

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang Masalah

Menurut Vatimatunnimah (2013), penyakit menular merupakan sebuah fenomena yang disebabkan oleh bakteri, virus, atau parasit yang dapat ditularkan melalui media tertentu. Penyakit menular tidak jarang disebut sebagai penyakit infeksi karena penyakit ini diderita melalui infeksi virus, bakteri, atau parasit yang ditularkan melalui berbagai macam media. Lebih lanjut, penyakit menular merupakan hasil perpaduan berbagai faktor yang memiliki pengaruh yang cukup signifikan, factor-faktor tersebut adalah lingkungan, organisme penyebab penyakit, dan inang yang mana ketiga factor tersebut merupakan segitiga epiemiologi (Widoyono, 2008). Penyakit menular tentu saja dapat menyerang semua masyarakat diberbagai tingkatan dan berdampak buruk pada kondisi sosial-ekonomi masyarakat, hal ini disebabkan sifat yang diakibatkan oleh penyakit tersebut adalah timbulnya wabah dan dapat menyebabkan kerugian yang cukup besar. Walaupun sifat menularnya yang bisa menyebabkan wabah dan menimbulkan kerugian besar. Meskipun beban penyakit global mulai berganti dari penyakit menular ke penyakit tidak menular, namun dampak dari penyakit menular ini tidak bisa diabaikan.

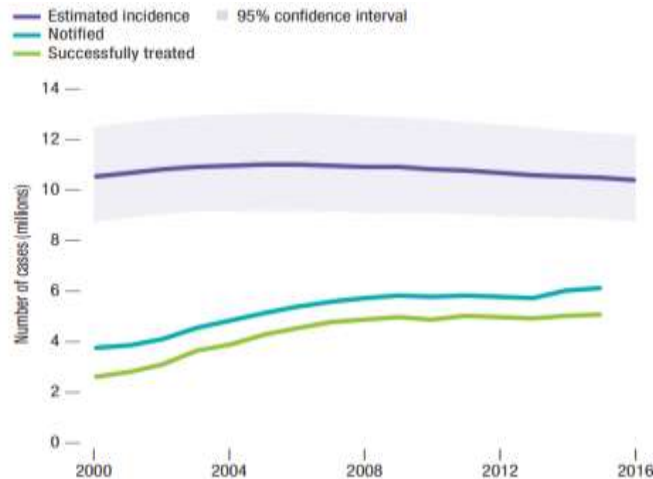
Penyakit menular menjadi salah satu penyebab utama kematian di dunia. *World Health Organization* dalam yang dikeluarkan pada tahun 2018 menjelaskan bahwa secara global, angka kejadian penyakit HIV telah menurun dari 0,40 per 1000 populasi yang tidak terinfeksi pada tahun 2005 menjadi 0,26 per 1000 populasi yang tidak terinfeksi pada tahun 2016 (Ali et.al., 2015). Pada tahun 2016, diperkirakan 1 juta orang meninggal karena penyakit terkait HIV - 120.000 di antaranya adalah anak-anak di bawah usia 15 tahun. Peningkatan skala global dari terapi antiretroviral (*Anti-Retroviral Therapy*) telah menjadi pendorong utama dari penurunan 48% dalam kematian terkait HIV dari puncak 1,9 juta pada tahun 2005. Pada pertengahan 2017, sekitar 20,9 juta orang menerima *Anti-Retroviral Therapy*. Namun, *Anti-Retroviral Therapy* hanya mencapai 53% dari orang yang hidup dengan HIV pada akhir 2016, dan percepatan tanggapan diperlukan untuk

meningkatkan cakupan pengobatan, bersama dengan intervensi lain di sepanjang rangkaian layanan, termasuk pencegahan, diagnosis dan perawatan kronis.

Secara global, diperkirakan 216 juta kasus malaria terjadi pada tahun 2016, dibandingkan dengan 237 juta kasus pada tahun 2010, dan 210 juta kasus pada tahun 2013. Malaria merenggut nyawa sekitar 445.000 orang pada tahun 2016. Hal ini menjelaskan bahwa penyakit ini merenggut sejumlah nyawa yang sama dengan tahun sebelumnya. Tantangan utama yang dihadapi negara-negara dalam menanggulangi malaria adalah kurangnya pendanaan yang berkelanjutan dan dapat diprediksi. Tantangan lain yang menghambat kemampuan negara untuk mengendalikan dan menghilangkan malaria termasuk risiko yang ditimbulkan oleh konflik di zona endemik malaria, pola iklim anomali, dan resistensi nyamuk terhadap insektisida, terutama yang digunakan untuk penyemprotan residu dalam ruangan.

Tuberkulosis tetap merupakan penyakit dengan beban tinggi dan kemajuan dalam melawannya, meskipun hal tersebut dinilai cukup baik, masih belum cukup cepat untuk menutup celah yang persisten. Secara global, kejadian Tuberkulosis menurun dari 173 kasus baru dan kambuh per 100.000 penduduk pada 2000 menjadi 140 per 100.000 penduduk pada 2016 - penurunan 19% selama periode 16 tahun. Tingkat kematian Tuberkulosis di antara orang HIV-negatif turun 39% selama periode yang sama. Pada tahun 2016, diperkirakan 10,4 juta orang jatuh sakit dengan TB, di antaranya 90% adalah orang dewasa, 65% adalah laki-laki dan 10% adalah orang yang hidup dengan HIV.

Pada tahun yang sama, diperkirakan ada 1,3 juta kematian Tuberkulosis di antara orang HIV-negatif dan 374.000 kematian tambahan di antara orang HIV-positif. Sementara jutaan orang didiagnosis dan berhasil diobati untuk Tuberkulosis setiap tahun, kesenjangan besar dalam hal pemberitahuan tetap ada. Hal tersebut dijelaskan dalam Grafik I.1 dibawah ini:



Grafik I.1 Kasus tuberkulosis yang diperkirakan, diberitahukan, dan berhasil diobati Tahun 2000-2016 (Sumber: WHO, 2018)

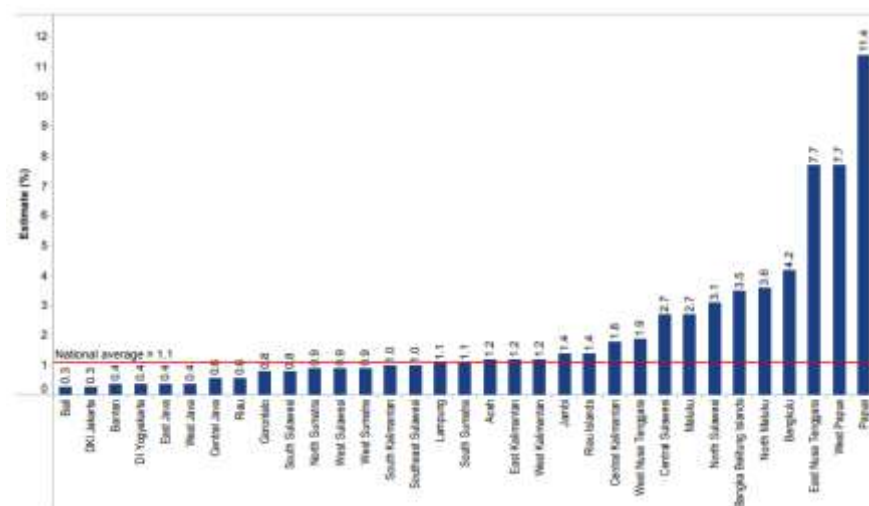
Selain itu, Tuberkulosis yang resistan terhadap obat adalah ancaman yang berkelanjutan. Pada 2016, ada 600.000 kasus baru Tuberkulosis yang resistan terhadap rifampisin yang merupakan obat paling ampuh dalam menyembuhkan penyakit Tuberkulosis. Yang mana, 490.000 adalah resistan terhadap berbagai jenis obat.

Pada tahun 2015, diperkirakan 325 juta orang di seluruh dunia hidup dengan infeksi virus hepatitis B (*Hepatitis-B Virus*) atau virus hepatitis C (*Hepatitis-C Virus*). Infeksi semacam itu membawa risiko kelanjutan penyakit hati yang parah dan kematian kecuali jika dilakukan pengujian dan pengobatan secara tepat waktu. Sebagian besar beban penyakit akibat infeksi *Hepatitis-B Virus* berasal dari infeksi yang diperoleh sebelum usia lima tahun.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013) mengatakan bahwa penyebab munculnya penyakit baru (*new emerging disease*) dan munculnya kembali penyakit menular yang lama (*re-emerging disease*) membuat Indonesia menanggung beban berlebih dalam penanggulangan penyakit (*triple burden disease*). Meskipun tingkat beberapa penyakit menular telah menurun dalam beberapa tahun terakhir, beban absolut penyakit menular di Indonesia tetap tinggi. Kementerian Kesehatan, dibawah Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan, memimpin pengendalian penyakit menular. Direktorat Pengendalian Penyakit Menular berfokus pada penyakit menular, termasuk Tuberkulosis, HIV/AIDS, penyakit menular seksual, diare dan infeksi perut

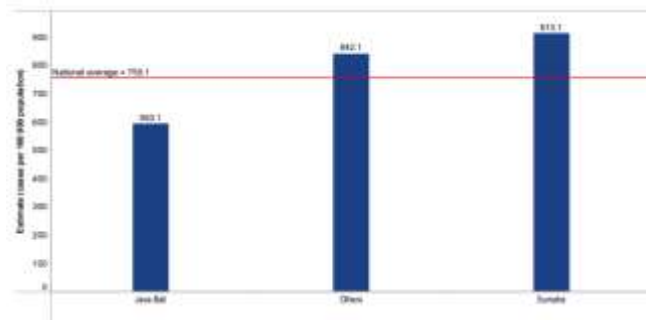
lainnya, infeksi pernapasan akut, kusta dan frambusia. Pemerintah pusat bekerja dengan dinas kesehatan provinsi dan kabupaten melalui puskesmas untuk menyediakan layanan kuratif dan kesehatan masyarakat untuk penyakit menular, yang merupakan salah satu dari enam bidang prioritas mereka.

The Global Fund menjelaskan bahwa berbagai upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular di Indonesia dilakukan melalui program vertikal yang didanai secara donor, hal tersebut dilakukan dengan berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Misalnya, *The Global Fund* untuk memerangi AIDS, Tuberkulosis dan Malaria adalah program pendukung utama dalam upaya pengendalian malaria dan tuberkulosis di Indonesia. Program Eliminasi Malaria di Indonesia. Hal tersebut dijelaskan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 293/Menkes/SK/IV/2009, yang merinci peran berbagai tingkat pemerintahan, serta peran tenaga kesehatan, sektor swasta, dan non-pemerintah. organisasi, organisasi berbasis masyarakat, organisasi donor dan lainnya. Elyazar et.al. (2011) menjelaskan bahwa Indonesia telah menetapkan pendekatan empat tahap untuk menghilangkan malaria, termasuk target untuk semua fasilitas layanan kesehatan untuk memiliki kapasitas untuk pemeriksaan malaria pada tahun 2010, Indonesia untuk memasuki tahap pra-eliminasi pada tahun 2020 dan Indonesia akan bebas dari penularan malaria pada tahun 2030. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, dapat dilihat prevalensi dari malaria yang dijelaskan dalam grafik I.2 dibawah ini:



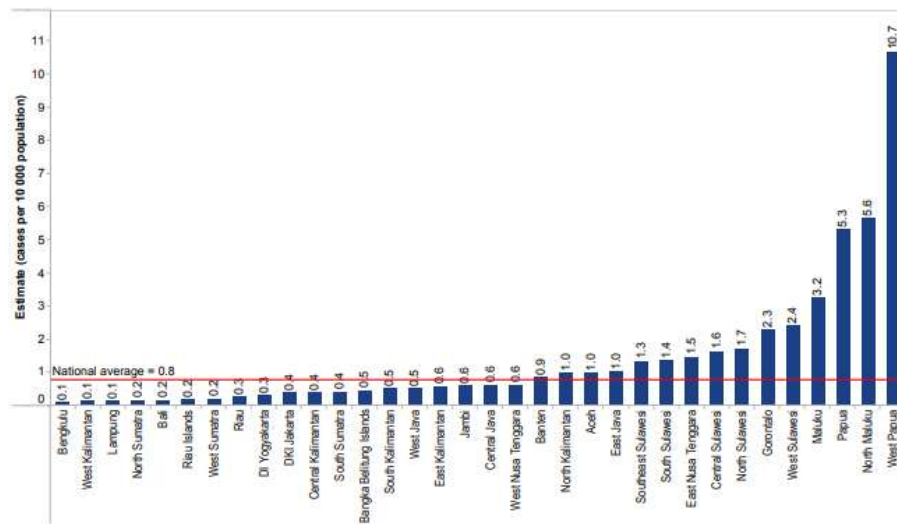
Grafik I.2 Jumlah Penderita Malaria berdasarkan wilayah Sub-nasional di Indonesia tahun 2015 (sumber: WHO, 2018)

Indonesia juga mengeluarkan Strategi Pengendalian Tuberkulosis Nasional tahun 2010-2014 yang mana bertujuan untuk mengoordinasikan dan meningkatkan upaya untuk memperluas dan meningkatkan kualitas layanan kemoterapi jangka pendek atau *Directly Observed Treatment, Short Course* (DOTS), mengelola tuberkulosis yang resistan terhadap beberapa obat, Tuberkulosis anak dan kasus gabungan Tuberkulosis/HIV, dan kebutuhan orang miskin dan kelompok rentan lainnya; terlibat dengan penyedia publik dan swasta untuk menerapkan standar internasional; dan memberdayakan pasien Tuberkulosis dan komunitas yang terkena dampak. Prevalensi dari adanya penyakit Tuberkulosis dijelaskan dalam grafik I.3 dibawah ini:



Grafik I.3 Jumlah Penderita Tuberkulosis berdasarkan wilayah di Indonesia tahun 2015 (sumber: WHO, 2018)

Penyakit menular lainnya yang terabaikan atau kurang berprofil, seperti kusta, kurang mendapat perhatian dari donor global. Peters et al. (2015) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa Indonesia mengintegrasikan kontrol kusta ke dalam layanan kesehatan puskesmas pada awal 1969, dan mengeluarkan rencana strategis kedua dari Program Pengendalian Kusta Nasional pada tahun 2011. Jumlah prevalansi kusta dapat dilihat dalam grafik I.3 dibawah ini:



Grafik I.4. Jumlah Penderita Kusta Berdasarkan Wilayah di Indonesia tahun 2015

Ketiga penyakit yang dijelaskan pada bagian sebelumnya yakni Malaria, Tuberkulosis, dan Kusta merupakan beban global yang mana Indonesia menyumbangkan angka yang cukup besar dari beban tersebut. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah mengidentifikasi malaria dan Tuberkulosis sebagai prioritas utama dari program pencegahan penyakit menular. Rencana Strategis Nasional pada periode tahun 2015-2019, berisikan target untuk mengurangi prevalensi tuberkulosis dan meningkatkan jumlah wilayah bebas malaria.

