

LAPORAN AUDIT INTERNAL JUNI 2024

PUSKESMAS PANDANWANGI



AUDITEE 1

Unit yang diaudit: ADMEN Puskesmas Pandanwangi

Auditor: Tim Audit Internal

1. dr. Indira Tiyakusuma
2. Sri Arsiyah
3. Enny Noor

Waktu: Juni 2024

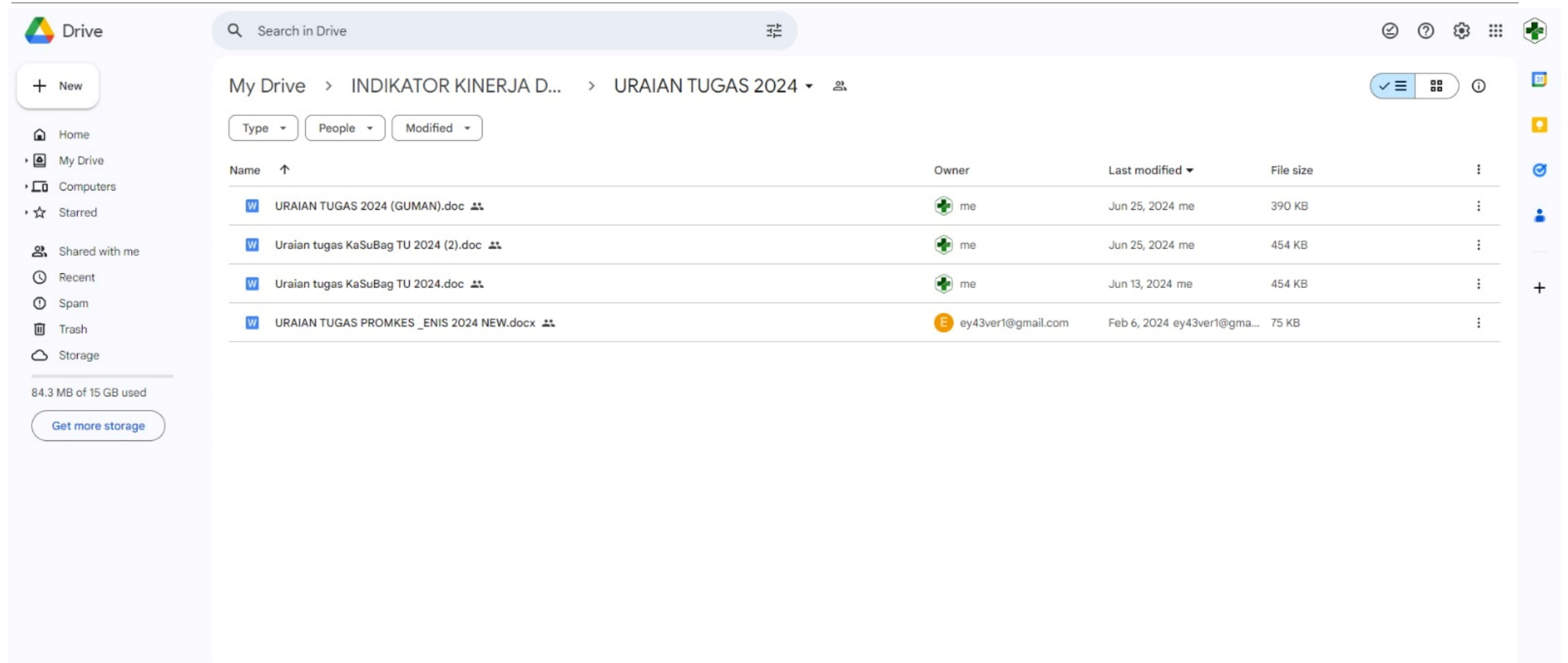
Kriteria audit:

1. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/4871/2023 tentang Instrumen Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat
2. Penilaian Kinerja Puskesmas

DAFTAR PERTANYAAN	OBSERVASI	TELUSUR DOKUMEN	FAKTA LAPANGAN
Apakah mini lokakarya bulanan rutin dilaksanakan dan dicatat?		Ya	
Apakah uraian tugas masing-masing pegawai tersedia?		Tidak	
Apakah struktur organisasi tersedia di ruang TU?	Ya		
Apakah surat keluar dan surat masuk tercatat lengkap?		Ya	
Apakah laporan laboratorium dikirim ke Dinas Kesehatan maksimal tanggal 5 pada bulan berikutnya?		Ya	

TEMUAN AUDIT BULAN JUNI 2024	ANALISA MASALAH	REKOMENDASI AUDIT
Uraian tugas masing-masing pegawai belum tersedia lengkap	Ada pegawai yang belum mengumpulkan uraian tugas masing-masing ke TU	1. Memberikan deadline pada pegawai untuk mengumpulkan uraian tugas ke TU

