# DIKTAT

# PERENCANAAN PROGRAM GIZI

**Disusun oleh:**
**Dudung Angkasa, SGz, M.Gizi**

*Diktat ini digunakan untuk kalangan terbatas*

*"barang siapa yang **tidak merasakan pahitnya** menuntut ilmu maka ia akan merasakan kebodohan sepanjang masa"*

***-imam syafie***

# DAFTAR ISI

Bab 1 Pendahuluan

1.1 Mengapa harus membuat perencanaan?

**1.2** Pengetahuan dan Keahlian yang harus dimiliki seorang ahli gizi

**1.3** Model sistem kesehatan: Disisi mana kita bisa berperan

**1.4** Konsep projek dan program

**1.5** Metode dalam perencanaan projek/program kesehatan dan gizi

Bab 2 Review manajemen: mengapa sebuah projek gagal?

2.1 Definisi manajemen

2.2 Fungsi dasar manajemen

2.3 Penyebab gagalnya projek

Bab 3 Langkah-Langkah Perencanaan Program/Projek

3.1 Analisis situasi

3.2 Analisis masalah

3.3 Analisis stakeholder

3.4 Analisis konteks dan resiko

3.5 Perangkat untuk analisis

Bab 4 Sistem Monitoring dan Evaluasi

4.1 Monitoring

4.2 Evaluasi

Bab 5. Intevensi Gizi Spesifik dan Sensitif

Lampiran

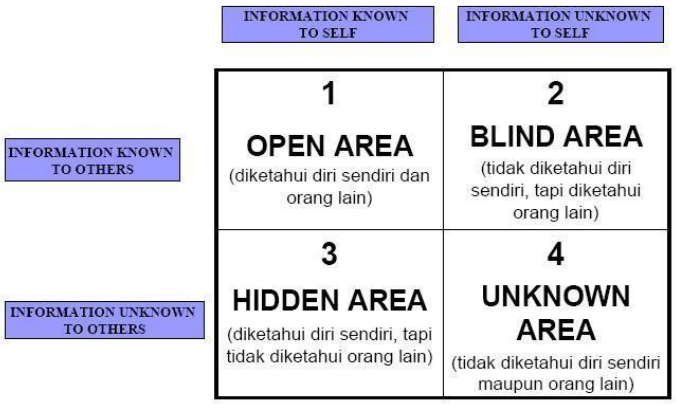
# BAB 1
# PENDAHULUAN

## 1.1 Mengapa harus membuat perencanaan?

Keterbatasan sumber daya seperti modal, tenaga dan waktu membuat kita perlu membuat perencanaan dalam mengolahnya untuk mencapai suatu tujuan. Selain itu, munculnya masalah-masalah yang diluar perkiraan membuat kita sebagai manajer program atau projek perlu merencanakan perkiraan solusi. Ditambah lagi adanya tantangan di masa depan yang membuat kita pun membuat persiapan strategi dalam menghadapinya.

Dalam bidang gizi, promosi kesehatan agar masyarakat tetap sehat, mampu menjaga kesehatan dan mampu mengajak orang lain untuk sehat adalah tujuan utama. Beban yang besar akan ditanggung baik oleh pemerintah maupun swasta termasuk orang yang bermasalah kesehatan sendiri jika mereka jatuh sakit. Diharapkan dengan sehat, masyarakat hidup secara produktif dan cerdas.

Masalahnya ialah tidak semua masyarakat mengetahui bahwa mereka memiliki masalah (Gambar 1). Disini peran seorang manajer program/projek dalam membuat masyarakat untuk memiliki kesadaran (*awareness*), pengenalan diri sendiri (*self recognition*), solusi (*self-solution*), kemauan untuk berubah (*willingness to change*), dan menjaga serta mengembangkan diri dari solusi yang telah ditetapkan bagi masyarakatnya (*development and sustainability*).



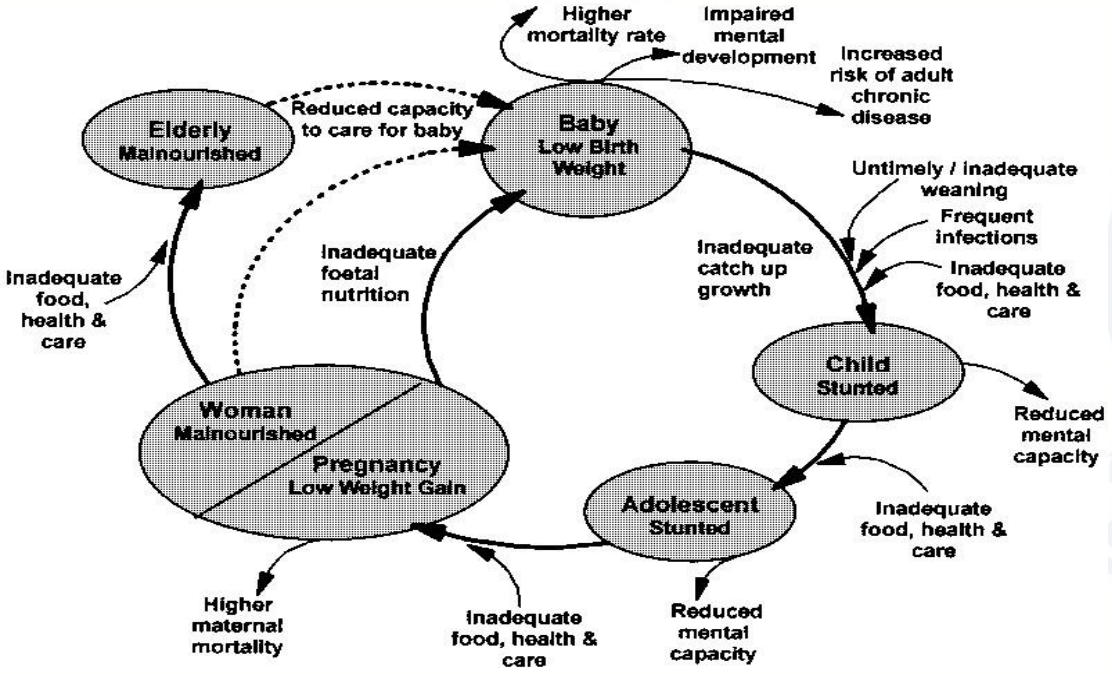

Gambar 1. Kuadran Diri Berdasarkan *Self Awareness*

Tantangan lain bagi seorang manajer program/projek ialah untuk apa program/projek gizi? karena baik di masyarakat maupun beberapa tenaga

kesehatan menganggap gizi bukanlah hal yang penting. Cukup memberi makan yang baik, maka sehatlah orang/individu. Begitu menurut mereka.

Disini, seorang manajer program/projek harus mampu memjelaskan bahwa memang pemecahan masalah gizi tidak dapat dilihat secara cepat hasilnya. Hal ini terkait dengan sifat masalah gizi secara umum yaitu kronis atau menahun. Gambar 1 dapat memberikan deskripsi bagaimana masalah gizi muncul dalam daur kehidupan.

Wanita yang mengalami gizi kurang jika tidak mendapatkan asupan yang baik, layanan kesehatan yang optimal dan mengalami infeksi maka dapat menyebakan janin kekurangan gizi.




Gambar 1. Konsep masalah gizi dalam daur kehidupan

*Sumber*: diadaptasi dari *ACC/SCN-appointed Commission on the Nutrition Challenges of the 21st Century*.

