

**Kertas Kerja Audit  
Tabel 2.1**

<b>FORMULIR AUDIT KASUS STUNTING CALON PENGANTIN WANITA</b>						
KABUPATEN/KOTA	:.....					
PUSKESMAS	:.....					
KECAMATAN	:.....					
TANGGAL AUDIT	:.....					
PETUGAS AUDIT	:.....					
LOKASI AUDIT	:.....					
<b>I. IDENTITAS CALON PENGANTIN</b>						
NAMA	:.....					
PEKERJAAN	:.....					
UMUR	:.....					
PENDIDIKAN	:.....					
PERNIKAHAN KE	:.....	<input type="checkbox"/> SATU	<input type="checkbox"/> DUA			
<b>II. FAKTOR RISIKO 3 BULAN SEBELUM MENIKAH</b>						
a.	Memiliki riwayat kelainan darah (Hemofilia, Thalasemia)		YA		TIDAK	
	Jika jawaban ya, tuliskan.....					

c.	Paparan lingkungan toksik (misal: ada ART merokok, paparan asap rokok ditempat kerja)		YA		TIDAK		
d.	Gaya hidup (merokok, konsumsi alkohol)		YA		TIDAK		
e.	Faktor gangguan makanan (alergi, sensitif, intoleransi makanan)		YA		TIDAK		
f.	Selama tiga bulan terakhir sulit memenuhi makanan)		YA		TIDAK		
g.	Lainnya, tuliskan ..... (misalnya infeksi TORCH)						
<b>III. KARAKTERISTIK KELUARGA</b>							
a.	Keluarga yang mendapatkan pendampingan gizi		YA		TIDAK		
b.	Keluarga tidak buang air besar sembarangan		BABS		TIDAK BABS		
c.	Keluarga memperoleh bantuan tunai bersyarat		YA		TIDAK		
d.	Keluarga memperoleh bantuan sosial pangan		YA		TIDAK		
<b>IV. SARANA DAN PRASARANA POSYANDU (TERSEDIANYA ALAT PENGUKURAN YANG BERFUNGSI)</b>							
a	Berat Badan		YA		TIDAK		
b	Tinggi Badan/Panjang Badan		YA		TIDAK		
c	Lingkar Lengan Atas (LILA)		YA		TIDAK		

**V. DATA PENDUKUNG**

No.	Kecamatan	Posyandu					
		Alat ukur benar	Cara ukur/timbangan benar	Upaya desa memastikan protein hewani dikonsumsi balita setiap hari	PMT Penyuluhan berupa protein hewani dibagikan saat Posyandu	Ketepatan plotting kader/Tenaga Pelaksana Gizi	Rujukan ke Puskesmas dilakukan sesuai indikasi
		Tenaga		Melalui dana desa? Lintas sektoral			
1.							
2.							

No	Kecamatan	Puskesmas				
		Angka pasien yang sampai di PKM/pasien yang dirujuk (%)	Kasus ditangani oleh dokter Puskesmas	Pemberian PKGK di Puskesmas sesuai indikasi	Pemberian F100 + mineral mix (standar WHO) untuk gizi buruk	Input data ePPGBM benar
1.						
2.						

No	Kecamatan	RSUD			
		Kasus stunting yang sampai di RSUD/kasus yang terindikasi rujuk	System rujukan kasus non-BPJS dibantu dana bantuan desa	Sumber Pangan Olahan untuk Keperluan Medis Khusus atas indikasi medis	Follow-up kasus by name perbulan
1.					
2.					

**VI. PENILAIAN**

	STATUS GIZI						
	BERAT BADAN	:.....					
	TINGGI BADAN	:.....					
a.	IMT (ideal $\geq 18,4$ kg/m <sup>2</sup> )		NORMAL		KURUS		GEMUK
b.	LILA (ideal $\geq 23,5$ cm)		NORMAL		KURANG		LEBIH
c.	LP		NORMAL		KURANG		LEBIH
d.	PEMERIKSAAN HB : Anemia (HB normal $\geq 11$ gr/dL)		YA		TIDAK		
e.	Hasil lab lainnya (jika ada), tuliskan .....						

