



PANDUAN FASILITASI KONVERGENSI PENCEGAHAN STUNTING DI DESA



**KEMENTERIAN DESA, PEMBANGUNAN DAERAH TERTINGGAL, DAN TRANSMIGRASI
REPUBLIK INDONESIA
2018**

KATA PENGANTAR

Implementasi Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (selanjutnya disebut Undang-Undang Desa) sangatlah kondusif bagi upaya konvergensi pencegahan anak kerdil (*stunting*) di Desa. Salah satu keunggulan implementasi Undang-Undang Desa adalah mulai tahun 2015 telah disalurkan Dana Desa sebagai salah satu sumber pendapatan Desa. Berdasarkan Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 16 Tahun 2018 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2019, telah ditetapkan bahwa Dana Desa diprioritaskan salah satunya untuk mempercepat pencegahan *stunting* di Desa.

Berkaitan dengan upaya menerapkan kebijakan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa, maka dibutuhkan adanya pedoman sebagai pegangan bagi pegiat pemberdayaan masyarakat maupun pelaku pembangunan di Desa dalam peningkatan kualitas pembangunan Desa dan penggunaan Dana Desa yang bermanfaat untuk mempercepat pencegahan *stunting* di Desa.

Wujud nyata dari upaya pencegahan *stunting* secara terkonvergensi adalah Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi, memfasilitasi terbentuknya Kader Pembangunan Manusia (KPM). Tenaga pendamping masyarakat Desa bersama-sama dengan KPM memfasilitasi Pemerintahan Desa dan masyarakat Desa mencegah *stunting* di Desa. Untuk itu, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi menetapkan **“Panduan Fasilitasi Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa”** sebagai pedoman kerja bagi KPM dalam melakukan tugasnya. Kita semua berkomitmen **“Cegah *Stunting* Itu Penting”**.

Jakarta, Desember 2019

Direktur Jenderal

Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa,

Taufik Madjid

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Maksud dan Tujuan	2
C. Dasar Hukum	3
BAB II KONVERGENSI PENCEGAHAN STUNTING DI DESA	5
A. Pencegahan <i>Stunting</i>	7
1. Pengertian <i>Stunting</i>	7
2. Sasaran.....	10
3. Intervensi Pencegahan <i>Stunting</i>	11
4. Penyedia Layanan Pencegahan <i>Stunting</i>	13
5. Lima Paket Layanan Pencegahan <i>Stunting</i>	13
B. Konvergensi Pencegahan <i>Stunting</i>	13
1. Pengertian Konvergensi	16
2. Konvergensi Pencegahan <i>Stunting</i> di Desa	16
BAB III FASILITASI SOSIALISASI DAN PENGORGANISASIAN	16
A. Sosialisasi	16
B. Pengorganisasian	17
1. Pemetaan Penyedia Layanan dan Pelaku Konvergensi...	17
2. Pembangunan Dinamika Kelompok	20
3. Konvergensi Pencegahan <i>Stunting</i> Melalui Rumah Desa Sehat	20
BAB IV FASILITASI PERENCANAAN PENCEGAHAN STUNTING	22
A. Perencanaan Pencegahan <i>Stunting</i> Bagian dari Perencanaan Pembangunan Desa	24
B. Tahapan Perencanaan.....	24
C. Advokasi Kewenangan Desa	24

BAB V FASILITASI PELAKSANAAN PENCEGAHAN STUNTING	24
A. Konvergensi Rencana Kerja Pelaksanaan Pembangunan Desa dan Daerah	25
B. Pembagian Peran Pelaku	27
C. Pemantauan Konvergensi Pencegahan <i>Stunting</i> di Desa ...	27
D. Rapat Evaluasi 3 (Tiga) Bulanan	27
E. Musyawarah Pertanggungjawaban	29
F. Pelaporan.....	29

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Intervensi Gizi Spesifik Upaya Pencegahan <i>Stunting</i>	8
Tabel 2	Kegiatan Intervensi Sensitif Pencegahan <i>Stunting</i>	9
Tabel 3	Indikator Pemantauan Layanan	12
Tabel 4	Tahapan Fasilitasi Sosialisasi dan Pengorganisasian	18
Tabel 5	Contoh Kebutuhan Kegiatan Dalam Pemenuhan 5 (lima) Paket Layanan	23

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Dampak <i>Stunting</i> terhadap Kualitas Sumber Daya Manusia	6
Gambar 2	Jenis Penyedia Layanan Pencegahan <i>Stunting</i> di Desa	10
Gambar 3	Klasifikasi Pelaku Konvergensi Pencegahan <i>Stunting</i> di Desa	14

DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APB Desa	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa
ASI	: Air Susu Ibu
Baduta	: Anak berusia dibawah dua tahun
Balita	: Anak berusia dibawah lima tahun
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BKAD	: Badan Kerjasama Antar Desa
DU RKP Desa	: Daftar Usulan RKP Desa
DPMD	: Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa
Diseminasi	: Suatu kegiatan yang ditujukan kepada kelompok target atau individu agar mereka memperoleh informasi, timbul kesadaran, menerima, dan akhirnya memanfaatkan informasi tersebut
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i> (Diskusi Kelompok Terpumpun)
HPK	: Hari Pertama Kehidupan
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KPM	: Kader Pembangunan Manusia (<i>Human Development Workers/HDW</i>)
KPMD	: Kader Pemberdayaan Masyarakat Desa
MP ASI	: Makanan Pendamping ASI
OPD	: Organisasi Perangkat Daerah
PAMSIMAS	: Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat
PAUD	: Pendidikan Anak Usia Dini
Perbup/Perwal	: Peraturan Bupati/Walikota
PD	: Pendamping Desa
PK	: Pelaksana Kegiatan
PKH	: Program Keluarga Harapan
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PKG PAUD	: Pusat Kegiatan Gugus PAUD
PLD	: Pendamping Lokal Desa
PMBA	: Pemberian Makan Bayi dan Anak
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
PSM	: Penggerak Swadaya Masyarakat
RAD-PG	: Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi
Renstra	: Rencana Strategis
Renja	: Rencana Kerja

RDS	: Rumah Desa Sehat
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RPJM Desa	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa
RKP	: Rencana Kerja Pemerintah
RKP Desa	: Rencana Kerja Pemerintah Desa
RKTL	: Rencana Kerja Tindak Lanjut
SANIMAS	: Sanitasi Berbasis Masyarakat
SUSENAS	: Survei Sosial dan Ekonomi Nasional
Tikar Pertumbuhan	: Tikar yang dipakai untuk mengukur panjang/tinggi anak di bawah usia dua tahun
TP PKK	: Tim Penggerak Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
TPK	: Tim Pelaksana Kegiatan
TTD	: Tablet Tambah Darah
WHO	: <i>World Health Organization</i>
Wusan	: Wirausahawan Sanitasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan bahwa bayi usia di bawah lima tahun (balita) yang menderita *stunting* mencapai 30,8%. Artinya, sebanyak 7 juta balita di Indonesia saat ini yang merupakan generasi bangsa terancam kurang memiliki daya saing pada kehidupannya ke depan. Penurunan angka *stunting* di Indonesia selama 10 tahun terakhir belum menunjukkan adanya perubahan yang berarti.

Permasalahan *stunting* masih dipandang seputar realitas kondisi kesehatan akibat dari kekurangan gizi, sehingga penanganannya masih didominasi oleh lembaga dan penyedia layanan di bidang kesehatan. Dalam Rapat Koordinasi Tingkat Menteri yang dipimpin oleh Wakil Presiden Republik Indonesia pada tanggal 12 Juli 2017 diputuskan bahwa penurunan *stunting* penting dilakukan dengan pendekatan multi-sektor melalui sinkronisasi program-program nasional, lokal, dan masyarakat di tingkat pusat maupun daerah.

Selaras dengan amanah Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (selanjutnya disebut UU Desa) pada pasal 68 ayat 2 bahwa masyarakat berkewajiban untuk berpartisipasi dalam berbagai kegiatan di Desa. Tingginya tingkat partisipasi masyarakat termasuk pemerintah Desa merupakan ujung tombak keberhasilan upaya pencegahan *stunting* di Desa yang secara langsung akan berdampak pada penanggulangan kemiskinan, dikarenakan rumah tangga miskin yang paling rentan terhadap permasalahan *stunting*.

Masyarakat harus ditingkatkan peran dan kapasitasnya dalam melakukan fungsi-fungsi fasilitasi (pendataan dan pemantauan) dan advokasi (koordinasi, konvergensi dan regulasi) pencegahan *stunting* di Desa. Hal ini sejalan dengan tujuan pembangunan Desa dalam peningkatan kualitas hidup manusia, kesejahteraan masyarakat dan penanggulangan kemiskinan. Konvergensi pencegahan *stunting* dapat mengisi ruang-ruang kosong intervensi yang telah dilakukan. Partisipasi masyarakat dapat ditingkatkan untuk memastikan konsumsi asupan gizi, keterjangkauan layanan, serta terbangunnya tanggungjawab bersama atas permasalahan *stunting* di Desa. Partisipasi masyarakat dapat membuka ruang peningkatan kapasitas kader Desa dan lembaga penyedia layanan di Desa untuk mendorong keberlanjutan gerakan pencegahan *stunting* melalui rencana aksi, regulasi dan dukungan pendanaan Desa, serta memastikan kesiapan pemerintahan Desa dalam mengawal konvergensi pencegahan *stunting* bersama seluruh *stakeholder* terkait.

Panduan Fasilitasi Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa disusun untuk membantu pemerintah Desa dalam melakukan fasilitasi konvergensi pencegahan *stunting* di Desa. Panduan ini juga dapat menjadi bahan bagi pemerintah daerah, penyedia layanan, pelaku pendampingan Desa dan pelaku lintas sektor dalam memberikan kontribusi pelaksanaan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa sesuai tugas dan kewenangannya.

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

- a. Mengembangkan fasilitasi konvergensi pencegahan *stunting* di Desa yang partisipatif, terpadu, sinergis, dan bertumpu pada pemanfaatan sumberdaya lokal;
- b. Memberikan acuan bagi pemangku kepentingan di Desa untuk efektivitas fasilitasi konvergensi pencegahan *stunting* di Desa; dan
- c. Memberikan acuan bagi seluruh pihak terkait dalam mengupayakan penyelenggaraan fasilitasi konvergensi pencegahan *stunting* di Desa yang transparan dan akuntabel.