Janin kurang gizi akan beresiko dilahirkan dengan berat badan lahir rendah (BBLR, <2500 gram). Bayi BBLR akan beresiko mengalami kematian dini, ketergangguan dalam perkembangan mental serta (jika sampai dewasa) meningkatkan resiko terjadinya penyakit kronis. Jika bayi BBLR ini tidak mendapatkan asupan yang cukup, mengalami infeksi yang sering serta tidak

mendapat asuhan dan layanan kesehatan yang optimal maka menjadikannya tidak mengejar pertumbuhan (*catch-up growth*) menyebabkan dirinya menjadi anak *stunted (*pendek). Jika faktor masalah tetap terjadi (misal asupan yang tidak cukup, asuhan dan layanan kesehatan tidak optimal) maka *child stunted* ini menjadi dewasa yang mengulangi siklus masalah gizi. Berbagai badan dunia seperti WHO dan UNICEF melaporkan bahwa dewasa yang lahir dengan BBLR akan memiliki produktivitas yang rendah dan sering sakit. Jika dewasa ini mendapat pendapatan maka karena sering sakit pendapatannya akan digunakan untuk berobat. Bahkan, pada tahap masih anak-anak, masalah gizi merupakan masalah terbesar dunia dan penyebab tunggal terbesar dalam menyebabkan kematian anak (*World Bank, UNICEF, WHO*)

Penyelesaian masalah gizi dengan pencegahan (*preventive*) sebenarnya jika dipahami adalah berupa investasi pada sumber daya manusia dan investasi ini perlu waktu lama karena menyangkut generasi selanjutnya. Tetapi investasi ini sangat menguntungkan karena biayanya terhitung lebih rendah, keuntungannya besar dan lama serta dampaknya yang luas.

Laporan *World bank* (2006) yang berjudul '*repositioning nutrition as central to development*' menunjukkan bahwa gizi sebagai pusat perkembangan baik kesehatan, ekonomi maupun pendidikan. Bahkan, laporan terbaru *International Food Policy Research Institute* dalam *Global Nutrition Report* (2014) menegaskan peran gizi bukan hanya sebagai pusat tetapi sebagai indikator keberlanjutan perkembangan (*nutrition as sustainable to development*). Kedua laporan ini menunjukkan pentingnya berinvestasi dalam bidang gizi. Investasi dalam bidang gizi memberikan keuntungan ekonomi yang besar (*high return*) dan sangat kompetitif dibandingkan dengan investasi pada jalan, irigasi dan kesehatan (IFPRI, 2014). Tetapi perlu diingat bahwa dalam investasi ini berbagai stakeholder perlu dilibatkan karena program/projek intervensi spesifik gizi (*nutrition-specific intervetion*) saja akan berdampak singkat sehingga diperlukan intervensi bersifat sensitif (*nutrition-sensitive intervention*) melalui sektor lainnya (baca paper Zulfikar A Bhutta *et al.* & Ruel *et al*. *Maternal and Child Nutrition* seri 1-3, *Lancet 2013* )

### 1.2 Pengetahuan dan Keahlian yang harus dimiliki seorang ahli gizi

Saat ini, perhatian gizi kesehatan masyarakat adalah magnitude besar atau prevalensi besar contoh *stunting*, anemia, KEP, KVA, GAKI, BBLR, diabetes, kanker, osteoporosis, jantung koroner dan obesitas. Selain itu, dengan meningkatnya umur harapan hidup maka masalah gizi pada masa lansia pun mulai jadi perhatian. Seorang ahli gizi harus mempunyai pengetahuan dan keahlian dalam kesehatan masyarakat seperti :

1. Kebijakan, Perencanaan dan Administrasi

   Mengetahui struktur politik masyarakat, menggunakan keterampilan dalam perencanaan, organisasi, manajemen dan evaluasi system pelayanan gizi masyarakat.
2. Biostatistik

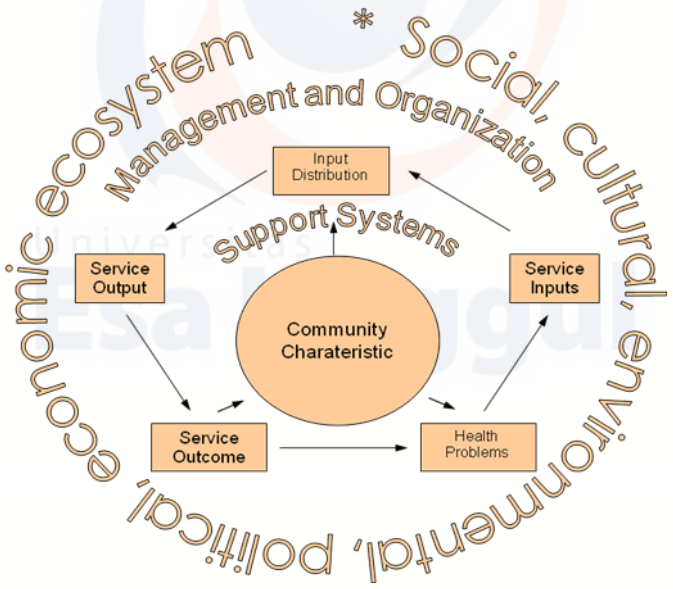
   Mempunyai keterampilan dalam mengumpulkan, menyusun, menganalisis dan membuat laporan demografi, kesehatan dan data konsumsi pangan.
3. Epidemiologi

   Mengetahui tentang kesehatan dan pola penyebaran penyakit dalam populasi.
4. Ilmu Lingkungan

   Mengetahui factor biologi dan kimia yang mempengaruhi kualitas dan keamanan udara, air dan ketersediaan pangan.

### 1.3 Model sistem kesehatan: Disisi mana kita bisa berperan?

Sistem kesehatan sangat komplek dan banyak ahli mencoba mendeskripsikan model sistemnya. Diantara model yang umum dipakai ialah Kielman model seperti pada Gambar 2. Model akan memudahkan manajer program untuk melakukan perkiraaan, diagnosis dan mencari solusi masalah. Tiap komponen dapat menjadi faktor resiko terjadinya masalah gizi baik langsung maupun langsung. Misalnya *service input* yang berupa *manpower* (SDM), *money* (dana) dan *structure of program* (struktur program).




Gambar 2. Model Sistem Kesehatan

Kekurangan SDM pada pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) dapat menjadi mempengaruhi distribusi tablet Fe atau Vitamin A. Apalagi jika ditambah kekurangan sokongan dana BOK dari pemerintah serta ketidakjelasan struktur program di Puskesmas. Pada service distribution, bisa jadi dana, tenaga dan struktur program ada dan berjalan tetapi ada hambatan dalam 'distribusi' layanan misal rendahnya kepatuhan dalam konsumsi table Fe atau bumil hanya ingin tablet tersebut jika disarankan oleh dukun. *Service output* berupa berapa banyak jumlah tablet yang tersebar (cakupan) sedangkan outcome dapat berupa berapa ibu hamil yang tidak mengalami anemia.

## 1.4 Konsep Program dan Projek

Program adalah sepaket projek yang berkaitan yang dikoordinasikan dengan jalan tertentu untuk mencapai manfaat dari tiap projek dan juga untuk mengatur hal tertentu yang tidak dapat dilakukan hanya dalam satu projek (PMI, 2006). Projek merupakan kegiatan sementara yang digunakan untuk menghasilkan sebuah produk atau layanan tertentu. Projek relatif lebih sederhana, singkat, dibatasi waktu, dan memiliki target yang khusus dan biasanya dilakukan sebelum program.

**1.5** Metode dalam perencanaan projek/program kesehatan dan gizi

Banyak metode yang berkembang dalam membuat perencanaan projek kesehatan dan gizi. Diantara metode yang banyak digunakan ialah LFA (*logical framework analysis*), OOPP (*germany*) dan RBM (*result based management*, USA).

Perencanaan ini juga jika dilihat berdasarkan level pemerintahan dapat dibagi menjadi *micro planning, strategic planning dan global planning*. *Micro planning* seperti: kecamatan, kelurahan, desa. *Strategic planning* seperti pada tinggal nasional sedangkan *Global planning* seperti SDGs (sebelum 2015 disebut MDGs).

