

**POLA DETERMINASI PILIHAN DAN NILAI
PADA TINDAKAN DISKRESI BIDAN ; STUDI PELAYANAN
KESEHATAN IBU DAN ANAK**

Alexsander

Email : alexanderhasyim@yahoo.com

Program Studi Administrasi Publik Universitas Prof Dr Hazairin SH Bengkulu, Indonesia

Abstract

Since the problem of high mortality rate of mother and baby in the year of 2015 in Bengkulu City, the behavioral problem of the key actor in mother and baby health service delivery became an urgent discourse. This research aimed at identifying the self determinant pattern of midwife's discretionary action in the practice of service delivery. Qualitative approach with action research design is implemented with midwife profession as the individual analysis unit. The key informants taken are qualified midwife and also supported by several multi actors informants. Research is held in six months . Data were collected by FGD and Indepth interview, observation, and document study. To obtain targeted result, data is analysed with inductive logic frame work. The research shows the mother mortality is urgent problem in health service sector. As the result of the lack of human resources and over-workload, some of midwives develop the mechanism of procedure tightening. While, determinant behavior is accumulated in purpose of rationalizing of resources as the result of insufficient resources. Besides, in the pattern of decision making social and safety reasons are shown as determinant factors. Those factors affected in midwife health service delivery. The contribution of the research is the exploration of determinant factors in optional discretion. Besides the further research map in the discourse of discretion and street level bureaucrats.

Keywords: *Pattern, self-determination, discretion, midwife*

Abstrak

Permasalahan tingginya angka kematian ibu dan bayi pada tahun 2015 di Kota Bengkulu, masalah perilaku aktor utama dalam pemberian layanan kesehatan ibu dan bayi menjadi permasalahan utama. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pola determinan diri dari tindakan diskresi bidan dalam praktik pemberian layanan. Pendekatan kualitatif dengan desain penelitian tindakan dilaksanakan dengan profesi bidan sebagai unit analisis individu. Informan kunci yang diambil adalah bidan yang berkualifikasi dan juga didukung oleh beberapa informan multi-aktor. Penelitian dilaksanakan dalam enam bulan. Data dikumpulkan dengan FGD dan wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumen. Untuk mendapatkan hasil yang ditargetkan, data dianalisis dengan kerangka logika induktif. Penelitian menunjukkan bahwa kematian ibu merupakan masalah mendesak di sektor layanan kesehatan. Sebagai akibat dari kurangnya sumber daya manusia dan beban kerja yang berlebihan, beberapa bidan mengembangkan mekanisme pengetatan prosedur. Sementara, perilaku penentu diakumulasi untuk merasionalisasi sumber-sumber sebagai akibat dari sumber daya yang tidak mencukupi. Selain itu, dalam pola pengambilan keputusan alasan sosial dan keselamatan ditampilkan sebagai faktor penentu. Faktor-faktor yang terpengaruh dalam pemberian layanan kesehatan bidan. Kontribusi dari penelitian ini adalah eksplorasi faktor-faktor penentu dalam kebijaksanaan. Selain itu peta penelitian lebih lanjut dalam wacana *discretion and street level bureaucrats*.

Kata Kunci: *Pola, Determinasi diri, diskresi, bidan*

A. Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) yang relatif tinggi membuat agenda pencapaian visi Indonesia Sehat dalam Nawacita masih memerlukan usaha dengan tantangan yang besar. Angka AKI mencapai 305/100.000 kelahiran hidup (Kesehatan & Indonesia, n.d.) (Kemenkes RI tahun 2015) sementara AKI di negara ASEAN rata-rata mencapai 40-60 /100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) berdasarkan *survey* Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 berada pada posisi 24/1000 kelahiran hidup sedangkan rata-rata negara ASEAN mencapai 10-20 /1000 kelahiran hidup.

AKI dan AKB merupakan ‘*condition sine qua non*’ pencapaian *Sustainable Development Goals (SDGs) ke-3* yaitu mewujudkan kehidupan sehat dan sejahtera untuk semua kalangan. Dengan demikian revitalisasi peran dan profesionalisme aparatur terkait pelayanan kesehatan ibu dan anak merupakan bagian penting yang perlu diperhatikan dan ditingkatkan.

Berdasarkan orientasi tugas pelayanan kesehatan ibu dan anak dan aspek kelembagaan pelayanan kesehatan, profesi bidan menjadi penting untuk dikaji dalam keterkaitannya dengan permasalahan pelayanan kesehatan. Bidan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.369 tahun 2007 merupakan profesi profesional yang bertanggung-jawab terhadap pekerjaannya. Bidan adalah orang pertama yang melakukan penyelamatan kelahiran (Mufdilah dkk,2012) dan karena kewenangannya dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak (*permenkes_572_1996.pdf*, n.d.) maka menjadi relevan untuk dihubungkan dengan studi kasus pelayanan kesehatan. Dalam konteks kelembagaan yaitu pada pusat-pusat kesehatan masyarakat, bidan berperan pula sebagai pengelola unit kesehatan yang berada di bawah tanggung-jawabnya (Rakernas IBI, 2011).

Bidan yang bekerja pada Pusat Kesehatan Masyarakat adalah bagian dari birokrasi publik. Mereka bertugas memberikan pelayanan publik yang prima (Republik Indonesia, 2014). Fenomena tingginya AKI dan AKB di Kota Bengkulu tahun 2015 dibandingkan dengan proporsi sumberdaya aparatur bidan di Kota Bengkulu memperlihatkan hubungan

paradoksial yang unik. Dimana secara kuantitas, tenaga bidan yang bertugas pada Puskesmas Kota Bengkulu berjumlah 192 orang bidan yang bekerja di 20 UPTD/Puskesmas (DINKES Provinsi Bengkulu, 2019) sangat proporsional dengan kapasitas kebutuhan layanan kesehatan ibu dan anak Kota Bengkulu. Fenomena tingginya AKI (241 orang tahun 2015, Direktorat Kesehatan Keluarga) dan AKB (42 orang tahun 2015, Direktorat Kesehatan Keluarga) di Kota Bengkulu dan *survey* kepatuhan lembaga (Ombudsman RI, 2015) menunjukkan indikasi permasalahan dalam sub sektor ini.

Pembahasan pada fokus profesi bidan sebagai actor pelaksana lapangan atau *street level bureaucrats* yang bekerja di pusat-pusat kesehatan masyarakat/Unit Pelayanan Teknis Daerah dalam lingkungan Pemerintah Kota Bengkulu salah satunya berhubungan dengan perilaku pelayanan kesehatan yang diberikan (Alexsander, Widianingsih, Nurasa, & Sumadinata, 2018). Hal ini membuka ruang kajian psiko-analisis terhadap perilaku individu penyelenggara pelayanan publik (Lipsky, 2010). Selain itu pembahasan mengenai perilaku bidan dalam pelayanan kesehatan ini berhubungan dengan implementasi model *bottom-up* yang mengungkap realitas permasalahan dari aktor yang paling potensial mempengaruhi pelayanan (Elmore, 1979).

Bidan sebagai aparatur pelaksana pada praktek pelayanan kesehatan memiliki pengaruh yang dominan karena wewenang diskresinya. Wewenang diskresi berbentuk karakteristik kebebasan dalam pengambilan keputusan dalam pelaksanaan tugasnya (pasal 23 UU No.30, 2014). Hal ini merupakan salah satu karakteristik aparatur pelaksana lapangan yang penting dalam teori Lipsky (Lipsky, 2010) seperti dikatakannya sebagai berikut: “*..street level bureaucracy have considerable discretion in determining the nature, amount, and quality of benefit and sanction provided by their agencies.*” Jadi, bagaimana determinasi sikap, manfaat dan pilihan aparatur dalam menghasilkan diskresi merupakan hal penting yang dapat menjawab bagaimana wewenang diskresi tersebut dihasilkan untuk mengendalikan keadaan.

Uraian mengenai permasalahan

pelayanan kesehatan ibu dan anak yang dilakukan bidan terkait perilaku diskresi yaitu ; 1.) Bagaimana gambaran pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Kota Bengkulu; 2.) Apa bentuk pilihan dan nilai perilaku bidan yang menentukan tindakan diskresi dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak; 3) Bagaimana pola perilaku tersebut mempengaruhi perilaku pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Beberapa penelitian dan analisis kritis yang mengkaji permasalahan diskresi "*street level bureaucrat*" telah dilakukan dan menjadi pembanding dalam tulisan ini. Kajian Carrington (2005) mengenai penggunaan diskresi pada masyarakat terutama masyarakat kecil akan membutuhkan biaya social yaitu usaha untuk penyesuaian. Penelitian Kalu (2001) menghasilkan temuan terhadap pentingnya teknologi dalam proses pengambilan keputusan dan menggantikan peran diskresi. Penelitian Tummers dan Bakers (2012) mengenai peran diskresi mendorong kegiatan praktek implementasi kebijakan. Penelitian Grattet dan Jennes (2005) mengenai pentingnya pelembagaan diskresi dalam rangka mengurangi ambiguitas dan surplus hukum. Penelitian Hoyle (2014) mengenai peran penting diskresi bagi perawat dalam terminologi peran, nilai, dan tugas untuk perawatan pasien. Penelitian Alden (2015) membuktikan penggunaan diskresi negatif disebabkan keterbatasan sumberdaya dan target yang ketat. Penelitian Sarius (2019) mengenai efek umpan balik diskresi dalam memodifikasi peran, kondisi kerja, dan resiko.

