



BUPATI MUNA
PROVINSI SULAWESI TENGGARA

PERATURAN BUPATI MUNA
NOMOR 5 TAHUN 2020

TENTANG

KONVERGENSI PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN *STUNTING* DI DESA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MUNA,

- Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan dalam Pasal 15 Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi;
- b. bahwa kejadian *Stunting* pada balita masih terjadi di Kabupaten Muna sehingga dapat menghambat upaya peningkatan kesehatan masyarakat dan pembangunan kualitas sumber daya manusia;
- c. bahwa permasalahan *Stunting* masih dipandang seputar realitas kondisi kesehatan akibat dari kekurangan gizi, sehingga penanganannya masih didominasi oleh lembaga dan penyedia layanan di bidang kesehatan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b dan c, perlu menetapkan Peraturan Bupati Muna tentang Konvergensi Pencegahan dan Penanggulangan *Stunting* di Desa.
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Sulawesi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1822);
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6389);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 7, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5495);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5539) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5717);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2014 tentang Dana Desa Yang Bersumber Dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 168, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5558) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2016 tentang Perubahan Perubahan Kedua atas Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2014 tentang Dana Desa Yang Bersumber Dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5864);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Acara Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 183) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Acara Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 44 Tahun 2016 tentang Kewenangan Desa (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1037);

11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Keuangan Desa (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 611);
12. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Kewenangan Berdasarkan Hak Asal Usul dan Kewenangan Lokal Berskala Desa (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 158);
13. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 61 Tahun 2019 tentang pedoman Transfer Ke Daerah Dan Dana Desa Untuk mendukung Pelaksanaan Kegiatan Intervensi Pencegahan *Stunting* Terintegrasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 530);
14. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 11 Tahun 2019 tentang Penetapan Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2020 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1012);
15. Peraturan Daerah Kabupaten Muna Nomor 2 Tahun 2017 tentang Desa (Berita Daerah Kabupaten Muna Tahun 2017 Nomor 2);

MEMUTUSKAN:

Menetakan : **PERATURAN BUPATI MUNA TENTANG KONVERGENSI PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN STUNTING DI DESA**

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Muna.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Muna.
3. Bupati adalah Bupati Muna.
4. Desa adalah Kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas dan wilayah tertentu, dan berwenang untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan, kepentingan masyarakat setempat berdasarkan berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal-usul, dan atau hak tradisional yang diakui dan dihormati dalam system pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia.
5. Pemerintah Desa adalah Kepala Desa dibantu perangkat Desa sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Desa.
6. Badan Permusyawaratan Desa atau yang disebut dengan nama lain adalah lembaga yang melaksanakan fungsi pemerintahan yang anggotanya merupakan wakil dari penduduk Desa berdasarkan keterwakilan wilayah dan ditetapkan secara demokratis.
7. Dana Desa adalah dana yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang diperuntukan bagi Desa yang ditransfer Langsung ke rekening Desa dan digunakan untuk membiayai penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan, pembinaan kemasyarakatan dan pemberdayaan masyarakat.
8. Konvergensi pencegahan dan penanggulangan *Stunting* di Desa adalah sebuah pendekatan intervensi yang dilakukan secara terkoordinir, terpadu dan bersama-sama kepada target sasaran wilayah geografis dan rumah tangga prioritas untuk mencegah *Stunting* di Desa.

9. Pos Pelayanan Terpadu yang selanjutnya disebut Posyandu adalah salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.
10. Kader Posyandu adalah anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan posyandu secara sukarela.
11. Kader Pembangunan Manusia yang selanjutnya disingkat KPM adalah warga masyarakat Desa yang dipilih melalui musyawarah Desa untuk bekerja membantu pemerintah Desa dalam memfasilitasi masyarakat dalam merencanakan, melaksanakan dan mengawasi pembangunan sumber daya manusia di Desa.
12. Kekurangan Energi Kronis yang selanjutnya disingkat KEK adalah kurangnya asupan energi yang berlangsung lama.
13. Musyawarah Desa adalah musyawarah antara Badan Musyawarah Desa, Pemerintah Desa, dan unsur masyarakat yang diselenggarakan oleh Badan Musyawarah Desa untuk menyepakati hal yang bersifat strategis.
14. Pos Pendidikan Anak Usia Dini yang selanjutnya disebut POS PAUD adalah suatu upaya pembinaan yang ditujukan kepada anak sejak lahir sampai dengan usia 6(enam) tahun yang dilakukan melalui pemberian rangsangan pendidikan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani dan rohani agar memiliki kesiapan dalam memasuki pendidikan lebih lanjut.
15. Rumah Desa Sehat yang selanjutnya disebut RDS adalah Sekretariat Bersama bagi para penggiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku pembangunan Desa di bidang kesehatan, yang berfungsi sebagai ruang literasi kesehatan, pusat penyebaran informasi kesehatan dan forum advokasi kebijakan di bidang kesehatan.
16. Rembuk *Stunting* adalah forum musyawarah antara masyarakat Desa dengan Pemerintah Desa dan Badan Musyawarah Desa untuk membahas pencegahan dan penanganan masalah kesehatan di Desa, khususnya *Stunting* dengan mendayagunakan sumber daya pembangunan yang ada di Desa.
17. Rumah Tangga 1.000 Hari Pertama Kelahiran yang selanjutnya disebut rumah tangga 1.000 HPK adalah rumah tangga dengan ibu hamil dan bayi usia 0-2 tahun.
18. *Stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 HPK.
19. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

BAB II AZAZ, TUJUAN DAN MAKSUD

Pasal 2

Azaz-azas penurunan *Stunting* adalah:

- a. bertindak cepat dan akurat, artinya dalam upaya penurunan *Stunting*, tenaga gizi terlatih harus bertindak sesuai prosedur tetap pelayanan gizi dan kode etik profesi;
- b. penguatan kelembagaan dan kerja sama, artinya dalam upaya penurunan *Stunting* tidak hanya dapat dilakukan secara sektoral, akan tetapi membutuhkan dukungan sektor dan program lain;
- c. transparansi, artinya azas yang menentukan bahwa dalam segala hal yang berhubungan dengan penurunan *Stunting* harus dilakukan secara terbuka;
- d. peka budaya, artinya azas yang menentukan bahwa dalam segala hal yang berhubungan dengan penurunan *Stunting* harus memperhatikan sosio budaya gizi daerah setempat; dan
- e. akuntabilitas, artinya azas yang menentukan bahwa dalam segala hal yang berhubungan dengan penurunan *Stunting* harus dilakukan dengan penuh tanggung jawab.

