

Artikel

Menangani Penyakit Berjangkit Di Malaysia Sebelum Penguatkuasaan Akta 342 (*On Dealing with Infectious Diseases in Malaysia Before the Enforcement of Act 342*)

Wan Nur Izzati Wan Bahari & Ahmad Kamal Ariffin Mohd Rus*

Jabatan Sejarah, Fakulti Sastera dan Sains Sosial, Universiti Malaya, 50603 Kuala Lumpur, Malaysia

*Pengarang Koresponden: akamal@um.edu.my

Abstrak: Diskusi artikel ini mengetengahkan inisiatif yang digerakkan pihak kerajaan dalam menangani penyakit berjangkit di Malaysia sejak era tradisional. Perkembangan pengurusan pentadbiran, pengawalan serta kaedah menangani penyakit berjangkit di Malaysia mula berubah daripada konvensional kepada moden, dengan kehadiran pihak kolonial khususnya semasa era penjajahan British. Transisi sektor kesihatan yang berlaku di Tanah Melayu adalah berpunca daripada perubahan ekosistem yang berlaku kesan daripada aktiviti ekonomi. Sehubungan itu, muncul pelbagai jenis penyakit berjangkit baru. Masalah penyakit berjangkit yang semakin membarah di Tanah Melayu telah mendesak pihak kolonial untuk mencari solusi bagi memastikan produktiviti buruh tidak terjejas teruk, lantas membolehkan kegiatan ekonomi dapat berjalan seperti sedia kala. Sehubungan itu, artikel ini bertujuan mengenal pasti sejauh mana peranan pihak kerajaan mengambil langkah serius menangani penyakit berjangkit di Malaysia sebelum penguatkuasaan Akta 342. Diskusi artikel mengguna pakai metodologi sejarah, bersifat kualitatif deskriptif dan analitikal, memfokuskan tema-tema khusus. Kajian mengguna pakai sumber primer dan sekunder, seperti fail-fail sekretariat negeri, fail Tanah Jajahan Britain (C.O. 273 & C.O. 1022), laporan-laporan tahunan KKM, akhbar, buku serta artikel. Hasil kajian mendapati bahawa kaedah menangani penyakit berjangkit di Malaysia adalah rentetan daripada peninggalan yang diwarisi dari era penjajahan British. Kaedah kuarantin, sistem perparitan, aliran air bersih serta suntikan vaksin yang diperkenalkan British telah menampakkan satu keberkesanan yang lebih maksima dalam mengekang dan merawat penyakit berjangkit. Manakala bagi tempoh selepas merdeka pula, usaha terhadap pengurusan dan pengawalan penyakit berjangkit menampakkan keberkesanan dengan adanya program-program seperti Program Malaria Kebangsaan, Program Tibi Kebangsaan dan Program Kusta Kebangsaan.

Kata kunci: Kuarantin, Vaksin, Malaria, Tibi, Kusta

Abstract: This article highlights the initiatives taken by the government in addressing the issue of infectious diseases in Malaysia since the traditional era. The development of administrative management, control, and methods of dealing with infectious diseases in Malaysia shifted from the conventional to the modern approach, especially during the British colonial era. Health sector transition in Malaya was caused by the change in the ecosystem due to economic activity. The worrying spread of new emerging infectious diseases in Malaya forced the colonial authorities to look for a solution to ensure labour productivity was not too adversely affected, thus allowing for economic activity to run smoothly. Therefore, this article aims to identify the extent of government's role in taking serious steps to deal with infectious diseases in Malaysia before the

enforcement of Act 342. This article uses historical methodology, qualitative-descriptive and analytical, focusing on specific key themes. This study depends on primary and secondary sources, such as state secretariat files, British Colonial Office Files (C.O. 273 & C.O. 1022), Ministry of Health annual reports, newspapers, books, and articles. The findings show the methods to deal with infectious diseases in Malaysia were a continuation of the methods inherited from the British colonial era. The British introduced methods such as quarantines, drainage, clean water flow, and vaccinations that demonstrated maximum effectiveness in containing and treating infectious diseases. For the post-Independence period, efforts towards infectious disease management and control also showed effectiveness with programmes such as the National Malaria, Tuberculosis and Leprosy Control Programme.

Keywords: Quarantine, Vaccine, Malaria, Tuberculosis, Leprosy

Pengenalan

Kejadian penyakit berjangkit, bukanlah suatu perkara yang baru dan telah wujud sejak dari zaman awal. Tanah Melayu juga tidak lari daripada terkesan dengan wabak penyakit berjangkit yang melanda dunia. Penularan wabak penyakit berjangkit yang semakin memuncak di Tanah Melayu ini kemudiannya telah membawa kepada pembentukan undang-undang kuarantin, mengetengahkan penggunaan vaksin dan lain-lain sebagai usaha mencegah penularan wabak penyakit berjangkit. Penyakit berjangkit adalah satu bentuk penyebaran agen biologi yang berpunca daripada parasit, bakteria mahupun virus yang kemudiannya menghasilkan organisma parasitik dan patogenik sehingga membolehkan jangkitan penyakit berlaku sama ada daripada manusia kepada manusia ataupun daripada haiwan kepada manusia (Fatan, 2005). *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) mendefinisikan penyakit berjangkit sebagai:

“... illnesses caused by germs ... that enter the body, multiply and can cause an infection. Some infectious diseases are contagious (or communicable), that is, spread from one person to another. Other infectious diseases can be spread by germs carried in air, water, food, or soil. They can also be spread by vectors....”

(Laporan 1, 2012)

Manakala, dari sudut undang-undang pula, penyakit berjangkit bermaksud apa-apa jenis penyakit yang disenaraikan dalam “Jadual Pertama” Akta 342.

Akta Pencegahan dan Pengawalan Penyakit Berjangkit 1988 atau juga dikenali sebagai Akta 342 mula dikuatkuasakan pada 8 September 1988, selepas akta ini mendapat persetujuan diraja pada 13 Ogos 1988 dan adalah terpakai di seluruh Malaysia. Akta 342 merupakan panduan utama dalam pengawalan penyakit berjangkit di Malaysia sehingga ke hari ini. Penggubalan Akta 342 pada tahun 1988 ini digerakkan kerana didapati bahawa undang-undang sedia ada tidak lagi relevan. Penggubalan undang-undang baru ini juga bermaksud enakmen dan ordinan sebelumnya yang diwarisi daripada zaman kolonial British dimansuhkan. Antaranya ialah N.M.B. Bab 185 Enakmen Kuarantin; N.M.B. Bab 186 Enakmen Pencegahan Penyakit; N.N.S Ord 52/1939 Ordinan Kuarantin dan Pencegahan Penyakit 1939 dan lain-lain (Akta 342, 1988).

Dalam mendepani penularan wabak penyakit berjangkit yang kompleks dan dinamik penting untuk dinilai peranan yang dimainkan oleh sesebuah kerajaan menanganinya. Hal ini kerana, usaha menangani penyakit berjangkit memerlukan tindak balas responsif dan bergantung kepada keberkesanan kaedah

menanganinya. Selain daripada itu, tempoh sebelum penguatkuasaan Akta 342 amat penting memandangkan tidak ada satu undang-undang yang komprehensif mahupun pengkaedahan yang jelas dalam melihat bagaimana kerajaan sebelum dan pasca merdeka menangani penyakit berjangkit. Ini bermakna penyakit berjangkit adalah satu masalah sosial yang serius dan perlu ditangani oleh mana-mana pemerintah kerana kesannya terlalu mahal dan boleh mengorbankan ribuan nyawa. Sehubungan itu, artikel ini cuba mengupas sejauh mana peranan pihak kerajaan mengambil langkah serius menangani penyakit berjangkit di Malaysia sebelum penguatkuasaan Akta 342.