Diskresi dalam implementasi kebijakan merupakan pengambilan keputusan dengan mengutamakan pencapaian tujuan (Lipsky, 2010); (Aaronson, Dienes, & Musheno, 1981); (Hadjon, 1987) ; (Deliarnoor, 2017)). Sementara, pengambilan keputusan aparatur birokrasi dalam perspektif teori keputusan adalah sesuatu yang dapat diketahui, rasional dan berorientasi pada kepentingan pribadi. Dengan demikian pengambilan keputusan dapat berasal dari pada perilaku pengamatan, instruksi lembaga, cerita terdahulu, dan mengkonversi keinginan orang-orang terhadap individu tersebut (Frederickson, 2003).

Dengan demikian apa yang menjadi pendorong *street level bureaucrat* dalam

pengambilan keputusan dapat berupa;1.) Tujuan dan Nilai (Clemen dan Reelly, 2004) (Christensen, Per Læg Reid, & Røvik, 2007), 2.) Aspirasi dan Ekspektasi (Philip & Bromiley, 2005) dan ; 3.) Tujuan dan permasalahan yang ditemukan (Grünig & Kühn, 2005). Walaupun aspek perilaku pendorong dalam pengambilan keputusan diidentifikasi beragam oleh para ahli, tetapi mereka berangkat dari hal yang sama bahwa pengambilan keputusan dimulai/ didorong oleh sikap yang determinatif pengambil keputusan terhadap suatu permasalahan.

Determinasi diri merupakan bagian terdalam (*intrinsik*) dari motivasi (DeCharms, 1968). Determinasi diri berkaitan dengan pilihan, keinginan, atau kehendak (Edward L. Deci & Ryan, 1985). Pilihan atau kehendak merupakan bagian dari kecenderungan perasaan dan perilaku untuk memberikan reaksi terhadap suatu objek atau stimulus (B. Hiriyappa, 2009). Determinasi diri penting dalam mempelajari motivasi karena merupakan pilihan pribadi dan berfungsi sebagai kontrol perilaku. Dalam konteks pribadi, determinasi berperan dalam siklus yang terus berlangsung berupa upaya mencari dan menaklukkan tantangan (E. L. Deci, 1980). Dengan demikian pola determinasi menjadi penting untuk dikenali dalam rangka memahami substansi dan proses penentuan sikap dalam pengambilan keputusan.

Riset -riset terdahulu tentang diskresi *street level bureaucrat* masih sangat jarang membahas peran motivasi intrinsik (determinasi diri) berkaitan dengan substansi keputusan (*policy maker*). Padahal menurut Alexander, et.all (2019) *Personal Value* yang terdiri dari nilai motivasi yang merupakan subsistem level dan rate penting yang mempengaruhi mekanisme "*coping behavior*". Dengan demikian pembahasan aspek determinasi diri akan memberikan informasi mengenai bagaimana praktek diskresi dan proposisi kontrol atas tindakan tersebut.

Artikel ini dimanfaatkan dalam pengembangan pengetahuan mengenai pelaksanaan kesehatan ibu dan anak khususnya di Kota Bengkulu oleh bidan dalam lingkungan Kota Bengkulu. Manfaat lainnya adalah sebagai salah satu sumber informasi bagaimana kecenderungan nilai determinasi diri berperan menentukan

tindakan diskresi badan. Secara keilmuan artikel ini bermanfaat dalam menjelaskan model diskresi aparatur pelaksana dalam pelayanan publik.

Struktur tulisan artikel ini dimulai dari pendahuluan, metode, hasil penelitian dan pembahasan, dan penutup. Pada pendahuluan dibahas permasalahan dan tantangan sektor pelayanan kesehatan ibu dan anak, peran penting badan sebagai aktor kunci pelayanan, studi literatur penelitian, novelty dan kemanfaatan penelitian serta struktur penulisan artikel. Metode mencakup jenis penelitian unit analisis dan informan, sumber data, fokus dan tempat penelitian, kerangka analisis, dan teknik analisis data. Hasil dan pembahasan akan mencakup gambaran data pelayanan kesehatan ibu dan anak, identifikasi pilihan dan sikap badan dalam pelayanan kesehatan. Pembahasan akan membahas proses *coding*-reduksi data penelitian. Penutup mencakup kesimpulan dan rekomendasi penelitian.

B. Metode Penelitian

Jenis penelitian yaitu kualitatif dengan desain *action research*. Hal ini dikarenakan proses riset melakukan melibatkan aktor terkait dalam rangka memecahkan permasalahan pelayanan dan organisasi (Patton, 2002); (Darlington and Scott, 2002).

Unit analisis penelitian ini yaitu individu yaitu badan yang bekerja pada *provider* pelayanan kesehatan unit pelaksana teknis daerah yaitu pada 20 Puskesmas di Kota Bengkulu. Informan penelitian yaitu badan, kepala UPTD KLM, Kepala Dinas, Ketua IBI Provinsi dan Kota, pasien dan masyarakat.

Sumber data primer yaitu hasil wawancara dan diskusi pada kegiatan *Focused Group Discussion* (FGD) dan wawancara mendalam (*in-depth interviews*). Data sekunder diperoleh melalui proses observasi dan studi dokumentasi.

Fokus penelitian yaitu pilihan dan nilai yang bersifat determinative (menentukan) dalam pengambilan keputusan diskresional badan dalam pemberian layanan kesehatan ibu dan anak. Konsep determinasi diri terdiri atas pilihan/ keinginan dasar/ kecenderungan sikap (*attitude*) dan nilai (*value*) aparatur yang mendorong badan melakukan pengambilan tindakan

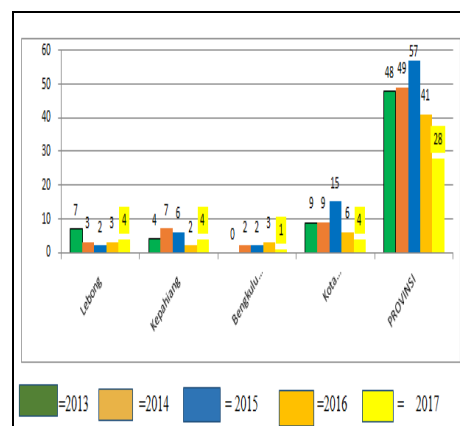
diskresional. Konsep diadopsi dari Hirriyapa berupa pilihan/attitude dan nilai. Pilihan terdiri atas aspek kepuasan kerja, aspek pelibatan dalam pekerjaan, dan aspek komitmen organisasi. *Value* atau nilai terdiri dari aspek nilai teoretis, *aestic*, ekonomis, sosial, politik, agama. Tindakan diskresi mengadopsi pendapat dari Tummers&Bakers yaitu aspek pengetahuan prosedur, pemenuhan kebutuhan klien, dan kebebasan pengambilan keputusan.

Fokus penelitian ini yaitu data yang diolah merupakan data dari tahun 2013 sampai tahun 2018. Analisis data kualitatif (Kalof, Dan, & Dietz, 2008) dilakukan dengan tiga proses yaitu:1) Identifikasi data berupa penentuan setting tema dan dokumen ;2) *Coding* yaitu pemetaan data dalam berbagai kategori untuk mengembangkan kesimpulan dan penarikan teori; 3) Penyusunan diagram dalam rangka mengorganisir dan menata data menjadi sistematis.

C. Hasil Penelitian dan Pembahasan. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Kota Bengkulu

Angka kematian ibu di Kota Bengkulu dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2017 (Direktorat Kesehatan Keluarga) lebih tinggi daripada angka kematian ibu pada kabupaten di Provinsi Bengkulu. Pada tahun 2015 angka tersebut meningkat lebih dari 146% dari angka rata-rata kematian ibu di Provinsi Bengkulu. Grafik 1 menjelaskan secara lebih rinci tentang angka kematian ibu di Kota Bengkulu.

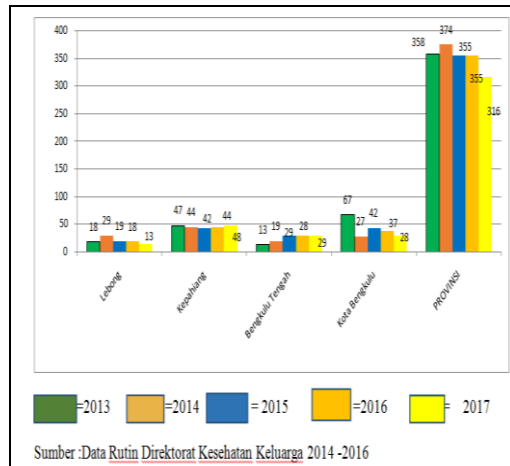
Grafik1.Jumlah Kematian Ibu di Kota Bengkulu dan Provinsi Bengkulu Tahun 2013-2017



Angka kematian bayi di Kota Bengkulu selama tiga tahun yakni tahun 2013, 2014, 2015, dan 2016 berturut-turut tinggi dibandingkan dengan beberapa kabupaten lainnya di Provinsi Bengkulu. Pada tahun 2017 angka kematian Ibu di Kota Bengkulu sama dengan angka kematian ibu di beberapa kabupaten.

