

BAB ENAM

KESIMPULAN

Penularan penyakit beri-beri, malaria dan penyakit usus khasnya disenteri di Negeri-negeri Melayu Bersekutu antara 1896-1914 berkait langsung dengan perkembangan kegiatan ekonomi komersial British. Penerokaan kawasan baru untuk pertanian, perlombongan, kemudahan infrastruktur dan petempatan telah mengganggu ekosistem yang wujud di kawasan tersebut. Hal ini menyebabkan berlakunya serangan dan penularan penyakit. Kemasukan buruh asing sebagai tenaga kerja di kawasan yang baru dibuka menjadi sumber sasaran serangan penyakit. Fizikal buruh yang lemah dan kesukaran menyesuaikan diri dengan suasana dan cuaca baru menyebabkan mereka menjadi mangsa utama serangan penyakit. Persekitaran tempat kerja dan kediaman yang tidak terurus serta kekurangan kemudahan asas dan kemudahan kebersihan merumitkan lagi keadaan.

Pada masa yang sama, British masih belum berupaya menyediakan perkhidmatan kesihatan dan perubatan yang sempurna. Oleh itu, tempoh 1896 hingga 1914 sememangnya merupakan fasa pertama serangan dan penularan tiga penyakit tropika dan ia adalah era eksperimen bagi British dalam pelan tindakan pengawalan penyakit yang dilaksanakannya.

Tempoh 1896 hingga 1914 memperlihatkan penularan pelbagai jenis penyakit di Negeri-negeri Melayu Bersekutu. Berdasarkan data yang berjaya dikumpulkan, seramai 1,247,165 pesakit dalam (*in-patients*) telah dirawat dan 136,372 kematian telah dicatatkan di kesemua institusi perubatan kerajaan di Negeri-negeri Melayu Bersekutu.¹ Penyakit beri-beri, malaria dan penyakit usus (disenteri sahaja) mencatatkan 528,497 kemasukan ataupun 42.4% daripada jumlah keseluruhan pesakit dalam (*in-patients*) manakala kematian yang direkodkan akibat ketiga-tiga penyakit tersebut adalah 63,911 kes ataupun 49.6% daripada jumlah kematian keseluruhan. Oleh itu, penyakit tropika yang menjadi fokus kajian merupakan penyakit paling utama menular di Negeri-negeri Melayu Bersekutu.

Di antara ketiga-tiga penyakit, penyakit usus (disenteri sahaja) mencatatkan jumlah kematian paling tinggi manakala penyakit malaria merekodkan jumlah kemasukan pesakit ke hospital yang paling ramai. Jadual 6.1 dan 6.2 menjelaskan keadaan ini. Jadual 6.1 menunjukkan jumlah kes yang dirawat, jumlah kematian dan peratus kematian bagi ketiga-tiga penyakit. Sementara jadual 6.2 menunjukkan peratus kemasukan dan peratus kematian bagi ketiga-tiga penyakit daripada jumlah kemasukan dan kematian keseluruhan yang direkodkan antara tahun 1896-1914.

¹ Untuk maklumat terperinci, sila rujuk, lampiran 6.1(a), 6.1(b) dan 6.1(c).

Penularan serius ketiga-tiga penyakit tropika memperlihatkan pelan pengawalan yang dilaksanakan oleh British. Terdapat tiga pihak yang bertanggungjawab iaitu tenaga perubatan negeri, Institut Penyelidikan Perubatan dan kerajaan persekutuan. Di peringkat tenaga perubatan negeri dan Institut Penyelidikan Perubatan, peranan yang dimainkan adalah penyelidikan terhadap punca penyakit dan kaedah pengawalannya sementara di pihak kerajaan persekutuan, pembentukan dan implementasi dasar pengawalan penyakit.

JADUAL 6.1

JUMLAH KES YANG DIRAWAT, JUMLAH KEMATIAN DAN PERATUS KEMATIAN BAGI PENYAKIT BERI-BERI, MALARIA DAN PENYAKIT USUS DI NEGERI-NEGERI MELAYU BERSEKUTU, 1896-1914*

JENIS PENYAKIT	JUMLAH KES KEMASUKAN KE HOSPITAL	JUMLAH KES KEMATIAN	PERATUS KEMATIAN (%)
Beri-beri	141,579	20,754	14.7
Malaria	297,075	17,152	5.8
Penyakit Usus (Disenteri Sahaja)	89,843	26,005	28.9
JUMLAH	528,497	63,911	12.1

* Berdasarkan data dari jadual 3.3(a), 4.1(a) dan 5.3(a).

