

# MEDIA

ISSN: 0216-2482

# KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA

26

## The Indonesian Journal of Public Health

EDITORIAL

Volume 4, Nomor 3, 2008

Kesehatan dan Hak Asasi Manusia  
*Indar*

ARTIKEL

Pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat Pada Program Desa Siaga di Kabupaten Wajo  
*Abdul Kadir, Ridwan M. Thaha, Indar*

Hubungan Imbalan Ekstrinsik dan Intrinsik Terhadap Kepuasan Kerja Perawat di RSUD Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng  
*Alwy Arifin, Darmawansyah, Ferawaty Wulan Fajri*

Faktor Risiko Kejadian Hipertensi Pada Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Rantepao Kabupaten Tana Toraja 2007  
*Yunicha Pagilling, Ida Leida M. Thaha, Wahiduddin*

Faktor Risiko Timbal Dalam Darah dan Pengaruhnya terhadap Hemoglobin Pada Pedagang Kaki lima di Makassar  
*Dahar, Rafael Djajakusli, Sri Suryani*

Hubungan Kadar Timbal (Pb) Dengan Kadar Hemoglobin (Hb) Dalam Darah Pada Petugas SPBU di Kota Makassar  
*Alfina Baharuddin, Hasanuddin Ishak, Arifin Seweng*

Persepsi dan Partisipasi Pria Terhadap Alat Kontrasepsi dan Penggunaannya di Wilayah Kerja Puskesmas Antara Kec. Tamalanrea Makassar  
*Desi Rosmalah, Sani Silwana, Shanty Reskiyani*

Konsep Pengasuhan ASI dan MP-ASI pada Keluarga Dengan Status gizi Yang Berbeda di Wilayah Dataran Tinggi di Kabupaten Gowa  
*Samsinar, Burhanuddin Bahar, Sitti Bulkis*

Peran dan Fungsi *informed Consent* Dalam Pelayanan Kesehatan di RS dr.M.M. Dunda Kab. Gorontalo  
*Indar, Roni Sampir, Asiah Hamzah, Ratnaningsih*

Hubungan Insentif, Motivasi, Disiplin Kerja, Komunikasi Organisasi Dengan Kinerja Penginput Data SIM-RS RSUD Labuang Baji  
*Surviyani, Noer Bahry Noor, Burhanuddin Bahar*

TINJAUAN PUSTAKA

Pemberdayaan Masyarakat Melalui Program Desa Sehat dan Cakupan Sarana Kesehatan Lingkungan Sosial  
*Hasnawaty Amqam*

Obesitas Pada Kelompok Ekonomi Rendah: Determinan Perilaku dan Lingkungan Sosial  
*Healthy Hidayanty*

FKM UNHAS

Volume 4

No. 3

Hal. 107-155

Makassar  
Juli 2008

ISSN  
0216-2482

60 24

**MEDIA KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA**  
**The Indonesian Journal of Public Health**

**ISSN: 0216-2484**

Media ini adalah Publikasi Ilmiah yang menerima setiap tulisan ilmiah di bidang kesehatan, baik Laporan Penelitian (original article research paper), Makalah Ilmiah (review paper), maupun Laporan Kasus (case report) dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris

Pemimpin Umum  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin

Pemimpin Redaksi  
Ida Leida Maria, SKM, MKM

Wakil Pemimpin Redaksi  
Wahiduddin SKM, MKes

Redaksi Pelaksana  
Prof. Dr. dr. HM. Rusli Ngatimin, MPH  
Prof. Dr. Amran Razak, MSc  
Lalu M. Saleh, SKM, M.Kes  
Hasnawati Amqam, SKM, MSc  
Apik Indarty, SKM, MSi

Penerbit  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin  
4 kali setahun (triwulan)

Surat menyurat menyangkut naskah, langganan, dan sebagainya, dapat dilamatkan ke:  
Sekretariat Redaksi Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia  
d.a. Ruang Jurnal FKM Lt. 2 Kampus UNHAS - Tamalanrea 90245  
Telp (0411) 585 658, Fax (0411) 586 013  
e-mail: [jurnal.mkmi@gmail.com](mailto:jurnal.mkmi@gmail.com)  
Blog: [jurnalmkmi.blogspot.com](http://jurnalmkmi.blogspot.com)

semua pengetahuan yang dimiliki sehingga mampu membangun dirinya sendiri dan membangun lingkungannya.

### **Pertemuan Tingkat Desa**

Hasil wawancara dengan informan dalam pelaksanaan pertemuan tingkat desa adalah sebagai berikut.

*"...menganalisis tentang desa siaga dan apa tujuan desa siaga. ... konsultasi sama Pak Camat, menemui Pak Desa dan mengundang masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama, ... masyarakat dapat memahami tujuan program desa siaga...."* (MD, 44 tahun)

*"... tujuannya penyampaian tentang desa siaga, ... mengumpulkan masyarakat, kader, tokoh masyarakat, tokoh agama, ... masyarakat dapat mengetahui program desa siaga..."* (AI, 43 Tahun)

Menurut informan bahwa langkah pemberdayaan masyarakat yaitu melalui pertemuan di tingkat desa. Materi yang dibahas adalah tujuan program desa siaga. Dengan melakukan pertemuan bersama tokoh masyarakat baik formal maupun informal merupakan langkah awal dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat. Pertemuan ini membahas tujuan di bentuknya desa siaga. Konsep pemberdayaan yang dilakukan oleh informan adalah bahwa dengan melakukan pertemuan terhadap pihak yang terkait diharapkan diperoleh dukungan dalam pelaksanaan desa siaga lalu membahas tujuan dan hal lainnya yang terkait maka pelaksanaan desa siaga akan mampu berjalan dengan sendirinya di tingkat masyarakat. Faktanya adalah bahwa saat ini telah dilakukan pertemuan dengan tokoh masyarakat membicarakan tentang tujuan dari terbentuknya desa siaga. Hasilnya masyarakat dapat memahami maksud dan tujuan program desa siaga dan dukungan dari kepala desa dan tokoh masyarakat.