Angka kematian Bayi di Kota Bengkulu tahun 2013-2017 menunjukkan dinamika yang relatif berimbang dengan beberapa kabupaten lainnya. Grafik berikut menyajikan jumlah angka kematian bayi di Kota Bengkulu tahun 2013 sampai tahun 2017.

Grafik2. Jumlah Kematian Bayi di Kota Bengkulu dan Provinsi Bengkulu tahun 2013-2017

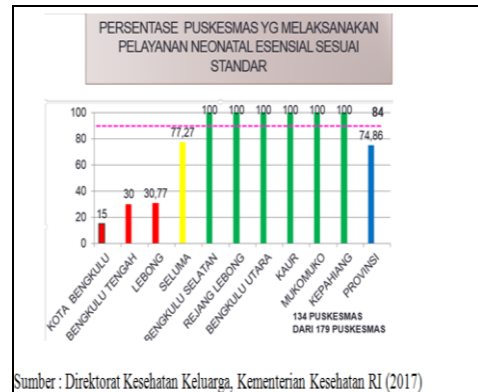


Seperti yang diuraikan pada Grafik 2 angka kematian bayi relatif lebih tinggi dibandingkan dengan daerah lainnya dan angka tertinggi terjadi pada tahun 2013 yakni sebanyak 67 bayi. Angka kematian tertinggi pada tahun 2013 yaitu 67 bayi dan tahun 2015 yaitu 42 bayi. Sebagai ibu kota propinsi, kejadian ini jelas menimbulkan pertanyaan dan rumor mengingat sebagai kota pelayanan kesehatan jelas lebih terfasilitasi dan mudah terjangkau.

Ditinjau dari aspek kelembagaan, pusat kesehatan masyarakat merupakan lembaga penyedia pelayanan primer yang berperan penting terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak. Salah satu aspek penting dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak adalah pelayanan neo natal esensial sesuai standar. Data menunjukkan hingga tahun 2017, pelayanan tersebut berada pada kategori merah dengan standar 15% dan berada pada tingkat terendah di Propinsi Bengkulu.

Grafik 3 berikut menyajikan data persentase puskesmas yang melaksanakan pelayanan neo natal di Provinsi Bengkulu tahun 2017.

Grafik 3. Persentase Puskesmas yang Melaksanakan Pelayanan Neo Natal Sesuai Standar



Dari beberapa data di atas diketahui jumlah kunjungan ibu hamil semakin meningkat, hal ini disebabkan meningkatnya pengetahuan dari ibu hamil yang mulai mengerti dan memahami arti penting dari kesehatan ibu dan bayi. Cakupan kunjungan ibu hamil tersebut terdiri dari kunjungan pertama atau dari awal ibu hamil mengkontak dan menghubungi pelayanan kesehatan (K1) dan kunjungan selanjutnya minimal 4 (empat) kali kunjungan (K4).

Resiko kematian pada ibu hamil akhir-akhir ini sangat tinggi, sehingga pelayanan kesehatan seharusnya sedari dini mempersiapkan segala kebutuhan kesehatan bagi ibu hamil. Dari data yang terpantau diatas dijelaskan bahwa penyakit yang paling berkemungkinan menyebabkan kematian pada ibu hamil adalah penyakit tetanus. Pelayanan kesehatan menaggulangi hal ini dengan memberikan beberapa imunisasi terkhusus juga imunisasi tetanus toksoid (TT).

Namun kenyataan yang terjadi dari data di atas adalah, dari sasaran pemberian imunisasi pada ibu hamil tidak sesuai dengan jumlah yang mendapatkan pelayanan. Data kesehatan kota Bengkulu juga menafsirkan bahwa jumlah sasaran 100% ibu hamil, hanya 10% yang mendapatkan pelayanan kesehatan imunisasi ini. Berikut pula pada pemberian

imunisasi Tetanus Toksoid (TT) dari data kesehatan Bengkulu menunjukkan adanya ketimpangan antara jumlah sasaran dan yang mendapatkan pelayanan, dari keseluruhan jumlah sasaran hanya 1% saja yang mendapatkan pelayanan kesehatan.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah cakupan kunjungan ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tidak sesuai dengan pemberian pelayanan kesehatan yang ada. Hal ini menjadikan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Bengkulu menjadi tidak maksimal.

Di Kota Bengkulu pada tahun 2018, jumlah petugas kesehatan yang bertugas di puskesmas sebanyak 776 orang dari 20 puskesmas. Di antara keseluruhan tenaga kesehatan yang bertugas di masing-masing puskesmas terdapat tenaga kesehatan bidan berjumlah 192 orang bidan. Berikut disajikan secara terperinci sebaran daftar tenaga kesehatan bidan di Kota Bengkulu

Tabel 1 Ketenagaan Bidan dan UKBM di Setiap Puskesmas yang ada di Kota Bengkulu

No	Nama Puskesmas	Jumlah Bidan
1.	Betungan	13
2.	Basuki Rahmat	21
3.	Padang Serai	9
4.	Kandang	8
5.	Jalan Gedang	11
6.	Jembatan Kecil	7
7.	Lingkar Timur	11
8.	Lingkar Barat	10
9.	Sidomulyo	10
10.	Kuala Lempuing	4
11.	Sawah Lebar	12
12.	Nusa Indah	9
13.	Anggut Atas	8
14.	Penurunan	9
15.	Pasar Ikan	10
16.	Kampung Bali	9
17.	Suka Merindu	13
18.	Ratu Agung	9

No	Nama Puskesmas	Jumlah Bidan
19.	Beringin Raya	6
20.	Bentiring	3
Total		192

Sumber: Profil Kesehatan Kota Bengkulu

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa jumlah tenaga bidan yang bertugas pada Puskesmas kota Bengkulu berjumlah 192 orang bidan, maka didapat jumlah rata-rata 9,6 orang tenaga bidan yang dimiliki masing-masing Puskesmas. Namun dari data tersebut terlihat sebaran tenaga bidan yang tidak merata puskesmas dengan tenaga bidan terbanyak adalah di Puskesmas BR dengan jumlah tenaga bidan 21 orang, disusul puskesmas Betungan dan Sukamerindu sebanyak 13 orang sedangkan Puskesmas dengan tenaga bidan terdikit adalah Puskesmas Kuala Lempuing 4 orang bidan dan Puskesmas Bentiring 3 orang bidan.

Hasil FGD dan In-depth Interview

Focussed Group Discussion yang dilaksanakan pada Sabtu tanggal 17 Februari 2018 di Aula Universitas Prof Dr. Hazairin SH Bengkulu. *Focused group Discussion* melibatkan 48 orang bidan Poli Kesehatan Ibu Anak (KIA) dari 20 UPTD KLM/Puskemas di Kota Bengkulu yang dibagi menjadi 8 kelompok. Hadir pula 8 orang pimpinan UPTD Puskesmas (Dari 20 Kepala UPTD yang diundang), 3 orang perwakilan organisasi profesi bidan (IBI), Pimpinan Pemerintahan Kota Bengkulu (SKPD), 15 orang pasien, dan 15 orang mahasiswa.

In-depth interview dilakukan untuk mengkonfirmasi-memverifikasi data yang didapatkan dari hasil FGD. *Interview* dilakukan sepanjang Februari 2018 hingga Desember 2018. Beberapa informan kunci yaitu ; 19 orang bidan, 12 orang pasien, Ketua IBI Provinsi Bengkulu, Ketua IBI Kota Bengkulu, Pejabat Dinas Kesehatan, dan beberapa pengamat kesehatan di Provinsi Bengkulu. Beberapa data statistik dan dokumen juga digunakan untuk memperkaya, menjelaskan dan menguatkan konsep dan aspek yang diteliti. Dokumen diambil dari tahun 2015 hingga tahun 2018.

Hasil penelitian berupa informasi mengenai bentuk pilihan sikap determinasi, nilai determinasi, pilihan tindakan diskresi

yang kesemuanya merupakan hasil keterangan, informasi dan data dokumen terkait unit analisis penelitian. Untuk menyesuaikan dengan format dan mempersingkat tulisan artikel ini, maka penyajian hasil dilaksanakan dengan menyajikan pokok-pokok hasil penelitian saja.

Pilihan Sikap dan Nilai Determinatif Bidan KIA UPTD di Kota Bengkulu

Bidan sebagai pelaksana kesehatan yang bersentuhan langsung dengan masyarakat diharapkan menjunjung tinggi nilai-nilai etika yang baik, karena masyarakat langsung yang merasakan menilai pelayanan yang mereka dapatkan dari bidan di Puskesmas Kota Bengkulu. Bidan Y menyatakan mereka dalam memberikan pelayanan selalu menerapkan nilai etika pelayanan, senyum sapa salam kepada pasien, kedisiplinan di samping datang dan pulang kerja tepat waktu.