Sorotan Literatur

Menerusi penelitian terhadap beberapa penulisan, didapati bahawa kajian yang memfokuskan kepada penyakit berjangkit dalam disiplin sejarah adalah amat terhad. Namun demikian, tidak dapat dinafikan bahawa kajian-kajian berkaitan penyakit berjangkit telah banyak dilaksanakan oleh pengkaji-pengkaji dari bidang perubatan, undang-undang dan sosiologi. Walau bagaimanapun 'nature' bidang penyelidikan yang tidak memerlukan kajian terhadap sejarah, perkembangan, kesinambungan serta implikasi menyebabkan tumpuan kajian hanya dikhususkan kepada aspek 'teknikal' penyakit berjangkit (Vivien & Noor, 2014).

Dalam mengesan kajian-kajian lepas berkaitan isu penyakit berjangkit beberapa penulisan diteliti; antaranya, kajian oleh Kai Khiun Liew (2007), tragedi 104 tahun lalu yang kurang mendapat perhatian di rantau Asia Tenggara diangkat semula olehnya. Memilih wabak Spanish Influenza sebagai fokus kajian, Liew menyetengahkan aspek-aspek seperti sejarah penularan wabak penyakit berkenaan, serta tindak balas kerajaan dan masyarakat dalam mendepani wabak. Manakala Aiza (2011) menyetengahkan kaedah pencegahan penyakit berjangkit yang diguna pakai sejak zaman tradisional hinggalah kemudiannya diperkenalkan kaedah kuarantin bersistem oleh pihak kolonial. Wabak penularan penyakit berjangkit yang semakin meruncing telah mendesak masyarakat global mengangkat isu penyakit berjangkit melalui persidangan antarabangsa seperti Persidangan Kesihatan Antarabangsa Ketujuh berkenaan isu penularan wabak kolera.

Isu-isu pengawalan penyakit berjangkit zaman kolonial turut meraih perhatian Emily Kaudon (2013). Melalui penulisannya itu, Emily berpendapat bahawa desakan pemodal asing yang mula merasakan masalah kesihatan buruh yang semakin merosot telah menjejaskan hasil pengeluaran ekonomi. Sehubungan dengan itu, British dilihat mula mengenal pasti punca penularan. Buku terakhir yang menjadi rujukan untuk konteks penyakit berjangkit ialah tulisan Lim Kean Ghee (2016). Perbincangan buku ini diarahkan kepada perkembangan perubatan yang dilihat dari aspek populasi, perkembangan sosial, politik serta kemunculan penyakit-penyakit utama yang meliputi tahun-tahun awal pentadbiran kolonial sehingga era kemerdekaan di Malaysia. Namun pandangan Lim sedikit berbeza daripada pengkaji lain yang melihat faktor ekonomi sebagai penyumbang kepada penyediaan perkhidmatan kesihatan oleh pihak kolonial, baginya, ia adalah satu bentuk 'kemanusiaan' yang dipaparkan oleh British.

Pada bahagian seterusnya, sorotan literatur ini meneliti aspek langkah kerajaan dalam menangani masalah penyakit berjangkit. Misalnya, artikel Umi (1999), memilih wabak penyakit Coxsackie B. Umi berpandangan penyelesaian kepada masalah kesihatan perlu membabitkan pengurusan perancangan yang strategik misalnya, menggunakan kepakaran perhubungan awam dalam soal liputan media (Shahrul & Kamaliah, 2014). Hal ini penting bagi memastikan suasana panik semasa wabak dapat diminimalkan. Sementara itu, Simon (2007), berpandangan bahawa soal langkah pengawalan penyakit berjangkit oleh kerajaan perlu bermula daripada akar umbi. Antaranya memastikan perkhidmatan kuratif mudah dicapai. Soal ekuiti, kos pengendalian dan masalah kekurangan kakitangan perubatan professional seharusnya tidak lagi menjadi masalah.

Sesebuah negara harus memastikan dasar dan polisi yang dirangka adalah berpandukan analisis data yang dikumpul daripada negara masing-masing, bukannya mengambil model negara lain lantas diaplikasikan di negara sendiri.

Kajian berkaitan dengan langkah pengawalan kerajaan dalam menangani penyakit berjangkit amatlah terhad di Malaysia khususnya bagi tempoh selepas merdeka. Selain daripada faktor disiplin perubatan, sosiologi dan perundangan yang banyak mempelopori kajian, ruang lingkup kajian yang hampir keseluruhannya memfokuskan kepada kesihatan awam secara umum juga menjadikan perbincangan berkaitan langkah pengawalan kerajaan dalam menangani penyakit berjangkit didapati kurang tuntas. Oleh hal demikian, kajian ini berhasrat untuk mengisi kekosongan tersebut dari sudut pandang penulisan sejarah.

Metodologi

Kajian ini menggunakan metod penyelidikan sejarah. Sebagaimana kebanyakan penulisan disiplin sejarah, kajian menggunakan pendekatan kualitatif dalam penilaian data-data. Penyelidikan sejarah lazimnya berkaitan dengan hal-hal seperti menilai perkembangan sesuatu peristiwa, meneliti dasar serta kesan peristiwa lampau, menilai sebab kejadian dan perilaku kegiatan masyarakat lalu lantas mengakibatkan kaedah kualitatif menjadi pilihan utama para pengkaji. Penyelidikan kualitatif memerlukan pemerhatian yang terperinci. Menurut Ang, terdapat beberapa sifat kajian kualitatif antaranya bersifat fenomenologis, observasi bebas, holistik, dinamik, proses berorientasi, penggunaan kaedah analisis tematik, penglibatan sama penyelidik, mengguna pakai logik induktif dan akhir sekali membina realiti (2016). Bagi maksud tersebut, kajian ini menggunakan metod kualitatif dengan menjalankan kajian pustaka dan analisis dokumen. Sehubungan dengan itu, beberapa sumber primer digunakan iaitu Akta Pencegahan dan Pengawalan Penyakit Berjangkit 1988, fail sekretariat negeri, fail Tanah Jajahan Britain C.O. 273 & 1022, laporan-laporan tahunan KKM, manual *Infectious Disease Outbreak Rapid Response* dan laporan *National Influenza Pandemic Preparedness Plan*. Penggunaan sumber primer merupakan tunjang penting dalam menghasilkan penyelidikan sejarah. Dengan adanya sumber-sumber tersenarai, maka olahan dan tafsiran dapat dikemukakan dalam penulisan bersandarkan ketetapan maklumat yang terkandung dalam rekod. Sementara itu, sumber sekunder seperti buku, jurnal dan tesis turut digunakan sebagai bahan rujukan dalam mengenal pasti diskusi-diskusi diketengahkan oleh pengkaji terdahulu berkenaan isu kesihatan awam terutamanya bagi aspek pentadbiran. Sebagai contohnya kajian oleh Kai Khiun Liew, Aiza Maslan, Emily Kaudon dan Lim Khean Ghee.

Hasil Kajian dan Perbincangan

1. Penyakit Berjangkit Era Tradisional

Kaedah Menangani Penyakit Berjangkit Masyarakat Tempatan

Soal kesihatan dalam kalangan masyarakat tempatan di Tanah Melayu sering dikaitkan dengan kepercayaan animisme dan hinduisme. Oleh hal demikian, penyakit dikaitkan dengan elemen-elemen seperti kuasa ghaib, hantu, kuasa alam dan kepercayaan-kepercayaan mistik lain. Hal ini kemudiannya telah membentuk kefahaman masyarakat tempatan bahawa adanya hubungan antara manusia dengan persekitaran sosial dan persekitaran alam. Kedua-duanya harus dipelihara bagi mengelakkan sebarang malapetaka atau bencana yang dihadirkan dalam pelbagai bentuk khususnya penyakit berjangkit. Bagi masyarakat Melayu lama, mereka menganggap penyakit berjangkit sebagai 'bala seroka' (Mohtar, 1977). Misalnya, apabila sesuatu kawasan ditimpa penyakit taun dan berlaku banyak kematian maka pelbagai bentuk pemujaan dan persembahan

dilaksanakan bagi menghapuskan penyakit berjangkit tersebut. Hasilnya muncul upacara-upacara seperti pemujaan pantai dalam kalangan masyarakat Melayu terutamanya di bahagian Pantai Timur (Mohtar, 1977).

