

STUDI KUALITATIF PELAYANAN KESEHATAN UNTUK KELOMPOK ADAT TERPENCIL (KAT) DI KABUPATEN KEPULAUAN MENTAWAI

(A Qualitative Study on Health Services for Remote Ethnic in Mentawai Islands District)

Ratih Ariningrum¹, Noor Edi Widya Sukoco¹

ABSTRACT

Background: The Government has some intentions to increase the social welfare of Remote Indigenous Communities. Firstly, prevented the disintegration of social vulnerability. Secondly, protected from economic and social exploitation. Finally, ensuring the rights and obligations as other citizens outside the Remote Indigenous Communities. The research objectives are to know the operational policies which is applied to improve health services to Remote Indigenous Communities in Mentawai Islands District; to determine targets and priorities of health programs for Remote Indigenous Communities; to determine the pattern of empowerment in health to Remote Indigenous Communities; to determine the constraints in carrying out the pattern of empowerment in health to Remote Indigenous Communities; to determine the mechanism of cooperation with relevant inter-sector; to determine patterns of health services to Remote Indigenous Communities. **Methods:** The research, which was designed as a cross-sectional, conducted in April–November 2009. The research was implemented in the Sub-District of North Siberut and South Siberut, Mentawai Islands District. In each sub-district which was selected purposively, has 4 villages research area with criteria coastal habitat. Data were collected through in-depth interviews of several informants, namely Director of Remote Indigenous Communities (Ministry of Social Affairs); Head of Sub Directorate of the backward area, borderland, and the island; Head of District Health Office of the Mentawai Islands; Head of Social Services of the Mentawai Islands District; Head of North Siberut and South Siberut Sub Districts; Head of Community Health Center of North Siberut and South Siberut; midwives of North Siberut and South Siberut; Head of selected villages; and one who responsible of auxiliary community health center. **Results:** The results shown as follow: firstly, operational policies in remote areas are the same as non remote areas, but non remote areas receive more attention; secondly, health program priority is malaria eradication, patients treatment, immunization, monthly weighing (in posyandu), health and sanitazion, diarrhea, check up and services for pregnant women, expanding of auxiliary community health center programs, maternal and child health, mother delivery, treatment baby and children under five years, clean and safe drinking water; thirdly, most common diseases that encountered in Remote Indigenous Communities are fever, malaria, gastritis, diarrhea, headache, chikungunya, acute respiratory infection. **Conclusion:** Indeed, health services of the Remote Indigenous Communities have specificity in the Mentawai Islands District. First of all, mapping problem is conducted by community health center. Then, the constraints are frequent earthquakes, bad weather, transportation, difficulty to carry out activities based on community empowerment. Finally, there are several NGOs working with government agencies. Suggestions, In addition to fulfill human resources needs for short term objective, health care should pay attention at posyandu program and other related activities.

Key words: remote indigenous communities, mentawai islands

ABSTRAK

Latar Belakang: Pemerintah perlu melaksanakan pembinaan kesejahteraan sosial untuk KAT supaya KAT tercegah dari kerentanan disintegrasi sosial, terlindungi dari eksploitasi sosial dan ekonomi, terjaminnya hak dan terlaksananya kewajiban warga KAT sebagaimana yang seharusnya diberikan dan dilaksanakan oleh seperti warga negara lainnya di luar KAT. Tujuan penelitian adalah mengetahui kebijakan operasional yang diterapkan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pada KAT di Kab. Kepulauan Mentawai, menetapkan program prioritas dan target program kesehatan bagi KAT,

¹ Peneliti di Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jalan Percetakan Negara 23 A Jakarta 10560
Alamat korespondensi: ratih@litbang.depkes.go.id, raringrum@rocketmail.com

