

KESESUAIAN PELAYANAN KONTRASEPSI AKDR OLEH BIDAN TERHADAP PELAKSANAAN SOP DI PUSKESMAS KOTA SEMARANG

Sri Rahayu

Staf Pengajar Akademi Kebidanan Uniska Kendal

Email : virakina@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang Berdasarkan data Bapermasper dan KB terjadi peningkatan akseptor AKDR 2,77% dari tahun 2011 – 2012, namun masih ada bidan tidak menerapkan pelayanan AKDR sesuai SOP (10%). Pada wawancara dengan pemegang program ada laporan permasalahan bahwa bidan dalam melakukan pelayanan tidak sesuai SOP (10%). Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis kesesuaian pelayanan kontrasepsi AKDR oleh bidan terhadap pelaksanaan SOP di puskesmas kota Semarang. **Metode Penelitian** : penelitian ini menggunakan pendekatan cross sectional. Pengumpulan data menggunakan angket. Variabel bebas adalah masa kerja, pengetahuan, supervisi yang diterima dan variabel terikat adalah pelayanan AKDR. Subyek penelitian adalah 81 bidan puskesmas. Analisis data dilakukan secara univariat (distribusi frekuensi tabel) analisis bivariat (uji statistik chi quere). **Hasil penelitian:** penelitian ini didapatkan rata-rata masa kerja 12 tahun, untuk pengetahuan baik (54.3%) supervisi baik (56.8%) pelayanan AKDR baik (51.9%). Analisis bivariat pada masa kerja ($p = 0.237$) berarti tidak ada hubungan dengan pelayanan AKDR sesuai SOP, pengetahuan ($p = 0.001$) dan supervisi ($p = 0.0001$) berarti ada hubungan dengan pelayanan AKDR sesuai SOP. **Simpulan:** pengetahuan bidan dan supervisi dari DKK Semarang berpengaruh secara signifikan terhadap kesesuaian pelayanan AKDR Bidan dengan pelaksanaan SOP.

Kata Kunci : Pelayanan AKDR, bidan puskesmas, SOP pelayanan kontrasepsi.

ABSTRACT

Background Based on data Bapermasper and KB IUD acceptors increased 2.77% from the year 2011 to 2012, but still found the midwife did not appropriate SOP IUD services (10%). Aside from a midwife based on interviews with program holder, still no reports of problems that midwife in performing the service does not match SOP (10%). The purpose of this study was to analyze the suitability IUD contraceptive services by midwife on the implementation of SOP in the Semarang's clinic. **Methods of research** : Research is a quantitative research with cross sectional. Data collecting is done using a questionnaire. Independent variables were emplotment, knowledge supervision received and dependent variable is IUD services. Subject were 81 midwife. The data were analyzed univariat (frequency distribution table) bivariate analysis (statistical tests chi Quere). **Result** : Research, average tenure of 12 years, for good knowledge (54.3%) good supervision (56.8%) either IUD services (51.9%). Analysis bivariate work period ($p = 0.237$) indicates no relationship with service of IUD according to SOP, while knowledge ($p = 0.001$) and supervision ($p = 0.0001$) means that there is a connection with service of IUD according to SOP. **Conclusion:** Midwife knowledge and supervision of Semarang Health Office significantly affect the suitability of Midwife IUD services with implementation of SOP.

Keyword : IUD services, health center midwife, SOP contraceptive services.

