

**LAPORAN HASIL PENELITIAN
KERJASAMA DALAM NEGERI**



**EFEKTIFITAS MODEL POKBAYA ASALKENA BERBASIS
TRANSCULTURAL NURSING DALAM KESIAPSIAGAAN
RESIKO BENCANA MASYARAKAT
DI WILAYAH RAWAN BENCANA**

Peneliti

Dr. Lina Erlina., SKp., M.Kep, Sp.KMB

Haris Sofyana, SKep., Ners., MKep.

Sri Ramdaniati., Skep,Ners., M.Kep

H. Duddy Prabowo., S.Sos., MM

(Poltekkes Bandung)

(Poltekkes Bandung)

(Poltekkes Bandung)

(BPBD Kabupaten Bandung Barat)

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI BANDUNG
JURUSAN KEPERAWATAN
2019**

**LAPORAN HASIL
PENELITIAN KERJASAMA DALAM NEGERI**



**EFEKTIFITAS MODEL POKBAYA ASALKENA BERBASIS
TRANSCULTURAL NURSING DALAM KESIAPSIAGAAN
RESIKO BENCANA MASYARAKAT
DI WILAYAH RAWAN BENCANA**

Peneliti

Dr. Lina Erlina., SKp., M.Kep, Sp.KMB (Poltekkes Bandung)
Haris Sofyana, SKep., Ners., MKep. (Poltekkes Bandung)
Sri Ramdaniati., Skep,Ners., M.Kep (Poltekkes Bandung)
Duddy Prabowo., S.Sos., MM (BPBD Kab. Bandung Barat)

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI BANDUNG
JURUSAN KEPERAWATAN
2019**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Indonesia merupakan salah satu negara yang secara geografis dan demografis berada dalam wilayah rawan bencana, baik bencana alam (*natural disaster*) maupun bencana yang disebabkan oleh manusia (*manmade disaster*). Letak geografis tersebut diantaranya : Indonesia terletak pada pertemuan empat lempeng tektonik yang relatif labil, dengan 130 gunung api aktif yang tersebar diseluruh Wilayah Kepulauan Indonesia, lebih dari 5000 sungai besar dan kecil yang 30% diantaranya melewati kawasan padat penduduk. Sedangkan kondisi demografis yang mewarnai Indonesia adalah heterogenitas budaya, etnik, kondisi sosial kultural masyarakat Indonesia merupakan faktor alamiah yang tidak bisa dihindari, menempatkan Indonesia sebagai area yang rawan bencana alam (PPK Kemenkes RI, 2016). Berdasarkan data Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) bahwa terdapat 63% dari jumlah gunung berapi dan 93% kejadian gempa bumi besar terjadi dinegara-negara Asia Pasifik. Oleh karenanya, upaya penanganan bencana menjadi tantangan besar dan menuntut perhatian masyarakat (PPK Kememkes, 2015). Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan (PPKK) Kementerian Kesehatan selama kurun waktu 5 tahun (2006-2011) mencatat terjadi sekitar 1389 kejadian bencana yang menyebabkan krisis kesehatan atau rata-rata 278 kali pertahun. Hal ini berarti setiap 1,3 hari terjadi bencana di Indonesia. Dalam kurun waktu yang sama bila dirata-ratakan tiap tahun korban meninggal lebih dari 2000 orang, korban luka berat/dirawat mencapai 8000 orang dan jumlah pengungsi berkisar 9000 orang. Fasilitas yang rusak dalam 3 tahun terakhir (2013-2016) sebanyak 1337 unit, atau rata-rata sekitar 446 unit/tahun (PPK Kemenkes, 2016).

Bencana yang terjadi mempengaruhi manusia dan lingkungannya. Kerentanan terhadap bencana dapat disebabkan oleh kurangnya manajemen bencana yang tepat, dampak lingkungan, atau manusia sendiri. Kerugian yang dihasilkan tergantung pada

kapasitas ketahanan komunitas terhadap bencana. Kawasan Asia berada di urutan teratas dari daftar korban akibat bencana alam. Hampir setengah bencana di dunia terjadi di Asia sebagai wilayah yang rawan bencana (Hartini, 2010). Indonesia menempati peringkat kedua dalam daftar jumlah kematian tertinggi akibat bencana alam di Asia-Pasifik. Selama 20 tahun terakhir, berbagai bencana alam di negara ini juga telah menyebabkan kerugian ekonomi sedikitnya US \$ 22,5 miliar. Kondisi ini mengakibatkan dampak buruk pada kehidupan manusia, ekonomi, dan lingkungan (ESCAP & UNISDR, 2010 dalam PPK Kemenkes 2015).

Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) telah menetapkan Dekade Internasional Pengurangan Bencana Alam (IDNDR: *International Decade Natural Disaster Reduction*)” dan melakukan berbagai aktivitas untuk berkontribusi dan mempromosikan upaya untuk mengurangi dampak bencana alam dengan tema “Menciptakan Kultur Pencegahan” periode dari pada periode 1990-1999 (WHO-ISDR, 2002). Pada tahun 2000, didirikan Strategi Internasional untuk Pengurangan Bencana (ISDR: *Internasional Strategy for Disaster Reduction*) untuk meneruskan program tersebut, sehingga dikembangkan hubungan kerja sama yang melibatkan pemerintah, tenaga ahli, organisasi-organisasi dan masyarakat dalam ruang lingkup yang besar tentang perlunya mengurangi resiko bencana (WHO-ISDR, 2002). Mengacu pada program tersebut, Pemerintah melalui PPK Kemenkes RI menginisiasi bahwa pelayanan kesehatan pada siklus bencana bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah atau mengurangi kecacatan dan memberikan pelayanan yang terbaik bagi kepentingan korban bencana. Untuk mencapai tujuan tersebut, penanganan krisis kesehatan saat bencana dalam pelaksanaannya melalui lima tahap pelaksanaann, yaitu : tahap penyiagaan upaya awal, perencanaan operasi, operasi tanggap darurat dan pemulihan darurat serta tahap pengakhiran misi.

Memperhatikan hal tersebut, Pemerintah telah menggulirkan program Pengurangan Resiko Bencana Oleh Masyarakat (PRBOM), sebagai realisasi dari Undang-undang No 24 tahun 2007 tentang penanggulangan Bencana. Program ini diharapkan dapat

menstimulasi tindakan mempersiapkan masyarakat untuk lebih mengenal daerah/komunitas mereka sendiri, mengenal berbagai ancaman yang mungkin terjadi dan mengakibatkan bencana bagi daerah/komunitas mereka sendiri, selanjutnya mencoba untuk menggali kapasitas masing-masing individu sehingga masyarakat mempersiapkan segala sesuatunya sebelum, pada saat dan setelah bencana terjadi. Hal tersebut dimaksudkan agar warga mengetahui sesuatu yang mengancam masyarakat, mengetahui siapa saja kelompok yang paling rentan (prioritas untuk ditolong), mengetahui harus kemana, kapan dan bagaimana melakukan evakuasi, mengurangi berbagai resiko yang mungkin terjadi akibat bencana, sehingga masyarakat mengetahui cara bertahan hidup setelah bencana (Nor N., 2011).

Pada tatanan pelaksana program, Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Provinsi Jawa Barat telah melakukan proses pembinaan dan pelatihan berbasis relawan di masyarakat baik pada fase pra, intra, atau pasca bencana, akan tetapi lebih sering bersifat internal kepada relawan BPBD (BPBD-Jabar, 2016, dalam Salasa, Murni, dan Emaliyawati, 2017). Selain itu, Upaya peningkatan kesadaran individu dan masyarakat dilakukan dengan proses pemberdayaan melalui pendekatan berbasis nilai-nilai sosial budaya, adat istiadat dan keyakinan yang di miliki oleh masyarakat setempat. Perencanaan disisi sebagai upaya mengidentifikasi kejadian dan mengembangkan skenario perencanaan untuk menyiapkan diri menghadapi bencana secara efektif. Melalui pemberdayaan masyarakat berbasis peka budaya, diharapkan masyarakat dapat disadarkan dan dilibatkan dalam upaya kesiapsiagaan.

Tinjauan ilmiah peran pemberdayaan kelompok masyarakat dalam upaya kesiapsiagaan telah banyak dilakukan. Salah satu kelompok yang menjadi fokus kajian adalah kelompok anak sekolah dan remaja. Penelitian Fanani (2008) yang merekomendasikan perlunya pelatihan bencana bagi bidan tentang pengetahuan dan ketrampilan dalam safe community sistem kesehatan desa. Penelitian Nirmalawati (2011) menjelaskan perlunya solusi pembentukan konsep diri dalam memahami mitigasi bencana yang dilakukan sejak awal pada siswa pendidikan dasar dan

menengah. Sehingga para guru pendidikan dasar dan menengah perlu memahami konsep mitigasi apabila terjadi bencana dan semua siswa pendidikan dasar dan menengah memiliki konsep diri positif dalam menghadapi bencana yang terjadi. Hasil penelitian Khairuddin, dkk (2011) menunjukkan bahwa pengetahuan tentang pengurangan resiko bencana pada sekolah di daerah aceh, masih sebatas pada pengetahuan tentang fenomena-fenomena alam yang dapat menimbulkan bencana, tidak menyentuh pada upaya pengurangan resiko. Selanjutnya direkomendasikan dilakukan pelatihan Pengurangan resiko Bencana (PRB) secara optimal dan merata di sekolah-sekolah untuk meningkatkan kesiapsiagaan.

Penelitian Sulistyaningsih (2012) mengidentifikasi peran anak-anak dalam membentuk ketangguhan menghadapi bencana, yang menunjukkan model resiliensi pada anak-anak dalam kelompok masyarakat merupakan suatu proses. Penelitian ini menjelaskan bahwa tingkat ketangguhan seorang anak dapat berkembang dan ditingkatkan sejak dini tanpa perlu menunggu terjadinya bencana. Sehingga, disamping memiliki resiko negatif terhadap perkembangan anak, dengan adanya sikap dan dukungan yang tepat, akan meminimalisir dampak bencana pada anak. Upaya meningkatkan ketangguhan mental anak tersebut dapat dilakukan oleh orangtua atau pengasuh anak, sekolah, dan pihak-pihak lain yang ada di lingkungan anak. Penelitian lainnya dilakukan oleh Agustiana, Wibawa dan Tika (2013) yang mengidentifikasi bahwa pemahaman tentang ketahananmalangan siswa yang diajar dengan model pembelajaran mitigasi bencana lebih baik daripada pemahaman siswa yang diajar dengan model pembelajaran konvensional. Hasil penelitian Chairumi (2013) sejalan dengan hasil penelitian diatas, bahwa terdapat pengaruh pengetahuan terhadap kesiapsiagaan pada siswa Madrasah Ibtidaiyah Merduati. Penelitian ini merekomendasikan agar program sosialisasi dimasukkan dalam proses pembelajaran atau diintegrasikan dalam mata pelajaran.

Hasil penelitian Sofyana dan Kusmiati (2017) menunjukkan terdapat pengaruh pelatihan ASAL KENA terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan siswa SMP di

Kecamatan Banjaran tentang kebencanaan. Hasil penelitian Setiawan dan Sofyana (2017) merekomendasikan pentingnya pelatihan dalam pemberdayaan masyarakat desa yang tinggal di daerah rawan bencana guna normalisasi masalah fisik dan psikologis korban bencana alam. Kesiapan masyarakat menjadi kunci penting bagi upaya minimalisasi masalah kesehatan sebagai dampak bencana alam yang terjadi. Hasil penelitian Salasa (2017) menunjukkan bahwa proses pemberdayaan melalui pendekatan perencanaan kontinjensi mampu meningkatkan kesiapsiagaan remaja akhir terhadap ancaman kematian akibat bencana. Sehingga perlu kajian mengenai keberlangsungan pendekatan ini secara praktis oleh remaja serta apakah dapat menunjang dalam sebuah sistem penanggulangan kegawatdaruratan terpadu. Hasil Penelitian Salasa, Muri dan Emaliyawati (2017) menunjukkan bahwa proses pemberdayaan melalui pendekatan perencanaan kontinjensi mampu meningkatkan kesiapsiagaan remaja terhadap ancaman kematian akibat bencana, sehingga dapat direkomendasikan bagi seluruh penggiat kebencanaan untuk memberdayakan remaja dengan perencanaan kontinjensi dalam upaya meningkatkan kesiapsiagaan terhadap ancaman kematian.

Berbagai kajian penelitian diatas menunjukkan bahwa kelompok remaja dan anak sekolah menjadi elemen penting dalam sosialisasi pentingnya pemahaman masyarakat tentang manajemen bencana. Kelompok remaja dan usia sekolah yang populer disebut kelompok sebaya. menurut sensus penduduk tahun 2010 usia remaja (10-19 tahun) diperkirakan sebanyak 43,5 juta atau sekitar 18% dari seluruh jumlah penduduk (WHO, 2014 dalam Pusat Data dan InformasiKemenkes RI, 2015). Ditinjau dari sisi perkembangan, usia remaja memiliki potensi yang tinggi khususnya pencapaian perkembangan yang pesat pada kemampuan berpikir dan pergeseran mengenai peran baru di masyarakat. Selain itu, dikatakan pula bahwa kelompok usia remaja memiliki angka resiliensi yang baik pasca bencana tsunami Aceh tahun 2004 (Oktaviani, 2012, dalam Salasa, Murni, dan Emaliyawati, 2017)).

Pada kenyataannya, terdapat banyak kendala dalam merespon berbagai hasil kajian penelitian diatas. Kendala utama yang cukup dirasakan dalam pemberdayaan masyarakat adalah upaya sosialisasi program masih terkesan berjalan satu arah yaitu dari pihak pemerintah terhadap masyarakat, masih rendahnya kinerja penanggulangan bencana, rendahnya perhatian, perlunya pengurangan resiko bencana, dan masih lemahnya peran sekolah dalam pendidikan mitigasi bencana (Astuti & Sudaryono, 2010, dalam Salasa, Murni, dan Emaliyawati, 2017)). Sejalan dengan hal tersebut peningkatan kapasitas masyarakat khususnya dalam penanggulangan bencana serta kasus-kasus kegawatdaruratan yang disebabkan bencana masih belum memiliki panduan yang baku, sehingga upaya yang dilakukan belum efektif untuk menyadarkan masyarakat bahwa mereka merupakan ujung tombak dalam penanggulangan bencana yang seharusnya bersifat proaktif.

Perawat, sebagai tenaga kesehatan professional diharapkan memainkan peranan yang strategis dalam mensikapi hal diatas. Praktek dan pelayanan keperawatan yang sudah mulai bergeser ke tingkat komunitas dengan berbagai spesialisasi keilmuan keperawatan hendaknya mulai menyentuh bidang-bidang spesifik yang akan mengembangkan keilmuan keperawatan sekaligus menunjukkan eksistensi spesialisasi yang terkini. Program pemberdayaan masyarakat dalam bidang kebencanaan akan lebih efektif apabila diawali dengan mengarah pada kelompok produktif, remaja dan berpendidikan (PMI, 2014). Program pemberdayaan masyarakat dalam konteks keperawatan dikembangkan selaras dengan nilai-nilai yang dianut oleh kelompok masyarakat di setiap daerah, sehingga peka budaya dan menjunjung tinggi adat istiadat setempat.

Salah satu teori yang sangat fokus memperhatikan berbagai perkembangan dalam masyarakat adalah teori yang dikemukakan oleh Leininger. Teori Leininger berasal dari disiplin ilmu antropologi, tapi konsep teori ini relevan untuk keperawatan. Leininger mendefinisikan “*Transcultural Nursing*” sebagai area yang luas dalam

keperawatan yang mana berfokus pada komparatif studi dan analisis perbedaan kultur dan subkultur dengan menghargai perilaku caring, nursing care dan nilai sehat-sakit, kepercayaan dan pola tingkah laku dengan tujuan perkembangan ilmu dan *humanistic body of knowledge* untuk kultur yang spesifik dan kultur yang universal dalam keperawatan. Tujuan dari transcultural dalam keperawatan adalah kesadaran dan apresiasi terhadap perbedaan kultur. Hal ini berarti perawat yang profesional memiliki pengetahuan dan praktek yang berdasarkan kultur secara konsep perencanaan dan untuk praktek.

Untuk itulah perlu dikembangkan sebuah program pemberdayaan pada kelompok sebaya yang bersumber dari kekuatan personal yang mampu menjangkau dan memfasilitasi kelompok masyarakat lainnya untuk dapat mempertahankan eksistensinya sehingga mereka tetap memperoleh haknya sebagai warga masyarakat, sekaligus tumbuh dan berkembang secara normal sesuai dengan fungsi dan perannya. Program tersebut akan lebih aplikatif dan diterima oleh masyarakat apabila dirancang dengan prinsip pemberdayaan (*enabling*) kelompok sebaya sebagai kelompok pioneer dengan lebih terprogram dan holistik dalam sebuah model pemberdayaan yang baku dan standar dengan tetap mengacu pada program pemerintah berupa PRBOM, yaitu dengan menggerakkan sumberdaya manusia di tingkat Sekolah Menengah Atas (SMA), khususnya di daerah-daerah rawan bencana (UNDP. 2005). Atas dasar data dan fakta diatas, dipandang perlu dilakukan pengembangan model kelompok sebaya anak sekolah kenal bencana (Pokbaya Asal kena) dengan pendekatan *trancultural nursing* sebagai penguatan (*empowering*) pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat (PRBOM) di wilayah rawan bencana

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: Apakah pengembangan model pemberdayaan kelompok sebaya melalui program anak sekolah kenal bencana (Asal

Kena) dengan pendekatan *trancultural nursing* dapat meningkatkan kesiapsiagaan resiko bencana masyarakat di wilayah rawan bencana?

1.3 Urgensi (Keutamaan) Penelitian

Penelitian ini sangat penting dalam membantu pemerintah dan institusi terkait untuk keberhasilan program Pengurangan Resiko Bencana Berbasis Masyarakat (PRBOM). Khususnya dalam membantu meningkatkan kemandirian masyarakat (*safe community*) dengan menggunakan anak sekolah sebagai kelompok sebaya dalam mensosialisasikan berbagai program pemerintah di bidang kebencanaan.

Konsep daya lenting masyarakat (*Community Ressilience*) dalam manajemen bencana akan menjadi efektif ketika semua aspek tertangani secara integrative, bukan hanya masalah psiko-sosial tetapi juga berbagai permasalahan budaya, etnik, pertahanan, keamanan, sosial ekonomi dan spiritual

1.4 Target Temuan Penelitian

Penelitian ini memiliki target menghasilkan suatu model pemberdayaan masyarakat pada tataran kelompok sebaya di sekolah-sekolah setingkat SMA yang dapat dijadikan alternatif dalam upaya memberdayakan siswa-siswa SMA sebagai inovator dan agent perubahan dalam manejemn bencana pada seluruh fase manajemen bencana.

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui, menyusun, dan menerapkan model Pemberdayaan Kelompok Sebaya Melalui Program “Asal Kena” Dalam Penguatan (Empowering) Kesiapsiagaan (Preparedness) Menghadapi Bencana Di Wilayah Rawan Menggunakan Pendekatan *Trancultural Nursing* ?

1.5.2 Tujuan khusus

1. Mengeksplorasi berbagai kebutuhan, kendala dan upaya pemberdayaan kelompok sebaya ditingkat Sekolah Menengah Atas (SMA) dalam memperkuat kesiapsiagaan menghadapi bencana di tinjau dari aspek keperawatan model transcultural nursing.
2. Menyusun modul aplikatif yang dapat digunakan sebagai program pelatihan bagi anak sekolah dalam mengenal dan memahami bencana pada kelompok sebaya di tingkat Sekolah Menengah Atas (SMA) dengan merujuk pada pendekatan transcultural Nursing.
3. Menyusun model pemberdayaan berupa program integratif bagi kelompok sebaya dalam bentuk anak sekolah kenal bencana (Asal Kena) pada siswa-siswi SMA di daerah rawan bencana dengan pendekatan Transcultural Nursing.
4. Mengujicobakan model pemberdayaan berupa program integratif bagi kelompok sebaya dalam bentuk anak sekolah kenal bencana (Asal Kena) pada siswa-siswi SMA di daerah rawan bencana dengan pendekatan Transcultural Nursing.
5. Menerapkan model pemberdayaan berupa program integratif bagi kelompok sebaya dalam bentuk anak sekolah kenal bencana (Asal Kena) pada siswa-siswi SMA di daerah rawan bencana dengan pendekatan Transcultural Nursing.

1.6. Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Praktis

Negara Indonesia merupakan negara yang memiliki resiko kejadian bencana alam yang tinggi. Bencana alam dengan karakteristik yang sulit diprediksi menempatkan masyarakat untuk selalu siap dan siaga terutama pada daerah-daerah yang terkatagori rawan bencana alam.

Mengandalkan lembaga-lembaga pemerintah dalam penanganan bencana alam bukan pilihan yang mudah. Pemberdayaan masyarakat merupakan pilihan yang baik sehingga mereka memiliki kemampuan untuk menurunkan dampak dari timbulnya

bencana alam. Pemberdayaan masyarakat merupakan cara strategis untuk meminimalisasi korban bencana alam sekaligus penatalaksanaan pasca bencananya.

1.6.2 Manfaat Teoritis

Pemberdayaan gugus desa sebagai satuan tugas normalisasi masalah fisik dan psikologis pasca bencana alam merupakan salah satu cara yang bisa ditempuh guna mengurangi dampak dari sebuah bencana alam. Ketika terjadi bencana alam, seringkali perhatian tercurah pada respon tanggap bencana sementara pasca bencana sering terlupakan. Padahal pengaruh bencana alam dapat memanjang terutama bagi orang-orang yang mengalami trauma fisik dan psikologis.

Gugus desa sebagai satuan tugas normalisasi masalah fisik dan psikologis, merupakan pemberdayaan masyarakat pada area yang rawan bencana untuk menanggulangi dampak panjang bencana alam pada kesehatan fisik dan psikologis. Pemberdayaan masyarakat dalam bentuk pembentukan gugus desa diharapkan mampu mengisi ruang fase rehabilitasi dan rekonstruksi pasca bencana khususnya pada aspek kesehatan korban bencana alam.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Bencana

Indonesia memiliki kondisi geografis yang memungkinkan terjadinya bencana, baik yang disebabkan oleh faktor alam, faktor non alam maupun faktor manusia yang menyebabkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis yang dalam keadaan tertentu dapat menghambat pembangunan nasional.

2.1.1 Pengertian bencana

World Health Organization-International Strategy For Disaster Reduction (WHO-ISDR, 2002) mendefinisikan bencana sebagai suatu gangguan serius terhadap keberfungsian suatu masyarakat sehingga menyebabkan kerugian yang meluas pada kehidupan manusia dari segi materi, ekonomi atau lingkungan dan yang melampaui kemampuan masyarakat yang bersangkutan untuk mengatasi dengan menggunakan sumber daya mereka sendiri. Undang Undang nomor 24 tahun 2007, mendefinisikan bencana sebagai peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan atau penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan atau non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis.

2.1.2 Konsep dasar manajemen penanggulangan bencana

PMI (2014) menjelaskan sifat-sifat manajemen bencana meliputi :

1. Nyawa dan kesehatan masyarakat merupakan masalah utama.
2. Waktu untuk bereaksi yang sangat singkat.
3. Risiko dan konsekuensi kesalahan atau penundaan keputusan dapat berakibat fatal.
4. Situasi dan kondisi yang tidak pasti.

5. Petugas mengalami stress yang tinggi
6. Informasi yang selalu berubah.

2.1.3 Tahap Manajemen Bencana

Manajemen penanggulangan bencana merupakan upaya pengelolaan penggunaan sumber daya yang ada dalam menghadapi ancaman bencana dengan melakukan perencanaan, penyiapan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi di setiap tahap penanggulangan yaitu sebelum/pra bencana, saat dan pasca bencana. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan (PPK) Kemenkes RI (2011) mengklasifikasikan upaya manajemen bencana sesuai dengan tahapannya. upaya penanggulangan bencana sebagai berikut:

1. Tahap pra bencana, terdiri dari:
 - 1) Situasi tidak terjadi bencana, kegiatannya adalah pencegahan dan mitigasi.
 - 2) Situasi potensi terjadi bencana, kegiatannya berupa kesiapsiagaan.
 2. Tahap saat bencana, kegiatan adalah tanggap darurat dan pemulihan darurat.
 3. Tahap pasca bencana , kegiatannya adalah rehabilitasi dan rekonstruksi
- Berbagai upaya penanggulangan bencana yang dapat dilakukan pada setiap tahap dalam siklus bencana antara lain :

1. Pencegahan dan mitigasi:

Upaya ini bertujuan menghindari terjadinya bencana dan mengurangi risiko dampak bencana. Upaya-upaya yang dilakukan pada tahapan ini antara lain:

- 1) Penyusunan kebijakan, peraturan perundangan, pedoman dan standar.
- 2) Pembuatan peta rawan bencana dan pemetaan masalah kesehatan
- 3) Pembuatan brosur/leaflet/poster
- 4) Analisis risiko bencana
- 5) Pembentukan tim penanggulangan bencana
- 6) Pelatihan dasar kebencanaan.

2. Kesiapsiagaan:

Upaya kesiapsiagaan dilaksanakan untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya bencana. Upaya kesiapsiagaan dilakukan pada saat bencana mulai teridentifikasi akan terjadi. Upaya-upaya yang dapat dilakukan antara lain:

- 1) Penyusunan rencana kontijensi.
- 2) Simulasi/gladi/pelatihan siaga
- 3) Penyiapan dukungan sumber daya
- 4) Penyiapan sistem informasi dan komunikasi.

