

Suparji
Heru Santoso Wahito Nugroho
Sunarto
Alfi Rusdianti

MITIGASI STUNTING DENGAN PENDEKATAN MANAJEMEN RISIKO



Aliansi Aktivis Kesehatan / Alliance of Health Activists (AloHA)

2025

MITIGASI STUNTING DENGAN PENDEKATAN MANAJEMEN RISIKO

Penulis

Suparji
Heru Santoso Wahito Nugroho
Sunarto
Alfi Rusdianti

Aliansi Aktivis Kesehatan / Alliance of Health Activists (AloHA)
2025

MITIGASI STUNTING DENGAN PENDEKATAN MANAJEMEN RISIKO

Penulis :

Suparji
Heru Santoso Wahito Nugroho
Sunarto
Alfi Rusdianti

ISBN -----

Penerbit:

Aliansi Aktivis Kesehatan / Alliance of Health Activists (AloHA)
2025

Address:

Ngurah Rai Street 18, Bangli, Bali, Indonesia E-mail:
Alohaacademy2018@gmail.com Phone:
+6282142259360 (Indonesia)
+639173045312 (Philippines)

Editor: Budi Joko Santosa

Copyright holder: Author(s)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga buku berjudul **“Mitigasi Stunting Berbasis Manajemen Risiko”** ini dapat disusun sebagai bentuk kontribusi dalam mendukung upaya percepatan penurunan stunting di Indonesia, khususnya pada level desa. Buku ini disusun untuk memberikan pemahaman menyeluruh mengenai pendekatan manajemen risiko dalam menangani stunting, mulai dari identifikasi, analisis, penanganan, hingga evaluasi serta pemberdayaan masyarakat secara sistematis dan terukur.

Permasalahan stunting merupakan tantangan serius bagi pembangunan sumber daya manusia Indonesia. Intervensi yang bersifat integratif, partisipatif, dan berbasis data lokal menjadi kunci keberhasilan dalam upaya pencegahan dan penanganan stunting, terutama di wilayah dengan prevalensi tinggi. Buku ini diharapkan menjadi panduan praktis bagi pemerintah desa, kader kesehatan, Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS), serta semua pihak yang terlibat dalam pembangunan desa untuk menyusun perencanaan program yang tepat sasaran dan berkelanjutan.

Semoga kehadiran buku ini dapat memberikan kontribusi nyata sebagai sumber pengetahuan yang bermanfaat dalam upaya mewujudkan desa yang bebas dari stunting dan mendukung tercapainya target pembangunan nasional secara berkelanjutan.

Tim Penyusun

Daftar Isi

Halaman Judul Luar	i
Halaman Judul Dalam	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
Daftar Tabel	v
Daftar Gambar	vi
Daftar Lampiran	vii
Bab 1 Mengapa Stunting Masih Terjadi di Desa	1
1.1. Stunting Bukan Sekadar Urusan Gizi	1
1.2. Apa Sebenarnya Penyebabnya?	1
1.3. Mengapa Pendekatan Risiko Penting?	3
Bab 2 Konsep Dasar Stunting	4
2.1. Pengertian Stunting	4
2.2. Apa Penyebab Stunting	6
2.3. Dampak Stunting	7
2.4. Populasi risiko tinggi (1000 HPK)	9
2.5. Tinjauan kebijakan nasional (Stranas Stunting)	11
Bab 3 Manajemen Risiko dalam Penanggulangan Stunting	12
3.1. Apa Manajemen Risiko	12
3.2. Tahapan Manajemen Risiko	12
Bab 4 Pilar Mitigasi Stunting Berbasis Manajemen Risiko	16
4.1. Pilar 1: Identifikasi Risiko	16
4.2. Pilar 2: Analisis Risiko	21
4.3. Pilar 3: Penanganan Risiko	26
4.4. Pilar 4: Pemantauan dan Evaluasi	29
4.5. Pilar 5: Pemberdayaan dan Partisipasi Masyarakat	34
Bab 5 Strategi Implementasi di Tingkat Desa	40
5.1. Integrasi dalam RPJMDes, RKPDes, dan APBDes	40
5.2. Pembentukan Tim Percepatan Penurunan Stunting	40
Bab 6 Monitoring dan Evaluasi Program	42
6.1. Indikator Input	42
6.2. Indikator Output	45
6.3. Indikator Outcome	47
Bab 7 Penutup	50
Daftar Pustaka	51
Lampiran	53

Daftar Tabel

Tabel 4.1. Contoh tabel pematkhiran data keluarga 1000 HPK	17
Tabel 4.2. Contoh tabel data kelompok risiko stunting	17
Tabel 4.3. Contoh tabel data ibu hamil dan menyusui	18
Tabel 4.4. Contoh tabel data Anak Usia 0–23 Bulan	18
Tabel 4.5. Contoh tabel data Kondisi Rumah Tangga	19
Tabel 4.6. Tabel Contoh Skoring Risiko Kesehatan Masyarakat	20
Tabel 4.7. Tabel contoh Interpretasi Total Skor Risiko	22
Tabel 4.8. Contoh tabel Skoring Risiko Wilayah (Tingkat Desa)	22
Tabel 4.9. Tabel contoh interpretasi total skor risiko wilayah (Desa)	23
Tabel 4.10. Jenis intervensi penanganan stunting	27
Tabel 4.11. Matriks Peran Sektor Penanganan Stunting di Desa	29
Tabel 4.12. Contoh Susunan Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS) Desa	41

Daftar Gambar

Gambar 2.1.	Perbedaan kondisi fisik balita yang mengalami stunting dan yang tumbuh normal.	5
Gambar 2.2.	Kerangka teori tentang penyebab langsung, tidak langsung, dan dasar terjadinya stunting.	7
Gambar 2.3.	Dampak jangka pendek dan jangka panjang dari stunting	9
Gambar 3.1.	Pelayanan terpadu di posyandu	14
Gambar 3.2.	Home visit untuk edukasi gizi keluarga berisiko tinggi	14
Gambar 3.3.	Pemberian makanan tambahan berbasis pangan local	14
Gambar 3.4.	Pendampingan keluarga melalui program Tim Pendamping Keluarga (TPK)	15
Gambar 3.5.	Kegiatan Pemantauan, Evaluasi, dan Tindak Lanjut	15
Gambar 4.1.	Gambar ilustrasi peta desa yang mencerminkan kondisi desa	20
Gambar 4.2.	MMD membahas uapaya program mitigasi stunting	24
Gambar 4.3.	Pelaksanaan MMD Menyusun rencana mitigasi stunting	25

Daftar Lampiran

Lampiran 1:	Format Formulir Pemantauan	54
Lampiran 2:	Contoh SOP Intervensi Gizi	56
Lampiran 3:	Checklist Pelaksanaan Intervensi Gizi	58
Lampiran 4:	Contoh SK Tim Stunting Desa	59
Lampiran 5:	Rencana Aksi Desa untuk Penurunan Stunting	61

Bab 1: Mengapa Stunting Masih Terjadi di Desa

1.1 Stunting Bukan Sekadar Urusan Gizi

Ketika kita menyaksikan anak-anak bermain dan tumbuh di desa, sering kali tinggi badan mereka dianggap sekadar faktor genetik atau “bawaan lahir.” Padahal, di balik tubuh mungil itu, ada proses tumbuh kembang yang tidak berjalan sebagaimana mestinya. Stunting adalah kondisi yang muncul saat anak tidak mendapatkan asupan dan perawatan yang memadai sejak dalam kandungan hingga usia dua tahun—periode emas yang sangat menentukan masa depan mereka.

Stunting bukan hanya masalah kurang makan. Penelitian dan pengalaman lapangan menunjukkan bahwa gizi hanyalah satu dari sekian banyak faktor. Sanitasi yang buruk, ibu hamil yang kurang pengetahuan tentang perawatan, layanan kesehatan yang belum menjangkau pelosok, bahkan kondisi sosial ekonomi keluarga—semuanya berkontribusi pada risiko terjadinya stunting. Maka, pendekatan gizi saja tidak cukup; kita harus melihatnya sebagai masalah multidimensi yang memerlukan solusi lintas sektor.

Lebih dari sekadar anak pendek, dampak stunting sangat kompleks. Anak yang mengalami stunting memiliki risiko keterlambatan perkembangan kognitif, yang dapat mempengaruhi kemampuan belajar saat memasuki usia sekolah. Mereka juga berisiko mengalami penurunan daya tahan tubuh, sulit bersaing di dunia kerja saat dewasa, dan berisiko menurunkan kualitas generasi bangsa ke depan. Artinya, stunting bukan hanya urusan keluarga, tapi urusan kita bersama.

Dalam buku ini, pendekatan yang digunakan bukan sekadar penguatan gizi, melainkan manajemen risiko berbasis komunitas. Pendekatan ini menempatkan masyarakat sebagai aktor utama—mengidentifikasi risiko sejak dini, merancang langkah pencegahan bersama, dan memantau perkembangan anak secara partisipatif. Ini bukan sekadar program pemerintah, tapi gerakan sosial yang bisa dimulai dari dusun, RT, bahkan dari kelompok ibu hamil.

Dengan memahami stunting secara menyeluruh, kita bisa menggeser cara pandang masyarakat: dari sekadar “memberi makanan tambahan,” menjadi gerakan kolektif untuk menciptakan lingkungan yang mendukung tumbuh kembang anak secara optimal. Buku ini hadir untuk mendampingi proses itu—agar pengetahuan teknis bisa dimiliki oleh semua orang, dan perubahan besar bisa dimulai dari langkah kecil di desa.

1.2. Apa Sebenarnya Penyebabnya?

Masalah stunting tidak terjadi begitu saja. Ia tumbuh diam-diam, menyusup ke kehidupan sehari-hari anak-anak desa sejak dalam kandungan. Selama ini, masyarakat

menganggap stunting hanyalah urusan gizi. Padahal, gizi hanyalah satu bagian kecil dari persoalan yang jauh lebih kompleks. Ketika kita mencoba menggali lebih dalam, kita menemukan bahwa penyebab stunting berlapis dan saling berkaitan.

1. Kurangnya Gizi Sejak Dalam Kandungan

Banyak ibu hamil di desa belum mendapatkan makanan bergizi yang cukup. Ditambah minimnya pengetahuan tentang kebutuhan gizi selama kehamilan, maka janin pun tumbuh dalam keterbatasan. Akibatnya, anak lahir dengan berat badan rendah dan tumbuh dengan fondasi gizi yang lemah.

2. Pola Asuh dan Pemberian Makan yang Belum Sesuai

Tidak semua orang tua memahami tahap pemberian makanan pendamping ASI, kapan harus mulai, dan jenis makanan yang tepat. Bayi kadang diberi makanan terlalu cepat atau justru kurang bervariasi. Hal ini membuat anak tidak mendapatkan nutrisi optimal pada masa-masa kritis pertumbuhan.

3. Sanitasi dan Air Bersih yang Tidak Memadai

Lingkungan yang kotor menyebabkan anak-anak mudah terkena penyakit seperti diare atau infeksi saluran pencernaan. Padahal, penyakit ini bisa mengganggu penyerapan gizi. Tanpa air bersih dan jamban sehat, anak-anak tetap rentan walau asupannya mencukupi.

4. Minimnya Akses Layanan Kesehatan Dasar

Posyandu yang tidak rutin, puskesmas yang jauh, atau kekurangan tenaga kesehatan membuat banyak ibu dan anak tidak terpantau secara berkala. Akibatnya, masalah tumbuh kembang anak terlambat dikenali dan ditangani.

5. Tidak Adanya Sistem Deteksi Dini di Desa

Kebanyakan desa belum memiliki mekanisme yang sistematis untuk mengenali anak-anak berisiko stunting. Pendataan balita yang kurang akurat, kunjungan rumah yang sporadis, dan absennya forum masyarakat untuk pemantauan menjadi penghambat besar dalam pencegahan dini.

6. Kondisi Sosial Ekonomi yang Memengaruhi Kesejahteraan Keluarga

Penghasilan rendah, pekerjaan tidak menentu, dan tidak adanya perlindungan sosial membuat keluarga kesulitan menyediakan makanan sehat dan biaya untuk pemeriksaan kesehatan. Kesenjangan ekonomi ini memperparah potensi stunting.

7. Kesenjangan Informasi dan Edukasi Gizi

Informasi tentang gizi sering kali terlalu teknis atau tidak sampai ke lapisan masyarakat bawah. Di beberapa daerah, pesan-pesan kesehatan belum diterjemahkan ke bahasa lokal atau disampaikan secara praktis. Akibatnya, banyak keluarga tidak tahu bahwa kebiasaan kecil seperti memberikan teh manis pada bayi bisa berdampak besar.

8. Budaya dan Kepercayaan Lokal yang Tidak Selaras dengan Praktik Kesehatan Modern

Pantangan makanan saat hamil, larangan imunisasi, atau praktik pengasuhan yang tidak memberikan ruang bagi stimulasi anak menjadi tantangan tersendiri. Pendekatan sensitif budaya diperlukan agar masyarakat tidak merasa disalahkan, melainkan dilibatkan dalam perubahan.

9. Kurangnya Kolaborasi Lintas Sektor di Tingkat Desa

Program gizi tidak akan optimal tanpa dukungan sektor lain seperti air bersih, pendidikan, dan pembangunan sosial. Sayangnya, banyak desa belum menjalin kerja sama antar perangkat, kader, dan tokoh masyarakat secara terstruktur. Padahal, pencegahan stunting butuh sinergi.

10. Partisipasi Komunitas yang Belum Maksimal

Masyarakat sering kali dianggap sebagai objek program, bukan pelaku utama. Padahal, warga desa—terutama ibu, ayah, nenek, guru PAUD, dan tokoh adat—memiliki peran penting dalam menciptakan lingkungan yang sehat dan mendukung tumbuh kembang anak. Partisipasi mereka harus diberi ruang dan dihargai.

1.3. Mengapa Pendekatan Risiko Penting?

Selama ini, program penanggulangan stunting di berbagai daerah berjalan secara reaktif. Bantuan diberikan setelah masalah terlihat, anak sudah menunjukkan gejala stunting, atau angka sudah memburuk. Pendekatan semacam itu hanya menyentuh permukaan dan cenderung terlambat. Padahal, stunting sebenarnya bisa dicegah jika desa mampu mengenali dan mengelola risikonya sejak dini.

Pendekatan manajemen risiko menawarkan cara yang lebih cerdas dan strategis—yaitu dengan melihat potensi masalah sebelum menjadi bencana. Ini bukan pendekatan baru, namun sangat relevan dan aplikatif bagi desa. Dengan manajemen risiko, masyarakat diajak memahami bahwa persoalan kesehatan bukan hanya urusan klinis, melainkan juga soal perencanaan, pengawasan, dan pemberdayaan bersama.

Berikut adalah alasan-alasan utama mengapa pendekatan risiko penting dalam penanggulangan stunting:

1. Stunting Adalah Hasil Proses Panjang, Bukan Peristiwa Sekejap

Risiko stunting dimulai bahkan sebelum bayi lahir—saat ibu hamil kekurangan gizi, tidak mendapat pemeriksaan, atau tinggal di lingkungan tidak sehat. Pendekatan risiko memungkinkan desa mengenali kondisi-kondisi seperti ini dan mencegahnya sejak awal.

2. Memungkinkan Deteksi Dini dan Tindakan Tepat Waktu

Dengan memetakan kelompok rentan (ibu hamil, balita, keluarga miskin), desa bisa lebih sigap dan menyalurkan intervensi secara tepat. Tidak semua anak butuh perlakuan sama—risiko yang tinggi harus diprioritaskan lebih dulu.

3. Mendorong Desa untuk Berperan Aktif, Bukan Sekadar Menunggu Program dari Atas/Pusat

Manajemen risiko memperkuat otonomi desa. Pemerintah desa, kader, dan tokoh masyarakat bisa menyusun rencana kerja berbasis data dan pengamatan lokal, lalu mengintegrasikannya ke dalam RPJMDes dan APBDes.

4. Melibatkan Masyarakat Secara Partisipatif

Proses pengenalan risiko dan perencanaan pencegahan bisa dilakukan melalui musyawarah warga, diskusi RT/RW, dan forum kader. Dengan ini, masyarakat merasa memiliki masalah dan solusi bersama.

5. Meningkatkan Efisiensi dan Efektivitas Program Desa

Anggaran terbatas perlu digunakan sebaik mungkin. Pendekatan risiko membantu desa memprioritaskan dana untuk kegiatan yang berdampak besar, seperti edukasi gizi, perbaikan sanitasi, atau pengadaan pangan lokal.

6. Mendorong Sinergi Lintas Sektor

Masalah stunting tidak bisa diselesaikan oleh bidang kesehatan saja. Pendekatan risiko menuntut kolaborasi antara sektor pendidikan, sanitasi, ekonomi, dan sosial. Desa jadi lebih kompak dan program lebih terarah.

7. Memudahkan Pemantauan dan Evaluasi

Dengan alat sederhana seperti peta risiko, grafik pertumbuhan, dan lembar observasi, desa dapat memantau kondisi anak-anak secara rutin. Jika ada yang tidak berkembang sesuai usia, segera dilakukan tindak lanjut.

8. Mengurangi Ketergantungan pada Bantuan Eksternal

Pendekatan ini menumbuhkan rasa percaya diri desa untuk mengambil tindakan, bukan bergantung terus pada pemerintah pusat atau donor. Ini memperkuat kemandirian dan daya tahan komunitas.

9. Menciptakan Budaya Peduli Tumbuh Kembang Anak

Ketika risiko dikenali dan dibicarakan secara terbuka, tumbuh kesadaran kolektif untuk menciptakan lingkungan yang lebih ramah anak—baik dari segi fisik, sosial, maupun psikologis.

10. Memberi Dampak Jangka Panjang bagi Generasi Mendatang

Dengan mengelola risiko stunting secara sistematis, desa tidak hanya menyelamatkan anak hari ini, tapi juga memastikan generasi berikutnya tumbuh cerdas, sehat, dan produktif.

