

DISERTASI

**MODEL PELATIHAN PEMASARAN, PEMASANGAN DAN
PENCABUTAN ALAT OBAT KONTRASEPSI SUSUK KB
DALAM RANGKA MENINGKATKAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN
PRAKTEK PROVIDER DI KLINIK KB SWASTA DI KOTA SURABAYA**

Disertasi
o.



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2005**

DISERTASI

**MODEL PELATIHAN PEMASARAN, PEMASANGAN DAN
PENCABUTAN ALAT OBAT KONTRASEPSI SUSUK KB
DALAM RANGKA MENINGKATKAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN
PRAKTEK PROVIDER DI KLINIK KB SWASTA DI KOTA SURABAYA**



**PROGRAM DOKTOR
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2005**

**MODEL PELATIHAN PEMASARAN, PEMASANGAN DAN
PENCABUTAN ALAT OBAT KONTRASEPSI SUSUK KB
DALAM RANGKA MENINGKATKAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN
PRAKTEK PROVIDER DI KLINIK KB SWASTA DI KOTA SURABAYA**

DISERTASI

Untuk memperoleh Gelar Doktor
dalam Program Studi Kedokteran
pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Oleh :
Sujanto
NIM: 090114543D

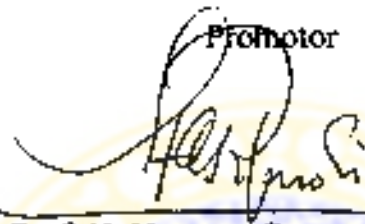
**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

Lembar Pengesahan

Disertasi ini telah disetujui tanggal 16 Desember 2005

Oleh

Promotor



Prof. H. Haryono Suyono, M.A, Ph.D

Ko Promotor I



Prof. H. Kuntoro, dr, MPH, Dr. PH
NIP. 130 531 767

Ko Promotor II

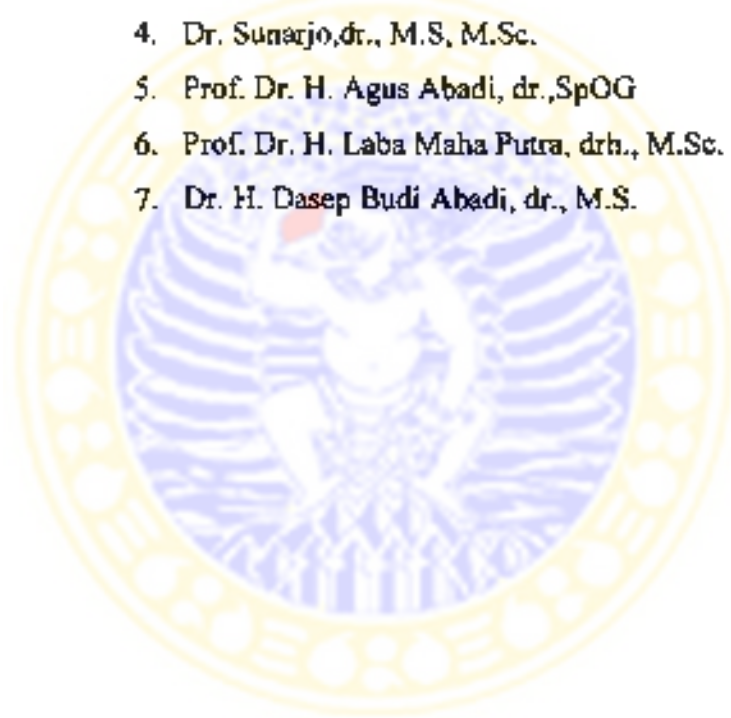


Dr. Hariadi Soeparto, dr, DOR, M.Sc, APU
Nip. 140 048 402

**DISERTASI ini telah diuji dan dinilai
oleh panitia penguji pada
Program Pascasarjana Universitas Airlangga
Pada tanggal, 24 Oktober 2005**

PANITIA PENGUJI DISERTASI

- Ketua** : Prof. Dr. Soedjono Abipraja, S.E
Anggota : 1. Prof. H. Haryono Suyono, M.A, Ph.D
2. Prof. H. Kuntoro, dr., MPH., Dr.PH
3. Dr. H. Hariadi Soeparto, dr.,DOR, M.Sc, APU
4. Dr. Sunarjo,dr., M.S, M.Sc.
5. Prof. Dr. H. Agus Abadi, dr.,SpOG
6. Prof. Dr. H. Laba Maha Putra, drh., M.Sc.
7. Dr. H. Dasep Budi Abadi, dr., M.S.



**Ditetapkan dengan Surat Keputusan
Rektor Universitas Airlangga
Nomor: 8812/JO3/PP/2005
Tanggal: 14 Nopember 2005**

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan mengucapkan puji syukur ke hadirat Allah SWT atas karunia dan rahmat-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan disertasi ini.

Selanjutnya pada kesempatan ini saya ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

Prof. H. Eddy Pranowo Soedibjo, dr, MPH (almarhum) yang sejak saya memasuki pendidikan doktor, sampai akhir masa hidupnya memberikan bimbingan, arahan dan koreksi yang sangat membantu dalam penyelesaian disertasi ini.

Prof. H. Haryono Suyono, M.A, Ph.D, atas kesediaan beliau menjadi Promotor menggantikan Prof. H. Eddy Pranowo Soedibjo, dr., MPH (almarhum) dan dengan penuh semangat dan dedikasi terus membimbing dengan penuh kesabaran, memberi petunjuk dan dorongan moral, serta meluangkan waktunya, sehingga saya dapat menyelesaikan disertasi ini.

Prof. H. Kuntoro, dr., MPH, Dr.PH selaku Ko-Promotor I, beliau dengan kerendahan hati yang tulus, terus membimbing dan mengarahkan serta memberikan koreksi terhadap penulisan disertasi ini.

Dr. H. Hariadi Soeparto, dr., DOR, M.Sc, APU selaku Ko-Promotor II, yang tetap sabar membimbing dan memberikan perhatian sampai menyelesaikan penelitian disertasi ini.

Dr. Sunarjo, dr., M.S, M.Sc., yang tetap konsisten memberikan perhatian, bimbingan, dan arahan sampai disertasi ini bisa selesai.

Prof. Dr. H. Agus Abadi, dr., Sp. OG, Prof. Dr. Soedjono Abipraja, S.E, dan Dr. H. Dasep Budi Abadi, dr, yang senantiasa menyediakan waktu untuk membimbing dengan penuh kesabaran, perhatian, dan memberikan motivasi serta meningkatkan rasa percaya diri.

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang telah memberikan saya kesempatan untuk mencari referensi sebanyak-banyaknya dari perpustakaan dan buku-buku pedomannya.

Prof. Dr. Med. Puruhito, dr., SpBTKV selaku rektor Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Doktor di Universitas Airlangga.

Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr., SpP selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga beserta seluruh pimpinan Program Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah memberikan kemudahan dan kelancaran proses pengurusan administrasi selama mengikuti program pendidikan program doktor ini tidak lepas dari peran seluruh staf administrasi Program Pascasarjana Universitas Airlangga.

Terima kasih disampaikan kepada istri saya tercinta Sri Ikawati, serta anak-anak saya, Desy, Ari, Ricky dan Ristin yang dengan penuh pengertian dan dukungan serta doanya demi selesainya pendidikan doktor ini.

Akhirnya kepada semua pihak, yang tidak mungkin disebutkan satu persatu karena banyaknya pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan disertasi ini, disampaikan terima kasih setinggi-tingginya, semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada kita semua. Amin.

RINGKASAN

Masalah yang dihadapi dalam penggalakan penggunaan susuk KB sebagai salah satu pilihan kontrasepsi yang dicanangkan dalam Program KB Nasional, antara lain adalah rendahnya kemampuan masyarakat yang berpenghasilan rendah untuk membeli susuk KB tersebut di kala bantuan negara donor makin berkurang. Di sisi lain, sebenarnya permintaan akan susuk KB bantuan program setiap tahunnya semakin meningkat, sedangkan pasokannya terbatas. Dengan berkurangnya peran pemerintah dalam pengadaan susuk KB bantuan program, maka demi kesinambungan program KB, diperlukan peran dari pihak swasta yang lebih besar. Seiring dengan peningkatan tuntutan pelayanan kesehatan di daerah perkotaan dan meningkatnya minat para akseptor KB terhadap alat obat kontrasepsi khususnya susuk KB.

Masalah yang diajukan untuk penelitian ini adalah mengapa laju penyerapan susuk KB sangat rendah dibandingkan alat obat kontrasepsi hormonal lainnya seperti pil dan suntikan, meskipun susuk KB sebenarnya merupakan alat kontrasepsi yang reversibel, efektif, efikasi, aman dan dapat diterima.

Tujuan penelitian ini adalah membuat model pelatihan untuk pemasangan, pencahutan dan pelayanan serta pemasaran susuk KB di perkotaan. pada model pelatihan ini juga bertujuan meningkatkan KAP (*Knowledge, Attitude, Practice*) *provider*. Selanjutnya diuji peningkatan KAP dan mengetahui cakupan penggunaan susuk KB dan menaikkan tingkat kepuasan akseptor setelah *provider* mendapat pelatihan.

Penelitian ini merupakan eksperimental kuasi dengan rancangan "*Non Randomized Post test only controlled group designed*" yang dilakukan di Kota

Surabaya. Sebagai subjek eksperimental diambil populasi total sebanyak 23 *provider* di Kecamatan Tambaksari, sedangkan sebagai subjek kontrol diambil populasi total 24 *provider* di Kecamatan Gubeng. Pada kelompok eksperimental, *provider* yang meliputi bidan dan dokter praktek swasta di Kecamatan Tambaksari dilakukan intervensi dengan memberikan paket pelatihan pemasangan/pencabutan dan pelayanan serta pemasaran susuk KB.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa paket pelatihan yang diberikan kepada *Provider* di klinik KB swasta di Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya belum sepenuhnya berhasil: 1) Paket pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan namun belum dapat meningkatkan sikap dan praktek *provider* secara signifikan; 2) Tidak ada perbedaan yang signifikan antara KAP subjek eksperimental yang diintervensi oleh paket pelatihan dan subjek kontrol; 3) Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara cakupan akseptor alokon susuk KB; 4) Tidak terdapat perbedaan yang signifikan tingkat kepuasan akseptor alokon susuk KB di kecamatan Tambaksari dan Gubeng..

Saran: 1) Model pelatihan perlu disempurnakan dan diuji lagi, 2) Penelitian dilakukan dengan sampel yang lebih besar, 3) Rancangan penelitian idealnya menggunakan *pretest* dan *posttest*.

population in Subdistrict of Tambaksari were taken as experimental subjects, and the total provider population in Subdistrict of Gubeng as control. The sample size were 23 providers in Tambaksari and 24 providers in Gubeng. The experimental subjects were intervened with provision of a training model on insertion, extraction, service, and marketing of the contraceptive implant.

The result of this study showed that the training model provided for the providers in the private family planning clinics had not yet been fully successful:

- 1) The training model had significantly improved the knowledge, but not the attitude and the practice;
- 2) No significant difference found between the KAP of the experimental subjects intervened with the training model and that of the controls;
- 3) No significant difference between the used coverage of the experimental subjects and that of the controls;
- 4) No significant difference between the satisfaction of the clients served by the experimental subjects and of the client served by the control subjects.

Suggestion: 1) Retest on training model 2) research got the large sample size, and 3) The study design used randomized pretest and posttest control group designed.

ABSTRACT

Transitional in the function role of central government from centralization into be centralized to the regional autonomy will give an impact to the health service of Planning Family program, among other things the servicing system to the usage of contraceptive device mix in national, regional and local. Although Planning Family Implant contraceptive device forms a contraceptive device who are reversible, effective, efficacy, safety and acceptability in comparison with the other hormonal contraceptive device in this matter's very low its absorption.

Another interferes namely the donor state aid decreasingly, ability to pay it's still low but willingness to pay it's very high and KAP (knowledge, attitude, practice) from provider, midwife, doctor, and private practice are still average of low.

This experiment to make the training model of marketing, installation, extraction to the Planning Family Implant contraceptive device with the experiment methodology to pay attention who make use of "Post test control group desain", intends to increase KAP's transitional to provider, to increase the trained staff quality, to increase the amount of scope and client's satisfaction.

The experiment method's required in two phases, namely Model building and Model testing. With conclusion that the experiment result of the training model such as the above mentioned fully it's not successful yet, but in said training able to increase knowledge, nevertheless unable to increase attitude, provider practice and scope, and client's satisfaction.

From this experiment result's recommended in order to the training model's necessary completed and more tested, the experiment's enforced to a bigger sample and the experiment design its ideal to make use of pre and posttest.

Keywords: Training Model, Providers, Knowledge-Attitude, Practice, Client's satisfaction.

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Prasyarat Gelar	iii
Persetujuan	iv
Penetapan Panitia	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Ringkasan	vii
Summary	ix
Abstract	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Susuk KB	8
2.1.1 Kandungan Obat dan Kemasan	8
2.1.2 Farmakodinamik dan Farmakokinetik	9
2.1.3 Efektivitas Susuk KB Sebagai Alat Obat Kontrasepsi	11
2.1.4 Efek samping	12
2.1.5 Penerimaan Akseptor Terhadap Susuk KB	13
2.2 Model	15
2.2.1 Pengertian Model	15
2.2.2 Langkah Pembentukan Model	15
2.2.3 Proses Pembuatan Model	21
2.2.4 Menggunakan Model	22
2.2.5 Model Pelatihan	24
2.3 Materi Pelatihan tentang Pemasaran	27
2.3.1 Strategi Bauran Pemasaran	32
2.3.2 Pemasaran Jasa Kesehatan	32
2.4 Pelayanan Pemasangan Dan Pencabutan Susuk KB	33
2.4.1 Status Kesehatan	33
2.4.2 Pelayanan Susuk KB	35
2.4.3 Pelayanan Kesehatan yang profesional	36
2.4.4 Pelayanan Provider terhadap Klien	38

2.4.6 Pelayanan Kepuasan akseptor	39
2.5 Pelatihan	42
2.5.1 Pelatihan Humanistik	42
2.5.2 Desain Pendidikan Dan Pelatihan <i>Managerial Skill</i>	46
2.5.3 Faktor- Faktor Yang Berkaitan Dengan Pelatihan	49
2.6 Perilaku	51
2.1.1 Pengetahuan	52
2.6.2 Sikap	53
2.6.3 Praktek	54
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
PENELITIAN	57
3.1 Kerangka Konseptual	57
3.1.1 Kerangka Alur Pikir	57
3.1.2 Kerangka Konseptual	60
3.2 Hipotesis Penelitian	63
BAB 4 METODE PENELITIAN	64
4.1 Membangun Model (<i>Model Building</i>)	64
4.1.1 Survei	64
4.1.2 Kajian Pustaka	66
4.1.3 Diskusi Mendalam dengan Para Pakar	67
4.2 Menguji Model (<i>Model Testing</i>)	68
4.2.1 Rancangan Penelitian	68
4.2.2 Populasi dan Sampel	69
4.2.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	69
4.2.4 Instrumen Penelitian	71
4.2.5 Lokasi dan Waktu Penelitian	75
4.2.6 Teknik Pengumpulan Data	75
4.2.7 Teknik Analisis Data	75
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS HASIL	
PENELITIAN	77
5.1 Model Building (Tahap I)	77
5.1.1 Hasil Survei	77
5.1.2 Hasil Kajian Pustaka	84
5.1.3 Hasil Survei dan Kajian Pustaka	84
5.2 Model Operasional	85
5.2.1 Bauran Pemasaran	85
5.2.2 Pemasangan dan Pencabutan susuk KB	90
5.3 Laporan Hasil Pemantauan	92
5.4 Deskripsi Hasil Uji Coba Model	98
5.5 Analisis Hasil Uji Coba Model (Tahap II)	99
5.5.1 Provider	99
5.5.2 Akseptor	101
BAB 6 PEMBAHASAN	104
6.1 Metode Penelitian	104
6.2 Model Yang Dibangun	104

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1	Perbandingan <i>system-based model</i> pelatihan 24
Tabel 2.2	4 P dan 4 C Dalam Bauran Pemasaran 28
Tabel 2.3	Keterangan Hubungan Bauran Pemasaran Alokasi Susuk KB antara 4P Penjual dan 4C Pelanggan 29
Tabel 5.1	Karakteristik responden pada survei awal provider di Tambaksari tahun 2002 77
Tabel 5.2	Pelayanan yang diberikan <i>Provider</i> pada akseptor di Tambaksari tahun 2002 78
Tabel 5.3	Jenis dan frekuensi pelatihan yang pernah diikuti <i>Provider</i> di Tambaksari tahun 2002 78
Tabel 5.4	Pengetahuan <i>Provider</i> tentang berbagai jenis susuk KB di Tambaksari tahun 2002 79
Tabel 5.5	Pengetahuan <i>Provider</i> tentang product susuk KB di Tambaksari tahun 2002 80
Tabel 5.6	Pengetahuan <i>Provider</i> tentang harga susuk KB di Tambaksari tahun 2002 80
Tabel 5.7	Pengetahuan <i>Provider</i> tentang promosi susuk KB di Tambaksari tahun 2002 81
Tabel 5.8	Pengetahuan <i>Provider</i> tentang tempat pelayanan susuk KB di Tambaksari tahun 2002 82
Tabel 5.9	Sikap <i>Provider</i> tentang pelayanan susuk KB di Tambaksari tahun 2002 82
Tabel 5.10	Praktek <i>Provider</i> memberikan pelayanan susuk KB di Tambaksari tahun 2002 83
Tabel 5.11	Karakteristik <i>Provider</i> Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2002 98
Tabel 5.12	Perbedaan tingkat pengetahuan <i>Provider</i> tentang pemasaran di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004 99
Tabel 5.13	Perbedaan tingkat pengetahuan <i>Provider</i> tentang pemasangan dan pencabutan susuk KB di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004 100
Tabel 5.14	Perbedaan cakupan akseptor sesudah pelatihan di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004 100
Tabel 5.15	Karakteristik akseptor susuk KB di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004 101
Tabel 5.16	Perbedaan cakupan akseptor baru yang mendapat pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB oleh <i>Provider</i> di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004 102
Tabel 5.17	Perbedaan kepuasan akseptor terhadap pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB oleh <i>Provider</i> di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004 103

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Tube silastik implan	8
Gambar 2.2 Rumus bangun kimiawi <i>levornogestrel</i>	9
Gambar 2.3 Model	20
Gambar 2.4 Model kontrol <i>ovum design</i>	21
Gambar 2.6 Status Kesehatan	34
Gambar 2.7 Model didaktik dari E. De Corte	52



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Kuesioner untuk Survei Awal 120
Lampiran 2	Kuesioner untuk Provider 128
Lampiran 3	Kuesioner untuk Akseptor 134
Lampiran 4	Sistem Skoring Kuesioner 136
Lampiran 5	Materi Pemasaran Implant (Susuk KB) Yang Diberikan Dari Peneliti Kepada Provider (Dokter, Bidan Swasta) Di Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya 142
Lampiran 6	Materi Pemasangan Dan Pencabutan Implant (Susuk KB) Bekerja Sama Dengan Dokter Spesialis Obgyn Dari RSUD Dr. Soetomo , Surabaya 150
Lampiran 7	Hasil analisis statistik 178



DAFTAR SINGKATAN

AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
Alokon	: Alat Obat Kontrasepsi
BB	: Berat Badan
BBE	: <i>Broad Base Education</i>
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
4C	: <i>Customer solution, Customer cost, Convenience, Communication</i>
CIPP	: <i>Context, Input, Process, Product</i>
DPS	: Dokter Praktek Swasta
EE	: <i>Ethinyl-Estradiol</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
HDL	: <i>High Density Lopoprotein</i>
ICCR	: <i>International Committe for Contraceptive Research</i>
IPO	: <i>Input, Procest, Output, Outcome</i>
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i> (Alat pencegah kehamilan yang dipasang dalam rahim)
JHPIEGO	: <i>Johns Hopkins Program for International Education in Gynecologie & Obstetric</i>
KAP	: <i>Knowledge, Attitude, Practice</i>
KB	: Keluarga Berencana
KIE	: Komunikasi, Informasi, Edukasi
LDL	: <i>Low Density Lipoprotein</i>
LH	: <i>Luteinizing Hormon</i>
4M	: <i>Man, Money, Material, dan Method</i>
MOP	: Metode Operasi Pria

MOW	:	Metode Operasi Wanita
NEGOT 4P	:	<i>Nominal Focus Group Discussion Technique Product, Price, Place, Promotion</i>
POAC	:	<i>Planning, Organizing, Actuating, Controlling</i>
POM	:	Pengawas Obat dan Makanan
PUD	:	<i>Perdarahan Uterus Dysfungsional</i>
QIQ	:	<i>Quick Investigation of Quality</i>
SDKI	:	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDM	:	Sumber Daya Manusia
TQM	:	<i>Total Quality Management</i>
TVS	:	<i>Training Validation System</i>
UNESCO	:	<i>United Nation Education Social and Culture Organization</i>
USG	:	<i>Ultrasonografi</i>
UU	:	Undang – undang
WHO	:	<i>World Health Organization</i>

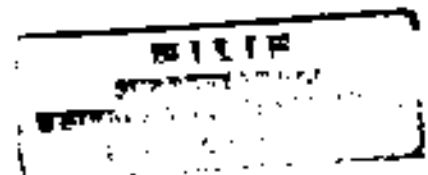
BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seiring peralihan peranan fungsi pemerintah pusat dari sentralisasi menjadi desentralisasi otonomi daerah, sebagai alternatif guna meningkatkan pelayanan program KB di semua sektor, peran swasta perlu diikutsertakan dan ditingkatkan karena peran swasta mempunyai keunggulan pada berbagai aspek yang sampai saat ini belum dimanfaatkan secara optimal. Sebagai dasar peningkatan peran swasta tersebut tercantum pada ayat 2 pasal 24 Undang-Undang Nomor: 10 tahun 1992. Pada Undang-Undang tersebut tercantum upaya perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera yang dilakukan oleh lembaga swadaya dan organisasi masyarakat, pihak swasta dan perorangan yang dilakukan secara sukarela dan mandiri serta sesuai dengan kemampuan masing-masing. PP No. 25 Tahun 2000, Bab II, pasal 2 mengatur tugas dan wewenang desentralisasi bidang kesehatan pada daerah provinsi sebagai daerah otonom. Perubahan tersebut akan memberikan dampak sistem pelayanan kesehatan di antaranya sistem pelayanan pemakaian alat obat kontrasepsi (alokon).

Penyerapan alat obat kontrasepsi secara nasional menggunakan suntikan 57,6%, pil 28,2%, IUD 6,2%, susuk KB 5,6%, Metode Operasi Wanita atau sterilisasi wanita 1,1%, obat vagina 0,7%, kondom 1,1% dan Metode Operasi Pria atau sterilisasi pria 0,08% (BKKBN, 2002).



Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2003 memperlihatkan proporsi peserta KB untuk semua cara tercatat sebesar 56,5%. Secara terinci dari hasil tersebut proporsi peserta KB yang terbanyak adalah suntikan 27,8%, pil 13,%, IUD 6,2%, susuk KB 4,3%, sterilisasi wanita 3,7%, kondom 0,9%, dan sterilisasi pria 0,4% (BKKBN, 1999). Secara proporsional pada umumnya cakupan peserta KB di Indonesia mengalami kenaikan kecuali jenis alokon susuk KB turun 1,3%.

Hasil capaian peserta KB baru berdasarkan jenis alokon dan tempat pelayanan secara nasional pada bulan Januari sampai dengan Agustus 2004 sebagai berikut: 1) total capaian peserta KB yang dilayani oleh klinik KB pemerintah sebesar 1.556.501 atau 58,5%, 2) klinik KB swasta sebesar 168.052 atau 6,3%, 3) dokter praktek swasta sebesar 72.684 atau 2,7%, 4) bidan praktek swasta sebesar 861.426 atau 32,4%. Klinik KB swasta melayani peserta alokon: 1) susuk KB sebesar 3.383 atau 0,02%, 2) suntikan sebesar 93.625 atau 0,56%, dan 3) pil sebesar 40.859 atau 0,24% (BKKBN, 2004). Berdasarkan laporan BKKBN tahun 2004 diketahui bahwa capaian KB baru oleh klinik KB swasta masih rendah dibanding dengan tempat pelayanan klinik KB pemerintah. Hasil capaian susuk KB juga masih rendah dibanding dengan alokon yang lain.

Pada tingkat provinsi Jawa Timur, hasil pendataan peserta KB aktif alokon hormonal yang dilayani klinik KB swasta pada bulan Januari sampai dengan Juli 2004 secara kumulatif adalah: 1) susuk KB sebesar 85.904 atau 2,98%, 2) suntikan sebesar 1.779.691 atau 61,84%, dan 3) pil sebesar 513.404 atau 17,84% (BKKBN, 2004). Data di atas menunjukkan pemakaian susuk KB masih jauh lebih rendah dibanding dengan pemakaian alokon pil dan suntikan.

Pada tingkat kota Surabaya, hasil pendataan peserta KB aktif alokon hormonal yang dilayani klinik KB swasta pada bulan Januari sampai dengan Juli 2004 secara kumulatif adalah: 1) susuk KB sebesar 6.879 atau 2,93%, 2) suntikan sebesar 113.413 atau 48,33%, dan 3) pil 50.749 atau 21,63% (BKKBN, 2004). Hasil pendataan keluarga di Kota Surabaya pada Kecamatan Tambaksari tentang metode kontrasepsi jenis hormonal alokon susuk KB pelayanan KB swasta sama sekali tidak ada peserta susuk KB (BKKBN, 2004). Berdasarkan data alokon tersebut di atas pada tingkat nasional, provinsi dan kota Surabaya dapat disimpulkan: 1) susuk KB masih tetap paling rendah bila dibanding dengan pil dan suntikan 2) peserta KB aktif yang dilayani klinik KB swasta lebih rendah dibanding peserta KB aktif yang dilayani klinik KB pemerintah.

Hasil penelitian Dasuki (2001), uji klinis pemakaian susuk KB di Laboratorium Penelitian Kesehatan dan Gizi Masyarakat Fakultas Kedokteran Bagian Farmakologi Klinik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, menunjukkan bahwa alokon susuk KB mempunyai kegagalan yang rendah, aman, efektif, efikasi, dapat diterima masyarakat, dan reversibel. Menurut laporan BKKBN (1997), susuk KB terbukti mempunyai kegagalan yang lebih rendah dibanding dengan jenis alokon lainnya. Hal ini dapat dilihat dari kehamilan yang terjadi selama menggunakan alokon: pil sebesar 14,5%, IUD 12,5%, dan suntikan 6,8%, sedangkan susuk KB 0,8%. Persentase suami tidak setuju menggunakan susuk KB paling rendah sebesar 0,1% sedangkan suntikan 0,3%, IUD 0,5%, dan pil 0,7%.

Studi kohort selama 1 tahun antara susuk KB dan suntikan yang dilakukan oleh kelompok studi Biomedis dan Reproduksi Manusia Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada membuktikan bahwa susuk KB lebih unggul daripada

semakin meningkat sedangkan jumlah persediaan susuk KB terbatas, 4) kurangnya pengetahuan dari sebagian besar akseptor untuk mendapatkan informasi tentang pemakaian susuk KB, 5) harga susuk KB relatif mahal bila dibandingkan alokon lainnya, 6) tidak semua provider di lapangan mendapatkan pelatihan tentang pemasangan dan pencabutan susuk KB serta pelatihan pemasaran, 7) sampai sekarang belum ada kurikulum pemasaran pada pendidikan provider (bidan dan dokter). Kenyataannya keinginan menggunakan susuk KB dari keluarga pra sejahtera sangat tinggi tetapi daya beli masih sangat rendah. Ada indikasi bahwa keluarga sejahtera I, II, III masih mengharapkan subsidi dari pemerintah.

Berdasarkan uraian tersebut di atas terdapat tiga masalah yang perlu diteliti lebih lanjut yaitu: 1) akseptor pengguna susuk KB masih rendah, 2) pelayanan pemasangan susuk KB di klinik swasta dicurigai di bawah standar, dan 3) pendidikan dan pelatihan yang diberikan provider belum mengandung materi pemasaran.

1.2 Rumusan Masalah

Susuk KB merupakan alokon yang reversibel, efektif, efikasi dan dapat diterima (Towsend, 1990). Pada tingkat nasional, provinsi, maupun kota, angka pemakaian alokon susuk KB di klinik KB swasta masih rendah, bila dibanding angka pemakaian alokon hormonal lainnya seperti pil dan suntikan. Pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan alokon susuk KB merupakan pelatihan satu paket yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek

provider yang diharapkan akan memberikan dampak peningkatan kepuasan pelayanan terhadap akseptor.

Adapun rumusan masalah penelitian ini adalah:

- 1) Apakah provider yang mendapat pelatihan model pelatihan berupa pemasaran, pemasangan dan pencabutan alokon susuk KB mempunyai pengetahuan, sikap dan praktek di kecamatan Tambaksari lebih tinggi dibanding provider yang tidak mendapat pelatihan di kecamatan Gubeng?
- 2) Apakah terdapat perbedaan cakupan akseptor alokon susuk KB antara provider yang mendapat pelatihan di kecamatan Tambaksari dibanding provider yang tidak mendapat pelatihan di kecamatan Gubeng?
- 3) Apakah terdapat perbedaan kepuasan akseptor alokon susuk KB yang dipasang oleh provider yang telah mendapat pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan alokon susuk KB dibanding dengan provider yang tidak mendapat pelatihan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Membuat model pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan susuk KB pada provider di Klinik KB swasta di Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Menguji model pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan alokon susuk KB dalam satu paket dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek provider.

- 1.3.2.2** Membandingkan cakupan akseptor alokon susuk KB yang dipasang oleh provider yang telah mendapat pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan alokon susuk KB dengan provider yang tidak mendapat pelatihan
- 1.3.2.3** Membandingkan tingkat kepuasan akseptor alokon susuk KB yang dipasang oleh provider yang telah mendapat pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan alokon susuk KB dengan provider yang tidak mendapat pelatihan

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Memperoleh suatu bentuk model pelatihan pemasangan dan pencabutan susuk KB dengan memasukkan komponen pemasaran. Model ini berbeda dengan model lama yang hanya memasukkan komponen teknis medis pemasangan dan pencabutan susuk KB.

1.4.2 Manfaat praktis

Model pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan alokon susuk KB dalam satu paket yang telah dibuat dan diuji di daerah perkotaan diharapkan dapat digunakan sebagai model pelatihan baru untuk memberikan pelayanan alokon susuk KB.

BAB 2

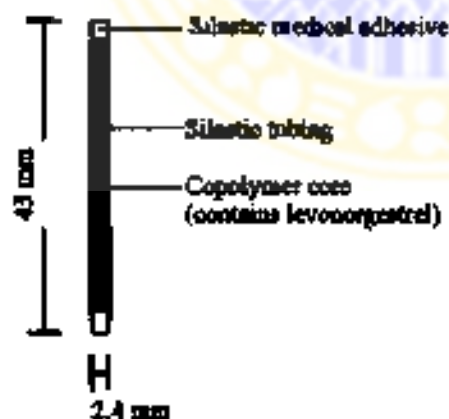
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Susuk KB

2.1.1 Kandungan Obat dan Kemasan

Implan oleh masyarakat Indonesia lebih dikenal dengan nama susuk KB sebab cara meletakkan alokon ini disisipkan di bawah kulit lengan atas dengan trokar. Hal ini mirip dengan cara meletakkan susuk emas atau perak yang diyakini berkhasiat menambah kecantikan atau daya tarik seorang wanita dan susuk baja diyakini dapat menambah tenaga atau kekuatan seseorang.

Implan terbuat dari tube silastik (*polydimethylsiloxane*) yang mengandung hormon *Levonorgestrel* dalam bentuk bubuk kristal kering. Tube silastik ini sudah digunakan di dunia kedokteran sejak tahun 1950, misalnya untuk pembuatan katup prostetik jantung dan pembungkus alat pacu jantung (McIntosh, 1995).

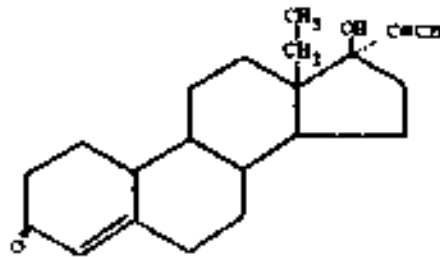


Gambar 2.1 Tube silastik implan

Sumber: McIntosh, 1995

2.1.2 Farmakodinamik dan Farmakokinetik

Rumus bangun kimiawi *levornogestrel* adalah sebagai berikut:



Gambar 2.2 Rumus bangun kimiawi *levornogestrel*

Sumber: McIntosh, 1995

Levonorgestrel sebenarnya sudah 40 tahun yang lalu digunakan untuk obat kontrasepsi yang dikombinasikan dengan *estrogen* sebagai pil kontrasepsi atau dalam bentuk sediaan tunggal sebagai kontrasepsi mini pil. Tahun 1974 telah dikembangkan implan yang berisi *Levonorgestrel* dan sejak tahun 1983 implan ini telah dikenakan sebagai salah satu metode kontrasepsi dalam program KB di seluruh dunia (McIntosh, 1995).

Kadar efektif *Levonorgestrel* akan dicapai dalam 24 jam. Dosis inisial yang dilepaskan sebesar 85 µg/hari dan akan berkurang menjadi 50 µg/hari pada siklus bulan ke 9 dan menjadi 35 µg/hari setelah 18 bulan. Kadar *Levonorgestrel* dalam darah ± 0,3 µg/hari setelah 5 tahun. Variasi kadar *Levonorgestrel* dalam darah antar individu tergantung pada berat badan (McIntosh, 1995).

Mekanisme kerja *Levonorgestrel* adalah menghambat ovulasi. Efek yang pertama, *Levonorgestrel* menyebabkan tidak terjadinya folikel yang masak sehingga tidak ada sel telur yang dilepas dari ovarium untuk dapat dibuahi oleh spermatozoa (*siklus anovulator*). Melalui alat Ultrasonografi (USG) dapat dideteksi folikel ovarium yang tidak membesar. Efek kedua, *Levonorgestrel*

menyebabkan lendir serviks menjadi kental sehingga menghambat penetrasi dan motilitas spermatozoa untuk bertemu dengan sel telur (D'Arcangues *et al.*, 1990).

Kadar hormon *Progesteron* dalam sirkulasi darah meningkat dengan cepat segera setelah pemasangan susuk KB. Terdapat perbedaan antara kadar hormon *Progesteron* dalam sirkulasi akseptor susuk KB dibanding wanita tanpa kontrasepsi hormonal dengan siklus menstruasi normal. Pada akseptor susuk KB terdapat peningkatan lambat kadar *Levonorgestrel* dan tidak terjadi lonjakan (*surge*) kadar *Progesteron*. Kadar *Levonorgestrel* tetap tinggi dan bertahan sampai akhir siklus menstruasi. Hal ini berbeda dengan wanita tanpa kontrasepsi hormonal dengan siklus menstruasi normal, dimana kadar *Progesteron* dalam darah meningkat secara perlahan dan terjadi penurunan menjelang menstruasi.

Suatu penelitian yang dilakukan secara longitudinal selama 5 tahun dengan mengukur kadar *Progesteron* akseptor susuk KB setiap 2-3 minggu dengan interval 6 minggu. 85% akseptor memiliki kadar *Progesteron* kurang dari 3 ng/ml pada tahun pertama yang berarti tidak ada ovulasi. Pada tahun ke 5, lebih dari 50% akseptor mempunyai kadar *Progesteron* di atas 6 ng/ml. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kadar rata-rata *Progesteron* pada akseptor susuk KB lebih rendah dibanding wanita tanpa kontrasepsi hormonal (Dasuki, 1999).

Penelitian terhadap kadar *Luteinizing Hormon* (LH) didapatkan gambaran grafik kadar LH datar dan hasil pemeriksaan USG vaginal sering dapat menemukan perkembangan folikel yang abnormal (Alexander *et al.* 1992). Hasil penelitian ini menunjukkan tidak terjadinya ovulasi pada akseptor susuk KB.

Pola perdarahan yang tidak teratur dan bervariasi hampir sama dengan pola perdarahan pada perdarahan *uterus dysfungsional* (PUD) yang berhubungan dengan siklus anovulator. *Levonorgestrel* memblokir umpan balik positif *estradiol* pada *hipotalamus* dan *pituitaria* sehingga menghambat ovulasi. *Progesteron* dalam sirkulasi menurunkan jumlah reseptor *estrogen* sehingga menurunkan stimulasi terhadap pertumbuhan *endometrium*.

Kadar *Levonorgestrel* akan menurun setelah periode 5 tahun yang menyebabkan peningkatan jumlah siklus ovulasi dan perdarahan akan lebih teratur, sehingga kemungkinan terjadinya kehamilan akan meningkat. Hal ini menunjukkan bahwa efek *Levonorgestrel* terhadap hambatan ovulasi adalah reversibel setelah periode 5 tahun.

2.1.3 Efektivitas Susuk KB sebagai Alat Obat Kontrasepsi

Tingkat kehamilan wanita yang menggunakan alat obat kontrasepsi susuk KB per tahun 0,2 pada tahun pertama dan kedua. Pada tahun ke 5, tingkat kehamilan menjadi 1,1 yaitu 3 dari 100 wanita menjadi hamil. Penelitian yang dilakukan oleh *Population Council International Committee for Contraceptive Research* (ICCR) (1990) menunjukkan bahwa tingkat kehamilan 0,2 pada tahun pertama dan 4,2 setelah 5 tahun dengan menggunakan tube plastik MDF. Penggunaan *Norplant tube silastic* diharapkan dapat menurunkan lagi tingkat kehamilan. Pada uji klinis di 5 negara oleh ICCR, tahun ke 4 penggunaan susuk KB mempunyai tingkat kehamilan > 33,5 per 100 wanita (Sivin, 1988). Kadar *Levonorgestrel* plasma para akseptor *norplant R-2* < 0,2 ng/ml. Penurunan kadar ini disebabkan oleh penurunan pelepasan *Levonorgestrel* dari implan sehingga

kadar *Levonorgestrel* pada norplant R-2 menjadi rendah setelah penggunaan 3 tahun.

Berat badan akseptor susuk KB juga berpengaruh terhadap efektivitas norplant. Kenaikan terjadi 8,4% pada wanita dengan berat badan di atas 70 Kg setelah 5 tahun pemakaian. Pada wanita dengan berat badan kurang 50 Kg, kenaikan hanya 0,1%. Efek ini dapat dikurangi dengan menggunakan tabung lunak silastik implant.

2.1.4 Efek Samping

Implan adalah kontrasepsi jangka panjang yang efektif untuk mencegah kehamilan. Tingkat penerimaan di negara – negara berkembang cukup tinggi, terutama di Indonesia. Alasan utama penghentian susuk KB adalah gangguan siklus menstruasi yang bervariasi dari perdarahan yang tidak teratur, perdarahan yang terus menerus sampai *amenorrhoe*. Perdarahan ini biasanya terjadi 3–6 bulan setelah pemasangan (Sivin, 1988). Tingkat penghentian susuk KB 9,1 per 100 wanita pada tahun pertama dan menurun menjadi 2,9 per 100 wanita pada tahun ke 5 (D'Arcangules *et al.*, 1990).

Pola perdarahan pertama terjadi selama produksi *estrogen* bersifat asiklis. Perdarahan yang terjadi mungkin terputus yang berhubungan dengan *menometrorrhagia*. Perdarahan ini terjadi ketika estrogen menstimulasi *proliferasi endometrium*. Perdarahan abnormal jenis kedua disebabkan oleh konsentrasi estrogen sangat menurun sehingga estrogen tidak lagi mendukung penebalan *endometrium*.

Alasan lain penghentian susuk KB ini adalah 1) sakit kepala, 2) perubahan berat badan, 3) perubahan perasaan dan 4) perubahan perilaku. Komplikasi pada

lokasi insersi jarang terjadi, dan jika terjadi biasanya segera teramati setelah pemasangan implan (Sivin, 1988).

Efek hormonal terhadap sistem hemostatik yang berhubungan dengan gangguan kardiovaskuler antara lain trombovaskuler. Efek tersebut berupa peningkatan pembekuan darah dan agregasi trombosit. Pada akseptor kontrasepsi hormonal terdapat peningkatan faktor koagulasi VII dan X dalam menghambat koagulasi yaitu antitrombin III. Peningkatan aktivitas *fibrinolisis* dalam penundaan waktu agregasi trombosit kontrasepsi hormonal berisi 30 mcgr *ethinyl-estradiol* (EE) memiliki efek lebih kecil terhadap sistem hemostatik daripada hormonal 50 µgr. Progestin dan estrogen dosis rendah menyebabkan sedikit perubahan sistem hemostatik (Margisa, 2000). Kontrasepsi hormonal menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah dan peningkatan ini tidak berhubungan dengan mortalitas maternal akibat gangguan kardiovaskuler seperti *myocard infark* atau *stroke*.

Efek metabolisme karbohidrat dan lipid pada sistem koagulasi lebih kecil pada progestin. Penggunaan progestin terbaru dapat meningkatkan HDL yang efeknya tak jauh berbeda dengan ketiga jenis progestin lainnya.

