

25 AUG, 2026

Dari pedalaman ke dewan bedah: Mengurai kemelut dan masa depan ekosistem perubatan Sabah

Utusan Borneo Sabah, Malaysia



Page 1 of 2

Dari pedalaman ke dewan bedah: Mengurai kemelut dan masa depan ekosistem perubatan Sabah

Oleh Herdiansah Abd Karim

TOPOGRAFI Sabah yang meliputi kawasan seluas 73,631 kilometer persegi dengan rupa bumi bergunung-ganang, pulau-pulau terpencil, dan ribuan penempatan luar bandar mewujudkan cabaran spatial yang besar terhadap penyampaian perkhidmatan kesihatan awam.

Dari segi taburan modal insan perubatan, nisbah doktor kepada populasi di Sabah berada pada paras satu doktor bagi setiap 697 penduduk pada tahun 2023, dengan unjuran penambahbaikan kepada satu nisbah 571 menjelang tahun 2030.

Keperluan sumber tenaga manusia di Sabah diunjurkan meningkat secara mendadak bagi kedua-dua sektor awam dan swasta menjelang akhir dekad ini.

Sektor awam dijangka memerlukan peningkatan petugas kesihatan daripada 4,516 orang pada tahun 2023 kepada 6,526 orang pada tahun 2030, iaitu penambahbaikan sebanyak 2,010 orang tenaga kerja.

Sementara itu, sektor swasta pula memerlukan tambahan 165 petugas daripada 645 orang kepada 810 orang, menjadikan unjuran keseluruhan tenaga kerja kesihatan Sabah menjelang 2030, iaitu penambahbaikan sebanyak 7,336 orang bagi menampung pertumbuhan demografi negeri secara mampan.

Kekangan infrastruktur hospital juga turut menambah beban sistem penjagaan kesihatan negeri, di mana sebanyak 24 buah hospital kerajaan dan sekitar 300 buah klinik kesihatan perlu menampung pertambahan pesakit yang berterusan.

Nisbah katil hospital kepada penduduk yang belum mencapai sasaran perancangan pembangunan nasional menyebabkan kesesakan kronik di wad rawatan dan unit kecemasan.

Tekanan fasiliti ini secara langsung menjejaskan pengesanan awal dan pengurusan jangka panjang penyakit tidak berjangkit (NCD) seperti penyakit kardiovaskular dan kanser di seluruh Sabah.

Masalah asas pertama dalam sektor kesihatan di Sabah ialah kesukaran logistik fizikal dan ketersambungan jalan raya di kawasan pedalaman seperti Pensiangan, Nabawan, Beluran, Kinabatangan, dan Sipitang.

Penduduk di kawasan



HERDIANSAH

pedalaman sering terpaksa mengharungi perjalanan berjam-jam menggunakan kenderaan pacuan empat roda melalui jalan balak atau bot merentasi sungai untuk ke fasiliti kesihatan terdekat.

Beban kos tambang pengangkutan yang tinggi dan risiko kelewatan perjalanan ini menyebabkan pesakit luar bandar kerap menanggung rawatan awal sehingga penyakit melarat ke tahap kritikal.

Isu kritikal kedua pula berkaitan dengan taburan pengesanan risiko klinikal seperti pendarahan pascabersalin (postpartum hemorrhage) dan komplikasi hipertensi semasa kehamilan.

Kekangan kelima ialah kadar penerimaan teknologi maklumat dan pendigitalan rekod klinikal yang masih perlahan di fasiliti kesihatan luar bandar.

Penggunaan Rekod Perubatan Elektronik (EMR) menerusi Sistem Pengurusan Klinik Berasaskan Awan (CCMS) setakat ini hanya merangkumi sembilan buah klinik kesihatan di Sabah berbanding 142 buah klinik di Sarawak.

Ketiadaan rangkaian Internet yang stabil di kawasan terpencil mengekalkan ketergantungan kepada sistem fail kertas manual, sekali gus melambatkan rujukan data pesakit ke hospital berpakar.

Banyak bangunan klinik desa yang dibina daripada struktur kayu puluhan tahun lalu kini mengalami kerosakan struktur, pendawaian elektrik yang tidak selamat, serta ketiadaan bekalan air terawat yang stabil.

Ketidaksempurnaan prasarana ini menjejaskan kualiti perawatannya, mengesahkan penyimpanan ubat-ubatan sensitif suhu, dan menjejaskan keselamatan pesakit serta petugas kesihatan.



MESYUARAT: Menteri Kesihatan, Datuk Seri Dr. Dzulkefly Ahmad hadir pada Mesyuarat Jawatankuasa Tindakan Bersama Pembangunan Kesihatan Sabah Bilangan 1 Tahun 2026, di Kota Kinabalu minggu lepas. — Gambar Hasan

Isu keempat ialah penunjuk kesihatan ibu dan anak yang masih mencatatkan jurang membimbangkan, khususnya nisbah kematian ibu bersalin (MMR) dan kematian bayi di kawasan luar bandar.

Kadar kemiskinan yang tinggi, perkhawinan pada usia muda, dan tahap literasi kesihatan yang rendah menghalang penerimaan jagaan antenatal secara teratur.

