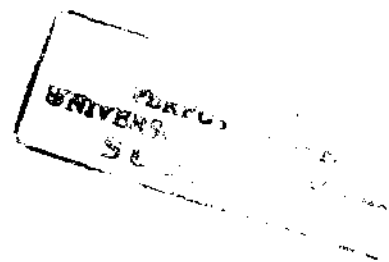


BAB 1

PENDAHULUAN



1.1. Latar Belakang Masalah

Fokus utama pembangunan kesehatan pada PJP II ialah pembangunan kualitas sumber daya manusia, asumsi dasar dari pendekatan pembangunan ini ialah peranan sumber daya manusia terhadap pembangunan sangat besar sebab tanpa upaya pengembangan sumber daya manusia dan kualitas penduduknya suatu negara tidak mungkin akan mampu mencapai tingkat perkembangan setinggi yang dicapai oleh negara-negara maju (Effendi, 1990). Selama PJP I, pembangunan kesehatan diakui telah menunjukkan hasil yang mengesankan, seiring dengan hasil yang telah dicapai di sektor pembangunan kesehatan tersebut, salah satu isu utama di bidang kesehatan yang belum terpecahkan ialah pemerataan pelayanan kesehatan, dimana pelayanan kesehatan yang belum terjangkau masyarakat yang berpenghasilan rendah, baik yang ada di perkotaan maupun yang ada di pedesaan atau dengan kata lain, masih rendahnya akses masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan (Syarief, 1997). Sehingga tidak dapat disangkal bahwa pemerintah ingin tetap mempertahankan serta meningkatkan derajat kesehatan seperti yang dicapai pada PJP I. Sehingga dapat dikatakan bahwa berbagai kebijakan pembangunan kesehatan yang dilakukan mempunyai hubungan yang positif dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia.

Indikator derajat kesehatan penduduk, di samping dipengaruhi oleh angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), kesehatan ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas, serta kesehatan bayi dan balita, dapat juga dipengaruhi oleh faktor lain, yakni penolong persalinan (Biro Pusat Statistik, 1997). Data komposisi

penolong persalinan dapat dijadikan indikator kesehatan terutama dalam hubungannya dengan tingkat kesehatan ibu dan anak serta pelayanan kesehatan umumnya, karena persalinan yang ditolong oleh tenaga medis seperti dokter dan bidan dapat dianggap lebih baik dari yang ditolong oleh dukun, atau anggota keluarga lainnya. Oleh karena itu kebijakan pemerintah, dalam kaitannya dengan upaya pemerataan pelayanan kesehatan, dilaksanakan dengan penempatan tenaga kesehatan, karena tanpa dukungan tenaga kesehatan dalam jenis dan jumlah yang memadai, upaya pemerataan pelayanan kesehatan tidak akan berhasil mencapai sasaran (Hidayat, 1994). Untuk menunjang pelayanan program KIA tersebut khususnya dalam pertolongan persalinan, pemerintah telah mengeluarkan peraturan yang berupa Keputusan Presiden RI. Nomor 23 Tahun 1994 tentang Pengangkatan Bidan sebagai Pegawai Tidak Tetap (Bidan PTT) yang akan ditempatkan di desa-desa karena masih tingginya AKI dan AKB yang disebabkan jangkauan pelayanan kesehatan yang masih terbatas, di samping kesadaran dan kemampuan masyarakat termasuk ibu masih rendah. Adapun yang menjadi tujuan umum penempatan bidan di desa (selanjutnya dalam tulisan ini, terminologi bidan PTT dan bidan di desa menggunakan singkatan BDD = bidan di desa) ialah untuk meningkatkan mutu dan pemerataan jangkauan pelayanan kesehatan dalam rangka menurunkan AKI dan AKB, dan angka kelahiran, yang didukung oleh meningkatnya kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat (Departemen Kesehatan RI., 1998).

Mengingat tujuan penempatan BDD tersebut, maka beban kerja BDD yang berkaitan dengan tugas pokok dan fungsinya dalam pelaksanaan program KIA dan KB sangat banyak. Beban kerja yang sudah sangat banyak dalam pelaksanaan program KIA dan KB ini, masih ditambah lagi dengan pekerjaan lain yang harus

dikerjakan oleh BDD, yakni program Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK), sehingga akan mempengaruhi kinerjanya. Dengan beban kerja yang sangat banyak, seorang BDD harus mempunyai kinerja yang optimal, kinerja yang optimal bisa tercapai bila ia mempunyai keterampilan dan motivasi (Timpe, 1992). Feldman dan Arnold (dalam Sunuharyo, 1995) menegaskan bahwa kinerja merupakan perpaduan antara motivasi yang ada pada diri seseorang dan kemampuannya dalam melaksanakan suatu pekerjaan. Jadi ada dua hal penting yang terdapat pada pribadi BDD yang diperlukan untuk mencapai kinerja yang optimal, yaitu motivasi dan kemampuan, sehingga adakalanya seseorang mempunyai kemampuan kerja yang tinggi akan tetapi motivasi kerjanya rendah, sehingga kinerjanya tidak sesuai dengan yang diharapkan oleh organisasi. Kimball Young membatasi arti motivasi sebagai “... *the process of arousing action, sustaining the activity in progress, and regulating the pattern of activity.*” (dalam Ndraha, 1982). Sehingga dapat dikatakan bahwa motivasi sebagai proses yang mendorong seseorang, yang mengaktifkan, menggerakkan dan mengatur aktivitas kerja yang akhirnya akan mempengaruhi kinerjanya. Atau dengan kata lain seperti yang ditegaskan oleh Locke (dalam Winarto, 1992) bahwa motivasi berpengaruh besar terhadap kinerja bila dibandingkan dengan faktor penyebab lainnya, hal tersebut disebabkan karena motivasi kerja merupakan reaksi afektif (perasaan) individu atas berbagai aktivitas organisasi dan manajerial. Faktor lain yang juga berpengaruh terhadap motivasi dan kinerja ialah pemberdayaan (Tjiptono, 2000). Sementara itu oleh Nisjar (1995) dikatakan bahwa pemberdayaan sumber daya manusia dapat dilakukan melalui pendelegasian wewenang (pemberian wewenang) sehingga diharapkan sumber daya manusia lebih fleksibel, efektif, inovatif, kreatif,

dan mempunyai etos kerja tinggi, yang pada akhirnya produktivitas menjadi meningkat. Di lain pihak Sedarmayanti menyatakan konsep pemberdayaan merupakan suatu pandangan baru yang mencuat ke permukaan untuk meningkatkan motivasi dan kinerja karyawan. Melalui konsep ini, karyawan disertai wewenang dan tanggung jawab yang lebih besar dalam pengambilan keputusan, dan dengan pemberdayaan diharapkan kinerjanya akan meningkat (Sedarmayanti, 1999).

Dengan merujuk bahwa pemberdayaan berpengaruh terhadap motivasi kerja dan kinerja pegawai, data berikut ini akan menggambarkan bagaimana kinerja tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Seperti yang diinformasikan dalam Profil Kesehatan Indonesia, diungkapkan bahwa cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan secara nasional pada tahun 1996 adalah 58,02% dengan kisaran antara 24,55% di Propinsi Irian Jaya dan 89,50% di Propinsi Bali. Cakupan ini sudah memenuhi sasaran bila dibandingkan dengan sasaran Pelita VI 1996/1997 yaitu 50%. Sedangkan untuk Propinsi Jawa Timur, cakupannya ialah sebesar 56,45% (Departemen Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia 1997). Selanjutnya, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan secara nasional pada tahun 1997 adalah 59,06% dengan kisaran antara 30,39% di Propinsi Irian Jaya dan 98,96% di Propinsi Bali. Cakupan ini sudah memenuhi sasaran bila dibandingkan dengan sasaran Pelita VI 1997/1998 yaitu 55%. Sedangkan untuk Propinsi Jawa Timur, cakupannya ialah sebesar 58,14% (Departemen Kesehatan RI., 1998c). Secara lebih khusus proporsi persalinan menurut tenaga penolong tahun 1994 – 1997 dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini.

Tabel 1.1 Proporsi Persalinan Menurut Tenaga Penolong Tahun 1994 – 1997

No	Tenaga Penolong Persalinan	1994 (%)	1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)
1.	Dokter	6,5	6,2	6,8	7,24
2.	Bidan	35,4	38,3	41,3	45,03
3.	Tenaga Medis Lain	1,7	1,6	1,8	1,6
4.	Dukun	53,9	51,3	47,3	44
5.	Keluarga	2	1,8	2,1	1,67
6.	Lain-lain	0,6	0,8	0,6	0,46

Sumber: Profil Kesehatan Indonesia 1998.

Pada tabel 1.1. di atas, terlihat ada kecenderungan kenaikan persentase pertolongan persalinan yang dilakukan oleh bidan, sedangkan pada dukun bayi terjadi penurunan. Sementara pertolongan persalinan yang dilakukan oleh tenaga medis lain, dokter dan lain-lain angkanya berfluktuasi.

Untuk Propinsi Jawa Timur oleh Seksi KIA & KB - Dinas Kesehatan Daerah Propinsi Jawa Timur (1999) mengacu pada: (a) tujuan pembangunan kesehatan sebagaimana tertuang pada Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 yaitu meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal; (b) arah pembangunan Pelita VII yang meningkatkan kualitas sumberdaya manusia; (c) dan adanya kesepakatan global pembangunan kesehatan pada umumnya dan kesehatan keluarga pada khususnya untuk menurunkan AKI. Berbagai upaya telah dilakukan sejak tahun 1995 berupa kegiatan inovatif yang mempunyai daya ungkit besar dalam mempercepat penurunan AKI, Bayi, Anak Balita, Angka Kelahiran, Angka Kesakitan dan peningkatan Umur Harapan Hidup dalam rangka mewujudkan sumberdaya manusia yang berkualitas, maju dan mandiri.

Dalam sasaran operasional program KIA & KB tahun 1998 di Jawa Timur ditetapkan target pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan minimal 80%,

laporan tahun 1999 Dinas Kesehatan Daerah Propinsi Jawa Timur tentang pelaksanaan program KIA tahun 1998 diungkapkan bahwa pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 75,21%. Walaupun ada peningkatan sebesar 3,7% dibandingkan tahun 1997 (71,51%) dan adanya penambahan tenaga BDD sebanyak 360 orang, akan tetapi cakupan ini belum mencapai target 80% dari jumlah kelahiran. Dari uraian data tersebut dapat dikatakan bahwa kinerja tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan pertolongan persalinan masih belum optimal dan kurang optimalnya kinerja tersebut, dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti yang diungkit dari beberapa hasil penelitian berikut ini:

- 1) Penelitian yang dilakukan oleh Tinuk Istiarti di Kabupaten Semarang pada tahun 1996 dinyatakan bahwa hanya 25% responden yang diteliti menggunakan BDD untuk perawatan kehamilan dan untuk persalinan hanya 16% yang meminta pertolongan persalinan kepada BDD (Istiarti, 1996).
- 2) Penelitian yang dilakukan KR. Sugijono dkk., tentang evaluasi penempatan BDD di Kabupaten Lombok Timur dan Kabupaten Malang mengungkapkan bahwa pengetahuan dan pendidikan berpengaruh terhadap kinerja BDD (Sugijono, dkk., 1992). Penelitian lain yang dilakukan di Jawa Timur tahun 1992 menunjukkan bahwa kinerja BDD yang dilihat pada lama (betah tidaknya) seorang bidan bekerja di pedesaan menunjukkan bahwa 48,8% menyatakan tidak kerasan, karena: transportasi/komunikasi yang sulit; penghasilan yang kurang; kurangnya kepedulian perangkat desa; dan keadaan lingkungan yang sulit (Rihadi, S., 1992).
- 3) Penelitian di empat Kabupaten di Jawa Timur oleh Sukanto pada tahun 1993, menunjukkan bahwa pemeriksaan ibu hamil oleh BDD pada Polindes relatif

rendah, yakni 10%, sedangkan untuk pengobatan lebih dari 50%, hal ini menunjukkan bahwa misi KIA oleh BDD kurang dilaksanakan, dan lebih mengutamakan misi pengobatan (dalam Ristrini, 1994).

- 4) Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Ristrini yang mengkaji pengaruh faktor individu BDD (yakni umur; jumlah tanggungan keluarga; dan lama tugas), keberadaan sarana kesehatan (yakni jumlah dukun bayi dan jumlah tenaga kesehatan yang ada di desa) terhadap motivasi kerja BDD menunjukkan bahwa umur; lama tugas di desa; dan jumlah tenaga kesehatan, berkorelasi secara signifikan dengan motivasi kerja dan kinerja BDD (Ristrini, 1994).

Beberapa faktor yang disebutkan di atas yang diungkapkan dari beberapa hasil penelitian tersebut sangat berpengaruh terhadap kinerja tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Dan kurang optimalnya kinerja Bidan di Desa dalam memberikan pelayanan pertolongan persalinan juga akan berpengaruh terhadap kepuasan konsumen, walaupun beberapa hasil penelitian berikut ini mengungkapkan bahwa kinerja tenaga kesehatan yang diteliti dinyatakan memuaskan konsumen, seperti:

- 1) Hesti dan Lukman (1997) yang melakukan penelitian tentang “Kepuasan Penderita Terhadap pelayanan Rawat Jalan – Radiologi dan Laboratorium di RSUD dr. Saiful Anwar Malang”, dalam kesimpulan hasil penelitiannya dinyatakan bahwa kepuasan penderita terhadap pelayanan yang diukur dengan kualitas pelayanan jasa mengungkapkan bahwa 72.4% responden menyatakan puas dan 27.6% tidak puas terhadap pelayanan yang diterima.
- 2) Suhartatik (2000) yang meneliti tentang “Evaluasi Kinerja Instalasi Rawat Jalan Dengan Rerangka Balanced Scorecard Di RSUD Kepanjen” mengungkapkan

bahwa kualitas pelayanan sudah baik, di mana responden yang diteliti merasa sangat puas 5.83%, Puas 47,53%, Cukup Puas 26.19%, Tidak Puas 3.88%, dan Sangat Tidak Puas 0.97%.

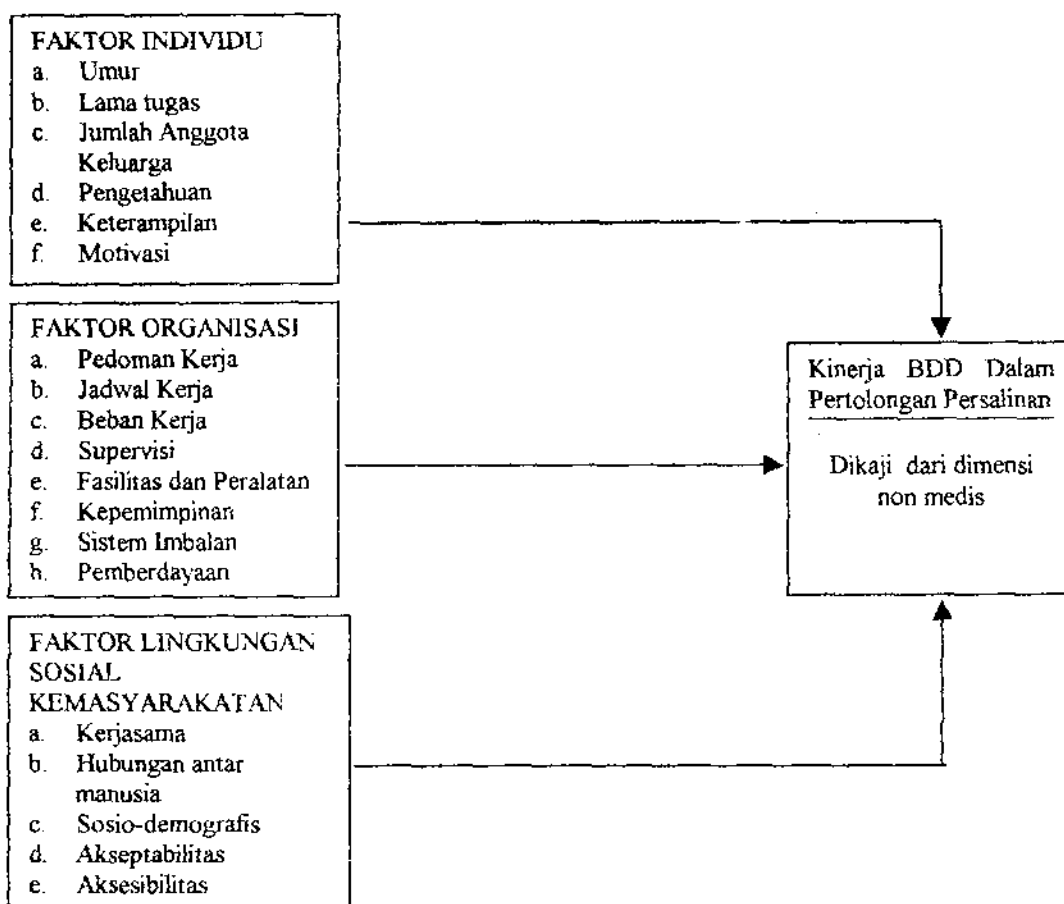
- 3) Demikian juga penelitian Bayu Wijanarko (2000) yang meneliti tentang “Pengaruh Kualitas Layanan Terhadap Kepuasan Pelanggan RSUD Dr. Sutomo” dengan menggunakan indikator *Tangible, Reliability, Responsiveness, Assurance* dan *Empathy*, mengungkapkan bahwa kualitas pelayanan mempunyai pengaruh yang positif terhadap kepuasan pasien, yakni 92% kepuasan pasien dapat dijelaskan oleh pelayanan yang diberikan oleh RSUD Dr. Sutomo Surabaya.
- 4) Penelitian disertasi yang dilakukan oleh Damayanti (2000), yang mengukur sepuluh (10) dimensi kualitas pelayanan jasa PZB, mengungkapkan bahwa kepuasan pasien terhadap kinerja perawat dimensi yang sangat memuaskan pasien ialah dimensi *reliability* dan yang paling tidak memuaskan bagi pasien ialah dimensi *communication*.

Kepuasan pasien yang diungkapkan di atas meneliti kualitas pelayanan jasa, yang dilakukan di Rumah Sakit, sementara penelitian ini akan mengkaji kepuasan pasien atas kualitas pelayanan jasa yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam lingkup yang lebih spesifik, yakni pelayanan pertolongan persalinan yang dilakukan oleh BDD. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Malang, dengan pertimbangan: (1) bahwa pertolongan persalinan masih di bawah 80% dari jumlah sasaran pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan; (2) bahwa jumlah perkiraan persalinan adalah sebesar 46.413 yang terbesar dari semua kabupaten yang ada di Propinsi Jawa Timur; (3) sedangkan pertimbangan lainnya ialah akses peneliti untuk menjangkau lokasi tersebut sesuai dengan waktu, biaya dan tenaga.

Mengacu pada pertolongan persalinan yang belum mencapai sasaran minimal 80%, maka masalah dalam penelitian ini ialah **“bahwa kinerja Bidan di Desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Malang belum optimal”**.

1.2 Identifikasi Masalah

Secara teoritis beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja BDD dalam pertolongan persalinan dapat disimak dari skema pada gambar 1 pada halaman berikut ini.



Gambar 1.1. Skema beberapa faktor yang mempengaruhi Kinerja BDD Dalam Pertolongan Persalinan (dimodifikasi dari TL. Hall dan Mejia, 1978; Kopelman, 1988; Ali Gufron Mukti, 1996; Muchlas, 1997; Sedarmayanti, 1999)

Skema faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja seperti pada gambar 1 tersebut dapat dijelaskan pada uraian berikut ini.

1.2.1 Faktor Karakteristik Individu

- a. **Umur.** Menurut Gilmer (1981), kemampuan seseorang, baik fisik maupun mental tidak bisa dipisahkan dari faktor umur. Semakin lanjut usia seseorang, semakin berkurang pula kekuatan jasmaninya, kelemahan ini dapat diimbangi oleh pengalaman (masa kerja) yang lebih banyak. Davis dan Newstrom (1990) mengemukakan karyawan yang telah senior, cenderung puas dengan pekerjaan mereka dan mereka lebih mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan berdasarkan pengalaman. Hubungan umur dengan produktivitas yaitu bahwa produktivitas seorang karyawan akan menurun disebabkan bertambahnya umur, karena ketrampilan fisik seperti kecepatan, kelenturan, kekuatan, dan koordinasi akan menurun. Namun produktivitas karyawan yang sudah tua dan lama bekerja bisa mengalami peningkatan karena pengalaman dan lebih bijaksana dalam pengambilan keputusan (Muchlas, 1997).
- b. **Lama Tugas.** Semakin lama seseorang bekerja, maka pengalaman dan keterampilannya dalam bekerja akan semakin banyak, yang pada akhirnya akan memberikan kinerja pelayanan yang baik pada masyarakat. Oleh Davis dan Newstrom (1990) dikemukakan bahwa karyawan yang telah senior (lama bertugas) cenderung untuk puas dengan pekerjaan mereka, serta mereka telah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan berdasarkan pengalaman selama mereka bekerja, sehingga kinerjanya bisa menurun.
- c. **Jumlah Anggota Keluarga.** Seseorang yang bekerja (baik yang telah menikah dan maupun yang belum menikah) mempunyai tujuan untuk memenuhi berbagai macam kebutuhan, di samping untuk memenuhi kebutuhannya seringkali juga terbebani untuk pemenuhan kebutuhan orang lain yang menjadi

- tanggungannya. Hal tersebut akan menambah beban dan tanggung jawab sehingga aktivitas untuk bekerja akan lebih terdorong lagi, untuk memperoleh biaya guna memenuhi kebutuhannya, sehingga akan mempengaruhi kinerjanya.
- d. **Pengetahuan.** Menurut Boyett dan Conn (1995), sebagai salah satu faktor internal, pengetahuan mempengaruhi kinerja. Pendapat lain yang dikemukakan oleh Schultz (1970), ialah bahwa pengetahuan mempengaruhi semangat kerja karyawan, dengan demikian pengetahuan petugas yang rendah akan menyebabkan kinerja yang rendah. Hasil penelitian Ali Gufron Mukti mengungkapkan bahwa pendidikan formal BDD berpengaruh terhadap kinerjanya (1996).
- e. **Keterampilan.** Kemampuan kerja seseorang sebagai kapasitas untuk mengerjakan berbagai aktivitas kerja pada hakekatnya terdiri dari kemampuan intelektual dan kemampuan fisik, sehingga akan mempengaruhi kinerjanya. Demikian pula halnya dengan keterampilan kerja, baik yang diperoleh melalui pendidikan formal, maupun pelatihan serta pengalaman, akan mempengaruhinya dalam melakukan aktivitas pekerjaannya. Semakin terampil seseorang melakukan pekerjaannya maka akan semakin baik pula hasil kerjanya.
- f. **Motivasi Kerja.** Motivasi adalah keinginan yang terdapat pada seseorang yang merangsangnya untuk melakukan beraktivitas (Moekijat, 1984; dan Siagian, 1995). Motivasi timbul karena berbagai kebutuhan, bila kebutuhan itu terpenuhi, maka seorang pegawai akan bekerja dengan senang hati dan penuh tanggung jawab.

