



PROGRAM KESIHATAN PERGIGIAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

GARIS PANDUAN PROGRAM KAMPUNG ANGKAT PERGIGIAN





**PROGRAM KESIHATAN PERGIGIAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

DRAF
GARIS PANDUAN
PROGRAM KAMPUNG ANGKAT
PERGIGIAN (PKAP)

2026

PRAKATA

Salam Sejahtera dan Salam Malaysia MADANI.

Garis panduan ini merupakan penerbitan edisi 2.0 bagi memperkukuh penyampaian perkhidmatan kesihatan pergigian yang lebih menyeluruh, inklusif dan responsif terhadap keperluan Masyarakat. Selaras dengan aspirasi Dasar Kesihatan Pergigian Kebangsaan, Program Kampung Angkat Pergigian merupakan satu inisiatif strategik melalui pendekatan yang proaktif dengan membawa perkhidmatan kesihatan pergigian lebih dekat kepada komuniti, khususnya golongan yang memerlukan.

Perlaksanaan ini adalah satu inisiatif untuk memastikan akses kesihatan pergigian yang inklusif serta mencerminkan komitmen Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) dalam memastikan tiada golongan yang tercicir daripada menerima rawatan kesihatan pergigian yang sewajarnya. Dengan kata lain, setiap individu adalah berhak untuk mendapat perkhidmatan kesihatan yang terbaik untuk menikmati kualiti hidup yang optima dan seterusnya mencapai hasrat liputan kesihatan sejagat (*Universal Health Coverage*).

Kesihatan pergigian merupakan komponen penting dalam kesejahteraan hidup dan dipengaruhi oleh pelbagai faktor sosio persekitaran yang kompleks. Jurang akses kepada perkhidmatan kesihatan merupakan cabaran utama kepada masyarakat untuk mendapatkan rawatan yang sewajarnya. Cabaran ini lebih ketara dalam kalangan golongan terpinggir, rentan dan kurang upaya.

Pelaksanaan Program Kampung Angkat Pergigian dilihat sebagai satu pendekatan yang signifikan dalam merapatkan jurang tersebut melalui kolaborasi strategik antara Bahagian Kesihatan Pergigian di peringkat negeri dengan penglibatan komuniti

setempat. Inisiatif ini bukan sahaja bertujuan meningkatkan akses kepada rawatan pergigian asas dan perkhidmatan pencegahan penyakit mulut, malah turut memberi penekanan kepada usaha memperkasa masyarakat melalui pemindahan ilmu serta pengukuhan amalan penjagaan kesihatan pergigian sendiri secara berterusan.

Sehubungan itu, edisi 2.0 ini menambah baik pelaksanaan program ini dengan menekankan tiga komponen utama, iaitu pengukuhan penglibatan pemegang taruh, penyampaian perkhidmatan berfokus termasuk lawatan ke rumah, serta pemerksaan komuniti setempat.

Akhir kata, saya ingin merakamkan setinggi-tinggi penghargaan kepada semua pihak terlibat atas sumbangan idea, kepakaran dan komitmen dalam penyediaan garis panduan ini. Semoga inisiatif ini memperkukuhkan agenda kesihatan untuk semua agar setiap rakyat Malaysia mendapat perkhidmatan kesihatan yang terbaik demi kesejahteraan dan kualiti hidup yang berkualiti.

Sekian, terima kasih.

DR. FAUZIAH BINTI AHMAD

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Pergigian)
Kementerian Kesihatan Malaysia

PENGHARGAAN

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Pergigian)

Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah-Pengarah Bahagian

Program Kesihatan Pergigian

Kementerian Kesihatan Malaysia

Ahli-ahli Mesyuarat Jawatankuasa Dasar Program Kesihatan Pergigian

Kementerian Kesihatan Malaysia

Ahli-ahli Mesyuarat Teknikal Program Kesihatan Pergigian

Kementerian Kesihatan Malaysia

Ahli Jawatankuasa

Pembangunan Garis Panduan Program Kampung Angkat Pergigian

Dr. Dewi Mayang Sari binti Kamarozaman

Dr. Khadijah binti Nasarddin

Dr. Siti Sarah Soraya binti Mohamad

Dan kepada individu-individu yang telah menyumbang secara langsung atau tidak langsung dalam membangunkan buku garis panduan ini

**AHLI JAWATANKUASA PEMBANGUNAN
GARIS PANDUAN PROGRAM KAMPUNG ANGKAT PERGIGIAN**

Penasihat

Dr. Fauziah binti Ahmad

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Pergigian)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Dr. Tan Ee Hong

Pengarah
Bahagian Penjagaan Kesihatan Pergigian
Program Kesihatan Pergigian

Pengerusi

Dr. Norliza binti Ismail

Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Pergigian)
Jabatan Kesihatan Negeri, Negeri Sembilan

Ahli Jawatankuasa

Dr. Nuryastri binti Md Mustafa

Timbalan Pengarah
Cawangan Penjagaan Kesihatan Pergigian
Masyarakat
Program Kesihatan Pergigian
Kementerian Kesihatan Malaysia

Dr. Suzana binti Sharif

Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri
(Pergigian)
Jabatan Kesihatan Negeri Perlis

Dr. Nurul Izzati binti Mohamad Ali

Ketua Penolong Pengarah Kanan
Cawangan Penjagaan Kesihatan Pergigian
Masyarakat
Program Kesihatan Pergigian
Kementerian Kesihatan Malaysia

Dr. Muhammad Farid bin Nurdin

Ketua Penolong Pengarah Kanan
Seksyen Pengurusan Strategik
Pejabat Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri
(Pergigian)
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

Dr. Nursharhani binti Shariff

Pegawai Pergigian Daerah
Pejabat Kesihatan Pergigian Daerah Kuala
Selangor
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

Dr. Kalvina a/p Chelladorai

Pegawai Pergigian
Klinik Pergigian Tanjong Karang
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

Pn. Noormalia binti Harun

Penyelia Juruterapi Pergigian
Cawangan Penjagaan Kesihatan Pergigian
Primer
Program Kesihatan Pergigian
Kementerian Kesihatan Malaysia

Dr. Shirley Hu Hui Hui

Ketua Penolong Pengarah Kanan
Pejabat Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri
(Pergigian)
Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak

Dr. Ku Amirah binti Ku Haris

Ketua Penolong Pengarah Kanan
Cawangan Penjagaan Kesihatan Pergigian
Masyarakat
Program Kesihatan Pergigian
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pn. Masni binti Ishak

Penyelia Juruterapi Pergigian
Cawangan Penjagaan Kesihatan Pergigian
Masyarakat
Program Kesihatan Pergigian
Kementerian Kesihatan Malaysia

ISI KANDUNGAN

PRAKATA	i
PENGHARGAAN	iii
AHLI JAWATANKUASA PEMBANGUNAN	iv
GARIS PANDUAN PROGRAM KAMPUNG ANGKAT PERGIGIAN	iv
ISI KANDUNGAN	vi
1. PENGENALAN.....	1
2. LATAR BELAKANG	3
3. TINJAUAN LITERATUR.....	5
3.1 Penggunaan Perkhidmatan Kesihatan Pergigian.....	5
3.2 Keberkesanan Program Komuniti dalam Meningkatkan Kesihatan Pergigian ..	6
3.3 Keberkesanan Lawatan ke Rumah (<i>Home Visit</i>) dalam Meningkatkan Kesihatan Pergigian	7
3.4 Prinsip dan Kriteria dalam Membentuk Strategi Promosi Kesihatan Pergigian yang Berkesan.....	8
3.5 Kemampanan Program Kesihatan Pergigian Masyarakat	10
4. RASIONAL.....	13
4.1 Meningkatkan Akses Perkhidmatan Kesihatan Pergigian.....	13
4.2 Mengukuhkan Promosi Kesihatan Pergigian	13

4.3	Mengoptimumkan Penggunaan Fasiliti Kesihatan Pergigian Bergerak.....	15
5.	KONSEP PROGRAM KAMPUNG ANGKAT PERGIGIAN	16
5.1	Pengukuhan Penglibatan Pemegang Taruh	16
5.2	Penyampaian Perkhidmatan Berfokus Melalui Lawatan Ke Rumah	17
5.3	Pemeriksaan Masyarakat Setempat	18
6.	SKOP PROGRAM.....	19
7.	OBJEKTIF	19
7.1	Objektif Umum	19
7.2	Objektif Khusus.....	19
8.	PELAKSANAAN PROGRAM KAMPUNG ANGKAT PERGIGIAN.....	20
8.1	Perancangan.....	22
8.1.1	Pembentukan Jawatankuasa PKAP	22
8.1.2	Pemilihan Kampung Angkat.....	23
8.1.3	Libat Urus dengan Pemegang Taruh	23
8.1.4	Pemilihan Rumah / Keluarga	24
8.1.5	Persediaan bagi Pelaksanaan Aktiviti.....	24
8.2	Pelaksanaan Aktiviti.....	24
8.2.1	Aktiviti di Komuniti.....	24

8.2.2	Lawatan ke Rumah.....	26
8.2.3	Lawatan Ulangan.....	27
8.2.4	Caj Rawatan.....	27
8.3	Pemantauan Dan Penilaian Program.....	27
9.	KAJIAN.....	29
10.	KESIMPULAN.....	30
11.	RUJUKAN.....	31

DRAFT

SENARAI JADUAL

Jadual 1 : Jawatankuasa Peringkat Negeri Program Kampung Angkat Pergigian	22
Jadual 2 : Perincian Aktiviti di Komuniti.....	25
Jadual 3 : Perincian Aktiviti Lawatan ke Rumah.....	26
Jadual 4 : Cadangan Indikator bagi pemantauan Program Kampung Angkat Pergigian	28

SENARAI RAJAH

Rajah 1 : Carta Alir Pelaksanaan Program Kampung Angkat Pergigian	21
---	----

SENARAI LAMPIRAN

LAMPIRAN A Rekod Maklumat Asas Kampung Angkat Pergigian Program Kampung Angkat Pergigian.....	36
LAMPIRAN B Laporan Bulanan Klinik/Daerah/Negeri Bagi Program Kampung Angkat Pergigian.....	37
LAMPIRAN C Laporan Aktiviti Promosi dan Pendidikan Kesihatan Pergigian	38

1. PENGENALAN

Program Kampung Angkat Pergigian (PKAP) merupakan satu pendekatan inovatif yang diperkenalkan pada tahun 2020 oleh Program Kesihatan Pergigian, Kementerian Kesihatan Malaysia (PKP KKM). PKAP direka bentuk untuk meningkatkan ketercapaian, keterangkuman dan keterlibatan komuniti dalam penjagaan kesihatan pergigian secara holistik dan berterusan. PKAP merupakan satu pendekatan strategik yang telah diperkenalkan bagi memperkukuh perkhidmatan kesihatan pergigian di peringkat komuniti. Semakan garis panduan ini dilaksanakan untuk memastikan PKAP kekal relevan, seiring dengan perkembangan semasa dan selaras dengan aspirasi Pelan Strategik Kesihatan Pergigian Kebangsaan 2022–2030 serta Global Oral Health Action Plan 2023–2030 oleh World Health Organization (WHO).

