggaran perkapita yang terbesar. Hal ini mengindikasikan alokasi anggaran yang besar dirasakan manfaatnya oleh Sumba Tengah berupa peningkatan capaian intervensi pada 2017 dibandingkan dua tahun sebelumnya, sementara bagi daerah-daerah seperti Surakarta dan Belitung yang memang kondisinya sudah baik, anggaran yang besar lebih banyak dirasakan manfaatnya untuk mempertahankan status baiknya tersebut. Secara umum, kondisi yang dialami oleh Brebes dan Lampung Tengah terjelaskan oleh alokasi anggarannya yang memang terbatas. Sedangkan diantara daerah *stunting* rendah, terdapat Klungkung yang alokasi anggaran perkapitanya lebih rendah

namun bisa menghasilkan capaian yang hampir sama baiknya dengan Surakarta dan Belitung.

Gambar 15. Alokasi Anggaran Perkapita Intervensi Terkait PMT dan Imunisasi



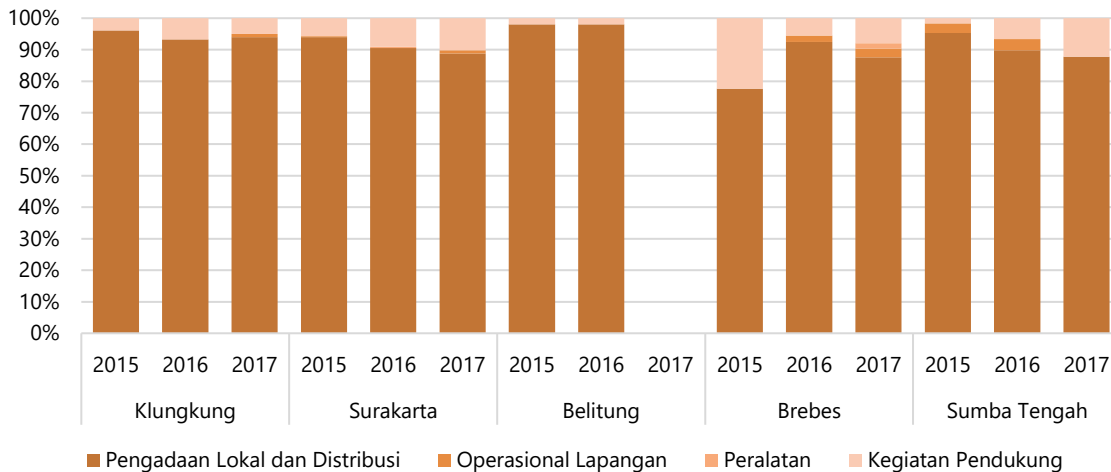
Sumber: DPA tahun 2015 – 2017.

Anggaran untuk PMT di semua daerah studi kasus mengalami kenaikan dari tahun ke tahun, hal ini menjadi indikasi semakin tingginya komitmen daerah dalam menyelenggarakan PMT lokal. Namun hal ini tidak berlaku bagi Lampung Tengah yang sama sekali tidak mengalokasikan PMT, dan secara penuh mengandalkan PMT yang diadakan oleh pemerintah pusat (Kemenkes). Pada 2017, ketiadaan anggaran kegiatan terkait PMT di Belitung disebabkan tidak adanya komunikasi dengan pusat terkait jenis PMT yang akan diluncurkan pusat.¹² Anggaran yang didedikasikan oleh Surakarta untuk PMT adalah yang paling besar diantara semua. Sementara itu, besaran anggaran untuk PMT di daerah-daerah kelompok *stunting* tinggi cukup kecil dibanding jumlah kelompok sasaran, dalam hal ini anak-anak yang mengalami masalah gizi buruk parah. Standar layanan intervensi yang tinggi tampak menjadi penjelas bagi besarnya alokasi anggaran PMT di Surakarta. Berbeda dengan daerah lainnya, intervensi PMT di Surakarta diberikan oleh tenaga kesehatan langsung kepada kelompok sasaran, dengan makanan jadi yang sudah disiapkan oleh jasa katering. Selain itu, juga ada pendampingan dari dokter pada periode tertentu.

Sebagian besar daerah menggunakan anggaran program PMT untuk membiayai kegiatan utama program tersebut, terutama untuk pengadaan bahan. Komposisi anggaran kegiatan pendukung dan operasional lapangan terbesar, terlihat di Brebes dan Sumba Tengah. Anggaran operasional yang besar di kedua daerah ini didorong oleh keberadaan lokasi terpencil, yang berimplikasi pada kebutuhan biaya untuk transportasi lokal. Diantara daerah *stunting* rendah, anggaran kegiatan pendukung terbesar dialokasikan oleh Surakarta. Komponen anggaran kegiatan pendukung biasanya terdiri dari sosialisasi dan pelatihan, kegiatan perencanaan, dan honor terkait kegiatan-kegiatan tersebut.

¹²Pemda Belitung khawatir akan terjadi tumpang tindih karena mengira bahwa program PMT dari pusat akan diberikan dalam bentuk susu sebagaimana yang sudah dilaksanakan oleh pemda

Gambar 16. Komposisi Alokasi Anggaran Intervensi Terkait PMT

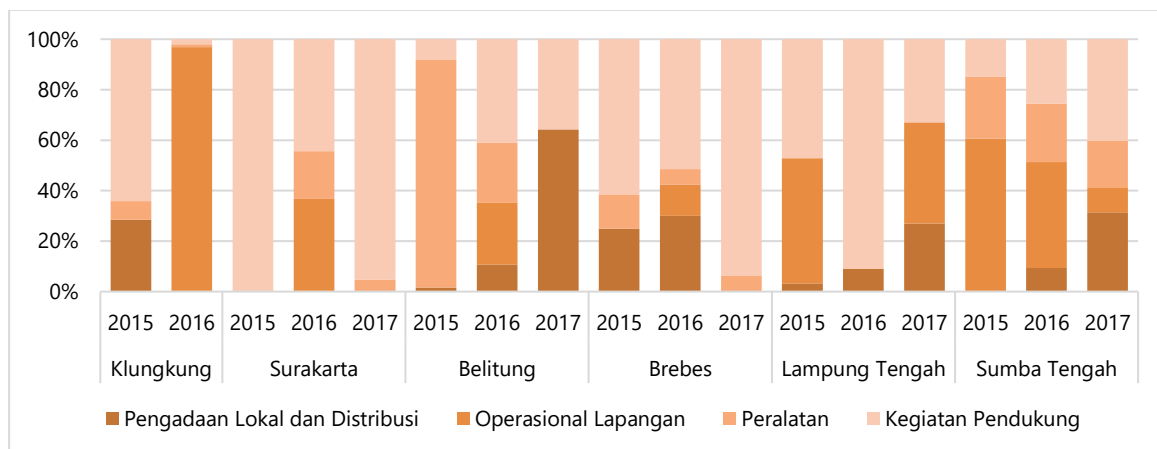


Sumber: DPA tahun 2015 – 2017.

Keterangan: Pengadaan mencakup pengadaan bahan PMT, Operasional mencakup transport baik untuk kader yang mendistribusi dan pelacakan kasus gizi untuk puskesmas, Peralatan seperti alat ukur panjang badan, timbangan dan microtois, dan kegiatan pendukung mencakup alat tulis kantor, konsumsi kegiatan, dan sejenisnya.

Berbeda dengan program PMT, alokasi anggaran untuk program imunisasi sangat beragam dan tidak memiliki pola yang jelas. Hal ini terjadi di seluruh daerah selain Sumba Tengah. Fluktuasi terjadi tidak hanya untuk besarnya, namun juga terkait dengan alokasinya. Hal ini terlihat pada proporsi rata-rata belanja terkait kegiatan utama terhadap total belanja program imunisasi sebesar 50,22% dan standar deviasi 29,69%. Fluktuasi ini pun terjadi tidak hanya antar daerah, namun juga antar tahun pada daerah yang sama. Fluktuasi antara lain disebabkan oleh pengadaan sarana penyimpanan pada tahun-tahun tertentu. Anggaran imunisasi di daerah-daerah studi kasus yang paling besar digunakan untuk kegiatan pelatihan dan sosialisasi, serta transportasi (untuk pengambilan dan pengantaran vaksin).

Gambar 17. Komposisi Alokasi Anggaran Intervensi Terkait Imunisasi



Sumber: DPA tahun 2015 – 2017.

Keterangan: Pengadaan seperti pengambilan dan pengiriman vaksin, operasional mencakup pelaksanaan acara seperti Pekan Imunisasi Nasional (PIN), Peralatan mencakup pembelian dan pemeliharaan alat seperti lemari es dan vaccine carrier, dan kegiatan pendukung termasuk pengeluaran alat tulis kantor, biaya konsumsi, dan pengeluaran terkait rapat (sosialisasi/perencanaan).

V. Penyelenggaraan Intervensi *Stunting* dalam Lingkup Penggunaan Anggaran: Studi Kasus Lima Intervensi Fokus

Lima intervensi fokus merupakan intervensi langsung dari pemerintah pusat.

Pemerintah pusat, melalui Kemenkes, bertanggungjawab untuk melakukan beberapa kegiatan, antara lain, menyediakan pedoman pelaksanaan, melakukan perencanaan kebutuhan barang intervensi, menentukan metoda perhitungan kebutuhan di daerah, menyediakan atau membeli barang intervensi, mendistribusikan barang intervensi minimal hingga provinsi—khusus untuk PMT hingga puskesmas, dan melakukan sosialisasi minimal hingga provinsi.

Pemerintah daerah menerima intervensi fokus sesuai jenis intervensi yang harus disampaikan kepada kelompok sasaran, yakni dalam bentuk makanan tambahan (biskuit), vaksin dan bahan pendukungnya (pencair, suntikan), tablet tambah darah Fe, kapsul vitamin A, dan zinc. Barang intervensi tersebut diserahkan oleh Kemenkes kepada Dinas Kesehatan Provinsi. Selanjutnya, barang intervensi diserahkan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota, dengan pengampu utama Dinas Kesehatan, untuk disampaikan kepada kelompok sasaran melalui puskesmas beserta jajarannya.

Selain menjadi penanggungjawab penyelenggaraan intervensi di wilayahnya, pemerintah daerah juga bertanggungjawab dalam menyelenggarakan kegiatan pendukung manajemen logistik barang intervensi dan kegiatan pendukung keberhasilan intervensi. Kegiatan pendukung manajemen logistik meliputi penyusunan rencana kebutuhan, penyimpanan, pendistribusian, dan pelaporan. Sementara itu, kegiatan pendukung keberhasilan intervensi di antaranya meliputi sosialisasi kepada penerima sasaran, pelatihan tenaga kesehatan, dan monitoring evaluasi (monev).

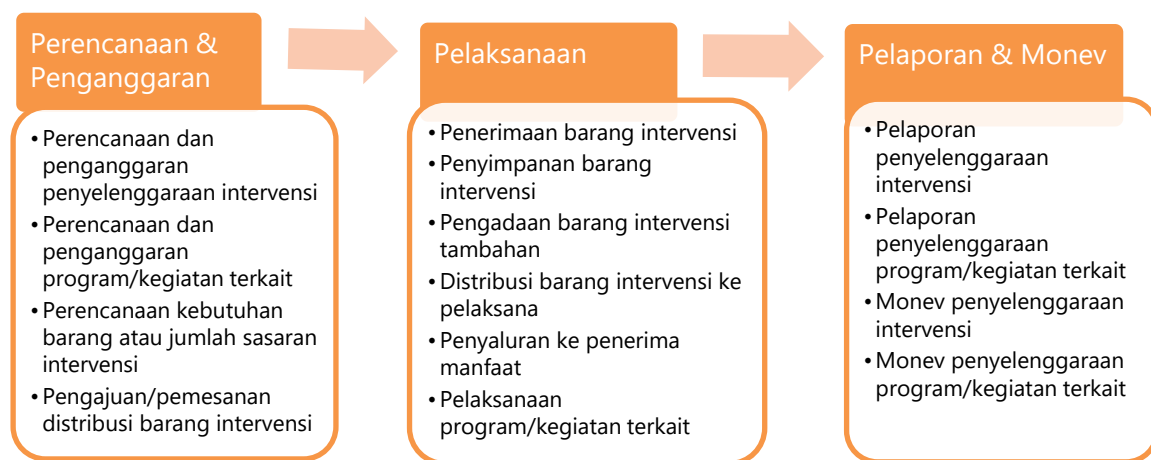
Beberapa pemerintah daerah juga mengadakan barang intervensi yang sama atau sejenis, baik sebagai komplementer atau tambahan barang intervensi fokus maupun sebagai program/kegiatan daerah. Pengadaan barang intervensi fokus tambahan biasanya dilakukan karena adanya keterlambatan distribusi dan kurangnya pasokan barang intervensi fokus, atau hanya untuk jaga-jaga jika kedua hal tersebut terjadi. Sementara itu, program/kegiatan daerah sejenis kebanyakan berupa PMT dalam bentuk lain seperti susu dan makanan siap konsumsi.

Secara umum, kegiatan terkait intervensi fokus di daerah studi masuk ke dalam kelompok Program Perbaikan Gizi Masyarakat, Program Obat dan Perbekalan Kesehatan, Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular, dan Program Upaya Kesehatan Masyarakat. Terdapat perbedaan pengelompokan, di daerah yang berbeda atau bahkan di daerah yang sama tetapi pada tahun anggaran yang berbeda. Contoh perbedaan payung program untuk intervensi yang sama terjadi pada

kasus imunisasi; Di Belitung, imunisasi berada di bawah Program Upaya Kesehatan Masyarakat, sedangkan di kabupaten/kota lainnya berada di bawah Program Pelayanan Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular.