DKI Jakarta sebagai ibukota negara Indonesia memiliki dinamika kehidupan yang dinamis. Hal tersebut berimplikasi terhadap jumlah penyakit yang diderita oleh masyarakatnya. Hal tersebut dapat dijelaskan dalam Tabel I.1 dibawah ini:

Tabel I.1 Jumlah Kasus, Rasio, Penderita dan Persentase Penyakit Menular di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2015

Tahun	Penyakit			
	TBC	Diare (*)	HIV/AIDS	DBD (**)
2015	794.897 kasus	68,23%	1.230 kasus	81,71

Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (diolah oleh penulis)
 (*) persentase penderita, (**) rasio/100.000 penduduk.

Dengan kondisi yang dijelaskan dalam tabel I.1, maka pemerintah DKI Jakarta sebagai ibukota negara Indonesia merespon keadaan tersebut dengan

melakukan *affirmative action* dengan mengeluarkan Peraturan Gubernur DKI Jakarta nomor 115 tahun 2016 tentang program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” (KPLDH). Program ini merupakan sebuah pendekatan pelayanan kesehatan yang mengedepankan upaya promotif dan preventif yang dimulai dengan pendataan setiap rumah dan atau pintu rumah sampai dengan pemenuhan hak-hak kesehatan dasarnya, pemantauan status kesehatan keluarga hingga evaluasi hasilnya, hal tersebut termasuk kewajiban keluarga menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat.

Sasaran program ini adalah seluruh warga masyarakat di wilayah DKI Jakarta termasuk yang tinggal di lokasi rumah susun sederhana sewa (Rusunawa), kampung deret dan kampung kumuh dan miskin (*slum area*) oleh petugas kesehatan yang telah dibentuk.

Ditinjau dari Peraturan Gubernur DKI Jakarta Nomor 115 Tahun 2016 tentang Program Ketuk Pintu Dengan Hati, indikator keberhasilan dari pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” yakni:

1. Angka deteksi dini;

- Upaya peningkatan kesadaran untuk mendeteksi adanya penyakit ataupun kelainan dalam kondisi kesehatan masyarakat.
- Hasil dari adanya salah satu upaya deteksi dini ini dapat dilihat dari Tabel I.2 dibawah ini:

Tabel I.2 Rekapitulasi Deteksi Dini Kanker Serviks (IVA) di Provinsi Se-Indonesia Tahun 2015 – pertengahan 2018 (jiwa penduduk)

Provinsi	2015	2016	2017	2018	Total Pemeriksaan s.d 2018
DKI Jakarta	30.709	82.154	105.060	8.921	222.844

Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018

Dilihat dari tabel I.2 diatas bahwa angka deteksi dini terkait penyakit kanker serviks (IVA) di Provinsi DKI Jakarta mengalami peningkatan yang cukup signifikan, yang mana menjelaskan bahwa program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” di Provinsi DKI Jakarta telah berjalan dengan baik melihat aspek peningkatan angka deteksi dini.

2. Angka rujukan menurun

- Angka rujukan atas keluhan penyakit di masyarakat menurun.

3. Biaya kuratif semakin kecil;
 - Dalam Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 1 ayat 14 menjelaskan bahwa Pelayanan Kesehatan Kuratif merupakan serangkaian kegiatan pengobatan dalam rangka untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan. Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” tidak menarik biaya, dengan demikian diharapkan program ini mampu mengurangi biaya kuratif yang dikeluarkan oleh masyarakat dan keluarga.
4. Tingkat kemandirian keluarga dan masyarakat meningkat;
 - Meningkatnya kemandirian masyarakat dan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dan lingkungan.
5. Terlaksananya program promotive dan preventif;
 - Menurut laman resmi Jakarta Smart City (2016), terlaksananya program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” dengan mengedepankan upaya promotive (yakni kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kegiatan) dan preventif (yakni kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan).
6. Deteksi dini tumbuh kembang anak;
 - Meningkatnya angka deteksi tumbuh kembang anak yang ada di Provinsi DKI Jakarta
7. Deteksi dini kesehatan masyarakat;
 - Meningkatnya kesadaran akan kesehatan dengan melakukan pendeteksian secara dini atas kesehatan dan lingkungan di masyarakat.
8. Perubahan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS); dan
 - Mengacu pada Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016), Perubahan perilaku kesehatan yang dilakukan karena kesadaran pribadi sehingga keluarga dan seluruh anggotanya mampu menolong diri sendiri pada bidang kesehatan serta memiliki peran aktif dalam aktivitas masyarakat.
9. Meningkatnya Angka Harapan Hidup

- Meningkatnya Angka Harapan Hidup di Provinsi DKI Jakarta. Hal ini dapat dilihat dari data yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik pada tabel I.3 dibawah ini:

Tabel I.3 Capaian Angka Harapan Hidup di Provinsi DKI Jakarta

Wilayah	Angka Harapan Hidup (tahun)		
	2015	2016	2017
Provinsi DKI Jakarta	72,43	72,49	72,55

Sumber: Badan Pusat Statistik (diolah oleh penulis)

Ditinjau dari tabel I.3, bahwa program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” secara regional telah meningkatkan angka harapan hidup yang ada di Provinsi DKI Jakarta. Hal ini berarti bahwa *output* atau tujuan dari program ini telah terpenuhi dengan baik.

Hasil dari adanya pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” terlihat dari tabel I.4 dibawah ini

Tabel I.4 Jumlah Kasus, Rasio, Penderita dan Persentase Penyakit Menular di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2015-2017

Tahun	Penyakit			
	TBC	Diare (*)	HIV/AIDS	DBD (**)
2015	794.897 kasus	68,23%	1.230 kasus	81,71
2016	44.728 kasus	88,70%	6.872 kasus	199,80
2017	36.998 kasus	79,96%	7.210 kasus	32,13

Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (diolah oleh penulis)

(*) persentase penderita, (**) rasio/100.000 penduduk.

Dari tabel I.4 terlihat bahwa capaian Provinsi DKI Jakarta dalam mengatasi beberapa penyakit dinilai sangat baik, kasus Tuberkulosis atau TBC yang dari tahun 2015 hingga tahun 2017 mengalami penurunan yang cukup signifikan. Kemudian, kasus Demam Berdarah *Dengue* yang mengalami kenaikan rasio penderita dari tahun 2015 hingga tahun 2016 namun turun kembali dengan angka yang cukup signifikan dari tahun 2016 hingga tahun 2017. Kasus Diare juga mengalami kondisi yang sama, ada kenaikan pada rentang tahun 2015 hingga 2016 dan mengalami penurunan pada rentang tahun 2016 hingga 2017. Tetapi, untuk kasus penderita HIV/AIDS di Provinsi DKI Jakarta selalu mengalami kenaikan dan cukup drastic dari tahun 2015 hingga 2017. Hal ini berarti bahwa usaha pemerintah provinsi DKI Jakarta dalam mengurangi penularan penyakit HIV/AIDS masih belum berhasil.

Salah satu indikator keberhasilan dari program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” yang ditandai dengan peningkatan angka harapan hidup di wilayah tersebut. Yang mana, dijelaskan dalam tabel I.5 dibawah ini:

Tabel I.5 Komparasi dan Sebaran Angka Harapan Hidup Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta

Peringkat	Wilayah	Angka Harapan Hidup (tahun)		
		2015	2016	2017
1	Kota Administrasi Jakarta Timur	74,10	74,14	74,18
2	Kota Administrasi Jakarta Selatan	73,81	74,83	73,84
3	Kota Administrasi Jakarta Pusat	73,70	73,76	73,83
4	Kota Administrasi Jakarta Barat	73,32	73,34	73,37
5	Kota Administrasi Jakarta Utara	72,91	72,95	72,99
6	Provinsi DKI Jakarta	72,43	72,49	72,55
7	Kabupaten Kepulauan Seribu	67,72	67,88	68,04

Sumber: Badan Pusat Statistik (diolah oleh penulis)

Merujuk kepada tabel I.5 diatas, terlihat bahwa Kota Administrasi Jakarta Timur menduduki peringkat pertama dalam nilai angka harapan hidup yang ada di Provinsi DKI Jakarta dan selalu mengalami peningkatan dalam capaian angka harapan hidup. Dengan demikian, dipilihlah Kota Administrasi Jakarta Timur sebagai lokasi penelitian ini.

Kemudian, lokasi diperkecil kedalam sektor kecamatan yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur. Penulis memilih Kecamatan Duren Sawit karena Puskesmas Kecamatan Duren Sawit merupakan puskesmas rujukan yang ada di Provinsi DKI Jakarta dan dilansir dari data yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, terlihat bahwa Kecamatan Duren Sawit dari tahun 2016 hingga tahun 2019 melayani lebih banyak warga daripada wilayah lainnya. Hal tersebut dijelaskan dalam tabel I.10 dibawah ini:

Tabel I.6 Jumlah dan Persentase Penduduk yang Terlayani melalui Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” di Kota Administrasi Jakarta Timur Tahun 2016-2019

Kecamatan (Σ Penduduk)	Tahun			
	2016	2017	2018	2019
Pasar Rebo (204.678)	190.298 (92,97%)	195.264 (95,40%)	197.291 (96,39%)	201.092 (98,24%)
Ciracas (267.311)	240.109 (89,82%)	245.826 (91,96%)	249.826 (93,45%)	257.928 (96,48%)
Cipayung (260.578)	231.299 (88,76%)	237.021 (90,95%)	241.294 (92,59%)	249.298 (95,67%)
Makasar (195.678)	183.409 (93,73%)	189.029 (96,60%)	191.248 (97,73%)	193.208 (98,73%)
Kramat Jati (286.112)	269.102 (94,05%)	272.210 (95,41%)	276.398 (96,60%)	282.392 (98,69%)
Jatinegara (271.216)	253.918 (93,62%)	256.198 (94,46%)	259.287 (95,60%)	264.309 (97,45%)
Duren Sawit (394.657)	376.297 (95,34%)	379.982 (96,24%)	383.297 (97,12%)	389.276 (98,63%)
Cakung (523.159)	498.736 (95,33%)	501.223 (95,80%)	508.298 (97,15%)	514.508 (98,34%)
Pulo Gadung (264.450)	238.198 (90,07%)	242.397 (91,66%)	249.208 (94,23%)	254.212 (96,12%)
Matraman (150.155)	127.398 (84,84%)	132.937 (88,53%)	139.208 (92,70%)	143.287 (95,42%)

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, 2019 (diolah oleh penulis)

Dari tabel I.6 terlihat bahwa secara keseluruhan seluruh penduduk yang ada dalam kecamatan di Kota Administrasi Jakarta Timur dari tahun 2016 hingga tahun 2019 hampir terlayani seluruhnya. Hal ini terlihat dari pertumbuhan jumlah masyarakat yang terlayani oleh tim puskesmas dan tim kader kesehatan dalam program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” dilihat dari rasio penduduk yang terlayani dibanding dengan seluruh penduduk yang ada di wilayah kecamatan di Kota Administrasi Jakarta Timur. Maka dari itu, dipilihlah Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur sebagai lokasi penelitian ini.

Kemudian, penulis memilih Kecamatan Duren Sawit karena Puskesmas Kecamatan Duren Sawit merupakan puskesmas rujukan yang ada di Provinsi DKI Jakarta dan dilansir dari data yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, terlihat bahwa Kecamatan Duren Sawit dari tahun 2016 hingga tahun 2019 capaian penyembuhan penyakitnya paling baik dari kecamatan-kecamatan yang lain. Hal ini dapat dilihat dari beberapa tabel dibawah ini:

Tabel I.7 Persentase Kasus Penyakit Menular
di Kota Administrasi Jakarta Timur Tahun 2016

Kecamatan	Jenis Penyakit					
	TBC	Diare	Kusta	Demam Berdarah	Radang Tenggorokan	HIV AIDS
Pasar Rebo	-	-	-	-	-	-
Ciracas	0,369 %	-	0,002 %	0,011 %	-	-
Cipayung	0,029 %	0,107 %	< 0,001 %	< 0,001 %	0,412 %	-
Makasar	0,004 %	0,343 %	< 0,001 %	< 0,001 %	-	< 0,001 %
Kramat Jati	-	-	< 0,001 %	-	-	-
Jatinegara	0,016 %	-	< 0,001 %	0,017 %	-	-
Duren Sawit	0,011 %	0,357 %	< 0,001 %	< 0,001 %	-	< 0,001 %
Cakung	0,012 %	0,130 %	< 0,001 %	< 0,001 %	-	< 0,001 %
Pulo Gadung	0,006 %	-	< 0,001 %	0,014 %	< 0,001 %	< 0,001 %
Matraman	-	-	-	-	-	-

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, 2016 (diolah oleh penulis)

Tabel I.7 menunjukkan bahwa dari populasi penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur di tahun 2016 sebesar 2.868.910 penduduk terlihat bahwa kasus penularan penyakit Tuberkulosis tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Ciracas dengan persentase sebesar 0,369% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Kemudian, kasus penularan Diare tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Duren Sawit dengan persentase sebesar 0,357% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Selanjutnya, kasus penularan penyakit Kusta tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Ciracas dengan persentase sebesar 0,002% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Hal serupa terjadi terhadap kasus penularan penyakit Demam Berdarah Dengue tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Jatinegara dengan persentase sebesar 0,017% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Lebih lanjut, kasus penularan penyakit Radang Tenggorokan tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Cipayung dengan persentase sebesar 0,412% dari total populasi Kota Administrasi Jakarta Timur. Dan untuk kasus HIV/AIDS terjadi merata di beberapa wilayah seperti Kecamatan Makasar, Kecamatan Duren Sawit, Kecamatan Cakung, dan Kecamatan Pulo Gadung dengan persentase sebesar <0,001% dari penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur.

Tabel I.8 Persentase Kasus Penyakit Menular
di Kota Administrasi Jakarta Timur Tahun 2017

Kecamatan	Jenis Penyakit					
	TBC	Diare	Kusta	Demam Berdarah	Radang Tenggorokan	HIV AIDS
Pasar Rebo	0,035 %	0,173 %	< 0,001 %	0,016 %	-	0,150 %
Ciracas	0,017 %	0,142 %	< 0,001 %	0,022 %	-	0,108 %
Cipayung	0,008 %	0,199 %	< 0,001 %	0,021 %	-	0,066 %
Makasar	0,022 %	0,245 %	< 0,001 %	0,011 %	< 0,001 %	0,063 %
Kramat Jati	0,083 %	0,248 %	< 0,001 %	0,022 %	-	0,155 %
Jatinegara	0,030 %	0,279 %	< 0,001 %	0,022 %	< 0,001 %	0,098 %
Duren Sawit	0,014 %	0,294 %	< 0,001 %	0,034 %	< 0,001 %	0,128 %
Cakung	0,032 %	0,305 %	< 0,001 %	0,032 %	< 0,001 %	0,163 %
Pulo Gadung	0,031 %	0,329 %	< 0,001 %	0,031 %	< 0,001 %	0,131 %
Matraman	0,004 %	0,124 %	< 0,001 %	0,141 %	< 0,001 %	0,063 %

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, 2017 (diolah oleh penulis)

Tabel I.8 menunjukkan bahwa dari populasi penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur di tahun 2017 sebesar 2.892.783 penduduk terlihat bahwa kasus penularan penyakit Tuberkulosis tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Kramat Jati dengan persentase sebesar 0,083% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Kemudian, kasus penularan Diare tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Pulo Gadung dengan persentase sebesar 0,329% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Selanjutnya, kasus penularan penyakit Kusta terjadi merata di seluruh wilayah Kota Administrasi Jakarta Timur dengan persentase sebesar <0,001% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Hal serupa terjadi terhadap kasus penularan penyakit Demam Berdarah Dengue tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Matraman dengan persentase sebesar 0,141% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Lebih lanjut, kasus penularan penyakit Radang Tenggorokan terjadi merata di beberapa wilayah seperti Kecamatan Makasar, Kecamatan Jatinegara, Kecamatan Duren Sawit, Kecamatan Cakung, Kecamatan Pulo Gadung, dan Kecamatan Matraman dengan persentase sebesar <0,001% dari penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Dan untuk kasus HIV/AIDS tertinggi terjadi di Kecamatan Cakung dengan persentase sebesar 0,163% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur.

