



**KEMENTERIAN DESA,
PEMBANGUNAN DAERAH TERTINGGAL
DAN TRANSMIGRASI**



PEDOMAN UMUM KADER PEMBANGUNAN MANUSIA



**Direktorat Jenderal
Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa
2018**

KATA PENGANTAR

Seiring dengan arah kebijakan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi yang telah menetapkan bahwa penggunaan Dana Desa Tahun 2019 diprioritaskan salah satunya untuk pencegahan *stunting*. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 16 Tahun 2018 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2019, khususnya pada Pasal 6 diatur bahwa Dana Desa diprioritaskan untuk kegiatan pelayanan gizi dan pencegahan anak kerdil (*stunting*). Kebijakan ini, diharapkan akan turut berkontribusi dalam pencapaian target RPJMN 2015-2019 yakni menurunkan *prevalensi stunting* dari 37,2% (Data Riskesdas 2013) menjadi 28% di Tahun 2019.

Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (UU Desa) mengamanatkan bahwa masyarakat harus berperan aktif dalam pembangunan desa. Intervensi pencegahan *stunting* harus melalui konvergensi program yang melibatkan pelaku lintas sektor di tingkat Pusat, Daerah, dan Desa. Untuk itu maka dibutuhkan kesiapan dan kapasitas yang memadai oleh masyarakat dan pemerintah desa selaku pelaku pembangunan yang bersentuhan langsung dengan sasaran, khususnya kepada rumah tangga 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi menyusun **“Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia”** sebagai bentuk pembinaan dan bantuan teknis terhadap pendampingan konvergensi pencegahan *stunting* di desa. Diharapkan pedoman ini dapat mendorong peningkatan akses layanan pencegahan *stunting* yang berkualitas bagi setiap sasaran, serta secara konkrit dapat mendukung penurunan angka *stunting* dalam rangka mewujudkan peningkatan kualitas hidup, kesejahteraan dan penanggulangan kemiskinan.

Pedoman ini disusun atas kontribusi dari berbagai *stakeholders* yang mempunyai kepedulian terhadap upaya konvergensi pencegahan *stunting*. **“Cegah Stunting itu Penting”**, harus dipastikan menjadi Gerakan Bersama yang tercermin dari keberpihakan kebijakan dan anggaran di tingkat Pusat, Daerah, dan Desa.

Jakarta, Desember 2018

**Direktur Jenderal
Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa,**

Taufik Madjid

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
A. PENDAHULUAN	1
1. Latar Belakang	1
2. Maksud dan Tujuan	2
3. Hasil yang Diharapkan	3
4. Dasar Hukum	3
B. GAMBARAN UMUM KPM	5
1. Definisi KPM	5
2. Kriteria KPM	5
3. Tugas KPM	5
4. Hubungan KPM dengan Kelembagaan di Desa	6
5. Prosedur Kerja KPM	7
6. Buku Pegangan Kerja KPM	10
C. REKRUTMEN KPM	11
D. DUKUNGAN OPERASIONAL KPM	11
E. PENINGKATAN KAPASITAS KPM	12
F. PENUTUP	12

LAMPIRAN

Buku Pendataan dan Pemantauan Layanan Bagi Sasaran Rumah Tangga
1.000 HPK

PEDOMAN UMUM KADER PEMBANGUNAN MANUSIA

A. PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 diperoleh fakta bahwa bayi usia di bawah lima tahun (balita) yang menderita *stunting* mencapai 30,8%. Artinya, sebanyak 7 juta balita di Indonesia saat ini yang merupakan generasi bangsa terancam kurang memiliki daya saing di masa depan. Pencegahan *stunting* sangat dibutuhkan untuk memastikan generasi muda Indonesia memiliki masa depan yang cerah.

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

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

Salah satu upaya untuk memastikan bahwa Dana Desa diprioritaskan untuk pencegahan *stunting*, dilakukan melalui fasilitasi konvergensi

pengecegan *stunting* di Desa. Fasilitasi konvergensi dimaksud berupa pendampingan kepada Pemerintahan Desa dan masyarakat Desa untuk mengarahkan pilihan penggunaan Dana Desa kepada kegiatan-kegiatan pembangunan Desa yang berdampak langsung pada percepatan pengecegan *stunting* yang dikelola secara terpadu dengan sumber-sumber pembiayaan pembangunan lainnya.

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

2. Maksud dan Tujuan

a. Maksud

Maksud dari penyusunan Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia adalah:

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

b. Tujuan

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

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

3. Hasil yang Diharapkan

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

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

4. Dasar Hukum

- a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- b. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa;
- c. 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;
- d. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
- e. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi;
- f. Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019;
- g. Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi;
- h. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2018 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2019;

- i. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat;
- j. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu;
- k. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan;
- l. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 114 Tahun 2014 tentang Pedoman Pembangunan Desa;
- m. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 2 Tahun 2015 tentang Pedoman Tata Tertib dan Mekanisme Pengambilan Keputusan Musyawarah Desa;
- n. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 3 Tahun 2015 tentang Pendampingan Desa;
- o. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Kewenangan Berdasarkan Hak Asal Usul dan Kewenangan Lokal Berskala Desa;
- p. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 49/PMK.07/2016 tentang Tata Cara Pengalokasian, Penyaluran, Penggunaan, Pemantauan dan Evaluasi Dana Desa;
- q. Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 1 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Pangan dan Gizi;
- r. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Keuangan Desa;
- s. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 16 Tahun 2018 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun Anggaran 2019;
- t. 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;
- u. 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; dan

- v. Surat Keputusan Direktur Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Nomor 30 Tahun 2016 tentang Status Kemajuan dan Kemandirian Desa.