# BAB II

## *Review* Manajemen: mengapa sebuah projek gagal?

### 2.1 Definisi Manajemen

Manajemen adalah proses untuk mengatur sesuatu secara efektif dan efisien dengan dan melalui orang lain. Efektif berarti mengerjakan sesuatu yang benar (*doing the right things*) sehingga benarnya dalam melakukan tugas dapat membantu organisasi mencapai visinya. Efesiensi berarti mengerjakan/menggunakan sesuatu dengan benar (*doing things right*). Efesiensi dalam menggunakan SDM, dana dan peralatan.

### 2.2 Fungsi Dasar Manajemen

Ada empat dasar fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, penunjukan/delegasi, dan pengendalian. *Planning* berkerja dengan mendefinisikan tujuan organisasi dan cara untuk mencapainya. Pengorganisasian berarti menyusun dan membuat struktur kerja untuk mengatur peran. Penunjukan/delegasi berarti mengarahkan aktivitas dalam mencapai tujuan sedangkan pengedalian berupa monitoring, membandingkan dengan standar (SOP), dan koreksi kinerja

### 2.3 Penyebab Gagalnya Projek

Sebuah kalimat hikmah mengatakan *"berhasil merencanakan adalah setengah dari keberhasilan".* Dari kalimat ini, pelajaran yang diambil ialah kadang kegagalan ada di waktu perencanaan. Perencanaan yang tidak matang selain menghabiskan tenaga, dana, dan waktu, hasilnya pun tidak dapat banyak digunakan. Bahkan kegagalan ini dapat menyebabkan masyarakat target/sasaran 'enggan' menerima projek semacam itu yang berdampak menurunkan kredibilitas suatu tim projek atau institusi yang membawahinya.

Biasanya perencana atau *project manager* terlalu optimis dalam merencanakan sehingga tidak peka akan kemungkinan gagal. Keterlibatan stakeholder dapat meminimalisir kegagalan. Kegagalan dapat berupa hambatan dari masyarakat target, berupa sikap apatis dan tidak perduli. Untuk hambatan ini baiknya dalam perencanaan dilibatkan *opinion leader* dan lakukan temu muka dengan mereka

mengenai kemungkinan projek tersebut dapat dijalankan. Penyebab kegagalan lain ialah pemilihan indikator untuk dimonitoring dan evaluasi yang tidak tepat. Pemilihan indikator ini sebaiknya diperjelas diawal. Pergantian anggota tim projek pun bisa menghambat keberhasilan projek. Apalagi jika projek sangat tergantung atau mengandalkan satu orang saja dalam melakukan sebuah aktivitas. Untuk ini baiknya dilakukan supervisi bertingkat atau minimal dua orang sebagai penanggung jawab suatu kegiatan. Pemutusan dana dari pendonor/sponsor pun bisa membuat salah satu faktor penyebab gagalnya projek. Untuk ini selain komitmen pendonor, tim projek perlu melakukan langkah antisipasi lain seperti meningkatkan rasa kepemilikan dari masyarakat sehingga dapat bersedia membantu. Apapun yang terjadi dalam sebuah projek, stakeholder maupun masyarakat target diberi informasi sehingga mengurangi kesalahpahaman dan juga mendapat masukan tentang keberlanjutan projek. Keberlanjutan projek oleh masyarakat sasaran saat tim projek sudah menghentikan aktivitas merupakan salah satu indikator berhasilnya projek. Projek bisa disebut gagal jika masyarakat sasaran tidak memiliki kapasitas untuk melanjutkan projek. Kadang, ada dampak negatif untuk projek yang dalam melibatkan masyarakat dengan pemberian souvenir atau suatu barang. Beberapa masyarakat akan cenderung 'materialistis' dan mengikuti suatu projek jika hanya ada imbalan. Penting untuk disampaikan diawal mengenai rentang projek dan harapan dari projek tersebut sehingga menghindari 'ketergantungan' masyarakat terhadap projek.

# BAB III

# Langkah-Langkah Perencanaan Program/Projek

Langkah-langkah perencanaan dalam modul ini mengacu pada *Logical Framework Analysis.* Metode LFA dimulai tahun 1960-an oleh pihak swasta yang kemudian diadopsi sebagai perangkat perencanaan oleh USAID tahun 1970-an. Selanjutnya dikembangkan sebagai perangkat perencanaan dan manajemen yang digunakan juga oleh British DFID, GTZ (german) dan AusAID (Australia). Ada empat langkah utama dalam LFA yaitu analisis situasi, analisis masalah/strategi, matrix perencanaan projek, rencana pelaksanaan.

## 3.1 Analisis situasi

Langkah pertama yang dilakukan dalam merencanakan intervensi adalah mengumpulkan dan menganalisis data yang ada di masyarakat. Beberapa istilah yang dipergunakan dalam mengkaji kebutuhan masyarakat seperti *community assessment, needs assessment, community profile, community diagnosis, market research*. SOA adalah pengunpulan sistematik dari data subjektif dan objektif untuk mengembangkan daftar masalah. Dalam melakukan identifikasi masalah dilakukan SOA tetapi belum sampai pada *planning*.

### 3.1.1 Data subjektif

Data ini penting dkumpulkan dan dapat dilakukan dengan berbagai cara, yaitu dengan :

a. Mempelajari Media Massa

Dapat dilakukan dengan membaca koran lokal, mendengarkan siaran radio lokal, menonton TV lokal. Hal ini dilakukan untuk melihat issue yang sedang berkembang saat ini terutama yang berhubungan dengan masalah kesehatan.

b. Mempelajari geografi daerah (peta daerah)

Orang yang tinggal di gunung dan pesisir memiliki karateristik yang berbeda. Biasanya orang yang tinggal di daerah pesisir lebih terbuka karena banyak berinteraksi dengan orang lain.

c.Petugas kesehatan dapat berasal dari pendatang/ orang asli

Petugas kesehatan di daerah secara periodik mengunjungi daerah, mendengarkan masyarakat, mengamati keadaan lingkungan.

d. Mengunjungi berbagai tipe pasar, rumah makan

Hal ini dilakukan untuk melihat ketersediaan bahan pangan, konsumsi masyarakat, serta daya beli. Bila kita datang ke suatu daerah cari pasar loak lalu lihat barang apa yang dijual, apabila yang dijual baju penduduk di daerah itu dapat dikatakan sudah miskin tetapi apabila menjual daun jendela dapat dikategorikan miskin sekali. Kondisi ini dapat mencerminkan gambaran keadaan ekonomi di suatu daerah.

e. Mengadakan FGD (*Focus Group Discussion*) dengan masyarakat

Diskusi mengenai topik tertentu sehingga tim projek mengetahui bagaimana tanggapan masyrakat terhadap masalah yang dihadapi. Dari FGD juga dapat diketahui apa saja hambatan, kekuatan, kesempatan dan ancaman (pelengkap analisis SWOT) dalam perencanaan program. Selain itu, data mengenai pihak apa saja yang mesti terlibat dapat diketahui juga. Hal ini penting dalam analisis stakeholder.

### 3.1.2 Data Objektif

Data secara objektif dapat dilakukan melalui :

a. Data demografi: total populasi, tingkat pertumbuhan, distribusi geografi/tempat tinggal, kepadatan penduduk, rasio usia dan jenis kelamin, umur harapan hidup, indikator vital (tingkat kelahiran, tingkat kematian, tingkat kematian ibu, tingkat kematian bayi) dan tingkat kematian akibat kasus tertentu.

b. Faktor sosial ekonomi: etnik, pendidikan, komunikasi dan transportasi (rasio pengguna telpn, proporsi area yang terhubung langsung dengan jalan utama, jenis kendaraan), perumahan (rata-rata orang dalam satu rumah tangga, proporsi rumah dengan material bahan bangunan yang berbeda, jumlah orang di daerah kumuh), listrik, keamaan sosial (misal: badan amal zakat, infaq shodaqoh), kondisi pekerjaan, pendapatan dan pengeluaran

c. Faktor lingkungan: ketersediaan air, tempat pembuangan sampah, sampah industri/pabrik, tempat makan/pedagang yang berizin

d. Sumber daya kesehatan: komponen sektor kesehatan, hubungan antar sektor/pihak, fasilitas kesehatan, jumlah dan kualitas tenaga kerja, dana kesehatan, data mengenai projek-projek kesehatan yang pernah ada

e. Status Kesehatan: penyebab kesakitan, kematian, kematian bayi dan ibu, penggunaan rumah sakit, konsultasi kesehatan, status gizi.