Bab 2: Konsep Dasar Stunting

2.1 Pengertian Stunting

Berikut adalah definisi stunting menurut beberapa sumber baik nasional maupun internasional:

1. WHO (World Health Organization)

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bawah lima tahun) akibat kekurangan gizi kronis yang terjadi dalam waktu lama, terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), ditandai dengan panjang atau tinggi badan yang berada di bawah standar usianya (z-score < -2 SD dari standar pertumbuhan anak WHO).

2. UNICEF (United Nations Children's Fund)

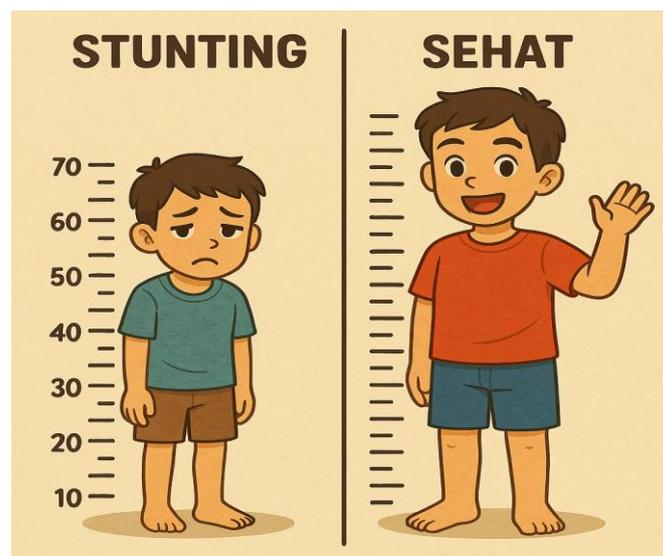
Stunting adalah kondisi di mana anak-anak terlalu pendek untuk usianya sebagai akibat dari kekurangan gizi yang kronis dan berulang, yang juga dipengaruhi oleh infeksi berulang, sanitasi buruk, dan praktik pemberian makan yang tidak tepat.

3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Stunting adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang, terutama dalam 1.000 HPK, yang menyebabkan anak memiliki tinggi badan di bawah standar usianya.

4. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh yang ditandai dengan tinggi badan anak lebih pendek dari standar usianya akibat kekurangan gizi yang berlangsung lama, serta menjadi indikator ketidakberhasilan pemenuhan kebutuhan dasar anak dalam aspek gizi, kesehatan, dan pengasuhan.



Gambar 2.1. Perbedaan kondisi fisik balita yang mengalami stunting dan yang tumbuh normal.

2.2 Apa Penyebab Stunting

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang, yang terjadi sejak masa kandungan hingga usia dua tahun. Untuk memahami akar masalah ini, digunakan kerangka teori yang membagi penyebab stunting menjadi tiga tingkatan:

1. Penyebab Langsung (Direct Causes)

Penyebab langsung stunting berkaitan langsung dengan status gizi dan kesehatan anak, yang meliputi:

1) Asupan gizi yang tidak adekuat

Anak yang tidak mendapatkan asupan nutrisi cukup—baik dari segi jumlah maupun kualitas—berisiko mengalami pertumbuhan yang terhambat. Ini bisa terjadi karena pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tidak sesuai usia, rendahnya frekuensi makan, atau kandungan gizi makanan yang tidak memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi penting.

2) Penyakit infeksi berulang

Anak yang sering mengalami infeksi, seperti diare, ISPA, atau cacangan, akan mengalami gangguan penyerapan nutrisi dan peningkatan kebutuhan energi, sehingga mengganggu pertumbuhannya. Infeksi yang tidak ditangani dengan baik dapat memperburuk kondisi gizi anak dan mempercepat terjadinya stunting.

2. Penyebab Tidak Langsung (Indirect Causes)

Penyebab tidak langsung merupakan akar dari permasalahan gizi, yang mencakup faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan, antara lain:

1) Pola asuh yang tidak memadai

Kurangnya pengetahuan orang tua, terutama ibu, mengenai gizi anak, ASI eksklusif, MP-ASI, dan praktik kebersihan menjadi penyebab penting dalam kasus stunting. Selain itu, pola pengasuhan yang kurang responsif terhadap kebutuhan anak juga berkontribusi terhadap kurang optimalnya pertumbuhan.

2) Akses terhadap pelayanan kesehatan yang rendah

Keterbatasan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dasar seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan (ANC), pemantauan tumbuh kembang, dan pengobatan dini membuat banyak anak tidak mendapatkan perlindungan yang layak sejak dini.

3) Ketersediaan dan akses terhadap pangan yang tidak mencukupi

Ketidakcukupan pangan bergizi baik dari segi kuantitas maupun kualitas, terutama di rumah tangga miskin, menyebabkan anak berisiko mengalami defisit nutrisi kronis.

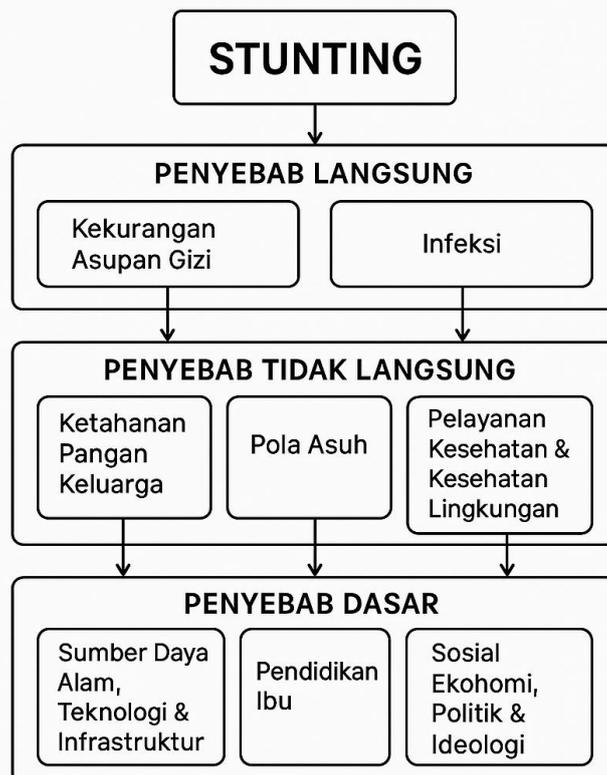
4) Sanitasi dan lingkungan yang buruk

Kurangnya akses terhadap air bersih, sanitasi yang layak, dan praktik kebersihan yang buruk meningkatkan risiko infeksi dan memperburuk kondisi gizi anak.

3. Penyebab Dasar (Basic Causes)

Di luar penyebab langsung dan tidak langsung, stunting juga dipengaruhi oleh penyebab dasar, seperti kemiskinan, ketimpangan gender, rendahnya tingkat pendidikan, serta lemahnya kebijakan dan tata kelola di tingkat komunitas dan negara. Ketidakmerataan pembangunan dan ketimpangan distribusi sumber daya juga memperbesar kerentanan keluarga terhadap stunting.

Berikut adalah gambar kerangka teori tentang penyebab langsung, tidak langsung, dan dasar terjadinya stunting.



Gambar 2.2. Kerangka teori tentang penyebab langsung, tidak langsung, dan dasar terjadinya stunting.

2.3 Dampak Stunting

Berikut adalah uraian tentang dampak jangka pendek dan jangka panjang dari stunting yang penting dipahami dalam konteks kesehatan, pendidikan, dan pembangunan sumber daya manusia:

1. Dampak Stunting Jangka Pendek

Stunting bukan sekadar isu angka atau statistik gizi—ia adalah cerminan keterbatasan tumbuh kembang anak yang berimplikasi langsung pada kualitas hidup sehari-hari. Dalam jangka pendek, anak yang mengalami stunting menghadapi hambatan serius dalam perkembangan fisik dan mental. Mereka lebih rentan terhadap penyakit, memiliki daya tangkap yang rendah, serta mengalami keterlambatan motorik dan kognitif yang

mengganggu proses belajar dan interaksi sosial. Kondisi ini menempatkan anak-anak dalam posisi kurang menguntungkan di masa pertumbuhan kritis mereka, dan bila tidak segera diatasi, dapat menghambat potensi mereka untuk tumbuh sehat, cerdas, dan produktif.

1) Pertumbuhan fisik terhambat

Anak dengan stunting mengalami gangguan pertumbuhan linear yang membuat tinggi badannya jauh di bawah standar usianya. Hal ini mencerminkan kondisi kekurangan gizi kronis yang dapat dimulai sejak dalam kandungan.

2) Perkembangan kognitif terganggu

Otak anak yang mengalami stunting tidak berkembang secara optimal akibat kurangnya asupan nutrisi penting seperti zat besi, yodium, dan asam lemak esensial. Akibatnya, kemampuan belajar, berbicara, dan memahami akan tertinggal dibandingkan anak sebaya.

3) Penurunan imunitas tubuh

Anak stunting lebih rentan terhadap penyakit infeksi seperti diare, pneumonia, dan infeksi saluran pernapasan karena sistem kekebalan tubuhnya lemah. Hal ini dapat memperparah kondisi gizi dan menciptakan lingkaran setan antara infeksi dan malnutrisi.

4) Peningkatan risiko kematian anak

Stunting meningkatkan risiko kematian balita, terutama pada usia di bawah dua tahun, akibat komplikasi dari kekurangan gizi dan infeksi yang tidak tertangani dengan baik.

2. Dampak Stunting Jangka Panjang

Stunting tidak hanya berdampak pada masa anak-anak, tetapi meninggalkan jejak yang mendalam dan bertahan lama sepanjang siklus kehidupan seseorang. Anak yang tumbuh dengan stunting berisiko mengalami gangguan perkembangan intelektual, produktivitas rendah saat dewasa, dan peningkatan kerentanan terhadap penyakit tidak menular. Di tingkat masyarakat, dampak ini menciptakan lingkaran ketertinggalan yang memperlambat kemajuan pembangunan dan memperkuat ketimpangan sosial. Oleh karena itu, memahami dan merespons dampak jangka panjang stunting menjadi langkah krusial dalam membangun generasi sehat, tangguh, dan kompetitif.

1) Kecerdasan rendah dan prestasi akademik buruk

Anak yang stunting cenderung memiliki IQ lebih rendah dan kesulitan dalam mengikuti pelajaran di sekolah. Hal ini berakibat pada rendahnya prestasi akademik dan keterbatasan dalam menyerap ilmu pengetahuan.

2) Produktivitas kerja menuru

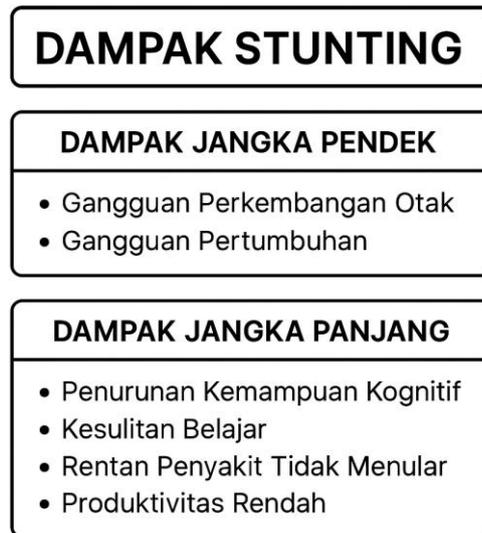
Saat dewasa, individu yang mengalami stunting cenderung memiliki kapasitas kerja yang rendah, mudah lelah, dan memiliki keterampilan kerja yang terbatas, sehingga tidak mampu bersaing di dunia kerja secara optimal.

3) Peningkatan risiko penyakit tidak menular (PTM)

Stunting yang tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan perubahan metabolisme tubuh yang meningkatkan risiko penyakit seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung di usia dewasa.

4) Menurunnya kualitas generasi dan siklus kemiskinan

Perempuan yang mengalami stunting lebih berisiko melahirkan bayi dengan kondisi yang sama (intergenerational cycle of stunting). Ini akan memperpanjang siklus kemiskinan dan memperlambat pembangunan sumber daya manusia suatu bangsa.



Gambar 2.3. Dampak jangka pendek dan jangka panjang dari stunting

2.4 Populasi risiko tinggi (1000 HPK)

Periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) — yang mencakup masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun — merupakan fase kritis dalam siklus kehidupan manusia. Pada masa inilah otak berkembang sangat pesat, sistem kekebalan tubuh terbentuk, serta fondasi pertumbuhan dan perkembangan jangka panjang ditentukan. Oleh karena itu, populasi dalam fase 1000 HPK dikategorikan sebagai populasi risiko tinggi terhadap stunting apabila tidak mendapatkan asupan gizi, layanan kesehatan, sanitasi, dan stimulasi yang memadai.

1. Tingkat Nasional

Secara nasional, data dari *Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2022* menunjukkan bahwa prevalensi stunting pada balita Indonesia masih berada di angka **21,6%**. Angka ini meskipun menurun dari tahun sebelumnya, masih menunjukkan bahwa jutaan anak Indonesia dalam kelompok usia 0–23 bulan berisiko tinggi mengalami gangguan pertumbuhan. Faktor risiko tinggi secara nasional antara lain:

- 1) Masih tingginya angka anemia dan Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil (sekitar 24,4%).
- 2) Cakupan ASI eksklusif yang belum mencapai target (sekitar 70%).

- 3) Masih terdapat kesenjangan akses air bersih dan sanitasi di banyak wilayah.

2. Tingkat Provinsi

Beberapa provinsi di Indonesia masih mencatatkan angka stunting di atas rata-rata nasional. Misalnya:

- 1) Nusa Tenggara Timur (NTT) dengan prevalensi stunting mencapai 35,3%.
- 2) Papua Tengah dan Papua Pegunungan juga termasuk wilayah dengan angka stunting tinggi.

Populasi dalam 1000 HPK di provinsi-provinsi ini sangat rentan karena kondisi geografis yang sulit dijangkau, keterbatasan infrastruktur kesehatan, dan rendahnya literasi gizi di tingkat rumah tangga.

3. Tingkat Daerah (Kabupaten/Kota)

Jika ditarik ke tingkat kabupaten/kota, ketimpangan semakin terlihat. Misalnya, di beberapa daerah: Kabupaten Timor Tengah Selatan (NTT) mencatat angka stunting mencapai lebih dari 40%. Sementara di beberapa kabupaten lain seperti di Jawa Barat dan Banten, prevalensi stunting juga tinggi meskipun berada di wilayah yang lebih maju secara ekonomi. Populasi risiko tinggi di daerah ini umumnya terdiri dari:

- 1) Ibu hamil dengan status gizi buruk (KEK dan anemia),
- 2) Bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR),
- 3) Balita dengan riwayat infeksi berulang,
- 4) Rumah tangga miskin dengan akses terbatas ke air bersih dan layanan kesehatan dasar.

2.5 Tinjauan kebijakan nasional (Stranas Stunting)

Pemerintah Indonesia telah menetapkan Stunting sebagai salah satu prioritas pembangunan nasional karena dampaknya yang serius terhadap kualitas sumber daya manusia dan produktivitas bangsa. Sebagai respon terhadap tingginya prevalensi stunting, pemerintah meluncurkan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (Stranas Stunting) melalui Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting.

Stranas Stunting bertujuan menurunkan prevalensi stunting secara signifikan melalui pendekatan intervensi gizi spesifik dan sensitif, dengan menekankan pentingnya integrasi lintas sektor serta pelibatan semua tingkatan pemerintahan dan masyarakat. Strategi ini juga menekankan pentingnya intervensi pada kelompok risiko tinggi dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), mulai dari ibu hamil hingga anak usia 2 tahun.

Stranas Stunting memiliki lima pilar utama, yaitu:

1. Komitmen dan visi kepemimpinan nasional dan daerah untuk penurunan stunting.
2. Kampanye komunikasi perubahan perilaku dan pemberdayaan masyarakat, agar keluarga sadar akan pentingnya gizi, sanitasi, dan perawatan anak yang tepat.

3. Konvergensi program pusat dan daerah, yang mengintegrasikan intervensi gizi spesifik (langsung) dan sensitif (tidak langsung) ke dalam satu peta jalan penurunan stunting.
4. Ketahanan pangan dan gizi, dengan memastikan akses keluarga terhadap pangan bergizi dan edukasi konsumsi makanan sehat.
5. Pemantauan dan evaluasi, melalui sistem pelaporan yang transparan dan berbasis data.

Implementasi Stranas Stunting diperkuat melalui mekanisme koordinasi yang melibatkan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) sebagai koordinator pelaksana. Salah satu pendekatan kunci dalam Stranas adalah pelaksanaan delapan aksi konvergensi, mulai dari analisis situasi, perencanaan, rembuk stunting, pembinaan kader, hingga penguatan sistem pemantauan dan evaluasi tingkat desa.

Kebijakan nasional ini menjadi dasar utama bagi pemerintah provinsi, kabupaten/kota, hingga desa untuk menyusun rencana aksi daerah, menetapkan lokus prioritas, dan melaksanakan program penurunan stunting yang lebih terarah, partisipatif, dan berkelanjutan.

Bab 3: Manajemen Risiko dalam Penanggulangan Stunting

3.1 Apa Manajemen Risiko

Manajemen risiko adalah proses sistematis untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mengendalikan potensi risiko yang dapat menghambat pencapaian tujuan program. Dalam konteks stunting, pendekatan ini sangat penting karena penurunan prevalensi stunting melibatkan banyak sektor, aktor, dan variabel yang saling terkait.

Manajemen risiko stunting adalah pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, dan mengendalikan berbagai faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya stunting, khususnya dalam periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Pendekatan ini menekankan pentingnya antisipasi dini terhadap faktor-faktor penyebab langsung dan tidak langsung stunting, sehingga intervensi dapat dilakukan secara tepat, terukur, dan berkelanjutan.