Tabel I.9 Persentase Kasus Penyakit Menular di Kota Administrasi Jakarta Timur Tahun 2018

Kecamatan	Jenis Penyakit					
	Diare	TBC	Kusta	Demam Berdarah	Radang Tenggorokan	HIV AIDS
Pasar Rebo	< 0,001 %	0,008 %	< 0,001 %	0,003 %	< 0,001 %	0,003 %
Ciracas	0,137 %	0,015 %	< 0,001 %	0,003 %	-	0,002 %
Cipayung	0,044 %	0,014 %	< 0,001 %	0,002 %	-	0,001 %
Makasar	0,157 %	0,012 %	< 0,001 %	0,002 %	0,002 %	0,001 %
Kramat Jati	0,189 %	0,010 %	< 0,001 %	0,004 %	< 0,001 %	0,009 %
Jatinegara	0,240 %	0,018 %	< 0,001 %	0,005 %	< 0,001 %	0,001 %
Duren Sawit	0,184 %	-	-	0,006 %	< 0,001 %	0,001 %
Cakung	0,107 %	0,013 %	0,001 %	0,002 %	-	0,002 %
Pulo Gadung	-	-	-	-	-	-
Matraman	0,130 %	0,009 %	-	0,001 %	< 0,001 %	0,001 %

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, 2018 (diolah oleh penulis)

Tabel I.9 menunjukkan bahwa dari populasi penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur di tahun 2018 sebesar 2.900.083 penduduk terlihat bahwa kasus penularan penyakit Tuberkulosis tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Jatinegara dengan persentase sebesar 0,018% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Kemudian, kasus penularan Diare tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Jatinegara dengan persentase sebesar 0,240% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Selanjutnya, kasus penularan penyakit Kusta tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Cakung dengan persentase sebesar 0,001% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Hal serupa terjadi terhadap kasus penularan penyakit Demam Berdarah Dengue tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Duren Sawit dengan persentase sebesar 0,006% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Lebih lanjut, kasus penularan penyakit Radang Tenggorokan tertinggi terjadi merata di wilayah Kecamatan Makasar dengan persentase sebesar 0,002% dari penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Dan untuk kasus HIV/AIDS tertinggi terjadi di Kecamatan Kramat Jati dengan persentase sebesar 0,009% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur.

Tabel I.10 Persentase Kasus Penyakit Menular di Kota Administrasi Jakarta Timur Tahun 2019

Kecamatan	Jenis Penyakit					
	Diare	TBC	Kusta	Demam Berdarah	Radang Tenggorokan	HIV AIDS
Pasar Rebo	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %	0,002 %	< 0,001 %	0,005 %
Ciracas	0,086 %	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %	-	0,003 %
Cipayung	0,037 %	0,007 %	< 0,001 %	< 0,001 %	-	0,003 %
Makasar	0,136 %	0,006 %	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %	0,001 %
Kramat Jati	0,084%	< 0,001 %	< 0,001 %	0,003 %	< 0,001 %	0,002 %
Jatinegara	0,122 %	0,007 %	< 0,001 %	0,004 %	< 0,001 %	0,002 %
Duren Sawit	0,085 %	-	-	0,003 %	< 0,001 %	0,003 %
Cakung	0,107 %	0,007 %	< 0,001 %	0,002 %	-	0,004 %
Pulo Gadung	0,046 %	-	-	-	-	-
Matraman	0,091 %	0,009 %	-	< 0,001 %	< 0,001 %	0,003 %

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, 2019 (diolah oleh penulis)

Tabel I.10 menunjukkan bahwa dari populasi penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur di tahun 2018 sebesar 2.902.637 penduduk terlihat bahwa kasus penularan penyakit Tuberkulosis tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Cipayung, Kecamatan Jatinegara, dan Kecamatan Cakung dengan persentase sebesar 0,007% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Kemudian, kasus penularan Diare tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Makasar dengan persentase sebesar 0,136% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Selanjutnya, kasus penularan penyakit Kusta terjadi merata di beberapa wilayah seperti Kecamatan Pasar Rebo, Kecamatan Ciracas, Kecamatan Cipayung, Kecamatan Makasar, Kecamatan Kramat Jati, Kecamatan Jatinegara, dan Kecamatan Cakung dengan persentase sebesar <0,001% dari penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Hal serupa terjadi terhadap kasus penularan penyakit Demam Berdarah Dengue tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Jatinegara dengan persentase sebesar 0,004% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Lebih lanjut, kasus penularan penyakit Radang Tenggorokan terjadi merata di beberapa wilayah seperti Kecamatan Pasar Rebo, Kecamatan Makasar, Kecamatan Kramat Jati, Kecamatan Jatinegara, dan Kecamatan Duren Sawit dengan persentase sebesar <0,001% dari penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur. Dan untuk kasus HIV/AIDS tertinggi terjadi di Kecamatan Pasar Rebo dengan persentase sebesar 0,005% dari total penduduk Kota Administrasi Jakarta Timur

Tabel I.7 hingga I.10 menjelaskan bahwa beberapa penyakit mengalami penurunan angka. Hal ini menandakan bahwa dalam pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” secara preventif mampu meningkatkan taraf kehidupan masyarakat Provinsi DKI Jakarta khususnya masyarakat Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur. Maka dari itu, penulis memilih wilayah Kecamatan Duren Sawit sebagai lokasi penelitian.

Selanjutnya, hasil dari adanya program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” salah satunya adalah menurunnya angka penularan penyakit. Dilansir dari data yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, bahwa kasus penularan penyakit di kecamatan-kecamatan yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan. Hal tersebut akan dijelaskan dalam bentuk beberapa tabel dan penjelasannya. Pertama adalah penyakit Diare, yang mana hal tersebut dijelaskan dalam tabel I.11 dibawah ini:

Tabel I.11 Persentase Penyakit Diare setelah pelaksanaan Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” di Kota Administrasi Jakarta Timur Tahun 2016-2019

Kecamatan	Penyakit			
	2016	2017	2018	2019
Pasar Rebo	-	0,173 %	< 0,001 %	< 0,001 %
Ciracas	-	0,142 %	0,137 %	0,086 %
Cipayung	0,107 %	0,199 %	0,044 %	0,037 %
Makasar	0,343 %	0,245 %	0,157 %	0,136 %
Kramat Jati	-	0,248 %	0,189 %	0,084%
Jatinegara	-	0,279 %	0,240 %	0,122 %
Duren Sawit	0,357 %	0,294 %	0,184 %	0,085 %
Cakung	0,130 %	0,305 %	0,107 %	0,107 %
Pulo Gadung	-	0,329 %	-	0,046 %
Matraman	-	0,124 %	0,130 %	0,091 %

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, 2019 (diolah oleh penulis)

Dari tabel I.11 secara garis besar terlihat bahwa setelah pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”, seluruh wilayah kecamatan yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan persentase penderita penyakit Diare. Terlihat dari tahun 2016 hingga tahun 2019 hampir seluruh wilayah yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan persentase penderita penyakit walaupun ada sedikit peningkatan antara tahun 2016 dan 2017

terkait dengan persentase penyakit yang disebabkan adanya penyesuaian yang dilakukan dalam melaksanakan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”.

Lalu, penyakit menular yang ditangani adalah Tuberkulosis, penyakit tersebut mengalami penurunan angka penyakit yang mana hal tersebut dijelaskan dalam tabel I.12 dibawah ini:

Tabel I.12 Persentase Penyakit Tuberkulosis setelah pelaksanaan Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” di Kota Administrasi Jakarta Timur Tahun 2016-2019

Kecamatan	Penyakit			
	2016	2017	2018	2019
Pasar Rebo	-	0,035 %	0,008 %	< 0,001 %
Ciracas	0,369 %	0,017 %	0,015 %	< 0,001 %
Cipayung	0,029 %	0,008 %	0,014 %	0,007 %
Makasar	0,004 %	0,022 %	0,012 %	0,006 %
Kramat Jati	-	0,083 %	0,010 %	< 0,001 %
Jatinegara	0,016 %	0,030 %	0,018 %	0,007 %
Duren Sawit	0,011 %	0,014 %	-	-
Cakung	0,012 %	0,032 %	0,013 %	0,007 %
Pulo Gadung	0,006 %	0,031 %	-	-
Matraman	-	0,004 %	0,009 %	0,009 %

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, 2019 (diolah oleh penulis)

Dari tabel I.12 secara garis besar terlihat bahwa setelah pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”, seluruh wilayah kecamatan yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan persentase penderita penyakit Tuberkulosis. Terlihat dari tahun 2016 hingga tahun 2019 hampir seluruh wilayah yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan persentase penderita penyakit walaupun ada sedikit peningkatan antara tahun 2016 dan 2017 terkait dengan persentase penyakit yang disebabkan adanya penyesuaian yang dilakukan dalam melaksanakan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”. Hal ini menunjukkan bahwa program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” berperan secara utuh dalam upaya menurunkan angka penularan penyakit yang ada di Provinsi DKI Jakarta.

Selanjutnya, penyakit menular yang ditangani adalah Kusta, penyakit tersebut mengalami penurunan angka penyakit yang mana hal tersebut dijelaskan dalam tabel I.13 dibawah ini:

Tabel I.13 Persentase Penyakit Kusta setelah pelaksanaan Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” di Kota Administrasi Jakarta Timur Tahun 2016-2019

Kecamatan	Penyakit			
	2016	2017	2018	2019
Pasar Rebo	-	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %
Ciracas	< 0,002 %	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %
Cipayung	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %
Makasar	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %
Kramat Jati	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %
Jatinegara	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %
Duren Sawit	< 0,001 %	< 0,001 %	-	-
Cakung	< 0,001 %	< 0,001 %	0,001 %	< 0,001 %
Pulo Gadung	< 0,001 %	< 0,001 %	-	-
Matraman	-	< 0,001 %	-	-

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, 2019 (diolah oleh penulis)

Dari tabel I.13 secara garis besar terlihat bahwa setelah pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”, seluruh wilayah kecamatan yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan persentase penderita penyakit Kusta. Terlihat dari tahun 2016 hingga tahun 2019 hampir seluruh wilayah yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan persentase penderita penyakit walaupun ada sedikit peningkatan antara tahun 2016 dan 2017 terkait dengan persentase penyakit yang disebabkan adanya penyesuaian yang dilakukan dalam melaksanakan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”. Hal ini menunjukkan bahwa program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” berperan secara utuh dalam upaya menurunkan angka penularan penyakit yang ada di Provinsi DKI Jakarta.

Lebih lanjut, penyakit menular yang ditangani adalah Demam Berdarah *Dengue*, penyakit tersebut mengalami penurunan angka penyakit yang mana hal tersebut dijelaskan dalam tabel I.14 dibawah ini:

Tabel I.14 Persentase Penyakit Demam Berdarah *Dengue* setelah pelaksanaan Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” di Kota Administrasi Jakarta Timur Tahun 2016-2019

Kecamatan	Penyakit			
	2016	2017	2018	2019
Pasar Rebo	-	0,016 %	0,003 %	0,002 %
Ciracas	0,011 %	0,022 %	0,003 %	< 0,001 %
Cipayung	< 0,001 %	0,021 %	0,002 %	< 0,001 %
Makasar	< 0,001 %	0,011 %	0,002 %	< 0,001 %
Kramat Jati	-	0,022 %	0,004 %	0,003 %
Jatinegara	0,017 %	0,022 %	0,005 %	0,004 %
Duren Sawit	< 0,001 %	0,034 %	0,006 %	0,003 %
Cakung	< 0,001 %	0,032 %	0,002 %	0,002 %
Pulo Gadung	0,014 %	0,031 %	-	-
Matraman	-	0,141 %	0,001 %	< 0,001 %

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, 2019 (diolah oleh penulis)

Dari tabel I.14 secara garis besar terlihat bahwa setelah pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”, seluruh wilayah kecamatan yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan persentase penderita penyakit Demam Berdarah *Dengue*. Terlihat dari tahun 2016 hingga tahun 2019 hampir seluruh wilayah yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan persentase penderita penyakit walaupun ada sedikit peningkatan antara tahun 2016 dan 2017 terkait dengan persentase penyakit yang disebabkan adanya penyesuaian yang dilakukan dalam melaksanakan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”. Hal ini menunjukkan bahwa program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” berperan secara utuh dalam upaya menurunkan angka penularan penyakit yang ada di Provinsi DKI Jakarta.

Selanjutnya, penyakit menular yang ditangani adalah Radang Tenggorokan, penyakit tersebut mengalami penurunan angka penyakit yang mana hal tersebut dijelaskan dalam tabel I.15 dibawah ini:

Tabel I.15 Persentase Penyakit Radang Tenggorokan setelah pelaksanaan Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” di Kota Administrasi Jakarta Timur Tahun 2016-2019

Kecamatan	Penyakit			
	2016	2017	2018	2019
Pasar Rebo	-	-	< 0,001 %	< 0,001 %
Ciracas	-	-	-	-
Cipayung	0,412 %	-	-	-
Makasar	-	< 0,001 %	0,002 %	< 0,001 %
Kramat Jati	-	-	< 0,001 %	< 0,001 %
Jatinegara	-	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %
Duren Sawit	-	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %
Cakung	-	< 0,001 %	-	-
Pulo Gadung	< 0,001 %	< 0,001 %	-	-
Matraman	-	< 0,001 %	< 0,001 %	< 0,001 %

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, 2019 (diolah oleh penulis)

Dari tabel I.15 secara garis besar terlihat bahwa setelah pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”, seluruh wilayah kecamatan yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan persentase penderita penyakit Radang Tenggorokan. Terlihat dari tahun 2016 hingga tahun 2019 hampir seluruh wilayah yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan persentase penderita penyakit walaupun ada sedikit peningkatan antara tahun 2016 dan 2017 terkait dengan persentase penyakit yang disebabkan adanya penyesuaian yang dilakukan dalam melaksanakan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”. Hal ini menunjukkan bahwa program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” berperan secara utuh dalam upaya menurunkan angka penularan penyakit yang ada di Provinsi DKI Jakarta.

