

PROFIL KEHIDUPAN EKS-PENDERITA TUBERKULOSIS PARU —Kasus di Kota Palembang—

SUYANTO dan Rukmini DAHLAN

Peneliti pada Balatbangsos, Departemen Sosial, Jakarta

ABSTRAK

Penyakit Tuberkulosis Paru memiliki dua permasalahan utama, yaitu: masalah kesehatan dan masalah sosial. Masalah kesehatan meliputi yang bersal dari penyakit, penyebab penyakit dan obat-obatan. Sedangkan masalah sosial merupakan hambatan yang penting, karena dapat menyebabkan kegagalan pengobatan Tuberkulosis Paru. Masalah sosial ini antara lain meliputi pendidikan yang rendah, pengetahuan yang rendah, higiene yang buruk, pengaruh sosial budaya di masyarakat, kemiskinan, keterlambatan mendeteksi penyakit dan faktor dari pihak petugas.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa kondisi sosial ekonomi keluarga eks-penderita Tuberkulosis Paru di lokasi penelitian sangat memprihatinkan, sebab mereka merupakan permasalahan sosial yang seharusnya ditangani oleh Pemerintah Daerah Kota Palembang khususnya Dinas Sosial setempat. Dari hasil pengumpulan data diperoleh gambaran bahwa sebagian besar (70%) responden memiliki pendidikan di bawah SLTA; hanya ada 30% responden yang pernah duduk di bangku SLTA. Sedangkan jika dilihat dari pekerjaan dan penghasilan mereka, hampir semua responden memiliki mata pencaharian di sektor informal atau sebagai pekerja kasar dengan penghasilan per bulan masih di bawah Rp600,000. Jika penghasilan mereka dihubungkan dengan kebutuhan minimum dari ukuran Sajogyo, yaitu 360 kg akan tetapi kurang dari 480 kg per kapita per tahun, maka sebagian besar (75%) responden dapat dikatakan hidup masih di bawah garis kemiskinan. Jika penghasilan para keluarga responden dihubungkan dengan tanggungan keluarga yang jumlahnya mencapai 4~5 orang per keluarga dan penghasilan tersebut dibelikan beras yang harganya mencapai Rp3,000 per kg pada saat penelitian, maka sebagian besar 75% responden tersebut tidak mungkin mendapatkan beras.

1. PENDAHULUAN

Penyakit Tuberkulosis Paru adalah merupakan salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh "mycobacterium tuberculosis." Penyakit Tuberkulosis Paru sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, yang mana penyakit ini di tahun 1992 menduduki urutan kedua penyebab kematian, menduduki urutan ke tiga di tahun 1995 dan menduduki urutan pertama penyebab kesakitan untuk

semua golongan umur (Data hasil SKRT, 1995). Menurut perkiraan World Health Organization tahun 1999 (WHO, 1999), bahwa sampai saat ini di Indonesia terjadi 500,000 kasus Tuberkulosis Paru, 175,000 orang diantaranya meninggal dunia setiap tahun. Tanpa penanggulangan yang efektif diperkirakan jumlah penderita Tuberkulosis Paru akan meningkat menjadi sekitar 550,000 orang pada tahun 2000. Hal yang perlu juga kita perhatikan bahwa hampir 75 % penderita Tu-

berkulosis Paru di tanah air kita menyerang manusia usia produktif, yaitu: kelompok umur 15~44 tahun, dan terutama yang terserang penyakit Tuberkulosis ini adalah kalangan keluarga yang mempunyai sosial ekonomi lemah (keluarga miskin). Jadi dapat dibayangkan seberapa besar sumber daya dan produktifitas kerja yang hilang akibat penyakit Tuberkulosis Paru (Suyudi, 1996).

Tuberkulosis Paru di Propinsi Sumatera Selatan pada akhir Pelita V prevalensi penyakit Tuberkulosis Paru adalah 391 per 100,000 penduduk; angka ini masih cukup besar bila dibandingkan dengan prevalensi secara nasional karena secara nasional diperkirakan 0,3 % dari penduduk Indonesia menderita Tuberkulosis Paru. Pada akhir Pelita V prevalensi penyakit Tuberkulosis Paru di Indonesia adalah 240 per 100,000 penduduk. Angka ini masih cukup tinggi karena di seluruh dunia diharapkan prevalensi Tuberkulosis Paru adalah 0,001%.