Secara garis besar, penyelenggaraan intervensi fokus dan program/kegiatan terkait yang dilakukan pemerintah daerah meliputi tahapan perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan, serta pelaporan dan monev. Pelaksanaan semua kegiatan tersebut mengikuti siklus tahun anggaran. Jenis kegiatan pada setiap tahapan penyelenggaraan intervensi terangkum dalam Gambar 18.

Gambar 18. Alur Penyelenggaraan Intervensi Fokus dan Program/Kegiatan Terkait di Daerah



5.1 Perencanaan dan Penganggaran

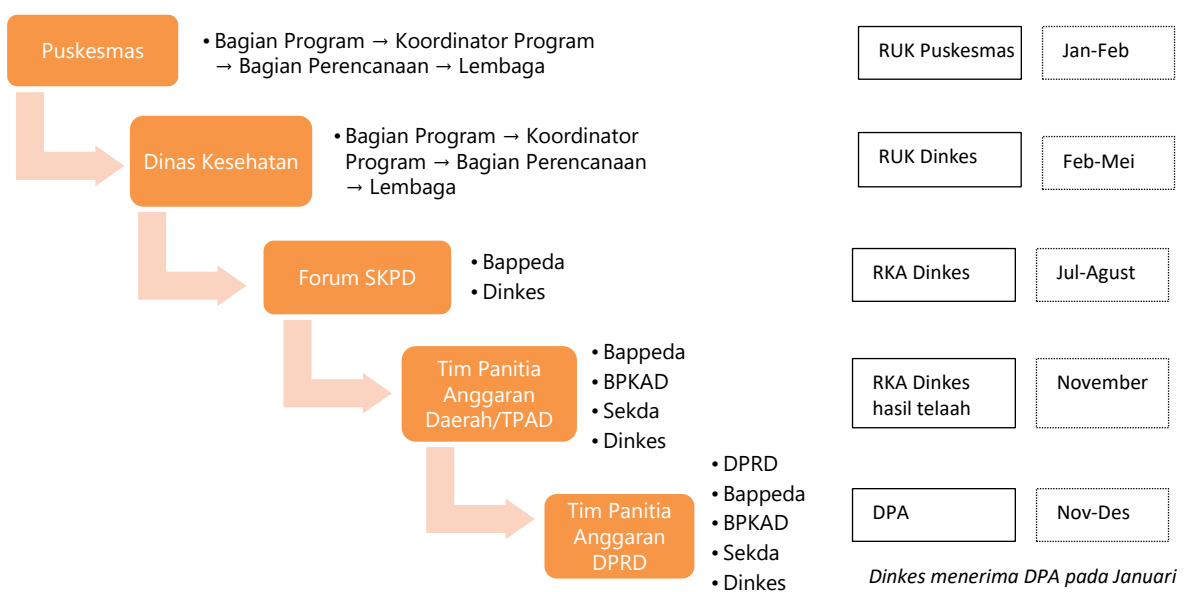
Dukungan pemerintah daerah untuk penyelenggaraan intervensi fokus dan program/kegiatan terkait didanai berbagai sumber pendanaan, antara lain APBD dari PAD dan dana transfer (DAK, DAU, dan DBH). Hal tersebut menimbulkan konsekuensi bagi Dinkes kabupaten/kota untuk menyusun beberapa perencanaan dan penganggaran sesuai dengan ketentuan masing-masing sumber pendanaan pada setiap tahun anggaran. Untuk kegiatan dengan sumber pendanaan DAK, perencanaan dan penganggarnya harus berkoordinasi dengan pemerintah provinsi (Dinkes dan Bappeda) dan pusat (Kemenkes, Kemenkeu, dan Bappenas) serta menggunakan aplikasi e-renggar. Sementara itu, untuk kegiatan dengan sumber pendanaan lain di APBD, perencanaan dan penganggarnya berkoordinasi dengan OPD terkait di tingkat kabupaten/kota (Bappeda, BPKAD, DPRD, dan kepala daerah) dan Kementerian Dalam Negeri, serta menggunakan aplikasi perencanaan dan keuangan daerah masing-masing.

5.1.1 Mekanisme perencanaan dan penganggaran

Perencanaan dan penganggaran kegiatan intervensi fokus dan program/kegiatan terkait mengikuti mekanisme dan jadwal yang sudah ditentukan serta dilaksanakan secara berjenjang. Perencanaan dan penganggaran dengan sumber pendanaan APBD dimulai dari puskesmas dengan memperhatikan usulan semua bagian, termasuk usulan

tenaga/sarana kesehatan di lingkup wilayah kerjanya, seperti bidan desa dan perawat yang ditempatkan di puskesmas pembantu (pustu), pos kesehatan desa (poskesdes), dan pondok bersalin desa (polindes). Hasil perencanaan puskesmas berupa Rencana Usulan Kegiatan (RUK) disampaikan ke Dinkes kabupaten/kota untuk dibahas dan dimatangkan bersama usulan internal Dinkes hingga menghasilkan RUK Dinkes. Selanjutnya, perencanaan tersebut akan melalui tiga tahapan pembahasan, yakni forum SKPD untuk menghasilkan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA), Tim Panitia Anggaran Daerah untuk menghasilkan RKA hasil telaah, dan Tim panitia anggaran DPRD untuk menghasilkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA). Secara garis besar tahapan kegiatan perencanaan tersebut dapat dilihat pada Gambar 19.

Gambar 19. Tahapan Kegiatan, Jadwal Perencanaan dan Penganggaran APBD



Perencanaan dan penganggaran DAK, baik DAK fisik maupun DAK nonfisik, mengikuti alur APBD. Namun, pada DAK, RKA hasil penelaahan TPAD diserahkan ke provinsi, kemudian ke pusat untuk diproses. Khusus pada DAK nonfisik, mekanisme seperti ini baru dilaksanakan sejak 2016; Sebelumnya, DAK nonfisik merupakan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang dikelola oleh Kemenkes dengan menggunakan mekanisme Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN).

Semua perencanaan, termasuk yang terkait intervensi fokus, pada dasarnya mengacu pada dokumen perencanaan daerah yang disusun dengan memperhatikan dokumen perencanaan nasional. Dokumen perencanaan daerah yang diacu terutama Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) yang disusun setiap awal tahun dan merupakan penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD). RKPD juga harus sinkron dengan Rencana Kerja Pemerintah (RKP) pusat dan RKPD provinsi. RKP pusat merupakan penjabaran tahunan dari RPJMN. Sementara itu, RPJMD disusun dengan memperhatikan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN).

Perencanaan dan penganggaran terkait intervensi fokus juga memperhatikan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan atau Rencana Strategis (Renstra), capaian/kinerja/output tahun sebelumnya, dan skala prioritas.

Program/kegiatan harus menunjang SPM dan pemerintah daerah akan mendapat sanksi dari pusat jika tidak melaksanakan SPM. Capaian/kinerja/output tahun sebelumnya yang terpantau dari laporan instansi kesehatan akan menentukan program/kegiatan apa yang akan dimasukkan ke dalam perencanaan; Di Belitung misalnya, jika target bebas malaria sudah tercapai maka bukan kegiatan pengobatan yang dibutuhkan melainkan kegiatan pemeliharaan dan kontrol. Sementara itu, skala prioritas menentukan jenis program/kegiatan yang diusulkan dan urutan pengusulannya.

Penentuan sumber pendanaan suatu program/kegiatan tergantung pada beberapa faktor, antara lain, kesesuaian jenis program/kegiatan dengan ketentuan/juknis sumber pendanaan dan besarnya anggaran yang dibutuhkan. Sumber pendanaan biasanya memiliki ketentuan tentang jenis penggunaan yang harus diacu dalam perencanaan, seperti DAK fisik untuk membiayai kegiatan pembangunan fisik dan DAK nonfisik antara lain untuk kegiatan pendukung pelayanan dan penyelenggaraan program seperti sosialisasi, distribusi, dan monev. Dilihat dari besarnya anggaran, program/kegiatan yang membutuhkan anggaran besar biasanya cenderung diajukan untuk menggunakan anggaran di luar APBD, seperti pembangunan puskesmas melalui DAK fisik.

5.1.2 Rencana kebutuhan barang intervensi

Berkaitan dengan perencanaan dan distribusi barang intervensi fokus yang disediakan pusat, Dinkes kabupaten/kota harus menyusun perencanaan kebutuhan barang. Perencanaan kebutuhan barang terdiri dari dua jenis, yakni perencanaan tahunan dan perencanaan distribusi. Perencanaan tahunan disampaikan setiap akhir tahun untuk keperluan pelaksanaan program tahun berikutnya, sedangkan perencanaan distribusi atau semacam *delivery order*, disampaikan setiap akan melakukan distribusi barang. Perencanaan tersebut harus mengacu pada Petunjuk Teknis Makanan Tambahan Balita, Ibu Hamil, dan Anak Sekolah dan pada Pedoman Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan yang dikeluarkan Kemenkes setiap tahun.

Kecuali untuk PMT, perencanaan kebutuhan barang intervensi fokus, baik untuk perencanaan tahunan maupun permintaan distribusi, dilakukan secara berjenjang.

Pembuatan perencanaan dimulai dari pemegang program/bagian di puskesmas yang menghitung perkiraan jumlah kebutuhan barang berdasarkan kohort sasaran. Hasil perhitungan di tingkat puskesmas diserahkan ke masing-masing bidang di Dinkes kabupaten/kota untuk diestimasi dan hasil perhitungannya diserahkan ke pusat melalui Dinkes provinsi.

Meskipun pengajuannya berjenjang, penentuan jumlah sasaran atau kebutuhan barang intervensi tidak selalu bersifat *bottom up*. Pengajuan yang bersifat *bottom up* biasanya dilakukan pada pengajuan distribusi barang. Pada pelaksanaan kegiatan ini, pemegang program/bagian di puskesmas mengajukan kebutuhan berdasarkan data jumlah sasaran dan stok barang di puskesmas beserta jajarannya, seperti bidan desa (poskesdes/polindes) dan perawat (pustu). Data register posyandu yang berisi jumlah kelompok sasaran berdasarkan kedatangan dan pelayanan di posyandu juga menjadi

pendukung. Sementara itu, pada perencanaan tahunan, biasanya jumlah sasaran intervensi tidak berdasarkan data riil melainkan hasil estimasi yang rumus dan sumber datanya sudah ditentukan oleh pusat.

Rencana kebutuhan vaksin, vitamin A, dan zinc dimasukkan ke dalam rencana kebutuhan obat (RKO). RKO dihitung oleh Tim Perencana Obat (TPO) atau bagian farmasi berdasarkan data persediaan di berbagai layanan kesehatan, pemakaian tahun sebelumnya, dan kebutuhan yang dimuat dalam Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO). RKO diajukan setahun sekali, namun permintaan pengadaan diajukan setiap 1-3 bulan ketika persediaan menipis. Untuk Vitamin A, pengajuannya disampaikan menjelang pemberian intervensi setiap Februari dan Agustus.

Penyelenggaraan imunisasi, termasuk rencana kebutuhan vaksin, selama 2015–2017 diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No.42/2013¹³, yang dalam pelaksanaannya ada variasi antar wilayah. Variasi dimungkinkan karena Permenkes tersebut menyatakan bahwa jumlah bayi baru lahir (untuk penentuan jumlah sasaran penerima) dihitung/ditentukan berdasarkan angka yang dikeluarkan oleh BPS atau sumber resmi lain, serta dapat juga dihitung dengan rumus CBR (Crude Birth Rate atau angka kelahiran kasar) dikalikan jumlah penduduk. Karenanya, ada daerah yang menggunakan data BPS dan ada juga yang mengestimasi dari jumlah penduduk. Di Belitung dan Surakarta, Dinkes kabupaten mengestimasi jumlah sasaran berdasarkan data jumlah penduduk hasil pendataan instansi kependudukan dan catatan sipil setempat karena dinilai dapat menyediakan data update setiap tahun.

Khusus untuk PMT, hingga pelaksanaan 2018 tidak ada perencanaan/pengajuan dari bawah, termasuk dari kabupaten/kota, karena alokasinya ditentukan oleh pusat. Alokasi PMT untuk ibu hamil KEK dan balita kurus dihitung dengan menggunakan rumus angka prevalensi dikalikan dengan angka proyeksi masing-masing daerah. Kemenkes menggunakan angka prevalensi hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) untuk perencanaan 2016–2018 dan menggunakan data RISKESDAS 2018 untuk perencanaan 2019. Sementara itu, untuk angka proyeksi, Kemenkes menggunakan data Pusdatin Kemenkes sebagaimana diatur dalam Permenkes.

5.1.3 Faktor pendukung proses perencanaan dan penganggaran

Ketersediaan anggaran dari berbagai sumber memudahkan perencanaan penyelenggaraan intervensi dan kegiatan pendukungnya. Intervensi fokus yang merupakan program pusat memiliki kepastian dari sisi ketersediaan anggaran, baik yang disediakan pusat maupun daerah. Perencana di daerah cenderung berkonsentrasi pada perencanaan kegiatan terkait penyelenggaraan intervensi dan pendukungnya.

