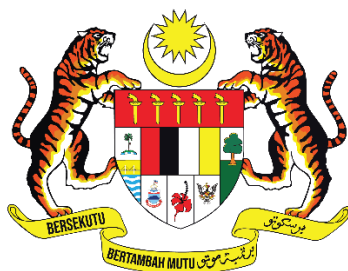


KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

KAMUS PETUNJUK PRESTASI UTAMA (KPI) PENGARAH KESIHATAN NEGERI

2024

Isi kandungan:

Bil.	Nama KPI	Muka surat
4.0	KPI TEKNIKAL	
4.1	Indeks Prevalen Jangkitan Aliran Darah berkaitan Penjagaan Kesihatan (<i>bacteraemia</i>) disebabkan oleh <i>Multidrug-resistant organisms</i> (MDROs) tertentu bagi setiap 10,000 kemasukan di hospital KKM.	2
4.2	Peratusan bayi baru lahir yang menjalani saringan pendengaran (<i>Universal Newborn Hearing Screening</i>) dalam tempoh 28 hari selepas kelahiran di hospital/ fasiliti Kesihatan kerajaan	8
4.3	Kadar Sukses Rawatan Tuberkulosis Warganegara	11
4.4	Peratus Rawatan Antiretroviral (ART) pada tahun semasa	14
4.5	Peratusan Peralatan/ Sistem Kejuruteraan Mencapai <i>Uptime</i> bagi Kejuruteraan Fasiliti (FEMS) dan Kejuruteraan Biomedikal (BEMS)	17
4.6	Peratus Premis Makanan yang Tidak Bersih Diambil Tindakan Penguatkuasaan	20
4.7	Peratus Fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) Berjaya Mencapai Paras Simpanan Stok Ubat yang Optimum (1-3 bulan)	23
4.8	Peratus Toddler Dengan Status <i>Maintaining Orally-Fit</i>	26

KPI 4.1	Indeks Prevalen Jangkitan Aliran Darah berkaitan Penjagaan Kesihatan (<i>bacteraemia</i>) disebabkan oleh <i>Multidrug-resistant organisms</i> (MDROs) tertentu bagi setiap 10,000 kemasukan di hospital KKM. <i>Prevalence Index of Healthcare-associated Bloodstream Infections (bacteraemia) due to selected Multidrug-resistant organisms (MDROs) per 10,000 admission in MOH hospitals.</i>
TAFSIRAN	KPI ini adalah untuk memantau prevalen <i>Healthcare-associated Bloodstream Infection</i> (HA-BSI) yang disebabkan oleh <i>multidrug-resistant organisms</i> (MDROs) yang berlaku di dalam hospital. Pemantauan KPI ini adalah perlu dalam usaha menangani peningkatan kejadian HA-BSI yang disebabkan oleh MDROs. Ia juga bagi memenuhi keperluan <i>Sustainable Development Goals</i> (SDG) dan <i>Malaysian Action Plan on Antimicrobial Resistance</i> (MyAP-AMR) 2022-2026.
DEFINISI ISTILAH	Definisi kes: Definisi kes MDRO mesti memenuhi ketiga-tiga kriteria berikut: 1. Isolasi MDRO daripada mana-mana bahagian badan (termasuk <i>colonizer</i>). 2. Kes tersebut mestilah kes pesakit dalam. 3. Kes itu mestilah kes "baharu dikenal pasti". Kes "baharu dikenal pasti" termasuk: 1. MDRO dikenal pasti buat kali pertama semasa kemasukan ke hospital. 2. Kes yang telah dikenal pasti dengan MDRO (jangkitan / <i>colonizer</i>) di fasiliti sendiri tetapi memperoleh 'jangkitan atau <i>colonizer</i> baharu' dengan MDRO yang berbeza. <i>Case definitions:</i> <i>MDRO case definition must fulfill all of the following three criteria:</i> 1. <i>Isolation of MDRO from any sites of the body (including colonizer).</i> 2. <i>The case must be an inpatient case.</i> 3. <i>The case must be a "newly identified" case.</i> A "<i>newly identified</i>" case includes: 1. <i>MDROs identified for the first time during current hospital admission.</i> 2. <i>Cases that have been identified with MDROs</i>

	<i>(infection / colonisation) at own facility but acquire 'new infection or colonisation' with different MDROs.</i>
JUSTIFIKASI KPI	<i>Healthcare-associated infections (HCAs) are among the most frequent adverse events occurring in the context of health service delivery worldwide. Most of the HCAs are caused by multidrug-resistant organisms (MDROs) which cause harm to patients, visitors and healthcare workers (HCWs) . It also causes a significant burden on health systems, including the associated increased costs.</i> <i>The rise of Healthcare-associated MDROs (HA-MDROs) significantly hampers the efforts to contain antimicrobial resistance (AMR), a global public health threat that continues to pose major health and economic consequences in human and veterinary health. The emergence of drug- resistant pathogens in the community and healthcare settings can affect a considerable portion of the population as once-treatable microorganisms develop resilience against existing treatments. The persistence of AMR exacerbates the duration of illnesses, drives up healthcare expenses and financial burdens, leads to loss of life, and influences trade and global security. Moreover, the absence of suitable measures to curb preventable and manageable diseases is considered a grave and imminent risk to health security. If not promptly dealt with, the global spread of AMR could potentially lead to the breakdown of worldwide healthcare systems.</i> <i>In view of the impact caused by Healthcare-associated Bloodstream Infections (HA-BSIs), bloodstream infections due to selected antimicrobial-resistant organisms has been included as one of the indicators under the Sustainable Development Goals (SDG) 3 - Good Health and well-being. In addition, reduction in HCAI is also a part of the core indicators under Strategic Objective 3 - Safety of clinical processes in the Global patient safety action plan 2021-2030, WHO. Nationally, reducing HA-BSI due to selected antimicrobial-resistant organisms by 30% from the current level by 2026, is one of the outcome indicators of MyAP-AMR 2022-2026 .</i> <i>Based on the Ministry of Health (MOH) "Infection</i>