Dengan itu, jelas bahawa sebelum kedatangan pihak kolonial, masyarakat tempatan bukan sahaja telah mempunyai idea tentang penyakit berjangkit, malah telah ada kaedah tersendiri dalam menanganinya. Malah, masyarakat tempatan sudah ada pengamal perubatan yang menjadi tempat rujukan dan perawatan mereka seperti bomoh, dukun serta pawang. Tambahan pula, pengamal perubatan tradisional Melayu mendapat penghormatan tinggi dalam kalangan masyarakat dan juga dikatakan sebagai '*Malay Surgeon*' zaman itu (Wan Faizah, 2001). Justeru, tidak hairanlah jika kaedah 'kuarantin' tradisional dikesan sejak tahun 1850. Kaedah mengisolasi pesakit ini dikesan melalui beberapa peristiwa antaranya Bradell yang merupakan salah seorang pegawai British ketika itu. Bradell mendapati terdapat satu kawasan di Segamat dipenuhi dengan batang pucuk dan digantung tali sebagai tanda larangan, berpunca daripada serangan penyakit berjangkit (Gullick, 1987). Selain itu, di Kelantan sekitar 1904 dan 1905, bomoh-bomoh telah melarang sesiapa sahaja mendekati kawasan kediaman pesakit cacar (Gimlette, 1971). Bagi memastikan tidak ada yang memasuki kawasan itu, pelepah bersama daun kelapa digantung bersama sebagai tanda larangan serta dikenakan hukuman bagi yang ingkar (Gimlette, 1971). Sama halnya semasa penularan wabak kolera di Kelantan yang berlaku dalam tempoh sama. Terdapat dua kaedah kuarantin yang dilaksanakan oleh masyarakat tempatan iaitu 'pupoh kampung' dan 'pupoh rumah' (*Straits Echo*, 1911).

Pada tahap awal, tempoh kuarantin selama 30 hari dikenakan kepada orang luar yang memasuki kawasan jangkitan atau penduduk kampung yang melarikan diri dari kawasan wabak. Di pintu masuk utama sesebuah kampung pula dipasang tali pupoh dan digantung bersama dengan dedaun. Kedua-dua belah laluan itu disekat dengan batang buluh yang dibelah dua dan bahagian atasnya di lengkungkan dan diisi dengan kelapa muda dan pada bahagian batang diikat pula dengan sirih dan cerut (*Straits Echo*, 1911). Selain daripada kaedah kuarantin, penggunaan jampi serapah dan mantera juga dijadikan sebagai kaedah merawat penyakit berjangkit khususnya dalam kalangan bomoh. Kaedah-kaedah rawatan tradisional dalam kalangan masyarakat Melayu ini bukan sahaja menjelaskan kewujudan adat resam dan tradisi perubatan masyarakat Melayu malah memberikan satu pandangan yang jelas bahawa pelbagai inisiatif rawatan telah dipraktikkan oleh masyarakat tempatan untuk menangani penyakit berjangkit.

2. Penyakit Berjangkit Era Kolonial British

Perkhidmatan dan Pentadbiran Kesihatan Awam Era British

Hasil penelitian mendapati bahawa pada era British, aspek pengurusan dan pengawalan penyakit berjangkit tidak mendapat tumpuan khusus, di mana, fokus perkhidmatan hanyalah bertumpu kepada kesihatan awam secara umum. Sebelum tahun 1932, perkhidmatan kesihatan dipisahkan kepada dua jabatan iaitu satu bahagian menguruskan Negeri-negeri Selat. Manakala, bahagian kedua melibatkan Negeri-negeri Melayu Bersekutu dan Tidak Bersekutu. Hanya pada tahun 1932, pentadbiran kesihatan kemudian dicantumkan di bawah satu pentadbiran kelolaan 'Pengarah Kerja' di Negeri-negeri Selat dan 'Penasihat' di Negeri-negeri Melayu Bersekutu dan Negeri-negeri Tidak Bersekutu (Laporan 3, 1992).

Kemudian, pada tahun 1948 kesan daripada Perjanjian Persekutuan Tanah Melayu yang menurunkan kuasa pentadbiran atau desentralisasi, maka ia turut memberi kesan kepada perkhidmatan kesihatan. Akibatnya, kuasa pentadbiran perkhidmatan kesihatan kini dijadikan perihal negeri. Dengan itu, wujud sebuah Jabatan Persekutuan sebagai ibu pejabat bertempat di Pulau Pinang. Seterusnya pada tahun 1955, diwujudkan

sebuah portfolio Ahli Kesihatan di bawah seliaan Jabatan Kebajikan Masyarakat dan Jabatan Kimia bagi menguruskan segala hal berkaitan dengan kesihatan di Malaysia.

Pola Penyakit Berjangkit Era British

Sekitar awal abad ke-20, penyakit-penyakit utama di Tanah Melayu dikategorikan kepada dua bahagian iaitu penyakit yang tersebar melalui penularan dan kedua penyakit akibat kerentanan serta daya tahan individu lemah. Kategori pertama ialah penyakit berjangkit dan penyakit bawaan air. Kebimbangan British terhadap penyakit ini berpunca disebabkan kemampuan penyakit ini tersebar ke pelbagai peringkat tanpa mengira stratifikasi sosial meskipun dengan adanya kawalan penyakit berjangkit menerusi inokulasi dan penyediaan bekalan air bersih. Malah penyakit ini dapat menjangkiti seseorang individu meskipun mempunyai daya tahan badan yang tinggi. Antara penyakit berjangkit dalam kategori ini ialah Malaria, Cacar, Polio, Puru, Difteria dan sebagainya (Chee, 1982). Bagi kategori kedua pula, penyakit berlaku disebabkan kekurangan nutrisi, masalah pernafasan dan faktor taraf kehidupan serta persekitaran, misalnya, tuberkulosis, diarrhea dan beri-beri.

Pada awal abad ke-20, malaria ialah penyakit berjangkit paling teruk melanda Tanah Melayu. Hal ini berikutan berlakunya ketidakseimbangan ekologi akibat daripada pembersihan hutan, kegiatan perlombongan, penanaman getah serta lain-lain kegiatan ekonomi ketika itu. Sehubungan dengan itu, sebelum tempoh Perang Dunia Kedua, inisiatif terhadap pembasmian penularan wabak malaria telah banyak digerakkan namun isu ini tidak dapat diselesaikan. Malah sehingga pembentukan Persekutuan Tanah Melayu pada tahun 1948, isu malaria masih belum ada pengakhirnya. Selain daripada malaria, terdapat beberapa jenis lagi penyakit berjangkit lain yang melanda Tanah Melayu antaranya cacar, puru, taun, penyakit kelamin dan demam kepialu. Namun demikian, penyakit berjangkit tidak merebak secara meluas sebagaimana malaria. Penularan wabak penyakit berjangkit sebegini kemudiannya telah membawa kepada pelbagai aspek pengawalan dan pencegahan oleh pihak kolonial.