### **Survei Mawas Diri**

Hasil wawancara dengan informan lain tentang pelaksanaan survei mawas diri adalah sebagai berikut:

*"...menganalisis tentang desa siaga dan apa tujuan desa siaga. ... konsultasi sama Pak Camat, menemui Pak Desa dan mengundang masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama, ... masyarakat dapat memahami tujuan program desa siaga...."* (MD, 44 tahun)

*"... untuk mengumpulkan data, dan mengetahui masalah apa yang ada di masyarakat, ... menjelaskan format isian.... pendataan oleh kader dan tokoh masyarakat yang sudah dilatih. dan didampingi bidan, ... data tentang masalah kesehatan di masyarakat."* (AIF, 31 Tahun)

Menurut informan bahwa survei mawas diri adalah upaya pengumpulan data masalah kesehatan yang dilaksanakan oleh kader terlatih dan didampingi oleh bidan desa. Survei mawas diri dilakukan agar supaya ada data masalah kesehatan termasuk data penyakit yang ada di desa. Survei mawas diri adalah suatu hal yang penting untuk dilakukan agar masalah kesehatan yang mendasar dapat diketahui. Pada saat ini setelah dilakukan survei mawas diri, maka diharapkan semua pihak yang terkait telah memahami maksud dan tujuan dilakukannya survei mawas diri yaitu dalam rangka mengetahui masalah kesehatan

secara bersama-sama.

Beberapa hal pokok yang dapat dirumuskan sehubungan dengan pelaksanaan desa siaga melalui kegiatan survei mawas diri adalah bahwa pihak yang terkait telah memahami, melaksanakan prinsip dasar SMD dan mensosialisasikan hasilnya kepada masyarakat. Hal ini sejalan dengan penjelasan teoritik bahwa pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses pengorganisasian masyarakat yang dimulai dari mengidentifikasi masalah yang dihadapi di masyarakat, kemudian menyusun urutan prioritas masalah. Setelah prioritas masalah diperoleh lalu masyarakat mengupayakan untuk mencari sumber daya baik yang ada di masyarakat itu sendiri maupun di luar lingkungan masyarakat yang bersangkutan. Sumber daya tersebut diharapkan dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah yang ada melalui tindakan-tindakan yang diperlukan dengan cara kerjasama dengan anggota masyarakat lainnya<sup>1</sup>.

### **Musyawarah Masyarakat Desa**

Hasil wawancara dengan informan tentang musyawarah masyarakat desa berikut ini:

*"... mendiskusikan hasil survei mawas diri, mencari prioritas masalah dan bagaimana memecahkan masalah tersebut, ... koordinasi dengan kepala desa, tokoh masyarakat, tokoh agama, tenaga kesehatan dan pendidik, kemudian mengedarkan undangan atau mengumumkan melalui mesjid, ... diskusi hasil survei mawas diri, ... masyarakat bertambah pengetahuan tentang masalah kesehatan"*. (SB, 31 Tahun)

*"... membahas hasil survei mawas diri.... menyiapkan data hasil survei, mengundang masyarakat, tokoh masyarakat, kader, bidan desa, dan dihadiri dari kecamatan dan fasilitator dari puskesmas, ... mengadakan pertemuan dengan masyarakat, ... ada kesepakatan bersama untuk memecahkan masalah yang ada"*. (AIF, 31 tahun)

Musyawarah masyarakat desa adalah mendiskusikan hasil survei mawas diri, mencari prioritas masalah dan memecahkan masalah. Musyawarah masyarakat desa dilakukan dengan cara koordinasi dengan kepala desa, tokoh masyarakat, tokoh agama, tenaga kesehatan dan pendidik, lalu diskusi hasil survei mawas diri. Hasil MMD akhirnya akan mampu meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang masalah kesehatan dan dibuat kesepakatan bersama untuk mengatasi masalah tersebut. Oleh karena itu MMD penting dilakukan. Fakta saai ini telah dilakukan MMD dan hasilnya cukup baik.

Kegiatan MMD yang telah dilakukan sebagaimana pengakuan informan diatas jelas terlihat bahwa ada fakta-fakta dan permasalahan yang terjadi. Masyarakat yang mampu atau mandiri di bidang kesehatan apabila masyarakat mampu menemukan / mengenali masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah-masalah kesehatan terutama di lingkungan atau perilaku masyarakat setempat. Menemukan / mengenali masalah - masalah kesehatan dilakukan oleh kader atau tokoh masyarakat setempat di bawah bimbingan petugas kesehatan di desa / bidan desa serta daftar potensi di desa yang dapat didayagunakan dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan yang ada di desa.

## PEDOMAN UNTUK PENULIS

### Pengiriman Naskah

Makalah yang dikirimkan untuk dimuat dalam Media Kesehatan Masyarakat Indonesia belum pernah dipublikasikan dan tidak dikirimkan ke penerbitan lain pada waktu yang bersamaan. Naskah diketik dalam format \*.doc / \*.docx (Microsoft Office Word) dan dikirimkan dalam bentuk Print Out sebanyak rangkap 2 (dua), dengan file yang tersimpan dalam CD.

### Persiapan Teknis Makalah

Naskah diketik pada kertas berukuran 8,5" x 11" (letter), dengan batas tepi (margin) 1" (2,5 cm), huruf (font) Times New Roman, besar huruf (font size) 12 point dan menggunakan spasi 2 (double space). Setiap bagian/komponen dari naskah dimulai pada halaman baru, dengan urutan sebagai berikut: halaman judul, abstrak, kata kunci (key words), teks keseluruhan, ucapan terima kasih, daftar pustaka, table dan gambar (setiap tabel dan gambar pada halaman terpisah). Nomor halaman dicantumkan secara berurutan dimulai dari halaman judul pada sudut sebelah kanan bawah.

### Halaman Judul

Halaman judul (halaman pertama) harus mencakup:

- Judul makalah yang dibuat sesingkat mungkin, spesifik dan informatif
- Nama dan alamat setiap penulis, nama departemen dan lembaga afiliasi penulis
- Nama dan alamat penulis untuk korespondensi serta nomor telepon, nomor faximile dan alamat e-mail.

