

## MENGURUS RISIKO BAGI PENGAMAL KESIHATAN AWAM

Khalib Abdul Latiff.\*

### ABSTRAK

*Pencegahan primer merupakan tugas utama pengamal kesihatan awam. Walau apapun bidang kepakarannya, walau apapun masalah yang ditujhkannya, 'risk' adalah elemen utama yang menjadi tumpuan pencegahan. Risiko mesti dikenalpasti seluas-luasnya, diprioriti, disusun menjadi satu jaluran 'workable risk' yang boleh dilaktkkan tindakan intervensi. Program dan aktiviti pencegahan yang dibenttk tidak berdasarkan kepada kepakaran rasmi pengurus, tetapi sebaliknya dibentuk berasaskan masalah utama yang menjadi tumpuan. Dalam proses pengurusan itu aktiviti yang menjadi teras kepakaran akan disifatkan sebagai sumber-sumber utama yang menjadi elemen utama kerja-kerja pengurusan itu sendiri. Justeru mengurus 'risk' memerlukan ketrampilan menyeluruh yang melampaui kepakaran yang ada.*

### PENGENALAN

Sebahagian besar tugas pengamal kesihatan awam adalah dalam bidang pengurusan (Stephen Shortell & Arnold Kaluzny 1994). Dia mengurus organisasi, sistem, sumber, program serta hal-hal tertentu yang terdapat dalam komuniti; supaya perkara-perkara tersebut benar-benar terurus dan tidak mendatangkan mudarat kepada kesihatan awam.

Kecekapan dalam pengurusan tentu sahaja boleh mendatangkan kesan yang baik kepada kesihatan rnsayarakat. Sebaliknya, jika pengamal kesihatan awam itu tidak cekap, maka kesan negetif akan dapat berlaku dengan mudahnya (Zuckerman 1989).

Memandangkan luasnya skop serta perkara yang perlu diurus, maka adalah penting pengarnal kesihatan awam tidak menghadkan mindanya kepada satu elemen tertentu sahaja. Kerana tugas pengarnal kesihatan awam adalah untuk membendung masalah. Justeru sebarang penyakit, kecederaan atau sebarang masalah kesihatan yang menirnpa komuniti, hendaklah tergarmpar dalam minda pengamal kesihatan tersebut kepada semua aspek yang berkemungkinan boleh mencetuskan masalah. Dari situ, dia merancang dan mengerakkan seluruh jentera yang mempunyai autoriti untuk membenteras punca yang menyebabkan masalah.

Tindakan ini bukan tindakan reaktif semata-mata, sebaliknya lebih bersifat proaktif serta futuristik ekoran pengalaman yang telah dilaluinya serta kepakaran yang dianugerahkan kepadanya. Menerusi kecekapan yang dimiliki, dia akan dapat membendung masalah meskipun dia sebenarnya bukan diijazahkan dalam bidang masalah yang ditumpukan. Ertinya kalau dia di ijazahkan dengan kesihatan pekerjaan, tidak semestinya dia hanya leka dengan isu-isu pekerjaan sahaja.

Dia juga boleh menangani permasalahan selsema bumng (*avian influenza*) sama seperti pakar dalam kawalan penyakit berjangkit.

Membiasakan diri dalam hal-hal pengurusan membolehkan dia menyusuri apa sahaja rnasalah yang diturnpukan tanpa sebarang halangan bidang. Justeru pengamal kesihatan awam hendaklah sentiasa berminda terbuka meskipun copnya memparnirkan kepakaran khusus. Yang penting dia telah diwartakan sebagai pakar kesihatan awam. Dia mesti buktikan dengan tindakan, bukan dengan gelaran.