Berdasarkan hasil observasi dilapangan bahwa jam kerja Bidan mulai dari jam 08:00 WIB sampai dengan jam 14:00 WIB, berikut ini tabel jadwal pelayanan di Puskesmas :

Tabel 2. Jadwal Pelayanan di Puskesmas Kota Bengkulu

No	Jenis Pelayanan	Jam Pendaftaran	Jam Pelayanan
1	Umum	Setiap hari kerja	Jam 8.00-14.00 WIB
2	KIA	Setiap hari kerja	Jam 8.00-14.00 WIB
3	Gizi	Setiap hari kerja	Jam 8.00-14.00 WIB
4	Labarotarium	Setiap hari kerja	Jam 8.00-14.00 WIB
5	USG	Setiap hari kerja	Jam 8.00-14.00 WIB
6	Gigi/Mulut	Setiap hari kerja	Jam 8.00-14.00 WIB
7	Rawat Inap	24 Jam (kusus puskesmas Rawat inap)	

Sumber : data diolah dari Puskesmas di Kota Bengkulu 2018

Bidan selalu menjunjung nilai etika dalam memberikan pelayanan ibu dan anak melalui salam, senyum, sapa dan ramah. Ini bentuk pilihan etika bidan dalam melakukan pelayanan. Bidan Y juga berpendapat bahwa salah satu bentuk menjunjung tinggi nilai etis pasien selalu melayani mulai salam, senyum sapa dan ramah. Hal ini diharapkan dengan begitu

dapat memberikan pelayan yang nyaman.

Melayani masyarakat sesuai etika profesi dalam menjaga kerahasiaan informasi. Bidan N menyatakan bahwa nilai etika dalam pelayanan yaitu menjaga kerahasiaan kondisi pasien jika mengalami kondisi tertentu. Hal ini bertujuan menjaga kenyamanan, harga diri, dan perlakuan sosial tertentu.

Menjunjung tinggi nilai etis dalam melayani kesehatan seorang Bidan selain memberikan keramahan dalam melayani juga memberikan prioritas pelayanan kepada pasien kegawatdarutan itu juga salah satu bentuk Bidan dalam menerapkan nilai etis karena rasa empati yang tinggi, berikut ini pendapat Bidan Ye bahwa nilai etika pastinya selalu kami terapkan dalam memberikan pelayan misalkan kami memberikan prioritas tertentu kepada masyarakat, lebih berempatik dan merasakan apa yang sedang dirasakan pasien.

Bidan Y dan bidan M menyatakan bahwa selain memberikan pelayanan dengan sopan santun, bidan juga perlu menerapkan nilai keadilan jadi tidak membeda-bedakan siapa yang dilayani karena semua pasien memiliki hak yang sama. Bidan Yul dan bidan Sel menyatakan nilai etis juga terwujud dalam kepatuhan terhadap atasan yaitu Kepala Puskesmas yang menjadi pimpinan bidan di Kota Bengkulu.

Bidan harus memiliki komitmen yang tinggi dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkualitas berdasarkan standar perilaku etis dalam praktik yang etis dalam praktik asuhan kebidanan. Sikap etis profesional berarti bekerja sesuai standar melaksanakan advokasi, menjamin keselamatan pasien menghormati terhadap hak-hak pasien. Sehingga kualitas pelayanan kebidanan meningkat. Terkait hal ini, Kepala UPTD Puskesmas RAMemberikan ungkapan bahwa semua bidan yang ada dipuskesmas sedininya sudah mengerti dan memahami tentang kode etik kebidanan dalam menangani pasiennya maupun dalam organisasi di dalamnya. Kita memiliki kode etik dalam tenaga kesehatan ini, dan memang hal ini sudah dipelajari oleh setiap bidan dalam bangku perkuliahan sebelumnya, jadi hal ini dapat mereka terapkan dalam pekerjaannya. Bidan di Puskemas tidak hanya menjadi petugas pelayanan kesehatan Ibu dan Anak

melainkan dapat merangkap pekerjaan apa saja, karena kurang jelasnya pembagian tugas di Puskesmas (Ibu Hj H). Ibu Hj Y. dan Ibu Hj. H menyatakan pentingnya kepatuhan pasien untuk meningkatkan efektivitas pelayanan. Hal ini perlu dilihat supaya adil dalam melihat posisi bidan. Tingkat pemahaman masyarakat, sosial budaya, dan peran.

Berdasarkan hasil FGD bahwa bidan dalam memberikan pelayanan menghadapi masalah beban kerja yang banyak tetapi tidak diimbangi dengan tunjangan finansial yang menurut mereka tidak seimbang. Hal ini berhubungan dengan nilai kepuasan ekonomi terhadap profesi ini. Nilai-nilai profesionalisme sosial dan politis juga teridentifikasi menjadi determinan tindakan bidan.

Beberapa hal lain yang mempengaruhi pilihan tindakan bidan (nilai konseptual/teoretis, sosial, politik dan ekonomi) terkait ketersediaan sumberdaya yang diidentifikasi sebagai berikut :

a) Ketersediaan Informasi

Menurut bidan Yus, perilaku bidan memiliki keterkaitan dengan kurangnya informasi. Informasi program yang diimplementasikan pemerintah, informasi fasilitasi BPJS dan tata laksana jaminan sosial, informasi jumlah ibu hamil dan menyusui, balita dan lain-lain. Bidan Yus menyatakan bidan memiliki kepentingan terhadap informasi kependudukan yang menyangkut ibu hamil, remaja, PUS, bayi dan lain-lain. Itulah yang menjadi kewajiban bidan sebagai target pelayanan. Hal yang serupa diungkapkan oleh Bidan Yun contohnya kurangnya informasi tentang waktu pembagian buku KIA membuat pasien antenatalnya terlambat mendapatkan buku konsultasi. Bidan J menyatakan lambatnya memasukkan usulan kebutuhan vaksin membuat kami tidak dapat memberikan pelayanan yang maksimal sehingga mempengaruhi perilaku bidan dalam memberikan pelayanan.

Mendalami apa yang disampaikan bidan Ys, salah seorang bidan kelompok I menjelaskan data diperoleh dari kader posyandu, kelurahan dan ketua rukun tetangga. Data ini kami perbaharui setiap bulannya. Bidan Rus menyatakan bahwa aspek informasi program pemerintah didapatkan dari Dinas Kesehatan, kementerian Kesehatan, Pemerintah Kota/Provinsi, dan lain-lain. Informasi

menyangkut pelaksanaan tugas diperoleh dari organisasi profesi (IBI Kota Bengkulu dan IBI Provinsi). Disamping itu kami berbagi informasi melalui media elektronik dan media sosial.

b) Ketersediaan Sarana

Sarana menyangkut peralatan, obat, dan staf yang mendukung pelayanan di Puskesmas. Pelayanan yang maksimal tidak dapat diberikan dengan kurangnya peralatan obat. Hal ini dipengaruhi lagi oleh beban kerja yang tinggi karena pembagian kerja yang besar yang disebabkan kurangnya tenaga kesehatan lain. Sumberdaya, alat, staf, yang terbatas sangat berdampak pada perilaku kerja bidan. Aspek ini merupakan salah satu aspek penting dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak (Ibu Hj. Y).

Menurut Bidan Nvdengan kurangnya informasi, staf, sarana prasarana yang memadai otomatis maka memberikan pelayanan kesehatan yang diberikan akan lambat, tidak terukur, dan hasilnya kurang sesuai harapan. Dengan keterbatasan aspek tersebut perilaku bidan dalam memberikan pelayanan juga kurang maksimal karena hanya dapat memaksimalkan sumberdaya yang ada, hasilnya pun tidak akan maksimal.

Bidan SI menyatakan bahwa kurangnya sumber daya (informasi, Peralatan, obat, staf) membuat pelayanan kurang maksimal. Hasil diatas di atas bahwa perilaku bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama kepada ibu melahirkan atau nifas dipengaruhi oleh kurangnya sumberdaya, fasilitas, kurangnya staf yang dimiliki oleh Puskesmas. Peralatan pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor penting dalam memberikan pelayanan yang berkualitas, sebab dengan peralatan yang cukup dan canggih dapat menghasilkan pelayanan yang cepat dan tepat, berikut ini diungkapkan oleh Bidan Yus bahwa memang selama ini untuk masalah sumberdaya yaitu pada peralatan pelayanan kesehatan ibu dan anak masih banya menggunakan peralatan manual. Selanjutnya obat terkadang obat yang dijatah dari Dinkes tidak dapat mengcover semua pasien dan membaginya supaya cukup untuk setiap pasien.

Hal yang serupa diungkapkan oleh Bidan Nv bahwa saat ini dirasakan peralatan selain peralatannya masih banyak peralatan lama (manual). Bidan merasakan

kekurangan peralatan seperti gunting sekali pakai sehingga harus digunakan berkali-kali. Selain itu, yang dirasakan sangat terbatas adalah ketersediaan obat-obatan.

Pelayanan kesehatan yang berkualitas didukung dengan berbagai indikator salah satunya sumberdaya, apabila sumberdaya memadai maka kualitas pelayanan akan maksimal, berikut ini diungkapkan oleh Bidan Nv bahwa peralatan dan obat masih menjadi permasalahan saat ini. Jatah alat-alat seperti gunting dan obat-obatan sering kurang. Solusinya bidan memaksimalkan penggunaan dan menghemat obat-obatan.

c) **Keuangan Puskesmas**

Anggaran puskesmas diperoleh dari alokasi keuangan program-program yang dilaksanakan puskesmas. Menurut Kepala Puskesmas R, untuk anggaran didapatkan dari alokasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, berbagai program dalam dana alokasi khusus, dan dana kapitasi BPJS. Untuk Aparatur kecuali honorer gaji dan tunjangan berasal dari APBD.