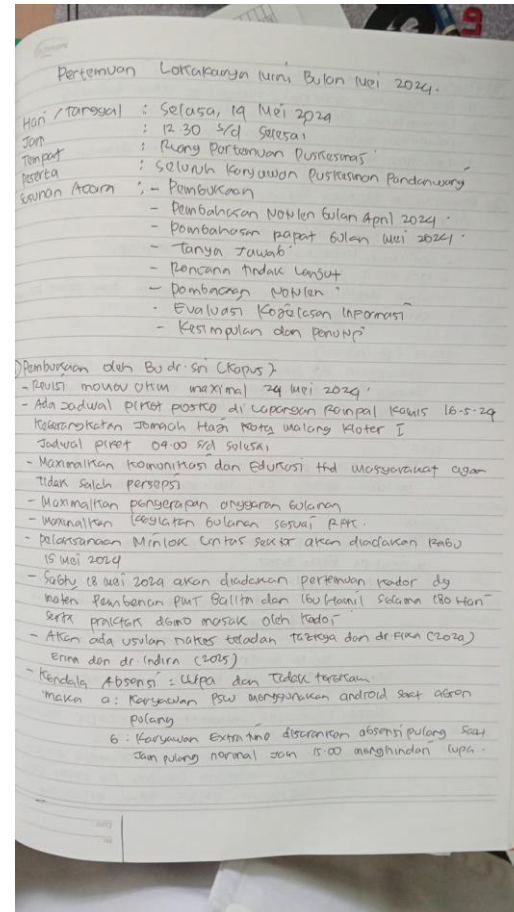
URAIAN TUGAS YANG SUDAH DISETOR SAMPAI BULAN JUNI 2024



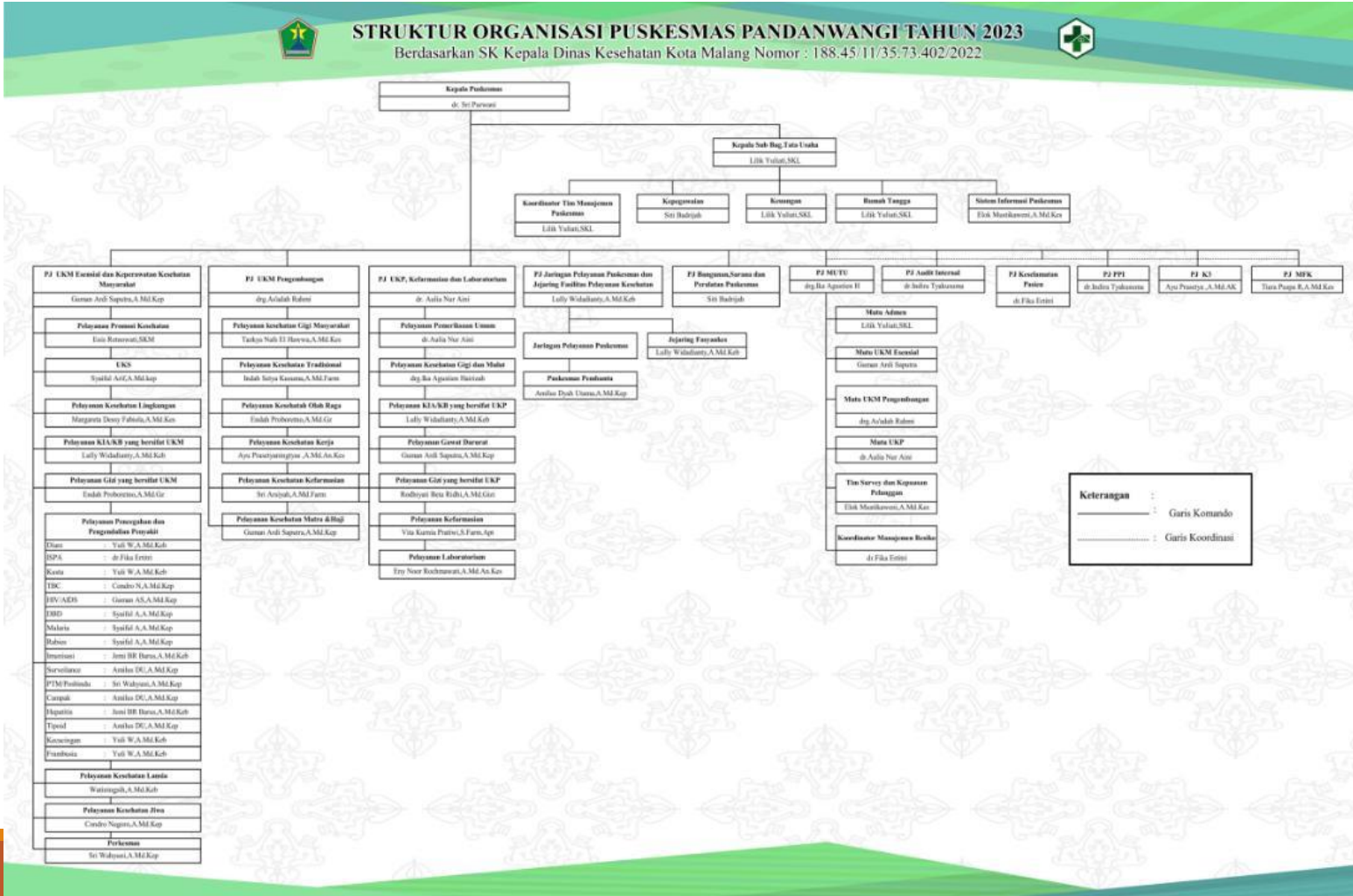
The screenshot displays the Google Drive web interface. On the left sidebar, the 'New' button is visible, along with navigation links for Home, My Drive, Computers, Starred, Shared with me, Recent, Spam, Trash, and Storage. The storage usage is shown as 84.3 MB of 15 GB used, with a 'Get more storage' button. The main content area shows the breadcrumb path: My Drive > INDIKATOR KINERJA D... > URAIAN TUGAS 2024. Below the path are filters for Type, People, and Modified. A table lists the files in the folder:

