



Garis Panduan  
**Program Pemulihan Kanak-Kanak**  
**Kekurangan Zat Makanan**  
**2015**

Bahagian Pemakanan,  
Kementerian Kesihatan Malaysia

## Kumpulan Kerja Pembentukan Garis Panduan Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan

### **Puan Rokiah Don**

Pengarah  
Bahagian Pemakanan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Cik Rusidah Selamat**

Timbalan Pengarah (Operasi)  
Bahagian Pemakanan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Puan Zaiton Daud**

Timbalan Pengarah (Polisi & Standard)  
Bahagian Pemakanan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Encik Nazli Suhardi Ibrahim**

Ketua Penolong Pengarah Kanan (Pemulihan)  
Bahagian Pemakanan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Puan Norlela Mohd Hussin**

Ketua Penolong Pengarah (Pemulihan)  
Bahagian Pemakanan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Puan Fatimah Zurina Mohamad**

Penolong Pengarah Kanan (Pemulihan Makronutrien)  
Bahagian Pemakanan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Puan Junidah Raib**

Penolong Pengarah Kanan (Pengawasan)  
Bahagian Pemakanan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Cik Nuramalina Muhamad**

Penolong Pengarah (Pemulihan Makronutrien)  
Bahagian Pemakanan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Cik Nur Azlina Abdul Aziz**

Penolong Pengarah (Pengawasan)  
Bahagian Pemakanan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Puan Rusnah Adon**

Penyelia Jururawat Kesihatan  
Bahagian Pemakanan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Puan Rohida Saleh Hudin**

Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Kedah

### **Puan Siti Rohana Din**

Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Pulau Pinang

### **Puan Zuhaida Harun**

Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Pulau Pinang

### **Encik Yahya Ahmad**

Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Perak

### **Puan Zuraini Abdullah**

Pegawai Sains (Pemakanan)  
Jabatan Kesihatan Negeri Perak

### **Puan Jamilah Ahmad**

Pegawai Sains (Pemakanan)  
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

### **Puan Nurul Zaiza Zainudin**

Pegawai Sains (Pemakanan)  
Jabatan Kesihatan Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur

### **Puan Wirdah Mohamed**

Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Sembilan

### **Dr. Mariam Abd Manap**

Pakar Perubatan Keluarga  
Klinik Kesihatan Port Dickson  
Jabatan Kesihatan Negeri Sembilan

### **Encik Mohd Razif Mohd Jamain**

Pegawai Sains (Pemakanan)  
Jabatan Kesihatan Negeri Johor

### **Puan Zahariah Mohd Nordin**

Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Pahang

### **Puan Hjh. Norhaizan Mustapha**

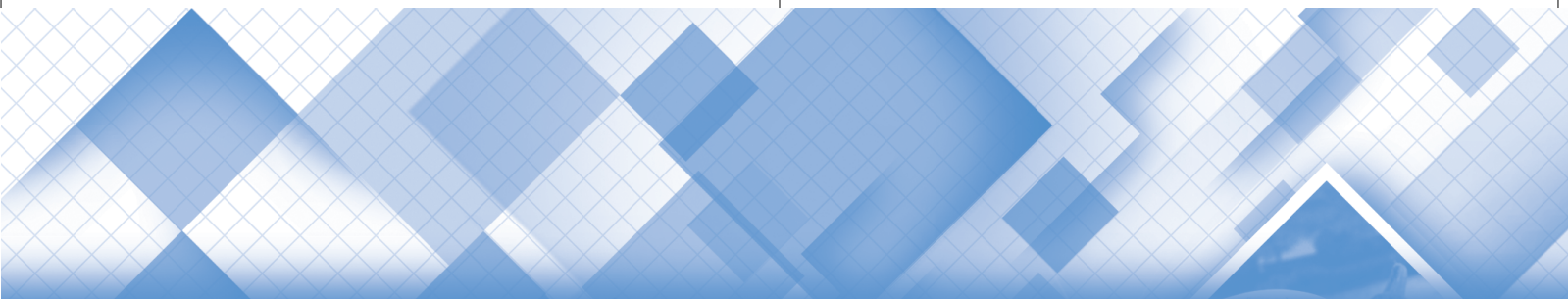
Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan

### **Puan Bong Mee Wan**

Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak

### **Puan Puspawati Mohamed**

Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Sabah



## Isi Kandungan

**01**

- Pengenalan

**01**

- Objektif

**01**

- Kumpulan Sasaran

**02**

- Definisi Kekurangan Zat Makanan (KZM)

**03**

- Kriteria Kelayakan

**03**

- Pendaftaran Kes dalam PPKZM

**04**

- Pengendalian Kes

**04**

- Kaedah Pelaksanaan Pemberian Bantuan

**06**

- Kriteria Pulih Dalam PPKZM

**07**

- Kriteria Pemberhentian Bantuan

**07**

- Tutup Kes

**07**

- Pemantauan Program

**08**

- Penilaian Pencapaian Program

**09**

- Struktur Organisasi Pelaksanaan Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan

## Senarai Lampiran Dan Borang

Bil	Perkara	M/Surat
1.	<b>Lampiran 1:</b> Buku Rekod Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan (PPKZMR-101)	13
2.	<b>Lampiran 2:</b> Dokumen Sokongan untuk Pengesahan Pendapatan Isi Rumah	31
3.	<b>Lampiran 3:</b> Senarai Semak Lawatan Ke Rumah Kes Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan	32
4.	<b>Lampiran 4a:</b> Borang Pesanan Bahan-Bahan Makanan Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan (PPKZMR-203a)	33
5.	<b>Lampiran 4b:</b> Borang Pesanan Bahan-Bahan Makanan Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan (PPKZMR-203b)	36
6.	<b>Lampiran 5:</b> Pilihan Pakej Bakul Makanan	39
7.	<b>Lampiran 6:</b> Spesifikasi Makanan dalam Bakul Makanan di Bawah Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan (PPKZM)	43
8.	<b>Lampiran 7:</b> Rekod Kawalan Stok bagi Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan (PPKZMR-104)	50
9.	<b>Lampiran 8:</b> Laporan Bulanan/ Tahunan Kanak-Kanak KZM yang Tidak Menerima dan Menerima Bantuan PPKZMR-201B	53
10.	<b>Lampiran 9:</b> Laporan Bulanan/ Tahunan Kanak-Kanak KZM yang Tidak Menerima dan Menerima Bantuan PPKZMR-201S	57
11.	<b>Lampiran 10:</b> Laporan Perbelanjaan Bulanan Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan (PPKZMR-202)	61
12.	<b>Lampiran 11:</b> Senarai Contoh Susu Khas	62

## Senarai Jadual

Bil	Perkara	M/Surat
1.	<b>Jadual 1:</b> Pendapatan Garis Kemiskinan (PGK) Mengikut Wilayah 2012 (RM Bulanan)	2
2.	<b>Jadual 2:</b> Kriteria Kelayakan dan Bentuk Bantuan mengikut kriteria pendapatan	3
3.	<b>Jadual 3:</b> Nama Borang dan Pegawai yang Bertanggungjawab untuk Penyelenggaraan Borang	8

## 1. PENGENALAN

Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan (PPKZM) telah dilancarkan pada tahun 1989 sebagai usaha kerajaan untuk meningkatkan taraf pemakanan kanak-kanak berumur enam bulan hingga enam tahun daripada keluarga miskin tegar. Dalam program ini, kanak-kanak yang memenuhi kriteria kelayakan diberi bantuan makanan untuk memastikan kebolehdapatan makanan mereka supaya dapat mencapai pertumbuhan dan perkembangan fizikal yang normal. Kanak-kanak terbabit juga akan diberi rawatan sekiranya menghidap sebarang penyakit. Selain itu, pemberian imunisasi, pendidikan kesihatan, penjagaan kebersihan diri dan persekitaran serta pengawasan yang rapi turut diberi perhatian.

Selain daripada masalah kebolehdapatan makanan itu sendiri, faktor sosio ekonomi yang menyumbang kepada masalah kekurangan zat makanan (KZM) juga diberi penekanan. Oleh itu, keluarga kanak-kanak yang mendapat bantuan makanan akan dirujuk kepada agensi-agensi yang berkaitan untuk mendapatkan bantuan dan khidmat sokongan yang berada di luar bidang kuasa Kementerian Kesihatan. Kerjasama pelbagai agensi adalah amat penting dalam memastikan kejayaan program ini. Bermula akhir tahun 2010, melalui Program Transformasi Kerajaan (GTP 1.0), Kementerian Kesihatan telah diberi tanggungjawab untuk memperluaskan PPKZM kepada kanak-kanak KZM daripada kalangan keluarga miskin tegar kepada keluarga miskin dan mudah miskin.

Bagi memastikan pemantauan program dapat dijalankan dengan lebih berkesan, teratur, cepat dan tepat, Sistem Registri Kebangsaan PPKZM telah dibangunkan sebagai pangkalan data kes kanak-kanak KZM berumur enam bulan hingga enam tahun di seluruh Malaysia pada tahun 2011.

Sehubungan itu, Garis panduan PPKZM ini perlu diguna pakai dan dijadikan rujukan oleh anggota kesihatan dalam pelaksanaan PPKZM.

## 2. OBJEKTIF

Untuk memastikan  $\geq 20\%$  kanak-kanak yang mengalami masalah KZM teruk dan sederhana yang berumur di antara 6 bulan hingga 6 tahun pulih.

## 3. KUMPULAN SASARAN

Kanak-kanak warganegara Malaysia yang berumur di antara 6 bulan hingga 6 tahun yang mengalami masalah KZM teruk dan sederhana daripada keluarga miskin tegar, miskin dan mudah miskin (**rujuk Jadual 1**) serta keluarga berpendapatan RM2000 dan ke atas.

**Jadual 1:** Pendapatan Garis Kemiskinan (PGK) Mengikut Wilayah 2012 (RM Bulanan)

Wilayah	Miskin Tegar		Miskin		Mudah Miskin
	PGK 2012		PGK 2012		GTP 1.0
	Isi Rumah	Per Kapita	Isi Rumah	Per Kapita	
<b>Semenanjung Malaysia</b>	520	130	830	210	<2000
Bandar	510	130	840	220	<2000
Luar Bandar	530	120	790	190	<2000
<b>Sabah &amp; Labuan</b>	660	140	1,090	240	<2000
Bandar	630	140	1,080	240	<2000
Luar Bandar	710	150	1,120	240	<2000
<b>Sarawak</b>	600	140	920	230	<2000
Bandar	630	150	960	230	<2000
Luar Bandar	570	140	870	220	<2000

Sumber: Unit Perancang Ekonomi (EPU), 2013 dan Dokumen Pelan Hala Tuju, Program Transformasi Kerajaan, GTP 1.0, 2010

2

#### 4. DEFINISI KEKURANGAN ZAT MAKANAN (KZM)

##### 4.1 KZM merujuk kepada salah satu atau lebih masalah berikut:

- i. Kurang berat badan (Berat-untuk-umur <-2 SD)
- ii. Terbantut (Panjang/ Tinggi-untuk-umur <-2 SD)
- iii. Susut (BMI-untuk-umur <-2 SD)

##### 4.2 Walau bagaimanapun, indikator berat-untuk-umur dan BMI-untuk-umur diguna pakai dalam penentuan kemasukan kes baru dalam Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan iaitu:

- a. Kurang Berat Badan Teruk (KBBT) sahaja, iaitu berat-untuk-umur <-3SD **ATAU**
- b. Kurang Berat Badan Sederhana (KBBS), iaitu berat-untuk-umur  $\geq$  -3SD - <-2SD DAN susut iaitu BMI-untuk-umur < -2SD **ATAU**
- c. KBBT atau KBBS dengan masalah kongenital seperti *Cerebral Palsy* dan *Congenital Heart Disease* **ATAU**
- d. KBBT atau KBBS dengan tanda-tanda klinikal seperti marasmus, *kwashiorkor* dan *marasmic kwashiorkor*.

**\*Nota:** Kes ini perlu dirujuk terlebih dahulu kepada pihak hospital untuk mendapatkan rawatan.

## 5. KRITERIA KELAYAKAN

Semua kanak-kanak yang didaftarkan dalam PPKZM layak menerima bantuan seperti dalam Jadual 2:

**Jadual 2:** Kriteria Kelayakan dan Bentuk Bantuan mengikut kriteria pendapatan

Bil	Kriteria Kelayakan	Bentuk Bantuan
1.	Semua kes KZM pada para 4.2 daripada keluarga miskin tegar, miskin dan mudah miskin.	<p><b>Bakul Makanan</b> (Rujuk Pakej 1- 13, Lampiran 5)</p> <p><b>Anggaran harga setiap pakej:</b></p> <p><b>Semenanjung Malaysia:</b> RM100.00 – RM200.00</p> <p><b>Sabah, Sarawak dan W.P Labuan:</b> RM150.00 – RM250.00</p>
2.	Semua kes KZM pada para 4.2 <b>DENGAN</b> pendapatan isi rumah RM2000 dan ke atas	<p>Susu Tepung Penuh Krim dan Multivitamin</p> <p><b>Anggaran harga:</b> RM100.00/ pakej</p>

**NOTA:** Pemberian bantuan susu tepung penuh krim dan multivitamin kepada keluarga dengan pendapatan RM2000.00 dan ke atas adalah bergantung kepada peruntukan. Keutamaan peruntukan adalah untuk pembelian bantuan bakul makanan kepada kes daripada keluarga miskin tegar, miskin dan mudah miskin.