   Khusus status gizi, dapat dilakukan penilaian dengan cara pengukuran antropometri dilakukan untuk mengukur berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, skinfold dan lain-lain. Hal ini dilakukan untuk mengetahui apakah penduduk di daerah tersebut termasuk dalam kategori status gizi seperti apa, apakah normal, abnormal, kurang gizi atau kegemukan. Tes biokimia terhadap darah serta urin untuk melihat kadar Hb, kadar kolesterol, serta gula darah dalam tubuh. Pengamatan tanda-tanda klinis dengan mengamati kulit, rambut, mulut, mata, muka dan lain-lain. Interview konsumsi makanan dengan melihat pola konsumsi makanan dengan melakukan FFQ, 24 Hour recall, dan lain-lain.

   Selain itu, tim projek perlu melakukan penilaian atau pengamatan terhadap instansi lain yang menyediakan pelayanan gizi dan kesehatan, seperti konseling diet, pendidikan gizi, perawatan kesehatan, promosi kesehatan, bantuan makanan dan media massa tentang pendidikan gizi. Gunanya ialah untuk sinergi program/projek/kegiatan.

**3.2 Analisis masalah**

Tidak semua temuan data menjadi masalah sehingga tim projek haru memiliki pertimbangan tersendiri. Analisis/penentuan masalah dapat dilakukan sesuai data yang dimiliki. Untuk data subjektif pada kasus tertentu hasil dari penilaian subjektif dapat dijadikan masalah utama yang ditangani. Tim projek bisa saja pada mulanya menduga penyediaan suatu barang/alat akan meningkatkan status kesehatan masyarakat tetapi ternyata masyarakat membutuhkan program lain. Untuk data objektif, penentuan masalah ialah dengan membandingkan tingkat masalah dengan standar tertentu. Misal, untuk data demografi berupa kependudukan, bandingkan antara tingkat pertumbuhan penduduk dengan tingkat pertumbuhan yang diinginkan; data berupa distribusi geografi bandingkan dengan wilayah lain

yang geografi nya lebih baik. Biasanya distribusi geografi yang tidak merata akan menyulitkan akses terhadap layanan kesehatan.

Data status kesehatan dapat dibandingkan dengan rataan status kesehatan nasional atau *public health significant WHO*. Bisa juga dengan melihat kecenderungan kesakitan/kematian pada kelompok tertentu, apa saja faktor utama dalam penyebab kematian berdasarkan kondisi geografi. Data sumber daya kesehatan dapat dinilai dengan melihat masalah hubungan antar sector misal tidak optimalnya kerjasama puskesmas dengan sector ekonomi di masyarakat tersebut atau dengan pemerintah (kecamatan, dsb). Bisa juga dengan melihat seberapa besar cakupan sebuah program, efesiensi penggunaan sumber daya, dsb.

### 3.2.1 Klasifikasi masalah

Masalah kesehatan hasil analisis dapat dikategorikan menjadi dua yaitu masalah status kesehatan dan masalah layanan kesehatan. Masalah status kesehatan berupa apa saja penyebab kesakitan dan kematian serta jenis penyakit yang mempengaruhi masyarakat. Masalah pada layanan kesehatan berupa hal-hal yang mempengaruhi penyampaian layanan kesehatan dan biasanya terkait dengan manajemen provider kesehatan (puskes, klinik, rumah sakit, dsb)

### 3.2.2 Prioritas masalah

Dalam analisis masalah akan ditemukan banyak permasalahan dalam berbagai data. Tim projek dapat memilih suatu masalah tertentu dengan menggunakan kriteria-kriteria. Beberapa metode seperti metode Delbecq, Hanlon dapat juga digunakan dalam penentuan prioritas masalah. Beberapa tim projek atau LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) karena bergerak pada bidang tertentu maka dari awal sudah menentukan topik masalah yang akan diangkat. Apa saja kriteria yang dapat digunakan bagi tim projek, sebagai berikut:

a. Prevalensi/Persentase masalah, semakin besar persentasenya akan memiliki skor yang tinggi
b. Kemudahan untuk memperbaiki masalah dengan menggunakan teknologi, semakin mudah diintervensi semakin tinggi skor

c. Ketersediaan program atau kebijakan, adanya program akan menunjukkan ketersediaan dukungan teknis dan berbagai sumber daya.

d. Dampak terhadap masyarakat, berapa banyak masyarakat yang terkena dampak masalah. Skor tinggi diberikan pada masalah yang lebih mudah 'menyebar', menyebabkan 'kecacatan', dan mengeluarkan banyak biaya jika terkena masalah

Tabel 1. Pemeringkatan masalah dalam memilih masalah prioritas

| *Masalah* | *Prevalensi* | *Adanya program* | *Biaya* | *Total* | *Rangking* |
|---|---|---|---|---|---|
| | 50% | 25% | 25% | | |
| Tuberkulosis | 3 (1.5) | 2 (.5) | 2 (.5) | 2.5 | 4 |
| Hipertensi | 5 (2.5) | 5 (1.25) | 1 (.25) | 4 | 1 |
| Malgizi | 4 (2.0) | 3 (.75) | 4 (1) | 3.75 | 2 |
| Diare | 1 (.5) | 1 (.25) | 5 (1.25) | 2 | 5 |
| Asma | 2 (1) | 4 (1) | 3 (.75) | 2.75 | 3 |

Skala: 1-5, 1-terendah, 5-tertinggi

e. Dukungan administratif, adanya dukungan pihak pemerintah akan mendapatkan skor yang tinggi

f. Kebutuhan dana, jumlah biaya yang besar akan mendapatkan skor yang rendah

g. Kebutuhan masyarakat, semakin besar perhatian masyarakat (pemimpin atau sebagia besar kelompok) terhadap suatu masalah, maka masalah tersebut akan mendapat skor tertinggi.

### 3.3 Analisis *Stakeholder*

Analisis ini bertujuan untuk mengidentifikasi orang, organisasi, dan institusi yang mungkin tertarik, dapat terlibat, dan dapat terkena akibat dari projek. Penting sekali mengidentifikasi sasaran yang akan mendapatkan manfaat dari projek, dapat berkontribusi langsung karena berkaitan dengan keberlanjutan program, pemerintah yang dapat secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi jalannya projek. Begitu pun organisasi yang dapat diajak sinergi dalam projek. Banyaknya *stakeholder* dapat dianalisis dengan kriteria keterlibatannya dalam projek, apa visi/misinya yang sesuai projek, dan kekhawatirannya terhadap projek. Selain itu, kita pun dapat membuat kuadran untuk mengelompokkan *stakeholder* berdasarkan pengaruh dan dampak yang diberikannya sehingga kita dapat

mengidentifikasinya sebagai tempat dialog, konsultasi, atau pemberi informasi (baik publik maupun individu).

### 3.4 Analisis Konteks dan Resiko

Analisis konteks berupa uraian kondisi eksternal yang mungkin menyebabkan projek disetujui atau tujuan projek tidak tercapai. Keadaan politik, stabilitas ekonomi, keadaan sosial dan budaya yang diluar kendali tim projek. Beberapa projek tidak dapat berjalan atau berlanjut ketika tidak ada kepastian politik/kebijakan.