### Abstrak dan Kata Kunci (Key Word)

Halaman kedua memuat abstrak yang tidak terstruktur dalam 1 (satu) paragraph dan tidak lebih dari 300 kata yang ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Abstrak laporan penelitian harus berisi latar belakang, tujuan penelitian, metode, hasil dan kesimpulan. Abstrak dibuat singkat, informatif dengan menekankan aspek baru dan penting dari laporan penelitian. Kata kunci (key word) dicantumkan dibawah abstrak pada halaman yang sama sebanyak 3 – 5 kata. Gunakanlah kata-kata yang sesuai dengan daftar pada Index Medicus.

### Teks

Teks makalah laporan penelitian dibagi dalam beberapa bagian dengan judul sebagai berikut: Pendahuluan (Introduction), Bahan dan Metode (materials and Methods), Hasil (Result), dan Diskusi (Discussion). Uraikan teknik statistik secara rinci pada metode untuk memudahkan para pembaca memeriksa kembali hasil yang dilaporkan. Teks makalah ilmiah dibagi dalam Pendahuluan, Isi, Pembahasan dan Kesimpulan.

### Ucapan Terima Kasih

Terutama ditujukan kepada 1) pihak-pihak yang memberikan bantuan dana dan dukungan, 2) dukungan dari bagian dan lembaga, 3) para profesional yang memberikan kontribusi dalam penyusunan makalah.

### Daftar Pustaka

Daftar pustaka ditulis sesuai dengan cara penulisan menurut Vancouver dan hanya mencantumkan kepustakaan yang dipakai dan relevan. Rujukan diberi nomor urut dengan menggunakan angka arab dan dalam teks nomor urut dituliskan dengan tanda kurung. Table dan gambar diberi nomor sesuai dengan urutan penampilannya dalam teks dengan menggunakan angka arab. Hindari penggunaan abstrak sebagai rujukan. Rujukan yang telah diterima suatu jurnal tetapi belum dipublikasikan harus di tambah perkataan "in press"

#### a. Artikel dalam Jurnal

##### 1. Artikel Standar

Hadju V. Hubungan Helminthiasis Dengan Belajar pada Anak Sekolah Dasar di Kelurahan Mariso, Ujungpandang. *Jurnal Medika Nusantara* 1997;18:115-22

#### 2. Organisasi sebagai penulis

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. *Clinical Exercise Stress Testing. Safety and Performance Guidelines. Medical Journal of Australia* 1996; 164:282-4

#### 3. Tanpa nama penulis

Management of Acute Diarrhea (editorial). *Lancet* 1983;1:623-5

#### b. Buku atau Monografi Lainnya

##### 1. Penulis Perorangan

Notoatmojo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Cetakan ke-2. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2002

##### 2. Editor sebagai penulis

Tawali A, Dachlan DM, Hadju V, dan Thaha Ar, editors. *Pangan dan Gizi: Masalah, Program Intervensi dan Teknologi Tepat Guna*. Makassar: DPP pergizi Pangan dan Pusat Pangan, Gizi dan Kesehatan; 2002.

##### 3. Organisasi sebagai penulis

World Health Organisation (WHO). *Measuring Change in Nutritional Status; Guidelines for Assessing the Nutritional Impact of Vulnerable Groups*. Geneva: World Health Organization; 1983

##### 4. Bab dalam buku

Lewis BA. *Structure and Properties of Carbohydrates*. In: *Biochemical and Physiological Aspects of Human Nutrition*. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 2000. P.3-18.

##### 5. Prosiding konferensi

Jalal F dan Atmojo SM. Peranan Fortifikasi dalam Penanggulangan Masalah Kekurangan Zat Gizi Mikro. *Prosiding Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi VI; Serpong, 17-20 Februari 1998*. Jakarta: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, 1998.

##### 6. Makalah dalam konferensi

Hadju V, abadi K dan Zulfikar. *Effect of Deworming on Growth and Appetite in Schoolchildren in Ujungpandang*. Dibawakan pada 7<sup>th</sup> World Federation of Public Health Association International Congress, Hotel Nusa Dua Bali, Indonesia, 4-8 desember 1994.

##### 7. Laporan ilmiah atau teknis

Badan Pusat Statistic. *Laporan Hasil Survey Konsumsi Garam Yodium Rumah Tangga*. Jakarta: Badan Pusat Statistic; 2003

##### 8. Skripsi, thesis atau disertasi

Rochimiwati SN. *Dampak Pemberian Produk Makanan Kaya Protein Kedelai Terhadap Perubahan Status Gizi Penderita TB di BP4 Makassar (thesis)*. Makassar: Universitas Hasanuddin; 2003

##### 9. Artikel dalam Koran

Yahya M. *Sulsel Lumbung Pangan, tapi Kekurangan Gizi*. Fajar, Selasa 14 September 1999

#### c. Materi Elektronik

Rosenthal S, Chen R, Hadler, S. *The Safety of Acellular Pertussis Vaccine vs Whole Cell Pertussis Vaccine*. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996; 150:457-60. Available at: [http://www.amu.assn.org/sci\\_pubs/journals/arcive/ajdc/vol150/no5/abstract/htm](http://www.amu.assn.org/sci_pubs/journals/arcive/ajdc/vol150/no5/abstract/htm) diakses pada 10 November, 1996

### Tabel, Gambar dan Grafik

Cetak setiap table pada halaman terpisah dan diketik spasi 2 (double space). Nomor urut table dan gambar sesuai urutan penampilannya dalam teks. Untuk catatan kaki (footnotes) pada table gunakan symbol dengan urutan sebagai berikut \*, †, ‡, §, ¶, \*\*, ††, ‡‡.

Naskah yang diterima redaksi akan dibahas oleh pengasuh dan redaksi berhak memperbaiki susunan bahasa tanpa mengubah isinya. Penggunaan istilah asing non medis sedapat mungkin dihindari atau disertai terjemahan penjelasannya. Usulan perbaikan naskah (terutama menyangkut substansi) akan disampaikan kepada penulis yang bersangkutan.