A. PENDAHULUAN

Latar Belakang

Salah satu program untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan menekan angka pertumbuhan penduduk yakni melalui program Keluarga Berencana (KB). Program KB memiliki peran dalam menurunkan risiko kematian ibu melalui pencegahan kehamilan, penundaan usia kehamilan serta menjarangkan kehamilan dengan sasaran utama adalah Pasangan Usia Subur (PUS). Di Indonesia jumlah peserta KB AKDR pada tahun 2009 : 0,043 %, tahun 2010 : 4,32% , tahun 2011 : 11,03%. Data dari BKKBN Provinsi Jawa Tengah, menunjukkan peserta KB AKDR dari tahun 2009 (8,77 %) tahun 2010 (6,19 %), tahun 2011 (11,72%). Hasil risekdas tahun 2010 menunjukkan jumlah peserta KB AKDR hanya (59,40 %). (Kemenkes RI, 2010) Sedangkan dari profil Dinas Kesehatan Kota Semarang data kematian ibu di kota Semarang yaitu 19 orang (73,79/100.000 KH) pada tahun 2010 dan 31 orang (119,91/100.000 KH) pada tahun 2011 sedangkan angka kematian bayi 433 bayi (16,82/1000) tahun 2010 dan 314 bayi (12,15/1000) pada tahun 2011. (Bappermaser&KB, 2009)

Jumlah peserta KB AKDR dapat terjadi penurunan disebabkan karena beberapa faktor seperti : 1) ketidaktahuan peserta tentang kelebihan AKDR. Dimana pengetahuan terhadap alat kontrasepsi merupakan pertimbangan dalam menentukan metode kontrasepsi

yang digunakan. 2) Kualitas pelayanan KB, dilihat dari segi ketersediaan alat kontrasepsi, ketersediaan tenaga yang terlatih dan kemampuan medis teknis petugas pelayanan kesehatan. Dengan kemampuan teknis medis petugas masih kurang dan terjadi penurunan peserta AKDR yang menyebabkan akseptor tidak menggunakan alat kontrasepsi maka akseptor akan hamil. Kehamilan yang tidak diinginkan menyebabkan terjadi resiko dalam kehamilan. Resiko dalam kehamilan dapat sebagai penyumbang kematian ibu maternal. (BKKBN, 2008)

Keberhasilan pelayanan Keluarga Berencana tergantung pada cara petugas menangani efek samping dan komplikasi yang mungkin timbul serta kelangsungan dan kelanjutan kesertaannya. Oleh karena itu peran pelayanan pada masing – masing tahap sama pentingnya, dan mutu pelayanan KB tergantung pula pada mutu pelayanan pada semua tahap. (Assaf.A.F.A, 2009)

Dalam upaya meningkatkan kualitas dilakukan dengan peningkatan ketrampilan petugas klinik dengan menggunakan pedoman pelayanan dan *standart operational procedure* (SOP), pelatihan teknis yang berkesinambungan serta pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana. (Depkes, 2004)

Pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi yang berkualitas telah menjadi tuntutan berbagai lapisan masyarakat, disamping kewajiban yang harus selalu diupayakan oleh pemerintah dan

pemberi pelayanan. Kebijakan pelayanan kontrasepsi tidak lagi berorientasi kepada pencapaian kuantitas (memaksimalkan akses dan cakupan) klien KB, tetapi harus berorientasi pula pada pemenuhan permintaan kualitas yang biasa diberikan secara maksimal. Upaya peningkatan pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi mencakup beberapa unsur pokok, antara lain pemberian perlindungan kepada klien dari resiko efek samping, penanganan komplikasi dan meminimalkan kemungkinan kegagalan pemakaian alat kontrasepsi. (Depkes, 2009)

Berdasarkan survey pendahuluan dari 30 bidan mengatakan di puskesmas Manyaran, puskesmas Halmahera, puskesmas Karangdoro dan puskesmas Karang Anyar didapatkan bidan tidak menerapkan pelayanan KB AKDR sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur) (10%), bidan tidak melakukan konseling pada setiap akseptor KB (15%) dan tidak menerapkan pencegahan infeksi sesuai prosedur (20%). Selain dari bidannya berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada pemegang program, bidan sudah dilatih dan dilakukan supervisi masih ada laporan tentang permasalahan bahwa bidan dalam melakukan pelayanan tidak sesuai SOP (10%).

