CISDI
CENTER FOR INDONESIA'S STRATEGIC DEVELOPMENT INITIATIVES

KAJIAN TEKNIS

IMPLEMENTASI KEGIATAN PENGUKURAN TINGGI BADAN BALITA DAN MANAJEMEN DATA STUNTING TERINTEGRASI DI INDONESIA

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives
8 Oktober 2019

Implementasi Kegiatan Pengukuran Tinggi Badan Balita
dan Manajemen Data Stunting Terintegrasi di Indonesia

Dipublikasikan di Indonesia pada 2019 oleh
Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives

Jalan Cut Nyak Dien No. 5 Blok B, Menteng
Jakarta Pusat 10359 Indonesia

www.cisdi.org

Desain sampul oleh Bimo Finca Azvy hak cipta dilindungi.

Kecuali dinyatakan berbeda, seluruh isi laporan ini dilindungi dalam
Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Sebagian hak dipertahankan.

Cara mengutip kajian ini:
(CISDI, 2019)
Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. 2019. **Implementasi Kegiatan Pengukuran Tinggi Badan Balita dan Manajemen Data Stunting Terintegrasi di Indonesia.** Jakarta: Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives, Abbot Laboratory – White Rook Advisory.

KATA PENGANTAR

Kajian teknis ini disiapkan oleh tim peneliti yang dipimpin Zakiyah dan terdiri dari Yurdhina Meilissa, Olivia Herlinda, Yenuarizki, Sri Nuraini, Siska Verawati, Rayssa Anggraeni Putri, dan Egi Abdulwahid. Diah Satyani Saminarsih memberi arahan umum untuk membangun kerangka skenario dan memimpin konsultasi narasumber ahli terbatas.

Tim Peneliti juga memperoleh bimbingan dari Panel Penasihat yang terdiri dari Akmal Taher, Fasli Jalal, Wicaksono Sarosa, Ani Rahardjo, dan Christian P. Somali. Yurdhina Meilissa menyunting akhir untuk versi Bahasa Indonesia. Yenuarizki dan Bimo Finca Azvy mengatur tata letak laporan ini.

Selama penelitian, tim peneliti menerima dukungan dari sejumlah praktisi gizi dari berbagai latar belakang organisasi yang berpartisipasi melalui berbagai diskusi dan wawancara. Kami berterima kasih atas kesediaan mereka berbagi pengalaman dan pengetahuan mendalam yang memperkaya kajian teknis ini.

Kajian teknis ini tidak menyediakan solusi sederhana untuk memperbaiki implementasi kegiatan pengukuran tinggi badan balita dan manajemen data stunting terintegrasi di Indonesia. Namun, tim peneliti percaya bahwa kajian teknis ini mewakili beragam sudut pandang dan menyatukan perdebatan-perdebatan tentang cara terbaik untuk mencapai tujuan akhir.

Kajian teknis ini didanai oleh Abbot Laboratory – White Rook Advisory dan dilaksanakan oleh *Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI)*, Jakarta. CISDI bertanggung jawab penuh atas temuan, kesimpulan dan rekomendasi yang tertulis dalam kajian teknis ini, tanpa pengaruh dari penyandang dana.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR 3
DAFTAR GAMBAR 5
DAFTAR TABEL 6
RINGKASAN EKSEKUTIF 9
BAB 1. IMPLEMENTASI KEGIATAN PENGUKURAN TINGGI BADAN BALITA DAN MANAJEMEN DATA STUNTING TERINTEGRASI: SEBUAH PENGANTAR 13
1.1 MENGAPA MENELITI IMPLEMENTASI KEGIATAN PENGUKURAN TINGGI BADAN BALITA DAN MANAJEMEN DATA STUNTING TERINTEGRASI? 14
1.2 SASARAN 15
1.3 PERTANYAAN DAN RANCANGAN PENELITIAN 15
1.4 STRUKTUR LAPORAN 16
BAB 2. KONDISI PEMUNGKIN: KERANGKA REGULASI, TATA KELOLA, DAN PEMBIAYAAN 18
2.1 KERANGKA REGULASI 18
2.1.1 AGENDA GLOBAL 18
2.1.2 MENASIONALKAN AGENDA GLOBAL 19
2.2 KERANGKA TATA KELOLA 20
2.3 KERANGKA PEMBIAYAAN 26
BAB 3. PENGUKURAN TINGGI BADAN BALITA: IMPLEMENTASI DAN *QUALITY ASSURANCE*.. 30
3.1 PENGUKURAN TINGGI BADAN SEBAGAI STANDAR PEMANTAUAN PERTUMBUHAN BALITA 30
3.2 *DELIVERY ARRANGEMENT* 33
3.3 KUALITAS PLATFORM PENGUKURAN PERTUMBUHAN 35
3.3.1 STRUKTUR/INPUT 35
3.3.2 PROSES 42
BAB 4. SISTEM INFORMASI STUNTING TERINTEGRASI: IMPLEMENTASI DAN *QUALITY ASSURANCE* 51
4.1 *DATA GENERATION*: KETERSEDIAAN DAN KUALITAS 51
4.2 INTEGRASI DATA UNTUK ANALISIS DAN SINTESIS 53
4.3 PEMANFAATAN DATA 56
BAB 5. SINTESIS, IMPLIKASI DAN REKOMENDASI 69
5.1 SINTESIS DAN IMPLIKASI 69
5.1.1 KERANGKA REGULASI, TATA KELOLA DAN PEMBIAYAAN 69
5.1.2 PENGUKURAN TINGGI BADAN BALITA: IMPLEMENTASI DAN *QUALITY ASSURANCE* .. 72
5.1.3 SISTEM INFORMSI STUNTING TERINTEGRASI: IMPLEMENTASI DAN *QUALITY ASSURANCE* 75
5.2 REKOMENDASI 78
DAFTAR PUSTAKA 78
LAMPIRAN 1. KEBIJAKAN TERKAIT PENGUKURAN TINGGI BADAN BALITA DAN PUBLIKASI DATA STUNTING TERINTEGRASI 96
LAMPIRAN 2. WAWANCARA: PROTOKOL DAN INSTRUMEN 97
LAMPIRAN 3. *FOCUS GROUP DISCUSSION*: PROTOKOL DAN INSTRUMEN KERANGKA ACUAN DISKUSI KELOMPOK TERPUMPUN *(FOCUS GROUP DISCUSSION)* PEMANTAUAN TINGGI BADAN BALITA DAN KAITANNYA DENGAN MANAJEMEN DATA STUNTING TERINTEGRASI DI INDONESIA 100
LAMPIRAN 4. DAFTAR RESPONDEN/NARASUMBER WAWANCARA 103
LAMPIRAN 5. DAFTAR RESPONDEN/NARASUMBER *FOCUS GROUP DISCUSSION* 105

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Delapan Aksi Integrasi 14
Gambar 2. Rencana Aksi Resolusi WHA 65.6 18
Gambar 3. Strategi Utama Gernas PPG 19
Gambar 4. Struktur Gugus Tugas Percepatan Perbaikan Gizi berdasarkan Perpres No. 42 tahun 2013 21
Gambar 5. Struktur Tata Kelola *PforR World Bank* 22
Gambar 6. Pelaksanaan Koordinasi berdasarkan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting 22
Gambar 7. Kerangka Pembiayaan Program Stunting di Indonesia (Sumber: Stranas Stunting 2018-2024) 27
Gambar 8. Integrasi Berbagai Platform Pengukuran Pertumbuhan Balita di Indonesia 34
Gambar 9. Adaptasi Model Donabedian pada Evaluasi Platform Pengukuran Pertumbuhan.. 35
Gambar 10. Hubungan antara Analisis Sebaran Prevalensi Stunting dengan Analisis Ketersediaan Program/Kegiatan 54
Gambar 11. Alur Manajemen Data Stunting Terintegrasi..... 57

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Perbandingan Struktur antar Regulasi 24
Tabel 2. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks 31
Tabel 3. Evaluasi Platform pemantauan pertumbuhan menurut dimensi input/struktur 36
Tabel 4. Profesi yang Terlibat dalam Proses Pengukuran 41
Tabel 5. Evaluasi Platform Pemantauan Pertumbuhan menurut Dimensi Proses 43
Tabel 6. Household Survey dan Surveilans terkait Stunting 58
Tabel 7. Indikator dan Sumber Data terkait Stunting 60
Tabel 8. Sintesis Temuan pada Kerangka Regulasi, Tata Kelola dan Pembiayaan 71
Tabel 9. Sintesis Temuan pada Implementasi Pengukuran Tinggi Badan 73
Tabel 10. Sintesis Temuan pada Manajemen Data Stunting Terintegrasi 77
Tabel 11. Peta Jalan Perbaikan Kerangka Regulasi, Tata Kelola dan Pembiayaan 83
Tabel 12. Peta Jalan Perbaikan Implementasi Pengukuran Tinggi Badan 86
Tabel 13. Peta Jalan Perbaikan Manajemen Data Stunting Terintegrasi 90

DAFTAR SINGKATAN

1.000 HPK	:	1000 Hari Pertama Kehidupan
ASI	:	Air Susu Ibu
Baduta	:	Anak Berusia di Bawah Dua Tahun
Balita	:	Anak Berusia di Bawah Lima Tahun
Bappeda	:	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Bappenas	:	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BB/PB	:	Berat Badan menurut Panjang Badan
BB/TB	:	Berat Badan menurut Tinggi Badan
BB/U	:	Berat Badan menurut Umur
BGM	:	Bawah Garis Merah
BPB	:	Bulan Penimbangan Balita
BPJS	:	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPM	:	Bidan Praktek Mandiri
BPS	:	Badan Pusat Statistik
CISDI	:	*Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives*
D/S	:	Data Datang per Sasaran di Posyandu
DAK	:	Dana Alokasi Khusus
Dinkes	:	Dinas Kesehatan
DUNCNN	:	*Donor and UN Country Network on Nutrition*
e-PPGBM	:	Aplikasi Elektronik Pencacatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat
FGD	:	*Focus Group Discussion*
FKTP	:	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
Gernas PPG	:	Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi
GMP	:	*Growth Monitoring and Promotion*
GOBI	:	*Growth Monitoring, Oral Rehydration Therapy, Breastfeeding, Immunization*
IAKMI	:	Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia
IDI	:	Ikatan Dokter Indonesia
IFPRI	:	*International Food Policy Research Institute*
IMT/U	:	Indeks Massa Tubuh menurut Umur
Jabodetabek	:	Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang, Bekasi
JKN	:	Jaminan Kesehatan Nasional
K/L	:	Kementerian atau Lembaga Negara
Kemenkeu	:	Kementerian Keuangan
Kepmenkes	:	Keputusan Menteri Kesehatan
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KMS	:	Kartu Menuju Sehat
LB	:	Laporan Bulanan
LB1	:	Laporan Bulanan Data Kesakitan
LB3	:	Laporan Bulanan Data Gizi, KIA, Imunisasi dan Pengamatan Penyakit Menular
LB4	:	Laporan Bulanan Data Kegiatan Puskesmas
Litbangkes	:	Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Lokmin Puskesmas	:	Lokakarya Mini Puskesmas
Lokmintor	:	Lokakarya Mini Lintas Sektor
MCH	:	*Maternal and Child Health*
Menag	:	Menteri Agama
Mendag	:	Menteri Perdagangan
Mendagri	:	Menteri Dalam Negeri
Mendes PDTT	:	Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi
Mendikbud	:	Menteri Pendidikan dan Kebudayaan
Menkes	:	Menteri Kesehatan
Menkeu	:	Menteri Keuangan
Menko PMK	:	Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
Menkominfo	:	Menteri Komunikasi dan Informatika
Menperin	:	Menteri Perindustrian

Mensos	:	Menteri Sosial
Mentan	:	Menteri Pertanian
Menteri PPPA	:	Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
MP-ASI	:	Makanan Pendamping ASI
MTBS	:	Manajemen Terpadu Balita Sakit
OPD	:	Organisasi Perangkat Daerah
PB/U	:	Panjang Badan menurut Umur
PDB	:	Produk Domestik Bruto
PDGMI	:	Perhimpunan Dokter Gizi Medik Indonesia
Permenkes	:	Peraturan Menteri Kesehatan
Perpres	:	Peraturan Presiden
PERSAGI	:	Persatuan Ahli Gizi Indonesia
PforR	:	*Program-for-Results*
PIS-PK	:	Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PMT	:	Pemberian Makanan Tambahan
Polindes	:	Pondok Bersalin Desa
Posyandu	:	Pos Pelayanan Terpadu
PP	:	Peraturan Pemerintah
Pusdatin	:	Pusat Data dan Informasi
Puskesmas	:	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	:	Puskesmas Pembantu
PWS	:	Pemantauan Wilayah Setempat
QSDS	:	*Quantitative Service Delivery Surveys*
RAN-PG	:	Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi
RAPG	:	Rencana Aksi Pangan dan Gizi
Riskesdas	:	Riset Kesehatan Dasar
RKP	:	Rencana Kerja Pemerintah
RPJMN	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RS	:	Rumah Sakit
SD	:	Standar Deviasi
SDGs	:	*Sustainable Development Goals*
SDIDTK	:	Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak
SDM	:	Sumber Daya Manusia
Setkab	:	Sekretariat Kabinet
Setwapres	:	Sekretariat Wakil Presiden
SIBIMA	:	Aplikasi Sistem Informasi Bidan Praktek Mandiri
SIKDA	:	Sistem Informasi Kesehatan Daerah
SIMPUS	:	Sistem Informasi Manajemen Puskesmas
SP2TP	:	Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas
SPM Kesehatan	:	Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
SSGBI	:	Survei Status Gizi Balita Indonesia
Stranas Stunting	:	Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting
SUN	:	*Scaling Up Nutrition*
Susenas	:	Survei Sosial Ekonomi Nasional
TB/U	:	Tinggi Badan menurut Umur
TNP2K	:	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
TPG	:	Tenaga Pelaksana Gizi
UNICEF	:	*United Nations Emergency Children's Fund*
UPGK	:	Usaha Perbaikan Gizi Keluarga
UU	:	Undang-Undang
WHA	:	*World Health Assembly*

RINGKASAN EKSEKUTIF

Tahun 2020 menjadi tahun pertama pelaksanaan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Pemerintah Indonesia mengarahkan prioritas pembangunan pada sumber daya manusia untuk memperkuat pondasi daya saing menuju fase negara maju yang diharapkan terjadi pada tahun 2036-2044. Pemerintah menerjemahkan visi politik ini, salah satunya, melalui peningkatan kualitas kesehatan masyarakat.

Pemerintah melakukan penguatan integrasi program stunting untuk merealisasikan skenario optimis penurunan prevalensi sebesar 2-2.5% per tahun. Pelaksanaan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi perlu didukung data pengukuran tinggi badan yang akurat, mutakhir, terpadu, dapat dipertanggungjawabkan. Sistem informasi stunting yang andal adalah prasyarat penting agar data hasil pengukuran mudah diakses dan dibagipakaikan sebagai dasar tata laksana kasus dan penyusunan kebijakan berbasis bukti *(evidence informed policy)*.

Kajian teknis ini memberikan kerangka berpikir, sintesis temuan dan rekomendasi tindak lanjut mengenai implementasi kegiatan pengukuran tinggi badan balita dan manajemen data stunting terintegrasi di Indonesia. Kajian teknis ini disusun berdasarkan kajian literatur, analisis kebijakan, kunjungan lapangan, wawancara dan konsultasi terbatas dengan berbagai narasumber ahli. Tim peneliti percaya bahwa kajian teknis ini mewakili beragam sudut pandang dan menyatukan perdebatan-perdebatan tentang cara terbaik untuk mencapai tujuan akhir.

Kajian teknis ini berangkat dari proses pemindaian sistemik mengenai kejadian *(events)* dan kecenderungan *(trends)* **seputar pengukuran tinggi/panjang badan balita di Indonesia.** Secara spesifik, pemindaian kejadian dan kecenderungan ini melibatkan para pemangku kepentingan untuk menjawah tiga gugus pertanyaan. Pertama, sejauh mana dukungan regulasi, tata kelola dan anggaran telah membentuk kondisi pemungkin *(enabling conditions)* untuk praktik baik pengukuran tinggi badan dan manajemen data stunting terintegrasi. Kedua, apakah pengukuran tinggi badan di Indonesia telah dilakukan dengan kesahihan teknis *(technical soundness)* tinggi dan sejauh mana integrasi antar platform pengukuran sudah terjadi. Ketiga, sejauh mana data hasil pengukuran telah dimanfaatkan sebagai dasar pengambilan keputusan klinis dan perbaikan kebijakan.

Kajian teknis ini kemudian mempertemukan dan mengolah hasil pemindaian tersebut melalui konsultasi terbatas dengan para ahli (Delphi). Fase konsultasi tersebut memiliki tiga tujuan utama, yakni: (1) mengumpulkan pendapat dan hasil temuan di lapangan berdasarkan akumulasi pengetahuan dan pengalaman para ahli; (2) menentukan tantangan struktural *(drivers)* yang mendasari berbagai temuan tersebut; (3) merancang beberapa skenario *(scenario building)* penataan yang dimungkinkan dan tahapan yang diperlukan *(roadmap)*. Dengan demikian, kajian teknis ini memperhitungkan seluruh aspek 'apa' dan 'mengapa' menurut beragam sudut pandang serta menyatukan perdebatan-perdebatan mengenai 'bagaimana' cara terbaik untuk mencapai tujuan akhir.

Kajian teknis ini menemukan 3 tantangan utama yang secara signifikan menandai dinamika pengukuran tinggi/panjang badan balita di Indonesia dan memerlukan perhatian dan tanggapan Pemerintah periode 2019-2024. Tantangan struktural tersebut meliputi:

Tantangan terkait kerangka regulasi, tata kelola dan pembiayaan

- Kerangka regulasi yang mendukung upaya penurunan stunting telah tersedia dalam berbagai tingkatan, namun menerjemahkan dan mengimplementasikannya di level subnasional masih menjadi tantangan.

- Belum adanya *exit strategy/sustainability strategy* upaya di dalam kerangka regulasi.
- Tata kelola yang tumpang tindih baik pada level *coordinating agencies* maupun *implementing agencies*
- Kerangka regulasi untuk melibatkan aktor non-pemerintah secara bermakna belum tersedia
- Belum tersedianya mekanisme akuntabilitas dan efektivitas pembiayaan upaya penurunan *stunting* hingga ke level daerah

Tantangan terkait implementasi pengukuran tinggi badan di lapangan

- Inkonsistensi regulasi dan standar mengenai definisi, kelompok umur sasaran dan frekuensi pengukuran tinggi badan
- Proses alur kerja *(business process)* pemantauan pertumbuhan kurang menitikberatkan pada aspek interpretasi data, konseling dan rujukan ke layanan selanjutnya pasca pengukuran. Komponen komunikasi perubahan perilaku belum dimasukkan dalam paket layanan pemantauan pertumbuhan.
- Perbedaan pendapat antara ketepatan *Growth Standard WHO* dan standar nasional yang digunakan di Indonesia
- Platform layanan pemantauan pertumbuhan terfragmentasi dan tidak saling terhubung dengan layanan rujukan-rujuk balik

Tantangan terkait manajemen data, termasuk mengolah, menganalisa data dan mengakses data

- Data tinggi badan untuk mendeteksi status gizi menurut TB/U dan BB/TB tidak tertangkap dalam sistem informasi kesehatan di banyak Kabupaten/Kota karena terbatasnya ketersediaan alat ukur dan kompetensi pengukur
- Data yang didapatkan sering kali tidak memenuhi kualifikasi data berkualitas. Hal ini akan menyebabkan lemahnya basis penyusunan regulasi dan program selanjutnya
- Fragmentasi data karena setiap sistem informasi memiliki basis data yang berdiri sendiri
- Akses data dan informasi dari lintas unit di Kementerian Kesehatan dan lintas sektor masih sulit dilakukan karena tidak tersedianya standar dan protokol

Dari tantangan-tantangan struktural tersebut melalui proses konsultasi terbatas dengan para ahli (Delphi), dirumuskan 17 prioritas perbaikan, sebagai berikut:

Prioritas perbaikan terkait kerangka regulasi, tata kelola dan pembiayaan

- Merancang kerangka regulasi berdasarkan kajian kebutuhan dan gap yang melibatkan berbagai elemen pemangku kepentingan.
- Menetapkan struktur tata kelola yang cukup sederhana, efektif dan disepakati oleh semua pihak dilengkapi dengan pembagian peran yang jelas untuk memastikan alur koordinasi
- Memastikan adanya pelibatan sektor lain dan aktor non-pemerintah tertera di dalam revisi Perpres/kerangka regulasi baru
- Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pemanfaatan dana program stunting melalui budget tagging and tracking sampai ke level daerah dan desa
- Merancang dan memasukkan strategi keberlanjutan dalam kerangka regulasi penurunan stunting yang telah tersedia

Prioritas perbaikan terkait kerangka regulasi, tata kelola dan pembiayaan

- Harmonisasi regulasi mengenai standar, definisi operasional, dan golden standard pengukuran (kelompok umur sasaran, frekuensi pengukuran, dll)
- Meningkatkan kapasitas petugas untuk melakukan pengukuran tinggi badan, interpretasi data, konseling serta pencatatan dan pelaporan sistem informasi posyandu
- Memastikan tersedianya alat pengukuran tinggi badan yang memadai, terstandar dan terkalibrasi ke tiap posyandu di lokus prioritas *stunting*
- Integrasi tata kelola lintas platform pengukuran tinggi badan

- Memasukkan dan mensosialisasikan komponen pengukuran tinggi badan ke dalam standar pelayanan pemantauan tumbuh kembang di posyandu dan fasilitas kesehatan
- Memasukkan dan mensosialisasikan komponen komunikasi perubahan perilaku dalam paket pelayanan pemantauan tumbuh kembang

Prioritas perbaikan manajemen data terpadu

- Menyederhanakan sistem informasi posyandu dan integrasi score card KPM kepada sistem informasi Posyandu
- Meningkatkan cakupan penggunaan e-PPGBM dan menjadikannya sebagai basis ujicoba knowledge platform gizi balita terintegrasi
- Memperkuat Sistem Informasi Kesehatan Nasional
- Mengembangkan naskah petunjuk pelaksanaan e-government untuk permasalahan gizi di Indonesia

Ketiga prioritas ini diusulkan untuk dioperasionalisasikan melalui 19 target yang pencapaiannya bisa diukur melalui 23 indikator, seperti tertuang dalam kajian teknis ini.

Jakarta, 8 Oktober 2019

1

Implementasi Kegiatan Pengukuran Tinggi Badan Balita dan Manajemen Data Stunting Terintegrasi di Indonesia: Sebuah Pengantar

BAB 1. Implementasi Kegiatan Pengukuran Tinggi Badan Balita dan Manajemen Data Stunting Terintegrasi: Sebuah Pengantar

Stunting atau pendek adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan stimulasi psikososial, serta paparan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (1.000 HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia dua tahun [1]. Anak tergolong stunting apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua dari standar deviasi (-2SD) panjang atau tinggi anak seumurnya [2]. Seribu (1.000) HPK adalah periode emas bagi pertumbuhan anak yang menjadi investasi pembangunan *cost-effective* [3].

Stunting masih menjadi salah satu masalah gizi terbesar balita di dunia meskipun dalam dua dekade terakhir telah mengalami penurunan dari 32,6% di tahun 2000 menjadi 22,2 di tahun 2017 [4]. *Global Nutrition Report 2018* mencatat bahwa prevalensi stunting Indonesia jauh lebih buruk dari negara dengan tingkat ekonomi setara di Asia Tenggara: Thailand (16%), Malaysia (17,5%) dan Vietnam (23%) [5]. Walaupun Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan penurunan prevalensi stunting balita dari 37,2% (2013) menjadi 30,8%(2018), proporsi anak berusia di bawah dua tahun (baduta) pendek dan sangat pendek masih berada pada angka 29,9% atau lebih tinggi dibandingkan target Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) 2015-2019 sebesar 28% [6] [7] [8]. Prevalensi stunting di Indonesia terjadi pada semua daerah dan juga lintas golongan pendapatan. Beberapa indikator kesehatan pada tahun 2018 juga menunjukkan perlunya perbaikan segera, seperti anemia pada ibu hamil (48,9%) dan bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (6,2%).

Rancangan teknokratik RPJMN 2020-2024 menempatkan target penurunan *stunting* pada balita ke angka 19% pada 2024 sebagai salah satu indikator pemenuhan layanan dasar [9]. Nota Keuangan Tahun Anggaran 2020 menempatkan stunting sebagai isu strategis yang mendapatkan alokasi anggaran prioritas melalui konvergensi Dana Alokasi Khusus (DAK) fisik, DAK nonfisik, belanja K/L, dana desa dan hibah ke 260 daerah prioritas [10]. Komitmen politik ini diharapkan dapat mendorong akselerasi penurunan prevalensi stunting pada balita ke angka 27,1% sesuai Rencana Kerja Pemerintah (RKP) tahun 2020 [10] untuk semakin mendekati target Nutrisi Global 2025 dalam menurunkan angka *stunting* pada balita sebesar 40% [11].

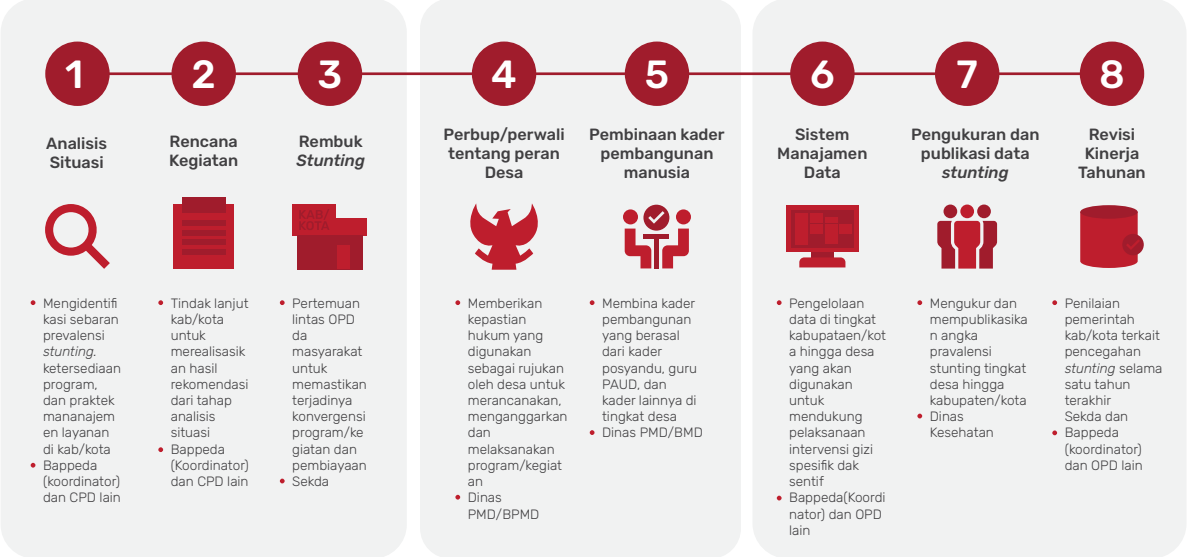
Hal ini menegaskan keterkaitan program penurunan angka *stunting* dengan upaya Indonesia menjadi negara berpenghasilan menengah-tinggi. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa stunting yang terjadi pada 1.000 HPK berisiko menghambat pertumbuhan fisik, meningkatkan kerentanan anak terhadap penyakit, menimbulkan hambatan perkembangan kognitif yang menurunkan kecerdasan dan produktivitas anak di masa depan. *Stunting* juga akan meningkatkan risiko terjadinya penyakit degeneratif di usia dewasa. Kerugian ekonomi akibat stunting diperkirakan mencapai 2-3% dari Produk Domestik Bruto (PDB) per tahun atau setara dengan 300 triliun rupiah [12].

Intervensi pencegahan stunting lebih diprioritaskan menyasar anak di bawah umur dua tahun karena pada periode tersebut mereka dianggap lebih sensitif terhadap dampak suatu intervensi dibanding anak berumur di atas dua tahun [13] [14]. Permasalahan utama yang menyebabkan tingginya angka stunting di Indonesia adalah kombinasi antara kebijakan yang belum terintegrasi dalam memberikan dukungan terhadap pencegahan *stunting,* keterbatasan logistik dan kompetensi tenaga pengukur, ketersediaan data yang berkualitas, serta permasalahan komunikasi dan perubahan perilaku yang terjadi baik di tingkat individu, tingkat masyarakat dan tingkat layanan kesehatan.

Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* 2019-2024 (Stranas *Stunting*) menetapkan intervensi gizi spesifik dan sensitif yang akan disampaikan kepada kelompok prioritas di lokasi prioritas. Stranas *stunting* berguna sebagai rambu-rambu pemerintah dalam penanganan stunting karena: (1) Disusun berdasarkan bukti-bukti, praktik baik dan pengalaman Indonesia serta global; (2) Bertujuan untuk memastikan agar seluruh sumber daya diarahkan dan dialokasikan untuk mendukung dan membiayai kegiatan-kegiatan prioritas untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan gizi rumah tangga 1.000 HPK; (3) Disusun agar semua pihak di semua tingkatan dapat bekerja sama untuk mempercepat pencegahan stunting, dan (4) Disusun melibatkan dan menjabarkan peran K/L, akademisi, organisasi profesi, masyarakat madani, dunia usaha dan mitra pembangunan/donor.

1.1. Mengapa isu ini penting?

Kegiatan pengukuran panjang badan atau tinggi badan yang termasuk dalam paket program Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) merupakan fondasi Stranas Stunting. Oleh karena itu, Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota [15] menempatkan pengukuran dan publikasi angka stunting sebagai satu dari delapan Aksi Integrasi.



Gambar 1. Delapan Aksi Integrasi

Keterpaduan perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan pengendalian Stranas Stunting, perlu didukung data yang akurat, mutakhir, terpadu, dapat dipertanggungjawabkan, mudah diakses, dan dibagipakaikan, serta dikelola secara seksama, terintegrasi, dan berkelanjutan. Pengukuran tinggi badan balita dan publikasi data stunting berjenjang secara rutin akan mempertajam pelaksanaan Aksi Integrasi melalui peningkatan: (1) Kualitas analisis situasi berbasis data dan informasi faktual; (2) Ketepatan penentuan target layanan,efisiensi pengalokasian sumber daya, menjadi basis penentuan kebijakan *(evidence-informed policy)* dan advokasi dukungan integrasi program di rembuk stunting; (3) Keandalan sistem manajemen data untuk mendukung kajian kinerja; dan (4) Ketepatan diagnosis agar petugas kesehatan dapat mengetahui status gizi balita sebagai dasar upaya tindak lanjut terintegrasi dan konseling berbasis keluarga.

Namun, ketersediaan kajian teknis mengenai pengukuran tinggi badan balita dan manajemen data stunting terintegrasi amat terbatas di Indonesia. Laporan N*utrition Capacity Assesment in Indonesia* dan Background Paper untuk Kajian Sektor Kesehatan memberikan gambaran besar penyelenggaraan pelayanan gizi di Indonesia, tetapi perlu diperkaya dengan kajian teknis dengan kedalaman analisis yang cukup untuk perbaikan operasionalisasi kebijakan [16] [17].

1.2. Sasaran

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) melakukan kajian teknis ini untuk mendukung upaya pemerintah meningkatkan implementasi pengukuran tinggi badan dan kaitannya dalam keandalan data stunting terintegrasi. Secara garis besar, kami membagi diskursus kajian teknis ini ke dalam tiga gugus besar: (1) *Politic* – proses bagaimana kebijakan dirumuskan dan ditetapkan; (2) *Polity* – kerangka institusional bagaimana kebijakan dirumuskan dan diterapkan, dan (3) *Policy* – menyangkut isi dan substansi serta mekanisme perubahan yang diinginkan.

Secara khusus, kajian teknis ini akan: (1) Mendalami peran pemangku kepentingan dan tata kelolanya; (2) Memeriksa kesenjangan program/kegiatan terkait pengukuran tinggi badan, publikasi dan pemanfaatan data stunting terintegrasi; serta (3) Mengusulkan rekomendasi perbaikan berdasarkan akumulasi pengetahuan dan pengalaman Indonesia untuk mendapatkan komitmen kerja kolaboratif antar K/L, akademisi, organisasi profesi, masyarakat madani, dunia usaha dan mitra pembangunan/donor.