Jejaring komunikasi informal yang dibangun oleh para pengampu program/kegiatan, membantu mempercepat penyebaran informasi. Informasi mengenai pagu anggaran dan juknis dari pusat yang kerap datang terlambat seringkali terbantu dengan adanya informasi awal atau *softcopy* juknis versi hampir final yang disebar melalui jejaring komunikasi, utamanya grup WhatsApp. Melalui jejaring tersebut,

¹³Pada 2017 peraturan ini diperbaharui menjadi Permenkes No.12/2017

pengampu di Dinkes kabupaten/kota juga dapat melakukan koordinasi dengan puskesmas-puskesmas di bawahnya. Grup ini juga kerap dipakai sebagai media pengiriman data yang dibutuhkan secara cepat, semisal ketika ada data kurang pada saat pembahasan perencanaan dan penganggaran.

Aplikasi online membantu proses perencanaan dan meningkatkan akuntabilitas penganggaran. Kemudahan yang ditawarkan oleh aplikasi online yang dibangun Kemenkes, Kemendagri, dan Bappenas serta diterapkan di semua wilayah studi adalah proses perencanaan menjadi lebih cepat dan ringkas. Proses penganggaran menjadi lebih terbuka dan verifikasinya bisa dilakukan dengan lebih cepat. Panduan teknis dan pedoman pemakaian aplikasi dinilai mudah untuk diikuti. Fitur yang disediakan juga cukup membantu. Terutama e-renggar, yang tidak hanya menyediakan fitur perencanaan dan penganggaran, namun juga fitur monitoring dan evaluasi dari pelaksanaan. Selain itu, ada e-desk untuk mempersingkat rangkaian rakor yang harus dilalui dalam perencanaan. Untuk pengadaan vaksin dan obat, juga ada aplikasi e-logistik, dan e-monev katalog.

Rapat koordinasi (rakor) atau biasa disebut “desk” membantu memastikan koordinasi di dalam lembaga dan antar instansi di level administrasi pemerintahan yang berbeda, serta memastikan tidak ada tumpang tindih. Rakor dilaksanakan di level kabupaten/kota hingga nasional. Rakor perencanaan berfungsi di antaranya untuk (i) membahas usulan kegiatan, (ii) menetapkan kegiatan yang akan diprioritaskan, (iii) membahas perencanaan penggunaan dana, dan (iv) memastikan kegiatan yang diusulkan memiliki sumber pendanaan yang tepat. Selain itu, pelaksanaan rakor pada tahap perencanaan berperan untuk memastikan terjadinya koordinasi di dalam lembaga dan antar lembaga pada level administrasi pemerintahan yang berbeda agar dapat meminimalkan potensi terjadinya tumpang tindih kegiatan.

5.1.4 Faktor penghambat proses perencanaan dan penganggaran

Beban pembuatan perencanaan berbagai kegiatan/program dan berbagai sumber pendanaan tidak dibarengi dengan ketersediaan SDM yang memadai. Para pengampu program, khususnya di tingkat kabupaten/kota, cukup tersita waktunya untuk memenuhi berbagai proses terkait perencanaan dan penganggaran, termasuk rangkaian konsultasi-diskusi-koordinasi internal lembaga dan dengan berbagai instansi di tingkat daerah dan pusat, terutama menjelang akhir tahun. Pada saat yang bersamaan, para pengampu program juga harus menunaikan tanggungjawabnya untuk melaksanakan program/kegiatan, termasuk pelayanan kesehatan. Adanya beban ganda bagi aparat dan tenakes di berbagai level tersebut berimplikasi pada kegiatan perencanaan yang kurang maksimal. Pada beberapa kasus, para pengampu dan perencana melakukan *copypaste* perencanaan (kegiatan dan anggaran) tahun sebelumnya, kemudian melakukan penyesuaian. Terkait beban ganda ini, informan antara lain menyampaikan:

“Konsentrasi kita kan bukan mengisi aplikasi (catatan: aplikasi untuk perencanaan) akan tetapi menyelesaikan berbagai persoalan yang ada” (Surakarta, Perempuan, 50 tahun).

“Saya keteteran... waktu sering mepet... bagian perencanaan tidak punya, kami kan SDMnya segini segini saja... saya harus pegang enam program (catatan: perencanaan juga untuk enam program). Belum lagi laporan bulanan, undangan lintas sektor, dan dekon di provinsi” (Belitung, perempuan, 43 tahun).

Dari sisi SDM, selain ada masalah kuantitas yang menyebabkan peran ganda, juga ada masalah kualitas dan tingginya mutasi. Kualitas SDM untuk melakukan perencanaan masih terbatas. Hal tersebut tampak dari sangat minimnya inovasi program/kegiatan dari daerah. Daerah cenderung hanya menjalankan program/kegiatan dari pusat. Masalah kualitas SDM juga terpantau dari adanya tenaga yang kurang menguasai aplikasi perencanaan online. Terpantau pula bahwa kapasitas penguasaan SDM di Jawa adalah lebih baik. Di luar Jawa ada yang tetap menggunakan berkas hard copy alih-alih secara online karena alasan tidak biasa. Sementara itu, tingginya mutasi SDM hanya ditemukan di Lampung yang tidak dibarengi dengan alih informasi/pengetahuan yang memadai.

Terkait sumber pembiayaan DAK, terdapat ketidaksinkronan jadwal pusat dengan daerah dalam hal penentuan pagu anggaran yang mengganggu pelaksanaan perencanaan. Seperti APBD, perencanaan dan penganggaran DAK nonfisik harus diselesaikan kabupaten/kota menjelang akhir tahun. Namun, tidak seperti APBD yang informasi tentang pagunya sudah diperoleh Dinkes pada sekitar September-Oktober, pagu DAK nonfisik biasanya baru diterima Dinkes menjelang akhir tahun. Karenanya pengampu di kabupaten/kota harus melakukan revisi perencanaan dan penganggaran yang dibuat berdasarkan pagu tahun sebelumnya dalam waktu singkat. Kasus di salah satu kabupaten dengan *stunting* rendah, Dinkes hanya memiliki waktu 10 hari untuk merevisi, padahal kegiatan tersebut harus melalui tahapan pengusulan dari beberapa bagian.

Ketidaksinkronan jadwal pusat dengan daerah juga terjadi pada penyampaian juknis DAK. Juknis DAK nonfisik yang antara lain berisi pedoman penggunaan anggaran biasanya diterima daerah pada bulan Februari tahun pelaksanaan program/kegiatan. Sementara itu, perencanaannya sudah selesai dibuat pada akhir tahun sebelumnya dengan berpatokan pada juknis sebelumnya. Merupakan hal yang jamak bahwa aturan baru biasanya memiliki perbedaan dengan yang sebelumnya, meskipun tidak banyak. Hal tersebut menimbulkan konsekuensi kepada pengampu program untuk melakukan revisi atau penyesuaian pada sekitar bulan Maret yang harus diajukan kembali kepada instansi lain yang terkait.

Hal lain yang mempersulit kerja para perencana adalah adanya instruksi dari kepala daerah mengenai efisiensi yang kerap datang mendadak. Kabupaten dengan *stunting* tinggi pernah hanya mendapat waktu beberapa hari untuk melakukan revisi karena adanya instruksi efisiensi anggaran yang mendadak.

Sementara itu, rakor yang jumlahnya cukup banyak dan dilakukan di berbagai tingkat pemerintahan memakan banyak waktu dan sumber daya. Dalam setiap rakor setidaknya hadir operator dan atau programmer, tergantung keperluannya. Beberapa rakor yang membutuhkan pengambilan keputusan juga mengharuskan untuk dihadiri pejabat pengampu. Jika rakor dilakukan di luar daerah—di provinsi atau pusat, maka aparat pengampu terpaksa meninggalkan pekerjaan rutinnya. Gangguan ini lebih terasa di tingkat puskesmas, karena selama pengampu anggaran atau program pergi melakukan rakor, tugas pelayanannya di puskesmas menjadi terbengkalai.

Masalah teknis menghambat efektivitas penggunaan aplikasi online untuk perencanaan. Di beberapa lokasi, ketersediaan sarana komputer dan jaringan internet

yang masih terbatas menghambat penggunaan aplikasi online. Isu lain muncul ketika aplikasi perencanaan dan penganggaran—terutama yang dikembangkan secara mandiri, tidak kompatibel dengan aplikasi pemerintah pusat. Di Kota Surakarta, perbedaan format antara aplikasi pusat dengan aplikasi yang dikembangkan daerah, menyebabkan operator harus melakukan input ulang sehingga menambah beban pekerjaan. Sementara itu, di Belitung terdapat keluhan tumpang tindih penyediaan data karena adanya permintaan berbagai lembaga dari berbagai level pemerintahan dengan disertai format masing-masing yang berbeda, sehingga pelaksana program harus beberapa kali menginput ulang.

Reliabilitas data yang merupakan sumber penting bagi perencanaan, masih rendah sehingga data yang dikumpulkan daerah belum tentu dipakai untuk perencanaan dan penganggaran program strategis pemerintah pusat. Sebagian besar perhitungan jumlah kebutuhan intervensi fokus menggunakan data estimasi, bukan data riil. Data riil yang ada mengandung bias karena dihitung berdasarkan kedatangan dan jumlah layanan yang diberikan. Proses pengambilan data tidak didukung dengan sarana ukur dan input data (komputer) yang memadai. Tenaga kesehatan garda terdepan yang menjadi tumpuan pengambilan data juga tidak semuanya terlatih dengan baik. Keberadaan software penghitung status gizi pun dianggap kurang membantu karena ketiadaan fitur ekspor data, sehingga bidan desa harus menginput ulang hasil perhitungannya secara manual.

Akan tetapi, perencanaan yang hanya menggunakan data estimasi sasaran juga menimbulkan masalah ketidaksesuaian dengan kebutuhan. Perencanaan untuk vaksin yang menggunakan estimasi hasil perhitungan kabupaten/kota berdasarkan ketentuan pusat, cenderung mempunyai jumlah sasaran yang lebih besar dari pada jumlah riil. Akibatnya, pelaksana di daerah kesulitan dalam mencapai target cakupan yang ditetapkan pusat. Perencanaan PMT yang diestimasi di tingkat pusat juga cenderung memiliki sasaran yang lebih besar sehingga PMT tidak tersalurkan atau disalurkan kepada bukan sasaran. Akibatnya, seperti kasus di Balitung, PMT tahun 2017 pun masih menumpuk di puskesmas dan poskesdes.

Gambar 20. PMT 2017 Masih Tersedia Ketika PMT 2018 Datang



PMT 2017 di gudang puskesmas



Sebagian PMT 2017 di polindes



PMT 2018 baru datang di puskesmas

5.2 Pelaksanaan

Teknis pelaksanaan intervensi fokus antarwilayah studi cenderung tidak berbeda. Hanya saja terdapat perbedaan faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan, seperti akses wilayah dan sarana penyimpanan, yang kemungkinan berpengaruh pada kualitas intervensi.

Secara umum, barang intervensi dari pusat memenuhi kebutuhan daerah bahkan cenderung berlebih karena terdapat *buffer stock* 10% dari perkiraan kebutuhan.

Kasus kekurangan atau keterlambatan pengadaan hanya sedikit terjadi sehingga dinas kesehatan kabupaten/kota atau puskesmas melakukan pengadaan sendiri. Kasus tersebut pernah terjadi di Klungkung pada pengadaan zinc, vitamin A, dan Fe, Serta di Surakarta pada mengadakan vitamin A dan zinc.

5.2.1 Distribusi

Alur distribusi dilaksanakan secara berjenjang melalui instansi kesehatan di setiap level pemerintahan, kecuali untuk PMT yang sejak 2018 menggunakan jasa pihak ketiga. Pada pendistribusian vaksin, Fe, vitamin A, dan zinc, pusat mengirimkan ke provinsi, untuk disampaikan ke kabupaten/kota dan puskesmas. Khusus untuk PMT, setelah pusat melakukan kerja sama dengan pihak ketiga, provinsi dan kabupaten/kota tidak lagi menjadi jalur distribusi secara fisik—Pihak ketiga langsung mendistribusikan ke puskesmas. Provinsi dan kabupaten/kota terlibat dalam koordinasi dan memastikan keamanan penyimpanan dan pendistribusian PMT oleh pihak ketiga hingga sampai ke puskesmas dalam jumlah yang sesuai dan kondisi baik.

Cara pendistribusian dari provinsi hingga ke puskesmas bervariasi antar wilayah dan antar jenis intervensi. Pada distribusi Fe, Vitamin A, dan Zinc di empat kabupaten/kota studi, yakni Klungkung, Surakarta, Belitung, dan Sumba Tengah, provinsi mengirim ke kabupaten/kota. Sementara di Brebes dan Lampung Tengah, kabupaten yang mengambil ke provinsi. Pada pendistribusian dari kabupaten/kota ke puskesmas, di Klungkung, Belitung, dan Sumba Tengah, dinas kesehatan yang mengirimkan ke puskesmas, sedangkan di Surakarta, Brebes, dan Lampung Tengah puskesmaslah yang mengambil ke kabupaten/kota. Pada pendistribusian vaksin, puskesmas mengambil ke kabupaten/kota, kecuali di Sumba Tengah yang diantar oleh kabupaten ke puskesmas. Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh ketersediaan *cold chain* atau *vaccine carrier* di puskesmas. Variasi cara pendistribusian tersebut menimbulkan konsekuensi biaya karena biasanya lembaga yang melakukan pengiriman/pengambilan yang akan menanggung biayanya sehingga harus menganggarkan dari APBD atau DAK nonfisik.