## 6. PENDAFTARAN KES DALAM PPKZM

- 6.1 Semua kanak-kanak KZM yang layak menerima bantuan perlu didaftarkan di dalam Buku Rekod Kanak-kanak Kekurangan Zat Makanan, PPKZMR-101 (**Lampiran 1**) dan dikunci masuk ke dalam Sistem Registri Kebangsaan PPKZM, <http://eppkzm.moh.gov.my>. Bagi kes KBBT dan KBBS dengan masalah kongenital, pengurusan kes dijalankan berdasarkan Garis Panduan Pemakanan Kanak-Kanak dengan Keperluan Khas dari Lahir hingga 18 Tahun.
- 6.2 Bagi membolehkan pendaftaran kes dibuat, kanak-kanak/ ibu/ bapa/ penjaga **MESTI** mempunyai kad pengenalan atau dokumen pengenalan diri.
- 6.3 Pegawai Perubatan/ Pegawai Sains (Pemakanan)/ Penyelia Jururawat Kesihatan/ Ketua Jururawat Kesihatan perlu mengesahkan kanak-kanak mengalami KZM dan layak menerima bantuan. Pengesahan ini dibuat menggunakan Buku Rekod Kanak-kanak Kekurangan Zat Makanan, PPKZMR-101 sebelum kes dikunci masuk ke dalam Sistem Registri Kebangsaan PPKZM, <http://eppkzm.moh.gov.my>. Setiap kes yang telah disahkan perlu disemak bersama senarai nama eKasih di bawah Unit Penyelarasan Pelaksanaan, Jabatan Perdana Menteri.
- 6.4 Dokumen sokongan untuk pengesahan pendapatan isi rumah seperti slip gaji atau surat sokongan pengesahan pendapatan isi rumah perlu diperolehi daripada Jawatan Kuasa Ketua Kampung/ Jawatan Kuasa Ketua Kampung Persekutuan/ Tuai Rumah/ Penghulu/ Tok Batin/ badan-badan yang diiktiraf/ Pegawai Kerajaan Kumpulan A atau yang setaraf dengannya (**Lampiran 2**).

## 7. PENGENDALIAN KES

- 7.1 Kes perlu dikendali oleh anggota kesihatan menggunakan Prosedur Operasi Standard Pengendalian Kes Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan. Walau bagaimanapun, bagi kes-kes KBBT dan KBBS dengan masalah kongenital, pengurusan kes adalah berdasarkan Garis Panduan Pemakanan Kanak-Kanak dengan Keperluan Khas dari Lahir hingga 18 Tahun.
- 7.2 Semua kes perlu hadir ke klinik setiap bulan untuk penilaian antropometri dan taraf kesihatan. Bagi kes yang mempunyai alasan yang kukuh untuk tidak hadir ke klinik, pengendalian kes dijalankan melalui lawatan penyeliaan di rumah kes.
- 7.3 Lawatan ke rumah kes yang menerima bantuan hendaklah dijalankan setiap bulan oleh jururawat. Pegawai Sains (Pemakanan) digalakkan untuk menjalankan lawatan ke rumah bersama jururawat sekurang-kurangnya sekali sepanjang kes berada dalam Program. Sementara itu, bagi kes KZM di kawasan pedalaman, lawatan ke rumah kes adalah pada/ setiap tiga bulan sekali atau mengikut jadual pasukan kesihatan bergerak. Rujuk Senarai Semak Lawatan Ke Rumah Kes Kanak-kanak Kekurangan Zat Makanan (**Lampiran 3**).
- 7.4 Runding Cara Pemakanan (RCP) hendaklah diberi kepada ibu/ bapa/ penjaga kes oleh Pegawai Sains (Pemakanan) mengikut keperluan.
- 7.5 Ibu/ bapa/ penjaga juga perlu diberi nasihat oleh Pegawai Perubatan/ Pegawai Sains (Pemakanan)/ Jururawat tentang penyediaan hidangan berkalori tinggi, penjagaan anak, kebersihan diri dan persekitaran serta pencegahan penyakit berjangkit yang boleh mempengaruhi taraf pemakanan dan kesihatan kanak-kanak.

## 8. KAEDAH PELAKSANAAN PEMBERIAN BANTUAN

### 8.1 Peruntukan Bantuan

- 8.1.1 Waran peruntukan daripada Bahagian Kewangan, KKM disalurkan melalui Jabatan Kesihatan Negeri.
- 8.1.2 Pengagihan peruntukan ke daerah adalah berasaskan bilangan kes KZM yang layak diberi bantuan. Pegawai Kesihatan Daerah/ Kawasan/ Bahagian, sebagai pemegang waran, adalah bertanggungjawab mengawal perbelanjaan masing-masing secara berkala.
- 8.1.3 Peruntukan bagi Bakul Makanan hanya untuk pembelian bakul makanan sahaja, tidak boleh sama sekali digunakan untuk pembelian atau tujuan lain, contohnya bayaran makan-minum program/ aktiviti yang dilaksanakan, sebarang pembelian aset dan cenderahati.

### 8.2 Perolehan Dan Pengedaran Bantuan

- 8.2.1 Pegawai Sains (Pemakanan)/ pegawai yang dikenal pasti di peringkat daerah perlu mengesahkan bilangan kes setiap bulan dan memastikan anggota kesihatan membuat pesanan dengan mengisi Borang Pesanan Bahan-Bahan Makanan Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan, PPKZMR-203a (**Lampiran 4a**) dan PPKZMR-203b (**Lampiran 4b**).
- 8.2.2 Pesanan bahan makanan kepada pembekal dibuat mengikut pilihan pakej (**Lampiran 5**) yang telah ditetapkan setiap bulan atau mengikut keperluan.
- 8.2.3 Pegawai Sains (Pemakanan)/ pegawai yang dikenal pasti di peringkat daerah perlu memastikan bahan makanan yang dibekalkan adalah mengikut spesifikasi yang telah ditetapkan seperti di **Lampiran 6**.



- 8.2.4 Anggota kesihatan di peringkat daerah atau klinik perlu memastikan kuantiti, kualiti, pembungkusan, masa dan tempat seperti di dalam borang pesanan PPKZMR-203a dan PPKZMR-203b dipatuhi. Ketidakpatuhan perlu dicatatkan pada ruangan 'keadaan bekalan'. Bekalan bahan makanan yang tidak memuaskan perlu diganti.
- 8.2.5 Penerimaan dan pengagihan bahan makanan perlu direkodkan ke dalam Rekod Kawalan Stok, PPKZMR-104 (**Lampiran 7**). Anggota kesihatan perlu memastikan tatacara berkaitan stor dipatuhi mengikut Pekeliling Perbendaharaan (PP) Bil. 5 Tahun 2009, Tatacara Pengurusan Stor Kerajaan.
- 8.2.6 Setiap kes perlu diberi bantuan makanan pada setiap bulan. Walau bagaimanapun, bagi kes yang berada di kawasan pedalaman atau wujud masalah logistik, di mana bantuan bakul makanan tidak dapat diberi setiap bulan, pemberian bantuan bakul makanan boleh dilanjutkan tidak melebihi tempoh 2 bulan.
- 8.2.7 Bantuan makanan ini dibekalkan dalam tempoh satu hingga dua bulan selepas pendaftaran dalam program dibuat.
- 8.2.8 Sekiranya dalam satu keluarga terdapat lebih daripada seorang anak yang layak mendapat bantuan, bantuan makanan diberi mengikut bilangan kanak-kanak yang layak.

**Contoh:** Sekiranya dalam satu keluarga terdapat 2 orang anak KZM, sebanyak dua bakul makanan perlu diberikan kepada keluarga ini pada setiap bulan. Bantuan makanan ini boleh diberi serentak atau satu diberi pada awal bulan, sementara yang satu lagi diberi pada pertengahan bulan.

- 8.2.9 Kes KZM digalakkan untuk diambil gambar semasa pendaftaran, selepas 6 bulan menerima bantuan dan semasa kes pulih atau ditutup dengan keizinan ibu/ bapa/ penjaga bagi tujuan rekod. Sila catat tarikh gambar tersebut diambil pada setiap keping gambar.

### 8.3 Jenis dan Kandungan Bantuan Makanan

#### 8.3.1 Bakul makanan

Bakul makanan mengandungi 2 bahan asas iaitu bahan makanan dan multivitamin. Bahan makanan ini terdiri daripada 7 item makanan yang mudah didapati. Terdapat 13 pilihan pakej yang boleh dibekalkan kepada kanak-kanak yang layak (**Lampiran 5**) dan mengikut spesifikasi. Pakej 1 hingga 12 mengandungi makanan asas yang boleh membekalkan tenaga sebanyak 39,809 kcal – 54,760 kcal sebulan dan protein sebanyak 1,415g – 1,549g sebulan. Bahan makanan ini dapat memenuhi lebih kurang 102% - 140% daripada keperluan kalori dan 204% – 222% keperluan protein harian. Pakej 13 terdiri daripada susu khas dan multivitamin. Pakej makanan ini boleh membekalkan tenaga sebanyak 8,856 kcal sebulan dan protein sebanyak 266g - 535g sebulan. Bahan makanan dalam pakej ini dapat memenuhi lebih kurang 23% daripada keperluan kalori dan 39% – 78% keperluan protein harian. Anggaran harga bagi setiap pilihan pakej makanan adalah sebanyak RM100.00 – RM200.00 (Semenanjung Malaysia), RM150.00 – RM250.00 (Sabah, Sarawak dan W.P Labuan).

- 8.3.1.1 Pegawai Sains (Pemakanan)/ anggota kesihatan dibenarkan memilih pakej yang sesuai mengikut logistik, keperluan dan kesesuaian serta penerimaan kes. Sebarang pertukaran item di dalam pakej bakul makanan yang sama adalah tidak dibenarkan.
- 8.3.1.2 Dalam situasi di mana harga bakul makanan melebihi kos yang ditetapkan, maka pihak Jabatan Kesihatan Negeri boleh memohon kelulusan kenaikan kadar harga bakul makanan melalui Ibu Pejabat Kementerian Kesihatan Malaysia untuk dikemukakan kepada Kementerian Kewangan Malaysia mengikut tatacara kewangan semasa.

### 8.3.2 Susu tepung penuh krim dan multivitamin

8.3.2.1 Susu tepung penuh krim dibekalkan dalam kuantiti 1 hingga 3 kg sebulan beserta multivitamin dengan anggaran harga sebanyak < RM100.00.

8.3.3 Harga bagi setiap bantuan makanan akan disemak dari semasa ke semasa.

## 9. KRITERIA PULIH DALAM PROGRAM PEMULIHAN KANAK-KANAK KEKURANGAN ZAT MAKANAN

### 9.1 Kriteria Pulih

9.1.1 Kes Kurang Berat Badan Teruk (KBBT) yang menerima bantuan bakul makanan atau susu tepung penuh krim dan multivitamin:

Bagi kanak-kanak KBBT (berat-untuk-umur < - 3SD), kes dikira pulih sekiranya terdapat peningkatan berat badan (mengikut lengkung pertumbuhan) selama 6 bulan penilaian **DAN** BMI-untuk-umur adalah normal.

#### Nota:

- Kes masih dikira pulih sekiranya terdapat sama ada satu kali penurunan berat badan atau satu kali mendatar di antara penilaian pertama dan penilaian ke-6 **DAN** BMI-untuk-umur adalah normal.
- **SEKIRANYA** pada penilaian ke 6 terdapat penurunan berat badan atau mendatar, kes ini dianggap tidak pulih.

9.1.2 Kes Kurang Berat Badan Sederhana (KBBS) yang menerima bantuan bakul makanan atau susu tepung penuh krim dan multivitamin.

Bagi kanak-kanak KBBS (berat-untuk-umur >-3 SD - <-2SD), kes dikira pulih sekiranya terdapat peningkatan berat badan (mengikut lengkung pertumbuhan) selama 3 bulan penilaian **DAN** BMI-untuk-umur adalah normal.

9.1.3 Semua kanak-kanak perlu disahkan pulih oleh Pegawai Perubatan/ Pegawai Sains (Pemakanan)/ Penolong Pegawai Perubatan/ Penyelia Jururawat Kesihatan/ Ketua Jururawat Kesihatan/ Jururawat Kesihatan Awam.

9.1.4 Semua kanak-kanak yang pulih selepas 6 bulan penilaian (KBBT) dan 3 bulan penilaian (KBBS) perlu direkodkan dalam Laporan Bulanan/ Tahunan Kanak-Kanak KZM yang Tidak Menerima dan Menerima Bantuan, PPKZMR-201B (**Lampiran 8**) dan PPKZMR-201S (**Lampiran 9**).

## 10. KRITERIA PEMBERHENTIAN BANTUAN

### 10.1 Kes telah disahkan pulih ATAU

### 10.2 Atas sebab-sebab lain:

- a. Pindah/ tidak dapat dikesan/ enggan menerima bantuan/ meninggal dunia/ tidak bekerjasama  
**ATAU**
- b. Masuk sekolah rendah

**10.3** Bagi kes yang telah berada dalam program selama 24 bulan, dan BMI-untuk-umur adalah normal ( $>-2SD$ ), bantuan hendaklah diberhentikan dan kes ditutup.

## 11. TUTUP KES

### 11.1 Bagi kes yang menerima bantuan:

- a. Tarikh pulih adalah sama dengan tarikh terakhir penerimaan bantuan makanan.
- b. Tarikh berhenti bantuan adalah sebulan selepas tarikh terakhir penerimaan bantuan makanan.
- c. Tarikh tutup kes adalah sama dengan tarikh berhenti bantuan makanan.

