

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Pada bab ini akan dijelaskan beberapa konsep dasar yang akan dikaji selama penelitian: 1) konsep edukasi; 2) konsep *video based learning*; 3) konsep triase; 4) konsep ketepatan penilaian triase; 5) konsep relawan; 6) kerangka teori; 7) kerangka konsep; 8) hipotesis penelitian.

2.1 Konsep Edukasi

2.1.1 Pengertian Edukasi

Edukasi merupakan suatu upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik secara individu, kelompok maupun masyarakat sehingga mereka dapat melakukan apa yang telah diharapkan oleh pendidik. Hasil yang diharapkan dari sebuah promosi adalah perilaku untuk meningkatkan pengetahuan (Notoatmodjo, 2012b). Edukasi adalah suatu kegiatan yang disengaja, sistematis, dan berkelanjutan yang bertujuan untuk mentransmisikan, memprovokasi atau memperoleh pengetahuan, nilai, sikap, keterampilan atau kepekaan serta pembelajaran yang dihasilkan dari kegiatan tersebut (Chazan, 2022).

Edukasi kesehatan didefinisikan sebagai usaha meningkatkan kesehatan melalui proses pembelajaran yang mengarah pada perubahan perilaku. Komponen yang tercakup didalamnya meliputi meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan masyarakat, menginformasikan ancaman kesehatan, membangun harga diri yang tinggi, kemandirian dan

membentuk tanggungjawab terhadap kesehatannya sendiri (Wrona-Wolny, 2018).

Dapat disimpulkan bahwa, edukasi merupakan kegiatan pembelajaran yang direncanakan dan berkelanjutan yang bertujuan untuk memengaruhi orang lain, sebagai sarana untuk memobilisasi kekuatan sosial yang tersedia untuk perubahan yang bermanfaat bagi kesehatan, termasuk perubahan kondisi lingkungan.

2.1.2 Tujuan Edukasi

Menurut WHO dalam (Nurmala et al., 2018) tujuan umum pendidikan kesehatan adalah membuat perubahan perilaku pada tingkat individu hingga masyarakat pada aspek kesehatan. Adapun tujuan lainnya, yaitu:

1. Mengubah pola pikir masyarakat bahwa kesehatan merupakan sesuatu yang bernilai bagi keberlangsungan hidup.
2. Memampukan masyarakat, kelompok atau individu agar dapat secara mandiri mengaplikasikan perilaku hidup sehat melalui berbagai kegiatan.
3. Mendukung pembangunan dan pemanfaatan sarana prasarana pelayanan kesehatan secara tepat.

Menurut Wong dalam (Nurmala et al., 2018), secara operasional tujuan dari adanya pendidikan kesehatan adalah:

1. Menumbuhkan rasa tanggungjawab untuk menjaga kesehatan diri sendiri, serta lingkungan sekitar.

2. Melakukan tindakan preventif maupun rehabilitatif agar tercegah dari peningkatan keparahan suatu penyakit melalui berbagai kegiatan positif.
3. Memunculkan pemahaman yang lebih tepat terkait keberadaan dan perubahan yang terjadi pada suatu sistem, serta cara yang efisien dan efektif dalam penggunaannya.
4. Memampukan diri agar secara mandiri dapat mempelajari dan mempraktikkan hal yang mampu dilakukan sendiri sehingga tidak selalu meminta bantuan pada sistem pelayanan formal.

2.1.3 Metode Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan kesehatan menurut (Notoatmodjo, 2012b) metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 macam, yakni:

1. Metode individual (perorangan), metode ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya metode ini karena setiap orang memiliki masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru.

Metode ini dibagi menjadi 2 bentuk, yaitu:

- a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela,

berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (merubah perilaku).

b. Wawancara (*interview*)

Cara ini merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa individu tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode kelompok, pada metode ini harus memperhatikan apakah kelompok tersebut besar atau kecil, karena metodenya akan berbeda. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok besar

Dikatakan kelompok besar apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok ini antara lain ceramah dan seminar.

a) Ceramah. Metode yang cocok untuk yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain:

- Persiapan. Ceramah akan berhasil apabila penceramah menguasai materi yang akan disampaikan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan mempelajari

materi dengan sistematika yang baik, mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran misalnya, makalah singkat, *slide*, *sound system*, dan sebagainya.

- Pelaksanaan. Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah penceramah mampu menguasai sasaran ceramah. Hal-hal yang dapat dilakukan adalah: sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah; suara hendaknya cukup keras dan jelas; pandangan harus tertuju pada seluruh peserta ceramah.
- b) Seminar. Metode ini cocok digunakan untuk kelompok besar dengan pendidikan menengah atas. Seminar adalah presentasi dari seorang ahli atau beberapa ahli dengan topik tertentu.
- b. Kelompok kecil (peserta kurang dari 15 orang)
 - a) Diskusi kelompok. Kelompok ini dibuat saling berhadapan, ketua kelompok menempatkan diri diantara kelompok, setiap kelompok punya kebebasan untuk mengutarakan pendapat, biasanya pemimpin mengarahkan agar tidak ada dominasi antar kelompok.
 - b) Curah pendapat (*brain storming*) merupakan hasil dari modifikasi kelompok, setiap kelompok memberikan pendapatnya, pendapat tersebut ditulis di papan tulis, saat memberikan pendapat siapapun sebelum semuanya mengemukakan pendapatnya, kemudian tiap anggota berkomentar lalu terjadi diskusi.

- c) Bola salju (*snow balling*). Setiap orang dibagi menjadi berpasangan, setiap pasang ada 2 orang. Kemudian diberikan satu pertanyaan, beri waktu kurang lebih 5 menit kemudian setiap 2 pasang bergabung menjadi satu dan mendiskusikan pertanyaan tersebut, kemudian 2 pasang yang beranggotakan 4 orang tadi bergabung lagi dengan kelompok yang lain, demikian seterusnya sampai membentuk kelompok satu kelas dan timbullah diskusi.
- d) Kelompok-kelompok kecil (*buzz group*). Kelompok dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil kemudian dilontarkan satu pertanyaan kemudian masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut dan kemudian kesimpulan dari kelompok tersebut dicari kesimpulannya.
- e) Bermain peran (*role play*). Beberapa anggota kelompok ditunjuk untuk memerankan suatu peranan misalnya menjadi dokter, perawat, atau bidan, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau masyarakat.
- f) Permainan simulasi (*simulation game*). Metode ini merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli, beberapa orang ditunjuk untuk memainkan peranan dan yang lain sebagai narasumber.
3. Metode massa, pada umumnya bentuk pendekatan ini dilakukan secara tidak langsung atau menggunakan media massa. Metode ini digunakan

untuk menggugah *awarness* atau kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku.

Sedangkan menurut Effendy (2003) dalam (Nurmala et al., 2018) terdapat dua metode dalam penyuluhan atau pendidikan kesehatan yakni sebagai berikut:

1. Metode didaktik merupakan suatu metode penyuluhan atau pendidikan kesehatan yang dilakukan satu arah oleh pemateri kepada peserta yang mendengarkan tetapi tidak diberikan kesempatan untuk mengemukakan pendapat.
2. Metode sokratik merupakan metode yang memberikan kesempatan peserta untuk berpartisipasi aktif dalam mengemukakan pendapatnya.