Tabel 5. Alur Distribusi Lima Intervensi Fokus

	Klungkung	Surakarta	Belitung	Brebes	Lampung Tengah	Sumba Tengah
PMT	Sampai 2017: berjenjang Sejak 2018: Pusat melalui pihak ketiga → puskesmas	Sampai 2017: berjenjang Sejak 2018: Pusat melalui pihak ketiga → puskesmas	Sampai 2017: berjenjang Sejak 2018: Pusat melalui pihak ketiga → puskesmas	Sampai 2017: berjenjang Sejak 2018: Pusat melalui pihak ketiga → puskesmas	Sampai 2017: berjenjang Sejak 2018: Pusat melalui pihak ketiga → puskesmas	Sampai 2017: berjenjang Sejak 2018: Pusat melalui pihak ketiga → puskesmas
Imunisasi	Berjenjang: Pusat → provinsi ← kota ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi → kota ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi → kabupaten ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi ← kabupaten ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi ← kabupaten ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi → kabupaten → puskesmas
TTD: Fe	Berjenjang: Pusat → provinsi ↔ kota → puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi → kota ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi → kabupaten → puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi ← kabupaten ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi ← kabupaten ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi → kabupaten ↔ puskesmas
Vitamin A	Berjenjang: Pusat → provinsi → kota → puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi → kota ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi → kabupaten → puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi ← kabupaten ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi ← kabupaten ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi → kabupaten → puskesmas
Zinc	Berjenjang: Pusat → provinsi → kota → puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi → kota ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi → kabupaten → puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi ← kabupaten ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi ← kabupaten ← puskesmas	Berjenjang: Pusat → provinsi → kabupaten → puskesmas

Keterangan: → mengirim

← mengambil

↔ mengirim, tetapi lembaga di tingkat pemerintahan lebih rendah bisa mengambil sendiri jika kehabisan stok atau jumlah pengambilannya sedikit

Cara pendistribusian dari puskesmas ke lembaga pelaksana di tingkat masyarakat bervariasi. Pada sebagian kasus, puskesmas mengantar barang intervensi, bahkan banyak tenaga puskesmas yang sekaligus menjadi pelaksana penyaluran ke sasaran penerima. Pada sebagian kasus lainnya, pelaksana di tingkat masyarakat yang mengambil barang intervensi ke puskesmas. Kedua cara pendistribusian tersebut penganggarannya dikelola oleh puskesmas dengan menggunakan anggaran dari APBD atau DAK nonfisik.

5.2.2 Penyimpanan

Setiap instansi kesehatan di tingkat provinsi ke bawah melakukan penyimpanan barang intervensi yang lamanya bervariasi antar instansi dan antar jenis intervensi.

Dinas kesehatan tingkat provinsi cenderung melakukan penyimpanan lebih lama dibanding instansi kesehatan di tingkat pemerintahan lebih rendah. Hal tersebut antara lain dipengaruhi oleh aturan, ketersediaan tempat penyimpanan yang memadai, dan fungsi lembaga sebagai menyuplai kebutuhan lembaga lain di wilayah kerjanya.

Semua lembaga mempunyai tempat penyimpanan obat-obatan, termasuk untuk menyimpan barang intervensi berupa vitamin A, Fe, dan zinc. Di dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota terdapat bangunan khusus atau gudang farmasi. Di puskesmas terdapat tempat khusus seperti layaknya apotik yang juga berfungsi untuk melayani pemberian obat kepada pasien. Sementara itu, di poskesdes dan bidan desa tersedia lemari obat.

Tempat penyimpanan PMT balita dan PMT ibu hamil tidak selalu sesuai ketentuan. Sejak 2018 hanya puskesmas ke bawah yang menyediakan tempat penyimpanan PMT. Untuk menjaga kualitas, semestinya PMT tidak disimpan langsung di lantai. Namun, karena keterbatasan sarana, khususnya di Belitung, ditemui puskesmas dan poskesdes/bidan desa yang menaruh PMT di lantai tanpa alas apapun.

Khusus untuk vaksin yang aturan penyimpanannya lebih ketat, dinas kesehatan kabupaten/kota dan puskesmas beserta jajarannya belum memiliki ruang penyimpanan khusus dan di wilayah yang sulit diakses terdapat masalah terkait pengiriman dan penyimpanan. Di dinas kesehatan dan puskesmas, vaksin disimpan di dalam *cool box* besar, sejenis kulkas dengan bukaan dari atas. Saat dibawa oleh para pelaksana (bidan desa), biasanya vaksin hanya disimpan dalam *cool box* kecil. Semestinya, para pelaksana mengambil vaksin dari puskesmas pada hari pemberian vaksin kepada sasaran dan mengembalikan sisanya ke puskesmas pada hari yang sama. Namun, pada kasus desa yang jauh dari puskesmas, seperti terjadi di Brebes dan Lampung Tengah, vaksin terpaksa menginap 1-2 malam dengan disimpan dalam *cool box* khusus atau dalam kulkas biasa. Bahkan di Sumba Tengah, untuk sampai ke tingkat kabupaten vaksin membutuhkan waktu sekitar satu minggu karena diangkut dengan kapal laut—Pada penyaluran ke desa-desa yang jauh dari puskesmas, terdapat kendala akses dan transportasi sehingga vaksin semakin lama berada di perjalanan. Lamanya perjalanan tersebut dapat mengganggu kualitas vaksin meskipun para informan menyatakan bahwa vaksin masih dalam kondisi layak pakai.

5.2.3 Penyaluran kepada kelompok sasaran

Penyaluran intervensi fokus kepada kelompok sasaran ada sedikit variasi antar jenis intervensi dan antar wilayah. Di semua wilayah, bidan desa dan kader posyandu merupakan ujung tombak penyaluran intervensi fokus. Di desa yang terdapat perawat/pustu, tenaga kesehatan ini juga dilibatkan, khususnya dalam penyaluran zinc. Puskesmas juga menyalurkan barang intervensi kepada sasaran, khususnya kepada sasaran yang memeriksakan diri ke puskesmas. Khusus untuk PMT balita, puskesmas menyerahkannya di posyandu bersamaan dengan kegiatan posyandu.

Tabel 6. Mekanisme Pemberian Barang Intervensi Fokus kepada Sasaran

Jenis Intervensi	Cara Pemberian
PMT balita	Diberikan oleh tenaga puskesmas pada saat pelaksanaan posyandu. Bagi sasaran yang tidak hadir di posyandu, disampaikan melalui kader posyandu
PMT ibu hamil	Ada variasi antar daerah: <ul style="list-style-type: none">• Klungkung dan Sumba: diberikan oleh puskesmas setelah melalui pemeriksaan atau ada rujukan dari bidan desa• Surakarta dan Brebes: diberikan oleh puskesmas atau melalui bidan dan kader posyandu setelah ada pemeriksaan• Belitung: diberikan oleh bidan desa atau bidan puskesmas setelah melalui pemeriksaan• Lampung Tengah: diberikan oleh bidan atau kader posyandu berdasarkan hasil pemeriksaan bidan
Imunisasi	<ul style="list-style-type: none">• Di Klungkung: diberikan di poskesdes setiap minggu oleh bidan desa• Lima wilayah lain: diberikan di posyandu setiap bulan oleh bidan desa dan puskesmas• Di semua wilayah: diberikan juga di<ul style="list-style-type: none">- puskesmas.- bidan praktik, dokter praktik, klinik, dan rumah sakit dengan membayar biaya jasa.
TTD: Fe	Diberikan setiap bulan oleh bidan desa dan puskesmas kepada ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya atau yang hadir di posyandu dan kelas ibu hamil
Vitamin A	Diberikan oleh tenaga kesehatan tingkat desa (perawat/bidan) atau tenaga puskesmas dengan dibantu kader posyandu setiap Februari dan Agustus
Zinc	Diberikan oleh tenaga kesehatan tingkat desa (perawat/bidan) atau puskesmas kepada balita diare yang memeriksakan diri

Penentuan sasaran penerima dilakukan oleh puskesmas beserta jajarannya, dengan dibantu kader posyandu. Pada intervensi PMT penentuan sasaran dilakukan melalui penimbangan berat badan balita dan pengukuran lingkaran lengan atas serta penimbangan berat badan ibu hamil. Pada intervensi zinc, penentuan sasaran didasarkan pada kondisi balita yang berobat karena keluhan sakit diare. Sementara itu, pada intervensi vitamin A,

imunisasi, dan Fe tidak dilakukan penentuan sasaran karena kelompok sasarannya sudah jelas, yakni balita dan ibu hamil.

Secara umum, penerima intervensi fokus sesuai dengan ketentuan sasaran, kecuali pada beberapa kasus PMT. Jenis intervensi vaksin, vitamin A, Fe, dan zink yang sifatnya pengobatan atau pencegahan penyakit/kelainan menyebabkan tenaga kesehatan dan masyarakat hanya berani memberi/menerima sesuai dengan ketentuan jumlah dan sasaran masing-masing. Sementara itu, pada PMT berupa biskuit yang bisa dimakan siapa saja ditemui kekurangtepatan sasaran. Di Klungkung, Surakarta, dan Belitung terdapat pembagian PMT balita kepada seluruh balita yang hadir di posyandu meskipun jumlah biskuit untuk balita di luar sasaran tersebut hanya sekedarnya. Di Klungkung juga terdapat pembagian PMT ibu hamil kepada ibu hamil tidak KEK yang datang di kelas ibu hamil dalam jumlah sedikit dan tidak rutin.

Tidak semua sasaran mendapatkan intervensi atau dalam jumlah yang sesuai dengan ketentuan.

- Ibu hamil dan balita sasaran biasanya menerima PMT setiap bulan. Pada PMT bumil, ada juga ibu hamil yang menerima sekaligus sesuai total jatahnya. Kasus di Belitung, tenaga kesehatan akan memberikan PMT berikutnya jika PMT yang diberikan sebelumnya sudah/hampir habis. Karenanya, jika sasaran penerima tidak mengkonsumsi PMT secara penuh maka jumlah PMT yang diterima akan lebih rendah dari ketentuan.
- Hampir di semua daerah, meskipun dalam jumlah relatif sedikit, terdapat balita yang tidak mendapatkan imunisasi dasar karena penolakan orangtuanya.
- Di semua wilayah, zink hanya diberikan kepada balita diare yang memeriksakan diri ke tenaga atau sarana kesehatan. Artinya, balita diare yang tidak memeriksakan diri tidak mendapatkan tablet tersebut.

Tidak semua penerima memanfaatkan intervensi sesuai ketentuan

- Tidak semua ibu hamil dan balita sasaran mengkonsumsi PMT sesuai ketentuan karena bosan atau tidak suka rasanya. Tidak jarang PMT dikonsumsi oleh anggota keluarga lainnya, bahkan dijadikan suguhan ketika ada tamu. Di Belitung, ada ibu hamil yang menolak diberi PMT berikutnya dengan alasan PMT yang diberikan sebelumnya masih ada, bahkan ada yang mengembalikan PMT berlebih setelah melahirkan.
- Untuk intervensi TTD Fe terdapat ibu hamil yang tidak mengkonsumsinya secara penuh karena masalah bau tabletnya.
- Pada intervensi zink, tablet yang seharusnya dikonsumsi selama 10 hari tersebut ada yang tidak dikonsumsi sama sekali atau hanya dikonsumsi selama diare saja. Alasannya, antara lain diare sudah sembuh dan anak tidak mau meminumnya lagi.

5.2.4 Faktor pendukung pelaksanaan

Di seluruh wilayah studi terdapat tenaga dan sarana kesehatan tingkat desa/kelurahan yang didukung oleh keberadaan posyandu dan kader yang cukup aktif. Tenaga dan sarana tingkat desa/kelurahan merupakan ujung tombak pelaksanaan intervensi. Dalam melaksanakan tugasnya mereka sangat terbantu oleh keberadaan posyandu yang terdapat di setiap dusun/RW/lingkungan. Dengan kader sebagai motor

penggeraknya, biasanya posyandu melaksanakan kegiatan rutin setiap bulan. Posyandu menjadi tempat utama penyaluran intervensi fokus, terutama PMT, imunisasi, dan vitamin A.

Anggaran pelaksanaan intervensi tersedia dari berbagai sumber. Ketersediaan anggaran sangat mendukung keberhasilan pelaksanaan intervensi, karena mendukung para pengampu program dalam melaksanakan intervensi, termasuk mendistribusikan barang hingga diterima oleh kelompok sasaran. Bahkan di Klungkung dan Surakarta, pemda juga menyediakan dana khusus untuk tambahan pengadaan sehingga lebih menjamin ketersediaan barang.

Adanya praktik *sweeping* oleh tenaga kesehatan dan kader mendukung pencapaian target pelaksanaan. Kader posyandu di wilayah studi melakukan *sweeping* dari rumah ke rumah untuk meningkatkan cakupan sasaran. Mereka menyarankan kepada sasaran yang belum mendapatkan intervensi untuk mendatangi sarana kesehatan atau melaporkannya ke poskesdes/polindes/puskesmas. Ada juga kader yang langsung memberikan PMT, TTD Fe, dan vitamin A kepada sasaran atas permintaan, koordinasi dengan, atau didampingi tenaga kesehatan. Di Belitung, *sweeping* untuk vitamin A dilakukan juga ke PAUD dan TK dengan melakukan konfirmasi kepada orang tua. Di Sumba Tengah, *sweeping* dilakukan ke rumah sasaran dan meminta mereka berkumpul pada waktu dan tempat yang sudah ditentukan, tetapi upaya tersebut kurang berhasil karena banyak sasaran yang enggan datang.