3. Tanggap darurat:

Upaya tanggap darurat bidang kesehatan dilakukan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan. Upaya yang dilakukan antara lain:

- 1) Penilaian cepat kesehatan (*rapid health assessment*)
- 2) Pertolongan pertama korban bencana dan evaluasi ke sarana kesehatan.
- 3) Pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan
- 4) Perlindungan terhadap kelompok risiko tinggi kesehatan.

4. Pemulihan:

Upaya pemulihan meliputi rehabilitasi dan rekonstruksi. Upaya rehabilitasi bertujuan mengembalikan kondisi daerah yang terkena bencana yang serba tidak menentu ke kondisi normal yang lebih baik. Upaya rekonstruksi bertujuan membangun kembali sarana dan prasarana yang rusak akibat bencana secara lebih baik dan sempurna. Upaya-upaya yang dilakukan antara lain:

- 1) Perbaikan lingkungan dan sanitasi
- 2) Perbaikan fasilitas pelayanan kesehatan
- 3) Pemulihan psiko sosial
- 4) Peningkatan fungsi pelayanan kesehatan.

2.1.4 Strategi Tanggap Bencana di Indonesia

The Hyogo framework for action (HFA) tahun 2005 membahas tentang kebutuhan untuk mengintegrasikan program resiko bencana secara komprehensif, peningkatan kapasitas kelembagaan dan personil dalam mengurangi resiko bencana dan

mengintegrasikan pengurangan resiko bencana ke dalam kebijakan yang berkelanjutan, perencanaan dan pengembangan proses. Secara nasional telah dikembangkan *platform* nasional pada tahun 2009 untuk pengurangan resiko bencana dengan mempromosikan pengurangan resiko bencana dan memobilisasi masyarakat dan pemangku kepentingan yang relevan (PMI, 2014).

Pemerintah menekankan arah kebijakan pengurangan resiko bencana meliputi:

1. Menempatkan pengurangan resiko bencana sebagai prioritas utama secara nasional dan lokal.
2. Membangun kapasitas pengurangan resiko bencana ditingkat nasional dan lokal
3. Mengoptimalkan instrumen dalam mengendalikan mitigasi bencana berbasis spatial layout,
4. Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam penanggulangan bencana dan pengurangan resiko bencana.

2.1.5 Konsep Fase Pemulihan Bencana

Tahap pemulihan bertujuan untuk mengembalikan daerah yang terkena bencana kembali pada keadaan semula. Tahap pemulihan kadang lebih tidak diperhatikan dibanding saat tanggap darurat pada sebuah bencana. Padahal fase ini sangat penting bagi komunitas yang terkena bencana (PPK-Kemenkes, 2011). Dalam UU no 24 tahun 2007 disebutkan bahwa upaya pemulihan merupakan serangkaian kegiatan untuk mengembalikan kondisi masyarakat dan lingkungan hidup yang terkena bencana dengan memfungsikan kembali kelembagaan, prasarana, dan sarana dengan melakukan upaya rehabilitasi. Upaya rehabilitasi bertujuan mengembalikan kondisi daerah yang terkena bencana yang serba tidak menentu ke kondisi normal yang lebih baik. Upaha tersebut dengan berpedoman pada prinsip-prinsip: memperbaiki kehidupan masyarakat yang terkena bencana, membangun kemampuan sumber daya lokal dan nasional untuk peningkatan ketangguhan, manajemen resiko dan pembangunan berkelanjutan (BPBD, 2011).

2.2 Model Manajemen Bencana

Manajemen bencana adalah proses yang sistematis dimana di dalamnya termasuk berbagai macam kegiatan yang memanfaatkan kemampuan dari kebijakan pemerintah, juga kemampuan komunitas dan individu untuk menyesuaikan diri dalam rangka meminimalisasi kerugian. Pada saat terjadi bencana, akan terjadi gangguan keseimbangan kebutuhan dan persediaan pelayanan medis dan sanitasi publik. Dalam kondisi yang tidak stabil, tujuan akhir yang diharapkan dari pelayanan medis dan keperawatan bencana adalah “memberikan pelayanan medis dan keperawatan terbaik kepada korban tewas atau luka-luka yang jumlahnya banyak. Tujuan manajemen bencana pada berbagai fasilitas kesehatan medis adalah memelihara lingkungan yang aman dan terus memberikan pelayanan dasar pada saat bencana (Kemenkes, 2011).

Pelatihan serta persiapan bencana yang selalu dilakukan sejak masa tenang merupakan hal yang penting, agar dapat memanfaatkan sumber-sumber yang bisa diperoleh di tengah-tengah banyaknya faktor yang tidak pasti, meminimalisasi dampak kerugian yang timbul serta mencapai tujuan pelayanan medis dan keperawatan bencana (PMI, 2014)

2.2.1 Siklus Bencana

Secara umum terdapat empat fase penganggulangan bencana (PPK-Kemenkes, 2006)

2.2.1.1 Fase Pencegahan dan Kesiapsiagaan Bencana (*prevention and preparedness phase*).

Fase Kesiapsiagaan adalah fase dimana dilakukan persiapan yang baik dengan memikirkan berbagai tindakan untuk meminimalisir kerugian yang ditimbulkan akibat terjadinya bencana dan menyusun perencanaan agar dapat melakukan kegiatan pertolongan serta perawatan yang efektif pada saat terjadi bencana. Tindakan terhadap bencana menurut PBB ada 9 kerangka, yaitu (1) pengkajian terhadap kerentanan, (2) membuat perencanaan (pencegahan bencana), (3) pengorganisasian, (4) sistem informasi, (5) pengumpulan sumber daya, (6) sistem alarm, (7) mekanisme tindakan, (8) pendidikan dan pelatihan penduduk, (9) gladi resik.

2.2.1.2 Fase Tindakan (*response phase*) yang terdiri dari Fase Akut (*acute phase*) dan Fase Sub Akut (*sub acute phase*)

Fase Tindakan adalah fase dimana dilakukan berbagai aksi darurat yang nyata untuk menjaga diri sendiri atau harta kekayaan. Aktivitas yang dilakukan secara kongkret yaitu: (1) instruksi pengungsian, (2) pencarian dan penyelamatan korban, (3) menjamin keamanan di lokasi bencana, (4) pengkajian terhadap kerugian akibat bencana, (5) pembagian dan penggunaan alat perlengkapan pada kondisi darurat, (6) pengiriman dan penyerahan barang material, (7) menyediakan tempat pengungsian, dan lain-lain. Dari sudut pandang pelayanan medis, bencana lebih dipersempit lagi dengan membaginya menjadi “Fase Akut” dan “Fase Sub Akut”. Dalam Fase Akut, 48 jam pertama sejak bencana terjadi disebut “fase penyelamatan dan pertolongan/pelayanan medis darurat”. Pada fase ini dilakukan penyelamatan dan pertolongan serta tindakan medis darurat terhadap orang-orang yang terluka akibat bencana. Kirakira satu minggu sejak terjadinya bencana disebut dengan “Fase Akut”. Dalam fase ini, selain tindakan “penyelamatan dan pertolongan/pelayanan medis darurat”, dilakukan juga perawatan terhadap orang-orang yang terluka pada saat mengungsi atau dievakuasi, serta dilakukan tindakan-tindakan terhadap munculnya permasalahan kesehatan selama dalam pengungsian.

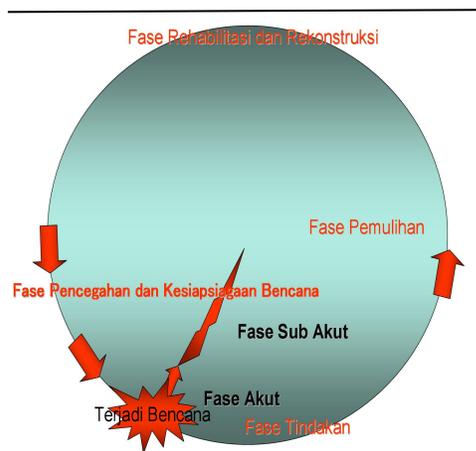
2.2.1.3 Fase Pemulihan (*recovery phase*)

Fase Pemulihan sulit dibedakan secara akurat dari dan sampai kapan, tetapi fase ini merupakan fase dimana individu atau masyarakat dengan kemampuannya sendiri dapat memulihkan fungsinya seperti sedia kala (sebelum terjadi bencana). Orang-orang melakukan perbaikan darurat tempat tinggalnya, pindah ke rumah sementara, mulai masuk sekolah ataupun bekerja kembali sambil memulihkan lingkungan tempat tinggalnya. Kemudian mulai dilakukan rehabilitasi *lifeline* dan aktivitas untuk membuka kembali usahanya. Institusi pemerintah juga mulai memberikan kembali pelayanan secara normal serta mulai menyusun rencana-rencana untuk rekonstruksi sambil terus memberikan bantuan kepada para korban. Fase ini bagaimanapun juga

hanya merupakan fase pemulihan dan tidak sampai mengembalikan fungsi-fungsi normal seperti sebelum bencana terjadi. Dengan kata lain, fase ini merupakan masa peralihan dari kondisi darurat ke kondisi tenang.

2.2.1.4 Fase Rehabilitasi/Rekonstruksi (*rehabilitation/reconstruction phase*).

Jangka waktu Fase Rehabilitasi/Rekonstruksi juga tidak dapat ditentukan, namun ini merupakan fase dimana individu atau masyarakat berusaha mengembalikan fungsi-fungsinya seperti sebelum bencana dan merencanakan rehabilitasi terhadap seluruh komunitas. Tetapi, seseorang atau masyarakat tidak dapat kembali pada keadaan yang sama seperti sebelum mengalami bencana, sehingga dengan menggunakan pengalamannya tersebut diharapkan kehidupan individu serta keadaan komunitas pun dapat dikembangkan secara progresif.



Gambar 2.1 Siklus Bencana

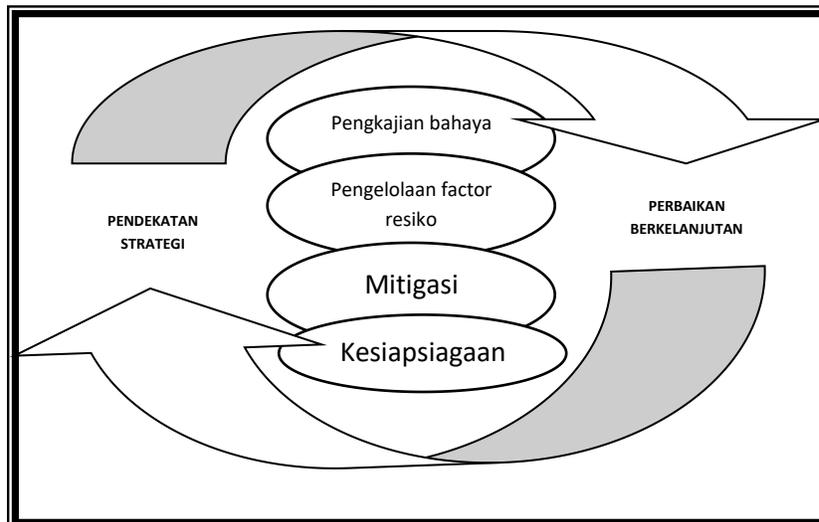
2.2.2 Model Penanggulangan Bencana

Model penanggulangan bencana berkembang sesuai dengan cara pandang dan paradigma keilmuan yang dijadikan landasan. Dalam bidang kesehatan dikenal model-model sebagai berikut : *Manitoba Health Disaster Management* (2002), *Model For Military Disaster Management* (2006), *A Dynamic Integrated Model For Disaster management Decision Support Systems* (MDM-DSS) (2011), *SDI Conceptual Modeling For Disaster management* (2009), *Comprehensive Conceptual*

Model For Disaster management (2006), Cuba's Disaster management Model (2005). Dalam penelitian akan disintesis tiga model yaitu : *Manitoba Health Disaster Management (2002), Model For Military Disaster Management (2006), dan Dynamic Integrated Model For Disaster management Decision Support Systems (MDM-DSS) (2011)* yang mendasari penyiapan gugus desa sebagai satuan tugas bencana alam dalam menormalisasi masalah fisik dan psikologis pasca bencana alam.

2.2.2.1 Manitoba Health Disaster Management (2002)

Model Manitoba merupakan pendekatan program dalam penanggulangan bencana yang bertujuan mengembangkan keamanan masyarakat, mengurangi korban cedera dan meninggal, kerusakan fisik dan trauma psiko-social yang diakibatkan oleh bencana. Model ini lebih di fokuskan pada upaya-upaya kesehatan yang dilakukan pada fase pra bencana melalui berbagai strategi pendekatan dan upaya perbaikan berkelanjutan. Manitoba Model selanjutnya dikenal dengan nama *Integrated Disaster Management Model*. Model ini mengarahkan pada hubungan penataan berbagai aktifitas yang menghasilkan tindakan-tindakan efektif berdasarkan empat komponen, yaitu : Kajian bahaya, pengelolaan faktor resiko, mitigasi dan kesiapsiagaan. Secara skematis model ini digambarkan sebagai berikut.



Gambar. 2.2
Manitaba Disaster model : *Integrated Disaster Management Model*.

2.2.2.2 *Model For Military Disaster Nursing (2006)*

Wyn CA (2006) mengenalkan model *Military Disaster Nursing*. Model ini berorientasi pada tiga fase bencana, yaitu kesiapsiagaan (*preparedness /readliness*), tanggap darurat (*responses/ implementation*) dan rehabilitasi (*recovery/rehabilitation/reconstruction/ evaluation*). Dalam model ini lebih banyak di bahas tentang upaya-upaya yang dapat dilakukan oleh perawat-perawat militer dan kontribusi tentara selama terjadinya bencana.

2.2.2.3 *Cuba's Model*

Model Cuba di kemukakan oleh Aguierre (2005). Model ini memfokuskan penanggulangan bencana pada fase mitigasi, rehabilitasi dan recoveri, namun masih bersifat umum dan belum secara spesifik menjangkau masalah kesehatan, khususnya korban bencana yang mengalami trauma fisik berkepanjangan. Selain itu, cuba's model dikembangkan pada penguatan fungsi pengembangan sosial masyarakat. Penguatan dimensi sosial ini yang diambil dalam penelitian ini untuk memberdayakan gugus desa sebagai satuan tugas dalam menormalisasi masalah kesehatan fisik dan psikologis pasca bencana alam.

2.2.2.4 *Dynamic Integrated Model For Disaster Management Decision Support Systems (DSS-MDM) (2009)*

Ashgar, Alahakon dan Churilov (2009) mengembangkan model manajemen Bencana yang disebut *Dynamic Integrated Model For Disaster Management Decision Support Systems* (DSS-MDM). Model ini termasuk kedalam model yang mengintegrasikan berbagai system penunjang dalam penanggungan bencana, sehingga populer dengan nama *Decision Support Systems Model Disaster Management* (DSS-MDM). Model ini mengintegrasikan berbagai system pendukung kedalam sebuah simulasi. Pendekatan DSS-MDM berdasarkan 4 tahapan, yaitu : 1) Teknik pemilihan intellegensi, 2) menyusun model integrasi, 3) Menyusun hal-hal pokok, 4) Mensimulasikan model integrasi. Model ini digunakan pada penelitian dengan membangun intelegensi gugus desa sebagai satuan tugas dalam menormalisasi

masalah fisik dan psikologis melalui pelatihan. Satuan tugas dilatih untuk mencapai pengetahuan penatalaksanaan bencana sekaligus mensimulasikan seluruh keterampilan yang diajarkan terkait normalisasi masalah fisik dan psikologis korban pasca bencana alam.

2.3 Pendekatan Model Keperawatan

2.3.1 Model Transcultural Nursing.

Keperawatan transkultural melalui pendekatan pada klien dengan latar belakang budaya yang bervariasi dipandang relative baru. Madeleine Leininger (1987), seorang ahli antropologi, di pertengahan tahun 1960-an, berhasil merumuskan model keperawatan Transcultural melalui riset terhadap mahasiswa dilingkungan pendidikan keperawatan, sehingga melalui bidang ini sekarang mulai membuahkan hasil yang menggembirakan.

2.3.1.1 Asumsi Teori Transkultural

Asumsi yang mendasari teori ini adalah sebagai berikut :

- 1) *Human caring* secara umum dikatakan sebagai segala sesuatu yang berkaitan dengan dukungan dan bimbingan pada manusia yang utuh. Human caring merupakan fenomena yang universal dimana ekspresi, struktur dan polanya bervariasi diantara kultur satu tempat dengan tempat lainnya.
- 2) *Caring act* dikatakan sebagai tindakan yang dilakukan dalam memberikan dukungan kepada individu secara utuh. Perilaku Caring semestinya diberikan pada manusia sejak lahir, masa perkembangan, masa pertumbuhan, masa pertahanan sampai dikala meninggal.
- 3) *Caring* adalah esensi dari keperawatan dan membedakan, mendominasi serta mempersatukan tindakan keperawatan. Keperawatan adalah fenomena transkultural dimana perawat berinteraksi dengan klien, staff dan kelompok lain. Perilaku *care*, bertujuan dan berfungsi mengubah struktur sosial, pandangan hidup dan nilai kultur setiap orang yang berbeda pada satu tempat dengan tempat

lainnya. Dalam merawat diri sendiri dan orang lain pada prakteknya akan berbeda pada setiap kultur dan etik serta pada sistem care profesionalnya.

- 4) *Identifikasi universal dan nonuniversal* kultur dan perilaku caring profesional, kepercayaan dan praktek adalah esensi untuk menemukan epistemology dan ontology sebagai dasar dari ilmu keperawatan. *Care* adalah kultur yang luas, berasal dan dibutuhkan sebagai dasar pengetahuan serta praktek untuk kepuasan dan keberhasilan. Tidak akan ada *curing* tanpa *caring*, tetapi akan dapat terjadi *caring* tanpa *curing*.

2.3.1.2 Konsep Utama Dan Definisinya

Laininger telah mengembangkan ukuran yang relevan dengan teori tetapi hanya beberapa hal yang didefinisikan :

- 1) *Care* adalah fenomena yang berhubungan dengan bimbingan, dukungan atau perilaku lain yang berkaitan atau untuk individu lain/kelompok dengan kebutuhan untuk meningkatkan kondisi kehidupan manusia.
- 2) *Caring* adalah tindakan yang diarahkan untuk membimbing, mendukung individu lain/kelompok dengan nyata atau antisipasi kebutuhan untuk meningkatkan kondisi kehidupan manusia.
- 3) *Kultur* adalah berkenaan dengan mempelajari, membagi dan transmisi nilai, kepercayaan, norma dan praktek kehidupan dari sebuah kelompok yang dapat menjadi tuntunan dalam berfikir, mengambil keputusan, bertindak dan berbahasa.
- 4) *Cultural care* berkenaan dengan kemampuan kognitif untuk mengetahui nilai, kepercayaan dan pola ekspresi yang mana membimbing, mendukung atau memberi kesempatan individu lain atau kelompok untuk mempertahankan kesehatan, meningkatkan kondisi kehidupan atau kematian serta keterbatasan.
- 5) *Nilai kultur* berkenaan dengan keputusan/kelayakan yang lebih tinggi atau jalan yang diinginkan untuk bertindak atau segala sesuatu yang diketahui yang mana biasanya bertahan dengan kultur pada periode tertentu.

- 6) *Perbedaan kultur* dalam keperawatan adalah variasi dari pengertian pola, nilai atau simbol dari perawatan, kesehatan atau untuk meningkatkan kondisi manusia, jalan kehidupan atau untuk kematian.
- 7) *Cultural care universality* berkenaan dengan hal umum, merupakan bentuk dari pemahaman terhadap pola, nilai atau simbol dari perawatan yang mana kultur mempengaruhi kesehatan atau memperbaiki kondisi manusia.
- 8) *Etnosentris* adalah kepercayaan yang mana satu ide yang dimiliki, kepercayaan dan prakteknya lebih tinggi untuk kultur yang lain.
- 9) *Cultural imposition* berkenaan dengan kecenderungan tenaga kesehatan untuk memaksakan kepercayaan, praktik dan nilai di atas kultur lain karena mereka percaya bahwa ide mereka lebih tinggi daripada kelompok lain.

2.3.1.2 Konsep Keperawatan, Paradigma Dan Asuhan Keperawatan Transkultural

2.3.1.2.1 Konsep Keperawatan Transkultural

Keperawatan transkultural adalah suatu pelayanan keperawatan yang berfokus pada analisis dan studi perbandingan tentang perbedaan budaya (Leininger, 1978). Keperawatan transkultural adalah ilmu dan kiat yang humanis yang difokuskan pada perilaku individu atau kelompok, serta proses untuk mempertahankan atau meningkatkan perilaku sehat dan perilaku sakit secara fisik dan psikokultural sesuai latar belakang budaya. (Leininger, 1978). Pelayanan keperawatan transkultural diberikan kepada klien sesuai dengan latar belakang budayanya. Budaya adalah nilai-nilai, norma-norma yang diyakini oleh individu atau kelompok yang mendasari suatu tindakan. Budaya dipandang juga sebagai rencana hidup yang belum sempurna. (Leininger, 1978)

Tujuan penggunaan keperawatan transkultural adalah untuk mengembangkan sains dan pohon keilmuan yang humanis sehingga tercipta praktek keperawatan pada kultur yang spesifik dan universal Kultur yang spesifik adalah kultur dengan nilai-nilai dan norma spesifik yang yang tidak dimiliki oleh kelompok lain. Kultur yang universal

adalah nilai-nilai dan norma-norma yang diyakini dan dilakukan hampir semua kultur seperti budaya minum teh dapat membuat tubuh sehat (Leininger, 1978). Dalam terlaksananya praktik keperawatan yang bersifat humanis, perawat perlu memahami landasan teori dan praktek keperawatan berdasarkan budaya. Keberhasilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan tergantung pada kemampuan mensintesis konsep antropologi, sosiologi dan biologi dengan konsep *caring*, proses keperawatan dan komunikasi interpersonal ke dalam konsep keperawatan transkultural (Andrew & Boyle, 1995)

2.3.1.2.2 Paradigma Keperawatan Transkultural

Paradigma keperawatan transkultural adalah cara pandang, keyakinan, nilai-nilai dan konsep-konsep dalam terlaksananya asuhan keperawatan yang sesuai latar belakang budaya terhadap empat konsep sentral yaitu : manusia, keperawatan, kesehatan dan lingkungan (Leininger, 1984 dalam Barnum, 1998; Andrew & Boyle, 1995). Pemahaman perawat terhadap paradigma keperawatan transkultural merupakan acuan terlaksananya penerapan asuhan keperawatan transkultural.

1. Manusia / klien

Manusia adalah individu atau kelompok yang memiliki nilai-nilai dan norma-norma yang diyakini yang berguna untuk menetapkan pilihan dan melakukan tindakan (Leininger, 1984 dalam Barnum, 1998; Giger & Davidhizar, 1995 ; Andrew & Boyle, 1995). Menurut Leininger (1984), manusia memiliki kecenderungan untuk mempertahankan budayanya pada setiap saat dimanapun dia berada.

2. Kesehatan

Kesehatan adalah keseluruhan aktifitas yang dimiliki klien dalam mengisi kehidupannya, terletak pada rentang sehat sakit (Leininger, 1978). Kesehatan merupakan suatu keyakinan, nilai, pola kegiatan dalam konteks budaya yang digunakan untuk menjaga dan memelihara keadaan seimbang/sehat yang dapat diobservasi dalam aktivitas sehari-hari (Andrew & Boyle, 1995). Klien dan perawat mempunyai tujuan yang sama yaitu ingin mempertahankan keadaan sehat

dalam rentang sehat-sakit yang adaptif (Leininger, 1978). Asuhan keperawatan yang diberikan bertujuan meningkatkan kemampuan klien memilih secara aktif budaya yang sesuai dengan status kesehatannya. Untuk memilih budaya yang sesuai dengan status kesehatannya, dicapai melalui belajar dengan lingkungannya. Sehat yang dicapai adalah kesehatan yang *holistic* dan *humanistic*, karena melibatkan peran serta klien yang lebih dominan.

