

Pengaruh Program Ketuk Pintu Layani Dengan Hati terhadap Status Kesehatan Keluarga

Nurul Husnul Lail¹, Aliffatma Erlindya Sayekti²

^{1,2}Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Nasional

Jl. Sawo Manila, Pasar Minggu Jakarta Selatan, 12520

Email : ¹nurulhusnul76@gmail.com, ²aliffatmasayekti@gmail.com

Abstrak

Program Ketuk Pintu Layani dengan Hati merupakan program yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan keluarga. Di Provinsi DKI Jakarta kasus TB meningkat menjadi 35.733 (9,9%) kasus/tahun dari 360.770 kasus/tahun di seluruh Indonesia; dan untuk AIDS di tahun 2017 turun menjadi 423 (9,28%) kasus/tahun dari 4.555 kasus/tahun di seluruh Indonesia. Status kesehatan yang buruk dapat mengakibatkan masyarakat rentan terhadap penyakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh program KPLDH terhadap status kesehatan keluarga. Jenis penelitian ini merupakan survei analitik dengan desain case control. Penelitian ini menggunakan teknik nonprobability sampling dengan jenis purposive sampling, yaitu sebanyak 50 responden. Pengambilan data dengan instrument lembar kuesioner. Data dilakukan analisis univariat dan bivariat dengan metode Paired T-test. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada analisis univariat pre-test kelompok eksperimen 13 (54%) responden berstatus keluarga pra sehat dan pada post-test terdapat 17 (68%) responden berstatus keluarga sehat. Sedangkan pada kelompok kontrol, hasil pre-test dan post-test tidak ada perubahan, yaitu 15 (60%) responden berstatus keluarga pra sehat. Ada perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi menggunakan program KPLDH terhadap status kesehatan keluarga pada kelompok eksperimen dan kontrol dengan P value = 0,001. Program KPLDH ini dapat meningkatkan status kesehatan keluarga, tetapi masih banyak yang belum mengetahui program ini. Diharapkan Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru dapat melakukan kemitraan dengan kader kesehatan serta tokoh masyarakat untuk membantu dalam memperlancar kegiatan pendataan keluarga.

Kata kunci : Program Ketuk Pintu Layani dengan Hati (KPLDH), status kesehatan keluarga

Abstract

The Serve Door Knock with Heart Program is a program that aims to improve family health status. In DKI Jakarta Province TB cases increased to 35,733 (9.9%) cases / year from 360,770 cases / year throughout Indonesia; and for AIDS in 2017 it dropped to 423 (9.28%) cases / year from 4,555 cases / year throughout Indonesia. Poor health status can make people vulnerable to disease. This study aims to determine the effect of the KPLDH program on family health status. This type of research is an analytical survey with a case control design. This study uses nonprobability sampling technique with a type of purposive sampling, which is as many as 50 respondents. Retrieving data with instrument questionnaire sheets. Univariate and bivariate data were analyzed using the Paired T-test method. The results showed that in the univariate pre-test analysis of the experimental group 13 (54%) respondents were pre-healthy family status and in the post-test there were 17 (68%) respondents with healthy family status. Whereas in the control group, the results of the pre-test and post-test did not change, is 15 (60%) respondents were pre-healthy family status. There were significant differences between before and after the intervention using the KPLDH program on family health status in the experimental and control groups with P value = 0.001. This KPLDH program can improve family health status, but many still do not know about this program. It is expected that the Kebayoran Baru District Health Center can partner with health cadres and community leaders to assist in facilitating family data collection activities.

