

Kesan dan Cabaran Pelaksanaan Saringan Kanser Kolorektal dalam Komuniti PPR Kuala Lumpur: Perspektif Pembangunan Komuniti

(Impact and Challenges of Colorectal Cancer Screening in Kuala Lumpur PPR Communities: Community Development Perspective)

Mohd Arman Kamaruddin^{1*}, Mohammad Mujaheed Hassan²
Amna Md Noor³

¹Jabatan Sains Kemasyarakatan dan Pembangunan, Fakulti Ekologi Manusia, Universiti Putra Malaysia (UPM), 43400 Serdang, Selangor Darul Ehsan, Malaysia.

Email: arman@hctm.ukm.edu.my

²Jabatan Sains Kemasyarakatan dan Pembangunan, Fakulti Ekologi Manusia, Universiti Putra Malaysia (UPM), 43400 Serdang, Selangor Darul Ehsan, Malaysia.

Email: mujaheed@upm.edu.my

³Jabatan Sains Kemasyarakatan dan Pembangunan, Fakulti Ekologi Manusia, Universiti Putra Malaysia (UPM), 43400 Serdang, Selangor Darul Ehsan, Malaysia.

Email: amna@upm.edu.my

ABSTRAK

CORRESPONDING

AUTHOR (*):

Mohd Arman Kamaruddin
(arman@hctm.ukm.edu.my)

KATA KUNCI:

Kanser kolorektal
Saringan komuniti
Pemeriksaan komuniti
Navigasi pesakit

KEYWORDS:

Colorectal cancer
Community screening
Community empowerment
Patient navigation

CITATION:

Mohd Arman Kamaruddin, Mohammad Mujaheed Hassan, & Amna Md Noor. (2025). Kesan dan Cabaran Pelaksanaan Saringan Kanser Kolorektal dalam Komuniti PPR Kuala Lumpur: Perspektif Pembangunan Komuniti. *Malaysian Journal of Social Sciences and Humanities (MJSSH)*, 10(9), e003592.
<https://doi.org/10.47405/mjssh.v10i9.3592>

Kanser kolorektal (CRC) merupakan penyebab kedua tertinggi kematian berkaitan kanser di Malaysia, dengan prevalen 13.8% dan kadar pengesanan lewat melebihi 70%. Komuniti berpendapatan rendah bandar, khususnya penghuni Program Perumahan Rakyat (PPR), berisiko tinggi kerana kekangan sosioekonomi, literasi kesihatan yang rendah, serta stigma budaya. Kajian ini meneliti kesan penyertaan komuniti dalam saringan CRC serta mengenal pasti cabaran utama dalam pelaksanaannya. Kajian kes kualitatif ini dijalankan bagi meneliti kesan penyertaan komuniti dalam saringan CRC dan mengenal pasti cabaran utama dalam pelaksanaannya. Empat PPR di Kuala Lumpur dipilih, dengan 16 informan terdiri daripada penduduk, pemimpin komuniti, sukarelawan KOSPEN, dan pelaksana program. Data dikumpul melalui temu bual mendalam separa berstruktur, disokong triangulasi dokumen dasar, dan dianalisis secara tematik menggunakan ATLAS.ti. Kesan positif penyertaan termasuk peningkatan pengetahuan asas, rawatan pencegahan awal, kesedaran terhadap risiko kesihatan, dan pemeriksaan komuniti melalui kolaborasi dengan pelbagai agensi. Namun, pelaksanaan berdepan cabaran seperti kekurangan sumber logistik, kurang kompetensi sukarelawan, komitmen komuniti yang terhad, jurang maklumat, kesedaran awam rendah, stigma terhadap ujian najis, serta sikap tidak peduli terhadap kesihatan. Program saringan CRC di PPR berpotensi sebagai medium pemeriksaan komuniti dan pengurangan ketidaksamarataan kesihatan bandar. Walau bagaimanapun, ia menuntut transformasi melalui

pendekatan navigasi pesakit berasaskan komuniti, latihan berterusan sukarelawan, komunikasi peka budaya, dan kolaborasi rentas agensi.

ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) is the second leading cause of cancer-related deaths in Malaysia, with a prevalence of 13.8% and more than 70% of cases detected at late stages. Low-income urban communities, particularly residents of the People's Housing Program (PPR), are at high risk due to socioeconomic constraints, low health literacy, and cultural stigma. This study examines the impact of community participation in CRC screening and identifies key challenges in its implementation. A qualitative case study was conducted to explore these aspects. Four PPR communities in Kuala Lumpur were selected, involving 16 informants comprising residents, community leaders, KOSPEN volunteers, and program implementers. Data were collected through semi-structured in-depth interviews, supported by triangulation with policy documents, and analyzed thematically using ATLAS.ti. Positive outcomes of participation included improved basic knowledge, earlier preventive treatment, greater awareness of health risks, and community empowerment through collaboration with multiple agencies. However, implementation faced challenges such as limited logistical resources, inadequate volunteer competencies, restricted community commitment, information gaps, low public awareness, stigma towards stool-based tests, and apathetic attitudes toward health. CRC screening programs in PPR hold potential as a medium for community empowerment and reducing urban health inequities. Nevertheless, they require transformation through community-based patient navigation approaches, continuous volunteer training, culturally sensitive communication, and cross-sector collaboration.

Sumbangan/Keaslian: Kajian ini menyumbang kepada literatur pembangunan komuniti dengan mengupas impak penyertaan komuniti PPR dalam program saringan kanser kolorektal serta mengenal pasti cabaran utamanya. Kajian ini juga mencadangkan pendekatan navigasi pesakit berasaskan komuniti sebagai strategi baharu untuk memperkasa pelaksanaan program saringan CRC di kawasan bandar

1. Pengenalan

Kanser kolorektal (CRC) ialah penyakit tidak berjangkit (NCD) yang menjadi beban kesihatan awam utama di Malaysia dan dunia (Kementerian Kesihatan Malaysia, 2021). Data terkini menunjukkan CRC merupakan kanser kedua tertinggi di Malaysia dengan prevalens 13.8% (WHO, 2022). Lebih membimbangkan, lebih 70% kes dikesan pada tahap III dan IV, yang dikaitkan dengan kadar kelangsungan hidup lima tahun serendah 9% berbanding 51% jika dikesan awal (Muhamad et al., 2023). Kos rawatan juga meningkat dua kali ganda daripada RM13,672 (tahap I) kepada RM27,972 (tahap IV), sekali gus membebankan pesakit berpendapatan rendah (Azzani et al., 2019).