Penyakit Tuberkulosis Paru memiliki dua permasalahan utama, yaitu: masalah kesehatan dan masalah sosial. Masalah kesehatan meliputi yang bersal dari penyakit, penyebab penyakit dan obat-obatan. Sedangkan masalah sosial merupakan hambatan yang penting, karena dapat menyebabkan kegagalan pengobatan Tuberkulosis Paru. Masalah sosial ini antara lain meliputi pendidikan yang rendah, pengetahuan yang rendah, higiene yang buruk, pengaruh sosial budaya di masyarakat, kemiskinan, keterlambatan mendeteksi penyakit dan faktor dari pihak petugas (Rasyid, 1992).

Sehubungan dengan hal tersebut, maka perlu pada tahun 2001 Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial melakukan peneli-

tian untuk mengetahui tentang "Profil Kehidupan Eks-Penderita Tuberkulosis Paru di Kota Palembang." Penelitian ini dengan tujuan untuk mendiskripsikan kehidupan sosial ekonomi keluarga Eks-penderita Tuberkulosis Paru dan bagaimana cara penanganannya.

Penentuan sample lokasi daerah dilakukan secara purposive didasarkan atas hasil listing terhadap jumlah Puskesmas dan Penyebaran eks penderita Tuberkulosis Paru di Kota Palembang. Di Kota Palembang jumlah Puskesmas satelit ada 29 Unit ditambah 7 Unit Puskesmas Rujukan medik yang tersebar di 8 Kecamatan (Kadinkes. Kota Palembang 2001). Dari hasil listing tersebut ternyata 7 Puskesmas memiliki jumlah pasien Tuberkulosis Paru cukup banyak, yaitu 50 penderita lebih dan lainnya hanya 4 sampai dengan 35 penderita.

Berdasarkan hasil listing dengan mempertimbangkan keterbatasan tenaga dan waktu maka dipilih dua Puskesmas yang memiliki pasien Tuberkulosis Paru terbanyak untuk dijadikan sampel lokasi dalam penelitian ini. Adapun puskesmas yang terpilih menjadi sampel dalam penelitian ini ialah Puskesmas Dempo yang terletak di Kecamatan Ilir Timur I dan Puskesmas Merdeka yang berlokasi di Kecamatan Ilir Barat I. Dari kedua puskesmas tersebut diambil responden eks-penderita Tuberkulosis Paru Tahun 1997/1998 samoai dengan tahun 1999/2000 sebanyak 20 responden eks-penderita Tuberkulosis Paru, 20 responden keluarga eks-penderita, 2 responden petugas puskesmas, seorang pejabat Dinas Kesehatan Kota Palembang dan 4 orang tokoh masyarakat. Pemilihan responden eks-penderita, keluarga dan tokoh masyarakat secara purposive. Dari responden tersebut

digali data dan informasi tentang proses pengobatan, kesembuhan, biaya dan dampak dari pengaruh penyakit Tuberkulosis Paru. Penggalian ini memakai cara wawancara dan studi dokumentasi. Data yang telah terkumpul diolah secara manual dan dianalisis secara kualitatif.

2. HASIL PENELITIAN

2.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Secara umum Kota Palembang merupakan ibu Kota Kabupaten Dati II yang sekaligus juga merupakan Ibu Kota Propinsi Sumatra Selatan. Kabupaten Dati II Kota Palembang ini menurut Kepala Dinas Kesehatan Kota Palembang memiliki 7 Puskesmas Rujukan Mikrokopis (PRM) dan 29 puskesmas satelit (PS). Kota Palembang secara administratif terbagi menjadi 8 Kecamatan dengan jumlah penduduk seluruhnya mencapai sebanyak 1,239,872 jiwa pada tahun 2001. Dari 36 puskesmas yang ada di Kota Palembang tersebut ter sebar di 8 wilayah kecamatan. Dari 8 kecamatan tersebut dibagi lagi menjadi 72 wilayah kelurahan dengan jumlah penduduk 1216.137 jiwa pada tahun 2000.

Tabel 1 Jumlah penderita tuberkulosis paru berdasarkan jenis kelamin per Kecamatan, RSUD dan BP4 di Kota Palembang tahun 2000

No.	Kecamatan	Jenis Kelamin		Jumlah
		Laki-laki	Perempuan	
1	Ilir Timur I	52	48	100
2	Lilir Timur II	66	61	147
3	Ilir Barat I	45	39	84
4	Ilir Barat II	23	17	40
5	Seberang Ulu I	94	56	150
6	Seberang Ulu II	31	26	57
7	Sukarami	28	13	41
8	Sako	17	3	20
9	RSMH	77	49	126
10	BP4	269	152	421
Jumlah		722	464	1186

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Palembang

Dari jumlah penduduk tersebut menurut data yang ada di Dinas Kesehatan Kota Palembang sebanyak 1186 jiwa menderita penyakit Tuberkulosis Paru.

