



SALINAN

**BUPATI ROKAN HULU
PROVINSI RIAU**

**PERATURAN BUPATI ROKAN HULU
NOMOR 2 TAHUN 2021**

TENTANG

**PERAN DESA DALAM KONVERGENSI PENCEGAHAN STUNTING
TERINTEGRASI**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI ROKAN HULU,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka percepatan perbaikan gizi sesuai ketentuan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, perlu adanya intervensi terpadu dengan pendekatan multi sektor melalui konvergensi stunting terintegrasi Peran Desa.
- b. bahwa intervensi terpadu dengan pendekatan multi sektor salah satunya meningkatkan peran Desa sehingga perlu diatur dalam suatu Peraturan Bupati.
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagai-mana dimaksud huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peran Desa Dalam Konvergensi Pencegahan Stunting Terintegrasi.
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Pelalawan, Kabupaten Rokan Hulu, Kabupaten Rokan Hilir, Kabupaten Siak, Kabupaten Karimun, Kabupaten Kuantan Singingi dan Kota Batam (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 181, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3902) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2008 tentang Perubahan Ketiga atas Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 1999 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 107, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4880);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82,

- Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
5. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 7 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5495);
 6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5539) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2014 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6321);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2014 tentang Alokasi Dana Desa yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 168, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5558) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2014 tentang Dana Desa yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 57);
 9. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 100);
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan Dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013, Nomor 1318);
 11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 44 Tahun 2016 tentang Kewenangan Desa (Berita Negara Republik

Indonesia Tahun 2016, Nomor 1037);

12. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 61/PMK.07/2019 tentang Pedoman Penggunaan Transper ke Daerah dan Dana Desa untuk Mendukung Pelaksanaan Kegiatan Intervensi Pencegahan Stunting Terintegrasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 530);
13. Peraturan Daerah Kabupaten Rokan Hulu Nomor 3 Tahun 2016 tentang Desa (Lembaran Daerah Kabupaten Rokan Hulu Tahun 2016 Nomor 3);
14. Peraturan Bupati Rokan Hulu Nomor 60 Tahun 2020 tentang Daftar Kewenangan Desa Berdasarkan Hak Asal Usul dan Kewenangan Lokal Berskala Desa di Kabupaten Rokan Hulu;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG PERAN DESA DALAM KONVERGENSI PENCEGAHAN STUNTING TERINTEGRASI**

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Rokan Hulu.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Rokan Hulu.
3. Bupati adalah Bupati Rokan Hulu.
4. Desa adalah desa dan desa adat atau yang disebut dengan nama lain, selanjutnya disebut Desa, adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan, kepentingan masyarakat setempat berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal usul, dan/atau hak tradisional yang diakui dan dihormati dalam sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia.
5. Pemerintahan Desa adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat dalam sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia.
6. Pemerintah Desa adalah Kepala Desa atau yang disebut dengan nama lain dibantu perangkat Desa sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Desa.
7. Musyawarah Perencanaan Pembangunan Desa yang selanjutnya disingkat Musrenbangdes adalah musyawarah antara Badan Permusyawaratan Desa, Pemerintahan Desa, dan unsur masyarakat yang diselenggarakan oleh Pemerintahan Desa untuk menetapkan prioritas, program, kegiatan, dan kebutuhan Pembangunan Desa yang didanai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa, swadaya masyarakat Desa, dan/atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten.
8. Kewenangan Desa adalah kewenangan yang dimiliki Desa meliputi kewenangan berdasarkan hak asal-usul, kewenangan lokal berskala Desa, kewenangan yang ditugaskan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, atau Pemerintah Daerah Kabupaten serta kewenangan lain yang ditugaskan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, atau Pemerintah Daerah Kabupaten sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

9. Kepala Desa adalah pejabat Pemerintah Desa yang mempunyai wewenang, tugas dan kewajiban untuk menyelenggarakan rumah tangga Desanya dan melaksanakan tugas dari Pemerintah dan Pemerintah Daerah.
10. Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan.
11. Hari Pertama Kehidupan yang selanjutnya disingkat HPK adalah masa sejak anak dalam kandungan sampai seorang anak berusia dua tahun.
12. Intervensi gizi spesifik adalah kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya stunting seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan.
13. Intervensi gizi sensitif adalah kegiatan tidak langsung untuk mengatasi stunting yang mencakup peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi, peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan, peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak serta peningkatan akses pangan bergizi.
14. Kader Pembangunan Manusia yang selanjutnya disingkat KPM adalah warga masyarakat Desa yang dipilih melalui musyawarah Desa untuk bekerja membantu pemerintah Desa dalam memfasilitasi masyarakat Desa dalam merencanakan, melaksanakan dan mengawasi pembangunan sumberdaya manusia di Desa.
15. Rumah Desa Sehat yang selanjutnya disingkat RDS adalah sekretariat bersama bagi para pegiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku pembangunan Desa di bidang kesehatan, yang berfungsi sebagai ruang literasi kesehatan, pusat penyebaran informasi kesehatan dan forum advokasi kebijakan di bidang kesehatan.
16. Rembuk Stunting adalah forum musyawarah antara masyarakat Desa dengan Pemerintah Desa dan Badan Permusyawaratan Desa untuk membahas pencegahan dan penanganan masalah kesehatan di Desa, khususnya stunting dengan mendayagunakan sumber daya pembangunan yang ada di Desa.
17. Konvergensi Pencegahan Stunting adalah sebuah pendekatan intervensi yang dilakukan secara terkoordinir, terpadu, dan bersama-sama kepada target sasaran wilayah geografis dan rumah tangga prioritas untuk mencegah stunting.
18. Laporan Konvergensi Desa adalah laporan konvergensi pencegahan stunting terhadap sasaran rumah tangga 1.000 Hari Pertama Kehidupan.

Pasal 2

Maksud ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah untuk :

- a. sebagai pedoman fasilitasi konvergensi pencegahan stunting di Desa yang partisipatif, terpadu, sinergis, dan bertumpu pada pemanfaatan sumber daya 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.
- d. memberikan pedoman bagi Desa dalam merencanakan dan mengalokasikan Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa untuk melaksanakan kegiatan intervensi pencegahan stunting di tingkat Desa.

Pasal 3

Tujuan ditetapkan Peraturan Bupati ini adalah untuk :

- a. rujukan bagi desa dalam merencanakan dan melaksanakan kegiatan sebagai upaya pencegahan stunting;
- b. penguatan komitmen Kepala Desa, anggota Badan Permusyawaratan Desa dan masyarakat untuk mengutamakan pencegahan stunting sebagai salah satu arah kebijakan perencanaan pembangunan Desa;
- c. penguatan penyelenggaraan pembangunan Desa secara demokratis dan berkeadilan sosial agar kader Desa dan sasaran keluarga HPK mampu untuk berpartisipasi dalam pembangunan Desa;
- d. mendorong dan memfasilitasi kegiatan-kegiatan pencegahan stunting sebagai bagian dari kegiatan pembangunan Desa yang diprioritaskan untuk dibiayai dengan anggaran Desa khususnya Dana Desa;
- e. memfasilitasi Pemerintah Desa, Badan Permusyawaratan Desa dan masyarakat untuk mampu menyelenggarakan konvergensi pencegahan stunting secara partisipatif, transparan dan akuntabel;
- f. memfasilitasi keterpaduan perencanaan pembangunan Desa dengan perencanaan pembangunan kawasan perdesaan dan/atau perencanaan pembangunan daerah yang mengutamakan pencegahan stunting; dan
- g. memfasilitasi konsolidasi sumberdaya yang ada di Desa dengan sumberdaya dari Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan/ atau Pemerintah Daerah serta pihak ketiga seperti Lembaga Swadaya Masyarakat, organisasi massa, perguruan tinggi, media massa, dan swasta untuk dimanfaatkan dalam konvergensi pencegahan stunting.

Pasal 4

Sasaran Konvergensi Pencegahan stunting di Desa adalah :

- a. ibu hamil dan anak usia 0 – 23 bulan atau rumah tangga 1000 HPK; dan
- b. anak usia 24 – 59 bulan, wanita usia subur dan remaja putri.

BAB II

KEWENANGAN DESA DALAM PENCEGAHAN STUNTING

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 5

- (1) Desa memiliki kewenangan dalam upaya pencegahan dan penurunan stunting terintegrasi di tingkat Desa;
- (2) Upaya pencegahan dan penurunan stunting terintegrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui Konvergensi Pencegahan Stunting, termasuk pengalokasian anggaran dalam APB Desa.
- (3) Pemerintah Desa dalam upaya pencegahan dan penurunan Stunting di Desa mempunyai kewajiban :
 - a. melakukan sinkronisasi dalam perencanaan dan penganggaran program dan kegiatan pembangunan desa untuk mendukung pencegahan Stunting;
 - b. memastikan setiap sasaran prioritas menerima dan memanfaatkan paket layanan intervensi gizi prioritas;
 - c. memperkuat pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kepada seluruh sasaran prioritas serta mengoordinasikan pendataan sasaran dan pemutakhiran data secara rutin.

Bagian Kedua
Perencanaan
Pasal 6

- (1) Perencanaan konvergensi pencegahan stunting di Desa dirumuskan sebagai bagian dari perencanaan pembangunan jangka menengah Desa yang terintegrasi dengan arah kebijakan perencanaan pembangunan daerah.
- (2) Dalam hal pemerintah Desa tidak memprioritaskan stunting, Kepala Desa harus mengkaji ulang visi misi yang terjabarkan dalam arah kebijakan perencanaan pembangunan Desa sebagaimana tertuang dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa.

Pasal 7

- (1) Perencanaan program/kegiatan pencegahan stunting di Desa didanai dengan sumber keuangan Desa yang diprioritaskan bersumber dari Dana Desa.
- (2) Tahapan perencanaan pencegahan stunting terdiri atas :
 - a. pemetaan sosial;
 - b. diskusi kelompok terarah di desa;
 - c. diskusi kelompok terarah antar desa;
 - d. Rembuk stunting tingkat desa;
 - e. kampanye stunting; dan
 - f. advokasi pencegahan stunting di desa.

Pasal 8

- (1) Pemetaan sosial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf a merupakan proses di tingkat dusun untuk mengidentifikasi dan mendata status layanan sasaran rumah tangga HPK dan kondisi pelayanan sosial dasar di Desa.
- (2) Pemetaan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pegiat Pemberdayaan Masyarakat Desa yang tergabung dalam RDS bersama KPM.
- (3) Pemetaan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan paling lambat sebelum penyelenggaraan Rembuk Stunting di Desa untuk kepentingan penyusunan Rencana Kerja Pemerintah Desa tahun berikutnya.

Pasal 9

- (1) Diskusi kelompok terarah di desa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf b merupakan pembahasan tentang beragam upaya pencegahan stunting dalam pertemuan diskusi terarah di RDS dengan berpedoman pada hasil pemetaan sosial.
- (2) Cakupan materi diskusi terarah di RDS adalah, yaitu :
 - a. analisis sederhana terhadap hasil pemetaan sosial;
 - b. menyusun daftar masalah yang diprioritaskan untuk diselesaikan;
 - c. merumuskan peluang dan potensi sumber daya untuk pemecahan masalah; dan
 - d. merumuskan alternatif kegiatan prioritas untuk mencegah dan/atau menangani masalah kesehatan di Desa.

Pasal 10

- (1) Diskusi kelompok terarah antar desa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf c diperlukan sebagai tindak lanjut pencegahan stunting dan hasil diskusi kelompok terarah di Desa.

- (2) Diskusi dapat dilaksanakan dalam Musyawarah Antar Desa yang diselenggarakan oleh Badan Kerjasama Antar Desa untuk mempercepat pencegahan stunting antar Desa.
- (3) Organisasi Perangkat Daerah dapat menjadi narasumber dalam Musyawarah Antar Desa.
- (4) Cakupan materi diskusi terarah di Musyawarah Antar Desa adalah :
 - a. analisis sederhana terhadap hasil pemetaan sosial;
 - b. menyusun daftar masalah yang diprioritaskan untuk diselesaikan;
 - c. merumuskan peluang dan potensi sumber daya untuk pemecahan masalah; dan
 - d. merumuskan alternatif kegiatan prioritas untuk mencegah dan/atau menangani masalah kesehatan di Desa.

Pasal 11

- (1) Rembuk Stunting tingkat desa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf d diselenggarakan oleh RDS yang dilaksanakan sebelum musyawarah Desa untuk penyusunan perencanaan pembangunan Desa tahun berikutnya.
- (2) Rembuk Stunting berfungsi sebagai forum musyawarah antara masyarakat desa dengan Pemerintah Desa dan BPD guna membahas pencegahan dan penanganan masalah kesehatan di Desa khususnya stunting dengan mendayagunakan sumber daya pembangunan yang ada di Desa.
- (3) Kegiatan utama dalam Rembuk Stunting di Desa terdiri dari:
 - a. pembahasan usulan program/kegiatan intervensi gizi spesifik dan sensitif yang disusun dalam diskusi kelompok terarah di RDS dan Musyawarah Antar Desa; dan
 - b. pembahasan dan penyepakatan prioritas usulan program/kegiatan intervensi gizi spesifik dan sensitif.
- (4) Kesepakatan hasil Rembuk Stunting di Desa dituangkan dalam Berita Acara yang ditandatangani oleh perwakilan RDS, masyarakat desa, dan Pemerintah Desa.

Pasal 12

- (1) Kampanye stunting sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf e merupakan kegiatan penyebarluasan informasi sebelum atau setelah Rembuk Stunting Desa melalui berbagai media lokal yang dilakukan secara berkelanjutan.
- (2) Kampanye sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat menggunakan media cetak maupun elektronik, serta dapat berupa kegiatan festival Desa tentang layanan dasar, bazaar pangan lokal, perlombaan bayi/anak sehat, dan lain-lain.

Pasal 13

Advokasi pencegahan stunting di desa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf f dilakukan melalui penyampaian berita acara tentang hasil Rembuk Stunting oleh perwakilan RDS kepada Kepala Desa dan Badan Permusyawaratan Desa sebagai usulan masyarakat dalam penyusunan dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa dan/atau Rencana Kerja Pemerintah Desa serta dokumen perencanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa.

