

# PENGEMBANGAN MODEL SAFE COMMUNITY BERBASIS MASYARAKAT

Ninie Lely Pratiwi,<sup>1</sup> Sugeng Rahanto,<sup>1</sup> Setya Pranata,<sup>1</sup> Setyo Pramono,<sup>1</sup> Suci Wulansari,<sup>1</sup> Veranita Purbaningrum,<sup>1</sup> Yurika Fauziah<sup>1</sup> dan Wenny Lestari<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Background:** Safe community as a system starts at village level, sub health centers, health center to the emergency services in hospitals. This effort is to encourage people to motivate and raise awareness of the potential. This research aims to develop a model of community-based safe community in an effort to emergency care system in the village of alert starting from system input, process and output. **Methods:** The study design is explanative, with qualitative data. This research was conducted in the Province of West Java and Yogyakarta Special Region. **Results:** The results in terms of system inputs that safecommunity concept has not been much to formulate. Some claim a disaster mapping, taking into account the estimated number of victims, and needs help cure and health care in safecommunity based. Coordination of the main tasks and functions of each. Policy department already has a foundation of legitimacy according to laws, government regulations, medium-term development plan for the area and the Regent's decision letter, the local governor and even districts. Budget still relies on budget allocations, budget and block grand. Overview of the system process of the independence of the community there has been no system to start, but the potential is quite high, with the correct organizational, professional and can be better ensure the implementation of sustainable community based disaster management. Some of the inhibiting factor is the mobilization of community resources are lacking, limited human resources, budgeting, and coordination among sectors less traffic, less socialization and data collection, communications need to be increased, volunteers erratic, and less care. Development of community-based safecommunity model that is holistic, with the ability to empower local communities. This model includes the initiation efforts, partnerships, mobilization, advocacy resources, to accommodate the cultural, behavioral and regulatory assistance and support to the preventive, promotive safe and healthy communities in the entire cycle of human life in the state of emergency and disaster daily. Networks formed a partnership that is expected to be a shared responsibility between the cross-cutting.

**Key words:** Model Safecommunity, community empowerment, preparedness among village ("desa siaga")

## ABSTRAK

Safe community secara sistem di mulai tingkat desa, Pustu, puskesmas sampai pelayanan kedaruratan di Rumah sakit. Upaya ini dengan mendorong masyarakat untuk memotivasi dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki. Penelitian ini bertujuan mengembangkan model safe community berbasis masyarakat dalam upaya sistem pelayanan gawat darurat di Desa siaga mulai dari sistem input, proses dan output. Rancangan penelitian bersifat eksplanatif, dengan data kualitatif. Penelitian ini dilakukan di Provinsi Jawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta. Hasil penelitian ditinjau dari sistem input bahwa konsep safecommunity belum banyak yang dapat merumuskan. Beberapa menyatakan merupakan pemetaan bencana, dengan mempertimbangkan perkiraan jumlah korban, dan kebutuhan pertolongan kesehatan cure dan care dalam safecommunity based. Koordinasi tugas pokok dan fungsi dari masing-masing. Kebijakan departemen sudah mempunyai landasan legitimasi sesuai Undang-undang, peraturan pemerintah, rencana pembangunan jangka menengah daerah dan Surat keputusan Bupati, Gubernur setempat bahkan kecamatan. Alokasi anggaran masih mengandalkan APBD, APBN dan block grand. Tinjauan dari sistem proses dari sisi kemandirian masyarakat belum ada sistem untuk memulai, padahal potensi cukup tinggi, misalkan pengorganisasian yang tepat, profesional dan sustainabel dapat lebih menjamin terlaksananya penanggulangan bencana berbasis masyarakat. Beberapa faktor penghambat adalah mobilisasi sumber daya masyarakat yang kurang, keterbatasan sdm, anggaran, dan koordinasi antar lintas sector kurang, sosialisasi dan pendataan kurang, komunikasi - perlu ditingkatkan, relawan tak menentu, dan kurang peduli. Pengembangan model

---

<sup>1</sup> Peneliti Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat; Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan - Kementerian Kesehatan, Jl. Indrapura 17 Surabaya 60176  
Korespondensi: Email: niniekpratiwi@yahoo.com

*safecommunity berbasis masyarakat yang bersifat holistic, dengan memberdayakan kemampuan masyarakat setempat. Model ini meliputi upaya inisiasi, kemitraan, mobilisasi, advokasi sumber daya, dengan mengakomodir budaya, perilaku serta bina swasana dan regulasi yang mendukung terhadap upaya preventif, promotif masyarakat yang aman dan sehat dalam seluruh siklus kehidupan manusia pada keadaan gawat darurat sehari-hari maupun bencana. Jejaring kemitraan yang diharapkan terbentuk menjadi tanggung jawab bersama antar lintas sektor.*

**Kata kunci:** Model Safecommunity, pemberdayaan Masyarakat dan desa siaga

## PENDAHULUAN

*Safe community* adalah kondisi aman dan sehat dalam seluruh siklus kehidupan manusia sejak dalam kandungan sampai usia lanjut (Direktorat Bina kesehatan Komunitas). *Safe community* merupakan suatu gerakan: dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat. Wacana *save community* ini berkembang sesuai dengan tuntutan atas peningkatan kualitas pelayanan, khususnya pelayanan kedaruratan medis. *Safe community* secara sistem di mulai tingkat desa, Pustu, puskesmas sampai pelayanan kedaruratan di Rumah sakit (Departemen kesehatan RI 2006).

