

KEPUTUSAN INSPEKTUR JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN

NOMOR : HK.02.02/G/582/2024

TENTANG

PEDOMAN AUDIT KINERJA EFEKTIVITAS PROGRAM PERCEPATAN
PENURUNAN *STUNTING* BIDANG KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

INSPEKTUR JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka mengoptimalkan fungsi pengawasan pelaksanaan program percepatan penurunan *stunting* bidang kesehatan yang mendukung strategi nasional percepatan penurunan *stunting* sesuai Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*;
 - b. bahwa untuk memberikan keyakinan yang memadai atas efektivitas pelaksanaan program percepatan penurunan *stunting* serta mentaati peraturan perundang-undangan yang berlaku, Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) harus melaksanakan pengawasan *intern* dalam bentuk audit kinerja efektivitas program percepatan penurunan *stunting* bidang kesehatan;
 - c. bahwa agar terdapat kesamaan persepsi dan keseragaman metodologi dalam pelaksanaan audit kinerja sebagaimana dimaksud huruf a dan b, perlu disusun Pedoman Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* Bidang Kesehatan;
 - d. bahwa...

- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Keputusan Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan tentang Pedoman Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* Bidang Kesehatan.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
 2. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 127, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4890);
 3. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting* (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 172);
 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
 5. Standar Audit Asosiasi Auditor Intern Pemerintah Indonesia (AAIPI) Nomor PER-01/AAIPI/DPN/2021 tentang Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia;
 6. Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan; dan
 7. Aturan hukum lainnya terkait kedudukan, tugas pokok dan fungsi serta pedoman pengawasan di Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan dan Satuan Pengawas lain di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

MEMUTUSKAN...

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN INSPEKTUR JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN TENTANG PEDOMAN AUDIT KINERJA EFEKTIVITAS PROGRAM PERCEPATAN PENURUNAN *STUNTING* BIDANG KESEHATAN.
- KESATU : Pedoman Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* Bidang Kesehatan sebagaimana tercantum dalam Lampiran, merupakan bagian tidak terpisahkan dengan Keputusan Inspektur Jenderal ini.
- KEDUA : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai acuan dalam melakukan Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* Bidang Kesehatan.
- KETIGA : Keputusan Inspektur Jenderal ini berlaku pada tanggal ditetapkan, dan apabila terdapat kekeliruan akan diadakan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jakarta
Pada tanggal : 1 April 2024
INSPEKTUR JENDERAL,



MURTI UTAMI



PEDOMAN

AUDIT KINERJA EFEKTIVITAS
PROGRAM PERCEPATAN
PENURUNAN STUNTING
BIDANG KESEHATAN

2024



INSPEKTORAT JENDERAL
KEMENTERIAN KESEHATAN RI



KATA PENGANTAR



Peran Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan sebagai Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) semakin strategis dan bergerak mengikuti kebutuhan pemangku kepentingan dan perubahan lingkungan.

Transformasi sistem kesehatan dengan enam pilar transformasi mendorong Itjen Kemenkes agar menjadi *trusted advisor* bagi kelangsungan proses transformasi tersebut sehingga mampu memberikan nilai tambah (*added value*) pada perbaikan tata kelola, manajemen risiko, penguatan pengendalian kinerja pemerintah untuk mencapai kinerjanya.

Dalam kaitannya dengan transformasi sistem kesehatan, Kementerian Kesehatan berperan sangat penting dan strategis, salah satunya, dalam percepatan penurunan *stunting*, hal ini tertuang dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 72 Tahun 2021. Mengingat pentingnya masalah *stunting* di Indonesia, Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan sebagai Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) berkewajiban memberikan keyakinan yang memadai bahwa pelaksanaan program percepatan penurunan *stunting* dapat dilaksanakan secara efektif, efisien dan ekonomis serta menaati peraturan perundang-undangan yang berlaku. Untuk itu, perlu dilakukan audit kinerja agar dapat memberikan jaminan efektivitas, efisiensi, ekonomis dengan penuh ketaatan terhadap ketentuan yang berlaku.

Dalam melaksanakan audit kinerja efektivitas program percepatan penurunan *stunting* bidang kesehatan diperlukan pedoman audit kinerja sehingga kualitas hasil audit kinerja sesuai dengan standar audit dan mampu memberikan perbaikan secara menyeluruh baik aspek kebijakan, perencanaan, pelaksanaan, pertanggungjawaban keuangan serta pengukuran kinerja program/kegiatan dan pelaporannya.

Pedoman audit ini akan direvisi sesuai dengan perubahan kebijakan program terkait. Selanjutnya kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak sangat diharapkan untuk memperbaiki pedoman audit ini menjadi lebih sempurna.

Jakarta, April 2024
Inspektur Jenderal,

drg. Murti Utami, MPH, QGIA, CGCAE

Penyusun

Pengarah:

Hendro Santoso, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom, M.H.Kes, QRMA, CPIA

Penanggung Jawab:

Heru Arnowo, SH, MM, QCRO, QGIA

Wakil Penanggung Jawab:

drg. Emilda Hutahaean, MM, CPIA

Tim Penyusun:

Endang Suryadi, SKM, MM

Hardiansyah, SE, M.Ak

Henni Andriani, SKM, M.Ak, QRMA

Maria Zulfah, SKM, M.Si, CIAP

Dian Puji Ayu Prawiro, Apt

Danan Rizky Rifani, SE

Beni Rianto, SE, CGAA

Christi Novia Dewi, SKM

Gladys Kusuma Wardani, S.Psi

Anindya Nur Ramadhani, A.Md.Ak.

Dewi Dyah Palupi, SKM, MKM

Kontributor:

Rian Anggraini, SKM, MKM (Direktorat Gizi dan KIA)

Dewi Astuti, S.Gz, MKM (Direktorat Gizi dan KIA)

Thifal Kiasatina, SKM (Direktorat Pengelolaan Imunisasi)

Yusuf Istanto (BPKP)

Desi Nefitri (BPKP)

DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	ii
Tim Penyusun.....	iii
Daftar Isi.....	iv
Daftar Lampiran.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penyusunan Pedoman.....	2
C. Landasan Hukum.....	2
D. Ruang Lingkup.....	2
E. Sistematika Penyajian.....	3
BAB II GAMBARAN UMUM.....	4
A. Definisi <i>Stunting</i> dan Peran Pemerintah.....	4
B. Standar Audit Intern.....	7
C. Kompetensi Auditor.....	7
D. Perencanaan Audit Kinerja.....	8
E. Pemanfaatan Teknologi Informasi.....	11
BAB III PELAKSANAAN AUDIT KINERJA.....	12
A. Penilaian Kinerja Program.....	12
B. Audit Rinci.....	13
C. Hal-hal/Masalah yang Perlu Mendapat Perhatian.....	72
BAB IV KOMUNIKASI AUDIT KINERJA EFEKTIVITAS PROGRAM.....	74
A. Perolehan Tanggapan atas Simpulan dan Rekomendasi.....	74
B. Penyusunan dan Penyampaian Laporan Hasil Audit.....	74
C. <i>Policy Brief</i>	75
D. Monitoring Tindak Lanjut.....	75
BAB V PENUTUP.....	76
Lampiran.....	77

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kerta Kerja Audit
- Lampiran 2. Format Notisi Hasil Audit
- Lampiran 3. Format Laporan Hasil Audit

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*, definisi *stunting* adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang, yang ditandai dengan panjang dan tinggi badannya berada di bawah standar. Ini biasanya terjadi karena kurangnya asupan gizi yang memadai pada masa kritis pertumbuhan, terutama selama 1.000 hari pertama kehidupan (dari kehamilan hingga usia dua tahun).

Masalah gizi Balita di Indonesia masih cukup tinggi. Berdasarkan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2022, prevalensi Balita *wasting* sebesar 7,7% dan Balita *Stunting* 21,6%. Sedangkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi risiko Kurang Energi Kronik (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS) sebesar 14,1%, sedangkan pada Ibu hamil KEK sebesar 17,3%. Selain itu prevalensi anemia pada Ibu hamil KEK sebesar 48,9%. Sementara target yang ingin dicapai adalah 14% pada tahun 2024.

Masalah *stunting* disebabkan oleh berbagai faktor. Malnutrisi pada ibu hamil dan kurangnya asupan nutrisi selama masa pertumbuhan anak menjadi salah satu penyebab langsung terjadinya masalah *stunting*. Kondisi sosial ekonomi, kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang gizi yang baik, akses terbatas ke pelayanan kesehatan, kondisi sanitasi dan lingkungan yang buruk berpengaruh secara tidak langsung terhadap masalah *stunting*.

Mengingat pentingnya masalah *stunting* di Indonesia, Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan sebagai Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) berkewajiban memberikan keyakinan yang memadai bahwa pelaksanaan program percepatan penurunan *stunting* dapat dilaksanakan secara efektif, efisien dan ekonomis serta menaati peraturan perundang-undangan yang berlaku. Untuk itu, perlu dilakukan Audit Kinerja atas pelaksanaan program tersebut dan memasukkan rencana audit kinerja ke dalam Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan.

B. TUJUAN PENYUSUNAN PEDOMAN

1. Panduan ini bertujuan sebagai acuan umum bagi Inspektorat Jenderal dan Satuan Pengawas lainnya dalam melakukan Audit Kinerja efektivitas program percepatan penurunan *stunting* bidang kesehatan guna persamaan persepsi dan keseragaman metodologi dalam rangka audit yang efisien dan efektif.
2. Sasaran yang ingin dicapai Inspektorat Jenderal dan satuan pengawas lain di lingkungan Kementerian Kesehatan mampu memberi nilai tambah terhadap efektivitas atas kinerja program percepatan penurunan *stunting* dengan cara yang lebih sistematis.

C. LANDASAN HUKUM

Dasar hukum yang dijadikan acuan dalam kegiatan Audit Kinerja efektivitas program percepatan penurunan *stunting* bidang kesehatan adalah:

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah.
3. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.
5. Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia dari Asosiasi Auditor Internal Pemerintah Nomor PER-01/AAIPI/DPN/2021 Tahun 2021.
6. Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan.
7. Aturan hukum lainnya terkait kedudukan, tugas pokok dan fungsi serta pedoman pengawasan di Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan dan Satuan Pengawas lain di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

D. RUANG LINGKUP

Pedoman ini mengatur tentang tata cara pelaksanaan Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* Bidang Kesehatan, meliputi pengawasan pada aspek efektivitas kinerja program serta analisis untuk setiap

tahapan mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan sampai dengan komunikasi audit.

E. SISTEMATIKA PENYAJIAN

Sistematika penyajian Pedoman Audit Kinerja adalah sebagai berikut:

1. **BAB I PENDAHULUAN**, yang membahas tentang Latar Belakang, Tujuan Penyusunan Pedoman, Landasan Hukum, Ruang Lingkup dan Sistematika Penyajian Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* Bidang Kesehatan.
2. **BAB II GAMBARAN UMUM**, yang memuat tentang Definisi *Stunting* dan Peran Pemerintah, Standar Audit *Intern*, Kompetensi Auditor, Perencanaan Audit Kinerja dan Pemanfaatan Teknologi Informasi dalam pelaksanaan Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* Bidang Kesehatan.
3. **BAB III PELAKSANAAN AUDIT KINERJA**, dalam bab ini dijelaskan penilaian kinerja program, pelaksanaan audit rinci dan penjelasan hal-hal/masalah yang menjadi perhatian.
4. **BAB IV KOMUNIKASI AUDIT KINERJA**, komunikasi audit dilakukan pada perolehan tanggapan atas simpulan dan rekomendasi, penyusunan laporan hasil audit, *policy brief* dan pelaksanaan monitoring tindak lanjut.
5. **BAB V PENUTUP**
6. **LAMPIRAN**

BAB II GAMBARAN UMUM

A. Definisi *Stunting* dan Peran Pemerintah

1. Definisi *Stunting*

Malnutrisi adalah kondisi yang dapat berupa defisiensi, kelebihan dan/atau ketidakseimbangan asupan energi dan zat gizi, yaitu:

- a. Kekurangan gizi (*undernutrition*), meliputi gizi kurang (berat badan rendah menurut panjang/tinggi badan), *stunting* (tinggi/panjang badan rendah menurut usia dan jenis kelamin) dan berat badan kurang/*underweight* (berat badan rendah menurut usia dan jenis kelamin).
- b. Malnutrisi terkait zat gizi mikro mencakup kekurangan atau kelebihan zat gizi mikro yang penting (vitamin dan mineral).
- c. Gizi lebih dan obesitas yang dapat berisiko menjadi penyakit tidak menular di kemudian hari, seperti penyakit jantung, stroke, diabetes dan kanker.

Stunting merupakan perawakan pendek atau sangat pendek berdasarkan panjang/tinggi badan menurut usia yang kurang dari -2,00 Standar Deviasi (SD) pada kurva pertumbuhan WHO, disebabkan kekurangan gizi kronik yang berhubungan dengan status sosio-ekonomi rendah, asupan nutrisi, kesehatan ibu yang buruk, riwayat sakit berulang serta praktik pemberian makan pada bayi dan anak yang tidak tepat. *Stunting* menyebabkan hambatan dalam mencapai potensi fisik dan kognitif anak. Kurva pertumbuhan yang digunakan untuk diagnosis *stunting* adalah kurva WHO *child growth standard* tahun 2006 yang merupakan baku emas pertumbuhan optimal seorang anak.

2. Peran Pemerintah dalam Percepatan Penurunan *Stunting*

Organisasi Pemerintah merupakan unsur yang sangat penting untuk memberi arah sehingga intervensi penurunan *stunting* terintegrasi dan bisa berjalan dengan baik, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi serta review kinerja. Dalam memastikan efektivitas pelaksanaan intervensi

penurunan *stunting* terintegrasi di daerah, perlu pembagian peran dan tanggung jawab yang jelas antara pemerintah provinsi, kabupaten/kota sampai dengan pemerintahan di tingkat desa, dengan penjelasan sebagai berikut:

a. Tingkat Pusat, memiliki peran:

- 1) Pemerintah Pusat (Kementerian/Lembaga) memfasilitasi pembinaan, pemantauan, evaluasi dan tindak lanjut atas kebijakan dan pelaksanaan program dan anggaran penyediaan intervensi gizi prioritas di tingkat Nasional.
- 2) Pemerintah Pusat (Kementerian/Lembaga) memberikan fasilitas dan dukungan teknis bagi peningkatan kapasitas provinsi dan kabupaten/kota dalam penyelenggaraan Aksi Integrasi yang efektif dan efisien.
- 3) Pemerintah Pusat (Kementerian/Lembaga) mengoordinasikan pelibatan institusi pemerintah dan institusi non-pemerintah untuk mendukung Aksi Integrasi percepatan pencegahan *stunting*.

b. Tingkat Provinsi, memiliki peran:

- 1) Pemerintah Provinsi memfasilitasi pembinaan, pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut provinsi atas kebijakan pelaksanaan program dan anggaran penyediaan intervensi gizi prioritas di wilayah kabupaten/kota.
- 2) Pemerintah Provinsi memberikan fasilitas dan dukungan teknis bagi peningkatan kapasitas kabupaten/kota dalam penyelenggaraan Aksi Integrasi yang efektif dan efisien.
- 3) Pemerintah Provinsi mengoordinasikan pelibatan institusi non-pemerintah untuk mendukung Aksi Integrasi percepatan pencegahan *stunting*.
- 4) Pemerintah Provinsi melaksanakan penilaian kinerja kabupaten/kota dalam penyelenggaraan pencegahan *stunting*, termasuk memberikan umpan balik serta penghargaan kepada kabupaten/kota sesuai kapasitas provinsi yang bersangkutan.