B. GAMBARAN UMUM KPM

1. Definisi KPM

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

2. Kriteria KPM

Kriteria KPM adalah sebagai berikut:

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

3. Tugas KPM

Tugas KPM meliputi:

- a. Mensosialisasikan kebijakan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa kepada masyarakat di Desa, termasuk memperkenalkan tika pertumbuhan untuk pengukuran panjang/tinggi badan baduta sebagai alat deteksi dini *stunting*.
- b. Mendata sasaran rumah tangga 1.000 HPK.
- c. Memantau layanan pencegahan *stunting* terhadap sasaran rumah tangga 1.000 HPK untuk memastikan setiap sasaran pencegahan *stunting* mendapatkan layanan yang berkualitas.

- d. Memfasilitasi dan mengadvokasi peningkatan belanja APBDes utamanya yang bersumber dari Dana Desa, untuk digunakan membiayai kegiatan pencegahan *stunting* berupa layanan intervensi gizi spesifik dan sensitif.
- e. Memfasilitasi suami ibu hamil dan bapak dari anak usia 0-23 bulan untuk mengikuti kegiatan konseling gizi serta kesehatan ibu dan anak.
- f. Memfasilitasi masyarakat Desa untuk berpartisipasi aktif dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan program/kegiatan pembangunan Desa untuk pemenuhan layanan gizi spesifik dan sensitif.
- g. Melaksanakan koordinasi dan/atau kerjasama dengan para pihak yang berperan serta dalam pelayanan pencegahan *stunting*, seperti bidan Desa, petugas puskesmas (ahli gizi, sanitarian), guru PAUD dan/atau perangkat Desa.

4. Hubungan KPM Dengan Kelembagaan di Desa

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

Rumah Desa Sehat selanjutnya disingkat RDS adalah sekretariat bersama yang merupakan wahana/forum bagi pelaku atau pegiat pemberdayaan masyarakat Desa berbasis karakteristik lokal yang dikelola oleh masyarakat sebagai upaya peningkatan akses informasi dan pemenuhan kualitas layanan sosial dasar bagi masyarakat Desa. Yang dimaksud dengan pelaku atau pegiat pemberdayaan masyarakat Desa adalah Kader Posyandu, guru PAUD, kader kesehatan, unit layanan kesehatan, unit layanan pendidikan, kader PKK, Karang Taruna, tokoh masyarakat, dan berbagai kelompok masyarakat yang peduli dalam upaya pencegahan *stunting*.

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

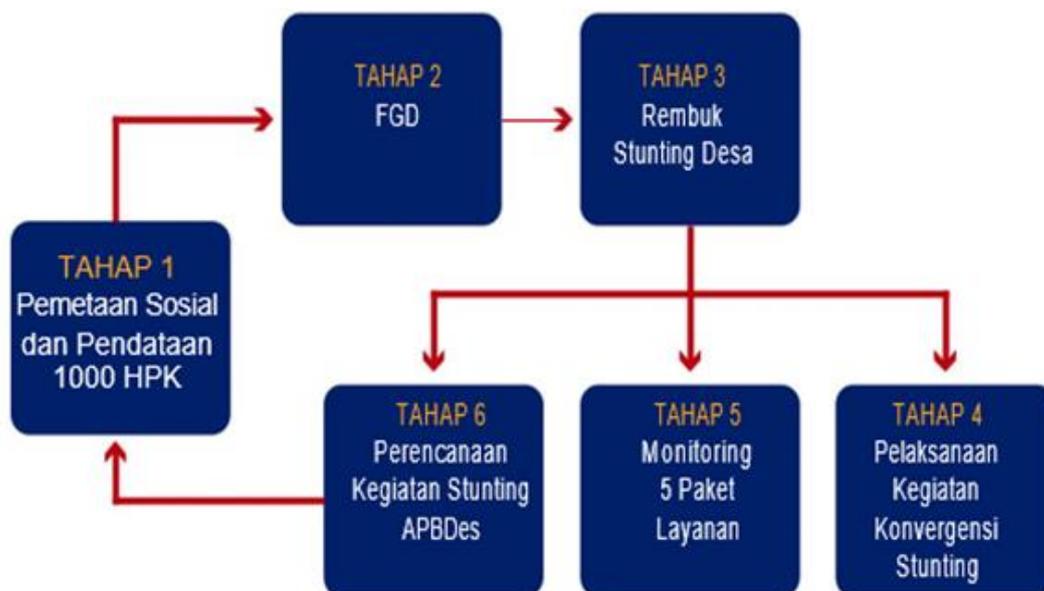
RDS mempunyai fungsi sebagai:

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

5. Prosedur Kerja KPM

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

DIAGRAM 1. BAGAN ALUR TAHAPAN KEGIATAN



PENJELASAN ALUR TAHAPAN:

a. Tahap Pemetaan Sosial

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

b. Tahap Fasilitasi Diskusi Kelompok Terarah di Desa

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

c. Tahap Fasilitasi Diskusi Kelompok Terarah di Antar Desa

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

Materi diskusi terarah di MAD, mencakup: 1) analisis sederhana terhadap hasil pemetaan sosial; 2) menyusun daftar masalah yang diprioritaskan untuk diselesaikan; 3) merumuskan peluang dan potensi sumber daya untuk pemecahan masalah; dan 4) merumuskan

alternatif kegiatan prioritas untuk mencegah dan/atau menangani masalah kesehatan di Desa.