2. Tujuan

- a. Memfasilitasi penguatan komitmen Kepala Desa, anggota BPD dan masyarakat untuk mengutamakan pencegahan *stunting* sebagai salah satu arah kebijakan perencanaan pembangunan Desa;
- b. Memfasilitasi penyelenggaraan pembangunan Desa secara demokratis dan berkeadilan sosial agar kader Desa dan sasaran keluarga 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) mampu untuk berpartisipasi dalam pembangunan Desa;
- c. Memfasilitasi kegiatan-kegiatan pencegahan *stunting* sebagai bagian dari kegiatan pembangunan Desa yang diprioritaskan untuk dibiayai dengan anggaran Desa khususnya Dana Desa;
- d. Memfasilitasi Pemerintah Desa, BPD dan masyarakat untuk mampu menyelenggarakan konvergensi pencegahan *stunting* secara partisipatif, transparan dan akuntabel;
- e. Memfasilitasi keterpaduan perencanaan pembangunan Desa dengan perencanaan pembangunan kawasan perdesaandan/atau perencanaan pembangunan daerah yang mengutamakan pencegahan *stunting*; dan
- f. Memfasilitasi konsolidasi sumberdaya yang ada di Desa dengan sumberdaya dari Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan/atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota serta pihak ketiga seperti: LSM, organisasi massa, perguruan tinggi, media massa, dan swasta untuk dimanfaatkan dalam konvergensi pencegahan *stunting*.

C. Dasar Hukum

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan;
3. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
6. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi;
7. Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019;
8. Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi;

9. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2018 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2019;
10. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 114 Tahun 2014 tentang Pedoman Pembangunan Desa;
14. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 2 Tahun 2015 tentang Pedoman Tata Tertib dan Mekanisme Pengambilan Keputusan Musyawarah Desa;
15. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 3 Tahun 2015 tentang Pendampingan Desa;
16. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Kewenangan Berdasarkan Hak Asal Usul dan Kewenangan Lokal Berskala Desa;
17. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 49/PMK.07/2016 tentang Tata Cara Pengalokasian, Penyaluran, Penggunaan, Pemantauan dan Evaluasi Dana Desa;
18. Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 1 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Pangan dan Gizi;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Keuangan Desa;
20. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2018 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun Anggaran 2019;
21. Keputusan Bersama Menteri Dalam Negeri Nomor 140-8698 Tahun 2017, Menteri Keuangan Nomor 954/KMK.07/2017, Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 116 Tahun 2017 dan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 01/SKB/M.PPN/12/2017 tentang Penyelarasan dan Penguatan Kebijakan Percepatan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa;
22. Surat Keputusan Deputy bidang Sumber Daya Manusia Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 37/D.1/06/2014 tentang Kelompok Kerja Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi; dan
23. Surat Keputusan Direktur Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2016 tentang Status Kemajuan dan Kemandirian Desa.

BAB II

KONVERGENSI PENCEGAHAN *STUNTING* DI DESA

A. Pencegahan *Stunting*

1. Pengertian *Stunting*

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Kondisi gagal tumbuh pada anak balita disebabkan oleh kurangnya asupan gizi yang berulang, infeksi berulang, dan pola asuh yang tidak memadai terutama dalam 1.000 HPK. Anak tergolong *stunting* apabila lebih pendek dari standar umur anak sebayanya. Standar panjang atau tinggi badan anak dapat dilihat pada buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Pencegahan *stunting* penting dilakukan sedini mungkin untuk menghindari dampak jangka panjang yang merugikan. *Stunting* mempengaruhi perkembangan otak sehingga tingkat kecerdasan anak tidak maksimal. Hal ini berisiko menurunkan produktivitas anak di masa depan. *Stunting* juga menjadikan anak lebih rentan terhadap penyakit. Anak *stunting* berisiko lebih tinggi menderita penyakit kronis di masa dewasanya. Bahkan, *stunting* dan malnutrisi diperkirakan berkontribusi pada berkurangnya 2-3% Produk Domestik Bruto (PDB) setiap tahunnya.

Penyebab langsung masalah gizi pada anak termasuk *stunting* adalah rendahnya asupan gizi dan status kesehatan. Pencegahan *stunting* menitikberatkan pada penanganan penyebab masalah gizi, yaitu faktor yang berhubungan dengan ketahanan pangan khususnya akses terhadap: (1) pangan bergizi (makanan); (2) lingkungan sosial yang terkait dengan praktik pemberian makanan bayi dan anak (pengasuhan); (3) akses terhadap pelayanan kesehatan untuk pencegahan dan pengobatan (kesehatan), serta; (4) kesehatan lingkungan yang meliputi tersedianya sarana air bersih dan sanitasi (lingkungan). Keempat faktor tersebut secara langsung mempengaruhi asupan gizi dan status kesehatan ibu dan anak. Intervensi terhadap keempat faktor tersebut diharapkan dapat mencegah malnutrisi, baik kekurangan maupun kelebihan gizi.

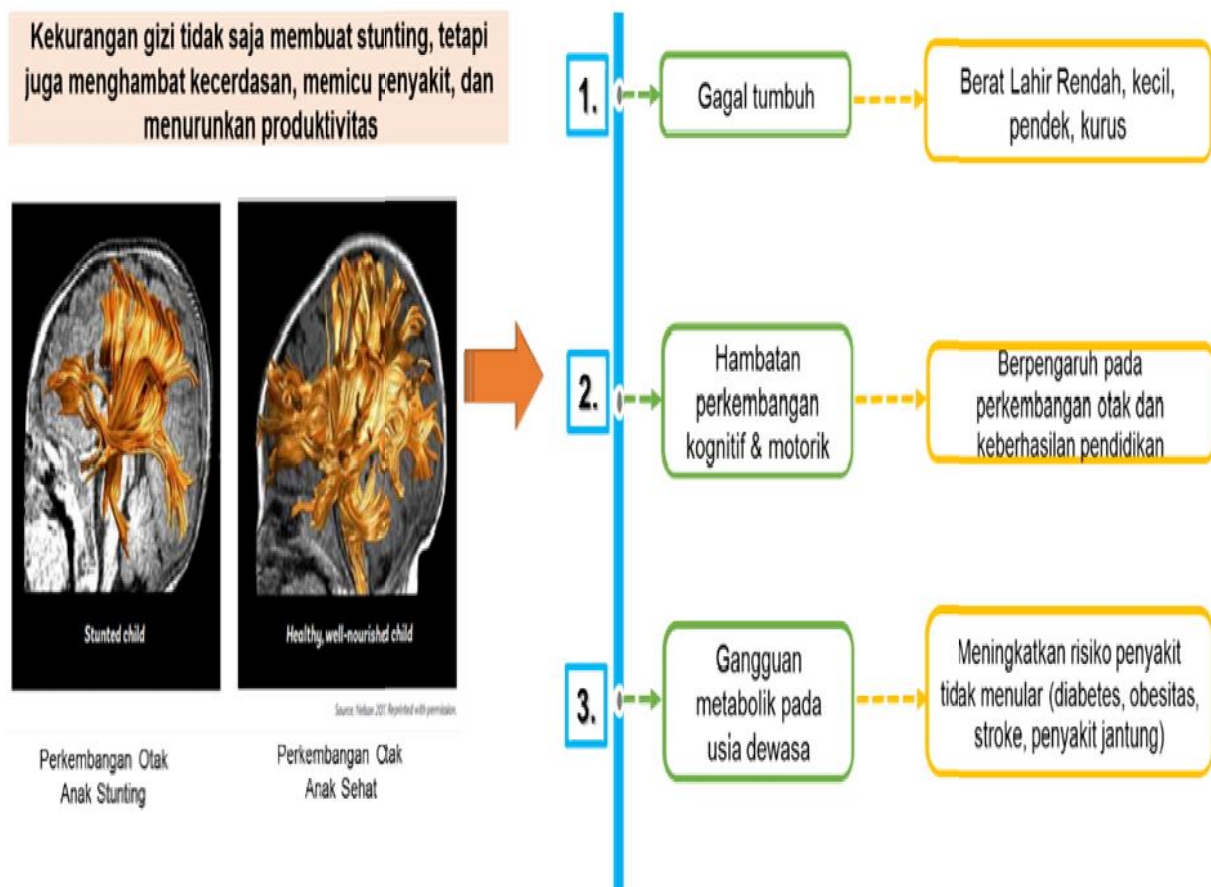
Penyebab tidak langsung masalah *stunting* dipengaruhi oleh berbagai faktor, meliputi pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaminan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian, dan pemberdayaan perempuan. Untuk mengatasi penyebab *stunting* diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup: (a) komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan; (b) keterlibatan pemerintah dan lintas sektor; dan (c) kapasitas untuk melaksanakan.

Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor lingkungan (74-87%) dan faktor keturunan (4-7%). Hal ini membuktikan bahwa kondisi lingkungan yang mendukung dapat membantu pertumbuhan dan perkembangan anak, dan kondisi tinggi badan anak bukan permasalahan genetik/keturunan. Kekurangan gizi pada usia dini akan berdampak pada kualitas sumber daya manusia. Kekurangan

gizi yang berlangsung lama sejak anak usia dini menyebabkan organ tubuh tidak tumbuh dan berkembang secara optimal.

Dalam jangka pendek, kekurangan gizi menyebabkan gagal tumbuh, hambatan perkembangan kognitif dan motorik, dan tidak optimalnya ukuran fisik tubuh serta gangguan metabolisme.

Dalam jangka panjang, kekurangan gizi menyebabkan menurunnya kapasitas intelektual. Gangguan struktur dan fungsi saraf serta sel-sel otak yang terjadi pada anak balita *stunting* bersifat permanen dan menyebabkan penurunan kemampuan menyerap pelajaran di usia sekolah yang akan berpengaruh pada produktivitasnya saat dewasa. Selain itu, kekurangan gizi juga menyebabkan gangguan pertumbuhan (pendek dan atau kurus) dan meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung koroner, dan stroke.