<b>VII.</b>	<b>FAKTOR RISIKO LAIN</b> (Tuliskan):	(diisi dengan faktor risiko berdasarkan data) :.....
-------------	--	---

**VIII. HASIL AUDIT**

1	Diagnosa Kasus	:.....
2	Tatalaksana	:.....
3	Evaluasi	:.....
4	Rencana Tindak Lanjut	:.....
5	Keterangan	:.....

Mengetahui,	Kabupaten/Kota, .....
Tim Pakar .....	Tim Teknis .....

**Tabel 2.2**

<b>FORMULIR AUDIT KASUS STUNTING IBU HAMIL</b>				
KABUPATEN/KOTA	:.....			
PUSKESMAS	:.....			
KECAMATAN	:.....			
TANGGAL AUDIT	:.....			
PETUGAS AUDIT	:.....			
LOKASI AUDIT	:.....			
<b>I. IDENTITAS IBU HAMIL</b>				
NAMA	:.....			
UMUR	:.....			
PEKERJAAN	:.....			
PENDIDIKAN	:.....			
KEHAMILAN KE	:.....		DARI :.....	
KEHAMILAN SAAT INI				
Diinginkan	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
KTD	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
Jika KTD				
a. Kehamilan tidak tepat waktu (mistimed pregnancy)	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
b. Kehamilan tidak diinginkan (Unwanted pregnancy)	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
Hari Pertama Haid Terakhir	DD/MM/YY			

<b>II. RIWAYAT KEHAMILAN SEBELUMNYA</b>				
a. Riwayat penyakit infeksi		ADA	TIDAK	
b. Riwayat abortus		ADA	TIDAK	
c. Riwayat mengalami komplikasi kehamilan : perdarahan, tekanan darah tinggi, udem, kejang		ADA	TIDAK	
d. Riwayat komplikasi dan penyakit infeksi selama hamil		ADA	TIDAK	
e. Riwayat melahirkan BBLR (BB lahir normal $\geq 2,5$ kg)		ADA	TIDAK	
f. Riwayat melahirkan prematur		ADA	TIDAK	
<b>III. KARAKTERISTIK KELUARGA</b>				
a. Keluarga yang mendapatkan pendampingan gizi		YA	TIDAK	
b. Keluarga tidak buang air besar sembarangan		BABS	TIDAK BABS	
c. Keluarga memperoleh bantuan tunai bersyarat		YA	TIDAK	
d. Keluarga memperoleh bantuan sosial pangan		YA	TIDAK	
D, Keluarga memperoleh bantuan sosial pangan		YA	TIDAK	
<b>IV. SARANA DAN PRASARANA POSYANDU (TERSEDIANYA ALAT PENGUKURAN YANG BERFUNGSI)</b>				
a. Berat Badan		YA	TIDAK	
b. Tinggi Badan/Panjang Badan		YA	TIDAK	
c. Lingkar Lengan Atas (LILA)		YA	TIDAK	

<b>V. STATUS GIZI</b>				
Antropometri dasar saat awal kehamilan (diukur saat kunjungan pertama ANC (K1) - maksimal umur kehamilan 12 minggu)				
TINGGI BADAN (TB) (cm):				
BERAT BADAN (BB) (kg):				
INDEKS MASSA TUBUH (IMT) (ideal $\geq 18,4$ kg/m <sup>2</sup> )		KURANG	NORMAL	LEBIH
LINGKAR LENGAN ATAS (LLA) (ideal $\geq 23,5$ cm)		KURANG	NORMAL	LEBIH
LINGKAR PERUT (LP) (cm):		KURANG	NORMAL	LEBIH
<b>VI . IDENTITAS SUAMI</b>				
NAMA SUAMI	:.....			
PEKERJAAN	:.....			
PENDIDIKAN	:.....			
TINGGI BADAN (TB) (cm)	:.....			
BERAT BADAN (BB) (kg)	:.....			
<b>VII. RIWAYAT PENYAKIT</b>				
PENYAKIT YANG MENYERTAI SAAT INI				
Penyakit menular (TBC, HIV, Malaria)	<input type="checkbox"/>	ADA	<input type="checkbox"/>	TIDAK