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

d. Tahap Rembuk *Stunting* Tingkat Desa

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

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

e. Tahap Advokasi Pencegahan *Stunting* di Desa

Berita acara tentang hasil rembuk *stunting* disampaikan oleh perwakilan RDS kepada Kepala Desa dan BPD sebagai usulan masyarakat dalam penyusunan dokumen perencanaan pembangunan Desa (RPJM Desa dan/atau RKP Desa) serta dokumen perencanaan anggaran (APB Desa). Para pihak yang tergabung dalam RDS beserta warga masyarakat Desa yang peduli akan upaya pencegahan *stunting*

di Desa bersama-sama mengawal usulan program/kegiatan pencegahan *stunting* untuk dapat di biayai dengan menggunakan keuangan Desa khususnya Dana Desa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

f. Tahap Pelaksanaan Kegiatan Konvergensi Pencegahan *Stunting*

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

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

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

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

6. Buku Pegangan Kerja KPM

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

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

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

C. REKRUTMEN KPM

Mekanisme rekrutmen KPM mengikuti ketentuan sebagai berikut:

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

D. DUKUNGAN OPERASIONAL KPM

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

E. PENINGKATAN KAPASITAS KPM

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

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

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

1. Kebijakan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa.
2. Pemantauan dan pengisian *scorecards* konvergensi Desa.
3. Kebijakan Rumah Desa Sehat.
4. Peran, tugas dan cara kerja Kader Pembangunan Manusia.

F. PENUTUP

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

Lampiran-1. Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia

BUKU PENDATAAN DAN PEMANTAUAN LAYANAN BAGI SASARAN RUMAH TANGGA 1.000 HPK

A. Pengantar

Kegiatan pencegahan *stunting* berupa intervensi gizi spesifik maupun sensitif bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK harus dipastikan meningkatkan kesehatan ibu dan anak, meningkatkan pemenuhan gizi anak dalam 1.000 HPK, meningkatkan penyediaan sarana dan prasarana kesehatan, maupun meningkatkan kualitas pengasuhan bagi anak usia dini. Kualitas pencegahan *stunting* dapat dipastikan apabila pelaksanaan pencegahan *stunting* di Desa direncanakan berdasarkan data yang benar dan obyektif, serta dimonitor secara lengkap, terpadu dan berkelanjutan. Untuk itu, dalam kerangka kerja konvergensi pencegahan *stunting* di Desa secara khusus harus berbasis pada satu data dan dilakukan monitoring sasaran rumah tangga 1.000 HPK.

B. Paket Layanan Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa

Kegiatan pencegahan *stunting* berupa intervensi gizi spesifik maupun sensitif bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK dibagi dalam 5 (lima) paket layanan intervensi yaitu:

1. Layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA);
2. Layanan Konseling Kesehatan dan Gizi;
3. Layanan Air Bersih dan Sanitasi;
4. Layanan Perlindungan Sosial dan Kesehatan;
5. Layanan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).

Paket layanan yang diberikan kepada sasaran rumah tangga 1.000 HPK dibedakan menjadi 2 (dua) jenis, yaitu: 1) paket layanan untuk ibu hamil, dan 2) paket layanan untuk anak usia 0-23 bulan. Ibu hamil memperoleh layanan sejumlah 4 (empat) paket layanan intervensi gizi spesifik dan sensitif, kecuali layanan PAUD. Sedangkan anak usia 0-23 bulan memperoleh 5 (lima) paket layanan intervensi gizi spesifik dan sensitif secara lengkap.

C. Indikator Pendataan dan Pemantauan

Paket layanan pencegahan *stunting* di Desa harus direncanakan dengan berdasarkan data tentang layanan dan sasaran rumah tangga 1.000 HPK. Selain itu, pelaksanaan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa harus dipantau secara komprehensif dan berkelanjutan.

Pemantauan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa terhadap sasaran rumah tangga 1.000 HPK menggunakan *scorecard* konvergensi Desa sebagai alat penilaian capaian penerimaan layanan dan capaian konvergensi Desa. Khusus pemantauan layanan bagi ibu hamil tidak mencakup paket layanan PAUD.