Keywords : Hospitals, Patient safety goals, Accreditation

Pendahuluan

WHO menyatakan 10 penyebab kematian teratas berasal dari 6 penyakit tidak menular (PTM); 3 penyakit menular (PM), gangguan reproduksi, dan gizi; serta 1 dari cedera. Penyakit jantung iskemik dan stroke adalah pembunuh terbesar di dunia, bertanggung jawab atas 15,2 juta kematian gabungan pada 2016. Kedua penyakit ini tetap menjadi penyebab utama kematian secara global dalam 15 tahun terakhir. Penyakit paru obstruktif kronis merenggut 3 juta jiwa pada tahun 2016, sedangkan kanker paru-paru (bersama dengan kanker trakea dan bronkus) menyebabkan 1,7 juta kematian. Diabetes membunuh 1,6 juta orang pada tahun 2016, naik dari 1 juta kematian pada tahun 2000.¹

kasus TB baru dan pengobatan ulang. Setiap hari, ribuan orang Kanada menerima layanan perawatan kesehatan primer (PHC), biasanya melalui praktisi perawat, dokter umum atau dokter keluarga.²

Riset Kesehatan Dasar Riskesdas menunjukkan prevalensi PTM mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, antara lain kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes melitus, dan hipertensi. Prevalensi kanker naik dari 1,4% (Riskesdas 2013) menjadi 1,8%; prevalensi stroke naik dari 7% menjadi 10,9%; dan penyakit ginjal kronik naik dari 2% menjadi 3,8%. Berdasarkan pemeriksaan gula darah, diabetes melitus naik dari 6,9% menjadi 8,5%; dan hasil pengukuran tekanan darah, hipertensi naik dari 25,8% menjadi 34,1%. Kenaikan prevalensi penyakit tidak menular ini berhubungan dengan pola hidup, antara lain merokok, konsumsi minuman beralkohol, aktivitas fisik, serta konsumsi buah dan sayur. Sedangkan pada penyakit menular (PM), Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi ISPA turun dari 25% (Riskesdas 2013) menjadi 9,3%; prevalensi pneumonia naik dari 1,6% menjadi 2%; prevalensi TB Paru stabil di angka 0,4%; prevalensi diare naik dari

4,5% menjadi 6,8%; prevalensi hepatitis naik dari 0,2% menjadi 0,4%.³

Di negara berkembang seperti Brazil, berdasarkan data dari WHO (2018) melaporkan pada tahun 2016 PTM menyumbang 74% dari semua kasus kematian. Penyakit kardiovaskular menyumbang 28% kasus, kanker (18%), dan diabetes (5%), sedangkan untuk penyakit menular, masalah maternal, perinatal, dan gangguan gizi menyumbang 14% kasus kematian serta penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) menyumbang 6% kasus (WHO, 2018). Pada 2010, tingkat kematian kasar di Brazil adalah 6 kematian per 1.000 populasi. Penyebab utama kematian adalah penyakit jantung iskemik (52,4% kematian per 100.000 populasi), penyakit serebrovaskular (52,3%), dan neoplasma ganas pada organ pencernaan.⁴

Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah penyebab kematian terbanyak di Indonesia. Keadaan dimana penyakit menular masih merupakan masalah kesehatan penting dan dalam waktu bersamaan morbiditas dan mortalitas PTM makin meningkat merupakan beban ganda dalam pelayanan kesehatan, tantangan yang harus dihadapi dalam pembangunan bidang kesehatan di Indonesia. Proporsi angka kematian akibat PTM meningkat dari 41,7% pada tahun 1995 menjadi 49,9% pada tahun 2001 dan 59,5% pada tahun 2007, sebagian besar berusia dibawah 60 tahun, yang juga berdampak negatif terhadap produktivitas dan pembangunan, dengan demikian juga akan menyebabkan kemiskinan karena menghabiskan waktu dan biaya yang besar untuk pengobatan. Penyebab kematian tertinggi dari seluruh penyebab kematian adalah stroke (15,4%), disusul hipertensi, diabetes, kanker, dan penyakit paru obstruktif kronis. Kematian akibat PTM terjadi di perkotaan dan perdesaan. Data Riskesdas 2007 menunjukkan di perkotaan, kematian akibat stroke pada kelompok usia 45-54 tahun sebesar 15,9%, sedangkan di perdesaan sebesar 11,5%. Hal tersebut menunjukkan PTM (utamanya stroke)

menyerang usia produktif. Sementara itu prevalensi PTM lainnya cukup tinggi, yaitu: hipertensi (31,7%), arthritis (30.3%), penyakit jantung (7.2%), dan cedera (7,5%).⁵