2.1.4 Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan merupakan alat bantu untuk menyampaikan informasi kesehatan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3, yakni (Notoatmodjo, 2012b):

1. Media cetak, alat bantu penyampaian dengan media ini sangat bervariasi, meliputi:
 - a. *Booklet*, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.

- b. *Leaflet*, ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
 - c. *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti *leaflet*, tetapi tidak berlipat.
 - d. *Flip chart* (lembar balik), biasanya disajikan dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembar baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
 - e. Rubik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
 - f. Poster ialah media cetak berisi informasi kesehatan yang ditempel di tembok-tembok, ditempat umum, atau di kendaraan umum.
 - g. Foto yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.
2. Media elektronik, antara lain:
- a. Televisi, melalui media ini penyampaian pesan dan informasi kesehatan bisa dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum dikusi atau tanya jawab seputar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV *spot*, kuis atau cerdas cermat, dan sebagainya.
 - b. Radio, penyampaian pesan atau informasi kesehatan bisa dalam bentuk obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio *spot*, dan sebagainya.
 - c. Video, *Slide*, Flim strip

3. Media papan (*billboard*)

Papan (*billboard*) yang dipasang ditempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan atau informasi kesehatan. Media ini juga mencakup pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi).

2.2 Konsep Metode *Video Based Learning*

2.2.1 Pengertian Metode *Video Based Learning*

Video based learning merupakan salah satu tren teknologi pendidikan pada era revolusi 4.0 yang mana konsep dari media ini memanfaatkan sedikitnya dua elemen yaitu visual dan audio dalam menyampaikan suatu bahan ajar kepada para peserta didik (Setiawan et al., 2021). Pembelajaran berbasis video merupakan metode pembelajaran yang dirasa cocok untuk generasi digital saat ini karena tiga alasan berikut: a) menciptakan lingkungan belajar yang menyenangkan dan memotivasi siswa untuk belajar; b) memudahkan peserta didik dalam mempelajari dan memahami suatu materi pelajaran, dan c) membuat peserta didik lebih tertarik untuk belajar melalui pembelajaran berbasis video yang mereka tonton (Aryusmar et al., 2021).

Video based learning memberikan tiga stimulus penting dalam pembelajaran, yaitu kognitif, afektif, dan psikomotorik. Pembelajaran yang mengembangkan emosi dapat dihasilkan dengan berbagai pengaruh dalam perkembangan intelektual untuk memproses hasil pengetahuan dan pengalaman yang telah diketahui melalui video, sehingga perilaku yang

dihasilkan dari video dapat mempengaruhi pengetahuan dalam interaksi sosial dengan lingkungan sekitarnya (Robet, 2013). Penggunaan pembelajaran berbasis video seharusnya dapat mengaktifkan kreativitas peserta didik dengan memunculkan pertanyaan-pertanyaan kritis sehingga pembelajaran menjadi lebih bermakna (Aryusmar et al., 2021).

2.2.2 Macam-macam Media *Video Based Learning*

Ada beberapa macam *video based learning* yang di kelompokkan ke dalam beberapa jenis media. Djarmah dan Aswan dalam (Putry et al., 2020) mengelompokkan media *video based learning* berdasarkan keberadaannya yaitu:

a. Media *video based learning* gerak

Media *video based learning* gerak merupakan salah satu media yang bisa menampilkan dua unsur yang bisa bergerak yaitu unsur suara dan gambar, unsur-unsur tersebut bermula dari satu sumber. Macam-macam media yang merupakan bagian dalam kelompok ini yaitu:

1. Televisi, salah satu sistem elektronik yang menampilkan gambar dan suara secara bersamaan dengan perantara kabel atau ruang.
2. Video, salah satu bagian dari media audio visual yang bergerak dengan menampilkan gambar beserta suara dalam keadaan bergerak.
3. Film bersuara, merupakan adanya beberapa gambar dalam frame, dimana frame ini dapat diproyeksikan dengan menghubungkan lensa proyektor/LCD dengan listrik secara mekanis sehingga dapat dilihat pada layar berupa gambar dan disertai suara.

b. *Media video based learning* diam

Media video based learning diam biasa dinamakan dengan film bingkai suara (*sound slide*) yang merupakan salah satu dari media video dengan menampilkan unsur suara dan gambar diam, unsur suara dan gambarnya berasal dari sumber yang berbeda. Film bingkai suara (*sound slide*) merupakan *slide* yang ditambah dengan suara dari sumber audio yang berbeda, bukan alat audio visual lengkap.

2.2.3 Kriteria Pembelajaran Metode *Video Based Learning*

Kriteria pembelajaran berbasis video yang efektif di perguruan tinggi harus mencakup, sebagai berikut (Aryusmar et al., 2021):

1. Video memiliki fungsi khusus untuk meningkatkan pengalaman belajar. Jadi, desainer video perlu memperhatikan fitur apa saja yang terdapat dalam video tersebut.
2. Video dianggap efektif jika dikaitkan dengan tujuan pembelajaran.
3. Adanya efek belajar yang bergantung pada tingkat peserta didik. Maka diperlukan strategi untuk belajar secara efektif dan mandiri dari pembelajaran berbasis video.

2.2.4 Langkah-langkah Penggunaan *Video Based Learning*

Langkah penggunaan video sebagai media pembelajaran, yaitu (Putry et al., 2020):

1. Persiapan baik pendidik maupun peserta didik
 - a. Persiapan pendidik: mempersiapkan video sesuai tujuan dan materi pembelajaran

- b. Persiapan peserta didik: mengelola kelas dengan mengatur penempatan peserta didik sesuai intruksi yang diinginkan.
2. Penyajian, peserta didik harap memahami video sebagai penunjang materi yang telah di sampaikan.
3. Evaluasi, tanya-jawab dari materi yang telah disampaikan sebagai penilaian akhir ke-efektivitasan penggunaan media video dalam pembelajaran.

Adapun penyusunan sistem pembelajaran berbasis video terdiri dari tiga tahapan, diantaranya: 1) Pra produksi: mengidentifikasi masalah, naskah dan pembuatan *storyboard*; 2) Produksi: perekaman baik berupa audio ataupun visual; 3) Pasca produksi: *editing* video dan finalisasi (Fauzan & Rahdiyanta, 2017).

2.2.5 Kelebihan dan Kekurangan Metode *Video Based Learning*

2.2.5.1 Kelebihan Metode *Video Based Learning*

Kelebihan dari pembelajaran dengan menggunakan metode *video based learning*, adalah sebagai berikut (Dong & Goh, 2014; Kustandi & Sutjipto, 2012):

1. Presentasi video memungkinkan pengajaran pada populasi siswa yang besar tanpa batasan fisik atau geografis.
2. Video juga merangsang rasa ingin tahu dan menarik perhatian siswa dengan menempatkan mereka dalam skenario klinis yang realistis, dan mempromosikan pembelajaran otentik.

3. Video juga berfungsi sebagai jangkar pengetahuan, di mana siswa dapat mengeksplorasi, mengajukan pertanyaan, dan memperdalam keterlibatan dalam kegiatan pembelajaran.
4. Peserta didik akan mudah menangkap materi.
5. Terdapat pengalaman nyata tanpa membutuhkan ilustrasi yang abstrak.
6. Peserta didik tidak merasa jenuh dalam menerima materi karena pembawaan isi yang berupa audio dan visual.