Kepala puskesmas lainnya menjelaskan keuangan puskesmas karena menyangkut dana publik dikelola sesuai tata aturan yang berlaku. Semua ada proporsinya masing-masing. Gaji dan tunjangan itu didasarkan pangkat, golongan, dan kompetensi. Tetapi untuk insentif lain seperti dari dana kapitasi, beberapa insentif beberapa program seperti program keluarga berencana, penanggulangan TB paru dan HIV, semuanya tergantung kinerja masing-masing.

Pola Perilaku

Pola perilaku tindakan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Puskesmas yaitu memberikan pelayanan dari mulai lahir hingga berusia lanjut, seperti memberikan pelayanan ibu hamil, persalinan, nifas, memberikan pelayanan keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, imunisasi dan lain-lain.

a) **Aspek Pola Tindakan**

Didasarkan pada pola tindakan bidan yang disesuaikan dengan standar operasional prosedur pelayanan kesehatan di Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak, oleh karena perlunya menganalisis pola kerja yang selalu bidan lakukan secara rutin dari mulai bekerja hingga berakhirnya waktu kerja dan bahkan

sudah menjadi kelaziman.

Bidan N menyatakan kebiasaan/pola kerja bidan mengacu pada tugas pelayanan kesehatan ibu dan anak. Bidan Y, menyatakan pola tindakan Bidan dari mulai sampai berakhirnya waktu kerja yaitu, memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak dari lahir hingga usia lanjut. Pelayanan tersebut meliputi banyak hal seperti asuhan kehamilan dan persalinan, nifas, kesehatan reproduksi, imunisasi dan masih banyak lagi. Pola perilaku bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan mulai bekerja sampai dengan berakhirnya waktu kerja bidan yaitu memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak (Bidan K). Pola tindakan bidan di Puskesmas selain melaksanakan tugas pokok dan fungsinya bidan juga tidak hanya dilakukan di puskesmas tetapi di luar puskesmas (Bidan Y). Disamping itu bidan juga melaksanakan tugas administrasi dan pelaporan (Bidan Sel).

Secara substansial aspek coping behavior terdiri atas tindakan yang bertujuan penyesuaian dan rasionalisasi sumberdaya. Bidan Km, Bidan Y, dan Bidan Ys menyatakan walaupun untuk tujuan penyesuaian dan penghematan tetap semua prosedur dilakukan kecuali dalam keadaan gawat darurat. Contoh, misalnya Partus dengan resiko hipertensi atau anemia palastrik akan segera dilakukan rujukan walaupun tanpa permintaan (Bidan Y).

Bidan Sel, menyatakan dalam keadaan tertentu untuk prosedur pun harus dilakukan secara cermat. Bidan tersebut pernah melakukan rujukan ketika bayi yang baru dilahirkan menderita sulit nafas walaupun berhasil dilakukan ventilasi tetapi tetap dirujuk. Bidan SS menyatakan tindakan cermat dilakukan sesuai kondisi ibu dan anak termasuk dia yang pernah tidak memberikan uterotonika dengan partus dalam kondisi penyulit walaupun didesak oleh pasien dan keluarganya dengan alasan tertentu. Hal tersebut diperkuat oleh Bidan Jum, yang memberikan pernyataan sekaligus sebagai penyimpul aspek ini yaitu memberikan pelayanan selalu menerapkan prosedur yang ada supaya pelayanan menjadi sistem matis dan terbiasa tidak menerapkan prosedur hanya karena pasien dalam keadaan gawat darurat saja.

Kemudian untuk menganalisis mekanisme coping ini lebih mendalam

perlunya mendeskripsikan kebiasaan bidan dalam menghemat peralatan, obat-obat, dan waktu kerja, karena di Puskesmas peralatan dan obat yang diberikan oleh Dinas Kesehatan sangat terbatas sehingga perlu adanya pembagian obat yang merata dan adil (bidan Nov). Hal ini diperkuat oleh bidan Sel yang menyatakan penghematan obat dan peralatan dapat mengakibatkan permasalahan pada kesehatan pasien misalkan alat suntik, gunting yang seharusnya dipakai satu kali tetapi harus digunakan berkali-kali karena keterbatasan ketersediaan alat dan obat-obatan di Puskesmas.

Menurut Bidan Nv dan Bidan S, keterpaksaan Bidan dalam melakukan penghematan obat dan peralatan kesehatan di Puskesmas ini diakibatkan karena berbagai sebab terjadi kehabisan alat habis pakai berupa gunting habis pakai buang dan obat-obat yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat sehingga melakukan penghematan atau memaksimal dengan apa yang diberikan. Permasalahan pada pengematan peralatan dan obat-obatan yang ada di Puskesmas sebenarnya diakibatkan oleh kurangnya jatah yang diberikan Dinkes kepada Puskesmas yang ada di Kota Bengkulu, sehingga pihak puskesmas melakukan penghematan.

Dapat disimpulkan bahwa pola perilaku bidan dalam penghematan peralatan yang seharusnya dipakai sekali dibuang ini harus dipakai lagi dan obat yang harusnya hanya cukup berapa pasien saja harus dibagi-bagi, diakibatkan karena menurut para bidan minimnya stok yang ada. Beberapa terjadi usulan tidak sesuai stok yang diberikan.

Selanjutnya untuk melihat kebiasaan Bidan dalam memberikan keyakinan dan rasa tenang kepada pasien, peneliti memawancari beberapa informan. Bidan N, menyatakan sebagai Bidan yang bersentuhan langsung kepada pasien di Puskesmas pastinya dituntut memeberikan keyakinan pasien dalam masalah pengobatan penyakitnya, memberikan rasa nyaman ketika melakukan pemeriksaan supaya pasien merasa tenang tidak memikirkan hal-hal yang belum terjadi. Hal ini menurut Bidan S, karena kondisi pasien itu berbeda-beda. Beberapa pasien yang datang mengalami kegelisahan tinggi karena memikirkan ketika melahirkan atau penyakitnya. Bidan harus memberikan rasa nyaman, memotivasi supaya mereka yakin

akan baik-baik saja.

Kebanyakan bidan menolak konsep penyederhanaan pekerjaan. Hal ini seperti disampaikan bidan R. Beliau menyatakan mengenai penyederhanaan prosedur pelayanan tidak pernah dilakukan. Kecuali, ada pasien datang pendarahan pasti langsung ditangani tanpa harus melewati prosedur-prosedur pelayanan. Hal ini karena menyangkut nyawa pasien jadi menyederhanakan prosedur adalah kepatutan. Pernyataan ini disepakati oleh Bidan Nov dan Bidan Yu. Berikut ini pendapat Bidan Yu, yaitu dalam menindak atau melayani pasien beliau selalu berpedoman pada prosedur yang berlaku. Jadi, tidak pernah memodifikasi prosedur atau mengurangi. Beberapa bidan tidak menolak bahwa pelaksanaan prosedur dan tindakan harus dilakukan secara cermat. Menurut Ibu SS, dalam hal pengambilan keputusan dan pemecahan permasalahan maka pertimbangan, kehati-hatian, dan keputusan harus benar-benar diambil dengan bijaksana. Seperti jika melakukan episiotomi (Bidan Y) yang dilakukan dengan beberapa pertimbangan. Juga menjaga sterilisasi alat dan obat (Bidan Sel). Juga kebersihan dan kecermatan dalam melakukan penjahitan luka jalan lahir I dan II (Bidan SS).

Untuk menenangkan mental klien ini penulis menganalisis bagaimana bidan memberikan pelayanan untuk menenangkan pasien dan Membangun daya terima pasien jika kegagalan terjadi, dengan menerapkan aspek ini diharapkan pasien dapat merasa aman dan nyaman pada saat menerima pelayanan di Puskesmas. Dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama saat dalam keadaan darurat ataupun dalam menangani ibu nifas bidan harus memberikan rasa tenang kepada pasien supaya pasien tidak memikirkan hal-hal lain yang mengganggu stabilitas kesehatan. Bidan SS menyatakan bahwa dalam memberikan penanganan kepada pasien biasanya bidan memberikan rasa tenang dengan memberikan candaan motivasi kepada pasien supaya pasien tidak merasa tegang dan stres, yang nantinya akan berdampak pada proses penanganan pasien.

Hal tersebut juga diungkapkan oleh bidan YI yaitu sebagai bidan sudah punya skill masing-masing bagaimana cara memberikan rasa tenang kepada pasien dengan cara berbeda-beda. *Skill* tersebut

menurutnya akan baik jika bidannya jelas dan paham apa yang harus dilakukan. Dalam keadaan cemas pastinya pasien membutuhkan motivasi untuk mengalihkan rasa cemas, takut pada saat melahirkan sehingga dibutuhkan kemampuan khusus dari bidan dalam modifikasi mental pasien, supaya pasien merasa tenang saat proses penanganan bidan berlangsung. Kemudian pernyataan itu diperkuat oleh pendapat Bidan N, bahwa bidan memiliki trik sendiri-sendiri bagaimana memberikan ketenangan kepada pasien supaya dalam proses melahirkan pasien tidak mengalami stres yang diakibat rasa takut yang berlebihan. Dalam diskusi bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama kepada ibu melahirkan atau nifas selalu memberikan rasa tenang dengan cara memberikan candaan dan motivasi untuk menghilangkan rasa cemas dan takut pada saat pasien akan mulai melahirkan atau pasien dengan kegawat-daruratan.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama saat dalam keadaan darurat ataupun dalam menangani ibu nifas bidan harus memiliki cukup wewenang sehingga dapat memberikan pelayanan sesuai dengan ilmu dan pengalaman yang selama ini didapat. Bidan Yu menyatakan bahwa memberikan penanganan kepada pasien biasanya dia memiliki cukup wewenang selagi itu belum gawatdarurat. Jika kondisi kegawat-daruratan maka bidan hanya sebagai pembantu dokter puskesmas.