mengetahui pembentukan peta masalah kesehatan, menentukan jalannya pola pemberdayaan KAT di bidang kesehatan, menentukan kendala yang dihadapi dalam menjalankan pola pemberdayaan KAT di bidang kesehatan, menentukan mekanisme kerjasama dengan instansi lain yang terkait, dan menentukan pola pelayanan kesehatan KAT. **Metode:** Penelitian dilaksanakan pada Bulan April–November 2009 secara cross sectional. Lokasi penelitian di Kabupaten Kepulauan Mentawai Provinsi Sumatera Barat, di 2 (dua) Kecamatan yang dipilih secara purposif dan 8 (delapan) desa, 4 desa di kecamatan Siberut Utara dan 4 desa di kecamatan Siberut Selatan dengan lokasi dan kriteria inklusi habitat pinggir pantai. Informasi didapatkan dengan wawancara mendalam (indepth interview) terhadap Direktur Pemberdayaan Komunitas Adat Terpencil (Kementerian Sosial), Kasubdit Pengembangan DTPK (Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan), Kadinkes Kabupaten Kepulauan Mentawai, Kadinsos Kabupaten Kepulauan Mentawai, Camat Siberut Utara dan Siberut Selatan, Kepala Puskesmas Siberut Utara dan Muara Siberut (Siberut Selatan), Bidan Puskesmas Siberut Utara dan Muara Siberut (Siberut Selatan), Kepala desa di desa-desa yang terpilih sebagai sampel, dan penanggung jawab pustu atau polindes yang terpilih sebagai lokasi sampel. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan sebagai berikut: pertama, kebijakan operasional secara umum sama untuk daerah terpencil maupun daerah tidak terpencil, tapi yang diutamakan daerah terpencil; kedua, prioritas program kesehatan adalah pemberantasan malaria, pengobatan pasien, imunisasi, penimbangan bulanan (di posyandu), kesehatan dan sanitasi, diare, pelayanan kesehatan dan pemeriksaan bagi ibu hamil, ibu bersalin, pengobatan bayi dan balita, kebersihan air minum; ketiga, penyakit yang banyak diderita komunitas adat terpencil adalah demam, malaria, gastritis, diare, sakit kepala, ngilu tulang, dan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA). **Kesimpulan:** Pelayanan kesehatan komunitas adat terpencil mempunyai kekhususan di Kabupaten Kepulauan Mentawai. Pertama, pemetaan masalah dilakukan oleh puskesmas. Kemudian, kendala yang dihadapi adalah seringnya kejadian gempa, cuaca buruk, kendala transportasi, sulit melaksanakan kegiatan yang berbasis pemberdayaan masyarakat. Terakhir, ada beberapa bentuk kerjasama dengan instansi pemerintah maupun LSM. **Kesimpulan:** Pemenuhan SDM dan peralatan, baik kuantitas maupun kualitas sangat diperlukan untuk peningkatan pelayanan kesehatan dalam jangka pendek. Untuk jangka panjang, perlu diperhatikan mengenai pengembangan fungsi posyandu dan polindes, serta penanganan kasus rujukan. Selain untuk memenuhi kebutuhan sumber daya manusia untuk tujuan jangka pendek, perawatan kesehatan harus memperhatikan pada program posyandu dan kegiatan lainnya yang terkait.

Key words: Komunitas Adat Terpencil (KAT), Kepulauan Mentawai

Naskah Masuk: 3 Maret 2012, Review 1: 11 Maret 2012, Review 2: 11 Maret 2012, Naskah layak terbit: 17 Maret 2012

PENDAHULUAN

Dalam Keputusan Presiden RI Nomor 111 Tahun 1999 tentang Pembinaan Kesejahteraan Sosial Kelompok Adat Terpencil, disebutkan bahwa yang dimaksud dengan Komunitas Adat Terpencil (KAT) atau yang selama ini lebih dikenal dengan sebutan masyarakat terasing adalah kelompok sosial budaya yang bersifat lokal dan terpencar serta kurang atau belum terlibat dalam jaringan dan pelayanan baik sosial, ekonomi, maupun politik¹⁾. Ditinjau dari segi habitatnya, tempat tinggal KAT dapat dikelompokkan: komunitas adat yang tinggal di dataran tinggi atau daerah pegunungan; komunitas adat yang tinggal di dataran rendah atau daerah rawa serta daerah aliran sungai; komunitas adat yang tinggal di daerah pedalaman atau daerah perbatasan; komunitas adat yang tinggal di atas perahu atau daerah pinggir pantai serta pulau-pulau terpencil.²

Dalam bidang pelayanan kesehatan, ada beberapa permasalahan yang harus diperhatikan, yaitu: *pertama*, ketahanan kesehatan masyarakat KAT

harus menjadi prioritas, agar masyarakat KAT merasa diperhatikan sebagai bagian dari NKRI (Negara Kesatuan Republik Indonesia); *kedua*, tenaga medis dan paramedis yang susah menjangkau ke lokasi KAT dengan sarana yang sangat minim, adanya *barefoot doctor*, dokter naik kuda, *flying doctor* di daerah-daerah terpencil perlu menjadi pertimbangan tersendiri; *ketiga*, Pemberdayaan aspek kesehatan yang telah dilakukan oleh Pemerintah terhadap KAT, sangat sempit lingkupnya, yaitu meliputi pelayanan kesehatan dasar, penataan dan pemeliharaan sanitasi lingkungan; *keempat*, konsep sehat menurut KAT pada dasarnya amat menggantungkan sepenuhnya kepada Yang Maha Kuasa, bahwasanya hidup matinya seseorang telah ditentukan, sehingga manusia hanya perlu menjalaninya; *kelima*, pandangan mengenai sehat/sakit amat mewarnai kehidupan KAT dan tidak begitu memaksakan keberadaan fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pemerintah (Puskesmas atau sejenisnya).