2.2.5.2 Kekurangan Metode *Video Based Learning*

Kekurangan metode *video based learning* menurut beberapa studi adalah sebagai berikut (Kustandi & Sutjipto, 2012):

1. Pengadaan video umumnya memerlukan biaya yang mahal dan waktu yang banyak, pada saat diputarkan video gambar dan suara akan berjalan terus sehingga tidak semua peserta didik mampu mengikuti informasi yang ingin disampaikan melalui video tersebut.
2. Video yang tersedia tidak selalu sesuai dengan kebutuhan dan tujuan belajar yang diinginkan kecuali video itu dirancang dan diproduksi khusus untuk kebutuhan sendiri.
3. Pemutaran video membutuhkan peralatan elektronik bisa berupa komputer, LCD dan lain-lain.

2.3 Konsep Triase

2.3.1 Pengertian Triase

Triase merupakan komponen esensial dalam konteks kegawat-daruratan. Etimologi “*triage*” berasal dari bahasa Perancis, *trier* (*to sort*) yang bisa diartikan sebagai “memilah/menyortir” (Nakao et al., 2017). Triase di unit gawat darurat merupakan proses dimana pasien dinilai pada saat kedatangan untuk menentukan urgensi, jenis masalahnya dan untuk menentukan sumber daya perawatan yang tepat. Tujuannya adalah untuk menempatkan pasien yang tepat di area yang tepat untuk perawatan yang tepat pada waktu yang tepat (Ajani, 2012).

Sedangkan triase korban trauma atau yang identik dengan triase *pre-hospital*, adalah proses mengevaluasi pasien secara cepat dan akurat untuk menentukan tingkat cedera dan tingkat perawatan medis yang diperlukan. Tujuannya adalah untuk mengangkut pasien yang terluka parah ke area yang mampu memberikan perawatan yang tepat, dengan menghindari transportasi pasien yang tidak perlu tanpa cedera kritis ke pusat kesehatan kritis atau mendesak (Ajani, 2012).

Poin penting dalam triase berkaitan dengan apakah harus diterapkan untuk evakuasi dari daerah berbahaya atau untuk pemilihan yakni untuk mengambil perawatan medis yang efektif dalam kondisi bencana. Dimana kedua pendekatan metode triase tersebut berbeda. Triase untuk evakuasi harus digunakan untuk mengurangi jumlah klasifikasi cedera di antara orang yang terluka di area berbahaya. Ketika *triage* digunakan untuk

memberikan perawatan medis yang efektif setelah bencana, jumlah *grade* yang digunakan dalam klasifikasi harus ditingkatkan untuk meminimalkan risiko bagi pasien (Nakao et al., 2017).

2.3.2 Hakikat Triase

Triage merupakan suatu proses yang dinamis. Status atau keadaan pasien bisa berubah menjadi lebih baik atau menjadi lebih buruk, baik karena cederanya maupun sebagai dampak dari tindakan yang dilakukan. Oleh karena itu, *triage* harus diulang-ulang selama masih dalam penanggulangan cedera. *Triage* merupakan sistem untuk memudahkan para petugas dalam mengenali kondisi pasien dengan (Pusponegoro & Sujudi, 2016):

1. Menilai tanda-tanda dan kondisi vital dari korban,
2. Menentukan kemungkinan kebutuhan medisnya,
3. Menilai kemungkinan keselamatannya,
4. Menilai perawatan medis yang ada di tempat,
5. Memprioritaskan manajemen korban,
6. Memberikan label warna pada pasien sesuai dengan prioritas.

2.3.3 Tujuan Triase

Tujuan triase adalah untuk memanfaatkan sebaik mungkin petugas, fasilitas medis, dan keperawatan yang tersedia untuk membantu dalam menentukan pasien mana yang membutuhkan perawatan segera dan pasien mana yang dapat menunggu (Dolan & Holt, 2013). *Triage* bertujuan untuk mengklasifikasikan pasien dengan menentukan tingkat keparahan cedera

untuk mengidentifikasi kebutuhan terbesar untuk intervensi di antara sekelompok korban (Bazyar et al., 2019).

Selain itu, tujuan triase dalam konteks bencana adalah untuk memaksimalkan jumlah penyintas (*survivor*) dengan mengidentifikasi para korban yang memiliki peluang lebih besar untuk bertahan hidup dan mengoptimalkan sumber daya kesehatan yang terbatas secara tepat (Bazyar et al., 2019).

2.3.4 Prinsip Triase

Menurut (Kartikawati, 2014) terdapat 10 prinsip *triage* yang menjadi pedoman bagi petugas triase khususnya perawat, yakni sebagai berikut:

1. *Triage* harus dilakukan dengan segera dan singkat.
2. Kemampuan untuk menilai dan merespons dengan cepat kemungkinan yang dapat menyelamatkan pasien dari kondisi sakit atau cedera yang mengancam nyawa dalam departemen gawat darurat.
3. Pengkajian harus dilakukan secara adekuat dan akurat.
4. Keakuratan dan ketepatan data merupakan kunci dalam proses pengkajian.
5. Keputusan dibuat berdasarkan pengkajian.
6. Keselamatan dan keefektifan perawatan pasien dapat direncanakan jika terdapat data dan informasi yang akurat dan adekuat.
7. Intervensi yang dilakukan berdasarkan kondisi keakutan pasien.
8. Tanggung jawab yang paling utama dari proses *triage* yang dilakukan perawat adalah keakuratan dalam mengkaji pasien dan memberikan

perawatan sesuai dengan prioritas pasien. Hal ini termasuk intervensi terapeutik dan prosedur diagnostik.

9. Tercapainya kepuasan pasien.
 - a. Perawat *triage* harus menjalankan *triage* secara simultan, cepat, dan langsung sesuai keluhan pasien.
 - b. Menghindari keterlambatan dalam perawatan pada kondisi kritis.
 - c. Memberikan dukungan emosional pada pasien dan keluarga.
10. Penempatan pasien yang benar pada tempat yang benar saat waktu yang benar dengan penyedia pelayanan yang benar.

2.3.5 Triase START (*Simple Triage And Rapid Treatment*)

2.3.5.1 Definisi Triase START

Triase START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) merupakan sistem pemilahan dan pengklasifikasian pasien/korban dewasa dengan cepat berdasarkan tingkat keparahan cedera. Triase ini menilai 5 parameter dasar yakni: (a) kemampuan berjalan, (b) ada tidaknya pernapasan spontan, (c) frekuensi pernapasan, (d) penilaian perfusi, dan (e) kemampuan untuk mematuhi perintah. Parameter ini sering disebut sebagai respirasi, perfusi, dan status mental (RPM) (Veenema, 2018). Dalam sistem ini, semua orang dewasa yang terluka yang berusia lebih dari 8 tahun dievaluasi, berdasarkan algoritme sistem dalam 60 detik atau kurang (sebaiknya 30 detik) (Bazyar et al., 2019; Hammond & Zimmermann, 2013).

Sistem *triage* START berhubungan dengan insiden dimana ada korban beragam, tetapi situasinya tidak parah (*catastrophic*) dan rumah sakit tidak penuh (atau mempunyai *Disaster Plan* dengan *Surge Capacity*). Penilaian cepat memungkinkan petugas pra-rumah sakit untuk mengevakuasi pasien yang memerlukan perawatan *life saving* dengan cepat (Pusponegoro & Sujudi, 2016).