Rincian data dan informasi yang termasuk dalam pendataan dan pemantauan sasaran rumah tangga 1.000 HPK adalah sebagai berikut:

- ✓ Kondisi layanan dan jumlah sasaran rumah tangga 1.000 HPK (ibu hamil dan anak 0-23 bulan)
- ✓ Hasil pengukuran tikar pertumbuhan (deteksi dini *stunting*)
- ✓ Kelengkapan konvergensi paket layanan pencegahan *stunting* bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK
- ✓ Tingkat perkembangan konvergensi Desa
- ✓ Jumlah Dana Desa yang digunakan untuk pencegahan *stunting*

Masing-masing paket layanan sebagai bagian dari 5 (lima) paket layanan intervensi dan penggunaan Dana Desa dijabarkan lebih detail menjadi indikator-indikator layanan kesehatan dan pendidikan yang akan didata dan dipantau oleh KPM dengan melibatkan kader Posyandu, guru PAUD, serta kader Desa lainnya.

Rincian indikator pendataan dan pemantauan untuk masing-masing paket layanan intervensi gizi spesifik dan sensitif dalam konvergensi pencegahan *stunting* di Desa bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK tercantum pada **Tabel 1 sebagaimana lampiran 1.1.**

D. Pendataan Layanan dan Sasaran Rumah Tangga 1.000 HPK

Kegiatan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa diawali dengan kegiatan pendataan layanan dan sasaran rumah tangga 1.000 HPK. Pendataan kondisi layanan dan sasaran rumah tangga 1.000 HPK dilakukan untuk menilai kondisi layanan kesehatan dan pendidikan di desa yang diakses oleh sasaran rumah tangga 1.000 HPK melalui: 1) penyusunan Peta Sosial Dasar secara partisipatif, dan 2) pengisian data kondisi layanan dan rekapitulasi status sasaran. Pendataan kondisi layanan dan rekapitulasi status sasaran rumah tangga 1.000 HPK dituangkan dalam **Formulir 1 sebagaimana lampiran 1.2.**

E. Pemantauan Layanan Bagi Sasaran Rumah Tangga 1.000 HPK

1. Instrumen/Alat Pemantauan

Pelaksanaan 5 (lima) paket layanan intervensi dalam rangka pencegahan *stunting* ini harus dipantau secara menyeluruh dan berkelanjutan untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas, dan percepatan pembelajaran pencegahan *stunting* di Desa. KPM bertugas

untuk memantau pelaksanaan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa dengan menggunakan instrumen monitoring sasaran rumah tangga 1.000 HPK, yang dilakukan secara bulanan dan 3 (tiga) bulanan.

Pemantauan dilakukan dengan mengikuti pelaksanaan kegiatan posyandu, kegiatan PAUD dan kunjungan ke rumah tangga sasaran 1.000 HPK yang difasilitasi oleh KPM dengan melibatkan kader posyandu, tenaga pendidik PAUD dan kader masyarakat lainnya.

Instrumen/alat pemantauan sasaran rumah tangga 1.000 HPK meliputi:

- ✓ Formulir 2: Pemantauan Bulanan Untuk Ibu Hamil dan Anak 0-23 Bulan
- ✓ Formulir 3: Rekapitulasi Hasil Pemantauan 3 (Tiga) Bulanan Untuk Ibu Hamil dan Anak 0-23 Bulan
- ✓ Formulir 4: Laporan Konvergensi Desa

2. Monitoring Bulanan

Monitoring bulanan dimulai dengan memantau pelaksanaan Posyandu terutama untuk memastikan layanan kesehatan ibu dan anak serta konseling gizi. Pada saat pemantauan pelayanan Posyandu ini dilakukan wawancara kepada ibu hamil, ibu menyusui, dan/atau ibu yang memiliki anak baduta. Isian wawancara tentang status kepemilikan jamban, penggunaan air bersih, status kepemilikan akte kelahiran, dan status kepemilikan jaminan kesehatan.

Monitoring bulanan ini juga mencakup pemantauan layanan PAUD. Pada saat pemantauan pelayanan PAUD ini dilakukan wawancara kepada guru PAUD, pengelola PAUD, orangtua anak dan/atau pengasuh. Isian wawancara tentang tingkat kehadiran anak didik dan ketersediaan layanan kelas pengasuhan anak usia dini.

Hasil monitoring bulanan dicatat dalam **Formulir 2 sebagaimana lampiran 1.3.**

3. Rekapitulasi dan Evaluasi Hasil Pemantauan 3 (Tiga) Bulanan

Setiap periode 3 bulan, KPM melakukan rekapitulasi hasil monitoring bulanan memasukkan hasil rekapitulasi ke dalam **Formulir 3 sebagaimana lampiran 1.4.**

Berdasarkan hasil rekapitulasi yang sudah tertuang dalam Formulir 3, para pihak yang tergabung dalam RDS melakukan rapat evaluasi konvergensi pencegahan *stunting* di Desa. Selain para pihak yang tergabung dalam RDS, dalam rapat evaluasi ini juga dapat dihadiri unsur pemerintahan Desa, petugas kesehatan/paramedis, maupun penilik PAUD.