1.2.2 Faktor Karakteristik Organisasi

- a. **Pedoman kerja.** Dalam pelaksanaan aktivitas kerjanya BDD telah memiliki Buku Pedoman Kerja Bidan Di Desa, dengan pedoman kerja yang ada, jika BDD tidak dapat melaksanakan aktivitasnya sesuai pedoman kerja, misalnya pencatatan dan pelaporan yang tidak baik akan mempengaruhi kinerja petugas tersebut.
- b. **Jadwal kerja.** Jadwal kerja akan mempengaruhi kinerja petugas hal ini meliputi: ada tidaknya jadwal kerja yang jelas, sejauh mana jadwal tersebut ditepati. Dimana semakin banyak jadwal kerja yang tidak ditepati petugas akan berdampak pada kinerja yang rendah.
- c. **Beban kerja.** Beban kerja adalah keseluruhan waktu yang dipakai atau jumlah aktivitas yang dilakukan. Jika beban kerja berlebihan akan berpengaruh terhadap kinerja dan mutu pekerjaannya (Groenegen dan Hutten, 1991).
- d. **Sistem imbalan.** Sistem imbalan adalah pemberian material maupun non material dari negara sesuai dengan peraturan yang berlaku, yang besarnya sesuai dengan kategori yang telah ditetapkan dalam peraturan yang mengatur tentang bidan PTT, seperti, daerah terpencil, sangat terpencil dan di sekitar perkotaan
- e. **Fasilitas dan Peralatan.** Fasilitas dan peralatan sangat menunjang dalam pelaksanaan kerja. Sehingga jika fasilitas dan peralatan cukup dari kuantitas dan kualitas maka kinerja BDD Puskesmas juga akan baik.
- f. **Supervisi.** Supervisi merupakan suatu aktivitas pengawasan dan pembinaan yang dilakukan dalam pelaksanaan kerja BDD agar pelaksanaan pekerjaan berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya, di samping untuk mengetahui secara langsung pelaksanaan pelayanan dan kesulitan yang

dihadapai BDD dalam memberikan pelayanan kesehatan dan pertolongan persalinan. Jika supervisi dilakukan dengan baik, maka pelaksanaan pelayanan dapat dilakukan dengan baik dan pada akhirnya akan menentukan kinerja BDD (Departemen Kesehatan RI., 1998).

- g. **Kepemimpinan.** Gaya kepemimpinan sebagai suatu proses untuk menggerakkan pegawai untuk melaksanakan pekerjaan agar tercapai tujuan organisasi, dapat mendorong para pegawai untuk melakukan aktivitas kerja yang terbaik yang akhirnya mempengaruhi motivasi dan kinerjanya (Siagian, 1995)
- h. **Pemberdayaan.** Meminjam pernyataan Fandi Tjiptono, BDD sebagai bagian dari organisasi pelayanan kesehatan, pada kenyataannya masih dieksploitasi dan tidak diberikan peluang kepada mereka untuk berkembang dan berprestasi secara optimal. Akibatnya semangat dan moral kerja sangat rendah, produktivitas rendah, bersikap apatis, dan ketidakpuasan sebagai bagian dari organisasi akan muncul (Tjiptono, 2000). Adapun cara untuk mengubah situasi tersebut berdasarkan berbagai hasil penelitian intensif yang dilakukan oleh pakar psikologi dan manajemen seperti Bass, 1994; Conger, 1989; Ford dan Fottler, 1995; Stamatis, 1996 dan Wren, 1995 dikemukakan solusinya berupa *empowerment* atau pemberdayaan (Tjiptono, 2000). Secara konseptual, pemberdayaan adalah upaya memberikan otonomi, wewenang dan kepercayaan kepada setiap individu dalam suatu organisasi, serta mendorong mereka untuk kreatif. Sehingga individu tersebut mendapat keleluasaan dalam mengambil tindakan dan keputusan yang tepat dalam menjalankan tugas.

1.2.3 Faktor Lingkungan Sosial Kemasyarakatan

- a. **Kerjasama.** Kerjasama antara karyawan dalam suatu organisasi akan membantu dalam melaksanakan pekerjaan yang sangat menentukan keberhasilan seorang karyawan menyelesaikan pekerjaannya yang pada akhirnya akan mempengaruhi kinerja karyawan
- b. **Hubungan antar manusia.** Hubungan antara manusia yang dimaksudkan di sini ialah interaksi BDD dengan lingkungan sosial kemasyarakatan. Interaksi seperti yang dilakukan melalui Posyandu maupun kader kesehatan akan banyak membantu dalam pelaksanaan aktivitas kerja pokok dari BDD tersebut. Dengan interaksi tersebut, akan dapat mempengaruhi motivasi kerja BDD yang pada akhirnya akan berpengaruh terhadap kinerjanya.
- c. **Sosio-demografis.** Kondisi sosio demografis masyarakat, seperti penerimaan masyarakat, dukungan dari pemerintah desa dan kerjasama dengan dukun bayi yang ada di desa tersebut yang dapat mempengaruhi kinerja BDD (Mukti, 1996).
- d. **Akseptabilitas.** Akseptabilitas di sini ialah ketersediaan pelayanan kesehatan, seperti Polindes dan Pos Obat Desa akan mempengaruhi kinerja BDD (Mukti, 1996).
- e. **Aksesibilitas.** Aksesibilitas yang berarti kemudahan, kecepatan dan kemurahan dari masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dan pertolongan persalinan akan mempengaruhi kinerja BDD (Istiarti, 1996; Mukti, 1996).

1.3 Pembatasan Ruang Lingkup Kajian Tentang Kinerja BDD

Azwar 1996 berpendapat bahwa dalam setiap penyelenggaraan pelayanan kesehatan terdapat empat (4) unsur pokok, yakni: *Input, Process, Environment*, dan *Output*. Selanjutnya oleh Azwar ditegaskan bahwa unsur masukan, unsur proses dan unsur lingkungan berpengaruh terhadap keuaran (kinerja) penyelenggara pelayanan kesehatan. Secara sederhana dapat dijelaskan, bahwa:

- 1) Unsur Masukan, adalah semua hal yang dibutuhkan untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan, seperti: tenaga pelaksana (*man*), sarana (*material*) dan dana (*money*).
- 2) Unsur Proses, adalah semua tindakan yang dilakukan, yang dibedakan menjadi dua (2) macam, yakni: (1) Tindakan medis (*medical procedure*), jenis dan jumlahnya sangat banyak, misalnya anamnesis sampai dengan pelayanan tindak lanjut; (2) Tindakan nonmedis (*non-medical procedure*), jenis dan jumlahnya juga sangat ditentukan oleh pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
- 3) Unsur Lingkungan, adalah keadaan sekitar yang mempengaruhi penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yakni: kebijakan, organisasi dan manajemen dari institusi kesehatan.
- 4) Unsur Keluaran, adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan dari *performance* pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Secara umum dapat dibedakan menjadi dua (2) macam, **pertama:** yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan aspek medis pelayanan kesehatan; **kedua:** yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan aspek non medis pelayanan kesehatan.

Berdasarkan pada unsur proses dan keluaran tersebut, maka dapat dikatakan bahwa kinerja pelayanan kesehatan dapat dilihat dari dua (2) aspek, yakni aspek

medis dan aspek non medis. Kinerja BDD secara spesifik oleh Ali Gufron Mukti (Mukti, 1996) dinyatakan dapat dilihat dari tiga (3) aspek, yakni: (a) aspek administratif dan manajerial; (b) aspek klinis medis kebidanan; dan (c) aspek sosial dan psikologis kemasyarakatan. Ketiga aspek ini dapat pula disederhanakan menjadi dua (2), yakni aspek medis dan non medis. Aspek medis berhubungan dengan profesi provider, yang umumnya *given* karena provider telah dilengkapi dengan pengetahuan teknis sebelum bertugas di lapangan. Sedangkan aspek non medis, berupa hubungan interpersonal antara provider dengan pengguna jasa, seperti ketanggapan provider terhadap keluhan pasien dan pelayanan konseling. Sementara itu oleh Asrul Azwar (Azwar, 1996) dikatakan bahwa indikator pelayanan kesehatan yang berkualitas ialah: (1) indikator yang menunjuk pada penerapan aspek medis pelayanan kesehatan; dan (2) indikator yang menunjuk pada kinerja non medis pelayanan kesehatan.

Mengacu pada uraian tersebut, dapat dikatakan bahwa kinerja provider pelayanan kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi: (1) dimensi medis dan (2) dimensi non medis. Selanjutnya dalam penelitian ini, yang hendak dikaji dari **kinerja BDD dalam pertolongan persalinan ialah dimensi non medis**

1.4 Rumusan Masalah

Sebagai ujung tombak dalam pertolongan persalinan di pedesaan, diharapkan semua persalinan di pedesaan bisa ditolong oleh BDD, atau setidaknya, tercapai sasaran 80% dari jumlah kelahiran di desa tempatnya bertugas ditolong oleh BDD, atau setidaknya mendampingi persalinan yang ditangani oleh dukun bayi. Baik dalam Profil Kesehatan Indonesia 1998, Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur 1999, dan Profil Kesehatan Kabupaten Malang tahun 1999 dan tahun 2000,

pertolongan persalinan di pedesaan, masih belum mencapai sasaran yang ditetapkan. Hal ini bisa disebabkan oleh pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di pedesaan masih terhambat oleh berbagai faktor, misalnya aspek sosial budaya masyarakat, aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan pertolongan persalinan dan sebagainya, maupun disebabkan oleh kinerja BDD yang masih belum optimal.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa sukses suatu pekerjaan dipermudah atau dirintangi oleh eksistensi sumberdaya pendukung, di samping sumberdaya manusianya sendiri (Robbins, 1996). Kinerja (*job performance*) adalah hasil yang dicapai oleh seseorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan (As'ad, 1984). Sementara Feldman dan Arnold (dalam Sunuharyo, 1995) kinerja "merupakan perpaduan antara motivasi yang ada pada diri seseorang dan kemampuannya dalam melaksanakan suatu pekerjaan". Dalam pendekatan teori atribusi tentang kinerja ditegaskan bahwa kinerja (*performance*) adalah hasil interaksi antara motivasi dengan kemampuan (*ability*) (Feider, 1985). Seseorang yang mempunyai motivasi tinggi tetapi kemampuannya rendah dan tidak memiliki kesempatan atau kemampuan tinggi tetapi motivasi rendah akan menghasilkan kinerja yang rendah (As'ad, 1984).

Dari latar belakang dan identifikasi masalah yang telah diuraikan di muka, masalah-masalah dalam penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

- 1) Apakah faktor organisasi yakni: Pemberdayaan BDD mempengaruhi Motivasi Kerja?
- 2) Apakah Motivasi Kerja mempengaruhi Kinerja BDD dalam pertolongan persalinan?

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh pemberdayaan bidan di desa terhadap motivasi kerja dan pengaruh motivasi kerja terhadap kinerja bidan di desa.

1.5.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengukur faktor organisasi yakni pemberdayaan bidan di desa.
- 2) Mengukur motivasi kerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan.
- 3) Mengukur kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan.
- 4) Menganalisis pengaruh pemberdayaan terhadap motivasi kerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan.
- 5) Menganalisis pengaruh motivasi kerja terhadap kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan.
- 6) Menjelaskan kepuasan konsumen sebagai hasil dari kinerja bidan di desa dalam pertolongan persalinan.

1.6 Manfaat Penelitian

- 1) Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam merumuskan kebijakan pengelolaan dan pengembangan sumberdaya manusia, khususnya bidan di desa.
- 2) Untuk institusi pendidikan, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan penelitian lebih lanjut.
- 3) Untuk peneliti, merupakan media belajar dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama mengikuti pendidikan dan sebagai perangsang untuk lebih mendalami manajemen kesehatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi sejak masih dalam kandungan hingga usia balita, merupakan salah satu prioritas pembangunan sektor kesehatan, karena sebagai kelompok yang memiliki kerentanan tinggi terhadap perubahan lingkungan yang mengancam kehidupan (Wijono, 1997). Pelayanan kesehatan pada masa kehamilan, merupakan kegiatan yang dilakukan provider terhadap ibu hamil yang meminta perawatan medis. Chamberlain dan Dewhurst (1994) mengemukakan empat hal yang perlu diperhatikan pada perawatan antenatal, yaitu:

- 1) diagnosis kehamilan, meliputi gejala kehamilan dini seperti muntah-muntah, payudara membesar, gejala pada *traktus urinarius*;
- 2) kunjungan antenatal, meliputi kunjungan pertama masa kehamilan trimester pertama, kunjungan lanjutan pada trimester kedua, trimester ketiga, dan dua kali pada trimester ke empat;
- 3) perilaku kehamilan, meliputi kegiatan yang dilakukan ibu hamil, seperti pantang merokok dan jenis makanan tertentu, istirahat dan latihan selama kehamilan, melakukan perjalanan jauh.
- 4) kesehatan ibu dan janin pada masa kehamilan meliputi pemeriksaan kesehatan ibu hamil (anemia, eklampsia, penyakit pernapasan, diabetes, infeksi traktur urinarius, dan pemeriksaan janin, bila mungkin dilakukan pemeriksaan hormon estrogen, progesteron, dan laktogen plasenta).

Pertolongan persalinan meliputi tindakan yang berhubungan dengan persalinan, pemeliharaan kesehatan ibu dan bayi yang dilahirkan, sedangkan perawatan nifas merupakan perawatan lanjutan selama 42 hari setelah melahirkan. Lingkup perawatan nifas adalah memulihkan kesehatan umum penderita, mendapatkan keseimbangan emosi, mencegah terjadinya infeksi dan komplikasi, memperlancar pembentukan air susu ibu, dan memelihara kesehatan bayi (Ibrahim, 1993).

2.1.1 Sarana dan Prasarana Pelayanan Kesehatan

Tiga faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan menurut Azwar (1996) ialah: pertama: unsur masukan meliputi tenaga medis, dana dan sarana yang tersedia sesuai kebutuhan; kedua: unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen; ketiga: unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis sesuai standar profesi yang telah ditetapkan.

Ketersediaan tenaga medis sebagai salah satu unsur dalam pelayanan kesehatan seperti tersebut di atas dapat dikatakan sebagai faktor penentu bagi pelayanan kesehatan yang berkualitas. Oleh karena itu ketersediaan tenaga medis ini sangat tergantung pada pendidikan dari tenaga medis tersebut.

Guilbert (1987) (dalam Damayanti, 2000) mengungkapkan bahwa tujuan pendidikan bagi tenaga kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi: (a) *practical skills*; (b) *interpersonal skills (communication skills)*; dan (c) *intellectual skills*. *Practical skills* berkaitan dengan kegiatan rutin yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (misalnya kegiatan yang berkaitan dengan aktivitas medis seperti: menyuntik, memasang infus, dan sebagainya). *Interpersonal skills* berkaitan dengan tingkah laku atau segala sesuatu yang berkaitan dengan hubungan antara tenaga

kesehatan dengan pasien. *Intellectual skills* berkaitan dengan kemampuan nalar. Dengan demikian dalam pertolongan persalinan dimensi medis berkaitan dengan aspek keterampilan teknik (*practical skills*), sedangkan non medis berkaitan dengan *interpersonal skills* atau *communication skills (caring role)*. *Intellectual skills* berkaitan dengan aspek medis maupun non medis.

Oleh Ascobat Gani (Gani, 1992) dikatakan bahwa organisasi pelayanan kesehatan merupakan salah satu sistem padat karya yang memerlukan tenaga profesional seperti dokter dan para medis. Seorang tenaga profesional pada dasarnya seorang rasionalis, sebab karena bidang keahliannya atau spesialisasinya ia terlibat dalam melaksanakan tugas-tugas tertentu, yang telah ditetapkan oleh organisasi induknya. Para tenaga profesional, merupakan keluaran dari lembaga pendidikan dan pelatihan yang mempunyai lisensi khusus untuk menangani bidang-bidang tertentu (Reinke, 1994).

Mengacu pada pendapat Iyer, Patricia et al. (1986, dalam Damayanti 2000) dapat dikatakan bahwa aktivitas pelayanan yang diberikan oleh bidan dalam pertolongan persalinan dan nifas adalah meningkatkan (*to promote*), memelihara (*to maintain*) dan mengembalikan (*to restore*) kesehatan ibu bersalin (ibu baru bersalin). Ketiga hal itu dikategorikan sebagai fungsi *dependent* (fungsi terapeutik), fungsi *interdependent* (koordinasi dan kolaborasi) dan fungsi *independent* atau *caring role* atau *maternal role* (fungsi mandiri). Ketiga fungsi tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Fungsi *independent (caring* atau *roles*, atau, *maternal roles* atau fungsi mandiri), adalah tindakan mandiri berdasarkan pendidikan dan pengalamannya. Secara normatif, proporsi fungsi *independent* adalah yang terbesar.

- 2) Fungsi *interdependent* (koordinasi dan kolaborasi). Adalah tindakan yang bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain misalnya ahli gizi, *physiotherapist* dan sejenisnya.
- 3) Fungsi *dependent* (fungsi terapeutik atau fungsi pelimpahan). Adalah tindakan yang merupakan pelimpahan tugas dari profesi lain, utamanya dokter atau dengan kata lain fungsi perawat dalam hal melaksanakan program dokter (*medical order*).

Mengingat fungsi tersebut, penyediaan tenaga profesional yang mempunyai keahlian khusus akan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas. Sehingga dengan adanya permintaan masyarakat terhadap pertolongan persalinan modern di pedesaan, pemerintah menyediakan tenaga-tenaga profesional untuk menangani persalinan di pedesaan. Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, dirumuskan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Depkes RI., 1992). Dengan demikian BDD adalah salah satu jenis tenaga kesehatan seperti yang dimaksud dalam undang-undang tersebut khususnya dalam memberikan pelayanan pertolongan persalinan yang diharapkan memberikan pelayanan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Dalam memberikan pelayanan pertolongan persalinan tersebut, BDD berpedoman pada standar yang mengatur lingkup wewenang dan tanggung jawab kebidanan. Penerapan standar ini bermanfaat untuk melindungi pasien dari kesalahan pelayanan dalam pertolongan persalinan yang berkualitas.

Sampai tahun 1997, jumlah BDD yang ditempatkan di desa-desa di Indonesia 52.042 orang, sementara itu sejumlah 15.520 Pondok Bersalin Desa (Polindes) telah didirikan sebagai salah satu bentuk peran serta masyarakat dalam menyediakan tempat pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak

(Departemen Kesehatan RI., 1998). Dikaitkan dengan jumlah desa di Indonesia sebanyak 65.554 buah (Azwar, 1997), rasio bidan per desa sebesar 1,2 dan rasio ini telah sesuai dengan ketentuan Departemen Kesehatan RI. (1992), yang menyatakan rasio pelayanan seorang bidan terhadap jumlah desa yaitu satu sampai dua desa.

Jumlah Polindes yang ada di Kabupaten Malang pada tahun 1999 adalah 297 yang tersebar di 146 desa/kelurahan (dari seluruh desa/kelurahan yang ada yakni 410) dan ratio Polindes terhadap Puskesmas adalah 1 berbanding 7,24 serta ratio Polindes terhadap desa/kelurahan adalah 1 berbanding 0,73 (Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten Malang, 2000).

2.1.2 Pelayanan Kesehatan Yang Berkualitas

Oleh Kotler (1994) jasa didefinisikan sebagai setiap tindakan atau perbuatan yang ditawarkan oleh satu pihak kepada pihak lain, yang pada dasarnya bersifat *intangibles* (tidak berwujud fisik) dan tidak menghasilkan kepemilikan. Selanjutnya oleh Kotler dan Clarke (1987) pelayanan kesehatan sebagai pelayanan jasa didefinisikan sebagai setiap keuntungan yang dapat ditawarkan oleh satu pihak ke pihak lain yang secara esensial tidak nampak atau menimbulkan kepemilikan sesuatupun, dan produksinya mungkin bisa berkaitan dengan produk fisik, mungkin juga tidak. Dan pelayanan kesehatan sebagai suatu usaha di bidang jasa memiliki karakteristik seperti jasa lainnya. Kotler dan Clarke (1987) serta Rust et. al. (1996) dikemukakan empat (4) karakteristik, yaitu:

- 1) *intangibility*, jasa pelayanan kesehatan mempunyai sifat tidak nampak, tidak dapat dilihat, dirasakan, diraba atau dicium sebelum diproduksi;

- 2) *inseparability*, suatu pelayanan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari sumber yang memberi pelayanan, dengan kata lain, produksi dan konsumsi terjadi secara serempak;
- 3) *perishability*, suatu pelayanan kesehatan tidak dapat disimpan;
- 4) *variability*, sifat pelayanan kesehatan bervariasi karena merupakan *non standardized output*, artinya banyak variasi bentuk, kualitas dan jenis, tergantung pada siapa, kapan dan dimana pelayanan tersebut dihasilkan.