Akibatnya cahaya matahari dan sirkulasi udara sangat terbatas atau sangat sulit masuk ke dalam rumah-rumah warga. Dengan begitu, akan mudah bakteri dan virus untuk berkembang dan menyebar di wilayah tersebut. Warga yang memelihara hewan unggas, mereka meletakkannya tepat didepat rumah, sehingga kotorannya akan mencemari tidak hanya rumah si pemilik namun juga rumah tetangga sekitarnya. Tidak hanya itu, jika unggas tersebut tidak dirawat dengan baik dan sakit, hal ini sangat berbahaya untuk warga, karena mereka bisa sakit akibat terkena virus atau bakteri yang bersumber dari unggas. Tim KPLDH yang ada di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru berjumlah 23 petugas. Terdiri dari Dokter, Bidan, dan Perawat. Dengan adanya program KPLDH ini, berdampak positif pada peningkatan capaian kunjungan sehat ke Puskesmas, meningkatnya kasus PTM dan/atau penyakit menular yang terkontrol, dan memperkuat kerjasama lintas sektoral.

Dibentuknya Program KPLDH bertujuan untuk penguatan bidang kesehatan masyarakat sampai dengan tingkat kelurahan dan meningkatkan kemitraan lintas sektor dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta meningkatkan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

Metode

Rancangan penelitian ini menggunakan *pre-test and post-test nonequivalent control group design*, yaitu penelitian ini terdapat dua kelompok yang tidak dipilih secara random. Keduanya kemudian diberi *pre-test* untuk mengetahui keadaan awal dan perbedaan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.⁶

Berdasarkan desain penelitian yang telah dipaparkan, penelitian ini melakukan

dua kali tes pada masing-masing kelompok. Tes awal dilakukan terhadap kelompok eksperimen dan kelompok kontrol untuk mengetahui hasil awal status kesehatan keluarga sebelum diberikan perlakuan. Kemudian dilakukan intervensi pada kelompok eksperimen berupa hadirnya program Ketuk Pintu Layani dengan Hati (KPLDH), sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan apapun. Kemudian dilakukan tes akhir status kesehatan keluarga pada masing-masing kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Setelah kedua kelompok melakukan tes akhir, hasil keduanya kemudian dibandingkan atau di uji perbedaannya. Perbedaan yang signifikan antara kedua nilai di kelompok eksperimen dan kelompok kontrol akan menunjukkan pengaruh dari perlakuan yang telah diberikan.⁷

Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh masyarakat yang tinggal di RT 012 RW 05 Kelurahan Petogogan wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru tahun 2019, yaitu sebanyak 200 KK. Adapun teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan jenis *purposive sampling*, dimana peneliti menentukan pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu.

Jumlah sampel pada penelitian ini yaitu 50 Kepala Keluarga (KK) yang tinggal di RT 012 RW 05 Kelurahan Petogogan wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Jakarta Selatan. Kriteria sampel yang diambil memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Yang termasuk kedalam kriteria inklusi yaitu. Keluarga yang berdomisili dan beralamat tinggal minimal 6 bulan di RT 012 RW 05 Kelurahan Petogogan wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Jakarta Selatan. Bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusi yaitu keluarga yang tinggal tidak menetap di RT 012 RW 05 Kelurahan Petogogan wilayah kerja Puskesmas Kecamatan

Kebayoran Baru Jakarta Selatan.