Istilah 'kampung' dalam konteks program ini merangkumi pelbagai kelompok penempatan komuniti, tidak terhad kepada kawasan luar bandar sahaja, tetapi turut melibatkan kawasan bandar, penempatan golongan B40, masyarakat terpinggir dan golongan miskin bandar. Istilah ini mencerminkan realiti sosioekonomi dan geografi komuniti yang berisiko tinggi mengalami ketidaksamaan dalam mendapatkan akses kepada perkhidmatan kesihatan pergigian (Bakar et al., 2019; El-Yousfi et al., 2019; El-Yousfi et al., 2022). Pendekatan ini bersesuaian dengan seruan WHO agar negara-negara ahli memberi tumpuan kepada populasi rentan dalam menjayakan perlindungan kesihatan sejagat untuk kesihatan pergigian (Babyar, 2020; Sacks et al., 2020; WHO, 2020).

PKAP diperkenalkan dengan mengambil kira situasi kesihatan pergigian rakyat Malaysia yang masih kurang memuaskan. Data daripada *National Oral Health Survey of Adults (NOHSA)* menunjukkan prevalens karies yang tinggi dalam kalangan rakyat Malaysia, iaitu sebanyak 89.5% (2010) dan 85.1% (2020). Dalam masa yang sama, penggunaan kemudahan kesihatan pergigian kekal rendah, sebagaimana dilaporkan dalam *National Health and Morbidity Survey (NHMS)* iaitu antara 23.7% (2019) dan 25.7% (2023). Selain itu, peratusan liputan penduduk yang menerima perkhidmatan kesihatan pergigian

kerajaan adalah 26.46% (Laporan Tahunan, PKP KKM 2024). Keadaan ini mencerminkan bahawa terdapat keperluan untuk meningkatkan akses, penggunaan dan keberkesanan intervensi sedia ada.

Selain daripada individu, keluarga dan masyarakat juga memainkan peranan penting dalam membentuk tingkah laku serta amalan penjagaan kesihatan pergigian individu. Strategi yang lebih khusus dan komprehensif telah dirangka dengan mengambil kira faktor-faktor ini, bertujuan untuk mendekati komuniti secara holistik dan memastikan keberkesanan pelaksanaan program (Kemm, 2014; Thompson et al., 2018). Dengan pendekatan yang lebih teliti dan terperinci, program ini diharap dapat memberi impak yang lebih besar serta berterusan dalam meningkatkan kesihatan pergigian rakyat Malaysia.

PKAP dilaksanakan melalui kerjasama strategik antara Bahagian Kesihatan Pergigian Negeri dan pihak pengurusan komuniti yang terlibat. Kajian mendapati bahawa klinik pergigian yang terletak berhampiran dengan komuniti tersebut memainkan peranan penting dalam menyediakan perkhidmatan kesihatan pergigian yang berterusan dan komprehensif (Achembong et al., 2012). Setiap klinik pergigian yang terlibat akan bertanggungjawab sepenuhnya dalam memantau dan menjaga kesihatan pergigian penduduk kampung di bawah jagaan mereka (Achembong et al., 2012; Dagli & Singh, 2015; Pawar et al., 2015). Ini termasuk pemeriksaan rutin, rawatan, serta pelaksanaan program pendidikan dan promosi kesihatan pergigian bagi meningkatkan kesedaran serta amalan penjagaan kesihatan mulut dalam kalangan masyarakat.

2. LATAR BELAKANG

Sejak pengenalan Garis Panduan PKAP Edisi Pertama pada tahun 2020, pemantauan dan penilaian PKAP di peringkat negeri serta hasil kajian bersama Bahagian Kesihatan Pergigian Negeri Sembilan dan Institut Penyelidikan Sistem Kesihatan bertajuk *Exploring the Implementation and Acceptability of Home Visits in Adopted Village Oral Health Program at Negeri Sembilan Oral Health Division* (NMRR ID-22-02553-DXUN) telah mengenal pasti pelbagai faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program ini.

Hasil kajian tersebut menunjukkan bahawa inisiatif PKAP dapat memberi impak positif dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap perkhidmatan kesihatan pergigian. Sambutan baik daripada masyarakat mencerminkan penghargaan mereka terhadap inisiatif ini, terutamanya apabila rawatan dan pendidikan kesihatan mulut disampaikan secara terus di persekitaran mereka. Di samping itu, PKAP turut membantu mengubah tingkah laku penjagaan kesihatan mulut dalam kalangan penduduk melalui interaksi secara langsung dan promosi kesihatan yang berfokuskan keluarga.

Namun demikian, pelaksanaan PKAP turut menghadapi beberapa cabaran seperti kekeliruan dalam kalangan anggota pergigian mengenai objektif dan sasaran program yang menyebabkan ketidakseragaman dalam pelaksanaan. Pemilihan kampung yang lebih berpaksikan kepada kemudahan akses berbanding keperluan kesihatan pergigian sebenar, serta penambahan kampung secara tahunan yang tidak realistik turut memberi tekanan kepada sumber sedia ada. Selain itu, jurang komunikasi antara anggota pergigian dan kepimpinan kampung turut menjejaskan penyelarasan pelaksanaan di lapangan.

Daripada perspektif masyarakat pula, beberapa isu telah dikenal pasti seperti lawatan tanpa pemberian rawatan, ketiadaan susulan rawatan ke klinik, waktu lawatan yang tidak sesuai, serta persepsi bahawa lawatan pergigian hanya sesuai untuk individu terlantar. Hal ini telah menjejaskan penerimaan masyarakat terhadap PKAP. Keadaan menjadi lebih mencabar apabila terdapat ketua / penduduk kampung kurang berminat untuk mengadakan program di kampung mereka untuk lawatan tahun kedua dan ke atas

terutama apabila berlaku perubahan dalam kepimpinan kampung (Kalvina Chelladorai, 2023).

Sehubungan itu, terdapat keperluan untuk mengkaji semula garis panduan pelaksanaan PKAP agar ia lebih praktikal, mampan dan responsif terhadap keperluan semasa masyarakat setempat. Pendekatan berasaskan bukti serta penyelarasan yang mantap antara semua pihak berkepentingan perlu diberikan keutamaan bagi memastikan kejayaan dan impak yang berterusan daripada pelaksanaan program ini.

DRAFT

3. TINJAUAN LITERATUR

3.1 Penggunaan Perkhidmatan Kesihatan Pergigian

Trend penggunaan perkhidmatan kesihatan pergigian dalam kalangan semua peringkat umur di Malaysia secara konsisten kekal rendah. Analisis National Health Morbidity Survey (NHMS) 2015, 2019 dan 2023 menunjukkan bahawa prevalens penggunaan perkhidmatan kesihatan pergigian di Malaysia adalah 27.8%, 23.7% dan 25.7% bagi semua peringkat umur. Penggunaan perkhidmatan secara berkala adalah penting bagi mencegah perkembangan penyakit pergigian dan keperluan untuk rawatan yang lebih kompleks serta mahal pada masa hadapan. Oleh itu, usaha untuk meningkatkan kadar penggunaan perkhidmatan pergigian dalam kalangan penduduk merupakan keutamaan kesihatan awam. Ketidaksamarataan (*inequality*) dan ketidakadilan (*inequity*) dalam perkhidmatan kesihatan pergigian telah didokumentasikan dengan meluas (Raison & Harris, 2019). Di negara berpendapatan rendah dan sederhana, ketidakseimbangan ini kebanyakannya berpunca daripada akses yang terhad kepada perkhidmatan serta kurangnya penekanan terhadap penjagaan pencegahan (Babyar, 2020).

Di Malaysia, perkhidmatan kesihatan pergigian pada prinsipnya boleh diakses oleh semua. Walau bagaimanapun, ketidaksamarataan dalam penggunaan perkhidmatan masih ketara, di mana golongan berpendapatan tinggi mempunyai akses yang lebih baik serta peluang yang lebih besar untuk mendapatkan perkhidmatan ini (Bakar et al., 2019). Halangan kepada akses penjagaan kesihatan pergigian adalah pelbagai dan merangkumi faktor di peringkat individu, organisasi serta dasar. Kajian oleh Heaton et al. (2004) menunjukkan bahawa keputusan individu untuk mendapatkan rawatan pergigian dipengaruhi oleh tahap akses kepada perkhidmatan, kemampuan kewangan, sikap terhadap rawatan pergigian, serta perasaan takut. Selaras dengan itu, tinjauan sistematik oleh El-Yousfi et al. (2019) mengenal pasti bahawa halangan dalam mendapatkan penjagaan kesihatan pergigian wujud pada pelbagai peringkat, termasuk kekurangan kemampuan, kesukaran mengakses fasiliti kesihatan, keterbatasan ketersediaan

rawatan yang sesuai, dan kekurangan pembiayaan awam untuk perkhidmatan khusus, khususnya dalam kalangan golongan terpinggir.