Oleh Kotler dan Clarke (1987) dikemukakan bahwa dibandingkan dengan jasa lain, produk-produk di bidang pelayanan kesehatan adalah orangnya sendiri. Ketika pasien mulai mempertimbangkan perawatan medis, dia mulai berpikir mengenai dokternya. Ketika pasien memikirkan tentang rumah sakit, dia memikirkan tentang perawat-perawatnya, peralatannya, fisioterapinya, penjaga rumah sakit. Pasien membayangkan perawatan medis berdasarkan siapa orang yang akan memberi perawatan padanya, oleh karena itu kualitas pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan.

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas, sumber daya manusia mempunyai peranan sangat penting (Azwar, 1996). Demikian pula halnya BDD sebagai sumber daya yang berperan sangat penting dalam penyelenggaraan program KIA dan KB, khususnya dalam penurunan AKI melalui pertolongan persalinan. Sehingga dapat dikatakan bahwa dalam pelayanan pertolongan persalinan yang dilakukan oleh BDD, kualitasnya sangat tergantung pada pelayanan yang diberikan kepada ibu bersalin. Karena BDD adalah komponen terpenting dalam memberikan pelayanan pertolongan persalinan yang berkualitas di pedesaan, yakni: (1) sebagai ujung tombak dalam pelayanan pertolongan persalinan; (2)

sebagai sumber daya kesehatan terdepan dalam pelayanan pertolongan; (3) sebagai sumber daya kesehatan yang dominan dalam pelayanan pertolongan persalinan.

Tercapainya pelayanan kesehatan yang berkualitas sangat tergantung pada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Oleh J.M. Juran (1988) sebagaimana dikutip oleh Pardjono (1998) dikatakan: (1) "*Quality consists of those product features which meet the needs of customers and thereby provide product satisfaction*"; (2) "*Quality consist of freedom from deficiencies*". Sementara Crosby (1984) (dalam Azwar 1996) menyatakan kualitas adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan. Dari kedua definisi yang dikemukakan oleh Juran dan Crosby dapat dikatakan bahwa kualitas adalah tercapainya kepuasan pasien sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku, dan ukuran kualitas pelayanan adalah kepatuhan terhadap standar pelayanan yang telah ditetapkan. Standar pelayanan adalah setiap langkah yang harus dilakukan oleh petugas secara berurutan dalam memberikan suatu jenis pelayanan (Pardjono, 1999). Atau dengan kata lain, standar adalah tercapainya tingkat peyanan ideal yang diinginkan (Azwar, 1996).

Dalam praktek sehari-hari melakukan penilaian terhadap kualitas pelayanan kesehatan tidaklah mudah, penyebab utamanya ialah karena kualitas pelayanan tersebut bersifat multi-dimensional, setiap orang, tergantung latar belakang dan kepentingan masing-masing dapat melakukan penilaian dari dimensi yang berbeda. Penelitian yang dilakukan oleh Roberts dan Prevost (1987) (dalam Azwar, 1996) telah berhasil membuktikan adanya perbedaan tersebut, yakni dilihat dari:

- 1) pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*),
- 2) penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*),
- 3) penyandang dana pelayanan kesehatan (*health financing*),

Berdasarkan perbedaan ketiga dimensi tersebut, pada dasarnya pengertian kualitas berkaitan dengan kepuasan dan pengertian ini telah diterima secara luas, namun penerapannya dalam pelayanan kesehatan tidaklah semudah yang diperkirakan. Hal ini disebabkan karena kepuasan tersebut bersifat subyektif, tiap orang, tergantung dari latar belakang yang dimiliki, dapat saja memiliki tingkat kepuasan yang berbeda meskipun sama-sama memanfaatkan satu macam pelayanan kesehatan yang sama. Di samping itu, sering pula ditemukan pelayanan kesehatan yang sekalipun dinilai telah memuaskan pasien, namun karena penyelenggaraannya tidak sesuai dengan standar dan atau etika profesi yang telah disepakati bersama, sulit disebut sebagai pelayanan kesehatan yang berkualitas. Dengan demikian pembahasan tentang kepuasan pasien yang dikaitkan dengan kualitas pelayanan kesehatan bukanlah pembahasan yang bersifat luas, melainkan mengenal paling tidak dua pembatasan, yaitu:

- 1) pembatasan pada derajat kepuasan pasien, yakni harus dapat menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama pelayanan kesehatan tersebut.
- 2) pembatasan pada upaya yang dilakukan. Karena konsumen jasa pelayanan kesehatan, pada umumnya awam terhadap tindakan kedokteran (*patient ignorancy*), ditetapkan upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan tersebut harus sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan profesi.

Berdasarkan pembatasan tersebut, dapat dikatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di lain pihak tata cara penyelenggaraan

sesuai dengan standar dan kode etik yang telah ditetapkan. Dengan demikian pemberian pelayanan kesehatan harus disesuaikan dengan pengertian kualitas pelayanan kesehatan itu sendiri, yakni terbatas hanya pada penerapan kode etik serta standar pelayanan profesi yang memuaskan klien. Sehingga akan dihasilkan pelayanan kesehatan berkualitas, yakni pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Azwar, 1996).

Mengacu pada rumusan kualitas pelayanan kesehatan, maka kualitas pelayanan kesehatan sebenarnya menunjuk pada *performance* dari pelayanan kesehatan, sehingga makin sempurna *performance* pelayanan kesehatan, makin sempurna pula kualitasnya. *Performance* pelayanan kesehatan ini disebut dengan keluaran (*output*). Oleh karena itu baik atau tidaknya *output* sangat dipengaruhi oleh *process*, *input* dan *environment*, dengan kata lain baik atau tidaknya kualitas pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh ketiga unsur tersebut (Azwar, 1996), hal ini dapat dijelaskan seperti berikut ini:

- 1) Unsur Masukan, yakni tenaga, dana dan sarana. Oleh Bruce, 1990; Fromberg, 1988; Gambone, 1991; ditegaskan bahwa apabila tenaga dan sarana (kuantitas dan kualitas) tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of personnels and facilities*), serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka sulitlah diharapkan baiknya kualitas pelayanan.
- 2) Unsur Lingkungan, yakni kebijakan, organisasi dan manajemen. Oleh Donabedian (1980) dikatakan bahwa apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of organization and management*) dan atau tidak bersifat mendukung, maka sulit diharapkan baiknya kualitas pelayanan kesehatan.
- 3) Unsur Proses, tindakan medis dan non medis. Oleh Pena, (1984) ditegaskan bahwa apabila kedua tindakan ini tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of conduct*) maka sulit diharapkan baiknya kualitas pelayanan kesehatan.

Untuk menjamin baiknya kualitas pelayanan kesehatan, ketiga unsur ini haruslah dapat diupayakan sesuai dengan standar dan atau kebutuhan, sekali salah satu dari ketiga unsur itu tidak sesuai dengan kebutuhan, sulit diharapkan tercapainya pelayanan yang berkualitas. Dan ketiga unsur ini saling berhubungan dan saling mempengaruhi terhadap unsur keluaran.

Kinerja pelayanan kesehatan yang berkualitas hanya dapat dicapai apabila pelayanan tersebut menerapkan standar yang berlaku bagi pelayanan itu. Oleh karena itu indikator kinerja yang digunakan dalam penelitian ini ialah yang berkaitan dengan kualitas pelayanan yang diberikan sesuai kode etik profesi dan standar pelayanan yang telah ditetapkan.

Sesuai dengan unsur-unsur yang terdapat pada pelayanan kesehatan serta peranan yang dimiliki oleh masing-masing unsur tersebut, maka standar dibedakan menjadi dua (2) macam, yakni:

- 1) Standar Persyaratan Minimal, dibedakan menjadi tiga (3), yakni:
 - (a) Standar masukan, persyaratan minimal yang diperlukan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, yakni: (1) *standard of personel* berupa: jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga pelaksana, (2) *standard of facilities* menunjuk pada standar ketenagaan, seperti: jenis, jumlah dan kualifikasi sarana, serta jumlah dana (modal).
 - (b) Standar lingkungan, populer disebut Standar Organisasi dan Manajemen (*Standard of Organization and Management*). Persyaratan minimal yang diperlukan yakni kebijakan, struktur organisasi serta sistem manajemen yang harus dipatuhi oleh setiap pelaksanaan pelayanan kesehatan.
 - (c) Standar proses, standar ini dikenal dengan nama standar tindakan (*standard of conduct*). Persyaratan minimal yang harus dilakukan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, berkaitan dengan tindakan medis dan nonmedis pelayanan kesehatan. Baik atau tidaknya kualitas pelayanan sangat ditentukan oleh kesesuaian semua tindakan yang dilakukan dengan standar proses yang telah ditetapkan.

- 2) Standar Kinerja Minimal (*Minimum Performance Standar*)
Adalah menunjuk pada kinerja pelayanan kesehatan yang masih dapat diterima. Karena menunjuk pada unsur keluaran, disebut dengan *standard of output*, atau *standard of performance*. *Standard of output* minimal ini diperlukan untuk mengetahui apakah pelayanan kesehatan yang diselenggarakan masih dalam batas-batas yang wajar atau tidak.

Untuk dapat mengukur terpenuhi atau tidaknya kualitas pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dipergunakan indikator, secara umum indikator pelayanan kesehatan yang berkualitas dibedakan menjadi dua (2) macam, yakni:

- 1) Indikator yang menunjuk pada penerapan aspek medis pelayanan kesehatan, yakni baik yang berkaitan dengan kode etik profesi dan atau pun yang telah diatur dalam standar pelayanan profesi yang memuaskan klien.
- 2) Indikator yang menunjuk pada kinerja aspek nonmedis pelayanan kesehatan, yakni dibatasi hanya pada penerapan aspek nonmedis pelayanan kesehatan, baik yang berkaitan dengan kode etik profesi dan atau pun yang telah diatur dalam standar pelayanan profesi. Pelayanan kesehatan disebut berkualitas apabila aspek nonmedis pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan.

Sementara itu Omachonu (1990) mengatakan bahwa kualitas dalam pelayanan kesehatan memiliki dua (2) komponen penting, yakni:

- 1) kualitas dalam praktek (*quality in practice* atau *professional quality*) dan
- 2) kualitas dalam persepsi (*quality in perception* atau *patient care quality*).

Quality in practice berkaitan dengan standar yang disusun, sedangkan *Quality in perception* berkaitan dengan persepsi pasien. Mengukur pelayanan kesehatan yang berkualitas sangat sulit karena adanya unsur subyektivitas dan sifat multi-

dimensional tergantung pada latar belakang individu termasuk karakteristik dan kepentingan masing-masing. Meskipun demikian, pelayanan pertolongan persalinan adalah pelayanan (produk) yang telah dirancang sesuai dengan persyaratan pelayanan kesehatan yang berkualitas, yakni pelayanan yang sesuai dengan kode etik dan penerapan standar pelayanan. Dan sebagai pelayanan kesehatan yang berkualitas, pelayanan (produk) yang dihasilkan dirancang sesuai dengan harapan pasien, dengan demikian pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan yang berfokus pada harapan dan kepuasan pasien (Azwar, 1996).

Johns, T. (1994) (dalam Damayanti, 2000) mengemukakan bahwa berdasarkan hasil penelitian terdapat beberapa dimensi pelayanan yang menjadi harapan pelanggan yang perlu diperhatikan. Aspek tersebut adalah yang berkaitan dengan kebutuhan atau harapan pelanggan dan yang berkaitan dengan keluhan pelanggan (*complain*). Aspek yang berkaitan dengan harapan pelanggan adalah: (1) kecepatan waktu pelayanan; (2) akurasi pelayanan; (3) kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan; (4) tanggung jawab; (5) kelengkapan sarana dan sarana pendukung; (6) kemudahan mendapatkan pelayanan; (7) kenyamanan dalam memperoleh pelayanan; (8) atribut pendukung lainnya seperti ruang tunggu dan lingkungan yang bersih dan tertata rapi, fasilitas AC, musik, *cafeteria*, ruang ibadah. Sementara itu Nyoman Anita Damayanti (2000) sendiri dalam penelitiannya mengungkapkan 10 (sepuluh) jenis harapan pasien dalam dimensi non teknik keperawatan, yakni:

- (1) mengerti kebutuhan dan keadaan pasien; (2) dapat menjadi mediator antara pasien dengan dokter; (3) bertindak dengan pasti, minimal tidak keliru memasuki ruangan pasien yang hendak dituju; (4) terampil dalam aspek non teknik keperawatan (misalnya komunikasi, memotivasi, memahami reaksi psikologis); (5) bersikap sabar dan telaten; (6) mau dihubungi

melalui bel atau interkom; (7) tidak berwajah ketus dan tidak membentak terutama bila berhadapan dengan pasien; (8) memiliki tenggang rasa yang besar; (9) senyum, khususnya bila menghadapi pasien; (10) sering menengok pasien tanpa diminta, minimal untuk menanyakan keadaan pasien.

Zeithaml, Parasuraman dan Berry 1985 (dalam Damayanti, 2000)

mengemukakan 10 (sepuluh) dimensi kualitas untuk mengukur kualitas pelayanan jasa. Yakni meliputi:

(1) *Tangibles* (bukti langsung), berkaitan dengan penampilan fisik; (2) *Reliability* (kehandalan) berkaitan dengan kemampuan untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan yang dijanjikan; (3) *Responsiveness* (ketanggapan), berkaitan dengan daya tanggap dan kemauan membantu pasien serta memberikan pelayanan yang cepat; (4) *Competence* (kompetensi dan kemampuan), berkaitan dengan kemampuan, yang meliputi pengetahuan dan keterampilan bidan; (5) *Courtesy* (kesabaran dan rasa hormat) berkaitan dengan kesabaran; (6) *Credibility* (kredibilitas), berkaitan dengan kemampuan menciptakan kepercayaan pasien terutama yang berkaitan dengan profesionalisme bidan; (7) *Security* (memberikan rasa aman), berkaitan dengan kemampuan bidan memberikan rasa aman baik fisik maupun non fisik (psikologis) kepada pasien; (8) *Access* (keterjangkauan), berkaitan dengan kemudahan kontak, kemudahan ditemui; (9) *Communication* (komunikasi), berkaitan dengan kemampuan memberikan informasi, penjelasan dan kesediaan mendengarkan pasien; (10) *Understanding the customer* (memahami pasien), berkaitan dengan kemampuan memahami pasien dan memberikan perhatian pada pasien secara individual.

Dalam perkembangan selanjutnya yaitu pada tahun 1988, bahwa 10 (sepuluh) dimensi tersebut dapat dirangkum menjadi 5 dimensi (Zeithaml and Bitner, 1996; Zeithaml et al., 1990). Kelima dimensi itu adalah: (1) *Tangibles*; (2) *Reliability*; (3) *Responsiveness*; (4) *Assurance*; (5) *Empathy*.

Dalam hal ini aspek *competence*, *courtesy*, *credibility* dan *security* dikelompokkan menjadi satu, yaitu *assurance*. Sedangkan *access*, *communication* dan *understanding the customer* dikelompokkan dalam kelompok *empathy* (Zeithaml et al., 1990).

Berdasarkan uraian di atas dapat diungkapkan di sini bahwa dengan adanya kode etik dan tersedianya standar pelayanan pertolongan persalinan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan (seperti: Pedoman Pertolongan Persalinan di Tingkat Bidan Desa, Pedoman Penanganan Kegawat-daruratan Bagi Bidan Di Desa, dan sebagainya). Dapat dikatakan bahwa pelayanan pertolongan persalinan di pedesaan telah dirancang untuk memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan standar yang ada, sehingga harapan dan kepuasan konsumen terhadap pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kualitas kinerja BDD. Dalam penelitian ini yang ingin diungkapkan dari kinerja BDD ialah pada pelayanan pertolongan persalinan yang berkualitas (*quality in practice*). *Quality in practice* ini mencakup kedua dimensi pelayanan baik dimensi medis maupun dimensi non medis, dan penelitian ini dibatasi pada dimensi non medis. Dalam penelitian ini pelayanan yang berkualitas didefinisikan sebagai kesesuaian pelayanan kesehatan yang diberikan dengan kode etik dan standar pelayanan yang dapat memenuhi harapan dan kepuasan pasien, sehingga kinerja BDD dikaji dari dimensi non medis tersebut, yang diukur dengan 10 dimensi kualitas pelayanan dari Zeithaml et al (1990).

2.2 Bidan di Desa

2.2.1 Pengertian Bidan di Desa

Dalam buku "Panduan Bidan Di Tingkat Desa – Bagian I" (Depkes. RI, 1989) ditegaskan bahwa BDD adalah bidan yang ditempatkan dan bertugas di desa, mempunyai wilayah kerja satu sampai dua desa, dan dalam melaksanakan tugas pelayanan medik baik di dalam maupun di luar jam kerjanya bidan harus tetap bertanggung jawab langsung kepada Kepala Puskesmas. Sementara dalam buku "Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dalam Konteks Keluarga" dikemukakan

bahwa “bidan adalah seorang (wanita) yang telah mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Kebidanan yang diakui pemerintah serta lulus ujian sesuai dengan ketentuan yang berlaku, dan telah memperoleh ijazah dan terdaftar sebagai persyaratan utama untuk melakukan praktek kebidanan” (Departemen Kesehatan RI, 1992).

Kemudian merujuk pada Keputusan Presiden Nomor 23 tahun 1994 tentang Pengangkatan Bidan Sebagai Pegawai Tidak Tetap, ditegaskan bahwa “Bidan adalah seorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku”; dan “Bidan sebagai Pegawai Tidak Tetap (Bidan PTT) adalah bidan yang bukan pegawai negeri, diangkat oleh Pejabat yang berwenang untuk melakukan pekerjaan sebagai bidan dalam rangka pelaksanaan program pemerintah” (Departemen Kesehatan RI, 1996).

Dari uraian di atas, maka yang dimaksud dengan BDD di sini ialah seperti yang diatur dalam Keputusan Presiden Nomor 23 tahun 1994 tersebut di atas, terlebih lagi, di lokasi penelitian, yakni Kabupaten Malang dari 146 BDD yang tersebar di seluruh wilayah kabupaten ini tidak satupun yang berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil (Profil Kesehatan Kabupaten Malang Tahun 2000, 2000).

Dengan demikian jelaslah bahwa tempat tugas BDD adalah di desa, yang diklasifikasikan menjadi desa biasa dan desa terpencil. Selain itu juga diatur tentang lamanya pelaksanaan tugas sebagai bidan PTT adalah tiga (3) tahun sebagai pelaksana masa bakti dan dapat diperpanjang untuk paling lama tiga (3) tahun. Dan kedudukan bidan PTT akan berakhir apabila yang bersangkutan telah selesai melaksanakan masa bakti atau selesai perpanjangan, diberhentikan atau pemutusan secara sepihak atau meninggal dunia.

2.2.2 Tujuan Penempatan Bidan Di Desa

Dilatar belakangi oleh tingginya AKI dan AKB yang disebabkan oleh jangkauan pelayanan kesehatan masih terbatas, di samping kesadaran dan kemampuan masyarakat termasuk ibu masih rendah (terutama di pedesaan), maka perlu adanya bidan yang ditempatkan di desa.

Adapun yang menjadi tujuan umum penempatan BDD ialah meningkatkan kualitas dan pemerataan jangkauan pelayanan kesehatan dalam rangka menurunkan AKI, AKB dan angka kelahiran yang didukung oleh meningkatnya kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Dan yang menjadi tujuan khususnya ialah:

“(a) meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas; kesehatan bayi dan anak balita, serta pelayanan dan konseling pemakaian kontrasepsi serta KB melalui upaya strategis antara lain Posyandu dan Polindes; (b) terjaringnya seluruh kasus risiko tinggi ibu hamil ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir untuk mendapatkan penanganan yang memadai sesuai kasus rujukannya; (c) meningkatkan peran serta masyarakat dalam pembinaan KIA di wilayah kerjanya; (d) meningkatkan perilaku hidup sehat pada ibu keluarga dan masyarakat yang mendukung upaya penurunan AKI dan AKB.”

2.2.3 Wewenang Bidan Di Desa

Bidan yang bekerja di desa sama wewenangnya dengan wewenang yang diberikan kepada bidan lainnya, yang diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan. Dalam menjalankan tugasnya mempunyai wewenang sebagai berikut: “(a) wewenang umum; (b) wewenang khusus; (c) wewenang pada keadaan darurat; (d) wewenang tambahan.

2.2.4 Kedudukan – Tugas Pokok Dan Fungsi Bidan Di Desa

a. Kedudukan

BDD adalah bidan yang ditempatkan, diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat di wilayah kerjanya, yang meliputi satu (1) sampai dua (2) desa, dan dalam melaksanakan tugasnya bidan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Puskesmas setempat dan bekerja sama dengan perangkat desa.

b. Tugas Bidan Di Desa

- a) Tugas pokok BDD adalah: “(a) melaksanakan pelayanan KIA serta pelayanan KB; (b) mengelola program KIA di wilayah kerjanya dan memantau pelayanan KIA dengan menggunakan PWS-KIA; (c) meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung pelaksanaan pelayanan KIA, termasuk pembinaan dukun bayi dan kader.
- b) Tugas tambahan BDD. Di samping tugas pokok, bidan juga melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasannya dalam pelayanan kesehatan masyarakat, sesuai dengan program pemerintah, pendidikan serta pelatihan yang didapatnya, dan tugas-tugas ini dilaksanakan tanpa menghambat tugas-tugas pokoknya.

c. Fungsi Bidan Di Desa

Berkaitan dengan tugas pokoknya sebagai bidan, fungsi BDD adalah sebagai berikut:

“(a) memberikan pelayanan kesehatan ibu; (b) memberikan pelayanan kesehatan balita; (c) memberikan pertolongan pertama atau pengobatan lanjutan pada kesakitan yang sering ditemukan atau menjadi masalah kesehatan setempat terutama pada ibu dan balita. misalnya ISPA, diare, kecacingan, malaria di daerah endemis, pencegahan gondok di daerah endemis, dan lain-lain. (d) Mengelola pelayanan KIA dan upaya pendukungnya yang meliputi: perencanaan, pelaksanaan dan penilaian hasil; (e)

Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung pelaksanaan pelayanan KIA; (f) Membantu sasaran/individu dan keluarganya untuk meningkatkan hidup sehat secara mandiri.”