2.1.5 Penerimaan Akseptor terhadap Susuk KB

Wanita di seluruh dunia sangat peduli terhadap menstruasi dan perubahannya. Studi yang dilakukan oleh WHO terhadap 5.332 wanita di 10 negara, baik wanita yang berada di kota maupun di desa yang berasal dari berbagai macam strata ekonomi dan berbagai kelompok keagamaan menunjukkan bahwa wanita tidak menginginkan siklus menstruasi mereka terganggu (UNFPA, 2002). Persepsi wanita terhadap siklus menstruasi normal berbeda antar negara di

dunia. Persepsi ini dipengaruhi oleh lingkungan dan faktor genetik. Studi yang dilakukan oleh WHO menyatakan bahwa wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi berbeda masa siklus menstruasinya dari satu negara dengan negara yang lain. Contoh, dalam kurun waktu 3 bulan wanita Mexico mengalami menstruasi *rangnya* adalah 12 hari dan 18 hari untuk wanita Inggris (wanita di Inggris memiliki siklus lebih sering dan masa menstruasinya lebih lama).

Budaya, perilaku, dan sikap seseorang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi. Hasil penelitian di Indonesia, seorang wanita pedesaan berusia sekitar 32 tahun dengan 2 anak memutuskan tidak menggunakan susuk KB setelah mendengar pengalaman temannya yang menggunakan susuk KB mengalami pendarahan terus menerus sehingga takut untuk memakainya. Konseling yang dilakukan oleh provider tentang keuntungan dan kerugian penggunaan susuk KB pada calon akseptor, khususnya informasi mengenai perubahan siklus menstruasi, akan memberikan pengetahuan yang berguna bagi akseptor dalam kaitannya untuk meningkatkan penerimaan penggunaan alat obat kontrasepsi susuk KB ini.

Studi yang dilakukan tahun 1988 terhadap 863 wanita di usia produktif yang tinggal di sekitar Jimna untuk mengetahui kesadaran penggunaan program KB melalui *Focus Group Discussion* (FGD) didapatkan hasil 41,7% responden wanita pernah mendengar mengenai keluarga berencana dan 93,8% percaya bahwa Tuhan yang memutuskan terjadinya kehamilan. Penggunaan alat kontrasepsi di antara mereka hanya 7% dengan 65% menggunakan pil. Umur dan tingkat pendidikan responden memiliki hubungan yang signifikan pada pengguna kontrasepsi. Jelas terlihat bahwa kurangnya informasi yang akurat tentang keluarga berencana mempengaruhi penerimaan kontrasepsi ini.

2.2 Model

2.2.1 Pengertian Model

“Model adalah suatu abstraksi realitas yang terseleksi”. Menurut Meyer (1990) yang dikutip dari Pranowo (2001), model adalah suatu obyek atau konsep yang digunakan untuk menyajikan sesuatu yang lain. Model merupakan suatu realitas dalam skala kecil dan dikonversi ke suatu bentuk yang dapat dipahami secara komprehensif. Dengan perkataan lain, model adalah simplifikasi dari suatu sistem, yang menggambarkan keadaan sebenarnya. Contoh, para Insinyur membuat model untuk pesawat udara, para perancang membuat model kota-kota besar, atau perancang busana membuat model untuk busana.

Menurut Pranowo (2001), model dapat digunakan untuk menggambarkan keadaan suatu realita supaya mudah dipelajari. Model dapat berbentuk miniatur obyek yang akan dipelajari, abstraksi suatu obyek atau realita dalam bentuk matematik, diagram, ataupun simulasi komputer. Dengan menggunakan model, realita dapat diletakkan di atas meja/buku/kertas untuk dipelajari guna kepentingan pengambilan keputusan atau pengendalian manajemen. Hal ini disebut sebagai model keputusan yang mengandung berbagai komponen yang disebut variabel.

2.2.2 Langkah Pembentukan Model

Menurut F.R Giordano and Weir (1977), beberapa langkah membentuk model adalah:

- 1) Identifikasi masalah dalam penelitian;
- 2) Membuat asumsi.

Langkah membuat asumsi adalah:

- a) Identifikasi dan klasifikasi variabel,
 - b) mengetahui hubungan antar variabel;
- 3) Menyusun dan menyelesaikan model;
- 4) Menguji model;
- 5) Pemantapan model

Pada penelitian ini dicoba membuat model sebagaimana yang disarankan oleh F.R Giordano Weir dengan penjelasan sebagai berikut:

- 1) Identifikasi masalah dalam penelitian

Alokon susuk KB merupakan alokon yang reversibel, dapat diterima, dan aman. Kegagalan dan efek samping pemakaian susuk KB sangat rendah bila dibanding alokon jenis hormonal lainnya. Kenyataannya penyerapan dan cakupan akseptor secara nasional maupun regional rendah. Hal ini disebabkan antara lain: a) komunikasi, informasi, pendidikan (KIE) alokon susuk KB pada calon akseptor kurang, b) harga relatif mahal, c) sosialisasi pemasaran kurang, d) jumlah provider tidak seimbang dengan jumlah akseptor susuk KB, dan e) *Knowledge, Attitude, Practice* dari provider terbatas.

- 2) Membuat Asumsi

- a) Identifikasi dan Klasifikasi variabel

Peneliti akan membuat model pelatihan dengan menggabungkan materi teori pemasaran dan teknis medis pemasangan dan pencabutan susuk KB melalui pelatihan terhadap provider klinik swasta. Diharapkan pelatihan ini meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek provider yang akan menghasilkan tenaga terampil. Kenaikan jumlah tenaga terampil akan memberikan dampak

terhadap kualitas pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB dan peningkatan jumlah akseptor.

Menurut Kertajaya (2002), kemampuan pemasaran pada peserta akan memberikan pengaruh sangat besar pada beberapa komponen: harga, tempat, promosi, produk dan saluran distribusi. Strategi pemasaran terdiri atas:

1. Segmentasi: cara membagi pasar berdasarkan variabel tertentu.
2. Membuat target: memilih satu atau lebih segmen pasar yang dijadikan target pasar.
3. Posisi: posisi yang diinginkan ada di benak konsumen.

Taktik pemasaran terdiri atas:

1. *Differentiation*: Merealisasikan suatu strategi pemasaran dengan memperhatikan seluruh aspek terkait di perusahaan yang membedakannya dari perusahaan lain.
2. *Marketing Mix*: Menentukan kombinasi produk, harga, tempat serta promosi sesuai dengan strategi pemasaran.
3. *Selling*: Usaha untuk membuat konsumen membeli apa yang ditawarkan perusahaan sesuai dengan strategi pemasaran.

Nilai pemasaran meliputi:

1. *Brand*: Mencakup prinsip-prinsip perusahaan dalam meningkatkan ekuitas merk.
2. Pelayanan: Prinsip-prinsip perusahaan dalam meningkatkan kualitas servis yang diberikan pada pelanggan.
3. Proses : Prinsip-prinsip perusahaan untuk melibatkan setiap karyawan dalam proses pemuasan pelanggan, baik secara langsung atau tidak langsung.

Rencana membuat pelatihan pemasangan dan pencabutan susuk KB dan pemasaran digunakan buku penuntun belajar yang berisi:

1. Penuntun belajar dasar keterampilan konseling implan harus digunakan selama praktek konseling baik pada waktu permainan peran dengan menggunakan sukarelawan maupun pada waktu praktek klinik dengan klien.
2. Penuntun belajar dasar keterampilan klinik implan dirancang untuk digunakan pertama kali pada waktu mempelajari tahap awal keterampilan dengan menggunakan model lengan. Oleh karena itu tidak ada langkah konseling pada pra dan pasca pemasangan. Bila pelatihan pemasangan/pencabutan implan dilakukan hanya dengan klien tanpa model lengan maka penuntun ini harus ditambahkan dengan penuntun belajar klien tanpa model lengan maka penuntun ini harus ditambahkan dengan penuntun belajar dasar keterampilan konseling implan sesuai dengan tahapannya.
4. Pada awalnya, peserta menggunakan penuntun belajar dasar untuk mengikuti langkah-langkah yang diperagakan oleh pelatih dalam permainan peran konseling atau pemasangan/pencabutan implan pada model lengan.
5. Selanjutnya, selama kegiatan di kelas peserta mempraktekkan langkah demi langkah sesuai dengan penuntun belajar pada model lengan atau pada permainan peran konseling. Pada tahap ini peserta dibagi dalam kelompok, di mana seorang peserta melakukan langkah-langkah klinik sedang peserta lain menggunakan penuntun belajar untuk mengamati atau menilai setiap langkah yang dilakukan pasangannya. Pelatih kemudian berkeliling untuk melihat kemajuan belajar dan menilai apakah peserta mengikuti tiap langkah berdasarkan buku penuntun belajar.

Setelah peserta memperoleh kemajuan dan pengalaman, maka mereka mulai menggunakan buku penuntun belajar praktek keterampilan klinik dan konseling implan. Buku penuntun berisi langkah-langkah utama dari seluruh langkah yang ada dalam pemasangan dan pencabutan susuk KB. Latihan ini dapat dijadikan bahan diskusi selama pertemuan klinik, sebelum para peserta praktek klinik dengan klien.

Pada praktek klinik dengan klien, beberapa peserta pelatihan diminta melakukan praktek pemasangan susuk KB pada seorang klien. Peserta lain mengamati praktek pemasangan dan memperhatikan langkah praktek sesuai atau tidak dengan buku pedoman.

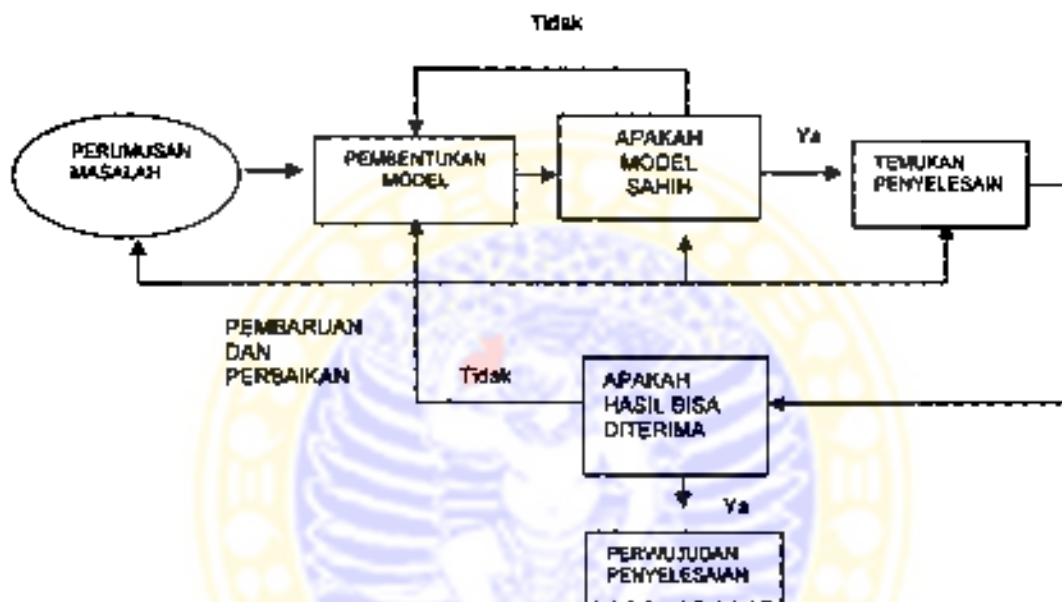
Selama praktek klinik ini pelatih harus selalu berada di klinik untuk mengawasi peserta yang baru pertama kali praktek klinik dengan klien. Setelah itu tergantung dari keadaan, pelatih berkeliling lagi ke setiap kelompok, untuk memastikan tidak ada masalah pada peserta saat melakukan praktek klinik dengan klien. Jadi, tujuan pelatihan ini adalah pada akhir pelatihan setiap peserta dapat melakukan setiap langkah klinik dengan benar saat memberikan pelayanan pemasangan susuk KB pada klien.

b) Hubungan Variabel

Semua variabel yang terkait dalam sistem pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan susuk KB diklasifikasikan satu dengan yang lain. Artinya, variabel pemasaran yang meliputi 4P (produk, harga, tempat, promosi) alokasi susuk KB diklasifikasikan dengan keterampilan pemasangan dan pencabutan susuk KB serta pengetahuan, sikap dan praktek provider.

3) Menyusun dan menyelesaikan model (*Model building*)

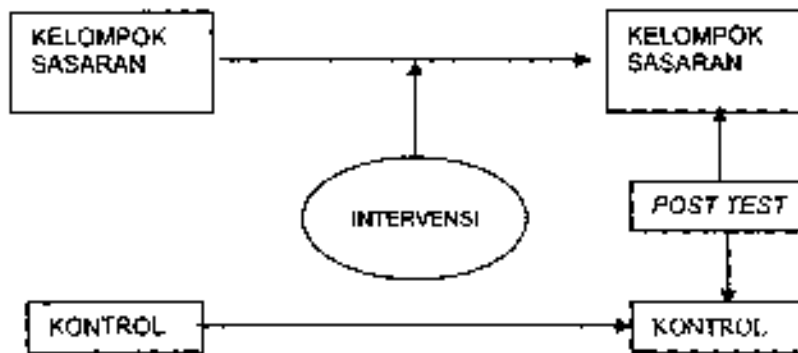
Setelah tahapan membuat model diselesaikan, model diuji dengan data lapangan dan uji statistik. Bila pada pengujian model ada variabel hubungannya tidak bermakna, maka dilakukan revisi dengan mengeluarkan variabel yang tidak bermakna dari model. Alur penyusunan *model building* menurut Boy Subirosa S (2001a) seperti pada gambar di bawah ini.



Gambar 2.3 Model

4) Pengujian model dengan data lapangan

Pengujian model dengan data lapangan dapat dilakukan dengan beberapa rancangan, antara lain: *Post test only control group design*. Pengujian model dengan rancangan ini, pengukuran dilakukan sesudah perlakuan baik untuk kelompok kontrol maupun kelompok eksperimen. Secara skematis digambarkan sebagai berikut.



Gambar 2.4 *Post Test Only Control Group Design*

5) Pemantapan model

Bila sudah diuji di lapangan dengan hasil yang sabih, selanjutnya perlu dipantau secara periodik untuk melihat konsistensi model, keajegan dan hasil yang cukup bagus, artinya model bisa digeneralisasikan di tempat lain yang setara wilayah atau daerah kecamatan di perkotaan.

2.2.3 Proses Pembuatan Model

Proses pembuatan model dapat dibagi menjadi 3 langkah :

1) Mempelajari lingkungan.

Berbagai faktor termasuk konflik organisasi, perbedaan antara tujuan organisasi dan tujuan pribadi serta sifat kompleksitas dari keadaan dapat menimbulkan ketidakjelasan mengenai permasalahannya pada para pembuat model. Hal ini perlu dipelajari dengan berpedoman pada pengalaman.

2) Merumuskan permasalahan.

Perumusan permasalahan harus memperhatikan konsep dasar. Kompleksitas permasalahan perlu disederhanakan. Proses perumusan juga mengharuskan pembuat model untuk melibatkan beberapa aspek secara realitas terkait permasalahan. Masalah yang dipecahkan harus sesuai dengan keputusan dan

tujuan, maka beberapa aspek yang terkait harus benar-benar dikenali dan ditentukan.

3) Membentuk ekspresi simbolis dari perumusan

Setelah permasalahan dirumuskan, selanjutnya dibuat model, sehingga perumusan masalah dan proses pembuatan model rangkaian menjadi terpadu. Bahan yang digunakan untuk membuat model adalah bahan yang sama dengan realitanya. Misalnya, suatu model busana, akan terbuat dari kain, sedangkan model bangunan akan terbuat dari tanah liat.

Di lingkungan pengambilan keputusan, model biasanya dibuat dengan simbol matematika. Proses membuat model melibatkan pengumpulan data dan membuat program melalui perangkat komputer. Membuat model sama kritisnya dengan perumusan masalah. Perumusan masalah memerlukan analisis, seleksi dan keputusan mengenai keterkaitan dengan tujuan. Proses membuat model pada umumnya bersifat sebagai proses yang lebih teknis, yang melibatkan penafsiran ke bidang matematika serta menyesuaikan dengan alat statistik.

2.2.4 Menggunakan Model

Model digunakan untuk berbagai tujuan. Menurut Millman (1993), model digunakan untuk: 1) menjual gagasan atau suatu rancangan, 2) memesan jumlah barang yang optimal, 3) meningkatkan pengetahuan tentang alam, dan 4) lebih meningkatkan pengaturan ekonomi suatu perusahaan. Penggunaan model berbeda sesuai dengan tingkat pengambilan keputusan. Pada tingkat sederhana, alternatif pemecahan masalah dan tujuan tampak lebih jelas. Interaksi antar variabel mudah dikenali. Misalnya, di tingkat bawah, keputusan hanya perlu diambil mengenai penjadwalan

mesin tertentu. Produk yang akan menggunakan mesin tersebut diketahui dan biaya yang diperlukan juga diketahui. Tujuan lain penggunaan model adalah untuk menentukan jadwal yang dapat menghasilkan jumlah yang diperlukan pada tanggal jatuh tempo serta meminimalkan pergantian serta biaya penyimpanan.

Semua model keputusan mempunyai sifat secara umum sama. Semua bentuk model menyediakan kerangka kerja untuk analisis logis dan konsisten.

Model digunakan untuk alasan khusus:

1. Model untuk manajer yang bersifat eksplisit tentang tujuan yang dicapai.
2. Model untuk manajer guna mengenali dan mencatat jenis-jenis keputusan (variabel keputusan) yang mempengaruhi tujuan.
3. Model untuk manajer guna mengenali dan mencatat interaksi dan *trade off* yang berhubungan atas variabel keputusan.
4. Model untuk manajer guna mencatat keterbatasan pada nilai-nilai yang dapat diasumsikan oleh variabel.
5. Model dapat digunakan sebagai suatu alat yang konsisten untuk menilai beberapa kebijakan yang berbeda. Setiap kebijakan atau seperangkat keputusan dievaluasi menurut tujuan yang sama. Model dapat disesuaikan dan ditingkatkan berdasarkan pengalaman.
6. Model akhir dapat digunakan dengan metoda matematika yang kuat dan sejumlah besar variabel dapat dianalisis
7. Kekuatan matematika ini dapat digunakan seiring dengan penyimpanan dan kecepatan komputer.

2.2.5 Model Pelatihan

2.2.5.1 Bentuk Model Pelatihan

Ada beberapa bentuk model pelatihan yang telah digunakan. Setiap bentuk model mempunyai persamaan dan perbedaannya. Eseryel (2002) menyajikan beberapa bentuk model pelatihan sebagai berikut.

Tabel 2.1 Perbandingan *system-based model* pelatihan

Kirkpatrick (1959)	CIPP Model (1967)	IPO Model (1990)	TVS Model (1994)
1 <i>Reaction</i>	1 <i>Context</i>	1 <i>Input</i>	1 <i>Situation</i>
2 <i>Learning</i>	2 <i>Input</i>	2 <i>process</i>	2 <i>Intervention</i>
3 <i>Behavior</i>	3 <i>Pocess</i>	3 <i>Output</i>	3 <i>Impact</i>
4 <i>Results</i>	4 <i>Products</i>	4 <i>Outcome</i>	4 <i>Value</i>

Sumber: Eseryel, 2002.

Pada model yang dikembangkan oleh Kirkpatrick, model pelatihan ada 4 komponen, yaitu: 1) reaksi, 2) pembelajaran, 3) perilaku, dan 4) hasil (Eseryel, 2002). Pada komponen reaksi berisi tentang pengumpulan data pada partisipan pada saat akhir program pelatihan. Pada komponen pembelajaran berupa kegiatan penilaian terhadap tujuan pembelajaran. Sebagai hasil proses pembelajaran adalah adanya perubahan perilaku yang dapat dievaluasi melalui perubahan kinerja pada suatu pekerjaan sebagai hasil dari pelatihan. Pada tahap hasil, berisi tentang evaluasi terhadap biaya dan manfaat dari program pelatihan. Sebagai contoh: pengaruh bentuk organisasi pada pengurangan biaya pelatihan, menambah kualitas kerja, meningkatkan jumlah pekerjaan.

Pada model CIPP, model pelatihan ada 4 komponen, yaitu: 1) konteks, 2) masukan, 3) proses, dan 4) produk. Pada komponen konteks yang merupakan berisi kegiatan pengumpulan informasi tentang situasi sebagai dasar pengambilan keputusan tentang kebutuhan pendidikan tujuan program pelatihan. Pada

komponen masukan berisi tentang identifikasi strategi pendidikan yang paling tepat untuk mencapai hasil yang baik. Pada komponen proses yang merupakan tahap ketiga dalam model pelatihan ini berisi tentang penilaian tentang implementasi dari program pendidikan yang dilaksanakan. Sebagai hasil dari proses pelatihan adalah suatu produk. Pada komponen ini berisi tentang pengumpulan informasi keberhasilan dari pelatihan (Eseryel, 2002).

Pada model IPO, model pelatihan ada 4 komponen, yaitu: 1) masukan, 2) proses, 3) luaran, dan 4) *outcome*. Pada komponen masukan yang merupakan berisi kegiatan evaluasi indikator-indikator kinerja pada suatu sistem antara lain kualifikasi peserta pelatihan dan bahan pelatihan. Pada komponen proses dalam model pelatihan ini berisi tentang perencanaan, rancangan pengembangan program pelatihan. Sebagai hasil dari proses pelatihan adalah suatu luaran. Pada komponen ini berisi tentang hasil pengumpulan data setelah diberikan intervensi pada pelatihan. Sebagai dampak jangka panjang adalah suatu *outcome* yang berhubungan dengan peningkatan atau kemajuan perusahaan, profitabilitas maupun pada aspek kemampuan kompetitif (Eseryel, 2002).

Pada model TVS, model pelatihan ada 4 komponen, yaitu: 1) situasi, 2) intervensi, 3) dampak dan 4) nilai. Pada komponen situasi berisi kegiatan pengumpulan data sebelum pelatihan untuk menentukan tingkat kinerja secara umum pada organisasi dan mendefinisikan atau menentukan tingkat kinerja yang akan dicapai. Pada komponen intervensi berisi tentang identifikasi terhadap alasan-alasan untuk menetapkan adanya suatu *gap* antara keadaan kinerja saat dan kinerja yang diharapkan lebih baik jika pelatihan diberikan. Pada komponen dampak berisi tentang evaluasi terhadap perbedaan antara data *pretest* dan

postest. Pada komponen keempat adalah nilai. Pada komponen ini kegiatan yang dilakukan adalah mengukur perbedaan tentang kualitas, produktivitas, pelayanan, atau penjualan dari produk yang dihasilkan (Eseryel, 2002).

Pada pelatihan yang dijalankan dalam penelitian ini menggunakan model pelatihan dari IPO dengan model pelatihan yang berisi 4 komponen: 1) masukan, 2) proses, 3) luaran, dan *outcome*.

2.2.5.2 Proses Pelatihan

Pelatihan yang baik dilakukan melalui serangkaian proses yang berurutan dan sistematis. Rangkaian proses ini berisi tentang: 1) pemberian informasi; 2) penguatan melalui latihan-latihan; 3) klarifikasi dan peninjauan bahan yang dilatihkan; dan 4) tes hasil belajar (Kurtus, 2000).

Sedangkan Tully (1997) menjelaskan secara lebih rinci bahwa proses pelatihan terdiri dari 7 tahap yaitu:

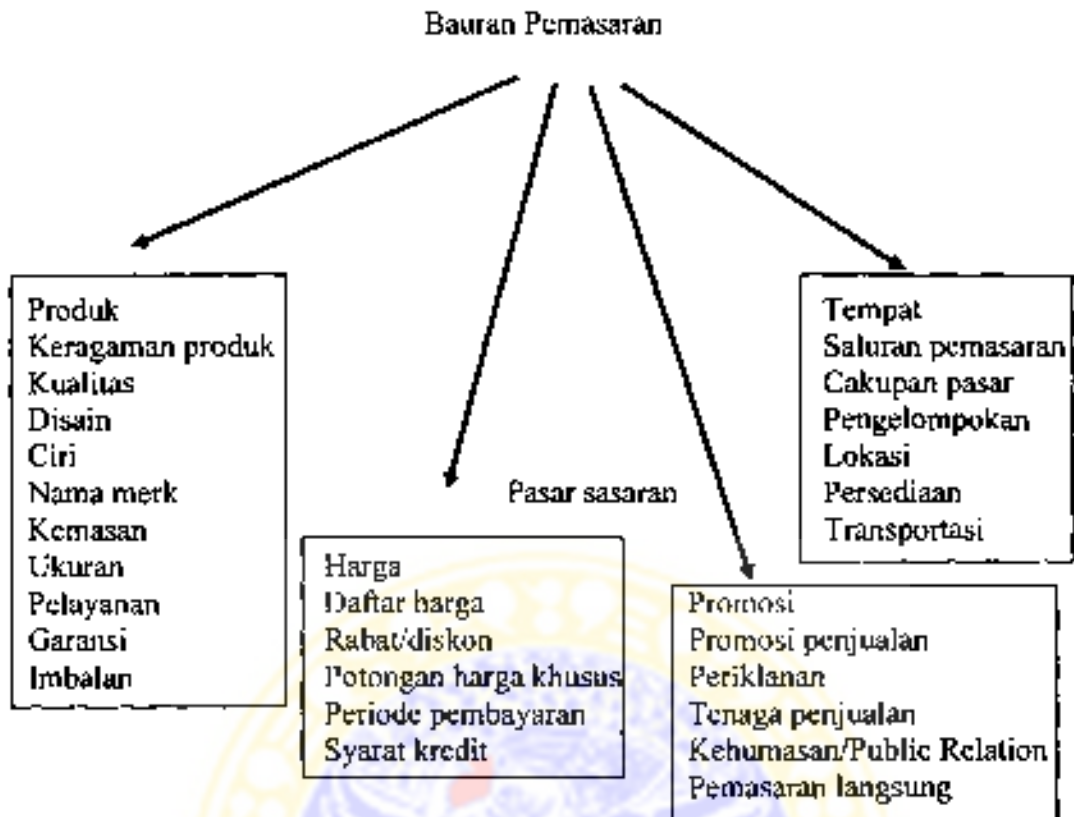
1. Menentukan misi organisasi;
2. Menetapkan tugas dan fungsi masing-masing anggota atau personal;
3. Menentukan kebutuhan yang diperluakn pada pelatihan untuk masing-masing seksi;
4. Memutuskan tujuan yang paling penting dan menjadi prioritas dalam organisasi;
5. Mengetahui bagaimana tingkat kelayakan dari segi waktu dan pembiayaan;
6. Mengevaluasi kurikulum yang akan dipakai. Jangan membuat tujuan, kebutuhan dan misi organisasi kurang jelas;
7. Mengevaluasi hasil dari pelatihan.

Guru, instruktur, pelatih atau pengajar menyediakan informasi pada peserta latihan melalui berbagai media. Dalam sebuah kelas, peserta diberikan latihan agar dapat mempraktekan dan memberdayakan apa yang telah dipelajari. Latihan juga membantu peserta lebih terlibat dalam materi yang bisa merangsang ketertarikannya.

Selanjutnya, pada sesi terakhir dilakukan tes atau ujian untuk membuktikan kemampuan atau keahlian yang mereka pelajari. Ujian biasanya merupakan kombinasi dari mengingat fakta dan konsep. Sebuah tipe tes yang paling baik adalah menerapkan keahlian secara fisik.

2.3 Materi Pelatihan Tentang Pemasaran

Menurut Philip Kotler (2000a), bauran pemasaran adalah seperangkat alat pemasaran yang digunakan perusahaan untuk terus menerus mencapai tujuan pemasaran di pasar sasaran. Alat-alat tersebut diklasifikasikan menjadi 4 kelompok yang disebut 4P dalam pemasaran yang meliputi; produk, harga, tempat dan promosi. Variabel pemasaran dari masing-masing P, ditunjukkan pada gambar 2.6.



Gambar 2.5 Bauran Pemasaran

Robert Lauterborn mengemukakan bahwa 4P penjual berhubungan dengan 4C pelanggan (Kotler, 2000).


Tabel 2.2 4P dan 4 C dalam bauran pemasaran

EMPAT P	EMPAT C
<i>Product</i> (produk)	<i>Customer solution</i> (solusi pelanggan)
<i>Price</i> (harga)	<i>Customer cost</i> (biaya pelanggan)
<i>Place</i> (tempat)	<i>Convenience</i> (kenyamanan)
<i>Promotion</i> (promosi)	<i>Communication</i> (komunikasi)

(Kotler, 2000b)

Di bawah ini merupakan keterangan hubungan ruang lingkup bauran pemasaran susuk KB 4 P dengan 4 C pembeli:

Tabel 2.3 Keterangan Hubungan Bauran Pemasaran Alokon Susuk KB antara 4P Penjual dan 4C Pelanggan.

NO.	4 P	HUBUNGAN	4 C
1	<i>Product</i> (Produk)	 Content/Labeling	<i>Customer</i> (Solusi Pelanggan)
	a. Keragaman produk	Susuk Silastik <i>Levonorgestrel</i> atau <i>Desogestrel</i> . Setiap keping mengandung 75 mg <i>Levonorgestrel</i> Untuk ditanam di lengan atas. Masa berlaku efektif 3 tahun. Harus ditangani oleh dokter atau perawat, bidan yang terlatih. Disimpan di tempat yang sejuk dan tempat yang kering. Jangan digunakan bila kemasan rusak.	Konsumen (akseptor) akan menyukai produk yang menawarkan ciri-ciri : - paling bermutu - Berkinerja - Inovatif
	b. Kualitas	Efektif Melalui uji klinis yang bisa dipertanggungjawabkan secara ilmiah	Efek samping kecil <i>Reversible, acceptable, safety, effective</i>
	c. Disain	Ukuran kemasan tidak terlalu besar, mudah disimpan, isi 1 sachet, petunjuk jelas, disain warna bisa mewakili KB. 2 implant 1 implant 5 implant	
	d. Nama merk kemasan	Distributor, importir dari negara asal produksi, dan merk produk/dagang yang sudah di daftar di Badan POM.	Daya tarik, cepat mengakses. Tulisan mudah di baca, bahasa singkat, jelas, mudah dimengerti. Meyakinkan bahwa produk tersebut legal untuk dikonsumsi, dipakai tidak ada rasa takut.

	c. Pelayanan, garansi, imbalan	Advokasi, KIE petugas lapangan, sangat diperlukan secara kontinyu. Tidak memberikan dampak yang negatif Pelatihan terhadap provider sangat diperlukan.	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan kepuasan kepada klien (akseptor) akan kembali memakai, membeli produk secara kontinuitas. - Dampak yang positif kepada lingkungan keluarga.
2	<i>Price (Harga)</i>	—————→	<i>Customer Cost (Biaya Pelanggan)</i>
	a. Daftar harga	Telah ditentukan oleh tim keputusan harga yang rasional dari Badan POM.	Hubungannya dengan keterjangkauan membayar.
	b. Rabat diskon	Bisa diberikan potongan harga untuk memberikan daya tarik dari jumlah yang akan di beli.	Memberikan rangsangan dan tersedianya produk dengan harga bisa terjangkau.
	c. Potongan harga khusus	Pemakaian jumlah besar/pakai besar, atau harga promosi	Menarik daya beli, mendorong untuk menggunakan.
	d. Periode pembayaran syarat kredit	Bisa dilakukan bertahap/konsinyasi dengan system jaminan yang telah disepakat.	Meringankan kemampuan daya beli akseptor.
3	<i>Place (Tempat)</i>	—————→	<i>Convenience (Kenyamanan)</i>
	a. Saluran pemasaran	Tempat penyimpanan barang, penyusunan, pendistribusian.	Memudahkan penerimaan, memudahkan mengakses tempat pelayanan, dan untuk mengetahui jauh dekat jarak tempat pelayanan.

4	b. Cakupan pasar	Seberapa besar wilayah pemasaran dalam segmen penjualan	Memberikan kemudahan untuk mengakses pembelian barang.
	c. Pengelompokan lokasi	Pembagian segmen pasar untuk pembagian, memudahkan operasional	Teknis pelayanan kebutuhan pelanggan.
	d. Persediaan, transportasi	Memudahkan saluran distribusi sampai di tempat tujuan	Pengiriman <i>Door to Door Service</i> .
	Promotion (Promosi)	—————→	Communication (Komunikasi)
	a. Promosi penjualan	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan harga khusus - <i>Launching</i> yang berkesinambungan. - Penyebaran leaflet- leaflet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Daya tarik - Hubungan timbal balik
b. Promosi periklanan	<ul style="list-style-type: none"> - Pemasangan iklan – iklan melalui media elektronik maupun media cetak. - Pemasaran langsung ke konsumen 	<ul style="list-style-type: none"> - Segera mengetahui produk yang akan di beli - Kapan dan dimana produk bisa dibeli 	
c. Tenaga penjual pemasaran langsung	<ul style="list-style-type: none"> - Detailer - Profesional sesuai dengan bidangnya 	Memberikan kepuasan pelayanan langsung pada pelanggan	
d. Kehumasan (<i>Public Relations</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Pusat memanage, mengelola, memberikan informasi kepada publik. - Pusat menjaga hubungan baik dengan publik sehingga mampu memahami apa yang dibutuhkan publik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendapatkan informasi yang akurat - Sumber yang bisa dipercaya - Pelanggan sasaran. 	

(Kotler, 2000a)

Konsep bauran pemasaran Kotler tersebut dapat diaplikasikan pada pelayanan kesehatan. Apabila model bauran pemasaran 4P dan 4C dipadukan dengan model pelatihan pemasangan dan pencabutan susuk KB pada provider, diharapkan dapat memberikan hasil yang optimal dalam rangka meningkatkan penyerapan alat obat kontrasepsi susuk KB.

2.3.1 Strategi Bauran Pemasaran

Menurut Kotler (2000a), teori strategi bauran pemasaran dapat diadaptasikan pada standar operasional pelayanan klinik pemerintah, bidan, dokter, klinik swasta dalam pemasaran pelayanan KB. Promosi merupakan bagian dari pemasaran dan cara mempromosikan produk dengan langkah sebagai berikut:

- 1) Promosi penjualan;
- 2) Periklanan;
- 3) Tenaga Penjualan;
- 4) Kehumasan;
- 5) Surat langsung;
- 6) Saluran distribusi;
- 7) Pelanggan sasaran;

Pechansky and Thomas (1981) memperkenalkan pada masyarakat sebuah model proses pemasaran yang memiliki enam tahapan, yaitu:

- 1) Analisis pasar (perencanaan dan strategi);
- 2) Perencanaan (pemilihan bahan dan saluran);
- 3) Mengembangkan, menguji dan memperbaiki beberapa perencanaan;
- 4) Pelaksanaan – penerapan;
- 5) Menilai efektifitas;

2.3.2 Pemasaran Jasa Kesehatan

Strategi pasar komersial untuk negara berkembang menurut Margaret Neuse dari USAID dapat menggunakan berbagai strategi dan intervensi. Guna memasarkan program KB bekerjasama dengan individu dan sektor komersial.

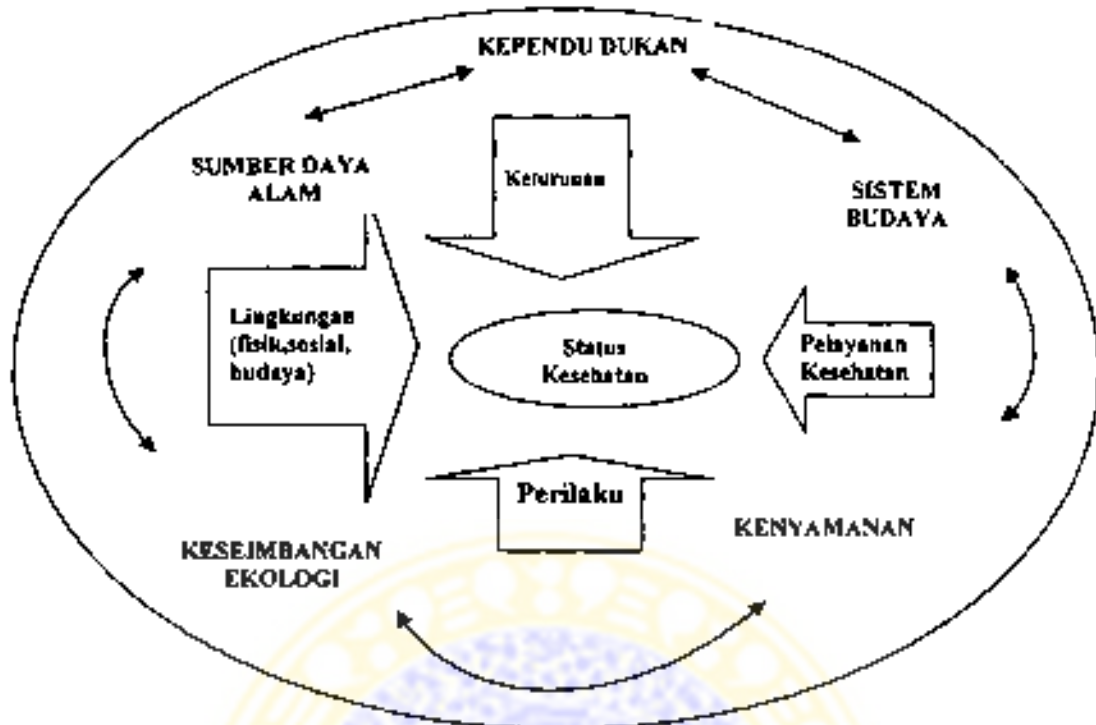
Pelayanan pemasaran yang efektif memerlukan teknik pemasaran yang baik, mengamati mutu produk yang akan dijual pada klien dan provider merupakan unsur utama yang perlu diperhatikan. Pemasaran IUD, kondom, Norplant, lebih cenderung dikelompokkan sebagai produk jasa. Pemasaran alokon kepada orang pedesaan memerlukan penyesuaian adaptasi terhadap kebiasaan dan perilaku orang. Mereka menggunakan saluran distribusi model *Caca Cotenisasi*. Jaringan tersebut sampai ke desa mudah diakses, dan dikenali. Model ini perlu disampaikan secara berkesinambungan guna merubah perilaku kesehatan. Pertama, pemasaran jasa sosial, pengalaman orang lebih berkeinginan membayar jasa di sektor swasta. Mereka mendapatkan beberapa jasa yang diperlukan pada waktu yang sama dan dari sumber yang sama.

Kedua, pemberian jasa keluarga berencana dan kesehatan yang produktif perlu melibatkan swasta karena pemerintah tidak bisa melakukan sendiri. Meskipun banyak kekurangan namun tetap penting, pengalaman bagaimana menyesuaikan teknik pemasaran ke jasa pelayanan.

2.4 Pelayanan Pemasangan Dan Pencabutan Susuk KB

2.4.1 Status Kesehatan

Faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan seseorang menurut Blum (1981) adalah: 1) *heriditer* (keturunan), 2) perilaku, 3) pelayanan kesehatan, dan 4) kondisi lingkungan (fisik, sosial, dan budaya).



Gambar 2.6 Status Kesehatan

Sumber: Blum, 1981

Ke empat faktor tersebut (keturunan, lingkungan, perilaku dan pelayanan kesehatan) di samping berpengaruh langsung terhadap status kesehatan, juga saling berpengaruh satu sama lainnya. Status kesehatan akan tercapai secara optimal, bilamana ke empat faktor tersebut secara bersama-sama mempunyai kondisi yang optimal pula. Salah satu faktor saja berada dalam keadaan yang terganggu (tidak optimal), maka status kesehatan akan tergeser ke arah di bawah optimal.

Sistem pelayanan kesehatan pada teori Blum merupakan salah satu faktor saja dari keempat faktor yang mempengaruhi status kesehatan. Pelayanan kesehatan pada penelitian ini adalah pelayanan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dalam bentuk pelayanan pemasangan dan pemasangan susuk KB. Pada sistem pelayanan selain pelayanan dalam bentuk pemasangan dan pencabutan

susuk KB juga pemasaran tentang susuk KB baik mengenai berbagai macam jenis susuk, harga susuk, efektifitas, efisiensi maupun fisibilitas pemakan susuk KB.

2.4.2 Pelayanan Susuk KB

Penilaian tentang kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi masih sangat beragam. Kualitas adalah suatu keadaan atau kondisi di mana individual diperlakukan dan mendapat pelayanan oleh sistem yang baik untuk mencapai tujuan pemberian pelayanan (Egan, 1993). Pada *workshop* mengenai kualitas pelayanan KB di Bandung, 1993 disepakati bahwa definisi kualitas menurut perspektif klien adalah:

' quality is services that meet the needs of clients in achieving that meet the needs of client which are medically safe and professionally ethical, and are accessible, affordable, acceptable to women and men'; menurut perspektif pengelola adalah *'quality is services that meet the needs of client and program goals which are safe, satisfying, affordable, accessible, and delivered in a technically competent manner within the socio-cultural context of the country'* (Population Council, 1990).

Tahun 1994, BKKBN mendefinisikan bahwa pelayanan KB yang bermutu adalah pelayanan yang memberikan informasi yang terbuka secara rasional dan diikuti oleh pelayanan tenaga profesional dengan jaringan pelayanan yang mempunyai sistem rujukan yang dapat dihandalkan.

Menurut Menteri Negara Kependudukan / Kepala BKKBN yang disampaikan pada *Meeting of Population Association of America* di Miami, Florida Amerika, 1994, pengertian kualitas adalah suatu kondisi dan atau keadaan di mana sistem dengan sumber daya, sarana dan dana yang terbatas dapat mencapai sasaran tujuannya, dengan memberikan jasa pelayanan sebaik-baiknya kepada keluarga dan atau masyarakat, sehingga pencari jasa pelayanan mendapat perlakuan dan dilayani oleh sistem yang sedemikian rupa dalam upaya memenuhi

kebutuhannya untuk mencapai kesejahteraan keluarga dan yang sesuai serta memenuhi syarat etika, aturan agama, dan norma sosial budaya. Dalam konteks ini, kualitas mempunyai dan memenuhi empat pra-syarat yaitu kualitas dari: 1) perspektif manajer/pengelola program, 2) perspektif provider/pemberi pelayanan, 3) perspektif klien / keluarga, dan 4) komunitas / lingkungan masyarakat, sosial budaya dan agama. Berdasarkan pengertian tersebut nampaknya kualitas tidak hanya sekedar dilihat dari sisi ketentuan medis saja, tetapi yang lebih penting adalah pada aspek penerima/klien/keluarga dan masyarakat serta lingkungan secara etika, sosial budaya dan agama.