Komunitas Adat Terpencil sebagaimana dimaksud bercirikan sebagai berikut, *pertama*, berbentuk

komunitas kecil, tertutup, dan homogen; *kedua*, pranata sosial bertumpu pada hubungan kekerabatan; *ketiga*, pada umumnya terpencil secara geografis dan relatif sulit dijangkau; *keempat*, pada umumnya masih hidup dengan sistem ekonomi subsisten, yaitu memiliki karakteristik produksi untuk kebutuhan sendiri atau keluarga, orientasinya pada kelangsungan hidup, bila belum tercukupi kebutuhannya bisa tukar menukar barang (barter) dengan tetangga atau kerabatnya.; *kelima*, peralatan teknologinya sederhana; *keenam*, ketergantungan pada lingkungan hidup dan sumber daya alam setempat relatif tinggi; *ketujuh*, terbatasnya akses pelayanan sosial, ekonomi, dan politik.¹⁾

Berdasarkan potensi, akses, dan keterbatasan yang mereka miliki, pemerintah perlu melaksanakan pembinaan kesejahteraan sosial Komunitas Adat Terpencil, dengan alasan antara lain: *pertama*, agar warga KAT tercegah dari kerentanan disintegrasi sosial, terlindungi dari eksploitasi sosial dan ekonomi, terjaminnya hak dan terlaksananya kewajiban warga KAT sebagaimana yang seharusnya diberikan dan dilaksanakan oleh warga negara lainnya di luar KAT; *kedua*, Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga masyarakat, oleh karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar masyarakatnya terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya; *ketiga*, agar mereka dapat hidup secara wajar baik jasmani, rohani, dan sosial sehingga dapat berperan aktif dalam pembangunan yang pelaksanaannya dilakukan dengan memperhatikan adat istiadat setempat.^{3,4}

Data terakhir (sampai 2005) menunjukkan bahwa ada 267.550 KK yang termasuk KAT pada 30 provinsi di Indonesia. Dari 267.550 KK tersebut, terdapat 61.188 KK sudah diberdayakan; 13.177 KK sedang diberdayakan, dan 193.185 KK belum diberdayakan.⁶ Kelompok KAT yang sudah diberdayakan akan dipilih sebagai target dalam penelitian ini.

Pemberdayaan mengandung arti adanya pemberian kewenangan dan kepercayaan kepada masyarakat setempat untuk menentukan sendiri nasib dan berbagai bentuk program kegiatan pembangunan serta kebutuhan mereka melalui upaya perlindungan, penguatan, pengembangan, konsultasi dan advokasi guna peningkatan taraf kesejahteraan sosialnya.¹⁾

Penelitian ini bertujuan: 1) Mengetahui kebijakan operasional untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pada KAT di Kabupaten Mentawai; 2) Menentukan program prioritas yang ditetapkan bagi KAT; 3) Mengetahui cara penetapan peta masalah kesehatan warga KAT; 4) Menentukan kendala yang dihadapi pada pola pemberdayaan KAT di bidang kesehatan yang saat ini dilakukan; 5) Mengetahui mekanisme kerjasama dengan instansi lain yang terkait pada pola pemberdayaan KAT; 6) Menentukan pola pelayanan Kesehatan KAT yang diinginkan/direncanakan dalam jangka pendek dan jangka panjang.

METODE

Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Kepulauan Mentawai Provinsi Sumatera Barat, di 2 (dua) Kecamatan yang dipilih secara purposif yaitu Kecamatan Siberut Utara dan Siberut Selatan. Penelitian dilaksanakan selama 8 (delapan) bulan, mulai bulan April sampai dengan November 2009.

Desain studi

Rancangan penelitian adalah potong lintang (*cross sectional*), di mana pengumpulan data dilakukan sesaat (*snapshot*). Responden adalah stakeholders di kecamatan, puskesmas, dan beberapa desa di Siberut Utara dan Siberut Selatan.

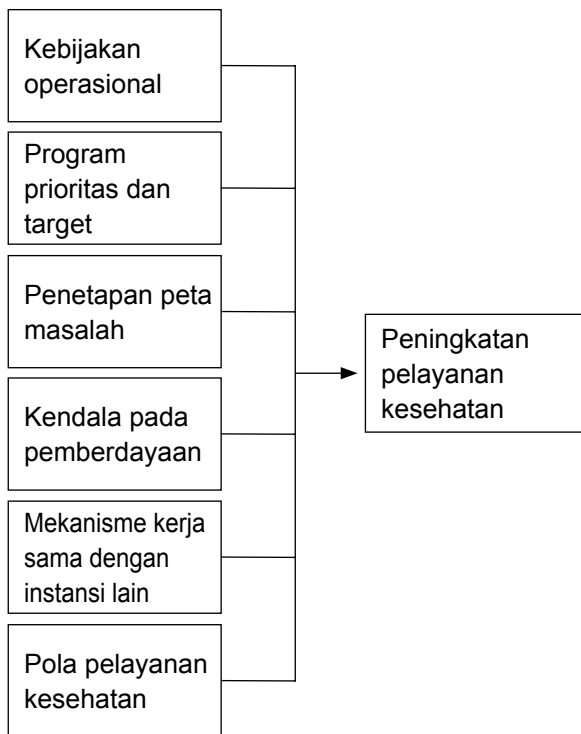
Kerangka Konsep

Rancangan/disain penelitian adalah sebagai berikut. (Bagan 1).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kebijakan operasional dalam meningkatkan pelayanan kesehatan KAT

Kebijakan operasional secara umum sama, tetapi yang diutamakan adalah daerah terpencil, contoh daerah Siberut Barat Daya. Penetapan kebijakan pada awalnya diserahkan ke dinas kesehatan, tetapi dengan kebijakan operasional sekarang ini, penetapan kebijakan sudah diserahkan ke masing-masing puskesmas. Mulai tahun 2009 penanggung jawab kegiatan adalah puskesmas masing-masing dengan menjalankan kegiatan sesuai dengan Biaya Operasional Puskesmas (BOP). Kuasa Pengguna Anggaran (KPA) pada awalnya adalah dinas kesehatan, sekarang KPA adalah kepala puskesmas.