1.3. Pertanyaan dan rancangan penelitian

Kajian teknis ini bertujuan untuk menjawab gugus pertanyaan berikut:

1. Apakah kerangka regulasi, tata kelola dan pembiayaan yang tersedia sudah memadai untuk mendorong implementasi pengukuran yang baik?
2. "Apakah kegiatan pengukuran tinggi badan dan manajemen data stunting terintegrasi telah dirancang dengan memadai?"
3. "Apakah terdapat komponen program atau kegiatan pengukuran tinggi badan dan manajemen data stunting terintegrasi yang luput?"
4. "Apakah penanggung jawab program/kegiatan memiliki kapasitas untuk perencanaan, implementasi dan monitoring?"
5. "Apakah seluruh komponen program atau kegiatan pengukuran tinggi badan dan manajemen data stunting terintegrasi memiliki kanal pembiayaan yang memadai?"
6. "Apakah tersedia sistem terpadu untuk memonitor hasil atau hasil antara dari keberhasilan kegiatan pengukuran tinggi badan dan manajemen data stunting terintegrasi?"

Untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut, kami menggunakan beberapa kombinasi dari beberapa metode dan instrumen riset. Dalam fase pertama penelitian, kami menganalisis data sekunder dan menggali sumber data dari survei nasional, studi khusus dan berbagai literatur ilmiah lainnya. Selanjutnya, kami melangkah lebih jauh dengan melakukan serangkaian wawancara semi-terstruktur yang melibatkan 22 informan kunci dengan beragam latar belakang di tingkat nasional dan subnasional (lihat lampiran 4) untuk mendapatkan berbagai temuan yang detail, penuh nuansa, dan mendalam. Proses pengumpulan data ini berlangsung pada periode Juli-September 2019.

Pada 14 Oktober 2019, CISDI membawa versi preliminier dari kajian teknis ini ke dalam diskusi grup terpumpun *(focus group discussion, FGD)* yang melibatkan 28 ahli (lihat lampiran 5). CISDI menerapkan pendekatan Delphi dalam FGD tersebut. Pendekatan Delphi dipilih untuk, secara sistematis, memfasilitasi dan menangkap perspektif yang berbeda dari pemangku kepentingan yang berasal dari berbagai latar belakang dan keahlian yang berbeda.

Fokus kajian yang kami tetapkan mungkin membatasi keluasan dan kedalaman analisis. Keterbatasan akses pada narasumber ahli selama periode analisis mungkin membatasi keberagaman pendapat atas temuan, analisis dan rekomendasi. Pengambilan data yang sebagian besar dilakukan di daerah Jabodetabek mungkin mempengaruhi keragaman konteks sehingga kurang mempresentasikan seluruh wilayah Indonesia.

Namun, CISDI meyakini kajian ini dapat dipercaya menjadi dasar terhadap perbaikan keandalan data stunting terintegrasi di Indonesia karena: (1) Disusun berdasarkan telaah dokumen kebijakan terbaru; (2) Analisis temuan lapangan dilakukan dengan membandingkan antara pengetahuan dan pengalaman CISDI mengenai arsitektur layanan kesehatan primer pra- dan pasca- diterbitkannya Stranas Stunting, dan (3) wawancara dilakukan kepada para ahli dengan pengalaman bekerja di wilayah Indonesia yang beragam.

1.4. Struktur Laporan

Bab Satu memberi uraian mengenai relevansi strategis kajian ini beserta pertanyaan dan rancangan penelitian. *Bab Dua* menjelaskan kerangka kebijakan terkait stunting serta tata kelola termasuk mekanisme pembiayaan yang tersedia. *Bab Tiga* menjelaskan standar penilaian pertumbuhan linier anak Indonesia dan berbagai platform pengukuran tinggi badan dari sisi *technical soundness*. *Bab Empat* akan menggali lebih dalam mengenai data dan indikator yang dipakai untuk memonitor kemajuan dan arsitektur manajemen data stunting terintegrasi. *Bab Lima* akan menutup kajian ini dengan menyajikan sintesis kajian, mengajukan kesimpulan beserta sejumlah rekomendasi kebijakan.

2

Kondisi Pemungkin: Kerangka Regulasi, Tata Kelola, dan Pembiayaan

BAB 2. Kondisi Pemungkin: Kerangka Regulasi, Tata Kelola, dan Pembiayaan

Kerangka regulasi, tata kelola, dan pembiayaan memberi arah dan ruang gerak bagi pemangku kepentingan terkait untuk membentuk kondisi pemungkin *(enabling conditions)* agar suatu program/kegiatan dapat berjalan. Kondisi pemungkin adalah sebuah ekosistem yang perlu ditata, dikelola, diberi sumber daya, dan diatur dalam tata institusi. Ekosistem ini harus bisa mendorong pemangku kepentingan lintas sektor berkolaborasi, saling bertukar pengetahuan, dan mempromosikan kebijakan berbasis bukti.

Secara khusus bab ini akan memetakan relasi kuasa antar pemangku kepentingan, menelaah peran mereka untuk menggerakkan sumber daya alokatif dan otoritatif, serta bagaimana tindakan tersebut membentuk praktik-praktik dalam implementasi kebijakan. Dalam kajian ini, tata kelola yang baik *(good governance)* menjadi prasyarat bagi kunci keberhasilan dan keberlanjutan implementasi kegiatan pengukuran tinggi badan balita dan manajemen data stunting terintegrasi di indonesia, seperti : a) Komitmen dan dukungan berkelanjutan dari pimpinan tertinggi; (b) Integrasi intervensi gizi spesifik dan sensitif berbasis bukti; (c) Pendidikan gizi dan komunikasi untuk mengubah perilaku; (d) Monitoring sosial dan program/kegiatan berbasis masyarakat; dan (e) Sistem data terpadu.

2.1. Kerangka Regulasi

2.1.1 Agenda Global

Pada tahun 2011, gerakan *Scaling-Up Nutrition (SUN)* menyerukan agar pendekatan perbaikan gizi di setiap negara harus terbukti *cost effective,* mengedepankan kerja sama lintas sektor baik pemerintah maupun non pemerintah, dan memfokuskan intervensi 1.000 HPK. Selanjutnya, pada tahun 2012, WHO melalui *World Health Assembly (WHA) Resolution* mengesahkan *Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Children Nutrition* [18]. Resolusi WHA 65.6 mendorong negara anggota dan mitra international untuk melaksanakan lima aksi sesuai konteks lokal (lihat Gambar 2).

Aksi #1	Aksi #2	Aksi #3	Aksi #4	Aksi #5
Menciptakan lingkungan yang mendukung untuk implementasi keijakan pangan dan gizi yang komprehensif.	Mencakup semua intervensi kesehatan efektif yang diutuhkan untuk berdampak pada gizi dalam rencana aksi gizi nasional	Menstimulasi kebijakan dan program pembangunan di luar sektor kesehatan yang memahami dan mencakup gizi	Menyediakan sumber daya manusia dan finansial yang cukup untuk implementasi invtervensi gizi	Memantau dan mengevaluasi implementasi kebijakan dan program

Gambar 2. Rencana Aksi Resolusi WHA 65.6

Melalui kelima aksi ini, WHA berkomitmen untuk mencapai target penurunan indikator gizi pada tahun 2025, yaitu: 1) penurunan 40% prevalensi anak balita pendek dan sangat pendek; 2) penurunan 50% anemia pada wanita subur; 3) penurunan 30% bayi lahir dengan BBLR; 4) peningkatan ASI eksklusif sampai paling sedikit 50%; dan 6) menurunkan dan mempertahankan wasting pada balita kurang dari 5%.

Relevansi resolusi ini terpelihara dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs). Dunia berkomitmen untuk mengeliminasi semua bentuk kekurangan gizi pada tahun 2030. SDGs sebagai kebijakan global yang menyeluruh, mendorong kebijakan pembangunan di tingkat nasional dengan menyatukan cara pandang dan logika berpikir negara mengenai perencanaan pembangunan dan implementasi yang dibutuhkan untuk mencapai target yang diharapkan. Implementasi ini membutuhkan kerangka kebijakan dan arsitektur tata kelembangaan di

tingkat nasional untuk memastikan SDGs dilaksanakan di kementerian, lembaga dan pemerintah daerah.

2.1.2 Menasionalkan Agenda Global

Untuk melakukan koordinasi di bidang pangan dan gizi, Undang-undang No.18 Tahun 2012 tentang pangan mengamanatkan pemerintah untuk menyusun rencana aksi pangan dan gizi. Lima tahun kemudian, penyusunan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi serta tata cara pelaporan rencana aksi pangan dan gizi diatur dalam Peraturan Presiden No. 83 Tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi.

Mengacu pada Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi (KSPG) tersebut, di tingkat pusat disusun Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) yang sejalan dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2015-2019. Untuk memudahkan pengorganisasian dari sektor-sektor yang berkontribusi kepada Rencana Aksi Pangan dan Gizi, maka diperlukan pengelompokan dalam bentuk pilar: 1) perbaikan gizi masyarakat; 2) peningkatan aksesibilitas pangan yang beragam; 3) mutu dan keamanan pangan; 4) perilaku hidup bersih dan sehat; 5) koordinasi pembangunan pangan dan gizi.

Pemerintah juga mengeluarkan Perpres No. 42 Tahun 2013 mengenai Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) untuk mempercepat perbaikan gizi masyarakat prioritas pada 1.000 hari pertama [19]. Dengan mempergunakan isu stunting sebagai pintu masuk, Perpres Gernas PPG memberi penajaman sasaran kebijakan program gizi, yaitu fokus terhadap ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0-2 tahun, mengecualikan remaja perempuan dari prioritas upaya perbaikan gizi yang diamanatkan UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan. Perpres Gernas PPG mengaitkan upaya perbaikan gizi harus diiringi dengan program pembangunan yang lebih luas namun sangat berkaitan seperti penanggulangan kemiskinan, ketahanan pangan, penyediaan air bersih dan sanitasi.

Selanjutnya, Bappenas menerbitkan Kerangka Kebijakan dan Pedoman Perencanaan pada tahun yang sama untuk memandu pelaksanaan Gernas PPG. Pada tahun 2017, kedua dokumen ini diperbaharui dalam bentuk Peta Jalan Implementasi Gernas PPG 2017-2019 yang kemudian menjadi acuan Sekretariat Gernas PPG untuk mendukung Tim Teknis dalam imlementasi.

Pilar #1	Pilar #2	Pilar #3	Pilar #4
Menjadikan perbaikan gizi sebagai arus utama pembangunan sumber daya manusia, sosial budaya, dan perekonomian	Peningkatan kapasitas dan kompetensi sumber daya manusia di semua sektor, baik pemerintah maupun swasta	Peningkatan intervensi berbasis bukti yang efektif pada berbagai tatanan yang ada di masyarakat	Peningkatan partisipasi masyarakat untuk penerapan norma-norma sosial yang mendukung perilaku sadar gizi

Gambar 3. Strategi Utama Gernas PPG

Tahun 2018, Bappenas meluncurkan Stranas Stunting untuk memastikan pencegahan stunting menjadi prioritas pemerintah dan masyarakat di semua tingkatan hingga tahun 2024. Stranas Stunting terdiri dari lima pilar yang masing-masing memiliki tujuan, strategi pencapaian dan instrumen pelaksanaan untuk menyasar kelompok prioritas di lokasi prioritas (lihat gambar 6). Dengan peningkatan upaya pelaksanaan skema koordinasi dan berbagai implikasi teknis serta pendanaan dari Stranas Stunting,skenario moderat memproyeksikan angka stunting baduta dapat turun hingga 1,5-2% per tahun dan dapat mencapai target WHA dan SDGs.

Yang patut menjadi perhatian adalah fakta bahwa belum ada regulasi yang memasukkan mengenai strategi keberlanjutan upaya dan kemajuan penurunan stunting di Indonesia. Menjadi perdebatan apakah ketika fokus pemerintah beralih, pembiayaan dan upaya lintas sektor yang telah terjalin juga akan berakhir. Untuk itu, strategi memelihara keberlanjutan dari hasil yang telah diupayakan harus menjadi salah satu prioritas pemerintah dalam beberapa tahun ke depan.

Lampiran 1 merangkum seluruh kerangka kebijakan yang telah tersedia di berbagai tingkatan beserta impikasi teknis dan visi sinergisitas antara berbagai pemangku kepentingan di semua level pemerintahan yang dibawanya.

Ketersediaan perangkat regulasi di tingkat nasional dianggap telah cukup, namun menerjemahkannya ke level subnasional maupun tingkat desa dalam hal regulasi hingga implementasi masih menjadi tantangan. Saat ini baru sekitar 20% daerah yang memiliki Perbup/Perwali yang menjelaskan tentang penggunaan dana desa untuk stunting. Salah satu instrumen yang dapat digunakan untuk memastikan standar dan target nasional dilakukan adalah melalui implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM). Implementasi SPM sendiri telah didorong dan didukung regulasi UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah, PP 2/2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, Permendagri 100/2018 tentang penerapan SPM, dan Permenkes 4/2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada SPM Bidang kesehatan.

SPM mencakup standar dan target pelayanan yang harus dipenuhi secara kualitas maupun kuantitas untuk dianggap mencapai pelayanan minimum. Pemerintah Kabupaten/Kota harus memenuhi 12 SPM bidang kesehatan, yang mencakup salah satunya yaitu, pelayanan kesehatan balita. Disebutkan bahwa "Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib memberikan pelayanan kesehatan anak balita kepada semua balita di wilayah kerjanya sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun", ketentuan tersebut termasuk penimbangan minimal 8 kali setahun, dan pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali setahun.

SPM dianggap sebagai standar kebutuhan dasar paling minimal bagi warga negara, maka seluruh masyarakat ditargetkan harus memperoleh pelayanan minimal bidang kesehatan (100%), bila ada daerah yang tidak mencapai 100% maka dianggap "belum memenuhi capaian SPM". Dalam penganggaran pun, SPM harus diprioritaskan sebelum memenuhi anggaran lainnya. Sayangnya, dalam implementasinya belum ada sangsi/disinsentif yang diberlakukan bila SPM tidak terpenuhi.

Temuan 1:

Komitmen politik untuk upaya perbaikan gizi masyarakat sudah cukup kuat baik dalam bentuk Undang-Undang (UU), Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Presiden (Perpres), Peraturan Menteri (Permen) dan Peraturan Daerah (Perda), namun kesenjangan implementasi di tingkat daerah masih menjadi tantangan. Selain itu, strategi keberlanjutan upaya penurunan stunting harus mulai diprioritaskan perencanaan dan implementasinya.

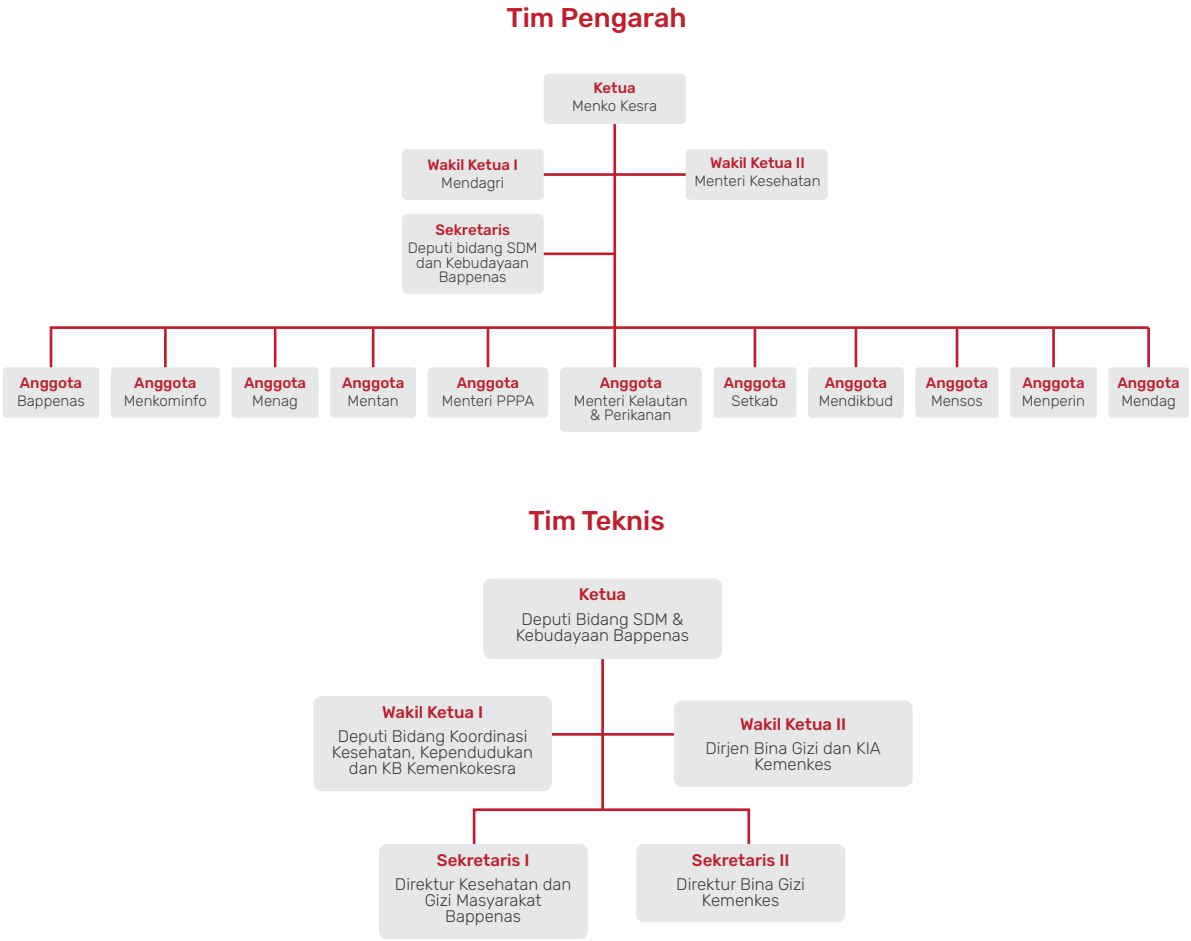
2.2. Kerangka Tata Kelola

Arsitektur tata kelembagaan di tingkat nasional dibentuk untuk mengorkestrasi implementasi dan merekapitulasi capaian perbaikan gizi masyarakat di tingkat nasional. Pada tataran legislatif, terdapat Kaukus Kesehatan DPR RI yang terdiri dari anggota DPR RI lintas fraksi dan lintas komisi untuk mendukung program gizi masyarakat dalam konteks legislasi, anggaran, dan pengawasan.

Pada tataran eksekutif, pemerintah menetapkan Gugus Tugas Gernas PPG (lihat Gambar 3) yang dipimpin oleh Menko Kesra (sekarang Menko PMK) untuk memonitor implementasi Perpres lintas K/L. Bappenas khususnya kedeputian Sumberdaya Manusia, sebagai Ketua Tim Teknis, berwenang mengorkestrasi perencanaan dan alokasi anggaran. Dalam membangun dan meningkatkan kemitraan dengan Lembaga non pemerintah, Gernas PPG, antara lain, berpedoman pada: (1) *UN Standing Committee on Nutrition*; (2) Pedoman WHO dalam kerja

sama dengan pihak swasta; (3) Strategi Global Pemberian Makan Bayi dan Anak; (3) Pedoman dan manual UNICEF dalam bekerja sama dengan komunitas bisnis; (4) Pedoman dari *International Pediatric Association* (IPA) dalam bekerja sama dengan industri.

Kegiatan utama K/L dan mitra terbagi dalam rencana kegiatan jangka pendek (18 bulan) dan jangka menengah (36 bulan) yang diarahkan untuk mendukung pencapaian indikator-indikator kinerja kunci pelaksanaan Gernas PPG. Pemantauan indikator input dan proses dilakukan tiap semester, sedangkan pemantauan output dilakukan tahunan hingga tiga tahun sekali [20].

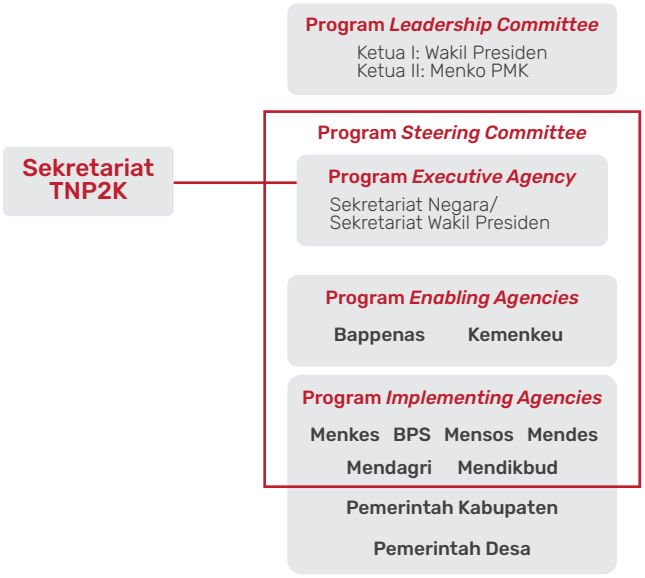


Gambar 4. Struktur Gugus Tugas Percepatan Perbaikan Gizi berdasarkan Perpres No. 42 tahun 2013

Kerangka tata kelola yang tersedia berdasarkan Perpres No. 42 Tahun 2013 dinilai belum efektif memandu kebijakan dan mendorong koordinasi dan implementasi lintas sektor [20]. Selain itu, desentralisasi memberi tantangan pada sistem perencanaan antar level pemerintah dan transfer fiskal. Padahal, program nasional amat bergantung pada proses fasilitasi di tingkat Kabupaten/Kota dan penyampaian layanan di tingkat desa.

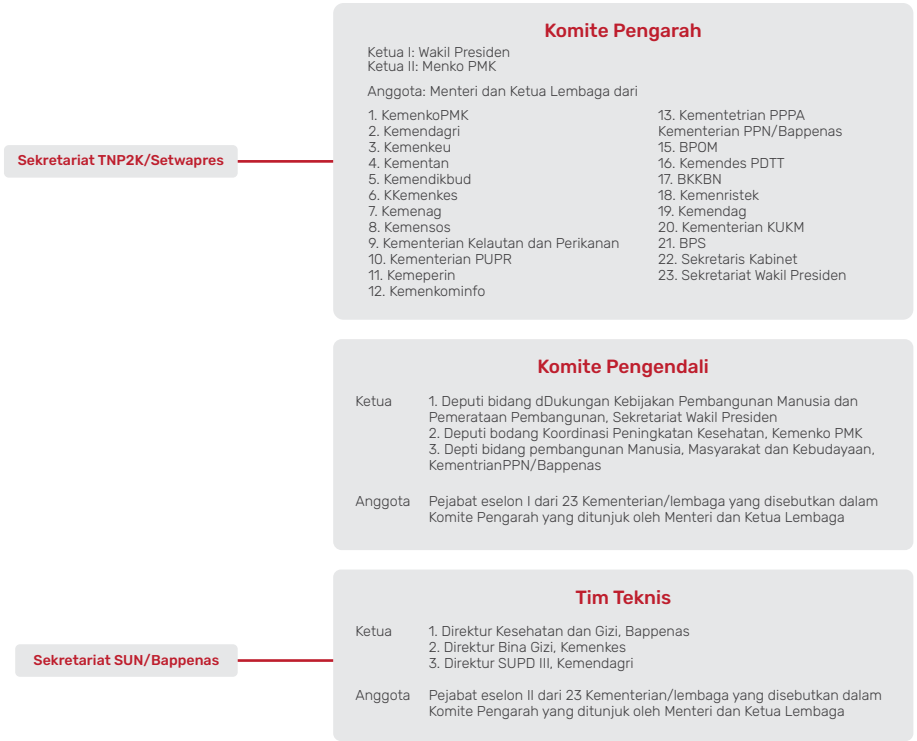
Oleh karena itu, Bank Dunia menetapkan Sekretariat Wakil Presiden (Setwapres) sebagai otoritas kepemimpinan tertinggi untuk mengelola program PforR guna mempercepat penurunan prevalensi stunting *'Investing in Nutrition and Early Years' 2018-2022* (lihat Gambar 5). Selain menjadi *executing agency*, Setwapres juga berperan dalam beberapa fungsi kunci: (1) menyelenggarakan stunting summit; (2) melakukan sinkronisasi *planning and budgeting* bersama Bappenas dan Kementerian Keuangan; (3) meninjau kemajuan pelaksanaan PforR bersama Kemendagri; (4) melakukan koordinasi dengan BPKP sebagai agen verifikasi independen [21].

Dalam menjalankan fungsinya, Setwapres didukung oleh TNP2K yang menjadikan program penurunan stunting sebagai salah satu acceleration policies [20]. Secara khusus Sekretariat TNP2K dalam struktur ini berfungsi untuk memberikan dukungan teknis kepada Setwapres, Menko PMK, Bappenas, dan Kemenkeu untuk mendorong implementasi siklus tahunan, akuntabilitas, dan pembelajaran yang mencakup lima fungsi utama, yaitu (1) target dan komitmen tahunan, (2) alokasi biaya dan transfer fiskal yang berbasis pada hasil intervensi, (3) koordinasi implementasi nasional dan subnasional, (4) pemantauan intervensi dan konsolidasi data, serta (5) kajian kinerja dan penyesuaian.



Gambar 5. Struktur Tata Kelola PforR *World Bank*

Di sisi lain, Stranas Stunting juga mengembangkan sebuah struktur koordinasi seperti tertera di Gambar 6. Struktur ini terdiri dari Komite Pengarah yang diketuai oleh Wakil Presiden dan didukung oleh Sekretariat TNP2K/Setwapres, Komite Pengendali, dan Tim Teknis yang didukung oleh Sekretariat SUN Bappenas.



Gambar 6. Pelaksanaan Koordinasi berdasarkan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting

Tiga struktur koordinasi dan tata kelola tersebut (Gambar 4, 5 dan 6) kemudian dibandingkan terutama beberapa komponen penting dalam struktur untuk melihat perubahan antar satu struktur ke struktur yang lain seperti ditampilkan pada Tabel 1. Pada aspek hirarki kepemimpinan, struktur 1 diketuai oleh Menko Kesra, struktur 2 oleh Wakil Presiden dan Menko PMK, dan struktur 3 oleh Wakil Presiden. Struktur 3 juga menunjukkan lebih banyak K/L yang terlibat dibanding struktur 1 dan 2.

Tabel 1. Perbandingan Struktur antar Regulasi

Indikator	Gernas PPG (1)	Program PforR Bank Dunia (2)	Stranas *Stunting* (3)
Hirarki kepemimpinan utama	Menteri Koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat memimpin Gugus Tugas yang bertanggung jawab pada Presiden	Wakil Presiden dan Menko PMK	Wakil Presiden
K/L yang terlibat	15	12	23
Dasar hukum	Perpres No 42 Tahun 2013	n/a	n/a
Struktur organisasi	Tim pengarah, Tim teknis, dan Kelompok Kerja	Program *leadership committee, program steering committee*	Komite pengarah, komite pengendali dan tim teknis
Peran dan fungsi	Gugus tugas melakukan koordinasi dan sinkronisasi Gernas PPG antar K/L. Pembagian peran antar struktur atau K/L tidak disebutkan detail	Pembagian peran antar struktur ataupun K/L dapat ditemukan detail di dokumen	Dalam Buku Pegangan Resmi OPD, mencantumkan peran dan fungsi setiap K/L di tingkat nasional, juga Pemerintah Provinsi, Kabupaten/Kota dan Desa serta Lembaga non-pemerintah.
Pelaporan	Ketua Gugus Tugas melaporkan langsung ke Presiden paling sedikit satu kali dalam setahun atau sewaktu-waktu apabila diperlukan. Gubernur, Bupati/Walikota melaporkan kepada Ketua Gugus Tugas paling sedikit satu kali dalam setahun atau sewaktu-waktu apabila diperlukan	*Implementing agencies* melaporkan kepada *coordinating agencies* (Setwapres, Bappenas, Kemenkeu, dan BPS)	- Sekretariat TNP2K/Setwapres menyusun Laporan Percepatan Pencegahan Stunting (PPS) setiap semester 1 dan tahunan yang bekerja sama dengan K/L terkait. - Setwapres menyampaikan Laporan PPS nasional tahunan kepada Wakil Presiden yang akan meneruskannya ke Presiden

Indikator	Gernas PPG (1)	Program PforR Bank Dunia (2)	Stranas *Stunting* (3)
Koordinasi	Gugus Tugas menyelenggarakan rapat paling sedikit satu kali dalam tiga bulan	Program *leadership committee* menyelenggarakan rapat setiap tiga bulan	- Wapres memimpin pertemuan tiga bulanan - Sekretariat TNP2K/Setwapres mengkoordinir forum tahunan kepemimpinan pemda - Komite Pengendali mengadakan pertemuan berkala tiga bulanan - Tim teknis mengadakan pertemuan perencanaan sekurangnya dua kali setahun
Implementasi di daerah	Melibatkan pemerintah daerah	Melibatkan pemerintah daerah	Penjabaran dilakukan hingga level pemerintah tingkat desa
Fungsi pemantauan dan evaluasi	Gugus tugas	Sekretariat TNP2K memimpin proses monev	TNP2K akan memimpin pemantauan Stranas Stunting dengan K/L terkait
Pelibatan mitra di luar sektor pemerintahan	Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota membentuk gugus tugas yang menyusun rencana dan program kerja dengan mengacu pada kebijakan nasional. Anggota gugus tugas terdiri dari pemerintah, perguruan tinggi, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, organisasi keagamaan, dunia usaha, dan anggota masyarakat.	Mendorong keterlibatan multisektoral untuk menyasar determinan utama stunting, tapi tidak menjabarkan secara rinci potensi peran setiap pemangku kepentingan	Stranas Stunting menjabarkan peran dan fungsi potensial mitra di luar sektor pemerintahan
Sumber pendanaan	APBN, APBD dan sumber-sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan	APBN, APBD dan sumber lain hingga pinjaman dari Bank Dunia dapat dicairkan ketika target DLI tercapai.	APBN, APBD, dana desa, dan sumber pendapatan lainnya yang sah, serta didorong untuk menggali sumber dana lain di luar sektor pemerintah

Keterlibatan banyak K/L tentunya menjadi tantangan untuk koordinasi maupun pembagian peran. Dari kajian dokumen, Tabel 1 menunjukkan bahwa struktur 1 tidak memaparkan secara detail pembagian tugas antara struktur ataupun K/L, sementara struktur 2 dalam dokumen *PforR*-nya mencantumkan secara jelas peran yang diharapkan untuk setiap K/L beserta insentif yang terkait dengan indikator kinerja *(disbursement linked indicators)*. Untuk struktur 3, Buku Pegangan Resmi OPD mencantumkan peran dan fungsi setiap K/L di tingkat nasional, juga Pemerintah Provinsi, Kabupaten/Kota dan Desa serta Lembaga non-pemerintah.

Temuan 2:

Potensi tumpang tindih tata kelola

Struktur 1, 2 dan 3 menunjukkan struktur kepemimpinan dan koordinasi yang cukup berbeda. Adanya struktur 2 dan 3 yang baru (Gambar 5 dan 6) tidak meniadakan struktur 1 Gugus Tugas Gernas (Gambar 4). Perbedaan ini berpotensi menimbulkan kebingungan dan tumpang tindih pekerjaan, contohnya pada struktur 1 (Gambar 4) di mana Bappenas berperan sebagai koordinator tim teknis pelaksana, sementara di struktur 2 (Gambar 5) Setwapres menjadi koordinator Struktur Tata Kelola PforR dan Struktur 3 (Gambar 6) Bappenas, Kemenkes dan Kemendagri menjadi koordinator Stranas Stunting.

Pembagian peran yang jelas sangat penting untuk memastikan upaya yang ada tidak tumpang tindih dan koordinasi serta komunikasi dapat berjalan baik lintas lembaga dan kementerian. Kemenkes dan Kemendes PDTT yang memiliki peran dan banyak program teknis di lapangan harus memiliki peran yang signifikan di dalam struktur tim teknis. Namun, saat ini Kemendes PDTT memiliki posisi sebagai anggota dalam struktur 1 dan 3.