Gambar 1
Dampak *Stunting* terhadap Kualitas Sumber Daya Manusia

2. Sasaran

Sasaran prioritas konvergensi pencegahan *stunting* adalah ibu hamil dan anak usia 0-23 bulan atau rumah tangga 1000 HPK., sebagai masa yang paling kritis dalam tumbuh kembang anak. Di Indonesia gangguan pertumbuhan terbesar pada periode ini.

Selain kategori sasaran prioritas pencegahan *stunting* pada 1000 HPK, terdapat kategori **sasaran penting** yaitu anak usia 24-59 bulan, wanita usia subur dan remaja putri.

3. Intervensi Pencegahan *Stunting*

Upaya pencegahan *stunting* dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik untuk menysasar penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk menysasar penyebab tidak langsung. Selain mengatasi penyebab langsung dan tidak langsung, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan, keterlibatan pemerintah dan lintas sektor, serta kapasitas untuk melaksanakan. Pencegahan *stunting* memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung.

Intervensi gizi spesifik menysasar penyebab langsung terjadinya *stunting* yang meliputi: 1) Kecukupan asupan makanan dan gizi; 2) Pemberian makan, perawatan dan pola asuh; dan 3) pengobatan infeksi/penyakit.

Sebagai panduan bagi pelaksana program apabila terdapat keterbatasan sumber daya, maka intervensi gizi spesifik dibagi dalam tiga kelompok:

- a. Intervensi prioritas, yaitu intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak paling besar pada pencegahan *stunting* dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas
- b. Intervensi pendukung, yaitu intervensi yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait *stunting* dan diprioritaskan setelah intervensi prioritas dilakukan.
- c. Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu, yaitu intervensi yang diperlukan sesuai dengan kondisi tertentu, termasuk saat darurat bencana (program gizi darurat)

Intervensi sensitif mencakup: (a) Peningkatan akses pangan bergizi; (b) Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak; (c) Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan; dan (d) Peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi. Intervensi gizi sensitif umumnya dilaksanakan di luar Kementerian Kesehatan. Sasaran intervensi gizi sensitif adalah keluarga dan masyarakat dan dilakukan melalui berbagai program dan kegiatan.

Adapun gambaran kegiatan layanan intervensi gizi spesifik termuat dalam Tabel 1 dan kegiatan layanan intervensi sensitif termuat dalam Tabel 2.

Tabel 1. Kegiatan Intervensi Gizi Spesifik Pencegahan *Stunting*

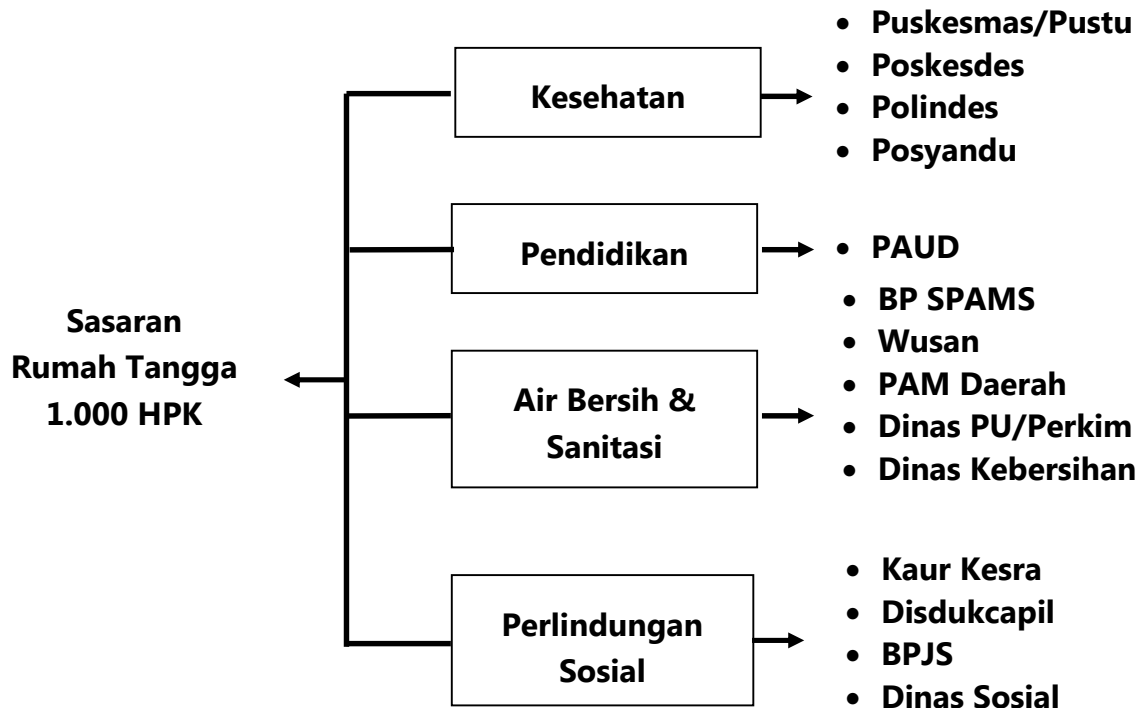
Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Prioritas Sesuai Kondisi Tertentu
Kelompok Sasaran 1.000 HPK			
Ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin/ Kurang Energi Kronik (KEK) • Suplementasi tablet tambah darah 	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementasi kalsium • Pemeriksaan kehamilan 	<ul style="list-style-type: none"> • Perlindungan dari malaria • Pencegahan HIV
Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Promosi dan konseling menyusui • Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) • Tata laksana gizi buruk • Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus • Pemantauan dan promosi pertumbuhan 	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementasi kapsul vitamin A • Suplementasi taburia • Imunisasi • Suplementasi zinc untuk pengobatan diare • Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pencegahan kecacingan
Kelompok Sasaran Usia Lainnya			
Remaja putri dan wanita usia subur	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementasi tablet tambah darah 		
Anak 24-59 bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Tata laksana gizi buruk • Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus • Pemantauan dan promosi pertumbuhan 	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementasi kapsul vitamin A • Suplementasi taburia • Suplementasi zinc untuk pengobatan diare • Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pencegahan kecacingan

Tabel 2. Kegiatan Intervensi Sensitif Pencegahan *Stunting*

JENIS INTERVENSI	PROGRAM/KEGIATAN INTERVENSI
 <p>Peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akses air minum yang aman • Akses sanitasi yang layak
 <p>Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akses pelayanan Keluarga Berencana (KB) • Akses Jaminan Kesehatan (JKN) • Akses bantuan uang tunai untuk keluarga kurang mampu (PKH)
 <p>Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penyebarluasan informasi melalui berbagai media • Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi • Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua • Penyediaan akses Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), promosi stimulasi anak usia dini, dan pemantauan tumbuh-kembang anak • Penyediaan konseling kesehatan dan reproduksi untuk remaja • Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
 <p>Peningkatan akses pangan bergizi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akses bantuan pangan non tunai (BPNT) untuk keluarga kurang mampu • Akses fortifikasi bahan pangan utama (garam, tepung terigu, minyak goreng) • Akses kegiatan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) • Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan

4. Penyedia Layanan Pencegahan *Stunting*

Penyedia layanan merupakan sarana pemenuhan kebutuhan layanan yang dapat dengan mudah diakses oleh sasaran 1.000 HPK. Fungsi penyedia layanan sangat penting untuk memastikan ketersediaan layanan yang berkualitas dan menjadi tumpuan masyarakat sasaran dalam pencegahan *stunting*. Adapun rincian penyedia layanan sesuai kebutuhan pencegahan *stunting* bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK sebagaimana gambar berikut:



Gambar 2

Jenis Penyedia Layanan Pencegahan *Stunting* di Desa

Dilihat dari aksesibilitas dan keterlibatan masyarakat dalam pemenuhan kebutuhan pencegahan *stunting* secara langsung, maka penyedia layanan dapat dibagi dalam 2 (dua) kategori sebagai berikut:

- a. Teknis Sektoral; yakni penyedia layanan yang bertumpu pada dukungan teknis dari pelaku sektoral dan bertanggungjawab penuh terhadap penyediaan layanan, contohnya Puskesmas dan Puskesmas Pembantu.
- b. Berbasis Masyarakat; yakni penyedia layanan yang mengkolaborasikan peran penyedia layanan teknis sektoral dengan peran aktif masyarakat selaku pelaku utama pembangunan, yaitu: Posyandu, PAUD dan Kelompok Keluarga. Sasaran pemantauan layanan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa dilakukan melalui 3 kelembagaan/kelompok tersebut.

Pengembangan kegiatan dan layanan pada Posyandu, PAUD dan Kelompok Keluarga seiring dengan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang harus dilakukan secara terpadu. Peran

anggota keluarga serta kelompok keluarga yang berdekatan dengan sasaran rumah tangga 1.000 HPK perlu ditingkatkan untuk:

- 1) Mendukung ibu hamil untuk mengkonsumsi makanan yang sehat dan seimbang dalam jumlah yang cukup;
- 2) Membantu ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan kepada fasilitas pelayanan kesehatan;
- 3) Mengingatkan ibu hamil untuk minum tablet tambah darah secara teratur setiap hari;
- 4) Membantu ibu hamil untuk dapat melahirkan di fasilitas kesehatan oleh tenaga kesehatan;
- 5) Mendukung pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan;
- 6) Berperan aktif dalam pelaksanaan posyandu dan mengajak ibu hamil dan anak balita untuk datang;
- 7) Membantu tenaga kesehatan dalam mendampingi ibu hamil atau penanganan balita gizi kurang; dan
- 8) Ikut mempromosikan dan melaksanakan pola hidup bersih dan sehat di lingkungannya.

5. Lima Paket Intervensi Layanan Pencegahan *Stunting*

Dalam rangka mempermudah fasilitasi konvergensi pencegahan *stunting* di tingkat Desa, maka kegiatan-kegiatan intervensi spesifik maupun sensitif bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK sebagaimana di atas dikelompokkan dalam 5 (lima) paket layanan intervensi sebagai berikut:

- a. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA);
- b. Konseling Gizi Terpadu;
- c. Air Bersih dan Sanitasi;
- d. Perlindungan Sosial; dan
- e. Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).

Selanjutnya dalam setiap paket layanan tersebut ditetapkan indikator-indikator yang akan dipantau untuk memastikan sasaran 1000 HPK mendapatkan layanan intervensi yang sesuai. Proses pemantauan akan dilakukan dengan menggunakan “*scorecard*” atau formulir penilaian konvergensi Desa.