3.2 Keberkesanan Program Komuniti dalam Meningkatkan Kesihatan Pergigian

Program komuniti dibawah PKAP dirangka untuk memperluaskan perkhidmatan pencegahan, penyampaian pendidikan kesihatan pergigian, dan rawatan kepada kumpulan sasaran yang mempunyai akses terhad kepada perkhidmatan kesihatan pergigian. Program jangkauan luar (*outreach*) pergigian pada umumnya bertujuan untuk menyampaikan perkhidmatan yang berkesan dari segi kos serta memberi manfaat kepada masyarakat, dengan penglibatan aktif komuniti itu sendiri dalam pelaksanaannya (Pizarro et al., 2009). Perkhidmatan kesihatan pergigian masyarakat di luar fasiliti klinik pergigian ini bertujuan mengubah persepsi individu terhadap kesihatan mulut mereka sendiri dan anak-anak mereka, di samping memperkukuhkan peranan doktor gigi dalam masyarakat supaya kemampanan dapat dicapai (Dagli & Singh, 2015). Perkhidmatan kesihatan pergigian secara jangkauan luar melalui klinik pergigian bergerak di luar bandar adalah penting untuk mengatasi masalah kesihatan mulut bagi orang yang mempunyai sumber yang terhad dan terpinggir (Achembong et al., 2012).

Dapatan kajian oleh Nghayo et al. (2024) menunjukkan bahawa program komuniti seumpama ini bukan sahaja memberi impak positif terhadap kesihatan pergigian, malah turut menyumbang kepada kesejahteraan menyeluruh masyarakat, mengurangkan kos penjagaan kesihatan jangka panjang, dan meningkatkan kepercayaan komuniti terhadap penyedia perkhidmatan kesihatan. Program komuniti juga berkesan dalam menggalakkan penglibatan berterusan komuniti bagi menjamin keberlangsungan impak positif terhadap kesihatan pergigian. Penglibatan aktif komuniti dan masyarakat merupakan elemen teras bagi mana-mana strategi komprehensif kesihatan pergigian, selaras dengan usaha mencapai Matlamat Pembangunan Mampan *WHO* (WHO, 2020), iaitu *SDG 3* – Kesihatan dan Kesejahteraan, *SDG 4* – Pendidikan Berkualiti, *SDG 10* – Mengurangkan Ketidaksamarataan, dan *SDG 17* – Perkongsian untuk Mencapai Matlamat.

Pelaksanaan program komuniti yang berjaya akan menghasilkan pelbagai pencapaian positif daripada segi perubahan fizikal dan tingkah laku. Peningkatan ini mempunyai kaitan langsung dengan kesihatan dan pencegahan penyakit merentasi domain kesihatan yang menjadi fokus program. Selain itu, pembudayaan amalan kesihatan yang baik dapat dipupuk, di samping menyumbang kepada pembangunan sosial dan budaya melalui pengukuhan hubungan antara komuniti kampung dan KKM, serta peningkatan kerjasama dalam kalangan penduduk setempat (Kiyu et al., 2006).

3.3 Keberkesanan Lawatan ke Rumah (*Home Visit*) dalam Meningkatkan Kesihatan Pergigian

Lawatan ke rumah telah dikenalpasti sebagai strategi penting dalam meningkatkan kesihatan mulut, terutamanya bagi populasi berisiko seperti kanak-kanak, warga emas, dan individu yang mempunyai akses terhadap kepada penjagaan kesihatan pergigian. Inisiatif ini membolehkan pendidikan kesihatan pergigian yang disesuaikan mengikut keperluan (*tailored oral health education*), menggalakkan amalan penjagaan kebersihan mulut, serta memudahkan pengesanan awal masalah pergigian. Pendekatan ini secara keseluruhannya berupaya menyumbang kepada pencegahan penyakit seperti karies pergigian dan penyakit periodontal.

Lawatan ke rumah ialah hubungan berterusan antara doktor gigi dan pesakit, dengan penyediaan semua aspek penjagaan kesihatan mulut dan pencegahan di rumah, disertai kehadiran ibu bapa. (Thompson et al., 2017). Pelaksanaan konsep ini dilaporkan menghasilkan perubahan tabiat penjagaan kesihatan mulut yang berterusan, seterusnya mengurangkan risiko penyakit pergigian (Babu & Doddamani, 2012). Program lawatan ke rumah yang berfokus kepada keluarga merupakan pendekatan yang berkesan, di mana pelaksanaan intervensi yang bertujuan meningkatkan literasi kesihatan pergigian serta penglibatan aktif penjaga didapati berjaya mengurangkan kadar kerosakan gigi dalam kalangan kanak-kanak (Jar et al., 2025). Pendekatan berasaskan komuniti seperti lawatan ke rumah telah terbukti berkesan dalam meningkatkan kesedaran ibu bapa serta membantu mereka menerapkan amalan gaya hidup sihat yang menyokong kesihatan

anak-anak (Chu et al., 2012). Beberapa kajian membuktikan lawatan ke rumah berkesan dalam mencegah perkembangan karies gigi pada kanak-kanak kecil. Feldens et al. (2007) melaporkan bahawa lawatan untuk memberi nasihat pemakanan kepada ibu dapat mengurangkan kejadian karies gigi pada kanak-kanak. Kowash et al. (2000) pula mendapati lawatan berkala kepada ibu dengan anak yang mempunyai gigi desidus baru tumbuh dapat meningkatkan kebersihan mulut, kehadiran ke klinik pergigian, dan mencegah karies. Di Korea, program promosi kesihatan pergigian yang menyediakan rawatan pencegahan dan pendidikan pergigian di rumah atau institusi warga emas menunjukkan kesan positif terhadap kesihatan periodontium (Song & Hwang, 2017).

Dalam kalangan warga emas, kajian oleh Weening-Verbree et al. (2022) mendapati Program Penjagaan Mulut yang dilaksanakan melalui kerjasama jururawat penjagaan di rumah dan juruhigin pergigian meningkatkan kesihatan mulut, terutamanya bagi pengguna gigi palsu penuh. Selain itu, latihan fungsi otot mulut di rumah dapat meningkatkan fungsi gigi palsu dan kekuatan gigitan (Park et al., 2025).

Bagi pesakit neurodivergen atau yang mengalami gangguan mental, lawatan ke rumah yang disesuaikan menyediakan persekitaran yang selamat dan dikenali, membina kepercayaan serta mengurangkan kebimbangan terhadap rawatan pergigian (Perez, 2025). Secara keseluruhan, lawatan ke rumah merupakan pendekatan yang menyeluruh, fleksibel, dan berasaskan bukti untuk mempromosikan kesihatan mulut yang lebih saksama, sama ada dalam kalangan kanak-kanak, warga emas, atau kumpulan berkeperluan khas.

3.4 Prinsip dan Kriteria dalam Membentuk Strategi Promosi Kesihatan Pergigian yang Berkesan

Dalam membentuk strategi yang berkesan bagi promosi kesihatan, beberapa kriteria utama boleh dijadikan rangka kerja penilaian kualiti sebuah program (Thompson et al., 2018), iaitu:

- i. Memperkasa (*Empowerment*) – Strategi perlu membolehkan individu dan komuniti mengawal faktor sosial dan persekitaran yang mempengaruhi kesihatan mereka.
- ii. Penglibatan Aktif (*Active Participation*) – Profesional pergigian digalakkan menggalakkan penyertaan aktif pemegang taruh dalam perancangan, pelaksanaan, dan penilaian program kesihatan pergigian.
- iii. Holistik (*Holistic Approach*) – Inisiatif kesihatan perlu merangkumi aspek fizikal, mental, dan sosial, serta memberi tumpuan kepada common risk factors yang mempengaruhi kesihatan umum dan kesihatan pergigian.
- iv. Multisektor (*Multisectoral Collaboration*) – Profesional pergigian perlu berkolaborasi dengan pelbagai agensi bagi mencapai agenda perubahan yang lebih menyeluruh.
- v. Ekuiti (*Equity*) – Polisi kesihatan mesti menitikberatkan ekuiti dan kesaksamaan sosial, serta memastikan isu ketidaksamaan kesihatan pergigian diberikan perhatian yang sewajarnya.
- vi. Berpandukan Bukti (*Evidence-based*) – Intervensi pergigian perlu dibangunkan berdasarkan bukti keberkesanan dan amalan terbaik.
- vii. Pelbagai Strategi (*Multi-strategy*) – Strategi yang digunakan sebaiknya menggabungkan pelbagai pendekatan seperti perundangan, advokasi, pendidikan, dan komunikasi untuk meningkatkan status kesihatan.

Kajian menunjukkan bahawa program pendidikan kesihatan yang melibatkan penglibatan aktif komuniti dapat meningkatkan pengetahuan, memperbaiki amalan penjagaan kesihatan pergigian, serta meningkatkan penggunaan perkhidmatan pergigian (Kemm, 2014). Kajian Salleh et al. (2018) membuktikan bahawa promosi kesihatan mulut berasaskan komuniti di Malaysia berupaya meningkatkan kesedaran dan mempengaruhi amalan tertentu. Namun, untuk mencapai impak yang lebih besar, jurang antara kesedaran dan penyertaan mesti diatasi melalui strategi penyasaran (*targeted approach*), pengintegrasian program, dan adaptasi kepada konteks budaya setempat.