BAB III
KONVERGENSI PENCEGAHAN STUNTING DI DESA

Bagian Kesatu

Upaya Pencegahan Stunting

Pasal 14

- (1) Upaya pencegahan stunting dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif.
- (2) Upaya pencegahan stunting dilakukan melalui intervensi gizi spesifik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah intervensi yang menyoasar penyebab langsung terjadinya stunting yang meliputi :
 - a. kecukupan asupan makanan dan gizi;
 - b. pemberian makan, perawatan dan pola asuh; dan
 - c. pengobatan infeksi/penyakit
- (3) Upaya pencegahan stunting dilakukan melalui intervensi gizi sensitif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain :
 - 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.
- (4) Upaya pencegahan stunting dilakukan melalui penyedia layanan pencegahan stunting dibagi dalam 2 (dua) kategori yakni teknis sektoral dan berbasis masyarakat.
- (5) Kategori teknis sektoral sebagaimana dimaksud pada ayat (4) adalah penyedia layanan yang bertumpu pada dukungan teknis dari pelaku sektoral dan bertanggungjawab penuh terhadap penyediaan layanan seperti Puskesmas dan Puskesmas Pembantu.
- (6) Kategori berbasis masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (4) adalah penyedia layanan yang mengkolaborasikan peran penyedia layanan teknis sektoral dengan peran aktif masyarakat selaku pelaku utama pembangunan seperti Posyandu, Pendidikan Anak Usia Dini dan Kelompok Keluarga.

Bagian Kedua

Intervensi Layanan Pencegahan Stunting

Pasal 15

- (1) Konvergensi pencegahan stunting di Desa melalui intervensi layanan pencegahan stunting dibagi dalam kelompok layanan.
- (2) Kelompok layanan pencegahan stunting sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibagi dalam 5 kelompok yaitu:
 - a. Kesehatan Ibu dan Anak;
 - b. konseling Gizi Terpadu;
 - c. air Bersih dan sanitasi;
 - d. perlindungan sosial; dan
 - e. Pendidikan Anak Usia Dini.

Bagian Ketiga
Konvergensi Pencegahan Stunting

Pasal 16

Upaya mewujudkan konvergensi pencegahan stunting di Desa mensyaratkan adanya:

- a. Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Daerah dan Pemerintah Desa mengelola pelaksanaan program/kegiatan layanan intervensi gizi spesifik dan sensitif secara terpadu dan terintegrasi sesuai dengan kewenangannya masing-masing;
- b. Pemberian 5 (lima) layanan pencegahan stunting kepada semua sasaran rumah tangga 1.000 Hari Pertama Kehidupan; dan
- c. Kepastian diterimanya 5 (lima) layanan pencegahan stunting oleh semua sasaran rumah tangga 1.000 Hari Pertama Kehidupan.

Bagian Keempat

Pelaku dan Keterpaduan Konvergensi Pencegahan Stunting

Pasal 17

- (1) 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.
- (2) Fungsi dari setiap pelaku yang terlibat dalam konvergensi pencegahan stunting di Desa maka dapat dibagi dalam 3 (tiga) kategori yaitu:
 - a. pelaku penyedia layanan antara lain Posyandu, Poskedes, PAUD, Polindes, Pustu, Puskesmas, Koordinator Pendidikan dan OPD Sektoral;
 - b. pelaku pengambil keputusan antara lain Kepala Desa, BPD, BKAD dan Camat; dan
 - c. pelaku pelaksana kegiatan antara lain :
 1. Pendamping Desa atau Fasilitator Program lainnya;
 2. Penilik/Pengawas Sekolah, Ahli Gizi, Akademisi, LSM, Media, Posyandu dan PKG PAUD; dan
 3. Perangkat Desa, Pokja dan Kader Posyandu, Pengelola dan Pendidik PAUD, Pendamping Lokal Desa, Karang Taruna, Kelompok Keagamaan, Kelompok Perempuan, KPM, Kelompok Perempuan dan Tim Penggerak PKK Desa.
- (3) Konvergensi pencegahan stunting di Desa dilaksanakan secara terpadu.
- (4) Keterpaduan konvergensi pencegahan stunting di Desa sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mensyaratkan hal-hal sebagai berikut :
 - a. keterpaduan Indikator Pemantauan Layanan;
 - b. keterpaduan Data;
 - c. terintegrasi dalam Sistem Perencanaan Pembangunan dan Anggaran Desa;
 - d. terintegrasi dengan Program Masuk Desa;
 - e. keterpaduan Kelompok Peduli Stunting; dan
 - f. swakelola Oleh Penyedia Layanan di Desa.

BAB IV
FASILITASI SOSIALISASI DAN PENGORGANISASIAN

Bagian Kesatu

Sosialisasi

Pasal 18

- (1) Sosialisasi merupakan kegiatan penyebaran informasi konvergensi pencegahan stunting di Desa berfungsi untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran kepala Desa, Badan Permusyawaratan Desa, dan masyarakat Desa.
- (2) Sosialisasi ini dilakukan melalui pendekatan dan penggunaan media yang disesuaikan dengan kondisi obyektif yang ada di Desa, dan dapat dilakukan secara informal maupun formal.
- (3) Pelaksanaan sosialisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menjadi bagian tanggung jawab setiap pelaku konvergensi pencegahan stunting di Desa.

Bagian Kedua

Pengorganisasian

Pasal 19

- (1) Pengorganisasian dalam rangka konvergensi pencegahan stunting dilakukan melalui pengembangan RDS.
- (2) Pengorganisasian sebagaimana dimaksud ayat (1) difasilitasi oleh PD dan/atau PLD, Fasilitator Program lainnya dibantu oleh Kader Pembangunan Manusia (KPM).
- (3) Pengorganisasian sebagaimana dimaksud ayat (1) dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :
 - a. pemetaan kondisi penyedia layanan dan pelaku konvergensi pencegahan stunting;
 - b. pembangunan dinamika kelompok; dan
 - c. konvergensi pencegahan stunting melalui RDS.

BAB V

**FASILITASI PERENCANAAN, PELAKSANAAN DAN PENGAWASAN
PENCEGAHAN STUNTING**

Bagian Kesatu

Fasilitasi Perencanaan Pencegahan Stunting

Pasal 20

- (1) Perencanaan program/kegiatan pencegahan stunting di Desa sebagai bagian dari tata kelola pembangunan Desa dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tentang Desa.
- (2) Tahapan perencanaan pencegahan stunting sebagaimana di maksud pada ayat (1) dilakukan dengan langkah-langkah :
 - a. tahap pemetaan sosial (pendataan);
 - b. tahap fasilitasi diskusi kelompok terarah di Desa;
 - c. tahap fasilitasi diskusi kelompok terarah di antar Desa;
 - d. tahap rembuk stunting tingkat Desa;
 - e. kampanye stunting; dan
 - f. tahap advokasi pencegahan stunting di Desa.

Bagian Kedua
Fasilitasi Pelaksanaan Pencegahan Stunting

Pasal 21

- (1) 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.
- (2) Rencana kerja pelaksanaan pembangunan Desa harus memuat rencana 5 (lima) paket layanan pencegahan stunting.
- (3) Fasilitasi Pelaksanaan Pencegahan Stunting di Desa dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut :
 - a. pembagian peran pelaku;
 - b. Pemantauan konvergensi pencegahan stunting di Desa;
 - c. rapat evaluasi 3 (tiga) bulanan;
 - d. musyawarah pertanggungjawaban;
 - e. pelaporan hasil konvergensi pencegahan stunting.

Bagian Kedua
Fasilitasi Pengawasan Pencegahan Stunting

Pasal 22

Pengawasan Pencegahan Stunting penting dilakukan untuk :

- a. Memastikan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan.
- b. Menjaga agar kualitas dari setiap kegiatan yang dilaksanakan telah sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.
- c. Memastikan seluruh pelaku pencegahan stunting telah melakukan kewajiban dan tanggung jawabnya sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.
- d. Mendapatkan penilaian terhadap hasil pelaksanaan program.
- e. Mengelola pengaduan dan penyelesaian masalah.
- f. Menyusun laporan hasil pelaksanaan kegiatan.
- g. Menyusun rencana tindak lanjut pelestarian dan pemanfaatan hasil kegiatan.

Pasal 23

Penjelasan lebih rinci tentang Fasilitasi Pencegahan Stunting di Desa tercantum dalam Lampiran 1 dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VI

KADER PEMBANGUNAN MANUSIA

Bagian Kesatu
Definisi, Kriteria dan Tugas KPM

Pasal 24

KPM adalah warga masyarakat Desa yang dipilih melalui musyawarah Desa untuk bekerja membantu pemerintah Desa dalam memfasilitasi masyarakat Desa dalam merencanakan, melaksanakan dan mengawasi pembangunan sumberdaya manusia di Desa.

Pasal 25

Kriteria KPM adalah sebagai berikut :

- a. berasal dari warga masyarakat Desa setempat;
- b. berpengalaman sebagai kader masyarakat diutamakan bidang pembangunan manusia seperti Kader Posyandu, Guru PAUD, dan kader kesehatan lainnya;
- c. memiliki kemampuan komunikasi yang baik, khususnya dapat berbahasa daerah setempat;
- d. pendidikan minimal SLTP.

Pasal 26

Tugas KPM meliputi :

- a. mensosialisasikan kebijakan konvergensi pencegahan stunting di Desa kepada masyarakat di Desa, termasuk memperkenalkan tika pertumbuhan untuk pengukuran panjang/tinggi badan baduta sebagai alat deteksi dini stunting;
- b. mendata sasaran rumah tangga 1.000 HPK;
- c. memantau layanan pencegahan stunting terhadap sasaran rumah tangga 1.000 HPK untuk memastikan setiap sasaran pencegahan stunting mendapatkan layanan yang berkualitas;
- d. memfasilitasi dan mengadvokasi peningkatan belanja APBDDes utamanya yang bersumber dari Dana Desa, untuk digunakan membiayai kegiatan pencegahan stunting berupa layanan intervensi gizi spesifik dan sensitive;
- e. memfasilitasi suami ibu hamil dan bapak dari anak usia 0-23 bulan untuk mengikuti kegiatan konseling gizi serta kesehatan ibu dan anak;
- f. memfasilitasi masyarakat Desa untuk berpartisipasi aktif dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan program/kegiatan pembangunan Desa untuk pemenuhan layanan gizi spesifik dan sensitif;
- g. melaksanakan koordinasi dan/atau kerjasama dengan para pihak yang berperan serta dalam pelayanan pencegahan stunting, seperti bidan Desa, petugas puskesmas (ahli gizi, sanitarian), guru PAUD dan/atau perangkat Desa.

Bagian Kedua

Prosedur Kerja, Hubungan Kerja dan Rekrutmen KPM

Pasal 27

- (1) KPM bekerja memfasilitasi pencegahan stunting di Desa yang mencakup tahapan sebagai berikut :
 - a. pemetaan sosial;
 - b. fasilitasi diskusi kelompok terarah di Desa;
 - c. fasilitasi diskusi kelompok terarah di antar Desa;
 - d. rembuk stunting tingkat Desa;
 - e. advokasi pencegahan stunting di Desa;
 - f. pelaksanaan kegiatan konvergensi pencegahan stunting; dan
 - g. monitoring pelaksanaan 5 (lima) paket layanan pencegahan stunting.
- (2) Dalam hal pencegahan stunting di Desa, KPM harus selalu berkoordinasi dengan Pemerintahan Desa, unit penyedia layanan kesehatan dan pendidikan serta berbagai kelompok masyarakat di Desa yang peduli dengan upaya pencegahan stunting.
- (3) Mekanisme rekrutmen KPM mengikuti ketentuan sebagai berikut :
 - a. pendataan kader masyarakat Desa yang diutamakan kader di bidang pembangunan manusia seperti: Kader Posyandu, Guru PAUD, kader kesehatan dan pegiat pemberdayaan Desa lainnya;
 - b. jumlah KPM sebanyak 1 (satu) orang per-Desa;

- c. KPM dipilih melalui rapat kerja di Desa yang dipimpin oleh Kepala Desa dan dihadiri oleh perwakilan Dusun/RT/RW, perwakilan unit layanan kesehatan, perwakilan unit layanan pendidikan, dan perwakilan kelompok masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan dan/atau pendidikan;
- d. rapat kerja dimaksud dilakukan secara demokratis dan hasilnya dipublikasikan secara luas kepada masyarakat; dan
- e. KPM ditetapkan dengan Keputusan Kepala Desa.

Bagian Ketiga
Dukungan Operasional dan Peningkatan Kapasitas KPM

Pasal 28

- (1) KPM dalam menjalankan tugasnya mendapatkan insentif untuk operasional berupa biaya pemantauan dan pengisian scorecards konvergensi Desa.
- (2) Jumlah insentif KPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan berdasarkan Peraturan Bupati.
- (3) Sumber dana operasional KPM adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa dan/atau sumber pendanaan lainnya yang sah.

Pasal 29

- (1) Setiap KPM berhak mendapatkan fasilitas pengembangan kapasitas berupa pelatihan dasar dan beragam kegiatan pembelajaran.
- (2) Pelatihan Dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan sebelum KPM menjalankan tugas.
- (3) Sumber pembiayaan kegiatan pelatihan maupun pembelajaran bagi KPM adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa, dan sumber pendapatan yang sah.
- (4) Materi pelatihan dasar bagi KPM mencakup 4 (empat) pokok bahasan sebagai berikut :
 - a. Kebijakan konvergensi pencegahan stunting di Desa.
 - b. Pemantauan dan pengisian scorecards konvergensi Desa.
 - c. Kebijakan RDS.
 - d. Peran, tugas dan cara kerja KPM.

Pasal 30

Penjelasan lebih rinci tentang KPM tercantum dalam Lampiran II dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VII

RUMAH DESA SEHAT

Bagian Kesatu

Fungsi dan pembentukan RDS

Pasal 31

- (1) RDS merupakan social riat bersama pegiat pemberdayaan masyarakat Desa dan pelaku pembangunan Desa.
- (2) Pegiat pemberdayaan masyarakat Desa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Kader Posyandu, guru PAUD, kader kesehatan, unit layanan kesehatan, unit layanan pendidikan, kader PKK, Karang Taruna, tokoh masyarakat, dan berbagai kelompok masyarakat yang peduli dalam upaya pencegahan stunting.

Pasal 32

RDS mempunyai fungsi sebagai :

- a. pusat informasi pelayanan sosial dasar di Desa khususnya bidang kesehatan;
- b. ruang literasi kesehatan di Desa.
- c. wahana komunikasi, informasi dan edukasi tentang kesehatan di Desa;
- d. forum advokasi kebijakan pembangunan Desa di bidang kesehatan; dan
- e. pusat pembentukan dan pengembangan kader pembangunan manusia.

Pasal 33

- (1) RDS berkedudukan di Desa.
- (2) RDS dibentuk berdasarkan hasil musyawarah Desa.
- (3) Agenda musyawarah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah membahas dan menyepakati anggota RDS yang berasal dari unsur pegiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku pembangunan Desa, serta pengurus harian RDS.
- (4) Pembentukan RDS ditetapkan dengan Keputusan Kepala Desa.