Namun demikian, dalam fasilitasi ini juga memperhatikan kegiatan intervensi sensitif dan spesifik lainnya, seperti ASI eksklusif, inisiasi menyusui dini, perilaku hidup bersih dan sehat, peningkatan akses pangan dan lain-lain.

Indikator-indikator pemantauan pada 5 (lima) paket layanan pencegahan *stunting* yang harus didukung oleh pelaku lintas sektor dalam konvergensi pencegahan *stunting* di Desa sebagaimana Tabel 3.

Tabel 3. Indikator Pemantauan Layanan

PAKET LAYANAN	NO	INDIKATOR PEMANTAUAN
KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA)	1	Ibu hamil diperiksa oleh bidan, minimal 4 kali pemeriksaan selama masa kehamilan sesuai trimester kehamilan
	2	Ibu hamil mendapatkan minimal 90 butir pil Fe (tablet penambah darah) sejak pertama kali diketahui hamil
	3	Ibu yang melahirkan (termasuk bayinya) mendapatkan perawatan nifas dari bidan atau dokter, minimal 3 kali perawatan dalam waktu 42 hari setelah proses persalinan
	4	Anak usia 0-12 bulan mendapatkan pemberian imunisasi dasar lengkap.
	5	Anak usia 0-23 bulan diukur berat badannya setiap bulan
	6	Anak usia 0-23 bulan diukur panjang/tinggi badannya oleh tenaga kesehatan terlatih minimal 2 kali dalam setahun
KONSELING GIZI TERPADU	7	Orang tua/pengasuh yang memiliki anak usia 0-23 bulan mengikuti kegiatan konseling gizi setiap bulan sekali
	8	Ibu hamil dengan kondisi resiko tinggi dan/atau Kekurangan Energi Kronis (KEK), anak usia 0-23 bulan dengan kondisi gizi buruk, gizi kurang, dan <i>stunting</i> mendapat kunjungan ke rumah secara terpadu oleh bidan dan atau petugas kesehatan minimal 1 bulan sekali
SANITASI DAN AIR BERSIH	9	Rumah Tangga yang ada ibu hamil dan anak usia 0-23 bulan memiliki akses air minum yang layak
	10	Rumah Tangga yang ada ibu hamil dan anak usia 0-23 bulan memiliki jamban keluarga
PERLINDUNGAN SOSIAL	11	Anak usia 0-23 bulan memiliki akte kelahiran
	12	Rumah tangga yang ada ibu hamil dan anak usia 0-23 bulan memiliki jaminan layanan kesehatan
PENDIDIKAN ANAK USIA DINI (PAUD)	13	Anak usia 0-23 bulan beserta orangtua/pengasuh mengikuti kegiatan kelas pengasuhan pada layanan dasar di Desa minimal sebulan sekali
	14	Anak usia 2-6 tahun terdaftar dan aktif mengikuti layanan PAUD

B. Konvergensi Pencegahan *Stunting*

1. Pengertian Konvergensi

Konvergensi merupakan sebuah pendekatan intervensi yang dilakukan secara terkoordinir, terpadu, dan bersama-sama kepada target sasaran wilayah geografis dan rumah tangga prioritas untuk mencegah *stunting*. Pencegahan *stunting* akan berhasil apabila kelompok sasaran prioritas mendapatkan layanan secara simultan. Oleh karena itu, konvergensi perlu segera dilakukan untuk mempercepat upaya pencegahan *stunting*. Konvergensi layanan intervensi pencegahan *stunting* membutuhkan keterpaduan proses perencanaan, penganggaran, dan pemantauan program pemerintah secara lintas sektor untuk memastikan tersedianya setiap layanan intervensi kepada rumah tangga 1.000 HPK. Proses konvergensi membutuhkan pendekatan perubahan perilaku lintas sektor agar layanan-layanan tersebut digunakan oleh sasaran rumah tangga 1.000 HPK.

2. Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa

a. Arti Penting Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa

Konvergensi pencegahan *stunting* di Desa sangat penting dilakukan, karena:

- 1) Banyak potensi dan peluang program dan kegiatan dari lintas sektor terkait pencegahan *stunting* di Desa yang belum terkonsolidasi pola kerja dan kepentingannya dengan baik;
- 2) Belum efektifnya pembagian peran dan pengelolaan kinerja setiap kader Desa yang berorientasi pada rencana aksi Desa khususnya yang terkait dengan pencegahan *stunting*;
- 3) Desa belum memiliki sistem pengelolaan *database stunting* serta pemantauan rutin layanan secara partisipatif untuk memastikan efektivitas layanan yang berkualitas bagi setiap sasaran; dan
- 4) Desa memiliki peran penting dalam pencegahan *stunting* melalui kewenangan Desa sebagai implementasi atas UU Desa

b. Prasyarat Perwujudan Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa

Upaya mewujudkan konvergensi pencegahan *stunting* di Desamensyaratkan adanya:

- 1) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Desa mengelola pelaksanaan program/kegiatan layanan intervensi gizi spesifik dan sensitif secara terpadu dan terintegrasi sesuai dengan kewenangannya masing-masing;
- 2) Pemberian 5 (lima) paket layanan pencegahan *stunting* kepada semua sasaran rumah tangga 1.000 HPK; dan
- 3) Kepastian diterimanya 5 (lima) paket layanan pencegahan *stunting* oleh semua sasaran rumah tangga 1.000 HPK.

c. Tanggung Jawab Pemerintah Desa dalam Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa

Pemerintah Desa bertanggung jawab dalam mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan konvergensi pencegahan *stunting* di tingkat Desa yang dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Melakukan konvergensi dalam perencanaan dan penganggaran program dan kegiatan pembangunan Desa untuk mendukung pencegahan *stunting*;
 - 2) Memastikan setiap sasaran prioritas menerima dan memanfaatkan paket layanan intervensi gizi prioritas;
 - 3) Memperkuat pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kepada seluruh sasaran prioritas serta mengkoordinir pendataan sasaran dan pemutakhiran data cakupan intervensi secara rutin.
- d. Pelaku Konvergensi
- Efektivitas konvergensi pencegahan *stunting* di Desa ditentukan oleh kapasitas, peran aktif dan pola kerjasama yang dibangun antar pelaku di tingkat Desa dan antar Desa, baik individu maupun lembaga, sesuai fungsi dan kewenangannya. Untuk menjelaskan fungsi dari setiap pelaku yang terlibat dalam konvergensi pencegahan *stunting* di Desa maka dapat dibagi dalam 3 (tiga) kategori, yaitu: (a) pelaku penyedia layanan, (b) pelaku pengambil keputusan, dan (c) pelaku pelaksana kegiatan. Uraian 3 (tiga) kategori dimaksud, sebagaimana Gambar 3.

ANTAR DESA	DESA
PENGAMBIL KEPUTUSAN	
<ul style="list-style-type: none"> • CAMAT • BKAD 	<ul style="list-style-type: none"> • KEPALA DESA • BPD
PENYEDIA LAYANAN	
<ul style="list-style-type: none"> • PUSKESMAS • UPT PENDIDIKAN • OPD/SEKTORAL 	<ul style="list-style-type: none"> • POSKESDES • POLINDES • PAUD • POSYANDU
PELAKSANA KEGIATAN	
<ul style="list-style-type: none"> • PENDAMPING DESA • TENAGA UPTD; PENILIK PAUD, DOKTER, AHLI GIZI, PENYULUH PERTANIAN, PL KB • PENDAMPING PROGRAM SEKTORAL; PAMSIMAS, SANIMAS, PKH, KRPL, DLL • PSM • LSM, MEDIA, AKADEMI SI, SWASTA • POKJANAL POSYANDU • PKG PAUD 	<ul style="list-style-type: none"> • PERANGKAT DESA • POKJA & KADER POSYANDU • PENGELOLA & PENDIDIK PAUD • PLD • KARANG TARUNA • KELOMPOK AGAMA • KELOMPOK KELUARGA • KELOMPOK PEREMPUAN • KPMD • KPM • TP PKK

Gambar 3
Klasifikasi Pelaku Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa

- e. Keterpaduan dalam Konvergensi Pencegahan Stunting

Keterpaduan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa mensyaratkan hal-hal sebagai berikut:

 - 1) Keterpaduan Indikator Pemantauan Layanan

Kementerian/lembaga non kementerian yang bertanggung jawab terhadap pencegahan *stunting* telah menyepakati indikator pemantauan 5 (lima) paket layanan pencegahan *stunting* di Desa;
 - 2) Keterpaduan Data

Keterpaduan data pencegahan *stunting* di Desa sekurang-kurangnya meliputi: Data kondisi penyedia layanan, data sasaran, data prioritas masalah. Pengambilan data sekunder dapat menggunakan sumber data, antara lain: Profil Desa, Sistem Informasi Pembangunan Berbasis Masyarakat (SIPBM), Siskeudes.

Data yang dipakai didalam analisa kebutuhan dan penyusunan kegiatan pencegahan *stunting* di Desa merupakan satu-satunya data yang dimanfaatkan oleh para pemangku kepentingan dalam konvergensi pencegahan *stunting* di Desa.
 - 3) Terintegrasi dalam Sistem Perencanaan Pembangunan dan Anggaran Desa

Perencanaan program/kegiatan pencegahan *stunting* di Desa, merupakan bagian dari sistem perencanaan pembangunan dan anggaran Desa sesuai dengan ketentuan perundang-undangan tentang Desa.
 - 4) Terintegrasi dengan Program Masuk Desa

Berbagai program/kegiatan pembangunan yang masuk Desa, khususnya yang terkait dengan pencegahan *stunting* diintegrasikan melalui mekanisme konvergensi pencegahan *stunting* di kabupaten/kota.
- f. Keterpaduan Kelompok Peduli *Stunting*

Pegiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku pembangunan di Desa yang peduli terhadap upaya percepatan pencegahan *stunting* di Desa, menterpadukan aktivitasnya melalui Rumah Desa Sehat.
- g. Swakelola Oleh Penyedia Layanan di Desa

Program/kegiatan pencegahan *stunting* di Desa yang merupakan bagian dari kewenangan Desa wajib diwakelola oleh penyedia layanan kesehatan dan pendidikan di Desa, yaitu antara lain: Posyandu, PAUD, Polindes, dan Poskesdes. Khusus untuk pembangunan sarana dan prasarana kesehatan dan pendidikan sebagai bagian dari kewenangan Desa, dikelola oleh Tim Pelaksana Kegiatan (TPK).