**DAFTAR ISI**

**EDITORIAL**

- Kesehatan dan Hak Asasi Manusia  
*Indar* 107 - 108

**ARTIKEL**

- Pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat Pada Program Desa Siaga di Kabupaten Wajo  
*Abdul Kadir, Ridwan M. Thaha, Indar* 109 - 113
- Hubungan Imbalan Ekstrinsik dan Intrinsik Terhadap Kepuasan Kerja Perawat  
di RSUD Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng  
*Alwy Arifin, Darmawansyah, Ferawaty Wulan Fajri* 114 - 116
- Faktor Risiko Kejadian Hipertensi Pada Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Rantepao  
Kabupaten Tana Toraja 2007  
*Yunicha Pagilling, Ida Leida M. Thaha, Wahiduddin* 117 - 120
- Faktor Risiko Timbal Dalam Darah dan Pengaruhnya Terhadap Hemoglobin Pada Pedagang  
Kaki lima di Makassar  
*Dahar, Rafael Djajakusli, Sri Suryani* 121 - 124
- Hubungan Kadar Timbal (Pb) Dengan Kadar Hemoglobin (Hb) Dalam Darah  
Pada Petugas SPBU di Kota Makassar  
*Alfina Baharuddin, Hasanuddin Ishak, Arifin Seweng* 125 - 128
- Persepsi dan Partisipasi Pria Terhadap Alat Kontrasepsi dan Penggunaannya  
di Wilayah Kerja Puskesmas Antara Kec. Tamalanrea Makassar  
*Desi Rosmalah, Sani Silwana, Shanty Reskiyani* 129 - 132
- Konsep Pengasuhan ASI dan MP-ASI Pada Keluarga Dengan Status Gizi Yang Berbeda  
di Wilayah Dataran Tinggi di Kabupaten Gowa  
*Samsinar, Burhanuddin Bahar, Sitti Bulkis* 133 - 136
- Peran dan Fungsi *informed Consent* Dalam Pelayanan Kesehatan di RS dr.M.M. Dunda  
Kab. Gorontalo  
*Indar, Roni Sampir, Asiah Hamzah, Ratnaningsih* 137 - 140
- Hubungan Insentif, Motivasi, Disiplin Kerja, Komunikasi Organisasi Dengan Kinerja  
Penginput Data SIM-RS RSUD Labuang BAJI  
*Surviyani, Noer Bahry Noor, Burhanuddin Bahar* 141 - 144

**TINJAUAN PUSTAKA**

- Pemberdayaan Masyarakat Melalui Program Desa Sehat dan Cakupan Sarana Kesehatan  
Lingkungan Sosial  
*Hasnawaty Amqam* 145 - 151
- Obesitas Pada Kelompok Ekonomi Rendah: Determinan Perilaku dan Lingkungan Sosial  
*Healthy Hidayanty* 152 - 155

## ARTIKEL

## PELAKSANAAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT PADA PROGRAM DESA SIAGA DI KABUPATEN WAJO

Abdul Kadir, Ridwan M.Thaha, Indar  
Bagian Promosi Kesehatan PPs Unhas

### Abstract

*The aim of the study was to analyze the implementation of community empowerment to alert village program in Wajo regency. The study was qualitative using a phenomenological approach. The study was conducted at Tonralipue village, Tanasitolo district and Sanreseng Ade village, Bola district, Wajo regency. The selection of the location was done by stratified purposive sampling. The data were analyzed qualitatively. The results of the study indicate that Desa Siaga is known as a village in which the community is able to identify, formulate, and find solution to health problems, and make use of potential resource owned. The empowerment of community is the form of meeting, self alertness, discussion, observation of simple epidemiology and family of nutritional awareness.*

**Keywords :** *community empowerment, desa siaga, family of nutritional awareness.*

### PENDAHULUAN

Menyadari akan pentingnya peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan maka Departemen Kesehatan menetapkan visi: "Masyarakat yang Mandiri untuk Hidup Sehat". Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah suatu kondisi di mana masyarakat Indonesia menyadari, mau dan mampu untuk mengenali, mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan akibat bencana maupun lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

Tingginya angka kematian, terutama kematian ibu sebesar 307 / 100.000 kelahiran hidup dan kematian bayi sebesar 35/ 1000 kelahiran hidup, menunjukkan masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan. Demikian juga dengan tingginya angka kesakitan yang akhir-akhir ini ditandai dengan munculnya kembali berbagai penyakit lama seperti malaria dan tuberkulosis paru, merebaknya berbagai penyakit baru yang bersifat pandemik seperti HIV/AIDS dan Flu Burung serta belum hilangnya penyakit-penyakit endemis seperti diare, campak dan demam berdarah<sup>1</sup>. Keadaan ini diperparah dengan timbulnya berbagai kejadian bencana yang dalam kurun waktu terakhir sering menimpa negeri kita, baik bencana karena faktor alam seperti gunung meletus, gempa bumi, angin puting beliung maupun bencana karena perilaku manusia yang mengakibatkan semakin rusaknya alam seperti banjir, tanah longsor dan kecelakaan massal.

Berbagai masalah yang timbul sebenarnya tidak perlu terjadi apabila masyarakat berperan secara aktif sesuai dengan perannya masing-masing mulai dari kesadaran memelihara kesehatan pribadi, keluarga, lingkungan, perencanaan program kesehatan dan hingga pengawasan atas kebijakan atau pelaksanaan program-program kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah ataupun pihak – pihak lain.

Salah satu alternatif terobosan yang berhasil dirumuskan adalah mengembangkan setiap desa

menjadi "Desa Siaga". Inti kegiatan desa siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat. Oleh karena itu, maka dalam pengembangannya diperlukan langkah-langkah pendekatan edukatif. Yaitu upaya mendampingi / memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran mulai dari pengenalan masalah kesehatan, pemilihan prioritas masalah, perencanaan pemecahan masalah kesehatan sesuai situasi dan potensi yang dimiliki, penggerakkan dan pelaksanaan kegiatan, pemantauan dan penilaian kegiatan serta pengembangan kegiatan.