**11.2** Kes yang telah ditutup perlu diberi janji temu mengikut norma lawatan ke klinik kesihatan.

**11.3** Kes yang telah dipulihkan boleh didaftarkan semula sekiranya kanak-kanak kembali mengalami masalah susut iaitu BMI-untuk-umur  $<-2SD$ .

## 12. PEMANTAUAN PROGRAM

**12.1** Maklumat bantuan makanan dan ukuran berat badan/ tinggi perlu dikemaskini setiap bulan ke dalam Buku Rekod Kanak-kanak Kekurangan Zat Makanan, PPKZMR-101 dan dikunci masuk ke dalam Sistem Registri Kebangsaan PPKZM, <http://epkzm.moh.gov.my>.

**12.2** Laporan Perbelanjaan Bulanan Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan, PPKZMR-202 (**Lampiran 10**) perlu diisi dan dihantar kepada Bahagian Pemakanan setiap bulan.

12.3 Penyelenggaraan borang hendaklah dibuat seperti di **Jadual 3**:

**Jadual 3:** Nama borang dan pegawai yang bertanggungjawab untuk penyelenggaraan borang.

Bil	Nama borang	Pegawai Bertanggungjawab	Catatan
1.	Buku Rekod Kanak-kanak Kekurangan Zat Makanan, PPKZMR-101	PSP/PJK/KJK/JKA/JK/JM	Disimpan di klinik
2.	Borang Pesanan Bahan-bahan Makanan Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan, PPKZMR-203a dan PPKZMR-203b	KJK/ JKA/ JK/ JM	Disimpan di klinik/ Pejabat Kesihatan Daerah
3.	Rekod Kawalan Stok Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan PPKZMR-104	KJK/ JKA/ JK/ JM	Disimpan di klinik
4.	Laporan Bulanan/ Tahunan Kanak-Kanak yang Tidak Menerima dan Menerima Bantuan, PPKZMR-201B dan PPKZMR-201S	PSP/ PJK/ KJK	Dihantar kepada PSP Negeri untuk dikemukakan kepada Bahagian Pemakanan setiap bulan.
5.	Laporan Perbelanjaan Bulanan Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan, PPKZMR-202	PSP/ PJK/ KJK	Dihantar kepada PSP Negeri untuk dikemukakan kepada Bahagian Pemakanan setiap bulan.

8

### 13. PENILAIAN PENCAPAIAN PROGRAM

Penilaian pencapaian PPKZM akan dibuat setiap 6 bulan (Jun dan Disember). Kes dengan masalah kongenital dan tanda-tanda klinikal tidak diambil kira dalam penilaian program.

#### 13.1 Pulih Dalam PPKZM

Perkiraan dibuat berdasarkan formula berikut:

$$\frac{\text{Bilangan kanak-kanak pulih}}{(\text{Bilangan kanak-kanak semasa} + \text{bilangan kes berhenti}) - (\text{kes baru})} \times 100$$

#### Nota:

- Kes baru bagi KBBT adalah <6 bulan dan kes baru bagi KBBS adalah <3 bulan.
- Data bagi pengiraan pulih ini diperolehi daripada Laporan Bulanan/ Tahunan Kanak-Kanak KZM yang Tidak Menerima dan Menerima Bantuan, PPKZMR 201B (KZM201) dan PPKZMR 201S.

## 14. STRUKTUR ORGANISASI PELAKSANAAN PROGRAM PEMULIHAN KANAK-KANAK KEKURANGAN ZAT MAKANAN

### 14.1 Jawatankuasa Teknikal Kebangsaan Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan

#### 14.1.1 Keahlian

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam) : Pengerusi

Pengarah Bahagian Pemakanan : Timbalan Pengerusi

Ketua Penolong Pengarah Kanan (Pemulihan) Bahagian Pemakanan : Setiausaha

Ahli :

1. Timbalan Pengarah (Operasi) Bahagian Pemakanan
2. Pengarah Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
3. Setiausaha Bahagian Perolehan Dan Penswastaan
4. Pengarah Bahagian Kejururawatan
5. Pakar Pediatrik
6. Pakar Perubatan Keluarga
7. Ketua Penolong Pengarah Kanan (Kesihatan Kanak-Kanak)
8. Ketua Penolong Pengarah Kanan (Kesihatan Ibu & Perinatal)
9. Ketua Penolong Pengarah Kanan (Unit Perkhidmatan Orang Asli)
10. Ketua Penolong Pengarah (Pemulihan)
11. Penolong Pengarah Kanan (Makronutrien)
12. Penolong Pengarah (Makronutrien)
13. Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri
14. Pegawai Kesihatan Persekitaran
15. Ahli-ahli lain yang dijemput (*co-opted members*)
  - Jabatan Kebajikan Masyarakat, Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat
  - Bahagian Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kemajuan Luar Bandar dan Wilayah
  - Jabatan Kemajuan Orang Asli (JAKOA)
  - Jabatan Kemajuan Masyarakat (KEMAS), Kementerian Kemajuan Luar Bandar dan Wilayah
  - PEMANDU
  - Universiti

#### 14.1.2 Terma rujukan

1. Membincangkan isu-isu teknikal pelaksanaan aktiviti-aktiviti di bawah Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan.
2. Memantau dan menilai pencapaian pelaksanaan Program Pemulihan Kanak-kanak Kekurangan Zat Makanan (PPKZM).
3. Membincangkan pelaksanaan program/ aktiviti oleh jabatan/ Kementerian yang berkaitan dalam membantu Program Pemulihan Kanak-kanak Kekurangan Zat Makanan (PPKZM).
4. Mencadang dan memberi input teknikal untuk penambahbaikan PPKZM.

#### 14.1.3 Kekerapan mesyuarat

Mesyuarat diadakan sekurang-kurangnya sekali setahun.

### 14.2 Jawatankuasa Teknikal Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan Peringkat Negeri

#### 14.2.1 Keahlian

- |   |   |                    |
|---|---|--------------------|
| Pengarah Kesihatan Negeri                           | : | Pengerusi          |
| Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Kesihatan Awam) | : | Timbalan Pengerusi |
| Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri                    | : | Setiausaha         |
| Ahli  | : |                    |
1. Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Pengurusan)
  2. Pegawai Kesihatan Keluarga Negeri
  3. Pegawai Kesihatan Daerah
  4. Pakar Pediatrik
  5. Pakar Perubatan Keluarga
  6. Pegawai Sains (Pemakanan) Daerah/ Kawasan/ Bahagian
  7. Penyelia Jururawat Kesihatan Negeri
  8. Penolong Pegawai Kesihatan Persekitaran (BAKAS)
  9. Jabatan Kebajikan Masyarakat.
  10. Jabatan Kemajuan Orang Asli (JAKOA)
  11. Ahli-ahli lain yang dijemput

#### 14.2.2 Terma rujukan

1. Memantau pelaksanaan Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan di setiap peringkat operasi.
2. Membincangkan masalah yang timbul dan mengenal pasti serta mengambil langkah penyelesaian.
3. Menilai pencapaian program dan membuat penambahbaikan setiap aktiviti yang dijalankan.

#### 14.2.3 Kekerapan mesyuarat

Mesyuarat diadakan sekurang-kurangnya sekali setahun.

##### **Nota:**

Sekiranya telah terdapat jawatankuasa yang seumpamanya, jawatankuasa yang baru tidak perlu dibentuk. Agenda yang berkaitan boleh dibawa ke mesyuarat tersebut.

### 14.3 Jawatankuasa Teknikal Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan Peringkat Daerah

#### 14.3.1 Keahlian

Pegawai Kesihatan Daerah	:	Pengerusi
Pegawai Sains (Pemakanan) Daerah/ Kawasan/ Bahagian	:	Setiausaha
Ahli	:	
1.		Pegawai Perubatan dan Kesihatan
2.		Pakar Perubatan Keluarga
3.		Pegawai Sains (Pemakanan) Klinik
4.		Penyelia Jururawat Kesihatan
5.		Penolong Pegawai Tadbir/ Pembantu Tadbir Kanan
6.		Penolong Pegawai Kesihatan Persekitaran (BAKAS)
7.		Jabatan Kebajikan Masyarakat.
8.		Jabatan Kemajuan Orang Asli (JAKOA)
9.		Ahli-ahli lain yang dijemput

### 14.3.2 Terma rujukan

1. Memantau pelaksanaan Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan secara lebih terperinci.
2. Membincangkan masalah yang timbul dan mengenal pasti serta mengambil langkah penyelesaian.
3. Menilai pencapaian program dan membuat penambahbaikan setiap aktiviti yang dijalankan.

### 14.3.3 Kekerapan mesyuarat

Mesyuarat diadakan sekurang-kurangnya sekali setahun.

**Nota:**

Sekiranya telah terdapat jawatankuasa yang seumpamanya, jawatankuasa yang baru tidak perlu dibentuk. Agenda yang berkaitan boleh dibawa ke mesyuarat tersebut.



## BUKU REKOD KANAK-KANAK KEKURANGAN ZAT MAKANAN

Lampiran 1

PPKZMR-101  
Pind. 1/2014

### A. MAKLUMAT KANAK-KANAK

1. Kategori kelayakan :  Miskin Tegar  
*\*Boleh isi lebih dari satu*  
 Miskin  
 Mudah Miskin  
 RM2000.00 dan ke atas  
 PCF
2. Nama penuh :
3. No. Mykid :  -  -
4. Alamat penuh :
5. Tarikh lahir :  /  /   

Hari                      Bulan                      Tahun
6. Jantina :  Lelaki     Perempuan     Ragu
7. Etnik :  Melayu     Bidayuh  
 Cina         Melanau  
 India         Orang Asli Semenanjung  
 Kadazan     Lain-lain Bumiputera Sabah  
 Iban          Lain-lain Bumiputera Sarawak  
 Murut        Lain-lain Kumpulan Etnik, nyatakan  
 Bajau
8. Berat lahir :  .  kg    **Peringatan:** Sila semak sekiranya berat lahir melebihi 5 kg
9. Panjang lahir :  .  cm
10. Status kelahiran :  Matang     Pra matang
11. No. kod kes :     *contoh: 001/14/S atau 002/14/B*
12. Nama fasiliti :
13. Daerah :
14. Negeri :

## B. MAKLUMAT STATUS DALAM PROGRAM

1. Diagnosa KZM :  Kurang Berat Badan Teruk (berat-untuk-umur < - 3SD)  
*\*Boleh tanda lebih dari satu*  Kurang Berat Badan Sederhana (berat-untuk-umur  $\geq$  - 3SD hingga <-2SD)  
 Susut (BMI-untuk-umur <-2SD)  
 Tanda-tanda klinikal  Marasmus  
 Kwashiokor  
 Lain-lain (nyatakan)
- Masalah kongenital/ kecacatan (nyatakan)

2. Sebab-sebab KZM  
*\*Boleh tanda lebih dari satu*

- Kemiskinan (miskin tegar dan miskin)  
 Pengambilan makanan yang tidak mencukupi  
 Tiada ibu bapa  
 Penjagaan anak yang tidak sempurna  
 Bilangan ahli keluarga yang ramai  
 Penyakit (nyatakan)
- Masalah kongenital seperti *Cleft Palate*, jantung berlubang, *Cerebral Palsy*  
 *Gastro-intestinal disorders*  
 Lain-lain (nyatakan)

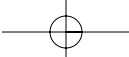
3. Tarikh daftar dalam PPKZM :   /   /    
 Hari Bulan Tahun
4. Umur semasa daftar :  Tahun  Bulan
5. Berat badan semasa daftar :   .  kg
6. Panjang/ tinggi semasa daftar :   .  cm
7. BMI semasa daftar :   .  kg/m<sup>2</sup>

8. BMI-untuk-umur :  Susut Teruk ( $< - 3SD$ )  
 Susut ( $\geq - 3SD - < - 2SD$ )  
 Normal ( $\geq - 2SD$ )
9. Tarikh mula bantuan :  /  /   
Hari Bulan Tahun
10. Umur semasa mula bantuan :  Tahun  Bulan
11. Berat badan semasa mula bantuan :  .  kg
12. Panjang/ tinggi semasa mula bantuan :  .  cm
13. BMI semasa mula bantuan :  .  kg/m<sup>2</sup>
14. BMI-untuk-umur :  Susut Teruk ( $< - 3SD$ )  
 Susut ( $\geq - 3SD - < - 2SD$ )  
 Normal ( $\geq - 2SD$ )

### C. MAKLUMAT KEMUDAHAN

1. Kemudahan asas yang ada di rumah semasa pendaftaran:

Bil	Jenis Kemudahan	Status	Keadaan	Kegunaan
a.	Tandas sempurna	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Guna
		<input type="checkbox"/> Tiada	<input type="checkbox"/> Rosak	<input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Tidak berkenaan	<input type="checkbox"/> Tidak berkenaan
b.	Sistem air kumbahan	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Guna
		<input type="checkbox"/> Tiada	<input type="checkbox"/> Rosak	<input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Tidak berkenaan	<input type="checkbox"/> Tidak berkenaan
c.	Tempat pelupusan sampah	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Guna
		<input type="checkbox"/> Tiada	<input type="checkbox"/> Rosak	<input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Tidak berkenaan	<input type="checkbox"/> Tidak berkenaan



2. Sumber utama bekalan air untuk memasak:  
*\*Boleh tanda lebih dari satu*

- Gravity feed
- Perigi tiub
- Perigi terbuka
- Air hujan
- Air sungai
- Paip air JBA
- Lain-lain (nyatakan):