Temuan 3:

Kerangka regulasi untuk melibatkan SUN Network/aktor non-pemerintah secara bermakna belum tersedia

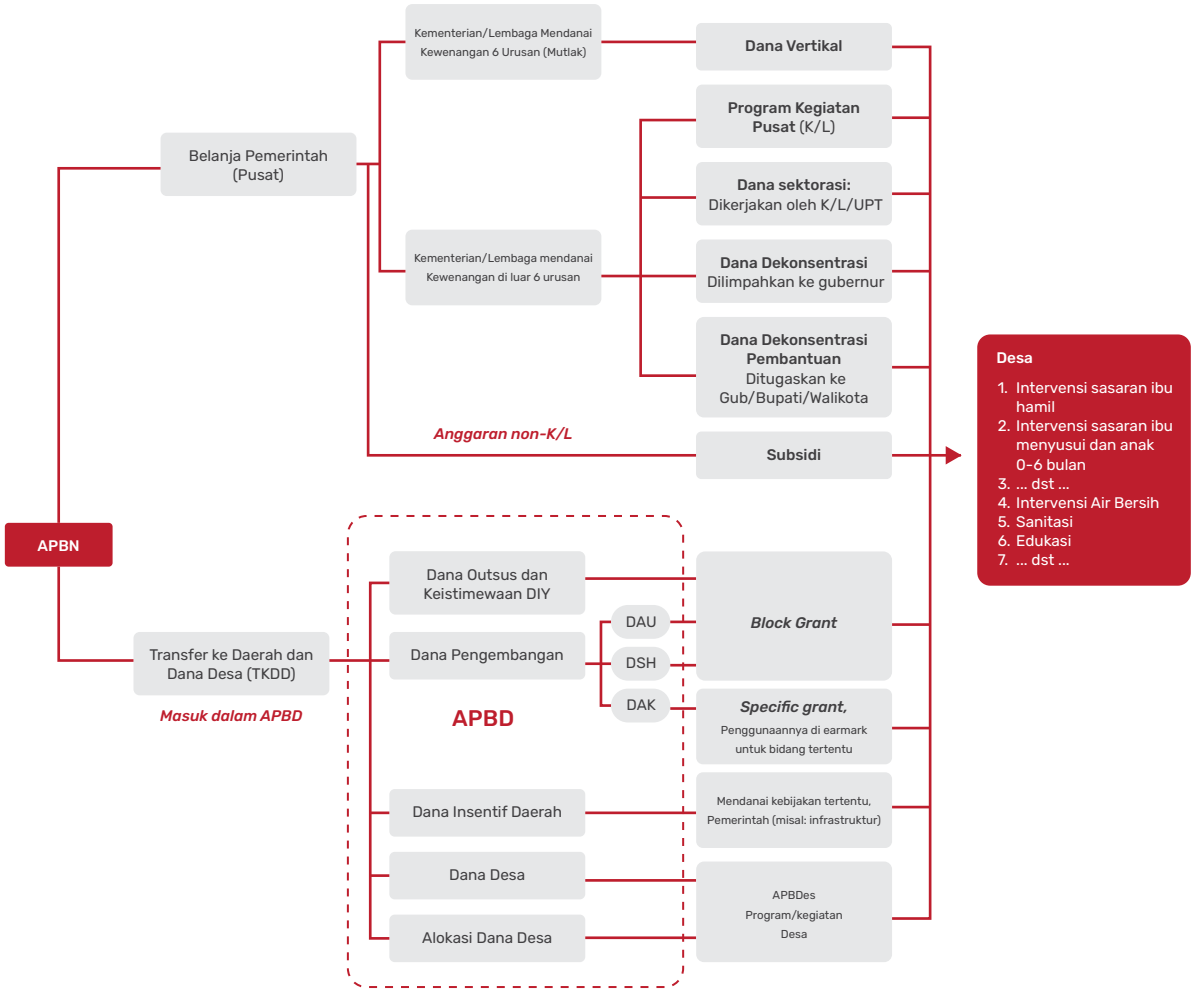
Rencana pelibatan mitra di luar sektor pemerintahan pun telah dimasukkan ke dalam setiap dokumen meskipun tidak terlibat langsung di dalam semua struktur. Struktur 1 dan 2 juga tidak mengatur peran akademisi, organisasi profesi, masyarakat madani, dunia usaha dan mitra pembangunan/donor lainnya secara rinci. Hanya struktur 3 yang menjelaskan lebih rinci potensi peran dan fungsi setiap mitra. Gugus Tugas yang lebih luas, yang memungkinkan keterlibatan jaringan bisnis, aliansi masyarakat sipil dan donor (DUNCNN) di bawah koordinasi tim teknis Scaling Up Nutrition Movement mungkin diperlukan.

2.3. Kerangka Pembiayaan

Skema umum sumber pembiayaan program stunting di Indonesia adalah menggunakan APBN (anggaran K/L), Dana Alokasi Khusus, APBD 1 (Provinsi), APBD 2 (Kabupaten/Kota), dana desa (APBDesa) dan sumber-sumber lain yang sah. Pada tahun 2018, Kemenkeu memperkirakan dibutuhkan alokasi anggaran untuk gizi sebesar Rp 141,9 triliun setiap tahunnya agar konsisten dengan target penurunan stunting dalam RPJMN 2015-2019 [22].

Sesuai hasil rekonsiliasi data Rencana Kerja Kementerian/Lembaga (Renja K/L) dan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA K/L) 2019, alokasi anggaran 2019 dalam APBN yang relevan untuk mendukung penurunan stunting adalah sebesar Rp 29 triliun. Kementerian Kesehatan mengelola Rp 3,6 triliun untuk intervensi gizi spesifik dengan *output* suplementasi gizi makro dan mikro, pelatihan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), pelatihan pemantauan pertumbuhan, penguatan informasi gizi terpadu dan pemutakhiran surveilans gizi serta imunisasi. Dengan peningkatan total alokasi belanja fungsi kesehatan pada tahun 2020 sebesar Rp 1,4 triliun dan peningkatan dana BOK sebesar Rp 475,9 miliar untuk penanganan stunting di 260 daerah, maka dapat diperkirakan bahwa komitmen peningkatan mobilisasi sumber pendanaan pemerintah untuk program gizi sangat tinggi [23].

Dana desa dapat menjadi salah satu sumber pembiayaan penting untuk stunting. Transfer ke daerah dan Dana Desa pada 2020 secara keseluruhan direncanakan mencapai Rp 856 miliar (34%). Dana desa mencakup 10 kategori potensial dan 48 subkategori. Atas persetujuan yang diambil melalui pertemuan desa, Dana Desa dapat membiayai isu-isu yang sesuai dengan kategori dan subkategori potensial. Selain itu, isu tersebut juga harus sesuai dengan tujuan pembangunan desa, dan prioritas pemerintah di tingkat nasional maupun subnasional. Dalam kategori tersebut, beberapa merupakan determinan penting yang berkontribusi ke pencegahan stunting, seperti akses ke air bersih dan sanitasi, promosi kesehatan, pemantauan pertumbuhan, dan gizi anak usia pra-sekolah dan sekolah [24]. Permendesa PDTT 11/2019 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa tahun 2020 juga memuat stunting sebagai prioritas pemanfaatan dana desa. Dalam implementasinya, peraturan ini belum tersosialisasikan dengan baik ke semua perangkat desa untuk memahami bahwa dana desa dapat dimanfaatkan untuk program pencegahan stunting. Baru sekitar 20% Bupati/Walikota yang membuat perda turunan mengenai penggunaan dana desa untuk program stunting.



Gambar 7. Kerangka Pembiayaan Program Stunting di Indonesia (Sumber: Stranas Stunting 2018-2024)

Upaya pencegahan stunting juga didorong untuk menggali sumber dana lain yang berasal dari dunia usaha dan donor mengingat keterbatasan dana pemerintah. Salah satu sumber pendanaan internasional untuk gizi yang cukup besar di Indonesia adalah skema pendanaan Bank Dunia. Bank Dunia memberikan pinjaman kepada Indonesia dengan skema pembiayaan berbasis hasil *(Performance for Results)* yang bergantung pada pencapaian indikator/target yang ditetapkan *(Disbursement Linked Indicators).*

Dengan besarnya sumber daya yang dikeluarkan untuk penurunan stunting, Pemerintah menyadari pentingnya untuk mulai berfokus pada dampak yang dihasilkan. Sebagai bagian dari upaya konvergensi penanganan *stunting*, Pemerintah mulai menerapkan sistem *Tagging and Tracking* untuk pembiayaan program spesifik dan sensitif stunting juga pendampingan, koordinasi dan dukungan teknis, dimana anggaran telah ditandai dan dialokasikan khusus untuk program yang dapatditelusuri pemanfaatan beserta target yang dicapai. Sistem ini juga memudahkan Pemerintah untuk melakukan evaluasi perencanaan dan kinerja juga memastikan akuntabilitas setiap K/L. Proses tagging belum optimal karena penandaan tematik stunting pada Renja dan RKA K/L TA 2019 baru efektif dilaksanakan Oktober 2019. Sayangnya, sistem ini baru dilakukan untuk pembiayaan oleh pemerintah pusat, pada anggaran daerah dan dana desa belum dapat dilacak pemanfaatannya.

Temuan 4:

Besarnya alokasi pembiayaan untuk program stunting perlu didorong juga untuk efisiensi dan efektivitas pemanfataannya. Salah satu metode yang digunakan adalah melalui sistem budget tagging and tracking sebagai alat untuk mengukur dampak maupun mendorong akuntabilitas penggunaan dana.

Kerangka regulasi, tata kelola dan pembiayaan menjadi komponen penting yang mendorong dan memungkinkan program/intervensi penurunan stunting dapat berjalan dengan baik. Komponen-komponen tersebut akan sangat berdampak pada koordinasi, akuntabilitas, implementasi, pelaporan dan terutama, keluaran yang diharapkan. Di bab selanjutnya ini, fokus kajian menyorot proses pengukuran dan pencatatan dari berbagai aspek regulasi hingga pemantauan.

3

Pengukuran Tinggi Badan Balita: Implementasi dan *Quality Assurance*

BAB 3. Pengukuran Tinggi Badan Balita: Implementasi dan *Quality Assurance*

Pemantauan pertumbuhan balita adalah upaya memperoleh data status gizi balita dan indikator terkait gizi pada skala layanan posyandu, puskesmas dan kabupaten. Pemantauan ini dilakukan berjenjang untuk mengetahui kemajuan tingkat individu, meningkatkan partisipasi orang tua dan masyarakat untuk menjaga pertumbuhan balita yang optimal, serta menyediakan sarana tindak lanjut dan konseling untuk perubahan perilaku.

Pada tingkat pengambil kebijakan, pemantauan pertumbuhan berguna untuk peningkatan efektivitas penentuan target layanan dan alokasi sumber daya. Selain itu, pemantauan ini juga mampu mendorong pemecahan masalah dan perencanaan di level desa hingga kabupaten. Pada unit-unit terkait di pemerintah desa, pemantauan juga berguna untuk mendukung advokasi untuk integrasi program.

Bab ini akan membedah platform pengukuran tinggi badan balita yang tersedia di Indonesia. Secara khusus, bab ini akan menyoroti standar layanan, ketersediaan sumber daya, delivery arrangement dari masing-masing platform serta integrasi antar platform.

3.1. Pengukuran tinggi badan sebagai standar pemantauan pertumbuhan Balita

Komunitas medis mulai memperkenalkan praktik pengukuran pertumbuhan di negara berkembang sejak tahun 1960-an. Segera setelah itu, pada 1970-an penggunaan grafik pertumbuhan menjadi praktik standar. Publikasi ilmiah pada masa itu banyak mengaitkan pemantauan pertumbuhan dengan edukasi gizi dan konseling. Praktik pengukuran di luar gedung tumbuh menjadi bagian dari kegiatan komunitas pelayanan kesehatan primer. World Heallth Organization (WHO) pada tahun 1978 memasukkan Pemantauan Tumbuh Kembang (Growth Monitoring) ke dalam paket GOBI (growth monitoring, oral rehydration therapy, breastfeeding, immunization) dalam program Child Survival Development Revolution. Konsep terus berkembang menjadi Pemantauan dan Promosi Pertumbuhan (Growth Monitoring and Promotion, GMP) pada pertengahan tahun 1980-an.

GMP memasukan komponen konseling dan mengaitkan hasil pengukuran pada tindakan (follow up actions) yang harus diambil setelahnya [25]. Aspek promosi ini bertujuan meningkatkan: (1) kesadaran mengenai pertumbuhan anak; (2) praktik pengasuhan; (3) permintaan (demand) terhadap layanan terkait sehingga menjadi kunci dalam pengambilan keputusan dalam keluarga (family-level decisions) untuk layanan gizi terintegrasi.

Indonesia mengadopsi program GMP dan menjadikannya salah satu komponen Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) sejak 1970-an melalui Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Posyandu diluncurkan pada 1986 dan menjadi platform utama GMP di Indonesia. Berat badan kala itu masih menjadi indikator pertumbuhan balita yang utama.

Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. 1995/Menkes/SK/XII/2010 menetapkan standar antropometri penilaian status gizi anak. Standar antropometri ini mengacu pada WHO Growth Standards 2005 [26]. WHO mengembangkan standar antropometri melalui WHO Multicenter Growth Reference Study yang juga diadopsi oleh 159 negara lainnya di dunia. Kategori dan ambang batas status gizi anak ditetapkan berdasarkan indeks sebagaimana diperlihatkan pada tabel 2.

Komunitas medis mulai memperkenalkan praktik pengukuran pertumbuhan di negara berkembang sejak tahun 1960-an. Segera setelah itu, pada 1970-an penggunaan grafik pertumbuhan menjadi praktik standar. Publikasi ilmiah pada masa itu banyak mengaitkan pemantauan pertumbuhan dengan edukasi gizi dan konseling. Praktik pengukuran di luar gedung tumbuh menjadi bagian dari kegiatan komunitas pelayanan kesehatan primer. *World Heallth Organization* (WHO) pada tahun 1978 memasukkan Pemantauan Tumbuh Kembang (Growth Monitoring) ke dalam paket GOBI *(growth monitoring, oral rehydration therapy, breastfeeding, immunization)* dalam program *Child Survival Development Revolution*. Konsep terus berkembang menjadi Pemantauan dan Promosi Pertumbuhan (Growth Monitoring and Promotion, GMP) pada pertengahan tahun 1980-an.

GMP memasukan komponen konseling dan mengaitkan hasil pengukuran pada tindakan (follow up actions) yang harus diambil setelahnya [25]. Aspek promosi ini bertujuan meningkatkan: (1) kesadaran mengenai pertumbuhan anak; (2) praktik pengasuhan; (3) permintaan (demand) terhadap layanan terkait sehingga menjadi kunci dalam pengambilan keputusan dalam keluarga *(family-level decisions)* untuk layanan gizi terintegrasi.

Indonesia mengadopsi program GMP dan menjadikannya salah satu komponen Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) sejak 1970-an melalui Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Posyandu diluncurkan pada 1986 dan menjadi platform utama GMP di Indonesia. Berat badan kala itu masih menjadi indikator pertumbuhan balita yang utama.

Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. 1995/Menkes/SK/XII/2010 menetapkan standar antropometri penilaian status gizi anak. Standar antropometri ini mengacu pada WHO Growth Standards 2005 [26]. WHO mengembangkan standar antropometri melalui WHO *Multicenter Growth Reference Study* yang juga diadopsi oleh 159 negara lainnya di dunia. Kategori dan ambang batas status gizi anak ditetapkan berdasarkan indeks sebagaimana diperlihatkan pada tabel 2.

Tabel 2. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Beran Badan menurut umur (BB/U) Anak Umur 0 - 60 Bulan	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi Lebih	> 2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak umur 0 - 60 Bulan	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak umur 0 - 60 Bulan	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0 - 60 Bulan	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0-60 Tahun	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>1 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	> 2 SD

Peraturan spesifik yang mengatur tentang pemantauan pertumbuhan, perkembangan dan gangguan tumbuh kembang anak mengatur sasaran, frekuensi dan lingkup layanan terdapat dalam dua peraturan, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 25 tahun 2014 tentang upaya kesehatan anak dan Permenkes No. 66 Tahun 2014. Secara khusus, hal yang diatur dalam kedua peraturan tersebut adalah:

1. Pemantauan pertumbuhan merupakan paket pelayanan kesehatan bayi, anak balita dan prasekolah yang dilakukan pada anak usia 0 (nol) sampai 72 bulan. Penimbangan berat badan dilakukan setiap bulan, pengukuran panjang/tinggi badan setiap tiga bulan serta pengukuran lingkar kepala sesuai jadwal, yakni pada usia 15, 21, 30, 42, 54, dan 66 bulan.
2. Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan dilakukan berdasarkan klasifikasi berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) oleh tenaga kesehatan terlatih.

Permenkes No. 66 Tahun 2014 mendefinisikan tinggi badan di bawah -2SD sebagai s*hort stature* atau perawakan pendek, berbeda dengan definisi WHO bahwa Anak tergolong stunting apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua dari standar deviasi (-2SD) panjang atau tinggi anak seumurnya [2].

Temuan 5:

Terdapat perbedaan definisi, kelompok umur sasaran dan frekuensi pengukuran yang dianjurkan

Kedua Permenkes menyebut pemantauan pertumbuhan menyasar bayi, anak balita dan prasekolah berusia 0 (nol) sampai 72 bulan, berbeda dengan prioritas sasaran Stranas *Stunting* yang menyebut anak 0-23 bulan sebagai sasaran prioritas dan anak usia 24-59 bulan sebagai sasaran penting. Frekuensi pengukuran yang tercantum dalam Permenkes No. 66 Tahun 2014 juga berbeda dengan Permenkes No.4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Permenkes ini mengatur bahwa pengukuran panjang/tinggi badan dilakukan minimal 2 kali/tahun pada anak usia 0-59 bulan.

Temuan 6:

Komponen komunikasi perubahan perilaku, terutama aspek komunikasi antar pribadi luput dari paket layanan pemantauan pertumbuhan

Namun, walaupun kedua Permenkes menegaskan bahwa pemantauan pertumbuhan ini harus dilaksanakan secara komprehensif, poin konseling setelah pengukuran tidak ditulis secara eksplisit. Padahal konseling merupakan komponen penting setelah pengukuran yang dilakukan untuk memberikan penjelasan dan tindak lanjut yang harus dilakukan wali anak berdasarkan hasil pengukuran. Komponen konseling pada ibu hanya tercantum dalam bagan tatalaksana anak dengan gizi buruk tanpa detail mengenai poin-poin yang harus disampaikan sesuai hasil pengukuran [27].

Kotak 1. *Indonesian National Synthetic Growth Charts*

Dalam artikel berjudul "Indonesian National Synthetic Growth Charts" yang dipublikasikan dalam journal ACTA Scientific Paediatrics volume 1 issue 1, Agustus 2018, Pulungan, A et.al. merekomendasikan penggunaan grafik Synthetic Growth Chart di Indonesia yang dkembangkan berdasarkan sampel data Riskesdas 2013. Peneliti menganggap pertumbuhan nasional ini dapat lebih merepresentasikan status gizi dan pertumbuhan anak Indonesia. WHO, PERSAGI, PDGMI, IDI dan IAKMI dalam rekomendasi resminya menyarankan Indonesia untuk tetap menggunakan WHO Growth Standards 2005 untuk anak 0-59 bulan. Standar tersebut dirancang untuk mengontrol faktor genetik dan lingkungan serta mempertimbangkan secular trend pada populasi.

Temuan 7:

Terdapat perdebatan mengenai ketepatan *Growth Standard* yang digunakan di Indonesia

3.2. *Delivery Arrangement*

Posyandu adalah tulang punggung pemantauan pertumbuhan balita di Indonesia yang beroperasi sekurang-kurangnya satu (1) kali dalam sebulan di level dusun. Bidan Desa, Kader PKK dan Kader Posyandu adalah pihak penyelenggara posyandu. Satu kader mendampingi 10-20 keluarga sasaran.

Posyandu, yang dilaksanakan melalui sistem 5 meja, diharapkan memberi layanan GMP dan gizi terintegrasi lainnya (KIA, KB, Imunisasi dan penanggulanan diare). Keberhasilan Posyandu tergambar melalui cakupan SKDN: (a) D/S: indikator peran serta masyarakat (akses) dan (b) N/D: indikator keberhasilan (kualitas layanan). Dengan menggunakan indikator BB/U, posyandu merujuk anak ke Puskesmas jika dalam dua kali pengukuran berat badan tidak naik atau berada di bawah garis merah (BGM) kurva di KMS. Pada kondisi tertentu, apabila gangguan pertumbuhan disebabkan oleh penyakit penyerta yang tidak dapat ditangani di Puskesmas, anak dirujuk ke RSUD Kabupaten/Kota.

Kader dan bidan melakukan pengukuran panjang/tinggi badan di Posyandu menggunakan alat ukur antropometri *length board* atau *microtoise.* Anak yang terdeteksi stunting akan dirujuk ke puskesmas untuk validasi pengukuran oleh tenaga gizi atau bidan dan dilakukan pemeriksaan lebih lanjut oleh dokter.

Kunjungan rumah oleh kader pendamping dilakukan jika balita tidak hadir di Posyandu. Pada daerah dengan keterbatasan sumber daya yang tidak memungkinkan kader pendamping melakukan kunjungan rumah rutin, *sweeping* dilakukan dua kali setahun dengan memanfaatkan Bulan Penimbangan Balita (BPB). Tindak lanjut setelah pengukuran di Bulan Penimbangan Balita dilaksanakan melalui mekanisme yang sama oleh posyandu. Sementara itu, balita yang tinggal di perkotaan memiliki alternatif platform pengukuran lainnya seperti klinik dokter praktik mandiri atau rumah sakit.

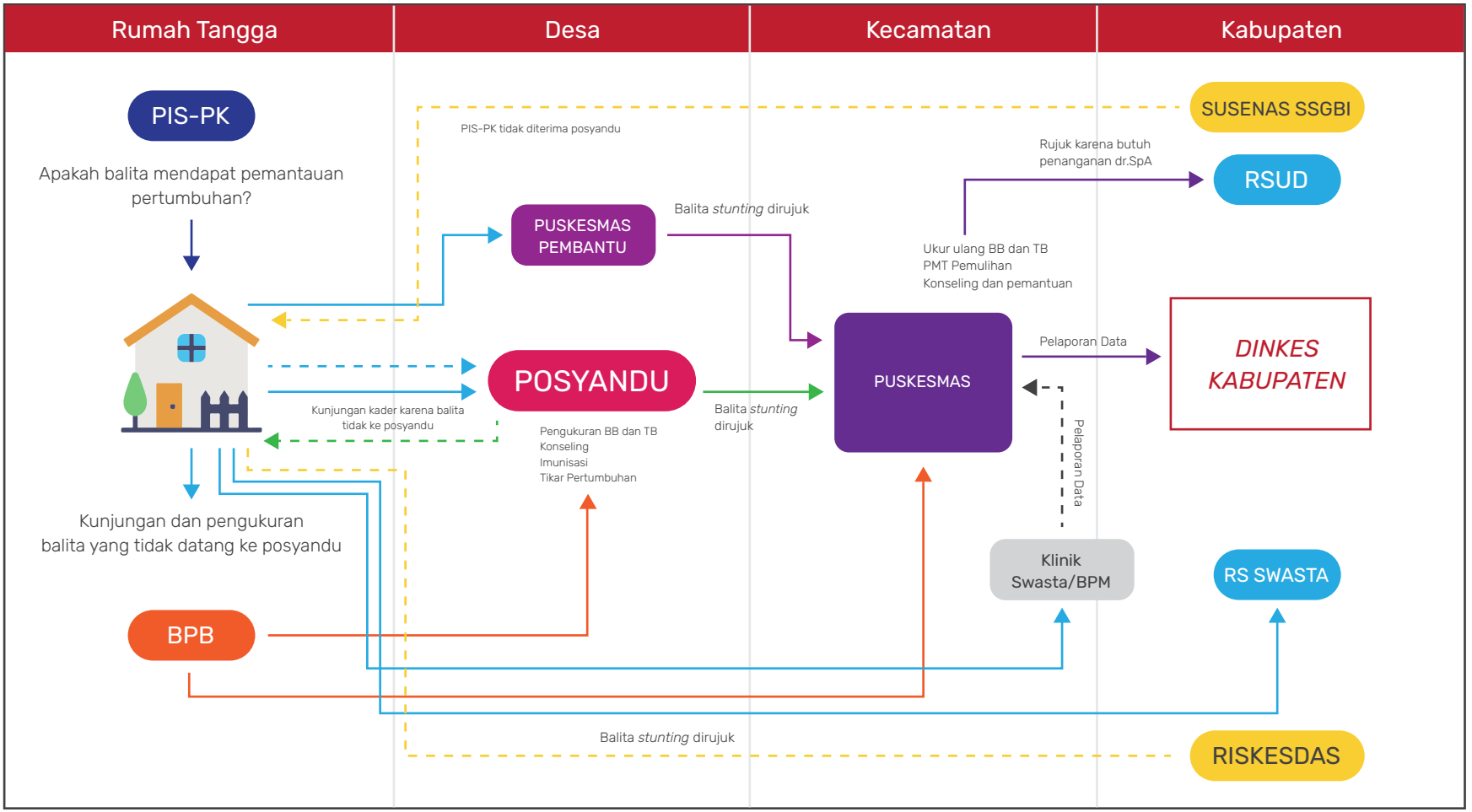
Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dapat digunakan untuk memastikan dan mengedukasi setiap keluarga yang memiliki balita untuk membawa balita ke posyandu. Salah satu indikator PIS-PK memverifikasi apakah balita ditimbang setiap bulan atau tidak. Jika balita/orang tuanya tidak hadir di posyandu, konseling dilakukan melalui kunjungan rumah. Indeks Keluarga Sehat (IKS) dapat memandu tenaga puskesmas mengenali pola persoalan kesehatan di tingkat keluarga yang berkontribusi pada kejadian *stunting.*

Jika alat pengukuran antropomentri belum tersedia atau terbatas, maka tikar pertumbuhan dapat digunakan sementara sebagai alat deteksi dini risiko *stunting.* Pada Posyandu dengan keterbatasan alat yang menjadi daerah prioritas program Generasi Sehat Cerdas (GSC), bersama kader posyandu, bidan atau petugas puskesmas lainnya, Kader Pembangunan Manusia (KPM) memfasilitasi pengukuran tinggi badan dengan tikar pertumbuhan.

KPM memastikan konvergensi penanganan stunting di tingkat desa. KPM melakukan monitoring bulanan atas pelaksanaan konvergensi 5 paket layanan penanganan *stunting.* Monitoring dilakukan dengan mengikuti pelaksanaan kegiatan posyandu, kegiatan PAUD dan kunjungan ke rumah sasaran.

Penentuan prevalensi stunting di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten dilakukan oleh Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dan Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI). Riskesdas dilakukan 5 tahun sekali dan akan dilakukan kembali pada tahun 2023, sedangkan SSGBI dilaksanakan setahun sekali. Data berat badan dan tinggi badan dikumpulkan berdasarkan pengukuran oleh enumerator.

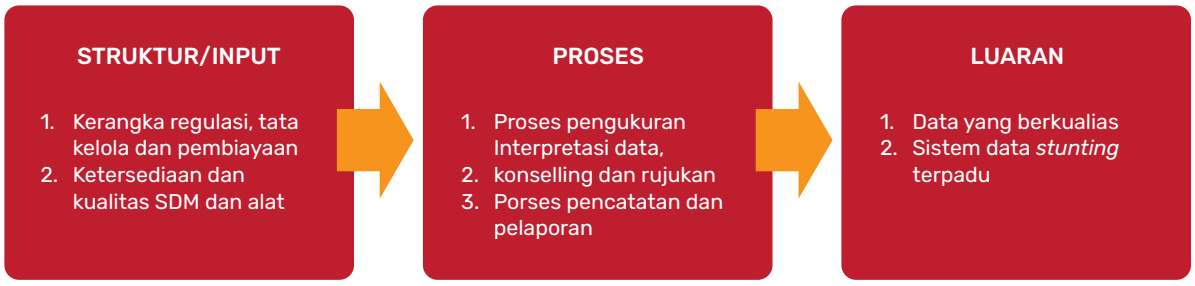
Integrasi Berbagai Platform Pengukuran Pertumbuhan Balita di Indonesia dapat dilihat pada gambar 8.



Gambar 8. Integrasi Berbagai Platform Pengukuran Pertumbuhan Balita di Indonesia

3.3. Kualitas platform pengukuran pertumbuhan

Model yang digunakan sebagai kerangka acuan menilai kualitas platform pertumbuhan adalah model evaluasi sistem dari Donabedian [28]. Model ini menyoroti tiga dimensi dalam penilaian kualitas, yaitu: struktur/input, proses dan *outcome* (luaran).



Gambar 9. Adaptasi Model Donabedian pada Evaluasi Platform Pengukuran Pertumbuhan

Berdasarkan kerangka tersebut, studi ini menggunakan kerangka regulasi, tata kelola dan pembiayaan, serta ketersediaan dan kualitas SDM dan alat untuk pengukuran tinggi badan maupun manajemen data stunting sebagai input atau komponen penting untuk memungkinkan terjadinya proses. Pada studi ini proses akan berfokus pada frekuensi dan kualitas proses pengukuran, interpretasi data, konseling dan rujukan, serta proses pencatatan dan pelaporan data yang akan mempengaruhi keluaran yang diharapkan, yaitu data yang berkualitas serta sistem data yang terpadu.

3.3.1 Struktur/Input

Penilaian kualitas masing-masing platform berdasarkan struktur/input tertera pada tabel 3

Tabel 3. Evaluasi platform pemantauan pertumbuhan menurut dimensi input/struktur

Platform	Tata Kelola	Alat Pengukuran	SDM	Pembiayaan
1. Posyandu	• Tata kelola di tingkat nasional rumit. Masih menjadi perdebatan apakah Kemendagri, PKK, Kemendes PDTT atau Kemenkes yang bertanggung jawab • Di tingkat kabupaten, otoritas bupati dan diturunkan menjadi tanggung jawab kepala desa pada tingkat desa bertanggung jawab atas pelaksanaan posyandu. • Sektor kesehatan (kemenkes, dinas kesehatan, puskesmas) bertanggung jawab memastikan logistik layanan kesehatan di posyandu (imunisasi, KB, dll) dan memberikan pendampingan kepada kader.	• Alat ukur BB tersedia di semua posyandu • Alat ukur TB terbatas di posyandu • Ditemukan posyandu dengan alat ukur TB tidak sesuai standar	• Pengelolaan dilakukan oleh kader posyandu • Tenaga kesehatan puskesmas memberikan dukungan teknis kesehatan • Pelatihan (refreshing) kader dilakukan oleh bidan desa/TPG puskesmas Kompetensi pengelolaan posyandu dan pengukuran TB minim	• Pemerintah, bersumber dari dana APBN, APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, • BOK dinkes/puskesmas • Dana desa • Iuran pengguna/ pengunjung posyandu • Dana desa tidak mencukupi
2. Posyandu	• Kemenkes menangani di tingkat nasional • Dinas Kesehatan menangani koordinasi di tingkat kabupaten • TPG puskesmas menangani pelaporan data gizi di level	• Alat ukur BB (timbangan injak terstandar) dan TB *(microtoise dan Length board)* tersedia di puskesmas	• Beban kerja TPG tinggi – sebagian besar untuk fungsi administratif Kompetensi kurang, dibutuhkan *in-service training* [29]	• Berasal dari BOK, DAK, dll

Platform	Tata Kelola	Alat Pengukuran	SDM	Pembiayaan
	pelaporan data gizi di level desa, data dikelola oleh bidan desa, kemudian dikumpulkan ke TPG puskesmas.		• Deteksi kasus stunting juga dilakukan dokter umum saat menangani pasien MTBS dan imunisasi. Pengukuran TB pada poli MTBS dan pengobatan umum dilakukan oleh perawat. • Jika ditemukan kasus stunting, dokter merujuk ke poli gizi untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.	
3. Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) swasta	• Tenaga medis perseorangan, seperti: Dokter Praktik Mandiri (DPM) atau Bidan Praktik Mandiri (BPM)	• Timbangan berat badan • Mayoritas tidak memiliki alat ukur panjang badan terstandar	• Peningkatan kompetensi dan standar bergantung pada individu dan organisasi profesi. Karena jumlah yang banyak, pendampingan dari dinas kesehatan masih rendah untuk memastikan praktik sesuai standar • Mayoritas tidak mengukur panjang badan, hanya mengukur berat badan	• Pembayaran *out of pocket* pasien, dana kapitasi (jika sudah terdaftar pada BPJS)
4. Rumah Sakit	• Kemenkes mengatur regulasi rumah sakit di tingkat nasional, publik maupun swasta • Tata kelola RS menjadi tanggung jawab masing-masing manajemen RS	• TB, BB dan lingkar kepala diukur* • Alat ukur sesuai standar, dilakukan kalibrasi tahunan* *tergantung tipe RS dan ketersediaan alat di RS	• Peningkatan kompetensi diadakan oleh dinkes dan organisasi profesi • Kasus gizi balita ditangani oleh dokter spesialis anak dan/atau dokter spesialis gizi klinik	• Pemerintah provinsi, bersumber APBD • Jika tidak melalui proses rujukan, biaya ditanggung oleh keluarga *(out of pocket)*

Platform	Tata Kelola	Alat Pengukuran	SDM	Pembiayaan
5.PIS-PK	• Kemenkes melalui dirjen yankes dan direktur yankes primer bertanggung jawab di tingkat nasional • Dinas kesehatan bertanggung jawab di tingkat • Kota/Kabupaten Implementasi dilakukan petugas puskesmas	• Tidak mengukur BB dan TB, hanya menanyakan kepada ibu apakah balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan tiap bulan	• Tenaga puskesmas harus mendatangi semua rumah yang berada dalam wilayah kerja puskesmas (total sampling). Seringkali tenaga puskesmas juga memiliki tugas pokok pelayanan dan program lain di puskesmas, sehingga kesulitan untuk melakukan pendataan PIS-PK.	• Dana BOK Puskesmas
6. BPB	• Kemenkes melalui dirjen yankes dan direktur yankes primer bertanggung jawab di tingkat nasional • Dinas kesehatan bertanggung jawab di tingkat Kota/Kabupaten • Implementasi dilakukan petugas puskesmas dan kader	• BB dan TB diukur • Alat ukur menggunakan milik puskesmas tergantung ketersediaan	• Perlu pelatihan antropometri untuk kader dan TPG • Perlu ada tenaga yang melakukan cek ulang untuk memastikan validitas pengukuran • SDM dalam jumlah banyak untuk kunjungan rumah ke balita yg tidak datang penimbangan	• BOK puskesmas
7. KPM	• Kemendes PDTT menangani di tingkat nasional • Kepala desa mengelola di tingkat desa	• Skrining balita stunting menggunakan tikar pertumbuhan di rumah, PAUD atau di Posyandu	• Tidak semua KPM berasal dari kader posyandu • Kualitas deteksi dengan tikar akan menentukan kompetensi KPM. Perlu training KPM untuk menyamakan kualitas	• Dana desa

Platform	Tata Kelola	Alat Pengukuran	SDM	Pembiayaan
8. Riskesdas	• Kemenkes RI, melalui Litbangkes, mengelola di tingkat nasional	• Dilakukan 5 tahun sekali • Mengukur TB dan BB dan persentase cakupan pemantauan pertumbuhan	• Enumerator terlatih yang mendapatkan pelatihan antropometri	• APBN
9. SSGBI	• Litbang Kemenkes RI bekerja sama dengan BPS	• Dilakukan sebulan sekali • Mengukur TB dan BB	• Enumerator terlatih yang mendapatkan pelatihan antropometri	• Anggaran BPS dan Litbangkes

Dari segi tata kelola, sebagian besar platform pengukuran yang ada dikelola oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Beberapa platform seperti tikar pertumbuhan, posyandu dan SSGBI dikelola bersama dengan Kementerian lain. Namun, platform tersebut tetap membutuhkan dukungan Kemenkes dalam implementasi di lapangan. Sebagian besar pembiayaan pada platform yang dikelola Kementerian Kesehatan berasal dari BOK. Dari segi pembiayaan, platform pengukuran yang dikelola oleh Kemenkes sebagian besar bersumber dari BOK puskesmas. Sumber dana lainnya, yaitu dana desa, APBN, APBD dan jasa medis yang dibayarkan pasien.