2.4.3 Pelayanan Kesehatan yang Profesional

Menurut Keanuy dan Walsh dalam buku yang ditulis oleh Angus Laing (2002), tentang terjadinya hubungan antara para profesional penyedia layanan kesehatan umum dengan para pengguna layanan hubungannya bersifat pasif. Pada saat ini ada upaya untuk mendorong agar para pengguna layanan dapat bersifat aktif dan menjadi mitra yang sejajar dalam merancang dan menyampaikan layanan kesehatan. Penempatan pengguna layanan pada sektor public, proses penyampaian layanan telah memaksa organisasi sektor publik untuk menilai kembali pengaturan dan pengelolaan penyampaian layanan kesehatan. Pada saat promosi suatu produk perhatian dipusatkan pada pengguna yang selama ini hanya terfokus pada pengelolaan proses penyampaian layanan. Dewasa ini layanan yang diberikan di Rumah Sakit bersifat terlalu kaku dan tidak fleksibel. Cara seperti ini kurang tepat, karena yang diharapkan adalah perlakuan terhadap pasien yang memadai dan benar serta memperlakukan pasien sebagai

manusia yang butuh perhatian. Oleh karena itu, setiap Rumah Sakit atau tempat pelayanan dianjurkan untuk:

1. Memberikan layanan sistem jadwal pelayanan yang dapat memberikan waktu perorangan kepada pasien. Pelayanan akan menjadi buruk jika pasien harus menunggu selama 2 sampai 3 jam di ruang pelayanan kesehatan. Hal ini kurang dapat diterima.
2. Menyediakan area atau ruang tunggu yang tenang dan nyaman dilengkapi dengan sarana yang tepat bagi para orang tua dengan anak-anak.
3. Menyediakan buku atau pamflet mengenai fasilitas yang tersedia dan apa yang diperlukan pasien untuk mengetahui berbagai informasi bilamana mereka dapat datang ke tempat pelayanan kesehatan.
4. Menyiapkan prosedur yang lebih jelas, lebih mudah dan lebih peka untuk dapat diberikan saran perbaikan pelayanan..
5. Reorganisasi keseluruhan sistem pelayanan kesehatan harus dilakukan. Tujuan utama dari reorganisasi kembali dari proses pemberian layanan adalah untuk meningkatkan organisasi layanan kesehatan dan pelayanan lebih profesional.
6. Menempatkan para pasien di antara kebijakan dan kepentingan praktek.
7. Mengakui dan mendukung perbedaan kebutuhan dengan mencoba memenuhi perbedaan kebutuhan tersebut.
8. Berupaya untuk mencapai ketetapan yang terbaik antara ketentuan dan kebutuhan dari para pasien secara perorangan.

Komitmen pada pengembangan sistem layanan yang berorientasi pada pengguna yang menimbulkan implikasi pada cara merancang dan menyampaikan

jasa pelayanan kesehatan. Perubahan rancangan mempunyai implikasi yang cukup besar bagi para profesional yang terlibat dalam proses penyampaian layanan.

Perawatan pasien melibatkan orang dalam jumlah besar, mulai dari para pembersih sampai dengan para konsultan. Mereka secara bersama-sama memberikan pelayanan kesehatan dan mutu perawatannya ditentukan oleh efektifitas mereka dalam bekerja sama sebagai sebuah tim.

2.4.4 Pelayanan Provider terhadap Klien

Menurut Suyono (2003), lebih dari tiga desa wara program KB nasional dilakukan di Indonesia sudah banyak hasil yang dicapai. Keberhasilan program tersebut atas kerjasama semua petugas BKKBN beserta jajarannya dan lintas sektoral departemen teknis yang terkait. Program KB merupakan investasi jangka panjang, diharapkan memberikan kontribusi untuk mewujudkan keluarga berkualitas. Di antara kontribusi tersebut di atas adalah peningkatan mutu SDM dalam bentuk upaya peningkatan pelatihan pelayanan kepada provider dalam upaya meningkatkan hubungan komunikasi dan kekrampilan konseling. Pada program pelayanan dibentuk *Client Centre Approach* (pendekatan yang mengutamakan klien). Pendekatan ini difokuskan pada provider untuk memperhatikan keinginan dan pemikiran klien, mengajak untuk mengungkapkan kebutuhan dan keinginannya. Cara lain adalah mengumpulkan informasi dan membantu klien dalam mengambil keputusan. Provider selama ini hanya memberi tahu tentang apa yang harus dilakukan saja. Jadi, posisi klien bersifat pasif.

Upaya dukungan terhadap peningkatan mutu SDM dapat dikaitkan dengan program baru yang sedang digarap oleh pemerintah, yaitu perubahan orientasi pendidikan dan pembekalan kecakapan untuk hidup sejahtera atau sistem *Broad Base Education* (BBE).

BKKBN dapat ikut secara aktif memberikan dukungan terhadap upaya intervensi terhadap *life skills* dalam BBE yang berlangsung sepanjang hayat, baik melalui sistem pendidikan formal maupun sistem yang digarap dalam berbagai kelompok yang baik pelatihan.

Pada akhirnya *self assesment* dan *peer-review* dipilih sebagai mekanisme latihan yang terbaik dan efektif serta biaya sedikit. *Self assesment* adalah upaya dari provider untuk mengukur kemampuannya sendiri di luar aturan yang membatasi diri sendiri. Pada *peer-review*, provider membentuk kelompok yang masing-masing anggotanya memberikan umpan balik satu sama lain dan saling berbagi pengalaman.

2.4.5 Pelayanan Kepuasan Akseptor

Menurut Kathryn H Dansky (1997), kepuasan pelanggan adalah suatu langkah penting dari mutu layanan dalam organisasi pelayanan kesehatan. Dua teknik pengelolaan untuk merubah persepsi penungguan juga dipelajari. Pemberitahuan kepada pasien, mengenai berapa lama harus menunggu dan disibukkan selama waktu menunggu merupakan faktor penting sekali bagi kepuasan pasien. Jika waktu tunggu tidak dapat dipersingkat, tetap dapat dikelola secara lebih efektif untuk meningkatkan kepuasan pasien.

Organisasi pelayanan kesehatan terus mengambil langkah-langkah manajemen untuk meningkatkan mutu layanannya. Demi kesuksesan

organisasinya (Egan, 1993). Dahulu Rumah Sakit menilai kualitas pelayanan kesehatan menurut tolok ukur yang telah ditetapkan secara internal. Dewasa ini diakui bahwa kualitas lebih penting jika diukur dari si penerima jasa. Akibat fokus baru ini, pengukuran kualitas layanan dari segi pandang pasien telah menjadi penting di bidang industri pelayanan kesehatan (Bound, 1994). Persepsi ini mendorong pasien untuk memilih menggunakan dan kembali kepada pemberi jasa pelayanan kesehatan. Dengan demikian organisasi yang sukses akan mengembangkan strategi untuk mengelola persepsi ini.

Dua cara untuk mengelola persepsi yang berkaitan dengan waktu tunggu pasien yaitu 1) memberitahu pasien berapa lama mereka harus menunggu; dan 2) mengisi waktu pasien sementara pasien sedang menunggu.

Beberapa alasan bahwa kepuasan pasien yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan sangat penting menurut perspektif manajemen adalah *pertama*, pasien yang puas akan mempertahankan hubungannya dengan pemberi jasa pelayanan kesehatan tertentu (Bound, 1994). Kembalinya pasien sangat penting bagi prinsip pemasaran yang telah menjadi semakin penting di bidang pelayanan kesehatan. *Kedua*, dengan upaya untuk mengetahui apa yang membuat pasien tidak puas, organisasi dapat mengetahui kelemahan sistem, sehingga dapat meningkatkan cara pengelolaan risikonya (Kottler, 2000b). *Ketiga*, pasien yang puas cenderung mengikuti rencana perawatan kesehatan (Bound, 1994). Akhirnya kepuasan pasien memberi tambahan informasi penting pada kinerja sistem, yang memberikan kontribusi pada upaya TQM (*Total Quality Management*) organisasi.

2.4.6 Kebutuhan (*Need*) Terhadap Pelayanan Kesehatan

Faktor kebutuhan individu adalah hal yang terkait dengan kesakitan seperti tipe dan beratnya gejala dari berbagai aspek biofisik, sosial dan psikologis seperti luka, khawatir dan kondisi lain yang mengganggu. Menurut Andersen (1995) terdapat 2 jenis kebutuhan yaitu kebutuhan yang dipersepsi dan kebutuhan yang dievaluasi.

Kebutuhan yang dipersepsi adalah suatu fenomena sosial yang dapat dijelaskan oleh struktur sosial dan kepercayaan terhadap kesehatan. Sedangkan kebutuhan yang dievaluasi adalah prediktor penting bagi tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan. Namun kebutuhan yang dipersepsi akan secara lebih baik membantu dalam memberikan pemahaman tentang usaha pencarian pelayanan dan kepatuhan terhadap terapi medis, sedang kebutuhan yang dievaluasi lebih berkaitan dengan jenis dan jumlah perlakuan yang disediakan setelah seorang pasien yang datang ke suatu pelayanan kesehatan.

Robinson dan Elkan (1996) mengungkapkan 4 macam tipe kebutuhan kesehatan yaitu:

- 1) **Kebutuhan normatif.** Kebutuhan normatif adalah kebutuhan yang didefinisikan oleh para ahli menurut standar tertentu. Definisi normatif kebutuhan di sini bisa berubah seiring dengan berubahnya pengetahuan dan nilai.
- 2) **Kebutuhan yang dirasakan.** Kebutuhan yang dirasakan ini sebenarnya adalah suatu ukuran yang kurang tepat terhadap kebutuhan yang sesungguhnya, sebab terbatas pada persepsi individu terhadap kebutuhan mereka sendiri.

Karena ketidaktahuan bahwa suatu pelayanan tersedia, orang juga tidak merasa membutuhkan.

- 3) **Kebutuhan yang diekspresikan.** Kebutuhan tipe ini juga sering disebut **permintaan**. Orang tidak akan meminta pelayanan kalau mereka tidak merasakan adanya satu kebutuhan, tetapi kebutuhan yang dirasakan tidak selalu diungkapkan menjadi permintaan.
- 4) **Kebutuhan berdasarkan perbandingan.** Kebutuhan tipe ini pada umumnya dianalisis dari pengguna pelayanan. Jika sama, berarti orang tersebut mempunyai kebutuhan terhadap pelayanan yang dimaksud.

Menurut Andersen (1995), akses riil adalah pemanfaatan aktual pelayanan. Indikator usaha pencarian pelayanan dalam akses riil meliputi indikator obyektif dan subyektif. Indikator obyektif menurut Aday dan Andersen (1980) adalah tipe, lokasi, tujuan dan jangka waktu pemanfaatan, sedangkan indikator subyektif adalah kepuasan konsumen terhadap dimensi kenyamanan, ketersediaan, pembiayaan, karakteristik pemberi pelayanan dan mutu.

2.5 Pelatihan

Pelatihan pengembangan keterampilan sangat berbeda dengan proses mengajar secara tradisional. Pelatihan memberikan keterampilan yang sangat diperlukan bagi para petugas pelayanan kesehatan untuk keberhasilan kerja mereka dalam menjalankan pekerjaannya.

Ada beberapa langkah utama untuk menyelesaikan pelatihan pengembangan keterampilan yang berhasil. Setiap langkah kemudian dianalisis kembali untuk menentukan cara yang paling efisien dan aman untuk diajarkan dan

dipelajari. Proses ini disebut pembakuan atau standarisasi. Setelah langkah klinik pemasangan implan dibakukan, maka penuntun belajar dan formulir penilaian dapat disusun dan dikembangkan untuk menilai kemajuan dalam proses belajar dan menilai kinerja provider dengan mengukur keterampilan pelayanan para peserta secara keseluruhan.

Komponen utama dalam pelatihan pengembangan keterampilan adalah penggunaan teknik bimbingan. Pada teknik ini para pelatih klinik memberikan penjelasan mengenai keterampilan atau kegiatannya lebih dahulu, kemudian memberikan peragaan dengan menggunakan model anatomik atau alat mengajar yang lain seperti *slide* atau *videotape*. Setelah melakukan peragaan sesuai dengan langkah yang standar dan membahasnya, maka pelatih dapat mengamati dan berkomunikasi untuk membimbing para peserta dalam mempelajari keterampilan atau kegiatan tersebut. Pelatih memperhatikan kemajuan belajar peserta pelatihan dan mengatasi masalah-masalah yang dihadapi para peserta.

Teknik bimbingan akan menjamin bahwa setiap peserta menerima umpan balik sesuai dengan tingkat keterampilannya.

1. Sebelum praktek, pelatih dan peserta mengadakan pertemuan untuk membahas kembali keterampilan dan langkah kegiatan yang perlu ditekankan dalam pelaksanaan praktek.
2. Selama praktek, pelatih mengamati, membimbing dan memberi umpan balik kepada para peserta pada waktu mereka melaksanakan langkah kegiatan seperti yang tercantum di dalam buku penuntun belajar.

3. Setelah praktek umpan balik harus diberikan secepatnya. Berpedoman pada buku penuntun belajar, pelatih membahas kemampuan peserta sesuai dengan keterampilannya dan memberikan saran-saran tertentu untuk perbaikan.

Apabila pelatihan pengembangan keterampilan digabungkan dengan cara belajar untuk orang dewasa yang didasarkan pada sikap teladan, maka hasilnya akan sangat memuaskan. Pelatihan ini merupakan metode yang sangat efektif untuk memberikan keterampilan teknis. Apabila pemakaian model anatomi dan peralatan mengajar yang lain digabungkan, maka waktu dan biaya pelatihan dapat dikurangi dan pelatihan lebih efisien. Sebagai contoh, penelitian yang dilakukan di Thailand yang membandingkan antara pelatihan AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) menggunakan metode lama dengan metode pengembangan keterampilan. Pada peserta yang berlatih dengan model panggul menunjukkan 70% dari 150 peserta dinilai mampu setelah melakukan 2 kali pemasangan pada akseptor dan 100% setelah 6 kali pemasangan. Sebaliknya pada 150 peserta yang diajarkan tanpa menggunakan model panggul, 50% memperoleh kemampuan setelah rata-rata 6,5 kali pemasangan dan 10 % sama sekali tidak pernah mampu walaupun setelah 15 kali pemasangan.

Penggunaan model pada pelatihan dengan teknik pelatihan humanistik akan memberikan kesempatan kepada para peserta untuk belajar dan berlatih keterampilan baru secara simulasi tidak langsung pada klien. Hal ini dapat mengurangi ketegangan para peserta dan memperkecil resiko luka dan ketidaknyamanan pada klien. Dengan demikian pelatihan humanistik merupakan komponen yang paling penting dalam meningkatkan kualitas pelatihan klinik pada akhirnya meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan.

2.5.1 Pelatihan Humanistik

Menurut USAID (2000) suatu pelatihan yang memusatkan pada penguasaan yang berdasarkan kompetensi yang menekankan pada pengetahuan, konsep keterampilan yang diperoleh selama kursus dalam melaksanakan suatu pekerjaan untuk memperoleh pengetahuan yang baru. Kemampuan yang baru selalu dinilai secara obyektif. Setiap langkah dianalisis untuk mencari suatu pelatihan yang efisien dan distandarisasi dengan tujuan mengembangkan keterampilan.

Beberapa teknik pelatihan berdasarkan kompetensi menggunakan model pada pelatihan (teknik pelatihan humanistik), akan memberikan kesempatan kepada para peserta untuk belajar dan berlatih keterampilan baru secara simulasi, tidak langsung pada klien. Hal ini dapat mengurangi ketegangan para peserta dan memperkecil risiko luka dan ketidaknyamanan pada klien. Dengan demikian pelatihan humanistik merupakan komponen yang paling penting dalam meningkatkan kualitas pelatihan klinik dan pada akhirnya meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan.

Penggunaan model anatomik yang merupakan simulasi tubuh manusia digunakan oleh peserta pelatihan untuk mempelajari keterampilan klinik tingkat awal dalam pemasangan dan pencahutan implan indoplan dan memungkinkan mereka untuk mencapai kemampuan keterampilan klinik sebelum praktek klinik dengan klien.

Istilah yang digunakan untuk menggambarkan tingkat kinerja keterampilan klinik adalah :

1. **Tingkat Awal (*Skill Acquisition*):** Mengetahui langkah-langkah dan urutannya (apabila diperlukan) untuk mengerjakan suatu keterampilan baru, akan tetapi masih perlu bantuan.
2. **Tingkat Mampu (*Skill Competency*):** Mengetahui langkah-langkah dan urutannya (apabila diperlukan) dan dapat mengerjakan suatu keterampilan baru.
3. **Tingkat Mahir (*Skill Proficiency*):** Mengetahui langkah-langkah dan urutannya dan dapat mengerjakan suatu keterampilan baru dengan efisien.

Sebagai contoh, sebelum peserta mengerjakan keterampilan klinik pada klien, harus sudah melalui dua kegiatan belajar yaitu :

1. Pelatih sudah memperagakan beberapa kali keterampilan klinik dan konseling dengan menggunakan model anatomik dan peralatan pelatihan lainnya seperti *slide* atau *video*.
2. Peserta dengan bimbingan pelatih sudah melakukan praktek keterampilan klinik dan konseling pada model anatomik dengan peralatan yang sebenarnya dan dalam suasana yang dibuat semirip mungkin dengan keadaan sebenarnya. Setelah peserta mencapai tingkat kemampuan atau mendekati tingkat mahir pada praktek dengan model anatomik, baru boleh mengerjakan keterampilan klinik tersebut pada klien.

2.5.2 Desain Pendidikan Dan Pelatihan

Menurut Mulyadi (2003), dari hasil pelatihan yang diberikan kepada provider (bidan, dokter praktek swasta) secara terstruktur, diharapkan memberikan kontribusi yang cukup signifikan terhadap keterampilan, wawasan seseorang menjadi "*managerial skill*". Pendidikan dan pelatihan *managerial skill*

dapat dilaksanakan melalui salah satu pendekatan dari dua pendekatan yang ada, yaitu: a) Pendekatan Keterampilan Proses, dan b) Pendekatan Isi.

a) Pendekatan Keterampilan Proses.

Pendekatan ini adalah pendekatan secara tradisional yang memfokuskan pendidikan dan pelatihan *managerial skill* di sekitar proses manajemen: perencanaan, *staffing*, pengarahan, pengendalian dan pemberian motivasi. Dengan demikian pendekatan secara tradisional menitikberatkan pada "how to do," di dalam mendidik dan melatih *managerial skill*.

Pendekatan yang berfokus kepada penanaman keterampilan dalam melaksanakan proses manajemen tidak dapat menghasilkan manajer yang berkemampuan untuk menghasilkan suatu produk atau suatu nilai bagi kegiatan bisnis, karena pendidikan dan pelatihan tidak memiliki tujuan. Manajer dapat memiliki keterampilan tinggi dalam perencanaan, *staffing*, pengarahan, pengendalian, dan pemberian motivasi, namun jika proses manajemen tersebut tidak diarahkan ke tujuan tertentu, manajer hanya tampil untuk menciptakan kegiatan, namun tidak mampu menambah nilai bagi bisnis.

b) Pendekatan Isi.

Pendekatan isi menekankan pada pendidikan dan pelatihan "what to do," yaitu apa yang seharusnya dilaksanakan oleh seorang manajer di dalam memajukan bisnis yang dikelolanya. Dalam kegiatan manajer sehari - hari, pertanyaan yang harus dijawab oleh manajer adalah : 1) Apa yang seharusnya saya kerjakan?, 2) Apa hasil terbaik yang bermanfaat bagi bisnis?

Dalam pendidikan dan pelatihan manajer dengan pendekatan isi, terdapat dua karakteristik yang sangat berbeda dengan pendekatan tradisional : a). bertujuan, b) berkerangka (*framework*).

a) Pendekatan Bertujuan

Pendekatan ini berfokus kepada kepentingan bisnis, apa yang terbaik harus dihasilkan oleh manajer untuk memajukan bisnis? Oleh karena itu, pendekatan ini disebut dengan pendekatan isi, karena pendidikan dan pelatihan lebih difokuskan kepada hasil atau isi aktivitas yang dilakukan oleh manajer, bukan proses yang dilaksanakan oleh manajer. Dalam pendekatan tradisional, pendidikan dan pelatihan manajer lebih ditujukan ke proses manajemen: perencanaan, pembentukan staff, pengarahan, pengendalian dan pemberian motivasi. Jika manajer sudah terampil dalam proses manajemen tersebut, tujuan pendidikan telah tercapai, tanpa memperhatikan manfaat apa yang diperoleh bisnis. Dalam pendekatan isi pendidikan dan pelatihan keterampilan manajerial lebih difokuskan untuk mendidik dan melatih manajer dalam memiliki keterampilan untuk menghasilkan nilai bagi organisasi untuk memenuhi kebutuhan pelanggan. Pendekatan ini sesuai dengan peran organisasi dan peran manajer. Peran organisasi adalah menghasilkan kekayaan dan peran manajer adalah menambah nilai dari hasil kekayaan tersebut.

b) Pendekatan Berkerangka

Di samping pendekatan isi berfokus kepada isi atau hasil, pendekatan ini menggunakan kerangka (*framework*) yang secara jelas melukiskan komponen keterampilan manajerial yang perlu dimiliki oleh seorang manajer dan hubungan terpadu antar komponen.

Perlu dilakukan reorientasi pendidikan dan pelatihan manajemen, agar dapat dihasilkan manajer yang memiliki kerangka manajerial, sehingga mereka mampu membawa organisasi menjadi suatu lembaga yang kaya.

Pendidikan dan pelatihan manajer seharusnya tidak difokuskan kepada "how to do," karena dengan fokus ini akan dihasilkan manajer yang hanya terampil dalam menciptakan aktivitas, bukan pada penciptaan nilai bagi bisnis. Fokus pendidikan dan pelatihan manajer ke "how to do" merupakan pendekatan yang tidak efektif, karena tidak bertujuan dan tidak bersistem.

2.5.3 Faktor-Faktor yang Berkaitan dengan Pelatihan

Pelatihan yang efektif bagi provider tergantung pada berbagai faktor, antara lain: 1) siapa yang dilatih, 2) di mana dilatih, 3) materi pelatihan yang diberikan kepada provider, 4) bagaimana isi pelatihan dapat dipelajari, 5) apakah pelatihan memiliki kekuatan, 6) dan bagaimana pengukuran keberhasilan pelatihan.

Pelatihan dapat dimulai melalui: 1) informasi yang dimiliki oleh provider 2) bagaimana cara memenuhi kebutuhan yang diperlukan dalam pekerjaan sehari-hari, 3) bagaimana kemampuan yang dimiliki tersebut dapat berguna dan penting dalam menyusun suatu perencanaan. Semua yang terangkum dalam penilaian terhadap kebutuhan sangat penting untuk mencapai keterampilan dan pengetahuan yang baik.

Beberapa teknik interaktif sebagai pendukung pelatihan bagi provider adalah:

- 1) Bagian interaktif. Fokus terhadap perilaku/ide yang setiap saat dapat berubah.

- 2) Membiarkan peserta untuk berlatih kebiasaan-kebiasaan baru, memberikan mereka umpan balik dan memberikan pelatihan selanjutnya. Membiarkan mereka untuk mengendalikan mutu seperti kebutuhan akan kontrasepsi.
- 3) Fleksibel, jika satu teknik tidak dapat berjalan, diganti dengan teknik lain, memperkenalkan bahwa setiap kelompok pelatihan memiliki kepribadian yang unik.
- 4) Melakukan secara profesional dengan memberikan beberapa pendapat dan masukan di dalam pelatihan dan jika perlu mengundang tenaga ahli untuk berdiskusi.
- 5) Pelatihan harus mengutamakan kebutuhan klien terlebih dahulu, sebagai contoh memberikan arahan kepada provider apa yang sekiranya akan ditanyakan oleh klien.

Ada beberapa faktor berkaitan dengan persiapan pelatihan pada provider kesehatan masyarakat. Menurut Susan (2004), program yang dikembangkan terhadap karyawan difokuskan pada pendidikan keterampilan yang berkelanjutan untuk meningkatkan mutu pelayanan. Secara kooperatif keterlibatan para agen sebagai pemberi kerja, lokasi pelatihan dan mitra sangat penting dalam mengembangkan kurikulum pelatihan. Konsep suatu pembelajaran organisasi diperkenalkan ke dalam lingkungan manajemen bisnis. Program pelatihan secara formal dikembangkan untuk menyediakan pekerja baru atau meningkatkan kemampuan keterampilan pekerja.

2.6 Perilaku

Perilaku pada manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003). Batasan perilaku seperti ini masih kabur dan belum dapat terukur secara operasional. Skinner tahun 1938 mencoba merumuskan bahwa perilaku merupakan respons seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Respons ini dapat dibedakan menjadi dua yaitu:

- 1) *Respondent response* atau *reflexive*, yaitu respon yang ditimbulkan oleh rangsangan tertentu. Stimulus semacam ini disebut dengan *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons yang relatif tetap.
- 2) *Operant response* atau *instrumental response* yaitu respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu.

Berdasarkan respon terhadap stimulus ini maka perilaku dapat dibedakan menjadi 2, yaitu:

- 1) Perilaku tertutup (*covert behavior*).

Respon terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

- 2) Perilaku terbuka (*overt behavior*).

Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan (praktis) yang dengan mudah diamati atau dilihat oleh orang lain. Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau

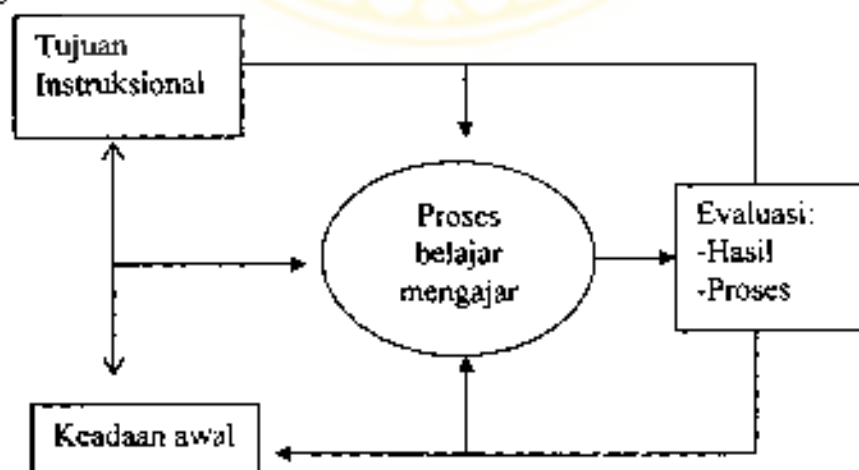
faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang namun respon tiap-tiap orang berbeda.

Menurut Benjamin Bloom, perilaku manusia dibagi ke dalam 3 domain atau ranah, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Dalam perkembangannya teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yaitu: pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan tindakan (*practice*) (Notoatmodjo, 2003).

2.6.1 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Proses adopsi suatu pengetahuan mempunyai 6 tingkatan, yaitu: 1) tahu, 2) memahami, 3) penerapan, 4) analisis, 5) sintesis, dan 6) evaluasi (Winkel, 2004).

Evaluasi terhadap hasil belajar mengajar dan evaluasi dalam proses belajar mengajar antara lain melalui pelatihan. Evaluasi pertama memusatkan pada produk termasuk perubahan pengetahuan dan kedua memusatkan pada proses pembelajarannya. Model kegiatan didaktik menurut konsep E. De Corte digambarkan sebagai berikut.



Gambar 2.7 Model didaktik dari E. De Corte

Sumber: Winkel, 2004.

Metode dan alat yang banyak dipakai untuk mengukur pengetahuan antara lain dalam bentuk "tes". Tes dapat dilakukan secara lisan maupun tertulis. Ragam pertanyaan yang ada dapat berupa:

- 1) Soal atau pertanyaan terbuka, meliputi 3 ragam: ragam isian, ragam pertanyaan jawaban singkat, dan ragam pertanyaan jawaban panjang.
- 2) Soal pertanyaan tertutup meliputi 4 ragam: ragam benar salah, ragam urutan, ragam menjodohkan, dan ragam pilihan ganda.

2.6.2 Sikap

Pembentukan sikap melalui 4 tingkat proses, yaitu: 1) menerima (*receiving*), 2) menanggapi (*responding*), 3) menghargai (*valuing*), 4) bertanggung jawab (*responsible*). Struktur sikap terdiri atas 3 komponen, yaitu: 1) kognitif, 2) afektif, dan 3) konatif (Azwar, 2005).

Sikap terbentuk sebagai akibat adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Dalam interaksi sosialnya, individu bereaksi terhadap lingkungan sosialnya yang akan membentuk sikap tertentu. Beberapa faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah: 1) pengalaman pribadi, 2) kebudayaan, 3) orang lain yang dianggap penting, 4) media massa, 5) institusi atau lembaga pendidikan, 6) lembaga agama, dan 7) faktor emosi pada diri individu.

Aspek yang sangat penting untuk memahami sikap adalah masalah pengukuran sikap. Menurut Sax dalam pengukuran sikap ada beberapa dimensi yang harus diperhatikan yang meliputi: 1) arah, 2) intensitas, 3) keluasan, 4) konsistensi, dan 5) spontanitas. Sampai sekarang sudah ada hampir 500 macam

metode pengukuran sikap (Fishbein & Ajzen, 1972; Brehm & Kassin, 1990 dalam Azwar, 2005).

Beberapa metode pengukuran sikap yang selama ini banyak dilakukan orang adalah: 1) observasi perilaku, 2) pertanyaan langsung, 3) pengukuran langsung, 4) skala sikap, dan 4) pengukuran terselubung (Azwar, 2005).

2.6.3 Praktek

Aspek praktek mempunyai 4 tingkatan, yaitu: 1) persepsi (*perception*), 2) respon terpimpin (*guided response*), 3) mekanisme (*mechanism*), 4) adopsi (*adoption*) (Azwar, 2005). Pengukuran praktek agak berbeda dengan pengukuran pengetahuan dan sikap. Untuk memperoleh data praktek adalah melalui pengamatan atau observasi. Cara lain dapat juga dilakukan dengan pendekatan *recall* atau mengingat kembali perilaku yang telah dilakukan responden beberapa waktu yang lalu.

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Beberapa pakar mencoba untuk menganalisis determinan perilaku ini antara lain: Lawrence Green, Snehandu B. Kar, dan WHO (Notoatmodjo, 2003). Menurut teori dari Lawrence Green perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan dan tradisi. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan. Menurut teori Snehandu B. Kar perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap obyek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/bertindak, dan situasi yang

memungkinkan ia berperilaku/bertindak atau tidak. Menurut teori yang diterbitkan oleh WHO, yang menyebabkan seseorang itu berperilaku karena ada 4 alasan pokok, yaitu: pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian orang terhadap obyek.

Perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program kesehatan lainnya. Beberapa teori perubahan perilaku ini antara lain:

1) Teori Stimulus Organisme (S-O-R).

Teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat meyakinkan organisme. Dalam meyakinkan organisme ini faktor penguat (*reinforcement*) memegang peranan penting.

2) Teori Festinger (*Dissonance Theory*).

Teori ini sebenarnya sama dengan konsep *inbalance* (ketidakseimbangan). Ketidakseimbangan di dalam diri seseorang akan menyebabkan perubahan perilaku sebagai akibat adanya perbedaan jumlah elemen kognitif yang seimbang dengan jumlah elemen kognitif yang tidak seimbang dan sama-sama pentingnya. Hal ini menyebabkan konflik pada diri individu tersebut. Titik berat dari penyelesaian konflik ini adalah penyesuaian diri secara kognitif. Keberhasilan yang ditunjukkan dengan adanya keseimbangan kembali ini menunjukkan adanya perubahan sikap yang pada akhirnya akan terjadi perubahan perilaku.

3) Teori Fungsi dari Katz.

Menurut teori ini perubahan perilaku individu tergantung pada kebutuhannya. Stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut.

4) Teori Kurt Lewin

Menurut teori ini perilaku dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antar kedua kekuatan (kekuatan pendorong dan kekuatan penahan) di dalam diri seseorang.

Strategi untuk memperoleh perubahan perilaku menurut WHO antara lain:

1) Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan, misalnya dengan membuat peraturan dan undang-undang. Cara ini biasanya bisa menghasilkan perubahan perilaku yang cepat, namun tidak berlangsung lama oleh karena perubahan perilaku tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.

2) Pemberian informasi.

Pengetahuan yang diberikan akan menimbulkan kesadaran individu yang akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Perubahan perilaku dengan cara ini memerlukan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran sendiri, bukan karena paksaan.

3) Diskusi partisipatif.

Cara ini sebagai peningkatan cara pemberian informasi yang bersifat dua arah. Hal ini berarti bahwa seseorang tidak hanya pasif menerima informasi tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi tentang informasi yang diterimanya.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual

3.1.1 Kerangka Alur Pikir

Kerangka alur pikir yang dikembangkan bersumber dari teori Blum (1981), pelatihan model umum, dan memasukkan unsur manajemen yang meliputi 4 M (*Man, Money, Material, dan Method*) serta POAC (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*). Komponen pelayanan kesehatan yang dikembangkan menjadi suatu model pelatihan pemasaran pelayanan swasta alat obat kontrasepsi susuk KB. Sumber dari pelatihan (model umum) meliputi: pemasangan dan pencabutan susuk KB. Kedua variabel tersebut merupakan variabel utama pada pelatihan tentang alokon KB. Unsur manajemen meliputi 4 M dan POAC yang secara rinci dapat diuraikan dalam daftar pelatihan model operasional. Sintesis dari ketiga sumber tersebut menghasilkan suatu bentuk model pelatihan yang lebih lengkap yang berisi materi pemasangan, pencabutan serta pemasaran susuk KB.

Model pelatihan tersebut merupakan model pelatihan realistik selama pelatihan dengan tujuan membuat model yang bisa menghasilkan luaran untuk meningkatkan mutu tenaga provider terampil pada pemasaran yang berbasis pada variabel 4 P, pemasangan dan pencabutan susuk KB. Hasil pelatihan akan memberikan dampak pada sistem pelayanan dan dapat diterapkan di lapangan yang akan menghasilkan luaran berupa penyerapan jumlah akseptor apabila faktor variabel pelayanan 4 P dan proses POAC berjalan dengan saling mendukung.

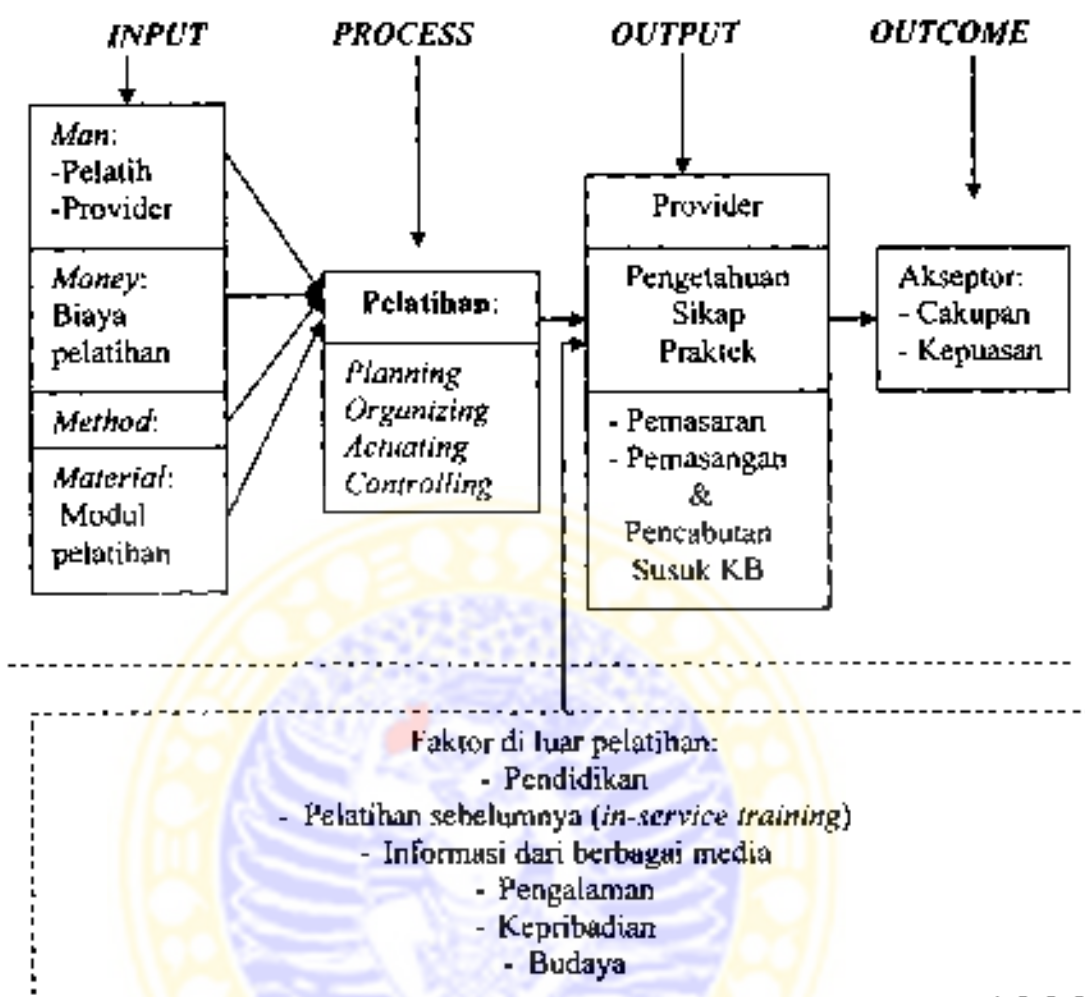
Pelatihan keterampilan KAP pada akhirnya memberikan prioritas utama untuk memberikan pilihan kepada akseptor pemakai susuk KB. Sistem pelatihan akan memberikan peningkatan pengetahuan secara khusus yang dilandasi sikap seorang provider untuk menentukan pilihan skala prioritas dalam memberikan kontribusi yang cukup positif kepada klien.

Sikap akan merubah suatu perilaku untuk memberikan informasi yang berkesinambungan kepada akseptor dengan tujuan akseptor dapat memahami, mengerti berdasarkan masukan efek maupun segi positif pemakaian susuk KB kepada akseptor tanpa adanya suatu paksaan.

Dampak terhadap akseptor adalah :

1. Kebutuhan sebagai *Need*
2. *Demand* sebagai tuntutan

3.1.2 Kerangka Konseptual



Kerangka konsep penelitian ini dibangun dengan menggunakan pendekatan sistem yang terdiri atas *input*, *process*, *output* dan *outcome*.

A. *Input* (masukan).

Subsistem masukan terdiri atas:

1. *Man* (manusia), yaitu sumber daya yang terlibat pada proses pelatihan. *Man* meliputi dua unsur yaitu pelatih dan Provider yang memberikan pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB. Provider terdiri atas dokter, bidan praktek swasta.

2. *Money* (biaya pelatihan)

Biaya pelatihan adalah biaya yang dialokasikan untuk seluruh rangkaian proses pelatihan. Biaya pelatihan dialokasikan untuk instruktur (pelatih), Provider, transportasi, administrasi, sarana dan prasarana pendukung pelatihan.

3. *Method*.

Method meliputi 1) jadwal pelatihan, 2) metode untuk pembelajaran Provider dalam pelatihan ini meliputi ceramah, diskusi, dan peragaan, 3) media pembelajaran menggunakan infokus

4. *Material*.

Material yaitu bahan yang menjadi materi pokok pada pelatihan yang meliputi 1) modul yang berisi pemasangan dan pencabutan susuk KB dan 2) modul yang berisi materi bauran pemasaran.

B. Proses

Proses yang terjadi dalam pelatihan yang mencakup segala kegiatan yang terjadi termasuk di dalamnya proses interaksi baik struktur, Provider, dan media pembelajaran. Proses pelatihan berupa proses pembelajaran kelompok dan proses partisipasi seluruh Provider yang dilatih terhadap informasi yang diberikan dalam pelatihan. Pengelolaan informasi dalam pelatihan nantinya akan membentuk perubahan pengetahuan, sikap dan praktek Provider yang dilatih. Perubahan yang terjadi sebagai akibat dari interaksi dan perhatian terhadap materi yang diumpatbalikkan yang dilakukan melalui diskusi. Proses pelatihan yang dirancang secara sistematis melalui tahap-tahap: 1) perencanaan, 2) pengorganisasian, 3) pelaksanaan, dan 4) pengendalian.

C. Output

Perubahan yang diharapkan dari hasil proses pelatihan adalah peningkatan pengetahuan, sikap dan praktek tentang pemasangan dan pencabutan susuk KB serta bauran pemasaran. Provider yang dilatih akan mengalami peningkatan pengetahuan, perubahan sikap yang positif serta meningkatkan kemampuan praktek pemasangan dan pencabutan susuk KB serta kemampuan dalam bauran pemasaran.

D. Outcome

Dampak yang diharapkan dari hasil penelitian adalah adanya peningkatan cakupan akseptor yang memilih dan menggunakan susuk KB sebagai alat obat kontrasepsi yang sesuai. Dampak kedua yang diharapkan adalah tercapainya kepuasan akseptor terhadap pelayanan susuk KB yang dilakukan oleh Provider yang telah dilatih.