Golongan B40 yang mendiami Program Perumahan Rakyat (PPR) Kuala Lumpur merupakan antara kelompok paling terdedah. Laporan [UNICEF \(2024\)](#) mendedahkan bahawa lebih 80% keluarga PPR berdepan kesukaran memenuhi keperluan asas pasca pandemik. Tahap literasi kesihatan rendah, stigma terhadap ujian najis, dan keutamaan kepada keperluan harian menyebabkan akses kepada saringan CRC terhad ([Abu Bakar et al., 2023](#); [Muda et al., 2020](#)). Walaupun hampir semua PPR terletak kurang daripada 2 km dari klinik kesihatan, kadar penyertaan kekal rendah, menandakan isu ini bukan masalah jarak fizikal, tetapi jurang literasi, budaya dan struktur sokongan komuniti.

Sejak 2008, pelaksanaan saringan CRC di Malaysia berkembang daripada pendekatan oportunistik di fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) kepada peluasan komuniti melalui inisiatif KOSPEN. Aspirasi ini digariskan dalam Pelan Strategik Nasional Kanser Kolorektal (NSPCRC) 2021–2025, dengan sasaran liputan 40% menjelang 2030 ([Kementerian Kesihatan Malaysia, 2021](#)). Namun, pelaksanaannya masih oportunistik, tidak disokong sistem jemputan berstruktur, dan tidak diperkukuh dengan mekanisme navigasi pesakit. Jika kelemahan ini berterusan, Malaysia berisiko gagal mencapai aspirasi nasional dan antarabangsa dalam mengawal CRC.

Dalam konteks pembangunan komuniti, isu ini lebih kompleks. Kegagalan melibatkan komuniti secara bermakna hanya mengekalkan penyertaan pasif atau simbolik (*tokenism*), seperti digariskan dalam Model Tangga Penyertaan [Arnstein \(1969\)](#). Sebaliknya, program kesihatan hanya benar-benar berkesan apabila komuniti diposisikan sebagai rakan kongsi aktif (*citizen power*), sejajar dengan prinsip *co-production* oleh [Farmer et al. \(2017\)](#).

1.2. Objektif Kajian

Kajian ini berhasrat untuk mengisi jurang tersebut dengan meneliti secara kritikal kesan dan cabaran pelaksanaan saringan CRC dalam komuniti PPR Kuala Lumpur sebagai 'laboratorium sosial' untuk pembangunan intervensi berasaskan komuniti di negara membangun.

2. Sorotan Literatur

2.1. Evolusi Saringan CRC di Malaysia

Sejak diperkenalkan pada 2008, CRC disaring menggunakan *immunochemical Faecal Occult Blood Test* (iFOBT), diikuti kolonoskopi sebagai pengesahan ([Kementerian Kesihatan Malaysia, 2021](#)). Walaupun kos efektif, kadar liputan populasi sasaran kekal rendah (<1% setahun), manakala hanya 60% individu positif melengkapkan kolonoskopi ([Chandran et al., 2020](#)). NSPCRC 2021–2025 memperkenalkan peluasan akses saringan CRC komuniti melalui inisiatif Komuniti Sihat Perkasa Negara (KOSPEN), iaitu jaringan sukarelawan kesihatan yang digerakkan Jabatan Perpaduan dan Interaksi nasional (JPNIN) dan KKM. Sukarelawan ini berperanan mengagihkan kit iFOBT, memberi penerangan, mengumpul sampel, dan menyelaras rujukan ke hospital. Namun, laporan ([Kementerian Kesihatan Malaysia, 2024; 2021](#)) menunjukkan capaian sebenar masih bergantung kepada inisiatif tempatan dan keaktifan sukarelawan. Kajian agensi bukan kerajaan seperti EMPOWERED ([Ng et al., 2017](#)) menunjukkan bahawa pendekatan berasaskan komuniti dengan kaunseling bersemuka dan lawatan rumah meningkatkan kadar pemulangan kit melebihi 90% dan pematuhan kolonoskopi 71%. Sebaliknya,

intervensi berbentuk “one-off” di PPR lain gagal kerana isu stigma, masa kerja, dan kelewatan temu janji (Yim, 2020).

2.2. Halangan Sosioekonomi & Budaya

Literasi kesihatan rendah dan faktor sosioekonomi terbukti mempengaruhi persepsi negatif terhadap saringan (Shah et al., 2020). Komuniti B40 berdepan halangan kos pengangkutan, keperluan kerja harian, dan tanggungjawab keluarga, menyebabkan keutamaan terhadap saringan kesihatan rendah (Al-Oseely et al., 2023). Selain itu, stigma budaya terhadap ujian najis menjejaskan penyertaan. Sesetengah responden enggan menyertai kerana rasa geli atau takut menghadapi keputusan positif (Ramanathan et al., 2022). Literasi kesihatan merupakan konsep asas dalam memahami penyertaan komuniti terhadap intervensi kesihatan. Sørensen et al. (2012) menegaskan literasi kesihatan merangkumi keupayaan mengakses, memahami, menilai dan mengaplikasikan maklumat kesihatan merentasi rawatan, pencegahan penyakit dan promosi kesihatan. Nutbeam (2000) pula mengklasifikasikan literasi kesihatan kepada tiga tahap iaitu fungsional, interaktif dan kritikal, yang masing-masing menyokong pemahaman asas, keyakinan untuk bertindak, serta keupayaan kolektif menganalisis faktor sosial kesihatan.