### MODEL PERMASALAHAN DAN KEGUNAANNYA

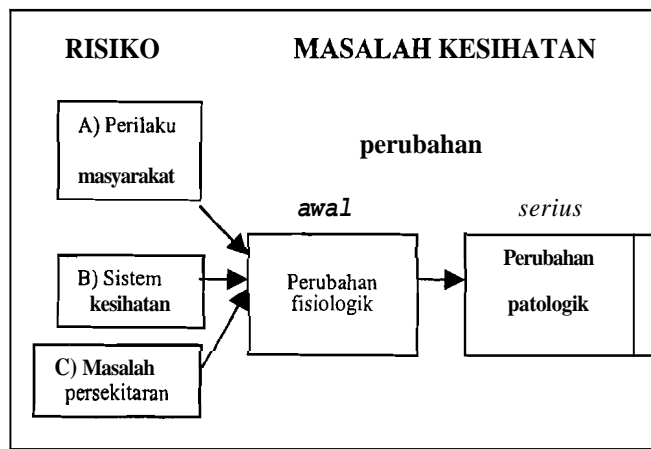
Pengamal kesihatan awam wajib melihat isu-isu kesihatan sebagai satu rangkaian permasalahan - masalah kesihatan-penyebab. Dia kena menyusuri setiap permasalahan kesihatan dengan kepelbagaian penyebab. Kesatuan penyebab-masalah tersebut mesti di tentukan dengan tepat, yang mana satu lebih kuat hubungannya (Khalib 2002).

Dalam praktis kesihatan awam, tidak semua penyebab adalah penyebab yang sebenar dan boleh dikaitkan dengan masalah. Sebaliknya ia mestilah memenuhi syarat-syarat tertentu. Menurut (Richard, Potvin & Green 1996) terdapat empat syarat utama yang mesti dipenuhi iaitu elemen biologi manusia, persekitaran, perilaku masyarakat dan juga sistem penjagaan kesihatan. Setelah di kategorikan, model penyebab yang paling sesuai adalah seperti yang dipamerkan pada Rajah 1, meliputi kumpulan penyebab yang berhubungan dengan perilaku masyarakat, sistem kesihatan dan juga masalah persekitaran.

Penyebab yang sering difahami sebagai faktor risiko atau risiko ini disifatkan oleh ahli-ahli epidemiologi sebagai kebarangkalian sesuatu perkara itu untuk menyebabkan masalah (Kleinbuaum, Kupper & Hal Morgenstem 1982). Faktor yang memiliki kebarangkalian yang tinggi akan dianggap sebagai faktor yang paling utama, dan sesuatu mesti dilakukan terhadapnya.

---

\* Jabatan Kesihatan Masyarakat, Fakulti Perubatan UKM



**Rajah 1:**  
**Pengamal kesihatan awam wajib menumpukan lebih usaha kepada elemen risiko berbanding dengan masalah kesihatan**

Memandangkan masalah adalah sesuatu yang telahpun terbentuk dalam tubuh biologi individu; tidak kira sama ada ianya masih ringan (perubahan fisiologik) ataupun telah serius (perubahan patologik), disudut pengamal kesihatan awam, ia sudah tidak memberi apa-apa makna lagi, kerana praktis kesihatan awam berpegang kepada falsafah bahawa 'masalah kesihatan sepatutnya tidak berlaku'.

### MENGURUS RISIKO

Menganggap perubahan fisiologik seperti obesiti, hipertensi, hiperkolesterolemia dan menopause sebagai risiko, sebenarnya tidaklah tepat jika definisi ini dipakai (Khalib 2002). Dan pencegahan sekunder bukanlah sebenarnya cara kerja kesihatan awam yang tulen.

Sebaliknya penekanan hendaklah ditumpukan kepada tiga kemungkinan risiko yang ada. Kumpulan risiko mana yang paling berpengaruh dan jenis risiko mana yang paling tepat hanya diketahui apabila kajian-kajian analitikal menggunakan perisian statistik yang sesuai digunakan. Dari sini barulah strategi pencegahan primer yang berkesan dapat ditentukan dan diprioritaskan.

Oleh kerana itu adalah penting isu risiko tidak diambil mudah. Selain ia perlu ditentukan dengan setepat-tepatnya, ia juga harus *workable* sebagai sasaran yang boleh diperbetulkan dengan kaedah serta teknologi kesihatan awam yang ada.

Justeru, risiko mesti dilihat serta diurus dengan sebaik mungkin agar ia dapat membanahi dan mempermudah aktiviti-aktiviti intervensi terlaksana dengan jayanya.

Mengurus risiko bagi pengamal kesihatan awam dapat dibahagikan kepada tiga perkara utama, iaitu mengenalpasti risiko, memprioriti risiko dan mentadbir risiko.

