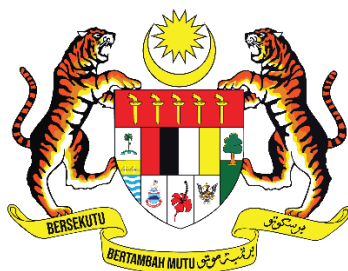


KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

KAMUS PETUNJUK PRESTASI UTAMA (KPI) PENGARAH KESIHATAN NEGERI

2025

Isi kandungan:

Bil.	Nama KPI	Muka surat
4.0	KPI TEKNIKAL	
4.1	# Purata <i>Performance</i> Indeks Jangkitan Aliran Darah berkaitan Penjagaan Kesihatan (<i>bacteraemia</i>)	2
4.2	% Bayi Baru Lahir yang Menjalani Saringan Pendengaran (<i>Universal Newborn Hearing Screening</i>) dalam Tempoh 28 Hari Selepas Kelahiran di Hospital/ Fasiliti Kesihatan Kerajaan	12
4.3	% Kadar Sukses Rawatan Tuberkulosis Warganegara	16
4.4	% Rawatan Antiretroviral (ART) pada Tahun Semasa/ <i>Percentage of People living with HIV Newly Initiated on Antiretroviral Therapy</i>	20
4.5	% Peralatan Perubatan/ Sistem Kejuruteraan Fasiliti Mencapai <i>Uptime</i> di Bawah Perkhidmatan Sokongan Hospital (PSH)	24
4.6	% <i>Toddler</i> dengan Status <i>Maintaining Orally-Fit</i>	27
4.7	# Bilangan Pelaksanaan <i>Budget Impact Analysis</i> bagi Penggunaan Ubat-ubatan di Negeri/Institusi	29
4.8	% Premis Makanan yang Tidak Bersih Diambil Tindakan Penguatkuasaan	31

KPI 4.1	# Purata Performance Indeks Jangkitan Aliran Darah berkaitan Penjagaan Kesihatan (<i>bacteraemia</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: MDRO dikenal pasti dalam makmal mikrobiologi dan termasuk MRSA dan organisma rintang antibiotik yang lain. Definisi kes MDRO mesti memenuhi ketiga-tiga kriteria berikut: 1. Isolasi MDRO daripada mana-mana bahagian badan (termasuk colonizer). 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 / colonizer) di fasiliti sendiri tetapi memperoleh 'jangkitan atau colonizer baharu' dengan MDRO yang berbeza. Case definitions: <i>MDROs are identified in microbiology laboratories and include MRSA and other antibiotic-resistant organisms.</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> <i>A "newly identified" case includes:</i> 1. <i>MDROs identified for the first time during current hospital admission.</i>

	2. <i>Cases that have been identified with MDROs (infection / colonisation) at their own facility but acquire 'new infection or colonisation' with different MDROs.</i>
JUSTIFIKASI KPI	<i>Healthcare-Associated Infections</i> (HCAls) merupakan salah satu komplikasi yang kerap berlaku dalam konteks penyampaian perkhidmatan kesihatan di peringkat global. Kebanyakan HCAls berpunca daripada <i>multidrug-resistant organisms</i> (MDROs) yang memberi kesan buruk kepada pesakit, pelawat dan anggota kesihatan (HCWs). Situasi ini turut memberi kesan buruk yang ketara ke atas sistem kesihatan, termasuk peningkatan kos. Peningkatan <i>Healthcare-associated MDROs</i> (HA-MDROs) menghalang usaha membendung kerintangan antimikrob (AMR) yang merupakan salah satu ancaman kesihatan awam global yang turut memberi impak yang besar kepada ekonomi dan kesihatan manusia dan haiwan. Kemunculan kuman kebal dalam komuniti dan fasiliti kesihatan boleh menjejaskan sebahagian besar populasi apabila mikroorganisma yang dahulunya boleh dirawat menjadi kebal terhadap rawatan sedia ada. Kemunculan AMR menyebabkan tempoh penyakit menjadi lebih lama, meningkatkan perbelanjaan dan beban kewangan perkhidmatan kesihatan, menyebabkan kematian, serta mempengaruhi perdagangan dan keselamatan global. Selain itu, ketiadaan langkah-langkah yang sesuai untuk membendung penyakit yang boleh dicegah dan dikawal dianggap sebagai risiko besar kepada keselamatan kesihatan. Jika tidak ditangani dengan segera, penyebaran AMR secara global berpotensi menyebabkan keruntuhan sistem perkhidmatan kesihatan di seluruh dunia. Memandangkan impak yang disebabkan oleh <i>Healthcare-associated Bloodstream Infections</i> (HA-BSIs), jangkitan aliran darah yang disebabkan oleh organisma tahan rintang yang tertentu telah dimasukkan sebagai salah satu indikator di bawah <i>Sustainable Development Goals (SDG) 3 - Good Health and well-being</i>. Di samping itu, pengurangan HCAI juga merupakan sebahagian daripada indikator teras di bawah <i>Strategic Objective 3 - Safety of clinical processes in the Global patient safety action plan 2021-2030, WHO</i>. Di peringkat nasional, pengurangan HA-BSI akibat organisma tahan rintang tertentu sebanyak 30% daripada tahap semasa menjelang 2026 merupakan salah satu indikator di dalam MyAP-AMR 2022-2026. Berdasarkan Laporan Tahunan Pencegahan dan Kawalan Infeksi (IPC) dan AMR 2023, Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), majoriti jangkitan HA-MDRO adalah disebabkan oleh