2.3. Teori Penyertaan & Pemerksaan

Model Arnstein (1969) mengklasifikasikan penyertaan daripada bukan penyertaan, tokenisme, hingga *citizen power*. Dalam konteks CRC, banyak intervensi masih pada tahap pemakluman (*informing*), tanpa memberi komuniti kuasa sebenar dalam merancang atau menilai program (Ng et al., 2016). Kerangka *co-production* oleh Farmer et al. (2017) menekankan bahawa komuniti perlu dilibatkan sejak awal iaitu daripada perancangan, pelaksanaan hingga pemantauan. Pemerksaan berlaku apabila komuniti memiliki kapasiti intrapersonal (keyakinan diri), interaksional (tindakan kolektif), dan tingkah laku (mobilisasi sosial) (Zimmerman & Rappaport, 1988).

3. Metod Kajian

Kajian ini menggunakan reka bentuk kualitatif dengan pendekatan kajian kes berbilang lokasi yang digabungkan dengan elemen fenomenologi interpretatif. Pendekatan ini dipilih kerana ia membolehkan penyelidik meneroka secara mendalam pengalaman sebenar pelbagai pihak yang terlibat dalam pelaksanaan saringan kanser kolorektal di komuniti Program Perumahan Rakyat (PPR) di Kuala Lumpur. Empat buah PPR dipilih sebagai lokasi kajian, iaitu PPR Sri Kota, Kampung Muhibbah, Intan Baiduri dan Seri Perlis 2. Pemilihan ini dilakukan secara bertujuan bagi mewakili empat zon pentadbiran Dewan Bandaraya Kuala Lumpur (DBKL) yang mempunyai variasi sosiodemografi, geografi dan pengalaman pelaksanaan saringan.

Seramai 16 orang informan ditemu bual dari empat lokasi PPR terpilih, merangkumi empat kategori utama: (i) penduduk PPR yang pernah terlibat dalam program saringan, (ii) penduduk PPR yang belum pernah terlibat dalam program saringan, (iii) pemimpin komuniti yang berperanan sebagai pengerusi jawatankuasa penduduk atau rukun tetangga, serta (iv) sukarelawan KOSPEN dan wakil pelaksana program daripada pihak kesihatan atau institusi luar. Kesemua informan dipilih secara bertujuan berdasarkan pengalaman langsung mereka dalam pelaksanaan atau penyertaan saringan, dan bilangan sampel ditentukan sehingga mencapai ketepuan data.

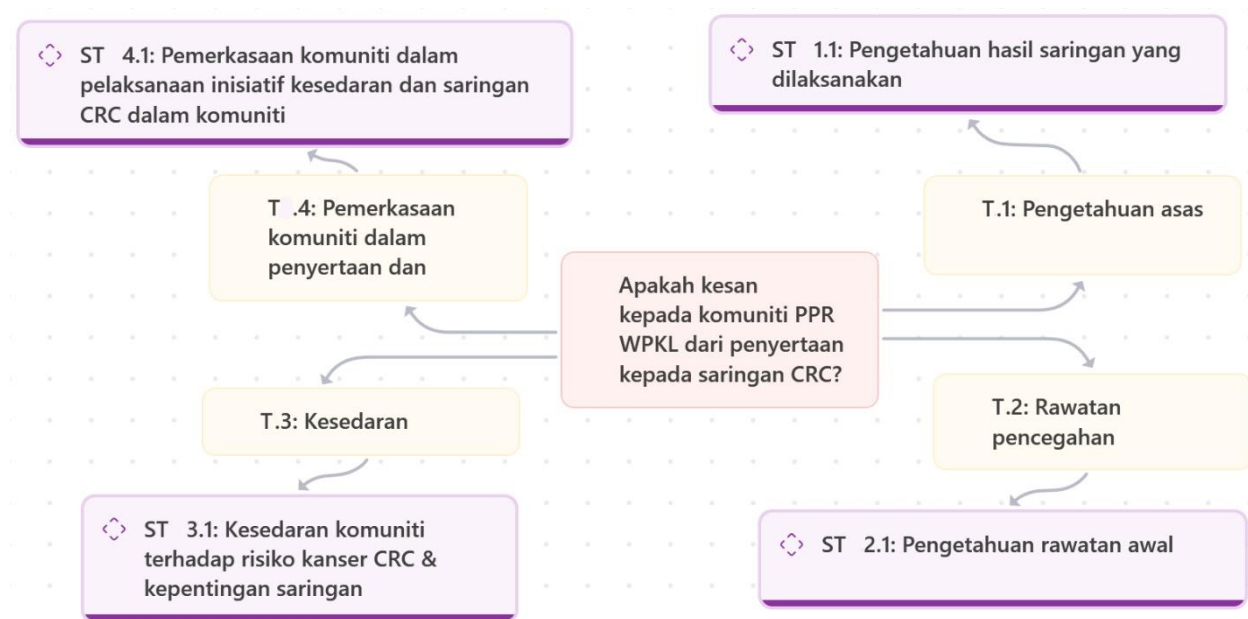
Pengumpulan data dilakukan melalui temu bual mendalam separa berstruktur dengan tempoh antara 30 hingga 60 minit bagi setiap informan. Semua sesi dijalankan secara bersemuka dengan keizinan peserta kajian, dirakam audio dan ditranskripsikan secara verbatim. Panduan soalan temu bual dibangunkan berasaskan tinjauan literatur serta kerangka konseptual penyertaan komuniti, merangkumi aspek pengalaman penyertaan, cabaran pelaksanaan, serta cadangan penambahbaikan. Untuk meningkatkan kebolehpercayaan dapatan, kaedah triangulasi digunakan dengan menyemak dokumen rasmi seperti garis panduan KKM, laporan NSPCRC dan modul KOSPEN. Analisis data dilakukan secara tematik menggunakan perisian ATLAS.ti. Proses ini bermula dengan pengekodan terbuka secara induktif, diikuti pengelompokan kod kepada subtema, dan seterusnya pembentukan tema utama yang berkaitan dengan objektif kajian. Kebolehpercayaan analisis turut diperkukuh melalui semakan ahli dengan beberapa informan. Kajian ini mendapat kelulusan etika daripada Jawatankuasa Etika Penyelidikan Universiti Putra Malaysia (JKEUPM-2024-185).