- c. Tingkat Kabupaten/Kota, memiliki peran:
- 1) Pemerintah kabupaten/kota memastikan perencanaan dan penganggaran program/ kegiatan untuk intervensi prioritas, khususnya di lokasi dengan prevalensi *stunting* tinggi dan/atau kesenjangan cakupan pelayanan yang tinggi.
 - 2) Pemerintah kabupaten/kota memperbaiki pengelolaan layanan untuk intervensi gizi prioritas dan memastikan bahwa sasaran prioritas memperoleh dan memanfaatkan paket intervensi yang disediakan.
 - 3) Pemerintah kabupaten/kota mengoordinasikan kecamatan dan pemerintah desa dalam menyelenggarakan intervensi prioritas, termasuk dalam mengoptimalkan sumber daya, sumber dana dan pemutakhiran data.
 - 4) Pemerintah kabupaten/kota menyusun kebijakan daerah yang memuat kampanye publik dan komunikasi perubahan perilaku mengacu pada substansi yang diatur dalam strategi yang disusun oleh Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan kesadaran publik dan perubahan perilaku masyarakat dalam penurunan *stunting*.
- d. Tingkat Kecamatan, memiliki peran:
- 1) Koordinasi intervensi pencegahan *stunting* yang dipimpin oleh Camat selaku koordinator wilayah kecamatan.
 - 2) Camat melakukan pertemuan secara berkala dengan aparat tingkat kecamatan, tingkat desa dan masyarakat untuk membahas perencanaan dan kemajuan intervensi penurunan *stunting*.
 - 3) Memberikan dukungan dalam melaksanakan pemantauan dan verifikasi data serta melakukan pendampingan pelaksanaan kegiatan di tingkat desa.
- e. Tingkat Desa, memiliki peran:
- 1) Pemerintah desa melakukan sinkronisasi dalam perencanaan dan penganggaran program dan kegiatan pembangunan desa untuk mendukung pencegahan *stunting*.

- 2) Pemerintah desa memastikan setiap sasaran prioritas menerima dan memanfaatkan paket layanan intervensi gizi prioritas. Implementasi kegiatan dilakukan bekerja sama dengan Kader Pembangunan Manusia (KPM), pendamping Program Keluarga Harapan (PKH), petugas Puskesmas dan bidan desa serta petugas Keluarga Berencana (KB).
- 3) Pemerintah desa memperkuat pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kepada seluruh sasaran prioritas serta mengoordinasikan pendataan sasaran dan pemutakhiran data secara rutin.

Pemerintah tingkat kabupaten/kota harus melibatkan seluruh pemangku kepentingan, tidak hanya perangkat daerah tetapi dapat juga melibatkan sektor non pemerintah seperti dari dunia usaha, akademisi, organisasi masyarakat madani, organisasi profesi, media massa, dan mitra pembangunan lainnya. Dalam pelaksanaan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi di tingkat kabupaten/kota sangat penting untuk memastikan:

- a. setiap institusi memahami peran dan kontribusinya dalam penurunan *stunting*;
- b. mengetahui sasaran dan lokasi intervensi penurunan *stunting*;
- c. mengembangkan cara atau metodologi untuk memastikan bahwa setiap kelompok sasaran menerima intervensi yang dibutuhkan; dan
- d. membangun mekanisme koordinasi antar institusi yang dapat digunakan untuk memastikan terselenggaranya integrasi program dari mulai perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan.

B. STANDAR AUDIT INTERN

Audit dilaksanakan berdasarkan Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia (SAIPI) yang diterbitkan oleh Asosiasi Auditor Intern Pemerintah Indonesia.

C. KOMPETENSI AUDITOR

Dalam pelaksanaan tugasnya, auditor wajib mengikuti standar yang telah ditetapkan. Auditor harus memiliki pengetahuan, keterampilan dan kompetensi lain yang dibutuhkan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya (Standar

1210, AAIP). Kompetensi tersebut didapatkan melalui pendidikan, pelatihan dan pengalaman dalam melakukan audit kinerja (*knowledge, skill dan attitude*). Selain itu, auditor dapat menggunakan tenaga ahli apabila pengetahuan dan pengalamannya tidak memadai untuk mendapatkan Informasi yang cukup, andal, relevan dan bermanfaat untuk mencapai tujuan pengawasan (Standar 2310.A3, AAIP).

D. PERENCANAAN AUDIT KINERJA

Secara garis besar tahapan Audit Kinerja terbagi dalam 3 (tiga) tahap, yaitu tahap perencanaan, pelaksanaan dan komunikasi hasil audit. Untuk tahapan pelaksanaan dan komunikasi audit akan dibahas pada bab tersendiri yaitu pada Bab III. Pelaksanaan Audit dan Bab IV. Komunikasi Hasil Audit.

Tahap Perencanaan Audit Kinerja dibagi menjadi:

1. Persiapan Audit Kinerja

a. Lokus

Audit kinerja efektivitas program percepatan penurunan *stunting* bidang kesehatan akan dilaksanakan pada 14 Provinsi sesuai dengan rekomendasi hasil evaluasi Kemenko PMK tahun 2013. Kabupaten/kota yang menjadi lokus adalah kabupaten/kota dengan nilai prevalensi *stunting* terbaik dan terburuk dari tiap provinsi yang ditetapkan oleh Kemenko PMK.

b. Susunan Tim

Audit kinerja efektivitas program percepatan penurunan *stunting* bidang kesehatan akan dilakukan oleh tim yang telah mendapatkan sosialisasi pedoman audit kinerja. Jumlah auditor dalam 1 (satu) tim sebanyak minimal 5 orang, yang terdiri dari 1 (satu) orang pengendali teknis, 1 (satu) orang ketua tim dan 3 orang anggota tim untuk setiap lokus kabupaten/kota.

c. Waktu Pelaksanaan

Audit kinerja efektivitas program percepatan penurunan *stunting* bidang kesehatan akan dilaksanakan selama 21 hari kalendar untuk 1 lokus Provinsi/Kabupaten/Kota.

2. Penetapan Topik Pengawasan

Topik pengawasan ditentukan berdasarkan indikator Intervensi Spesifik Kesehatan pada Perpres Nomor 72 Tahun 2021. Topik pengawasan telah didiskusikan dan disetujui dengan pemegang program, dalam hal ini Ditjen Kesehatan Masyarakat dan Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit serta telah dilaporkan kepada Menteri Kesehatan, seperti terlihat pada tabel di bawah ini:

Indikator Intervensi Spesifik	Topik Pengawasan
a. Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang Mendapatkan Tambahan Asupan Gizi	a. Pemeriksaan Layanan Ante Natal Care (ANC) dan USG kepada Ibu Hamil b. Pemberian PMT Pemulihan kepada ibu hamil KEK
b. Persentase Ibu Hamil Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) Minimal 90 Hari	c. Distribusi dan Konsumsi TTD pada Ibu Hamil
c. Persentase Remaja Putri Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)	d. Skrining Anemia kepada Remaja Putri e. Distribusi dan Konsumsi TTD untuk Remaja Putri
<i>d. Persentase Bayi Usia Dibawah 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif</i>	
e. Persentase Bayi 6 - 23 Bulan Konsumsi MP-ASI	f. Pemberian PMT Penyuluhan
f. Persentase Anak usia <5 Tahun Mendapat Pelayanan Tatalaksana Gizi Buruk	g. Pelayanan tatalaksana rujukan Balita gizi buruk
g. Persentase Bayi dan Balita Dipantau Tumbuh Kembangnya	h. Kegiatan Pemantauan Pertumbuhan Bayi dan Balita
h. Persentase Anak <5 Tahun Gizi Kurang Mendapat Tambahan Asupan Gizi	i. Pemberian PMT Pemulihan pada Balita Gizi Kurang
i. Persentase Anak <5 Tahun Memperoleh Imunisasi Dasar Lengkap	j. Kelengkapan pemberian IDL pada Balita

3. Tujuan dan Sasaran Audit

Tujuan Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* Bidang Kesehatan adalah APIP mampu memberikan nilai tambah terhadap efektivitas program percepatan penurunan *stunting* bidang kesehatan dengan cara yang lebih sistematis dan mampu memberikan rekomendasi perbaikan atas penyelenggaraan efektivitas program percepatan penurunan *stunting* jika diketahui adanya kelemahan atau kinerja yang belum optimal.

Adapun sasaran Audit Kinerja atas efektivitas program percepatan penurunan *stunting* adalah memberikan penilaian atas pelaksanaan efektivitas program percepatan penurunan *stunting* yang ada pada Kementerian Kesehatan (Pusat), Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan uraian sebagai berikut:

- a. Menilai keberhasilan pelaksanaan penyaluran efektivitas program percepatan penurunan *stunting* bidang kesehatan yang berkaitan dengan uraian dalam 55 parameter kinerja.
- b. Mengidentifikasi kelemahan dan hambatan pelaksanaan pencapaian kinerja program.
- c. Memberikan rekomendasi atas kelemahan dan hambatan dalam pencapaian kinerja program.

4. Skoring Penilaian

Hasil perbandingan antara bobot capaian kinerja dengan bobot kinerja yang telah ditetapkan di awal untuk masing-masing aspek merupakan skor yang diperoleh. Skor yang diperoleh kemudian dikelompokkan dalam gradasi/interval nilai sebagai berikut:

Gradasi/Interval Nilai	Predikat/Sebutan
95,00 – 100,00	Sangat Efektif
75,00 – 94,99	Efektif
60,00 – 74,99	Cukup Efektif

45,00 – 59,99	Kurang Efektif
0,00 – 44,99	Tidak Efektif

E. PEMANFAAT TEKNOLOGI INFORMASI

Dalam pelaksanaan Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* Bidang Kesehatan, tim audit akan menggunakan aplikasi yang telah dikembangkan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan sejak tahun 2021, yaitu Sistem Informasi Manajemen Audit Kinerja (SIMAK) dan e-Puldatawas.

BAB III

PELAKSANAAN AUDIT KINERJA

Dalam pelaksanaan Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* Bidang Kesehatan akan dilakukan penilaian atas kinerja program dan audit rinci. Penilaian atas kinerja program dilakukan untuk mengetahui efektivitas pelaksanaan kinerja program yang dilakukan oleh daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam melaksanakan program percepatan penurunan *stunting* sesuai dengan Indikator Intervensi *Stunting* dalam Perpres Nomor 72 tahun 2021.

Audit rinci dilakukan atas pelaksanaan program *stunting* tahun 2023 dan triwulan I tahun 2024. Pengujian yang dilakukan bertujuan untuk mengidentifikasi permasalahan program di lapangan serta penyebab mendasar yang menjadi kendala dan hambatan dengan dampak yang signifikan dalam pencapaian tujuan, sehingga rekomendasi yang diberikan dapat meningkatkan kinerja program.

Adapun indikator yang dilakukan penilaian kinerja dan audit rinci adalah indikator intervensi spesifik yang menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan secara langsung. Namun indikator intervensi spesifik ke-4 yaitu “Persentase bayi usia di bawah 6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif” tidak masuk ke dalam penilaian kinerja dalam audit ini, karena akan dilakukan penilaian melalui metode survei oleh pihak lain.

A. PENILAIAN KINERJA PROGRAM

Berikut pembobotan penilaian kinerja dalam Audit Kinerja Program Penurunan *Stunting*, seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini:

Sasaran	Indikator Spesifik	Topik Pengawasan	Bobot
Remaja Putri (20,0%)	A. Remaja Putri Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)	1. Skrining Anemia kepada Remaja Putri	10,0%
		2. Distribusi dan Konsumsi TTD untuk Remaja Putri	10,0%
Ibu Hamil (32,5%)	B. Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang Mendapatkan Tambahan Asupan Gizi	3. Pemeriksaan Layanan Ante Natal Care (ANC) dan USG kepada Ibu Hamil	12,5%

		4. Pemberian PMT Pemulihan kepada ibu hamil KEK	10,0%
	C. Ibu Hamil Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) Minimal 90 Hari	5. Distribusi dan Konsumsi TTD pada Ibu Hamil	10,0%
Bayi dan Balita (47,5%)	D. Bayi dan Balita Dipantau Tumbuh Kembangnya	6. Kegiatan Pemantauan Pertumbuhan Bayi dan Balita	12,5%
	E. Anak <5 Tahun Gizi Kurang Mendapat Tambahan Asupan Gizi	7. Pemberian PMT Pemulihan pada Balita Gizi Kurang	10,0%
	F. Bayi 6 - 23 Bulan Konsumsi MP-ASI	8. Pemberian edukasi MP-ASI di Posyandu	5,0%
	G. Anak usia <5 Tahun Mendapat Pelayanan Tatalaksana Gizi Buruk	9. Pelayanan tatalaksana rujukan Balita gizi buruk	10,0%
	H. Anak <5 Tahun Memperoleh Imunisasi Dasar Lengkap	10. Kelengkapan pemberian IDL pada Balita	10,0%
Total Pembobotan			100%

Berdasarkan pembobotan atas penilaian kinerja di atas, tim audit akan melakukan penilaian kinerja untuk melihat efektivitas kinerja program sesuai dengan topik pengawasan yang telah ditetapkan. Dalam tiap topik pengawasan terdapat *Tentative Audit Objective* (TAO) yang memiliki pembobotan penilaian kinerja yang dapat dilihat pada lampiran pedoman audit ini, penilaian dilakukan menggunakan Kertas Kerja Audit (KKA) yang menjadi bagian yang tidak terpisahkan pada pedoman audit.

B. AUDIT RINCI

Pelaksanaan audit rinci dilakukan melalui penyusunan Program Kerja Audit (PKA). Hal ini bertujuan agar pelaksanaan audit atas percepatan penurunan prevalensi *stunting* dapat berjalan efektif, menyajikan langkah-langkah pengujian yang perlu dilakukan auditor untuk menyimpulkan kondisi pelaksanaan percepatan penurunan prevalensi *stunting* yang diaudit serta mengungkapkan ada/tidaknya

penyimpangan. Audit dilaksanakan sesuai dengan indikator pada Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021. Tim audit terlebih dahulu mengetahui tujuan dari masing-masing tahapan tersebut dan menentukan *Tentative Audit Objective* (TAO) dan Langkah Kerja Audit untuk memastikan tiap-tiap TAO yang ada menjadi *Firm Audit Objective* (FAO) atau memastikan bahwa prosedur telah dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku.

Berikut disajikan TAO beserta dengan tujuannya sesuai dengan topik pengawasan yang telah ditetapkan:

1. Indikator Speisifik: Remaja Putri Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)

a. Skrining Anemia Kepada Remaja Putri

1) Daftar Tentative Audit Objective (TAO) dan Tujuan

No	TAO	Tujuan
1.1	Tidak tersedianya Sumber Daya pelaksanaan skrining anemia (SDM, Alat HB, Strip dan BMHP)	Memastikan tersedianya Sumber Daya pelaksanaan skrining anemia (SDM, Alat HB, Strip dan BMHP)
1.2	Tidak dilakukan Skrining Anemia ke Sekolah, Madrasah dan Pesantren	Memastikan telah dilakukan skrining anemia ke Sekolah, Madrasah dan Pesantren
1.3	Tidak dilakukan tindak lanjut atas hasil pemeriksaan / Skrining Anemia	Memastikan telah dilakukan tindak lanjut atas hasil pemeriksaan / Skrining Anemia
1.4	Tidak dilakukan pencatatan dan pelaporan hasil skrining anemia baik manual dan elektronik di aplikasi SIGIZITERPADU	Memastikan telah dilakukan pencatatan dan pelaporan hasil skrining anemia baik manual dan elektronik di aplikasi SIGIZITERPADU

2) Tentative Audit Objective (TAO)

a) TAO 1.1 (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)

Tidak tersedianya Sumber Daya pelaksanaan skrining anemia (SDM, alat HB, strip dan BMHP)

Tujuan:

Memastikan tersedianya Sumber Daya pelaksanaan skrining anemia (SDM, alat HB, strip dan BMHP)

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen sasaran remaja putri di wilayah kerjanya. Lakukan wawancara dengan pemegang program terkait kendala dalam pelaksanaan skrining anemia kepada remaja putri.
- (2) Lakukan penelusuran terhadap ketersediaan alat Hb meter, strip dan Bahan Media Habis Pakai (BMHP) dan bandingkan dengan sasaran remaja putri, apakah alat Hb meter masih dalam kondisi baik dan terstandardisasi serta apakah strip dan BMHP sesuai dengan kebutuhan.
- (3) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (4) Tuangkan hasil audit ke dalam Kertas Kerja Audit (KKA).
- (5) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

b) TAO 1.2 (Level Puskesmas)

Tidak dilakukan Skrining Anemia ke Sekolah, Madrasah dan Pesantren

Tujuan:

Memastikan telah dilakukan skrining anemia ke Sekolah, Madrasah dan Pesantren

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen jumlah sekolah setingkat SMP, SMA dan SMK, madrasah setingkat SMP dan SMA serta pesantren di wilayah kerja Puskesmas. Khusus untuk Pesantren, dapatkan data pesantren yang tidak memiliki madrasah di dalamnya. Lakukan pemetaan hasil skrining anemia serta pastikan seluruh sekolah, madrasah dan pesantren di wilayah kerja puskesmas telah mendapatkan skrining anemia.
- (2) Dapatkan laporan kegiatan skrining anemia. Lakukan analisis dan pastikan Puskesmas telah melakukan skrining anemia di

Sekolah (SMP, SMA dan SMK), madrasah setara SMP dan SMA dan pesantren.