Lebih lanjut, penyakit menular yang ditangani adalah HIV/AIDS, penyakit tersebut mengalami kenaikan angka penyakit yang mana hal tersebut dijelaskan dalam tabel I.16 dibawah ini:

Tabel I.16 Persentase Penyakit HIV/AIDS setelah pelaksanaan Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” di Kota Administrasi Jakarta Timur Tahun 2016-2019

Kecamatan	Penyakit			
	2016	2017	2018	2019
Pasar Rebo	-	0,150 %	0,003 %	0,005 %
Ciracas	-	0,108 %	0,002 %	0,003 %
Cipayung	-	0,066 %	0,001 %	0,003 %
Makasar	< 0,001 %	0,063 %	0,001 %	0,001 %
Kramat Jati	-	0,155 %	0,009 %	0,002 %
Jatinegara	-	0,098 %	0,001 %	0,002 %
Duren Sawit	< 0,001 %	0,128 %	0,001 %	0,003 %
Cakung	< 0,001 %	0,163 %	0,002 %	0,004 %
Pulo Gadung	< 0,001 %	0,131 %	-	-
Matraman	-	0,063 %	0,001 %	0,003 %

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Timur, 2019 (diolah oleh penulis)

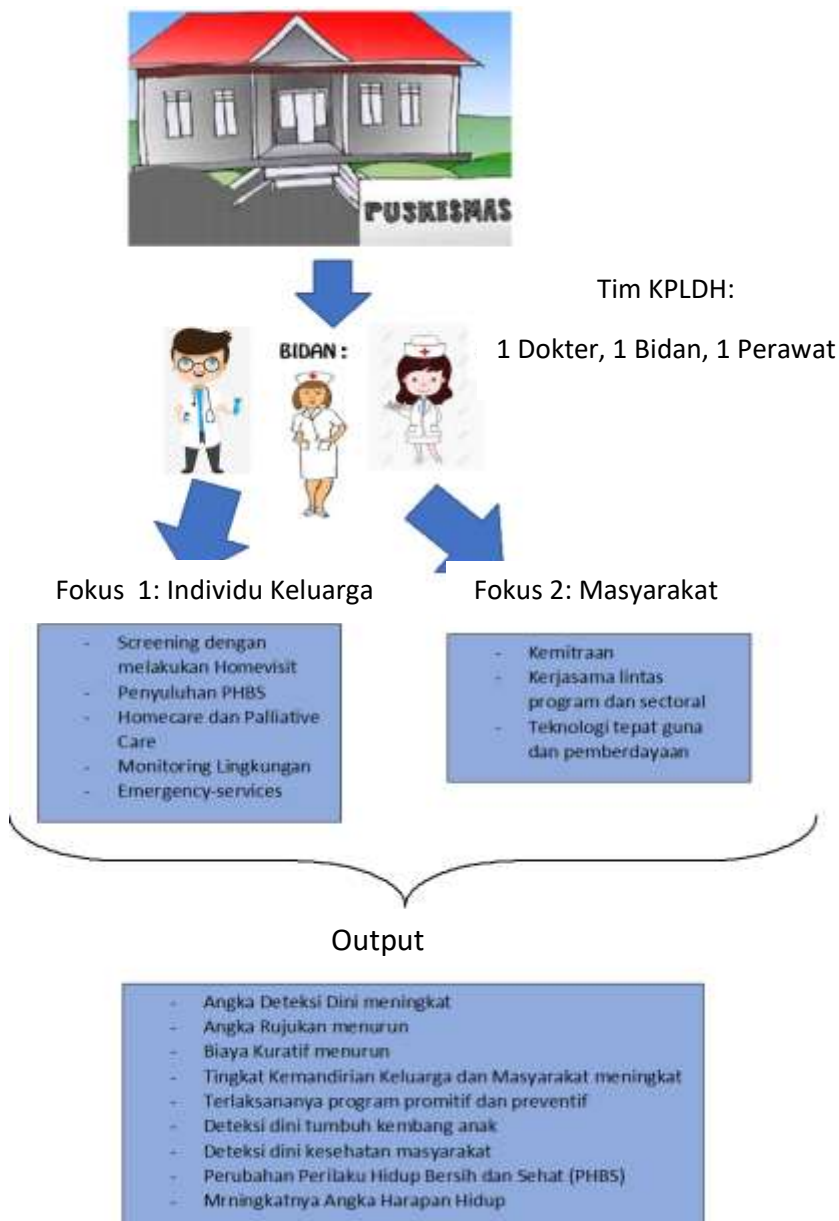
Dari tabel I.16 secara garis besar terlihat bahwa setelah pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”, seluruh wilayah kecamatan yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan persentase penderita penyakit HIV/AIDS. Terlihat dari tahun 2016 hingga tahun 2019 hampir seluruh wilayah yang ada di Kota Administrasi Jakarta Timur mengalami penurunan persentase penderita penyakit walaupun ada sedikit peningkatan antara tahun 2016 dan 2017 terkait dengan persentase penyakit yang disebabkan adanya penyesuaian yang dilakukan dalam melaksanakan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”. Hal ini menunjukkan bahwa program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” berperan secara utuh dalam upaya menurunkan angka penularan penyakit yang ada di Provinsi DKI Jakarta.

Kemudian, dalam menjalankan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”, institusi yang berkewajiban menjalankan program tersebut adalah Puskesmas. Hal ini dikarenakan puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan publik di bidang kesehatan yang keberadaannya paling dekat dengan masyarakat. Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” merupakan program dengan pendekatan pelayanan kepada keluarga, yang mana dibutuhkan fasilitas

rujukan utama bagi program ini untuk berjalan. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017), puskesmas perawatan adalah Puskesmas yang berdasarkan Surat Keputusan Bupati atau Walikota yang menjalankan fungsi perawatan dan untuk menjalankan tugas dan fungsinya, diberikan tambahan ruangan dan fasilitas rawat inap yang mana merupakan pusat rujukan antara puskesmas bukan rujukan dan rumah sakit rujukan.

Secara garis besar bentuk implementasi program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” dapat diilustrasikan sebagai berikut:

Program Ketuk Pintu Layani Dengan Hati



Gambar I.1 Ilustrasi Implementasi Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” (sumber: dokumentasi penulis)

Ditinjau dari Gambar I.1, dalam mengimplementasikan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta membagi prioritas kebijakan menjadi dua fokus, fokus pertama yakni penanggulangan masalah kesehatan individu keluarga yang mana meliputi:

1. Pemantauan kondisi kesehatan setiap anggota keluarga (*screening*) melalui kunjungan rumah (*home visit*) bagi keluarga rawan kesehatan, termasuk keluarga pasca-rawat dari rumah sakit oleh Tim “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”;
2. Melakukan penyuluhan dan dukungan agar selalu menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dalam bentuk edukasi dan konseling pribadi di rumah masing-masing atau *home education*;
3. Melakukan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit di rumah atau *home care* termasuk terapi pemanfaatan keanekaragaman hayati serta *palliative care* bagi keluarga yang membutuhkan;
4. Melaksanakan kegiatan bina kesehatan lingkungan termasuk monitoring atau *home surveillance* makanan yang ada di lingkungan masyarakat dan potensi timbulnya penyakit menular dan pengendalian penyakit tidak menular pada kelompok-kelompok khusus yang ada di masyarakat;
5. Melakukan rujukan kasus sesuai ketentuan yang berlaku dan tingkat keparahan atau *severity* termasuk pelayanan kegawatdaruratan atau *emergency-services*.

Fokus kedua dari program ini yakni implementasi pencegahan masalah kesehatan masyarakat yang meliputi: kerjasama sektoral, kerja sama lintas program dan lintas sektoral, serta teknologi handal dan pemberdayaan. Lebih lanjut, pelayanan dengan hati adalah suatu pendekatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh seseorang tenaga kesehatan yang mengutamakan pemenuhan kesehatan pasien dan keluarganya dengan selalu mengedepankan senyum, sapa, salam serta penuh dengan keikhlasan dan tanggung jawab. Pendekatan ini diharapkan menyediakan data yang akurat, kemudian mampu memetakan

permasalahan kesehatan, menjamin prioritas dan pemecahan masalah serta perbaikan terhadap masalah kesehatan di provinsi DKI Jakarta.

Pelaksanaan Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” dilakukan oleh petugas kesehatan yang dibentuk menjadi sebuah tim yang mana beranggotakan 1 orang dokter, 1 orang bidan, dan 1 orang perawat yang melakukan upaya promotif dan preventif kepada masyarakat dengan melakukan kunjungan dari rumah ke rumah yang dilakukan. Idealnya, setiap Tim “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” akan melayani sejumlah 1.250 penduduk sebagai sasaran Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”. Lebih lanjut, jumlah dokter, bidan dan perawat yang bertugas dapat dilihat dari tabel I.17 dibawah ini:

Tabel I.17 Jumlah Tenaga Medis dan Keperawatan di Fasilitas Kesehatan Puskesmas di Kabupaten/Kota Provinsi DKI Jakarta Tahun 2019

No.	Wilayah Unit Kerja	Dokter Umum (orang)	Bidan (orang)	Perawat (orang)
1.	Kota Administrasi Jakarta Pusat	240	229	275
2.	Kota Administrasi Jakarta Utara	201	292	271
3.	Kota Administrasi Jakarta Barat	324	387	402
4.	Kota Administrasi Jakarta Selatan	367	401	395
5.	Kota Administrasi Jakarta Timur	431	598	552
6.	Kabupaten Kepulauan Seribu	51	62	83

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2019 (diolah oleh penulis)

Selanjutnya akan dijelaskan mengenai tugas pokok dan fungsi dari setiap elemen yang ada dalam tim “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”. Seorang dokter tentu saja tidak lepas dari adanya tugas pokok dan fungsi dalam menjalankan perannya di puskesmas. Merujuk kepada pedoman uraian tugas puskesmas, berikut ini penjabaran tugas profesi dokter umum dalam bekerja di puskesmas:

1. Menyiapkan alat kesehatan dan formulir sebagai pendukung di BPU
2. Melakukan pelayanan medik
3. Melakukan tindakan medis bila diperlukan baik direncanakan atau tidak direncanakan
4. Melakukan penyuluhan kesehatan masyarakat di luar gedung
5. Melayani konsultasi dari luar
6. Melayani konsultasi dari dalam
7. Melakukan pembinaan kesehatan tenaga kesehatan & kader
8. Melayani pemeriksaan kesehatan

9. Melakukan kaderisasi dalam bidang kesehatan
10. Melakukan tugas lapangan bidang kesehatan
11. Melakukan kegiatan penanggulangan penyakit/wabah tertentu
12. Melakukan kegiatan supervisi bidang kesehatan
13. Melaksanakan Monitoring di Unit -unit Pelayanan

Kemudian, seorang perawat baik yang ahli maupun yang terampil juga memiliki tugas pokok dan fungsi dalam menjalankan tugasnya di puskesmas. Tugas pokok dan fungsi dari seorang perawat ahli adalah:

1. Mengkoordinir pelaksanaan tugas perawat jaga di unit 24 jam, termasuk uraian tugasnya
2. Melaksanakan koordinasi, pemantauan dan supervisi terhadap perawat pelaksana diruang perawatan
3. Melakukan supervisi dan monitoring serta evaluasi dalam pelaksanaan tugas perawat pelaksana di kecamatan/kelurahan dalam pembinaan kelompok khusus
4. Melakukan rekapitulasi dan pemilahan terhadap usulan kredit poin jabatan fungsional perawat terampil
5. Melaksanakan lokakarya mini kesehatan tingkat puskesmas
6. Melaksanakan advokasi pembinaan kelompok khusus di masyarakat terhadap stake holder terkait
7. Membuat *project proposal* (inovasi kegiatan)
8. Membuat atau menyusun dan mempublikasikan hasil kegiatan perawat terampil
9. Melakukan desiminasi
10. Menyelenggarakan "siang klinik"

Tugas pokok dan fungsi dari seorang perawat terampil adalah:

1. Memberikan Asuhan Keperawatan pada Individu / Keluarga baik di dalam maupun di luar Gedung.
2. Melaksanakan Tindakan Keperawatan Dasar Tingkat. 1
3. Melakukan Pengkajian dasar pada Individu
4. Memberikan penyuluhan atau edukasi kepada individu / kelompok.

5. Bertanggung jawab atas pemeliharaan dan pengamanan alat medis dan non medis di Layanan.
6. Melakukan kegiatan kemasyarakatan di luar gedung.

Lebih lanjut, seorang bidan juga memiliki tugas pokok dan fungsi dalam menjalankan tugasnya di puskesmas. Tugas pokok dan fungsi dari seorang bidan adalah:

1. Melakukan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
2. Melakukan pelayanan Keluarga Berencana
3. Melakukan Tindakan Klinis pada pemasangan Kontrasepsi
4. Melaksanakan Layanan Kesehatan Ibu dan Anak di masyarakat (Posyandu)
5. Melaksanakan penyuluhan di masyarakat
6. Melaksanaan Pembinaan Posyandu/Dasa Wisma
7. Pelayanan Kebidanan Di Ruang Bersalin (RB) Asuhan persalinan Normal
8. Melaksanakan Asuhan Persalinan Tidak Normal
9. Melakukan Asuhan Kebidanan pada ibu nifas
10. Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Neonatus
11. Melaksanakan tugas jaga di Rumah Bersalin
12. Melaksanakan tugas *standby*.

Dalam melakukan tugas utamanya yakni dalam upaya kesehatan masyarakat atau UKM, baik dokter, perawat maupun bidan yang ada di puskesmas memiliki jam kerjanya. Di Puskesmas Kecamatan Duren Sawit sendiri, jam kerja yang ditetapkan adalah dari pukul 07.00 pagi hingga pukul 16.30 sore.

Dari penjelasan diatas, terlihat bahwa aparat puskesmas dalam melakukan pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” diharuskan menerapkan *Extra Role Behaviour*, selain karena pelaksanaannya diluar jam kerja yang sudah ditetapkan, juga dalam pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” diharuskan untuk menjalankan tugas diluar dari kewajiban yang harus dipenuhi.

Dalam melakukan sebuah riset, diperlukan studi penelitian terdahulu yang mana merupakan cerminan dari *state of the art* dari riset yang peneliti lakukan. *State of the art* sendiri merupakan sebuah istilah yang mana menggambarkan posisi riset

yang dilakukan itu berada dimana. Kedudukan riset tersebut berada dalam ruang lingkup rumpun keilmuan yang dikaji oleh peneliti. Dalam hal ini, rumpun keilmuan yang digunakan adalah rumpun keilmuan Pengembangan dan Perilaku Organisasi yang mana salah satu bidangnya adalah Extra Role Behaviour.

Penelitian yang dilakukan oleh Nainggolan dkk. (2017) yang berjudul “*Evaluasi Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” (KPLDH) Puskesmas Kelurahan Duren Sawit*” yang mana melakukan evaluasi yang menilai keefektifan dan manfaat yang dirasakan dari implementasi program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” oleh warga kelurahan Duren Sawit, Jakarta Timur. Hasilnya adalah terjadi peningkatan jumlah penduduk yang datang ke puskesmas untuk melakukan perawatan dan kesadaran masyarakat akan kesehatan lingkungan yang mana hal tersebut sesuai dengan Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 115 Tahun 2016 tentang Program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” dalam terwujudnya peningkatan pelayanan kesehatan.