2.2 Perkembangan Penyakit Tuberkulosis Paru

Penyakit Tuberkulosis Paru adalah merupakan salah satu penyakit menular menahun yang disebabkan oleh Mycobacterium Tuberculosis. Penyakit ini dapat dikatakan termasuk penyakit lama dengan masalah baru. Jumlah penderita penyakit Tuberkulosis Paru yang tercatat di seluruh Puskesmas yang ada di Wilayah Kota Palembang pada tahun 2000 sebagian besar (82.46%) adalah usia produktif (umur 15-54 Tahun) (lihat Tabel 2) dengan status ekonomi lemah serta pendidikan dapat dikatakan relatif rendah.

Upaya penanggulangan Tuberkulosis Paru di Kota Palembang telah mengikuti program pemberantasan penyakit Tuberkulosis Paru (P2TB Paru) yang telah ditetapkan pemerintah pusat. Program ini meliputi tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Tujuan jangka panjang yakni memutuskan rantai penularan, sehingga penyakit Tuberkulosis Paru tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat. Sedangkan tujuan jangka pendek yakni menyembuhkan minimal 85% penderita baru Basil Tahan Asam (BTA +) yang ditemukan dengan cara penggunaan panduan obat anti Tuberkulosis jangka pendek dan penerapan pengawasan menelan obat atau sebaliknya *directly observed treatment short course (DOTS)* dan dicapainya cakupan penemuan penderita secara bertahap hingga mencapai 70% dari semua penderita Tuberkulosis Paru yang diperkirakan ada pada tahun 2000 (Depkes, 1996).

Tabel 2 Jumlah penderita tuberkulosis paru BTA Positif berdasarkan kelompok umur di seluruh Puskesmas Kota Palembang tahun 2000

No.	Kelompok Umur (Tahun)	Jenis Kelamin		Jumlah
		Laki-laki	Perempuan	
1	0-4	3	4	7
2	15-24	93	71	164
3	25-35	130	96	226
4	35-44	98	69	167
5	45-54	75	45	120
6	55-64	58	33	91
7	>65	34	12	46
Jumlah		491	330	821

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Palembang.

Dengan demikian bagi penderita Tuberkulosis Paru saat ini pemerintah Kota Palembang telah menyediakan panduan obat yang efektif untuk membunuh kuman Tuberkulosis dalam waktu yang relatif singkat (6 bulan) secara cuma-cuma melalui puskesmas-puskesmas yang ada di seluruh Kota Palembang. Namun untuk mencapai kesembuhan diperlukan keteraturan, kelengkapan dan kepatuhan berobat bagi setiap penderita. Karena kalau penderita tidak mau berobat dengan teratur atau tidak memenuhi jangka waktu pengobatannya selama 6 bulan, maka pada umumnya hasil pengobatannya akan mengecewakan atau dapat dikatakan gagal.

Di Kota Palembang saat ini menurut data yang ada di Dinas Kesehatan Kota Palembang semua Puskesmas yang telah menjalankan program P2TB Paru. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita Tuberkulosis Paru yang tercatat di seluruh puskesmas yang berada di wilayah kota Palembang dari tahun 1996 sampai tahun 2000 menunjukkan adanya perkembangan yang cukup banyak, yaitu dari 166 jiwa pada tahun 1996 menjadi 821 jiwa pada tahun 2000. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3 Perkembangan jumlah penderita Tuberkulosis Paru (BTA+) menurut jenis kelamin Kota Palembang mulai tahun 1996-2000

No	Jenis Kelamin	Tahun			
		1996	1997	1998	2000
1	Laki-laki	120	204	317	491
2	Perempuan	46	132	227	330
Jumlah		166	336	544	821