2.3.5.2 Tujuan Triase START

Tujuan utama dari sistem triase START adalah untuk menilai dan mengidentifikasi kondisi yang dapat menyebabkan kematian. Kematian akan terjadi jika penilaian tidak dilakukan dalam waktu 1 jam dengan memprioritaskan penanda klinis pernapasan, perfusi, dan status mental untuk mengidentifikasi gangguan pernapasan, perdarahan berat, dan cedera kepala (Wisnesky et al., 2022).

2.3.5.3 Kategori Triase START

Sebagian besar sistem triase insiden korban massal menggunakan *tag* atau sebutan berwarna untuk mengkategorikan orang yang terluka. Pada triase START terdapat empat kategori yakni sebagai berikut:

Tabel 2.1 Kategori Triase START

Kategori	Waktu penundaan	Deskripsi kategori	Indikator RPM
Label triase warna hijau (<i>Minor</i>) Cedera Ringan	Dapat menunda perawatan hingga 3 jam	Dapat ditetapkan dengan menanyakan pada semua korban yang dapat berjalan ke area yang ditentukan (luka ringan).	Bisa berjalan
Label triase warna kuning (<i>Delayed</i>) Tindakan bisa ditunda	Dapat menunda perawatan hingga 1 jam	Cedera serius tetapi tidak segera mengancam jiwa.	R < 30 P < 2 detik M = mematuhi perintah
Label triase warna merah (<i>Immediate</i>) Butuh tindakan segera	Dibutuhkan perawatan segera	Cedera parah tetapi berpotensi tinggi untuk bertahan hidup dengan pengobatan.	R = laju pernapasan > 30 P = <i>Capillary refill</i> > 2 detik atau tidak ada nadi perifer M = tidak mematuhi perintah
Label triase warna hitam (<i>Deceased/expectant</i>) Tak tertolong	Tidak perlu perawatan	Ditetapkan kepada korban yang tidak bernapas bahkan setelah upaya untuk membuka jalan napas.	R = tidak bernapas setelah dilakukan <i>jaw thrust</i>

(Clarkson & Williams, 2021; Community Emergency Response Team Los Angeles (CERT-LA), 2005; Veenema, 2018).

2.3.5.4 Tahapan Pelaksanaan Triase START

Berikut tahapan pelaksanaan triase START (Community Emergency Response Team Los Angeles (CERT-LA), 2005; Veenema, 2018):

1. Langkah pertama, memberi tahu semua orang yang bisa bangun dan berjalan untuk pindah ke area tertentu. Semua korban yang dapat berjalan sendiri atau dengan bantuan minimal ditetapkan sebagai **“Cedera Ringan”**.

Pernyataan yang dapat disampaikan yakni: *“Siapa pun yang dapat mendengar suara saya harus bangun dan berjalan ke titik (yang ditentukan)”*

2. Langkah kedua, mulai proses triase dari tempat Anda berdiri. Bergeraklah secara sistematis pada korban yang tersisa, dan berhenti pada setiap orang untuk penilaian cepat dan penandaan. Proses penilaian dan penandaan tidak boleh lebih dari satu menit.
3. Lakukan pemeriksaan **RPM (Respirasi, Perfusi, Mental Status)**
 - 1) **Respirasi**, menentukan apakah korban bernapas secara spontan.

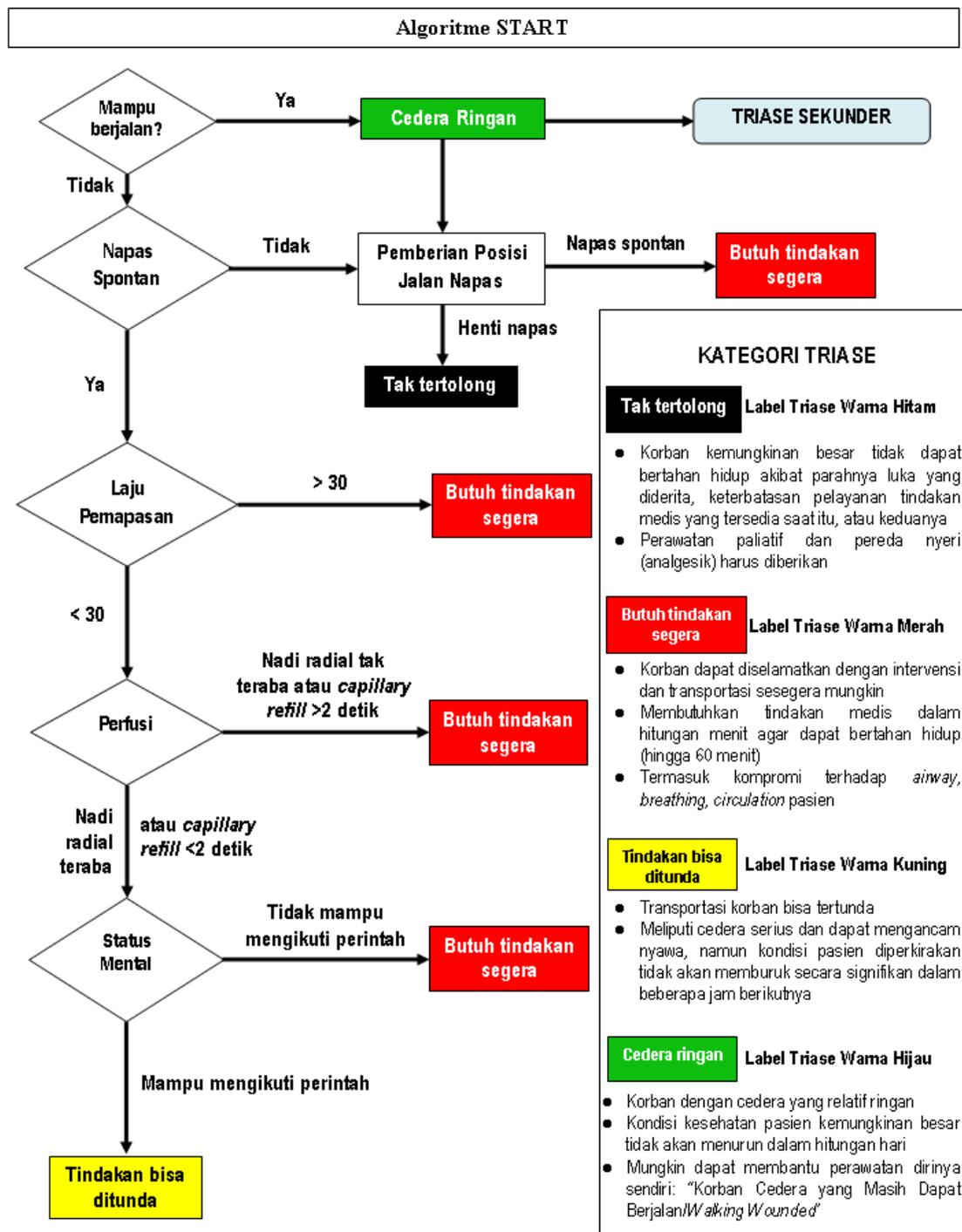
Jika manuver pembukaan jalan napas atas tidak merangsang pernapasan spontan, pasien di triase sebagai **“Tak Tertolong”** tanpa penilaian lebih lanjut. Jika pasien bernapas, selanjutnya Anda perlu menentukan frekuensi pernapasan. Pasien dengan tingkat pernapasan lebih dari 30 per menit ditandai **“Butuh Tindakan Segera”**. Korban ini menunjukkan salah satu tanda utama syok dan membutuhkan perawatan segera. Jika pasien

bernapas dan frekuensi napasnya kurang dari 30 per menit, lanjutkan ke pengamatan **Perfusi**.