Selanjutnya, penelitian yang dilakukan oleh Setijaningrum (2019) yang berjudul “*Extra Role Behaviour of the Apparatus in the Efforts to Provide Better Service to the Eldery: A Study of the Innovation of “Santun Lansia” Program in Indonesia*” yang mana bertujuan untuk melihat implementasi dari inovasi program “Santun Lansia” dan bagaimana aparat menjalankan *extra role behavior* dalam menjalankan tugasnya. Hasilnya menunjukkan bahwa dalam melaksanakan inovasi program “Santun Lansia” menerapkan beberapa aspek seperti inovasi proses layanan, inovasi produk layanan, inovasi metode layanan, inovasi system layanan, dan inovasi kebijakan layanan. Kemudian, ditemukan bahwa aparat dari puskesmas kota metropolitan, menengah, dan kecil harus melakukan extra role behavior yang sama termasuk aspek *altruism, civic virtue, conscientiousness, courtesy* dan *sportsmanship*.

Lebih lanjut, penelitian yang dilakukan oleh Husniati et al. (2018) yang berjudul “*Organizational Citizenship Behaviour (OCB) Pada Pegawai UPN “VETERAN” Jakarta*” yang mana bertujuan untuk mengetahui sejauh mana *Organizational Citizenship Behaviour* pegawai UPN ‘Veteran’ Jakarta saat ini untuk mencapai tujuan organisasi yang lebih baik. Hasilnya adalah bahwa dari ketiga indikator yang dipakai dalam penilaian tersebut mempunyai rata-rata skor

cukup baik. Dari ketiga nilai indikator yakni ketaatan, loyalitas dan partisipasi terlihat yang paling kecil adalah nilai dari indikator partisipasi yaitu 3,39. Kurangnya nilai *Organizational Citizenship Behaviour* dari indikator partisipasi ini dapat menjadi informasi mengenai tingkat *Organizational Citizenship Behaviour* yang dimiliki oleh pegawai UPN ‘Veteran’ Jakarta, sehingga organisasi bisa merancang kegiatan yang sesuai dengan kebutuhan pegawai agar pegawai dapat menunjukkan perilaku kerja yang melebihi standard.

Kemudian, Penelitian yang dilakukan oleh Putri et al. (2017) yang berjudul “*Pengaruh Organizational Citizenship Behavior (OCB) Terhadap Kinerja (Studi Pada Tenaga Perawat Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Batu)*” yang mana melakukan studi untuk mengetahui adanya pengaruh antara Variabel OCB yaitu *Altruism, Conscientiousness, Sportsmanship, Courtesy, Civic Virtue* terhadap Kinerja Karyawan. Hasilnya adalah Bahwa ada pengaruh yang signifikan pada Uji F, yaitu antara variable-variabel OCB yakni *Altruism (X1), Conscientiousness (X2), Sportsmanship (X3), Courtesy (X4), Civic Virtue (X5)* sebagai variable independen secara simultan terhadap kinerja karyawan.

Penelitian yang dilakukan oleh Eran et al. (2011) berjudul “*Change-Oriented Organizational Citizenship Behaviour in Public Administration: The Power of Leadership and the Cost of Organizational Politics*” yang mana bertujuan untuk memperluas arti sindrom ‘prajurit yang baik’ di luar batas umum sektor bisnis. Peneliti mengikuti konseptualisasi dari model Bettencourt (2004) dan model *Organizational Citizenship Behaviour (OCB)* untuk menjelaskan mengapa dan bagaimana karyawan publik terlibat dalam kegiatan yang ditargetkan untuk mengubah dan meningkatkan lingkungan kerja publik dan proses pekerjaannya bahkan ketika tidak ada imbalan formal yang ditawarkan sebagai imbalannya. Penelitian yang dilakukan terhadap 217 personil publik di sebuah organisasi perawatan kesehatan publik yang besar menghasilkan temuan menarik, menunjukkan keunikan *Organizational Citizenship Behaviour* yang berorientasi pada perubahan dibandingkan langkah-langkah *Organizational Citizenship Behaviour* klasik (individu dan organisasi), efek positif umum kepemimpinan di *Organizational Citizenship Behaviour* dan efek persepsi yang moderat. politik

dalam hubungan ini. Implikasi dari temuan dikembangkan dan dibahas dalam konteks administrasi publik modern.

Kemudian, penelitian yang dilakukan oleh Calin (2015) berjudul “*The Analysis of The Organizational Civic Behaviour in The Public Institutions*” yang mana bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat *Organizational Citizenship Behaviour* di lembaga-lembaga publik, mengidentifikasi hubungan antara *Organizational Citizenship Behaviour* dan kinerja dalam pekerjaan karyawan, dan mengidentifikasi kepuasan kerja karyawan dari lembaga publik. Hasilnya adalah bahwa pegawai negeri dari kompartemen operasional lembaga publik, baik mereka yang memiliki studi pendidikan tinggi dan mereka yang memiliki studi sekolah menengah mengadopsi perilaku tipe *Organizational Citizenship Behaviour* yang lebih luas. Ini menunjukkan bahwa sektor-sektor lembaga publik ini, dari domain atau lainnya, di mana tugas dan tanggung jawabnya beragam, menyiratkan kontak dengan orang-orang dari kategori yang berbeda, baik menciptakan kondisi yang tepat untuk pengembangan kepribadian karyawan, sehingga mereka memperoleh kompetensi sosial yang diperlukan untuk memperoleh "seni untuk hidup di antara orang" dan perilaku seperti altruisme, permainan adil, ketelitian, atau "menggambar dan memelihara" pelayan dengan fitur kepribadian yang memungkinkan adopsi perilaku tipe *Organizational Citizenship Behaviour*.

Lebih lanjut, penelitian yang dilakukan oleh Demerouti et al. (2015) yang berjudul “*Job crafting and extra-role behaviour: The role of work engagement and flourishing*” yang mana menyelidiki apakah menyusun tuntutan pekerjaan dan sumber daya berhubungan positif dengan *extra role behaviour* yaitu kinerja kontekstual dan kreativitas melalui keterlibatan kerja dan pertumbuhan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan strategi *job-crafting* mengubah tuntutan pekerjaan dan sumber daya pekerjaan terkait dengan keterlibatan kerja yang lebih tinggi. Selain itu, keterlibatan kerja yang secara positif terkait dengan *extra role behaviour* dalam bentuk kreativitas dan kinerja kontekstual, penelitian ini juga menemukan bahwa karyawan yang berkembang mungkin lebih kreatif dalam pekerjaan mereka. Organisasi dapat menggunakan informasi ini tidak hanya untuk mengungkap dampak nyata dari *extra role behaviour*, tetapi juga untuk melatih individu untuk menggunakan strategi *job-crafting* yang lebih efektif untuk

menyesuaikan karakteristik pekerjaan mereka. Sehingga mereka dapat menjadi lebih terlibat dalam pekerjaan mereka dan berkembang dalam hidup mereka.

Kemudian, penelitian yang dilakukan oleh Somech et al. (2000) yang berjudul “*Understanding extra-role behaviour in schools: the relationships between job satisfaction, sense of efficacy, and teachers' extra-role behaviour*” yang mana bertujuan untuk mengeksplorasi konstruk *extra role behaviour* di sekolah, dan untuk menguji hubungan antara *extra role behaviour* dengan tiga faktor yakni kepuasan kerja, kemandirian, dan kemandirian kolektif. Penelitian ini berfokus pada meneliti *extra role behaviour* di sekolah. Hasilnya ditemukan beberapa implikasi dari adanya *extra role behaviour* di sekolah

Selanjutnya, penelitian yang dilakukan oleh Kolade et al. (2014) yang berjudul “*Organizational Citizenship Behaviour, Hospital Corporate Image and Performance*” yang mana menguji hubungan antara *Organizational Citizenship Behaviour*, citra dan kinerja perusahaan rumah sakit. Hasilnya ditemukan bahwa rumah sakit dapat meningkatkan kinerja melalui perilaku kewarganegaraan organisasi dan citra perusahaan yang positif. Namun, juga ditemukan bahwa ada kovarians negatif antara *Organizational Citizenship Behaviour* dan citra perusahaan rumah sakit meskipun kontribusi positif individu mereka terhadap kinerja. Oleh karena itu, manajemen rumah sakit harus mengembangkan iklim organisasi (seperti pengakuan, hadiah tambahan, promosi, dll.) yang dapat mempromosikan *Organizational Citizenship Behaviour* dan meningkatkan citra perusahaan yang positif sambil mencegah situasi yang akan mencegah staf dari memberikan layanan diskresi tambahan yang berhubungan dengan pekerjaan yang terkait.

Perbedaan riset penulis kali ini adalah melakukan identifikasi *extra role behaviour* aparat dalam pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” terhadap masyarakat Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur dengan menggunakan beberapa teori terkait *extra role behaviour*. Yang mana, peneliti menggunakan teori *Organizational Citizenship Behaviour* untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang melatarbelakangi aparat untuk melakukan *extra role behaviour* dalam implementasi program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” di Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur.

I.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah diatas, maka rumusan masalah yang dapat ditarik dari peneliti adalah:

1. Bagaimana aparat melakukan *extra role behaviour* yang dilakukan dalam pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” di Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur?
2. Faktor-faktor apa saja yang melatarbelakangi aparat untuk melakukan *extra role behavior* dalam pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” di Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur?

I.3 Tujuan Penelitian

Dalam sebuah penelitian, tujuan digunakan sebagai pedoman untuk membahas penelitian dan untuk menjawab permasalahan penelitian yang diusung oleh peneliti. Tujuan umum dilakukannya penelitian ini adalah:

1. Mendeskripsikan realitas program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” yang ada di Provinsi DKI Jakarta kepada pembaca.
2. Mendeskripsikan *extra role behaviour* aparat dalam implementasi program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” dilaksanakan dalam upaya penurunan angka penularan penyakit pada masyarakat di Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur.
3. Mendeskripsikan faktor-faktor yang melatarbelakangi aparat untuk melakukan *extra role behaviour* pada program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” dalam upaya penurunan angka penularan penyakit pada masyarakat di Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur.
4. Untuk dapat menjadi bahan perbaikan evaluasi pemerintahan dan menjadi bahan rujukan bagi para peneliti dan akademisi.

I.4 Manfaat

Manifestasi dari tujuan penelitian yang diberikan oleh peneliti adalah mampu memberikan manfaat bagi pembaca. Dalam hal ini, manfaat dibagi menjadi 2 (dua) yakni Manfaat Akademis dan Manfaat Praktis:

I.4.1 Manfaat Akademis

Manfaat akademis disini merupakan manfaat yang didapatkan secara teoritis dan metodologis. Secara teoritis, penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi mengenai *extra role behaviour* yang diterapkan dalam implementasi program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” yang merupakan program promotif dan preventif untuk meningkatkan taraf kehidupan dan kesehatan masyarakatnya yang mana tujuan tersebut digunakan sebagai upaya penurunan angka penularan penyakit di Provinsi DKI Jakarta. Kemudian secara metodologis, mampu memberikan kontribusi pada kajian terkait dengan *extra role behaviour*.

I.4.2 Manfaat Praktis

Dalam penelitian tentang *extra role behaviour* aparat dalam pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” diharapkan informasi yang ada dalam penelitian ini dapat menjadi bahan rujukan bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas terkait yang ada di Provinsi DKI Jakarta.

I.5 Tinjauan Pustaka

Menurut Snelbecker dalam Moleong (2011), teori adalah seperangkat proposisi yang berinteraksi secara sintaksi yakni mengikuti aturan tertentu yang dapat dihubungkan secara logis dengan lainnya dengan data atas dasar yang dapat diamati dan berfungsi sebagai media untuk meramalkan dan menjelaskan fenomena yang ingin diamati. Dalam penelitian ini akan dijabarkan beberapa konsep. Maka dari itu akan dikembangkan beberapa teori dalam penelitian ini yakni:

I.5.1 Program

I.5.1.1 Definisi Program

Carl J Federick dalam Agustino (2008) mendefinisikan kebijakan sebagai serangkaian tindakan/kegiatan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dimana terdapat hambatan-hambatan (kesulitan-kesulitan) dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijaksanaan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

Pembahasan mengenai program tidak dapat dilepaskan dengan aspek kebijakan. Dalam melaksanakan suatu kebijakan, diperlukan sebuah *form of action* yang mana akan dituangkan dalam suatu bentuk program. Program adalah kumpulan dari berbagai proyek yang berhubungan dan dirancang untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan yang harmonis dan secara terintegrasi yang bertujuan untuk mencapai sasaran kebijakan secara keseluruhan. Dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, program didefinisikan sebagai instrumen kebijakan yang berisi satu atau lebih kegiatan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah atau lembaga untuk mencapai sasaran dan tujuan serta memperoleh alokasi anggaran atau kegiatan masyarakat yang dikoordinasikan oleh instansi masyarakat.

Jones (2004) menjelaskan bahwa program merupakan cara yang dilakukan untuk mencapai tujuan. Kemudian, Muhaimin dkk. (2009) menjelaskan bahwa program merupakan pernyataan yang berisi kesimpulan dari beberapa harapan atau tujuan yang saling bergantung dan saling terkait, untuk mencapai suatu tujuan. Hasibuan (2006) menjelaskan bahwa program merupakan suatu jenis rencana yang jelas dan konkret karena di dalamnya sudah tercantum sasaran, kebijaksanaan, prosedur, anggaran, dan waktu pelaksanaan yang telah ditetapkan.

Dari beberapa definisi yang diungkapkan, maka dapat disimpulkan bahwa program adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh individu maupun kelompok berbentuk pelaksanaan kegiatan yang didukung kebijaksanaan, prosedur, dan sumber daya dimaksudkan membawa suatu hasil untuk mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan. Dalam penelitian ini, program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh kelompok yang berbentuk pelaksanaan pelayanan kesehatan yang promotif, preventif, dan

kuratif yang didukung dengan suatu peraturan untuk mencapai tujuan yang sudah ditetapkan.

Program sendiri merupakan unsur terpenting dalam merencanakan suatu kegiatan dalam rangka implementasi dari suatu kebijakan. Tujuan dari adanya program itu sendiri adalah agar segala sesuatu yang direncanakan dalam sebuah kebijakan dapat terlaksana sesuai dengan tujuan dari kebijakan yang sudah ditetapkan. Terdapat berbagai macam aspek penting dalam program menurut Suharsimi (2009), yakni:

1. kegiatan yang dilakukan dalam usaha untuk mencapai tujuan
2. aturan baru yang dipegang dan prosedur yang harus dilalui
3. perkiraan anggaran yang dibutuhkan
4. strategi pelaksanaan
5. tujuan kegiatan yang akan dicapai

I.5.1.2 Karakteristik Program

Jones (2004) juga menjelaskan bahwa terdapat beberapa karakteristik untuk memudahkan seseorang untuk mengidentifikasi suatu aktivitas sebagai program atau tidak, yakni:

1. Program cenderung membutuhkan staf atau tenaga, sebagai contoh untuk melaksanakan program atau sebagai pelaku program
2. Program memiliki anggaran sendiri, sebuah program dapat diidentifikasi melalui anggaran yang dikeluarkan.
3. Program memiliki identitas ketika mampu berjalan secara efektif dan dapat diakui oleh publik

I.5.2 *Extra Role Behaviour*

Greenberg (2010) menjelaskan bahwa *Organizational Citizenship Behaviour* merupakan perilaku yang dilakukan oleh pegawai untuk meningkatkan hubungan sosial dan kerjasama dengan organisasi namun perilaku tersebut berada diluar dari tugas-tugas formalnya. Robbins et al. (2015) mendefinisikan *Organizational Citizenship Behaviour* sebagai perilaku pilihan yang tidak menjadi bagian dari kewajiban kerja formal seorang pegawai, namun mendukung berfungsinya organisasi tersebut secara efektif. Lebih lanjut, Organ et al. (2006)

menjelaskan bahwa *Organizational Citizenship Behaviour* merupakan perilaku yang dilakukan oleh individu secara sukarela, tidak secara langsung atau eksplisit oleh system reward formal, yang mana dilakukan oleh individu tersebut demi tercapainya fungsi organisasi yang efektif dan efisien.