---

---

3. Rujukan kepada unit/ jabatan/ agensi berkaitan:  
*\*Boleh tanda lebih dari satu*

- Hospital
- JAKOA
- BAKAS
- Pejabat Daerah/ eKasih
- Jabatan Kebajikan Masyarakat
- Lain-lain (nyatakan)

---

---

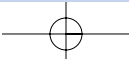
Catatan:

---

---

---

---



#### D. MAKLUMAT KELUARGA

1. Nama ibu :
2. No. KP ibu :  -  -
3. Pekerjaan ibu :  Buruh kasar, pengendali alat pengangkutan, mekanik  
 Petani, penternak, penternak ikan, penoreh getah dan kerja kampung  
 Pekerja perkhidmatan  
 Pekerja jualan  
 Pekerja perkeranian  
 Suri rumah  
 Tidak bekerja  
 Lain-lain (nyatakan)
4. Taraf pendidikan ibu :  Tidak bersekolah  
 Sekolah rendah  
 Sekolah menengah  
 Kolej/ Universiti  
 Lain-lain (nyatakan)
5. Nama bapa :
6. No. KP bapa :  -  -
7. Pekerjaan bapa :  Buruh kasar, pengendali alat pengangkutan  
 Petani, penternak, penternak ikan, penoreh getah dan kerja kampung  
 Pekerja perkhidmatan  
 Pekerja jualan  
 Pekerja perkeranian  
 Suri rumah  
 Tidak bekerja  
 Lain-lain (nyatakan)

8. Taraf pendidikan bapa :  Tidak bersekolah  
 Sekolah rendah  
 Sekolah menengah  
 Kolej/ Universiti  
 Lain-lain (nyatakan)  
\_\_\_\_\_
9. Nama Penjaga :
10. Hubungan dengan kes :
11. No. KP Penjaga :  -  -
12. Pekerjaan Penjaga :  Buruh kasar, pengendali alat pengangkutan, mekanik  
 Petani, penternak, penternak ikan, penoreh getah dan kerja kampung  
 Pekerja perkhidmatan  
 Pekerja jualan  
 Pekerja perkeranian  
 Suri rumah  
 Tidak bekerja  
 Lain-lain (nyatakan)
13. Taraf pendidikan penjaga :  Tidak bersekolah  
 Sekolah rendah  
 Sekolah menengah  
 Kolej/ Universiti  
 Lain-lain (nyatakan)  
\_\_\_\_\_
14. Bil ahli keluarga :  orang
15. Bil anak dalam satu keluarga :  orang

## 16. Pendapatan bulanan isi rumah

a.	Ibu	:	RM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b.	Bapa	:	RM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c.	Penjaga	:	RM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c.	Ahli keluarga lain	:	RM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d.	Lain-lain sumber pendapatan	:	RM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e.	<b>Jumlah</b>	:	<b>RM</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**E. PENGESAHAN**

Dengan ini saya mengesahkan \_\_\_\_\_ (nama kes) adalah kanak-kanak yang mengalami KZM dan layak menerima bantuan dalam PPKZM.

Tandatangan : \_\_\_\_\_  
 Nama : \_\_\_\_\_  
 Jawatan : \_\_\_\_\_  
 Tarikh : \_\_\_\_\_







**H. MAKLUMAT PEMANTAUAN**

Bil	Tarikh Antropometri	Umur		Berat (kg)	Panjang/Tinggi (cm)	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Status Pemakanan		
		Tahun	Bulan				WHO 2006/2007		
							Berat untuk umur	Tinggi untuk umur	BMI untuk umur
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	

22

**I) BERHENTI/ TUTUP KES****Maklumat pulih**

1. Tarikh pulih :  /  /   
Hari Bulan Tahun
2. Berat badan semasa pulih :  .  kg
3. Panjang/ tinggi semasa pulih :  .  cm
4. BMI semasa pulih :  .  kg/m<sup>2</sup>

**Maklumat berhenti bantuan**

5. Tarikh berhenti bantuan :  /  /   
Hari Bulan Tahun
6. Berat badan semasa berhenti bantuan :  .  kg
7. Panjang/ tinggi semasa berhenti bantuan :  .  cm
8. BMI semasa berhenti bantuan :  .  kg/m<sup>2</sup>

**Maklumat tutup kes**

9. Tarikh tutup kes :  /  /   
Hari Bulan Tahun
10. Berat badan semasa tutup kes :  .  kg
11. Panjang/ tinggi semasa tutup kes :  .  cm
12. BMI semasa tutup kes :  .  kg/m<sup>2</sup>
13. Sebab tutup kes :  Pulih  
 Masuk sekolah  
 Meninggal dunia  
 berpindah  
 Enggan menerima bakul  
 Sudah mampu  
 Lain-lain
14. Catatan :



## J. PENGESAHAN PULIH

---

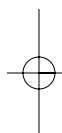
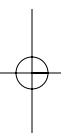
Dengan ini saya mengesahkan \_\_\_\_\_ (nama kes) telah pulih dan kes ditutup.

Tandatangan : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

Jawatan : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_



## Panduan Mengisi Buku Rekod Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan (PPKZMR-101 PIND. 1/2014)

<b>Bahagian A:</b>		<b>Maklumat Kanak-Kanak</b>
<b>Ruangan</b>	<b>Butir/ Perkara</b>	<b>Kemasukan</b>
1	Kategori kelayakan	Pilih kategori kelayakan sama ada miskin tegar, miskin, mudah miskin, pendapatan isi rumah RM2,000.00 dan ke atas atau PCF.
2	Nama penuh	Isikan nama penuh kanak-kanak.
3	No. Mykid	Isikan nombor Mykid kanak-kanak Jika tiada nombor Mykid, sila rujuk Pegawai Sains (Pemakanan) Klinik/ Negeri.
4	Alamat penuh	Isikan alamat lengkap kanak-kanak.
5	Tarikh lahir	Isikan tarikh lahir kanak-kanak.
6	Jantina	Pilih jantina kanak-kanak.
7	Etnik	Pilih kumpulan etnik kanak-kanak seperti dalam senarai.
8	Berat lahir	Isikan berat lahir kanak-kanak dalam kg.
9	Panjang lahir	Isikan panjang lahir kanak-kanak dalam cm.
10	Status kelahiran	Isikan status kelahiran matang atau pra matang.
11	No kod kes	Isikan no kod kes.
12	Fasiliti	Isikan nama fasiliti.
13	Daerah	Isikan daerah tempat tinggal kanak-kanak.
14	Negeri	Isikan negeri tempat tinggal kanak-kanak.

**Bahagian B:****Maklumat Status Dalam Program**

Ruangan	Butir/ Perkara	Kemasukan
1	Diagnosa KZM	Pilih diagnosa KZM seperti dalam senarai. Boleh pilih lebih dari satu diagnosa.
	Tanda-tanda klinikal	Pilih tanda-tanda klinikal seperti dalam senarai.
	Masalah kongenital/ kecacatan	Pilih jika terdapat masalah kongenital/ kecacatan dan nyatakan.
2	Sebab-sebab KZM	Pilih sebab-sebab KZM seperti dalam senarai.
3	Tarikh daftar dalam PPKZM	Isikan tarikh daftar.
4	Umur semasa daftar	Isikan umur semasa daftar.
5	Berat badan semasa daftar	Isikan berat badan semasa daftar dalam kg.
6	Panjang/ tinggi semasa daftar	Isikan panjang/ tinggi semasa daftar dalam cm.
7	BMI semasa daftar	Isikan BMI semasa daftar.
8	BMI-untuk-umur	Tandakan kolum BMI-untuk-umur.
9	Tarikh mula bantuan	Isikan tarikh mula bantuan.
10	Umur semasa mula bantuan	Isikan umur semasa mula bantuan.
11	Berat badan semasa mula bantuan	Isikan berat badan semasa mula bantuan.
12	Panjang/ tinggi semasa mula bantuan	Isikan panjang/ tinggi semasa mula bantuan.
13	BMI semasa mula bantuan	Isikan BMI semasa mula bantuan.
14	BMI-untuk-umur	Tandakan kolum BMI-untuk-umur.

<b>Bahagian C:</b>		<b>Maklumat Kemudahan</b>
<b>Ruangan</b>	<b>Butir/ Perkara</b>	<b>Kemasukan</b>
1	Kemudahan asas yang ada di rumah semasa pendaftaran a. Tandas sempurna b. Sistem air kumbahan c. Tempat pelupusan sampah	Pilih maklumat status, keadaan dan kegunaan seperti dalam senarai.
2	Sumber utama bekalan air untuk memasak	Pilih sumber air yang berkenaan dan boleh pilih lebih dari satu (1) jika berkaitan.
3	Rujukan kepada Unit/ jabatan/ agensi berkaitan	Pilih rujukan yang dibuat dan boleh pilih lebih dari satu (1) jika berkaitan.

<b>Bahagian D:</b>		<b>Maklumat Keluarga</b>
<b>Ruangan</b>	<b>Butir/ Perkara</b>	<b>Kemasukan</b>
1	Nama ibu	Isikan nama penuh ibu kepada kanak-kanak.
2	No. KP ibu	Isikan nombor kad pengenalan ibu.
3	Pekerjaan ibu	Pilih jenis pekerjaan ibu seperti dalam senarai.
4	Taraf pendidikan ibu	Pilih taraf pendidikan ibu seperti dalam senarai.
5	Nama bapa	Isikan nama bapa.
6	No. KP bapa	Isikan no. kad pengenalan bapa.
7	Pekerjaan bapa	Pilih jenis pekerjaan bapa seperti dalam senarai.
8	Taraf pendidikan bapa	Pilih taraf pendidikan bapa/ penjaga seperti dalam senarai.
9	Nama penjaga	Isikan nama penuh penjaga kepada kanak-kanak.
10	Hubungan dengan kes	Isikan hubungan penjaga dengan kes.
11	No. KP penjaga	Isikan nombor kad pengenalan penjaga.
12	Pekerjaan penjaga	Pilih jenis pekerjaan penjaga seperti dalam senarai.
13	Taraf pendidikan penjaga	Pilih taraf pendidikan penjaga seperti dalam senarai.
14	Bil. ahli keluarga	Isikan jumlah bilangan ahli keluarga (termasuk ibu, bapa atau penjaga dan anak).
15	Bil. anak dalam satu keluarga	Isikan jumlah bilangan anak yang ditanggung oleh satu keluarga sahaja.

<b>Bahagian D:</b>		<b>Maklumat Keluarga</b>
<b>Ruangan</b>	<b>Butir/ Perkara</b>	<b>Kemasukan</b>
16	Pendapatan bulanan isi rumah	Isikan pendapatan bulanan isi rumah: a. Ibu b. Bapa c. Penjaga d. Ahli keluarga lain e. Lain-lain sumber pendapatan f. Jumlah

<b>Bahagian E:</b>	<b>Pengesahan</b>
Sila dapatkan pengesahan daripada Pegawai Perubatan/ Pegawai Sains (Pemakanan)/ Penyelia Jururawat Kesihatan/ Ketua Jururawat Kesihatan di klinik masing-masing sebelum dikunci masuk ke dalam Sistem Registri Kebangsaan PPKZM.	

<b>Bahagian F:</b>		<b>Maklumat Bantuan Bakul</b>
<b>Ruangan</b>	<b>Butir/ Perkara</b>	<b>Kemasukan</b>
1	Bilangan	Isikan no. bilangan.
2	Bilangan bakul makanan diterima	Isikan bilangan bakul makanan yang diterima.
3	Pilihan Pakej	Isikan pilihan pakej.
4	Bulan dan tahun diterima	Masukkan bulan dan tahun bakul makanan diterima.
5	Nama penjaga/ penerima bakul	Isikan nama penerima bakul.
6	Nama pegawai yang mengedar bakul	Isikan nama pegawai yang memberi bakul.
7	Catatan	Isikan ruangan catatan jika ada.



<b>Bahagian G:</b>		<b>Maklumat Bantuan Susu Tepung Penuh Krim Dan Multivitamin</b>	
<b>Ruangan</b>	<b>Butir/ Perkara</b>	<b>Kemasukan</b>	
1	Bilangan	Isikan no. bilangan.	
2	Amaun susu tepung penuh krim & multivitamin	Isikan amaun susu tepung penuh krim & multivitamin yang diterima.	
3	Bulan dan tahun diterima	Masukkan bulan dan tahun bantuan makanan diterima.	
4	Nama penjaga/ penerima bantuan	Isikan nama penerima bantuan.	
5	Nama pegawai yang mengedar bantuan	Isikan nama pegawai yang memberi bantuan.	
6	Catatan	Isikan ruangan catatan, jika ada.	

<b>Bahagian H:</b>		<b>Maklumat Pemantauan</b>	
<b>Ruangan</b>	<b>Butir/ Perkara</b>	<b>Kemasukan</b>	
1	Bilangan	Isikan no. bilangan.	
2	Tarikh antropometri	Isikan tarikh antropometri diambil.	
3	Umur	Isikan umur kanak-kanak mengikut tahun dan bulan.	
4	Berat (kg)	Isikan berat kanak-kanak dalam kg.	
5	Panjang/ Tinggi (cm)	Isikan panjang/ tinggi kanak-kanak dalam cm.	
6	<i>Body Mass Index</i> (BMI)	Isikan BMI kanak-kanak.	
7	Berat untuk umur (WHO)	Isikan maklumat pada ruangan (7) – (9) yang diperolehi melalui aplikasi Anthro dan AnthroPlus atau Sistem Registri Kebangsaan PPKZM.	
8	Tinggi untuk umur (WHO)		
9	BMI untuk umur (WHO)	<b>Contoh:</b> Berat-untuk-umur = -3.2	

**Bahagian I:****Berhenti/ Tutup Kes****Maklumat pulih**

1	Tarikh pulih	Isikan tarikh pulih.
2	Berat badan semasa pulih	Isikan berat badan semasa pulih.
3	Panjang/ tinggi semasa pulih	Isikan panjang/ tinggi semasa pulih.
4	BMI semasa pulih	Isikan BMI semasa pulih.