Pasal 3

Tujuan Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa adalah:

- a. memfasilitasi penguatan Kepala Desa, Anggota BPD dan masyarakat untuk mengutaakan pencegahan dan penanggulangan *Stunting* sebagai salah satu arah kebijakan perencanaan pembangunan Desa;
- b. memfasilitasi penyelenggaraan pembangunan Desa secara demokratis dan berkeadilan sosial agar kader pembangunan Manusia dan sasaran 1.000 HPK mampu berpartisipasi dalam pembangunan Desa;
- c. memfasilitasi kegiatan-kegiatan pencegahan *Stunting* sebagai bagian dari kegiatan pembangunan Desa yang diprioritaskan untuk dibiayai dengan anggaran Desa khususnya Dana Desa;
- d. memfasilitasi Pemerintah Desa, BPD dan masyarakat untuk mampu menyelenggarakan kKonvergensi Pencegahan dan Penanggulangan *Stunting* secara partisipatif, transparan dan akuntabel;

Pasal 4

Penurunan *Stunting* dimaksudkan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan, keluarga dan masyarakat melalui:

- a. perbaikan pola konsumsi makanan;
- b. perbaikan perilaku sadar gizi;
- c. peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi; dan
- d. peningkatan system kewaspadaan pangan dan gizi.

BAB III SASARAN

Pasal 5

1. Sasaran prioritas konvergensi pencegahan dan penanggulangan *Stunting* adalah ibu hamil dan anak usia 0-23 bulan atau rumah tangga 1.000 HPK.
2. Sasaran penting konvergensi pencegahan dan penanggulangan *Stunting* adalah anak usia 24-59 bulan, wanita usia subur dan remaja putri.

BAB IV BENTUK KEGIATAN

Pasal 6

1. Kegiatan pencegahan *Stunting* di Desa dituangkan dalam 5 (lima) paket layanan.
2. Lima paket layanan sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri atas:
 - a. pelayanan kesehatan ibu dan anak;
 - b. konseling gizi terpadu;
 - c. sanitasi dan air bersih (jamban);
 - d. perlindungan sosial; dan
 - e. pendidikan anak usia dini.
3. Kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a terdiri atas:
 - a. penyelenggaraan pos kesehatan desa (PKD) / polindes milik desa (obat-obatan, tambahan insentif bidan desa / perawat desa, penyediaan pelayanan kb dan alat kontrasepsi bagi keluarga miskin);
 - b. penyelenggaraan posyandu (makanan tambahan, kelas ibu hamil, kelas lansia, insentif kader posyandu);
 - c. penyuluhan dan pelatihan bidang kesehatan untuk masyarakat, bidan Desa / perawat desa, kader kesehatan;
 - d. penyelenggaraan desa siaga kesehatan;
 - e. pembinaan palang merah remaja tingkat Desa;
 - f. pengasuhan bersama dan bina keluarga balita;
 - g. pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan tradisional;
 - h. pemeliharaan sarana/prasarana posyandu/polindes; dan
 - i. Pembangunan/rehabilitasi/peningkatan/pengadaan/sarana/prasarana posyandu/polindes.
4. Kegiatan konseling gizi terpadu sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf b terdiri atas:
 - a. transportasi petugas gizi;
 - b. insentif/transportasi kader;
 - c. pelatihankader;
 - d. transportasi kegiatan;
 - e. transportasi kegiatan kunjungan kerumah;
 - f. pengadaan alat dan perlengkapan, seperti alat peraga konseling;
 - g. penyediaan pemberian makanan tambahan, penyuluhan bahan lokal;
 - h. penyediaan pemberian makanan tambahan pemulihan berbahan pangan lokal;
 - i. pengadaan kebun gizi;
 - j. pengadaan makanan sesuai dengan "isi piringku"; dan
 - k. kampanye dan penyuluhan kesehatan.

5. Kegiatan sanitasi dan air bersih sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf c terdiri atas:
 - a. pemeliharaan sumur resapan milik desa;
 - b. pemeliharaan sumber air bersih milik Desa (mata air/tandon penampungan air hujan/sumur bor);
 - c. pemeliharaan sambungan air bersih milik Desa kerumah tangga (pipanisasi);
 - d. pemeliharaan sanitasi permukiman (Gorong-gorong, Selokan, Parit);
 - e. pemeliharaan fasilitas jamban umum;
 - f. pemeliharaan fasilitas pengelolaan sampah Desa/permukiman (penampungan, bank sampah);
 - g. pemeliharaan sistem pembuangan air limbah (drainase, air limbah rumah tangga);
 - h. pembangunan/rehabilitasi/peningkatan sumur resapan;
 - i. pembangunan/rehabilitasi/peningkatan sumber air milik Desa (mata air/tandon penampungan air hujan/sumur bor);
 - j. pembangunan/rehabilitasi/peningkatan sambungan air bersih ke rumah tangga (pipanisasi);
 - k. pembangunan/rehabilitasi/peningkatan sanitasi permukiman (gorong-gorong, selokan parit);
 - l. pembangunan/rehabilitasi/peningkatan fasilitas jamban umum;
 - m. pembangunan/rehabilitasi/peningkatan fasilitas pengelolaan sampah Desa/Permukiman (penampungan, bank sampah); dan
 - n. pembangunan/rehabilitasi/peningkatan sistem pembuangan air limbah (drainase, air limbah rumah tangga).
6. Kegiatan perlindungan sosial sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf d terdiri atas:
 - a. peningkatan kapasitas perangkat Desa;
 - b. pelatihan/penyuluhan pemberdayaan perempuan; dan
 - c. pelatihan/penyuluhan perlindungan anak.
7. Kegiatan pendidikan anak usia dini sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf e terdiri atas:
 - a. Penyelenggaraan PAUD/TK/TPA/TKA/TPQ/Madrasah Non-Formal milik Desa berupa bantuan honor pengajar, pakaian seragam, operasional;
 - b. dukungan penyelenggaraan PAUD berupa APE, Sarana PAUD;
 - c. penyuluhan dan pelatihan pendidikan bagi masyarakat;
 - d. pemeliharaan sarana dan prasarana PAUD/TK/TPA/TKA/TPQ/Madrasah Non-Formal milik Desa; dan
 - e. pembangunan/rehabilitasi/peningkatan/pengadaan sarana/ prasarana/alat peraga edukatif (APE) PAUD/TK/TPA/TKA/TPQ/Madrasah Non-Formal milik Desa.

BAB V
PELAKU

Pasal 7

- (1) Pelaku konvergensi pencegahan dan penanggulangan *Stunting* di Desa diklasifikasikan menjadi pelaku ditingkat Desa dan pelaku antar Desa.
- (2) Pelaku di tingkat Desa sebagaimana dimaksud ayat(1) terdiri atas:
 - a. Pelaku Pengambil Keputusan, terdiri dari Kepala Desa dan BPD.
 - b. Pelaku Penyedia Layanan, terdiri atas:
 1. Poskesdes;
 2. Polindes;
 3. PAUD; dan
 4. Posyandu.
 - c. Pelaku Pelaksana Kegiatan, terdiri atas:
 1. Perangkat Desa;
 2. Pokja dan Kader Posyandu;
 3. Pengelola dan Pendidik PAUD;
 4. Pendamping Lokal Desa;
 5. Karang Taruna;
 6. Kelompok Agama;
 7. Kelompok Keluarga;
 8. Kelompok Perempuan;
 9. KPM; dan
 10. Tim Penggerak Peningkatan Kesejahteraan Keluarga.
- (3) Pelaku Antar Desa sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri atas:
 - a. Pelaku Pengambil Keputusan, terdiri atas Camat dan Badan Koordinasi Antar Desa.
 - b. Pelaku Penyedia Layanan, terdiri atas:
 1. Puskesmas;
 2. UPT Pendidikan; dan
 3. OPD/Sektoral.
- (4) Pelaku Pelaksana Kegiatan, terdiri atas:
 - a. Pendamping Desa;
 - b. Tenaga UPTD, Penilik PAUD, Dokter, Ahli Gizi, Penyuluh Pertanian, PL-KB;
 - c. Pendamping Program Sektoral, Pamsimas, Sanimas, PKH, KRPL, dan lain-lain;
 - d. Pekerja Sosial Masyarakat;
 - e. LSM, Media, Akademisi, Swasta;
 - f. Pokjanal Posyandu Desa; dan
 - g. PKGPAUD.