	<i>Prevention and Control (IPC) and Antimicrobial Resistance (AMR) Annual Report 2022", the majority of HA-MDRO infections were due to bloodstream infection (BSI) which accounts up to 32% of all HCAs.</i> <i>Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA), Carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE) and Acinetobacter baumannii are the most commonly found MDROs in hospitals. Furthermore , MRSA, CRE and Acinetobacter baumannii bacteremia often reflect the state of infection control or antibiotic misuse and overuse in the healthcare facility. Hence, by monitoring HA-BSI, it will indicate the effectiveness of the IPC and Antimicrobial stewardship (AMS) programmes in hospitals.</i>
KRITERIA	Kriteria Inklusi: Semua pesakit dalam dengan <i>Healthcare-associated Bloodstream Infections (Bacteraemia)</i> disebabkan oleh <i>Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)</i> , <i>Carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE)</i> dan <i>Acinetobacter baumannii</i>. Inclusion Criteria: <i>All inpatients with Healthcare-associated Bloodstream Infections (Bacteraemia) due to MRSA, CRE and Acinetobacter baumannii.</i> Kriteria Eksklusi: 1. Kes daripada Jabatan Kecemasan, klinik atau perkhidmatan pesakit luar. 2. Kes-kes yang telah dikenal pasti sebelum ini di hospital/ fasiliti kesihatan yang lain. 3. Kes yang masuk semula di wad dengan <i>jangkitan Multidrug resistant organisms (MDROs)</i> yang sama dalam tempoh satu tahun. 4. Kes saringan KECUALI untuk mengenalpasti kontak kepada pesakit dengan MDRO (kes indeks). 5. Pesakit dalam dengan <i>Healthcare-associated Bloodstream Infections (Bacteraemia)</i> disebabkan selain daripada MRSA, CRE dan <i>Acinetobacter baumannii</i>. Exclusion Criteria: 1. <i>Cases from Department of Emergency, clinic or other outpatient services</i> 2. <i>Cases previously identified at other acute care facilities /</i>

	<i>hospitals.</i> <i>Cases re-admitted with the same MDROs within one year</i> <i>Screening cultures that were done NOT for contacts of index patient with MDROs.</i> <i>Inpatients with Healthcare-associated Bloodstream Infections (Bacteraemia) due to other than MRSA, CRE and Acinetobacter baumannii.</i>
KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: - Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-MRSA bacteraemia bagi tahun berkaitan - Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-CRE bacteraemia bagi tahun berkaitan - Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-Acinetobacter baumannii bacteraemia bagi tahun berkaitan Numerator: <i>Number of patients with HA-MRSA bacteraemia infection for the relevant year</i> <i>Number of patients with HA-CRE bacteraemia infection for the relevant year</i> <i>Number of patients with HA- Acinetobacter baumannii bacteraemia infection for the relevant year</i> Denominator: Jumlah kemasukan pesakit dalam bagi tahun yang berkaitan Denominator: <i>Total inpatient admissions for the relevant year</i> Kaedah Pengiraan: $A = \frac{\text{Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-MRSA bacteraemia bagi tahun berkaitan}}{\text{Jumlah kemasukan pesakit dalam bagi tahun yang berkaitan}} \times 10,000$ Di mana (A) merujuk kepada prevalen bacteraemia disebabkan oleh HA-MRSA $B = \frac{\text{Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-CRE bacteraemia bagi tahun berkaitan}}{\text{Jumlah kemasukan pesakit dalam bagi tahun yang berkaitan}} \times 10,000$ Di mana (B) merujuk kepada prevalen bacteraemia disebabkan oleh HA-CRE

Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-
 $C = \frac{\text{A. Baumannii bacteriaemia bagi tahun berkaitan} \times 10,000}{\text{Jumlah kemasukan pesakit dalam bagi tahun yang berkaitan}}$

Di mana (C) merujuk kepada prevalen *bacteraemia* disebabkan oleh HA- A. Baumannii

Calculation method:

$A = \frac{\text{Number of HA-MRSA bacteriaemia in year } t \times 10,000}{\text{Total number of patient admission in year } t}$

Where, (A) refers to prevalence of *bacteraemia* due to HA-MRSA

$B = \frac{\text{Number of HA-CRE bacteriaemia in year } t \times 10,000}{\text{Total number of patient admission in year } t}$

Where, (B) refers to prevalence of *bacteraemia* due to HA-CRE

$C = \frac{\text{Number of HA- A. baumannii bacteriaemia in year } t}{\text{Total number of patient admission in year } t} \times 10,000$

Where, (C) refers to prevalence of *bacteraemia* due to HA-A. baumannii

Pengiraan INDEKS:

Indeks A = $(100 - (A)) / (100 - 5)$

Indeks B = $(100 - (B)) / (100 - 5)$

Indeks C = $(100 - (C)) / (100 - 8)$

INDEX Calculation:

Index A = $(100 - (A)) / (100 - 5)$

Index B = $(100 - (B)) / (100 - 5)$

Index C = $(100 - (C)) / (100 - 8)$

INDEKS PURATA

= $(\text{Indeks A} + \text{Indeks B} + \text{Indesk C}) / 3$

FINAL AVERAGE INDEX

= $(\text{Index A} + \text{Index B} + \text{Index C}) / 3$

TREN PENCAPAIAN	Tahun	Sasaran	Pencapaian
	2019	-	-
	2020	-	-
	2021	-	-
	2022	-	1.03
	2023	1	
SASARAN 2024	≥ 1 Standards bagi setiap sub-indikator: A. <i>HA-MRSA bacteraemia</i> ≤ 5 bagi setiap 10,000 kemasukan di hospital B. <i>HA-CRE bacteraemia</i> ≤ 5 bagi setiap 10,000 kemasukan di hospital C. <i>HA-Acinetobacter baumannii bacteraemia</i> ≤ 8 bagi setiap 10,000 kemasukan di hospital Standards for each sub-indicator: A. <i>HA-MRSA bacteraemia</i> ≤ 5 per 10,000 admissions B. <i>HA-CRE bacteraemia</i> ≤ 5 per 10,000 admissions C. <i>HA-Acinetobacter baumannii bacteraemia</i> ≤ 8 per 10,000 admissions		
JUSTIFIKASI SASARAN	Sasaran ditetapkan berdasarkan trend pencapaian semasa dan pada tahun 2023		
DOKUMEN SOKONGAN	1. <i>MDRO Surveillance Manual, 3rd Edition 2022</i> 2. <i>Infection Prevention & Control and Antimicrobial Resistance Containment Program Annual Report</i> 3. <i>Sustainable Development Goals</i> 4. <i>Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021</i> 5. <i>Malaysian Action Plan on Antimicrobial Resistance (MyAP-AMR) 2022-2026</i>		
FREKUENSI PELAPORAN DATA	Tahunan		
PEGAWAI TEKNIKAL	Dr. Feroza Sulaiman Ketua Penolong Pengarah Kanan/ UD54 Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan Bahagian Perkembangan Perubatan 03-8883 1187 / 017-6309902 ferozasulaiman@moh.gov.my		