Jejaring komunikasi informal para pengampu program/kegiatan dapat mempercepat sampainya informasi serta membantu meningkatkan jumlah dan akses kelompok sasaran. Melalui jejaring komunikasi para pengampu program bisa memperoleh informasi tentang keberadaan masyarakat yang menjadi sasaran intervensi. Sebagai contoh, informasi tentang ibu hamil KEK yang memeriksakan diri ke rumah sakit dapat disampaikan di grup WhatsApp sehingga bisa ditindaklanjuti oleh puskesmas/bidan untuk diberikan PMT.

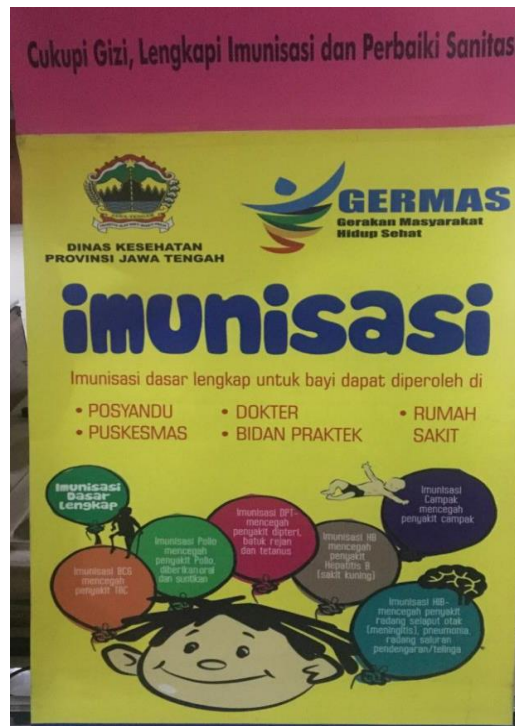
5.2.5 Faktor penghambat pelaksanaan

Pada anggaran yang berasal dari DAK nonfisik terdapat ketidaksinkronan jadwal pencairan dengan kegiatan pelayanan di masyarakat. DAK nonfisik baru ditransfer pada bulan Februari, sedangkan pelayanan sudah dimulai sejak awal Januari. Karenanya, untuk pelayanan yang bersifat rutin, seperti terkait pemberian imunisasi, dilaksanakan dengan menggunakan dana cadangan lembaga atau dana pribadi nakes. Setelah DAK ditransfer, dana tersebut akan diganti sepanjang sesuai dengan aturan dalam juknis. Sementara itu, untuk kegiatan tidak rutin, seperti sosialisasi, pelaksanaannya ditunda hingga anggaran tersedia sambil menunggu datangnya juknis agar ada kepastian bahwa kegiatan tersebut sesuai juknis dan dapat dibiayai.

Sosialisasi atau promosi intervensi fokus kepada masyarakat sangat terbatas. Hal tersebut terutama disebabkan keterbatasan tenaga kesehatan yang tersedia. Sementara itu, spanduk yang tersedia biasanya hanya ada di puskesmas dan hanya memberikan informasi yang terbatas. Akibatnya, tujuan intervensi dan pentingnya memanfaatkan barang intervensi sesuai ketentuan tidak dipahami secara luas, termasuk oleh penerima

intervensi. Kondisi tersebut menyebabkan adanya masyarakat di wilayah studi yang menolak intervensi imunisasi dengan alasan bahwa vaksin haram, menyebabkan anak sakit, atau tidak diimunisasi pun anak tetap sehat. Kondisi ini juga menyebabkan cukup banyak kelompok sasaran yang tidak mengkonsumsi PMT, zink, dan Fe secara penuh sesuai ketentuan. Jika dibandingkan antar wilayah studi, bisa dikatakan sosialisasi di Kota Surakarta relatif lebih baik. Di daerah ini paling tidak di puskesmas tersedia berbagai poster terkait intervensi fokus dan kesehatan secara umum. Meskipun tidak ada informasi tentang manfaat intervensi, ada spanduk yang memberikan informasi tentang sasaran, petugas, jadwal kegiatan, dan lokasi pelaksanaan intervensi.

Gambar 21. Spanduk/Poster terkait Intervensi Fokus dan Kesehatan di Puskesmas di Kota Surakarta



NO	PROGRAM	PESERTA	PETUGAS	JADWAL KEGIATAN	LOKASI KEGIATAN
1. Upaya Kesehatan Ibu, Anak dan KB					
a.	Senam Hamil	Ibu Hamil	Bidan	Sebulan 1 kali, Kamis ke 4	Puskesmas
b.	Kelas Hamil	Ibu Hamil	Bidan	Sebulan 2 kali	Puskesmas
c.	Kelas Balita	Balita dan ibu	Bidan	Sebulan 1 kali	Puskesmas
d.	Posyandu Balita	Anak Balita	Bidan, Nutritionis	Sebulan 1 kali	Sesuai wilayah posyandu masing-masing
e.	Screening anak TK	Siswa TK	Dokter gigi, Bidan, Nutritionis	Setahun 1 kali	TK binaan puskesmas pajang
f.	Imunisasi BIAS	Anak Sekolah	Dokter, Bidan	Setahun 2 kali	Sekolah binaan puskesmas pajang
g.	Kunjungan rutin bayi, balita dan ibu hamil resiko tinggi	Bayi, Balita dan Ibu Hamil resiko tinggi	Bidan	Bila ditemukan kasus	Wilayah binaan puskesmas pajang
2. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat					
a.	Pemberian Vitamin A	Balita dan Ibu Nifas	Nutritionis, Bidan	Bulan Februari dan Agustus	Puskesmas, posyandu dan wilayah binaan puskesmas pajang
b.	Pemberian Makanan Tambahan dan Bunsit KEK	Balita Gizi kurang dan Bunsit KEK	Nutritionis, Bidan	Triwulan kedua (pemberian selama 90 hari)	Wilayah binaan puskesmas pajang
c.	Pemberian Makanan Tambahan	Anak Sekolah dengan gizi kurang	Nutritionis	Antara bulan Agustus-September (pemberian selama 36 hari)	Wilayah binaan puskesmas pajang
d.	Pemantauan Status Gizi	Balita	Nutritionis, Bidan	Bulan Februari dan Agustus	Wilayah binaan puskesmas pajang
e.	Pemeriksaan Garam Beryodium	Pasar, Posyandu, Sekolah	Nutritionis	Setahun 1 kali	Wilayah binaan puskesmas pajang
f.	Pemberian Tablet Tambah Darah	Siswi SMP dan SMA	Nutritionis	Setahun 1 kali	Sekolah binaan puskesmas pajang
3. Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit					
a.	Gardu TB				Rumah pasien TB
	Kunjungan Rumah PAHO dan PMT TB	pasien TB	petugas TB	bila ditemukan kasus	Rumah pasien TB
	Ketuk pintu	pasien TB dan area sekitar rumah pasien TB	petugas TB kader TB	bila ditemukan kasus	Rumah pasien TB dan area sekitar rumah pasien
					Wilayah binaan puskesmas Pajang

Rasa dan aroma menjadi faktor penyebab barang intervensi tidak dikonsumsi secara penuh. PMT yang hanya terdiri dari satu rasa dirasakan membosankan untuk dikonsumsi setiap hari. Masyarakat juga mengeluhkan PMT, terutama PMT ibu hamil yang terlalu manis dan keras. Namun demikian, beberapa informan sasaran yang ditemui tetap mengkonsumsinya karena khawatir dengan kondisi bayi yang dikandungnya. Ada juga informan yang menyatakan bahwa bentuk biskuit cukup praktis dan bisa disimpan lama. Untuk tablet Fe, aromanya cenderung mengganggu dan membuat sebagian ibu hamil menjadi merasa mual.

Dari sisi pengadaan, koordinasi pusat dan daerah masih belum efektif sehingga terjadi kelebihan/kekurangan atau keterlambatan pasokan. Di Belitung, cukup banyak PMT bumil yang tidak tersalurkan karena pasokan yang diterima lebih banyak dari jumlah sasaran. PMT dengan logo tahun 2017 masih tersedia di puskesmas dan poskesdes, padahal PMT 2018 sudah datang. Sementara di Klungkung terdapat barang intervensi yang terlambat sehingga pemda harus melakukan pengadaan sendiri.

Akses wilayah berpengaruh terhadap kemudahan distribusi dan kualitas barang intervensi. Di tiga wilayah dengan tingkat *stunting* rendah (Klungkung, Surakarta, dan Belitung) akses menjadi faktor pendukung karena mudahnya akses dari kabupaten/kota ke puskesmas dan dari puskesmas ke desa/kelurahan menyebabkan tidak ada hambatan distribusi intervensi. Hal berbeda terjadi di wilayah dengan tingkat *stunting* tinggi (Brebes, Lampung Tengah, dan Sumba Tengah) yang masih memiliki desa-desa yang jauh dari puskesmas.

Khusus di Sumba Tengah kader posyandu sering berganti padahal pelatihannya terbatas sehingga kemungkinan berpengaruh pada kualitas.

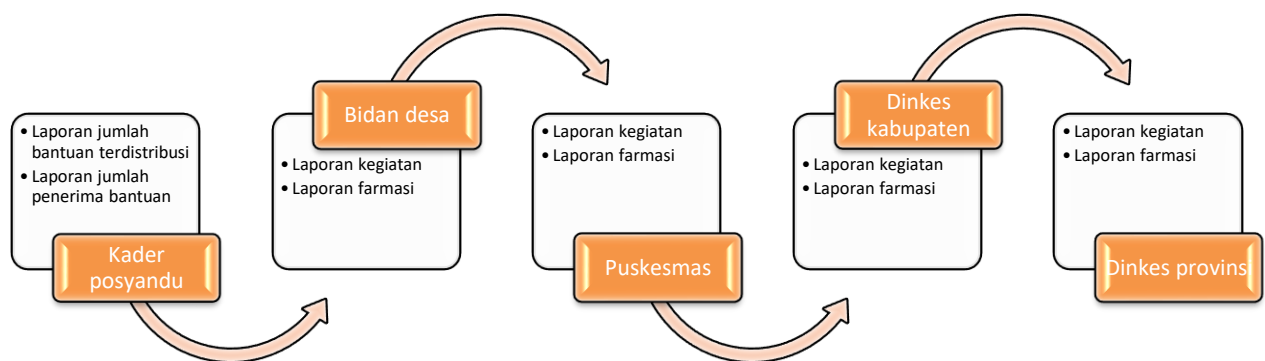
5.3 Pelaporan

5.3.1 Mekanisme pelaporan

Di seluruh wilayah studi tidak terdapat mekanisme pelaporan khusus pelaksanaan lima intervensi fokus melainkan bergabung dengan pelaporan program/kegiatan secara keseluruhan. Pada dasarnya, pelaporan terdiri atas dua jenis, yakni pelaporan terkait pelaksanaan program yang disampaikan kepada bagian program dan pelaporan terkait penggunaan dan kebutuhan obat yang disampaikan kepada bagian farmasi. Idealnya, hasil pelaporan dapat digunakan sebagai bahan perencanaan program untuk tahun berikutnya. Namun, pelaporan tidak selalu disampaikan tepat waktu, sehingga proses perencanaan tahun mendatang dilakukan dengan mengacu pada kegiatan perencanaan tahun sebelumnya; bukan mengacu pada hasil pelaporan tahun berjalan. Terkait lima intervensi fokus, pelaporan mengenai ibu hamil dan balita akan menentukan kebutuhan PMT/MP-ASI, vitamin A, TTD, dan vaksin, sedangkan pelaporan kesakitan/kejadian diare akan menentukan kebutuhan zinc. Secara umum, mekanisme pelaporan di seluruh wilayah studi menyatu dengan aplikasi perencanaan dan dibuat berdasarkan *template* masing-masing sumber pendanaan, tanpa memisahkan pelaporan antara program umum dan program khusus lima intervensi fokus.

Pelaporan program di seluruh wilayah studi, termasuk program lima intervensi fokus, dilakukan secara berjenjang dan *bottom-up*. Dalam prosesnya, mekanisme pelaporan melibatkan berbagai pihak di beberapa level administratif, mulai dari desa hingga pemerintah pusat. Di level desa, pelaporan secara informal dimulai dari kader posyandu yang melaporkan pelaksanaan program kepada bidan desa. Pelaporan ini dilakukan setelah pendistribusian bantuan selesai, misalnya, setelah distribusi PMT/MP-ASI atau vitamin A. Umumnya, kader posyandu melaporkan data pelaksanaan, jumlah bantuan yang terdistribusi, dan jumlah penerima bantuan. Meski tidak selalu disampaikan dalam bentuk pelaporan formal, laporan dari kader posyandu menjadi bahan bagi bidan desa untuk menyusun laporan kegiatan, termasuk lima intervensi fokus, yang akan disampaikan kepada puskesmas. Setiap bulannya, bidan desa harus menyiapkan sejumlah laporan untuk diserahkan kepada masing-masing pengelola program di puskesmas. Jenis laporan dari bidan desa yang paling umum adalah laporan KIA dan gizi. Puskesmas kemudian akan membuat laporan berkala untuk disampaikan kepada dinas kesehatan kabupaten yang kemudian disampaikan secara berjenjang kepada dinas kesehatan provinsi dan Kemenkes. Gambar 22 menyajikan skema *bottom-up* dalam sistem pelaporan berjenjang yang umum terjadi di seluruh wilayah studi, termasuk pelaporan khusus untuk lima intervensi fokus. Secara formal, tugas pelaporan memang dimulai dari bidan desa. Namun, secara informal, tugas ini juga dilakukan kader posyandu yang melaporkan pelaksanaan kegiatan intervensi kepada bidan desa.