Pada kerangka konseptual peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktek (KAP) Provider yang dilatih yang berdampak pada cakupan akseptor dan kepuasan dipengaruhi oleh faktor utama pelatihan, namun demikian banyak faktor lain di luar pelatihan yang berpengaruh terhadap KAP yang tidak diteliti.

Beberapa faktor tersebut antara lain: 1) Pendidikan, 2) Pelatihan sebelumnya, 3) Informasi dari berbagai media, 4) Pengalaman, 5) Kepribadian, 6) Budaya

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Terdapat perbedaan pengetahuan, sikap dan praktek antara Provider yang mendapat pelatihan model pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan susuk KB di klinik KB swasta di perkotaan dan Provider yang tidak mendapat pelatihan
2. Terdapat perbedaan cakupan akseptor alokon susuk KB antara provider yang mendapat pelatihan di Kecamatan Tambaksari dan provider yang tidak mendapat pelatihan di Kecamatan Gubeng
3. Terdapat perbedaan kepuasan akseptor yang dilayani oleh Provider yang mendapat pelatihan Model pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan susuk KB di klinik KB swasta di perkotaan lebih tinggi dibanding Provider yang tidak mendapat pelatihan

BAB 4

METODE PENELITIAN

Untuk mencapai tujuan penelitian diperlukan 2 tahap dalam pengembangan model yaitu:

1. Tahap I: membangun model (*model building*)
2. Tahap II: menguji model (*model testing*)

4.1 Membangun Model (*Model Building*)

4.1.1 Survei

Pemodelan diawali dengan melakukan survei terhadap Provider sasaran yang memberikan pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB. Kegiatan ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran awal mengenai komponen model yang akan dibangun (pelatihan yang pernah diikuti Provider: jenis pelatihan, frekuensi pelatihan, isi pelatihan; KAP tentang pemasangan susuk, pencabutan susuk KB, bauran pemasaran 4P (produk, harga, tempat dan pemasaran), pelayanan, dan kepuasan akseptor. Hasil survei akan dipadukan dengan kajian pustaka mengenai pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB yang akan ditambahkan dengan bauran pemasaran. Sintesis dari kedua sumber yaitu hasil survei dan kajian pustaka menghasilkan suatu model yang masih bersifat tentatif.

Model tentatif ini akan dijadikan model hipotetis dengan melalui kajian *Nominal focus group discussion* (NFGD) yang melibatkan para pakar di bidang ekonomi dan kesehatan reproduksi. Proses mengembangkan model hipotetis memerlukan waktu yang cukup panjang, untuk itu, NFGD dilakukan dalam bentuk diskusi mendalam yang berulang secara individual dengan para pakar yang dimaksud. Hasil diskusi tersebut telah menghasilkan model hipotetis pelatihan

yang berisi 2 paket modul yaitu 1) modul pemasangan dan pencabutan susuk KB dan 2) modul bauran pemasaran 4P.

Metode survei pendahuluan dilakukan dengan langkah sebagai berikut:

a. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian observasional dengan jenis penelitian survei.

b. Populasi dan Sampel

- 1) Populasi yang diteliti adalah bidan dan atau dokter berpraktek swasta yang memberikan pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB.
- 2) Sampel diambil secara total populasi sebesar 24 Provider sehingga tidak diperlukan teknik sampling.

c. Variabel Penelitian

Variabel yang dikaji meliputi:

- Pemasangan susuk KB;
- Pencabutan susuk KB;
- Bauran pemasaran 4P (produk, harga, pemasaran dan tempat);
- Pelayanan KB;
- Pelatihan yang pernah diikuti (frekuensi, jenis pelatihan, dan isi pelatihan).

d. Defisisi Operasional Variabel

1. Pemasangan susuk KB adalah teknis pemasangan susuk KB sesuai dengan prosedur standar operasional pemasangan susuk KB.
2. Pencabutan susuk KB adalah teknis pencabutan susuk KB sesuai dengan prosedur standar operasional pencabutan susuk KB.

3. Bauran pemasaran adalah unsur pemasaran yang terdiri dari (produk, harga, pemasaran dan tempat),

a) *Product* (produk) adalah jenis alat obat kontrasepsi susuk KB 2 rods.

b) *Price* (harga) produk susuk KB dalam satuan rupiah per *piece*

c) *Promotion* (promosi) adalah cara pemasaran dalam bentuk pemasaran langsung, melalui media: radio, TV, leaflet, brosur.

d) *Place* (tempat) adalah tempat Provider memberikan pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB.

4. Pelayanan adalah kualitas layanan yang diberikan oleh Provider kepada akseptor.

e. Lokasi dan Waktu Penelitian

Pelaksanaan survei pendahuluan dilakukan selama 1 Minggu (11-18 Februari 2002) di Kecamatan Tambaksari.

f. Cara pengumpulan data.

Data dikumpulkan melalui wawancara dan menggunakan instrumen kuesioner (pada lampiran 1).

g. Cara pengolahan dan analisis data.

Data diolah dengan perangkat statistik (*Software*) SPSS, dianalisis dengan statistik deskriptif dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi persentase

4.1.2 Kajian Pustaka

Harga susuk KB berdasarkan SK POM untuk masing-masing wilayah berbeda. Untuk alokon jenis susuk KB 2 rod sebesar Rp 165.000,- (POM, 2001).

Harga pelayanan pemasangan susuk KB oleh bidan atau dokter praktek antara Rp

225.000 sampai Rp 250.000 sudah termasuk alokon. Harga pelayanan pencabutan susuk KB oleh bidan atau dokter praktek antara Rp 25.000 sampai Rp 50.000,-.

Model pelatihan susuk KB yang selama ini dilaksanakan oleh BKKBN maupun Depkes hanya meliputi teknis pemasangan dan pencabutan susuk KB saja (BKKBN, 2003).

Menurut Kotler (2000) bauran pemasaran ada 4 komponen yang disebut dengan 4P, yaitu *product*, *price*, *promotion*, dan *place*. Jika 4P tersebut diterapkan maka tingkat penjualan suatu produk akan meningkat.

4.1.3 Diskusi mendalam dengan para pakar

Hasil survei awal berisi berbagai informasi tentang provider di lapangan berupa pelayanan susuk KB, pelatihan yang pernah diikuti, pengetahuan tentang susuk KB, pengetahuan tentang pemasaran yang meliputi harga, jenis produk, promosi, dan tempat pelayanan, sikap provider terhadap susuk KB serta kemampuan keterampilan provider dalam memberikan pelayanan susuk KB pada akseptor merupakan komponen model yang akan dibangun secara kualitatif. Hasil survei ini dan berbagai kajian pustaka yang terkait dengan model pelatihan dipergunakan sebagai bahan diskusi mendalam dengan para pakar. Para pakar yang dilibatkan adalah 1) Prof. H. Djaswadi Dasuki, dr., MPH, Ph.D, Sp.OG (UGM), 2) Siswanto Wilopo, dr., Ph.D. (BKKBN Pusat), 3) Nelly N. dr. (BKKBN Pusat), 4) Dr. H. Dasep Budi Abadi, dr. (BKKBN Pusat) 5) Dr. Haryadi Soeparto, dr.,DOR, MSc.(P4K Surabaya), dan 6) Dr. Sunarjo, dr., MS., MSc. (UNAIR).

Diskusi mendalam dilakukan secara individual berupa pertemuan konsultasi antara peneliti dengan para pakar tersebut di atas oleh karena ada

hambatan dalam mempertemukan semua pakar dalam satu forum untuk beberapa kali pertemuan. Pelaksanaan diskusi mendalam dengan para pakar ini dilakukan selama 4 bulan. Dalam proses diskusi mendalam, peneliti berperan sebagai penggali sumber informasi.

Hasil diskusi mendalam dengan para pakar berupa model pelatihan (*model building*) yang akan dilakukan pengujian model pada tahap II (*model testing*)

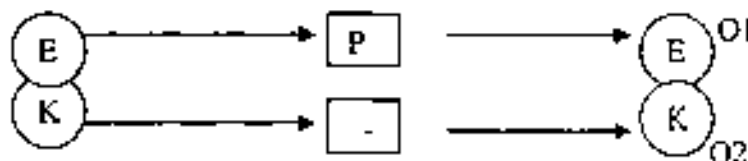
4.2 Menguji Model (*Model testing*)

4.2.1 Rancangan Penelitian

Pengujian model yang sudah dibangun menggunakan rancangan percobaan "*Non Randomized The Post test-only Control Group Design*". dengan asumsi populasi setiap kelompok homogen. Dasar asumsi adalah berbagai pelatihan yang dilakukan oleh BKKBN termasuk pelatihan teknis medis pemasangan dan pencabutan susuk KB dilakukan pada tingkat kabupaten/kota dan ke dua kecamatan yang menjadi daerah penelitian ini berada pada satu kota yang sama. Oleh karena itu, pada penelitian ini tidak diperlukan melakukan pengukuran awal.

Berdasarkan asumsi tersebut dikembangkan rancangan eksperimen tanpa ada pengukuran awal (*pre test*), hanya *post test* saja

Rancangan ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Keterangan :

E = Kelompok eksperimen

K = Kelompok kontrol

P = Perlakuan dalam bentuk model pelatihan

- = Tidak ada perlakuan

O1 = *post test* pada kelompok eksperimen

O2 = *post test* pada kelompok kontrol

4.2.2 Populasi dan Sampel

4.3.2.1 Populasi

Populasi adalah bidan dan atau dokter yang membuka praktek swasta pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB. Jumlah Provider di Kecamatan Tambaksari sebanyak 24 dan di Kecamatan Gubeng sebanyak 23.

4.2.2.2 Sampel

Tidak dilakukan pengambilan sampel oleh karena seluruh Provider yang berada di daerah Kecamatan Tambaksari dan Gubeng diambil sebagai subyek penelitian (*total sampling*).

4.2.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.2.3.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian diklasifikasikan menjadi 2 kelompok yaitu:

1. Variabel bebas: model pelatihan
2. Variabel terikat:
 - pengetahuan, sikap, praktek Provider
 - tingkat kepuasan akseptor
 - Cakupan akseptor

4.2.3.2 Definisi Operasional Variabel

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah pengetahuan Provider tentang pemasaran, pemasangan dan pencabutan susuk KB. Pengukuran pengetahuan dengan menggunakan item pertanyaan dalam kuesioner dengan skala data rasio.

b. Sikap

Suatu penilaian yang dilakukan oleh Provider terhadap susuk KB berdasarkan keyakinan atau prinsip tertentu. Sikap sikap seorang Provider dinyatakan sebagai nilai kumulatif pernyataan sikap yang tertuang pada item kuesioner sikap. Sikap diukur dengan skala rasio.

c. Praktek

Praktek adalah kemampuan Provider dalam melaksanakan pekerjaan pemasangan susuk dan pencabutan susuk KB sesuai dengan standar pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk serta keterampilan dalam memasarkan susuk KB kepada klien. Praktek diukur melalui beberapa ketrampilan yang dilaksanakan oleh Provider dalam bentuk nilai kumulatif dari beberapa item pertanyaan praktek. Praktek diukur dengan skala rasio.

d. Cakupan akseptor susuk KB

Jumlah akseptor baru alokon susuk KB yang ditayani oleh Provider selama kurun waktu 6 bulan setelah diadakannya pelatihan.

e. Kepuasan

Tingkat penerimaan pelayanan dari Provider yang diterima oleh akseptor. Kepuasan diukur dengan nilai kumulatif dari beberapa item pertanyaan kepuasan. Kepuasan diukur dengan skala rasio.

4.2.4 Instrumen Penelitian

4.2.4.1 Pengembangan instrumen

Instrumen utama yang digunakan adalah kuesioner yang berisi pertanyaan tertutup dan terjadwal yang dikembangkan oleh peneliti sendiri. Ada dua jenis kuesioner, yaitu 1) kuesioner untuk Provider dan 2) kuesioner untuk akseptor. Sebelum digunakan sebagai instrumen utama dalam penelitian, diuji terlebih dahulu kesahihan dan keterhandalannya.

Secara rinci pembobotan skor masing-masing item dalam instrumen baik instrumen untuk Provider dan klien terlampir (lampiran 1)

4.3.4.2 Uji kesahihan dan keterhandalan

Pengujian kesahihan dan keterhandalan dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu:

1. Kesahihan Kuesioner

Uji ini dilakukan sebelum ke lapangan dan dilakukan secara deduksi.

- a. Setiap pertanyaan yang diberikan saling independent (eksklusif).
- b. Jawaban setiap pertanyaan diupayakan harus eksklusif (semua jawaban responden dapat tertampung).
- c. Skor mempunyai nilai absolut (skala rasio)
- d. Setiap pertanyaan diasumsikan berbobot sama.
- e. Agar jawaban sesuai dengan keinginan responden, kuesioner diisi dengan tanpa menulis nama.

2. Fisibilitas kuesioner (kelayakan).

Langkah ini dilakukan di lapangan sebelum penelitian secara deduksi. kuesioner dicobakan pada beberapa responden di luar daerah penelitian. Cara ini dilakukan untuk mengetahui apakah responden mengerti pertanyaannya, mau dan dapat menjawab.

3. Kesahihan kuesioner sesudah ke lapangan secara induksi

Sebelum digunakan sebagai instrumen menguji model (Model tahap II) dalam penelitian, diujicobakan terlebih dahulu kepada subyek yang mempunyai karakteristik yang sama dengan subyek yang akan diteliti. Instrumen untuk Provider ini diujicobakan kepada 23 responden Provider dan instrumen untuk klien diujicobakan kepada 23 responden untuk klien di kecamatan Gubeng.

Uji kesahihan dengan menganalisis item menggunakan teknik koefisien korelasi *Product Moment*. Uji kesahihan ini dengan cara mengkorelasikan skor masing-masing item pertanyaan dalam faktor dengan skor faktor dan korelasi skor faktor dengan skor total seluruh faktor. Rumus teknik korelasi *Product Moment* yaitu:

$$r_{xy} = \frac{N(\sum xy) - (\sum x \sum y)}{\sqrt{(N\sum x^2 - (\sum x)^2)(N\sum y^2 - (\sum y)^2)}}$$

Keterangan :

r_{xy} : Korelasi moment tangkar

N : Jumlah responden

$\sum x$: Jumlah skor butir

$\sum y$: Jumlah skor faktor

Angka koefisien korelasi antara butir dan faktornya yang diperoleh maka dilakukan korelasi dengan menggunakan korelasi bagian total dengan rumus berikut:

$$r_{bt} = \frac{(r_{xy})(SB_y) - SB_x}{\sqrt{(SB_x^2) + (SB_y^2) - 2(r_{xy})(SB_y)}}$$

Keterangan :

r_{bt} : Koefisien korelasi bagian total

r_{xy} : Koefisien korelasi moment tangkar

SB_x : Simpangan baku skor faktor

SB_y : Simpangan baku skor butir

Hasil korelasi bagian total inilah yang diuji signifikansi untuk menentukan kesahihan masing-masing butir terhadap faktornya.

Uji keterhandalan dengan menggunakan teknik Cronbach's Alpha. Penentuan keterhandalan item berdasarkan hasil koefisien alpha $\geq 0,5$.

Rumus koefisien alpha sebagai berikut :

$$r_a = \frac{M(V_t - V_x M)}{(M-1) V_t}$$

Keterangan :

V_x : Variasi butir-butir

V_t : Variasi faktor

M : Jumlah butir

Berikut ini hasil uji kesahihan dan keterhandalan item instrumen

No	Variabel	No. Butir item pertanyaan	Validitas (Koefisien korelasi)	Probabilitas	Reliabilitas (Koefisien korelasi)
Bauran pemataran					
1	Pengetahuan	1	0,777	0,000	0,5556
		2	0,679	0,000	
		3	0,703	0,000	
		4	0,441	0,002	
2	Sikap	1	0,409	0,004	0,5609
		2	0,581	0,000	
		3	0,626	0,000	
		4	0,609	0,000	
		5	0,570	0,000	
		6	0,404	0,005	
		7	0,684	0,000	
3	Praktek	1	0,614	0,000	0,4790
		2	0,564	0,000	
		3	0,584	0,000	
		4	0,758	0,000	
Pemasangan dan pencabutan susuk KB					
1	Pengetahuan	1	0,696	0,000	0,0620
		2	0,508	0,000	
		3	0,495	0,000	
		4	0,292	0,047	
2	Sikap	1	0,768	0,000	0,7174
		2	0,828	0,000	
		3	0,824	0,000	
3	Praktek	1	0,946	0,000	0,7962
		2	0,892	0,000	
	Kepuasan Akseptor	1	0,316	0,021	0,5318
		2	0,470	0,000	
		3	0,421	0,002	
		4	0,501	0,000	
		5	0,555	0,000	
		6	0,538	0,000	
		7	0,247	0,074	
		8	0,365	0,007	

4.2.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai pada awal Januari 2004 sampai akhir Juni 2004 di Kecamatan Tambaksari dan Kecamatan Gubeng (sebagai kontrol) di Kota Surabaya, Jawa Timur.

4.2.6 Teknik Pengumpulan Data

Data diperoleh dengan cara melakukan wawancara kepada Provider dengan alat bantu kuesioner. Adapun cara pengumpulan data di lapangan melalui orang lain, yaitu tenaga yang independen yang tidak ada kepentingan terhadap penelitian tersebut. Pengumpul data minimal berpendidikan sarjana (S-1). Dengan cara, setelah kuesioner di isi oleh Provider, dan di ambil secara kolektif.

4.2.7 Teknik Analisis Data

Analisis data tahap I

Analisis data pada tahap I ini dengan menggunakan analisis deskriptif. Analisis deskriptif disajikan dalam bentuk persentase, distribusi frekuensi, dan tabulasi silang.

Analisis data tahap II

Pada analisis data tahap II ini dilakukan secara deskriptif dan analitik. Secara deskriptif data dianalisis dengan persentase, disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi, dan tabulasi silang.

Secara analitik untuk menguji signifikansi perbedaan pengetahuan, sikap, dan keterampilan Provider yang mendapat pelatihan dan tidak mendapat pelatihan dengan menggunakan uji statistik t (uji-t) dengan rumus:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

Keterangan :

X1 = rata-rata KAP kelompok eksperimen

X2 = rata-rata KAP kelompok kontrol

S1 = Standar deviasi kelompok eksperimen

S2 = Standar deviasi kelompok kontrol

n1 = besar sampel kelompok eksperimen

n2 = besar sampel kelompok kontrol



BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Model Building (Tahap I)

5.1.1 Hasil Survei

a. Karakteristik Responden

Tabel 5.1 Karakteristik responden pada survei awal provider di Tambaksari tahun 2002

Karakteristik	Frekuensi	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	1	4,3
Perempuan	22	95,7
Umur		
< 30 tahun	3	13,0
30-40 tahun	6	26,1
> 40 tahun	14	60,9
Pendidikan		
Akademi Perawat	1	4,3
Sekolah Kebidanan	14	60,9
Dokter	3	13,0
P2B	1	4,3
Masa Kerja		
0-9 tahun	5	21,7
10-19 tahun	6	26,2
20-29 tahun	8	34,8
30-39 tahun	4	17,4

Tabel tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden umur > 40 tahun (60,9%), berpendidikan Sekolah Kebidanan (60,9%) dan mempunyai masa kerja antara 20-29 tahun (34,8%).

b. Pelayanan susuk KB

Tabel 5.2 Pelayanan yang diberikan Provider pada akseptor di Tambaksari tahun 2002

Variabel	Frekuensi	%
Menyediakan pelayanan susuk KB		
Tidak melayani	12	52,2
Melayani	11	47,8
Keluhan akseptor setelah mendapat pelayanan		
Tidak pernah	6	26,1
Pernah	5	21,7
Keluhan akseptor		
Spoting	1	4,3
Amenorhea	1	4,3

Tabel tersebut menunjukkan bahwa hanya 47,8% provider yang menyediakan pelayanan susuk KB. Dari pelayanan yang diberikan 26,1% akseptor tidak merasa ada keluhan.

c. Pelatihan yang pernah diikuti

Tabel 5.3 Jenis dan frekuensi pelatihan yang pernah diikuti Provider di Tambaksari tahun 2002

Karakteristik	Frekuensi	%
Pelatihan pemasangan susuk KB		
Tidak pernah	11	47,8
Pernah	12	52,2
Pelatihan pencabutan susuk KB		
Tidak pernah	11	47,8
Pernah	12	52,2
Frekuensi pelatihan pemasangan susuk KB		
0	11	47,8
1 kali	7	30,4
2 kali	2	8,7
3 kali	3	13,0
Frekuensi pelatihan pemasangan susuk KB		
0	11	47,8
1 kali	8	34,8
2 kali	3	13,0
3 kali	1	4,3

Tabel tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar 52,2% provider pernah memperoleh pelatihan pemasangan, 52,2% pelatihan pencabutan.

d. Pengetahuan Provider tentang susuk KB

Tabel 5.4 Pengetahuan Provider tentang berbagai jenis susuk KB di Tambaksari tahun 2002

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Mendengar informasi susuk KB		
Tidak pernah	0	0
Pernah	23	100,0
Jenis Norplant		
Tidak tahu	23	100,0
Tahu		
Jenis Inoplant		
Tidak tahu	11	47,8
Tahu	12	52,2
Jenis Sino Implant		
Tidak tahu	20	87,0
Tahu	3	13,0
Jenis Implanon		
Tidak tahu	19	82,6
Tahu	4	17,4

Semua provider pernah mendengar informasi tentang berbagai macam susuk KB. Jenis susuk KB Norplant merupakan jenis susuk yang sangat dikenal oleh provider, sedangkan jenis lain ada yang tahu dan ada yang tidak tahu.

e. Pengetahuan tentang produk

Tabel tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar provider tahu tentang cara kerja dan kandungan susuk KB, prosedur tetap pemasangan dan pencabutan, efek samping dan komplikasi akibat pemasangan susuk KB.

Sebagian besar provider tidak tahu tentang harga standar susuk KB, biaya pelayanan susuk KB yang wajar dan 56,5% provider tidak tertarik menjadi distributor susuk KB meskipun diberi insentif.

g. Pengetahuan tentang promosi

Tabel 5.7 Pengetahuan Provider tentang promosi susuk KB di Tambaksari tahun 2002

Pengetahuan	Frekuensi	%
Masyarakat tahu kalau Provider memberi pelayanan susuk KB		
Tidak tahu	5	21,7
Tahu	12	52,2
Mengadakan sosialisasi pelayanan susuk KB di tempat praktek Provider		
Tidak	6	26,1
Kadang-kadang	6	26,1
Ya	7	30,4
Minat menjadi tenaga promosi susuk KB		
Tidak	6	26,1
Ya	17	73,9

Tabel tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat tahu provider yang memberikan pelayanan susuk KB dan sebagian besar (73,9%) provider berminat menjadi tenaga promosi susuk KB.

h. Pengetahuan tentang tempat pelayanan

Provider tidak terlalu sulit mendapatkan susuk KB meskipun ketersediaan susuk KB sedikit. Apabila provider tidak menyediakan susuk KB, karena provider belum memberikan pelayanan pemasangan maupun pencabutan susuk KB (lihat tabel 5.8).

Tabel 5.8 Pengetahuan Provider tentang tempat pelayanan susuk KB di Tambaksari tahun 2002

Pengetahuan	Frekuensi	%
Ketersediaan susuk KB		
Tidak selalu tersedia	19	82,6
Tersedia	2	8,7
Alasan tidak tersedia		
Tidak ada peminat	5	21,7
Harga mahal, takut <i>expired</i>	2	8,6
Belum memberikan pelayanan susuk KB	6	26,1
Susuk KB langka di pasaran	1	4,3
Kesulitan mendapatkan susuk KB		
Tidak ada	14	17,4
Kadang-kadang	1	4,3
Ada	5	21,7

i. Sikap Provider terhadap susuk KB

Tabel 5.9 Sikap Provider tentang pelayanan susuk KB di Tambaksari tahun 2002

Sikap	Frekuensi	%
Adanya susuk KB		
Tidak setuju	0	0
Setuju	23	100
Setelah pasang susuk tidak perlu sering kontrol		
Tidak setuju	0	0
Setuju	23	100
Repot kalau harus pasang ke Puskesmas		
Tidak setuju	19	82,6
Setuju	4	17,4
Alat KB yang aman		
Tidak setuju	1	4,3
Setuju	22	95,7
Tidak mahal		
Tidak setuju	14	60,9
Setuju	6	26,1
Alat kontrasepsi yang paling manjur		
Tidak setuju	3	13,0
Setuju	8	78,3
Alat terbaru paling baik		
Tidak setuju	11	47,8
Setuju	10	43,5
Sedikit kegagalan		
Tidak setuju	3	13,0
Setuju	20	87,0

Sebagian besar provider bersikap setuju tentang keuntungan susuk KB (alat KB yang aman, tidak perlu sering kontrol, alat paling manjur dan sedikit kegagalan). Namun provider tidak setuju kalau susuk KB harganya mahal.

j. **Ketrampilan Provider memberikan pelayanan susuk KB**

Tabel 5.10 Praktek Provider memberikan pelayanan susuk KB di Tambaksari tahun 2002

Ketrampilan	Frekuensi	%
Sebelum memberikan pelayanan, menjelaskan berbagai macam jenis susuk		
Tidak	2	8,7
Ya	20	87,0
Sebelum memberikan pelayanan, memberikan penjelasan cara kerja susuk KB		
Tidak	2	8,7
Ya	21	91,3
Sebelum memberikan pelayanan, memberikan penjelasan kekurangan dan kelebihan susuk KB		
Tidak	2	8,7
Ya	21	91,3
Sebelum memberikan pelayanan, memberikan penjelasan efek samping dan kontra indikasi susuk KB		
Tidak	2	8,7
Ya	21	91,3

Sebagian besar provider terampil dalam memberikan pelayanan susuk KB, menjelaskan berbagai macam susuk, menjelaskan cara kerja susuk, kekurangan dan kelebihan susuk KB dibanding alokon lain, serta terampil memebrikan penjelasan tantang efek samping dan kontra indikasi akibat pemasangan susuk KB.

Hasil penelitian secara deskriptif menunjukkan bahwa:

- a. Selama ini pelatihan pemasangan dan pencabutan susuk KB sudah lama tidak dilakukan.

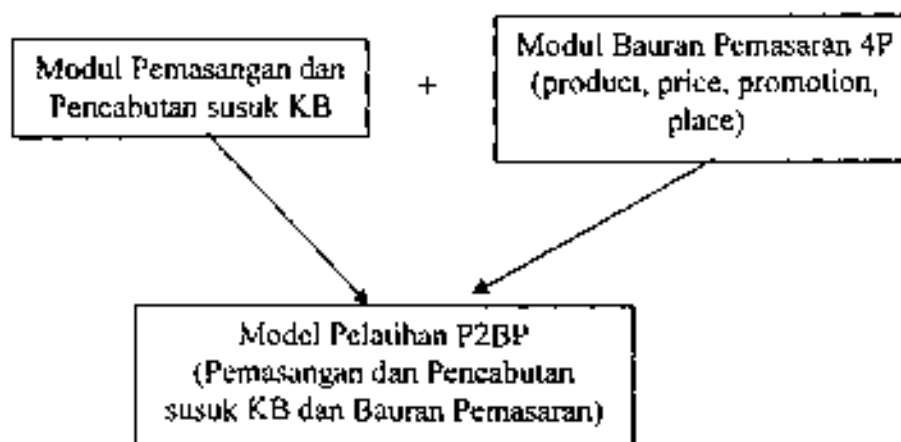
- b. Belum pernah dalam pelatihan pemasangan dan pencabutan susuk KB diberikan materi pemasaran
- c. Provider tidak terlalu banyak memberikan pelayanan susuk KB, karena akseptor masih menganggap bahwa harga susuk KB relatif mahal
- d. Selama ini jalur distribusi susuk KB melalui jalur retail yang agak panjang sehingga harga susuk KB sampai pada akseptor relatif mahal.
- e. Para Provider masih banyak belum mengetahui tentang konsep bauran pemasaran yang merupakan hal penting dalam pemasaran susuk KB.

5.1.2 Hasil Kajian Pustaka

Bauran pemasaran (4P) merupakan salah satu komponen strategi pemasaran modern yang dapat meningkatkan jangkauan pasar (Kotler, 2001). Pelatihan pemasangan dan pencabutan susuk KB sudah rutin diselenggarakan oleh BKKBN atau Depkes dan berdampak positif terhadap peningkatan kemampuan Provider dalam menjalankan pelayanan kesehatan (BKKBN, 2003).

5.1.3 Hasil Survei dan Kajian Pustaka

Sintesis dari hasil survei pada studi pendahuluan dan kajian pustaka adalah suatu bentuk model pelatihan yang lebih komprehensif seperti tertuang pada gambar di bawah ini.



5.2 Model Operasional

Model pelatihan operasional pemasaran, pemasangan dan pencabutan susuk KB di perkotaan terdiri dari:

5.2.1 Bauran Pemasaran

I. Masukan

A. Personalia

1). Tugas:

Personalia penyelenggara pelatihan terdiri dari dua kelompok, yaitu panitia pelaksana dan nara sumber atau instruktur. Nara sumber terdiri dari 2 personalia, dokter ahli obstetri ginekologi yang memberikan pelatihan teknis medis pemasangan dan pencabutan susuk KB, Pakar ekonomi bidang pemasaran yang memberikan pelatihan materi bauran pemasaran.

Peserta pelatihan adalah Provider yang meliputi; bidan dan dokter praktek swasta sebanyak 24 yang berasal dari Kecamatan Tambaksari. Pelaksanaan pelatihan dilaksanakan selama 2 hari pada tanggal 18 sampai 19 Februari 2004.

2). Kategori :

Instruktur pertama berpendidikan sarjana kedokteran spesialis obstetri ginekologi dan kedua Sarjana Ekonomi (S2).

3). Jumlah: 2 orang pelatih, 1 orang asisten

B. Anggaran

1). Gaji / perjalanan	: pelatih asisten	Rp 2.000.000,- Rp 1.500.000,-
2). Bahan	: - <i>post test</i> :	Rp 400.000,-
3). Alat (sewa)	: infocus/OHP $\frac{1}{2} \times \text{Rp. } 750.000,-$	Rp 375.000,-
4). Lain-lain	: konsumsi(makan& snack) transportasi peserta $23 \times \text{Rp. } 50.000,-$ cinderamata $\frac{1}{2} \times 23 \times \text{Rp. } 100.000,-$ sewa tempat	Rp. 300.000,- Rp 1.150.000,- Rp 1.150.000,- Rp 500.000,-
	<i>Total</i>	Rp 7.575.000,-

- 5). Kategori: Mandiri, harga susuk diseragamkan sebesar Rp 175.000 (harga susuk KB dari distributor Rp 110.000,-) Untuk pelayanan obat oleh Provider Rp 55.000,-, Rp 10.000,- apabila ada petugas KB yang mengajak mengantar klien KB ke tempat pelayanan.

C. Bahan

- 1). Modul untuk *standard operation procedure* pemasangan dan pencabutan susuk KB sejumlah 24 buah.

- 2) Modul materi pemasaran 24 buah

- 2) AVA : infocus, OHP, untuk penyajian

Contoh beberapa susuk KB (implant) yang terdiri 6 rods, 2 rods, 1 rod.

Bahan : *Manatyrin* untuk simulasi pemasangan dan pencabutan susuk

KB.

D. Metode pelatihan selama 2 hari

Hari 1	Waktu	Method
	08.00 - 09.00	<i>pre test</i>
	09.00 - 11.30	ceramah
Hari 2	08.00 - 09.00	tanya jawab
	09.00 - 11.30	diskusi kelompok
	11.30 - 12.30	<i>Post test</i>

Metode yang dilakukan dalam pemasaran ada beberapa cara:

- Sosialisasi pemasaran pada klien di tempat pelayanan;
- Sosialisasi pada institusi di wilayah (PKK RW/RT, posyandu);
- Sosialisasi dan kerjasama dengan petugas KB (Kader, PLKB);
- Pada awalnya ditawarkan harga sesuai komitmen pelayanan swasta, apabila klien masih dianggap keberatan karena langsung mengeluarkan dana agak banyak, maka ditawarkan dengan harga mengangsur sampai 2-3 bulan;
- Memberikan informasi melalui selebaran pada semua sasaran untuk mengetahui alamat pelayanan terdekat dan ketersediaan pelayanan susuk KB;
- Metode yang dilakukan dalam pelatihan ada beberapa cara: ceramah, Tanya jawab, diskusi kelompok;
- Pelayanan mandiri dengan membayar kontan;
- Pembayaran pelayanan dengan cara mengangsur sesuai kemampuan klien.

II. Proses

1). Perencanaan

1. **Administrasi** : sumber dana, ijin
2. **Lapangan** : tempat pelatihan
3. **Teknis** : pelatih, materi, peserta
4. **Jenis**
 - **Pemasaran** : Advokasi, sosialisasi, KIE, konseling di Kecamatan Tambaksari.
 - **Pelatihan** : Dilakukan semua tempat pelayanan KB swasta di wilayah kecamatan, dengan maksud mendekatkan pelayanan pada klien.
5. **Target** :
 1. Kelompok institusi klinik, tempat bidan praktek swasta.
 2. PLKB (untuk bisa memberikan dukungan/motivasi) tokoh masyarakat (untuk bisa memberikan dukungan / motivasi)
6. **Jadwal kerja** :
 - Jadwal disesuaikan pertemuan
 - Demi kelancaran untuk jaminan kontrasepsi susuk KB direncanakan dibentuk asosiasi Provider wilayah kecamatan dimana tugas ketua sebagai pusat informasi dan penyedia alokon susuk KB dengan bekerja sama dengan distributor (swasta).

2). Pengorganisasian

1. **Ketua**
2. **Wakil Ketua merangkap peserta**
3. **Sekretaris**
4. **Peserta undangan**
 - Kegiatan pengembangan model pelayanan swasta di Kecamatan Tambaksari ini didukung oleh berbagai sektor formal dan informal (kegiatan pelatihan dibuka resmi oleh Camat Tambaksari dan didukung dan dihadiri oleh semua Kepala Puskesmas dan para bidan/dokter swasta terutama yang mempunyai praktek di wilayah Kecamatan Tambaksari. Demikian pula dukungan informal oleh tokoh masyarakat dan para kader KB di masyarakat.
 - Penelitian ini disepakati untuk dilaksanakan selama 6 bulan yaitu mulai bulan Februari sampai Agustus 2004.

3). *Actuating*

4). Pengawasan

- a). *Post Test*
- b). *Monitoring*
- c). **Laporan Akhir**

4.2.2 Pemasangan dan Pencabutan susuk KB

I. Masukan

A. Personalia

- 1). Tugas : memberikan pelatihan
- 2). Kategori : pelatih : Spesialis *obstetri & gynaecology*
asisten : perawat/bidan
- 3). Jumlah : seorang pelatih, seorang asisten

B. Anggaran

1). Gaji / perjalanan	: pelatih	Rp 2.000.000,-
	Asisten	Rp 500.000,-
2). Bahan	: - post test	Rp 400.000,-
	- modul	Rp 1.000.000,-
3). Alat (sewa)	: - sewa simulasi	Rp 1.000.000,-
	- sewa AVA :	Rp 375.000,-
	1/2xRp 750.000,-	
4). Lain-lain	: Konsumsi(makan& snack)	Rp 300.000,-
	Transportasi peserta	Rp 1.150.000,-
	23 x Rp 50.000,-	
	cinderamata	Rp 1.150.000,-
	1/2x23 x Rp 100.000,-	
	sewa tempat	Rp 500.000,-
	<i>Total</i>	<i>Rp 8.375.000,-</i>

C. Bahan

- 1). Modul (23) : untuk *standard operation procedure*
- 2). AVA : infocus, OHP : untuk penyajian
simulasi : untuk latihan

D. Metode

1). *Pre test* jam 08.00 – 09.00

- a) **Kuliah** 09.00 – 11.30
- b) **Hari libur**
- c) **Tanya jawab**
- d) **Istirahat** 11.30 – 13.00
- e) **Latihan** 13.00 – 15.00
- f) **Post Test** 15.00 – 16.00

2). *Proses*

a). *Perencanaan*

- 2. *administrasi* : sumber dana, ijin
- 3. *lapangan* : tempat pelatihan
- 4. *teknis* : pelatih, materi, peserta

b). *Pengorganisasian*

- 1. *Ketua*
- 2. *Wakil Ketua* merangkap peserta
- 3. *Sekretaris*

c). *Actuating*

d). *Pengawasan*

- 1. *Post test*
- 2. *Monitoring*
- 3. *Laporan akhir*

5.3 Laporan Hasil Pemantauan

1 Pelaksanaan sosialisasi dan pelatihan Provider

Tempat	: Gedung Balai Pertemuan Kecamatan Tambaksari
Lama Kegiatan	: Jam 10.00 s/d 14.00
Jumlah peserta	: 24 orang , ditambah 6 orang (Provider dari puskesmas)
Peserta yang hadir	: Camat, swasta di Kecamatan Tambaksari, Kepala Puskesmas, Dokter/ bidan swasta, PKB.
Fasilitator	: Dr. Djoko Waspodo , SpOG.
Peneliti	: Sujanto SE.,MKes.
Instrumen yang digunakan	1. <i>form</i> evaluasi pelaksanaan sosialisasi dan pelatihan Provider oleh peserta pelatihan 2. <i>form</i> evaluasi pelaksanaan sosialisasi dan pelatihan Provider oleh pemantau

Hasil evaluasi pelaksanaan pelatihan menurut penyelenggara:

1. Penyelenggaraan kegiatan sosialisasi dan pelatihan dianggap cukup berhasil 80% dari sasaran yang diundang se kecamatan hadir dan sebagian besar mengikuti sampai acara selesai.
2. Fasilitator dalam penyampaian materi sosialisasi maupun pelatihan cukup memadai dan komunikatif sehingga maksud kegiatan bisa dipahami dan ditindaklanjuti berdasarkan komitmen.

3. Peserta pelatihan cenderung tertarik pada materi terkait dengan harga alokon susuk KB.
4. Komitmen yang disetujui setelah pelatihan meliputi :
 - Pelaksanaan promosi susuk KB dan konseling pada akseptor.
 - Identifikasi akseptor yang telah mendapat konseling dari Provider
 - Setiap Provider yang hadir mengajukan pembelian susuk KB ke pihak swasta. Dari 30 peserta terdaftar 17 Provider .
 - Harga alokon susuk KB diberikan dengan harga diskon dan pembayaran bertahap, namun ada sebagian juga yang pembayarannya langsung.
 - PLKB atau kader membantu konseling pada akseptor dan mengarahkan pada tempat pelayanan swasta dan setiap akseptor yang terlayani ada *fee* yang diterima.

Hasil evaluasi pelaksanaan pelatihan menurut peserta :

1. Peserta yang pernah mendapat pelatihan susuk sebelumnya, diantara 24 dan 6 orang peserta terdapat 12 orang yang pernah mendapat pelatihan (52.2%).
2. Penyelenggaraan pelatihan, kelengkapan materi, penyampaian materi dan kesesuaian dengan keinginan peserta tentang pelatihan rata-rata menyatakan baik/positif (>70%)
3. Penyampaian materi tentang produk 73% menyampaikan baik dan 26.3% menyatakan cukup. Alasannya karena yang dikenalkan hanya 1 jenis.
4. Saran sebagian peserta pelatihan sebaiknya dilengkapi dengan praktek terhadap akseptor karena secara langsung mengetahui permasalahan.
5. Sembilan puluh persen peserta menyatakan minat dan tertarik untuk memasarkan produk susuk KB, meskipun ada sebagian yang masih ragu-ragu

tentang hasil pelayanannya. Alasannya antara lain karena akseptor belum terbayangkan sebelumnya, harga yang kemungkinan belum terjangkau. Harapan peserta masih perlu adanya dukungan dan bantuan dari PLKB atau PKKB untuk konseling ke akseptor dan mempromosikan tempat pelayanannya.

II. Sosialisasi peran swasta dalam peningkatan pelayanan susuk KB

Tempat : Kantor Kecamatan Tambaksari

Lama Kegiatan : Jam 09.00 s/d selesai

Tanggal : 15 Maret 2004

III. Kunjungan pemantauan Provider (Kunjungan , 24 – 26 Maret 2004).

Tindak lanjut pelatihan pemasaran dan pemasangan susuk KB.

Instrumen yang digunakan :

- kuesioner untuk pemantauan/pembinaan dan evaluasi Provider .
- *Form* identitas akseptor hasil konseling KB oleh Provider .

Jumlah bidan yang dipantau : 24 orang

1. Semua Provider menyatakan sudah memasarkan (melakukan konseling) tentang susuk KB kepada akseptor. Kegiatan tersebut dilakukan masih dalam ruang lingkup yang terbatas yaitu konseling terhadap akseptor yang datang ke tempat pelayanan, pemasaran secara informal ke lingkungan tetangga, dan sosialisasi ke kader melalui posyandu. Namun ada juga yang melalui pertemuan RT karena bidan yang bersangkutan keberulan juga ketua PKK RT.
2. Lebih dari 50% Provider telah melakukan kerjasama dengan pihak lain (PLKB, PPKBD dan kelompok PKK). Akan tetapi masih sebatas

himbauan dan belum ada komitmen untuk tindak lanjutnya. Terkesan belum ada keseriusan tentang tanggung jawab bersama terhadap program. Hal ini disebabkan karena keterbatasan waktu Provider untuk melakukan kerjasama. Sebagian lainnya, belum menjalin kerja sama dengan pihak lain, pelaksanaan promosi dan konseling masih terbatas pada akseptor yang datang ke tempat pelayanan.