KPI 4.2	Peratusan Bayi Baru Lahir yang Menjalani Saringan Pendengaran (<i>Universal Newborn Hearing Screening</i>) Dalam Tempoh 28 Hari Selepas Kelahiran di Hospital/ Fasiliti Kesihatan Kerajaan.
TAFSIRAN	KPI ini mengukur tahap kadar liputan (<i>coverage rate</i>) saringan pendengaran bagi bayi yang baru lahir di 48 hospital yang telah memulakan program saringan pendengaran bayi (UNHS). Secara amnya, semua bayi baru lahir perlu menjalani saringan pendengaran sebelum berumur 1 bulan supaya pengesanan masalah pendengaran dan intervensi awal dapat dilakukan. Mengikut <i>Joint Committee on Infant Hearing</i> (JCIH) 2019, penanda aras bagi Program Saringan Pendengaran Bayi ialah peratusan bayi yang disaring sebelum berumur 1 bulan mencapai 95%. Di dalam mesyuarat khas Ketua Pengarah Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia Bil 2/2022 pada 29 April 2022, YBhg. Tan Sri KPK mengarahkan untuk melaksanakan program Saringan Pendengaran Bayi (UNHS) di semua hospital KKM sebagaimana yang disasarkan oleh YB Menteri Kesihatan iaitu meningkatkan kadar Saringan Pendengaran Bayi dari 62% kepada 95%. Justeru beliau mengarahkan penglibatan Pengarah Kesihatan Negeri dan pemantauan dari Pengarah Perkembangan Perubatan serta Pengarah Pembangunan Kesihatan Keluarga bagi memastikan program ini berjaya dan akhirnya dapat meningkatkan kadar saringan pendengaran bayi kepada 95%. Sasaran jangka Panjang ialah semua bayi baru lahir di Malaysia akan menjalani ujian saringan pendengaran.
DEFINISI ISTILAH	<u>Saringan Pendengaran Bayi</u> Kaedah saringan secara objektif bagi mengenalpasti bayi yang mungkin mempunyai masalah pendengaran dan memerlukan ujian pendengaran lanjutan atau diagnostik. Terdapat dua jenis ujian saringan pendengaran bayi iaitu <i>Automated Auditory Brainstem Response</i> (AABR) dan <i>Otoacoustic Emission</i> (OAE). Ujian ini boleh dijalankan oleh Petugas Saringan Pendengaran Bayi yang terlatih daripada anggota kesihatan paramedic. <u>Bayi Baru Lahir (Neonate)</u> Bayi yang baru lahir sehingga berumur 28 hari.

JUSTIFIKASI KPI	Prevalens masalah pendengaran dalam kalangan bayi adalah sebanyak 4 dalam 1000 kelahiran di Malaysia (JKTA, 2020). Masalah pendengaran dalam kalangan bayi merupakan <i>neurodevelopmental emergency</i> yang boleh menjejaskan pemerolehan bahasa dan pertuturan, perkembangan kognitif, interaksi sosial, literasi dan pencapaian akademik sekiranya tidak dikesan seawal mungkin untuk diberi intervensi. Matlamat saringan pendengaran bayi adalah menjalankan saringan pendengaran sebelum bayi berusia 1 bulan, diagnosis sebelum 3 bulan dan intervensi diberikan sebelum 6 bulan.
KRITERIA	Kriteria Inklusi: 1. Sebanyak 48 hospital yang terlibat dalam program UNHS (rujuk lampiran). 2. Semua bayi yang dilahirkan hidup di hospital merujuk kepada daftar kelahiran yang didaftarkan dan dilaporkan oleh Jabatan Obstetrik dan Ginekologi. Kriteria Eksklusi: 1. Bayi yang lahir hidup di hospital lain (bukan di 48 hospital). 2. Bayi yang tidak boleh disaring sebelum/ pada usia 28 hari disebabkan komplikasi atau rawatan perubatan. 3. Bayi yang tidak boleh disaring disebabkan telah meninggal dunia sebelum/ pada usia 28 hari. 4. Bayi yang ditahan di NICU/ SCN sehingga melebihi usia 28 hari dan belum menjalani saringan pendengaran.
KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: Jumlah bayi lahir hidup di hospital dan menjalani saringan pendengaran sebelum/ pada umur 28 hari. Denominator: Jumlah kelahiran hidup di hospital Kaedah Pengiraan: Jumlah bayi yang menjalani saringan pendengaran sebelum/ pada umur 28 hari x 100 % Jumlah kelahiran hidup di hospital
TREND PENCAPAIAN	70%
SASARAN 2024	Kadar liputan bagi program saringan pendengaran bayi adalah $\geq 80\%$.

JUSTIFIKASI SASARAN	Pengesanan masalah pendengaran dalam kalangan bayi masih rendah kerana kadar liputan saringan pendengaran yang masih tidak mencapai sasaran $\geq 95\%$ seperti yang ditetapkan oleh <i>Joint Committee on Infant Hearing (JCIH)</i>. Program saringan pendengaran yang mencapai sasaran JCIH dijangka dapat mengenalpasti bayi dan kanak-kanak bermasalah pendengaran dengan lebih banyak dan intervensi awal dapat diberikan seterusnya membantu mereka mencapai potensi diri sepanjang hayat mereka.
DOKUMEN SOKONGAN	<i>Guideline for neonatal hearing screening MOH (2022)</i> <i>JCIH Position Statement 2019</i>. Senarai 48 hospital yang menjalankan program saringan pendengaran bayi (UNHS).
FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan
PEGAWAI TEKNIKAL	Dr. Syazni Binti Badrol Hisham Ketua Penolong Pengarah Kanan UD54 Cawangan Perkembangan Perkhidmatan Perubatan Bahagian Perkembangan Perubatan 03 8883 1489 syazni@moh.gov.my