Untuk mewujudkan langkah-langkah pendekatan edukatif tersebut dalam pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan dengan mengadakan pertemuan tingkat desa, survei mawas diri serta musyawarah masyarakat desa.

Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dalam pengembangan desa siaga diwujudkan dalam bentuk pelayanan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) yang merupakan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang dikelola minimal satu orang bidan dibantu dua orang kader. Untuk menjalankan kegiatan tersebut maka kader perlu dibekali pengetahuan tentang penggerakkan masyarakat yang terdiri dari pengamatan epidemiologi sederhana, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), keluarga sadar gizi (Kadarzi), penyehatan lingkungan dan kesehatan ibu dan anak (KIA). Poskesdes dapat dikembangkan dari berbagai kegiatan bersumberdaya masyarakat yang ada dewasa ini seperti Posyandu, Polindes, Pos Obat Desa dan lainnya. Dengan demikian mengubah desa menjadi desa siaga akan lebih cepat bila di desa itu telah ada berbagai upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat<sup>1</sup>.

Pemerintah Provinsi Sulawesi selatan telah mencanangkan desa siaga sebanyak 415 desa pada tahun 2006, pada tahun 2007 dikembangkan lagi sebanyak 1500 desa dan tahun 2008 terbentuk lagi sebanyak 972 desa. Sementara itu pemerintah

Kabupaten Wajo juga telah membentuk desa siaga secara bertahap. Pada tahun 2006 telah dicanangkan sebanyak 24 desa siaga dari jumlah 176 desa yang ada dan tersebar pada 14 kecamatan, kemudian pada tahun 2007 dikembangkan lagi menjadi 61 desa. Pada tahun 2006 telah dilatih 11 orang tenaga bidan Poskesdes dari 60 bidan yang ada. Sedangkan di tahun 2007 dilatih lagi bidan Poskesdes sebanyak 49 orang selain itu juga telah dilatih kader desa siaga sebanyak 170 orang dan tokoh masyarakat sebanyak 85 orang. Bangunan Poskesdes yang ada saat ini sudah sebanyak 24 buah dan alat kesehatan poskesdes baru ada 31 buah<sup>2</sup>.

Tujuan penelitian ini untuk menganalisis pelaksanaan pemberdayaan masyarakat pada program desa siaga.

## BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan studi kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, merupakan pandangan berfikir yang menekankan kepada fokus kepada pengalaman-pengalaman subjektif manusia dan atau berusaha memahami subyek dari segi pandangan mereka sendiri<sup>3</sup>. Untuk memperoleh informasi tersebut dilakukan melalui wawancara mendalam dan observasi tentang pelaksanaan pemberdayaan masyarakat pada program desa siaga. Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri dan untuk memperlancar kegiatan penelitian digunakan alat bantu yaitu : pedoman wawancara, alat perekam suara maupun perekam gambar, buku catatan dan lain-lain. Untuk menjamin keabsahan data, maka dilakukan tehnik triangulasi sumber yaitu membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara mendalam, membandingkan hasil wawancara dengan data sekunder sehingga didapatkan data yang valid dan akurat.

### Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Tonralipue Kecamatan Tanasitolo dan Desa Sanreseng Ade Kecamatan Bola Kabupaten Wajo dengan pemilihan lokasi dilakukan secara stratified purposive sampling

### Populasi dan Sampel

Untuk memperoleh informasi-informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini maka diperlukan informan artinya orang yang memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Agar informasi yang didapat betul-betul akurat, maka informan yang dipilih telah mengetahui dan memahami sepenuhnya obyek yang diteliti. Jumlah informan sebanyak 15 orang.

### Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini yakni dilakukan melalui *reduksi data*, pada tahap ini merupakan proses pemilihan, pemusatan, penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang ditemukan di lapangan. Dengan kata lain pada tahap ini dilakukan analisis untuk menggolong-golongkan, membuang data yang tidak perlu, mengarahkan dan mengorganisasi data, selanjutnya melalui *penyajian data*, pada tahap ini adalah menyajikan data yang telah dianalisis pada alur pertama dan kemudian disajikan dalam bentuk teks dan narasi dan yang terakhir melalui *penarikan kesimpulan*

pada alur ini adalah verifikasi dan penarikan kesimpulan berdasarkan temuan di lapangan<sup>3</sup>.

## HASIL

Jumlah informan dalam penelitian ini sebanyak 15 orang, terdiri dari 1 orang Kasubdin Kesga Dinas Kesehatan, 2 orang camat, 2 orang kepala Puskesmas, 2 orang petugas PKM Puskesmas, 2 orang bidan desa, 2 orang kepala desa, 2 orang tokoh masyarakat dan 2 orang kader. Pendidikan informan adalah SMP 1 orang, SMA 3 orang, D3 2 orang, S1 7 orang dan S2 2 orang, jumlah informan berjenis kelamin laki-laki 9 orang dan perempuan 6 orang. Dengan karakteristik umur informan 27 tahun – 46 tahun

### Pemahaman Informan Tentang Program Desa Siaga

Pemahaman informan tentang desa siaga akan disajikan dalam dua bagian yaitu gambaran program desa siaga dan dukungan kebijakan, sarana dan prasarana.

Gambaran program desa siaga adalah suatu kondisi faktual yang memberi penjelasan sederhana tentang desa siaga yang telah dilaksanakan di Kabupaten Wajo. Gambaran program desa siaga di Kabupaten Wajo dapat diketahui dari hasil wawancara mendalam dengan informan berikut ini:

*"... bagaimana supaya masyarakat yang ada di suatu desa itu bisa tanggap terhadap masalah-masalah kesehatan yang terjadi di daerahnya dan upaya-upaya apa yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut. Dan menjadi sasaran adalah semua masyarakat khususnya tokoh-tokoh masyarakat dan Pemda setempat, dimana mereka punya pengaruh yang besar terhadap pergerakan masyarakat ..."* (NAI, 43 Tahun)

*"... masyarakatnya siaga terhadap masalah-masalah kesehatan terutama yang berhubungan dengan penyakit dan penyakit yang berpotensi KLB. Dan untuk mengukseskannya kita lakukan pendekatan kepada tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh pemuda dan pemda setempat ..."* (MS, 31 tahun)

Berdasarkan hasil pengumpulan data di atas menunjukkan bahwa desa siaga adalah pemahaman, tanggap dan upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan. Oleh karena itu ketika ada masalah kesehatan yang muncul maka menginginkan agar warga masyarakat di setiap desa siaga mampu memahami, menanggapi dan menyusun rencana intervensi untuk mengatasi masalah kesehatan.