Wewenang yang cukup untuk melakukan tindakan dalam memberikan pelayanan kepada pasien sangat dibutuhkan mengingat bidan sebagai pelayan di Puskesmas seharusnya memiliki wewenang dalam mengambil keputusan mengenai kesehatan pasien. Berikut ini diungkapkan oleh bidan kelompok 3, bahwa wewenang selama ini untuk masalah pelayanan kesehatan ibu dan anak sudah cukup, namun wewenang untuk mengambil keputusan dalam menangani pasien yang serius belum dirasakan cukup. Hal senada diungkapkan bidan Ay, Bidan T, dan Bidan Yu, bahwa kecuali pasien telah masuk kegawat-daruratan kewenangan sudah pada dokter puskesmas sehingga bidan tidak dapat memutuskan sendiri

Pola Diskresi

Selanjutnya bidan memiliki hak/wewenang untuk menilai dan

memutuskan pelaksanaan pelayanan untuk mengatasi keadaan di Puskesmas, berikut ini penjelasan Bidan Nv bahwa memberikan penanganan kepada pasien biasanya kami memiliki cukup wewenang selagi itu belum gawatdarurat kalau sudah kegawat darurat kami hanya sebagai pembantu dokter puskesmas.

Wewenang yang cukup untuk melakukan tindakan dalam memberikan pelayanan kepada pasien sangat dibutuhkan mengingat bidan sebagai pelayan di Puskesmas seharusnya memiliki wewenang dalam mengambil keputusan mengenai kesehatan pasien, berikut ini diungkapkan oleh Bidan Sel. Hal yang serupa diungkapkan oleh Bidan An bahwa wewenang pengambilan keputusan dalam KIA sudah memadai. Tetapi, beberapa wewenang lain belum dirasakan cukup padahal mereka melakukan beberapa bidan tugas poli lain. Wewenang yang cukup untuk melakukan tindakan dalam memberikan pelayanan kepada pasien sangat dibutuhkan mengingat bidan sebagai pelayan di Puskesmas seharusnya memiliki wewenang dalam mengambil keputusan mengenai kesehatan pasien. Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama kepada ibu melahirkan atau nifas memiliki kewenangan dalam mengambil keputusan pada pelayanan sudah cukup, dalam memberikan pelayanan bidan memiliki pertimbangan profesi dalam menentukan tindakan yang sesuai untuk pasien di Puskesmas. Bidan Ri menyatakan kewenangan harus sesuai dengan SOP dan keilmuan.

Pertimbangan sebelum mengambil tindakan dalam memberikan pelayanan kepada pasien sangat dibutuhkan mengingat bidan sebagai pelayan di Puskesmas harus mengambil keputusan dan memecahkan permasalahan kesehatan pasien. Apabila salah mengambil tindakan akan berakibat fatal kepada pasien. Hal ini sesuai dengan pendapat Bidan Nov, yang menekankan pentingnya pertimbangan yang terbaik dalam mengambil keputusan yang menyangkut pelayanan kepada pasien itu nanti berimbas kepada kesehatan pasien sekaligus memudahkan pekerjaan.

Hal yang serupa diungkapkan oleh Bidan Ma bahwa sebelum bertindak dalam melayani pasien harus mempertimbangkan hal-hal yang menurut analisa kami terbaik, harapannya tidak terjadi dengan hal-hal

yang tidak diinginkan. Bidan SS pernah menolak memberikan uterotonika kepada pasien meskipun dipaksa oleh keluarga dan pasien sendiri dan Bidan Jm yang menolak IMD pada ibu yang beresiko HIV.

Hasil analisis FGD dan data yang didapatkan bahwa analisis pola deskripsi bahwa untuk bidan dalam mengambil tindakan atau keputusan dalam menangani pasien bahwa bidan harus sesuai dengan standart operasional prosedur sehingga tidak menyalahi aturan yang ada apabila terjadi hal-hal yang terjadi diluar prediksi bidan, intensitas penggunaan diskresi bidang KIA bidan di puskesmas terlaksana tanpa permasalahan.

a) Tujuan Diskresi

Bidan Sel menyatakan bahwa dalam memberikan tindakan bidan terutama saat dalam keadaan darurat ataupun dalam menangani ibu nifas bidan harus mempertimbangkan tindakan sehingga tidak salah dalam mengambil tindakan yang akan berakibat pada kematian ibu dan anak. Dengan demikian tindakan penggunaan wewenang dilakukan pada bidang kegawatdaruratan walaupun bukan pada bidang KIA seperti pada kasus kecelakaan, pendarahan, penyakit sindrome dan akut.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa bidan Re dan Bidan Y melakukan pelayanan pada bidang lain di luar KIA yaitu pada bidang gizi, mengumpulkan balita, advokasi program KB(Tim Koalisi Kependudukan). Menurutnya, dalam lingkup itu bidan berperan dalam proses pemecahan permasalahan dan membangun kepercayaan pasien. Kesemua itu bertujuan memperlancar fungsi pelayanan kesehatan di Puskesmas.

Berdasarkan hasil FGD Bidan Nv dan Bidan Y menyatakan bidan berwenang menolak pasien yang datang dari luar wilayah jaminan kesehatan, melakukan pengaturan jam pelayanan, penjadwalan imunisasi. Kemudian bidan dapat memberikan keputusan rujukan kepada pasien dengan komplikasi kehamilan seperti pasien dengan penyakit katastropik, anemia, plasenta previa, dan lain-lain. Sejalan dengan pendapat Lipsky (2010) penggunaan kewenangan pengambilan keputusan berdasarkan penilaian individual/professional bertujuan menjamin kepastian pelayanan..

Pembahasan

Coping behavior adalah mekanisme perilaku aparaturnya yang terdiri berbagai pola tindakan dan orientasi karakter yang berfungsi sebagai respon terhadap keadaan serta bertujuan untuk mengatasi keadaan (Lipsky; 2010). Tiga dimensi yang dikembangkan dalam faktor ini yaitu dimensi pola tindakan yaitu berhubungan dengan pola formal aparaturnya sesuai prosedur, kemudian dimensi substansi yang berhubungan penyesuaian konsep kerja dan daya terima masyarakat dalam hal ini tindakan tersebut bertujuan memenuhi kebutuhan pasien; kemampuan pemecahan masalah, motivasi, dan tindakan rasional yang berhubungan dengan kebebasan pengambilan keputusan dan dimensi penghematan sumberdaya yaitu berhubungan dengan penghematan waktu, biaya dan peralatan berupa tindakan pengetatan prosedur. Pola tindakan bidan (mekanisme *coping behavior*) dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Puskesmas yaitu memberikan pelayanan dari mulai lahir hingga berusia lanjut, seperti memberikan pelayanan ibu hamil, persalinan, nifas, memberikan pelayanan keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, imunisasi dan lain-lain.

Aspek intensitas penggunaan diskresi berhubungan dengan tingkat penggunaan kewenangan pengambilan keputusan berdasarkan penilaian individual/professional. Aparatur pelaksana lapangan menggunakan diskresi yang tinggi (Lipsky,2010). Dimensi variable ini yaitu pola diskresi (Tummers dan Bakkers, 2011) yaitu : mengketatkan prosedur, menyesuaikan kebutuhan klien, dan melakukan penilaian personal. Sedangkan dimensi tujuan diskresi yaitu untuk; melancarkan kegiatan, memberikan kepastian, dan mengatasi keadaan yang darurat. Beberapa realitas tindakan diskresi yang biasa dilakukan yaitu :

1. Memberikan imunisasi kepada PUS, Remaja Putri, Calon Pengantin, Ibu dan bayi
2. Memberikan suntikan penyulit kehamilan
3. Melakukan tindakan amniotomi, kompresi bimanual
4. Melakukan ekstrasi vacuum pada bayi
5. Melakukan resusitasi pada bayi
6. Pemberian pelayanan KB seperti IUD, suntik, AKBK

Hasil FGD dan wawancara disimpulkan bahwa permasalahan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan yaitu dipengaruhi sumberdaya seperti peralatan kesehatan dan obat-obatan yang kurang sehingga berdampak pada kurang maksimalnya pelayanan yang diberikan. Faktor sumberdaya yang memberikan pengaruh bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama kepada ibu melahirkan atau nifas. Kekurangan faktor ini memberikan dampak yang tidak maksimal pada perilaku bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Tingginya beban kerja bidan di Puskesmas diakibatkan dikarenakan hambatan manajemen Puskesmas dalam pembagian kerja, permasalahan distribusi profesi medis tertentu. padahal Bidan menjadi tombak pelayanan kesehatan yang diandalkan dalam penyediaan pelayanan pratama. Mayoritas masyarakat menggunakan jasa bidan untuk pelayanan kesehatan apapun karena ketersediaan yang banyak disamping kelangkaan di beberapa profesi kesehatan lainnya. Dengan demikian terjadi extra-ordinary discretion berupa wewenang pelayanan pada sub bidang di luar kewajiban dilambatkan dengan tugas-tugas delegasi (Deliarnoor,2018).