4. Hasil Kajian

4.1. Kesan Penyertaan

Hasil analisis menunjukkan bahawa penyertaan komuniti dalam saringan CRC memberi beberapa kesan positif yang signifikan. Antara yang dikenal pasti ialah peningkatan pengetahuan asas kesihatan, rujukan serta rawatan pencegahan yang lebih awal, peningkatan kesedaran terhadap gaya hidup sihat, serta pemerksaan komuniti melalui kolaborasi dengan pelbagai pihak. Keempat-empat kesan ini saling melengkapi, sekali gus membuktikan bahawa keterlibatan komuniti bukan sekadar meningkatkan literasi kesihatan, tetapi turut memperkukuh daya tahan sosial mereka dalam menghadapi isu kesihatan awam. [Rajah 1](#) menunjukkan pembentukan tema dan subtema kesan penyertaan.

Rajah 1: Tema (T) Serta Subtema (ST) Bagi Kesan Penyertaan terhadap Komuniti PPR WPKL



Analisis tematik bermula dengan pengekodan transkrip temu bual yang membentuk subtema seperti pengetahuan asas, rawatan pencegahan, kesedaran dan pemerksaan

komuniti. Subtema ini digabungkan kepada empat tema utama yang menggambarkan kesinambungan dapatan individu dengan implikasi kolektif di peringkat komuniti.

4.1.1. Peningkatan pengetahuan asas

Penyertaan komuniti dalam program saringan jelas meningkatkan literasi kesihatan asas tentang CRC, khususnya kefahaman mengenai tanda amaran, faktor risiko dan tatacara penggunaan kit iFOBT. Ramai informan mengakui bahawa sebelum terlibat mereka tidak begitu jelas tentang keperluan saringan, namun sesi penerangan di peringkat komuniti telah memudahkan pemahaman langkah demi langkah. Seorang informan berkongsi:

“Saya ada jumpa satu Dr kerajaan.. dia cakap.. dah umur 50, kena check setahun sekali. dia ada mention macam tu.. dia suruh ambil sampel lepas tu hantar sana. saya tahulah dia punya proses” (Informan 08, Penduduk PPR).

Seorang lagi menerangkan kefahaman praktikal tentang pengambilan sampel dan penghantaran kit:

“Okey, caranya.. dalam seminggu tu siapa yang berminat nak buat saringan dia akan bagi alat test tu, bawa balik.. Jadinya pagi esok tu, apabila membuatng, hantar balik tu ke klinik..” (Informan 01, Wakil Komuniti).

Kesedaran prosedural ini memperkukuh kemahiran kesihatan asas yang sebelumnya rendah dalam kalangan penduduk PPR.

4.1.2. Rawatan pencegahan yang lebih awal

Bagi peserta yang menerima keputusan iFOBT positif, interaksi antara klinik komuniti dan hospital membolehkan rujukan awal serta pemantauan susulan, sekali pun berdepan kekangan kapasiti. Hal ini menggambarkan kesinambungan penjagaan (*continuity of care*) yang cuba dipertahankan walaupun sumber terhad. Seorang pelaksana menjelaskan aliran rujukan:

“Bila lepas daripada dia buat iFOBT ini, bila positif, kita akan bagi rujukan ke hospital. Hospital ni pula, nanti tidak akan ada appointment. Pertama dia akan jumpa doktor pakar...” (Informan 16, Petugas Kesihatan).

Seorang penduduk juga merupakan sukarelawan menambah tentang peranan klinik dalam memantau hingga tarikh kolonoskopi:

“itu daripada klinik. klinik akan follow up sampai di dapat tarikh kolonoskopi, tarik dia dapat review dengan pakar.. sampai situ sajalah.” (Informan 14, Sukarelawan KOSPEN).

Walaupun terdapat kelewatan temu janji di hospital, panggilan susulan dan bimbingan lanjut daripada petugas membantu peserta mengekalkan momentum ke arah diagnosis dan rawatan awal.

4.1.3. Peningkatan kesedaran kesihatan

Penyertaan juga mendorong perubahan tingkah laku kesihatan, khususnya dalam pemakanan dan keseimbangan harian. Informan menzahirkan pemahaman baharu tentang kaitan diet tidak sihat, kurang air dan masalah usus:

“Pemakanan yang kurang sihat... itu pendapat akak punca pertama, selain kurang minum air kosong. Makanan tak sihat bagi akak dalam makanan bergoreng, makanan yang berlemak, banyak karbohidrat.. tu semua mengundang kepada masalah-masalah sembelit...” (Informan 02, Penduduk PPR).

Kesedaran ini digandingkan dengan kefahaman prioriti kesihatan harian:

“Hidup dengan sihat itu adalah lebih penting dari segala-galanya. Contoh, kalau tengok makanan-makanan yang viral, semuanya tak sihat. Air yang viral tentulah air yang manis.” (Informan 10, Wakil Komuniti).

Perubahan persepsi ini mengalihkan tumpuan daripada menunggu gejala kepada pencegahan aktif.

4.1.4. Pemeraksanaan komuniti melalui kolaborasi

Program saringan membuka ruang kolaborasi bermakna antara PPR, KKM, JPNIN, IPT dan NGO. Komuniti bukan lagi penerima pasif, sebaliknya rakan pelaksana yang mengurus atur, menerangkan dan memobilisasi penduduk. Seorang pelaksana menerangkan peranan pada acara komuniti:

“Dan pada hari itu pun, masa Hari Kanser Sedunia, kita ada buat satu program kita buat saringan ada beberapa jenis kanser di mana kami diminta untuk melaksanakan penerangan kepada penduduk.” (Informan 10, Sukarelawan KOSPEN).

Kepimpinan setempat turut menjalinkan jaringan rentas institusi:

“Tapi yang ini dengan KRT, saya yang akan uruskan pelaksanaannya. Contoh dengan Dr KK tu.. sampai sekarang saya berhubung.” (Informan 04, Wakil Komuniti).

