THE EQUITY INITIATIVE

BUKU PANDUAN TEKNIS

PERENCANAAN, PELAKSANAAN, MONITORING DAN EVALUASI PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENANGANAN STUNTING DI DESA

2022

DAFTAR PENYUSUN:

a. Pengarah:

1. Ir. Semuel Rebo, Plt. Kepala Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa Provinsi NTT.
2. Kosmas D.Lana, SH, M.Si, Kepala BAPPELITBANGDA Provinsi NTT.
3. dr. Messerasi Ataupah, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi NTT.
4. Ir. Sarah Lerry Mboeik, Ketua Pokja Stunting Provinsi NTT.

b. Konsep dan Editor (*Senior Fellow the Equity Initiative Asia Tenggara & China - 2019*):

1. Blandina Rosalina Bait (Indonesia)
2. Goris Mustaqim (Indonesia)
3. Gideon Cauton (Philipine)
4. Le Nhat (Viet Nam)

c. Penulis

1. Yustina Yudha Nita
2. Blandina Rosalina Bait

d. Kontributor

1. Ir. Hendrik S. Ngaddi, MM, Kabid Bina Pemberdayaan Usaha Ekonomi Masyarakat, DPMD Provinsi NTT.
2. Dra. Jublina T Solo, M.Si, Kabid Kelembagaan dan Pengembangan Partisipasi Masyarakat, DPMD Provinsi NTT.
3. Johny Ericson Ataupah, SP, MMap Kabid PemSosBud, BAPPELIBANGDA Provinsi NTT.
4. Bonavantura Taco, Kasubid Pengembangan SDM BAPPELITBANGDA Provinsi NTT.
5. Vince Bimas Panggula, Fungsional Perencana BAPPELITBANGDA Provinsi NTT
6. Sherwin M.R.Ufi, S.KM, MPH, Kabid PemSosBud, BAPPEDALITBANG Kab Rote Ndao.
7. Astryda Maranda
8. Ida Liem

Sambutan Gubernur Nusa Tenggara Timur

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukan bahwa Provinsi NTT menempati urutan teratas Angka Stunting secara nasional yakni sebesar 42,6% yang berarti rata-rata 4 dari 10 anak NTT mengalami stunting. Realitas ini sungguh memprihatinkan karena posisi NTT masih jauh di atas Standar Prevalensi Stunting yang ditetapkan WHO, yakni di bawah 20%.

Sebagai Gubernur, sejak awal pemerintahan, saya telah memerintahkan strategi penanganan dan pencegahan stunting secara kolaburatif di lingkungan internal pemerintahan, dari tingkat provinsi hingga desa/kelurahan, dengan melibatkan pemangku kepentingan eksternal seperti Lembaga Keagamaan dan Lembaga sosial kemasyarakatan lainnya.

Atas kerja keras dan partisipasi semua pihak maka hingga akhir November 2020, angka stunting NTT turun secara signifikan menjadi 24%. Karena capaian ini masih di atas standar WHO maka strategi aksi konvergentif sangat diperlukan dengan fokus pada pemberdayaan Pernerintah Desa dan pemangku kepentingan lain pada level pemerintahan terendah.

Oleh karena itu, saya menyambut baik terbitnya BUKU PANDUAN PERENCANAAN, PELAKSANAAN, MONITORING DAN EVALUASI PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENANGANAN STUNTING DI DESA yang dikeluarkan Kelompok Kerja Percepatan Penanganan dan Pencegahan Stunting Provinsi NTT bekerjasama dengan Senior Fellow The Equity Initiative, yang pada intinya memuat pedoman aksi

konvergensi pencegahan dan penanganan stunting, dengan merujuk pada 29 indikator intervensi spesifik dan intensif.

Buku ini diharapkan menjadi panduan bagi Kepala Desa dan Pemangku Kepentingan di Desa dalam merencanakan, melaksanakan, memantau dan mengevaluasi program percepatan penanganan dan pencegahan stunting di desa, dengan target Angka Prevalensi Sunting NTT berada di bawah 10% pada tahun 2023 mendatang.

Selamat bekerja untuk mengukir peradaban baru masyarakat Nusa Tenggara Timur.

Kupang, Desember 2020,

Gubernur Nusa Tenggara Timur

VICTOR BUNGTILU LAISKODAT

Kata Pengantar

Saat ini pemerintah Indonesia sedang berupaya untuk menangani dan mencegah stunting dengan memandatkan kepada seluruh provinsi untuk melaksanakan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting. Hal ini ditindaklanjuti oleh Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) yang mempunyai angka stunting tertinggi dibandingkan provinsi lain. Dari data Riskesdas secara nasional sudah terjadi penurunan dari 37,2% tahun 2013 menjadi 30,8 % tahun 2018. Demikian juga dengan NTT sudah terjadi penurunan dari 51,7% tahun 2013 menjadi 42,6% tahun 2018. Namun angka tersebut belum mencapai target yang direkomendasikan oleh WHO yaitu prevalensi stunting harus dibawah 20%.

Sejalan dengan petunjuk Pemerintah Pusat, Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) telah melakukan beberapa upaya yaitu melalui pelaksanaan 5 pilar Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting. Salah satu dari ke lima pilar tersebut adalah aksi konvergensi. Yang artinya adanya konvergensi mulai dari desa hingga pusat. Di tingkat Provinsi dan Kabupaten Badan Perencanaan Pembangunan Daerah sebagai sektor

yang mengkoordinir telah melaksanakan aksi konvergensi tersebut.

Untuk mendapatkan hasil yang baik dalam pencegahan dan penanganan stunting ini perlu adanya penguatan di tingkat desa mengingat bahwa sasaran dari semuanya ini berada di tingkat desa. Pemerintah Pusat telah mengeluarkan kebijakan untuk mengalokasikan dana kepada desa dan pencegahan dan penanganan stunting menjadi prioritas. Sejalan dengan itu Kementerian Desa telah merekrut Kader Pembangunan Manusia (KPM) sebagai ujung tombak penanganan dan pencegahan stunting di tingkat desa yang memastikan terjadinya konvergensi.

Dengan ada banyaknya dukungan untuk desa terlihat bahwa peran desa sangat besar. Untuk itu perlu ada penguatan kepada Kepala Desa dan pemangku kepentingan di desa dalam menyusun perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program di tingkat desa untuk pencegahan dan penanganan stunting yang sesuai dengan 29 komposit indikator gizi spesifik dan gizi sensitif penyebab Stunting nasional. Untuk itulah buku petunjuk teknis ini disusun agar memudahkan kepala desa, aparat desa lainnya serta para pemangku kepentingan di desa

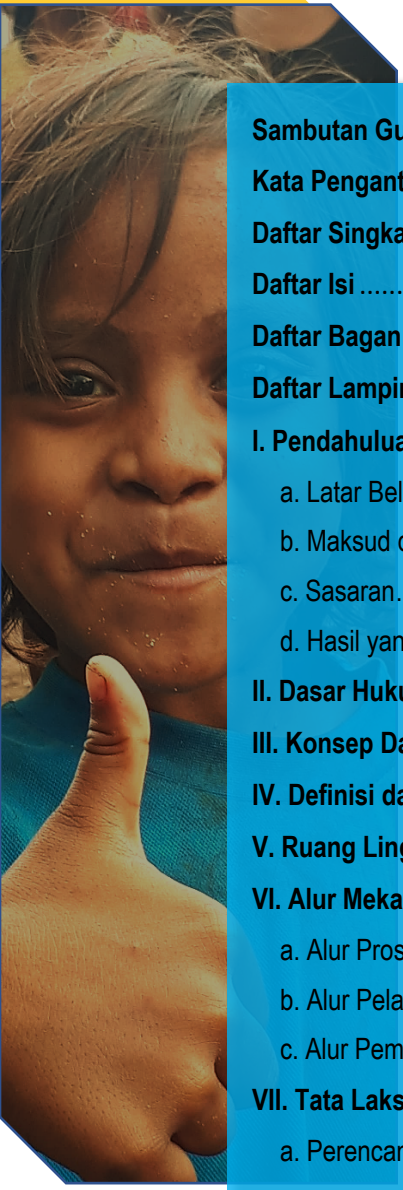
dalam merencanakan dan melaksanakan kegiatan dana desa agar tepat sasaran dan sesuai dengan permasalahan yang ada.

Buku panduan teknis ini berisi tentang alur perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi kegiatan pencegahan dan penanganan stunting. Untuk memudahkan dalam menyusun rencana kegiatan buku ini dilengkapi dengan menu kegiatan dari 29 indikator penyebab stunting sesuai Pepres No 72 Tahun 2021 dan 1 (satu) indikator tambahan terkait Pernikahan Dini yang telah disepakati.

Penyusunan buku panduan ini merupakan kolaborasi dari Senior *Fellow the Equity Initiative Asia Tenggara dan China 2019* yang berasal dari Indonesia (Blandina Rosalina Bait dan Goris Mustaqim), Vietnam (Le Nhat) dan Philippina (Gideon Cauton) dan Pokja Stunting Provinsi NTT yang didukung oleh Konsultan lokal, dr. Yustina Yudha Nita. Dengan harapan akan dijadikan panduan oleh beberapa desa model dan selanjutnya berdasarkan pembelajaran dari desa model dapat di replikasi oleh Pemerintah Daerah ke desa lainnya di Provinsi NTT.

Daftar Singkatan

- APBDes : Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa
- ANSIT : Analisa Situasi
- BPD : Badan Permusyawaratan Desa
- BAPPEDA : Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
- FGD : Focus Group Discussion/Diskusi Kelompok Terarah
- JKN : Jaminan Kesehatan Nasional
- KIA : Kesehatan Ibu dan Anak
- KPM : Kader Pembangunan Manusia
- MUSDES : Musyawarah Desa
- RKP Des : Rencana Kerja Pemerintah Desa
- PAUD : Pendidikan Anak Usia DIni
- PERDES : Peraturan Desa
- PKH : Program Keluarga Harapan
- PKK : Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
- PPL : Penyuluh Pertanian Lapangan
- RPJM : Rencana Pembagunan Jangka Menengah
- TIM PP STUNTING : Tim Perencanaan dan Penganggaran



Daftar Isi

Sambutan Gubernur NTT **2**

Kata Pengantar **6**

Daftar Singkatan **9**

Daftar Isi **10**

Daftar Bagan **12**

Daftar Lampiran **13**

I. Pendahuluan **14**

a. Latar Belakang **14**

b. Maksud dan Tujuan **16**

c. Sasaran **18**

d. Hasil yang diharapkan **18**

II. Dasar Hukum **19**

III. Konsep Dasar **23**

IV. Definisi dan Ketentuan **25**

V. Ruang Lingkup ..... Error! Bookmark not defined.

VI. Alur Mekanisme **31**

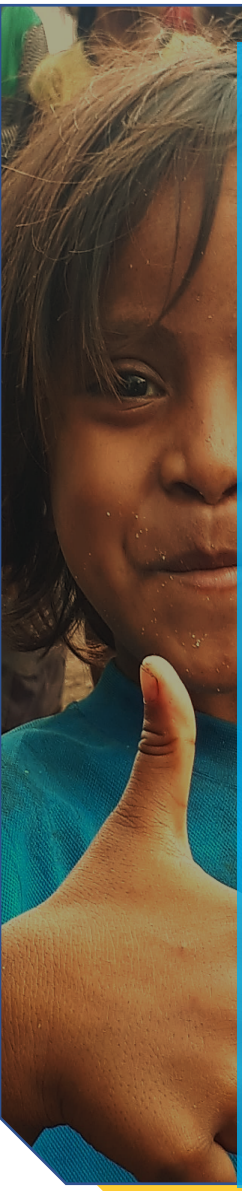
a. Alur Proses Perencanaan dan Penganggaran **31**

b. Alur Pelaksanaan Program **35**

c. Alur Pemantauan dan Evaluasi **36**

VII. Tata Laksana / Prosedur Kerja **37**

a. Perencanaan dan Penganggaran **37**



b. Pelaksanaan 39
c. Pemantauan dan Evaluasi 39
VIII. Peningkatan Kapasitas .Error! Bookmark not defined.
IX. Pencatatan dan Pelaporan .....Error! Bookmark not defined.
VI. Pembinaan.....Error! Bookmark not defined.
XI. Penutup .....Error! Bookmark not defined.
XII. Daftar Pustaka **45**
XIII. Lampiran.....**47**

Daftar Bagan

Bagan 1 Alur Proses Perencanaan dan Penganggaran Desa ...32
Bagan 2 Alur Pelaksanaan Program 35
Bagan 3 Alur Pemantauan dan Evaluasi 36

Daftar Lampiran

1. Definisi operasional 29 Indikator Stunting Nasional dan 1 indikator tambahan
2. Sasaran berdasarkan intervensi spesifik dan sensitif
3. Menu kegiatan 30 Indikator Stunting
4. Format laporan bulanan
5. Format Laporan tahunan
6. Instrumen pemantauan

BAB I

PENDAHULUAN

a. Latar Belakang

Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan angka stunting NTT masih menduduki angka tertinggi di Indonesia yaitu sebesar 42,6 % yang artinya 4 dari 10 anak di NTT mengalami stunting. Angka ini sudah mengalami penurunan sebanyak 9% dibandingkan data riset yang sama tahun 2013 (51,7%). Sejalan dengan kebijakan nasional pemerintah Provinsi NTT saat ini berupaya keras untuk perang melawan stunting dengan mengeluarkan beberapa kebijakan dan arahan. Demikian juga dengan kabupaten yang mengikuti kebijakan dan arahan dari pusat dan provinsi untuk perang melawan stunting.

Untuk memperoleh hasil yang optimal perlu dilakukan inovasi- inovasi yang luar biasa yang dilakukan mulai dari tingkat pusat sampai desa. Salah satu inovasi yang dapat

dilakukan adalah dengan memberdayakan desa yang sejalan dengan kebijakan dari pusat yaitu membangun dari desa.

Peran pemerintah desa saat ini sangat penting dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan desa sejalan dengan kebijakan pemerintah pusat untuk membangun dari desa sehingga desa mendapatkan alokasikan anggaran yang cukup besar. Untuk itu pemangku kepentingan di desa terutama kepala desa harus mempunyai kemampuan dalam melakukan *perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan monitoring evaluasi* agar dana yang dialokasikan dapat benar-benar bermanfaat untuk meningkatkan kesejahteraan warganya.

Berbagai dukungan dan pendampingan untuk pemerintah desa dalam mengelola dana desa telah dilakukan namun belum menunjukkan hasil yang optimal terutama dalam mengalokasikan dana untuk program pencegahan dan penanganan stunting. Untuk itu perlu dilakukan sebuah terobosan agar pemerintah desa paham dan mampu mencegah dan menangani stunting melalui sebuah perencanaan, penganggaran, pemantauan dan evaluasi yang efektif. Sebagai panduan bagi aparat desa dalam menyusun perencanaan, penganggaran dan melaksanakan program kegiatan serta

melakukan pemantauan evaluasi perlu disusun sebuah panduan operasional.

Petunjuk Teknis ini berisi alur mekanisme dalam menyusun perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi yang berpedoman pada 29 indikator intervensi spesifik dan sensitif yang telah ditetapkan Pemerintah Pusat. Selain itu ada tambahan satu indikator terkait dengan Pernikahan Dini.

b. Maksud dan Tujuan

Maksud

Maksud dari dibuatnya panduan ini adalah untuk memudahkan kepala desa, aparat desa dan para pemangku kepentingan di desa dalam perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi untuk program pencegahan dan penanganan stunting.

Tujuan

Tujuan dari dibuatnya panduan ini adalah untuk meningkatkan kapasitas pemerintah desa dalam melaksanakan pencegahan dan penanganan stunting

1. Meningkatkan kapasitas Pemerintah Desa dan para pemangku kepentingan terkait dalam menyusun perencanaan dan penganggaran dana desa untuk pencegahan dan penanganan stunting.
2. Meningkatkan kapasitas Pemerintah Desa dan para pemangku kepentingan terkait dalam melaksanakan program pencegahan dan penanganan stunting di tingkat desa.
3. Meningkatkan kapasitas Pemerintah Desa dan para terkait dalam melakukan Monitoring dan Evaluasi.
4. Meningkatkan kapasitas Pemerintah Desa dan para pemangku kepentingan dalam menentukan sasaran penerima program agar terjadi konvergensi di tingkat Desa.
5. Meningkatkan pemahaman Pemerintah Desa dan para pemangku kepentingan tentang bagaimana 29 indikator intervensi spesifik dan sensitif serta satu indikator tambahan tentang Pernikahan Dini dapat berpengaruh sebagai penyebab Stunting.

c. Sasaran

Sasaran dalam penerapan panduan operasional ini adalah Aparat Desa, Pendamping Desa, dan para pemangku kepentingan terkait di tingkat desa seperti BPD, Kader Posyandu, Kader PKK, dan sebagainya.

d. Hasil yang diharapkan

Hasil yang diharapkan dengan adanya panduan operasional ini adalah:

1. Desa mampu menyusun perencanaan dan penganggaran stunting berdasarkan 30 indikator spesifik dan sensitif.
2. Desa mampu melaksanakan program kegiatan sesuai dengan yang telah direncanakan.
3. Desa mampu melakukan pemantauan dan evaluasi program kegiatan dengan efektif.
4. Terjadi konvergensi program pencegahan dan penanganan stunting di tingkat desa.