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan pedoman wawancara, yaitu panduan dalam melakukan kegiatan wawancara yang terstruktur dan telah ditetapkan oleh pewawancara dalam mengumpulkan data-data penelitian. Pedoman wawancara untuk wawancara ini digunakan untuk mendapatkan data primer langsung dari responden. Instrumen pada penelitian ini dijelaskan sebagai berikut :

1. Instrumen berisi penilaian obyektif tentang status kesehatan keluarga, berisi hasil pernyataan (*post-test*) serta hasil wawancara program KPLDH dengan melihat Indikator Keluarga Sehat (IKS).
2. Instrumen Indikator Keluarga Sehat (IKS), sebuah keluarga dikategorikan sehat jika skor hasil penghitungan IKS keluarga tersebut $> 0.8 - \leq 1$, dikategorikan pra-sehat jika skor hasil penghitungan IKS keluarga tersebut $\geq 0.5 - \leq 0.8$, dan sebuah keluarga dikategorikan tidak sehat jika nilai IKS nya < 0.5

Analisis data dilakukan secara bertahap yaitu analisis univariat dan bivariate. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variable penelitian, untuk melihat distribusi frekuensi tiap variabel. Analisis univariat digunakan untuk mengetahui distribusi dan persentase dari tiap variable bebas (status kesehatan keluarga) dengan variable terikat (program Ketuk Pintu Layani dengan Hati).

Analisis bivariate dilakukan dengan langkah berikut:

Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui normal tidaknya sebaran data penelitian. Uji normalitas dilakukan pada skor *pre-test* dan *post-test* dengan menggunakan rumus *Kolmogrov-Smirnov* yang dilakukan dengan kaidah *Asymp.Sig* atau nilai *p* pada taraf signifikan alpha sebesar 5%. Jika $p > 0,05$ maka data

tersebut berdistribusi normal. Perhitungan normalitas ini menggunakan bantuan *computer program SPSS versi 24*.

Uji Homogenitas

Uji homogenitas dilakukan untuk mengetahui apakah sampel yang diambil dari populasi memiliki varian yang sama atau tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan antara satu dengan yang lain. Uji homogenitas dilakukan pada skor hasil *pre-test* dan *post-test*, dengan kaidah dikatakan homogen jika nilai signifikan hitung lebih besar dari taraf signifikan 0,05 (5%). Perhitungan homogenitas dilakukan dengan uji *Levene's Test* dengan bantuan *computer program SPSS versi 24*.

Teknik analisis data yang digunakan untuk menguji hipotesis dalam penelitian ini adalah uji *Paired T-test*, adalah uji parametris untuk mengukur signifikansi perbedaan antara 2 kelompok data berpasangan berskala ordinal atau interval atau rasio berdistribusi normal (Notoadmodjo, 2014). Dengan hasil analisis uji hipotesis dengan ketentuan, $P \text{ value} < \alpha (0,05)$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima (ada perbedaan). Sedangkan $P \text{ value} > \alpha (0,05)$, maka H_0 diterima dan H_a ditolak (tidak ada perbedaan). Dibantu dengan menggunakan *software (Statistical Program For Social Science)* versi 24.

Hasil

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa pada *pre-test* kelompok eksperimen dari 25 responden, didapatkan 13 (52%) responden termasuk kategori keluarga pra sehat sebagai hasil terbanyak. Sedangkan setelah diberikan intervensi dan dilakukan *post-test*, terjadi perubahan, yakni 17 (68%) responden tergolong keluarga sehat sebagai hasil terbanyak. Pada kelompok kontrol, ketika responden diberikan *pre-test* terdapat 15 (60%) responden yang berstatus keluarga pra sehat dan setelah dilakukan *post-test* tanpa diberikan intervensi menunjukkan hasil yang sama, yaitu 15 (60%) responden yang berstatus keluarga pra sehat.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Status Kesehatan Keluarga *Pre-Test* dan *Post - Test* Kelompok Eksperimen dan Kontrol

Status Kesehatan Keluarga	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol	
	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<i>Pre-Test</i>				
Tidak Sehat	1	4	0	0
Pra Sehat	13	52	15	60
Sehat	11	44	10	40
<i>Post test</i>				
Tidak Sehat	0	0	0	0
Pra Sehat	8	32	15	60
Sehat	17	68	10	40
Total	25	100	25	100