Bagian Kedua

Kegiatan dan Pengelolaan RDS

Pasal 34

- (1) Kegiatan-kegiatan RDS antara lain :
 - a. pusat pembelajaran masyarakat bidang kesehatan di Desa;
 - b. literasi Kesehatan;
 - c. penyebaran informasi kesehatan;
 - d. promosi kesehatan; dan
 - e. advokasi kebijakan pembangunan Desa di bidang kesehatan
- (2) Pengelolaan RDS antara lain :
 - a. sebagai sekretariat bersama;
 - b. simpul hubungan antar lembaga di Desa;
 - c. penginformasian hasil-hasil kegiatan RDS;
 - d. pertanggungjawaban Kegiatan RDS;
 - e. pelaporan hasil pelaksanaan kegiatan; dan

Pasal 35

Penjelasan lebih rinci tentang panduan RDS tercantum dalam Lampiran III dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VIII

LAPORAN KONVERGENSI PENCEGAHAN STUNTING (SCORE CARD)

Pasal 36

- (1) Pemerintah Desa wajib menyusun laporan konvergensi pencegahan stunting.
- (2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah laporan tahunan per 31 Desember yang dibuat paling lambat pada bulan Januari tahun berjalan.
- (3) Penyusunan laporan konvergensi pencegahan stunting, Pemerintah Desa dibantu oleh KPM, Kader Posyandu dan Bidan Desa dalam hal pendataan.
- (4) Formulir pendataan oleh KPM dan Kader Posyandu sebagaimana dimaksud ayat (3) terdiri :
 - a. formulir 1. pendataan kondisi layanan dan rekapitulasi status sasaran;
 - b. formulir 2a. pemantauan bulanan ibu hamil;
 - c. formulir 2b. pemantauan bulanan anak 0-2 tahun;

- d. formulir 3a. rekapitulasi hasil pemantauan 3 (tiga) bulanan bagi ibu hamil;
 - e. formulir 3b. rekapitulasi hasil pemantauan 3 (tiga) bulanan bagi anak 0-2 tahun;
 - f. Formulir bantu layanan PAUD, capaian penerimaan layanan dan layanan konvergensi Desa; dan
 - g. formulir 4 (scordcards konvergensi Desa) sasaran rumah tangga 1.000 HPK.
- (5) Penjelasan lebih rinci tentang laporan konvergensi pencegahan stunting tercantum dalam Lampiran IV dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IX PEMBIAYAAN

Pasal 37

- (1) Kegiatan konvergensi pencegahan stunting di Desa, pengelolaan KPM dan RDS dibiayai dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa dan sumber pendapatan lainnya yang sah.
- (2) Pembiayaan kegiatan konvergensi pencegahan stunting melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa diantaranya bersumber dari Dana Desa dilakukan sesuai dengan kewenangan lokal berskala desa yang ditetapkan melalui musyawarah desa.

BAB X PENDAMPINGAN, PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pendampingan dan Pembinaan

Pasal 38

- (1) Perangkat Daerah yang membidangi urusan Desa dan urusan kesehatan berkewajiban untuk melakukan pendampingan kepada pegiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku konvergensi pencegahan stunting.
- (2) Perangkat Daerah dalam mendampingi dalam KPS dibantu oleh Tenaga Ahli, Pendamping Desa, dan Pendamping Lokal Desa.
- (3) Bentuk pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain :
 - a. peningkatan kapasitas Pemerintah Desa, KPM, Kader Posyandu, Bidan Desa dan pegiat pemberdayaan masyarakat lainnya di Desa, agar mampu memfasilitasi dan mendukung kegiatan konvergensi pencegahan stunting di Desa, pengelolaan KPM dan RDS.
 - b. peningkatan kapasitas sebagaimana dimaksud huruf a dilakukan dalam bentuk fasilitasi, konsultasi, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, monitoring dan evaluasi.
- (4) Camat membina pelaksanaan kegiatan konvergensi pencegahan stunting, pengelolaan KPM dan RDS di wilayah Kecamatan masing-masing.
- (5) Bupati mendelegasikan evaluasi rancangan peraturan desa tentang APB Desa kepada Camat sebagai peluang intervensi daerah dalam pelaksanaan pencegahan dan penurunan stunting terintegrasi dalam APB Desa.
- (6) Camat berkewajiban untuk mengevaluasi penganggaran pelaksanaan pencegahan dan penurunan stunting terintegrasi dalam APB Desa.

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 39

- (1) Bupati melalui Aparat Pengawas Internal Pemerintah (APIP) kabupaten berkewajiban melakukan audit terhadap kegiatan konvergensi pencegahan stunting di Desa, pengelolaan KPM dan RDS.
- (2) Camat mengawasi kegiatan konvergensi pencegahan stunting di Desa, pengelolaan KPM dan RDS di wilayah Kecamatan masing-masing.
- (3) Camat mengawasi pelaksanaan anggaran konvergensi pencegahan stunting terintegrasi dalam APB Desa.

BAB XI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 40

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Rokan Hulu.

Ditetapkan di Pasir Pengaraian
pada tanggal 22 Januari 2021

BUPATI ROKAN HULU,

ttd

S U K I M A N

Diundangkan di Pasir
Pengaraian
pada tanggal 25 Januari 2021

**SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN ROKAN HULU,**

ttd

ABDUL HARIS

BERITA DAERAH KABUPATEN ROKAN HULU TAHUN 2021 NOMOR: 2

Salinan sesuai aslinya,
KEPALA BAGIAN HUKUM,



ERINALDI, SH
Penata Tk. I
NIP. 19840916 201001 1 008

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI ROKAN HULU
NOMOR : 2 TAHUN 2021
TENTANG
FASILITASI PENCEGAHAN STUNTING DI DESA

FASILITASI PENCEGAHAN STUNTING DI DESA
DAFTAR ISI

- BAB I PENDAHULUAN**
A. Latar Belakang
B. Maksud dan Tujuan
- BAB II KONVERGENSI PENCEGAHAN STUNTING DI DESA**
A. Pencegahan Stunting
B. Konvergensi Pencegahan Stunting
- BAB III FASILITASI SOSIALISASI DAN PENGORGANISASIAN**
A. Sosialisasi
B. Pengorganisasian
- BAB IV FASILITASI PERENCANAAN PENCEGAHAN STUNTING**
A. Perencanaan Pencegahan Stunting Bagian dari Perencanaan Pembangunan Desa
B. Tahapan Perencanaan
C. Advokasi Kewenangan Desa
- BAB V FASILITASI PELAKSANAAN PENCEGAHAN STUNTING**
A. Konvergensi Rencana Kerja Pelaksanaan Pembangunan Desa dan Daerah
B. Pembagian Peran Pelaku
C. Pemantauan Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa
D. Rapat Evaluasi 3 (Tiga) Bulanan
E. Musyawarah Pertanggungjawaban
F. Pelaporan
- BAB VI FASILITASI PENGAWASAN PENCEGAHAN STUNTING**
A. Keterbukaan Informasi
B. Rembuk Pengawasan
C. Usulan Perbaikan
D. Pelaporan/Penyampaian Rekomendasi

BAB I
PENDAHULUAN

C. 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.

D. 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 serta pihak ketiga seperti: LSM, organisasi massa, perguruan tinggi, media massa, dan swasta untuk dimanfaatkan dalam konvergensi pencegahan stunting.

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.

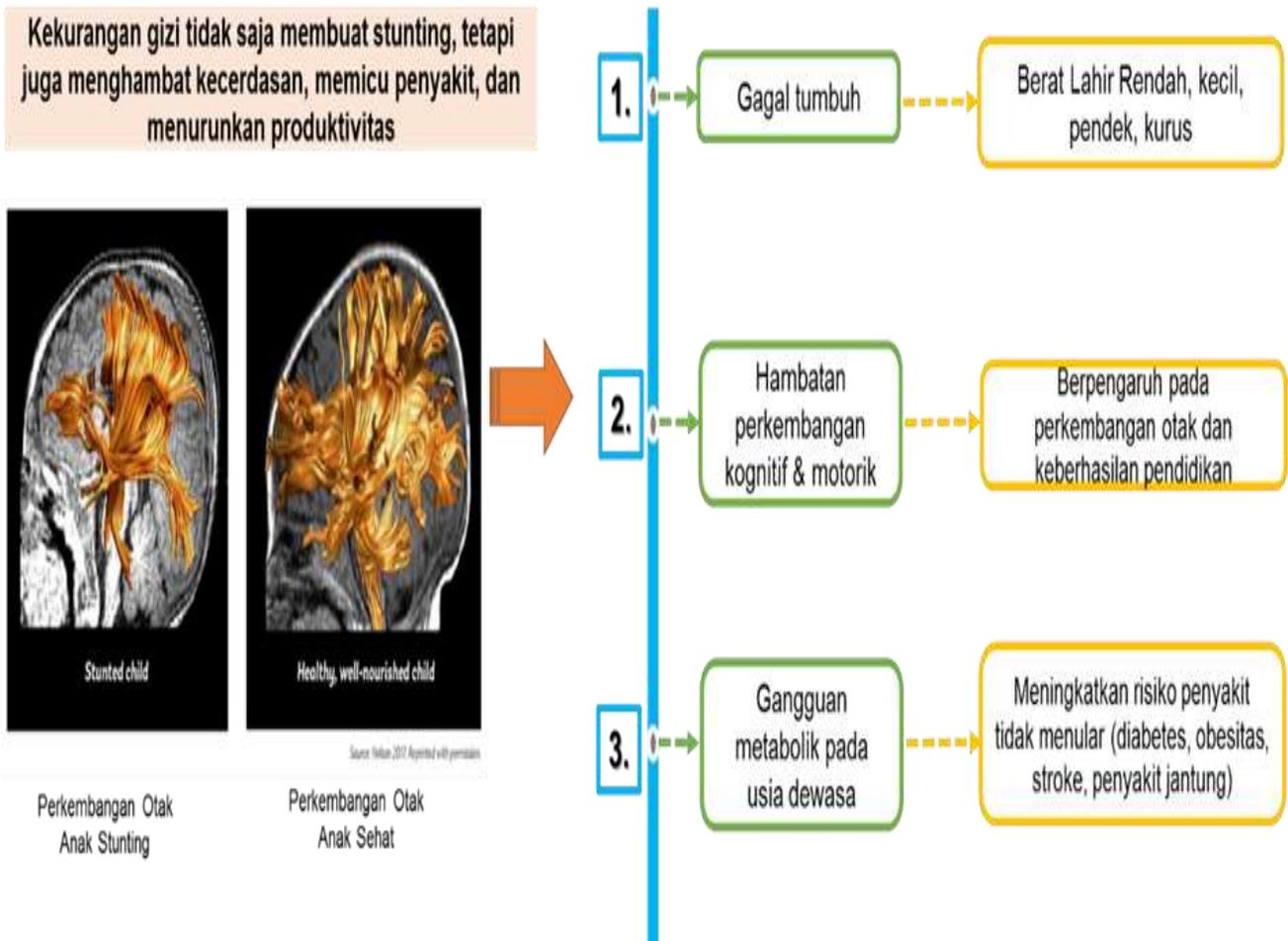
Penyebab tidak langsung masalah stunting dipengaruhi oleh berbagai faktor, meliputi pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi,

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 kroner, 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

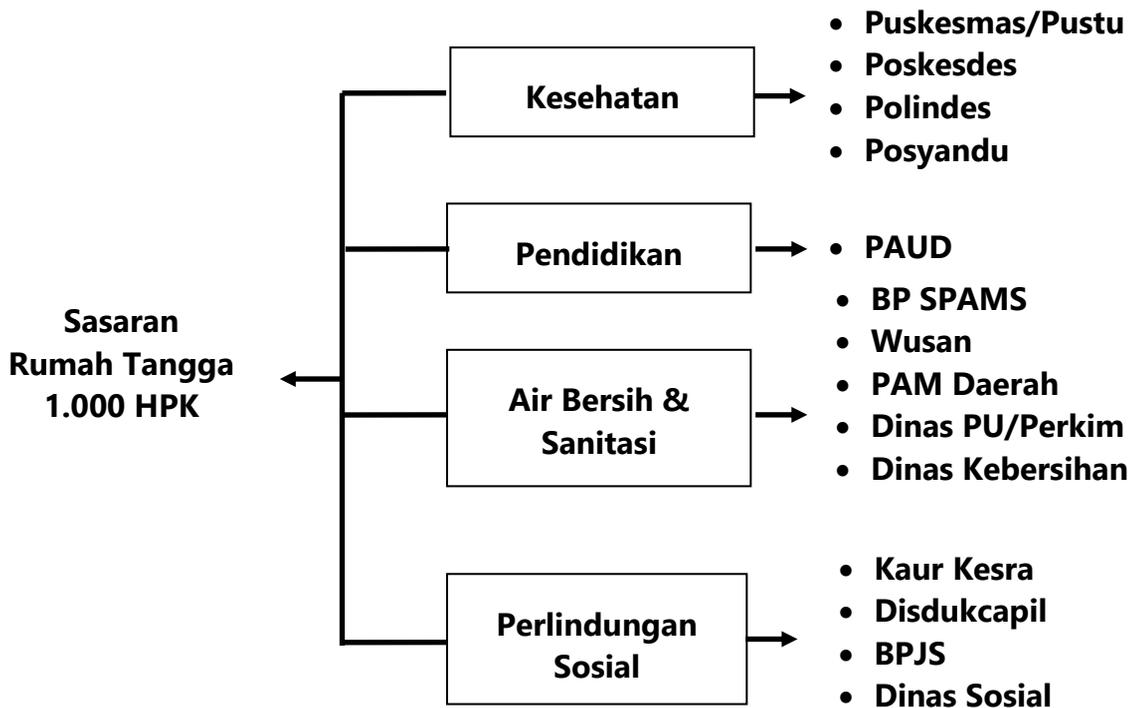
Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Prioritas Sesuai Kondisi Tertentu
Kelompok Sasaran 1.000 HPK			
Ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin/ Kurang Energi Kronik (KEK) • Suplementasi tablet tambah 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:

- Teknis Sektoral; yakni penyedia layanan yang bertumpu pada dukungan teknis dari pelaku sektoral dan bertanggungjawab penuh terhadap penyediaan layanan, contohnya Puskesmas dan Puskesmas Pembantu.
- 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 rumahtangga 1.000 HPK perlu ditingkatkan untuk:

- 1) Mendukung ibu hamil untuk mengonsumsi 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 stunting

PAKET LAYANAN	NO	INDIKATOR PEMANTAUAN
		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 databasestunting 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 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.



Gambar 3
Klasifikasi Pelaku Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa

e. Keterpaduan dalam Konvergensi Pencegahan Stunting

Keterpaduan konvergensi pencegahan stunting di Desamensyaratkan 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.