2) **Perfusi**, pemeriksaan dilakukan dengan memeriksa meraba denyut nadi atau pengisian kapiler, jika pengisian kapiler > 2 detik atau jika tidak ada denyut nadi yang teraba, korban di triase sebagai **“Butuh Tindakan Segera”**. Jika denyut radial teraba atau pengisian kapiler < 2 detik, lanjutkan ke pengamatan **Mental Status**.

3) **Mental Status**, pemeriksaan ini dilakukan pada korban yang memiliki pernapasan dan perfusi yang adekuat. Pemeriksaan dilakukan dengan meminta pasien untuk mengikuti perintah sederhana seperti *“Buka mata Anda”*, *“Tutup Mata Anda”*, *“Remas tangan saya”*. Jika korban mungkin dapat mendengar dan menafsirkan perintah sederhana tetapi tidak dapat mematuhi, korban di triase sebagai **“Tindakan Bisa Ditunda”**. Jika korban tidak dapat mematuhi perintah atau tidak dapat mengikuti perintah sederhana, korban di triase sebagai **“Butuh Tindakan Segera”**.

2.3.5.5 Algoritme Triase START



Source: Dari U. S. Department of Health and Human Services. *START algorithm*. Retrieved from <http://www.remm.nlm.gov/startadult.htm>. Alih bahasa oleh (Kurniati et al., 2018)

Gambar 2.1 Algoritme Triase START

2.3.5.6 Manajemen Evaluasi Berdasarkan RPM (Respiration, Perfusion, Mental Status)

a) Manajemen Jalan Napas (*Airway Management*)

Manajemen jalan napas selalu menjadi prioritas pertama dalam kegawatdaruratan. Manajemen jalan napas dapat sesederhana memposisikan pasien untuk mengoptimalkan pertukaran udara atau memerlukan intervensi yang lebih kompleks seperti krikotiroidotomi (Kurniati et al., 2018).

1) Penilaian masalah pada jalan napas

Tanda objektif adanya sumbatan jalan napas adalah sebagai berikut (Kartikawati, 2014):

a) Lihat (*Look*). Lihat apakah penderita mengalami penurunan kesadaran (hiperkarbia) atau agitasi (hipoksia). Sianosis menunjukkan adanya hipoksemia karena kurangnya oksigenasi yang dapat dilihat pada kuku dan sekitar mulut. Lihat adanya retraksi dan penggunaan otot-otot tambahan, apabila ada maka hal ini merupakan bukti tambahan adanya gangguan jalan napas.

b) Dengar (*Listen*). Adanya suara napas abnormal seperti suara mendengkur (*snoring*), berkumur (*gurgling*), dan bersiul (*crowing, stridor*) memberi gambaran adanya sumbatan parsial pada faring atau laring. Suara parau (*hoarseness, dysphonia*) menunjukkan adanya sumbatan di bagian laring.

c) Rasa (*Feel*). Tentukan lokasi trakea dengan cara meraba apakah posisinya berada di tengah.

2) Teknik mempertahankan jalan napas

Bila penderita mengalami penurunan kesadaran, maka lidah kemungkinan akan jatuh ke belakang sehingga menyumbat hipofaring (Kartikawati, 2014). Metode yang disarankan untuk menjaga kepatenan jalan napas pada pasien yang tidak sadar atau pasien penurunan kesadaran adalah *head-tilt chin-lift manuver* dan *jaw-trust manuver* (Kurniati et al., 2018).

a) *Head-tilt chin-lift manuver*

Manuver ini merupakan teknik untuk mengatasi pasien tanpa adanya risiko cedera tulang belakang dan leher. Manuver ini dapat membuka jalan napas dengan mengangkat lidah dari faring posterior. Cara melakukan *manuver* ini dengan berdiri di sisi pasien, penolong menempatkan satu tangan di dahi pasien. Secara bersamaan menempatkan jari-jari tangan lainnya di bawah mandibula pasien. Kepala kemudian ditengadahkan ke belakang sambil mengangkat mandibula ke depan (Davies et al., 2014).



Sumber gambar: (Davies et al., 2014)

Gambar 2.2 *Head-tilt chin-lift maneuver*

b) *Jaw-trust maneuver*

Manuver ini dilakukan pada pasien yang dicurigai mengalami cedera tulang belakang dan leher. Untuk menjaga tulang belakang dan leher tetap stabil maka dilakukan manuver *jaw-trust*. Cara melakukan manuver ini adalah penolong berada di atas kepala pasien, meletakkan jari-jari kedua tangan di sisi kiri dan kanan di bawah sudut mandibula, dan memberikan tekanan ke depan dan ke atas (Davies et al., 2014).



Sumber gambar: (Davies et al., 2014)

Gambar 2.3 *Jaw trust maneuver*

b) Manajemen Pernapasan (*Breathing Management*)

Walaupun jalan napas terbuka, untuk dapat bernapas efektif pasien harus mampu melakukan pertukaran gas di sepanjang jalan napas (Kurniati et al., 2018). Oleh karena itu, diperlukan penilaian pernapasan secara objektif, sebagai berikut (Smith & Bowden, 2017; Thim et al., 2012):

- 1) Lihat (*Look*). Pada aspek ini bertujuan untuk menentukan frekuensi pernapasan (kisaran normal laju pernapasan orang dewasa adalah 12-20 napas/menit), memeriksa kesimetrisan gerakan dinding toraks dan penggunaan otot bantu pernapasan (penggunaan otot-otot aksesori, seperti otot leher, bahu dan perut). Sianosis, distensi vena leher, dan lateralisasi trakea dapat diidentifikasi.
- 2) Dengar (*Listen*). Jika stetoskop tersedia, auskultasi paru harus dilakukan untuk menentukan suara napas dan adanya suara napas tambahan seperti *wheezing*, *ronkhi*, *crackles*, dll.
- 3) Rasa/Raba (*Feel*). Pada aspek ini dapat dilakukan palpasi untuk menentukan adanya lateralisasi trakea. Dan perkusi dada untuk menentukan *dullness* atau resonansi unilateral.

Jika pernapasan tidak adekuat, ventilasi bantuan harus dilakukan dengan memberikan napas bantuan dengan atau tanpa alat penghalang (*barrier device*). Petugas terlatih harus menggunakan *bag mask* jika tersedia (Thim et al., 2012).

c) **Manajemen Sirkulasi/Perfusi (*Circulation/Perfusion Management*)**

Pertukaran gas yang berhubungan erat dengan pernapasan dapat berjalan baik apabila sistem peredaran darah dapat mengedarkan gas ke seluruh tubuh. Gangguan sirkulasi pada trauma sering terkait dengan adanya syok, terutama syok hipovolemik (Kurniati et al., 2018). Penilaian fokus yang berkaitan dengan triase START pada aspek perfusi terdapat 2 komponen yakni *capillary refill time* dan denyut nadi.

1) Waktu pengisian kapiler (*capillary refill time*). Hal ini menerapkan tekanan ke salah satu ujung jari pasien, ditahan setinggi jantung, selama lima detik. Setelah tekanan ini dilepaskan, warna akan kembali dalam waktu < 2 detik. Waktu pengisian kapiler > 2 detik mungkin merupakan temuan normal pada pasien yang lebih tua atau jika suhu lingkungan pasien dingin. Namun, mungkin juga menunjukkan bahwa sirkulasi perifer terganggu (Smith & Bowden, 2017).