- (3) Lakukan wawancara dengan pemegang program terkait kendala dalam pelaksanaan skrining anemia pada sekolah, madrasah dan pesantren.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

c) TAO 1.3 (Level Puskesmas)

Tidak dilakukan tindak lanjut atas hasil pemeriksaan/skrining anemia.

Tujuan:

Memastikan telah dilakukan tindak lanjut atas hasil pemeriksaan/skrining Anemia.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen rekapitulasi rujukan skrining anemia ke Puskesmas. Lakukan pemetaan hasil skrining anemia dan pastikan remaja putri dengan hasil skrining anemia sedang ditindaklanjuti dengan pemberian terapi TTD dan berat menindaklanjuti hasil skriningnya ke Puskesmas.
- (2) Dapatkan dokumen laporan kegiatan skrining anemia. Lakukan analisis terhadap laporan kegiatan skrining anemia dan pastikan petugas telah memberikan tindak lanjut atas hasil skrining sesuai dengan ketentuan (hasil anemia berat segera dirujuk ke Puskesmas).
- (3) Lakukan wawancara dengan pemegang program terkait kendala dalam pelaksanaan tindak lanjut hasil skrining anemia.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA;
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

d) TAO 1.4 (Level Dinas Kabupaten dan Puskesmas)

Tidak dilakukan pencatatan dan pelaporan hasil skrining anemia baik manual dan elektronik di aplikasi E-PPGBM/SIGIZITERPADU.

Tujuan:

Memastikan telah dilakukan pencatatan dan pelaporan hasil skrining anemia baik manual dan elektronik di aplikasi SIGIZITERPADU

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen pencatatan dan pelaporan manual atas pelayanan skrining anemia yang dilaporkan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan. Lakukan analisis dan pastikan bahwa laporan manual telah disusun sesuai dengan kondisi sebenarnya dan telah dilaporkan tepat waktu ke Dinas Kesehatan.
- (2) Dapatkan dokumen pencatatan dan pelaporan dari aplikasi SIGIZITERPADU. Lakukan analisis ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU atas pelaporan yang dicatat oleh petugas Puskesmas. Pastikan tidak ada pelayanan yang tidak tercatat ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU.
- (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pencatatan dan pelaporan khususnya dalam penggunaan SIGIZITERPADU.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

b. Distribusi dan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada Remaja Putri

1) Daftar Tentative Audit Objective (TAO) dan Tujuan

No	TAO	Tujuan
2.1	Perencanaan sasaran Remaja Putri (Rematri) dan kebutuhan TTD tidak sesuai ketentuan	Memastikan perencanaan sasaran dan kebutuhan TTD sesuai ketentuan

2.2	Jumlah pemberian TTD pada Remaja Putri tidak diberikan sebanyak 52 tablet dalam satu tahun ajaran	Memastikan pemberian TTD pada Remaja Putri telah diberikan sebanyak 52 tablet dalam satu tahun ajaran
2.3	Jumlah Remaja Putri konsumsi TTD tidak sesuai dengan target sasaran	Memastikan jumlah Remaja Putri konsumsi TTD sesuai dengan target sasaran
2.4	Tidak dilakukan pencatatan dan pelaporan konsumsi TTD Remaja Putri baik secara manual dan elektronik (aplikasi CERIA atau E-PPGBM)	Memastikan dilakukan pencatatan dan pelaporan konsumsi TTD Remaja Putri baik secara manual dan elektronik (aplikasi CERIA atau E-PPGBM)

2) Tentative Audit Objective (TAO)

a) TAO 2.1 (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota*)

Perencanaan sasaran Remaja Putri (Rematri) dan kebutuhan TTD tidak sesuai ketentuan.

Tujuan:

Memastikan perencanaan sasaran dan kebutuhan TTD sesuai dengan ketentuan.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan data sasaran dan target rematri. Lakukan konfirmasi kepada Dinas Kesehatan, apakah konsumsi TTD telah sesuai dengan sasaran dan target jumlah rematri;
- (2) Dapatkan dokumen usulan Rencana Kebutuhan Obat (RKO) TTD dari Pengelola Program. Bandingkan usulan RKO TTD dari Pengelola Program dengan kertas kerja perhitungan kebutuhan TTD.
- (3) Dapatkan dokumen laporan jumlah penerimaan dan pengeluaran/distribusi TTD dari Farmasi Puskesmas. Lakukan analisis apakah TTD yang ada di Puskesmas telah memenuhi kebutuhan sesuai jumlah rematri.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.

- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

b) TAO 2.2 (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)
Jumlah pemberian TTD pada Remaja Putri tidak diberikan sebanyak 52 tablet dalam satu tahun ajaran.

Tujuan:

Memastikan pemberian TTD pada remaja putri telah diberikan sebanyak 52 tablet dalam satu tahun ajaran.

Langkah Kerja

- (1) Dapatkan usulan Rencana Kebutuhan Obat (RKO) TTD dan kertas kerja perhitungan kebutuhan TTD dari Pengelola Program, lakukan analisis apakah RKO yang dibuat sesuai dengan kebutuhan TTD.
- (2) Dapatkan dokumen laporan pemberian TTD pada rematri, lakukan konfirmasi kepada petugas Puskesmas apakah TTD yang diberikan kepada rematri sebanyak 52 tablet dalam setahun.
- (3) Dapatkan dokumen data sasaran dan target rematri. Bandingkan jumlah TTD yang diterima dan target jumlah rematri yang diberikan TTD serta realisasi capaian jumlah rematri konsumsi TTD.
- (4) Dapatkan dokumen laporan pemberian TTD pada rematri. Lakukan konfirmasi jumlah pemberian TTD pada rematri diberikan sebanyak 52 tablet dalam setahun, sampling rematri pada sekolah dan lihat serta bandingkan dengan laporan capaian.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

- c) **TAO 2.3** (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)
Jumlah Remaja Putri konsumsi TTD tidak sesuai dengan target sasaran.

Tujuan:

Memastikan jumlah Remaja Putri konsumsi TTD sesuai dengan target sasaran.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen data sasaran dan target rematri, lakukan konfirmasi ke Puskesmas untuk mengetahui berapa jumlah rematri konsumsi TTD.
- (2) Bandingkan target jumlah rematri konsumsi TTD dengan realisasi capaian jumlah rematri konsumsi TTD;
- (3) Dapatkan dokumen laporan konsumsi TTD pada rematri, lakukan konfirmasi untuk mengetahui jumlah rematri konsumsi TTD, sampling rematri pada sekolah dan bandingkan dengan laporan capaian.
- (4) Dapatkan dokumen laporan untuk mengetahui jumlah penerimaan dan pengeluaran/distribusi TTD di Farmasi Puskesmas;
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

- d) **TAO 2.4** (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)
Tidak dilakukan pencatatan dan pelaporan konsumsi TTD Remaja Putri baik secara manual dan elektronik (SIGIZITERPADU).

Tujuan:

Memastikan dilakukan pencatatan dan pelaporan konsumsi TTD Remaja Putri baik secara manual dan elektronik (SIGIZITERPADU).

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen SOP pencatatan dan pelaporan konsumsi TTD rematri dan pastikan SOP telah dibuat sesuai dengan ketentuan.
- (2) Dapatkan dokumen laporan pencatatan dan pelaporan manual atas pelayanan konsumsi TTD rematri yang dilaporkan ke Dinas Kesehatan, lakukan analisis pastikan laporan manual telah disusun sesuai dengan kondisi sebenarnya dan telah dilaporkan tepat waktu ke Dinas Kesehatan.
- (3) Dapatkan dokumen laporan pencatatan dan pelaporan dari aplikasi SIGIZITERPADU, lakukan analisis ke dalam aplikasi atas pelaporan yang dicatat oleh Puskesmas dan pastikan seluruh pelayanan telah dicatat ke dalam aplikasi E-PPGBM/ SIGIZITERPADU.
- (4) Dapatkan akses masuk ke dalam aplikasi E-PPGBM/ SIGIZITERPADU, lakukan observasi untuk memastikan adanya peran Dinas Kabupaten/Kota untuk memverifikasi hasil pencatatan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas.
- (5) Dapatkan akses masuk ke dalam aplikasi Ceria, lakukan perbandingan antara data pada aplikasi SIGIZITERPADU dengan data pada aplikasi Ceria dan pastikan tidak ada perbedaan data pada kedua aplikasi tersebut.
- (6) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program bila ditemukan kendala dan permasalahan dalam pencatatan dan pelaporan khususnya dalam penggunaan SIGIZITERPADU dan aplikasi Ceria.
- (7) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (8) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (9) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

2. Indikator Spesifik: Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang Mendapatkan Tambahan Asupan Gizi

a. Pemeriksaan Layanan Ante Natal Care (ANC) dan USG kepada Ibu Hamil

1) Daftar Tentative Audit Objective (TAO) dan Tujuan

No	TAO	Tujuan
3.1	Tidak Dilakukan Pelatihan Tersertifikasi Pelayanan ANC dan USG kepada Dokter Pemberi Pelayanan	Memastikan tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan ANC dan USG telah mendapatkan pelatihan yang tersertifikasi
3.2	Tidak Dilakukan Pemantauan Kepada Sasaran Ibu Hamil di Wilayahnya yang Mendapatkan Pelayanan ANC dan USG	Memastikan bahwa telah dilakukan pemantauan kepada seluruh sasaran Ibu Hamil yang mendapatkan pelayanan ANC, baik di Puskesmas, FKTP, FKTRL dan Fasyankes lainnya
3.3	Tidak Dilakukan Pemberian 10 Layanan ANC Terpadu Kepada Ibu Hamil pada Kunjungan 1 s.d 6 Sesuai dengan Ketentuan	Memastikan bahwa 10 layanan ANC terpadu telah diberikan kepada Ibu Hamil sesuai dengan ketentuan serta dilakukan tindakan yang tepat apabila terdapat kondisi yang kurang baik
3.4	Tidak dilakukan pemeriksaan USG pada kunjungan 1 dan 5 oleh Tenaga Kesehatan Terlatih dan Alat USG yang Terstandar	Memastikan bahwa Ibu Hamil telah mendapatkan layanan pemeriksaan USG oleh Tenaga Kesehatan terlatih dan alat USG yang sesuai dengan standar
3.5	Tidak dilakukan Monitoring dan Evaluasi atas Pelayanan ANC	Memastikan telah dilakukan Monitoring dan Evaluasi

	dan USG yang Dilakukan di Puskesmas	elayanan ANC dan USG di Puskesmas
3.6	Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan ANC dan USG Tidak Dilakukan Melalui Pencatatan Manual dan Elektornik (e-Kohort) dengan Tepat Waktu	Memastikan pencatatan dan pelaporan pelayanan ANC dan USG telah dilakukan melalui pencatatan manual dan elektronik dengan tepat waktu.

2) Tentative Audit Objective (TAO)

a) TAO 3.1 (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota*)

Tidak Dilakukan Pelatihan Tersertifikasi Pelayanan ANC dan USG kepada Dokter Pemberi Pelayanan.

Tujuan:

Memastikan tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan ANC dan USG telah mendapatkan pelatihan yang tersertifikasi.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen perencanaan anggaran pada Dinas Kesehatan (TOR dan RAB), lakukan analisis dan pastikan apakah pelatihan dilakukan sesuai dengan prosedur.
- (2) Dapatkan data narasumber dan fasilitator yang berasal dari Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), pastikan apakah narasumber dan fasilitator pada pelatihan berasal dari POGI dan IDAI.
- (3) Dapatkan dokumen data jumlah tenaga kesehatan dan dokter yang telah terlatih dalam pelayanan ANC dan USG, lakukan pemetaan data tenaga kesehatan yang telah tersertifikasi di lingkungan Dinas Kesehatan.
- (4) Dapatkan laporan pelaksanaan kegiatan, lakukan konfirmasi kepada pemegang program atas permasalahan dalam penyelenggaraan pelatihan pemeriksaan ANC.

- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

b) TAO 3.2 (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)

Tidak Dilakukan Pemantauan Kepada Sasaran Ibu Hamil di Wilayahnya yang Mendapatkan Pelayanan ANC dan USG.

Tujuan:

Memastikan bahwa telah dilakukan pemantauan kepada seluruh sasaran Ibu Hamil yang mendapatkan pelayanan ANC, baik di Puskesmas, FKTP, FKRTL dan Fasyankes lainnya.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen perencanaan sasaran Ibu Hamil di lingkungan Dinas Kesehatan dan Puskesmas, lakukan analisis dan pastikan bahwa penetapan sasaran telah sesuai dengan data yang kredibel.
- (2) Dapatkan dokumen laporan rekapitulasi capaian sasaran Ibu Hamil di lingkungan Dinas Kesehatan dan Puskesmas, lakukan analisis terhadap capaian sasaran ibu hamil dan pastikan bahwa seluruh sasaran ibu Hamil telah terpantau dan mendapatkan pelayanan ANC dan USG.
- (3) Dapatkan jumlah Sasaran yang seharusnya terkonfirmasi mendapatkan pelayanan ANC, Lakukan analisis dan pastikan bahwa tenaga kesehatan/petugas yang melakukan Konfirmasi terhadap telah mencatat serta merujuk Ibu Hamil yang tidak mendapatkan layanan ANC di FKTP dan FKRTL.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pemantauan sasaran ibu hamil.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.

(7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

c) TAO 3.3 (Level Puskesmas)

Tidak Dilakukan Pemberian 10 Layanan ANC Terpadu Kepada Ibu Hamil pada Kunjungan 1 s.d 6 Sesuai dengan Ketentuan

Tujuan:

Memastikan bahwa 10 layanan ANC terpadu telah diberikan kepada Ibu Hamil sesuai dengan ketentuan serta dilakukan tindakan yang tepat apabila terdapat kondisi yang kurang baik.