BAB II

DASAR HUKUM

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

7. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2018 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2019
8. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 114 Tahun 2014 tentang Pedoman Pembangunan Desa
12. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 2 Tahun 2015 tentang Pedoman Tata Tertib dan Mekanisme Pengambilan Keputusan Musyawarah Desa
13. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 3 Tahun 2015 tentang Pendampingan Desa
14. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Kewenangan Berdasarkan Hak Asal Usul dan Kewenangan Lokal Berskala Desa

15. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 49/PMK.07/2016 tentang Tata Cara Pengalokasian, Penyaluran, Penggunaan, Pemantauan dan Evaluasi Dana Desa
16. Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 1 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Pangan dan Gizi
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Keuangan Desa
18. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 16 Tahun 2018 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun Anggaran 2019.
19. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 13 Tahun 2020 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2020.
20. Keputusan Bersama Menteri Dalam Negeri Nomor 140-8698 Tahun 2017, Menteri Keuangan Nomor 954/KMK.07/2017, Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 116 Tahun 2017 dan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan

Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 01/SKB/M.PPN/12/2017 tentang Penyelarasan dan Penguatan Kebijakan Percepatan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa

21. Surat Keputusan Deputi bidang Sumber Daya Manusia Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 37/D.1/06/2014 tentang Kelompok Kerja Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi;
22. Peraturan Presiden no. 72 tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting.
23. Pedoman Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun Anggaran 2023.

BAB III

KONSEP DASAR

Konsep dari mekanisme ini adalah meningkatkan kemampuan pemangku kepentingan di desa (terutama kepala desa) dalam menyusun perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program pencegahan dan penanganan stunting.

Panduan operasional ini berisi alur mekanisme bagaimana desa membuat program untuk pencegahan dan penanganan stunting berdasarkan masalah yang ada di desa nya dengan memakai 29 indikator pencegahan dan penanganan stunting yang telah di tetapkan pemerintah pusat 1 indikator tambahan terkait Pernikahan Dini yang dapat berpengaruh ke Stunting.

Panduan operasional ini mempermudah pemerintah desa dan para pemangku kepentingan di tingkat desa dalam Menyusun rencana kegiatan agar sesuai dengan masalah yang ada, sesuai dengan kemampuan desa dan tepat sasaran.

Mekanisme yang ada dalam panduan operasional ini tidak terpisah dengan mekanisme perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan pemantauan yang sudah ada di tingkat desa. Mekanisme yang di dibuat ini adalah untuk mempertajam penyusunan perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi untuk program pencegahan dan penanganan stunting. Mekanisme ini terkait juga dengan peran Kader Pembangunan Manusia dari Kementerian Desa (KPM), Kader Posyandu dan PKK.

BAB IV

DEFINISI & KETENTUAN

Definisi

a. **29 Indikator pencegahan dan penanganan stunting** adalah 29 indikator yang telah ditetapkan sebagai alat ukur dalam program pencegahan dan penanganan stunting di Indonesia dan 1 indikator tambahan terkait pernikahan dini.

b. **Intervensi Sensitif** adalah intervensi gizi yang secara tidak langsung mengatasi terjadinya stunting yang meliputi 1) Peningkatan akses pangan bergizi; 2) peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi Ibu dan Anak; 3) Peningkatan akses dan kualitas pelayanan Gizi dan Kesehatan; dan 4) peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi. Intervensi gizi sensitif umumnya dilakukan di luar sektor Kesehatan.

c. **Intervensi spesifik** adalah Intervensi gizi spesifik yang langsung mengatasi terjadinya stunting yang meliputi: 1) Kecukupan asupan makanan dan gizi; 2) Pemberian makan, perawatan dan pola asuh; dan 3) Pengobatan infeksi/penyakit. Umumnya diberikan oleh sektor Kesehatan.

d. Konvergensi di tingkat desa adalah pendekatan penyampaian intervensi yang dilakukan secara terkoordinir, terintegrasi, dan bersama-sama untuk mencegah stunting kepada sasaran prioritas di tingkat desa.

e. **Kader Posyandu** adalah anggota masyarakat yang dipilih dan oleh masyarakat, mau dan mampu bekerja sama Bersama dalam berbagai kegiatan kemasyarakatan secara suka rela.

f. **Kader PKK** adalah Kader Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga yang merupakan wadah dalam membina keluarga bermasyarakat di perkotaan maupun di pedesaan.

g. **Kader Pembangunan Manusia** adalah warga masyarakat Desa yang dipilih melalui musyawarah Desa untuk bekerja membantu pemerintah Desa dalam

memfasilitasi masyarakat Desa dalam merencanakan, melaksanakan dan mengawasi pembangunan sumber daya manusia di Desa.

h. **Tim Perencanaan dan Penganggaran Stunting** adalah tim yang dibentuk Kepala Desa yang bertugas melakukan proses perencanaan dan penganggaran untuk program pencegahan dan penanganan stunting.

i. **Tim Pemantauan dan Evaluasi stunting** adalah tim yang dibentuk Kepala Desa yang bertugas melakukan pemantauan dan evaluasi program pencegahan dan penanganan stunting dan diketuai oleh Sekretaris Desa.

j. **Musyawarah Desa** adalah musyawarah antara Badan Permusyawaratan Desa, Pemerintah Desa, dan unsur masyarakat yang diselenggarakan oleh Badan Permusyawaratan Desa untuk menyepakati hal yang bersifat strategis.

k. **Musyawarah Pembangunan Desa** adalah musyawarah antara BPD, Pemerintah Desa dan unsur masyarakat yang diselenggarakan oleh Pemerintah Desa untuk menetapkan prioritas, program, kegiatan dan kebutuhan pembangunan Desa yang didanai oleh

APB Desa, Pendapatan Asli Desa (PAD), Swadaya masyarakat dan APBD kab/kota.

l. **RKP Desa** adalah penjabaran dari RPJM Desa untuk jangka waktu 1 (satu) tahun. Dokumen RKP Desa menjadi dasar penyusunan dokumen penganggaran desa, yakni APBDes.

m. **APB Desa** adalah dokumen yang memuat sumber-sumber penerimaan dan alokasi pengeluaran desa dalam kurun waktu satu tahun. APB Desa terdiri atas bagian pendapatan Desa, belanja Desa dan pembiayaan.

Ketentuan

Agar panduan operasional ini bisa dilaksanakan dengan baik sehingga memperoleh hasil yang optimal, berikut ini ada beberapa syarat atau kondisi yang harus dipenuhi:

1. Desa menerima hasil Analisa situasi 29 indikator dari tim stunting kabupaten sebelum proses perencanaan desa (musyawarah desa) di mulai yaitu antara bulan Januari sampai dengan Mei tahun berjalan.

2. Kepala Desa dan perangkat desa lainnya telah mendapatkan pelatihan atau orientasi untuk melaksanakan panduan ini.
3. Proses perencanaan dan penganggaran untuk program pencegahan dan penanganan stunting dilakukan sebelum desa melakukan proses perencanaan dana desa.

BAB V

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup panduan operasional ini adalah untuk membantu aparat desa dan pemangku kepentingan di tingkat desa dalam:

1. Melakukan Perencanaan dan Penganggaran program Stunting Desa;
2. Melakukan implementasi atau pelaksanaan program Stunting oleh berbagai pemangku kepentingan di Desa terkait Stunting;
3. Melakukan Pemantauan (monitoring) dan Evaluasi program untuk perbaikan program.

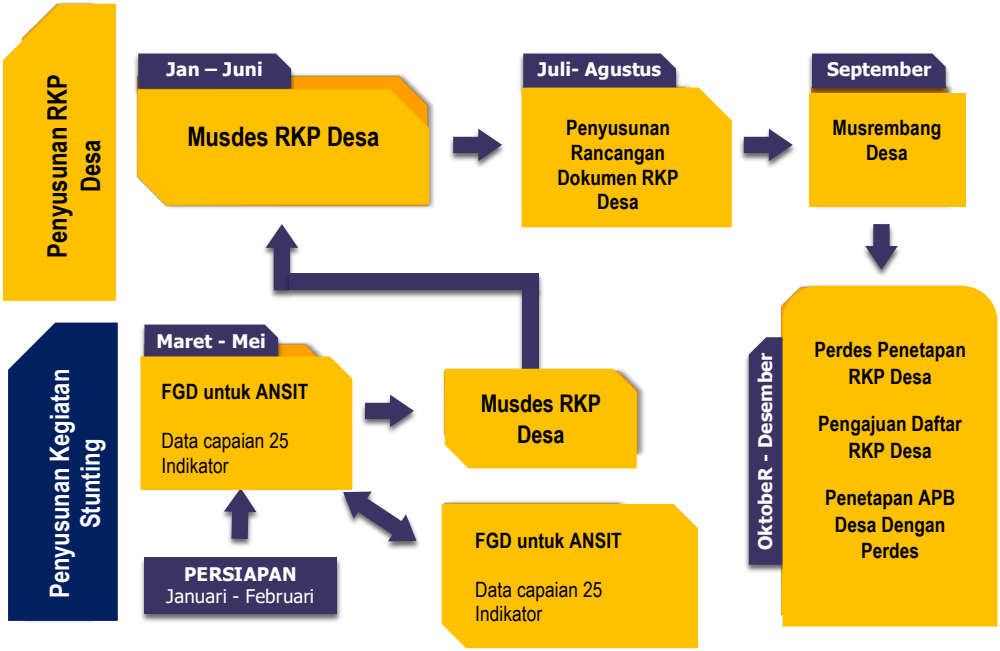
BAB VI

ALUR MEKANISME

Berikut ini adalah alur proses yang akan dilakukan oleh Desa untuk menghasilkan perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan monitoring evaluasi. Terdapat tiga bagan alur untuk menjelaskan proses secara detail:

a. Alur Proses Perencanaan dan Penganggaran

Alur ini sesuai dengan proses penyusunan RKP Desa yang proses untuk musyawarahnya sudah dimulai pada bulan Januari dan harus sudah selesai pada bulan Juni. Berikut ini adalah bagan alurnya:



Bagan 1 Alur Proses Perencanaan dan Penganggaran Desa

Agar rencana kegiatan untuk stunting bisa masuk dalam RKP Desa berikut ini adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan.

- Proses Analisa situasi pencegahan dan penanganan stunting dilakukan pada bulan Maret sampai dengan Mei.
- Desa sudah mendapatkan data capaian 25 indikator dari Puskesmas/ Dinkes atau Bappeda kabupaten.

- Desa sudah mendapatkan rencana kegiatan pencegahan dan penanganan stunting kabupaten (hasil Aksi 2 – Aksi Konvergensi.
- Proses Analisa situasi dilakukan melalui diskusi bersama para pemangku kepentingan di tingkat desa dengan memakai data hasil Kasi 1 aksi konvergensi (format proses 1)
- Dilakukan bersamaan dengan kegiatan Tahap II Kader Pembangunan Manusia melalui Focus Group Discussion/ Diskusi kelompok terarah Desa.
- Musyawarah Desa terdiri dari : Pencermatan ulang dokumen RPJMDesa, Pembentukaan tim verifikasi RKPDesa dan dan pembentukan tim (sesuai dengan pedoman Perencanaan dan Penganggaran Dana Desa).
- Penyusun RKPDesa
- Proses pelaksanaan analisis situasi tingkat desa adalah sebagai berikut:

Rekomendasi Kegiatan untuk Rencana Kegiatan

- Rekomendasi Kegiatan dari hasil FGD dipakai untuk Menyusun Rencana Kegiatan
- Disinkronkan dengan aksi 2 dari 8 Aksi Konvergensi.Rekomendasi Kegiatan untuk Rencana Kegiatan

FGD untuk ANSIT 25 Indikator
Maret – Mei

- Dilakukan bersamaan dengan kegiatan KPM tahap II
- Pastikan hasil Aksi 1 dan Aksi 2 sudah ada
- Aksi 2 (rencana Kegiatan) untuk disinkronisasikan
- Dihadiri oleh semua pemangku kepentingan
- Difasilitasi oleh Kades/ KPM, dibantu Tenaga Ahli Perencanaan Desa
- Hasilnya adalah Rekomendasi Kegiatan yang dipakai sebagai acuan Menyusun Rencana Kegiatan

Persiapan
Jan - Feb

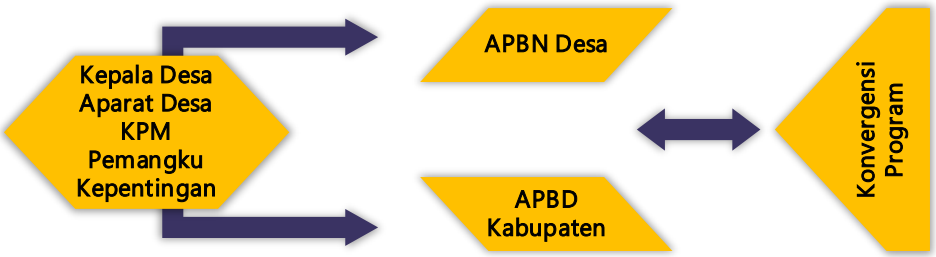
- Kabupaten (Bappeda) mengkoordinir kelengkapan data untuk Ansit
- Kabupaten (Bappeda) memastikan Akhir Feb hasil Ansit (Aksi 1) sudah ada

Hasil FGD Analisa situasi adalah sebagai berikut:

- Analisa sederhana dari masing– masing capaian 25 indikator.
- Prioritas masalah.
- Menentukan sasaran kegiatan sesuai dengan kebijakan konvergensi.
- Menyusun Rencana Kegiatan yang disusun dengan mengacu pada permasalahan yang akan diselesaikan dengan melihat menu kegiatan 25 indikator (lihat lampiran) dan sumber daya yang dimiliki desa.

Alur Pelaksanaan Program

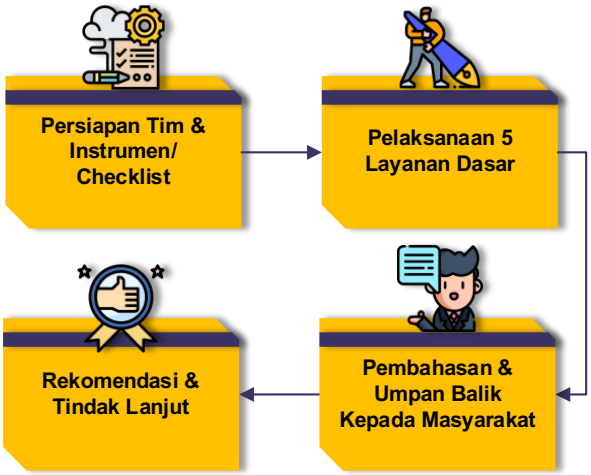
Tahap pelaksanaan program ini adalah pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan stunting yang didanai APB Desa dan dari APBD Kabupaten. Kepala desa dan aparat desa mengawal jalannya program kegiatan – kegiatan tersebut.



Bagan 2 Alur Pelaksanaan Program

b. Alur Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dan Evaluasi dilakukan oleh tim terpadu yang terdiri dari unsur- unsur pemangku kepentingan di tingkat desa. Pemantauan dilakukan setiap bulan sedangkan evaluasi dilakukan di setiap akhir tahun anggaran.



Bagan 3 Alur Pemantauan dan Evaluasi

BAB VII

TATA LAKSANA/ PROSEDUR KERJA

Dalam melakukan kegiatan prosedur kerja atau tata laksana pelaksanaan pencegahan stunting memiliki beberapa proses yakni sebagai berikut:

Perencanaan & Penganggaran

Pelaksanaan

Pemantauan & Evaluasi

a. Perencanaan dan Penganggaran

1. Kepala desa bersama Sekretaris desa melakukan persiapan yang meliputi
    a. Kepala desa membentuk tim perencanaan dan penganggaran pencegahan dan penanganan stunting (Tim PP Stunting) yang beranggotakan Bidan/Perawat/tenaga kesehatan desa, kader

posyandu, KPM, guru Paud, aparat desa, dan pemangku kepentingan terkait lainnya di awal tahun (Januari).

b. Tim PP stunting berkoordinasi dengan bidan desa/ pustu/ puskesmas dan kecamatan terkait data 25 indikator tahun sebelumnya.

c. Ketua tim PP stunting adalah kepala desa.