Halangan ini melambatkan pengesanan risiko klinikal seperti pendarahan pascabersalin (postpartum hemorrhage) dan komplikasi hipertensi semasa kehamilan.

Kekangan kelima ialah kadar penerimaan teknologi maklumat dan pendigitalan rekod klinikal yang masih perlahan di fasiliti kesihatan luar bandar.

Penggunaan Rekod Perubatan Elektronik (EMR) menerusi Sistem Pengurusan Klinik Berasaskan Awan (CCMS) setakat ini hanya merangkumi sembilan buah klinik kesihatan di Sabah berbanding 142 buah klinik di Sarawak.

Ketiadaan rangkaian Internet yang stabil di kawasan terpencil mengekalkan ketergantungan kepada sistem fail kertas manual, sekali gus melambatkan rujukan data pesakit ke hospital berpakar.

Masalah keenam melibatkan ketergantungan berterusan pesakit di Sabah kepada perkhidmatan perubatan tertuari di Semenanjung Malaysia, terutamanya bagi pembedahan pintasan jantung kompleks dan rawatan kanser lanjutan.

Situasi ini membebankan keluarga pesakit dengan kos logistik tiket penerbangan, penginapan sementara, dan sara hidup di ibu kota.

Di samping beban ke-

wangan, proses pemindahan pesakit kritikal merentasi Laut China Selatan turut membawa risiko keselamatan klinikal yang tinggi.

Walaupun dengan pelbagai isu yang dihadapi dalam sektor kesihatan di Sabah, saya amat optimis bahawa potensi untuk menyelesaikan setiap isu sentiasa ada sekiranya intervensi strategik dilaksanakan melalui pengoptimuman serta kelestarian sumber yang ada selain mengadaptasi model-model inovasi yang dilaksanakan oleh hospital awam atau swasta dalam dan luar negeri.

Sebagai contoh, bagi menangani jurang kepakaran di hospital daerah secara pantas, pelaksanaan model Hospital Kluster telah mengintegrasikan hospital berpakar utama (lead hospital) bersama hospital tanpa pakar (non-lead hospital) mengikut zon geografi.

Menerusi pendekatan visiting specialist dan pengoptimuman proses rawatan berasaskan Lean Healthcare, masa menunggu giliran bagi rundingan di klinik pakar berjaya dikurangkan daripada 125 minit kepada 90 minit.

Kaedah rawatan bertahap (step-down care) membolehkan pesakit yang stabil dipindahkan ke hospital daerah, seterusnya menjimatkan penggunaan katil akut di hospital utama.

Dari aspek rawatan tertuari, penubuhan Pusat Jantung Sabah (PJS) di Hospital Queen Elizabeth II (HQE II) dengan peruntukan antara RM80 juta hingga RM125 juta di bawah RMK-13 merupakan langkah transformasi yang amat penting.

Fasiliti ini, yang dijangka siap dibina pada suku ketiga 2027 dan beroperasi sepe-

nuhnya menjelang 2029, dilengkapi dengan 107 katil rawatan, Makmal Kateterisasi Invasif dan Bukan Invasif (ICL/NICL), serta dewan bedah kardiorasik.

Kewujudan pusat ini membolehkan rakyat Sabah menerima pembedahan jantung terus di Kota Kinabalu tanpa perlu menanggung beban logistik ke Semenanjung.

Bagi menyelesaikan kemelut fasiliti using pula, Kementerian Kesihatan melaksanakan program penggantian klinik daif menggunakan kaedah pembinaan konkrit modular pasang siap (Industrialised Building System - IBS).

Pembinaan klinik gantian moden seperti Klinik Kesihatan Jenis 3 Penampang bernilai RM46 juta di bawah RMKE-12 membuktikan keberkesanan model penambahbaikan infrastruktur secara menyeluruh.

Fasiliti baharu ini bukan sahaja selamat dan menepati piawaian klinikal, malah dilengkapi dengan kuarters kediaman kakitangan yang kondusif bagi menyokong penempatan petugas di luar bandar.

Strategi pengukuhan modal insan digiatkan menerusi keutamaan penempatan pegawai perubatan anak kelahiran Sabah untuk berkhidmat di fasiliti negeri sendiri.

Langkah ini diperkukuh dengan pakej insentif kewangan seperti Bayaran Insentif Penempatan Pakar Perubatan, elan kesesuaian berasaskan lokasi pedalaman, dan kemudahan tambang ziarah wilayah.

Selain itu, penempatan seramai 62 orang pegawai perubatan pra-warta di Sabah membantu mengekalkan kesinambungan perkhidmatan

pakar baharu selepas selesai tempoh pewartaan klinikal di fasiliti negeri.

Peluasan teknologi telekonsultasi di 34 buah klinik kesihatan Sabah kini diperkukuh dengan penyediaan sambungan Internet satelit orbit rendah (Low Earth Orbit - LEO) seperti Starlink dan teknologi TV White Space di kawasan terpencil.