BAB III

FASILITASI SOSIALISASI DAN PENGORGANISASIAN

A. Sosialisasi

Sosialisasi merupakan kegiatan yang harus dilakukan dalam tahapan pemberdayaan masyarakat Desa. Penyebaran informasi konvergensi pencegahan *stunting* di Desa berfungsi untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran kepala Desa, BPD, dan masyarakat Desa. Pemahaman dan kesadaran dimaksud, khususnya tentang beragam program/kegiatan pembangunan Desa yang secara khusus ditujukan untuk mempercepat cegah *stunting* yang dikelola secara konvergen.

Sosialisasi ini dilakukan melalui pendekatan dan penggunaan media yang disesuaikan dengan kondisi obyektif yang ada di Desa, dan dapat dilakukan secara informal maupun formal. Pelaksanaan sosialisasi ini menjadi bagian tanggung jawab setiap pelaku konvergensi pencegahan *stunting* di Desa.

Pendamping masyarakat Desa memfasilitasi sosialisasi konvergensi pencegahan *stunting* di Desa dengan berpedoman pada Pedoman Teknis Fasilitasi Keterbukaan Informasi Pembangunan Desa. Pedoman ini sudah disebarluaskan kepada seluruh provinsi dan kabupaten/kota berdasarkan Surat Direktur Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Desa, Kementerian Desa, PDT, dan Transmigrasi Nomor 02.1/PMD.04.02/1/2018, tanggal 08 Januari 2018, Hal Percepatan Pelaksanaan Keterbukaan Informasi Pembangunan Desa.

B. Pengorganisasian

Pengorganisasian dalam rangka konvergensi pencegahan *stunting* dilakukan melalui pengembangan Sekretariat Bersama Rumah Desa Sehat. Pengorganisasian ini difasilitasi oleh PD dan/atau PLD dibantu oleh KPM. Langkah-langkah dalam pengorganisasian yaitu:

1. Pemetaan Penyedia Layanan dan Pelaku Konvergensi

Pemetaan kondisi penyedia layanan dan pelaku konvergensi pencegahan *stunting* dilakukan bersamaan dengan sosialisasi. Pemetaan dilakukan melalui wawancara, pertemuan kelompok serta penggalan data sekunder. Pertemuan kelompok-kelompok kecil pada tahapan ini dapat dilakukan untuk memperkaya pemikiran tentang pentingnya upaya konvergensi pencegahan *stunting* sebagai bagian dari proses analisis situasi lokal Desa. Metodologi partisipatif yang dilakukan dalam pemetaan tersebut dilakukan melalui kegiatan: a). penyusunan peta sosial, b). diskusi tematik/FGD; dan c). observasi/kunjungan langsung.

Penyedia layanan yang dimaksud adalah Posyandu, PAUD dan Kelompok Keluarga, sebagai sarana penyediaan layanan di Desa bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK yang melibatkan peran serta masyarakat sebagai bentuk dukungan atas efektivitas terjadinya layanan yang berkualitas dan terpenuhinya layanan tersebut bagi setiap sasaran yang membutuhkan.

Posyandu, PAUD dan Kelompok Keluarga merupakan kelembagaan masyarakat Desa dan komunitas lokal yang menjadi sarana penyediaan layanan berbasis masyarakat di Desa. Pemantauan layanan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa dilakukan melalui ketiga sarana tersebut.

Saat ini layanan Posyandu dan PAUD umumnya sudah berjalan dan memiliki landasan regulasi masing-masing, Namun Kelompok Keluarga yang juga memiliki peran strategis masih belum dikembangkan dan berjalan sesuai kebutuhan target program tertentu dengan kurang terpadu.

Selama ini bentuk pengembangan Kelompok Keluarga dilakukan melalui beberapa bentuk, seperti: Dasa Wisma, Kelompok Penerima Manfaat Program PKH, Kelompok Swadaya Masyarakat (KSM), dan sebagainya. Meskipun komunitas keluarga dalam sebuah cakupan layanan Posyandu, PAUD, Pos Bina Keluarga Balita (BKB), Dusun, Rukun Tetangga (RT), Rukun Warga (RW), serta kelompok arisan dan komunitas profesi juga masuk dalam kategori Kelompok Keluarga ini.

Intinya, bahwa diperlukan kepedulian masyarakat di lingkungan keluarga sasaran untuk bersama-sama saling peduli dalam mengatasi permasalahan sesama yang membutuhkan, khususnya terhadap masalah *stunting*.

2. Pembangunan Dinamika Kelompok

Setelah serangkaian pertemuan kelompok kecil (refleksi kelembagaan) dalam upaya menggugah kesadaran kritis terhadap pentingnya sebuah saluran komunikasi antar kelembagaan lokal yang representatif, setara, aspiratif serta membelajarkan dan dapat menjadi pusat peningkatan kapabilitas dalam pencegahan *stunting*, maka disusunlah agenda rembuk kelembagaan yang membahas:

- a. Peninjauan kembali atas hasil pemetaan layanan dan pelaku konvergensi;
- b. Pembentukan Rumah Desa Sehat (RDS); dan
- c. Penyepakatan mekanisme pembentukan, ketentuan dan agenda kerja RDS.

Mekanisme pembentukan dan pengorganisasian RDS dilakukan dengan mempedomani Pedoman Teknis Rumah Desa Sehat. Pembangunan dinamika kelompok ini penting dilakukan agar pembentukan RDS didasari atas kesadaran dan inisiatif masyarakat sesuai potensi dan kebutuhan lokal. Pemahaman akan RDS sebagai nama generik (dapat disesuaikan dengan kesepakatan istilah lokal) dan menjadi sekretariat bersama pelaku lintas sektor konvergensi pencegahan *stunting* di tingkat Desa harus dipahami secara utuh dalam proses pembangunan dinamika kelompok ini.

3. Konvergensi Pencegahan *Stunting* Melalui Rumah Desa Sehat

Konvergensi pencegahan *stunting* melalui RDS pada intinya adalah memperkuat kepentingan masyarakat Desa untuk mengadvokasi pendayagunaan keuangan dan aset Desa khususnya Dana Desa untuk pencegahan *stunting*. Konsolidasi kepentingan sebagaimana dimaksud dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a. penggunaan data kondisi layanan dan sasaran rumah tangga 1.000 HPK;
- b. perumusan usulan program/kegiatan intervensi layanan gizi spesifik dan sensitif yang disusun berdasarkan data kondisi layanan dan sasaran rumah tangga 1.000 HPK;

- c. pembahasan bersama para pegiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku pembangunan yang peduli dengan upaya pencegahan *stunting* di Desa dalam *Rembuk Stunting* di Desa;
- d. advokasi usulan program/kegiatan intervensi layanan gizi spesifik dan sensitif bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK dalam perencanaan pembangunan di Desa; dan
- e. advokasi prioritas penggunaan Dana Desa untuk pendanaan program/kegiatan intervensi layanan gizi spesifik dan sensitif bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK.

Tabel 4. Tahapan Fasilitasi Sosialisasi dan Pengorganisasian

No	Kegiatan	Tujuan	Pelaksana	Peserta/Target	Instrumen Kendali
A	Sosialisasi	Penyebarluasan informasi, penyamaan persepsi, penggalan dukungan	<ul style="list-style-type: none"> - PD/PLD - KPMD - Aparat Desa 	Pelaku di tingkat Desa dan antar Desa, serta masyarakat luas	<ul style="list-style-type: none"> - Berita Acara MAD dan MD Sosialisasi - Berita Acara pemilihan KPM - SK Kades Penetapan KPM - RKTL penguatan kapasitas KPM
B	Pengorganisasian				
1.	Pemetaan Penyedia Layanan dan Pelaku Konvergensi	Identifikasi kondisi layanan, sasaran dan potensi sumberdaya sebagai <i>baseline</i> konvergensi	<ul style="list-style-type: none"> - KPM - KPMD - Kader posyandu - Pengelola/Tendik PAUD - PD/PLD 	<ul style="list-style-type: none"> - Aparat Desa - Bidan Desa - Kadus/Ketua RT/RW - Masyarakat Sasaran 	<ul style="list-style-type: none"> - Peta Sosial Dasar/<i>Stunting</i> - Berita Acara FGD - Isian Format Pemetaan Kondisi Layanan dan Sasaran
2.	Pembangunan Dinamika Kelompok	Refleksi kelembagaan terkait pentingnya sekretariat bersama konvergensi pencegahan <i>stunting</i> di Desa	<ul style="list-style-type: none"> - KPM - KPMD - PD/PLD 	<ul style="list-style-type: none"> - Aparat Desa - Kadus/Ketua RT/RW - Masyarakat Sasaran 	<ul style="list-style-type: none"> - Berita Acara Rembuk Kelembagaan - Diagram Venn Kelembagaan - Usulan agenda kerja RDS - Pedoman Teknis Rumah Desa Sehat

No	Kegiatan	Tujuan	Pelaksana	Peserta/ Target	Instrumen Kendali
3.	Konvergensi Pencegahan <i>Stunting</i> melalui RDS	Peningkatan penggunaan Dana Desa untuk pencegahan <i>stunting</i>	<ul style="list-style-type: none"> - PD/PLD - KPM - KPMD - Aparat Desa 	Pelaku di tingkat Desa dan masyarakat luas	<ul style="list-style-type: none"> - Daftar anggota sekretariat RDS - Agenda kerja RDS - Daftar usulan program/kegiatan pencegahan <i>stunting</i> di Desa

BAB IV

FASILITASI PERENCANAAN PENCEGAHAN *STUNTING*

A. Perencanaan Pencegahan *Stunting* Bagian dari Perencanaan Pembangunan Desa

Perencanaan program/kegiatan pencegahan *stunting* di Desa sebagai bagian dari tata kelola pembangunan Desa dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tentang Desa. Tujuan fasilitasi perencanaan pencegahan *stunting* di Desa ini adalah memastikan kegiatan konvergensi pencegahan *stunting* dilaksanakan sesuai mandat Undang-Undang Desa. Dengan demikian, terbuka peluang program/kegiatan pencegahan *stunting* di Desa dapat didanai dengan sumber keuangan Desa, khususnya Dana Desa. Perencanaan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa dirumuskan sebagai bagian dari perencanaan pembangunan jangka menengah Desa yang terintegrasi dengan arah kebijakan perencanaan pembangunan daerah kabupaten/kota. Untuk itu, pemerintah Desa perlu mengkaji ulang visi-misi kepala Desa yang terjabarkan dalam arah kebijakan perencanaan pembangunan Desa sebagaimana tertuang dalam dokumen RPJM Desa. Selanjutnya, perlu dilakukan penerapan kebijakan satu data agar perencanaan program/kegiatan pencegahan *stunting* sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang secara obyektif ada di Desa.