2. Ketua tim PP stunting melaksanakan FGD Analisa situasi data 25 indikator yang bisa dilaksanakan bersamaan dengan tahap II kegiatan kader Pembangunan manusia (Lihat pedoman Kader Pembangunan Manusia). FGD ini menghasilkan:

a. Analisa sederhana 25 indikator yang menggali permasalahan yang ada.

b. Rencana usulan kegiatan yang diambil dari menu kegiatan 25 indikator (lihat lampiran).

3. Ketua tim membawa rencana usulan kegiatan pencegahan dan penanganan stunting ke dalam proses musyawarah Desa untuk selanjutnya mengikuti alur perencanaan dan penganggaran desa.

b. Pelaksanaan

1. Kepala Desa menginformasikan rencana usulan kegiatan yang masuk dalam APB Desa maupun APBD Kabupaten kepada semua pihak terkait.
2. Kepala Desa memastikan pihak-pihak terkait melaksanakan kegiatan yang sudah di setujui.
3. Kepala Desa memastikan kegiatan- kegiatan yang akan dilaksanakan mempunyai sasaran yang tepat agar terjadi konvergensi desa.

c. Pemantauan dan Evaluasi

Berikut merupakan tahapan dari pemantauan dan evaluasi yang diharapkan dilaksanakan pada proses tata kelola dan prosedur kerja:

1. Persiapan

a. Tim pemantauan dan evaluasi di bentuk oleh Kepala Desa dengan memperhatikan unsur – unsur yang masuk dalam tim yaitu : Aparat Desa, BPD, KPM, Kader Posyandu, Kader PKK, Guru PAud, PPL Pertanian, Bidan/ perawat di desa, petugas PKH.

b. Ketua tim pemantauan dan evaluasi adalah Sekretaris Desa.

2. Mekanisme Pemantauan dan Evaluasi

a. Tim menentukan tanggal pelaksanaan pemantauan
b. Tim menyiapkan checklist yang bisa didapat dari buku panduan KPM (dengan menambah beberapa kegiatan yang belum masuk dalam format tersebut-lihat lampiran)
c. Pemantauan dilakukan setiap bulan melalui kunjungan langsung ke sasaran program sesuai dengan kegiatan yang ada di masimg – masing desa. Hasil monitoring di masukan ke dalam format monitoring yang ada dalam lampiran. Hasil monitoring ini dipakai sebagai data tingkat desa yang dilaporkan ke tingkat yang lebih tinggi (Kecamatan/ puskesmas)
d. Evaluasi dilakuan setahun sekali dengan memakai instrumen yang ada di lampiran.

3. Pembahasan Hasil Pemantauan dan Evaluasi

Hasil pengamatan selama pemantauan dan evaluasi di bahas di tingkat desa. Jika terdapat hambatan tim dapat mencarikan solusi setelah disepakati bersama.

4. Rekomendasi

Tim merumuskan rekomendasi untuk disampaikan kepada para pihak yang terkait baik itu di tingkat desa, kecamatan maupun kabupaten.

BAB VIII

PENINGKATAN KAPASITAS

Peningkatan kapasitas kepada para pihak yang terlibat dalam pencegahan dan penanganan stunting di tingkat desa harus dilakukan agar dapat menjalankan perannya dengan optimal. Berikut ini jenis-jenis pelatihan yang dapat dilakukan:

- Pecatatan & Pelaporan
- Pemantauan & Evaluasi
- Kebijakan Konvergensi & Pencegahan Stunting Desa
- Analisa Situasi Sederhana

BAB IX

PENCATATAN & PELAPORAN

Kepala Desa dengan dibantu Perangkat Desa akan membuat laporan terkait dengan keseluruhan proses yaitu laporan bulanan dan tahunan. Untuk laporan bulanan dimasukan hasil pemantauan bulanan (format ada dalam lampiran) tim pemantauan dan dari data pemantauan KPM. Sedangkan laporan tahunan mencakup pencapaian seluruh program pencegahan dan penanganan stunting di desa (Format terlampir).

BAB X

PEMBINAAN

Agar proses ini mendapatkan hasil yang optimal perlu dilakukan pembinaan oleh Lembaga pemerintah terkait di tingkat kabupaten dan kecamatan. Lembaga pemerintah tersebut adalah:

1. Bappeda
2. Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa
3. Dinas Kesehatan
4. Dinas Sosial
5. Dinas Pertanian
6. Dinas Ketahanan Pangan
7. Dinas Pendidikan

BAB XI

PENUTUP

Buku Panduan Operasional ini disusun sebagai bentuk dukungan kepada pemerintah Desa dalam pencegahan dan penanganan Stunting di Provinsi NTT. Dengan harapan ada peningkatan kapasitas dari Pemerintah Desa dan para pemangku kepentingan di tingkat desa dalam pencegahan dan penanganan stunting. Dengan meningkatnya kapasitas pemangku kepentingan di desa maka akan berkontribusi alam penurunan angka stunting di NTT.

Dukungan pemerintah daerah di tingkat Provinsi, Kabupaten dan Kecamatan menjadi kunci akan keberhasilan desa dalam menggunakan Panduan Operasional ini dalam setiap tahapan Program. Untuk itu perlu dukungan yang terus menerus bahkan perluasan ke desa–desa lainnya di NTT. Butuh upaya yang luar biasa, kepemimpinan, dan kolaborasi dari semua pihak terkait agar Stunting dapat ditekan serendah mungkin di Bumi NTT.

BAB XII

DAFTAR PUSTAKA

1. UU No.25/2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri no. 114 tahun 2014 tentang Pedoman Pembangunan Desa.
4. Peraturan Pemerintah No. 60 Tahun 2014 Mengenai Dana Desa Yang bersumber dari APBN
5. Permendesa No. 3 Th 2015 Tentang Pendampingan Desa
6. Buku Pintar Dana Desa, Kementrian Keuangan November 2017
7. Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia, Direktorat Jendral Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, Kementerian

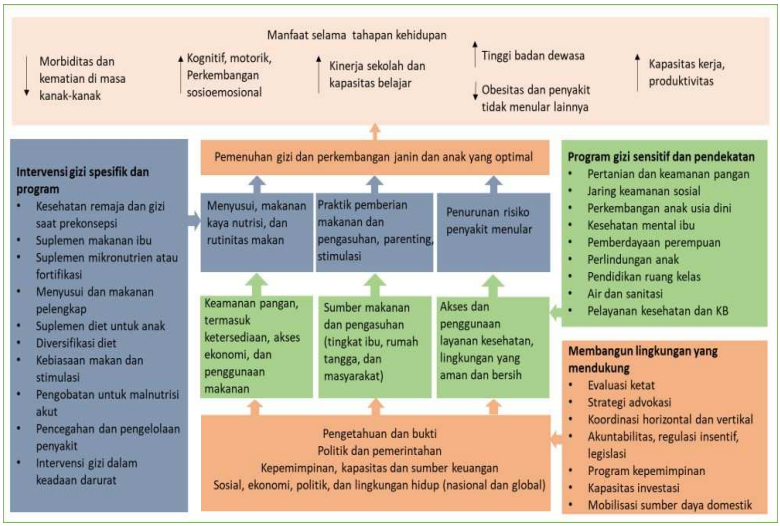
Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan transmigrasi, Desember 2018

8. Panduan Konvergensi Program/Kegiatan Percepatan Pencegahan Stunting, Jakarta November 2018.
9. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting), Sekretariat Wakil Presiden RI, Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementrian PPN/ BAPPENAS, November 2018
10. Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pencegahan Covid-19 di RT/RW/Desa, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan, 2020
11. Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Anak Stunting tahun 2022
12. PERPRES 72 tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting.

LAMPIRAN

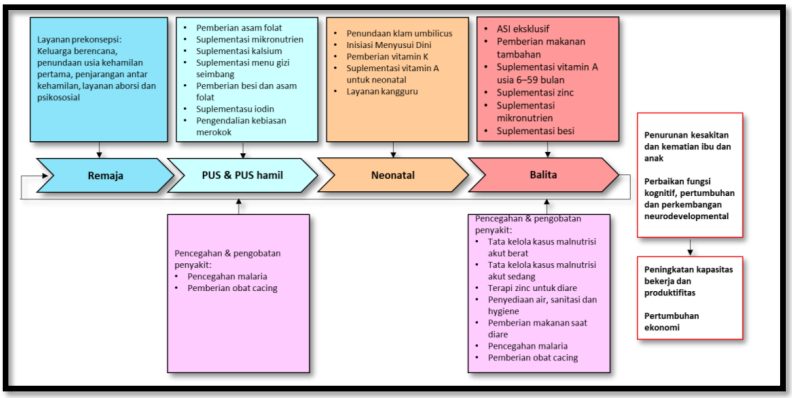
Lampiran 1. Kerangka Intervensi

1. Kerangka Intevensi Gizi Spesifik dan Sensitif dalam Penanggulangan Stunting

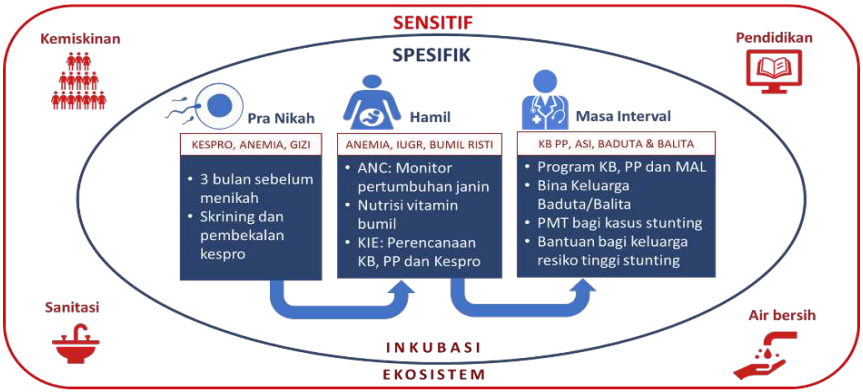


The Lancet 2013

2. Kerangka Intervensi Gizi Spesifik dan Sensitif menurut Kelompok sasaran



3. Fokus Intervensi Gizi Terintegrasi



Sumber: Bhutta, dkk. 2013

Lampiran 2

Definisi Operasional 30 Indikator Pencegahan dan Penanganan Stunting

No	Indikator	Defnsi Operasional	Sumber Data
Intervensi Gizi Spesifik			
		Remaja	
1	Remaja putri yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)	**Persentase remaja putri mengonsumsi TTD terhadap seluruh remaja putri dalam kurun waktu yang sama**	**Kesmas/ Dinkes**
2	Remaja putri yang menerima layanan pemeriksaan status anemia (hemoglobin	**Persentase remaja putri menerima layanan pemeriksaan status anemia terhadap remaja putri dalam kurun waktu yang sama**	**Kesmas/ Dinkes**
		Calon Pengantin/Pasangan Usia Subur (PUS)	
3	Calon pengantin /calon ibu yang menerima Tablet Tambah Darah (TTD)	**Persentase penerimaan TTD bagi calon pengantin terhadap seluruh calon pengantin dalam kurun waktu yang sama**	**Dinkes** **Kemenag**
4	Calon pasangan usia subur (PUS) yang memperoleh pemeriksaan kesehatan sebagai bagian dari pelayanan nikah	**Persentase layanan pemeriksaan kesehatan pra-nikah terhadap seluruh pasangan usia subur dalam kurun waktu yang sama**	**Dinkes** **Kemenag**
5	Cakupan calon Pasangan Usia Subur (PUS) yang menerima pendampingan kesehatan reproduksi dan edukasi gizi sejak 3 bulan pranikah	**Persentase layanan pendampingan kespro dan edukasi gizi pra-nikah terhadap seluruh pasangan usia subur dalam kurun waktu yang sama**	**Dinkes** **Kemenag**
		Ibu Hamil	
6	Ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang	**Persentase layanan tambahan asupan gizi terhadap seluruh**	**Kesmas/ Dinkes**

	mendapatkan tambahan asupan gizi	**Bumil KEK dalam kurun waktu yang sama**	
7	Ibu hamil yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 90 tablet selama masa kehamilan	**Persentase ibu hamil mengonsumsi TTD minimal 90 tablet selama kehamilan terhadap seluruh ibu hamil dalam kurun waktu yang sama**	**Kesmas/ Dinkes**
Anak Usia di Bawah Lima Tahun (Balita)			
8	Bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif	**Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI Ekslusif terhadap seluruh bayi kurang dari 6 bulan dalam kurun waktu yang sama**	**Kesmas/ Dnkes**
9	Anak usia 6-23 bulan yang mendapat Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)	**Persentase anak usia 6-23 bulan mendapat MP-ASI layak terhadap seluruh anak usia 6-23 bulan dalam kurun waktu yang sama**	**Kesmas/ Dnkes**
10	Anak berusia di bawah lima tahun (balita) gizi buruk yang mendapat pelayanan tata laksana gizi buruk	**Persentase layanan tata laksana gizi buruk terhadap seluruh anak balita gizi buruk dalam kurun waktu yang sama**	**Kesmas/ Dnkes**
11	Anak berusia di bawah lima tahun (balita) yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya	**Persentase layanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita terhadap seluruh anak balita dalam kurun waktu yang sama**	**Ksmas/ Dinkes**
12	Anak berusia di bawah lima tahun (balita) gizi kurang yang mendapat tambahan asupan gizi	**Persentase layanan tambahan asupan gizi balita terhadap seluruh anak balita dalam kurun waktu yang sama**	**Kesmas/ Dinkes**
13	Balita yang memperoleh imunisasi dasar lengkap	**Persentase layanan imunisasi dasar lengkap balita terhadap**	**Puskesmas/ Dinkes**

		seluruh anak balita dalam kurun waktu yang sama	
		Keluarga Beresiko	
14	Keluarga yang Stop BABS	**Persentase keluarga yang telah stop BABS terhadap seluruh KK**	**Kesmas/ Dinkes**
15	Keluarga yang melaksanakan PHBS	**Persentase keluarga yang telah melaksanakan PHBS terhadap seluruh KK**	**Kesmas/ Dinkes**
	Inetrvensi Gizi SENSITIF		
		Remaja	
16	Cakupan pernikahan anak/ dini	**Presentase kejadian pernikahan anak/ dini (usia dibawah 20 tahun) terhadap seluruh pernikahan**	**Dinas**
		Calon Pengantin (Pasangan Usia Subur)	
17	Pasangan calon pengantin yang mendapatkan bimbingan perkawinan dengan materi pencegahan stunting	**Persentase layanan pemeriksaan bimbingan perkawinan dengan materi stunting terhadap seluruh calon pengantin dalam kurun waktu yang sama**	**Kemenag**
18	Pasangan Usia Subur (PUS) dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan sosial yang menerima bantuan tunai bersyarat	**Persentase PUS miskin dan penyandang masalah sosial yang menerima bantuan tunai bersyarat (BST, KJS) terhadap jumlah PUS miskin dan penyandang masalah sosial**	**Dinas Sosial**
19	Cakupan Pasangan Usia Subur (PUS) dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan sosial yang menerima bantuan pangan nontunai	**Persentase PUS miskin dan penyandang masalah sosial yang menerima BPNT terhadap jumlah PUS miskin dan penyandang masalah sosial**	**Dinas Sosial**

20	Cakupan Pasangan Usia Subur (PUS) fakir miskin dan orang tidak mampu yang menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan	**Persentase jumlah rumah tangga miskin peserta PBI terhadap jumlah rumah tangga miskin**	**Dinas Sosial**
Ibu hamil			
21	Persentase Unmet Need pelayanan keluarga berencana	**Persentase PUS yang tidak terlayani keluarga berencana atau tidak ikut program KB terhadap PUS yang seharusnya terlayani KB**	**Dinas KB**
22	Persentase Kehamilan yang tidak diinginkan	**Persentase kehailan dari pasangan tidak menginginkan terjadinya kehamilan, atau kehamilan yang diinginkan tapi tidak saat itu, atau belum merencanakan**	**Dinas KB**
Keluarga Beresiko			
23	Keluarga berisiko stunting yang mendapatkan promosi peningkatan konsumsi ikan dalam negeri	**Persentase layanan promosi peningkatan konsumsi ikan dalam negeri terhadap seluruh keluarga berisiko stunting**	
24	Pelayanan Keluarga Berencana (KB) pascapersalinan	**Persentase layanan KB terhadap seluruh ibu melahirkan dalam kurun waktu yang sama**	
25	Keluarga berisiko stunting yang memperoleh pendampingan	**Persentase layanan KB terhadap seluruh ibu melahirkan dalam kurun waktu yang sama**	
26	Keluarga berisiko stunting yang mendapatkan manfaat sumber daya	**Persentase kemanfaatan "ketahanan pangan di desa/kel"**	**Dinas Pertanian**

	pekarangan untuk peningkatan asupan gizi	**terhadap seluruh keluarga berisiko stunting**	
Air Minum dan Sanitasi			
27	Rumah tangga yang mendapatkan akses air minum layak	**Persentase akses air minum layak rumah tangga terhadap jumlahrumah tangga**	**Dinas Perkim**
28	Rumah tangga yang mendapatkan akses sanitasi (air limbah domestik) layak	**Persentase rumah tangga yang memiliki sarana sanitasi layak dengan dilengkapi tangki septic dan ada mekanisme penyedotan minimal 5 tahun satu kali**	**Dinas Perkim** **Dinas Kesehatan**
Perlindungan Sosial			
29	Kelompok Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Program Keluarga Harapan (PKH) yang mengikuti Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) dengan modul kesehatan dan gizi	**Persentase realisasi P2K2 dengan modul kesehatan dan gizi bagi KPM PKH terhadap seluruh sasaran KPM PKH**	**Dinas Sosial**
30	Keluarga Penerima Manfaat (KPM) dengan ibu hamil, ibu menyusui, dan baduta yang menerima variasi bantuan pangan selain beras dan telur	**Persentase KPM 1.000 HPK yang menerima variasi BPNT terhadap total KPM 1.000 HPK**	**Dinas Sosial**

Lampiran 3.