	<i>bloodstream infection (BSI) yang merangkumi sehingga 32% daripada semua HCAs.</i> <i>Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA), Carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE) dan Acinetobacter baumannii merupakan MDROs yang biasa ditemui di hospital. Selain itu, MRSA, CRE, dan Acinetobacter baumannii bacteraemia menggambarkan tahap pencegahan dan kawalan infeksi atau penyalahgunaan antibiotik di fasiliti kesihatan. Oleh itu, dengan pemantauan HA-BSI, ia akan menunjukkan keberkesanan program IPC dan program Antimicrobial Stewardship (AMS) di hospital.</i> <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 Prevention and Control (IPC) and Antimicrobial Resistance (AMR) Annual Report 2023", 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: <i>Semua pesakit dalam dengan Healthcare-associated Bloodstream Infections (Bacteraemia) disebabkan oleh Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA), Carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE) dan 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</i> (MDROs) 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 Acinetobacter baumannii. Exclusion criteria: 1. <i>Cases from Emergency Department, 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 <i>bacteraemia</i> bagi tahun berkaitan - Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-CRE <i>bacteraemia</i> bagi tahun berkaitan - Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-Acinetobacter <i>baumannii bacteraemia</i> 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: $A = \frac{\text{Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-MRSA } \textit{bacteraemia} \text{ bagi tahun berkaitan}}{\text{Jumlah kemasukan pesakit dalam bagi tahun yang berkaitan}} \times 10,000$ Di mana (A) merujuk kepada prevalen <i>bacteraemia</i> disebabkan oleh HA-MRSA

	Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-CRE <i>bacteraemia</i> bagi tahun berkaitan $B = \frac{\text{Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-CRE } \textit{bacteraemia} \text{ bagi tahun berkaitan}}{\text{Jumlah kemasukan pesakit dalam bagi tahun yang berkaitan}} \times 10,000$ Di mana (B) merujuk kepada prevalen <i>bacteraemia</i> disebabkan oleh HA-CRE Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-A.<i>Baumanii bacteraemia</i> bagi tahun berkaitan $C = \frac{\text{Jumlah pesakit dengan jangkitan HA-A.} \textit{Baumanii bacteraemia} \text{ bagi tahun berkaitan}}{\text{Jumlah kemasukan pesakit dalam bagi tahun yang berkaitan}} \times 10,000$ Di mana (C) merujuk kepada prevalen <i>bacteraemia</i> disebabkan oleh HA- A.<i>Baumanii</i> Calculation method: Number of HA-MRSA <i>bacteraemia</i> in year t $A = \frac{\text{Number of HA-MRSA } \textit{bacteraemia} \text{ in year t}}{\text{Total number of patient admission in year t}} \times 10,000$ Where, (A) refers to prevalence of <i>bacteraemia</i> due to HA-MRSA Number of HA-CRE <i>bacteraemia</i> in year t $B = \frac{\text{Number of HA-CRE } \textit{bacteraemia} \text{ in year t}}{\text{Total number of patient admission in year t}} \times 10,000$ Where, (B) refers to prevalence of <i>bacteraemia</i> due to HA-CRE Number of HA- A.<i>Baumanii bacteraemia</i> in year t $C = \frac{\text{Number of HA- A.} \textit{Baumanii bacteraemia} \text{ in year t}}{\text{Total number of patient admission in year t}} \times 10,000$ Where, (C) refers to prevalence of <i>bacteraemia</i> due to HA-A.<i>baumannii</i> Pengiraan INDEKS: Indeks A= (100 - (A)) / (100 - 5) Indeks B = (100 - (B)) / (100 - 5) Indeks C = (100 - (C)) / (100 - 8)
--	--