Berdasarkan tabel 2, platform paling ideal untuk pengukuran pertumbuhan adalah posyandu. Hal ini mengingat pelaksanaan posyandu yang berkala, yaitu sebulan sekali. Namun, tata kelola posyandu di tingkat pusat rumit, karena harus dikelola oleh 4 institusi yang berbeda (Kemenkes, Kemendagri, Kemendesa, dan tim penggerak PKK). Pengukuran tinggi badan juga tidak dilakukan tiga bulan sekali. Hanya 2 kali per tahun saat pelaksanaan BPB. Ketersediaan alat ukur yang terbatas juga kurangnya kompetensi kader dalam pengukuran menjadi kendala posyandu.

Temuan 8:

Posyandu merupakan platform paling ideal untuk pemantauan pertumbuhan. Namun, pengukuran di Posyandu terkendala oleh ketersediaan alat ukur dan kompetensi pengukuran.

Walaupun posyandu menjadi platform pengukuran paling ideal, namun belum semua balita diperiksakan pertumbuhannya di posyandu. Secara nasional, cakupan D/S posyandu sebesar 80.6% [7]. Hal ini menunjukan sebanyak 19.4% balita tidak dibawa ke posyandu. Selain itu, belum semua posyandu melakukan pengukuran panjang badan. Sebanyak 46.8% balita tidak mendapatkan pengukuran panjang badan dalam 12 bulan terakhir [7]. Idealnya, balita yang tidak hadir di posyandu mendapatkan kunjungan rumah oleh kader. Saat kunjungan rumah, kader melakukan pengukuran pertumbuhan dan memberikan konseling mengenai pertumbuhan dan gizi anak. Namun, data QSDS 2016 menemukan hanya 35% kader yang melakukan kunjungan rumah [30].

Permasalahan ketidakhadiran balita ke posyandu idealnya dapat diatasi dengan sweeping penimbangan balita dua kali setahun yang dilakukan saat bulan penimbangan balita dan pemberian edukasi melalui kunjungan rumah PIS-PK. Pada PIS-PK, petugas kesehatan menanyakan apakah balita ditimbang berat-badannya di posyandu atau fasilitas kesehatan dalam sebulan terakhir. Indikator ini dapat menjadi pelengkap dan pendorong mekanisme *social accountability* dari indikator D/S posyandu. Namun, cakupan PIS-PK pada tahun 2019 baru sebesar 56%. Selain itu, peningkatan kesadaran melalui PIS-PK belum terlaksana dengan baik. Kunjungan rumah hanya dimanfaatkan untuk pendataan Profil Kesehatan Keluarga (prokesga).

Berdasarkan FGD dengan penyedia layanan puskesmas dan rumah sakit di Jakarta, puskesmas dan rumah sakit narasumber memiliki platform ukur yang memadai. Standar alat yang digunakan di puskesmas tersebut mengacu pada standar Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan. Di rumah sakit tersebut, alat yang digunakan mengacu pada standar Kemenkes dan menjadi bagian dari penilaian akreditasi rumah sakit. Kalibrasi alat dilakukan tahunan untuk memastikan akurasi pengukuran.

Dari segi SDM, kader menjadi aktor penting dalam pengukuran tinggi badan di posyandu dan bulan penimbangan balita. TPG dan bidan desa menjadi pengontrol kualitas pengukuran tinggi badan yang dilakukan kader di puskesmas, juga menjadi tenaga kesehatan yang mengukur pertumbuhan anak pada poli gizi di puskesmas. Pada lingkup MTBS dan pelayanan imunisasi puskesmas, pengukuran tinggi badan dilakukan oleh perawat sebelum pasien bertemu dokter. Dokter akan melakukan pengukuran ulang jika ditemukan data pengukuran yang ekstrim. Identifikasi SDM yang terlibat dalam proses pengukuran terdapat dalam table 4.

Tabel 4. Profesi yang Terlibat dalam Proses Pengukuran

SDM	Platform Pengukuran	Kompetensi pengukuran	Hal yang dibutuhkan
Kader Posyandu	• Posyandu • Bulan Penimbangan Balita	Bergantung pada pelatihan yang diberikan dan tidak melalui sekolah formal. Pelatihan diberikan oleh TPG atau bidan desa. Berdasarkan studi Pencerah Nusantara [31], kader memiliki keterbatasan kompetensi walaupun telah mendapat pelatihan berulang, salah satu faktornya adalah karena faktor usia dan pendidikan.	Pendampingan dari TPG dan bidan desa saat pengukuran di posyandu
Bidan desa dan bidan praktik mandiri	• Bulan Penimbangan • Balita Klinik bersalin	Pengukuran tinggi badan masuk dalam modul tumbuh kembang yang diajarkan dalam pendidikan bidan	*In service training* dan urgensi pengukuran tinggi badan
TPG	• Posyandu • Bulan Penimbangan Balita • Puskesmas	Pengukuran tinggi badan masuk dalam modul antropometri yang diajarkan dalam pendidikan ahli gizi	*In servicea training*
Perawat	• Puskesmas, sebelum pasien mendapat layanan dokter • Rumah sakit, sebelum pasien mendapat layanan dokter spesialis	Pengukuran tinggi badan masuk dalam modul tumbuh kembang yang diajarkan dalam pendidikan perawat	*In service training* dan urgensi pengukuran tinggi badan
Dokter umum	• Poli MTBS puskesmas dan layanan posyandu • Klinik dokter praktik mandiri	Diajarkan dalam pendidikan dokter	Training refreshing dan urgensi pengukuran tinggi badan
Dokter spesialis anak	• Rumah sakit	Diajarkan dalam pendidikan dokter dan dokter spesialis anak	Urgensi pengukuran tinggi badan

Berdasarkan tabel 4, dibutuhkan penanganan yang berbeda untuk masing-masing tenaga kesehatan dalam hal pengukuran tinggi badan. Sebagai satu-satunya tenaga non-kesehatan dalam proses pengukuran, kader posyandu membutuhkan pendampingan intensif dari TPG dan bidan desa pada meja 3 posyandu. Untuk bidan desa, perawat dan TPG, *in service training* dibutuhkan untuk memastikan ketiga tenaga kesehatan tersebut mengukur dengan tepat dan sesuai standar sekaligus mengikuti perkembangan ilmu. Saat ini, tidak ada *in service training* terstandar untuk meningkatkan kompetensi tenaga gizi. Studi Unicef [6] menemukan kurangnya *pre-service training* untuk tenaga gizi di puskesmas. Sehingga in service training dibutuhkan untuk menutup kesenjangan kompetensi tersebut.

Pada dokter dan dokter spesialis anak, tidak ditemukan kajian mengenai kurangnya *pre-service training* mengenai pengukuran tinggi badan. Berdasarkan FGD dan wawancara dengan beberapa dokter dan dokter spesialis anak Jakarta yang pernah dilakukan, sebagian besar pengukuran tinggi badan anak dilakukan oleh perawat sebelum pasien diperiksa oleh dokter atau dokter spesialis anak. Sehingga sangat sedikit kasus yang diukur langsung pertumbuhannya oleh dokter. Peningkatan kesadaran dokter mengenai urgensi pengukuran

tinggi badan diperlukan untuk memastikan anak dengan hasil pengukuran ekstrim, diukur kembali secara komprehensif oleh dokter sehingga deteksi awal stunting dapat dilakukan. Selain itu, kemampuan dokter untuk melakukan konseling pasca pengukuran dan komunikasi perubahan perilaku perlu ditingkatkan. Melalui konseling, ibu mendapat informasi yang tepat mengenai stunting dan permasalahan kesehatan lainnya sehingga kekhawatiran berlebihan ibu dapat teratasi. Sehingga perlu dipastikan dokter memiliki kemampuan konseling yang baik agar informasi tersampaikan dengan tepat.

3.3.1 Proses

Setelah balita diukur, data pengukuran akan dicatat dalam register pasien. Metode pencatatan berbeda pada setiap platform. Misalnya, hasil pengukuran di posyandu dicatat dalam register penimbangan, tetapi dalam PIS-PK hasil temuan dicatat dalam Profil Kesehatan Keluarga (prokesga) dan Aplikasi Keluarga Sehat. Setelah data dicatat, petugas pengukuran memberikan konseling kepada ibu balita. Jika ditemukan balita yang mengalami permasalahan gizi, balita akan dirujuk ke jenjang pelayanan kesehatan berikutnya. Penilaian kualitas masing-masing platform berdasarkan dimensi proses tertera pada tabel 4.

Temuan 9:

Variasi dalam kualitas dan ketersediaan pengukuran karena keterbatasan logistik, kalibrasi, kompetensi pengukur juga kurang berjalannya tata laksana, SOP dan tidak dipatuhinya standar

Tabel 5. Evaluasi platform pemantauan pertumbuhan menurut dimensi proses

No	Platform	SOP	Kendala Pengukuran	Kendala Pencatatan data	Kendala Konseling	Kendala Penanganan dan Rujukan
1.	Posyandu	**Pengukuran** • Pemantauan pertumbuhan dilakukan sebulan sekali • Penimbangan BB rutin tiap bulan • Sebagian besar Posyandu melakukan pengukuran TB 6 bulan sekali saat BPB **Pencatatan data** • Hasil penimbangan dicatat di register penimbangan bayi. • Buku KIA: Berat badan diisi di grafik BB/U, tinggi badan diisi di grafik TB/U. Petugas mengecek apakah BB/U dan TB/U sesuai kurva standar pertumbuhan balita **Konseling** • Konseling dilakukan setelah pencatatan data. Petugas memberikan umpan balik dengan cara menjelaskan arti grafik pertumbuhan pada KMS/buku KIA dan memberikan nasihat tentang pemberian makanan anak sesuai golongan umurnya. Kader juga mengajak ibu untuk datang ke posyandu setiap bulan **Penanganan dan Rujukan** • Jika BB anak tidak naik 2 kali (T2) atau tetap berada di bawah garis merah (BGM). Petugas menanyakan dan mencatat keluhan kesehatan dan kebiasaan makan balita. • Kemudian petugas menjelaskan kemungkinan penyebab BB anak tidak naik dan memberikan anjuran pemberian makanan anak • Petugas kemudian merujuk anak ke fasilitas kesehatan	• Pengukuran TB bervariasi. Mayoritas tidak melakukan pengukuran 3 bulan sekali • Kompetensi pengukuran kader rendah	• Register penimbangan bayi: harus menyertakan NIK, banyak ibu yang tidak membawa KTP atau tidak memiliki KTP. • Buku KIA: Grafik TB tidak diisi oleh kader, hanya grafik BB yang diisi. • ePPGBM: tidak semua kader dapat mengoperasikan komputer, tidak tersedia komputer/laptop di posyandu, belum ada training ePPGBM untuk kader	Fokus konseling hanya pada BB anak. Belum ada mekanisme penemuan kasus dan konseling kasus *stunting* di posyandu	• Tidak dapat dipastikan balita *stunting* yang dirujuk datang ke fasilitas kesehatan. Perlu ada tindak lanjut kunjungan rumah oleh petugas bagi balita yang terdeteksi BGM • Deteksi kasus baru BGM. Tidak ada mekanisme deteksi balita *stunting* sehingga sistem rujukan balita *stunting* belum berjalan.

No	Platform	SOP	Kendala Pengukuran	Kendala Pencatatan data	Kendala Konseling	Kendala Penanganan dan Rujukan
2.	Puskesmas	**Pengukuran** • BB dan TB diukur di puskesmas sebagai bagian dari MTBS **Pencatatan data pasien** • Hasil penimbangan dicatat di register kohort balita dan dilaporkan menggunakan ePPGBM • Buku KIA: Berat badan diisi di grafik BB/U, tinggi badan diisi di grafik TB/U. Petugas mengecek apakah BB/U dan TB/U sesuai kurva standar pertumbuhan balita **Pengumpulan data dari posyandu** • Kader mengumpulkan register penimbangan balita dan dokumen sistem informasi posyandu seminggu setelah kegiatan posyandu **Konseling** • Konseling dilakukan pasca pencatatan data. Petugas memberikan umpan balik dengan cara menjelaskan arti grafik pertumbuhan menurut plotting BB/U dan TB/U anak. Petugas juga memberikan rujukan pemberian makanan bayi **Penanganan dan rujukan** • Balita stunting dan gizi buruk mendapat PMT pemulihan 90 hari dan memperoleh kunjungan rumah dari petugas kesehatan untuk memantau kenaikan BB • Jika tidak ada perbaikan, balita akan dirujuk ke RS	• Pada beberapa kasus, cakupan balita yang diukur sedikit, karena balita hanya diukur jika sakit atau datang ke layanan imunisasi	• Register bayi dan sistem informasi posyandu: Keterlambatan pengumpulan dari posyandu • e-PPGBM: Membutuhkan waktu yang lama untuk memasukan data dari posyandu. Waktu tidak memadai, kurangnya pendampingan teknis dari dinas kesehatan	Jika petugas gizi tidak memiliki latar belakang dan pemahaman gizi, maka konseling yang dilakukan tidak optimal	Dalam beberapa setting daerah rural, jarak puskesmas ke RSUD jauh, sehingga untuk ke RS, orang tua pasien harus mengeluarkan biaya non-kesehatan. Sedangkan, kapasitas keuangan orang tua terbatas.
3.	Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) swasta	**Pengukuran** FKTP swasta sering kali hanya mengukur BB balita **Pencatatan data pasien** Menggunakan kartu rekam medis pasien	• TB tidak diukur. Tidak ada regulasi yang mengatur FKTP swasta harus mengukur TB.	• Rekam medis pasien: mekanisme pelaporan kasus ke dinas kesehatan kurang	Tidak ada konseling pertumbuhan	Jarak puskesmas ke RSUD jauh, sehingga untuk ke RS, orang tua pasien harus mengeluarkan biaya non-kesehatan. Sedangkan, kapasitas keuangan orang tua terbatas.

No	Platform	SOP	Kendala Pengukuran	Kendala Pencatatan data	Kendala Konseling	Kendala Penanganan dan Rujukan
		Konseling: Pada beberapa FKTP swasta, tidak memberikan konseling pertumbuhan; FKTP hanya memberikan konseling penyakit. **Penanganan dan rujukan** FKTP merujuk pasien ke RS	• Tidak ada alat pengukuran.	berjalan		
4.	Rumah Sakit	**Pengukuran** Dilakukan di klinik tumbuh kembang atau poliklinik spesialis anak **Pencatatan data pasien** RS mencatat menggunakan rekam medis pasien **Konseling** Dokter spesialis anak memberikan konseling **Penanganan dan rujukan** RS merujuk balik pasien yang membaik ke puskesmas/posyandu	• Standar dan kualitas bervariasi	• Rekam medis pasien: mekanisme pelaporan kasus ke dinas kesehatan kurang berjalan	Kompetensi dokter spesialis memadai, namun masyarakat memiliki keterbatasan mengakses dokter spesialis karena jarak dan biaya	Ketiadaan mekanisme yang memastikan rujuk balik puskesmas berjalan agar balita tidak menjadi kasus hilang *(loss to follow up)*
5.	PIS-PK	**Pengukuran** Tidak dilakukan pengukuran **Pencatatan data:** Menggunakan aplikasi Prokesga **Konseling** Dilakukan menggunakan pinkesga **Penanganan dan rujukan** Balita yang tidak mendapatkan pemantauan pertumbuhan diedukasi untuk datang ke posyandu	• Tidak mengukur BB dan TB	• Keterbatasan jaringan internet membatasi penggunaan aplikasi Prokesga dan aplikasi Keluarga Sehat secara maksimal di beberapa puskesmas; akses aplikasi web KS sulit/lambat	Terbengkalai karena petugas fokus pada pengisian aplikasi Prokesga	Tidak ada mekanisme pemantauan apakah pada bulan berikutnya ibu membawa balita ke posyandu. Kunjungan lanjutan seharusnya dilakukan, tapi cakupannya masih kecil.
6.	BPB	**Pengukuran** Puskesmas melakukan pengukuran BB dan TB. Jika balita tidak hadir, petugas	• Ketersediaan jumlah alat ukur	• Register BPB: Petugas mengumpulkan	Tidak ada	Ketiadaan mekanisme untuk memastikan balita bermasalah gizi datang rujukan ke puskesmas

No	Platform	SOP	Kendala Pengukuran	Kendala Pencatatan data	Kendala Konseling	Kendala Penanganan dan Rujukan
		kesehatan melakukan kunjungan rumah **Pencatatan Data** menggunakan register BPB **Konseling** Tidak ada **Rujukan** BPB merujuk kasus gizi buruk yang ditemukan ke puskesmas	• Rawan terjadi kesalahan pengukuran karena petugas melakukan kunjungan rumah terlalu banyak	• Register BPB: Petugas mengumpulkan data dalam jumlah banyak namun ketersediaan waktu untuk mengisi register terbatas		
7.	KPM	**Pengukuran** Deteksi dini *stunting* dengan tikar pertumbuhan **Pencatatan data:** Kartu skor konvergensi **Konseling:** Kader melakukan konseling setelah deteksi *stunting* dengan tikar pertumbuhan	• Tikar pertumbuhan belum tersedia di semua kabupaten/kota • Berpotensi tumpeng tindih dan menimbulkan kebingungan di level implementasi antara kader posyandu dan KPM, juga pelaporan dan penggunaan indikator yang berbeda	• Kartu Skor Desa: Kegiatan monitoring layanan konvergensi belum banyak dilakukan, alur pelaporan berbeda dengan puskesmas	Belum berjalan baik	Ketiadaan mekanisme untuk memastikan balita bermasalah gizi datang rujukan ke puskesmas
8.	Riskesdas	**Pengukuran:** BB dan TB diukur **Pencatatan data:** Kuesioner **Konseling:** TB diukur Pencatatan data: Kuesioner **Rujukan:** Tidak ada	• Perlu dipastikan kompetensi enumerator dalam pengukuran	• Kuesioner	Tidak ada	Tidak ada

No	Platform	SOP	Kendala Pengukuran	Kendala Pencatatan data	Kendala Konseling	Kendala Penanganan dan Rujukan
9.	SSGBI	**Pengukuran:** BB dan TB diukur **Pencatatan data:** Kuesioner **Konseling:** TB diukur Pencatatan data: Kuesioner **Rujukan:** Tidak ada	• Perlu dipastikan kompetensi enumerator dalam pengukuran	• Kuesioner	Tidak ada	Tidak ada

Temuan 10:

Ketidakterisian grafik TB/U pada buku KIA terjadi karena: (1) tidak tersedianya alat pengukuran tinggi badan, (2) keterbatasan kemampuan kader mengukur; (3) Ketidaktahuan kader mengisi grafik TB/U; (4) kurangnya jumlah kader yang bertugas saat posyandu; dan (5) belum adanya formulir pengukuran tinggi badan yang harus dilaporkan ke puskesmas.

Berdasarkan tabel 5, pengukuran tinggi badan belum diukur secara rutin di posyandu sehingga penemuan kasus *stunting* belum berjalan. Kader dan bidan desa yang bertugas di posyandu belum secara konsisten mengisi grafik TB/U di buku KIA. Hal ini menyebabkan deteksi dini dan edukasi kasus *stunting* belum berjalan. Kemampuan kader dalam interprestasi grafik KMS/buku KIA dan konseling rendah. Berdasarkan temuan Pencerah Nusantara [31] ketidakterisian grafik TB/U pada buku KIA terjadi karena: (1) alat pengukuran tinggi badan yang tidak tersedia; (2) ketidakmampuan kader untuk melakukan pengukuran; (3) ketidaktahuan kader mengenai grafik isian TB/U; (4) banyaknya tugas yang harus dilakukan kader saat posyandu; dan (5) belum adanya formulir pengukuran tinggi badan yang harus dilaporkan ke puskesmas. Hal ini sejalan dengan hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan kemenkes terkait pemanfaatan buku KIA di 9 Kabupaten/Kota. Studi ini menunjukkan hanya 18% buku KIA yang diisi lengkap dengan tingkat keterisian paling banyak pada pelayanan kesehatan masa kehamilan dan bayi baru lahir [10].

Selain pengisian oleh kader, kepemilikan buku KIA juga masih menjadi permasalahan. Berdasarkan data RISKESDAS 2018, sebanyak 24,9% ibu hamil tidak memiliki buku KIA. Sementara tingkat kepemilikan buku KIA pada ibu balita sebesar 65.9%. Padahal, menurut Riskesdas 2013 dan Sirkesnas 2016, terdapat keterkaitan antara kepemilikan Buku KIA dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak [10]. Berdasarkan temuan FGD, kesadaran orangtua untuk membawa buku KIA ketika posyandu atau saat datang ke layanan kesehatan juga masih rendah. Tenaga kesehatan kerap menemui orangtua yang tidak membawa buku KIA dan tidak mengetahui urgensi pencatatan dan informasi kesehatan pada buku KIA.

Pada sebagian besar platform, kendala pencatatan terjadi karena ketiadaan waktu, ketidaktahuan petugas, belum berjalannya mekanisme pencatatan manual dan masalah teknis aplikasi (misalnya pada ePPGBM dan Aplikasi Keluarga Sehat).

Pada aplikasi pencatatan, petugas pencatatan memerlukan pelatihan dan dukungan teknis berupa pendampingan, ketersediaan alat, dan akses internet. Kendala teknis seperti hilangnya data pasca *entry* juga terkadang terjadi karena kurangnya pemahaman user terhadap aplikasi. Akses internet yang terbatas pun harus disikapi dengan adanya aplikasi *offline* yang dapat digunakan. Akses aplikasi yang lambat memerlukan dukungan server data yang memadai.

Hasil pencatatan tinggi badan menjadi bahan konseling kader/tenaga kesehatan kepada ibu balita. Temuan anekdotal menyatakan bahwa ibu memiliki kekhawatiran berlebih jika balita terdeteksi stunting maka akan di cap sebagai ibu yang buruk. Oleh karena itu, pemahaman yang tepat mengenai stunting harus diberikan kader/tenaga kesehatan pasca pengukuran dan pencatatan tinggi badan.

Informasi mengenai stunting dapat tepat tersampaikan dengan baik bila beberapa komponen penting, seperti deteksi dini stunting, kemampuan kader dan tenaga kesehatan dalam komunikasi perubahan perilaku serta tersedianya media informasi dengan jangkauan luas. *Pertama,* skrining stunting di posyandu dan fasilitas kesehatan harus dilakukan sebagai deteksi dini dan pintu masuk pemberian informasi yang tepat mengenai stunting. Pemahaman yang tepat mengenai stunting juga dapat diberikan saat kader melakukan kunjungan rumah sebagai upaya 'jemput bola' ibu-ibu yang tidak membawa balita ke posyandu. *Kedua,* kader dan tenaga kesehatan harus memiliki kemampuan yang baik dalam menyampaikan komunikasi perubahan perilaku, Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan perlu

memastikan adanya pelatihan dan materi mengenai komunikasi perubahan perilaku terkait stunting yang diberikan kepada kader. *Ketiga,* diperlukan media sebagai alat untuk menyebarkan informasi yang akurat mengenai stunting. Hal ini dapat diakomodir melalui kampanye nasional stunting dan iklan layanan masyarakat yang dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan.

Berdasarkan tabel 5, kegiatan konseling dilakukan pada 5 platform, yaitu posyandu, puskesmas, rumah sakit, PIS-PK dan BPB. Sebagian besar konseling dilakukan oleh kader posyandu dan TPG. Namun, studi QSDS menemukan hanya 45% posyandu yang menjalankan konseling pasca pengukuran dan hanya 39% kader posyandu yang memiliki kemampuan memberikan konseling pada ibu balita [30]. Kegiatan konseling tidak berjalan baik karena: (1) kemampuan kader dalam menerjemahkan grafik KMS menjadi pesan konseling masih terbatas; (2) kemampuan kader dalam memberikan konseling jika ditemukan permasalahan status gizi terbatas; (3) lemahnya pengawasan dan bimbingan tenaga kesehatan pada sesi konseling; dan (4) kurangnya kemampuan kader dalam komunikasi perubahan perilaku. Hal ini menunjukkan fungsi konseling dan kompetensi kader dalam memberikan konseling masih rendah.

Di layanan kesehatan swasta, alur pelaporan data ke dinas kesehatan masih belum mumpuni. Pelaporan data FKTP swasta ke puskesmas dan dinas kesehatan masih bersifat *voluntary* dan belum menjadi kewajiban. Temuan lapangan dari Kota Depok menjelaskan mekanisme pelaporan rumah sakit ke dinas kesehatan terbangun melalui kelompok diskusi daring menggunakan aplikasi Whatsapp dan aplikasi internal bernama SIBIMA. Namun, mekanisme ini belum berlaku di semua Kabupaten/Kota.
Kendala konseling

Untuk proses rujukan, rujukan awal pada kasus stunting dilakukan di puskesmas. Tata laksana kasus balita dengan permasalahan gizi perlu diperjelas. Pemberian PMT pemulihan tidak bisa menjadi satu-satunya intervensi untuk balita *stunting*. Pada rumah sakit, rujuk balik dilakukan rumah sakit pasca pemulihan pasien. Pemantauan pertumbuhan penting agar anak tidak mengalami permasalahan gizi berulang.

Temuan 11:

Kegiatan konseling tidak berjalan baik karena keterbatasan kemampuan kader dalam menerjemahkan data menjadi pesan konseling dan dalam komunikasi perubahan perilaku, serta lemahnya pemantauan maupun pelatihan dari tenaga kesehatan.

Idealnya, data stunting yang berasal dari posyandu dan puskesmas yang kemudian dilaporkan pada aplikasi ePPGBM. Aplikasi ini berpotensi sebagai sumber data referensi bagi pemerintah kabupaten/kota. Jika mekanisme pendataan dengan ePPGBM berlangsung baik, platform ini dapat menyediakan prevalensi *stunting* bulanan. Platform ini juga dapat berperan sebagai sistem peringatan dini kasus balita *stunting* untuk ditindaklanjuti puskesmas dan dinas kesehatan. Intervensi pada balita *stunting* juga langsung dapat dilakukan karena *data by name by address* balita *stunting* tersedia pada aplikasi ePPGBM.

Namun, potensi aplikasi ePPGBM masih terkendala kualitas input dan proses pengukuran yang masih bermasalah. Data posyandu dan puskesmas yang buruk menghasilkan data pengukuran tinggi badan yang tidak valid. Hal ini menyebabkan validitas dan reliabilitas data prevalensi *stunting* yang diambil masih diragukan sehingga efektifitas penentuan target layanan, perencanaan program dan pengalokasian sumber daya untuk penanggulangan *stunting* tidak tepat sasaran.

4

Manajemen Data Stunting Terintegrasi: Implementasi dan *Quality Assurance*

BAB 4. Sistem Informasi Stunting Terintegrasi: Implementasi dan *Quality Assurance*

Kajian teknis pada dimensi ini berangkat dari anggapan dasar bahwa data hasil pengukuran hanya berarti apabila dapat dipergunakan sebagai dasar perbaikan pembuatan kebijakan dan pengambilan keputusan klinis. Informasi hasil pengukuran hanya akan bernilai kecil jika tidak tersedia dalam format yang memenuhi kebutuhan banyak pengguna dan tidak disampaikan pada waktu yang tepat *(timely)*.

Sistem informasi *stunting* mengumpulkan data dari sektor kesehatan, dan sektor terkait lainnya, serta mengubahnya menjadi informasi untuk pengambilan keputusan. Keterpaduan perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan pengendalian intervensi *stunting*, perlu didukung data yang akurat, mutakhir, terpadu, dapat dipertanggungjawabkan, mudah diakses, dan dibagipakaikan, serta dikelola secara seksama, terintegrasi, dan berkelanjutan.

Sistem informasi stunting tidak hanya diperlukan untuk pemantauan dan evaluasi. Sistem ini berfungsi untuk tujuan yang lebih luas, seperti memberikan peringatan dini, mendukung manajemen fasilitas layanan, meningkatkan kualitas perencanaan program dan alokasi sumber daya, juga mendorong akuntabilitas penggunaan dana, merangsang munculnya penelitian-penelitian baru, dan memperkuat komunikasi publik.

Komunikasi adalah atribut penting dalam pemanfaatan sistem informasi *stunting.* Informasi akan bernilai kecil jika tidak tersedia dalam format yang memenuhi kebutuhan banyak pengguna dan tidak disampaikan pada waktu yang tepat *(timely)*. Sistem informasi *stunting* yang baik memastikan semua pengguna memiliki akses pada data yang andal, dapat dipahami dan dibandingkan.

Isu ketersediaan data yang berkualitas dan tepat waktu hingga saat ini masih menjadi masalah utama dalam sistem informasi stunting terintegrasi. Hal itu diakibatkan adanya dua persoalan mendasar: (1) sisi ketersediaan data berkualitas terutama di berbagai platform pengukuran akibat kendala implementasi seperti yang dijelaskan pada bab 3; (2) sisi aliran serta keterbukaan akses data.

Bab ini akan menguraikan upaya pengelolaan data terintegrasi yang digunakan untuk membantu pengelolaan program/atau kegiatan terkait penurunan *stunting* di tingkat nasional hingga desa. Secara khusus, bab ini akan membedah tentang: (1) ketersediaan dan kualitas data, (2) integrasi data dan interoperabilitas sistem untuk analisis dan sintesis; dan (3) penggunaan data terkait stunting dalam kerangka kebijakan satu data. Lebih jauh, isu-isu strategis yang akan dibahas pada bab ini akan mengarah pada upaya penataan transaksi data di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai sumber data untuk meningkatkan kualitas dan kecepatan proses kerja manajemen pelayanan, dan optimalisasi aliran data serta pengembangan bank data untuk meningkatkan ketersediaan, kualitas, dan akses data dan informasi kesehatan.