Name	Owner	Last modified	File size
URAIAN TUGAS 2024 (GUMAN).doc	me	Jun 25, 2024	390 KB
Uraian tugas KaSuBag TU 2024 (2).doc	me	Jun 25, 2024	454 KB
Uraian tugas KaSuBag TU 2024.doc	me	Jun 13, 2024	454 KB
URAIAN TUGAS PROMKES_ENIS 2024 NEW.docx	ey43ver1@gmail.com	Feb 6, 2024	75 KB

BUKTI PELAKSANAAN DAN NOTULEN MINILOKAKARYA BULANAN



BUKTI STRUKTUR ORGANISASI



BUKTI PENCATATAN SURAT KELUAR DAN MASUK

SURAT SURAT MASUK									
DARI SURAT MASUK									
Nomor Urut	Nomor Berkas	Alamat Pengirim	Tanggal	Nomor	PERIHAL	Nomor Petunjuk			
132	400/18/1021/51 35.401 2024	PRINIKES	8/24		Unlengkapan				
133	146/10/31.3.01 1006/2024	lca. Panimbang	3/24		Permohonan Narasumber / ya yulin				
134	400/18/1441/35 73.405 2024	Om. Sek. P3A P3KB	2/24		Unlengkapan y luty + m. gnd				
135	20/54/18.01 Rw 11/V 2024	RIO2 / RW 11	2/24		Dormokoran fering				
136	400/11.4/2035/73 402/2024	PRINIKES	4/24		Unlengkapan. Relativitas				
137	900/11/11/55.73.502 2024	Pakson Lumban Pan. Neta Dikran	4/24		Paksonan Relativitas Borang. Pusi Dikran m 2024				
138	072/263/35.73.401 2024	PRINIKES	4/24		Malasan Izin Pratik Pomempitius Pula Basi				
139	072/246/35.73.401 2024	PRINIKES	4/24		Malasan & luty Izin Pratik Pika Krupp				

AUDITEE 2

Unit yang diaudit: Program ISPA (UKM Puskesmas Pandanwangi)

Auditor: Tim Audit Internal

1. dr. Indira Tiyakusuma
2. Sri Arsiyah
3. Elok Mustikaweni

Waktu: Juni 2024

Kriteria audit:

1. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/4871/2023 tentang Instrumen Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat
2. Penilaian Kinerja Puskesmas
3. SOP Influenza
4. SOP Pneumonia

DAFTAR PERTANYAAN	OBSERVASI	TELUSUR DOKUMEN	FAKTA LAPANGAN
Apakah petugas melakukan anamnesis kepada pasien yang datang dengan keluhan batuk, panas dan sesak napas?	Ya		
Apakah petugas melakukan pemeriksaan fisik kepada pasien dengan keluhan batuk, panas dan sesak napas?	Ya		
Apakah petugas menggunakan APD saat memeriksa pasien dengan keluhan batuk, panas dan sesak napas?	Ya		
Apakah petugas memberikan terapi yang sesuai dengan diagnosa?		Pencatatan diagnosa dan terapi pasien ISPA tidak sesuai	

DAFTAR PERTANYAAN	OBSERVASI	TELUSUR DOKUMEN	FAKTA LAPANGAN
Apakah cakupan penderita pneumonia balita memenuhi target?		Target cakupan penemuan penderita pneumonia balita tahun 2024 sebanyak 100 balita Capaian per bulan Juni 2024 sebanyak 57 balita	
Apakah penderita kasus pneumonia yang diobati memenuhi standar?		Target penderita kasus pneumonia yang diobati sesuai standar tahun 2024 sebanyak 89 balita Capaian per bulan Juni 2024 sebanyak 57 balita	
Apakah penyuluhan ISPA sudah dilakukan?		Dokumentasi penyuluhan ISPA telah dilaksanakan pada 18 mei 2024 di Aula Puskesmas Pandanwangi	