INDEX Calculation:

$$\text{Index A} = (100 - (A)) / (100 - 5)$$

$$\text{Index B} = (100 - (B)) / (100 - 5)$$

$$\text{Index C} = (100 - (C)) / (100 - 8)$$
INDEKS PURATA

$$= (\text{Indeks A} + \text{Indeks B} + \text{Indeks C}) / 3$$
FINAL AVERAGE INDEX

$$= (\text{Index A} + \text{Index B} + \text{Index C}) / 3$$
Kaedah Pengiraan bagi peringkat negeri:

$$\text{Purata Indeks A} = \frac{\text{Jumlah indeks A setiap hospital dalam negeri}}{\text{Jumlah hospital dalam negeri}}$$

$$\text{Purata Indeks B} = \frac{\text{Jumlah indeks B setiap hospital dalam negeri}}{\text{Jumlah hospital dalam negeri}}$$

$$\text{Purata Indeks C} = \frac{\text{Jumlah indeks C setiap hospital dalam negeri}}{\text{Jumlah hospital dalam negeri}}$$

INDEKS PURATA

$$= \text{Purata Indeks A} + \text{Purata Indeks B} + \text{Purata Indeks C} / 3$$
Contoh;

JKN Melaka mempunyai 3 buah hospital;

$$\text{Purata Indeks A bagi JKN Melaka} = \frac{\text{Indeks A Hospital Melaka} + \text{Indeks A Hospital Jasin} + \text{Indeks A Hospital Alor Gajah}}{3}$$

$$\text{Purata Indeks B bagi JKN Melaka} = \frac{\text{Indeks B Hospital Melaka} + \text{Indeks B Hospital Jasin} + \text{Indeks B Hospital Alor Gajah}}{3}$$

$$\text{Purata Indeks C bagi JKN Melaka} = \frac{\text{Indeks C Hospital Melaka} + \text{Indeks C Hospital Jasin} + \text{Indeks C Hospital Alor Gajah}}{3}$$

	Indeks Purata Bagi JKN Melaka = $\frac{(\text{Purata Indeks A JKN Melaka} + \text{Purata Indeks B JKN Melaka} + \text{Purata Indeks C JKN Melaka})}{3}$
	Calculation Method for state level:
	Average Index A= $\frac{\text{Total of index A from all hospitals in the state}}{\text{Total number of hospitals in the state}}$
	Average Index B= $\frac{\text{Total of index B from all hospitals in the state}}{\text{Total number of hospitals in the state}}$
	Average Index C= $\frac{\text{Total of index C from all hospitals in the state}}{\text{Total number of hospitals in the state}}$
	Final Average Index for State Level = $\frac{(\text{Average Index A} + \text{Average Index B} + \text{Average Index C})}{3}$
	<i>Example;</i> <i>Malacca State Health Department has 3 hospitals;</i>
	Average Index A for Malacca State Health Department= $\frac{\text{Index A Malacca Hospital} + \text{Index A Jasin Hospital} + \text{Index A Alor Gajah Hospital}}{3}$
	Average Index B for Malacca State Health Department = $\frac{\text{Index B Malacca Hospital} + \text{Index B Jasin Hospital} + \text{Index B Alor Gajah Hospital}}{3}$
	Average Index C for Malacca State Health Department = $\frac{\text{Index C Malacca Hospital} + \text{Index C Jasin Hospital} + \text{Index B Alor Gajah Hospital}}{3}$

	(Average Index A for Malacca State Health Department + Average Index B for Malacca State Health Department + Average Index C for Malacca State Health Department) 3		
TREND PENCAPAIAN	Tahun	Sasaran	Pencapaian
	2021	-	-
	2022	-	1.03
	2023	≥ 1	1.03
	2024	≥ 1	
	Pencapaian bagi Januari sehingga Disember bagi Jangkitan Aliran Darah berkaitan Penjagaan Kesihatan (bacteraemia) disebabkan oleh <i>Multidrug-resistant organisms</i> (MDROs) tertentu bagi setiap 10,000 kemasukan di hospital KKM adalah menggunakan data Januari sehingga Jun yang telah diverifikasi oleh Unit Kawalan Infeksi, Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan, Bahagian Perkembangan Perubatan, KKM		
SASARAN 2025	≥ 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 <i>Standards for each sub-indicator:</i> 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 dan 2024		
NILAI MIN.	0		