Sasaran, Indikator dan Target Antara Percepatan Penurunan Stunting

Sasaran	Indikator Sasaran	Target 2024
Tersedianya layanan Intervensi Spesifik.	a. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapatkan tambahan asupan gizi	90
	b. Persentase ibu hamil yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 90 tablet selama masa kehamilan	80
	c. Persentase remaja putri yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)	58
	d. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif	80
	e. Persentase anak usia 6-23 bulan yang mendapat Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)	80
	f. Persentase anak berusia di bawah lima tahun (balita) gizi buruk yang mendapat pelayanan tata laksana gizi buruk	90
	g. Persentase anak berusia di bawah lima tahun (balita) yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya	90
	h. Persentase anak berusia di bawah lima tahun (balita) gizi kurang yang mendapat tambahan asupan gizi	90
	i. Persentase anak berusia di bawah lima tahun (balita) yang memperoleh imunisasi dasar lengkap	90
Tersedianya	a. Persentase pelayanan Keluarga Berencana	70

layanan Intervensi Sensitif	(KB) pascapersalinan	
	b. Persentase kehamilan yang tidak diinginkan	15,5
	c. Cakupan calon Pasangan Usia Subur (PUS) yang memperoleh pemeriksaan kesehatan sebagai bagian dari pelayanan nikah (persen)	90
	d. Persentase rumah tangga yang mendapatkan akses air minum layak di kabupaten/kota lokasi prioritas	100
	e. Persentase rumah tangga yang mendapatkan akses sanitasi (air limbah domestik) layak di kabupaten/kota lokasi prioritas	90
	f. Cakupan Bantuan Jaminan Nasional. Penerima Bantuan Iuran (PBI) Kesehatan (juta)	112,9
	g. Cakupan keluarga berisiko *stunting* yang memperoleh pendampingan (persen)	90
	h Jumlah keluarga miskin dan rentan yang memperoleh bantuan tunai bersyarat (juta)	10,0
	i. Persentase target sasaran yang memiliki pemahaman yang baik tentang *stunting* di lokasi prioritas	70
	j. Jumlah keluarga miskin dan rentan yang menerima bantuan sosial pangan (juta)	15,6
	k. Persentase desa/kelurahan stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS) atau *Open Defecation Free* (ODF)	90

Kegiatan di level Desa

Level Pelaksanaan	Kegiatan
Tingkat Desa/Kelurahan	1. Memperkuat legal aspek Percepatan Penurunan *Stunting* membentuk tim percepatan penurunan *stunting* di tingkat Desa/Kelurahan yang terdiri perangkat desa/kelurahan dan pemangku kepentingan. 2. Perencanaan dan penganggaran a. memprioritaskan secara spesifik upaya percepatan penurunan *stunting* dalam rencana kerja pemerintah desa; b. melakukan *tagging* anggaran intervensi spesifik, sensitif dan koordinatif; c. mengembangkan *database* perencanaan implementasi RAN-PASTI; d. melakukan sinkronisasi perencanaan dan penganggaran bersama lembaga masyarakat desa, badan pemusyawaratan desa, pemangku kepentingan melalui musrenbang/rembuk *stunting* dan berbagai skema pendanaan. 3. Implementasi a. melakukan koordinasi pendampingan keluarga; b. melakukan koordinasi peningkatan kapasitas kelembagaan dan sumber daya manusia; 3. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan a. melakukan pencatatan, pengumpulan data terkait intervensi spesifik dan sensitif melalui data rutin; b. melakukan evaluasi pelaksanaan percepatan penurunan stunting secara periodik ; c. membuat laporan per semester, per tahun atau jika diperlukan dalam terkait pelaksanaan RAN-PASTI di desa/kelurahan.

Lampiran 4

Menu Kegiatan Berdasarkan Intervensi Gizi Spesifik dan Sensitif

A. Indikator Intervensi Gizi Spesifik

REMAJA

1. Remaja putri yang *mengonsumsi* Tablet Tambah Darah (TTD)

No	Penjelasan	Keterangan
1.1	Mengapa Remaja Putri harus ***mengonsumsi Tablet tambah darah***	a. Remaja Putri rentan terkena anemia b. Remaja Putri yang anemia akan menurunkan kebugaran dan konsentrasi belajar c. Anemia menurunkan daya tahan tubuh sehingga mudah terkena penyakit infkesi d. Remaja memiliki kebutuhan zat gizi yang meningkat untuk mengimbangi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat e. Kebiasaan makan/ diet remaja yang belum memenuhi kebutuhan asupan zat besi f. Resiko anemia yang tinggi pada remaja putri karena hilangnya darah selama menstruasi
1.2	Tujuan kegiatan	Memastikan cakupan, kepatuhan dan kualitas remaja putri minum TTD
1.3	Hasil yang diharapkan	a. Remaja Putri di desa teridentifikasi b. 100% cakupan TTD remaja putri di desa c. 100% kepatuhan dan kualitas remaja putri minum TTD
1.4	Potensi menu kegiatan di tingkat desa	a. Pencatatan remaja putri yang ada di desa baik yang bersekolah maupun tidak bersekolah lagi (putus sekolah) oleh Kader Posyandu/ PKK Desa bekerjasama dengan bidan desa b. Pembagian peran pemberian TTD bagi remaja putri, yang bersekolah merupakan tanggungjawab sekolah untuk distribusi TTD sedangkan yang tidak/putus sekolah

		merupakan tanggungjawab desa (Kader/ PKK dan Bidan Desa) c. Pelatihan bagi Kader/ PKK untuk melakukan pendataan rematri yang ada di desa (khusus yang tidak/ putus sekolah), pemantauan dalam konsumsi TTD dan memberikan konseling d. Kader/ PKK merangkum, Bidan Desa melaporkan ke Puskesmas; e. Mengembangkan system untuk emmastikan remaja putri mendapatkan TTD sesuai dengan protap; f. Mengembangkan system dukungan sebaya untuk meningkatkan kepatuhan minum TTD; g. Mengalokasikan dana untuk kegiatan konseling remaja
1.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
1.6	Estimasi Anggaran	Simulasi 1 desa 4 Dusun, setiap Dusun per tahunnya ada 4 anak yang putus Sekolah (4 Dusun x 4 anak x 1 tahun) = 16 anak putus Sekolah pertahun nya a. Insentif Kader/ PKK yang menemukan, melaporkan, dan melakukan pendampingan bagi rematri putus sekolah memastikan minum TTD 1 tablet setiap minggu = 52 tablet selama 1 tahun (16 anak x 52 Minggu x Rp 10.000= Rp 8.320.000)
1.7	Bagaimana memastikan atau memverifikasi Kader/ PKK	a. Lampiran form Kader menemukan rematri putus sekolah, melaporkan ke Kepala Desa dan Bidan Desa b. Lampiran form kunjungan rutin Kader/ PKK
1.8	Pembagian beban kerja	a. Jika di tiap Dusun ada 4 rematri yang putus sekolah pertahunnya maka 1 kader/ PKK akan mengawasi 1 anak per tahun

1.9	Dimana remaja putri mendapatkan TTD	Bidan Desa, Polindes/ Pustu

2. Remaja putri yang menerima layanan pemeriksaan status anemia (haemoglobin)

No	Penjelasan	Keterangan
2.1	Mengapa Remaja Putri harus menerima layanan pemeriksaan status anemia	Agar terpantau kondisi remaja putri yang rentan terhadap anemia. Agar segera terdeteksi jika menderita anemia dan segera di intervensi untuk mengurangi kejadian anemia saat remaja putri akan hamil dikemudian hari
2.2	Tujuan kegiatan	Memastikan semua remaja putri mendapat layanan pemeriksaan status anemia
2.3	Hasil yang diharapkan	a. Remaja Putri di desa teridentifikasi b. 100% remaja putri mendapat layanan pemeriksaan HB setahun sekali
2.4	Potensi menu kegiatan di tingkat desa	a. Pencatatan remaja putri yang ada di desa baik yang bersekolah maupun tidak bersekolah lagi (putus sekolah) oleh Kader Posyandu/ PKK Desa bekerjasama dengan bidan desa b. Pelatihan bagi Kader/ PKK untuk melakukan pendataan rematri yang ada di desa (khusus yang tidak/ putus sekolah) dan memberikan konseling untuk meningkatkan pemahaman pentingnya pemeriksaan anemia c. Kader/ PKK merangkum, Bidan Desa melaporkan ke Puskesmas d. Mengembangkan system untuk memastikan remaja putri mendapatkan layanan pemeriksaan HB

		e. Mengembangkan sistem dukungan sebaya untuk meningkatkan kesadaran rematri untuk mendapatkan pemeriksaan HB f. Mengalokasikan dana untuk kegiatan konseling remaja
2.5	Kapan dilakukan	Setiap tahun
2.6	Estimasi Anggaran	Tidak memerlukan biaya
2.7	Bagaimana memastikan atau memverifikasi Kader/ PKK	a. Lampiran form Kader menemukan rematri putus sekolah, melaporkan ke Kepala Desa dan Bidan Desa b. Lampiran form kunjungan rutin Kader/ PKK
2.8	Pembagian beban kerja	Jika di tiap Dusun ada 4 rematri yang putus sekolah pertahunnya maka 1 kader/ PKK akan mengawasi 1 anak per tahun
2.9	Dimana remaja putri mendapatkan layanan pemeriksaan HB	Bidan Desa, Polindes/ Pustu

Calon Pengantin/ Pasangan Usia Subur (PUS)

3. Calon Pengantin/Calon ibu yang menerima Tablet Tambah Darah (TTD)

No	Penjelasan	Keterangan
3.1	Mengapa Calon Pengantin/ calon ibu yang menerima Tablet Tambah Darah (TTD)	Calon pengantin dan calon ibu perlu dipersiapkan agar pada masa kehamilan dalam kondisi yang sehat dan melahirkan anak yang sehat
3.2	Tujuan Kegiatan di desa	Untuk mempersiapkan calon pengantin/ calon ibu agar tetap sehat dalam menghadapi kehamilannya (mencegah terjadinya anemia)
3.3	Hasil yang diharapkan;	Calon pengantin dan calon ibu paham akan pentingnya tablet tambah darah

		Calon pengantin dan calon ibu mau mengonsumsi tablet tambah darah
3.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	Kegiatan bisa bersamaan dengan pendataan remaja dan ibu hamil (lihat menu kegiatan nomor 1)
3.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
3.6	Estimasi Anggaran	Kegiatan ini bisa bersamaan dengan kegiatan di menu kegiatan nomor 1, sehingga tidak memerlukan biaya SDM. Paling biaya yang diperlukan adalah penyediaan TTD (jika tidak tersedia di Puskesmas): Asumsi penyediaan TTD 2 dus setiap bulan, maka diperlukan: 2 x RP 50.000 (TTD 1 dus isi 100 buah) = Rp. 100.000; Maka dalam setahun diperlukan Rp. **1.200.000**
3.7	Bagaimana memastikan / memverifikasi Kader	Laporan bulanan KPM
3.8	Pembagian Beban Kerja	Masing-masing kader bertanggung jawab kepada 10 calon pengantin/ calon ibu (dasawisma)
3.9	Dimana bisa mendapatkan tablet Tambah Darah	Puskesmas/Pustu/Polindes/Posyandu/Klinik BPM

4. Calon pasangan usia subur (PUS) yang memperoleh pemeriksaan kesehatan sebagai bagian dari pelayanan nikah

No	Penjelasan	Keterangan
4.1	Mengapa Calon Pasangan usia subur perlu memperoleh pemeriksaan kesehatan sebagai bagian dari pelayanan Nikah	Agar calon PUS dalam kondisi sehat saat menikah sehingga akan melahirkan anak-anak yang sehat
4.2	Tujuan Kegiatan di desa	Memastikan semua calon PUS dan calon ibu mendapatkan pemeriksaan kesehatan sebelum menikah (sebagai pelayanan pra nikah)
4.3	Hasil yang diharapkan;	Semua calon PUS mendapatkan pemeriksaan kesehatan sebelum menikah

3.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a. Pendataan calon PUS oleh kader b. Kader melakukan koordinasi dengan Puskesmas dan Pemuka agama untuk memastikan calon PUS mendapatkan pemeriksaan kesehatan sebelum menikah. c. Penyuluhan pentingnya pemeriksanaan kesehatan sebelum menikah d. Pelatihan kader untuk melakukan promosi pentingnya pemeriksaan kesehatan sebelum menikah.
4.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
4.6	Estimasi Anggaran	Kegiatan ini bisa bersamaan dengan pelatihan kader untuk konseling dengan topik yang lain (tablet tambah darah, PMT, dll). Sehingga tidak diperlukan biaya.
4.7	Bagaimana memastikan / memverifikasi Kader	Laporan KPM
4.8	Pembagian Beban Kerja	Masing-masing kader bertanggung jawab untuk memonitor calon PUS dan calon ibu dimasing-masing dusun
4.9	Dimana bisa mendapatkan pemeriksaan kesehatan pra nikah	Puskesmas/Pustu/Polindes/posyandu

5. Cakupan calon Pasangan Usia Subur (PUS) yang menerima Pendampingan kesehatan reproduksi dan Edukasi gizi sejak 3 bulan pranikah

No	Penjelasan	Keterangan
5.1	Mengapa Calon PUS/Calon ibu yang perlu mendapat pendampingan kesehatan reproduksi dan edukasi gizi sejak 3 bulan pranikah	Agar Calon PUS/Calon ibu: • Mengetahui status kesehatan reproduksinya • Mencari pertolongan /pengobatan apabila ditemukan masalah kesehatan • Mencegah penularan penyakit kepada pasangan • Mempersiapkan kehidupan rumah tangga yang sehat • Mempersiapkan kehamilan dan menghasilkan keturunan yang sehat dan berkualitas

5.2	Tujuan Kegiatan di desa	Semua calon pasangan usia subur (PUS) mendapatkan pendampingan kesehatan reproduksi dan edukasi gizi sejak 3 bulan pra nikah
5.3	Hasil yang diharapkan;	• Ada program pendampingan kespro dan edukasi gizi pada calon PUS dari Pustu/Bidan desa/Puskesmas secara rutin • Kader mendata semua calon PUS • Kader memonitor apakah calon PUS sdh mendapatkan pendampingan Kespro dan Edukasi gizi dari puskesmas
5.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	1. Penyuluhan kespro dan edukasi gizi di setiap dusun setiap 3 bulan oleh tenaga kesehatan (Bidan Desa/ Pustu/ Puskesmas) 2. Pendataan oleh kader 3. Monitoring oleh Kader
5.5	Kapan dilakukan	Setiap 3 bulan/dusun
5.6	Estimasi Anggaran	a. Pendampingan kespro dan edukasi gizi di dusun setiap 3 bulan oleh staf puskesams/ pustu/ bidan (makan) 10 PUS x 10.000 = 200,000 Transport petugas 100,000 Budget 200,0000/ dusun/ 3 bulan (setahun 300,000x 4 = 1,200,000). b. Pendataan oleh Kader (tidak butuh dana) c. Monitoring oleh kader (tidak butuh dana/ satu paket dengan honor kader)
5.7	Bagaimana memastikan / memverifikasi Kader	Laporan Bulanan KPM Laporan Puskesmas/ Pustu / Bidan desa
5.8	Pembagian Beban Kerja	Satu kader mendata dan memonitor disatu dusun
5.9	Dimana bisa mendapatkan pelayanan KIE	Puskesmas/Pustu/Polindes/Posyandu/kantor Dinas Agama