Dalam konteks stunting, manajemen risiko bukan hanya menyoroti aspek medis dan gizi, tetapi juga melibatkan dimensi sosial, ekonomi, lingkungan, dan kebijakan yang saling terkait. Oleh karena itu, strategi ini memerlukan keterlibatan lintas sektor dan lintas aktor, mulai dari pemerintah, tenaga kesehatan, kader, hingga keluarga itu sendiri sebagai unit paling dasar.

Langkah-langkah dalam manajemen risiko stunting mencakup:

1. Identifikasi Risiko: Mengidentifikasi kelompok rentan (ibu hamil KEK, bayi BBLR, balita dengan riwayat penyakit infeksi), kondisi lingkungan (sanitasi buruk, keterbatasan air bersih), dan akses terhadap layanan kesehatan.
2. Analisis dan Penilaian Risiko: Menilai tingkat keparahan dan kemungkinan terjadinya risiko menggunakan indikator dan data yang tersedia, seperti status gizi, cakupan imunisasi, pola ASI, dan pola konsumsi pangan keluarga.
3. Mitigasi dan Pengendalian Risiko: Menentukan intervensi spesifik (pemberian makanan tambahan, suplementasi zat besi, promosi ASI eksklusif) dan sensitif (penyediaan air bersih, jamban sehat, perlindungan sosial) untuk mengurangi risiko.
4. Pemantauan dan Evaluasi: Melakukan pemantauan berkala terhadap status gizi ibu dan anak, serta mengevaluasi efektivitas program melalui data surveilans gizi dan pelaporan desa.

3.2 Tahapan Manajemen Risiko

Manajemen risiko stunting merupakan proses berkelanjutan yang bertujuan untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, serta mengendalikan faktor-faktor yang

berpotensi menyebabkan terjadinya stunting pada anak, terutama dalam masa kritis 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Tahapan ini harus dilakukan secara sistematis dan partisipatif di tingkat desa agar pencegahan stunting dapat berjalan optimal dan terarah. Berikut adalah lima tahapan utama dalam manajemen risiko stunting:

1. Identifikasi Risiko

Tahapan awal ini bertujuan untuk mengumpulkan informasi dan data mengenai potensi dan kelompok berisiko tinggi terhadap stunting. Kegiatan yang dilakukan antara lain:

1. Pendataan ibu hamil, ibu menyusui, dan balita di wilayah desa.
2. Identifikasi ibu dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK), anemia, dan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).
3. Pemetaan kondisi lingkungan yang berisiko seperti rumah tanpa akses air bersih, sanitasi buruk, dan kemiskinan ekstrem.
4. Pencatatan capaian imunisasi, ASI eksklusif, dan status gizi balita

Alat bantu yang digunakan dalam tahap ini misalnya formulir surveilans gizi, data dari Puskesmas, Posyandu, dan survei rumah tangga.

2. Analisis dan Penilaian Risiko

Setelah risiko diidentifikasi, langkah berikutnya adalah menilai tingkat keparahan dan kemungkinan terjadinya risiko tersebut. Kegiatan yang dilakukan meliputi:

- 1) Penilaian tingkat gizi anak berdasarkan indikator WHO (misalnya z-score TB/U).
- 2) Penilaian status ibu hamil (KEK, anemia) serta status ekonomi keluarga.
- 3) Mengklasifikasi risiko menjadi rendah, sedang, atau tinggi.
- 4) Menyusun peta risiko desa yang menggambarkan sebaran rumah tangga rentan.

Tahapan ini memungkinkan pemerintah desa menyusun prioritas intervensi berdasarkan urgensi dan sumber daya yang tersedia.

3. Penentuan Strategi dan Rencana Pengendalian Risiko

- 1) Berdasarkan hasil analisis, desa menyusun rencana aksi untuk mencegah dan mengendalikan risiko yang teridentifikasi. Strategi dikembangkan dalam bentuk:
- 2) Intervensi gizi spesifik: pemberian makanan tambahan, tablet tambah darah, ASI eksklusif, pemantauan pertumbuhan.
- 3) Intervensi gizi sensitif: penyediaan air bersih, jamban sehat, bantuan sosial, edukasi parenting.
- 4) Penjadwalan kegiatan konvergensi lintas sektor (posyandu, PKK, karang taruna, kader kesehatan, guru PAUD).

Rencana pengendalian ini disesuaikan dengan kebutuhan lokal, sumber daya desa, dan dukungan dari sektor terkait (Puskesmas, Dinsos, Dinkes).

4. Implementasi Intervensi dan Mitigasi Risiko

Tahapan ini berfokus pada pelaksanaan program dan kegiatan yang telah direncanakan. Kegiatan yang dilakukan misalnya:

- 1) Pelayanan terpadu di posyandu untuk ibu hamil dan balita.



Pelayanan terpadu di Posyandu untuk ibu hamil dan balita merupakan layanan kesehatan yang menyatukan berbagai kegiatan seperti pemeriksaan kehamilan, pemantauan pertumbuhan balita, imunisasi, pemberian vitamin, dan penyuluhan gizi. Kegiatan ini bertujuan untuk mendeteksi dini masalah kesehatan serta memberikan intervensi tepat waktu bagi kelompok rentan seperti ibu hamil dan anak usia dini. Melalui pendekatan terpadu, Posyandu berperan penting dalam pencegahan stunting dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat di tingkat desa.

Gambar 3.1. Pelayanan terpadu di posyandu

- 2) Home visit untuk edukasi gizi keluarga berisiko tinggi.



Home visit untuk edukasi gizi keluarga berisiko tinggi adalah kunjungan langsung ke rumah oleh kader atau petugas kesehatan untuk memberikan pemahaman tentang pola makan sehat dan perawatan gizi. Kegiatan ini bertujuan untuk mendorong perubahan perilaku dan meningkatkan status gizi ibu hamil, balita, atau anggota keluarga yang rentan terhadap stunting.

Gambar 3.2. Home visit untuk edukasi gizi keluarga berisiko tinggi

- 3) Pemberian makanan tambahan berbasis pangan lokal.



Pemberian makanan tambahan berbasis pangan lokal adalah upaya pemenuhan kebutuhan gizi ibu hamil dan balita melalui makanan bergizi yang berasal dari bahan pangan yang mudah ditemukan di daerah setempat. Pendekatan ini mendukung keberlanjutan, meningkatkan penerimaan masyarakat, serta memberdayakan potensi lokal dalam pencegahan stunting.

Gambar 3.3. Pemberian makanan tambahan berbasis pangan lokal

- 4) Pendampingan keluarga melalui program Tim Pendamping Keluarga (TPK).

Implementasi harus disertai dengan penguatan koordinasi lintas sektor dan partisipasi masyarakat desa agar hasilnya berkelanjutan.



Pendampingan keluarga melalui program Tim Pendamping Keluarga (TPK) merupakan kegiatan yang melibatkan kader kesehatan, PKK, dan PLKB untuk memberikan edukasi, pemantauan, dan dukungan langsung kepada keluarga berisiko stunting. Program ini bertujuan untuk memastikan intervensi gizi, kesehatan, dan perilaku hidup sehat berjalan efektif sejak masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun (1000 HPK).

Gambar 3.4. Pendampingan keluarga melalui program Tim Pendamping Keluarga (TPK)

5 Pemantauan, Evaluasi, dan Tindak Lanjut

Tahap akhir adalah melakukan pemantauan rutin terhadap perkembangan status gizi anak, keberhasilan intervensi, dan melakukan penyesuaian strategi bila diperlukan. Langkah-langkahnya meliputi:

- 1) Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita secara berkala.
- 2) Evaluasi capaian intervensi melalui rapat koordinasi desa (misalnya Rembuk Stunting).
- 3) Penyusunan laporan kegiatan dan rekomendasi tindak lanjut berbasis data.
- 4) Pembelajaran dan replikasi praktik baik ke RT/RW lain di desa.
- 5) Alur kerja manajemen risiko stunting di tingkat desa



Gambar 3.5. Kegiatan Pemantauan, Evaluasi, dan Tindak Lanjut

Bab 4: Pilar Mitigasi Stunting Berbasis Manajemen Risiko

Penanggulangan stunting membutuhkan pendekatan yang tidak hanya reaktif, tetapi juga proaktif dan terstruktur. Di tengah kompleksitas penyebab dan tantangan implementasi, **manajemen risiko menjadi fondasi penting** untuk memastikan bahwa intervensi berjalan efektif, efisien, dan berkelanjutan. Pilar-pilar mitigasi stunting berbasis manajemen risiko dirancang untuk memperkuat tata kelola program, meningkatkan ketahanan sistem, dan mendorong partisipasi lintas sektor. Dengan mengintegrasikan identifikasi risiko, strategi mitigasi, dan pemantauan berkelanjutan, pendekatan ini membantu desa dan pemangku kepentingan mengantisipasi hambatan serta merespons secara cepat dan tepat. Pilar-pilar ini bukan hanya alat teknis, tetapi juga cerminan komitmen kolektif untuk membangun generasi yang sehat dan bebas dari stunting.

4.1. Pilar 1: Identifikasi Risiko

Identifikasi risiko merupakan tahap awal dan paling krusial dalam pendekatan manajemen risiko stunting. Tujuannya adalah untuk mengenali secara tepat siapa yang berisiko tinggi mengalami stunting dan di mana lokasi konsentrasi risiko tersebut berada. Dengan identifikasi yang akurat, program intervensi bisa menjadi lebih terarah, tepat sasaran, dan efisien dalam penggunaan sumber daya.

1. Pemutakhiran Data Keluarga 1000 HPK

Kelompok sasaran utama dalam pencegahan stunting adalah keluarga dengan anggota dalam periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu sejak janin dalam kandungan (konsepsi) hingga anak berusia dua tahun. Pada tahap ini dilakukan pemutakhiran data secara berkala yang mencakup:

1. Ibu hamil dan menyusui: status gizi (Kekurangan Energi Kronik, anemia), konsumsi tablet tambah darah, kunjungan ke fasilitas kesehatan.
2. Anak usia 0–23 bulan: status imunisasi, status gizi (berdasarkan panjang badan atau tinggi badan per umur), pola ASI dan MP-ASI, riwayat penyakit infeksi.
3. Kondisi rumah tangga: sanitasi, akses air bersih, kepemilikan jaminan kesehatan, kondisi sosial ekonomi.

Pemutakhiran data ini dapat dilakukan oleh kader posyandu, TPK (Tim Pendamping Keluarga), atau petugas desa menggunakan formulir manual atau aplikasi digital seperti e-HDW dan e-PPGBM.

Berikut adalah **contoh tabel Pemutakhiran Data Keluarga 1000 HPK** yang dapat digunakan oleh kader desa, petugas gizi, atau Tim Pendamping Keluarga (TPK):

Tabel 4.1. Contoh tabel pemutakhiran data keluarga 1000 HPK

No.	Nama Ibu / Pengasuh	Nama Anak / Janin	NIK Ibu	Umur Ibu	Status 1000 HPK	Alamat	Status Gizi Ibu / Anak	Intervensi yang Diperlukan	Keterangan
1	(diisi nama ibu)	(diisi janin/anak dan umur)	(diisi NIK Ibu)	(diisi umur ibu)	(diisi ibu hamil,hamil remaja,Balita)	(diisi RT/RW)	(diisi kondisi status gizi)	(diisi intervensi yg diberikan)	(diisi layanan yg sdh diberikan)
2									
3									
4									
5									

Keterangan:

- *Status 1000 HPK*: Ibu hamil, ibu menyusui, anak usia 0–2 tahun.
- *Status Gizi*: KEK = Kurang Energi Kronis, PMT = Pemberian Makanan Tambahan.
- Data ini diperbarui secara berkala minimal setiap 3 bulan.
-

Berikut contoh tabel penyajian data distribusi frekuensi berdasarkan kelompok risiko stunting. Tabel ini membantu menggambarkan jumlah dan persentase populasi dalam setiap kelompok risiko yang relevan terhadap stunting di suatu wilayah (misalnya desa atau kelurahan).

Tabel 4.2. Contoh tabel data kelompok risiko stunting

No	Kelompok Risiko	Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Anak Balita (0–59 bulan)	xxxx	xx.x%
2	Remaja Putri (10–18 tahun)	xxxx	xx.x%
3	Calon Pengantin (usia subur)	xxxx	xx.x%
4	Ibu Hamil	xxxx	xx.x%
5	Rumah Tidak Layak Lingkungan (sanitasi/air bersih buruk)	xxxx	xx.x%
6	Rumah Tangga dengan Akses Layanan Kesehatan Buruk	xxxx	xx.x%
7	Rumah Tangga Sosial Ekonomi Rendah (sangat miskin)	xxxx	xx.x%
	Total	xxxxx	100%

Penjelasan Variabel:

- Anak Balita: Semua anak usia 0–59 bulan yang menjadi populasi target intervensi gizi.
- Remaja Putri: Kelompok remaja putri berisiko anemia dan KEK.
- Calon Pengantin: Wanita usia subur (15–49 tahun) yang akan menikah—sasaran intervensi gizi dan edukasi pranikah.
- Ibu Hamil: Risiko KEK dan anemia yang berdampak pada janin.
- Lingkungan: Rumah dengan sanitasi buruk atau tanpa akses air bersih.
- Layanan Kesehatan: Rumah tangga yang sulit mengakses posyandu/puskesmas.
- Sosial Ekonomi: Rumah tangga dalam kategori miskin atau sangat miskin (DTKS/P3KE).

Tabel 4.3. Contoh tabel data ibu hamil dan menyusui

No	Variabel	Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Status Gizi (KEK)	Tidak KEK	xxxx	xx.x%
		KEK ringan/sedang	xxxx	xx.x%
		KEK berat	xxxx	xx.x%
2	Status Anemia	Tidak anemia	xxxx	xx.x%
		Anemia ringan	xxxx	xx.x%
		Anemia sedang/berat	xxxx	xx.x%
3	Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)	≥90 tablet selama kehamilan	xxxx	xx.x%
		30–89 tablet	xxxx	xx.x%
		<30 tablet / tidak konsumsi	xxxx	xx.x%
4	Kunjungan ke Fasilitas Kesehatan	≥4 kali kunjungan (standar ANC)	xxxx	xx.x%
		1–3 kali kunjungan	xxxx	xx.x%
		Tidak pernah	xxxx	xx.x%
Total			xxxxx	100%

Keterangan:

- KEK (Kekurangan Energi Kronik): Diukur dengan lingkaran lengan atas (LILA < 23,5 cm).
- Anemia: Ditentukan berdasarkan kadar hemoglobin (<11 g/dL).
- Tablet Tambah Darah (TTD): Direkomendasikan ≥90 tablet selama kehamilan.
- Kunjungan Fasilitas Kesehatan (ANC): Pemeriksaan minimal 4 kali selama kehamilan (standar WHO/Kemenkes RI).

Tabel 4.4. Contoh tabel data Anak Usia 0–23 Bulan

No	Variabel	Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Status Imunisasi Dasar Lengkap	Lengkap (sesuai jadwal)	xxxx	xx.x%
		Tidak Lengkap	xxxx	xx.x%
2	Status Gizi (PB/TB menurut Umur - WHO Z-score)	Normal (≥ -2 SD)	xxxx	xx.x%
		Pendek (< -2 SD s/d -3 SD)	xxxx	xx.x%
		Sangat Pendek (< -3 SD)	xxxx	xx.x%
3	Pola Pemberian ASI	ASI Eksklusif (0–6 bulan)	xxxx	xx.x%
		Tidak ASI Eksklusif	xxxx	xx.x%
4	Pola Pemberian MP-ASI	Tepat waktu dan adekuat (≥6 bulan, sesuai panduan)	xxxx	xx.x%
		Terlambat/Dini/Tidak adekuat	xxxx	xx.x%
5		Tidak Pernah Sakit	xxxx	xx.x%

No	Variabel	Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
	Riwayat Penyakit Infeksi (3 bulan terakhir)	Pernah ISPA/diare ringan	xxxx	xx.x%
		Sering sakit/berulang (≥ 2 kali dalam 3 bulan)	xxxx	xx.x%
	Total Responden Anak (0–23 bulan)		xxxxx	100%

Penjelasan:

- Status Imunisasi Lengkap: Mengikuti jadwal imunisasi dasar (BCG, Polio, DPT-HB-Hib, Campak/Rubella).
- Status Gizi: Berdasarkan pengukuran panjang badan atau tinggi badan per umur menggunakan WHO Growth Standards.
- ASI Eksklusif: Hanya ASI tanpa makanan/minuman lain selama 0–6 bulan.
- MP-ASI: Diberikan mulai usia 6 bulan, cukup jumlah dan kualitas.
- Riwayat Infeksi: ISPA, diare, demam, dan infeksi lain yang berulang berisiko menyebabkan gangguan pertumbuhan.

Tabel 4.5. Contoh tabel data Kondisi Rumah Tangga

No	Variabel	Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Sanitasi	Layak (ada jamban sehat, septic tank)	xxxx	xx.x%
		Tidak Layak (buang air besar sembarangan)	xxxx	xx.x%
2	Akses Air Bersih	Layak (air ledeng, sumur terlindung, PAM)	xxxx	xx.x%
		Tidak Layak (air permukaan, sumur terbuka, dll.)	xxxx	xx.x%
3	Kepemilikan Jaminan Kesehatan	Memiliki (BPJS/JKN/Askes dll.)	xxxx	xx.x%
		Tidak Memiliki	xxxx	xx.x%
4	Kondisi Sosial Ekonomi	Mampu (menengah ke atas)	xxxx	xx.x%
		Rentan miskin (pra-sejahtera)	xxxx	xx.x%
		Sangat miskin (DTKS, P3KE)	xxxx	xx.x%
	Total Rumah Tangga		xxxxx	100%

Keterangan Variabel:

- Sanitasi Layak: Jamban sehat yang dilengkapi septic tank dan tidak mencemari lingkungan.
- Air Bersih Layak: Air yang memenuhi syarat Kemenkes RI (tidak berwarna, tidak berbau, tidak berasa, dan aman dari pencemaran).