Perilaku *Extra Role Behaviour* berasal dari pendekatan yang secara khusus terkait dengan tindakan spontan manusia untuk melakukan sesuatu yang bermanfaat bagi orang lain. Perilaku ekstra-peran diperkenalkan untuk pertama kalinya oleh Organ pada tahun 1977 dengan istilah *Organizational Citizenship Behaviour* atau OCB. Menurut Organ, *Organizational Citizenship Behaviour* didefinisikan sebagai sifat individu yang sukarela, tidak langsung atau secara eksplisit dikenal dalam sistem remunerasi formal, dan secara keseluruhan meningkatkan efektivitas fungsi organisasi. Aparat dengan perilaku peran ekstra tinggi bersedia untuk lebih terlibat dalam organisasi, dan cenderung terlibat dalam memberikan kembali kepada organisasi (Organ et al., 2006). Ini berarti *Extra Role Behaviour* dilakukan di luar peran yang diperlukan dalam organisasi, dan pada akhirnya perilaku ini akan menguntungkan organisasi. Perilaku ini dinyatakan sebagai perilaku yang dapat melestarikan dan meningkatkan konteks sosial dan psikologis yang mendukung kinerja anggota organisasi untuk melakukan pekerjaan mereka. Dengan demikian, *Extra Role Behaviour* adalah konstruksi yang terpisah dari konstruksi perilaku tugas atau peran. *Extra Role Behaviour* melibatkan perilaku yang tidak diminta dari seorang karyawan dalam melakukan pekerjaan tertentu, tetapi hal itu masih diperlihatkan oleh anggota organisasi untuk meningkatkan kualitas kerja dan secara tidak langsung meningkatkan efektivitas organisasi.

Chen et al. (2008) menjelaskan bahwa perilaku yang disebut sebagai *extra-role behaviour* dalam literatur terkait dibahas pada dua tingkat dasar sebagai perilaku kewarganegaraan organisasi dan perilaku kontraproduktif. Davoudi (2012) menjelaskan bahwa *extra role behaviour* dipertimbangkan dari aspek manfaat organisasi dan dinilai dalam lingkup perilaku kewarganegaraan organisasi. Van Dyne et al. dalam Hardaningtyas (2005) menjelaskan bahwa *Extra Role Behaviour* merupakan perilaku yang menguntungkan organisasi yang mana dilakukan secara sukarela dan melebihi apa yang menjadi tuntutan tugas atau peran yang didapatkan.

Bambale (2014) menjelaskan bahwa *Extra Role Behaviour* adalah perilaku yang tidak secara formal disyaratkan oleh pekerjaan tertentu. Ini juga dapat digambarkan sebagai upaya deskriptif yang bertujuan untuk menguntungkan organisasi. Terdapat beberapa contoh terkait *Extra Role Behaviour* seperti mendukung nilai-nilai organisasi dan bertindak sesuai dengan itu, upaya sukarela dan diskresioner.

Perilaku kerja *Extra Role Behaviour* sering diistilahkan sebagai *Organizational Citizenship Behaviour* yang sering disebut sebagai prososial behavior (Penner et al., 2005). Hal ini disebabkan karena konsep perilaku kerja *Extra Role Behaviour* merupakan perilaku yang bersifat *in-role* dan juga *beyond the job* yakni bekerja diluar tugas pokok dan fungsi yang sudah ditetapkan. Hal ini terlihat jelas bahwa *Extra Role Behaviour* memiliki beberapa kesamaan dalam beberapa aspek dengan *Organizational Citizenship Behavior*. Kedua konsep ini memiliki dua aspek utama yang sama seperti perilaku tidak ditentukan oleh deskripsi pekerjaan dan tidak dikenali oleh sistem penghargaan formal.

Dapat disimpulkan, bahwa *Extra Role Behaviour* adalah perilaku extra yang dilakukan oleh aparat melebihi tanggung jawab formalnya. Dalam penelitian ini, *Extra Role Behaviour* adalah perilaku extra yang dilakukan oleh aparat yakni tim puskesmas yang terdiri dari dokter, bidan dan perawat dan tim kader-kader kesehatan dalam melaksanakan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”.

1.5.2.1 Organizational Citizenship Behaviour

Katz et al. dalam Dewayani (2005) menjelaskan bahwa *Organizational Citizenship Behaviour* merupakan suatu bentuk perilaku kooperatif seperti:

a. *Willing to join and stay*

Adalah kemauan atau keinginan untuk bergabung dan bertahan pada suatu system atau organisasi

b. *Dependable role performance*

Yakni suatu perilaku yang dapat diandalkan untuk dapat memenuhi dan mampu untuk melampaui kriteria minimal baik itu secara kualitatif ataupun kuantitatif.

c. *Innovative and spontaneous behavior*

Yang mana merupakan suatu bentuk perilaku diluar peran yang diisyaratkan oleh suatu pekerjaan agar orang yang bersangkutan dapat menyelesaikan tugasnya.

Dapat disimpulkan, bahwa *Organizational Citizenship Behaviour* merupakan perilaku yang dilakukan oleh pegawai yang tidak terpaku dengan satu kewajiban dan tanggung jawab dari pekerjaannya, namun lebih dari hal tersebut yang mana pegawai melakukan pekerjaan yang lebih daripada tanggung jawabnya tanpa adanya penghargaan atau *reward* dari organisasi dan hal tersebut dilakukan untuk kepentingan organisasi untuk mencapai tujuannya.

I.5.2.2 Motif yang mendasari *Organizational Citizenship Behaviour*

Perilaku *Organizational Citizenship Behaviour* ditentukan oleh banyak hal, maksudnya dalam melakukan perilaku tersebut tidak hanya disebabkan oleh satu dua hal saja, namun banyak motif yang mempengaruhi. McClelland et al. dalam Titisari (2014) menjelaskan bahwa manusia memiliki tiga tingkatan motif dalam melakukan perilaku *Organizational Citizenship Behaviour*, yaitu:

1. Motif afiliasi

Sebuah motif yang mendorong orang untuk mewujudkan, memelihara, dan mempengaruhi dan memperbaiki hubungan dengan orang lain

2. Motif kekuasaan

Sebuah motif yang mendorong orang untuk mencari status dan situasi dimana mereka dapat mengontrol pekerjaan atau tindakan orang lain.

3. Motif berprestasi

Sebuah motif yang mendorong orang untuk menunjukkan sebuah “*excellence*” dalam suatu kegiatan, mencari prestasi dari tugas, kesempatan atau kompetisi.

I.5.2.3 Dimensi-dimensi dalam *Organizational Citizenship Behaviour*

Organ et al. (2006) menjelaskan bahwa terdapat beberapa dimensi dalam *Organizational Citizenship Behaviour*, yakni:

1. *Altruism*

Yakni menunjukkan suatu perilaku membantu orang lain secara sukarela dan bukan merupakan tugas dan kewajibannya. Perilaku ini dilakukan oleh individu sebagai sebuah upaya untuk mencegah terjadinya masalah di tempat kerjanya.

2. *Sportsmanship*

menunjukkan suatu kerelaan atau toleransi untuk bertahan bekerja pada suatu organisasi atau perusahaan tanpa mengeluh kendati keadaan perusahaan tersebut kurang menyenangkan. Konstruk ini memiliki cakupan yang lebih luas; dalam pengertian individu tidak hanya mampu bertahan dalam ketidakpuasan akan tetapi ia juga harus tetap bersikap positif serta bersedia mengorbankan kepentingannya sendiri demi kelompok

3. *Organizational Compliance*

Menunjukkan suatu sikap individu yang menerima peraturan dan prosedur yang berlaku diatas organisasi. Hal tersebut dicerminkan oleh perilaku individu tersebut yang tidak pernah melanggar peraturan perusahaan kendati tanpa diawasi atau sanksi sekalipun.

4. *Organizational Loyalty*

Menunjukkan perilaku individu yang berkaitan dengan upaya mempromosikan citra organisasinya ke pihak luar; disamping itu ia berupaya melindungi organisasi dari ancaman eksternal serta ia tetap bertahan bekerja di organisasi atau perusahaan tersebut kendati keadaan organisasi kurang menguntungkan dan penuh dengan resiko.

5. *Civic Virtue*

Menunjukkan keterlibatan individu dalam suatu aktivitas organisasi dan peduli terhadap kelangsungan hidup organisasi. Secara sukarela berpartisipasi, bertanggung jawab dan terlibat dalam mengatasi persoalan-persoalan yang dihadapi oleh organisasi. Individu tersebut juga aktif mengemukakan gagasan-gagasannya serta melalui pengamatannya pada lingkungan bisnis baik dalam hal ancaman maupun peluang.

6. *Conscientiousness*

Yakni suatu perilaku individu yang menunjukkan upaya sukarela dalam meningkatkan cara dalam menjalankan tugasnya secara kreatif agar kinerja organisasi meningkat. Perilaku tersebut melibatkan tindakan kreatif dan inovatif secara sukarela.

7. *Self-development*

Merujuk kepada suatu perilaku individu yang berkaitan dengan upaya meningkatkan pengetahuan, keterampilan serta kemampuan tanpa diminta. Dimensi ini, Goerge dan Brief secara “swadaya” dengan kemauan dan bila perlu dengan biaya sendiri, misalnya mengikuti kursus atau pelatihan agar tidak ketinggalan dari kemajuan di bidangnya. Bahkan lebih dari itu, seorang karyawan belajar ilmu atau keterampilan baru dapat berkontribusi lebih pada organisasi.

Graham dalam Bolino et al. (2002) menjelaskan bahwa *Organizational Citizenship Behaviour* dapat dikonseptualisasikan dalam filosofi politik dan teori politik modern. Hasil dari konseptualisasi tersebut menghasilkan tiga bentuk dari *Organizational Citizenship Behaviour*, yakni:

1. Ketaatan (*Obedience*)

menggambarkan kemauan karyawan untuk menerima dan mematuhi peraturan dan prosedur organisasi.

2. Loyalitas (*Loyalty*)

menggambarkan kemauan karyawan untuk menempatkan kepentingan pribadi mereka untuk keuntungan dan kelangsungan organisasi.

3. Partisipasi (*Participation*)

menggambarkan kemauan karyawan untuk secara aktif mengembangkan seluruh aspek kehidupan organisasi. Partisipasi terdiri dari:

a. Partisipasi Sosial

menggambarkan keterlibatan karyawan dalam urusan-urusan organisasi dan dalam aktivitas sosial organisasi. Contohnya seperti

selalu menaruh perhatian pada isu-isu aktual organisasi atau menghadiri pertemuan-pertemuan tidak resmi.

b. Partisipasi Advokasi

menggambarkan kemauan karyawan untuk mengembangkan organisasi dengan memberikan dukungan dan pemikiran inovatif. Contohnya seperti memberi masukan pada organisasi dan memberi dorongan pada karyawan lain untuk turut memberikan sumbangan pemikiran bagi pengembangan organisasi

c. Partisipasi Fungsional

menggambarkan kontribusi karyawan yang melebihi standar kerja yang ditetapkan. Contohnya seperti perilaku sukarela untuk melaksanakan tugas ekstra, bekerja lembur untuk menyelesaikan proyek penting, atau mengikuti pelatihan tambahan yang berguna bagi pengembangan organisasi.

Podsakoff et al. dalam Titisari (2014) menjelaskan bahwa terdapat beberapa aspek tambahan dalam *Organizational Citizenship Behaviour* yakni:

1. *Helping Behaviour*

merupakan perilaku sukarela karyawan untuk menolong rekan kerja atau mencegah terjadinya permasalahan terkait dengan pekerjaan. Organ membagi aspek ini ke dalam dua kategori yaitu *altruism* dan *courtesy*.

2. *Individual Initiative*

merupakan bentuk dorongan dari dalam diri individu untuk melaksanakan tugas secara lebih baik atau melampaui standar yang telah ditetapkan. Organ menyebut aspek ini sebagai *conscientiousness*.

I.5.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi *Organizational Citizenship Behaviour*

Dalam *Organizational Citizenship Behaviour*, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku tersebut, yakni:

a. Budaya dan iklim organisasi

Menurut Organ et al. (2006), terdapat bukti-bukti kuat yang mengemukakan bahwa budaya organisasi merupakan kondisi utama yang dapat memunculkan *organizational citizenship behaviour* di kalangan pegawai. Iklim dan budaya organisasi dapat menjadi penyebab kuat atas tumbuhnya *organizational citizenship behaviour* dalam suatu organisasi. Menurut Sondang dalam Melinda et al. (2004), pegawai lebih ingin melakukan pekerjaannya melebihi dari tuntutan tugas atau melebihi apa yang tercantum dalam *job description* dan akan selalu mendukung tujuan organisasi dalam rangka mencapai kemajuan serta perkembangan organisasi tersebut jika mereka berada di dalam budaya dan iklim organisasi yang positif.

b. Kepuasan Kerja

Organ et al. (2006) menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara kepuasan kerja dan *organizational citizenship behaviour*, dimana untuk menjelaskan hal ini dapat menggunakan *social exchange theory*. Blau dalam Organ et al. (2006) menggunakan pendekatan dalam teori pertukaran sosial (*social exchange theory*) yang berpendapat bahwa ketika pegawai telah puas dengan pekerjaannya maka mereka akan membalasnya. Yang mana, pembalasan tersebut meliputi perasaan memiliki (*sense of belonging*) yang kuat terhadap organisasi dan munculnya perilaku seperti *organizational citizenship behaviour*.

c. Suasana hati (*mood*)

Suasana hati (*mood*) yang dirasakan oleh pegawai dapat berpengaruh terhadap timbulnya *organizational citizenship behaviour*. Ketika pegawai memiliki suasana hati (*mood*) yang positif maka akan meningkatkan peluang bagi pegawai itu untuk dapat membantu orang lain di tempat kerja.

d. Persepsi terhadap dukungan organisasional

Shore et al. (1993) dalam penelitiannya menemukan bahwa persepsi terhadap dukungan organisasional menjadi penyebab *organizational citizenship behaviour* (OCB). Pegawai yang merasa didukung oleh organisasi akan memberikan timbal balik kepada

organisasi dengan cara menampilkan *organizational citizenship behaviour*.