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Palembang

Dari tabel tersebut terlihat bahwa penderita Tuberkulosis Paru dari tahun 1996 sampai dengan tahun 2000 mengalami peningkatan yang sangat signifikan, walaupun di Kota Palembang mulai tahun 1996 pendekatan strategi DOTS sudah diterapkan di seluruh Puskesmas yang jumlahnya mencapai 36 unit. Di Kota Palembang walaupun program DOTS sudah dimulai dari tahun 1996 namun angka kematian oleh karena Tuberkulosis Paru masih saja menunjukkan adanya kematian dimana pada tahun 1996 dengan jumlah penderita Tuberkulosis Paru hanya sebanyak 166 jiwa 2 di antaranya meninggal dunia dan satu orang drop-out (DO). Pada tahun 1997 mengalami peningkatan dari 336 jiwa penderita meninggal dunia 5 orang, kronis 2 orang dan DO 10 orang. Sedangkan pada tahun 1998 dengan jumlah penderita sebanyak 544 orang meninggal 6 orang, kronis 3 orang dan DO sebanyak 15 orang. Untuk tahun 2000 dengan jumlah penderita Tuberkulosis Paru sebanyak 821 orang belum diketahui hasilnya karena belum adanya laporan dari Puskesmas. Dari jumlah 821 orang penderita Tuberkulosis Paru hanya diperoleh informasi mengenai usia yaitu 7 jiwa berusia di bawah 15 tahun dan selebihnya usia produktif. Dengan demikian tujuan jangka pendek penyembuhan minimal 85 % penderita Tuberkulosis Paru di

Kota Palembang dapat tercapai bahkan melebihi target yang hendak dicapai. Karena angka kesembuhan masih di atas 85 %. Akan tetapi penemuan penderita Tuberkulosis Paru (BTA +) dari tahun ke tahun terjadi peningkatan dan masih dijumlah DO serta kasus kronis yang memerlukan penanganan serius.

2.3 Kondisi Kehidupan sosial ekonomi

Bahwa kemiskinan telah menjadi faktor yang sangat menentukan terbentuknya lingkungan yang tidak sehat, yang akhirnya menyebabkan timbulnya berbagai macam penyakit. Hal ini dapat kita lihat di berbagai lingkungan kumuh yang sebagian besar penduduknya adalah masyarakat miskin dan memiliki pemahaman yang sangat kurang mengenai kesehatan. Selain itu tingginya angka kematian yang disebabkan penyakit Tuberkulosis paru banyak terjadi pada masyarakat yang memelihara nilai-nilai yang justru bertentangan dengan nilai-nilai hidup sehat. Kondisi sosial ekonomi masyarakat juga merupakan faktor penting yang mempengaruhi pola-pola penyakit dan status kesehatan masyarakat. Terbukti banyak penyakit seperti malnutrisi dan berbagai penyakit yang disebabkan oleh rendahnya kualitas lingkungan serta ketidaktahuan masyarakat tentang penyakit.

Tingkat kemampuan ekonomi masyarakat juga sangat berpengaruh terhadap kemampuan masyarakat dalam menjangkau dan memanfaatkan berbagai sumber pelayanan kesehatan. Selain itu juga kondisi sosial budaya yang dianut oleh masyarakat dimana pasien tinggal juga akan menentukan reaksi mereka terhadap penyakit yang dideritanya. Sejalan dengan reaksi emosional yang muncul kepercayaan

ini akan menentukan tindakan yang akan dilakukan sehubungan dengan sakit yang dialaminya. Misalnya pergi ke dokter, menangis, meratap, pasrah, pergi ke dukun dan sebagainya. Untuk memberi gambaran mengenai kondisi kehidupan sosial ekonomi penderita Tuberkulosis Paru di Kota Palembang akan dibahas beberapa aspek kehidupan sosial ekonomi sebagai berikut.

Sistem Kekerabatan

Peran suami istri dalam lingkungan keluarga di masyarakat adalah sama dan seimbang. Pola ini merupakan sistem ideal yang dianut oleh masyarakat Kota Palembang pada umumnya. Kedudukan suami sebagai kepala rumah tangga memberikan peranan kepada suami untuk memimpin dan mengelola rumahtangganya dengan bantuan istri. Demikian juga dalam tugas mencari nafkah antara suami istri terdapat keseimbangan dalam tugas. Masing-masing saling mendukung dalam pekerjaan dan tanggung jawab. Hal tersebut didukung oleh sistem kekerabatan parental, dimana kedudukan pihak laki-laki dan pihak perempuan sama dan seajar.

Dalam pekerjaan gotong royong, wanita ikut bersama-sama dengan pihak laki-laki, sehingga disini tidak terdapat suatu pekerjaan khusus (spesialisasi). Hanya saja dalam mengurus segala kegiatan dapur peran wanita lebih besar. Perbedaan tugas yang mencolok antara laki-laki dan wanita adalah hanya pada pekerjaan yang membutuhkan tenaga kuat, ketahanan fisik disamping waktu yang digunakan lebih banyak meninggalkan keluarganya, sehingga dalam pekerjaan kasar seperti mengayuh becak, berdagang

keliling, pertukangan lebih banyak dilakukan laki-laki. Akan tetapi tugas wanita tetap masih diperlukan dalam keadaan tertentu, seperti membuat dagangan (buat kue-kue) empek-empek, jualan di rumah dan buka warung kecil-kecilan. Keseimbangan ini berlaku pula dalam pola konsumsi keluarga antara anak, suami istri tidak ada perlakuan yang tersendiri atau istimewa.