Rapat evaluasi konvergensi pencegahan *stunting* di Desa mencakup pembahasan tentang: a) tingkat capaian penerimaan layanan, dan b) tingkat capaian konvergensi Desa. Peserta rapat evaluasi secara bersama-sama merekapitulasi data tingkat capaian penerimaan layanan dan tingkat

capaian konvergensi Desa. Data dimaksud diperoleh dengan cara memindahkan data akumulasi hasil capaian penerimaan layanan dan capaian konvergensi Desa yang ada di Formulir 3 ke dalam **Formulir Bantu Capaian Penerimaan Layanan dan Konvergensi Desa sebagaimana lampiran 1.5.**

Berdasarkan fakta tentang tingkat capaian penerimaan layanan dan tingkat capaian konvergensi Desa, peserta rapat evaluasi menganalisa masalah dan kendala yang menyebabkan pelaksanaan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa tidak berjalan secara optimal. Peserta rapat evaluasi berkewajiban untuk merumuskan langkah-langkah perbaikan. Hasil diskusi menjadi bahan perbaikan untuk pelaksanaan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa untuk periode 3 (tiga) bulan selanjutnya.

F. Pelaporan Hasil Pemantauan

Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota berkewajiban untuk membina dan mengawasi pelaksanaan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa. Untuk itu, Kepala Desa berkewajiban untuk melaporkan hasil pelaksanaan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa kepada Bupati/Walikota melalui Camat. Periode waktu penyampaian laporan dimaksud adalah triwulanan (setiap tiga bulan sekali).

KPM bersama dengan para pihak yang tergabung dalam RDS berkewajiban untuk membantu Kepala Desa dalam menyusun laporan konvergensi pencegahan *stunting* di Desa. Laporan dimaksud dituangkan dalam **Formulir 4 sebagaimana lampiran 1.6.**

Lampiran 1.1. Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia

Tabel 1. Indikator Paket Layanan Intervensi Pencegahan *Stunting* Desa

SASARAN	PAKET	INDIKATOR	PENGERTIAN
IBU HAMIL	KIA	1. Ibu hamil periksa kehamilan paling sedikit 4 kali selama kehamilan	4 Kali pemeriksaan yaitu: satu kali pada usia kandungan sebelum 3 bulan (Trisemester 1), satu kali usia kandungan 4-6 bulan (Trisemester 2), dua kali pada usia kandungan 7-9 bulan (Trisemester 3).
		2. Ibu hamil mendapatkan dan minum 1 tablet tambah darah (pil FE) setiap hari minimal selama 90 hari	Ibu hamil minimal mendapatkan 90 butir tablet tambah darah selama kehamilannya dan meminum satu tablet pada setiap harinya.
		3. Ibu bersalin mendapatkan layanan nifas oleh nakes dilaksanakan minimal 3 kali	3 kali layanan nifas yaitu: satu kali saat periode usia 6 jam s/d 3 hari setelah melahirkan, satu kali saat periode usia 4 – 28 hari setelah melahirkan, satu kali saat periode usia 29-42 hari setelah melahirkan.
	GIZI	4. Ibu hamil mengikuti kegiatan konseling gizi atau kelas ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan	Konseling didapatkan pada saat mendapatkan pemeriksaan kehamilan atau pada saat keikursertaan dalam kegiatan kelas ibu hamil.
		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	Ibu hamil KEK jika pengukuran Lingkat Lengan Atas (LILA) < 23,5 CM sehingga beresiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu Hamil Resti jika ibu hamil terlalu tua (Usia diatas 35 tahun), terlalu muda (Usia dibawah 16 Tahun) dan terlalu dekat jarak kehamilan sebelumnya. (kurang dari 12 bulan)
	AIR BERSIH DAN SANITASI	6. Rumah Tangga Ibu hamil memiliki sarana akses air minum yang aman	Pengertian air minum aman berasal dari sumber mata air, sumur sesuai standar kelayakan yang di rekomendasikan oleh Petugas Dinas Setempat atau Puskesmas.
		7. Rumah Tangga Ibu hamil memiliki sarana jamban keluarga yang layak.	Jamban layak disertai dengan saluran pembuangan (septic tank).

SASARAN	PAKET	INDIKATOR	PENGERTIAN
	PERLINDUNGAN SOSIAL & KESEHATAN	8. Ibu hamil memiliki jaminan layanan kesehatan	Jaminan Kesehatan seperti KIS, BPJS, dan Jaminan Kesehatan Daerah.
ANAK 0-23 BULAN	KIA	1. Bayi usia 12 bulan ke bawah mendapatkan imunisasi dasar lengkap	Imunisasi dasar secara lengkap meliputi: 0 – 7 hari: HB 0 1 bulan: BCG dan Polio 1 2 bulan: DPT/HB1, Polio 2 3 Bulan: DPT/HB 2, Polio 3 4 bulan: DPT/HB 3, Polio 4 9 bulan: Campak.
		2. Anak usia 0-23 bulan diukur berat badannya di posyandu secara rutin setiap bulan	Pengertian rutin minimal 80% atau 9 kali ditimbang dalam setahun.
		3. Anak usia 0-23 bulan diukur panjang/tinggi badannya oleh tenaga kesehatan terlatih minimal 2 kali dalam setahun	Pengukuran Panjang/Tinggi Badan Menggunakan Antropometri, biasanya dilakukan pada Bulan Februari dan Agustus.
	KONSELING GIZI	4. Orang tua/pengasuh yang memiliki anak usia 0-23 bulan mengikuti kegiatan konseling gizi secara rutin minimal sebulan sekali.	Pengertian rutin minimal 80% atau 9 kali mengikuti konseling gizi di posyandu atau kelas ibu-anak dalam setahun.
		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	Status gizi buruk, gizi kurang dan <i>stunting</i> ditentukan oleh Puskesmas. Pengertian rutin minimal 80% atau 9 kali dikunjungi dalam setahun. Terpadu dengan melibatkan beberapa pihak yang terkait.
	AIR BERSIH DAN	6. Rumah Tangga anak usia 0-23 bulan memiliki sarana akses air minum yang aman	Pengertian air minum aman dari sumber mata air, sumur dan sesuai standar kelayakan yang di rekomendasikan oleh Petugas Dinas Setempat atau Puskesmas.