TEMUAN AUDIT BULAN JUNI 2024	ANALISA MASALAH	REKOMENDASI AUDIT
Pencatatan diagnosa dan terapi pasien ISPA tidak sesuai	Pencatatan pasien ISPA dengan antibiotik ditulis dengan diagnosa J00	1. Merapikan pencatatan pasien ISPA yang diterapi tanpa antibiotik dengan diagnosa J00 2. Merapikan pencatatan pasien ISPA yang diterapi dengan antibiotic dengan diagnosa J18 untuk balita dan J18.9 untuk dewasa 3. Memberikan edukasi kepada dokter dan dokter internship di Puskesmas Pandanwangi untuk memperbaiki pencatatan diagnosa

BUKTI PEMERIKSAAN PASIEN ISPA



BUKTI PENCATATAN REKAM MEDIS PASIEN ISPA

Data Diagnosa					
ID Diagnosa	:	2391	ICD-X	:	J00
Tanggal	:	06-03-2024 09:36:43	Diagnosa	:	Acute nasopharyngitis [common cold]
Dokter / Tenaga Medis	:	dr. YUNITA IKA PRATIWI	Jenis	:	PRIMER
Perawat / Bidan / Nutrisionist / Sanitarian	:	LUSTI SHAFIRA NURUL AINI	Kasus	:	BARU
			Status	:	

Nama Obat	Jumlah	Signa	Racikan	Jumlah Permintaan	Aturan Pakai	Keterangan
Amoksisilin syrpk kering 125 mg	1	3X1			Sesudah Makan	
Lytacur Sirup	1	1X1			Sesudah Makan	
Gliseril Guayakolat tab. 100 mg	4	3X1	R1	10	Sesudah Makan	
Klorfeniramin Maleat 4 mg. Tb.	3	3X1	R2	10	Sesudah Makan	
Parasetamol tab. 500 mg	4	3X1	R3	10	Sesudah Makan	
Deksametason tab. 0.5 mg	3	3X1	R4	10	Sesudah Makan	

BUKTI PELAKSANAAN PENYULUHAN ISPA



AUDITEE 3

Unit yang diaudit: Pelayanan KIA Puskesmas Pandanwangi

Auditor: Tim Audit Internal

1. dr. Yunita Ika Pratiwi
2. Elok Mustikaweni
3. Enny Noor

Waktu: Juni 2024

Kriteria audit:

1. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/4871/2023 tentang Instrumen Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat
2. SOP ANC terpadu
3. SOP Kegawatdaruratan maternal neonatal
4. Indikator Mutu Pelayanan

DAFTAR PERTANYAAN	OBSERVASI	TELUSUR DOKUMEN	FAKTA LAPANGAN
Apakah petugas KIA melakukan pengisian rekam medis secara tepat dan lengkap ?		Tidak	
Apakah petugas memberikan edukasi tentang pemeriksaan kehamilan lengkap?	Ya		
Apakah SOP ANC terpadu sudah tersedia ?		Belum lengkap	
Apakah SOP penatalaksanaan komplikasi pada kehamilan sudah tersedia ?		1. SOP kegawatdaruratan maternal dan neonatal 2. SOP Penatalaksanaan Preeklampsia 3. SOP Kriteria Ibu Hamil Risiko Tinggi 4. SOP Pemantauan P4K	
Apakah alur pelayanan KIA sudah tersosialisasikan dengan jelas kepada pasien?		Tidak	Tidak
Apakah pemeriksaan kehamilan sudah melibatkan peran lintas profesi ?	Ya		
Apakah capaian pelayanan ibu hamil yang mendapat pemeriksaan kehamilan lengkap sudah memenuhi target?		Ya	

TEMUAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	REKOMENDASI AUDIT
Petugas KIA tidak melakukan pengisian rekam medis secara tepat dan lengkap	Pada e-rekam medis untuk isian formulir KIA (Pemeriksaan kehamilan dan pemeriksaan antenatal) bagian rencana persalinan, hasil laboratorium dan pemeriksaan kehamilan kurang lengkap (sampel : Ny.Dz)	Melengkapi e-rekam medis bagian formulir KIA untuk persiapan e-rekam medis menyeluruh
SOP ANC terpadu sudah tersedia namun belum lengkap	Petugas belum melakukan review SOP ANC terpadu dengan memasukkan pemeriksaan K6	1. Review SOP ANC terpadu sesuai peraturan terbaru (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual)
Alur pelayanan KIA belum tersosialisasikan dengan jelas kepada pasien	Alur pelayanan KIA yang terpasang di depan ruang pelayanan belum di perbarui dengan ditambahkan adanya meja skrining awal.	Perbaruan alur pelayanan KIA dengan ditambahkan meja skrining awal serta dilakukan sosialisasi kepada masyarakat