- Jaminan Kesehatan: Kepemilikan kartu aktif BPJS Kesehatan, KIS, atau asuransi kesehatan lain.
- Kondisi Sosial Ekonomi: Didasarkan pada indikator BPS/Dinsos seperti kepemilikan aset, pengeluaran bulanan, pekerjaan, dan status DTKS.

2. Pemetaan Wilayah Rawan Stunting

Setelah mengumpulkan data individu dan rumah tangga, langkah selanjutnya adalah melakukan pemetaan wilayah rawan stunting. Pemetaan ini bertujuan mengidentifikasi wilayah geografis atau dusun/desa yang memiliki:

- 1) Jumlah anak stunting tertinggi
- 2) Akses layanan kesehatan rendah
- 3) Tingkat kemiskinan tinggi
- 4) Kualitas sanitasi dan lingkungan buruk
- 5) Akses air bersih minim
- 6) Partisipasi posyandu rendah

Pemetaan bisa dilakukan secara partisipatif melalui FGD (Focus Group Discussion) dengan kader, bidan, dan perangkat desa, atau menggunakan data spasial dan aplikasi sistem informasi geografis (SIG).



Gambar 4.1. Gambar ilustrasi peta desa yang mencerminkan kondisi desa

4.2. Pilar 2: Analisis Risiko

Setelah risiko-risiko stunting teridentifikasi melalui pemutakhiran data dan pemetaan wilayah, langkah berikutnya dalam pendekatan manajemen risiko adalah analisis risiko. Pilar ini bertujuan untuk menilai sejauh mana tingkat risiko yang ada, menetapkan prioritas penanganan, dan mengintegrasikan hasilnya ke dalam proses pengambilan keputusan desa, terutama dalam perencanaan pembangunan.

1. Skoring Risiko dan Prioritas

Skoring risiko adalah proses kuantifikasi untuk menilai tingkat risiko setiap individu atau wilayah berdasarkan sejumlah indikator yang relevan. Indikator ini bisa mencakup:

- 1) Status gizi balita (tinggi badan menurut umur)
- 2) Status ibu hamil (anemia, KEK)
- 3) Akses terhadap layanan kesehatan dan posyandu
- 4) Kondisi lingkungan rumah (sanitasi, air bersih)
- 5) Status sosial ekonomi rumah tangga

Setiap indikator diberi skor, misalnya dari 1 (risiko rendah) hingga 3 (risiko tinggi), kemudian dijumlahkan untuk mendapatkan total skor risiko. Rumah tangga atau wilayah dengan skor tertinggi dikategorikan sebagai prioritas utama dalam intervensi stunting.

Berikut adalah contoh tabel skoring risiko untuk menilai tingkat risiko (Rendah, Sedang, Tinggi) pada individu atau wilayah berdasarkan lima indikator yang relevan:

Tabel 4.6. Tabel Contoh Skoring Risiko Kesehatan Masyarakat

Indikator	Kategori	Skor
Status Gizi Balita (TB/U)	Normal (≥ -2 SD)	1
	Pendek (< -2 SD s/d -3 SD)	2
	Sangat Pendek (< -3 SD)	3
Status Ibu Hamil	Tidak anemia & tidak KEK	1
	Anemia ringan atau KEK ringan	2
	Anemia sedang/berat atau KEK berat	3
Akses terhadap Layanan Kesehatan/Posyandu	Rutin (≥ 1 x/bln) & mudah dijangkau	1
	Kadang-kadang datang atau akses sulit	2
	Tidak pernah datang/tidak ada layanan	3
Kondisi Lingkungan Rumah	Layak (sanitasi & air bersih baik)	1
	Cukup layak (salah satu kurang baik)	2
	Tidak layak (sanitasi & air bersih buruk)	3
Status Sosial Ekonomi Rumah Tangga	Menengah ke atas	1
	Menengah ke bawah	2
	Sangat miskin	3

Tabel 4.7. Tabel contoh Interpretasi Total Skor Risiko

Rentang Skor Total	Tingkat Risiko
5 – 7	Rendah
8 – 11	Sedang
12 – 15	Tinggi

Catatan:

- Total skor dihitung dengan menjumlahkan skor dari semua indikator.
- Skoring ini bersifat kuantitatif namun tetap harus divalidasi secara lokal untuk mempertimbangkan konteks spesifik wilayah.

Berikut adalah contoh tabel skoring risiko wilayah satu desa, yang merupakan proses kuantifikasi untuk menilai tingkat risiko berdasarkan indikator-indikator kesehatan dan sosial ekonomi. Tabel ini disusun untuk digunakan dalam penilaian tingkat risiko desa secara keseluruhan, berdasarkan proporsi kondisi buruk di setiap indikator.

Tabel 4.8. Contoh tabel Skoring Risiko Wilayah (Tingkat Desa)

Indikator	Kategori Penilaian	Kriteria	Skor
Status Gizi Balita (TB/U)	Rendah Risiko	< 20% balita stunting	1
	Sedang Risiko	20% – 30% balita stunting	2
	Tinggi Risiko	> 30% balita stunting	3
Status Ibu Hamil (Anemia/KEK)	Rendah Risiko	< 20% ibu hamil dengan anemia/KEK	1
	Sedang Risiko	20% – 30% ibu hamil dengan anemia/KEK	2
	Tinggi Risiko	> 30% ibu hamil dengan anemia/KEK	3
Akses terhadap Layanan Kesehatan & Posyandu	Rendah Risiko	> 80% warga akses rutin & mudah	1
	Sedang Risiko	60% – 80% warga akses terbatas	2
	Tinggi Risiko	< 60% warga akses buruk/tidak ada layanan	3
Kondisi Lingkungan Rumah (Sanitasi & Air Bersih)	Rendah Risiko	> 80% rumah layak (sanitasi & air bersih)	1
	Sedang Risiko	60% – 80% rumah cukup layak	2
	Tinggi Risiko	< 60% rumah tidak layak	3
Status Sosial Ekonomi Rumah Tangga	Rendah Risiko	< 20% rumah tangga sangat miskin	1
	Sedang Risiko	20% – 30% rumah tangga sangat miskin	2
	Tinggi Risiko	> 30% rumah tangga sangat miskin	3

Tabel 4.9. Tabel contoh interpretasi total skor risiko wilayah (Desa)

Total Skor	Kategori Risiko Wilayah
5 – 7	Rendah Risiko
8 – 11	Sedang Risiko
12 – 15	Tinggi Risiko

Cara Penggunaan:

1. Lakukan survei terhadap seluruh RT, dusun, atau populasi target di desa.
2. Hitung persentase untuk setiap indikator sesuai kriteria.
3. Beri skor masing-masing indikator sesuai kriteria.
4. Jumlahkan total skor.
5. Klasifikasikan desa ke dalam kategori risiko (Rendah, Sedang, Tinggi).

2. Penggunaan Data dalam Musyawarah Desa

Analisis risiko tidak berhenti pada tahap teknis saja, tetapi harus dibawa ke dalam forum musyawarah desa agar menjadi bagian dari proses perencanaan pembangunan desa (musrenbangdes). Di sinilah penggunaan data menjadi alat advokasi yang penting untuk memastikan bahwa intervensi pencegahan dan penanggulangan stunting masuk dalam:

- 1) RKPDes (Rencana Kerja Pemerintah Desa)
- 2) APBDDes (Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa)
- 3) RPJMDes (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa)

Data hasil identifikasi dan analisis risiko disampaikan oleh bidan desa, TPK, atau kader posyandu kepada kepala desa, BPD, dan perangkat lainnya. Dengan demikian, penanganan stunting tidak hanya menjadi urusan sektor kesehatan, tetapi juga tanggung jawab lintas sektor di tingkat desa.

1) Proses Pelaksanaan Musyawarah Masyarakat Desa: Penyajian Hasil Identifikasi Risiko

a. Pengertian

Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) merupakan forum partisipatif yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan di tingkat desa untuk menyampaikan, mendiskusikan, dan menyepakati hasil identifikasi masalah prioritas, termasuk risiko stunting, serta menyusun rencana tindak lanjut berbasis data. Berikut adalah tahapan proses pelaksanaannya:

b. Tujuan Utama Musyawarah

- Menumbuhkan kesadaran kolektif masyarakat terhadap risiko stunting.
- Mendorong komitmen bersama untuk aksi nyata berbasis data.
- Menjadi dasar dalam menyusun kebijakan dan program desa yang tepat sasaran.

c. Persiapan Musyawarah

- Pembentukan Tim Pelaksana: Tim dari Puskesmas, bidan desa, kader posyandu, pemerintah desa, dan tokoh masyarakat ditunjuk untuk menyiapkan pelaksanaan musyawarah.
- Pengumpulan dan Validasi Data: Data diperoleh melalui Pemutakhiran Data Keluarga 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan hasil Pemetaan Wilayah Rawan Stunting.
 - Data keluarga 1000 HPK mencakup: ibu hamil, menyusui, anak 0–23 bulan, remaja putri, calon pengantin.
 - Pemetaan dilakukan berbasis RT/RW atau dusun, dengan memvisualisasikan rumah tangga berisiko pada peta desa.
- Penyusunan Materi Musyawarah: Hasil identifikasi dirangkum dalam bentuk tabel, grafik, dan peta tematik (misalnya peta rumah tangga dengan anak stunting, kondisi sanitasi, akses layanan kesehatan).

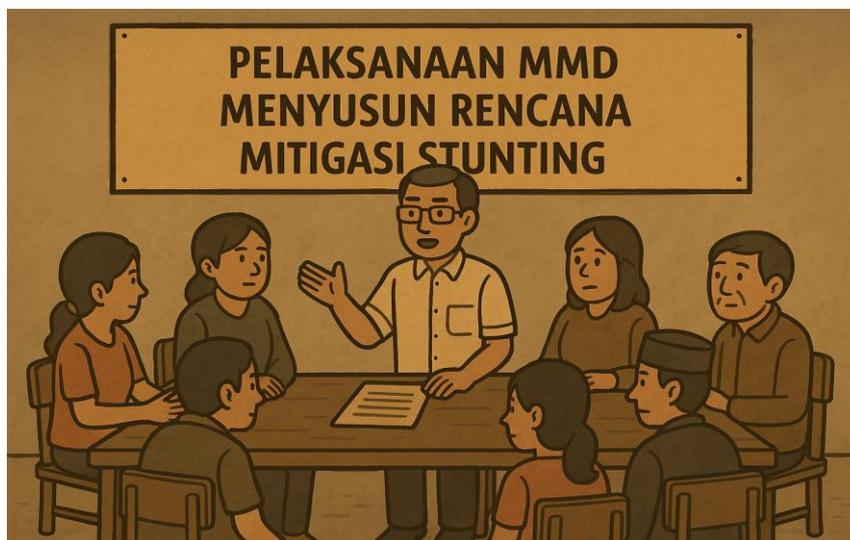


Gambar 4.2. MMD membahas uapaya program mitigasi stunting

d. Pelaksanaan Musyawarah

- Pembukaan: Dilakukan oleh kepala desa atau tokoh masyarakat sebagai bentuk dukungan politis dan komitmen terhadap penanganan stunting.
- Pemaparan Hasil Identifikasi Risiko:
 - Disampaikan oleh tim kesehatan (bidan/puskesmas/kader) dalam bentuk tabel distribusi risiko dan peta rumah tangga 1000 HPK.
 - Menunjukkan sebaran kasus anak stunting, ibu hamil KEK, sanitasi buruk, rendahnya cakupan imunisasi, dan rumah tangga dengan kondisi sosial ekonomi rentan.

- Diskusi dan Klarifikasi:
 - Warga diberi kesempatan untuk memberikan tanggapan, melengkapi data yang mungkin belum tercatat, atau memberi masukan terkait kondisi riil di lapangan.
 - Identifikasi faktor penyebab dan penguatan intervensi sensitif dan spesifik dibahas bersama.
- Penentuan Wilayah Prioritas:
 - Menepakati dusun/RT prioritas intervensi berdasarkan tingkat risiko tertinggi (misal: dusun dengan kombinasi anak stunting + sanitasi buruk + ibu hamil KEK).
- Penyusunan Rencana Tindak Lanjut:
 - Termasuk rencana kegiatan desa/posyandu, alokasi dana desa (DD), serta penguatan koordinasi lintas sektor (PKK, RT/RW, BPD).



Gambar 4.3. Pelaksanaan MMD Menyusun rencana mitigasi stunting

- e. Dokumentasi dan Tindak Lanjut
 - Dokumentasi Hasil Musyawarah:
 - Berita acara musyawarah, daftar hadir, foto kegiatan, serta peta dan tabel hasil identifikasi dilampirkan.
 - Integrasi dalam RKP Desa dan Rembuk Stunting:
 - Hasil musyawarah dijadikan bahan masukan untuk RKP Desa dan forum Rembuk Stunting di tingkat desa/kecamatan.
 - Pemantauan dan Evaluasi Berkala:
 - Dilakukan melalui Posyandu, kunjungan rumah, dan sistem informasi desa untuk memantau perkembangan status keluarga 1000 HPK dan efektivitas intervensi.

4.3. Pilar 3: Penanganan Risiko

Setelah risiko stunting berhasil diidentifikasi dan dianalisis, tahapan penanganan risiko menjadi sangat krusial untuk memastikan bahwa intervensi yang dilakukan benar-benar menysasar akar permasalahan. Penanganan risiko bukan sekadar pelaksanaan program, tetapi merupakan proses strategis untuk mengurangi, mengendalikan, atau bahkan menghapus potensi stunting dengan pendekatan yang berbasis bukti dan konteks lokal. Dalam implementasinya, pendekatan ini memanfaatkan hasil analisis risiko untuk merancang intervensi yang sesuai karakteristik masing-masing desa dan kelompok sasaran. Keberhasilan tahapan ini sangat bergantung pada seberapa kuat data yang digunakan, komitmen lintas sektor, serta keterlibatan masyarakat dalam menyusun dan menjalankan rencana aksi.

Intervensi penanganan risiko stunting dilakukan secara terintegrasi melalui pendekatan **gizi spesifik** dan **gizi sensitif**. Pendekatan gizi spesifik menysasar langsung pada anak balita dan ibu hamil melalui program seperti suplementasi zat gizi mikro, pemberian makanan tambahan, imunisasi, dan pemantauan pertumbuhan anak secara berkala. Sementara itu, pendekatan gizi sensitif lebih luas cakupannya karena bersinggungan dengan sektor lain seperti sanitasi, air bersih, pendidikan, perlindungan sosial, dan ketahanan pangan. Contohnya termasuk program jambanisasi, penyediaan air minum layak, peningkatan layanan PAUD, hingga pemberdayaan ekonomi keluarga. Sinergi antara dua pendekatan ini diperlukan untuk membentuk ekosistem yang sehat dan mendukung tumbuh kembang anak secara optimal.

Selain aspek teknis, tahapan penanganan risiko juga harus memperhatikan dimensi sosial dan budaya masyarakat. Intervensi yang tidak selaras dengan nilai-nilai lokal akan sulit diterima, meski secara ilmiah terbukti efektif. Oleh karena itu, pelibatan tokoh masyarakat, organisasi lokal, dan kader kesehatan menjadi kunci dalam menumbuhkan rasa memiliki terhadap program stunting. Proses ini juga mencakup komunikasi risiko yang efektif—yakni cara menyampaikan informasi risiko secara jelas, terbuka, dan relevan dengan persepsi masyarakat. Ketika masyarakat memahami risiko dan terlibat dalam proses penanganannya, maka dampak intervensi akan jauh lebih kuat dan berkelanjutan, bukan hanya sebagai program sementara, tetapi sebagai bagian dari budaya hidup sehat desa.

1. Intervensi Gizi Spesifik dan Sensitif

Intervensi gizi spesifik merupakan pendekatan langsung dalam pencegahan dan penanggulangan stunting, terutama pada kelompok rentan yaitu ibu hamil, ibu menyusui, dan anak usia 0–23 bulan. Intervensi ini berfokus pada penyediaan zat gizi esensial yang dibutuhkan dalam periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yang dikenal sebagai fase krusial dalam pembentukan kualitas sumber daya manusia. Bentuk intervensinya meliputi pemberian suplemen zat gizi mikro (seperti zat besi, asam folat, dan vitamin A), pemberian makanan tambahan bagi ibu dan balita, pemantauan pertumbuhan secara berkala, imunisasi, serta penyuluhan kesehatan ibu dan anak. Intervensi ini biasanya dilaksanakan melalui layanan kesehatan primer seperti Posyandu, Puskesmas, dan pelayanan kunjungan rumah oleh kader desa.

Sementara itu, intervensi gizi sensitif memiliki cakupan yang lebih luas dan bersifat tidak langsung, tetapi sangat menentukan keberhasilan gizi spesifik. Intervensi ini menyoar determinan sosial ekonomi dan lingkungan yang mempengaruhi status gizi, seperti akses terhadap air bersih, perilaku hidup bersih dan sehat, sanitasi layak, pendidikan ibu, ketahanan pangan keluarga, dan perlindungan sosial. Contoh konkret intervensi ini antara lain pembangunan sarana sanitasi, bantuan sosial untuk keluarga miskin, penyediaan layanan PAUD, edukasi pengasuhan anak berbasis komunitas, serta program pemberdayaan ekonomi keluarga. Pendekatan multisektor dalam gizi sensitif menuntut koordinasi erat antara sektor kesehatan, pendidikan, sosial, pertanian, dan infrastruktur.