Gambar 22. Rantai Umum Pelaporan di Level Daerah



Dinas kesehatan di seluruh wilayah studi sudah mulai melakukan pelaporan secara *online*, baik program umum maupun program khusus lima intervensi fokus. Sebelumnya, pelaporan masih dilakukan secara manual (*offline*) dengan mengisi form-form terkait berdasarkan Permenkes. Khusus program gizi, terdapat aplikasi pelaporan *online* melalui elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (*e-PPGBM*).¹⁴ Aplikasi ini ditujukan kepada para pengelola program gizi di level kabupaten, kecamatan, dan desa. Di

¹⁴Aplikasi *e-PPGBM* merupakan bagian dari sistem informasi gizi terpadu yang bertujuan untuk memperoleh informasi status gizi individu baik balita maupun ibu hamil secara cepat, akurat, teratur, dan berkelanjutan untuk penyusunan perencanaan dan perumusan kebijakan gizi. Aplikasi ini memuat data (i) identitas sasaran individu, (ii) pengukuran yang meliputi penimbangan, tinggi badan, dan lingkar lengan, serta (iii) kinerja individu baik ASI eksklusif, vitamin A, tablet tambah darah, maupun pemberian makanan tambahan. Aplikasi *e-PPGBM* bermanfaat untuk (i) memperoleh data sasaran individu, (ii) mengetahui status gizi individu secara cepat dan akurat, (iii) mengetahui secara cepat balita gizi buruk yang harus dirujuk atau dilakukan tindakan, (iv) mengetahui pertumbuhan balita, dan (v) memantau pemberian makanan tambahan (Kemenkes, 2017: 1-2).

Lampung Tengah, misalnya, pelaporan PMT/MP-ASI sudah dilakukan secara *online* melalui e-PPGBM sejak 2018. Secara umum, penerapan aplikasi ini dinilai lebih efektif dan dapat meningkatkan akuntabilitas pelaporan program. Meskipun demikian, penerapan aplikasi *online* sangat tergantung pada ketersediaan berbagai sumber daya pendukung, seperti komputer, kapasitas petugas kesehatan, dan kondisi *server*.

5.3.2 Faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas pelaporan

Pelaporan merupakan bagian dari proses pemantauan dan evaluasi. Dengan adanya kerja sama pelaksana program antarlevel dalam menghasilkan pelaporan yang baik dan tepat waktu, para pemangku kepentingan dapat melakukan tindakan pencegahan dan penanganan *stunting* sedini mungkin. Di Klungkung, misalnya, puskesmas bisa segera melakukan tindakan baik preventif maupun kuratif berdasarkan laporan bidan. Dengan adanya pelaporan bulanan dari bidan, seandainya terdapat kasus ibu hamil dengan lingkaran lengan kurang dari 23,5 cm atau teridentifikasi KEK, puskesmas bisa segera menindaklanjuti dengan memberikan PMT. Pemberian PMT bagi ibu hamil KEK merupakan salah satu upaya pencegahan ibu tersebut melahirkan bayi *stunting*.

Namun, mekanisme pelaporan tidak selalu berjalan baik. Studi ini menemukan terdapat beberapa faktor yang memengaruhi efektivitas pelaporan.

5.3.3 Faktor pendukung

1. Pemanfaatan media sosial sebagai sarana pelaporan cepat secara informal di seluruh wilayah studi

Secara umum, tingkat kedisiplinan puskesmas di Lampung Tengah untuk menyerahkan laporan kepada dinas kesehatan relatif kurang. Terdapat puskesmas yang hanya menyerahkan laporan setahun sekali atau bahkan tidak menyerahkan laporan sama sekali. Namun, biasanya mereka tetap memberikan pelaporan singkat melalui *e-mail* atau *whatsapp*. Meski tidak ideal dan bukan mekanisme pelaporan formal, pelaporan awal melalui media sosial dinilai cukup membantu mengatasi keterlambatan laporan dari puskesmas daripada tidak ada pelaporan sama sekali.

"Pernah kasih *punishment* di P2P. Kalau tidak ada pelaporan, kita tidak akan kirim vaksin. Lalu puskes jawab ya sudah *gak* usah ada imunisasi. Jadi ketika diberi sanksi, mereka malah senang. Tapi sekarang setelah ada grup *WA*, jadi lumayan ada pelaporan awalnya lah paling tidak." (perempuan, FGD dinas kesehatan, Kabupaten Lampung Tengah, 2018)

Tidak hanya di Lampung Tengah, penggunaan media sosial seperti *e-mail* dan grup *whatsapp* sebagai sarana pelaporan cepat atau pelaporan awal ditemukan di seluruh wilayah studi. Pembedanya, di wilayah studi lain, pelaporan secara informal melalui media sosial pada akhirnya dilengkapi dengan pelaporan berkala secara formal.

Penggunaan media sosial (*e-mail* dan grup *whatsapp*) sebagai mekanisme pelaporan secara informal dinilai membantu dalam proses pelaporan cepat atau pelaporan awal. Mekanisme tersebut berlaku antara dinas kesehatan dan puskesmas, antara puskesmas dan bidan desa, serta antara bidan desa dan kader posyandu. Di Brebes, misalnya, bidan desa menyampaikan kasus diare yang ditangani kepada puskesmas melalui grup

whatsapp, sehingga puskesmas bisa segera melakukan pencatatan dan merekap ke dalam laporan.

2. Penerapan skema disinsentif di Sumba Tengah untuk mendukung pelaporan tepat waktu

Untuk mengantisipasi keterlambatan laporan dari level desa, salah satu puskesmas di Sumba Tengah berinisiatif menahan honor bidan desa yang belum menyerahkan laporan rutin. Dampaknya, bidan desa termotivasi untuk menyerahkan laporan kepada puskesmas tepat waktu, baik laporan program umum maupun program khusus lima intervensi fokus.

5.3.4 Faktor penghambat

1. Keterlambatan pelaporan yang berantai (keterlambatan berjenjang)

Meski tidak selalu terjadi di seluruh wilayah studi, mekanisme pelaporan berjenjang memiliki risiko keterlambatan yang berjenjang pula. Jika terjadi keterlambatan pelaporan di salah satu titik, maka keterlambatan ini akan memengaruhi pelaporan di titik akhir. Secara umum, ketika terjadi keterlambatan pelaporan oleh jenjang di bawahnya, dinas kesehatan akan menggunakan perencanaan sebelumnya untuk membuat perencanaan tahun berikutnya. Hal ini merupakan bentuk adaptasi yang umum ditemukan di seluruh wilayah studi.

2. Keterbatasan SDM, baik secara kualitas maupun kuantitas

Di mayoritas wilayah studi, terbatasnya kualitas dan kuantitas SDM turut berkontribusi terhadap keterlambatan pelaporan. Keterbatasan SDM menyebabkan satu petugas memegang beberapa program atau melakukan beberapa pekerjaan fungsional dan administrasi sekaligus. Semakin banyak program yang ditangani, maka semakin banyak laporan pelaksanaan program yang harus dibuat. Kondisi ini terutama lebih dirasakan oleh pelaksana program di lokus-lokus *stunting*. Padahal, tidak semua petugas kesehatan terlatih membuat berbagai macam laporan administrasi. Di Lampung Tengah dan Sumba Tengah, keterbatasan SDM dipengaruhi oleh tingginya tingkat mutasi pengelola program baik di level masyarakat (kader posyandu), desa (bidan), kecamatan (petugas puskesmas), maupun kabupaten (dinkes). Di Sumba Tengah, keterbatasan SDM pada akhirnya memengaruhi kualitas laporan, sehingga tidak selalu dapat digunakan sebagai bahan perencanaan dan penganggaran pada tahun berikutnya.

Meski saat ini mekanisme pelaporan telah berpadu dengan teknologi melalui sistem pelaporan *online*, faktanya hal ini tidak selalu direspons positif oleh pengelola program, karena tidak semuanya melek teknologi terutama para pengelola program di level puskesmas ke bawah. Pihak puskesmas di Sumba Tengah, misalnya, menyebutkan bahwa pelaporan *online* menggunakan SIKDA justru menjadi kendala karena tidak semua staf program bisa mengoperasikannya, sementara staf yang sudah mengikuti pelatihan SIKDA dimutasi ke rumah sakit. Sementara itu, di Brebes, meski penggunaan aplikasi pelaporan *online* dinilai cukup membantu, staf program baik di dinas kesehatan dan puskesmas maupun bidan desa, tetap harus menanggung beban

administrasi yang berat, sejalan dengan banyaknya program yang ditangani. Oleh karena itu, perlu ada integrasi dan simplifikasi sistem pelaporan pada berbagai institusi di level pemerintahan yang berbeda untuk menghemat waktu dan sumber daya.

3. Khusus di Lampung Tengah, belum semua puskesmas memiliki kesadaran membuat laporan berkala dan belum ada penerapan skema disinsentif yang efektif

Di Lampung Tengah, keterlambatan pelaporan juga disebabkan rendahnya kesadaran atau kemauan pihak puskesmas dalam membuat laporan. Akreditasi puskesmas sebetulnya bisa menjadi salah satu pendorong bagi puskesmas untuk membuat pelaporan tepat waktu. Namun, sejauh ini akreditasi puskesmas lebih dianggap sebagai lomba, sehingga belum/tidak mengubah perilaku administrasi yang baik (tepat waktu). Dinas kesehatan juga pernah menerapkan mekanisme pemberian insentif kepada puskesmas dengan pelaporan terbaik (atau administrasi terbaik). Namun, insentif ini dianggap kurang menarik karena hanya diberikan kepada satu orang. Sebaliknya, mekanisme disinsentif pernah diterapkan dalam upaya mendorong pelaporan tepat waktu, tetapi hasilnya pun tidak efektif karena dinilai tidak menimbulkan kerugian bagi pihak puskesmas.

Sementara itu, keberadaan aplikasi pelaporan *online* sebetulnya berpotensi mendukung efektivitas proses pelaporan. Sebelum ada aplikasi pelaporan *online* melalui e-PPGBM, pelaporan dilakukan secara manual. Aplikasi yang mulai diperkenalkan pada 2017 ini dinilai memudahkan pengelola program melakukan pemantauan pertumbuhan bayi, balita, dan ibu hamil, serta melihat tiga indikator status gizi. Menurut pengelola program di Lampung Tengah, penggunaan aplikasi e-PPGBM sejak 2018 dapat meningkatkan efektivitas dan akuntabilitas pelaporan program.

Namun, penerapan aplikasi pelaporan *online* memerlukan SDM yang mumpuni secara kualitas dan kuantitas. Saat ini, mekanisme pelaporan *online* juga belum terintegrasi dan tersosialisasikan dengan baik kepada seluruh staf program, serta belum dilengkapi sistem penunjang yang memadai (seperti pelatihan pengembangan kapasitas untuk membuat pelaporan *online*, penyediaan komputer/laptop sebagai sarana membuat laporan, dan kondisi *server* yang stabil). Di beberapa wilayah studi, seperti Sumba Tengah, terdapat petugas yang dimutasi setelah mendapat pelatihan pengisian pelaporan *online*, sehingga pengetahuan atas pelatihan yang telah didapat pun terputus.

Di Lampung Tengah, penggunaan e-pus sebagai aplikasi *online* untuk memantau pelaporan puskesmas yang diperkenalkan pada 2017, terpaksa dihentikan dan kembali pada sistem pelaporan *offline*. Penyebabnya adalah belum meratanya kemampuan operator puskesmas dalam menggunakan aplikasi tersebut.

5.4 Pemantauan dan Evaluasi

5.4.1 Mekanisme pemantauan dan evaluasi

Secara prosedur, pelaksanaan pemantauan dan evaluasi terdapat dalam siklus rutin kegiatan program. Namun, pemantauan dan evaluasi tidak selalu dilakukan secara rutin di

seluruh wilayah studi. Secara umum, terdapat empat jalur pemantauan dan evaluasi, yakni melalui pelaporan, pertemuan, kunjungan langsung, dan aplikasi pemantauan *online*. Pemantauan melalui laporan tertulis dan pertemuan rutin ditemukan di seluruh wilayah studi. Keduanya terjadi di level puskesmas dan dinas kesehatan. Dalam hal ini, pemantauan melalui pertemuan bisa berupa rapat koordinasi atau diskusi untuk memvalidasi laporan, bimtek, dan mini lokakarya.