PERNAH MENGIDAP PENYAKIT					
	<input type="checkbox"/>	TEKANAN DARAH TINGGI	<input type="checkbox"/>	KENCING MANIS	
	<input type="checkbox"/>	ANEMIA	<input type="checkbox"/>	TIROID	
	<input type="checkbox"/>	LAINNYA	<input type="checkbox"/>		
WILAYAH TEMPAT TINGGAL KASUS			<input type="checkbox"/>	MALARIA	
			<input type="checkbox"/>	TBC	
			<input type="checkbox"/>	GAKY	
<b>A.</b>	<b>PERTAMBAHAN BERAT BADAN HAMIL (kg/bulan)</b>				
	TRIMESTER PERTAMA:	<input type="checkbox"/>	SESUAI	<input type="checkbox"/>	TIDAK
		Jika Tidak <input type="checkbox"/>	KELEBIHAN	<input type="checkbox"/>	PERTAMBAHAN BB KURANG
	TRIMESTER KEDUA:	<input type="checkbox"/>	SESUAI	<input type="checkbox"/>	TIDAK
		Jika Tidak <input type="checkbox"/>	KELEBIHAN	<input type="checkbox"/>	PERTAMBAHAN BB KURANG
	TRIMESTER KETIGA:	<input type="checkbox"/>	SESUAI	<input type="checkbox"/>	TIDAK
		Jika Tidak <input type="checkbox"/>	KELEBIHAN	<input type="checkbox"/>	PERTAMBAHAN BB KURANG

<b>B.</b>	<b>TINGGI FUNDUS UTERI (TFU) (cm)</b>				
	TRIMESTER PERTAMA:	<input type="text"/>	SESUAI	<input type="text"/>	TIDAK
		Jika Tidak	<input type="text"/>	KELEBIHAN	<input type="text"/>
	TRIMESTER KEDUA:	<input type="text"/>	SESUAI	<input type="text"/>	TIDAK
		Jika Tidak	<input type="text"/>	KELEBIHAN	<input type="text"/>
	TRIMESTER KETIGA:	<input type="text"/>	SESUAI	<input type="text"/>	TIDAK
		Jika Tidak	<input type="text"/>	KELEBIHAN	<input type="text"/>
<b>C. USG OBSTETRI DASAR TERBATAS LAYANAN PRIMER (K1)/ TRIMESTER 1</b>					
UMUR KEHAMILAN:		:.....			
TAKSIRAN TANGGAL PERSALINAN/ HPL:		:.....			
<b>USG OBSTETRI DASAR TERBATAS LAYANAN PRIMER (K5)/ TRIMESTER 3</b>					
TAKSIRAN BERAT JANIN (TBJ) (gram):			SESUAI	TIDAK	
Jika Tidak			KELEBIHAN	KURANG/IUGR	
<b>D. RIWAYAT KEHAMILAN</b>					
- Konsumsi TTD			TERATUR	<input type="text"/>	JARANG
- Pemeriksaan Hb			NORMAL	<input type="text"/>	TIDAK

	- Pemeriksaan kehamilan (ANC)	TERATUR <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>
	- Mual muntah berlebih selama masa kehamilan	ADA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>
	- Stressor emosional selama masa kehamilan	ADA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>
	- Ibu merokok	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>

--	--

<b>E.</b>	<b>RIWAYAT PERSALINAN</b>	
	BERAT BAYI LAHIR RENDAH	:.....
	BAYI LAHIR KURANG BULAN/ PREMATUR	:.....
	BAYI LAHIR ASFIKIA (SKOR APGAR <7)	:.....

--	--

<b>F.</b>	<b>FAKTOR RISIKO LAIN, TULISKAN:</b>
	(diisi dengan faktor risiko berdasarkan data)
	.....