KPI 4.3	Kadar Sukses Rawatan Tuberkulosis Warganegara
TAFSIRAN	KPI ini merujuk kepada peratus pesakit yang didiagnosa Kes Tibi Baru dan Kes Tibi Berulang bagi Warganegara Malaysia yang hasil rawatan dikategorikan sembuh dan sempurna rawatan bagi kohort satu (1) tahun sebelumnya.
DEFINISI ISTILAH	Kes sembuh Tibi adalah pesakit kahak positif menjadi kahak negatif di akhir rawatan atau sekurang-kurangnya satu bulan sebelum rawatan ditamatkan dengan sekurang-kurangnya satu kahak negatif sebelumnya pada selang tidak kurang daripada satu bulan. Kes sempurna rawatan adalah pesakit Tibi yang diakhiri rawatan tetapi tiada bukti sembuh. Hasil rawatan pesakit Tibi diperoleh melalui muat turun TBIS 101A daripada sistem aplikasi atas talian MyTB bagi kohort 1 tahun sebelum bagi analisa pencapaian KPI tahun semasa.
JUSTIFIKASI KPI	Kadar sukses rawatan Tibi adalah salah satu Indikator Hasil Rawatan yang dipantau oleh Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO). KPI ini melibatkan surveilan dan pemantauan kes daripada peringkat notifikasi kes, diagnosis dan maklum balas hasil rawatan pesakit mengikut kohort.
KRITERIA	Kes yang layak di analisa perlu mematuhi kriteria inklusi dan eksklusi berikut: Kriteria Inklusi: 1. Kes Tibi Baru dan Kes Tibi Berulang 2. Warganegara Malaysia Kriteria Eksklusi: 1. Pesakit diagnosa <i>RR/MDR/Pre-XDR/XDR-TB</i> yang telah dimulakan rawatan <i>second line drug</i> (SLD) regimen. 2. Pesakit Tibi dengan hasil rawatan 'tukar diagnosa' 3. Kes-kes kematian Tibi dengan audit kematian yang dilakukan mendapati sebab kematian adalah <i>indirect TB death</i>. 4. Kes yang diagnosa Tibi dibuat secara post-mortem.
KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: Bilangan Kes Tibi Baru dan kes Tibi Berulang warganegara yang layak dianalisa dengan hasil rawatan adalah sembuh atau sempurna rawatan

	Denominator: Jumlah Kes Tibi Baru dan Kes Tibi Berulang warganegara yang layak dianalisa Kaedah Pengiraan Bilangan Kes Tibi Baru dan Kes Tibi Berulang yang layak dianalisa dengan hasil rawatan adalah sembuh atau sempurna rawatan Jumlah Kes Tibi Baru dan Kes Tibi Berulang yang layak di analisa X 100																																																							
TREND PENCAPAIAN	Jadual 1. Pencapaian KPI Kadar Sukses Rawatan TB Warganegara, Malaysia, 2020 hingga 2023 (Januari hingga Oktober)																																																							
	<table><tr><th>Tahun</th><th>Sasaran</th><th>Pencapaian</th></tr><tr><td>2020</td><td>≥90%</td><td>87%</td></tr><tr><td>2021</td><td>≥90%</td><td>88%</td></tr><tr><td>2022</td><td>≥90%</td><td>89.5%</td></tr><tr><td>Jan- Oktober 2023</td><td>≥90%</td><td>89.4%</td></tr></table>	Tahun	Sasaran	Pencapaian	2020	≥90%	87%	2021	≥90%	88%	2022	≥90%	89.5%	Jan- Oktober 2023	≥90%	89.4%																																								
	Tahun	Sasaran	Pencapaian																																																					
	2020	≥90%	87%																																																					
	2021	≥90%	88%																																																					
	2022	≥90%	89.5%																																																					
	Jan- Oktober 2023	≥90%	89.4%																																																					
	Jadual 2. Pencapaian KPI Kadar Sukses Rawatan TB Warganegara Mengikut Negeri, 2021 hingga 2023(Januari hingga Oktober)																																																							
	<table><tr><th>NEGERI</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023 (Jan- Okt)</th><th>Sasaran 2024</th></tr><tr><td>Johor</td><td>91</td><td>90</td><td>90.3</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Kedah</td><td>89</td><td>90.4</td><td>91.1</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Kelantan</td><td>89</td><td>89.6</td><td>91.0</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Melaka</td><td>88</td><td>91.2</td><td>92.7</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Negeri Sembilan</td><td>93</td><td>91.5</td><td>91.7</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Pahang</td><td>96</td><td>94.1</td><td>95.2</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Perak</td><td>91</td><td>91.2</td><td>90.3</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Perlis</td><td>89</td><td>92.3</td><td>85.4</td><td>≥88%</td></tr><tr><td>Pulau Pinang</td><td>89</td><td>87.8</td><td>87.4</td><td>≥88%</td></tr><tr><td>Sabah</td><td>89</td><td>92.1</td><td>91.7</td><td>≥90%</td></tr></table>	NEGERI	2021	2022	2023 (Jan- Okt)	Sasaran 2024	Johor	91	90	90.3	≥90%	Kedah	89	90.4	91.1	≥90%	Kelantan	89	89.6	91.0	≥90%	Melaka	88	91.2	92.7	≥90%	Negeri Sembilan	93	91.5	91.7	≥90%	Pahang	96	94.1	95.2	≥90%	Perak	91	91.2	90.3	≥90%	Perlis	89	92.3	85.4	≥88%	Pulau Pinang	89	87.8	87.4	≥88%	Sabah	89	92.1	91.7	≥90%
	NEGERI	2021	2022	2023 (Jan- Okt)	Sasaran 2024																																																			
	Johor	91	90	90.3	≥90%																																																			
	Kedah	89	90.4	91.1	≥90%																																																			
Kelantan	89	89.6	91.0	≥90%																																																				
Melaka	88	91.2	92.7	≥90%																																																				
Negeri Sembilan	93	91.5	91.7	≥90%																																																				
Pahang	96	94.1	95.2	≥90%																																																				
Perak	91	91.2	90.3	≥90%																																																				
Perlis	89	92.3	85.4	≥88%																																																				
Pulau Pinang	89	87.8	87.4	≥88%																																																				
Sabah	89	92.1	91.7	≥90%																																																				

	Sarawak	90	89.7	92.7	≥90%
	Selangor	80	84.7	82.8	≥88%
	Terengganu	92	94	93.0	≥90%
	WPKuala Lumpur	82	88.7	87.0	≥88%
	WP Labuan	97	98.2	100.0	≥90%
	Malaysia	88	89.5	89.4	≥90%
SASARAN 2024	Sasaran keseluruhan ≥90%. Sasaran mengikut negeri rujuk Jadual 2.				
JUSTIFIKASI SASARAN	Sasaran OT adalah berdasarkan tren pencapaian kadar sukses rawatan bagi tahun 2020 hingga 2023.				
DOKUMEN SOKONGAN	1. WHO Global Tuberculosis Report 2021 2. Definitions and reporting framework for tuberculosis – 2013 revision, Management of Tuberculosis, 3 rd Edition (2012). 3. Manual Sistem Maklumat Tibi Kebangsaan –TBIS (2002) 4. TBIS 101A (Muat turun dari sistem MyTB) 2020, 2021, 2022, 2023(Jan- Okt)				
FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan				
PEGAWAI TEKNIKAL	Dr. Asmah binti Razali Ketua Penolong Pengarah Kanan UD56 Sektor Kawalan Tibi/Kusta Bahagian Kawalan Penyakit 03 8883 4371 dr.asmahrazali@moh.gov.my				