Semua fungsi tersebut dilaksanakan dengan mengacu kepada pedoman yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan.

2.2.5 Kegiatan Bidan Di Desa

Pada umumnya kegiatan BDD meliputi kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan KIA termasuk KB, pengelolaan program KIA dan pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang KIA. Sejak awal penempatannya kegiatan BDD ialah:

a. Analisis Situasi

Kegiatan ini dilaksanakan pada awal bulan pertama, dan diharapkan pada akhir bulan pertama bidan telah mengenal wilayah kerjanya, dan pada akhir bulan kedua bidan telah mengunjungi seluruh pelosok desa tempatnya bertugas. Tujuan dari analisis situasi ialah: (a) Mengetahui Wilayah Kerja. Yang perlu dilakukan pertama kali ialah dengan didampingi petugas Puskesmas menghubungi pamong desa, yang tujuannya ialah untuk pendekatan awal dan menjelaskan tugas serta fungsi BDD, meminta data wilayah kerja dan mengupayakan tempat tinggal. (b) Bersama Kepala Desa dan Ketua PKK serta kader dan dukun bayi menyusun jadwal kegiatan rutin yang akan dilaksanakan di desa.

b. Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan pelayanan dilakukan setelah bidan menetap di desa, yang pada bulan pertama dilakukan sambil melaksanakan pengenalan wilayah kerja, kegiatan yang dilakukan meliputi hal-hal sebagai berikut: (a) Kegiatan yang berhubungan dengan upaya penurunan AKI. (b) Kegiatan yang berhubungan dengan upaya penurunan AKB. (c) Kegiatan manajerial program KIA dan upaya pendukungnya.

c. Evaluasi

Kegiatan ini merupakan dasar untuk menilai keseluruhan kegiatan yang dilakukan oleh BDD. Hal-hal yang perlu dilakukan oleh BDD dalam evaluasi ialah: (a) Merekam semua kegiatan yang dilaksanakan. (b) Mengirimkan laporan semua kegiatan yang dilaksanakan ke Puskesmas secara rutin, minimal sebulan sekali. (c) Melapor ke Puskesmas dengan segera pada kejadian luar biasa (KLB). (d) Menghadiri mini lokakarya di Puskesmas dengan membawa semua laporan, rencana kegiatan bulan berikutnya serta menyampaikan permasalahan yang dihadapi untuk dicarikan jalan keluarnya bersama seluruh staf dan Kepala Puskesmas. (e) Memantau cakupan pelayanan KIA di wilayah desa dengan membuat dan menggunakan PWS-KIA dan PWS Imunisasi.

2.3 Kinerja

Menyimak uraian pada bagian awal bab ini, jelas kiranya betapa banyaknya pekerjaan yg harus dilakukan oleh BDD dalam program KIA dan KB, keberadaan tugas pokok dan fungsi yang harus dilakukan sudah cukup membebaninya. Hal ini masih pula diikuti dengan adanya tambahan tugas lain yang harus dilakukan oleh BDD dengan adanya program JPS-BK, sehingga beban pekerjaan yang harus dilaksanakan akan berpengaruh terhadap kinerjanya. Walaupun demikian, dengan banyaknya beban kerja yang harus dikerjakan bukan berarti tugas-tugas tersebut akan menurunkan kualitas kinerjanya, karena dengan tetap mengacu pada kode etik dan penerapan standar profesi dalam melaksanakan pekerjaannya, diharapkan pelayanan yang berkualitas masih tetap mampu diberikan.

2.3.1 Pengertian Kinerja dan Kinerja BDD

Terminologi kinerja yang dalam bahasa asingnya disebut dengan *job performance*, mempunyai istilah lain yang artinya mirip atau tumpang tindih, misalnya: *proficiency*, *merit* dan *productivity*. Menurut pendapat Wexley dan Yuki (dalam As'ad, 1982) *proficiency* mengandung arti yang lebih luas sebab mencakup sekaligus segi-segi: *effort*, *job performance*, inisiatif, loyalitas, potensi dan moral kerja. Sementara Meier (dalam As'ad, 1982) menegaskan bahwa *merit* merupakan aspek umum dari *proficiency* tersebut, sementara produktivitas adalah perbandingan antara *input* dan *output*. Jadi jelaslah bahwa pengertian *job performance* lebih sempit sifatnya, yaitu hanya berkenaan dengan apa yang dihasilkan seseorang dari tingkah laku kerjanya. Biasanya orang yang mempunyai *level of performance* tinggi disebut produktif, dan sebaliknya orang yang levelnya tidak mencapai standar dikatakan tidak produktif atau mempunyai *performance* rendah.

Moh. As'ad yang mengutip batasan kinerja (*job performance*) yang dikemukakan oleh N. R. F. Meier (As'ad, 1982) ialah kesuksesan seseorang di dalam melaksanakan suatu pekerjaan. Oleh E. E. Lawler III dan L. W. Porter seperti yang dikutip oleh As'ad menyatakan kinerja adalah "*successful role achievement*" yang diperoleh seseorang dari perbuatan-perbuatannya, dengan kata lain kinerja adalah keberhasilan seseorang dalam melaksanakan suatu pekerjaannya. Dari dua pembatasan arti tersebut dapat dikatakan bahwa kinerja adalah hasil kerja yang dicapai oleh seseorang melalui aktivitas kerja tertentu menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan.

Oleh Henry Simamora (Simamora, 1997) dikatakan bahwa kinerja merupakan suatu pencapaian persyaratan tertentu terhadap suatu pekerjaan yang

dilakukan yang akhirnya secara langsung dapat tercermin dalam *output* yang dihasilkan. Sedangkan Oleh John Suprihanto (Suprihanto, 1988) dikatakan pula bahwa kinerja adalah hasil kerja seseorang pegawai selama periode tertentu dibandingkan dengan berbagai kemungkinan, misalnya standar, target/sasaran, atau kriteria yang telah ditentukan dan disepakati sebelumnya. Sementara menurut Vroom seperti yang dikutip oleh As'ad (1982) bahwa tingkat keberhasilan seseorang dalam menyelesaikan pekerjaannya disebut *level of performance*. Biasanya orang yang *level of performance*-nya mencapai standar disebut sebagai orang yang produktif, dan sebaliknya orang yang *level*-nya tidak mencapai standar, dikatakan tidak produktif atau *ber-performance* rendah.

Mengacu pada pendapat Vroom tersebut, dapat dikatakan bahwa *level of performance* seseorang dalam bekerja mengacu pada standar yang berlaku bagi pekerjaannya. Sehingga dapat dibatasi arti kinerja BDD adalah hasil kerja non medis yang dicapai oleh BDD melalui aktivitas kerja yang telah ditentukan menurut kriteria yang berlaku bagi pekerjaan tersebut.

2.3.2 Teori Kinerja

Daniel C. Feldman dan Hugh J. Arnold (1988) seperti yang dikutip oleh Bambang Swasto Sunuharyo (Sunuharyo, 1995) menyatakan bahwa kinerja merupakan perpaduan antara motivasi yang ada pada diri seseorang dan kemampuannya dalam melaksanakan suatu pekerjaan. Jadi ada dua hal penting yang terdapat pada pribadi seseorang yang diperlukan untuk mencapai kinerja yang optimal, yaitu motivasi dan kemampuan, sehingga adakalanya seseorang mempunyai kemampuan kerja yang tinggi akan tetapi motivasi kerjanya rendah, sehingga kinerjanya tidak sesuai dengan yang diharapkan oleh organisasi.

Seperti yang dikutip oleh Gibson et al. (1996) Victor H. Vroom dalam “*Expectancy Theory*” yang mengemukakan bahwa, kinerja merupakan hasil interaksi antara motivasi dan ability, yang dirumuskan dengan formula sebagai berikut: P (Performance) = M (Motivation) X A (Ability).

Keterangan: P = Performance (Kinerja)
 M = Motivation (motivasi)
 A = Ability (Kemampuan)

Berdasarkan teori atribusi di atas maka performance (P) merupakan fungsi dari interaksi antara faktor motivasi (M) dengan ability (kemampuan = K). Apabila seseorang pegawai rendah dalam satu komponennya maka kinerjanya atau prestasi kerjanya pasti akan rendah pula, dengan demikian jika ada pegawai yang kinerjanya rendah, maka ini bisa merupakan hasil dari motivasinya yang rendah atau kemampuannya yang tidak baik atau bahkan kedua-duanya (motivasi dan kemampuan) yang rendah. Disamping unsur motivasi dan kemampuan satu hal juga yang penting adalah kesempatan (*oppurtunity*), sehingga dapat dituliskan sebagai berikut :

$$P = f(M \times A \times O)$$

Keterangan: P = Performance (Kinerja)
 M = Motivation (motivasi)
 A = Ability (Kemampuan)
 O = Oppurtunity (Kesempatan)

Meskipun seseorang mempunyai kemampuan dan kemauan, tetapi mungkin saja ada penghalang yang bisa menghambat prestasinya. Jadi jika seseorang tidak menunjukkan kinerja yang baik, maka harus dilihat lingkungan luarnya apakah sudah cukup membantu, seperti memiliki fasilitas yang memadai (peralatan dan bahan), kondisi kerja yang mendukung, teman sekerja yang membantu, peraturan yang mendukung dan prosedur kerja dengan alokasi waktu yang cukup. Jika semua

tidak ada jangnan diharapkan akan tercapai kinerja atau muncul suatu prestasi kerja yang minimal sekalipun. (Muchlas, 1997)

Sementara itu teori kinerja yang dikemukakan oleh Georgopoulos et al. (1957) seperti yang dikutip oleh As'ad (1999) yang disebut sebagai "*the path goal theory*", ditegaskan bahwa "*performance*" adalah fungsi dari "*facilitating proses*" dan "*inhibiting process*". Hakekat dari teori ini ialah bahwa *performance* kerja adalah fungsi dari motivasi untuk berproduksi dengan *level* tertentu, motivasinya ditentukan oleh *needs* yang mendasari tujuan yang bersangkutan dan merupakan alat (*instrumentality*) dari tingkah laku produktif terhadap tujuan yang diinginkan. Prinsip dasarnya ialah kalau seseorang melihat bahwa *performance* yang tinggi itu merupakan jalur (*path*) untuk memuaskan *needs* (sebagai *goal*) tertentu, maka orang tersebut akan beraktivitas mengikuti jalur tersebut sebagai fungsi dari *level of needs* yang bersangkutan (*facilitating process*). Namun, apakah proses tersebut akan melahirkan *performance* adalah tergantung dari tingkat kebebasan (*level of freedom*) yang ada pada jalur itu. Apabila tidak ada hambatan yang berarti (*inhibiting process*) maka dihasilkan *performance* yang tinggi, dan sebaliknya jika jalur itu banyak hambatannya maka dihasilkan *performance* yang rendah. Adapun syarat agar suatu jalur dipilih ialah apabila *level of need*-nya cukup tinggi, tujuannya cukup menonjol, dan bila tidak ada jalur lain yang lebih efektif serta ekonomis. Dengan demikian jelaslah bahwa hambatan pada jalur (*path*) akan menghalangi dan menghambat pemenuhan kebutuhan seseorang, yang akhirnya akan menentukan tingkat kinerja seseorang tersebut, apabila dijumpai adanya hambatan, maka seseorang akan berpenampilan kerja yang rendah.

2.3.3 Pengukuran Kinerja

Dalam hal pengukuran terhadap kinerja, masalah yang paling pokok ialah menentukan kriterianya. Menurut Jessup & Jessup (As'ad, 1982) yang pertama diperlukan ialah ukuran mengenai sukses/berhasil, dan bagian-bagian mana yang dianggap sangat penting dalam suatu pekerjaan. Dan usaha untuk menentukan ukuran tentang sukses ini amatlah sulit, karena seringkali pekerjaan itu sangat kompleks sehingga sulit diukur *output*-nya yang pasti, terutama pada pekerjaan-pekerjaan yang bersifat administratif.

Walapun demikian, setidaknya dalam pengukuran kinerja, menurut Bellows (1961) beberapa syarat kriteria yang baik ialah apabila *reliable*, *realistic*, *representatives* dan *predictable*. Maier (dalam As'ad, 1982) menyatakan bahwa yang umum dianggap sebagai kriteria kinerja ialah kualitas, kuantitas, waktu yang digunakan, jabatan yang dipegang, absensi dan keselamatan dalam menjalankan tugas, dan dimensi mana yang penting adalah berbeda antara pekerjaan yang satu dengan yang lainnya.

Seperti telah ditegaskan di bagian terdahulu bahwa indikator dari pelayanan yang berkualitas ialah (1) indikator yang menunjuk pada penerapan aspek medis pelayanan kesehatan; dan (2) indikator yang menunjuk pada kinerja aspek non medis pelayanan kesehatan (Azwar, 1996). Serta pendapat dari Omachonu (1990) mengatakan bahwa kualitas dalam pelayanan kesehatan memiliki dua (2) komponen penting, yakni: *quality in practice* dan *quality in perception*. Dan telah pula dibatasi bahwa penelitian ini terfokus pada aspek/dimensi non medis pelayanan kesehatan, maka dengan mengacu pada pendapat Maier tersebut maka ukuran kinerja di sini ditekankan pada kualitas kinerja (*quality in practice*) aspek non medis pelayanan

kesehatan. Sehingga kinerja BDD yang hendak diukur ialah kinerja dari dimensi non medis dan 10 (sepuluh) dimensi pelayanan yang berkualitas dari Zeithaml et. al. yang diberikan dalam pelayanan pertolongan persalinan yang berkualitas yakni pelayanan yang sesuai dengan kode etik dan penerapan standar pelayanan yang berkualitas.

Penilaian terhadap kinerja merupakan suatu aktivitas penting yang harus dilakukan agar dapat dilihat hasil dari pelaksanaan kerja sesuai dengan kriteria yang berlaku bagi pekerjaannya. Agar penilaian kinerja bermanfaat, maka penilaian harus dilakukan secara adil, tidak memihak, dan harus menggambarkan hasil kerja yang aktual dan akurat. Pendapat Meier (1969) yang dikutip oleh As'ad (1982) menyatakan untuk memudahkan pengukuran kinerja, maka pekerjaan dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

“(a) Pekerjaan produksi, di mana secara kuantitatif orang bisa membuat suatu standard yang obyektif. (b) Pekerjaan yang non produksi, di mana penentuan sukses tidaknya seseorang di dalam tugas biasanya didapat melalui *human judgement* atau pertimbangan subyektif.”

Untuk jenis yang pertama, hasil kerja seseorang bisa langsung dihitung, dan kualitasnya dapat dinilai pula melalui pengujian hasil. Sedangkan untuk jenis yang kedua, ada beberapa cara yang lazim ditempuh, antara lain melalui penilaian (*rating*) oleh atasan, *rating* oleh teman (*pur rating*) dan juga *self rating*.

Selanjutnya oleh As'ad (1982) dikatakan bahwa metode penilaian kinerja yang dilakukan dapat diklassifikasikan atas tiga metode, sebagai berikut: (1) *Subjective procedures*, yang meliputi: *rating scale*, *checklist*, *employee comparison*, *critical incident*, *group appraisal*, *essey evaluation*. (2) *Direct measures*. (3) *Proficiency testing*.

Pengukuran terhadap kesuksesan BDD dalam pelayanan pertolongan persalinan yang berkualitas dilakukan dengan metode *subjective procedure*, dan pengukurannya dilakukan secara *self assessment* oleh BDD yang bersangkutan, untuk mengetahui bagaimana persepsinya (*quality in practice*) terhadap pelayanan pertolongan persalinan yang diberikan.

2.3.4 Beberapa Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Sebagaimana telah dibatasi bahwa kinerja BDD adalah hasil kerja yang dicapai oleh seorang BDD dalam melakukan tugas pokok dan fungsinya melalui aktivitas-aktivitas kerja yang telah ditentukan menurut kriteria yang berlaku bagi pekerjaan tersebut. Sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan oleh BDD dalam pertolongan persalinan, di samping memberikan pelayanan medis juga memberikan pelayanan non medis. Pelayanan non medis pada hakekatnya memperlancar seluruh pelayanan yang dibutuhkan, yang sifatnya mengelola bentuk pelayanan yang dipadukan dengan sarana dan prasarana yang dimiliki BDD sehingga akan dapat dicapai hasil kerja yang optimal.

Secara spesifik, untuk menilai kinerja BDD harus memperhatikan hasil pelayanan dan kualitas pelayanan, aspek administrasi dan manajerial, kemampuan untuk mengelola sumber daya, bahan material, peralatan dan teknologi yang dimiliki dalam memberikan pelayanan, serta kepuasan bagi ibu bersalin yang dilayani.

Menurut Kopelman (1988), faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja adalah: *individual characteristics* (karakteristik individual), *organizational characteristics* (karakteristik organisasi) dan *work characteristic* (karakteristik kerja). Lebih lanjut oleh Kopelman dijelaskan bahwa kinerja selain dipengaruhi

oleh faktor lingkungan juga sangat tergantung dari karakteristik individu seperti kemampuan, pengetahuan, keterampilan, motivasi, norma dan nilai. Dalam kaitannya dengan konsep kinerja, terlihat bahwa karakteristik individu seperti kepribadian, umur dan jenis kelamin, tingkat pendidikan suku bangsa, keadaan sosial ekonomi, pengalaman terhadap keadaan yang lalu, akan menentukan perilaku kerja dan produktivitas kerja, baik individu maupun organisasi sehingga hal tersebut akan menimbulkan kepuasan bagi pelanggan atau pasien. Karakteristik individu selain dipengaruhi oleh lingkungan, juga dipengaruhi oleh: (1) karakteristik organisasi seperti reward system, seleksi dan pelatihan, struktur organisasi, visi dan misi organisasi serta kepemimpinan; (2) karakteristik pekerjaan, seperti deskripsi pekerjaan, desain pekerjaan dan jadwal kerja.

Kemudian Hall TL dan Mejia (1978), menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah: (a) Faktor Internal yang terbagi menjadi dua yaitu: (1) Karakteristik individu (umur, pendapatan, status perkawinan, pengalaman kerja, masa kerja); (2) Sikap terhadap tugas (persepsi, pengetahuan, motivasi, tanggung jawab, dan kebutuhan terhadap imbalan). (b) Faktor eksternal yang meliputi : Sosial ekonomi, demografi, geografi (lingkungan kerja), aseptabilitas, aksesibilitas, beban kerja dan organisasi (pembinaan, pengawasan, koordinasi dan fasilitas).

Menurut Gibson et al.(1996) faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dan perilaku seseorang adalah: (1) Faktor individual yang meliputi: (a) Kemampuan; (b) Latar belakang; (c) Demografi. (2) Faktor organisasi meliputi: (a) Sumber daya; (b) Kepemimpinan; (c) Imbalan; (d) Struktur; (e) Desain Pekerjaan. (3) Faktor Psikologis meliputi: (a) Persepsi; (b) Sikap; (c) Kepribadian; (d) Belajar; (e) Motivasi

Sedangkan menurut Schermerhorn (1982), kinerja seseorang dipengaruhi oleh: (1) Upaya yang dilakukan (*work effort*) dimana berhubungan dengan kesediaan untuk melakukan pekerjaan (*willingness to perform*) dan motivasi. (2) Ciri-ciri pribadi individu berhubungan dengan kapasitas melakukan pekerjaan (*capacity to perform*). (3) Dukungan organisasi (*Organization support*) berhubungan dengan kesempatan melakukan pekerjaan (*oportunity to perform*).

Meier (1965) yang dikutip oleh As'ad (1991) berpendapat bahwa perbedaan kinerja antara orang yang satu dengan yang lain dalam situasi kerja adalah pada perbedaan karakteristik individu. Disamping itu orang yang sama dapat membentuk kinerja yang berbeda dalam situasi yang berbeda pula, sehingga dapat disimpulkan bahwa kinerja seseorang dipengaruhi oleh situasi (As'ad. 1991).

Faktor lain yang juga berpengaruh terhadap motivasi dan kinerja ialah pemberdayaan (Tjiptono, 2000). Sementara itu oleh Nisjar (1995) dikatakan bahwa pemberdayaan sumber daya manusia dapat dilakukan melalui pendelegasian wewenang (pemberian wewenang) sehingga diharapkan sumber daya manusia lebih fleksibel, efektif, inovatif, kreatif, etos kerja tinggi, yang pada akhirnya produktivitas menjadi meningkat. Di lain pihak Sedarmayanti menyatakan konsep pemberdayaan merupakan suatu pandangan baru yang mencuat ke permukaan untuk meningkatkan motivasi dan kinerja karyawan. Melalui konsep ini, karyawan disertai wewenang dan tanggung jawab yang lebih besar dalam pengambilan keputusan (Sedarmayanti, 1999).