Dengan tingginya efektivitas bidan tidak dibarengi dengan pendapatan tambahan (tunjangan) untuk Bidan. Seperti halnya diungkapkan oleh Bidan Jm. Hal senanda diungkapkan oleh Bidan Nv bahwa beban kinerja bidan yang sangat padat seharusnya dibarengi dengan penghasilan tambahan untuk dapat meningkatkan efektivitas kerja bidan Kota Bengkulu. Padahal bidan telah memberikan pelayanan dengan maksimal sesuai dengan tujuan dari pelayanan Puskesmas. Bidan melaksanakan tugas utamanya yaitu memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak mulai dari lahir hingga berusia lanjut. Seperti diungkapkan oleh Ibu Bidan Y bahwa bidan bekerja sesuai dengan tupoksi. Sehingga bidan termotivasi meningkatkan pendapatan melalui peningkatan jenjang karier

berdasarkan peningkatan kompetensi pendidikan dan bekerja sebagai tenaga kesehatan di klinik di luar jam dinas. Pola *agrendizement* ini yang dikembangkan bidan (Gortner, Mahler, & Nicholson, 1997).

Efektivitas Bidan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dilakukan sesuai standar pelayanan kebidanan dengan prosedur: timbang berat badan dan tinggi badan, ukur tekanan, cek status gizi ibu hamil, melaksanakan asuhan kepada bayi baru lahir dan lain-lain. Bidan dalam memberikan pelayanan di Puskesmas dituntut membuat prioritas-prioritas pelayanan kepada pasien, karena tidak semua pasien yang datang memerlukan perlakuan yang sama, oleh karena itu biasanya untuk meminimalisir kurangnya pelayanan yang didapat masyarakat. Bidan memberikan perlakuan khusus kepada pasien kegawat daruratan, bukan karena terindikasi pilih kasih tetapi bidan harus dapat mengambil keputusan secara cepat dan tepat. Dengan demikian sesuai pendapat Mollenkopf (1980) bahwa problem dilematis terjadi pada tingkat politis/sosial bukan pada tataran teknis operasional.

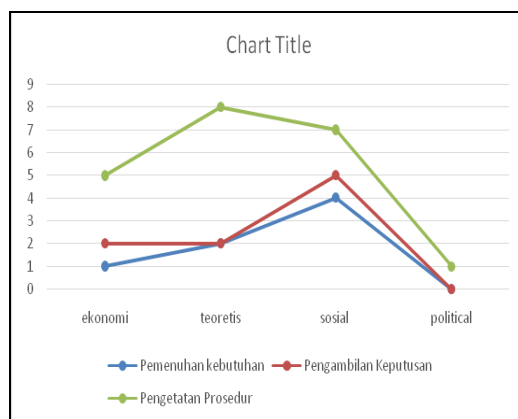
Hasil analisis dalam tabel menunjukkan kategorisasi nilai determinasi bidan, pilihan tindakan, nilai, tindakan dan pola perilaku diskresional bidan seperti disajikan pada tabel berikut ini :

Pilihan/Sikap	Determinasi diri	Value	Tindakan Disresional	Pola Disresional
Kepuasan Kerja	Bidan tidak menerima pendapatan selain gaji dan dana kapitasi	Ekonomi	Mengikuti pendidikan lanjutan untuk peningkatan karier	memenuhi kebutuhan
	lita dituntut sebagai profesional yang profesional	Theoretical	Menolak melayani yang bukan bidangnya	pengetatan prosedur
	Ketakuatan terhadap resiko tertular penyakit	Theoretical	memproteksi diri dan meningkatkan daya tahan tubuh	pengetatan prosedur
	dilema tugas tambahan	sosial-ekonomi	menyesuaikan kegiatan bidan menghadapi keadaan, kasus, lokasi, serta memaksimalkan informasi	pengetatan prosedur
Pelibatan dalam Pekerjaan	Beban kerja yang tinggi	theoretical	Membatasi jam kerja	pengetatan prosedur
	kami mempunyai pelimpahan tugas dari Kepala Puskesmas termasuk tugas tambahan	ekonomi	melakukan tindakan di luar kompetensi melalui pelatihan tugas SK dan Kepala Puskesmas dan Dinas terkait	pengambilan keputusan
	kami bersentuhan dengan masyarakat yang mempunyai resiko	sosial	Bidan menggunakan alat pelindung diri (APD)	pengetatan prosedur
	pelayanan kesehatan	theoretical	penilaian berdasarkan wilayah tempat tinggal	pengetatan prosedur
	memberikan prioritas	sosial	menentukan kondisi pasien untuk memberikan rujukan	memenuhi kebutuhan
	melakukan pelayanan mulai dari salam, senyum, sapa dan ramah (Empati)	sosial	manajemen pengelolaan klien	memenuhi kebutuhan
	kurangnya obat	ekonomi	membagi-menjajah pembagian obat (Mengalihkan permintaan obat ke KLM jika bekerja di puskesmas pembantu	pengetatan prosedur
	Tugas pokok dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak sejak lahir hingga berusia lanjut	sosial	memberikan prioritas pada pasien dengan mendahulukan pelayanan kegawat-daruratan	pengambilan keputusan
	Tugas tambahan kunjungan ke rumah pasien	theoretical	memilih kasus dan informasi sesama bidan	memenuhi kebutuhan
Komitmen Organisasi	Penjaminan mutu pelayanan dan akreditasi	political	Mencukupi indikator akreditasi	pengetatan prosedur
	Aturan BPJS membuat semua pasien tidak bisa serap semuanya ke puskesmas	ekonomi	Menolak pasien	pengetatan prosedur
	bidan mengerjakan laporan yang memerlukan banyak tenaga, waktu dan pikiran,	theoretical	Menggunakan asisten/ operator	memenuhi kebutuhan
	Komitmen pada pelayanan publik	sosial	menyentuh pelayanan langsung ke masyarakat	memenuhi kebutuhan
	Membantu masyarakat yang tidak memiliki keanggotaan BPJS-KN	sosial	memberikan informasi/mendata pada pihak kelurahan	memenuhi kebutuhan

Sumber : Hasil analisis data penelitian (2018)

Hasil tabel tersebut kemudian dianalisis dengan pola diagram garis. Hasilnya disajikan seperti diagram berikut ini :

Gambar 4. Pola Determinasi Pilihan dan Nilai Bidan dalam Tindakan Diskresi



Sumber : data kualitatif (2018)

Diagram terdiri tiga jenis garis dimana tindakan diskresi pengetatan prosedur merupakan determinasi dari nilai teoretis dan sosial. Praktek pengambilan keputusan

beberapa diantaranya dideterminasi oleh nilai ekonomi dan teoretis serta didominasi nilai sosial (profesionalisme dan kebutuhan sosial, keselamatan). Pemenuhan kebutuhan juga dideterminasi nilai sosial. Nilai politik sangat langka dalam mendeterminasi perilaku diskresi bidan. Pengetatan prosedur merupakan orientasi tindakan diksresi yang banyak dilakukan bidan. Orientasi teoretis berkaitan dengan internalisasi nilai beban tugas dan hubungan sebab-akibat disebabkan profesi pelayanan bidan. Artinya hubungan formalisme banyak terjadi pada pola pertama. Faktor emosional-sosial dan kemanusiaan juga menjadi deteminan pola pengambilan keputusan bidan. Pemenuhan kebutuhan juga disebabkan deteminasi nilai sosial teoretis bidan berupa tuntutan profesionalisasi bidan, Tindakan diskresi bidan didominasi pola pengetatan prosedur yang dideterminasi motivasi teoretis seperti tuntutan profesionalisme dan memproteksi diri dari resiko tertular penyakit. Selain itu pengetatan prosedur yang dilakukan bidan dideterminasi oleh tindakan merasionalisasi sumberdaya yang terbatas dan membangun daya terima klien/pasien. Selain itu

tindakan diskresi bidan dapat pula ditentukan oleh pola pengambilan keputusan yang dideterminasi oleh nilai sosial seperti membangun empati, kepedulian sosial, kemanusiaan, dan keadilan sosial. Diskresi yang disebabkan oleh pemenuhan kebutuhan tidak mendominasi sikap bidan pelayanan.

Kinerja pelayanan kesehatan ibu dan anak di Kota Bengkulu, dimana kematian ibu menjadi aspek yang ditenggarai menjadi signifikan untuk diperbaiki maka diskresi bidan yang berhubungan dengan pola determinan sikap dan perilakunya perlu dipertimbangkan sebagai faktor kunci perbaikan praktek pelayanan. Tindakan pengetatan prosedur dengan tujuan rasionalisasi sumberdaya, waktu, dan beban kerja dapat menyebabkan pelayanan menjadi efisien dan berkeadilan. Tetapi pada lain sisi, pengetatan prosedur dan rasionalisasi berpotensi menyebabkan rendahnya akses dan daya terima serta kualitas pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat. Nilai pengambilan keputusan yang dideterminasi empati dan kemanusiaan pada satu sisi sangat baik dalam membangun daya terima klien. Beberapa kasus menunjukkan empati dan kemanusiaan dalam pengambilan keputusan mungkin membuat klien menjadi tidak mandiri, lebih bersifat menunggu, dan kurang responsif.