Selain itu hasil wawancara di atas juga terungkap bahwa desa siaga adalah desa yang penduduknya siaga terhadap timbulnya masalah penyakit yang berpotensi menjadi Kejadian Luar Biasa. Konsep yang dimiliki tentang desa siaga adalah desa yang penduduknya siaga dalam menangani penyakit. Implementasinya adalah jika ada masalah kesehatan ditemui maka penduduk di desa siaga telah mampu mengatasi sendiri masalahnya.

Pemahaman informan di atas sebagai sebuah definisi dalam perspektik emik nampaknya telah sesuai dengan definisi yang dikemukakan oleh Depkes dalam perspektif etik. Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan

kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan, secara mandiri. Kesesuaian definisi tentang desa siaga pemerintah sebagai agen pembaharu akan membawa konsekuensi terhadap percepatan tujuan desa siaga. Program desa siaga diluncurkan karena dipicu oleh kenyataan bahwa program Visi Indonesia Sehat 2010 terancam tidak bisa tercapai tepat waktu. Sebanyak 69.000 desa ditargetkan telah menjadi desa siaga pada akhir tahun 2008. Dengan adanya program desa siaga ini diharapkan masyarakat desa memiliki kemampuan dalam menemukan permasalahan yang ada, kemudian merencanakan dan melakukan pemecahannya sesuai potensi yang dimiliki serta siap siaga dalam menghadapi berbagai ancaman yang akan mengahadangnya.

### **Dukungan Kebijakan, Sarana dan Prasarana**

Dukungan kebijakan, sarana dan prasarana dalam desa siaga dianggap sangat penting. Hal ini terungkap dalam wawancara mendalam berikut ini:

*"... dukungan sarana dan prasarana yaitu Sebanyak 11 Polindes telah dikembangkan menjadi Poskesdes pada tahun 2006 dan pada tahun 2007 di bangun lagi Poskesdes sebanyak 18 buah dengan anggaran APBD Kabupaten Wajo. Dan kita senantiasa ikut terlibat langsung dalam kegiatan-kegiatan seperti sosialisasi, penyuluhan, pelatihan yang dilaksanakan secara berjenjang mulai dari tingkat kabupaten sampai tingkat desa."* (NAI, 43 Tahun).

Berdasarkan hasil wawancara di atas bahwa dukungan Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan desa siaga adalah dalam bentuk peningkatan sarana dan prasarana kesehatan, sosialisasi, penyuluhan dan pelatihan secara berjenjang hingga ke tingkat desa. Dukungan terhadap program desa siaga yaitu dengan peningkatan sarana dan prasarana melalui pembangunan Poskesdes dan meningkatkan kegiatan sosialisasi, penyuluhan dan pelatihan pihak terkait hingga ke tingkat desa. Jika sarana dan prasarana tersedia dibarengi dan diikuti dengan kegiatan sosialisasi, penyuluhan, pelatihan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Wajo maka itu berarti Dinas Kesehatan Kabupaten Wajo telah memberikan dukungan nyata pada program desa siaga

Berikut petikan hasil wawancara dengan salah satu informan yaitu:

*"...Memfasilitasi kebutuhan, secara pribadi saya sumbangkan tanah untuk bangunan Poskesdes. Pembelian tegel untuk lantai Poskesdes sebanyak 50 dos secara pribadi. Pengadaan obat-obatan ( melalui organisasi saya ) pada tahun 2007 pada saat banjir, diserahkan kepada ibu bidan Poskesdes. Membuat Surat Keputusan tentang Struktur Organisasi Desa Siaga.."* (AI, 43 Tahun)

Dukungan informan dalam pelaksanaan desa siaga adalah dukungan dana dengan memberikan tanah untuk dibangun Poskesdes dan material serta dukungan sarana pendukung berupa pengadaan obat-obatan dan membenahi pengorganisasian di tingkat desa. Dukungan dalam memfasilitasi kebutuhan dalam pelaksanaan desa siaga sangat penting diberikan, hal ini didasarkan pada konsep dukungan pemerintah desa yang telah diberikan baik sebagai pribadi maupun

sebagai organisasi ditingkat desa. Informan telah memberikan dukungan yang sangat besar dengan memberikan tanah untuk bangunan, pengadaan material untuk Poskesdes dan pengadaan obat-obatan pada tahun 2007.

Informan lain juga memberikan informasi tentang dukungan sarana berikut ini:

*"... memberikan bimbingan kepada kader tentang pengisian format survei mawas diri, memberikan penyuluhan kepada masyarakat dan memberikan pelayanan kesehatan dasar..."* (SY, 31 tahun)

Dukungan informan dalam desa siaga adalah melakukan bimbingan dan latihan kepada kader sebagai motor penggerak desa siaga. Jika latihan dan bimbingan diberikan kepada kader terutama dalam hal pengisian format survei mawas diri atau kegiatan penyuluhan dan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat, maka hal ini merupakan salah satu bentuk dukungan kepada pelaksanaan desa siaga. Implementasi dukungan dalam pelaksanaan desa siaga sangat penting artinya mengingat kader perlu dilatih tentang cara mengisi format survei mawas diri atau dengan melalui penyuluhan yang dilakukan bidan di desa binaan masing-masing.