Pembaharuan dan Kaedah Menangani Penyakit Berjangkit Era British

a) Kaedah kuarantin

Penemuan perubatan moden telah membolehkan punca kejadian penyakit berjangkit dikesan lantas mendorong kepada berlakunya perubahan dan perkembangan dalam usaha menanganinya. Antaranya ialah memodenkan sistem kuarantin. Isu utama yang telah memungkinan hal ini adalah berpunca daripada kemasukan imigran disyaki sebagai agen pembawa penyakit berjangkit. Pertambahan pesat penduduk akibat migrasi telah mendatangkan pelbagai masalah penyakit berjangkit. Malah beberapa siri serangan wabak penyakit berjangkit yang berlaku di Eropah sehingga mencatatkan jumlah kematian besar telah menyebabkan soal kuarantin memperoleh perhatian antarabangsa. Bagi maksud tersebut, satu Persidangan Kesihatan Antarabangsa telah dilaksanakan pada tahun 1892 bertempat di Venice (Aiza, 2011). Berikutan itu, beberapa kaedah kawalan kesihatan antarabangsa diwujudkan termasuklah mewajibkan setiap kapal dikuarantin sebelum berlabuh. Walau bagaimanapun, ditegaskan bahawa kuarantin bukanlah suatu kaedah yang baru. Kaedah kuarantin telah lama digunakan oleh masyarakat seluruh dunia termasuklah Tanah Melayu, meskipun pendekatannya berbeza antara negara. Namun begitu, kaedah kuarantin tradisional dilihat terbatas kerana tidak mempunyai struktur dan polisi yang jelas.

Sehubungan dengan itu, bagi memastikan kaedah kuarantin mendatangkan impak maksima, British telah memperkenalkan ordinan kuarantin. Ordinan ini mula diperkenalkan pada tahun 1868. Kapal-kapal yang berlabuh di Negeri-negeri Selat telah diwajibkan untuk menjalani kuarantin terlebih dahulu dan mematuhi

segala peruntukan tersedia (Ordinance VIII, 1876). Selain itu, ordinan ini juga terpakai di atas kapal iaitu memastikan kebersihan kapal, anak-anak kapal dan penumpang menjalani kuarantin. Seterusnya, kaedah kuarantin pada era kolonial British dilihat semakin jelas dengan adanya *Quarantine and Prevention of Diseases Enactment 1900* (Sel. Sec. 7532, 1900). Enakmen ini, memperincikan proses pelaksanaan kuarantin serta memperuntukan fasal berkaitan pencegahan penyakit berjangkit di darat. Contohnya, sebarang kejadian penyakit berjangkit perlu dilaporkan segera; individu yang telah dijangkiti penyakit berjangkit tidak dibenarkan mendekati kawasan awam; dan, mana-mana individu yang ingkar arahan dikenakan denda tidak melebihi \$200 sebagaimana diperuntukan pada Bahagian VI (79) (Sel. Sec. 7532, 1900).

b) Kaedah pembasmi vektor melalui sistem perparitan

Penularan penyakit malaria yang berleluasa sekitar tahun 1900 telah mendesak British mencari jalan penyelesaian untuk mengekanginya. Berkesinambungan daripada itu, kaedah pembasmi vektor melalui sistem perparitan diperkenalkan, hal ini demikian, hasil kajian mendapati larva nyamuk membiak di kawasan berair (Noraini, 2008). Idea asal kaedah ini diutarakan oleh Dr Wright sebaik sahaja beliau menjalankan kajian pengesanan nyamuk di Perak bagi mengenal pasti habitat invertebrat itu. Rentetan itu, Dr Dowden (*District Surgeon Gopeng*) telah membuat kenyataan mengatakan bahawa penularan malaria berpunca daripada dua keadaan iaitu kawasan berpaya dan ketiadaan sistem penyaliran yang baik. Walau bagaimanapun, sehingga tahun 1914 tidak ada usaha-usaha pengawalan malaria berskala besar dan sistematik dilaksanakan di Perak. Hanya beberapa kawasan di Selangor (Port Swettenham dan Klang) giat melaksanakan kaedah ini sehingga berhasil menurunkan kadar kematian dan kemasukan pesakit malaria ke hospital (Noraini, 2008). Kejayaan ini telah menyebabkan skim untuk penyaliran kawasan paya diperuntukkan dalam belanjawan 1905 di kawasan Bukit Jugra, Kuala Langat. Bagi memastikan skim dapat dilaksanakan, Lembaga Kebersihan, Jabatan Kereta Api dan Jabatan Kerja Awam memperuntukan sekitar \$25,000 (Noraini, 2008). Sementara itu, pada tahun 1910 sebanyak \$21,127 diperuntukan kerajaan Selangor dan sejumlah \$4,086 diperuntukan kerajaan persekutuan bagi menjayakan pelaksanaan anti-malaria di Kuala Lumpur serta usaha menyalirkan tanah berpaya di tanah rizab persekutuan (Noraini, 2008).

c) Kaedah air bersih

Selain itu, kaedah penggunaan aliran air bersih juga dilihat sebagai salah satu inisiatif pihak kolonial mencegah penyakit berjangkit. Bagi maksud tersebut, British mengarahkan penghulu untuk menggalas tugas mengawal kebersihan sungai di mukim kampung di bawah pengelolaan penghulu terbabit (Sel. Sec. 7849/924). Bidang kuasa ini membolehkan penghulu melantik dan mengumpulkan tenaga kerja bagi pemeliharaan sungai. British juga telah mengerah penghulu mengingatkan penduduk agar tidak sewenangnyanya membuang sisa najis secara terus ke dalam sungai. Hal ini kerana, sisa najis menyebabkan berlakunya pencemaran air sungai, mengganggu hidupan akuatik, dan meningkatkan faktor risiko penyakit berjangkit kepada manusia terutamanya apabila sumber air yang sama digunakan sebagai sumber minuman (Black, 1928). Rentetan larangan penggunaan air sungai tercemar, British mula menggerakkan perkhidmatan bekalan air bersih kepada masyarakat setempat yang melibatkan jabatan kerajaan melalui *Public Work Department (PWD)*. Selari dengan pembinaan sebuah empangan air di Ampang, sistem perpaipan dan tangki turut digerakkan (Aliff, 2019). Bekalan air bersih ini kemudiannya disalurkan secara terus melalui paip-paip air ke kawasan sekitar Kuala Lumpur. Selain daripada itu, pihak British turut memperkenalkan penggunaan *chloronomes* dalam bekalan air bersih pada tahun 1921. Hal ini kerana, penggunaan bahan kimia tersebut dipercayai bertindak mematikan bakteria yang terkandung

di dalam air (Sel. Sec. 2599/1924). Pengurusan perkhidmatan bekalan air bersih diperkemas lagi menerusi *Water Supply Enactment of 1926* yang terpakai di seluruh Tanah Melayu (*Malaya Tribune*, 1931). Melalui enakmen ini, PWD bertanggungjawab mencegah berlakunya pencemaran air. Sebagai contoh, proses penyahjangkitan kuman menggunakan *chloride of lime* dilakukan pada sebuah telaga di Hilir Perak yang tercemar akibat *Vibrio Cholerae* pada Julai 1927 (Laporan 2, 1927). Inisiatif-inisiatif yang dinyatakan jelas memainkan peranan penting dalam mengurangkan risiko penularan wabak penyakit berjangkit kolera yang dikenali sebagai penyakit bawaan air.