BAB VI TAHAPAN PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN STUNTING DI DESA

Pasal 8

Pengorganisasian aksi konvergensi pencegahan dan penanggulangan *Stunting* di Desa dilaksanakan melalui 4 (empat) tahapan, yang terdiri atas sosialisasi, perencanaan, pengorganisasian serta evaluasi dan pelaporan.

Bagian Kesatu Sosialisasi

Pasal 9

1. Tahapan Sosialisasi sebagaimana dimaksud Pasal 8 merupakan kegiatan penyebaran informasi konvergensi pencegahan dan penanggulangan *Stunting* di Desa untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran Aparat Desa, BPD dan masyarakat desa tentang program/kegiatan pembangunan Desa yang secara khusus ditujukan untuk mempercepat pencegahan dan penanggulangan *Stunting* dan dikelola secara konvergen.
2. Sosialisasi dilakukan dengan menggunakan media yang disesuaikan dengan kondisi objektif yang ada di Desa.
3. Sosialisasi merupakan tanggung jawab setiap pelaku konvergensi pencegahan dan penanggulangan *Stunting* di tingkat Desa dan antar Desa.
4. Instrumen kendali tahapan sosialisasi, terdiri atas:
 - a. Berita acara Musyawarah antar Desa;
 - b. Berita acara pemilihan KPM;
 - c. Keputusan Kepala Desa tentang Penetapan KPM; dan
 - d. Rencana Kerja dan tindak lanjut penguatan kapasitas KPM.

Bagian Kedua Perencanaan

Pasal 10

1. Perencanaan pencegahan *Stunting* adalah perencanaan program/kegiatan pencegahan *Stunting* di Desa sebagai bagian dari tata kelola pembangunan Desa dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan tentang Desa.
2. Tujuan fasilitasi perencanaan pencegahan *Stunting* di Desa ini adalah memastikan kegiatan konvergensi pencegahan *Stunting* dilaksanakan sesuai mandat Undang-Undang Desa.
3. Tahap Perencanaan sebagaimana dimaksud Pasal 8 terdiri atas:
 - a. Tahap Pemetaan Sosial (Pendataan);
 - b. Tahap Fasilitasi Diskusi Kelompok Terarah di Desa;
 - c. Tahap Fasilitasi Diskusi Kelompok Terarah antar Desa;
 - d. Tahap rembuk *Stunting*;
 - e. Kampanye *Stunting*;
 - f. Tahap advokasi pencegahan dan penanggulangan *Stunting* di Desa

Pasal 11

1. Tahap Pemetaan sosial sebagaimana dimaksud Pasal 10 ayat (3) huruf a, merupakan proses di tingkat dusun untuk mengidentifikasi dan mendata status layanan sasaran rumah tangga 1.000 HPK dan kondisi pelayanan sosial dasar di Desa.
2. Tahap pemetaan sosial (pendataan) dilakukan oleh KPM dengan menggerakkan pegiat pemberdayaan masyarakat Desa yang tergabung dalam RDS untuk melakukan pemetaan sosial.
3. Tahap pemetaan sosial dilakukan aling lambat sebelum penyelenggaraan rembuk *Stunting* di Desa untuk kepentingan penyusunan RKP Desa tahun berikutnya.

Pasal 12

1. Tahap fasilitasi diskusi kelompok terarah di Desa sebagaimana dimaksud Pasal 10 ayat (3) huruf b menjadi dasar pembahasan tentang beragam upaya pencegahan *Stunting* dalam pertemuan diskusi terarah di RDS.
2. Materi diskusi terarah di RDS, mencakup :
 - 1) analisis sederhana terhadap hasil pemetaan sosial;
 - 2) menyusun daftar masalah yang diprioritaskan untuk diselesaikan;
 - 3) merumuskan peluang dan potensi sumber daya untuk pemecahan masalah;
 - 4) merumuskan alternatif kegiatan prioritas untuk mencegah dan/atau menanganimasalah kesehatan di Desa.

Pasal 13

1. Tahap fasilitasi diskusi kelompok terarah antar Desa sebagaimana dimaksud Pasal 10 ayat (3) huruf c yang hasil pemetaan sosial di Desa-Desa menjadi dasar pembahasan tentang pencegahan *Stunting* dan hasil diskusi kelompok terarah di Desa yang diselenggarakan melalui RDS menjadi bahan masukan dalam musyawarah antar desa (MAD).
2. Badan Kerjasama Antar Desa (BKAD) menyelenggarakan musyawarah antar Desa (MAD) sebagaimana dimaksud dalam hal dibutuhkan adanya kerjasama antar Desa untuk mempercepat konvergensi pencegahan *Stunting* antar Desa.
3. Materi diskusi terarah di Musyawarah Antar Desa (MAD), mencakup:
 - 1) analisis sederhana terhadap hasil pemetaan sosial;
 - 2) menyusun daftar masalah yang diprioritaskan untuk diselesaikan;
 - 3) merumuskan peluang dan potensi sumber daya untuk pemecahan masalah;
 - 4) merumuskan alternatif kegiatan prioritas untuk mencegah dan/atau menangani masalah kesehatan di Desa.
4. Organisasi Perangkat Daerah dapat menjadi narasumber pada Musyawarah Antar Desa (MAD) untuk mempercepat konvergensi pencegahan *Stunting* antar Desa.

Pasal 14

1. Tahap Rembuk *Stunting* sebagaimana dimaksud Pasal 10 ayat (3) huruf d, bahwa RDS menyelenggarakan rembuk *Stunting* di Desa yang dilaksanakan sebelum musyawarah Desa untuk penyusunan perencanaan pembangunan Desa tahun berikutnya.
2. Rembuk *Stunting* ini berfungsi sebagai forum musyawarah antara masyarakat Desa dengan pemerintah Desa dan BPD untuk membahas pencegahan dan penanganan masalah kesehatan di Desa khususnya *Stunting* dengan memanfaatkan sumber daya pembangunan yang ada di Desa.
3. Agar warga masyarakat berpartisipasi aktif dalam rembuk *Stunting* di Desa, maka sebelum diselenggarakan kegiatan dimaksud harus dilakukan penyebaran informasi/publikasi tentang hasil diskusi kelompok terarah di RDS.
4. Kegiatan utama dalam rembuk *Stunting* di Desa, meliputi:
 - 1) pembahasan usulan program/kegiatan intervensi gizi spesifik dan sensitif yang disusun dalam diskusi kelompok terarah di RDS dan MAD; dan
 - 2) pembahasan dan penyepakatan prioritas usulan program/kegiatan intervensi gizi spesifik dan sensitif. Kesepakatan hasil rembuk *Stunting* di Desa dituangkan dalam Berita Acara yang ditandatangani oleh perwakilan RDS, masyarakat Desa dan pemerintah Desa.