Kedudukan anak dalam keluarga adalah sebagai warga keluarga yang sepenuhnya merupakan tanggung jawab orang tua, dan kewenangan anak hanyalah mengurus diri sendiri sampai dia menikah. Akan tetapi dalam rutinitas tugas sehari-hari terutama untuk memenuhi kebutuhan keluarga anak-anak dilibatkan untuk membantu orang tua sejak dini. Hal ini dilakukan orang tua sebagai rasa tanggung jawab agar anak mempunyai tanggung jawab. Demikian pula sejak kecil anak dididik untuk mentaati dan menghormati orang tua dan orang yang lebih tua di lingkungannya terutama kerabat dekat. Pendidikan ini besar pengaruhnya dalam pembentukan watak dan kepribadian anak.

Pemenuhan Kebutuhan Dasar

Pertama, kebutuhan sandang dan pangan. Kebutuhan sandang dan pangan pada umumnya masih dapat dipenuhi oleh masyarakat eks penderita Tuberkulosis Paru, walaupun mereka harus bekerja keras untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, mata pencaharian pokok penduduk eks penderita Tuberkulosis Paru adalah pekerja kasar (yang memerlukan kekuatan otot dan sedikit memeras otak) seperti misalnya: tukang becak, tukang kayu/batu, kuli panggul dan pedagang keliling atau kaki lima. Dengan pekerjaan seperti tersebut mereka masih dapat

memenuhi kebutuhan sandang dan pangan setiap hari.

Kedua, Permahan. Perumahan penduduk di lokasi penelitian umumnya berbentuk panggung dengan tiang dasar dari kayu. Pertimbangan rumah panggung ini sebenarnya untuk pencegahan dari bencana banjir dan mungkin dari kelembaban tanah karena letaknya di pinggir sungai atau sangat dekat dengan dengan sungai. Namun sebagian besar penduduk keluarga penderita penyakit Tuberkulosis Paru di Kota Palembang ternyata menempati rumah di bawah panggung/kolong rumah dengan sistem kontrak bulanan atau tahunan dengan harga kontrak per bulan antara Rp20.000~30.000 dengan luas lantai kurang lebih 18~21 M². Padahal rumah bawah panggung yang ditempati oleh keluarga penderita Tuberkulosis Paru ini sebenarnya tidak layak huni, karena tanah atau lantainya lembab, tidak ada ventilasi udara dihuni minimal 4 jiwa, serta pola pemukiman yang tidak beraturan dan sering tergenang air jika sungai sedang banjir/meluap atau ada hujan lebat. Karena letaknya didataran yang rendah, genangan air yang menyebabkan tanah lembab khususnya di kolong rumah yang biasanya dipakai sebagai tempat kandang ternak seperti ayam dan kambing. Dari gambaran diatas lokasi pemukiman penduduk di lokasi penelitian ini sangat rawan dari aspek kesehatan lingkungan. Disamping itu semua responden di lokasi penelitian tiap Kepala Keluarga memiliki tanggungan atau anggota keluarga minimal 4 jiwa, bahkan ada yang sampai 10 jiwa.

Ketiga, pendidikan. Secara umum sebagian besar keluarga eks penderita Tuberkulosis Paru di Kota Palembang memiliki pendidikan rendah (SLTA) ke

bawah. Padahal menurut teori pengembangan sumber daya manusia yang merupakan pengembangan mutu modal manusia, pendidikan merupakan modal yang menekankan pentingnya motivasi perorangan. Dengan tujuan untuk perbaikan kesehatan, pendidikan dan kemampuan lainnya dengan tujuan untuk memetik keuntungan dari upaya perbaikan tersebut.

Keempat, pendidikan. Keuntungan yang bersifat pribadi dan mikro kemudian dikaitkan dengan kepentingan ekonomi makro pembangunan. Menurut Mincer (1974) dan Schultz (1988) "adanya hubungan yang sangat tinggi antara pendidikan formal dengan kemampuan individu untuk belajar selama masa bekerja," lebih lanjut Becker (1975) mengemukakan bahwa "ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengangguran dan tingkat pendidikan dengan upah." Dari hasil penelitian di Kota Palembang dapat diketahui bahwa sebagian besar (70%) responden memiliki pendidikan SLTP ke bawah. Dari 70% responden tersebut ternyata hanya 15% yang tamatan SLTP, lainnya sebesar 55% tamatan SD, bahkan masih ada sebagian (20%) yang buta huruf atau tidak pernah sekolah. Perlu diketahui dari 20 responden eks-penderita Tuberkulosis Paru yang pernah sekolah di SLTA hanya ada sebagian kecil (30%).