BUKTI PENCATATAN REKAM MEDIS ANC TERPADU

Rencana Persalinan

Tanggal

17-09-2024

Penolong

- Pilih -

Tempat

- Pilih -

Pendamping

- Pilih -

Transportasi

- Pilih -

Pendonor

- Pilih -

Register

ID *

- Otomatis -

Tanggal

16-07-2024 11:21:18

Nama Pasien

DZUROTIN ARISTA

Kunjungan

- Pilih -

Cara Masuk ¹⁾

SENDIRI

Usia Kehamilan

31

Minggu

Trimester Ke-

3

Pelayanan

Status imunisasi Td

- Pilih -

Injeksi Td

☐ Ya
 ☐ Tidak

Catat dibuku KIA

☐ Ya
 ☐ Tidak

Stiker P4K

☐ Ya
 ☐ Tidak

Fe (tab/botol)

PMT

☐ Ya
 ☐ Tidak

Pemeriksaan Bayi

DJJ(x/menit)

Kepala terhadap PAP ³⁾

☐ Masuk
 ☐ Belum Masuk

TBJ

gram

Persentasi ⁴⁾

- Pilih -

Jumlah Janin ⁵⁾

☐ Tunggal
 ☐ Ganda

Risiko

Risiko Terdeteksi Pertama Kali Oleh **

- Pilih -

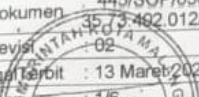
Komplikasi **

- Pilih -

Dirujuk ke **

- Pilih -

BUKTI DOKUMENTASI SOP ANC TERPADU

	PELAYANAN ANTENATAL TERPADU		
	SOP	No. Dokumen : 445/SOP/050/ 3573482.012/2023 No. Revisi : 02 Tanggal Terbit : 13 Maret 2023 Halaman : 1/6	
Puskesmas Pandanwangi			dr. Sri Purwani NIP. 197407082005012014

1	Pengertian	Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil.
2	Tujuan	Sebagai acuan petugas dalam melakukan asuhan antenatal terpadu.
3	Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Pandanwangi Nomor 188.451/016/35.73.302.012/2023 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis Puskesmas Pandanwangi
4	Referensi	1. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan 2. Buku Acuan Nasional Pelayanan kesehatan Maternal dan Neonatal 3. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu, Kemenkes Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, 2020
5	Alat dan bahan	Alat: 1. Pulpen warna hitam, merah, hijau 2. Kartu ibu hamil 3. Buku KIA 4. Kohort ibu hamil 5. Form pemeriksaan 3E, 6. Form SQR
6	Prosedur / Langkah-langkah	1. Ibu Hamil datang sendiri, atau ibu hamil yang dirujuk dari Posyandu, TPMB, Unit Pelayanan Swasta 2. Pendaftaran di Ruang Loket 3. Di Ruang KIA: a. Petugas melakukan identifikasi identitas b. Melakukan anamnesa dan evaluasi kesehatan ibu hamil, lengkapi riwayat medis ibu pada kartu ibu hamil, skrining imunisasi TT, pemberian dan melengkapi isian buku KIA, Form 3E, konsultasi gizi, konsultasi pemeriksaan gigi, skrining SQR,