2) Denyut nadi. Penilaian sirkulasi dengan meraba nadi radial untuk menilai, ritme, dan volume. Jika nadi terasa tidak teratur, harus dipalpasi selama satu menit penuh untuk menentukan frekuensi secara akurat. Jika denyut nadi teratur, palpasi dapat dilakukan selama 30 detik dan hasilnya dua kali lipat. Rentang normal untuk denyut nadi orang dewasa adalah 60-100 denyut/menit (Smith & Bowden, 2017).

Selain kedua komponen diatas, inspeksi kulit memberikan petunjuk adanya masalah peredaran darah. Perubahan warna, berkeringat, dan penurunan tingkat kesadaran adalah tanda-tanda penurunan perfusi. Jika stetoskop tersedia, auskultasi jantung harus dilakukan. Efek hipovolemia dapat dikurangi dengan menempatkan pasien pada posisi terlentang dan mengangkat kaki pasien. Akses intravena harus diperoleh sesegera mungkin dan harus diberikan *normal saline* (infus) (Thim et al., 2012).

d) Disability Management

Tingkat kesadaran dapat dinilai dengan cepat menggunakan metode AVPU, dimana pasien dinilai sebagai waspada (A), responsif suara (V), responsif nyeri (P), atau tidak responsif (U). Sebagai alternatif, *Glasgow coma scale* (GCS) dapat digunakan untuk menilai secara sistematis pembukaan mata pasien, respon verbal dan respon motorik, serta menilai kekuatan tungkai dan refleks akomodasi pupil. Gerakan tungkai harus diperiksa untuk mengevaluasi tanda-tanda potensial lateralisasi. Perawatan segera untuk pasien dengan kondisi otak primer adalah stabilisasi *airway*, *breathing*, dan *circulation*. Khususnya, ketika pasien hanya responsif terhadap nyeri atau tidak responsif, patensi jalan napas harus dipastikan, dengan menempatkan pasien pada posisi pemulihan, dan memanggil petugas yang memenuhi syarat untuk mengamankan jalan napas. Pada akhirnya, intubasi mungkin diperlukan (Smith & Bowden, 2017; Thim et al.,

2012). Berdasarkan prinsip triase START, penilaian status mental ini hanya dengan menilai apakah korban bisa mematuhi perintah yang diinstruksikan petugas triase atau tidak.

Tabel 2.2 AVPU Score

	Keterangan
A	Alert (Waspada) Pasien menyadari pemeriksa dan dapat merespons lingkungan di sekitar mereka secara mandiri. Pasien juga dapat mengikuti perintah, membuka mata secara spontan, dan melacak objek.
V	Verbally Responsive (Responsif secara verbal) Mata pasien tidak terbuka secara spontan. Mata pasien hanya terbuka sebagai respons terhadap stimulus verbal yang diarahkan kepada mereka. Pasien dapat bereaksi terhadap stimulus verbal itu secara langsung dan dengan cara yang bermakna.
P	Painfully Responsive (Responsif terhadap nyeri) Mata pasien tidak terbuka secara spontan. Pasien hanya akan merespons terhadap penerapan rangsangan yang menyakitkan oleh pemeriksa. Pasien mungkin bergerak, mengerang, atau berteriak secara langsung sebagai respons terhadap rangsangan yang menyakitkan.
U	Unresponsive (Tidak responsif) Pasien tidak responsif baik secara spontan, rangsangan verbal, maupun rangsangan nyeri.

(Romanelli & Farrell, 2022)

2.4 Konsep Ketepatan Penilaian Triase

2.4.1 Pengertian Ketepatan Penilaian Triase

Dalam proses triase, petugas triase akan dipandu oleh serangkaian algoritme logis untuk meminimalkan waktu dalam merumuskan penilaian klinis yang akurat. Keterampilan utama yang harus dimiliki adalah kemampuan untuk membuat penilaian dan keputusan berkualitas tinggi (Noon, 2014).

Ketepatan merupakan bentuk pelayanan untuk memberikan tindakan sesuai dengan prioritas masalah, prosedur, dan strategi operasional (Gustia

& Manurung, 2018). Keakuratan dalam penilaian triase atau tepat triase merupakan alokasi pasien yang benar untuk menerima pelayanan gawat darurat dalam waktu yang sesuai dengan tingkat keparahan pasien. Keakuratan penilaian triase dikaitkan dengan kemampuan perawat triase untuk memperoleh informasi mengenai riwayat pasien, melakukan penilaian fisik singkat, dan dengan cepat menentukan urgensi klinis (Dolan & Holt, 2013).

Ketidakakuratan atau ketidaktepatan dalam mengevaluasi korban dengan benar untuk kategori triase dapat mengakibatkan *undertriage* atau *overtriage* (Wisnesky et al., 2022). *Undertriage* didefinisikan sebagai keputusan triase yang mengklasifikasikan pasien yang tidak membutuhkan perawatan pusat trauma segera, namun pada kenyataannya, mereka membutuhkannya. Sedangkan *overtriage* merupakan keputusan yang salah dalam mengklasifikasikan pasien yang membutuhkan perawatan pusat trauma segera, meskipun berdasarkan analisis menunjukkan bahwa perawatan tersebut tidak diperlukan (Van Rein et al., 2017).

Proses triase berkaitan dengan pengambilan keputusan petugas triase sebagai proses dalam mengelola informasi yang kompleks untuk membuat penilaian. Keterampilan intelektual dan kognitif menjadi prasyarat dalam mempertanggungjawabkan hasil keputusan yang telah dibuat (Noon, 2014).

2.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketepatan Penilaian Triase

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan penilaian triase dari beberapa studi adalah sebagai berikut (Cone & Murray, 2002; Delmas et al., 2020; Fathoni, M. Sangchan, H., Songwathana, 2010; Gerdtz et al., 2012; Hardy & Calleja, 2018; Stanfield, 2015):

1. Faktor lingkungan. Lingkungan triase secara konsisten memiliki dampak negatif pada keakuratan keputusan triase. Kurangnya privasi juga dianggap oleh banyak perawat berkontribusi pada ketidakmampuan untuk mendapatkan riwayat kesehatan yang akurat. Hal ini semakin diperparah oleh tekanan waktu dan interupsi yang sering terjadi pada proses triase.