Gambar 1. Kerangka konsep

Kebijakan operasional kecamatan yang khusus untuk KAT tidak ada, karena selama ini penetapan kebijakan tidak membedakan antara masyarakat umum dan KAT. Kebijakan kesehatan dari dinas kesehatan diaplikasikan melalui puskesmas. Puskesmas mengusahakan adanya tempat-tempat untuk pelayanan kesehatan (pustu, polindes) di daerah-daerah terpencil, tetapi ada kendala dari segi geografis. Kebijakan operasional yang langsung ditrapkan ke masyarakat adalah: pengobatan, imunisasi bayi dan balita, penyuluhan masyarakat, pemberantasan malaria, pelayanan persalinan, kesehatan ibu dan anak (KIA), gigi, posyandu biasanya 1 kali dalam 1 bulan, puskesmas keliling, pengobatan massal, kesehatan lingkungan, laboratorium, promosi kesehatan, pelayanan keluarga berencana (KB), kunjungan ke tempat kejadian luar biasa (KLB).

Program Prioritas yang ditetapkan bagi KAT.

Program prioritas tergantung dari kondisi masyarakat. Di daerah sampel penelitian, program prioritas dititikberatkan pada pemberantasan penyakit-penyakit yang paling banyak diderita masyarakat di daerah sampel, yaitu: demam, malaria, gastritis, diare, sakit kepala, ngilu tulang, infeksi saluran pernafasan

akut (ISPA), kesehatan lingkungan dan air bersih, tuberkulosis (TB), serta peningkatan gizi balita.

Peta masalah yang ditetapkan secara bersama dengan warga KAT

Untuk pengembangan KAT secara umum ada tim studi kelayakan di perguruan tinggi dengan melibatkan tokoh-tokoh adat dan instansi-instansi terkait. Di Jakarta tim studi kelayakan melibatkan sosiolog dan antropolog. Setelah dilaksanakan pemetaan, kemudian dilaksanakan intervensi di daerah yang banyak kasus.

Kabupaten Kepulauan Mentawai, dalam hal ini dinas kesehatan bekerjasama dengan puskesmas, melakukan pemetaan masalah. Setiap 6 bulan sekali diadakan survei atau monitoring. Dengan kegiatan tersebut dapatlah diketahui penyakit yang sering terjadi di daerah sampel. Di Kecamatan Siberut Utara, menurut bidan Desa Cimpungan dan bidan puskesmas, untuk program kesehatan belum ada musyawarah dengan warga untuk pemetaan masalah kesehatan. Tetapi menurut Kepala Desa Cimpungan (Di Siberut Selatan) untuk pelaksanaan suatu kegiatan dilaksanakan musyawarah yang dihadiri oleh: BPD (Badan Pemberdayaan Desa), LPM (Lembaga Pemberdayaan Masyarakat), perangkat desa, tokoh masyarakat. Dari musyawarah tersebut timbul ide-ide tertentu. Ide-ide tersebut yang dilaksanakan. Dari Sekretaris Dusun Pei Pei didapatkan informasi, bahwa kegiatan yang dijalankan merupakan inisiatif sendiri, karena pihak puskesmas tidak ada yang menyuarakan ide-ide tersebut. Hal yang kurang lebih sama, juga terdapat di Kecamatan Siberut Selatan. Kepala Dusun Puro II menyatakan bahwa program yang diprioritaskan mengenai kesehatan sudah dimusyawarahkan dulu dengan warga. Tetapi petugas kesehatan menyatakan belum ada musyawarah dengan petugas kesehatan untuk memetakan masalah.

Pola pemberdayaan KAT di bidang kesehatan yang saat ini dilakukan

Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Mentawai menyatakan tidak ada pola pemberdayaan bidang kesehatan khusus untuk KAT. Untuk melaksanakan pemberdayaan tersebut yang membedakan adalah akses ke daerah KAT yang lebih sulit. Menurut salah satu sekretaris desa di Kecamatan Siberut Utara, pemberdayaan KAT belum berjalan dengan baik, karena belum ada pembimbingnya serta keterbatasan

pendidikan. Upaya pemberdayaan bidang kesehatan di Kecamatan Siberut Selatan dilakukan dengan memberdayakan warga untuk sanitasi dan gizi. Salah satu bentuk pemberdayaan warga adalah dengan memberdayakan dukun untuk membantu persalinan. Tahun 2000 pernah ada pelatihan mengenai dukun beranak.