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 diswakelola 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 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 penggalian 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	- PD/PLD - KPMD - Aparat Desa	Pelaku di tingkat Desa dan antar Desa, serta masyarakat luas	- Berita Acara MAD dan MD Sosialisasi - Berita Acara pemilihan KPM - SK Kades Penetapan KPM - RKTU penguatan kapasitas KPM
B	Pengorganisasian				
1.	Pemetaan Penyedia Layanan dan Pelaku Konvergensi	Identifikasi kondisi layanan, sasaran dan potensi sumberdaya sebagai baseline konvergensi	- KPM - KPMD - Kader posyandu - Pengelola/Tendik PAUD - PD/PLD	- Aparat Desa - BidanDesa - Kadus/Ketua RT/RW - Masyarakat Sasaran	- Peta Sosial Dasar/Stunting - Berita Acara FGD - Isian Format Pemetaan Kondisi Layanan dan Sasaran
2.	Pembangunan Dinamika Kelompok	Refleksi kelembagaan terkait pentingnya sekretariat bersama konvergensi pencegahan stunting di Desa	- KPM - KPMD - PD/PLD	- Aparat Desa - Kadus/Ketua RT/RW - Masyarakat Sasaran	- Berita Acara Rembuk Kelembagaan - Diagram Venn Kelembagaan - Usulan agenda kerja RDS - Pedoman Teknis Rumah Desa Sehat
3.	Konvergensi Pencegahan Stunting melalui RDS	Peningkatan penggunaan Dana Desa untuk pencegahan stunting	- PD/PLD - KPM - KPMD - Aparat Desa	Pelaku di tingkat Desa dan masyarakat luas	- Daftar anggota sekretariat RDS - Agenda kerja RDS - Daftar usulan program/kegiatan pencegah stunting 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. 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 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 UUDesa sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-UndangDesa 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

Kendatipun Desa berwenang untuk mengatur dan mengurus secara mandiri urusan pencegahan stunting di Desa, namun pemerintah daerah Kabupaten berhak untuk melaksanakan program/kegiatan pencegahan stunting di Desa sesuai dengan kewenangannya. Kejelasan pembagian kewenangan antara Desa dan Daerah Kabupaten 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. 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. Pemeksaan Kehamilan 2. PI FE 3. Pemeksaan Nifas 4. Timbang Badan 5. Ukur Tinggi Badan 6. Imunisasi Lengkap 7. Tingkat Perkembangan	1. Bangun atau rehab Poskesdes/Polindes 2. Bangun atau rehab Posyandu	v		1. Kontrak Bidan Desa 2. Transport Bidan Desa 3. Pelatihan Bidan Desa 4. Insentif/ Transport Kader 5. Pelatihan Kader	v	v	1. Bidan Kit 2. Timbangan badan 3. Length board/Microtoise 4. Tikar pertumbuhan 5. Ambulance Desa	v	v	1. PMT Pabnkan Ibu Hamil KEK 2. PMT Lokal Ibu Hamil KEK 3. PI FE, Vaksin, Vitamin A 4. Kampanye ASI eksklusif 5. Penyuluhan KIA	v	v
2. Konseling Gizi Terpadu	8. Konseling Gizi 9. Kunjungan ke Rumah	1. Bangun atau rehab Poskesdes/Polindes 2. Bangun atau rehab Posyandu	v		1. Kontrak Petugas Gizi 2. Transport Petugas Gizi 3. Pelatihan Petugas Gizi 4. Insentif/ Transport Kader 5. Pelatihan Kader 6. Transport kegiatan Kunjungan Kerumah	v	v	1. Alat Peraga Konseling 2. PMT Penyuluhan (bahan lokal) 2. PMT Pemulihan (bahan lokal)	v	v	1. Pengadaan Kebun Gizi 2. Pengadaan makanan sesuai dengan "isi piringku " 3. Regulasi pelayanan terpadu 4. Kampanye/ Penyuluhan IMD dan PMBA 5. Advokasi PHBS	v	v
3. Sanitasi dan Air Bersih	10. Akses air minum layak 11. Jamban Keluarga	1. Sumber air bersih 2. Penyediaan Lokasi jamban	v	v	1. Kontrak Sanitarian 2. Transport Sanitarian 3. Pelatihan Sanitarian 4. Insentif/ Transport Kader 5. Pelatihan Kader	v	v	1. Penyediaan Jamban 2. Alat tes kualitas air	v	v	Pemicuan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat)	v	v
4. Perlindungan Sosial	12. Akte Kelahiran 13. Jaminan Kesehatan 14. Akses Konsumsi Pangan				1. Peningkatan Kapasitas Kaur Kesra	v		1. Penyuluhan pentingnya jaminan sosial dan kesehatan 2. Penyediaan SKTM bagi keluarga miskin 3. Pengadaan Akte Kelahiran secara massal	v	v	Validasi data RTM penerima beras sejahtera	v	
5. PAUD	15. Parenting anak 0-2 tahun 16. Anak 2-6 tahun aktif di PAUD	1. Bangun/rehab Posyandu 2. Bangun/ rehab PAUD	v	v	1. Insentif/ Transport guru PAUD 2. Pelatihan Guru PAUD 3. Pelatihan Pengelola PAUD 4. Insentif/ transport Kader 5. Pelatihan Kader	v	v	1. Alat Permainan Edukasi (APE) 2. Integrasi Pemberian Makanan Tambahan 3. Informasi sistem Pelatihan Guru PAUD, termasuk modul, pelatihan dan tenaga pelaksananya	v	v	1. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak 2. Penyediaan konseling pengasuhan anak bagi orang tua dan juga bagi pengasuhnya	v	v

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, mengoordinasikan 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 3bulanandisampaikan 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 disebarakan 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 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.
 - 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 Tikar 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 kerjanya 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.

BUPATI ROKAN HULU,

ttd

S U K I M A N

Salinan sesuai aslinya,
KEPALA BAGIAN HUKUM,



ERINALDI, SH
Penata Tk. I
NIP. 19840916 201001 1 008

**LAMPIRAN II
PERATURAN BUPATI ROKAN HULU
NOMOR : 2 TAHUN 2021
TENTANG
PEDOMAN UMUM KADER PEMBANGUNAN
MANUSIA**

**PEDOMAN UMUM KADER PEMBANGUNAN MANUSIA
DAFTAR ISI**

A PENDAHULUAN

1. Latar Belakang
2. Maksud dan Tujuan
3. Hasil yang Diharapkan

B GAMBARAN UMUM KPM

1. Definisi KPM
2. Kriteria KPM
3. Tugas KPM
4. Hubungan KPM Dengan Kelembagaan di Desa
5. Prosedur Kerja KPM
6. Buku Pegangan Kerja KPM

C REKRUTMEN KPM

D DUKUNGAN OPERASIONAL KPM

E PENINGKATAN KAPASITAS KPM

F PENUTUP

PEDOMAN UMUM KADER PEMBANGUNAN MANUSIA

A. PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 diperoleh fakta 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 di masa depan. Pencegahan stunting sangat dibutuhkan untuk memastikan generasi muda Indonesia memiliki masa depan yang cerah.

Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi telah menetapkan bahwa penggunaan Dana Desa Tahun 2019 diprioritaskan salah satunya untuk pencegahan stunting. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 16 Tahun 2018 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2019, khususnya pada Pasal 6 diatur bahwa Dana Desa diprioritaskan untuk kegiatan pelayanan gizi dan pencegahan anak kerdil (stunting) yang meliputi:

- a. penyediaan air bersih dan sanitasi;
- b. pemberian makanan tambahan dan bergizi untuk balita;
- c. pelatihan pemantauan perkembangan kesehatan ibu hamil atau ibu menyusui;
- d. bantuan Posyandu untuk mendukung kegiatan pemeriksaan berkala kesehatan ibu hamil atau ibu menyusui;
- e. pengembangan apotik hidup Desa dan produk hotikultura untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil atau ibu menyusui;
- f. pengembangan ketahanan pangan di Desa; dan
- g. kegiatan penanganan kualitas hidup lainnya yang sesuai dengan kewenangan Desa dan diputuskan dalam musyawarah Desa.

Salah satu upaya untuk memastikan bahwa Dana Desa diprioritaskan untuk pencegahan stunting, dilakukan melalui fasilitasi konvergensi pencegahan stunting di Desa. Fasilitasi konvergensi dimaksud berupa pendampingan kepada Pemerintahan Desa dan masyarakat Desa untuk mengarahkan pilihan penggunaan Dana Desa kepada kegiatan-kegiatan pembangunan Desa yang berdampak langsung pada percepatan pencegahan stunting yang dikelola secara terpadu dengan sumber-sumber pembiayaan pembangunan lainnya.

Pendampingan dalam pencegahan stunting di Desa dilakukan oleh tenaga pendamping masyarakat Desa dan Kader Pembangunan Manusia (KPM). Namun demikian kegiatan pendampingan dimaksud juga dimungkinkan dilakukan oleh berbagai pegiat pembangunan dan pemberdayaan masyarakat Desa. Untuk mempermudah kerja KPM dalam konvergensi pencegahan stunting di Desa, maka ditetapkan Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia.

2. Maksud dan Tujuan

a. Maksud

Maksud dari penyusunan Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia adalah:

- 1) Sebagai pedoman bagi KPM dalam menjalankan tugas dan kewajibannya;
- 2) Sebagai dasar pengaturan bagi pemerintah Desa dalam melakukan pembentukan dan pengelolaan KPM di Desa;
- 3) Sebagai acuan bagi pemerintah daerah dalam memfasilitasi pembentukan dan pengelolaan KPM oleh pemerintah Desa; dan
- 4) Sebagai pedoman bagi para pendamping masyarakat Desa, para penggiat pemberdaya masyarakat Desa, untuk mendukung KPM dalam bekerja mempercepat konvergensi pencegahan stunting di Desa.

b. Tujuan

Tujuan umum dari penyusunan Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia ini adalah meningkatkan peran KPM yang terdidik dan terlatih untuk mewujudkan konvergensi pencegahan stunting di Desa. Sedangkan, tujuan khusus dari pedoman ini adalah sebagai berikut:

- 1) Membentuk KPM pada setiap Desa di kabupaten/kota lokasi prioritas pencegahan stunting;
- 2) Meningkatkan kapasitas KPM melalui beragam kegiatan pelatihan dan pembelajaran; dan
- 3) Mengelola kinerja KPM dalam memfasilitasi konvergensi pencegahan stunting di Desa utamanya melalui pemantauan sasaran rumah tangga 1.000 HPK.

3. Hasil yang Diharapkan

Hasil yang diharapkan dari adanya Pedoman Umum adalah tersediannya Kader Pembangunan Manusia yang terdidik dan terlatih dalam memfasilitasi kegiatan konvergensi pencegahan stunting di Desa. Target yang akan dicapai meliputi:

- a. Terbentuknya KPM pada setiap Desa di 159 kabupaten/kota lokasi prioritas pencegahan stunting pada tahun 2019.
- b. Terselenggaranya pelatihan dasar pada tahun 2019 bagi seluruh KPM.
- c. Terkelolannya kinerja KPM dalam memfasilitasi konvergensi pencegahan stunting di Desa utamanya melalui pemantauan sasaran rumah tangga 1.000 HPK.

B. GAMBARAN UMUM KPM

1. Definisi KPM

Kader Pembangunan Manusia (KPM) adalah warga masyarakat Desa yang dipilih melalui musyawarah Desa untuk bekerja membantu pemerintah Desa dalam memfasilitasi masyarakat Desa dalam merencanakan, melaksanakan dan mengawasi pembangunan sumberdaya manusia di Desa.

2. Kriteria KPM

Kriteria KPM adalah sebagai berikut:

- a. Berasal dari warga masyarakat Desa setempat.
- b. Berpengalaman sebagai kader masyarakat diutamakan bidang pembangunan manusia seperti: Kader Posyandu, Guru PAUD, dan kader kesehatan lainnya.
- c. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik, khususnya dapat berbahasa daerah setempat.
- d. Pendidikan minimal SLTP.

3. Tugas KPM

Tugas KPM meliputi:

- h. Mensosialisasikan kebijakan konvergensi pencegahan stunting di Desa kepada masyarakat di Desa, termasuk memperkenalkan tikar pertumbuhan untuk pengukuran panjang/tinggi badan baduta sebagai alat deteksi dini stunting.
- i. Mendata sasaran rumah tangga 1.000 HPK.
- j. Memantau layanan pencegahan stunting terhadap sasaran rumah tangga 1.000 HPK untuk memastikan setiap sasaran pencegahan stunting mendapatkan layanan yang berkualitas.
- k. Memfasilitasi dan mengadvokasi peningkatan belanja APBDes utamanya yang bersumber dari Dana Desa, untuk digunakan membiayai kegiatan pencegahan stunting berupa layanan intervensi gizi spesifik dan sensitif.
- l. Memfasilitasi suami ibu hamil dan bapak dari anak usia 0-23 bulan untuk mengikuti kegiatan konseling gizi serta kesehatan ibu dan anak.
- m. Memfasilitasi masyarakat Desa untuk berpartisipasi aktif dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan program/kegiatan pembangunan Desa untuk pemenuhan layanan gizi spesifik dan sensitif.
- n. Melaksanakan koordinasi dan/atau kerjasama dengan para pihak yang berperan serta dalam pelayanan pencegahan stunting, seperti bidan Desa, petugas puskesmas (ahli gizi, sanitarian), guru PAUD dan/atau perangkat Desa.

4. Hubungan KPM Dengan Kelembagaan di Desa

Dalam hal pencegahan stunting di Desa, KPM harus selalu berkoordinasi dengan Pemerintahan Desa, unit penyedia layanan kesehatan dan pendidikan serta berbagai kelompok masyarakat di Desa yang peduli dengan upaya pencegahan stunting. Pendamping masyarakat Desa bersama dengan KPM memfasilitasi pemerintah Desa, BPD dan masyarakat Desa untuk membentuk Rumah Desa Sehat.

Rumah Desa Sehat selanjutnya disingkat RDS adalah sekretariat bersama yang merupakan wahana/forum bagi pelaku atau pegiat pemberdayaan masyarakat Desa berbasis karakteristik lokal yang

dikelola oleh masyarakat sebagai upaya peningkatan akses informasi dan pemenuhan kualitas layanan sosial dasar bagi masyarakat Desa. Yang dimaksud dengan pelaku atau pegiat pemberdayaan masyarakat Desa adalah Kader Posyandu, guru PAUD, kader kesehatan, unit layanan kesehatan, unit layanan pendidikan, kader PKK, Karang Taruna, tokoh masyarakat, dan berbagai kelompok masyarakat yang peduli dalam upaya pencegahan stunting.