4.1. *Data Generation*: Ketersediaan dan Kualitas

Kegiatan pengukuran dan publikasi angka stunting menjadi tanggung jawab bersama antara Pemerintah Daerah dan Pemerintah Pusat. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab pada mengumpulkan data pada tingkat individu *(individual level data)* dan tingkat fasilitas kesehatan *(health facility level data)*. Pemerintah Pusat bertugas untuk mengumpulkan data pada level populasi *(population level data)* dan *surveilans (surveillance)*. Berikut adalah pembagian peran masing-masing aktor yang terlibat:

1. **Puskesmas, sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, melakukan kendali mutu terhadap penyelenggaraan platform pengukuran dan memastikan informasi alur informasi berjalan dari level individu hingga Kabupaten/Kota.** Puskesmas bertugas menyusun jadwal dan mempersiapkan sumber daya manusia, logistik dan pembiayaan yang dibutuhkan untuk pengukuran sesuai opsi platform yang tersedia. Puskemas melakukan koordinasi dengan Puskesmas Pembantu, Polindes, Poskesdes, Posyandu, klinik, RS di wilayah kerjanya untuk melakukan pengukuran dan memastikan alur informasi masuk dalam Sistem Informasi Puskesmas. Puskesmas juga bertanggung jawab melakukan kendali mutu dengan melakukan pengukuran ulang secara acak dalam waktu berdekatan dengan hari pengukuran sebelumnya.
   Puskesmas adalah pengguna utama data pada tingkat individu dan keluarga. Puskesmas memanfaatkan data hasil pengukuran untuk menunjukkan bahwa seorang anak sedang tumbuh dan berkembang secara normal, berisiko, atau bermasalah sehingga harus ditangani. Pada tingkat keluarga, Puskesmas memanfaatkan data hasil pengukuran untuk menunjukkan pola persoalan kesehatan di tingkat keluarga yang berkontribusi pada kejadian *stunting.*
2. **Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus membangun sistem informasi stunting berjenjang sebagai bagian dari Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA).** Sistem informasi ini memuat hasil pengukuran tumbuh kembang Balita, terutama tinggi dan berat badan, secara berjenjang dari Posyandu ke tingkat yang lebih tinggi, baik secara manual maupun *online*. Data-data tersebut harus terus diperbarui agar selalu mutakhir, sesuai dengan perubahan yang terjadi pada balita yang dijumpai pada saat dilakukan pengukuran di platform pemantauan tumbuh kembang balita. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab memberikan *feedback* atas laporan Puskesmas dan melakukan validasi data yang masuk ke dalam Aplikasi Komunikasi Data untuk kemudian dikirim ke dalam *server database* Kementerian Kesehatan untuk masuk dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) yang tersentralisasi.
   Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengolah data hasil pengukuran untuk menilai kemajuan pada tingkat desa/kelurahan/kecamatan. Pengolahan ini digunakan untuk menganalisis faktor risiko di komunitas dan memandu penentuan lokasi intervensi prioritas, serta alokasi sumber daya. Data dapat dianalisis berdasarkan *trend*, demografi dan geografi, komparatif dan hubungan antar program/kegiatan.
3. **Pemerintah Pusat, dalam hal ini Kementerian Kesehatan dan BPS, bertanggung jawab melakukan survey rumah tangga *(household survey)* dan surveilans.** Keduanya seringkali menjadi rujukan utama informasi terkait *stunting* pada lokasi dimana data pada tingkat fasilitas kesehatan tidak dapat diandalkan. Perbandingan antara berbagai survey rumah tangga dan surveilans terkait gizi beserta tantangan dalam pengelolaannya dapat dilihat pada tabel 6.

Banyak temuan mengindikasikan adanya keterbatasan cakupan pengukuran akibat kendala kapasitas pemegang program dan ketersediaan logistik untuk pengumpulan data. Hasil riset QSDS milik Bank Dunia (2016) menyebut hanya 61% Puskesmas yang pernah mendapat pelatihan pemantauan tumbuh kembang anak dan hanya 47% kader yang telah menerima pelatihan yang sama dalam 12 bulan terakhir. Kesiapan Posyandu menjadi garda terdepan pengumpulan data terkendala kecukupan logistik: hanya 30% yang memiliki *lengthboard.*

Kombinasi ini menyebabkan masalah stunting tidak tertangkap dalam sistem informasi kesehatan di banyak Kabupaten/Kota. Akibatnya, pemantauan pertumbuhan di level akar rumput masih mengandalkan data Balita BGM, yang cakupan penemuan kasusnya juga terbatas. Riskesdas menyebut jumlah anak Balita yang tidak pernah ditimbang dalam 6 bulan terakhir meningkat dari 25.5% (2007) menjadi 34.3% (2019). Cakupan e-PPGBM yang masih rendah (49.6%) menyebabkan *household survey* dan surveilans masih menjadi sumber data *stunting* yang utama.

Temuan anekdotal, yang terkonfirmasi melalui wawancara dengan para ahli, juga mengindikasikan beberapa permasalahan dalam kualitas data, yang meliputi: (1) data tidak dikumpulkan (misalnya, ada balita yang tidak dibawa ke Posyandu dan tidak tercatat dalam sistem pemantauan *(completeness)*; (2) Data dikumpulkan menurut *protocol* yang dapat berubah tergantung oleh siapa dan kapan data itu dikumpulkan *(precision and reliability)*; (3) Data dikumpulkan, tetapi terjadi distorsi dalam transmisi (misalnya: terjadi perubahan data dalam transfer catatan di Posyandu ke laporan Puskesmas ke laporan Dinas Kesehatan) sehingga tidak mencerminkan apa yang sebenarnya terjadi *(validity)*; (4) Data dikumpulkan menggunakan lebih dari satu format yang memiliki elemen berbeda, tidak terintegrasi dan disimpan oleh lebih dari satu sistem dengan interoperabilitas rendah *(interoperability)*; (5) Penyimpanan data dilakukan oleh individu pengelola dengan mekanisme koordinasi antarpengelola yang sangat rendah *(integration)*; dan (6) data tidak dilaporkan sesuai waktu *(timeliness)*.

Temuan 12:

Permasalahan dalam kualitas data, meliputi: (1) kelengkapan data *(completeness)*, (2) Keandalan dan ketepatan data *(precision and reliability)*, (3) validitas data, (4) interoperabilitas sistem, (5) koordinasi antar pengelola data, (6) ketepatan waktu data *(timeliness)*.

4.2. Integrasi data untuk analisis dan sintesis

Stranas Stunting menetapkan kelompok intervensi gizi spesifik dan sensitif untuk memandu pelaksana program melakukan konvergensi program di tengah keterbatasan sumber daya. Dengan mengadopsi *The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition (UNICEF, 2013), The Underlying Drivers of Malnutrition (IFPRI, 2016),* dan Faktor Penyebab Masalah Gizi Konteks Indonesia (Bappenas, 2018), Stranas Stunting menetapkan kelompok intervensi gizi spesifik prioritas, pendukung, dan prioritas sesuai kondisi tertentu. Selain itu, Stranas Stunting juga menetapkan intervensi gizi sensitif yang dilaksanakan melalui berbagai program dan kegiatan di luar Kementerian Kesehatan.

Penetapan kelompok intervensi juga memandu pelaksana program untuk melakukan analisis dan sintesis data terkait *stunting*. Untuk memberikan informasi bagi keputusan strategis, analisis situasi program penurunan *stunting* tidak hanya dilakukan dengan mengidentifikasi sebaran prevalensi *stunting*, namun juga mengumpulkan data mengenai situasi ketersediaan layanan terkait (Gambar 10). Hanya dengan cara inilah, angka prevalensi stunting bisa diberi "arti". Misalnya, apabila terdapat wilayah dengan program terkait intervensi gizi prioritas yang relatif lengkap, cakupan layanan relatif memadai, namun prevalensi *stunting* masih tinggi, maka analisis perlu dipertajam dengan melihat kualitas dari layanan gizi spesifik dan akses kepada layanan gizi sensitif.

Gambar 10. Hubungan antara analisis sebaran prevalensi *stunting* dengan analisis ketersediaan program/ kegiatan

Temuan 13:

Sistem informasi yang terfragmentasi dimana terjadi kesulitan pertukaran data antara satu sistem dan sistem lainnya karena keterbatasan interoperabilitas sistem

Sistem informasi stunting masih mengalami masalah pada integrasi sistem baik di sektor kesehatan maupun non-kesehatan. Di level Dinas Kesehatan kabupaten/kota, setidaknya terdapat 11 formulir pelaporan Sistem Informasi Puskemas terpisah yang melacak cakupan kegiatan dan program terkait *stunting.* Hal ini menyebabkan adanya tumpang tindih dalam pengumpulan dan pengolahan data dan masih adanya pengumpulan data yang dilakukan berulang oleh unit-unit berbeda. Data yang terfragmentasi karena setiap program memiliki basis data yang berdiri sendiri membuat hambatan ketika pengguna memerlukan informasi komposit yang harus merelasikan dua atau lebih basis data. Kondisi ini juga mengakibatkan rasio beban administrasi di fasilitas pelayanan kesehatan menjadi besar yang berdampak pada gangguan kinerja pelayanan publik.

Masing-masing kabupaten/kota juga memiliki Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS) dan e-Puskesmas sendiri yang belum terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA). Setiap sistem informasi tersebut cenderung untuk mengumpulkan data sebanyak-banyaknya dan langsung dari fasilitas pelayanan kesehatan yang paling bawah dengan menggunakan bahasa pemrograman sendiri-sendiri. Akibatnya, upaya pengembangan cenderung menciptakan sistem informasi kesehatan sendiri dan kurang memperhatikan keberlangsungan sistem dan konsep integrasi sistem untuk efisiensi.

Pemanfaatan TIK dalam penyelenggaraan sistem informasi kesehatan dan pengelolaan data belum optimal. Hampir sebagian besar daerah telah memiliki infrastruktur TIK untuk mendukung pelaksanaan sistem informasi kesehatan, namun fasilitas TIK tersebut belum secara optimal dimanfaatkan. Hal ini dapat disebabkan karena beberapa faktor, seperti kemampuan sumber daya manusia yang masih terbatas, tidak berfungsinya perangkat keras dan perangkat lunak aplikasi pengelolaan data kesehatan, tidak tersedianya prosedur pengoperasian (SOP) atau petunjuk manual untuk mengoperasikan perangkat keras maupun perangkat lunak aplikasi pengolahan data. Banyak pula fasilitas komputer dan infrastruktur TIK yang akhirnya kadaluarsa atau rusak sebelum SIK diimplementasikan. Fasilitas yang digunakan

Sumber daya manusia memegang peranan penting dalam keberhasilan implementasi sistem informasi kesehatan. Namun kondisi saat ini baik di pusat maupun daerah masih terdapat keterbatasan baik dalam hal kuantitas maupun kualitas tenaga pengelola sistem informasi kesehatan. Selama ini, di beberapa daerah, pengelola data dan informasi umumnya adalah tenaga yang merangkap jabatan atau tugas lain, yang dalam kenyataannya mereka tidak dapat sepenuhnya bekerja mengelola data dan informasi karena insentif yang tidak sesuai sehingga mereka memilih pekerjaan paruh waktu di tempat lain. Kelemahan ini masih ditambah lagi dengan kurangnya keterampilan dan pengetahuan mereka di bidang informasi, khususnya teknologi informasi dan pemanfaatannya. Selama ini sudah terdapat jabatan-jabatan fungsional untuk para pengelola data dan informasi, seperti pranata komputer, statistisi, epidemiolog, keamanan informasi namun belum termanfaatkan sepenuhnya.

Mekanisme monitoring dan evaluasi masih lemah. Kelemahan-kelemahan dan berbagai permasalahan pada penyelenggaraan sistem informasi kesehatan tentunya dapat diidentifikasi dengan mekanisme monitoring dan evaluasi serta audit sistem informasi kesehatan. Sayangnya, mekanisme monitoring dan evaluasi belum ditata dan dilaksanakan dengan baik.

Di Kementerian Kesehatan, fungsi manajemen data terkait stunting terfragmentasi antara Pusat Data dan Informasi (Pusdatin), Pusat Informasi di masing-masing Direktorat teknis dan Departemen Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Litbangkes). Hasil penilaian sistem informasi kesehatan dari *Health Metric Network* (2012) menunjukkan bahwa keenam komponen penyelenggaraan sistem informasi kesehatan belum memadai, terutama untuk komponen manajemen. Hasil penilaian implementasi e-health menggunakan perangkat penilaian dari *Commission on Information and Accountability* (COIA) tahun 2013 juga menunjukkan bahwa keenam komponen implementasi e-health (kebijakan, infrastruktur, aplikasi, standar, tata kelola dan pengamanan) sudah tersedia tetapi belum memenuhi standar. Koordinasi yang erat antar sub-unit diperlukan untuk mengumpulkan, memeriksa validitas, dan mempublikasikannya dalam satu basis data kesehatan nasional.

Lemahnya kondisi sistem informasi kesehatan saat ini tidak terlepas dari lemahnya peran Pusdatin dalam mengembangkan sistem pencatatan dan pelaporan. Pada prinsipnya sistem informasi di unit utama harus dapat berkomunikasi dengan aplikasi integrasi di Pusat Data dan Informasi (komunikasi data dan data *warehouse*). Namun, setiap unit utama di Kementerian Kesehatan memiliki dukungan aplikasi pencatatan dan pelaporan yang bervariasi untuk pengelolaan data dan informasinya. Secara internal unit utama pun masih kesulitan untuk melakukan integrasi data. Selain itu mekanisme/ prosedur terkait dengan informasi satu pintu belum tersedia, hal ini menjadi penyebab terjadinya duplikasi data dan menjadi salah satu faktor sulitnya membangun sistem informasi kesehatan di daerah yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional.

Untuk memfasilitasi level koordinasi antar Kementerian, berbagai kebijakan nasional sistem informasi dan tata kelola *e-government* telah dirumuskan, diantaranya Strategi Teknologi Informasi dan Komunikasi, Instruksi Presiden nomor 3 tahun 2003 tentang Pengembangan e-Government, Undang-Undang nomor 14 tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik, Peraturan Pemerintah nomor 82 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik, Peraturan Pemerintah nomor 46 tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan, serta Peraturan Presiden nomor 96 tahun 2014 tentang Rencana Pitalebar Indonesia. Peraturan Presiden Republik Indonesia (Perpres) No. 39 tahun 2019 tentang Satu Data Indonesia, memberikan kerangka kebijakan standardisasi pengumpulan data dan penyusunan kebijakan berbasis bukti. Sistem manajemen data mencakup data-data dari setiap indikator mulai dari data stunting sampai dengan cakupan intervensi gizi spesifik dan sensitif. Namun kebijakan nasional tersebut belum secara signifikan memberikan dampak positif dalam penyelenggaraan sistem informasi kesehatan, baik di daerah maupun di pusat.

Padahal, kebijakan satu data stunting memiliki sejumlah tujuan penting. Di antaranya adalah strukturisasi regulasi dan institusionalisasi pengelolaan data, serta integrasi data Kementerian/Lembaga, pemerintah daerah dan lembaga-lembaga negara ke dalam satu portal data sehingga menghasilkan suatu set data terbuka *(open data)*. Harapannya, tersedia suatu mahadata *(big data)* stunting yang diproduksi, dikelola, dan disimpan oleh Pemerintah dan dapat dimanfaatkan oleh organisasi manapun, termasuk di lingkungan pemerintahan sendiri. Dengan demikian, setiap kebijakan, program dan kegiatan pembangunan didasarkan pada basis data bersama yang dapat dipertanggungjawabkan.

Temuan 14:

Ketidaktersediaan standar dan protokol penyelenggaraan sistem informasi di setiap Kementerian/Lembaga maupun lintas K/L

Tantangan untuk membangun jejaring lintas sektor sangat besar padahal kebijakan satu data dan open data stunting sangat penting untuk mengelola basis data utama. Adanya kebijakan pemerintah dalam memperkuat *e-government* akan sangat bergantung pada interoperabilitas seluruh komponen sistem. Tidak tersedianya standar dan protokol dalam penyelenggaraan sistem informasi di setiap kementerian/lembaga mengakibatkan ketidakjelasan "aturan main". Akses data dan informasi dari lintas unit di Kementerian Kesehatan dan lintas sektor masih sulit dilakukan. Hal ini karena jejaring untuk memperkuat ketersediaan data yang valid dan akurat tidak dapat dilakukan dengan optimal. Kebutuhan untuk menghitung indikator kesehatan tidak hanya berasal dari satu sumber data saja melainkan dari beberapa sumber data. Sebagai contoh, untuk melakukan pengukuran atau penghitungan cakupan keberhasilan program kesehatan diperlukan data di luar sektor kesehatan, seperti data penduduk sebagai denumerator yang berasal dari Badan Pusat Statistik (BPS). Dari kondisi tersebut maka dapat terlihat bahwa ketersediaan protokol untuk membangun jejaring serta menetapkan standarisasi yang didukung oleh aspek legal merupakan salah satu tantangan yang harus segera diintervensi.

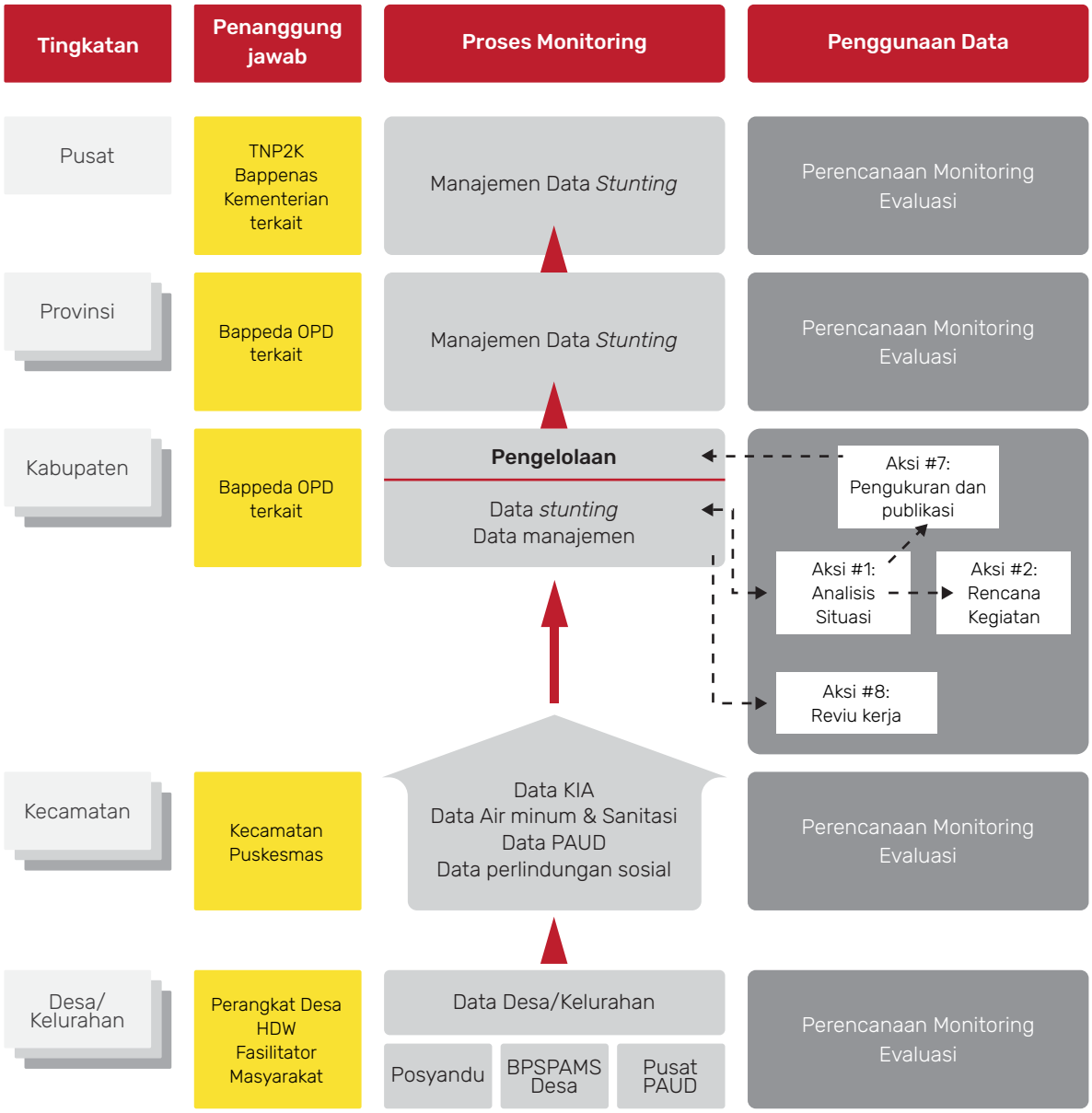
4.3. Pemanfaatan Data

Selain lemah dari sisi cakupan program, tindak lanjut pasca pengukuran seringkali tidak tersedia. *GMP* di Indonesia terselenggara dengan sedikit penekanan pada penggunaan informasi pertumbuhan yang diperoleh untuk mengedukasi perbaikan pola makan dan pola asuh anak. Temuan anekdotal mengindikasikan bahwa meskipun sebagian waktu Pemegang Program Puskesmas dihabiskan untuk mengumpulkan dan melaporkan informasi, data jarang digunakan perbaikan kebijakan dan implementasi. Forum untuk berbagi dan mendiskusikan data yang relevan di tiap dan antar sektor juga tidak tersedia di semua tingkatan.

Temuan 15:

Data yang tidak berkualitas menyebabkan lemahnya basis penyusunan regulasi dan program serta dapat menurunkan mekanisme kontrol masyarakat

Data *stunting* terintegrasi yang tidak andal menyebabkan lemahnya basis penyusunan regulasi dan rencana aksi terintegrasi (lihat gambar 11). Manajemen data *stunting* terintegrasi dilaksanakan sepanjang tahun anggaran untuk mendukung keseluruhan proses penganggaran, serta pemantauan dan evaluasi pelaksanaan aksi konvergensi penurunan *stunting*. Sistem manajemen data yang lemah akan menyebabkan Aksi Integrasi sebagai berikut yang membutuhkan data *stunting* terintegrasi: aksi #1 (Analisis Situasi), aksi #2 (Rencana Kegiatan), aksi #7 (Pengukuran dan Publikasi *Stunting*), dan aksi #8 terkait dengan Reviu Kinerja Tahunan tidak memiliki input yang memadai.



Gambar 11. Alur manajeman data stunting terintegrasi

Tabel 6. Survei rumah tangga dan survelilans terkait *stunting*

Jenis	Lembaga	Frekuensi	Metode dan tipe data yang dikumpulkan	Pelaporan dan tantangan
Riset Kesehatan Dasar	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes	5-tahunan	Survei sekali waktu (*cross-sectional)* terhadap sekitar 300,000 rumah tangga. Indikator gizi: (i) antropometri (anak <5 tahun) (ii) menyusui (iii) asupan mikronutrien (ibu hamil TTD & vitamin A, anak <5 tahun vitamin A) (iv) pengobatan (untuk diare & suplementasi zinc) (v) garam beryodium (sampel urin dikumpulkan tahun 2007 & 2013)	Informasi banyak digunakan untuk perencanaan dan untuk mengukur dampak.
Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia	Badan Pusat Statistik Indonesia	3- tahunan	Survei sekali waktu (*cross-sectional)* terhadap sekitar 45,000 rumah tangga. Indikator gizi: (i) PMBA (praktik pemberian ASI dan makanan pendamping ASI) (ii) asupan mikronutrien (ibu & anak <5 tahun) (iii) pengelolaan diare (dengan cairan rehidrasi oral dan suplementasi zinc)	
Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas)	Badan Pusat Statistik Indonesia	Dua kali per tahun	Survei sekali waktu (*cross-sectional)* terhadap sekitar 300,000 rumah tangga di bulan Maret dan 75,000 rumah tangga di bulan September. Data konsumsi/pengeluaran rumah tangga dikumpulkan. Indikator gizi yang dikumpulkan termasuk: (i) praktik menyusui	Digunakan untuk menghitung tingkat kemiskinan dan sebagai alat pemantauan untuk pembangunan.
Studi Diet Total	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes	Survey satu kali	Survei sekali waktu (*cross-sectional)* terhadap 191,524 individual dari 51,127 rumah tangga. Data yang dikumpulkan tentang: (i) konsumsi makanan individu (ii) analisis kontaminasi kimia bahan makanan	Digunakan untuk menentukan pola konsumsi makanan dan kecukupan gizi dari diet, pengolahan makanan & teknik memasak.
Surveilans gizi	Direktorat Gizi Masyarakat, Kemenkes	Tahunan	Survei sekali waktu (*cross-sectional)* melalui 30 teknik pengambilan sampel secara kelompok (*cluster sampling*) di tingkat kabupaten. Data yang dikumpulkan adalah data anak <5 tahun dan ibu hamil. Seluruhnya ada 15 indikator gizi yang dikumpulkan termasuk: (i) indikator antropometri anak <5 tahun (ii) praktik menyusui (iii) suplementasi zat besi untuk ibu	Digunakan untuk memantau status gizi ibu hamil dan anak-anak untuk perencanaan dan pemantauan.

Jenis	Lembaga	Frekuensi	Metode dan tipe data yang dikumpulkan	Pelaporan dan tantangan
			(iv) suplementasi vitamin A untuk anak-anak (v) anak-anak dan ibu hamil dengan gizi kurang yang menerima biskuit (vi) LILA wanita usia subur (vii) Pengujian garam beryodium	
Sistem surveilans kesehatan rutin	Kementerian Kesehatan	Bulanan	Data dikumpulkan melalui fasilitas layanan kesehatan masyarakat. Indikator mencakup cakupan: (i) pemantauan pertumbuhan (berat badan per umur saja) (ii) kasus malnutrisi akut yang diobati (iii) suplementasi vitamin A untuk anak-anak (iv) suplementasi zat besi untuk ibu (v) pemberian ASI eksklusif (vi) konsumsi garam beryodium	Tidak ada kewajiban bagi kabupaten untuk melaporkan indikator sehingga tidak semua fasilitas kesehatan masyarakat melakukan pelaporan. Kompilasi data dan umpan balik yang sangat lambat.
SMS-Gateway (Sistem Pelaporan Kasus gizi *real time*- gizi buruk akut)	Direktorat Gizi Masyarakat, Kemenkes		Diluncurkan pada tahun 2011, pelaporan *real-time* untuk gizi buruk akut dilaporkan oleh Petugas puskesmas melalui perangkat ponsel. Laporan diterima oleh server untuk dimasukkan ke dalam basis data (*database*) yang kemudian ditampilkan melalui internet secara *real time* (http://gizi.depkes.go.id/sms-gateway/)	Tingkat respon yang rendah. Bukti anekdotal bahwa pihak berwenang di kabupaten tidak ingin melaporkan jumlah kasus yang tinggi.
Sistem elektronik untuk pelaporan indikator gizi (E-PPGBM)	Direktorat Gizi Masyarakat, Kemenkes		E-PPGBM adalah aplikasi untuk mencatat dan melaporkan status gizi anak dan wanita hamil secara cepat, akurat, teratur dan berkelanjutan untuk persiapan perencanaan dan perumusan kebijakan gizi. Indikator gizi meliputi: (i) antropometri (ii) ASI eksklusif (iii) cakupan vitamin A, TTD dan PMT	Belum ada evaluasi terhadap efektivitas aplikasi ini

Tabel 7. Indikator dan Sumber Data Terkait *Stunting*

No	Indikator	Definisi Operasional	Numerator	Denominator	OPD Penanggung Jawab	Sumber Data Sistem Monitoring	Sumber Data Sistem Database	Frekuensi	
								Pengumpulan	Pelaporan
1	Cakupan Bumil KEK yang mendapat PMT pemulihan	Persentase Bumil KEK yang mendapat PMT pemulihan terhadap seluruh Bumil KEK dalam kurun waktu yang sama	Jumlah Bumil KEK yang mendapat PMT pemulihan	Jumlah seluruh Bumil KEK di wilayah tsb dalam kurun waktu satu tahun yang sama	Dinas Kesehatan	Laporan Gizi	Sistem Informasi Puskesmas	Kontinyu	Bulanan
2	Cakupan Ibu Hamil mendapat IFA (TTD) minimal 90 tablet selama kehamilan	Persentase ibu hamil mendapat TTD minimal 90 tablet selama kehamilan terhadap seluruh ibu hamil dalam kurun waktu yang sama	Jumlah ibu hamil mendapat TTD minimal 90 tablet selama kehamilan	Jumlah semua ibu hamil di wilayah tsb dalam kurun waktu satu tahun yang sama	Dinas Kesehatan	Laporan Gizi	Sistem Informasi Puskesmas	Kontinyu	Bulanan
3	Cakupan kelas ibu hamil (ibu mengikuti konseling gizi dan kesehatan)	Persentase ibu hamil yang mengikuti kelas ibu hamil terhadap jumlah semua ibu hamil	Jumlah ibu hamil yang mengikuti kelas ibu hamil	Jumlah semua ibu hamil dalam kurun waktu satu tahun yang sama	Dinas Kesehatan	Laporan Gizi	Sistem Informasi Puskesmas	Kontinyu	Bulanan

4	Cakupan keluarga yang mengikuti Bina Keluarga Balita	Persentase keluarga yang mengikuti BKB terhadap seluruh keluarga yang memiliki Balita	Jumlah keluarga dengan balita yang mengikuti BKB	Jumlah semua keluarga dengan balita dalam kurun waktu satu tahun yang sama	Dinas yang membidangi urusan keluarga berencana	Laporan Kesehatan Keluarga	Sistem Informasi Puskesmas	Kontinyu	Bulanan
5*	Cakupan balita kurus yang mendapatkan PMT	Persentase balita kurus yang mendapat PMT	Jumlah balita kurus yang mendapat PMT pemulihan	Jumlah seluruh balita kurus di wilayah tsb dalam kurun waktu satu tahun yang sama	Dinas Kesehatan	Laporan Gizi	e-PPGBM	Kontinyu	Bulanan
6*	Cakupan kehadiran di posyandu (rasio yang datang terhadap total sasaran)	Rata-rata persentasi jumlah anak usia 0-5 tahun yang hadir per bulan di posyandu terhadap semua anak usia 0-5 tahun dalam wilayah kerja posyandu	Jumlah seluruh anak usia 0-5 tahun yang hadir per bulan di posyandu	Jumlah anak usia 0-5 tahun dalam wilayah kerja posyandu	Dinas Kesehatan	Laporan Promosi Kesehatan	Sistem Informasi Puskesmas	Kontinyu	Bulanan
7	Cakupan Ibu Hamil-K4	Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan	Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan K4	Jumlah semua ibu hamil di wilayah tsb dalam kurun	Dinas Kesehatan	Laporan Kesehatan Keluarga	Sistem Informasi Puskesmas	Kontinyu	Bulanan

		antenatal minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga terhadap seluruh ibu hamil dalam kurun waktu yang sama	di fasilitas pelayanan kesehatan	waktu satu tahun yang sama					
8*	Cakupan anak 6-59 bulan yang memperoleh Vit A	Persentase jumlah bayi usia 6-59 bulan yang memperoleh Vit. A terhadap semua bayi usia 6-59 bulan	Jumlah anak usia 6-59 bulan yang memperoleh Vit. A pada bulan vitamin A Februari dan Agustus	Jumlah semua bayi usia 6-59 bulan pada tahun tsb	Dinas Kesehatan	Laporan Gizi	e-PPGBM	Kontinyu	Bulanan
9	Cakupan anak 12-23 bulan telah diimunisasi dasar secara	Persentase anak usia 12-23 bulan yang telah mendapatkan	Jumlah anak usia 12-23 bulan yang telah mendapatkan	Jumlah semua bayi usia 0-11 bulan dalam kurun waktu satu tahun	Dinas Kesehatan	Laporan Imunisasi	Sistem Informasi Puskesmas	Kontinyu	Bulanan

	lengkap	imunisasi dasar dan imunisasi lengkap terhadap semua bayi berusia 0-11 bulan	imunisasi dasar dan imunisasi lengkap	yang sama					
10*	Cakupan balita diare yang memperoleh suplementasi zinc	Persentase balita diare yang memperoleh suplementasi zinc	Jumlah balita diare yang memperoleh suplementasi zinc	Jumlah seluruh balita diare pada kurun waktu satu tahun tersebut	Dinas Kesehatan	Laporan MTBS	Sistem Informasi Puskesmas P-care BPJS	Kontinyu	Bulanan
11	Cakupan remaja putri mendapatkan TTD	Persentase remaja putri (13-18 tahun) yang mendapat TTD	Jumlah remaja putri yang mendapat TTD	Jumlah seluruh remaja putri pada kurun waktu satu tahun tersebut	Dinas Kesehatan	Laporan Gizi	Sistem Informasi Puskemas	Kontinyu	Bulanan
12	Cakupan rumah tangga yang menggunakan sumber air minum layak	Persentase rumah tangga yang telah mengakses sumber air minum layak terhadap seluruh rumah tangga	Jumlah rumah tangga dengan akses sumber air minum layak	Jumlah seluruh rumah tangga pada tahun tsb	Dinas Kesehatan Dinas PU		STBM-SMART	Kontinyu	Bulanan
13	Cakupan rumah tangga	Persentase rumah tangga	Jumlah rumah tangga yang	Jumlah seluruh rumah	Dinas Kesehatan		STBM-SMART	Kontinyu	Bulanan

	yang menggunakan sanitasi layak	menggunakan sanitasi layak terhadap seluruh rumah tangga	menggunakan sanitasi layak	pada tahun tsb			
14	Cakupan rumah tangga peserta JKN/Jamkesda	Persentase penduduk yang telah menjadi peserta JKN/Jamkesda terhadap semua penduduk	Jumlah penduduk yang telah menjadi peserta JKN/JamKesda	Jumlah penduduk pada tahun tsb	Dinas Kesehatan BPJS Kesehatan		PCare
15	Cakupan KPM PKH yang mendapatkan FDS gizi dan kesehatan	Persentase KPM PKH yang mengikuti Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)/FDS gizi dan kesehatan terhadap seluruh KPM PKH	Jumlah KPM PKH yang mengikuti Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2)/FDS gizi dan kesehatan	Jumlah seluruh KPM PKH	Dinas Sosial	-	-
16	Cakupan orang tua yang mengikuti kelas parenting	Persentase ibu hamil dan orang tua dengan baduta yang mengikuti kelas parenting	Jumlah ibu hamil dan orang tua dengan anak usia baduta yang mengikuti kelas parenting	Jumlah ibu hamil dan anak baduta pada tahun tersebut	Dinas Pendidikan dan Kebudayaan	-	-
17	Cakupan anak usia 2-6 tahun terdaftar	Persentase anak usia 2-6 tahun	Jumlah anak usia 2-6 tahun terdaftar	Jumlah seluruh anak usia 2-6	Dinas Pendidikan dan Kebudayaan	-	-