Saat ini pola pemberdayaan yang dilaksanakan Kementerian Sosial adalah:

- Purna bina
- Kelembagaan
- Pusat pertumbuhan ekonomi

Sedangkan kebijakan Kementerian Sosial untuk pengembangan KAT ada 2:

1. Pelayanan sosial dasar
2. Membuka isolasi, sehingga dapat berkomunikasi dengan pihak luar.

Kementerian Sosial di tahun 2010 mencoba menyiapkan pelatih-pelatih untuk KAT, contoh: pelatih untuk bercocok tanam dan *home industry*. Petugas pendamping diambil dari daerah-daerah yang sudah selesai dibina.

Kendala yang dihadapi dalam implementasi program dan cara mengatasi:

- Kejadian gempa
Bagian pelayanan kesehatan pernah akan mengadakan kegiatan operasi katarak dengan mendatangkan dokter dari Padang. Karena ada kejadian gempa, dokter spesialisnya merasa takut sehingga tidak jadi datang ke Kepulauan Mentawai.
- Cuaca buruk
- Mahalnya transportasi. Ada beberapa desa yang jaraknya lebih dekat dengan puskesmas tetangga.
- Sulit melaksanakan kegiatan yang berbasis pemberdayaan masyarakat.
Contoh: di Puskesmas Saumanganyak, Kecamatan Pagai Utara telah diadakan pos gizi (program perbaikan gizi berbasis masyarakat). Jika diberikan gratis, program tersebut berjalan dengan baik. Tetapi program tersebut seharusnya berbasis pemberdayaan masyarakat, sehingga masyarakat harus mengupayakan berjalannya program perbaikan gizi tersebut.
- Petugas kesehatan tidak semua ada di desa. Hal tersebut merupakan kendala tersendiri dalam menurunkan AKI dan AKB. Kadang ibu bersalin

melahirkan tidak tepat waktu. Biasanya pertolongan dari tenaga kesehatan adalah pertolongan yang terakhir setelah pertolongan tradisional tidak dapat membantu persalinan. Untuk menurunkan AKI dan AKB telah diadakan pelatihan P4K. P4K yaitu suatu program untuk penanganan persalinan dengan komplikasi. Peserta pelatihan adalah kepala puskesmas dan bidan pengelola KIA.

- Tenaga kesehatan yang belum mencukupi.
Masyarakat di beberapa daerah masih mendapatkan pelayanan kesehatan hanya 1 kali dalam sebulan. Dinas kesehatan sudah mengusulkan ke Badan Kepegawaian Daerah (BKD) untuk penambahan tenaga kesehatan, tetapi kadang pengiriman tenaga tidak sesuai dengan permintaan.
- Beberapa daerah menganggap pengembangan KAT bukan merupakan program prioritas, Mungkin bupati telah menyetujui program pengembangan KAT, tetapi Dewan perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) belum tentu menyetujui program tersebut sebagai program prioritas.
- Masih rendahnya respon masyarakat terhadap fasilitas kesehatan, seperti: ibu hamil kadang sulit untuk datang ke puskesmas, ada sebagian orang tua yang malas membawa anaknya ke posyandu, masih ada masyarakat yang bersalin di dukun.

Mekanisme kerja sama dengan instansi terkait, swasta, lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan masyarakat untuk membantu KAT

Beberapa lembaga yang membantu KAT di Mentawai:

- Surfaid ----- pemberantasan malaria, pemberian kelambu berinsektisida.
Mekanismenya: petugas Surfaid bekerja sendiri, tetapi pernah ada kerja sama sewaktu pengambilan darah. Kegiatan lain yang dilaksanakan Surfaid adalah *positive deviant* (gizi). Surfaid melaporkan sebelum pelaksanaan kegiatan, tetapi setelah itu tidak ada pelaporan lagi. Pelaksanaan kegiatan tidak melaksanakan koordinasi lagi dengan pihak dinas kesehatan. Pihak dinas kesehatan juga mempertanyakan waktu pelaksanaan kegiatan tersebut.
- Dulu ada YKI (Yayasan Kirekat Indonesia) sekarang berganti nama menjadi Reimer, membantu pelayanan kesehatan secara umum. Ada dokternya yang dikirim ke beberapa lokasi yang tidak terlayani, mereka bisa masuk ke sana. Dulu

organisasi tersebut menyelenggarakan pelatihan kader. Organisasi tersebut menempatkan petugas di daerah terpencil: Saibi Ulu, Madobag, dan Ugei. Reimer pernah menyelenggarakan program dokter yang berkeliling di daerah pedalaman. Kegiatan yayasan tersebut: gebrak malaria, peningkatan SDM melalui posyandu, perbaikan gizi. Petugas yang bertugas di organisasi tersebut memberikan laporan kepada puskesmas. Pihak Reimer melaporkan keberadaan petugas mereka, lalu pihak puskesmas melatih mereka.