KPI 4.4	Peratus Rawatan Antiretroviral (ART) pada Tahun Semasa/ <i>Percentage of People Living with HIV Newly Initiated on Antiretroviral Therapy</i>
TAFSIRAN	KPI ini adalah petunjuk keberkesanan pengurusan pesakit HIV (warganegara) pada tahun semasa, iaitu kes baru HIV (warganegara) yang dimulakan rawatan Antiretroviral (ART).
DEFINISI ISTILAH	Bilangan kes baru HIV (warganegara) pada tahun semasa yang dimulakan rawatan ART dan dibahagi dengan bilangan kes baru HIV (warganegara) pada tahun semasa di Malaysia, dilaporkan dalam bentuk peratus. Definisi: - Pesakit (warganegara) yang dimulakan rawatan ART = Bilangan kes baru HIV (warganegara) pada tahun semasa yang dimulakan rawatan ART (<i>Sumber kes baru HIV dimulakan rawatan = Laporan kes HIV baru pada tahun semasa dalam senarai daftar rawatan ART dari Jabatan Kesihatan Negeri</i>) - Bilangan kes baru HIV (warganegara) pada tahun semasa = Kes baru HIV (warganegara) yang disahkan diagnosis HIV melalui ujian pengesahan, dinotifikasi dan diverifikasi pada bulan Jan-Dis tahun semasa. (<i>Sumber kes baru HIV = Laporan kes HIV yang didaftarkan dalam Sistem National AIDS Registry (NAR), di mana kes lama, AIDS, kematian dan FOMEMA tidak diambilkira</i>) - Di peringkat daerah, setiap kes baru hendaklah disusuli dan dipastikan status rawatan. Sekiranya rawatan dimulakan di daerah lain, maklumat rawatan hendaklah dikemaskini di daerah yang mendaftarkan kes tersebut.
JUSTIFIKASI KPI	WHO menyarankan semua kes baru HIV dimulakan rawatan dengan kadar segera dalam 7 hari, dan tidak lagi menyarankan bahawa kes baru menerima sesi-sesi kaunseling, penilaian sebelum memulakan rawatan¹. KPI ini memantau kualiti rawatan dan pengendalian kes baru HIV di semua fasiliti kesihatan berdasarkan saranan WHO terkini. ¹ <i>Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy, July 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.</i>

KRITERIA	Kriteria Inklusi: 1. Semua pesakit HIV baru (PLHIV baru) warganegara Malaysia pada tahun semasa Kriteria Eksklusi: 1. Pesakit HIV baru (PLHIV baru) warganegara pada tahun semasa yang meninggal 2. Pesakit HIV baru (PLHIV baru) bukan warganegara																							
KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: Bilangan kes baru PLHIV (warganegara) pada tahun semasa yang dimulakan ART (sumber data: linelist ART pada tahun semasa) Denominator: Bilangan kes baru PLHIV (warganegara) pada tahun semasa (Sumber data: linelist kes baru NAR Januari – Disember pada tahun semasa) Kaedah Pengiraan: Kes baru PLHIV (warganegara) tahun semasa yang dimulakan ART Bilangan kes baru PLHIV (warganegara) pada tahun semasa X 100%																							
TREND PENCAPAIAN	<table><tr><th>Tahun</th><th>Sasaran</th><th>Pencapaian</th></tr><tr><td>2018</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>2019</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>2020</td><td>>60%</td><td>79.8%</td></tr><tr><td>2021</td><td>>60%</td><td>80.8%</td></tr><tr><td>2022</td><td>>60%</td><td>86.5%</td></tr><tr><td>2023</td><td>>70%</td><td>80.9% (Jan-Mac)</td></tr></table>			Tahun	Sasaran	Pencapaian	2018	-	-	2019	-	-	2020	>60%	79.8%	2021	>60%	80.8%	2022	>60%	86.5%	2023	>70%	80.9% (Jan-Mac)
Tahun	Sasaran	Pencapaian																						
2018	-	-																						
2019	-	-																						
2020	>60%	79.8%																						
2021	>60%	80.8%																						
2022	>60%	86.5%																						
2023	>70%	80.9% (Jan-Mac)																						
SASARAN 2024	≥ 80% (2024), sekiranya tren tiga tahun berturut-turut (2021-2023) > 80%																							
JUSTIFIKASI SASARAN	Selari dengan sasaran SDG, Malaysia komited untuk Mengakhiri AIDS Pada Tahun 2030. Ini merujuk kepada penurunan 90% jangkitan HIV baru berbanding tahun 2010. Selari dengan prinsip “undetectable = untransmissible” dan “rawatan sebagai pencegahan”, rawatan Antiretroviral (ART) adalah komponen teras dalam program pencegahan dan kawalan jangkitan HIV.																							

	Syarat untuk Mengakhiri AIDS adalah liputan ART di kalangan pesakit PLHIV mencapai 95% menjelang tahun 2030. Secara tidak langsung, indikator ini merupakan indicator pencapaian “contact tracing”.
DOKUMEN SOKONGAN	1. Laporan bulanan pendaftaran kes HIV dalam Sistem National AIDS Registry (NAR) 2. Laporan tahunan rawatan ART dari Jabatan Kesihatan Negeri.
FREKUENSI PELAPORAN DATA	Tahunan
PEGAWAI TEKNIKAL	Dr. Chai Phing Tze Ketua Penolong Pengarah Kanan UD54 Sektor HIV/STI/Hep C Bahagian Kawalan Penyakit 03-88834271 phingtze@moh.gov.my