**Maklumat berhenti bantuan**

5	Tarikh berhenti bantuan	Isikan tarikh berhenti bantuan.
6	Berat badan semasa berhenti bantuan	Isikan berat badan semasa berhenti bantuan.
7	Panjang/ tinggi semasa berhenti bantuan	Isikan panjang/ tinggi semasa berhenti bantuan.
8	BMI semasa berhenti bantuan	Isikan BMI semasa berhenti bantuan.

**Maklumat tutup kes**

9	Tarikh tutup kes	Isikan tarikh tutup kes.
10	Berat badan semasa tutup kes	Isikan berat badan semasa tutup kes.
11	Panjang/ tinggi semasa tutup kes	Isikan panjang/ tinggi semasa tutup kes.
12	BMI semasa tutup kes	Isikan BMI semasa tutup kes
13	Sebab tutup kes	Pilih sebab tutup bantuan seperti dalam senarai.
14	Catatan	Isikan ruangan catatan jika ada.

**Bahagian J:****Pengesahan Pulih**

Sila dapatkan pengesahan kanak-kanak PULIH daripada Pegawai Perubatan/ Pegawai Sains (Pemakanan)/ Penolong Pegawai Perubatan Perubatan/ Penyelia Jururawat Kesihatan/ Ketua Jururawat Kesihatan/ Jururawat Kesihatan Awam di klinik masing-masing.

**Lampiran 2:****Dokumen Sokongan Untuk Pengesahan Pendapatan Isi Rumah.****Surat Akuan Pengesahan Pendapatan (Bagi Pemohon Yang Tidak Mempunyai Penyata Gaji)**

Saya dengan ini mengesahkan bahawa ..... (nama ketua isi rumah), No. Kad Pengenalan ..... yang beralamat.....  
 ..... bekerja/ tidak bekerja\*  
 sebagai ..... (nyatakan pekerjaan sekiranya bekerja) dengan pendapatan sebanyak RM ..... sebulan.

(\*potong tidak berkenaan)

Tandatangan : .....  
 Nama : .....  
 No. Kad Pengenalan : .....  
 Jawatan : .....  
 Alamat : .....  
 Tarikh : ..... Cop Rasmi : .....

**Nota:** Pengesahan hendaklah dibuat oleh Jawatan Kuasa Ketua Kampung/ Jawatan Kuasa Ketua Kampung Persekutuan/ Tuai Rumah/ Penghulu/ Tok Batin/ badan-badan yang diiktiraf/ Pegawai Kerajaan Kumpulan A atau yang setaraf dengannya.

**Lampiran 3**

Senarai Semak Lawatan Ke Rumah Kes Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan

**Senarai Semak Lawatan Ke Rumah Kes Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan**

Nama kes : \_\_\_\_\_ Kod kes : \_\_\_\_\_

Umur semasa pendaftaran : \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ Nama klinik : \_\_\_\_\_

Tahun : \_\_\_\_\_

Arahan : Sila isikan atau tandakan (✓) di ruang yang berkenaan.

Perkara	Bulan												Bil. Lawatan											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Tarikh lawatan																								
2 Penggunaan bahan bakul makanan																								
3 Penyimpanan bahan makanan																								
4 Pemberian vitamin																								
5 Rawatan cacing																								
6 Pendidikan pemakanan																								
7 Demonstrasi memasak																								
8 Penilaian (Berat untuk umur, tinggi untuk umur dan BMI untuk umur)																								

\*Sila gunakan helaian tambahan sekiranya ruang tidak mencukupi.

**Lampiran 4a:****PPKZMR-203a**

**Borang Pesanan Bahan-Bahan Makanan**  
**Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan**  
(Diisi oleh pemesan bakul makanan daripada Klinik Kesihatan ke PKD)

1. Tarikh:   /   /    
                    Hari                      Bulan                      Tahun

2. Sila bekalkan terus kepada: \_\_\_\_\_  
(Alamat tempat \_\_\_\_\_  
penghantaran bakul) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Anggota kesihatan yang membuat pesanan

Nama : \_\_\_\_\_  
Tandatangan : \_\_\_\_\_  
Jawatan : \_\_\_\_\_  
Tarikh : \_\_\_\_\_  
No. Tel : \_\_\_\_\_

4. Pegawai yang meluluskan

Nama : \_\_\_\_\_  
Tandatangan : \_\_\_\_\_  
Jabatan (cop) : \_\_\_\_\_  
Tarikh : \_\_\_\_\_  
No. Tel : \_\_\_\_\_

5. Nama Kes KZM	6. Kod Kes	7. Pilihan Pakej

*\*Sila rujuk lampiran 5 untuk pilihan pakej*

8. Jumlah bakul yang dipesan : \_\_\_\_\_

## 9. Keadaan bekalan:

---

(Bahagian ini diisi oleh anggota kesihatan yang menerima. Tandakan (√) dalam ruangan yang tertentu)

Perkara	Memuaskan	Tidak memuaskan	Catatan
1. Kualiti			
2. Kuantiti			
3. Pembungkusan			
4. Tepat pada masa			
5. Tepat pada tempat			

Nama Penerima : \_\_\_\_\_

Tandatangan dan Cop Jabatan : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

## 10. Untuk Kegunaan Pembekal

Saya mengesahkan bahawa bekalan tersebut telah dibekalkan dan diperiksa.

---

(Tandatangan dan Cop Pembekal)

## PANDUAN MENGISI BORANG PESANAN BAHAN-BAHAN MAKANAN PROGRAM PEMULIHAN KANAK-KANAK KEKURANGAN ZAT MAKANAN (PPKZMR-203a)

### 1. Penyelenggaraan Borang Pesanan

- 1.1 Borang ini hendaklah diisi oleh anggota kesihatan yang mengendalikan kes-kes KZM yang menerima bantuan di setiap klinik kesihatan.
- 1.2 Borang ini hendaklah diisi bagi bekalan setiap sebulan mengikut keadaan tempat. Ia hendaklah sampai ke Pejabat Kesihatan Bahagian/ Kawasan/ Daerah sekurang-kurangnya 1 minggu sebelum tarikh pembekalan.

### 2. Arahan-Arahan Tertentu Untuk Mengisi Borang

Ruangan	Butir/ Perkara	Kemasukan									
1	Tarikh	Isikan tarikh pesanan dibuat.									
2	Sila bekalkan terus kepada	Tuliskan alamat klinik kesihatan di mana bahan makanan harus di hantar.									
3	Anggota kesihatan yang membuat pesanan	Isikan butir-butir anggota kesihatan yang membuat pesanan.									
4	Pegawai yang meluluskan	Isikan butir-butir pegawai yang membenarkan dan mengesahkan pesanan iaitu sama ada Pegawai Kesihatan Daerah, Pegawai Perubatan dan Kesihatan, Pegawai Sains (Pemakanan) atau Ketua Jururawat Kesihatan.									
5	Nama kes KZM	Isikan nama dan rekod kes KZM yang memerlukan bakul makanan bagi bulan semasa.									
6	Kod kes	Isikan kod kes yang memerlukan bakul makanan bagi bulan semasa.									
7	Pilihan pakej	Isikan pilihan pakej yang dipesan.									
8	Jumlah bakul yang dipesan	Isikan jumlah keseluruhan bakul yang dipesan.									
9	Keadaan bekalan	<p>Anggota kesihatan yang menerima bekalan harus membuat pemeriksaan secara rawak (random) untuk menentukan keadaan bahan yang diterima. Tandakan (√) pada ruangan yang berkaitan. Jika ada perkara yang tidak memuaskan, catitkan sebabnya dalam ruangan berkenaan.</p> <p><b>Contoh:</b></p> <p>Setelah diperiksa, anggota kesihatan hendaklah tandatangan sebagai tanda menerima.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Memuaskan</th> <th>Tidak Memuaskan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kualiti</td> <td></td> <td>Beras yang dibekalkan ialah gred B</td> </tr> <tr> <td>2. Kuantiti</td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table>		Memuaskan	Tidak Memuaskan	1. Kualiti		Beras yang dibekalkan ialah gred B	2. Kuantiti		√
	Memuaskan	Tidak Memuaskan									
1. Kualiti		Beras yang dibekalkan ialah gred B									
2. Kuantiti		√									
10.	Untuk kegunaan pembekal	Pembekal atau wakilnya hendaklah menurunkan tandatangan atau cop kedai.									





## 10. Keadaan bekalan:

(Bahagian ini diisi oleh anggota kesihatan yang menerima. Tandakan (√) dalam ruangan yang tertentu)

*Nota: Sekiranya bekalan ini dihantar terus ke Klinik Kesihatan tanpa melalui PKD, ruangan ini tidak perlu diisi.*

Perkara	Memuaskan	Tidak memuaskan	Catatan
1. Kualiti			
2. Kuantiti			
3. Pembungkusan			
4. Tepat pada masa			
5. Tepat pada tempat			

Nama Penerima : \_\_\_\_\_

Tandatangan dan Cop Jabatan : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

## 11. Untuk Kegunaan Pembekal

Saya mengesahkan bahawa bekalan tersebut telah dibekalkan dan diperiksa.

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan dan Cop Pembekal)

## PANDUAN MENGISI BORANG PESANAN BAHAN-BAHAN MAKANAN PROGRAM PEMULIHAN KANAK-KANAK KEKURANGAN ZAT MAKANAN (PPKZMR-203b)

### 1. Penyelenggaraan Borang Pesanan

- 1.1 Borang ini hendaklah diisi oleh anggota kesihatan di Pejabat Kesihatan Bahagian/ Kawasan/ Daerah yang memesan bakul makanan dan diserahkan kepada pembekal.
- 1.2 Borang ini hendaklah diisi bagi bekalan setiap sebulan mengikut keadaan tempat dan berdasarkan borang pesanan (PPKZMR 203a) yang dihantar oleh klinik kesihatan sekurang-kurangnya seminggu sebelum tarikh pembekalan. Pejabat Kesihatan Bahagian/ Kawasan/ Daerah akan menghantarnya kepada pembekal dan selepas pembekalan, pekedai akan memulangkannya kepada Pejabat Kesihatan Bahagian/ Kawasan/ Daerah untuk pembayaran. Borang ini diisi dua salinan di mana borang asal disimpan di PKD dan salinan borang diserahkan kepada pembekal.

### 2. Arahan-Arahan Tertentu Untuk Mengisi Borang

Ruangan	Butir/ Perkara	Kemasukan									
1	Tarikh	Isikan tarikh pesanan dibuat.									
2	Sila bekalkan terus kepada	Tuliskan alamat klinik kesihatan di mana bahan makanan harus di hantar.									
3	Tarikh penghantaran bekalan	Isikan tarikh bekalan mesti sampai ke klinik kesihatan tersebut.									
4	Anggota kesihatan yang membuat pesanan	Isikan butir-butir anggota kesihatan yang membuat pesanan.									
5	Pegawai yang meluluskan	Isikan butir-butir pegawai yang membenarkan dan mengesahkan pesanan iaitu sama ada Pegawai Kesihatan Daerah, Pegawai Perubatan dan Kesihatan, Pegawai Sains (Pemakanan) atau Ketua Jururawat Kesihatan.									
6	Nama klinik	Isikan nama klinik.									
7	Jumlah Bakul	Isikan jumlah bakul mengikut klinik pada bulan semasa.									
8	Bilangan bakul mengikut pakej	Isikan bilangan bakul mengikut pakej.									
9	Jumlah keseluruhan	Isikan jumlah keseluruhan pesanan bakul makanan.									
10	Keadaan bekalan	<p>Anggota kesihatan yang menerima bekalan harus membuat pemeriksaan secara rawak (<i>random</i>) untuk menentukan keadaan bahan yang diterima. Tandakan (√) pada ruangan yang berkaitan. Jika ada perkara yang tidak memuaskan, catitkan sebabnya dalam ruangan berkenaan.</p> <p><b>Contoh:</b> Setelah diperiksa, anggota kesihatan hendaklah tandatangan sebagai tanda menerima.</p> <table border="1" data-bbox="694 1890 1362 2070"> <thead> <tr> <th></th> <th>Memuaskan</th> <th>Tidak Memuaskan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kualiti</td> <td></td> <td>Beras yang dibekalkan ialah gred B</td> </tr> <tr> <td>2. Kuantiti</td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table>		Memuaskan	Tidak Memuaskan	1. Kualiti		Beras yang dibekalkan ialah gred B	2. Kuantiti		√
	Memuaskan	Tidak Memuaskan									
1. Kualiti		Beras yang dibekalkan ialah gred B									
2. Kuantiti		√									
11.	Untuk kegunaan pembekal	Pembekal atau wakilnya hendaklah menurunkan tandatangan atau cop kedai.									