2.4 Motivasi

Kata motivasi (*motivation*) berasal dari kata kerja "*to motive*" yang berarti menggerakkan. Kata bendanya diartikan alasan bergerak; dalam banyak hal orang

mengartikan sebagai alasan batin atau dorongan batin, sehingga motivasi dapat diartikan sebagai membuat dorongan batin atau hal “pemberian” dorongan batin (Westra, 1981)

Dari pengertian tersebut di atas secara harafiah motivasi berarti dorongan batin/pemberian dorongan batin, sehingga dapat dikatakan sebagai dorongan/pemberian dorongan baik “dari dalam” maupun “dari luar” individu. Atau dengan kata lain, motivasi berarti suatu proses kegiatan untuk memberi dorongan kepada seseorang (atau dapat juga kepada diri sendiri) untuk mengambil suatu tindakan atau untuk berbuat sesuatu dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan (ibid, 1981). Uraian berikut ini akan memberi penjelasan untuk lebih memahami perbedaan antara motif, motivasi dan motivator, sebagai terminologi yang saling berkaitan dalam teori motivasi.

2.4.1 Pengertian Motif – Motivasi Dan Motivator

a. Motif

David B. Guralnik seperti yang dikutip oleh Moekijat (1985) memberikan definisi *motive* sebagai “*an inner dirve, etc. that causes one to act.*”, jadi di sini Guralnik menekankan bahwa motif itu sebagai penggerak dari dalam yang menyebabkan seseorang itu beraktivitas. Sementara itu Berelson dan Steiner yang dikutip oleh Koontz dan O’Donnell (1980) menyatakan bahwa “*a motive, is an inner state that energizes, activates, or moves (hence ‘motivation’), and that directs or channels behavior toward goals*”, dengan demikian jelaslah bahwa motif itu adalah suatu kekuatan penggerak dari dalam, yang menggiatkan atau menggerakkan, dan yang mengarahkan perilaku ke arah tujuan tertentu, sehingga disebut sebagai motivasi. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa motif itu adalah

segala kekuatan dari dalam yang mendorong, menggerakkan, dan mengarahkan seseorang untuk beraktivitas mencapai tujuan tertentu.

Berdasarkan pembatasan arti yang dikemukakan oleh Guralnik, Berelson dan Steiner, dapat dikatakan bahwa motif adalah merupakan suatu kekuatan pendorong (penggerak) dari dalam yang menggiatkan, menggerakkan dan mengarahkan perilaku seseorang untuk beraktivitas, untuk mencapai tujuan tertentu. Pariata Westra (1981) menyatakan ada tiga ciri atau sifat motif, yaitu: "(1) Bersifat 'majemuk'; (2) Bersifat 'tidak tetap' (berubah-ubah); (3) Bersifat 'khas' pada individu tertentu.

b. Motivasi

George R. Terry (1977) menyatakan bahwa "*Motivation is the desire within an individual that stimulates him or her to action*" dalam definisi ini ditekankan bahwa motivasi itu adalah keinginan yang berasal dari dalam diri individu yang mendorong ia untuk bertindak. Sedangkan Koontz dan O'Donnell (dalam Moekijat, 1985) membatasi "*Motivation refers to the drive and effort to satisfy a want or goal.*" yang berarti bahwa motivasi itu menunjukkan dorongan dan usaha untuk memuaskan suatu kebutuhan atau tujuan. Sedangkan Kimball Young seperti yang dikutip oleh Talizidhuhu Ndraha (1982) mendefinisikan motivasi sebagai, "*the process of arousing action, sustaining the activity in progress, and regulating the pattern of activity.*" (proses membangkitkan tindakan, untuk menyokong aktivitas demi kemajuan dan mengatur pola aktivitas tersebut). Dari beberapa batasan arti tersebut di atas, maka yang dimaksud dengan motivasi adalah proses yang mendorong, menggerakkan dan mengarahkan seseorang untuk beraktivitas dengan cara tertentu, untuk memuaskan kebutuhan-kebutuhan dar.

harapannya. Sehingga diperoleh makna bahwa motivasi mempunyai arti yang sama dengan motif, yakni kekuatan pendorong dari dalam yang merangsang seseorang untuk beraktivitas. Dengan demikian jelaslah bahwa sebagai suatu proses, motivasi itu adalah kekuatan pendorong yang berasal dari dalam diri seseorang untuk bertindak/ beraktivitas dengan cara tertentu untuk mencapai suatu tujuan.

Panitia Istilah Manajemen – Lembaga Pendidikan dan Pembinaan Manajemen (1978), menegaskan bahwa motivasi adalah suatu proses:

“... sebagai suatu proses, motivasi itu adalah faktor yang mendorong seseorang untuk bertindak atau berperilaku dengan cara tertentu, dan sebagai suatu proses, motivasi mencakup:

- (a) pengenalan dan penilaian kebutuhan yang belum terpuaskan;
- (b) penentuan tujuan yang akan memuaskan kebutuhan, dan
- (c) penentuan tindakan yang diperlukan untuk memuaskan kebutuhan.”

Hal ini berarti bahwa aktivitas tertentu dari seseorang yang ditujukan untuk memuaskan kebutuhan-kebutuhan dan harapan dari aktivitas yang dipilihnya itu dipengaruhi oleh faktor tertentu.

Kemudian oleh Terry (1979) ditegaskan,

“ ... bahwa proses motivasi itu dipengaruhi oleh beberapa faktor, sebagai berikut:

- (a) kebutuhan-kebutuhan pribadi;
- (b) tujuan-tujuan dan persepsi-persepsi orang atau kelompok yang bersangkutan;
- (c) cara dengan apa kebutuhan-kebutuhan serta tujuan tersebut akan diralisasikan.”

c. Motivator

Paul Hersey dan Kenneth H. Blanchard (1980) (dalam Moekijat, 1985) mengatakan, “*Satisfying factors that involve feelings of achievement, professional growth, and recognition that one experience in a job, that offers challenge and scope are referred to as motivators.*” Koontz dan O’Donnell (dalam Moekijat, 1985) memberikan pengertian motivator adalah “... *is something that influences an*

individual's behavior.” Di sini jelas ditekankan bahwa motivator adalah faktor-faktor pemuas yang mengandung perasaan akan prestasi, perkembangan keprofesionalan, dan pengakuan bahwa seseorang memperoleh pengalaman dan kesempatan yang menantang.

Oleh Moekijat (1985) faktor-faktor tersebut mencakup: (a) prestasi kerja; (b) penghargaan akan hasil kerja; (c) pekerjaan yang menantang; (d) tanggung jawab yang bertambah, dan (e) pertumbuhan dan perkembangan.

2.4.2 Motivasi Kerja

2.4.2.1 Pengertian Motivasi Kerja

Salah satu tanda bahwa manusia hidup ialah adanya aktivitas-aktivitas yang dilakukan, aktivitas yang dilakukan antara lain adalah “kerja”. Kerja sebagai salah wujud dari aktivitas manusia yang terarah dan mempunyai tujuan melalui pelaksanaan tugas, adalah untuk menghasilkan “karya”. Yang dimaksud dengan kerja ialah sejumlah rangkaian aktivitas jasmaniah dan rohaniah yang dilakukan oleh manusia untuk mencapai sesuatu tujuan tertentu (Sarwoto, 1979).

Arah dan tujuan yang akan diraih dari pelaksanaan kerja tersebut ditentukan oleh motif yang melatarbelakangi orang tersebut berkerja, karena motif adalah kekuatan pendorong yang menggerakkan dan mengarahkan seseorang beraktivitas untuk mencapai tujuannya dalam bekerja yakni terpenuhinya kebutuhan-kebutuhannya. Oleh karena itu manusia sebagai makhluk hidup harus memenuhi kebutuhan hidupnya, maka untuk itu manusia harus bekerja (Westra, 1981).

Sebagaimana telah diuraikan bahwa motivasi berasal dari kata kerja *to motive* yang artinya menggerakkan, atau kata bendanya adalah alasan bergerak/dorongan batin, sehingga antara kedua istilah itu tidak bisa dipisahkan,

dimana motivasi seseorang tergantung motifnya, karena motif adalah yang melatarbelakangi seseorang beraktivitas untuk mencapai tujuan (As'ad, 1982). Sehingga seseorang dalam bekerja ia harus mempunyai motivasi agar tujuannya tercapai, yakni terpenuhinya kebutuhan-kebutuhannya. Westra (1979) mendefinisikan motivasi kerja adalah segala sesuatu yang menimbulkan dorongan atau semangat dalam melakukan pekerjaan.

Berdasarkan uraian di atas, maka motivasi kerja dalam penelitian ini dapat dibatasi artinya ialah proses yang mendorong, menggerakkan dan mengarahkan seseorang untuk beraktivitas dengan cara tertentu untuk memuaskan kebutuhan dan harapan yang ingin diraih melalui aktivitas kerja yang dilakukan.

2.4.2.2 Kebutuhan dan Harapan sebagai Kekuatan Pendorong Motivasi Kerja

Motivasi berhubungan erat dengan kebutuhan, dan semua manusia mempunyai kebutuhan yang diusahakan untuk dipenuhi atau dipuaskan. (Effendy, 1983). Koontz dan O'Donnel (1976) menyatakan bahwa "*Human motives are based on needs, whether consciously or subconsciously*" jadi dengan demikian disadari atau tidak disadari motif-motif manusia didasarkan pada kebutuhan-kebutuhannya.

Adapun yang dimaksud dengan kebutuhan adalah beberapa pernyataan di dalam diri seseorang (*internal state*) yang menyebabkan seseorang itu berbuat untuk mencapainya sebagai suatu obyek atau hasil (Thoha, 1983) Dalam hal ini berarti kebutuhan berarti sesuatu dalam individu yang mendorong orang untuk bertindak (Moekijat, 1985). Sehingga dapat dikatakan bahwa kebutuhan itu adalah beberapa pernyataan di dalam diri seseorang yang mendorong orang itu berbuat untuk mencapainya. Oleh karena itu teori yang digunakan untuk menguraikan konsepsi kebutuhan di sini adalah teori motivasi kebutuhan, karena teori ini lebih

menitikberatkan pembahasannya pada pengenalan dorongan dari dalam yakni kebutuhan sebagai dasar dari motivasi (Indrawijaya, 1983).

Sebagaimana telah ditegaskan bahwa motif atau kebutuhan adalah yang mendorong seseorang beraktivitas untuk mencapai tujuannya, dan dengan aktivitasnya tersebut orang tersebut mengharapkan agar kebutuhan-kebutuhannya dapat terpuaskan. Clay W. Hammer dan Dennis W. Orgar seperti yang dikutip oleh Adam Ibrahim Indrawijaya (1983) membatasi pengertian harapan adalah suatu keyakinan sementara seseorang bahwa suatu aktivitas tindakan tertentu akan diikuti oleh hasil. Demikian pula Moekijat membatasi arti harapan adalah merupakan kemungkinan yang dilihat untuk memenuhi suatu kebutuhan tertentu. (Moekijat, 1985). Mengacu pada pembatasan pengertian tersebut di atas dapat dikatakan bahwa harapan adalah merupakan suatu kemungkinan yang diyakini sementara oleh seseorang bahwa suatu aktivitas tertentu akan dapat memenuhi suatu keoutuhan. Sehingga dapat dikatakan bahwa harapan akan menambah motivasi seseorang dalam aktivitasnya, seperti yang dikemukakan oleh Victor H. Vroom (1964) seperti yang dikutip oleh Koontz dan O'Donnell (1979), yang menyatakan:

"... that a person's motivation toward an action at any time would be determined by his or her anticipated values of all the outcomes (both negative or positive) of the action multiplied by strength of that person's expectancy that the outcome would yield the desire goal."

Dari pembatasan yang dikemukakan oleh Vroom tersebut jelaslah bahwa motivasi seseorang terhadap suatu tindakan kadangkala ditentukan oleh keseluruhan nilai-nilai antisipasinya (baik negatif maupun positif) dari tindakan yang beraneka ragam oleh kekuatan harapan orang itu bahwa hasilnya akan memberikan pemuasan tujuan. Dengan kata lain, seperti yang dikemukakan oleh Koontz dan O'Donnell (1979): *Motivation was a product of the anticipated worth to a person of action and*

the perceived probability that person's goals would be achieved (motivasi adalah suatu produk dari antisipasi yang berharga bagi seseorang dari tindakan dan kemungkinan yang diamati bahwa tujuan-tujuan seseorang akan tercapai).

Mengacu pada pendapat Vroom tersebut dapat dikatakan bahwa motivasi seseorang untuk beraktivitas dengan cara tertentu tergantung pada harapannya untuk mencapai tujuan. Sementara Koontz dan O'Donnell (1979) dikemukakan bahwa "*...people will be motivated to do things to achieve some goal to the extent that they expect that certain action on their part will help them achieve the goal.*" Dengan demikian orang akan termotivasi untuk melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan sebagaimana yang diharapkan bahwa tindakan yang nyata akan membantu mereka mencapai tujuan. Berdasarkan pengertian harapan tersebut, di sini dianggap bahwa motivasi seseorang untuk beraktivitas dengan cara tertentu tergantung pada harapannya untuk mencapai tujuan, yakni harapan terpenuhinya atau terpenuhinya kebutuhan-kebutuhan melalui aktivitas kerja yang dilakukan.

2.4.3 Teori Motivasi

2.4.3.1 Teori Isi (*Content Theories*)

John P. Campbell et al. (1970) seperti yang dikutip oleh Gibson et al. (1996) dikatakan bahwa teori isi memusatkan perhatian pada faktor-faktor yang ada di dalam individu yang mendorong, mengarahkan, mempertahankan, dan menghentikan perilaku. Dan mereka mencoba menentukan kebutuhan-kebutuhan spesifik yang memotivasi seseorang.

Sementara oleh T. Hani Handoko (Handoko, 1997) ditegaskan pula bahwa teori isi dari motivasi memusatkan perhatiannya pada pertanyaan: "apa penyebab-penyebab perilaku terjadi dan berhenti?". Dan teori ini memberi jawaban yang

terpusat pada: (1) kebutuhan-kebutuhan, motif-motif atau kekuatan pendorong yang mendorong, menekan, memacu, dan menguatkan karyawan untuk melakukan kegiatan; dan (2) hubungan-hubungan para karyawan dengan faktor eksternal (insentif) yang menyarankan, menyebabkan, mendorong, dan mempengaruhi mereka untuk melaksanakan suatu kegiatan

Teori ini menekankan pentingnya faktor-faktor internal individu tersebut, kebutuhan atau motif yang menyebabkan mereka memilih kegiatan, cara dan perilaku tertentu untuk memuaskan kebutuhan yang dirasakan. Faktor eksternal, seperti gaji, kondisi kerja, hubungan kerja, dan kebijakan perusahaan tentang kenaikan pangkat, delegasi wewenang, dan sebagainya, memberikan nilai atau kegunaan untuk memperoleh perilaku karyawan yang positif dalam usaha pencapaian tujuan organisasi.

Teori-teori ini yang relevan untuk menjelaskan kebutuhan atau motif untuk berperilaku dengan cara tertentu ialah: Teori Hirarki Kebutuhan (Abraham H. Maslow); dan Teori ERG (Clayton P. Alderfer); dan Teori Motivasi Dua Faktor (Frederick Herzberg).

a. Teori Motivasi Kebutuhan Maslow

Manusia sebagai makhluk hidup mempunyai beraneka ragam kebutuhan, dan kebutuhan itu apabila disebut satu persatu dapat mencapai puluhan atau bahkan ratusan jenisnya. Dan setiap manusia mempunyai kebutuhan-kebutuhan yang pemunculannya sangat tergantung dari keinginan individu itu. Dengan kenyataan ini Abraham H. Maslow (dalam Siagian, 1982) menggolongkan kebutuhan manusia dalam lima tingkatan kebutuhan (*Five Hierarchy of Needs*), yaitu

- 1) Kebutuhan-kebutuhan yang bersifat fisiologis (*Physiological Needs*). Manifestasinya berupa kebutuhan : sandang, pangan dan tempat berlindung (papan dalam bahasa Jawa).
- 2) Kebutuhan-kebutuhan keamanan (*Safety Needs*). Manifestasi dari kebutuhan ini mengarah pada dua bentuk, yakni: kebutuhan keamanan jiwa, dan kebutuhan akan keamanan harta.
- 3) Kebutuhan-kebutuhan Sosial (*Social Needs*). Manifestasinya ialah: kebutuhan akan perasaan diterima oleh orang lain di mana ia hidup dan bekerja (*sense of belonging*); kebutuhan akan perasaan dihormati karena setiap manusia merasa dirinya penting; kebutuhan akan perasaan maju dan tidak gagal (*sense of achievement*); kebutuhan akan perasaan diikutsertakan (*sense of participation*).
- 4) Kebutuhan akan Prestise (*Esteem Needs*). Manifestasinya mencakup: kebutuhan akan harga diri; dan kebutuhan untuk menerima pengakuan dan penghargaan dari orang lain, atau kebutuhan untuk menerima penghargaan atas prestasinya.
- 5) Kebutuhan akan aktualisasi diri (*Needs for self-actualization*). Manifestasinya ialah keinginan untuk menunjukkan prestasi tertentu sesuai dengan potensi yang dimiliki.

Berdasarkan penggolongan tingkatan kebutuhan tersebut, Maslow selanjutnya menyusun teori motivasi kebutuhan (*The Hierarchy of Needs Theory*) yang menyatakan "Apabila kebutuhan-kebutuhan tingkat pertama telah dipenuhi, maka kekenyangan dari kebutuhan-kebutuhan ini akan menimbulkan kebutuhan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang lebih tinggi (Moekijat, 1978)

b. Teori Motivasi Kebutuhan Alderfer

Sedangkan Clayton P. Alderfer (dalam Miftah Thoha, 1983) merumuskan teori motivasi kebutuhan yang disebut sebagai "*Existence Relatedness Growth Theory*" (ERG Theory), suatu model penggolongan kebutuhan segaris dengan bukti-bukti empiris yang telah ada. Alderfer mengatakan bahwa:

"... ada nilai-nilai tertentu dalam menggolongkan kebutuhan-kebutuhan, dan terdapat pula suatu perbedaan antara kebutuhan-kebutuhan dalam tatanan paling bawah dengan kebutuhan-kebutuhan pada tatanan paling atas."

Selanjutnya oleh Alderfer mengenalkan tiga kelompok inti kebutuhan tersebut menjadi:

- 1) Kebutuhan akan keberadaan (*existence*). Kebutuhan ini adalah suatu kebutuhan untuk tetap bisa hidup. Kebutuhan ini artinya sama dengan kebutuhan fisiologis dan kebutuhan keamanannya Maslow.
- 2) Kebutuhan berhubungan (*relatedness*). Kebutuhan berhubungan adalah suatu kebutuhan untuk menjalin hubungan dengan sesamanya, melakukan hubungan sosial dan bekerja sama dengan orang lain. Kebutuhan ini sama dengan kebutuhan sosial dari Maslow.
- 3) Kebutuhan untuk berkembang (*growth*). Kebutuhan untuk berkembang adalah suatu kebutuhan yang berhubungan dengan keinginan intrinsik dari seseorang untuk mengembangkan dirinya. Kebutuhan ini searti dengan kebutuhan penghargaan dan aktualisasi dirinya Maslow.

Mengenai “ERG Theory” ini Alderfer berbeda dengan *The Hierarchy of Needs Theory* dari Maslow, karena: “Alderfer tidak mengatakan bahwa tingkat yang di bawah harus dipenuhi terlebih dahulu sebelum tingkat kebutuhan di atasnya”. Dengan kata lain teori Alderfer ini menegaskan bahwa kebutuhan dalam tatanan paling bawah tidak harus dipenuhi dahulu apabila hendak memenuhi kebutuhan pada tatanan di atasnya, karena latar belakang seseorang atau lingkungan kebudayaan dapat saja menyebabkan timbulnya kebutuhan-kebutuhan berhubungan lebih dahulu tanpa harus dipenuhinya kebutuhan-kebutuhan akan keberadaan.

c. Teori Motivasi Dua Faktor

Teori ini berangkat dari asumsi bahwa pada umumnya para karyawan baru cenderung memusatkan perhatiannya pada pemuasan tingkat kebutuhan yang lebih rendah dalam pekerjaan pertama mereka, terutama keamanan. Tetapi setelah hal itu terpuaskan, mereka akan berusaha untuk memenuhi tingkatan-tingkatan kebutuhan yang lebih tinggi, seperti kebutuhan inisiatif, kreativitas, dan tanggung jawab. Kemudian Frederick Herzberg (melalui kelompok risetnya) dari temuannya

merumuskan “teori motivasi dua faktor” yakni “kepuasan kerja berasal dari keberadaan motivator intrinsik dan bahwa ketidakpuasan kerja berasal dari ketidakberadaan faktor-faktor ekstrinsik” Atau dengan kata lain, faktor-faktor intrinsik dikaitkan dengan kepuasan kerja, sementara faktor-faktor ekstrinsik dikaitkan dengan ketidakpuasan kerja (Gibson, 1996). Dengan demikian hubungan seorang individu pada kerjanya merupakan suatu hubungan dasar dan sikapnya terhadap kerja ini sangat menentukan sukses atau kegagalan individu itu dalam melaksanakan pekerjaannya (Robbins, 1996).