	(peserta didik) di PAUD	(peserta didik) di PAUD terhadap jumlah semua anak usia 2-6 tahun	(peserta didik) di PAUD		Kebudayaan				
18	Cakupan keluarga 1000 HPK kelompok miskin sebagai penerima BPNT	Persentase keluarga 1000 HPK kelompok miskin sebagai penerima BPNT terhadap jumlah seluruh keluarga 1000 HPK kelompok miskin	Jumlah keluarga 1000 HPK kelompok miskin sebagai penerima BPNT	Jumlah keluarga 1000 HPK kelompok miskin	Dinas Sosial	-	-	-	-
19	Cakupan desa menerapkan KRPL	Persentase jumlah desa yang menerapkan KRPL terhadap jumlah seluruh desa	Jumlah desa yang menerapkan KRPL	Jumlah seluruh desa	Dinas Pertanian	-	-	-	-
20	Cakupan layanan Ibu Nifas	Persentase ibu nifas mendapatkan pelayanan postnatal minimal 3 kali terhadap semua ibu nifas dalam	Jumlah ibu nifas yang mendapatkan pelayanan postnatal minimal 3 kali	Jumlah semua ibu nifas di wilayah tsb dalam kurun waktu satu tahun yang sama	Dinas Kesehatan	Laporan Kesehatan Keluarga	Sistem Informasi Puskesmas	Kontinyu	Bulanan

		kurun waktu yang sama							
21	Cakupan balita yang mengalami gizi buruk yang ditangani (BGM)	Persentase balita gizi buruk yang ditangani terhadap seluruh kasus balita gizi buruk	Jumlah balita gizi buruk (BGM) yang ditangani	Jumlah seluruh kasus balita gizi buruk (BGM) dalam kurun waktu satu tahun yang sama	Puskesmas	Laporan Gizi	e-PPGBM	Kontinyu	Bulanan
22	Cakupan Puskesmas yang mampu tata laksana MTBS	Persentase jumlah Puskesmas yang mampu tata laksana MTBS terhadap seluruh Puskesmas di Kabupaten/Kota	Jumlah Puskesmas yang mampu tata laksana MTBS	Jumlah seluruh Puskesmas di kab/kota	Dinas Kesehatan	-	-	-	-
23	Cakupan keluarga 1000 HPK kelompok miskin sebagai penerima PKH	Persentase keluarga 1000 HPK kelompok miskin sebagai penerima PKH terhadap jumlah seluruh keluarga 1000 HPK kelompok miskin	Jumlah keluarga 1000 HPK kelompok miskin sebagai penerima PKH	Jumlah seluruh keluarga 1000 HPK kelompok miskin	Dinas Sosial	-	-	-	-
24	Cakupan bayi yang memiliki akta kelahiran	Persentase baduta yang memiliki akta kelahiran terhadap semua baduta	Jumlah baduta yang memiliki akta kelahiran	Jumlah seluruh baduta pada tahun yang sama	Dinas Dukcapil	-	-	-	-

25*	Cakupan balita yang mengalami gizi buruk yang ditangani (BGM)	Persentase balita gizi buruk yang ditangani terhadap seluruh kasus balita gizi buruk	Jumlah balita gizi buruk yang ditangani	Jumlah seluruh kasus balita gizi buruk dalam kurun waktu satu tahun yang sama	Puskesmas	Laporan Gizi	e-PPGBM	Kontinyu	Bulanan
1	Cakupan Ibu hamil menggunakan kelambu di daerah endemis	Persentase Bumil yang menggunakan kelambu terhadap seluruh bumil	Jumlah bumil yang menggunakan kelambu	Jumlah seluruh bumil	Puskesmas	-	-	-	-
2	Cakupan Ibu hamil positif HIV mendapatkan pelayanan *Prevention Mother to Child Transmition* (PPIA: Pencegahan Penularan Ibu ke Anak)	Persentase Bumil positif HIV mendapatkan pelayanan PPIA terhadap seluruh bumil positif HIV	Jumlah Bumil positif HIV mendapatkan pelayanan PPIA	Jumlah seluruh bumil positif HIV	Puskesmas	-	-	-	-
3*	Cakupan balita (12-59 bulan) yang memperoleh obat cacing	Persentase balita (12-59 bulan) yang mendapat obat cacing terhadap seluruh balita	Jumlah balita (12-59 bulan) yang mendapat obat cacing	Jumlah seluruh balita	Puskesmas	Laporan MTBS	Sistem Informasi Puskesmas P-care BPJS	Kontinyu	Bulanan

5

Sintesis dan Implementasi Hasil Kajian

BAB 5. Sintesis, Implikasi dan Rekomendasi

Seperti yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya, kajian teknis ini telah: (1) mengidentifikasi kesenjangan dan mendalami peran regulasi, tata kelola dan pemangku kepentingan terkait; serta (2) memeriksa kesenjangan program/kegiatan terkait praktik pengukuran, pengumpulan, publikasi dan pemanfaatan data stunting terintegrasi.

Pada bagian pertama, bab ini menyajikan sintesis dari berbagai temuan (kesenjangan dari kondisi ideal) yang diidentifikasi melalui kajian literatur serta kebijakan; wawancara dengan berbagai narasumber ahli dan kunjungan lapangan untuk melihat praktik baik penanganan *stunting* di tingkat kabupaten.

Pada bagian kedua, bab ini mengajukan beberapa rekomendasi sebagai hasil konseptualisasi mendalam dari analisis temuan *(events)*, implikasi dari temuan *(trends)*, dan penyebab yang mendasari timbulnya temuan *(drivers)* tersebut. Rekomendasi diajukan dalam bentuk peta jalan *(roadmap)* yang memperhatikan dugaan-dugaan atas skenario yang mungkin terjadi di masa depan *(scenarios).*

5.1. Sintesis dan Implikasi

5.1.1. Kerangka Regulasi, Tata Kelola dan Pembiayaan

Kajian teknis pada dimensi ini berangkat dari anggapan dasar bahwa tata kelola yang baik *(good governance)* akan membentuk praktik-praktik baik dalam implementasi program. Kerangka regulasi, tata kelola dan pembiayaan merupakan kondisi pemungkin *(enabling conditions)* yang membentuk *good governance.* Kombinasi ketiga elemen ini akan memberikan arah dan ruang gerak bagi pemangku kepentingan untuk berkolaborasi, bertukar informasi dan mempromosikan kebijakan berbasis bukti.

a. Kerangka Regulasi

Upaya perbaikan gizi telah menjadi perhatian dunia dan masuk ke dalam agenda pembangunan global. Pada tahun 2012, WHO melalui *World Health Assembly (WHA) Resolution* mengesahkan dan mendorong negara anggota dan mitra internasional untuk mengimplementasikan *Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Children Nutrition.* Target perbaikan gizi di dalam agenda *Millenium Development Goals (MDGs)* pun kemudian dilanjutkan dan masuk ke dalam agenda *Sustainable Development Goals (SDGs)* dengan tujuan untuk mengeliminasi semua bentuk kekurangan gizi pada tahun 2030. Begitu agenda global tersebut disetujui, maka setiap negara anggota memiliki tanggung jawab moral untuk menerjemahkannya ke dalam kerangka kebijakan nasional.

Di tingkat nasional, Pemerintah telah merancang kebijakan dalam berbagai tingkat untuk memastikan upaya perbaikan gizi diimplementasikan dalam berbagai lini. UU No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan mengamanatkan upaya perbaikan gizi yang tata kelolanya tergambar dalam Perpres No.42 tahun 2013 mengenai Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG). UU no. 18 tahun 2012 tentang Pangan mengamatkan upaya mencapai ketahanan pangan yang tata kelolanya tergambar dalam Perpres No. 83 tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi (KSPG). Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) dan Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD-PG) menerjemahkannya ke dalam panduan operasionalisasi di level nasional dan sub-nasional.

Pada tahun 2018, Pemerintah meluncurkan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Stunting (Stranas). Strategi ini merupakan jawaban Pemerintah atas lemahnya integrasi program yang ditujukan untuk sasaran prioritas di lokasi prioritas. Secara khusus, pilar kelima dari Stranas menegaskan pentingnya publikasi tahunan angka penurunan *stunting* pada tingkat nasional dan kabupaten/kota untuk menilai kemajuan integrasi program.

b. Tata Kelola

Pemerintah merancang arsitektur kelembagaan untuk membagi peran antar K/L di tingkat nasional, mengatur kewenangan pusat-daerah, memfasilitasi implementasi kebijakan, serta memantau capaian perbaikan gizi masyarakat. Dari hasil analisis kebijakan, kajian teknis ini membandingkan tiga struktur tata kelola di tingkat nasional yang tertera di dalam dokumen kunci: (1) Kerangka Implementasi Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi tahun 2013, (2) *Performance for Results Financing (PforR) World Bank* tahun 2018, (3) Strategi Nasional Percepatan Pencegahan stunting 2018-2024.

Ketiga dokumen tersebut menunjukkan struktur kepemimpinan dan koordinasi yang berbeda. Struktur tata kelola yang dibawa oleh dokumen ke-2 dan ke-3 tidak menganulir arsitektur kelembangaan dari dokumen ke-1. Perbedaan ini berpotensi menimbulkan kebingungan dan tumpang tindih pekerjaan, contohnya pada dokumen ke-1 tim pelaksana dikoordinasi oleh Bappenas, sementara di dokumen ke-2 dikoordinasikan oleh Setwapres sedangkan dokumen ke-3 oleh Bappenas, Kemenkes dan Kemendagri. Pada level implementing agency, platform pengukuran utama seperti Posyandu dikelola oleh dikelola oleh empat institusi berbeda Kemenkes, Kemendagri, Kemendesa, dan tim penggerak PKK yang tidak memiliki dokumen petunjuk implementasi bersama.

c. Kerangka Pembiayaan

Pemerintah berkomitmen memasikan ketersediaan sumber pembiayaan yang adekuat dan berkelanjutan untuk upaya penurunan prevalensi stunting. Skema umum sumber pembiayaan program stunting di Indonesia adalah menggunakan APBN (anggaran K/L), Dana Alokasi Khusus, APBD 1 (Provinsi), APBD 2 (Kabupaten/Kota), dana desa (APBDesa), dan sumber-sumber lain yang sah.

Pada tahun 2018, Kementerian Keuangan memperkirakan dibutuhkan alokasi anggaran untuk gizi sebesar Rp 141,9 T untuk memenuhi target penurunan stunting dalam RPJMN 2015-2019. Berdasarkan evaluasi Rencana Kerja Kementerian/Lembaga (Renja K/L) dan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA K/L) 2019, alokasi anggaran APBN 2019 yang relevan untuk mendukung penurunan stunting tercatat sebesar Rp 29 triliun.

Menyadari keterbatasan sumber daya untuk mendanai inovasi program terkait stunting, Pemerintah menggali sumber dana lain yang berasal dari dunia usaha dan donor. Salah satu sumber pendanaan internasional untuk stunting yang cukup besar di Indonesia adalah skema pendanaan Bank Dunia. Pada tahun 2018, Bank Dunia memberikan pinjaman lunak kepada Indonesia dengan skema pembiayaan berbasis hasil *(Performance for Results)* yang bergantung pada pencapaian indikator/target yang ditetapkan *(Disbursement Linked Indicators).*

Tabel 8. Sintesis Temuan pada Kerangka Regulasi, Tata Kelola dan Pembiayaan

Dimensi 1: Kerangka Regulasi, Tata Kelola dan Pembiayaan		
Kondisi Ideal	**Kondisi Saat ini**	**Kebutuhan**
Kebijakan strategis yang tepat sasaran didasarkan pada kebutuhan, data dan bukti yang tersedia	Kerangka kebijakan program percepatan pencegahan *stunting* telah ada di berbagai tingkatan serta sektor yang seharusnya cukup untuk mendorong realisasi sesuai yang ditargetkan. Namun, kesenjangan implementasi di tingkat subnasional masih menjadi tantangan, terutama karena belum tersedianya strategi keberlanjutan	- Mendorong implementasi di level daerah dilakukan sesuai kebijakan. - Kajian kebijakan secara mendalam terutama soal dampak ke masyarakat. - Payung hukum yang melandasi Stranas, disarankan dalam bentuk Perpres/PP.
Adanya satu hirarki kepemimpinan tertinggi yang memiliki wewenang mengoordinasikan semua K/L yang terlibat. Struktur tata kelola yang sederhana dan efektif untuk memastikan berjalannya alur koordinasi dan komunikasi yang baik lintas K/L. Pembagian peran dan fungsi yang jelas antar K/L dan pemangku kepentingan terkait lain.	Potensi tumpang tindih tata kelola dan efektivitas alur koordinasi dari banyaknya kementerian yg terlibat.	- Adanya pertemuan lebih rutin dari yang ditetapkan. - Adanya kesepakatan satu K/L yang memegang kepemimpinan tertinggi untuk melakukan koordinasi dan pengelolaan. - Adanya pembagian peran dan fungsi yang jelas antar K/L dan pemangku kepentingan terkait lain yang tertera dalam suatu payung kebijakan.
Kerangka regulasi yang komprehensif mencakup pelibatan pemangku kepentingan multi sektor, terutama yang tergabung di dalam *Scaling Up Nutrition (SUN) network*.	Kerangka regulasi yang komprehensif mencakup pelibatan pemangku kepentingan multi sektor, terutama yang tergabung di dalam Scaling Up Nutrition (SUN) network.	Kerangka regulasi yang komprehensif mencakup pelibatan pemangku kepentingan multi sektor, terutama yang tergabung di dalam Scaling Up Nutrition (SUN) network.
Penggunaan dana dapat dipertanggungjawabkan dan menghasilkan dampak yang diharapkan (cost effective)	Penggunaan dana program stunting belum sepenuhnya dapat dipertanggungjawabkan efisiensi dan efektivitasnya	Sistem *budget tagging and tracking* hingga ke level desa

5.1.2. Kerangka Regulasi, Tata Kelola dan Pembiayaan

Kajian teknis pada dimensi ini berangkat dari anggapan dasar bahwa kesahihan teknis/*technical soundness* pengukuran tinggi badan di berbagai platform dan integrasi antar layanan akan memungkinkan tersedianya data pengukuran tinggi badan yang akurat, mutakhir, terpadu, dapat dipertanggungjawabkan. Data hasil pengukuran menjadi alat utuk mengidentifikasi masalah gizi pada anak sedini mungkin. Pada tingkat pengambil kebijakan, data hasil pengukuran berguna untuk peningkatan efektivitas perencanaan dan penentuan target layanan dan alokasi sumber daya, juga pemecahan masalah dan pemantauan di level desa hingga kabupaten.

a. Standard Pengukuran

Konsep Pemantauan Pertumbuhan *(Growth Monitoring)* telah berkembang selama beberapa dekade terakhir dan telah menjadi komponen dasar dari layanan kesehatan primer. Dalam perkembangannya, konsep ini bertransformasi menjadi G*rowth Monitoring and Promotion (GMP)* yang menekankan aspek tata laksana konseling dan rujukan pasca pengkuran.

Kajian teknis ini menangkap beberapa isu strategis mengenai praktik standard pengukuran di Indonesia. Pertama, terdapat perbedaan pendapat mengenai ketepatan *Growth Standard* yang digunakan di Indonesia. Meskipun Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. 1995/Menkes/SK/XII/2010 telah menetapkan standar antropometri yang digunakan untuk mengacu pada *WHO Growth Standard* 2005, beberapa ahli menyarankan untuk menggunakan *National Growth Chart standard* [37] yang mereka kembangkan. Kedua, terdapat perbedaan pada kelompok umur sasaran dan frekuensi pengukuran yang dianjurkan pada beberapa kerangka regulasi di Indonesia. Ketiga, perbedaan interpretasi hasil pengukuran dalam kaitannya dengan definisi operasional status gizi. Permenkes No. 66 tahun 2014 mendefinisikan tinggi badan di bawah -2SD sebagai short stature atau perawakan pendek yang dapat terjadi karena variasi normal. Hal ini berbeda dengan defisini yang dipakai oleh WHO: Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua dari standar deviasi (-2SD) panjang atau tinggi anak seumurnya. Keempat, komponen komunikasi perubahan perilaku, terutama aspek konseling, termasuk aspek komunikasi antar pribadi, luput dari paket layanan pemantauan pertumbuhan.

b. Aspek Kesahihan Teknis/*Technical Soundness*

Posyandu adalah tulang punggung pemantauan pertumbuhan balita di Indonesia, namun terkendala oleh ketersediaan alat ukur dan kompetensi pengukur baik kader maupun tenaga kesehatan. Hasil riset QSDS milik Bank Dunia (2016) menyebut hanya 61% Puskesmas yang pernah mendapat pelatihan pemantauan tumbuh kembang anak dan hanya 47% kader yang telah menerima pelatihan yang sama dalam 12 bulan terakhir. Kesiapan Posyandu menjadi garda terdepan pengumbulan data terkendala kecukupan logistik: hanya 30% yang memiliki *lengthboard.*

Kombinasi ini menyebabkan data tinggi badan untuk mendeteksi status gizi *menurut* TB/U dan BB/TB tidak tertangkap dalam sistem informasi kesehatan di banyak Kabupaten/Kota. Akibatnya, pemantauan pertumbuhan di level akar rumput masih mengandalkan data Balita BGM, yang cakupan penemuan kasusnya juga terbatas. Riskesdas menyebut jumlah anak Balita yang tidak pernah ditimbang dalam 6 bulan terakhir meningkat dari 25.5% (2007) menjadi 34.3% (2019). Cakupan e-PPGBM yang masih rendah (49.6%) menyebabkan household survey dan survailans masih menjadi sumber data stunting yang utama.

Proses alur kerja/*Business process* pemantauan pertumbuhan kurang menitikberatkan pada aspek interpretasi data, konseling dan rujukan ke layanan selanjutnya pasca pengukuran. Temuan lapangan mengindikasikan layanan Posyandu berhenti hingga meja pengukuran karena berbagai beban kerja petugas yang tinggi dan keterbatasan kapasitas dari petugas. Akibatnya, tata laksana kasus balita dengan permasalahan gizi dalam praktiknya tidak berjalan sesuai standar layanan yang ditetapkan.

c. Integrasi Antar Layanan

Keberhasilan Posyandu sebagai tulang tulang punggung pemantauan pertumbuhan balita dapat diraih apabila sistemnya terhubung dengan jejaring kegiatan/program Puskesmas lainnya. Untuk menjangkau sasaran yang tidak memiliki akses ke Posyandu, *sweeping* dilakukan dua kali setahun melalui Bulan Penimbangan Balita. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) juga menjadi sarana untuk menganalisis faktor risiko di level keluarga. Pada masyarakat yang tinggal di perkotaan, pengukuran dilakukan di klinik dan RS. Temuan anekdotal, yang terkonfirmasi melalui wawancara dan kunjungan lapangan, mengindikasikan bahwa platform layanan ini terfragmentasi dan tidak saling terhubung dalam kerangka upaya rujukan-rujuk balik.

Kader Pembangunan Manusia (KPM) merupakan inovasi program untuk monitoring sosial. KPM hadir untuk memastikan layanan stunting sampai kepada keluarga 1.000 HPK dengan mempergunakan tikar pertumbuhan dan kartu skor konvergensi sebagai alat deteksi faktor risiko. Sistem monitoring sosial ini berada di bawah koordinasi Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi dan tidak terhubung dengan baik ke sistem pemantauan Kementerian Kesehatan.

Tabel 9. Sintesis Temuan pada Implementasi Pengukuran Tinggi Badan

Dimensi 2: Pengukuran Tinggi Badan		
Kondisi Ideal	**Kondisi Saat ini**	**Kebutuhan**
Pedoman hukum yang seragam mengenai definisi operasional status gizi, kelompok umur sasaran, dan frekuensi pengukuran tinggi badan	Terdapat perbedaan definisi operasional status gizi, kelompok umur sasaran dan frekuensi pengukuran yang dianjurkan berdasarkan Permenkes No. 66 tahun 2014, Stranas *Stunting*, dan buku KIA edisi 2016	Harmonisasi regulasi untuk menyamakan standar/acuan yang digunakan
Penggunaan *growth standard* yang sudah terjamin metode, validitas dan reliabilitasnya	Terdapat perdebatan mengenai ketepatan *Growth Standard* yang dipakai di Indonesia	*Kesepakatan dan kesamaan persepsi semua aktor untuk menggunakan satu acuan*
SDM pengukuran memiliki jumlah dan kompetensi yang memadai	Permasalahan SDM pada tiap platform: kurangnya kompetensi tenaga pengukur, beban kerja yang terlalu berat, dan minimnya insentif.	Peningkatan kapasitas kader dan tenaga kesehatan Puskesmas memiliki jumlah TPG yang cukup. 1 orang TPG sebagai implementator program dan 1 orang menangani pencatatan dan pelaporan data

		TPG menerima pelatihan berkala pengukuran antropometri.
Alat ukur tinggi badan yang terstandar tersedia di posyandu di lokus prioritas stunting	Keterbatasan logistik pengukuran tinggi badan yang memadai, terstandar, dan terkalibrasi	Kemenkes dan pemerintah daerah memastikan tiap posyandu memiliki alat ukur tinggi badan yang terstandar *Spot check* pengukuran tinggi badan di posyandu oleh dinas kesehatan.
Terintegrasinya satu platform pengukuran ke platform lain, dalam hal jadwal, frekuensi, data dan tindak lanjut	Belum terintegrasinya platform pengukuran tinggi badan yang ada (co: posyandu, BPB, PIS PK, dokter praktik mandiri, dll)	K/L yang terlibat melakukan harmonisasi mekanisme lintas platform
Pengukuran tinggi badan secara berkala di posyandu	Karena perbedaan pedoman serta keterbatasan logistik dan kompetensi tenaga pengukur, maka pengukuran tinggi badan tidak dilakukan secara berkala selama posyandu	Memasukkan komponen pengukuran tinggi badan ke dalam standar pelayanan pemantauan tumbuh kembang di posyandu dan fasilitas kesehatan
Tersedianya standar pencatatan dan pelaporan yang tersosialisasi dengan baik kepada petugas di lapangan melalui pelatihan	Sebagian besar kendala pencatatan ada pada tidak tersedianya waktu, ketidaktahuan petugas, masalah teknis aplikasi (misalnya pada e-PPGBM dan Aplikasi Keluarga Sehat), belum berjalannya mekanisme pencatatan, serta belum adanya standar pencatatan dan pelaporan tinggi badan balita dari tingkat posyandu sampai ke tingkat kabupaten/kota	Penyederhanaan sistem informasi posyandu yang harus dilaporkan oleh kader. Adanya tim pendampingan teknis di tingkat pusat dan kabupaten yang memberikan bantuan teknis
Pendidikan komunikasi perubahan perilaku	Belum tersedianya komponen komunikasi perubahan perilaku	Petunjuk teknis dan pelatihan komunikasi

5.1.3. Sistem Informsi *Stunting* Terintegrasi: Implementasi dan *Quality Assurance*

Kajian teknis pada dimensi ini berangkat dari anggapan dasar bahwa data hasil pengukuran hanya berarti apabila dapat dipergunakan sebagai dasar perbaikan pembuatan kebijakan dan pengambilan keputusan klinis. Informasi hasil pengukuran hanya akan bernilai kecil jika tidak tersedia dalam format yang memenuhi kebutuhan banyak pengguna dan tidak disampaikan pada waktu yang tepat *(timely)*. Sistem informasi stunting yang baik memastikan semua pengguna memiliki akses pada data yang andal, dapat dipahami dan dibandingkan. Dengan demikian, pengukuran pertumbuhan berfungsi untuk tujuan yang lebih luas, seperti memberikan peringatan dini, mendukung manajemen fasilitas layanan, meningkatan kualitas perencanaan program dan alokasi sumber daya, merangsang munculnya penelitian-penelitian baru, dan memperkuat komunikasi publik.

a. *Data Generation:* Ketersediaan dan Kualitas

Kegiatan pengukuran dan publikasi angka stunting menjadi tanggung jawab bersama antara Pemerintah Daerah dan Pemerintah Pusat. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab pada mengumpulkan data pada tingkat individu *(individual level data)* dan tingkat fasilitas kesehatan *(health facility level data)*. Kementerian Kesehatan dan Badan Pusat Statistik (BPS) bertugas untuk mengumpulkan data pada level populasi *(population level data)* dan surveilans *(surveillance).*

Temuan anekdotal, yang terkonfirmasi melalui wawancara dengan para ahli, mengindikasikan beberapa permasalahan dalam kualitas data. Pertama, data tidak dikumpulkan (misalnya, ada balita yang tidak dibawa ke Posyandu dan tidak tercatat dalam sistem pemantauan. Kedua, data dikumpulkan menurut protokol yang dapat berubah tergantung oleh siapa dan kapan data itu dikumpulkan *(precision and reliability)*. Ketiga, data dikumpulkan, tetapi terjadi distorsi dalam transmisi (misalnya: terjadi perubahan data dalam transfer catatan di Posyandu ke laporan Puskesmas ke laporan Dinas Kesehatan) sehingga tidak mencerminkan apa yang sebenarnya terjadi *(validity)*. Keempat, data dikumpulkan menggunakan lebih dari satu format yang memiliki elemen berbeda, tidak terintegrasi dan disimpan oleh lebih dari satu sistem dengan interoperabilitas rendah *(completeness)*. Kelima, penyimpanan data dilakukan oleh individu pengelola dengan mekanisme koordinasi antarpengelola yang sangat rendah; dan (6) data tidak dilaporkan sesuai waktu *(timeliness).*

b. Integrasi Data untuk analisis dan sintesis

Sistem informasi stunting masih mengalami masalah pada integrasi sistem baik di sektor kesehatan maupun non-kesehatan. Di level Dinas Kesehatan kabupaten/kota, setidaknya terdapat 11 formulir pelaporan Sistem Informasi Puskemas terpisah yang melacak cakupan kegiatan dan program terkait *stunting*. Hal ini menyebabkan adanya tumpeng tindih dalam pengumpulan dan pengolahan data dan masih adanya pengumpulan data yang dilakukan berulang oleh unit-unit berbeda. Data yang terfragmentasi karena setiap program memiliki basis data yang berdiri sendiri membuat hambatan ketika pengguna memerlukan informasi komposit yang harus merelasikan dua atau lebih basis data. Kondisi ini juga mengakibatkan rasio beban administrasi di fasilitas pelayanan kesehatan menjadi besar yang berdampak pada gangguan kinerja pelayanan publik.

Masing-masing kabupaten/kota juga memiliki Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS) dan e-Puskesmas sendiri yang belum terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA). Setiap sistem informasi tersebut cenderung untuk mengumpulkan data sebanyak-banyaknya dan langsung dari fasilitas pelayanan kesehatan yang paling bawah dengan menggunakan bahasa pemrogaman sendiri-sendiri. Akibatnya, upaya pengembangan cenderung menciptakan sistem informasi kesehatan sendiri dan kurang

memperhatikan keberlangsungan sistem dan konsep integrasi sistem untuk efisiensi.

Lemahnya kondisi sistem informasi kesehatan saat ini tidak terlepas dari lemahnya peran Pusdatin dalam mengembangkan sistem pencatatan dan pelaporan. Pada prinsipnya sistem informasi di unit utama harus dapat berkomunikasi dengan aplikasi integrasi di Pusat Data dan Informasi (komunikasi data dan data *warehouse*). Namun, setiap unit utama di Kementerian Kesehatan memiliki dukungan aplikasi pencatatan dan pelaporan yang bervariasi untuk pengelolaan data dan informasinya. Secara internal unit utama pun masih kesulitan untuk melakukan integrasi data. Selain itu mekanisme/ prosedur terkait dengan informasi satu pintu belum tersedia, hal ini menjadi penyebab terjadinya duplikasi data dan menjadi salah satu faktor sulitnya membangun sistem informasi kesehatan di daerah yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional.

Tantangan untuk membangun jejaring lintas sektor sangat besar padahal kebijakan satu data dan open data stunting sangat penting untuk mengelola basis data utama. Adanya kebijakan pemerintah dalam memperkuat *e-government* akan sangat bergantung pada interoperabilitas seluruh komponen sistem. Tidak tersedianya standar dan protokol dalam penyelenggaraan sistem informasi di setiap kementerian/lembaga mengakibatkan ketidakjelasan "aturan main". Akses data dan informasi dari lintas unit di Kementerian Kesehatan dan lintas sektor masih sulit dilakukan. Hal ini karena jejaring untuk memperkuat ketersediaan data yang valid dan akurat tidak dapat dilakukan dengan optimal. Kebutuhan untuk menghitung indikator kesehatan tidak hanya berasal dari satu sumber data saja melainkan dari beberapa sumber data.

c. Pemanfaatan Data

Selain lemah dari sisi cakupan program, tidak lanjut pasca pengukuran seringkali tidak tersedia. Pemantauan pertumbuhan balita di Indonesia terselenggara dengan sedikit penekanan pada penggunaan informasi pertumbuhan yang diperoleh untuk mengedukasi perbaikan pola makan dan pola asuh anak. Temuan anekdotal mengindikasikan bahwa meskipun sebagian waktu Pemegang Program Puskesmas dihabiskan untuk mengumpulkan dan melaporkan informasi, data jarang digunakan perbaikan kebijakan dan implementasi. Forum untuk berbagi dan mendiskusikan data yang relevan di tiap dan antar sektor juga tidak tersedia di semua tingkatan.

Data stunting terintegrasi yang tidak andal menyebabkan lemahnya basis penyusunan regulasi dan rencana aksi terintegrasi (lihat tabel 10). Manajemen data *stunting* terintegrasi dilaksanakan sepanjang tahun anggaran untuk mendukung keseluruhan proses penganggaran, serta pemantauan dan evaluasi pelaksanaan aksi konvergensi penurunan *stunting*. Sistem manajemen data yang lemah akan menyebabkan Aksi Integrasi yang membutuhkan data stunting terintegrasi, yaitu: aksi #1 (Analisis Situasi), aksi #2 (Rencana Kegiatan), aksi #7 (Pengukuran dan Publikasi *Stunting*), dan aksi #8 terkait dengan Reviu Kinerja Tahunan tidak memiliki *input* yang memadai.