*Safe community* (SC) perlu dikembangkan karena, jumlah pasien gawat darurat baik dalam kejadian sehari-hari maupun bencana cenderung meningkat dengan cepat dan *shouting epidemic*: bencana alam (th 2006 di Indonesia meningkat tajam), kerusuhan, kecelakaan (20%), keracunan makanan, kebakaran.

Berdasarkan KepMenkes R.I nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006, pengertian desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawat daruratan kesehatan secara mandiri. Sebuah desa disebut desa siaga bila memiliki minimal satu pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Salah satu kegiatan Poskesdes adalah *safe community*, di samping penanggulangan penyakit menular dan yang berpotensi menjadi kejadian luar biasa (KLB), kurang gizi, sistem informasi kesehatan dan surveillance epidemiologi serta pelayanan kesehatan dasar sesuai kompetensinya.

Permasalahan mendasar dalam penelitian ini adalah konsep *safe community* yang baru dikembangkan, sementara dalam waktu dekat pemerintah menetapkan 12.000 Desa siaga di 12 provinsi. Sehubungan dengan kondisi tersebut kita perlu mengembangkan *safe community* berbasis

masyarakat sesuai permasalahan kesehatan yang dihadapi daerah studi. Upaya membangun kesehatan masyarakat dengan mendorong, memotivasi dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki, serta untuk mengembangkan *safe community* berbasis masyarakat dalam sistem pelayanan gawat darurat di desa, bersinergi dengan kebijakan Desa Siaga.

## RUMUSAN MASALAH

Rumusan permasalahannya adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana bentuk, proses dan hasil dari fasilitasi yang dilakukan pemerintah Kabupaten/ Kota untuk meningkatkan *save community* berbasis masyarakat dalam pengembangan Desa siaga?
2. Apa saja sumber daya yang digunakan untuk meningkatkan *safe community* berbasis masyarakat dalam pengembangan Desa siaga?
3. Bagaimana proses dan hasil meningkatkan *safe community* berbasis masyarakat dalam pengembangan Desa siaga?
4. Faktor apa yang mendukung dan yang menghambat meningkatkan *safe community* berbasis masyarakat dalam pengembangan Desa siaga?

Dengan terjawabnya permasalahan penelitian, hasil studi ini diharapkan dapat membantu pemerintah Kabupaten/ Kota untuk dapat mengembangkan model *safe community* berbasis masyarakat dalam upaya sistem pelayanan kegawat daruratan dalam terciptanya Desa siaga.

Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model *safe community* berbasis masyarakat dalam upaya sistem pelayanan gawat darurat di Desa siaga. Sedangkan tujuan khusus: 1) Mengkaji kesiapan sistem input model *safe community* berbasis masyarakat dalam upaya sistem pelayanan gawat darurat di Desa Siaga; 2) Mengkaji system proses dalam upaya meningkatkan *safe community* berbasis masyarakat

dalam upaya sistem pelayanan gawat darurat di Desa Siaga; 3) Mengkaji output dalam upaya meningkatkan *safe community* berbasis masyarakat dalam upaya sistem pelayanan gawat darurat di Desa Siaga; 4) Mengkaji beberapa faktor pendukung dan penghambat potensi masyarakat dalam pengembangan model *save community* berbasis masyarakat; 5) mengembangkan model hipotetik *save community* berbasis masyarakat dalam upaya sistem pelayanan gawat darurat guna tercapainya Desa Siaga.

### MANFAAT

Membantu pemerintah Kabupaten/ Kota mengoptimalkan sumber daya dan Sarpras yang ada dalam upaya pengembangan model *save community* berbasis masyarakat sesuai konsep Desa siaga.

### METODE

#### Kerangka Pikir

Merupakan penelitian deskriptif eksplanatif, yang akan melakukan kajian terhadap upaya pengembangan *safe community* berbasis masyarakat dalam upaya sistem pelayanan gawat darurat Desa siaga. Penelitian dilakukan di 2 Provinsi: Jawa Barat dan DI Yogyakarta. Pemilihan daerah berdasarkan *Pilot Project* Percontohan *Safe community* dan kesiapan Desa dalam kebijakan pada masing-masing Provinsi. Waktu penelitian 10 bulan.