d) Kaedah vaksinasi

Kaedah seterusnya diguna pakai oleh pihak British dalam menangani penyakit berjangkit di Tanah Melayu ialah melalui vaksinasi. Kaedah vaksinasi di Tanah Melayu dibawa masuk oleh F. A. Swettenham (Residen Jeneral Negeri-negeri Melayu Bersekutu) dan Dr A. W. Sinclair (*Residency Surgeon*, Selangor). Tambahan menurut Sinclair, pada peringkat awal vaksin diperkenalkan, beliau sendiri telah berjaya memberikan suntikan vaksin cacar kepada 2,541 orang menjelang tahun 1890 (*The Singapore Free Press and Mercantile Advertiser*, 1896). Pemvaksin kebiasaannya terdiri daripada inspektor kesihatan, pegawai perubatan dan pembantu pegawai perubatan (Sohana, 2019). Sementara itu, bagi memastikan penerimaan masyarakat terhadap vaksin, penglibatan penghulu (*Police Penghulus*) dan guru-guru diperlukan. Golongan inilah yang dipertanggungjawab untuk mempengaruhi masyarakat tempatan supaya mengambil bahagian dalam program vaksinasi dan mendapatkan rawatan perubatan moden. Guru-guru turut diberikan latihan sebagai pemvaksin sehingga kemudiannya mendatangkan hasil apabila masyarakat mula tampil untuk mendapatkan vaksin secara sukarela. Sementara itu, di Kedah, sekumpulan bomoh (*Malay Medicine Man*) telah dikumpulkan di Alor Setar untuk dilatih sebagai pemvaksin seawal tahun 1906 (*Malaya Tribune*, 1931). Sebagai imbuhan, pemvaksin diberi upah \$12 sebulan dan bayaran sebanyak 10 sen bagi setiap individu divaksin. Hasil daripada penglibatan golongan ini, seramai 90,000 orang penduduk berjaya divaksin dalam tempoh tiga tahun (*Straits Times Annual*, 1936). Selain daripada vaksin cacar, British turut menyediakan vaksin untuk wabak kolera. Sehingga tahun 1927, dikatakan Institut Penyelidikan Perubatan (IPP) telah menghasilkan lebih 1,400,000 dos vaksin (Aliff, 2019).

3. Penyakit Berjangkit Pasca Merdeka

Perubahan Pentadbiran Perkhidmatan Kesihatan

Perkhidmatan kesihatan di Malaysia adalah rentetan daripada peninggalan pengurusan dan pentadbiran yang ditinggalkan pihak kolonial (C.O. 1022.74, 1953; Fed. Sec. 13282/49/10, 1949). Sebaik sahaja Tanah Melayu memperoleh kemerdekaan pada tahun 1957, 'Kesihatan' dijadikan sebagai satu perkara di bawah Senarai Persekutuan dan Senarai Bersama (Jadual Kesembilan) Perlembagaan Persekutuan. Sehubungan dengan itu, bermula era pentadbiran perkhidmatan perubatan dan kesihatan di bawah kelolaan Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM). Manakala, di Sarawak perihal kesihatan diletakkan di bawah perkara Persekutuan selepas penubuhan Malaysia 1963 dan tahun 1971 bagi Sabah (Laporan 3, 1992). Tumpuan utama KKM pada awal penubuhannya sangat jelas iaitu bagi meningkatkan taraf kesihatan masyarakat dan merapatkan jurang kesihatan. Lantaran itu, KKM perlu menyediakan perkhidmatan kesihatan yang menyeluruh. Strategi-strategi tertentu diperlukan untuk mengimbangi pembahagian perkhidmatan, fasiliti dan tenaga kerja mengikut kapasiti. Inisiatif untuk mengimbangi penyediaan perkhidmatan ini dimanifestasikan menerusi pembahagian tiga peringkat pengurusan iaitu ibu pejabat, negeri dan daerah. Di bawah ibu pejabat, terdapat sembilan bahagian

dan salah satu daripadanya ialah Bahagian Perkhidmatan Kesihatan, di mana salah satu tanggungjawab bahagian ini adalah menguruskan aspek penyakit berjangkit. Unit Epidemiologi yang diwujudkan pada tahun 1971, bertanggungjawab menguruskan program kawalan penyakit berjangkit di bawah kelolaan Perkhidmatan Epidemiologi.

Kerajaan mula menampakkan kesungguhannya dalam menangani penyakit berjangkit dengan adanya kemunculan institusi dan jabatan khusus bagi menguruskan hal ini. Namun demikian, kerajaan masih belum mempunyai garis panduan yang jelas terhadap pengendalian kes-kes penyakit berjangkit. Contohnya, kerajaan terlalu memfokuskan kepada program-program vertikal umpamanya, Program Kawalan Tibi Kebangsaan (1961), Program Pembasmian Malaria (1967) dan Program Kawalan Kusta Kebangsaan (1969) sehingga meminggirkan penyakit berjangkit lain (Laporan 4, 1988). Sedangkan tujuan utama program kawalan penyakit berjangkit ialah untuk mengawasi corak epidemiologikal mana-mana penyakit berjangkit supaya langkah pengawasan, kawalan serta pencegahan dapat dilaksanakan. Hanya pada tahun 1971 dengan adanya Unit Epidemiologi, bidang kuasa kawalan penyakit dilihat lebih meluas mencakupi penyakit bawaan vektor. Antaranya, Demam Denggi, Japanese B Encephalitis, Filaria, Demam Kuning, Hawar, Maurine Typhus dan Scrub Typhus (Laporan 3, 1992). Usaha pengawalan penyakit di bawah kendalian unit ini diperhebatkan lagi dengan adanya “Programme on Immunisation and International Health” (Laporan 5, 1994). Namun begitu, pembentukan unit epidemiologi tidak menghentikan program-program kawalan penyakit sedia ada.

Program Kawalan Malaria Kebangsaan

Sejak dari era penjajahan British sehinggalah negara mencapai kemerdekaan, malaria sentiasa menjadi masalah utama kesihatan awam. Pada peringkat awal, Tanah Melayu dilihat telah berhasil mengawal penyakit malaria melalui pelbagai inisiatif diketengahkan oleh pihak British sebagaimana disebutkan pada beberapa bahagian perbincangan di atas. Namun begitu, usaha-usaha pengawalan, pencegahan dan rawatan tersebut dilihat tidak berjaya membendung malaria habis-habisan. Malah, dikatakan angka kes malaria yang dimasukkan ke hospital pada 1958 dan tahun berikutnya semakin meningkat (Lim, 2016). Program pembasmian malaria bermula agak lewat di Malaysia berbanding dengan negara-negara jiran iaitu pada tahun 1967 (*The Straits Times*, 15 Jun 1963). Kelewatan ini berpunca daripada keengganan segelintir malariologist misalnya Dr Arthur Anantharaj Sandosham untuk meneruskan program pembasmian malaria (*The Straits Times*, 10 Februari 1962). Namun demikian, ketiadaan usaha atau program untuk membendung penyakit malaria ini dalam masa yang sama turut menggusarkan WHO dan kebimbangan ini turut disuarakan oleh Dr S. Ramakrishnan Pengarah Pusat Institut Penyakit Berjangkit WHO ketika itu. Menurutnya, “... Malaya could be a source of danger to her neighbours if she did not launch an all-out campaign to eradicate malaria...” (*The Straits Times*, 15 Jun 1963).

Dengan itu, langkah-langkah ke arah pembasmian malaria mula digerakkan. Sebelum pelaksanaan program pembasmian malaria dijalankan sepenuhnya, satu projek perintis melibatkan kaedah *Residual Spraying of Chlorophenothane* (DDT) dilakukan melalui *Malaria Eradication Pilot Project* yang melibatkan kawasan seluas 501 batu persegi sekitar Kuala Selangor antara tahun 1960 – 1964 (*Berita Harian*, 19 Mei 1959). Kawasan ini dipilih berdasarkan dua sebab iaitu lokasinya berdekatan Kuala Lumpur di mana kemudahan makmal moden mudah diakses dan mempunyai pelbagai komuniti antaranya penempatan petani, kawasan perladangan dan penduduk kampung. Hasil daripada projek perintis ini membolehkan Program Pembasmian Malaria (*The Malaria Eradication Program*) dilaksanakan sepenuhnya di Malaysia secara berterusan sehingga tahun 1970 (Mak, 1992).