3. Lingkungan

Lingkungan didefinisikan sebagai keseluruhan fenomena yang mempengaruhi perkembangan, kepercayaan dan perilaku klien. Lingkungan dipandang sebagai suatu totalitas kehidupan dimana klien dengan budayanya saling berinteraksi. Terdapat tiga bentuk lingkungan yaitu fisik, sosial dan simbolik (Andrew & Boyle, 1995). Lingkungan fisik adalah lingkungan alam atau yang diciptakan oleh manusia seperti daerah katulistiwa, pegunungan, pemukiman padat dan iklim. Lingkungan fisik dapat membentuk budaya tertentu misalnya bentuk rumah di daerah panas yang banyak lubang dengan bentuk rumah orang Eskimo hampir tertutup rapat (Andrew & Boyle, 1995). Lingkungan sosial adalah keseluruhan struktur sosial yang berhubungan dengan sosialisasi individu atau kelompok kedalam masyarakat yang lebih luas seperti keluarga, komunitas dan tempat ibadah. Di dalam lingkungan sosial individu harus mengikuti struktur dan aturan-aturan yang berlaku di lingkungan tersebut. Lingkungan simbolik adalah keseluruhan bentuk atau symbol yang menyebabkan individu atau kelompok merasa bersatu seperti musik, seni, riwayat hidup, bahasa atau atribut yang digunakan. Penggunaan lingkungan simbolik bermakna bahwa individu memiliki tanggung rasa dengan kelompoknya seperti : penggunaan bahasa pengantar, identifikasi nilai-nilai dan norma serta penggunaan atribut-atribut seperti pemakaian ikat kepala, kalung, anting, telepon, hiasan dinding atau slogan-slogan. (Andrew & Boyle, 1995)

4. Keperawatan

Keperawatan dipandang sebagai suatu ilmu dan kiat yang diberikan kepada klien dengan berfokus pada perilaku, fungsi dan proses untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan atau pemulihan dari sakit (Andrew & Boyle, 1995). Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai latar belakang budayanya. Asuhan keperawatan ditujukan memandirikan sesuai dengan budaya klien. Asuhan keperawatan diberikan sesuai dengan karakteristik ruang lingkup keperawatan, dikelola secara profesional dalam konteks budaya klien dan kebutuhan asuhan keperawatan. Strategi yang digunakan dalam asuhan keperawatan adalah perlindungan /mempertahankan budaya, mengakomodasi/menegosiasi budaya dan mengubah/mengganti budaya klien (Leininger, 1984).

Mempertahankan budaya (cara I) dilakukan bila budaya pasien tidak bertentangan dengan kesehatan. Perencanaan dan implementasi keperawatan diberikan sesuai dengan nilai-nilai yang relevan yang telah dimiliki klien sehingga klien dapat meningkatkan atau mempertahankan status kesehatannya, misalnya budaya berolah raga setiap pagi.

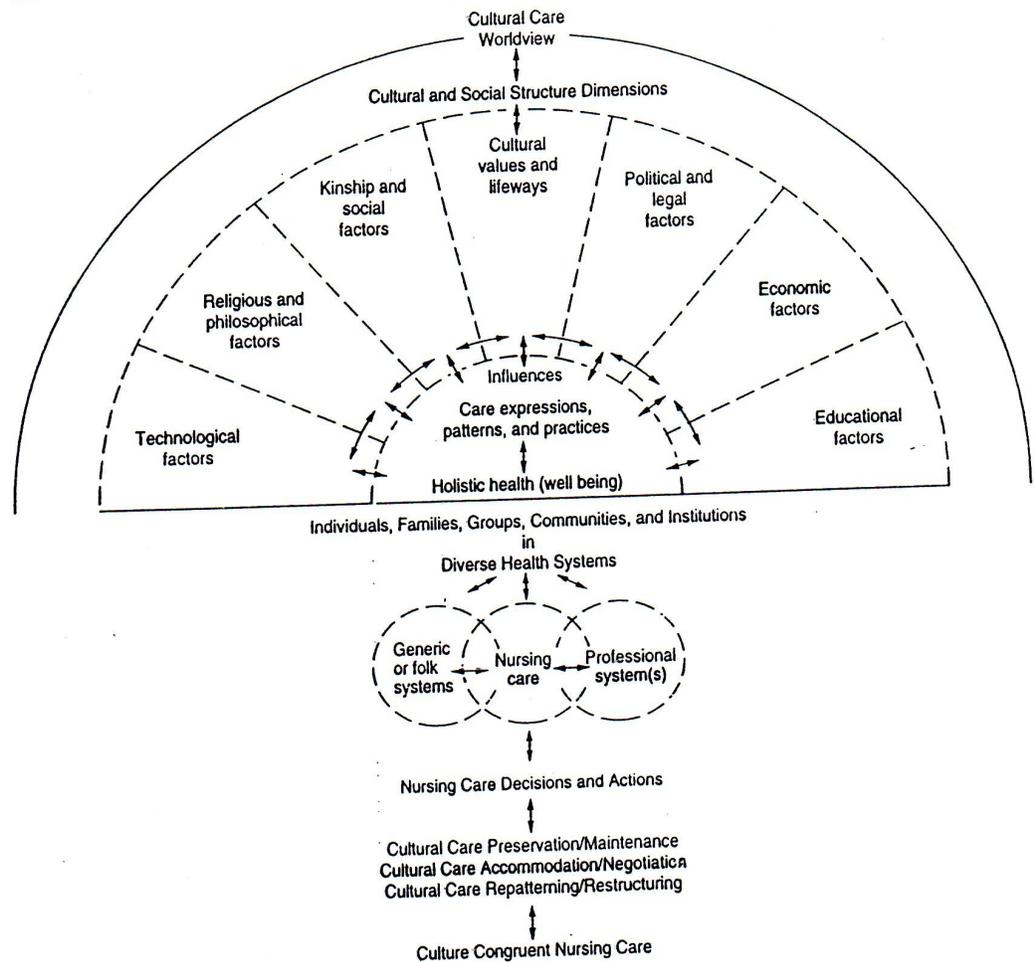
Negosiasi budaya (cara II) yaitu intervensi dan implementasi keperawatan untuk membantu klien beradaptasi terhadap budaya tertentu yang lebih menguntungkan kesehatannya. Perawat membantu klien agar dapat memilih dan menentukan budaya lain yang lebih mendukung peningkatan kesehatan, misalnya klien yang sedang hamil mempunyai pantangan makan yang berbau amis, maka ikan dapat diganti dengan sumber protein hewani yang lain.

Restrukturisasi budaya klien (cara III) dilakukan bila budaya yang dimiliki merugikan status kesehatannya. Perawat berupaya merestrukturisasi gaya hidup klien yang biasanya merokok menjadi tidak merokok. Seluruh perencanaan dan

implementasi keperawatan dirancang sesuai latar belakang budaya sehingga budaya dipandang sebagai rencana hidup yang lebih baik setiap saat. Pola rencana hidup yang dipilih biasanya yang lebih menguntungkan dan sesuai dengan keyakinan yang dianut.

2.3.1.2.3 Asuhan Keperawatan Transkultural

Dalam memberikan asuhan keperawatan transkultural, perawat perlu memahami landasan teori dan praktik keperawatan. Keberhasilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sangat tergantung pada kemampuannya mensintesis berbagai ilmu dan mengaplikasikannya ke dalam bentuk asuhan keperawatan yang sesuai latar belakang budaya klien (Andrew & Boyle, 1995). Terlaksananya asuhan keperawatan transkultural amat ditentukan oleh pemahaman pengetahuan perawat pelaksana tentang teori asuhan keperawatan transkultural, karena pengetahuan yang dimiliki tersebut akan mengklarifikasi fenomena, mengarahkan dan menjawab fenomena yang dijumpai pada diri klien dan keluarganya. Model konseptual asuhan keperawatan transkultural dikembangkan dalam *Leininger's Sunrise Model* untuk menggambarkan teori asuhan keperawatan yang diberikan pada berbagai budaya. Proses keperawatan digunakan oleh perawat sebagai landasan berfikir dan memberikan solusi terhadap masalah klien (Kelley & Frisch, 1990, Geisser, 1991 dalam Andrew & Boyle, 1995). Model konseptual asuhan keperawatan transkultural tersebut dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 1 : Model konseptual Asuhan Keperawatan Transkultural

Pendekatan proses keperawatan digunakan oleh perawat pelaksana dalam melakukan asuhan keperawatan transkultural. Pengelolaan asuhan keperawatan transkultural dengan menggunakan proses keperawatan mulai pengkajian, menegakkan diagnosa, intervensi dan implementasi sampai evaluasi .

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses mengumpulkan data untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien sesuai latar belakang budayanya.(Giger & Davidhizar, 1995 ; Andrew & Boyle, 1995). Pengkajian dilakukan terhadap respon adaptif dan maladaptif untuk memenuhi kebutuhan dasar yang tepat sesuai dengan latar belakang budayanya.

Pengkajian dirancang berdasarkan 7 komponen yang ada pada “*Leininger’s Sunrise models*” dalam teori keperawatan transkultural Leininger yaitu :

- 1) **Faktor teknologi (*technological factors*)**, Teknologi kesehatan adalah sarana yang memungkinkan manusia untuk memilih atau mendapat penawaran menyelesaikan masalah dalam pelayanan kesehatan. Berkaitan dengan pemanfaatan teknologi kesehatan maka perawat perlu mengkaji berupa : persepsi klien tentang penggunaan dan pemanfaatan teknologi untuk mengatasi permasalahan kesehatan saat ini, alasan mencari bantuan kesehatan, persepsi sehat-sakit, kebiasaan berobat atau mengatasi masalah kesehatan. Alasan klien tidak mau operasi dan klien memilih pengobatan alternatif. Klien mengikuti tes laboratorium darah dan memahami makna hasil tes tersebut.
- 2) **Faktor Agama dan Falsafah Hidup (*religious and Philosophical factors*)**, Agama adalah suatu sistem symbol yang mengakibatkan pandangan dan motivasi yang amat realistic bagi para pemeluknya. Sifat religis merupakan ciri khusus agama. Agama menyediakan motivasi kuat sekali untuk menempatkan kebenarannya diatas segalanya, bahkan di atas kehidupan sendiri. Faktor agama yang perlu dikaji perawat seperti : agama yang dianut, kebiasaan agama yang berdampak positif terhadap kesehatan, berikhtiar untuk sembuh tanpa mengenal putus asa, mempunyai konsep diri yang utuh, status pernikahan, persepsi klien terhadap kesehatan dan cara beradaptasi terhadap situasinya saat ini, cara pandang klien terhadap penyebab penyakit, cara pengobatan dan penularan kepada orang lain.
- 3) **Faktor sosial dan keterikatan kekeluargaan (*Kinship & Social factors*)**, Pada faktor sosial dan kekeluargaan yang perlu dikaji oleh perawat : nama lengkap dan nama panggilan di dalam keluarga, umur atau tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, status, tipe keluarga, pengambilan keputusan dalam anggota keluarga, hubungan klien dengan kepala keluarga, kebiasaan yang dilakukan rutin oleh keluarga misalnya arisan keluarga, kegiatan yang dilakukan bersama masyarakat misalnya : ikut kelompok olah raga atau pengajian.

- 4) **Faktor nilai-nilai budaya dan gaya hidup (*Cultural values & Lifeways*)**, Nilai adalah konsepsi-konsepsi abstrak di dalam diri manusia, mengenai apa yang dianggap baik apa yang dianggap buruk. Nilai-nilai budaya adalah sesuatu yang dirumuskan dan ditetapkan oleh penganut budaya yang dianggap baik atau buruk. Norma adalah aturan sosial atau patokan perilaku yang dianggap pantas. Norma-norma budaya adalah suatu kaidah yang mempunyai sifat penerapan terbatas pada penganut budaya terkait. Hal-hal yang perlu dikaji berkaitan dengan nilai-nilai budaya dan gaya hidup adalah : posisi dan jabatan misalnya ketua adat atau direktur, bahasa yang digunakan, bahasa non verbal yang ditunjukkan klien, kebiasaan membersihkan diri, kebiasaan makan, makan pantang berkaitan dengan kondisi sakit, sarana hiburan yang biasa dimanfaatkan dan persepsi sakit berkaitan dengan aktivitas sehari-hari, misalnya sakit apabila sudah tergeletak dan tidak dapat pergi ke sekolah atau ke kantor.
- 5) **Faktor kebijakan dan peraturan rumah sakit yang berlaku (*Political and Legal factors*)**, Kebijakan dan peraturan rumah sakit yang berlaku adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kegiatan individu dan kelompok dalam asuhan keperawatan transkultural (Andrew & Boyle, 1995), seperti peraturan dan kebijakan dapat berkaitan dengan jam berkunjung, klien harus memakai baju seragam, jumlah anggota keluarga yang boleh menunggu, hak dan kewajiban klien yang harus dikontrakkkan oleh rumah sakit, cara pembayaran untuk klien yang dirawat.
- 6) **Faktor ekonomi (*economical factors*)**, Klien yang dirawat di rumah sakit memanfaatkan sumber-sumber material yang dimiliki untuk membiayai sakitnya agar segera sembuh. Sumber ekonomi yang pada umumnya dimanfaatkan klien antara lain : asuransi, biaya kantor, tabungan dan patungan antar anggota keluarga. Faktor ekonomi yang perlu dikaji oleh perawat antara lain seperti pekerjaan klien, sumber biaya pengobatan , kebiasaan menabung dan jumlah tabungan dalam sebulan. Faktor ekonomi dapat ikut menentukan pasien atau keluarganya dirawat di ruang yang sesuai dengan daya embannya.

7) **Faktor pendidikan (*educational factors*)**, Latar belakang pendidikan klien adalah pengalaman klien dalam menempuh jalur pendidikan formal tertinggi saat ini. Di dalam menempuh pendidikan formal tersebut terjadi suatu proses eksperimental. Suatu proses menghadapi dan menyelesaikan masalah yang dimulai dari keluarga dan selanjutnya dilanjutkan kepada pendidikan di luar keluarga.(Leininger, 1984) Semakin tinggi pendidikan klien maka keyakinannya harus didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang rasional dan dapat belajar beradaptasi terhadap budaya yang sesuai dengan kondisi kesehatannya. Perawat perlu mengkaji latar belakang pendidikan klien meliputi tingkat pendidikan klien dan keluarga, jenis pendidikannya, serta kemampuan klien belajar secara aktif mandiri tentang pengalaman sakitnya sehingga tidak terulang kembali.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah respon klien sesuai latar belakang budayanya yang dapat dicegah, dirubah, atau dikurangi melalui intervensi keperawatan (Giger & Davidhizar, 1995 ; Andrew & Boyle, 1995). Respon klien yang ditegakkan oleh perawat dengan cara mengidentifikasi budaya yang mendukung kesehatan, budaya yang menurut klien pantang untuk dilanggar, dan budaya yang bertentangan dengan kesehatannya. Budaya yang mendukung kesehatan antara lain olah raga teratur, membaca atau suka makan sayur. Budaya yang menurut klien pantang untuk dilanggar seperti hal yang tabu dilakukan atau makanan pantang. Budaya yang bertentangan dengan kesehatan misalnya merokok. Menurut Giger & Davidhizar, (1995) dan Andrew & Boyle (1995) terdapat tiga diagnosa keperawatan transkultural yang sering ditegakkan yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan perbedaan kultur, gangguan interksi sosial berhubungan dengan disorientasi sosiokultural dan ketidakpatuhan dalam pengobatan berhubungan dengan sistem nilai yang diyakini.

3. Perencanaan dan Implementasi

Perencanaan dan implementasi adalah suatu proses memilih strategi yang tepat dan melaksanakan tindakan yang sesuai dengan latar belakang budaya klien (Giger & Davidhizar, 1995 ; Andrew & Boyle, 1995). Perencanaan dan implementasi keperawatan transkultural menawarkan tiga strategi sebagai pedoman Leininger (1984) ; Andrew & Boyle, 1995 yaitu : perlindungan/mempertahankan budaya (*Cultural care preservation/maintenance*) bila budaya klien tidak bertentangan dengan kesehatan, mengakomodasi/menegosiasi budaya (*Cultural care accommodation/negotiations*) apabila budaya klien kurang mendukung kesehatan dan mengubah dan mengganti budaya klien dan keluarganya (*Cultural care repartening/reconstruction*).

Melakukan intervensi dan implementasi keperawatan berdasarkan budaya klien dengan strategi yang ditetapkan di atas, bila budaya klien dengan perawat berbeda maka perawat dan klien mencoba memahami budaya masing-masing melalui proses akulturasi, yaitu proses mengidentifikasi persamaan dan perbedaan budaya yang pada akhirnya akan memperkaya budaya mereka, sehingga akan terjadi tenggang rasa terhadap budaya masing-masing. Bila perawat tidak memahami budaya klien maka akan timbul rasa tidak percaya pada klien yang akan mengakibatkan hubungan perawat-klien yang bersifat terapeutik terganggu. Sehingga intruksi keperawatan yang telah diberikan tidak sepenuhnya dilaksanakan oleh klien. Pemahaman budaya klien amat mendasari efektifitas keberhasilan menciptakan hubungan perawat-klien yang bersifat terapeutik.

4. Evaluasi

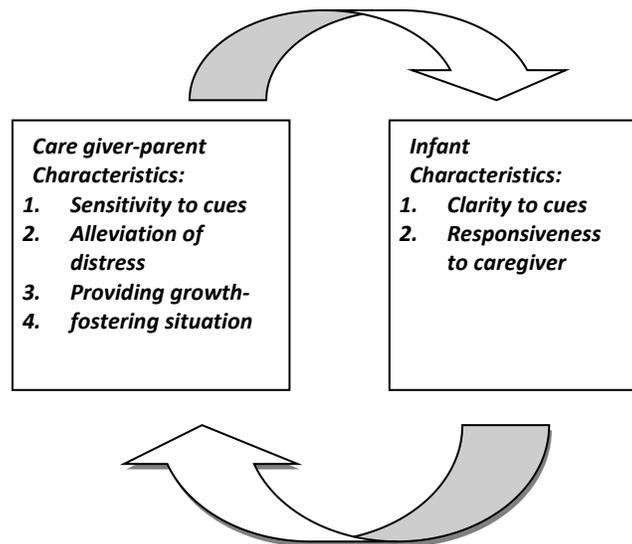
Evaluasi merupakan cara kritis untuk suatu pengambilan keputusan yang baik tentang tingkat kualitas, alokasi sumber daya dan pola tenaga keperawatan untuk perencanaan berikutnya. Evaluasi asuhan keperawatan transkultural dilakukan terhadap keberhasilan klien tentang : mempertahankan budaya yang sesuai dengan kesehatan, negosiasi terhadap budaya tertentu yang lebih menguntungkan kesehatannya dan restrukturisasi budaya yang bertentangan dengan kesehatan. Melalui evaluasi dapat

diketahui asuhan keperawatan yang sesuai dengan keinginan klien atau sesuai latar belakang budayanya.

2.3.2 Model *Parent - Child Interaction Model*

2.3.2.1 Konsep dan Definisi Utama

Fokus teori Barnard adalah perkembangan alat pengkajian untuk mengevaluasi kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan anak disamping memandang orangtua dan anak sebagai sebuah sistem interaktif. sistem orangtua-anak dipengaruhi oleh karakteristik individu setiap anggota dan karakteristik individu tersebut dimodifikasi untuk memenuhi kebutuhan sistem dan beliau mendefinisikan modifikasi sebagai perilaku adaptif. Interaksi antara orangtua dan anak digambarkan dalam diagram di bawah ini :



Gambar 1 : Model Barnard
(Diadopsi dari Barnard, 1977 dalam Aligood 2004)

Penjelasan dari diagram diatas adalah sebagai berikut :

1. *Infant's Clarity of cues*

Seorang anak (bayi) akan memberikan suatu sinyal (*cues*) kepada orang tua dan petugas kesehatan. Pertanda yang dikirimkan dapat mempermudah atau mempersulit orangtua untuk membaca tanda tersebut dan membuat modifikasi yang sesuai dengan tanda tersebut. Pertanda yang diberikan oleh seorang anak (bayi) dapat berupa tidur,

bangun, lapar, dan lain-lain. Apabila pertanda yang diberikan membingungkan maka dapat mengganggu kemampuan adaptasi petugas kesehatan.

2. Infant's responsiveness to the caregiver

Seorang anak (bayi) juga dapat membaca pertanda (cues) yang ditunjukkan petugas kesehatan dan orang tua, sehingga anak (bayi) dapat memodifikasi kembali perilakunya. Jika seorang anak (bayi) tidak berespon terhadap perilaku dari petugas kesehatan maka adaptasi tidak mungkin terjadi.

3. Parent's sensitivity to the child's cues

Orangtua harus dapat membaca pertanda yang diberikan anak (bayi), sehingga mereka dapat memodifikasi perilakunya dengan tepat. Ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi kesensitifan orangtua yaitu: keuangan, emosi, dan stress perkawinan.

4. Parent's ability to alleviate the infant's distress

Kemampuan orangtua untuk mengurangi distress pada anaknya tergantung pada

- 1) Pemahaman orang tua tentang saat terjadinya stress
- 2) Pengetahuan orang tua tentang tindakan yang tepat dilakukan saat stress terjadi.

5. Parent's social and emotional growth fostering activities

Kemampuan orang tua dalam menstimulasi pertumbuhan sosial dan emosional anak memerlukan proses adaptasi. Orangtua berperan mengasuh anak, menjalin interaksi sosial dengan anak, seperti pada saat makan bersama anak dan memberikan *reinforcement* positif terhadap perilaku anak. Orangtua harus memahami tingkat perkembangan anak dan dapat menyesuaikan perilakunya terhadap kebutuhan perkembangan anak

6. Parent's cognitive growth fostering activities

Kemampuan orang tua dalam menstimulasi perkembangan kognitif anak harus ditingkatkan. Sejumlah penelitian telah mengungkapkan bahwa pertumbuhan kognitif difasilitasi dengan pemberian rangsangan yang dapat membantu meningkatkan tingkat pengertian anak. Barnard kemudian mengembangkan teorinya dengan

menggunakan konsep *Child Health Assessment Interaction Theory* yang memiliki 3 konsep dasar yaitu :

1) Anak.

Dalam menggambarkan seorang anak Barnard menggunakan karakteristik sebagai perilaku baru lahir (neonatus), pola makan dan tidur, tampilan fisik, temperamen dan kemampuan anak untuk beradaptasi terhadap petugas kesehatan dan lingkungan.

2) Ibu.

Ibu dalam teori Barnard di definisikan sebagai pengasuh atau orangtua yang memiliki karakteristik : kemampuan psikososial, kepedulian terhadap anak dan kesehatannya, pengalaman hidup, harapan terhadap anaknya, dan yang lebih penting adalah kemampuannya menjadi orangtua bagi anaknya dan keterampilan untuk beradaptasi terhadap kemampuannya tersebut.

3) Lingkungan

Lingkungan di sini merujuk pada lingkungan ibu dan anak. Karakteristik lingkungan meliputi: :

- a. Aspek lingkungan fisik dan keluarga.
- b. Keterlibatan ayah.
- c. Tingkat hubungan orangtua yang saling menguntungkan dengan anaknya.
Menurut Barnard karakteristik individu dari tiap anggota mempengaruhi sistem orangtua-anak (bayi) sehingga terjadi modifikasi perilaku adaptasi untuk memenuhi kebutuhan sistem. Teori Barnard berfokus pada interaksi ibu-anak (bayi) dengan lingkungan.

4) Falsafah Dasar

Barnard mengembangkan teorinya berdasarkan filosofis : keperawatan, manusia, kesehatan dan lingkungan sebagai berikut :

(1) Keperawatan

Keperawatan diartikan sebagai sebuah proses bantuan kepada pasien dalam mempertahankan dan meningkatkan kemandirian. Prosesnya dapat berupa pendidikan, pengobatan atau rehabilitasi termasuk memfasilitasi perubahan terutama perubahan lingkungan. Lebih jauh lagi, barnard mendefinisikan

keperawatan sebagai “ *diagnosis and treatment of human responses to health problem*”

(2) Manusia

Barnard menjelaskan manusia, beliau mengatakan tentang kemampuan untuk menerima rangsang pendengaran, penglihatan dan taktil, serta memahami hubungannya dengan kegunaan. istilah ini digunakan barnard pada bayi, anak dan dewasa.

(3) Kesehatan

Barnard tidak mendefinisikan kesehatan secara langsung, namun menjelaskan dalam konteks keluarga sebagai unit dasar dari pelayanan kesehatan dan dalam pelayanan kesehatan, tujuan utamanya adalah pencegahan primer.

(4) Lingkungan

Barnard memandang lingkungan sebagai factor yang amat penting. Lingkungan termasuk di dalamnya adalah seluruh pengalaman yang dimiliki anak yang berupa orang, objek, tempat, suara, atau sensasi taktil dan visual. Beliau membedakan *animate environment* dengan *inanimate environment* dengan jelas. *Inanimate environment* adalah objek-objek yang tersedia yang memungkinkan anak untuk melakukan eksplorasi dan manipulasi, sedangkan *animate environment* termasuk aktivitas-aktivitas yang dilakukan seseorang untuk mengenalkan atau memerintahkan anak kepada dunia external.

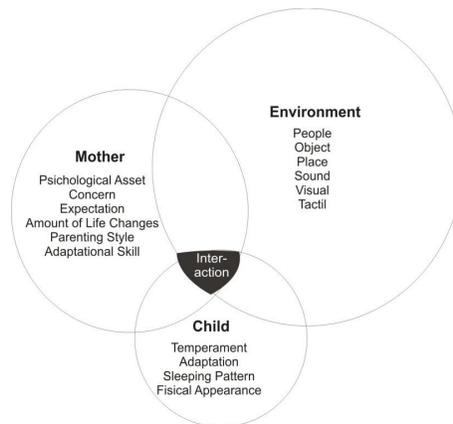
(5) Fokus Teori

Fokus teori yang dikemukakan Barnard dalam *Barnard's Child Health Assessment Interaction Theory*, adalah :

- a. Pengkajian anak bertujuan mengidentifikasi masalah sebelum mereka berkembang dan ketika intervensi menjadi hal yang paling efektif.
- b. Faktor lingkungan di pahami sebagai proses interaksi antara orangtua dan anak yang merupakan hal penting untuk menentukan tercapainya kesehatan anak.
- c. Interaksi pemberi asuhan dan anak merefleksikan lingkungan alamiah anak yang diterima secara terus menerus.