Ibu Hamil

6. Ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapatkan tambahan asupan gizi

No	Penjelasan	Keterangan
6.1	Mengapa ibu Hamil KEK mendapat PMT Pemulihan	a. Ibu hamil KEK mengalami kekurangan gizi, pucat, lemas b. Dapat melahirkan anak prematur, anak stunting/BBLR hingga kematian bayi c. Risiko keguguran dan pendarahan ketika melahirkan
6.2	Tujuan Kegiatan di desa	Memastikan cakupan, kepatuhan dan kualitas PMT bagi ibu hamil KEK di desa
6.3	Hasil yang diharapkan;	a) Identifikasi sedini mungkin ibu hamil KEK di desa b) 100% cakupan PMT bagi ibu hamil KEK di desa c) 100% cakupan ibu hamil mendapat akses pelayanan sosial : PKH, Jamkesra dan BNTP
6.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a. Pelatihan bagi kader/KPM melakukan pendataan dan kunjungan Rumah bumil KEK b. Pelatihan konseling bagi kader/KPM tentang KEK pada ibu hamil c. Pelatihan bagi kader dan PKK untuk membuat menu makanan d. Penyediaan paket PMT bagi bumil KEK
6.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
6.6	Estimasi Anggaran	Simulasi 1 desa memiliki 6 dusun, setiap dusun memiliki 4 ibu hamil KEK setiap bulan (6 dusun x 4 ibu hamil KEK/bulan x 12 bulan = 288 ibu hamil per tahun. Simulasi 1 desa memiliki 6 posyandu, (1 desa x 6 posyandu x 31 (30 kader & 1 PKK) x 1 kali pelatihan/tahun x 150,000 (paket pelatihan/orang) = Rp. 27,900,000 a. Biaya pelatihan bagi kader/KPM melakukan pendataan dan Kunjungan rumah bumil KEK, (1 desa x 6 posyandu x 31 (30 kader & 1 PKK) x 1 kali pelatihan/tahun x 150,000 (paket pelatihan/orang) = Rp. 27,900,000) b. Biaya pelatihan bagi kader/KPM pelatihan konseling (1 desa x 6 posyandu x 31 (30 kader & 1 PKK) x 1 kali

		pelatihan/tahun x 150,000 (paket pelatihan/orang) = Rp. 27,900,000) c. Biaya pelatihan bagi kader/KPM pelatihan konseling dan pelatihan menu makan (1 desa x 6 posyandu x 31 (30 kader & 1 PKK) x 1 kali pelatihan/tahun x 150,000 (paket pelatihan/orang) = Rp. 27,900,000) d. Insentif bagi Kader Posyandu yang mendata (6 dusun x 4 ibu hamil KEK x 12 bulan x Rp. 25,000 = Rp.4.800.000) e. Insentif bagi Kader/KPM melakukan konseling terhadap ibu hamil KEK (4 dusun x 4 ibu hamil KEK x 12 bulan x Rp. 25,000 = Rp.4.800.000/ tahun f. Paket PMT bagi ibu hamil KEK, Rp. 25,000/ibu hamil KEK (6 dusun x 4 ibu hamil KEK x 30 kali PMT x 3 bulan x Rp. 25,000 = Rp.54.000.000)
6.7	Bagaimana memastikan / memverifikasi Kader	**a.** Lihat lampiran form # pemantauan Kader : berisi penemuan ibu Hamil KEK, PMT KEK dan melaporkan ke kepala desa dan Nakes b. Lihat Lampiran # form kunjungan rutin kader dan pemberian konseling c. Format monitoring bulanan dan triwulan KPM lengkap, bisa menggunakan format tersebut atau membuat format khusus untuk kader
6.8	Pembagian Beban Kerja	a. Setiap dusun terdapat minimal 1 posyandu, dan setiap dusun rata –rata memiliki 10 RT. 5 Kader bertanggung jawab pada 2 RT dengan mengawasi, memantau dan memastikan kondisi ibu hamil di RT masing-masing. Misalnya setiap RT terdapat 2 -3 Ibu Hamil b. JIka RTnya lebih dari 10, KPM diberikan tanggung jawab yang sama
5.9	Dimana bisa mendaptkan PMT pemulihan	Puskesmas/Pustu/Polindes/posyandu

7. Ibu hamil yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 90 tablet selama masa kehamilan

No	Penjelasan	Keterangan
7.1	Mengapa ibu Hamil harus Minum TTD	a. Ibu hamil yang anemia dapat melahirkan anak stunting/BBLR

		b. Risiko pendarahan ketika melahirkan
7.2	Tujuan Kegiatan di desa	Memastikan cakupan, kepatuhan dan kualitas ibu hamil minum TTD di desa.
7.3	Hasil yang diharapkan;	a. Identifikasi sedini mungkin ibu hamil di desa (K1) b. 100% cakupan TTD bagi ibu hamil di desa c. 100% kepatuhan dan kualitas ibu hamil minum TTD d. Bayi lahir di desa dengan berat badan >2,500kg dan panjang >48,0 cm
7.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a. Menugaskan Kader Posyandu/KPM di tiap Dusun untuk bertanggung jawab terhadap identifikasi ibu hamil diwilayahnya dan mendampingi melakukan pemeriksaan di Faskes. b. Kader memantau dan melaporkan kepatuhan minum TTD kepada Tenaga Kesehatan c. Pelatihan bagi kader untuk melakukan pendataan ibu hamil, pemantauan ibu hamil dalam mengkonsumsi tablet tambah darah (TTD) dan konseling ibu hamil. d. Penugasan kepada kader untuk melakukan pendataan ibu hamil e. Penugasan kepada kader untuk memonitoring konsumsi TTD
7.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
7.6	Estimasi Anggaran	Simulasi 1 desa memiliki 6 dusun, setiap dusun memiliki 4 ibu hamil setiap bulan (6 dusun x 4 ibu hamil/bulan x 12 bulan = 288 ibu hamil per tahun. a. Insentif bagi Kader Posyandu yang menemukan dan melaporkan ibu hamil (6 dusun x 4 ibu hamil x 12 bulan x Rp 25,000 = Rp.7.200.000 b. Insentif bagi Kader melakukan pendampingan terhadap ibu hamil, memastikan minum 90 tablet (6 dusun x 90 hari x Rp.10. 000 = Rp.5.400.000 c. Pelatihan bagi kader untuk melakukan pendataan ibu hamil, pemantauan ibu hamil, (1 desa x 6 posyandu (6 dusun) x 31 (30 kader & 1 PKK) x 1 kali pelatihan/tahun x 150,000 (paket pelatihan/orang) = Rp. 27,900,000)

7.7	Bagaimana memastikan / memverifikasi Kader	a. Lihat lampiran form # pemantauan Kader : berisi penemuan Ibu Hamil, Ibu Nifas dan melaporkan ke kepala desa dan Nakes b. Lihat Lampiran # form kunjungan rutin kader c. Format monitoring bulanan dan triwulan KPM lengkap, bisa menggunakan format tersebut atau membuat format khusus untuk kader
7.8	Pembagian Beban Kerja	a. Setiap dusun terdapat minimal 1 posyandu, dan setiap dusun rata –rata memiliki 10 RT. 5 Kader bertanggung jawab pada 2 RT dengan mengawasi, memantau dan memastikan kondisi ibu hamil di RT masing-masing. Misalnya setiap RT terdapat 2 -3 Ibu Hamil b. JIka RTnya lebih dari 10, KPM diberikan tanggung jawab yang sama
7.9	Dimana bisa mendapatkan TTD	Puskesmas/Pustu/Polindes/BPM/Bidan Desa

Anak usia di bawah lima tahun (BALITA)

8. Bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif

No	Penjelasan	Keterangan
8.1	Mengapa bayi harus mendapat ASI ekslusif	a. Menghindari alergi dan menjamin kesehatan bayi yang optimal b. Meningkatkan sistem imun bayi c. Menghinari bayi dari resiko infeksi dan penyakit kronis d. Mengurangi sindrom kematian bayi
8.2	Tujuan Kegiatan di desa	Memastikan cakupan bayi memperoleh ASI ekslusif
8.3	Hasil yang diharapkan;	a) Identifikasi sasaran bayi yang memperoleh ASI ekslusif di desa b) 100% cakupan bayi ASI ekslusif c) 100% tersedia konseling ASI ekslusif dan adanya konselor ASI di desa d) Adanya peningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku Ibu menyusui dalam memberikan ASI ekslusif

8.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a) Bersama aparat Desa mempromosikan ASI ekslusif b) Membuat regulasi agar semua ibu memberikan ASI Ekslusif kepada bayinya c) Mengembangkan mekanisme penghargaan bagi ibu yang memberikan ASI Ekslusif d) Mengembangkan sistem insentif bagi kader dalam melakukan konseling ASI eksklusif
8.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
8.6	Estimasi Anggaran	Simulasi 1 desa memiliki 6 dusun, setiap dusun terdapat 10 busui. a. Mencanangkan kegiatan promosi ASI ekslusif dan pembuatan perdes di Desa; gerakan ASI ekslusif (biaya kegiatan : Rp. 1,000,000/paket kegiatan) b. Biaya penghargaan bagi Ibu menyusui (1 desa x 6 posyandu x 3 kategori pengharagaan x 1 kali pelatihan/tahun x 500,000 (paket hadiah/ibu menyusui) = Rp. 9,000,000) c. Biaya insentif bagi kader untuk melakukan konseling ASI ekslusif selain kegiatan di posyandu (6 dusun x 10 ibu menyusui x 1 kali sebulan x 12 bulan x Rp. 25,000 = Rp.18.000.000)
8.7	Bagaimana memastikan / memverifikasi Kader	a. Lihat lampiran form # konseling ASI ekslusif, melaporkan ke kepala desa dan Nakes b. Lihat Lampiran # form kunjungan rutin kader dan pemberian konseling c. Format monitoring bulanan dan triwulan KPM lengkap, bisa menggunakan format tersebut atau membuat format khusus untuk kader
8.8	Pembagian Beban Kerja	a. Jika di satu dusun terdapat 10 RT, simulasinya tiap kader diberikan tanggung jawab memberikan konseling ibu menyusui di wilayah tanggung jawab RT dengan dilakukan per kelompok mengikuti kelas parenting, kelas BKB atau kelompok dasawisma yang tersedia b. Kelompok ini akan memperhatikan protocol pencegahan penularan Covid-19. c. Melakukan penyuluhan di posyandu tentang ASI ekslusif d. Pembagian kerja juga diberikan kepada KPM sesuai format pelaporan KPM , tugas dan tanggung jawab terkait ASI ekslusif

8.9	Dimana bisa mendapatkan Layanan	Di rumah ibu menyusui atau di kelas Ibu Hamil/Kelas Ibu Balita

9. Anak usia 6-23 bulan yang mendapat Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)

No	Penjelasan	Keterangan
9.1	Mengapa perlunya konseling MP ASI	a. Mengurangi dan menghindari praktek pemberian makan yang kurang tepat akibat rendahnya pengetahuan tentang gizi yang dimiliki oleh Ibu pengasuh b. Konseling tentang pertumbuhan dan pemberian makan pada anak merupakan peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap serta perilaku dalam bidang kesehatan c. Pemberian makan responsif membantu menstimulus kognitif bayi /balita saat memberikan makanan pendamping ASI
9.2	Tujuan Kegiatan di desa	Memastikan cakupan bayi memperoleh konseling MP ASI
9.3	Hasil yang diharapkan;	a) Identifikasi sasaran bayi/balita yang memperioleh MP ASI di desa b) 100% cakupan bayi/balita mendapat konseling MP ASI di desa c) 100% tersedia konseling MP ASI dan adanya konselor di desa d) Adanya peningkatkan pengetahuan dan perubahan prilaku Ibu dalam memberikan makanan pendamping ASi sesuai jumlah, tekstur, frewensi, vasiasi dan sesuai usia/umur
9.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a) Mengalokasikan dana untuk pelatihan PMBA bagi kader b) Mengembangkan sistem agar konseling selalu di lakukan di posyandu dan saat kunjungan rumah
9.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
9.6	Estimasi Anggaran	Simulasi 1 desa memiliki 6 dusun a. Biaya pelatihan PMBA bagi kader (1 desa x 6 posyandu x 31 (30 kader & 1 PKK) x 1 kali pelatihan/tahun x 150,000 (paket pelatihan/orang) = Rp. 27,900,000) b. Biaya insentif bagi kader untuk melakukan konseling MP Asi selain kegiatan di posyandu (6 dusun x 5 Kelompok ibu Balita x 1 kali sebulan x 12 bulan x Rp. 25,000 =

		Rp.9.000.000) – dibentuk kelompok ibu balita/ atau kelompok parenting atau BKB, dimana konseling bisa dilakukan pada kelas ini dan dibagi menjadi 5 kelompok ibu balita dan setiap kelompok di bina oleh satu kader dalam memberikan konseling.
9.7	Bagaimana memastikan / memverifikasi Kader	a. Lihat lampiran form #konseling ASI ekslusif, melaporkan ke kepala desa dan Nakes b. Lihat Lampiran #form kunjungan rutin kader dan pemberian konseling c. Format monitoring bulanan dan triwulan KPM lengkap, bisa menggunakan format tersebut atau membuat format khusus untuk kader
9.8	Pembagian Beban Kerja	a. Dibentuk kelompok ibu balita/ atau kelompok parenting atau BKB, dimana konseling bisa dilakukan pada kelas ini dibagi menjadi 5 kelompok ibu balita dan setiap kelompok dibina oleh satu kader dalam memberikan konseling. b. Kegatan konseling bisa dilakukan mengikuti kelompok dasawisma dan dibuat jadwal dengan topik berbeda setiap sesi konseling dalam tiap pertemuan c. Tersedianya buku register kegiatan kelas /kelompok konseling yang akan diisi dengan daftar hadir, topik konseling d. Bagi ibu pengasuh yang tidak hadir, kader akan melakukan kunjungan rumah dan melakukan konseling di tingkat rumah tangga e. Kader akan melaporkan kepada Kepala desa dan nakes dengan membawa buku register dan dokumentasi kegiatan akan menjadi dukungan laporan dalam pembayaran insentif kader
9.9	Dimana bisa mendapatkan Layanan	Puskesmas/Poskesdes,Pustu, Kelas/kelompok kegiatan parenting/BKB atau kunjungan rumah

10. Anak berusia di bawah lima tahun (balita) gizi buruk yang mendapat pelayanan tata laksana gizi buruk

No	Penjelasan	Keterangan
10.1	Mengapa balita gizi buruk ditangani dan mendapat perawatan	a. Mencegah resiko kematian b. Mencegah masalah pertumbuhan dan perkembangan pada anak balita
10.2	Tujuan Kegiatan di desa	Memastikan cakupan balita gizi buruk ditangani dan mendapat perawatan
10.3	Hasil yang diharapkan;	a) Identifikasi sedini mungkin balita gizi buruk di desa b) 100% cakupan balita gizi buruk ditangani/mendapat perawatan c) 100% tersedia layanan rawat jalan bagi balita gizi buruk
10.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a) Mengembangkan mekanisme agar balita dengan gizi buruk harus mendapatkan pelayanan sesuai SOP b) Mengembangkan mekanisme deteksi dini malnutrisi di posyandu, kelompok bermain (PAUD) dan Tempat Ibadah. c) Mengadakan alat pengukur LILA untuk orang tua yang mempunyai anak umur 6 – 59 bulan. d) Menyiapkan mekanisme transportasi untuk orang tua yang anaknya menderita gizi buruk akut untuk mendapat pelayanan di Puskesmas seminggu sekali. e) Mengalokasikan dana untuk kader dalam melakukan kunjungan Rumah ke balita dengan gizi buruk akut
10.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
10.6	Estimasi Anggaran	Simulasi 1 desa memiliki 6 dusun, setiap dusun memiliki 3 balita gizi buruk setiap bulan (6 dusun x 3 balita gizi buruk/bulan x 12 bulan = 216 balita gizi buruk per tahun. a. Biaya pengadaaan alat pengukur LILA untuk balita yang mempunyai anak umur 6 – 59 bulan (6 dusun x 75 balita (misalnya jumlah sasaran balita 6-59 bulan) x Rp. 3.500 = Rp. 1,575,000) b. Biaya transportasi untuk orang tua yang anaknya menderita gizi buruk akut (6 dusun x 3 balita gizi buruk x 12 kali kunjungan x 12 bulan x Rp. 50,000 biaya transportasi = Rp. 129,600,000

		c. Biaya insentif bagi kader untuk melakukan kunjungan rumah dan konseling (6 dusun x 3 balita gizi buruk x 2 kali sebulan x 12 bulan x Rp. 25,000 = Rp.10.800.000)
10.7	Bagaimana memastikan / memverifikasi Kader	a. Lihat lampiran form # Kader monitoring balita kurus dan gizi buruk, melaporkan ke kepala desa dan Nakes b. Lihat Lampiran # form kunjungan rutin kader dan pemberian konseling
10.8	Pembagian Beban Kerja	a. Jika di satu dusun terdapat 10 RT, simulasinya tiap kader diberikan bertanggung jawab mengawasi 2 RT dan kader memantau/kunjungan rumah pada balita-balita gizi buruk di wilayah RT yang menjadi tanggung jawab masing-masing.
10.9	Dimana bisa mendaptkan Layanan gizi buruk	Puskesmas/Pustu/Polindes