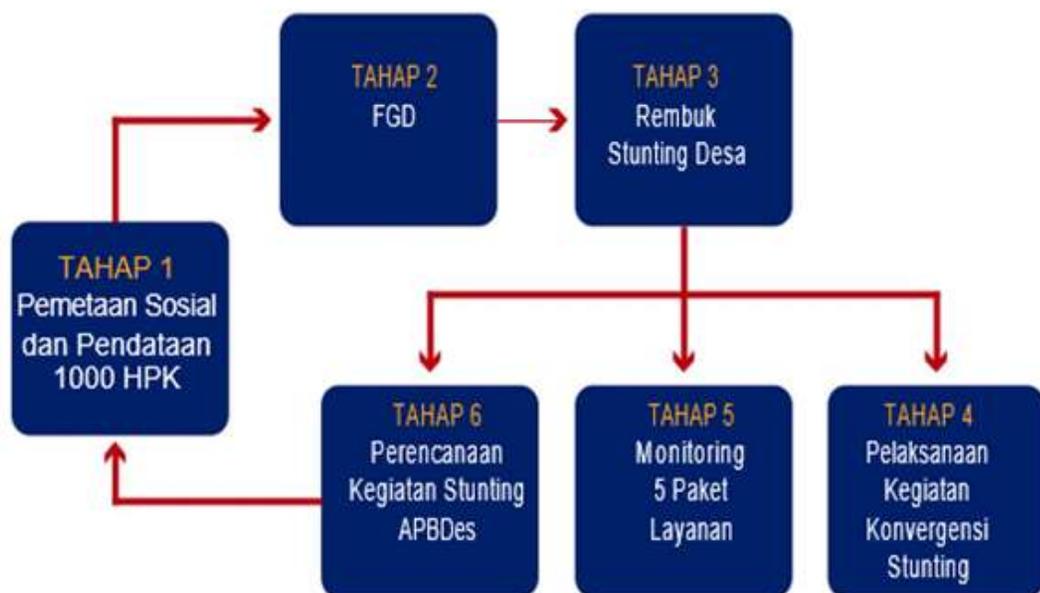
RDS dibentuk melalui musyawarah Desa berdasarkan potensi sumberdaya dan kelembagaan lokal yang ada di Desa. RDS dimaksudkan untuk membantu pemerintah Desa dalam pengelolaan sumber daya manusia utamanya di bidang kesehatan.

RDS mempunyai fungsi sebagai:

- a. Sekretariat Bersama bagi pegiat pemberdayaan masyarakat di Desa khususnya yang bergerak di bidang kesehatan.
- b. Pusat informasi pelayanan sosial dasar di Desa.
- c. Sarana komunikasi, informasi dan edukasi tentang desa berbasis kearifan lokal.
- d. Pusat aktivitas masyarakat dalam pemenuhan kualitas pelayanan sosial dasar di Desa.
- e. Wahana pengkaderan dan pengembangan kapasitas kader, relawan dan pegiat Desa.
- f. Wadah integrasi, komunikasi, konsultasi, antar pelaku pemberdayaan masyarakat Desa.
- g. Sarana sinkronisasi program dan kegiatan antar sektor di Desa.
- h. Sarana membangun kontrol sosial dalam perencanaan dan pelaksanaan pembangunan Desa.

5. Prosedur Kerja KPM

KPM bekerja memfasilitasi pencegahan stunting di Desa yang mencakup tahapan sebagaimana digambarkan dalam Diagram 1 sebagai berikut:



PENJELASAN ALUR TAHAPAN:

a. Tahap Pemetaan Sosial

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.

b. 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.

c. Tahap Fasilitasi Diskusi Kelompok Terarah di Antar Desa

Hasil pemetaan sosial di Desa-Desa menjadi dasar pembahasan tentang 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.

d. 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.

e. 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.

f. Tahap Pelaksanaan Kegiatan Konvergensi Pencegahan Stunting

Tahap ini merupakan pelaksanaan atas APB Desa yang memuat pembiayaan kegiatan konvergensi pencegahan stunting, dan pelaksanaan program/kegiatan pencegahan stunting yang dibiayai oleh OPD kabupaten/kota.

Pada tahap pelaksanaan ini, KPM memfasilitasi RDS menyelenggarakan evaluasi 3 (tiga) bulanan untuk membahas pelaksanaan kegiatan konvergensi pencegahan stunting, termasuk membahas hasil pengukuran status anak dengan menggunakan tikar pertumbuhan.

g. Tahap monitoring pelaksanaan 5 (lima) paket layanan pencegahan stunting.

Tahap ini dilakukan bersamaan dengan tahap pelaksanaan kegiatan konvergensi pencegahan stunting. Dalam tahap monitoring ini, KPM memfasilitasi RDS untuk melakukan proses penilaian konvergensi dengan menggunakan “scorecard” atau kartu / formulir penilaian. Sebelum penyelenggaraan rapat evaluasi 3 (tiga) bulanan di RDS, KPM melakukan rekapitulasi hasil monitoring bulanan terkait dengan: (a). Tingkat capaian layanan pencegahan stunting di Desa; (b). Tingkat konvergensi layanan pencegahan stunting di Desa.

6. Buku Pegangan Kerja KPM

KPM dalam melaksanakan tugasnya berpedoman pada Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia, beserta lampiran berupa Buku Pendataan dan Pemantauan Layanan Bagi Sasaran Rumah Tangga 1.000 HPK sebagai bagian yang tidak terpisahkan.

Selain itu, untuk memastikan pelaksanaan konvergensi pencegahan stunting di Desa, KPM beserta Pemerintah Desa, BPD, masyarakat Desa, maupun para pendamping masyarakat Desa, juga berpedoman pada dokumen sebagai berikut:

- a. Panduan Fasilitasi Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa; dan
- b. Pedoman Teknis Rumah Desa Sehat (RDS).

C. REKRUTMEN KPM

Mekanisme rekrutmen KPM mengikuti ketentuan sebagai berikut:

1. Pendataan kader masyarakat Desa yang diutamakan kader di bidang pembangunan manusia seperti: Kader Posyandu, Guru PAUD, kader kesehatan dan pegiat pemberdayaan Desa lainnya.
2. Jumlah KPM sebanyak 1 (satu) orang per-Desa.
3. KPM dipilih melalui rapat kerja di Desa yang dipimpin oleh Kepala Desa dan dihadiri oleh perwakilan Dusun/RT/RW, perwakilan unit layanan kesehatan, perwakilan unit layanan pendidikan, dan perwakilan kelompok masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan dan/atau pendidikan.
4. Rapat kerja dimaksud dilakukan secara demokratis dan hasilnya dipublikasikan secara luas kepada masyarakat.
5. KPM ditetapkan dengan Surat Keputusan Kepala Desa.

D. DUKUNGAN OPERASIONAL KPM

1. KPM dalam menjalankan tugasnya mendapatkan insentif untuk operasional berupa biaya pemantauan dan pengisian scorecards konvergensi Desa.
2. Sumber dana operasional KPM adalah APBDesa dan/atau sumber pendanaan lainnya yang meliputi: APBD Kabupaten/Kota, APBD Provinsi, APBN, maupun sumber pendanaan lainnya yang sah.

E. PENINGKATAN KAPASITAS KPM

Setiap KPM berhak mendapatkan fasilitas pengembangan kapasitas berupa pelatihan dasar dan beragam kegiatan pembelajaran. Pelatihan Dasar diberikan sebelum KPM menjalankan tugas. Sedangkan beragam pembelajaran lainnya akan diberikan kepada KPM pada saat sudah bertugas.

Pelatihan kepada KPM secara teknis akan dikelola oleh tenaga pendamping masyarakat Desa. Sumber pembiayaan kegiatan pelatihan maupun pembelajaran bagi KPM adalah APB Desa, APBD Kabupaten/Kota, APBD Provinsi, APBN, dan/atau sumber-sumber pembiayaan lainnya yang sah.

Materi pelatihan dasar bagi Kader Pembangunan Manusia mencakup 4 (empat) pokok bahasan sebagai berikut:

1. Kebijakan konvergensi pencegahan stunting di Desa.
2. Pemantauan dan pengisian scorecards konvergensi Desa.

3. Kebijakan Rumah Desa Sehat.
4. Peran, tugas dan cara kerja Kader Pembangunan Manusia.

F. PENUTUP

Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia ini disusun agar dijadikan pedoman bagi pemerintah daerah kabupaten/kota dalam memfasilitasi pembentukan dan pengelolaan KPM.

BUPATI ROKAN HULU,

ttd

SUKIMAN

Salinan sesuai aslinya,
KEPALA BAGIAN HUKUM,



Erinaldi
ERINALDI, SH
Penata Tk. I
NIP. 19840916 201001 1 008

**LAMPIRAN III
PERATURAN BUPATI ROKAN HULU
NOMOR : 2 TAHUN 2021
TENTANG
PANDUAN RUMAH DESA SEHAT**

**PANDUAN RUMAH DESA SEHAT
DAFTAR ISI**

- BAB I PENDAHULUAN**
E. Latar Belakang
F. Maksud dan Tujuan
- BAB II RUMAH DESA SEHAT**
C. Konsep Rumah Desa Sehat
D. Pembentukan dan Penetapan
- BAB III KEGIATAN-KEGIATAN RUMAH DESA SEHAT**
A. Pusat Pembelajaran Masyarakat
B. Literasi Kesehatan
C. Penyebaran Informasi Kesehatan
D. Promosi Kesehatan
E. Advokasi Kebijakan Pembangunan Desa di Bidang Kesehatan
- BAB IV PENGELOLAAN RUMAH DESA SEHAT**
A. Manajemen RDS sebagai Sekretariat Bersama
B. Struktur Kelembagaan RDS
C. Hubungan Antar Lembaga di Desa
D. Penginformasian Hasil-Hasil Kegiatan Rumah Desa Sehat
E. Pertanggungjawaban Kegiatan Rumah Desa Sehat
F. Pelaporan Hasil Pelaksanaan Kegiatan Rumah Desa Sehat
- BAB V PENDAMPINGAN, PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**
G. Pendampingan
H. Pembinaan
I. Pengawasan

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Paradigma pembangunan Desa pada saat ini diwarnai oleh pendekatan pemberdayaan masyarakat utamanya menempatkan masyarakat Desa sebagai subjek pembangunan. Undang-Undang Desa memandatkan bahwa salah satu tujuan pengaturan Desa adalah memperkuat masyarakat Desa sebagai subjek pembangunan. Undang-Undang Desa juga memandatkan bahwa tujuan pembangunan Desa meliputi meningkatkan kualitas hidup manusia, meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan menanggulangi kemiskinan. Oleh sebab itu, pada era implementasi Undang-Undang Desa kegiatan pelayanan sosial dasarnya pembangunan di bidang kesehatan dan pendidikan menjadi sangat penting.

Pembangunan kesehatan di Desa diarahkan pada pengutamaan upaya peningkatan pencegahan penyakit (preventif), dan peningkatan promosi kesehatan (promotif). Namun demikian, tidak dikesampingkan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dilakukan pengobatan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) utamanya bagi penduduk miskin. Pembangunan kesehatan di Desa harus dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan dengan memanfaatkan potensi sumberdaya maupun layanan kesehatan yang tersedia di Desa.

Upaya peningkatan kesehatan masyarakat melalui tindakan promotif dan preventif membutuhkan adanya perubahan perilaku hidup sehat di kalangan masyarakat Desa yang bersifat mendasar dan fundamental. Intinya, perubahan perilaku hidup sehat ini mensyaratkan adanya literasi kesehatan di Desa yang di topang dengan adanya penyebaran informasi kesehatan secara menyeluruh dan keberlanjutan.

Literasi kesehatan ini merupakan aktifitas masyarakat desa dalam membaca dan mempelajari beragam informasi tentang kesehatan, menganalisis kondisi kesehatan di Desa berdasarkan pengetahuan tentang kesehatan, dan mengubah pola hidup untuk menjadi lebih sehat sesuai dengan pengetahuan tentang kesehatan yang dipelajarinya. Dengan demikian, literasi kesehatan di Desa mensyaratkan adanya kemudahan akses masyarakat Desa pada informasi kesehatan. Semakin besar muatan informasi kesehatan yang diterima oleh masyarakat Desa, maka akan lebih mudah bagi masyarakat Desa untuk melakukan alih pengetahuan dan keterampilan tentang kesehatan yang berdampak langsung pada peningkatan perilaku hidup sehat.

Pembangunan bidang kesehatan di Desa tidak terbatas pada urusan literasi dan informasi kesehatan. Lebih daripada itu urusan pembangunan di bidang kesehatan ini juga mencakup advokasi kebijakan pembangunan Desa. Intinya, masyarakat Desa harus berupaya dan berjuang mengakses sumberdaya pembangunan di Desa untuk memenuhi kepentingan diri dan kelompoknya terkait pemenuhan kebutuhan kesehatan.

Pembangunan kesehatan di Desa, dalam konteks implementasi Undang-Undang Desa, akan lebih mudah tercapai apabila masyarakat Desa lebih terdidik/terliterasi tentang kesehatan. Untuk itu, menjadi sangat strategis apabila di Desa dikembangkan Rumah Desa Sehat (RDS). RDS merupakan sebuah pusat kemasyarakatan (community center). Karenanya, RDS memiliki fungsi sebagai ruang publik untuk urusan kesehatan di Desa yang sangat strategis untuk mendorong adanya literasi kesehatan di Desa, maupun untuk mengadvokasi kebijakan pembangunan di Desa agar lebih terfokus pada upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat di Desa.

Kementerian Desa, PDT, dan Transmigrasi akan memfasilitasi pembentukan dan pengembangan RDS, utamanya di Desa yang menjadi lokasi konvergensi pencegahan stunting. Untuk itu, secara khusus disusun dan ditetapkan Pedoman Teknis Rumah Desa Sehat.

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

Pedoman Teknis Rumah Desa Sehat dimaksudkan sebagai acuan bagi para pihak yang terlibat dalam urusan kesehatan di Desa dalam meningkatkan upaya preventif dan promotif kesehatan di Desa. Secara lebih detail, maksud dari penyusunan Pedoman Teknis Rumah Desa Sehat ini adalah sebagai berikut:

- a. Sebagai pedoman bagi pemerintah Desa, BPD, dan masyarakat Desa dalam meningkatkan upaya preventif dan promotif kesehatan di Desa.
- b. Sebagai pedoman bagi pemerintah Desa dalam memfasilitasi pembentukan dan pengelolaan RDS di Desa.
- c. Sebagai acuan bagi pemerintah daerah Kabupaten dalam memfasilitasi pemerintah Desa, BPD dan masyarakat dalam membentuk dan mengelola RDS.
- d. Sebagai pedoman bagi para pendamping masyarakat Desa, untuk memfasilitasi pembentukan dan pengelolaan RDS.