3. Sebagian besar bidan (70%) sudah mencatat hasil konseling/pemasaran susuk KB. Selama kurang lebih 1 bulan setelah pelatihan pemasaran dan pemasangan susuk KB, akseptor yang telah dikonseling antara 3 sampai dengan 16 akseptor. Dari sejumlah akseptor yang telah mendapat konseling susuk KB, ada beberapa orang yang menyatakan tertarik menggunakan susuk KB dan telah menjadi akseptor susuk KB. Bagi akseptor yang berminat memakai susuk KB akan tetapi masih belum menjadi akseptor susuk , antara lain karena; menunggu menstruasi, menunggu tekanan darah normal, menunggu tanggal kunjungan ulang berikutnya dan belum mempunyai uang.
4. Sebagian besar lainnya menyatakan ragu-ragu dan tidak berminat untuk memakai susuk KB. Alasan-alasan yang dikemukakan oleh akseptor yang ragu-ragu antara lain; masih mau dirundingkan dengan suami, ada rasa takut untuk memakai karena informasi yang beredar, seperti beresiko kalau bekerja berat, rasa sakit dan nyeri pada saat dipasang dan dilepas, kalau memakai susuk KB akan kelihatan menonjol dilengannya, susuk KB berpindah-pindah letaknya dan ketakutan terjadi efek samping (gemuk). Alasan lain yang banyak dikemukakan oleh akseptor yang tidak berminat

adalah harga pelayanan susuk KB yang mahal, terkait dengan pembayaran yang bersifat kontan.

5. Jumlah akseptor yang tertarik menggunakan susuk KB

Hanya sebagian kecil (rata-rata antara 1 – 3 akseptor dari tiap-tiap tempat pelayanan bidan swasta) yang tertarik untuk menggunakan susuk KB, setelah diberi penjelasan oleh bidan. Data terakhir akseptor yang sudah menjadi akseptor susuk KB adalah 12 orang.

6. Hambatan/kendala dalam konseling/pemasaran

a. Produk

Sebagian besar akseptor memperlmasalahkan harga alokon susuk

b. Prasarana dan sarana

Sebagian Provider belum melakukan pelayanan karena belum punya trokar (5 Provider)

c. Pelatihan bongkar pasang

Sebagian Provider mendapatkan akseptor bongkar pasang namun ada kendala terhadap yang belum pelatihan dan sarana kurang sehingga secara langsung belum bisa melayani.

7. Rencana Provider untuk meningkatkan/menarik minat masyarakat terhadap susuk KB, antara lain :

a. Meningkatkan promosi melalui pertemuan FKK dan lebih meningkatkan konseling kepada akseptor yang datang ke tempat pelayanan.

b. Sosialisasi kader

- c. Pemberian keringanan pembayaran (soal pembayaran bisa ditunda/diangsur)
 - d. Pemberian penjelasan teknis di pertemuan di lingkungan wilayah
 - e. Meningkatkan kegiatan sosialisasi di posyandu
8. Saran-saran untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan minat masyarakat terhadap susuk KB :
- a. Perlu disediakan brosur-brosur
 - b. Harga lebih dimurahkan sedikit atau harganya disesuaikan, misalnya Rp. 100.000,-, karena pada dasarnya banyak yang ingin pakai.
 - c. Perlu sosialisasi ke semua sektor (PKK, kader dan lainnya)

IV. Identifikasi akseptor hasil konseling yang dilakukan oleh Provider

Instrumen yang digunakan :

Kuesioner untuk akseptor (wanita PUS)

Akseptor hanya ditawari kemungkinan untuk berpindah ke susuk KB (bagi akseptor yang telah memakai metode/cara KB lainnya), sedangkan yang belum menjalankan KB, ditawari untuk cara KB susuk. Provider belum menunjukkan konseling/promosi lengkap terkait kondisi kesehatan akseptor, kelebihan / kekurangan, dan efek samping yang mungkin terjadi, sehingga ada yang pernah salah interpretasi sebagai "susuk kecantikan". Akseptor tahu agak lebih jelas mengenai susuk KB, justru dari teman atau tetangga, terutama yang sudah menggunakan susuk KB.

5.4 Deskripsi Hasil Uji Coba Model

Tabel 5.11 Karakteristik Provider di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004

Karakteristik Provider	Kecamatan		Uji statistik	Harga p
	Tambaksari (rerata±SD)	Gubeng (rerata±SD)		
1. Umur (rerata±SD)	42,2±11,8	45,2±10,8	t 2 sampel	0,557
2. Jenis kelamin			χ^2	1,000
- Laki-laki	2 (8,3%)	1 (4,3%)		
- Perempuan	22 (91,7%)	22 (95,7%)		
3. Tingkat pendidikan			Mann-Whitney	0,964
- Akademi Perawat	2 (8,3%)	3 (13,0%)		
- Sekolah Kebidanan	10 (41,7%)	7 (30,5%)		
- Akademi Kebidanan	8 (33,3%)	10 (43,5%)		
- Dokter	4 (16,7%)	3 (13,0%)		
4. Tempat bekerja			χ^2	1,000
- Rumah Sakit	6 (25,0%)	3 (13,0%)		
- Puskesmas	6 (25,0%)	9 (39,1%)		
- Klinik Swasta	12 (50,0%)	11 (47,8%)		

Pada tabel 5.11 didapatkan bahwa rerata umur Provider di Kecamatan Tambaksari lebih muda daripada di Gubeng, namun hasil analisis statistik dengan menggunakan uji t 2 sampel didapatkan harga p > 0,05 yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna rerata umur antar dua kelompok. Sebagian besar Provider adalah wanita, baik di Kecamatan Tambaksari (91,7%) maupun di Gubeng (95,7%), namun hasil analisis statistik dengan menggunakan uji χ^2 didapatkan harga p > 0,05 yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna jenis kelamin antar dua kelompok. Tingkat pendidikan Provider di Kecamatan Tambaksari sebagian besar adalah sekolah kebidanan sedangkan di Kecamatan

Gubeng adalah Akademi Kebidanan, namun hasil analisis statistik dengan menggunakan uji Mann-Whitney didapatkan harga $p > 0,05$ yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna tingkat pendidikan antar dua kelompok. Tempat bekerja provider di Kecamatan Tambaksari maupun Gubeng sebagian besar di klinik swasta. Untuk analisis statistik dilakukan penggabungan tempat kerja di Rumah Sakit dan Puskesmas oleh karena uji statistik dengan χ^2 tidak memenuhi syarat uji dan setelah penggabungan tersebut hasil uji statistik dengan χ^2 menunjukkan harga $p > 0,05$ yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna antara tempat kerja klinik swasta dengan Rumah Sakit/Puskesmas antar dua kelompok.

Hasil analisis terhadap karakteristik provider yang meliputi; umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan tempat kerja menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna sehingga karakteristik provider tersebut tidak mempengaruhi analisis selanjutnya.

5.5 Analisis Hasil Uji Coba Model (Tahap II)

5.5.1 Provider

Tabel 5.12 Perbedaan tingkat pengetahuan Provider tentang pemasaran di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004

Variabel	Kecamatan		Harga t	
	Tambaksari (rerata±SD)	Gubeng (rerata±SD)	Uji t 2 sampel	Harga p
Pengetahuan	211,92±40,76	174,26±66,43	-2,330	0,025
Sikap	500,00±69,16	519,04±60,77	1,001	0,322
Praktek	206,19±33,39	216,41±69,23	0,621	0,539

Pada tabel 5.12 menunjukkan tingkat pengetahuan Provider tentang pemasaran di Kecamatan Tambaksari lebih tinggi dari Provider di Kecamatan Gubeng dan hasil analisis statistik ada perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$). Sikap dan praktek Provider tentang pemasaran di Kecamatan Gubeng lebih tinggi dari Kecamatan Tambaksari namun hasil analisis statistik tidak ada perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$).

Tabel 5.13 Perbedaan tingkat pengetahuan Provider tentang pemasangan dan pencabutan susuk KB di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004

Variabel	Kecamatan		harga t	Harga p
	Tambaksari (rerata±SD)	Gubeng (rerata±SD)		
Pemasangan dan pencabutan				
Pengetahuan	201,250±65,00	175,00±45,65	-1,547	0,129
Sikap	263,54±32,95	277,17±31,90	1,440	0,157
Praktek	195,65±20,85	190,48±43,64	-0,509	0,513

Pada tabel 5.13 menunjukkan bahwa pengetahuan dan praktek Provider tentang cara pemasangan dan pencabutan di Kecamatan Tambaksari lebih tinggi dari Kecamatan Gubeng namun tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$). Sikap Provider tentang cara pemasangan dan pencabutan susuk KB di Kecamatan Gubeng lebih tinggi dari Kecamatan Tambaksari namun tidak ada perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$).

Tabel 5.14 Perbedaan cakupan akseptor sesudah pelatihan di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004

	Kecamatan		Harga t	Harga p
	Tambaksari (rerata±SD)	Gubeng (rerata±SD)		
cakupan akseptor	7,70±5,81	5,05±7,08	-1,329	0,191

Pada tabel 5.14 menunjukkan cakupan akseptor di Kecamatan Tambaksari lebih tinggi dari Kecamatan Gubeng namun hasil analisis statistik tidak ada perbedaan yang bermakna ($p > 0.05$).

5.5.2 Akseptor

Tabel 5.15 Karakteristik akseptor susuk KB di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004

Karakteristik akseptor	Kecamatan		Uji statistik	Harga p
	Tambaksari	Gubeng		
1. Umur (rerata±SD)	32,0±5,7	30,5±6,0	t 2 sampel	0,363
2. Tingkat pendidikan			Mann-Whitney	0,714
- Tidak Sekolah	1 (3,3%)	0 (0,0%)		
- SD dan sederajat	5 (16,7%)	6 (26,1%)		
- SLTP dan sederajat	5 (16,7%)	5 (21,7%)		
- SLTA dan sederajat	17 (56,7%)	9 (39,1%)		
- PT dan sederajat	2 (6,7%)	3 (13,0%)		
3. Jumlah anak (rerata±SD)	2,2±0,9	2,4±1,2	t 2 sampel	0,571
4. Pernah kontrasepsi			χ^2	0,107
Ya	22 (73,3%)	11 (47,8%)		
Tidak	8 (26,7%)	12 (52,2%)		

Pada tabel 5.15 didapatkan gambaran rerata umur akseptor susuk KB di Kecamatan Tambaksari lebih tinggi daripada akseptor di Kecamatan Gubeng, namun hasil analisis statistik dengan uji t 2 sampel menunjukkan harga $p > 0.05$ yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna rerata umur antar dua kelompok. Tingkat pendidikan akseptor terdistribusi antara tidak sekolah sampai lulusan perguruan tinggi. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji Mann-Whitney terhadap tingkat pendidikan antara kedua kelompok didapatkan harga $p > 0.05$ yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna tingkat pendidikan antar kedua

kelompok. Rerata jumlah anak dari akseptor susuk KB di Kecamatan Tambaksari lebih rendah daripada di Gubeng, namun hasil analisis statistik dengan perbedaan yang bermakna rerata jumlah anak antar kedua kelompok. Sebagian besar akseptor susuk KB di Kecamatan Tambaksari maupun Gubeng pernah menggunakan alat kontrasepsi lain sebelumnya, hasil analisis statistik dengan uji χ^2 menunjukkan harga $p > 0,05$ yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna antar kedua kelompok.

Hasil analisis terhadap karakteristik akseptor yang meliputi; umur, tingkat pendidikan, jumlah anak dan pernah kontrasepsi menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna sehingga karakteristik akseptor tersebut tidak mempengaruhi analisis selanjutnya.

Tabel 5.16 Perbedaan cakupan akseptor baru yang mendapat pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB oleh Provider di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004

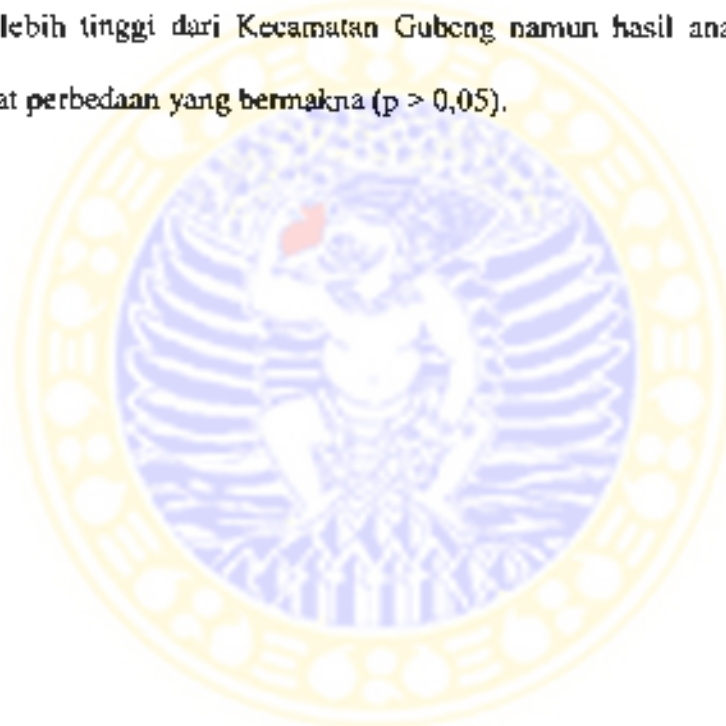
	Kecamatan		Uji statistik	Harga
	Tambaksari (Rerata \pm SD)	Gubeng (Rerata \pm SD)	Uji-t	p
Cakupan	7,70 \pm 5,81	5,05 \pm 7,08	-1,329	0,191

Pada tabel 5.16 menunjukkan bahwa cakupan akseptor baru yang mendapat pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB oleh Provider di Kecamatan Tambaksari lebih tinggi dari Kecamatan Gubeng namun hasil analisis statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$).

Tabel 5.17 Perbedaan kepuasan akseptor terhadap pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB oleh Provider di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng tahun 2004

	Kecamatan		Uji statistik	Harga
	Tambaksari (Rerata±SD)	Gubeng (Rerata±SD)	Uji-t	p
Kepuasan	606,67±3278	602,17±34,47	-0,484	0,631

Pada tabel 5.17 menunjukkan bahwa kepuasan akseptor terhadap pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB oleh Provider di Kecamatan Tambaksari lebih tinggi dari Kecamatan Gubeng namun hasil analisis statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$).



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Metode Penelitian

Seperti telah dijelaskan di bab metode penelitian bahwa penelitian ini merupakan eksperimental kuasi, oleh karena tidak ada alokasi random subyek penelitian yaitu provider alokon susuk KB ke dalam kelompok eksperimen dan kontrol. Alokasi random tidak mungkin dilakukan karena subyek penelitian diambil secara total populasi. Subyek dari dua Kecamatan didapatkan sebanyak 24 provider di Kecamatan Tambaksari sebagai kelompok eksperimen dan 23 provider di Kecamatan Gubeng kelompok kontrol. Rancangan penelitian eksperimental kuasi dalam penelitian ini sangat menguntungkan karena penelitian dapat dilakukan dalam kondisi alami (*natural setting*) yang memungkinkan subyek penelitian yang ada di dua kecamatan tersebut dapat dipelajari seluruhnya sehingga tidak terjadi *bias selection* (penyimpangan hasil penelitian akibat kekeliruan pengambilan subyek penelitian).

Jangkauan penelitian ini sebatas dua kecamatan kota yang ada di Kota Surabaya sehingga generalisasi eksternal dalam jangkauan populasi provider yang lebih luas tidak mungkin dilakukan mengingat populasi provider yang lebih luas sangat beragam kondisinya serta adanya keterkaitan provider dengan lingkungan social ekonomi dan social budaya akseptor KB. Namun penelitian ini sangat menguntungkan dipandang dari sisi intervensi yang dilakukan karena kondisi provider yang homogen. Berbagai pelatihan yang dilakukan oleh BKKBN termasuk pelatihan teknis medis pemasangan dan pencabutan susuk KB dilakukan pada tingkat kabupaten/kota dan ke dua kecamatan yang menjadi daerah

penelitian ini berada pada satu kota yang sama. Oleh karena itu, asumsi bahwa provider dari ke dua kecamatan tersebut bersifat homogen dapat dipertanggungjawabkan sehingga pada penelitian ini tidak lagi dilakukan pemeriksaan awal (*pre-test*).

6.2 Model yang Dibangun

Penelitian ini dilakukan dengan memberikan pelatihan terhadap provider di Kecamatan Tambaksari tentang pemasangan dan pencabutan susuk KB dikombinasikan dengan materi pemasaran. Model yang dibangun dalam penelitian ini merupakan pengembangan model pelatihan teknis medis pemasangan dan pencabutan susuk KB yang sudah dilakukan oleh BKKBN secara rutin yang sudah lama memiliki buku panduan peserta pelatihan implant (Affandi, 1997). Selama ini pelatihan pemasangan dan pencabutan susuk KB dengan menambah materi pelatihan tentang bauran pemasaran susuk KB belum pernah dilakukan.

Pada penelitian ini tenaga pelatih pemasangan dan pencabutan susuk KB diberikan oleh dokter spesialis obstetrik dan ginekologi yang sudah berpengalaman. Selama ini BKKBN dalam menyelenggarakan pelatihan pemasangan dan pencabutan susuk KB merekrut pelatih dari Dokter spesialis obstetrik dan ginekologi. Sehingga pelatihan ini menguntungkan dari segi teknis medis oleh karena setara dengan pelatihan yang rutin diselenggarakan oleh BKKBN.

Pada penelitian ini selain diberikan pelatihan teknis medis pemasangan dan pencabutan juga diberi materi pemasaran. Materi pemasaran diberikan oleh

seorang ekonom yang ahli dan berpengalaman di bidang pemasaran susuk KB. Sehingga materi yang diberikan benar-benar operasional dan dapat diterapkan. Materi pemasaran selama ini dalam pelatihan belum pernah diberikan dalam satu paket. Sehingga peserta pelatihan hanya dapat memperoleh pengetahuan teknis medis saja, namun untuk memasarkan susuk KB dan menarik akseptor masih kesulitan.

Dalam segi produk, susuk KB disuplai oleh mitra kerja secara langsung sehingga dari segi distribusi produk jalurnya tidak terlalu panjang, harga susuk KB sampai pada akseptor lebih murah dari harga umum. Keuntungan lain, oleh mitra kerja harga susuk KB diberi diskon. Hal ini merupakan daya tarik bagi provider untuk terlibat dalam memasarkan susuk KB dan menarik akseptor.

6.3 Pengetahuan, Sikap, dan Praktek Provider terhadap Bauran Pemasaran dari Hasil Uji Coba Model

6.3.1 Pengetahuan

Hasil penelitian didapatkan pengetahuan pemasaran provider di Kecamatan Tambaksari yang mendapat pelatihan lebih tinggi daripada provider di Kecamatan Gubeng dan hasil analisis statistik menunjukkan ada perbedaan yang bermakna.

Dalam psikologi humanistik, perhatian tertuju pada masalah bagaimana tiap-tiap individu dipengaruhi dan dibimbing oleh maksud-maksud pribadi yang mereka hubungkan kepada pengalaman-pengalaman mereka sendiri. Menurut para pendidik aliran humanistik penyusunan dan penyajian materi pelajaran harus sesuai dengan perasaan dan perhatian siswa. Menurut Rogers yang dikutip dari

Soemanto (2003) sebagai salah satu tokoh humanistik, prinsip belajar humanistik yang penting antara lain:

“belajar yang signifikan terjadi apabila subject matter dirasakan murid mempunyai relevansi dengan maksud-maksud dirinya sendiri”

Jadi, peningkatan pengetahuan provider setelah mendapat pelatihan oleh karena materi bauran pemasaran 4P dianggap relevan dengan kebutuhan provider.

Menurut UNESCO tentang pendidikan orang dewasa yang dikutip dari Notoatmodjo (2003), pesan-pesan pendidikan dapat dipahami oleh orang dewasa dengan memilih metode belajar yang tepat. Metode belajar yang sangat cocok bagi pendidikan orang dewasa adalah diskusi kelompok, studi kasus, dan simulasi. Pelatihan yang diberikan dalam penelitian ini menggunakan metode ceramah, diskusi kelompok, dan simulasi. Oleh karena pada pelatihan dalam penelitian menggunakan metode belajar yang cocok untuk orang dewasa maka dapat dipahami bahwa terjadinya peningkatan pengetahuan sebagai akibat dari pelatihan yang diberikan.

6.3.2 Sikap

Hasil penelitian didapatkan nilai sikap pada provider di daerah kontrol lebih tinggi dibanding provider di daerah eksperimen, namun hasil analisis statistik tidak ada perbedaan yang bermakna. Hasil empirik ini sama sekali tidak mendukung hipotesis bahwa pelatihan pada provider dapat meningkatkan sikap.

Menurut Allport yang dikutip oleh Soekidjo (2003) sikap mempunyai 3 komponen pokok, yaitu: 1) kepercayaan (keyakinan), 2) evaluasi terhadap obyek, 3) kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen tersebut secara bersama-

sama akan membentuk sikap. Guna membentuk sikap yang utuh maka pengetahuan, berfikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Menurut LaPierre yang dikutip dari Azwar (2005), sikap didefinisikan sebagai

"Suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respons terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan"

Dalam interaksi sosial, individu bereaksi membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai obyek psikologis yang dihadapinya. Di antara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan, lembaga agama, dan faktor emosi dalam diri individu (Azwar, 2005).

Sikap tidak semata-mata dipengaruhi oleh pengetahuan, yang berarti bila pengetahuan seseorang meningkat secara signifikan belum berarti akan diikuti dengan perubahan sikap yang positif. Allport dan LaPierre menunjukkan bahwa sikap dipengaruhi oleh berbagai faktor. Dalam penelitian ini pengetahuan yang meningkat tidak diikuti dengan peningkatan sikap oleh karena:

- 1) Bauran pemasaran merupakan materi baru bagi provider sehingga mereka belum mempunyai pengalaman pribadi menerapkan bauran pemasaran dalam pelayanan pemasangan dan pencabutan susuk KB.
- 2) Alokon susuk KB merupakan jenis alokon yang paling rendah diminati akseptor oleh karena cara pemasangannya invasif (melalui sayatan kulit lengan atas) dan harganya masih relatif mahal dalam satu kali pemasangan

dibanding alokon lain seperti pil dan suntik sehingga hal ini membentuk persepsi pada provider untuk melayani KB yang hanya diminati akseptor.

- 3) Efek samping yang dirasakan paling berat oleh akseptor pada pemakaian jenis alokon susuk KB adalah siklus menstruasi yang tidak normal terutama *spotting* dan *polimenorrhoe*. Provider harus berhati-hati untuk mempertimbangkan akseptor yang tepat untuk dipasang alokon susuk KB agar terhindar dari efek samping tersebut sehingga pencabutan susuk KB dapat terjadi tepat pada waktunya.

6.3.3 Praktek

Hasil penelitian didapatkan nilai praktek pada provider di daerah kontrol lebih tinggi dibanding provider di daerah eksperimen, namun hasil analisis statistik tidak ada perbedaan yang bermakna. Hasil empirik ini sama sekali tidak mendukung hipotesis bahwa pelatihan pada provider dapat meningkatkan praktek.

Menurut UNESCO yang dikutip dari Notoatmodjo (2003), hasil pendidikan orang dewasa adalah perubahan kemampuan (pengetahuan, penampilan, atau perilakunya). Perubahan perilaku didasari adanya perubahan atau penambahan pengetahuan, sikap atau ketrampilan, namun demikian perubahan pengetahuan dan sikap belum merupakan jaminan terjadinya perubahan perilaku sebab perilaku baru tersebut kadang-kadang memerlukan dukungan material. Perubahan perilaku di dalam proses pendidikan orang dewasa pada umumnya lebih sulit daripada perubahan perilaku dalam pendidikan anak karena orang dewasa sudah mempunyai pengetahuan, sikap dan ketrampilan tertentu yang dimiliki bertahun-tahun. Jadi pengetahuan, sikap, dan perilaku baru yang belum diyakini tersebut sulit diterima.

Pada penelitian ini sebenarnya sudah terjadi peningkatan pengetahuan tentang bauran pemasaran 4P dan untuk harga produk telah diberikan diskon sebesar 15% oleh peneliti sebagai dukungan material, namun hasil empirik tidak mendukung nilai praktek untuk meningkat.

6.4 Pengetahuan, Sikap, dan Praktek Provider terhadap Pemasangan dan Pencabutan Susuk KB dari Hasil Uji Coba Model

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan dan praktek provider tentang cara pemasangan dan pencabutan di daerah kontrol lebih tinggi dibanding di daerah eksperimen sedangkan sikap provider di daerah eksperimen lebih tinggi dibanding di daerah kontrol, namun hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna. Hasil empirik ini tidak mendukung bahwa pelatihan yang diberikan dalam penelitian dapat meningkatkan KAP provider oleh karena:

1. Provider di daerah kontrol dan eksperimen diasumsikan sudah homogen karena sudah mendapatkan pelatihan tentang pemasangan dan pencabutan susuk KB yang telah diberikan oleh BKKBN dan atau DEPKES dengan materi dan prosedur pelatihan yang sama. Kedua daerah penelitian baik kontrol maupun eksperimen berada dalam kota yang sama dengan karakteristik sosio-demografi yang hampir sama.
2. Pelatihan pemasangan dan pencabutan yang diberikan bersifat penyegaran yang dilakukan seorang dokter spesialis obstetri ginekologi yang setara dengan pelatih dalam pelatihan yang mereka dapat sebelumnya. Materi yang diberikan sama seperti materi yang sudah diberikan pada pelatihan-pelatihan sebelumnya.

6.5 Sebab sebab kelemahan model

Model yang telah dibangun dan diuji dalam penelitian hanya mampu meningkatkan pengetahuan tentang pemasaran saja, sedangkan komponen lain yang terkait dengan model ini yaitu 1) sikap dan praktek pemasaran, 2) pengetahuan-sikap-praktek pemasangan dan pencabutan susuk KB, dan 3) outcome berupa cakupan dan kepuasan akseptor tidak terbukti secara empirik meningkat. kelemahan model yang dibangun ini disebabkan antara lain:

1. Model kurang baik
2. Pengujian model dilakukan hanya pada *posttest* tanpa memperhitungkan kondisi sebelumnya (*pretest*). Setiap manusia mempunyai latar belakang yang unik sehingga kondisi yang sesungguhnya heterogen dan asumsi homogen hanya bersifat artifisial saja.
3. Adanya efek maturasi yaitu provider di Kecamatan Gubeng berkembang keterampilan di bidang pemasaran, pemasangan dan pencabutan susuk KB melalui antara lain; interaksi antar provider di Kecamatan Tambaksari dan Gubeng atau sumber informasi lain tanpa melalui model pelatihan yang telah dibangun peneliti.
4. Sikap dan praktek lebih sulit dipengaruhi dibanding pengetahuan
5. Pemilihan teknik analisis kurang tepat karena variabel lain diasumsikan sama padahal kenyataannya tidak sama (lihat kerangka konseptual umum).

6.6 Outcome

6.6.1 Cakupan akseptor

Cakupan akseptor alokon susuk KB di Kecamatan Tambaksari lebih banyak dibanding di Kecamatan Gubeng namun hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna.

Dalam kerangka konsep telah digambarkan bahwa bila KAP provider tentang bauran pemasaran 4P dan pemasangan dan pencabutan susuk KB meningkat maka akan berdampak pada cakupan akseptor yang meningkat pula. Tidak ada perbedaan yang bermakna cakupan akseptor susuk KB merupakan dampak logis dari tidak adanya perbedaan yang bermakna sikap dan praktek bauran pemasaran serta KAP pemasangan dan pencabutan susuk KB.

Cakupan akseptor alokon susuk KB di dua daerah penelitian tergolong rendah. Selama 6 bulan pengamatan didapatkan rata-rata pemasangan alokon susuk KB di Kecamatan Tambaksari 7,7 akseptor dan di Gubeng 5,05 akseptor. Menurut Andersen yang dikutip dari Gani (1981) pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh kebutuhan yang dirasakan dan dievaluasi (*perceived and evaluated need*), sehingga walaupun promosi dan diskon alokon susuk KB telah dijalankan namun tidak dapat dihindarkan dari kebutuhan akseptor itu sendiri.

Penggunaan fasilitas kesehatan menurut Notoatmodjo (2005) dalam *organization models* ada 4 variabel yang berperan yaitu:

1. Gaya (*style*) praktek pengobatan (sendiri, rekanan, atau kelompok)
2. Sifat (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak)
3. Letak pelayanan

4. Petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, bidan, perawat, asisten dokter)

Dengan model ini dapat dijelaskan bahwa harga alokon susuk KB yang relatif mahal yang merupakan salah satu pertimbangan pemakaian alokon ini. Walaupun telah mendapat diskon 15% namun masih dirasakan relatif mahal dibanding alokon yang lain seperti pil atau suntikan.

6.6.2 Kepuasan akseptor

Kepuasan akseptor alokon susuk KB di Kecamatan Tambaksari sedikit lebih tinggi dibanding di Kecamatan Gubeng namun hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna.

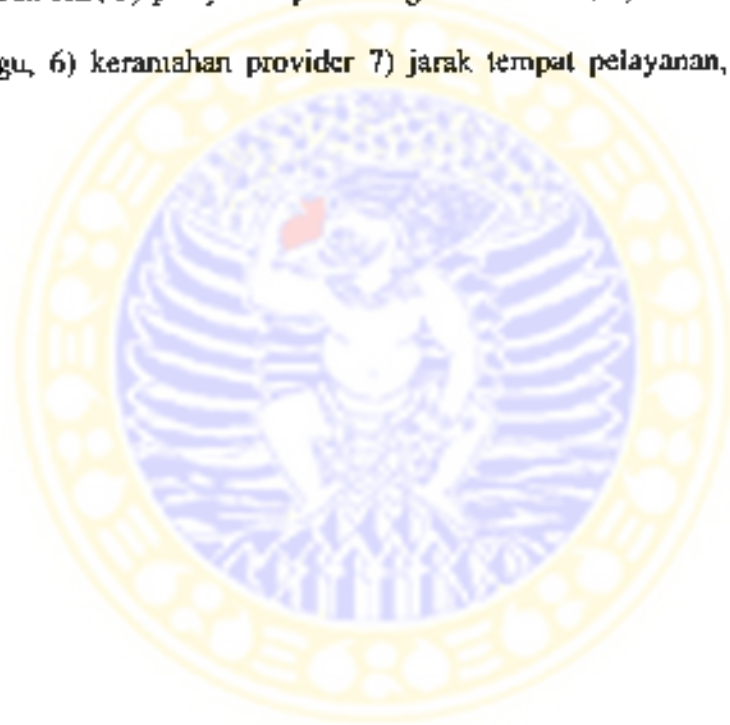
Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja suatu produk dan harapan-harapannya (Kotler, 2002). Tidak ada perbedaan yang bermakna kepuasan akseptor susuk KB merupakan dampak logis dari tidak adanya perbedaan yang bermakna sikap dan praktek bawahan pemasaran serta KAP pemasangan dan pencabutan susuk KB.

Like dan Zyzanski menyatakan bahwa terdapat berbagai dimensi kepuasan pasien yaitu: 1) seni dalam perawatan (*art of care*), 2) mutu teknik perawatan (*technical quality of care*), 3) kemudahan dicapai (*accessibility*), 4) kenyamanan (*convenience*), 5) pembiayaan keuangan (*finance*), 6) lingkungan fisik, 7) kesinambungan, dan 8) hasil keluaran perawatan. Pemenuhan permintaan pasien menimbulkan rasa kepuasan yang lebih tinggi (Notoatmodjo, 2003)

Faktor lain sebagai penentu rasa puas adalah perasaan perbaikan kesehatan, *size of social work*, kepuasan terhadap organisasi di masa lalu, umur,

dan jenis kelamin (Kravits, 1975). Menurut Pechansky (1981) derajat kepuasan pasien ditentukan pula oleh: arti istilah puas menurut pasien, kognitif pasien, pengalaman negatif yang pernah dialami, selang waktu setelah selesai perawatan.

Kepuasan pasien dengan berbagai faktor yang terlibat di dalamnya menunjukkan bahwa kepuasan mempunyai dimensi yang cukup luas dalam pengukurannya. Dalam penelitian ini indikator untuk menyatakan kepuasan pasien adalah: 1) penjelasan tentang efek samping, 2) kemantapan akseptor dalam memilih susuk KB, 3) pelayanan pemasangan susuk KB, 4) waktu menunggu, 5) ruang tunggu, 6) keramahan provider 7) jarak tempat pelayanan, dan 8) harga susuk KB.



BAB 7

PENUTUP

7.1. Kesimpulan

Model pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan susuk KB bagi Provider di klinik KB swasta di Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya belum sepenuhnya berhasil;

1. Ada perbedaan pengetahuan tetapi tidak ada perbedaan sikap dan praktek Provider yang mendapat pelatihan dan tidak mendapat pelatihan pemasaran alokon susuk KB.
2. Tidak ada perbedaan pengetahuan, sikap dan praktek Provider yang mendapat pelatihan dan tidak mendapat pelatihan pemasangan dan pencabutan alokon susuk KB
3. Tidak terdapat perbedaan cakupan akseptor alokon susuk KB yang dipasang oleh provider yang mendapat pelatihan dan tidak mendapat pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan alokon susuk KB
4. Tidak terdapat perbedaan tingkat kepuasan akseptor alokon susuk KB yang dipasang oleh provider yang mendapat pelatihan dan tidak mendapat pelatihan pemasaran, pemasangan dan pencabutan alokon susuk KB

7.2. Saran-saran

Beberapa saran yang dapat disampaikan dari hasil penelitian ini adalah:

1. Model pelatihan perlu disempurnakan dan diuji lagi
2. Penelitian dilakukan dengan sampel yang lebih besar
3. Rancangan penelitian idealnya menggunakan pre dan posttest

DAFTAR PUSTAKA

- Aday, Lu Ann. 1993. **Equity, Accessibility and Ethics. Is the U.S Health Care Reform Debate asking the Right Questions?** *Journal American Behavioral Scientist*, Vol. 36 (6): 724-740.
- Affandi B., 1997. **Implanon: Susuk KB Tunggal: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit.** Jakarta: PT. Organon Indonesia.
- Alexander NJ., D' Arcangues C., 1992. **Steroid Hormones and Uterine Bleeding.** American Association for the Advancement of Science.
- Andersen R.M, 1995. **Revisiting The Behavioral Model and Acces to Medical Care : Does it matter?** *Journal of Health and Social Behavior* 35 : 1-10.
- Andersen, R, 1972. **Health Service Distribution of Service.** In : Andersen, R., Kravits J., Anderson O.W., **Equity in Health Services : Empirical Analysis in Social Policy.** Ballinger Publishing Company.
- Andersen, R.M. 1978. **Health Status and Health Care Access.** *AJPH* 68 (5).
- Angus Laing, 2002. **Health Services Management Research,** London.
- Anwar H.M, Anggraeni M., 1999. **Studi Perbandingan Kohort antara Pemakaian Norplant dan DMPA dengan Tinjauan Khusus pada Gangguan Pola Haid. Kerjasama Kelompok studi Biomedis dan Reproduksi Manusia Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dengan Puslitbang Biomedis dan Reproduksi Manusia BKKBN Jakarta.**
- Azwar Saifudin, 2005. **Sikap Manusia: Teori Dan Pengukurannya, Edisi Kedua.** Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- BKKBN, 1994. **Informasi Pelayanan Kontrasepsi, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Jakarta.**
- BKKBN, 1995. **Pelatihan Penyegaran IUD, Implant dan Panduan Pencegahan Infeksi untuk pelayanan IUD dan Implant. Buku Panduan untuk Pclatih. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI), JHPIEGO Corporation dan BKKBN**
- BKKBN, 1997. **Buku Ilmiah Implanon, Kerjasama POGI, Kantor Menteri Negara kependudukan/BKKBN, Departemen Kesehatan dan Organon, 21-22.**
- BKKBN, 2000. **Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Tahun 2000.** Jakarta: BKKBN.

- BKKBN, 2002. **Pengalaman Menggalang Jalur Swasta dan LSOM untuk Memberikan Pelayanan KB dan KR serta Langkah-Langkah Ke Depan dalam Rangka Otonomi Daerah di Jawa Timur**. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Propinsi Jawa Timur.
- BKKBN, 2003a. **Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi**. Yayasan Bina Pustaka. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Bagian Obstetri dan ginekologi, Bekerja sama dengan JNPKKR/POGI, BKKBN, DEPKES dan JHPIEGO/STARH Program, Hal. MK. 52-53
- BKKBN, 2003b. **Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi, Gender, dan Pembangunan Kependudukan**. BKKBN Jakarta Tahun. Hal. 29, 47 – 49.
- BKKBN, 2004. **Ulasan Umpan Balik Pelayanan Kontrasepsi**. Jakarta: BKKBN.
- Blum, HL. 1981. **Planning for Health, Generic for the Eighties**, 2nd Ed. Human Sciences Press, Inc. New York.
- Bound G. 1994. **Beyond Total Quality Management: Toward the Emerging Paradigm**. New York: McGraw-Hill, Inc.,
- Boy Subirosa Sabarguna, 2001a. **Sistem Informasi Pemasaran Rumah Sakit Berbasis Rekam Medis**, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Boy Subirosa S., 2001b. **Sistem Informasi Pemasaran Rumah Sakit Ortopedi Berbasis Rekam Medis**. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta
- D'Arcangues C, Frazer LS., Newton J.R., Odland V., 1990. **Contraception and Mechanism of Endometrial Bleeding**. New York: Press Syndicate of the University of Cambridge. pp 34.
- Dasuki, 2001. **Uji Klinis Pemakaian Susuk KB**. Laboratorium Penelitian Kesehatan dan Gizi Masyarakat Fakultas Kedokteran bagian Farmakologi Klinik Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Egan G., 1993. **Adding Value: A Systematic Guide to Business-Driven Management and Leadership**. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
- Eseryl D, 2002. **Approaches to Evaluation of Training: Theory and Practice**. Educational Technology and Society. Vol. 5, No. 2.
- Gani A., 1981. **Demand for Health Service in Rural Area of Karang Anyar, Central Java, Indonesia**. Laporan Penelitian. Jakarta: BKKBN, hlm. 23-30.
- Giordano F.R. and M.D. Weir, 1977. **A First Course in Mathematical Modelling** Brooks, Cole Publishing Company.
- Goldzieher JW, Moses LE, Averkin E, Schell C, Taber BZ., 1971. **A Placebo controlled crossover investigation of the side effects attributed to oral contraceptives**. Fertil Steril; 22: 609-623.

- Hatcher, 1977. **Population Information Programme: Center for Communication Programme, Baltimore: The John Hopkins School of Public Health. pp.3**
- Kartajaya H., 2002. **Mark Plus on Strategy. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, hal. 17-19.**
- Kathryn H Dansky; Jeffrey Miles, 1997. **Hospital & Health Services Administration, Chicago: Summer.**
- Kim Y.M, Fitri Pujiuk, Endang Basuki and Andreane Kais, 2000. **Self Assessment and Peer Review, Improving Indonesian Source Provider's Communication with Client. Family Planning Peripel Lives, 26:1**
- Kotler Philip, 2000a. **Manajemen Pemasaran Ed. Milenium (Terjemahan). Jakarta: Prenhallindo.**
- Kotler Philip, 2000b. **Marketing Management, Millennium Edition, Northwestern University, 15-17.**
- Kravits, J. Schneider, J., 1975. **Health Care Need and Actual Use by Age, Race and Income. In: Andersen R., Kravits J., Andersen, O.W. Equity in Health Services : Empirical Analysis in Social Policy. Ballinger Publishing Company.**
- Kurtus Ron, 2000. **The Training Process. www.school-for-champions.com/trining/goals.htm. 18 March 2000**
- McIntosh N, A Blouse and L Schaefer., 1995. **Norplant[®] Implants for Family Planning Service Programs, 2nd ed. JIPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland.**
- Meyer, 1990. **Introduction to The Theory of Programming Languages, Barnes & Noble.**
- Millman, M. 1993. **A Model for Monitoring Access. In : Millman, M (ed). Access to Health Care in America. Washington D.C. : National Academy Press.**
- Mirgissa Kaba, 2000. **Fertility regulation among women in rural communities around Jimma, Western Ethiopia, Institute of Development Research, Addis Ababa University, P.O.Box 150182 Addis Ababa, Ethiopia – Ethiop.J.Health Dev.;14(2):117-125**
- Moseley, Malcolm J. 1979. **Accessibility : the rural challenge, London: Methuan and Co. Ltd.**
- Mulyadi, 2003. **Pendidikan dan Pelatihan Secara Efektif: Manager Skill. Yogyakarta: CV Rieneka. hlm. 53**

- Notoatmodjo S., 2003. Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pechansky R. and Thomas JW., 1981. The Concept of Acces: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care* XIX (2): 127-140.
- Badan Pengawas Obat dan Makanan, 2001. Surat Keputusan Ketua Badan POM tentang Harga Tarif dan Distribusi Alokasi berdasarkan Rayon tahun 2001. Jakarta: Badan POM.
- Pranowo E., 2001. Rapid Assesment On Developing Model To Improve The Acceptance Of Vasectomy In East Java. Laporan Penelitian, Surabaya, 6-7
- QIQ. 2000. Reproductive Health Survey. Jakarta: BKKBN and USAID.
- Robinson J., Elkan R., 1996. Health Need Assesment: Theory and Practice. New York ; Churchil Livingstone.
- SDKI, 2003. Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia 2002 – 2003, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional.
- Sivin, 1988. International Experience with Norplant and Norplant-2 Contraceptive. *Study in Family Planning*. 19(2):81-94.
- Soemanto W., 2003. Psikologi Pendidikan, Jakarta: Rineka Cipta.
- Susan M. Heathfield, 2004. Training Can Make a Difference : Twelve Tips for Training Transfer. About com's Human Resources site.
- Suyono H., 2003. Visi Kependudukan Berwawasan Kemanusiaan, Yayasan Dana Sejahtera Mandiri, Cetakan I, Hal. 12-13.
- The Population Council, 1990. Norplant Levonorgestrel Implants: Summary of Scientific Data. New York: The Population Council.
- Towsend, 1990. Norplant Safe and Highly Effective, Network Vol. II. Member (4)
- Tully EJ, 1997. Understanding the Process of Training. The National Executive Institute Associates Leadership Bulletin. tully@aol.com
- UNFPA, 2002. Buku Sumber Untuk Advokasi, Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi, Gender, dan Pembangunan Kependudukan, 12-16.
- Winkel, WS. 2005. Psikologi Pengajaran. Yogyakarta: Media Abadi, hlm. 49-53.