Teori motivasi dua faktor (Gibson, 1996; Robbins, 1996; dan Handoko, 1997) ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a) Faktor-faktor penyebab kepuasan kerja (*job satisfaction*) atau faktor-faktor intrinsik, atau disebut juga faktor-faktor *motivators/satisfiers*. Faktor-faktor ini mempunyai pengaruh pendorong positif bagi prestasi dan semangat kerja, dan berperan meningkatkan prestasi atau kepuasan kerja. Faktor-faktor Intrinsik seperti: prestasi, pengakuan, kerja itu sendiri, tanggung jawab, kemajuan, dan pertumbuhan berkaitan dengan kepuasan kerja. Tidak adanya kondisi-kondisi ini bukan berarti membuktikan kondisi sangat tidak puas. Tetapi kalau ada, akan membentuk motivasi yang kuat yang menghasilkan prestasi kerja yang baik, oleh karena itu disebut pemuas atau motivator. Bila ditanyai apakah mereka merasa senang dengan kerjanya, mereka cenderung menghubungkan karakteristik ini dengan diri mereka sendiri, di lain pihak bila mereka tidak terpuaskan, mereka cenderung mengutip faktor ekstrinsik.
- b) Faktor-faktor penyebab ketidakpuasan kerja (*job dissatisfaction*) atau faktor-faktor ekstrinsik, atau disebut juga *maintenance factors* (sering disebut *hygienic*

factors) atau *dissatisfiers*. Faktor-faktor ini mempunyai pengaruh pendorong negatif bagi prestasi kerja, dan berperan untuk mencegah merosotnya semangat kerja, dan meskipun faktor-faktor ini tidak dapat memotivasi tetapi dapat menimbulkan ketidakpuasan kerja atau menurunkan produktivitas kerja. Perbaikan terhadap faktor-faktor pemeliharaan akan mengurangi atau menghilangkan ketidakpuasan kerja, tetapi tidak dapat digunakan sebagai sumber kepuasan kerja. Faktor-faktor ekstrinsik ini seperti: kebijakan dan pimpinan organisasi, penyeliaan, kondisi kerja, gaji, hubungan dengan rekan sekerja, hidup pribadi, hubungan dengan bawahan, status dan keamanan. Keberadaan kondisi-kondisi ini terhadap kepuasan karyawan tidak selalu memotivasi mereka. Tetapi ketidakteradannya menyebabkan ketidakpuasan bagi karyawan, karena itu setidaknya mereka perlu mempertahankan suatu tingkat "tidak ada kepuasan", kondisi ini sering disebut dengan ketidakpuasan atau pemeliharaan.

Dari uraian tersebut di atas, secara ringkas dapat dikatakan bahwa penemuan penting dari penelitian Herzberg dan kawan-kawannya adalah bahwa manajer perlu memahami faktor-faktor apa yang dapat digunakan untuk memotivasi karyawan. Faktor-faktor pemeliharaan sebagai faktor negatif (yang ekstrinsik) dapat mengurangi dan menghilangkan ketidakpuasan kerja dan menghindarkan masalah, tetapi tidak akan dapat digunakan untuk memotivasi bawahan. Hanya faktor-faktor positif (yang intrinsik) atau *motivators* yang dapat memotivasi para karyawan untuk melaksanakan keinginan para manajer.

Teori motivasi dua faktor ini sebenarnya paralel dengan teori hirarki kebutuhan dari Maslow dan *ERG Theory* dari Clayton P. Aldelfer. *Motivators*

berhubungan dengan kebutuhan aktualisasi diri dan penghargaan dari Maslow dan kebutuhan *Growth* dari Alderfer; dan faktor pemeliharaan berhubungan dengan kebutuhan-kebutuhan yang lebih rendah dari dari hirarki Maslow serta *Existence* dan *Relatedness* dari Alderfer.

2.4.2.2. Teori Proses

Teori proses motivasi memberikan uraian dan analisis bagaimana perilaku seseorang mempunyai kekuatan, diarahkan, dipertahankan dan dihentikan. Dengan demikian teori proses ini menguraikan dan menganalisis aspek kebutuhan (motif) dan faktor lain yang ada dalam diri seseorang yang berinteraksi dan saling mempengaruhi sehingga mengakibatkan timbulnya perilaku tertentu. Aspek yang paling mendasar pada teori proses ini ialah harapan yang didasari oleh adanya kebutuhan, dan kebutuhan inilah sebagai awal dari proses yang menyebabkan seseorang berperilaku/beraktivitas dengan cara tertentu. Atau dengan kata lain dasar dari teori proses ialah adanya suatu harapan bahwa aktivitas yang dilakukan oleh seseorang sebagai antisipasi bahwa kebutuhannya akan terpuaskan (Handoko, 1997; Gibson, 1996; Siagian, 1995). Teori proses yang paling relevan untuk menjelaskan perilaku seseorang ialah Teori Harapan (Expectancy Theory) dari Victor H. Vroom.

Stephen P. Robbins (1996) menjelaskan bahwa teori harapan dari Vroom, meskipun banyak dikritik, tetapi bukti riset mendukung teori ini. Teori ini berargumen bahwa kuatnya kecenderungan beraktivitas dengan suatu cara tertentu tergantung pada kuatnya suatu pengharapan bahwa tindakan itu akan diikuti oleh suatu keluaran tertentu dan pada daya tarik dari keluaran tersebut bagi individu. Secara praktis teori ini mengatakan bahwa karyawan dimotivasi untuk menjalankan tingkat upaya yang tinggi bila ia meyakini upaya yang dilakukakan akan

menghantar ke suatu penilaian kinerja yang baik; suatu penilaian yang baik akan mendorong pemberian ganjaran-ganjaran organisasional seperti bonus, kenaikan gaji, atau suatu promosi; dan ganjaran-ganjaran itu memuaskan tujuan pribadi karyawan yang bersangkutan.

Teori harapan ini membantu menjelaskan mengapa banyak pekerja tidak termotivasi pada pekerjaannya dan semata-mata melakukan yang minimum yang diperlukan untuk menyelamatkan diri. Oleh karena itu pemahaman dari tujuan-tujuan seorang individu dan pertalian antara upaya dengan kinerja, antara kinerja dengan ganjaran, dan antara ganjaran dengan tujuan pribadi, maka teori harapan mengenali bahwa tidak ada asas yang universal untuk menjelaskan motivasi semua orang. Di samping itu, hanya karena kita memahami kebutuhan apakah yang dicari oleh seseorang untuk dipenuhi tidaklah memastikan bahwa individu itu sendiri mempersepsikan kinerja yang tinggi pasti menghantar ke pemenuhan kebutuhan-kebutuhan individu tersebut. Berkaitan dengan kinerja karyawan, secara sederhana teori ini mengemukakan bahwa kinerja karyawan adalah fungsi dari interaksi antara kemampuan dan motivasi, jika ada yang tidak memadai, kinerja itu akan dipengaruhi secara negatif.

Kedua teori motivasi tersebut kenyataannya relatif untuk dapat diterima, karena dari pembatasan pengertian motivasi, dapat dikatakan bahwa suatu aktivitas tertentu dapat dipengaruhi oleh dua atau lebih kebutuhan. Demikian pula kalau diperhatikan ciri-ciri atau sifat motif (terutama yaitu motif bersifat majemuk) artinya bahwa suatu aktivitas bukan saja timbul karena satu tujuan, tetapi karena beberapa tujuan yang sekaligus ingin dicapai. Sehingga dalam penelitian ini cenderung untuk menganggap bahwa pemenuhan atau pemuasan beberapa jenis

kebutuhan sebagai motif yang mendorong seseorang dapat terjadi secara bersamaan melalui satu aktivitas yang sama. Atau dengan kata lain, bahwa satu aktivitas seseorang yang digerakkan oleh dua atau lebih motif, bisa saja ditujukan untuk memenuhi lebih dari satu kebutuhan. Berdasarkan uraian tersebut, dalam penelitian ini dianggap bahwa motivasi kerja untuk beraktivitas dengan cara tertentu tergantung pada kebutuhan-kebutuhan dan harapannya dalam melaksanakan macam aktivitas kerja untuk mencapai tujuan.

Dari uraian-uraian tersebut di atas, berdasarkan pengertian motivasi kerja, di sini dianggap bahwa motivasi seseorang untuk beraktivitas dengan cara tertentu tergantung pada harapannya untuk mencapai tujuan, yakni harapan terpenuhinya atau terpenuhinya kebutuhan-kebutuhan melalui aktivitas kerja yang dilakukan. Adapun yang teori motivasi yang dijadikan acuan dalam penelitian ini ialah teori isi (*content theory*). Sehingga dalam penelitian ini, motivasi kerja diukur dari: (1) tingkat motivasi dan (2) *motivators*.

2.5 Kemampuan Kerja

Sejauh mana seorang karyawan dapat mencapai hasil yang memuaskan dalam bekerja tergantung kepada kemampuannya. Menurut Gibson et al. (1996) kemampuan menunjukkan potensi orang untuk melaksanakan tugas atau pekerjaan dan kemampuan berhubungan erat dengan kemampuan fisik dan mental yang dimiliki orang untuk melaksanakan pekerjaan. Menurut Muchlas (1997), setiap orang mempunyai kekuatan dan kelemahan dalam kemampuan kerja, sebagian besar terletak dalam kategori rata-rata. Sedangkan kemampuan sendiri adalah kapasitas individu dalam menyelesaikan berbagai tugas dalam sebuah pekerjaan, di mana kemampuan meliputi kemampuan fisik dan kemampuan intelektual, sehingga

bila ada kesesuaian antara kemampuan dan jenis pekerjaan, maka akan meningkatkan prestasi kerja karyawan.

Kemampuan bisa diperoleh melalui pendidikan baik formal maupun informal, selain itu melalui program pelatihan dan pengembangan juga bisa meningkatkan kemampuan seseorang. Program pelatihan dan pengembangan dapat membantu untuk menghindari keusangan dalam melaksanakan tugas dengan lebih baik. Meskipun pendidikannya dan pengalamannya sama kemampuan seseorang dalam melakukan pekerjaan berbeda dengan orang lain, perbedaan ini disebabkan karena kapasitas orang tersebut berbeda (Notoatmodjo, 1997). Selain itu kemampuan seseorang dalam melaksanakan kerja juga bisa diperoleh karena pengalaman, sehingga semakin lama bertugas seseorang dalam melaksanakan sebuah tugas akan menjadi semakin terampil.

Menurut pendapat England (1972) dan Snell (1992) yang dikutip oleh Sunuharyo (1995) dikemukakan bahwa apabila kemampuan karyawan rendah akan menggunakan waktu dan usaha yang lebih besar daripada karyawan berkemampuan tinggi untuk menyelesaikan suatu pekerjaan. Sehingga setiap pekerjaan menuntut pengetahuan, keterampilan dan sikap yang dimiliki oleh seorang karyawan akan menentukan kesiapannya untuk suatu pekerjaan.

Kemampuan secara luas mencakup segala hal yang pernah diketahui tentang suatu obyek tertentu. Pengetahuan adalah terminologi generik yang mencakup segenap cabang pengetahuan berdasarkan kemampuannya selaku makhluk yang berpikir, merasa dan mengindera. Di samping itu manusia bisa juga mendapatkan pengetahuannya lewat intuisi dan wahyu dari Tuhan yang disampaikan lewat pesuruhnya (Suriasumantri, 1990).

Secara garis besar pengetahuan dapat digolongkan kepada tiga kategori, yakni: (1) pengetahuan tentang apa yang baik dan buruk (etika); (2) pengetahuan tentang apa yang indah dan jelek (estetika); dan (3) pengetahuan tentang apa yang benar dan salah (logika).

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengenderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengenderaan terjadi melalui pancaindra manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar ini diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 1997).

Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor pengalaman dan informasi, yang dapat diperoleh dari lembaga pendidikan formal. Seseorang yang pernah mengenyam pendidikan formal diperkirakan akan lebih mudah menerima dan mengerti tentang pesan kesehatan yang disampaikan untuk penyuluh atau media massa. Makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya (Mantra, 1985).

Menurut Schultz (1970), pendidikan mempengaruhi semangat kerja karyawan. Semakin tinggi pendidikan yang diperoleh seseorang, semakin banyak perubahan yang bersifat positif dari seseorang tersebut, yang diharapkan berguna bagi dirinya, orang lain maupun lingkungannya.

Peningkatan pengetahuan melalui pelatihan secara berkala, bertahap dan berjenjang, yang diberikan kepada BDD, akan meningkatkan kemampuan berpikir dan inisiatifnya, sehingga mereka akan lebih muda menemukan cara yang efektif dan efisien untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik, yang pada akhirnya akan mempengaruhi kinerjanya.

Keterampilan, adalah kemampuan psikomotorik dan teknik pelaksanaan kerja tertentu, yang diperoleh melalui pengalaman kerja, yang berarti bahwa masa kerja seseorang akan menentukan keterampilan kerjanya. Sedangkan sikap adalah kesiapsiagaan mental, yang diorganisasi lewat pengalaman, yang mempunyai pengaruh tertentu kepada tanggapan seseorang terhadap orang-orang, obyek dan situasi yang berhubungan dengannya. Dengan demikian perpaduan antara motivasi dan kemampuan karyawan sangat besar pengaruhnya terhadap optimalisasi kinerja mereka, sehingga perlu mendapat perhatian lebih serius.

Kemampuan BDD pada dilihat dari keterampilan dan pengetahuan yang dimiliki serta sikapnya dalam melaksanakan pekerjaannya. Makin tinggi pengetahuan dan keterampilan seorang BDD menyebabkan tingginya kinerja atas pekerjaan yang diembangkannya.

2.6 Pemberdayaan

Sumber daya membuat sesuatu itu menjadi dan mungkin tetapi hanya sumber daya manusia yang membuat sesuatu itu terjadi (Tjiptono, 2000). Dengan demikian dikaitkan dengan pertolongan persalinan yang ditargetkan mencapai minimal 80%, maka BDD sebagai sumber daya kesehatan (sumber daya manusia) yang akan bisa berbuat untuk mencapai target tersebut. Selain merupakan aset organisasi pelayanan kesehatan, BDD adalah juga pelanggan internal yang menentukan kualitas akhir suatu produk dan jasa. Meminjam pernyataan Fandi Tjiptono, BDD sebagai bagian dari organisasi pelayanan kesehatan, pada kenyataannya masih dieksploitasi dan tidak diberikan peluang kepada mereka untuk berkembang dan berprestasi secara optimal. Akibatnya semangat dan moral kerja

sangat rendah, produktivitas rendah, bersikap apatis, dan ketidakpuasan akan muncul (Tjiptono, 2000).

Adapun cara untuk mengubah situasi tersebut berdasarkan berbagai hasil penelitian intensif yang dilakukan oleh pakar psikologi dan manajemen seperti Bass, 1994; Conger, 1989; Ford dan Fottler, 1995; Stamatis, 1996 dan Wren, 1995 dikemukakan solusinya berupa *empowerment* atau pemberdayaan (Tjiptono, 2000). Melalui pemberdayaan sumber daya manusia, diharapkan terjadi *sharing of power*, dimana bawahan dilibatkan secara bersama-sama dengan pihak manajemen untuk melakukan perubahan. Dengan menerapkan berbagai praktek manajerial, manajemen perusahaan dapat secara signifikan menguatkan keyakinan bawahan pada kemampuan dirinya sendiri. Dengan *sense of self-efficacy* yang lebih kuat, para pegawai akan lebih mampu mengerjakan dan berhasil dalam melakukan berbagai tugas yang menantang.

2.6.1 Pengertian – Tipe dan Manfaat Pemberdayaan

Terminologi pemberdayaan dikenal dalam bahasa Inggris "*Empowerment*" dari kata dasar "*Empower*" yang mengandung dua arti: *to give power or authority* yang berarti memberi kekuasaan, mengalihkan kekuatan atau mendelegasikan kekuasaan, dan pengertian kedua *to give ability to or enable* yang berarti sebagai upaya untuk memberikan kemampuan atau keberdayaan. Sementara itu menurut Stamatis (1996), pemberdayaan (*empowerment*) dapat ditinjau dari dua perspektif. Perspektif pertama, *empowerment* dengan 'e kecil', yaitu memberdayakan sumber daya manusia agar mampu melakukan pekerjaan mereka, mengambil keputusan yang diperlukan sesuai dengan tugas mereka dan bekerja dengan atau bahkan tanpa penyelia. Tipe pemberdayaan ini memungkinkan setiap anggota tim dalam

organisasi untuk melaksanakan tugasnya secara efektif, melalui penguasaan keterampilan dan kapabilitas, sarana/alat dan wewenang untuk memecahkan masalah yang ada demi terpenuhinya tugas yang telah ditetapkan. Perspektif kedua adalah *Empowerment* dengan ‘E besar’ memiliki cakupan yang lebih luas, yakni memberdayakan para anggota tim untuk dapat melaksanakan dan mengelola kinerja tim melalui perencanaan, pengendalian, pengkoordinasi atau penyempurnaan pekerjaan. Untuk mewujudkan tipe pemberdayaan ini, sangat dibutuhkan pelatihan yang tepat dan intensif. Dalam pembahasan selanjutnya, maka perspektif yang dijadikan acuan adalah perspektif yang pertama, karena lebih menekankan pada kemampuan individu.

Bennis dan Mische (1995) mengungkapkan bahwa pemberdayaan berarti menghilangkan batasan birokratis yang mengkotak-kotakkan orang dan membuat mereka menggunakan seefektif mungkin keterampilan, pengalaman, energi dan ambisinya (dalam Sedamayanti, 1999). Hal ini berarti memperkenankan mereka untuk mengembangkan suatu perasaan memiliki bagian-bagian dari proses, khususnya yang menjadi tanggung jawab mereka. Sementara pada waktu yang sama menuntut mereka menerima suatu bagian tanggung jawab dan kepemilikan yang lebih luas dari keseluruhan proses.

Pranarka (1996) menyatakan munculnya konsep pemberdayaan berawal dari gagasan yang ingin menempatkan manusia sebagai subyek. Oleh karena itu, konsep pemberdayaan menampakkan dua kecenderungan, yakni: *pertama*: menekankan pada proses memberikan atau mengalihkan sebagian kekuasaan, kekuatan atau kemampuan (power) kepada anggota organisasi agar lebih berdaya, proses ini disebut dengan kecenderungan primer dari makna pemberdayaan; *kedua*:

menekankan pada proses menstimulasi, mendorong dan memotivasi individu agar agar mempunyai kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan apa yang menjadi pilihan hidupnya (dalam Sedarmayanti, 1999). Mitchell (1999) mengatakan bahwa dengan pemberdayaan, sumber daya manusia akan dengan mudah memberikan cara yang sangat praktis dan produktif untuk mendapatkan hasil yang terbaik.

Dari beberapa pendapat yang dikemukakan tersebut, dapat dikatakan bahwa pemberdayaan dapat mendorong terjadinya inisiatif dan respon, sehingga seluruh masalah yang dihadapi dapat diselesaikan dengan cepat dan fleksibel. Sumber daya manusia dapat dengan bebas (leluasa) memutuskan sesuatu tanpa harus melapor terlebih dahulu atau merasa khawatir akan reaksi dari atasan mereka. Dalam suatu organisasi yang memiliki pemberdayaan, setiap sumber daya manusia akan merasa dihormati karena berperan penting dalam menunjang keberhasilan organisasi. Mereka juga memiliki wewenang dan fleksibilitas guna memastikan adanya hasil akhir yang berkualitas. Organisasi yang mengupayakan pemberdayaan pada dasarnya membuat para pegawai mudah untuk diajak berusaha, karena seluruh pola kerjanya diarahkan pada sikap penuh tanggung jawab.

Secara garis besar, ada beberapa manfaat yang diharapkan dari pemberdayaan pegawai manusia dalam bidang jasa (Bowen dan Lower,1992),di antaranya :

1. Dapat memberikan respon langsung terhadap kebutuhan pelanggan secara lebih cepat selama proses penyampaian jasa (*service delivery*).
2. Dapat memberikan respon langsung terhadap pelanggan yang tidak puas selama *service recovery*.

3. Pegawai akan mempunyai 'rasa memiliki' yang tinggi terhadap pekerjaannya dan merasa berarti bagi organisasi.
4. Pegawai lebih bisa berinteraksi dengan pelanggan secara lebih hangat dan lebih antusias.
5. Pegawai yang diberdayakan dapat menjadi sumber ide jasa/layanan yang handal.
6. Pemberi jasa bisa mendapatkan iklan dari mulut-ke-mulut yang positif dan retensi pelanggan yang tinggi.

2.6.2 Paradigma dan Perwujudan Pemberdayaan Pegawai

Pemberdayaan berarti memampukan (*to enable*), memberi kesempatan (*to allow*) atau mengizinkan (*to permit*), yang dapat diartikan baik melalui inisiatif sendiri atau dipicu oleh orang lain. Ada perbedaan pengertian pemberdayaan pegawai dari sudut pandang manajer dan sudut pandang pegawai. **Dari sudut pandang Manajer**, pemberdayaan pegawai merupakan proses pemberian kesempatan kepada pegawai untuk memampukan diri pegawai di dalam merencanakan dan mengendalikan implementasi rencana pekerjaan yang menjadi tanggung jawab pegawai. **Dari sudut pandang Pegawai**, pemberdayaan pegawai merupakan proses untuk meningkatkan keandalan dirinya agar dipercaya oleh manajer di dalam merencanakan dan mengendalikan implementasi rencana pekerjaan yang menjadi tanggung jawab pegawai yang bersangkutan.

Perwujudan pemberdayaan pegawai menyangkut dua pihak, yakni:

- 1) **Manajer** yang bertujuan untuk menjadikan pegawai berdaya, dalam arti dapat dipercaya dan diandalkan oleh manajer untuk melaksanakan pengambilan keputusan yang sebelumnya dilaksanakan oleh manajer;

- 2) **Pegawai** yang bertujuan untuk menjadikan dirinya berdaya, dalam arti dapat menumbuhkan kepercayaan di dalam diri manajer bahwa ia dapat dipercaya untuk melaksanakan pengambilan keputusan yang sebelumnya tidak pernah dilakukannya.

2.6.3 Pelibatan dan Pemberdayaan Pegawai

Kunci utama pemikiran mengenai cara terbaik menggunakan sumber daya manusia dalam suatu organisasi adalah menyadari bahwa tugas mereka memiliki dua dimensi, yaitu melakukan pekerjaan dan memperbaiki kinerjanya. Perbaikan berasal dari usaha belajar yang harus difasilitasi dalam skala organisasi secara keseluruhan sebagai bagian integral dari proses organisasi. Oleh karena itu, agar proses bisa efektif, efisien, dan adaptif, maka budaya, organisasi, dan pemberdayaan harus dipadukan untuk memenuhi kebutuhan dan strategi organisasi.