Tabel 4 Jumlah dan persentase responden berdasarkan pendidikan yang ditamatkan

No	Pendidikan	F	Persen
1.	Tidak pernah sekolah	4	20
2.	SD	7	35
3.	SLTP	3	15
4.	SLTA	6	30
Jumlah		20	100

Sumber: Hasil Wawancara di Lokasi Penelitian.

Dengan demikian eks-penderita penyakit Tuberkulosis Paru dapat digolongkan penduduk dari golongan ekonomi lemah atau tidak mampu. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 4 di atas.

Di Indonesia tidak mungkin bagi penduduk dari golongan ekonomi lemah untuk menganggur, sebab mereka tidak memiliki jaminan sosial bila mereka tidak bekerja. Kondisi seperti ini agak berlainan bagi mereka yang berasal dari golongan ekonomi menengah ke atas. Karena penduduk dari golongan ekonomi menengah ke atas biasanya mampu untuk menganggur karena adanya dukungan ekonomi dari keluarga, mereka memiliki tingkat pendidikan SLTA atau SLTA Plus yang pada umumnya berasal dari golongan ekonomi menengah ke atas. Oleh karena itu mereka memiliki kesempatan untuk mencari pekerjaan yang sesuai dengan keinginannya.

Keenam, pekerjaan. Di dalam teori *insider-outsider* menjelaskan bahwa tidak seluruh pekerja berada pada posisi yang sesuai dengan keinginan mereka. Pekerja di sektor primer atau informal pada umumnya mereka memiliki sedikit kemampuan untuk menentukan posisi mereka. Karena pada umumnya mereka memiliki tingkat pendidikan rendah dan tingkat keahlian yang sangat terbatas. Posisi mereka pada umumnya sebagai pekerja kasar (buruh) yang dibayar dengan upah yang relatif rendah, sehingga posisi mereka selalu pada tingkat yang di bawah atau selalu miskin. Sebaliknya para pekerja di sektor sekunder atau formal, mereka pada umumnya memiliki lebih banyak kemampuan untuk menentukan posisi mereka, karena mereka memiliki tingkat pendidikan dan keahlian yang

tinggi dan mendapat bayaran yang lebih baik (Melberg, 1992) sehingga mereka mampu membayar semua kebutuhan yang diperlukan.

Dari hasil penelitian diperoleh gambaran mengenai pekerjaan responden bahwa sebagian besar (55%) responden eks penderita Tuberkulosis Paru memiliki pekerjaan di sektor primer atau informal terutama sebagai pekerja kasar. Dari 55% responden yang bekerja di sektor informal tersebut 25% sebagai buruh bangunan, 15% sebagai pedagang kaki lima dan keliling, 10% tukang becak dan 5% tidak bekerja. Dari seluruh responden hanya ada sebagian kecil (15%) yang bekerja di sektor sekunder atau formal, yaitu sebagai karyawan swasta. Sedangkan 20% lainnya menyatakan bekerja di rumah sebagai ibu rumah tangga dan 10% lainnya menyatakan masih sekolah.

Ketujuh, penghasilan. Dengan memperhatikan mata pencaharian eks-penderita penyakit Tuberkulosis Paru yang beraneka ragam dan pendidikan formal yang dimilikinya dapat dikatakan tidak memadai, penghasilan mereka pun juga bervariasi. Dari hasil penelitian diperoleh gambaran penghasilan sebagian besar (55%) responden dibawah Rp450,000 setiap bulannya. Hanya ada 10% yang menyatakan penghasilan mereka mencapai lebih dari Rp450,000 akan tetapi kurang dari Rp600,000 setiap bulannya. Sedangkan 35% responden lainnya mengatakan tidak memiliki penghasilan karena mereka itu tidak bekerja, sebagai ibu rumah tangga dan masih sebagai pelajar. Dari 55% responden yang menyatakan memiliki penghasilan di bawah Rp450,000 per bulan tersebut ternyata sebagian 40% mengatakan memiliki penghasilan antara