Tabel 2. Uji Normalitas Kolmogrov-Smirnov Untuk Program KPLDH Terhadap Status Kesehatan Keluarga

	Kolmogrov-Smirnov		
	Nilai Asymp.Sig (2-tailed)	Taraf Signifikansi	Keputusan
Kelompok Kontrol	0,055	0,05	Normal
Kelompok Eksperimen	0,082	0,05	Normal

Tabel 3. Hasil Perhitungan Uji Homogenitas Status Kesehatan Keluarga pada Responden

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,422	1	48	0,239

Tabel 4. Perbedaan Status Kesehatan Keluarga *Pre-Test* dan *Post-Test* Kelompok Eksperimen dan Kontrol

Status Kesehatan Keluarga	Hasil		
	Mean	T-hitung	P-Value
<i>Pre-Test</i>			
Kelompok Eksperimen	0,8028	-3,858	0,001
Kelompok Kontrol	0,7868	-1,000	0,327
<i>Post-Test</i>			
Kelompok Eksperimen	0,8796	-3,858	0,001
Kelompok Kontrol	0,7912	-1,000	0,327

Tabel 5. Perbedaan Status Kesehatan Keluarga Kelompok Eksperime dan Kontrol

Variabel	Mean		T-hitung	P-Value
	Eksperimen	Kontrol		
Status Kesehatan Keluarga	0,8796	0,7912	2,252	0,034

Pada tabel 2 berdasarkan uji normahasil pengolahan data yang telah dilakukan untuk uji normalitas dengan menggunakan *Kolmogrov-Smirnov* menunjukkan bahwa residual data yang didapatkan tersebut mengikuti distribusi normal, berdasarkan hasil output

menunjukkan nilai *Kolmogrov-Smirnov* signifikansi pada $0,055 > 0,05$ dan $0,082 > 0,05$. Dengan demikian, residual data berdistribusi normal.

Dari tabel 3 kolom Levene Statistic diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,239. Hal tersebut menunjukkan bahwa $p =$

0,239 > 0,05; maka dapat dikatankan data berasal dari populasi yang homogeny.

Pada table 4 menunjukkan bahwa hasil analisis menggunakan uji *Paired T-test* dari 25 responden pada kelompok eksperimen yang dilakukan *pre-test* memiliki rata-rata nilai IKS 0,8028 (status kesehatan keluarga sehat) dan setelah dilakukan *post-test* memiliki nilai IKS dengan rata-rata 0,8796 (status keluarga sehat); dengan T-hitung-3,858; serta *P value* 0,001. Karena *P value* < 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada status kesehatan keluarga sebelum dan setelah adanya program KPLDH pada kelompok eksperimen.

Sedangkan pada kelompok kontrol, rata-rata nilai IKS pada *pre-test* yaitu 0,7868 atau rata-rata responden memiliki status kesehatan keluarga pra sehat dan rata-rata pada *post-test* sebesar 0,7912 (keluarga pra sehat); dengan nilai T-hitung = -1,000; serta *P value* = 0,327. Pada kelompok kontrol *P value* > 0,05 sehingga kesimpulannya tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada status kesehatan keluarga sebelum dan setelah adanya program KPLDH pada kelompok kontrol.

Berdasarkan table 5, didapatkan hasil T-hitung 2,252 dan *P value* sebesar 0,034 (*P value* < 0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara status kesehatan keluarga kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol setelah adanya program Ketuk Pintu Layani dengan Hati (KPLDH).

Pembahasan

Pada penelitian ini menggunakan desain *quasi experiment* dengan rancangan *pre-test and post-test nonequivalent control group design*. Penelitian ini dilakukan mulai dari Bulan November 2018 hingga Bulan Maret 2019 dengan sampel sebanyak 50 yang tinggal minimal 6 bulan di RT 012 RW 05 Kelurahan Petogogan wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru, Kota Jakarta Selatan, Provinsi DKI Jakarta tahun 2019.