Keterpaduan antara intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif menjadi fondasi penting dalam pelaksanaan strategi pencegahan stunting berbasis desa. Tanpa dukungan faktor-faktor sensitif, upaya pemberian gizi spesifik cenderung kurang optimal karena kondisi lingkungan dan sosial yang belum mendukung tumbuh kembang anak. Oleh karena itu, pemerintah desa melalui RPJMDes, APBDDes, dan regulasi lokal (seperti Perdes) perlu merancang kebijakan yang mengintegrasikan kedua pendekatan secara holistik. Pendekatan ini tidak hanya menyoar angka penurunan stunting, tetapi membangun sistem kesehatan masyarakat desa yang inklusif, tangguh, dan berkelanjutan.

Tabel 4.10. Jenis intervensi penanganan stunting

Jenis Intervensi	Kegiatan	Sasaran
Gizi Spesifik	Pemberian tablet tambah darah (TTD), pemantauan berat badan ibu hamil, edukasi MP-ASI, pemberian PMT (Pemberian Makanan Tambahan), imunisasi dasar lengkap, suplementasi balita	Ibu hamil, ibu menyusui, anak 0–2 tahun
Gizi Sensitif	Penyediaan akses air bersih, pembangunan jamban sehat, pelatihan pola asuh dan pendidikan ibu, program bantuan sosial (PKH, BPNT), sanitasi lingkungan	Rumah tangga, keluarga miskin, warga desa secara umum

Dengan kombinasi intervensi ini, risiko stunting dapat dikurangi secara menyeluruh baik dari sisi medis maupun lingkungan dan sosial.

2. Kolaborasi Multi-sektor

Penanganan risiko stunting tidak dapat diserahkan sepenuhnya kepada sektor kesehatan karena masalah stunting sendiri dipengaruhi oleh beragam faktor sosial, ekonomi, lingkungan, dan budaya. Oleh sebab itu, intervensi harus dirancang secara komprehensif dan lintas sektor agar dapat menjangkau seluruh determinan yang berkontribusi terhadap terjadinya stunting di tingkat desa. Kolaborasi antarsektor ini bukan hanya memperluas cakupan intervensi, tetapi juga memperkuat efektivitasnya melalui sinergi peran dan sumber daya.

Sektor kesehatan, melalui Puskesmas, Posyandu, dan bidan desa, memainkan peran sentral dalam pemberian layanan gizi spesifik dan pemantauan kesehatan ibu dan anak. Namun tanpa dukungan dari sektor lain, dampak yang dicapai akan terbatas. Sebagai garda terdepan, tenaga kesehatan membutuhkan dukungan sosial, edukasi, dan lingkungan yang memungkinkan keluarga menerapkan perilaku hidup sehat secara konsisten. Misalnya, Posyandu yang aktif tidak cukup jika akses air bersih masih rendah atau jika ibu tidak mendapatkan pengetahuan memadai tentang pengasuhan dan gizi.

Sektor pendidikan sangat penting dalam membangun literasi gizi dan kesehatan sejak dini. PAUD dan guru berperan dalam menyampaikan materi edukatif kepada anak dan orang tua, sedangkan penyuluh gizi dan kader pendidikan memiliki kapasitas untuk menjangkau komunitas melalui kampanye dan pelatihan. Keterlibatan sektor pendidikan juga memastikan bahwa anak-anak mendapatkan lingkungan belajar yang bersih, sehat, dan mendukung tumbuh kembang mereka, sekaligus menjadi media untuk menyebarkan praktik pengasuhan yang benar.

Sektor lingkungan dan infrastruktur turut menentukan kualitas hidup keluarga dan anak. Kepala dusun, pengelola air bersih, dan Tim Pelaksana Kegiatan (TPK) dapat memastikan bahwa intervensi stunting mencakup pembangunan sarana air minum layak, sanitasi, dan lingkungan yang ramah anak. Tanpa infrastruktur pendukung, upaya pemberian gizi dan edukasi tidak dapat diterapkan secara optimal. Misalnya, pemberian makanan tambahan akan kurang efektif jika sanitasi buruk dan anak mudah terserang penyakit infeksi.

Terakhir, sektor sosial dan pemerintahan desa merupakan penggerak keberlanjutan program. Kader PKK, pendamping PKH, dan tokoh masyarakat bertindak sebagai agen perubahan yang menjembatani informasi dan program kepada warga, sementara kepala desa, BPD, dan pengelola dana desa bertanggung jawab dalam menetapkan kebijakan dan pengalokasian anggaran. Keputusan untuk menjadikan penanganan stunting sebagai prioritas desa melalui RPJMDes dan APBDes merupakan langkah strategis yang menentukan keberhasilan lintas sektor. Integrasi ini menjadikan penanganan stunting bukan hanya sebagai program kesehatan, tetapi sebagai gerakan pembangunan manusia desa.

Tabel 4.11. Matriks Peran Sektor Penanganan Stunting di Desa

Sektor	Aktor Kunci	Fungsi Utama	Contoh Kegiatan
Kesehatan	Puskesmas, Posyandu, Bidan Desa	Pelayanan gizi dan kesehatan ibu-anak	Suplementasi gizi, pemantauan pertumbuhan
Pendidikan	PAUD, Guru, Penyuluh	Edukasi kesehatan dan pola asuh anak	Kelas pengasuhan, kampanye sadar gizi
Lingkungan & Infrastruktur	Kepala Dusun, TPK, Pengelola Air Bersih	Penyediaan sanitasi, air bersih, dan lingkungan sehat	Jambanisasi, pemeliharaan sumber air
Sosial	Kader PKK, Pendamping PKH, Tokoh Masyarakat	Penggerak perilaku hidup sehat dan advokasi komunitas	Pendampingan keluarga, edukasi berbasis budaya
Pemerintahan Desa	Kepala Desa, BPD, Pengelola Dana Desa	Regulasi, pembiayaan, dan penguatan kelembagaan desa	Penganggaran di APBDes, penerbitan Perdes

4.4. Pilar 4: Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dan evaluasi merupakan pilar penting dalam manajemen risiko stunting karena memungkinkan desa untuk melacak perkembangan, mengukur efektivitas intervensi, serta melakukan penyesuaian kebijakan dan program secara tepat waktu. Pilar ini memastikan bahwa seluruh kegiatan pencegahan dan penanganan stunting tidak hanya berjalan, tetapi juga memberi dampak nyata bagi kelompok sasaran, khususnya keluarga 1000 HPK.

1. Pemantauan dan Evaluasi sebagai Proses Sistematis

Pemantauan dan evaluasi merupakan proses sistematis dan terstruktur yang berperan penting dalam memastikan bahwa seluruh intervensi stunting berbasis risiko berjalan secara efektif dan efisien. Pemantauan dilakukan secara berkala guna mengumpulkan data dan informasi dari pelaksanaan program di lapangan, sementara evaluasi dilakukan untuk menilai sejauh mana program memberikan dampak terhadap keluarga 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan mencegah terjadinya kasus stunting baru. Dengan pendekatan yang berbasis indikator, kedua proses ini membantu desa mengenali capaian yang telah diraih, serta menemukan ketimpangan dan hambatan yang masih perlu diatasi.

Proses ini bukan sekadar aktivitas pelaporan, melainkan mekanisme pembelajaran yang memungkinkan perbaikan berkelanjutan dan penguatan kapasitas lokal. Melalui pemantauan rutin, misalnya pengukuran status gizi anak atau tingkat partisipasi ibu dalam edukasi kesehatan, desa memperoleh data faktual sebagai dasar pengambilan keputusan. Evaluasi,

baik bersifat internal maupun partisipatif, kemudian memfasilitasi forum refleksi bersama yang mengkaji efektivitas strategi dan kesesuaian intervensi terhadap kondisi masyarakat. Kedua komponen ini menjadi penghubung antara pelaksanaan teknis program dengan pengambilan kebijakan berbasis data dan aspirasi warga.

Yang tidak kalah penting, pemantauan dan evaluasi memegang peranan strategis dalam membangun respon kebijakan berbasis bukti. Temuan dari lapangan, jika diolah dan dikomunikasikan secara akurat, dapat mendorong pemerintah desa untuk melakukan revisi peraturan, realokasi anggaran, atau penyusunan program baru yang lebih relevan dengan kebutuhan komunitas. Dengan demikian, praktik evaluasi tidak hanya menghasilkan dokumen teknis, tetapi juga memicu transformasi kebijakan yang lebih inklusif dan berdampak luas. Dalam kerangka mitigasi risiko stunting, pemantauan dan evaluasi menjadi instrumen yang menjamin bahwa langkah desa senantiasa terarah, adaptif, dan didasarkan pada fakta empiris.

2. Tujuan Utama Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dan evaluasi memiliki sejumlah tujuan strategis yang menjadikannya elemen sentral dalam tata kelola program penanggulangan stunting di tingkat desa. Tujuan pertama adalah **pengukuran kemajuan**, yaitu menilai sejauh mana capaian program mendekati target yang ditetapkan, baik dari sisi input (jumlah kader terlatih, distribusi makanan tambahan), output (tingkat partisipasi ibu hamil dalam edukasi gizi), maupun outcome (penurunan prevalensi stunting). Dengan pengukuran berkala, desa dapat memantau progres dan memastikan bahwa setiap intervensi memberikan kontribusi yang nyata terhadap peningkatan status gizi anak.

Tujuan kedua adalah **deteksi dini masalah**, yakni kemampuan sistem pemantauan untuk menangkap gejala ketidakefisienan atau risiko baru yang muncul dalam pelaksanaan program. Misalnya, jika ditemukan penurunan partisipasi masyarakat atau stagnasi status gizi anak meski intervensi berlangsung, maka desa dapat segera menelaah akar masalahnya. Deteksi dini memungkinkan dilakukan penyesuaian sebelum masalah menjadi lebih kompleks dan berdampak negatif terhadap anak dalam masa 1000 HPK.

Tujuan selanjutnya adalah **peningkatan akuntabilitas** dan **penyempurnaan intervensi**. Melalui data dan hasil evaluasi yang terbuka, masyarakat dan pemangku kepentingan dapat menilai apakah program dijalankan dengan baik dan sesuai prioritas. Akuntabilitas sosial meningkat ketika warga dilibatkan dalam proses refleksi dan pengambilan keputusan. Di sisi lain, hasil evaluasi dapat digunakan untuk **menyempurnakan strategi intervensi**, baik dari aspek teknis, sasaran, maupun metode pelaksanaan. Hal ini memastikan bahwa program tidak stagnan, melainkan berkembang sesuai konteks dan kebutuhan lokal yang terus berubah.

3. Indikator Kunci Pemantauan Stunting

1) Indikator Input: Sumber Daya dan Aktivitas Dasar

Indikator input mencerminkan elemen dasar yang mendukung keberlangsungan program stunting, seperti sumber daya manusia, logistik, dan kapasitas teknis. Contoh konkret meliputi:

- **Jumlah kader kesehatan aktif** di desa, termasuk KPM dan kader Posyandu yang rutin terlibat dalam edukasi, pemantauan gizi, dan pelaporan.
- Frekuensi pelatihan atau pembekalan kader, mencakup materi tentang 1000 HPK, pemenuhan gizi seimbang, sanitasi lingkungan, dan pemantauan pertumbuhan balita.
- Distribusi sarana pendukung, seperti formulir antropometri, timbangan bayi, dan media edukasi visual.

Input ini menjadi penentu kesiapan dan kualitas pelaksanaan kegiatan, dan harus dicatat dengan sistematis agar dapat dianalisis secara kuantitatif maupun kualitatif.

2) Indikator Output: Cakupan dan Kegiatan yang Tercapai

Output mengukur apa yang dihasilkan langsung dari pelaksanaan kegiatan, menunjukkan tingkat ketercapaian dan partisipasi. Beberapa indikator utama antara lain:

- Jumlah ibu dan keluarga 1000 HPK yang mengikuti kegiatan edukasi gizi, baik melalui Posyandu, kelas ibu hamil, atau media kampanye.
- Cakupan layanan gizi dan kesehatan seperti pemberian vitamin A, makanan tambahan, imunisasi, dan konsultasi gizi untuk balita.
- Jumlah kegiatan lintas sektor yang terlaksana, misalnya kolaborasi antara TPPS, PKK, dan perangkat desa dalam kegiatan stunting.

Output yang tinggi menunjukkan program berjalan aktif dan diterima masyarakat, meskipun belum menjamin perubahan perilaku atau hasil akhir.

3) Indikator Outcome: Dampak yang Terukur terhadap Sasaran

Outcome mencerminkan dampak langsung terhadap status kesehatan masyarakat, khususnya anak dan ibu. Ini menjadi penentu keberhasilan intervensi dalam jangka menengah. Contoh indikator outcome:

- Penurunan prevalensi stunting berdasarkan hasil pengukuran tinggi badan menurut umur (TB/U) dari balita yang dipantau.
- Peningkatan proporsi anak dengan status gizi normal atau ideal, berdasarkan standar WHO.
- Peningkatan pengetahuan dan praktik gizi keluarga, diukur melalui survei perilaku makan, pemberian ASI, dan pola konsumsi pangan lokal.

Outcome bersifat transformatif dan harus dianalisis secara seksama, karena menjadi dasar penyesuaian strategi dan pengambilan keputusan kebijakan desa.

4. Sistem dan Mekanisme Pengumpulan Data

Pengumpulan data untuk pemantauan dan evaluasi program stunting di tingkat desa dilaksanakan melalui sistem berlapis yang menggabungkan metode manual dan digital, sehingga mampu menjangkau berbagai kondisi teknis dan kapasitas sumber daya lokal. Pada tahap awal, pelaporan dilakukan melalui **formulir kertas** yang diisi oleh kader

Posyandu, bidan desa, dan anggota TPPS. Formulir ini mencakup data rutin seperti hasil pengukuran antropometri balita (TB/U, BB/U), kehadiran peserta edukasi gizi, serta kegiatan rumah tangga dalam program kesehatan lingkungan. Formulir dilengkapi dengan kode wilayah, tanggal kegiatan, dan nama pelaksana agar validasi data lebih mudah dilakukan.

Selanjutnya, desa mulai mengintegrasikan pelaporan ke dalam aplikasi digital tingkat lokal atau sistem informasi desa, seperti SIPBM, e-Stunting, atau aplikasi khusus yang dikembangkan oleh kabupaten/kota. Aplikasi ini mempermudah entry data, pemrosesan otomatis, dan analisis visual berbasis dashboard. Dengan adanya digitalisasi, data dapat dipantau lintas waktu dan wilayah, serta memudahkan laporan ke tingkat kabupaten untuk agregasi dan pemantauan nasional. Namun, penggunaan aplikasi tetap disesuaikan dengan ketersediaan jaringan dan kapasitas operator desa.

Rekapitulasi akhir dilakukan oleh Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS) tingkat desa, yang bertugas mengolah data dari berbagai sumber menjadi laporan komprehensif. TPPS menyusun ringkasan indikator utama, mengidentifikasi tren capaian, dan menyampaikan rekomendasi evaluasi dalam forum musyawarah atau rembuk stunting. Selain itu, TPPS juga mengoordinasikan penyusunan *logbook desa*, yaitu dokumen pencatatan progres program sebagai rujukan dalam perencanaan dan penganggaran. Dengan sistem pengumpulan data yang sistematis dan berjenjang, desa dapat memastikan bahwa evaluasi program berbasis bukti dan relevan dengan kondisi lokal.

5. Metode dan Teknik Evaluasi Partisipatif

Evaluasi partisipatif merupakan pendekatan yang melibatkan berbagai unsur masyarakat desa secara aktif dalam proses penilaian program stunting. Tujuan utamanya bukan hanya mengukur keberhasilan, tetapi juga membuka ruang pembelajaran bersama, refleksi kritis, dan penyesuaian berbasis kebutuhan lokal. Evaluasi semacam ini memperkuat rasa memiliki masyarakat terhadap program dan mendorong akuntabilitas sosial yang lebih kuat. Teknik-teknik yang digunakan bersifat dialogis dan kontekstual, menyesuaikan dengan budaya, kapasitas, dan dinamika desa.

Salah satu teknik utama adalah Focus Group Discussion (FGD), yang melibatkan kelompok tertentu seperti kader kesehatan, ibu 1000 HPK, atau tokoh masyarakat dalam diskusi terfokus mengenai capaian, tantangan, dan solusi program. FGD dilaksanakan secara terstruktur namun fleksibel, dengan fasilitator yang membantu menggali perspektif lokal tanpa mengarahkan opini. Selain itu, desa menyelenggarakan Forum Refleksi Program, yaitu ruang musyawarah evaluatif yang terbuka bagi lintas sektor—dari warga, perangkat desa, hingga TPPS—untuk menelaah progres program dan menyusun rekomendasi bersama. Forum ini biasanya digelar setiap triwulan atau menjelang penyusunan RKPDes.

Teknik lain yang sangat berguna adalah Wawancara Warga dan Pemetaan Kendala Lapangan. Wawancara dilakukan secara semi-struktural dengan keluarga sasaran dan

pelaksana kegiatan, untuk mendapatkan masukan langsung mengenai pengalaman mereka dalam mengikuti program, manfaat yang dirasakan, dan keluhan yang muncul. Sementara itu, pemetaan kendala menggunakan pendekatan visual seperti diagram atau peta tematik yang menunjukkan titik-titik tantangan: misalnya wilayah dengan akses sanitasi rendah, atau dusun yang belum aktif mengikuti edukasi gizi. Hasil dari semua teknik ini kemudian digabung dan dianalisis secara kolaboratif untuk menentukan langkah perbaikan yang lebih tepat sasaran.

6. Penggunaan Hasil Evaluasi dalam Perencanaan Desa

Hasil evaluasi dari kegiatan penanggulangan stunting bukan hanya menjadi laporan teknis, melainkan juga berfungsi sebagai bahan dasar yang strategis untuk proses perencanaan pembangunan desa. Ketika data dan temuan lapangan dianalisis secara partisipatif—melibatkan TPPS, kader kesehatan, dan tokoh masyarakat—maka desa memiliki landasan yang kuat untuk mengintegrasikan perbaikan program ke dalam dokumen formal seperti Rencana Kerja Pemerintah Desa (RKPDDes), Peraturan Desa (Perdes), dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDDes).