- Dari pastoran memberikan pelayanan kesehatan ke daerah-daerah yang jauh, contoh: Simatalu, Simalagi, Bojakan.
- Tahun 1997 ada pelatihan yang diadakan oleh Dinas Sosial di Padang mengenai KAT.
- Tahun 1996 dari Dinas Perikanan, masyarakat diberi jaring dan ada pelatihan menangkap ikan.
- Ada beberapa instansi membantu daerah ini, tapi mereka datang sendiri-sendiri, jadi bukan berupa kerjasama. Instansi yang datang ke desa ini selain kesehatan: PPL (Penyuluh Pertanian Lapangan), Departemen Sosial, Dinas Pendidikan.
- LSM Siaga Bencana.
- Kerjasama dengan Dinas Pendidikan pada Program UKS dan pemberian obat cacung, pengukuran berat dan tinggi badan. Mekanismenya: petugas kesehatan yang datang ke puskesmas.
- Balai Kesehatan dari Kristen (Jd'art) ---- petugas dari organisasi tersebut, tapi 1 bulan sekali dokter puskesmas memantau ke sana. Laporan dari Jd'art dikirim ke puskesmas.
- Dari Dinas Sosial ----- pembuatan perumahan, pemberian makanan, pemberian bibit.
- Perdaki (tahun 1990 – 1995) ----- membuka posyandu dan melatih kader. Sekarang kader-kadernya sebagian menjadi kader posyandu.
- Pengobatan gratis dari gereja di Bandung tahun 2008 dan 2009.
- Pengobatan massal dari ABRI tahun 1994 dan 1995 ----- pencabutan gigi dan operasi bibir sumbing. Bekerjasama dengan puskesmas.
- UNESCO tahun 2005 memberikan pengobatan gratis, bekerjasama dengan puskesmas.
- Kerjasama dengan BKKBN. Mekanismenya: kegiatan KB kerjasama antara BKKBN dan petugas puskesmas.
- Global Fund ----- pemberantasan malaria dan imunisasi.

- Coremap II ----- titik berat kegiatan pada penyelamatan lingkungan.

Pola pelayanan Kesehatan KAT dalam jangka pendek dan jangka panjang

1. Jangka pendek:

Pola pelayanan kesehatan KAT dalam jangka pendek dimaksudkan sebagai pola pelayanan kesehatan yang diberikan kepada KAT yang dimulai dari kehidupan KAT sebelum tersentuh program kesehatan sampai diperkenalkannya program kesehatan.

- Pemenuhan SDM di masing-masing **fasilitas kesehatan**. Setelah SDM ada, harus dipertahankan keberadaannya.
- Posyandu merupakan kegiatan Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM). Tetapi pada kenyataannya kegiatan di posyandu memerlukan pendanaan tersendiri. Sehingga selama ini anggaran yang diberikan untuk posyandu dianggap tidak mencukupi.
- Pembinaan petugas kesehatan **mengenai pengobatan** preventif dan kuratif.
- Kelengkapan alat kesehatan, contoh: dokter gigi yang bertugas di suatu tempat, ada yang belum dilengkapi peralatan. Malah dokter PTT banyak yang membawa alat sendiri.
- Pasokan obat dicukupi.
- Semacam Poskesdes yang ada petugasnya direncanakan ada di setiap dusun
- Melakukan penyuluhan sesuai dengan kasus yang ada.
- Pengobatan
- Peningkatan kegiatan posyandu
- Melengkapi obat-obatan
- Listrik dari tenaga surya supaya aktifitas di poskesdes tetap dapat dijalankan dengan lancar.
- Imbalan untuk kader posyandu
- Imunisasi 1 kali dalam sebulan dilanjutkan
- Peningkatan sarana laboratorium
- Peningkatan sarana laboratorium, supaya dapat dilakukan pemeriksaan yang variatif (Siberut Selatan)
- Program air bersih
- Penyuluhan ke ibu-ibu lebih diperbanyak
- Melanjutkan program pemberian makanan tambahan
- Sosialisasi fungsi polindes

- Menyediakan tempat untuk petugas polindes
 - Masalah rujukan. Rujukan biasanya langsung ke Padang, menyebabkan biaya sangat besar. Kalau bisa ada di sini ada fasilitas dan tenaga untuk operasi *cesar* dan *roentgen*.
 - Mandi cuci kakus (MCK).
2. Jangka panjang:
- Pola pelayanan kesehatan KAT dalam jangka panjang dititikberatkan pada pengadaan tenaga dan pemenuhan fasilitas pelayanan kesehatan.
- Petugas kesehatan yang bertugas di desa diberi tunjangan daerah. Tenaga PTT selama ini belum diberi tunjangan daerah.
 - Pelayanan khusus untuk daerah-daerah yang terpencil oleh tenaga dari pusat. Kendala yang dihadapi: jika cuaca buruk, petugas tidak dapat berangkat.
 - Ada pustu
 - Pelayanan kesehatan untuk pulau-pulau yang jauh
 - Sarana: tempat rawat inap; peralatan dan kebutuhannya, contoh: isi ulang oksigen ke Padang.
 - Masyarakat yang sakit keras dibantu biaya pengobatannya.
 - Melengkapi sarana bangunan.
 - Ada petugas yang lebih spesialis dibidangnya, baik dibidang pekerjaan maupun dalam penggunaan peralatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Kebijakan operasional untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara umum sama, **baik untuk KAT maupun bukan KAT, namun** beberapa kebijakan ditekankan khusus untuk masyarakat yang berada di daerah terpencil. Kebijakan kesehatan dari dinas kesehatan diaplikasikan melalui puskesmas. Puskesmas mengusahakan adanya tempat-tempat untuk pelayanan kesehatan di daerah-daerah terpencil, tetapi ada kendala dari segi geografis. Selain kendala geografis, KAT mempunyai beberapa hal yang spesifik yang memerlukan perhatian dari pmda setempat.