Contoh pertanyaan yang dapat membantu dalam menganalisis konteks seperti:

a. Apakah kelompok masyarakat atau *opinion leaders* (pemegang opini, yang disegani masyarakat) tidak mau atau segan untuk membuat suatu perubahan?
b. Bagaimana projek terkait dengan aktivitas masyarakat, apakah projek memulai sesuatu yang baru? Atau melengkapi kegiatan masyarakat? Atau bahkan bertabrakan dengan aktivitas mereka?
c. Bagaimana pengalaman projek sebelumnya (dari LSM, Institusi, dsb) terhadap komunitas sasaran?

Analisi resiko diperlukan karena biasanya perencana projek terlalu optimistik dengan rencana/idenya. Contoh pertanyaan yang dapat digunakan untuk membantu analisis ini ialah:

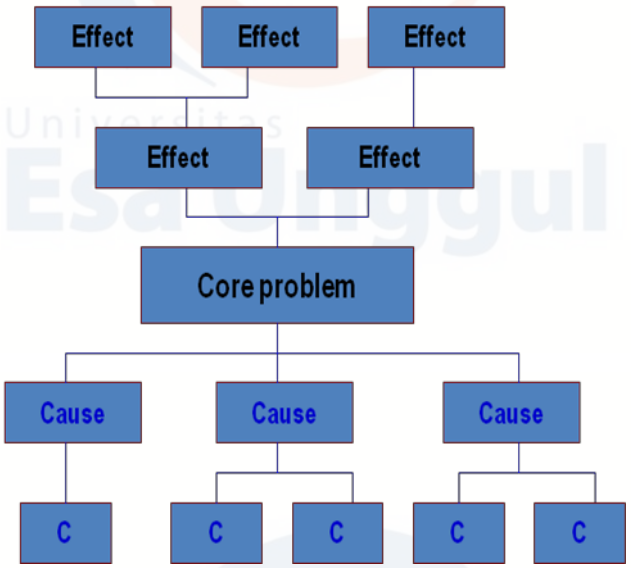
a. Apakah masyarakat sasaran berkenan untuk terlibat projek? Apakah mereka memiliki waktu dan motivasi?
b. Apakah ada sesuatu yang tidak stabil di wilayah tersebut seperti politik (perang antar suku, kelompok, golongan, pribumi vs pendatang)?
c. Bagaimana keberlanjutan program?

### 3.5 Perangkat untuk Analisis Masalah

3.5.1 *Problem tree*

Jika sudah mendapatkan masalah prioritas maka tim projek dapat menggunakan beberapa perangkat seperti Ishikawa Diagram (f*ish bone)* dan *Problem tree (root*

*cause analysis*). *Problem tree* lebih banyak digunakan dan dapat memberikan gambaran dampak lebih lanjut suatu masalah.




Gambar 3. Penyajian *problem tree*

Tahap pertama dalam membangun pohon masalah ialah menentukan masalah prioritas (*core problem*). Tahap kedua, sebutkan/tulis sebanyak-banyaknya penyebab (*causes*) yang mungkin terjadi. Pada tahap ini keterlibatan masyarakat (*stakeholder*) dapat membantu memberikan masukan 'penyebab' berdasarkan pengalamannya. Tahap ketiga, sebutkan/tulis dampak (*effects*) yang mungkin terjadi. Tahap keempat, mulai susun penyebab dan dampak secara urutan logis. Tahap terakhir, cek kembali kelengkapan pohon masalah.

3.5.2 Analisis tujuan

Tahap selanjutnya dalam analisis masalah ialah mencari solusi. Biasanya masalah dalam pernyataan negative maka solusi dibuat dengan cara membuat pernyataan menjadi positif. Analisis ini dimulai dengan menjadikan masalah prioritas dalam pernyataan positif lalu diikuti dengan penyebab dan dampaknya. Perlu diketahui kadang kala ada beberapa penyebab yang sulit untuk diterima jika dijadikan pernyataan positif misalnya salah satu penyebab masalah ialah 'tingginya warga dengan lulusan SD' maka jika dibuat pernyataan positif menjadi 'menurunkan jumlah warga lulusan SD' yang mana hal ini tidak dapat dilakukan dengan mudah pada masyarakat sasaran, terlebih jika warga tersebut sudah dewasa/tua.

3.5.3 Analisis Tujuan Alternatif

Pada tahap ini yang perlu dilakukan ialah memilih solusi yang dapat diambil karena tidak semua solusi dapat diatasi oleh tim projek. Pemilihan solusi ini berdasarkan kesepakatan tim projek dan stakeholder.

3.5.4 Pembuatan Matrik Perencanaan Projek

Matriks ini dibuat untuk memudahkan 'memonitor' tiap komponen dengan jelas. Contoh matriks dapat dilihat dibawah ini:

Tabel 2. Penyajian Matrik Perencanaan Projek

| ***Narrative Summary*** | ***Objectively Verifiable Indicators (OVI)*** | ***Means of Verification (MOV)*** | ***Risks and Assumptions*** |
|---|---|---|---|
| GOAL<br>PURPOSE<br>COMPONENT OBJECTIVES<br>OUTPUTS | | | |

*Goal* adalah manfaat (*benefit*) dan tujuan (*objective*) jangka panjang yang dapat didapatkan dari projek/program. *Purpose* (maksud) dari projek menggambarkan perubahan dalam perilaku, struktur atau kapasitas dari sasaran yang merupakan hasil langsung dari penggunaan *output*. *Purpose* mengandung aspek perubahan dari tipe/metode penggunaan sumber daya, dan perbaikan sistem produksi atau juga hasil jangka pendek sampai menengah yang diharapkan disampaikan ke sasaran dalam memiliki sumbangsi terhadap *Goal*.

*Output* berupa *tangible goods* (barang/alat yg terlihat) atau layanan yang coba disampaikan oleh projek dalam waktu tertentu. Komponen tujuan memudahkan tim projek untuk menyediakan *link* logis antara *output* dan *purposes*.

Input dalam projek dapat berupa manusia, uang, material, mesin, peralatan dan waktu sedangkan asumsi berupa kejadian, kondisi, keputusan diluar kendali projek tetapi tidak menghalangi pencapaian tujuan. Resiko berupa kejadian, kondisi, dan keputusan diluar kendali projek yang dapat menghentikan projek.

Dalam matrik perencanaan perlu disampaikan indikator (OVI) yang dapat menjadi standar bahwa tujuan tercapai. Selain itu, indikator ini akan memudahkan proses monitoring dan evaluasi. Indikator yang baik yang baik dapat dilihat dari

sederhana, definis yang jelas, dapat diukur, sesuai dengan konteks, valid, reliable, dan dapat dikuantifikasikan.