Lampiran 1 : Kuesioner Untuk Survei Awal**PEMASANGAN DAN PENCABUTAN DAN PEMASARAN SUSUK KB****KUESIONER UNTUK PROVIDER**

Kode Responden :

I. Informasi Umum

(Lingkari dan pilih untuk jawaban yang benar dan penjelasan singkat)

1. Nama :
2. Jenis Kelamin :
 - a. = Laki- laki
 - b. = Perempuan
3. Alamat tempat kerja provider:
4. Umur (Tahun):
5. Pendidikan terakhir:
 - a. = SMA
 - b. = Akademi perawat
 - c. = Sekolah kebidanan
 - d. = Akademi kebidanan
 - e. = Dokter
 - f. = Program pendidikan Bidan (P2B)
6. Bekerja sebagai Dokter Ginekolog/ Bidan sejak :
7. Apakah anda pernah mendapat pelatihan pemasangan susuk KB ?
 - a. = Tidak pernah
 - b. = Pernah
8. Apakah anda pernah mendapat pelatihan pencabutan susuk KB ?
 - a. = Tidak pernah
 - b. = Pernah
9. Kalau pernah pelatihan, berapa kali anda pernah mendapat pelatihan ?

Pemasangan susuk KB		Pencabutan susuk KB	
	Penyelenggara		Penyelenggara
a. tahun	a. tahun
b. tahun	b. tahun
c. tahun	c. tahun
d. tahun	d. tahun

10. Apakah anda pernah mendapat pelatihan penanganan efek samping / komplikasi susuk KB ?
 - a. = Tidak pernah
 - b. = Pernah

11. Kalau pernah pelatihan tentang penanganan efek samping / komplikasi berapa kali anda pernah mendapat pelatihan ?

Penanganan kasus susuk KB	
	Penyyclenggara
a. tahun
b. tahun
c. tahun
d. tahun

12. Apakah ditempat praktek, anda melayani pemasangan/pencabutan susuk KB ?
 a. Tidak b. Ya
13. Apakah anda pernah memberikan pelayanan susuk KB(memasang susuk KB)?
 a. Tidak pernah b. Pernah
14. Kalau tidak melayani susuk KB, alasannya apa ?
 a. Belum pernah dilatih pemasangan dan pencabutan susuk KB
 b. Tidak punya implant kit
 c. Sulit mendapatkan alat kontrasepsi susuk KB
 d. Harga susuk KB mahal
 e. Peminat masyarakat terhadap susuk KB kurang
15. Setiap bulan rata-rata melayani klien KB sebanyak :
 a. Klien KB baru semua metode : klien
 b. Klien KB ulangan semua metode : klien
 c. Klien baru untuk susuk KB : klien
16. Selama anda melayani klien susuk KB, apakah klien anda pernah mengalami keluhan efek samping/ komplikasi ?
 a. Tidak pernah b. Pernah
17. Kalau pernah efek samping, apa macam keluhannya :
 a. Spoting/ bercak- bercak darah
 b. Amenorhea
 c. Pusing/ sakit kepala
 d. Mual muntah
 e. Perubahan berat badan
 f. Tekanan darah meningkat
 g. Nyeri ditempat insici
 h. Perubahan libido
18. Kalau pernah komplikasi, apa macam keluhannya :
 a. Pendarahan
 b. Infeksi/ abses
 c. Keputihan

II. KEMAMPUAN PEMASARAN SUSUK KB DI KLINIK KB

A. PRODUCT / PRODUK

1. Pengetahuan

(Lingkari dan pilih untuk jawaban yang benar dan penjelasan singkat)

1. Apakah anda pernah mendengar tentang alat kontrasepsi susuk KB ?
 - a. Belum
 - b. Pernah

2. Macam- macam produk susuk KB apa saja yang anda ketahui ?
 - a. Norplant/ Implant
 - b. Indoplant
 - c. Sinoplant
 - d. Implanon

3. Darimana informasi tentang susuk KB anda peroleh ?
 - 3.1. Norplant/ Implant
 - a. disrtiributor
 - b. pelatihan
 - c. baca brosur
 - d. rekan kerja/ teman

 - 3.2. Indoplant
 - a. distributor
 - b. pelatihan
 - c. baca brosur
 - d. sekolah
 - e. rekan kerja/ teman

 - 3.3 Sinoplant
 - a. distributor
 - b. pelatihan
 - c. baca brosur
 - d. sekolah
 - e. safari

 - 3.4. (Lainnya, Implanon)
 - a. distributor
 - b. pelatihan
 - c. baca brosur
 - d. sekolah
 - e. rekan kerja/ teman

4. Sudah pahamkah anda tentang cara kerja susuk KB dalam menghambat kehamilan ?
 - a. Belum
 - b. Sudah

5. Kalau belum pada bagian mana yang anda belum mengerti ?

.....

.....

6. Tahukah anda tentang kandungan susuk KB ?

a. Tidak tahu

b. Tahu

7. Tahukah anda protab pemasangan/ pencabutan susuk KB ?

a. Tidak tahu

b. Tahu

8. Tahukah anda efek samping susuk KB ?

a. Tidak tahu

b. Tahu

9. Kalau tahu, sebutkan efek samping susuk KB yang anda ketahui ?

a. spotting/ bercak- bercak darah

b. amenorhea

c. pusing/ sakit kepala

d. mual- muntah

e. perubahan berat badan

f. tekanan darah meningkat

g. nyeri di tempat insisi

h. perubahan libido

i. flek- flek diwajah

10. Tahukah anda komplikasi akibat pemakaian susuk KB ?

a. Tidak tahu

b. Tahu

11. Kalau tahu, sebutkan komplikasi susuk KB yang anda ketahui ?

a. pendarahan

b. infeksi/ abses

c. keputihan

d. ekspulsi

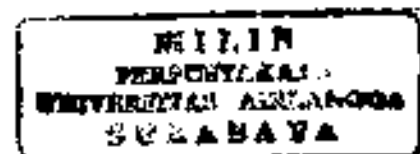
e. migrasi

2. Sikap & keterampilan

a. Sikap

(Lingkari untuk jawaban yang benar)

1.	Susuk KB adalah salah satu alat kontrasepsi jangka panjang sehingga dapat menguntungkan pengguna	a. tidak setuju b. setuju
2.	Pengguna susuk KB lebih menguntungkan karena kita tak usah kontrol berkali- kali	a. tidak setuju b. setuju



3.	Menggunakan susuk KB lebih merepotkan karena harus memasang di Puskesmas/ Dokter/ Bidan	a. tidak setuju b. setuju
4.	Susuk KB merupakan alat yang aman	a. tidak setuju b. setuju
5.	Susuk KB merupakan suatu alat kontrasepsi yang relatif tidak mahal	a. tidak setuju b. setuju
6.	Susuk KB merupakan alat kontrasepsi yang paling manjur untuk menunda kehamilan	a. tidak setuju b. setuju
7.	Kegagalan susuk KB relatif sangat sedikit	a. tidak setuju b. setuju
8.	Penggunaan susuk KB sebagai alat kontrasepsi lebih mantap	a. tidak setuju b. setuju
9.	Susuk KB adalah jenis alat kontrasepsi yang terharu sehingga pasti yang terbaik	a. tidak setuju b. setuju
10.	Saya takut memasang susuk KB, karena memasang susuk KB adalah haram	a. tidak setuju b. setuju
11.	Susuk KB harganya mahal, tetapi efektif selama 3 tahun sehingga jika dihitung-hitung relatif lebih murah	a. tidak setuju b. setuju
12.	Susuk KB kurang mantap karena alatnya kecil	a. tidak setuju b. setuju

b. keterampilan

1.	Sebelum klien KB terlayani, apakah anda memberikan penjelasan tentang macam- macam produk susuk KB	a. tidak b. ya
2.	Sebelum klien KB terlayani apakah anda memberikan penjelasan tentang cara kerja susuk KB dalam mencegah kehamilan ?	a. tidak b. ya
3.	Sebelum klien KB terlayani, apakah anda memberikan penjelasan tentang kekurangan dan kelebihan susuk KB	a. tidak b. ya
4.	Apakah anda memberikan penjelasan tentang efek samping, kontra indikasi susuk KB ?	a. tidak b. ya

B. PRICE/ HARGA

(Lingkari dan pilih untuk jawaban yang benar dan penjelasan singkat)

1.	Berapa harga ulkon susuk KB anda beli dari distributor / (rupiah / satuan) ?	
2.	Berapa biaya yang harus dikeluarkan klien untuk mendapatkan pelayanan susuk KB ? Rupiah/ sekali pelayanan ?	
3.	Menurut anda apakah biaya untuk mendapatkan pelayanan susuk KB terjangkau oleh para klien anda?	a. tidak b. Ya

4.	Bagaiman sistem kerjasama anda dengan pihak distributor susuk KB ?	
5.	Adakah insentif untuk anda apabila membeli susuk KB dalam jumlah tertentu ?	a. tidak ada b. kadang-kadang c. ada
6.	Apabila pihak distributor susuk KB bersedia memberikan lebih banyak lagi incentives/ komisi penjualan, apakah anda tertarik untuk lebih giat memasarkan susuk KB tersebut ?	a. tidak b. ya
7.	Bagaiman saran anda mengenai harga yang paling sesuai untuk susuk KB ?	

C. PROMOTION/ PROMOSI

(Lingkari dan pilih untuk jawaban yang benar dan penjelasan singkat)

1.	Apakah masyarakat mengetahui kalau di tempat anda terdapat pelayanan susuk KB?	a. Tidak tahu b. Tahu
2.	Apakah selama ini anda melakukan sosialisasi pelayanan susuk KB di tempat praktek anda ?	a. Ya b. Kadang- kadang c. Tidak
3.	Bagaimana cara anda melakukan sosialisai pelayanan susuk KB ditempat praktek anda ?	a. Melalui papan nama b. Mencerbitkan brosur c. Pertemuan- pertemuan d. Kunjungan rumah e. Konseling di tempat praktek f. Melalui Kader Posyandu g. Mulut ke mulut
4.	Apakah anda berminat untuk menjadi tenaga promosional susuk KB ?	a. Tidak b. Ya
5.	Cara promosi apa yang anda lakukan untuk meningkatkan pelayanan susuk KB di tempat praktek anda ?	

D. PLACE / DISTRIBUTION

A. Ketersediaan/ stock alat susuk KB

(Lingkari dan pilih untuk jawaban yang benar dan penjelasan singkat)

1.	Apakah susuk KB biasanya selalu tersedia di tempat praktek anda ?	a. Tidak selalu tersedia b. Ya
----	---	-----------------------------------

2.	Kalau tidak selalu tersedia di tempat praktek anda, apa alasannya ?	
3.	Kalau ya darimana anda mendapatkan distribusi alkon susuk KB ?	
4.	Apakah hari ini tersedia susuk KB di tempat praktek anda ?	a. Tidak tersedia b. Tersedia
5.	Macam produk implan apa saja yang anda miliki?	a. Indoplant b. sinoplant c. implanon d. norplant/ implant
6.	Berapa jumlah susuk KB yang tersedia tersebut ?
7.	Macam produk implan apa yang diminati klien ?	
8.	Apakah anda mengalami kesulitan dalam mendapatkan susuk KB ?	a. Tidak b. Ya
9.	Kalau kesulitan, jelaskan	
10.	Menurut perkiraan anda, berapa minimal jumlah stock/ persediaan susuk KB yang harus disimpan di tempat praktek anda ?	
11.	Menurut anda, proses pendistribusian susuk KB yang anda harapkan itu sebaiknya bagaimana ?	

b. Bahan habis pakai dan peralatan logistik yang tersedia di tempat praktek

(beri tanda V kalau tersedia)

1.	Plaster, gauze, band aid	
2.	Sarung tangan steril	
3.	Duk Steril	
4.	Larutan antiseptik (Alkohol, yodium, providone, iodine, betadin)	
5.	Lidocaine/ Xylocaine/ lignocaine	
6.	Tempat kapas dan kaso steril	
7.	Tempat pembuangan sampah terkontaminasi	
8.	Forsep arteri Kelly	
9.	Scalpel handel (pemegang mata pisau)	
10.	Forsep mosquito	
11.	Trokar	
12.	Blade (mata pisau)	
13.	Fixing clamp (klem fiksasi)	

III. KEMAMPUAN PEMASANGAN SUSUK KB OLEH PROVIDER

a. Sebelum pelayanan

(Lingkari dan pilih untuk jawaban yang benar)

1.	Apakah anda mengukur tekanan darah klien	a. Tidak b. Ya
2.	Apakah anda menanyakan status kehamilan (hamil/ tidak) saat ini atau kapan menstruasi terakhir ?	a. Tidak b. Ya
3.	Apakah anda rekonfirmasi metode pilihan klien ?	a. Tidak b. Ya
4.	Apakah anda melakukan timbang berat badan klien ?	a. Tidak b. Ya

b. Saat pelayanan

1.	Apakah anda menggunakan peralatan dan susuk KB?	a. Tidak b. Ya
2.	Apakah anda menggunakan pola, beri tanda posisi kapsul pada posisi tangan ?	a. Tidak b. Ya
3.	Apakah anda mencuci tangan sebelum menggunakan sarung tangan ?	a. Tidak b. Ya
4.	Apakah anda memakai sarung tangan steril ?	a. Tidak b. Ya
5.	Apakah anda membersihkan tempat insersi dengan larutan antiseptik ?	a. Tidak b. Ya
6.	Memasukan trokar dengan mengangkat kulit ?	a. Tidak b. Ya
7.	Membebaskan trokar dari kapsul sebelum trokar digerakkan untuk memasang kapsul ?	a. Tidak b. Ya
8.	Memfikasasi kapsul yang telah terpasang dan menggeser trokar $\pm 15^\circ$ dari kapsul yang telah terpasang ?	a. Tidak b. Ya
9.	Meraba kapsul- kapsul yang telah terpasang, sebelum mencabut trokar ?	a. Tidak b. Ya
10.	Mencuci tangan setelah membuka sarung tangan ?	a. Tidak b. Ya

c. Setelah pelayanan

1.	Memastikan bahwa alat suntik, peralatan dan sarung tangan didekontaminasi ?	a. Tidak b. Ya
2.	Membuang sampah sesuai jenisnya ?	a. Tidak b. Ya
3.	Menjelaskan pada klien cara merawat luka insisi ?	a. Tidak b. Ya
4.	Menjelaskan klien kapan/ waktu kunjungan ulang ?	a. Tidak b. Ya

Lampiran 2: Kuesioner Untuk Provider

MODEL PELATIHAN PEMASARAN, PEMASANGAN DAN PENCABUTAN ALAT OBAT KONTRASEPSI SUSUK KB DALAM RANGKA MENINGKATKAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN PRAKTEK PROVIDER DI KLINIK KB SWASTA DI KOTA SURABAYA

KUESIONER UNTUK PROVIDER

IDENTITAS RESPONDEN

1. Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
2. Umur : tahun
3. Pendidikan terakhir :
 - a. Akademi Perawat
 - b. Sekolah Kebidanan
 - c. Akademi Kebidanan
 - d. Dokter
 - e. Lain-lain;
4. Tempat bekerja
 - a. Rumah Sakit
 - b. Puskesmas
 - c. Klinik
 - d. Lain-lain;

A. PENGETAHUAN

1. Lingkari menurut Bapak/Ibu/Sdr. yang benar yang termasuk alokon menawarkan ciri-ciri paling bermutu berkinerja inovatif :
 - a. Kualitas
 - b. Desain
 - c. Ciri
 - d. Kemasan
 - e. Ukuran
 - f. Pelayanan
 - g. Import
 - h. Lokal
 - i. Garansi
 - j. Produksi penjualan
2. Lingkari menurut Bapak/Ibu/Sdr. yang benar yang mempunyai daya tarik hubungan timbal balik alokon tersebut:
 - a. Periklanan
 - b. Produksi penjualan
 - c. Tenaga penjualan
 - d. Kehumasan (public relation)
 - e. Penawaran langsung
 - f. Daftar harga

3. Lingkari menurut Bapak/Ibu/Sdr. yang benar kemampuan keterjangkauan pembayaran alokon susuk KB :
 - a. Daftar harga
 - b. Rabat/diskon
 - c. Potongan harga khusus
 - d. Periode pembayaran
 - e. Syarat kredit
 - f. Saluran pemasaran

4. Lingkari menurut Bapak/Ibu/Sdr. yang benar kenyamanan memberikan kemudahan untuk mengakses pembelian barang :
 - a. Saluran pemasaran
 - b. Cakupan pasar
 - c. Pengelompokan
 - d. Lokasi
 - e. Persediaan
 - f. Transportasi
 - g. Lokal

B. SIKAP

Lingkari huruf yang tersedia pada pilihan jawaban sesuai dengan pendapat Bapak/Ibu/Sdr. dengan keterangan sebagai berikut :

- a = Sangat tidak setuju
- b = Tidak setuju
- c = Ragu-ragu
- d = Setuju
- e = Sangat setuju

1. Susuk KB adalah salah satu produk (*product*) alat kontrasepsi jangka panjang yang dapat menguntungkan pengguna a b c d e
2. Promosi (*promotion*) susuk KB sebaiknya melalui iklan a b c d e
3. Promosi (*promotion*) susuk KB sebaiknya melalui brosur a b c d e
4. Promosi (*promotion*) susuk KB sebaiknya melalui leaflet a b c d e
5. Daftar harga (*price*) susuk KB perlu dicantumkan dalam brosur atau leaflet a b c d e
6. Tempat (*place*) pemasangan susuk KB sebaiknya dilakukan oleh dokter atau bidan a b c d e
7. Harga (*price*) pembayaran dapat diangsur a b c d e

C. PRAKTEK

Lingkari jawaban yang sesuai :

1. **Produk (*product*)** apa yang Bapak/Ibu/Sdr. pakai ?
 - a. Indoplant
 - b. Implanon
 - c. Norplant
 - d. Sino implant
 - e. Dan lainnya, sebutkan

2. **Promosi (*promotion*)** apa yang Bapak/Ibu/Sdr. telah lakukan ?
 - a. Periklanan
 - b. Public relation
 - c. Pemasaran langsung
 - d. Tenaga penjualan
 - e. Promosi penjualan
 - f. Dan lainnya, sebutkan

3. **Berapa harga (*price*)** susuk KB yang Bapak/Ibu/Sdr. tetapkan, termasuk pelayanan pemasangan ?
 - a. Rp 160.000,- s.d Rp. 200.000,-
 - b. Rp 150.000,- s.d < Rp. 160.000,-
 - c. Rp 140.000,- s.d < Rp. 150.000,-
 - d. Rp 130.000,- s.d < Rp. 140.000,-
 - e. Gratis
 - f. Lainnya; sebutkan

4. **Apakah tempat (*place*)** praktek Bapak/Ibu/Sdr. ada fasilitas :
 - a. AC
 - b. Bahan bacaan
 - c. Tempat parkir
 - d. TV
 - e. Dispenser
 - f. Lainnya; sebutkan

PEMASANGAN/PENCABUTAN

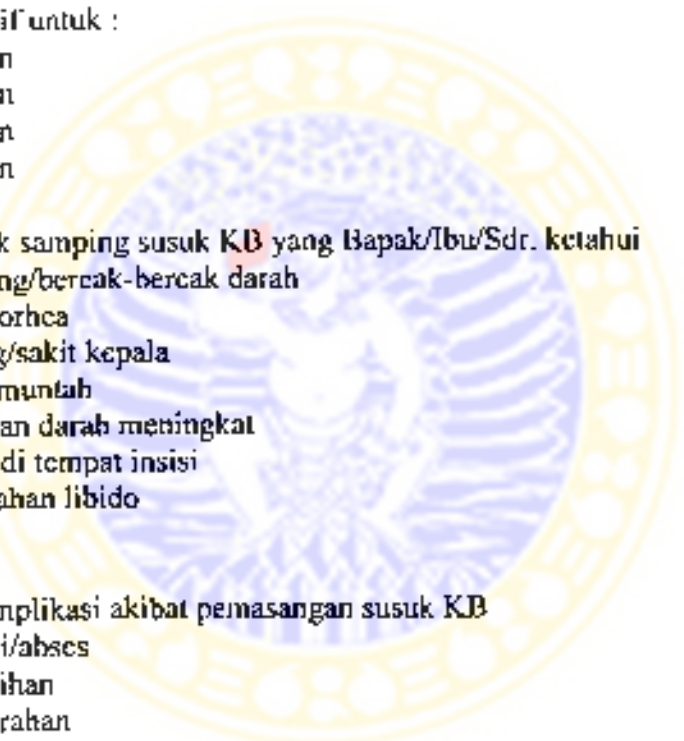
A. PENGETAHUAN

Lingkari yang benar

1. Setelah selesai memasang kapsul implant , dapat meraba seluruh kapsul tersebut di bawah kulit. Bila ujung salah satu kapsul tampak pada luka insisi apa yang harus Bapak/Ibu/Sdr lakukan ?
 - a. Mencabut kapsul tersebut dan menutup luka insisi
 - b. Menutup luka insisi scerat-eratnya di atas kapsul tersebut
 - c. Mencabut kapsul tersebut dan memasangnya kembali
 - d. Balut lengan dan minta klie kembali keesokan harinya untuk memeriksa posisi kapsul tersebut

 2. Implan efektif untuk :
 - a. 3 tahun
 - b. 4 tahun
 - c. 5 tahun
 - d. 6 tahun

 3. Sebutkan efek samping susuk KB yang Bapak/Ibu/Sdr. ketahui
 - a. Spotting/bercak-bercak darah
 - b. Amenorhca
 - c. Pusing/sakit kepala
 - d. Mual muntah
 - e. Tckanan darah meningkat
 - f. Nyeri di tempat insisi
 - g. Perubahan libido
 - h. Batuk

 4. Sebutkan komplikasi akibat pemasangan susuk KB
 - a. Infeksi/abses
 - b. Keputihan
 - c. Pendarahan
 - d. Kencing manis
- 

B. SIKAP

Lingkari dengan sesuai dengan pendapat Bapak/Ibu/Sdr. dengan keterangan sebagai berikut :

- a = Sangat tidak setuju
- b = Tidak setuju
- c = Ragu-ragu
- d = Setuju
- e = Sangat setuju

1. Susuk KB pemasangannya hanya bisa dilakukan oleh dokter atau bidan a b c d e
2. Pemasangan dan pencabutan susuk KB harus sesuai dengan protah a b c d e
3. Pemasangan dan pencabutan susuk KB perlu informed consent a b c d e

PRAKTEK

1. Dalam praktek Bapak/Ibu/Sdr. melaksanakan standar prosedur
 - a. Tidak pernah
 - b. Kadang-kadang
 - c. Cukup
 - d. Sering
 - e. Selalu
2. Pemasangan dan pencabutan susuk KB membutuhkan informed consent
 - a. Tidak pernah
 - b. Kadang-kadang
 - c. Cukup
 - d. Sering
 - e. Selalu

OUTPUT KLINIK**Jumlah Akseptor Baru Susuk KB**

Bulan/ Tahun	Jumlah Akseptor Baru Susuk KB	
Agustus 2003		
September 2003		
Oktober 2003		
November 2003		
Desember 2003		
Januari 2004		
Februari 2004		
Maret 2004		
April 2004		
Mei 2004		
Juni 2004		
Juli 2004		
Agustus 2004		
September 2004		
Oktober 2004		
November 2004		
Desember 2004		
Januari 2005		
Februari 2005		
Maret 2005		

Lampiran 3 : Kuesioner Untuk Akseptor

**MODEL PELATIHAN PEMASARAN, PEMASANGAN DAN
PENCABUTAN ALAT OBAT KONTRASEPSI SUSUK KB
DALAM RANGKA MENINGKATKAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN
PRAKTEK PROVIDER DI KLINIK KB SWASTA DI KOTA SURABAYA**

KUESIONER UNTUK AKSEPTOR**IDENTITAS RESPONDEN**

1. Umur : tahun
2. Jumlah anak yang pernah dilahirkan :
3. Penggunaan kontrasepsi sebelumnya
 - a. Pernah
 - b. Tidak pernah
4. Pendidikan terakhir :
 - a. Tidak sekolah
 - b. SD dan sederajat
 - c. SLTP dan sederajat
 - d. SLTA dan sederajat
 - e. Perguruan Tinggi dan sederajat

A. KEPUASAN AKSEPTOR

1. Apakah Ibu merasa puas atas penjelasan petugas pelayanan susuk KB tentang efek samping?
 - a. Sangat tidak memuaskan
 - b. Tidak memuaskan
 - c. Kurang memuaskan
 - d. Memuaskan
 - e. Sangat memuaskan
2. Sejauh mana kemantapan Ibu dalam memilih susuk KB?
 - a. Sangat tidak mantap
 - b. Tidak mantap
 - c. Kurang mantap
 - d. Mantap
 - e. Sangat mantap
3. Apakah Ibu merasa puas atas pemasangan susuk KB?
 - a. Sangat tidak memuaskan
 - b. Tidak memuaskan
 - c. Kurang memuaskan
 - d. Memuaskan
 - e. Sangat memuaskan

4. Apakah Ibu merasa puas dengan waktu menunggu untuk mendapatkan pelayanan pemasangan susuk KB?
- Sangat tidak memuaskan
 - Tidak memuaskan
 - Kurang memuaskan
 - Memuaskan
 - Sangat memuaskan
5. Apakah Ibu merasa nyaman dengan ruang tunggu pelayanan pemasangan susuk KB?
- Sangat tidak nyaman
 - Tidak nyaman
 - Kurang nyaman
 - Nyaman
 - Sangat nyaman
6. Apakah petugas rumah dalam memberikan pelayanan susuk KB?
- Sangat tidak ramah
 - Tidak ramah
 - Kurang ramah
 - Ramah
 - Sangat ramah
7. Seberapa jauh lokasi tempat pelayanan susuk KB dari rumah ibu?
- Sangat jauh
 - Jauh
 - Sedang
 - Dekat
 - Sangat dekat
8. Apakah harga susuk KB yang ditetapkan petugas pelayanan memberatkan?
- Sangat memberatkan
 - Cukup memberatkan
 - Memberatkan
 - Tidak memberatkan
 - Sangat tidak memberatkan

Lampiran 4 : SISTEM SKORING KUESIONER UNTUK PROVIDER

PEMASARAN

A. PENGETAHUAN

1.	<p>Lingkari menurut Bapak/Ibu/Sdr. yang benar yang termasuk produk (product) dalam bauran pemasaran :</p> <p>a. Kualitas b. Desain c. Ciri d. Kemasan e. Ukuran f. Pelayanan g. Import h. Lokal i. Garansi j. Produksi penjualan</p>	<p>Jawaban benar: a, b, c, d, e, f, i</p> <p>Skor 1 = Jawaban benar ----- x 100 7</p>
2.	<p>Lingkari menurut Bapak/Ibu/Sdr. yang benar yang termasuk promosi (promotion) dalam bauran pemasaran :</p> <p>a. Periklanan b. Produksi penjualan c. Tenaga penjualan d. Kehumasan (public relation) e. Penawaran langsung f. Daftar harga</p>	<p>Jawaban benar: a, b, c, d, e</p> <p>Skor 2 = Jawaban benar ----- x 100 5</p>
	<p>Lingkari menurut Bapak/Ibu/Sdr. yang benar yang termasuk harga (price) dalam bauran pemasaran :</p> <p>a. Daftar harga b. Rabat/diskon c. Potongan harga khusus d. Periode pembayaran e. Syarat kredit f. Saluran pemasaran</p>	<p>Jawaban benar: a, b, c, d, e</p> <p>Skor 3 = Jawaban benar ----- x 100 5</p>
4.	<p>Lingkari menurut Bapak/Ibu/Sdr. yang benar yang termasuk tempat (place) dalam bauran pemasaran :</p> <p>a. Saluran pemasaran b. Cakupan pasar</p>	<p>Jawaban benar: a, b, c, d, e</p> <p>Skor 4 = Jawaban benar</p>

c. Pengelompokan d. Lokasi e. Persediaan f. Transportasi g. Lokal	5	----- x 100
Skor pengetahuan = skor 1 + skor 2 + skor 3 + skor 4		

B. SIKAP

Lingkari huruf yang tersedia pada pilihan jawaban sesuai dengan pendapat Bapak/Ibu/Sdr. dengan keterangan sebagai berikut :

- a - Sangat tidak setuju
- b = Tidak setuju
- c = Ragu-ragu
- d - Setuju
- e = Sangat setuju

1.	Susuk KB adalah salah satu produk (<i>product</i>) alat kontrasepsi jangka panjang yang dapat menguntungkan pengguna	a	b	c	d	e	Skor: a 0 b = 25 c 50 d = 75 e = 100
2.	Promosi (<i>promotion</i>) susuk KB sebaiknya melalui iklan	a	b	c	d	e	
3.	Promosi (<i>promotion</i>) susuk KB sebaiknya melalui brosur	a	b	c	d	e	
4.	Promosi (<i>promotion</i>) susuk KB sebaiknya melalui leaflet	a	b	c	d	e	
5.	Daftar harga (<i>price</i>) susuk KB perlu dicantumkan dalam brosur atau leaflet	a	b	c	d	e	
6.	Tempat (<i>place</i>) pemasangan susuk KB sebaiknya dilakukan oleh dokter atau bidan	a	b	c	d	e	
7.	Harga (<i>price</i>) pembayaran dapat diangsur	a	b	c	d	e	
Skor sikap = skor 1 + skor 2 + skor 3 + skor 4 + skor 5 + skor 6 + skor 7							

C. PRAKTEK

Lingkari jawaban yang sesuai :

1.	Produk (<i>product</i>) apa yang Bapak/Ibu/Sdr. pakai ? a. Indoplant b. Implanon c. Norplant d. Sino implant e. Dan lain-lain, sebutkan	Jawaban benar: a, b, c, d Skor 1 = Jawaban benar ----- x 100 4
----	--	---

2.	Promosi (<i>promotion</i>) apa yang Bapak/Ibu/Sdr. telah lakukan ? a. Periklanan b. Public relation c. Pemasaran langsung d. Tenaga penjualan e. Promosi penjualan f. Dan lain-lain, sebutkan	Jawaban benar: a, b, c, d, e Skor 2 = $\frac{\text{Jawaban benar}}{5} \times 100$
3.	Berapa harga (<i>price</i>) susuk KB yang Bapak/Ibu/Sdr. tetapkan, termasuk pelayanan pemasangan ? a. Rp. 160.000,- s/d Rp. 200.000,- b. Rp. 150.000,- s/d < Rp. 160.000,- c. Rp. 140.000,- s/d < Rp. 150.000,- d. Rp. 130.000,- s/d < Rp. 140.000,- e. Gratis f. Lain-lain;	Skor 3: a = 100 b = 75 c = 50 d = 25 e/f = 0
4.	Apakah tempat (<i>place</i>) praktek Bapak/Ibu/Sdr. ada fasilitas : a. AC b. Bahan bacaan c. Tempat parkir d. TV e. Dispenser f. Lain-lain;	Skor 4 = $\frac{\text{Jumlah fasilitas}}{5} \times 100$
Skor praktek = skor 1 + skor 2 + skor 3 + skor 4		

PEMASANGAN DAN PENCABUTAN

A. PENGETAHUAN

Lingkari yang benar

1.	Setelah selesai memasang kapsul implant Bapak/Ibu/Sdr. dapat meraba seluruh kapsul tersebut di bawah kulit. Bila ujung salah satu kapsul tampak pada luka insisi Bapak/Ibu/Sdr. harus ? a. Mencabut kapsul tersebut dan menutup luka insisi b. Menutup luka insisi seerat-eratnya di atas kapsul tersebut. c. Mencabut kapsul tersebut dan memasangnya kembali d. Balut lengan dan minta klien kembali keesokan harinya untuk memeriksa posisi kapsul tersebut	c = 100 a, b, d = 0
2.	Implant efektif untuk : a. 3 tahun b. 4 tahun c. 5 tahun d. 6 tahun	a dan c = 100 a/c = 50 b/d = 0

3.	Sebutkan efek samping susuk KB yang Bapak/Ibu/Sdr. Ketahui? a. Spotting/bercak-bercak darah b. Amenorhea c. Pusing/sakit kepala d. Mual muntah e. Tekanan darah meningkat f. Nyeri di tempat insisi g. Perubahan libido h. Batuk	Jawaban benar: a, b, c, d, e, f, g Skor 3 = Jawaban benar ----- x 100 5
4.	Sebutkan komplikasi akibat pemasangan susuk KB a. Infeksi/abses b. Keputihan c. Pendarahan d. Kencing manis	a dan c = 100 a/c = 50 b/d = 0
Skor pengetahuan = skor 1 + skor 2 + skor 3 + skor 4		

B. SIKAP

Lingkari huruf yang tersedia pada pilihan jawaban sesuai dengan pendapat Bapak/Ibu/Sdr. dengan keterangan sebagai berikut :

- a = Sangat tidak setuju
- b = Tidak setuju
- c = Ragu-ragu
- d = Setuju
- e = Sangat setuju

1.	Susuk KB pemasangannya hanya bisa dilakukan oleh dokter atau bidan	a	b	c	d	e	Skor: a = 0
2.	Pemasangan dan pencabutan susuk KB harus sesuai dengan protab	a	b	c	d	e	b = 25 c = 50
3.	Pemasangan dan pencabutan susuk KB perlu informed consent	a	b	c	d	e	d = 75 e = 100
Skor sikap = skor 1 + skor 2 + skor 3							

C. PRAKTEK

Lingkari jawaban yang sesuai :

1.	Dalam praktek Bapak/Ibu/Sdr. melaksanakan standar prosedur a. Tidak pernah b. Kadang-kadang c. Cukup d. Sering e. Selalu	Skor: a = 0 b = 25 c = 50 d = 75 e = 100
----	---	---

2.	Pemasangan dan pencabutan susuk KB membutuhkan informed consent a. Tidak pernah b. Kadang-kadang c. Cukup d. Sering e. Selalu	Skor: a = 0 b = 25 c = 50 d = 75 e = 100
Skor praktek = skor 1 + skor 2		

SISTEM SKORING KUESIONER UNTUK KEPUASAN AKSEPTOR

1. Apakah Ibu merasa puas atas penjelasan petugas pelayanan susuk KB tentang efek samping?
 - a. Sangat tidak memuaskan
 - b. Tidak memuaskan
 - c. Kurang memuaskan
 - d. Memuaskan
 - e. Sangat memuaskan
2. Sejauh mana kemantapan ibu dalam memilih susuk KB?
 - a. Sangat tidak mantap
 - b. Tidak mantap
 - c. Kurang mantap
 - d. Mantap
 - e. Sangat mantap
3. Apakah Ibu merasa puas atas pemasangan susuk KB?
 - a. Sangat tidak memuaskan
 - b. Tidak memuaskan
 - c. Kurang memuaskan
 - d. Memuaskan
 - e. Sangat memuaskan
4. Apakah Ibu merasa puas dengan waktu menunggu untuk mendapatkan pelayanan pemasangan susuk KB?
 - a. Sangat tidak memuaskan
 - b. Tidak memuaskan
 - c. Kurang memuaskan
 - d. Memuaskan
 - e. Sangat memuaskan
5. Apakah Ibu merasa nyaman dengan ruang tunggu pelayanan pemasangan susuk KB?
 - a. Sangat tidak nyaman
 - b. Tidak nyaman
 - c. Kurang nyaman
 - d. Nyaman
 - e. Sangat nyaman

6. Apakah petugas ramah dalam memberikan pelayanan susuk KB?
 - a. Sangat tidak ramah
 - b. Tidak ramah
 - c. Kurang ramah
 - d. Ramah
 - e. Sangat ramah
7. Seberapa jauh lokasi tempat pelayanan susuk KB dari rumah ibu?
 - a. Sangat jauh
 - b. Jauh
 - c. Sedang
 - d. Dekat
 - e. Sangat dekat
8. Apakah harga susuk KB yang ditetapkan petugas pelayanan memberatkan?
 - a. Sangat memberatkan
 - b. Cukup memberatkan
 - c. Memberatkan
 - d. Tidak memberatkan
 - e. Sangat tidak memberatkan

Skor:

a = 0

b = 25

c = 50

d = 75

e = 100

Skor kepuasan akseptor =

skor 1 + skor 2 + skor 3 + skor 4 + skor 5 + skor 6 + skor 7

Lampiran 5:**MATERI PEMASARAN IMPLANT (SUSUK KB) YANG DIBERIKAN DARI PENELITI KEPADA PROVIDER (DOKTER, BIDAN SWASTA) DI KECAMATAN TAMBAKSARI, KOTA SURABAYA**

Kita dapat dengan yakin menyatakan bahwa pasar tidak seperti yang sudah – sudah. Pasar berubah secara radikal sebagai akibat dari kekuatan masyarakat yang utama seperti kemajuan teknologi , globalisasi dan deregulasi. Kekuatan utama itu telah menciptakan perilaku baru dan tantangan.

Pelanggan semakin mengharapkan mutu dan jasa yang lebih tinggi dan adanya sedikit penyesuaian ke masing – masing kebutuhan pelanggan. Mereka memahami lebih sedikit perbedaan produk nyata dan menunjukkan lebih sedikit kesetiaan terhadap merek. Mereka dapat memperoleh informasi produk yang luas dari internet dan sumber lain, yang mengizinkan mereka untuk berbelanja secara lebih cerdas. Mereka menunjukkan kepekaan harga yang lebih besar dalam pencarian mereka akan nilai.

Manufaktur ber-merek, menghadapi persaingan yang besar dari merk – merk dalam negeri dan luar negeri yang mengakibatkan naiknya biaya promosi, dan merosotnya margin laba.

Kertajaya Hermawan, dkk (2002) dalam "*Mark Plus on Strategy*", mempertimbangkan peranan baru pemasaran dalam korporasi yang sedang berkembang. Kita harus menyadari bahwa pemasaran sebenarnya beroperasi pada tiga level yang berbeda, yang mencerminkan tiga tingkat strategi yaitu pada tingkat korporat, pemasaran adalah untuk analisis struktur pasar, orientasi dan dukungan pelanggan, serta memposisikan perusahaan dalam *Value Chain*.

- ❖ Pada tingkat bisnis atau SBU (*Strategic Business Unit*): Pemasaran adalah untuk Segmentasi dan Targeting Pasar, memposisikan produk, serta memutuskan kapan serta bagaimana menjalin kemitraan.
- ❖ Pada Tingkat Operasional: Pemasaran adalah untuk *Marketing Mix*, mengelola pelanggan, serta melakukan *Reseller Relationship*.

Juga bisa diartikan bahwa pemasaran adalah sebuah disiplin bisnis, yaitu merupakan **Disiplin Bisnis Strategis** yang mengarahkan proses penciptaan, penawaran, dan perubahan *values* dari satu inisiator kepada *stakeholders*-nya. (*Marketing is a strategic business discipline that directs the process of creating, offering, and changing value from one initiator to its stakeholders*).

Indonesia merupakan salah satu Negara berkembang yang termasuk memiliki kepadatan penduduk yang tinggi. Hal ini mengakibatkan banyaknya perusahaan alat kontrasepsi menilai bahwa Indonesia merupakan pasar yang bergairah bagi target produk mereka. Walaupun pemerintah telah mendirikan suatu badan yang bertugas untuk mengawasi masalah Kepadatan penduduk dalam hal ini Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), akan tetapi peranan badan makin tahun kedepan semakin berkurang. Oleh sebab itu maka terjadi suatu peluang yang sangat baik bagi kalangan produsen, distributor serta pihak ketiga/ peran swasta untuk memiliki sinergi yang dapat mendukung program pemerintah didalam mengendalikan kepadatan penduduk serta dapat menaikkan tingkat penjualan produk alat kontrasepsi. Dalam kata lain dapat menjalankan fungsi distribusi alat kontrasepsi ke seluruh daerah di Indonesia seiring dengan adanya perubahan sistem pemerintahan dari sentralisasi menjadi desentralisasi (UU No. 10 Tahun 1999) ayat 2 pasal 2, dalam upaya perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera juga dilakukan oleh lembaga swadaya dan organisasi pihak swasta dan perorangan, secara sukarela dan mandiri serta sesuai dengan kemampuan masing-masing. Serta PP No. 25 tahun 2000. Bab 11. pasal 2 desentralisasi bidang kesehatan, provinsi sebagai daerah otonom.

Skema dan penerapan teori

Tujuan dari penulisan ini adalah mencoba untuk mengimplemantasikan konsep dasar pemasaran alat kontrasepsi dengan menggunakan teori bauran pemasaran/ Marketing mix yang membahas aspek –aspek antara lain :

Menurut Philip Kotler (2000), dalam “Manajemen Pemasaran”, bauran pemasaran (*marketing mix*) adalah seperangkat alat pemasaran yang digunakan perusahaan untuk terus menerus mencapai tujuan pemasaran di pasar sasaran. Alat – alat

tersebut diklasifikasikan menjadi 4 (empat) kelompok yang disebut 4 P dalam pemasaran : produk (*product*), harga (*price*), tempat(*place*) dan promosi (*promotion*).