Langkah Kerja:

(1) Dapatkan dokumen rekam medik Ibu Hamil penerima layanan ANC (sampel 10% dari jumlah Ibu Hamil di Puskesmas atau minimal 10 rekam medik), lakukan analisis dan pastikan bahwa Ibu Hamil telah mendapatkan layanan berikut:

- (a) Timbang Berat Badan dan ukur Tinggi Badan pada tiap kunjungan.
- (b) Pengukuran tekanan darah pada tiap kunjungan
- (c) Penilaian status gizi dengan ukur lingkaran atas pada kunjungan 1.
- (d) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) atau penilaian usia/besar janin pada kunjungan 2, 3, 4 dan 6.
- (e) Pengukuran persentase dan denyut jantung janin pada kunjungan 2 s.d 6.
- (f) Pelayanan skrining status Tetanus Toxoid (TT) dan pemberian Imunisasi TT pada kunjungan 1.
- (g) Pemberian TTD pada setiap kunjungan.
- (h) Pemeriksaan laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah (anemia), golongan darah, triple eliminiasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria (untuk daerah endemis) pada kunjungan 1.
- (i) Tatalaksana dilakukan apabila ada hasil pengukuran yang kurang baik pada Ibu Hamil.
- (j) Konseling dan edukasi Ibu Hamil pada tiap kunjungan.

- (2) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program dan tenaga Kesehatan atas kendala dan permasalahan dalam pelayanan ANC kepada Ibu Hamil.
- (3) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (4) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (5) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

d) TAO 3.4 (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)

Tidak dilakukan pemeriksaan USG pada kunjungan 1 dan 5 oleh Tenaga Kesehatan Terlatih dan Alat USG yang Terstandar.

Tujuan:

Memastikan bahwa Ibu Hamil telah mendapatkan layanan pemeriksaan USG oleh Tenaga Kesehatan terlatih dan alat USG yang sesuai dengan standar.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen rekam medik Ibu Hamil penerima layanan ANC (sampel 10% dari jumlah Ibu Hamil di Puskesmas atau minimal 10 rekam medik), lakukan analisis dan pastikan bahwa Ibu Hamil telah mendapatkan:
 - (a) Pelayanan USG Obstetri Dasar Terbatas pada kunjungan ke 1 dan 5.
 - (b) Pelayanan USG dilakukan oleh tenaga kesehatan dan dokter yang telah mendapatkan pelatihan alat USG tersertifikasi.
- (2) Dapatkan dokumen buku manual alat USG 2D, lakukan observasi terkait spesifikasi dan kondisi alat USG yang digunakan oleh Puskesmas dan pastikan USG dalam kondisi baik dan terstandarisasi dengan kebijakan pusat.
- (3) Lakukan konfirmasi, apakah tenaga kesehatan yang memberikan layanan pemeriksaan ANC dan USG telah mengikuti pelatihan yang tersertifikasi.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pelayanan USG pada Ibu Hamil.

- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

e) TAO 3.5 (Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota)

Tidak dilakukan Monitoring dan Evaluasi atas Pelayanan ANC dan USG yang Dilakukan di Puskesmas.

Tujuan:

Memastikan telah dilakukan Monitoring dan Evaluasi pelayanan ANC dan USG di Puskesmas.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen perencanaan anggaran pada Dinas Kesehatan (TOR dan RAB), lakukan analisis dan pastikan Dinas Kesehatan memiliki anggaran monev atas pelayanan ANC dan USG ke Puskesmas dan memiliki justifikasi penentuan Puskesmas yang dikunjungi.
- (2) Dapatkan dokumen laporan pelaksanaan kegiatan, lakukan analisis terhadap laporan kegiatan monitoring dan evaluasi serta pastikan Dinas Kesehatan telah memberikan pembinaan yang tepat serta telah menuangkan permasalahan dan rekomendasi yang diberikan kepada Puskesmas.
- (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam penyelenggaraan Monitoring dan Evaluasi atas pelaksanaan program ANC dan pemeriksaan USG.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

- f) **TAO 3.6** (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)
Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan ANC dan USG Tidak Dilakukan Melalui Pencatatan Manual dan Elektronik (e-Kohort) dengan Tepat Waktu.

Tujuan:

Memastikan pencatatan dan pelaporan pelayanan ANC dan USG telah dilakukan melalui pencatatan manual dan elektronik dengan tepat waktu.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen SOP pencatatan dan pelaporan pelayanan ANC dan USG, pastikan apakah SOP yang dibuat telah sesuai ketentuan.
- (2) Dapatkan dokumen laporan manual atas pelayanan ANC dan USG, lakukan analisis dan pastikan bahwa laporan manual telah disusun sesuai dengan kondisi sebenarnya dan dilaporkan tepat waktu ke Dinas Kesehatan.
- (3) Dapatkan dokumen laporan dari aplikasi e-Kohort, lakukan analisis ke dalam aplikasi e-Kohort atas laporan yang dicatat oleh Puskesmas. Pastikan tidak ada layanan yang tidak dicatat ke dalam aplikasi e-Kohort.
- (4) Dapatkan akses untuk masuk ke dalam aplikasi e-Kohort, lakukan observasi dan pastikan ada peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk memverifikasi hasil pencatatan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas.
- (5) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pencatatan dan pelaporan khususnya dalam penggunaan aplikasi e-Kohort.
- (6) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (7) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (8) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

b. **Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan kepada Ibu Hamil KEK**

1) **Daftar Tentative Audit Objective (TAO) dan Tujuan**

No	TAO	Tujuan
4.1	Tidak dilakukan orientasi kader/tim pelaksana kegiatan PMT lokal	Memastikan orientasi kader/tim pelaksana telah dilaksanakan dan kualitas orientasi meningkatkan pemahaman kader
4.2	Ketidaksesuaian kader/tim pelaksana yang diorientasi dengan yang melaksanakan tugas	Memastikan kesesuaian kader/tim pelaksana yang diorientasi dengan yang melaksanakan tugas
4.3	PMT lokal diberikan pada sasaran yang tidak tepat	Memastikan PMT lokal yang diberikan tepat sasaran
4.4	PMT tidak sesuai dengan prinsip gizi seimbang	Memastikan PMT sesuai dengan prinsip gizi seimbang
4.5	Tidak Dilakukan Edukasi Gizi oleh Kader/Petugas Puskesmas	Memastikan edukasi gizi dilakukan oleh kader/petugas Puskesmas
4.6	Tidak Dilakukan Pengisian, Pengonfirmasian, dan Penginterpretasian Formulir Pemantauan (Harian dan Bulanan)	Memastikan kader/tim pelaksana telah mengisi formulir pemantauan (harian dan bulanan)
4.7	Pencatatan dan Pelaporan Pemantauan PMT Tidak Dilakukan, Baik Secara Manual dan Elektronik (SIGIZITERPADU)	Memastikan pencatatan dan pelaporan pemantauan PMT dilakukan, baik secara manual dan elektronik (SIGIZITERPADU)

2) **Langkah Kerja**

a) **TAO 4.1** (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)

Tidak Dilakukan Orientasi Kader

Tujuan:

Memastikan orientasi kader telah dilaksanakan dan kualitas orientasi meningkatkan pemahaman kader.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen perencanaan anggaran pada Dinas Kesehatan (TOR dan RAB), lakukan analisis dan pastikan apakah pelatihan dilakukan sesuai dengan prosedur.
- (2) Dapatkan laporan pelaksanaan kegiatan berupa undangan, presensi dan dokumentasi pelatihan dan pastikan laporan kegiatan pelatihan telah dibuat.
- (3) Lakukan wawancara kepada Tenaga Kesehatan di Puskesmas yang telah mendapatkan pelatihan, pastikan tenaga kesehatan telah memahami Petunjuk Teknis PMT Lokal Pemulihan Ibu Hamil KEK dan Balita bermasalahan gizi, dengan memastikan hal berikut :
 - (a) Lama waktu pemberian PMT Pemulihan kepada Ibu hamil;
 - (b) Jenis PMT yang diberikan (Kudapan dan Menu Utama);
 - (c) Kriteria Gizi PMT yang diberikan kepada sasaran;
 - (d) Pelaksanaan edukasi gizi; dan
 - (e) Materi yang diberikan saat edukasi gizi.
- (4) Dapatkan dokumen data jumlah kader yang telah mendapatkan orientasi PMT Pemulihan, lakukan pemetaan kader yang telah terorientasi dan pastikan Posyandu telah memiliki kader yang terorientasi.
- (5) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam orientasi kader PMT Pemulihan.
- (6) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (7) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (8) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

b) TAO 4.2 (Level Puskesmas)

Ketidakesesuaian Kader yang Diorientasi dengan yang Melaksanakan Tugas.

Tujuan:

Memastikan kesesuaian kader yang diorientasi dengan yang melaksanakan tugas.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen SK Kader di Puskesmas, pastikan jumlah kader yang sudah atau belum dilatih.
- (2) Dapatkan dokumen presensi orientasi kader yang dilakukan oleh puskesmas, pastikan kader di posyandu yang mengikuti pelatihan terdaftar dalam presensi pelatihan kader.
- (3) Lakukan wawancara dengan tenaga kesehatan di Puskesmas dan kepada kader, pastikan bahwa seluruh Kader yang mendapatkan orientasi telah melaksanakan tugasnya dalam pemberian PMT Lokal.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pelatihan kader PMT Pemulihan.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

c) TAO 4.3 (Level Puskesmas)

PMT lokal diberikan pada sasaran yang tidak tepat.

Tujuan:

Memastikan PMT lokal yang diberikan tepat sasaran.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen data rekapitulasi jumlah Ibu hamil KEK yang mendapatkan PMT Pemulihan, lakukan analisis dan pastikan rekapitulasi data Ibu Hamil KEK yang dimiliki Puskesmas adalah data valid.

- (2) Dapatkan dokumen rekam medik Ibu Hamil KEK yang mendapatkan PMT Pemulihan, analisis dan pastikan seluruh sasaran Ibu Hamil terdiagnosa Kurang Energi Kronik (KEK) dan dianjurkan diberikan PMT Pemulihan oleh tenaga kesehatan.
- (3) Dapatkan dokumen perencanaan anggaran (TOR/RAB) pada Puskesmas, pastikan bahwa Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengalokasikan anggaran untuk penyediaan PMT Pemulihan dan seluruh sasaran yang didiagnosa bermasalah gizi mendapatkan PMT Pemulihan.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada tenaga kesehatan dan kader atas kendala dan permasalahan dalam penentuan sasaran Bumil KEK yang mendapatkan PMT Pemulihan
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

d) TAO 4.4 (Level Puskesmas)

PMT tidak sesuai dengan prinsip gizi seimbang.

Tujuan:

Memastikan PMT sesuai dengan prinsip gizi seimbang.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen perencanaan menu PMT Pemulihan untuk Bumil KEK, lakukan sampling terhadap minimal 5 Ibu hamil dari tiap Puskesmas. Analisis dan pastikan menu yang direncanakan sesuai dengan petunjuk teknis dengan rincian :
 - (a) Terdapat menu PMT di setiap siklus;
 - (b) PMT yang diberikan berupa Kudapan dan Menu Utama/Lengkap;
 - (c) Terdapat Menu Utama/set lengkap dalam 1 siklus;
 - (d) PMT Berupa makanan olahan yang disajikan sesuai ketentuan dan bukan makanan kemasan atau *Frozen Food*.

- (2) Dapatkan dokumen//*logbook* pemberian menu PMT Pemulihan untuk Bumil KEK, lakukan sampling terhadap minimal 5 Ibu hamil dari tiap Puskesmas. Analisis dan pastikan PMT Pemulihan yang diberikan kepada sasaran sesuai dengan petunjuk teknis dengan memperhatikan :
 - (a) PMT diberikan sebanyak 90 hari, tidak perlu diberikan setiap hari, namun apabila sasaran tidak diberikan PMT selama 7 hari berturut-turut dianggap sebagai sasaran “hilang”;
 - (b) PMT yang disajikan sesuai dengan gizi seimbang. Dalam 1 makanan diwajibkan minimal adanya kandungan Karbohidrat, Protein Hewani dan Lemak.
 - (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada tenaga kesehatan dan kader atas kendala dan permasalahan penyusunan menu PMT Pemulihan.
 - (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
 - (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
 - (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.
- e) **TAO 4.5** (*Level Puskesmas*)

Tidak Dilakukan Edukasi Gizi oleh Kader/Petugas Puskesmas.

Tujuan:

Memastikan edukasi gizi dilakukan oleh kader/petugas Puskesmas.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen materi yang menjadi pegangan kader dalam memberikan edukasi gizi kepada sasaran Ibu Hamil KEK.
- (2) Lakukan wawancara kepada kader, pastikan bahwa kader memiliki materi edukasi gizi dan menyampaikannya kepada sasaran saat memberikan PMT Pemulihan.
- (3) Lakukan wawancara pada minimal 5 Ibu Hamil KEK di tiap Puskesmas, pastikan bahwa Kader telah memberikan penyuluhan, baik secara personal/individu maupun kelompok dan telah memberikan edukasi melalui demonstrasi memasak.

- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada tenaga kesehatan dan kader atas kendala dan pemberian PMT Pemulihan kepada sasaran.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

f) TAO 4.6 (Level Puskesmas)

Kader Tidak Mengisi Formulir Pemantauan (Harian dan Bulanan).

Tujuan:

Memastikan kader telah mengisi formulir pemantauan (harian dan bulanan).

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen formulir pemantauan atas perkembangan Ibu Hamil KEK harian, lakukan sampling pada minimal 5 ibu hamil KEK di setiap Puskesmas. Lakukan analisis dan pastikan kader telah melakukan pengisian formulir setiap melakukan pemberian PMT.
- (2) Dapatkan dokumen formulir pemantauan atas perkembangan Ibu Hamil KEK bulanan. Lakukan verifikasi atas dokumen pemantauan bulanan dan pastikan bahwa 5 ibu hamil KEK yang menjadi sampling masuk ke dalam formulir pemantauan bulanan serta pastikan Tenaga Kesehatan telah melakukan konfirmasi dan interpretasi status gizi Ibu Hamil.
- (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada tenaga kesehatan dan kader atas kendala dalam pengisian formulir pemantauan PMT Pemulihan kepada sasaran.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

g) TAO 4.7 (*Dinkes Kab/Kota dan Level Puskesmas*)

Pencatatan dan Pelaporan Pemantauan PMT Tidak Dilakukan, Baik Secara Manual dan Elektronik (SIGIZITERPADU).

Tujuan:

Memastikan pencatatan dan pelaporan pemantauan PMT dilakukan, baik secara manual dan elektronik (E-PPGBM/SIGIZITERPADU).

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen SOP serta pencatatan dan pelaporan pemantauan PMT, baik secara manual dan elektronik (SIGIZITERPADU), lakukan analisis dan pastikan bahwa SOP telah dibuat serta laporan manual telah disusun sesuai dengan kondisi sebenarnya dan dilaporkan tepat waktu ke Dinas Kesehatan.
- (2) Dapatkan dokumen pencatatan pemantauan PMT secara manual dan/atau elektronik pada Posyandu, lakukan analisis ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU atas pencatatan dan pelaporan yang dibuat oleh Puskesmas. Pastikan pemberian PMT Pemulihan telah dicatat seluruhnya ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU dan seluruh Puskesmas telah melaporkan hasil pemberian PMT Lokal secara teratur dan lengkap dalam aplikasi.
- (3) Dapatkan akses ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU, lakukan observasi dan pastikan ada peran Dinas Kabupaten/Kota untuk memverifikasi hasil pencatatan yang dilakukan oleh Puskesmas.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pencatatan dan pelaporan khususnya dalam penggunaan aplikasi E-PPGBM/SIGIZITERPADU.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

3. Indikator Spesifik: Ibu Hamil Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) Minimal 90 Hari

a. Distribusi dan Konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) pada Ibu Hamil

1) Daftar Tentative Audit Objective (TAO) dan Tujuan

No	TAO	Tujuan
5.1	Perencanaan Sasaran Ibu Hamil dan Kebutuhan TTD Tidak Sesuai Ketentuan	Memastikan perencanaan sasaran dan kebutuhan TTD sesuai ketentuan
5.2	Jumlah Pemberian TTD pada Ibu Hamil Tidak Dilakukan minimal 90 Tablet dalam Setahun	Memastikan pemberian TTD pada Ibu Hamil telah dilakukan minimal 90 tablet dalam setahun
5.3	Jumlah Ibu Hamil Konsumsi TTD Tidak Sesuai Target Sasaran	Memastikan Jumlah Ibu Hamil konsumsi TTD sesuai target sasaran
5.4	Tidak Dilakukan Pencatatan dan Pelaporan Konsumsi TTD pada Ibu Hamil, Baik Secara Manual dan Elektronik (E-PPGBM)	Memastikan dilakukan pencatatan dan pelaporan konsumsi TTD Ibu Hamil, baik secara manual dan elektronik (aplikasi E-PPGBM)

2) Tentative Audit Objective (TAO)

a) TAO 5.1 (Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota)

Perencanaan sasaran Ibu Hamil dan kebutuhan TTD tidak sesuai ketentuan.