Tabel 10. Sintesis Temuan pada Manajemen Data *Stunting* Terintegrasi

Dimensi 3: Manajemen Data Stunting Terintegrasi		
Kondisi Ideal	**Kondisi Saat ini**	**Kebutuhan**
Tersedia data berkualitas yang akurat dan terkini berdasarkan kebutuhan unit-unit utama, baik dalam bentuk *individual level data, health facility level data, dan population level data.*	(1) Data tidak dikumpulkan (misalnya, ada balita yang tidak dibawa ke posyandu dan tidak tercatat dalam sistem pemantauan) (*completeness*); (2) Data dikumpulkan menurut protokol yang dapat berubah tergantung oleh siapa dan kapan data itu dikumpulkan (*precision* and *reliability*); (3) Data dikumpulkan, tetapi terjadi distorsi dalam transmisi (misalnya: terjadi perubahan data dalam transfer catatan di posyandu ke laporan puskesmas ke laporan dinas kesehatan) sehingga tidak mencerminkan apa yang sebenarnya terjadi (*validity*); (4) Data dikumpulkan menggunakan lebih dari satu format yang memiliki elemen berbeda, tidak terintegrasi dan disimpan oleh lebih dari satu sistem dengan interoperabilitas rendah *(interoperability*); (5) Penyimpanan data dilakukan oleh individu pengelola dengan mekanisme koordinasi antarpengelola yang sangat rendah; dan (6) Data tidak dilaporkan sesuai waktu (*timeliness).*	- Peningkatan kapasitas penyelenggara untuk melakukan sistem pencatatan yang jelas, akurat dan sederhana - Penyederhanaan Sistem Infomasi Posyandu dan Puskesmas
Tersedianya pangkalan data dengan interoperabilitas tinggi di dalam Kementerian Kesehatan.	Data di dalam Kementerian Kesehatan memiliki keterbatasan untuk dipertukarkan satu sama lain (integrase dan interoperabiliras) karena dikembangkan berdasarkan logika dan preferensi dari masing-masing pengembang.	- Rencana strategis untuk integrasi sistem informasi kesehatan nasional dan daerah
Tersedia dukungan komunikasi dan sistem pertukaran data antar kementerian dan Lembaga.	Tidak tersedianya standar dan protokol dalam penyelenggaraan sistem informasi di setiap kementerian/lembaga mengakibatkan ketidakjelasan "aturan main".	- Petunjuk pelaksanaan *e-government*

5.2. Merancang Skenario Perbaikan

5.2.1. Kerangka Regulasi, Tata Kelola dan Pembiayaan

Setelah memetakan situasi dan tantangan pengukuran dan kaitannya dengan manajemen data stunting, pada bagian ini dikembangkanlah perencanaan skenario. Skenario disusun berdasarkan kajian literatur dan Diskusi Kelompok Terpumpun dengan narasumber ahli yang berfokus pada isu pengukuran tinggi badan dan manajemen data terpadu mempertimbangkan tiga dimensi, yaitu (1) kerangka regulasi, tata kelola dan pembiayaan, (2) implementasi pengukuran, (3) manajemen data. Rancangan skenario dibangun berdasarkan masukan yang diterima penulis dari kajian literatur, wawancara dan konsultasi narasumber ahli dengan menggunakan metode Delphi.

5.2.2. Kondisi Saat Ini

Berdasarkan analisa yang diambil dari sintesis pada Tabel 7, jumlah dan jenis kerangka regulasi yang tersedia saat ini dipandang cukup pada tiap tingkatan pemerintahan. Namun, kesenjangan di tingkat implementasi dan harmonisasi kebijakan pusat dengan daerah masih menjadi tantangan terbesar. Fungsi koordinasi yang belum jelas juga dapat menyebabkan miskoordinasi yang menyebabkan kebingungan pada implementasi di lapangan. Tiadanya kerangka regulasi yang melibatkan pemangku kepentingan lintas sektor pun akan menjadi permasalahan dalam pelibatan lebih banyak pihak dalam upaya akselerasi dan strategi keberlanjutan upaya penurunan stunting.

Dengan banyaknya sumberdaya keuangan yang mengalir untuk program stunting, tekanan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas penggunaan dana juga meningkat. Di tingkat pusat, terdapat *sistem budget tagging and tracking* yang digunakan untuk mengevaluasi penggunaan dana. Sayangnya sistem ini belum dapat digunakan hingga di tingkat desa yang juga memiliki alokasi khusus untuk stunting dari dana desa. Dengan kurang bisa dipertanggungjawabkannya efektivitas penggunaan dana dan kinerja dapat membuka celah korupsi serta penyalahgunaan dana.

Tabel 8 menunjukkan regulasi yang masih inkonsisten di beberapa hal; seperti standar, definisi, dan tata laksana. Hal ini memicu kebingungan di lapangan dan mengakibatkan tidak tepatnya pengukuran - suatu kesenjangan serius karena dapat menyebabkan luputnya deteksi kasus stunting dan malnutrisi lainnya yang sebenarnya dapat dicegah atau dihindari. Tantangan keterbatasan kapasitas tenaga pengukur dan ketersediaan logistik serta sistem informasi yang belum mumpuni juga memperumit masalah pengukuran dan pencatatan di lapangan. Proses pengukuran yang kurang tepat akan menghasilkan data yang tidak berkualitas.

Kondisi manajemen data yang ditunjukkan Tabel 9 menunjukkan bahwa data yang dihasilkan tidak memenuhi aspek *completeness, precision and reliability, validity, interoperability, cooperabiity* dan *timeliness.* Data yang tidak berkualitas menyebabkan lemahnya basis penyusunan regulasi dan rencana aksi terintegrasi untuk penurunan stunting. Hal ini juga berdampak pada inefisiensi penggunaan dana serta tidak efektifnya program yang dijalankan yang akan menjadi sebuah siklus yang pada akhirnya tidak membuat banyak perubahan. Upaya yang dilakukan akan sulit membuat dampak yang signfikan. World Bank memperkirakan dengan upaya yang ada sekarang mungkin hanya dapat menurunkan sekitar 1% stunting setiap tahunnya.

5.2.3. Kondisi Ideal

Berdasarkan pemetaan situasi terkini, sintesis permasalahan, maupun masukan dari para narasumber ahli, skenario dengan kondisi yang ideal bergantung pada adanya elemen-elemen berikut:

1. Adanya kebijakan strategis yang tepat sasaran berdasarkan kebutuhan, data dan bukti yang ada untuk meminimalkan kesenjangan implementasi.
2. Adanya fungsi dan alur koordinasi yang jelas, dimana terdapat satu koordinator utama dengan struktur tata kelola dapat cukup sederhana dan efektif untuk memastikan berjalannya alur koordinasi dan komunikasi yang baik lintas K/L.
3. Adanya pembagian peran dan fungsi yang jelas antar K/L dan pemangku kepentingan terkait lain juga menjadi kekuatan penting. Hal tersebut juga harus dilengkapi dengan kerangka regulasi yang komprehensif mengenai pelibatan pemangku kepentingan di luar pemerintah yang pada akhirnya akan mendorong lebih banyak aktor, terutama kelompok masyarakat sipil, kaum muda maupun media, untuk terlibat melakukan akselerasi penurunan stunting dari berbagai lini.
4. Adanya mekanisme pertanggungjawaban penggunaan dana hingga ke level terkecil, seperti *budget tagging and tracking* sampai tingkat desa, menjadi penting untuk memastikan tata kelola yang baik serta upaya yang dilakukan mencapai target yang diharapkan. Bila kondisi tersebut diwujudkan maka koordinasi lintas kementerian dan konvergensi akan berjalan dengan baik, dimana akuntabilitas dan transparansi penggunaan dana juga dapat dipertanggungjawabkan.

Tata kelola yang baik akan mendorong terbangunnya perbaikan proses di lapangan. Harmonisasi dan konsistensi regulasi akan mempermudah petugas di lapangan memiliki pemahaman yang sama dan meningkatkan ketepatan pengukuran. Ketersediaan alat, logistik hingga tenaga pengukur yang mumpuni akan mendorong pengukuran tinggi badan secara berkala yang sesuai dengan standar dan tata laksana. Selain dilengkapi dengan kemampuan mengukur, tenaga pengukur/kader posyandu diharapkan juga memiliki kemampuan menginterpretasi data, melakukan konseling, serta pendidikan gizi berbasis perubahan perilaku.

Bila kondisi ideal terpenuhi maka data dapat tercatat dan terlaporkan dengan baik mulai dari tingkat posyandu hingga ke level tertinggi. Kelompok ibu pun teredukasi dan terinformasi mengenai kesehatannya dan anaknya dengan baik sehingga kasus stunting dan malnutrisi lainnya dapat terdeteksi lebih dini dan berdaya untuk memahami serta mengambil langkah apa yang harus dilakukan. Proses pengukuran yang baik pun akan berdampak pada dihasilkannya data yang lebih dapat diandalkan dan berkualitas.

Tersedianya data berkualitas yang akurat dan terkini berdasarkan kebutuhan unit utama, baik dalam bentuk data individual hingga tingkat fasilitas kesehatan dan populasi dapat mendorong adanya kebijakan berbasis bukti dan program yang lebih efektif serta tepat sasaran. Cakupan program dan penerima manfaat juga meningkat dari efisiensi dan efektivitas penggunaan dana. Memiliki data yang berkualitas harus didukung dengan adanya sistem informasi yang terhubung dan terpadu lintas program dan bahkan lintas kementerian untuk memudahkan akses dan keterpaduan data dalam pengambilan keputusan maupun pembuatan kebijakan.

Penguatan peran Pusdatin Kementerian Kesehatan sebagai acuan pengelolaan dan pemanfaatan *dashboard stunting* dan meningkatkan fungsi Badan Pusat Statistik sebagai referensi utama menyangkut statistik pembangunan diperlukan. Penguatan dua lembaga ini akan mengurangi silang sengkarut yang selama ini terjadi dalam perumusan kebijakan, pelaksanaan program, dan eksekusi kegiatan yang berakibat terjadinya ketidakefisienan. Pekerjaan berbagi-pakai data *(data sharing)* untuk kepentingan internal Lembaga/kementerian atau antarorganisasi diperlukan untuk menjadikan data sebagai tulang punggung dalam pemerintahan yang terbuka. Siapa pun yang memerlukan dapat memanfaatkan data yang sudah tersedia dan bisa diakses secara mudah. Pada akhirnya, seluruh elemenperbaikan ini meningkatkan kredibilitas pemerintahan lewat kebijakan pembangunan yang tepat. Kebijakan seperti itu harus didasarkan pada bukti dan data, bukan melulu pertimbangan politis, apalagi semata-mata intuisi pembuat kebijakan.

Dengan tercapainya kondisi ideal melalui upaya lebih keras dan dengan pendekatan yang berbeda, Pemerintah dapat menurunkan kasus stunting hingga 2-2.5% per tahun sesuai target RPJMN 2020-2024.

5.3. Rekomendasi

Rekomendasi diusulkan untuk memandu pemangku kepentingan memutuskan langkah yang akan dikerjakan segera dalam ranah tupoksinya masing-masing, maupun dalam kolaborasi antar sektor. Di bagian ini dipetakan kebutuhan dan prioritas apa yang patut menjadi perhatian pemerintah ke depannya.

1. **Rekomendasi untuk Penguatan Kerangka Regulasi, Tata Kelola dan Pembiayaan**
   Untuk Kementerian/Lembaga dengan fungsi koordinasi (Setwapres/Bappenas/Kemenko PMK)
   - Merancang kerangka regulasi berdasarkan kajian kebutuhan dan gap yang melibatkan berbagai elemen pemangku kepentingan
   - Ditetapkannya struktur tata kelola yang cukup sederhana, efektif dan disepakati oleh semua pihak dilengkapi dengan pembagian peran dan fungsi yang jelas
   - Melakukan revisi kerangka regulasi untuk mencantumkan pelibatan pemangku kepentingan multi sektor secara bermakna
   - Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pemanfataan dana program stunting
   - Merancang dan memasukkan strategi keberlanjutan dalam kerangka regulasi

2. **Rekomendasi untuk Perbaikan Implementasi Pengukuran Tinggi Badan**
   Untuk Kementerian/Lembaga dengan fungsi koordinasi dan fungsi implementasi teknis (Kemenkes, Bappenas)
   - Penyamaan standar, tata laksana dan definisi operasional
   - Peningkatan kapasitas petugas dan kader
   - Pengadaan logistik pengukuran dan pelaporan sesuai standar yang dibutuhkan
   - Harmonisasi tata kelola platform pengukuran tinggi badan
   - Memasukkan komponen pengukuran tinggi badan ke dalam standar pelayanan pemantauan tumbuh kembang di posyandu dan fasilitas kesehatan
   - Merancang standar pelaporan tinggi badan balita dari tingkat posyandu sampai Kabupaten/Kota
   - Memasukkan komponen komunikasi perubahan perilaku dalam paket pelayanan pertumbuhan

3. **Rekomendasi untuk Perbaikan Implementasi Pemantauan Pertumbuhan**

   Secara khusus, tim menggarisbawahi pentingnya realisasi mahadata/*big* data stunting yang diproduksi, dikelola, dan disimpan oleh Pemerintah untuk dimanfaatkan oleh organisasi manapun, termasuk di lingkungan pemerintahan sendiri. Hal ini sejalan dengan kebijakan satu data (Perpres No. 39 tahun 2019) yang memiliki sejumlah tujuan penting, di antaranya adalah strukturisasi regulasi dan institusionalisasi pengelolaan data, serta integrasi data Kementerian, Lembaga, pemerintah daerah dan Lembaga-lembaga negara ke dalam satu portal data sehingga menghasilkan suatu set data terbuka *(open data).*

   Untuk memastikan agar arah kebijakan maupun kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah, program dan kegiatan pembangunan berbasis data bersama yang dapat dipertanggungjawabkan, tim penulis merumuskan rekomendasi spesifik untuk Kementerian/Lembaga dengan fungsi pemantauan dan evaluasi (Pusdatin Kemenkes, BPS, dan TNP2K)

- Peningkatan kapasitas petugas untuk melakukan pencatatan dan pelaporan, juga pemanfaatan data
- Penyederhanaan sistem informasi posyandu dan integrasi score card KPM kepada sistem informasi Posyandu
- Peningkatan cakupan penggunaan e-PPGBM
- Menambahkan Peta Jalan Sistem Informasi Kesehatan Nasional terkait penyertaan kejelasan peran antar pemangku kepentingan serta pengembangan rencana integrasi
- SIK nasional dan daerah
- Memperkuat Sistem Informasi Kesehatan Nasional
- Mengembangkan naskah petunjuk pelaksanaan e-government untuk permasalahan gizi di Indonesia
- Melibatkan organisasi masyarakat sipil dan individu untuk melakukan pemantauan sosial

Namun demikian, mengingat penanganan stunting membutuhkan orkestrasi nasional yang melibatkan pemangku kepentingan di luar pemerintah; peran masyarakat sipil, sektor swasta, akademisi serta media untuk memastikan pelibatan publik secara luas sangat dibutuhkan. Dalam kajian ini, tim penulis telah memetakan aksi yang diharapkan dari setiap kelompok pemangku kepentingan di dalam dokumen lengkap untuk membangun serta melaksanakan berbagai aksi untuk menurunkan angka *stunting* nasional.

Limitasi

Kajian ini memiliki keterbatasan pada kedalaman rekomendasi yang diberikan. Rekomendasi tidak dirancang sangat spesifik dan operasional karena keterbatasan waktu dan metodologi mengingat kajian ini dimaksudkan menjadi risalah awal sebelum dilakukan kajian spesifik selanjutnya.

Tabel 11. Peta Jalan Perbaikan Kerangka Regulasi, Tata Kelola dan Pembiayaan*

Rekomendasi	Aksi Kunci		Target	Indikator
	Pemerintah	Lintas sektor		
Melakukan perbaikan kerangka regulasi berdasarkan kajian kebutuhan dan kesenjangan yang melibatkan berbagai elemen pemangku kepentingan	**Bappenas mengoordinasi kajian kebutuhan dan harmonisasi regulasi lintas K/L** **K/L terkait melakukan revisi regulasi** Bappenas Mengesahkan stranas stunting dalam suatu kerangka regulasi khusus **Kemendagri** Merancang peraturan Bupati/Walikota tentang pembentukan tim tingkat kab/kota dalam upaya pencegahan dan penanganan stunting **Pemerintah Daerah:** Merancang regulasi kewenangan hingga ke tingkat desa dan diseminasi langkah praktis upaya pencegahan dan penurunan stunting berbasis potensi dan kearifan lokal desa	**CSO:** Mendorong inklusivitas dan pelibatan kelompok miskin, marginal dan disabilitas untuk terlibat di semua proses Mengawal proses melalui kajian dan studi yang dibutuhkan untuk menginformasikan pembuatan kebijakan **Sektor swasta, akademisi dan organisasi profesi:** Terlibat dalam proses kajian dan rancangan regulasi dengan memberikan masukan dan bantuan teknis lain yang dibutuhkan **Media:** Mengawasi pemerintah melalui pelaporan yang kritis dan menyuarakan secara jujur yang ditemukan di lapangan	Kerangka regulasi stunting yang terharmonisasi dan berkelanjutan Adanya kerangka regulasi untuk upaya pencegahan dan penurunan stunting hingga ke tingkat desa	Regulasi terkait stunting tidak ada yang tumpang tindih sebelum 2024 50% pemerintah daerah memiliki kerangka regulasi untuk upaya pencegahan dan penurunan stunting sebelum 2024
Menetapkan struktur tata kelola yang cukup sederhana, efektif dan disepakati oleh semua pihak dilengkapi dengan pembagian peran yang jelas untuk memastikan alur koordinasi	Presiden/Wapres memutuskan struktur utama tata kelola yang digunakan Ketua/Koordinator: - Melakukan koordinasi dan menetapkan pertemuan dengan frekuensi sesuai kebutuhan	**CSO, swasta, akademisi, dan organisasi profesi:** Memberikan masukan dan bantuan teknis untuk memastikan tata kelola dan alur koordinasi serta komunikasi yang baik	Struktur tata kelola dengan alur koordinasi dan pembagian peran yang jelas setiap K/L dan mitra yang terlibat	Adanya struktur tata kelola dan koordinasi untuk upaya percepatan penurunan stunting nasional yang dipimpin oleh Bappenas dengan kejelasan pembagian peran pemangku kepentingan yang terlibat

	- Mengoordinasi pembagian peran dan fungsi setiap K/L secara mendetil Pemerintah daerah: Melakukan pembagian peran dan fungsi secara mendetail lintas dinas dan program.			
Melakukan revisi kerangka regulasi untuk mencantumkan pelibatan pemangku kepentingan multi sektor secara bermakna	**Ketua/Koordinator** mengajukan revisi Perpres No.42 tahun 2013 yang memuat dan mengesahkan stranas stunting karena di dalam stranas telah tercantum kerangka pelibatan multisektor	**CSO, swasta, akademisi, dan organisasi profesi:** Memberikan masukan dan bantuan teknis bila dibutuhkan	Tersedianya kerangka regulasi yang mencantumkan pelibatan pemangku kepentingan multi sektor secara bermakna	Kerangka regulasi yang memuat pelibatan multi sektor untuk upaya penurunan stunting (pengesahan stranas stunting dalam suatu kerangka regulasi (co: Perpres no 42/2013)
Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pemanfaatan dana program stunting	**Pemerintah Pusat:** - Menerapkan implementasi sistem *tagging and tracking* pembiayaan program/kegiatan pencegahan dan penurunan stunting dari tingkat pusat hingga desa - Adanya kerangka regulasi sampai tingkat daerah mengenai penerapan *budget tagging and tracking system*	**CSO, akademisi, organisasi profesi, dan media:** - Mengawal dan mendorong transparansi dan akuntabilitas - Mendorong alokasi anggaran kesehatan masyarakat lebih besar dari kesehatan perorangan - Melakukan studi dan kajian untuk membantu evaluasi kinerja penggunaan dana	Diterapkannya sistem *budget tagging and tracking* pembiayaan hingga ke tingkat desa	Kerangka regulasi mengenai penerapan budget tagging and tracking Sistem *budget tagging and tracking* diterapkan hingga ke tingkat desa
Merancang dan memasukkan strategi keberlanjutan dalam kerangka regulasi	**Kemendagri** - Memastikan SPM diimplementasikan sebagai indikator utama kinerja pemerintah daerah dengan sistem *reward* dan *punishment* - menetapkan suatu indikator prestasi kerja sebagai mekanisme *reward* dan *punishment* untuk	**CSO** Mengawal proses, memberikan masukan dan bantuan teknis yang dibutuhkan **Swasta:** Mendukung lewat pendekatan inovatif, ide mobilisasi sumber daya dan dukungan sumber daya	Adanya strategi keluar dan rencana keberlanjutan (co: SPM, dana desa, dll) upaya pencegahan dan penurunan stunting setelah stunting tidak menjadi isu prioritas	- Mekanisme insentif dan disinsentif bagi Pemerintah Daerah yang mencapai SPM/target kinerja lainnya - Alokasi dana desa minimal ..% untuk stunting di semua desa sebelum 2024

	pemerintah daerah. Contoh: kenaikan pangkat, penambahan anggaran dan pengurangan dana bantuan dari pusat ke daerah **Kemendagri dan Kemendesa PDTT** - Memastikan diberlakukannya Permendesa PDTT no 11/2019 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa tahun 2020 sampai ke tingkat daerah dimana Pemerintah desa mengalokasikan dana desa yang cukup untuk penurunan dan pencegahan stunting - Mendorong adanya perkab/kota turunan permendesa PDTT no 11/2019 untuk prioritas dana desa untuk stunting - Mendorong adanya rembuk stunting untuk menentukan prioritas dana di setiap desa sebelum pelaksanaan musrembang **Bappenas dan Kemenkeu** Membuat rencana mobilisasi sumber daya domestik dan strategi keluar dari ketergantungan pembiayaan luar negeri **Pemerintah daerah:** Memastikan adanya strategi keberlanjutan dalam Rencana Aksi Daerah dan Rencana Kerja			

Tabel 12. Peta Jalan Perbaikan Implementasi Pengukuran Tinggi Badan*

Rekomendasi	Aksi Kunci		Target	Indikator
	Pemerintah	Lintas sektor		
Harmonisasi regulasi mengenai standar, definisi operasional dan golden standard pengukuran (co: kelompok umur sasaran, frekuensi pengukuran tinggi badan, dll)	**Kementrian PPN/Bappenas** memfasilitasi proses harmonisasi regulasi **Direktorat Gizi Kemenkes** bersama kelompok kerja ahli mengembangkan dan memberikan rekomendasi mengenai acuan definisi, kelompok umur sasaran dan frekuensi pengukuran tinggi badan kepada Bappenas	**CSO, swasta, akademisi dan organisasi profesi:** terlibat dalam kelompok kerja memberikan masukan dan bantuan teknis yang diperlukan	Satu standar mengenai definisi mengenai stunting, kelompok umur sasaran intervensi dan frekuensi pengukuran tinggi badan	Revisi petunjuk pelaksanaan pemantauan tumbuh kembang balita
Menguatkan kapasitas kader posyandu dan tenaga kesehatan mengenai: (1) pengukuran tinggi badan, (2) interpretasi data, (3) konseling, serta (4) pencatatan dan pelaporan sistem informasi posyandu	**Kementerian Kesehatan** menyelenggarakan sosialisasi, pelatihan dan bimbingan teknis untuk daerah **Pemerintah Daerah** mengalokasikan pembiayaan untuk peningkatan kapasitas kader posyandu dan tenaga kesehatan lewat APBD/dana desa	**CSO, swasta, akademisi dan organisasi profesi:** memperluas proses peningkatan kapasitas dengan melakukan *capacity building* dan pendampingan kepada tenaga kesehatan dan kader posyandu	Kader posyandu dan tenaga kesehatan yang mumpuni dan berkualitas	Seluruh kader posyandu, bidan dan pemegang program gizi terlatih pada tahun 2024
Memastikan tersedianya alat pengukuran tinggi badan yang memadai, terstandar dan terkalibrasi ke tiap posyandu di lokus prioritas stunting	**Kementerian Kesehatan** memastikan tiap posyandu di lokus prioritas stunting memiliki alat ukur tinggi badan yang memadai, terstandar, dan terkalibrasi **Pemerintah Daerah/ Kepala desa** mengalokasikan dana untuk pengadaan alat ukur tinggi badan	**CSO** melakukan advokasi alokasi dana untuk pengadaan alat ukur di posyandu **Sektor swasta** mengalihkan alokasi CSR untuk pengadaan alat ukur **CSO, akademisi dan organisasi profesi**	Tersedianya alat pengukuran tinggi badan yang memadai, terstandar dan terkalibrasi di tiap posyandu di lokus prioritas stunting	100% Posyandu memiliki alat ukur terstandar

		membantu pemantauan ketersediaan alat ukur yang memadai, terstandar dan terkalibrasi **Organisasi profesi** : mendorong praktisi terkait untuk menggunakan alat ukur tinggi badan yang sesuai standar		
Harmonisasi tata kelola platform pengukuran tinggi badan	**Bappenas** memfasilitasi koordinasi serta pembagian peran antara Kemenkes, Kemendagri, Kemendesa dan PKK mengenai posyandu **Kementerian Kesehatan** melakukan perbaikan dan harmonisasi mekanisme, cakupan, dan pendataan kunjungan rumah pada program PIS PK, kunjungan rumah pasca posyandu dan Bulan Penimbangan Balita	**CSO, swasta, akademisi dan organisasi profesi** : memberikan masukan dan bantuan teknis yang dibutuhkan Melakukan studi, membantu pemantauan dan evaluasi implementasi PIS PK, posyandu, dan BPB	Intervensi dan program posyandu serta platform lainnya yang tidak tumpang tindih	Revisi petunjuk pelaksanaan pemantauan tumbuh kembang dengan menitikberatkan pada harmonisasi platform pengukuran
Memastikan pengukuran tinggi badan secara berkala di platform posyandu dan fasilitas kesehatan lainnya	**Kementrian Kesehatan** melakukan sosialisasi mengenai integrasi pengukuran tinggi badan di posyandu dan fasilitas kesehatan sesuai Permenkes No.4 tahun 2019. memasukkan komponen pengukuran tinggi badan ke dalam standar pelayanan pemantauan tumbuh kembang di posyandu dan fasilitas kesehatan Membuat materi/modul mengenai teknis pemantauan	**CSO, swasta, akademisi dan organisasi profesi** memberikan masukan dan bantuan teknis dalam penyusunan standar maupun materi/modul pelayanan pemantauan tumbuh kembang di posyandu dan fasilitas kesehatan melakukan pelatihan, *training of trainer, capacity building* dan pendampingan kepada tenaga kesehatan dan kader posyandu	Standar pelayanan pemantauan tumbuh kembang di posyandu yang dilengkapi dengan pengukuran tinggi badan	Peningkatan cakupan Posyandu yang telah melaksanakan standar pelayanan minimum

	pertumbuhan balita di posyandu Mendorong kembali penggunaan buku KIA untuk pencatatan tinggi badan terhadap umur	**Penyedia layanan kesehatan** : melakukan pengukuran tinggi badan sesuai standar sebagai layanan dasar yang diberikan kepada balita		
Memperbaiki mekanisme pelaporan tinggi badan balita di posyandu dan fasilitas kesehatan	**Kementrian Kesehatan** membuat dan mensosialisasikan standard pencatatan dan pelaporan tinggi badan balita dari tingkat posyandu sampai ke tingkat Kabupaten/kota	**CSO, akademisi dan organisasi profesi** memberikan masukan dalam penyusunan standar pelayanan pemantauan tumbuh kembang di posyandu dan fasilitas kesehatan **Penyedia layanan kesehatan** : Melakukan pencatatan dan pelaporan tinggi badan sesuai mekanisme yang tersedia dan terstandar	Standar dan mekanisme pencatatan dan pelaporan tinggi badan di posyandu dan fasilitas kesehatan	Penerbitan standar pencatatan dan pelaporan tinggi badan di posyandu dan fasilitas kesehatan
Memasukkan komponen komunikasi perubahan perilaku dalam paket pelayanan pertumbuhan	**Pemerintah Daerah** memasukkan komponen komunikasi perubahan perilaku dalam strategi dan rencana aksi daerah **Kementerian kesehatan** membuat materi/modul kampanye perubahan perilaku **Kementrian kesehatan** menyelenggarakan sosialisasi dan bimbingan teknis mengenai kampanye perubahan perilaku untuk kader posyandu dan tenaga kesehatan	**CSO, swasta, akademisi dan organisasi profesi** : - membantu penyebarluasan materi edukasi mengenai stunting sesuai dengan strategi kampanye nasional dan perubahan perilaku - Melakukan pemantauan dan evaluasi strategi komunikasi perubahan perilaku - mendorong dan memberikan masukan kepada Pemerintah Daerah untuk menerbitkan kebijakan dan strategi daerah tentang komunikasi perubahan perilaku - melakukan pelatihan,	Pemerintah Kabupaten/Kota memiliki strategi dan rencana aksi dengan komponen kampanye perubahan perilaku	Penerbitan petunjuk pelaksanaan komunikasi perubahan perilaku di tingkat desa dan pedoman pelatihan kader

		training of trainer, capacity building dan pendampingan kepada tenaga kesehatan dan kader posyandu		

Tabel 13. Peta Jalan Perbaikan Manajemen Data Stunting Terintegrasi

Rekomendasi	Aksi Kunci		Target	Indikator
	Pemerintah	Lintas sektor		
Meningkatkan kapasitas penyelenggara untuk melakukan sistem pencatatan yang jelas, akurat dan sederhana melalui in-service training dan supportive supervision untuk tenaga kesehatan dan kader	**BPPSDM** menyediakan mekanisme pelatihan berjenjang dan kurikulum pelatihan untuk tenaga kesehatan dan kader **Direktorat Gizi Kemenkes** memberikan alokasi dana BOK untuk memungkinkan tenaga kesehatan melakukan supportive supervision pada proses pengumpulan data	**CSO:** Membantu pemerintah untuk melaksanakan in-service trainng terstandard di wilayah binaannya Membantu pemerintah untuk melaksanakan *supportive supervision* di wilayah binaannya **Swasta** : berkolaborasi dengan skema CSR untuk pengadaan sarana pelatihan berbasis TIK Klinik/RS Swasta menyediakan dukungan untuk melakukan supportive supervision di instansi binaannya **Akademisi dan organisasi profesi** : Memberikan quality assurance pada kurikulum pelatihan Memberikan dukungan dalam menyusun perbaikan petunjuk pelaksanaan pengukuran	Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan kader untuk melakukan sistem pencatatan dan pelaporan yang jelas, akurat dan sederhana	Seluruh bidan dan pemegang program gizi mendapatkan pelatihan penyegaran
Menyederhanakan sistem pelaporan posyandu dan puskesmas	**Direktorat Kesga, Layanan Primer dan Promosi Kesehatan** mengusulkan penyederhanaan sistem pelaporan Posyandu dan Puskesmas	**CSO, swasta, akademisi, organisasi profesi:** Membantu Kementerian Kesehatan melaksanakan ujicoba sistem pelaporan baru yang didasarkan pada kajian efektivitas pelaporan saat ini	Tersedianya sistem pelaporan posyandu dan puskesmas yang lebih sederhana dan efisien	Revisi sistem pelaporan posyandu dan puskesmas
Meningkatkan cakupan penggunaan ePPGBM	**Kementrian Kesehatan** menyelenggarakan sosialisasi,	**CSO, akademisi dan organisasi profesi**	Meningkatnya jumlah data yang terlaporkan	Seluruh kab/kota prioritas memiliki cakupan ePPGBM

	bimbingan teknis, dan pendampingan kepada TPG puskesmas mengenai ePPGBM Direktorat gizi masyarakat membentuk tim teknis pendampingan ePPGBM Pusdatin kemenkes mempekuat aplikasi dan server ePPGBM	*pendampingan kepada TPG puskesmas untuk menjalankan pencatatan dan menindaklanjuti hasil ePPGBM*		100%
Merevisi Peta Jalan Sistem Informasi Kesehatan Nasional terkait: - Penyertaan kejelasan peran antar pemangku kepentingan - Pengembangan rencana strategis untuk integrasi sistem informasi kesehatan nasional dan daerah	**Pusdatin Kemenkes** - Membuat standardisasi berbagai aplikasi perangkat lunak yang dibuat oleh unit kerja utama Kemenkes dalam bentuk Kamus Data Kesehatan Nasional (*Health Data Dictionary)* - Membentuk kelompok kerja untuk kepentingan koordinasi dan penilaian terhadap substansi maupun infrastruktur yang dibutuhkan - Kelompok kerja lintas unit kerja utama Kemenkes membuat roadmap pentahapan yang menjadi dasar penyusunan prioritas pembuatan regulasi, standardisasi dan kebijakan lainnya - Membentuk kelompok kerja lintas pemangku kepentingan dan aktor untuk pelibatan dalam Peta Jalan Sistem Informasi Kesehatan Nasional	**CSO, swasta, akademisi, organisasi profesi:** ikut serta dalam kelompok kerja memberikan masukan kepada Kementerian Kesehatan untuk merevisi Peta Jalan Sistem Informasi Kesehatan Nasional	Revisi Peta Jalan Sistem Informasi Kesehatan Nasional	Revisi Peta Jalan Sistem Informasi Kesehatan Nasional

Memperkuat Sistem Informasi Kesehatan Nasional	**Pusdatin Kemenkes** - Bersama Direktorat Kesehatan Masyarakat menyiapkan *hardware* untuk pengembangan *knowledge platform* - Bersama Direktorat Kesehatan Masyarakat mengembangkan dan uji coba sistem informasi pangkalan data - Bersama Direktorat gizi menjamin reabilitas database gizi dan knowledge platform	**CSO, swasta, akademisi, organisasi profesi: memberikan masukan dan** bantuan teknis bila dibutuhkan	Sistem Informasi Kesehatan Nasional yang kuat dan efisien	- Tersedianya knowledge platform - Tersedianya sistem informasi untuk pangkalan data
Mengembangkan naskah petunjuk pelaksanaan e-government untuk permasalahan gizi di Indonesia	**Bappenas** membentuk kelompok kerja lintas K/L dan aktor untuk kepentingan koordinasi dan penilaian terhadap substansi maupun infrastruktur yang dibutuhkan	**CSO, swas ta, akademisi dan organisasi profesi:** Terlibat dalam kelompok kerja memberikan masukan dan bantuan teknis bila dibutuhkan	Petunjuk pelaksanaan e-government untuk permasalahan gizi di Indonesia	Penerbitan petunjuk pelaksanaan e-government untuk permasalahan gizi di Indonesia
Mengembangkan mekanisme keterlibatan Organisasi Masyarakat Sipil dan individu untuk melakukan pemantauan sosial	**Bappenas bersama working group lintas K/L dan lintas aktor** mengembangkan mekanisme pemantauan sosial dalam upaya pencegahan dan penurunan stunting	**CSO, swasta, akad emisi dan organisasi profesi:** Terlibat dalam kelompok kerja untuk memberikan masukan dan bantuan teknis bila dibutuhkan **CSO:** Mendorong dan mengawal proses melalui peningkatan kapasitas dan pemantauan di lapangan	Mekanisme pemantauan sosial dalam upaya pencegahan dan penurunan stunting di Indonesia	Ujicoba pemantauan sosial dalam upaya pencegahan dan penurunan stunting di Indonesia pada tahun 2020

DAFTAR PUSTAKA

[1] WHO, "Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide," WHO, Geneva, 2010.