Sebagai populasi dalam penelitian ini adalah kelembagaan Desa siaga mulai infrastruktur, SDM, Sarpras yang ada di desa yang berpotensi dalam pengembangan *save community* berbasis masyarakat dalam upaya sistem pelayanan gawat darurat Desa siaga di desa yang ada di wilayah 2 provinsi: Jawa Barat dan DI Yogyakarta yang dipilih secara *purposive*.

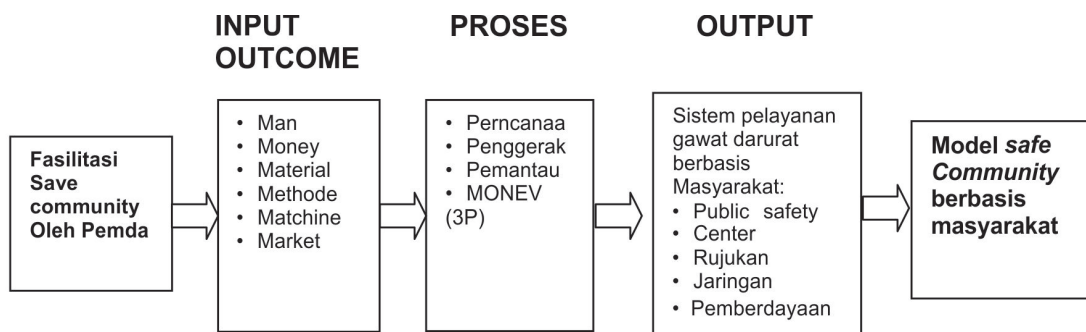
Dari setiap provinsi ditentukan secara *purposive* dua daerah, satu mewakili Kota dan satu mewakili Kabupaten. Penentuan Kabupaten/Kota dilakukan setelah berkonsultasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi dengan kriteria desa yang telah siap dengan konsep Desa siaganya.

Secara umum kriteria dari mereka yang akan dijadikan sasaran penelitian adalah orang dan perwakilan dari organisasi sosial yang tahu dan menangani secara langsung berbagai kegiatan yang terkait dengan upaya *safe community*.

Beberapa variabel yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

1. Input: Kesiapan Desa Siaga dalam pelaksanaan *Safe Community*
  - Man: Pelaksana kebijakan maupun program, wewenang dan tanggung jawab
  - Money: Sumber daya
  - Material: Sarana, prasarana, juga meliputi peraturan, UU
  - Methode: Protap, Modul
  - Machine: prasarana
  - Market: sosialisasi dan advokasi
2. Proses pembentukan *safe community* berbasis masyarakat:
  - Dasar Kebijakan
  - Penggerakan pelaksanaan, yang meliputi : Jejaring, kegiatan (security, rescue dan medical care) di masing-masing jenjang pemerintahan, pelatihan dan sosialisasi.
  - Pemantauan
  - MONEV (3P)
  - Definisi Operasional

*Safe community* adalah keadaan masyarakat sehat dan aman melalui upaya peningkatan *community preparedness* dan mitigation (*care*), pelayanan respon cepat dan rehabilitasi (*cure*) yang dilakukan oleh dan



untuk masyarakat dengan didukung pemerintahan. *Safe community* adalah kondisi aman dan sehat dalam seluruh siklus kehidupan manusia sejak dalam kandungan sampai usia lanjut (Direktorat Bina kesehatan Komunitas). *Safe community* secara sistem di mulai tingkat desa, Pustu, puskesmas sampai pelayanan kedaruratan di Rumah sakit.

### Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan beberapa cara, yakni:

- a. Wawancara mendalam dilakukan dalam rangka memperoleh gambaran umum, kebijakan dari permasalahan yang akan diteliti. Sasarannya adalah segenap sumber daya mulai SDM, sumber Pembiayaan, peralatan (Sarpras), metode dan beberapa upaya sosialisasi, advokasi yang akan digunakan dalam pengembangan *save community*. *Depth interview* dilakukan berjenjang mulai bagi para pengambil kebijakan tingkat provinsi, pelaksana program Tingkat Dinkes Kabupaten sampai pelaksana tingkat teknis di Desa seperti; baik petugas kesehatan: Dokter puskesmas, Bidan desa, dan .kelompok provider, .Kelompok organisasi masyarakat :tokoh masyarakat, pamong desa, kader, PKK, LSM dan lainnya.
- b. Pencatatan data sekunder, dilakukan untuk mengetahui data mengenai fasilitas kesehatan termasuk infrastruktur, sarpras untuk sistem pelayanan gawat darurat desa dalam terciptanya *save community* mulai dari masyarakat, sampai ke unit rujukan pelayanan kesehatan sebagai public safety center.
- c. *Round table Discusión*, dengan peserta pelaksana teknis kesehatan dari puskesmas, bidan desa dan nara sumber dari perangkat desa dalam upaya *safe community* berbasis masyarakat.
- d. Lokakarya sebagai upaya metode triangulasi, kesepakatan model hipotetik dan kesiapan infrastruktur yang disepakati dalam melengkapi sumberdaya yang digunakan dalam pengembangan *save community* berbasis masyarakat. Peserta : pelaksana Program dari Dinkes kabupaten, LSM, PSM, PKK, TOMA, Karang taruna dan beberapa anggota masyarakat yang terlibat secara intensif dalam banyak kegiatan di bidang kesehatan.

Data kuantitatif akan dianalisis secara deskriptif sedangkan data kualitatif yang merupakan hasil RTD

akan dianalisis dengan metode Content analysis (Lwanga SK, Lemeshow S, Sample Size Determination in Health Studies a practical manual, WHO Genewa, 2006, Bungin, B. 2007. Penelitian Kualitatif. Prenada Media Group: Jakarta).

Menggunakan pedoman wawancara RTD untuk memperoleh data primer terkait dengan permasalahan yang akan diteliti. Untuk mendalami dan cross cek terhadap hasil data primer dilakukan penelusuran terhadap data sekunder yang ada di setiap unit pelayanan kesehatan di kabupaten studi. Triangulasi dilakukan meliputi: metode, hasil wawancara mendalam.

### Pertimbangan Etik

Karena penelitian ini melibatkan manusia sebagai subjek maka akan dimintakan persetujuan etik kepada Komisi Etik penelitian kesehatan Badan Litbangkes. Untuk pelaksanaan di lapangan, peneliti akan meminta persetujuan dari subjek untuk kesediaannya terlibat dalam kegiatan penelitian ini dalam bentuk *informed consent*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

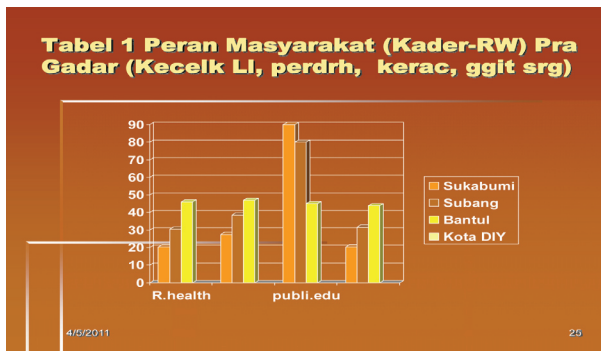
### Sistem Input

kajian sistem input bahwa konsep *safe community* ternyata belum banyak yang dapat merumuskan, beberapa menyatakan merupakan pemetaan bencana, dengan mempertimbangkan perkiraan jumlah korban, dan perkiraan kebutuhan pertolongan kesehatan mulai dari *cure* dan *care* dalam *safe community based*. Koordinasi masing-masing sesuai tugas pokok dan fungsi dari masing-masing satker yang terlibat sebagai informan. Sedangkan untuk kebijakan masing-masing satker mempunyai landasan legitimasi sesuai Undang-undang, peraturan pemerintah, rencana Pembangunan jangka menengah daerah dan Surat keputusan Bupati, Gubernur setempat bahkan kecamatan. Alokasi anggaran untuk penanggulangan bencana masih mengandalkan APBD dan APBN.

Tampaknya dari sisi kemandirian dari masyarakat belum ada sistem yang terbentuk untuk memulai, padahal potensi masyarakat ini cukup tinggi, misalkan dengan pengorganisasian yang tepat, *professional* dan *sustainabel* dapat lebih menjamin terlaksananya penanggulangan bencana berbasis masyarakat (Trisnantoro Laksono, 2009).

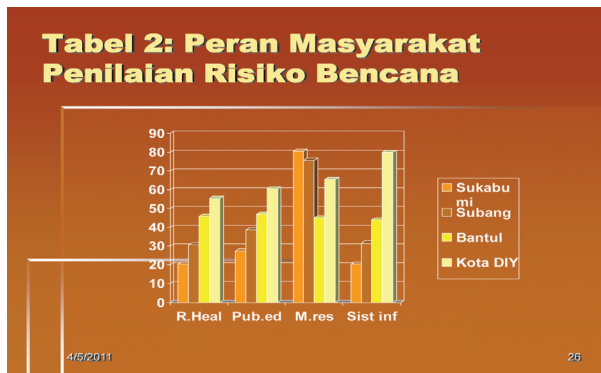
### Sistem Proses

Sistem proses dalam Penilaian risiko oleh kader kesehatan dalam penanggulangan bencana yang dinyatakan oleh informan pada umumnya sudah mulai melakukan Ada identifikasi bahaya, identifikasi kemampuan mengatasi (fasilitas, tenaga), ada peta rawan dan data cakupan korban bencana yang telah memperoleh pertolongan. Peta bencana, skala prioritas, program lembaga pemadam kebakaran/ LPMK mengadakan tabung gas (pemadam) tiap RW antisipasi kebakaran, program melebarkan selokan untuk antisipasi banjir.



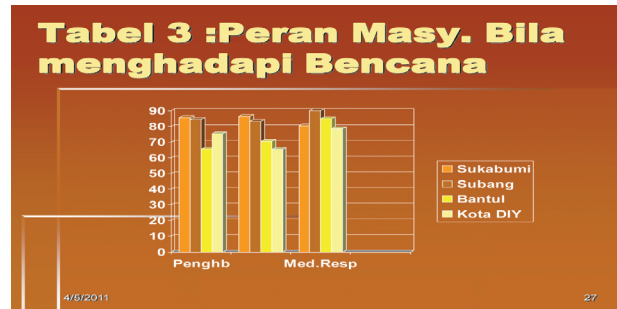
Dari tabel di atas tampak bahwa peran serta masyarakat melalui kader di tingkat RW pada pra bencana menurut informan baik dari kegiatan *rapid health survei* masih di bawah 50% sedangkan, public edukasi di kabupaten Subang dan Sukabumi sudah di atas 50%.

Sedangkan bagaimana masyarakat berperan dalam penilaian risiko bencana dapat dilihat pada table di bawah ini:



Berdasarkan table di atas tampak bahwa peran masyarakat dalam penilaian risiko bencana pada

umumnya masih di bawah 50%, kecuali kabupaten Bantul dan Kota DIY. Pada kegiatan *rapid health survey* maupun public edukasi. Sedangkan pada medical respons sudah di atas 50%.



Pada tabel di atas tampak bahwa peran masyarakat pada umumnya sebagai penghubung bila ada bencana. Penghubung dengan menelpon, memberikan tanda/membunyikan gentongan. Masyarakat sebagai Penghubung, pelapor, penemu masalah kesh, pmantau masalah dan menemukan kasus lebih awal. Masyarakat dapat berperan dalam menindaklanjuti penemuan korban dengan merujuk kepusat pelayanan kesehatan setempat dan dapat memberikan upaya pertolongan pertama bila diperlukan sebagai medikal respons.

Beberapa faktor penghambat dalam upaya penanggulangan bencana berbasis masyarakat adalah mobilisasi masyarakat kurang, keterbatasan sdm, anggaran, dan koordinasi antar lintas sector kurang, sosialisasi dan pendataan kurang, sdm, dana, komunikasi - perlu ditingkatkan, relawan tak menentu, dan kurang peduli, kurang sinkronisasi prioritas program pada masing-masing lintas sektor. Dari temuan tersebut tampaknya masih sangat kurang untuk mewujudkan penanggulangan bencana yang bersifat holistic, dengan memberdayakan masyarakat setempat. Beberapa faktor penghambat dalam upaya penanggulangan bencana berbasis masyarakat adalah dari sistem Anggaran ada pada @ SKPD/ Dinas, sehingga kegiatan koordinasi kurang, Tdk ada pertemuan rutin Satlak Becana, Bencana terjadi pada awal tahun sehingga anggaran belum turun dan belum dibentuknya BPBD sesuai UU bencana, kesadaran dan persepsi masyarakat yg kurang terhadap bahaya Rob-chikungunya, seperti terlihat pada table 4.

**Tabel 4.** Faktor Pendukung dan Penghambat Safecommunity di Kab. Subang Provinsi Jawa barat, tahun 2009

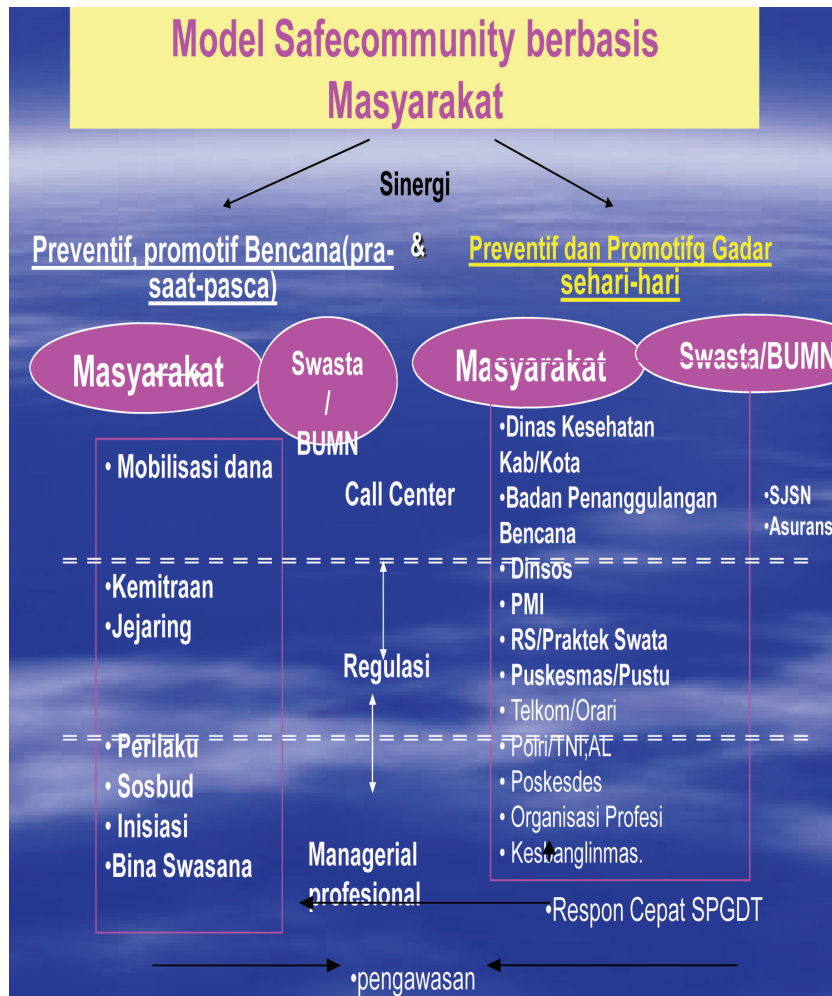
Informan	F. Pendukung	F. Penghambat
1. Staf markas Satkorlak	Tenaga relawan yang siap dan terlatih	Biaya dan sarana
2. Sie Demokrisasi Pembinaan, bakesbang	Peran aktif masy, sukarela mjd linmas	Ksadaran masy rendah, anggaran terbatas, kurangnya sapras
3. Kasubid pem & Kesra	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Advokasi (cmt, lurah, toma)</li> <li>– PKK</li> <li>– LPM</li> <li>– Lintas program</li> <li>– Linsek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fasilitas</li> <li>– Dana</li> </ul>
4. Staf. Yankesdasar dan Rujukan	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Liprog</li> <li>– Linsek (kec, kel, toma, dll)</li> <li>– Satgas GSI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dana</li> <li>– Fasilitas</li> </ul>
5. Kabid Din Yankes	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prnh m adakan workshop SPGDT tahun 06</li> <li>– Adanya anggaran</li> <li>– Adanya peratran/SK</li> <li>– UU Pnangglgan Bcn no 24 tahun 07 (BNPB, BPBD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anggr ada pada @ SKPD/Dinas, sehingga kegiatan &lt; koordinator</li> <li>– Tidak ada ptemuan rutin Satlak Bcn</li> <li>– Bcn tjd pd awal tahun sehingga anggaran belum turun</li> <li>– Blm dibntuknya BPBD sesuai UU bcn</li> </ul>
6. Kasie Promkes & SIK	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dukungan linsek n linprog</li> <li>– SK Bupati ttg Satkorlak DBD</li> <li>– SK Bupati ttg Desi</li> <li>– Dukung dr provinsi n pusat (Depkes)</li> <li>– Desi (9 indkatr)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kuranya dukgn anggrn</li> <li>– Sering tdk memadai: obat, alkes, brg non medis</li> </ul>
7. Kasi Bina Yankes Khusus	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tng kesh siap</li> <li>– SK/Kebijakan, SK Bupati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Transports sulit</li> <li>– Anggrn kurang</li> <li>– Modul blm ada</li> </ul>
8. Satlak	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stgas bcn kab (SK Bupati) dr kab desa (SKRL)</li> <li>– SK Tim Bcn Kadinkes</li> <li>– PerBup bhw sto desa hrs mngmbangk Desi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sapras kurang (perahu)</li> <li>– Dana persiapan kurang</li> <li>– Persepsi msy yg kurang thd bhy Rob (Rob chikungunya)</li> </ul>

**Tabel 5.** Matrik Pengembangan Model safecommunity berbasis Masyarakat dalam gadar sehari-hari dan Bencana.

No	Program Pemberdayaan Masyarakat	Managerial Profesional	Regulasi	Sist.Rujukan
1.	Mobilisasi Dana & Advokasi	Perencanaan	Kebijakan	Call Center
2.	Inisiasi	Pengorganisasian	Hukum	Quick Respon
3.	Kemitraan	Pelaksanaan	Peraturan	Penanganan Terpadu
4.	Perilaku	Pengawasan	Perundangan	
5.	Sosbud	Pengontrolan		
6.	Bina swasana & Hukum	Pelaporan		

Sistem output menghasilkan:

**MODEL PENGEMBANGAN SAFECOMMUNITY BERBASIS MASYARAKAT**



Model safecommunity berbasis masyarakat secara system dan diharapkan sustainable dapat dijelaskan dalam penjelasan mapping di atas:

- Tujuan terbentuknya model safecommunity berbasis masyarakat agar supaya tercapai kondisi masyarakat aman dan sehat dalam seluruh siklus kehidupan manusia pada keadaan gadar sehari-hari maupun bencana. Penekanan model safecommunity berbasis masyarakat pada upaya preventif dan promotifnya serta masyarakat mampu menjadi pengawas secara sistem. Masyarakat mampu melakukan supervisi dan monitoring. Model ini agar efektif dan efisien sebaiknya diorganisir secara professional dan bersifat independen dan selalu dilakukan pengontrolan dan pengawasan.

- Jejaring kemitraan yang diharapkan terbentuk menjadi tanggung jawab bersama antar lintas sektor.
- Program pemberdayaan masyarakat dalam memobilisasi dana dari masyarakat memerlukan perencanaan, pengorganisasian, pengawasan dalam pelaksanaan, pengontrolan dan pelaporan. Tentunya memerlukan peraturan, perundangan serta regulasi hukum dalam proses terbentuknya. Sistem ini memerlukan penanganan terpadu. Sistem asuransi dapat menjadi alternatif di negara maju hal ini sudah diterapkan (Heru susetyo, Hasyim 2009).
- Upaya Inisiasi agar masyarakat *care* dan *cure* maka memerlukan fasilitasi pendampingan dalam

pembuatan peta rawan bencana, pengenalan wilayah risiko bencana sehingga masyarakat mampu melakukan penilaian risiko bencana dan respon, tanggap cepat apabila ada gadar sehari-hari maupun bencana. Pelatihan pertolongan pertama pada kecelakaan, keracunan, perdarahan, dan pembukaan jalan nafas bagi masyarakat sekitar wilayah yang berisiko bencana maupun gadar sehari-hari. Agar sistem inisiasi pemberdayaan masyarakat berjalan sustainable, maka diperlukan sistem perencanaan, pengorganisasian, pengawasan dalam pelaksanaan, pengontrolan dan pelaporan. Dan tentunya memerlukan peraturan, perundangan serta regulasi hukum dalam proses terbentuknya. Sistem ini memerlukan penanganan terpadu.

- Perilaku dan sosial budaya masyarakat sebagai aset untuk meningkatkan peran serta aktif dalam upaya preventif, promotif safecommunity daerah setempat memerlukan perencanaan, pengorganisasian, pengawasan dalam pelaksanaan, pengontrolan dan pelaporan. Pemetaan budaya yang ada di masyarakat setempat perlu dikaji tinjau dari sisi positif dan sisi negatif yang berdampak positif ataupun negatif terhadap program penanggulangan gadar atau bencana. Dan tentunya memerlukan peraturan, perundangan serta regulasi hukum dalam proses terbentuknya. Sistem ini memerlukan penanganan terpadu antar lintas sektor terkait.
- Upaya kemitraan sebagai wadah jejaring memerlukan upaya kesejajaran, kebersamaan, equity peranserta aktif lintas sektor untuk bersama-sama mencapai tujuan pemberdayaan masyarakat dan ini tentunya memerlukan perencanaan, pengorganisasian, pengawasan dalam pelaksanaan, pengontrolan dan pelaporan. Diperlukan peraturan, perundangan serta regulasi hukum dalam proses terbentuknya.
- Upaya menjaga pemberdayaan masyarakat yang holistik dan sustainabel dalam Bina Swasana Sistem ini tentunya memerlukan perencanaan, pengorganisasian, pengawasan dalam pelaksanaan, pengontrolan dan pelaporan. Tentunya memerlukan peraturan, perundangan serta regulasi hukum dalam proses pelaksanaannya.

Dengan demikian ke depan masyarakat akan mampu melakukan upaya preventif dengan melakukan peran dalam memulai penilaian risiko penanggulangan gadar sehari-hari maupun bencana yaitu: mulai Identifikasi bahaya, Identifikasi kerentanan, Identifikasi kemampuan mengatasi bencana, Identifikasi sumber daya, sistem informasi, *public education*, dan program simulasi.

## KESIMPULAN DAN SARAN

1. Untuk pengembangan safecommunity ke depan adalah meningkatkan kemandirian masyarakat untuk menjalankan SC, dg cara tidak hanya meningkatkan sumber daya manusia berupa pengetahuan, ketrampilan, Adanya anggota rutin dan berkesinambungan untuk SC baik dr APBD II, APBD I, dapat pula berasal murni swadaya masyarakat dengan memobilisasi potensi sumber daya yang ada di setiap daerah, namun yang amat diperlukan ada yang mengelola secara independen, pengorganisasian secara professional. Pemenuhan kebutuhan obat, alkes dan sarana non medis lain dan harus adanya dukungan dari semua unsur baik linprog & linsek moril dan material serta berkesinambungan.
2. Diperlukan Dukungan tingkat kab, sumbangsih dari lembaga lain (tidak hanya kesehatan) sehingga yg membina dari berbagai phak, terutama di tingkat kabupaten; Penambahan alokasi dana untuk pelatihan kontinyu; Adanya bantuan sapras untuk mendukung kegiatan. (alat-alat untuk mecegah/memadamkan api); untuk keberhasilan pengembangan perlu dukungan dari semua unsur baik secara moril dan material dan berkesinambungan.
3. Diupayakan agar desa siaga mampu memanfaatkan keberadaan perusahaan swasta untuk dimintai dana Corporate social responsiveness/CSR-nya. Dana pelatihan untuk siswa SMA oleh puskesmas kemungkinan bisa didapatkan dari:
  - Pengembalian retribusi Puskesmas 60%
  - Askes, tetapi tidak semua Puskesmas ada
  - Jamkesmas Puskesmas

Dengan dana yang ada bisa digunakan untuk pelatihan di SMA. Jamkesmas juga diharapkan bisa untuk operasional penanggulangan



bencana di puskesmas. Pengembangan *safe community* ini akan lebih bagus bila upaya memasyarakatkannya lebih terintegrasi dengan seluruh sektor.

4. Dari sisi lingkungan fisik, demi terwujudnya keberlanjutan sumber daya alam (*natural sustainability*) mereka senantiasa terus memperbaiki, meningkatkan dan menyempurnakan sarana/prasarana kota serta memelihara maupun mengoptimalkan pemanfaatan yang sebesar-besarnya bagi warga masyarakat/komunitas dengan manajemen yang berwawasan lingkungan. Dari sisi keberlanjutan ekonomi (*economic sustainability*), terus berupaya berkeaktivitas untuk dapat menciptakan dan meningkatkan kuantitas maupun kualitas produk/komoditas yang mempunyai nilai keunggulan kompetitif berdasarkan potensi serta keunikan pada konteks lokal guna menaikkan tingkat pendapatan masyarakat. Demikian pula di bidang sosial, politik dan kebudayaan, mereka terus menumbuh-kembangkan sikap dan perilaku warga masyarakat/komunitas yang mampu menciptakan keharmonisan kehidupan bersama, baik hubungan antar-umat manusia maupun hubungan manusia dengan lingkungannya demi terwujudnya keberlanjutan sosial (*social sustainability*).
5. Membangun kesiap-siagaan dalam penanggulangan bencana yang berbasis masyarakat lokal, di samping terus melengkapi berbagai sarana dan prasarana yang diperlukan, melakukan berbagai bentuk sosialisasi dan bahkan pendidikan serta pelatihan yang dilakukan secara berkelanjutan. Masyarakat diharapkan lebih digali potensi kepesertaannya dengan dikembangkan model hipotetik *safecommunity* pada setiap kabupaten/kota maupun tingkat provinsi.

#### DAFTAR PUSTAKA

Depkes RI, 2007. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Bidang Kesehatan 2005–2025, Jakarta.

Direktorat Bina kesehatan Komunitas: Kebijakan *safe community* (Awam), Dinas Kesehatan Provinsi Jatim.

Saiful Saanin, 2004. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat terpadu, SPGDT Dep.Kes RI, BSB Sumbar.

Heru Susetyo. Kebijakan penanguilangan bencana terintegratif. <http://www.bacatanda.Woprdpress.com/deklarasi/hyogo>, diunduh september 2009.

Hasyim, dkk. 2009. Penanganan bencana berbasis masyarakat, <http://www.mpbi.org/content/prbbk/2009>.

Krippendorff, Klaus, 2004. Content analysis: an introduction to its methodology I Klaus Krippendorff.- 2<sup>nd</sup> ed.p. cm. Printed in the United States of Kluwer Academic Publishers, New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow.

Impact, 2005. Seandainya kematian ibu menjadi tolok ukur keberhasilan tokoh-tokoh politik, Warta Kesehatan Ibu, Edisi 4.

Rachmat Hargono, 1998. Pengembangan indikator peran serta masyarakat pada program kesehatan dan pengukurannya, ujicoba pada program posyandu di kabupaten Ende NTT dan Kabupaten Garut Jawa Barat, ringkasan disertasi, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana Universitas Indonesia.

Republik Indonesia dan UNICEF, 1999. Panduan umum pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, Jakarta.

Sumaryati Aryoso, 2003. Pengembangan pola operasional dalam percepatan penurunan angka kematian ibu dan anak, program litbang dalam mendukung percepatan penurunan angka kematian ibu dan anak, policy paper, Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI.

Departemen Kesehatan RI, 2005. Rencana strategis Departemen Kesehatan RI.

Departemen Kesehatan RI, 2006. Pedoman Desa Siaga, Pusat Promosi Kesehatan-Dep.Kes RI.

Notoatmodjo, Soekidjo, 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Lwanga SK, Lemeshow S. Sample Size Determination in Health Studies (a practical manual), WHO Genewa, 2006.

Bungin B, 2007. Penelitian Kualitatif. Prenada Media Group: Jakarta.

Bungin B, 2003. Analisis Data Penelitian Kualitatif. PT Rajagrafindo Persada: Jakarta.