**Tabel 3. Contoh pembuatan pernyataan Goal, Objective, dan Output**

| |
|---|
| ***GOAL 1**: Reduce malnutrition in children under two years of age* |
| ***Objective 1.1**: Reduce the prevalence of wasting (WHZ< 2) in children under two years from 30% to 10% in five years* |
| ***Required Outcome 1.1.1**: Increase the percent of infants, aged 6 months to 9 months, who receive complementary foods (in addition to breast milk) from 20% to 80% in five years* |
| ***Objective 1.2**: Reduce the prevalence of low birth weight infants (< 2,500 g) from 190 per 1,000 to 130 per 1,000 in five years* |
| ***Required Outcome 1.2.1**: Increase the average daily caloric intake of pregnant women from 1800 to 2100 calories within this time period* |
| ***Required Output 1**: Provide daily calorie-dense food supplement to 90% of pregnant women with BMI < 18.5* |
| ***Required Output 2**: Provide nutrition counseling messages on the importance of increased food consumption and rest to 90% of pregnant women* |
| ***GOAL 2**: Significantly reduce vitamin A deficiencies in the target area* |
| ***Objective 2.1**: Reduce the prevalence of keratomalacia in the area covered by the project by fifty percent (from 20% to 10 %) by the end of the third project year* |
| ***Required Output 2.1.1**: Increase the coverage of the massive dose vitamin A supplement program from 25% to 75% by the end of the third project year* |

a. Sederhana

Indikator harus sederhana. Di lapangan, pengukuran langsung pada beberapa variable sering tidak mungkin dilakukan atau tidak praktis. Penggunaan proxy indikator dapat menjadi salah satu solusi. Cara ideal unutk mengukur defisiensi vitamin A ialah dengan mengukur kadar retinol dalam darah. Pengambilan darah kadang tidak praktis dan memerlukan peralatan dan dana yang memadai. Tim projek dapat menggunakan

indikator lain seperti tanda klinis, walau kurang sensitif, seperti buta senja. atau asupan vitamin A.

b. Definisi yang jelas

Tidak cukup menggunakan indikator "persen balita kurang gizi". Definisi ini masih kurang jelas. Indikator yang bagus ialah rasio jumlah anak kurang gizi (BU z-score < -2) usia 6-24 bulan dibagi dengan total jumlah anak 6-24 bulan yang ditimbang.

c. Dapat diukur

Indikator harus dapat diukur baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Tinggi dan berat badan secara langsung dapat diukur. Akses ke air PDAM dapat diukur dengan secara mudah dengan melihat (observasi) seperti adanya pipa dalam rumah, jarak sumber air dari rumah.

d. Memiliki variasi (variable)

Indikator harus menunjukkan perbedaan antara subjek pada rentang waktu tertentu. Jika indikator tidak bervariasi, walau valid, maka tidak akan berguna. Misalnya tinggi badan adalah sebuah indikator yang bervariasi antara bayi/anak-anak dan harapkan anak dengan gizi baik dapat meningkat tingginya dibandingkan dengan yang gizi kurang. Indikator tinggi tidak akan berguna jika dipakai untuk orang dewasa karena variasinya kecil.

e. Valid

Penting agar indikator itu valid yaitu dapat secara akurat mengukur yang mestinya diukur. Misalnya persentase/cakupan penerimaan tablet Fe diantara ibu hamil pada puskesmas kecamatan tidaklah valid untuk menyebut persentase penerimaan tablet Fe oleh seluruh ibu hamil di kabupaten.

f. Reliable

Reliabel berarti indikator ini dapat diukur berulang kali dan menghasilkan hasil yang sama walau pun yang mengukur berbeda. Indikator sosial ekonomi menggunakan kepemilikan barang tahan lama dapat reliable, walau kurang valid.

g. Dapat dikuantifikasikan

Indikator dapat disajikan dalam bentuk numeric atau kategorik. Penyajian kategorik kadang menjadikan salah paham. Misalnya saja 50% ibu hamil dinyatakan KEK (kurang energi kronis). Prevalensinya terlihat besar padahal yang menjadi sample hanya 20 ibu hamil dalam satu kecamatan.

Tabel 4. Ilustrasi penggunaan indikator yang baik dalam projek

| Type of Project | Type of Indicator | Indicators |
|---|---|---|
| Vitamin A supplementation (for children aged 6 months to 5 years) | Input | • Quantity of supplements delivered on time to the project site / Total quantity expected to be delivered to the project site |
| | | • Number of quality checks* conducted per year |
| | | • Quantity of supplements found to be unusable / Total quantity of supplements checked |
| | Output | • Number of targeted children who received the supplement / Total number of targeted children |
| | Impact | • Number of children with clinical signs of night blindness* (proxy) / Total number of targeted children |
| Growth Promotion and Nutrition Counseling | Input | • Number of community nutrition workers who received training* / Total number of community nutrition workers slated for training |
| | Output | • Number of women who were counseled* by nutrition educator / Total number of targeted women |
| | | • Number of children aged 6–24 months who were weighed / Number of children 6–24 months in project area |
| | | • Average "knowledge and attitudes" score* of targeted women |
| | Outcome | • Average number of months of exclusive breastfeeding* of targeted women |
| | | • Number of mothers who exclusively breastfed for at least 4 months / Total number of mothers interviewed with children aged ≥4 months |
| | | • Number of mothers who introduced complementary foods* to their infants before nine months of age. / Total number of mothers interviewed with children aged > 6 months |
| | Impact | • Number of underweight (WAZ < –2) children aged 6–24 months / Total number of children aged 6-24 months who were weighed |
| School feeding | Input | • Quantity of commodities delivered on time to the project site / Total quantity expected to be delivered to the project site |
| | | • Number of days that school was actually in session / Number of days that school was scheduled to be in session |
| | Output | • Number and % of children who actually received meals each day |
| | | • Number of meals received per child per school year |
| | Outcome | • Number of student absences* (proxy) / Total number of student school days |
| | | • Number of drop-outs* (proxy) / Total number of school children |
| | Impact | • Literacy rate* |
| | | • Primary school completion rate* |

*Terms need to be more clearly defined by M&E staff. For example, literacy would be linked to a test of ability to read and comprehend (i.e., standardized test scores measuring school performance). Primary school completion rates might be percent of children enrolled in first grade six years ago who completed primary school.

# Bab IV Monitoring dan Evaluasi

*Monitoring* perlu dilakukan karena menyangkut kesesuaian antara apa yang direncanakan dengan yang dilaksanakan. Evaluasi perlu dilakukan untuk menilai apakah tujuan dari projek/program tercapai sehingga melahirkan rekomendasi berupa keberlanjutan, perluasan/penambahan sasaran, penerapan ditempat lain atau bahkan pemberhentian projek/program.

## 4.1 *Monitoring*

*Monitoring* fokus pada pengumpulan informasi selama proses, penilaian pada proses kegiatan (*implementation*), cakupannya (*coverage*) dan penggunaannya (*use*). Pengumpulan informasi dan penilaian dilakukan secara berkala sepanjang program/projek sehingga dapat menilai kualitas *input*, *services* (pelayanan/proses), ketepatan waktu 'distribusi' layanan, seberapa besar sasaran dicapai, penerimaan dan penggunaan projek oleh kelompok sasaran, biaya yang digunakan, dan kesesuaian rencana dengan pelaksanaan. Sistem monitoring yang efektif memudahkan untuk melakukan supervisi. Disini kita dapat memahami bahwa *monitoring* lebih kearah gaya manajemen.

Dalam proses monitoring stakeholder dapat dilibatkan sehingga menambah kepercayaan terhadap projek. Tabel 4 menggambarkan bagaiaman keterlibatan stakeholder dalam kegiatan projek.

## 4.2 Evaluasi

Evaluasi fokus pada ketercapaian tujuan program/projek. Informasi yang didapatkan dari evaluasi dapat berupa perubahan perilaku dan kondisi sasaran berdasarkan tujuan program. Hasil evaluasi bisa jadi tidak sesuai harapan baik hasilnya positif maunpun negatif yang dapat digunakan untuk mengubah dan memperbaiki desain projek dan implementasinya. Evaluasi dapat dilakukan dibeberapa tahap projek tetapi biasaya dipertengahan dan diakhir projek. Untuk membantu dalam melakukan monitoring dan evaluasi, beberapa pertanyaan dalam Table 5 dapat membantu.