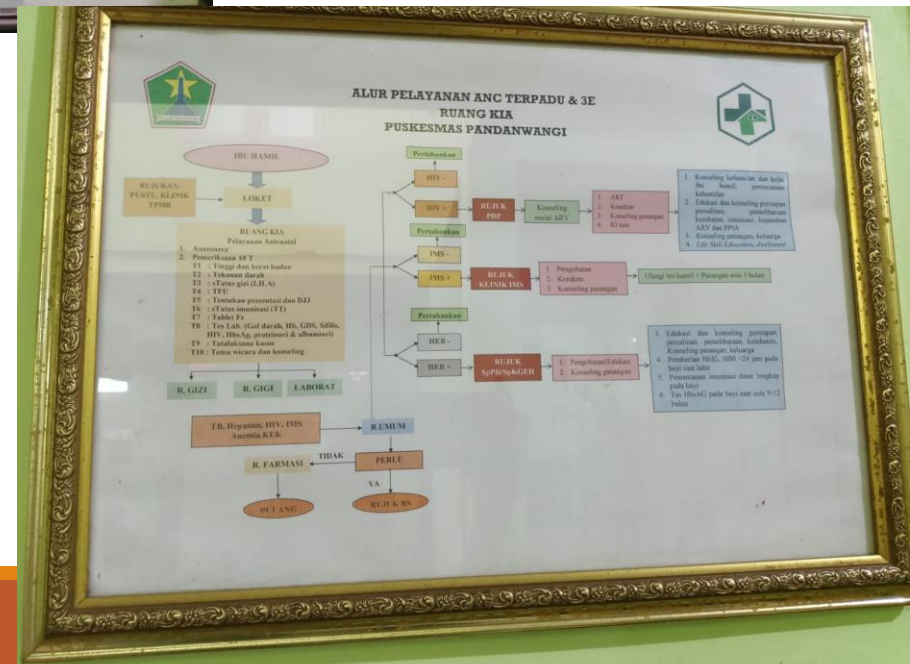
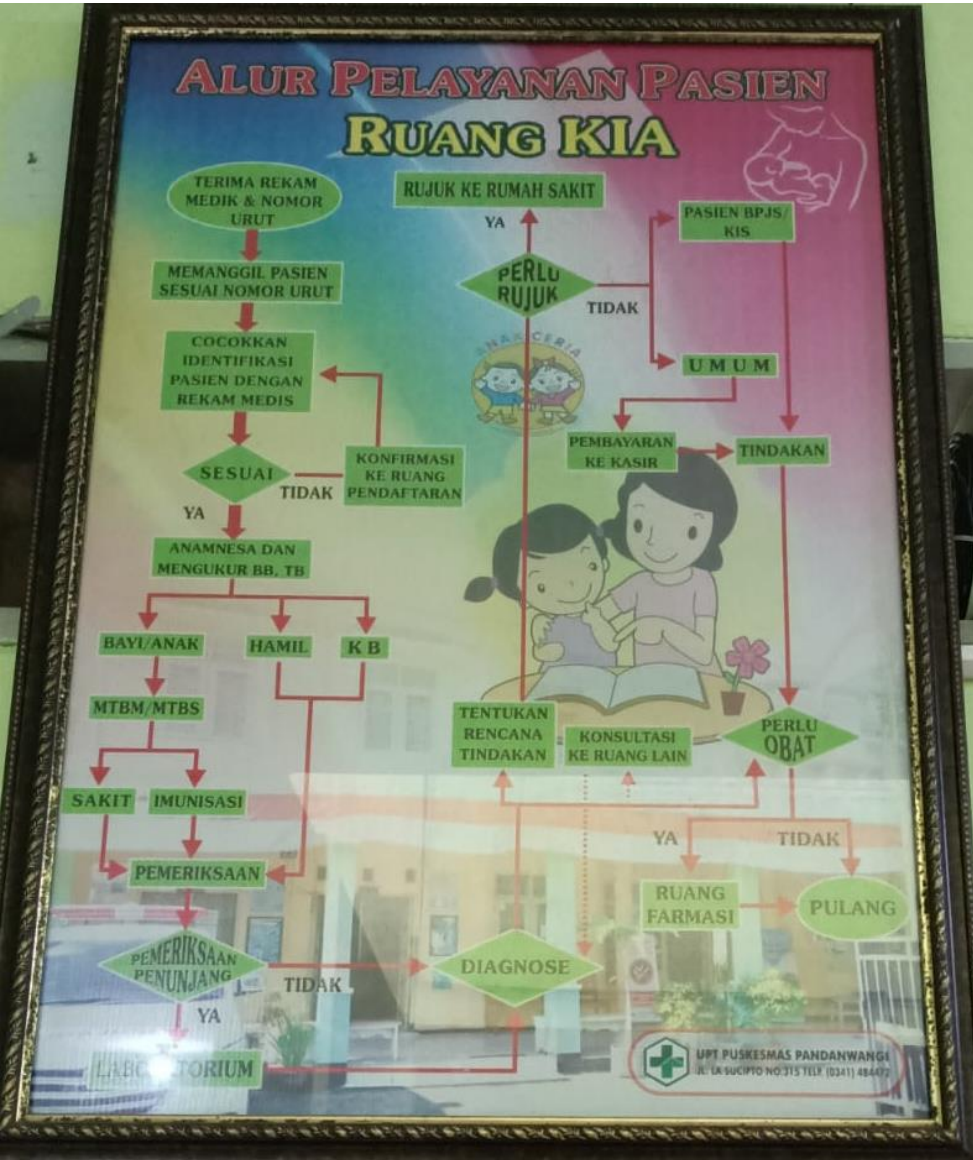
The image displays two flowcharts for HIV/AIDS services at Puskesmas Pandanwangi.