11. Anak berusia di bawah lima tahun (balita) yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya

No	Penjelasan	Keterangan
11.1	Mengapa penting bagi balita untuk dipantau pertumbuhan dan perkembangannya	a. Balita di pantau pertumbuhannya sehingga bisa dideteksi sejak awal jika terdapat gangguan pertumbuhan dan perkembangan b. Cakupan layanan kesehatan dan gizi diterima oleh semua sasaran balita di posyandu c. Semua sasaran balita posyandu dipantau tumbuh kembang setiap bulan dan mendapat layanan vaksin/imunisasi serta Vit A pada 2 kali selama setahun
11.2	Tujuan Kegiatan di desa	Memastikan cakupan kehadiran balita usia 0-5 tahun di posyandu setiap bulan
11.3	Hasil yang diharapkan;	a) Identifikasi jumlah sasaran yang hadir di posyandu di desa b) 100% cakupan kehadiran balita 0-5 tahun di posyandu di desa c) 100% tersedia layanan kesehatan dan gizi di posyandu di desa
11.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a) Mengembangkan sistem untuk memastikan kehadiran balita di posyandu (Perdes) b) Penugasan kader untuk melakukan sweeping bagi balita yang tidak hadir

		c) Penugasan kader untuk deteksi dini balita yang tidak naik berat atau tingginya dan merujuk ke fasilitas Kesehatan. d) Mengembangkan mekanisme reward untuk orang tua yang membawa anaknya berturut2 selama setahun. e) Pelatihan bagi kader untuk pendataan, pencatatan dan pelaporan pertumbuhan anak.
11.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
11.6	Estimasi Anggaran (*Biaya paket pelatihan disesuaikan dengan SBM daerah masing-masing)	Simulasi : 1 desa memiliki 6 dusun. a. Biaya pelatihan bagi kader untuk pendataan, pencatatan dan pelaporan pertumbuhan anak (1 desa x 6 posyandu x 31 (30 kader & 1 PKK) x 1 kali pelatihan/tahun x 150,000* (paket pelatihan/orang) = Rp. 27,900,000) b. Biaya insentif bagi kader untuk melakukan kunjungan rumah dan sweeping (6 dusun x 1 kali sebulan x 12 bulan x Rp. 25,000 = Rp.1.800.000) – (hitungan per dusun dimana setiap posyandu yang berada di dusun terdapat wilayah RT dan kader dibagi tugas sweeping berdasarkan pemetaan wilayah RT)
11.7	Bagaimana memastikan / memverifikasi Kader	a. Lihat lampiran form # Kader sweeping dan deteksi dini, melaporkan ke kepala desa dan Nakes b. Lihat Lampiran # form kunjungan rutin kader dan pemberian konseling
11.8	Pembagian Beban Kerja	Jika di satu dusun terdapat 10 RT, simulasinya tiap kader diberikan bertanggung jawab mengawasi 2 RT dan kader memantau/kunjungan rumah dan sweeping pada balita-balita yang tidak hadir di posyandu
11.9	Dimana bisa mendapatkan Layanan	Posyandu

12. Anak berusia di bawah lima tahun (balita) gizi kurang yang mendapat tambahan asupan gizi

No	Penjelasan	Keterangan
12.1	Mengapa balita kurus mendapat PMT	a. Menghindari gagal tumbuh kembang b. Menghindari jatuh ke gizi buruk c. Menghindari resiko kematian pada balita

12.2	Tujuan Kegiatan di desa	Memastikan cakupan balita Gizi Kurang mendapat PMT
12.3	Hasil yang diharapkan;	a) Identifikasi sedini mungkin balita gizi kurang di desa b) 100% cakupan balita gizi kurang mendapat PMT di desa c) 100% tersedia PMT bagi Balita gizi kurang di desa
12.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a) Pelatihan bagi kader dan PKK untuk mengidentifikasi dan pendataan balita gizi kurang & gizi buruk. b) Penyediaan paket PMT untuk balita gizi kurang (tinggi protein hewani) c) Pelatihan bagi kader untuk konseling dan kunjungan Rumah ke balita gizi kurang; d) Penugasan kader untuk melakukan kunjungan Rumah dan konseling ke keluarga dengan balita gizi kurang. e) Berkoordinasi dengan petugas puskesmas untuk mengembangkan menu lokal dan kegiatan untuk menangani balita gizi kurang.
12.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
12.6	Estimasi Anggaran (*Biaya paket pelatihan disesuaikan dengan SBM daerah masing-masing)	Simulasi 1 desa memiliki 6 dusun, setiap dusun memiliki 5 balita gizi kurang setiap bulan (6 dusun x 5 balita gizi kurang/bulan x 12 bulan = 360 balita gizi kurang per tahun. a. Biaya pelatihan bagi kader dan PKK untuk mengidentifikasi dan pendataan balita gizi kurang dan gizi butuk (1 desa x 6 posyandu x 31 (30 kader & 1 PKK) x 1 kali pelatihan/tahun x 150,000* (paket pelatihan/orang) = Rp. 27,900,000) b. Penyediaan PMT untuk balita gizi kurang (6 dusun x 5 balita kurus/bulan x 6 bulan x Rp. 120,000 (2 rak telur)) = Rp. 21,600,000/ tahun c. Biaya insentif bagi kader untuk melakukan kunjungan rumah dan konseling keluarga dengan balita gizi kurang (6 dusun x 5 balita gizi kurang x 3 kali sebulan x 12 bulan x Rp. 25,000 = Rp.27.000.000 d. Biaya menu lokal (6 dusun x 5 balita gizi kurang x 30 kali makan dalam sebulan x 3 bulan x Rp.15,000 = Rp.40.500.000
12.7	Bagaimana memastikan / memverifikasi Kader	a. Lihat lampiran form #Kader monitoring balita gizi kurang dan gizi buruk, melaporkan ke kepala desa dan Nakes b. Lihat Lampiran #Form kunjungan rutin kader dan pemberian konseling

12.8	Pembagian Beban Kerja	a. Jika setiap Posyandu memiliki 5 Kader, maka Kader di tiap dusun rata-rata bertanggung jawab mengawasi 1-2 balita gizi kurang setiap bulan/ maksimal 10 orang/tahun. a. Setiap dusun terdapat minimal 1 posyandu, dan setiap dusun rata-rata memiliki 10 RT. 5 Kader bertanggung jawab pada 2 RT dengan mengawasi, memantau dan memastikan kondisi balita di RT masing-masing.
12.9	Dimana bisa mendapatkan Layanan PMT	posyandu

13. Balita yang memperoleh imunisasi dasar lengkap

No	Penjelasan	Keterangan
13.1	Mengapa perlunya bayi 0 - 11 bulan diimunisasi	a. Mencegah tertular penyakit infeksi dan terpapar penyakit berbahaya b. Mempersiapkan tubuh bayi untuk melawan serangan infeksi di kemudian hari
13.2	Tujuan Kegiatan di desa	Memastikan seluruh Balita mendapatkan Imunisasi dasar lengkap.
13.3	Hasil yang diharapkan;	a) Identifikasi sasaran bayi 0-11 bulan yang memperioleh imunisasi lengkap dan menindaklanjuti bayi yang belum lengkap imunisasi di desa b) 100% cakupan bayi 0-11 bulan memperoleh imunisasi di desa c) 100% tersedia Imunisasi di desa d) Adanya peningkatkan pengetahuan Ibu pengasuh / kader tentang pentingnya imunisasi
13.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a) Mengembangkan sistem pendataan tingkat desa untuk bayi balita dan ibu hamil b) Bersama aparat desa, tokoh agama dan tokoh adat melakukan promosi pentingnya imunisasi lengkap bagi bayi umur 0 – 12 bulan. c) Memberikan sertifikat untuk bayi yang mendapatkan imunisasi lengkap dan tepat waktu. d) Mengembangkan media KIE
13.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan

13.6	Estimasi Anggaran	Simulasi 1 desa memiliki 6 dusun a. Insentif bagi Kader Posyandu dalam pendataan bayi , balita dan ibu hamil di tingkat desa (6 dusun x 5 kader (yang melakukan pendataan) x 12 bulan x Rp 25,000 = Rp.9.000.000 b. Biaya promosi kegiatan pentingnya imunisasi (Rp. 1,000,000/paket) c. Biaya pemberian sertifkat untuk bayi yang mendapat imunisasi lengkap tepat waktu (1 desa x 6 posyandu x 3 sertifikat x 1 kali /tahun x 250,000 (paket hadiah dan sertifikat) = Rp. 4,500,000) d. Biaya cetak dan design spanduk dan flip chart Rp. 2,000.0000/tahun
13.7	Bagaimana memastikan / memverifikasi Kader	a. Lihat lampiran form #Pemantuan kader, melaporkan ke kepala desa dan Nakes b. Lihat Lampiran #Form kunjungan rutin kader dan pemberian konseling c. Format monitoring bulanan dan triwulan KPM lengkap, bisa menggunakan format tersebut atau membuat format khusus untuk kader
13.8	Pembagian Beban Kerja	a. Jika di satu dusun terdapat 10 RT, tiap kader diberikan bertanggung jawab *sweeping* bayi, balita dan ibu hamil di wilayah tanggung jawab RT dan kader mendata bayi/balita yang sudah dan belum mendapat Imunisasi lengkap untuk dilaporkan kepada kepala Desa dan Nakes b. *Sweeping* dan pendataan ini dibantu oleh KPM c. Setelah verifikasi data yang belum diimunisasi, nakes dan kader membuat jadwal imunisasi
13.9	Dimana bisa mendapatkan Layanan	Puskesmas/Pustu/Poskesdes

Keluarga Beresiko

Keluarga Berisiko Stunting adalah Keluarga yang memiliki satu atau lebih faktor risiko Stunting yang terdiri dari keluarga yang memiliki anak remaja puteri/calon pengantin/Ibu Hamil/Anak usia 0 (nol)-23 (dua puluh tiga) bulan/anak usia 24 (dua puluh empat)-59 (lima puluh sembilan) bulan berasal dari keluarga miskin, pendidikan orang tua rendah, sanitasi lingkungan buruk, dan air minum tidak layakKeluarga beresiko

14. Keluarga yang Stop BABS

No	Penjelasan	Keterangan
14.1	Mengapa semua keluarga beresiko harus stop BABS	a. BABS akan menciptakan lingkungan yang tidak sehat, karena dapat mencemari air dan udara yang berakibat pada masalah Kesehatan. b. Akan menjadi sumber penularan diare dan mudah menyerang anak-anak yang akan berpengaruh pada kondisi gizi anak jika terjadi terus menerus.
14.2	Tujuan kegiatan	a. Memastikan semua keluarga beresiko stop BABS
14.3	Hasil yang diharapkan	a. Identifikasi sedini mungkin keluarga beresiko dan 1000 HPK b. 100% keluarga beresiko dan 1000 HPK stop BABS
14.4	Potensi menu kegiatan di tingkat desa	a. Mengembangkan sistem agar keluarga beresiko dan 1000 HPK terpantau agar tidak BABS b. Mengembangkan peraturan desa untuk memastikan tidak ada yang BAB sembarangan. c. Melakukan promosi Kesehatan tentang pentingnya sanitasi yang layak (bekerja sama

		dengan tokoh agama, tokoh adat dan para pemangku kepentingan yang lain). d. Mengadakan arisan jamban e. Pelaksanaan STBM
14.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
14.6	Estimasi Anggaran	Tidak memerlukan anggaran (sudah termasuk honor kader rutin)
14.7	Bagaimana memastikan atau memverifikasi sanitasi yang layak	a. Form Pemantauan dan evaluasi b. Laporan hasil pemantauan dan evaluasi
14.8	Pembagian beban kerja	a. Dinas Kesehatan bekerjasama dengan Pemdes mendorong perubahan perilaku masyarakat b. Pemerintah desa bersama KPM mencatat dan memastikan Keluarga 1000 HPK melakukan stop BABS
14.9	Dimana Kegiatan dapat dilakukan	Dirumah keluarga beresiko dan 1000 HPK

15. Keluarga yang melaksanakan PHBS

No	Penjelasan	Keterangan
15.1	Mengapa keluarga perlu melaksanakan PHBS	Untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan masyarakat. PHBS mencakup beberapa indikator berikut ini: • Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir • Menggunakan toilet untuk buang air besar maupun kecil dan menjaga kebersihannya • Menggunakan air bersih • Mengonsumsi makanan sehat dan bersih, termasuk sayur dan buah-buahan • Menjaga kebersihan diri dengan cara mandi, memotong kuku yang panjang, dan menyikat gigi 2 kali sehari

		• Memberantas jentik nyamuk • Berolahraga secara rutin • Membuang sampah pada tempatnya • Menghentikan kebiasaan merokok • Menghindari dan tidak mengonsumsi narkoba, psikotropika, dan zat adiktif lainnya (NAPZA)
15.2	Tujuan Kegiatan di desa	Memastikan masyarakat dapat mencapai indikator PHBS
15.3	Hasil yang diharapkan;	a) Identifikasi sasaran b) 100% keluarga berseiko dan 1000 HPK menerapkan PHBS c) 100% tersedia layanan bagi balita dengan pneumonia & diare di Desa d) Adanya peningkatkan pengetahuan dan perilaku sararan (keluarga beresiko dan 1000 HPK) untuk PHBS
15.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a) Bekerjasama dengan Puskesmas untuk melatih kader b) Memberi insentif untuk kader dalam memberikan penyuluhan c) Melakukan promosi PHBS
15.5	Kapan dilakukan	Setiap hari/ bulan
15.6	Estimasi Anggaran	Simulasi 1 desa memiliki 6 dusun a. Biaya pelatihan PHBS bagi kader (1 desa x 6 posyandu x 16 (15 kader & 1 PKK) x 1 kali pelatihan/tahun x 150,000 (paket pelatihan/orang) = Rp. 14,400,000) – melatih 2 kader dari tiap posyandu b. Insentif bagi Kader Posyandu dalam memantau keluarga bersiko (15 kader (yang sudah dilatih) x 2 kali kunjungan x 12 bulan x Rp 25,000 = Rp.9.000.000 c. Kegiatan Promkes
15.7	Bagaimana memastikan / memverifikasi Kader	a. Lihat lampiran form #Pemantuan kader, melaporkan ke kepala desa dan Nakes b. Lihat Lampiran #Form kunjungan rutin kader dan pemberian konseling c. Format monitoring bulanan dan triwulan KPM lengkap, bisa menggunakan format tersebut atau membuat format khusus untuk kader
15.8	Pembagian Beban Kerja	a. 15 kader yang dilatih dari 6 posyandu; setiap posyandu terdapat 2 kader terlatih PHBS akan membagi tugas dan tanggung jawab memantau keluarga bersiko dan 1000 HPK

		b. Membuat laporan dan melaporkan kepada kepala desa dan nakes c. Kader membantu pemantauan dan disupervisi tenaga Kesehatan
15.9	Dimana bisa mendapatkan Layanan	Puskesmas/Pustu/Poskesdes