3.5 Kemampuan Program Kesehatan Pergigian Masyarakat

Menurut (Walley, 2010), intervensi kesehatan awam yang ideal harus memenuhi beberapa kriteria penting bagi memastikan keberkesanan dan penerimaan oleh masyarakat. Kriteria tersebut adalah:

- i. Keberkesanan dalam mengurangkan penyakit yang disasarkan – Intervensi perlu menunjukkan impak yang signifikan dalam menurunkan insiden atau prevalens penyakit.
- ii. Keselamatan perubatan dan pergigian – Pelaksanaan tidak membawa risiko yang membahayakan penerima perkhidmatan.
- iii. Kemudahan pelaksanaan dan kecekapan – Mudah diintegrasikan ke dalam sistem kesihatan sedia ada tanpa memerlukan sumber berlebihan.
- iv. Boleh ditadbir oleh pegawai bukan pergigian – Memberi fleksibiliti dalam pengagihan tugas bagi mengoptimumkan sumber manusia.
- v. Akses tanpa diskriminasi – Perkhidmatan dapat dicapai oleh semua lapisan masyarakat tanpa mengira status sosioekonomi, pendidikan, pendapatan, atau pekerjaan.
- vi. Ketersediaan dan kebolehcapaian yang tinggi – Perkhidmatan tersedia untuk majoriti penduduk sasaran.
- vii. Kos rendah – Mengurangkan halangan kewangan bagi pelaksana dan penerima.
- viii. Reka bentuk yang tidak rumit dan mudah dipelajari – Memudahkan latihan dan penglibatan komuniti.
- ix. Penerimaan maksimum oleh pesakit – Diterima dengan baik dari segi budaya, keselesaan, dan kesedaran kesihatan.

- x. Keperluan kepatuhan pesakit yang minimum – Mengurangkan kebergantungan kepada perubahan tingkah laku jangka panjang yang sukar diikuti.

Berdasarkan prinsip ini, keberkesanan sesuatu program jangkauan luar dapat dinilai melalui peningkatan status kesihatan mulut penduduk yang menerima perkhidmatan tersebut.

Dalam kajian susulan Pawar et al. (2015) selama tiga tahun di bandar Lucknow mendapati bahawa program pergigian jangkauan luar mampu meningkatkan status kesihatan mulut murid sekolah secara signifikan. Keberkesanan ini berterusan sepanjang tempoh susulan, membuktikan bahawa pendekatan jangkauan luar bukan sahaja memberi manfaat jangka pendek, tetapi juga kesan positif yang mampan terhadap kesihatan mulut populasi sasaran. Perubahan tingkah laku kesihatan mulut yang berterusan boleh dicapai dalam tempoh dua tahun, khususnya apabila intervensi melibatkan penglibatan berulang, penyertaan komuniti, dan strategi pengukuhan (Ghaffari et al., 2018; Petersen & Ogawa, 2012; Pine et al., 2016).

Aktiviti pemantapan atau pengukuhan program setiap tiga bulan merupakan amalan biasa, manakala beberapa program turut melaksanakan lawatan ulangan setiap enam bulan, terutamanya apabila disepadukan dalam program sekolah atau komuniti (Pawar et al., 2015; Pine et al., 2016). Penekanan terhadap pelaksanaan program secara sistematik dan bersasar, terutamanya kepada populasi dengan keperluan adalah penting. Kajian skop oleh Van Meijeren-van Lunteren et al. (2023) menunjukkan bahawa intervensi yang dilaksanakan awal, dengan frekuensi tinggi dan diintegrasikan dalam dasar berpotensi mengurangkan ketidaksamaan kesihatan mulut terutamanya dalam kalangan kurang bernasib baik.

Fokus untuk mengenalpasti populasi seperti keluarga berpendapatan rendah, warga emas, individu kurang upaya, dan komuniti Orang Asli yang tepat adalah sangat kritikal. Pendekatan yang disasarkan membolehkan sumber yang terhad diagihkan dengan lebih cekap melalui tumpuan intervensi kepada kumpulan yang mempunyai keperluan

kesihatan mulut yang paling kritikal, sekali gus meningkatkan impak dan keberkesanan kos program (Ghaffari et al., 2018).

Tambahan pula, bukti menunjukkan bahawa strategi yang disasarkan dapat mengurangkan ketidaksamaan dalam kesihatan mulut dengan lebih berkesan berbanding program universal melalui penyampaian intervensi yang disesuaikan dan peka terhadap budaya (Peres et al., 2019). Pendekatan ini juga meningkatkan hasil tingkah laku, kerana intervensi yang khusus mengikut konteks dan diperkuat secara berterusan cenderung menghasilkan perubahan tingkah laku yang lebih mampan (Moynihan & Kelly, 2014). Oleh itu, penggunaan pendekatan yang disasarkan selari dengan saranan kesihatan awam global dan menyokong matlamat Malaysia untuk mengurangkan jurang kesihatan serta mempertingkatkan kesaksamaan dalam kesihatan mulut.

4. RASIONAL

4.1 Meningkatkan Akses Perkhidmatan Kesihatan Pergigian

Kekurangan akses kepada perkhidmatan kesihatan pergigian yang disebabkan oleh faktor seperti komitmen pekerjaan dan keluarga, faktor logistik dan lain-lain menyumbang kepada taraf kesihatan pergigian masyarakat berada di tahap yang rendah.

Oleh itu, PKAP merupakan penambahbaikan dalam sektor penjagaan kesihatan supaya rakyat yang kurang mendapat perkhidmatan lebih mudah untuk mendapatkan akses kepada setiap perkhidmatan kesihatan pergigian.

4.2 Mengukuhkan Promosi Kesihatan Pergigian

Piagam Ottawa pada tahun 1986 telah menggariskan lima (5) prinsip dalam mempromosikan kesihatan iaitu mewujudkan persekitaran yang menyokong gaya hidup sihat, mewujudkan polisi yang menyokong kesihatan, mengukuhkan penglibatan masyarakat, membina kemahiran individu dan masyarakat serta orientasi perkhidmatan Kesihatan (Geneva, 1986). PKAP ini telah digubal selaras dengan prinsip-prinsip tersebut.

i. Mewujudkan Persekitaran yang Menyokong

Program Kampung Angkat Pergigian ini adalah wajar dijalankan di mana program ini melibatkan kerjasama di antara Bahagian Kesihatan Pergigian dan jawatankuasa penduduk. Kerjasama ini secara tidak langsung membentuk persekitaran yang menyokong kepada amalan gaya hidup sihat.

ii. Membangunkan Kemahiran Individu

Dalam melaksanakan program ini, pelbagai strategi akan digunakan. Ini termasuk membangunkan kemahiran individu seperti latihan memberus gigi, kemahiran memilih pemakanan yang sihat, kaunseling berhenti merokok dan lain-lain. Pembinaan kemahiran individu ini dijangka memberi kesan rantaian, di mana

individu yang mempunyai kemahiran ini akan mempengaruhi individu-individu lain di sekelilingnya untuk turut mempunyai kemahiran yang sama.

iii. Memperkukuhkan Tindakan Masyarakat

Penglibatan masyarakat juga dikukuhkan di mana pihak pengurusan kampung terlibat sama dalam perancangan promosi kesihatan pergigian dan segala aktiviti dijalankan bersama masyarakat. PKAP menggalakkan penglibatan masyarakat untuk bersama-sama menyampaikan maklumat berkenaan kesihatan pergigian kepada masyarakat sekeliling.

Pengukuhan penglibatan masyarakat merupakan antara strategi penting dalam mempromosikan kesihatan. Lehmann and Sanders (2007) menekankan bahawa penglibatan penduduk kampung dalam memberi khidmat nasihat kepada komuniti mampu memberi impak besar dengan kos yang rendah. Di samping itu, pendekatan ini memastikan pendidikan kesihatan dapat disampaikan secara lebih efektif dan berterusan. Seiring dengan itu, Walker and Jan (2005) menyatakan bahawa penglibatan penduduk kampung berpotensi meningkatkan capaian serta ekuiti dalam penyampaian perkhidmatan kesihatan.

iv. Orientasi Semula Perkhidmatan Kesihatan

Terdapat keperluan untuk mengorientasi perkhidmatan kesihatan dengan cara membawa perkhidmatan kesihatan kepada masyarakat berbanding melalui cara konvensional. PKAP ini merupakan salah satu bentuk orientasi perkhidmatan kesihatan.

v. Membentuk Polisi Awam yang Sihat

Program Kampung Angkat Pergigian adalah selari dengan Pelan Strategik Kesihatan Pergigian Kebangsaan KKM 2022-2030, di mana salah satu teras strategik adalah menstruktur semula sistem penjagaan kesihatan pergigian untuk mengutamakan komuniti terpinggir dan meningkatkan kebolehcapaian, kemampuan dan ekuiti perkhidmatan (KKM, 2023).

4.3 Mengoptimumkan Penggunaan Fasilitas Kesehatan Pergigian Bergerak

Berdasarkan Laporan Tahunan Program Kesehatan Pergigian 2024, KKM memiliki 45 Klinik Pergigian Bergerak. Dengan itu, usaha untuk meningkatkan penggunaan klinik pergigian bergerak merupakan satu usaha untuk membawa perkhidmatan kesihatan pergigian supaya lebih hampir dengan penduduk. Hal ini turut dibuktikan melalui kajian yang menunjukkan bahawa penggunaan klinik pergigian bergerak dapat membantu untuk memperkukuhkan penyampaian perkhidmatan kesihatan pergigian kepada masyarakat di kawasan jangkau luar (Vashishtha et al., 2014).

5. KONSEP PROGRAM KAMPUNG ANGKAT PERGIGIAN

PKAP digubal bagi memperkukuh capaian serta keberkesanan perkhidmatan kesihatan pergigian di peringkat komuniti melalui pendekatan “Membawa Perkhidmatan Kesihatan Pergigian kepada Masyarakat.” Konsep ini menekankan pelaksanaan perkhidmatan secara aktif di lapangan, khususnya kepada komuniti yang kurang mendapat akses, selaras dengan prinsip jangkauan luar seperti yang disarankan oleh Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO, 2020). PKAP turut mengadaptasi pendekatan inklusif (melibatkan semua lapisan masyarakat), bersasar (fokus kepada kumpulan berisiko melalui pendekatan lawatan ke rumah) dan berterusan (penjagaan yang konsisten dan berpanjangan) dalam usaha memastikan perkhidmatan sampai kepada kumpulan yang memerlukan.

Bagi memastikan pelaksanaan PKAP mencapai matlamatnya secara menyeluruh, program ini digerakkan melalui tiga komponen utama, iaitu pengukuhan penglibatan pemegang taruh, penyampaian perkhidmatan berfokus kepada kumpulan sasaran, serta pemeraksanaan masyarakat setempat.