B. Tahapan Perencanaan

1. Tahap Pemetaan Sosial (Pendataan)

KPM menggerakkan pegiat pemberdayaan masyarakat Desa yang tergabung dalam RDS untuk melakukan pemetaan sosial. Pemetaan sosial merupakan proses di tingkat dusun untuk mengidentifikasi dan mendata status layanan sasaran rumah tangga 1.000 HPK dan kondisi pelayanan sosial dasar di Desa. Tahap ini dilakukan paling lambat sebelum penyelenggaraan rembuk *stunting* di Desa untuk kepentingan penyusunan RKP Desa tahun berikutnya.

2. Tahap Fasilitasi Diskusi Kelompok Terarah di Desa

Hasil pemetaan sosial menjadi dasar pembahasan tentang beragam upaya pencegahan *stunting* dalam pertemuan diskusi terarah di RDS. Materi diskusi terarah di RDS, mencakup: 1). analisis sederhana terhadap hasil pemetaan sosial; 2). menyusun daftar masalah yang diprioritaskan untuk diselesaikan; 3). merumuskan peluang dan potensi sumber daya untuk pemecahan masalah; dan 4). merumuskan alternatif kegiatan prioritas untuk mencegah dan/atau menangani masalah kesehatan di Desa.

3. Tahap Fasilitasi Diskusi Kelompok Terarah di Antar Desa

Hasil pemetaan sosial di Desa-Desa menjadi dasar pembahasantentang pencegahan *stunting* dan hasil diskusi kelompok terarah di Desa yang diselenggarakan melalui RDS menjadi bahan masukan dalam Musyawarah Antar Desa (MAD). Badan Kerjasama Antara Desa (BKAD) menyelenggarakan MAD sebagaimana dimaksud dalam hal dibutuhkan adanya kerjasama antar Desa untuk mempercepat konvergensi pencegahan *stunting* di antar Desa.

Materi diskusi terarah di MAD, mencakup: 1) analisis sederhana terhadap hasil pemetaan sosial; 2) menyusun daftar masalah yang diprioritaskan untuk diselesaikan; 3) merumuskan peluang dan potensi sumber daya untuk pemecahan masalah; dan 4) merumuskan alternatif kegiatan prioritas untuk mencegah dan/atau menangani masalah kesehatan di Desa.

OPD kabupaten/kota dapat menjadi narasumber pada MAD untuk mempercepat konvergensi pencegahan *stunting* di antar Desa.

4. Tahap Rembuk *Stunting* Tingkat Desa

RDS menyelenggarakan rembuk *stunting* di Desa yang dilaksanakan sebelum musyawarah Desa untuk penyusunan perencanaan pembangunan Desa tahun berikutnya. Rembuk *stunting* ini berfungsi sebagai forum musyawarah antara masyarakat Desa dengan pemerintah Desa dan BPD untuk membahas pencegahan dan penanganan masalah kesehatan di Desa khususnya *stunting* dengan mendayagunakan sumber daya pembangunan yang ada di Desa. Agar warga masyarakat berpartisipasi aktif dalam rembuk *stunting* di Desa, maka sebelum diselenggarakan kegiatan dimaksud harus dilakukan penyebaran informasi/publikasi tentang hasil diskusi kelompok terarah di RDS.

Kegiatan utama dalam rembuk *stunting* di Desa, meliputi: 1). pembahasan usulan program/kegiatan intervensi gizi spesifik dan sensitif yang disusun dalam diskusi kelompok terarah di RDS dan MAD; dan 2). pembahasan dan penyepakatan prioritas usulan program/kegiatan intervensi gizi spesifik dan sensitif. Kesepakatan hasil rembuk *stunting* di Desa dituangkan dalam Berita Acara yang ditandatangani oleh perwakilan RDS, masyarakat Desa, dan pemerintah Desa.

5. Kampanye *Stunting*

Merupakan kegiatan penyebarluasan informasi sebelum atau setelah Rembuk *Stunting* Desa melalui berbagai potensi media lokal yang dilakukan secara berkelanjutan. Kampanye dapat menggunakan media cetak dan elektronik, serta berupa kegiatan festival Desa tentang layanan dasar, bazar pangan lokal, perlombaan bayi/anak sehat, dan lain-lain.

6. Tahap Advokasi Pencegahan *Stunting* di Desa

Berita acara tentang hasil rembuk *stunting* disampaikan oleh perwakilan RDS kepada Kepala Desa dan BPD sebagai usulan masyarakat dalam penyusunan dokumen perencanaan pembangunan Desa (RPJM Desa dan/atau RKP Desa) serta dokumen perencanaan anggaran (APB Desa). Para pihak yang tergabung dalam RDS beserta warga masyarakat Desa yang peduli akan upaya pencegahan *stunting* di Desa bersama-sama mengawal usulan program/kegiatan pencegahan *stunting* untuk dapat di biayai dengan menggunakan keuangan Desa khususnya Dana Desa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

C. Advokasi Kewenangan Desa

Program/kegiatan pencegahan *stunting* yang didanai keuangan Desa dibahas dan disepakati oleh Kepala Desa, BPD dan masyarakat Desa dalam musyawarah Desa dan harus sesuai dengan kewenangan Desa. Tata cara penetapan kewenangan Desa dimaksud diatur berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan UU Desa sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Desa khususnya dalam Pasal 37. Kewenangan berdasarkan hak asal usul dan kewenangan lokal berskala Desa ini menjadikan Desa berwenang mengatur dan mengurus sendiri urusannya, termasuk prioritas penggunaan Dana Desa.

Contoh Kewenangan Desa Terkait Kegiatan Pencegahan Stunting

- Dalam hal Desa di wilayah terpencil atau kepulauan tidak memiliki bidan Desa, sementara pemda belum mampu menyediakan, maka pemda harus menyusun regulasi terkait pembagian kewenangan Desa dan daerah. Regulasi ini mengatur alokasi anggaran Desa untuk kontrak bidan dalam waktu tertentu melalui mekanisme seleksi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan.
- Pengalokasian APB Desa untuk penyediaan Pil Fe mutlak tidak dapat dilakukan mengingat terdapat standar nasional kualifikasi teknis atas tablet tersebut.
- Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan bagi penderita gizi kurang dan gizi buruk harus ditangani oleh tenaga teknis kesehatan, tetapi pendanaan Desa dapat dialokasikan untuk penyediaan PMT lokal (bukan pabrikan) dan biaya transportasi sasaran dari keluarga miskin menuju fasilitas kesehatan.
- Pelatihan guru PAUD dapat dialokasikan melalui pendanaan Desa sepanjang dalam pelaksanaannya dilakukan secara swakelola atau kerjasama antar Desa bersama pihak ketiga.

Kendatipun Desa berwenang untuk mengatur dan mengurus secara mandiri urusan pencegahan *stunting* di Desa, namun pemerintah daerah kabupaten/kota berhak untuk melaksanakan program/kegiatan pencegahan *stunting* di Desa sesuai dengan kewenangannya. Kejelasan pembagian kewenangan antara Desa dan Daerah kabupaten/kota yang dilakukan secara jelas dan terpilah akan mempermudah dilakukannya konvergensi pencegahan *stunting* di Desa.

Berikut ini contoh 5 (lima) paket layanan pencegahan *stunting* di Desa yang dapat diintervensi secara terpadu dan terintegrasi oleh Desa bersama-sama dengan organisasi perangkat daerah (OPD) kabupaten/kota. Gambaran tentang konvergensi pencegahan *stunting* di Desa dengan sumber pendanaan yang bersifat lintas sektor dijabarkan dalam Tabel 5.