Tabel 5 *Chart* monitoring untuk pencatatan aktivitas projek

| | | Persons involved in project activity* | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Project Activity | Possible Information | CNP | Women's Group | Health System Field Workers | CNO |
| Growth Monitoring and Promotion | Weights Coverage; Status (growth, nutritional) | P | A | | S |
| Monthly Weighing | Weights Coverage of Pregnant Women | A | | P | |
| Child Feeding | Coverage; Individual attendance | P | A | S | S |
| Medical Referral | Coverage; Follow-up | P | | P | S |
| Iron Supplement Administration to Pregnant/ Lactating Women | Coverage; Compliance | P | | S | |
| Food Preparation | Adequacy of supply; Quality standard; Costs; Profits | S | P | | I |
| Vitamin A capsule administration to newly-delivered women | Coverage | P | | S | |
| Village Nutrition Management Committee Meetings | Occurrence | A | | | |
| **Outcomes to be Monitored** | | | | | |
| Reduction in Birthweight | Weight; Measurement coverage | P | | | |

*Assignment Codes (P = Performs; A = Assists; S = Supervises; I = Informed). This personnel breakdown is taken from the Bangladesh Integrated Nutrition Project (BINP). "CNP" is the Community Nutrition Promoter at the village level. "CNO" is the Community Nutrition Officer who supervises several CNPs. "ATFPO" is the Assistant Thana Family Planning Officer responsible for particular management tasks at the thana or sub-district level. "DPD" is the Deputy Project Director. "NGO Admin" is the non-governmental organization administrator.

(Adapted from Hamilton, D. and U. Gaertner, *Goal Oriented Project Planning (GOPP): An Introduction to the Methodology*, GTZ-RPMAS, TG-PMC, UNDP/ DTCP, 1992)

Tabel 6.Peran monitoring dan evaluasi sepanjang siklus projek

***Table 1.1*** **The Role of M&E throughout the Life of a Project**

| | Planning or Redesign Phase (Monitoring and Evaluation) | Implementation Phase (Monitoring) | Late Implementation or Post-Project Phase (Evaluation) |
|---|---|---|---|
| Focus is on: | The design of the project and how it will improve the lives of a particular population group. | Project coverage, delivery, costs, intermediate outcomes, and other management concerns. | Determining the intermediate outcomes and more substantial impacts of the project on people's lives. |
| Types of Questions to be Answered by Monitoring and Evaluation | Are the goals, objectives, and activities appropriate in light of the project's context?<br><br>Are the project inputs and activities (including training and materials) likely to achieve these objectives?<br><br>Will the project's monitoring and evaluation system produce the information needed for critical decision-making?<br><br>Are the criteria used for targeting appropriate? | Are the specified inputs and services reaching the targeted populations, and on time?<br><br>Are inputs of the desired quality?<br><br>Are inputs being well used by the population?<br><br>Do actual project activities correspond with those spelled out in the project design or implementation plan?<br><br>What are the project costs and do they correspond to the budget plan? If not, what components of the project are over and under budget?<br><br>Is there evidence of short-term, intermediate outcomes that will produce long-term impacts? | What, if any, are the outcomes and/or impacts of the project on the targeted populations?<br><br>Have the originally stated objectives and goals been met by the project?<br><br>What other effects, intended or unintended, did the project have on local communities, project staff, or government policies? |

**Sumber: Levinson *et al* (1999)**

# Bab V

## Internvensi Gizi Spesifik dan Sensitif

Penyelesaian masalah gizi perlu pendekatan dari berbagai sektor. Butha et al 2013 menganalisis berbagai pendekatan intervensi gizi. Hasilnya ialah intervensi gizi spesifik saja hanya berkontribusi sebesar 30% terhadap perbaikan gizi. Perlu intervensi sensitive untuk menutupinya menjadi 100% dengan keuntungan lebih lama. Berikut konsep intervensi gizi pada daur kehidupan yang dianalisis oleh Buttha et al 2013.

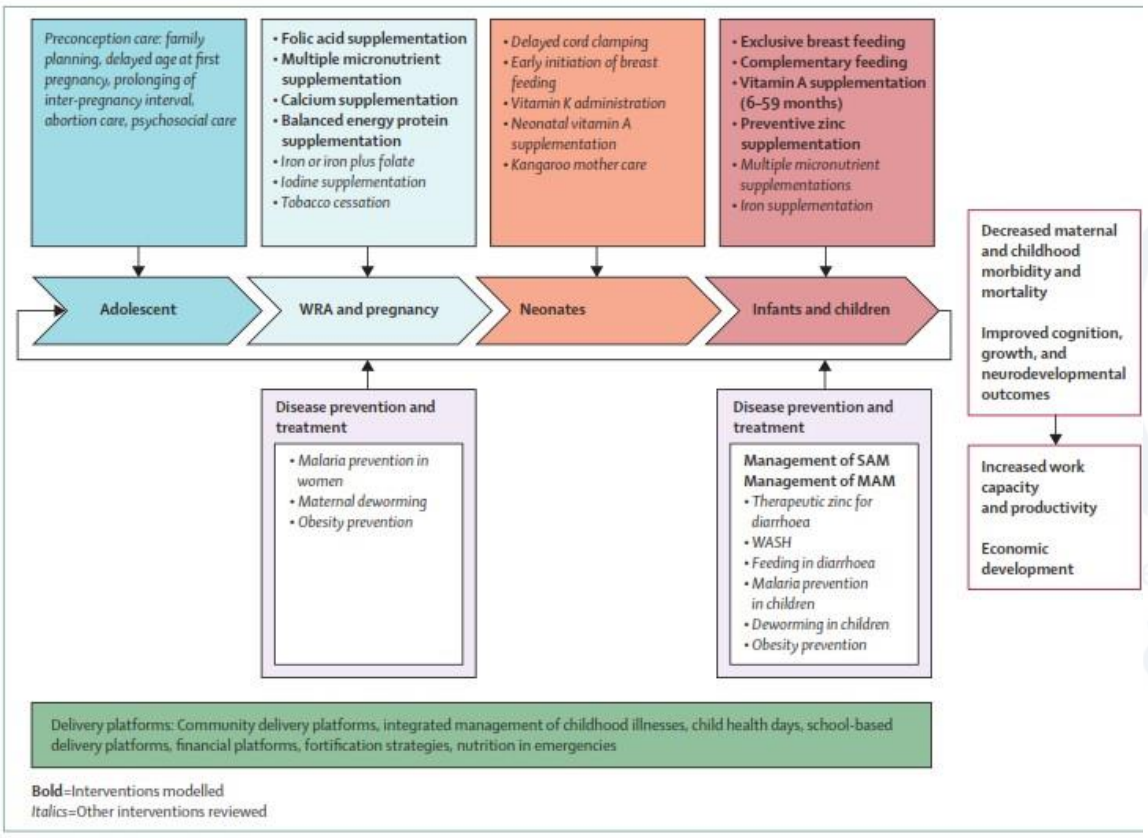



*Figure 1:* **Conceptual framework**
WRA=women of reproductive age, WASH=water, sanitation, and hygiene, SAM=severe acute malnutrition, MAM=moderate AM

Gambar 4. Konsep intervensi program gizi

### 5.1 Intervensi Gizi Spesifik

Intervensi atau program spesifik menargetkan pada '*immediate determinant*' untuk perkembangan janin dan anak melalui pemberian makanan dan gizi yang cukup, pola asuh orang tua, dan penurunan penyakit infeksi. Contoh program nya ialah suplementasi diet (PMT) atau zat gizi mikro (table Fe, Zn, *folic acid*), promosi

ASI yang optimal, penangangan gizi buruk, dan pengaturan pencegahan penyakit infeksi dan keadaan darurat (seperti bencana). Di Indonesia intervensi ini seperti pemberian kapsul vitamin A dan taburia untuk anak Balita, table Fe+*folic acid* untuk ibu hamil, pemberian PMT bumil, dsb