Pemantauan melalui kunjungan langsung ditemukan di beberapa wilayah studi dan mayoritas terjadi di wilayah dengan tingkat *stunting* rendah. Kunjungan langsung ini umumnya dilakukan pada saat pelaksanaan kegiatan di level puskesmas atau posyandu. Di Belitung, dinas kesehatan sesekali blusukan ke rumah keluarga dengan kasus *stunting* untuk memantau langsung kondisi kesehatan dan lingkungannya. Namun, pemantauan melalui kunjungan langsung belum bersifat rutin dan biasanya hanya dilakukan di beberapa lokasi karena keterbatasan anggaran, waktu, dan tenaga. Di Sumba Tengah, pemantauan terkadang dilakukan bersama oleh bagian program dan farmasi ketika pelaksanaan kegiatan. Hal ini dilakukan untuk menyalahi anggaran yang terbatas. Biasanya, pemantauan melalui kunjungan langsung lebih melihat pada kondisi fisik bangunan, ketersediaan alat, ketersediaan obat, jumlah sasaran yang hadir, dan memeriksa laporan administrasi. Sementara itu, pemantauan melalui aplikasi *online* ditemukan di beberapa wilayah studi, di antaranya Brebes dan Lampung Tengah. Pemantauan secara *online* biasanya dilakukan dengan memanfaatkan aplikasi pelaporan *online* yang diterapkan dinas kesehatan di kabupaten tersebut.

Kegiatan pemantauan pemanfaatan intervensi fokus sudah mulai dilakukan, meski belum pada kelima intervensi fokus dan belum di seluruh wilayah studi. Sejauh ini, pemantauan program oleh dinas kesehatan dan puskesmas cenderung masih sebatas pada pemenuhan target distribusi dan capaian kerja. Sementara itu, pemantauan terhadap kepatuhan penerima intervensi dalam memanfaatkan program sesuai ketentuan, relatif belum dilakukan sepenuhnya. Padahal, produk intervensi tidak selalu sesuai dengan kemauan atau minat sasaran intervensi, terutama dari segi rasa. Akibatnya, tingkat konsumsi oleh penerima belum tentu 100%, meski tingkat distribusinya sudah tercapai 100%. Intervensi PMT/MP-ASI, misalnya, meski sudah diberikan kepada sasaran intervensi, belum tentu intervensi tersebut dikonsumsi sepenuhnya oleh sasaran. Studi ini menemukan PMT/MP-ASI justru dikonsumsi oleh anggota keluarga lain, kerabat/tetangga, atau bahkan menjadi hidangan untuk disuguhkan kepada tamu.

Pemantauan kepatuhan konsumsi yang ada di seluruh wilayah studi masih terbatas pada intervensi pemberian vitamin A. Hal ini karena biasanya vitamin A dikonsumsi langsung saat kegiatan rutin di posyandu. Selain itu, kader posyandu melakukan penyisiran ke rumah balita dan memberikan kapsul vitamin A secara langsung kepada balita untuk memastikan kapsul ini dikonsumsi oleh sasaran intervensi.

Di Lampung Tengah, pemantauan kepatuhan dalam konsumsi PMT/MP-ASI dan TTD mulai dilakukan pada 2018. Pemantauan ini merupakan arahan langsung dari dinas kesehatan sejak ada intervensi penanganan *stunting*. Di level desa, pemantauan kepatuhan dilakukan oleh kader posyandu dengan pengawasan/bimbingan dari bidan desa. Pemantauan terhadap PMT/MP-ASI dilakukan melalui penimbangan bulanan dan mencatat berat badan antara sebelum dan setelah menerima biskuit intervensi. Sementara

itu, pemantauan terhadap TTD dilakukan untuk melihat tingkat kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi TTD, yakni dengan melihat intensitas ibu hamil meminum TTD (Fe 1 dan Fe 3). Sebelumnya, pemantauan terhadap PMT/MP-ASI dan TTD hanya sebatas bantuan tersebut sudah terdistribusi; belum sampai tahap habis dikonsumsi atau tidak. Dengan adanya pemantauan pemanfaatan intervensi secara khusus, pelaksana program dapat mengetahui dampak dan efektivitas intervensi tersebut terhadap kelompok sasaran.

Di Klungkung terdapat pemantauan imunisasi dan pola kesakitan/kejadian diare pada balita. Dinas kesehatan melakukan pemantauan dan evaluasi dalam bentuk inspeksi mendadak (sidak) saat pelaksanaan beberapa program, misalnya, imunisasi massal. Meski tidak dilakukan secara rutin, sidak merupakan upaya pemerintah daerah untuk memantau langsung partisipasi sasaran intervensi. Sementara itu, pemantauan terhadap pola kesakitan/kejadian diare pada balita lebih bersifat rutin. Pemantauan ini dilakukan saat kegiatan bulanan posyandu. Ketika melakukan penimbangan, bidan akan menanyakan kepada setiap balita yang ditimbang apakah mengalami diare dalam sebulan terakhir. Langkah ini merupakan upaya mengenali pola diare pada balita, sehingga ke depannya bisa dilakukan pencegahan melalui pemberian zinc.

Di beberapa wilayah studi terdapat pemantauan terhadap menu PMT lokal, meski belum dilakukan secara menyeluruh. Pemantauan ini dilakukan oleh pihak puskesmas terhadap menu PMT lokal yang dikelola kader posyandu. Namun, hal ini baru dilakukan pada PMT lokal tertentu. Di Sumba Tengah, misalnya, puskesmas sudah melakukan pemantauan terhadap menu PMT lokal yang didanai BOK, tetapi tidak dengan menu PMT lokal yang bersumber dari keuangan desa. Dampaknya, gizi PMT lokal dari dana BOK lebih terjamin karena sudah dihitung oleh ahli gizi dari puskesmas. Namun, menu ini dinilai membosankan karena selalu sama. Sementara itu, menu PMT lokal yang didanai dari keuangan desa lebih beragam, tetapi kandungan gizinya kurang terjamin karena tidak ada pengecekan atau penghitungan gizi oleh petugas kesehatan. Secara umum, salah satu penyebabnya adalah terbatasnya jumlah ahli gizi di puskesmas.

5.4.2 Faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas pemantauan dan evaluasi

Secara umum, kegiatan pemantauan dan evaluasi di wilayah dengan tingkat *stunting* rendah relatif lebih baik daripada wilayah dengan tingkat *stunting* tinggi. Selain persoalan sumber daya, kondisi ini juga dipengaruhi kondisi infrastruktur jalan yang baik dan luas wilayah yang relatif lebih kecil, sehingga memudahkan dari sisi penjangkauan. Sebaliknya, di wilayah dengan tingkat *stunting* tinggi, kondisi infrastruktur jalan yang belum sepenuhnya baik dan wilayah yang sangat luas, menjadi hambatan tersendiri dalam pelaksanaan pemantauan. Oleh karena itu, kondisi infrastruktur dan geografis menjadi salah satu kontributor terhadap efektivitas pelaksanaan pemantauan. Selain itu, terdapat beberapa faktor yang memengaruhi efektivitas pemantauan dan evaluasi.

5.4.3 Faktor pendukung

1. Peran aktif kader posyandu sebagai pelaksana program di level masyarakat

Kader posyandu merupakan perpanjangan tangan bidan desa dalam melakukan pemantauan pelaksanaan program di level masyarakat, termasuk program lima intervensi fokus. Di beberapa wilayah studi, kader posyandu melakukan penyisiran ke rumah balita yang tidak ke posyandu untuk mendapatkan imunisasi, vitamin A, dan PMT lokal. Bahkan, ketika melakukan penyisiran, kader posyandu akan mengawasi langsung konsumsi vitamin A oleh balita untuk memastikan intervensi tersebut tepat sasaran. Kader posyandu melakukan pemantauan kepada kelompok sasaran atas arahan bidan desa dan puskesmas. Kader posyandu juga merupakan aktor terdepan yang memberikan laporan riil kepada bidan desa mengenai pelaksanaan intervensi fokus hingga diterima kelompok sasaran. Di Surakarta, kader posyandu juga membantu bidan desa dalam melakukan pencatatan saat penimbangan berat dan pengukuran tinggi balita, serta pengambilan PMT. Dengan terbatasnya jumlah tenaga kesehatan di desa, keberadaan dan keaktifan kader posyandu dapat membantu kelancaran pelaksanaan intervensi program di level desa dan masyarakat.

5.4.4 Faktor penghambat

1. Keterbatasan anggaran dan SDM

Keterbatasan anggaran dan SDM merupakan beberapa kendala yang menyebabkan tidak adanya pemantauan dan evaluasi program khusus kelima intervensi fokus. Umumnya, pemantauan dilakukan bersamaan dengan kegiatan lain, seperti bimtek, rakor, dan kunjungan pelaksanaan program ke puskesmas atau posyandu, sehingga tidak fokus dan kurang efektif. Kegiatan pemantauan pun lebih pada pemeriksaan kelengkapan administrasi, peralatan, obat, dan kondisi fisik bangunan. Di level desa, petugas puskesmas relatif tidak melakukan pemeriksaan menu dan gizi PMT lokal yang disiapkan kader posyandu dengan menggunakan Dana Desa.

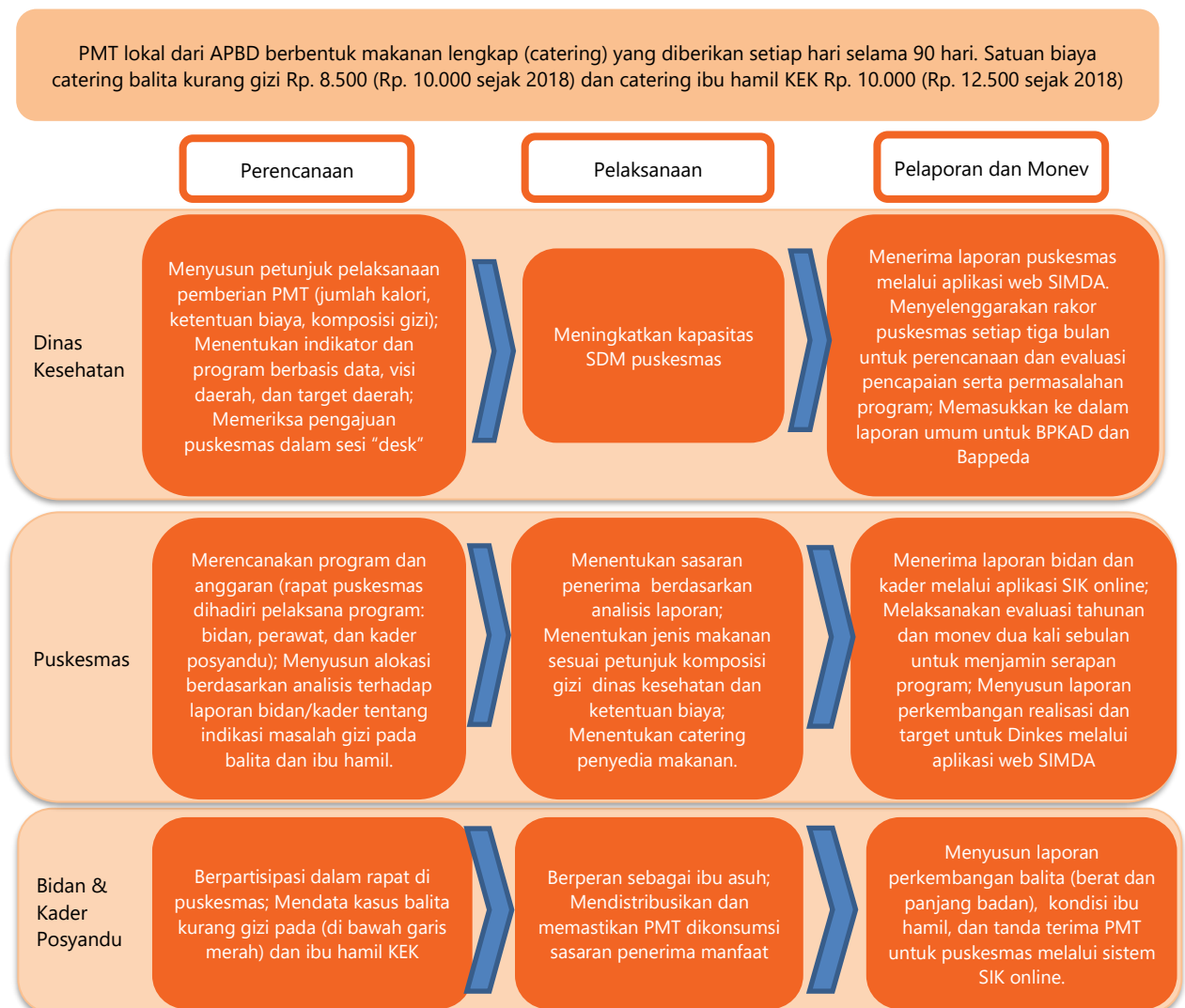
Kegiatan pemantauan dan evaluasi program cenderung mendapat porsi anggaran yang lebih kecil daripada pelaksanaan dan promosi program. Di Sumba Tengah, misalnya, anggaran pemantauan dan evaluasi mengalami pemangkasan sehingga kegiatan ini hanya dilakukan tiga kali setahun dari sebelumnya enam kali setahun. Pada 2017, Dinas Kesehatan Sumba Tengah hanya memiliki anggaran Rp50 juta untuk melakukan pemantauan dan evaluasi, padahal jumlah yang diajukan Rp200 juta. Selain itu, hasil pemantauan oleh Dinas Kesehatan Sumba Tengah sering menemukan lemari pendingin untuk vaksin masih kurang lengkap dan suhu penyimpanan vaksin tidak sesuai. Namun, selain teguran secara lisan, cenderung tidak ada perbaikan yang sistematis karena temuan tersebut kembali berulang pada pemantauan berikutnya. Akibatnya, kegiatan pemantauan yang dilakukan lebih merupakan rutinitas dan tidak substansial. Padahal, pemantauan dan evaluasi khusus kelima intervensi fokus diperlukan untuk melihat dampak dan efektivitas intervensi yang sudah dilakukan.