Pasal 15

1. Kampanye *Stunting* sebagaimana dimaksud Pasal 10 ayat (3) huruf e merupakan kegiatan penyebarluasan informasi sebelum atau setelah Rembuk *Stunting* Desa melalui berbagai potensi media local yang dilakukan secara berkelanjutan.
2. Kampanye dapat menggunakan media cetak dan elektronik, serta berupa kegiatan festival Desa tentang layanan dasar, bazar pangan lokal, perlombaan bayi/anak sehat, dan lain-lain.

Pasal 16

1. Tahap Advokasi Pencegahan *Stunting* di Desa sebagaimana dimaksud Pasal 10 ayat (3) huruf f bahwa Berita acara tentang hasil Rembuk *Stunting* disampaikan oleh perwakilan RDS kepada Kepala Desa dan BPD sebagai usulan masyarakat dalam penyusunan dokumen perencanaan pembangunan Desa (RPJM Desa dan/atau RKP Desa) serta dokumen perencanaan anggaran (APBDesa).
2. Para pihak yang tergabung dalam RDS beserta warga masyarakat Desa yang peduli akan upaya pencegahan *Stunting* di Desa bersama-sama mengawal usulan program/kegiatan pencegahan *Stunting* untuk dapat dibiayai dengan menggunakan keuangan Desa khususnya Dana Desa sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Ketiga
Pengorganisasian

Pasal 17

1. Pengorganisasian dalam rangka Konvergensi Pencegahan *Stunting* dilakukan melalui pengembangan Sekretariat Bersama Rumah Desa Sehat. Pengorganisasian ini difasilitasi oleh pendamping Desa dan/atau pendamping lokal Desa dibantu oleh KPM.
2. Langkah-langkah dalam pengorganisasian yaitu:
 - a. Pemetaan Penyedia Layanan dan Pelaku Konvergensi

1. Metodologi partisipatif yang dilakukan dalam pemetaan tersebut dilakukan melalui kegiatan:
 - (1) penyusunan peta sosial;
 - (2) diskusi tematik; dan
 - (3) observasi/kunjungan langsung

Penyedia layanan adalah posyandu, PAUD dan kelompok keluarga, sebagai sarana penyediaan layanan di Desa bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK.

2. Pembangunan dinamika kelompok, agendanya adalah:
 - (1) Peninjauan kembali atas hasil pemetaan layanan dan pelaku konvergensi;
 - (2) pembentukan Rumah Desa Sehat; dan
 - (3) Penyepakatan mekanisme pembentukan, ketentuan dan agenda.
3. Konvergensi pencegahan *Stunting* melalui rumah dana desa, dilakukan dengan:
 - (1) Penggunaan data kondisi layanan dan sasaran rumah tangga 1.000 HPK;
 - (2) Perumusan usulan program/kegiatan intervensi layanan gizi spesifik dan sensitiv yang disusun berdasarkan data kondisi layanan dan sasaran rumah tangga 1.000 HPK;
 - (3) Pembahasan bersama para pegiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku pembangunan yang peduli dengan upaya pencegahan *Stunting* di Desa dalam Rembuk *Stunting* di Desa;
 - (4) Advokasi usulan program/kegiatan intervensi layanan gizi spesifik dan sensitiv bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK dalam perencanaan pembangunan di Desa;
 - (5) Advokasi prioritas penggunaan Dana Desa untuk pendanaan program/kegiatan intervensi layanan gizi spesifik dan sensitive bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK.

BAB VII RUMAH DESA SEHAT

Pasal 18

1. RDS merupakan sekretariat bersama pegiat pemberdayaan masyarakat Desa dan pelaku pembangunan Desa.
2. Sekretariat bersama RDS terdiri dari:
 - a. KPM sebagai Ketua Pengurus harian;
 - b. PKK sebagai anggota;
 - c. Koordinator guru paud Desa sebagai anggota;
 - d. Koordinator kader kesehatan sebagai anggota;
 - e. Tokoh masyarakat, tokoh adat, kelompok wanita;
 - f. Kader KPMD;
 - g. Kader posyandu; dan
 - h. Berbagai kelompok masyarakat yang peduli dalam upaya pencegahan *Stunting*.

Pasal 19

RDS mempunyai fungsi sebagai:

- a. Pusat informasi pelayanan sosial dasar di Desa, khususnya bidang kesehatan;
- b. Ruang literasi kesehatan di Desa;
- c. Wahana komunikasi, informasi, dan edukasi tentang kesehatan di Desa;
- d. Forum advokasi kebijakan pembangunan Desa di bidang kesehatan; dan
- e. Pusat pembentukan dan pengembangan kader pembangunan manusia.

Pasal 20

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

Pasal 21

1. RDS merupakan sebuah pusat pembelajaran masyarakat bidang kesehatan di Desa.
2. Materi pembelajaran kesehatan antara lain: pelatihan kesehatan Ibu dan Anak, Gizi, promosi kesehatan, pengasuhan anak usia 0-2 tahun, sanitasi lingkungan, pencegahan penyakit (penyakit menular, penyakit seksual, HIV/AIDS, tuberkolosis, hipertensi, diabetes mellitus dan gangguan jiwa).
3. RDS merupakan ruang literasi Desa, meliputi:
 - a. pembentukan perpustakaan bidang kesehatan;
 - b. seminar dan diskusi tentang kesehatan; dan
 - c. pengembangan beragam inovasi tentang peningkatan upaya preventif dan promotif bidang kesehatan di Desa.
4. RDS merupakan pusat informasi kesehatan di Desa.

Pasal 22

1. RDS dikelola secara mandiri oleh para pihak yang tergabung dalam RDS.
2. Untuk memastikan penyelenggaraan RDS, maka dibentuk Pengurus Harian.
3. Pengurus harian sebagaimana dimaksud ayat (2) memfasilitasi rapat anggota dan mengatur agenda kegiatan sesuai kesepakatan anggota.
4. Pengurus harian sebagaimana dimaksud ayat (2) bertanggung jawab mengelola pembiayaan yang bersumber dari APB Desa, APBD Kabupaten, APBD Propinsi, APBN, dan/atau sumber dana lainnya yang sah.

Pasal 23

1. Hasil-hasil kegiatan RDS wajib dipublikasikan kepada masyarakat Desa secara menyeluruh dan berkelanjutan.
2. Kegiatan RDS yang harus dipublikasikan kepada masyarakat antara lain kegiatan pemberdayaan masyarakat, literasi kesehatan, kaderisasi KPM, dan hasil advokasi kebijakan pembangunan Desa.