Untuk mempertahankan dan meningkatkan pelaksanaan program KB, maka penyelenggaraan pelayanan harus dilaksanakan dengan memperhatikan mutu, karena dengan pelayanan yang bermutu akan dapat memperkecil

kemungkinan timbulnya berbagai resiko karena penggunaan kemajuan ilmu dan teknologi juga sekaligus akan dapat memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan masyarakat (*health needs and demand*) yang semakin meningkat. (Depkes, 2007)

Ditemukan bahwa mutu pelayanan AKDR yang diberikan oleh fasilitas kesehatan pemerintah masih belum sesuai seperti yang diharapkan. Masalah kualitas pelayanan yang ditemukan adalah dalam hal pelaksanaan pencegahan infeksi, prosedur klinis, konseling kepada klien dan ketersediaan alat yang belum lengkap. (Depkes, 2007) Berdasarkan hasil penelitian Febrianti (2003), bagi pemberi pelayanan KB dalam melakukan prosedur pemasangan AKDR diharuskan dengan meningkatkan *screening* calon akseptor KB AKDR dan meminimalkan kemungkinan terjadinya efek samping dengan memberikan informasi mengenai keuntungan dan kerugian AKDR. (Deppkes, 2007)

Dari hasil penyeliaan pelayanan KB yang diadakan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2010 menggunakan daftar tilik sarana dan prasarana dan daftar tilik pelayanan medis pelayanan KB yang terdiri dari pencegahan infeksi, konseling dan pelayanan klinik kontrasepsi di 37 Puskesmas diperoleh hasil bahwa dalam pelaksanaan konseling pada klien yang dilakukan bidan di puskesmas hanya sebanyak (45 %).

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat *cross-sectional*. Tempat penelitian di seluruh puskesmas Kota Semarang yang berjumlah 37 puskesmas. Dengan populasi seluruh bidan yang melayani pelayanan AKDR yang berjumlah 179 bidan di 37 puskesmas. Teknik dalam pengambilan sampel dengan cara teknik " *Probability Sampling*" yaitu setiap subyek dalam populasi mempunyai kesempatan untuk terpilih. Pengambilan sampel secara *probability* dengan kriteria inklusi :

- 1) Bidan yang melayani Kontrasepsi AKDR
- 2) Bidan yang sudah mengikuti pelatihan CTU.

Bidan yang memenuhi kriteria inklusi yaitu 101 bidan di 37 Puskesmas Kota Semarang. Dari 101 bidan, diambil secara proporsional dengan menggunakan rumus:

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

$$n = \frac{101}{1 + 101(0,05)}$$

$$n = 80,64 \text{ dibulatkan menjadi } 81$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel yang diteliti

N = Jumlah populasi

d = Tingkat kepercayaan, dalam penelitian ini, menggunakan tingkat kepercayaan 0,05

Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *simple random sampling* dengan alokasi proporsional yaitu pengambilan sampel anggota populasi dilakukan dengan memperhatikan proporsi dalam populasi itu. Dengan rumus sebagai berikut:

$$n_i = \frac{N_i}{N} \cdot n$$

Keterangan :

n_i :Jumlah sampel tiap puskesmas

N_i :Jumlah populasi sesuai kriteria tiap puskesmas

N :Jumlah populasi sesuai kriteria seluruhnya (101)

n : Jumlah sampel seluruhnya

Pengambilan sampel untuk tiap-tiap Puskesmas dilakukan dengan cara undian.

Dalam pengambilan data menggunakan data :

a. Data Primer

Data primer diperoleh berdasarkan angket yang harus dijawab oleh responden. Angket tersebut berisi pertanyaan mengenai umur, masa kerja, pengetahuan, dan supervisi yang diterima responden dan pelayanan AKDR yang sesuai SOP yang sebelumnya telah dilakukan uji validitas dan reabilitasnya.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari dokumentasi laporan bulanan KB, dan data rekam medis peserta kontrasepsi

AKDR dengan cara mempelajari, dan mencocokkan pelayanan kontrasepsi AKDR dengan data di Bapermasper & KB atau tidak terpilih sebagai sampel.

C. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Pelayanan Keluarga Berencana di Kota Semarang

Pelayanan Keluarga Berencana di Kota Semarang diselenggarakan di puskesmas dan jajarannya. Jumlah puskesmas di Kota Semarang tahun 2011 adalah 37 puskesmas yang terdiri dari 13 puskesmas rawat inap dan 24 puskesmas rawat jalan, 34 puskesmas pembantu dan 37 puskesmas keliling, serta didukung posyandu aktif 1055 posyandu dan Bidan Praktek Mandiri 323 BPM.

Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) yang ada sebanyak 246.618 yang menjadi peserta KB baru sebanyak 22.183 orang (9%), sedang jumlah peserta KB aktif yang telah dibina sebesar 146.604 orang (59,4%). Pada tahun 2011 peserta KB AKDR baru 8,7% dan peserta KB AKDR aktif 8,4 %. Peserta KB aktif sesuai standar pelayanan minimal tahun 2010 adalah 70 %. Peserta KB AKDR dari tahun 2009 sampai tahun 2011 sudah mulai meningkat yaitu 14.616 (5,63 %) menjadi 15.179 (5,83 %).

Kegiatan pelayanan KB dengan dukungan klinik Keluarga Berencana (KKB) dan Rumah sakit yang ada di kota Semarang sedangkan dari sisi aspek peningkatan mutu pelayanan program

KB merupakan salah satu tugas kegiatan Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Dinas kesehatan kota Semarang khususnya seksi kesehatan keluarga (KESGA) dan Bapermas & KB telah melakukan berbagai upaya dalam meningkatkan mutu pelayanan kontrasepsi dan peningkatan cakupan kunjungan kontrasepsi AKDR diantaranya, mengadakan supervisi secara periodik dan pertemuan ditingkat puskesmas, peningkatan kompetensi bidan khususnya peningkatan program KB, dengan diadakan pelatihan CTU pada semua puskesmas, memberikan perlengkapan sarana dan prasarana yang menunjang pelayanan KB namun spesifikasi alat tidak sesuai dengan kebutuhan puskesmas, termasuk sarana desinfeksi/ dekontaminasi alat yang masih tidak sesuai standar dan pembuatan format laporan yang lengkap. Melalui upaya - upaya tersebut diharapkan dapat mendukung pelaksanaan kegiatan pelayanan KB di Puskesmas.

2. Analisa Univariat

a) Karakteristik Responden

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

No	Karakteristik	n=81	%
1	Masa Kerja		
	a. < 10 tahun	33	40,7
	b. ≥ 10 tahun	48	59,1

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa lebih banyak responden dengan masa Kerja sangat berpengaruh dengan cara kerja seorang bidan

dalam pelayanan AKDR yang sesuai SOP. Lama kerja adalah lamanya bekerja berkaitan erat dengan pengalaman - pengalaman karena sudah dapat menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Bidan yang berpengalaman menjadi salah satu faktor yang akan mendukung terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu (Depkes, 2008). Semua pengalaman yang telah didapat selama menjalankan tugas. Mereka yang berpengalaman dipandang lebih mampu dalam pelaksanaan tugas. Semakin lama masa kerja seseorang, maka kecakapan mereka akan lebih baik, tindakan yang dilakukan pada pelayanan kesehatan merupakan salah satu unsur yang sangat berperan menentukan berhasil atau tidaknya program kesehatan yang diselenggarakan.

b) Pengetahuan bidan dalam pelayanan AKDR sesuai SOP

Menurut Notoatmodjo, (2003) pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Bidan puskesmas tentang pelayanan AKDR

Pengetahuan	frekuensi	%
Baik	44	54.3
Kurang	37	45.7
Jumlah	81	100

Persentase responden yang termasuk

dalam kategori pengetahuan baik (54,3%) lebih tinggi dibandingkan kategori kurang (45,7%). Dengan pengetahuan yang baik tentang pelayanan AKDR maka pelayanan akan sesuai SOP dan meningkatkan peserta KB AKDR.

c) Supervisi yang diterima sesuai SOP bidan dalam pelayanan AKDR

Supervisi merupakan upaya pembinaan dan pengarahan untuk meningkatkan gairah kerja dan prestasi kerja. Dalam supervisi petugas memberikan bimbingan dan pembinaan terhadap bidan dalam melakukan pelayanan KB khususnya AKDR. Menurut Azwar (2008) supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan untuk kemudian ditemukan masalah, segera diberi petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya.