Dalam revisi RKPDDes, rekomendasi hasil evaluasi digunakan untuk menentukan prioritas tahunan. Misalnya, jika ditemukan bahwa prevalensi stunting tetap tinggi di beberapa dusun akibat kurangnya sanitasi, maka pemerintah desa dapat menetapkan pembangunan jamban sehat sebagai kegiatan prioritas tahun berikutnya. Sementara dalam Perdes, hasil evaluasi menjadi dasar revisi atau penyusunan kebijakan baru yang memperkuat sistem pencegahan stunting, seperti peraturan tentang edukasi gizi wajib bagi calon pengantin dan ibu hamil. Perdes juga dapat memuat mekanisme pemantauan partisipatif agar warga terlibat aktif dalam mengawasi pelaksanaan program.

Di sisi penganggaran (APBDDes), evaluasi berfungsi sebagai rujukan alokasi dana yang lebih tepat sasaran. Kegiatan yang terbukti efektif dapat diperluas dan ditingkatkan anggarannya, sedangkan program yang tidak berdampak signifikan dapat digantikan atau disederhanakan. Misalnya, jika kegiatan kelas gizi menunjukkan dampak besar terhadap penurunan kasus stunting, maka APBDDes tahun berikutnya dapat memuat alokasi dana untuk memperluas cakupan kelas dan pelatihan kader. Dengan mengintegrasikan evaluasi ke dalam seluruh proses perencanaan desa, maka stunting ditangani secara sistemik, terarah, dan berkelanjutan—tidak hanya sebagai kegiatan, tetapi sebagai gerakan pembangunan desa yang reflektif dan berbasis bukti.

4.5. Pilar 5: Pemberdayaan dan Partisipasi Masyarakat

Pemberdayaan dan partisipasi masyarakat merupakan pilar strategis dalam upaya pencegahan dan mitigasi stunting di desa. Pilar ini menekankan pada penguatan kapasitas, kesadaran, serta keterlibatan aktif seluruh elemen masyarakat—khususnya keluarga 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), kader, tokoh masyarakat, dan perangkat desa—dalam merespons risiko stunting secara terorganisir.

Pemberdayaan dan partisipasi masyarakat sangat penting dalam pencegahan stunting karena masalah ini tidak hanya terkait gizi, tetapi juga perilaku, pola asuh, sanitasi, dan sosial ekonomi. Masyarakat yang diberdayakan memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk menjaga kesehatan ibu hamil, balita, serta lingkungannya, sehingga tidak hanya menjadi objek, tetapi aktor utama dalam program. Partisipasi aktif menciptakan rasa memiliki terhadap program berbasis desa, sehingga kegiatan seperti pemantauan tumbuh kembang, pemberian makanan tambahan berbahan lokal, dan perbaikan sanitasi dapat berjalan lebih efektif dan berkelanjutan.

Prinsip dasar pemberdayaan meliputi partisipasi aktif, gotong royong, dan pemanfaatan kearifan lokal. Partisipasi aktif berarti masyarakat terlibat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan program, sementara gotong royong memperkuat pelaksanaan kegiatan bersama seperti pembangunan sarana sanitasi dan pengadaan pangan lokal. Pemanfaatan kearifan lokal memastikan program sesuai dengan budaya dan nilai masyarakat, sehingga intervensi mudah diterima dan diimplementasikan. Dengan prinsip ini, upaya pencegahan stunting akan lebih efektif dan berdaya guna.

1. Edukasi dan Pelatihan

Edukasi dan pelatihan merupakan komponen krusial dalam strategi pencegahan stunting di tingkat desa. Kedua aspek ini saling melengkapi: edukasi meningkatkan pemahaman dan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya pencegahan stunting, sedangkan pelatihan membekali keterampilan teknis bagi kader dan masyarakat untuk mengimplementasikan praktik yang tepat. Pencegahan stunting tidak cukup hanya dengan intervensi medis atau bantuan pangan, tetapi membutuhkan perubahan perilaku, pola asuh, dan pengelolaan lingkungan yang sehat. Dengan demikian, edukasi dan pelatihan berperan sebagai katalisator perubahan sosial, memperkuat kapasitas masyarakat untuk mandiri dalam upaya menurunkan prevalensi stunting.

1) Pentingnya Edukasi dalam Pencegahan Stunting

Edukasi merupakan langkah strategis yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat mengenai pentingnya pencegahan stunting sejak masa **1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)**. Periode ini mencakup masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun, yang merupakan fase kritis untuk pertumbuhan dan perkembangan otak. Edukasi yang efektif mampu membentuk perilaku positif keluarga, mulai dari pemenuhan gizi ibu hamil, pemberian ASI eksklusif, hingga pemantauan tumbuh kembang anak.

Edukasi tidak hanya ditujukan kepada ibu hamil dan menyusui, tetapi juga melibatkan ayah, keluarga besar, tokoh masyarakat, dan komunitas. Pendekatan ini penting agar tercipta dukungan menyeluruh dalam pengambilan keputusan dan praktik kesehatan keluarga. Materi edukasi harus dirancang sederhana, relevan, dan berbasis budaya lokal agar mudah dipahami dan diterima masyarakat. Media edukasi dapat berupa leaflet, poster, audio-visual, serta metode interaktif seperti diskusi kelompok dan demonstrasi memasak.

2) Materi Edukasi

Materi edukasi harus komprehensif, mencakup berbagai aspek yang memengaruhi risiko stunting. Beberapa topik utama meliputi:

- **Gizi Seimbang untuk Ibu Hamil, Menyusui, dan Balita.**

Edukasi menekankan pentingnya konsumsi makanan bergizi seimbang, termasuk protein hewani, zat besi, asam folat, vitamin, dan mineral. Materi ini juga mencakup contoh menu berbasis pangan lokal yang ekonomis namun bernutrisi tinggi.

- **Pola Asuh Anak dan Kesehatan Lingkungan.**

Edukasi menjelaskan praktik pemberian ASI eksklusif selama enam bulan, pemberian MP-ASI yang tepat waktu dan sesuai gizi, serta pentingnya menjaga kebersihan rumah dan lingkungan agar anak terhindar dari diare dan infeksi.

- **Pentingnya Kunjungan ke Posyandu dan Imunisasi.**

Edukasi menggarisbawahi fungsi Posyandu sebagai pusat pemantauan tumbuh kembang dan imunisasi sebagai upaya pencegahan penyakit infeksi.

- **Peran Ayah dalam Pengasuhan.**

Materi ini menekankan pentingnya keterlibatan ayah dalam mendukung pemenuhan gizi, pengasuhan anak, dan pengambilan keputusan keluarga. Partisipasi ayah meningkatkan efektivitas intervensi stunting.

3) Strategi Pelaksanaan Edukasi

Agar edukasi efektif, diperlukan pendekatan yang partisipatif dan berkesinambungan. Beberapa strategi yang dapat diterapkan:

- Pemanfaatan Posyandu dan Kegiatan PKK sebagai sarana penyuluhan rutin.
- Kunjungan rumah (home visit) oleh kader untuk memberikan edukasi personal kepada keluarga berisiko tinggi.
- Edukasi berbasis komunitas, misalnya melalui arisan, pengajian, atau kelompok tani.
- Penggunaan media lokal, seperti spanduk, poster, dan media sosial desa, untuk memperluas jangkauan pesan.

4) Pelatihan: Peningkatan Kapasitas Kader dan Masyarakat

Selain edukasi, pelatihan sangat penting untuk meningkatkan keterampilan kader dan masyarakat dalam melaksanakan program pencegahan stunting. Pelatihan ini tidak hanya fokus pada teknis gizi, tetapi juga manajemen data, komunikasi, dan kepemimpinan lokal. Pelatihan dilakukan secara periodik dengan metode praktik langsung dan simulasi agar keterampilan dapat diaplikasikan di lapangan.

Jenis Pelatihan yang Direkomendasikan

- **Pelatihan Pengolahan PMT (Pemberian Makanan Tambahan) Lokal Bergizi.**

Membekali kader dan ibu rumah tangga cara mengolah pangan lokal menjadi makanan tambahan bergizi untuk ibu hamil dan balita.

- **Pelatihan Sanitasi dan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)**

Mendorong penerapan perilaku higienis di rumah tangga untuk mencegah penyakit infeksi yang memperburuk status gizi anak.

- **Pelatihan Penggunaan Aplikasi e-PPGBM.**

Mengajarkan kader cara mencatat dan melaporkan data gizi berbasis digital agar data lebih akurat dan cepat diakses.

- **Pelatihan Fasilitasi Musyawarah Desa Tematik Stunting**

Membekali perangkat desa dan kader agar mampu mengintegrasikan isu stunting dalam perencanaan pembangunan desa (RPJMDes, APBDes).

5) Metode Pelatihan

- Ceramah dan Diskusi Interaktif: Penyampaian teori dasar pencegahan stunting.
- Demonstrasi dan Praktik Langsung: Misalnya, cara memasak MP-ASI berbasis pangan lokal.
- Simulasi dan Role Play: Untuk meningkatkan keterampilan komunikasi kader dalam memberikan edukasi.
- Pendampingan Lapangan: Monitoring dan evaluasi implementasi hasil pelatihan di masyarakat.

6) Indikator Keberhasilan

Keberhasilan edukasi dan pelatihan dapat diukur melalui:

- Input: Jumlah kegiatan edukasi/pelatihan yang dilaksanakan.
- Output: Jumlah kader dan masyarakat yang mengikuti kegiatan.
- Outcome: Perubahan perilaku masyarakat (misalnya peningkatan kunjungan Posyandu, konsumsi pangan bergizi, praktik PHBS).
- Impact: Penurunan prevalensi stunting di desa.

2. Gerakan Desa Sadar Stunting

Gerakan Desa Sadar Stunting merupakan sebuah pendekatan berbasis komunitas yang dirancang untuk menumbuhkan kesadaran kolektif masyarakat terhadap pentingnya pencegahan stunting sejak dini. Program ini bertujuan menciptakan budaya sadar gizi dan tumbuh kembang anak yang melekat dalam kehidupan sehari-hari warga desa. Stunting bukan hanya persoalan gizi, tetapi juga terkait perilaku, pola asuh, sanitasi, dan dukungan sosial. Oleh karena itu, gerakan ini menekankan keterlibatan aktif semua elemen masyarakat, mulai dari pemerintah desa, kader kesehatan, kelompok perempuan, pemuda, hingga tokoh agama, agar tercipta ekosistem yang mendukung tumbuh kembang optimal anak.

Gerakan Desa Sadar Stunting menjadi salah satu inovasi strategis dalam mendukung implementasi **Strategi Nasional Percepatan Penurunan Stunting (Stranas Stunting)** di tingkat desa. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip pembangunan berbasis partisipasi, gotong royong, dan pemanfaatan kearifan lokal, sehingga diharapkan mampu mendorong keberlanjutan program.

1) Komponen Utama Gerakan Desa Sadar Stunting

Komponen utama Gerakan Desa Sadar Stunting dirancang sebagai pilar yang memastikan keberhasilan program melalui pendekatan terintegrasi dan berbasis komunitas. Setiap komponen memiliki peran strategis, mulai dari penguatan komitmen pemerintah desa, kampanye sosial yang masif, aksi nyata di lapangan, hingga pelibatan generasi muda untuk membangun kesadaran gizi secara berkelanjutan.

• **Komitmen Pemerintah Desa**

Komitmen pemerintah desa merupakan fondasi utama keberhasilan gerakan ini. Komitmen ini diwujudkan melalui integrasi isu stunting ke dalam dokumen perencanaan dan penganggaran desa, seperti RPJMDes (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa), RKPDDes (Rencana Kerja Pemerintah Desa), dan APBDDes (Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa). Dengan memasukkan stunting sebagai prioritas pembangunan, desa dapat mengalokasikan sumber daya untuk mendukung kegiatan terkait, seperti perbaikan sanitasi, penyediaan pangan bergizi, dan pelatihan kader.

Selain itu, pemerintah desa perlu membentuk Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS) yang bertugas mengoordinasikan seluruh program dan aksi terkait pencegahan stunting di desa. Tim ini biasanya melibatkan perangkat desa, kader kesehatan, PKK, PLKB, tokoh masyarakat, dan perwakilan pemuda.

• **Kampanye Sosial**

Kampanye sosial berperan penting dalam membangun kesadaran masyarakat. Pesan-pesan terkait pencegahan stunting harus disampaikan secara masif, berulang, dan dengan berbagai media agar mudah diterima oleh masyarakat. Beberapa strategi kampanye yang efektif antara lain:

- Pemasangan Baliho dan Spanduk di lokasi strategis (balai desa, jalan utama, posyandu).
- Pemanfaatan Media Sosial Desa (WhatsApp Group, Facebook, Instagram) untuk menyebarkan informasi gizi dan jadwal kegiatan.
- Pengajian dan Pertemuan Warga Tematik untuk mengedukasi orang tua tentang pentingnya gizi seimbang, ASI eksklusif, dan perilaku hidup bersih.
- Posyandu Tematik dengan konsep inovatif, misalnya “Posyandu Gizi Sehat” yang disertai demo masak MP-ASI berbahan lokal.

Kampanye harus dikemas menarik, menggunakan bahasa sederhana, dan melibatkan tokoh lokal agar pesan lebih mudah diterima.

• **Kegiatan Aksi Nyata**

Gerakan Desa Sadar Stunting tidak hanya sebatas sosialisasi, tetapi harus diwujudkan dalam bentuk aksi nyata yang langsung berdampak pada perbaikan gizi dan kesehatan masyarakat. Beberapa contoh kegiatan yang dapat dilakukan antara lain:

- Gotong Royong Jambanisasi untuk mengurangi praktik buang air besar sembarangan (BABS) yang meningkatkan risiko infeksi.
- Kebun Gizi Desa yang menyediakan sayur, buah, dan tanaman pangan lokal untuk PMT ibu hamil dan balita.
- Dapur Sehat Desa yang mengajarkan cara mengolah makanan bergizi seimbang berbahan lokal.
- Pengawasan Tumbuh Kembang Balita melalui Posyandu aktif yang dilengkapi dengan alat ukur sesuai standar WHO.

Aksi nyata ini harus melibatkan masyarakat secara aktif agar menciptakan rasa memiliki dan tanggung jawab bersama.

• **Forum Remaja Peduli 1000 HPK**

Melibatkan remaja dalam pencegahan stunting sangat penting karena mereka adalah calon orang tua di masa depan. Forum ini bertugas memberikan edukasi kepada sesama remaja mengenai gizi, kesehatan reproduksi, dan pentingnya 1.000 HPK. Selain itu, mereka dapat berperan dalam kegiatan kreatif seperti lomba menu sehat, konten edukasi di media sosial, dan membantu kader dalam pendataan keluarga berisiko stunting.

Partisipasi remaja akan menciptakan generasi muda yang sadar gizi sejak dini, sehingga siklus stunting dapat diputus secara berkelanjutan.

2) Strategi Implementasi Gerakan Desa Sadar Stunting

Agar gerakan ini berjalan efektif, diperlukan strategi implementasi yang sistematis, antara lain:

- Integrasi Program dalam RPJMDes dan APBDDes, sehingga isu stunting memiliki dasar hukum dan dukungan anggaran.

- Pembentukan TPPS Desa sebagai penggerak utama kegiatan.
- Pelatihan Kader dan Aparat Desa untuk penguatan kapasitas dalam perencanaan dan pelaksanaan program.
- Monitoring dan Evaluasi secara berkala untuk mengukur capaian dan dampak gerakan.

3) Indikator Keberhasilan

Keberhasilan Gerakan Desa Sadar Stunting dapat dilihat dari:

- **Input:** Alokasi anggaran desa untuk program stunting.
- **Output:** Jumlah kegiatan kampanye dan aksi nyata yang terlaksana.
- **Outcome:** Peningkatan kunjungan Posyandu, perbaikan perilaku gizi keluarga, dan pengurangan praktik BABS.
- **Impact:** Penurunan prevalensi stunting di desa.

Bab 5: Strategi Implementasi di Tingkat Desa

Untuk memastikan efektivitas intervensi stunting di desa, dibutuhkan strategi implementasi yang terencana, terstruktur, dan partisipatif. Strategi ini meliputi integrasi program dalam dokumen perencanaan desa, pembentukan kelembagaan khusus, perumusan rencana aksi yang terukur, serta adopsi praktik baik dari desa lain.

5.1. Integrasi dalam RPJMDes, RKPDes, dan APBDes

Langkah strategis pertama adalah memastikan bahwa isu stunting masuk dalam dokumen perencanaan dan penganggaran desa. Hal ini menciptakan dasar hukum dan pembiayaan yang kuat.

1. **RPJMDes (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa)**: Memuat visi, misi, dan arah kebijakan desa dalam pencegahan stunting selama enam tahun. Misalnya, memasukkan indikator penurunan balita stunting sebagai salah satu sasaran pembangunan manusia desa.
2. **RKPDes (Rencana Kerja Pemerintah Desa)**: Dokumen tahunan yang merinci program/kegiatan penanggulangan stunting, seperti penguatan posyandu, PMT, atau pelatihan kader.
3. **APBDes (Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa)**: Harus menyisihkan anggaran untuk intervensi spesifik (seperti pengadaan alat timbang balita) dan sensitif (misalnya, sanitasi dan air bersih, penyuluhan gizi, jambanisasi).

5.2. Pembentukan Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS Desa)

TPPS Desa adalah tim lintas sektor di tingkat desa yang bertanggung jawab mengkoordinasikan, memantau, dan mengevaluasi upaya percepatan penurunan stunting. TPPS ini dikukuhkan melalui SK Kepala Desa.