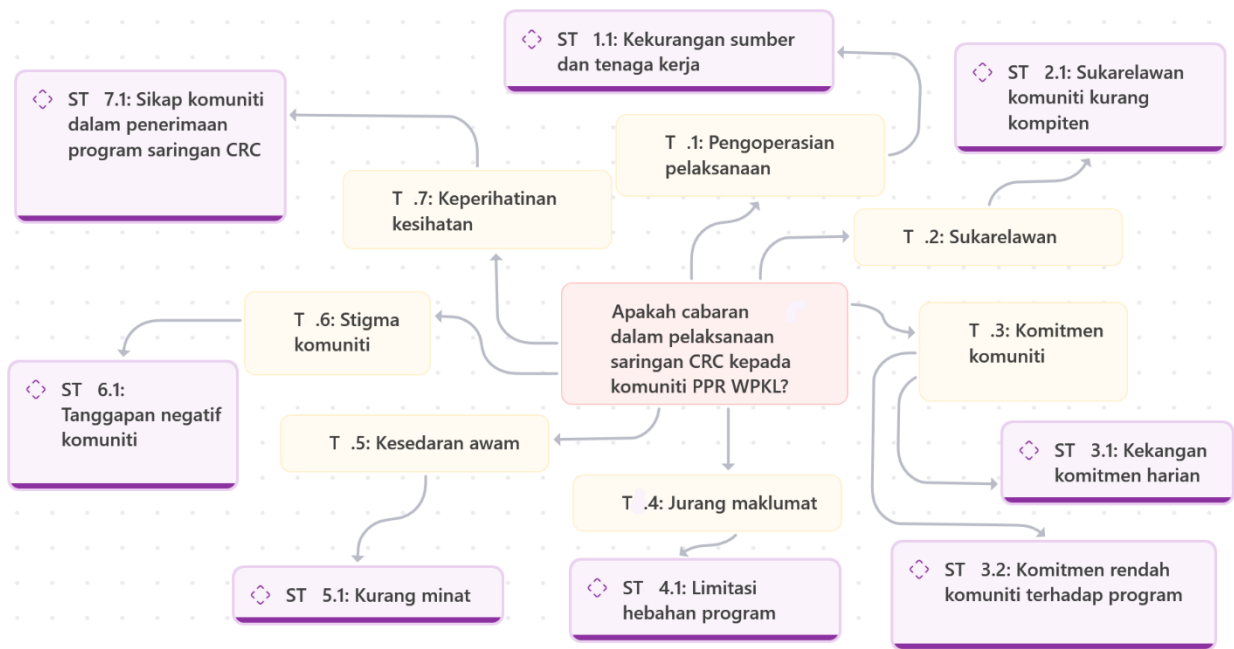
Kolaborasi ini menambah keyakinan, mengukuhkan jaringan sosial dan meningkatkan keupayaan komuniti menggerakkan intervensi kesihatan sendiri.

4.2. Cabaran Pelaksanaan

Hasil analisis turut mengenal pasti beberapa cabaran utama yang dihadapi dalam pelaksanaan saringan CRC di komuniti PPR. Antara yang menonjol ialah kekurangan sumber logistik dan tenaga kerja, tahap kompetensi sukarelawan yang tidak seragam, keterbatasan komitmen serta jurang maklumat dalam kalangan penduduk, selain stigma, rasa takut dan sikap tidak peduli terhadap kesihatan. Kesemua faktor ini saling berkait dan memberi kesan langsung kepada keberkesanan pelaksanaan program di lapangan.

Rajah 2 menunjukkan pembentukan tema dan subtema cabaran pelaksanaan. Analisis tematik daripada temu bual menghasilkan subtema seperti kekurangan sumber dan tenaga kerja, kompetensi sukarelawan, komitmen serta jurang maklumat, stigma dan sikap tidak peduli. Kesemua subtema ini digabungkan kepada empat tema utama yang merumuskan halangan sistemik dan psikososial dalam pelaksanaan saringan CRC di komuniti PPR.

Rajah 2: Tema (T) Serta Subtema (ST) Cabaran dalam Pelaksanaan Saringan CRC kepada Komuniti PPR WPKL



4.2.1. Kekurangan sumber dan tenaga kerja

Antara halangan paling ketara ialah keterbatasan kit iFOBT di klinik dan tempoh menunggu kolonoskopi yang panjang di hospital rujukan. Had bekalan mengehadkan bilangan peserta, manakala kelewatan temu janji menjejaskan motivasi. Pelaksana mengakuai isu agihan kit:

“Sebab kita tak nak mengganggu.. sebab kebanyakan kit tu digunakan oleh klinik. Sebab kita tak boleh nak ambil banyak-banyak sangat” (Informan 14, Petugas Kesihatan).

Di hospital, timbunan senarai menunggu memanjang proses rujukan:

“Daripada situ doktor akan bagi temujanji untuk skop pula. Jadi prosesnya agak panjang dan kekangan di HKL ni adalah appointment terlalu banyak... mungkin 6 bulan depan baru dapat appointment tu.” (Informan 13, Petugas Kesihatan).

4.2.2. Kompetensi sukarelawan

Sukarelawan KOSPEN ialah tulang belakang jangkauan komuniti, namun masih terdapat jurang kemahiran teknikal dan komunikasi kesihatan yang menjejaskan kejelasan mesej. Seorang pelaksana menekankan:

“Pertama staf atau sukarelawan tu dia tak familiar sangat dengan CRC ini, sebab dia bukan sukarelawan CRC tapi dia KOSPEN... Mungkin the way dia explain pada makcik tu tak faham, dan end up apabila kita call balik – makcik tu kata tak buat dan makcik tak tahu.” (Informan 15, Petugas Kesehatan).

Ini menandakan keperluan modul latihan khusus dan penyegaran berkala agar penerangan lebih tepat, meyakinkan dan sensitif budaya.

4.2.3. Komitmen komuniti dan jurang maklumat

Kebanyakan isi rumah PPR menanggung beban kerja harian dan tanggungjawab jagaan keluarga yang menyukarkan kehadiran. Hal ini dirakamkan oleh informan:

“Dia orang ni macam nilai... kadang-kadang dia orang ni bela cucu. Apa-apa ada program kat bawah ni, dah tersangkut dengan cucu, tak boleh turunkah.. tak ada orang jagalah..” (Informan 02, Penduduk PPR).