Adanya kegiatan supervisi dalam program KB merupakan salah satu faktor yang mendukung pelayanan kontrasepsi yang bermutu. Mekanisme supervisi yang dinamis dalam rangka membantu masalah yang mungkin timbul dalam pelayanan.

Dalam pelayanan kontrasepsi oleh bidan di Puskesmas, maka salah satu tugas Bidan Koordinator adalah melakukan supervisi. Bentuk supervisi yang dilakukan antara lain bimbingan, monitoring, dan penilaian pelaksanaan pelayanan. Secara umum, responden

menyatakan bidan melakukan supervisi pelayanan AKDR (85,2%)

Dalam hal bimbingan yang diterima responden dari Bidan Koordinator, sebanyak 88.9 % menyatakan pada saat memberikan bimbingan, bidan koordinator tidak menggunakan ceklist/pedoman dan yang menyatakan bahwa bidan koordinator memberikan bimbingan tentang pelayanan AKDR hanya 23.5 % sedangkan dalam pelaksanaan monitoring, lebih dari 60% responden menyatakan dilakukan pengecekan data pelayanan kontrasepsi, sarana prasarana pelayanan kontrasepsi AKDR dan selalu menyampaikan hasil supervisi kepada responden.

Berdasarkan hasil tersebut, sesuai dengan salah satu indikator mutu pelayanan yaitu terdapat mekanisme supervisi yang dinamis dalam rangka membantu menyelenggarakan masalah yang mungkin timbul dalam pelayanan.

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa dalam monitoring pelaksanaan pelayanan AKDR juga dilihat data-data akseptor kontrasepsi AKDR (81,5 %), dan petugas supervisi melakukan pengecekan sarana dan prasarana pelayanan kontrasepsi AKDR (84,0 %) serta selalu menggunakan alat yaitu pedoman ceklist menggunakan SOP.

Menurut pendapat Wiyono,(1985) bahwa supervise adalah untuk lebih meningkatkan penampilan bukan semata – mata mencari kesalahan. Supervisi bersifat edukatif dan

dilakukan secara teratur dan berkala (Depkes, 2004). Jadi bila Dinas kesehatan tidak melakukan supervise maka tugas puskesmas menggantikan jadwal Dinas Kesehatan. Dinas Kesehatan bekerjasama dengan BKKBN dalam hal kekurangan – kekurangan seperti sarana prasarana, pengadaan alat kontrasepsi yang menunjang pelaksanaan pelayanan kontrasepsi khususnya AKDR serta membetulkan laporan-laporan yang harus dibuat dan melaporkan setiap bulan permasalahan-permasalahan yang ditemukan. Kategori supervisi yang diterima responden ditunjukkan pada tabel 4.6.

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Supervisi Bidan puskesmas tentang pelayanan AKDR

Supervisi yang diterima	frekuensi	%
Baik	46	56.8
Kurang	35	43.2
Jumlah	81	100

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa responden yang disupervisi baik (56,8%) lebih besar dari responden yang disupervisi kurang (43,2%). Dengan supervisi yang diterima baik dapat berdampak pada kinerja petugas dalam pelayanan AKDR sesuai SOP.

d) Pelayanan AKDR sesuai SOP

Hasil penelitian didapatkan bahwa hampir semua responden 95% responden menyatakan pelaksanaan pelayanan AKDR sesuai SOP, namun masih ditemukan sebesar 77,8% yang

melakukan penyuluhan kepada ibu dalam SOP pelayanan kontrasepsi AKDR adalah memberitahu kapan ibu datang kembali untuk kontrol dan mengingatkan kembali masa pelayanan AKDR. Pada sebagian besar responden telah dilakukan sesuai SOP antara lain memberikan salam, anamnesa, pemeriksaan fisik, pengukuran tekanan darah, dan pencatatan dalam kartu periksa, namun masih ada responden yang menyatakan bahwa pelayanan AKDR yang diberikan belum sesuai SOP seperti proses dekontaminasi alat setelah pemasangan, serta sarana prasarana pelayanan AKDR. Berdasarkan skor total jawaban benar diperoleh maksimum jawaban benar 15 dan minimum 9 dengan nilai tengah skor benar 13.