TABEL 5. CONTOH KEBUTUHAN KEGIATAN DALAM 5 PAKET LAYANAN

5 Paket Layanan	Indikator	Tempat/ Infrastruktur Layanan			Tenaga			Alat & Perlengkapan			Kebutuhan Lainnya		
		Jenis Kegiatan	Kewenangan		Jenis Kegiatan	Kewenangan		Jenis Kegiatan	Kewenangan		Jenis Kegiatan	Kewenangan	
			Desa	OPD Kab/Kota		Desa	OPD Kab/Kota		Desa	OPD Kab/Kota		Desa	OPD Kab/Kota
1. Pelayanan KIA	1. Pemeriksaan Kehamilan	1. Bangun atau rehab Poskesdes/Polindes 2. Bangun atau rehab Posyandu	✓		1. Kontrak Bidan Desa		✓	1. Bidan Kit		✓	1. PMT Pabrian Ibu Hamil KEK		✓
	2. Pil FE				2. Transport Bidan Desa	✓	✓	2. Timbangan badan	✓	✓	2. PMT Lokal Ibu Hamil KEK	✓	✓
	3. Pemeriksaan Nifas		✓		3. Pelatihan Bidan Desa		✓	3. Length board/Microtoise	✓	✓	3. Pil FE, Vaksin, Vitamin A		✓
	4. Timbang Badan				4. Insentif/ Transport Kader	✓		4. Tikar pertumbuhan	✓		4. Kampanye ASI eksklusif		✓
	5. Ukur Tinggi Badan				5. Pelatihan Kader	✓	✓	5. Ambulance Desa	✓	✓	5. Penyuluhan KIA	✓	✓
	6. Imunisasi Lengkap												
	7. Tingkat Perkembangan												
2. Konseling Gizi Terpadu	8. Konseling Gizi	1. Bangun atau rehab Poskesdes/Polindes 2. Bangun atau rehab Posyandu	✓		1. Kontrak Petugas Gizi		✓	1. Alat Peraga Konseling	✓	✓	1. Pengadaan Kebun Gizi	✓	✓
	9. Kunjungan ke Rumah				2. Transport Petugas Gizi	✓	✓				2. Pengadaan makanan sesuai dengan "Isi piringku "	✓	✓
			✓		3. Pelatihan Petugas Gizi		✓	2. PMT Penyuluhan (bahan lokal)	✓	✓	3. Regulasi pelayanan terpadu		✓
					4. Insentif/ Transport Kader	✓		2. PMT Pemulihan (bahan lokal)	✓	✓	4. Kampanye/ Penyuluhan IMD dan PMBA	✓	✓
					5. Pelatihan Kader	✓					5. Advokasi PHBS	✓	✓
					6. Transport kegiatan Kunjungan Kerumah	✓							
3. Sanitasi dan Air Bersih	10. Akses air minum layak	1. Sumber air bersih 2. Penyediaan Lokasi jamban	✓	✓	1. Kontrak Sanitarian		✓	1. Penyediaan Jamban	✓	✓	Pemicuan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat)	✓	✓
	11. Jamban Keluarga				2. Transport Sanitarian	✓	✓	2. Alat tes kualitas air		✓			
			✓	✓	3. Pelatihan Sanitarian		✓						
					4. Insentif/ Transport Kader	✓							
					5. Pelatihan Kader	✓	✓						
4. Perlindungan Sosial	12. Akte Kelahiran				1. Peningkatan Kapasitas Kaur Kesra	✓		1. Penyuluhan pentingnya jaminan sosial dan kesehatan	✓	✓	Validasi data RTM penerima beras sejahtera	✓	
	13. Jaminan Kesehatan							2. Penyediaan SKTM bagi keluarga miskin	✓				
	14. Akses Konsumsi Pangan							3. Pengadaan Akte Kelahiran secara massal	✓	✓			
5. PAUD	15. Parenting anak 0-2 tahun	1. Bangun/rehab Posyandu 2. Bangun/ rehab PAUD	✓		1. Insentif/ Transport guru PAUD	✓		1. Alat Permainan Edukasi (APE)	✓	✓	1. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak 2. Penyediaan konseling pengasuhan anak bagi orang tua dan juga bagi pengasuhnya	✓	✓
	16. Anak 2-6 tahun aktif di PAUD		✓		2. Pelatihan Guru PAUD	✓	✓	2. Integrasi Pemberian Makanan Tambahan	✓	✓		✓	✓
					3. Pelatihan Pengelola PAUD	✓	✓						
					4. Insentif/ transport Kader	✓		3. Informasi sistem Pelatihan Guru PAUD, termasuk modul, pelatihan dan tenaga pelaksanaanya		✓			
					5. Pelatihan Kader	✓	✓						

BAB V

FASILITASI PELAKSANAAN PENCEGAHAN *STUNTING*

A. Konvergensi Rencana Kerja Pelaksanaan Pembangunan Desa dan Daerah

Pemerintah Desa wajib memiliki rencana kerja pelaksanaan pembangunan Desa yang terkonvergensi dengan rencana kerja pelaksanaan pembangunan Daerah, khususnya rencana kerja pelaksanaan pencegahan *stunting* di Desa. Rencana kerja pelaksanaan pembangunan Desa harus memuat rencana 5 (lima) paket layanan pencegahan *stunting*.

B. Pembagian Peran Pelaku

Pada setiap kegiatan yang termuat dalam rencana kerja tersebut, setiap pelaku terkait menyusun langkah-langkah kerja teknis yang dapat dilakukan dalam kurun waktu tertentu. Kepala Desa, dibantu oleh pegiat pemberdayaan masyarakat, pelaku pembangunan Desa dan KPM yang tergabung dalam Rumah Desa Sehat, mengkoordinasikan pelaksanaan program/kegiatan pencegahan *stunting* di Desa.

Pembagian peran pelaku dapat dibagi dalam:

1. Kegiatan rutin; pemantauan layanan, rapat bulanan kader Desa, pelaporan, analisis data terpadu, dan sebagainya.
2. Kegiatan khusus; sosialisasi, pengawasan silang dan berjenjang, audiensi, peningkatan kapasitas, dan sebagainya.

C. Pemantauan Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa

Pegiat pemberdayaan masyarakat, pelaku pembangunan Desa dan KPM yang tergabung dalam Rumah Desa Sehat melakukan pemantauan pemenuhan layanan intervensi gizi spesifik dan sensitif bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK. Kegiatan pemantauan dimaksud dengan berpedoman pada Buku Pendataan dan Pemantauan Layanan Bagi Sasaran Rumah Tangga 1.000 HPK.

D. Rapat Evaluasi 3 (Tiga) Bulanan

Rapat ini merupakan kegiatan rutin Sekretariat Bersama RDS dalam mengevaluasi data dan pelaporan hasil pemantauan layanan secara periodik yang dikoordinir oleh KPM. Rapat ini dipimpin oleh Kepala Desa dan diikuti oleh BPD, seluruh kader Desa, tokoh masyarakat, serta perwakilan kelembagaan masyarakat Desa yang ada. Sebaiknya unsur petugas layanan dari Dinas terkait serta pendamping program yang ada di Desa dapat berpartisipasi dalam kegiatan ini, terutama jika ada suatu isu yang perlu penanganan langsung.

Sebelum rapat 3 bulanan dilakukan, KPM melakukan rekapitulasi hasil monitoring bulanan terkait dengan: a). Tingkat capaian indikator layanan pencegahan *stunting* di Desa; dan b). Tingkat konvergensi layanan pencegahan *stunting* di Desa.

KPM dan Sekretariat Bersama (RDS) juga perlu mencatat apa yang menyebabkan sasaran dalam periode tersebut tidak menerima paket layanan secara lengkap. Hasil perhitungan dan catatan hasil monitoring bulanan selanjutnya dibahas dalam rapat evaluasi 3 bulanan.

Hasil rapat 3 bulanan ini diharapkan menjadi:

1. Masukan atas proses perencanaan pembangunan Desa;
2. Bahan advokasi pemerintah Desa kepada penyedia layanan;

3. Masukan rekomendasi dalam pembahasan Rembuk *Stunting* Kecamatan, Musrenbang Kecamatan, Lokakarya Lintas Sektor Puskesmas, serta konsolidasi di tingkat antar Desa lainnya;
4. Peningkatan kinerja pemantauan bulanan; dan
5. Bahan sosialisasi dan penggalangan dukungan partisipasi masyarakat.

E. Musyawarah Pertanggungjawaban

Secara khusus hasil dari pemantauan bulanan disampaikan dalam laporan akhir pelaksanaan kegiatan yang disampaikan kepada Kepala Desa dan Badan Permusyawaratan Desa (BPD) dalam Musyawarah Desa yang diselenggarakan pada bulan Desember setiap tahun. Pelaporan ini juga dapat dilakukan terintegrasi dengan pelaksanaan Musyawarah Desa Pertanggungjawaban Pembangunan Desa yang dilakukan 2 kali dalam setahun, yakni pada setiap bulan Juni dan Desember.

Dalam pelaksanaan musyawarah ini juga disampaikan capaian hasil pemantauan terhadap 5 paket layanan pencegahan *stunting* serta korelasinya terhadap perkembangan angka *stunting* di Desa.

F. Pelaporan

Pelaporan hasil konvergensi pencegahan *stunting* dilakukan pada setiap akhir tahun atau awal tahun berikutnya. Ada beberapa hal yang akan dilaporkan Desa yaitu:

1. Keberadaan sasaran 1.000 HPK dalam periode satu tahun.
 - a. Total ibu hamil;
 - b. Jumlah ibu hamil KEK atau Risti;
 - c. Total anak 0-23 bulan;
 - d. Jumlah anak 0-23 bulan terindikasi *stunting* (pengukuran dengan tikar pertumbuhan);
 - e. Jumlah anak 0-23 bulan beresiko *stunting* (pengukuran dengan tikar pertumbuhan); dan
 - f. Jumlah anak 0-23 bulan tidak *stunting* (pengukuran dengan tikar pertumbuhan).
2. Tingkat konvergensi 1000 HPK dalam penerimaan paket layanan selama setahun.
3. Hasil Pengukuran Tikar Pertumbuhan.
4. Jumlah dana dari APBDes untuk kegiatan pencegahan *stunting*.

Adapun format pelaporan hasil pemantauan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa kepada sasaran rumah tangga 1.000 HPK berpedoman pada Buku Pendataan dan Pemantauan Layanan Bagi Sasaran Rumah Tangga 1.000 HPK. Data yang sudah tercatat dalam formulir pengukuran dan pemantauan (Form Pemantauan Bulanan) serta hasil analisa dalam formulir rekap 3bulan disampaikan kepada kepala Desa sebagai bahan laporan dan ditembuskan kepada pihak lain yang relevan.

Data formulir dan hasil analisa perlu dibuatkan atau dituliskan kembali dalam format yang sederhana dan cukup informatif untuk selanjutnya disebarkan atau dipasang di papan-papan informasi sehingga dapat dibaca dan diketahui oleh masyarakat berbagai pihak.

BAB VI

FASILITASI PENGAWASAN PENCEGAHAN *STUNTING*

A. Keterbukaan Informasi

Dalam panduan ini keterbukaan informasi *stunting* adalah upaya Desa dalam memperoleh dan mempublikasikan data konvergensi pencegahan *stunting* berbasis Desa. Data diperoleh melalui serangkaian kegiatan identifikasi, perencanaan dan data hasil pengukuran terhadap bayi usia $0 < 2$ tahun.

Hasil pengukuran serta publikasi angka *stunting* digunakan untuk memperkuat komitmen pemerintah Desa dan masyarakat dalam gerakan bersama pencegahan *stunting*.

Tujuan pengukuran dan publikasi angka *stunting* adalah:

1. Mengetahui status gizi anak sesuai umur, sehingga Kader Posyandu dapat
 - a. Memantau kemajuan pada tingkat individu.
 - b. Mengembangkan program/kegiatan yang sesuai untuk peningkatan kesadaran dan partisipasi keluarga, pengasuh, dan masyarakat untuk menjaga pertumbuhan anak balita yang optimal.
 - c. Menyediakan upaya tindak lanjut terintegrasi dan konseling dalam rangka komunikasi perubahan perilaku.
2. Mengukur prevalensi *stunting* di tingkat Desa, yang dilaporkan secara berjenjang mulai dari posyandu ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota sebagai bahan untuk:
 - a. Peningkatan efektivitas penentuan target layanan dan pengalokasian sumber daya.
 - b. Pemecahan masalah dan memantau proses perencanaan di level Desa hingga kabupaten/kota.
 - c. Advokasi kepada unit-unit terkait di pemerintah daerah untuk integrasi program.