2. Pemanfaatan program berada di level rumah tangga atau individu

Selama ini, pemantauan cenderung melihat pada ketersediaan dan distribusi barang; belum pada pemanfaatannya. Walaupun di sebagian kecil wilayah studi sudah mulai ada pemantauan pemanfaatan, hal ini belum diterapkan untuk kelima intervensi fokus. Di satu sisi, konsumsi atau pemanfaatan program berada di lingkup rumah tangga atau individu. Di sisi lain, area kerja pelaksana program di desa berada di lingkup desa atau masyarakat; dan mereka tidak difasilitasi anggaran untuk melakukan pemantauan pemanfaatan di level rumah tangga atau individu. Oleh karena itu, diperlukan mekanisme yang dapat menunjang para pelaksana program di level desa dan masyarakat untuk memantau pemanfaatan hingga ke level rumah tangga dan individu, salah satunya melalui pemberian insentif.

Secara garis besar penyelenggaraan suatu program mulai dari perencanaan hingga monitoring dan evaluasi dapat dilihat pada Gambar 23 yang menampilkan kasus di Surakarta untuk program PMT lokal.

Gambar 23. Tahapan dan Peran Lembaga dalam Penyelenggaraan Program PMT Lokal di Kota Surakarta



VI. Kesimpulan dan Rekomendasi

Pemerintah pusat mencanangkan upaya pencegahan *stunting* sebagai prioritas nasional. Dalam konteks desentralisasi fiskal, pelaksanaannya akan banyak bertumpu pada pemerintah kabupaten/kota. Anggaran di tingkat kabupaten/kota menjadi sumber daya utama bagi berbagai intervensi penanganan *stunting* di masa depan.

Analisis terhadap anggaran dalam studi ini memperlihatkan bahwa anggaran/pengeluaran daerah tidak cukup baik dalam menjelaskan kondisi *stunting*. Besaran anggaran per kapita pemerintah daerah untuk intervensi terkait *stunting* tidak selalu berbanding lurus dengan penurunan tingkat *stunting* daerah tersebut. Daerah dengan *stunting* rendah mengeluarkan anggaran per kapita relatif besar, tetapi penurunan tingkat *stunting*-nya justru lebih kecil daripada daerah *stunting* tinggi; dan bahkan di Surakarta dan Klungkung mengalami kenaikan.

Rendahnya korelasi antara anggaran dan penurunan *stunting* tersebut dapat dijelaskan dari dua sisi, yakni:

- (1) Rendahnya efektifitas anggaran karena sangat besarnya ketergantungan daerah terhadap transfer dari pusat yang tidak didukung sinkronisasi pusat-daerah dalam perencanaan dan penganggaran yang berkualitas dan bisa merefleksikan kebutuhan di tingkat masyarakat; kemampuan melaksanakan anggaran; dan beban pertanggungjawaban pelaksanaan anggaran yang lebih bersifat administratif sehingga menghambat kerja para pelaksana.
- (2) Rendahnya pemanfaatan hasil intervensi karena ketiadaan faktor pendukung, terutama untuk intervensi nonfisik. Penurunan *stunting* yang cukup besar terjadi di daerah-daerah yang mengalokasikan anggaran cukup besar untuk pembangunan infrastruktur air bersih dan sanitasi yang dapat langsung dimanfaatkan secara nyata oleh masyarakat. Hal tersebut berbeda dengan intervensi nonfisik yang untuk keberhasilannya membutuhkan faktor lain, seperti perubahan pola pikir dan kualitas layanan di tingkat masyarakat.

Sementara itu, hasil studi kualitatif menemukan bahwa pemerintah daerah menghadapi berbagai kendala yang pada akhirnya memengaruhi hasil dari penyelenggaraan anggaran yang telah dikeluarkan. Kendala tersebut di antaranya terkait dengan (i) manajemen keuangan daerah; (ii) upaya menjaga akuntabilitas yang membawa beban administrasi besar; (iii) komunikasi dan koordinasi antara pemerintah daerah dan pemerintah pusat; serta (iv) kapasitas pemerintah daerah dalam merencanakan, mengelola, melaksanakan, dan melakukan *monev* terhadap anggaran yang menjadi tanggung jawabnya.

Langkah perbaikan perlu dilakukan pada rangkaian tahap penyelenggaraan anggaran/pengeluaran, antara lain adalah:

1. Kelembagaan:
 - Meningkatkan kampanye dan advokasi tentang isu *stunting*, termasuk dampak dan cara menanggulungnya, secara luas dan sistematis kepada semua kalangan

termasuk masyarakat agar dapat menjadikan isu *stunting* sebagai prioritas pembangunan dan dapat mengubah perilaku masyarakat yang kurang mendukung.

- Meningkatkan koordinasi lintas sektor dan meningkatkan konvergensi program/kegiatannya agar memiliki daya ungkit yang lebih besar dalam upaya penurunan *stunting*.

2. Perencanaan dan penganggaran

- Memperbaiki manajemen distribusi informasi terkait pagu anggaran dan petunjuk teknis, sehingga pemerintah daerah memiliki cukup waktu untuk mempersiapkan perencanaan dan penganggaran yang berkualitas; dan agar tidak mengganggu proses pelaksanaan intervensi.
- Memperbaiki mekanisme penentuan alokasi anggaran untuk memastikan bahwa alokasinya dibuat berdasarkan komunikasi yang intensif dengan pemerintah daerah dan benar-benar mempertimbangkan kapasitas pemerintah daerah dalam mengelolanya.
- Menggunakan data riil yang dikoleksi daerah dalam perhitungan estimasi jumlah sasaran intervensi, bukan menggunakan data populasi penduduk; Kebijakan ini disertai dengan perbaikan prosedur pengumpulan data dan alat pendukung pengambilan data yang mendukung ketersediaan data yang akurat dan up to date.

3. Pencairan anggaran

- Sinkronisasi jadwal transfer dana dari pusat (DAK nonfisik) dengan jadwal pelaksanaan kegiatan pelayanan kepada masyarakat.
- Memastikan anggaran yang mencakup biaya dan insentif untuk pelaksana di tingkat lokal—terutama kader posyandu.
- Memperbaiki mekanisme pengadaan, penyimpanan, logistik, dan distribusi, sehingga lebih dapat memastikan waktu pengantaran, kualitas barang, dan kesinambungan intervensi.

4. Penyampaian intervensi

- Meningkatkan kampanye dan sosialisasi tentang manfaat barang intervensi untuk meningkatkan pemanfaatan dan akses kelompok sasaran.
- Memperbaiki rancangan produk melalui penyediaan barang intervensi dengan rasa yang lebih bervariasi (PMT) dan bau/rasa yang lebih tidak mengganggu (Fe) agar tidak membosankan dan lebih diterima kelompok sasaran sehingga dapat meningkatkan tingkat pemanfaatannya.

5. Pelaporan, monitoring, dan evaluasi

- Memastikan implementasi *e-reporting* sekaligus memastikan kapasitas pemerintah daerah serta akses terhadap infrastruktur untuk melaksanakan sistem pelaporan tersebut.
- Mengurangi proses dan *channel* pelaporan/data dengan membuat satu format pelaporan yang terintegrasi untuk berbagai institusi di level pemerintahan yang berbeda

- Membangun skema insentif dan disinsentif untuk memastikan mekanisme pengumpulan data/laporan sesuai jadwal dan dapat menghasilkan data/informasi yang berkualitas, sehingga dapat digunakan untuk mendukung proses perencanaan dan anggaran tahun berikutnya
- Menerapkan skema dan alokasi khusus untuk memantau kepatuhan penerima intervensi dalam memanfaatkan program sesuai ketentuan, termasuk melibatkan kader posyandu sebagai agen pemantauan di level rumah tangga dan individu secara formal
- Menerapkan analisis efisiensi dan efektivitas sebagai bagian dari laporan kinerja pemerintah daerah; panduan evaluasi yang selama ini diatur dalam PP Nomor 39 Tahun 2006 dan PP Nomor 17 Tahun 2017 harus disesuaikan kembali.

Daftar Acuan

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2017 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun (RKP) 2018

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013) *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

De Onis, Mercedes, Elaine Borghi, Mary Arimond, Patrick Webb, Trevor Croft, Kuntal Saha, Luz Maria De-Regli, Faith Thuita, Rebecca Heidkamp, Julia Krasevec, Chika Hayashi, and Rafael Flores-Ayala (2018) *Prevalence thresholds for wasting, overweight, and stunting in children under 5 years*. Public Health Nutrition.

Kementerian Dalam Negeri, Bappenas, TNP2K (2018). Strategi Nasional Pencegahan Anak Kerdil (*Stunting*) 2018–2024.

Kirana Pritasari, 2018, "Upaya Percepatan Penurunan *Stunting*: Evaluasi Pelaksanaan Tahun 2018 dan Rencana Tindak Tahun 2019" (http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi_rakorpop_2018/Evaluasi%202018%20dan%20Rencana%20Tindak%20Lanjutan%20Penurunan%20Stunting.pdf diakses pada 21 Juli 2019).

Menteri Kesehatan (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi.

United Nations Children's Fund, World Health Organization, and World Bank (2019) *Levels and Trends in Child Malnutrition*. UNICEF, WHO, and World Bank Joint Child Malnutrition Estimates: UNICEF, WHO, and World Bank.

Vollmer, Sebastioan, Christian Bommer, Aditi Krishna, Kenneth Harttgen, and SV Subramanian (2017) *The Association of Parental Education with Childhood Undernutrition in Low-and Middle- Income Countries: Comparing the Role of Paternal and Maternal Education*. International Journal of Epidemiology: 312-323.

Woldehanna, Tassew, Jere R. Behrman, and Mesele W. Araya (2017) *The Effect of Early Childhood Stunting on Children's Cognitive Achievements: Evidence from Young Lives Ethiopia*. Ethiopia Journal of Health Development 31(2): 75-84.

Senbajo, Idowu O., Kazeem A. Oshikoya, Olumuyiwa O. Odusanya, and Olisamedua F. Njokanma (2011) *Prevalence and Risk Factors for Stunting among School Children and Adolescents in Abeokuta, Southwest Nigeria*. Journal of Health Population and Nutrition 29(4): 364-370.

Sumber data:**Klungkung:**

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Klungkung, Tahun Anggaran 2015

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Klungkung, Tahun Anggaran 2016

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Klungkung, Tahun Anggaran 2017

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Klungkung, Tahun Anggaran 2015

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Klungkung, Tahun Anggaran 2016

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Klungkung, Tahun Anggaran 2017

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Klungkung, Tahun Anggaran 2015

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Klungkung, Tahun Anggaran 2016

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Klungkung, Tahun Anggaran 2017

Belitung:

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Belitung, Tahun Anggaran 2015

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Belitung, Tahun Anggaran 2016

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Belitung, Tahun Anggaran 2017

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Belitung, Tahun Anggaran 2015

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Belitung, Tahun Anggaran 2016

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Belitung, Tahun Anggaran 2017

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Belitung, Tahun Anggaran 2015

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Belitung, Tahun Anggaran 2016

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Belitung, Tahun Anggaran 2017

Surakarta:

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kota Surakarta, Tahun Anggaran 2015

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kota Surakarta, Tahun Anggaran 2016

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kota Surakarta, Tahun Anggaran 2017

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kota Surakarta, Tahun Anggaran 2015

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kota Surakarta, Tahun Anggaran 2016

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kota Surakarta, Tahun Anggaran 2017

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Surakarta, Tahun Anggaran 2015

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Surakarta, Tahun Anggaran 2016

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Surakarta, Tahun Anggaran 2017

Brebes:

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Brebes, Tahun Anggaran 2015

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Brebes, Tahun Anggaran 2016

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Brebes, Tahun Anggaran 2017

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Brebes, Tahun Anggaran 2015

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Brebes, Tahun Anggaran 2016

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Brebes, Tahun Anggaran 2017

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Brebes, Tahun Anggaran 2015

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Brebes, Tahun Anggaran 2016

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Brebes, Tahun Anggaran 2017

Lampung Tengah:

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Pemerintah Kabupaten Lampung Tengah, Tahun Anggaran 2015

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Pemerintah Kabupaten Lampung Tengah, Tahun Anggaran 2016

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Pemerintah Kabupaten Lampung Tengah, Tahun Anggaran 2017

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Lampung Tengah, Tahun Anggaran 2015

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Lampung Tengah, Tahun Anggaran 2016

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Lampung Tengah, Tahun Anggaran 2017

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Lampung Tengah, Tahun Anggaran 2015

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Lampung Tengah, Tahun Anggaran 2016

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Lampung Tengah, Tahun Anggaran 2017

Sumba Tengah:

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Sumba Tengah, Tahun Anggaran 2015

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Sumba Tengah, Tahun Anggaran 2016

Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Sumba Tengah, Tahun Anggaran 2017

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Sumba Tengah, Tahun Anggaran 2015

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Sumba Tengah, Tahun Anggaran 2016

Penjabaran Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Kabupaten Sumba Tengah, Tahun Anggaran 2017

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Sumba Tengah, Tahun Anggaran 2015

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Sumba Tengah, Tahun Anggaran 2016

Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD) Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Sumba Tengah, Tahun Anggaran 2017



 Jl. Cikini Raya No. 10A
Jakarta 10330 Indonesia

 +62 21 3193 6336

 +62 21 3193 0850

 smeru@smeru.or.id

 smeru.or.id

   The SMERU Research Institute

 @SMERUInstitute

 @smeru.institute