5.1 Pengukuhan Penglibatan Pemegang Taruh

Program promosi kesihatan yang berkesan dapat dicapai apabila dilaksanakan oleh masyarakat untuk masyarakat (*from people to people*). Pendekatan seperti ini adalah lebih mampan, di mana mesej kesihatan pergigian dapat disampaikan secara berterusan. Oleh itu, peranan pemegang taruh dalam PKAP amat penting untuk mencapai objektif program ini.

Persetujuan dan kerjasama pemimpin masyarakat sebagai pemegang taruh memudahkan hubungan antara pasukan kesihatan pergigian dan komuniti setempat dalam memastikan kelancaran pelaksanaan PKAP. Sebagai individu yang dihormati dan dipercayai, penglibatan mereka dalam mengenal pasti keluarga sasaran, merancang serta menghebahkan aktiviti promosi kesihatan pergigian, dan menyelaras

pelaksanaannya di peringkat kampung menjadi kunci kepada penerimaan komuniti dan kejayaan program secara keseluruhan.

Kolaborasi rentas sektor merupakan elemen penting dalam menjayakan PKAP kerana kejayaan program ini bergantung kepada kerjasama pelbagai pihak dalam merancang, melaksana dan mengekalkan intervensi yang bersesuaian dengan keperluan komuniti. Oleh itu, anggota pergigian digalakkan untuk mengenal pasti pemegang taruh berkepentingan mengikut keadaan setempat. Sebagai contoh, agensi seperti Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM), Jabatan Kemajuan Orang Asli (JAKOA), pertubuhan bukan kerajaan (NGO) dan pihak berkuasa tempatan (PBT) boleh dijemput sebagai rakan kolaborasi bagi menjayakan PKAP sama ada di peringkat komuniti mahupun semasa sesi lawatan ke rumah. Peranan pemegang taruh boleh dimulakan di peringkat strategik seperti melalui Jawatankuasa Induk PKAP mahupun semasa pelaksanaan di peringkat lapangan.

5.2 Penyampaian Perkhidmatan Berfokus Melalui Lawatan Ke Rumah

PKAP merupakan kesinambungan kepada perkhidmatan jangkauan luar kesihatan pergigian yang sedia ada, namun kini dilaksanakan melalui pendekatan yang lebih menyeluruh dan berfokus. Secara amnya, perkhidmatan ini diberikan kepada seluruh komuniti di kawasan yang dikenal pasti, bagi memastikan akses kepada kesihatan pergigian yang lebih inklusif.

Berbeza dengan pendekatan terdahulu yang lebih bersifat umum dalam pemilihan lokasi dan penduduk, konsep baharu PKAP mengutamakan pendekatan strategik yang berasaskan keperluan sebenar komuniti. Ini termasuk memberi keutamaan kepada golongan berisiko tinggi melalui lawatan ke rumah, seperti individu berkeperluan khas, masyarakat rentan dan terpinggir, warga emas serta kanak-kanak dengan risiko penyakit pergigian yang tinggi, yang sering menghadapi halangan untuk mendapatkan rawatan pergigian.

Justeru, lawatan ke rumah secara bersasar menjadi salah satu strategi dalam program ini. Melalui strategi ini, usaha meningkatkan pengetahuan dan kemahiran dalam

penjagaan kesihatan pergigian akan menjadi lebih berkesan melalui pendidikan kesihatan yang disesuaikan. Lawatan bersasar ini juga memastikan kumpulan berisiko tinggi mendapat manfaat terbesar daripada program ini. Pendekatan ini turut membolehkan anggota pergigian memahami faktor sosial, ekonomi dan persekitaran yang mempengaruhi kesihatan mulut seseorang.

5.3 Pemerkasaan Masyarakat Setempat

Strategi dan Pelan Tindakan Global bagi Kesihatan Pergigian 2023–2030 menegaskan keperluan memperkasa individu dalam pencegahan melalui penjagaan sendiri, kebersihan mulut dan pengesanan awal penyakit mulut serta menyokong semua individu untuk mencapai potensi penuh dalam amalan penjagaan sendiri kesihatan mulut. Dengan mempromosikan penjagaan sendiri dan memperkasa individu untuk mengambil tanggungjawab terhadap kesihatan mulut mereka, kita dapat mengoptimalkan penggunaan dan pengagihan sumber kesihatan dengan lebih cekap. Tambahan pula, individu yang berdaya dan berpengetahuan lebih cenderung untuk mengutamakan langkah pencegahan, mendapatkan rawatan pergigian tepat pada masanya serta mematuhi amalan penjagaan sendiri yang disyorkan. Perkara ini akan diterapkan kepada penduduk kampung dan ditekankan semasa lawatan-lawatan ulangan PKAP yang juga boleh mempengaruhi tingkah laku.

Penjagaan sendiri kesihatan mulut dalam PKAP merujuk kepada tingkah laku, rutin harian dan penggunaan produk yang diamalkan oleh individu bagi meningkatkan serta mengekalkan kesihatan mulut mereka, sebagai sebahagian penting daripada kesihatan dan kesejahteraan keseluruhan.

PKAP juga berpotensi memanfaatkan khidmat Ikon Gigi (iGG), satu inisiatif yang melatih individu berpengaruh dalam komuniti sebagai duta kesihatan pergigian. iGG yang dilantik daripada kalangan penduduk setempat, berperanan menyampaikan mesej kesihatan pergigian secara lebih dekat, mudah difahami dan mesra komuniti. Pelantikan iGG dalam kalangan komuniti kampung angkat disarankan bagi mengukuhkan penyampaian mesej kesihatan pergigian serta memastikan kesinambungan aktiviti.

6. SKOP PROGRAM

PKAP ialah inisiatif yang memperluas akses perkhidmatan pergigian kepada komuniti di kampung terpilih melalui aktiviti promosi, pemeriksaan pergigian, saringan kanser mulut, rawatan pencegahan klinikal serta rawatan asas. Program ini turut merangkumi lawatan ke rumah bagi kumpulan berisiko dan pelaksanaan aktiviti komuniti, di samping memerkasa penduduk untuk mengamalkan penjagaan sendiri dan meningkatkan capaian kepada perkhidmatan pergigian secara berterusan.

7. OBJEKTIF

7.1 Objektif Umum

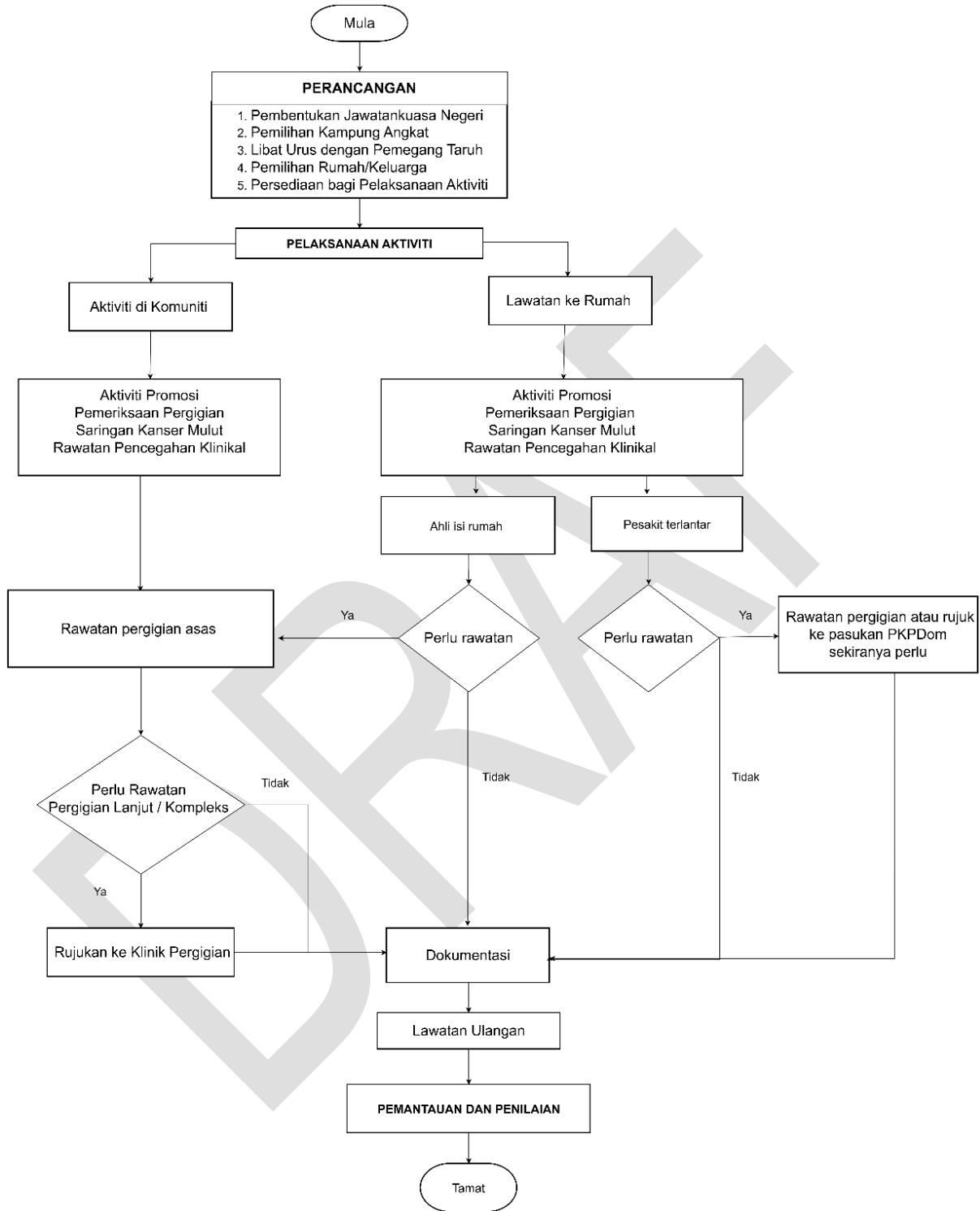
Meningkatkan akses perkhidmatan kesihatan pergigian melalui pendekatan komuniti secara holistik di Kampung Angkat Pergigian.