1. Struktur TPPS Desa umumnya terdiri dari:

Struktur TPPS Desa umumnya terdiri dari:

- Ketua : Kepala Desa
- Sekretaris : Sekretaris Desa
- Anggota : Kader posyandu, bidan desa, ketua PKK, tokoh masyarakat, tokoh agama, karang taruna, perwakilan ibu hamil/ibu balita

Tabel:4.12. Contoh Susunan Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS) Desa

No	Nama	Jabatan/Peran	Tugas Pokok
1	[Nama Ketua]	Kepala Desa	Ketua TPPS Desa
2	[Nama Sekretaris]	Sekretaris Desa	Sekretaris TPPS
3	[Nama]	Kepala Puskesmas/Petugas Kesehatan	Koordinator Intervensi Kesehatan
4	[Nama]	Kader Posyandu	Pelaksana Lapangan
5	[Nama]	Kepala Bidang Pemberdayaan Masyarakat	Koordinator Sosialisasi dan Edukasi
6	[Nama]	Perwakilan PKK Desa	Pendamping Keluarga
7	[Nama]	Kepala Sekolah/Madrasah	Koordinator Pendidikan dan Anak
8	[Nama]	Ketua RW/RT	Penggerak Partisipasi Masyarakat
...

2. Tugas Tim TPPS Desa

Tugas utama TPPS Desa adalah

- Merencanakan, mengoordinasikan, melaksanakan, memantau, dan mengevaluasi kegiatan percepatan penurunan stunting di desa;
- Melakukan pendataan dan pemetaan risiko stunting;
- Melakukan edukasi, intervensi gizi, dan kolaborasi lintas sektor;
- Melaporkan perkembangan dan hasil kegiatan kepada Kepala Desa dan pihak terkait.

Bab 6: Monitoring dan Evaluasi Program

Monitoring dan evaluasi (Monev) merupakan komponen penting dalam memastikan keberhasilan program percepatan penurunan stunting di tingkat desa. Melalui monitoring, desa dapat mengamati pelaksanaan kegiatan secara berkala dan mendeteksi kendala sedini mungkin. Evaluasi memungkinkan desa untuk menilai efektivitas, efisiensi, dan dampak dari berbagai intervensi yang telah dilakukan. Kegiatan Monev juga berfungsi sebagai dasar dalam pengambilan keputusan dan penyusunan perencanaan lanjutan. Oleh karena itu, sistem monitoring dan evaluasi yang partisipatif dan berbasis data sangat diperlukan agar program berjalan secara tepat sasaran dan berkelanjutan.

Dalam pelaksanaan program mitigasi stunting di tingkat desa, evaluasi keberhasilan perlu dilakukan secara menyeluruh dengan pendekatan berjenjang melalui indikator input, output, dan outcome. Pendekatan ini membantu dalam memastikan bahwa sumber daya yang disediakan digunakan secara optimal dan menghasilkan dampak nyata terhadap penurunan stunting.

Berikut adalah uraian tentang Indikator Keberhasilan Program Mitigasi Stunting Berbasis Manajemen Risiko, yang terbagi dalam tiga level: *input*, *output*, dan *outcome*.

6.1. Indikator Input

Indikator input merupakan bagian penting dari sistem pemantauan dan evaluasi program, khususnya dalam tahap perencanaan dan persiapan pelaksanaan. Dalam konteks mitigasi stunting, indikator input berfungsi untuk mengukur ketersediaan dan kesiapan sumber daya, baik itu sumber daya manusia (SDM), sarana prasarana, informasi, kelembagaan, maupun pembiayaan. Tanpa input yang memadai, mustahil program dapat dijalankan secara efektif dan berkelanjutan.

Indikator input tidak hanya menggambarkan apa yang dimiliki desa untuk memulai program, tetapi juga menjadi prasyarat teknis dan administratif sebelum masuk ke tahap pelaksanaan (output) dan pencapaian hasil (outcome dan impact). Oleh karena itu, pemenuhan indikator input harus menjadi perhatian sejak awal penyusunan rencana kegiatan.

Berikut ini adalah contoh indikator input dalam program mitigasi stunting yang dapat digunakan untuk menilai kesiapan desa:

1. Tersedianya Data Keluarga 1000 HPK by Name by Address (BNBA)

Data BNBA menjadi fondasi utama dalam perencanaan kegiatan. Data ini mencakup identitas ibu hamil, ibu menyusui, dan anak usia 0–23 bulan, lengkap dengan alamat

tempat tinggalnya. Ketersediaan data BNBA memungkinkan program dilakukan secara **tepat sasaran**, baik dalam edukasi, intervensi gizi, maupun pemantauan tumbuh kembang anak. Penggunaan data ini juga membantu kader dan petugas kesehatan dalam membuat daftar kunjungan, prioritas intervensi, dan pelaporan yang akurat.

2. **Alokasi Anggaran Desa untuk Program Stunting (Minimal 10% dari APBDes)**

Komitmen pemerintah desa dalam menanggulangi stunting dapat diukur dari alokasi anggaran dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes). Minimal 10% dari APBDes dialokasikan untuk mendukung berbagai kegiatan seperti penyuluhan, pemberian makanan tambahan, pelatihan kader, penyediaan alat posyandu, dan pembangunan sanitasi. Indikator ini mencerminkan dukungan politik dan keberpihakan anggaran terhadap upaya peningkatan gizi masyarakat.

3. **Jumlah Kader Posyandu yang Dilatih dalam Manajemen Risiko Stunting**

Kader posyandu adalah ujung tombak layanan kesehatan dasar di desa. Pelatihan kader dalam manajemen risiko stunting penting agar mereka mampu melakukan deteksi dini, edukasi, pencatatan tumbuh kembang, serta koordinasi dengan tenaga kesehatan. Semakin banyak kader yang dilatih, semakin besar kapasitas desa dalam menjangkau keluarga 1000 HPK secara berkelanjutan. Indikator ini menunjukkan kesiapan SDM pelaksana program di tingkat akar rumput.

4. **Keberadaan Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS) yang Aktif**

TPPS adalah tim lintas sektor yang dibentuk di tingkat kabupaten, kecamatan, dan desa untuk memastikan koordinasi dan pengendalian program stunting berjalan efektif. Di tingkat desa, keberadaan TPPS yang aktif menunjukkan bahwa terdapat sistem tata kelola kelembagaan yang mendukung intervensi. TPPS desa biasanya terdiri dari kepala desa, perwakilan PKK, kader kesehatan, dan perangkat desa lainnya. Indikator ini menunjukkan kesiapan koordinatif dan penguatan peran lintas sektor dalam pelaksanaan program.

5. **Ketersediaan Sarana Posyandu (Alat Ukur Tinggi Badan, Timbangan, Buku KIA)**

Sarana dan prasarana yang memadai di posyandu sangat menentukan kualitas pelayanan. Alat ukur tinggi badan, timbangan digital/manual, buku KIA, dan lembar KMS (Kartu Menuju Sehat) adalah perangkat wajib dalam proses pemantauan status gizi anak. Ketersediaan alat yang lengkap dan dalam kondisi baik mencerminkan kesiapan teknis layanan posyandu. Tanpa dukungan peralatan ini, pelaksanaan pemantauan tumbuh kembang menjadi tidak akurat dan berpotensi menimbulkan kesalahan intervensi.

Fungsi Strategis Indikator Input dalam Penguatan Sistem

Indikator input bukan sekadar daftar kelengkapan, melainkan parameter kualitas sistem pendukung yang menentukan berhasil atau tidaknya program mitigasi stunting. Berikut adalah beberapa fungsi strategis dari indikator input:

1. Menjamin Kesiapan Awal Program

Sebelum program dimulai, indikator input digunakan sebagai alat verifikasi untuk memastikan bahwa semua prasyarat telah terpenuhi. Ini penting agar pelaksanaan program tidak mengalami hambatan administratif atau teknis.

2. Mempermudah Penyusunan Anggaran dan Rencana Kegiatan

Dengan indikator input yang jelas, tim pelaksana desa dapat menyusun anggaran dan rencana kegiatan secara lebih terukur. Misalnya, jika diketahui jumlah kader terlatih belum mencukupi, maka pelatihan harus dimasukkan sebagai kegiatan prioritas.

3. Meningkatkan Efisiensi dan Efektivitas Program

Ketersediaan input yang memadai akan mempercepat pelaksanaan program dan menghindari pemborosan sumber daya. Sebagai contoh, jika alat ukur posyandu tidak tersedia, maka kegiatan penimbangan harus ditunda atau dialihkan, sehingga mengganggu alur pelayanan.

4. Menjadi Dasar Akuntabilitas Pemerintah Desa

Pemerintah desa dapat mempertanggungjawabkan alokasi anggaran dan kebijakan terkait penanganan stunting berdasarkan data input yang tersedia. Ini juga menjadi bukti komitmen kepada masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya.

5. Membangun Sistem Informasi dan Pelaporan yang Terintegrasi

Indikator input yang terdokumentasi dengan baik akan memudahkan integrasi data ke dalam sistem informasi kesehatan desa dan nasional. Hal ini juga membantu dalam pelaporan berkala dan evaluasi dampak jangka panjang.

Dengan memperkuat indikator input, desa dapat membangun fondasi yang kokoh untuk pelaksanaan program mitigasi stunting secara menyeluruh dan berkelanjutan. Program yang berhasil selalu dimulai dari perencanaan dan ketersediaan sumber daya yang matang. Oleh karena itu, perhatian terhadap indikator input adalah investasi awal yang sangat menentukan arah dan hasil akhir program kesehatan masyarakat desa.

6.2. Indikator Output

Indikator output merupakan alat penting dalam pengukuran keberhasilan **pelaksanaan langsung** dari suatu program atau kegiatan. Dalam konteks mitigasi stunting, indikator output berfungsi untuk mengevaluasi sejauh mana kegiatan yang dirancang telah **dijalankan sesuai rencana**, bukan hanya dari segi kuantitas, tetapi juga kualitas pelaksanaannya. Output menunjukkan hasil jangka pendek yang dapat dilihat secara langsung setelah kegiatan dilakukan, serta menjadi **dasar evaluasi** efektivitas program dalam jangka menengah dan panjang (outcome dan impact).

Berikut ini adalah contoh indikator output dalam program mitigasi stunting di desa beserta penjelasan dan urgensinya:

1. Jumlah Musyawarah Desa yang Mengangkat Isu Stunting

Musyawarah desa (musdes) adalah forum resmi untuk membahas rencana pembangunan, termasuk masalah kesehatan masyarakat. Indikator ini menunjukkan tingkat komitmen pemerintah desa dalam memasukkan isu stunting sebagai agenda prioritas. Semakin sering isu stunting dibahas dalam musyawarah desa, semakin besar peluangnya untuk mendapatkan dukungan anggaran, dukungan lintas sektor, serta integrasi dengan program pembangunan desa lainnya.

2. Persentase Keluarga 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yang Menerima Edukasi Gizi

Kelompok sasaran utama dalam pencegahan stunting adalah keluarga pada masa 1000 HPK, yaitu dari masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun. Edukasi gizi yang tepat dan berkelanjutan kepada keluarga 1000 HPK merupakan strategi kunci untuk mencegah stunting. Indikator ini mengukur cakupan penyuluhan atau edukasi yang dilakukan oleh kader, petugas puskesmas, atau fasilitator desa, dan menjadi tolok ukur keterjangkauan serta efektivitas kegiatan komunikasi perubahan perilaku.

3. Jumlah Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang Dilaksanakan

PMT merupakan intervensi gizi spesifik yang dilakukan untuk anak-anak yang mengalami gangguan pertumbuhan atau memiliki risiko tinggi stunting. Output ini mengukur frekuensi dan konsistensi pelaksanaan kegiatan PMT, baik yang bersumber dari dana desa, puskesmas, atau program nasional. Jumlah kegiatan PMT juga bisa menunjukkan sejauh mana kesadaran desa terhadap pentingnya intervensi langsung terhadap anak-anak yang rawan stunting.

4. Persentase Balita yang Datang ke Posyandu Setiap Bulan

Keaktifan kunjungan ke posyandu menjadi indikator penting dalam upaya pemantauan pertumbuhan anak dan deteksi dini masalah gizi. Semakin tinggi angka kunjungan balita ke posyandu, semakin banyak data yang tersedia untuk pengambilan keputusan

dan intervensi. Indikator ini sekaligus mencerminkan keberhasilan kader dalam melakukan sosialisasi, mobilisasi masyarakat, serta keberfungsian sistem layanan dasar kesehatan desa.

5. Jumlah Rumah Tangga yang Mendapat Akses Air Bersih dan Jamban Sehat

Sanitasi dan akses air bersih sangat berpengaruh terhadap kesehatan dan status gizi anak. Anak-anak yang hidup dalam kondisi sanitasi buruk lebih rentan terkena penyakit infeksi yang dapat memperburuk status gizi. Oleh karena itu, indikator ini menunjukkan capaian kegiatan intervensi sensitif, seperti pembangunan sarana air bersih dan fasilitas sanitasi layak yang berkelanjutan. Semakin banyak rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas ini, semakin besar pula kontribusinya dalam upaya pencegahan stunting secara menyeluruh.

Peran Indikator Output dalam Pemantauan dan Evaluasi

Penggunaan indikator output dalam program mitigasi stunting di tingkat desa memberikan beberapa manfaat strategis dalam siklus manajemen program, antara lain:

1. Meningkatkan Akuntabilitas Pelaksanaan Program

Dengan adanya indikator output yang terukur, pelaksana program, termasuk kader, fasilitator desa, maupun tim penggerak PKK, dapat mempertanggungjawabkan pelaksanaan kegiatan secara lebih transparan dan objektif.

2. Menyediakan Data Rutin untuk Perbaikan Program

Data dari indikator output bisa dikumpulkan secara berkala (bulanan atau triwulanan) untuk mengevaluasi apakah kegiatan telah berjalan sesuai target atau memerlukan penyesuaian strategi.

3. Mendorong Koordinasi Lintas Sektor

Banyak indikator output yang berkaitan dengan sektor non-kesehatan seperti air bersih dan sanitasi. Pelaporan dan pencapaian output ini dapat memicu kolaborasi dengan sektor infrastruktur, pendidikan, dan pemberdayaan masyarakat.

4. Menjadi Dasar Evaluasi Menuju Outcome

Capaian output yang konsisten dan sesuai target merupakan prasyarat tercapainya outcome yang lebih besar, seperti penurunan stunting, peningkatan status gizi, dan perkembangan anak yang optimal. Dengan kata lain, output adalah “batu loncatan” menuju hasil jangka menengah dan panjang yang diinginkan.

5. Meningkatkan Partisipasi Masyarakat

Ketika masyarakat dilibatkan dalam pencapaian dan pemantauan indikator output (misalnya dalam kegiatan PMT atau posyandu), maka akan terbentuk rasa kepemilikan dan tanggung jawab bersama terhadap keberhasilan program.

Dengan demikian, indikator output merupakan bagian krusial dalam strategi mitigasi stunting yang terencana, terukur, dan partisipatif. Penyusunan dan pemantauan indikator ini harus dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan agar hasil program tidak hanya terdokumentasi dengan baik, tetapi juga memberikan dampak nyata bagi kehidupan masyarakat desa.

6.3. Indikator Outcome

Untuk mengukur keberhasilan program mitigasi stunting di tingkat desa, diperlukan indikator outcome yang mampu menunjukkan perubahan signifikan dalam jangka menengah maupun panjang. Indikator ini menjadi tolok ukur terhadap dampak nyata intervensi yang dilakukan terhadap status kesehatan dan gizi masyarakat, terutama kelompok rentan seperti ibu hamil dan balita. Outcome adalah hasil akhir yang ingin dicapai dari berbagai rangkaian aktivitas program, oleh karena itu perlu ditentukan secara spesifik, terukur, relevan, dan berjangka waktu (SMART).

Berikut ini adalah sejumlah indikator outcome utama yang dapat digunakan oleh tim pelaksana program di tingkat desa:

1. Penurunan Prevalensi Stunting

Salah satu tujuan utama program mitigasi stunting adalah menurunkan jumlah balita yang mengalami stunting. Sebagai contoh, sebuah desa dengan prevalensi stunting sebesar 30% menargetkan penurunan menjadi kurang dari 20% dalam jangka waktu dua tahun. Data ini dapat diperoleh melalui pengukuran antropometri secara berkala dan dibandingkan dengan standar WHO.

2. Peningkatan Jumlah Balita dengan Status Gizi Normal

Selain menurunkan angka stunting, keberhasilan program juga terlihat dari meningkatnya jumlah balita yang memiliki status gizi normal. Indikator ini dapat diukur melalui data hasil penimbangan rutin di Posyandu dan pencatatan dalam buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak).

3. Kenaikan Skor KPSP (Kuesioner Pra Skrining Perkembangan)

KPSP merupakan instrumen yang digunakan untuk menilai perkembangan anak usia dini. Peningkatan rata-rata skor KPSP menunjukkan bahwa anak-anak balita di desa mengalami perkembangan sesuai tahapan usia mereka. Ini merupakan cerminan dari asupan gizi yang baik dan stimulasi perkembangan yang optimal.

4. Penurunan Jumlah Ibu Hamil dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK)

Ibu hamil yang mengalami KEK memiliki risiko tinggi melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dan potensi stunting. Dengan intervensi gizi seperti pemberian

makanan tambahan (PMT), edukasi gizi, dan pemantauan berat badan ibu secara rutin, diharapkan angka KEK dapat menurun secara signifikan.

5. Meningkatkan Cakupan Pemberian ASI Eksklusif dan MP-ASI Tepat Waktu

Cakupan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi serta pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat waktu dan berkualitas sangat berpengaruh terhadap status gizi anak. Indikator ini dapat dicapai melalui edukasi intensif kepada ibu dan keluarga serta pemantauan oleh kader secara berkala.