Tujuan:

Memastikan perencanaan sasaran dan kebutuhan TTD sesuai dengan ketentuan.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan data sasaran dan target ibu hamil. Lakukan konfirmasi kepada Dinas Kesehatan, apakah konsumsi TTD telah sesuai dengan sasaran dan target jumlah ibu hamil.

- (2) Dapatkan dokumen usulan Rencana Kebutuhan Obat (RKO) TTD dari Pengelola Program. Bandingkan usulan RKO TTD dari Pengelola Program dengan kertas kerja perhitungan kebutuhan TTD.
- (3) Dapatkan dokumen laporan jumlah penerimaan dan pengeluaran/distribusi TTD dari Farmasi Dinas Kesehatan dan Puskesmas. Lakukan analisis apakah TTD yang ada di Dinas Kesehatan dan Puskesmas telah memenuhi kebutuhan sesuai jumlah sasaran Ibu hamil.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

- b) TAO 5.2** (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)
 Jumlah pemberian TTD pada Ibu Hamil tidak diberikan sebanyak minimal 90 tablet.

Tujuan:

Memastikan pemberian TTD pada ibu hamil telah diberikan sebanyak minimal 90 tablet.

Langkah Kerja

- (1) Dapatkan usulan Rencana Kebutuhan Obat (RKO) TTD dan kertas kerja perhitungan kebutuhan TTD dari Pengelola Program, lakukan analisis apakah RKO yang dibuat sesuai dengan kebutuhan TTD.
- (2) Dapatkan dokumen laporan pemberian TTD pada ibu hamil, lakukan konfirmasi kepada petugas Puskesmas apakah TTD yang diberikan kepada ibu hamil sebanyak minimal 90 tablet.
- (3) Dapatkan dokumen data sasaran dan target ibu hamil. Bandingkan jumlah TTD yang diterima dan target jumlah ibu hamil yang diberikan TTD serta realisasi capaian jumlah ibu hamil konsumsi TTD.

- (4) Dapatkan dokumen laporan pemberian TTD pada ibu hamil. Lakukan konfirmasi jumlah pemberian TTD pada ibu hamil diberikan sebanyak 52 tablet dalam setahun, sampling ibu hamil pada sekolah dan lihat serta bandingkan dengan laporan capaian.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

c) TAO 5.3 (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)

Jumlah ibu hamil konsumsi TTD tidak sesuai dengan target sasaran.

Tujuan:

Memastikan jumlah Ibu hamil konsumsi TTD sesuai dengan target sasaran.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen data sasaran dan target ibu hamil, lakukan konfirmasi ke Puskesmas untuk mengetahui berapa jumlah ibu hamil konsumsi TTD.
- (2) Bandingkan target jumlah ibu hamil konsumsi TTD dengan realisasi capaian jumlah ibu hamil konsumsi TTD.
- (3) Dapatkan dokumen laporan konsumsi TTD pada ibu hamil, lakukan konfirmasi untuk mengetahui jumlah ibu hamil konsumsi TTD, sampling ibu hamil pada sekolah dan bandingkan dengan laporan capaian.
- (4) Dapatkan dokumen laporan untuk mengetahui jumlah penerimaan dan pengeluaran/distribusi TTD di Farmasi Puskesmas.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit dalam KKA.

(7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

d) TAO 5.4 (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)

Tidak dilakukan pencatatan dan pelaporan konsumsi TTD Ibu hamil baik secara manual dan elektronik (SIGIZITERPADU).

Tujuan:

Memastikan dilakukan pencatatan dan pelaporan konsumsi TTD Ibu hamil baik secara manual dan elektronik (SIGIZITERPADU).

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen SOP pencatatan dan pelaporan konsumsi TTD Ibu hamil dan pastikan SOP telah dibuat sesuai dengan ketentuan.
- (2) Dapatkan dokumen pencatatan konsumsi TTD Ibu hamil secara manual dan/atau elektronik pada Posyandu, lakukan analisis ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU atas pencatatan dan pelaporan yang dibuat oleh Puskesmas. Pastikan konsumsi TTD Ibu hamil telah dicatat seluruhnya ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU dan seluruh Puskesmas telah melaporkan hasil pemberian PMT Lokal secara teratur dan lengkap dalam aplikasi.
- (3) Dapatkan akses masuk ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU, lakukan observasi untuk memastikan adanya peran Dinas Kabupaten/Kota untuk memverifikasi hasil pencatatan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program bila ditemukan kendala dan permasalahan dalam pencatatan dan pelaporan khususnya dalam penggunaan SIGIZITERPADU.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

4. Indikator Spesifik : Bayi dan Balita Dipantau Tumbuh Kembangnya

a. Kegiatan Pemantauan Pertumbuhan Bayi dan Balita.

1) Daftar Tentative Audit Objective (TAO) dan Tujuan

No	TAO	Tujuan
6.1	Tidak dilakukan peningkatan kapasitas kader terkait pemantauan pertumbuhan	Memastikan telah dilakukan peningkatan kapasitas kader terkait pemantauan pertumbuhan
6.2	Kader tidak menggunakan alat antropometri terstandar	Memastikan kader telah menggunakan alat antropometri terstandar
6.3	Kader belum melakukan pengukuran Panjang Badan atau Tinggi Badan (PB atau TB), Berat Badan (BB) dan Lingkar Kepala sesuai metode pengukuran standar	Memastikan kader telah melakukan pengukuran Panjang Badan atau Tinggi Badan (PB atau TB), Berat Badan (BB) Lingkar Lengan Atas (LiLA) dan Lingkar Kepala sesuai metode pengukuran standar
6.4	Kader tidak melakukan plotting KMS dan interpretasi pengukuran (naik/tidak naik, Bawah Garis Merah (BGM), Atas Garis Oranye) secara tepat	Memastikan kader telah melakukan plotting KMS dan interpretasi pengukuran (naik/tidak naik, Bawah Garis Merah, Atas Garis Oranye) secara tepat
6.5	Kader tidak melakukan tindak lanjut pemantauan pertumbuhan secara tepat, mencakup edukasi dan pelaporan kepada tenaga kesehatan Puskesmas	Memastikan kader telah melakukan tindak lanjut pemantauan pertumbuhan secara tepat, mencakup edukasi dan pelaporankondisi Balita sesegera mungkin
6.6	Nakes tidak melakukan konfirmasi penilaian status gizi dan menentukan rencana intervensi secara tepat	Memastikan Nakes telah melakukan konfirmasi penilaian status gizi dan rencana intervensi secara tepat

6.7	tidak dilakukan pencatatan pelaporan pemantauan pertumbuhan baik secara manual dan elektronik (E-PPGBM / SIGIZITERPADU)	Memastikan telah dilakukan pencatatan dan pelaporan pemantauan pertumbuhan baik secara manual dan elektronik (E-PPGBM/SIGIZITERPADU)
-----	---	--

2) Tentative Audit Objective (TAO)

a) TAO 6.1 (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)

Tidak Dilakukan Peningkatan Kapasitas Kader Terkait Pemantauan Pertumbuhan.

Tujuan:

Memastikan telah dilakukan peningkatan kapasitas kader terkait pemantauan pertumbuhan.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen perencanaan dan anggaran peningkatan kapasitas kepada nakes/kader dalam melakukan pemantauan pertumbuhan, lakukan analisa dan pastikan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota memiliki anggaran dan telah menyelenggarakan peningkatan kapasitas kepada nakes/kader dalam melakukan pemantauan pertumbuhan.
- (2) Dapatkan dokumen data jumlah nakes yang telah mendapatkan pelatihan pemantauan pertumbuhan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, lakukan pemetaan nakes yang telah terlatih, pastikan setiap puskesmas di Kabupaten/Kota telah memiliki nakes yang terlatih.
- (3) Dapatkan dokumen kegiatan pelatihan/peningkatan kapasitas di Puskesmas, meliputi undangan, presensi, dokumentasi dan laporan kegiatan, lakukan analisa dan pastikan ada peningkatan kapasitas telah dilakukan dan bertujuan untuk meningkatkan kapasitas kader dalam pemantauan pertumbuhan.
- (4) Dapatkan dokumen data jumlah kader yang telah mendapatkan peningkatan kapasitas pemantauan pertumbuhan, lakukan pemetaan kader yang telah mendapatkan peningkatan

kapasitas, pastikan setiap kader di posyandu telah ditingkatkan kapasitasnya.

- (5) Lakukan konfirmasi kepada salah satu kader di tiap Posyandu terkait peningkatan kapasitas yang telah dilakukan dalam pelaksanaan pemantauan pertumbuhan bayi dan balita.
- (6) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pelatihan pemantauan pertumbuhan bayi dan balita.
- (7) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (8) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (9) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

b) TAO 6.2 (Level Puskesmas)

Kader Tidak Menggunakan Alat Antropometri Terstandar.

Tujuan:

Memastikan kader telah menggunakan alat antropometri terstandar.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen pemetaan alat antropometri di Puskesmas, lakukan analisis dan pastikan seluruh Posyandu telah mendapatkan alat Antropometri kit yang terstandar.
- (2) Dapatkan dokumen spesifikasi alat antropometri yang dimiliki daerah baik *dropping* dari Pusat, pengadaan sendiri maupun hibah CSR, lakukan uji fisik terhadap alat antropometri yang digunakan kader di Posyandu, bandingkan dengan standar alat Antropometri menurut KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1919/2022.
- (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada kader di posyandu atas kendala dan permasalahan penggunaan alat antropometri dalam melakukan pengukuran Panjang Badan atau Tinggi Badan (PB atau TB), Berat Badan (BB), Lingkar Lengan Atas (LiLA) dan Lingkar Kepala.

- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan penggunaan/pemenuhan alat antropometri.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

c) TAO 6.3 (Level Puskesmas)

Kader Belum Melakukan Pengukuran Panjang Badan atau Tinggi Badan (PB atau TB), Berat Badan (BB), Lingkar Lengan Atas (LiLA) dan Lingkar Kepala Sesuai Metode Pengukuran Standar.

Tujuan Audit:

Memastikan Kkader telah melakukan pengukuran Panjang Badan atau Tinggi Badan (PB atau TB), Berat Badan (BB), Lingkar Lengan Atas (LiLA) dan Lingkar Kepala sesuai metode pengukuran standar.

Langkah Kerja:

- (1) Lakukan observasi terhadap sampel minimal 2 bayi dan 3 balita atas pelaksanaan pengukuran Panjang Badan atau Tinggi Badan (PB/TB), Berat Badan (BB), Lingkar Lengan Atas (LiLA) dan Lingkar Kepala di Posyandu, pastikan bahwa kader telah melakukan pengukuran kepada sasaran dengan metode pengukuran yang tepat.
- (2) Lakukan wawancara dengan kader di Posyandu terkait metode pengukuran Panjang Badan atau Tinggi Badan (PB/TB), Berat Badan (BB), Lingkar Lengan Atas (LiLA) dan Lingkar Kepala, apakah terdapat kesulitan dalam pelaksanaan pengukuran PB/TB, BB, LiLA dan Lingkar Kepala.
- (3) Lakukan wawancara kepada orang tua Balita (sasaran) di Posyandu, pastikan bahwa Balita telah dilakukan pengukuran dan penimbangan sesuai dengan ketentuan dan kondisi yang sebenarnya.

- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam melakukan Pengukuran PB/TB, BB, LiLA dan Lingkar Kepala.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

d) TAO 6.4 (Level Puskesmas)

Kader Tidak Melakukan Plotting KMS (Meletakkan Titik dan Membuat Garis Pertumbuhan) dan Interpretasi Pengukuran [naik (N) / tidak naik (T) / tidak bisa diinterpretasikan (O), Bawah Garis Merah (BGM), Atas Garis Oranye] Secara Tepat

Tujuan:

Memastikan kader telah melakukan *plotting* KMS dan interpretasi pengukuran secara tepat.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan *logbook*/kohort pencatatan milik kader posyandu, lakukan analisis terhadap sampel minimal 5 (lima) anak yang dilakukan pemantauan pertumbuhan, pastikan kader telah melakukan pencatatan atas seluruh sampel ke dalam *logbook*/kohort.
- (2) Dapatkan buku KIA Balita secara sampel minimal 5 (lima) anak yang dilakukan pemantauan pertumbuhan di Posyandu dan lakukan analisis terhadap buku KIA tersebut, pastikan kader telah:
 - (a) Mengisi bulan lahir dan bulan penimbangan anak.
 - (b) Meletakkan titik berat badan dan membuat garis pertumbuhan anak (minimal 2 bulan secara berurutan), apabila anak bulan lalu tidak ditimbang maka garis pertumbuhan tidak dihubungkan.
 - (c) Melakukan interpretasi status pertumbuhan anak [naik (N) / tidak naik (T) / tidak bisa diinterpretasikan (O), Bawah Garis Merah (BGM), Atas Garis Oranye] secara tepat.

- (3) Lakukan wawancara kepada kader yang melakukan pemantauan pertumbuhan anak di Posyandu, pastikan kader memahami tata cara pengisian Buku KIA sesuai dengan ketentuan.
- (4) Lakukan wawancara kepada orang tua Balita (sasaran), pastikan bahwa orang tua Balita mengetahui bahwa hasil pengukuran dituangkan ke dalam Buku KIA oleh Kader setelah dilakukan pengukuran.
- (5) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pencatatan pemantauan pertumbuhan Balita ke dalam Buku KIA.
- (6) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya;
- (7) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (8) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

e) TAO 6.5 (Level Puskesmas)

Kader Tidak Melakukan Tindak Lanjut Pemantauan Pertumbuhan Secara Tepat, Mencakup Edukasi dan Pelaporan Kondisi Balita Sesegera Mungkin.

Tujuan Audit:

Memastikan kader telah melakukan tindak lanjut pemantauan pertumbuhan secara tepat, mencakup edukasi dan pelaporan kondisi Balita sesegera mungkin.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan Buku KIA (sampling minimal 5 anak), lakukan analisis apakah kader melakukan tindak lanjut pemantauan pertumbuhan secara tepat dan pastikan kader merujuk Balita ke Nakes apabila Berat Badan Anak Tidak Naik (T) atau di Bawah Garis Merah atau di Atas Garis Oranye.
- (2) Lakukan wawancara kepada orang tua Balita (sasaran), pastikan bahwa telah dilakukan rujukan oleh kader saat Berat Badan Anak Tidak Naik (T) atau di Bawah Garis Merah atau di Atas Garis Oranye.

- (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam melakukan tindak lanjut hasil pemantauan pertumbuhan Balita.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

f) TAO 6.6 (Level Puskesmas)

Nakes Tidak Melakukan Konfirmasi Penilaian Status Gizi dan Rencana Intervensi Secara Tepat.