Pasal 24

1. Setiap hasil pelaksanaan kegiatan RDS wajib dipertanggung jawabkan kepada masyarakat Desa.
2. Pengurus harian RDS mempertanggungjawabkan penggunaan anggaran kegiatan RDS kepada seluruh anggota RDS.
3. Perwakilan RDS selanjutnya menyampaikan pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan kepada Kepala Desa melalui Musyawarah Desa yang dihadiri oleh masyarakat Desa.

Pasal 25

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

Pasal 26

1. Bupati melalui organisasi perangkat daerah yang berwenang berkewajiban melakukan pendampingan kepada pegiat pemberdayaan masyarakat dalam mengelola kegiatan di RDS.
2. OPD Kabupaten yang mendampingi RDS sebagaimana dimaksud ayat (1) dibantu oleh tenaga pendamping profesional yang meliputi Tenaga Ahli Pendamping Desa dan Pendamping Lokal Desa.

Pasal 27

1. Bupati melalui organisasi perangkat daerah yang berwenang membina RDS melalui monitoring dan evaluasi RDS.
2. Monitoring RDS sebagaimana dimaksud ayat (1) dilakukan dengan cara:
 - a. Memonitor agenda dan jadwal kegiatan RDS;
 - b. Menerima, mempelajari, dan memberikan umpan balik terhadap realisasi kegiatan RDS; dan
 - c. Memonitor pencapaian upaya promotif dan preventif bidang kesehatan di Desa yang dikelola melalui RDS.

Pasal 28

1. Evaluasi RDS sebagaimana dimaksud Pasal 27 ayat (1) bertujuan untuk memastikan bahwa pendayagunaan fungsi RDS berhasil meningkatkan kualitas layanan kesehatan di Desa.
2. Evaluasi RDS dilakukan dengan menggunakan data hasil monitoring.

Pasal 29

Bupati melalui organisasi perangkat daerah yang berwenang berkewajiban meningkatkan kemampuan pemerintah Desa agar mampu memfasilitasi dan mendukung RDS.

BAB VIII PENGAWASAN

Pasal 30

Bupati melalui Aparat Pengawas Internal Pemerintah berkewajiban melakukan audit terhadap pendayagunaan sumber daya pembangunan Desa untuk kegiatan RDS.

Bagian Kelima Kader Pembangunan Manusia

Pasal 31

Kriteria KPM adalah sebagai berikut:

- a. Berasal dari warga masyarakat Desa setempat;
- b. Berpengalaman sebagai kader masyarakat, diutamakan bidang pembangunan manusia, seperti Kader Posyandu, dan kader kesehatan lainnya minimal selama 2 (dua) Tahun;
- c. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik, khususnya dapat berbahasa daerah setempat;
- d. Pendidikan minimal SLTA; dan
- e. Bisa mengoperasikan Microsoft Office.

Pasal 32

Tugas KPM meliputi:

- a. Mensosialisasikan kebijakan konvergensi pencegahan *Stunting* di Desa kepada masyarakat Desa, termasuk memperkenalkan tikar pertumbuhan untuk pengukuran panjang/tinggi badan baduta sebagai alat deteksi dini *Stunting*;
- b. Merekapitulasi *score card* konvergensi sasaran rumah tangga 1.000 HPK untuk tingkat Desa;
- c. Memantau layanan pencegahan *Stunting* terdapat sasaran rumah tangga 1.000 HPK;
- d. Mengadvokasi peningkatan APB Desa untuk Pencegahan *Stunting*;
- e. Memfasilitasi keluarga 1.000 HPK untuk mengikuti konseling gizi dan KIA;
- f. Mendorong masyarakat untuk berpartisipasi dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan pembangunan desa untuk penanganan *Stunting*; dan
- g. Berkoordinasi dan bekerja sama dengan pihak2 terkait yang berperan dalam pencegahan *Stunting* (Seperti bidan desa, petugas Puskesmas, PAUD, dan Perangkat Desa).

Pasal 33

1. KPM berkoordinasi dengan Pemerintah Desa, unit penyedia layanan kesehatan dan pendidikan di Desa.
2. Bersama Pendamping Desa, KPM memfasilitasi Pemerintah Desa, BPD, dan masyarakat untuk membentuk Rumah Desa Sehat (RDS).

Pasal 34

1. KPM bekerja memfasilitasi pencegahan Stunting di Desa, dengan tahapan:
 - a. Tahap 1, Pemetaan Sosial dan Pendataan Sasaran Rumah Tangga 1.000 HPK;
 - b. Tahap 2, Diskusi Kelompok Terarah (FGD) di Desa;
 - c. Tahap 3, Diskusi Kelompok Terarah (FGD) antar Desa;
 - d. Tahap 4, Rembuk *Stunting* di tingkat Desa;
 - e. Tahap 5, Advokasi Pencegahan *Stunting* di Desa;
 - f. Tahap 6, Pelaksanaan Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa; dan
 - g. Tahap 7, Pemantauan 5 (lima) Paket Layanan Pencegahan *Stunting*.
2. Penjelasan alur kerja KPM pada setiap tahapan sebagaimana dimaksud ayat (1) dicantumkan pada Lampiran 3 Peraturan Bupati ini.

Pasal 35

1. Mekanisme rekrutmen KPM mengikuti ketentuan:
 - a. Pendataan kader masyarakat Desa, yang diutamakan kader di bidang pembangunan manusia, diutamakan berasal dari koordinator kader posyandu Desa/kejorongan, dan kader kesehatan;
 - b. Jumlah KPM minimal 1 (satu) per Desa dan maksimal 1 (satu) perjorong dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan Desa;
 - c. KPM dipilih melalui musyawarah Desa yang dipimpin oleh BPD dan dihadiri oleh Kepala Desa, perwakilan jorong, perwakilan unit layanan kesehatan, perwakilan unit layanan pendidikan, dan perwakilan kelompok masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan dan/atau pendidikan;
 - d. Rapat kerja dimaksud dilakukan secara demokratis; dan
 - e. KPM ditetapkan dengan keputusan Kepala Desa.

Pasal 36

1. KPM dalam menjalankan tugasnya mendapatkan insentif untuk operasional berupa biaya pemantauan dan pengisian rekapitulasi *score cards* konvergensi Desa dari seluruh posyandu yang ada di Desa.
2. Sumber dana operasional KPM adalah APB Desa dan/atau sumber pendanaan lainnya, yang meliputi APBD Kabupaten, APBD Provinsi, APBN, dan sumber pendanaan lainnya yang sah.

Pasal 37

1. Setiap KPM berhak mendapatkan fasilitas pengembangan kapasitas berupa pelatihan dasar dan kegiatan pembelajaran lainnya.
2. Pelatihan dasar sebagaimana dimaksud ayat (1) diberikan sebelum KPM menjalankan tugas.
3. Kegiatan pembelajaran lainnya sebagaimana dimaksud ayat (1) diberikan kepada KPM pada saat sudah bertugas.