JADUAL 6.2

PERATUS KEMASUKAN DAN KEMATIAN BAGI PENYAKIT BERI-BERI, MALARIA DAN PENYAKIT USUS DARIPADA JUMLAH KEMASUKAN DAN KEMATIAN KESELURUHAN DI NEGERI-NEGERI MELAYU BERSEKUTU, 1896-1914*

JENIS PENYAKIT	PERATUS KES KEMASUKAN KE HOSPITAL (%)	PERATUS KEMATIAN (%)
Beri-beri	11.4	15.2
Malaria	23.8	12.6
Penyakit Usus (Disenteri Sahaja)	7.2	19.1

* Berdasarkan data dari lampiran 6.1 dan jadual 6.1.

Di kalangan tenaga perubatan negeri, langkah pengawalan yang dilaksanakan tertumpu kepada pencegahan penyakit melalui ubatan dan rawatan di samping penyelidikan yang terhad terhadap punca dan kaedah pengawalan penyakit. Justeru itu, tenaga perubatan negeri merupakan tenaga pengawal paling penting kerana merekalah pihak pertama yang merawat pesakit dan mengenalpasti simptom penyakit.

Penubuhan Institut Penyelidikan Perubatan pada tahun 1900 membawa sinar harapan kepada penyelidikan saintifik pelbagai jenis penyakit di Negeri-negeri Melayu Bersekutu terutamanya beri-beri dan malaria. Berbanding dengan tenaga perubatan negeri yang mendapat pengetahuan tentang penyakit melalui pengamatan dan pengalaman masing-masing, kakitangan institut menumpu kepada kajian saintifik bagi mengenalpasti penyakit. Sungguhpun kedua-dua pihak memiliki pendekatan yang berbeza namun wujud hubungan kerjasama

antara kedua-duanya. Ini dapat dikesan dengan jelas melalui langkah pengawalan beri-beri.

Di peringkat awal penularan beri-beri, peranan tenaga perubatan negeri amat menonjol. Pelbagai teori dan kaedah rawatan diutarakan dengan dakwaan bahawa teori dan kaedah masing-masing adalah yang tepat dan berkesan. Hal ini berlaku ekoran ketiadaan satu teori yang jelas dan diterima umum tentang punca beri-beri. Pada tahun 1909, dua orang kakitangan Institut Penyelidikan Perubatan iaitu Dr. Fraser dan Dr. Stanton berjaya membuktikan punca beri-beri yang dikesan akibat kekurangan sejenis bahan dalam beras putih yang dimakan. Eksperimen yang dijalankan didasari oleh teori keracunan beras yang diutarakan oleh Dr. Braddon. Pada masa yang sama, berlaku pertukaran pandangan di kalangan tenaga perubatan negeri. Semakin ramai yang mengakui pemakanan beras putih sebagai penyebab beri-beri. Di peringkat inilah, kerajaan persekutuan campurtangan. Pada tahun 1909, kerajaan persekutuan mengisytiharkan pemberhentian penggunaan beras putih di semua institusi kerajaan.²

Langkah pengawalan malaria juga memperlihatkan jalinan kerjasama antara ketiga-tiga pihak. Di pihak tenaga perubatan negeri dan Institut Penyelidikan Perubatan, tumpuan diberikan kepada penyelidikan dan pengawalan parasit dan vektor penyakit. Kerajaan persekutuan pula bertindak

² FMSAR 1909, hlm. 27.

menubuhkan sebuah badan iaitu Lembaga Penasihat Malaria yang mengawalselia kerja-kerja pengawalan malaria.

Sungguhpun demikian, berlaku ketidakseimbangan dalam langkah pengawalan penyakit yang direncanakan oleh British. Tumpuan khusus yang diberikan kepada beri-beri dan malaria menyebabkan penyakit usus tidak mendapat perhatian yang sewajarnya. Langkah-langkah pengawalan penyakit usus yang lebih jelas dilakukan oleh tenaga perubatan berbanding dengan Institut Penyelidikan perubatan dan kerajaan persekutuan. Institut Penyelidikan Perubatan pula hanya mengambil peranan serius dalam penyelidikan mengenai disenteri pada tahun 1912 dan artikel tentangnya hanya diterbitkan pada tahun 1924.³ Peranan kerajaan persekutuan dalam membendung disenteri juga tidak jelas sepertimana yang dilakukan terhadap penyakit beri-beri dan malaria.

Sehingga tahun 1914, dasar kesihatan British di Negeri-negeri Melayu Bersekutu dapat ditakrifkan sebagai *European-centric* dan *coolie-centric*.⁴ Kepentingan menyediakan kemudahan kesihatan untuk masyarakat Eropah tergambar melalui pembinaan hospital Eropah.⁵ Selain itu, stesen bukit (*hill*

³ William Fletcher & Margaret W. Jepps, "Dysentery in the Federated Malay States", *Studies from the Institute for Medical Research*, No. 19, 1924.