### **Pemberdayaan Masyarakat**

Pemahaman tentang pemberdayaan masyarakat menurut informan berikut ini:

*"...dalam hal ini pemda dapat memfasilitasi sehingga masyarakat dapat menghindari suatu kegiatan yang dapat merugikan kesehatan, mereka proaktif yang semula pasif. Selain itu melibatkan masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan sampai kepada evaluasi kegiatan."* (ABM, 43 Tahun)

*"... upaya memfasilitasi yang bersifat tidak memerintah bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat agar masyarakat itu dapat menemukan, merencanakan dan memecahkan masalah itu sendiri dengan menggunakan potensi yang ada di masyarakat itu sendiri..."* (SP, 28 Tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa pemberdayaan masyarakat adalah upaya yang dilakukan untuk mengaktifkan masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dalam bidang penanganan masalah kesehatan. Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan dengan mengaktifkan masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan maupun evaluasi program penanggulangan masalah kesehatan. Jika masyarakat diaktifkan sejak dari tahap perencanaan, pelaksanaan maupun evaluasi maka dengan sendirinya masyarakat akan dapat diberdayakan dalam bidang kesehatan. Pada setiap pelibatan masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi kegiatan pelayanan di bidang kesehatan merupakan bentuk upaya pemberdayaan masyarakat dalam implementasi desa siaga.

Pemberdayaan ini mengandung makna bahwa masyarakat mampu merencanakan dan melaksanakan sendiri kegiatannya dengan difasilitasi petugas kesehatan. Kemampuan dan kemauan masyarakat untuk mengatasi masalah haruslah melalui upaya pihak lain untuk memberdayakan mereka. Keberdayaan individu dapat dilihat dari kemampuannya untuk berpikir kreatif, inovatif, mandiri dan dapat mendayagunakan

### Pengamatan Epidemiologi Sederhana

Hasil wawancara dengan informan tentang pengamatan epidemiologi sederhana adalah sebagai berikut:

"...penyakit yang ada yaitu ISPA, Influenza, diare, TB Paru, kusta, batuk, gatal-gatal dan suspek tipes..." (ER, 33 Tahun)

"...kalau ada yang sakit kita laporkan kepada bidan, kita lakukan pada saat survei mawas diri. (NSD, 30 Tahun)

"... kita mendata orang-orang yang sakit yang ada di desa ini, pada saat kunjungan rumah." (NFS, 27 Tahun)

Pengamatan epidemiologi sederhana adalah pengamatan yang dilakukan di desa dengan cara kunjungan rumah yaitu pengamatan penyakit ISPA, diare, TB Paru, kusta, batuk dan tipes. Kegiatan pelaporan ini dilakukan dengan melaporkan kepada bidan desa. Oleh karena itu setiap kasus penyakit akan segera dilaporkan kepada pihak yang berwenang. Sehingga saat ini pengamatan epidemiologi sederhana telah dilakukan di desa.

Pengamatan epidemiologi sederhana sebagai bagian dari pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan akan menghasilkan kemandirian masyarakat. Masyarakat yang mandiri di bidang kesehatan apabila masyarakat mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan lingkungan atau perilaku masyarakat dan dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada di desa. Sehingga pada akhirnya masyarakat dapat hidup sehat.

#### Keluarga Sadar Gizi

Hasil wawancara dengan informan tentang pelaksanaan keluarga sadar gizi adalah sebagai berikut:

"...Keluarga sadar gizi adalah keluarga yang sadar akan kebutuhan gizi anggota keluarganya dan mampu menanggulangi masalah gizi anggota keluarganya misalnya makan beraneka ragam (4 sehat 5 sempurna), cara pengolahan makanan yang benar, menggunakan garam yang beryodium..." (SP, 28 Tahun)

Menurut informan keluarga sadar gizi adalah keluarga yang sadar akan kebutuhan gizi anggota keluarganya dengan makan beraneka ragam dan menggunakan garam beryodium. Makan yang beraneka ragam dalam hal ini dengan mengkonsumsi makanan pokok, lauk-paut, sayur dan buah serta menggunakan garam beryodium untuk memasak secara nyata telah menerapkan 2 indikator kadarzi. Kesadaran keluarga untuk memenuhi kebutuhan akan gizi anggota keluarganya dapat dikatakan sebagai keluarga sadar gizi.

Hasil wawancara dengan informan lainnya adalah sebagai berikut:

"...Ya, pendataan pada saat dilakukan survei mawas diri dengan menggunakan format misalnya pemberian ASI eksklusif, Timbang berat badan, makan sayur dan buah." (AM, 46 Tahun).

Menurut informan pelaksanaan keluarga sadar gizi dapat diketahui bila menimbang berat badan secara teratur, pemberian ASI eksklusif kepada bayinya dan makan sayur dan buah setiap hari. Penerapan

keluarga sadar gizi dapat dilihat pada saat ibu datang menimbang berat badan balita, memberikan asi eksklusif, serta makan sayur dan buah merupakan bagian perilaku gizi yang baik. Saat ini dilakukan survei untuk memantau perilaku keluarga dalam menerapkan sadar gizi bagi anggota keluarganya.

Beberapa penjelasan diatas membuktikan bahwa keluarga sadar gizi menurut indikator ASI Eksklusif dan penimbangan balita sudah dilakukan oleh penduduk di mana saja termasuk di desa siaga. Pernyataan ini merupakan fakta tentang implementasi keluarga sadar gizi secara partial mengingat definisi keluarga sadar gizi yang ideal adalah keluarga yang telah menerapkan kelima indikator sadar gizi secara keseluruhan.

Hasil penelitian di Kecamatan Suppa diketahui bahwa persentase keluarga sadar gizi hanya 12.6%. Jumlah ini masing sangat rendah dari target 80% dari Standar Pelayanan Minimal<sup>3</sup>. Hasil ini juga sejalan dengan hasil penelitian oleh Iswandi dkk (2008) di Samarinda dimana ditemukan persentase keluarga sadar gizi hanya 40,9%<sup>4</sup>.

Berdasarkan hasil penelitian ini dan dua penelitian sebelumnya di Pinrang dan Kalimantan Timur membuktikan bahwa keluarga sadar gizi masih diterapkan secara parsial per indikator. Pedoman pelaksanaan keluarga sadar gizi yang ideal adalah gabungan kelima indikator. Hasilnya diketahui keluarga sadar gizi cakupannya selalu rendah.