BAB IX EVALUASI DAN PELAPORAN

Bagian Keenam Evaluasi dan Pelaporan

Pasal 38

Evaluasi dan pelaporan pelaksanaan konvergensi pencegahan *Stunting* dilakukan melalui pemantauan bulanan, rapat evaluasi 3 (tiga) bulanan, musyawarah pertanggungjawaban, dan pelaporan. (format laporan 3 bulanan, tahunan)

Pasal 39

1. Pemantauan bulanan sebagaimana dimaksud Pasal 38 dilakukan untuk mengetahui pemenuhan layanan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif bagi sasaran rumah tangga 1000 HPK.
2. Pemantauan bulanan dilaksanakan oleh pegiat pemberdayaan masyarakat, pelaku pembangunan di Desa, dan KPM yang tergabung dalam RDS.
3. Pemantauan bulanan sebagaimana dimaksud ayat (1) berpedoman pada Buku Pendataan dan Pemantauan Layanan bagi sasaran Rumah Tangga 1000 HPK.

Pasal 40

1. Rapat evaluasi 3 (tiga) bulanan sebagaimana dimaksud Pasal 38 adalah kegiatan rutin Sekretariat Bersama RDS untuk mengevaluasi data dan pelaporan hasil pemantauan bulanan yang dikoordinir KPM.
2. Rapat evaluasi 3 (tiga) bulanan sebagaimana dimaksud ayat (1) dipimpin oleh Kepala Desa dan diikuti BPD, kader desa, tokoh masyarakat, dan perwakilan kelembagaan masyarakat di Desa.
3. Hasil rapat evaluasi dimanfaatkan sebagai:
 - a. Masukan atas proses perencanaan pembangunan Desa;
 - b. Bahan advokasi pemerintah Desa kepada penyedia layanan;
 - c. Masukan dalam rembuk *Stunting* kabupaten, Musrembang Kecamatan, serta konsolidasi antar Desa;
 - d. Peningkatan kinerja pemantauan bulanan; dan
 - e. Bahan sosialisasi dan penggalangan dukungan partisipasi masyarakat.

Pasal 41

1. Musyawarah pertanggungjawaban sebagaimana dimaksud Pasal 38 adalah wadah penyampaian hasil pemantauan terhadap 5 (lima) paket layanan pencegahan *Stunting* di Desa.
2. Musyawarah pertanggungjawaban dilaksanakan setidaknya 2 (dua) kali dalam setahun dan dapat diintegrasikan dengan musyawarah pertanggungjawaban pembangunan Desa.

Pasal 42

1. Pelaporan sebagaimana dimaksud Pasal 38 dilakukan setiap akhir tahun atau awal tahun berikutnya.
2. Pelaporan sebagaimana dimaksud ayat (1) setidaknya memuat keberadaan sasaran 1000 HPK dalam periode satu tahun, yang terdiri atas:
 - a. Total ibu hamil;
 - b. Jumlah ibu hamil KEK atau Resiko Tinggi;
 - c. Total anak 0-23 bulan;
 - d. Jumlah anak 0-23 bulan terindikasi *Stunting* (diukur dengan tikar pertumbuhan);
 - e. Jumlah anak 0-23 bulan beresiko *Stunting* (diukur dengan tikar pertumbuhan); dan
 - f. Jumlah anak 0-23 bulan tidak beresiko *Stunting* (diukur dengan tikar pertumbuhan).
3. Tingkat konvergensi 1000 HPK dalam penerimaan paket layanan selama setahun.
4. Hasil pengukuran tikar pertumbuhan.
5. Jumlah dana dari APB Desa untuk kegiatan Pencegahan *Stunting*.

BAB X
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 43

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan Pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Muna.

Ditetapkan di Raha
pada tanggal 16 - 2 2020



Diundangkan di Raha
pada tanggal 11 - 2 2020



BERITA DAERAH KABUPATEN MUNA TAHUN 2020 NOMOR...

LAMPIRAN I PERATURAN BUPATI MUNA
NOMOR TAHUN 2020
TENTANG KONVERGENSI PENCEGAHAN DAN
PENANGGULANGAN STUNTING DI DESA

**ALUR KERJA, PENANGGUNG JAWAB DAN JADWAL PELAKSANAAN TAHAP PERENCANAAN AKSI
KONVERGENSI STUNTING DI DESA**

No.	Tahap	Penanggung Jawab	Alur Kerja	Jadwal	Keterangan
1.	Tahap Pemetaan Sosial (Pendataan)	KPM bersama penggiat pemberdayaan masyarakat yang tergabung dalam DRS	Mengidentifikasi dan mendata status layanan sasaran rumah tangga 1.000 HPK dan kondisi pelayanan sosial dasar di Desa	Paling lambat sebelum pelaksanaanRem buk Stunting	Menjadi masukan untuk penyusunan RKP Desa tahun berikutnya
2.	Tahap Fasilitasi Diskusi Kelompok Terarah di Desa	RDS	Analisis sederhana terhadap hasil pemetaan sosial Menyusun daftar masalahprioritas Merumuskan peluang dan potensi sumber daya untuk pemecahan masalah Merumuskan alternatifkegiatan prioritas	Paling lambat sebelum pelaksanaanRem buk Stunting	Menjadi masukan untuk penyusunan RKP Desa tahun berikutnya
3.	Tahap Fasilitasi Diskusi Kelompok Terarah di Antar Desa	Badan Kerjasama Antar Desa bersama RDS	Analisis sederhana terhadap hasil pemetaan sosial Menyusun daftar masalahprioritas Merumuskan peluang dan potensi sumber daya untuk pemecahan masalah Merumuskan alternatifkegiatan prioritas	Paling lambat sebelum pelaksanaan Rembuk Stunting	OPD Kabupaten dapat menjadi narasumber

4.	Tahap Rembuk <i>Stunting</i>	RDS	Pembahasan usulan program/ kegiatan intervensi gizi spesifik dan sensitif yang disusun dalam FGD di RDS dan Musyawarah Antar Desa Menyepakati prioritas usulan program / kegiatan intervensi pencegahan <i>Stunting</i>	Sebelum Musrenbang Desa	Kesepakatan dituangkan dalam Berita Acara Rembuk <i>Stunting</i> yang ditandatangani Perwakilan RDS, masyarakat Desa, dan pemerintah Desa
5.	Kampanye <i>Stunting</i>	Pemerintah Desa dan RDS	Menggunakan potensi media lokal dan dilakukan secara berkelanjutan.	Sebelum atau setelah rembuk <i>Stunting</i> Desa	Dapat diintegrasikan dengan kegiatan seperti festival pelayanan dasar di desa, bazar pangan lokal, lomba bayi sehat, dan lain-lain
6.	Tahap Advokasi Pencegahan <i>Stunting</i> di Desa	Pegiat pembangunan Desa di RDS dan masyarakat Desa	Berita acara rembuk <i>Stunting</i> disampaikan perwakilan RDS ke Kepala Desa dan BPD Para pihak yang terkait mengawal usulan program/kegiatan pencegahan <i>Stunting</i> untuk dapat dibiayai menggunakan APB Desa sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku	Setelah Rembuk <i>Stunting</i> , sebelum Penetapan RKP Desa	Menjadi masukan dalam penyusunan RKP Desa dan APB Desa