- d. Kapasitas adaptasi dari pemberi asuhan dipengaruhi oleh respon anak dan lingkungannya.
- e. Interaksi adaptasi orangtua dan anak merupakan suatu proses yang saling menguntungkan, dimana perilaku orangtua akan mempengaruhi anak dan sebaliknya anak akan mempengaruhi orangtua sehingga keduanya mengalami perubahan.
- f. Proses adaptasi lebih mudah dimodifikasi dari karakteristik dasar ibu dan anak, sehingga interaksi keperawatan seharusnya menekankan sensitifitas dan respon ibu dalam mengartikan isyarat anak daripada mencoba merubah karekteristik dasarnya.
- g. Aspek penting yang perlu ditingkatkan berkaitan dengan proses belajar anak adalah memberikan kesempatan anak untuk mengenali perilakunya dan memperkuat kemampuan anak di dalam melaksanakan tugasnya.
- h. Issue utama bagi profesi keperawatan adalah memberi dukungan selama tahun pertama kehidupan anak.
- i. Pengkajian terhadap proses interaksi adalah suatu proses yang komprehensif dalam model perawatan kesehatan anak.
- j. Pengkajian terhadap lingkungan anak adalah sangat penting dalam pengkajian kesehatan anak.

Model *The Child Health Assessment Interaction Model* diperlihatkan dalam gambar di bawah ini :



Gambar 2 : “Model interaksi pengkajian kesehatan anak menurut Barnad”
(Diadopsi dari Barnard, 1977 dalam Aligood 2004)

2.4 Model Bencana dalam Penelitian

Dalam Penelitian ini difokuskan pada pengintegrasian beberapa model diatas kedalam sebuah program pemberdayaan masyarakat. Sistesis dari beberapa model penanggulangan bencana diatas diartikulasikan pada Pemberdayaan gugus desa sebagai satuan tugas normalisasi masalah fisik dan psikososial korban pada fase pasca bencana, yaitu tahapan rehabilitasi atau rekonstruksi. Rehabilitasi dan rekonstruksi pada korban bencana dalam penelitian ini merujuk pada pemulihan status kesehatan berupa trauma fisik.

Program pemberdayaan ini disusun dengan mensintesis model siklus penanggulangan bencana secara umum dan tiga model terkait dengan sektor kesehatan. Fokus penerapan model adalah penyusunan program untuk memberdayakan masyarakat dalam hal ini gugus desa sebagai satuan tugas untuk melakukan normalisasi masalah fisik dan psikologis korban pada fase rehabilitasi dan rekonstruksi dengan berlandaskan pada optimalisasi upaya-upaya kesehatan.

2.5 Pemberdayaan (*Enabling*) masyarakat

2.5.2 Konsep memberdayakan (*enabling*) dan Pendampingan Masyarakat

Memberdayakan (*enabling*) mengandung pengertian suatu upaya menciptakan kesempatan dan cara bagi semua anggota keluarga untuk menampilkan kemampuan dan keterampilan yang ada dan untuk mendapatkan kemampuan serta keterampilan baru yang perlu. Memberdayakan masyarakat berarti upaya menciptakan kesempatan bagi masyarakat agar dapat secara mandiri menampilkan kemampuannya untuk menyelesaikan segala permasalahan yang dihadapinya, termasuk permasalahan kesehatan yang diakibatkan oleh bencana (Arimastuti, 2011)

Masalah kesehatan merupakan salah satu dari dampak terjadinya bencana. Akibat masalah kesehatan tersebut dapat berupa kehilangan anggota bagian tubuh, kecacatan, timbulnya penyakit kronis, penyakit infeksi sampai kehilangan jiwa. Proses kehilangan adalah suatu proses yang tidak mudah diterima oleh setiap insan manusia.

Oleh sebab itu proses ini akan menimbulkan rasa kesedihan yang sangat mendalam. Dari proses kesedihan dan kehilangan ini dapat berakibat terhadap gangguan kelangsungan hidup dan gangguan adaptasi diri terhadap lingkungan, sehingga dari gangguan fisik dapat menimbulkan gangguan psikologis atau dari gangguan psikologis dapat menyebabkan masalah fisik (psikosomatis) (PPK Kemenkes 2011)

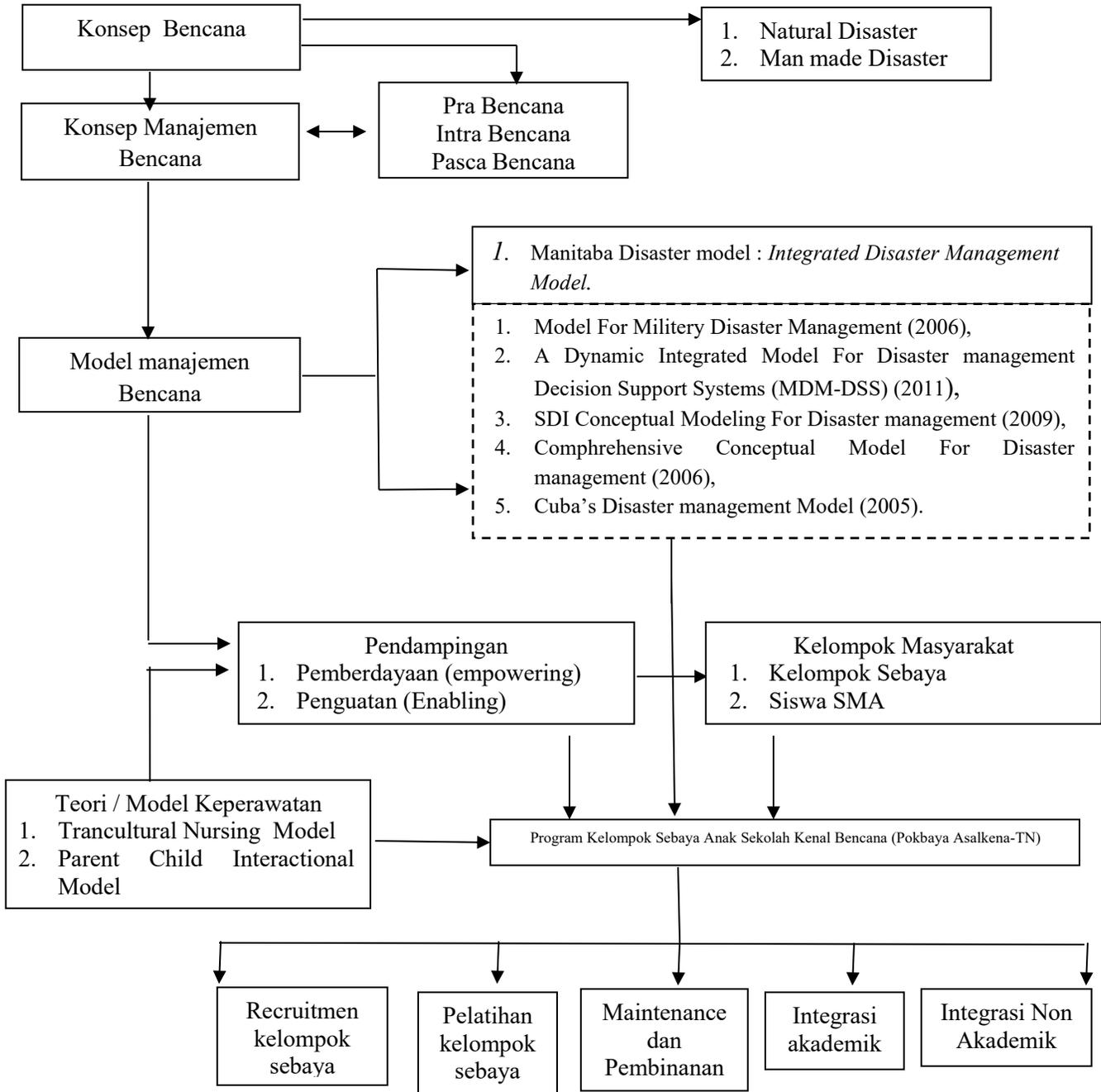
Berbagai masalah diatas maka sudah selayaknya masyarakat mendapat pendampingan dari petugas agar dapat beradaptasi terhadap kondisi yang menimpanya. Setiap masyarakat yang ditimpa bencana membutuhkan seorang pendamping yang mampu membantu mengatasi dan memfasilitasi gangguan fisik dan gangguan psikologis yang dihadapinya. Kemampuan seorang pendamping masyarakat perlu memahami kondisi penderitaan yang dirasakan oleh masyarakat.

Pengurangan Resiko Bencana Oleh Masyarakat (PRBOM) adalah tindakan mempersiapkan masyarakat untuk selalu lebih mengenal daerah/ komunitas mereka sendiri, mengenal berbagai ancaman yang mungkin terjadi yang akan mengakibatkan bencana bagi daerah / komunitas mereka sendiri, selanjutnya mencoba untuk menggali kapasitas masing-masing individu sehingga masyarakat mempersiapkan segala sesuatunya sebelum, pada saat dan setelah bencana terjadi. Hal tersebut dimaksudkan agar warga mengetahui sesuatu yang mengancam masyarakat, mengetahui siapa saja kelompok yang paling rentan (prioritas untuk ditolong), mengetahui harus kemana, kapan dan bagaimana melakukan evakuasi, mengurangi/meminimalisir berbagi bentuk resiko yang kemungkinan akan terjadi sewaktu-waktu akibat terjadinya bencana, dan masyarakat mengetahui cara bertahan hidup setelah bencana (BPBD., 2014).

2.6 Kerangka Teori Penelitian

Berdasarkan paparan diatas, disusun kerangka berfikir dalam penelitian yang melandasi penelitian ini disusun sebagai berikut :

Gambar 2.3
Kerangka Teori penelitian



BAB III

METODE PENELITIAN

Penelitian ini terdiri dari 3 (tiga) tahapan penelitian, yaitu 1) tahapan eksplorasi, 2) tahapan penyusunan model, dan 3) tahapan ujicoba model. Masing-masing tahapan menggunakan desain dan metodologi yang berbeda, sehingga secara keseluruhan metode penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah *mix methode*, yaitu campuran antara metode penelitian kuantitatif dan metode penelitian kualitatif. Setiap tahapan penelitian dilakukan untuk menentukan tahapan selanjutnya, sehingga beberapa komponen dari masing-masing tahapan sangat tergantung dan ditentukan oleh hasil penelitian pada tahapan sebelumnya. Secara lebih terperinci masing-masing tahapan penelitian di sajikan dalam paparan sebagai berikut :

3.1 Tahap Eksplorasi

Tahap eksplorasi merupakan kajian tentang berbagai hal terkait dengan permasalahan penanggulangan bencana dalam bidang kesehatan. Khususnya dalam upaya pemberdayaan masyarakat untuk mensukseskan program pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat yang dapat dilakukan oleh kelompok sebaya (remaja), siswa SMA, tenaga kesehatan, perawat dan masyarakat pada siklus manajemen bencana. Ekplorasi diarahkan pada bencana gempa yang paling sering terjadi dalam skala besar dan dikenal luas oleh masyarakat di Kabupaten Bandung Barat. Upaya eksplorasi dilakukan terhadap berbagai elemen dan stake holder yang banyak terlibat dan berpengaruh dalam upaya penanggulangan bencana yaitu Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Kabupaten Bandung Barat, tenaga pendidik/guru SMA, relawan remaja/ siswa SMA, dan lembaga-lembaga swadaya masyarakat. Pada tahapan ekplorasi, dikaji berbagai diagnosis masalah dominan yang sering menjadi kendala, ancaman atau hambatan dalam upaya pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan efektifitas program PRBOM pada kelompok sebaya siswa SMA dengan pendekatan Anak Sekolah Kenal Bencana (Asal Kena). Substansi materi

ekplorasi mengacu pada pendekatan *Trancultural Nursing* dengan memperhatikan aspek teknologi, agama dan falsafah hidup, sosisl dan keterkaitan kekeluargaan, nilai-nilai budaya dan gaya hidup, ekonomi dan faktor pendidikan. Sedangkan pendekatan secara spesifik pada kelompok sebaya siswa SMA/remaja dilakukan dengan mengacu pada model keperawatan *Parent Child Interactional Model*. Pada tahap ini juga dieksplorasi berbagai potensi pada kelompok sebaya siswa SMA yang dapat dikembangkan guna meningkatkan peran serta aktif menggerakkan masyarakat dalam program PRBOM.

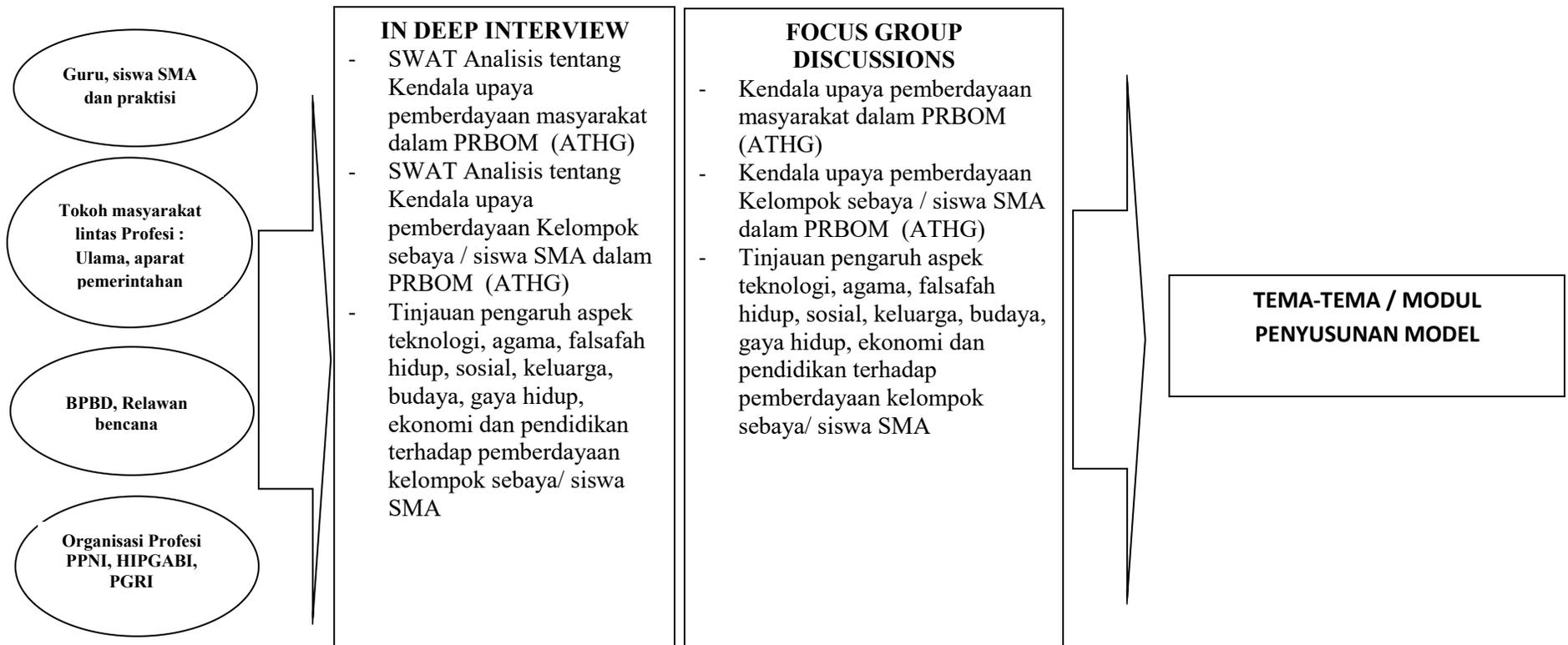
3.1.1 Desain Penelitian

Pada tahapan eksplorasi, desain penelitian yang digunakan adalah Study fenomenology yang di uraikan secara deskriptif kualitatif, guna mengidentifikasi berbagai upaya yang dapat dilakukan oleh kelompok sebaya / siswa SMA yang daerahnya rentan mengalami bencana. Identifikasi berbagai upaya tersebut dilakukan dengan mengevaluasi ancaman, tantangan, hambatan, dan gangguan yang sering dihadapi oleh kelompok sebaya siswa SMA, instansi/lembaga/ masyarakat dalam upaya PRBOM. Identifikasi juga secara spesifik diarahkan pada berbagai upaya yang dapat dilakukan kelompok sebaya siswa SMA dengan pendekatan *Trancultural Nursing* dan *Parent Child interactional Model*. Beberapa permasalahan pemberdayaan kelompok sebaya dalam bidang kesehatan yang belum diberdayakan secara optimal digali dengan pengambilan data secara *Focus Grup Discussions*.

Tahapan dan desain penelitian pada tahap eksplorasi ini selengkapnya, dapat di gambarkan dalam gambar 3.1 sebagai berikut :

Gambar 3.2
Skema penelitian tahap 1(Eksplorasi)

TAHAP EKSPLORASI



3.1.2 Variabel Penelitian

Variabel penelitian yang dijadikan objek penelitian pada tahap 1 adalah :

1. SWAT Analisis tentang Kendala upaya pemberdayaan masyarakat dan kelompok sebaya/ siswa dalam PRBOM
2. Tinjauan pengaruh aspek teknologi, agama, falsafah hidup, sosial, keluarga, budaya, gaya hidup, ekonomi dan pendidikan terhadap pemberdayaan kelompok sebaya/ siswa SMA

3.1.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1
Deinisi Operasional Penelitian Kualitatif (tahap eksplorasi)

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	SWAT Analisis tentang Kendala upaya pemberdayaan masyarakat dan Kelompok sebaya / siswa SMA dalam PRBOM	Persepsi guru, siswa SMA dan praktisi pendidikan, BPBD dan relawan bencana tentang: - Kebutuhan masyarakat dan Kelompok sebaya / siswa SMA dalam penanggulangan bencana bidang kesehatan - Kendala-kendala dalam upaya peberdayaan masyarakat dan Kelompok sebaya / siswa SMA dalam penanggulangan bencana bidang kesehatan - Potensi SDM masyarakat Kelompok sebaya / siswa SMA dalam penanggulangan bencana bidang kesehatan	- Pedoman Focus Group diszcussions	Tema-tema analisa SWAT dalam kebutuhan Penanggula ngran bencana	Nominal

2	Tinjauan pengaruh aspek teknologi, agama, falsafah hidup, sosial, keluarga, budaya, gaya hidup, ekonomi dan pendidikan terhadap pemberdayaan kelompok sebaya/ siswa SMA	Pendapat guru, siswa SMA dan praktisi pendidikan, BPBD dan relawan bencana tentang upaya pemberdayaan kelompok sebaya/ siswa SMA dalam penanggulangan bencana bidang kesehatan di tinjau dari aspek teknologi, agama, falsafah hidup, sosial, keluarga, budaya, gaya hidup, ekonomi dan pendidikan	- Pedoman Focus Group discussions	Tema-tema pengaruh teknologi, agama, falsafah hidup, sosial, keluarga, budaya, gaya hidup, ekonomi dan pendidikan terhadap pemberdayaan kelompok sebaya/ siswa SMA	Nominal
---	---	--	-----------------------------------	--	---------

3.1.4 Sampel Penelitian

Sampel penelitian tahap 1 berjumlah 17 orang yang terdiri dari 3 orang BPBD dan relawan bencana, 7 orang guru, dan 6 orang siswa SMA. Siswa SMA mewakili dari SMA yang berada di wilayah Sesar Lembang yang merupakan wilayah rawan gempa, yang terdiri dari 5 Kecamatan di Kabupaten Bandung Barat, yaitu Lembang, Parongpong, Ngamprah, Cisarua dan Padalarang. Sampel penelitian

3.1.5 Waktu Penelitian dan tempat penelitian.

Tahap eksplorasi dilaksanakan pada bulan Oktober 2019. Tempat penelitian di SMAN 1 Lembang Kabupaten Bandung Barat. Tempat Penelitian merupakan wilayah sekitar kaki Gunung Tangkuban perahu / Gunung Merapi mewakili daerah rawan bencana letusan gunung (vulkanik) dan rawan gempa karena berada di wilayah sesar Lembang.

3.1.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian disusun sebagai panduan *focus group discussion* berupa daftar pertanyaan yang akan dikembangkan sesuai pokok kajian yang telah ditetapkan yaitu 1)

SWAT Analisis tentang Kendala upaya pemberdayaan masyarakat dan kelompok sebaya/siswa SMA dalam PRBOM., 2) Tinjauan pengaruh aspek teknologi, agama, falsafah hidup, sosial, keluarga, budaya, gaya hidup, ekonomi dan pendidikan terhadap pemberdayaan kelompok sebaya/siswa SMA. Instrumen dikembangkan dalam bentuk pertanyaan terbuka yang dapat di kembangkan dalam 5-10 item pertanyaan.

3.1.7 Analisa Data

Data yang diperoleh berdasarkan hasil *focus group discussions* selanjutnya dianalisa secara kualitatif untuk mendapatkan tema-tema penelitian sesuai dengan variabel penelitian yang telah ditetapkan. Tema-tema penelitian tersebut akan ditetapkan setelah tercapainya saturasi dari masing-masing responden. Tema-tema penelitian yang dihasilkan selanjutnya akan dijadikan dasar dalam penyusunan modul pemberdayaan kelompok sebaya/ siswa SMA dalam manajemen penanggulangan bencana..

3.2 Tahap Penyusunan Model

Tahap penyusunan model merupakan tahapan penelitian yang menggabungkan konsep model secara terpisah kedalam satu kesatuan model pemberdayaan kelompok sebaya siswa SMA dengan pendekatan Anak Sekolah Kenal Bencana (Asal Kena). Ketiga model tersebut adalah 1) *Manitaba Disaster model : Integrated Disaster Management Model.*, 2) *Trancultural Nursing Model* dan., 3) *Parent-Child interactional model*. Secara lebih jelas, tahap penyusunan model ini, diuraikan sebagai berikut :

3.2.1 Desain Penelitian

Desain penelitian dalam tahap penyusunan model adalah dengan studi literatur (letarature review) dan konsultasi pakar. Literature review di lakukan dnegan membandingkan beberapa model dalam bidang yang terkait dengan penelitian, yaitu bidang ilmu keperawatan komunitas, bidang ilmu kebencanaan dan bidang ilmu keperawatan anak. Selanjutnya, hasil konvergensi ketiga model tersebut dikonsultasikan kepada para pakar masing-masing bidang keilmuan. Desain penelitiannya dapat digambarkan sebagai berikut:

3.2.2. Populasi dan sampel

Populasi dan sampel pada tahap ini adalah para pakar di bidang keilmuan dengan perincian sebagai berikut :

1. Pakar pada bidang komunitas 1 orang
2. Pakar pada bidang keperawatan anak 1 orang
3. Pakar pada bidang keperawatan bencana 1 orang

3.2.2 Tempat dan waktu penelitian

Tahap penyusunan model direncanakan awal bulan November 2019. Akhir tahap ini diharapkan konsep model pemberdayaan dengan pendekatan Asal Kena dengan pendekatan *trans cultural nursing* sudah terbentuk dan model yang siap di ujicobakan. Tempat penelitian dilakukan di wilayah yang rentan terhadap bencana dan menjadi lokasi penelitian yaitu Kabupaten Bandung Barat.

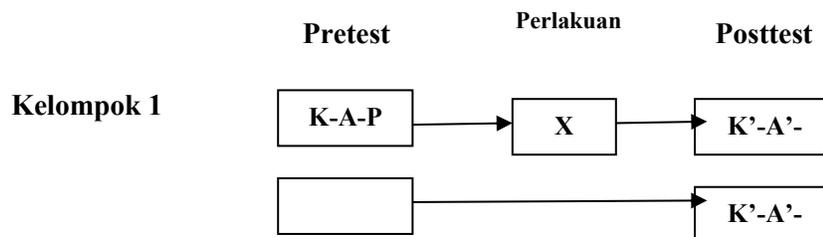
3.3 Tahap Pengembangan Model

Tahap pengembangan model terdiri dari 2 tahap penelitian, yaitu ujicoba model dan penerapan model. Tahap ujicoba model dilakukan pada kelompok sebaya siswa SMA dengan melakukan pelatihan terkait pemahaman yang diperlukan oleh para siswa SMA tentang manajemen bencana oleh masyarakat. Pelatihan dilakukan sebagai media memberikan penguatan pengetahuan, keterampilan dan sikap kepada para siswa SMA untuk menjadi kader pemberdayaan masyarakat dalam pengurangan resiko bencana. Sedangkan tahap penerapan model dilakukan terhadap parasiswa SMA untuk menilai kinerja mereka di lingkungan sekolah dan masyarakat dalam mengurangi resiko bencana oleh masyarakat. Secara lebih terperinci diuraikan sebagai berikut :

3.3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian dalam tahap pengujian adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan metoda *quasi-experimental design* dengan *Pre-Post test with control groups*. Penelitian ini terdapat 3 kelompok perlakuan. Setiap kelompok mendapatkan intervensi pelatihan kebencanaan. Kelompok 1 mendapat intervensi pelatihan kebencanaan dengan pendekatan standar pelatihan BPBD Kabupaten Bandung Barat. Kelompok 2 mendapat intervensi pelatihan kebencanaan dengan pendekatan Pokbaya Asal Kena, dan kelompok 3 mendapat intervensi pelatihan kebencanaan

Pokbaya Asal Kena dengan pendekatan *Trans Cultural Nursing*. Setiap Kelompok diukur kesiapsiagaan bencana sebelum dan sesudah intervensi pelatihan. Setelah dilakukan intervensi diharapkan terjadi suatu perbedaan atau pengaruh pelatihan terhadap kesiapsiagaan bencana siswa SMA dalam manajemen bencana. Desain penelitiannya dapat digambarkan sebagai berikut.