<b>VIII. FAKTOR LAIN YANG BERPENGARUH</b>
---

a	Keadaan sanitasi lingkungan	BAIK <input type="checkbox"/>	KURANG <input type="checkbox"/>	BURUK <input type="checkbox"/>
b	Kepemilikan Jamban Sehat	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
c	Faktor gangguan makanan (alergi, sensitif, intoleransi makanan)	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
d	Selama tiga bulan terakhir sulit memenuhi kebutuhan makanan	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
e	Perilaku merokok suami/anggota keluarga yang lain	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
f	Paparan asap rokok ditempat kerja	Ya <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	

### XI. DATA PENDUKUNG

XI. DATA PENDUKUNG							
No	Kecamatan	Posyandu					
		Alat ukur benar	Cara ukur/timbang benar	Upaya desa memastikan protein hewani dikonsumsi balita setiap hari	PMT Penyuluhan berupa protein hewani dibagikan saat Posyandu	Ketepatan plotting kader/Tenaga Pelaksana Gizi	Rujukan ke Puskesmas dilakukan sesuai indikasi
		Tenaga		Melalui dana desa? Lintas sektoral			
1.							
2.							
No	Kecamatan	Puskesmas					
		Angka pasien yang sampai di PKM/pasien yang dirujuk (%)	Kasus ditangani oleh dokter Puskesmas	Pemberian PKGK di Puskesmas sesuai indikasi	Pemberian F100 + mineral mix (standar WHO) untuk gizi buruk	Input data ePPGBM benar	
		1.					
2.							
No	Kecamatan	RSUD					
		Kasus stunting yang sampai di RSUD/kasus yang terindikasi rujuk	System rujukan kasus non-BPJS dibantu dana bantuan desa	Sumber Pangan Olahan untuk Keperluan Medis Khusus atas indikasi medis	Follow-up kasus by name perbulan		
		1.					
2.							

X. HASIL AUDIT		
1	Diagnosa Kasus	:.....
2	Tatalaksana	:.....
3	Evaluasi	:.....
4	Rencana Tindak Lanjut	:.....
5	Keterangan	:.....
Mengetahui,		Kabupaten/Kota, .....
Tim Pakar .....		Tim Teknis .....

**Tabel 2.3**

<b>FORMULIR AUDIT KASUS STUNTING IBU MENYUSUI/NIFAS</b>						
KABUPATEN/KOTA	:.....					
PUSKESMAS	:.....					
KECAMATAN	:.....					
TANGGAL AUDIT	:.....					
PETUGAS AUDIT	:.....					
LOKASI AUDIT	:.....					
<b>I. IDENTITAS KASUS</b>						
NAMA	:.....					
UMUR	:.....					
PEKERJAAN	:.....					
PENDIDIKAN	:.....					
BERAT BADAN (BB)	:.....					
TINGGI BADAN	:.....					
IMT (ideal $\geq 18,4 \text{ kg/m}^2$ )	NORMAL	KURUS	GEMUK			
SAAT INI IBU MENYUSUI	YA	TIDAK				
Jika tidak, tuliskan alasannya .....						
ANAK KE (Tuliskan)						
<b>II. IDENTITAS SUAMI</b>						
NAMA SUAMI	:.....					
UMUR	:.....					
PEKERJAAN	:.....					
PENDIDIKAN	:.....					