2. Faktor individu, yakni faktor yang berasal dari dalam diri petugas yang melakukan triase, meliputi:

a) *Personality*/Kepribadian

Karakteristik yang termasuk dalam kepribadian adalah fleksibilitas, otonomi, keterampilan komunikasi yang baik, ketegasan, kesabaran, kasih sayang, kemauan untuk belajar dan mendengarkan, dan kemampuan untuk memprioritaskan.

b) *Cognitive*/kognitif

Karakteristik kognitif antara lain memiliki basis pengetahuan yang beragam, mengetahui kapan tidak boleh bertindak, menggunakan pemikiran kritis, dan mampu mengambil keputusan dengan cepat. Pengetahuan tentang triase merupakan hal penting untuk kinerja

petugas triase dalam hal kognitif, psikomotor dan sikap. Pendidikan merupakan indikator yang menunjukkan kemampuan individu dalam menyelesaikan pekerjaan. Keperluan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan terkait triase untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien merupakan hal yang penting.

c) *Behavioral process/perilaku*

Karakteristik perilaku termasuk deskripsi menjadi advokat pasien, bekerja dengan baik di bawah tekanan, terorganisir, dan mampu berimprovisasi sesuai kebutuhan.

d) *Experience/pengalaman*

Merupakan karakteristik penting yang mencakup intuisi, keyakinan dalam penilaian, dan kepercayaan atau ketergantungan pada sesama. Kondisi kurang pengalaman perawat dalam triase juga menjadi faktor yang menyebabkan terjadinya *overtriage* dan *undertriage*. Namun, perlu dipertimbangkan bahwa pengalaman klinis yang signifikan dapat memiliki pengaruh positif dan negatif pada pengambilan keputusan triase. Petugas yang berpengalaman menggunakan: intuisi, fleksibilitas, komunikasi, ketegasan, kesabaran, kasih sayang, dan mendengarkan, untuk meningkatkan koneksi pasien; dan isyarat visual subjektif untuk meningkatkan akurasi triase. Di sisi lain dari keseluruhan aspek, petugas yang lebih berpengalaman dapat menjadi kritis dan membiarkan bias

mereka sendiri mempengaruhi keputusan triase mereka. Oleh karena itu pengalaman, meskipun dihargai untuk pengambilan keputusan, juga dapat membuat keputusan menjadi salah.

3. Faktor kontekstual, merupakan faktor distraktor yang ada di lingkungan, meliputi:

a) Interupsi tugas

Interupsi didefinisikan sebagai aktivitas apa pun yang mengharuskan perawat triase mengalihkan perhatiannya dari pasien yang sedang diprioritaskan atau aktivitas apa pun yang mengharuskan perawat meninggalkan area triase. Ada 2 kategori interupsi: komunikasi dan diri. Gangguan komunikasi adalah gangguan yang disebabkan oleh salah satu dari beberapa jenis komunikasi yang berbeda, sedangkan gangguan diri adalah ketika seseorang secara mandiri menanggihkan suatu aktivitas untuk melakukan tugas lain.

b) Kebisingan

Ruang triase merupakan lokasi yang tinggi akan lalu lintas orang, sangat bising dan sebagai ruang tunggu. Kebisingan bisa berasal dari staf yang berbicara cukup keras untuk mengatasi kebisingan lokal pada waktu-waktu dengan aktivitas tinggi. Selain itu, perancangan arsitektur ruangan juga berkontribusi seperti kemampuan ruangan yang tidak mampu meredam suara (lantai vinil, ubin dan langit-langit yang tidak mengurangi suara, ruang tunggu tanpa sekat, dan sebagainya).

c) Beban kerja yang tidak terduga

Semua ini dapat mengakibatkan kinerja aktivitas perawatan yang tertunda, kehilangan informasi, dan penurunan konsentrasi yang mengubah proses pengambilan keputusan, terutama saat melakukan aktivitas yang kompleks.

2.4.3 Cara Pengukuran Ketepatan Penilaian Triase

Pengukuran ketepatan penilaian triase diambil berdasarkan lembar observasi yang dipublikasikan oleh *U. S. Army Research Institute* yang berjudul *Mass Casualty Triage Performance Assessment Tool*. Alat ukur ini terdiri dari enam kasus dan setiap kasus mencakup skenario yang menggambarkan korban, daftar tugas yang harus dilakukan untuk menentukan tingkat triase korban dengan benar, waktu yang dibutuhkan dalam melakukan triase, dan skala penilaian. Latihan ini dapat digunakan untuk menilai peserta yang melakukan triase secara individu atau dalam tim yang terdiri dari dua orang. Penilai menggunakan alat ini untuk membuat penilaian dan memberikan umpan balik yang diperlukan kepada peserta yang dievaluasi. Penilai juga harus mengukur waktu yang diperlukan untuk melakukan triase setiap korban dan harus mengharapkan bahwa masing-masing selesai dalam satu menit atau kurang (Curnow et al., 2015).

2.4.4 Kriteria Penilaian Ketepatan Penilaian Triase

Terdapat 3 kriteria penilaian pada *Mass Casualty Triage Performance Assessment Tool* yakni (Curnow et al., 2015):

1. Tugas, berisi mengenai langkah-langkah melakukan triase yang dinilai dengan skala “dilakukan dengan benar”, “dilakukan secara tidak benar atau dengan kesulitan” atau “tugas dikecualikan”.
2. Kategori Triase, berisi mengenai 4 kategori triase START (merah, kuning, hijau, dan hitam) yang harus dipilih oleh peserta setelah mengevaluasi korban.
3. Waktu, berisi mengenai waktu penyelesaian (dalam menit dan detik) yang dilakukan peserta dalam menyelesaikan tugas dan pemilihan kategori triase.

Dari ketiga kategori tersebut, tingkat kinerja berdasarkan setiap kategori dinilai dengan skor berikut:

Tabel 2.3 Rubrik Skoring Penilaian *Mass Casualty Triage Performance Assessment Tool*

Kriteria	1 (Novice)	2 (Intermediate)	3 (Advanced)
Tugas	Melewatkan (atau melakukan dengan tidak benar atau dengan kesulitan) satu atau lebih langkah pada dua atau lebih tugas triase.	Melewatkan (atau melakukan tidak benar atau dengan kesulitan) satu atau lebih langkah pada salah satu tugas triase.	Menyelesaikan semua langkah dengan benar (dan tanpa kesulitan) untuk semua tugas triase.
Kategori Triase	Tidak menetapkan kategori triase untuk korban.	Menetapkan korban pada kategori triase yang lebih rendah atau lebih tinggi dari tingkat urgensinya yang sebenarnya (yakni: <i>undertriage, overtriage</i>)	Menetapkan korban pada kategori triase yang benar.
Waktu	Butuh waktu lebih dari 1 menit untuk menyelesaikan penilaian triase.	Kurang dari 1 menit (tetapi lebih dari 30 detik) untuk menyelesaikan penilaian triase.	Butuh waktu 30 detik atau kurang untuk menyelesaikan penilaian triase.

Kemudian setiap hasil skor pada tiap kategori dijumlahkan untuk mengetahui jumlah skor keseluruhan dengan skor maksimal 9. Sehingga didapatkan hasil akhir kriteria, sebagai berikut:

1. Rendah : total penjumlahan skor keseluruhan 0 – 3
2. Sedang : total penjumlahan skor keseluruhan 4 – 6
3. Tinggi : total penjumlahan skor keseluruhan 7 – 9.

2.5 Konsep Relawan

2.5.1 Pengertian Relawan

Relawan adalah setiap individu yang diterima untuk melakukan layanan oleh lembaga utama (yang memiliki wewenang untuk menerima layanan sukarela), dimana individu tersebut melakukan layanan tanpa janji, harapan, atau penerimaan kompensasi dalam melakukan layanan tersebut (Whittaker et al., 2015). Peraturan Kepala BNPB Nomor 17 Tahun 2011 relawan penanggulangan bencana, yang selanjutnya disebut relawan, adalah seorang atau sekelompok orang yang memiliki kemampuan dan kepedulian untuk bekerja secara sukarela dan ikhlas dalam upaya penanggulangan bencana (Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 17 Tahun 2011 Tentang Pedoman Relawan Penanggulangan Bencana, 2011).