### Mengenalpasti risiko

Banyak kajian-kajian analitikal yang dilakukan tidak mengambilkira kemungkinan risiko dengan cara menyeluruh. Ertinya ia hanya berular kepada satu atau dua kategori sahaja. Akibatnya program-program kesihatan yang dibentuk, strategi pengurusan dan aktiviti intervensi yang dilakukan tidak berdasarkan maklumat yang tepat, kerana ada risiko yang tertinggal dan tidak diselidiki bersama.

Kecenderungan ini amat ketara bilamana pengamal kesihatan awam hanya kompleksen dengan ruang lingkup pengkhususan dan gelaran yang mereka ada. Justeru ada yang menjujukan faktor-faktor yang berkisar kepada persekitaran sahaja (*environmental* atau *occupational health study*), ada yang lebih ke arah perilaku masyarakat (*health behavioural study*) dan ada yang menumpukan kepada sistem kesihatan sahaja (*health system research*).

Sebenarnya, sebagai pengamal kesihatan awam, setiap kumpulan risiko wajar diselidiki dengan mendalam kerana banyak model-model kejadian penyakit membuktikan hubungan yang cukup ketara antara perilaku, persekitaran dan sistem kesihatan (WHO 2002 & Bracht 1988). Bahkan inilah faktor-faktor yang boleh dibuat pembetulan menerusi strategi pencegahan primer - sebagai senjata utama pengamal kesihatan awam (Center for Disease Control 1992).

Jadual 1: 30 Contoh Risiko Terhadap Masalah Denggi di Kawasan Bandar

A. Perilaku masyarakat	B. Sistem kesihatan	C. Masalah persekitaran
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membiarkan tempat-tempat air bertakung</li> <li>• Mengelakkan penggunaan abate</li> <li>• Membiarkan kes tidak di bawa ke hospital/klinik</li> <li>• Mengelak untuk mengetahui tanda-tanda awal denggi</li> <li>• Menganggap denggi sebagai masalah ringan</li> <li>• Arnalan membuang sampah serta bahan-bahan boleh menakung air dengan sesuka hati.</li> <li>• Menolak untuk menggunakan <i>repellant</i></li> <li>• Tiada aktiviti gotong royong menjaga kebersihan dalam masyarakat</li> <li>• Gemar mendedahkan tubuh agar senang digigiti nyamuk terutamanya di waktu siang</li> <li>• Tidak takut kepada tindakan kompoun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak melaksanakan pengesanan kes secara aktif</li> <li>• Tempat-tempat pembiakan nyamok tidak dimusnahkan</li> <li>• Tidak menyediakan aktiviti latihan dan pendidikan</li> <li>• Amalan rasuah – tidak mengenakan kompoun maksima</li> <li>• Menyekat aktiviti semburan kerana tak cukup peruntukan</li> <li>• Semburan (<i>fogging</i>) yang tidak betul</li> <li>• Program dan aktiviti pencegahan yang lemah</li> <li>• Kekurangan sumber khususnya staf dan kewangan</li> <li>• Program yang tidak mendapat prioriti majikan dan ketua</li> <li>• Duplikasi tugas dan tanggungjawab antara dua PBT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan persekitaran yang tidak higienik</li> <li>• Sistem pembuangan sampah yang tidak teratur</li> <li>• Sistem perparitan yang tidak diselenggara</li> <li>• Banyaknya bangunan lama, terbengkalai dan ditinggalkan</li> <li>• Kawasan yang terlalu luas dan padat</li> <li>• Persekitaran yang mudah menakung air atau mempunyai paras air tinggi</li> <li>• Program persekitaran yang lemah</li> <li>• Berhampiran dengan belukar dan hutan</li> <li>• Keadaan cuaca serta iklim hujan tropika</li> <li>• Berhampiran dengan parit dan kolam terbuka</li> </ul>

Ambil sahaja contoh masalah denggi di kawasan bandar (Jadual 1), walaupun ketara ia adalah satu masalah persekitaran, namun jika diperhalusi elemen perilaku dan sistem kesihatan juga turut berpengaruh untuk meningkatkan masalah ini. Justeru jika masalah denggi masih tidak dapat dibendung dengan memuaskan, tidakkah mungkin program, strategi serta aktiviti yang dilakukan selama ini tidak berdasarkan faktor risiko yang sebenar? Jika adapun, adakah prioriti dari 30 kemungkinan faktor tadi telah ditentukan dengan sebaiknya?