Flowchart 1: ALIR PELAYANAN DHUINISASI PUSKESMAS PANDANWANGI

- KLIEN** (Green oval) leads to a green rectangle.
- The process branches into **SWASTA** (Orange) and **SAKIT** (Blue).
- SWASTA** leads to **DIKONTAKKAN** (Orange), which then leads to **BERHASIL DIKONTAKKAN** (Pink), **BUKANNYA DIKONTAKKAN** (Pink), and **KEHENDAK** (Pink).
- SAKIT** leads to **STATUS RUMAHSAKIT** (Blue), which then leads to **DIKONTAKKAN** (Grey), **BUKANNYA DIKONTAKKAN** (Grey), and **KEHENDAK** (Grey).
- BERHASIL DIKONTAKKAN** (Pink) leads to **INDIKASI KONTRA** (Pink).
- INDIKASI KONTRA** leads to **YA** (Blue) and **TIDAK** (Grey).
- YA** leads to **TIDAK DIHUMISASIKAN** (Blue).
- TIDAK** leads to **KEHENDAK** (Grey), which leads to **DIHUMISASIKAN** (Orange).
- BUKANNYA DIKONTAKKAN** (Pink) leads to **INDIKASI KONTRA** (Pink).
- INDIKASI KONTRA** leads to **YA** (Blue) and **TIDAK** (Grey).
- YA** leads to **MOTIVASI UNTUK DIDATANG PADA PERIODE BERIKUTNYA** (Yellow).
- TIDAK** leads to **KEHENDAK** (Grey), which leads to **DIHUMISASIKAN** (Orange).

Flowchart 2: ALIR PELAYANAN VCT/PITC PUSKESMAS PANDANWANGI

- KLIEN PENDAFTARAN** (Green oval) leads to a green rectangle.
- The process leads to **RUANG PELAYANAN UMUM/DA-KB/UGD** (Blue).
- The process branches into **ALIRAN VCT** (Orange) and **SCREENING** (Pink).
- SCREENING** leads to **BERESIKO** (Pink) and **TIDAK BERESIKO** (Blue).
- BERESIKO** leads to **CER LABORATORIUM** (Orange).
- CER LABORATORIUM** leads to **R** (Purple) and **NR** (Blue).
- NR** leads to **KE** (Yellow).
- R** leads to **KONSELING** (Pink), which leads to **PENGOBATAN** (Purple).
- TIDAK BERESIKO** leads to **KE** (Yellow).



BUKTI DOKUMENTASI PERAN LINTAS PROFESI DALAM PEMERIKSAAN KEHAMILAN ANC TERPADU



AUDITEE 4

Unit yang diaudit: Stunting

Auditor: Tim Audit Internal

1. dr. Yunita Ika Pratiwi
2. Jemi Mutiara
3. Enny Noor

Waktu: Juli 2024

Kriteria audit:

1. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/4871/2023 tentang Instrumen Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat
2. Indikator Mutu Pelayanan
3. SOP pemeriksaan antropometri
4. SOP tatalaksana penentuan status gizi

DAFTAR PERTANYAAN	OBSERVASI	TELUSUR DOKUMEN	FAKTA LAPANGAN
Apakah SOP tatalaksana penentuan status gizi sudah tersedia ?		Ya	
Apakah SOP penanganan perlambatan pertumbuhan sudah tersedia ?		Tidak	
Apakah SOP gizi buruk sudah tersedia ?		Ya	
Apakah SOP penanganan stunting sudah tersedia ?		Tidak	
Apakah SOP Penjaringan Stunting sudah tersedia ?		Tidak	
Apakah petugas sudah melakukan penyuluhan mengenai gangguan pertumbuhan termasuk stunting kepada masyarakat ?		Dokumentasi penyuluhan stunting telah dilaksanakan pada 11 Mei 2024 dan 18 Mei 2024 di Aula Puskesmas Pandanwangi	
Apakah pemeriksaan antropometri oleh kader di posyandu sudah sesuai ?	Belum	Bukti checklist Audit Pelaksanaan SOP Antropometri oleh kader posyandu balita (sampel Posyandu RW7 Kel. Pandanwangi)	

DAFTAR PERTANYAAN	OBSERVASI	TELUSUR DOKUMEN	FAKTA LAPANGAN
Apakah kader sudah mendapatkan refreshing cara pengukuran antropometri ?		Dokumentasi Pelaksanaan Refreshing kader 2x/tahun	
Apakah penanganan stunting sudah melibatkan peran lintas profesi ?		Dokumentasi kunjungan rumah balita pendek Kel. Arjosari Bulan Nov 2023	Ya
Apakah koordinasi penanganan stunting dengan Dinas kesehatan sudah terlaksana ?		1. Dokumentasi Pertemuan koordinasi Dinas Kesehatan dengan Puskesmas masalah stunting 2. Seminar dan pelatihan	Ya
Apakah capaian stunting di wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi sudah memenuhi target?			Capaian Indikator mutu tribulan 1 yaitu 7,36%. Capaian indikator mutu tribulan 2 yaitu 7,31% dari target <8%