SASARAN	PAKET	INDIKATOR	PENGERTIAN
	SANITASI	7. Rumah Tangga anak usia 0-23 bulan memiliki sarana jamban yang layak.	Jamban layak adalah yang tertutup dan disertai dengan saluran pembuangan (septic tank).
	PERLINDUNGAN SOSIAL DAN KESEHATAN	8. Anak usia 0-2 tahun memiliki akte kelahiran	Akte kelahiran dikeluarkan oleh Dinas Dukcapil (Kependudukan dan Catatan Sipil).
		9. Anak usia 0-23 bulan memiliki jaminan layanan kesehatan	Jaminan Kesehatan seperti KIS, BPJS, dan Jaminan Kesehatan Daerah.
	PAUD	10. Orang tua/pengasuh yang memiliki anaksia 0-23 bulan mengikuti Kelas Pengasuhan minimal sebulan sekali	Kegiatan pengasuhan bisa dilaksanakan di PAUD maupun di Posyandu.
ANAK 2-6 TAHUN	PAUD	11. Anak usia 2-6 tahun terdaftar dan aktif mengikuti kegiatan layanan PAUD	Pengertian aktif minimal 80% hadir di PAUD dalam setiap bulannya. Informasi berasal dari Guru atau pengelola PAUD.

Lampiran 1.2. Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia

FORMULIR 1. PENDATAAN KONDISI LAYANAN DAN REKAPITULASI STATUS SASARAN

JUMLAH /REKAPITULASI SASARAN											
TOTAL RUMAH TANGGA SASARAN	RUMAH TANGGA KATEGORI RENTAN **	IBU HAMIL RESTI ***	ANAK 0-23 BULAN	ANAK 0-23 BULAN KONDISI GIZI KURANG	ANAK 0-23 BULAN KONDISI GIZI BURUK	ANAK 0-23 BULAN TERINDIKASI STUNTING	RUMAH TANGGA TIDAK MEMILIKI SUMBER AIR BERSIH LAYAK MINUM	RUMAH TANGGA TIDAK MEMPUNYAI JAMBAN	IBU HAMIL TIDAK MEMPUNYAI JAMINAN KESEHATAN	ANAK USIA 0-23 BULAN TIDAK MEMPUNYAI JAMINAN KESEHATAN	ANAK USIA 0-23 BULAN TIDAK MEMPUNYAI AKTA KELAHIRAN
A											
NO.	NAMA LAYANAN	KETERSEDIAAN LAYANAN									
		KIA					GIZI	PAUD			
		APAKAH ADA PEMERIKSAAN IBU HAMIL	APAKAH ADA PEMBERIAN PILE	APAKAH ADA PEMERIKSAAN NIFAS	APAKAH ADA IMUNISASI	APAKAH ADA PENIMBANGAN BERAT BADAN	APAKAH ADA PENGUKURAN PANJANG/TINGGI BADAN	APAKAH ADA KONSELING RUTIN	APAKAH ADA LAYANAN 0 - < 3 TAHUN (PARENTING)	APAKAH ADA LAYANAN 3-6 TAHUN	
	b	c									

Lampiran 1.3. Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia

FORMULIR 2.A. PEMANTAUAN BULANAN IBU HAMIL

NO	NO REGISTER KIA	NAMA IBU	STATUS KEHAMILAN (KEK/RESTI)	HARI PERKIRAAN LAHIR (tgl/bln/thn)	BULAN:									
					USIA KEHAMILAN DAN PERSALINAN		STATUS PENERIMAAN INDIKATOR							
					USIA KEHAMILAN (bulan)	TANGAL MELAHIRKAN (tgl/bln/thn)	PEMERIKSAAN KEHAMILAN	DAPAT & KONSUMSI PIL FE	PEMERIKSAAN NIFAS	KONSELING GIZI (KELAS IH)	KUNJUNGAN RUMAH	KEPEMILIKAN AKSES AIR BERSIH	KEPEMILIKAN JAMBAN	JAMINAN KESEHATAN
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	

FORMULIR 2.B. PEMANTAUAN BULANAN ANAK 0-2 TAHUN

NO	NO REGISTER KIA	NAMA ANAK	JENIS KELAMIN (L/P)	TANGGAL LAHIR ANAK (tgl/bln/th)	STATUS GIZI ANAK (BURUK/KURANG/STUNTING)	BULAN:											
						UMUR DAN STATUS TIKAR		INDIKATOR LAYANAN									
						UMUR (bulan)	HASIL (M/K/H)	PEMBERIAN IMUNISASI DASAR	PENGUKURAN BERAT BADAN	PENGUKURAN TINGGI BADAN	KONSELING GIZI BAGI ORANG TUA	KUNJUNGAN RUMAH	KEPEMILIKAN AKSES AIR BERSIH	KEPEMILIKAN JAMBAN SEHAT	AKTA LAHIR	JAMINAN KESEHATAN	PENASUHAN (PAUD)
a	b	c	d	e	f	g	h	j	j	k	l	m	n	o	p	q	