## Lampiran 5:

### Pilihan Pakej Bakul Makanan

#### Pilihan 1

Jenis Makanan							
Beras	STPK	Bijirin Sarapan	Biskut	Telur Ayam	Marjerin	Serbuk Malt Coklat	Multivitamin
5 kg	1.8 - 2 kg	0.9 - 1 kg	1.8 - 2 kg	30 biji	240 - 250 g	1 kg	*30/60 biji atau **50-120ml

% kalori daripada lemak - 24%, protein - 12%, karbohidrat - 64%

#### Pilihan 2

Jenis Makanan							
Beras	STPK	Bijirin Sarapan	Biskut	Ikan Sardin	Marjerin	Serbuk Malt Coklat	Multivitamin
5 kg	1.8 - 2 kg	0.9 - 1 kg	1.8 - 2 kg	7 tin (155g/ tin)	240 - 250g	1 kg	*30/60 biji atau **50-120ml

% kalori daripada lemak - 22%, protein - 12%, karbohidrat - 66%

#### Pilihan 3

Jenis Makanan							
Beras	STPK	Bijirin Sarapan	Biskut	Ikan Bilis	Marjerin	Serbuk Malt Coklat	Multivitamin
5 kg	1.8 - 2 kg	0.9 - 1 kg	1.8 - 2 kg	500 g	240 - 250 g	1 kg	*30/60 biji atau **50-120ml

% kalori daripada lemak - 22%, protein - 13%, karbohidrat - 65%

**Pilihan 4**

Jenis Makanan							
Bihun	STPK	Bijirin Sarapan	Biskut	Telur Ayam	Marjerin	Serbuk Malt Coklat	Multivitamin
2.8 - 3 kg	1.8 - 2 kg	0.9-1 kg	1.8 - 2 kg	30 biji	240 - 250 g	1 kg	*30/60 biji atau **50-120ml

% kalori daripada lemak - 28%, protein - 14%, karbohidrat - 59%

**Pilihan 5**

Jenis Makanan							
Bihun	STPK	Bijirin Sarapan	Biskut	Ikan Sardin	Marjerin	Serbuk Malt Coklat	Multivitamin
2.8 - 3 kg	1.8 - 2 kg	0.9 - 1 kg	1.8 - 2 kg	7 tin (155 g/ tin)	240 - 250 g	1 kg	*30/60 biji atau **50-120ml

% kalori daripada lemak - 26%, protein - 14%, karbohidrat - 60%

40

**Pilihan 6**

Jenis Makanan							
Bihun	STPK	Bijirin Sarapan	Biskut	Ikan Bilis	Marjerin	Serbuk Malt Coklat	Multivitamin
2.8 - 3 kg	1.8 - 2 kg	0.9 - 1 kg	1.8 - 2 kg	500 g	240 - 250 g	1 kg	*30/60 biji atau **50-120ml

% kalori daripada lemak - 25%, protein - 15%, karbohidrat - 60%

**Pilihan 7**

Jenis Makanan							
Beras	STPK	Bijirin Sarapan	Biskut	Telur Ayam	Minyak Masak	Serbuk Malt Coklat	Multivitamin
5 kg	1.8 - 2 kg	0.9 - 1 kg	1.8 - 2 kg	30 biji	1 kg	1 kg	*30/60 biji atau **50-120ml

% kalori daripada lemak - 34%, protein - 11%, karbohidrat - 56%

**Pilihan 8**

Jenis Makanan							
Beras	STPK	Bijirin Sarapan	Biskut	Ikan Sardin	Minyak Masak	Serbuk Malt Coklat	Multivitamin
5 kg	1.8 - 2 kg	0.9 - 1 kg	1.8 - 2 kg	7 tin (155 g/ tin)	1 kg	1 kg	*30/60 biji atau **50-120ml

% kalori daripada lemak - 33%, protein - 11%, karbohidrat - 57%

**Pilihan 9**

Jenis Makanan							
Beras	STPK	Bijirin Sarapan	Biskut	Ikan Bilis	Minyak Masak	Serbuk Malt Coklat	Multivitamin
5 kg	1.8 - 2 kg	0.9 - 1 kg	1.8 - 2 kg	500 g	1 kg	1 kg	*30/60 biji atau **50-120ml

% kalori daripada lemak - 32%, protein - 12%, karbohidrat - 57%

**Pilihan 10**

Jenis Makanan							
Bihun	STPK	Bijirin Sarapan	Biskut	Telur Ayam	Minyak Masak	Serbuk Malt Coklat	Multivitamin
2.8 - 3 kg	1.8 - 2 kg	0.9 - 1 kg	1.8 - 2 kg	30 biji	1 kg	1 kg	*30/60 biji atau **50-120ml

% kalori daripada lemak - 39%, protein - 12%, karbohidrat - 50%

**Pilihan 11**

Jenis Makanan							
Bihun	STPK	Bijirin Sarapan	Biskut	Ikan Sardin	Minyak Masak	Serbuk Malt Coklat	Multivitamin
2.8 - 3 kg	1.8 - 2 kg	0.9 - 1 kg	1.8 - 2 kg	7 tin (155 g / tin)	1 kg	1 kg	*30/60 biji atau **50-120ml

% kalori daripada lemak - 38%, protein - 12%, karbohidrat - 51%

**Pilihan 12**

Jenis Makanan							
Bihun	STPK	Bijirin Sarapan	Biskut	Ikan Bilis	Minyak Masak	Serbuk Malt Coklat	Multivitamin
2.8 - 3 kg	1.8 - 2 kg	0.9 - 1 kg	1.8 - 2 kg	500 g	1 kg	1 kg	*30/60 biji atau **50-120ml

% kalori daripada lemak - 37%, protein - 13%, karbohidrat - 51%

**Pilihan 13**

Jenis Makanan	
***Susu Khas/ Susu formula	Multivitamin
1.6 – 2.0 kg	*30 biji/60 biji **50 - 120ml

% kalori daripada lemak - 45%, protein - 12-24%, karbohidrat - 30-45%

**Nota:**

- \* Preskripsi multivitamin sirap adalah bergantung kepada peringkat umur dan berat badan kanak-kanak serta jenis multivitamin yang dibekalkan.
- \*\* Bekalan multivitamin sebanyak **30 biji** adalah bagi tempoh sebulan dan **60 biji** adalah bagi tempoh **dua** bulan.
- \*\*\* Susu formula adalah hanya untuk kanak-kanak 6 bulan hingga 1 tahun sahaja.

**Lampiran 6:****Spesifikasi Makanan Dalam Bakul Makanan Di Bawah Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan (PPKZM)****I. Beras Putih****1. Keperluan**

1.1 Beras putih adalah mengikut gred berikut:

- a. Super Tempatan 5%
- b. Super Tempatan 10%

(Peratus yang dinyatakan ialah kandungan sebenar beras hancur bagi setiap bungkusan).

1.2 Tanpa kutu dan lain-lain ulat.

**2. Pembungkusan dan Pelabelan**

2.1 Beras dalam berat bersih 5 kg hendaklah dibekalkan dalam bungkusan plastik.

2.2 Setiap bungkusan plastik mempunyai label gred dan berat bersih (dalam kilogram).

**II. Ikan Bilis****1. Keperluan**

- 1.1 Gred yang memuaskan.
- 1.2 Bermutu baik.
- 1.3 Kering, keras, tidak berbau busuk.

**2. Pembungkusan**

2.1 Ikan bilis hendaklah dibekalkan sebanyak 500 g/ 0.5 kg.

**III. Minyak Masak****1. Pembungkusan**

Minyak masak daripada sumber kelapa sawit hendaklah dibekalkan dalam botol 1 kg.

## IV. Susu Tepung Penuh Krim

### 1. Keperluan

- 1.1 Susu Tepung Penuh Krim perlu mempunyai komposisi yang seragam.
- 1.2 Warnanya ialah putih/ krim/ coklat dan bebas tompokan perang atau kuning yang disebabkan oleh pemanasan yang keterlaluan dan bebas dari lain-lain warna yang tidak semulajadi.
- 1.3 Perisa dan bau produk dalam bentuk kering atau apabila ditambah air menjadi manis, tulin dan bebas dari bau dan rasa tengik, rasa ikan, keju, bersabun atau lain-lain bau dan rasa yang tidak menyenangkan.
- 1.4 Susu Tepung Penuh Krim hendaklah larut dengan segera sama ada dalam air sejuk atau air panas dalam amaun yang dicadangkan tanpa menghasilkan sebarang ketulan.
- 1.5 Susu yang digunakan dalam penyediaan Susu Tepung Penuh Krim hendaklah dipasteurkan samada sebelum atau semasa penyediaan menggunakan kaedah pemanasan yang dibenarkan.
- 1.6 Susu Tepung Penuh Krim hendaklah diproses dan dipek dibawah keadaan kebersihan yang sepenuhnya dalam premis berlesen mengikut Peraturan Makanan 1985.

### 2. Pembungkusan dan Pelabelan

- 2.1 Susu Tepung Penuh Krim hendaklah dipek dalam tin/paket berplate yang *hermetically sealed* dan kedap udara dengan berpenutup *press-in-lids*. Udara dalam tin susu hendaklah diganti dengan gas nadir. Kualiti tin perlu memenuhi kehendak standard yang diterima pakai untuk pengetinan perdagangan.
- 2.2 Setiap tin/ paket hendaklah mengandungi 900g – 1kg berat bersih Susu Tepung Penuh Krim.
- 2.3 Tin/ paket susu hendaklah mempunyai label nama dan jenama produk, nama dan alamat pengilang, berat bersih kandungan, nombor kod yang menentukan nombor *batch* dan tarikh susu diproses serta tarikh dipek.
- 2.4 Perkataan Susu Tepung Penuh Krim hendaklah diikuti dengan ayat: **"TIDAK SESUAI BAGI BAYI BERUMUR DI BAWAH ENAM BULAN"**.

## V. Susu Formula

### 1. Keperluan

- 1.1 Susu formula adalah makanan untuk tujuan digunakan sebagai bahagian cecair diet berceraai susu untuk bayi berumur 6 bulan ke atas dan kanak-kanak.
- 1.2 Ianya hendaklah berzat secukupnya untuk menyumbang kepada tumbesaran dan perkembangan yang normal apabila digunakan mengikut arahan penggunaannya.

### 2. Pembungkusan dan Pelabelan

- 2.1 Perlu mengandungi arahan bagi cara penyediaan yang betul dan amaran terhadap masalah kesihatan akibat penyediaan yang salah.
- 2.2 Suatu pernyataan yang mengesyorkan jumlah makanan yang telah disediakan itu yang hendak diberikan pada sesuatu masa, dan kekerapan jumlah itu perlu diberikan bagi setiap hari.



- 2.3 Arahan bagi penstoran dan maklumat tentang penyimpanannya sebelum dan selepas bungkusan itu dibuka.
- 2.4 Pernyataan "Sebelum membuat keputusan untuk menggunakan keluaran ini, sila minta nasihat profesional kesihatan".
- 2.5 Label sesuatu bungkusan perlu mengandungi:
  - a) Perkataan "SUSU IBU ADALAH MAKANAN YANG TERBAIK UNTUK BAYI".
  - b) Perkataan "TIDAK BOLEH DIBERIKAN KEPADA BAYI YANG BERUMUR DI BAWAH 6 BULAN".
  - c) Perkataan "RUMUSAN SUSULAN BUKANLAH MAKANAN TUNGGAL BAGI BAYI YANG BERUMUR LEBIH DARIPADA 6 BULAN".
- 2.6 Perlu mengandungi maklumat pemakanan.

## VI. Bihun

### 1. Keperluan

- 1.1 Produk yang diperbuat daripada tepung beras dari mutu yang baik.
- 1.2 Produk hendaklah disediakan dan diproses bagi memastikannya dalam keadaan baik dan berkhasiat.
- 1.3 Urusan persediaan dan pemprosesan hendaklah dilakukan dalam keadaan bersih dan mengikut Peraturan Makanan 1985.
- 1.4 Produk hendaklah halus, bersih, berkhasiat serta rupanya keputih-putihan.
- 1.5 Produk juga hendaklah rangup dan tidak berserabut, sempurna dan tidak hancur semasa penghantaran.
- 1.6 Produk hendaklah bebas daripada kotoran, benda asing, cendawan dan serangan serangga perosak.
- 1.7 Berat produk hendaklah dalam julat 2.8 – 3.0 kg.

### 2. Pembungkusan dan Pelabelan

- 2.1 Bihun hendaklah dibekalkan dalam kuantiti 3 kg. Produk boleh sama ada dipek dalam kuantiti 3 kg, 350g atau 400 g setiap satu peket.
- 2.2 Setiap beg plastik hendaklah ditanda mengikut amalan komersial terbaik dan mempunyai maklumat seperti nama produk dan berat bersih.

## VII. Ikan Sardin

### 1. Keperluan

- 1.1 Ikan yang berkualiti yang telah dibuang bahagian kepala, ekor dan organ dalamnya seperti bahagian usus. Bahagian isinya kental, elastik dan melekat pada tulangnya dan kulitnya tidak rosak. Ikan-ikan ini mestilah bebas dari bau yang kurang enak seperti ammonia, *sulphide indole* dan *trimethylamine*. Ikan yang digunakan ialah ikan tuna/ ikan tamban/ ikan selayang/ ikan kembong.
- 1.2 Berat bersih ikan selepas diproses mestilah 155 g keseluruhannya. Pengasingan dilakukan bagi ikan-ikan yang telah rosak semasa pemrosesan.
- 1.3 Ikan-ikan mestilah ditinkan dan diproses dengan betul untuk memastikan ianya disimpan dalam kondisi yang betul. Proses pengetinan hendaklah dijalankan di bawah kondisi sanitasi/ kebersihan yang ketat selari dengan keperluan kebersihan makanan yang dikuatkuasakan. Pemrosesan dilakukan menggunakan termometer merkuri kaca dan tekanan juga diukur.