50 responden ini terbagi menjadi dua kelompok, yaitu 25 responden sebagai kelompok kontrol dan 25 responden sebagai kelompok eksperimen.

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat dilakukan pembahasan dari penelitian mengenai pengaruh program Ketuk Pintu Layani dengan Hati (KPLDH) terhadap status kesehatan keluarga di Kelurahan Petogogan wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru tahun 2019.

Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh hasil penelitian menunjukkan bahwa pada *pre-test* kelompok eksperimen dari 25 responden, terdapat 1 (4%) responden yang termasuk kategori keluarga tidak sehat, 13 (52%) responden termasuk kategori keluarga pra sehat, dan 11 (44%) responden termasuk kategori keluarga sehat. Sedangkan setelah diberikan intervensi dan dilakukan *post-test*, terjadi perubahan, yakni 8 (32%) responden tergolong keluarga pra sehat, 17 (68%) responden tergolong keluarga sehat, dan tidak ada responden yang tergolong keluarga tidak sehat.

Pada kelompok kontrol, ketika responden diberikan *pre-test* terdapat 15 (60%) responden yang berstatus keluarga pra sehat, 10 (40%) responden berstatus keluarga sehat, dan tidak ada keluarga yang berstatus tidak sehat. Setelah dilakukan *post-test* tanpa diberikan intervensi, tidak ada perubahan jumlah status kesehatan keluarga pada responden, yaitu 15 (60%) responden yang berstatus keluarga pra sehat, 10 (40%) responden berstatus keluarga sehat, dan tidak ada keluarga yang berstatus tidak sehat.

Menurut WHO (1947) sehat adalah keadaan sejahtera, sempurna dari fisik, mental, dan sosial yang tidak terbatas hanya pada bebas dari penyakit atau kelemahan saja.

Setelah terpaparnya masyarakat dengan program KPLDH terjadi perubahan terhadap status kesehatan keluarga yang dinilai menggunakan Indikator Keluarga Sehat (IKS). Hal ini disebabkan karena

konseling; informasi; dan edukasi (KIE) serta rujukan bila ditemukan masalah atau penyakit yang diberikan oleh Tim KPLDH sehingga masyarakat menjadi mengetahui informasi kesehatan baik untuk diri sendiri maupun untuk anggota keluarga lainnya. Selain itu anggota keluarga yang memiliki masalah dan perlu dilakukan tindakan lebih lanjut seperti rujukan, bisa tertangani lebih dini. Penelitian ini didukung oleh penelitian Louisa,⁸ yang meneliti salah satu program dari *Primary Health Care* (PHC) yang berjudul “Evaluasi program KPLDH di Puskesmas Kelurahan Duren Sawit” yaitu menunjukkan bahwa terjadi peningkatan jumlah warga yang datang ke puskesmas untuk berobat serta kesadaran masyarakat akan perilaku hidup bersih dan sehat. Dalam menilai Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), peneliti menggunakan kuesioner sebagai instrument penilaian dengan 3 kategori yakni pengetahuan baik (didapatkan hasil 80%), perilaku baik (didapatkan hasil 80%), dan sikap baik (didapatkan hasil 80%).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Budiman, dkk yang juga memberikan hasil yang sejalan yaitu sebagian besar secara univariat berada dalam keadaan trend baik dan PHBS sebagian besar baik yaitu 57 orang (57,6%).⁹

Hasil penelitian ini berbeda dengan Gita yang menyebutkan bahwa Berdasarkan hasil kuesioner didapatkan jumlah responden yang tidak berperilaku PHBS rumah tangga sebanyak 227 orang (59.7%), sedangkan jumlah berperilaku PHBS rumah tangga sebanyak 153 orang (40.3%).¹⁰