<b>III KARAKTERISTIK KELUARGA</b>			
a. Keluarga yang mendapatkan pendampingan gizi	YA	TIDAK	
b. Keluarga tidak buang air besar sembarangan	BABS	TIDAK BABS	
c. Keluarga memperoleh bantuan tunai bersyarat	YA	TIDAK	
d. Keluarga memperoleh bantuan sosial pangan	YA	TIDAK	
<b>IV. SARANA DAN PRASARANA POSYANDU (TERSEDINYA ALAT PENGUKURAN YANG BERFUNGSI)</b>			
a. Berat Badan	YA	TIDAK	
b. Tinggi Badan/Panjang Badan	YA	TIDAK	
c. Lingkar Lengan Atas (LILA)	YA	TIDAK	
<b>V. RIWAYAT PENYAKIT</b>			
PENYAKIT YANG MENYERTAI SAAT INI			
<input type="checkbox"/>	Penyakit infeksi/menular	ADA	TIDAK
<input type="checkbox"/>	TEKANAN DARAH TINGGI	<input type="checkbox"/>	KENCING MANIS
<input type="checkbox"/>	ANEMIA	<input type="checkbox"/>	BATUK KRONIK
<b>VI. PENILAIAN: (dari PLKB)</b>			
a.	Apakah memiliki riwayat komplikasi dalam persalinan dan nifas	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>
	Jika ya, Perdarahan	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>
b.	Bayi susah bernafas sebelum, selama, setelah lahir (asfiksia neonatorum)	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>
	Lainnya, tuliskan .....		
c.	Apakah memiliki masalah dalam memberikan ASI	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>
d.	Menggunakan KB pasca salin	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>

**VII. FAKTOR LAIN YANG BERPENGARUH**

a.	Keadaan sanitasi lingkungan	BAIK	KURANG	BURUK
b.	Kepemilikan Jamban Sehat	YA	TIDAK	
c.	Faktor gangguan makanan (alergi, sensitif, intoleransi makanan)	YA	TIDAK	
d.	Selama tiga bulan terakhir sulit memenuhi kebutuhan makanan	YA	TIDAK	
e.	Paparan asap rokok ditempat kerja	YA	TIDAK	
f.	Perilaku merokok suami/anggota keluarga yang lain	YA	TIDAK	
g.	Pengetahuan Orang Tua :			
	- Pemahaman manfaat KMS - Balita (Buku KIA)	TAHU	TIDAK TAHU	
	- Pemahaman manfaat penimbangan diposyandu	TAHU	TIDAK TAHU	
	- Pengetahuan tentang stunting	TAHU	TIDAK TAHU	
	- Pengetahuan tentang gizi seimbang, beragam dan aman	TAHU	TIDAK TAHU	
h.	Pemanfaatan BKB/Kelas pengasuhan	YA	TIDAK	

**VIII. DATA PENDUKUNG**

No.	Kecamatan	Posyandu					
		Alat ukur benar Tenaga	Cara ukur/timbang benar	Upaya desa memastikan protein hewani dikonsumsi balita setiap hari Melalui dana desa? Lintas sektoral	PMT Penyuluhan berupa protein hewani dibagikan saat Posyandu	Ketepatan plotting kader/Tenaga Pelaksana Gizi	Rujukan ke Puskesmas dilakukan sesuai indikasi
1.							
2.							

No	Kecamatan	Puskesmas				
		Angka pasien yang sampai di PKM/pasien yang dirujuk (%)	Kasus ditangani oleh dokter Puskesmas	Pemberian PKGK di Puskesmas sesuai indikasi	Pemberian F100 + mineral mix (standar WHO) untuk gizi buruk	Input data e-PPGBM benar
1.						
2.						

No	Kecamatan	RSUD			
		Kasus stunting yang sampai di RSUD/kasus yang terindikasi rujuk	System rujukan kasus non-BPJS dibantu dana bantuan desa	Sumber Pangan Olahsan untuk Keperluan Medis Khusus atas indikasi medis	Follow-up kasus by name perbulan
1.					
2.					

**IX. FAKTOR RISIKO LAIN, tuliskan:**

(diisi dengan faktor risiko berdasarkan data)

.....

X. HASIL AUDIT		
1	Diagnosa Kasus	.....
2	Tatalaksana	.....
3	Evaluasi:	.....
4	Rencana Tindak Lanjut:	.....
5	Keterangan	.....
Mengetahui,		Kabupaten/Kota, ...
Tim Pakar .....		Tim Teknis .....