FREKUENSI PELAPORAN DATA	Tahunan
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>
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Dr. Nor Farah Bakhtiar Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah Kanan / UD54 Cawangan/ Sektor: Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan Bahagian: Bahagian Perkembangan Perubatan Tel (Pejabat/HP): 03-8883 1214 / 019-6956679 Alamat e-mel: farah.bakhtiar@moh.gov.my

KPI 4.2	% Bayi Baru Lahir yang Menjalani Saringan Pendengaran (<i>Universal Newborn Hearing Screening</i>) dalam Tempoh 28 Hari Selepas Kelahiran di Hospital/ Fasilitas Kesehatan 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%.
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 terdiri daripada anggota kesihatan paramedik. <u>Bayi Baru Lahir (<i>Neonate</i>)</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.

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 dapat 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.

Senarai 48 Hospital yang Terlibat dalam Program UNHS

Negeri	Hospital	Negeri	Hospital
Perlis	1. H. Tuanku Fauziah	Melaka	25.H. Melaka
Kedah	2. H. Sultanah Bahiyah	Johor	26.H. Pakar Sultanah Fatimah
	3. H. Sultan Abdul Halim		27.H. Segamat
	4. H. Kulim		28.H. Enche' Besar Hajjah Khalsom
	5. H. Baling		29.Hospital Sultanah Nora Ismail
	6. H. Sultanah Maliha		30.H. Sultanah Aminah
P. Pinang	7. H. Pulau Pinang		31.H. Sultan Ismail
	8. H. Balik Pulau	Pahang	32.H. Tengku Ampuan Afzan
	9. H. Seberang Jaya		33.H. Sultan Haji Ahmad Shah
	10. H. Bukit Mertajam		34.H. Kuala Lipis
Perak	11. H. Raja Permaisuri Bainun	Terengganu	35.H. Sultanah Nur Zahirah
	12. H. Taiping		36.H. Kemaman
	13. H. Teluk Intan	Kelantan	37.H. Raja Perempuan Zainab II
Selangor	14. H. Ampang		38.H. Pasir Mas
	15. H. Selayang		39.H. Tanah Merah
	16. H. Sungai Buloh		40.H. Sultan Ismail Petra
	17. H. Tengku Ampuan Rahimah		41.H. Machang

		18. H. Shah Alam		42. Hospital Gua Musang	
		19. H. Serdang	Sabah	43. H. Wanita dan Kanak Kanak Sabah	
	Wilayah	20. H. Tunku Azizah		44. H. Tawau	
		21. H. Putrajaya		45. H. Duchess of Kent	
	Negeri Sembilan	22. H. Tuanku Ja'afar	Sarawak	46. H. Sibu	
		23. H. Rembau		47. H. Umum Sarawak	
		24. H. Tuanku Ampuan Najihah		48. H. Miri	
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 lahir hidup di hospital dan menjalani saringan pendengaran sebelum/ pada umur 28 hari x 100 % Jumlah kelahiran hidup di hospital. Pelaporan Januari - Jun menggunakan cohort data Disember 2024 sehingga Mei 2025. Pelaporan Januari - Disember menggunakan cohort data Disember 2024 sehingga November 2025				
TREND PENCAPAIAN		Tahun	Sasaran	Pencapaian	
		2023	70%	77%	
		2024	80%		
SASARAN 2025	≥85%				
JUSTIFIKASI SASARAN	Pengesanan masalah pendengaran dalam kalangan bayi masih rendah kerana kadar liputan saringan pendengaran yang masih tidak mencapai sasaran ≥ 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</i> MOH (2022) JCIH Position Statement 2019.				