Ketersambungan digital ini membolehkan imej diagnostik radiologi, bacaan elektrokardiogram (ECG), dan keputusan ujian darah dihantar secara masa nyata kepada pakar perubatan di hospital rujukan.

Kaedah teleperubatan ini membolehkan rawatan awal dimulakan di klinik desa tanpa mewajibkan pergerakan fizikal pesakit.

Selain pendekatan inisiatif intervensi yang saya nyatakan akar umbi juga perlu diperkatakan menerusi program Sukarelawan Penjagaan Kesihatan Asas (SPKA) dan Panel Penasihat Klinik Kesihatan (PPKK) yang bertindak sebagai jambatan antara penduduk luar bandar dengan sistem kesihatan formal.

Sukarelawan SPKA memainkan peranan penting dalam kawalan penyakit berjangkit seperti malaria dan tuberkulosis di kawasan terpencil menerusi aktiviti pengesanan awal dan pendidikan kebersihan.

Pengukuhan peranan komuniti ini turut mempertingkatkan literasi kesihatan masyarakat serta memerlukan capaian perkhidmatan klinik bergerak ke perkampungan pedalaman.

Melangkah ke hadapan dalam mentransformasikan sektor kesihatan yang mampan dan berdaya tahan, penurutan kuasa pentadbiran dan autonomi perkhidmatan kesihatan kepada Sabah di bawah semangat Perjanjian Malaysia 1963 (MA63) menjadi asas utama bagi mewujudkan pengurusan perubatan yang tangkas.

Kerajaan Sabah dan Jawatankuasa Tindakan MA63 wajar diberi kuasa penuh untuk menentukan penentuan lokasi pembinaan klinik, kelulusan perolehan peralatan diagnostik, dan penstrukturan perjawatan mengikut realiti demografi tempatan.

Desentralisasi ini akan memendekkan birokrasi kelulusan di peringkat pusat serta memastikan peruntukan disalurkan tepat kepada keperluan lapangan.

Bagi menjamin kelestarian pembiayaan, sebahagian peruntukan daripada Geran Khas 40 peratus hasil Sabah seperti yang termaktub dalam Perlembagaan Persekutuan dicadangkan untuk disalurkan terus ke dalam dana pembangunan kesihatan Sabah.

Kerjasama kewangan secara pendahuluan (reimbursement mechanism) antara kerajaan Sabah dan Persekutuan perlu dimanfaatkan bagi membiayai projek pembaikan klinik daif secara segera tanpa perlu bergantung sepenuhnya kepada had belanjawan tahunan kementerian.

Keanjalan fiskal ini membolehkan kerja-kerja menaik taraf hospital daerah dan klinik desa disegerakan.

Hala tuju perkhidmatan tertuari perlu diperluaskan keluar daripada Kota Kinabalu dengan memajukan Hospital Duchess of Kent Sandakan dan Hospital Tawau sebagai hab rawatan pakar utama bagi zon Pantai Timur Sabah.

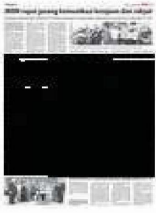
Pembangunan unit satelit jantung, kemudahan radioterapi onkologi, serta penambah mesin pengimejan resonans magnetik (MRI) di Sandakan dan Tawau amat kritikal bagi memastikan rawatan kecemasan menerima rawatan dalam tempoh waktu emas (golden hour).

Pengagihan kepakaran ke hab serantau ini akan merungkai kesesakan di Kota Kinabalu serta mengimbangi sistem rujukan kesihatan negeri secara menyeluruh.

Dalam aspek pembangunan modal insan jangka panjang, saluran latihan kepakaran tempatan perlu diperluas menerusi kolaborasi strategik antara KKM dan Fakulti Perubatan Universiti Malaysia Sabah (UMS) bersama Hospital Pengajar UMS.

Penawaran program Sarjana Perubatan dan laluan kepakaran selari (Parallel Pathway) di peringkat negeri akan membolehkan doktor tempatan menjalani latihan sub-kepakaran secara langsung di Sabah.

Saya percaya dengan usaha menyeluruh dan inklusif dengan menggabungkan pembinaan infrastruktur moden, lonjakan ketersambungan digital, keadilan fiskal, dan desentralisasi MA63 ini akan merealisasikan sistem penjagaan kesihatan yang saksama dan mampan bagi seluruh rakyat Sabah menjelang 2030.



25 AUG, 2026

Dari pedalaman ke dewan bedah: Mengurai kemelut dan masa depan ekosistem perubatan Sabah

Utusan Borneo Sabah, Malaysia



SUMMARIES

TOPOGRAFI Sabah yang meliputi kawasan seluas 73,631 kilometer persegi dengan rupa bumi bergu nung-ganang, pulau-pulau terpencil, dan ribuan penempatan luar bandar mewujudkan cabaran spatial yang besar terhadap penyampaian perkhidmatan kesihatan awam. Dari segi taburan modal insan perubatan, nisbah doktor kepada populasi di Sabah berada pada paras satu doktor bagi setiap 697 penduduk pada tahun 2023, dengan unjuran penambahbaikan kepada satu nisbah 571 menjelang tahun 2030.