### 2. Pembungkusan dan Pelabelan

- 2.1 Penutup tin mestilah mengikut standard yang ditetapkan bagi pengetinan komersial. Penutup berfoil pada lapisan kedua mestilah ketat dan berada dalam dimensi yang betul.
- 2.2 Ikan yang telah diproses dan ditinkan hendaklah dibekalkan seperti yang telah diperlukan dalam tin yang kedap udara bersaiz 300 x 410 dan 300 x 305.
- 2.3 Tin-tin ikan yang telah diproses akan disalut dengan cecair oleh mesin di bahagian luarnya sebagai pelindung daripada karat.
- 2.4 Maklumat pemakanan mestilah dilabel pada badan luar tin iaitu nama produk, berat bersih dan tarikh luput.

## VIII. Telur Ayam

### 1. Keperluan

Bersih, tidak pecah/ retak, normal dan segar.

### 2. Pembungkusan

- 2.1 Telur-telur hendaklah disusun di dalam '*paper mache*' dengan bahagian besar telur menghala ke atas. *Paper mache* hendaklah bersih, baru, kering dan tidak memberi apa-apa kesan dan bau kepada telur.
- 2.2 Telur yang retak atau pecah hendaklah diganti tanpa sebarang bayaran di hari penghantaran itu juga.
- 2.3 Kuantiti bekalan adalah sebanyak 30 biji.

## IX. Biskut

### 1. Keperluan

- 1.1 Bermutu tinggi, tidak pecah atau hancur.
- 1.2 Hendaklah berada di dalam keadaan rangup.
- 1.3 Boleh diganti dengan pelbagai biskut yang mempunyai kandungan kalori dan protein yang tinggi.

### 2. Pembungkusan dan Pelabelan

- 2.1 Biskut hendaklah dibekalkan dalam kuantiti 2 kg.
- 2.2 Label pada peket plastik hendaklah mengandungi nama produk, berat bersih dan tarikh luput.

## X. Multivitamin

### 1. Keperluan

- 1.1 Produk hendaklah berdaftar dengan Pihak Berkuasa Kawalan Dadah (PBKD) dan mendapat kelulusan Kementerian Kesihatan Malaysia serta mempunyai No. Pendaftaran Produk (salinan Sijil Pendaftaran Produk wajib disertakan).
- 1.2 Multivitamin hendaklah mengandungi vitamin-**vitamin** seperti berikut:
  - i. Vitamin A
  - ii. Vitamin C
  - iii. Vitamin D
  - iv. Vitamin E
  - v. Vitamin B<sup>1</sup> (Thiamine)
  - vi. Vitamin B<sup>2</sup> (Riboflavin)
  - vii. Vitamin B<sup>3</sup> (Nicotinamide)
  - viii. Vitamin B<sup>6</sup> (Pyridoxin)
  - ix. Vitamin B<sup>12</sup> (Cyanocobalamine)
- 2.3 Multivitamin boleh mengandungi **asid folik dan zat besi** sebagai vitamin tambahan.
- 2.4 Multivitamin hendaklah bermutu tinggi.
- 2.5 Multivitamin hendaklah dibekalkan di dalam botol yang kedap udara.
- 2.6 Setiap botol hendaklah mengandungi 30/60 biji tablet atau 50 – 120 ml multivitamin.

### 2. Pembungkusan dan Pelabelan

- 2.1 Label pada botol hendaklah jelas dan mengandungi nama dan jenama produk dikeluarkan, kandungan dan tarikh luput produk.
- 2.2 Halal – kemukakan sijil **HALAL** oleh Jabatan Kemajuan Islam Malaysia (JAKIM), sekiranya ada.
- 2.3 Mengisytiharkan kandungan produk mengandungi bahan-bahan daripada sumber *porcine* atau *bovine*, jika berkaitan.
- 2.4 Mengguna bahan pewarna, perisa dan pemanis yang dibenarkan.

## **XI. Marjerin**

### **1. Pembungkusan dan Pelabelan**

- 1.1 Marjerin hendaklah dibekalkan di dalam pek/ bekas 240 g - 250 g.
- 1.2 Label pada pek/bekas hendaklah jelas dan mengandungi nama produk, tarikh luput dan berat bersih produk.

## **XII. Serbuk Malt Coklat**

### **1. Keperluan**

- 1.1 Produk hendaklah disediakan dan diproses dengan sempurna bagi memastikan ia berada dalam keadaan baik.
- 1.2 Warnanya coklat, hadir dalam bentuk serbuk kering dan dibancuh dengan air sebelum diminum.
- 1.3 hendaklah diproses dan dipek di bawah keadaan kebersihan yang sepenuhnya dalam premis berlesen mengikut Peraturan Makanan 1985 di Malaysia.

### **2. Pembungkusan dan Pelabelan**

- 2.1 Serbuk malt coklat hendaklah dibekalkan dalam kuantiti 1 kg.
- 2.2 Bekas plastik hendaklah mempunyai label yang menerangkan berat bersih kandungan, peratus lemak dan lembapan, dan nisbah pembancuhan yang dicadangkan.

## **XIII. Bijirin Sarapan**

### **1. Keperluan**

- 1.1 hendaklah bermutu tinggi, tidak pecah atau hancur.
- 1.2 hendaklah berada di dalam keadaan yang rangup.
- 1.3 Perisa dan bau produk dalam bentuk kering atau apabila ditambah semula air hendaklah manis, tulin dan bebas dari bau dan rasa tengik atau lain-lain bau dan rasa yang tidak menyenangkan.

### **2. Pembungkusan dan Pelabelan**

- 2.1 Bijirin hendaklah dibekalkan dalam kuantiti 900g hingga 1kg.
- 2.2 Label pada kotak/ bungkusan ditanda dengan jelas dan mempunyai maklumat pemakanan seperti tarikh produk dikeluarkan, kandungan, tarikh luput, berat bersih dan cadangan penyediaan bijirin.

## XIV. Susu Khas

### 1. Keperluan

- 1.1 Susu khas adalah produk yang mengandungi sumber kalori dan protein yang tinggi untuk meningkatkan berat badan kanak-kanak. Senarai contoh kandungan nutrien susu khas adalah seperti di dalam **Lampiran 11**.
- 1.2 Susu khas ini sesuai untuk diberikan kepada kanak-kanak yang aktif, *lactose intolerance*, cerewet makan atau sebagai kudapan dan makanan tambahan.
- 1.3 Susu khas ini hendaklah memenuhi spesifikasi paras bahan logam sebagaimana dalam Peraturan Makanan 1985 di Malaysia.

### 2. Pembungkusan Dan Pelabelan

- 2.1 Susu tepung khas hendaklah dipek dalam tin berplate yang *hermatically sealed* dan kedap udara dengan berpenutup *press-in-lids*. Udara dalam tin susu hendaklah diganti dengan gas nadir. Kualiti tin hendaklah memenuhi kehendak *standard* pengetinan perdagangan.
- 2.2 Susu Khas hendaklah dibekalkan dalam kuantiti 1.6 kg – 2.0 kg setiap bulan.
- 2.3 Bekas atau tin susu hendaklah mempunyai label nama dan jenama produk, nama dan alamat pengilang, berat bersih kandungan, nombor kod yang menentukan nombor *batch* dan tarikh susu diproses serta tarikh dipek.



PPKZMR-104

### Panduan Mengisi Rekod Kawalan Stok Bagi Program Pemulihan Kanak-Kanak Kekurangan Zat Makanan (PPKZMR-104)

Rekod ini hendaklah disimpan di setiap klinik kesihatan. Ia hendaklah diisi oleh anggota kesihatan yang menyelia kes-kes KZM yang menerima bantuan.

Tajuk	Arahan								
1. Nama/ Cop Klinik	Tulis atau cop nama klinik.								
2. Kod Klinik	Gunakan Kod Klinik yang telah diberi dalam Fail Rujukan Program Komputerisasi Sistem Maklumat Pengurusan Kesihatan (Kesihatan Keluarga).  <b>Contoh:</b> Negeri Terengganu, Daerah Besut,  Peringkat Operasi, Nama Klinik <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>9</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>5</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Negeri      Daerah      Peringkat      Klinik Operasi</p>	1	2	0	9	0	1	0	5
1	2	0	9	0	1	0	5		

Rekod hendaklah diisi setiap kali bekalan diterima.

Ruangan	Butir/ Perkara	Kemasukan
3	Tarikh terima	Isikan tarikh bekalan diterima.
4	Bilangan bakul/ susu yang diterima	Isikan bilangan bakul/ susu yang diterima sama ada 1 atau 2.
5	Pilihan bakul/ susu makanan	Isikan pilihan bantuan yang dipilih sama ada bakul/ susu.
6	Nama dan tandatangan pegawai penerima stok	Pegawai yang menerima hendaklah menulis namanya dan menurunkan tandatangan.
7	Nama dan tandatangan pegawai yang mengedar bantuan makanan	Pegawai yang mengedar bantuan makanan hendaklah menulis namanya dan menurunkan tandatangan.
8	Tarikh keluar stok	Merujuk kepada tarikh stok dikeluarkan.
9	Bilangan bantuan makanan yang dikeluarkan	Merujuk kepada jumlah bantuan makanan yang dikeluarkan.
10	Nama penuh anak	Tuliskan nama penuh kes yang menerima.
11	No. kod kes	Isikan kod kes yang menerima bantuan.
12	Nama penuh penerima	Tuliskan nama penjaga yang menerima bekalan.

51

Ruangan	Butir/ Perkara	Kemasukan
13	No. kad pengenalan	Merujuk kepada no. kad pengenalan ibu/ penjaga.
14	Tandatangan penerima/ cop ibu jari penerima	Ibu/ penjaga yang menerima bekalan hendaklah menurunkan tandatangan/ cop ibu jari.
15	Baki stok	Merujuk kepada baki stok bantuan makanan yang tinggal.
16	Catatan	Catatkan jika baki stok bantuan makanan berlebihan atau berkurangan contohnya ada kes yang telah ditutup pada bulan itu atau ada kes yang baru dikenal pasti dan baru dimulakan bantuan.



**Lampiran 8**

Laporan Bulanan/ Tahunan Kanak-Kanak KZM yang Tidak Menerima dan Menerima Bantuan

PPKZMR-201B Pind. 1/2014

**Kementerian Kesihatan Malaysia**  
**Sistem Maklumat Pengurusan Kesihatan**  
**Laporan Bulanan/ Tahunan Kanak-Kanak KZM Yang**  
**Tidak Menerima dan Menerima Bantuan**

Negeri : \_\_\_\_\_

Tahun : \_\_\_\_\_

Bulan : \_\_\_\_\_

Bil	Peringkat	Bil. Kes KZM Tidak Layak Menerima Bantuan Baru	Bilangan Kes Terima Bantuan Bulan Lepas	Bilangan Kes KZM Layak Menerima Bantuan BARU				Bilangan Kes Berhenti Mengikut Sebab				Bilangan Semasa Kanak-kanak Menerima Bantuan	
				< - 3SD	$\geq$ -3SD hingga <2SD dan BMI-untuk-umur <2SD	Tanda-tanda Klinikal (Marasmus/ Kwashiorkor)	Masalah Kongenital	Jumlah	Pulih	Masuk Sekolah	Lain-Lain		Jumlah
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Jumlah													

## PANDUAN MENGISI LAPORAN BULANAN/ TAHUNAN KANAK-KANAK KZM YANG TIDAK MENERIMA BANTUAN DAN MENERIMA BANTUAN (PPKZMR 201B PIND. 1/ 2014).

### 1. PANDUAN AM

#### 1.1 Objektif:

- 1.1.1 Mengumpul maklumat tentang bilangan kes KZM semasa, yang menerima bantuan pakej bakul makanan.
- 1.1.2 Mengumpul maklumat bilangan kes yang berhenti bantuan dan sebab-sebab berhenti.
- 1.1.3 Mengawasi kemajuan kes KZM.

### 2. PUNCA DATA

#### 2.1 Punca data untuk mengisi laporan bulanan adalah:

##### a) Peringkat Klinik:

Buku Rekod Kanak-kanak Kekurangan Zat Makanan – PPKZMR 101 Pind. 1/2014.

##### b) Peringkat Daerah:

Laporan bulanan PPKZMR 201B Pind. 1/2014 yang diterima dari Klinik Kesihatan.

### 3. PENYELENGGARAAN LAPORAN BULANAN/ TAHUNAN

#### 3.1 Anggota Kesihatan yang mengisi Laporan Bulanan.

- i) Anggota kesihatan di peringkat operasi diminta menyediakan laporan klinik/ pasukan mereka, seperti berikut:
  - Klinik Desa
  - Pasukan Kesihatan Bergerak
  - Perkhidmatan Doktor Udara
  - Klinik-klinik Tambahan/ Klinik Bergerak
  - Klinik Kesihatan
  - Klinik Kesihatan Ibu dan Anak
- ii) Jururawat Kesihatan Umum/ Jururawat Kesihatan bertanggungjawab untuk mengumpul laporan bulanan bagi setiap klinik di bawah penyeliaannya.
- iii) Ketua Jururawat di Pejabat Kesihatan Bahagian/ Kawasan/ Daerah bertanggungjawab untuk mengumpul laporan-laporan dari semua Klinik kesihatan/ Klinik Desa di bawah penyeliaannya. Pegawai Sains (Pemakanan) Daerah perlu mengesahkan laporan sebelum menghantar secara langsung ke pangkalan data Unit Sistem Maklumat dan Dokumentasi, KKM.
- iv) Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri akan bertanggungjawab untuk memantau pencapaian peringkat daerah yang dihantar secara langsung ke pangkalan data.