7.2 Objektif Khusus

- i. Memperluas akses dan liputan perkhidmatan kesihatan pergigian kepada komuniti Kampung Angkat.
- ii. Memperkukuh liputan pendidikan kesihatan pergigian bagi meningkatkan pengetahuan, sikap dan amalan masyarakat.
- iii. Meningkatkan peratusan penduduk yang mencapai status *orally-fit* melalui intervensi pencegahan dan rawatan asas

8. PELAKSANAAN PROGRAM KAMPUNG ANGKAT PERGIGIAN

Pelaksanaan program ini merangkumi perancangan program, pelaksanaan aktiviti program serta pemantauan dan penilaian program. Lawatan ke kampung angkat pergigian perlu dilaksanakan secara tahunan sekurang-kurangnya bagi tempoh dua tahun berturut-turut, bagi memastikan penduduk mencapai tahap *orally-fit* yang ditetapkan. Lawatan ulangan disarankan dilaksanakan selepas tiga bulan daripada lawatan pertama, dengan mengambil kira kemampuan tenaga kerja serta kecukupan sumber yang ada (Ghaffari et al., 2018; Pine et al., 2016). Carta Alir Pelaksanaan gram Kampung Angkat Pergigian adalah seperti di **Rajah 1**.



Rajah 1 : Carta Alir Pelaksanaan Program Kampung Angkat Pergigian

8.1 Perancangan

Perancangan program merangkumi beberapa langkah yang terdiri daripada (i) pembentukan jawatankuasa PKAP, (ii) mengenal pasti kampung angkat mengikut kriteria keutamaan, (iii) menjalin kerjasama dengan pemegang taruh, (iv) pemilihan rumah / keluarga dan (v) persediaan bagi pelaksanaan aktiviti.

8.1.1 Pembentukan Jawatankuasa PKAP

Satu jawatankuasa di peringkat negeri disarankan dibentuk sebelum pelaksanaan PKAP. Manakala, Jawatankuasa Peringkat Daerah / Kawasan / Bahagian boleh diwujudkan berdasarkan keperluan setempat.

Fungsi jawatankuasa adalah untuk membuat perancangan, penyelarasan, dan penilaian PKAP. Terma rujukan Jawatankuasa Induk bagi PKAP adalah seperti di **Jadual 1**.

Jadual 1 : Jawatankuasa Peringkat Negeri Program Kampung Angkat Pergigian

Ahli Jawatankuasa
<p>Pengerusi: Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Pergigian) Naib Pengerusi: Ketua Penolong Pengarah Kanan, Seksyen Penjagaan Kesihatan Pergigian Setiausaha: Penyelaras Kampung Angkat Pergigian (PKAP) Negeri</p> <p>Ahli Tetap:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pegawai Pergigian Daerah• Pegawai Promosi Negeri• Penyelaras PKAP Daerah• Penyelaras Perkhidmatan Kesihatan Pergigian Domisiliari (PKPDom) <p>Cadangan Ahli Jemputan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Wakil Bahagian Kesihatan Awam; atau• Wakil Bahagian Perkhidmatan Farmasi; atau• Wakil Jabatan Kemajuan Orang Asli (JAKOA) Negeri (jika kampung Orang Asli)• Wakil Kampung Angkat (Ketua Kampung / Pengerusi JKKK / Pengerusi Jawatankuasa Kampung Angkat Pergigian)• Wakil agensi berkaitan / setara di peringkat negeri masing-masing. (contoh : Kementerian kemajuan desa & wilayah / Kementerian Perumahan dan Kerajaan Tempatan (KPKT) /Setiausaha Kerajaan (SUK) / Exco Kesihatan / IPTA / IPTS / NGO lain berkaitan)

Terma Rujukan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengadakan mesyuarat penyelarasan secara tahunan 2. Merancang strategi pelaksanaan program, menyelaraskan dan menilai pelaksanaan program, dan memastikan pelaksanaan program dikaji kesesuaiannya. 3. Membincangkan pencapaian program dan merancang penambahbaikan sekiranya perlu 4. Membincangkan isu-isu berkenaan pelaksanaan program.

8.1.2 Pemilihan Kampung Angkat

Kriteria pemilihan kampung angkat dicadangkan seperti berikut:

- i. Merangkumi komuniti yang berisiko mempunyai tahap kesihatan pergigian yang rendah berdasarkan faktor sosial, ekonomi, persekitaran serta kesukaran mendapatkan akses kepada perkhidmatan pergigian. Analisis beban penyakit pergigian di peringkat sekolah juga boleh digunakan sebagai data proksi bagi mengenal pasti kampung yang berkeutamaan.
- ii. Mempunyai pengurusan yang aktif serta bersedia memberikan kerjasama secara berterusan dalam pelaksanaan program dalam tempoh sekurang-kurangnya dua tahun.

8.1.3 Libat Urus dengan Pemegang Taruh

Penglibatan pemegang taruh seperti ketua kampung atau ketua komuniti adalah elemen penting bagi menjamin pelaksanaan PKAP yang lancar dan mampan. Sehubungan itu, maklumat demografi penduduk bagi kampung yang telah dipilih perlu dikumpulkan bagi menyokong perancangan dan pelaksanaan intervensi yang bersesuaian. Di samping itu, input dan pandangan daripada agensi lain yang berkaitan dengan pelaksanaan program seumpama boleh diambil kira bagi memastikan pendekatan yang bersepadu, menyeluruh dan saling melengkapi.

8.1.4 Pemilihan Rumah / Keluarga

Rumah atau keluarga yang akan dilawati perlu dikenal pasti dan dipilih terlebih dahulu. Pemilihan rumah adalah melalui analisa situasi maklumat data demografi penduduk kampung. Oleh kerana pelaksanaan program bersifat bersasar, kriteria pemilihan mestilah melibatkan sekurang-kurangnya seorang ahli isi rumah yang tergolong dalam kumpulan berisiko seperti berikut:

- individu terlantar / memerlukan bantuan penjaga untuk bergerak
- individu berkeperluan khas
- individu yang mempunyai kesukaran untuk mengakses ke perkhidmatan kesihatan pergigian

8.1.5 Persediaan bagi Pelaksanaan Aktiviti

Perancangan sebelum melaksanakan aktiviti perlu mengambil kira keperluan logistik dan akses. Ia boleh dilakukan secara kolaboratif bersama pemegang taruh, dengan mengambil kira budaya serta gaya hidup masyarakat setempat.

8.2 Pelaksanaan Aktiviti

Aktiviti dalam PKAP terbahagi kepada tiga komponen utama, iaitu (i) aktiviti komuniti kesihatan pergigian, (ii) lawatan ke rumah dan juga (iii) lawatan ulangan. Lawatan ulangan perlu dilaksanakan bagi memastikan kelestarian program dan pemerksaan komuniti.

8.2.1 Aktiviti di Komuniti

Aktiviti di komuniti melibatkan promosi kesihatan pergigian, pemeriksaan serta rawatan pergigian asas. Pelaksanaan boleh dijalankan menggunakan kemudahan seperti Klinik Pergigian Bergerak atau Pasukan Pergigian Bergerak. Carta alir pelaksanaan aktiviti di komuniti PKAP adalah seperti **Rajah 1**. Kebenaran rawatan secara bertulis perlu diperolehi dari pesakit atau penjaga sebelum rawatan pergigian dijalankan. Semua

pemeriksaan yang dijalankan perlu direkodkan dalam rekod pergigian dan disimpan di klinik pergigian yang bertanggungjawab terhadap Kampung Angkat bagi tujuan pemantauan dan tindakan susulan. Sekiranya pesakit memerlukan rawatan lanjut, surat rujukan / temujanji akan diberikan untuk mendapatkan rawatan di klinik pergigian berhampiran. Perincian aktiviti di komuniti PKAP adalah seperti di **Jadual 2**.

Jadual 2 : Perincian Aktiviti di Komuniti

Bil .	Aktiviti	Cadangan Pengisian	Penglibatan
1	Aktiviti Promosi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pameran mengikut tema yang dikenal pasti seperti pemakanan sihat, penjagaan pergigian ibu mengandung dan kanser mulut. 2. Pendidikan kesihatan pergigian 3. Permainan interaktif 4. Pertunjukan boneka 5. Latihan memberus gigi 6. Lain-lain aktiviti kesihatan pergigian dan kemasyarakatan yang sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> ● Anggota kesihatan pergigian ● Penduduk kampung ● Pasukan G-Pro ● Ikon Gigi ● Lain-lain agensi
2	Aktiviti Klinikal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan pergigian dan saringan kanser mulut 2. Pencegahan Klinikal (Sapuan Varnis Berfluorida*) 3. Rawatan pergigian asas 4. Rujukan rawatan lanjut ke klinik pergigian (jika perlu) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Anggota kesihatan pergigian ● Penduduk kampung

*Penerima sapuan varnis berfluorida (FV) hendaklah dikenal pasti dengan teliti bagi mengelakkan pertindihan dengan penerima FV dari taska, tadika atau klinik kesihatan (KKIA).

8.2.2 Lawatan ke Rumah

Lawatan ke rumah dilakukan berdasarkan rumah yang telah dikenal pasti mengikut kriteria yang ditetapkan dengan sokongan ketua kampung. Penyertaan pasukan Perkhidmatan Kesihatan Pergigian Domisiliari (PKPDom) membantu memperkukuh keberkesanan dan kelancaran pelaksanaan lawatan ke rumah. Pelaksanaan aktiviti semasa lawatan ini termasuk pemeriksaan pergigian, saringan kanser mulut, pendidikan kesihatan pergigian, rawatan pencegahan dan rujukan bagi rawatan lanjutan sekiranya diperlukan. Kebenaran rawatan secara bertulis perlu diperolehi dari pesakit atau penjaga sebelum rawatan pergigian dijalankan. Pemeriksaan yang dijalankan perlu direkodkan dalam rekod pergigian dan disimpan di klinik pergigian yang bertanggungjawab terhadap Kampung Angkat berkenaan bagi tujuan pemantauan dan susulan. Cadangan aktiviti yang boleh dijalankan semasa lawatan ke rumah diperincikan dalam **Jadual 3**.