B. Rembuk Pengawasan

Rembuk pengawasan dalam konvergensi pencegahan *stunting* di Desa sangat penting dilakukan dalam rangka pengendalian atas efektivitas setiap proses kegiatan dalam pencapaian tujuan yang diharapkan.

Rembuk pengawasan dalam konvergensi pencegahan *stunting* di Desa adalah untuk:

1. Memastikan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan.
2. Menjaga agar kualitas dari setiap kegiatan yang dilaksanakan telah sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.
3. Memastikan seluruh pelaku pencegahan *stunting* telah melakukan kewajiban dan tanggung jawabnya sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.
4. Mendapatkan penilaian terhadap hasil pelaksanaan program.
5. Mengelola pengaduan dan penyelesaian masalah.
6. Menyusun laporan hasil pelaksanaan kegiatan.
7. Menyusun rencana tindak lanjut pelestarian dan pemanfaatan hasil kegiatan.

Rembuk Pengawasan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa dilakukan sekurang-kurangnya 1 kali setiap triwulan, dengan melakukan pembahasan sebagai berikut :

1. Efektivitas pengukuran
Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan di Posyandu dilakukan rutin setiap tiga bulan sekali oleh kader kesehatan atau kader pembangunan manusia terlatih dan divalidasi oleh Bidan Desa. Hal tersebut merupakan pilihan yang paling optimal dan menjamin ketersediaan data rutin.
2. Pelaksanaan pengukuran
Sesuai pedoman tata laksana pengukuran yang telah ditentukan. Untuk meningkatkan kualitas data yang diperoleh dapat dibentuk operator atau tim kendali mutu harus dilatih secara komprehensif, berkala dan berjenjang.
Hasil pengukuran tinggi badan dengan Tika Pertumbuhan di Posyandu menjadi informasi awal situasi *stunting* di Desa.
3. Pengelolaan data
Pasca pengukuran *stunting*, perlu dilakukan penyampaian informasi yang memuat hasil pengukuran *stunting* 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.
4. Pemanfaatan data hasil pengukuran
Data hasil pengukuran digunakan untuk menghasilkan analisis sebagai berikut:
 - a. Menilai kemajuan pada tingkat individu; untuk menunjukkan bahwa seorang anak sedang tumbuh dan berkembang secara normal atau bermasalah atau berisiko sehingga harus segera dinilai ulang.
 - b. Menilai kemajuan pada tingkat keluarga; untuk menunjukkan pola persoalan kesehatan di tingkat keluarga yang berkontribusi pada kejadian *stunting*.
 - c. Menilai kemajuan pada tingkat RT/RW/Kelurahan/Desa; untuk menunjukkan kemajuan masalah kesehatan prioritas yang dihadapi oleh masing-masing RT/RW/Kelurahan/Desa dan untuk menentukan RT/RW/Kelurahan/Desa mana yang memerlukan perhatian khusus. Penentuan ini dapat dilakukan berdasarkan indikator status gizi.

5. Diseminasi dan publikasi hasil pengukuran
Hasil analisis data selanjutnya digunakan untuk diseminasi dan publikasi hasil pengukuran. Berbagai saluran penyebaran informasi yang tersedia di Desa dapat dimanfaatkan untuk diseminasi dan publikasi hasil pengukuran angka *stunting* tersebut.

C. Usulan Perbaikan

Dari hasil rembuk pengawasan melalui pertemuan Rumah Desa Sehat, maka dirumuskan usulan-usulan perbaikan yang ditujukan kepada:

1. Pelaksana pengukuran *stunting*
Rekomendasi dalam pelaksanaan pengukuran, misalnya: keterampilan kader, kesediaan ibu/orangtua sasaran, prosentase cakupan sasaran yang diukur, dan sebagainya.
2. Penyedia layanan konvergensi
Rekomendasi yang diberikan pada penyedia 5 paket layanan pencegahan *stunting*, jika dari hasil rembuk pengawasan diketahui terdapat sasaran yang tidak mendapat layanan secara lengkap.
3. Pemerintah Desa
Rekomendasi disampaikan berupa usulan perbaikan untuk meningkatkan dan menjaga pemenuhan ketersediaan layanan secara berkualitas di Desa.
4. Pemerintah Kabupaten
Rekomendasi yang disampaikan berupa usulan perbaikan untuk menjaga mutu layanan dari tenaga kesehatan atau layanan intervensi spesifik yang menjadi kewenangan pemerintah kabupaten.

D. Pelaporan/Penyampaian Rekomendasi

Pelaporan masalah pada tahap ini merupakan tindak lanjut dari rembuk pengawasan dalam pelaksanaan kegiatan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa, termasuk usulan-usulan perbaikan yang ditujukan kepada penyedia layanan di tingkat Desa serta Unit pelaksana teknis (UPT) dan OPD terkait di tingkat kabupaten.

Selain sebagai bentuk akuntabilitas, tujuan pelaporan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa bagi setiap pemangku kepentingan terkait adalah sebagai berikut:

1. Bagi OPD Kabupaten, pelaporan dapat menjadi dasar pertimbangan pengambilan kebijakan dalam memberikan dukungan layanan konvergensi pencegahan *stunting* baik dalam menjamin ketersediaan tenaga kesehatan, Kader terlatih, Guru PAUD terlatih atau layanan intervensi spesifik lainnya.
2. Bagi OPD/Camat, pelaporan dapat menjadi dasar pertimbangan atas kinerja Desa serta bahan penilaian dan evaluasi untuk pengambilan kebijakan berikutnya melalui penghargaan, penindakan, maupun pengembangan atas apa yang telah dicapai;
3. Bagi Kades, pelaporan dapat menjadi gambaran atas kinerja konvergensi pencegahan *stunting* yang telah dicapai di Desanya, serta bahan evaluasi untuk pengambilan kebijakan perbaikan dan peningkatan ke depan;
4. Bagi para Kader Desa, pelaporan dapat menjadi gambaran atas kinerja konvergensi pencegahan *stunting* yang telah mereka capai serta pembelajaran untuk evaluasi perbaikan kinerjanya ke depan;

5. Bagi Fasilitator pendamping program masuk Desa, pelaporan menjadi dasar pertimbangan atas kinerja Desa serta bahan evaluasi atas peningkatan kinerja pendampingan berikutnya; dan
6. Bagi kelompok sasaran dan masyarakat umum, pelaporan sebagai bentuk pertanggungjawaban publik untuk membangun kontrol sosial dan bahan dukungan kontribusi masyarakat untuk peningkatan kinerja Desa berikutnya.

**BERITA ACARA
REMBUK STUNTING DESA
PRA MUSYAWARAH DESA**

Dalam rangka kegiatan Pra Musyawarah Desa/Rembuk Stunting tingkat Desa
Kecamatan Kabupaten Sumedang, maka pada :

Hari/tanggal : / 2020

Waktu : WIB s.d Selesai

Tempat :

Telah dilaksanakan musyawarah rembuk stunting tingkat Desa yang dihadiri oleh unsur-unsur dari RDS (Rumah Desa Sehat), wakil-wakil masyarakat, dan unsur lain seperti terlampir dalam daftar hadir.

Materi yang dibahas dalam pra musyawarah desa/rembuk stunting tingkat Desa serta yang bertindak selaku unsure pimpinan dan narasumber adalah :

A. MATERI / TOPIK :

1. Pembahasan usulan program/kegiatan intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitive.
2. Pembahasan dan penyepakatan prioritas usulan program/kegiatan intervensi gizi spesifik dan sensitive untuk mencegah dan/atau menangani masalah stunting di desa.
3. Hasil Rembug Stunting dituangkan dalam berita acara dan ditandatangani oleh perwakilan RDS, tokoh masyarakat desa, tokoh agama/adat dan pemerintah desa.

B. UNSUR PIMPINAN MUSYAWARAH DAN NARASUMBER

Pimpinan Rembuk	:	.....	dari
Notulen	:	.....	dari
Narasumber	:	.....	dari
		.....	dari
		.....	dari
		.....	dari

C. KEPUTUSAN DAN KESEPAKATAN MUSAYAWARAH DESA

Berdasarkan hasil pembahasan Rembuk Stunting tingkat Desa yang menjadi hasil kesepakatannya, yaitu :

1. Usulan-usulan prioritas susulan program/kegiatan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif yang disusun dari hasil diskusi di RDS :

[illegible]

2. Kesepakatan Priorita susulan program/kegiatan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif :

[illegible]

3. Berita acara hasil Rembuk Sunting tingkat Desa ini disampaikan oleh perwakilan RDS kepada Kepala Desa dan BPD sebagai usulan masyarakat dalam penyusunan dokumen Perencanaan Pembangunan Desa (RPJMDesa dan/atau RKPDesa).

4.
.....
.....
.....

Demikian Berita Acara ini dibuat dan disahkan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., September 2020

NO	NAMA	JABATAN	TANDATANGAN
1		PENGURUS RDS	
2		WAKIL MASYARAKAT	
3		WAKIL MASYARAKAT	
4		WAKIL MASYARAKAT	
5		WAKIL MASYARAKAT	

Mengetahui :

KEPALA DESA,

KETUA BPD,

.....

.....

DAFTAR HADIR

PESERTA REMBUK STUNTING TINGKAT DESA

Hari/Tanggal :

Waktu :

Tempat :

[illegible]

NOTULENSI KEGIATAN REMBUK STUNTING TINGKAT DESA

Hari/Tanggal :

Waktu :

Tempat :

1. AGENDA ACARA

.....

.....

.....

.....

2. ACARA POKOK/ MUSYAWARAH REMBUK

[illegible]

3. TANYA JAWAB/DISKUSI

.....

.....

.....

.....

4. KESIMPULAN/KESEPAKATAN MUSYAWARAH

.....

.....

.....

.....

....., September 2020
Notulensi,

.....