Permasalahan KAT di Kepulauan Mentawai merupakan salah satu problema kemanusiaan yang langsung dihadapi oleh pemerintahan kabupaten yang permasalahannya sama seperti menyelesaikan

masalah sosial lainnya. Menurut Dasuki, pemecahan masalah KAT juga membutuhkan perencanaan yang tepat dan sinergi serta tidak mungkin dilaksanakan oleh pemerintah daerah sendiri, atas dasar beberapa faktor yang menjadi kendala tersebut di atas, maka tatanan pelaksanaan kebijakan operasionalnya terletak pada upaya mendinamiskan tiga unsur secara sinergi yaitu: aparatur, warga KAT, dan potensi daerah (korporat/dunia usaha/LSM/orsos) dibawah koordinasi Kepala daerah/Bupati setempat sehingga dapat menggugah kepedulian pemerintah dan publik termasuk dunia usaha demi pertolongan kemanusiaan.⁷

Program prioritas di bidang kesehatan tergantung dari kondisi masyarakat. Di daerah sampel penelitian program prioritas dititikberatkan pada pemberantasan penyakit-penyakit yang paling banyak diderita pada masyarakat di daerah sampel. Program prioritas yang dilaksanakan harus dapat mengoptimalkan dan memaksimalkan penyelenggaraan pemberdayaan KAT secara kualitatif dan kuantitatif. Kita bisa membayangkan bahwa di tengah-tengah bangsa dan negara yang sudah menikmati kemerdekaan selama 66 tahun, masih terdapat 127.672 KK yang hidup dalam keterpencilan atau disebut Komunitas Adat Terpencil, baik keterpencilan geografis maupun keterpencilan kehidupan sosial, sehingga kebutuhan dasar sosialnya belum terpenuhi, di antaranya kebutuhan perumahan, kebutuhan kesehatan dan kebutuhan pendidikan.⁸

Dinas kesehatan melibatkan puskesmas setempat untuk melakukan pemetaan masalah kesehatan. Setiap 6 bulan sekali diadakan survei atau monitoring. Pemetaan masalah tersebut sampai saat ini hanya melibatkan puskesmas, tetapi belum melibatkan masyarakat setempat. Pihak puskesmas sebenarnya dapat memanfaatkan kegiatan musyawarah yang dihadiri oleh: BPD (Badan Pemberdayaan Desa), LPM (Lembaga Pemberdayaan Masyarakat), perangkat desa, tokoh masyarakat dalam menetapkan permasalahan kesehatan dalam rangka pemetaan masalah.

Tujuan pemberdayaan KAT adalah kegiatan pemberdayaan dalam segala aspek kehidupan dan penghidupannya agar mereka dapat hidup secara wajar jasmani, rohani dan sosial sebagai mana warga negara lainnya yang dapat berperan dalam bagian pembangunan. Pola pemberdayaan pada masyarakat sebenarnya harus disesuaikan. Perlu ditentukan substansi yang dapat menjadi

titik untuk pemberdayaan. Pada titik itulah kerja-kerja pemberdayaan harus dilakukan.

Saran

Mengungkap seluruh mata rantai persoalan dan masalah-masalah yang dialami oleh masyarakat KAT di Kepulauan Mentawai, maka saran yang diajukan supaya permasalahan lebih fokus mengacu pada konsep pemberdayaan berlandaskan prinsip-prinsip dasar praktek pekerjaan sosial yaitu;