2. Tujuan

Tujuan Umum dari penyusunan pedoman umum RDS ini adalah meningkatkan peran RDS untuk mewujudkan konvergensi layanan kesehatan di Desa, utamanya konvergensi pencegahan stunting di Desa. Sedangkan, tujuan khusus dari pedoman ini adalah sebagai berikut:

- i. Membentuk RDS pada setiap Desa di Kabupaten lokasi prioritas pencegahan stunting.
- j. Mendayagunakan RDS sebagai Sekretariat Bersama bagi para pegiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku pembangunan di Desa khususnya yang bergerak di bidang kesehatan untuk mempercepat konvergensi pencegahan stunting.
- k. Mendayagunakan RDS sebagai pusat pembelajaran masyarakat berkaitan dengan urusan kesehatan, pusat informasi kesehatan dan forum bersama untuk mengadvokasi kebijakan pembangunan Desa di bidang kesehatan.
- l. Mendayagunakan RDS sebagai wahana pembentukan dan pengembangan kader pembangunan manusia (KPM).

BAB II RUMAH DESA SEHAT

A. Konsep Rumah Desa Sehat

1. Definisi

Rumah Desa Sehat (RDS) adalah sekretariat bersama bagi para pegiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku pembangunan Desa di bidang kesehatan, yang berfungsi sebagai ruang literasi kesehatan, pusat penyebaran informasi kesehatan dan forum advokasi kebijakan di bidang kesehatan.

2. RDS Sebagai Sekretariat Bersama

RDS merupakan sekretariat bersama pegiat pemberdayaan masyarakat Desa dan pelaku pembangunan Desa. Yang dimaksud dengan pegiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku pembangunan Desa adalah Kader Posyandu, guru PAUD, kader kesehatan, unit layanan kesehatan, unit layanan pendidikan, kader PKK, Karang Taruna, tokoh masyarakat, dan berbagai kelompok masyarakat yang peduli dalam upaya pencegahan stunting. RDS dimaksudkan untuk membantu pemerintah Desa dalam pengelolaan sumber daya manusia utamanya di bidang kesehatan.

3. Fungsi

RDS mempunyai fungsi sebagai:

- f. Pusat informasi pelayanan sosial dasar di Desa khususnya bidang kesehatan;
- g. Ruang literasi kesehatan di Desa.
- h. Wahana komunikasi, informasi dan edukasi tentang kesehatan di Desa;
- i. Forum advokasi kebijakan pembangunan Desa di bidang kesehatan; dan
- j. Pusat pembentukan dan pengembangan kader pembangunan manusia.

B. Pembentukan dan Penetapan

RDS berkedudukan di Desa. Setiap Desa di Kabupaten lokasi prioritas pencegahan stunting diharapkan membentuk RDS. RDS dibentuk berdasarkan hasil musyawarah Desa. Agenda musyawarah dimaksud adalah membahas dan menyepakati anggota RDS yang berasal dari unsur pegiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku pembangunan Desa, serta pengurus harian RDS. Pembentukan RDS ditetapkan dengan surat keputusan Kepala Desa.

BAB III KEGIATAN-KEGIATAN RUMAH DESA SEHAT

A. Pusat Pembelajaran Masyarakat

RDS merupakan sebuah pusat pembelajaran masyarakat bidang kesehatan di Desa. Materi pembelajaran kesehatan antara lain: pelatihan Kesehatan Ibu dan Anak, Gizi, promosi kesehatan, pengasuhan anak usia 0-2 tahun, sanitasi lingkungan, pencegahan penyakit (penyakit

menular, penyakit seksual, HIV/AIDS, tuberkulosis, hipertensi, diabetes mellitus dan gangguan jiwa).

B. Literasi Kesehatan

RDS merupakan ruang literasi Desa. Kegiatan literasi Desa meliputi : pembentukan perpustakaan bidang kesehatan, seminar dan diskusi tentang kesehatan, dan pengembangan beragam inovasi tentang peningkatan upaya preventif dan promotif bidang kesehatan di Desa.

C. Penyebaran Informasi Kesehatan

Masyarakat di Desa mempunyai hak untuk mendapatkan informasi kesehatan agar seseorang, keluarga, atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam pembangunan kesehatan di Desa. RDS merupakan pusat informasi kesehatan di Desa. Informasi kesehatan yang disebarluaskan kepada masyarakat Desa antara lain : kesehatan ibu dan anak, pelayanan gizi terintegrasi, penyediaan air bersih dan sanitasi, pengasuhan anak usia 0-2 tahun, kebijakan konvergensi pencegahan stunting.

D. Promosi Kesehatan

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di Desa adalah meningkatnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Perubahan perilaku masyarakat dimaksud sangat ditentukan oleh intensitas promosi kesehatan yang diberikan kepada rumah tangga sasaran. PHBS merupakan bentuk pemecahan masalah-masalah kesehatan, berupa masalah kesehatan yang diderita pada saat sekarang maupun masalah kesehatan yang berpotensi mengancam kehidupan di masa yang akan datang.

Bentuk kegiatan PHBS di Desa, meliputi :

- 1) Masyarakat aktif melaporkan segera kepada kader/petugas kesehatan, jika mengetahui dirinya, keluarganya, temannya atau tetangganya menderita penyalit menular;
- 2) Pergi berobat atau membawa orang lain berobat ke Poskesdes/Pustu/Puskesmas bila terserang penyakit;
- 3) Memeriksa kehamilan secara teratur kepada petugas kesehatan;
- 4) Ibu hamil mengkonsumsi tablet tambah darah semasa hamil dan nifas.
- 5) Makan-makanan yang beraneka ragam dan bergizi seimbang
- 6) Mengkonsumsi sayur dan buah setiap hari;
- 7) Menggunakan garam beryodium setiap kali memasak
- 8) Menyerahkan pertolongan persalinan kepada tenaga kesehatan
- 9) Mengkonsumsi kapsul Vitamin A bagi ibu nifas;
- 10) Memberi ASI eksklusif kepada bayi usia 0-6 bulan
- 11) Memberikan makanan pendamping ASI
- 12) Memberi kapsul vitamin A untuk bayi dan balita setiap bulan Februari dan Agustus
- 13) Menimbang berat badan bayi dan balita secara teratur serta menggunakan KMS atau buku KIA untuk memantau pertumbuhan
- 14) Membawa bayi dan anak serta wanita usia subur untuk diimunisasi
- 15) Tersedianya oralit dan zink untuk menanggulangi diare.
- 16) Menyediakan rumah dan/atau kendaraannya untuk pertolongan dalam keadaan darurat.

- 17) Menghimpun dana masyarakat desa untuk kepentingan kesehatan, termasuk bantuan bagi pengobatan dan persalinan;
- 18) Menjadi peserta (akseptor) aktif Keluarga Berencana;
- 19) Menggunakan air bersih untuk keperluan sehari-hari;
- 20) Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun
- 21) Menggunakan jamban sehat;
- 22) Mengupayakan tersedianya sarana sanitasi dasar lain dan menggunakannya;
- 23) Memberantas jentik-jentik nyamuk;
- 24) Mencegah terjadinya pencemaran lingkungan, baik di rumah, desa/kelurahan, maupun di lingkungan pemukiman;
- 25) Melakukan aktifitas fisik sehari-hari;
- 26) Tidak merokok, minum-minuman keras, madat, dan menyalahgunakan nafza serta bahan berbahaya lain;
- 27) Memanfaatkan UKBM, Poskesdes, Pustu, Puskesmas atau sarana kesehatan lainnya;
- 28) Pemanfaatan pekarangan untuk taman obat keluarga (TOGA) dan warung hidup di halaman masing-masing rumah atau secara bersama-sama (kolektif);
- 29) Melaporkan kematian;
- 30) Mempraktekan PHBS lain yang dianjurkan;
- 31) Saling mengingatkan untuk mempraktekan PHBS.

E. Advokasi Kebijakan Pembangunan Desa di Bidang Kesehatan

RDS merupakan forum bagi masyarakat Desa untuk memperkuat daya tawar dalam mengadvokasi kebijakan pembangunan Desa untuk pemenuhan akses layanan kesehatan di Desa. Advokasi kebijakan kesehatan dimaksud antara lain: identifikasi dan analisis basis data layanan dasar, musyawarah dusun dan diskusi tematik (termasuk tentang review perencanaan Desa), fasilitasi kegiatan Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), kunjungan keluarga rentan, penyusunan SPM Desa, pengembangan media komunitas, dan sebagainya. Siklus advokasi kebijakan pembangunan kesehatan di Desa, dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1. Siklus advokasi kebijakan pembangunan kesehatan di Desa

BAB IV PENGELOLAAN RUMAH DESA SEHAT

A. Manajemen RDS sebagai Sekretariat Bersama

RDS, sebagai sekretariat bersama bagi para pegiat Desa dan pelaku pembangunan di Desa dikelola secara mandiri oleh para pihak yang tergabung dalam RDS. Untuk memastikan penyelenggaraan RDS, maka dibentuk pengurus harian. Tanggung jawab pengurus harian adalah memfasilitasi rapat anggota dan mengatur agenda kegiatan sesuai dengan kesepakatan para anggota. Pengurus harian juga bertanggung jawab mengelola pembiayaan bersumber dari APBDesa, APBD Kabupaten, APBD Provinsi, APBN, dan/atau sumber dana lainnya yang sah.

B. Struktur Kelembagaan RDS

Struktur Kelembagaan Rumah Desa Sehat(RDS) adalah sebagai berikut :

1. Ketua

Bertugas memimpin Rumah Desa Sehat.

2. Sekretaris

Bertugas dibidang pengadministrasian dan menyusun rencana kerja RDS.

3. Bendahara

Bertugas melaksanakan urusan keuangan seperti pengurusan administrasi keuangan, administrasisumber-sumber pendapatan dan pengeluaran, verifikasi administrasi keuangan, dan admnistrasi kegiatan RDS.

4. Ketua Bidang Pelayanan Sosial Dasar (PSD) dan Ruang Literasi Kesehatan Desa.

Deskripsi Tugas :

1. Menyiapkan data-data dibidang PSD dan ruang literasi Desa.
2. Mengelola kegiatan literasi Desa meliputi : pembentukan perpustakaan bidang kesehatan, seminar dan diskusi tentang kesehatan, dan pengembangan beragam inovasi tentang peningkatan upaya preventif dan promotif bidang kesehatan di Desa.

5. Ketua Bidang Komunikasi, Informasi Dan Edukasi Kesehatan Desa.

Deskripsi tugas :

1. membangun komunikasi dengan Masyarakat dan pemerintahan Desa karena masyarakat berhak untuk mendapatkan informasi kesehatan agar seseorang, keluarga, atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam pembangunan kesehatan di Desa.
2. Menyusun informasi kesehatan di Desa dan menyebarkan Informasi kesehatan yang disebarluaskan kepada masyarakat Desa antara lain : kesehatan ibu dan anak, pelayanan gizi teritegrasi, penyediaan air bersih dan sanitasi, pengasuhan anak usia 0-2 tahun, kebijakan konvergensi pencegahan stunting.

Masa Jabatan Pengurus, mekanisme Pemilihan dan Prosedur Kerja diatur dalam Standar Operasional Prosedur (SOP) masing-masing RDS. Pemerintah Desa diharapkan dapat memfasilitasi dan membina terbentuknya RDS yang berfungsi dengan baik

6. Ketua Bidang Advokasi Kebijakan dan Pengembangan Kader Kesehatan.

Deskripsi Tugas :

1. RDS merupakan forum bagi masyarakat Desa untuk memperkuat daya tawar dalam mengadvokasi kebijakan pembangunan Desa untuk pemenuhan akses layanan kesehatan di Desa. Advokasi kebijakan kesehatan dimaksud antara lain: identifikasi dan analisis basis data layanan dasar, musyawarah dusun dan diskusi tematik (termasuk tentang review perencanaan Desa), fasilitasi kegiatan Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), kunjungan keluarga rentan, penyusunan SPM Desa, pengembangan media komunitas, dan sebagainya.
2. Mengkonvalidasi semua Kader Kader di Desa untuk peduli terhadap Pencegahan Stunting
3. Menyusun agenda peningkatan kapasitas Kader-Kader Desa.

C. Hubungan Antar Lembaga di Desa

RDS merupakan ruang bertemunya berbagai pihak untuk berkolaborasi dan bekerja sama dalam meningkatkan kualitas pembangunan kesehatan di Desa.

RDS sebagai simpul hubungan antar lembaga di Desa, diharapkan dapat membantu pemerintah Desa dalam mengelola pembangunan kesehatan secara sinergis dan terpadu lintas pelaku, lintas program maupun terkonsolidasi dari aspek pendanaan.

D. Penginformasian Hasil-Hasil Kegiatan Rumah Desa Sehat

Aktivitas RDS menggunakan berbagai sumber daya pembangunan Desa. Karenanya, hasil-hasil kegiatan RDS wajib dipublikasikan kepada masyarakat Desa secara menyeluruh dan berkelanjutan.

Berdasarkan informasi tentang kegiatan RDS ini, masyarakat Desa dapat meningkatkan partisipasinya dalam beragam kegiatan di RDS, meningkatkan dukungan keswadayaan masyarakat untuk menghidupkan dan menggerakkan RDS serta mengawasi pertanggungjawaban penggunaan sumberdaya pembangunan di Desa secara transparan.

Kegiatan-kegiatan RDS yang harus di informasikan kepada masyarakat, antara lain: kegiatan pembelajaran masyarakat, literasi kesehatan, kaderisasi KPM, dan hasil advokasi kebijakan pembangunan Desa.

E. Pertanggungjawaban Kegiatan Rumah Desa Sehat

Setiap hasil pelaksanaan kegiatan RDS yang didanai dengan anggaran pembangunan Desa, wajib dipertanggungjawabkan kepada masyarakat Desa. Pengurus harian RDS mempertanggungjawabkan kepada seluruh anggota RDS berkaitan dengan penggunaan anggaran pembangunan Desa untuk kegiatan RDS. Selanjutnya, perwakilan RDS akan menyampaikan pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan RDS kepada

Kepala Desa melalui musyawarah Desa yang dihadiri oleh masyarakat Desa.

F. Pelaporan Hasil Pelaksanaan Kegiatan Rumah Desa Sehat

Pengurus harian RDS wajib menyusun laporan pelaksanaan kegiatan RDS secara rutin setiap bulan untuk disampaikan kepada anggota RDS dan Kepala Desa.

BAB V PENDAMPINGAN, PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

A. Pendampingan

Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintah Desa dan Dinas Kesehatan berkewajiban untuk melakukan pendampingan kepada pegiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku pembangunan di Desa dalam membentuk dan mengelola RDS. OPD Kabupaten, dalam mendampingi anggota RDS, dibantu oleh tenaga pendamping atau Fasiliator Program lainnya.

B. Pembinaan

Bupati melalui Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintah Desa berkewajiban membina RDS dengan cara memonitor dan mengevaluasi keberadaan RDS.

1. Monitoring RDS

DPMPD Kabupaten melakukan monitoring RDS dengan cara:

1. memonitor agenda dan jadwal kegiatan RDS;
2. menerima, mempelajari dan memberikan umpan balik terhadap realisasi kegiatan RDS;
3. memonitor pencapaian upaya promotif dan preventif bidang kesehatan di Desa yang dikelola melalui RDS.