Tujuan Audit:

Memastikan Nakes telah melakukan konfirmasi penilaian status gizi dan rencana intervensi secara tepat.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan pedoman/SOP/Juklak/Juknis/Surat Edaran terkait penilaian status gizi dan rencana intervensi, pastikan tenaga kesehatan telah melaksanakan kegiatannya sesuai dengan aturan yang berlaku.
- (2) Dapatkan data balita bermasalah gizi (Balita T (Tidak Naik), Balita Berat Badan Kurang, Balita Gizi Kurang) di Puskesmas dan data balita bermasalah gizi yang telah dilakukan konfirmasi penilaian status gizi oleh Nakes di Puskesmas, lakukan analisa dan pastikan tenaga kesehatan telah melakukan konfirmasi penilaian status gizi dan rencana intervensi terhadap seluruh balita bermasalah gizi.
- (3) Dapatkan riwayat/*logbook* penilaian status gizi, lakukan analisa dan pastikan tenaga kesehatan melakukan penilaian status gizi dan rencana intervensi sesuai dengan prosedur terhadap sasaran.
- (4) Lakukan wawancara dengan Nakes apakah terdapat kesulitan dalam penilaian status gizi dan penentuan rencana intervensi.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.

- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

g) TAO 6.7 (*Level Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Puskesmas*)

Tidak dilakukan pencatatan pelaporan pemantauan pertumbuhan baik secara manual dan elektronik (SIGIZITERPADU).

Tujuan Audit:

Memberikan Keyakinan bahwa pencatatan pelaporan pemantauan pertumbuhan baik secara manual dan elektronik (SIGIZITERPADU) telah dilakukan.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan SOP pencatatan dan pelaporan pemantauan pertumbuhan, baik secara manual dan elektronik (E-PPGBM/SIGIZITERPADU) pada Dinkes Kabupaten/Kota dan Puskesmas, pastikan SOP telah dibuat.
- (2) Dapatkan dokumen pencatatan pemantauan pertumbuhan anak secara manual dan/atau elektronik pada Posyandu, lakukan analisis ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU atas pencatatan dan pelaporan yang dibuat oleh Puskesmas. Pastikan pemantauan pertumbuhan anak telah dicatat seluruhnya ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU dan seluruh Puskesmas telah melaporkan hasil pemantauan pertumbuhan secara teratur dan lengkap dalam aplikasi.
- (3) Dapatkan akses ke dalam aplikasi SIGIZI Terpadu, lakukan observasi ke dalam aplikasi E-PPGBM/SIGIZITERPADU dan pastikan ada peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk memverifikasi hasil pencatatan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pencatatan dan pelaporan khususnya dalam penggunaan aplikasi E-PPGBM/SIGIZITERPADU.

- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

5. Indikator Spesifik: Anak <5 Tahun Gizi Kurang Mendapat Tambahan Asupan Gizi

a. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan kepada Balita Gizi Kurang.

1) Daftar Tentative Audit Objective (TAO) dan Tujuan

No	TAO	Tujuan
7.1	Tidak dilakukan pelatihan kader/tim pelaksana kegiatan PMT lokal	Memastikan pelatihan kader/tim pelaksana telah dilaksanakan dan kualitas pelatihan meningkatkan pemahaman kader
7.2	Ketidakesesuaian Kader yang Dilatih dengan yang Melaksanakan Tugas	Memastikan kesesuaian kader/tim pelaksana yang dilatih dengan yang melaksanakan tugas
7.3	PMT lokal diberikan pada sasaran yang tidak tepat	Memastikan PMT lokal yang diberikan tepat sasaran
7.4	PMT tidak mengandung cukup (kaya) protein hewani	Memastikan PMT mengandung cukup (kaya) protein hewani dan tidak dalam bentuk pangan lokal
7.5	Tidak Dilakukan Edukasi Gizi oleh Kader/Petugas Puskesmas	Memastikan edukasi gizi dilakukan oleh kader/petugas Puskesmas
7.6	Tidak Dilakukan Pengisian, Pengonfirmasian, dan Penginterpretasian Formulir Pemantauan (Harian dan Mingguan)	Memastikan kader/tim pelaksana telah mengisi formulir pemantauan (harian dan mingguan)

7.7	Pencatatan dan Pelaporan Pemantauan PMT Tidak Dilakukan, Baik Secara Manual dan Elektronik (SIGIZITERPADU)	Memastikan pencatatan dan pelaporan pemantauan PMT dilakukan, baik secara manual dan elektronik (SIGIZITERPADU)
-----	--	---

2) Tentative Audit Objective (TAO)

a) TAO 7.1 (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas*)

Tidak Dilakukan Orientasi Kader.

Tujuan:

Memastikan orientasi kader telah dilaksanakan dan kualitas orientasi meningkatkan pemahaman kader.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen perencanaan anggaran pada Dinas Kesehatan (TOR dan RAB), lakukan analisis dan pastikan apakah pelatihan dilakukan sesuai dengan prosedur.
- (2) Dapatkan laporan pelaksanaan kegiatan berupa undangan, presensi dan dokumentasi pelatihan dan pastikan laporan kegiatan pelatihan telah dibuat.
- (3) Lakukan wawancara kepada Tenaga Kesehatan di Puskesmas yang telah mendapatkan pelatihan, pastikan tenaga kesehatan telah memahami Petunjuk Teknis PMT Lokal Pemulihan Balita dan Balita bermasalahan gizi, dengan memastikan hal berikut :
 - (a) Lama waktu pemberian PMT Pemulihan kepada Balita;
 - (b) Jenis PMT yang diberikan (Kudapan dan Menu Utama);
 - (c) Kriteria Gizi PMT yang diberikan kepada sasaran;
 - (d) Pelaksanaan edukasi gizi; dan
 - (e) Materi yang diberikan saat edukasi gizi.
- (4) Dapatkan dokumen data jumlah kader yang telah mendapatkan orientasi PMT Pemulihan, lakukan pemetaan kader yang telah diorientasi dan pastikan setiap Posyandu telah memiliki kader yang terorientasi.

- (5) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam orientasi kader PMT Pemulihan.
- (6) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (7) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (8) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

b) TAO 7.2 (Level Puskesmas)

Ketidaksesuaian Kader yang Diorientasi dengan yang Melaksanakan Tugas.

Tujuan:

Memastikan kesesuaian kader yang dilatih dengan yang melaksanakan tugas.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen SK Kader di Puskesmas, pastikan jumlah kader yang sudah atau belum diorientasi.
- (2) Dapatkan dokumen presensi orientasi kader yang dilakukan oleh Puskesmas, pastikan kader di Posyandu yang mengikuti pelatihan terdaftar dalam presensi pelatihan kader.
- (3) Lakukan wawancara dengan tenaga kesehatan di Puskesmas dan kepada kader, pastikan bahwa seluruh Kader yang mendapatkan orientasi telah melaksanakan tugasnya dalam pemberian PMT Lokal.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pelatihan kader PMT Pemulihan.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

c) TAO 7.3 (Level Puskesmas)

PMT lokal diberikan pada sasaran yang tidak tepat.

Tujuan:

Memastikan PMT lokal yang diberikan tepat sasaran.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen data rekapitulasi jumlah Balita yang mendapatkan PMT Pemulihan, lakukan analisis dan pastikan rekapitulasi data Balita yang dimiliki Puskesmas adalah data valid.
- (2) Dapatkan dokumen rekam medik Balita yang mendapatkan PMT Pemulihan, analisis dan pastikan seluruh sasaran Balita terdiagnosa Kurang Energi Kronik (KEK) dan dianjurkan diberikan PMT Pemulihan oleh tenaga kesehatan.
- (3) Dapatkan dokumen perencanaan anggaran (TOR/RAB) pada Puskesmas, pastikan bahwa Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengalokasikan anggaran untuk penyediaan PMT Pemulihan dan seluruh sasaran yang didiagnosa bermasalah gizi mendapatkan PMT Pemulihan.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada tenaga kesehatan dan kader atas kendala dan permasalahan dalam penentuan sasaran Balita yang mendapatkan PMT Pemulihan
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

d) TAO 7.4 (Level Puskesmas)

PMT tidak mengandung cukup (kaya) protein hewani.

Tujuan:

Memastikan PMT mengandung cukup (kaya) protein hewani dan tidak dalam bentuk pangan lokal.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen perencanaan menu PMT Pemulihan untuk Balita, lakukan sampling terhadap minimal 5 Balita dari tiap Puskesmas. Analisis dan pastikan menu yang direncanakan sesuai dengan petunjuk teknis dengan rincian :
 - (a) Terdapat menu PMT di setiap siklus
 - (b) PMT yang diberikan berupa Kudapan dan Menu Utama/Lengkap
 - (c) Terdapat Menu Utama/set lengkap dalam 1 siklus
 - (d) PMT Berupa makanan olahan yang disajikan sesuai ketentuan dan bukan makanan kemasan atau Frozen Food
- (2) Dapatkan dokumen/*logbook* pemberian menu PMT Pemulihan untuk Balita , lakukan sampling terhadap minimal 5 Balita dari tiap Puskesmas. Analisis dan pastikan PMT Pemulihan yang diberikan kepada sasaran sesuai dengan petunjuk teknis dengan memperhatikan :
 - (a) PMT diberikan sesuai dengan jumlah hari yang ditentukan, tidak perlu diberikan setiap hari, namun apabila sasaran tidak diberikan PMT selama 7 hari berturut-turut dianggap sebagai sasaran “hilang”
 - (b) PMT yang disajikan memiliki protein hewani yang cukup. Dalam 1 makanan diwajibkan minimal adanya 2 jenis protein hewani atau 1 jenis protein hewani dikali 2.
- (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada tenaga kesehatan dan kader atas kendala dan permasalahan penyusunan menu PMT Pemulihan.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

e) TAO 7.5 (Level Puskesmas)

Tidak Dilakukan Edukasi Gizi oleh Kader/Petugas Puskesmas.

Tujuan:

Memastikan edukasi gizi dilakukan oleh kader/petugas Puskesmas.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen materi yang menjadi pegangan kader dalam memberikan edukasi gizi kepada sasaran Balita .
- (2) Lakukan wawancara kepada kader, pastikan bahwa kader memiliki materi edukasi gizi dan menyampaikannya kepada sasaran saat memberikan PMT Pemulihan.
- (3) Lakukan wawancara pada minimal 5 Balita di tiap Puskesmas, pastikan bahwa Kader telah memberikan penyuluhan, baik secara personal/individu maupun kelompok dan telah memberikan edukasi melalui Demonstrasi memasak.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada tenaga kesehatan dan kader atas kendala dan pemberian PMT Pemulihan kepada sasaran.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

f) TAO 7.6 (Level Puskesmas)

Kader Tidak Mengisi Formulir Pemantauan (harian dan mingguan).

Tujuan:

Memastikan kader telah mengisi formulir pemantauan (harian dan mingguan).

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen formulir pemantauan atas perkembangan Balita harian, lakukan sampling pada minimal 5 Balita di setiap Puskesmas. Lakukan analisis dan pastikan kader telah melakukan pengisian formulir setiap melakukan pemberian PMT.

- (2) Dapatkan dokumen formulir pemantauan atas perkembangan Balita bulanan. Lakukan verifikasi atas dokumen pemantauan bulanan dan pastikan bahwa 5 Balita yang menjadi sampling masuk ke dalam formulir pemantauan bulanan serta pastikan Tenaga Kesehatan telah melakukan konfirmasi dan interpretasi status gizi Balita .
- (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada tenaga kesehatan dan kader atas kendala dalam pengisian formulir pemantauan PMT Pemulihan kepada sasaran.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

g) TAO 7.7 (Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas)
 Pencatatan dan Pelaporan Pemantauan PMT Tidak Dilakukan, Baik Secara Manual dan Elektronik (SIGIZITERPADU)

Tujuan:

Memastikan pencatatan dan pelaporan pemantauan PMT dilakukan, baik secara manual dan elektronik (E-PPGBM/SIGIZITERPADU).

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen SOP serta pencatatan dan pelaporan pemantauan PMT, baik secara manual dan elektronik (SIGIZITERPADU), lakukan analisis dan pastikan bahwa SOP telah dibuat serta laporan manual telah disusun sesuai dengan kondisi sebenarnya dan dilaporkan tepat waktu ke Dinas Kesehatan.
- (2) Dapatkan dokumen pencatatan pemantauan PMT secara manual dan/atau elektronik pada Posyandu, lakukan analisis ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU atas pencatatan dan pelaporan yang dibuat oleh Puskesmas. Pastikan pemberian PMT Pemulihan telah dicatat seluruhnya ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU dan seluruh Puskesmas telah melaporkan hasil pemberian PMT Lokal secara teratur dan lengkap dalam aplikasi.

- (3) Dapatkan akses ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU, lakukan observasi dan pastikan ada peran Dinas Kabupaten/Kota untuk memverifikasi hasil pencatatan yang dilakukan oleh Puskesmas.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pencatatan dan pelaporan khususnya dalam penggunaan aplikasi E-PPGBM/SIGIZITERPADU.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

6. Indikator Spesifik: Bayi 6-23 Bulan Konsumsi MP-ASI

a. Pemberian edukasi MP-ASI di Posyandu

1) Daftar Tentative Audit Objective (TAO) dan Tujuan

No	TAO	Tujuan
8.1	Tidak dilakukan sosialisasi atau orientasi MP-ASI kepada Kader	Memastikan Kader memahami tata cara pemberian MP-ASI melalui PMT Penyuluhan
8.2	Tidak dilakukan Edukasi Gizi oleh kader/petugas puskesmas	Memastikan telah dilakukan Edukasi Gizi oleh kader/petugas puskesmas
8.3	Praktik edukasi yang tidak tepat terkait pemberian makanan di posyandu (makanan dan minuman kemasan)	Memastikan Praktik edukasi telah tepat terkait pemberian makanan di posyandu (makanan dan minuman kemasan)

2) Langkah Kerja

a) TAO 8.1 (*Level Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota*)

Tidak dilakukan sosialisasi atau orientasi MP-ASI kepada Kader.

Tujuan:

Memastikan Kader memahami tata cara pemberian MP-ASI melalui PMT Penyuluhan.

Langkah kerja:

- (1) Dapatkan dokumen sosialisasi atau orientasi pemberian PMT Penyuluhan dan Edukasi MPASI kepada kader (undangan, presensi, dokumentasi dan laporan kegiatan, lakukan analisis dan pastikan seluruh kader telah mendapatkan pemahaman terkait PMT Penyuluhan.
- (2) Dapatkan dokumen laporan kegiatan terkait pemberian PMT Penyuluhan dan Edukasi MPASI, pastikan kader memahami PMT yang diberikan perlu memiliki kandungan cukup protein dan kader memberikan edukasi gizi khususnya MP-ASI kepada orang tua Bayi.
- (3) Lakukan wawancara kepada Tenaga Kesehatan di Puskesmas, pastikan tenaga kesehatan telah memahami pengetahuan pemberian MP-ASI sesuai dengan petunjuk dalam Buku KIA hal 90, dengan memastikan hal berikut :
 - (a) Ketepatan waktu pemberian MP-ASI (mulai usia 6 bulan)
 - (b) Adekuat pemberian MP-ASI dengan memperhatikan frekuensi, tekstur dan kandungan protein MP-ASI meliputi Karbohidrat, Protein dan Lemak (diutamakan kaya protein hewani)
 - (c) MPASI yang aman (menjaga kebersihan)
 - (d) Pemberian MPASI yang benar sesuai Buku KIA (teratur 3 kali sehari, maks 30 menit, lingkungan netral dan mandiri)
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala sosialisasi atau orientasi MP-ASI kepada Kader.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

b) TAO 8.2 (Level Puskesmas)

Tidak Dilakukan Edukasi Gizi Oleh Kader/Petugas Puskesmas.

Tujuan Audit:

Memastikan edukasi gizi telah dilakukan oleh kader/petugas Puskesmas.