Menurut pendapat peneliti perbedaan hasil penelitian tersebut diduga karena perbedaan karakteristik responden. Berdasarkan hasil observasi/pengamatan peneliti di lapangan, mayoritas warga berpendidikan SMA dan bekerja sebagai karyawan swasta dengan penghasilan rata-rata 1-3 juta rupiah. Warga yang tinggal di wilayah tempat penelitian rata-rata berusia 20-44 tahun dan lebih banyak penduduk

dengan jenis kelamin perempuan daripada laki-laki. Menurut Sunaryo,¹¹ faktor yang mempengaruhi perilaku sehat beberapa diantaranya adalah sosial ekonomi dan pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin baik pula perilaku sehatnya. Selain itu, menurut Hurlock,¹² usia juga dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Usia dewasa dini (18-40 tahun) merupakan periode penyesuaian diri terhadap pola-pola kehidupan dan dikenal dengan masa kreatif dimana individu memiliki kemampuan mental untuk mempelajari dan menyesuaikan diri, seperti mengingat hal-hal yang pernah dipelajari dan penalaran analogi. Perbedaan hasil penelitian tersebut juga dapat dikarenakan faktor lain yang tidak diteliti misalnya pengetahuan tentang pentingnya PHBS. Mungkin apabila tingkat pengetahuan responden tentang PHBS tinggi, maka responden dengan sadar akan menyiapkan tempat sampah sendiri, ikut dalam keanggotaan JKN, dan tidak/berhenti merokok.

Masalah dalam penelitian ini adalah dari 12 indikator keluarga sehat (IKS), terdapat indikator yang memiliki interpretasi jelek, yaitu pada indikator anggota keluarga tidak merokok. Dari total 50 responden, 30 (60%) responden diantaranya mempunyai anggota keluarga yang merokok baik di dalam maupun di luar rumah. Untuk itu, hal yang dapat dilakukan selain KIE secara personal maupun kelompok tentang bahaya merokok, dapat juga membentuk komunitas berhenti merokok bagi mereka yang ingin berhenti merokok tapi mengalami kesulitan.

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan *Paired T-test* didapatkan hasil rata-rata nilai IKS (Indikator Keluarga Sehat) sebelum dan sesudah intervensi mengalami peningkatan, yaitu dari 0,8028 menjadi 0,8796; dan *P value* = 0,001 (*P value* < 0,05), maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan pada status kesehatan keluarga sebelum dan

setelah adanya program KPLDH untuk masyarakat.

Penelitian ini didukung oleh penelitian Lanoh, menyebutkan bahwa pengetahuan responden menunjukkan P value = 0,012. Dengan demikian, hasil penelitian ini terdapat hubungan antara pemanfaatan posyandu dengan status gizi balita.

Penelitian dari Fithria, juga mendukung peneliti mengenai pengaruh program-program yang ada dalam PHC, yaitu memiliki hasil penelitian yang menunjukkan ada hubungan pemanfaatan posyandu dengan status gizi balita (P value = 0,000).

Menurut peneliti, intervensi dengan program KPLDH ini dapat mengubah status kesehatan keluarga secara signifikan dikarenakan status pendidikan yang mayoritas berpendidikan terakhir SLTA/SMA/ sederajat dan bekerja sebagai karyawan swasta dengan penghasilan rata-rata Rp 1.000.000,00 – Rp 3.000.000,00. Dengan latar belakang pendidikan yang lebih tinggi, mengakibatkan intervensi yang diberikan berupa KIE dan rujukan oleh Tim KPLDH dapat diterima dan dipahami lebih mudah. Meskipun penghasilan rata-rata responden dibawah standar penghasilan minimum di Provinsi DKI Jakarta, namun karena mayoritas dan hampir semua responden telah menjadi anggota JKN, sehingga biaya tidak akan menjadi kendala.