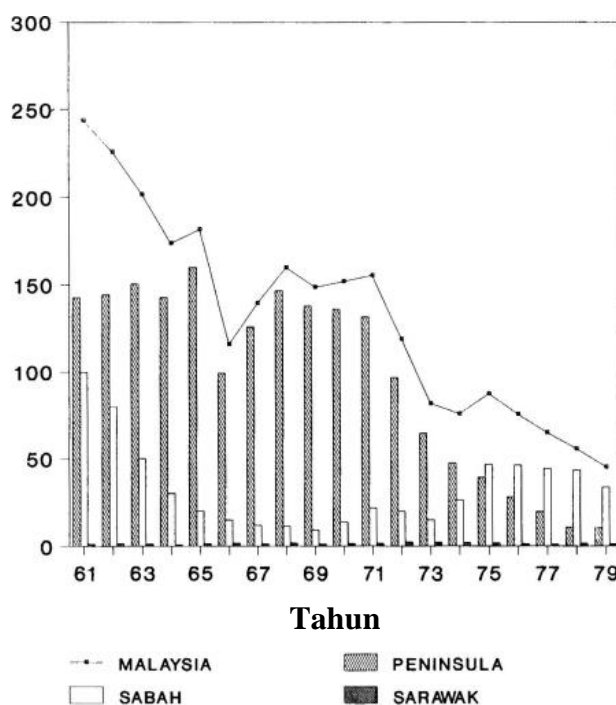
Melalui Program Pembasmian Malaria bilangan kes dilaporkan berkurang daripada lebih 150,000 kes setahun kepada sekitar 50,000 setahun pada penghujung tahun 1970 (Lihat Rajah 1). Walau bagaimanapun objektif Program Pembasmian Malaria yang dijangka berakhir pada tahun 1982 dilihat tidak mampu dicapai dalam masa ditetapkan dan selari dengan strategi WHO untuk mengorientasikan semula program pembasmian malaria. Pada tahun 1971, Program Pembasmian Malaria ini ditukar kepada Program Kawalan Malaria Kebangsaan. KKM turut mengambil keputusan untuk mengubah dua dasar utama berkaitan pembasmian malaria iaitu:

- Mengubah konsep pembasmian malaria secara menyeluruh kepada Program Kawalan Malaria dengan matlamat utamanya untuk membasmi malaria.
- Menstruktur semula Program Kawalan Malaria secara berperingkat dari tahun 1981 sehingga tahun 1985 di bawah Program Kawalan Penyakit Bawaan Vektor yang tidak hanya tertumpu kepada penyakit malaria semata-mata tetapi juga melibatkan lain-lain penyakit bawaan vektor (Mak, 1992).

Kesan daripada perubahan dasar ini, angka kes malaria selepas tahun 1980 dilihat kekal berada pada bawah 50,000 kes setahun (Mak, 1992).

Rajah 1. Kejadian Kes Malaria di Malaysia Mengikut Lokaliti, 1961-1979

Kes (X 1000)



Sumber: Mak (1992)

Program Kawalan Tibi Kebangsaan

Isu pengawalan tibi peringkat kebangsaan bermula sejak tahun 1957 apabila pihak Parti Perikatan menekankan penghapusan penyakit tuberkulosis sebagai salah satu manifesto parti (*The Straits Times*, 1959). Sebaik sahaja memenangi pilihan raya umum langkah pertama diambil oleh Kementerian Kesihatan adalah mewujudkan satu jawatan *Senior Tuberculosis Specialist* yang bertanggungjawab mengkaji masalah tuberkulosis negara dan ditugaskan untuk merancang usaha pengawalannya (*The Straits Times*, 1964). Dengan adanya jawatan ini, individu pertama dilantik ialah Dr. J. S. Sodhy yang juga merangkap sebagai Pengarah pertama Program Kawalan Tibi Kebangsaan, Malaya (*Singapore Standard*, 1958). Bagi memastikan program ini dapat dilaksanakan, seorang pakar runding tuberkulosis WHO iaitu Dr Harry Wunderly turut ditugaskan di Tanah Melayu bagi membantu Dr. J. S. Sodhy (Lim, 2016).

Hasilnya satu pelan jangka panjang dan komprehensif dirangka untuk mengawal penularan tuberkulosis oleh Kementerian Kesihatan pada tahun 1960 yang kemudiannya membentuk Program Kawalan Tibi Kebangsaan dengan menggunakan dana yang diperuntukkan melalui Rancangan Malaya Kedua 1961-1965. Program Kawalan Tibi Kebangsaan (PKTK) telah dimulakan dari tahun 1961. Pembentukan program PKTK juga didorong oleh peningkatan kes kejadian penyakit tibi dan kematian yang semakin memuncak dan dikenal pasti sebagai penyakit berjangkit yang menjadi pembunuh nombor satu negara ketika itu yang membawa kepada ancaman kesihatan (*Singapore Standard*, 1957). Selari dengan kewujudan PKTK sebuah pusat rujukan tibi kebangsaan dibina yang berpusat di Pusat Tibi Negara bertempat di Kuala Lumpur. Sepanjang pelaksanaan PKTK pelbagai usaha diambil bagi mengurangkan penularan jangkitan antaranya merancang strategi pencegahan, melakukan pemeriksaan awal, mewujudkan kemudahan perkhidmatan dan rawatan penyakit serta menjalankan program vaksinasi dan imunisasi (Hairani, 2017).

Pada tahun 1961 juga, sebagai langkah utama pencegahan penyakit tibi dalam kalangan masyarakat vaksin untuk penyakit tibi iaitu *Bacillus-Calmette Guerin Vaccine* (BCG) diperkenalkan oleh pihak kerajaan. Kemudian pada tahun 1972, di setiap negeri ditubuhkan sebuah pasukan Pengelola Tibi Negeri dan diwujudkan bahagian Pendaftaran Kes Tibi Berpusat di Pusat Tibi Negara. Setahun kemudian, kerajaan mewujudkan Klinik Tibi khas di hospital. Pada tahun 1984 pula, kerajaan melaksanakan rawatan *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) sebagaimana disarankan oleh WHO bagi membolehkan pesakit tibi pulih sepenuhnya (Hairani, 2017).

Secara keseluruhannya, dampak daripada pengurusan penyakit berjangkit tibi yang dimulakan dengan program PKTK sehingga rawatan DOTS dapat dilihat melalui penurunan trend penyakit Tibi sebagaimana dipaparkan dalam jadual berikut:

Jadual 1. Kes Kejadian Tibi, 1960-1985

Tahun	Kes
1960	30,000
1965	28,000
1970	25,000
1975	20,000
1980	14,000
1985	10,569

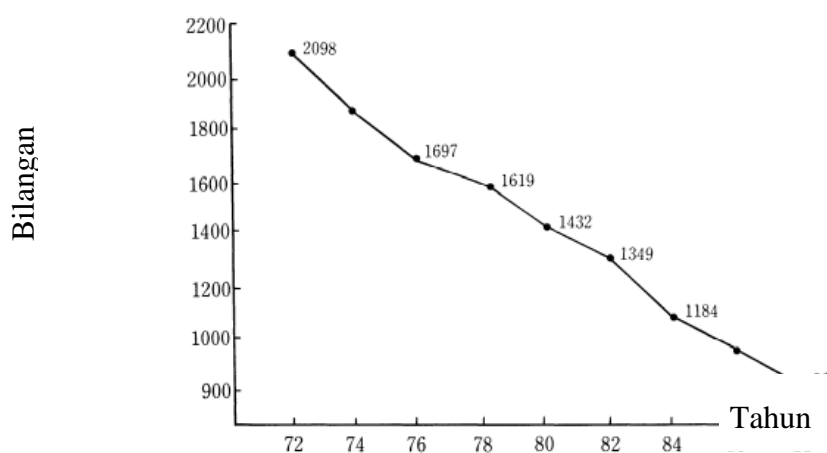
Sumber: Hairani (2017)

Program Kawalan Kusta Kebangsaan

Kusta merupakan salah satu penyakit berjangkit dan merupakan masalah kesihatan awam di Malaysia. Penyakit ini dikatakan dibawa masuk oleh imigran dari China dan India. Pada tahun 1926, Akta Enakmen Kusta diperuntukan bagi mewajibkan pemberitahuan dan mengisolasi pesakit kusta. Bagi maksud tersebut, sebuah pusat pengasingan khas untuk pesakit kusta iaitu Pusat Kawalan Kusta Negara (PKKN) diwujudkan yang terletak di Sungai Buloh, Selangor. Pusat yang menempatkan pesakit kusta itu dibina di atas tanah seluas 562 ekar dan merupakan antara yang kedua terbesar bagi negara-negara komanwel selepas Culion Leprosarium (Filipina).