LAMPIRAN II PERATURAN BUPATI MUNA
NOMOR TAHUN 2020
TENTANG KONVERGENSI PENCEGAHAN DAN
PENANGGULANGAN STUNTING DI DESA

No.	Tahapan	Tujuan	Pelaksana	Sasaran	Instrumen Kendali
1	Penetaan Penyedia Layanan dan Pelaku Konvergensi	Identifikasi kondisi layanan, sasaran, dan potensi sumber daya sebagai baseline konvergensi	KPM KPM Kader Posyandu Pengelola/ Pendidik PAUD PD/PLD	Aparat Desa Bidan Desa Dusun Masyarakat	Peta Sosial Dasar / <i>Stunting</i> Berita Acara FGD Isian format penetaan kondisi layanan dan sasaran
2	Pengembangan RDS	Relleksi kelembagaan terkait pentingnya Sekretariat Bersama Konvergensi Pencegahan <i>Stunting</i>	KPM KPM PD/PLD	Aparat Desa Dusun Masyarakat	Berita acara rembuk <i>Stunting</i> Struktur kelembagaan Agenda kerja RDS Pedoman teknis RDS
3	Pelaksanaan konvergensi	Peningkatan penggunaan Dana Desa untuk pencegahan <i>Stunting</i>	PD/PLD KPM KPM Aparat Desa	Pelaku di tingkat Desa dan masyarakat luas	Daftar anggota Sekretariat RDS Agenda kerja RDS Daftar usulan program/ kegiatan pencegahan <i>Stunting</i> di Desa Rapat bulanan



LAMPIRAN III PERATURAN BUPATI MUNA
NOMOR TAHUN 2020
TENTANG KONVERGENSI PENCEGAHAN DAN
PENANGGULANGAN STUNTING DI DESA

SKEMA ALUR TAHAPAN KERJA KPM



Tahap Pemetaan Sosial

KPM menggerakkan pegiat pemberdayaan masyarakat Desa yang tergabung dalam RDS untuk melakukan pemetaan sosial. Pemetaan sosial merupakan proses identifikasi dan pendataan status layanan sasaran rumah tangga 1.000 HPK dan kondisi pelayanan sosial di Desa. Tahapan ini dilaksanakan paling lambat sebelum penyelenggaraan rembuk Stunting di Desa.

Diskusi Kelompok Terarah (FGD) di Desa

Hasil Tahap Pemetaan Sosial menjadi dasar pembahasan dalam pertemuan diskusi terarah di RDS. Materi diskusi terarah mencakup:

- Analisis sederhana terhadap hasil pemetaan sosial
- Menyusun daftar masalah yang diprioritaskan untuk diselesaikan
- Merumuskan peluang dan potensi sumber daya untuk pemecahan masalah; dan
- Merumuskan alternatif kegiatan prioritas untuk pencegahan dan penanganan Stunting di Desa

Diskusi Kelompok Terarah (FGD) Antar Desa

Badan Kerjasama Antar Desa (BAKN) menyelenggarakan musyawarah antar Desa jika dibutuhkan kerjasama antar Desa untuk mempercepat konvergensi pencegahan Stunting. Materi diskusi terarah mencakup:

- Analisis sederhana terhadap hasil pemetaan sosial
- Menyusun daftar masalah yang diprioritaskan untuk diselesaikan
- Merumuskan peluang dan potensi sumber daya untuk pemecahan masalah; dan
- Merumuskan alternatif kegiatan prioritas untuk pencegahan dan penanganan Stunting di Desa
- OPD Kabupaten dapat menjadi narasumber pada musyawarah antar Desa untuk mempercepat konvergensi pencegahan Stunting antar Desa

Rembuk Stunting di tingkat Desa

RDS menyelenggarakan rembuk Stunting di Desa sebelum pelaksanaan Musyawarah Desa untuk perencanaan pembangunan Desa tahun berikutnya. Rembuk Stunting dilakukan dengan mendayagunakan sumber daya pembangunan yang ada di Desa. Kegiatan rembuk Stunting di Desa meliputi:

- Pembahasan usulan program/kegiatan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif yang disusun dalam diskusi kelompok terarah di RDS
- Pembahasan dan penyepakatan prioritas usulan program/kegiatan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif
- Kesepakatan hasil rembuk Stunting dituangkan dalam Berita Acara yang ditandatangani oleh perwakilan RDS, masyarakat Desa, dan Pemerintah Desa.

Advokasi Pencegahan Stunting di Desa

Berita Acara hasil rembuk Stunting disampaikan perwakilan RDS kepada Kepala Desa dan BPD sebagai usulan masyarakat dalam menyusun dokumen perencanaan pembangunan Desa (RPJM Desa dan/atau RKP Desa) serta dokumen perencanaan anggaran (APB Desa). RDS dan masyarakat bersama-sama mengawal usulan program/kegiatan pencegahan Stunting untuk dibayai pada APB Desa.

Pelaksanaan Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa

Tahap ini merupakan pelaksanaan APB Desa yang memuat pembiayaan konvergensi pencegahan Stunting yang dibayai melalui APB Desa maupun APBD Kabupaten. Pada tahap ini, RDS menyelenggarakan evaluasi 3 (tiga) bulanan untuk membahas pelaksanaan konvergensi pencegahan Stunting.

Pemantauan 5 (lima) Paket Layanan Pencegahan Stunting

Tahap ini dilakukan bersamaan dengan tahap pelaksanaan konvergensi pencegahan Stunting. KPM memfasilitasi RDS melakukan penilaian konvergensi menggunakan *score card* atau kartu/formulir penilaian.



LM-KUSMAN EMBA

FORMULIR 3.A. REKAPITULASI HASIL PEMANTAUAN 3 (TIGA) BULANAN BAGI IBU HAMIL

KUARTAL KE I BULAN JANUARI S/D BULAN MARET 2019													Tingkat Konvergensi Indikator					
No		Nama Ibu	Status Kehamilan (KEK/RISTI)	Status Penerimaan Indikator								Jumlah Diterima Lengkap			Jumlah Seharusnya	%		
				Usia Kehamilan (Bulan)		Tanggal Melahirkan (Tgl/Bln/Thn)		f	g	h	i			j			k	l
No Register (KIA)												Periksa Kehamilan	Dapat & Konsumsi Pil Fe		Periksaan Nifas	Konseling Gizi (Kelas IH)		