D. Kesimpulan dan Saran

1. Kesimpulan

1. Angka kematian ibu di Kota Bengkulu merupakan indikator kunci permasalahan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Kota Bengkulu
2. Hasil FGD dan wawancara disimpulkan bahwa permasalahan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan yaitu dipengaruhi sumberdaya seperti peralatan kesehatan dan obat-obatan yang kurang sehingga berdampak pada kurang maksimalnya pelayananyang diberikan. Faktor sumberdaya yang memberikan pengaruh bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama kepada ibu melahirkan atau nifas. Kekurangan faktor ini memberikan dampak

yang tidak maksimal pada perilaku bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak

3. Jumlah tenaga bidan yang bertugas pada Puskesmas kota Bengkulu berjumlah 192 orang bidan, maka didapat jumlah rata-rata 9,6 orang tenaga bidan yang dimiliki masing-masing Puskesmas. Namun dari data tersebut terlihat sebaran tenaga bidan yang tidak merata puskesmas
4. Pola perilaku perluasan fungsi (*agrendizement*) dan tindakan perilaku prosedural (*by book cover*) mewarnai dinamika tindakan diskresi bidan di Kota Bengkulu. Tindakan diskresi bidan tersebut didominasi pola pengetatan prosedur dan pola pengambilan keputusan.
5. Pola pengetatan prosedur dideterminasi motivasi teoretis seperti tuntutan profesionalisme dan memproteksi diri dari resiko tertular penyakit. Selain itu pengetatan prosedur yang dilakukan bidan dideterminasi oleh tindakan merasionalisasi sumberdaya yang terbatas dan membangun daya terima klien/pasien.
6. Pola pengambilan keputusan yang dideterminasi oleh nilai sosial seperti membangun empati, kepedulian sosial, kemanusiaan, dan keadilan sosial.
7. Diskresi yang disebabkan oleh pola pemenuhan kebutuhan tidak mendominasi sikap bidan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Kota Bengkulu.
8. Permasalahan pelayanan kesehatan Ibu dan Anak di Kota Bengkulu yang dilakukan bidan dapat disebabkan pengetatan prosedur dan rasionalisasi sumberdaya karena berpotensi menyebabkan rendahnya akses dan daya terima serta kualitas pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat. Disamping itu pola pengambilan keputusan berdasarkan empati, nilai sosial dan kemanusiaan mungkin membuat klien menjadi tidak mandiri, lebih bersifat menunggu, dan kurang responsive

2. Rekomendasi

1. Angka kematian ibu merupakan permasalahan yang menjadi fokus perbaikan urgen dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak Kota Bengkulu
2. Dibutuhkan upaya perbaikan terhadap proporsi sebaran bidan, kualitas alat, kecukupan obat, dan tambahan tunjangan penghasilan profesi bidan
3. Terkait permasalahan tersebut pola diskresi bidan terakumulasi pada tindakan rasionalisasi prosedur yang bertujuan menghemat sumberdaya, membangun daya terima klien, dan membangun pemerataan pelayanan. Jika keadaan diperbaiki maka diharapkan pola diskresi terakumulasi pada derajat dan efektivitas pengambilan keputusan
4. Riset mengenai street level bureaucracy terkait topik diskresi seharusnya terfokus dan mendalam mengenai efektivitas dan rasionalisasi pengambilan keputusan

Ucapan terima-kasih

Peneliti menghaturkan terima kasih kepada para promotor Yth Ibu Ida Widianingsih, Yth. Bapak Heru Nurasa, Yth. Bapak R.Widya Setiabudi Sumadinata. Terima kasih juga diucapkan kepada Yth. Ibu Harmiati dan seluruh keluarga besar Fisip Unihaz Bengkulu. Seluruh informan peneliti. Terima kasih dan apresiasi kami sampaikan juga kepada Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi atas bantuan pendanaan penelitian Hibah Program Penelitian Disertasi Doktor tahun 2017.

E. DAFTAR PUSTAKA

- 2014, U. R. I. N. 30 T. (2014). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2014 Tentang Administrasi Pemerintahan Dengan. *Undang-Undang Republik Indonesia*, (Administrasi pemerintahan), 99.
- Aaronson, D. E., Dienes, C. T., & Musheno, M. C. (1981). Street-Level Law: Public Policy and Police Discretion in Decriminalizing Public

Drunkenness. *American Behavioral Scientist*, 25(1), 75–105. <https://doi.org/10.1177/000276428102500109>

Alden, S. (2015). Discretion on the frontline: The street level bureaucrat in english statutory homelessness services. *Social Policy and Society*, 14(1), 63–77. <https://doi.org/10.1017/S1474746414000402>

Alexsander, A. (2019). KONSTRUKSI MODEL PERILAKU PELAYANAN KESEHATAN (CONSTRUCTION OF PUBLIC HEALTH SERVICE BEHAVIORAL MODEL). *Inovasi*. <https://doi.org/10.33626/inovasi.v16i1.114>

B. Hiriyappa. (2009). *Organizational Behavior*.

Carrington, K. (2005). Street-Level Discretion: Is There a Need for Control? *Public Administration Quarterly*, 29(1/2), 139.

Christensen, T., Per Læg Reid, P. G. R., & Røvik, and K. A. (2007). *Organization Theory and the Public Sector*.

Clemen dan Reelly. (2004). *Making Hard Decisions with Decision Tools Suite Update Edition-South-Western College Pub (2004)(1).pdf*.

Darlington, B. O., And, & Scott, A. H. (2002). Qualitative research in practice Stories from the field. *Narrative Research in Practice: Stories from the Field*, 1–225. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-1579-3>

DeCharms, R. (1968). *Personal causation;: the internal affective determinants of behavior*.

Deci, E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, Mass.: D.C. Heath (Lexington Books),.

Deci, Edward L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*.

Deliarnoor, nandang alamsah. (2017). *hukum pemerintahan* (1st ed.; U. Suwaryo, Ed.). bandung: Unpad Press.

DINKES Provinsi Bengkulu. (2019). *Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu 2018 Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu Tahun 2019*. 211. Retrieved from dinkes.bengkuluprov.go.id

- Elmore, R. F. (1979). Mapping : Backward and Implementation Policy Decisions. *Political Science Quarterly*, 94(4), 601–616.
- Frederickson, H. G. (2003). The public administration theory primer. In *Choice Reviews Online* (Vol. 41). <https://doi.org/10.5860/choice.41-2423>
- Gortner, H. F., Mahler, J., & Nicholson, J. B. (1997). *Organization Theory : a public perspective*. Florida: Harcourt Brace & Company.
- Grattet, R., & Jenness, V. (2005). The reconstitution of law in local settings: Agency discretion, ambiguity, and a surplus of law in the policing of hate crime. *Law and Society Review*, 39(4), 893–940. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5893.2005.00248.x>
- Grünig, R., & Kühn, R. (2005). *Successful Decision-making A Systematic Approach to Complex Problems*.
- Hoyle, L. (2014). “I mean, obviously you’re using your discretion”: Nurses use of discretion in policy implementation. *Social Policy and Society*, 13(2), 189–202. <https://doi.org/10.1017/S1474746413000316>
- Hupe, P., Tummers, L. ., & Bekkers, V. J. J. M. (2012). Discretion and its effects : Analyzing the experiences of street-level bureaucrats during policy implementation. *EGPA Conference*, (September), 22. Retrieved from <http://repub.eur.nl/pub/34726/>
- Kalof, L., Dan, A., & Dietz, T. (2008). *Essentials of Social Research* (I). New York: Open University Press McGraw-Hill Education.
- Kalu, K. N. (2001). *L Eadership and S Ocial I ntelligence*. 23(3), 4.
- Kesehatan, K., & Indonesia, R. (n.d.). *profil-kesehatan-Indonesia-2015*.
- Michael Lipsky. (2010). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service, 30th Anniversary Expanded Edition* (30 Anv Exp). New York: Russell Sage Foundation.
- Molenkopf, J. (1980). Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services by Michael Lipsky. *The New Republic* (Pre 1988), 183(013), 37. <https://doi.org/10.2307/2392554>
- Patton, M. Q. (2002). *QUALITATIVE RESEARCH AND EVALUATION METHODS* (3rd ed.). *permenkes_572_1996.pdf*. (n.d.).
- Philip, & Bromiley. (2005). *The Behavioral Foundations of Strategic Management*.
- Philipus M. Hadjon. (1987). *Perlindungan hukum bagi rakyat di Indonesia: sebuah studi tentang prinsip-prinsipnya, penanganannya oleh pengadilan dalam lingkungan peradilan umum dan pembentukan peradilan administrasi negara*. Bina Ilmu.
- Republik Indonesia. (2014). *Undang-undang Republik Indonesia No.5 tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara*. 1–104.
- Saruis, T. (2019). Street-Level Workers’ Discretion in the Changing Welfare. *Cambio. Rivista Sulle Trasformazioni Sociali*, 8(16), 31–42. <https://doi.org/10.13128/cambio-23647>
- Widianingsih, I., Nurasa, H., & Sumadinata, R. S. B. (2018). *Jurnal Penelitian Sosial dan Politik COPING BEHAVIOR APARATUR PELAYANAN PUBLIK (STUDI PROFESI BIDAN PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT DI KOTA BENGKULU) Oleh : Email : alexsanderhasyim@yahoo.com MIMBAR Jurnal Penelitian Sosial dan Politik*. 7(1), 1–8.