- K dan K' : Pengetahuan (Kognitif) sebelum dan sesudah Pelatihan
- P dan P' : Keterampilan (Psikomotor) sebelum dan sesudah pelatihan
- A dan A' : Sikap (Afektif) sebelum dan sesudah pelatihan
- X : Pelatihan POKBAYA-ASALKENA

3.3.2 Variabel penelitian:

- 1) Pelatihan Pemberdayaan kelompok sebaya siswa SMA melalui program Asal Kena sebagai upaya pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat
- 2) Pengetahuan kelompok sebaya siswa SMA tentang manajemen bencana melalui program Asal Kena sebagai upaya pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat
- 3) Keterampilan kelompok sebaya siswa SMA tentang manajemen bencana melalui program Asal Kena sebagai upaya pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat.
- 4) Sikap kelompok sebaya siswa SMA tentang manajemen bencana melalui program Asal Kena sebagai upaya pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat.

- 5) Kinerja kelompok sebaya siswa SMA tentang manajemen bencana melalui program Asal Kena sebagai upaya pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat.

3.3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Pelatihan Pemberdayaan kelompok sebaya siswa SMA melalui program Asal Kena sebagai upaya pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat	Suatu program pelatihan tentang manajemen bencana bagi masyarakat yang diberikan kepada kelompok sebaya siswa SMA kelas 10, dengan menggunakan GBPP dan kurikulum pelatihan yang telah disusun pada tahap eksplorasi	Kurikulum Dan GBPP Pelatihan	Sesuai Standar Kurikulum dan GBPP Pelatihan Tidak sesuai standar kurikulum dan GBPP Pelatihan	Nominal
2	Pengetahuan kelompok sebaya siswa SMA tentang manajemen bencana melalui program Asal Kena sebagai upaya pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat	Segala sesuatu yang diketahui oleh kelompok sebaya siswa SMA tentang manajemen bencana berbasis masyarakat	Questioner / lembar pertanyaan (soal)	Bobot score nilai dalam rentang 0 - 100	Rasio
3	Keterampilan kelompok sebaya siswa SMA tentang manajemen bencana melalui program Asal Kena sebagai upaya pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat.	Kemampuan yang dimiliki oleh kelompok sebaya siswa SMA dalam melaksanakan berbagai upaya pengurangan resiko bencana selama siklus manajemen penanggulangan bencana di masyarakat, meliputi keterampilan selama pra bencana, intra bencana dan pasca bencana	Lembar observasi keterampilan	Skor keterampilan Dalam rentang 0 - 100	Interval
4	Sikap kelompok sebaya siswa SMA tentang manajemen bencana melalui	Respon emosional dan psikologis yang ditunjukkan oleh kelompok sebaya siswa SMA dalam menghadapi berbagai kasus / permasalahan	Questioner sikap dengan skala likert	Skala sikap 0-100	Interval

	program Asal Kena sebagai upaya pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat.	kebencanaan, pengurangan resiko bencana dan upaya pemberdayaan masyarakat			
	Kinerja kelompok sebaya siswa SMA tentang manajemen bencana melalui program Asal Kena sebagai upaya pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat.	Capaian kemampuan personal kelompok sebaya siswa SMA dalam melakukan aktifitas pemberdayaan masyarakat setelah dilakukan pelatihan	Daftar tilik Unjuk kerja	Skore capaian kinerja dari 0-100	Interval

3.3.4 Hipotesis Penelitian:

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Pendekatan transcultural nursing efektif mendasari model pemberdayaan kelompok sebaya melalui program Asal Kena dalam mengurangi resiko bencana oleh masyarakat di daerah rawan bencana.

3.3.5 Populasi dan sampel

3.3.5.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah Kelompok sebaya siswa SMA di wilayah yang dianggap memiliki potensi bencana cukup besar. Populasi yang ditentukan merupakan wilayah yang memiliki potensi bencana besar di Jawa Barat. Populasi adalah siswa Sekolah SMA yang berada di wilayah rawan bencana dengan frekwensi bencana yang sering yaitu Kabupaten Bandung Barat .

3.3.5.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini diambil secara random pada wilayah awan bencana yaitu Kabupaten Bandung Barat Provinsi Jawa Barat. Sampel penelitian terdiri dari siswa SMA yang mewakili 5 Kecamatan di wilayah Kabupaten Bandung Barat, yaitu SMAN 1 Lembang, SMAN 1 Parongpong,

SMAN 1 Cisarua, SMAN 1 Ngamprah, dan SMAN 1 Padalarang. Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus penghitungan besar sample untuk desain penelitian quasi eksperimen (Lameshow, 1997)

$$n = \frac{2\sigma^2 (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan :

- σ Standar deviasi dari beda 2 rata-rata independen penelitian terdahulu atau penelitian awal
- $Z_{1-\alpha/2}$ Nilai Z pada derajat kepercayaan $1-\alpha/2$ atau derajat kemaknaan α pada uji 2 sisi (two tail)
- $Z_{1-\beta}$ Nilai Z pada kekuatan uji (power) $1-\beta$
- μ_1 Rata-rata pada keadaan sebelum intervensi
- μ_2 Rata-rata pada keadaan setelah intervensi
- n Jumlah sampel yang dibutuhkan

Berdasarkan penelitian Sofyana (2014) tentang pengaruh pelatihan penanggulangan bencana terhadap perilaku nilai rata-rata sebelum dan setelah intervensi dan simpangan deviasinya, maka besar sampel yang dibutuhkan adalah

$$n = \frac{2(8,8)^2 (1,96 + 0,84)^2}{(68,60 - 76,20)^2} = 21,022 = 21 \text{ responden}$$

Memperhatikan jumlah sampel minimal sebanyak 21 sampel, maka ditetapkan jumlah sampel yang akan di teliti sebanyak 30 siswa SMA untuk tiap perlakuan. Sehingga total jumlah sampel di perkirakan sebanyak 90 siswa.

3.3.6 Tempat dan waktu penelitian

Penelitian di lakukan di SMA wilayah kabupaten Bandung Barat. Waktu penelitian dilakukan dalam rentang waktu 1 tahun. Dimulai pada periode Januari – Desember 2019. Tahap 1 (Tahap eksplorasi dilakukan pada bulan Oktober 2019. Tahap 2 (Penyusunan Model) Bulan Oktober-November 2019. Tahp 3 (Uji coba Model) pada November 2019.

3.3.7 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam tahap ketiga penyusunan model ini, menggunakan alat pengambilan data, sebagai berikut :

Form A : angket biodata responden

Instrumen ini berisikan daftar isian biodata terbuka yang harus diisi oleh responden, kelompok sebaya siswa SMA/ SMU/SMK, seperti : Nama (inisial), tempat tanggal lahir/usia, jenis kelamin, pengalaman mengikuti pelatihan, pengalaman menjadi relawan. Form-A diisi oleh responden pada saat screening rekrutmen kader, sebelum pelatihan bersamaan dengan pelaksanaan pre test. Setelah diisi form A dilakukan data entry kedalam sistem pengolahan data dengan koding dan inisial peserta pelatihan. Data yang di ambil pada angket form A, merujuk pada kebutuhan data sesuai dengan latar belakang responden berdasarkan unsur-unsur definisi utama dalam model keperawatan *transcultural nursing*, yaitu :

Form B : Instrumen tentang pengetahuan

Instrumen ini berisikan lembar soal pertanyaan / angket/ questioner yang harus dijawab/ diisi oleh peserta pelatihan kelompok sebaya siswa SMA/SMU/SMK tentang manajemen bencana oleh masyarakat. Item soal diberikan dalam bentuk pilihan ganda dengan pilihan 4 pilihan jawaban A, B, C atau D sebanyak 30 soal. Form-B disi oleh responden pada saat pre test dan post test. Nilai pengetahuan merupakan nilai yang akan dijadikan dasar / standar tahapan uji coba model pada peserta pelatihan sebelum pelaksanaan penerapan model.

Form C : lembar observasi keterampilan

Instrumen ini berisikan daftar keterampilan yang harus di lakukan oleh peserta pelatihan kelompok sebaya siswa SMA/SMU/SMK tentang manajemen bencana berbasis masyarakat. Instrumen disusun sesuai dengan kompetensi yang harus dimiliki peserta latihan sesuai dengan

analisa SWAT pada tahap eksplorasi. Instrumen disusun dalam bentuk daftar checklist dengan bobot score 1 jika dilakukan dan 0 jika tidak dilakukan. Form-C diisi oleh peneliti atau tim peneliti yang sudah dilatih sebagai enumerator. Nilai keterampilan merupakan nilai yang akan dijadikan dasar / standar tahapan uji coba model pada peserta pelatihan sebelum pelaksanaan penerapan model.

Form D : Instrumen sikap

Instrumen ini berisikan daftar pernyataan sikap yang harus di isi oleh peserta pelatihan kelompok sebaya siswa SMA/SMU/SMK tentang manajemen bencana berbasis masyarakat. Daftar pernyataan disusun dalam bentuk skala likert dengan 4 pilihan jawaban yaitu, pernyataan positif pada rentang : 4 =sangat setuju, 3= Setuju, 2= Tidak setuju, dan 1= Sangat tidak Setuju. Sedangkan untuk pernyataan negatif score yang diberikan sebaliknya, yaitu : 1= Sangat tidak setuju, 2 Tidak setuju, 3= Setuju dan 4 = Sangat Setuju. Form D diisi oleh peserta. Score sikap merupakan nilai yang akan dijadikan dasar / standar tahapan uji coba model pada peserta pelatihan sebelum pelaksanaan penerapan model.

Form E : Instrumen Daftar Tilik Unjuk Kerja

Instrumen ini berisikan seperangkat daftar tilik unjuk kerja yang harus di tunjukan oleh peserta pelatihan kelompok sebaya siswa SMA/SMU/SMK tentang manajemen bencana berbasis masyarakat setelah dinyatakan lulus mengikuti pelatihan. Daftar daftar tilik unjuk kerja disusun dalam bentuk kompetensi implementasi yang harus dikerjakan/dilaksanakan oleh masing-masing peserta pelatihan dilingkungan masing-masing. Baik lingkungan masyarakat maupun lingkungan sekolah. daftar tilik unjuk kerja menjadi bagian dari Rencana Kegiatan Tindak Lanjut (RTL) pasca pelatihan. Form E diisi oleh peneliti dan enumerator berdasarkan laporan dan penilaian capaian kinerja masing-masing peserta. Score daftar tilik unjuk kerja merupakan nilai yang akan dijadikan dasar / standar efektifitas model pemberdayaan kelompok sebaya dan melaksanakan manajemen bencana berdasarkan pengurangan resiko berbasis masyarakat.

3.3.8 Validitas dan reliabilitas instrument

Dalam penelitian *quasi eksperimen* dengan metode *observasional*, harus diperhatikan validitas dan reliabilitas terhadap perlakuan yang diberikan. Instrumen yang digunakan di uji secara kuantitatif sebagai berikut :

3.3.8.1 Uji validitas dan reliabilitas instrumen sikap.

Uji validitas dan reliabilitas instrument sikap dilakukan sebelum penelitian dilaksanakan. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada kelompok sebaya siswa SMA sebanyak 20 orang pada wilayah rawan bencana alam yang relatif sama dengan tempat penelitian. Responden uji validitas di ambil dari siswa SMAN I Lembang yang berbeda dengan responden penelitian. Uji validitas dan reliabilitas sikap dengan skala likert menggunakan uji validitas *Alpha Cronbach*. Uji validitas dan reliabilitas instrument sikap dilakukan sebelum penelitian dilaksanakan. Uji validitas dilakukan pada aparat dan tokoh masyarakat sebanyak 20 orang pada wilayah rawan bencana alam yang relatif sama dengan tempat penelitian. Hasil uji validitas instrumen sikap diperoleh 30 pertanyaan pengetahuan dengan nilai r (0,461 – 0,870), dengan reliabilitas r 0,607).

3.3.8.2 Uji validitas dan reliabilitas instrumen pengetahuan

Uji validitas dan reliabilitas instrumen pengetahuan dilakukan sebelum penelitian dilaksanakan. Uji validitas dan reliabilitas yang digunakan adalah rumus korelasi *product moment* terhadap 26 item pertanyaan pengetahuan tentang manajemen pengurangan resiko bencana oleh masyarakat, yang ditujukan untuk kelompok Sebaya siswa SMA. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada kelompok sebaya siswa SMA sebanyak 20 orang pada wilayah rawan bencana alam yang relatif sama dengan tempat penelitian. Responden uji validitas di ambil dari siswa SMAN I Lembang yang berbeda dengan responden penelitian. Hasil uji validitas diperoleh 26 item pertanyaan aspek pengetahuan dengan nilai r 0,362 sampai 0,809. Hasil uji reliabilitas diperoleh nilai r 0,61.

3.3.8.3 Uji validitas dan reliabilitas instrumen keterampilan

Instrumen daftar tilik unjuk kerja kinerja peserta pelatihan dilakukan dengan melakukan uji validitas dan reliabilitas isi (kontent Vaidity). Instrumen kinerja teman sebaya siswa SMA di uji kelayakan atau relevansinya melalui analisis rasional oleh panel yang berkompeten atau melalui expert judgement. Validitas isi lebih berkaitan dengan kesesuaian item test dengan materi yang akan di ukur. Keterkaitan ini hanya dapat diuji kelayakannya oleh pakar yang berkompetent pada substansi materi yang akan di ujikan. Ujivaliditas dan reliabilitas keterampilan dalam bentuk kontent validity dilakukan terhadap staf ahli BPBD Kabupaten Bandung Barat, yaitu Kepala Pelaksana BPBD Kabupaten Bandung Barat, Bapak Duddy Prabowo., S.Sos., MM dan Praktisi Kebencanaan Bidang Kesehatan dari Poltekkes Kemenkes Bandung., Bapak Haris Sofyana., S.Kep.Ners., M.Kep. Setelah dilakukan beberapa kali revisi pad atanggal 15 September 2019, instrumen keterampilan dinyatakan valid dan reliabel.

3.3.9 Cara pengumpulan data

Penelitian kuantitatif merupakan tahapan untuk menilai kompetensi kelompok sebaya siswa SMA sebagai kelompok prioritas dalam penanggulangan bencana berbasis oleh masyarakat. . Pengukuran pada tiap kelompok meliputi pengukuran pre intervensi (pengukuran 1), paca intervensi (pengukuran 2), satu bulan pasca intervensi (pengukuran 3).

Adapaun tahapan pengumpulan data tersebut dapat dilakukan melalui beberapa tahapan, sebagai berikut :

- a. Data pengetahuan dikumpulkan dengan memberikan angket yang berisi daftar pertanyaan dalam bentuk *multiple choise*. Setiap pertanyaan diisi oleh responden kelompok sebaya siswa SMA dengan memilih salah satu jawaban yang dianggap paling benar. Pilihan jawaban terdiri dari 5 pilihan yaitu A, B C, D atau E. Selanjutnya data hasil pengisian responden tersebut dinilai dengan score 1 untuk jawaban benar dan score 0 untuk jawaban salah. Hasil scoring di kumulatifkan dalam bentuk nilai pengetahuan pada rentang 0-100.
- b. Data Sikap dikumpulkan dengan menilai respon sikap responden kelompok sebaya siswa SMA melalui lembar angket yang berisi daftar pernyataan sikap skala likert (1-5) terhadap penanggulangan bencana oleh masyarakat. Skor sikap responden merupakan nilai total dari setiap item pernyataan yang berjumlah 25 item dengan nilai 25 – 100.

- c. Data keterampilan dikumpulkan melihat kepatuhan responden kelompok sebaya siswa SMA pada SOP tindakan, nilai keterampilan diperoleh dengan cara melihat prosentase item yang dilakukan dibanding seluruh item yang diobservasi pada satu tindakan, nilai 0 – 100.
- d. Data Penampilan kinerja responden dikumpulkan dengan melakukan checklist kegiatan dan keberhasilan tindakan aktifitas yang dilakukan oleh responden teman sebaya siswa SMA dalam melakukan langkah-langkah penanggulangan bencana dengan pengurangan resiko bencana oleh masyarakat. Selanjutnya dihitung capaian kinerja yang dilakukan oleh masing-masing responden kelompok sebaya siswa SMA.

3.3.10 Cara pengolahan data

Setelah semua data pengetahuan, keterampilan, sikap dan Penampilan kinerja pada responden kelompok sebaya siswa SMA terkumpul berdasarkan hasil pre dan post test, selanjutnya diolah dengan melalui tahapan *coding*, *editing*, *clearing* dan *tabulating*. Data umum dikelompokkan sebagai data dasar untuk biodata responden. Terdiri dari biodata responden (umur, dan jenis kelamin) sebagai data pendukung penelitian. Data umum diisi oleh responden pada form A instrument penelitian. Data umum diidentifikasi dengan merujuk pada indikator yang digunakan dalam *Transcultural Nursing*, meliputi : dukungan teknologi, agama dan falsafah hidup, aspek sosial dan keluarga, nilai-nilai budaya dan gaya hidup, ekonomi dan faktor pendidikan Data khusus berupa hasil perolehan nilai pengetahuan, keterampilan, sikap tampilan kinerja responden kelompok sebaya siswa SMA saat pre test dan post test dalam melaksanakan manajemen bencana berbasis masyarakat di olah dan di masukan kedalam program computer untuk dianalisa lebih lanjut. Nilai pengetahuan, keterampilan, sikap dan penampilan kinerja kelompok sebaya siswa SMA di sajikan dalam bentuk data numeric dengan ukuran *tendency central*.

3.3.10.1 Analisa Univariat

Dilakukan terhadap karakteristik responden dan variable penelitian yang berupa data numeric dengan melihat ukuran *tendency central* untuk variabel usia, pengetahuan, dan sikap. Sementara untuk data katagori yaitu jenis kelamin digunakan distribusi prosentase. Pada umumnya analisa univariat dilakukan terhadap data umum yang bersifat variabel tunggal, yaitu biodata responden (umur, dan jenis kelamin) sebagai data pendukung penelitian. Data umum diisi oleh responden

pada form A instrument penelitian. Data umum diidentifikasi dengan merujuk pada indikator yang digunakan dalam *Transcultural Nursing*, meliputi : dukungan teknologi, agama dan falsafah hidup, aspek sosial dan keluarga, nilai-nilai budaya dan gaya hidup, ekonomi dan faktor pendidikan.

3.3.10.2 Analisa bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk menguji perbedaan nilai rata-rata sebelum dan setelah pelatihan pada masing masing variabel (pengetahuan, keterampilan, sikap dan tampilan kinerja kelompok sebaya siswa SMA). Analisa statistic yang digunakan adalah uji beda 2 rata-rata independent dan berpasangan. Analisa bivariat dilakukan dalam beberapa analisa data penelitian, seperti :

1. T-test dependent, untuk menganalisa perubahan dalam aspek pengetahuan , keterampilan dan sikap, dan kesiapsiagaan siswa SMA terhadap penanggulangan bencana pada intervensi menggunakan model POKBAYA ASAL KENA
2. T-test dependent, untuk menganalisa perubahan dalam aspek pengetahuan , keterampilan dan sikap, dan kesiapsiagaan siswa SMA terhadap penanggulangan bencana pada intervensi menggunakan model standar BPBD
3. T-test dependent, untuk menganalisa perubahan dalam aspek pengetahuan , keterampilan dan sikap, dan kesiapsiagaan siswa SMA terhadap penanggulangan bencana pada intervensi menggunakan model POKBAYA ASAL KENA DENGAN TRANSCULTURAL NURSING
4. Uji ANOVA untuk menilai model mana yang paling efektif meningkatkan kesiapsiagaan siswa SMA terhadap penanggulangan bencana. Dilanjutkan dengan uji Bon Ferroni untuk menentukan nilai pengaruh masing-masing variabel.

3.3.10.3 Analisa Multivariat.

Analisa multivariat merupakan langkah terakhir analisa data penelitian. Analisa multivariat dilakukan untuk beberapa langkah dalam penelitian, yaitu :

1. *General Linier Model-Repeat Measure (GLM-LM)* merupakan metode analisis yang digunakan untuk menilai kemampuan masing-masing responden agar mencapai batas minimal kompetensi pengetahuan, keterampilan dan sikap yang dipersyaratkan untuk dapat melakukan tahap akhir dalam pemberdayaan masyarakat/ lingkungan sekolah dalam bentuk

penampilan kinerja. Bagi responden yang belum memperoleh batas nilai maksimal maka dilakukan pengukuran berulang, sampai mencapai batas minimal yang dipersyaratkan.

2. Analisa regresi, Merupakan proses analisi yang digunakan untuk melihat hubungan berbagai sub variabel dalam komponen transcultural nursing yang berpengaruh terhadap berbagai sub variabel dalam aspek perubahan perilaku dan kinerja responden kelompok sebaya siswa SMA pada daerah rawan bencana yang berbeda, yaitu di daerah rawan bencana banjir dan daerah rawan bencana gunung meletus atau gempa vulkanik. Uji Regresi yang digunakan dapat berupa uji regresi linier maupun logistik tergantung pada jenis skala data yang ditentukan. Uji multivariat dilakukan pada kedua kelompok penelitian, baik kelompok kontrol maupun kelompok intervensi, sehingga pada akhir penelitian dapat dibandingkan Efektifitas Pendekatan *Transcultural Nursing* Dalam Model Pemberdayaan Kelompok Sebaya siswa SMA Melalui Program Anak Sekolah Kenal Bencana (Asal Kena) Sebagai Penguatan (Empowering) Pengurangan Resiko Bencana Berbasis Masyarakat (PRBOM) Di Wilayah Rawan Bencana yang berbeda.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dalam 3 (tiga) tahapan penelitian dengan *mix methode*, yaitu gabungan tahapan penelitian kualitatif dan tahap penelitian kuantitatif. Penelitian Kualitatif dilakukan pada tahap 1, yaitu dengan studi fenomenologi terhadap pemahaman, sikap, keterampilan, pendapat, masukan, saran dan harapan berbagai elemen yang terlibat kegiatan kebencanaan, khususnya sosialisasi pencegahan dan kesiapsiagaan pada Kelompok Sebaya (Pokbaya) Anak Sekolah Kenal Bencana (Asal Kena). Tahapan ini telah dilaksanakan pada tanggal 15 Oktober 2019, di Gedung Pertemuan SMAN I lembang. Tahap ini diikuti oleh 17 responden yang berasal dari : unsur siswa SMA (6 orang), Unsur guru SMA (7 orang), unsur pegiat bencana di masyarakat (2 orang), dan unsur pemerintah/ BPBD Kabupaten Bandung Barat (2 orang).

Penelitian kuantitatif dilaksanakan pada tahap kedua dan ketiga, yaitu pada saat penyusunan model dan penerapan model Pokbaya-Asal Kena. Tahapan ini di desain berupa pelatihan pengenalan bencana bagi anak sekolah dengan menggunakan pedoman modul. **Modul yang digunakan adalah Modul Asal Kena, Modul BPBD dan Modul Gabungan Asal-Kena dengan Transkultural Nursing.** Pada tahap ini diukur perubahan pengetahuan, sikap dan keterampilan responden sebelum dan setelah (*pre-post test*) pelatihan dengan mengacu pada pengetahuan, sikap dan keterampilan dari unsur-unsur *transcultural nursing*. Selanjutnya dibandingkan pula secara kuantitatif ketercapaian kemampuan kelompok sebaya dalam mengidentifikasi kebutuhan Sekolah Siaga Bencana berdasarkan Instrumen Sekolah Siaga Bencana yang telah di standarisasi oleh Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI). Tahapan ini telah dilaksanakan pada tanggal 21-25 Oktober 2019 kepada kelompok sebaya Anak Sekolah SMA Padalarang, Parongpong, Cisarua, Ngamprah dan lembang sebanyak 60 orang responden yang dibagi menjadi 2 kelompok pelatihan, yaitu kelompok pelatihan dengan berpedoman pada Modul Asal Kena dan kelompok pelatihan dengan berpedoman pada Modul BPBD. Sedangkan kelompok ketiga menggunakan modul Gabungan Asal Kena dan BPBD dilaksanakan pada tanggal 15-16 November 2019 di SMA Islam AL

Musyawah Lembang dengan jumlah responden 30 orang responden yang berasal dari SMA Islam Al Musyawah dan SMK Nusantara AL Musyawah Lembang.

4.1.1 Hasil Penelitian Kualitatif

Studi kualitatif dilakukan untuk menggali dan menganalisis tentang kendala upaya pemberdayaan masyarakat sekolah, khususnya kelompok sebaya anak sekolah dalam Pengurangan Resiko Bencana Oleh masyarakat (PRBOM). Selain itu, dilakukan tinjauan pengaruh aspek teknologi, agama, falsafah hidup, sosial, keluarga, budaya, gaya hidup, ekonomi dan pendidikan terhadap pemberdayaan kelompok sebaya/ siswa SMA dalam Pengurangan Resiko Bencana Oleh masyarakat (PRBOM).