KPI 4.5	Peratusan Peralatan/ Sistem Kejuruteraan Mencapai <i>Uptime</i> bagi Kejuruteraan Fasiliti (FEMS) dan Kejuruteraan Biomedikal (BEMS)
TAFSIRAN	KPI ini merujuk kepada usaha untuk meningkatkan <i>uptime</i> peralatan/ sistem kejuruteraan bagi Kejuruteraan Fasiliti dan Kejuruteraan Biomedikal
DEFINISI ISTILAH	<i>Uptime</i> adalah masa aktif aset yang digunakan / boleh digunakan di mana peralatan / sistem kejuruteraan beroperasi sepenuhnya atau bersedia untuk melaksanakan fungsi yang dimaksudkan. <i>Downtime</i> merujuk kepada tempoh di mana peralatan / sistem kejuruteraan tidak berfungsi atau tidak beroperasi. Ia mungkin disebabkan oleh kegagalan teknikal, pelarasan mesin atau penyenggaraan berkala.
JUSTIFIKASI KPI	Keadaan semasa peralatan / sistem kejuruteraan untuk berfungsi mengikut spesifikasi yang ditetapkan adalah penting bagi menjamin pengoperasian hospital & institusi pada setiap masa dan pada masa yang sama perkhidmatan klinikal dan bukan klinikal yang diberikan kepada orang awam tidak terjejas. KPI ini membolehkan pemantauan terhadap kefungisian peralatan / sistem kejuruteraan berkaitan dapat dijalankan pada setiap masa.
KRITERIA	Kriteria Inklusi: 1. Bilangan peralatan/sistem kejuruteraan FEMS & BEMS yang akan dipantau bagi tahun semasa (termasuk peralatan / sistem kejuruteraan yang dibeli / diberhentikan servis pada tahun semasa) 2. Peralatan / sistem kejuruteraan FEMS & BEMS yang berusia 15 tahun dan ke bawah sahaja akan dipantau 3. Melibatkan peralatan / sistem kejuruteraan FEMS & BEMS di Hospital / Institusi di bawah seliaan Syarikat Konsesi. Kriteria Eksklusi: 1. Peralatan / sistem kejuruteraan FEMS & BEMS yang berusia melebihi 15 tahun tidak akan dipantau. 2. Tidak melibatkan peralatan / sistem kejuruteraan FEMS & BEMS di Hospital / Institusi yang bukan di bawah seliaan Syarikat Konsesi

KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: Bilangan peralatan / sistem kejuruteraan FEMS & BEMS yang mencapai sasaran <i>uptime</i> dalam TRKPI Perjanjian Konsesi Perkhidmatan Sokongan Hospital Denominator: Jumlah keseluruhan peralatan / sistem kejuruteraan FEMS & BEMS di Hospital / Insitusi yang berusia 15 tahun dan ke bawah Kaedah Pengiraan: Bilangan peralatan / sistem kejuruteraan yang mencapai sasaran <i>uptime</i> x 100% Jumlah keseluruhan peralatan / sistem kejuruteraan yang dipantau (15 tahun dan kebawah)																					
TREND PENCAPAIAN	<table><tr><th>Tahun</th><th>Sasaran</th><th>Pencapaian</th></tr><tr><td>2018</td><td>≥ 92%</td><td>98.91%</td></tr><tr><td>2019</td><td>≥ 92%</td><td>98.78%</td></tr><tr><td>2020</td><td>≥ 93%</td><td>98.63%</td></tr><tr><td>2021</td><td>≥ 93%</td><td>98.84%</td></tr><tr><td>2022</td><td>≥ 93%</td><td>99.27%</td></tr><tr><td>2023</td><td>≥ 93%</td><td>99.39 (sehingga Mei 2023)</td></tr></table>	Tahun	Sasaran	Pencapaian	2018	≥ 92%	98.91%	2019	≥ 92%	98.78%	2020	≥ 93%	98.63%	2021	≥ 93%	98.84%	2022	≥ 93%	99.27%	2023	≥ 93%	99.39 (sehingga Mei 2023)
Tahun	Sasaran	Pencapaian																				
2018	≥ 92%	98.91%																				
2019	≥ 92%	98.78%																				
2020	≥ 93%	98.63%																				
2021	≥ 93%	98.84%																				
2022	≥ 93%	99.27%																				
2023	≥ 93%	99.39 (sehingga Mei 2023)																				
SASARAN 2024	≥ 93%																					
JUSTIFIKASI SASARAN	Sasaran ini adalah berdasarkan kepada peratusan peralatan/ sistem kejuruteraan yang telah mencapai <i>uptime</i> yang ditetapkan bagi setiap peralatan tersebut selepas mengambil kira <i>downtime</i> peralatan/ sistem kejuruteraan tersebut. Peratus <i>uptime</i> yang perlu dicapai bagi setiap peralatan ditetapkan berdasarkan kelompok usia peralatan tersebut. Maksimum pencapaian <i>uptime</i> peralatan/ sistem kejuruteraan bagi tahun 2020 adalah 93%, di mana sebanyak 7% downtime dibenarkan bagi peralatan/ sistem kejuruteraan yang dipantau.																					
DOKUMEN SOKONGAN	1. Module KPI dalam Asset and Services Information System (ASIS) 2. Fail KPI BPK (KKM.600-38/4/17)																					

FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan
<i>PEGAWAI TEKNIKAL</i>	En. Azrul Aminurrashid bin Roslan Ketua Penolong Pengarah Kanan Sektor Kawalselia Perkhidmatan Sokongan Hospital Bahagian Perkhidmatan Kejuruteraan 03-8892 4985 azrulamin@moh.gov.my En. Jeffry bin Mohamad Noor Ketua Penolong Pengarah Kanan Sektor Biomedikal Bahagian Perkhidmatan Kejuruteraan 03-8892 4813 jeffry.mdnoor@moh.gov.my

KPI 4.6	Peratus Premis Makanan yang Tidak Bersih Diambil Tindakan Penguatkuasaan
TAFSIRAN	Penetapan KPI ini merupakan salah satu langkah untuk meningkatkan peratus premis makanan yang bersih serta mematuhi perundangan di bawah Akta Makanan 1983 dan Peraturan-Peraturan Kebersihan Makanan 2009. Ianya dilaksanakan melalui aktiviti penguatkuasaan ke atas premis makanan yang diperiksa dan didapati tidak bersih. Ini adalah seiring dengan penetapan di bawah Pelan Tindakan Keselamatan Makanan Kebangsaan (PTKMK) 2023-2030 dalam usaha memperkukuhkan aktiviti penguatkuasaan secara holistik antara agensi bagi pematuhan berkaitan keselamatan makanan di sepanjang rantai makanan. KPI ini merupakan salah satu usaha bagi memperkasakan kebersihan premis makanan ke arah Malaysia Destinasi Hab Makanan Selamat. Pemantauan KPI ini juga adalah bertepatan bagi mencapai visi PKKM sebagai peneraju kawalan keselamatan dan kualiti makanan negara dan misi PKKM untuk memastikan rakyat mendapat makanan yang selamat dan berkualiti. Pemeriksaan premis makanan yang dijalankan adalah menggunakan Borang Pemeriksaan Premis Makanan Berasaskan Risiko atau Borang Pemeriksaan dan Penggredan Premis Makanan Pihak Berkuasa Tempatan (PBT) berdasarkan kategori premis makanan yang diperiksa. Kedua-dua borang ini menggunakan sistem <i>demerit</i> untuk menilai tahap kebersihan premis makanan. Buat masa ini, premis makanan yang memperolehi markah penilaian kurang daripada 75% (<75%) adalah dikategorikan sebagai tidak bersih dan perlu diambil tindakan penguatkuasaan berdasarkan mana-mana ketidakpatuhan di bawah Akta Makanan 1983 dan Peraturan-Peraturan Kebersihan Makanan 2009. Tindakan penguatkuasaan ini adalah sebagai langkah <i>deterrent</i> kepada pengusaha makanan supaya kesalahan yang sama tidak berulang di masa akan datang.
DEFINISI ISTILAH	Premis makanan adalah premis yang terlibat dalam penyediaan, pengawetan, pembungkusan, penyimpanan, pengiriman, pengedaran atau penjualan apa-apa makanan, atau pelabelan semula, pemprosesan semula atau pembaikan semula apa-apa makanan seperti mana dinyatakan dalam Akta Makanan 1983.