Di Malaysia, pada tahun 1969 Program Kawalan Kusta Kebangsaan (PKKK) dilancarkan bagi mencapai hasrat negara supaya kusta tidak lagi menjadi masalah kesihatan awam. Tujuan utama program ini dilancarkan adalah untuk desentralisasikan rawatan pesakit kusta dan memansuhkan kemasukan automatik dan polisi menjadi penghuni tetap di PKKN. Sejak dari itu, kemasukan penghuni ke PKKN perlu melalui Review Board yang terdiri daripada Pengarah PKKN, pegawai perubatan, pekerja sosial dan wakil daripada persatuan pesakit kusta. Melalui program kawalan ini rawatan pesakit kusta disepadukan sepenuhnya dengan menggunakan perkhidmatan perubatan kesihatan yang ada di Malaysia (Jayalakshmi, 1994). Hal ini telah menyebabkan berlakunya pengurangan bilangan pesakit di PKKN sebagaimana dipaparkan dalam Rajah 2 berikut:

Rajah 2. Bilangan Penghuni Pusat Kawalan Kusta Negara, 1972-1988



Sumber: Fadzilah (1990)

Pada tahun 1969, jumlah penghuni adalah seramai 2,410 orang dan berdasarkan trend graf dalam Rajah 2 menunjukkan penurunan dengan catatan terakhir seramai 961 orang sahaja yang tinggal pada tahun 1988 (Fadzilah, 1990).

Selain itu, PKKK memperuntukan seorang pakar dermatologi bagi setiap negeri dan pakar-pakar ini dipertanggungjawabkan mengurus pesakit-pesakit kusta di negeri masing-masing. Mereka ini dibantu oleh klinik kulit bergerak yang bertumpu di beberapa kawasan di Semenanjung Malaysia. Klinik kulit bergerak ini dikendalikan oleh penolong jururawat, atendan dan pemandu kenderaan. Fungsi klinik bergerak adalah untuk membolehkan pesakit membuat pemeriksaan berkala dan laporan kesihatan semasa pesakit dapat disalurkan kepada PKKN secara terus. Tambahan dengan adanya PKKK, pesakit-pesakit kusta mula dibolehkan untuk mendapatkan rawatan di mana-mana hospital kerajaan (Chan, 2021).

Kemajuan Infrastruktur dan Pentadbiran Sektor Kesihatan

Menjelang tahun 1988, sistem perkhidmatan dan penjagaan kesihatan di Malaysia telah mengalami transformasi, pembangunan dan perkembangan sama ada menerusi perubahan dasar, perkembangan sosioekonomi ataupun politik (Noor & Zaid, 2019). Ringkasnya, sistem perkhidmatan dan penjagaan kesihatan formal ini berkembang daripada perkhidmatan berorientasikan kuratif dan bertumpu di bandar sahaja kepada perkhidmatan yang bersifat menyeluruh. Sistem ini memfokuskan kedua-dua aspek preventif dan kuratif serta dalam masa sama menyebarkan perkhidmatan kesihatan termasuk di kawasan luar bandar.

KKM sebagai peneraju utama kerajaan dalam menyampaikan penjagaan kesihatan telah memainkan peranannya menerusi pelbagai rangkaian program yang diusahakan. Perkhidmatan rawatan dan perubatan disediakan KKM kepada rakyat melalui hospital-hospital umum, hospital daerah dan juga pusat-pusat kesihatan luar bandar secara bersepadu. Fungsi rangkaian pusat kesihatan luar bandar juga penting bagi memastikan program kesihatan awam berjalan dengan lancar, contohnya, soal kawalan penyakit berjangkit, kawalan penyakit bawaan vektor dan seangkatan dengannya. Tidak dinafikan, sektor swasta turut memainkan peranannya dalam penyampaian penjagaan kesihatan kepada masyarakat. Bagi memenuhi keperluan menguruskan kesihatan awam, hospital dan lain-lain institusi kesihatan, kerajaan telah memperuntukkan perbelanjaan besar. Berikut merupakan kos perbelanjaan operasi dan pembangunan bagi sektor kesihatan:

Jadual 2. Kos Perbelanjaan Operasi dan Pembangunan Sektor Kesihatan, 1955-1987 (\$ juta)

Tahun	Perbelanjaan Operasi	Perbelanjaan Pembangunan	Jumlah Perbelanjaan Kesihatan
1955	55,062,377	3,040,031	58,102,408
1960	80,692,374	11,404,032	92,096,406
1965	115,362,353	27,298,585	142,660,938
1970	157,033,101	26,000,000	183,033,101
1976	378,837,000	43,188,139	422,025,139
1980	686,982,000	108,542,435	795,524,435
1987	1,081,695,700	98,090,400	1,174,786,100

Sumber: Chee (1990)

Berdasarkan Jadual 2, didapati perbelanjaan operasi sektor kesihatan meningkat setiap tahun, buktinya, perbelanjaan pada tahun 1955 meningkat daripada \$55,062,377 kepada \$1,081,695,700 pada tahun 1987. Manakala bagi perbelanjaan pembangunan tahunan pula didapati tahun 1980 mencatatkan rekod tertinggi iaitu \$108,542,435. Fasiliti-fasiliti kesihatan di hospital kerajaan pula semakin bertambah, antaranya, jumlah katil meningkat daripada 12,667 buah katil pada tahun 1955 kepada 21,565 buah pada tahun 1985. Meskipun demikian, agihan-agihan perkhidmatan dan infrastruktur kesihatan masih lagi tertumpu kepada kawasan-kawasan di sebelah pantai barat semenanjung Malaysia.

Kesimpulan

Dapatan kajian memperlihatkan meskipun era sebelum penguatkuasaan Akta 342 belum wujud undang-undang yang menyeluruh bagi mempersiapkan kerajaan menangani penyakit berjangkit, namun ini tidak

bermakna langkah dan kaedah yang digunakan bagi tempoh sebelumnya tidak berkesan. Buktinya, sejak dari era tradisional lagi masyarakat tempatan telah mempunyai kaedah menangani penyakit berjangkit tersendiri. Malah kedatangan pihak kolonial British kemudiannya telah memvariasikan lagi usaha ke arah itu. Usaha menangani penyakit berjangkit era British diperkemaskan dengan kaedah-kaedah yang lebih efisien dan bersifat saintifik. Buktinya jelas apabila kaedah kuarantin mula diperkemaskan dengan pengenalan enakmen, antaranya, *Quarantine and Prevention of Diseases Enactment 1900*. Kaedah-kaedah lain seperti sistem perparitan, air bersih dan vaksinasi telah berhasil mengekang penularan wabak penyakit berjangkit seperti malaria, kolera dan cacar. Contohnya, dalam tempoh masa tiga tahun 90,000 orang penduduk telah diberikan suntikan vaksin. Seterusnya, bagi tempoh pasca merdeka, kajian mendapati bahawa negara mewarisi kaedah menangani penyakit berjangkit dari era kolonial. Buktinya program-program kawalan seperti Program Kawalan Tibi Kebangsaan (1961), Program Pembasmian Malaria (1967) dan Program Kawalan Kusta Kebangsaan (1969) terus digerakkan. Namun program-program vertikal yang terlalu memfokuskan penyakit tertentu sahaja menyebabkan usaha menangani penyakit berjangkit lain tidak mendapat perhatian sewajarnya. Malah, sehingga tempoh ini, tidak ada satu undang-undang mahupun peraturan khusus berkenaan kaedah menangani penyakit berjangkit untuk diguna pakai di seluruh negara. Oleh hal demikian, dapatlah disimpulkan bahawa kaedah menangani penyakit berjangkit di Malaysia sebelum penguatkuasaan Akta 342 berada pada tahap tidak memuaskan, justeru, penggubalan Akta 342 telah mengubah corak pentadbiran kerajaan menangani penyakit berjangkit di Malaysia. Tuntasnya, tindakan sesebuah kerajaan menangani penyakit berjangkit menentukan 'hala tuju' penularan wabak sama ada semakin merebak atau berjaya dikekang.