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Pelayanan AKDR Bidan puskesmas sesuai SOP di Kota Semarang tahun 2012

Pelayanan AKDR	frekuensi	%
Pelayanan Baik	42	51.9
Pelayanan Kurang	39	48.1
Jumlah	81	100

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa responden yang melakukan pelayanan baik (56,8%) lebih besar dari responden yang melakukan pelayanan kurang (43,2%). Pelayanan AKDR sesuai SOP akan meningkatkan akseptor KB AKDR dan tidak akan terjadi komplikasi serta memimalkan efek samping kontrasepsi AKDR.

e) Hasil Uji Bivariat

Untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas : masa kerja bidan, pengetahuan dan supervisi yang diterima dengan *Chi-Square* baik variabel bebas seperti masa kerja bidan berdistribusi tidak normal sedangkan untuk pengetahuan, supervise berdistribusi normal.

1) Hubungan antara masa kerja dengan pelayanan AKDR sesuai SOP

Masa kerja bidan puskesmas dalam penelitian ini rata – rata ≥ 10 tahun sehingga dalam penelitian ini semua responden dalam melakukan pelayanan AKDR sesuai SOP.

Tabel 4.10. Tabulasi Silang masa kerja Bidan Dalam Pelayanan AKDR sesuai SOP Di Kota Semarang Tahun 2012

Masa Kerja	Pelayanan AKDR				Total	
	Sesuai SOP		Tidak sesuai			
	n	%	n	%	n	%
Masa kerja ≥ 10 th	28	58,3	20	41,7	48	100
Masa kerja < 10 th	14	42,4	19	57,6	33	100

Chi square : 1.396

nilai $p = 0.237$

Tabel 4.10. menunjukkan bahwa responden dengan pelayanan AKDR yang sesuai SOP pada masa kerja ≥ 10 tahun mempunyai prosentase 58,3 % lebih besar dibanding dengan responden yang mempunyai masa kerja < 10 th yaitu 41,7%. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan masa kerja ≥ 10 tahun mempunyai kecenderungan melaksanakan pelayanan AKDR sesuai SOP dan responden masa kerja < 10 tahun cenderung untuk melaksanakan pelayanan AKDR tidak sesuai SOP. Namun dari hasil uji hubungan antara masa kerja bidan dengan pelayanan AKDR sesuai SOP didapatkan nilai $p = 0.237 (> 0.05)$ berarti dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja dengan pelayanan AKDR sesuai SOP. Menurut penelitian Suganda, (2002) yang dikutip dari pengalamam Nyoman, (2005) bahwa pengalaman kerja dapat menimbulkan percaya diri, sehingga semakin lama pengalaman kerja semakin meningkatkan ketrampilan bidan.

2) Hubungan antara Pengetahuan bidan dengan pelayanan AKDR sesuai SOP.

Tabel 4.11. Tabulasi Silang pengetahuan bidan dengan pelayanan AKDR sesuai SOP Di Kota Semarang Tahun 2012

Pengetahuan	Pelayanan AKDR					
	Sesuai SOP		Tidak sesuai		Total	
	n	%	N	%	n	%

Pengetahui baik	31	70,5	13	29,5	44	100
Pengetahui kurang	11	29,7	26	70,3	37	100

Chi square : 11.771 nilai $p = 0.001$

Tabel 4.11. menunjukkan bahwa responden yang melakukan pelayanan AKDR yang sesuai SOP berpengetahuan baik (70,5%) lebih besar dibanding dengan pengetahuan kurang (29,5%). Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan baik mempunyai kecenderungan melaksanakan pelayanan AKDR sesuai SOP dan responden pengetahuan kurang cenderung untuk melaksanakan pelayanan AKDR tidak sesuai SOP. Sehingga dengan dilaksanakan sesuai SOP dapat meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan kesehatan serta akan berdampak akseptor KB AKDR meningkat.