Langkah Kerja:

- (1) Lakukan observasi pelayanan posyandu, pastikan dalam kegiatan posyandu terdapat :
 - (a) Meja / tempat penyuluhan edukasi pemberian MP-ASI kepada orang tua balita;
 - (b) Alat bantu edukasi gizi berupa Buku KIA, Gambar makanan, atau *food model*; dan
 - (c) Pelaksanaan kegiatan penyuluhan MPASI yang diberikan Kader kepada orang tua Balita, pastikan kader tidak hanya memberikan PMT penyuluhan namun juga memberikan edukasi kepada sasaran di meja / tempat penyuluhan.
- (2) Lakukan konfirmasi kepada minimal 5 (lima) orang tua balita yang mendapatkan PMT penyuluhan di Posyandu, pastikan bahwa orang tua balita selalu mendapatkan edukasi MP-ASI di Posyandu.
- (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada tenaga kesehatan dan kader atas kendala dan permasalahan Edukasi Gizi Oleh Kader/Petugas Puskesmas.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu.

c) TAO 8.3 (Level Puskesmas)

Praktik edukasi yang tidak tepat terkait pemberian makanan di posyandu (makanan dan minuman kemasan)

Tujuan:

Memastikan Praktik edukasi telah tepat terkait pemberian makanan di posyandu (makanan dan minuman kemasan)

Langkah Kerja:

- a) Dapatkan dokumen pembelian bahan makanan untuk PMT Penyuluhan, lakukan analisis dan pastikan bahwa pemberian makanan merupakan olahan/asupan lokal dan tidak menggunakan bahan makanan tidak sehat untuk Bayi (*fast food/frozen food*).
- b) Lakukan observasi dalam pemberian PMT penyuluhan di Posyandu, pastikan pemberian makanan bukan dalam bentuk makanan, minuman kemasan atau susu kemasan memiliki rasa. Jika terdapat pemberian makanan, minuman dan susu kemasan maka lakukan klarifikasi kepada kader dan petugas puskesmas terkait alasan dan latar belakang pemberian makanan, minuman dan susu kemasan.
- c) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada kader dan pemegang program atas kendala dalam Praktik edukasi yang tidak tepat terkait pemberian makanan.
- d) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- e) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- f) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

7. Indikator Spesifik: Anak Usia di Bawah Lima Tahun (Balita) Mendapat Pelayanan Tatalaksana Gizi Buruk

a. Pelayanan Tatalaksana Rujukan Balita Gizi Buruk

1) Daftar Tentative Audit Objective (TAO) dan Tujuan

	TAO	Tujuan
9.1	Puskesmas tidak mempunyai Standar Prosedur Operasional (SOP) tata laksana gizi buruk dan/atau tim asuhan balita gizi buruk	Memastikan Puskesmas mempunyai Standar Prosedur Operasional (SOP) tata laksana gizi buruk dan/atau tim asuhan balita gizi buruk

9.2	Balita Gizi Buruk yang dirujuk ke FKTP tidak dilayani sesuai dengan tatalaksana (Rawat Jalan)	Memastikan Balita Gizi Buruk yang dirujuk ke FKTP dilayani sesuai dengan tatalaksana (Rawat Jalan)
9.3	Bayi/Balita Gizi Buruk yang dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) tidak dilayani sesuai dengan tatalaksana (Rawat Inap)	Memastikan Bayi/Balita Gizi Buruk yang dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dilayani sesuai dengan tatalaksana (Rawat Inap)
9.4	Tidak dilakukan pemantauan kasus rujukan Balita Gizi Buruk oleh Puskesmas	Memastikan pemantauan kasus rujukan Balita Gizi Buruk oleh Puskesmas telah dilakukan
9.5	Tidak dilakukan pencatatan baik secara manual atau elektronik (E-PPGBM / SIGIZITERPADU) atas pelayanan tindakan kepada Bayi/Balita Gizi Buruk yang dirujuk ke Fasilitas Kesehatan	Memastikan telah dilakukan pencatatan baik secara manual atau elektronik (SIGIZITERPADU) atas pelayanan tindakan kepada Bayi/Balita Gizi Buruk yang dirujuk ke Fasilitas Kesehatan

2) Langkah Kerja

a) TAO 9.1 (Level Puskesmas)

Puskesmas tidak mempunyai Standar Prosedur Operasional (SOP) tata laksana gizi buruk dan/atau tim asuhan balita gizi buruk.

Tujuan:

Memastikan Puskesmas mempunyai Standar Prosedur Operasional (SOP) tata laksana gizi buruk dan/atau tim asuhan balita gizi buruk.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan SOP Deteksi Dini dan Rujukan Gizi Buruk (Penetapan dan Klasifikasi Balita Gizi Buruk), Tatalaksana Balita Usia 6-59 Bulan Gizi Buruk di Rawat Jalan, SOP Tatalaksana Gizi Buruk Pasca Rawat Inap untuk bayi dan Balita, SOP Kunjungan Rumah, pastikan:
 - (a) SOP telah dibuat dan telah sesuai dengan tata laksana gizi buruk
 - (b) Terdapat SK tim asuhan balita gizi buruk yang terdiri dari minimal 3 tenaga kesehatan meliputi dokter, nutrisionis dan perawat/bidan
- (2) Lakukan wawancara dengan pemegang program terkait dengan kendala dalam pelaksanaan tatalaksana gizi buruk.
- (3) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya;
- (4) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (5) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

b) TAO 9.2 (Level Puskesmas)

Balita Gizi Buruk yang Dirujuk ke FKTP Tidak Dilayani Sesuai dengan Tatalaksana (Rawat Jalan)

Tujuan:

Memastikan Balita Gizi Buruk yang dirujuk ke FKTP dilayani sesuai dengan tatalaksana

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan SOP Deteksi Dini dan Rujukan Gizi Buruk (Penetapan dan Klasifikasi Balita Gizi Buruk), Tatalaksana Balita Usia 6-59 Bulan Gizi Buruk di Rawat Jalan, SOP Tatalaksana Gizi Buruk Pasca Rawat Inap untuk bayi dan Balita, SOP Kunjungan Rumah, pastikan SOP telah dibuat.

- (2) Dapatkan dokumen Rekam Medis Balita Gizi Buruk (*hardcopy/aplikasi*), lakukan analisis terhadap Rekam Medik Balita Bermasalah Gizi dan pastikan balita telah mendapatkan pelayanan berikut :
 - (a) Konfirmasi status gizi balita
 - (b) Identifikasi prosedur pelayanan rawat jalan, pastikan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pemberian obat, kebutuhan gizi, Konseling serta pencatatan dan pelaporan untuk Balita telah sesuai prosedur.
 - (c) Identifikasi prosedur yang dilakukan pada saat kunjungan ulang 1 (satu) minggu sekali dan 1 (satu) bulan sekali
- (3) Lakukan analisis terhadap pelayanan yang diberikan, pastikan balita gizi buruk meninggalkan layanan rawat jalan dengan kriteria perbaikan status gizi dan/atau penyakit penyerta telah sembuh. Jika terjadi kasus *dropout* dan/atau meninggal, lakukan klarifikasi kepada tenaga kesehatan atas penanganan yang telah dilakukan
- (4) Lakukan wawancara dengan pemegang program terkait dengan kendala dalam pelaksanaan tatalaksana gizi buruk.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya;
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

c) TAO 9.3 (Level Puskesmas)

Balita Gizi Buruk yang Dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) Tidak Dilayani Sesuai dengan Tatalaksana (Rawat Inap)

Tujuan:

Memastikan Balita Gizi Buruk yang dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dilayani sesuai dengan tatalaksana.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen SOP Deteksi Dini dan Rujukan Gizi Buruk (Penetapan dan Klasifikasi Balita Gizi Buruk), Tatalaksana Balita Usia 6-59 Bulan Gizi Buruk di Rawat Jalan, SOP Tatalaksana Gizi Buruk Pasca Rawat Inap untuk Bayi dan Balita serta SOP Kunjungan Rumah, pastikan SOP tersebut telah dibuat.
- (2) Dapatkan dokumen Rekam Medis Balita Gizi Buruk (*hardcopy/aplikasi*), lakukan analisis terhadap Rekam Medis Balita bermasalah Gizi, pastikan balita gizi buruk telah mendapatkan dan melewati fase penilaian status rawat inap, Fase stabilitas, Fase Transisi dan Fase rehabilitasi
- (3) Lakukan analisis terhadap pelayanan yang diberikan, pastikan balita gizi buruk meninggalkan layanan rawat inap untuk dilanjutkan rawat jalan. Jika terjadi kasus *dropout* dan/atau meninggal, lakukan klarifikasi kepada tenaga kesehatan atas penanganan yang telah dilakukan.
- (4) Lakukan wawancara dengan pemegang program terkait dengan kendala dalam pelaksanaan tatalaksana gizi buruk.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

d) TAO 9.4 (Level Puskesmas)

Tidak dilakukan pemantauan kasus rujukan Balita Gizi Buruk oleh Puskesmas

Tujuan:

Memastikan pemantauan kasus rujukan Balita Gizi Buruk oleh Puskesmas telah dilakukan

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen laporan rekapitulasi rujukan Balita Gizi Buruk dan *stunting*, lakukan analisis dan pastikan bahwa seluruh kasus

Balita Gizi Buruk dan *stunting* dilaporkan dan mendapatkan pelayanan rujukan di Faskes Tingkat Lanjutan.

- (2) Lakukan konfirmasi kasus rujukan Balita Gizi Buruk kepada Faskes rujukan, pastikan seluruh Balita Gizi Buruk menindaklanjuti hasil rujukannya ke Faskes Tingkat Lanjut.
- (3) Dapatkan dokumen laporan rekapitulasi rujukan balik kasus balita gizi buruk dan *stunting* ke Puskesmas, lakukan analisis dan pastikan semua balita yang dirujuk telah dirujuk balik ke Puskesmas
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pemantauan tindak lanjut hasil rujukan Balita Gizi Buruk.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

e) TAO 9.5 (Level Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Puskesmas)

Tidak Dilakukan Pencatatan Baik Secara Manual atau Elektronik (SIGIZITERPADU) atas Pelayanan Tindakan Kepada Bayi/Balita Gizi Buruk yang Dirujuk ke Fasilitas Kesehatan

Tujuan:

Memastikan petugas melakukan pencatatan secara manual atau elektronik (SIGIZITERPADU) atas pelayanan tindakan kepada Bayi/Balita Gizi Buruk yang dirujuk ke Fasilitas Kesehatan

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen SOP serta pencatatan dan pelaporan pemantauan PMT, baik secara manual dan elektronik (SIGIZITERPADU), lakukan analisis dan pastikan bahwa SOP telah dibuat serta laporan manual telah disusun sesuai dengan kondisi sebenarnya dan dilaporkan tepat waktu ke Dinas Kesehatan.

- (2) Dapatkan dokumen pencatatan pemantauan Pelayanan Tindakan Kepada Bayi/Balita Gizi Buruk yang Dirujuk secara manual dan/atau elektronik pada Posyandu, lakukan analisis ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU atas pencatatan dan pelaporan yang dibuat oleh Puskesmas. Pastikan Pelayanan Tindakan Kepada Bayi/Balita Gizi Buruk yang Dirujuk telah dicatat seluruhnya ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU dan seluruh Puskesmas telah melaporkan hasil pemberian PMT Lokal secara teratur dan lengkap dalam aplikasi.
- (3) Dapatkan akses ke dalam aplikasi SIGIZITERPADU, lakukan observasi dan pastikan ada peran Dinas Kabupaten/Kota untuk memverifikasi hasil pencatatan yang dilakukan oleh Puskesmas.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pencatatan dan pelaporan khususnya dalam penggunaan aplikasi SIGIZITERPADU.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA;
- (7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

8. Indikator Spesifik: Anak Usia di Bawah Lima Tahun (Balita) Memperoleh Imunisasi Dasar Lengkap (IDL)

a. Kelengkapan pemberian IDL pada Balita

1) Daftar Tentative Audit Objective (TAO) dan Tujuan

No	TAO	Tujuan
10.1	Penetapan Kebutuhan (Sasaran) dan Penyediaan Vaksin IDL Tidak Sesuai Ketentuan	Memastikan penetapan kebutuhan (sasaran) dan penyediaan vaksin IDL telah sesuai ketentuan

10.2	Jumlah Vaksin IDL Tidak Memadai (Terjadi <i>Stock Out</i>)	Memastikan jumlah vaksin IDL telah memadai
10.3	Kualitas Vaksin IDL Tidak Memadai	Memastikan kualitas vaksin IDL telah memadai
10.4	Peralatan <i>Cold Chain</i> Tidak Memadai	Memastikan peralatan <i>cold chain</i> telah memadai
10.5	SDM/Petugas Tidak Memperoleh Pelatihan/ Peningkatan Kapasitas	Memastikan SDM/petugas telah memperoleh pelatihan/ peningkatan kapasitas
10.6	Masih Terdapat Balita Belum Memperoleh Imunisasi Dasar Lengkap	Memastikan tidak terdapat Balita yang belum memperoleh Imunisasi Dasar Lengkap
10.7	Belum Dilakukan Pelacakan Sasaran Imunisasi dan Imunisasi Kejar pada Wilayah yang Capaiannya Masih Rendah	Memastikan telah dilakukan pelacakan sasaran imunisasi dan imunisasi kejar pada wilayah yang capaiannya masih rendah
10.8	Pencatatan dan Pelaporan Hasil Pelaksanaan Imunisasi pada Kohort/Buku Register dan ASIK Belum Sesuai dengan Keterjadian di Layanan	Memastikan pencatatan dan pelaporan hasil pelaksanaan imunisasi pada kohort/buku register dan ASIK telah sesuai dengan keterjadian di layanan

2) Langkah Kerja

a) TAO 10.1 (*Level Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Puskesmas*)

Penetapan Kebutuhan (Sasaran) dan Penyediaan Vaksin IDL Tidak Sesuai Ketentuan.

Tujuan:

Memastikan Penetapan Kebutuhan (sasaran) dan Penyediaan Vaksin IDL telah sesuai ketentuan.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen penetapan sasaran IDL pada Dinas Kesehatan dan Puskesmas serta laporan persediaan vaksin IDL,

lakukan analisis terhadap laporan persediaan vaksin di Dinas Kesehatan dan Puskesmas, bandingkan sasaran target cakupan yang telah ditetapkan dengan saldo awal vaksin ditambah dengan transfer masuk vaksin (hasil *dropping*, pengadaan, CSR dan hibah), pastikan jumlah sasaran sesuai dengan jumlah vaksin yang dimiliki Dinas Kesehatan dan Puskesmas (tidak terjadi kekurangan).

- (2) Dapatkan kartu stok vaksin IDL (vaksin HBO, BCG, OPV, IPV, DPT-HB-HIB, MR), pastikan jumlah vaksin yang tercatat sama dengan kondisi sebenarnya.
- (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam memenuhi kebutuhan vaksin IDL sesuai dengan jumlah sasaran yang ditetapkan.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

b) TAO 10.2 (Level Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Puskesmas)
Jumlah Vaksin IDL Tidak Memadai (Terjadi *Stock Out*).

Tujuan:

Memastikan jumlah vaksin IDL telah memadai.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan kartu stok vaksin IDL (vaksin HBO, BCG, OPV, IPV, DPT-HB-HIB, MR), lakukan analisis pada kartu stok vaksin dan lakukan observasi ke tempat penyimpanan vaksin (*cold room* dan *vaccine refrigerator*), pastikan jumlah vaksin tercatat sama sesuai dengan kondisi sebenarnya.
- (2) Dapatkan dokumen laporan persediaan vaksin IDL, lakukan perhitungan persediaan vaksin 12 bulan terakhir dan pastikan tidak ada keterjadian *stock out* vaksin pada Dinas Kesehatan maupun Puskesmas.

- (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam menjaga ketersediaan vaksin IDL.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

c) TAO 10.3 (Level Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Puskesmas)

Kualitas Vaksin IDL Tidak Memadai.