[2] Pusdatin Kemenkes RI, "Situasi Balita Pendek di Indonesia," Kemenkes RI, Jakarta, 2018.

[3] W. Bank, "Repositioning Nutrition as Center for Development," 2006.

[4] UNICEF, "Global UNICEF Global Databases: Infant and Young Child Feeding," 2018. [Online]. Available: https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding . [Diakses September 2019].

[5] Independent Expert Group of the Global Nutrition Report, "Global Nutrition Report 2018," Development Initiatives Poverty Research Ltd , London, 2018.

[6] Balitbangkes Kemenkes RI, "Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013," Kemenkes RI, Jakarta, 2013.

[7] Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan, "Laporan Riskesdas 2018," Kemenkes RI, Jakarta , 2018.

[8] Bappenas RI, "RPJMN 2015-2019," Bappenas RI, Jakarta, 2015.

[9] Bappenas RI, "Rancangan teknokratik RPJMN 2020-2024," Bappenas , Jakarta, 2019.

[10] Kementerian Keuangan RI, "Nota Keuangan Anggaran 2020," Kemenkeu, Jakarta, 2019.

[11] World Health Organization, "Global Nutrition Monitoring Framework: operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025.," WHO, Geneva, 2017.

[12] United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group, " Levels and Trends in Child Malnutrition: Key Findings of The 2018 Edition of The Joint Child Malnutrition Estimates.," WorldBank, Washington DC, 2018.

[13] WorldBank, "Are Stunted Worldwide," WorldBank, Washington DC, 2016.

[14] B. M. a. D. KG, "Promoting equity through integrated early child," New York Academy of Sciences, New York, 2014.

[15] Bappenas, "Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota," Bappenas , Jakarta, 2018.

[16] UNICEF, "Nutrition Capacity Assessment in Indonesia," UNICEF, Jakarta, 2018.

[17] Bappenas , "Background Paper untuk Kajian Sektor Kesehatan," Bappenas RI, Jakarta, 2019.

[18] World Health Organization, "Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Children Nutrition," WHO, Geneva, 2014.

[19] Presiden Republik Indonesia, *Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi,* Jakarta, 2013.

[20] WorldBank, "The INEY PforR Program's scope," WorldBank, Jakarta, 2017.

[21] The World Bank, "A Proposed Grant from the Multidonor Trust Fund for The Global Financing Facility (GFF) to the Republic of Indonesia for Investing in Nutrition and Early Years," 2018.

[22] Kementerian Keuangan, *Presentation on Stunting Prevention Programme by Director of Budget for Human and Culture,* 2018.

[23] Kementerian Keuangan RI, "Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA K/L) 2019," Kemenkeu, Jakarta, 2018.

[24] Kementerian Keuangan, "Buku Saku Dana Desa: Dana Desa untuk Kesejahteraan Masyarakat: Menciptakan Lapangan Kerja, Mengatasi Kesenjangan dan Mengentaskan Kemiskinan," 2017.

[25] P. R, "Thematic evaluation of UNICEF support to growth monitoring," UNICEF, New York, 1995.

[26] World Health Organization, "WHO Growth Standards," WHO, Geneva , 2005.

[27] Kementerian Kesehatan RI, "Petunjuk teknis Pemberian Makanan Tambahan," Kemenkes RI, Jakarta, 2017.

[28] Kementerian Kesehatan RI, "Ayo ke Posyandu: Buku Saku Posyandu," Kemenkes , Jakarta, 2011.

[29] A. Donabedian, "The Quality of Care: How can it be Assessed," *Journal of American Medical Association,* vol. 260, no. 12, p. 1745, 1988.

[30] Center for Indonesia's Strategic Development Initiative (CISDI), "Laporan Site visit PN Kohort 2," CISDI , Jakarta, 2019.

[31] World Bank, "Is Indonesia ready to serve? An analysis of Indonesia's primary health care supply-side readiness," World Bank, Jakarta, 2016.

[32] Balitbangkes Kemenkes RI, "Laporan Hasil Riskesdas 2007," Kemenkes , Jakarta, 2007.

[33] UNICEF , "The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition," UNICEF, New York, 2013.

[34] IFPRI, "The Underlying Drivers of Malnutrition," IFPRI, New York, 2016.

[35] Bappenas , "Faktor Penyebab Masalah Gizi Konteks Indonesia," Bappenas , Jakarta , 2018.

[36] Institute for Health Metrics and Evaluation, "Financing Global Health 2012: The End of the Golden Age?," Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle, WA, 2012.

[37] e. a. Pulungan A, "Indonesian National Synthetic Growth Charts.," *ACTA Scientific Paediatrics ,* vol. 1, no. 1, 2019.

[38] P. kemenkes, "Kemenkes RI," 19 September 2018. [Online]. Available: http://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20180919/0627969/ayo-tingkatkan-pemanfaatan-buku-kia-pantau-kesehatan-ibu-dan-anak/. [Diakses 14 September 2019].

[39] D. Kesehatan, Petunjuk Teknis Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak, Jakarta : Departemen Kesehatan dan JICA (Japan International Cooperation Agency),, 2001.

[40] Unicef, "data unicef," April 2019. [Online]. Available: https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/. [Diakses 29 August 2019].

[41] W. H. Organization, World Health Organization child growth standards: training course on child growth assessment., Geneva: WHO, 2008.

[42] D. p. K. Primer, "Progress pencapaian Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga," Kemenkes RI, Jakarta, 2019.

[43] SMERU, "Child poverty and disparities in Indonesia: Challenges for inclusive growth," UNICEF, Jakarta, 2012.

[44] Institute of Social and Economic Research, "Nutrition Capacity Assessment of Indonesia," UNICEF, Jakarta, 2018 Unpublished.

[45] SUN Movement, "Indonesia. Call for Commitments for Nutrition," 2015. [Online]. Available: http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2015/06/Indonesia-Costed-Plan-Summary.pdf.

[46] Ministry of Finance, *Presentation on Stunting Prevention Programme by Director of Budget for Human and Culture,* 2018.

[47] D. R. a. T. Ministry of Villages, "Regulation No.19/2017," 2017.

[48] SMERU, "Poverty and disparities in Indonesia: Challenges for inclusive growth," UNICEF, Jakarta, 2012.

[49] M. B. E. B. Mercedes de Onis, "Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990–2020," WHO, Geneva, 2010.

[50] Kementerian Kesehatan RI, "Permenkes No. 66 tahun 2014," Kemenkes , Jakarta, 2014.

[51] World Bank , "Aiming High," World Bank, Jakarta, 2017.

[52] Bappenas, "Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting," Bappenas, Jakarta, 2019.

[53] Bappenas, "Petunjuk Teknis Konvergensi layanan Stunting di Kabupaten/Kota," Bappenas , Jakarta, 2018.

[54] Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, "Laporan Riskesdas 2013," Kemenkes RI, Jakarta , 2013.

[55] S. t. Children, "Nutrition in the First 1000 Days: State of the World's Mothers 2012," 2012.

[56] World Health Organization, "Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition," World Health Organization, Geneva, 2014.

[57] Kementeriaan Hukum dan HAM RI, "Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 Tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi," Kemenkumham , Jakarta, 2013.

[58] World Bank, "Repositioning Nutrition as Center for Development: A Strategy for Large-Scale Action," WorldBank, Washington DC, 2006.

[59] Kementerian Keuangan RI, "Nota Anggaran," Kemenkeu , Jakarta, 2019.

Lampiran 1.
Kebijakan terkait Pengukuran Tinggi Badan Balita dan Publikasi Data Stunting Terintegrasi

No	Kebijakan	Tentang	Keterangan
1	UU No. 36 tahun 2009	Kesehatan	Penyelenggaraan upaya perbaikan gizi masyarakat
2	Kepmenkes No. 1995 tahun 2010	Standar antropometri penilaian status gizi anak	Standar mengacu pada standar WHO 2005
3	UU No. 18 tahun 2012	Pangan	Status gizi masyarakat menjadi komponen penting dalam pembangunan pangan; mewajibkan pemerintah pusat dan daerah menyusun Rencana Aksi Pangan dan Gizi (RAPG) setiap lima tahun
4	Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013	Gernas PPG dalam kerangka 1000 HPK	Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi
5	Permenkes No. 66 tahun 2014	Pemantauan pertumbuhan, perkembangan dan gangguan tumbuh kembang anak	Pemantauan pertumbuhan, perkembangan dan gangguan tumbuh kembang anak hingga umur 72 bulan Kewajiban pencatatan dan pelaporan kegiatan DDTK anak
6	RPJMN 2015-2019	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019	Indikator dan target pencegahan stunting sebagai sasaran pembangunan nasional
7	RAN-PG 2015-2019	Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2015-2019	Peta jalan dalam menurunkan beban ganda permasalahan gizi di tingkat pusat dan daerah
8	Stranas penurunan stunting 2018-2024	Akselerasi penurunan stunting tahun 2018-2024	Panduan implementasi upaya penurunan stunting
9	RPJMN 2020-2024	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024	Indikator dan target penurunan stunting hingga 22% pada tahun 2024

Lampiran 2.
Wawancara: Protokol dan Instrumen

Kerangka Acuan
InDepth Interview Kajian Pemantauan dan Promosi Tumbuh Kembang Balita dan Pemanfaatan Sistem Data Stunting Terintegrasi di Indonesia"

Tujuan Kajian

Kajian ini bertujuan untuk mengumpulkan masukan dan rekomendasi terkait pemantauan dan promosi tumbuh kembang balita serta sistem data *stunting* terintegrasi di Indonesia.

Hasil diskusi akan digunakan sebagai bahan penulisan kajian terkait pemantauan dan promosi tumbuh kembang balita serta sistem data *stunting* terintegrasi di Indonesia.

Waktu dan Tempat

Periode diskusi : 6-13 Agustus 2019
Durasi :± 60 menit tiap narasumber
Lokasi diskusi : menyesuaikan narasumber

Topik Bahasan

Tiap Narasumber akan diajak berdiskusi mengenai beberapa topik bahasan yang di antaranya adalah:

1. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting, khususnya pilar kelima mengenai pemantauan dan evaluasi
2. Standar baku pemantauan dan promosi tumbuh kembang balita di Indonesia, melingkupi :
   a. Metode dan alat Pengukuran antropometri balita
   b. Urgensi pemantauan dan promosi tumbuh kembang balita terkait target pencapaian penurunan Stunting
3. Program pemantauan dan promosi tumbuh kembang balita di Indonesia, yang melingkupi:
   a. Posyandu
   b. Tikar tumbuh kembang
   c. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
4. Sistem informasi stunting terintegrasi sebagai upaya pemantauan dan evaluasi tumbuh kembang balita di tingkat nasional
   a. Susenas terintegrasi Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI)
   b. Pemantauan Status Gizi (PSG)
   c. E-PPGBM

Rencana Tindak Lanjut

Hasil diskusi dengan beberapa narasumber akan dirangkum dalam suatu *draft* kajian. Sebagai bentuk tindak lanjutnya, CISDI akan mengadakan Diskusi Kelompok Terpumpun (FGD) pada tanggal 8 Oktober 2019 untuk membahas *draft* hasil kajian mengenai Pemantauan dan Promosi Tumbuh Kembang Balita dan Pemanfaatan Sistem Data *Stunting* Terintegrasi tersebut di Indonesia. Setelah itu, hasil kajian rencananya akan didiseminasikan kepada Kementrian, Lembaga dan *stakeholder* terkait pada bulan November.

Pertanyaan In-depth Interview

Pemantauan dan Promosi Tumbuh Kembang Balita di Indonesia dan Kaitannya dengan Sistem Data *Stunting* Terintegrasi

Narasumber : Sugeng Eko Irianto, MPS, PhD

No.	TOPIK	SUB-BAB	Pertanyaan	*Probing*
1	Standar Pemantauan dan Promosi Tumbuh Kembang Balita dan hubungannya dengan Percepatan Pencegahan Nasional	1. Alat ukur antropometri di Indonesia	1. Adakah Perbedaan Standar pengukuran antropometri Global dengan Indonesia?	- *Length Board* - *Microtoise* - Tikar pertumbuhan - Kemampuan Teknis
			2. Kemampuan teknis apa saja yang dibutuhkan petugas dalam kegiatan pemantauan dan promosi tumbuh kembang Balita?	- Pelatihan - Pengawasan
			3. Bagaimana ketersediaan sumber daya untuk pemantauan dan promosi tumbuh kembang Balita di Indonesia	- Alat ukur - Petugas - Lokasi - pembiayaan
			4. Apa saja kendala teknis dalam pengukuran tumbuh kembang balita ?	- Ketersediaan dan kualitas alat - Balita menangis saat diukur - Tenaga kesehatan tidak terlatih
		2. Perspektif Klinis - Relevansi Pemantauan dan promosi tumbuh kembang anak dengan program pencegahan stunting	1. Apa yang terjadi jika anak tidak mendapat pelayanan Pemantauan dan promosi tumbuh kembang?	- *Growth faltering*
			2. Informasi apa sajakah yang harus disampaikan petugas kepada orang tua pasca pengukuran?	- Media KIE - Kemampuan petugas
			3. Bagaimana implementasi Pemantauan dan promosi tumbuh kembang yang Bapak/Ibu tau dan pahami di tingkat nasional, subnasional ataupun di lapangan?	- Posyandu - Klinik Swasta - PIS PK

		3. Perspektif kebijakan-Relevansi Pemantauan dan promosi tumbuh kembang anak dengan program pencegahan stunting	1. Mengapa Pemantauan dan promosi tumbuh kembang menjadi aspek dalam strategi nasional Percepatan Pencegahan Stunting? 2. Sejauh mana GMP berperan untuk mencapai target percepatan pencegahan stunting nasional?	- Stranas Stunting Pilar ke-5
			3. Lembaga mana saja yang bertanggung jawab dalam pemantauan dan promosi tumbuh kembang balita ? 4. Apakah WHO memiliki strategi/ Intervensi yang menyasar pemantauan dan promosi tumbuh kembang balita dan manajeman data stunting?	- Kemenkes - 22 Kementrian/Lembaga - Peran WHO
			5. . Apakah kegiatan pemantauan dan promosi tumbuh kembang Balita masih menjadi daya tarik bagi orang tua/pengasuh ?	- Posyandu - Urban Vs Rural
			4. Apakah ada kebijakan mengenai pemantauan dan promosi tumbuh kembang balita di level daerah?	- Rencana Aksi Daerah - Peraturan Bupati/Walikota
2	Platform dan Sistem data stunting terintegrasi	1. Implementasi	1. . Bagaimana implementasi dari sistem manajemen data stunting yang terintegrasi yang Bapak ketahui?	- SUSENAS - RISKESDAS - PSG KEMENKES
		2. Rekomendasi	2. Apa yang masih dapat ditingkatkan atau dirubah dari implementasi selama ini terkait pemantauan dan promosi tumbuh kembang Balita dan sistem manajemen data?	
		3. Peran Pemangku kepentingam	3. Apa peran pemangku kepentingan terkait yang harus ditingkatkan untuk mempercepat penurunan stunting ini? terutama terkait pemantauan pertumbuhan dan promosi tumbuh kembang balita serta data stunting terintegrasi	- Kementrian dan lembaga - Daerah

Lampiran 3.
Focus Group Discussion: Protokol dan Instrumen

Kerangka Acuan Diskusi Kelompok Terpumpun *(Focus Group Discussion)* Pemantauan Tinggi Badan Balita dan Kaitannya dengan Manajemen Data *Stunting* Terintegrasi di Indonesia

Latar Belakang

Saat ini, prevalensi stunting dan malnutrisi di Indonesia berada pada tingkat kritis. Menurut Riset Kesehatan Dasar 2018 (RISKESDAS), 30.8 persen anak Indonesia di bawah umur 5 tahun (sekitar 7.3 juta anak) mengalami *stunting*, 10.2 persen kekurangan berat badan, 13.8 persen mengalami *wasting* (berat badan dan tinggi badan yang rendah), dan 11.9 persen mengalami kelebihan berat badan atau obesitas.

Pemerintah memberikan fokus yang sangat besar terhadap penurunan prevalensi stunting dan malnutrisi. Hal ini terlihat dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, Strategi Nasional untuk akselerasi penurunan stunting di tahun 2018-2024, Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi hingga inovasi pada program dan layanan yang telah berjalan seperti optimalisasi Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Kader Pembangunan Manusia dengan tikar pertumbuhan, dan Sistem Informasi Gizi (Sigizi Terpadu) yang di dalamnya termasuk e-PPGBM dan Konsumsi distribusi PMT.

Meskipun demikian, tantangan berupa pemanfaatan data yang belum terintegrasi, ketimpangan akses dan fasilitas serta validitas data di lapangan menjadi permasalahan yang perlu dijawab. Sebagai langkah awal kajian ini, CISDI telah melakukan studi literatur dan wawancara dengan 27 pemangku kepentingan lintas kementerian, organisasi profesi dan pemerintah daerah untuk memahami lebih jauh arahan kebijakan dari koordinator program gizi secara nasional, pelaksanaan oleh kementerian teknis hingga mempelajari langsung kondisi di lapangan.

Hasil awal kajian menunjukkan temuan sebagai berikut:

1. Kerangka kebijakan saat ini perlu diperbaiki untuk menjawab kebutuhan yang ada di lapangan, seperti pembagian peran koordinasi di antara kementerian/lembaga yang terlibat agar tidak tumpang tindih. Selain itu, belum ada kerangka kebijakan yang mengatur pelibatan aktor-aktor kunci dari berbagai sektor di luar kementerian/lembaga.
2. Adanya tantangan teknis dalam memastikan implementasi dan kualitas penghitungan tinggi badan; terkait panduan teknis dan standardisasi penghitungan tinggi badan, ketersediaan infrastruktur dan sumber daya, serta implementasi pemantauan dan promosi tumbuh kembang. Termasuk di dalamnya, perbedaan dalam definisi operasional untuk interpretasi hasil penghitungan tinggi badan, rendahnya penerapan komunikasi perubahan perilaku, keterbatasan alat pengukuran dan SDM yang memadai serta lemahnya integrasi data dengan sistem pemantauan yang tersedia.
3. Rendahnya kualitas data dan cakupan stunting menyebabkan data yang tersedia tidak dapat dioptimalkan sebagai dasar pembuatan kebijakan.

Hasil awal kajian ini dapat dipelajari pada dokumen terlampir dan akan dipaparkan lebih jauh dalam diskusi kelompok terpumpun *(focus group discussion)* yang turut menghadirkan 25 undangan ahli mewakili 15 institusi pemerintahan, organisasi profesi, dan organisasi internasional. Melalui diskusi ini, CISDI berharap dapat memperoleh masukan lebih dalam terkait temuan sementara dan rekomendasi sebagai kontribusi dalam mengoptimalkan sistem data stunting terintegrasi untuk memantau tumbuh kembang balita di Indonesia.

Tujuan Kegiatan

Diskusi kelompok terpumpun ini akan mendiskusikan draft hasil kajian mengenai Pemantauan dan Promosi Tumbuh Kembang Balita dan Pemanfaatan Sistem Data Stunting Terintegrasi tersebut di Indonesia.

Metode Diskusi

Kegiatan ini akan menggunakan Metode Delphi yang bertujuan untuk menciptakan sebuah konvergensi opini yang mampu menyasar isu spesifik. Dipimpin oleh seorang moderator utama, Metode Delphi seluruh peserta diskusi agar dapat berkontribusi secara efektif dengan menjawab pertanyaan terbuka. Opini dan rekomendasi yang terkumpul akan disusun secara terstruktur sesuai temuan penelitian secara *anonym/Chatham House Rule*. Untuk menciptakan situasi yang kondusif dan diskusi yang efektif, peserta diskusi akan duduk dalam sebuah meja bundar dan difasilitasi oleh seorang co-fasilitator.

Waktu dan Tempat

Hari, tanggal : Rabu, 16 Oktober 2019
Waktu : 08.00 – 13.00 WIB
Lokasi : Manhattan Hotel
Jl. Prof. Dr. Satrio, Kuningan, Jakarta 12950

Agenda

Waktu	Kegiatan	Pengisi Sesi	Keterangan
07.30 – 08.00	Registrasi peserta diskusi		
08.00 – 08.15	Sambutan pembuka & pengantar diskusi: Hasil Kajian sementara	Pendiri dan Ketua Dewan Pembina CISDI **Diah Saminarsih**	
08.15 – 09.00	Diskusi Terpumpun sesi I: Events/trends	Moderator: **Diah Saminarsih**	Co-fasiliator: CISDI
09.00 -09.10	Break		
09.10 -09.55	Diskusi Terpumpun sesi II: Drivers	Moderator: **Diah Saminarsih**	Co-fasiliator: CISDI
09.55 -10.05	Break		
10.05 -11.45	Diskusi Terpumpun sesi III: *Scenario/Roadmap* dalam GMP	Moderator: **Diah Saminarsih**	Co-fasiliator: CISDI
11.45 – 12.00	Penutupan		
12.00 – 13.00	Makan siang Berjejaring		

Kerangka Acuan
InDepth Interview Kajian Pemantauan dan Promosi Tumbuh Kembang Balita dan Pemanfaatan Sistem Data Stunting Terintegrasi di Indonesia"

Events/Trends

Memperhatikan kondisi saat ini pada kerangka kebijakan, tata kelola, dan pembiayaan dalam penurunan stunting; bagaimana pendapat narasumber ahli mengenai kecenderungan yang timbul pada implementasi pengukuran tinggi badan, pemantauan dan system pengelolaan data yang digunakan?

Drivers

- Menurut pandangan narasumber ahli, berada pada titik situasi manakah kita (Indonesia) saat ini, berdasarkan kecenderungan yang telah dipetakan.
- Apa penyebab dari terjadinya kecenderungan tersebut menurut pendapat/pengamatan narasumber ahli?

Scenario/Roadmap

- Dalam merencanakan skenario untuk masa mendatang, faktor-faktor apa dan aksi-aksi apa dalem pandangan keahlian narasumber ahli, yang harus diperhatikan sehubungan dengan:
  - Pemangku kepentingan kunci
  - Faktor ketidakpastian yang harus diperhatikan (Politik, Ekonomi, Hukum)
  - Aspek keberlanjutan dan dampak sosial
  - Kejadian dan kecenderungan yang terjadi sekarang dan akan tetap terjadi di masa depan

Lampiran 4. Daftar responden/narasumber wawancara

No	Nama	Organisasi/Afiliasi	Tanggal Wawancara	Mode Wawancara	Durasi
1	dr. Aman Bhakti Pulungan, Sp.A(K)	Ketua Umum IDAI	15 Agustus 2019	Langsung	55 Menit
2	Dr. Sudikno, SKM,MKM	PPI (Panitia Pembina Ilmiah) Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI	21 Agustus 2019	Langsung	67 Menit
3	Pungkas Bahjuri Ali, STP, MS, Ph.D Disposisi: Dr. Entos Zainal, DCN, SP., MPHM	Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas Kepala Sub Direktorat Pemberdayaan Gizi Masyarakat Bappenas	16 Agustus 2019	Langsung	62 Menit
4	R. Giri Wurjandaru, SKM, M.Kes	Kasubdit Kewaspadaan Gizi Kementerian Kesehatan RI	16 Agustus 2019	Wawancara bersama	62 Menit
5	Dakhlan Choeron, SKM, MKM	Kepala Seksi Ketahanan Gizi Kementerian Kesehatan RI	16 Agustus 2019		
6	Gantjang Amanullah, M.A.	Direktur Statistik Kesejahteraan Rakyat BPS	17 Agustus 2019	Langsung	48 Menit
7	Sugeng Eko Irianto, MPS, PhD	NPO Nutrition WHO Indonesia	13 Agustus 2019	Langsung	51 Menit
8	Kepala Seksi Gizi, Promkes dan PPSM Disposisi : Staf Seksi Gizi, Promkes dan PPSM	Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta	19 Agustus 2019	Langsung	73 Menit
9	Boga Hardhana, S.Si, MM	Kepala Bidang Pengelolaan Teknologi Informasi Pusdatin Kemenkes RI	15 Agustus 2019	Langsung	66 Menit
10	Iing Mursalin	Lead program Manager for Stunting TNP2K	20 Agustus 2019	Langsung	32 Menit
11	dr. Erna Mulati, MSc-CMFM Bersama dr. Iwi dan dr. Widya (Staf)	Direktur Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan RI	21 Agustus 2019	Langsung	11 Menit
12	Dr. Elvina Karyadi	Co-TTL INEY Senior Health Specialist, WB Indonesia	23 Agustus 2019	Langsung	63 Menit
13	Dr. Minarto, MPS	Ketua Umum PERSAGI	20 Agustus 2019	Langsung	89 Menit
14	Bito Wikantosa, SS., M.Hum Bersama Pak Ade Wahyu	Direktur Pelayanan Sosial Dasar Kemendes PDTT	26 Agustus 2019	Langsung	84 Menit
15	Dr. Nata Irawan, SH, MSi Disposisi: Drs. Budi Antoro, MBA Bersama Pak Hari Panji (Staf)	Dirjen Bina Pemerintahan Desa Kemendagri Direktur Kelembagaan dan Kerja Sama Desa Kemendagri	16 Agustus 2019	Langsung	60 Menit

No	Nama	Organisasi/Afiliasi	Tanggal Wawancara	Mode Wawancara	Durasi
16	drg. Agus Suprapto, M.Kes Disposisi: Meida Octarina, MCN	Deputi Koordinasi Bidang Peningkatan Kesehatan Kemenko PMK Asisten Deputi Bidang Ketahanan Gizi, Kesehatan Ibu dan Anak, dan Kesehatan Lingkungan Kemenko PMK	23 Agustus 2019	Langsung	45 Menit
17	dr. Ganda Raja Partogi Sinaga, MKM Bersama Mbak Era (Staf)	Kasubdit Puskesmas Kementerian Kesehatan RI	27 Agustus 2019	Langsung	80 Menit
18	drg. Novarita Bersama drg. May Haryanti Ibu Eti Rohati, Am.Keb, SKM	Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok Kabid Kesehatan Masyarakat Kasie Kesehatan Keluarga dan Gizi	16 September 2019	Langsung	49 Menit
19	drg. Susi Setiawaty, MARS Disposisi: drg. Iing Ichsan Hanafi, MARS	Ketua Umum ARSSI Sekjen ARSSI	17 September 2019	Langsung	19 Menit
20	dr. Krishnajaya, MS Disposisi: Drs. Sawidjan Gunadi, MKes	Ketua Umum ADINKES Badan Eksekutif ADINKES	18 September 2019	Langsung	46 Menit
21	Kepala Dinas Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Seksi Ketahanan Keluarga dan Gizi Bidan Desa dan Kader	Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk	2-3 September 2019	Langsung	-
22	Denni Puspa Purbasari, M.Sc., Ph.D Disposisi: Dr. dr. Brian Sriprahastuti, MPH	Deputi III Bidang Kajian dan Pengelolaan Isu-isu Ekonomi Strategis KSP Tenaga Ahli Utama Kedeputian III KSP	26 September 2019	Langsung	94 Menit

Lampiran 5.
Daftar responden/narasumber *Focus Group Discussion*

1. Dr. dr. Brian Sriprahastuti, MPH - Tenaga Ahli Utama Kedeputian III Kantor Staf Presiden (KSP)
2. Iing Mursalin - Lead Program Manager for Stunting Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K)
3. Dr. RR. Dhian Probhoyekti Dipo, SKM, MA - Direktur Gizi Masyarakat Kemenkes RI
4. R. Giri Wurjandaru, SKM, M.Kes - Kasubdit Kewaspadaan Gizi Kemenkes RI
5. Dakhlan Choeron, SKM, MKM - Kepala Seksi Ketahanan Gizi Kemenkes RI
6. dr. Erna Mulati, MSc-CMFM - Direktur Kesehatan Keluarga Kemenkes RI
7. Ir. Doddy Izwardy, MA - Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI
8. drg. Saraswati, MPH - Direktur Pelayanan Kesehatan Primer Kemenkes RI
9. Dr. drh. Didik Budijanto, M.Kes - Kepala Pusdatin Kemenkes RI
10. drg. Agus Suprapto, M.Kes - Deputi Koordinasi Bidang Peningkatan Kesehatan Kemenko PMK
11. Pungkas Bahjuri Ali, STP, MS, Ph.D - Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kementerian PPN/Bappenas
12. Dr. Elvina Karyadi - Co-TTL INEY, Senior Health Specialist World Bank Indonesia
13. dr. Kuntjoro Adi Purjanto, M.Kes - Ketua Umum Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)
14. Dr. Krishnajaya, MS - Ketua Umum Asosiasi Dinas Kesehatan (ADINKES)
15. Dr. Minarto, MPS - Ketua Umum Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI)
16. Drs. Budi Antoro, MBA - Direktur Kelembagaan dan Kerjasama Desa Kemendagri
17. Bito Wikantosa, SS., M.Hum - Direktur Pelayanan Sosial Dasar Kemendes PDTT
18. Gantjang Amanullah, M.A. - Direktur Statistik Kesejahteraan Rakyat BPS
19. Prof. DR. Akmal Taher, SpU(K) - Board Of Adviser CISDI
20. Dr. Ir. Wicaksono Sarosa - Board Of Adviser CISDI
21. Sugeng Irianto, MPS, PhD - NPO Nutrition WHO Indonesia
22. Evi Nurhidayati - SUN Sekretariat
23. dr. Aman Bhakti Pulungan, Sp.A(K) - Ketua Umum IDAI
24. Dr. Sudikno, SKM, MKM - Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI
25. drg. Susi Setiawaty, MARS - Ketua Umum Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI) Kepala Seksi Gizi, Promkes dan PPSM Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
27. Guruh Hariwibowo, SKM – Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk
28. Eti Rohati, Am.Keb, SKM – Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Kota Depok

CISDI

CENTER FOR
INDONESIA'S STRATEGIC
DEVELOPMENT INITIATIVES