Oleh Tjiptono dan Diana (2000) dikatakan walaupun konsep pelibatan dan pemberdayaan pegawai saling berkaitan, akan tetapi merupakan dua hal yang berbeda. Pelibatan pegawai adalah suatu proses untuk mengikutsertakan para pegawai pada semua level organisasi dalam pembuatan keputusan dan pemecahan masalah, karena orang yang paling tepat untuk membuat keputusan ialah orang yang paling dekat dengan masalah yang terjadi. Selain itu keputusan itu akan menjadi lebih baik dengan adanya masukan dari setiap pihak yang dipengaruhi oleh keputusan tersebut. Sedangkan pemberdayaan dapat diartikan sebagai pelibatan pegawai yang benar-benar berarti (signifikan), dengan demikian pemberdayaan tidak hanya sekedar hanya memiliki masukan, tetapi juga memperhatikan, mempertimbangkan, dan menindaklanjuti masukan tersebut apakah akan diterima atau tidak. Tanpa adanya pemberdayaan pelibatan pegawai hanyalah merupakan

alat manajemen yang tidak ada gunanya, oleh karena itu pelibatan pegawai harus dibarengi dengan pemberdayaan.

Tujuan pemberdayaan pegawai adalah untuk penyediaan produk dan jasa yang mampu menghasilkan *value* bagi pelanggan, dengan memanfaatkan teknologi secara optimum. Pemberdayaan pegawai dapat diwujudkan bila pegawai mempunyai kemampuan, keterampilan dan pengetahuan yang dituntut oleh pekerjaannya (Tjiptono, 2000), melalui pelatihan dan pengembangan pegawai (Peppard & Rowland, 1997).

Adapun tujuan pelatihan dan pengembangan pegawai menurut T. Hani Handoko (1998) adalah: (1) Untuk menutup gap antara kecakapan atau kemampuan pegawai dengan permintaan jabatan; (2) Program-program tersebut diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas kerja pegawai dalam mencapai sasaran kerja yang telah ditetapkan. Dengan pelatihan dan pengembangan pegawai diharapkan perputaran tenaga kerja akan menurun dan membuat pegawai lebih produktif. Pelatihan dan penyiapan jenjang karier merupakan indikator utama untuk kategori organisasi yang sehat (Martani Husein, 1997).

2.6.4 Pemberdayaan BDD

Sarah Cook dan Steve Macaulay (dalam Secarmayanti, 1999) mengatakan bahwa pemberdayaan (pelimpahan wewenang) akan memberikan filosofi praktis serta sarana perubahan untuk membantu memperbaiki, baik terhadap kepuasan pelanggan maupun pegawai, dan dengan demikian dapat membantu memperbaiki keefektifan organisasi. Hal yang senada juga dikemukakan oleh Nisjar (1995) bahwa pemberdayaan dapat dilakukan melalui pendelegasian wewenang (pemberian wewenang), sehingga diharapkan organisasi lebih fleksibel, efektif,

inovatif, etos kerja tinggi, yang pada akhirnya produktivitas organisasi menjadi meningkat. Mengacu pada pendapat yang dikemukakan oleh Cook dan Steve tersebut jelaslah bahwa pemberdayaan sebagai pelimpahan wewenang kepada pegawai bertujuan agar pegawai yang melakukan aktivitas kerjanya dalam rangka pencapaian tujuan organisasi mengarah kepada tercapainya kepuasan pegawai itu sendiri dan juga kepuasan pelanggannya (pelanggan organisasi).

Sedangkan Peppard dan Rowland (1995) menyatakan bahwa pemberdayaan berarti memberikan kebebasan dan wewenang kepada seseorang untuk melakukan pekerjaannya dengan baik. Hal ini tidak berarti harus membiarkan pegawai untuk melakukan suatu tindakan dengan caranya sendiri, standar yang ketat harus dipatuhi tetapi dengan keleluasaan untuk memenuhi kebutuhan para pelanggan. Dengan demikian dalam pemberdayaan terjadi pergeseran wewenang, yakni memberikan keleluasaan bagi pegawai dalam melakukan pekerjaannya sesuai dengan wewenang yang diberikan kepadanya, karena tanpa wewenang si pegawai tidak dapat bertindak. Demikian pula halnya yang berkaitan dengan inisiatif, dengan adanya standar dan prosedur pelayanan yang jelas maka pegawai akan mengetahui batas kewenangan yang diterimanya, sehingga ia akan patuh dan menghindari segala macam resiko ketidakpuasan pelanggan. Berdasarkan pendapat Peppard dan Rowland ini, dapat lebih ditegaskan di sini bahwa dalam pemberdayaan berarti terdapat keleluasaan bagi pegawai untuk melakukan suatu tindakan sesuai dengan standar yang harus dipatuhi untuk memenuhi kebutuhan para pelanggan.

Fandi Tjiptono (Tjiptono, 2000) di lain pihak menyatakan bahwa pemberdayaan adalah upaya memberikan otonomi, wewenang dan kepercayaan kepada setiap individu dalam suatu organisasi, serta mendorong mereka untuk

kreatif. Sehingga individu tersebut mendapat keleluasaan dalam mengambil tindakan dan keputusan yang tepat dalam menjalankan tugas. Di sini dengan tegas dinyatakan bahwa dengan pemberdayaan berarti terdapat otonomi dalam melakukan aktivitas kerjanya sesuai dengan wewenang yang dilimpahkan kepada pegawai tersebut.

Sehingga dari pendapat tersebut di atas dapat dikatakan bahwa pemberdayaan ialah pemberian otonomi bagi pegawai agar mereka mempunyai keleluasaan dalam melaksanakan aktivitas kerjanya sesuai dengan wewenang dan kepercayaan yang dilimpahkan kepadanya sehingga aktivitas kerjanya memuaskan pelanggannya dan juga memuaskan pegawai tersebut. Atau dengan kata lain seperti yang dikemukakan oleh Mulyadi (2000), pemberdayaan pegawai berarti pemberian wewenang kepada pegawai untuk merencanakan, mengendalikan, dan membuat keputusan tentang pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya, tanpa harus mendapatkan otorisasi secara eksplisit dari organisasi. Selanjutnya pemberdayaan pegawai didefinisikan sebagai proses menjadikan pegawai mampu dan memberi kesempatan atau mengizinkan pegawai untuk merencanakan, mengimplementasikan rencana, dan mengendalikan implementasi rencana pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga aktivitas kerjanya memuaskan pelanggannya dan juga memuaskan pegawai tersebut.

Sedangkan dari sudut pandang pegawai, pemberdayaan pegawai berkaitan dengan bagaimana pegawai dipercaya manajer untuk mengambil keputusan tentang pekerjaan yang menjadi tanggung jawab pegawai. Untuk dapat dipercaya, perlu dibangun keyakinan dasar dan nilai dasar dalam diri pegawai. Ada dua keyakinan dasar yang perlu dibangun dalam diri pegawai untuk memperoleh kepercayaan dari

manajer, yakni: (1) pemberdayaan pegawai hanya terwujud berdasarkan kepercayaan yang tumbuh dalam diri manajer terhadap pegawai; (2) Kepercayaan manajer terhadap pegawai tumbuh karena kompetensi dan karakter yang dibangun dalam diri pegawai.

Sehingga dapat dikatakan bahwa pegawai yang berdaya ialah:

- 1) pegawai yang mampu untuk merencanakan, mengendalikan, dan membuat keputusan tentang pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya, tanpa harus mendapatkan otorisasi secara eksplisit dari manajer atasnya;
- 2) keberdayaan pegawai yang dihasilkan dari proses pemberdayaan (*employee empowerment*), bukan dengan pemberian wewenang. Oleh karena, pemberdayaan pegawai dilaksanakan dengan menggali potensi yang terdapat di dalam diri pegawai, maka pemberdayaan berarti pengembangan kekuasaan (wewenang), bukan sekedar pendistribusian wewenang yang telah ada dan yang telah dimiliki oleh manajemen;
- 3) berangkat dari pertanyaan “apa yang dapat dicapai/*what can be*” akan memberikan keleluasaan kepada pegawai untuk melakukan perencanaan dan pengambilan keputusan atas pekerjaan yang menjadi tanggung jawab mereka;
- 4) merupakan pelepasan atau pembebasan, bukan pengendalian energi manusia sebagaimana yang dilaksanakan dalam pendelegasian wewenang.

Dengan demikian pegawai yang berdaya ialah pegawai yang mempunyai kemampuan dan kesempatan untuk merencanakan, mengimplementasikan rencana, dan mengendalikan implementasi rencana pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga aktivitas kerjanya memuaskan pelanggannya dan juga tercapai kepuasan pegawai.

2.6.5 Kepuasan Organisasional

Moekijat menyatakan bahwa kebijakan dan aktivitas personalia mempunyai pengaruh yang besar terhadap suasana organisasi bagi para pegawai. Suasana organisasi adalah hal-hal dirasakan yang menguntungkan dan tidak menguntungkan bagi orang-orang dalam suatu organisasi, dan sebagai sesuatu yang menguntungkan atau tidak menguntungkan akan menimbulkan kepuasan maupun ketidakpuasan bagi orang-orang tersebut. Dan terdapat hubungan yang erat antara suasana organisasi dan kepuasan (Moekijat, 1995). Oleh Richard M. Steers (Steers, 1985) dikatakan bahwa suasana organisasi atau “lingkungan dalam organisasi” yang dirasakan ini sering disebut dengan iklim organisasi yang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku pegawai dalam bekerja. Konsep iklim organisasi berbicara mengenai sifat-sifat atau ciri yang dirasa terdapat dalam lingkungan kerja dan timbul terutama karena kegiatan organisasi, yang dilakukan secara sadar atau tidak dan yang dianggap mempengaruhi perilaku. Selanjutnya oleh Steers (1985) dikatakan bahwa iklim organisasi adalah kepribadian organisasi seperti yang dilihat para anggotanya. Dengan demikian dari definisi tersebut, ada dua makna yang bisa dipetik, yakni: (1) kita berurusan dengan bidang persepsi, yakni iklim organisasi yang dilihat oleh para pegawai; (2) anggapan adanya hubungan antara ciri dan kegiatan lainnya dari organisasi. Dalam hal ini oleh Moekijat (1984) ditegaskan bahwa iklim organisasi berpengaruh terhadap kepuasan yang dirasakan pegawai dan motivasi kerja. Sedangkan Mulyadi (2000) menyatakan bahwa motivasi dan kinerja ditentukan oleh kualitas lingkungan kerja yang dibangun dalam organisasi, kualitas lingkungan kerja yang baik adalah lingkungan kerja yang mampu membangkitkan komitmen pegawai terhadap pekerjaannya dan organisasinya. Lingkungan kerja

yang kondusif untuk pemanfaatan kompetensi pegawai secara optimum, yakni: (1) terdapat kepercayaan timbal balik (*mutual trust*) antara manajemen dengan pegawai; (2) terdapat komitmen pegawai terhadap misi, visi, *core beliefs*, dan *core values* organisasi.

Sebagaimana yang dikemukakan oleh Fandi Tjiptono, bahwa para pegawai pada umumnya masih dieksploitasi dan tidak diberikan peluang kepada mereka untuk berkembang dan berprestasi secara optimal. Sehingga semangat dan moral kerja sangat rendah, produktivitas rendah, bersikap apatis dan ketidakpuasan akan muncul (Tjiptono, 2000). Selanjutnya ditegaskan pula bahwa pada dasarnya, pemberdayaan pegawai itu ialah membentuk pegawai yang produktif dan berkomitmen. Untuk menjadi pegawai yang produktif, pegawai harus berkompentensi dengan memadai dan didukung oleh kualitas lingkungan kerja. Kualitas lingkungan yang baik adalah lingkungan kerja yang mampu membangkitkan komitmen pegawai terhadap pekerjaan dan organisasinya. Kompetensi pegawai akan menghasilkan produk jasa yang berkualitas di dalam lingkungan kerja yang kondusif, melalui pemberdayaan, delegasi wewenang, saling percaya dan komunikasi yang efektif (Tjiptono, 2000). Demikian pula pendapat yang dikemukakan oleh Sarwoto (1995) bahwa adanya rasa menjadi bagian suatu organisasi (*sense of belonging*) akan menentukan kepuasan seseorang. Kepuasan adalah suatu kenyataan yang dirasakan menyenangkan atau yang tidak menyenangkan dengan mana seseorang tersebut memandangnya. Dan kepuasan ini mencerminkan perasaan seorang pegawai yang nampak dalam sikapnya terhadap pekerjaan dan segala sesuatu yang dihadapi di lingkungan kerjanya (Handoko, 1998).

Sebagai BDD yang statusnya berbeda dengan bidan puskesmas dan atau pegawai Puskesmas lain, yang hampir semuanya berstatus sebagai PNS, maka kepuasan bisa pula menjadi suatu kenyataan yang dirasakan oleh BDD dalam melakukan aktivitas kerja pada lingkungan kerjanya. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa suasana organisasi akan menentukan kepuasan BDD sebagai bagian dari pegawai Puskesmas, dan kepuasan yang ditekankan di sini ialah kepuasan BDD yang berkaitan dengan iklim organisasi atau suasana organisasional (Siagian, 1995). Selanjutnya oleh Siagian (1995) dinyatakan juga bahwa dalam kehidupan organisasional para pegawai tidak melakukan kegiatan dalam suasana kehampaan, karena dalam melaksanakan pekerjaannya tidak membatasi keberadaannya dalam organisasi hanya pada penyelesaian pekerjaan itu berdasarkan keterampilan dan deskripsi tugas yang mungkin sudah sangat jelas. Akan tetapi yang tidak boleh dilupakan ialah bahwa di samping hal-hal yang bersifat teknis, terdapat faktor-faktor lain yang sifatnya tidak teknis, seperti: psikologis, sosio-kultural dan intelektualitas. Artinya dalam kehidupan organisasional, bekerja tidak bisa dipandang semata-mata sebagai wahana untuk memuaskan kebutuhan-kebutuhan yang bersifat individualistik dan ekonomis, tetapi juga berbagai kebutuhan lainnya. Misalnya, interaksi dengan banyak pihak seperti rekan sekerja, atasan dan manajer serta mungkin dengan bawahannya, mutlak diperlukan karena ada pekerjaan yang tidak bisa terselesaikan hanya oleh seseorang tanpa berinteraksi sama sekali dengan berbagai pihak. Dan juga ketaatan kepada berbagai ketentuan yang berlaku dalam organisasi, melakukan berbagai penyesuaian dengan tradisi dan kultur organisasi adalah contoh faktor lain yang perlu mendapat perhatian dalam mengukur tingkat kepuasan seseorang dalam kehidupan organisasionalnya.

Selanjutnya oleh Siagian (1995) dikemukakan paling sedikit ada empat faktor yang turut berperan mempengaruhi kepuasan organisasional yang dirasakan oleh pegawai, yaitu:

- 1) Pekerjaan yang penuh tantangan adalah pekerjaan yang membutuhkan imajinasi, inovasi dan kreativitas dalam pelaksanaannya, dan apabila pegawai yang bersangkutan berhasil melaksanakannya maka ia akan merasa puas.
- 2) Penerapan sistem penghargaan yang adil adalah masalah persepsi, seseorang akan merasa diperlakukan dengan adil apabila perlakuan tersebut menguntungkannya dan sebaliknya merasa diperlakukan tidak adil apabila perlakuan itu dilihatnya sebagai suatu hal yang merugikan, seperti: pengupahan dan penggajian, sistem promosi, kondisi kerja (dengan lokasi tempat kerja dikaitkan dengan tempat tinggal pegawai).
- 3) kondisi yang sifatnya mendukung diperlukan karena sangat berpengaruh terhadap produktivitas kerja. Seperti tersedianya sarana dan prasarana kerja yang memadai sesuai dengan sifat tugas yang harus diselesaikan, karena walaupun tingkat ketrampilan pekerja sangat tinggi kalau tidak didukung oleh kondisi kerja yang memadai tidak akan banyak artinya.
- 4) sikap rekan sekerja, yakni sikap orang lain dalam organisasi, dalam kehidupan organisasional seseorang mau tidak mau harus berinteraksi dengan orang lain, apakah rekan sekerja, atasannya, mereka yang menduduki jabatan manajerial karena adanya saling ketergantungan dan keterkaitan antara satu tugas dengan tugas lainnya, dan dengan berinteraksi maka pegawai akan merasakan bagaimana sikap rekan sekerjanya.

Dalam penelitian ini yang akan diungkap dari kepuasan sebagai bagian dari pegawai puskesmas ialah kepuasan organisasional yakni kepuasan sebagai bagian dari pegawai puskesmas, yang meliputi penilaian BDD terhadap kondisi organisasi yang sifatnya mendukung pelaksanaan pekerjaan dan sikap rekan sekerja.

Dengan demikian pegawai yang berdaya ialah pegawai yang diberdayakan sehingga mampu untuk melaksanakan tugas sesuai dengan pekerjaannya dan mempunyai kesempatan untuk berkarier, berpendapat, merencanakan, mengimplementasikan rencana, mengendalikan implementasi rencana, mengambil keputusan dan bertanggung jawab terhadap pekerjaannya, sehingga aktivitas kerjanya memuaskan pelanggannya dan adanya kepuasan organisasional.

Selanjutnya Pemberdayaan BDD diukur dari:

1. Kesempatan yang diberikan oleh organisasi sesuai dengan yang dipersepsikan oleh BDD;
2. kepuasan organisasional yakni kepuasan sebagai bagian dari pegawai puskesmas, yang meliputi penilaian BDD terhadap kondisi organisasi yang sifatnya mendukung pelaksanaan pekerjaan dan sikap rekan sekerja.

2.8 Kepuasan Konsumen

2.8.1 Pengertian Kepuasan Konsumen

Rust et al. (1996) menyatakan kepuasan (*satisfaction*) berasal dari kata latin *satis* artinya cukup (*enough*) dan *face* artinya membuat (*to do or make*). Pengertian kepuasan adalah pemenuhan kebutuhan psikologis, yang intinya adalah perasaan atau emosi psikologis mengenai kualitas barang atau jasa yang diterima sesuai dengan persepsi rasional konsumen. Konsep kepuasan pelanggan masih bersifat abstrak, pencapaian kepuasan dapat merupakan proses yang sederhana, dapat juga

kompleks dan rumit, karena peranan setiap individu berperan dalam *service encounter* dan berpengaruh terhadap kepuasan yang dibentuk

Untuk dapat mengetahui tingkat kepuasan pelanggan secara lebih baik, maka perlu dipahami pula penyebab kepuasan, di samping pelanggan tidak hanya lebih banyak kecewa pada “jasa” daripada “barang”, tetapi mereka juga jarang mengeluh, salah satu alasannya adalah karena mereka juga ikut terlibat dalam proses penciptaan jasa. Batasan arti dari kepuasan pelanggan yang dikemukakan oleh Day yang dikutip oleh D.K. Tse dan P. C. Wilton (dalam Tjiptono, 1998) dikatakan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian/diskonfirmasi yang dirasakan antara harapan sebelumnya (atau norma kinerja lainnya) dengan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakainnya. Batasan berikutnya yang dikemukakan oleh Engel et. al. (1990) bahwa kepuasan pelanggan ialah merupakan evaluasi purnabeli di mana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya memberikan hasil (*outcome*) yang sama dengan harapan pelanggan atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil yang diperoleh tidak memenuhi harapan pelanggan. Sedangkan pakar pemasaran Philip Kotler (Kotler, 1994) menandakan bahwa kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil kinerja) yang ia rasakan dengan harapannya. Pada buku lain Kotler dan Clarke (1987) mendefinisikan kepuasan sebagai suatu keadaan yang dirasakan seseorang yang telah mengalami suatu kinerja (hasil) yang telah memenuhi harapannya.

Mengacu pada tiga definisi tersebut di atas, dapat diungkapkan di sini bahwa ada kesamaan di antara tiga definisi tersebut, yakni menyangkut komponen

kepuasan pelanggan (yakni harapan dan kinerja/hasil kinerja yang dirasakan). Umumnya harapan pelanggan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang apa yang akan diterimanya bila ia membeli atau mengkonsumsi suatu produk (barang atau jasa). Sedangkan kinerja yang dirasakan adalah persepsi pelanggan terhadap apa yang ia terima setelah mengkonsumsi produk yang dibeli.

Selanjutnya definisi kepuasan konsumen dalam penelitian ini mengacu pada definisi yang dikemukakan oleh Kotler dan Clark, yakni: kepuasan sebagai suatu keadaan yang dirasakan seseorang yang telah mengalami suatu kinerja (hasil) yang telah memenuhi harapannya.

2.8.2 Harapan dan Kepuasan Konsumen

Harapan konsumen dibentuk dan didasarkan oleh beberapa faktor, di antaranya pengalaman di masa lampau, opini orang lain dan kerabat serta informasi dan janji-janji pemberi pelayanan dan para pesaing. Faktor-faktor inilah yang menyebabkan harapan seseorang biasa-biasa saja atau sangat kompleks.

Menurut Fandy Tjiptono (Tjiptono, 1995) ada beberapa penyebab utama tidak terpenuhinya harapan konsumen, yakni:

“(1) faktor penyebab yang bisa dikendalikan oleh penyedia jasa/provider, sehingga penyedia jasa bertanggung jawab untuk meminimumkan miskomunikasi dan misinterpretasi yang mungkin terjadi dan menghindarinya dengan cara merancang jasa yang mudah dipahami dengan jelas. Dalam hal ini penyedia jasa harus mengambil inisiatif agar ia dapat memahami dengan jelas instruksi dari klien dan klien mengerti benar apa yang akan diberikan. (2) Faktor penyebab yang tidak bisa dikendalikan oleh provider yang bersumber dari penggunaan jasa, yakni konsumen keliru mengkomunikasikan jasa yang diinginkan, keliru menafsirkan signal (harga dan positioning, dll). (3) Kinerja pemberi jasa yang buruk. (4) Miskomunikasi dari penyedia jasa oleh pesaing.”