1. Karakteristi Responden

Tabel 4.1
Distribusi frekwensi karakteristik responden t
Tahap I (kualitatif) Studi Eksplorasi

	Variabel	Frekwensi (f)	Prosentase (%)
Agama	Islam	17	100
	Non Islam	0	0
	Jumlah	17	100
Peran	Siswa	6	35.3
	Guru	6	35.3
	Pegiat Bencana	2	11.8
	BPBD	3	17.7
	Jumlah	17	100
Jenis Kelmain	Laki-laki	11	64.7
	Perempuan	6	35.3
	Jumlah	17	100
Pengalaman Pelatihan	Pernah	7	41.2
	Tidak Pernah	10	58.8
	Jumlah	17	100
Asal Institusi	SMAN I Lembang	4	23,6
	SMAN I Parongpong	2	11,8
	SMAN I Ngamprah	2	11,8
	SMAN I Cisarua	2	11,8
	SMAN I Padalarang	2	11,8
	BPBD KBB	3	17,7
	Tokoh / Pegiat Bencana	2	11,8
	Jumlah	17	100

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa, terdapat 17 responden dalam tahap penelitian eksplorasi. Seluruh responden beragama Islam (100%), dengan jumlah laki-laki lebih besar, yaitu 11 orang (64,7%). Jumlah responden guru dan siswa paling banyak yaitu masing-masing 6 orang (35,3%), dan sebagian besar, yaitu 10 orang (58,8%) belum pernah mengikuti pelatihan kebencanaan. Respon dari SMAN I lembang paling banyak mengikuti tahap ini yaitu 4 orang (23,6%).

2. Analisa Tematik

Analisa tematik di lakukan terhadap jawaban responden pada pengambilan data secara kualitatif melalui wawancara tertulis dan Fokus Grup Diskusi. Tahapan analisa data kualitatif memunculkan tema-tema yang dijadikan dasar bagi peneliti untuk melakukan intervensi. Hasil analisis tema terlihat pada tabel

Tabel 4.2
Analisis tematik study eksplorasi

Data	Tema
<p><u>Siswa 1, 2,4, 5,6</u></p> <p>“... Saya belum pernah mendapatkan informasi disekolah tentang penanggulangan bencana”</p> <p>“ Disekolah kami belum mendapat penyuluhan bencana dari pemerintah”</p> <p>“ Pernah ada penyuluhan tapi kurang mengerti, tahu sedikit tentang bencana”</p> <p>“ Pelajaran di sekolah tidak ada, tapi di PMR dan pramuka pernah di ajarkan. Lupa lagi. Hehehehehe.....”</p> <p>“ Saya bisa tentang bencana. Tapi kurang ngerti. Sama teman-teman ngobrol.....”</p> <p>“ Tahu doong..., sesar lembang di tempel dikelas fosternya. Belum pernah belajar menyelamatkan diri.....”</p> <p>“ Ada lagunya. Belum hapal ...hehehe. Pokoknya lindungi kepala, masuk kolong meja. Sedikit-sedikit pernah.....”</p> <p>“ Disekolah tidak ada siswa siaga bencana”</p> <p>“ Saya tahu banyak bencana di sekolah. Rawan pokoknya. Tapi tenang saja. Karena tidak ada penyuluhan, waktu SMP pernah sich. Cuman lupa.....”</p>	<p><u>Tema 1</u></p> <p>Sosialisasi Informasi tentang bencana ke sekolah di wilayah Bandung Barat yang Rawan Bencana belum cukup dilakukan</p>

<p><u>Petugas bencana 1,2</u></p> <p>“ Sudah sering dilakukan penyuluhan ke sekolah-sekolah. Ada programnya. Tapi belum semuanya.....”</p> <p>“ Banyak kegiatan di kantor kami, Kurang SDM, harus kerjasama lintas sektor dan program.....”</p> <p>“ Informasi bencana kesehatan, belum pernah di lakukan. Paling-paling ITB sama UPI yang suka kerjasama memberi penyuluhan.....”</p> <p>“ Ada program pemerintah. Sekolah Tangguh Bencana. Sudah banyak. Sekolah lembang sering, yang lainnya belum pernah”</p>	
<p><u>Guru 1,2,4,5,6</u></p> <p>“ Kami tahu wilayah kami rawan bencana, tapi belum ada program penyuluhan rutin pada siswa.....”</p> <p>“ Sekolah kami sangat memperhatikan terkait program sekolah tangguh, karena jadi percontohan, tapi implementasinya kurang.....”</p> <p>“ Perlu bantuan dari semua pihak untuk sosialisasi dan menerapkannya disekolah-sekolah.....”</p> <p>“ Tidak ada pelajarannya, hanya di IPA dan geografi. Sedikit. Tentang kejadian bencana”</p> <p>“ Tahu sekolah kami rawan Bencana dari membacana. Ada sesar lembang. Tapi tidak faham menyampaikannya....”</p> <p>“ Para siswa tidak di ajarkan saat kejadian bencana. Tapi penyuluhan dari sekolah-sekolah, perguruan tinggi, suka ada, yang praktik atau KKN.....”</p>	
<p><u>Pegiat Bencana 1 dan 2</u></p> <p>“ Kalau penyuluhan pada masyarakat sudah sering, baik oleh BPBD maupun kelompok pegiat, tapi kalau kesekolah bukan merupakan Tupoksi.....”</p> <p>“ Kami mensosialisasikan sesuai alur. Khususnya pada semua warga masyarakat yang membutuhkan. Kalau disekolah-sekolah jarang oleh kami.....”</p> <p>“.....Perlu juga. Sangat perlu informasi bagi sanak sekolah karena mereka dapat dilibatkan. Hanya praktiknya jarang ada yang bersedia.....”</p> <p>“..... Semuanya tergantung pendanaan. Kalau kurang semuanya jadi sulit. Apalagi kesekolah. Sedikit yang tertarik dan menganggap penting.....”</p>	
<p><u>Siswa 2,3,5,6</u></p> <p>“ Sangat di perlukan pelatihan bagi sisiwa. Apalgi Baut PMR, Pramuka dan KSR.....”</p> <p>“ Siswa SMA Harus di latih dulu, baru diberikan soal latihan. Agar bisa menjawab benar”</p> <p>“ ... Di SMA Kami, belum ada pelajaran bencana. Hanya dengar-dengar saja dari medsos. Saya belum pernah ikut dilatih.....”</p> <p>“..... mau tahu ilmunya dulu. Agar tertarik. Waktu SMP pernah di beritahu dalam pelajaran IPA. Di SMA belum pernah di ajarkan.....”</p>	<p><u>Tema 2</u></p> <p>Perlu pelatihan Anak Sekolah SMA tentang manajemen Bencana ----> Bidang kesehatan</p>

“..... Sekarang kalau Upacara suka di umumkan oleh kepala sekolah harus siaga benacna. Disekolah tidak ada pasukan bencananya.....”

“..... Belum pernah dilatih bencana. Tidak tahu tentang kebudayaan bencana. Mau ikut pelatihan, seneng sih tentang pelajaran alam, kayak pramuka dan PKS.....”

Guru 1,3,6,4

“..... Sangat diperlukan latihan bagi sisiwa dalam penanggulangan bencana.....”

“ Dalam kurikulum ada tuntutan mengajarkan Bencana dalam bidang studi, tapi tidak semua guru-guru siap dan bisa. Pada umumnya guru IPA yang bisa menyambungkan....”

“ Kurang informasi secara rutin ke sekolah-sekolah SMA dalam mensosialisasikan penanggulangan bencana.....”

“ Para siswa harus dilatih dan terus menerus, karena saat lulus sekolah tidak siap lagi menghadapi bencana.....”

“..... Pelatihan bidang kesehatan belum pernah, yang suka datang irtu UPI, UIN, STPDN, ITB, tapi tidak rutin melaksanakan”

“ Disekolah kami mau di adakan Sekolah siswa siap benacna, hanya belum terrealisasi saja. Perlu SDM....”

Petugas Bencana 1,2,3

“..... Program pelatihan pada BPBD ada. Namanya sekolah tangguh bencana. Sudah sering pelatihan Bencana tapi tidak rutin karena keterbatasan anggraan.....”

“ BPBD Sering ke sekolah-sekolah memberikan penyuluhan, tapi bukana pelatihan seperti cara menyelamatkan diri, cara membuat sekolah siaga, hanya tidak semua sekolah mampu melaksanakan. Mungkin karena anggran dan keterbatasan SDM.....”

“ Kerjasama dengan PT sangat bagus. Sudah sering. ITB yang paling sering. Sedang ada prgramnya. Kalau dengan kesehatan belum pernah.....”

“..... Sekolah tangguh ada programnya. SMAN Lembang sebenarnya jadi contoh. Kegiatan nya sering, tapi kendalanya tidak rutin”

“ BPBD fokus pada cegah siaga. Yang banyak dilakukan di masyarakat. Bagi sekolah-sekolah perlu kerjasama dengan semua pihak. Termasuk PT”

Pegiat Bancana 1 dan 2

“..... Banyak warga yang ingin membantu tetapi tidak tahu caranya melatih bidang kesehatan pada anak-anak SMA.....”

“ ... saya tidak paham masalah kesehatan untuk menolong warga anak sekolah yang kena musibah bencana”

“... khusus bantuan kesehatan, saya tidak tahu harus bagaimana membantu korban diskeolah, paling hanya menggotong korban saja atau memindahkan atau merujuk ke Puskesmas....”

“..... Sejauh yang saya ketahui, pernah ada pelatihan anak sekolah, tapi banyaknya di SD. Kalau di SMA belum pernah dengar, saya sendiri belum pernah melakukan pelatihan buat anak sekolah”

<p><u>Pegiat Bencana 1-2</u></p> <p>“... Pengetahuan masyarakat tentang bencana masih sangat kurang. Perlu diberikan saat disekolah SMA...”</p> <p>“..... Harus lebih terstruktur. Tidak sporadis. Hangat-hangat tahi ayam, kalau sudah kejadian baru bergerak, kalau belum kejadian semuanya tiatap.....”</p> <p>“ Masyarakat dan organisasi sosial harus dilibatkan dilatih, agar bisa masuk- kesekolah-sekolah untuk melatih.....”</p> <p>“ Siswa SMA dapat diajdikan partner dan anggota organisasi untuk menjadi kader tangguh bencana di masyarakat.....”</p>	<p><u>Tema 3</u></p> <p>Perlu pengetahuan dan keterampilan siswa dalam menyelamatkan diri sendiri dan orang lain</p>
<p><u>Petugas Bencana 1,2,3</u></p> <p>“ Pengetahuan siswa SMA di Indonesia belum optimal di sampaiakn tentang bencana. Karena bnyak sekelai sekolahnya, sedangkan petugas kami terbatas....”</p> <p>“ dari sisi anggaran sudah ada alokasinya, hanya belum mencakup seluruh kegiatan peningkatan kapasitas guru dan seluruh siswa.....”</p> <p>“ Pengetahuan siswa tentang bidang kesehatan cukup perlu, apalagi harus punya kompetensi menyelamatkan orang terdekat.....”</p> <p>“ Kami setju Poltekkes melakukan pelatihan kesehatan bencana, apalagi bagi siswa SMA yang sudah bisa di ajak kerjasama menjadi kader kebencanaan, agar bisa menolong korban bencana....”</p> <p>“..... Kalau kegiatan Penyuluhan saja sudah sering, tapi insidental, sehingga pengaruhnya belum bisa di ukur. Apakah siswa bisa tau tidak.....”</p> <p>“ Kami menggunakan panduan dari pemerintah. Ssaya lupa. Tapi suka dilakukan oleh BPBD.....”</p>	
<p><u>Siswa 1,2,3,4,5,6</u></p> <p>“ ... Waktu gunung tangkuban perahu meletus kami tidak tahu harus bagaimana. Pokonya menyelamatkan diri.....”</p> <p>“ kemarin ada yang terkena, ada yang luka, ada yang sakit tidak bisa bernafas, pakai masker saja, ada juga yang yang tidak masuk sekolah. Kita membantu iuran. Dan doa...hehehehe.....”</p> <p>“ ada korban yang sesek, kita tidak tahu. Anak PMR lah tahu. PKS dan Pramuka tahu sedikit-sedikit. Tapi tidak berani. Takut mati. Pasiennya....”</p> <p>“ Disekolah pernah diajarkan lagunya saat pertama masuk SMA, pokoknya tutup kepala sama tas.....”</p> <p>“ Anak SMA perlu di ajarkan. Tapi tidak pernah. Jadi tidak tahu. Paling-paling lewat medsos. Mbah google kita tanyain.....”</p> <p>“ Tidak tahu caranya menolong korban bencana. Di kesehatan. Tidak berani, takut salah.....”</p>	
<p><u>Guru 1,2,3,4,5,6</u></p> <p>“.....Sekolah sudah berusaha melalui kesiswaan</p>	

<p>menyampaikan informasi pada seluruh siswa. Tapi banyak keterbatasan SDM dan dana.....”</p> <p>“ Disekolah kami tidak ada tim Tangguh Bencana, karena belum dibentuk. Bagus kalau ada pembentukan. Mungkin bisa sinergis dengan PMR atau Pramuka.....”</p> <p>“..... Jangan kan siswa, kami saja gurunya perlu buat di ajarkan cara menolong diri sendiri dan korban. Kalau kejadian bencana benar-benar terjadi. Apa yang bisa kami lakukan. Paling hanya menyuruh siswa keluar kumpul dilapangan.....”</p> <p>“.....Mata pelajaran sangat terbatas untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan. Sekain waktunya padatm gurunya juga btidak bisa mengajarkan. Beluam tahu ilmunya. Apalgi bidang kesehatan dan budaya masyarakat.....”</p> <p>“ Disekolah kami, sudah mulai di rancang, ada jalur evakuasi, titik kumpul dan petunjuk kalau gempa. Tapi belum pernah di praktekkan. Apalagi di latihkan. Perlu sekali diajarkan pada kami dan siswa..... “</p> <p>“ Sekolah akan senang jika ada yang mengajarkan untuk bekerjasama. Seperti UPI, Polman UIN yang sering datang ke sekolah kami “</p>	
<p><u>Siswa 1,2,3,4,5,6</u></p> <p>“ ... Di Pramuka dan PMR diajarkan cara membalut, membuat tandu untuk menggotong korban yang sakit. Kalau dilatih bencana menolong korban, belum tahu.....”</p> <p>“... saya gendong saja yang tidak bisa jalan..... hahahahaha”</p> <p>“... kalau ada yang luka di kaki saya tutup saja pakai kain seadanya biar tidak kotor. Pokoknya asal selamat.....”</p> <p>“ kalau yang pingsan saya ga tau, atau mungkin malah sudah meninggal.....”</p> <p>“...saya ingin bisa menolong orang yang mau meninggal padahal masih bisa diselamatkan.....”.</p> <p>“ tahu cara menyelamatkan diri, Sedikit-sedikit, seperti masuk kolong maja, tutup kepala sama helm.....”</p> <p>“ pake masker saja, agar debu tidak masuk hidung agar tidak ke isap.....”</p> <p>“ Harus belajar dulu, seperi, membersihkan darah, bisa napas sbuatan, eh.... apalagi ya ? itu..... membalut yang patah, sudah....”</p>	<p><u>Tema 4</u></p> <p>Materi yang dibutuhkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cara menyelamatkan diri 2) Cara menolong korban <ul style="list-style-type: none"> - Evakuasi korban - Memberikan napas buatan (BHD) - Perawatan luka - Monitoring kesehatan (tanda vital) - Membalut patah tulang
<p><u>Guru 1,2,3,5,6</u></p> <p>“ Anak-anak memang tidak di ajarkan cara merawat dan menyelamatkan orang lain. Sementara ini yang paling dilakukan adlaah penylukuhan ke sekolah secara terbuka di lapangan.....”</p> <p>“..... Siswa seharusnya bisa melakukan tindakan menyelamatkan diri sendiri, dan emnolong temannya yang menjadi korban. Memindahkan ke luar sekolah, dan mengobati yang luka.....”</p> <p>“ Siswa tidak tahu bagaimana kalau ada yang pingsan, tidak bisa membedakan akan mati atau tidak. Jangan kan siswa, kami saja gurunya tidak tahu..... heheheheh....”</p> <p>“</p>	
<p><u>Pegiat Bencana 1 dan 2</u></p>	

<p>“ saya sebenarnya ingin bisa memeriksa kesehatan korban, yang dasar-dasar saja...”</p> <p>“ kalau ada yang perlu digotong saya gotong aja pakai alat seadanya”</p> <p>“kalau yang patah, suka diikat saja pakai kain”</p> <p>“...harus ada orang yang bisa menolong orang yang kondisinya gawat yang mengancam jiwanya”</p> <p>“kalau patah kaki, tidak ada yang mengajarkan cara berjalan....”</p>	
--	--

Table 4.2 menunjukkan bahwa kejenuhan data setelah dilakukan wawancara tertulis (*deep interview*) dan *Focus Group Discussion (FGD)* pada empat kelompok responden penelitian. Ke-empat responden tersebut adalah : Guru, Siswa, Petugas bencana dan Pegiat bencana. Hasilnya menunjukkan bahwa bahwa terdapat empat topic utama yang menjadi tema dalam upaya meningkatkan dan mengembangkan Peran Anak sekolah Kenal Bencana (Asal Kena) bagi Kelompok Sebaya (Pokbaya) di lembaga pendidikan setingkat SMA/MA/SMK, yaitu :

1. Sosialisasi Informasi tentang bencana ke sekolah di wilayah Bandung Barat yang Rawan Bencana belum cukup dilakukan.
2. Perlu pelatihan kelompok sebaya anak sekolah SMA tentang manajemen Bencana Bidang kesehatan
3. Perlu pengetahuan dan keterampilan siswa dalam menyelamatkan diri sendiri dan orang lain
4. Materi yang dibutuhkan oleh siswa SMA sebagai Kelompok sebaya :
 - 1) Cara menyelamatkan diri
 - 2) Cara menolong korban
 - (1) Evakuasi korban
 - (2) Memberikan napas buatan (BHD)
 - (3) Perawatan luka
 - (4) Monitoring kesehatan (tanda vital)
 - (5) Membalut patah tulang

Ke-empat tema pokok hasil studi eksploratif ini sejalan dengan program dan kebijakan Kementerian Kesehatan RI melalui PPK Kemenkes (2011) menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan pada siklus bencana (pra, intra dan pasca bencana) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah atau mengurangi kecacatan dan memberikan pelayanan

yang terbaik bagi kepentingan korban bencana. Untuk mencapai tujuan tersebut, penanganan krisis kesehatan saat bencana dalam pelaksanaannya melalui lima tahap pelaksanaann, yaitu : tahap penyiagaan upaya awal, perencanaan operasi, operasi tanggap darurat dan pemulihan darurat serta tahap pengakhiran misi.

Langkah-langkah menyiapkan siswa SMA sebagai Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana (Pokbaya Asal Kena) sejalan dengan program pemerintah diatas. Selain itu ke-empat tema hasil study eksplorasi cukup relevan dijadikan dasar penguatan dan pengembangan program pelatihan bagi anak sekolah di tingkat jenjang pendidikan menenga atas (SMA/SMK/MA).

Pelatihan penanganan korban bencana pada siklus manajemen bencana khusus bidang kesehatan merupakan salah satu solusi dan terobosan integrative terhadap subjek dan objek korban bencana. Pelatihan Anak Sekolah Kenal Bencana berupa Pokbaya Asal Kena dalampenanggulungan bencana bidang kesehatan secara komprehensif menggerakkan semua sumber potensial bidang kesehatan, baik pemerintah, swasta maupun lembaga swadaya masyarakat. Pada tahap pra bencana siswa SMA sebagaai kader dan relawan Pokbaya Asal Kena memerlukan edukasi tentang berbagai masalah kesehatan yang lazim terjadi selama siklus bencana, sehingga secara mandiri mampu mempersiapkan berbagaiantisipasi dan penaganannya secara sederhana dalam batas dan kewenangan yang diperbolehkan peraturan dan perundang-undangan. Hal tersebut mengandung pengertian bahwa masyarakat sekolah, Pokbaya Asal Kena , perlu tahu ancaman apa saja yang terjadi akibat bencana, termasuk mengetahui siapa saja kelompok yang paling rentan dan prioritas untuk ditolong (Gunn, 2000).

Sejalan dengan tema-tema penelitian yang ditemukan pada studi eksploratif, bahwa Pokbaya Asal Kena memerlukan wadah Sekolah Siaga Tangguh Bencana dalam bentuk satuan tugas peannggulungan bencana dan pelatihan kemandirian penatalaksanaan bencana bidang kesehatan, maka hal ini dapat menjawab beberapa permasalahan yang ditemukan pada siklus panaganan bancana bidang kesehatan. Penelitian Wijoyo, Reny, Anisa, Cahyani, dan Uki, (2012), menjelaskan bahwa kerugian yang dialami korban dapat terjadi pada aspek fisik, mental maupun sosial. Kelompok Anak sekolah sebagai kelompok resiko merupakan kelompok yang rentan mengalami masalah selama terjadinya bencana alam. Hampir pada

setiap kejadian bencana, anak-anak, korban wanita dan ibu hamil selalu menunjukkan angka yang tinggi dibandingkan kelompok lain, belum lagi kerugian psikologis akibat trauma berkepanjangan yang menyebabkan kualitas pribadi anak-anak terdegradasi pada level yang sangat memprihatinkan. Dengan pelatihan dan pembinaan berkelanjutan melalui Pokbaya Asal kena berupa Penguatan peran kelompok sebaya siswa SMA dalam penanggulangan bencana maka daya lenting masyarakat (*community resilience*) untuk dapat segera bangkit dan mandiri dalam mencapai kesiapsiagaan, terbebas dari penyakit dan kecacatan dapat dilakukan lebih baik dan efisien.

Hasil studi eksplorasi memberikan gambaran bahwa adanya kesenjangan dalam penanganan masalah kesehatan selama siklus manajemen bencana adalah situasi yang factual. Hal ini sesuai dengan beberapa hasil penelitian pada kejadian di Indonesia menunjukkan akibat fisik yang dialami korban bencana diidentifikasi setelah bencana tersebut dinyatakan selesai (pasca bencana). Misalnya bencana erupsi Gunung Merapi memberikan gambaran rasio kejadian *Post Traumatic Syndrome Disorder (PTSD)* antara wanita dan pria yaitu 3:1, rasio tertinggi yang terjadi antara wanita dan pria ditemukan pada usia 21 hingga 25 tahun. Pada satu komunitas terdapat 20-30% wanita mengalami PTSD setidaknya sekali pada pengalaman kehidupannya, dan yang paling besar terjadi pada wanita usia produktif dengan rentang sebesar 10,4% hingga 13,8%6, Sedangkan di kecamatan Srumbung Magelang didapatkan hampir 700 bayi dan balita yang tidak mendapatkan pendampingan kesehatan pasca pengungsian bencana erupsi Merapi (Amalia, Ema dan Elsi, 2012). Hasil *deep interview* menunjukkan bahwa masyarakat sangat menginginkan tema-tema spesifik pada fase pra bencana bidang kesehatan dilakukan di tingkat sekolah, khususnya sekolah SMA dan sederajat disampaikan sebagai topic / materi dalam pelatihan seperti : BLS, merancang dan membuat tandu, observasi kesehatan, serta penanganan luka. Hal ini menjadi relevan jika dikaitkan dengan program pemerintah melalui PPK-Kemenkes (2011) yang mencanangkan bahwa masyarakat dengan trauma fisik yang berakhir dengan kecacatan, baik dalam bentuk cacat fisik ataupun mental memerlukan pendampingan dan proses advokasi yang terus menerus, sehingga mereka dapat menerima keadaanya secara asertif dan meminimalkan hambatan atau gangguan terhadap proses perkembangan dan pertumbuhannya. Lebih jauh di jelaskan bahwa program normalisasi terhadap korban bencana sering sekali terlupakan

setelah fase tanggap darurat dinyatakan berakhir. Sementara itu, menyandarkan semua permasalahan pada pemerintah, bukanlah merupakan pilihan cerdas. Karena pemerintah memiliki keterbatasan dalam mengelola seluruh korban bencana. Pemulihan fisik dan psikologis melalui lembaga-lembaga formal yang dibentuk oleh pemerintah belum secara utuh menyentuh akar permasalahan program normalisasi (PPK-Kemenkes 2011).