Tabel 2.4

FORMULIR AUDIT KASUS STUNTING BALITA				
KABUPATEN/KOTA	: .....			
PUSKESMAS	: .....			
KECAMATAN	: .....			
TANGGAL AUDIT	: .....			
PETUGAS AUDIT	: .....			
LOKASI AUDIT	: .....			
I. IDENTITAS KASUS				
NAMA KASUS	: .....	UMUR	: ...	Bulan
ANAK KE	: .....	DARI	: ...	Bersaudara
TGL. LAHIR/ UMUR	: .....	BULAN	: ...	Bulan
RIWAYAT KELAHIRAN:			CUKUP BULAN	
			PREMATUR	
Riwayat Kehamilan ibu : KEK			YA	TIDAK
BERAT BADAN (BB)	: a. Saat Lahir :			
	b. Sekarang :			
TINGGI BADAN	: a. Saat Lahir :			
	b. Sekarang :			
ASFIKSIA	:		YA	TIDAK
II . IDENTITAS ORANG TUA				
NAMA AYAH	: .....	UMUR	: .....	Bulan
PEKERJAAN	: .....			
PENDIDIKAN	: .....			
NAMA IBU	: .....	UMUR	: .....	Bulan
PEKERJAAN	: .....			
PENDIDIKAN	: .....			

<b>III. KARAKTERISTIK KELUARGA</b>			
a	Keluarga yang mendapatkan pendampingan gizi	YA	TIDAK
b	Keluarga tidak buang air besar sembarangan	BABS	TIDAK BABS
c	Keluarga memperoleh bantuan tunai bersyarat	YA	TIDAK
d	Keluarga memperoleh bantuan sosial pangan	YA	TIDAK
<b>IV. SARANA DAN PRASARANA POSYANDU (TERSEDIA NYA ALAT PENGUKURAN YANG BERFUNGSI)</b>			
a. Berat Badan	YA	TIDAK	
b. Tinggi Badan/Panjang Badan	YA	TIDAK	
c. Lingkar Lengan Atas (LILA)	YA	TIDAK	
<b>V. RIWAYAT PENYAKIT</b>			
PENYAKIT YANG MENYERTAI SAAT INI		ADA	TIDAK
	Jika ada	ISPA <input type="checkbox"/>	CAMPAK <input type="checkbox"/>
		DIARE <input type="checkbox"/>	KECACINGAN <input type="checkbox"/>
		LAINNYA <input type="checkbox"/>	XEROPHTHALAMIA <input type="checkbox"/>
PERNAH MENGIDAP PENYAKIT			
<input type="checkbox"/>	PANAS	<input type="checkbox"/>	MENCRET KRIONIK
<input type="checkbox"/>	KECACINGAN	<input type="checkbox"/>	BATUK KRONIK
RIWAYAT TEMPAT TINGGAL KASUS			
	MALARIA <input type="checkbox"/>	MORBILI <input type="checkbox"/>	
	TBC <input type="checkbox"/>	GAKY <input type="checkbox"/>	

PENILAIAN			
A. PERTUMBUHAN			
- Z score (TB/U)	NORMAL	<input type="checkbox"/>	SANGAT PENDEK <input type="checkbox"/>
	PENDEK	<input type="checkbox"/>	TINGGI <input type="checkbox"/>
- Tren pertumbuhan baik	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>
B. MILESTONE PERKEMBANGAN (KKA)			
- Sosial Emosional			
	a. Menolong diri sendiri (MD)	SESUAI	
	b. Tingkah laku sosial (TS)	SESUAI	
- Bahasa			
	a. Komunikasi Pasif (KP)	SESUAI	TIDAK
	b. Komunikasi Aktif (KA)	SESUAI	TIDAK
	- Kecerdasan (KC)	SESUAI	TIDAK
- Fisikal/Gerakan			
	a. Gerakan Kasar (GP)	SESUAI	TIDAK
	b. Gerakan Halus (GH)	SESUAI	TIDAK
C. Faktor Risiko lain, tuliskan :			
(diisi dengan faktor risiko berdasarkan data) .....			