Kemudian, Organ et al. (2006) menjelaskan bahwa terdapat beberapa faktor yang mendukung timbulnya *Organizational Citizenship Behaviour*. Faktor-faktor tersebut adalah:

1. Pemimpin

Tipe pemimpin bisa menjadi faktor pemicu munculnya *Organizational Citizenship Behaviour*, seperti pemimpin dengan tipe *supportive* yang dapat membuat karyawannya merasa diperhatikan, sehingga karyawan bersedia membeirkan *feedback* kepada pimpinannya. Selain itu juga ada pemimpin *instrumental* yang dapat membantu karyawan untuk menghindari ketidakjelasan tugas yang ada dalam pekerjaan, dan hal ini bisa menjadi penyebab seorang karyawan merasa nyaman dengan pimpinannya dan mau membantu pimpinannya. Kemudian, pemimpin dengan tipe *transformational* yang dapat menyelaraskan nilai-nilai, visi, dan tujuan karyawan dan perusahaan, akan bisa memunculkan performa karyawan diluar ekspektasi perusahaan bukan hanya sekedar karena mereka ingin dihargai karena usahanya, namun karena mereka merasa bahwa misi dan tujuan mereka searah dengan yang dimiliki perusahaan. Pemimpin yang instrumental, transformasional dan *supportive* dapat mempengaruhi *Organizational Citizenship Behaviour* karena dampaknya akan dirasakan oleh karyawan sebagai perilaku membantu pemimpin sehingga karyawan akan merasa berkewajiban untuk membalas.

2. Karakteristik Tugas

Karakteristik tugas adalah sifat dari tugas yang terkandung dalam suatu pekerjaan, meliputi berbagai dimensi yang dapat mendorong keefektifan individu dalam bekerja. Beberapa karakteristik tugas yang mempengaruhi karyawan untuk menampilkan *organizational citizenship behavior* adalah otonomi

tugas, identitas tugas, variasi tugas, signifikansi tugas, saling ketergantungan tugas (*task interdependence*), serta *feedback* tugas.

3. Karakteristik Kelompok

Karakteristik kelompok yang mempengaruhi *organizational citizenship behavior* antara lain kohesivitas kelompok, kualitas hubungan antara anggota pada kelompok kerja, potensi atau kemampuan kelompok, serta dukungan tim yang dirasakan karyawan.

4. Karakteristik Organisasional

Karakteristik organisasional yang dapat menjadi faktor terjadinya *organizational citizenship behavior* adalah formalisasi dan kekakuan organisasi, dukungan organisasi yang diharapkan oleh karyawan, jarak antara karyawan dan *supervisor*, dan hambatan-hambatan dalam organisasi.

5. Konteks Kultural atau Budaya

Kebudayaan bangsa dapat berpengaruh pada kondisi yang berkaitan dengan terciptanya *organizational citizenship behavior*. Dua dimensi kebudayaan yang mempengaruhi persepsi dan ekspresi terhadap *organizational citizenship behavior* antara lain individualisme dan kolektivisme, serta jarak kekuasaan.

I.5.2.5 Manfaat *Organizational Citizenship Behaviour*

Hasil penelitian-penelitian yang dilakukan oleh Titisari (2014) terkait dengan pengaruh *Organizational Citizenship Behaviour* terhadap kinerja organisasi menjelaskan bahwa banyak sekali manfaat dari adanya *Organizational Citizenship Behaviour* didalam organisasi. Podsakoff et al. dalam Titisari (2014) menjelaskan bahwa terdapat banyak manfaat dari *Organizational Citizenship Behaviour*, yakni:

1. *Organizational Citizenship Behavior* meningkatkan produktivitas rekan kerja.

Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa karyawan yang menolong rekan kerja lain akan mempercepat penyelesaian tugas rekan kerjanya, dan pada gilirannya meningkatkan produktifitas rekan

tersebut. Seiring dengan berjalannya waktu, perilaku *Organizational Citizenship Behavior* membantu menyebarkan *best practice* ke seluruh unit kerja atau kelompok.

2. *Organizational Citizenship Behavior* meningkatkan produktivitas manajer

Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa Karyawan yang menampilkan perilaku *civic virtue* akan membantu manajer mendapatkan saran atau umpan balik yang berharga dari karyawan tersebut untuk meningkatkan efektivitas unit kerja. Karyawan yang sopan, yang menghindari terjadinya konflik dengan rekan kerja, akan menolong manajer terhindar dari krisis manajemen

3. *Organizational Citizenship Behavior* membantu menghemat energi sumber daya untuk memelihara fungsi kelompok

Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa keuntungan dari perilaku *Organizational Citizenship Behavior* adalah meningkatkan semangat, moril (*morale*), dan kerekatan (*cohesiveness*) kelompok, sehingga anggota kelompok tidak perlu menghabiskan energi dan waktu untuk pemeliharaan fungsi kelompok. Karyawan yang menampilkan perilaku *courtesy* terhadap rekan kerjakaan mengurangi konflik dalam kelompok, sehingga waktu yang dihabiskan untuk menyelesaikan konflik manajemen berkurang.

4. *Organizational Citizenship Behavior* menghemat sumber daya yang dimiliki manajemen dan organisasi secara keseluruhan

Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa jika karyawan saling tolong menolong dalam menyelesaikan masalah dalam suatu pekerjaan sehingga tidak perlu melibatkan manajer, yang mana konsekuensi yang diterima adalah manajer dapat memakai waktunya untuk melakukan tugas yang lain, seperti membuat perencanaan, perhitungan, dan lain-lain. Karyawan lama yang membantu karyawan baru dalam pelatihan dan melakukan orientasi kerja akan membantu organisasi mengurangi biaya untuk keperluan tersebut.

5. *Organizational Citizenship Behavior* dapat menjadi sebuah saran yang efektif untuk mengkoordinasi kegiatan-kegiatan kelompok kerja

Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa perilaku *civic virtue* seperti menghadiri dan berpartisipasi aktif dalam pertemuan di unit kerjanya akan membantu koordinasi diantara anggota kelompok yang akhirnya secara potensial meningkatkan efektivitas dan efisiensi kelompok. Menunjukkan perilaku *courtesy* seperti saling memberi informasi tentang pekerjaan dengan anggota dari tim lain akan menghindari munculnya masalah yang membutuhkan waktu dan tenaga untuk diselesaikan.

6. *Organizational Citizenship Behavior* meningkatkan kemampuan organisasi untuk merekrut dan mempertahankan karyawan yang memiliki kinerja yang baik

Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa perilaku menolong dalam *Organizational Citizenship Behavior* dapat meningkatkan moral dan hubungan kekerabatan serta perasaan saling memiliki diantara anggota kelompok, sehingga akan meningkatkan kinerja organisasi dan membantu organisasi menarik dan mempertahankan karyawan yang baik. Memberi contoh pada karyawan lain dengan menampilkan perilaku *Sportsmanship* akan menumbuhkan loyalitas dan komitmen organisasi.

7. *Organizational Citizenship Behavior* meningkatkan stabilitas kinerja organisasi

Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa membantu tugas karyawan yang tidak hadir di tempat kerja atau yang mempunyai beban kerja berat akan meningkatkan stabilitas dari kinerja unit kerja. Karyawan yang menunjukkan *conscientiousness* cenderung mempertahankan tingkat kinerja yang tinggi secara konsisten, sehingga mengurangi variabilitas pada kinerja unit kerja.

8. *Organizational Citizenship Behavior* meningkatkan kemampuan organisasi untuk dapat beradaptasi dengan perubahan lingkungan

Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa karyawan yang mempunyai hubungan yang dekat dengan lingkungan eksternal organisasi akan dengan sukarela memberi informasi tentang perubahan yang terjadi di lingkungan dan memberi saran tentang bagaimana merespon perubahan tersebut, sehingga organisasi dapat beradaptasi dengan cepat. Karyawan yang secara aktif hadir dan berpartisipasi pada organisasi akan membantu menyebarkan informasi yang penting dan harus diketahui oleh organisasi. Karyawan yang menampilkan perilaku *conscientiousness* akan meningkatkan kemampuan organisasi beradaptasi dengan perubahan yang terjadi di lingkungan tempat kerjanya.

I.5.3 Aparat

I.5.3.1 Definisi Aparat

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, Aparat merupakan perangkat, alat (negar, pemerintah); para pegawai (negeri); alat kelengkapan negara terutama meliputi bidang kelembagaan, ketatalaksanaan, dan kepegawaian yang mempunyai tanggung jawab melaksanakan roda pemerintahan sehari-hari.

Widjaja (2006) menjelaskan aparat sebagai tenaga kerja manusia jasmaniah maupun rohaniah (mental dan pikiran) yang senantiasa dibutuhkan dan oleh karena itu menjadi salah satu modal pokok dalam usaha kerja sama dengan berdasarkan ketentuan formalnya. Selanjutnya berpendapat juga bahwa Pegawai adalah orang-orang yang dikerjakan dalam suatu badan tertentu, baik lembaga-lembaga pemerintah maupun dalam badan-badan usaha.

Musanef (2007) kemudian mendefinisikan aparat sebagai rang-orang yang melakukan pekerjaan dengan mendapat imbalan jasa berupa gaji dan tunjangan dari pemerintah atau badan swasta. Lebih lanjut, Musanef menjelaskan definisi pegawai sebagai pekerja atau worker adalah mereka yang langsung digerakkan oleh seorang manager untuk bertindak sebagai pelaksana yang akan menyelenggarakan pekerjaan sehingga menghasilkan karya-karya yang diharapkan dalam usaha pencapaian tujuan organisasi yang telah ditetapkan.

Bintoro (1997) menjelaskan bahwa aparat dimaksudkan untuk mengorganisir secara teratur suatu pekerjaan yang harus dilakukan oleh banyak orang. Aparat adalah salah satu bagian dari suatu organisasi yang dimaksudkan untuk mencapai tugas-tugas administratif yang besar dengan cara mengordinasikan secara sistematis (teratur) pekerjaan dari banyak orang.

Menurut Sedarmiyanti (2009), aparat merupakan pegawai yang bertindak secara birokratis, yakni menjunjung tinggi nilai-nilai secara sistematis. Yudoyono (2001) menjelaskan bahwa aparatur pemerintah daerah adalah pelaksana kebijakan publik dimana mereka menjalankan kebijakan dan birokrasi yang ada di daerah. Lebih lanjut, aparat merupakan pegawai yang melaksanakan setiap kebijakan yang berlaku.

Salam (2004) mendefinisikan aparatur pemerintah sebagai pekerja yang digaji pemerintah untuk melaksanakan tugas-tugas teknis pemerintahan dan melakukan pelayanan kepada masyarakat berdasarkan ketentuan yang berlaku. Aparat juga dapat didefinisikan sebagai aspek-aspek administrasi yang diperlukan dalam penyelenggaraan pemerintahan atau negara, sebagai alat untuk mencapai tujuan organisasi (Soewarno, 1982).

Aparat pemerintahan merupakan alat untuk mencapai tujuan organisasi dalam penyelenggaraan pemerintahan atau negara. Maka, dibutuhkan aspek-aspek administratif terutama organisasi dan kepegawaian. Dengan demikian, dalam penyelenggaraan pemerintahan dibutuhkan suatu alat untuk mencapai tujuan organisasi. Alat tersebut adalah aparatur yang ada dalam suatu pemerintahan atau negara.

Aparat merupakan salah satu faktor yang penting dalam suatu lembaga pemerintahan selain faktor-faktor lain seperti sarana dan prasarana, teknologi, dan lain-lain. Dengan demikian, sumber daya aparatur harus dikelola dengan baik dalam rangka meningkatkan efektivitas dan efisiensi organisasi pemerintahan untuk mewujudkan profesional pegawai dalam melakukan pekerjaan.

Dalam penelitian ini, yang dimaksud dengan aparat adalah sumber daya manusia yang bekerja sesuai dengan kemampuannya di bidang masing-masing sesuai dengan ketentuan formalnya. Lebih lanjut, aparat yang ada dalam program Ketuk Pintu Layani Dengan Hati adalah petugas yang diturunkan oleh puskesmas

terbentuk dalam sebuah tim yang berisikan dokter, bidan, dan perawat serta kader-kader kesehatan yang ada di wilayah tempat tinggalnya masing-masing.

I.5.3.2 Aparat Kesehatan

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan mendefinisikan tenaga kesehatan sebagai setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk jenis tertentu yang memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Aparat tenaga kesehatan memiliki peranan penting yakni meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga mampu mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi.

Dengan demikian, aparat tenaga kesehatan adalah individu yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan dalam melakukan upaya kesehatan. Dalam penelitian ini, yang dimaksud sebagai aparat tenaga kesehatan adalah dokter, perawat, dan bidan yang tergabung dalam tim puskesmas dan kader-kader kesehatan yang tergabung dalam tim kader kesehatan untuk melaksanakan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”.

I.5.3.2 Klasifikasi Tenaga Kesehatan

Merujuk kepada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia SK. No.262/Menkes/Per/VII/1979, bahwa tenaga kerja kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi:

1. Tenaga Medik

Yakni tenaga lulusan fakultas kedokteran atau kedokteran gigi yang mampu memberikan pelayanan medik atau penunjang medik

2. Tenaga Paramedik Keperawatan

Yakni tenaga lulusan sekolah perawat atau akademi keperawatan yang mampu memberikan pelayanan paripurna

3. Tenaga Paramedik Non Keperawatan

Yakni tenaga lulusan sekolah atau akademi bidang kesehatan lainnya yang mampu memberikan pelayanan penunjang

4. Tenaga Non-Medik

Yakni tenaga yang mendapatkan Pendidikan ilmu pengetahuan yang tidak termasuk dalam Pendidikan 1, 2, atau 3 di atas.

Dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Kesehatan, dijelaskan bahwa terdapat kualifikasi dan pengelompokan tenaga kesehatan yang ada di Indonesia. Dijelaskan bahwa tenaga di bidang kesehatan terdiri atas:

1. Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan sendiri memiliki kualifikasi minimum Diploma Tiga (DIII), kecuali tenaga medis. Tenaga kesehatan lebih lanjut dikelompokkan kedalam beberapa kelompok, seperti:

- a. Tenaga medis, yang terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis
- b. Tenaga psikologi klinis, yang terdiri atas psikolog klinis
- c. Tenaga keperawatan, yang terdiri atas berbagai jenis perawat
- d. Tenaga kebidanan, yang terdiri atas bidan
- e. Tenaga kefarmasian, yang terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian
- f. Tenaga kesehatan masyarakat, yang terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.
- g. Tenaga kesehatan lingkungan, yang terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan
- h. Tenaga gizi, yang terdiri atas nutrisionis dan dietisien
- i. Tenaga keterampilan fisik, yang terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.
- j. Tenaga keteknisian medis, yang terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah,

refraksionis optisien/ optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis

k. Tenaga Teknik Biomedika, yang terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik.

1. Tenaga kesehatan nasional, yang terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan.

2. Asisten Tenaga Kesehatan

Asisten tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga. Disini, asisten tenaga kesehatan diharuskan memiliki kualifikasi minimum Pendidikan menengah di bidang kesehatan.

I.5.3.3 Peran dari Tenaga Kesehatan

Potter et al. (2007) menjelaskan bahwa tenaga kesehatan sendiri memiliki berbagai macam peran, yakni:

1. Komunikator

Komunikator adalah orang yang memberikan informasi kepada orang yang menerimanya. Mundakir (2006) mendefinisikan komunikator sebagai orang ataupun kelompok yang menyampaikan pesan atau stimulus kepada orang atau pihak lain dan diharapkan pihak lain yang menerima pesan tersebut memberikan respon terhadap pesan yang diberikan. Sebagai seorang komunikator, tenaga kesehatan seharusnya memberikan informasi secara jelas kepada pasien. Pemberian informasi sangat diperlukan karena komunikasi bermanfaat untuk memperbaiki kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat yang salah terhadap kesehatan dan penyakit.