	Premis makanan tidak bersih adalah premis makanan yang memperoleh markah penilaian kurang daripada 75% (<75%) semasa aktiviti pemeriksaan premis. Tindakan penguatkuasaan adalah merujuk kepada tindakan Pengeluaran Notis di bawah Seksyen 32B Akta Makanan 1983 bagi kesalahan di bawah Peraturan-Peraturan Kebersihan Makanan 2009.
JUSTIFIKASI KPI	Premis makanan yang tidak bersih berisiko untuk menyebabkan berlakunya insiden penyakit bawaan air dan makanan. Justeru, tindakan penguatkuasaan yang tegas adalah penting sebagai langkah peringatan kepada pengusaha makanan untuk memastikan premis makanan masing-masing sentiasa berada dalam keadaan bersih demi melindungi kesihatan pengguna di negara ini.
KRITERIA	Kriteria Inklusi: Semua premis makanan yang diperiksa dan mendapat markah tahap penilaian kebersihan <75%. Kriteria Eksklusi: Tiada
KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: Bilangan pemeriksaan premis makanan tidak bersih diambil tindakan penguatkuasaan Denominator: Bilangan pemeriksaan premis makanan tidak bersih Kaedah Pengiraan: $\frac{\text{Bilangan pemeriksaan premis makanan tidak bersih diambil tindakan penguatkuasaan}}{\text{Bilangan pemeriksaan premis makanan tidak bersih}} \times 100$

TREND PENCAPAIAN	Tahun	Sasaran	Pencapaian
	2019	>50%	52.6%
	2020	>50%	78.9%
	2021	>70%	88.0%
	2022	>80%	94.6%
	2023 (hingga Jun)	>80%	93.6%
SASARAN 2024	≥ 80%		
JUSTIFIKASI SASARAN	Sasaran yang ditetapkan mengambil kira trend pencapaian dalam tempoh 5 tahun.		
DOKUMEN SOKONGAN	Laporan pencapaian KPI JKN		
FREKUENSI PELAPORAN DATA	Bulanan		
PEGAWAI TEKNIKAL	En. Badruzzaman bin Abdul Rahim Peg. Teknologi Makanan / C48 Cawangan Pematuhan Domestik Bahagian Keselamatan dan Kualiti Makanan 03-88850784 / 019-7256987 badruzzaman@moh.gov.my		

KPI 4.7	Peratus Fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) Berjaya Mencapai Paras Simpanan Stok Ubat yang Optimum (1-3 bulan)
TAFSIRAN	Mengukur prestasi stor melalui paras simpanan stok ubat yang optimum iaitu 1-3 bulan setelah mengambil kira corak penggunaan, tempoh bekalan kepada pesakit, tempoh penghantaran stok oleh pembekal, kapasiti simpanan stor dan keupayaan pengeluaran pesanan kerajaan di fasiliti KKM.
DEFINISI ISTILAH	1. Fasiliti KKM Stor Pusat, Stor Utama di Hospital & Institusi serta Pejabat Kesihatan Daerah (PKD) yang melaporkan “Laporan Terperinci Bulanan Bagi Memantau Peruntukan, Perbelanjaan Dan Pengurusan Inventori Ubat (OL27401 & OL27404) Di Fasiliti KKM” 2. Stor Pusat Stor yang menyedia, mengurus dan membekalkan stok secara berpusat kepada semua Stor Utama dan Stor Unit seperti Cawangan Farmasi Logistik Negeri (CFLN) dan Pejabat Farmasi Bahagian (PFB) 3. Stor Utama Kriteria bagi menentukan Stor Utama adalah seperti berikut: (i) Stor yang menyedia, mengurus dan membekal barang-barang kepada Stor Unit dan pelanggan akhir. (ii) Di setiap Pusat Tanggungjawab hendaklah mempunyai satu (1) Stor Utama sahaja yang boleh dibahagikan mengikut bahagian/cawangan/sektor. 4. Baki Stok / Stok Penutup Nilai stok fizikal yang masih disimpan di stor fasiliti pada hari terakhir bulan laporan. Bagi fasiliti yang menggunakan PhIS sepenuhnya, nilai stok penutup perlu diambil daripada <i>Stock Balance by Drug Report</i>. 5. Stok dikeluarkan [Intra Fasiliti] Nilai stok fizikal yang telah dikeluarkan secara kumulatif dari awal tahun sehingga hari terakhir bulan laporan kepada stor-stor di dalam fasiliti yang sama. Ini merangkumi pengeluaran stok oleh Unit Farmasi Logistik Kesihatan (UFLK) kepada fasiliti di bawah jagaan. 6. Simpanan stok ubat Nilai stok fizikal disimpan di stor utama fasiliti pada hari terakhir bulan laporan. Nilai Stok ini diterjemahkan kepada anggaran tempoh (bulan) sesuatu stok disimpan.