4.1.2 Hasil Penelitian Kuantitatif

Hasil studi kuantitatif di fokuskan pada perbedaan hasil perubahan rata-rata nilai pengetahuan, keterampilan, sikap dan tingkat kesiapsiagaan responden. Responden penelitian di bedakan menjadi tiga kelompok perlakuan, yaitu : 1) Kelompok yang dilatih dengan menggunakan modul Pokbaya-Asal Kena ., 2) Kelompok yang dilatih dengan menggunakan modul BPBD dan 3) Kolompok yang dilatih dengan menggunakan modul Pokbaya-Asal Kena dengan pendekatan *Trans Cultural Nursing*. Masing masing kelompok dilakukan intervensi dengan variasi pelatihan selama dua hari. Hasil penelitian, disajikan dalam bentuk data sebagai berikut :

1. Karakteristik Responden

Tabel 4.3
Distribusi frekwensi responden pada ketiga kelompok perlakuan
Berdasarkan Distribusi responden, Pengalaman Pelatihan, Jenis Kelamin, dan usia

Variabel		Kel 1	Kel 2	Kel 3	Jumlah Total
Jumlah Responden	Distribusi Responden	30 (33,3%)	29 (32,2%)	31 (34,4%)	90 (100%)
	Jumlah	30 (33,3%)	29 (32,2%)	31 (34,4%)	90 (100%)
Pengalaman Pelatihan	Pernah	8 (18,2%)	16 (36,4%)	20 (45,5%)	44 (48,9%)
	Belum Pernah	22 (47,8%)	13 (28,3%)	11 (23,9%)	46 (51,1%)
	Jumlah	30 (33,3%)	29 (32,2%)	31 (34,4%)	90 (100%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	13 (37,1%)	14 (40,0%)	8 (22,9%)	35 (38,9%)
	Perempuan	17 (30,9%)	15 (27,3%)	23 (41,8%)	55 (61,1%)
	Jumlah	30 (33,3%)	29 (32,2%)	31 (34,4%)	90 (100%)
Usia	15 Tahun	6 (40,0%)	7 (46,7%)	2 (13,3%)	15 (16,7%)
	16 Tahun	16 (36,4%)	16 (36,4%)	12 (27,3%)	44 (48,9%)
	17 Tahun	7 (29,2%)	6 (25,0%)	11 (45,8%)	24 (26,7%)
	18 tahun	1 (14,3%)	0 (0,0%)	6 (85,7%)	7 (7,8%)
	Jumlah	30 (33,3%)	29 (32,2%)	31 (34,4%)	90 (100%)

Berdasarkan tabel 4.3 diatas, nampak bahwa responden terdistribusi merata pada ketiga kelompok perlakuan yaitu antara 29-31 responden. Berdasarkan pengalaman mengikuti pelatihan bencana, responden terdistribusi sama antara yang pernah mengikuti dan belum pernah mengikuti (44 : 46), sedangkan berdasarkan jenis kelamin, responden lebih banyak dengan proporsi 55 : 35. Berdasarkan tingkat usia seluruh responden terdistribusi merata pada rentang usia 15-18 tahun.

2. Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan

Tabel 4.4
Perubahan rata-rata nilai pengetahuan, sikap dan keterampilan sebelum dan setelah Intervensi Pada ketiga kelompok perlakuan

Variabel		Kel 1		Kel 2		Kel 3		Total	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Pengetahuan	Sebelum	58,33	13,62	49,73	9,41	42,05	11,27	49,95	13,29
	Setelah	61,41	12,43	53,84	11,53	55,33	10,30	56,88	11,78
	Nilai-p	P = 0,152		P = 0,048		P = 0,000		P = 0,000	
Sikap	Sebelum	66,00	5,90	65,01	5,88	50,59	8,03	63,34	7,29
	Setelah	66,72	8,17	66,01	7,01	59,19	6,10	60,94	10,33
	Nilai-p	0,502		P = 0,292		P = 0,000		P = 0,006	
Keterampilan	Sebelum	80,37	10,58	78,30	12,81	74,66	17,03	77,74	13,84
	Setelah	90,53	9,68	84,26	10,38	86,83	11,79	87,24	10,86
	Nilai-p	P = 0,000		P = 0,021		P = 0,000		P = 0,000	

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa secara keseluruhan terjadi perubahan rata-rata nilai pengetahuan, sikap dan keterampilan sebelum dan setelah dilakukan intervensi dengan ketiga modul pelatihan. Nilai $p=0,000 \leq 0,05$ pada ketiga domain pengukuran menunjukkan terdapat pengaruh pelatihan yang signifikan dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan siswa SMA di Kabupaten Bandung Barat. Pengaruh paling signifikan terlihat pada kelompok perlakuan ketiga dengan menggunakan modul Pokbaya-Asal Kena, dengan perubahan nilai rata-rata pengetahuan dari 42,05 menjadi 55,33 ($p=0,000 \leq 0,05$), rata-rata nilai sikap dari 50,59 menjadi 59,19 ($p=0,000 \leq 0,05$) dan rata-rata nilai keterampilan dari 74,66 menjadi 86,83 19 ($p=0,000 \leq 0,05$). Pada kelompok intervensi. Kelompok pertama dan kedua menunjukkan peningkatan pada ketiga domain pengukuran, hanya perubahan rata-rata tersebut tidak bermakna secara statistik pada aspek sikap dan pengetahuan.

3. Kesiapsiagaan Sekolah Tangguh Bencana

Tabel 4.5
Perubahan rata-rata kesiapsiagaan sekolah Siaga bencana sebelum dan setelah Intervensi Pada ketiga kelompok perlakuan

Variabel			Kel 1		Kel 2		Kel 3		Total	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Sekolah Siaga Bencana	Sebelum		74,32	12,48	75,80	12,21	72,64	12,55	74,22	12,35
	Setelah		84,30	9,11	79,26	11,05	81,70	8,46	81,78	9,69
	Nilai-p		P = 0,000		P = 0,115		P = 0,000		P = 0,000	

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa, secara keseluruhan terjadi peningkatan nilai rata-rata indeks kesiapsiagaan sekolah siaga bencana pada ketiga kelompok intervensi dengan peningkatan rata-rata dari 74,22 menjadi 81,76 ($p=0,000 \leq 0,05$). Namun demikian, jika di analisis lebih lanjut, pada kelompok kedua, peningkatan rata-rata kesiapsiagaan sekolah siaga bencana, dari 75,80 menjadi 79,26 tidak cukup memberikan nilai yang signifikan secara statistik ($p=0,115 \geq 0,05$). Sedangkan pada kelompok intervensi pertama dan ketiga perubahan rata-rata menunjukkan nilai yang signifikan dalam meningkatkan kesiapsiagaan sekolah siaga bencana ($p=0,000 \leq 0,05$).

4. Hasil analisa uji Anova

Tabel 4.6
Distribusi rata-rata nilai pengetahuan, sikap, keterampilan dan kesiapsiagaan Kelompok Sebaya siswa SMA Berdasarkan kelompok Intervensi

Variabel	Kelompok intervensi	Mean	SD	95% CI	Nilai p
Pengetahuan	Kelompok 1	61,41	12,43	56,76-66,05	0,03
	Kelompok 2	53,84	11,53	49,46-58,23	
	Kelompok 3	55,33	10,30	51,56-59,11	
Sikap	Kelompok 1	66,72	8,17	63,67-69,78	0,000
	Kelompok 2	66,01	7,01	63,35-68,68	
	Kelompok 3	50,59	6,10	48,36-52,83	
Keterampilan	Kelompok 1	90,53	9,68	86,92-94,15	0,081
	Kelompok 2	84,26	10,38	80,31-88,21	
	Kelompok 3	86,83	11,79	82,51-91,16	

Kesiapsiagaan	Kelompok 1	84,30	9,11	80,90-87,71	0,137
	Kelompok 2	79,26	11,05	75,06-83,47	
	Kelompok 3	81,70	8,46	78,60-84,81	

Berdasarkan tabel 4.6 diatas, Pada aspek pengetahuan, terdapat perbedaan rata-rata pengetahuan pada ketiga kelompok intervensi ($P=0,03$). Analisis lebih lanjut didapatkan bahwa kelompok yang berbeda signifikan adalah Kelompok 1 dengan kelompok 2 ($P=0,039$) sedangkan kelompok 1 dan 3 tidak ada perbedaan signifikan. Pada aspek sikap, terdapat perbedaan rata-rata sikap pada ketiga kelompok intervensi ($P=0,000$). Analisis lebih lanjut didapatkan bahwa kelompok yang berbeda signifikan adalah Kelompok 1 dengan 3, dan kelompok 2 dengan 3. Sedangkan pada aspek keterampilan dan indikator kesiapsiagaan sekolah siaga bencana tidak ada perbedaan yang signifikan antara ketiga kelompok intervensi.

4.1.3 Model Pelatihan Pokbaya Asal Kena

Model Pelatihan Pokbaya Asal Kena dikembangkan berdasarkan kajian literatur terhadap berbagai metode pelatihan bencana bagi anak sekolah yang sering digunakan oleh berbagai komunitas kebencanaan di Indonesia. Salah satunya yang digunakan oleh Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) dan komunitas Satuan Tugas Penanggulangan Bencana Poltekkes Kemenkes Bandung. Pada Model Pelatihan Pokbaya Asal Kena, pelatihan manajemen bencana bagi anak sekolah yang merupakan perpaduan model yang sering digunakan oleh BNPB dipadukan dengan model Asal kena yang digunakan oleh Satgas PBWP Poltekkes Bandung. Pada model Pokbaya Asal kena dilakukan penguatan substansi kesiapsiagaan sekolah siaga bencana dengan penambahan muatan kemampuan pemberdayaan kelompok sebaya siswa SMA dalam menyelamatkan diri sendiri dan menolong orang lain dibidang kesehatan. Model pokbaya asal kena diekstraksi dari unsur-unsur nilai dan keyakinan yang melekat pada daerah lokal dengan berpedoman pada mosel *trancultural nursing* yaitu : teknologi, agama, sosial dan keluarga, budaya, gaya hidup, kebijakan kesehatan, ekonomi dan pendidikan. Sedangkan pendekatan pelatihannya bersumber pada konsep *Parent Child Interactional Model*, yaitu pendekatan hubungan antara

fasilitator pelatihan dengan peserta latih sebagai hubungan orang tua dan anak, atau pelatih dan terlatih.

1. Deskripsi Model

Model pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) merupakan model pelatihan manajemen bencana bagi kelompok sebaya anak sekolah SMA yang menggabungkan beberapa konsep model kedalam satu kesatuan model pemberdayaan kelompok sebaya siswa SMA dengan pendekatan Anak Sekolah Kenal Bencana (Asal Kena). Ketiga model tersebut adalah 1) *Manitaba Disaster model : Integrated Disaster Management Model.*, 2) *Transcultural Nursing Model* dan., 3) *Parent-Child interactional model*. Model pelatihan Pokbaya Asalkena-TN di arahkan pada upaya pengenalan manajemen penanggulangan bencana dengan penguatan (enabling) pada aspek pemberdayaan (empowering) kelompok sebaya, yaitu siswa SMA atau sederajat, sehingga memiliki pemahaman yang baik terhadap upaya pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat. Selain itu model Pokbaya Asalkena-TN juga memberikan penguatan dalam menumbuhkan prilaku yang konstruktif kelompok sebaya agar memiliki kemampuan dalam menolong diri sendiri dan menolong orang lain, khususnya upaya-upaya penyelamatan korban bencana dalam bidang kesehatan.

Model pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) menghasilkan kelompok sebaya siswa SMA dan sederajat yang memiliki kapasitas dalam mensosialisasikan dan menjadi agent of change untuk mengubah paradigma masyarakat dalam memandang kejadian bencana, dari paradigma konvensional menjadi holistik.

2. Komponen Model

Komponen model pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) terdiri dari :

1) Kurikulum Pelatihan

Kurikulum pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) disusun guna menjamin keberlangsungan program pencerdasan anak-anak kelompok sebaya usia sekolah SMA dan sederajat terhadap wawasan kebencanaan, sekaligus sebagai percepatan program pemerintah dalam mensosialisasikan Program Pengurangan resiko Bencana Oleh Masyarakat. Selain itu, kurikulum pelatihan juga dirancang untuk memperkuat kapasitas kelompok sebaya siswa SMA dan sederajat agar mampu berperan sebagai pendamping masyarakat. Kurikulum pelatihan tersusun dari 16 jam pelatihan (JPL) yang terdistribusi kedalam teori (T) Praktik (P) dan Simulasi (S). Besar jam pelatihan adalah 45 menit/JPL. Distribusi jam pelatihan memenuhi komposisi T : P : S = 6 : 5 : 5, sehingga total perbandingan Teori dan Praktiknya adalah T : P = 6 : 10 (37,5 : 62,2). Memperhatikan jam pelatihan seperti tersebut diatas, maka akan lebih terstruktur dan berkesinambungan jika penyampaian pengetahuan bencana kepada kelompok sebaya tersebut diberikan sebagai muatan khusus (local) proses pembelajaran disekolah-sekolah menengah tingkat Atas, khususnya SMA dan sederajat (SMA) dan Sekolah Menengah Kejuruan (SMK). Mereka diberikan pemahaman yang terintegratif secara terstruktur melalui kurikulum pelatihan standar yang disusun dan ditetapkan oleh pemerintah dan berbagai pihak terkait disesuaikan dengan tingkat usia perkembangan masing-masing. Materi yang disampaikan dapat dalam bentuk modul atau kurikulum yang cerdas, komunikatif dan rekreatif, sehingga tidak keluar dari prinsip pembelajaran pada anak-anak dan orang dewasa yang selalu menekankan prinsip bermain pada seluruh aktifitasnya.

2) Modul Pelatihan

Modul pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) dikembangkan merupakan sintesa dari berbagai informasi yang diperoleh dari siswa, guru, pemerintah, praktisi kebencanaan dan masyarakat. Modul ini akan digunakan oleh dosen atau fasilitator dan mahasiswa. Ketersediaan dan kejelasan informasi bagi dosen ataberbagai kelompok yang berkepentingan sebagai implementasi penguatan kelompok sebaya (enambling)

dan Pemberdayaan Kelompok sebaya (empowering). Modul yang dikembangkan terdiri dari 8 Kegiatan belajar (KB) yaitu,:

- (1) KB 1 : Prinsip kebencanaan dan Kegawat daruratan bencana
- (2) KB 2 : Pencegahan Infeksi
- (3) KB 3 : Bantuan Hidup Dasar
- (4) KB 4 : Pertolongan korban bencana yang memiliki masalah cairan
- (5) KB 5 : Pertolongan korban bencana yang memiliki masalah Pernapasan
- (6) KB 6: Prinsip evakuasi dan transportasi
- (7) KB 7 : Keterampilan observasi status kesehatan (tanda-tanda vital)
- (8) KB 8: Konsep Pendampingan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN)

3) Pelatihan

Pada hakikatnya Pelatihan pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Trancultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) dikembangkan diselenggarakan dengan memperhatikan Prinsip pembelajaran rekreatif edukatif, yaitu bahwa selama pelatihan peserta latih harus dikondisikan pada suasana bermain yang menyenangkan, menggunakan media interaktif, rekreatif dan edukatif. Peserta latih di ajak secara langsung memahami situasi bencana dengan berbagai variasi permainan yang menyenangkan, baik indoor maupun out door. Penyelenggara dan fasilitator pelatihan berkewajiban untuk :

pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Trancultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) dikembangkan Berbasis kompetensi, yang memungkinkan peserta latih untuk: mengembangkan keterampilan langkah demi langkah dalam memperoleh pemahaman yang diharapkan, Konsep pelatyihan dilakukan dengan pendekatan belajar sambil berbuat (*Learning by doing*) yang memungkinkan peserta untuk :erkesempatan melakukan eksperimentasi dari materi pelatihan dengan menggunakan metode pembelajaran antara lain diskusi kelompok, simulasi, role play dan latihan (*exercise*) baik secara individu maupun kelompok

Dalam penalitian ini pelatihan telah dilakukan pada tiga kelompok intervensi, yaitu 1) kelaompok pelatihan dengan modul Aanak Sekolah Kenal Bencana., 2) Kelompok pelatihan dengan modul BPBD dan 3) Kelompok pelatihan dengan Pokbaya Asalkena-TN.

- (1) Pelatihan pada kelompok **pertama** dilaksanakan pada tanggal 21-22 Oktober 2019 kepada kelompok sebaya Anak Sekolah SMA Padalarang, Parongpong, Cisarua, Ngamprah dan lembang sebanyak 30 orang responden. Proses pelatihan dilakukan oleh tim fasilitator Satgas Penanggulangan Bencana dan Wabah Penyakit Poltekkes Kemenkes Bandung. Kurikulum yang digunakan untuk pelatihan pada tahap ini berdasarkan kurikulum dan modul pelatihan asal kena. Selama proses pelatihan diukur aspek perubahan perilaku meliputi pengetahuan, sikap dan keterampilan seluruh peserta. Selain itu, diidentifikasi kesiapsiagaan sekolah dalam menghadapi bencana sebagai sekolah siaga bencana berdasarkan parameter standar yang sudah ditetapkan oleh LIPI, yaitu : Pengetahuan responden tentang bencana, persepsi responden tentang rencana kegiatan sekolah menghadapi bencana, ketersediaan perangkat sekolah dalam merespon gejala awal kejadian bencana (*Early Warning System/ EWS*) dan kesiapan sekolah melakukan mobilisasi sumber daya saat kejadian bencana.
- (2) Pelatihan pada kelompok **Kedua** dilaksanakan pada tanggal 23-24 Oktober 2019 kepada kelompok sebaya Anak Sekolah SMA Padalarang, Parongpong, Cisarua, Ngamprah dan lembang sebanyak 29 orang responden. Proses pelatihan dilakukan oleh tim fasilitator Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Kabupaten Bandung Barat (KBB). Kurikulum yang digunakan untuk pelatihan pada tahap ini berdasarkan kurikulum dan modul pelatihan standar BPBD Bagi anak sekolah. Seperti halnya kelompok pertama, pada kelompok ini juga selama proses pelatihan diukur aspek perubahan perilaku meliputi pengetahuan, sikap dan keterampilan seluruh peserta. Selain itu, diidentifikasi kesiapsiagaan sekolah dalam menghadapi bencana sebagai sekolah siaga bencana berdasarkan parameter standar yang sudah ditetapkan oleh LIPI, yaitu : Pengetahuan responden tentang bencana, persepsi responden tentang rencana kegiatan sekolah menghadapi bencana, ketersediaan perangkat sekolah dalam merespon gejala awal kejadian bencana (*Early Warning System/ EWS*) dan kesiapan sekolah melakukan mobilisasi sumber daya saat kejadian bencana.
- (3) Pelatihan pada kelompok **Ketiga** dilaksanakan pada tanggal 15-16 Nopember 2019 kepada kelompok sebaya Anak Sekolah SMA Islam Al Musyawaroh dan SMK Taruna AL Musyawaroh Lembang sebanyak 31 orang responden. Proses pelatihan dilakukan oleh tim fasilitator Satgas Penanggulangan Bencana dan Wabah Penyakit

Poltekkes Kemenkes Bandung. Kurikulum yang digunakan untuk pelatihan pada tahap ini berdasarkan kurikulum dan modul pelatihan Kelompok sebaya asalkena dengan pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN). Seperti halnya kelompok pertama dan kedua, pada kelompok ini juga selama proses pelatihan diukur aspek perubahan perilaku meliputi pengetahuan, sikap dan keterampilan seluruh peserta. Selain itu, diidentifikasi kesiapsiagaan sekolah dalam menghadapi bencana sebagai sekolah siaga bencana berdasarkan parameter standar yang sudah ditetapkan oleh LIPI, yaitu : Pengetahuan responden tentang bencana, persepsi responden tentang rencana kegiatan sekolah menghadapi bencana, ketersediaan perangkat sekolah dalam merespon gejala awal kejadian bencana (*Early Warning System/ EWS*) dan kesiapan sekolah melakukan mobilisasi sumber daya saat kejadian bencana.

4) Pemberdayaan dan pendampingan

Pendampingan merupakan istilah yang banyak dipergunakan dalam upaya pengembangan masyarakat. Pendampingan merupakan bentuk penyempurnaan dari kata “Pembinaan”. Pendampingan dapat diartikan sebagai suatu interaksi yang terus-menerus antara pendamping dengan anggota masyarakat hingga terjadi proses perubahan kreatif yang diprakarsai oleh anggota kelompok/masyarakat yang lebih memiliki kesadaran, kemampuan dan lebih terdidik. Interaksi ini disebabkan Masyarakat memiliki pengetahuan yang didasarkan pada pengalaman dan dalam proses mikro sedangkan pendampingan memiliki Pengetahuan yang bersifat intelektual formal dan dalam proses makro. Secara garis besar pendamping memiliki 3 peran yaitu sebagai pembimbing, seorang Pelatih dan seorang fasilitator. Pendampingan dalam penelitian ini dimaksudkan sebagai refleksi hasil akhir penelitian tahap pelatihan seluruh peserta mendapatkan kesempatan untuk mendapatkan melakukan implementasi hasil pelatihan kepada lingkungan masyarakat terdekatnya, yaitu lingkungan sekolah. Seluruh peserta di berikan tanggung jawab sebagai rencana tindak lanjut pelatihan agar melakukan sosialisasi hasil pelatihan kepada kelompok sebagai lainnya yaitu siswa SMA yang ada dilingkungan ekolahnya masing-masing.

Tujuan utama dari pendampingan kelompok sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) adalah tercapainya “*kemandirian*”. Kemandirian disini dapat diartikan suatu kemampuan yang dimiliki oleh kelompok sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) di wilayah rawan bencana secara otonom untuk mengambil keputusan terbaik dalam merespon seluruh tahapan siklus manajemen bencana secara efektif

dan efisien. Kemandirian yang dimaksudkan dalam hal ini adalah Kemandirian secara material, kemandirian secara intelektual, dan kemandirian dalam hal penguatan dan pendampingan (*empowering dan enabling*).

Kemandirian Pendampingan yaitu kemandirian kelompok sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) di wilayah rawan bencana untuk mengembangkan diri mereka sendiri dalam bentuk pengelolaan tindakan kolektif yang membawa pada perubahan paradigma dan cara berfikir lingkungan sekolah dalam merespon setiap tahapan bencana. Kemandirian pendampingan ditandai dengan munculnya pendamping dari dalam lingkungan sekolah itu sendiri. Pendamping Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) di wilayah rawan bencana harus dilaksanakan secara terus menerus. Pendampingan ini membutuhkan ketelitian, pengertian, kemampuan dan perhatian yang optimal dari semua komponen

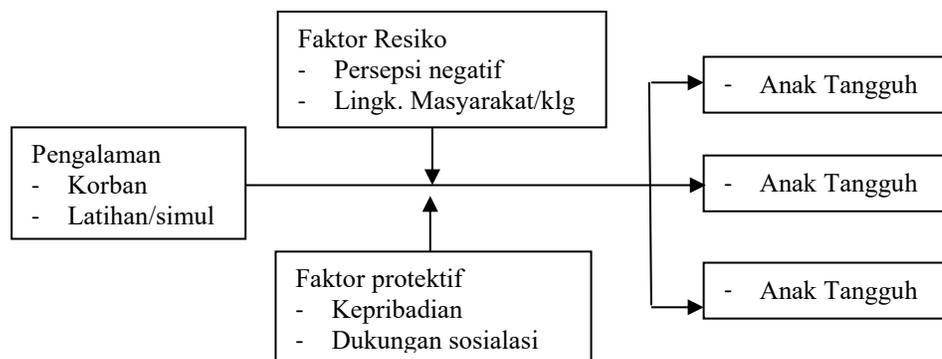
4.2 Pembahasan

1) Validasi Model Terhadap pengetahuan kelompok sebaya siswa SMA

Pada aspek pengetahuan kelompok dengan intervensi pelatihan Pokbaya Asalkena-TN menunjukkan hasil paling signifikan dibandingkan kedua kelompok intervensi lainnya, dengan peningkatan rata-rata meannya berkisar 13.28 point. Hal ini menunjukkan bahwa. Pengetahuan siswa SMA di Kecamatan Lembang, Parongpong, Ngamprah, Cisarua dan Padalarang tentang kebencanaan dimungkinkan sudah berkembang sejak sebelum dilakukan pelatihan. Hal ini ditunjukkan dengan rata-rata nilai pre test pada semua kelompok intervensi berada pada rentang 42.05-58.33 point. Hal ini terjadi dimungkinkan oleh adanya distribusi karakteristik siswa yang berasal dari berbagai SMA yang tersebar di seluruh Kecamatan yang diklasifikasikan daerah rawan bencana sepanjang patahan Lembang, sehingga Kelompok sebaya siswa SMA di lima Kecamatan tersebut sudah terpapar tentang materi kebencanaan.

Selain itu, sebagian peserta, yaitu 44 orang dari 90 total peserta (48.90%) pada ketiga kelompok intervensi adalah siswa SMA yang memiliki pengalaman memperoleh informasi tentang kebencanaan melalui berbagai organisasi dan kegiatan ekstra kurikuler. Hasil penelitian ini sesuai dengan pemahaman secara umum bahwa perilaku seseorang didasari oleh pengetahuan, sedangkan salah satu yang mempengaruhi

pengetahuan yaitu pendidikan. Orang yang memiliki pendidikan memungkinkan mendapatkan informasi lebih banyak, sehingga memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan seseorang yang tidak memiliki tambahan pengalaman pendidikan informal (Hasni, Nurdin dan Edwar, 2012). Reaksi penyesuaian anak terhadap pengalaman bencana atau simulasi bencana yang akan menghasilkan anak yang lebih siap menghadapi bencana dijelaskan oleh Sulistyaningsih (2009) dengan model sebagai berikut :



Bagan 4.1
Model Reaksi adaptasi anak terhadap pengalaman bencana melalui proses simulasi

Hasil penelitian ini, memperkuat pendapat Annan K (2007), dalam Agustiana, Wibawa dan Tika (2012) yang menjelaskan bahwa pengetahuan tentang bahaya yang ditimbulkan oleh bencana alam tidak cukup hanya diberikan kepada masyarakat yang sudah dewasa, tetapi penting diberikan kepada seluruh masyarakat, utamanya yang bertempat tinggal yang beresiko terkena bencana. Untuk itulah memberikan pemahaman berupa mitigasi bencana seharusnya menjadi prioritas untuk diperkenalkan pada kelompok usia remaja atau kelompok sebaya. Lebih jauh dijelaskan bahwa, masyarakat Indonesia sudah semestinya dibekali dengan pengetahuan tentang bahaya-bahaya bencana alam, mulai dari anak-anak TK, SD dan SMP dan SMA (Oemardi, 2005, dalam Agustiana, Wibawa dan Tika (2012).