2. Evaluasi RDS

OPD Kabupaten yang mengelola urusan tentang Desa, melakukan evaluasi dengan menggunakan data hasil monitoring. Fokus evaluasi ditujukan untuk memastikan bahwa pendayagunaan fungsi RDS berhasil meningkatkan kualitas layanan kesehatan di Desa.

3. Pembinaan Pemerintah Desa dalam penyelenggaraan RDS

Pemerintah Desa wajib memfasilitasi dan mendukung RDS. Bupati berkewajiban meningkatkan kapasitas pemerintah Desa agar mampu memfasilitasi dan mendukung RDS. Dalam hal terjadi pemerintah Desa secara sadar dan sengaja untuk tidak memfasilitasi dan mendukung RDS, maka Bupati berkewajiban menerbitkan surat peringatan kepada Kepala Desa.

C. Pengawasan

Bupati melalui aparat pengawas internal pemerintah (APIP) kabupaten berkewajiban melakukan audit terhadap pendayagunaan sumber daya pembangunan Desa untuk kegiatan RDS.

BAB VI PENUTUP

Panduan Teknis Rumah Desa Sehat ini disusun untuk dijadikan acuan bagi pemerintah Desa, BPD, dan masyarakat Desa dalam berupaya meningkatkan kualitas layanan kesehatan di Desa yang difokuskan pada upaya promotif dan preventif bidang kesehatan.

Pedoman teknis ini, dalam konteks konvergensi pencegahan stunting di Desa, merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari dokumen Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia dan Panduan Fasilitasi Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa.

BUPATI ROKAN HULU,

ttd

S U K I M A N

Salinan sesuai aslinya,
KEPALA BAGIAN HUKUM,



ERINALDI, SH
Penata Tk. I
NIP. 19840916 201001 1 008

**LAMPIRAN IV
PERATURAN BUPATI ROKAN HULU
NOMOR : 2 TAHUN 2021
TENTANG
LAPORAN KONVERGENSI PENCEGAHAN
STUNTING**

**CARA PENGISIAN FORMULIR SCORECARD
OLEH KPM**

Daftar Formulir Scorecard oleh KPM, sesuai dengan fungsinya :

- a) Fungsi Peencanaan :
 - Formulir 1. Pendataan Kondisi Layanan Dan Rekapitulasi Status Sasaran
- b) Fungsi Pemantauan atau Monitoring Bulanan:
 - Formulir 2.A. Pemantauan Bulanan Ibu Hamil
 - Formulir 2.B. Pemantauan Bulanan Anak 0 - 2 Tahun
 - Formulir 2.C. Pemantauan Layanan Dan Sasaran Paud Anak 2 – 6 Tahun
- c) Fungsi Analisa dan Pelaporan:
 - Formulir 3.A. Rekapitulasi Hasil Pemantauan 3 (Tiga) Bulanan Bagi Ibu Hamil
 - Formulir 3.B Rekapitulasi Hasil Pemantauan 3 (Tiga) Bulanan Bagi Anak 0-2 Tahun
 - Formuir Bantu Capaian Penerimaan Layanan
 - Formulir Bantu Konvergensi Desa
 - Formulir Scorecard Konvergensi Desa

I. Formulir pada Fungsi Perencanaan :

Cara pengisian **Formulir 1. Pendataan Kondisi Layanan Dan Rekapitulasi Status Sasaran**

- Tujuan :
Untuk Merekap Sasaran Program Beserta Kondisi Layanan di Setiap Desa
- Waktu Pengisian dan Sumber Data:
Satu kali setelah proses Pemetaan Sosial Desa, Data bersumber dari Pemetaan Sosial dan Pendataan Sasaran yang telah ditetapkan dan berdasarkan pemutahiran data yang disepakati.
- Cara Pengisian :

Kolom	Keterangan
a	Diisi dengan jumlah/rekapitulasi hasil perhitungan pendataan sasaran 1000 HPK sesuai dengan kolom-kolom yang disediakan
b.	Diisi dengan Nama Layanan yang ada di desa (contoh: Posyandu, Poskesdes, Bidan, PAUD, dll)
c.	Berikan tanda "√" pada kolom (c) jika terdapat layanan sesuai jenis layanan di kolom (b), dan "x" jika tidak terdapat layanan

Catatan :

- ** (Pengertian Keluarga Rentan = Ibu Hamil Resti/KEK dan Anak Usia 0-23 Bulan Kondisi Gizi Kurang / Buruk / Stunting)
- *** (Resti = Terlalu muda, terlalu rapat jarak melahirkan, terlalu tua)

II. Formulir pada Fungsi Pemantauan atau Monitoring :

A. Cara pengisian Formulir 2.A. Pemantauan Bulanan Ibu Hamil

- **Tujuan :**
Untuk mencatat secara rutin layanan konvergensi yang diperoleh Ibu Hamil
- **Waktu Pengisian dan Sumber Data:**
Setiap Bulan. Data bersumber dari Buku Register Posyandu / Kohort Baduta dan Buku Register Posyandu / Kohort Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas, hasil wawancara

atau kunjungan rumah terutama keberadaan jamban, air bersih dan kepemilikan jaminan sosial/ kesehatan dan akta lahir anak, dan dari desa.

• **Cara Pengisian :**

Kolom	Keterangan
a.	Diisi dengan No Register yang sama dengan Buku KIA
b.	Diisi dengan nama ibu
c.	Diisi dengan status kehamilan apakah normal = N, Resti =R dan KEK= K
d.	Diisi dengan tanggal perkiraan kapan ibu hamil tersebut melahirkan. Isi dengan format (Tgl/Bln/Thn).
e.	Diisi dengan usia kehamilan (Bulan) pada saat dipantau
f.	Diisi dengan tanggal kapan ibu hamil tersebut melahirkan. Isi dengan format (Tgl/Bln/Thn). Kosongkan jika belum melahirkan.
g.	Berikan tanda "√" jika pada bulan tersebut ibu hamil mendapat layanan pemeriksaan kehamilan. Jika tidak maka "X"
h.	Berikan tanda "√" jika pada bulan tersebut ibu hamil mendapat dan meminum pil FE. Jika tidak maka "X"
i.	Berikan tanda "√" jika pada bulan tersebut ibu sudah bersalin dan mendapat pelayanan nifas pasca melahirkan. Jika tidak maka "X"
j.	Berikan tanda "√" jika pada bulan tersebut ibu sudah bersalin dan mendapat pelayanan nifas pasca melahirkan. Jika tidak maka "X"
k.	Berikan tanda "√" jika ibu hamil pada bulan pemantauan mengikuti kelas IH (Ibu Hamil). Jika tidak maka "X"
l.	Berikan tanda "√" jika ibu hamil/ yang sudah melahirkan terpantau sudah memiliki sarana air bersih layak minum. Jika tidak maka "X"
m.	Berikan tanda "√" jika ibu hamil/ yang sudah melahirkan terpantau sudah memiliki jamban sehat. Jika tidak maka "X"
n.	Berikan tanda "√" jika ibu hamil/ yang sudah melahirkan terpantau sudah memiliki jaminan kesehatan. Jika tidak maka "X"

B. Cara pengisian Formulir 2.B. Pemantauan Bulanan Anak 0 - 2 Tahun

• **Tujuan :**

Untuk mencatat hasil pengukuran dari alat Tikar Pertumbuhan "Aku Tumbuh Tinggi dan Cerdas" untuk usia 0-23 bulan dan hasil pemantauan 5 paket layanan konvergensi sasaran 1000 HPK.

• **Waktu Pengisian dan Sumber Data:**

Dicatat setiap ada pengukuran menggunakan Tikar Pertumbuhan "Aku Tumbuh Tinggi dan Cerdas" dan dilengkapi pada setiap 3 bulan sekali.

• **Cara Pengisian :**

Kolom	Keterangan
a.	Diisi dengan No Register yang sama dengan Buku KIA
b.	Diisi dengan nama anak
c.	Diisi dengan jenis kelamin anak jika, Laki-laki = "L", Perempuan = "P"
d.	Diisi dengan tanggal lahir untuk anak. Isi dengan format (Tgl/Bln/Thn).
e.	Diisi dengan status gizi anak saat di pantau. Isi dengan GB= Jika anak Gizi Buruk, GK=Jika anak Gizi Kurang, S=jika anak Stunting, dan kosongkan jika anak tersebut sehat/normal.
f.	Diisi dengan umur anak saat pemantauan (Bulan).
g.	Jika anak tersebut pada bulan pemantauan tersebut diukur melalui tikar pertumbuhan, maka diisi dengan hasil pengukuran. M=Jika Hasil Merah, K=Jika hasil kuning, dan H=jika hasil hijau. Dan kosongkan jika anak tersebut jika pada bulan tersebut tidak diukur.
h.	Berikan tanda "√" jika pada bulan pemantauan anak kolom (b) mendapat layanan pemberian imunisasi dasar. "X" jika tidak.
i.	Berikan tanda "√" jika pada bulan pemantauan anak kolom (b) mendapat layanan penimbangan berat badan. "X" jika tidak.

Usia Kehamilan	Status Penerimaan Layanan dalam 3 bulan (kuartal) IBU HAMIL							
	Periksa Kehamilan	Penerimaan Pil FE	Periksa Nifas	Konseling/ Kelas Ibu	Kunjungan Rumah	Akses Air Bersih	Kepemilikan Jamban	Jaminan Kesehatan
0-3 Bulan (trimester 1)	Y= minimal ada 1 kali periksa T = Tidak Ada	Y= terima pil FE minimal 30 butir T= tidak menerima	TS = Tidak Sesuai	Y= minimal 1 kali T= tidak ikut	Khusus Ibu Hamil KEK/ RISTI Y= minimal 1 kali T= tidak dapat kunjungan	Y= ada akses air bersih T= tidak ada	Y= ada jamban layak T= tidak ada	Y= ada jaminan kesehatan T= tidak ada
4-6 Bulan (trimester 2)	Y= minimal 1 kali periksa T = Tidak Ada	Y=terima pil FE minimal 30 butir T= tidak menerima	TS = Tidak Sesuai	Y= minimal 1 kali T= tidak ikut	Khusus Ibu Hamil KEK/ RISTI Y= minimal 1 kali T= tidak dapat kunjungan	Y= ada akses air bersih T= tidak ada	Y= ada jamban layak T= tidak ada	Y= ada jaminan kesehatan T=tidak ada
7-9 Bulan (trimester 3)	Y= 2 kali periksa T = Tidak Ada	Y= terima pil FE minimal 30 butir T= tidak menerima	TS = Tidak Sesuai	Y= minimal 2 kali T= tidak ikut	Khusus Ibu Hamil KEK/ RISTI Y= minimal 1 kali T= tidak dapat kunjungan	Y= ada akses air bersih T= tidak ada	Y= ada jamban layak T= tidak ada	Y= ada jaminan kesehatan T=tidak ada
Ibu Bersalin	TS = Tidak Sesuai	TS = Tidak Sesuai	Y= 3 Kali Pemeriksaan T= < 3 Kali	TS= Tidak Sesuai	TS= Tidak Sesuai	Y= ada akses air bersih T= tidak ada	Y= ada jamban layak T= tidak ada	Y= ada jaminan kesehatan T=tidak ada

Tingkat Konvergensi Indikator Ibu Hamil

Untuk menghitung tingkat konvergensi indikator per sasaran :

- Jumlah Diterima : Jumlah layanan diterima (Y)
- Jumlah Seharusnya : Jumlah seluruh kolom indikator - Jumlah Tidak Sesuai (TS)
- % : Jumlah Diterima / Jumlah Seharusnya

Tingkat Capaian Konvergensi Ibu Hamil

Untuk menghitung tingkat capaian konvergensi seluruh sasaran per masing – masing status penerimaan layanan:

- Jumlah Diterima : Jumlah layanan diterima (Y) dari seluruh sasaran pada tiap Indikator.
- Jumlah Seharusnya : Jumlah seluruh sasaran pada tiap Indikator - Jumlah seluruh sasaran yang bernilai Tidak Sesuai (TS) dari tiap indikator
- % : Jumlah Diterima / Jumlah Seharusnya

Tingkat Konvergensi Desa (Kolom paling kanan dan paling bawah) Ibu Hamil

Untuk menghitung Tingkat Konvergensi Desa :

- Jumlah Diterima : Jumlah seluruh sasaran yang menerima layanan lengkap 100%
- Jumlah Seharusnya : Jumlah seluruh sasaran - Jumlah seluruh sasaran yang bernilai Tidak Sesuai (TS) dari tiap indikator
- % : Jumlah Diterima / Jumlah Seharusnya

B. Cara pengisian Formulir 3.B Rekapitulasi Hasil Pemantauan 3 (Tiga) Bulanan Bagi Anak 0-2 Tahun

• **Tujuan:**

Untuk Mengetahui status konvergensi 3 bulanan desa yang digunakan di rapat 3 bulanan tingkat desa pada sasaran 1,000 HPK (Anak 0-2 Tahun).