Dalam materi Pelatihan Sosial Marketing kita memfokuskan pada Teori Sosial Marketing Philip Kotler, yang berbasis pada P4 yang dikaitkan dengan teori 4C; *Customer solution* (solusi pelanggan), *Customer cost* (biaya pelanggan), *Convenience* (kenyamanan), *Communication* (komunikasi).

1. Product

Yang meliputi keragaman produk, kualitas, design, ciri, nama merk, kemasan, ukuran, pelayanan, garansi imbalan.

Produk yang ditawarkan adalah produk-produk alat kontrasepsi yang segmentasinya untuk seluruh lapisan masyarakat kecuali masyarakat pra sejahtera yang untuk masalah kebutuhan Alat Kontrasepsi ini masih di tangani oleh Pemerintah . Selain faktor segmentasi pasar penulis juga memilah alat kontrasepsi tersebut menjadi 2 (dua) jenis , Yaitu : Alat kontrasepsi yang memerlukan pelayanan dari tenaga ahli dan Alat kontrasepsi yang penggunaan tidak memerlukan pelayanan dari tenaga ahli. Akan tetapi batasan penulisan ini hanya terbatas pada produk : Susuk , IUD dan Suntik KB (Alat kontrasepsi yang jenis pertama) sedangkan untuk produk Pil KB dan Kondom di identifikasikan sebagai alat kontrasepsi yang jenis lainnya.

2. Price

Yang meliputi harga, daftar harga, rabat/diskon, potongan harga khusus, periode pembayaran, syarat kredit.

Seperti yang telah dijelaskan secara global pada aspek yang pertama maka strategi harga yang diterapkan adalah strategi yang sesuai dengan kemampuan beli masyarakat (*Customer buying power*) atau menyesuaikan dengan harga pasar serta mengacu pada harga tertinggi yang diterbitkan oleh pemerintah dalam hal ini Badan POM.

Selain dari itu didalam menstimuluskan penjualan alat kontrasepsi maka pihak produsen (produksi dalam negeri) atau agen tunggal (produksi import) harus menawarkan suatu sistim pembagian komisi jual (marketing fee) yang menarik untuk pihak – pihak terkait terutama pihak retailer / provider.

3. Promotion

Yang meliputi promosi, promosi penjualan, periklanan, tenaga penjualan, kehumasan/*public relation*, pemasaran langsung.

Khusus produk ini diperlukan suatu strategi promosi yang memerlukan pendekatan terhadap pihak – pihak yang mempunyai hubungan langsung atau tidak langsung didalam pemasaran Alat Kontrasepsi ini. Adapun strategi promosi dapat dipilah menjadi 2 bagian:

a. Provider

Bisa dilakukan dengan cara melakukan sosialisasi / seminar tentang Alat Kontrasepsi yang dilakukan secara berkesinambungan misalnya dalam 6 bulan sekali. Selain itu bisa melalui Ikatan atau asosiasi dalam hal ini ikatan dokter ginekolog Indonesia dan Ikatan Bidan Indonesia). Tujuan utama dari kegiatan ini dalam agar semua provider dapat memiliki standarisasi pengetahuan produk (Product Knowledge) yang sesuai dengan perkembangan teknologi.

b. Akseptor.

Media elektronik (TV / Radio) merupakan salah satu media yang paling efektif didalam kegiatan promosi suatu produk. Akan tetapi strategi ini agak mengeluarkan biaya yang tidak sedikit yang ditakutkan akan mempengaruhi harga jual produk tersebut. Hal ini dapat diatasi dengan cara melakukan riset terhadap calon akseptor tentang kebiasaannya dengan tujuan agar info komersial tersebut dapat memenuhi standar target para pemirsa/pendengarnya (penentuan waktu tayang). Selain dari strategi tersebut, Para pihak produsen atau distributor tunggal serta pemerintah dapat bersinergi

agar faktor biaya dapat diminimalisasikan. Tema yang dipakaipun dapat berupa pesan-pesan moral yang dapat menggugah para pemirsanya tertarik untuk mengikuti program Keluarga Berencana. Media cetak yang dapat digunakan untuk produk Alat Kontrasepsi ini adalah berupa leaflet/ selebaran yang menerangkan informasi produk yang dapat disebarakan pada tempat praktik Dokter ginekolog, Bidan, PUSKESMAS yang memiliki poli kebidanan dan lain sebagainya.

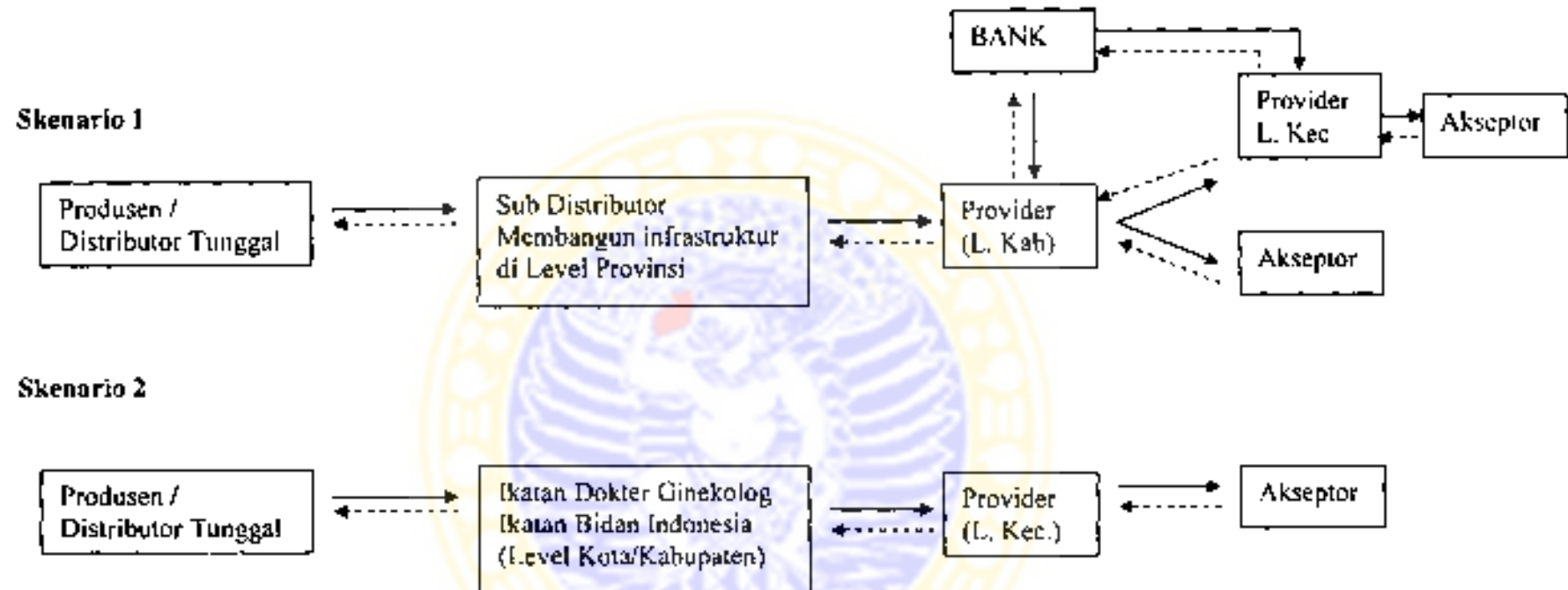
4. Place/ Distribution

Yang meliputi tempat, saluran pemasaran, cakupan pasar, pengelompokan, lokasi, persediaan, transportasi.

Aspek ini merupakan aspek yang terpenting pada masalah ini. Sesuai dengan pendahuluan diatas bahwa adanya perubahan sistim pemerintahan (sentralisasi menjadi desentralisasi) maka untuk Produk Alat Kontrasepsi ini diperlukan suatu mekanisme yang tepat. Ada banyak cara didalam menjalankan strategi ini yaitu :

- a. Melakukan Aliansi strategik (Strategic Alliances) dengan perusahaan distributor obat yang memiliki infrastruktur yang kuat misal: memiliki gudang yang sesuai dengan standard yang diinginkan, fasilitas mobilisasi (kendaraan bermotor) serta tenaga kerja yang memadai.
- b. Melakukan Aliansi strategik (Strategic Alliances) dengan Ikatan dokter ginekolog Indonesia atau Ikatan Bidan Indonesia didalam penyediaan alat kontrasepsi misalnya dengan menerapkan sistim buffering stok pada tempat – tempat praktek mereka. Dengan melibatkan kordinator yang ahli dibidang logistik didalam memenuhi minimal stok yang harus tersedia tiap harinya.
- c. Melakukan Aliansi Strategik (Strategic Alliances) dengan menggabungkan strategi A dan Strategi B.

Skema Konsep Pemasaran Alat Kontrasepsi



Keterangan :

- BANK hanya jika diperlukan

→ alur distribusi dari atas ke bawah

←----- feedback (masukan dari akseptor s/d distributor)

Penjabaran**Skenario 1 :**

Pihak Produsen / Distributor Tunggal : Menyalurkan produk Alat kontrasepsinya kepada Sub Distributor dan memberikan bantuan teknis (menyampaikan informasinya produknya secara detail kepada Sub Distributor).

Sub Distributor : - Berfungsi sebagai koordinator didalam distribusi produk ALOKON (Alat Obat Kontrasepsi) Susuk KB dengan cara melakukan kerja sama strategis dengan distributor obat.

- Melakukan pemasaran terhadap barang yang telah didistribusikan oleh pihak Produsen/ Distributor Tunggal serta membagikan komisi kepada pihak Bank, agen penjualan serta provider swasta dan membuat jaringan distribusi.

Bank : Bertugas membantu masalah finansial.

Provider : Memberikan pelayanan dan pemasaran / konsultasi kepada akseptor mengenai Produk-produk ALOKON (Alat Obat Kontrasepsi) Susuk KB sesuai kemampuan dan keinginan Akseptor.

Analisis

Pada strategi ini dipilih agen penjualan yang memiliki infrastruktur yang solid sampai ke kabupaten dengan kompensasi distributor ini pasti meminta marketing fee yang agak besar. Karena Pihak distributor ini yang menjadi kunci keberhasilan proses pendistribusian ALOKON (Alat Obat Kontrasepsi) Susuk KB sampai ke level Kecamatan.

Skenario 2 :

Pihak Produsen / Distributor Tunggal : Menyalurkan produk Alat kontrasepsinya kepada Provider langsung.

Bank : Bertugas membantu masalah finansial.

Ikatan Dokter Ginekolog / Ikatan Bidan Indonesia, Agen Penjualan Level Kota / Kabupaten : Sebagai pusat logistik ALOKON (Alat Obat Kontrasepsi) Susuk KB di level Kota / Kabupaten serta mendistribusikan ke provider –provider di level Kecamatan dan sebagai marketing.

Provider : Memberikan pelayanan / konsultasi kepada akseptor mengenai Produk-produk ALOKON (Alat Ohat Kontrasepsi) Susuk KB yang sesuai keinginan Akseptor.

Analisis

Pada strategi ini lebih singkat dan *cost efectif* dan *efectifness*.



Lampiran 6:

**MODEL MATERI PEMASANGAN DAN PENCABUTAN IMPLANT
(SUSUK KB) BEKERJA SAMA DENGAN DOKTER SPESIALIS OBGYN
DARI RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA**

Pelayanan KB seyogyanya dapat dilakukan berdasarkan standar yang disepakati bersama. Kini dengan adanya *evidence based medicine*, praktek dan pelayanan khususnya KB lebih mempunyai dasar, terutama saat memberi penjelasan (*informed consent*).

Implant merupakan kontrasepsi Progesteron jangka panjang dengan masa efektif 5 tahun, beberapa jenis Implant seperti Sino Implant dan Indo Implant mempunyai masa efektif 3 tahun.

Pelayanan KB seyogyanya dapat dilakukan berdasarkan standar yang disepakati bersama. Kini dengan adanya *evidence based medicine*, praktek dan pelayanan khususnya KB lebih mempunyai dasar, terutama saat memberi penjelasan (*informed consent*).

Standar yang selalu disempurnakan akan melindungi pasien dan petugas. Dengan mutu yang dapat dipertahankan, harapan kita ialah peserta KB/angka prevalensi dapat terus meningkat dari situasi sekarang.

Intervensi pemasangan dan pencabutan implant (susuk KB) dilaksanakan bersama – sama dengan provider (bidan, dokter swasta) pada tanggal 19 Desember 2003 di Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya.

Teori Umum :

Diberikan penjelasan teori simulasi dengan membawa peralatan atau perlengkapan di hadapan para provider, bidan, dokter swasta, sebanyak 23 orang, sifatnya penyegaran karena pada umumnya yang bersangkutan telah mendapatkan pendidikan praktek yang sama.

Diharapkan teori/ praktek tersebut bisa memberikan KAP (*Knowledge, Attitude, Practice*) untuk kelancaran operasi di lapangan.

Sebagian besar masalah yang berkaitan dengan pencabutan disebabkan oleh pemasangan yang tidak tepat. Oleh karena itu, hanya petugas klinik yang

terlatih (dokter, bidan swasta) yang diperbolehkan memasang maupun mencabut implan. Untuk mengurangi masalah yang timbul setelah pemasangan, semua tahap proses pemasangan harus dilakukan secara hati – hati dan lembut, dengan menggunakan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan.

Tahapan – tahapan :

PELAKSANAAN PELAYANAN

Ruangan klinik pasien rawat jalan maupun ruang operasi cocok untuk pemasangan maupun pencabutan implan. Bila mungkin, ruangan sebaiknya jauh dari area yang sering digunakan di klinik maupun di Rumah Sakit, serta harus :

- memiliki pencahayaan yang cukup
- berlantai keramik atau semen sehingga mudah dibersihkan
- terbebas dari debu dan serangga, dan
- memiliki ventilasi udara yang baik

Selain itu juga perlu ada fasilitas untuk mencuci tangan termasuk air bersih yang mengalir (air kran, dan lain –lain).

PENCEGAHAN INFEKSI

Pemasangan dan Pencabutan Batang (Rod) Implant

Untuk meminimalisasi risiko infeksi pada klien setelah pemasangan maupun pencabutan implan, petugas klinik harus berupaya untuk menjaga lingkungan yang bebas dari infeksi. Untuk itu petugas perlu melakukan hal – hal berikut.

- Meminta klien untuk membersihkan dengan sabun seluruh lengan yang akan dipasang implan dan membilasnya hingga tidak ada sisa sabun yang tertinggal (sisa sabun dapat mengurangi efektivitas beberapa bahan antiseptik).
- Cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir. Untuk pemasangan maupun pencabutan batang, cuci tangan dengan sabun biasa selama 10 - 15 detik kemudian dibilas dengan air bersih yang mengalir sudah cukup.

- Pakai kedua sarung tangan yang telah disterilisasi atau diDTT. (Gunakan sepasang sarung tangan yang berbeda untuk setiap tindakan guna menghindari kontaminasi selang).
- Siapkan daerah pemasangan atau pencabutan dengan kapas yang telah diberi antiseptik; gunakan forcep untuk mengusapkan kapas tersebut pada daerah pemasangan/pencabutan implant.
- Setelah selesai pemasangan maupun pencabutan batang implan, dan sebelum melepas sarung tangan, dekontaminasi instrumen dalam larutan klorin 0,5%. Sebelum membuang atau merendam jarum dan alat suntik, isi lebih dahulu dengan larutan klorin. (Setelah pemasangan, pisahkan *plunger* dari trokar. Darah kering akan menyulitkan waktu memisahkan *plunger* dan trokar). Rendam selama 10 menit; kemudian bilas segera dengan air bersih untuk menghindari korosi pada alat – alat berbahan metal.
- Kain operasi (*drape*) harus dicuci sebelum digunakan kembali. Setelah dipakai, taruh pada wadah kering dan bertutup kemudian dibawa ke ruang pencucian.
- Dengan tetap memakai sarung tangan, buang bahan bahan terkontaminasi (kasa, kapas, dll) ke dalam wadah tertutup rapat atau kantung plastik yang tidak bocor. Jarum dan alat suntik sekali pakai (*disposable*) harus dibuang ke dalam wadah yang tahan tusuk.
- Masukkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Lepaskan sarung tangan dari dalam ke luar.
 - Bila hendak membuang sarung tangan, taruh ke dalam wadah atau kantung plastik tahan bocor.
 - Bila hendak dipakai ulang, dekontaminasi kedua sarung tangan dengan direndam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- Setelah semua langkah selesai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, dan keringkan dengan handuk bersih dan kering atau dianginkan.

PERSIAPAN

Penting bahwa alat-alat dalam kondisi yang baik (misalnya, trokar dan scalpel harus tajam). Selain itu, periksa semua alat dan bahan lain telah disterilisasi atau di DTT. Batang implan tersimpan dalam kemasan steril, beralas kertas, dan terlindung dari panas. Alkon tersebut akan tetap steril untuk 3 tahun selama tidak rusak dan tidak disimpan di tempat yang lembab dan panas.

Persiapan Klien

Walaupun kulit dan integumennya sulit untuk disterilisasi, pencucian dan pemberian antiseptik pada daerah operasi tempat implan akan dipasang dapat mengurangi jumlah mikroorganisme di daerah kulit klien. Kedua tindakan ini pada kenyataannya sangat bermanfaat di dalam mengurangi risiko terjadinya infeksi pada saat insersi atau pencabutan implan.

Bila prosedur pencucian dan kaidah tindakan antiseptik dilakukan dengan benar, angka kejadian infeksi saat insersi dan pencabutan implant akan sangat rendah (kurang dari 1 persen). Dengan demikian pemberian antibiotik profilaktik tidak dianjurkan.

Peralatan dan Instrumen untuk Insersi

- ❖ Meja periksa untuk berbaring klien
- ❖ Alat penyangga lengan (tambahan)
- ❖ Batang implan dalam kantong
- ❖ Kain penutup steril (disinfeksi tingkat tinggi) serta mangkok untuk tempat meletakkan implan.
- ❖ Sepasang sarung tangan karet bebas bedak yang sudah disteril (atau didisinfeksi tingkat tinggi).
- ❖ Sabun untuk mencuci tangan.
- ❖ Larutan antiseptik untuk disinfeksi kulit (misal : larutan betadin atau jenis golongan povidon iodine lainnya), lengkap dengan cawan/mangkok antikarat.
- ❖ Zat anestesi lokal (konsentrasi 1% tanpa epinefrin).

- ❖ Semprit (5-10 ml), dan jarum suntik (22 G) ukuran 2,5 sampai 4 cm (1-1 ½ inch.).
- ❖ Trokar 10 dan mandrin.
- ❖ Skalpel 11 atau 15.
- ❖ Kasa pembalut, *band aid*, atau plester.
- ❖ Kasa steril dan pembalut.
- ❖ Epinefrin untuk reaksi anafilaktik (harus tersedia untuk keperluan darurat).
- ❖ Klem penjepit atau forcep *mosquito* (tambahan).
- ❖ Bak/tempat instrumen (tertutup).

Penerangan Kepada Klien

- ❖ Bimbing/ berikan kesempatan pada klien untuk bertanya tentang keterangan yang telah diberikan dan tentang apa yang akan dilakukan pada dirinya.
- ❖ Peragakan peralatan yang akan digunakan serta jelaskan tentang prosedur apa yang akan dikerjakan.
- ❖ Jelaskan bahwa klien akan mengalami sedikit rasa sakit saat penyuntikan zat anestesi lokal, sedangkan prosedur insersinya sendiri tidak akan menimbulkan rasa nyeri.
- ❖ Prinsip – prinsip dan tata cara pemasangan dan pencabutan implan secara umum adalah sama, baik implan yang menggunakan 6 batang maupun dua batang.
- ❖ Tenteramkan hati klien setelah tindakan insersi.

KUNCI KEBERHASILAN PEMASANGAN

- ❖ Untuk tempat pemasangan kapsul, pilihlah lengan klien yang jarang digunakan.
- ❖ Gunakan cara pencegahan infeksi yang dianjurkan.
- ❖ Pastikan kapsul-kapsul tersebut ditempatkan sedikitnya 8 Cm di atas lipat siku di daerah medial lengan.
- ❖ Insisi untuk pemasangan harus kecil, hanya sekedar menembus kulit. Gunakan skalpel atau trokar tajam untuk membuat insisi.

- ❖ Masukkan trokar melalui luka insisi dengan sudut yang kecil, superficial tepat di bawah kulit. Waktu memasukkan trokar jangan dipaksakan.
- ❖ Trokar harus dapat mengangkat kulit setiap saat, untuk memastikan pemasangan tepat dibawah kulit.
- ❖ Pastikan 1 kapsul benar – benar keluar dari trokar sebelum kapsul berikutnya di pasang (untuk mencegah kerusakan kapsul sebelumnya, pegang kapsul yang sudah terpasang tersebut dengan jari tengah dan masukkan trokar pelan – pelan di sepanjang tepi jari tersebut).
- ❖ Setelah selesai memasang, bila sebuah ujung kapsul menonjol keluar atau terlalu dekat dengan luka insisi, harus dicabut dengan hati-hati dan dipasang kembali dalam posisi yang tepat.
- ❖ Jangan mencabut ujung trokar dari tempat insisi sebelum semua kapsul dipasang dan diperiksa seluruh posisi kapsul. Hal ini untuk memastikan bahwa kedua kapsul dipasang dengan posisi yang benar dan pada bidang yang sama di bawah kulit.
- ❖ Gambar tempat kapsul tersebut pada rekam medik dan buat catatan bila ada kejadian tidak umum yang mungkin terjadi selama pemasangan.
- ❖ Tidak diperlukan penjahitan untuk menutup luka insisi, cukup dengan *band aid*.
- ❖ Yang terpenting, kapsul dipasang superficial, tepat di bawah kulit (*dermis*). Pemasangan yang dalam akan menyebabkan pencabutan menjadi sulit.

Sebelum memulai tindakan, periksa kembali untuk memastikan apakah klien :

- a) Sedang minum obat yang dapat menurunkan efektivitas implant,
- b) Sudah pernah mendapat anestesi lokal sebelumnya,
- c) Alergi terhadap obat anestesi lokal atau jenis obat lainnya.

PERSIAPAN PEMASANGAN

Langkah 1

Persilakan klien mencuci seluruh lengan dengan sabun dan air yang mengalir, serta membilasnya. Pastikan tidak terdapat sisa sabun (sisa sabun menurunkan efektivitas antiseptik tertentu). Langkah ini sangat penting bila klien kurang

menjaga kebersihan dirinya untuk menjaga kesehatannya dengan mencegah penularan penyakit.

Langkah 2

Tutup tempat tidur klien (dan penyangga lengan atau meja samping, bila ada dengan kain bersih)

Langkah 3

Persilakan klien berbaring dengan lengan yang lebih jarang digunakan (misalnya : lengan kiri) diletakkan pada lengan penyangga atau meja samping. Lengan harus disangga dengan baik dan dapat digerakkan lurus atau sedikit bengkok sesuai dengan posisi yang disukai klinisi untuk memudahkan pemasangan.

Langkah 4

Tentukan tempat pemasangan yang optimal, 8 cm di atas lipatan siku, gunakan pola (*template*) dan spidol untuk menandai tempat insisi yang akan dibuat dan tempat kapsul akan dipasang (bila akan menggunakan antiseptik yang mengandung alkohol gunakan spidol dengan tinta permanen).

Langkah 5

Siapkan tempat alat –alat dan buka bungkus steril tanpa menyentuh alat – alat di dalamnya.

Langkah 6

Buka dengan hati – hati kemasan steril implan dengan menarik kedua lapisan pembungkusnya dan jatuhkan seluruh kapsul pada mangkok steril. Karena kapsul yang tersentuh kapas atau bahan lain akan menjadi lebih reaktif (lebih sering menyebabkan perlekatan atau jaringan parut karena partikel kapas menempel pada kapsul silastik).

Bila ada mangkok steril, kapsul dapat diletakkan dalam mangkok yang didisinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau pada baki tempat alat – alat. Pilihan lain adalah dengan membuka sebagian kemasan dan mengambil kapsul satu demi satu dengan klem steril atau DTT saat melakukan pemasangan.

Jangan menyentuh bagian dalam kemasan atau isinya kecuali dengan alat yang steril atau DTT. Bila kapsul jatuh ke lantai, kapsul tersebut telah terkontaminasi. Buka kemasan baru dan teruskan pemasangan (Jangan melakukan sterilisasi ulang pada kapsul yang terkontaminasi).

TINDAKAN SEBELUM PEMASANGAN

Langkah 1

Cuci tangan dengan sabun dan air, keringkan dengan kain bersih.

Langkah 2

Pakai sarung tangan steril atau DTT (ganti sarung tangan untuk setiap klien guna mencegah kontaminasi silang). Jangan menggunakan bedak untuk memakai sarung tangan. Butir-butir bedak yang halus dapat jatuh ke tempat insisi dan menyebabkan terjadinya jaringan parut (reaksi jaringan ikat). Bila sarung tangan diberi bedak, bersihkan dengan kain steril yang direndam dengan air steril atau air mendidih.

Langkah 3

Atur alat dan bahan – bahan sehingga mudah dicapai. **Hitung kapsul untuk memastikan jumlahnya.**

Langkah 4

Persiapkan tempat insisi dengan larutan antiseptik. Gunakan klem steril atau DTT untuk memegang kasa berantiseptik. (bila memegang kasa berantiseptik hanya dengan tangan, hati-hati jangan sampai mengkontaminasi sarung tangan dengan menyentuh kulit yang tidak steril). Mulai mengusap dari tempat yang akan dilakukan insisi ke arah luar dengan gerakan melingkar sekitar 8 – 13 cm dan biarkan kering (sekitar 2 menit) sebelum memulai tindakan. Hapus antiseptik yang berlebihan hanya bila tanda yang sudah dibuat tidak terlihat.

Langkah 5

Bila ada gunakan kain penutup (*doek*) yang mempunyai lubang untuk menutupi lengan. Lubang tersebut harus cukup lebar untuk memaparkan tempat yang akan dipasang implan. Dapat juga dengan menutupi lengan di bawah tempat pemasangan dengan kain steril.

Langkah 6

Setelah memastikan (dari anamnesis) tidak alergi terhadap obat anestesi, isi alat suntik dengan 3 ml obat anestesi (1 % tanpa epinefrin). Dosis ini sudah cukup untuk menghilangkan rasa sakit selama memasang implan.

Langkah 7

Masukkan jarum tepat di bawah kulit pada tempat insisi (yang terdekat dengan siku) kemudian lakukan aspirasi untuk memastikan jarum tidak masuk ke dalam pembuluh darah. Suntikkan sedikit obat anestesi untuk membuat gelembung kecil di bawah kulit. Kemudian tanpa memindahkan jarum, masukkan ke bawah kulit (subdermis) sekitar 4 cm. Hal ini akan membuat kulit (dermis) terangkat dari jaringan lunak di bawahnya. Kemudian tarik jarum pelan-pelan sehingga membentuk jalur sambil menyuntikkan obat anestesi sebanyak 1 ml di antara tempat untuk memasang implan 1 dan 2.

Untuk mencegah toksisitas, dosis total tidak boleh melebihi 10 ml(10 g.l) dari 1% anestesi lokal tanpa epinefrin.

PEMASANGAN KAPSUL

Sebelum membuat insisi, sentuh tempat insisi dengan jarum atau scalpel (pisau bedah) untuk memastikan obat anestesi telah bekerja.

Langkah 1

Pegang scalpel dengan sudut 45°, buat insisi dangkal hanya untuk sekedar menembus kulit. Jangan membuat insisi yang panjang atau dalam.

Langkah 2

Ingat kegunaan ke-2 tanda pada trokar. Trokar harus dipegang dengan ujung yang tajam menghadap ke atas. Ada 2 tanda pada trokar, tanda (1) dekat pangkal menunjukkan batas trokar dimasukkan ke bawah kulit sebelum memasukkan setiap kapsul. Tanda (2) dekat ujung menunjukkan batas trokar yang harus tetap di bawah kulit setelah memasang setiap kapsul.

Langkah 3

Dengan ujung yang tajam menghadap ke atas dan pendorong di dalamnya masukkan ujung trokar melalui luka insisi dengan sudut kecil. Masukkan trokar jangan dengan paksaan. Jika terdapat tahanan, coba dari sudut lainnya.

Langkah 4

Untuk meletakkan kapsul tepat di bawah kulit, angkat trokar ke atas, sehingga kulit terangkat. Masukkan trokar perlahan-lahan dan hati-hati ke arah tanda (1)

dekat pangkal. Trokar harus cukup dangkal sehingga dapat diraba dari luar dengan jari. Trokar harus selalu terlihat mengangkat kulit selama pemasangan. Masuknya trokar akan lancar bila berada di bidang yang tepat di bawah kulit.

Langkah 5

Saat trokar masuk sampai tanda (1), cabut pendorong dari trokar.

Langkah 6

Masukkan kapsul pertama ke dalam trokar. Gunakan ibu jari dan telunjuk atau pinset atau klem untuk mengambil kapsul dan memasukkan ke dalam trokar. Bila kapsul diambil dengan tangan, pastikan sarung tangan tersebut bebas dari bedak atau partikel lain. (Untuk mencegah kapsul jatuh pada waktu dimasukkan ke dalam trokar, letakkan satu tangan di bawah kapsul untuk menangkap bila kapsul tersebut jatuh).

Dorong kapsul sampai seluruhnya masuk ke dalam trokar dan masukkan kembali pendorong.

Langkah 7

Gunakan pendorong untuk mendorong kapsul ke arah ujung trokar sampai terasa ada tahanan, tapi jangan mendorong dengan paksa. (Akan terasa tahanan pada saat sekitar setengah bagian pendorong masuk ke dalam trokar).

Langkah 8

Pegang pendorong dengan erat di tempatnya dengan satu tangan untuk menstabilkan. Tarik tabung trokar dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk ke arah luka insisi sampai tanda (2) muncul di tepi luka insisi dan pangkalnya menyentuh pegangan pendorong. Hal yang penting pada langkah ini adalah menjaga pendorong tetap di tempatnya dan tidak mendorong implan ke jaringan.

Langkah 9

Saat pangkal trokar menyentuh pegangan pendorong, tanda (2) harus terlihat di tepi luka insisi dan kapsul saat itu keluar dari trokar tepat berada di bawah kulit. Raba ujung kapsul dengan jari untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari trokar.

TINDAKAN SETELAH PEMASANGAN KAPSUL

Menutup luka insisi

- ❖ Temukan tepi kedua insisi dan gunakan *band aid* atau plester dengan kasa steril untuk menutup luka insisi. Luka insisi tidak perlu dijahit karena dapat menimbulkan jaringan parut.
- ❖ Periksa adanya perdarahan. Tutup daerah pemasangan dengan pembalut untuk hemostatis dan mengurangi memar (perdarahan subkutan).

Perawatan Klien

- ❖ Buat catatan pada rekam medik tempat pemasangan kapsul dan kejadian tidak umum yang mungkin terjadi selama pemasangan.
- ❖ Amati klien lebih kurang 15 sampai 20 menit untuk kemungkinan perdarahan dari luka insisi atau efek lain sebelum memulangkan klien. Beri petunjuk untuk perawatan luka insisi setelah pemasangan, kalau bias diberikan secara tertulis.

PETUNJUK PERAWATAN LUKA INSISI DI RUMAH

- ❖ Mungkin akan terdapat memar, bengkak atau sakit di daerah insisi selama beberapa hari. Hal ini normal.
- ❖ Jaga luka insisi tetap kering dan bersih selama paling sedikit 48 jam. Luka insisi dapat mengalami infeksi bila basah saat mandi atau mencuci pakaian.
- ❖ Jangan membuka pembalut tekan selama 48 jam dan biarkan *band aid* di tempatnya sampai luka insisi sembuh (umumnya 3 -5 hari).
- ❖ Klien dapat segera bekerja secara rutin. Hindari benturan atau luka di daerah tersebut atau menambahkan tekanan.
- ❖ Setelah luka insisi sembuh, daerah tersebut dapat disentuh dan dibersihkan dengan tekanan normal.
- ❖ Bila terdapat tanda - tanda infeksi seperti demam, daerah insisi kemerahan dan panas atau sakit yang menetap selama beberapa hari, segera kembali ke klinik

BILA TERJADI INFEKSI

- ❖ Obati dengan pengobatan yang sesuai untuk infeksi lokal.

- ❖ Bila terjadi abses (dengan atau tanpa ekspulsi kapsul) cabut semua kapsul.

PETUNJUK UNTUK MENJAGA AGAR TROKAR TETAP TAJAM

- ❖ Pemakaian yang berulang – ulang akan menyebabkan trokar menjadi tumpul. Trokar harus diperiksa dengan hati-hati setelah setiap 10 kali pemasangan.
- ❖ Setelah selesai dipakai, pisahkan trokar dari pendorongnya. (Hal ini untuk menjaga trokar agar tetap tajam).
- ❖ Bila trokar tampak telah menjadi tumpul, harus diasah seperti mengasah pisau atau gunting dengan menggunakan batu asah yang halus.
- ❖ Pada waktu mengasah trokar, jangan terlalu berlebihan oleh karena dapat mengubah sudut ketajamannya sehingga trokar tidak bias dipakai lagi. Pengasahan yang berlebihan akan memperpendek trokar, mengurangi jarak ke tanda (2) dekat ujung trokar.
- ❖ Masalah lain yang ditimbulkan karena pengasahan yang berlebihan adalah pada waktu memasukkan pendorong sepenuhnya, maka ujung tumpul pendorong akan menonjol keluar melewati ujung tajam trokar. Hal ini akan menyulitkan waktu memasukkan trokar tepat di bawah kulit. Bila hal ini terjadi, tarik kembali pendorong sehingga ujung tumpulnya tidak menonjol keluar dari ujung tajam trokar.
- ❖ Setelah kira - kira 50 sampai 100 kali pemasangan, trokar harus diganti, tidak boleh diasah lagi.

PENCABUTAN IMPLAN

METODE PENCABUTAN

Metode standar pencabutan menggunakan klem *mosquito* atau *Crile* untuk menjepit kapsul telah digunakan sejak awal 1980-an. Sejak itu telah banyak dilaporkan modifikasi dari metode standar pencabutan, misalnya metode "*pop out*" yang diperkenalkan oleh Darney dkk. Pada tahun 1992. Kenyataan bahwa banyak yang memikirkan untuk terus menyempurnakan metode pencabutan,

sedang perubahan pada metode pemasangan sangat sedikit, menunjukkan tidak seluruhnya sempurna. Pengamatan ini didukung oleh pengalaman dari berbagai negara. Dibandingkan pemasangan, pencabutan lebih memerlukan kesabaran dan keahlian. Selain itu pemasangan yang tidak baik (misalnya terlalu dalam atau tidak menggunakan pola) menyebabkan pencabutan dengan metode apapun akan memakan waktu yang lama dan lebih banyak perdarahan dengan metode apapun akan memakan waktu yang lama dan lebih banyak perdarahan dibandingkan pada waktu pemasangan.

Praptohardjo dan Wibowo (1993) melaporkan metode baru untuk pencabutan implant yaitu teknik "U". Perbedaan yang besar antara teknik "U" dan teknik standar adalah :

1. Posisi dari insisi kulit
2. Pemakaian klem pemegang implant, merupakan modifikasi klem yang digunakan untuk vasektomi tanpa pisau dengan diameter ujung klem diperkecil dari 3,5 menjadi 2,2 mm.

PERSIAPAN BAHAN DAN PERALATAN

Dalam melakukan persiapan, yang penting adalah alat – alat dalam kondisi baik (misalnya klem harus dapat menjepit dengan kuat dan scalpel harus tajam). Periksa alat-alat dan bahan yang akan dipakai sudah dalam keadaan steril atau DTT.

Peralatan yang diperlukan untuk setiap pencabutan adalah sebagai berikut :

- Meja periksa untuk tempat tidur klien.
- Penyangga lengan atau meja samping.
- Sabun untuk mencuci lengan.
- Kain penutup operasi steril (bersih) yang kering.
- Tiga mangkok steril atau DTT (satu untuk larutan antiseptik, satu tempat air mendidih atau steril yang berisi kapas bulat untuk membersihkan bedak pada sarung tangan dan satu lagi berisi larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi kapsul yang telah dicabut).
- Sepasang sarung tangan steril/DTT.
- Larutan antiseptik.

- Anestesi lokal (konsentrasi 1% tanpa epinefrin).
- Tabung suntik (5 atau 10 ml) dan jarum suntik dengan panjang 2,5 – 4 cm (nomor 22).
- Skalpel (pisau bedah) nomor 11.
- Klem lengkung dan lurus (*mosquito* dan *Crile*).
- *Band aid* atau kasa steril dengan plester.
- Kasa pembalut
- Epinefrin untuk syok anafilaktik (harus selalu tersedia untuk keadaan darurat).

KONSELING SEBELUM PENCABUTAN

Sebelum mencabut kapsul, ajak klien berbicara tentang alasannya ingin mencabut dan jawab semua pertanyaannya. Tanyakan pada klien tentang tujuan reproduksinya (misalnya : Apakah klien ingin mengatur jarak kehamilan atau membatasi kelahiran). Terangkan secara ringkas proses pencabutan dan apa yang dapat diharapkan selama dan sesudah pencabutan.

KUNCI KEBERHASILAN PENCABUTAN

- Pencabutan yang mudah tergantung dari pemasangan yang benar. Bila kapsul dipasang tepat di bawah kulit maka akan lebih mudah dicabut. Bila dipasang terlalu dalam akan menimbulkan masalah.
- Pencabutan rutin (tanpa masalah) sedikit lebih lama dari pemasangan biasanya 10 sampai 20 menit.
- Raba tempat pencabutan untuk menentukan lokasi dari masing – masing kapsul dan diberi tanda posisi masing – masing kapsul dengan spidol.
- Gunakan tindakan pencegahan infeksi yang dianjurkan untuk menghindari infeksi.
- Suntikkan sedikit (biasanya seluruhnya tidak lebih dari 3 ml) obat anestesi lokal di bawah ujung kapsul dekat insisi yang lama. Bila disuntikkan di atas kapsul akan membuat kapsul tidak teraba dari luar sehingga menyulitkan pencabutan.
- Bila posisi kapsul benar, hanya diperlukan insisi kecil tidak melebihi 4 mm untuk mencabut keenam kapsul.

- Kapsul yang pertama kali dicabut adalah yang terletak paling dekat luka insisi atau paling dekat permukaan kulit.
- Bila memang diperlukan, tambahkan sedikit lagi anastesi hanya di bawah ujung kapsul.
- Atasi perdarahan dengan melakukan penekanan pada luka insisi.
- Bila masih tersisa 1 atau 2 kapsul yang sulit dicapai, jangan dipaksakan untuk melakukan pencabutan. Bila waktu pencabutan telah mencapai lebih dari 30 menit, minta klien untuk kembali setelah luka insisi sembuh benar (sekitar 4 sampai 6 minggu) dan coba lagi atau rujuk ke klinisi yang lebih berpengalaman.
- Terakhir dan yang paling penting, klinisi harus bekerja dengan baik, hati-hati dan sabar untuk menghindari luka yang besar pada lengan klien.

PENATALAKSANAAN UMUM

Pencabutan yang mudah bergantung pada pemasangan yang benar. Proses pencabutan umumnya lebih lama dari proses pemasangan – biasanya antara 10 sampai 20 menit.

Bila kapsul terpasang dengan benar akan lebih mudah mencabutnya, sedang yang letaknya dalam akan lebih sulit mencabutnya.

Menentukan lokasi kapsul lebih dulu dengan meraba tanpa menggunakan sarung tangan akan sangat membantu untuk proses pencabutan. Banyak klinisi memilih untuk memberi tanda dengan spidol pada setiap posisi kapsul. Usap lengan klien dengan larutan antiseptic sebelum menyuntikkan anastesi lokal. Anastesi lokal harus disuntikkan di bawah ujung kapsul dekat tempat insisi **suntikan di atas kapsul akan membuat kapsul sulit diraba.**

Pada umumnya hanya satu insisi kecil yang diperlukan untuk mencabut seluruh kapsul. Panjang insisi tidak boleh lebih dari 4 mm. Di mana insisi dilakukan bergantung pada posisi implant dan metode pencabutan yang akan digunakan, metode standar atau teknik “U”.

Kapsul pertama yang dicabut harus yang paling mudah dicapai (misalnya paling dekat dari insisi atau paling mudah diraba).

Klien harus diberi metode kontrasepsi pengaman (bila klien menginginkan) dan diminta datang kembali setelah luka insisi sembuh (sekitar 4 sampai 6 minggu) untuk pencabutan kapsul yang tersisa. (Bila kapsul yang tersisa tersebut tidak teraba, lakukan foto dengan sinar X atau *Ultrasound* untuk menentukan lokasinya). Klinisi harus bekerja dengan halus, hati - hati dan sabar.

Sebelum memulai tindakan, periksa untuk memastikan bahwa klien tidak alergi terhadap obat anestesi.

PERSIAPAN SEBELUM TINDAKAN

Langkah 1

Persilakan klien untuk mencuci seluruh lengan dan tangan dengan sabun dan air yang mengalir, serta membilasnya. Pastikan tidak terdapat sisa sabun (sisa sabun menurunkan efektivitas antiseptik tertentu). Langkah ini sangat penting bila hygiene klien buruk (kurang menjaga kebersihan dirinya untuk menjaga kesehatannya dan mencegah penularan penyakit).

Langkah 2

Tutup tempat tidur klien (dan penyangga lengan atau meja samping, bila digunakan) dengan kain bersih yang kering.