#### 4. Arahan-Arahan Tertentu Untuk Mengisi Laporan Bulanan/ Tahunan Kanak-Kanak KZM Yang Tidak Menerima Dan Menerima Bantuan - PPKZMR 201B (PIND. 1/ 2014)

Ruangan	Perkara/ Butir	Kemasukan
1.	Bilangan	Isikan bilangan mengikut siri turutan. Contoh: 1, 2, 3...
2.	Peringkat	<ol style="list-style-type: none"> <li>Peringkat Klinik Desa/ Klinik Kesihatan. Isikan nama kampung.</li> <li>Peringkat operasi Klinik Kesihatan. Isikan nama KK dan KD.</li> <li>Peringkat Daerah. Isikan nama KK.</li> </ol>
3.	Bilangan Kes KZM tidak Layak Menerima Bantuan (Baru)	Isikan bilangan kes KBBS dengan BMI normal.
4.	Bilangan kes terima bantuan bulan lepas	<p>Di peringkat klinik, masukkan bilangan penerima bantuan bagi bulan sebelumnya.</p> <p>Di peringkat daerah, bagi laporan bulan Januari, masukkan bilangan penerima bantuan bulan Disember tahun sebelumnya.</p> <p>Bagi bulan seterusnya ruangan ini akan diisi secara automatik dalam sistem.</p>
<b>5-9</b>	<b>Bilangan kanak-kanak menerima bantuan (kes baru):</b>	<b>Rujuk kepada Ruangan A11, B1 dan B3 dalam Buku Rekod PPKZMR 101 Pind. 1/2014:</b>
5.	< - 3SD	Jumlahkan kes dengan Kod Kes "B" (Ruangan A11) untuk tiap-tiap kes baru dengan berat < - 3SD (Ruangan B1) dan masukkan jumlah ke ruangan berkenaan.
6.	≥ - 3SD hingga < - 2SD dan BMI-untuk-umur < - 2SD	Jumlahkan kes kod mengikut abjad "B" (Ruangan A11) untuk tiap-tiap kes baru dengan Kurang Berat Badan Sederhana (berat-untuk-umur ≥ - 3SD hingga < - 2SD dan BMI-untuk-umur <-2SD) (Ruangan B1) dan masukkan jumlah ke ruangan berkenaan.
7.	Tanda-tanda klinikal Marasmus/ Kwashiorkor/ marasmikwashiorkor	Jumlahkan kes kod mengikut abjad "B" (Ruangan A11) untuk setiap kes baru dengan tanda-tanda klinikal (Ruangan B1) dan masukkan jumlah ke ruangan berkenaan.
8.	Masalah kongenital	Jumlahkan kes kod mengikut abjad "B" (Ruangan A11) untuk setiap kes baru dengan masalah kongenital (Ruangan B1) dan masukkan jumlah ke ruangan berkenaan.
9.	Jumlah	Di peringkat klinik jumlahkan ruangan 5 hingga 8 dan isikan jumlah di ruangan berkenaan.

Ruangan	Perkara/ Butir	Kemasukan
10-13	<b>Bilangan Kes Berhenti Mengikut Sebab</b>	
10.	Pulih	Rujuk ruangan 13 Buku Rekod PPKZMR 101 Pind. 1/2014 untuk sebab tutup kes – Pulih.  isikan jumlahnya di ruangan berkenaan.
11.	Masuk Sekolah	Rujuk ruangan 13 Buku Rekod PPKZMR 101 Pind. 1/2014 untuk sebab tutup kes- masuk sekolah.  isikan jumlah di ruangan berkenaan.
12.	Lain-lain	Rujuk ruangan 13 Buku Rekod PPKZMR 101 Pind. 1/2014 untuk sebab tutup kes- lain-lain (Jumlahkan sebab tutup kes meninggal dunia, berpindah, enggan menerima bakul, sudah mampu dan lain-lain).  isikan jumlahnya di ruangan berkenaan.
13.	Jumlah	Jumlahkan ruangan 10 hingga 12 dan isikan jumlahnya di ruangan berkenaan.
14.	Bilangan semasa kanak-kanak menerima bantuan	Perhitungan untuk bilangan kes semasa ialah:  Kes bulan lepas (ruangan 4 + ruangan 9) tolak kes-kes berhenti bulan semasa (ruangan 13)  Bagi menyediakan laporan penyatuan di peringkat klinik, rujuk pada ruangan 14 laporan bulanan yang dihantar dan jumlahkan.



## **PANDUAN MENGISI LAPORAN BULANAN/ TAHUNAN KANAK-KANAK KZM YANG TIDAK MENERIMA BANTUAN DAN MENERIMA BANTUAN (PPKZMR 201S Pind. 1/ 2014).**

### **1. PANDUAN AM**

#### 1.1 Objektif:

- 1.1.1 Mengumpul maklumat tentang bilangan kes KZM semasa, yang menerima bantuan susu tepung penuh krim dan multivitamin.
- 1.1.2 Mengumpul maklumat bilangan kes yang berhenti bantuan dan sebab-sebab berhenti.
- 1.1.3 Mengawasi kemajuan kes KZM.

### **2. PUNCA DATA**

#### 2.1 Punca data untuk mengisi laporan bulanan adalah:

##### **a) Peringkat Klinik:**

Buku Rekod Kanak-kanak Kekurangan Zat Makanan – PPKZMR 101 Pind. 1/2014.

##### **b) Peringkat Daerah:**

Laporan bulanan PPKZMR 201S Pind. 1/2014 yang diterima dari Klinik Kesihatan.

### **3. PENYELENGGARAAN LAPORAN BULANAN/ TAHUNAN**

#### 3.1 Anggota Kesihatan yang mengisi Laporan Bulanan

- a) Anggota kesihatan di peringkat operasi diminta menyediakan laporan klinik/ pasukan mereka, seperti berikut:
  - Klinik Desa
  - Pasukan Kesihatan Bergerak
  - Perkhidmatan Doktor Udara
  - Klinik-klinik Tambahan/ Klinik Bergerak
  - Klinik Kesihatan
  - Klinik Kesihatan Ibu dan Anak
- b) Jururawat Kesihatan Umum/ Jururawat Kesihatan bertanggungjawab untuk mengumpul laporan bulanan bagi setiap klinik di bawah penyeliaannya.
- c) Ketua Jururawat di Pejabat Kesihatan Bahagian/ Kawasan/ Daerah bertanggungjawab untuk mengumpul laporan-laporan dari semua Klinik kesihatan/ Klinik Desa di bawah penyeliaannya. Pegawai Sains (Pemakanan) Daerah perlu mengesahkan laporan sebelum menghantar secara langsung ke pangkalan data Unit Sistem Maklumat dan Dokumentasi, KKM.
- d) Pegawai Sains (Pemakanan) Negeri akan bertanggungjawab untuk memantau pencapaian peringkat daerah yang dihantar secara langsung ke pangkalan data.

#### 4. Arah-an-Arah-an Tertentu Untuk Mengisi Laporan Bulanan/ Tahunan Kanak-Kanak Kzm Yang Tidak Menerima Dan Menerima Bantuan- PPKZMR 201s (Pind. 1/ 2014)

Ruangan	Perkara/ Butir	Kemasukan
1.	Bilangan	Isikan bilangan mengikut siri turutan. Contoh: 1, 2, 3...
2.	Peringkat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peringkat Klinik Desa/Klinik Kesihatan. Isikan nama kampung.</li> <li>2. Peringkat operasi Klinik Kesihatan. Isikan nama KK dan KD.</li> <li>3. Peringkat Daerah. Isikan nama KK.</li> </ol>
3.	Bilangan kes terima bantuan bulan lepas	<p>Di peringkat klinik, masukkan bilangan penerima bantuan bagi bulan sebelumnya.</p> <p>Di peringkat daerah, bagi laporan bulan Januari, masukkan bilangan penerima bantuan bulan Disember tahun sebelumnya.</p> <p>Bagi bulan seterusnya ruangan ini akan diisi secara automatik dalam sistem.</p>
<b>4-8</b>	<b>Bilangan kanak-kanak menerima bantuan (kes baru):</b>	<b>Rujuk kepada Ruangan A11 dan B1 Buku Rekod PPKZMR 101 Pind. 1/2014:</b>
4.	< -3SD	Jumlahkan kes dengan Kod Kes "S" (Ruangan A11) untuk tiap-tiap kes baru dengan berat < -3SD (Ruangan B1) dan masukkan jumlah ke ruangan berkenaan.
5.	≥-3SD hingga <-2SD dan BMI-untuk-umur <-2SD	Jumlahkan kes kod mengikut abjad "S" (Ruangan A11) untuk tiap-tiap kes baru dengan Kurang Berat Badan Sederhana (berat-untuk-umur ≥-3SD hingga <-2SD dan BMI-untuk-umur <-2SD) (Ruangan B1) dan masukkan jumlah ke ruangan berkenaan.
6.	Tanda-tanda klinikal Marasmus/ Kwashiorkor/ marasmikwashiorkor	Jumlahkan kes kod mengikut abjad "S" (Ruangan A11) untuk setiap kes baru dengan tanda-tanda klinikal (Ruangan B1) dan masukkan jumlah ke ruangan berkenaan.
7.	Masalah kongenital	Jumlahkan kes kod mengikut abjad "S" (Ruangan A11) untuk setiap kes baru dengan masalah kongenital (Ruangan B1) dan masukkan jumlah ke ruangan berkenaan.
8.	Jumlah	Di peringkat klinik jumlahkan ruangan 4 hingga 7 dan isikan jumlah di ruangan berkenaan.

Ruangan	Perkara/ Butir	Kemasukan
9-12	<b>Bilangan Kes Berhenti Mengikut Sebab</b>	
9.	Pulih	Rujuk ruangan I 13 Buku Rekod PPKZMR 101 Pind. 1/2014 untuk sebab tutup kes – Pulih.  isikan jumlahnya di ruangan berkenaan.
10.	Masuk Sekolah	Rujuk ruangan I 13 Buku Rekod PPKZMR 101 Pind. 1/2014 untuk sebab tutup kes- masuk sekolah.  isikan jumlah di ruangan berkenaan.
11.	Lain-lain	Rujuk ruangan I 13 Buku Rekod PPKZMR 101 Pind. 1/2014 untuk sebab tutup kes- lain-lain (Jumlahkan sebab tutup kes meninggal dunia, berpindah, enggan menerima bakul, sudah mampu dan lain-lain).  isikan jumlahnya di ruangan berkenaan.
12.	Jumlah	Jumlahkan ruangan 9 hingga 11 dan isikan jumlahnya di ruangan berkenaan.
13.	Bilangan semasa kanak-kanak menerima bantuan	Perhitungan untuk bilangan kes semasa ialah:  Kes bulan lepas (ruangan 3 + ruangan 8) tolak kes-kes berhenti bulan semasa (ruangan 12).  Bagi menyediakan laporan penyatuan di peringkat klinik, rujuk pada ruangan 13 laporan bulanan yang dihantar dan jumlahkan.





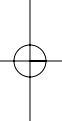
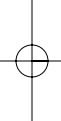
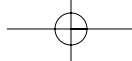
**Lampiran 11:****Senarai Contoh Susu Khas**

Bil.	Spesifikasi	Jenama A	Jenama B	Jenama C	Jenama D	Purata kandungan nutrien
1.	Bahan utama	<i>Corn starch</i>	<i>Skim milk</i>	<i>Whey Protein</i>	<i>Whey Protein</i>	-
2.	Tenaga/ 100g	442	451	468	492	464
3.	Karbohidrat/ 100g	53.0	61.0	60.7	36.4	52.0
4.	Protein/ 100g	13.3	15.8	13.9	29.7	18.2
5.	Lemak/ 100g	17.4	15.8	18.3	25.3	23.5
6.	Kesesuaian Umur	1-10 thn	1-10 thn	1-3 thn	1-10 thn	-
7.	Pembungkusan	400g, 850g, 1.6kg	900g	400g, 800g	900g	-

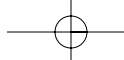
A large white rectangular area with rounded corners and a dashed border, containing horizontal blue lines for writing. This area is intended for the main content of the page.



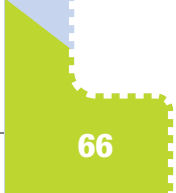
Handwriting practice area consisting of a large white space with horizontal blue lines. The area is framed by a light blue border at the top and bottom, and a light blue border on the left and right sides. The left side of the page features a green and blue vertical bar with the page number and title.



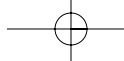
A large white rectangular area with rounded corners and a dashed border, containing horizontal blue lines for writing. The area is intended for a list or detailed notes.



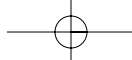
Lined writing area with horizontal blue lines.



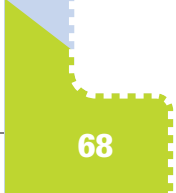
66



A large white rectangular area with rounded corners and a dashed border, containing horizontal blue lines for writing. This area is intended for the main content of the page.



Lined writing area with horizontal blue lines.



68