• **Tatacara Pengisian:**

Usia Anak	Status Penerimaan Layanan Dalam 3 Bulan (kuartal)								
	Imunisasi	Penimbangan berat badan	Konseling / Kelas Gizi	Kunjungan Rumah	Akses Air Bersih	Kepemilikan Jamban	Akta lahir	Jaminan Kesehatan	Parenting / pengasuhan (PAUD)
Usia Anak 0-<6 Bulan	TS = Tidak Sesuai	TS = Tidak Sesuai	TS = Tidak Sesuai	Y= minimal 2 kali kunjungan rumah dalam satu kuartal T= jika dibawah 2	Y= ada akses air bersih, T = Tidak ada	Y= ada jamban layak, T = Tidak ada	Y= ada akta lahir, T = Tidak ada	Y= ada jaminan kesehatan T = Tidak ada	TS = Tidak Sesuai
Usia Anak 6-12 Bulan	Y= Dapat imunisasi dasar kecuali campak untuk anak 6-9 bulan, dan lengkap untuk anak 10-12 bulan). T= Tidak dapat imunisasi dasar lengkap	Y= minimal ada 5 kali penimbangan anpada kuartal saat ini dan kuartal sebelumnya. T= Jika ditimbang kurang dari 5 kali.	Y= minimal ada 5 kali ikut konseling pada kuartal saat ini dan kuartal sebelumnya T= Jika ditimbang kurang dari 5 kali.	Y= minimal 2 kali kunjungan rumah dalam satu kuartal T= jika dibawah 2	Y= ada akses air bersih, T = Tidak ada	Y= ada jamban layak T = Tidak ada	Y= ada akta lahir T = Tidak ada	Y= ada jaminan kesehatan T = Tidak ada	Y= minimal ada 5 kali ikut parenting pada kuartal saat ini dan kuartal sebelumnya. T= Jika ditimbang kurang dari 5 kali.
Usia Anak >12-<18 Bulan	Y= Dapat imunisasi dasar lengkap T= Tidak dapat imunisasi dasar lengkap	Y= minimal ada total 8 kali penimbangan pada kuartal saat ini dan 3 kuartal sebelumnya. T= jika kurang dari 8 kali	Y= minimal ada total 8 kali ikut konseling pd kuartal saat ini & 3 kuartal sebelumnya T= jika kurang dari 8 kali	Y= minimal 2 kali kunjungan rumah dalam satu kuartal T= jika dibawah 2	Y= ada akses air bersih, T = Tidak ada	Y= ada jamban layak, T = Tidak ada	Y= ada akta lahir T = Tidak ada	Y= ada jaminan kesehatan T = Tidak ada	Y= minimal ada 5 kali ikut parenting pd kuartal saat ini & kuartal sebelumnya. T= Jika ditimbang kurang dari 5 kali.
Usia Anak >18-23 Bulan	Y= Dapat imunisasi dasar lengkap T= Tidak dapat imunisasi dasar	Y= minimal ada total 15 kali penimbangan pada kuartal saat ini dan 5 kuartal sebelumnya. T= Jika	Y= minimal ada total 15 kali ikut konseling pada kuartal saat ini dan 5 kuartal sebelumnya T= Jika	Y= minimal 2 kali kunjungan rumah dalam satu kuartal T= jika dibawah 2	Y= ada akses air bersih, T = Tidak ada	Y= ada jamban layak, T = Tidak ada	Y= ada akta lahir, T = Tidak ada	Y= ada jaminan kesehatan T = Tidak ada	Y= minimal ada 5 kali ikut parenting pada kuartal saat ini dan kuartal sebelumnya. T= Jika

Usia Anak	Status Penerimaan Layanan Dalam 3 Bulan (kuartal)								
	Imunisasi	Penimbangan berat badan	Konseling / Kelas Gizi	Kunjungan Rumah	Akses Air Bersih	Kepemilikan Jamban	Akta lahir	Jamian Kesehatan	Parenting / pengasuhan (PAUD)
	lengkap	kurang dari 15 kali	kurang dari 15 kali						ditimbang kurang dari 5 kali.

Khusus untuk pengukuran tinggi/ panjang badan

- Pengukuran tinggi badan dilakukan 2 kali dalam setahun pada bulan Februari dan Agustus.
- Kuartal1 (Januari-Maret):
 - Anak Usia 0 – 3 bulan diisi “TS”= Tidak Sesuai
 - Anak Usia > 3 bulan diisi “Y” jika pada bulan Februari diukur tinggi badannya, diisi “T” jika tidak diukur.
- Kuartal 2 (April-Juni)
 - Anak Usia 0-3 bulan diisi dengan “TS” = Tidak Sesuai
 - Anak Usia > 3 bulan diisi “Y” jika pada bulan Februari diukur tinggi badannya, diisi “T” jika tidak diukur.
- Kuartal 3 (Juli- September)
 - Anak Usia 0-3 bulan diisi dengan “TS” = Tidak Sesuai
 - Anak Usia > 3 bulan – 8 Bulan diisi dengan “Y “ Jika pada bulan Agustus diukur tinggi badannya, diisi dengan “T” jika tidak diukur
 - Anak Usia 9 – 23 Bulan dengan “Y” jika pada bulan Februari dan Bulan Agustus diukur tinggi badannya, diisi dengan “T” jika tidak diukur dibulan Februari dan Agustus.
- Kuartal 4 (Oktober – Desember)
 - Anak Usia 0-6 Bulan diisi dengan “TS” = Tidak Sesuai
 - Anak Usia 7-11 Bulan bulan diisi denga “Y” jikapada bulan Agustus diukur tinggi badannya, diisi dengan “T” jika tidak diukur
 - Anak Usia 12-23 Bulan diisi dengan “Y” jika pada bulan Februari dan Bulan Agustus diukur tinggi badannya, diisi dengan “T” jika tidak diukur dibulan Februari dan Agustus.
- Untuk partisipasi konseling L tidak dihitung status konvergensinya hanya keterwakilan L/P. L hanya untuk perhitungan berapa jumlah orang tua laki-laki yang mengikuti konseling.

Tingkat Konvergensi Indikator Anak 0 sd 23 Bulan

Untuk menghitung tingkat konvergensi indikator per sasaran :

- Jumlah Diterima : Jumlah layanan diterima (Y)
- Jumlah Seharusnya : Jumlah seluruh kolom indikator - Jumlah Tidak Sesuai (TS)
- % : Jumlah Diterima / Jumlah Seharusnya

Tingkat Capaian Konvergensi Anak 0 sd 23 Bulan

Untuk menghitung tingkat capaian konvergensi seluruh sasaran per masing – masing status penerimaan layanan:

- Jumlah Diterima : Jumlah layanan diterima (Y) dari seluruh sasaran pada tiapIndikator.
- Jumlah Seharusnya : Jumlah seluruh sasaran pada tiapIndikator- Jumlah seluruh sasaran yang bernilai Tidak Sesuai (TS) dari tiapindikator
- % : Jumlah Diterima / Jumlah Seharusnya

Tingkat Konvergensi Desa (Kolom paling kanan dan paling bawah) Anak 0 sd 23 Bulan

Untuk menghitung Tingkat Konvergensi Desa :

- Jumlah Diterima : Jumlah seluruh sasaran yang menerima layanan lengkap 100%
- Jumlah Seharusnya : Jumlah seluruh sasaran - Jumlah seluruh sasaran yang bernilai Tidak Sesuai (TS) dari tiap indikator
- % : Jumlah Diterima / Jumlah Seharusnya

C. Cara pengisian Formuir Bantu Capaian Penerimaan Layanan

a) Sasaran Ibu Hamil

Langkah Pertama :

Buka Formulir Rekapitulasi Hasil Pemantauan 3 Bulanan Ibu Hamil (Formulir 3.A)

Langkah Kedua :

1. Untuk pengisian baris nomor 1 (Ibu hamil periksa kehamilan paling sedikit 4 kali selama kehamilan kehamilan) :
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Pemeriksaan Kehamilan** di Formulir 3.A.
2. Untuk pengisian baris nomor 2 (Ibu hamil mendapatkan dan minum 1 tablet tambah darah (pil FE) setiap hari minimal selama 90 hari):
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Dapat & Konsumsi Pil Fedi** Formulir 3.A.
3. Untuk pengisian baris nomor 3 (Ibu bersalin mendapatkan layanan nifas oleh nakes dilaksanakan minimal 3 kali):
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Pemeriksaan Nifas** di Formulir 3.A
4. Untuk pengisian baris nomor 4 (Ibu hamil mengikuti kegiatan konseling gizi atau kelas ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan):
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Konseling Gizi (Kelas IH)** di Formulir 3.A
5. Untuk pengisian baris nomor 5 (Ibu hamil dengan kondisi resiko tinggi dan/atau Kekurangan Energi Kronis (KEK) mendapat kunjungan ke rumah oleh bidan Desa secara terpadu minimal 1 bulan sekali):
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Kunjungan Rumah** di Formulir 3.A
6. Untuk pengisian baris nomor 6 (Rumah Tangga Ibu hamil memiliki sarana akses air minum yang aman):
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Kepemilikan Akses Air Bersih** di Formulir 3.A
7. Untuk pengisian baris nomor 7 (Rumah Tangga Ibu hamil memiliki sarana jamban keluarga yang layak.):
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Kepemilikan Jamban** di Formulir 3.A
8. Untuk pengisian baris nomor 8 (Ibu hamil memiliki jaminan layanan kesehatan):
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Jaminan Kesehatan** di Formulir 3.A

b) Sasaran Anak 0 sd 2 Tahun

Langkah Pertama :

Buka Formulir Rekapitulasi Hasil Pemantauan 3 Bulanan Anak 0 sd 2 Tahun (Formulir 3.B)

Langkah Kedua :

1. Untuk pengisian baris nomor 1 (Bayi usia 12 bulan ke bawah mendapatkan imunisasi dasar lengkap) :
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Pemberian Imunisasi Dasar** di Formulir 3.B.
2. Untuk pengisian baris nomor 2 (Anak usia 0-23 bulan diukur berat badannya di posyandu secara rutin setiap bulan) :
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Pengukuran Berat Badan** di Formulir 3.B.
3. Untuk pengisian baris nomor 3 (Anak usia 0-23 bulan diukur panjang/tinggi badannya oleh tenaga kesehatan terlatih minimal 2 kali dalam setahun) :
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Pengukuran Tinggi Badan** di Formulir 3.B.
4. Untuk pengisian baris nomor 4 (Orang tua/pengasuh yang memiliki anak usia 0-23 bulan mengikuti kegiatan konseling gizi secara rutin minimal sebulan sekali.) :
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Konseling Gizi Bagi Orang Tua** di Formulir 3.B.
5. Untuk pengisian baris nomor 5 (Anak usia 0-23 bulan dengan status gizi buruk, gizi kurang, dan stunting mendapat kunjungan ke rumah secara terpadu minimal 1 bulan sekali) :
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Kunjungan Rumah** di Formulir 3.B.
6. Untuk pengisian baris nomor 6 (Rumah Tangga anak usia 0-23 bulan memiliki sarana akses air minum yang aman) :
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Kepemilikan Akses Air Bersih** di Formulir 3.B.
7. Untuk pengisian baris nomor 7 (Rumah Tangga anak usia 0-23 bulan memiliki sarana jamban yang layak) :
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Kepemilikan Jamban Sehat** di Formulir 3.B.
8. Untuk pengisian baris nomor 8 (Anak usia 0-23 bulan memiliki akte kelahiran) :
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Akte Lahir** di Formulir 3.B.
9. Untuk pengisian baris nomor 9 (Anak usia 0-23 bulan memiliki jaminan layanan kesehatan) :
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Jaminan Kesehatan** di Formulir 3.B.
10. Untuk pengisian baris nomor 10 (Orang tua/pengasuh yang memiliki anak usia 0-23 bulan mengikuti Kelas Pengasuhan minimal sebulan sekali) :
Pindahkan Nilai pada baris Jumlah Diterima, Jumlah Seharusnya dan % pada bagian Tingkat Capaian Konvergensi yang terdapat pada kolom **Pengasuhan (PAUD)** di Formulir 3.B.

c) Sasaran Anak > 2 sd 6 Tahun

- Buka Formulir 2.C Pemantauan Layanan dan Sasaran PAUD Anak >2 – 6 Tahun.
- Jumlah Diterima :Jumlahkan sasaran yang memiliki "√" Lengkap setiap buannya.
- Jumlah Seharusnya : Total keseluruhan sasaran Anak > 2 sd 6 Tahun
- % adalah Presentase Jumlah Diterima/Jumlah Sasaran

D. Cara pengisian Formulir Bantu Konvergensi Desa

1. Buka **Formulir Rekapitulasi Hasil Pemantauan 3 BuLanan Bagi Ibu Hamil dan Formulir Rekapitulasi Hasil Pemantauan 3 BuLanan Bagi Anak 0 sd 23 Bulan.**
2. **Pindahkan nilai Tingkat Konvergensi Desa (Pojob paling kanan dan paling bawah)**dari kedua formulir sesuai dengan nomor 1, kekolom **Jumlah Layanan diterima, Jumlah yang Seharusnya Diterima dan Kolom Konvergensi %, sesuai dengan kategori sasarannya (Ibu Hamil dan Anak 0 sd 23 Bulan).**

E. Cara Pengisian Formulir Scorecard Konvergensi Desa

Tabel 1

Data diambil dari **Rekapitulasi Hasil Pemantauan 3 Buanan Bagi Ibu Hamil dan Formulir Rekapitulasi Hasil Pemantauan 3 Buanan Bagi Anak 0 sd 23 Bulan.**

Tabel 2

Data diambil dari Formulir 2B Pemantauan Bulanan Anak 0 sd23 Bulan (0 sd 2 Tahun), pada kolom **Umur dan Status Tikar** sub kolom **Hasil (M/K/H)** di

Tabel 3

- a) Untuk sasaran Ibu Hamil, dari nomor 1 sd 8, caranya sama yaitu ambil nilai pada kolom **Jumlah Diterima** dan kolom % dari Formulir **Bantu Capaian Penerimaan Layanan.**
- b) Untuk sasaran Anak 0 sd 23 Bulan (0 sd 2 Tahun), dari nomor 1 sd 10, caranya sama yaitu ambil nilai pada kolom **Jumlah Diterima** dan kolom % dari **Formulir Bantu Capaian Penerimaan Layanan.**

Catatan :

Khusus pada jumlah Laki pada baris nomor 4 (Orang tua/pengasuh yang memiliki anak usia 0-23 bulan mengikuti kegiatan konseling gizi secara rutin minimal sebulan sekali) dihitung jumlah laki - laki dari Formulir 2.B pada kolom Konseling Gizi yang berisi L (Laki - Laki)

- c) Untuk sasaran Anak > 2 sd 6 Tahun, dengan cara ambil nilai pada kolom **Jumlah Diterima** dan kolom % dari **Formulir Bantu Capaian Penerimaan Layanan.**

Tabel 4

Untuk mengisi table 4, silahkan salin data dari Formulir Bantu Konvergensi Desa

Tabel 5

Untuk mengisi table 5, data – data bisa didapat dari Pemerintahan Desa.

Kriteria :

- **Kolom Total Alokasi Dana** adalah Total Alokasi Dana Desa yang diterima sesuai dengan Bidang/Kegiatan.
- **Kolom Alokasi Dana** untuk Kegiatan Khusus Pencegahan Stunting, menyangkut beberapa kegiatan sebagai berikut :
 - a. Penyediaan air bersih dan sanitasi;
 - b. Pemberian makanan tambahan dan bergizi untuk balita;
 - c. Pelatihan pemantauan perkembangan kesehatan ibu hamilatau ibu menyusui;

- d. Bantuan posyandu untuk mendukung kegiatan pemeriksaan berkala kesehatan ibu hamil atau ibu menyusui;
 - e. Pengembangan apotek hidup desa dan produk hortikultura untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil atau ibu menyusui;
 - f. Pengembangan ketahanan pangan di Desa; dan
 - g. Kegiatan penanganan kualitas hidupnya yang sesuai dengan kewenangan Desa dan diputuskan dalam musyawarah Desa.
- **Kolom %(Persen)** adalah **Kolom Alokasi Dana/ Kolom Total Alokasi Dana**

BUPATI ROKAN HULU,

ttd

S U K I M A N

Salinan sesuai aslinya,
KEPALA BAGIAN HUKUM,



ERINALDI, SH
Penata Tk. I
NIP. 19840916 201001 1 008