Penghargaan: Kajian ini hasil penyelidikan di bawah geran Bantuan Khas Penyelidikan, bernombor BKS001-2022, Universiti Malaya.

Rujukan

- Aiza Maslan @ Baharudin. (2011). Sistem Kuarantin dan Pelaksanaannya di Tanah Melayu Pada Sekitar Abad ke-19. *Jurnal Sejarah*, 19(19), 79-103.
- Alliance Manifesto. (1959, Ogos 9). *The Straits Times*, 8.
- British Rule in Malaya. (1896, Jun 4). *The Singapore Free Press and Mercantile Advertiser*, 3.
- Chee Heng Leng. (1990). *Health and Health Care in Malaysia Present Trends and Implications for The Future*. Kuala Lumpur: Institut Pengajian Tinggi Universiti Malaya.
- Dr. Gimlette and Cholera. (1911, Oktober 3). *Straits Echo*, 5.
- Fadzilah Kamaludin. (1990). Leprosy Control Programme in Malaysia. *Jap. J. Leprosy*, 59(3-4), 169-182.
- Fatan Hamamah Hj Yahaya. (2005). Kemunculan Penyakit Berjangkit dan Kesannya Terhadap Manusia di Malaysia. *Sari Jurnal Antarabangsa Alam dan Tamadun Melayu*, 23(1), 153-168.
- Gimlette, J.D. (1971). *Malay Poisons and Charm Cures*. Kuala Lumpur: Oxford University Press.
- Gullick, J.M. (1987). *Malay Society in the Late Nineteenth Century: The Beginnings of Change*. Singapore: Oxford University Press.
- Haji Mohtar Md. Dom. (1977). *Bomoh dan Hantu*, Kuala Lumpur: Federal Publications.
- Jayalakshmi P. (1994). Leprosy in Malaysia. *Malaysian J Pathol*, 16(1), 7-9.
- Ketua Pengarah Percetakan Negara. (1988). *Undang-undang Malaysia: Akta Pencegahan dan Pengawalan Penyakit Berjangkit 1988 (Akta 342)*.

- Laporan 1: National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Disease. (2012). *Emerging & Zoonotic Infectious Diseases: About Our Name*.
- Laporan 2: Federated Malay States Government Printing Office. (1927). *Selangor Administration Report for the Year 1926*.
- Laporan 3: Arkib Negara Malaysia. (1992). *Sejarah Pentadbiran Kementerian Kesihatan Malaysia*.
- Laporan 4: Kementerian Kesihatan Malaysia. (1988). *Laporan Tahunan Kementerian Kesihatan*.
- Laporan 5: Kementerian Kesihatan Malaysia. (1994). *Annual Report Ministry of Health*.
- Laporan 6: Kementerian Kesihatan Malaysia. (2001). *Laporan Tahunan Kementerian Kesihatan*.
- Laporan 7: Kementerian Kesihatan Malaysia. (2003). *Infectious Disease Outbreak Rapid Response Manual*.
- Laporan 8: Kementerian Kesihatan Malaysia. (2006). *National Influenza Pandemic Preparedness Plan*.
- Lim Kean Ghee. (2016). *The History of Medicine and Health in Malaysia*. Petaling Jaya: Lkg.
- Mak, J.W., Jegathesan, M., Lim, P.K., Hakim, S.L., Rain, A.N., Ambu, S., & Chong, H.K. (1992). Epidemiology and Control of Malaria in Malaysia. *Southeast Asean Journal Tropical Medicine and Public Health*, 23(4), 572-577.
- Malaria Peril from Malaya. (1963, Jun 15). *The Straits Times*, 11.
- Malayan TB Report for Experts. (1958, Jun 25). *Singapore Standard*, 4.
- Muhammad Aliff Aiman Affandi. (2019). *Perkembangan Penyakit Kolera di Negeri-negeri Melayu Bersekutu, 1896-1927*. Latihan Ilmiah. Jabatan Sejarah, Universiti Malaya.
- Noor Halim Nordin & Zaid Ahmad. (2019). Jaringan Keselamatan Sosial di Malaysia. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 16(7), 1-13.
- Nor Anita Abdullah. (2013). *Ancaman Bioterrorisme Terhadap Kesihatan Awam dan Sekuriti di Malaysia: Satu Kajian Sosio Perundangan*. Tesis Doktor Falsafah. Fakulti Undang-undang, Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Now Sandosham Appointed to Research Post Another Malayanisation Step for Institute. (1962, Februari 10). *The Straits Times*, 11.
- Nur Hairani Abd Rahman. (2017). *Pelaksanaan Dasar Awam di Malaysia: Kajian Terhadap Program Kawalan Tibi Kebangsaan*. Tesis Doktor Falsafah. Pusat Pengajian Pendidikan Jarak Jauh dan Institut Pengajian Siswazah, Universiti Sains Malaysia.
- oAng Kean Hua. (2016). Pengenalan Rangkakerja Metodologi dalam Kajian Penyelidikan: Satu Kajian Kes. *Malaysian Journal of Social Sciences and Humanities*, 1(2), 17-24.
- Peter, L.J. (2017). *A Medical History of Pulau Pinang, 1900-1957, With Special Attention to Malaria, Tuberculosis and Leprosy*. Tesis Doktor Falsafah. Fakulti Sastera dan Sains Sosial, Universiti Malaya.
- Sawi Linus Sungat & Sivachandralingam Sundara Raja. (2016). Peranan Institut Penyelidikan Perubatan Dalam Menangani Masalah Sosioekonomi Negeri-negeri Melayu Bersekutu, 1896-1914. *Jurnal Sejarah*, 2(25), 109-129.
- Selangor Secretariat. (1900, Disember 27). *Sel. Sec. 7532/1900: Quarantine and Prevention of Disease Enactment*.
- Shahrul Nazmi Sannusi & Kamaliah Siarap. (2014). Peranan Perhubungan Awam dan Komunikasi Krisis: Kajian Terhadap Kementerian Kesihatan Malaysia dalam Penanganan Wabak SARS. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 9(2), 125-134.
- Sohana Abdul Hamid. (2019). Anti Vaksin: Apakah Natijahnya Kepada Masyarakat? *Journal of Social Sciences and Humanities*, 16(2), 1-5.

Specialist Calls for A Total War on TB. (1957, Februari 6). *Singapore Standard*, 2.

The Government Printing Office. (1876). Ordinance No. VIII of 1875: Ordinances Enacted by the Governor of the Straits Settlements Legislative Council. Singapore.

Three-pronged Attack on TB. (1964, April 7), *The Straits Times*, 8.

Water Supply Enactment. (1931, Disember 24), *Malaya Tribune*, 2.

World Health Organization. (2005). *International Health Regulations 2005*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf>