

PROTEKSI ISI LAPORAN AKHIR PENELITIAN

Dilarang menyalin, menyimpan, memperbanyak sebagian atau seluruh isi laporan ini dalam bentuk apapun kecuali oleh peneliti dan pengelola administrasi penelitian

LAPORAN AKHIR PENELITIAN

ID Proposal: d0d0234f-2319-43e3-af39-9b93bb2c00da
Laporan Akhir Penelitian: tahun ke-2 dari 2 tahun

1. IDENTITAS PENELITIAN

A. JUDUL PENELITIAN

Model Integrasi Latihan Kesiapsiagaan Bencana Berbasis Public Health Nursing (Ilatgana-PHN) dalam Meningkatkan Kemandirian Masyarakat di Wilayah Rawan Bencana Alam

B. BIDANG, TEMA, TOPIK, DAN RUMPUN BIDANG ILMU

Bidang Fokus RIRN / Bidang Unggulan Perguruan Tinggi	Tema	Topik (jika ada)	Rumpun Bidang Ilmu
Kebencanaan	-	Regulasi dan Budaya Sadar Bencana	Humaniora

C. KATEGORI, SKEMA, SBK, TARGET TKT DAN LAMA PENELITIAN

Kategori (Kompetitif Nasional/ Desentralisasi/ Penugasan)	Skema Penelitian	Strata (Dasar/ Terapan/ Pengembangan)	SBK (Dasar, Terapan, Pengembangan)	Target Akhir TKT	Lama Penelitian (Tahun)
Penelitian Desentralisasi	Penelitian Dasar Unggulan Perguruan Tinggi	SBK Riset Dasar	SBK Riset Dasar	3	2

2. IDENTITAS PENGUSUL

Nama, Peran	Perguruan Tinggi/ Institusi	Program Studi/ Bagian	Bidang Tugas	ID Sinta	H-Index
ALI HAMZAH Ketua Pengusul	Poltekkes Kemenkes Bandung	Keperawatan		6672615	0
HENNY CAHYANINGISH Anggota Pengusul 1	Poltekkes Kemenkes Bandung	Keperawatan	Mengumpulkan data dan mengolah data	6667375	0
HARIS SOFYANA Anggota Pengusul 2	Poltekkes Kemenkes Bandung	Keperawatan	Melaksanakan pengumpulan data dan analisis data dengan membantu ketua pengusul dalam penyusunan laporan	6756338	0

3. MITRA KERJASAMA PENELITIAN (JIKA ADA)

Pelaksanaan penelitian dapat melibatkan mitra kerjasama, yaitu mitra kerjasama dalam melaksanakan penelitian, mitra sebagai calon pengguna hasil penelitian, atau mitra investor

Mitra	Nama Mitra
-------	------------

4. LUARAN DAN TARGET CAPAIAN

Luaran Wajib

Tahun Luaran	Jenis Luaran	Status target capaian (<i>accepted, published, terdaftar atau granted, atau status lainnya</i>)	Keterangan (<i>url dan nama jurnal, penerbit, url paten, keterangan sejenis lainnya</i>)
2	Artikel di Jurnal Nasional terakreditasi peringkat 1-3	Accepted	MJMHC JOURNAL

Luaran Tambahan

Tahun Luaran	Jenis Luaran	Status target capaian (<i>accepted, published, terdaftar atau granted, atau status lainnya</i>)	Keterangan (<i>url dan nama jurnal, penerbit, url paten, keterangan sejenis lainnya</i>)
2	Policy brief, rekomendasi kebijakan, atau model kebijakan strategis	Tersedia	

5. ANGGARAN

Rencana anggaran biaya penelitian mengacu pada PMK yang berlaku dengan besaran minimum dan maksimum sebagaimana diatur pada buku Panduan Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Edisi II.

Total RAB 2 Tahun Rp. 60,100,000

Tahun 1 Total Rp. 0

Tahun 2 Total Rp. 60,100,000

Jenis Pembelanjaan	Item	Satuan	Vol.	Biaya Satuan	Total
Analisis Data	HR Sekretariat/Administrasi Peneliti	OB	1	500,000	500,000
Analisis Data	HR Pengolah Data	P (penelitian)	1	500,000	500,000
Analisis Data	Honorarium narasumber	OJ	3	900,000	2,700,000
Analisis Data	Uang Harian	OH	4	350,000	1,400,000
Analisis Data	Transport Lokal	OK (kali)	4	250,000	1,000,000
Analisis Data	Penginapan	OH	7	200,000	1,400,000
Analisis Data	Biaya konsumsi rapat	OH	30	30,000	900,000
Bahan	Barang Persediaan	Unit	5	100,000	500,000
Bahan	Bahan	ONE	5	100,000	500,000
Bahan	ATK	Paket	10	100,000	1,000,000
Bahan	Bahan Penelitian (Habis Pakai)	Unit	80	75,000	6,000,000
Pelaporan, Luaran Wajib, dan Luaran Tambahan	HR Sekretariat/Administrasi Peneliti	OB	1	500,000	500,000
Pelaporan, Luaran Wajib, dan Luaran Tambahan	Biaya seminar nasional	Paket	1	5,000,000	5,000,000
Pelaporan, Luaran Wajib, dan Luaran Tambahan	Publikasi artikel di Jurnal Internasional	Paket	1	7,500,000	7,500,000
Pelaporan, Luaran Wajib, dan Luaran Tambahan	Luaran KI (paten, hak cipta dll)	Paket	1	750,000	750,000
Pelaporan, Luaran Wajib, dan Luaran Tambahan	Uang harian rapat di dalam kantor	OH	5	110,000	550,000
Pelaporan, Luaran Wajib, dan Luaran Tambahan	Uang harian rapat di luar kantor	OH	5	350,000	1,750,000

Jenis Pembelanjaan	Item	Satuan	Vol.	Biaya Satuan	Total
Pelaporan, Luaran Wajib, dan Luaran Tambahan	Biaya konsumsi rapat	OH	10	30,000	300,000
Pengumpulan Data	HR Sekretariat/Administrasi Peneliti	OB	1	500,000	500,000
Pengumpulan Data	HR Pembantu Lapangan	OH	2	350,000	700,000
Pengumpulan Data	FGD persiapan penelitian	Paket	3	1,500,000	4,500,000
Pengumpulan Data	HR Pembantu Peneliti	OJ	4	750,000	3,000,000
Pengumpulan Data	HR Petugas Survei	OH/OR	4	350,000	1,400,000
Pengumpulan Data	Uang Harian	OH	4	350,000	1,400,000
Pengumpulan Data	Transport	OK (kali)	5	250,000	1,250,000
Pengumpulan Data	Uang harian rapat di dalam kantor	OH	5	110,000	550,000
Pengumpulan Data	Uang harian rapat di luar kantor	OH	5	350,000	1,750,000
Pengumpulan Data	Penginapan	OH	7	200,000	1,400,000
Pengumpulan Data	Biaya konsumsi	OH	280	30,000	8,400,000
Sewa Peralatan	Peralatan penelitian	Unit	1	500,000	500,000
Sewa Peralatan	Obyek penelitian	Unit	1	500,000	500,000
Sewa Peralatan	Ruang penunjang penelitian	Unit	1	1,000,000	1,000,000
Sewa Peralatan	Transport penelitian	OK (kali)	1	500,000	500,000

6. HASIL PENELITIAN

A. RINGKASAN: Tuliskan secara ringkas latar belakang penelitian, tujuan dan tahapan metode penelitian, luaran yang ditargetkan, serta uraian TKT penelitian.

Latar belakang. Indonesia merupakan negara dengan resiko bencana sangat tinggi. Indeks risiko bencana tahun 2021 menunjukkan 15 provinsi berada pada kelas risiko bencana tinggi dan 19 provinsi berada pada kelas risiko bencana sedang dan tidak ada provinsi yang berada pada risiko bencana rendah. Berdasarkan Indeks Risiko Bencana Indonesia (IRBI) 2020, Provinsi Jawa Barat memiliki indeks risiko 145.81 (tinggi), sehingga perlu upaya menyiapkan masyarakat agar memiliki sikap kesiapsiagaan menghadapi bencana. Perawat diharapkan berperan dalam upaya pengurangan risiko bencana di komunitas. Tujuan. Mengimplementasikan pedoman latihan kesiapsiagaan menghadapi bencana yang dicanangkan oleh BNPB sinergis dengan Program Public Health Nursing (PHN) dalam meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat di wilayah rawan bencana alam melalui model pelatihan ILATGANA-PHN. Metode. Metode dan design penelitian dirancang dalam 2 tahap penelitian, yaitu Penyusunan konstruksi model pelatihan ILATGANA-PHN dan Tahapan pelaksanaan pelatihan ILATGANA-PHN. Masing-masing tahapan menggunakan desain dan metodologi yang berbeda, sehingga secara keseluruhan metode penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah mix metode, yaitu formulasi desain penelitian yang menggabungkan antara metode penelitian kuantitatif dan metode penelitian kuantitatif. Data diolah dan dianalisis dengan menggunakan uji t-Test paired one sample dan uji regresi liner sederhana Hasil. Pelatihan ILATGANA-PHN berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan Tingkat Resiliensi Kesiapsiagaan masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p 0,000 \leq 0,005$) ditinjau dari 4 parameter kesiapsiagaan, yaitu Pengetahuan dan Sikap tentang bencana (KEP), Rencana kesiapsiagaan bencana (PE), Peringatan Bencana (WS) dan Mobilisasi Sumber Daya (RMC).Saran. Perlu dikembangkan model integrasi pelatihan ILATGANA-PHN kedalam konsep model program secara utuh, baik pada tingkat pemerintahan pusat maupun pemerintahan daerah

Kata kunci : Bencana, Pelatihan, Kesiapsiagaan, PHN

B. KATA KUNCI: Tuliskan maksimal 5 kata kunci.

Kata kunci : Bencana, Pelatihan, Kesiapsiagaan, PHN

Pengisian poin C sampai dengan poin H mengikuti template berikut dan tidak dibatasi jumlah kata atau halaman namun disarankan ringkas mungkin. Dilarang menghapus/memodifikasi template ataupun menghapus penjelasan di setiap poin.

C. HASIL PELAKSANAAN PENELITIAN: Tuliskan secara ringkas hasil pelaksanaan penelitian yang telah dicapai sesuai tahun pelaksanaan penelitian. Penyajian dapat berupa data, hasil analisis, dan capaian luaran (wajib dan atau tambahan). Seluruh hasil atau capaian yang dilaporkan harus berkaitan dengan tahapan pelaksanaan penelitian sebagaimana direncanakan pada proposal. Penyajian data dapat berupa gambar, tabel, grafik, dan sejenisnya, serta analisis didukung dengan sumber pustaka primer yang relevan dan terkini.

LAPORAN AKHIR
PENELITIAN DASAR UNGGULAN PERGURUAN TINGGI
(PDUPT) 2021



MODEL INTEGRASI LATIHAN KESIAPSIAGAAN BENCANA
BERBASIS PUBLIC HEALTH NURSING (ILATGANA-PHN)
DALAM MENINGKATKAN KEMANDIRIAN MASYARAKAT DI
WILAYAH RAWAN BENCANA ALAM

Tahun ke-2 dari Rencana 2 Tahun

Tim Peneliti

Ali Hamzah., SKp., MNS	:	NIDN. 4019057001
Haris Sofyana., S.Kep,Ners., M.Kep	:	NIDN. 4021067301
Henny Cahyaningsih., SKp., M.Kes., AIFO	:	Nidn. 4013086301
Budi Budiman., ST., MT	:	BPBD Provinsi Jawa Barat

POLTEKKES KEMENKES BANDUNG
JURUSAN KEPERAWATAN BANDUNG
DESEMBER 2022

HALAMAN PENGESAHAN
PENELITIAN PDUPT

Judul : Model Integrasi Latihan Kesiapsiagaan Bencana Berbasis Public Health Nursing (PHN) Dalam Meningkatkan Kemandirian Masyarakat Di Wilayah Rawan Bencana Alam

Peneliti

Nama Lengkap : Ali Hamzah., SKP., MN.
NIDN : 4019057001
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala / IV-a
Program Studi : Sarjana Terapan dan Pendidikan Profesi Ners
Nomor Hp : 085721845011
Alamat Surel (email) : hsogyana@yahoo.co.id / hsogyana21@gmail.com

Anggota Peneliti (1)

Nama Lengkap : Henny Cahyaningsih., SKp., M.Kes., AIFO
NIDN : 4013086301
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Perguruan Tinggi : Poltekkes Kemenkes Bandung
:

Anggota Peneliti (2)

Nama Lengkap : Haris Sofyana., S.Kep.Ners., M.Kep
NIDN : 4021067301
Program Studi : Sarjana Terapan dan Pendidikan Profesi Ners
Perguruan Tinggi : Poltekkes Kemenkes Bandung
Tahun Pelaksanaan : Tahun ke-1 dari rencana 2 tahun
Biaya Tahun Berjalan : Rp 31.600.000,-
Biaya Tahun kedua : Rp.60.100.000,-
Biaya Keseluruhan : Rp 91.700.000,-

Mengetahui
Kepala Pusat PPM

Bandung, 4 November 2022
Ketua,

Dr. Rr. Nur Fauziah, SKM, MKM, RD
NIP. 197007291993032002

Ali Hamzah., SKP., MNS
NIP. 197005191993031001

RINGKASAN

MODEL INTEGRASI LATIHAN KESIAPSIAGAAN BENCANA BERBASIS PUBLIC HEALTH NURSING (PHN) DALAM MENINGKATKAN KEMANDIRIAN MASYARAKAT DI WILAYAH RAWAN BENCANA ALAM Tahun ke- dari 2 tahun

*Ali Hamzah
Henny Cahyaningsih,
Haris Sofyana,
Budi Budiman*

Latar belakang. Indonesia merupakan negara dengan resiko bencana sangat tinggi. Indeks risiko bencana tahun 2021 menunjukkan 15 provinsi berada pada kelas risiko bencana tinggi dan 19 provinsi berada pada kelas risiko bencana sedang dan tidak ada provinsi yang berada pada risiko bencana rendah. Berdasarkan Indeks Risiko Bencana Indonesia (IRBI) 2020, Provinsi Jawa Barat memiliki indeks risiko 145.81 (tinggi), sehingga perlu upaya menyiapkan masyarakat agar memiliki sikap kesiapsiagaan menghadapi bencana. Perawat diharapkan berperan dalam upaya pengurangan risiko bencana di komunitas. **Tujuan.** Mengimplementasikan pedoman latihan kesiapsiagaan menghadapi bencana yang dicanangkan oleh BNPB sinergis dengan Program Public Health Nursing (PHN) dalam meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat di wilayah rawan bencana alam melalui model pelatihan ILATGANA-PHN. **Metode.** Metode dan design penelitian dirancang dalam 2 tahap penelitian, yaitu Penyusunan konstruksi model pelatihan ILATGANA-PHN dan Tahapan pelaksanaan pelatihan ILATGANA-PHN. Masing-masing tahapan menggunakan desain dan metodologi yang berbeda, sehingga secara keseluruhan metode penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah *mix metode*, yaitu formulasi desain penelitian yang menggabungkan antara metode penelitian kuantitatif dan metode penelitian kuantitatif. Data diolah dan dianalisis dengan menggunakan uji t-Test paired one sample dan uji regresi liner sederhana **Hasil.** Pelatihan ILATGANA-PHN berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan Tingkat Resiliensi Kesiapsiagaan masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p 0,000 \leq 0,005$) ditinjau dari 4 parameter kesiapsiagaan, yaitu Pengetahuan dan Sikap tentang bencana (KEP), Rencana kesiapsiagaan bencana (PE), Peringatan Bencana (WS) dan Mobilisasi Sumber Daya (RMC).Saran. Perlu dikembangkan model integrasi pelatihan ILATGANA-PHN kedalam konsep model program secara utuh, baik pada tingkat pemerintahan pusat maupun pemerintahan daerah

Kata kunci : Bencana, Pelatihan, Kesiapsiagaan, PHN

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, Allah SWT, karena atas Ridho dan Rahmat-Nya, naskah laporan kemajuan Penelitian Unggulan Dasar Perguruan Tinggi (PUDPT) tahun ke-2 2022 ini dapat selesai tepat pada waktunya. Naskah laporan kemajuan Penelitian Kerjasama Perguruan Tinggi ini diajukan sebagai salah satu upaya pengembangan keilmuan dan kelembagaan Jurusan keperawatan Bandung yang memiliki keunggulan di bidang keperawatan bencana. Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan naskah laporan kemajuan Penelitian Unggulan Dasar Perguruan Tinggi (PUDPT) ini. Untuk itu ijin penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. H. Pudjiono., SKM., MKM Selaku Direktur Poltekkes kemenkes Bandung Periode 2022-2026
2. (Alm) Dr. Ir. H. Osman Syarief., MKM Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bandung periode 2018-2022
3. Dr. H. Asep Setiawan., SKP., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Bandung,
4. Dr. Rr. Nur Fauziah, SKM, MKM, RD Selaku Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (UPPM) Poltekkes Kemenkes RI Bandung beserta segenap staf.
5. Dr. Ir. Supriyatno., MM, Selaku Kepala Pelaksana Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Provinsi Jawa Barat
6. Bapak Budi Budiman, ST., MT Selaku Kepala Bidang I Cegah Siaga BPBD Provinsi Jawa Barat
7. Tim Pakar dari Pusdiklatnakes PPSDM Kesehatan Kemenkes RI yang telah memberikan saran dan masukan bagi perbaikan proposal penelitian ini.
8. Rekan-rekan sejawat staf dan karyawan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Bandung yang telah dengan penuh keikhlasan membantu dan mendorong penulis dalam menyelesaikan laporan ini.

9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

Selain itu, Penulis menyadari bahwa penyusunan naskah laporan kemajuan ini masih sangat jauh dari sempurna. Untuk itu kritik, saran dan masukan untuk perbaikan selanjutnya sangat penulis harapkan.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan laporan kemajuan penelitian ini.

Bandung, Desember 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	2
RINGKASAN	2
PRAKATA.....	4
DAFTAR ISI.....	6
DAFTAR TABEL	8
DAFTAR GAMBAR.....	9
DAFTAR LAMPIRAN.....	10
BAB I PENDAHULUAN.....	11
1.1 Latar Belakang.....	11
1.2 Rumusan Masalah.....	16
1.3 Tujuan Penelitian	16
1.3.1 Tujuan umum	16
1.3.2 Tujuan khusus	16
1.4 Manfaat Penelitian.....	17
1.4.1 Manfaat Praktis	17
1.4.2 Manfaat Teoritis.....	17
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	19
2.1 Konsep Bencana.....	19
2.1.1 Pengertian bencana	19
2.1.2 Konsep Dasar Manajemen Penanggulangan Bencana	19
2.1.3 Tahap Manajemen Bencana	19
2.2 Konsep Keperawatan Kesehatan Masyarakat	21
2.2.1 Perspektif Keperawatan Kesehatan Masyarakat berbasis Individu dan Keluarga	23
2.2.2 Optimalisasi Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesiapsiagaan Bencana.....	26
2.2.3 Membangun Daya Resilience Individu, Keluarga dan Masyarakat menghadapi Ancaman Bencana	28
2.3 Latihan Kesiapsiagaan Bencana terintegrasi dengan PHN.....	32
BAB III METODE PENELITIAN	35
3.1 Tahap Pendahuluan Penelitian (Initial Study Explorasi)	36
3.1.1 Eksplorasi Kebutuhan Pelatihan : Pre Elementary Quantitatif.....	37
3.1.2 Diskusi Pakar : Webinar Kebutuhan Model Pelatihan.....	42
3.1.3 Eksplorasi Rancangan Model dan Instrumen Model Integrasi	43
3.2 Ujicoba dan Pengembangan Model.....	50

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	56
4.1 Hasil Penelitian.....	56
4.1.1 Gambaran Umum.....	56
4.1.2 Pengembangan Model.....	60
4.2 Pembahasan Penelitian.....	75
4.2.1 Model Pelatihan ILATGANA.....	75
4.2.7 Pengaruh Pelatihan ILATGANA Terhadap Kesiapsiagaan	77
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	88
5.1 Kesimpulan.....	88
5.2 Saran	90
DAFTAR PUSTAKA.....	91

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Penelitian	38
Tabel 3. 2 Definisi Operasional Penelitian Kualitatif (tahap eksplorasi).....	48
Tabel 3. 3 Definisi Operasional Penelitian	51
Tabel 4. 1 Distribusi Karakteristik Responden Masyarakat Desa Sugih Mukti (n=60).....	59
Tabel 4. 2 Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Pengetahuan dan Sikap Masyarakat kampung kendeng Desa Sugih Mukti (n=80)	67
Tabel 4. 3 Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Perencanaan Kesiapsiagaan (EP) Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80).....	68
Tabel 4. 4 Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Aspek Peringatan Bencana (WS).....	70
Tabel 4. 5 Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Aspek Mobilisasi Sumber Daya (RMC) Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80).....	71
Tabel 4. 6 Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Tingkat Resiliensi Kesiapsiagaan Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80).....	72
Tabel 4. 7 Pengaruh Pengetahuan dan Sikap terhadap Kesiapsiagaan Bencana Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti	72
Tabel 4. 8 Pengaruh Rencana Kesiapsiagaan (PE) terhadap Kesiapsiagaan Bencana Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti.....	73
Tabel 4. 9 Pengaruh Peringatan Bencana (EWS) terhadap Kesiapsiagaan Bencana Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti.....	73
Tabel 4. 10 Pengaruh Mobilisasi sumber daya (RMC) terhadap Kesiapsiagaan Bencana Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti.....	74

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Transfer of Role	26
Gambar 3. 1 Tahapan Penelitian	36
Gambar 3. 2 Skema tahapan Eksplorasi Pedoman dan Pemodelan	45
Gambar 3. 3 Skema Pelatihan	46
Gambar 3. 4 Skema.....	47
Gambar 3. 5 Desain Penelitian.....	50
Gambar 4. 1 Skema Proses Pelatihan ILATGANA.....	65
Gambar 4. 2 Grafik Nilai Pengetahuan dan Sikap Masyarakat	67
Gambar 4. 3 Grafik Nilai Perencanaan Kesiapsiagaan Bencana (EP) Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80)	68
Gambar 4. 4 Grafik Nilai Aspek Peringatan Bencana (WS).....	69
Gambar 4. 5 Grafik Nilai Aspek Mobilisasi Sumber Daya (RMC).....	70
Gambar 4. 6 Grafik Nilai Aspek Tingkat Resiliensi Kesiapsiagaan Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80)	71

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pemberdayaan masyarakat tentang kebencanaan menjadi sangat relevan untuk terus dikembangkan dan dilakukan. Hal ini dilatar belakangi oleh kondisi realistik kewilayahan dan tuntutan perkembangan keilmuan. Pergeseran paradigma pengurangan resiko dalam manajemen bencana dilatar belakangi oleh pemahaman bahwa Indonesia merupakan negara kepulauan yang rentan mengalami bencana secara geologis. Berdasarkan data Informasi Bencana Indonesia (DIBI)-BNPB, tercatat lebih dari 1.800 kejadian bencana pada periode tahun 2005 hingga 2015. Lebih dari 78% (11.648) kejadian bencana merupakan bencana hidrometeorologi dan hanya sekitar 22% (3.810) merupakan bencana geologi. Kejadian bencana hidrometeorologi berupa kejadian bencana banjir, gelombang ekstrim, kebakaran lahan dan hutan, kekeringan, dan cuaca ekstrim. Sedangkan untuk kelompok bencana geologi yang sering terjadi adalah gempa bumi, tsunami, letusan gunung api, dan tanah longsor. Kecenderungan jumlah kejadian bencana secara total untuk kedua jenis kelompok bencana tersebut relatif terus meningkat. Indeks Resiko Bencana Indonesia (IRBI) pada tahun 2018 mencatat sebanyak 52,33% kabupaten/kota di Indonesia berisiko tinggi mengalami kejadian bencana dan selebihnya berisiko sedang. *Entre For Research On The Epidemiology Of Disasters* (CRED) data tahun 2008 – 2018, memaparkan bahwa setiap tahun Indonesia menempati 10 besar di dunia sebagai negara paling sering terkena bencana alam & negara dengan angka kematian akibat bencana alam tertinggi. World Risk Index (2017) menempatkan Indonesia pada peringkat 33 dengan kategori risiko “very high” (BNPB, 2021).

Kondisi tersebut semakin kompleks lantaran tantangan dampak pemanasan global dan pengaruh perubahan iklim, seperti kenaikan suhu temperatur dan permukaan air laut pada wilayah Indonesia yang berada di garis khatulistiwa. Hal ini cenderung menimbulkan tingginya potensi terjadi berbagai jenis bencana

hidrometeorologi, seperti banjir, banjir bandang, kekeringan, cuaca ekstrem, gelombang ekstrem, abrasi, serta kebakaran hutan dan lahan (Amri et al., 2016). Kondisi geologi dan demografs tersebut menyebabkan Indonesia dikenal sebagai laboratorium bencana. Sesuai dengan Undang-Undang No. 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, terdapat enam bencana yang paling mengancam daerah-daerah di Indonesia, yaitu gempa bumi, kebakaran gedung, tsunami, banjir dan banjir bandang, tanah longsor, serta letusan gunung api. Bab ini akan mengurai latihan evakuasi untuk enam bencana yang sering terjadi di Indonesia. Maka, untuk mengurangi risiko bencana, masyarakat perlu secara rutin melakukan latihan evakuasi mandiri sebagai langkah peningkatan kapasitas menghadapi situasi darurat bencana.

Sebagai ilustrasi, salah satu jenis bencana yang tidak di prediksi sebelumnya adalah adanya kondisi bencana nasional akibat pandemi covid 19, Pada awal tahun 2020. Bencana nasional akibat pandemik Covid-19 pada awal tahun 2020 sampai akhir 2021 (desember 2021), telah berlangsung selama 22 bulan masih merupakan ancaman serius terhadap tingkat kematian dan derajat kesehatan masyarakat. Sebaran data sampai dengan tanggal 30 Nopember 2021. , tercatat data global di seluruh dunia, virus Covid-19 telah menginvasi 216 negara, dengan jumlah kasus terkonfirmasi sebanyak 17.6000.523 kasus dan meninggal 680.894 kasus. Kasus di Indonesia secara nasional, terkonfirmasi positif di sebanyak 4.256.112 kasus dengan kasus meninggal sebanyak 143.819 kasus. Di Jawa Barat 707.699 terkonfirmasi positif dengan 14.732 diantaranya meninggal dunia. Angka ini tentunya akan terus mengalami akselerasi yang tidak terkontrol apabila tidak dilakukan langkah-langkah promotif dan preventif yang tepat (Pikobar Jawa barat).

Arah Kebijakan Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana di Indonesia periode 2020-2024 adalah: Peningkatan Ketangguhan Bencana Menuju Kesejahteraan Yang Berketahanan Untuk Pembangunan Berkelanjutan”. Tangguh bencana bermakna bahwa Indonesia mampu menahan, menyerap, beradaptasi, dan memulihkan diri dari akibat bencana dan perubahan iklim secara tepat waktu, efektif, dan efisien. Peningkatan ketangguhan bencana perlu mengikuti perkembangan teknologi yang ada. Berdasarkan paparan tersebut, terdapat beberapa issue strategis dalam rencana

nasional penanggulangan bencana, yaitu : 1) meningkatnya risiko bencana geologi., 2) meningkatnya risiko bencana geologi peningkatan potensi dampak dan risiko bencana hidrometeorologi akibat perubahan iklim., 3) tata kelola, perencanaan, dan pembiayaan (investasi) penanggulangan bencana di daerah.,4) adaptasi kebiasaan baru yang aman dan produktif sebagai fase transisi darurat ke pemulihan darurat bencana non-alam covid-19., dan 5) reformasi elemen sistem penanggulangan bencana. Selanjutnya, dengan mengacu pada isuue strategis tersebut, ditetapkan rencana aksi nasional penanggulangan bencana yang meliputi 3 (tiga) aspek mendasar, yaitu Implementatif kolaboratif, Perspektif fungsional dan Lingkup keterlibatan. Rencana aksi merupakan rencana nasional yang mengakomodir institusi *pentahelix* nasional. Rencana aksi juga mendorong *pentahelix* daerah agar meningkatkan ketahanan bencana. Keterlibatan para pihak dalam pelaksanaan Rencana Aksi terdiri dari unsur pemerintah pusat dan unsur para pihak lain yang terlibat adalah: akademisi, pakar dan ahli, lembaga usaha, bisnis, dan filantropi, organisasi masyarakat sipil dan lembaga media (BNPB, 2019)

Faktor yang paling menentukan dalam kesiapsiagaan peanggulangan bencana adalah kesiapsiagaan dan tingkat kemandirian masyarakat untuk menyelamatkan dirinya dari ancaman risiko bencana. Kemudian, diikuti oleh faktor bantuan anggota keluarga, teman, bantuan Tim SAR, tim kesehatan dan komponen disekelilingnya. Maka, edukasi untuk meningkatkan pemahaman risiko berdesain tema Latihan Kesiapsiagaan Bencana Merupakan pesan bersama yang akan didorong dalam proses penyadaran (*awareness*) dalam peningkatan kemampuan diri sendiri. Proses penyadaran tersebut berguna agar setiap orang dapat memahami risiko, mampu mengelola ancaman dan, pada gilirannya, berkontribusi dalam mendorong ketangguhan masyarakat dari ancaman bahaya bencana. Di samping itu, kohesi sosial, gotong royong, dan saling percaya merupakan nilai perekat modal sosial yang telah teruji dan terus dipupuk, baik kemampuan perorangan dan masyarakat secara kolektif, untuk mempersiapkan, merespon, dan bangkit dari keterpurukan akibat bencana (Amri et al., 2016).

Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) atau lebih dikenal dengan

Public Health Nursing (PHN) adalah suatu bidang dalam keperawatan kesehatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif, preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai suatu kesatuan yang utuh, melalui proses keperawatan untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal sehingga mandiri dalam upaya kesehatannya. (Pedoman Penyelenggaraan Upaya Perkesmas di Puskesmas, 2006). Kegiatan Perkesmas sebenarnya sudah ada sejak konsep Puskesmas di perkenalkan. Perkesmas sering disebut dengan PHN (*Public Health Nursing*), namun pada akhir-akhir ini lebih tepat disebut CHN (*Community Health Nursing*). Perubahan istilah *public* menjadi *community*, terjadi di banyak negara karena istilah "*public*" sering kali di hubungkan dengan bantuan dana pemerintah (*government subsidy atau public funding*), sementara Perkesmas dapat dikembangkan tidak hanya oleh pemerintah tetapi juga oleh masyarakat atau swasta, baik pada sasaran individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) adalah suatu bidang dalam keperawatan kesehatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif.

Kaitan program asuhan keperawatan komunitas atau PHN dalam pemberdayaan kelompok masyarakat dalam upaya kesiapsiagaan telah banyak dilakukan. Hasil penelitian Setiawan et al., (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 et al., (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 masyarakat menjadi elemen penting dalam sosialisasi pentingnya pemahaman masyarakat tentang manajemen bencana.

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. Untuk itulah perlu dikembangkan sebuah program pelatihan pada kelompok masyarakat 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. 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 Salasa et al., (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.

Penelitian ini sangat penting dalam membantu pemerintah dan institusi terkait untuk keberhasilan program Pengurangan Resiko Bencana Berbasis Masyarakat (PRBOM). Selain itu penelitian ini akan membantu pemerintah Jawa Barat mewujudkan salah satu program unggulan dalam menyiapkan msasyarakat menjadi

masyarakat yang Resilience Culture Province. yaitu suatu struktur masyarakat Jawa Barat yang memiliki ketangguhan serta daya lenting yang kuat dalam menghadapi bencana. Dengan demikian, Desa Tangguh Bencana (destana) yang menjadi tujuan pembangunan di Jawa barat dapat lebih cepat terwujud. Konsep integrasi latihan kesiapsiagaan bencana yang dicanangkan oleh BNPB akan sinergis dengan *Public Health Nursing (PHN)* dalam meningkatkan kemandirian masyarakat di wilayah rawan bencana alam.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah : Bagaimana Pengaruh model Integrasi Latihan Kesiapsiagaan Menghadapi Bencana Berbasis Public Health Nursing (PHN) dalam meningkatkan kemandirian masyarakat di wilayah rawan bencana alam ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk Menghasilkan Model Dan Pedoman Latihan Kesiapsiagaan Menghadapi Bencana Berbasis Program Public Health Nursing (PHN) dalam meningkatkan kemandirian masyarakat di wilayah rawan bencana alam.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi berbagai potensi kelompok dan komunitas dalam memperkuat kesiapsiagaan menghadapi bencana di tinjau dari aspek Publik Health Nursing (PHN).
2. Mengidentifikasi berbagai Permasalahan dan kendala dalam kelompok dan komunitas guna memperkuat kesiapsiagaan menghadapi bencana di tinjau dari aspek Publik Health Nursing (PHN).

3. Melaksanakan latihan kesiapsiagaan menghadapi bencana berbasis Public Health Nursing (PHN) dalam meningkatkan kemandirian masyarakat di wilayah rawan bencana alam
4. Mengidentifikasi tingkat Kesiapsiagaan keluarga/rumah tangga/ masyarakat di wilayah rawan bencana dalam melakukan upaya kesiapsiagaan menghadapi bencana.
5. Mengidentifikasi pengaruh berbagai variabel kesiapsiagaan dalam mendukung kesiapsiagaan terintegrasi dengan program kesiapsiagaan penanggulangan bencana di daerah rawan bencana

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 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. Hasil penelitian ini, dapat dimanfaatkan sebagai model dan pedoman dalam melaksanakan pemberdayaan dan pembinaan masyarakat di daerah rawan bencana dalam menguatkan kapasitas (capability) menghadapi bencana, khususnya dalam bidang kesehatan dengan pendekatan *trancultural nursing*.

1.4.2 Manfaat Teoritis

Pemberdayaan kekuatan komunitas sebagai satuan tugas dalam pengurangan resiko bencana merupakan salah satu cara yang bisa ditempuh guna mengurangi dampak dari sebuah bencana alam. Desa tangguh bencana desa sebagai satuan tugas

kesiapsiagaan, merupakan pemberdayaan masyarakat pada area yang rawan bencana untuk menanggulangi dampak panjang bencana alam pada kesehatan fisik dan psikologis. Pemberdayaan masyarakat dalam bentuk pembentukan desa tangguh bencana melalui pendekatan transcultural nursing diharapkan mampu menjadi salah satu rujukan dan pedoman pembinaan masyarakat desa di tingkat komunitas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Bencana

2.1.1 Pengertian bencana

Undang Undang nomor 24 tahun 2007 tentang peannggulangan bencana 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

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

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:

2 Tahap pra bencana, terdiri dari:

- 1) Situasi tidak terjadi bencana, kegiatannya adalah pencegahan dan mitigasi.

- 2) Situasi potensi terjadi bencana, kegiatannya berupa kesiapsiagaan.
 - 3 Tahap saat bencana, kegiatan adalah tanggap darurat dan pemulihan darurat.
 - 4 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.

2.2 Konsep Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) adalah suatu bidang dalam keperawatan kesehatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif, preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai suatu kesatuan yang utuh, melalui proses keperawatan untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal sehingga mandiri dalam upaya kesehatannya. (Pedoman Penyelenggaraan Upaya Perkesmas di Puskesmas, 2006). Kegiatan Perkesmas sebenarnya sudah ada sejak konsep Puskesmas di perkenalkan. Perkesmas sering disebut dengan PHN (*Public Health Nursing*), namun pada akhir-akhir ini lebih tepat disebut CHN (*Community Health Nursing*). Perubahan istilah *public* menjadi *community*, terjadi di banyak negara karena istilah '*public*' sering kali di hubungkan dengan bantuan dana pemerintah (*government subsidy atau public funding*), sementara Perkesmas dapat dikembangkan tidak hanya oleh pemerintah tetapi juga oleh masyarakat atau swasta, baik pada sasaran individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Seiring dengan Undang-Undang nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, pasal 1 menyebutkan bahwa keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada

individu, keluarga, kelompok atau masyarakat dalam keadaan sakit maupun sehat (UU RI, 2014). Permenkes RI No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas pasal 55 menyebutkan bahwa dalam melaksanakan UKM dan UKP, Puskesmas harus menyelenggarakan kegiatan: 1) Manajemen Puskesmas, 2) Pelayanan Kefarmasian, 3) Pelayanan Perkesmas, 4) Pelayanan Laboratorium, dan 5) Kunjungan keluarga. Selanjutnya untuk pelaksanaannya mengacu pada Kepmenkes RI No 279 Tahun 2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Perkesmas di Puskesmas. Perkesmas dilakukan melalui peningkatan kesehatan (*promotive*) dan pencegahan penyakit (*preventive*) di semua tingkat pencegahan (*levels of prevention*) dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan serta melibatkan klien sebagai mitra kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Tujuan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat adalah meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah keperawatan kesehatan masyarakat yang optimal. Pelayanan keperawatan diberikan secara langsung kepada seluruh masyarakat dalam rentang sehat–sakit dengan mempertimbangkan seberapa jauh masalah kesehatan masyarakat mempengaruhi individu, keluarga, dan kelompok maupun masyarakat dengan sasaran seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, kelompok beresiko tinggi termasuk kelompok/masyarakat penduduk di daerah kumuh, terisolasi, berkonflik, dan daerah yang tidak terjangkau pelayanan kesehatan (Republik Indonesia Kemenkes RI, 2006).

Terkait dengan hal tersebut Permenkes RI no. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas pasal 2 (1) menyebutkan bahwa pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang sehat, dengan masyarakat yang: a) memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat; b) mampu menjangkau Pelayanan Kesehatan bermutu; c) hidup dalam lingkungan sehat; dan d) memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Mentri Kesehatan, 2019).

2.2.1 Perspektif Keperawatan Kesehatan Masyarakat berbasis Individu dan Keluarga

Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) adalah suatu bidang dalam keperawatan kesehatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif, preventif secara berkesinambungan (Kepmenkes 279, 2006). Uraian tersebut memiliki makna sebagai ciri dari Perkesmas:

1. Merupakan **perpaduan** pelayanan keperawatan dan kesehatan masyarakat.
2. Adanya **kesinambungan** pelayanan kesehatan (*continuity of care*).
3. Fokus pelayanan pada upaya **peningkatan kesehatan (*promotive*) dan pencegahan penyakit (*preventive*)** baik pada pencegahan tingkat pertama, kedua maupun ketiga.
4. Terjadi proses **alih peran (*transfer of role*)** dari perawat kesehatan masyarakat kepada klien (individu, keluarga, kelompok, masyarakat) sehingga terjadi kemandirian.
5. Ada **kemitraan** perawat kesehatan masyarakat dengan masyarakat dalam upaya kemandirian klien.
6. Memerlukan **kerjasama** dengan tenaga kesehatan lain serta masyarakat.

Kegiatan Keperawatan Kesehatan Masyarakat meliputi kegiatan di dalam maupun di luar gedung Puskesmas baik upaya kesehatan perorangan (UKP) dan atau upaya kesehatan masyarakat (UKM).

a. Kegiatan dalam gedung Puskesmas

Merupakan kegiatan Keperawatan Kesehatan Masyarakat yang dilakukan di poliklinik, maupun ruang rawat inap Puskesmas, meliputi :

- 1) Asuhan keperawatan terhadap pasien rawat jalan dan rawat inap
- 2) Penemuan kasus baru (deteksi dini) pada pasien rawat jalan.
- 3) Penyuluhan/pendidikan kesehatan.

- 4) Pemantauan keteraturan berobat .
- 5) Rujukan kasus/masalah kesehatan kepada tenaga kesehatan lain di Puskesmas.
- 6) Pemberian nasehat (konseling) keperawatan.
- 7) Kegiatan yang merupakan tugas limpah sesuai pelimpahan kewenangan yang diberikan dan atau prodesur yang telah ditetapkan (contoh pengobatan, penanggulangan kasus gawat darurat, dll).
- 8) Mendapatkan lingkungan terapeutik dalam pelayanan kesehatan di gedung Puskesmas (kenyamanan, keamanan, dll).

b. Kegiatan di luar gedung Puskesmas

Melakukan kunjungan ke keluarga/kelompok/masyarakat untuk melakukan asuhan keperawatan di keluarga/kelompok/ masyarakat.

1) Asuhan keperawatan kasus yang memerlukan tindak lanjut di rumah (Individu dalam konteks keluarga)

Merupakan asuhan keperawatan individu di rumah dengan melibatkan peran serta aktif keluarga. Kegiatan yang dilakukan antara lain :

- (a) Penemuan suspek/kasus kontak serumah.
- (b) Penyuluhan/Pendidikan kesehatan pada individu dan keluarganya.
- (c) Pemantauan keteraturan berobat sesuai program pengobatan.
- (d) Kunjungan rumah (*home visite/home health nursing*) sesuai rencana.
- (e) Pelayanan keperawatan dasar langsung (*direct care*) maupun tidak langsung (*indirect care*)
- (f) Pemberian nasehat (*konseling*) kesehatan/keperawatan.
- (g) Dokumentasi keperawatan

2) Asuhan keperawatan keluarga

Marupakan asuhan keperawatan yang ditujukan pada keluarga rawan kesehatan/keluarga miskin yang mempunyai masalah kesehatan yang di temukan di masyarakat dan dilakukan di rumah keluarga. Keegiatannya meliputi:

- (a) Identifikasi keluarga rawan kesehatan/keluarga miskin dengan masalah kesehatan di masyarakat

- (b) Penemuan dini suspek/kasus kontak serumah.
- (c) Pendidikan/penyuluhan kesehatan pada keluarga
- (d) Kunjungan rumah (*home visite/home health nursing*) sesuai rencana
- (e) Asuhan keperawatan dasar langsung (*direct care*) maupun tidak langsung (*indirect care*).
- (f) Pelayanan kesehatan sesuai rencana, misalnya memantau keteraturan berobat dengan pengobatan jangka panjang.
- (g) Pemberian nasehat (konseling) kesehatan/ keperawatan di rumah.

3) Asuhan keperawatan kelompok khusus.

Merupakan asuhan keperawatan pada kelompok masyarakat rawan kesehatan yang memerlukan perhatian khusus, baik dalam suatu institusi maupun non institusi. Kegiatannya meliputi:

- (a) Identifikasi faktor-faktor risiko terjadinya masalah kesehatan dalam kelompok.
- (b) Pendidikan/penyuluhan kesehatan sesuai kebutuhan.
- (c) Pelayanan keperawatan langsung (*direct care*) pada penghuni yang memerlukan keperawatan.
- (d) Memotivasi pembentukan, membimbing, dan memantau kader-kader kesehatan sesuai jenis kelompoknya.

4) Asuhan Keperawatan masyarakat di daerah binaan.

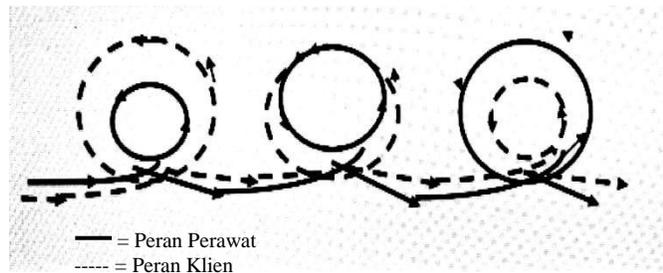
Merupakan asuhan keperawatan yang ditujukan pada masyarakat yang rentan atau mempunyai risiko terhadap timbulnya masalah kesehatan. Kegiatannya meliputi kegiatan kunjungan ke daerah binaan untuk :

- (a) Mengidentifikasi masalah kesehatan yang terjadi di suatu daerah dengan masalah kesehatan spesifik.
- (b) Meningkatkan partisipasi masyarakat melalui kegiatan memotivasi masyarakat untuk membentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat
- (c) Memberikan pendidikan/penyuluhan kesehatan masyarakat.
- (d) Memotivasi pembentukan, mengembangkan dan memantau kader-kader kesehatan di masyarakat

(e) Ikut melaksanakan dan memonitor kegiatan PHBS.

2.2.2 Optimalisasi Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesiapsiagaan Bencana

Telah dikemukakan di atas, bahwa salah satu ciri dari keperawatan kesehatan masyarakat adalah terjadinya proses alih peran (*transfer of role*) dari perawat kepada klien (individu, keluarga, kelompok, masyarakat) sehingga terjadi kemandirian.



Gambar 2. 1 Transfer of Role

Salah satu kegiatannya dengan memberdayakan masyarakat untuk mampu mengenal dan mengelola masalah kesehatan sendiri, khususnya terkait dengan penanggulangan bencana dan masalah kesehatan yang menyertainya. Pemberdayaan diartikan sebagai upaya peningkatan kemampuan masyarakat untuk berpartisipasi, bernegosiasi, mempengaruhi dan mengendalikan kelembagaan masyarakat secara bertanggung jawab demi perbaikan kehidupannya. Pemberdayaan merupakan upaya memberikan daya (*Empowerment*) atau kekuatan (*Strength*). Pemberdayaan masyarakat juga sebagai upaya yang bersifat non instruktif untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi, merencanakan dan melakukan pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas yang ada di wilayah setempat.

Pemberdayaan terkait erat dengan proses meningkatkan peran serta masyarakat (PSM) dan kemitraan. PSM dilakukan sebagai upaya untuk "mengobati" masalah-masalah kesehatan masyarakat, termasuk ketidakberdayaan (*sense of powerlessness*), tidak percaya diri dan perasaan bahwa diri mereka bukan komponen penting dalam masyarakat, sedangkan kemitraan yang pada esensinya adalah gotong

royong atau kerjasama dari berbagai pihak, baik secara individu, keluarga maupun kelompok untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu.

Di Indonesia bentuk pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan dikenal dengan UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat). Berkaitan dengan kesiapsiagaan menghadapi bencana, karena masalah ini bukan hanya tanggung jawab pemerintah, tapi merupakan tanggung jawab bersama termasuk masyarakat. Pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan bencana adalah segala upaya yang dilakukan oleh seluruh komponen masyarakat dengan menggali potensi yang dimiliki masyarakat agar berdaya dan mampu berperan serta seluruh siklus manajemen penanggulangan bencana.

Pemberdayaan masyarakat untuk dapat berpartisipasi dalam upaya penanggulangan bencana dengan mengembangkan desa siaga benca, melalui tahapan:

1. Pendataan Kesehatan Warga dan tingkat Kerentanan wilayah

- a. Mendata kesehatan warga prioritas menggunakan formulir pendataan warga termasuk warga yang berisiko tinggi.
- b. Mendata tokoh masyarakat berpengaruh di wilayahnya.

2. Cari kemungkinan faktor penyebab kerentanan wilayah dan potensi wilayah terhadap kejadian bencana

- a. Faktor Perilaku: tidak melakukan PHBS/CTPS
- b. Faktor Non Perilaku: lingkungan
- c. Mendata potensi wilayah: SDM, Dana, Sarana Prasarana

3. Musyawarah Masyarakat

- a. Sosialisasi hasil pendataan dan kemungkinan potensi bencana sesuai wilayah
- b. Sosialisasi program pemerintah dalam penanggulangan bencana
- c. Menyetujui kegiatan melalui pemberdayaan masyarakat

4. Menyusun Rencana Kegiatan di Masyarakat

- a. Sampaikan informasi tentang kesiapsiagaan penanggulangan bencana
- b. Edukasi tentang cara-cara turtb serta dalam upaya penanggulangan bencana
- c. Sarana edukasi: pengeras suara/toa, saluran komunikasi elektronik (Group

WA, dll)

- d. Jadwal pelaksanaan, sasaran kegiatan, rencana anggaran dan penanggung jawab sesuai formulir Rencana Kegiatan

5. Pelaksanaan Kegiatan

Dilaksanakan sesuai jadwal yang telah direncanakan bersama. Kegiatan dicatat dan dilaporkan ke Desa.

2.2.3 Membangun Daya Resilience Individu, Keluarga dan Masyarakat menghadapi Ancaman Bencana

Kejadian bencana dalam skala sedang sampai besar akan berpengaruh secara multidimensional. Dampak bencana turut memengaruhi segi ekonomi, sosial budaya, spiritualitas, hingga psikologis. Kondisi psikologis bisa menjadi kendala dalam upaya penanganan bencana pada semua level fase bencana. Kondisi galau, gundah, ketakutan, stres, hingga curiga berlebih berpotensi melahirkan perilaku yang tidak mendukung konsep holistik manajemen bencana. Setiap individu dan keluarga perlu disiapkan untuk memiliki kemampuan menghadapi bencana, baik secara fisik maupun psikologis (*resilience*). *Resilience* merupakan hal dibutuhkan untuk tetap. *Resilience* adalah kemampuan seseorang untuk menilai, mengatasi, meningkatkan diri ataupun mengubah dirinya dari keterpurukan atau kesengsaraan hidup. Setiap individu harus tangguh secara fisik, ekonomi, spiritual, hingga aspek psikologisnya, karena penanggulangan bencana titik tumpunya pada manusia.

Ketahanan keluarga (*family strength atau family resilience*) merupakan kondisi kecukupan dan kesinambungan akses terhadap pendapatan dan sumber daya untuk memenuhi berbagai kebutuhan dasar antara lain: pangan, air bersih, pelayanan kesehatan, kesempatan pendidikan, perumahan, waktu untuk berpartisipasi di masyarakat, dan integrasi sosial (Frankenberger, 1998 dalam Pembangunan Ketahanan Keluarga, 2016). Dalam pandangan yang lain, ketahanan keluarga mencakup kemampuan keluarga untuk mengelola sumber daya dan masalah untuk mencapai kesejahteraan (Sunarti, 2001), kemampuan untuk bertahan dan beradaptasi terhadap berbagai kondisi yang senantiasa berubah secara dinamis serta memiliki sikap positif

terhadap berbagai tantangan kehidupan keluarga (Walsh, 1996).

Setidaknya ada 5 (lima) indikasi yang menggambarkan tingkat ketahanan suatu keluarga yaitu: (1) adanya sikap saling melayani sebagai tanda kemuliaan; (2) adanya keakraban antara suami dan istri menuju kualitas perkawinan yang baik; (3) adanya orang tua yang mengajar dan melatih anak-anaknya dengan berbagai tantangan kreatif, pelatihan yang konsisten, dan mengembangkan keterampilan; (4) adanya suami dan istri yang memimpin seluruh anggota keluarganya dengan penuh kasih sayang; dan (5) adanya anak-anak yang menaati dan menghormati orang tuanya. Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga menyatakan bahwa ketahanan dan kesejahteraan keluarga adalah kondisi keluarga yang memiliki keuletan dan ketangguhan serta mengandung kemampuan fisik materil guna hidup mandiri dan mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dalam meningkatkan kesejahteraan kebahagiaan lahir dan batin. Ketahanan keluarga merupakan ukuran kemampuan keluarga dalam mengelola masalah yang dihadapinya berdasarkan sumber daya yang dimiliki untuk memenuhi kebutuhan keluarganya. Keluarga dikatakan memiliki tingkat ketahanan keluarga yang tinggi apabila memenuhi: (1) ketahanan fisik yaitu terpenuhinya kebutuhan pangan, sandang, perumahan, pendidikan dan kesehatan; (2) ketahanan sosial yaitu berorientasi pada nilai agama, komunikasi yang efektif, dan komitmen keluarga tinggi; (3) ketahanan psikologis meliputi kemampuan penanggulangan masalah nonfisik, pengendalian emosi secara positif, konsep diri positif, dan kepedulian suami terhadap istri.

Dalam konteks ketahan fisik, diantaranya keluarga harus memiliki kemampuan untuk memenuhi kesehatannya. Kesanggupan keluarga memenuhi kesehatannya dapat dilihat dari tugas kesehatan dalam pemeliharaan kesehatan yang dilaksanakan. Tugas kesehatan keluarga tersebut adalah (Friedman, 1998 dan Kemenkes RI, 2010) :

1. Mengenal masalah kesehatan yang dihadapi anggota keluarganya.

Dalam kaitannya dengan pandemi Covid-19 keluarga harus mengenal tentang Covid-19, meliputi arti, tanda/gejala dan pencegahannya

2. Mengambil keputusan secara tepat dan cepat dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya.

Dampak keluarga mengenal kesehatan tentang Covid-19, maka keluarga akan memiliki kemampuan mengambil keputusan yang cepat dan tepat, misalnya kapan anggota keluarga yang sakit harus dibawa ke pelayanan kesehatan, dll

3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan.

Terkait dengan Covid-19 keluarga harus mampu merawat anggota keluarga, khususnya yang memiliki masalah kesehatan. Dengan petunjuk tenaga kesehatan keluarga harus mampu memelihara kesehatan sesuai dengan protokol Covid-19 yang telah ditetapkan.

4. Memodifikasi lingkungan rumah yang kondusif sehingga mampu mempertahankan kesehatan dan memelihara pertumbuhan dan perkembangan setiap anggota keluarganya.

Covid-19 erat kaitannya dengan lingkungan, terutama lingkungan rumah, maka keluarga harus mampu bagaimana supaya rumah tidak menjadi sumber penularan penyakit termasuk Covid-19

5. Menciptakan hubungan timbal balik antara keluarga dengan berbagai sumber daya kesehatan yang tersedia untuk pemeliharaan dan perawatan kesehatan anggota keluarganya.

Keluarga harus memiliki kemampuan untuk memanfaatkan fasilitas yang ada di masyarakat dan berperan secara aktif, khususnya dalam kegiatan kampung siaga (RW siaga) Covid-19.

Penanggulangan bencana dalam konteks keluarga harus tetap mengupayakan tindakan preventif dan promotif, melalui peningkatan kapasitas masyarakat dan petugas yang bergerak dalam bidang kebencanaan. Selain itu gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS) untuk menjaga kesehatan diri dan keluarga, seperti :

1. Lebih sering mencuci tangan pakai sabun dengan air mengalir atau gunakan hand sanitizer
2. Tetap lakukan aktifitas fisik atau senam

3. Tutupi mulut saat batuk atau bersin dengan lengan atas atau tisu, lalu langsung buang tisu ke tempat sampah tertutup dan segera cuci tangan.
4. Segera mengganti baju/mandi sesampainya di rumah setelah berpergian
5. Konsumsi gizi seimbang
6. Suplemen vitamin
7. Istirahat cukup
8. Hindari menyentuh mata, hidung, dan mulut dengan tangan yang belum dicuci
9. Tidak Merokok
10. Mengendalikan penyakit penyerta seperti diabetes mellitus, hipertensi, kanker
11. Bersihkan dengan desinfektan secara rutin benda-benda yang sering disentuh di rumah dan perabot seperti: meja, kursi, gagang pintu, dll.

Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) diberikan kepada seluruh masyarakat dalam rentang sehat–sakit dengan mempertimbangkan seberapa jauh masalah kesehatan masyarakat mempengaruhi individu, keluarga, dan kelompok maupun masyarakat dengan sasaran seluruh masyarakat. Kegiatan Perkesmas dilaksanakan baik di dalam gedung melalui asuhan keperawatan individu maupun di luar gedung melalui kegiatan asuhan keperawatan keluarga, kelompok dan masyarakat dengan penekanan pada upaya promotif dan prebventif. Dalam konteks manajemen penanggulangan bencana, pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting melalui tahap pendataan kesehatan warga, menggali faktor yang menjadi ancaman, tantangan, hambatan dan Gangguan (ATHG/ SWAT analisis) , musyawarah masyarakat, menyusun rencana kegiatan, melaksanakan kegiatan dan memelihara keberlangsungan kegiatan. Kejadian bencana bukan hanya berdampak pada kesehatan, namun juga pada segi ekonomi, sosial budaya, dan psikologis. Menghadapi kondisi ini setiap individu di masyarakat harus memiliki *resilience* yang tinggi, untuk hal tersebut masyarakat harus disiapkan dengan baik, sehingga memiliki tingkat kemandirian yang tinggi terhadap berbagai kondisi yang menertai kejadian bencana. Selain memiliki *resilience* yang tinggi pada setiap individu, pada keluarga harus memiliki ketahanan (*family strength*) dimana keluarga mampu bertahan dan beradaptasi terhadap berbagai kondisi yang senantiasa berubah serta memiliki sikap

positif terhadap berbagai tantangan kehidupan keluarga. Dari dimensi keperawatan, keluarga setidaknya harus mampu menjalankan lima tugas keluarga dalam kesehatan sebagai perwujudan dari fungsi perawatan kesehatan. Selanjutnya dimasa pasca dalam seluruh siklus bencana, keluarga tetap menjalankan gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS) untuk menjaga kesehatan diri dan keluarga.

2.3 Latihan Kesiapsiagaan Bencana terintegrasi dengan PHN

Hasil survei di Jepang, pada kejadian gempa Great Hanshin Awaji 1995, menunjukkan bahwa presentase korban selamat disebabkan oleh Diri Sendiri sebesar 35%, Anggota Keluarga 31,9 %, Teman/Tetangga 28,1%, Orang Lewat 2,60%, Tim SAR 1,70 %, dan lain-Lain 0,90%. Berdasarkan ilustrasi tersebut, sangat jelas bahwa faktor yang paling menentukan adalah penguasaan pengetahuan yang dimiliki oleh “diri sendiri” untuk menyelamatkan dirinya dari ancaman risiko bencana. Kemudian, diikuti oleh faktor bantuan anggota keluarga, teman, bantuan Tim SAR, dan di sekelilingnya. Maka, edukasi untuk meningkatkan pemahaman risiko berdesain tema Latihan Kesiapsiagaan Bencana Siap, Untuk Selamat! merupakan pesan utama bersama yang akan didorong dalam proses penyadaran (*awareness*) dalam peningkatan kemampuan diri sendiri. Proses penyadaran tersebut berguna agar setiap orang dapat memahami risiko, mampu mengelola ancaman dan, pada gilirannya, berkontribusi dalam mendorong ketangguhan masyarakat dari ancaman bahaya bencana. Di samping itu, kohesi sosial, gotong royong, dan saling percaya merupakan nilai perekat modal sosial yang telah teruji dan terus dipupuk, baik kemampuan perorangan dan masyarakat secara kolektif, untuk mempersiapkan, merespon, dan bangkit dari keterpurukan akibat bencana.

Sebagai suatu proses ketahanan sosial dan budaya sadar bencana dalam jangka panjang, ketangguhan masyarakat (Bene et al, 2012) menasar tiga elemen ketangguhan, yaitu: kapasitas meredam ancaman (*absorptive*) yang menghasilkan persistensi, kemampuan beradaptasi (*adaptive*) yang menghasilkan penyesuaian perlahan dan berjangka panjang, dan kapasitas bertransformasi (*transformative*) yang menghasilkan respon-respon transformasional. Salah satu upaya mendasar untuk

meningkatkan kewaspadaan dan kesadaran menumbuhkan budaya siaga adalah melalui latihan kesiapsiagaan. Jenis-jenis latihan kesiapsiagaan yang dapat dilakukan antara lain (i) Aktivasi Sirine Peringatan Dini, (ii) Latihan Evakuasi Mandiri di Sekolah/Madrasah, Rumah Sakit Siaga Bencana, gedung bertingkat, dan pemukiman. (iii) Uji Terap Tempat Pengungsian Sementara/ Akhir se Indonesia. Latihan kesiapsiagaan yang dilaksanakan secara khusus, juga melibatkan kelompok rentan, seperti anak-anak, kaum lansia dan tuna-wisma (*homeless*), para penyandang disabilitas dan orang berkebutuhan khusus.

Latihan kesiapsiagaan diartikan sebagai bentuk latihan koordinasi, komunikasi dan evakuasi dengan melibatkan seluruh pemangku kepentingan (pemerintah dan masyarakat umum). Seluruh pihak yang terlibat mensimulasikan situasi bencana sesungguhnya menggunakan skenario bencana yang dibuat mendekati atau sesuai kondisi nyata. Dengan mengacu pada definisi tersebut diatas, maka pedoman ini disusun untuk penyelenggaraan latihan yang melibatkan multipihak serta digunakan untuk membangun dan menyempurnakan system kesiapsiagaan sekaligus meningkatkan keterampilan dalam koordinasi serta pelaksanaan operasi penanggulangan bencana. (BNPB, 2017). Latihan merupakan elemen yang sangat berperan penting dalam meningkatkan upaya kesiapsiagaan secara sistematis. Ada tiga tahapan latihan, yakni tahap pelatihan, tahap simulasi, dan tahap uji sistem. Pada tahap latihan kesiapsiagaan, salah satu jenis latihan adalah evakuasi mandiri. Evakuasi mandiri adalah kemampuan dan tindakan individu/masyarakat secara mandiri, cepat, tepat, dan terarah berdasarkan langkah-langkah kerja dalam melakukan penyelamatan diri dari bencana. Latihan evakuasi mandiri adalah latihan untuk dilaksanakan oleh organisasi atau perusahaan, hotel, sekolah, desa, dan sebagainya dalam rangka merespon sistem peringatan dini bencana. Latihan kesiapsiagaan biasanya dilakukan pada tingkat komunitas, seperti organisasi perusahaan, hotel, sekolah, desa, dan lain sebagainya.

Latihan kesiapsiagaan bencana akan lebih efektif apabila diintegrasikan dengan salah program kesehatan yaitu *Public Helath Nursing* atau PHN. Salah satu kegiatan PHN adalah memberdayakan masyarakat untuk mampu mengenal dan mengelola

kemampuan diri sendiri, keluarga dan masyarakat dalam menghadapi berbagai kemungkinan terburuk akibat bencana. . Pemberdayaan diartikan sebagai upaya peningkatan kemampuan masyarakat untuk berpartisipasi, bernegosiasi, mempengaruhi dan mengendalikan kelembagaan masyarakat secara bertanggung jawab demi perbaikan kehidupannya. Pemberdayaan merupakan upaya memberikan daya (*Empowerment*) atau kekuatan (*Strength*). Pemberdayaan masyarakat juga sebagai upaya yang bersifat non instruktif untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi, merencanakan dan melakukan pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas yang ada di wilayah setempat.

Pemberdayaan terkait erat dengan proses meningkatkan peran serta masyarakat (PSM) dan kemitraan. Di Indonesia bentuk pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan dikenal dengan UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat). Berkaitan dengan penanggulangan dan kesiapsiagaan bencana, karena masalah ini bukan hanya tanggung jawab pemerintah, tapi merupakan tanggung jawab bersama termasuk masyarakat. Pemberdayaan masyarakat dalam manajemen penanggulangan bencana adalah segala upaya yang dilakukan oleh seluruh komponen masyarakat dengan menggali potensi yang dimiliki masyarakat agar berdaya dan mampu berperan serta pada setiap upaya pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat.

BAB III

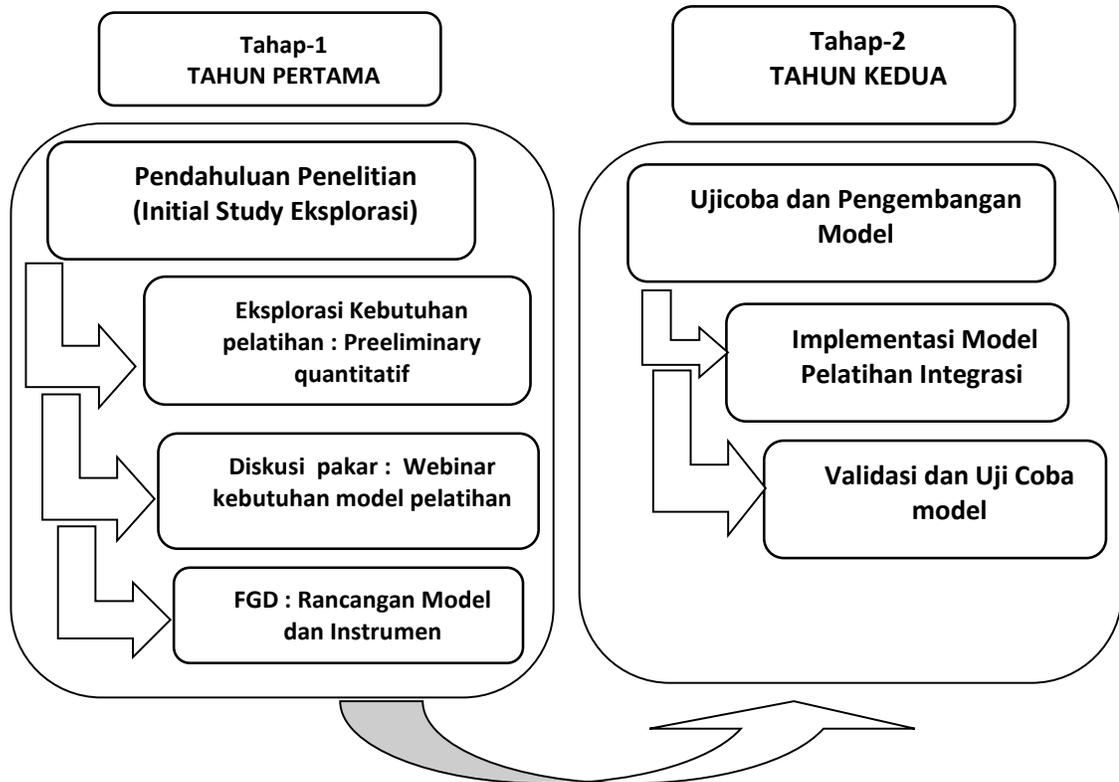
METODE PENELITIAN

Penelitian ini terdiri dari 2 (dua) tahapan penelitian, yaitu 1) Pendahuluan Penelitian (*Initial Study Explorasi*), dan 2) Ujicoba dan pengembangan model. Tahapan Studi pendahuluan (*initial study*) dilakukan pada tahun pertama penelitian melalui proses 1) eksplorasi kebutuhan pelatihan yang dilakukan secara kuantitatif eksplorasi pada kelompok wilayah rentan bencana., 2) Konsultasi pakar melalui diskusi publik dalam bentuk webinar., dan 3) Rancangan model dan instrumen pelatihan integrasi. Tahun pertama penelitian dilakukan pada tahun 2021 dan telah selesai dilaksanakan.

Pada tahun kedua (tahun 2022), pemodelan dilanjutkan proses penerapan model pelatihan kesiapsiagaan integrasi PHN. Tahapan Ujicoba dan pengembangan dilakukan pada tahun kedua penelitian melalui proses implementasi/replikasi beberapa wilayah binaan dilanjutkan dengan Sosialisasi dan Uji Publik. Pada bagian ini akan dijelaskan secara rinci tahapan penelitian pada tahun pertama penelitian yaitu tahapan pendahuluan penelitian atau *initial Study* dan tahapan kedua atau ujicoba dan pengembangan model. Pada tahapan pendahuluan dibangun melalui proses ekstraksi pedoman pelatihan dan pemodelan, yang dilanjutkan dengan pelaksanaan implementasi pelatihan sebagai pilot project penerapan model.

Masing-masing tahapan menggunakan desain dan metodologi yang berbeda, sehingga secara keseluruhan metode penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah *mix methode*, yaitu formulasi desain penelitian yang menggabungkan 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 skematis tahapan tersebut digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3. 1 Tahapan Penelitian

Secara lebih terperinci masing-masing tahapan penelitian di sajikan dalam paparan sebagai berikut :

3.1 Tahap Pendahuluan Penelitian (Initial Study Explorasi)

Tahapan pendahuluan penelitian dilakukan melalui tiga langkah penelitian yaitu: 1) Tahap eksplorasi kebutuhan penelitian : preeliminari quantitaf, 2) Diskusi pakar : Webinar Penelitian tentang kebutuhan model pelatihan., dan 3) Eksplorasi rancangan model dan Instrumen model integrasi. Pada akhir ketiga tahapan tersebut didapatkan data secara valid berbagai kebutuhan model pelatihan.

3.1.1 Eksplorasi Kebutuhan Pelatihan : Pre Eliminary Quantitatif

Tahapan eksplorasi kebutuhan pelatihan : Preliminary quantitaf merupakan tahap identifikasi awal kebutuhan pelatihan penanggulangan bencana berbasis masyarakat yang integrasi dengan mengidentifikasi data primer pengetahuan, sikap dan keterampilan awal masyarakat terhadap berbagai upaya mengetahui dasar-dasar penanggulangan bencana yang harus dimiliki oleh masyarakat. Tahapan ini dilakukan melalui survey primer pada populasi wilayah rawan bencana.

1) Desain Penelitian

Tahap penelitian ini menggunakan desain penelitian *deskriptif quantitaf* untuk menerangkan atau menggambarkan kesenjangan data yang terjadi pada kasus atau fenomena berdasarkan distribusi pengetahuan, keterampilan dan sikap masyarakat di daerah rawan bencana tentang berbagai upaya manajemen bencana yang dapat dilakukan oleh masyarakat. Metode penelitian deskriptif merupakan pendekatan penelitian untuk menilai variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih (independen) tanpa membuat perbandingan dengan variabel lain. Penelitian pada tahap ini untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan keterampilan masyarakat tentang manajemen penanggulnagan bencana tanpa ada pengaruh atau hubungan terhadap variabel lain.

2) Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian tahapan ini terdiri dari 3 (tiga) variabel deskriptif yang menjadi parameter perlunya kebutuhan pelatihan integrasi dalam mengenala manajemen penanggulangan bencana. Ketiga variabel tersebut adalah :

- a. Pengetahuan masyarakat tentang bencana dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat
- b. Sikap masyarakat tentang bencana dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat.
- c. Keterampilan masyarakat tentang bencana dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat.

3) Definisi Operasional Penelitian

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
2	Pengetahuan masyarakat tentang bencana dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat	Segala sesuatu yang diketahui masyarakat di daerah rawan bencana tentang bencana dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat	Quesioner	Prosentase jawaban benar 0 - 100	rasio
3	Sikap masyarakat tentang bencana dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat	Respon kesiapan masyarakat untuk berespon terhadap objek kejadian bencana dan menempatkan perannya secara baik dan konstruktif untuk mencapai kemandirian	Quesioner	Skor sikap 25 – 100	Interval
4	Keterampilan masyarakat tentang bencana dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat	perilaku yang diperoleh untuk melakukan kegiatan penanggulangan bencana secara mandiri di masyarakat yang memerlukan praktek pertolongan bidang kesehatan sebagai implikasi dari aktivitas pemberdayaan masyarakat, meliputi: - Bantuan Hidup Dasar untuk awam - Perawatan luka pasca bencana - Teknik pengisian form monitoring ketika merujuk korban - Pengukuran tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu) - Teknik Penurunan kecemasan	Checklist observasi	Kepatuhan pada SOP 0 – 100	Interval

4) Populasi dan Sampel Penelitian

a. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah masyarakat pedesaan yang tinggal di daerah yang rawan terjadinya korban bencana. Masyarakat pedesaan yang dimaksud terdiri dari tokoh masyarakat, aparat desa, pemuda dan kader yang ditugaskan oleh

masyarakat setempat. Populasi dalam penelitian ini adalah warga masyarakat RW 12 dan RW 05 Desa Sugih Mukti Kecamatan Pasir Jambu kabupaten Bandung

b. Sampel

Sampel dalam penelitian ini diambil secara random pada dua wilayah bencana di RW yang berbeda yaitu RW 05 dan RW 12. Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus penghitungan besar sample untuk desain penelitian deskriptif kuantitatif (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 (2017) tentang pengaruh pelatihan penanggulangan bencana terhadap prilaku nilai rata-rata sebelum dan setelah intervensi dan simpangan deviasinya, maka besar sampel yang dibutuhkan adalah

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

Berdasarkan perhitungan tersebut, maka besar sampel minimal adalah 21 sampel pada setiap kelompok. Guna mengantisipasi adanya *drop out sample* maka

sampel ditetapkan 30 orang pada setiap kelompok atau 60 orang pada kedua kelompok.

5) Waktu Penelitian dan tempat penelitian.

Pengambilan data tahapan ini dilakukan pada periode tanggal 14 - 29 April 2020 di RW 05 dan 12 Desa Sugih Mukti Kecamatan Pasir Jambu Kabupaten Bandung

6) Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian di adaptasi dari instrumen penelitian yang sudah dilakukan oleh Setiawan dan Sofyana pada tahun 2017 dengan perincian sebagai berikut:

a. Instrumen tentang pengetahuan

Instrumen ini berisikan lembar soal pertanyaan sederhana yang harus dijawab/diisi oleh peserta pelatihan tentang bencana dan manajemen penanggulangan bencana oleh masyarakat. Item soal diberikan dalam bentuk pilihan ganda dengan pilihan 3 pilihan jawaban A, B atau C sebanyak 30 soal. Nilai pengetahuan merupakan nilai yang diperoleh dengan cara membagi jawaban benar dibagi total soal dalam bentuk prosentase. Nilai uji validitas yang telah dilakukan diperoleh nilai r 0,362 sampai 0,809. Hasil uji reliabilitas diperoleh nilai r 0,61

b. Instrumen tentang keterampilan

Instrumen ini berisikan daftar keterampilan yang harus di milik oleh masyarakat dalam kegiatan penanggulangan bencana secara mandiri di masyarakat yang memerlukan praktek pertolongan bidang kesehatan sebagai implikasi dari aktivitas pemberdayaan masyarakat, meliputi: Bantuan Hidup Dasar untuk awam, Perawatan luka pasca bencana, Teknik pengisian form monitoring ketika merujuk korban, Pengukuran tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu), dan Teknik Penurunan kecemasan. dalam Instrumen disusun dalam bentuk daftar checklist dengan bobot score 1 jika dilakukan dan 0 jika tidak

dilakukan. Instrumen ini diisi oleh peneliti atau tim peneliti yang sudah dilatih sebagai enumerator (pengambil data sebanyak 24 orang). Instrumen observasi keterampilan diuji validitas dan reliabilitas dengan menggunakan *interrator reliability*. Dilakukan oleh peneliti dan 24 orang enumerator yaitu mahasiswa program studi Ners Jurusan keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung.

c. Instrumen tentang sikap

Instrumen ini berisikan daftar pernyataan sikap masyarakat pedesaan tentang bencana dan manajemen penanggulangan bencana oleh 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. Uji validitas dan reliabilitas instrument sikap dilakukan pada aparat dan tokoh masyarakat sebanyak 20 orang pada wilayah rawan bencana alam. Hasil uji validitas instrumen sikap diperoleh 30 pertanyaan pengetahuan dengan nilai r (0,461 – 0,870), dengan reliabilitas r (0,607).

7) Pengumpulan dan Analisa Data

Pengumpulan data penelitian tahap ini dilakukan, sebagai berikut :

- a. Data pengetahuan dikumpulkan dengan memberikan angket yang berisi daftar pertanyaan dalam bentuk *multiple choise*. Setiap pertanyaan diisi oleh responden dengan memilih salah satu jawaban yang dianggap paling benar. Pilihan jawaban terdiri dari 3 pilihan yaitu A, B atau C. Selanjutnya data hasil pengisian responden tersebut dinilai dengan score 1 untuk jawaban benar dan score 0 untuk jawaban salah. Hasil scoring di kumulatiskan dalam bentuk nilai pengetahuan pada rentang 0-100.
- b. Data Sikap dikumpulkan dengan menilai respon sikap responden melalui lembar angket yang berisi daftar pernyataan sikap terhadap kejadian bencana alam dan

penatalaksanaannya terutama terkait normalisasi masalah fisik dan psikologis. Skor sikap responden merupakan nilai total dari setiap item pernyataan yang berjumlah 25 item dengan nilai 25 – 100.

- c. Data keterampilan dikumpulkan melihat kemampuan responden pada SOP tindakan, nilai keterampilan diperoleh dengan cara melihat prosentase item yang dilakukan dibanding seluruh item yang diobservasi pada satu tindakan, nilai 0 – 100.

Selanjutnya data ketiga variabel tersebut di analisis secara univariat, dengan melihat ukuran *tendency central*.

3.1.2 Diskusi Pakar : Webinar Kebutuhan Model Pelatihan

Tahapan Diskusi Pakar dilaksanakan dengan melakukan konsultasi dan wawancara mendalam kepada pakar yang mewakili lembaga dan penguasaan keilmuan. Tahap ini merupakan tahap identifikasi lanjutan akan perlunya kebutuhan pelatihan penanggulangan bencana berbasis masyarakat yang integrasi pada bidang keperawatan dengan mengidentifikasi berbagai pendapat tentang model pelatihan kebencanaan dan implementasinya di masyarakat. Selain itu melalui tahapan ini diidentifikasi berbagai perkembangan tentang issue dan program pemerintah tentang penanggulangan bencana yang dilaksanakan di masyarakat. Tahapan ini dilakukan melalui diskusi pakar dan Webinar keperawatan.

1) Tema Webinar

Kegiatan ini dilaksanakan dalam bentuk Webinar Nasional dengan tema : “Integrasi Latihan Kesiapsiagaan Bencana Berbasis Public Health Nursing (ILATGANA-Phn) Dalam Meningkatkan Kemandirian Masyarakat Di Wilayah Rawan Bencana ”.

2) Materi dan Narasumber

Materi dan Narasumber Seminar Nasional ini, adalah sebagai berikut :

- (1) Prof. Achir Yani S. Hamid, MN, DNSc (Pakar Keperawatan Bancana FIK UI) dengan topik : Standar praktik keperawatan manajemen risiko bencana

- (2) Anang Subur, SKM MPH (Kepala Sub Koordinator Fasilitas Pemulihan Awal penanggulangan Krisis Kesehatan Kemenkes RI), dengan topik : Tinjauan Model dan metode Pelatihan Bencana Bidang kesehatan bagi masyarakat (lokal) yang dikembangkan PPKK untuk mencapai kemandirian masyarakat
- (3) Pangarso Suryotomo (Deputi bidang pencegahan : Direktur kesiapsiagaan BNPB RI), dengan topik : Pengembangan Model pelatihan Kesiapsiagaan masyarakat dalam menghadapi bencana dan pandemik covid 19 berbasis budaya lokal
- (4) Kusman Ibrahim., SKP., MN., PHD (Dekan fakultas keperawatan Universitas Padjajaran/ Ketua Bidang Organisasi dan Kaderisasi DPW PPNI Jawa Barat), dengan Topik : Integrasi Peran PPNI dalam Pemberdayaan Masyarakat Lokal melalui Pelatihan Kesiapsiagaan masyarakat menghadapi Bencana

3) Tempat Dan Waktu Kegiatan

Tempat Kegiatan : Kegiatan Webinar nasional ini dilaksanakan menggunakan virtual on line dengan plat form zoom meeting dan youtube.

Waktu Kegiatan : Kegiatan webinar nasional ini dilaksanakan pada tanggal 4 September 2021 Pukul 08.00 WIB s.d Selesai

3.1.3 Eksplorasi Rancangan Model dan Instrumen Model Integrasi

Tahap Eksplorasi Rancangan Model dan Instrumen Model Integrasi 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 diwilayah rawan bencana. Proses tahapan ini diawali dengan eksplorasi Pedoman dan Pemodelan pelatihan kesiapsiagaan yang di integrasikan dengan konsep Public Healthn Nursing (PHN). Kegiatan ini diinisiasi oleh perawat dengan pola dan pendekatan PHN pada seluruh siklus menejemen bencana. Penyusunan pedoman diarahkan pada jenis

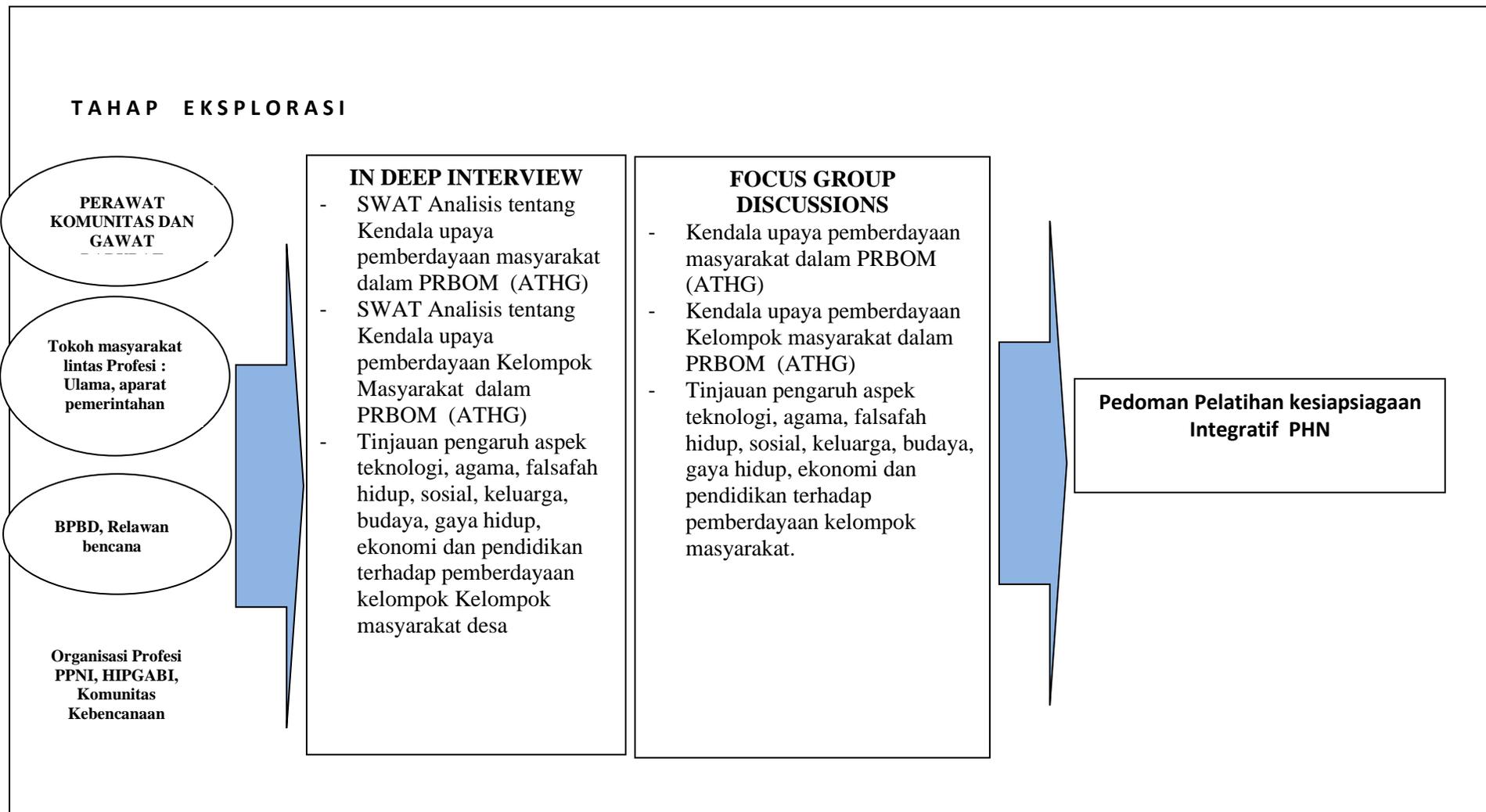
bencana yang paling sering terjadi di wilayah yang bersangkutan berdasarkan temuan pada tahap Eksplorasi Kebutuhan Pelatihan : Pre Eliminary Quantitatif.

Upaya penyusunan dilakukan terhadap berbagai elemen dan stake holder yang banyak terlibat dan berpengaruh dalam upaya penanggulangan bencana, yaitu Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) provinsi/ kabupaten/kota, organisasi profesi perawat (PPNI/HIPGABI), tokoh masyarakat di wilayah bencana dan elemen lain yang sering terlibat dalam upaya penanggulangan bencana, tokoh masyarakat lintas budaya dan agama, pejabat pemerintahan, dan lembaga-lembaga swadaya masyarakat. Pada tahapan ini dikaji berbagai diagnosis masalah dominan yang sering menjadi kendala upaya penangulanga bencana di masyarakat, dalam PHN istilah ini sering disebut Survey mawas Diri. Berbagai ancaman atau hambatan dalam upaya pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan efektifitas program PRBOM pada berbagai kelompok masyarakat dikaji dengan menggunakan isntrumen yang di adopsi dari parameter kemandirian masyarakat desa siaga bencana. Pada tahap ini juga dieksplorasi berbagai potensi pada kelompok masyarakat dan komunitas yang dapat dikembangkan guna meningkatkan peran serta aktif menggerakkan masayarakat dalam program PRBOM.

1) Desain Penelitian

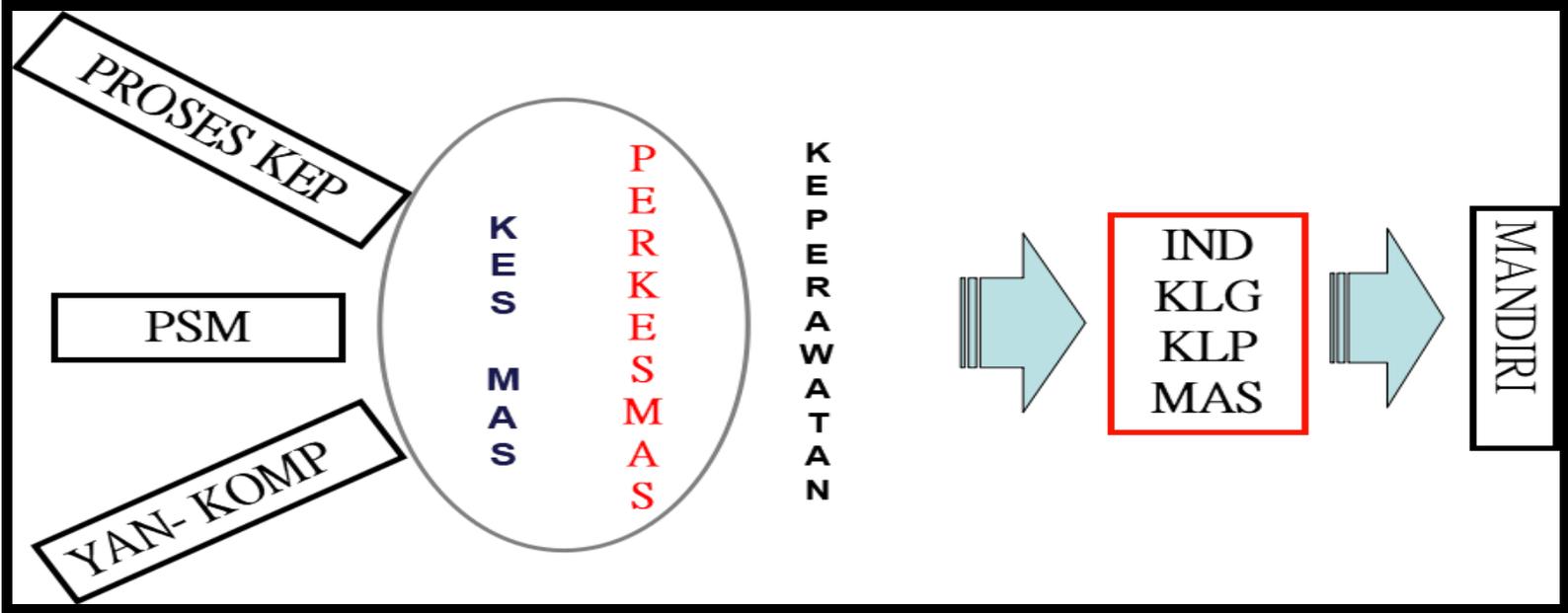
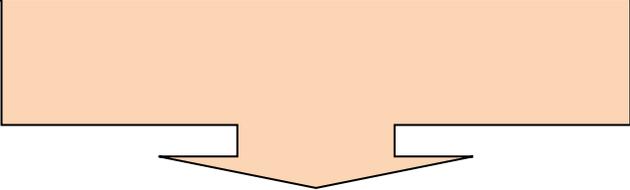
Pada tahap eksplorasi rancangan model dan instrumen model integrasi, desain yang digunakan adalah desain kualittaif dengan pendekatan *Fokus Grup Discussions (FGD)*. Beberapa permasalahan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kebencanaan dan kesehatan (keperawatan) yang belum diberdayakan secara optimal digali dengan pengambilan data secara *indeep interview* dan *Focus Grup Discussions*. Selain tentang ermasalahan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kebencanaan dan kesehatan (keperawatan), FGD dan wawancara juga diarahkan pada upaya membedah pedoman pelatihan kesiapsiagaan bencana yang sudah disusun oleh BNPB untuk di integrasikan pad amodel PHN dalam keperawatan.

Tahapan dan desain penelitian pada tahap penyusunan pedoman inii ini selengkapya, dapat di gambarkan dalam gambar 4.2 sebagai berikut :

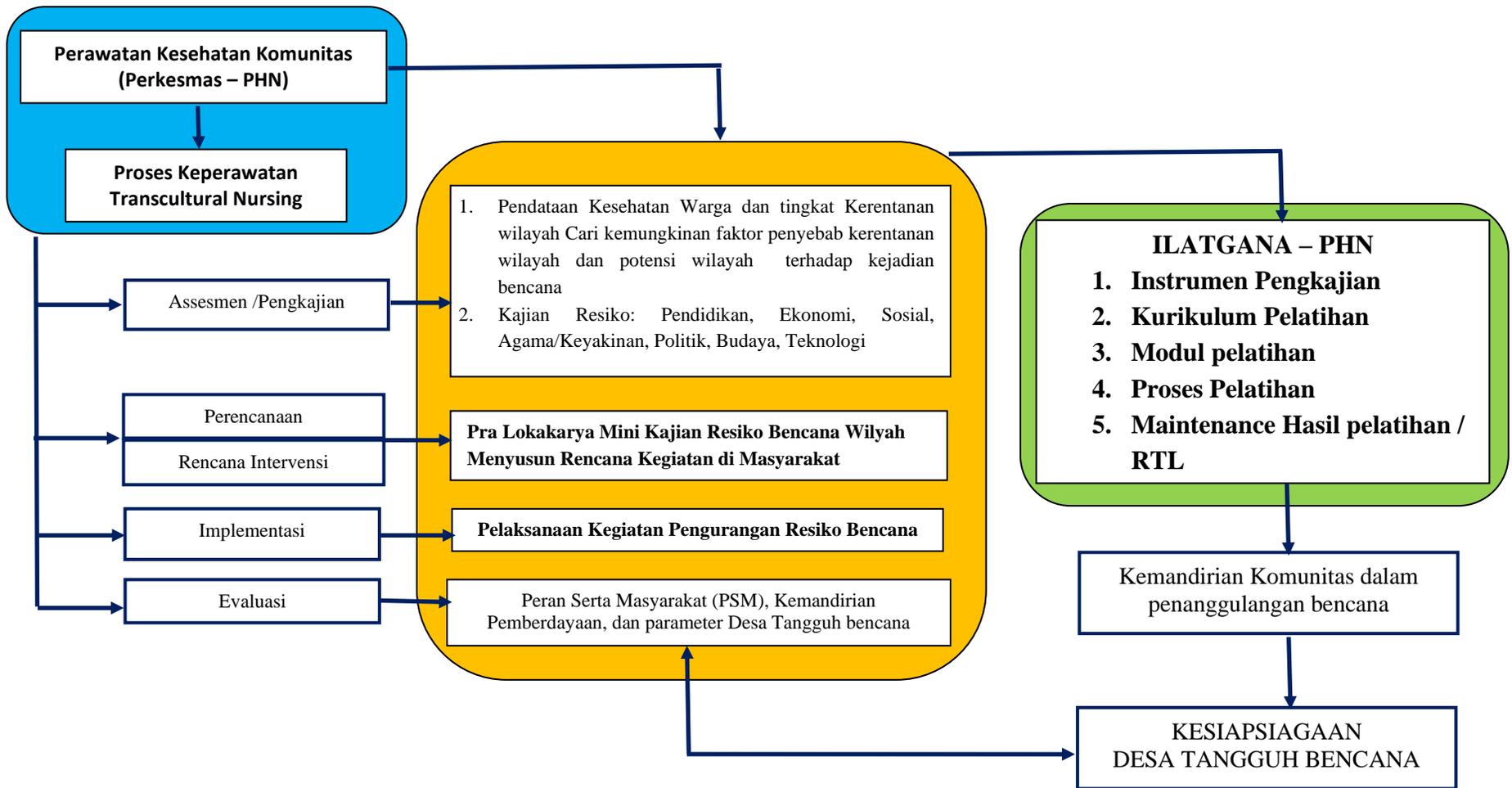


Gambar 3. 2 Skema tahapan Eksplorasi Pedoman dan Pemodelan

PELATIHAN KESIAPSIAGAAN BENCANA DIMASYARAKAT BERBASIS PHN



Gambar 3. 3 Skema Pelatihan



Gambar 3. 4 Skema

2) Variabel Penelitian

Variabel penelitian yang digunakan dalam tahap eksplorasi rancangan model dan instrumen model integrasi ini adalah tema-tema pokok yang mengarahkan penelitian pada kebutuhan untuk tahap ke-2 penelitian, yaitu tahap pelaksanaan intervensi Pelatihan. Variabel penelitian yang dijadikan objek penelitian adalah :

1. SWAT Analisis tentang Kendala upaya pemberdayaan Kelompok Masyarakat dalam PRBOM
2. Tinjauan pengaruh aspek pemberdayaan oleh perawat melalui PHN terhadap kemandirian kelompok masyarakat

3) Definisi Operasional

Tabel 3. 2 Definisi Operasional Penelitian Kualitatif (tahap eksplorasi)

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	SWAT Analisis tentang Kendala upaya pemberdayaan masyarakat dalam PRBOM	Persepsi yang dibangun Perawat bencana dan gawat darurat, tokoh masyarakat lintas profesi, BPBD dan relawan bencana serta organisasi profesi perawat tentang: - Kebutuhan masyarakat dalam penanggulangan bencana bidang kesehatan - Kendala-kendala dalam Manajemen dalam penanggulangan bencana bidang kesehatan - Potensi SDM masyarakat dalam penanggulangan bencana bidang kesehatan	-Pedoman Wawancara mendalam (indeef Intervie) -Pedoman Focus Group disccussions	Tema-tema analisa SWAT dalam kebutuhan Penanggulan bencana	Nominal
2	Tinjauan pengaruh aspek pemberdayaan oleh perawat melalui PHN terhadap kemandirian kelompok smasyarakat	Persepsi yang dibangun Perawat bencana dan gawat darurat,, tokoh masyarakat lintas profesi, BPBD dan relawan bencana serta organisasi profesi perawat tentang upaya pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan bencana bidang kesehatan melalui PHN terhadap kemandirian kelompok smasyarakat	-Pedoman Wawancara mendalam (indeef Intervie) -Pedoman Focus Group disccussions	Tema Peran perawat bencana di komunitas	Nominal

4) Sampel Penelitian

Sampel diambil secara random kepada elemen terkait dengan upaya PRBOM. Sampel direncanakan berjumlah 15 orang, dengan perincian sebagai berikut :

1. Perawat Bencana dan gawat darurat : 1 orang
2. Perawat Puskesmas/komunitas : 2 orang
3. Tokoh masyarakat lintas profesi, : 5 orang
4. BPBD dan relawan bencana : 2 orang
5. Organisasi profesi perawat : 1 orang
6. Tim Peneliti : 3 orang
7. Lembaga Swasta/ BUMN/Perusahaan : 1 orang

Jumlah total sampel penelitian / daerah : 15 orang

5) Waktu Penelitian dan tempat penelitian

Tahap eksplorasi rancangan model dan instrumen model integrasi direncanakan pada periode Oktober 2021. Tempat penelitian terdistribusi di wilayah yang memiliki kerawatan bencana (zona merah) di Kabupaten Bandung,

6) Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian disusun sebagai panduan *indepth interview* berupa daftar pertanyaan yang akan dikembangkan sesuai pokok kajian yang telah ditetapkan yaitu 1) SWAT Analisis tentang Kendala upaya pemberdayaan masyarakat dalam PRBOM., 2) Instrumen dikembangkan dalam bentuk pertanyaan terbuka yang dapat di kembangkan dalam 5-10 item pertanyaan.

7) Analisa Data

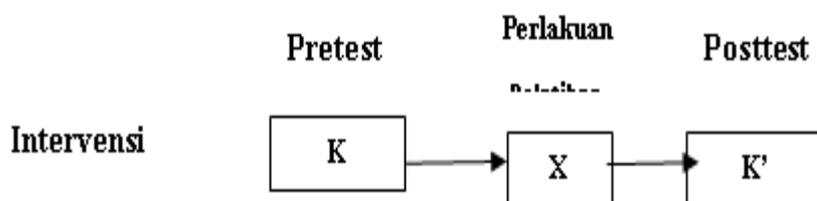
Data yang diperoleh berdasarkan hasil *indepth interview dan focus Group Discussions* selanjutnya dianalisa secara kualitatif untuk mendapatkan tema-tema penelitian sesuai dengan variabel penelitian yang telah ditetapkan. Tema-tema penelitian tersebut akan ditetapkan setelah tercapainya saturasi dari masing-masing responden. Tema-tema penelitian yang dihasilkan selanjutnya akan dijadikan dasar dalam penyusunan Pelatihan kesiapsiagaan manajemen penanggulangan bencana..

3.2 Ujicoba dan Pengembangan Model

Tahap penelitian ini dilakukan pada tahun kedua penelitian. Tahapan Ujicoba dan Pengembangan Model dilakukan dengan melaksanakan model yang telah disusun pada tahap 1 dengan melaksanakan model pelatihan integrasi. Tahap pelatihan kesiapsiagaan dilakukan pada kelompok masyarakat dengan melakukan pelatihan terkait pemahaman yang diperlukan oleh masyarakat tentang manajemen bencana di komunitas dengan pendekatan PHN. Pelatihan dilakukan sebagai media memberikan penguatan pengetahuan, keterampilan dan sikap kepada individu, keluarga dan masyarakat untuk menjadi kader pemberdayaan masyarakat dalam pengurangan resiko bencana. Sedangkan tahap penerapan model dilakukan terhadap individu dalam masyarakat untuk menilai kinerja mereka di lingkungan masyarakat dalam mengurangi resiko bencana oleh masyarakat. Tahapan pelaksanaan Pelatihan dilakukan berdasarkan urutan dalam proses Public Health Nursing (PHN) yaitu : Pendataan tingkat kemandirian masyarakat terhadap kejadian bencana (Survey mawas diri), menentukan penyebab dan analisa data, musyawarah masyarakat, menyusun rencana pelatihan kesiapsiagaan, dan pelaksanaan pelatihan kesiapsiagaan bencana dengan pendekatan PHN.

1) Desain Penelitian

Penelitian dalam tahap pelatihan didesain *pre-post test* 1 kelompok tanpa kontrol. Kelompok responden diukur sebelum dan sesudah intervensi pelatihan. Setelah dilakukan intervensi diharapkan terjadi suatu perbedaan atau pengaruh pelatihan terhadap tingkat pemahaman kemandirian personal, keluarga dan masyarakat. Secara skematis desain penelitian pada tahap ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3. 5 Desain Penelitian

K dan K' : Kemandirian , individu, keluarga dan masyarakat

2) Variabel penelitian

1. Pelatihan Kesiapsiagaan Menghadapi Bencana Berbasis Public Health Nursing (PHN).
2. Kemandirian masyarakat dalam manajemen penanggulangan Bencana

3) Definisi Operasional

Tabel 3. 3 Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Pelatihan Kesiapsiagaan Menghadapi Bencana Berbasis Public Health Nursing (PHN)	Suatu program pelatihan tentang manajemen pengurangan resiko bencana bagi masyarakat yang diberikan dengan pendekatan asuhan keperawatan komunitas di wilayah bencana , dengan menggunakan GBPP dan kurikulum pelatihan yang telah disusun	Kurikulum Dan GBPP Pelatihan	Sesuai Standar Kurikulum dan GBPP Pelatihan Tidak sesuai standar kurikulum dan GBPP Pelatihan	Nominal
2	Kemandirian masyarakat dalam manajemen penanggulangan Bencana	Kemampuan yang dimiliki oleh individu, keluarga dan masyarakat 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 instrument kesiapsiagaan LIPI : Parameter yang digunakan adalah pengetahuan dan sikap tentang bencana (KAP), rencana kesiapsiagaan keluarga dari bencana (EP), Peringatan bencana (WS), dan Mobilisasi sumber daya (RMC).	Skor Kesiapsiagaan Dalam rentang 0 - 100	Interval

4) Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam tahap penelitian ini adalah : Integrasi Latihan Kesiapsiagaan Menghadapi Bencana Berbasis Public Health Nursing (PHN) dapat Meningkatkan Kemandirian Masyarakat Dalam Penanggulangan Bencana Di Wilayah Rawan Bencana Alam (Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti Kecamatan Pasir Jambu)

5) Populasi dan sampel

a) Populasi

Populasi dalam penelitian adalah masyarakat di wilayah Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti Kecamatan Pasir Jambu yang dianggap memiliki potensi bencana cukup besar. Populasi ditentukan di wilayah yang memiliki potensi bencana besar di Jawa Barat..

b) Sampel

Sampel dalam penelitian ini diambil secara random pada wilayah rawan bencana di kabupaten/kota di Jawa barat Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus penghitungan besar sample untuk desain penelitian eksperimen kasus-kontrol (Lameshow et al., 1997)

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 :

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

Sampel dalam penelitian ini berjumlah 78 orang yaitu masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti Kecamatan Pasir Jambu, sehingga sudah memenuhi syarat minimal sampel sebanyak 21 orang.

6) Tempat dan waktu penelitian

Penelitian direncanakan dilakukan Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti Kecamatan Pasir Jambu. Total waktu penelitian telah dilakukan dalam rentang waktu 1 tahun. (Januari-desember 2022). Trimester pertama 2021 telah dilaksanakan persiapan dan penyusunan kelengkapan penelitian, selanjutnya tahap Penyusunan Pedoman pelatihan dilakukan pada trimester kedua, yaitu April-Juni 2022 dilanjutkan Tahap 2 akan dilaksanakan pada trimester ketiga Juli-September 2022, dan pada trimester keempat untuk pelaporan hasil penelitian direncanakan dilakukan pada periode Maret 2022– September 2023. Model Pelatihan ILATGANA dilaksanakan selama 2 minggu yaitu 18 Oktober – 1 Nopember 2022. Sedangkan pelatihan ILATGANA nya dilaksanakan pada tanggal 21-23 Oktober 2022.

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 masyarakat, 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.

Form B : Kemandirian Individu/personal

Instrumen yang digunakan untuk mengukur hasil ujicoba pelatihan ILATGANA adalah instrument pengukuran tingkat kesiapsiagaan Resiliensi Individu/keluarga/Rumah

Resilensi individu/keluarga/rumah tangga diukur dengan instrument kesiapsiagaan yang sudah dibuat dan dikembangkan oleh LIPI, meliputi Parameter pengetahuan dan sikap tentang bencana (KAP), rencana kesiapsiagaan keluarga dari bencana (EP), Peringatan bencana (WS), dan Mobilisasi sumber daya (RMC).

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 :

a) Uji validitas dan reliabilitas instrumen tingkat kemandirian individu, keluarga dan masyarakat

Instrumen sudah tervalidasi oleh LIPI dan memenuhi syarat kelayakan sebuah instrument penelitian yang baku dan standar

9) Cara pengumpulan data

Penelitian kuantitatif merupakan tahapan untuk menilai kompetensi kelompok masyarakat sebagai kelompok prioritas dalam penanggulangan bencana berbasis

masyarakat. Pengukuran pada kelompok intervensi meliputi pengukuran pre intervensi (pengukuran 1), paca intervensi (pengukuran 2).

Adapaun tahapan pengumpulan data tersebut dapat dilakukan melalui beberapa tahapan :

1. Data Kesiapsiagaan dikumpulkan dengan memberikan angket yang berisi cheklis observasi tingkat kemandirian.
2. Setiap pertanyaan diisi oleh peserta Uji Coba Model yang telah ditunjuk Selanjutnya data hasil pengisian responden tersebut dinilai dengan score 1 s,d 4.
3. Hasil isisn responden di kuantitaifkan dengan bobor nilai : tidak mandiri (1), Kurang mandiri (2), mandiri (3) sangat mandiri (4) Hasil scoring di kumulatifkan dalam bentuk nilaitingkat kemandirian n pada rentang 0-100.

10) Cara pengolahan data

Setelah semua data tingkat kemandirian individu, keluarga dan masyarakat pada responden kelompok masyarakat terkumpul berdasarkan hasil pre dan post test, selanjutnya diolah dengan melalui tahapan *coding*, *editing*, *clearing* dan *tabulating*. Data umum dikelompokan 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 di identifikasi dengan merujuk pada indikator kebutuhan data penelitian. Data khusus berupa hasil perolehan nilai tingkat kemandirian individu, keluarga dan masyarakat responden kelompok masyarakat 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 tingkat kemandirian individu, keluarga dan masyarakat kelompok masyarakat di sajikan dalam bentuk data numeric dengan ukuran *tendency central*.

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 tethadap 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.

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk menguji perbedaan nilai rata-rata sebelum dan setelah pelatihan pada masing masing variabel (tingkat kemandirian individu, keluarga dan masyarakat) kelompok masyarakat. 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 tingkat kemandirian individu, keluarga dan masyarakat terhadap penanggulangan bencana oleh masyarakat (PRBOM). Selain itu analisa terhadap Tingkat Kesiapsiagaan sebelum dan setelah dilajukan pelatihan ILATGANA
- 2) T-test indefendent, untuk menganalisa perbedadaan efektifitas pelatihan kesiapsiagaan kelompok masyarakat pada kelompok pada aspek tingkat kemandirian individu, keluarga dan masyarakat dalam melakukan manajemen bencana berbasis masyarakat (PRBOM).
- 3) Uji Regresi Linier Sederhana untuk menilai aspek paling berpengaruh dari tingkat kemandirian individu, keluarga dan masyarakat terhadap penampilan kinerja kelompok masyarakat dalam melaksanakan model pemberdayaan kelompok dalam manajemen bencana berbasis masyarakat (PRBOM) pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Dilanjutkan dengan uji Bon Ferroni untuk menentukan nilai pengaruh masing-masing variabel.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian dan pembahasan pada bab ini akan dipaparkan secara terperinci sesuai dengan Tahapan Studi pendahuluan (initial study) dilakukan pada tahun pertama penelitian yaitu : 1) eksplorasi kebutuhan pelatihan yang dilakukan secara kuantitatif eksplorasi pada kelompok wilayah rentan bencana., 2) Konsultasi pakar melalui diskuis public dalam bentuk webinar., dan 3) Rancangan model dan instrumen pelatihan integrasi.

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Umum

1) Wilayah Penelitian Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti.

Kampung Kendeng merupakan salah satu wilayah yang berada di bawah pemerintahan Desa Sugih Mukti. Desa Sugihmukti berada di kecamatan Pasir jambu Kabupaten Bandung Provinsi Jawa Barat merupakan desa yang terbentuk pada tahun 1908. Luas desa Sugih Mukti sebesar 9.843.000000 Ha, koordinatnya berada di koordinat 107.407795 BT / -7.19077 LS. Orbitasi atau letak daerah/desa, yaitu jarak dari desa ke ibu kota kecamatan sejauh 7,000 km, waktu tempuh dengan kendaraan bermotor 0,25 jam, dengan berjalan kaki/kendaraan non bermotor selama 1 jam, jarak dari desa ke ibu kota kabupaten/kota sejauh 17,0000 Km, waktu tempuh dari desa ke ibu kota kabupaten/kota dengan menggunakan motor lama waktu untuk menempuhnya yaitu 0,5 jam, dengan menggunakan kendaraan non bermotor/berjalan yaitu selama 3 jam, jarak ke ibu kota provinsi dari sejauh 35,0000 Km, waktu tempuh dengan kendaraan bermotor selama 2,50 Km, dengan berjalan/kendaraan non bermotor yaitu selama 10 jam.

Tipologi desa atau kondisi spesifik keunggulan potensi sumber daya Desa Sugihmukti adalah perladangan. Klasifikasi desanya merupakan desa swakarya yang memiliki ciri adat-istiadat masih dijalankan tetapi sudah tidak mengikat penuh, desanya sudah tidak terisolasi lagi walau letaknya jauh dari pusat perekonomian. Desa Sugihmukti merupakan desa lahan dan produksi dengan tataguna lahan sawah seluas

208.2000 Ha, tegal/lading seluas 175,6000, pemukiman seluas 15,5000 Ha, perkebunan 5.415,7000, tanah kas desa seluas 18,9000 Ha, fasilitas umum seluas 9,1000 Ha, Hutan seluas 4.000,000 Ha dan jumlah luas wilayah seluas 9.843,000. Data umum produksi: total nilai produksi pangan di Desa Sugihmukti sebesar Rp. 204.000.000,00 dengan komoditas unggulan berdasarkan luas panen dan nilai produksi yaitu padi sawah. Batas-batas wilayah Desa Sugihmukti, sebelah utara berbatasan dengan wilayah desa Margamulya, sebelah selatan bersebalahan dengan wilayah Kabupaten Cianjur, sebelah timur berbatasan dengan wilayah Desa Tenjolaya dan sebelah Barat berbatasan dengan Desa Panundaan. Personil desa Sugih Mukti terdiri dari kepala desa/lurah yaitu H.Ruswan dengan pendidikan terkahirnya SLTA. Sekretaris Desa bernama Agung Ganjar Persada dengan pendidikan terakhirnya SLTA. Badan permusyawaratan desa bernama Tuganda,S.Pd dengan pendidikan terakhirnya S-1.

Jumlah penduduk dan kepala keluarga di Desa Sugihmukti yaitu jumlah laki-laki sebanyak 9.104 orang, jumlah perempuan sebanyak 8.384 orang, jummlah total penduduk laki-laki dan perempuan sebanyak 17.488 orang, jumlah kepala keluarga (KK) sebanyak 6.009 KK. Kepadatan penduduk di Desa Sugihmukti sebanyak 18 jiwa/KM². Jumlah keluarga di Desa Sugihmukti sebanyak 3.836 KK, terdiri dari: Keluarga Pra Sejahtera sebanyak 768 KK, Keluarga Sejahtera 1 sebanyak 511 KK, Keluarga Sejahtera 2 sebanyak 1.358 KK, Keluarga Sejahtera 3 sebanyak 778 KK, Keluarga Sejahtera 3 plus sebanyak 421 KK. Tingkat pendidikan masyarakat di Desa Sugihmukti, tamatan SD/ sederajat sebanyak 8.089 orang. Tamatan SMP/ sederajat sebanyak 3.033 orang, tamatan SMA/ sederajat sebanyak 2.612 orang. Tamatan D-1/ sederajat sebanyak 396 orang. Tamatan D-2/ sederajat 264 orang, Tamatan D-3/ sederajat sebanyak 290 orang.

Sarana dan prasarana kantor Desa Sugihmukti memiliki gedung kantor dengan kondisi yang baik, mempunyai balai desa, ada listrik, serta memiliki air bersih. Untuk keamanan dan ketertiban, Desa Sugihmukti memiliki anggota hansip 20 orang dengan 12 pos kamling. Kelembagaan kemasayarakatan Desa Sugihmukti yaitu rukun warga (RW) berjumlah 12 RW, Rukun Tetangga (RT) berjumlah 76 RT, Karang taruna sebanyak 3, Badan usaha milik desa sebanyak 6 pengurus, organisasi keagamaan berjumlah 1 dengan 32 pengurus.

Kampung Kendeng berada di wilayah Desa Wisata Sugihmukti yang terletak pada ketinggian 1200-2300 mdpl. Kampung Kendeng persis berada di Puncak

Gunung Patuha yang bersebelahan secara langsung PT Geo Dipa Energi. Kampung Kendeng beriklim sejuk sehingga menghasilkan varietas kopi dan teh dengan kualitas unggul yang banyak ditanam di kawasan Hutan Gunung Patuha ini. Kopi yang banyak dihasilkan dari desa ini adalah jenis kopi Arabika, yakni kopi yang memiliki aroma yang sangat kuat, rendah kafein, dan merupakan jenis kopi premium dikelas kopi.. Selain kopi, teh yang dihasilkan di wilayah desa, juga tidak kalah kualitasnya dengan Kopi, dan merupakan teh dengan keunggulan pada rasa dan aroma yang khas sehingga dapat membus pasar ekspor.

Jumlah Penduduk Kampung Kendeng sekitar 278 Jiwa dengan 83 kepala keluarga. Luas wilayahnya sekitar 5 hektar dengan potensi wisata yang sangat luar biasa di bidang wisata alam pegunungan. Komposisi penduduknya di dominasi oleh penduduk usia produktif dengan sebagian besar bekerja sebagai karyawan perkebunan PTPN VIII. Secara geografis letaknya berdampingan dengan PT Geo Dipa Energi (Persero). Secara kewilayahan daerah kampung kendeng memiliki tingkat resiko tinggi terjadinya bencana, seperti : gempa bumi, longsor, keracunan gas dan angin puting beliung.

2) PT Geodipa Energi (Persero)

PT Geodipa energi Didirikan sebagai Perusahaan Patungan^[1](joint venture) PERTAMINA dan PLN untuk mengelola lapangan panas bumi Dieng dan Patuha pada tahun 2002. pada tahun 2014 mulai mengoperasikan PLTP Patuha unit 1 (60 MW) dan mendapat penegasan sebagai pengelolaan secara penuh area Patuha terhitung mulai^[2] Januari 2007 melalui Peraturan Menteri ESDM^[3] No. 2192.K/30/MEM/2014 sampai dengan tahun 2022 (sekarang). Proyek ini terletak di sekitar Gunung Patuha di Jawa Barat yang berada sekitar 40 km di sebelah selatan kota Bandung. Tahun 2014 Geo Dipa Energi berhasil menyelesaikan pembangunan 1 unit PLTP di Patuha dengan kapasitas 60 MW. Total potensi energi panas bumi yang dihasilkan di sekitar area tersebut diperkirakan mencapai 400 MW. Saat ini Geo Dipa Energi telah memformulasikan rencana pengembangan PLTP Patuha Unit 2 dan Unit 3 masing-masing dengan kapasitas 55 MW yang merupakan pengembangan Proyek Patuha Unit 1. PT Geo Dipa Energi memiliki visi perusahaan Menjadi Perusahaan Energi Geothermal yang andal dan terpercaya melalui Insan Geodipa, Keunggulan Operasional dan Pertumbuhan yang Berkesinambungan. Sedangkan Misi yang diembannya adalah :

- a) Fokus pada pertumbuhan Perusahaan yang cepat dan berkesinambungan dalam mencapai tujuan bisnis.
- b) Mengoptimalkan produktivitas melalui operasional yang unggul dan Total Quality Management (“TQM”).
- c) Menyediakan lingkungan yang terbaik untuk berprestasi sebagai profesional dan menjadi Insan Geo Dipa yang unggul.
- d) Turut mendukung Program Pemerintah dalam penyediaan listrik tenaga panas bumi yang aman dan ramah lingkungan.

3) Karakteristik Responden Uji Coba Model

Jumlah responden pada tahap uji coba model sebanyak 80 responden yang berasal dari berbagai kelompok masyarakat dilingkungan kampung kendeng desa Sugih Mukti Kabupaten Bandung. Karakteristik responden tersebut terangkum dalam tabel dibawah ini :

**Tabel 4. 1 Distribusi Karakteristik Responden
Masyarakat Desa Sugih Mukti (n-60)**

VARIABEL	F	%
Jenis Kelamin		
• Pria	36	45
• Wanita	44	55
Jumlah	80	100
Pengalaman Pelatihan		
• Pernah	29	36,25
• Tidak Pernah	51	63,75
Jumlah	80	100
Pendidikan		
• Tidak Sekolah	8	10
• Pendidikan Dasae (SD)	40	50
• Pendidikan Menengah (SMP/SMA)	32	40
• Pendidikan Tinggi (PT)	0	0
Jumlah	80	100
Usia		
• 15 – 25 tahun	5	6,25
• 26 – 35 tahun	19	23,75
• 36 – 45 tahun	13	16,25
• 46 – 55 tahun	26	32,50
• ≥ 56 tahun	17	21,25
Jumlah	80	100
Peran		
• Karang taruna	7	8,75
• Tokoh masyarakat	4	5
• Kader Kesehatan	5	6,25
• Aparat pemerintahan	2	2,5

• Relawan	62	77,5
Jumlah	80	
Pekerjaan		
• Buruh Perkebunan	46	57,5
• PNS/TNI/POLRI/Karyawan	4	5
• Pelajar/Mahasiswa	7	8,75
• Tidak bekerja	23	28,75
Jumlah	80	

Berdasarkan tabel 4.1 diatas, tergambar bahwa jenis kelamin responden terdistribusi secara merata, dengan proporsi peserta wanita lebih banyak yaitu 44 orang (55%). Sebagian besar belum pernah terpapar pelatihan penanggulangan bencana, yaitu sebanyak 51 orang (63,75%). Berdasarkan klasifikasi kelompok usia, proporsi paling besar berada pada kelompok usia 46-57 tahun sebanyak 26 orang (32,5%). Sedangkan proporsi terkecil peserta berada pada rentang usia 15-25 tahun sebanyak 5 orang (5,25%). Peran peserta terbesar adalah sebagai relawan, sebanyak 62 orang (77,5%), Sedangkan distribusi berdasarkan pekerjaan, paling besar sebagai buruh perkebunan sebanyak 46 orang (57,5%)

4.1.2 Pengembangan Model

1) Konsultasi Pakar (Panel Expert) Hasil Konstruksi Model

Konsultasi pakar atau panel expert dilakukan pada tahun kedua penelitian berdasarkan hasil penelitian pada tahap 1 tahun 2021. Konsultasi pakar dilaksanakan pada tanggal 23 Juli 2022 secara on line virtual zoom (daring) mulai pukul 08.00 s.d 14.00 WIB. Kegiatan Konsultasi pakar dihadiri oleh seluruh tim peneliti dan perwakilan enumerator (fasilitator). Materi konsultasi pakar adalah mendiskusikan konstruksi model sesuai hasil penelitian tahap 1 tahun 2021.

Konstruksi model yang sudah disusun selanjutnya di diskusikan kepada pakar yang terdiri dari unsur Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia (HIPGABI PUSAT), Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Provinsi Jawa Barat dan Akademisi Bidang Keperawatan Bencana dan Gawat Darurat (Universitas Airlangga Surabaya). Hasilnya di jelaskan sebagai berikut :

(1) Mayor Laut (K) Ns. Ronny Basirun Simatupang, S.Kep., M.Si (Han) (Ketua DPP HIPGABI Bidang Hukum)

- Tema penelitian sangat menarik dan substansial dalam keperawatan bencana (disaster nursing).

- Unsur kebaruan (novelty) dapat diidentifikasi dari subsatansi belatihan bencana untuk masyarakat awam pada bidang keperawatan bencana dengan integrasi pengkajian budaya local atau kearifan lokal. Hal ini harus nampak pada instrument awal penelitian.
- Makna integrasi pelatihan harus mencakup minimal komponen penta heliks dalam program pemberdayaan masyarakat bidang kebencanaan, yaitu : pemerintah, pelaku usaha (swasta dan atau badan usaha), masyarakat, media dan lembaga swadaya Masyarakat lainnya serta Perguruan Tinggi (PT).
- Konsep komunity resilience harus memenuhi indicator dan parameter yang jelas. Misalnya indicator dan parameter Desa Siaga Bencana (Destana) yang sudah ditetapkan dalam Peraturan Kepala BNPB No 1 tahun 2012 tentang Program Desa Siaga Bencana atau Destana (BNPB, 2012)
- Dalam operasinal Integraaaasi Latihan Penanggulangan Bencana (ILATGANA), harus mencakup : tema, tujuan, tugas dan tanggung bjawab, scenario, gladi posko, taktikal, dan simulasi
- Harus memikirkan keberlanjutan program (maintenance) atau sustainability program

(2) Budi Budiman Wahyu. ST. MT. (Analisis Kebencanaan Ahli Muda-BPBD Provinsi Jawa Barat)

- BPBD mengapresiasi tema pelatihan yang sinergis dengan program yang sedang dibangun dan dikembangkan oleh BPBD dan pemerintah melalui BNPB
- Hasil riset dan kajian BPBD, 97% keberhasilan penyelamatan pada korban bencana adalah dilakukan oleh orang terdekat pada tataran keluarga, dan komunitas
- Mohon di sinergiskan dengan Peraturan Kepala BNPB No 1 tahun 2012 tentang Program Desa Siaga Bencana atau Destana (BNPB, 2012)
- BNPB mengharapkan adanya time line yang jelas sampai pada tahap sustainability program
- Indikator output atau keluaran hasil penelitian dapat mendukung 20 indikator Desa Tangguh Bencana (Destana)

(3) Dr. Sriono., SKP., M.Kep., Sp., KMB (Akademisi/Praktisi keperawatan Bancana di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya)

- Penelitian ini sangat bagus dan layak untuk dilanjutkan sebagai bagian dari pengembangan ilmu keperawatan.
- Sebaiknya di lanjutkan pada langkah tahun ke-3 sebagai langkah implementasi model dengan jangkauan wilayah yang lebih luas dan menyeluruh.
- Substansi model sudah lengkap dan gambaran kerangka penelitian serta kerangka model sudah sesuai dengan tujuan penelitian.
- Perlu di tambahkan gambaran tingkat kemandirian saat ini pada saat akan dilakukan pelatihan. Hal ini sudah terjawab dan sesuai dengan langkah-langkah penelitian pada tahun 1 dan tahun ke 2.
- Perlu kejelasan peran perawat pada model integrasi yang ditawarkan. Hal ini perlu diperjelas dalam latar belakang masalah penelitian.
- Karena penyusunan dan pengembangan model, maka outputnya lebih diarahkan pada pembentukan model yang akan diuji cobakan.
- Karena model pengembangan, maka harus sampai pada tahapan simulasi.
- Perlu diintegrasikan konsep *Tsunami Tendenko* (kesiapan menyelamatkan diri sendiri) sejak awal dalam proses pelatihan dengan merujuk pada potensi bencana prioritas pada wilayah penelitian

2) Konsep Pelatihan Integrasi Penanggulangan Bencana (ILATGANA)

Hasil kajian penelitian pada tahun-1 tentang konstruksi model konsep Pelatihan Integrasi Penanggulangan Bencana (ILATGANA) yang di sempurnakan melalui konsultasi pakar pada tanggal 23 Juli 2022, merekomendasikan deskripsi tematik berbagai kebutuhan pelatihan ILATGANA tersebut. Deskripsi tematik tersebut adalah :

- (1) Model pelatihan kesiapsiagaan masyarakat
- (2) Pemberdayaan Masyarakat
- (3) Public Health Nursing (PHN)
- (4) Transcultural Nursing
- (5) Upaya kesiapsiagaan dan Langkah dan tahapan kegiatan

Deskripsi tematik yang ditemukan tersebut, selanjutnya mengarahkan pada konstruksi kebutuhan model pelatihan ILATGANA, meliputi :

(1) Instrumen Pelatihan

Instrumen untuk uji coba pelatihan dibuat dan dikembangkan dari Instrumen resiliensi individu/keluarga/rumah tangga yang diukur dengan instrument

kesiapsiagaan yang sudah dibuat dan dikembangkan oleh LIPI pada 4 aspek pengukuran yaitu : pengetahuan dan sikap tentang bencana (KAP) yang terdiri dari , rencana kesiapsiagaan keluarga dari bencana (EP), Peringatan bencana (WS), dan Mobilisasi sumber daya (RMC).

(2) Kurikulum pelatihan

Kurikulum dibuat dan dikembangkan dari hasil SMD dan konsultasi pakar. Sehingga diperoleh pokok bahasan dan kebutuhan materi yang di butuhkan oleh masyarakat terkait dengan perencanaan kesiapsiagaan menghadapi bencana. Format kurikulum mengacu pada standar panduan kurikulum yang ditetapkan oleh kementerian Kesehatan RI.

Pelatihan ILATGANA di rancanag sebagai penerapan model pelatihan kesiapsiagaan yang di integrasikan dengan pelaksanaan tahapan PHN. Tahapan Ujicoba dan pengembangan dilakukan pada tahun kedua penelitian melalui proses implementasi/replikasi beberapa wilayah binaan dilanjutkan dengan Sosialisasi dan Uji Publik. Upaya penyusunan dilakukan terhadap berbagai elemen dan stake holder yang banyak terlibat dan berpengaruh dalam upaya penanggulangan bencana, yaitu Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) provinsi/ kabupaten/kota, organisasi profesi perawat (PPNI/HIPGABI), tokoh masyarakat di wilayah bencana dan elemen lain yang sering terlibat dalam upaya penanggulangan bencana, tokoh masyarakat lintas budaya dan agama, pejabat pemerintahan, dan lembaga-lembaga swadaya masyarakat. Pada tahapan ini dikaji berbagai diagnosis masalah dominan yang sering menjadi kendala upaya penangulanga bencana di masyarakat, dalam PHN istilah ini sering disebut Survey mawas Diri. Berbagai ancaman atau hambatan dalam upaya pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan efektifitas program PRBOM pada berbagai kelompok masyarakat dikaji dengan menggunakan instrumen yang di adopsi dari parameter kemandirian masyarakat desa siaga bencana. Pada tahap ini juga dieksplorasi berbagai potensi pada kelompok masyarakat dan komunitas yang dapat dikembangkan guna meningkatkan peran serta aktif menggerakkan masyarakat dalam program PRBOM.

Model pelatihan ILATGANA menggunakan metode pembelajaran Simulasi Based Learning (SBL), agar mampu secara komprehensif menginternalisasi materi pelatihan yang diterima. Metode SBL akan menstimulasi peserta latih lebih aktif selama proses pelatihan, sehingga daya serap dan daya ingat terhadap materi dan topik

pelatihan lebih kuat. Capaian kompetensi yang diharapkan dalam pelatihan ini adalah penguasaan materi dan praktik pelatihan ILATGANA-PHN dalam ranah **kognitif, afektif dan psikomotor** peserta latih, sehingga mampu mengimplementasikan penanggulangan bencana secara mandiri melalui pelatihan berkelanjutan ILATGANA-PHN. Materi Pelatihan Pembelajaran Berbasis Simulasi ini sebanyak 28 JPL selama 3 (tiga) hari efektif dengan durasi setiap JPL 45 menit.

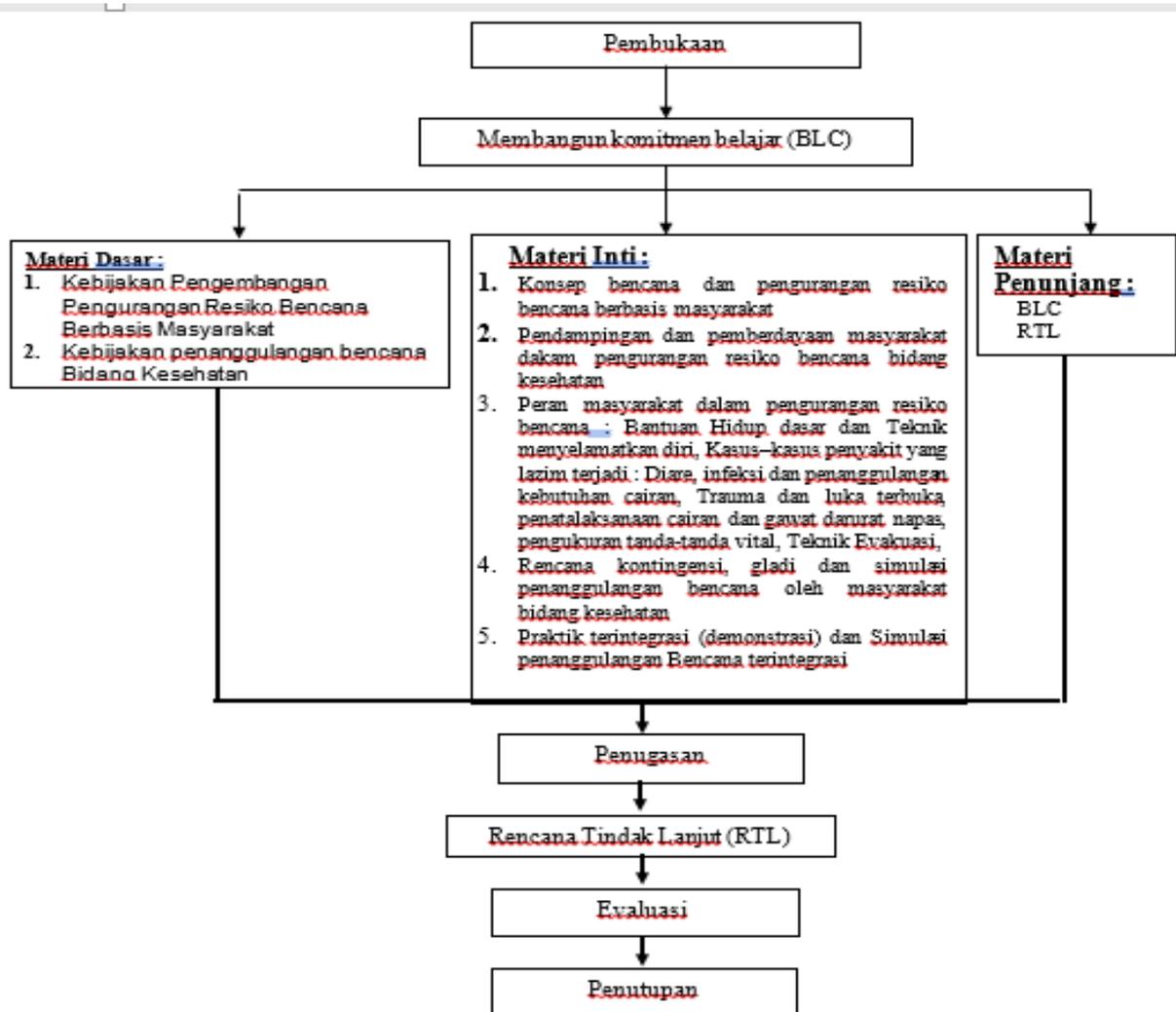
(3) Modul Pelatihan

Modul pelatihan disusun dan dikembangkan dengan muatan pembelajaran teori, praktik dan simulasi. Modul dibuat sesuai dengan tuntutan kurikulum dan kajian hasil Survey Mawas Diri (SMD). Beberapa materi yang dikembangkan dalam modul pelatihan ILATGANA adalah :

- Konsep bencana dan pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat
- Pendampingan dan pemberdayaan masyarakat dalam pengurangan resiko bencana bidang kesehatan
- Peran masyarakat dalam pengurangan resiko bencana : Bantuan Hidup dasar dan Teknik menyelamatkan diri, Trauma dan luka terbuka, penatalaksanaan cairan dan gawat darurat napas, pengukuran tanda-tanda vital, Teknik Evakuasi
- Rencana kontingensi, gladi dan simulasi penanggulangan bencana oleh masyarakat bidang kesehatan
- *Building Learning Commitment (BLC)*

(4) Proses Pelatihan

Proses pelatihan telah dilaksanakan pada tanggal 21 – 23 Oktober 2022 mulai PUKUL 08.00 – 16.00 setiap hari. Latihan mandiri dilakukan secara kelompok di lokasi pelatihan sampai dengan pukul 19.00. Alur pelatihan ILATGANA dilaksanakan dengan skema sebagai berikut :



Gambar 4. 1 Skema Proses Pelatihan ILATGANA

Selama pelatihan, peserta dapat berperan sebagai anggota masyarakat yang mendapatkan pelatihan penanggulangan bencana dengan model ILATGANA-PHN. Sedangkan fasilitator / pengajar yang memberikan pelatihan berperan sebagai pengajar pembelajaran teori dan praktik dengan metode pembelajaran integrasi simulation based learning (SBL) bagi masyarakat. Capaian kompetensi yang diharapkan dalam pelatihan ini adalah penguasaan materi dan praktik pelatihan ILATGANA-PHN dalam ranah **kognitif, afektif dan psikomotor** peserta latih, sehingga mampu mengimplementasikan penanggulangan bencana secara mandiri melalui pelatihan berkelanjutan ILATGANA-PHN

(5) Maintenance evaluasi proses kemandirian kesiapsiagaan

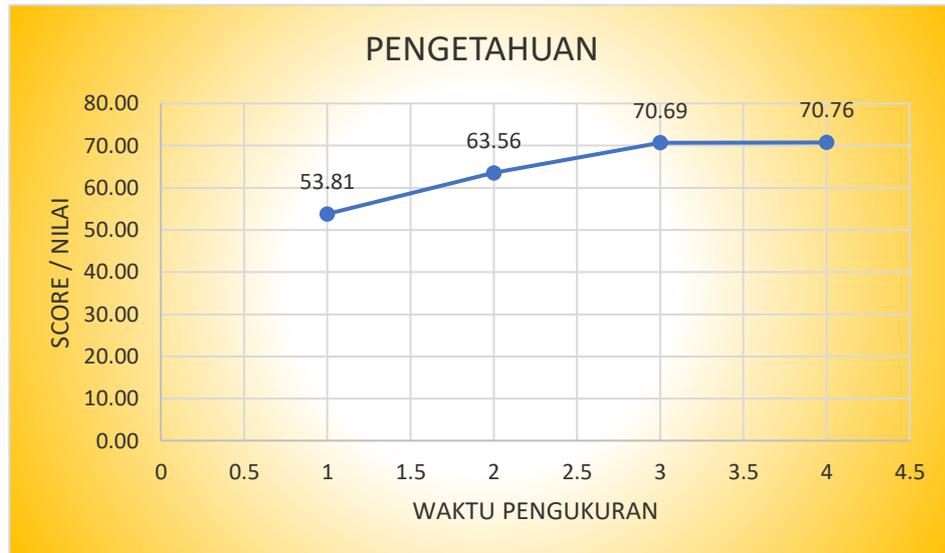
Guna memperhthankan hasil pelatihan, pada pelatihan ILATGANA ini, dilakukan proses maintenance pelatihan, berupa refrehing pelatihan dengan pemndampingan pada 1 bulan pasca pelatihan. Pendampingan pertama dilakukan 2 minggu setelah pelatihan, yaitu pada tanggal 4 Nopember 2022. Refreshing dilakukan dengan metoda diskusi dan evaluasi hasil pelatihan. Pendampingan kedua dilakukan tanggal 18 Nopember 2022. Seperti halnya pada refreshing tahap pertama, pada tahap kedua dilakukan dengan metoda diskusi dan evaluasi hasil pelatihan. Selanjutnya dilakukan penyerahan tindak lanjut hasil pelatihan kepada Pihak Puskesmas dan apatat pemerintahan setempat.

3) Uji Coba Pelatihan ILATGANA

Pada bagian uji coba pelatihan model ILATGANA, disajikan hasil penelitian tentang pengaruh pelatihan ILATGANA terhadap tingkat kesiapsiagaan keluarga/ rumah tangga di masyarakat berdasarkan parameter kesiapsiagaan keluarga/ rumah tangga di masyarakat. Parameter yang digunakan adalah pengetahuan dan sikap tentang bencana (KAP), rencana kesiapsiagaan keluarga dari bencana (EP), Peringatan bencana (WS), dan Mobilisasi sumber daya (RMC). Ke-empat parameter inilah yang membentuk tingkat kesiapsiagaan menghadapi bencana pada tingkat keluarga / rumah tangga dan masyarakat. Pengukuran dilakukan sebanyak 4 (empat) kali, yaitu sebelum pelatihan (pre test), setelah Pelatihan (post test 1), 2 minggu setelah Pelatihan (post test 2) dan 1 bulan setelah pelatihan (psost test 3). Hasilnya disajikan dalam bentuk sebagai berikut uraian di bawah ini.

(1) Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Tingkat Pengetahuan dan Sikap Tentang Bencana (Kognitif/Afektif/Psikomotor/KAP)

Hasil pengukuran tingkat pengetahuan dan sikap tentang bencana masyarakat kampung Kendeng Desa Pasir Jambu Kabupaten Bandung, disajikan dalam grafik di bawah ini.



Gambar 4. 2 Grafik Nilai Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80)

Berdasarkan hasil pengukuran tersebut diperoleh nilai pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap pengetahuan dan sikap (KEP) masyarakat Kampung Kendeng desa Sugih Mukti, mengalami kenaikan dari sebelum pelatihan (53,81) menjadi 71,76 pada satu bulan setelah pelatihan. Peningkatan nilai score tertinggi nampak pada pengukuran pertama dan kedua sebesar 9,75 point, sedangkan dari pengukuran ke-tiga ke pengukuran ke-empat terjadi penurunan sebesar 0,07 point.

Pengaruh pelatihan ILATGANA terhadap peningkatan pengetahuan dan Sikap (KAP) masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti Kecamatan Pasir Jambu, dapat di lihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4. 2 Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Pengetahuan dan Sikap Masyarakat kampung kedeng Desa Sugih Mukti (n=80)

Variabel	Mean	Standar deviasi	P-value
Pengetahuan dan Sikap			
Pre test	53,81	15,52	0,000
Post Test 1	63,56	11,73	
Post test 2	70,68	9,47	
Post Test 3	70.76	8,94	

Tabel diatas menunjukkan bahwa pelatihan ILATGANA-PHN berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p 0,000 \leq 0,005$)

(2) Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Rencana Kesiapsiagaan Keluarga Dari Bencana / Emergency Planning (EP)

Hasil pengukuran perencanaan kesiapsiagaan bencana (EP) masyarakat Kampung Kendeng Desa Pasir Jambu Kabupaten Bandung, disajikan dalam grafik di bawah ini.



Gambar 4. 3 Grafik Nilai Perencanaan Kesiapsiagaan Bencana (EP) Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80)

Berdasarkan hasil pengukuran tersebut diperoleh gambaran nilai/score kesiapan dalam perencanaan kesiapsiagaan (EP) masyarakat Kampung Kendeng desa Sugih Mukti. Nilai/score perencanaan kesiapsiagaan (EP) masyarakat mengalami kenaikan dari sebelum pelatihan (51,77) menjadi 72,03 pada satu bulan setelah pelatihan. Peningkatan nilai score tertinggi nampak pada pengukuran pertama dan kedua sebesar 16,81 point, sedangkan dari pengukuran ke-tiga ke pengukuran ke-empat terjadi penurunan sebesar 1,39 point.

Pengaruh pelatihan ILATGANA terhadap peningkatan kesiapan dalam perencanaan kesiapsiagaan (EP) masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti Kecamatan Pasir Jambu, dapat di lihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4. 3 Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Perencanaan Kesiapsiagaan (EP) Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80)

Variabel	Mean	Standar deviasi	P-value
Perencanaan Kesiapsiagaan (EP)			
Pre test	51,77	18,68	0,000
Post Test 1	68,38	10,01	
Post test 2	73,42	7,82	
Post Test 3	72,03	7,56	

Tabel diatas menunjukkan bahwa pelatihan ILATGANA-PHN berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan perencanaan kesiapsiagaan (PE)- bencana masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p 0,000 \leq 0,005$).

(3) Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Peringatan Bencana (WS)

Hasil pengukuran terhadap aspek peringatan bencana (WS) masyarakat Kampung Kendeng Desa Pasir Jambu Kabupaten Bandung, disajikan dalam grafik di bawah ini.



Gambar 4. 4 Grafik Nilai Aspek Peringatan Bencana (WS) Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80)

Berdasarkan hasil pengukuran tersebut diperoleh gambaran nilai/score aspek peringatan bencana (WS) masyarakat Kampung Kendeng desa Sugih Mukti. Nilai/score aspek peringatan bencana (WS) masyarakat mengalami kenaikan dari sebelum pelatihan (50,41) menjadi 71,23 pada satu bulan setelah pelatihan. Peningkatan nilai score tertinggi nampak pada pengukuran pertama dan kedua sebesar 15,58 point, sedangkan dari pengukuran ke-tiga ke pengukuran ke-empat terjadi penurunan sebesar 1,06 point.

Pengaruh pelatihan ILATGANA terhadap peningkatan kesiapan dalam peringatan bencana (WS) masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti Kecamatan Pasir Jambu, dapat di lihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4. 4 Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Aspek Peringatan Bencana (WS) Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80)

Variabel	Mean	Standar deviasi	P-value
Peringatan Bencana (WS)			
Pre test	50,41	15,73	0, 000
Post Test 1	65,99	9,53	
Post test 2	72,29	6,48	
Post Test 3	71,23	6,82	

Tabel diatas menunjukkan bahwa pelatihan ILATGANA-PHN berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan aspek peringatan bencana (WS) masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p 0,000 \leq 0,005$).

(4) Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Mobilisasi Sumber Daya (RMC)

Hasil pengukuran terhadap aspek Mobilisasi Sumber Daya (RMC) masyarakat Kampung Kendeng Desa pasir Jambu Kabupaten Bandung, disajikan dalam grafik 4.5. Berdasarkan hasil pengukuran pada grafik 4.5 diperoleh gambaran nilai/score Mobilisasi Sumber Daya (RMC) masyarakat Kampung Kendeng desa Sugih Mukti. Nilai/score aspek Mobilisasi Sumber Daya (RMC) masyarakat mengalami kenaikan dari sebelum pelatihan (51,53) menjadi 75,09 pada satu bulan setelah pelatihan. Peningkatan nilai score tertinggi nampak pada pengukuran pertama dan kedua sebesar 19,78 point, sedangkan dari pengukuran ke-tiga ke pengukuran keempat terjadi penurunan sebesar 0,26 point.



Gambar 4. 5 Grafik Nilai Aspek Mobilisasi Sumber Daya (RMC) Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80)

Pengaruh pelatihan ILATGANA terhadap peningkatan kesiapan dalam Mobilisasi Sumber Daya (RMC) masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti Kecamatan Pasir Jambu, dapat di lihat pada tabel sebagai berikut :

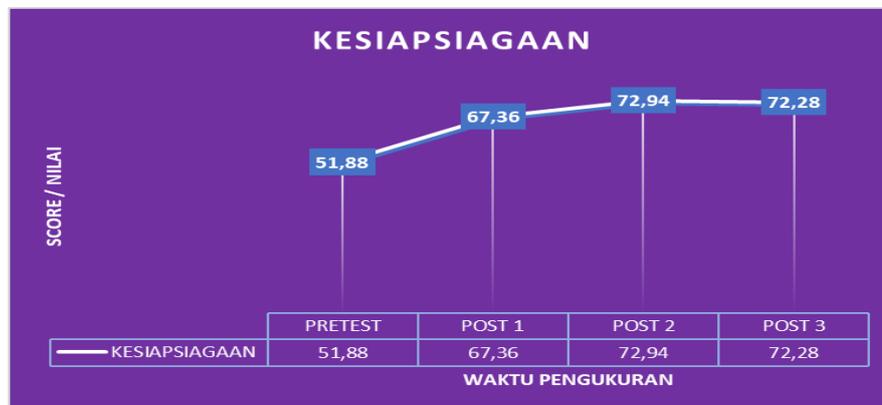
Tabel 4. 5 Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Aspek Mobilisasi Sumber Daya (RMC) Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80)

Variabel	Mean	Standar deviasi	P-value
Mobilisasi Sumber Daya (RMC)			
Pre test	51,53	22,15	0,000
Post Test 1	70,31	8,51	
Post test 2	75,35	6,43	
Post Test 3	75,09	7,22	

Tabel diatas menunjukkan bahwa pelatihan ILATGANA-PHN berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan aspek aspek Mobilisasi Sumber Daya (RMC) masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p 0,000 \leq 0,005$).

(5) Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Tingkat Resiliensi Kesiapsiagaan

Hasil pengukuran terhadap Tingkat Resiliensi Kesiapsiagaan masyarakat Kampung Kendeng Desa pasir Jambu Kabupaten Bandung, disajikan dalam grafik di bawah ini.



Gambar 4. 6 Grafik Nilai Aspek Tingkat Resiliensi Kesiapsiagaan Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80)

Grafik diatas menunjukkan bahwa terdapat peningkatan rata-rata score/ nilai kesiapsiagaan masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti Kecamatan Pasir Jambu sebelum dan setelah dilakukan pelatihan ILATGANA. Peningkatan nilai/score tersebut nampak paling tinggi pada pengukuran pertama dan kedua sebesar 15,48 point. Sedangkan pada pengukuran ke-tiga dan ke-empat terjadi penurunan sekitar 0,66 point.

Berdasarkan hasil pengukuran tersebut diperoleh nilai Tingkat Resiliensi Kesiapsiagaan bencana masyarakat Kampung Kendeng desa Sugih Mukti, adalah sebagai berikut :

Tabel 4. 6 Pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap Tingkat Resiliensi Kesiapsiagaan Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti (n=80)

Variabel	Mean	Standar deviasi	P-value
Resiliensi Kesiapsiagaan	51,88	10,60	0,000

Tabel diatas menunjukkan bahwa pelatihan ILATGANA-PHN berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan Tingkat Resiliensi Kesiapsiagaan masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p 0,000 \leq 0,005$).

(6) Pengaruh pengetahuan dan sikap tentang bencana (KAP), rencana kesiapsiagaan keluarga dari bencana (EP), Peringatan bencana (WS), dan Mobilisasi sumber daya (RMC) Terhadap Kesiapsiagaan Keluarga/Rumah tangga/ Komunitas

a. Pengaruh Pengetahuan dan Sikap (KAP) Terhadap Kesiapsiagaan

Tabel 4. 7 Pengaruh Pengetahuan dan Sikap terhadap Kesiapsiagaan Bencana Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti

Variabel	Mean	SD	n	p-value	R ^a	R square
Pengetahuan dan Sikap (KAP)	53.8077	15.51878	78	0,000	0,512	0,262
Kesiapsiagaan	51.8365	10.59786	78			

Hasil ini menunjukkan bahwa sikap dan pengetahuan (KAP) secara significant berpengaruh terhadap peningkatan kesiapsiagaan ($p 0,000 \leq 0,005$) dengan kekuatan pengaruh sebesar 0,512 pada alpha 5% berdasarkan hasil uji F. variabel sikap dan pengetahuan (KAP) dapat mempengaruhi perubahan variabel kesiapsiagaan sebesar 0.262 (26,2%). Sedangkan sisanya 73,8% dipengaruhi oleh variabel lain. Artinya sikap dan pengetahuan (KAP) secara simultan dapat mempengaruhi kesiapsiagaan sebesar 26,2%. Kekuatan pengaruh

b. Pengaruh Rencana Kesiapsiagaan (EP) Terhadap Kesiapsiagaan

Tabel 4. 8 Pengaruh Rencana Kesiapsiagaan (PE) terhadap Kesiapsiagaan Bencana Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti

Variabel	Mean	SD	n	p-value	R ^a	R square
Rencana Kesiapsiagaan (PE)	51.7692	18.68462	78	0,000	0,762	0,581
Kesiapsiagaan	51.8365	10.59786	78			

Hasil ini menunjukkan bahwa Rencana Kesiapsiagaan (PE) secara significant berpengaruh terhadap peningkatan kesiapsiagaan ($p 0,000 \leq 0,005$) dengan kekuatan pengaruh sebesar 0,762 pada alpha 5% berdasarkan hasil uji F. variabel rencana kesiapsiagaan (PE) dapat mempengaruhi perubahan variabel kesiapsiagaan sebesar 0.581(58,1%). Sedangkan sisanya 41,9% dipengaruhi oleh variabel lain. Artinya Rencana Kesiapsiagaan (PE) secara simultan dapat mempengaruhi kesiapsiagaan sebesar 58,1%.

c. Pengaruh Peringatan bencana (WS) Terhadap Kesiapsiagaan

Tabel 4. 9 Pengaruh Peringatan Bencana (EWS) terhadap Kesiapsiagaan Bencana Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti

Variabel	Mean	SD	n	p-value	R ^a	R square
Peringatan Bencana (EWS)	50.4103	15.72857	78	0,000	0,552	0,315
Kesiapsiagaan	51.8365	10.59786	78			

Hasil ini menunjukkan bahwa **Peringatan Bencana (EWS)** secara significant berpengaruh terhadap peningkatan kesiapsiagaan ($p 0,000 \leq 0,005$) dengan kekuatan pengaruh sebesar 0,552 pada alpha 5% berdasarkan hasil uji F. variabel **Peringatan Bencana (EWS)** dapat mempengaruhi perubahan variabel kesiapsiagaan sebesar 0.315 (31,5 %). Sedangkan sisanya 68,5% dipengaruhi oleh variabel lain. Artinya **Peringatan Bencana (EWS)** secara simultan dapat mempengaruhi kesiapsiagaan sebesar 31,5 %.

d. Pengaruh Mobilisasi sumber daya (RMC) terhadap kesiapsiagaan

Tabel 4. 10 Pengaruh Mobilisasi sumber daya (RMC) terhadap Kesiapsiagaan Bencana Masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti

Variabel	Mean	SD	n	p-value	R ^a	R square
Mobilisasi SDM RMC)	51.5385	22.12637	78	0,000	0,506	0,256
Kesiapsiagaan	51.8365	10.59786	78			

Hasil ini menunjukkan bahwa Mobilisasi sumber daya (RMC) secara significant berpengaruh terhadap peningkatan kesiapsiagaan ($p \ 0,000 \leq 0,005$) dengan kekuatan pengaruh sebesar 0,506 pada alpha 5% berdasarkan hasil uji F. variabel Mobilisasi sumber daya (RMC) dapat mempengaruhi perubahan variabel kesiapsiagaan sebesar 0.256 (25,6 %). Sedangkan sisanya 74,4% dipengaruhi oleh variabel lain. Artinya Mobilisasi sumber daya (RMC) secara simultan dapat mempengaruhi kesiapsiagaan sebesar 25,6 %.

4.2 Pembahasan Penelitian

Pelatihan akan meningkatkan kapasitas individu, keluarga dan masyarakat, sedangkan peningkatan kapasitas akan meningkatkan kesiapsiagaan. Kesiapsiagaan yang baik dari individu dan keluarga akan mengurangi resiko kejadian bencana. Perhitungan tingkat risiko dilakukan dengan memerhatikan faktor Bahaya (hazard), Kerentanan (vulnerability), dan kemampuan (capacity). Dalam konsep pengurangan resiko bencana hal ini dikenal dengan persamaan resiko bencana berbanding lurus dengan bahaya (ancaman) dan kerentanan, dan berbanding terbalik dengan kapasitas atau kemampuan (Adi et al., 2021)

4.2.1 Model Pelatihan ILATGANA

Model Pelatihan Integrasi Latihan Penanggulangan Bencana Berbasis Public Health Nursing (ILATGANA-PHN) menggunakan pemberdayaan masyarakat sebagai elemen kunci dalam pengembangan model penanggulangan bencana. Pelatihan ini merupakan pelatihan kesehatan (Keperawatan) yang didasari perilaku sosial masyarakat yang memberikan implikasi terhadap *participatory transpormasi sosial*. Lingkup topik bidang keilmuan dalam pelatihan ini adalah kebencanaan yang secara spesifik ada dalam lingkup pencegahan dan kesiapsiagaan. Pelatihan ini sangat penting dalam membantu pemerintah dan institusi terkait untuk keberhasilan program Pengurangan Resiko Bencana Berbasis Masyarakat (PRBOM). Selain itu pelatihan ini akan membantu pemerintah mewujudkan salah satu program dalam menyiapkan masyarakat menjadi masyarakat yang *Resilience Culture Province*. Penelitian ini bertujuan untuk mengimplementasikan pedoman latihan kesiapsiagaan menghadapi bencana yang dicanangkan oleh BNPB sinergis dengan *Program Public Health Nursing (PHN)* dalam meningkatkan kemandirian masyarakat di wilayah rawan bencana alam.

Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) atau lebih dikenal dengan *Public Health Nursing (PHN)* adalah suatu bidang dalam keperawatan kesehatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif, preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai suatu kesatuan yang utuh, melalui proses

keperawatan untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal sehingga mandiri dalam upaya kesehatannya. Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) adalah suatu bidang dalam keperawatan kesehatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif.

Kaitan program asuhan keperawatan komunitas atau PHN dalam pemberdayaan kelompok masyarakat dalam upaya kesiapsiagaan telah banyak dilakukan. Hasil penelitian Setiawan et al., (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. Hal ini sejalan dengan penelitian Salasa et al., (2017) 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 masyarakat menjadi elemen penting dalam sosialisasi pentingnya pemahaman masyarakat tentang manajemen bencana.

Pelatihan ILATGANA di rancanag sebagai penerapan model pelatihan kesiapsiagaan yang di integrasikan dengan pelaksanaan tahapan PHN. Tahapan Ujicoba dan pengembangan dilakukan pada tahun kedua penelitian melalui proses implementasi/replikasi beberapa wilayah binaan dilanjutkan dengan Sosialisasi dan Uji Publik. Upaya penyusunan dilakukan terhadap berbagai elemen dan stake holder yang banyak terlibat dan berpengaruh dalam upaya penanggulangan bencana, yaitu Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) provinsi/ kabupaten/kota, organisasi profesi perawat (PPNI/HIPGABI), tokoh masyarakat di wilayah bencana dan elemen lain yang sering terlibat dalam upaya penanggulangan bencana, tokoh masyarakat lintas budaya dan agama, pejabat pemerintahan, dan lembaga-lembaga swadaya masyarakat. Pada tahapan ini dikaji berbagai diagnosis masalah dominan yang sering menjadi kendala upaya penangulanga bencana di masyarakat, dalam PHN istilah ini sering disebut Survey mawas Diri. Berbagai ancaman atau hambatan dalam upaya

pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan efektifitas program PRBOM pada berbagai kelompok masyarakat dikaji dengan menggunakan instrumen yang di adopsi dari parameter kemandirian masyarakat desa siaga bencana. Pada tahap ini juga dieksplorasi berbagai potensi pada kelompok masyarakat dan komunitas yang dapat dikembangkan guna meningkatkan peran serta aktif menggerakkan masyarakat dalam program PRBOM. Model pelatihan ILATGANA menggunakan metode pembelajaran Simulasi Based Learning (SBL), agar mampu secara komprehensif menginternalisasi materi pelatihan yang diterima. Metode SBL akan menstimulasi peserta latihan lebih aktif selama proses pelatihan, sehingga daya serap dan daya ingat terhadap materi dan topik pelatihan lebih kuat. Meskipun tidak sama persis, model pelatihan ILATGANA sejalan dengan model yang dikembangkan Ren et al., (2017). Dalam penelitiannya Ren et al., (2017) mengeksplorasi Program pelatihan kesehatan mental perlu mengidentifikasi kebutuhan petugas dan korban bencana. Selain itu Pendidikan interprofesi sistematis dapat membantu dalam menanggapi masalah kompleks lokal karena pendekatan kolaboratif, menjembatani kesenjangan antara teori dan praktik atau mendamaikan kebutuhan lokal dan pedoman internasional. Diperlukan pendekatan pendidikan antarprofesi yang berpusat pada masyarakat, yang berfokus pada pemodelan peran pelatih, merawat petugas, memperhatikan kebutuhan peserta pelatihan, dan membangun strategi pendidikan interprofesional yang sistematis, sejalan dengan budaya dan diinformasikan pada masyarakat.

4.2.2 Pengaruh Pelatihan ILATGANA Terhadap Kesiapsiagaan

1) Pengetahuan dan Sikap tentang bencana (KEP)

Pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang atau masyarakat merupakan salah satu kunci utama dari konsep kesiapsiagaan. Pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang atau masyarakat secara tidak langsung akan mempengaruhi sikap dan perilaku terutama dalam mengantisipasi setiap kejadian bencana yang terjadi (Ristiani, 2020). Hal ini sesuai dengan pendapat Dahniar (2019) yang menyatakan bahwa salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan dalam pembentukan sikap yang positif terhadap kejadian bencana dapat dilakukan dengan proses pelatihan. Selanjutnya dipertegas bahwa pengetahuan mengenai suatu obyek tertentu akan menjadi sikap atau attitude, bila pengetahuan tersebut disertai dengan kesiapan dengan bertindak yang sesuai dengan obyeknya. Jadi sikap ini merupakan tindak lanjut dari pengetahuan seseorang tentang suatu obyek (Dahniar, 2019).

Pelatihan merupakan proses pendidikan jangka pendek yang menggunakan prosedur yang sistematis dan terorganisir, merupakan perpaduan secara instruksional atau pengalaman dengan tujuan pengembangan pola tingkat laku seseorang dalam area pengetahuan, keahlian atau sikap untuk menjalankan perintah sesuai keinginan secara standar. Dengan demikian perlakuan pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang, karena Pengetahuan merupakan resultan dari akibat proses penginderaan terhadap suatu objek (Linda, 2019).

Pelatihan Integrasi Latihan Penanggulangan Bencana (ILATGANA) merupakan bentuk pelatihan yang disusun dan dikembangkan untuk meningkatkan sikap dan pengetahuan individu, keluarga dan masyarakat dalam kesiapsiagaan menghadapi bencana. pelatihan ILATGANA berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p < 0,000 \leq 0,005$). Hasil pelatihan ILATGANA menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan dan sikap masyarakat tentang kebencanaan di Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti Kecamatan Pasir Jambu. hasil pengukuran diperoleh nilai pengaruh Pelatihan ILATGANA terhadap pengetahuan dan sikap (KEP) masyarakat Kampung Kendeng desa Sugih Mukti, mengalami kenaikan dari sebelum pelatihan (53,81) menjadi 71,76 pada satu bulan setelah pelatihan.

Hasil ini sejalan dengan pelatihan yang dilakukan oleh Setyawan, dkk (2021) bahwa Pendidikan dan pelatihan meningkatkan kesiapsiagaan dalam menghadapi bencana kebakaran di rumah sakit untuk perawat, sehingga dapat mendukung peningkatan pengetahuan dan praktik kebakaran baik bagi perawat maupun tenaga kesehatan di rumah sakit (Setyawan et al., 2021). Bagi perawat dan tenaga kesehatan pemahaman terhadap hasil penelitian menjadi sangat penting, karena perawat memiliki tanggung jawab profesional dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap bencana. Menurut hasil penelitian Walsh, dkk (2012) yang menjelaskan bahwa Kesiapsiagaan, respons, dan pemulihan yang efektif dari bencana memerlukan upaya terpadu yang terencana dengan baik dengan profesional berpengalaman yang dapat menerapkan pengetahuan dan keterampilan khusus dalam situasi kritis. Profesional dilatih untuk ini, yang lain mungkin tidak memiliki pengetahuan kritis dan pengalaman yang dibutuhkan untuk secara efektif melakukan bentuk dalam kondisi bencana yang penuh tekanan (Walsh et al., 2012). Mengkaji kesiapsiagaan dilihat dari 5 indikator yang diadopsi dari LIPI yaitu: pengetahuan dan sikap, rencana tanggap darurat, sistem peringatan dini, sumberdaya pendukung dan

modal sosial (Hidayati et al., 2015)

Peningkatan pengetahuan dan sikap dalam pelatihan ILATGANA memperkuat pendapat sebelumnya, bahwa Pengetahuan adalah keseluruhan pemikiran, gagasan, ide, konsep dan pemahaman yang dimiliki manusia tentang dunia dan segala isinya termasuk manusia dan kehidupannya. Sedangkan kesiapsiagaan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna. Pengetahuan yang dimiliki biasanya dapat memengaruhi sikap dan kepedulian untuk siapsiagaan dalam mengantisipasi bencana (Jahirin & Sunsun, 2021). Sedangkan penelitian (Waluya & Kautsar, 2021) menjelaskan ada hubungan pengetahuan bencana dengan sikap kesiapsiagaan warga dalam menghadapi bencana tanah longsor di RT001/rw002 Desa Cibadak Kecamatan Cibadak Wilayah kerja puskesmas Sekarwangi Kabupaten Sukabumi. Pelatihan ILATGANA merupakan penguatan terhadap rekomendasi hasil penelitian yang dilakukan oleh Asadzadeh et al., (2013) yang merekomendasikan perlunya mempertimbangkan bahwa pengetahuan tentang bencana dari para pimpinan wilayah rendah, kesiapan antar sentra juga rendah. Berdasarkan pengetahuan yang rendah dan kesiapsiagaan yang tidak sesuai, pelatihan dan upaya yang lebih teoritis dan praktis perlu diadakan bagi manajer tentang kesiapsiagaan gempa (Asadzadeh et al., 2013).

Kajian terkait pengetahuan dan sikap yang mendukung hasil pelatihan ILATGANA banyak di temukan dalam penelitian sebelumnya. Walaupun korelasi positif ditemukan pada hubungan antara pengetahuan kebencanaan dengan perilaku sadar bencana di wilayah banjir yang ditunjukkan oleh koefisien korelasinya (0,643). Terdapat korelasi positif yang kuat antara kepemimpinan kepala daerah dalam penanggulangan banjir dengan perilaku sadar bencana yang dibuktikan dengan koefisien korelasi yang tinggi (0,950). Kontribusi yang kuat dari kepala daerah dalam penanggulangan banjir (90,2%) terhadap perilaku sadar bencana ditunjukkan dalam investigasi ini (Sunaryo, 2017). Hasil penelitian menyimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan masyarakat dengan sikap kesiapsiagaan bencana di Desa Lambung Banda Aceh. Diharapkan pemerintah melakukan evaluasi dan monitoring terhadap sistem kesiapsiagaan bencana di masyarakat terkait dengan kurangnya pengetahuan masyarakat (Suryadi et al., 2021).

2) Rencana kesiapsiagaan bencana (PE)

Perencanaan menjadi kunci dalam kesiapsiagaan menghadapi bencana. Penatalaksanaan perencanaan akan menurunkan resiko bencana. Hasil pelatihan ILATGANA menunjukkan pelatihan ILATGANA berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan perencanaan kesiapsiagaan bencana masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p 0,000 \leq 0,005$). Hasil ini menunjukkan bahwa Rencana Kesiapsiagaan (PE) secara significant berpengaruh terhadap peningkatan kesiapsiagaan ($p 0,000 \leq 0,005$) dengan kekuatan pengaruh sebesar 0,762 pada alpha 5% berdasarkan hasil uji F. variabel rencana kesiapsiagaan (PE) dapat mempengaruhi perubahan variabel kesiapsiagaan sebesar 0.581(58,1%). Sedangkan sisanya 41,9% dipengaruhi oleh variabel lain. Artinya Rencana Kesiapsiagaan (PE) secara simultan dapat mempengaruhi kesiapsiagaan sebesar 58,1%.

Hasil ini mendukung arah kebijakan Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana periode 2020-2024, yaitu peningkatan ketangguhan bencana menuju kesejahteraan yang berketahanan untuk pembangunan berkelanjutan. Secara nasional, penanggulangan bencana di Indonesia mengacu pada Rencana Nasional Penanggulangan Bencana Periode 2020-2024 (selanjutnya disebut sebagai RENAS PB) yang disusun dalam lingkungan perencanaan dengan kemungkinan perubahan cepat di masa depan. Oleh karenanya kunci keberhasilan pelaksanaan RENAS PB 2020-2024 terletak kepada kedalaman asumsi lingkungan perencanaan, upaya pengarusutamaan pada pihak terlibat, serta proses monitoring dan evaluasi ketat. Secara Konseptual, Rencana Nasional Penanggulangan Bencana adalah rencana yang memuat kebijakan dan strategi serta pilihan tindakan untuk mencapai sasaran penyelenggaraan penanggulangan bencana di tingkat nasional dalam kurun 5 tahun (BNPB, 2019).

Komponen rencana kesiapsiagaan bencana atau Emergency Planning (PE/EP), sangat mendukung pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat. Pengurangan risiko bencana berbasis masyarakat (PRB-BM) atau Community Base Disaster Risk Reduction (CBDRR) merupakan kegiatan penyadaran dan kesiap-siagaan masyarakat dalam mengidentifikasi ancaman bencana dan menyusun rencana aksi setempat untuk mengurangi risiko bencana. Adapun tujuan dari PRB-BM adalah: membangun kesadaran pemerintah dan masyarakat untuk siaga menghadapi berbagai macam ancaman bencana; mendorong respon pemerintah daerah dan masyarakat dalam menghadapi berbagai macam bencana alam, melalui program-program pengurangan

risiko bencana; menyelamatkan nyawa dan memperkecil risiko bencana. Pengurangan (Pramono & Yusuf, 2015).

Contoh pentingnya perencanaan kesiapsiagaan dalam mendukung kesiapsiagaan masyarakat ditunjukkan oleh penelitian Salasa et al., (2017) pada kelompok remaja. Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa pemberdayaan (empowering) pada kelompok remaja akhir melalui pendekatan perencanaan kontinjensi dapat meningkatkan upaya kesiapsiagaan dalam menghadapi ancaman kematian akibat bencana di Kabupaten Garut. Peningkatan upaya kesiapsiagaan tersebut dilandasi dari peningkatan faktor prekursor, intention formation, dan preparation planning (Salasa et al., 2017). Sejalan dengan hasil penelitian ini, Covan & Fugate-Whitlock, (2010) memberikan gambaran bahwa karena bencana dapat terjadi di mana saja, perencanaan untuk menghindari keadaan darurat menjadi perhatian internasional. Perencanaan menghadapi bencana sangat penting untuk mempertimbangkan apakah perawatan masyarakat jangka panjang dapat merespons bencana secara efektif, selain itu ditemukan fakta bahwa menyusun rencana untuk perawatan jangka Panjang pada individu dan komunitas telah mengurangi resiko bencana dengan perencanaan masyarakat secara kolaboratif.

Pelatihan ILATGANA merupakan pelatihan yang membangun minat masyarakat untuk termotivasi membuat perencanaan menghadapi bencana baik secara individual maupun secara kolektif di masyarakat. Salah satu pembanding hasil yang positif karena masyarakat mempersiapkan menghadapi bencana di tunjukan dalam laporan penelitian Shimura et al., (2015) yang menjelaskan bahwa tindakan kesehatan masyarakat yang diambil untuk mengurangi paparan radiasi kepada masyarakat setelah kecelakaan Fukushima yang terjadi pada 11 Maret 2011 untuk mencatat pelajaran berharga yang dipetik untuk kesiapsiagaan bencana. Evakuasi dari daerah yang terkena radiasi dan pengendalian distribusi berbagai produk makanan berkontribusi pada pengurangan paparan radiasi eksternal dan internal akibat insiden Fukushima. Namun, komunikasi risiko juga menjadi isu penting selama upaya tanggap darurat dan fase-fase penanganan bencana nuklir selanjutnya. Untuk membantu proses penyembuhan mereka, informasi ilmiah yang baik dan andal harus terus disebarluaskan kepada masyarakat yang terkena dampak radiasi melalui komunikasi dua arah. Tindakan kesehatan masyarakat yang penting setelah bencana nuklir untuk fase awal, menengah, dan akhir yang akan berguna untuk perencanaan kesiapsiagaan radiologi dalam menanggapi bencana nuklir atau radiologi lainnya.

Sejalan dengan hasil penelitian ini, pendapat Pramono & Yusuf, (2015) menjelaskan bahwa perencanaan kesiapsiagaan dalam pengurangan resiko bencana merupakan pendekatan paradigma pengurangan risiko sebagai jawaban yang tepat untuk melakukan upaya penanggulangan bencana daerah. Dalam paradigma ini setiap individu, masyarakat di daerah diperkenalkan dengan berbagai ancaman yang ada diwilayahnya, bagaimana mengurangi ancaman (hazard) dan kerentanan (vulnerability) yang dimiliki, serta meningkatkan kemampuan (capacity) masyarakat dalam menghadapi setiap ancaman (Pramono & Yusuf, 2015)

3) Peringatan Bencana (WS)

Penelitian menunjukkan hasil pengukuran menunjukkan gambaran nilai/score aspek peringatan bencana (WS) masyarakat Kampung Kendeng desa Sugih Mukti mengalami kenaikan dari sebelum pelatihan (50,41) menjadi 71,23 pada satu bulan setelah pelatihan. Hal ini menguatkan bahwa pelatihan ILATGANA berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan aspek peringatan bencana (WS) masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p 0,000 \leq 0,005$).

Peringatan dini bencana atau yang sering disebut Early Warning System (EWS). Sistem peringatan dini merupakan komponen utama pengurangan risiko bencana. Mereka mencegah hilangnya nyawa, serta mengurangi dampak ekonomi dari bencana alam. Meningkatkan ketersediaan sistem peringatan dini multi-bahaya dan informasi risiko bencana adalah salah satu dari tujuh target global yang ditetapkan oleh *The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. UNESCO mempromosikan pertukaran ilmiah dan upaya kolaboratif untuk membangun sistem peringatan dini yang efektif untuk berbagai bahaya seperti tsunami, tanah longsor, gunung berapi, gempa bumi, banjir dan kekeringan. UNESCO membantu Negara-negara Anggota untuk secara kolektif mencapai peringatan dini dan pemantauan yang efektif, membantu koordinasi antara pusat-pusat penelitian yang ada, dan mendidik masyarakat yang berisiko tentang langkah-langkah kesiapsiagaan, termasuk menyiapkan Prosedur Operasi Standar peringatan dan tanggap darurat dan latihan masyarakat. UNESCO mempromosikan pendekatan berbasis komunitas dalam pengembangan rencana respons dan kampanye kesadaran, yang sangat melibatkan lembaga pendidikan dan pengguna akhir (United Nations, 2015). Hasil penelitian ini sejalan dengan salah satu rencana aksi dalam renstra penanggulangan bencana di Indonesia yaitu Menyusun rencana latihan kesiapsiagaan (aktivasi sirene dan evakuasi

mandiri) yang melibatkan populasi di lingkungan tempat tinggal, kantor, sekolah, area publik, dan lain-lain (BNPB, 2019).

Integrasi Latihan Penanggulangan Bencana (ILATGANA) sangat diperlukan bagi masyarakat dan perawat sebagai salah satu barometer pelayanan kesehatan. Daftar kompetensi untuk penyedia layanan kesehatan dan kader tingkat pertama dapat dikategorikan menjadi 3 domain: (1) Bencana/Darurat Sistem Kesiapsiagaan, (2) Peringatan Dini dan Respon, (3) Pasien Perawatan dan Manajemen Korban Massal (Mawardi et al., 2021). Jelaslah, membangun sistem peringatan dini terhadap bencana di masyarakat menjadi salah satu komponen kompetensi yang harus dimiliki perawat, khususnya perawat komunitas. Melalui ILATGANA, masyarakat dilatih untuk bersikap *awareness* terhadap tanda dan gejala awal terjadinya bencana. Baik yang bersifat alamiah, maupun melalui jejak digital. Karena sejatinya, tujuan dari sistem peringatan dini adalah memitigasi risiko yang ditimbulkan oleh bencana, namun risiko ini diperparah oleh kerentanan sosial ekonomi penduduk yang terpapar bahaya. Dalam konteks ini, sistem peringatan dini harus inklusif dan peka terhadap berbagai sumber kerentanan. Sebagaimana ditunjukkan oleh Kantor PBB untuk Pengurangan Risiko Bencana (UNDRR), sistem ini harus berpusat pada manusia, ujung ke ujung, dan multi-bahaya. Sistem peringatan dini memainkan peran penting dalam dunia kerja. Dengan menyebarkan informasi tepat waktu dan akurat mengenai risiko bencana, mereka memungkinkan tindakan kesiapsiagaan serta tanggapan cepat dari pekerja, pengusaha, dan otoritas nasional atau lokal, dan karenanya dapat mencegah kerugian manusia dan ekonomi di tempat kerja. Misalnya, petani, penggembala, nelayan, dan rimbawan termasuk komunitas yang paling berisiko terkena bencana. Selain itu, sistem peringatan dini juga dapat berperan penting dalam pekerjaan yang layak, sebagai bagian dari standar kesehatan dan keselamatan kerja di negara-negara rawan bencana (UNDR, 2022).

Pelatihan ILATGANA, memberikan arahan agar masyarakat mampu secara mandiri menganalisis tanda-tanda gejala alam terjadinya bencana prioritas di suatu wilayah. Hal ini sesuai dengan arahan BNPB sebagai Lembaga Pemerintah yang bertanggung jawab terhadap masalah kebencanaan. Peringatan dini merupakan serangkaian kegiatan pemberian peringatan sesegera mungkin kepada masyarakat tentang kemungkinan terjadinya bencana pada suatu tempat oleh lembaga yang berwenang. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana mengamankan peringatan dini sebagai bagian dari penyelenggaraan

penanggulangan bencana dalam situasi terdapat potensi terjadinya bencana, di samping upaya kesiapsiagaan dan mitigasi bencana (Pasal 34 huruf b) (Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007, 2007).

Peringatan dini dalam Undang Undang Nomor 24 Tahun 2007 bertujuan untuk pengambilan Tindakan cepat dan tepat dalam rangka mengurangi risiko bencana, serta persiapan tindakan tanggap darurat. Peringatan dini ini dilakukan melalui beberapa tahapan yaitu (1) pengamatan gejala bencana, (2) analisis hasil pengamatan gejala bencana, (3) pengambilan keputusan oleh pihak yang berwenang, (4) penyebarluasan informasi tentang peringatan bencana dan (5) pengambilan tindakan oleh masyarakat. Tahapan-tahapan ini kemudian disebut sebagai sistem peringatan dini bencana. Integrasi antar tahapan tersebut dalam system ini harus diselenggarakan dengan seimbang sehingga menghasilkan manfaat yang optimal dan efektif. Pelatihan ILATGANA merupakan salah satu implementasi dari lima tahapan Peringatan dini yang di programkan oleh BNPB. Meskipun dalam prosesnya, implementasi integrasi dalam lima tahapan peringatan dini di atas sejauh ini memiliki beragam tantangan. Salah satu tantangan yang dihadapi yaitu diseminasi informasi dan komunikasi antara lembaga/ instansi dan masyarakat yang masih sangat perlu dioptimalkan.

Penyebarluasan peringatan dini yang dilakukan oleh BNPB menekankan langkah-langkah kesiapsiagaan yang disesuaikan dengan peningkatan status potensi ancaman bencana. Hal tersebut dimaksudkan agar masyarakat dapat memiliki kepedulian dan kesadaran bahwa bencana dapat datang sewaktu-waktu sehingga saat terjadi bencana, masyarakat akan mengerti langkah-langkah yang harus dilakukan. Dengan demikian, dampak bencana dapat dikurangi atau diminimumkan bahkan dihindari. Kerja sama antar lembaga/instansi diperlukan untuk mengupayakan integrasi sistem peringatan dini untuk lebih mengedepankan kebutuhan di masyarakat berkaitan dengan pengurangan risiko dan peningkatan kapasitas dapat dioptimalkan. Peringatan dini pada website ini memuat informasi yang telah dianalisis dari berbagai sumber website lembaga/ instansi teknis terkait kumpulan info bencana dan peringatan dini, seperti:
<http://inarisk.bnpb.go.id/>, <https://gis.bnpb.go.id/>;
<http://web.meteo.bmkg.go.id/id/pengamatan/satelit/>;
<http://web.meteo.bmkg.go.id/id/prakiraan/ikhtisar-indonesia/>;
<https://signature.bmkg.go.id/>; <https://magma.vsi.esdm.go.id/>; <http://modis-catalog.lapan.go.id/himawari-8/>

4) Mobilisasi Sumber Daya (RMC)

Hasil pengukuran aspek Mobilisasi Sumber Daya (RMC) masyarakat Kampung Kendeng Desa pasir Jambu Kabupaten Bandung, diperoleh gambaran nilai/score Mobilisasi Sumber Daya (RMC) mengalami kenaikan dari sebelum pelatihan (51,53) menjadi 75,09 pada satu bulan setelah pelatihan. Hal ini menunjukkan bahwa pelatihan ILATGANA berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan aspek aspek Mobilisasi Sumber Daya (RMC) masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p 0,000 \leq 0,005$).

Hasil pelatihan yang signifikan dalam hal mobilisasi sumber daya masyarakat cukup beralasan. Karena seyogyanya pelatihan haruslah dapat merubah perilaku peserta pelatihan menjadi lebih baik. Mobilisasi sumber daya menjadi salah satu hal penting dalam penanggulangan bencana. Sebagaimana di sebutkan Pramono & Yusuf, (2015) bahwa Sumber daya berkaitan dengan kesiapsiagaan dalam mendukung terlaksananya implementasi kebijakan atau perencanaan yang sudah dibuat. Sumber daya berkaitan dengan beberapa aspek, antara lain: sumber daya manusia, anggaran, fasilitas, informasi, dan kewenangan.

Pelatihan ILATGANA dapat diimplementasikan oleh perawat dalam upaya pemberdayaan masyarakat. Perawat Puskesmas memegang tanggung jawab besar dalam pemberdayaan masyarakat untuk penguatan kapasitas bidang kebencanaan. Pada pusat pusat pelayanan kesehatan primer (Puskesmas) peran perawat ini dapat diimplementasikan. Integrasi penanggulangan bencana di Puskesmas sangat diperlukan. Indonesia sebagai daerah rawan bencana harus segera dimulai mengoptimalkan pelayanan kesehatan dengan menjadikan Puskesmas sebagai bagian penting dari sistem tanggap bencana. Sangat penting dalam mempromosikan CHN kesiapsiagaan bencana di Indonesia untuk mulai memberikan bencana pelatihan manajemen untuk staf kesehatan Puskesmas dan untuk mengembangkan pendekatan yang komprehensif serta terkoordinasi dengan semua sector lain. Dalam banyak situasi darurat, sering terjadi ketidakseimbangan antara peningkatan kebutuhan kesehatan masyarakat lokal dan terbatasnya sumber daya yang tersedia. Untuk memenuhi keadaan darurat kebutuhan kesehatan masyarakat, tidak ada pilihan lain selain,memperkuat sistem CHN. (Mawardi et al., 2021). . Daftar kompetensi untuk

penyedia layanan kesehatan dan kader tingkat pertama dapat dikategorikan menjadi 3 domain: (1) Bencana/Darurat Sistem Kesiapsiagaan, (2) Peringatan Dini dan Respon, (3) Pasien Perawatan dan Manajemen Korban Massal (Mawardi et al., 2021).

Kemampuan penanggulangan bencana tertuang dalam salah satu indikator kesiapsiagaan yaitu kemampuan mobilisasi sumberdaya. Kemampuan mobilisasi sumberdaya masyarakat salah satunya dilihat dari keikutsertaan masyarakat dalam mengikuti pelatihan kesiapsiagaan bencana. Salah satu contoh ditunjukkan penelitian yang dilakukan oleh Lahan, (2022) yang memberikan penguatan bahwa Kemampuan mobilisasi sumber daya kaitannya dengan kesiapsiagaan bencana kebakaran hutan dan lahan. Kemampuan mobilisasi ini meliputi bimbingan teknis dan penyediaan materi, pendanaan dan logistik, jaringan sosial serta pemantauan dan evaluasi. (Lahan, 2022). Berdasarkan hasil penelitian ini, perawat memiliki kesempatan untuk mengambil tanggung jawab dalam pemberdayaan masyarakat bidang kebencanaan, yaitu melaksanakan pelatihan ILATGANA. Sebagaimana disampaikan Heagele, (2017) yang menjelaskan bahwa *Disaster-Related Community Resilience* memberikan perawat landasan untuk berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan ketahanan yang dapat menyelamatkan nyawa dan memungkinkan masyarakat untuk pulih lebih cepat pascabencana. Beberapa ketahanan masyarakat terkait bencana (Heagele, 2017)

Pelatihan ILATGANA dapat dimanifestasikan sebagai implementasi eksistensi perawat dalam pemberdayaan masyarakat bidang kebencanaan. Karena dalam ILATGANA Perawat dapat menggunakan satu atau lebih instrumen ini untuk secara bersamaan menilai aspek ketahanan dalam komunitas dan memberikan validitas dan reliabilitas data untuk instrumen ini. Perawat juga bisa melamar Kerangka Aktivasi Ketahanan saat merancang penelitian ketahanan masyarakat terkait bencana studi. Kerangka teori baru ini menjelaskan dan memprediksi bagaimana sumber daya sosial memengaruhi ketahanan baik di tingkat komunitas maupun individu (Abramson et al., 2015 dalam Heagele, (2017).

Pelatihan ILATGANA membangun berbagai upaya mobilisasi masyarakat dalam penanggulangan bencana. Proses pelaksanaan model ILATGANA yang menekankan pada langkah-langkah proses keperawatan relevan dengan penjelasan Gulzar, et all (2012), bahwa model kerja perawat di daerah gempa dilakukan dengan pemberdayaan masyarakat dalam tim dengan pendekatan proses keperawatan di Komunitas. Intervensi ditentukan melalui prose CHN secara kolaboratif, dipandu oleh kerangka siklus perencanaan, Kerangka kerja ini mencakup 4 fase; Penilaian,

Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi. Kerangka kerja memberikan arahan khusus untuk bekerja dengan perawat Kesehatan penyedia promosi kesehatan masyarakat secara lebih sistematis (Gulzar et al., 2012). Lebih jauh dijelaskan bahwa Perawat komunitas dalam pemberdayaan masyarakat bidang kebencanaan dapat meningkatkan ketahanan masyarakat yang terkena bencana, CHN harus fokus pada memaksimalkan, melestarikan, dan mengakomodasi budaya untuk mempertahankan pola hidup yang akrab ketika keadaan masyarakat terganggu oleh kekuatan alam yang kuat (Marutani et al., 2021).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Dalam penelitian selama 2 tahun ini, telah ditetapkan 5 tujuan khusus penelitian. 2 tujuan khusus sudah dicapai dalam penelitian tahap pertama (2021), sedangkan 3 tujuan khusus dicapai dalam penelitian tahap kedua (2022). Berdasarkan hal tersebut maka, dirumuskan kesimpulan sebagai berikut :

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian hasil dan pembahasan, maka kesimpulan dalam penelitian ini adalah :

1. Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti termasuk dalam wilayah rawan bencana, baik secara geografis, sosial dan geologis dengan prioritas bencana yang mungkin terjadi adalah gempa bumi, longsor dan keracunan gas.
2. Konstruksi Model latihan ILATGANA telah diujicobakan melalui tahapan : Konsultasi pakar, workshop kurikulum, pelaksanaan pelatihan dan evaluasi pelatihan, sehingga telah menghasilkan kurikulum pelatihan dan draft modul pelatihan.
3. Konsep model pelatihan ILATGANA merupakan adopsi dari konstruksi model perawatan kesehatan masyarakat (PHN) dan transcultural Nursing model. Sehingga diberikan nama model ILATGANA-PHN
4. Capaian kompetensi yang diharapkan dalam pelatihan ini adalah penguasaan materi dan praktik pelatihan ILATGANA-PHN dalam ranah **kognitif, afektif dan psikomotor** peserta latih, sehingga mampu mengimplementasikan penanggulangan bencana secara mandiri melalui pelatihan berkelanjutan ILATGANA-PHN
5. Pelatihan ILATGANA-PHN berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap (KEP) masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p < 0,000 \leq 0,005$). sikap dan pengetahuan (KAP) secara significant berpengaruh terhadap peningkatan kesiapsiagaan ($p < 0,000 \leq 0,005$) dengan kekuatan pengaruh sebesar 0,512 pada alpha 5% berdasarkan hasil uji F. variabel sikap dan pengetahuan (KAP) dapat mempengaruhi

perubahan variabel kesiapsiagaan sebesar 0.262 (26,2%). Sedangkan sisanya 73,8% dipengaruhi oleh variabel lain.

6. Pelatihan ILATGANA-PHN berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan perencanaan kesiapsiagaan bencana (PE) masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p \leq 0,005$). Rencana Kesiapsiagaan (PE) secara significant berpengaruh terhadap peningkatan kesiapsiagaan ($p \leq 0,005$) dengan kekuatan pengaruh sebesar 0,762 pada alpha 5% berdasarkan hasil uji F. variabel rencana kesiapsiagaan (PE) dapat mempengaruhi perubahan variabel kesiapsiagaan sebesar 0.581(58,1%). Sedangkan sisanya 41,9% dipengaruhi oleh variabel lain.
7. Pelatihan ILATGANA-PHN berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan aspek peringatan bencana (WS) masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p \leq 0,005$). **Peringatan Bencana (EWS)** secara significant berpengaruh terhadap peningkatan kesiapsiagaan ($p \leq 0,005$) dengan kekuatan pengaruh sebesar 0,552 pada alpha 5% berdasarkan hasil uji F. variabel **Peringatan Bencana (EWS)** dapat mempengaruhi perubahan variabel kesiapsiagaan sebesar 0.315 (31,5 %). Sedangkan sisanya 68,5% dipengaruhi oleh variabel lain.
8. Pelatihan ILATGANA-PHN berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan aspek aspek Mobilisasi Sumber Daya (RMC) masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p \leq 0,005$). Mobilisasi sumber daya (RMC) secara significant berpengaruh terhadap peningkatan kesiapsiagaan ($p \leq 0,005$) dengan kekuatan pengaruh sebesar 0,506 pada alpha 5% berdasarkan hasil uji F. variabel Mobilisasi sumber daya (RMC) dapat mempengaruhi perubahan variabel kesiapsiagaan sebesar 0.256 (25,6 %). Sedangkan sisanya 74,4% dipengaruhi oleh variabel lain.
9. Pelatihan ILATGANA-PHN berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan Tingkat Resiliensi Kesiapsiagaan masyarakat Kampung Kendeng Desa Sugih Mukti ($p \leq 0,005$).

5.2 Saran

Saran dalam penelitian di rekomendasikan sebagai berikut :

1. Model Pelatihan ILATGANA-PHN sebagai salah satu program pemberdayaan masyarakat bidang kebencanaan yang memiliki keunggulan memberikan pengetahuan dan sikap serta keterampilan pengurangan resiko bidang kesehatan dalam upaya pengurangan resiko berbasis masyarakat.
2. Model pelatihan ILATGAN-PHN menjadi rujukan tenaga keperawatan, khususnya keperawatan komunitas dalam mengembangkan bidang keilmuan *Disaster Nursing* sehingga dapat dijadikan berbagai kegiatan pengabdian masyarakat, penelitian dan proses pembelajaran dilembaga-lembaga pendidikan keperawatan.
3. Perlu dikembangkan model integrasi pelatihan ILATGANA-PHN kedalam konsep model program secara utuh, baik pada tingkat pemerintahan pusat maupun pemerintahan daerah.
4. Perlu di kembangkan model pelatihan ILATGANA-PHN kedalam wilayah uji coba yang lebih luas dengan menggunakan perbandingan dengan wilayah dan kelompok model pelatihan lainnya.
5. Model Pelataihan ILATGANA-PHN dapat menjadi media integratif pengembangan kemitraan berbagai institusi pendidikan kesehatan dalam membangun kerjasama penta helix untuk melaksanakan program penanggulangan bencana dengan pengurangan resiko bencana berbasis masyarakat.

1. DAFTAR PUSTAKA

- Adi, A., Shalih, O., Shabrina. Fathia, Rizqi, A., & Putra, A. (2021). *Indeks Resiko Bencana Indonesia (IRBI) Tahun 2021* (R. Yunus (ed.); Vol. 1, Issue 6). Pusat Data, Informasi dan Komunikasi Kebencanaan Badan Nasional Penanggulangan Bencana 1.
- Amri, M., Robi, Yulianti, Gita, Yunus, Ridwan, Wiguna, S. W. A., Ageng Nur Ichwana, A., Evans Randongkir, R. S., & Tri, R. (2016). Risiko Bencana Indonesia (Disasters Risk of Indonesia). In *Badan Nasional Penanggulangan Bencana*. BNPB.
- Asadzadeh, M., Aryankhesal, A., Seyedin, H., & Babaei, J. (2013). The Relationship between Knowledge and Attitude of Managers with Preparedness of Healthcare Centers in Rey Health Network against Earthquake Risk-2013. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly*, 1(2), 166–181. <http://hdq.uswr.ac.ir>
- BNPB. (2012). Peraturan Kepala BNPB Nomor 1 Tahun 2012 Tentang Pedoman Umum Desa/Kelurahan Tangguh Bencana. *Perka BNPB*, 47. <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/0121-2494-pys-49-00165.pdf>
- BNPB. (2019). Rencana Nasional Penanggulangan Bencana 2020-2024. In *Rencana Nasional Penanggulangan Bencana 2020-2024*. https://www.bnpb.go.id/uploads/renas/1/BUKU_RENAS_PB.pdf
- BNPB. (2021). Indeks risiko bencana Indonesia (IRBI) tahun 2020. *Bnpb*, 199. https://inarisk.bnpb.go.id/pdf/BUKU_IRBI_2020_KP.pdf
- Covan, E. K., & Fugate-Whitlock, E. (2010). Emergency planning and long-term care: Least paid, least powerful, most responsible. *Health Care for Women International*, 31(11), 1028–1043. <https://doi.org/10.1080/07399332.2010.500943>
- Dahniar, A. (2019). Memahami Pembentukan Sikap (Attitude). *Jurnal Balai Diklat Keagamaan Bandung*, XIII, 202–206.
- Gulzar, S. A., Faheem, Z. A., & Somani, R. K. (2012). Role of community health nurse in earthquake affected areas. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(10), 1083–1086.
- Heagele, T. (2017). Disaster-Related Community Resilience: A Concept Analysis and a Call to Action for Nurses. *Public Health Nursing*, 34(3), 295–302. <https://doi.org/10.1111/phn.12292>
- Hidayati, D., Widayatun, Hartana, P., Triyono, & Kusumawati, T. (2015). *Panduan mengukur tingkat kesiapsiagaan masyarakat dan komunitas sekolah*. December 2017, 2020–2024.
- Jahirin, & Sunsun. (2021). Hubungan Pengetahuan Mitigasi Bencana dengan Kesiapsiagaan Masyarakat dalam Menghadapi Bencana Banjir. *Healthy Journal*, 9(1), 19–26.
- Lahan, H. D. a N. (2022). *Kemampuan Mobilisasi Sumberdaya Masyarakat*. 02(01), 33–38.
- Lameshow, Hosmer, Klar, & Lwanga. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Jogjakarta University Press.

- Linda, S. E. (2019). Pengaruh Pelatihan Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Kader Kesehatan Tentang Keselamatan Pasien. *Jurnal Keperawatan*, 2(1), 1–6. <http://ejurnal.akperbinainsan.ac.id/index.php/JSS/article/view/14/12>
- Marutani, M., Harada, N., Takase, K., Okuda, H., & Anzai, Y. (2021). Culturally sensitive disaster nursing by Public health nurses in Japan. *Public Health Nursing*, 38(6), 984–996. <https://doi.org/10.1111/PHN.12939>
- Mawardi, F., Lestari, A. S., Randita, A. B. T., Kambey, D. R., & Prijambada, I. D. (2021). Strengthening Primary Health Care: Emergency and Disaster Preparedness in Community with Multidisciplinary Approach. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 15(6), 675–676. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.143>
- Menteri Kesehatan. (2019). *Permenkes No 43, 2019* (Issue 1335).
- Nations, U. (2015). Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 - 2030. In *Cmaj* (Vol. 144, Issue 2).
- Pramono, S., & Yusuf, M. (2015). Implementasi Penanggulangan Bencana Berbasis Masyarakat (Studi Pengembangan Penanggulangan Bencana Desa Tangguh di Desa Boboh Kecamatan Menganti). *Jurnal Ilmu Administrasi*, XII(April), 137–150.
- Ren, Z. J., Wang, H. T., & Zhang, W. (2017). Experiences in disaster-related mental health relief work: An exploratory model for the interprofessional training of psychological relief workers. *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 35–42. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233097>
- Republik Indonesia Kemenkes RI. (2006). *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 279/MENKES/SK/IV/2006 TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN UPAYA KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT DI PUSKESMAS*. 23(3), 202–210.
- Ristiani, I. Y. (2020). Manajemen Kesiapsiagaan Dalam Menghadapi Potensi Bencana Di Kabupaten Sumedang. *Jurnal Pemerintahan Dan Keamanan Publik (JP Dan KP)*, 2(2), 126–138. <https://doi.org/10.33701/jpkp.v2i2.1113>
- Salasa, S., Murni, T. W., & Emaliyawati, E. (2017). Pemberdayaan pada Kelompok Remaja melalui Pendekatan Contingency Planning dalam Meningkatkan Kesiapsiagaan terhadap Ancaman Kematian Akibat Bencana. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 3(2), 154–166.
- Setiawan, A., Sofyana, H., & Suhandi, P. (2017). *Health Notions , Volume 1 Issue 1 (January-March 2017) ISSN 2580-4936 Empowering Village Cluster as Task Force in The Normalization of Disaster Victims ' Physical Problems 22 | Publisher : Humanistic Network for Science and Technology Health Notions , V. 1(1), 22–28.*
- Setyawan, H., Nugraheni, A. M., Haryati, S., Qadrijati, I., Fajariani, R., Wardani, T. L., Atmojo, T. B., & Sjarifah, I. (2021). The correlation of fire knowledge toward disasters response and preparedness practice among hospital nurse Klaten Central Java, Indonesia. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 724(1). <https://doi.org/10.1088/1755-1315/724/1/012041>
- Shimura, T., Yamaguchi, I., Terada, H., Robert Svendsen, E., & Kunugita, N. (2015). Public health activities for mitigation of radiation exposures and risk

- communication challenges after the Fukushima nuclear accident. *Journal of Radiation Research*, 56(3), 422–429. <https://doi.org/10.1093/jrr/rrv013>
- Sunaryo. (2017). Correlation between Knowledge of Disaster, Leadership of Regional Leader and Disaster Awareness Behavior - A Correlation Study of Households in East Jakarta. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 6(5), 2204–2209. <https://doi.org/10.21275/ART20173270>
- Suryadi, T., Zulfan, Z., & Kulsum, K. (2021). The Relationship between Knowledge and Attitudes about Community Disaster Preparedness in Lambung Village, Banda Aceh. *International Journal of Disaster Management*, 4(1), 1–10. <https://doi.org/10.24815/ijdm.v4i1.19993>
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007. (2007). *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana*. 50.
- UU RI. (2014). Undang-undang RI No. 38. *Tentang Keperawatan*, 10, 2–4.
- Walsh, L., Subbarao, I., Gebbie, K., Schor, K. W., Lyznicki, J., Strauss-Riggs, K., Cooper, A., Hsu, E. B., King, R. V., Mitas, J. A., Hick, J., Zukowski, R., Altman, B. A., Steinbrecher, R. A., & James, J. J. (2012). Core competencies for disaster medicine and public health. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 6(1), 44–52. <https://doi.org/10.1001/dmp.2012.4>
- Waluya, A., & Kautsar, R. (2021). *Hubungan Pengetahuan Tentang Mitigasi Bencana Longsor Dengan Sikap Kesiapsiagaan Masyarakat Di RT001 / RW002 Desa Cibadak Wilayah Kerja Puskesmas Sekarwangi Kabupaten Sukabumi*. VII(2).

Dokumen pendukung luaran Wajib #1

Luaran dijanjikan: Artikel di Jurnal Nasional terakreditasi peringkat 1-3

Target: Accepted

Dicapai: Accepted

Dokumen wajib diunggah:

1. Naskah artikel
2. Surat keterangan accepted dari editor

Dokumen sudah diunggah:

1. Naskah artikel
2. Surat keterangan accepted dari editor

Dokumen belum diunggah:

-

COMMUNITY-BASED INFORMATION FOR DISASTER RISK IDENTIFICATION

Ali Hamzah¹, Haris Sofyana¹, Henny Cahyaningsih¹, Achmad Hufad², Viena R. Hasanah²,
Dini Handayani², Gurid Pramintarto Eko Mulyo¹

¹Poltekkes Kemenkes Bandung, Indonesia

²Universitas Pendidikan Indonesia, Bandung, Indonesia

ABSTRACT

INTRODUCTION: Indonesia Disaster Risk Index (IRBI) in 2018 recorded that 52.33% of districts/cities in Indonesia were at high risk of experiencing disasters, including Bandung Regency area. This study aims to provide an overview of the results of disaster risk identification based on community needs in disaster-prone regions.

MATERIAL AND METHODS: The research method employed is a quantitative exploratory survey of research variables using a cross-sectional design. The measured data includes respondent characteristics, assessment of disaster risk identification, knowledge, attitudes, and community skills related to the need for independent disaster preparedness.

RESULTS: The results showed three types of priority disasters in the community, i.e., earthquakes, landslides, and hurricanes. The level of community knowledge, attitudes and skills related to disaster preparedness is still low: this is due to the ineffectiveness of education and socialization on disaster management based on risk reduction in the community. The role of the nursing community is crucial to empowering the community by providing education and socialization.

CONCLUSIONS: The study shows that there is a need to increase the knowledge, attitudes, and skills of the community in anticipating disasters, so it requires community empowerment and cross-program/cross-sector collaboration by involving elements of the community, government, and universities.

KEY WORDS: disaster risk; community needs

Disaster Emerg Med J 2022; 7(4): 1–6

INTRODUCTION

The National Disaster Management Agency (BNPB) 2016 released data that there had been more than 1800 disaster events between 2005 and 2015, of which most (78%) or 11 648 of them, were due to hydrological damage and geological changes [1]. Hydrometeorological disasters occur in floods, waves/extreme weather, forest fires, and droughts. On the other hand, geological disasters are primarily due

to earthquakes, tsunamis, volcanic eruptions, and erosion. Moreover, the Indonesia Disaster Risk Index (IRBI) 2018 recorded that 52.33% of districts/cities in Indonesia are at high risk of experiencing significant disasters, including Bandung City, especially South Bandung region [2].

According to data from the Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), Indonesia, from 2008 to 2018, was classified as the country

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Gurid Pramintarto Eko Mulyo, Jl. Pajajaran No 56 Bandung, Indonesia.

e-mail: gurid@staff.poltekkesbandung.ac.id

Received: 31.05.2022 Accepted: 30.08.2022 Early publication date: 21.10.2022

This article is available in open access under Creative Commons Attribution-Non-Commercial-No Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) license, allowing to download articles and share them with others as long as they credit the authors and the publisher, but without permission to change them in any way or use them commercially.

most affected by natural disasters and the country with the highest estimated death toll caused by natural disasters in the world every year. The World Risk Index (2017) places Indonesia the 33rd in risk category "very high" [3]. It is necessary to increase understanding of the Disaster Risk Reduction Paradigm (DRR) by positioning the community as an active subject in disaster management. This requires adequate understanding, attitudes, and skills in disaster management efforts by the community.

Previous studies by Setiawan et al. show that providing education and strengthening the mindset of rural residents who live in high disaster risk areas is very important to do to normalize the impacts that arise on various aspects of life due to disasters. Population preparedness is the main thing that must be done to anticipate and minimize health problems due to disaster events [4]. This study is supported by the findings of Salasa et al. strengthening and involving citizens in dealing with the risk of disaster events through a preparedness approach to emergency response events can increase the awareness and ability of the young generation to anticipate various things that arise as a result of disasters by empowering all disaster activists [5]. It can be recommended that the young generation be involved in training activities on emergency response plans to increase their preparedness to face the threat of disaster. The various research studies mentioned above show that community groups are an important factor in disseminating the importance of public understanding of disaster management. Further research Kulatunga explains that cultural factors related to disaster risk reduction activities have proven that, in some ways, culture has become one of the factors of community survival from disasters [6]. Therefore, it can be stated that culture has the power to increase or reduce people's vulnerability to disasters.

The concept of nursing actions based on cultural considerations provides reinforcement that in disaster nursing, community nursing must take advantage of cultural forms such as bonds and relationships by providing information and supplements, respecting cultures such as local rules and characters, and restoring and comforting the affected islanders [7]. Strengthening disaster activities in rural communities is a priority because the village is the lowest government institution and has the authority to regulate and manage the interests of the community as the direct spearhead in dealing with local

residents, so community preparedness is an important key in efforts to minimize health problems due to the disasters [4]. In line with this, nurses need to consider both community and long-term care in order to respond effectively to disasters. The response referred to the planning process, the positive and negative consequences of assistance, and individual planning in the community [8].

Referring to this explanation, the main thing that should be implemented is to increase public awareness and participation in pre-disaster, intra-disaster, and post-disaster prevention, mitigation, and self-help, so that basic data are needed to support and strengthen it. In this regard, this study is aimed at describing the knowledge, skills, and attitudes of community members in identifying disaster risk based on the needs of community members in disaster-prone regions, the results of which can be used to identify the need for community preparedness in dealing with disasters in a standardized manner.

MATERIAL AND METHODS

Quantitative exploratory surveys are employed to determine a community's ability to identify the priorities of disaster risk based on community perceptions in disaster-prone regions. The quantitative cross-sectional design is also applied when measuring respondents' characteristic variables, knowledge, attitudes, and community skills to identify disaster preparedness needs. Based on risk reduction independently. The sample in this study were representatives of the community members of Sugih Mukti Village, Pasir Jambu District, Bandung Regency, which were taken randomly in two disaster areas in different *RWs*, i.e., *RW* 05 and *RW* 12, consisted 60 respondents.

The research instrument is in the form of a questionnaire consisting of 30 lists of closed questions with three alternative answer choices. The value of the validity test was of $r = 0.362-0.809$ and the reliability of $r = 0.61$. The instrument on skills is formed in an observation checklist sheet containing a list of skills possessed by the community in independent disaster management activities such as setting up to help victims in the health sector as an implication of community empowerment activities. An observation sheet on the skills performed by the community is prepared to see whether or not an action is taken. Instruments related to skills were tested for validity and reliability by using *Integrator reliability*. A ques-

tionnaire on attitudes was taken by using a Likert scale, consisting of 30 statements of community attitudes about disasters and disaster management by the community with the following alternative answers: strongly agree (4), agree (3), disagree (2), and strongly disagree (1) in a positive statement while for negative information the value is changed otherwise. The results of the validity test obtained a value of 0.461 - 0.870 and a reliability of 0.607.

RESULTS

Results of disaster risk identification

Table 1 shows that the priority disaster risk felt by the people of Sugih Mukti Village is earthquakes (80%), landslides (11.7%), and hurricanes (8.3%). In contrast, other types of disasters threatening are fire and conflicts between communities.

The study results show that the three types of priority disasters that the people of Sugih Mukti worried about are earthquakes, landslides, and hurricanes. The above facts show a similar result to a report study conducted by BPBD of Bandung Regency, which identifies priority disasters, *i.e.*, floods, landslides, cyclones, droughts, and earthquakes.

Knowledge, attitudes, and skills of respondents in disaster management

Table 2 illustrates that the average knowledge of the respondents about disaster and community-based disaster management in Sugih Mukti, a disaster-prone region, is still inadequate.

This is indicated by the average value of knowledge, attitudes, and skills is still low. The average knowledge score is 58.75 (SD 2.54), and Attitude is 59.31 (SD 0.57). And none of the skills of all respondents can show the ability to act or basic help skills for disaster victims that are carried out independently by the community.

DISCUSSION

Sugih Mukti Village in Pasir Jambu District Bandung Regency is included as one of the prone regions to landslides and earthquakes [2]. This condition is worsened by the geographical location of Sugih Mukti, which is in ring 1 of PT Geo Dipa Energi location as one of the BUMNs that explores geothermal from mount Patuha in Bandung district. The area is around mount Patuha, about 60 km from the city of Bandung. Geodipa Energi project activity is one of

Table 1. Results of Disaster Risk Identification Priority (RBP) 1 to 3 by Sugih Mukti Village Community (n = 60)

VARIABEL	RBP 1		RBP 2		RBP 3	
	F	%	F	%	F	%
Earthquake	48	80	0	0	5	8.3
Landslide	7	11.7	24	40	18	30
Hurricanes	5	8.3	26	43.4	7	11.7
Fire	0	0	5	8.3	25	41.7
Conflict	0	0	5	8.3	5	8.3
Total	60	100	60	100	60	100

Table 2. Measures of Central Tendency of Knowledge Attitudes and Skills in Disaster Management (n = 60)

Variable	Maximal	Minimal	SE	SD	Mean
Knowledge	80	25	1.61	12.54	58.75
Attitudes	83	31	1.36	10.57	59.31
Skills	0	0	0	0	0

SD — standard deviation; SE — Standard Error

the factors that were worsening the vulnerability of Sugih Mukti Village to the threat of landslides and volcanic earthquakes [9].

The results of the study on the level of knowledge, attitudes, and skills of the community or community are still low. In fact, almost all of the community stated that they have never had community-based disaster management skills. The results of this study are nearly the same as the findings of Yan et al. [10] there were no nurses who had adequate knowledge and skills to provide assistance to the community because they had never received training before. Thus, training disaster management to improve nurses' competence is essential and needs to be done [11]. According to Al Thobaity [12], the competency domains that need to be taught include understanding disaster content and locations, communication during disasters and ethical issues, skills, and disaster preparedness are fundamental things for nurses.

This finding confirms that rural communities living in disaster-prone areas really need education and capacity building in anticipating disaster threats. This recommendation is based on the low level of community knowledge, attitudes, and skills in dealing with and managing disaster risk. Community preparedness is an important key in efforts to minimize

health problems due to natural disasters [4]. The results of the study by Salsa et al. strengthen these findings and confirm the urgency of community empowerment through contingency planning by increasing the readiness of adolescents against the threat of death due to disasters [5]. Therefore, it is necessary to really consider the sustainability of this approach by young people in supporting an integrated and coordinated disaster emergency system with health service facilities.

In this situation, the role of the community nurse becomes very important. Community nurses also have a central role and position in preparing the community in educating the community so that they are always ready and responsive in facing disaster threats [13]. Research by Walsh [14] provides an explanation that effective preparedness, response, and recovery from disasters requires a well-planned, integrated effort with professionals. Related to this, Öztekin et al. [15] revealed the perception of Japanese nurses about their disaster preparedness, Japanese nurses perceive that they really need information related to knowledge, skills, and disaster preparedness and recommend the need for a clear, concise, and precise set of training standards that can be used to ensure their competence in dealing with disaster situations.

The training set created can provide a useful starting point for identifying the expected capabilities of health professionals in disaster management and public health management. The research conducted [16] concluded that the prescribed interventions that have been taken by Community Health Nursing (CHN) collaboratively are guided by a planning framework that fits the nursing process. The method is used to take a holistic approach in the earthquake-affected area. This framework includes 4 phases; Assessment, Planning, Implementation, and Evaluation. The framework provides specific directions for working with health care providers for public health promotion in a more systematic manner.

A more detailed explanation regarding the role of nurses in supporting the strength of community participation related to disaster risk reduction has been set by the government. As professional health workers, nurses are expected to have a strategic role in overcoming the above problems through community nursing services as one of the nursing disciplines. Disaster management is an effort to direct the use of existing resources to overcome disaster

threats through each stage of management: pre-disaster, intra-disaster, and post-disaster [17].

Communities in disaster-prone regions must have the ability and strength independently to deal with disasters at every stage, adapted to the conditions and culture of the surrounding community. The results of [6] link cultural factors with Disaster Reduction Risk (DRR) activities and highlight how culture has influenced DRR activities. It is evident that in some respects, culture has become one of the factors of community survival from disasters and that culture has the power to increase or reduce community vulnerability to disasters. Kulatunga's research is strengthened by the results of research Salmani which identify that managerially, it is necessary to complete the legislation, NGOs, and socio-cultural factors, preparedness, response, retention, relocation, termination, and follow-up in each role of nurses in disaster-prone areas [6, 18]. However, not all nurse roles can be easily implemented in disaster situations [19]. The results of the study explain that there are obstacles or challenges in daily life after a disaster incident for older community members (elderly), so efforts are needed to help them reach the recovery stage [20].

In consideration of these conditions, the need for community empowerment to be independent during the disaster cycle cannot be avoided. Training the community to be independent and help themselves should be done continuously by taking into account local cultural conditions. The implication is that people need to have adequate knowledge, skills, and attitudes to be able to help themselves by providing them with training related to disasters [21].

The results of research by Ren et al. [22] in China show several conditions that strengthen the need for community empowerment in disaster locations are as follows:

1. The role model of trainers behavior influences the behavior of participants through their interactions during the training process;
2. The need for mental health training programs to identify the needs of disaster personnel and the victims;
3. Develop a systematic inter-professional education strategy through a collaborative approach to bridge the gap between theory and practice or reconcile local needs and international guidelines;
4. Regulation of training, to maintain and monitor the quality of training program content, standards, ethics, and code of conduct at all levels;

5. A community-centered inter-professional education approach is needed, which focuses on modeling the roles of trainers, and officers, paying attention to the needs of trainees and developing a systematic interprofessional education strategy.

The findings of Ren et al. [22] strengthen the results of Lebowitz's research [23], which explains the need for a stronger emphasis on public health workers in dealing with disasters, such as Civil Reserve Corps medical training to improve public health infrastructure and provide more significant opportunities for having collaboration with the community in disaster management. In addition, all health professionals from various disciplines need to work together and share perceptions in integrating knowledge, and bridging gaps in dealing with disasters, including providing an understanding of risk assessment, identification, and disaster preparedness as implementing a multidisciplinary approach strategy is believed to be the best method in empowering communities to be prepared to face disaster risk, mitigate and prepare for emergencies [24, 25].

Limitation

This research method uses quantitative descriptive studies. The data only describes the number (quantity) of the variables studied, even though it will be more exciting and comprehensive if the assessment of disaster priorities is complemented by direct interviews with the community members who experienced the disaster.

CONCLUSIONS

There are three types of priority disasters experienced by the people of Sugih Mukti Village, i.e., earthquakes, landslides, and hurricanes. The community does not have the knowledge, attitudes, and skills needed to be able to help themselves in the event of a disaster. It can be seen that their level of knowledge, attitudes, and abilities is still low. For this reason, it is necessary to educate, socialize and empower the community and cross-program a cross-sector collaboration by involving elements of the community, government, and universities. In addition, to describe a complete scale of disaster priorities. In the future, it is necessary to conduct qualitative studies related to the perceptions and experiences of community members in dealing with disasters that often befall them.

Acknowledgments

We express our appreciation and gratitude to Poltekkes Kemenkes Bandung for supporting and funding this research.

Conflict of interest

All authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

1. Amri MR, Yulianti G, Yunus R, Wiguna S, Adi AW, Ichwana AN. Risiko Bencana Indonesia (RBI). Jakarta, BNPB : 14–16.
2. Badan Nasional Penanggulangan Bencana Kab. Bandung. Profil BPBD Kabupaten Bandung. BPBD, Soreang 2017: 1–13.
3. Badan Nasional Penanggulangan Bencana. Rencana Nasional Penanggulangan Bencana 2020-2024. BNPB, Jakarta, 2020 : 1–115.
4. Setiawan A, Sofyana H, Suhandi P. Empowering village cluster as task force in the normalization of disaster victims' physical problems. *Human Net Sci Technol Health Notions*. 2017; 1(1): 22–28.
5. Salasa S, Murni T, Emaliyawati E. Pemberdayaan pada kelompok remaja melalui pendekatan contingency planning dalam meningkatkan kesiapsiagaan terhadap ancaman kematian akibat bencana. *J Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 2017; 3(2): 154, doi: [10.17509/jpki.v3i2.9421](https://doi.org/10.17509/jpki.v3i2.9421).
6. Kulatunga U. Impact of culture towards disaster risk reduction. In *J Strategic Property Management*. 2010; 14(4): 304–313, doi: [10.3846/ijspm.2010.23](https://doi.org/10.3846/ijspm.2010.23).
7. Marutani M, Kodama S, Harada N. Japanese public health nurses' culturally sensitive disaster nursing for small island communities. *Island Studies J*. 2020; 15(2): 371–386, doi: [10.24043/isj.116](https://doi.org/10.24043/isj.116).
8. Covan EK, Fugate-Whitlock E. Emergency planning and long-term care: least paid, least powerful, most responsible. *Health Care Women Int*. 2010; 31(11): 1028–1043, doi: [10.1080/07399332.2010.500943](https://doi.org/10.1080/07399332.2010.500943), indexed in Pubmed: [20924876](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20924876/).
9. PT Geo Dipa Energi. Buku Putih Geo Dipa Energi. PT Geo Dipa Energi Jakarta, 2021.
10. Yan YE, Turale S, Stone T, et al. Disaster nursing skills, knowledge and attitudes required in earthquake relief: Implications for nursing education. *Int Nurs Rev*. 2015; 62(3): 351–359, doi: [10.1111/inr.12175](https://doi.org/10.1111/inr.12175), indexed in Pubmed: [25694206](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25694206/).
11. Pesiridis T, Sourtzi P, Galanis P, et al. Development, implementation and evaluation of a disaster training programme for nurses: a Switching Replications randomized controlled trial. *Nurse Educ Pract*. 2015; 15(1): 63–67, doi: [10.1016/j.nepr.2014.02.001](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.02.001), indexed in Pubmed: [24560740](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24560740/).
12. Al Thobaity A, Plummer V, Williams B. What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *Int Emerg Nurs*. 2017; 31: 64–71, doi: [10.1016/j.ienj.2016.10.003](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.10.003), indexed in Pubmed: [28029612](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28029612/).
13. Rokkas P, Cornell V, Steenkamp M. Disaster preparedness and response: challenges for Australian public health nurses - a literature review. *Nurs Health Sci*. 2014; 16(1): 60–66, doi: [10.1111/nhs.12134](https://doi.org/10.1111/nhs.12134), indexed in Pubmed: [24635900](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24635900/).

14. Walsh L, Subbarao I, Gebbie K, et al. Core competencies for disaster medicine and public health. *Disaster Med Public Health Prep.* 2012; 6(1): 44–52, doi: [10.1001/dmp.2012.4](https://doi.org/10.1001/dmp.2012.4), indexed in Pubmed: [22490936](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22490936/).
15. Öztekin SD, Larson EE, Akahoshi M, et al. Japanese nurses' perception of their preparedness for disasters: Quantitative survey research on one prefecture in Japan. *Jpn J Nurs Sci.* 2016; 13(3): 391–401, doi: [10.1111/jjns.12121](https://doi.org/10.1111/jjns.12121), indexed in Pubmed: [26877076](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26877076/).
16. Gulzar SA, Faheem ZA, Somani RK. Role of community health nurse in earthquake affected areas. *J Pak Med Assoc.* 2012; 62(10): 1083–1086, indexed in Pubmed: [23866452](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23866452/).
17. Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI. *Buku Saku Tahapan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Bagi Kader.* Kemenkes RI, Jakarta 2019: 3-23.
18. Salmani I, Seyedin H, Ardalan A, et al. Conceptual model of managing health care volunteers in disasters: a mixed method study. *BMC Health Serv Res.* 2019; 19(1): 241, doi: [10.1186/s12913-019-4073-6](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4073-6), indexed in Pubmed: [31014334](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31014334/).
19. Putra A, Petpichetchian W. Review public health nurses' roles and competencies in disaster management. *Nurs Media J Nursing.* 2011; 1(1): 1–14, doi: [10.14710/nmjn.v1i1.742](https://doi.org/10.14710/nmjn.v1i1.742).
20. Ahmadi S, Khankeh H, Sahaf R, et al. Daily life challenges in an earthquake disaster situation in older adults: a qualitative study in Iran. *J Clin and Diagn Res.* 2018; 12(4): IC08–IC12, doi: [10.7860/jcdr/2018/32699.11377](https://doi.org/10.7860/jcdr/2018/32699.11377).
21. Ahayalimudin N, Ismail A, Saiboon I. Disaster management: a study on knowledge, attitude and practice of emergency nurse and community health nurse. *BMC Public Health.* 2012; 12(S2), doi: [10.1186/1471-2458-12-s2-a3](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-s2-a3).
22. Ren Z, Wang H, Zhang W. Experiences in disaster-related mental health relief work: An exploratory model for the interprofessional training of psychological relief workers. *J Interprof Care.* 2017; 31(1): 35–42, doi: [10.1080/13561820.2016.1233097](https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233097), indexed in Pubmed: [27858501](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27858501/).
23. Lebowitz AJ. Community collaboration as a disaster mental health competency: a systematic literature review. *Community Ment Health J.* 2015; 51(2): 125–131, doi: [10.1007/s10597-014-9751-6](https://doi.org/10.1007/s10597-014-9751-6), indexed in Pubmed: [24965091](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24965091/).
24. Heagele TN. Disaster-Related community resilience: a concept analysis and a call to action for nurses. *Publ Health Nurs.* 2017; 34(3): 295–302, doi: [10.1111/phn.12292](https://doi.org/10.1111/phn.12292).
25. Mawardi F, Lestari AS, Randita AB, et al. Strengthening primary health care: emergency and disaster preparedness in community with multidisciplinary approach. *Disaster Med Public Health Prep.* 2021; 15(6): 675–676, doi: [10.1017/dmp.2020.143](https://doi.org/10.1017/dmp.2020.143), indexed in Pubmed: [32641189](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32641189/).

This is a provisional PDF only. Copyedited and fully formatted version will be made available soon.



DISASTER AND EMERGENCY

M E D I C I N E J O U R N A L

Community-based information for disaster risk identification

Authors: Ali Hamzah, Haris Sofyana, Henny Cahyaningsih, Achmad Hufad, Viena R. Hasanah, Dini Handayani, Gurid Pramintarto Eko Mulyo

DOI: 10.5603/DEMJ.a2022.0032

Article type: Research paper

Submitted: 2022-05-31

Accepted: 2022-08-30

Published online: 2022-10-21

Dokumen pendukung luaran Tambahan #1

Luaran dijanjikan: Policy brief, rekomendasi kebijakan, atau model kebijakan strategis

Target: Tersedia

Dicapai: Tersedia

Dokumen wajib diunggah:

1. Dokumentasi Luaran

Dokumen sudah diunggah:

-

Dokumen belum diunggah:

1. Dokumentasi Luaran

Dokumen "" tidak ditemukan.