Mengenal pasti risiko bagi pengamal kesihatan awam adalah tugas getir yang menyamai *clincian* ketika melakukan diagnosa masalah-masalah klinikal. Ia memerlukan ketepatan yang sebenar. Kerana intervensi maupun rawatan adalah berdasarkan diagnosa ini. Kesilapan diagnosa bererti kesilapan rawatan. Justeru, ia mesti diurus dengan sebaik mungkin sejajar dengan kepakaran dan pengalaman yang ada.

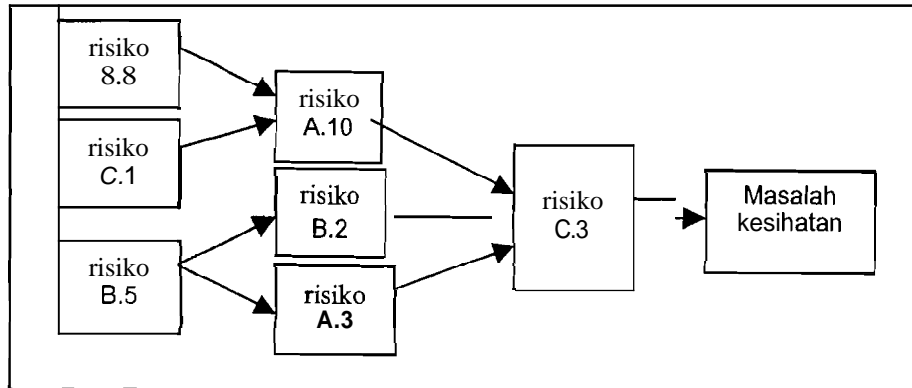
### Memprioriti risiko

Oleh kerana tujahan kerja pengamal kesihatan awam adalah pencegahan primer, maka adalah penting kesemua kemungkinan risiko yang paling utama disenarai (*shortlisted*), dikenalpasti dan di prioritikan. Semua kemungkman risiko utama dari kumpulan A, B dan C mesti diambil kira dan ditentukan darjah risikonya terhadap kejadian masalah. Terbaik adalah faktor yang memiliki risiko yang tinggi. Namun ia bukanlah kriteria yang sentiasa tepat. Kerana ada lagi elemen lain yang perlu diambil kira dalam menentukan prioriti. Antaranya termasuklah hal-hal yang membabitkan *feasibility*; kemampuan kewangan, kehadiran teknologi dan sebagainya (Galbally 1997). Justeru risiko dalam konteks ini mungkin banyak tetapi ia terpaksa diprioritikan dan dibentuk sebagai satu rangkaian erat penyebab masalah. Rangkaian ini disebut '*workable risk*'.

Berdasarkan Rajah 2, terdapat tiga kemungkinan 'workable risk' yang perlu diperhatikan iaitu rangkaian C.3--A.10--B.8/C.1 Cjaluran X1 atau X2), C.3--B.2--B.5 (jaluran Y) atau C.3--A.3--B.5 (jaluran Z). Risiko yang telah dikenalpasti dan

diprioriti serta rangkaian yang telah ditentukan ini akan menjadi jaluran yang mesti ditadbir dengan sempurna agar masalah kesihatan dapat dibendung.

**Rajah 2: 'Workable risk' yang telah di kenalpasti dan diprioritikan (sila rujuk simbol A, B dan C dari jadual 1 diatas)**



Oleh kerana itu tidak dapat dinafikan bahawa penentuan prioriti adalah satu tugas yang tidak mudah. Ia bukan sahaja memerlukan ketrampilan epidemiologi dan biostatistik dalam menentukan apa risiko yang utama, tetapi juga ketrampilan pengurusan dan perancangan strategik yang cukup teknikal terhadap 'workable risk' yang telah di tentukan.

Malah tugas juga harus diletakkan kepada ketrampilan 'bersabar' ekoran *risk priority* yang sering dikemukakan oleh pihak atasan atau pihak-pihak yang berkepentingan - yang jelas tidak langsung mempunyai asas saintifik. (World Bank 1999) menyifatkan cabaran seumpama ini sebagai halangan paling utama dalam membangunkan apa sahaja usaha-usaha pembangunan.