⁴ Hairudin Harun, "Medicine and Imperialism ...", hlm. 283.

⁵ Hanya pada tahun 1931, hospital Eropah di Kuala Lumpur dibuka kepada masyarakat lain ekoran protes daripada tokoh masyarakat Cina dan India (sila rujuk, John G. Butcher, *The British in Malaya 1880-1941: The Social History of a European Community in Colonial South-East Asia*, Kuala Lumpur: Oxford University Press, 1979, hlm. 168-169).

station) turut dibina khusus untuk masyarakat Eropah⁶ sebagai tempat rehat yang menyamai ciri-ciri iklim negara asal mereka. Orang Eropah percaya cuaca yang sejuk di kawasan yang berbukit ini dapat mengelakkan diri mereka dari serangan penyakit tropika. Sebagai tambahan, mereka juga dibekalkan dengan beberapa peraturan asas untuk menjalani kehidupan yang sihat di kawasan tropika.⁷

Dasar *coolie-centric* dapat dilihat dari segi penyediaan perkhidmatan dan kemudahan kesihatan yang ditumpukan kepada buruh imigran untuk membekalkan tenaga yang berterusan bagi kelangsungan ekonomi British di Negeri-negeri Melayu Bersekutu. Justeru itu, pelbagai usaha pengawalan penyakit seperti penempatan buruh di kawasan yang sesuai, sistem penyaliran, pemberian ubatan dan penyelidikan terhadap penyakit tertentu dijalankan dengan giat.⁸

Tumpuan kepada masyarakat Eropah dan buruh imigran dalam penyediaan kemudahan kesihatan menyebabkan masyarakat Melayu terpinggir. Pembinaan hospital khusus untuk orang Melayu hanya menjadi kenyataan pada tahun 1909.⁹ Salah satu perkhidmatan kesihatan yang dianggap berkesan bagi

⁶ Ibid., hlm. 68-73 & 157-166.

⁷ Sila rujuk lampiran 6.2.

⁸ Telitikan, misalnya, P. N. Gerrard, *The Hygienic Management of Labour in the Tropics* dan Malcolm Watson, *The Prevention of Malaria in the Federated Malay States*.

⁹ Hospital tersebut telah dibuka pada 16 Februari 1909 di Kuala Kangsar, Perak (*PKAR 1909*, hlm. 17-18 dan *FMSAR 1909*, hlm. 28).

masyarakat Melayu adalah dispensari luar yang menyediakan bekalan ubatan terhad untuk kegunaan mereka. Pengawalan malaria di kalangan orang Melayu pula hanya ditumpukan kepada pengagihan kuinina semata-mata. Walaupun sebahagian besar kuinina diedarkan secara percuma tetapi ia tidak berkesan tanpa adanya langkah penghapusan vektor malaria sebagaimana yang dilakukan di kawasan bandar. Oleh yang demikian, British tidak telus dalam agenda pengawalan penyakit dan penyediaan perkhidmatan kesihatan kepada penduduk Negeri-negeri Melayu Bersekutu. British memilih penyakit tertentu dan kelompok masyarakat tertentu yang dilihatnya penting untuk mencapai penguasaan ekonomi yang maksima.

Sesungguhnya tempoh masa 1896-1914 adalah fasa pertama serangan dan penularan penyakit tropika di Negeri-negeri Melayu Bersekutu. Tempoh ini juga merupakan tempoh eksperimen British dalam pelan tindakan pengawalan penyakit dengan mengadakan peruntukan kewangan semata-mata untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit malaria dan beri-beri yang mempunyai kesan secara langsung ke atas tenaga buruh sektor perladangan dan perlombongan.¹⁰ Hanya selepas Perang Dunia Pertama terutamanya pada awal 1920-an, barulah usaha-usaha yang lebih giat diambil oleh British untuk mengawal penularan penyakit dengan mengadakan rancangan kesihatan awam, meningkatkan perbelanjaan ke atas perkhidmatan kesihatan dan langkah-

¹⁰ Lenore Manderson, "Race, Colonial Mentality and Public Health ...", hlm. 194-195.

langkah pengawalan penyakit.¹¹

¹¹ Ibid., hlm. 204-206. Antara rancangan kesihatan awam yang ditekankan oleh British pada tempoh ini adalah memperluaskan perkhidmatan klinik dan dispensari luar, meningkatkan kerja-kerja penjagaan kesihatan kanak-kanak dan ibu mengandung dan melaksanakan kempen anti-penyakit seperti penyakit kelamin, puru dan cacing kerawit. Selain itu, diadakan juga pemeriksaan rumah ke rumah, pasar, balai polis, estet getah dan kilang. Rancangan-rancangan tersebut disokong pula dengan penerapan melalui pendidikan.