Dari hasil uji hubungan antara pengetahuan bidan dengan pelayanan AKDR sesuai SOP didapatkan nilai $p = 0.001 (p < 0.05)$ berarti dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pelayanan AKDR sesuai SOP. Kemampuan pengetahuan (*knowledge*) akan berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, selain itu pengetahuan ini akan memberikan wawasan bagi seseorang dalam rangka mencari solusi atas permasalahan yang dihadapi.

Pengetahuan atau *kognitif* merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya seseorang/*overt behavior*; karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bermakna dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Menurut Tanuwijaya, (2005) pengetahuan yang lebih baik akan memantapkan seseorang untuk mengambil keputusan melakukan tindakan berdasarkan pengetahuan tersebut.

Menurut Notoatmodjo, (2003) seseorang yang mempunyai pengetahuan baik akan berperilaku lebih baik/langgeng daripada yang tidak didasari oleh pengetahuan. Bila menghendaki sesuatu agar dapat bertahan lebih lama, maka jelas diperlukan pengetahuan yang positif tentang apa yang dikerjakan, sebab perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih abadi dibandingkan dengan perilaku tanpa didasari pengetahuan.

- 3) Hubungan antara supervisi yang diterima bidan dengan pelayanan AKDR sesuai SOP

Tabel 4.12. Tabulasi Silang tentang supervisi yang diterima dengan pelayanan AKDR sesuai SOP Di Kota Semarang Tahun 2012

Supervisi yang diterima	Pelayanan AKDR					
	Sesuai SOP		Tidak sesuai		Total	
	N	%	N	%	n	%
Baik	36	78,3	10	21,7	46	100
kurang	6	17,1	29	82,9	35	100

Chi square : 27.342 nilai p = 0.0001

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa responden yang pelayanan AKDR yang sesuai SOP dilakukan pada supervisi yang diterima baik mempunyai prosentase (78,3%) lebih besar dibanding supervise yang diterima kurang (17,1%). Hal ini menunjukkan bahwa responden yang mendapat supervisi mempunyai kecenderungan melaksanakan pelayanan AKDR sesuai SOP. Dengan dilaksanakan sesuai SOP dapat meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan kesehatan serta akan berdampak akseptor KB AKDR meningkat.

Dari hasil uji hubungan antara supervisi yang diterima dengan pelayanan AKDR sesuai SOP didapatkan nilai $p=0.0001$ ($p < 0.05$) berarti dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara supervisi yang diterima dengan pelayanan AKDR sesuai SOP.

Supervisi merupakan upaya untuk membantu pembinaan dan peningkatan kemampuan pihak yang disupervisi agar dapat melaksanakan tugas kegiatan yang telah ditetapkan secara efisien dan efektif (Purwanto, N.2004). Menurut Suherman, dkk (2006) menjelaskan bahwa supervisi diartikan sebagai suatu kegiatan yang dilaksanakan untuk memberikan bantuan teknis kepada pelaksana program dalam melaksanakan tugas yang diserahkan kepadanya.

Supervisi berbeda dengan pengawasan, dalam arti supervisi memiliki fungsi tersendiri yaitu kegiatan yang berkaitan dengan pengamatan dan pemberian bantuan atau membina situasi penyelenggaraan kegiatan melalui upaya pelayanan, bantuan, dan bimbingan ke arah perbaikan.

Supervisi atau pembinaan adalah salah satu upaya pengarahan dengan memberikan petunjuk serta saran, setelah menemukan alasan dan keluhan pelaksana dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi. Menurut *Flahault*, (1982) dalam *Organization behavior*, tujuan supervisi adalah untuk meningkatkan performance dari petugas kesehatan secara kontinue (Robbins. S,2007).