Pelatihan Anak Sekolah Kenal Bencana dengan pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) yang telah dilakukan dapat meningkatkan pengetahuan siswa SMA di lima Kecamatan rawan bencana akibat berada di wilayah patahan Lembang. Hal ini menjadi penting karena bekal pengetahuan kecakapan hidup diperlukan oleh siswa

khususnya kelas-kelas dasar dan menengah sehingga ketika terjadi bencana siswa dapat melakukan upaya penyelamatan diri dan juga dapat menolong orang lain (National Research council, 2007). Kondisi baiknya pengetahuan siswa SMP di kecamatan Banjaran diperkuat dengan sudah seringnya sebagian responden terpapar dengan berbagai informasi seputar permasalahan kebencanaan melalui berbagai pengalaman belajar. Hal ini diperoleh ketika menjadi korban bencana banjir, ikut dalam kegiatan bhakti sosial, membaca dari berbagai media dan sharing antara sesama keluarga yang menjadi korban bencana.

Pengalaman belajar yang diperoleh dalam pelatihan Pokbaya Asalkena-TN melalui demonstrasi, simulasi dan diskusi yang menarik dan edukatif akan memberikan internalisasi konsep pengetahuan tanpa disadari dalam system memori otak manusia. Teori pembelajaran adalah teori yang menawarkan panduan eksplisit bagaimana membantu orang belajar dan berkembang lebih baik. Jenis belajar dan pengembangan mencakup aspek kognitif, emosional, sosial, fisik, dan spiritual (Reigeluth, 1999). Ini artinya teori pembelajaran berdasarkan pengalaman mesti menunjukkan beberapa karakteristik (1) *designed oriented* yakni berfokus pada upaya mencapai tujuan pembelajaran, (2) mengidentifikasi metode pembelajaran (cara untuk mendukung dan memfasilitasi belajar) dan situasi pada mana metode dipakai/tidak dipakai, dan (3) metode pembelajaran bisa dirinci sebagai rencana pelaksanaan pembelajaran (Notoatmojo, 2017).

Pengetahuan tentang kebencanaan sangat penting bagi siswa SMA yang menjadi kelompok sebaya dan potensial dalam manajemen bencana. Pengetahuan yang cukup dari kelompok sebaya akan sangat membantu dalam memberikan berbagai intervensi dan kesiapsiagaan selama manajemen bencana dilakukan. Penggunaan metode pelatihan sebagai pedoman pembelajaran sudah banyak digunakan dalam berbagai upaya peningkatan pengetahuan. Proses pelatihan Pokbaya Asalkena-TN yang dirancang dengan baik, akan menstimulasi minat anak untuk belajar lebih dan aktif tentang kebencanaan, sehingga hasil belajar sebagai tujuan pembelajaran harus dirancang agar memunculkan berbagai potensi yang dimiliki anak didik. Pelatihan merupakan salah satu metode pembelajaran yang baik dan efektif dalam membantu anak-anak menjalani proses

pembejaraan terencana dan kontinyu (Harahap, 2012). Hal ini sesuai dengan pendapat Sukarta (2012) bahwa pelatihan merupakan sistem pembelajaran kolektif. Tujuan utama pelatihan adalah untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pembelajaran di sekolah yang dapat dimanfaatkan di rumah, sehingga pelatihan dapat dilakukan di kelompok masyarakat manapun. Selain itu lama sebuah pelatihan harus tertentu.

Selain itu, pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Trancultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) di Kabupaten Bandung Barat dapat menjadi media *enabling* dan *empowering* sekolah dan kelompok sebaya dalam menginisiassai berbagai rencana kesiapsiagaan yang dihadapi siswa SMA atau kelompok sebaya secara mandiri di sekolah masing-masing. Pelatihan ini dapat menjembatani pemerintah dengan berbagai kelompok dimasyarakat dalam meminimalisasi resiko kejadian bencana. Penggunaan metode pelatihan dalam pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Trancultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) oleh lembaga pendidikan kesehatan (SatgasPoltekkes Bandung) sesuai dengan konsep prinsip perawatan bencana yang berfokus pada masyarakat atau *comunity Center Care (CCC)*, dengan berlandaskan filosofi kolaborasi antara keluarga, perawat dan institusi pendidikan serta lembaga pendidikan untuk merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan, termasuk adalah keperawatan bancana. Hal ini sesuai dengan program pemerinta melalui LIPI (2007) yang membentuk *Community preparedness (Compress)* di tingkat Sekolah Menengah Atas (SMA) dengan tujuan melakukan berbagai kajian ilmiah dalam bentuk pendidikan public dan kesiapsiagaan masyarakat dalam mengahdapi bencana (Arimastuti, 2011).

Korelasi pemahaman Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Trancultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) tentang bencana yang tercermin dalam pengetahuan dengan perilaku siswa dalam menghadapi bencana dijelaskan dalam penelitian Chaerumni, Sri dan Rida (2013) yang menjelaskan bahwa Pengetahuan terkait dengan persiapan menghadapi bencana pada kelompok rentan bencana menjadi fokus utama. Berbagai pengalaman menunjukkan bahwa kesiapan menghadapi bencana ini seringkali terabaikan pada masyarakat yang belum memiliki pengalaman langsung dengan bencana. Pengetahuan manusia akan bahaya, kerentanan, risiko dan kegiatan-kegiatan pengurangan risiko yang cukup memadai akan dapat

menciptakan aksi masyarakat yang efektif (baik secara sendiri maupun bekerjasama dengan para pemangku kepentingan lainnya) dalam menghadapi bencana. Hal ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh LIPI (2006), bahwa pengaruh paling besar dalam perhitungan tingkat kesiapsiagaan masyarakat pedesaan Aceh adalah tingkat pengetahuan yang dinilai cukup baik untuk individu/rumah tangga, sehingga nilai indeks pengetahuan rumah tangga sebesar 72 yang dapat dikategorikan siap.

2) Validasi Model Terhadap sikap kelompok sebaya siswa SMA

Hasil penelitian Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) menunjukkan bahwa pelatihan Pokbaya Asalkena-TN berpengaruh secara signifikan terhadap perubahan sikap Kelompok Sebaya siswa SMA di Kabupaten Bandung Barat dalam memandang dan bersikap terhadap kejadian bencana. Hal ini nampak dari adanya perubahan nilai rata-rata (mean) yang diperoleh kelompok intervensi setelah dilakukan pelatihan Pokbaya Asalkena-TN sebesar 8.60 point. peningkatan ini jauh lebih besar dibandingkan kedua kelompok kontrol yang dilakukan dengan model lain yang hanya meningkat 0.72-1.00 point. Perbedaan peningkatan nilai ini bermakna secara statistic yang ditunjukkan dengan nilai p value pada uji statistic *paired t-test dependent* antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebesar $p \text{ value } 0,000 \leq \alpha 0,05$.

Kedua kelompok menunjukkan perbedaan peningkatan rata-rata nilai sikap pada pre test dan post test. Walaupun secara statistic kedua kelompok tersebut bermakna, namun secara substansi kelompok kontrol tidak memberikan peningkatan yang berarti. Peningkatan nilai sikap pada kelompok kontrol lebih banyak disebabkan karena responden sudah mengenal item pre test dan post test yang telah diujikan. Hal ini dapat di pahami karena pengalaman responden yang berada di daerah rawan bencana sepanjang lempeng patahan lembang yang cenderung menjadi pengalaman belajar bagi peserta didik SMA di lima Kecamatan Kabupaten Bandung Barat. sehingga menunjukkan sikap positif terhadap setiap kejadian bencana.

Hasil ini juga menunjukkan perubahan sikap yang lebih kecil jika dibandingkan dengan perubahan pada variabel pengetahuan. Namun demikian, perubahan sekecil apapun dapat di interpretasikan sebagai bentuk peningkatan sikap responden kelompok sebaya siswa

SMA di lima Kecamatan Kabupaten Bandung Barat menuju kearah yang lebih positif dalam menghadapi kesiapsiagaan menghadapi kejadian bencana.

Penjelasan peningkatan aspek sikap dapat ditinjau dari perspektif sosial, yaitu bahwa interaksi antar komponen sikap adalah selaras dan konsisten antara ketiga aspek sikap, yaitu kognitif, afektif dan konatif. Hal ini disebabkan karena ketika dihadapkan dengan suatu objek sikap yang sama, maka ketiga komponen (kognitif, afektif dan konatif) tersebut seharusnya akan membentuk pola arah sikap yang seragam. Apabila salah satu dari komponen sikap tidak konsisten satu sama lain, maka akan terjadi ketidakselarasan yang menyebabkan terjadinya mekanisme perubahan sikap sedemikian rupa sehingga konsistensi akan tercapai kembali (Azwar, 2005). Perubahan sikap siswa SMA di lima kecamatan Kabupaten Bandung Barat sebagai responden pelatihan terbentuk sebagai akibat dari proses internalisasi berbagai materi dan metode pelatihan yang dilakukan. Metode pelatihan dengan pembelajaran praktik dalam bentuk demonstrasi dan simulasi menghasilkan pengetahuan yang direfleksikan dalam bentuk sikap. Metode simulasi penanggulangan bencana saat pelatihan sesuai dengan pendapat Rinanda (2013), yang menjelaskan bahwa simulasi merupakan tingkah laku seseorang untuk berlaku seperti orang yang dimaksudkan, dengan tujuan agar orang itu dapat mempelajari lebih mendalam tentang bagaimana orang itu merasa dan berbuat sesuatu, dengan demikian simulasi bencana pada dasarnya adalah permainan dalam pengajaran menghadapi bencana yang diangkat dari realita kehidupan.

Sikap spontan yang dilatihkan selama proses pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) di Kabupaten Bandung Barat dapat dijelaskan dengan mengacu pada teori tindakan beralasan (*theory of reasoned action*) yang dikemukakan oleh Ajzen dan Fishbein (dalam Azwar, 1995). Teori ini mengatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan, serta dampaknya terbatas hanya pada tiga hal, yaitu : 1) perilaku tidak banyak ditentukan oleh sikap umum, tetapi oleh sikap spesifik terhadap sesuatu, 2) perilaku dipengaruhi tidak hanya oleh sikap tetapi juga oleh norma-norma subjektif, 3) sikap terhadap suatu perilaku bersama-sama norma-norma subjektif membentuk suatu intensi atau niat untuk berperilaku tertentu.

Sikap Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) di Kabupaten Bandung Barat yang berespon positif dan memiliki pemahaman terhadap bencana dalam Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) di Kabupaten Bandung Barat penelitian ini menunjukkan adanya keselarasan antara komponen kognisi, afeksi dan konasi dari Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) di Kabupaten Bandung Barat. Menurut Mann (dalam Azwar, 1995) menjelaskan bahwa komponen kognitif berisikan persepsi, kepercayaan, dan stereotipe yang dimiliki individu mengenai sesuatu. Seringkali komponen ini dapat disamakan dengan pandangan (opini), terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversial. Komponen afektif merupakan perasaan individu terhadap objek sikap dan menyangkut masalah emosi. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin akan mengubah sikap seseorang. Sementara itu komponen perilaku berisi kecenderungan untuk bertindak atau untuk bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu. Dengan pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) di Kabupaten Bandung Barat diberikan pendidikan menolong diri sendiri melakukan kemampuan mitigasi di dalam kelas ketika terjadi gempa agar anak tersebut dapat menyelamatkan dirinya sendiri tanpa bantuan orang lain. Aspek afektif Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) di Kabupaten Bandung Barat sudah menginternalisasi dengan sangat baik. Persepsi, kepercayaan dan *stereotype* yang berlandaskan transcultural nursing tentang kebencanaan telah berkembang dan menunjukkan tingkat penerimaan yang stabil. Keterlibatan lembaga pendidikan sebagai pembina kesiswaan dalam intervensi terhadap upaya menumbuhkan sikap positif tersebut harus berlangsung cukup lama, melalui berbagai aktifitas yang mendorong memperoleh informasi kebencanaan bagi peserta didik, sehingga mempengaruhi suasana emosional, dan dapat lebih menerima serta bersikap positif. Dengan demikian memerlukan upaya mempertahankan sikap positif tersebut agar terus terjaga dan berkembang pada masa atau periode selanjutnya.

3) Validasi Model Terhadap Keterampilan kelompok sebaya siswa SMA

Variabel keterampilan merupakan aspek yang menunjukkan perubahan cukup besar dari ketiga aspek lainnya. Pada kelompok intervensi dengan pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN), peningkatan rata-rata nilai keterampilan pre-post tesnya mencapai 12.17 point. Meskipun perubahan tersebut belum sampai pada tingkatan baik, namun cukup besar jika dilihat dari nilai pre test yang diperoleh sebelumnya. Perubahan ini jauh berbeda dengan peningkatan rata-rata nilai pada kelompok kontrol yang hanya mencapai rata-rata meningkat dari . Walaupun demikian, kedua kelompok menunjukkan perubahan yang cukup berarti secara statistic. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perbandingan kedua kelompok kontrol dan intervensi bermakna secara signifikan, sehingga disimpulkan bahwa ada perbedaan nilai rata-rata keterampilan kesiapsiagaan menghadapi bencana pada Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) di lima kecamatan rawan bencana Kabupaten Bandung Barat

Perubahan yang ditunjukkan oleh Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) dalam penelitian ini membuktikan bahwa proses pelatihan Pokbaya Asalkena-TN dapat merubah aspek keterampilan sebagai komponen perilaku Kelompok Sebaya siswa SMA dalam berespon terhadap kesiapsiagaan menghadapi bencana. Hasil penelitian ini, sama dengan hasil penelitian Khairudin (2011), yang menunjukkan hasil bahwa tindakan untuk berlindung di tempat yang aman dan berlari ke luar ruangan merupakan pilihan bagi siswa ketika terjadi bencana. Sebagai ilustrasi, dapat dijelaskan bahwa kata kunci bagi anak-anak saat bencana terjadi adalah keterampilan menyelamatkan diri sendiri dengan berbagai cara, bukan menolong orang lain. Namun dalam simulasi yang ditunjukkan, baik saat pre test maupun post test, item keterampilan ini masih banyak diabaikan oleh peserta pelatihan, sehingga mereka masih memprioritaskan menyelamatkan barang dan orang lain. Padahal bagi Kelompok Sebaya siswa SMA, menyelamatkan orang lain yang mmenjadi korban bencana bukanlah prioritas, bagi mereka berlaku prinsip *do ho harm* dan *build back better* yang berarti membangun kembali dengan lebih baik adalah pilar dari upaya pengurangan resiko bencana yang

efektif dan tidak membuat anak menjadi terpapar atau semakin terpapar pada resiko (Reinhart, 2014).

Melatih dan mensimulasikan bencana pada Kelompok Sebaya siswa SMA akan meningkatkan rasa percaya diri dan konsep diri positif siswa dalam mempersiapkan kejadian bencana, selain itu membangun karakter yang tangguh dan kokoh dalam menghadapi setiap kesulitan yang ditimbulkan oleh bencana. Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Nirmalawati (2011) yang menjelaskan bahwa membentuk konsep diri pada siswa pendidikan dasar dan menengah dalam menghadapi mitigasi bencana dapat merubah keterampilan, sikap dan perilaku anak-anak dalam menghadapi bencana alam. Selain itu, aspek keterampilan Kelompok Sebaya siswa SMA dalam penelitian ini telah memiliki kecenderungan bertingkah laku (konasi) secara kooperatif sehingga mampu mengadopsi berbagai petunjuk, saran dan masukan yang diberikan oleh para instruktur pelatihan selama pelatihan Pokbaya Asalkena-TN berlangsung. Dalam hal inilah, peran perawat yang bergerak dalam bidang kebencanaan sebagai *educator*, *care giver*, *fasilitator*, dan *advocator* memegang peranan penting, dengan memasukkan unsurunsur nilai budaya dan kearifan lokal tersurat dalam konsep model *transcultural Nursing*. Termasuk dalam hal ini adalah upaya memberdayakan (*empowering*) dan memandirikan (*enabling*) Kelompok Sebaya siswa SMA, sebagai kelompok prioritas yang harus dimandirikan selama siklus bencana berlangsung. Merujuk pada penjelasan diatas, hasil penelitian ini sesuai dan mendukung penelitian yang telah dilakukan oleh Agustiana, Wibawa, dan Tika (2012) yang menyebutkan bahwa model pembelajaran mitigasi telah terbukti dan mampu meningkatkan pemahaman siswa pada mata pelajaran IPA dibandingkan dengan metode pembelajaran konvensional.

4)

5) Validasi Model Terhadap Kesiapsiagaan Sekolah Siaga Bencana

Model pelatihan Pokbaya Asalkena-TN telah meningkatkan kesiapsiagaan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana di lima Kecamatan Kabupaten Bandung Barat. Secara umum pada ketiga kelompok intervensi rata-rata indeks kesiapsiagaannya meningkat dan berpengaruh secara signifikan secara statistik. Nilai kumulatif pada ketiga kelompok, perubahan nilai rata-rata meningkat dari 74.22 menjadi 81.78 ($p=0.000$). Seperti halnya aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan, parameter kesiapsiagaan menunjukkan nilai yang paling bermakna pada kelompok pelatihan Pokbaya Asalkena-TN dengan perubahan peningkatan rerata sebesar 9.60 point.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Salasa, Emiliyawati dan Murini (2017) yang menjelaskan bahwa terdapat pengaruh pemberdayaan melalui pendekatan perencanaan kontinjensi dapat meningkatkan upaya kesiapsiagaan dengan nilai α (0.000) pada siswa SMA di Kecamatan Samarang Garut. Peningkatan rerata (36,67%) didapatkan pada faktor yang mengawali kesiapsiagaan, diantaranya dilihat dari persepsi terhadap resiko, kewaspadaan terhadap ancaman, serta penurunan kecemasan. Faktor tersebut menstimulasi terbentuknya niat melakukan kesiapsiagaan dengan peningkatan (43,33%), bahkan meningkatkan upaya perencanaan kesiapsiagaan bencana sebesar (42,00%) sebelum dan setelah intervensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pemberdayaan melalui pendekatan perencanaan kontinjensi mampu meningkatkan kesiapsiagaan siswa SMA terhadap ancaman kematian akibat bencana, sehingga dapat direkomendasikan bagi seluruh penggiat kebencanaan untuk memberdayakan Siswa SMA dengan perencanaan kontinjensi dalam upaya meningkatkan kesiapsiagaan terhadap ancaman kematian.

Berbagai kajian penelitian diatas menunjukkan bahwa kelompok Kelompok Sebaya siswa SMA menjadi elemen penting dalam sosialisasi pentingnya pemahaman masyarakat tentang manajemen bencana. Kelompok Sebaya siswa SMA lah yang populer disebut kelompok sebaya. menurut sensus penduduk tahun 2010 usia remaja (10-19 tahun) diperkirakan sebanyak 43,5 juta atau sekitar 18% dari seluruh jumlah penduduk (WHO, 2014 dalam Pusat Data dan InformasiKemenkes RI, 2015). Ditinjau dari sisi perkembangan, usia Kelompok

Sebayu siswa SMA memiliki potensi yang tinggi khususnya pencapaian perkembangan yang pesat pada kemampuan berpikir dan pergeseran mengenai peran baru di masyarakat. Selain itu, dikatakan pula bahwa kelompok usia remaja memiliki angka resiliensi yang baik pasca bencana tsunami Aceh tahun 2004 (Oktaviani, 2012, dalam Salasa, Murni, dan Emaliyawati, 2017)).

Pada kenyataannya, terdapat banyak kendala dalam merespon berbagai hasil kajian penelitian diatas. Kendala utama yang cukup dirasakan dalam pemberdayaan masyarakat adalah upaya sosialisasi program masih terkesan berjalan satu arah yaitu dari pihak pemerintah terhadap masyarakat, masih rendahnya kinerja penanggulangan bencana, rendahnya perhatian, perlunya pengurangan resiko bencana, dan masih lemahnya peran sekolah dalam pendidikan mitigasi bencana (Astuti & Sudaryono, 2010, dalam Salasa, Murni, dan Emaliyawati, 2017)). Pengurangan Resiko Bencana Oleh Masyarakat (PRBOM) adalah tindakan mempersiapkan masyarakat untuk selalu lebih mengenal daerah/ komunitas mereka sendiri, mengenal berbagai ancaman yang mungkin terjadi yang akan mengakibatkan bencana bagi daerah / komunitas mereka sendiri, selanjutnya mencoba untuk menggali kapasitas masing-masing individu sehingga masyarakat mempersiapkan segala sesuatunya sebelum, pada saat dan setelah bencana terjadi. Hal tersebut dimaksudkan agar warga mengetahui sesuatu yang mengancam masyarakat, mengetahui siapa saja kelompok yang paling rentan (prioritas untuk ditolong), mengetahui harus kemana, kapan dan bagaimana melakukan evakuasi, mengurangi/meminimalisir berbagi bentuk resiko yang kemungkinan akan terjadi sewaktu-waktu akibat terjadinya bencana, dan masyarakat mengetahui cara bertahan hidup setelah bencana (BPBD., 2014).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian dalam hasil penelitian Kesimpulan dalam penelitian ini dapat di simpulkan sebagai berikut :

1. Pengetahuan Kelompok Sebaya siswa SMA di lima desa rawan bencana Kabupaten Bandung Barat tentang penanggulangan kebencanaan memperoleh nilai rata yang tinggi pada semua kelompok penelitian. Total perubahan rata-ratanya meningkat dari 49.95 menjadi 56.88 ($p=0.000$). Pada kelompok intervensi yaitu Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN), nilai rata-rata meningkat dari 42.05 menjadi 55.33 ($p=0.000$) pada akhir pelatihan.
2. Sikap Kelompok Sebaya siswa SMA di lima desa rawan bencana Kabupaten Bandung Barat tentang penanggulangan kebencanaan memperoleh nilai rata yang tinggi pada semua kelompok penelitian. Total perubahan rata-ratanya meningkat dari 60.94 menjadi 63.34 ($p=0.000$). Pada kelompok intervensi yaitu Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN), nilai rata-rata meningkat dari 50.59 menjadi 59.19 ($p=0.000$) pada akhir pelatihan.
3. Keterampilan Kelompok Sebaya siswa SMA di lima desa rawan bencana Kabupaten Bandung Barat tentang penanggulangan kebencanaan memperoleh nilai rata yang tinggi pada semua kelompok penelitian. Total perubahan rata-ratanya meningkat dari 77.74 menjadi 87.24 ($p=0.000$). Pada kelompok intervensi yaitu Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN), nilai rata-rata meningkat dari 74.66 menjadi 86.83 ($p=0.000$) pada akhir pelatihan
4. Pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) dapat meningkatkan kesiapsiagaan Kelompok Sebaya siswa SMA di lima desa rawan bencana Kabupaten Bandung Barat tentang penanggulangan kebencanaan. Indikator kesiapsiagaan diukur berdasarkan standar sekolah siaga bencana yang diterbitkan LIPI meliputi aspek : pengetahuan, perencanaan, kesiapsiagaan evakuasi dan mobilisasi serta kesiapsiagaan Sumber Daya Manusia.

5.2 Saran dan Rekomendasi

Berdasarkan hasil penelitian, direkomendasikan hal-hal sebagai berikut :

1. Hasil penelitian ini menjadi bahan kajian untuk pengembangan model atau pedoman pelatihan standar yang dapat digunakan oleh Satgas Poltekkes Kemenkes Bandung dan pegiat kebencanaan lainnya dalam menjawab tuntutan masyarakat akan perlunya upaya mencerdaskan masyarakat terhadap upaya kesiapsiagaan (preparedness) sesuai dengan program PRBOM.
2. Hasil penelitian dapat dijadikan program pengembangan model pelatihan bagi siswa SMA dan kelompok sebaya dalam mewujudkan pengabdian kepada masyarakat sebagai bagian dari Tri Dharma Perguruan Tinggi
3. Pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) hendaknya dijadikan kegiatan ekstra kurikuler yang rutin dan terprogram dilakukan oleh pihak SMP di Kecamatan Banjaran, sehingga dapat melatih kepekaan social yang berkelanjutan.
4. Pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) di integrasikan dengan kegiatan pembelajaran melalui mata ajaran tertentu di SMA dan SMK yang sesuai dengan topic dan pembahasan terkait dengan kebencanaan, hal ini dapat dilakukan di masing-masing SMA dan SMK dengan berkoordinasi atau bekerjasama dengan Satgas Poltekkes Bandung dan lembaga terkait lainnya : PMI, BPBD, Kementerian Pendidikan Nasional, dan lain-lain.
5. Bagi Poltekkes Kemenkes RI Bandung, Pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) dapat menjadi bagian dari program pengabdian masyarakat bekerjasama dengan Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Direktorat Poltekkes Kemenkes RI Bandung, dengan penyempurnaan kurikulum dan GBPP pelatihan yang disesuaikan.
6. Modul, kurikulum dan Model Pelatihan Kelompok Sebaya Anak Sekolah Kenal Bencana dengan Pendekatan Transcultural Nursing (Pokbaya Asalkena-TN) disarankan dapat dijadikan output penelitian yang segera dapat dipublikasikan sebagai Hak Kekayaan Intelketual (HAKI) yang dapat memperkaya khasanah pengetahuan ilmiah

sebagai pedoman proses pembelajaran dalam pelatihan yang lebih aplikatif dan standar, sebagai produk akademik Poltekkes Kemenkes RI Bandung, sehingga tidak digunakan oleh pihak atau lembaga lain.