#### KESIMPULAN

Pertemuan tingkat desa, survei mawas diri dan musyawarah masyarakat desa telah dilaksanakan di setiap desa yang diproyeksikan menjadi desa siaga. Pengamatan epidemiologi sederhana telah dilaksanakan dengan cara masyarakat melapor sama bidan desa ketika ada kasus penyakit yang didapatkan atau melalui pendataan pada saat kunjungan rumah. Pelaksanaan keluarga sadar gizi dalam rangka desa siaga telah terintegrasi dalam kegiatan program perilaku hidup bersih dan sehat, yaitu memberikan ASI eksklusif, menimbang bayi dan balita dan makan buah dan sayur.

Frekuensi pertemuan forum masyarakat desa agar lebih ditingkatkan lagi sehingga masyarakat lebih memahami maksud dan tujuan program desa siaga sebagai target akhir terjadinya perubahan perilaku hidup bersih dan sehat.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI, Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator Tingkat Puskesmas dalam Pengembangan Desa Siaga, Departemen Kesehatan, Jakarta, 2007
2. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Wajo, 2007
3. Moleong, Lexy J., Metodologi Penelitian Kualitatif, Bandung, 2007
4. Iswandi, Pengaruh Pelatihan Tenaga Gizi Puskesmas terhadap Program Keluarga Sadar Gizi di Kota Samarinda Propinsi Kalimantan Timur. Jurnal Gizi Klinik Indonesia. Volume 4 No.2 Nopember 2007

## HUBUNGAN IMBALAN EKSTRINSIK DAN INTRINSIK TERHADAP KEPUASAN KERJA PERAWAT DI RSUD ANWAR MAKKATUTU KAB. BANTAENG

Alwy Arifin, Darmawansyah, Ferawati Wulan Fajri  
Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM Unhas

### ABSTRACT

*The Evolution of health service system development has ben changed the role and responsibility of nurse significantly. In the further development, nurse were asked to give the nurse exercise safely and effectively. The burden and the preassure faced by the nurse must be eliminated in order to give the chance of nurse to work and give the qualified service. Therefore the incentive were neccesary to encourage the work satisfaction of nurse and to give the qualified service. The aims of this research was to know the relationship between the entrinsic and extrinsic incentive towards the work satisfaction of nurse at the regency hospital Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng regency. The type of this research was the analitic survey with the cross swctional study. The population of this research was all the nurse at RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu. The sample seletion was no probability sampling with purposive sampling method namely sample based on the consideration and criteria can represent the population of sample with the number 35 nurses. The results showed that the level of nurse satisfaction at RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu were low with the category insatisfaction both from the exstrinsic and intrinsic incentive aspect. From the results showed that there were the significant relationship between the extrinsic and the nurse satisfaction, while the instrinsic approach didn't have the significant relationship. This research suggested the above factor neccesary get the attention from the management of hospital in order the nurse can work well. In ther effort to increase the nurse performance, it is neccesary the management to give attention for the intrinsic and extrinsic incentive towards the nurse in order to give the perfect service to satisfy the patient.*

**Keywords :** *Entrinsic, extrinsic, incentive and Towards of nurse*

### PENDAHULUAN

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan perlu didukung antara lain oleh pengembangan sumber daya tenaga kesehatan dari masyarakat dan pemerintah yang memadai. Pengembangan kesehatan ini pada hakekatnya adalah proses pengembangan yang bersifat multidisiplin dan lintas sektor program untuk pemeratakan dan meningkatkan mutu tenaga kesehatan. Imbalan merupakan faktor penting untuk memenuhi kebutuhan diri sendiri dan keluarga. Selain itu dapat juga menjadi daya dorong bagi pegawai atau pekerja agar dapat bekerja dengan penuh semangat. Salah satu prinsip dalam melaksanakan pemberian imbalan yang baik adalah mengandung prinsip keadilan artinya bahwa seseorang karyawan mendapat imbalan sesuai dengan kinerjanya<sup>1,2,3</sup>. Kepuasan karyawan merupakan suatu keadaan yang tidak bertahan lama, sehingga manajer perlu mengevaluasi kepuasan karyawan secara berkesinambungan, karena adanya perubahan pada kebutuhan atau tujuan dari individu tersebut. Pentingnya selalu mengevaluasi kepuasan karyawan secara berkesinambungan guna mengantisipasi terjadinya gejala-gejala ketidakpuasan karyawan dalam bekerja yang dapat menyebabkan keresahan karyawan, juga dapat merugikan perusahaan. Tenaga keperawatan atau yang biasa disebut perawat, yang merupakan sumber daya manusia yang jumlahnya terbesar di rumah sakit, Perawat merupakan ujung tombak dari kegiatan di rumah sakit, oleh sebab itu pengelolaan sumber daya perawat perlu mendapat prioritas utama agar dapat dicapai produktivitas yang optimal<sup>4,5</sup>.

### BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian ini menggunakan survey analitik dengan rancangan "Cross Sectional Study" artinya subjek diobservasi hanya satu kali serta pengukuran variabel independen dan dependen dilakukan dalam kurung waktu yang sama.

#### Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng.

#### Populasi dan Sampel

Responden pada penelitian ini adalah perawat Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng. Sehingga besar sampel sebanyak 35 orang responden. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah nonprobability sampling dengan cara sample purposive (purposive sampling) yaitu penarikan sample dengan pertimbangan tertentu yang dapat mewakili populasi.

Pengumpulan data melalui teknik observasi dengan menggunakan instrumen kuesioner.

#### Analisis Data

Data yang telah diperoleh selanjutnya dianalisis dengan menggunakan perangkat komputer program SPSS 13.0. Analisis data meliputi analisis Univariat untuk melihat secara umum variabel penelitian dengan mendeskripsikan hasil penelitian berdasarkan variabel yang diteliti, analisis Bivariat untuk menilai besarnya hubungan antara variabel independen secara terpisah dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi square*.