JUSTIFIKASI KPI	Pekeliling Perbendaharaan menetapkan pengukuran prestasi stor melalui paras simpanan stok bagi memastikan kelancaran penyampaian perkhidmatan serta mengelakkan penyimpanan stok melebihi keperluan yang akan menjurus kepada pembaziran. Secara keseluruhan, KPI ini berjaya mencapai sasaran (90%) yang ditetapkan bermula tahun 2019. Sasaran yang sama iaitu 90% perlu dikekalkan bagi memastikan jumlah fasiliti yang dapat mencapai KPI ini dapat dikekalkan.
KRITERIA	Kriteria Inklusi: 1. Stor Pusat, Stor Utama di Hospital & Institusi serta Pejabat Kesihatan Daerah (PKD) yang melaporkan “Laporan Terperinci Bulanan Bagi Memantau Peruntukan, Perbelanjaan Dan Pengurusan Inventori Ubat (OL27401 & OL27404) Di Fasiliti KKM” 2. Stok merangkumi ubat (OL27401) termasuk vaksin (OL27404) Kriteria Eksklusi: 1. Stok antiviral COVID-19 dan vaksin COVID-19 termasuk <i>diluent</i> yang diterima daripada perolehan berpusat.
KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: Purata bilangan fasiliti KKM yang berjaya mencapai paras simpanan stok yang optimum (1-3 bulan). Denominator: Purata bulanan jumlah fasiliti KKM. <u>Kiraan Simpanan Stok Ubat Fasiliti</u> 1. Purata Penggunaan Stok Sebulan* = Stok Dikeluarkan [Intra Fasiliti] Bagi Bulan Pelaporan ÷ Bulan Pelaporan 2. Nilai simpanan stok ubat Nilai Stok Penutup Bulan Pelaporan (Bulan) ÷ Purata Penggunaan Stok Sebulan* *Purata penggunaan stok sebulan bagi bulan Januari menggunakan purata penggunaan stok sebulan (Jan-Dis) bagi tahun sebelumnya. Bulan lain-lain menggunakan purata penggunaan stok sebulan bagi bulan pelaporan. Kaedah Pengiraan: (Numerator/Denominator) x 100%

TREND PENCAPAIAN			
	Tahun	Sasaran	Pencapaian
	2019	≥90%	91.8%
	2020	≥90%	93.0%
	2021	≥90%	91.9%
	2022	≥90%	96.9%
	2023 (Jan – Jun)	≥90%	98.5%
SASARAN 2024	≥ 90%		
JUSTIFIKASI SASARAN	Pekeliling Perbendaharaan menetapkan pengukuran prestasi stor melalui paras simpanan stok bagi memastikan kelancaran penyampaian perkhidmatan serta mengelakkan penyimpanan stok melebihi keperluan yang akan menjurus kepada pembaziran. Secara keseluruhan, KPI ini berjaya mencapai sasaran (90%) yang ditetapkan bermula tahun 2019. Sasaran yang sama iaitu 90% perlu dikekalkan bagi memastikan jumlah fasiliti yang dapat mencapai KPI ini dapat dikekalkan.		
DOKUMEN SOKONGAN	Laporan Bulanan Stok Ubat Terperinci (OL27401 & OL27404)		
FREKUENSI PELAPORAN DATA	3 Bulanan		
PEGAWAI TEKNIKAL	Encik Mohd 'Izzat bin Idris Ketua Penolong Pengarah Kanan Cawangan Pengurusan Farmasi Logistik Bahagian Amalan dan Perkembangan Farmasi 03-7841 3395 / 013-3009107 mohdizzat@moh.gov.my		

KPI 4.8	Peratus Toddler Dengan Status <i>Maintaining Orally-Fit</i>																				
TAFSIRAN	KPI ini bermaksud <i>toddler</i> yang mengekalkan status <i>orally-fit</i> pada tahun semasa (tidak perlu rawatan /TPR)																				
DEFINISI ISTILAH	Mengekalkan status <i>orally-fit</i>: Kes tidak perlu rawatan (TPR). Kedatangan baharu <i>toddler</i>: Kedatangan baharu <i>toddler</i> untuk pemeriksaan awal pergigian pada tahun semasa																				
JUSTIFIKASI KPI	Status <i>orally-fit</i> di kalangan toddler adalah penting untuk dipantau bagi memastikan golongan ini mempunyai kesihatan mulut yang baik di peringkat awal usia. Kepentingan status orally-fit perlu dipupuk dari awal agar kanak-kanak dapat mengekalkan kesihatan mulut yang baik sehingga mereka meningkat dewasa.																				
KRITERIA	Kriteria Inklusi: 1. Semua <i>toddler</i> berumur 4 tahun dan ke bawah yang tidak perlu rawatan pergigian semasa pemeriksaan awal pergigian dibuat Kriteria Eksklusi: Tiada																				
KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: Bilangan <i>toddler</i> yang tidak perlu rawatan Denominator: Jumlah kedatangan baharu <i>toddler</i> pada tahun semasa Kaedah Pengiraan: Bilangan <i>toddler</i> yang tidak perlu rawatan X100% Jumlah kedatangan baharu <i>toddler</i> pada tahun semasa																				
TREND PENCAPAIAN	<table><tr><th>Tahun</th><th>Sasaran</th><th>Pencapaian</th></tr><tr><td>2019</td><td>-</td><td>72.4%</td></tr><tr><td>2020</td><td>-</td><td>74.9%</td></tr><tr><td>2021</td><td>≥50%</td><td>83.2%</td></tr><tr><td>2022</td><td>≥75%</td><td>86.0%</td></tr><tr><td>Jan- Mei 2023</td><td>≥75%</td><td>74.3%</td></tr></table>			Tahun	Sasaran	Pencapaian	2019	-	72.4%	2020	-	74.9%	2021	≥50%	83.2%	2022	≥75%	86.0%	Jan- Mei 2023	≥75%	74.3%
Tahun	Sasaran	Pencapaian																			
2019	-	72.4%																			
2020	-	74.9%																			
2021	≥50%	83.2%																			
2022	≥75%	86.0%																			
Jan- Mei 2023	≥75%	74.3%																			
SASARAN 2024	≥ 75%																				
JUSTIFIKASI SASARAN	Sasaran yang ditetapkan adalah berdasarkan pencapaian kebangsaan.																				
DOKUMEN SOKONGAN	1. No. rujukan fail – Senarai Petunjuk Prestasi Utama, KKM.100-13/2/20 2. Laporan OH Data TOD Pin.1/2022 3. Laporan Pencapaian KRA & KPI Program Kesihatan Pergigian (Edaran Mesyuarat Teknikal & JDPKP)																				
FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan																				

PEGAWAI TEKNIKAL	Dr. Siti Masnira binti Jamian Ketua Penolong Pengarah Kanan Cawangan Penjagaan Kesihatan Pergigian Primer Bahagian Penjagaan Kesihatan Pergigian 03 – 8883 3831 siti.masnira@moh.gov.my
-----------------------------	---