FORMULIR 2.C. PEMANTAUAN LAYANAN DAN SASARAN PAUD ANAK >2 - 6 TAHUN

NO	NOMOR RUMAH TANGGA	NAMA ANAK	JENIS KELAMIN ANAK (L / P)	TANGGAL LAHIR ANAK (Tgl/Bln/Thn)	USIA MENURUT KATEGORI		PADA BULAN INI APAKAH ANAK MENDAPATKAN PELAYANAN PAUD												
					Anak Usia: 2 - < 3 Tahun	Anak Usia: 3 - 6 Tahun	MENGIKUTI LAYANAN PAUD (PARENTING BAGI ORANG TUA ANAK USIA 2 - < 3 TAHUN) ATAU KELAS PAUD BAGI ANAK USIA 3-6 TAHUN												
							TAHUN :												
	a	b	d	e	f		JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER	
							g												

Lampiran 1.4. Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia

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

NO	NO REGISTER KIA	NAMA IBU	STATUS KEHAMILAN (KEK/RESTI)	KUARTAL KE BULAN S/D BULAN										TINGKAT KONVERGENSI INDIKATOR			
				USIA KEHAMILAN DAN PERSALINAN		STATUS PENERIMAAN INDIKATOR								JUMLAH DITERIMA	JUMLAH SEHARUSNYA	%	
				USIA KEHAMILAN (bulan)	TANGGAL MELAHIRKAN (tgl/bln/thn)	PEMERIKSAAN KEHAMILAN	MENDAPAT & KONSUMSI P1L FE	PEMERIKSAAN NIFAS	KONSELING GIZI (KELAS IH)	KUNJUNGAN RUMAH	KEPEMILIKAN AKSES AIR BERSIH	KEPEMILIKAN JAMBAN	JAMINAN KESEHAFTAN				
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p		
TINGKAT CAPAIAN KONVERGENSI			JUMLAH DITERIMA														
			JUMLAH SEHARUSNYA														
			%														

Cara Pengisian Formulir 3.A. Rekap Hasil Pemantauan 3 (Tiga) Bulanan Bagi Ibu Hamil

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

FORMULIR 3.B. REKAPITULASI HASIL PEMANTAUAN 3 (TIGA) BULANAN BAGI ANAK USIA 0-2 TAHUN

NO	NO REGISTER KIA	NAMA ANAK	JENIS KELAMIN (L/P)	KUARTAL KE BULAN S/D BULAN												TINGKAT KONVERGENSI INDIKATOR			
				USIA ANAK DAN STATUS GIZI		INDIKATOR LAYANAN										JUMLAH DITERIMA	JUMLAH SEHARUSNYA	%	
				UMUR (bulan)	(BURUK/ KURANG/ STUNTING)	PEMBERIAN IMUNISASI DASAR	PENGUKURAN BERAT BADAN	PENGUKURAN TINGGI BADAN	KONSELING GIZI BAGI ORANG TUA	KUNJUNGAN RUMAH	KEPEMILIKAN AKSES AIR BERSIH	KEPEMILIKAN JAMBAN SEHAT	AKTA LAHIR	JAMINAN KESEHAFTAN	KELAS PENASUHAN (PAUD)				
a	b	c	d	e	f	g	h	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s		
TINGKAT CAPAIAN KONVERGENSI			JUMLAH DITERIMA																
			JUMLAH SEHARUSNYA																
			%																

Cara Pengisian Formulir 3.B. Rekapitulasi Hasil Pemantauan 3 (Tiga) Bulanan Bagi Anak 0-23 Bulan

Usia Anak	Status Penerimaan Layanan Dalam 3 Bulan (kuartal)								
	Imunisasi	Penimbangan berat badan	Konseling/ Kelas Gizi	Kunjungan Rumah	Akses Air Bersih	Kepemilikan Jamban	Akta Lahir	Jaminan Kesehatan	Parenting / pengasuhan (PAUD)
Usia Anak 0-<6 Bulan	TS = Tidak Sesuai	TS = Tidak Sesuai	TS = Tidak Sesuai	Y= minimal 2 kali kunjungan rumah dalam satu kuartal T= jika dibawah 2	Y= ada akses air bersih, T = Tidak ada	Y= ada jamban layak, T = Tidak ada	Y= ada akta lahir, T = Tidak ada	Y= ada jaminan kesehatan T = Tidak ada	TS = Tidak Sesuai
Usia Anak 6-12 Bulan	TS = Tidak Sesuai	Y= minimal ada 5 kali penimbangan pada kuartal saat ini dan kuartal sebelumnya T= Jika ditimbang kurang dari 5 kali.	Y= minimal ada 5 kali ikut konseling pada kuartal saat ini dan kuartal sebelumnya T= Jika ditimbang kurang dari 5 kali.	Y= minimal 2 kali kunjungan rumah dalam satu kuartal T= jika dibawah 2	Y= ada akses air bersih, T = Tidak ada	Y= ada jamban layak, T = Tidak ada	Y= ada akta lahir, T = Tidak ada	Y= ada jaminan kesehatan T = Tidak ada	Y= minimal ada 5 kali ikut parenting pada kuartal saat ini dan kuartal sebelumnya. T= Jika ditimbang kurang dari 5 kali.