Di samping itu, hebahan yang tidak seragam dan halangan bahasa menimbulkan jurang maklumat — sesetengah hanya nampak banner tanpa penjelasan langsung, sebahagian lain pula tidak memahami kandungan kerana ketiadaan terjemahan:

“Sebab diorang datang pun, diorang tak ada bagi tahu.. Diorang letak banner macam tu je.. jadi ada yang segelintir tu ada yang terbaca, ada yang tak baca...” (Informan 05, Penduduk PPR).

“Especially kerajaan punya program, tak ada bahasa cina. Jadi kalau orang cina tengok, dia pun tak tahu...” (Informan 07, Penduduk PPR).

4.2.4. Stigma, ketakutan dan sikap tidak peduli

Stigma terhadap ujian najis, rasa geli, serta kebimbangan menerima keputusan positif menjadi penghalang psikososial utama. Seorang pelaksana menyebut:

“Yang nombor 2, orang takutlah.. Geli.. Tapi sebenarnya IFOBT tu senang buat nak buat. Boleh buat kat rumah.” (Informan 15, Sukarelawan KOSPEN).

Ada pula yang mengaitkan diagnosis dengan “kepastian buruk”, lalu memilih untuk tidak mengetahui status kesihatan:

“Sebab ini sakitnya tak boleh cure punya.. memang cuba macam-macam pun tak boleh cure, kalau cure pun kita sudah tahu berapa tahun boleh hidup ...macam tulah..Kalau kita tak check, kita tak tahu, tapi bila kita tahu.. kita rasa habislah kita..” (Informan 03, Penduduk PPR).

Sebahagian lagi merasakan diri sihat dan memandang ringan saringan:

“Ini pendapat makciklah kan, bagi orang-orang kat sini dia orang kat sini rasa dia orang sihat.. dia orang rasa dia orang sihat, dia orang tak ada apa-apa.” (Informan 02, Penduduk PPR).

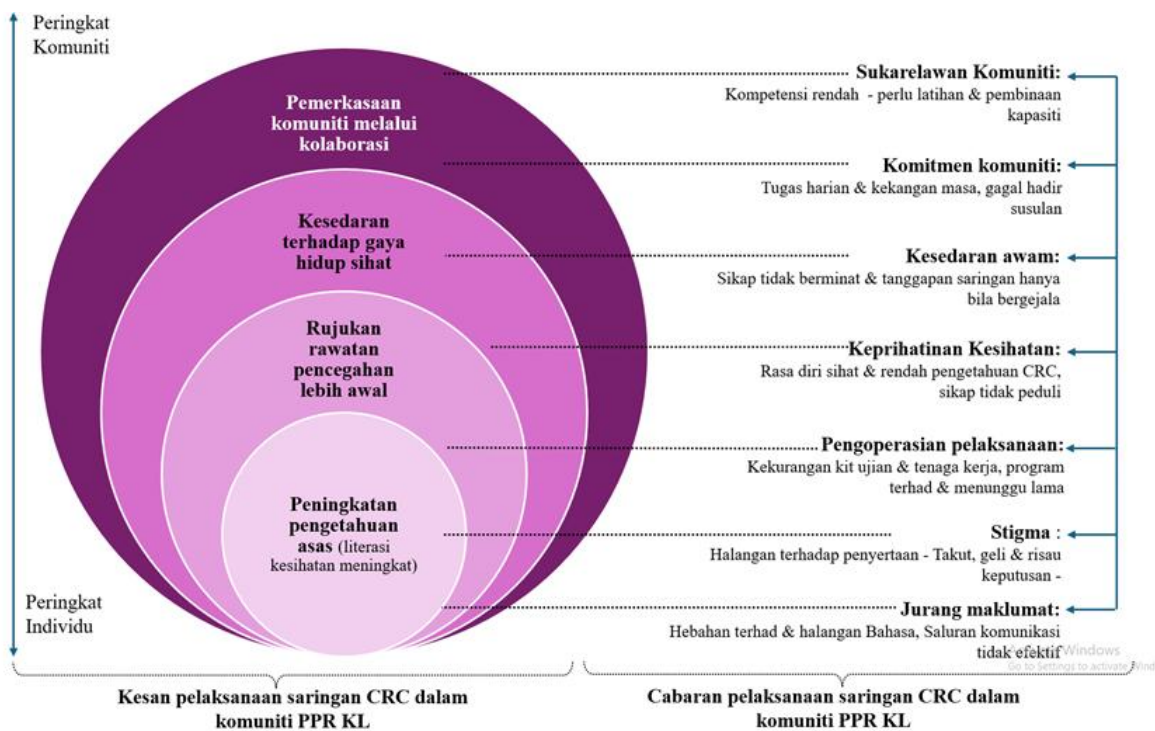
“Dan yang kedua, apabila kita terangkan pun mereka ambil endah tak endah.. macam tak pedulliah, tak berminatlah.. Dalam kata lain tak berminatlah dengan perkara-perkara macam ni.” (Informan 01, Wakil Komuniti).

5. Perbincangan

Secara keseluruhan, dapatan menunjukkan empat kesan positif yang saling menguatkan iaitu peningkatan pengetahuan, rujukan dan rawatan pencegahan yang lebih awal, kesedaran gaya hidup sihat serta pemeraksanaan komuniti melalui kolaborasi. Namun keberhasilan ini dihadkan oleh tujuh tema cabaran utama iaitu kekurangan sumber/tenaga kerja, kompetensi sukarelawan yang tidak seragam, komitmen dan jurang maklumat dalam komuniti, stigma ketakutan serta sikap tidak ambil peduli. Pola ini menjelaskan mengapa liputan saringan dan kesinambungan susulan masih berombak, dan mengapa intervensi perlu memadukan pengukuhan struktur layanan dengan strategi komunikasi peka budaya yang digerakkan oleh aktor komuniti sendiri.

Rajah 3 memposisikan kesan dan cabaran pelaksanaan saringan CRC dalam komuniti PPR Kuala Lumpur, dengan menghubungkan dapatan di peringkat individu hingga ke peringkat komuniti.

Rajah 3: Kesan dan cabaran pelaksanaan saringan CRC dalam komuniti PPR Kuala Lumpur.