5.2 Intervensi Gizi Sensitif

Intervensi dan program sensitif membantu menyelesaikan '*underlying causes*' dari masalah gizi (ingat UNICEF *conceptual framework for malnutrition*). Sektor yang terlibat seperti pertanian, kesehatan, jaminan perlindungan sosial, perkembangan dini anak, pendidikan, air dan sanitasi lingkungan serta keluarga berencana. Program pada sektor ini memiliki potensi yang besar karena meliputi faktor penyebab utama, skala luas, dan efektif dalam menjangkau populasi yang beresiko. Selain itu secara tidak langsung dapat melindungi populasi beresiko dari dampak negatif krisis pangan global. Program/intervensi ini akan mempengaruhi pangan, harga non-pangan dan pendapatan, serta peningkatan peran wanita. Di Indonesia program ini seperti raskin, BLT (bantuan langsung tunai), fortifikasi Fe pada gandum, iodium pada garam.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Bthutta AZ, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, Webb P, Lartey A, Black RE. 2013. Evidence-based intervention for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?. Lancet 382:452-77
2. Levinson FJ, Rogers BL, Hicks KM, Schaetzel T, Troy L, Young C.1999.Monitoring and Evaluation: A Guidebook for Nutrition Project Managers in Developing Countries. Human Development Network-The World Bank
3. Ruel MT, Alderman H. 2013. Nutrition-Sensitive intervention and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?. Lancet 382: 536-51

**Lampiran 1. Instruksi tugas PPG**

1. Pelajari *case study* dengan cara membaca secara seksama dan utuh dari tingkat provinsi hingga puskesmas.
2. Buatlah proyek untuk menyelesaikan masalah yang menjadi prioritas.
   a. *Situational analysis*
   b. *Problem prioritization (prioritization matrix)*
   c. *Analysis of the problem (problem tree)*
   d. *Analysis of objectives (objective tree)*
   e. *Analysis of alternatives (alternative tree)*
   f. *Logical framework*
   g. *Plan of Monitoring and Evaluation*
   h. *Gant Chart*
3. Buat *powerpoint presentation* (PPT) untuk presentasi maksimal 30' dan tanya jawab 15'. Setiap grup yang presentasi wajib menyiapkan
   a. Menyerahkan laporan dan PPT minimal tiga hari sebelum hari presentasi
   b. *Computer/laptop* dan proyektor/LCD dalam keadaan siap
   c. *Master of ceremony*→mengatur kegiatan presentasi dari pembukaan hingga penutupan
   d. *Moderator*→ mengatur jalannya diskusi
   e. *Speaker*→ presentasi (bukan baca slide) sejelas dan semenarik mungkin
   f. Notulen→ mencatat jalannya diskusi, melaporkan hasil diskusi, berupa *summary* berisi nama penanya, nama penjawab, isi pertanyaan dan jawaban
4. Penilaian dilihat dari:
   a. Ketepatan waktu memulai dan selesai (10 poin)
   b. Kekompakan dan kerapihan kelompok (15 poin)
   c. Presentasi+PPT (35 poin)
   d. Laporan (40 poin)

**Lampiran 2. Ketentuan laporan PPG**

| Bagian | Deskripsi | Nilai maksimal |
|---|---|---|
| Judul Proyek | Menggambarkan masalah yang dihadapi dan solusi yang akan diusulkan | 1 |
| Abstrak | Menggambarkan tujuan, waktu, target (goal) projek, indikator keberhasilan, dana yang dibutuhkan, rekomendasi | 3 |
| Daftar Isi, Tabel dan Lampiran | Ada daftar isi, table, dan lampiran yang sesuai dengan isi | 1 |
| Analisis Situasi | Ada ulasan (review) program/projek/kebijakan yang sudah pernah/berjalan<br>Ada paparan masalah yang jelas, ada perbandingan antara data actual dengan standar/ *trigger level*<br>Ada paparan dampak masalah yang meyakinkan pembaca akan pentingnya proyek<br>Ada paparan yang jelas tentang dugaan faktor-faktor penyebabnya<br>(dengan memperhatikan cara menulis kutipan yang benar)<br>Memenuhi criteria analisis situasi (data demografi, sosek, dll)<br>Analisis stakeholder (SWOT, TOWS, dan quadran komunikasinya) | 20 |
| Prioritas masalah | Ada ulasan dan alasan memilih kriteria | 15 |
| Analisis masalah | Ada ulasan Masalah<br>Masalah Analisis masalah disajikan mengikuti format *problem tree* | 10 |
| Analisis objektif | Ada ulasan dan alasan memilih beberapa objektif | 10 |
| Kerangka logis | Ada *goal, purpose, objective* yang memenuhi kriteria indikator SMART (*specific, measurable, achievable, realistic, time bound*)<br>Ada bukti bahwa projek akan berhasil | 15 |
| Rencana Monitoring dan Evaluasi | Ada ulasan mengenai titik-titik kritis monitoring dan evaluasi disertai masalah yang terjadi dan rencana *corrective action* yang akan dilakukan.<br>Ada peran serta stakeholder yang dilibatkan.<br>Ada tampilan rencana diseminasi hasil proyek | 15 |
| *Gant Chart* | Ada tampilan yang jelas dari semua aktivitas projek disertai penanggung jawab dan waktu pengerjaan | 10 |
| | Total nilai | 100 |

Cover : mengikuti format skripsi→ lihat panduan skripsi

Font size : TNR 12, spasi 1.5

**Lampiran 3. Jadwal kegiatan PPG**

| Kegiatan | Agustus | | | | September | | | | Oktober | | | | November | | | | Desember | | | | Januari | | | | Maret | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perizinan & Penyusunan Proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pembekalan PPG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Keberangkatan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pengumpulan Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kepulangan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analisis Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Update Data atau Program Puskesmas[1] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Penyusunan Usulan Program/Projek | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseminasi Usulan Program/Projek[2] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisi Usulan Program/Projek | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persiapan Implementasi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implementasi Program | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Monitoring & Evaluasi Program/Projek | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tindak lanjut program (serah terima, diakhiri, atau dilanjutkan) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Update data berat badan ibu hamil, balita dan lansia tiap bulan hingga desember serta kegiatan yang dapat disinergikan antara kegiatan mahasiswa dan kegiatan puskesmas
2. Presentasi usulan program/projek dari mahasiswa di Puskesmas Kedaung Barat untuk mendapatkan input mengenai *feasibility* usulan program/projek

Lampiran 5. Logbook Kegiatan Individu

| No | Hari/Tanggal | Kegiatan | Pelaksana | Hasil | Keterangan |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| No | Hari/Tanggal | Kegiatan | Pelaksana | Hasil | Keterangan |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| No | Hari/Tanggal | Kegiatan | Pelaksana | Hasil | Keterangan |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| No | Hari/Tanggal | Kegiatan | Pelaksana | Hasil | Keterangan |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| No | Hari/Tanggal | Kegiatan | Pelaksana | Hasil | Keterangan |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Keterangan**

Hari/Tanggal: diisi sesuai hari dan tanggal kegiatan. Format pengisian: dd/mm/yy; Kegiatan: kegiata individu yang berkontribusi pada kelompok. Pelaksana: nama individu. Hasil: menjawab tujuan yang diberikan pada individu. Keterangan: Kesesuaian dengan tujuan kelompok, dan hambatan

Lampiran 6. Form supervise dosen pembimbing lapangan (dari Kampus)

| No. | Nama Pembimbing | Desa/Grup yang dikunjungi | Catatan | Hr/Tgl | Paraf |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Untuk "catatan" diisi dengan kunjungan keberapa, catatan khusus mengenai kondisi mahasiswa dan projeknya di lapangan. Form ini cukup diisi pada buku panduan yang dimiliki ketua kelompok per desa/grup.

Lampiran 7. Form bimbingan untuk pembimbing dari Instansi yang ditunjuk kampus

| No. | Nama Pembimbing | Hasil bimbingan | Hr/Tgl | Paraf |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Cara pengisian: Bimbingan maksimal 8 kali. Hasil bimbingan berupa topic bimbingan, masukan/kritik dari pembimbing, langkah selanjutnya yang akan dilakukan. Hr/tgl diisi dengan format: mm/dd/yy