#### Mentadbir risiko

Memandangkan banyaknya ketrampilan yang perlu ada serta asas-asas yang perlu diambil kira, maka adalah penting pengamal kesihatan awam masih terus unggul dengan berpegang kepada 'aku adalah profesional' dalam menetapkan penyebab-penyebab sebenar masalah. Rangkaian yang telah dikenalpasti seperti yang digambarkan dalam rajah 2 mesti dikekalkan meskipun terdapat halangan dalam pelaksanaannya.

Mentadbir risiko bermaksud mengurus 'workable risk'. Jaluran 'workable risk' yang mana satu perlu diutamakan dan strategi yang bagaimana nak dilakukan akan bergantung kepada kebijaksanaan pengurus. Yang penting masalah mesti perlahan-lahan tercegah dan terkawal.

Terdapat dua tahap bagaimana 'workable risk' dapat diurus. Tahap pertama, menentukan jaluran paling kritikal (*critical path*) yang perlu diberikan keutamaan. Dan kedua, mengurus kaedah-kaedah intervensi beserta sumber yang dipakai agar ia dapat berjalan dengan sempurna dan terselaras.

#### a. Menentukan jaluran kritikal 'workable risk'

Ia bermaksud mengurus maklumat serta data-data risiko yang telah dikenalpasti, disusun dan disajikan sebagai 'workable risk' yang boleh disusuli dengan intervensi. Jaluran yang mana satu yang paling kritikal; yang perlu diberikan tumpuan mendalam - jaluran X1, X2, Y atau Z mestilah ditentukan dengan sebaiknya.

Oleh kerana kejadian atau *event* bagi setiap jaluran 'workable risk' melibatkan pelbagai kategori risiko, maka adalah perlu rentetan kejadian (*event sequence*) awal dan akhir bagi setiap jaluran diketahui. Misalnya dalam jaluran X1, *event* awal mestilah B8 dan diikuti oleh A10 dan seterusnya C3. Ini bererti tumpuan intervensi mestilah mengutamakan B8 terlebih dahulu sebelum *event* A10 dan C3.

Untuk *event* C3 dapat dikurangkan adalah penting ketiga-tiga *event* A10, B2 dan A3 dapat di atasi dengan sempurna dan dengan serentak. Memandangkan ketiga-tiga *event* ini perlu diatasi secara serentak, maka adalah perlu jaluran yang menjuah kepada ketiga-tiga *event* ini diuruskan dengan bijak. Jaluran yang mana satu paling kritikal dapat ditentukan dengan melihat *event* yang paling sukar diatasi.

Justeru pengurus kena tahu secara terperinci apa C.3, C.1, B.2, B.5, B.8, A.3 dan apa A.10. Tanpa pengetahuan ini, adalah dirasakan sukar untuk dia memulakan langkah bagi mentadbirkan program. Kepakaran disijil tidak mungkin menjarnin yang dia boleh melaksanakan tugas ini dengan baik meskipun kelulusan akademiknya banyak.

Ertinya dalam menentukan masalah denggi, kepakaran dalam penyakit bawaan vektor (seorang *parasitologist*) sahaja tidak mungkin menjamin yang dia boleh menentukan jaluran kritikal dengan tepat. Justeru dia juga kena tahu apa elemen-elemen pengurusan, elemen perilaku dan elemen-elemen persekitaran yang turut menjadi risiko kepada permasalahan denggi. Malah dia juga kena tahu kaedah-kaedah epidemiologi, biostatistik, kesihatan masyarakat, pengurusan serta pelbagai teknologi diagnostik yang ada dalam menentukan risiko.

#### b. Mengurus kaedah intervensi

Pentadbiran sebagai teras kerja-kerja pengurusan, bukan sahaja 'melihat' aspek-aspek 'kasar' sebuah program (katakan program pencegahan dan kawalan denggi), tetapi juga harus tahu aspek-aspek teknikal - aspek dalaman sebuah program. Dia kena tahu 'memegang', 'mengalih', 'meneliti' dan 'merawat' setiap elemen atau komponen yang membentuk sesuatu program. Semua tugas ini sangat teknikal yang hanya mampu di selia dan ditadbir oleh mereka yang tahu 'seni' ini.