Rp100,000~ 300,000 setiap bulannya, yang diikuti sebanyak 15% yang menyatakan memiliki penghasilan antara Rp400,000~ 450,000. Hal ini jika kita hubungkan dengan kebutuhan minimum dari Sayogyo, yaitu 480 kg per kapita per tahun, maka sebagian besar (75%) responden dapat dikatakan hidupnya masih di bawah garis kemiskinan, 15% responden berada di batas garis kemiskinan dan sebesar 10% saja yang berada di atas garis kemiskinan. Karena jika penghasilan mereka kita hubungkan dengan tanggungan keluarga yang jumlahnya mencapai 4 atau 5 jiwa kepala keluarga dan penghasilan tersebut kita belikan beras yang harganya pada saat penelitian mencapai Rp3,000 per kg, sebagian besar 75% responden tersebut tidak mungkin mendapatkan beras yang telah ditetapkan Sayogyo.

Melihat penghasilan responden yang dinilai sangat kecil tersebut ternyata sebagian besar (85%) mengatakan penghasilan mereka digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari khususnya untuk keperluan makan. Hanya ada sebagian kecil (15%) yang mengatakan penghasilan mereka sebagian untuk keperluan pendidikan anak, kesehatan, sandang, transportasi dan lain-lain. Hal tersebut menunjukkan bahwa penghasilan sebagian besar responden masih digunakan untuk pemenuhan kebutuhan akan pangan. Sedangkan hal-hal lain yang berkaitan dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia seperti kebutuhan akan pendidikan anak masih sangat kecil, terlebih lagi tidak ada lagi penghasilan sisa yang dapat mereka tabung.

Kepemilikan Harta Kekayaan

Dengan memperhatikan penghasilan eks-penderita Tuberkulosis Paru,

kita juga dapat mengetahui kepemilikan harta yang mereka miliki. Dari hasil pengumpulan data dan observasi diketahui bahwa sebagian besar (90%) responden tidak memiliki perabotan seperti TV, Radio, lemari/bupet, tempat tidur dan meja kursi. Hanya sebagian kecil (10%) saja yang memiliki perabotan TV, Radio, tempat tidur dan almari/bupet.

Kondisi Lingkungan Tempat Tinggal

Luas wilayah Kecamatan Ilir Barat I seluas 29.69 km² dengan jumlah penduduk mencapai 146,454 jiwa, sedangkan di Kecamatan Ilir Timur I jumlah penduduknya mencapai 162,990 jiwa.

Gambaran mengenai lingkungan tempat tinggal penduduk eks penderita penyakit Tuberkulosis Paru di lokasi penelitian adalah sebagai berikut: pada umumnya keluarga eks penderita Tuberkulosis paru tinggal dipemukiman yang padat penduduknya atau dapat dikatakan daerah pemukiman kumuh dan pada umumnya eks-penderita Tuberkulosis Paru tidak mengidentifikasi diri dengan lingkungannya, akan tetapi lebih merasa sebagai kelompok-kelompok rumah yang berada di beberapa gang. Di tiap-tiap gang para tetangga saling mengenal satu sama lain, baik rupa atau wajah, nama, asal usul maupun pekerjaannya, bahkan sebagian besar saling kenal namanya. Setiap kali mereka berpapasan di gang sempit, berbelanja di pasar, berlangganan di warung yang sama, menggunakan kakus atau WC yang sama dan pada kesempatan tertentu menghadiri rumah-rumah ibadah yang sama pula. Sejumlah gang yang sejajar dan bersimpangan jalan yang ada serta adanya rumah-rumah yang berderetan disisinya melukiskan sebuah pemukiman atau perkampungan yang kumuh.

Fokusnya disini adalah pada lingkungan masyarakat dimana semua rumah-rumah itu menghadap ke gang-gang yang bersimpangan yang sama. Jika dilihat secara sepintas tidak ada batas fisik yang nyata yang memisahkan lingkungan pemukiman penduduk. Kerana rumah-rumah tangga itu satu sama lain bergabung dan hanya berbatasan dengan dinding.

Hubungan sosial juga terbatas tidak melampaui batas-batas lingkungan, seluruh anggota lingkungan ini berkumpul hanya pada saat-saat penting dan acara pesta; namun demikian rumah-rumah tangga itu terikat bersama dalam jaringan hubungan yang kompleks, bersilangan dan berubah-ubah yang secara bersama menguatkan eksistensi masyarakat itu sendiri. Hubungan ini didasarkan pada ikatan secara khusus yaitu pada pertalian ikatan yang diperkuat oleh ikatan keluarga dan asal-usul bersama. Esensi dari semua hubungan ini adalah pertukaran timbal balik mengenai informasi, barang dan jasa antara para anggota rumah tangga yang berbeda. Kekuatan atau kelemahan hubungan ini ditunjukkan oleh seringnya serta berlanjutnya pertukaran-pertukaran itu.