Tujuan:

Memastikan kualitas vaksin IDL telah memadai.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan laporan persediaan vaksin IDL dan kartu stok vaksin, lakukan perhitungan sampel 10% dari total jumlah vaksin berdasarkan kartu stok/laporan persediaan, pastikan sampel yang diambil merupakan vaksin yang disimpan di titik kritis dengan lokasi berisiko terpapar panas (dekat pintu, dekat lampu, disimpan di tengah/jauh dari pendingin), lakukan pengujian kualitas vaksin pada sampel, pengujian dilakukan dengan melihat label VVM yang tertera pada botol/vial vaksin, pastikan VVM masih dalam kondisi VVM A atau minimal VVM B.
- (2) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam menjaga kualitas vaksin IDL
- (3) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (4) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (5) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

d) TAO 10.4 (Level Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Puskesmas)

Peralatan *Cold Chain* Tidak Memadai.

Tujuan:

Memastikan peralatan *cold chain* telah memadai

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen laporan kondisi *coldroom* dan *vaccine refrigerator*, lakukan analisis kapasitas *coldroom* dan *vaccine refrigerator* dalam menampung vaksin IDL, pastikan Dinas Kesehatan dan Puskesmas memiliki peralatan *cold chain* yang dapat menampung seluruh vaksin.
 - (2) Lakukan observasi pada kondisi *coldroom*, *vaccine refrigerator* dan *vaccine carrier*, pastikan hal berikut:
 - (a) Seluruh peralatan berfungsi dengan baik.
 - (b) Vaksin IDL disimpan pada suhu yang sesuai kriteria.
 - (c) *Vaccine refrigerator* dan *coldroom* dilengkapi perekam suhu sesuai ketentuan dan dalam kondisi baik.
 - (d) Tidak dijumpai kembang es dalam *vaccine refrigerator*.
 - (e) Suhu *coldroom* dan *vaccine refrigerator* diantara 2-8°C.
 - (f) Faskes memiliki cukup *vaccine carrier* (wawancara petugas vaksin) dan lakukan perhitungan sasaran dibandingkan dengan kapasitas total *vaccine refrigerator* x jumlah *vaccine refrigerator*.
 - (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam menjaga kualitas peralatan *cold chain*.
 - (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
 - (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
 - (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.
- e) **TAO 10.5** (*Level Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Puskesmas*)
SDM/Petugas Tidak Memperoleh Pelatihan/ Peningkatan Kapasitas.

Tujuan:

Memastikan SDM/petugas telah memperoleh pelatihan/peningkatan kapasitas.

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan laporan SDM pemegang program Imunisasi, petugas logistik dan petugas pelaksana vaksinasi, lakukan analisis terhadap daftar SDM pemegang program Imunisasi, petugas logistik dan petugas pelaksana vaksinasi di Dinas Kesehatan dan Puskesmas, pastikan SDM tersebut telah memiliki sertifikat pelatihan Imunisasi 36 bulan terakhir.
- (2) Dapatkan dokumen laporan kegiatan kapasitas lainnya (seminar, *workshop*, IHT, OJT, Bimtek, dll) terkait Imunisasi yang dilengkapi dengan dokumentasi dan presensi kehadiran, lakukan analisis terhadap laporan kegiatan peningkatan kapasitas lainnya terkait Imunisasi, pastikan seluruh SDM telah mengikuti peningkatan kapasitas Imunisasi dalam 36 bulan terakhir.
- (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam menyelenggarakan pelatihan dan peningkatan kapasitas Imunisasi lainnya.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

f) TAO 10.6 (Level Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Puskesmas)

Masih Terdapat Balita Belum Memperoleh Imunisasi Dasar Lengkap

Tujuan:

Memastikan tidak terdapat Balita yang belum memperoleh Imunisasi Dasar Lengkap

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen penetapan sasaran dan realisasi capaian program IDL pada Dinas Kesehatan dan Puskesmas, lakukan analisis terhadap realisasi capaian program Imunisasi dan pastikan seluruh sasaran telah mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap.

- (2) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pencapaian realisasi target IDL.
- (3) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (4) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.
- (5) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

g) TAO 10.7 (Level Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Puskesmas)

Belum Dilakukan Pelacakan Sasaran Imunisasi dan Imunisasi Kejar pada Wilayah yang Capaiannya Masih Rendah

Tujuan:

Memastikan telah dilakukan pelacakan sasaran imunisasi dan imunisasi kejar pada wilayah yang capaiannya masih rendah

Langkah Kerja:

- (1) Dapatkan dokumen penganggaran di Dinas Kesehatan dan Puskesmas (TOR dan RAB), lakukan analisis dan pastikan Dinas Kesehatan dan Puskesmas memiliki anggaran untuk melaksanakan kegiatan Imunisasi Kejar dan pelacakan sasaran.
- (2) Dapatkan dokumen laporan kegiatan pelacakan sasaran, lakukan analisis dan pastikan kegiatan pelacakan dapat meningkatkan capaian Imunisasi Dasar Lengkap.
- (3) Dapatkan dokumen laporan pelaksanaan Imunisasi kejar, lakukan analisis wilayah yang dilaksanakan kegiatan Imunisasi kejar merupakan wilayah dengan capaian rendah dan pastikan kegiatan dapat meningkatkan capaian.
- (4) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam penyelenggaraan kegiatan Imunisasi kejar dan pelacakan sasaran.
- (5) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (6) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.

(7) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

h) TAO 10.8 (Level Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Puskesmas)

Pencatatan dan Pelaporan Hasil Pelaksanaan Imunisasi pada Kohort/Buku Register dan ASIK Belum Sesuai dengan Keterjadian di Layanan

Tujuan:

Memastikan pencatatan dan pelaporan hasil pelaksanaan imunisasi pada kohort/buku register dan ASIK telah sesuai dengan keterjadian di layanan

Langkah Kerja:

- (1) Lakukan pengujian sampel sasaran imunisasi (minimal 5 anak di Posyandu dan 10 anak di Puskesmas), pastikan:
 - (a) Setiap sampel memiliki buku KIA atau catatan imunisasi lainnya
 - (b) Catatan imunisasi sampel sesuai dengan kohort/register imunisasi.
 - (c) Setiap sampel telah tercatat di dalam aplikasi ASIK.
- (2) Lakukan pengujian catatan logistik, pastikan:
 - (a) Dinas Kesehatan dan Puskesmas memiliki pencatatan vaksin dan telah memiliki akun SMILE.
 - (b) Jumlah vaksin yang tercatat dalam buku stok/kartu stok sesuai dengan jumlah dalam aplikasi SMILE.
 - (c) Hasil *stock opname* sesuai dengan kartu stok dan aplikasi SMILE.
- (3) Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan dalam pencatatan pelaporan hasil imunisasi dan logistik vaksin.
- (4) Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- (5) Tuangkan hasil audit ke dalam KKA.

- (6) Buat simpulan dan temuan hasil audit atau hal-hal yang perlu mendapat perhatian.

C. HAL-HAL/ MASALAH YANG PERLU MENDAPAT PERHATIAN

Pelaksanaan audit rinci pada Audit Kinerja Program Percepatan Penurunan *Stunting* akan berfokus pada topik pengawasan dan *Tentative Audit Objective* (TAO) yang telah ditetapkan. Namun pada pelaksanaan di lapangan akan ditemukan permasalahan-permasalahan lain yang tidak masuk ke dalam topik pengawasan dan TAO di atas, sehingga permasalahan tersebut dapat dituangkan ke dalam hal-hal/masalah yang perlu mendapat perhatian.

Salah satu permasalahan yang tidak menjadi topik pengawasan dan TAO dalam audit ini adalah pelaksanaan kegiatan konsultasi menyusui di Puskesmas yang belum sesuai ketentuan. Konsultasi menyusui menjadi salah satu kegiatan penting yang mendukung indikator intervensi spesifik ke-4 yaitu “Persentase bayi usia di bawah 6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif”. Berikut ini disampaikan risiko audit dari indikator Persentase Bayi Usia Di bawah 6 Bulan Mendapatkan ASI Eksklusif beserta dengan langkah kerja untuk mengidentifikasi permasalahan pada indikator tersebut

1. Risiko:

Belum Seluruh Tenaga Kesehatan, Khususnya Nutrisionis/Bidan Mendapatkan Pelatihan Konselor Menyusui.

Tujuan:

Memastikan tenaga kesehatan yang memberikan layanan konsultasi menyusui telah mendapatkan pelatihan konsultasi menyusui yang tersertifikasi.

Langkah kerja:

- a. Dapatkan dokumen rekapitulasi tenaga kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, lakukan analisis dan pastikan bahwa seluruh nutrisionis/bidan yang melakukan layanan konsultasi menyusui telah mendapatkan pelatihan tersertifikasi.
- b. Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan
- c. Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.

d. Buat simpulan.

2. Risiko:

Belum Seluruh Puskesmas Memiliki Konselor Menyusui

Tujuan:

Memastikan setiap Puskesmas memiliki konselor menyusui

Langkah kerja:

- a. Dapatkan dokumen rekapitulasi tenaga kesehatan yang menjadi konselor menyusui pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, lakukan analisis dan pastikan bahwa seluruh puskesmas telah memiliki konselor menyusui.
- b. Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan
- c. Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- d. Buat simpulan

3. Risiko:

Belum Seluruh Puskesmas Memberikan Pelayanan Jasa Konsultasi Menyusui

Tujuan:

Memastikan pelayanan jasa konsultasi ASI eksklusif dilakukan oleh konselor menyusui dengan tindakan dan dibantu dengan peralatan edukasi promosi.

Langkah kerja:

- a. Lakukan wawancara kepada salah satu penerima jasa layanan konsultasi menyusui, pastikan bahwa ibu menyusui mendapatkan tindakan penanganan permasalahan menyusui dan edukasi promosi ASI Eksklusif.
- b. Lakukan konfirmasi dan wawancara kepada pemegang program atas kendala dan permasalahan
- c. Identifikasi permasalahan yang ditemukan serta tentukan penyebab mendasarnya.
- d. Buat simpulan.

BAB IV

KOMUNIKASI AUDIT KINERJA EFEKTIVITAS PROGRAM

A. Perolehan Tanggapan atas Simpulan dan Rekomendasi

1. Pembahasan Intern Tim Auditor

Pembahasan intern dihadiri seluruh tim audit, baik dilakukan secara *daring* maupun *luring*. Pembahasan intern bermanfaat untuk memastikan kembali bahwa isi dari notisi hasil audit (simpulan sementara) telah didukung dengan bukti yang relevan, kompeten dan cukup serta untuk menyamakan persepsi di antara seluruh tim audit agar memiliki pendapat yang sama pada waktu melakukan pembicaraan akhir dengan auditi. Proses dan hasil pelaksanaan pembahasan intern tim perlu didokumentasikan di dalam Kertas Kerja Audit.

2. Komunikasi Hasil Audit Dengan Klien (Pejabat Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota dan Puskesmas)

Untuk memperoleh tanggapan atas simpulan dari hasil audit, maka perlu dilakukan pembahasan akhir secara formal dengan auditi. Pembahasan akhir hendaknya dilakukan dengan efektif dan menghasilkan kesepakatan. Pembahasan akhir hendaknya dihadiri oleh pihak yang mempunyai jabatan dan kewenangan dalam pengambilan keputusan baik dari pihak auditor maupun auditi. Auditor harus meminta tanggapan dari klien (Pejabat Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota dan Puskesmas) yang bertanggung jawab atas simpulan dan rekomendasi hasil penugasan, termasuk meminta tindakan perbaikan yang direncanakan. Kesepakatan hasil dari pembahasan akhir didokumentasikan dari dalam bentuk Notisi Hasil Audit yang memuat informasi mengenai hasil kesimpulan audit, rekomendasi, tanggapan auditi.

B. Penyusunan dan Penyampaian Laporan Hasil Audit

Setelah dilakukan pembahasan dan tanggapan hasil audit dengan auditi, auditor segera menyusun konsep laporan. Konsep laporan direviu secara berjenjang mulai dari pengendali mutu, pengendali teknis hingga pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab. Adapun media dan sarana yang digunakan oleh APIP selama proses penyusunan laporan hasil audit adalah notisi audit, hasil pembahasan akhir dan Kertas Kerja Audit. Berdasarkan Surat Edaran Inspektur

Jenderal Nomor HK.02.02/I.4/1573/2020 tanggal 9 Maret 2020 tentang Pendistribusian Laporan Hasil Pengawasan (LHP) Secara Elektronik di Lingkungan Kementerian Kesehatan, Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan telah memanfaatkan teknologi informasi dalam mendistribusikan laporan hasil pengawasan kepada klien/auditi yaitu E-Puldatawas.

C. Policy Brief

Hasil audit kinerja efektivitas program percepatan penurunan *stunting* di daerah akan dikompilasi dan diidentifikasi permasalahan yang paling berisiko terhadap reputasi Kementerian Kesehatan dan diharapkan mampu memberikan masukan bagi Kementerian Kesehatan dalam menginisiasi kebijakan yang lebih efektif. *Policy Brief* adalah hasil analisis terhadap suatu isu strategis kebijakan dalam bentuk naskah singkat untuk meyakinkan pembuat kebijakan agar mengadopsi alternatif pilihan yang diusulkan.

D. Monitoring Tindak Lanjut

APIP dalam memantau pelaksanaan tindak lanjut agar memastikan bahwa semua rekomendasi telah dilaksanakan dan mencapai *outcome* dari audit kinerja kinerja serta memasukkan kegiatan pemantauan tindak lanjut dalam rencana strategis maupun tahunan. Kewajiban pelaksanaan tindak lanjut berdasarkan PP Nomor 60 Tahun 2008 Pasal 43 menyebutkan bahwa “Pimpinan instansi wajib melakukan tindak lanjut atas rekomendasi hasil audit dan revidasi lainnya”. Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 09 Tahun 2009 tentang Pelaksanaan, Pemantauan, Evaluasi dan Pelaporan Tindak Lanjut Hasil Pengawasan Fungsional, dinyatakan apabila dalam jangka waktu 60 hari setelah laporan hasil audit diterima, auditi tidak menindaklanjuti rekomendasi hasil laporan, maka auditi dapat dikenai sanksi pidana dan/atau sanksi administrasi berupa surat peringatan pertama. Surat peringatan kedua dapat diberikan jika dalam 1 (satu) bulan setelah surat peringatan pertama belum ada tindak lanjut dan jika tidak ada tindak lanjut sama sekali maka dapat diterbitkan surat peringatan ketiga kepada pemimpin organisasi auditi.

BAB V

PENUTUP

Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) Kementerian Kesehatan mendukung pelaksanaan Program Percepatan Penurunan *Stunting* yang dilakukan secara efektif. Oleh karena itu, perlu dilakukan pengawasan terhadap pelaksanaan Program Percepatan Penurunan *Stunting*. Pedoman ini merupakan acuan bagi APIP Kementerian Kesehatan dalam melaksanakan Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* Bidang Kesehatan di lingkungan Kementerian Kesehatan agar adanya kesepahaman dan keseragaman dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.

Pedoman Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* Bidang Kesehatan merupakan salah satu turunan dari Pedoman Umum Audit Kinerja yang telah disusun oleh Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. Pedoman audit telah dimuat langkah kerja yang merupakan standar minimal dari pelaksanaan Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting*. Pengguna pedoman ini memerlukan komitmen dan sikap konsisten dari para auditor, untuk itu perlu dilakukan reviu berjenjang sehingga dihasilkan perbaikan kinerja yang signifikan dalam pelaksanaan Program Percepatan Penurunan *Stunting*.

Pedoman ini merupakan dokumen yang dapat berubah sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan/atau kondisi lain. Pemutakhiran Pedoman Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* ini dapat berupa perubahan pedoman atau penjelasan atas substansi. Perubahan atas Pedoman Audit Kinerja Efektivitas Program Percepatan Penurunan *Stunting* ini akan disampaikan secara resmi melalui surat keputusan tentang perubahan pedoman yang dimaksud.