Format Pelaporan Sederhana dan Sistematis

Agar pelaksanaan program mitigasi stunting di desa dapat dipantau secara berkala, transparan, dan akuntabel, diperlukan format pelaporan yang sederhana namun tetap sistematis. Format ini harus dirancang sedemikian rupa agar mudah digunakan oleh kader kesehatan atau petugas desa yang mungkin memiliki keterbatasan dalam kemampuan teknis atau akses terhadap teknologi informasi.

Berikut ini adalah panduan dalam penyusunan dan pelaksanaan pelaporan program mitigasi stunting:

1. Kesederhanaan Format

Format pelaporan harus menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan disusun secara ringkas. Hindari penggunaan istilah teknis yang membingungkan. Gunakan tabel atau grafik sederhana untuk menggambarkan capaian setiap indikator.

2. Fleksibilitas dan Keterpakaian oleh Kader

Format laporan sebaiknya berbentuk lembar kerja manual (hardcopy) dan/atau digital (menggunakan aplikasi sederhana seperti Excel atau Google Form) yang dapat diakses dan diisi oleh kader tanpa pelatihan teknis yang rumit.

3. Pelaporan Secara Triwulanan

Pelaporan sebaiknya dilakukan setiap tiga bulan (triwulanan) agar perkembangan program dapat dipantau lebih dini. Hal ini juga memudahkan evaluasi dan perbaikan strategi program jika ditemukan kendala di lapangan.

4. Lima Pilar Utama dalam Pelaporan

Laporan triwulanan harus mencakup lima aspek utama yang merefleksikan pilar manajemen risiko stunting, yaitu:

- Identifikasi dan pemetaan sasaran (ibu hamil, balita, dan rumah tangga miskin),
- Intervensi gizi spesifik dan sensitif,

- Pemantauan tumbuh kembang anak dan ibu hamil,
- Peningkatan kapasitas kader dan perangkat desa, serta
- Koordinasi lintas sektor dan peran kelembagaan desa.

5. Dukungan Supervisi dan Validasi Data

Untuk menjaga kualitas data, pelaporan kader perlu mendapat pendampingan dari tenaga kesehatan puskesmas atau pendamping desa. Supervisi ini membantu validasi dan menjamin bahwa data yang dikumpulkan mencerminkan kondisi riil di lapangan.

Dengan implementasi indikator outcome yang tepat dan sistem pelaporan yang efektif, desa dapat membangun sistem mitigasi stunting yang tangguh dan berkelanjutan. Hal ini tidak hanya akan meningkatkan kualitas hidup generasi muda, tetapi juga mendorong pembangunan sumber daya manusia yang unggul dari tingkat desa ke tingkat nasional.

Bab 7: Penutup

Stunting tidak hanya soal pertumbuhan fisik anak yang terhambat; ia mencerminkan sebuah persoalan ketidaksetaraan dan ketidakadilan dalam pembangunan manusia. Ketika anak gagal tumbuh optimal di 1000 hari pertama kehidupan, desa sebenarnya sedang kehilangan potensi masa depannya. Inilah urgensi di balik perlunya pendekatan lintas sektor, terukur, dan berbasis komunitas yang menempatkan warga sebagai aktor utama, bukan sekadar penerima program.

Pendekatan manajemen risiko dalam buku ini menawarkan kerangka sistematis yang mampu mengurai kompleksitas masalah dengan cara yang bumi. Mulai dari identifikasi risiko hingga pemberdayaan masyarakat, kelima pilarnya bukan hanya teori, tetapi praktik yang telah diuji di berbagai konteks desa. Ketika masyarakat dilibatkan secara aktif, intervensi menjadi lebih akurat, sumber daya lebih efisien, dan dampak menjadi nyata.

Lebih dari sekadar intervensi teknis, gerakan melawan stunting menuntut perubahan budaya dan pola pikir. Regulasi desa seperti Perdes yang berbasis data 1000 HPK, integrasi program dalam RPJMDes dan APBDes, serta penguatan kapasitas TPPS Desa menjadi fondasi struktural. Namun keberhasilan sejati terletak pada bagaimana program ini dipahami, dimiliki, dan dijalankan oleh masyarakat sendiri.

Saran pengembangan dalam buku ini menegaskan bahwa keberlanjutan lahir dari konektivitas. Jejaring antar desa, keterlibatan generasi muda, sistem insentif lokal, dan integrasi kearifan lokal merupakan benih perubahan yang akan tumbuh jika dirawat bersama. Edukasi yang kontekstual, komunikasi yang inklusif, serta evaluasi berbasis indikator yang transparan menjadi jantung dari siklus perbaikan program.

Kita berharap pendekatan ini bukan hanya memicu penurunan angka stunting, tetapi juga membangun sistem desa yang lebih reflektif, tangguh, dan adil. Ketika desa mampu mencegah stunting secara mandiri dan berkelanjutan, maka ia sedang merancang masa depan generasinya: anak-anak yang sehat, cerdas, dan siap berkontribusi bagi komunitasnya.

Akhirnya, buku ini tidak hadir untuk memberikan jawaban tunggal, tetapi menjadi ruang belajar bersama bagi semua pihak—pemerintah, masyarakat, kader, akademisi, dan pemuda desa. Melalui refleksi dan praktik yang terus berkembang, kita dapat mewujudkan ekosistem pembangunan manusia yang inklusif dan partisipatif. Karena dalam setiap langkah kecil pencegahan, tersimpan harapan besar untuk Indonesia yang lebih sehat dan berdaya.

Daftar Pustaka

1. Badan Pusat Statistik. (2021). *Prevalensi stunting di Indonesia 2020*. BPS. <https://www.bps.go.id>
2. Hardinsyah, H., & Briawan, D. (2017). *Gizi dan kesehatan masyarakat*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
3. Kadi, A., & Kartasurya, M. I. (2021). *Manajemen program gizi dalam kesehatan masyarakat*. Yogyakarta: Andi Offset.
4. Kemen Bappenas RI. (2018). *Pedoman pelaksanaan intervensi penurunan stunting terintegrasi di kabupaten/kota*. Deputi Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan, Kementerian Perencanaan dan Pembangunan Nasional.
5. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi RI. (2017). *Buku saku desa dalam penanganan stunting*. Jakarta: Kemendes PDDT.
6. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi RI. (2018). *Panduan fasilitasi konvergensi pencegahan stunting di desa*. Jakarta: Kemendes PDDT.
7. Kementerian Kesehatan RI. (2018a). *Pedoman pencegahan stunting*. Jakarta: Kemenkes RI.
8. Kementerian Kesehatan RI. (2018b). *Pedoman strategi komunikasi: Perubahan perilaku dalam percepatan pencegahan stunting di Indonesia*. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
9. Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Permenkes No. 2 Tahun 2020 tentang standar antropometri anak*. Jakarta: Kemenkes RI.
10. Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Buku saku penanggulangan stunting bagi kader Posyandu*. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
11. Ministry of Health of the Republic of Indonesia. (2021). *National strategy to accelerate stunting prevention (Stranas Stunting)*. Jakarta: MoH-RI.
12. Nugroho, H., & Saraswati, R. (2020). *Manajemen risiko dalam intervensi kesehatan masyarakat*. Jakarta: Pustaka Medika.
13. Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
14. Sediaoetama, A. D. (2016). *Ilmu gizi untuk mahasiswa dan profesi*. Jakarta: Dian Rakyat.
15. Suharno, D. (2019). *Manajemen risiko kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
16. Sumarmi, S., & Wirawan, D. N. (2020). *Gizi kesehatan masyarakat*. Jakarta: Salemba Medika.
17. Tanoto Foundation. (2021). *Modul pencegahan dan penanganan stunting bagi SDM Kesos*. Jakarta: Dirjen Kemensos, Kementerian Sosial RI.
18. UNICEF. (2019). *The state of the world's children: Children, food and nutrition*. <https://www.unicef.org>

19. UNICEF Indonesia. (2022). *Local actions to address stunting: Best practices from villages*. <https://www.unicef.org/indonesia>
20. World Health Organization. (2014). *Guideline: Assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition*. Geneva: WHO Press.
21. World Health Organization. (2020a). *Levels and trends in child malnutrition*. <https://www.who.int>
22. World Health Organization. (2020b). *Guideline: Implementing effective actions to reduce stunting*. Geneva: WHO Press.

Daftar Lampiran

Lampiran 1: Format Formulir Pemantauan

Berikut contoh Format Formulir Pemantauan Mitigasi Stunting di Desa yang sederhana dan praktis untuk digunakan kader atau petugas desa dalam mencatat kegiatan dan perkembangan penanganan stunting:

FORMULIR PEMANTAUAN MITIGASI STUNTING DESA

I. Identitas Pemantauan

Keterangan	Isian
Nama Desa	
Kecamatan	
Kabupaten/Kota	
Tanggal Pemantauan	
Nama Petugas/Kader	
Jabatan/Posisi	

II. Data Keluarga 1000 HPK

No	Nama Kepala Keluarga	Nama Balita	Usia Balita (Bulan)	Status Gizi (Normal/Stunting)	Intervensi yang Diterima	Catatan
1						
2						
3						
...						

III. Kegiatan Pemantauan dan Evaluasi

No	Kegiatan yang Dilakukan	Tanggal Pelaksanaan	Jumlah Peserta	Hasil/Temuan	Tindak Lanjut
1	Pemeriksaan Posyandu				
2	Penyuluhan Gizi Ibu Hamil				
3	Pemberian PMT Balita				
4	Musyawahar Desa Penanggulangan				
...					

IV. Masalah dan Kendala

No	Masalah/Kendala yang Ditemui	Upaya Penyelesaian	Keterangan Tambahan
1.			
2			
3			

V. Rekomendasi dan Saran

Rekomendasi / Saran

.....

.....

.....

.....

VI. Tanda Tangan

Nama Petugas / Kader Tanggal Tanda Tangan

Catatan:

- Formulir ini dapat disesuaikan sesuai kebutuhan dan kapasitas desa.
- Pengisian dilakukan secara berkala (misalnya bulanan atau triwulanan) untuk memastikan data selalu mutakhir.
- Data yang lengkap dan akurat sangat membantu dalam pengambilan keputusan dan evaluasi program.

Lampiran 2: Contoh SOP Intervensi Gizi

Berikut adalah contoh SOP (Standard Operating Procedure) Intervensi Gizi untuk Mitigasi Stunting di Desa yang sederhana dan praktis untuk digunakan oleh tenaga kesehatan atau kader desa:

Contoh SOP Intervensi Gizi Untuk Mitigasi Stunting Di Desa

I. Tujuan

Menjamin pelaksanaan intervensi gizi secara sistematis, tepat sasaran, dan berkelanjutan untuk menurunkan angka stunting pada balita dan ibu hamil di tingkat desa.

II. Ruang Lingkup

SOP ini berlaku untuk seluruh petugas kesehatan, kader posyandu, dan pihak terkait yang terlibat dalam pelaksanaan program intervensi gizi di desa.

III. Definisi

- Intervensi gizi spesifik: Upaya langsung untuk menangani masalah gizi seperti suplementasi zat besi, vitamin A, dan pemberian makanan tambahan (PMT).
- Intervensi gizi sensitif: Upaya tidak langsung yang mendukung perbaikan status gizi seperti sanitasi, pendidikan gizi, dan pemberdayaan ekonomi keluarga.

IV. Prosedur Pelaksanaan

1. Identifikasi Sasaran

- Melakukan pendataan keluarga dengan anak usia 0-59 bulan dan ibu hamil (1000 HPK).
- Menggunakan data mutakhir dari posyandu dan survei lokal.
- Memprioritaskan keluarga dan anak dengan risiko tinggi stunting.

2. Perencanaan Intervensi

- Menyusun rencana intervensi gizi berdasarkan hasil identifikasi risiko.
- Melibatkan lintas sektor (kesehatan, pendidikan, pemberdayaan masyarakat).
- Menentukan jadwal pelaksanaan dan alokasi sumber daya.

3. Pelaksanaan Intervensi

- Pemberian suplementasi zat besi dan asam folat kepada ibu hamil sesuai standar.
- Pemberian vitamin A dan imunisasi pada balita.

- Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi balita dan ibu hamil yang berisiko gizi kurang.
- Pendidikan gizi dan konseling kepada ibu dan keluarga tentang pola makan sehat, ASI eksklusif, MP-ASI, dan kebersihan lingkungan.
- Pengawasan tumbuh kembang balita secara rutin melalui posyandu.

4. Monitoring dan Evaluasi

- Melakukan pencatatan dan pelaporan kegiatan intervensi secara berkala.
- Memantau perkembangan status gizi balita dan ibu hamil.
- Mengevaluasi efektivitas intervensi dan melakukan perbaikan bila diperlukan.

V. Tanggung Jawab

- Petugas kesehatan: Melakukan pemeriksaan, pemberian suplementasi, dan pencatatan.
- Kader posyandu: Membantu pelaksanaan kegiatan di lapangan dan edukasi masyarakat.
- Kepala desa dan TPPS Desa: Mendukung koordinasi dan penyediaan sumber daya.

VI. Dokumentasi

- Formulir pendataan keluarga 1000 HPK
- Laporan pelaksanaan intervensi gizi
- Buku posyandu dan rekam medis balita

VII. Penutup

SOP ini harus dipahami dan dilaksanakan oleh seluruh pihak terkait untuk mencapai penurunan stunting yang signifikan dan berkelanjutan di desa.

Lampiran3: Checklist Pelaksanaan Intervensi Gizi

Contoh Checklist Pelaksanaan Intervensi Gizi

No	Kegiatan	Status (✓/X)	Keterangan
1	Pendataan keluarga 1000 HPK lengkap dan akurat		
2	Pemberian suplementasi zat besi dan asam folat kepada ibu hamil		
3	Pemberian vitamin A pada balita		
4	Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi balita berisiko		
5	Edukasi gizi kepada ibu dan keluarga		
6	Pengawasan tumbuh kembang balita melalui posyandu		
7	Pelaporan dan dokumentasi lengkap		

Lampiran 4: Contoh SK Tim Stunting Desa

SURAT KEPUTUSAN

KEPALA DESA [NAMA DESA]

NOMOR: ___ / SK / ___ / 20__

TENTANG

PEMBENTUKAN TIM PERCEPATAN PENURUNAN STUNTING (TPPS) DESA [NAMA DESA]

PERIODE.....S/D.....

Menimbang:

- a. Bahwa stunting merupakan masalah gizi kronis yang memerlukan penanganan terpadu di tingkat desa;
- b. Bahwa diperlukan pembentukan Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS) desa untuk mengkoordinasikan dan mempercepat pelaksanaan intervensi;

Mengingat:

1. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2022 tentang Penanggulangan Stunting;
3. Peraturan Daerah/Kabupaten tentang Penanggulangan Stunting;
4. Program dan kebijakan pemerintah desa terkait kesehatan dan gizi;

Memutuskan:

Menetapkan:

Pertama: Membentuk Tim Percepatan Penurunan Stunting (TPPS) Desa [NAMA DESA] dengan susunan keanggotaan sebagai berikut:

No	Nama	Jabatan/Peran	Tugas Pokok
1	[Nama Ketua]	Kepala Desa	Ketua TPPS Desa
2	[Nama Sekretaris]	Sekretaris Desa	Sekretaris TPPS
3	[Nama]	Kepala Puskesmas/Petugas Kesehatan	Koordinator Intervensi Kesehatan
4	[Nama]	Kader Posyandu	Pelaksana Lapangan

5	[Nama]	Kepala Bidang Pemberdayaan Masyarakat	Koordinator Sosialisasi dan Edukasi
6	[Nama]	Perwakilan PKK Desa	Pendamping Keluarga
7	[Nama]	Kepala Sekolah/Madrasah	Koordinator Pendidikan dan Anak
8	[Nama]	Ketua RW/RT	Penggerak Partisipasi Masyarakat
...

Kedua: Tim TPPS Desa bertugas:

1. Merencanakan, mengoordinasikan, melaksanakan, memantau, dan mengevaluasi kegiatan percepatan penurunan stunting di desa;
2. Melakukan pendataan dan pemetaan risiko stunting;
3. Melakukan edukasi, intervensi gizi, dan kolaborasi lintas sektor;
4. Melaporkan perkembangan dan hasil kegiatan kepada Kepala Desa dan pihak terkait.

Ketiga: Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dan dapat ditinjau kembali sesuai kebutuhan.

Ditetapkan di: [Nama Desa]

Tanggal: [dd/mm/yyyy]

KEPALA DESA [NAMA DESA]

(ttt dan cap desa)

[Nama Kepala Desa]

Lampiran 5: Rencana Aksi Desa untuk Penurunan Stunting

Contoh Rencana Aksi Desa untuk Penurunan Stunting

No	Kegiatan Utama	Sasaran	Waktu Pelaksanaan	Penanggung Jawab	Sumber Dana	Indikator Keberhasilan	Catatan
1	Pendataan keluarga 1000 HPK	Keluarga dengan balita	Jan - Feb 2025	Kader Posyandu	APBDes	Data 100% keluarga tervalidasi	Update setiap 6 bulan
2	Pelatihan kader posyandu	Kader posyandu	Maret 2025	Puskesmas & Desa	Dana desa + Dinkes	Kader terlatih 100%	Evaluasi setelah pelatihan
3	Penyuluhan pola makan sehat	Ibu hamil dan balita	April - Mei 2025	TPPS Desa	APBDes	80% ibu mengikuti penyuluhan	Sertakan demo makanan sehat
4	Pemetaan wilayah rawan stunting	Desa	Jan - Mar 2025	Tim TPPS	APBDes	Peta risiko tersedia	Update tahunan
5	Penguatan posyandu aktif	Posyandu di desa	Januari - Des 2025	Kader & Kepala Desa	APBDes + Dana hibah	Posyandu aktif minimal 2x/bulan	Laporan bulanan
6	Kampanye desa sadar stunting	Masyarakat umum	Juni - Juli 2025	TPPS & PKK	APBDes	70% masyarakat paham stunting	Media sosial & spanduk