Langkah 3

Persilakan klien berbaring dengan lengan yang lebih jarang digunakan (misalnya : lengan kiri) diletakkan pada lengan penyangga atau meja samping. Lengan harus disangga dengan baik dan dapat digerakkan lurus atau sedikit bengkok sesuai dengan posisi yang disukai oleh klinisi untuk memudahkan pencabutan.

Langkah 4

Raba kapsul untuk menentukan lokasinya. Untuk menentukan tempat insisi, raba (tanpa sarung tangan) ujung kapsul dekat lipatan siku. Bila tidak dapat meraba kapsul, lihat lokasi pemasangan pada rekam medik klien.

Petunjuk : Untuk memudahkan meraba kapsul, basahkan sedikit ujung jari dengan air sabun atau larutan antiseptic seperti *Savlon* atau *Betadine*. Dengan cara ini dapat menghilangkan gesekan antara ujung jari klinisi dengan kulit klien sehingga lebih mudah diraba.

Langkah 5

Pastikan posisi setiap kapsul dengan membuat tanda pada kedua ujung setiap kapsul dengan menggunakan spidol.

Langkah 6

Siapkan tempat alat – alat dan buka bungkus steril tanpa menyentuh alat – alat di dalamnya.

TINDAKAN SEBELUM PENCABUTAN

Langkah 1

Cuci tangan dengan sabun dan air, keringkan dengan air bersih.

Langkah 2

Pakai sarung tangan steril atau DTT (ganti sarung tangan untuk setiap klien guna mencegah kontaminasi silang).

Langkah 3

Atur alat dan bahan – bahan sehingga mudah dicapai.

Langkah 4

Usap tempat pencabutan dengan kasa berantiseptik. Gunakan klem steril atau DTT untuk memegang kasa tersebut. (Bila memegang kasa berantiseptik hanya dengan tangan, hati – hati jangan sampai mengkontaminasi sarung tangan dengan menyentuh kulit yang tidak steril). Mulai mengusap dari tempat yang akan dilakukan insisi ke arah luar dengan gerakan melingkar sekitar 8-13 cm dan biarkan kering (sekitar 2 menit) sebelum memulai tindakan. Hapus antiseptik yang berlebihan hanya bila tanda yang sudah dibuat tidak terlihat.

Langkah 5

Bila ada gunakan kain (*doek*) lubang untuk menutupi lengan. Lubang tersebut harus cukup lebar untuk memaparkan lokasi kapsul. Dapat juga dengan menutupi lengan di bawah tempat kapsul dipasang dengan menggunakan kain steril (Pilihan lain adalah menggunakan kain yang telah didekontaminasi, dicuci dan dikeringkan di udara atau dengan mesin pengering).

Langkah 6

Sekali lagi raba kapsul untuk menentukan lokasinya.

Langkah 7

Setelah memastikan klien tidak alergi terhadap obat anestesi, isi alat suntik dengan 3 ml obat anestesi (1% tanpa epinefrin). Masukkan jarum tepat di bawah kulit pada tempat insisi akan dibuat, kemudian lakukan aspirasi untuk memastikan jarum tidak masuk ke dalam pembuluh darah. Suntikkan sedikit obat anestesi untuk membuat gelembung kecil di bawah kulit. Masukkan jarum secara hati-hati di bawah ujung kapsul pertama sampai lebih kurang sepertiga panjang kapsul (1 cm), tarik jarum pelan-pelan sambil menyuntikkan obat anestesi (kira-kira 0,5 ml) untuk mengangkat ujung kapsul.

Menyuntikkan obat anestesi lokal di bawah ujung kapsul sangat menentukan kemudahan dan kecepatan proses pencabutan.

Tanpa mencabut jarum, geser ujung jarum dan masukkan ke bawah kapsul berikutnya. Ulangi proses ini sampai seluruh ujung kapsul terangkat. **Jangan menyuntikkan obat anestesi di atas kapsul** karena akan membuat jaringan menjadi *oedem* sehingga kapsul sulit diraba. Bila perlu dapat ditambahkan lagi anestesi selama berlangsungnya proses pencabutan.

Sebelum memulai, sentuh tempat insisi dengan ujung jarum atau scalpel untuk memastikan obat anestesi telah bekerja.

Untuk mencegah toksisitas, dosis total tidak boleh melebihi 10 ml (10g/l) dari 1% anestesi lokal tanpa epinefrin.

TINDAKAN PENCABUTAN KAPSUL

Metode Standar

Langkah 1

Tentukan lokasi insisi yang mempunyai jarak sama dari ujung bawah semua kapsul (dekat siku), kira-kira 5 mm dari ujung bawah kapsul. Bila jarak tersebut sama maka insisi dibuat pada tempat insisi waktu pemasangan. Sebelum menentukan lokasi, pastikan tidak ada ujung kapsul yang berada di bawah insisi lama (Hal ini untuk mencegah terpotongnya kapsul saat melakukan insisi).

Langkah 2

Pada lokasi yang sudah dipilih, buat insisi **melintang** yang kecil lebih kurang 4 mm dengan menggunakan skalpel. **Jangan membuat insisi yang besar.**

Langkah 3

Mulai dengan mencabut kapsul yang mudah diraba dari luar atau yang terdekat tempat insisi.

Langkah 4

Dorong ujung kapsul ke arah insisi dengan jari tangan sampai ujung kapsul tampak pada luka insisi. Saat ujung kapsul tampak pada luka insisi, masukkan klem lengkung (*mosquito atau Crile*) dengan lengkungan jepitan mengarah ke atas, kemudian jepit ujung kapsul dengan klem tersebut.

Bila kapsul sulit digerakkan arah insisi, hal ini mungkin karena jaringan (pembentukan jaringan fibrous) yang mengelilingi kapsul.

Langkah 4A

Masukkan klem lengkung melalui luka insisi dengan lengkungan jepitan mengarah ke kulit, teruskan sampai berada di bawah ujung kapsul dekat siku. Buka dan tutup jepitan klem untuk memotong secara tumpul jaringan parut yang mengelilingi ujung kapsul. Ulangi sampai ujung kapsul seluruhnya bebas dari jaringan parut yang mengelilinginya (mudah digerakkan).

Langkah 4B

Dorong ujung kapsul pertama sedekat mungkin pada luka insisi. Sambil menekan (fiksasi) kapsul dengan jari telunjuk dan jari tengah, masukkan lagi klem lengkung (lengkungan jepitan mengarah ke kulit), sampai berada di bawah ujung kapsul, jepit kapsul di dekat ujungnya (5 sampai 10 mm) dan secara hati-hati tarik keluar melalui luka insisi.

Langkah 5

Bersihkan dan buka jaringan ikat yang mengelilingi kapsul dengan cara menggosok-gosok pakai kasa steril untuk memaparkan ujung kapsul.

Cara lain, bila jaringan ikat tidak bisa di buka dengan cara menggosok – gosok pakai kasa steril, dapat dengan menggunakan skalpel secara hati – hati. Untuk mencegah terpotongnya kapsul, gunakan sisi yang tidak tajam dari skalpel waktu membersihkan jaringan ikat yang mengelilingi kapsul.

Langkah 6

Jepit kapsul yang sudah terpapar dengan menggunakan klem kedua. Lepaskan klem pertama dan cabut kapsul secara pelan dan hati – hati dengan klem kedua.

Kapsul akan mudah dicabut oleh karena jaringan ikat yang mengelilinginya tidak melekat pada karet silikon. Bila kapsul sulit dicabut, pisahkan secara hati – hati sisa jaringan ikat yang melekat pada kapsul dengan menggunakan kasa atau skalpel.

Setelah kapsul berhasil dicabut, taruh dalam mangkok kecil yang berisi klorin 0,5% untuk dekontaminasi sebelum dibuang. Di dalam mangkok tersebut, kapsul dapat dengan mudah dihitung untuk memastikan kapsul telah dicabut semuanya. Dengan melihat kapsul dalam mangkok tersebut juga akan dapat mengetahui keadaan kapsul. Kapsul yang utuh akan mengambang sedang kapsul yang putus akan tenggelam secara pelan – pelan.

Langkah 7

Pilih kapsul berikutnya yang tampak paling mudah dicabut. Gunakan teknik yang sama untuk mencabut kapsul berikutnya.

Bila memerlukan penambahan obat anastesi, suntikkan di bawah kapsul agar kapsul tetap teraba dari luar.

Sebelum mengakhiri tindakan, hitung untuk memastikan semua kapsul sudah dicabut. Tunjukkan semua kapsul tersebut pada klien. Hal ini sangat penting untuk meyakinkan klien.

Metode Pencabutan Teknik “U”

Klem yang dipakai mencabut kapsul pada teknik “U”, merupakan modifikasi klem yang digunakan untuk vasektomi tanpa pisau dengan diameter ujung klem diperkecil dari 3,5 menjadi 2,2 mm.

Untuk menggunakan teknik ini, raba tempat pencabutan secara hati – hati untuk menentukan dan menandai kapsul. Selanjutnya cuci tangan dan pakai sarung tangan steril atau DTT. Usap lengan dengan larutan antiseptik dan suntikkan obat anastesi lokal seperti yang telah diuraikan sebelumnya (**Persiapan dan Tindakan sebelum pencabutan**).

Langkah 1

Langkah 8

Pencabutan kapsul berikutnya adalah yang tampak paling mudah dicabut. Gunakan teknik yang sama untuk mencabut kapsul berikutnya.

Bila memerlukan penambahan obat anestesi, suntikkan di bawah kapsul agar kapsul tetap teraba dari luar.

Sebelum mengakhiri tindakan, hitung untuk memastikan semua kapsul sudah dicabut.

Kapsul yang Sulit Dicabut

Kadang – kadang satu atau beberapa kapsul sulit dicabut. Sebagai contoh, meskipun jaringan parut telah dipotong secara tumpul, ujung kapsul tidak dapat didorong mendekati luka insisi atau kapsul dipasang terlalu dalam (misalnya ke dalam jaringan sub kutan atau jaringan lemak). Bila ini terjadi, teknik “U” dapat digunakan untuk mencabut kapsul tersebut. Cara lain, ikuti langkah – langkah di bawah ini untuk mencabut kapsul.

Langkah 1

Raba kedua ujung kapsul dengan jari telunjuk dan jari tengah. Letakkan jari tengah pada ujung kapsul yang dekat bahu dan jari telunjuk pada ujung kapsul yang dekat siku, kemudian dorong kapsul sedekat mungkin ke arah insisi.

Langkah 2

Masukkan klem lengkung ke dalam luka insisi sampai ujung jepitan klem berada di bawah kapsul lengan kedua jari tetap menekan ujung – ujung kapsul untuk memfiksasi.

Langkah 3

Jepit kapsul dari bawah dengan klem lengkung.

Langkah 4

Jangan mencoba untuk menarik kapsul ke luar oleh karena ujung klem yang sekarang masuk ke dalam luka insisi lebih kurang 1 sampai 2 cm. Lebih baik sambil meneruskan mendorong ujung kapsul ke arah insisi, balikkan (*flip*) pegangan klem 180° ke arah bahu klien dan kemudian pegang klem dengan tangan yang bertlawanan.

Bila setelah klem dibalikkan, kapsul belum terlihat (Langkah 4) putar (*twist*) klem 180° ke arah sumbu utamanya. Tarik klem hati – hati sehingga ujung kapsul terlihat pada luka insisi dari sisi yang berlawanan dengan klem.

Langkah 5

Bersihkan dan buka jaringan ikat yang mengelilingi kapsul dengan menggosok – gosok pakai kasa steril untuk memaparkan ujung kapsul . Cara lain bila jaringan ikat tidak bisa dibuka dengan menggosok - gosok pakai kasa steril, dapat menggunakan scalpel.

Langkah 6

Setelah jaringan ikat yang mengelilingi kapsul terbuka, gunakan klem kedua untuk menjepit kapsul yang sudah terpapar. Lepaskan klem pertama dan cabut kapsul dengan klem kedua.

Langkah 7

Sisa kapsul lain yang “sulit dicabut”, dapat dicabut dengan menggunakan teknik yang sama. Bila perlu dapat ditambahkan lagi anestesi lokal untuk mencabut sisa kapsul.

Metode Pencabutan Teknik “Pop Out”

Pada tahun 1992, Darney , Klaisle dan Walker melaporkan metode pencabutan yang sederhana untuk mencabut beberapa atau seluruh kapsul. Metode ini tanpa menggunakan klem dan disebut teknik “Pop Out”. Teknik pencabutan ini dapat mengurangi rasa sakit maupun perdarahan dan biasanya luka insisi lebih kecil. Demikian juga trauma ataupun perdarahan di bawah kulit lebih sedikit dan jaringan parut yang terjadi lebih kecil bahkan sering tidak nampak. Teknik ini akan mengurangi risiko robek pada kapsul selama tindakan pencabutan. Satu – satunya kerugian dari teknik ini adalah pada waktu kapsul dipasang terlalu dalam. Untuk menggunakan teknik ini, raba tempat pencabutan secara hati – hati untuk menentukan dan menandai kapsul. Selanjutnya cuci tangan dan pakai sarung tangan steril atau DTT. Usap lengan dengan larutan antiseptik dan suntikkan obat anestesi lokal seperti yang telah diuraikan sebelumnya.

Langkah 1

Raba ujung – ujung kapsul di daerah dekat siku untuk memilih salah satu kapsul yang lokasinya terletak di tengah – tengah dan mempunyai jarak yang sama dengan ujung kapsul lainnya. Dorong ujung bagian atas kapsul (dekat bahu klien) yang telah dipilih tadi dengan menggunakan jari. Pada saat ujung bagian bawah kapsul (dekat siku) tampak jelas di bawah kulit, buat insisi (2-3 mm) di atas ujung kapsul dengan menggunakan skalpel.

Langkah 2

Lakukan penekanan dengan menggunakan ibu jari dan jari tangan lainnya pada ujung bagian bawah kapsul untuk membuat ujung kapsul tersebut berada di bawah tempat insisi.

Langkah 3

Masukkan ujung tajam skalpel ke dalam luka insisi sampai terasa menyentuh ujung kapsul . Bila perlu, potong jaringan ikat yang mengelilingi ujung kapsul sambil tetap memegang kapsul dengan ibu jari dan jari telunjuk.

Bila akan menggunakan skalpel untuk memotong jaringan ikat yang menutupi ujung bawah kapsul, harus hati – hati jangan sampai kapsul ikut terpotong.

Langkah 4

Tekan jaringan ikat yang sudah terpotong tadi dengan kedua ibu jari sehingga ujung bawah kapsul terpapar keluar.

Langkah 5

Tekan sedikit ujung atas kapsul (dekat bahu) sehingga kapsul muncul (*pop out*) pada luka insisi dan dengan mudah dapat dipegang dan dicabut.

Setelah kapsul pertama berhasil dicabut, kapsul berikutnya akan muncul dengan menggunakan teknik yang sama.

Untuk mengurangi resiko putusya kapsul, dorong kapsul dengan hati – hati. Gunakan penekanan seringan mungkin untuk memunculkan kapsul. Pada waktu mencabut kapsul yang sudah muncul tersebut juga harus hati – hati.

Kemungkinan tidak seluruh kapsul dapat dicabut dengan teknik ini. Bila menemui kapsul yang sulit dicabut dengan teknik ini, gunakan metode pencabutan yang lain.

Setelah semua kapsul berhasil dicabut, luka insisi ditutup dengan band aid atau kasa steril dan plester. Pembalut tekan biasanya tidak diperlukan karena teknik *pop out* ini tidak menyebabkan atau hanya sedikit merusak jaringan (subkutaneus) di tempat pencabutan.

PETUNJUK PENCABUTAN

Kapsul yang Sulit Dicabut

Kadang – kadang kapsul tidak bisa dicabut semuanya pada kunjungan pertama. Jangan paksakan untuk mencabut sisa kapsul yang sulit dicabut. Aturan yang umum adalah bila seluruh kapsul tidak bisa dicabut dalam waktu 20 sampai 30 menit atau klien tampak gelisah maka cara yang terbaik adalah menghentikan tindakan pencabutan, memulangkan klien dan meminta datang kembali bila luka insisi sudah benar – benar sembuh (sekitar empat sampai enam minggu). Biasanya kapsul yang tersisa tersebut akan teraba dan dapat dicabut pada kunjungan kedua.

Bila klien tidak ingin hamil, harus diberi metode kontrasepsi pengaman untuk dipakai selama menunggu pencabutan kapsul yang tersisa.

Kapsul yang Tidak Dapat Diraba

Ada 2 cara untuk menentukan lokasi kapsul yang dipasang terlalu dalam sehingga tidak bisa diraba dengan jari yaitu dengan sinar X dan *ultrasound*. Dengan menggunakan bahan *radiopaque* untuk memberi tanda pada tempat insisi, maka kapsul yang juga *radiopaque* biasanya dapat ditentukan dengan sinar X (pasang pada 50-55 kilovolts dan 4-5 miliamper, dengan waktu pemaparan 0,03 detik). Kedalamannya tidak dapat ditentukan dengan sinar X, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk memastikan lokasi kapsul.

Dengan *ultrasound*, bayangan yang ditimbulkan oleh kapsul dapat ditentukan (contohnya suatu bayangan dengan daerah yang tidak ada echo akan tampak di bawah masing – masing kapsul). Penyctelan khusus (posisi *probe ultrasound*) mungkin diperlukan untuk memusatkan gambar pada *ultrasound*.

Kapsul yang Putus

Pencabutan akan lebih sulit bila kapsul terputus pada waktu berusaha mengeluarkannya. Sekali kapsul putus, maka ada kemungkinan akan putus lagi setiap kali melakukan jepitan dengan klem. Kadang – kadang diperlukan insisi baru di ujung atas kapsul (dekat bahu) pada pencabutan kapsul yang sudah putus sehingga sisa kapsul tersebut dapat dicabut.

PEMASANGAN KEDUA

Bila klien ingin meneruskan memakai implan, maka satu set kapsul yang baru dapat segera dipasang setelah selesai pencabutan. Dari hasil pengamatan, tidak didapatkan perbedaan yang bermakna antara kadar LNG setelah pemasangan pertama dengan pemasangan kedua pada tempat yang sama maupun pada lengan yang lain.

- ❖ Kapsul yang baru dapat dipasang melalui insisi dan arah yang sama dengan yang terdahulu.
- ❖ Pilihan lain, kapsul dipasang dengan arah yang berlawanan. Saat memasang dengan arah yang berlawanan, pastikan kapsul tidak terpasang terlalu dekat dengan siku karena akan mengganggu gerakan siku.
- ❖ Insisi baru hanya dilakukan bila terlalu banyak jaringan ikat yang rusak pada tempat pemasangan pertama atau bila tidak ada tempat yang cukup antara tempat insisi dan lipatan siku.
- ❖ Bila pada tempat pencabutan tidak memungkinkan untuk dipasang lagi atau atas permintaan klien, maka pemasangan satu set kapsul yang baru dapat dilakukan pada lengan yang lain.

TINDAKAN SETELAH PENCABUTAN KAPSUL

Menutup Luka Insisi

- ❖ Bila klien tidak ingin pemakaian implan lagi, bersihkan tempat insisi dan sekitarnya dengan menggunakan kasa berantiseptik. Gunakan klem untuk memegang kedua tepi luka insisi selama 10 sampai 15 detik untuk mengurangi perdarahan dari luka insisi, kemudian dilanjutkan dengan membalut luka insisi.

- ❖ Dekatkan kedua tepi luka insisi kemudian tutup dengan *hand aid* (plester untuk luka ringan) atau kasa steril dan plester.

Luka insisi tidak perlu dijahit, karena mungkin dapat menimbulkan jaringan parut. Periksa kemungkinan adanya perdarahan.

INSTRUKSI KEPADA KLIEN UNTUK PERAWATAN LUKA DI RUMAH

- ❖ Beri tahu klien mungkin akan timbul memar, pembengkakan dan kulit kemerahan pada daerah pencabutan selama beberapa hari, keadaan ini normal.
- ❖ Jaga luka insisi tetap kering dan bersih paling sedikit selama 48 jam (dapat terjadi infeksi bila luka insisi basah pada waktu mandi)
- ❖ Bila memakai pembalut tekan jangan dibuka selama 48 jam dan *hand aid* boleh dibuka setelah luka insisi sembuh (biasanya 3 sampai 5 hari).
- ❖ Klien dapat segera melakukan pekerjaan rutin. Hindari benturan atau tekanan pada tempat insisi dan mengangkat beban yang berat.
- ❖ Setelah sembuh, luka insisi boleh dicuci dan disentuh dengan tekanan normal.
- ❖ Segera kembali ke klinik bila terdapat tanda – tanda infeksi seperti demam, radang (kemerahan dan panas) pada tempat insisi atau sakit di lengan selama beberapa hari.
- ❖ Beritahu klien kapan kembali ke klinik untuk perawatan tindak lanjut, bila diperlukan. Diskusikan apa yang harus dilakukan bila klien mengalami masalah. Jawab semua pertanyaan klien.
- ❖ Beritahu klien bahwa jaringan skat di lengan (alur bekas tempat kapsul) mungkin masih tetap terasa dan akan menghilang setelah beberapa bulan kemudian.

Lampiran 7: HASIL ANALISIS STATISTIK

Provider

Jenis kelamin * Kelompok Cross tabulation

			Kelompok		Total
			Tambaksari	Gubeng	
Jenis kelamin	Laki	Count	2	1	3
		% within Kelompok	8,3%	4,3%	6,4%
	Perempuan	Count	22	22	44
		% within Kelompok	91,7%	95,7%	93,6%
Total		Count	24	23	47
		% within Kelompok	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,312 ^a	1	,576		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,319	1	,572		
Fisher's Exact Test				1,000	,516
Linear-by-Linear Association	,306	1	,580		
N of Valid Cases	47				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,47.

T-Test

Group Statistics

Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
UMUR Tambaksari	24	47,1667	11,7646	2,4014
Gubeng	23	45,2174	10,7617	2,2440

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-Test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
UMUR	Equal variances assumed	,024	,877	,592	45	,557	1,9493	3,2930	-4,6635	8,5618
	Equal variances not assumed			,593	44,907	,556	1,9493	3,2807	-4,6708	8,5594

Pendidikan * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Tambaksari	Gubeng	
Pendidikan	Akademi Perawat	Count	2	3	5
		% within Kelompok	8,3%	13,0%	10,6%
	Sekolah Kebidanan	Count	10	7	17
		% within Kelompok	41,7%	30,4%	36,2%
	Akademi Kebidanan	Count	8	10	18
		% within Kelompok	33,3%	43,5%	36,3%
	Dokter	Count	4	3	7
		% within Kelompok	16,7%	13,0%	14,9%
Total		Count	24	23	47
		% within Kelompok	100,0%	100,0%	100,0%

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pendidikan	Tambaksari	24	23,92	574,00
	Gubeng	23	24,09	554,00
	Total	47		

Test Statistics^a

	Pendidikan
Mann-Whitney U	274,000
Wilcoxon W	574,000
Z	-,045
Asymp. Sig. (2-tailed)	,964

a. Grouping Variable: Kelompok

Tempat kerja * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Tambaksari	Gubeng	
Tempat kerja	RS	Count	6	3	9
		% within Kelompok	25,0%	13,0%	19,1%
	Puskesmas	Count	6	9	15
		% within Kelompok	25,0%	39,1%	31,9%
	Klinik	Count	12	11	23
		% within Kelompok	50,0%	47,8%	48,9%
Total		Count	24	23	47
		% within Kelompok	100,0%	100,0%	100,0%

Tempat kerja * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Tambaksari	Gubeng	
Tempat kerja	RS/Puskesmas	Count	12	12	24
		% within Kelompok	50,0%	52,2%	51,1%
	Klinik swasta	Count	12	11	23
		% within Kelompok	50,0%	47,8%	48,9%
Total	Count	24	23	47	
	% within Kelompok	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,022 ^b	1	,882		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,022	1	,882		
Fisher's Exact Test				1,000	,557
Linear-by-Linear Association	,022	1	,883		
N of Valid Cases	47				

^a Computed only for a 2x2 table

^b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,26.

Correlations

Correlations

		Pengalaman Pemasaran
Produk	Pearson Correlation	.777**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	47
Promosi	Pearson Correlation	.679**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	47
Harga	Pearson Correlation	.703**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	47
Tempat	Pearson Correlation	.441**
	Sig. (2-tailed)	.002
	N	47
Pengalaman pemasaran	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	47

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	TAHU1	51.3617	20.7002	47.0
2.	TAHU2	51.4894	21.9663	47.0
3.	TAHU3	54.8936	27.1767	47.0
4.	TAHU4	35.7447	16.6478	47.0

Statistics for	mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	193.4894	3303.1684	57.4732	4

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
TAHU1	142.1277	1862.3312	.5525	.3061
TAHU2	142.0000	2070.2174	.3754	.4536
TAHU3	138.5957	1844.4635	.3085	.5337
TAHU4	157.7447	2736.0638	.1665	.5956

Reliability Coefficients

N of Cases = 47,0

N of Items = 4

Alpha = ,5556

Correlations**Correlations**

		Sikap Pemasaran
Produk	Pearson Correlation	,409**
	Sig. (2-tailed)	,004
	N	47
Promosi iklan	Pearson Correlation	,581**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	47
Promosi brosur	Pearson Correlation	,626**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	47
Promosi Leaflet	Pearson Correlation	,609**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	47
Daftar Harga	Pearson Correlation	,570*
	Sig. (2-tailed)	,030
	N	47
Tempat	Pearson Correlation	,404
	Sig. (2-tailed)	,005
	N	47
Harga	Pearson Correlation	,684
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	47
Sikap Pemasaran	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	,
	N	47

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SIKAP1	76,6957	8,0829	47,0
2.	SIKAP2	74,1681	15,1885	47,0
3.	SIKAP3	75,0000	11,6563	47,0
4.	SIKAP4	73,4043	9,6181	47,0
5.	SIKAP5	55,8511	27,1933	47,0
6.	SIKAP6	84,8511	15,1858	47,0

**** Method 1 (square roots) will be used for this analysis ****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std. Dev.	Cases
1.	SIKAPA1	94,2839	15,5058	47,0
2.	SIKAPA2	91,4894	11,9744	47,0
3.	SIKAPA3	90,4255	13,3645	47,0

Statistics for	mean	Variance	Std. Dev.	N of Variables
SCALE	270,2129	1077,1277	32,8176	3

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SIKAPA1	181,9149	535,3839	,4197	,7991
SIKAPA2	178,7234	500,0740	,6360	,5314
SIKAPA3	179,7872	533,6594	,5927	,5612

Reliability Coefficients

N of Cases = 47,0 N of Items = 3

Alpha = ,7174

Correlations

Correlations

		Praktek Pemasangan/Pencabutan
Bulir 1	Pearson Correlation	,945*
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	44
Bulir 2	Pearson Correlation	,892*
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	43
Praktek Pemasangan/Pencabutan	Pearson Correlation	1,000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	43

** . Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed)

Reliability

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Output Klinik
N		18
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	5,0500
	Std. Deviation	7,0800
Most Extreme Differences	Absolute	,345
	Positive	,345
	Negative	-.284
Kolmogorov-Smirnov Z		1,504
Asymp. Sig. (2-tailed)		,022

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Output Klinik
N		23
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	7,7000
	Std. Deviation	5,8100
Most Extreme Differences	Absolute	,154
	Positive	,125
	Negative	-.154
Kolmogorov-Smirnov Z		,739
Asymp. Sig. (2-tailed)		,648

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

T-Test

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pengetahuan Pemasaran	Gubeng	23	174,2600	66,4300	13,8500
	Tambaksari	24	211,9200	40,7600	8,3200
Sikap Pemasaran	Gubeng	23	51904,00	60,7700	12,6700
	Tambaksari	24	500,0000	69,1800	14,1200
Praktek Pemasaran	Gubeng	22	216,4100	69,2300	14,7600
	Tambaksari	21	206,1900	33,3900	7,2900

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-Test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Pengetahuan Pemasaran	Equal variances assumed	10,329	,002	-3,354	45	,023	-37,8600	15,0000	-69,8600	-5,4300
	Equal variances not assumed			-2,730	36,225	,025	-37,8600	14,1900	-70,4700	-4,8900
Sikap Pemasaran	Equal variances assumed	340	,563	1,001	45	,323	19,0400	19,0700	19,2700	57,3600
	Equal variances not assumed			1,004	44,675	,321	19,0400	19,9700	-19,1700	57,3600
Praktek Pemasaran	Equal variances assumed	5,518	,024	812	41	,544	10,2200	16,7100	-23,5200	43,8600
	Equal variances not assumed			621	30,475	,439	10,2700	16,4900	23,8700	43,8100

T-Test

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pengetahuan Pemasangan /Pencabutan	Gubeng	23	175,0000	45,6500	9,5200
	Tambaksari	24	201,2500	68,0000	13,8800
Sikap Pemasangan /Pencabutan	Gubeng	23	277,1700	31,9000	6,8500
	Tambaksari	24	263,5400	32,9500	6,7300
Praktek Pemasangan	Gubeng	21	190,4800	43,6400	9,5200
	Tambaksari	23	185,6500	20,8500	4,3500

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-Test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Pengetahuan Pemasangan /Pencabutan	Equal variances assumed	4,073	,050	-1,547	45	,129	-26,2300	16,9700	-40,4300	7,9300
	Equal variances not assumed			-1,390	40,383	,171	-26,2300	18,8300	-40,7800	7,7600
Sikap Pemasangan /Pencabutan	Equal variances assumed	,402	,529	1,440	45	,157	-3,6300	9,4700	-5,4300	32,7000
	Equal variances not assumed			1,441	44,984	,157	-3,6300	9,4600	-5,4300	32,6900
Praktek Pemasangan /Pencabutan	Equal variances assumed	1,136	,290	-1,008	42	,313	-6,1800	10,1700	-25,8900	13,5300
	Equal variances not assumed			-1,434	20,085	,165	-6,1800	10,4700	-26,6300	16,7700

T-Test

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Output Klinik	Gubeng	19	5,0500	7,0800	1,8200
	Tambaksari	23	7,7000	5,8100	1,2400

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-Test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Output Klinik	Equal variances assumed	,581	,447	-1,329	40	,191	-2,6400	1,9600	-4,8800	1,5800
	Equal variances not assumed			-1,304	34,784	,201	-2,6400	2,0300	-4,7600	1,4700

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sikap Pemasangan /Pencabutan	Gubeng	23	26,78	616,00
	Tambaksari	24	21,33	512,00
	Total	47		
Praktek Pemasangan /Pencabutan	Gubeng	21	22,43	471,00
	Tambaksari	23	22,57	519,00
	Total	44		

Test Statistics^a

	Sikap Pemasangan/ Pencabutan	Praktek Pemasangan/ Pencabutan
Mann-Whitney U	212,000	240,000
Wilcoxon W	512,000	471,000
Z	-1,470	-,098
Asymp. Sig. (2-tailed)	,142	,922

a. Grouping Variable: Kelompok

Akseptor T-Test

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
UMUR	Tambaksari	30	31,9667	5,7023	1,0411
	Gubeng	23	30,4783	6,0368	1,2588
Jumlah anak yang dilahirkan	Tambaksari	30	2,2333	,8584	,1567
	Gubeng	23	2,3913	1,1575	,2414

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-Test for Equality of Means									
		F		Sig.		t		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
										Lower	Upper
UMUR	Equal variances assumed	,29	,711	918	,51	363	1,4884	1,0210	-1,7658	4,7827	
	Equal variances not assumed			915	,46047	367	1,4884	1,0335	-1,7998	4,7764	
Jumlah anak yang dilahirkan	Equal variances assumed	3,134	,083	-575	,51	571	-,1580	,2187	-1,1235	,7075	
	Equal variances not assumed			-549	,39177	586	-,1580	,2676	-,7400	4240	

Crosstab

			Kelompok		Total
			Tambaksari	Gubeng	
Penggunaan kontrasepsi sebelumnya	Pernah	Count	22	11	33
		% within Kelompok	73,3%	47,8%	62,3%
	Tidak pernah	Count	8	12	20
		% within Kelompok	26,7%	52,2%	37,7%
Total	Count	30	23	53	
	% within Kelompok	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,605 ^b	1	,058		
Continuity Correction ^a	2,601	1	,107		
Likelihood Ratio	3,618	1	,057		
Fisher's Exact Test				,087	,053
Linear-by-Linear Association	3,597	1	,060		
N of Valid Cases	53				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,68.

Crosstab

			Kelompok		Total
			Tambaksari	Gubeng	
Pendidikan terakhir	Tidak Sekolah	Count	1		1
		% within Kelompok	3,3%		1,9%
	SD dan sederajat	Count	5	6	11
		% within Kelompok	16,7%	26,1%	20,8%
	SLTP dan sederajat	Count	5	5	10
		% within Kelompok	16,7%	21,7%	18,9%
	SLTA dan sederajat	Count	17	9	26
		% within Kelompok	56,7%	39,1%	49,1%
	PT dan sederajat	Count	2	3	5
		% within Kelompok	6,7%	13,0%	9,4%
Total	Count	30	23	53	
	% within Kelompok	100,0%	100,0%	100,0%	

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pendidikan terakhir	Tambaksari	30	27,63	829,00
	Gubeng	23	26,17	602,00
	Total	53		

Test Statistics^a

	Pendidikan terakir
Mann-Whitney U	326,000
Wilcoxon W	602,000
Z	,366
Asymp. Sig. (2-tailed)	,714

a. Grouping Variable: Kelompok

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Kepuasan Akseptor
N		53
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	604,7200
	Std. Deviation	33,7700
Most Extreme Differences	Absolute	,296
	Positive	,236
	Negative	-,179
Kolmogorov-Smirnov Z		,715
Asymp. Sig. (2-tailed)		,006

a. Test distribution is Normal.
 b. Calculated from data.

NPar Tests
Kelurahan Gubeng

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Kepuasan Akseptor
N		23
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	602,1700
	Std. Deviation	34,4700
Most Extreme Differences	Absolute	,308
	Positive	,308
	Negative	-,172
Kolmogorov-Smirnov Z		1,476
Asymp. Sig. (2-tailed)		,026

a. Test distribution is Normal.
 b. Calculated from data.

NPar Tests
Kelurahan Tambaksari

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Kepuasan Akseptor
N		30
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	606,6700
	Std. Deviation	32,7800
Most Extreme Differences	Absolute	,219
	Positive	,181
	Negative	-,219
Kolmogorov-Smirnov Z		1,202
Asymp. Sig. (2-tailed)		,111

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Correlations



Correlations

		Kepuasan Akseptor
Butir 1	Pearson Correlation	.316
	Sig. (2-tailed)	.021
	N	53
Butir 2	Pearson Correlation	.470**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	53
Butir 3	Pearson Correlation	.421*
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	53
Butir 4	Pearson Correlation	.501**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	53
Butir 5	Pearson Correlation	.555**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	53
Butir 6	Pearson Correlation	.538**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	53
Butir 7	Pearson Correlation	.247
	Sig. (2-tailed)	.074
	N	53
Butir 8	Pearson Correlation	.365*
	Sig. (2-tailed)	.007
	N	53
Kepuasan Akseptor	Pearson Correlation	1.000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	53

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P0AS1	74.0566	8.4385	53.0
2.	P0AS2	80.6604	10.5629	53.0
3.	P0AS3	80.1887	10.2358	53.0
4.	P0AS4	76.8868	6.6670	53.0
5.	P0AS5	76.8868	6.6670	53.0
6.	P0AS6	80.6604	10.5629	53.0
7.	P0AS8	71.2264	11.3893	53.0
Statistics for SCALE				N of Variables
		Mean	Variance	Std Dev
		540.5660	1135.2504	33.6935
				7

Item-total Statistics:

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PUAS1	466.5094	984.2163	.1508	.5336
PUAS2	459.9057	849.5102	.2829	.4850
PUAS3	460.3774	875.8164	.2553	.4972
PUAS4	463.6792	951.1067	.3397	.4767
PUAS5	462.6792	927.0682	.4034	.4579
PUAS6	459.9057	801.4332	.3716	.4421
PUAS8	469.3396	904.8440	.3469	.5525

Reliability Coefficients

N of Cases = 53.0 N of Items = 7
Alpha = .5318

T-Test

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Kepuasan Akseptor	Gubeng	23	502,1700	34,4700	7,1800
	Tambaksari	30	506,6700	32,7800	5,9900

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	F-Test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Kepuasan Akseptor	Equal variances assumed	.971	.391	.486	51	.631	-4.4900	9.2900	-23.1400	14.1600
	Equal variances not assumed			.490	46,227	.633	-4.4900	9.2900	-23.3200	14.3300

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kepuasan Akseptor	Gubeng	23	24,48	563,00
	Tambaksari	30	28,93	688,00
	Total	53		

Test Statistics^a

	Kepuasan Akseptor
Mann-Whitney U	287,000
Wilcoxon W	563,000
Z	1,088
Asymp. Sig. (2-tailed)	.277

^a Grouping Variable: Kelompok



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
ADLN - Perpustakaan Unair
BADAN KESATUAN BANGSA DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Jaksa Agung Suprpto No. 2 & 4 Telp.031 - 5473284, 5343000
SURABAYA - 60272

SURAT KETERANGAN

Untuk melakukan Survey / Research
Nomor : 072/33/S/1436.5.3/2004

- MEMBACA** : SURAT DAR: : UNIV. AIRLANGGA SURABAYA
NOMOR : 7540 / JO3.4 / PP / 2004
TANGGAL : 1 Desember 2004
PERIHAL : Ijin Melaksanakan Penelitian
- MENGINGAT** : 1. Undang-Undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah
2. Perda Nomor 24 tahun 2001 tentang Pembentukan Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya
3. Keputusan Walikota Surabaya Nomor 59 tahun 2001 tentang Tupoksi Bakesbang & Linmas Kota Surabaya
4. Surat Kadit Sospol Prop. Dati I Jatim Nomor : 300 / 1885 / 303 / 1999 tentang Proses perijinan, Survey, KKN, PKL, dan sejenisnya di Jatim.

Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan Riset / Pengabdian Masyarakat oleh :

Nama : SUJANTO, Drs. M. Kes
Alamat : Jl. Kenanga 102 Cilandak, Jakarta
Pekerjaan : Mahasiswa
Tema / Acara Survey / Riset : MODEL PELATIHAN PEMASARAN DAN PEMASANGAN / PENCABUTAN ALAT OBAT KONTRASEPSI SUSUK KB (IMPLANT) DI KLINIK KB SWASTA DI PERKOTAAN

Daerah / tempat dilakukan survey : KOTA SURABAYA (Dinas Kesehatan, Kecamatan Tambaksari, Kecamatan Gubeng)

Lamanya Survey : 3 (tiga) bulan, TMT surat dikeluarkan

Pengikut :

Syarat - syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus menaati ketentuan / peraturan yang berlaku dimana dilakukan kegiatan Survey / Riset / Penelitian.
2. Dilarang menggunakan Questionare diluar desigh yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan, sebelum dan sesudah melakukan Survey / Research / Kegiatan harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya pada Dinas / Instansi yang bersangkutan.
4. Surat Keterangan ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak mematuhi syarat - syarat serta ketentuan - ketentuan seperti tersebut di atas.

Surabaya,

08 DEC 2004
an. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KOTA SURABAYA

Kepala Bidang Pengendalian Penerbitan
dan Pengkajian SDM



Dis. P. M. SUMARDI, MM
Pembina
Nip. 510 102 646

Tembusan : Kepada Yth.

1. Sdr. Gubernur Prop. Jawa Timur
Up. Ka Bakesbang Jatim
2. Sdr. Ka Dinas Kesehatan Kota Surabaya
3. Sdr. Camat Tambaksari
4. Sdr. Camat Gubeng
5. Sdr. Direktur Prog. Pasca sarjana UNAIR
Surabaya



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
KECAMATAN TAMBAKSARI

Jl. Mendut 7, Telp. (031) 5032003
SURABAYA - 60131

Surabaya, 8 Desember 2004

Nomor : 072/ 436.7.5/2004
Sifat : -
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Survey /
Research

Kepada :
Yth.Sdr.Pengawas PLKB
Kec.Tambaksari
di-
SURABAYA

Berdasarkan Surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya tanggal 8 Desember 2004 No.072/3318/436.5.3/2004 perihal pada pokok surat, maka bersama ini memberikan ijin kepada :

Nama : SUJANTO, Drs. M. Kes
Alamat : Jl. Kenanga 102 Cilandak, Jakarta
Pekerjaan : Mahasiswa
Pengikut :

Untuk melakukan Survey/Research dengan Thema "MODEL PELATIHAN PEMASARAN DAN PEMASANGAN / PENCABUTAN ALAT OBAT KONTRASEPSI SUSUK KB (IMPLANT) DI KLINIK KB SWASTA DI PERKOTAAN" di unit kerja Saudara selama 3 (tiga) bulan terhitung mulai tanggal surat dikeluarkan.

Adapun syarat-syarat/ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/peraturan-peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/research.
2. Yang bersangkutan sesudah melakukan survey/research harap melaporkan hasil pelaksanaannya.
3. Memberikan laporan hasil survey/research dimaksud kepada pihak Kecamatan.

Demikian untuk menjadi maklum.

Tembusan :
Yth.1.Sdr.Ka.Bakesbang dan Linmas;
2.Sdr.Ka.Bag.Pemerintahan
Kota Surabaya.
3.Sdr.Direktur Prog.Pascasarjana
UNAIR Surabaya

Ditandatangani oleh Sdr.Sujanto Drs. M. Kes Model pelatihan pemasaran, pemasangan ...

PEMERINTAH KOTA SURABAYA
KECAMATAN TAMBAKSARI
Drs. H. HARI SETYOWIDODO, MM
Penata Tk.I
NIP. 010 209 256

Sujanto