2. *Motivator*

Motivator adalah orang yang memberikan motivasi kepada orang lain. Sementara Notoadmodjo (2007) menjelaskan bahwa motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak agar mencapai suatu tujuan tertentu dan hasil dari dorongan tersebut diwujudkan dalam bentuk perilaku yang

dilakukan. Menurut Saifuddin (2006) motivasi adalah kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu, sedangkan motif adalah kebutuhan, keinginan, dan dorongan untuk melakukan sesuatu. Peran tenaga kesehatan sebagai motivator tidak kalah penting dari peran lainnya. Mubarak (2012) menjelaskan bahwa seorang tenaga kesehatan harus mampu memberikan motivasi, arahan, dan bimbingan dalam meningkatkan kesadaran pihak yang dimotivasi agar tumbuh ke arah pencapaian tujuan yang diinginkan. Novita (2011) menjelaskan bahwa tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya sebagai *motivator* memiliki ciri-ciri yang perlu diketahui, yaitu melakukan pendampingan, menyadarkan, dan mendorong kelompok untuk mengenali masalah yang dihadapi, dan dapat mengembangkan potensinya untuk memecahkan masalah tersebut.

3. Fasilitator

Tenaga kesehatan harus mampu menjadi seorang pendamping dalam suatu forum dan memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya mengenai penjelasan yang kurang dimengerti (Sardiman, 2007). Menjadi seorang fasilitator tidak hanya di waktu pertemuan atau proses penyuluhan saja, tetapi seorang tenaga kesehatan juga harus mampu menjadi seorang fasilitator secara khusus, seperti menyediakan waktu dan tempat ketika pasien ingin bertanya secara lebih mendalam dan tertutup.

4. Konselor

Konselor adalah orang yang memberikan bantuan kepada orang lain dalam membuat keputusan atau memecahkan suatu masalah melalui pemahaman terhadap fakta-fakta, harapan, kebutuhan dan perasaan-perasaan klien. Proses dari pemberian bantuan tersebut disebut juga konseling.

I.5.4 Penyakit Menular

I.5.4.1 Definisi Penyakit Menular

Penyakit menular merupakan sebuah fenomena yang disebabkan oleh bakteri, virus, atau parasit yang dapat ditularkan melalui media tertentu (Vatimatunnimah, 2013). Penyakit menular tidak jarang disebut sebagai penyakit

infeksi karena penyakit ini diderita melalui infeksi virus, bakteri, atau parasit yang ditularkan melalui berbagai macam media. Lebih lanjut, Yudoyono (2008) menjelaskan bahwa penyakit menular merupakan hasil perpaduan berbagai faktor yang memiliki pengaruh yang cukup signifikan, factor-faktor tersebut adalah lingkungan, organisme penyebab penyakit, dan inang yang mana ketiga factor tersebut merupakan segitiga epidemiologi.

Dengan demikian, yang dimaksud dengan penyakit menular adalah sebuah fenomena yang disebabkan oleh faktor lingkungan dan organisme penyebab penyakit yang menyebabkan penyakit itu muncul. Dalam penelitian ini, penyakit yang difokuskan dalam pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” adalah penyakit Tuberkulosis.

I.6 Definisi Konsep

Berdasarkan teori-teori yang telah dikemukakan, maka definisi konsep yang relevan dengan teori yang dijabarkan adalah sebagai berikut:

1. Program adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh kelompok yang didukung sebuah kebijakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam penelitian ini, program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh aparat yang berbentuk pelaksanaan pelayanan kesehatan yang promotif, preventif, dan kuratif yang didukung dengan suatu peraturan untuk mencapai tujuan yang sudah ditetapkan.
2. *Extra Role Behaviour* adalah perilaku extra yang dilakukan oleh aparat yang tidak terpaku dengan satu kewajiban dan tanggung jawab formalnya. Dalam penelitian ini, *Extra Role Behaviour* yang dilakukan aparat adalah pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” di Kecamatan Duren Sawit, Jakarta Timur.
3. Dimensi dalam *Extra Role Behaviour* adalah segala jenis perilaku dalam *extra role behaviour* yang dilakukan oleh individu dalam organisasi. Yang mana dalam penelitian ini dimensi yang digunakan adalah *Altruism*, *Sportsmanship*, *Civic Virtue*, *Conscientiousness*, dan *Participation*.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi *Extra Role Behaviour* adalah aspek-aspek yang mempengaruhi aparat dalam melakukan *Extra Role Behaviour*. Dalam penelitian ini, faktor-faktor yang mempengaruhi *Extra Role Behaviour* aparat dalam pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” adalah budaya dan iklim organisasi dan kepuasan kerja.
5. Aparat adalah sumber daya manusia yang bekerja sesuai dengan kemampuannya di bidang masing-masing sesuai dengan ketentuan formalnya. Lebih lanjut, aparat yang ada dalam program Ketuk Pintu Layani Dengan Hati adalah petugas yang diturunkan oleh puskesmas terbentuk dalam sebuah tim yang berisikan dokter, bidan, dan perawat serta kader-kader kesehatan yang ada di wilayah tempat tinggalnya masing-masing.
6. Aparat Tenaga Kesehatan adalah individu yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan dalam melakukan upaya kesehatan. Dalam penelitian ini dokter, perawat, dan bidan yang tergabung dalam tim puskesmas dan kader-kader kesehatan yang tergabung dalam tim kader kesehatan untuk melaksanakan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”.
7. Penyakit menular adalah sebuah fenomena yang disebabkan oleh faktor lingkungan dan organisme penyebab penyakit yang menyebabkan penyakit itu muncul. Dalam penelitian ini, penyakit yang difokuskan dalam pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” adalah penyakit Tuberkulosis.

I.7 Metode Penelitian

Metode penelitian adalah keseluruhan proses berfikir mulai dari perumusan masalah kemudian menjabarkan kerangka teoritis tertentu, kemudian dilakukan pengumpulan data dan pengujian empiris sampai dengan penjelasan dan penarikan kesimpulan atas gejala sosial yang diteliti.

Dalam penelitian ini yang fokusnya pada *Extra Role Behaviour* aparat dalam pelaksanaan program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”, peneliti menggunakan metode penelitian kualitatif. Metode ini merupakan satu-satunya cara yang relevan untuk memahami fenomena sosial (tindakan manusia).

Menurut Moleong (2011), penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan lain-lain secara holistic dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah.

Dari pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa penelitian kualitatif merupakan metode yang memfokuskan pada pemahaman fenomena sosial dari sudut pandang subjek penelitian secara deskriptif.

I.7.1 Tipe Penelitian

Penelitian ini bersifat deskriptif, yang menurut Creswell (2018) merupakan metode penelitian yang berusaha mengeksplorasi dan memahami makna yang oleh sejumlah individu atau sekelompok orang dianggap berasal dari masalah sosial atau kemanusiaan. Lebih lanjut, Neuman (2017) menjelaskan tujuan dari penelitian deskriptif yakni sebagai berikut:

- a. memberikan gambaran yang akurat dan terperinci
- b. menemukan data baru yang sifatnya berkontradiksi terhadap data lama yang telah ditemukan sebelumnya
- c. menciptakan kategorisasi atau klasifikasi jenis
- d. menjelaskan rangkaian langkah atau tahapan
- e. melakukan dokumentasi proses ataupun mekanisme sebab akibat
- f. memberikan laporan tentang latar belakang atau konteks situasi.

Berdasarkan tujuan diatas, maka dalam penelitian ini peneliti memberikan gambaran fenomena sosial secara sistematis mengenai *extra role behaviour* dalam implementasi program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” yang dilakukan di salah satu puskesmas di Jakarta Timur yakni Puskesmas Kecamatan Duren Sawit, Jakarta Timur.

Alasan lebih lanjut peneliti menggunakan tipe penelitian deskriptif dalam penelitian ini karena merujuk kepada penjelasan yang sudah dijabarkan dalam kerangka teori. Lebih lanjut, tipe penelitian ini hanya sebatas pada bahasan agar dapat menggambarkan suatu masalah, keadaan atau peristiwa secara obyektif agar

dapat diungkap fakta-fakta mengenai keadaan yang sebenarnya tanpa ada intervensi pada terhadap kealamian obyek penelitian.

I.7.2 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ialah tempat dimana peneliti dapat menemui informan yang akan memberikan informasi yang relevan dan valid terkait dengan kajian penelitian yang dilakukan. Alasan pemilihan lokasi penelitian disebabkan karena dalam implementasi program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”, Kota Administrasi Jakarta Timur memiliki angka harapan hidup yang tertinggi diantara seluruh daerah kabupaten/kota di Provinsi DKI Jakarta yang mana indikator tersebut merupakan salah satu keluaran atau hasil dari adanya implementasi program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati”. Penentuan lokasi kemudian diperkecil menjadi sektor kecamatan, yang mana dalam penelitian ini dipilihlah kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur karena dalam implementasi program “Ketuk Pintu Layani Dengan Hati” kecamatan tersebut memiliki hasil capaian penurunan angka beberapa penyakit menular yang ada di lingkungan masyarakat.

I.7.3 Teknik Penentuan Informan

Penentuan informan dengan prosedur *purposif* adalah menentukan kelompok peserta yang menjadi informan sesuai dengan kriteria terpilih yang relevan dengan masalah penelitian tertentu (Bungin, 2007). Lebih lanjut, Bungin menjelaskan bahwa informan penelitian adalah subjek yang memahami informasi objek penelitian sebagai pelaku maupun orang lain yang memahami objek penelitian. Seseorang atau sesuatu diambil sebagai sampel karena peneliti menganggap bahwa seseorang atau sesuatu tersebut memiliki informasi yang diperlukan bagi penelitian. Memiliki informasi dalam artian memiliki pengetahuan, pengalaman, dan memahami permasalahan. Teknik ini memberikan kemudahan kepada peneliti untuk menentukan informan yang akan diwawancarai sesuai dengan tujuan penelitian. Adapun yang menjadi *key-informant* dalam penelitian ini adalah Pak Ariyono selaku Staf Biro Kesejahteraan Masyarakat, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta. Kemudian, berkembang menjadi *snowball* dengan mewawancarai Ibu dr. Octo selaku Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Dinas Kesehatan Provinsi DKI

Jakarta beserta dua stafnya yakni Mbak Rima dan Bapak Esep. Setelah wawancara dengan staf dari Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, dilanjutkan dengan mewawancarai Ibu Tuti selaku Kepala Koordinator Program Ketuk Pintu Layani Dengan Hati, Puskesmas Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur. Kemudian, dilanjutkan dengan mewawancarai kader-kader kesehatan yang ada di Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi yang berjumlah 7 orang yang mewakili setiap kelurahan yang ada di Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur.

Adapun informan dalam penelitian ini adalah:

1. Bapak Ariyono selaku Staf Biro Kesejahteraan Sosial, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta
2. Ibu dr. Octo selaku Kepala Staf Bidang Kesehatan Masyarakat, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
3. Mbak Rima selaku staf Bidang Kesehatan Masyarakat, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
4. Bapak Esep selaku staf Bidang Kesehatan Masyarakat, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
5. Ibu Tuti selaku Kepala Koordinator Program Ketuk Pintu Layani Dengan Hati, Puskesmas Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur
6. Ibu Mamiek selaku Kader Kesehatan di Kelurahan Duren Sawit, Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur
7. Ibu Nena selaku Kader Kesehatan di Kelurahan Pondok Bambu, Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur
8. Ibu Yunita selaku Kader Kesehatan di Kelurahan Pondok Kelapa, Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur
9. Ibu Gayatri selaku Kader Kesehatan di Kelurahan Pondok Kopi, Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur
10. Ibu Tri selaku Kader Kesehatan di Kelurahan Malaka Jaya, Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur
11. Ibu Siti selaku Kader Kesehatan di Kelurahan Malaka Sari, Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur

12. Ibu Onni selaku Kader Kesehatan di Kelurahan Klender, Kecamatan Duren Sawit, Kota Administrasi Jakarta Timur

I.7.4 Teknik Pengumpulan Data

Dalam pelaksanaan pengumpulan data terdapat enam sumber yaitu: dokumen, rekaman arsip, wawancara, pengamatan langsung, observasi partisipan, dan perangkat-perangkat fisik (Yin, 2011). Proses penelitian studi kasus menurut Yin adalah:

- a. Mendefinisikan dan merancang penelitian. Peneliti melakukan kajian pengembangan teori atau konsep untuk menentukan kasus atau kasus-kasus dan merancang protokol pengumpulan data.
- b. Menyiapkan, mengumpulkan, dan menganalisis data. Peneliti melakukan persiapan, pengumpulan dan analisis data berdasarkan protokol penelitian yang telah dirancang sebelumnya.
- c. Menganalisis dan menyimpulkan. Pada kasus tunggal, hasil penelitian digunakan untuk mengecek kembali kepada konsep atau teori yang telah dibangun pada tahap pertama penelitian

I.7.5 Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data

Teknik pemeriksaan keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik Triangulasi Data. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu (Moleong, 2011). Denzin (dalam Moleong, 2011) membedakan empat macam triangulasi sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik dan teori. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik pemeriksaan keabsahan data triangulasi dengan sumber dan triangulasi dengan metode. Menurut Patton dalam Moleong (2011) triangulasi dengan sumber berarti “*membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif*”. Sedangkan triangulasi dengan metode menurut Patton dalam Lexy J. Moleong (2011) terdapat dua strategi, yaitu (1) pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa teknik

pengumpulan data dan (2) pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang sama. Dengan teknik triangulasi dengan sumber, peneliti membandingkan hasil wawancara yang diperoleh dari masing-masing sumber atau informan penelitian sebagai pembanding untuk mengecek kebenaran informasi yang didapatkan. Selain itu peneliti juga melakukan pengecekan derajat kepercayaan melalui teknik triangulasi dengan metode, yaitu dengan melakukan pengecekan hasil penelitian dengan teknik pengumpulan data yang berbeda yakni wawancara, observasi, dan dokumentasi sehingga derajat kepercayaan data dapat valid.

I.7.6 Teknik Analisis Data

Menurut Miles et al. (2014), terdapat tiga jalur analisis data kualitatif yakni reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Reduksi data adalah proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Proses ini berlangsung terus menerus selama penelitian berlangsung. Reduksi data merupakan bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu, dan mengorganisasi data dengan cara sedemikian rupa sehingga kesimpulan akhir dapat diambil. Reduksi dilakukan dengan cara seleksi ketat atas data, ringkasan, dan menggolongkannya dalam pola yang lebih luas. Penyajian data adalah penyusunan informasi sehingga memberi kemungkinan akan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Penulis disini menggunakan seluruh jalur atau cara analisis data kualitatif dikarenakan informasi yang akan diperoleh penulis mungkin akan banyak sehingga diperlukan instrumen dan cara yang baik dalam mengolah data kualitatif.