Sebelum menggunakan suatu jasa, pelanggan sering memiliki empat skenario jasa yang berbeda dalam benaknya, mengenai apa yang bakal dialami,

yaitu: (1) Jasa ideal; (2) Jasa yang diantisipasi/diharapkan; (3) Jasa yang selayaknya diterima (*deserved*); (4) Jasa minimum yang dapat ditoleransi (*minimum tolerable*).

Sebagaimana telah dijelaskan bahwa harapan membentuk kepuasan, sehingga konsumen bisa berharap dari keempat skenario tersebut, yakni: (1) Apabila jasa minimum yang ditoleransi yang diharapkan, yang terjadi sama dengan atau bahkan melampaui harapan tersebut, maka akan timbul kepuasan; (2) Sebaliknya, apabila yang diharapkan jasa ideal, maka bila yang terjadi kurang dari harapan tersebut, maka yang terjadi adalah ketidakpuasan. Dengan kata lain dapat dirumuskan: (1) Semakin dekat harapan yang diharapkan dengan jasa minimum yang dapat diterima, semakin besar pula kemungkinan tercapainya kepuasan pelanggan; (2) Konsumen yang puas bisa berada di mana saja dalam spektrum ini, yang menentukan posisinya adalah posisi hasil (*outcome*) yang diharapkan (Tjiptono, 1995).

Rust et al. (1996) mengemukakan bahwa kepuasan adalah fungsi dari harapan pelanggan, dalam *hierarchy of expectations theory*, mereka membagi jenjang harapan seseorang dalam mencapai kepuasan dan kesenangan menjadi tiga, yakni: pertama, *The will expectation*, merupakan harapan pelanggan berdasarkan informasi yang diketahui. Di sini diartikan sebagai pelayanan yang akan diterima pelanggan melampaui harapannya. kedua, *The should expectation* merupakan harapan yang pantas diterima pelanggan dari suatu transaksi. Sering terjadi kenyataan yang diterima lebih baik dibandingkan kenyataan yang dipikirkan pelanggan. ketiga, *The ideal expectation* merupakan keadaan yang paling baik akan terjadi, kondisi ini digunakan sebagai barometer *excellence*.

Hirarki harapan yang dikemukakan di atas, merupakan dambaan pelanggan terhadap kepuasan pelayanan diberikan penyedia, hirarki ini pula yang membuat jarak kesenjangan antara harapan dengan kenyataan yang diterima pelanggan. Semakin kecil jarak antara harapan dan kenyataan, berarti nilai kepuasan semakin besar. Kesenjangan antara harapan dan pelayanan diterima pelanggan berdampak pada: (1) pelanggan berhenti membeli, dan (2) pelanggan berpindah ke penyedia jasa lain.

Kepuasan pelanggan dapat disebabkan oleh faktor internal dan eksternal pemberi pelayanan. Faktor internal, meliputi meningkatnya harga, ketidaknyamanan, kesalahan pelayanan, pelayanan kurang simpatik, kurang tanggap saat ada pengaduan, etika pelayanan, perpindahan karena keinginan pelanggan dan petugas tidak ada. Sedangkan faktor eksternal, pelanggan memperoleh pelayanan lebih baik dari pesaing. Dampak dari perpindahan pelanggan adalah disebarluaskannya informasi kepada pelanggan baru, sehingga menghambat permintaan oleh pelanggan lama maupun pelanggan baru terhadap produk perusahaan, berarti mengurangi penerimaan perusahaan (Tjiptono, 1995).

2.8.3 Pengukuran Kepuasan Konsumen

Dutka (1994) menyatakan bahwa organisasi perlu meneliti kepuasan pelanggan dari produk yang dijualnya untuk memperoleh: (1) kebutuhan dan harapan pelanggan; (2) pengembangan standar pelayanan; (3) pengukuran kepuasan; (4) identifikasi kecenderungan; dan (5) perbandingan kepuasan yang diciptakan pesaing.

Kotler dan Clarke (1987) mengemukakan bahwa organisasi yang bergerak di bidang pelayanan menggunakan metode-metode bermacam-macam untuk

mengukur keberhasilan mereka dalam menciptakan kepuasan konsumen. Mereka mengemukakan dua teori tentang kepuasan, yaitu:

Pertama, *expectations performance theory* (teori performansi harapan), kepuasan adalah fungsi dari harapan-harapan konsumen tentang produk dan performansi produk yang diterimanya. Teori ini menggunakan pengukuran dengan *Sales-Related Method*, metode ini didasari pemikiran bahwa tingkat kepuasan konsumen diciptakan oleh berbagai aktivitas yang diukur dari tingkat penjualan, pangsa pasar, dan atau nisbah pembelian ulang dari konsumen. Jika ukuran-ukuran ini meningkat atau tetap pada suatu tingkat yang dapat diterima, pihak pimpinan organisasi menarik kesimpulan bahwa organisasi tersebut memuaskan pelanggannya.

Kedua, *cognitive dissonance theory* (teori disonansi kognitif), teori ini menganggap bahwa hampir setiap pembelian mungkin mengakibatkan ketidakpuasan. Teori ini menggunakan pengukuran *Derived Dissatisfaction Methods*, metode ini didasari pemikiran bahwa ketidakpuasan seseorang sebagai “*need deficiency*” yang ditentukan oleh selisih antara pengharapan sebagaimana persepsinya mengenai obyek tersebut, dengan kenyataan yang diterimanya. Inti dari teori ini adalah, pengguna jasa pelayanan ditanyai tentang kinerja setiap komponen pelayanan kesehatan dan diberi skor. Pemberian skor oleh konsumen terhadap bobot pernyataan akan menentukan seberapa besar nilai kepuasan yang diterima dari pelayanan, dan dibandingkan dengan seberapa besar nilai seharusnya yang diharapkan konsumen, menurut standar kinerja pelayanan. Skor pada ukuran nilai seharusnya, dikurangi dengan skor yang diperoleh pada saat pelayanan, menghasilkan ukuran defisiensi kebutuhan konsumen. Sementara itu di buku yang lain Kotler (1994) mengemukakan ada beberapa metode yang dapat dipergunakan

oleh suatu organisasi pemberi jasa untuk mengukur kepuasan pelanggan/konsumen (juga untuk organisasi pesaing), yaitu: (1) Metode Sistem keluhan dan saran; (2) Metode Survei Kepuasan; (3) Metode *Ghost Shopping*; (4) Metode *Lost Customer Analysis*. Metode Survei Kepuasan, dapat dilakukan dengan beberapa cara, yakni:

- a) *Directly Reported Satisfaction*. Pengukuran dilakukan secara langsung melalui pertanyaan tertentu, misalnya “Ungkapkan seberapa puas saudara terhadap pelayanan yang saudara terima”
- b) *Derived Dissatisfaction*. Pertanyaan yang diajukan menyangkut dua hal utama, yakni besarnya harapan pelanggan terhadap atribut tertentu dan besarnya kinerja yang mereka rasakan.
- c) *Problem Analysis*. Pelanggan dijadikan responden, dan diminta untuk mengungkapkan dua hal pokok. Pertama, masalah-masalah yang mereka hadapi berkaitan dengan penawaran dari pemberi jasa. Kedua, saran-saran untuk melakukan perbaikan.
- d) *Importance-performance Analysis*. Dalam teknik ini, responden diminta untuk meranking berbagai elemen (atribut) dari penawaran berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen tersebut. Selain itu, responden juga diminta meranking seberapa baik kinerja pemberi jasa dalam masing-masing elemen/atribut tersebut.

Pelayanan kesehatan sebagai suatu kegiatan yang bergerak di bidang jasa, faktor kualitas pelayanan menjadi perhatian utama. Azwar (1996) menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat

kepuasan rata-rata penduduk, serta penyelenggaraannya sesuai standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Seperti telah diungkapkan pada bagian terdahulu bahwa kualitas dalam pelayanan kesehatan memiliki dua komponen penting, yakni: (1) *quality in practice*, yakni yang berkaitan dengan standar yang telah ditetapkan; dan (2) *quality in perception*, yakni yang berkaitan dengan persepsi pasien. Memberikan pelayanan yang berkualitas adalah tujuan dari pelayanan kesehatan, kepuasan pasien tidak hanya ditentukan oleh kesepakatan profesi ataupun peraturan pemerintah tetapi lebih pada harapan dari pengguna pelayanan terhadap pelayanan tersebut (Elbeck, 1992). Pelayanan berkualitas adalah pelayanan yang berorientasi pada pelanggan, dirancang sesuai dengan harapan pelanggan, dengan demikian pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan yang berfokus pada harapan dan kepuasan konsumen (Azwar, 1996).

Kepuasan pasien adalah multidimensi sebagaimana seseorang lebih menilai beberapa aspek yang berbeda terhadap pelayanan kesehatan dari pada menilai secara keseluruhan pelayanan kesehatan sebagai suatu kesatuan. Oleh Bader, (1988) (dalam Fosbinder, 1994) dan Lecbov et al. (1994) dikatakan bahwa meskipun konsep kepuasan pasien dapat digunakan untuk mengevaluasi hubungan *provider* dengan *client*, akan tetapi *provider* dan *client* mempunyai ide yang berbeda tentang apa yang disebut *quality care* dan penerapan *quality care* (dalam Damayanti, 2000). Selanjutnya oleh John J. (1992) dikemukakan bahwa kualitas yang dirasakan (*perceived quality*) ditentukan oleh harapan (*expectation*) dan pengalaman terhadap pelayanan yang ada saat ini. Sedangkan harapan pasien ditentukan oleh evaluasi

(*perceived quality*) dan respon (*satisfaction*) terhadap kinerja pemberi pelayanan kesehatan (dalam Damayanti, 2000).

Linder-Pelz (1982) menegaskan kepuasan pasien sebagai *individual positive attitude (positive evaluation)* terhadap pelayanan kesehatan yang dialami. Sementara John (1992) mengatakan bahwa evaluasi pasien tentang pengalaman terhadap pelayanan kesehatan dapat dikenali sebagai kualitas yang dirasakan, kepuasan pasien, dan niat berperilaku (*behavior intentions*). Sedangkan Ross et al. (1987) menyatakan bahwa kepuasan pasien adalah respon pasien (*affective* maupun *emotional*) terhadap evaluasinya (berdasarkan *cognitive* maupun *knowledge*) tentang kinerja pemberi pelayanan kesehatan (*perceived quality*) ketika menggunakan pelayanan kesehatan (dalam John, 1992).

Sebagai komponen dari kualitas pelayanan, kepuasan ibu baru bersalin dalam pelayanan pertolongan persalinan adalah kualitas pelayanan yang dirasakan (*perceived quality*) dari pelayanan yang diterimanya. Sehingga mengacu pada pembatasan arti kepuasan konsumen adalah suatu keadaan yang dirasakan seseorang yang telah mengalami suatu kinerja (hasil) yang telah memenuhi harapannya. Dan pembatasan lingkup kajian pada kinerja non medis dalam pelayanan pertolongan persalinan, maka kepuasan konsumen di sini diukur dari persepsi konsumen terhadap kinerja pelayanan yang dirasakan. Dengan demikian kepuasan konsumen diukur dengan sepuluh (10) dimensi pelayanan yang berkualitas dari Zeithaml et. al. (1990).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

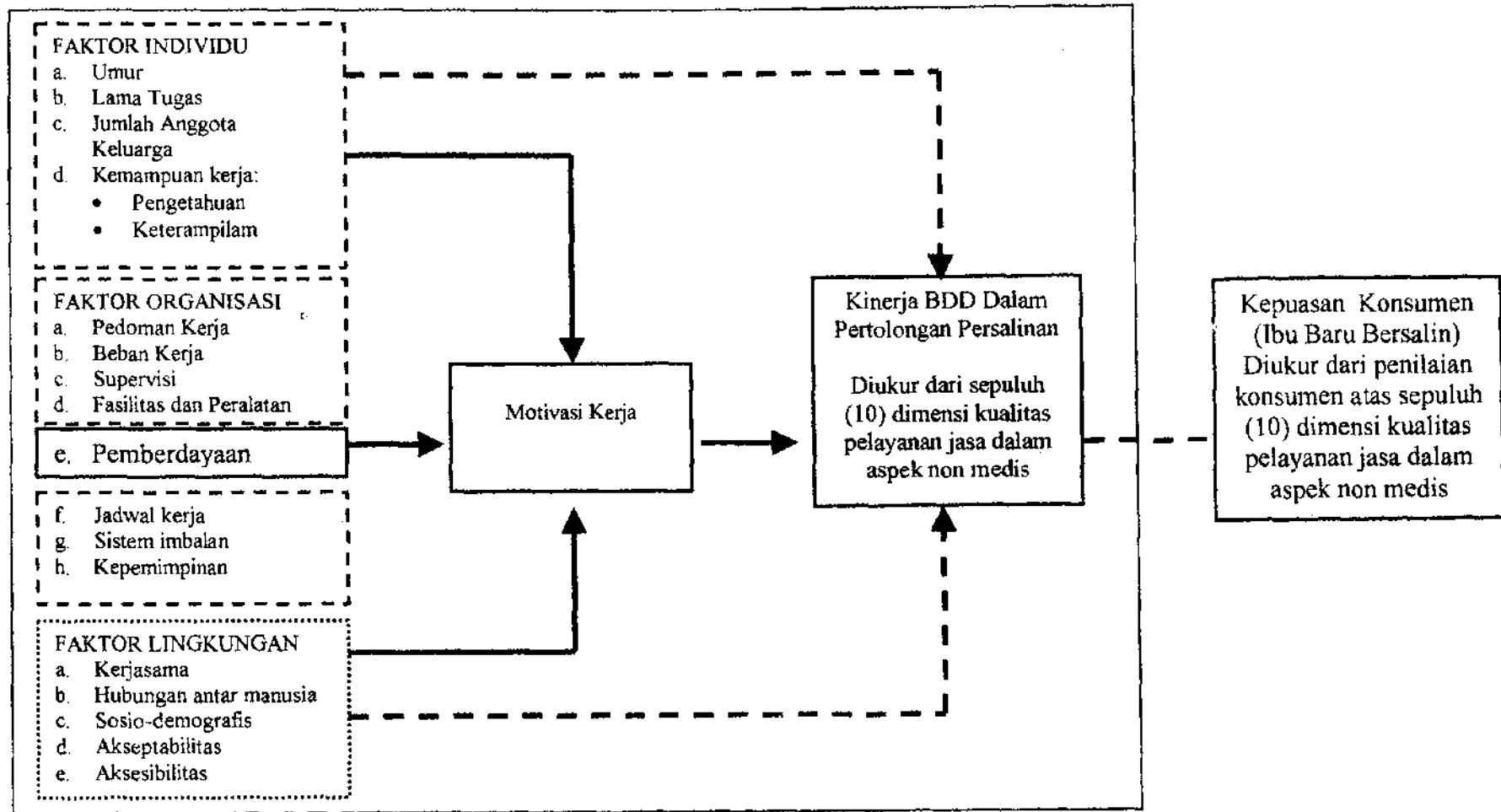
3.1 Kerangka Konseptual

Kinerja BDD dalam pertolongan persalinan dipengaruhi oleh faktor individu, faktor organisasi, faktor motivasi dan faktor lingkungan sosial kemasyarakatan. Faktor individu, meliputi: umur; lama tugas; jumlah anggota keluarga; kemampuan kerja (pengetahuan dan keterampilan). Faktor organisasi, meliputi: pedoman kerja; beban kerja; supervisi; fasilitas dan peralatan; pemberdayaan; jadwal kerja; sistem imbalan; kepemimpinan. Faktor karakteristik lingkungan sosial kemasyarakatan, meliputi: kerjasama; hubungan antar manusia; sosio-demografis; akseptabilitas; aksesibilitas

Faktor individu dan faktor karakteristik lingkungan sosial kemasyarakatan berpengaruh langsung terhadap motivasi kerja dan kinerja BDD, akan tetapi tidak diteliti, Penelitian ini dibatasi pada pengaruh pemberdayaan (faktor organisasi) terhadap kinerja BDD melalui motivasi kerja sebagai variabel antara. Atau dengan kata lain, motivasi kerja berpengaruh langsung terhadap kinerja, dan motivasi kerja dipengaruhi oleh faktor pemberdayaan.

Kinerja yang optimal (hasil dari kinerja) akan mempengaruhi kepuasan konsumen. Dan hasil kinerja BDD selanjutnya akan dijelaskan dengan mendeskripsikan kepuasan konsumen dalam pertolongan persalinan.

Adapun skema hubungan antar variabel secara ringkas dapat disimak pada gambar 2 berikut ini.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan gambar:

----- : Kotak garis terputus-putus tidak diteliti

————— : Kotak garis tidak terputus diteliti

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan penelitian

Penelitian mengenai kinerja BDD dalam pertolongan persalinan ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional*, dimana antara faktor yang mempengaruhi dan faktor yang dipengaruhi diukur pada saat yang bersamaan. Penelitian ini dititikberatkan pada beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja BDD serta menjelaskan kepuasan konsumen sebagai hasil dari kinerja yang dirasakan dalam pertolongan persalinan. Mengingat kinerja BDD masing-masing berbeda, maka unit analisis dalam penelitian ini adalah individu atau BDD. Hal tersebut dilakukan dengan pertimbangan, kinerja sangat dipengaruhi oleh aktivitas individu untuk melakukan pekerjaannya.

4.2 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Malang, dengan beberapa pertimbangan bahwa pertolongan persalinan masih di bawah 80% dari jumlah sasaran pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan; sedangkan pertimbangan lainnya ialah akses peneliti untuk menjangkau lokasi tersebut sesuai dengan waktu, biaya dan tenaga.

4.3 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2001 sampai dengan Desember 2001.

4.4 Populasi dan Sampel

4.4.1 Populasi

Dalam penelitian ini ada dua (2) populasi, yakni:

- a) Yang berkaitan dengan kinerja BDD (bidan PTT) populasinya ialah jumlah seluruh BDD yang tersebar di 33 kecamatan (yang ada BDD-nya) dari 35 kecamatan yang terdiri atas 410 desa yang ada di Kabupaten Malang, yakni sejumlah 146 orang BDD yang tersebar di 146 desa (yang ada BDD-nya)
- b) Kepuasan konsumen, yang dimaksud konsumen di sini adalah ibu baru bersalin yang persalinannya ditolong oleh BDD, yang tersebar di 33 kecamatan (yang ada BDD-nya) dari 35 kecamatan yang ada di Kabupaten Malang, yakni sejumlah 257 ibu baru bersalin yang tersebar di 60 desa yang ada BDD-nya.

4.4.2 Sampel

4.4.2.1 Besarnya Sampel

1) Sampel Bidan Di Desa

Populasi BDD dalam penelitian ini sebesar 146 orang, maka besarnya sampel dalam penelitian ini perlu ditetapkan dengan acuan pertimbangannya ialah representativitas sampel terhadap populasi. Karena jumlah BDD telah diketahui, maka jumlah sampel diperoleh dengan rumus (Pudjirahardjo, dkk., 1993):

$$n = \frac{N_e^2 p (1 - p)}{Nd^2 + z^2 p (1 - p)}$$

Keterangan rumus:

- n = besar sampel;
- N = besar populasi (jumlah populasi acuan)
- z = nilai standar normal yang besarnya tergantung α
bila $\alpha = 0,01 \rightarrow z = 1,96$
- p = probabilitas suatu kejadian (prosentase taksiran hal yang akan diteliti)
- d = besarnya penyimpangan yang masih bisa ditolerir (semakin kecil d, akan semakin teliti penelitian, misalnya = 0,1%).

Aplikasi rumus tersebut untuk mencari besarnya sampel, adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{146 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 (1 - 0,5)}{146 \cdot 0,1^2 + 1,96^2 \cdot 0,5 (1 - 0,5)} = 57,93 = 58 \text{ (dibulatkan)}$$

Keterangan rumus:

- n = besar sampel yang dicari
 N = 146 (besar populasi yang dijadikan acuan)
 z = nilai standar normal dengan besarnya $\alpha = 0,05 \rightarrow z = 1,96$
 p = 0,5 (probabilitas kejadian/prosentase taksiran hal yang akan diteliti)
 d = 10 % (besarnya penyimpangan yang masih bisa ditolerir = 0,1)

Selanjutnya besarnya sampel yang diambil ialah sebanyak : 60 orang responden, pembulatan ini dilakukan untuk lebih menyederhanakan perhitungan.

2) Sampel Ibu Baru Bersalin

Populasi ibu baru bersalin sejumlah 257 orang tersebar di 60 desa yang BDD yang terpilih sebagai responden. Besarnya sampel dalam penelitian ini ditetapkan sebesar 120 orang responden, yang dipilih secara purposive masing-masing 2 (dua) orang ibu baru bersalin (ibu nifas) dari tiap desa yang persalinannya ditolong oleh BDD.

4.4.2.2 Penarikan Sampel

Mengingat jarak jangkauan pada tiap-tiap BDD cukup berjauhan, dan pertimbangan waktu, biaya dan tenaga yang sangat terbatas, dari populasi yang tersebar di 146 desa, maka populasi yang diklasifikasikan ke dalam tiga sub populasi berdasarkan jarak dari ibu kota kecamatan yang ada ke ke pusat pelayanan kesehatan di ibu kota Kabupaten (lihat Lampiran 1), yakni:

- 1) Jarak 5 – 14 km (sub populasi I) sebanyak 6 kecamatan dengan 78 desa, jumlah BDD adalah 29 orang;
- 2) Jarak 15 – 24 km (sub populasi II) sebanyak 11 kecamatan dengan 139 desa, jumlah BDD adalah 58 orang;