	Senarai 61 hospital yang menjalankan program saringan pendengaran bayi (UNHS).
FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Dr. Syazni Binti Badrol Hisham Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah Kanan UD54 Cawangan/ Sektor: Cawangan Perkembangan Perkhidmatan Perubatan Bahagian: Bahagian Perkembangan Perubatan Tel (Pejabat/HP): 03 8883 1163 Alamat e-mel: 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 yang menunjukkan progress klinikal kesihatan atau tiada penyakit lagi. 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 HR/RR/MDR/Pre-XDR/ XDR-TB 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 TB yang tidak dimulakan rawatan Tibi
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																																																							
	<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>2023</td><td>≥90%</td><td>91.2%</td></tr><tr><td>2024</td><td>≥90%</td><td></td></tr></table>	Tahun	Sasaran	Pencapaian	2020	≥90%	87%	2021	≥90%	88%	2022	≥90%	89.5%	2023	≥90%	91.2%	2024	≥90%																																						
	Tahun	Sasaran	Pencapaian																																																					
	2020	≥90%	87%																																																					
	2021	≥90%	88%																																																					
	2022	≥90%	89.5%																																																					
	2023	≥90%	91.2%																																																					
	2024	≥90%																																																						
	Jadual 2. Pencapaian KPI Kadar Sukses Rawatan TB Warganegara Mengikut Negeri, 2023 dan 2024 (Jan hingga Mei) dan sasaran 2025																																																							
	<table><tr><th>NEGERI</th><th>2023</th><th>2024 (Jan-Mei)</th><th>Sasaran 2025</th></tr><tr><td>Johor</td><td>91.1</td><td>89.0</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Kedah</td><td>91.4</td><td>93.9</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Kelantan</td><td>90.9</td><td>91.3</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Melaka</td><td>92.8</td><td>94.4</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Negeri Sembilan</td><td>92.6</td><td>92.3</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Pahang</td><td>96.2</td><td>96.2</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Perak</td><td>92.0</td><td>92.3</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Perlis</td><td>87.0</td><td>96.3</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Pulau Pinang</td><td>90.0</td><td>88.5</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Sabah</td><td>91.4</td><td>87.1</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Sarawak</td><td>93.2</td><td>92.3</td><td>≥90%</td></tr><tr><td>Selangor</td><td>89.4</td><td>85.3</td><td>≥88%</td></tr><tr><td>Terengganu</td><td>95.4</td><td>92.9</td><td>≥90%</td></tr></table>	NEGERI	2023	2024 (Jan-Mei)	Sasaran 2025	Johor	91.1	89.0	≥90%	Kedah	91.4	93.9	≥90%	Kelantan	90.9	91.3	≥90%	Melaka	92.8	94.4	≥90%	Negeri Sembilan	92.6	92.3	≥90%	Pahang	96.2	96.2	≥90%	Perak	92.0	92.3	≥90%	Perlis	87.0	96.3	≥90%	Pulau Pinang	90.0	88.5	≥90%	Sabah	91.4	87.1	≥90%	Sarawak	93.2	92.3	≥90%	Selangor	89.4	85.3	≥88%	Terengganu	95.4	92.9
NEGERI	2023	2024 (Jan-Mei)	Sasaran 2025																																																					
Johor	91.1	89.0	≥90%																																																					
Kedah	91.4	93.9	≥90%																																																					
Kelantan	90.9	91.3	≥90%																																																					
Melaka	92.8	94.4	≥90%																																																					
Negeri Sembilan	92.6	92.3	≥90%																																																					
Pahang	96.2	96.2	≥90%																																																					
Perak	92.0	92.3	≥90%																																																					
Perlis	87.0	96.3	≥90%																																																					
Pulau Pinang	90.0	88.5	≥90%																																																					
Sabah	91.4	87.1	≥90%																																																					
Sarawak	93.2	92.3	≥90%																																																					
Selangor	89.4	85.3	≥88%																																																					
Terengganu	95.4	92.9	≥90%																																																					

	WPKuala Lumpur	87.4	89.7	≥88%
	WP Labuan	98.6	79.2	≥90%
	Malaysia	91.2	89.5	≥90%
SASARAN 2025	Kebangsaan: ≥ 90%			
	Negeri:			
	NEGERI		Sasaran 2025	
	Johor		≥90%	
	Kedah		≥90%	
	Kelantan		≥90%	
	Melaka		≥90%	
	Negeri Sembilan		≥90%	
	Pahang		≥90%	
	Perak		≥90%	
	Perlis		≥90%	
	Pulau Pinang		≥90%	
	Sabah		≥90%	
	Sarawak		≥90%	
	Selangor		≥88%	
	Terengganu		≥90%	
	WPKL & Putrajaya		≥88%	
	WP Labuan		≥90%	
	MALAYSIA		≥90%	
	JUSTIFIKASI SASARAN	Sasaran OT adalah berdasarkan tren pencapaian kadar sukses rawatan bagi tahun 2020 hingga 2023.		
NILAI MIN.	0			
FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan			