Intervensi tersebut sudah tentu melibatkan pelbagai disiplin kesihatan masyarakat yang utama. Ia termasuklah aktiviti berkaitan persekitaran (risiko C.3 dan C.1), aktiviti berkaitan pengurusan (risiko B.2, B.5 dan B.8) dan aktiviti promosi kesihatan (risiko A.3 dan A.10).

Mengurus kaedah intervensi bererti mengurus dan mentadbir program. Mengurus dalam erti kata sebenar adalah melakukan koordinasi antara aktiviti yang menumpukan kepada jaluran X1, X2, Y atau Z. Sementara segala sumber yang ada akan ditadbir dan digembeling dengan sebaik mungkin agar tidak satupun *event* dalam jaluran '*workable risk*' tadi terabai dari mendapat sentuhan pengurusan.

Perbezaan kepakaran tidak timbul apabila ketua kepada program (sebaiknya bukan ketua organisasi) dapat memahami jaluran-jaluran '*workable risk*' yang telah dikenalpasti tadi. Peranan yang barangkali perlu dilakukannya ialah meletakkan tugas beberapa profesional yang ada kepada jaluran yang dirasakan sesuai dengan kepakarannya.

#### KESIMPULAN

Pengamal kesihatan masyarakat; walau apapun jawatan rasminya wajar memprioritikan tumpuan serta tugasannya kepada elemen risiko dalam usahanya mengatasi masalah-masalah kesihatan awam. Risiko mesti menyeluruh dan tidak hanya menghadkan kepada risiko dalam skop kepakaran sahaja. Usaha menentukan risiko, memprioritikan risiko dan menyusunnya menjadi jaluran '*workable risk*' dan mengatasi risiko memerlukan ketrampilan pengurusan lengkap dan menyeluruh mengatasi kepakaran formal yang tersurat.

Justeru tugas pengurusan sebagai alat utama pencegahan primer hendaklah lebih menonjol dari segala bentuk tugas yang menjujukan kepada kaedah-kaedah pencegahan primer yang lain. Pengumsan dari pandangan ini menganggap kaedah-kaedah pencegahan primer yang lain itu sebagai metoda yang wajar diums sama seperti mengurus sumber-sumber yang lain seperti staf, peralatan, kewangan, mesin, teknologi dan lain-lain.

Dan masalah kesihatan hanya akan dapat diatasi (dibendung) apabila risiko benar-benar ditadbir dan diurus dengan pengurusan kesihatan awam yang profesional.

#### RUJUKAN

- Bracht, N 1988. Community Analysis Precedes Community Organization for Cardiovascular Diseases Prevention. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Suppl.1, 23-30
- Center for Disease Control 1992. PATCH: Planned Approach To Community Health. *Journal of Health Education*. 23(3), 129-132.
- Galbally R.1997. A Firm Foundation for Health Promotion: *An Organisational Approach*. Melbourne; Vichealth.
- Khalib AL. 2002. Mempraktiskan Promosi Kesihatan Dalam Versi Baru. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Bil. 8. ppl-6.
- Khalib AL. 2002. Kajian Mengenai Kemalangan Jalan Raya Di kalangan Pejalan Kaki Dan Tingkahlaku Mereka. *Kertas Kerja Sempena Seminar IRPA RMK-7 2002*. pp137-140
- Kleinbuaum DG, Kupper LL dan Hal Morgenstern (1982) Epidemiological Research: Principles and Quantitative Methods. *Lifetime Learning Publications*
- Richard L. Potvin L dan Green LW. 1996. Ecological Foundations of Health Promotion and disease prevention. *Am. Journal of Health Promotion* 10:270.
- Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny. 1994. Health Care Management: Organizational Design and Behaviour. 3<sup>rd</sup> Edition. *Delmar Publishers Inc.*

- The World Bank 1999. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. A World Bank Publication*
- World Health Organization 2002. *Diet, Physical Activity and Health. Ministerial Round Table: (WPR/RC53/12 Kyoto, Japan.*
- Zuckerman HS. 1989. *Redefining The Role of The CEO: Challenges and Conflicts. Hospital and Health Services. Spring . 34:1 25-38*