B. Indikator Intervensi Gizi Sensitif

Remaja

16. Remaja mendapatkan edukasi pencegahan pernikahan Dini

No	Penjelasan	Keterangan
16.1	Mengapa Remaja harus mendapatkan edukasi tentang resiko untuk menikah diusia yang dini?	WHO telah mengeluarkan ketentuan usia pernikahan adalah diatas 18 tahun Perlu kematangan fisik dan psikis agar pernikahan dapat dijalankan dengan sehat Resiko pernikahan dini adalah: - Resiko kematian 5 kali lipat jika menikah di usia di bawah 15 tahun dibandingkan dengan diatas 20 tahun. - Resiko bayi prematur dan berat badan lahir rendah - Resiko perdarahan persalinan - Bayi akan lebih sering terkena sakit
16.2	Tujuan kegiatan	Memastikan remaja mendapatan edukasi tentang pencegahan menikah usia dini Memastikan remaja paham resiko pernikahan dini
16.3	Hasil yang diharapkan	Remaja di desa teridentifikasi 100% cakupan remaja mendapat edukasi di sekolah dan posyandu remaja
16.4	Potensi menu kegiatan di tingkat desa	Pencatatan remaja yang ada di desa baik yang bersekolah maupun putus sekolah oleh Kader Posyandu/ PKK Desa bekerjasama dengan bidan desa. Pelatihan bagi Kader/ PKK untuk melakukan pendataan remaja yang ada di desa (khusus yang tidak/ putus sekolah), Pemberian konseling pencegahan pernikahan dini Mengembangkan sistem untuk memastikan remaja mendapatkan edukasi (salah satunya melalui Peraturan desa) Mengembangkan sistem dukungan sebaya untuk meningkatkan kesadaran resiko pernikahan dini

		Mengalokasikan dana untuk kegiatan konseling remaja Penyuluhan untuk orang tua tentang resiko penyuluhan dini Pendekatan kepada Lembaga agama untuk memasukan materi pencegahan pernikahan dini di setiap khotbah
16.5	Kapan dilakukan	Setiap hari/ bulan
16.6	Estimasi Anggaran	Kegiatan edukasi di sekola dan posyandu remaja tidak memerlukan biaya. Dilakukan oleh guru, kader posyandu dan tenaga kesehatan
16.7	Bagaimana memastikan atau memverifikasi Data	a. Lampiran form Kader menemukan remaja putus sekolah, melaporkan ke Kepala Desa dan Bidan Desa b. Lampiran form kunjungan rutin / edukasi kelompok Kader/ PKK
16.8	Pembagian beban kerja	a. Guru memastikan edukasi dilakukan disekolah b. Tenaga Kesehatan dan kader Kesehatan melakukan edukasi di posyandu remaja
16.9	Dimana remaja putri mendapatkan edukasi	Sekolah, posyandu remaja, Bidan Desa, Polindes/ Pustu

Calon Pengantin (Pasangan Usia Subur)

17. Pasangan calon pengantin yang mendapatkan bimbingan perkawinan dengan materi pencegahan stunting

No	Penjelasan	Keterangan
17.1	Mengapa Pasangan calon pengantin yang mendapatkan bimbingan perkawinan dengan materi pencegahan stunting	- Pasangan calon pengantin perlu mempersiapkan diri dalam memasuki gerbang pernikahan untuk merencanakan kehamilan sehingga dapat membentuk keluarga yang sejahtera dan melahirkan

		generasi penerus yang sehat dan berkualitas - Pasangan calon pengantin perlu meningkatkan pengetahuan terkait kesehatan reproduksi calon pengantin..
17.2	Tujuan kegiatan	Agar Catin dapat mempersiapkan diri dalam memasuki gerbang pernikahan untuk membentuk keluarga yang sejahtera dan melahirkan generasi penerus yang sehat dan berkualitas
17.3	Hasil yang diharapkan	Catin di desa teridentifikasi 100% catin mendapatkan edukasi
17.4	Potensi menu kegiatan di tingkat desa	Edukasi kepada catin Penyuluhan catin di Lembaga agama
17.5	Kapan dilakukan	Setiap hari/ bulan
17.6	Estimasi Anggaran	Tidak perlu anggaran
17.7	Bagaimana memastikan atau memverifikasi Data	a. Lampiran form Kader menemukan calon pengantin, melaporkan ke Kepala Desa dan Bidan Desa b. Lampiran form kunjungan rutin / edukasi kelompok Kader/ PKK
17.8	Pembagian beban kerja	Lembaga agama melakukan edukasi catin yang datang Nakes melakukan edukasi di faskes Kader membantu pencatatan dan pelaporan
17.9	Dimana PUS mendapatkan edukasi	posyandu remaja, Bidan Desa, Polindes/ Pustu

18. Pasangan Usia Subur (PUS) dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan sosial yang menerima bantuan tunai bersyarat

No	Penjelasan	Keterangan
18.1	Mengapa PUS degan status miskin dan penyandang	Membantu PUS untuk memenuhi kebutuhan hidupnya dengan membuka akses keluarga miskin terutama ibu hamil dan

	masalah kesra mendapatkan bantuan tunai bersyarat (PKH)	anaknya untuk memanfaatkan berbagai fasilitas layanan kesehatan (faskes) dan fasilitas layanan pendidikan (fasdik) yang tersedia di sekitar mereka.
18.2	Tujuan Kegiatan di desa	Agar Pasangan Usia Subur (PUS) dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan sosial mendapatkan bantuan tunai bersyarat
18.3	Hasil yang diharapkan	Semua Pasangan Usia Subur (PUS) dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan mendapatkan bantuan tunai untuk mencukupi kebutuhan hidupnya
18.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a. Pemutakhiran data PUS degan status miskin dan penyandang masalah kesra b. Memprioritaskan agar penerima PKH adalah Pasangan Usia Subur (PUS) dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan. c. Melakukan advokasi kepada pemerintah daerah jika terdapat PUS dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan belum mendapatkan PKH
18.5	Kapan dilakukan	Menyesuaikan dengan jadwal program
18.6	Estimasi anggaran	Tidak perlu dana karena sudah menjadi tugas aparat desa.
18.7	Bagaimana memastikan/ memverifikasi Data	Verifikasi dilakukan dengan laporan kepala desa
18.8	Pembagian beban kerja	Kegiatan ini menjadi tanggung jawab Kader, Kepala Desa/Sekdes, dan Kasi Kesra di Desa.
18.9	Dimana bisa mendapatkan BNPT	Dinas Sosial melalui Kepala Desa

19. Cakupan Pasangan Usia Subur (PUS) dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan sosial yang menerima bantuan pangan nontunai

No	Penjelasan	Keterangan
19.1	Mengapa PUS dengan status miskin dan penyandang masalah kesra perlu mendapatkan BPNT?	Membantu PUS untuk dapat memenuhi kebutuhan pangan dan gizinya. Supaya PUS yang berpotensi memiliki anak di bawah lima tahun dan akan hamil lagi terpenuhi kebutuhan gizi dan pangannya
19.2	Tujuan Kegiatan di desa	Agar PUS dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan sosial mendapatkan Bantuan Pangan Non Tunai
19.3	Hasil yang diharapkan	Semua PUS dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan tercukupi kebutuhan pangannya melalui program BPNT
19.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a. Pemutakhiran data keluarga 1000 HPK yang tergolong KK miskin; b. Memprioritaskan penerima BPNT adalah Pasangan Usia Subur (PUS) dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan; c. Melakukan advokasi kepada pemerintah daerah jika terdapat PUS dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan belum mendapatkan BNPT
19.5	Kapan dilakukan	Menyesuaikan dengan jadwal program
19.6	Estimasi anggaran	Tidak perlu dana karena sudah menjadi tugas aparat desa.
19.7	Bagaimana memastikan/ memverifikasi Data	Verifikasi dilakukan dengan laporan Kepala Desa
19.8	Pembagian beban kerja	Kegiatan ini menjadi tanggung jawab Kepala Desa, KPM. Sedang kader Posyandu bisa memantau
10.9	Dimana bisa mendapatkan BNPT	Dinas Sosial melalui Kepala Desa

20. Cakupan Pasangan Usia Subur (PUS) fakir miskin dan orang tidak mampu yang menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan

No	Penjelasan	Keterangan
20.1	Mengapa Pasangan Usia Subur (PUS) fakir miskin dan orang tidak mampu harus menjadi penerima bantuan iuran Jaminan Kesehatan?	Agar PUS fakir miskin dan orang tidak mampu mendapatkan pelayanan Kesehatan sesuai dengan kebutuhannya.
20.2	Tujuan Kegiatan di desa	Memastikan PUS fakir miskin menjadi peserta JKN
20.3	Hasil yang diharapkan	Seluruh PUS menjadi peserta JKN
20.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	• Melakukan pendataan kepersertaan JKN pada PUS fakir miskin dan orang tidak mampu • Mengembangkan sistem agar anak yang lahir mendapatkan Akta kelahiran dan keluarga memiliki Kartu Keluarga • Melakukan advokasi kepada Pemerintah Kabupaten
20.5	Kapan dilakukan	Setiap saat
20.6	Estimasi anggaran	Tidak perlu anggaran
20.7	Bagaimana memastikan/ memverifikasi Data	Laporan KPM
20.8	Pembagian beban kerja	Satu KPM memonitor 10 KK
120.9	Dimana bisa mendapatkan informasi tentang JKN?	Puskasmas/Pustu dan Website BPJS Kesehatan

Ibu Hamil

21. Persentase Unmet Need pelayanan Keluarga Berencana

No	Penjelasan	Keterangan
21.1	Mengapa unmet need pelayanan KB harus ditangani/ diturunkan?	Unmet need adalah kelompok yang belum terpenuhi kebutuhan kontrasepsinya, mencakup semua pria atau wanita usia subur. Merupakan tantangan program KB untuk mengendalikan pertambahan penduduk dengan

		memenuhi kebutuhan kontrasepsi yang juga secara tidak langsung dapat berkontribusi bagi peningkatan indikator kesehatan (Angka Kematian Ibu, Bayi, dan Stunting)
21.2	Tujuan kegiatan	Memastikan layanan KB tersedia bagi PUS yang membutuhkan Memastikan ibu bersalin mendapatkan pemakaian KB paska salin
21.3	Hasil yang diharapkan	PUS teridentifikasi PUS mendapatkan layanan KB sesuai kebutuhan Ibu hamil mendapatkan KB pasca salin
21.4	Potensi menu kegiatan di tingkat desa	Penyuluhan pentingnya Ber-KB Pemberian layanan KB oleh Nakes
21.5	Kapan dilakukan	Tentatif sesuai kebutuhan
21.6	Estimasi Anggaran	Kegiatan edukasi dan pomosi kesehatan di Posyandu dan Puskesmas (tidak memerlukan biaya)
21.7	Bagaimana memastikan atau memverifikasi Data	Laporan kader
21.8	Pembagian beban kerja	Kader membantu melakukan promosi Bidan melakukan promosi dan memberikan layanan KB
21.9	Dimana PUS dan ibu hamil mendapatkan layanan KB	Bidan, Pustu, Puskesmas

22. Persentase Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD)

No	Penjelasan	Keterangan
22.1	Mengapa kehamilan yang tidak diinginkan harus dicegah?	KTD terdiri dari kehamilan tidak tepat waktu dan kehamilan tidak diinginkan sama sekali. KTD dapat menyebabkan kelahiran yang tidak direncanakan dan dapat mengganggu kesehatan fisik dan mental ibu dan anak. KTD juga merupakan indikator peningkatan risiko kelahiran yang buruk seperti kelahiran prematur, ketuban pecah dini, dan bayi berat lahir rendah, serta dapat menyebabkan keguguran atau juga dapat menyebabkan kematian ibu.
22.2	Tujuan kegiatan	Mengurangi kejadian kehamilan yang tidak dinginkan
22.3	Hasil yang diharapkan	Adanya pelayanan (konseling, penyuluhan, penyedaan alat kontrasepsi) untuk mencegah kejadian kehamilan yang tidak dinginkan
22.4	Potensi menu kegiatan di tingkat desa	• Penyuluhan pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan oleh kader yang sudah dilatih. • Konseling pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan oleh nakes.
22.5	Kapan dilakukan	Setiap hari/Bulan
22.6	Estimasi Anggaran	Kegiatan penyuluhan oleh kader sebagai kesatuan kegiatan dalam posyandu (tidak memerlukan biaya). Kegiatan konseling oleh tenaga kesehatan puskesmas.
22.7	Bagaimana memastikan atau memverifikasi Kader/ PKK	a. Lampiran form Kader melakukan penyuluhan b. Lampiran form kunjungan rutin / edukasi kelompok Kader/ PKK c. Lampiran laporan konseling tenaga kesehatan

22.8	Pembagian beban kerja	Kader melakukan penyuluhan dengan supervise nakes Konseling oleh nakes (kader membantu membuat laporan)
22.9	Dimana kegiatan dapat dilakukan	Bidan Desa, Polindes/Pustu, Posyandu

Keluarga Berisiko

Keluarga berseiko Stunting adalah Keluarga yang memiliki satu atau lebih faktor risiko Stunting yang terdiri dari keluarga yang memiliki anak remaja puteri/calon pengantin/Ibu Hamil/Anak usia 0 (nol)-23 (dua puluh tiga) bulan/anak usia 24 (dua puluh empat)-59 (lima puluh sembilan) bulan berasal dari keluarga miskin, pendidikan orang tua rendah, sanitasi lingkungan buruk, dan air minum tidak layakeluarga Beresiko

23. Keluarga berisiko stunting yang mendapatkan promosi peningkatan konsumsi ikan dalam negeri

No	Penjelasan	Keterangan
23.1	Mengapa keluarga bersiko harus mendapatkan promosi peningkatan konsumsi ikan dalam negeri?	Ikan merupakan sumber protein hewani yang mengandung Protein, Vitamin, Mineral yang sangat baik bagi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.
23.2	Tujuan Kegiatan di desa	Keluarga beresiko mendapatkan promosi peningkatan konsumsi ikan
23.3	Hasil yang diharapkan	Keluarga beresiko paham tentang manfaat makan ikan Keluarga beresiko mengonsumsi ikan
23.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a. Promosi manfaat mengonsumsi ikan di posyandu dan dasa wisma b. Pendampingan kepada keluarga beresiko untuk mengonsumsi ikan
23.5	Kapan dilakukan	Setiap saat pada pertemuan warga dan di Posyandu

23.6	Estimasi anggaran	Kegiatan Promosi/Edukasi makan ikan tidak memerlukan biaya (kegiatan dilakukan bersamaan dengan kegiatan lain)
23.7	Bagaimana memastikan/ memverifikasi data	Format laporan kader (KPM)
23.8	Pembagian beban kerja	Setiap kader melakukan monitoring ke 10 keluarga (dasawisma)
23.9	Dimana bisa mendapatkan materi promo makan ikan dalam negeri	Dinas Perikanan Kabupaten

24. Pelayanan Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan

No	Penjelasan	Keterangan
24.1	Mengapa keluarga bersiko harus mendapatkan pelayanan keluarga berencana pasca persalinan	KB Pasca Persalinan merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/6 minggu setelah melahirkan. Dengan KB pasca salin akan membantu Ibu dalam menjarangkan kehamilan sehingga Ibu dan keluarga mampu memberikan perhatian pada anak dengan lebih maksimal.
24.2	Tujuan Kegiatan di desa	• Memastikan ibu hamil dan keluarga mendapatkan edukasi tentang KB pasca persalinan • Mendorong ibu melahirkan mendapatkan pelayanan KB pasca persalinan.
24.3	Hasil yang diharapkan	• Ibu dan keluarga paham tentang manfaat KB pasca persalinan • Ibu dan keluarga mau mendapatkan pelayanan KB pasca persalinan.
24.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	• Konseling KB Pasca salin kepada ibu dan keluarga

		• Pedampingan kepada ibu hamil agar paham dan mau mendapatkan pelayanan KB pasca salin
24.5	Kapan dilakukan	Saat posyandu dan saat kunjungan rumah
24.6	Estimasi anggaran	• Pelatihan Promosi KB pasca salin kepada kader (bisa bersamaan dengan pelatihan yang lainnya) • Konseling KB pasca salin oleh tenaga kesehatan (dana dari Puskesmas)
24.7	Bagaimana memastikan/ memverifikasi Data	Format laporan kader
24.8	Pembagian beban kerja	Setiap kader melakukan monitoring ke 10 keluarga (dasawisma)
24.9	Dimana bisa mendapatkan materi KIE tentang KB pasca persalinan	Dinas Keluarga Berencana Kabupaten

25. Keluarga Berisiko Stunting yang memperoleh pendampingan

No	Penjelasan	Keterangan
25.1	Mengapa keluarga bersiko stunting perlu mendapatkan pendampingan	Agar keluarga beresiko stunting dibantu dalam mengatasi risiko-risiko tersebut. Pendampingan Keluarga yang dilakukan meliputi penyuluhan, fasilitasi pelayanan rujukan dan fasilitasi pemberian bantuan sosial yang bertujuan untuk meningkatkan akses informasi dan pelayanan kepada keluarga berisiko stunting seperti ibu hamil, ibu pasca persalinan, anak usia 0 – 59 bulan, serta semua calon pengantin/calon pasangan usia subur melalui pendampingan 3 (tiga) bulan pranikah sebagai deteksi dini faktor risiko stunting dan agar dapat dilakukan upaya untuk meminimalisir atau pencegahan pengaruh dari faktor risiko stunting.

25.2	Tujuan Kegiatan di desa	a. Melakukan pendampingan terhadap keluarga yang memiliki kerawanan terhadap Stunting. b. Melakukan skrining 3 bulan pra nikah kepada catin untuk mengetahui faktor resiko stunting, dalam upaya mengantisipasi faktor risiko tersebut c. Melakukan pendampingan kepada semua bumil dengan melakukan pemantauan/pemeriksaan kehamilan secara berkala, melakukan KIE KB pasca persalinan dan melakukan rujukan bila diperlukan.
25.3	Hasil yang diharapkan	Semua keluarga berisiko mendapatkan pendampingan sehingga mendapatkan semua intervensi yang diperlukan
25.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	Kader melakukan pemantauan kepada keluarga beresiko di Posyandu atau kunjungan ke rumah
25.5	Kapan dilakukan	Setiap saat dan setiap bulan
26.6	Estimasi anggaran	Tidak diperlukan anggaran (sudah termasuk dalam honor kader)
25.7	Bagaimana memastikan/ memverifikasi Data	Format laporan kader (KPM)
25.8	Pembagian beban kerja	Setiap kader melakukan monitoring ke 10 keluarga (dasawisma)
25.9	Dimana bisa mendapatkan materi KIE untuk pendampingan keluarga berisiko Stunting	Dinas Kesehatan, DInas KB, Dinas Sosial

26. Keluarga Berisiko Stunting yang mendapatkan manfaat sumber daya pekarangan untuk peningkatan asupan gizi

No	Penjelasan	Keterangan
26.1	Mengapa keluarga berisiko Stunting harus mendapatkan manfaat sumber daya pekarangan?	Untuk memastikan keluarga dengan 1000 HPK mempunyai persediaan pangan yang cukup untuk memenuhi kecukupan gizi keluarganya.
26.2	Tujuan Kegiatan di desa	Keluarga 1000 HPK dapat memanfaatkan pekarangannya atau mendapatkan manfaat pangan dari Kebun Gizi bersama
26.3	Hasil yang diharapkan	Keluarga 1000 HPK dapat memenuhi kebutuhan pangannya dari hasil mengelola pekarangan
26.4	Potensi Menu Kegiatan tingkat desa	a. Mengembangkan mekanisme agar keluarga 1000 HPK mendapatkan manfaat program pemanfaatan pekarangan b. Pendampingan kepada keluarga 1000 HPK dalam melaksanakan program pemanfaatan pekarangan
26.5	Kapan dilakukan	Bisa dilakukan setiap saat tapi lebih baik dimulai saat musim hujan terutama untuk desa yang kurang air
26.6	Estimasi anggaran	1 paket program pemanfaatan pekarangan untuk satu keluarga yang memiliki 1000 HPK adalah 1 juta rupiah.
26.7	Bagaimana memastikan/ memverifikasi Data	Format laporan kader (KPM)
26.8	Pembagian beban kerja	Setiap kader melakukan monitoring ke 10 keluarga (dasawisma)
26.9	Dimana bisa mendapatkan paket pemanfaatan pekarangan	Dinas ketahanan Pangan melalui Kecamatan

Air Minum dan Sanitasi

27. Rumah Tangga yang mendapatkan Akses Air Minum layak

No	Penjelasan	Keterangan
27.1	Mengapa semua Keluarga dengan 1000 HPK harus mendapat air minum layak	a. Air minum yang tidak layak dapat menyebabkan Diare yang merupakan salah satu penyebab kurang gizi b. Kurang gizi melemahkan sistem kekebalan tubuh sehingga anak-anak lebih mudah terserang penyakit yang serius dan meninggal c. Kurang Gizi dalam dua tahun pertama kehidupan menyebabkan kerusakan otak yang tidak dapat diperbaiki
27.2	Tujuan kegiatan	Memastikan semua keluarga dengan 1000 HPK mendapatkan air minum layak
27.3	Hasil yang diharapkan	a. Identifikasi sedini mungkin keluarga yang dengan 1000 HPK dengan kerawanan akses air minum yang layak; b. 100% keluarga dengan 1000 HPK mendapat dan mengkonsumsi air minum layak
27.4	Potensi menu kegiatan di tingkat desa	a. Mengembangkan sistem agar keluarga dengan 1000 HPK mendapatkan air minum layak. b. Mencari peluang mendapatkan CSR untuk mendapatkan bantuan akses air minum layak c. Mencari potensi teknologi sederhana untuk pengadaan air minum d. Melakukan advokasi kepada pemerintah Kabupaten dan Provinsi untuk mendapatkan program penyediaan akses air minum layak
27.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
27.6	Estimasi Anggaran	Simulasi 1 Desa memiliki 4 Dusun, tiap dusun memiliki 4 ibu Hamil dan 25 ibu baduta maka

		sasaran 1000 HPK per tahun = 4 Dusun X 29 Ibu 1000 HPK = 116 Ibu . Pembangunan jaringan perpipaan atau pun penyediaan sarana air minum harus menyasar 116 keluarga dengan 1000 HPK Misalnya jarak sumber air dari rumah warga 3 KM maka estimasi biaya : • Pompa hidran dan instalasi, bak tangkapan mata air, bak header, reservoir = Rp 180.000.000 • Pipa HDPE 2 dim ukuran PN 10 1 roll panjang 100 meter harga Rp 4.600.000 = 30 roll X 4.600.000 = Rp 138.000.000 • Jaringan kran rumah = Rp 700.000 X116 rumah = 81.200.0000 • Swadaya masyarakat untuk bahan lokal dan tenaga kerja • Total biaya Rp 400.000.000
27.7	Bagaimana memastikan atau memverifikasi Pembangunan/ penyediaan sarana air minum layak	a. Pemantauan dan evaluasi di lapangan b. Pemantauan dan evaluasi kepada keluarga penerima manfaat (wawancara & survey)
27.8	Pembagian beban kerja	a. Dinas PUPR bekerjasama dengan Pemdes mendorong partisipasi masyarakat desa dalam pembangunan sarana dan prasarana air layak minum b. Pemerintah desa bersama KPM mencatat dan memastikan Keluarga 1000 HPK menggunakan sumber air minum layak
27.9	Dimana Kegiatan dapat dilakukan	Di rumah keluarga 1000 HPK dengan kebutuhan akses air minum layak

28. Rumah tangga yang mendapatkan Akses Sanitasi (air limbah domestik) layak

No	Penjelasan	Keterangan
28.1	Mengapa semua Rumah Tangga harus menggunakan sanitasi yang layak	Banyak penyakit terutama Diare dapat dicegah bila terbiasa menjaga kebersihan diri dan kesehatan lingkungan. Kita tahu diare dan penyakit lainnya dapat merupakan penyebab kurang gizi. Kurang gizi dapat melemahkan sistem kekebalan tubuh sehingga anak-anak lebih mudah terserang penyakit yang serius dan meninggal. Selain itu Kurang Gizi dalam dua tahun pertama kehidupan menyebabkan kerusakan otak yang tidak dapat diperbaiki.
28.2	Tujuan kegiatan	Memastikan semua keluarga dengan 1000 HPK mendapatkan Akses Sanitasi layak.
28.3	Hasil yang diharapkan	a. Identifikasi sedini mungkin keluarga yang dengan 1000 HPK; b. 100% keluarga dengan 1000 HPK mendapat dan menggunakan sanitasi yang layak
28.4	Potensi menu kegiatan di tingkat desa	• Mengembangkan sistem agar keluarga dengan 1000 HPK mempunyai akses sanitasi yang layak (misal: arisan jamban) • Mengembangkan peraturan desa untuk memastikan tidak ada yang BAB sembarangan (Open Defecation Free). • Melakukan promosi Kesehatan tentang pentingnya sanitasi yang layak (bekerja sama dengan tokoh agama, tokoh adat dan para pemangku kepentingan yang lain).
28.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan
28.6	Estimasi Anggaran	Simulasi 1 Desa memiliki 4 Dusun, tiap dusun memiliki 4 ibu Hamil dan 25 ibu baduta maka sasaran 1000 HPK per tahun = 4 Dusun X 29 ibu 1000 HPK = 116 Ibu .

		• Papan, semen 2 Zak, besi ukuran 10 2 batang, batako 13 buah, pipa paralon 1 batang, kloset = Rp 1.000.000 • Total kebutuhan 116 rumah X Rp 1.000.000 = Rp 116.000.0000
28.7	Bagaimana memastikan atau memverifikasi sanitasi yang layak	a. Pemantauan dan Pendataan b. Laporan hasil pemantauan dan Evaluasi setelah pembangunan sanitasi layak.
28.8	Pembagian beban kerja	a. Dinas PUPR bekerjasama dengan Pemdes mendorong partisipasi masyarakat desa dalam pembangunan sarana dan prasarana sanitasi layak. b. Pemerintah desa bersama KPM mencatat dan memastikan Keluarga 1000 HPK mempunyai dan menggunakan sanitasi layak
28.9	Dimana Kegiatan dapat dilakukan	Di rumah keluarga 1000 HPK dengan sanitasi tidak layak

Perlindungan Sosial

29. Kelompok Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Program Keluarga Harapan (PKH) yang mengikuti Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) dengan modul kesehatan dan gizi

No	Penjelasan	Keterangan
29.1	Mengapa KPM PKH Perlu mendapatkan FDS gizi dan Kesehatan	a. Kurangnya pemahaman keluarga terkait gizi dan Kesehatan dapat menyebabkan anak mengalami kurang gizi dan kesehatan b. FDS gizi dan Kesehatan akan meningkatkan pengetahuan KPM PKH terkait pentingnya 1000 HPK , akses pada JKN, dan PMT.

29.2	Tujuan kegiatan	Memastikan cakupan dan Kepatuhan KPM PKH mengikuti FDS gizi dan Kesehatan
29.3	Hasil yang diharapkan	a. Identifikasi KPM PKH untuk mengikuti FDS Gizi dan Kesehatan b. 100% cakupan KPM PKH mengikuti FDS gizi dan Kesehatan c. 100% Kepatuhan KPM PKH melaksanakan hasil pertemuan FDS gizi dan Kesehatan d. Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran KPM PKH dalam hal kesehatan dan gizi terutama mengenai pentingnya 1000 HPK, kesehatan dan gizi ibu hamil, nifas, menyusui, bayi dan balita serta pola asuh e. Meningkatkan praktik positif untuk mendorong terjadinya perubahan perilaku
29.4	Potensi menu kegiatan di tingkat desa	a. Memastikan keluarga miskin yang merupakan 1000 HPK menjadi penerima manfaat PKH b. Memastikan KPM PKH mengikuti FDS Gizi dan Kesehatan c. Melakukan advokasi kepada pemerintah daerah jika terdapat KK miskin yang merupakan 1000 HPK tidak menjadi penerima manfaat PKH.
29.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan selama masa kepesertaan PKH
29.6	Estimasi Anggaran	Kegiatan Pertemuan FDS tidak membutuhkan biaya
29.7	Bagaimana memastikan atau memverifikasi Data	Form laporan Pendamping PKH
29.8	Pembagian beban kerja	Pendamping PKH berkewajiban untuk melaksanakan pertemuan kelompok/FDS dengan KPM PKH dampingannya setiap bulan. Dalam pelaksanaan tugas pendampingan, pendamping PKH dapat membentuk kelompok

		KPM PKH yang beranggotakan 10-30 KPM dengan kriteria berdasarkan kedekatan tempat tinggal
29.9	Dimana Kegiatan dapat dilakukan	Kegiatan pertemuan kelompok KPM PKH bisa dilakukan di tempat yang disepakati oleh anggota kelompok

30. Keluarga Penerima Manfaat (KPM) dengan Ibu Hamil, Ibu Menyusui, dan Baduta yang menerima variasi bantuan pangan selain beras dan telur

No	Penjelasan	Keterangan
30.1	Mengapa Keluarga 1000 HPK kelompok Miskin perlu menerima variasi bantuan pangan selain beras dan telur	Pangan merupakan kebutuhan Pokok bagi semua orang. Apalagi pada Ibu Hamil, dimana kecukupan gizi sangat krusial untuk Ibu dan Anak dalam kandungannya. Begitu juga pada anak Baduta, kurang gizi pada 1000 HPK akan berdampak pada tumbuh kembang dan perkembangan otak.
30.2	Tujuan kegiatan	Memastikan cakupan dan kualitas layanan BPNT bagi keluarga 1000 HPK Kelompok miskin
30.3	Hasil yang diharapkan	a. Identifikasi sedini mungkin keluarga 1000 HPK kelompok miskin menerima BPNT b. 100% keluarga 1000 HPK Kelompok miskin menerima BPNT c. 100% Keluarga 1000 HPK kelompok miskin menggunakan BPNT untuk pemenuhan kebutuhan pangan dengan gizi seimbang
30.4	Potensi menu kegiatan di tingkat desa	a. Pemutakhiran data keluarga 1000 HPK yang tergolong KK miskin b. Mengembangkan sistem agar prioritas utama penerima BPNT adalah keluraga miskin dengan 1000 HPK. c. Melakukan advokasi kepada pemerintah daerah jika terdapat KK miskin dengan 1000 HPK tidak mendapatkan BNPT

		d. Edukasi jenis BPNT yang dapat disediakan selain Beras dan Telur.
30.5	Kapan dilakukan	Setiap bulan saat penyaluran dana BPNT ke KPM
30.6	Estimasi Anggaran	a. Setiap bulan setiap Rumah Tangga miskin 1000 HPK menerima BPNT Rp 110.000 yang di transfer ke rekening, b. Jika di Simulasi 1 Desa memiliki 4 Dusun, tiap dusun memiliki 4 ibu Hamil dan 25 ibu baduta maka sasaran 1000 HPK per tahun = 4 Dusun X 29 ibu 1000 HPK = 116 Ibu . Maka total anggaran Rp 110.000 X 116 rumah tangga Miskin 1000 HPK X 12 bulan = RP 153.120.000
30.7	Bagaimana memastikan atau memverifikasi	a. Form laporan Pendamping PKH b. Form pemantaun KPM (Kader Pembangunan Manusia)
30.8	Pembagian beban kerja	a. Pendamping PKH bekerjasama dengan Kader Posyandu untuk membantu dalam monitoring konsumsi pangan gizi seimbang rumah tangga miskin 1000 HPK . Jika ditiap dusun ada 29 Rumah tangga miskin 1000 HP maka rata- rata Kader Posyandu di tiap dusun mengawasi 6 Rumah Tangga Miskin 1000 HPK b. Pendamping PKH memberikan pendampingan saat pelaksanaan FDS setiap bulannya c. KPM/ Kader Pembangunan Manusia melakukan monitoring setiap bulan saat posyandu maupun saat KR
30.9	Dimana bisa mendapatkan BPNT	Transfer rekening atau di tempat yang telah di tunjuk

Lampiran 4. Format Laporan

A. Format Rekapan Laporan Bulanan

Sasaran	Indikator	Yang Seharusnya di terima	Hasil Pemantauan	Prosentase
Remaja	Spesifik			
	Sensitif			
Calon Pengantin/ Pasangan Usia Subur	Spesifik			
	Sensitif			
Ibu Hamil	Spesifik			
	Sensitif			
Anak usia di BAwah Lima Tahun (Balita)	Spesifik			
	Sensitif			
Keluarga Beresiko	Spesifik			
	Sensitif			

Hasil Pemantauan diisi sbb:

Hasil Yang diterima : Lihat di instrument indikator mana saja yang di terima tiap kelompok usia.

Yang seharusnya didapat : semua untuk semua indikator berdasarkan kelompok umur.

B. Format Laporan Semesteran (setiap 6 bulan)

HASIL CAPAIAN PENERIMAAN LAYANAN

Sasaran	Indikator	Yang Seharusnya di terima	Hasil Pemantauan	Prosentase
Remaja	Spesifik			
	Sensitif			
Calon Pengantin/ Pasangan Usia Subur	Spesifik			
	Sensitif			
Ibu Hamil	Spesifik			
	Sensitif			
Anak usia di Bawah Lima Tahun (Balita)	Spesifik			
	Sensitif			
Keluarga Beresiko	Spesifik			
	Sensitif			

2020