Pesakit terlantar yang memerlukan rawatan kompleks perlu dirujuk kepada PKPDom. Proses rujukan perlu mematuhi Prosedur Operasi Piawai (SOP) sedia ada. Ahli isi rumah terutamanya penjaga pesakit terlantar yang memerlukan rawatan pergigian harus diberi keutamaan untuk mendapat rawatan semasa aktiviti di komuniti.

Jadual 3 : Perincian Aktiviti Lawatan ke Rumah

Bil.	Aktiviti	Cadangan Pengisian	Penglibatan
1.	Lawatan ke rumah	<ol style="list-style-type: none">1. Pemeriksaan pergigian dan saringan kanser mulut kepada ahli isi rumah2. Menyampaikan maklumat kesihatan mengikut keperluan ahli isi rumah3. Aktiviti pendidikan kesihatan pergigian kepada pesakit/penjaga contoh : Demonstrasi <i>Mouth Self Examination (MSE)</i>, latihan memberus gigi secara berkesan4. Sapuan Varnis Berfluorida*	<ul style="list-style-type: none">• Anggota kesihatan pergigian• Ahli isi rumah

Bil.	Aktiviti	Cadangan Pengisian	Penglibatan
		5. Rujukan ahli isi rumah yang memerlukan rawatan lanjut ke aktiviti di komuniti	

* Penerima sapuan varnis berfluorida (FV) hendaklah dikenal pasti dengan teliti bagi mengelakkan pertindihan dengan penerima FV dari taska, tadika atau klinik kesihatan (KKIA)

8.2.3 Lawatan Ulangan

Lawatan ke kampung angkat perlu dilaksanakan sekurang-kurangnya dua kali setahun bagi tempoh sekurang-kurangnya dua tahun berturut-turut untuk memastikan penduduk mencapai tahap *orally-fit* yang ditetapkan (Ghaffari et al., 2018). Lawatan ulangan disarankan dilaksanakan selepas tiga bulan daripada lawatan pertama. Semasa lawatan ulangan ini, pendekatan berfokus kepada pemerksaan tingkah laku kebersihan mulut dijalankan, di mana ahli keluarga dibimbing untuk mengamalkan teknik memberus gigi yang betul, mengawal pengambilan gula, serta mengenal tanda awal penyakit mulut. Kaedah ini bukan sahaja memberi pendidikan kesihatan, malah menggalakkan ahli keluarga menjadi lebih berdikari dalam menjaga kebersihan mulut, sekali gus meningkatkan keberkesanan intervensi jangka panjang.

8.2.4 Caj Rawatan

Caj bagi perkhidmatan rawatan adalah tertakluk kepada Perintah Fi (Perubatan) (Pindaan) 2017 serta surat pekeliling semasa yang berkuat kuasa daripada Kementerian Kesihatan Malaysia. Caj rawatan juga tertakluk kepada perubahan dan pindaan caj terkini.

8.3 Pemantauan Dan Penilaian Program

Pelaporan program dilaksanakan melalui penggunaan format dan sistem pengumpulan maklumat kesihatan pergigian semasa.

Bagi menilai keberkesanan sesuatu projek, pemantauan berterusan perlu dilakukan berdasarkan indikator yang dicadangkan seperti yang dinyatakan dalam **Jadual 4**.

Jadual 4 : Cadangan Indikator bagi pemantauan Program Kampung Angkat Pergigian

PENILAIAN OUTPUT				
Bil.	Cadangan Indikator	Numerator	Denominator	Catatan
1.	Bilangan Kampung Angkat Pergigian yang menjalankan aktiviti pada tahun semasa	-	-	Lampiran A
2.	Peratus penduduk yang diperiksa pada tahun semasa	Bilangan kedatangan baharu penduduk yang diperiksa	Jumlah penduduk yang dikenal pasti di kampung angkat tersebut (data dari ketua kampung / komuniti)	Lampiran B Denominator ditetapkan pada tahun semasa
3.	Peratus penduduk diberikan pendidikan kesihatan pergigian	Bilangan penduduk diberi pendidikan kesihatan pergigian	Jumlah penduduk yang dikenal pasti di kampung angkat tersebut (data dari ketua kampung / komuniti)	Lampiran C Denominator ditetapkan pada tahun semasa
4.	Peratus rumah yang dilawat (<i>home visit</i>) mengikut kriteria pemilihan rumah	Bilangan rumah yang telah dilawati	Jumlah rumah yang dikenal pasti berdasarkan kriteria pemilihan yang ditetapkan	Lampiran B
PENILAIAN OUTCOME				
5.	Peratus penduduk telah kes selesai (<i>orally-fit</i>)	Bilangan penduduk dengan kes selesai	Jumlah kedatangan baharu	Lampiran B

9. KAJIAN

Pelbagai projek kajian boleh dilaksanakan di peringkat daerah atau negeri, sama ada secara dalaman oleh pihak Kementerian Kesihatan Malaysia atau melalui kerjasama strategik dengan agensi lain seperti institusi penyelidikan, universiti awam, pertubuhan bukan kerajaan (NGO) atau pihak berkepentingan lain yang relevan. Antara kajian yang boleh dijalankan:

- i. Kajian persepsi komuniti terhadap pelaksanaan Program Kampung Angkat Pergigian, bagi menilai tahap penerimaan, kefahaman dan sokongan masyarakat terhadap pendekatan yang dijalankan.
- ii. Kajian keberkesanan Program Kampung Angkat Pergigian, merangkumi aspek seperti perubahan dalam literasi kesihatan pergigian, amalan penjagaan kesihatan mulut, peningkatan capaian kepada perkhidmatan serta impak terhadap status kesihatan pergigian komuniti.

10. KESIMPULAN

PKAP merupakan satu langkah strategik ke hadapan dalam usaha meningkatkan taraf kesihatan pergigian rakyat Malaysia, khususnya dalam kalangan komuniti yang berisiko dan kurang mendapat akses kepada perkhidmatan kesihatan pergigian. Melalui pendekatan yang lebih menyeluruh, bersasar dan berpaksikan komuniti, program ini mampu merapatkan jurang kesihatan pergigian antara penduduk bandar dan luar bandar, serta antara kumpulan sedia ada dengan kumpulan rentan. Pelaksanaan aktiviti secara jangkauan luar, lawatan ke rumah, pendidikan kesihatan, rawatan asas dan kolaborasi rentas sektor telah memperkukuhkan impak serta keberkesanan program ini.

Keberhasilan program ini bergantung kepada komitmen dan kerjasama semua pihak yang terlibat, termasuk anggota kesihatan pergigian, pemimpin komuniti, agensi rakan strategik dan masyarakat setempat. Pemantauan berterusan, penilaian outcome serta penambahbaikan berasaskan bukti amat penting bagi memastikan kesinambungan dan kelestarian impak program dalam jangka masa panjang.

Dengan pelaksanaan yang terancang, tersusun dan responsif terhadap keperluan komuniti, Program Kampung Angkat Pergigian diyakini dapat menjadi pemangkin kepada sistem perkhidmatan kesihatan pergigian yang lebih saksama, inklusif dan berkesan.

11. RUJUKAN

- American Academy of Pediatric Dentistry. (2021). Definition of dental home. In *The Reference Manual of Pediatric Dentistry* (pp. 408–425). American Academy of Pediatric Dentistry.
- Achembong, L. N., Ashu, A. M., Hagopian, A., Downer, A., & Barnhart, S. (2012). Cameroon mid-level providers offer a promising public health dentistry model. *Human Resources for Health, 10*, 1-7.
- Babu, K. G., & Doddamani, G. (2012). Dental home: Patient centered dentistry. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry, 2*(1), 8-12.
- Babyar, J. (2020). Inclusive oral healthcare for a better future together. *Journal of Medical Systems, 44*(4), 89.
- Bakar, N. S. A., Manual, A., & Ab Hamid, J. (2019). Socioeconomic status affecting inequity of healthcare utilisation in Malaysia. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS, 26*(4), 79.
- Chu, C., Chau, A., Lo, E., & Lam, A. (2012). Planning and implementation of community oral health programs for caries management in children. *General dentistry, 60*(3), 210-215; quiz 216.
- Dagli, R., & Singh, A. (2015). Dental outreach program—how effective it is in reaching out to the community. *Journal of international oral health: JIOH, 7*(5), i.
- El-Yousfi, S., Jones, K., White, S., & Marshman, Z. (2019). A rapid review of barriers to oral healthcare for vulnerable people. *British dental journal, 227*(2), 143-151.
- El-Yousfi, S., Marshman, Z., Albers, P. N., Watt, S., Kipping, R., & Williams, J. G. (2022). Health visiting teams and children’s oral health: a scoping review. *BMC oral health, 22*(1), 594.
- Feldens, C. A., Vítolo, M. R., & Drachler, M. d. L. (2007). A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. *Community dentistry and oral epidemiology, 35*(3), 215-223.
- Geneva, W. (1986). World Health Organisation: Ottawa charter for health promotion. *J Health Promotion, 1*, 1-4.
- Ghaffari, M., Rakhshanderou, S., Ramezankhani, A., Noroozi, M., & Armoon, B. (2018). Oral health education and promotion programmes: meta-analysis of 17-year intervention. *International journal of dental hygiene, 16*(1), 59-67.
- Heaton, L. J., Smith, T. A., & Raybould, T. P. (2004). Factors influencing use of dental services in rural and urban communities: considerations for practitioners in underserved areas. *Journal of dental education, 68*(10), 1081-1089.