1. Memberikan peluang kesempatan kepada KAT untuk menentukan kebutuhan yang terbaik bagi dirinya (*self determination*), oleh karena pada dasarnya merekalah yang lebih memahami masalah mereka, mereka yang memiliki potensi dan kebutuhan yang diperlukannya, hanya saja karena sesuatu hal mereka tidak dapat menggali dan mengembangkan kemampuannya, oleh karena itu perlu difasilitasi dan rencana aksi program untuk mengatasi masalah mereka agar dapat melakukan perubahan yang lebih baik.
2. Memberi bantuan dengan maksud menolong agar dapat menolong dirinya sendiri (*help people help themselves*), prinsip dasarnya membantu orang agar mereka tidak menjadi tergantung kepada yang memberi pertolongan sehingga mampu keluar dari masalahnya sendiri, prinsip memberi kail lebih tepat dari pada memberi ikannya.
3. Menumbuhkan motivasi peran aktif masyarakat (*participation*), dalam keseluruhan proses pemberdayaan KAT, dalam rangka program untuk menumbuhkan kepercayaan diri dalam menghadapi perubahan secara terus-menerus KAT dilibatkan dalam menumbuhkan tanggung jawab terhadap apa yang dilakukan, terhadap diri maupun keluarganya dan kelompoknya.
4. Pemberdayaan berdasarkan sistim nilai budaya KAT sendiri (*individualization*), sistim nilai budaya dari kehidupan sehari-hari setempat menjadi acuan dalam proses pemberdayaan KAT, menjadi rujukan dari model pemberdayaan ini agar dapat mencapai hasil yang optimal.

Namun dalam penyelenggaraan program model pemberdayaan KAT harus menyediakan tenaga pendampingan/pembimbing teknis lapangan langsung pada KAT, pembimbing harus memiliki komitmen, konsisten dan kompeten dibidang pembangunan KAT,

serta lebih intensif berada dilingkungan KAT sehingga mengenal kehidupan dan perkembangan yang lebih baik dari hari kehari.⁹

Kegiatan-kegiatan pokok untuk membentuk jaringan kemitraan meliputi: pemetaan/*mapping* tentang pelaksanaan tanggung jawab sosial lembaga sosial dan dunia usaha, pengembangan model-model kemitraan dan kerja sama antar kelembagaan sosial dan dunia usaha dalam pembangunan kesejahteraan sosial, pemantapan konsep/model kerjasama kelembagaan sosial dan dunia usaha, sosialisasi kegiatan tanggung jawab sosial lembaga sosial dan dunia usaha, memfasilitasi dan advokasi keberfungsian dan peningkatan peran forum komunikasi yang merupakan wadah bagi lembaga sosial dan dunia usaha dalam melaksanakan tanggung jawab sosialnya, penyusunan *database* tentang perkembangan, permasalahan dan peluang pelaksanaan tanggung jawab sosial, dan supervisi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan kegiatan yang dilakukan oleh kelembagaan sosial dan dunia usaha.¹⁰

Secara umum permasalahan yang dihadapi oleh Komunitas Adat Terpencil di Indonesia adalah kurangnya aksesibilitas terhadap fasilitas publik yang memungkinkan mereka untuk melakukan transformasi hidup kearah yang lebih baik.¹¹

DAFTAR PUSTAKA

- Amendemen Undang-Undang Dasar 1945 Republik Indonesia.
- Dasuki, Msi, Bangun Struktur Komunitas Adat Terpencil, Widyaiswara Pusdiklat Kesejahteraan Sosial Departemen Sosial RI.
- Dasuki, Msi, Model Pemberdayaan Sosial KAT, Widyaiswara Pusdiklat Kesejahteraan Sosial Departemen Sosial RI.
- Departemen Kesehatan RI, 1992. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor: 23 Tahun 1992, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2008. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS Indonesia – Tahun 2007, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Departemen Sosial Republik Indonesia, 2006. Pedoman Umum Pemberdayaan Komunitas Adat Terpencil, Direktorat Pemberdayaan Komunitas Adat Terpencil, Direktorat Jenderal Pemberdayaan Sosial Departemen Sosial Republik Indonesia, Jakarta.

- Departemen Sosial RI, 2003. Keputusan Presiden RI Nomor 111 Tahun 1999 tentang Pembinaan Kesejahteraan Sosial Komunitas Adat Terpencil dan Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor: 06/Peghuk/2002 tentang Pedoman Pelaksanaan Pemberdayaan Komunitas Adat Terpencil, Direktorat Pemberdayaan Komunitas Adat Terpencil Direktorat Jenderal Pemberdayaan Sosial Departemen Sosial RI, Jakarta.
- Departemen Sosial RI, 2006. Panduan Kerja sama Kelembagaan Komunitas Adat Terpencil Melalui: Forum Jaringan Pemberdayaan Komunitas Adat Terpencil, Direktorat Pemberdayaan Komunitas Adat Terpencil Direktorat Jenderal Pemberdayaan Sosial Departemen Sosial RI, Jakarta.
- Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi Provinsi Jambi, Komunitas Adat Terpencil.
- Maman Supriatman, M.Si, Staf Ahli Menteri Sosial Republik Indonesia, Sambutan pada Acara Camping Sosial Pemberdayaan KAT Regional Barat di Dusun I Air Ibul, Desa Belo Laut, Kecamatan Muntok, Kabupaten Bangka Barat, Provinsi Bangka Belitung tanggal 28 Mei 2011.
- Zulkipli R. Angkop, Mahasiswa Program Pascasarjana Universitas Syiah Kuala Banda Aceh pada Program Magister Ilmu Ekonomi Pemberdayaan Komunitas Adat Terpencil di Kabupaten Nagan Raya Provinsi Aceh.