Hubungan sosial tergantung pada pasang surutnya hubungan ekonomi masyarakat itu sendiri. Suatu contoh jika seseorang memberi dan yang lainnya tidak mau membalas memberi, maka akan terjadi perselisihan dan hubungan itu putus. Sementara hubungan sosial membantu melindungi para penduduk kampung terhadap keadaan luar yang tidak pasti, terutama tidak adanya pekerjaan yang pasti, perumahan serta kebutuhan dasar, maka tingkat perlindungan sering kali tidak memadai.

3. KESIMPULAN DAN SARAN

3.1 Kesimpulan

Bahwa sebagian besar (82.46%) penderita Penyakit Tuberkulosis Paru Basil Tahan Asam Positif adalah usia produktif umur antara 15~54 tahun dengan memiliki status ekonomi lemah serta mereka itu memiliki latar pendidikan yang rendah.

Dilihat dari kondisi lingkungan tempat tinggal eks-penderita Tuberkulosis Paru pada umumnya mereka tinggal di daerah pemukiman kumuh, di mana tiap-tiap gang para tetangga saling mengenal satu sama lainnya, baik rupa, wajah, nama dan asal-usul maupun pekerjaannya. Hal ini melukiskan kondisi sosial di pemukiman kumuh pada umumnya.

Dengan mengetahui adanya identifikasi seperti tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga eks-penderita Tuberkulosis Paru adalah merupakan kemiskinan absolut yang bersifat kultural; sebab penghasilan mereka hanya digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar minimum yang terdiri dari sandang, pangan dan perumahan. Sedangkan untuk kebutuhan dasar yang bersifat kultural seperti pendidikan, kesehatan, keamanan, rekreasi dan sebagainya belum dapat terpenuhi akibatnya pengasilan mereka selalu rendah.

3.2. Saran

Dengan mengetahui bahwa akar kemiskinan masyarakat eks penderita Tuberkulosis Paru di Kota Palembang berkaitan dengan faktor yang bersifat kultural, maka hendaknya Pemda Kota Palembang harus dapat memecahkan masalah kemiskinan ini melalui pendekatan kultural pula dengan cara melalui 3 pendekatan yaitu: pendeka-

tan individual, pendekatan keluarga, dan melalui pendekatan masyarakat.

Melalui pendekatan individual, Pemerintah Kota Palembang harus bisa merubah sifat apatis, pasrah pada nasib dan boros yang ada pada masing-masing individu.

Melalui pendekatan keluarga. Pemda harus dapat menekan jumlah tanggungan keluarga yang terlalu besar melalui program Keluarga Berencana.

Pada masyarakat, pembangunan seharusnya diarahkan pada terintegrasinya kaum miskin dengan institusi-institusi yang ada di masyarakat secara efektif dan efisien.

Dengan pendekatan kultural ini kita harapkan dapat meningkatkan etos kerja, meningkatkan pendidikan supaya mereka memiliki pola pikir yang melihat ke masa depan, dan diharapkan mereka dapat menata kembali institusi-institusi ekonomi kita supaya dapat mewadahi kebutuhan serta aspirasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Biro Pusat Statistik, 1998. *Kecamatan Ilir Timur I dalam Angka*. Palembang, Biro Pusat Statistik.
- Biro Pusat Statistik, 1999. *Kecamatan Ilir Barat I dalam Angka*. Palembang, Biro Pusat Statistik.
- Departemen Kesetanan RI, 2000. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Jakarta, Depkes RI, Jakarta.
- Elina, 1996. *Kebijaksanaan Pelaksanaan Strategi DOTS Kota Palembang*. Palembang, Dinas Kesehatan Kota Palembang
- Nuryana, Mu'man, ed., 2001. *Pekerjaan Sosial Medik di Rumah Sakit*, Jakarta: Kantor Menteri Negara Masalah-Masalah Kemasyarakatan.
- Nadesul, Hendrawan, 1996. *Penyebab, Pencegahan dan Pengobatan Tuberkulosis*.

- Pustaka Pembangunan Swadaya Nusanrata, Jakarta.
- Nugroho, Heru, 1999. *Kemiskinan, Ketimpangan dan Pemberdayaan*. Aditya Media, Yogyakarta.
- Sinewei, Philipus, Felly, 1997. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keteraturan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Se Kotif Depok Jawa Barat Tahun*.
- Sunyoto, Usman, 1998. *Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.