Dapatan kajian ini menonjolkan dualiti antara potensi positif program saringan dan cabaran praktikal yang dihadapi dalam konteks komuniti PPR. Dari sudut positif, penyertaan telah meningkatkan literasi kesihatan, mempercepatkan akses rawatan, serta memperkukuh pemeraksanaan komuniti. Hal ini sejajar dengan teori pemeraksanaan oleh Zimmerman dan Rappaport (1988) yang menekankan bahawa penyertaan aktif meningkatkan keyakinan sendiri dan tindakan kolektif. Program ini juga memperlihatkan keberkesanan apabila komuniti diposisikan sebagai rakan kongsi, selaras dengan konsep

co-production Farmer et al. (2017). Visual ini turut diadaptasi daripada kerangka literasi kesihatan oleh Sørensen et al. (2012) dan tipologi literasi fungsional–interaktif–kritikal oleh Nutbeam (2000), bagi menegaskan kesinambungan antara dapatan lapangan dengan teori antarabangsa.

Dapatan kajian ini juga selari dengan teori literasi kesihatan antarabangsa. Sørensen et al. (2012) menekankan bahawa literasi kesihatan tidak terbatas kepada kebolehan membaca risalah atau memahami arahan klinikal, tetapi melibatkan kompetensi mengakses, memahami, menilai dan mengaplikasikan maklumat kesihatan dalam tiga domain utama: rawatan kesihatan, pencegahan penyakit dan promosi kesihatan. Dalam kerangka ini, peningkatan literasi kesihatan komuniti PPR bukan sahaja memudahkan penggunaan kit iFOBT atau pengenalan tanda awal CRC, tetapi juga membina motivasi dan kapasiti membuat keputusan kesihatan. Nutbeam (2000) menambah dengan membahagikan literasi kesihatan kepada tahap fungsional, interaktif dan kritikal, di mana tahap tertinggi membolehkan komuniti mengkaji faktor sosial yang mempengaruhi kesihatan dan memobilisasi tindakan kolektif. Dengan demikian, dapatan lapangan yang menunjukkan peningkatan pengetahuan asas tetapi masih berdepan stigma dan sikap tidak peduli membayangkan bahawa program saringan CRC perlu bergerak melangkaui literasi fungsional kepada strategi literasi interaktif dan kritikal agar komuniti benar-benar berupaya mengubah norma kesihatan dan memperjuangkan akses yang lebih adil.

Namun, dari sudut cabaran, pelaksanaan saringan CRC di PPR masih terikat dengan kelemahan sistemik. Kekurangan kit, tenaga kerja dan kapasiti hospital mencerminkan isu logistik yang perlu ditangani secara struktural. Kurangnya kompetensi sukarelawan pula menunjukkan keperluan latihan berterusan yang sistematik. Isu komitmen dan jurang maklumat membayangkan bahawa komunikasi kesihatan di peringkat komuniti tidak cukup bersasar. Sementara itu, stigma budaya dan sikap tidak peduli menuntut pendekatan psikososial yang lebih peka kepada nilai tempatan.

Perbandingan dengan literatur antarabangsa mengesahkan bahawa cabaran serupa dialami oleh komuniti berpendapatan rendah di negara lain. Program navigasi pesakit berasaskan komuniti terbukti berkesan di pelbagai negara membangun kerana ia menyelesaikan masalah susulan, stigma, dan ketidakpastian maklumat (O'Mara-Eves et al., 2015; Jaganathan et al., 2024). Oleh itu, peranan KOSPEN sebagai pemudah cara pesakit amat berpotensi jika diperkasa dengan latihan, insentif dan akses kepada data yang lebih baik.

Implikasi kajian ini penting dari perspektif dasar, amalan kesihatan awam dan pembangunan komuniti. Dari segi dasar, dapatan menyokong pelaksanaan NSPCRC 2021–2025, di samping relevan dengan Dasar Sosial Negara 2030 dan Dasar Komuniti Negara yang menekankan pemerdayaan komuniti bandar berpendapatan rendah. Kajian ini juga memberi sumbangan langsung kepada pencapaian Matlamat Pembangunan Mampan (SDG3) iaitu mengurangkan kematian pramatang akibat penyakit tidak berjangkit melalui pencegahan dan rawatan awal.

Dari sudut kesihatan awam, dapatan menegaskan perlunya mekanisme jemputan berstruktur, integrasi data klinik–komuniti, serta penglibatan sektor swasta untuk mempercepatkan rujukan kolonoskopi. Strategi komunikasi perlu diperhalusi dengan penggunaan pelbagai bahasa, saluran interpersonal, dan penglibatan tokoh tempatan.

Dari perspektif pembangunan komuniti pula, penyertaan komuniti dalam program saringan membuka ruang untuk meningkatkan modal sosial, kepimpinan tempatan, dan daya tahan kolektif. Pemerksaan sukarelawan KOSPEN sebagai navigator pesakit mampu menjadikan komuniti lebih berdikari dalam mengurus kesihatan. Dengan latihan berterusan, sokongan insentif, dan pengiktirafan peranan mereka, KOSPEN boleh menjadi model kerjasama strategik antara agensi kesihatan dan komuniti.

6. Kesimpulan

Kajian ini mengesahkan bahawa penyertaan komuniti dalam saringan CRC di PPR Kuala Lumpur memberi kesan positif melalui peningkatan pengetahuan asas, rawatan pencegahan awal, peningkatan kesedaran dan pemerksaan komuniti. Namun, keberkesanan program dibatasi oleh cabaran besar termasuk kekurangan sumber, kurang kompetensi sukarelawan, jurang maklumat, stigma budaya, serta sikap tidak peduli.