DOKUMEN SOKONGAN	1. <i>WHO Global Tuberculosis Report 2021</i> 2. <i>Definitions and reporting framework for tuberculosis – 2013 revision, Management of Tuberculosis, 3rd Edition (2012).</i> 3. Manual Sistem Maklumat Tibi Kebangsaan –TBIS (2002) 4. TBIS 101A (Muat turun dari sistem MyTB) 2020, 2021, 2022, 2023
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Dr. Asmah binti Razali Jawatan/ Gred: KPPK UD56 Cawangan/ Sektor: Kawalan Tibi/Kusta Bahagian: Kawalan Penyakit Tel (Pejabat/HP): 03 8883 4371 Alamat e-mel: dr.asmahrazali@moh.gov.my

KPI 4.4	% 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 = $\frac{\text{Bilangan kes baru HIV (warganegara) pada tahun semasa yang dimulakan rawatan ART}}{\text{Bilangan kes baru HIV (warganegara) pada tahun semasa}}$ (<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 kes baru HIV dalam kalangan warganegara Malaysia pada tahun semasa

	Kriteria Eksklusi: 1. Kes baru HIV warganegara pada tahun semasa yang meninggal dunia 2. Kes baru HIV bukan warganegara																		
KAEDAH PENGUKURAN	Numerator: Bilangan kes baru HIV (warganegara) pada tahun semasa yang dimulakan ART (sumber data: linelist ART pada tahun semasa) Denominator: Bilangan kes baru HIV (warganegara) pada tahun semasa (Sumber data: linelist kes baru NAR Januari – Disember pada tahun semasa) Kaedah Pengiraan: Kes baru HIV (warganegara) tahun semasa yang dimulakan ART Bilangan kes baru HIV (warganegara) pada tahun semasa X 100%																		
TREND PENCAPAIAN	<table><tr><th>Tahun</th><th>Sasaran</th><th>Pencapaian</th></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>88.5%</td></tr><tr><td>2024</td><td>>80%</td><td>85.4% (Jan-Mac)</td></tr></table>	Tahun	Sasaran	Pencapaian	2020	>60%	79.8%	2021	>60%	80.8%	2022	>60%	86.5%	2023	>70%	88.5%	2024	>80%	85.4% (Jan-Mac)
Tahun	Sasaran	Pencapaian																	
2020	>60%	79.8%																	
2021	>60%	80.8%																	
2022	>60%	86.5%																	
2023	>70%	88.5%																	
2024	>80%	85.4% (Jan-Mac)																	
SASARAN 2025	≥ 85% (Kebangsaan) Cadangan liputan rawatan ART mengikut negeri <table><tr><th>NEGERI</th><th>Cadangan sasaran 2025 mengikut negeri</th></tr><tr><td>Perlis</td><td>≥80%</td></tr><tr><td>Kedah</td><td>≥85%</td></tr><tr><td>Pulau Pinang</td><td>≥85%</td></tr><tr><td>Perak</td><td>≥85%</td></tr><tr><td>Selangor</td><td>≥85%</td></tr><tr><td>WPKL & Putrajaya</td><td>≥85%</td></tr></table>	NEGERI	Cadangan sasaran 2025 mengikut negeri	Perlis	≥80%	Kedah	≥85%	Pulau Pinang	≥85%	Perak	≥85%	Selangor	≥85%	WPKL & Putrajaya	≥85%				
NEGERI	Cadangan sasaran 2025 mengikut negeri																		
Perlis	≥80%																		
Kedah	≥85%																		
Pulau Pinang	≥85%																		
Perak	≥85%																		
Selangor	≥85%																		
WPKL & Putrajaya	≥85%																		

	Negeri Sembilan	≥85%
	Melaka	≥85%
	Johor	≥85%
	Pahang	≥85%
	Terengganu	≥85%
	Kelantan	≥85%
	Sarawak	≥85%
	Sabah	≥85%
	WP Labuan	≥70%
	MALAYSIA	≥85%
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”.	
NILAI MIN.	0	
FREKUENSI PELAPORAN DATA	Tahunan	
DOKUMEN SOKONGAN	1. Laporan bulanan pendaftaran kes HIV dalam Sistem National AIDS Registry (NAR) 2. Laporan tahunan rawatan ART dari Jabatan Kesihatan Negeri.	

PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Dr. Siti Nor Binti Mat Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah Kanan UD54 Cawangan/ Sektor: HIV/STI/Hep C Bahagian: Kawalan Penyakit Tel (Pejabat/HP): 03-88834271 Alamat e-mel: dr.sitinor@moh.gov.my
-------------------------	--

KPI 4.5	% Peralatan Perubatan/ Sistem Kejuruteraan Fasilitas Mencapai <i>Uptime</i> di Bawah Perkhidmatan Sokongan Hospital (PSH)
TAFSIRAN	KPI ini merujuk kepada usaha untuk meningkatkan <i>uptime</i> peralatan / sistem kejuruteraan bagi Kejuruteraan Fasilitas 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 kefungsi 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 ke bawah)																								
TREND PENCAPAIAN	<table><tr><th>Tahun</th><th>Sasaran</th><th>Pencapaian</th></tr><tr><td>2018</td><td>≥ 92%</td><td>99%</td></tr><tr><td>2019</td><td>≥ 92%</td><td>99%</td></tr><tr><td>2020</td><td>≥ 93%</td><td>99%</td></tr><tr><td>2021</td><td>≥ 93%</td><td>99%</td></tr><tr><td>2022</td><td>≥ 93%</td><td>99%</td></tr><tr><td>2023</td><td>≥ 93%</td><td>99%</td></tr><tr><td>2024</td><td>≥ 93%</td><td>99% (sehingga Jun 2024)</td></tr></table>	Tahun	Sasaran	Pencapaian	2018	≥ 92%	99%	2019	≥ 92%	99%	2020	≥ 93%	99%	2021	≥ 93%	99%	2022	≥ 93%	99%	2023	≥ 93%	99%	2024	≥ 93%	99% (sehingga Jun 2024)
Tahun	Sasaran	Pencapaian																							
2018	≥ 92%	99%																							
2019	≥ 92%	99%																							
2020	≥ 93%	99%																							
2021	≥ 93%	99%																							
2022	≥ 93%	99%																							
2023	≥ 93%	99%																							
2024	≥ 93%	99% (sehingga Jun 2024)																							
SASARAN 2025	≥ 95%																								
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 adalah 93%, di mana sebanyak 7% <i>downtime</i> dibenarkan bagi peralatan/ sistem kejuruteraan yang dipantau.																								
DOKUMEN SOKONGAN	1. Module KPI dalam <i>Asset and Services Information System</i> (ASIS) 2. Fail KPI BPK (KKM.600-38/4/17)																								

FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: En. Azrul Aminurrashid Bin Roslan Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah Kanan, J52 Cawangan/ Sektor: Sektor Kawalselia Perkhidmatan Sokongan Hospital Bahagian: Bahagian Perkhidmatan Kejuruteraan Tel (Pejabat/ HP): 03-8892 4985 Alamat e-mel: azrulamin@moh.gov.my Nama: En. Mohammad Zahid Bin Zamaludin Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah Kanan, J52 Cawangan/ Sektor: Sektor Biomedikal Bahagian: Bahagian Perkhidmatan Kejuruteraan Tel (Pejabat/ HP): 03-8892 4981 Alamat e-mel: m_zahid@moh.gov.my

KPI 4.6	% 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 <i>toddler</i> adalah penting untuk dipantau bagi memastikan golongan ini mempunyai kesihatan mulut yang baik di peringkat awal usia. Kepentingan status <i>orally-fit</i> 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: 1. 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 Jumlah kedatangan baharu <i>toddler</i> pada tahun semasa X100%																							
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>2023</td><td>≥75%</td><td>80.1%</td></tr><tr><td>2024</td><td>≥75%</td><td>TB</td></tr></table>			Tahun	Sasaran	Pencapaian	2019	-	72.4%	2020	-	74.9%	2021	≥50%	83.2%	2022	≥75%	86.0%	2023	≥75%	80.1%	2024	≥75%	TB
Tahun	Sasaran	Pencapaian																						
2019	-	72.4%																						
2020	-	74.9%																						
2021	≥50%	83.2%																						
2022	≥75%	86.0%																						
2023	≥75%	80.1%																						
2024	≥75%	TB																						
SASARAN 2025	≥ 75 %																							
JUSTIFIKASI SASARAN	Sasaran yang ditetapkan adalah berdasarkan pencapaian kebangsaan.																							