TEMUAN	URAIAN KETIDAKSESUAIAN	REKOMENDASI AUDIT
SOP penanganan perlambatan pertumbuhan tidak tersedia	SOP penanganan kenaikan berat badan yang tidak adekuat sesuai dengan umur dan jenis kelamin tidak tersedia	Membuat SOP penanganan perlambatan pertumbuhan dan disosialisasikan kepada karyawan dan kader kesehatan Puskesmas Pandanwangi
SOP penanganan stunting tidak tersedia	SOP penanganan stunting tidak tersedia	Membuat SOP penanganan stunting dan disosialisasikan kepada karyawan dan kader kesehatan Puskesmas Pandanwangi
SOP penjarangan stunting tidak tersedia	SOP penjarangan pasien yang beresiko stunting baik dari pelayanan dalam gedung ataupun posyandu tidak tersedia	Membuat SOP penjarangan stunting dan disosialisasikan kepada karyawan dan kader kesehatan Puskesmas Pandanwangi
Pemeriksaan antropometri oleh kader di posyandu belum sesuai	Pelaksanaan pengukuran antropometri (BB, TB/PB, lingk kepala) oleh kader kurang tepat	Refresing kader mengenai antropometri (BB, TB/PB, lingk kepala, LILA) pada saat atau langsung setelah selesai posyandu dibuktikan dengan lembar monitoring

BUKTI DOKUMENTASI SOP TATALAKSANA PENENTUAN STATUS GIZI

	TATA LAKSANA PENENTUAN STATUS GIZI		
	No. Dokumen	:445/SOP/020/ 35.73.402.012/2023	
	No. Revisi	: 04	
	Tanggal Terbit	: 3 Maret 2023	
SOP		Halaman	: 1/4
Puskesmas Pandanwangi			
		dr. Sri Purwati NIP.197407082005012014	

1	Pengertian	a. Penentuan status gizi balita adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang balita. Penentuan status gizi dapat menentukan keadaan gizi, mendeteksi defisiensi nutrisi, dan memantau pertumbuhan fisik balita. Dari penentuan status gizi tersebut dapat menentukan intervensi yang sesuai. b. Penatalaksanaan penentuan status gizi balita dilakukan oleh nutritionis dan kader posyandu.
2	Tujuan	Sebagai acuan dalam penatalaksanaan penentuan status gizi guna menentukan keadaan gizi, mendeteksi defisiensi nutrisi dan memantau pertumbuhan pada balita.
3	Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Puskesmas Pandanwangi Nomor : 188.451/015/35.73.302.012/2023 tentang Pengelolaan dan Pelaksanaan UKM
4	Referensi	- Pemenkes no 28 tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia - Pemenkes nomor 23 tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
5	Alat dan bahan	Alat dan bahan : 1. Baby scale 2. Timbangan detecto 3. Alas kain 4. Dacin, celana timbang, sarung timbang. 5. Standard penentuan status gizi WHO 2005 6. Buku dan alat tulis
6	Prosedur / Langkah-langkah	1. Petugas melakukan pendataan Berat Badan dan Panjang/Tinggi Badan seluruh balita yang di wilayah kerja dengan bantuan kader posyandu balita setiap bulan.

BUKTI DOKUMENTASI SOP GIZI BURUK

	TATA LAKSANA GIZI BURUK		
	No. Dokumen	: 445/SOP/028/ 35.73.402.012/2023	
	No. Revisi	: 04	
	Tanggal Efektif	: 06 Maret 2023	
SOP		Halaman	: 1/5
Puskesmas Pandanwangi		 dr. Sri Purwani NIP. 197407082005012014	

1	Pengertian	a. Indonesia masih menghadapi berbagai masalah gizi baik gizi kurang maupun gizi lebih. b. Timbulnya masalah gizi kurang pada anak dipengaruhi status gizi ibunya, hal ini juga akan mempengaruhi status gizi sampai usia dewasa. c. Kurangnya konsumsi makanan dan penyakit infeksi merupakan penyebab langsung, selain itu kemiskinan dan pendidikan yang rendah juga menjadi pemicu masalah gizi kurang. d. Tata laksana gizi buruk diharapkan dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas deteksi dini melalui posyandu sebagai upaya pencegahan gizi buruk. Selain itu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan gizi serta untuk kewaspadaan dini kejadian gizi buruk.
2	Tujuan	1. Sebagai acuan dalam penatalaksanaan gizi buruk dalam rangka menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk guna mencegah kematian anak dan mencegah gangguan tumbuh kembang serta meningkatkan pertumbuhan anak. 2. Petugas mampu menerapkan tindakan 10 langkah tata laksana anak gizi buruk.
3	Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Puskesmas Pandanwangi Nomor : 188.451/015/35.73.302.012/2023 tentang Pengelolaan dan Pelaksanaan UKM
4	Referensi	- Permenkes no 28 tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia - Permenkes nomor 23 tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
5	Alat dan bahan	Alat dan bahan : 1. Tabel status gizi WHO 2005 2. Alat ukur antropometri

BUKTI PELAKSANAAN PENYULUHAN STUNTING



BUKTI AUDIT PEMERIKSAAN ANTROPOMETRI OLEH KADER POSYANDU



BUKTI PELAKSANAAN REFRESING ANTROPOMETRI KADER



BUKTI KOORDINASI LINTAS PROFESI DALAM PENANGANAN STUNTING



BUKTI DOKUMENTASI KOORDINASI PENANGGAPAN STUNTING DENGAN DINAS KESEHATAN



TERIMA KASIH