Berdasarkan pengamatan peneliti, pendekatan secara personal/individu oleh petugas kesehatan dari Tim KPLDH terhadap warga yang memiliki masalah, juga menjadi salah satu pendukungnya. Karena secara emosional atau psikologis, warga merasa sangat diperhatikan oleh petugas kesehatan. Cara penyampaian KIE dengan bahasa yang baik, mudah dimengerti, dan dengan sikap lembut, memberikan sentuhan serta senyuman juga berpengaruh terhadap sikap timbal balik responden. Selain itu, belum ada program yang mirip atau serupa dengan KPLDH di wilayah responden, sehingga salah satu

dampak positifnya yaitu antusiasme responden terhadap program ini. Responden di wilayah penelitian mayoritas adalah pekerja yang hampir sulit meluangkan waktu untuk melakukan pemeriksaan kesehatan. Saat sakitpun, warga jarang untuk memeriksakan diri ke Puskesmas atau fasilitas kesehatan lain dan memilih membeli obat di warung karena kesibukan mereka. Dengan adanya program KPLDH dimana petugas medis datang ke rumah warga melakukan pendataan dan pemeriksaan kesehatan secara gratis, hal ini mempermudah warga untuk berinteraksi atau kontak langsung dengan petugas medis.

Program Ketuk Pintu Layani dengan Hati (KPLDH) yang menjadi inovasi Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta ini dapat memberikan pengaruh yang baik atau memberikan dampak positif terhadap peningkatan status kesehatan keluarga. Sehingga saran peneliti agar pihak Puskesmas dapat menjalin kemitraan dengan kader kesehatan serta tokoh masyarakat setempat untuk membantu dalam memperlancar kegiatan pendataan keluarga. Sehingga akan meminimalisir penolakan warga untuk dilakukan pendataan dan pemeriksaan kesehatan.

Simpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara status kesehatan keluarga kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol setelah adanya program Ketuk Pintu Layani dengan Hati (KPLDH) di Kelurahan Petogogan wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Kota Jakarta Selatan tahun 2019.

Daftar Pustaka

1. WHO, Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274512/9789241514620-eng.pdf?ua=1>, diakses 12 Maret 2019.
2. Public Health Agency of Canada, Health Status of Canadians 2016, <http://healthycanadians.gc.ca/publications/deparr>

- tment-ministere/state-public-health-status-2016-etat-sante-publique-statut/alt/pdf-eng.pdf, diakses 14 Maret 2019.
3. Riskesdas, Hasil Utama Riskesdas 2018 Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-riskesdas-2018.pdf>, diakses 12 Maret 2019.
 4. Pan American Health Organization, Health in the Americas, 2012 Edition: Country Volume, Brazil, https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=hia-2012-country-chapters-22&alias=118-brazil-118&Itemid=231&lang=en, diakses 14 Maret 2019.
 5. Kemenkes RI, Penyakit Tidak Menular (PTM) Penyebab Kematian Terbanyak di Indonesia, <http://www.depkes.go.id/article/print/1637/penyakit-tidak-menular-ptm-penyebab-kematian-terbanyak-di-indonesia.html>, diakses 12 Maret 2019.
 6. Sugiyono, Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D, Bandung: 2011 Alfabeta.
 7. Sugiyono, Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D, Bandung: 2010, Alfabeta.
 8. Louisa. Evaluasi program KPLDH di Puskesmas Kelurahan Duren Sawit; 2017.
 9. Budiman, dkk. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga di Kelurahan Utama Kecamatan Cimahi Selatan Kota Cimahi. 2012.
 10. Gita. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Pada Tatanan Rumah Tangga di Wilayah Kerja Puskesmas Poned X; 2018.
 11. Sunaryo. Psikologi untuk pendidikan. Jakarta: EGC; 2004.
 12. Hurlock E. Psikologi perkembangansuatu kehidupan sepanjang rentang kehidupan. Edisi kelima. Jakarta: Erlangga; 1996.
 13. Lanoh. Hubungan Pemanfaatan Posyandu dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado. 2015
 14. Fithria. Hubungan Pemanfaatan Posyandu dengan Status Gizi Balita di Kecamatan Kota Jantho. 2014