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

Khusus untuk pengukuran tinggi/panjang badan

- Pengukuran tinggi badan dilakukan 2 kali dalam setahun pada bulan Februari dan Agustus.
- Kuartal1 (Januari-Maret):
 - Anak Usia 0 – 3 bulan diisi “TS”= Tidak Sesuai
 - Anak Usia > 3 bulan diisi “Y” jika pada bulan Februari diukur tinggi badannya, diisi “T’ jika tidak diukur.

- Kuartal 2 (April-Juni)
 - Anak Usia 0-3 bulan diisi dengan “TS” = Tidak Sesuai
 - Anak Usia > 3 bulan diisi “Y” jika pada bulan Februari diukur tinggi badannya, diisi “T’ jika tidak diukur.
- Kuartal 3 (Juli- September)
 - Anak Usia 0-3 bulan diisi dengan “TS” = Tidak Sesuai
 - Anak Usia > 3 bulan – 8 Bulan diisi dengan “Y “ Jika pada bulan Agustus diukur tinggi badannya, diisi dengan “T” jika tidak diukur
 - Anak Usia 9 – 23 Bulan dengan “Y” jika pada bulan Februari dan Bulan Agustus diukur tinggi badanya, diisi dengan “T” jika tidak diukur dibulan Februari dan Agustus.
- Kuartal 4 (Oktober – Desember)
 - Anak Usia 0-6 Bulan diisi dengan “TS” = Tidak Sesuai
 - Anak Usia 7-11 Bulan bulan diisi denga “Y” jikapada bulan Agustus diukur tinggi badannya, diisi dengan “T” jika tidak diukur
 - Anak Usia 12-23 Bulan diisi dengan “Y” jika pada bulan Februari dan Bulan Agustus diukur tinggi badanya, diisi dengan “T” jika tidak diukur dibulan Februari dan Agustus.

Lampiran 1.5. Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia

FORMULIR BANTU CAPAIAN PENERIMAAN LAYANAN

TINGKAT CAPAIAN PENERIMAAN LAYANAN		Kuartal ke ...		
NO	INDIKATOR	JML YANG DITERIMA	JML YANG SEHARUSNYA	%
SASARAN IBU HAMIL				
1	Ibu hamil periksa kehamilan paling sedikit 4 kali selama kehamilan 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 0-23 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.			

TINGKAT CAPAIAN PENERIMAAN LAYANAN		Kuartal ke ...		
NO	INDIKATOR	JML YANG DITERIMA	JML YANG SEHARUSNYA	%
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 2-6 TAHUN				
1	Anak usia 2-6 tahun terdaftar dan aktif mengikuti kegiatan layanan PAUD			

FORMULIR BANTU KONVERGENSI DESA

TINGKAT KONVERGENSI DESA				
PERIODE KUARTAL BULAN S.D				
NO	SASARAN	JUMLAH LAYANAN DITERIMA	JUMLAH LAYANAN YANG SEHARUSNYA DITERIMA	% KONVERGENSI
1	IBU HAMIL			
2	ANAK 0-23 BULAN			
TOTAL TINGKAT KONVERGENSI DESA				

Lampiran 1.6. Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia

**FORMULIR 4. SCORECARDS 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)

SASARAN	JML TOTAL RUMAH TANGGA 1.000 HPK	IBU HAMIL		ANAK 0 – 23 BULAN	
		TOTAL	KEK/RESTI	TOTAL	GIZI KURANG/ GIZI BURUK/ <i>STUNTING</i>
JUMLAH					

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

SASARAN	JUMLAH TOTAL ANAK USIA 0 – 23 BULAN	HIJAU (NORMAL)	KUNING (RESIKO <i>STUNTING</i>)	MERAH (TERINDIKASI <i>STUNTING</i>)
JUMLAH				

TABEL 3. KELENGKAPAN KONVERGENSI PAKET LAYANAN PENCEGAHAN *STUNTING* BAGI 1.000 HPK

SASARAN	INDIAKTOR		JUMLAH	%
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		

SASARAN	INDIAKTOR		JUMLAH		%
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 MENGIKUTI KONSELING GIZI BULANAN	LAKI	JML	
	5	KUJUNGAN RUMAH BAGI ANAK GIZI BURUK/ KURANG/ <i>STUNTING</i>			
	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 >2-6 TAHUN	1	ANAK >2-6 TAHUN AKTIF DALAM KEGIATAN PAUD MINIMAL 80%			

TABEL 4. TINGKAT KONVERGENSI DESA

NO	SASARAN	JUMLAH INDIKATOR		TINGKAT KONVERGENSI
		YANG DITERIMA	SEHARUSNYA DITERIMA	
1	IBU HAMIL			
2	ANAK 0-23 BULAN			
TOTAL TINGKAT KONVERGENSI DESA				

TABEL 5. PENGGUNAAN DANA DESA DALAM PENCEGAHAN *STUNTING*

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