VI. FAKTOR - FAKTOR YANG BERPENGARUH				
a.	Anak di asuh oleh	IBU <input type="checkbox"/>	BAPAK <input type="checkbox"/> NENEK <input type="checkbox"/>	KEDUA ORTU <input type="checkbox"/> LAINNYA <input type="checkbox"/>
b.	Status Orang Tua	KAWIN <input type="checkbox"/>	CERAI <input type="checkbox"/>	
c.	Keadaan sanitasi lingkungan	BAIK <input type="checkbox"/>	KURANG <input type="checkbox"/>	BURUK <input type="checkbox"/>
d.	Kepemilikan Jamban Sehat	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
e.	Faktor gangguan makanan (alergi, sensitif, intoleransi makanan)	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
f.	Selama tiga bulan terakhir sulit memenuhi kebutuhan makanan	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
g.	Paparan asap rokok ditempat kerja	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
h.	Frekwensi penimbangan ke posyandu	TIDAK PERNAH <input type="checkbox"/>	JARANG <input type="checkbox"/>	SERING <input type="checkbox"/>
i.	ASI - Eksklusif	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
	Lama menyusui	..... bulan		
j.	Makanan pendamping ASI			
	Protein hewani (ayam, ikan, telur, daging) 3 kali sehari	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
	Tepat Waktu	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
	Adekuat	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
	Aman dan higienis	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
	Diberikan dengan benar	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	
k.	Status Imunisasi dasar	LENGKAP <input type="checkbox"/>	TIDAK LENGKAP <input type="checkbox"/>	TIDAK PERNAH <input type="checkbox"/>
l.	Konsistensi minum kapsul Vitamin A	KONTINYU <input type="checkbox"/>	JARANG <input type="checkbox"/>	
m.	Ibu menjadi peserta KB	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>	

n.	Pengetahuan Orang Tua tentang Gizi :		
	- Pemahaman manfaat KMS - Balita (Buku KIA)	TAHU <input type="checkbox"/>	TIDAK TAHU <input type="checkbox"/>
	- Pemahaman manfaat penimbangan di posyandu	TAHU <input type="checkbox"/>	TIDAK TAHU <input type="checkbox"/>
	- Pengetahuan tentang stunting	TAHU <input type="checkbox"/>	TIDAK TAHU <input type="checkbox"/>
	- Pengetahuan tentang gizi seimbang, beragam dan aman	TAHU <input type="checkbox"/>	TIDAK TAHU <input type="checkbox"/>
o.	Dirujuk ke RSUD	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>
p.	Datang ke RSUD	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>
q.	Mendapat PKMP	YA <input type="checkbox"/>	TIDAK <input type="checkbox"/>

#### VII. DATA PENDUKUNG

No.	Kecamatan	Posyandu					
		Alat ukur benar	Cara ukur/ timbang benar	Upaya desa memastikan protein hewani dikonsumsi balita setiap hari	PMT Penyuluhan berupa protein hewani dibagikan saat Posyandu	Ketepatan plotting kader/ Tenaga Pelaksana Gizi	Rujukan ke Puskesmas dilakukan sesuai indikasi
				Melalui dana desa? Lintas sektoral			
1.							
2.							

No	Kecamatan	Puskesmas				
		Angka pasien yang sampai di PKM/pasien yang dirujuk (%)	Kasus ditangani oleh dokter Puskesmas	Pemberian PKGK di Puskesmas sesuai indikasi	Pemberian F100 + mineral mix (standar WHO) untuk gizi buruk	Input data e-PPGBM benar
1.						
2.						

No	Kecamatan	RSUD			
		Kasus stunting yang sampai di RSUD/kasus yang terindikasi rujuk	System rujukan kasus non-BPJS dibantu dana bantuan desa	Sumber Pangan Olahan untuk Keperluan Medis Khusus atas indikasi medis	Follow-up kasus byname perbulan
1.					
2.					

### VIII. HASIL AUDIT

	Diagnosa Kasus	:.....
	Tatalaksana	:.....
	Evaluasi:	:.....
	Rencana Tindak Lanjut:	:.....
	Keterangan	:.....
Mengetahui,		Kabupaten/Kota, ...
Tim Pakar .....		Tim Teknis .....