Bagi memperkukuh program, beberapa cadangan penambahbaikan diketengahkan. Pertama, penerapan sistem jemputan berstruktur boleh dimanfaatkan melalui platform digital sedia ada seperti aplikasi MySejahtera atau skim PeKa B40 untuk memastikan keberkesanan susulan. Kedua, meningkatkan bekalan kit saringan dan memperkukuh kerjasama dengan hospital swasta bagi mengurangkan masa menunggu kolonoskopi. Ketiga, menyediakan latihan teknikal dan komunikasi kesihatan yang berterusan untuk sukarelawan KOSPEN agar mereka lebih bersedia sebagai pemudah cara pesakit. Keempat, mengadakan program saringan secara berkala dengan insentif simbolik bagi menarik penyertaan lebih luas. Kelima, memperluas strategi hebahan dengan pendekatan peka budaya dan pelbagai bahasa, melibatkan pemimpin komuniti. Akhir sekali, memperkukuh penglibatan keluarga sebagai penyokong utama, kerana sokongan sosial terbukti berperanan penting dalam mendorong penyertaan individu dalam saringan.

Transformasi ini bukan sahaja akan meningkatkan liputan dan keberkesanan program saringan CRC di PPR Kuala Lumpur, malah berpotensi menjadikan komuniti PPR sebagai model nasional untuk pelaksanaan saringan komuniti yang inklusif dan mampan. Dengan itu, matlamat mengurangkan kematian pramatang akibat kanser kolorektal serta meningkatkan kesejahteraan masyarakat bandar berpendapatan rendah dapat direalisasikan secara lebih menyeluruh.

Kelulusan Etika dan Persetujuan untuk Menyertai Kajian (*Ethics Approval and Consent to Participate*)

Kajian ini telah mendapat kelulusan daripada Jawatankuasa Etika Penyelidikan Melibatkan Manusia, Universiti Putra Malaysia (JKEUPM) dengan nombor rujukan JKEUPM-2024-185. Semua prosedur yang melibatkan subjek manusia mematuhi garis panduan etika institusi, dan persetujuan dimaklumkan telah diperolehi daripada setiap peserta kajian.

Penghargaan (*Acknowledgement*)

Penulis merakamkan setinggi-tinggi penghargaan kepada semua informan dan pihak yang terlibat atas kerjasama dalam menjayakan kajian ini. Ucapan terima kasih turut ditujukan

kepada Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM) atas sokongan melalui tawaran cuti belajar.

Kewangan (*Funding*)

Kajian ini ditaja oleh Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM) melalui program cuti belajar bagi Pengajian Sarjana Sains Pembangunan Komuniti di Fakulti Ekologi Manusia, Universiti Putra Malaysia (UPM).

Konflik Kepentingan (*Conflict of Interest*)

Penulis mengisytiharkan bahawa tiada sebarang konflik kepentingan dalam menjalankan kajian ini.

Rujukan

- Abu Bakar, N., Rahman, F., & Ismail, S. (2023). Barriers to colorectal cancer screening among urban poor communities in Malaysia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine, 23*(2), 45–53.
- Al-Oseely, H., Lee, C. S., & Karim, A. M. (2023). Socioeconomic determinants of colorectal cancer screening participation in Southeast Asia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 24*(5), 1679–1687.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners, 35*(4), 216–224.
- Azzani, M., Roslani, A. C., & Su, T. T. (2019). Determinants of colorectal cancer screening uptake in Malaysia: A cost analysis. *BMJ Open, 9*(3), e024464. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024464>
- Chandran, N., Subramaniam, S., & Goh, K. L. (2020). Uptake of colorectal cancer screening in Malaysia: Challenges and solutions. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 21*(9), 2689–2695.
- Farmer, J., Carlisle, K., Dickson-Swift, V., Teasdale, S., Kenny, A., Taylor, J., & Croker, F. (2017). Applying co-production in practice: Developing a community engagement strategy to improve primary healthcare services. *BMC Health Services Research, 18*(1), 681. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2671-2>
- Jaganathan, S., Devi, S., & Chong, V. (2024). Patient navigation for colorectal cancer screening in low-resource settings: A systematic review. *International Journal of Public Health, 69*(2), 201–213.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2021). *National Strategic Plan for Colorectal Cancer (NSPCRC) 2021–2025*. Putrajaya: Kementerian Kesihatan Malaysia. <http://www.moh.gov.my>
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2024). *Prevention and control of noncommunicable diseases in Malaysia: The case for investment*. Putrajaya: Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Muda, Nora & Azahari, Anisa & Ahmad Shahabuddin, Faridatulazna & Zamzuri, Zamira & Mohd ariff, Noratiqah & Abu Bakar, Mohd Aftar & Mohd Suradi, Nur Riza. (2020). Health Vulnerability Versus Multiple Vulnerability Factors Among Low-Income Group in Malaysia. *Pertanika Journal of Social Science and Humanities, 28*, 1415-1427.
- Muhamad, N., Alias, Z., & Abdullah, N. (2023). Stage at diagnosis and survival of colorectal cancer patients in Malaysia: A population-based study. *BMC Cancer, 23*(1), 1042.

- Ng, C. J., Lee, P. Y., & Hashim, S. (2016). Barriers and facilitators to colorectal cancer screening in Asia: A systematic review. *World Journal of Gastroenterology*, 22(29), 6744–6750.
- Ng, C. J., Low, W. Y., Wong, L. P., Sudin, M. R., & Mohamed, R. (2017). Community-based colorectal cancer screening in Malaysia: A model from the EMPOWERED program. *BMC Public Health*, 17(1), 174.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>
- Ramanathan, K., Aziz, A. F., & Lim, T. Y. (2022). Cultural stigma and colorectal cancer screening in Malaysia: A qualitative study. *Journal of Cancer Education*, 37(5), 1180–1188.
- Shah, S. A., Mahmood, M. I., & Ahmad, N. (2020). Low socioeconomic status associated with poor cancer screening perceptions in Malaysia: Analysis of determinants of health among the general population. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21(3), 849–855.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- UNICEF. (2024). *Families on the edge: Urban poor children in Malaysia after COVID-19*. Kuala Lumpur: UNICEF Malaysia.
- Yim, L. S. (2020). Colon Screening In the Community—A Community Program and Lesson Learnt. *Journal of Oncology Research Review & Reports*, 1–3. [https://doi.org/10.47363/JONRR/2020\(1\)102](https://doi.org/10.47363/JONRR/2020(1)102).
- Zimmerman, M. A., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16(5), 725–750.