Prinsip saling percaya harus tumbuh antar pihak supervisor dengan yang di supervisi karena kedua pihak tersebut melakukan interaksi. Supervisi adalah salah satu fungsi dari manajemen dan *leadership* yaitu pembinaan . Pembinaan mempunyai dua sub fungsi yaitu pengawasan dan supervisi (Depkes,2007).

D. KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kesimpulan

- a. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden masa kerja ≥ 10 tahun

(59,3 %).

- b. Pengetahuan bidan tentang pelayanan AKDR sesuai SOP baik (54,3%) namun jenis AKDR, indikasi serta kotra indikasi AKDR masih ada yang kurang memahami. Supervisi yang diterima oleh responden dalam hal pelayanan AKDR termasuk baik (56,8%).
- c. Variabel yang berhubungan dengan pelayanan AKDR sesuai SOP adalah pengetahuan tentang pelayanan AKDR (nilai $p = 0,001$) dan supervisi AKDR (nilai $p = 0,0001$).

2. Saran

- a. Melakukan pembinaan kepada bidan di puskesmas untuk pelaksanaan pelayanan sesuai SOP dengan cara :
 - 1) Melakukan penyegaran kembali tentang pelayanan AKDR sesuai SOP, dengan memberikan kesempatan mengikuti pelatihan KB.
 - 2) Mengumpan balik hasil supervisi pelayanan AKDR agar tidak terulang kembali kesalahan – kesalahan yang dilakukan.
- b. Melakukan kerjasama dengan BAPERMASPER & KB melakukan supervisi dan evaluasi secara berkala tentang pelaksanaan pelayanan AKDR untuk mengetahui keberhasilan dan kendala-kendala yang dihadapi selama melakukan pelayanan AKDR.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. *Manajemen Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta. Depkes RI. 2009; 2 :11-13
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. *Kumpulan Data Program Keluarga Berencana*. Jakarta. BKKBN. 2008; 3:10-25
- Badan Pemberdayaan Masyarakat Perempuan dan Keluarga Berencana. *Laporan Bulanan Program Keluarga Berencana Tahun 2007 – 2009*, Semarang. Bapermasper&KB . 2009
- Assaf, A.F.A. *Mutu Pelayanan Kesehatan*, Penerbit buku Kedokteran EGC. Jakarta. 2009.
- Departemen Kesehatan RI. *Panduan Audit Medik Pelayanan Keluarga Berencana*. DEPKES RI. Jakarta. 2004.
- Departemen Kesehatan RI. *Penyeliaan Fasilitatif Pelayanan Keluarga Berencana*, DEPKES RI. Jakarta. 2007.
- Departemen Kesehatan RI. *Analisis Situasi dan Bimbingan Teknis Pengelolaan Pelayanan KB*. DEPKES RI. Jakarta. 2007.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Hasil Penyeliaan Program Keluarga Berencana Kota Semarang Tahun 2009*. DinKes. Semarang. 2009.
- Departemen Kesehatan RI. *Rencana Strategis Nasional Program Pelayanan Keluarga Berencana 2002 -2009*. DEPKES RI. Jakarta. 2008
- Azwar A. *Menuju Pelayanan Kesehatan yang lebih Bermutu*. Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia. Jakarta. 2008.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Profil Kesehatan 2011*. Dinas Kesehatan. Semarang. 2011
- Robbin, S. Organizational Behavior, alih bahasa Tim Indeks, *Perilaku Organisasi*, edisi kesebelas .2007.
- Sugiono. *Statistik Untuk Penelitian*. Alfabeta, Bandung. 2007
- Badan Pemberdayaan Masyarakat Perempuan dan Keluarga Berencana. *Laporan Bulanan Program Keluarga Berencana Tahun 2007 – 2009*, Semarang. Bapermasper&KB . 2011
- Purwanto, H. *Pengantar Perilaku Manusia*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta. 2005
- Notoatmodjo, S, *Promosi Kesehatan, Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*, Rineka Cipta. Jakarta, 2003
- Tanuwijaya, *Pola Pemberian ASI kepada Bayi di Kecamatan Tanjungsari*, Majalah kedokteran berkala, 2005.