NILAI MIN.	0
FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan
DOKUMEN SOKONGAN	1. Laporan TOD Pin.1/2022 2. Laporan Pencapaian KRA & KPI Program Kesihatan Pergigian (Edaran Mesyuarat Teknikal & JDPKP)
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Dr. Siti Masnira binti Jamian Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah Kanan UG52 Cawangan/ Sektor: Cawangan Penjagaan Kesihatan Pergigian Primer Bahagian: Penjagaan Kesihatan Pergigian Tel (Pejabat/HP): 03-8883 3831 Alamat e-mel: siti.masnira@moh.gov.my

KPI 4.7	# Bilangan Pelaksanaan <i>Budget Impact Analysis</i> bagi Penggunaan Ubat-ubatan di Negeri/Institusi
TAFSIRAN	Pelaksanaan kemahiran BIA dalam pembangunan polisi berkaitan ubat-ubatan adalah penting untuk membantu penggunaan sumber sedia ada secara optima dan meningkatkan kualiti perkhidmatan farmasi.
DEFINISI ISTILAH	<i>Budget impact analysis (BIA)</i> merupakan analisis yang memberi anggaran implikasi bajet (sama ada peningkatan atau penjimatan kos) apabila terdapat perubahan dalam tren penggunaan ubat-ubatan.
JUSTIFIKASI KPI	Indikator ini dipantau untuk memastikan aplikasi kemahiran BIA dalam pelaksanaan polisi dan keputusan berkaitan ubat-ubatan.
KRITERIA	Kriteria Inklusi: i. Analisis bagi ubat-ubatan yang mempunyai impak kos yang tinggi ii. Semua negeri/institusi Kriteria Eksklusi: Tiada
KAEDAH PENGUKURAN	Bilangan pembentangan BIA di mesyuarat JKUT negeri/institusi
TREND PENCAPAIAN	KPI Baru
SASARAN 2025	Sasaran nasional: ≥ 17 (Sasaran negeri/institusi: ≥ 1 pembentangan setahun)
JUSTIFIKASI SASARAN	Analisis <i>budget impact</i> ini hanya boleh dibuat oleh pegawai farmasi yang telah dilatih. Sasaran ini ditetapkan berdasarkan kapasiti bilangan pegawai farmasi yang telah dilatih dalam BIA di peringkat negeri/institusi.
NILAI MIN.	0
FREKUENSI PELAPORAN DATA	Tahunan
DOKUMEN SOKONGAN	1. Pelan Strategik Program Perkhidmatan Farmasi 2021-2025 2. Modul latihan EBM & BIA, Bahagian Amalan & Perkhidmatan Farmasi

PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Haarathi Chandriah Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah Kanan UF54 Cawangan/ Sektor: Cawangan Pengurusan Formulari Bahagian: Amalan & Perkembangan Farmasi Tel (Pejabat/HP): 03-78413258 / 012-3972435 Alamat e-mel: haarathi_chandriah@moh.gov.my
-----------------------------	---

KPI 4.8	% 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 demerit 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 deterrent 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 memperolehi 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: Bilangan pemeriksaan premis makanan tidak bersih diambil tindakan penguatkuasaan _____ x 100% Bilangan pemeriksaan premis makanan tidak bersih

TREND PENCAPAIAN			
	Tahun	Sasaran	Pencapaian
	2020	>50%	95.8%
	2021	>70%	88.0%
	2022	>80%	94.6%
	2023	>80%	95.3%
	2024 (Sehingga Jun)	>80%	99.3%
SASARAN 2025	≥ 90%		
JUSTIFIKASI SASARAN	Sasaran yang ditetapkan mengambil kira trend pencapaian dalam tempoh 5 tahun berdasarkan data reten tahunan		
NILAI MIN.	0		
FREKUENSI PELAPORAN DATA	6 Bulanan		
DOKUMEN SOKONGAN	Laporan pencapaian KPI JKN		
PEGAWAI TEKNIKAL	Nama: Badruzzaman bin Abdul Rahim Jawatan/ Gred: Ketua Penolong Pengarah Kanan / C52(M) Cawangan/ Sektor: Cawangan Pematuhan Domestik Bahagian: Bahagian Pematuhan dan Pembangunan Industri, Program Keselamatan dan Kualiti Makanan Tel (Pejabat/HP): 03-88850797 ext 4010 / 019-7256987 Alamat e-mel: badruzzaman@moh.gov.my		