Tingkat Capaian Indikator		-/-	Kuartal Ke		
No	Indikator		Jumlah Diterima	Jumlah Seharusnya	%
Sasaran Ibu Hamil					
1	Ibu hamil periksa kehamilan paling sedikit 4 kali selama kehamilan.				
2	Ibu hamil mendapatkan dan minum 1 tablet tambah darah (pil FE) setiap hari minimal selama 90 hari				
3	Ibu bersalin mendapatkan layanan nifas oleh nakes dilaksanakan minimal 3 kali				
4	Ibu hamil mengikuti kegiatan konseling gizi atau kelas ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan				
5	Ibu hamil dengan kondisi resiko tinggi dan/atau Kekurangan Energi Kronis (KEK) mendapat kunjungan ke rumah oleh bidan Desa secara terpadu minimal 1 bulan sekali				
6	Rumah Tangga Ibu hamil memiliki sarana akses air minum yang aman				
7	Rumah Tangga Ibu hamil memiliki sarana jamban keluarga yang layak.				
8	Ibu hamil memiliki jaminan layanan kesehatan				
Sasaran Anak 0 sd 23 Bulan					
1	Bayi usia 12 bulan ke bawah mendapatkan imunisasi dasar lengkap				

2	Anak usia 0-23 bulan diukur berat badannya di posyandu secara rutin setiap bulan				
3	Anak usia 0-23 bulan diukur panjang/tinggi badannya oleh tenaga kesehatan terlatih minimal 2 kali dalam setahun				
4	Orang tua/pengasuh yang memiliki anak usia 0-23 bulan mengikuti kegiatan konseling gizi secara rutin minimal sebulan sekali.				
5	Anak usia 0-23 bulan dengan status gizi buruk, gizi kurang, dan <i>Stunting</i> mendapat kunjungan ke rumah secara terpadu minimal 1 bulan sekali				
6	Rumah Tangga anak usia 0-23 bulan memiliki sarana akses air minum yang aman				
7	Rumah Tangga anak usia 0-23 bulan memiliki sarana jamban yang layak				
8	Anak usia 0-23 bulan memiliki akte kelahiran				
9	Anak usia 0-23 bulan memiliki jaminan layanan kesehatan				
10	Orang tua/pengasuh yang memiliki anak usia 0-23 bulan mengikuti Kelas Pengasuhan minimal sebulan sekali				
Sasaran Anak > 2 sd 6 Tahun					
1	Anak usia > 2-6 tahun terdaftar dan aktif mengikuti kegiatan layanan PAUD				

FORMULIR 4 (SCORDCARDS KONVERGENSI DESA)
LAPORAN KONVERGENSI PENCEGAHAN STUNTING TINGKAT DESA
TERHADAP SASARAN RUMAH TANGGA 1.000 HPK

KABUPATEN :
DESA :

KECAMATAN :
TAHUN :

TABEL 1. JUMLAH SASARAN 1.000 HPK (IBU HAMIL DAN ANAK 0-23 BULAN)

SASARA N	JML TOTAL TOTAL KEK/RESTI TOTAL	IBU HAMIL		ANAK 0-23 BULAN	
		TOTA L	KEK/REST I	TOTA L	GIZI KURANG/GIZI BURUK/STUNTIN G
JUMLAH					

FORMULIR 4 (SCORDCARDS KONVERGENSI DESA)
LAPORAN KONVERGENSI PENCEGAHAN STUNTING TINGKAT DESA
TERHADAP SASARAN RUMAH TANGGA 1.000 HPK

KABUPATEN :

KECAMATAN :
TAHUN

DESA :

TABEL 2. HASIL PENGUKURAN TIKAR PERTUMBUHAN
(DETEKSI DINI STUNTING)

SASARAN	JUMLAH TOTAL ANAK USIA 0 - 23 BULAN	HIJAU (NORMAL)	KUNING (RESIKO STUNTING)	MERAH (TERINDIKASI STUNTING)
JUMLAH				

FORMULIR 4 (SCORDCARDS KONVERGENSI DESA)
LAPORAN KONVERGENSI PENCEGAHAN STUNTING TINGKAT DESA
TERHADAP SASARAN RUMAH TANGGA 1.000 HPK

KABUPATEN :		KECAMATAN :	
DESA :		TAHUN :	
TABEL 3. KELENGKAPAN KONVERGENSI PAKET LAYANAN PENCEGAHAN STUNTING BAGI 1.000 HPK			
SASARAN	INDIAKTOR	JUMLAH	%
1	2	3	4
IBU HAMIL	1. PERIKSA 4 KALI SELAMA KEHAMILAN		
	2. MENDAPAT DAN MEMINUM PIL FE SELAMA 90 HARI		
	3. IBU BERSALIN MENDAPAT LAYANAN PEMERIKSAAN NIFAS 3 KALI		
	4. MENGIKUTI KONSELING GIZI/KELAS IBU MINIMAL 4 KALI		
	5. IBU HAMIL (KEK/RESTI) MENDAPAT KUNJUNGAN RUMAH BULANAN		
	6. RUMAH TANGGA IBU HAMIL MEMILIKI AKSES AIR MINUM AMAN		
	7. RUMAH TANGGA IBU HAMIL MEMILIKI JAMBAN LAYAK		
	8. MEMILIKI JAMINAN KESEHATAN		
ANAK USIA 0-23 BULAN (0-2 TAHUN)	1. ANAK USIA <12 BULAN MENDAPAT IMUNISASI DASAR LENGKAP		
	2. DITIMBANG BERAT BADAN RUTIN SETIAP BULAN		
	3. DIUKUR PANJANG/TINGGI BADAN 2 KALI DALAM SETAHUN		
	4. ORANG TUA/PENGASUH	LAKI JML	

	MENGIKUTI KONSELING GIZI BULANAN		
	5. KUJUNGAN RUMAH BAGI ANAK GIZI BURUK/ KURANG/STUNTING		
	6. RUMAH TANGGA ANAK 0-2 TH MEMILIKI AKSES AIR MINUM AMAN		
	7. RUMAH TANGGA ANAK 0-2 TH MEMILIKI JAMBAN LAYAK		
	8. ANAK 0-2 TH JAMINAN KESEHATAN		
	9. ANAK 0-2 TH BULAN AKTA LAHIR		
	10. ORANG TUA/PENGASUH MENGIKUTI PARENTING BULANAN (PAUD)		
ANAK >2- 6TAHUN	1. ANAK >2-6 TAHUN AKTIF DALAM KEGIATAN PAUD MINIMAL 80%		

FORMULIR 4 (SCORDCARDS KONVERGENSI DESA)
LAPORAN KONVERGENSI PENCEGAHAN STUNTING TINGKAT DESA
TERHADAP SASARAN RUMAH TANGGA 1.000 HPK

KABUPATEN :

DESA :

KECAMATAN
:
TAHUN
:

TABEL 5. PENGGUNAAN DANA DESA DALAM PENCEGAHAN STUNTING

NO	BIDANG/KEGIATAN	TOTAL ALOKASI DANA	KEGIATAN KHUSUS PENCEGAHAN STUNTING	
			ALOKASI DANA	% (PERSEN)
1	BIDANG PEMBANGUNAN DESA			
2	BIDANG PEMBERDAYAAN MASYARAKAT			



BUPATI MUNA,

L.M. RUSMAN EMBA