- Institute for Health Systems Research & Institute for Public Health. (2020). National Health and Morbidity Survey 2019 (NHMS 2019) Vol. II: Healthcare demand. Ministry of Health Malaysia.
- Institute for Public Health. (2015). National Health and Morbidity Survey 2015 (NHMS 2015) Volume III: Healthcare demand. Ministry of Health Malaysia.
- Institute for Public Health. (2011). National Health and Morbidity Survey 2011 (NHMS 2011) Vol. III: Healthcare demand. Ministry of Health Malaysia.
- Jar, A. A., Alshahrni, M. S., AL-Ghoraibi, M. G., Alqahtani, H. M., Almohaisen, T. A., Alzenidi, R. F., & Alkhaldi, A. S. (2025). Role of Family-Centered Dental Health Initiatives in Reducing the Incidence of Childhood Cavities.
- Kalvina Chelladorai, K. S. M. Z., Devi Shantini Rata Mohan, Zalilah Abdullah, Awatef Amer Nordin, Inin Roslyza Rusli, Dewi Mayang Sari Kamarozaman, Nurul Syariza Kamal, Nurulasmak Mohamed, Muhammad Farid Nurdin. (2023). Community Acceptance of Dental Home Visits in Program Kampung Angkat Pergigian [Unpublished Manuscript].
- Kemm, J. (2014). *Health promotion: Ideology, discipline, and specialism*. OUP Oxford.
- Kiyu, A., Steinkuehler, A. A., Hashim, J., Hall, J., Lee, P. F., & Taylor, R. (2006). Evaluation of the healthy village program in Kapit district, Sarawak, Malaysia. *Health Promotion International*, 21(1), 13-18.
- Kementerian Kesihatan Malaysia, Program Kesihatan Pergigian (2023). *Pelan Strategik Kesihatan Pergigian Kebangsaan KKM 2022-2030*.
- Kowash, M., Pinfield, A., Smith, J., & Curzon, M. (2000). Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. *British dental journal*, 188(4), 201-205.
- Lehmann, U., & Sanders, D. (2007). Policy brief: community health workers: what do we know about them. *The State of the Evidence on Programmes, Activities, Costs and Impact on Health Outcomes of Using Community Health Workers*. WHO, 1, 2.
- Ministry of Health Malaysia. (2024). *A Lifetime of Healthy Smiles : Annual report 2024*. Oral Health Programme.
- Moynihan, P., & Kelly, S. (2014). Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. *Journal of dental research*, 93(1), 8-18.
- Nghayo, H. A., Palanyandi, C. E., Ramphoma, K. J., & Maart, R. (2024). Oral health community engagement programs for rural communities: A scoping review. *Plos one*, 19(2), e0297546.
- Park, M.-H., Park, J.-W., Oh, H.-S., Jeong, M.-S., & Jang, J.-H. (2025). Evaluating the effectiveness of multi-oral muscle function improvement training (MoMFIT) interventions conducted via home visits for a denture-wearing older adult with severe chewing discomfort: a case report. *Journal of Korean society of Dental Hygiene*, 25(2), 89-99.

- Pawar, H., Saha, S., Jagannath, G., Kumari, M., Narang, R., & Singh, E. (2015). Effectiveness of outreach program: a three year follow-up study among 12 years school students in Lucknow. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 9(1), ZC35.
- Peres, M. A., Macpherson, L. M., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., & Kearns, C. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249-260.
- Perez, J. (2025). Supporting Children with a Neurodivergent Condition in Dental Care.
- Petersen, P. E., & Ogawa, H. (2012). The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology 2000*, 60(1), 15-39.
- Pine, C., Adair, P., Robinson, L., Burnside, G., Moynihan, P., Wade, W., Kistler, J., Curnow, M., & Henderson, M. (2016). The BBaRTS Healthy Teeth Behaviour Change Programme for preventing dental caries in primary school children: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, 17, 1-10.
- Pizarro, V., Ferrer, M., Domingo-Salvany, A., Benach, J., Borrell, C., Pont, A., Schiaffino, A., Almansa, J., Tresserras, R., & Alonso, J. (2009). The utilization of dental care services according to health insurance coverage in Catalonia (Spain). *Community dentistry and oral epidemiology*, 37(1), 78-84.
- Raison, H., & Harris, R. (2019). Interventions to reduce socio-economic inequalities in dental service utilisation-a systematic review. *Community Dental Health*, 36(1), 39-45.
- Sacks, E., Schleiff, M., Were, M., Chowdhury, A. M., & Perry, H. B. (2020). Communities, universal health coverage and primary health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(11), 773.
- Salleh, S. M., Zakaria, S., bin Sinor, M. Z., & Vengadasalam, S. N. (2018). A Pilot Study on the Effectiveness of Community-Based Oral Health Promotion Activities in Malaysia. *Malays Dent J*, 1.
- Song, E.-J., & Hwang, S.-J. (2017). Effectiveness of a 5-year Community Oral Health Program for the Elderly in Korea. *Journal of dental hygiene science*, 17(3), 202-208.
- Thompson, C. L., McCann, A. L., & Schneiderman, E. D. (2017). Does the Texas first dental home program improve parental oral care knowledge and practices? *Pediatric dentistry*, 39(2), 124-129.
- Thompson, S., Watson, M., & Tilford, S. (2018). The Ottawa Charter 30 years on: still an important standard for health promotion. *International Journal of Health Promotion and Education*, 56(2), 73-84.

- Van Meijeren-van Lunteren, A. W., You, Y., Raat, H., Wolvius, E. B., & Kragt, L. (2023). Caries preventive interventions and oral health inequalities: a scoping review. *JDR Clinical & Translational Research*, 8(4), 311-325.
- Vashishtha, V., Kote, S., Basavaraj, P., Singla, A., Pandita, V., & Malhi, R. K. (2014). Reach the unreached—a systematic review on mobile dental units. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 8(8), ZE05.
- Walker, D. G., & Jan, S. (2005). How do we determine whether community health workers are cost-effective? Some core methodological issues. *Journal of community health*, 30, 221-229.
- Walley, J. (2010). Choosing the best public health interventions.
- Weening-Verbree, L. F., Schuller, A. A., Zuidema, S. U., & Hobbelen, J. S. (2022). Evaluation of an oral care program to improve the oral health of home-dwelling older people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7251.
- World Health Organization. (2020). Community engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. In *Community engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people*. World Health Organization.

LAMPIRAN

Rekod Maklumat Asas Kampung Angkat Pergigian Program Kampung Angkat Pergigian

PKAP1 Pind. 1/2025

REKOD MAKLUMAT ASAS KAMPUNG ANGGAT PERGIGIAN
PROGRAM KAMPUNG ANGGAT PERGIGIAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

NEGERI	DAERAH	KLINIK PERGIGIAN	KOD KAMPUNG ANGGAT (KG-R-01-1)....	MAKLUMAT KAMPUNG ANGGAT					MAKLUMAT LAWATAN KE RUMAH					
				NAMA DAN ALAMAT KAMPUNG	JARAK KAMPUNG DARI KLINIK PERGIGIAN TERDEKAT	JUMLAH PENDUDUK DI KAMPUNG ANGGAT	TAHUN KAMPUNG MENJADI KAMPUNG ANGGAT SECARA RASMI	TARIKH LAWATAN PROJEK KOMUNITI DIJALANKAN	JUMLAH RUMAH YANG DIKENAL PASTI UNTUK DILAWAT	KOD RUMAH DILAWATI (R1, R2, R3,)	ALAMAT RUMAH	TARIKH LAWATAN KE RUMAH	BILANGAN ISI RUMAH DIBUAT PEMERIKSAAN PERGIGIAN	BILANGAN TODDLER YANG TERLIBAT DENGAN SAPUAN FLUORIDA (KOHORT)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Laporan Aktiviti Promosi dan Pendidikan Kesihatan Pergigian

PGPRO 01 (2026) – KOD PROGRAM

SISTEM MAKLUMAT KESIHATAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

LAPORAN INDIVIDU/BULANAN FASILITI/DAERAH/NEGERI BAGI AKTIVITI PROMOSI DAN PENDIDIKAN KESIHATAN PERGIGIAN

NEGERI
DAERAH
FA SILITI
NAMA JURUTERAPI / PEGAWAI PERGIGIAN

Jenis Program	Kod Program	Nama Program	Bil. Program	Bil. Peserta	Aktiviti Pendidikan Kesihatan Pergigian																			Penglibatan		Media Massa			
					Ceramah		Latihan Memberus Gigi		Pameran/Kempen	Pertunjukan Boneka	Malah Peragaan	Bercerita	Perandingan	Permainan Interaktif	Latihan Rakam Kolaborasi	Perunjukan Multimedia	Dental Buskers	Flash Mob/IMG Berrama	Lawatan Ke Rumah	Nasihat Kesihatan Pergigian			Jumlah Aktiviti	Ikon Gigi (IGG)	Pasukan C-Pro	Televisyen	Radio	Cetak	Jumlah
					Baru	Ulangan	Baru	Ulangan												Nasihat Pengajaran Kesihatan Mulut	Nasihat Kesoter Mulut	Nasihat Berhenti Merokok / Njape							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Kolaborasi Bersama Agensi Awam/Sw	PRO1000	Program Kolaborasi																											
Jumlah Berdasarkan Kod Program PRO1000																													
Program Ikon Gigi	PRO2000	Program Ikon Gigi																											
Jumlah Berdasarkan Kod Program PRO2000																													
Kesihatan Oral & Agama (KOA)	PRO3000	Program Kesihatan Oral dan Agama																											
Jumlah Berdasarkan Kod Program PRO3000																													
Minggu Promosi Kesihatan Pergigian	PRO4001																												
Jumlah Berdasarkan Kod Program PRO4000																													
Institusi Pengajian	PRO5000	Hari Kesihatan Pergigian Di Kolej Komuniti																											
Jumlah Berdasarkan Kod Program PRO5000																													
Kumpulan Sasar	PRO6000	Program Mengikut Kumpulan Sasar																											
Jumlah Berdasarkan Kod Program PRO6000																													
Doktor Muda	PRO7000	Program Tunas Muda																											
Jumlah Berdasarkan Kod Program PRO7000																													
Lain-Lain	PRO8002	Program Kampung Angkat Pergigian																											
Jumlah Berdasarkan Kod Program PRO8000																													
Jumlah																													



**Program Kesihatan Pergigian
Kementerian Kesihatan Malaysia**

Aras 5, Blok E10, Kompleks E, Presint 1,
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan,
62590 Putrajaya.