Dari penjelasan diatas, relawan juga dapat diartikan sebagai *first responder*. Dimana *first responder* adalah individu, organisasi, dan lembaga terdidik dan terlatih yang membuat keputusan untuk mempersiapkan dan mengatur anggotanya dari daerah yang tidak terkena

atau kurang terkena dampak ke daerah yang terkena untuk memberikan bantuan dan pertolongan (Harris et al., 2018).

2.5.2 Peran Relawan Dalam Bencana

Peran relawan terbagi menjadi tiga fase yakni saat tidak terjadi bencana, saat tanggap darurat, dan pasca bencana adalah sebagai berikut (Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 17 Tahun 2011 Tentang Pedoman Relawan Penanggulangan Bencana, 2011):

1. Saat tidak terjadi bencana

Pada saat tidak terjadi bencana relawan dapat berperan dalam kegiatan berikut:

- a. Pengurangan risiko bencana atau mitigasi, antara lain melalui:
 - 1) Penyelenggaraan pelatihan-pelatihan bersama masyarakat.
 - 2) Penyuluhan kepada masyarakat.
 - 3) Penyediaan informasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam rangka pengurangan risiko bencana.
 - 4) Peningkatan kewaspadaan masyarakat.
- b. Pelatihan, antara lain pelatihan dasar/lanjutan manajemen, pelatihan teknis kebencanaan, gladi dan simulasi bencana.

Pada situasi terdapat potensi bencana, relawan dapat berperan dalam kegiatan berikut:

- a. Kesiapsiagaan, antara lain melalui:
 - 1) Pemantauan perkembangan ancaman dan kerentanan masyarakat.

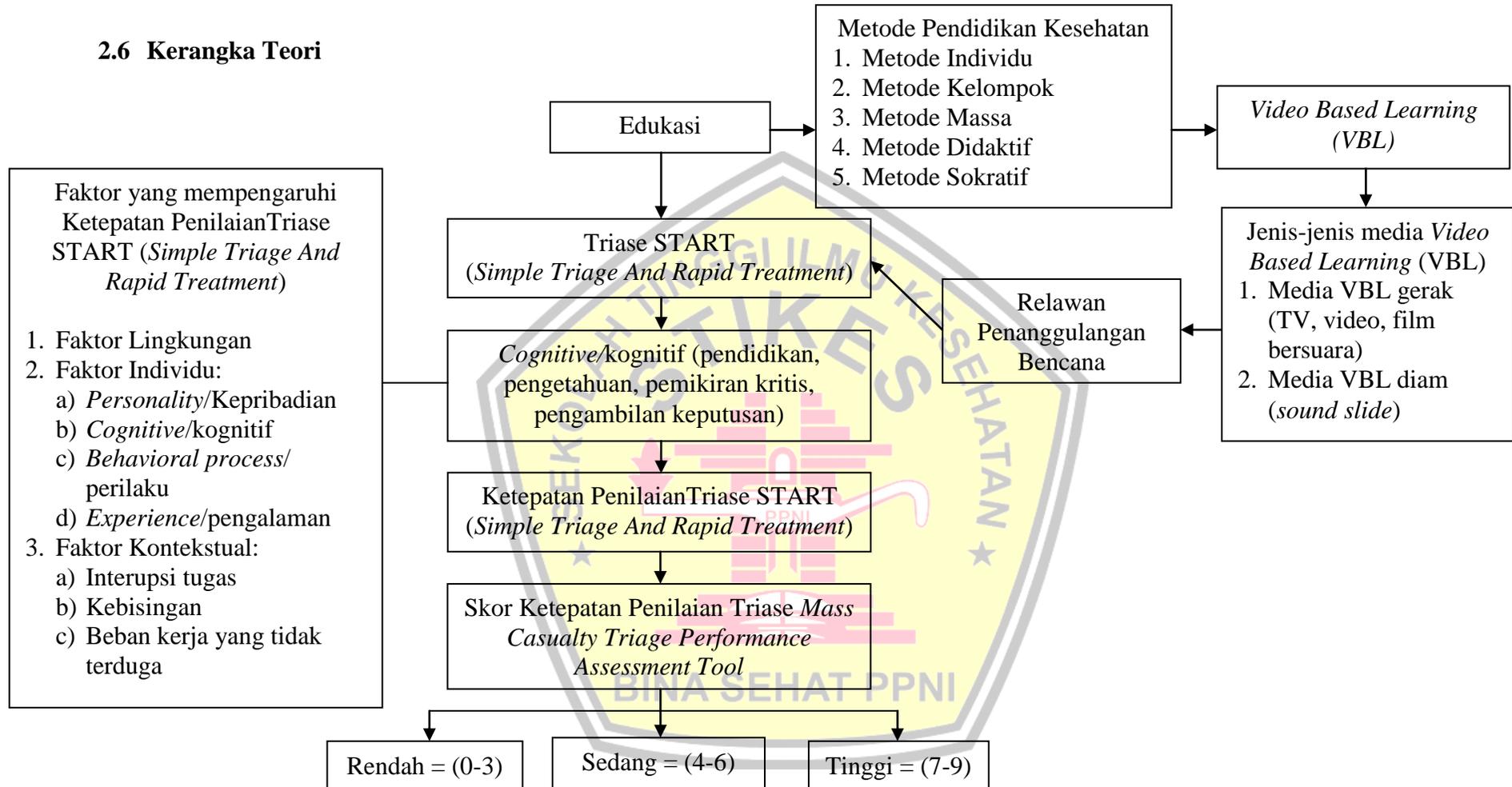
- 2) Penyuluhan, pelatihan, dan gladi tentang mekanisme tanggap darurat bencana.
 - 3) Penyediaan dan penyiapan barang pasokan pemenuhan kebutuhan dasar.
 - 4) Penyediaan dan penyiapan bahan, barang, dan peralatan untuk pemenuhan pemulihan prasarana dan sarana.
 - 5) Penyiapan lokasi evakuasi.
- b. Peringatan dini, antara lain melalui pemasangan dan pengujian sistem peringatan dini di tingkat masyarakat.
2. Tanggap darurat
- Pada saat tanggap darurat relawan dapat membantu dalam kegiatan:
- a. Kaji cepat terhadap cakupan wilayah yang terkena, jumlah korban dan kerusakan, kebutuhan sumber daya, ketersediaan sumber daya serta prediksi perkembangan situasi ke depan ★
 - b. Pencarian, penyelamatan dan evakuasi warga masyarakat terkena bencana.
 - c. Penyediaan dapur umum.
 - d. Pemenuhan kebutuhan dasar berupa air bersih, sandang, pangan, dan layanan kesehatan termasuk kesehatan lingkungan.
 - e. Penyediaan tempat penampungan/hunian sementara.
 - f. Perlindungan kepada kelompok rentan dengan memberikan prioritas pelayanan.

- g. Perbaikan/pemulihan darurat untuk kelancaran pasokan kebutuhan dasar kepada korban bencana.
 - h. Penyediaan sistem informasi untuk penanganan kedaruratan.
 - i. Pendampingan psikososial korban bencana.
 - j. Kegiatan lain terkait sosial, budaya dan keagamaan.
 - k. Kegiatan lain terkait kedaruratan.
3. Pasca bencana

Pada situasi pasca bencana relawan dapat membantu dalam kegiatan pengumpulan dan pengolahan data kerusakan dan kerugian dalam sektor perumahan, infrastruktur, sosial, ekonomi dan lintas sektor. Relawan juga dapat berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan rehabilitasi-rekonstruksi fisik dan non-fisik dalam masa pemulihan dini.

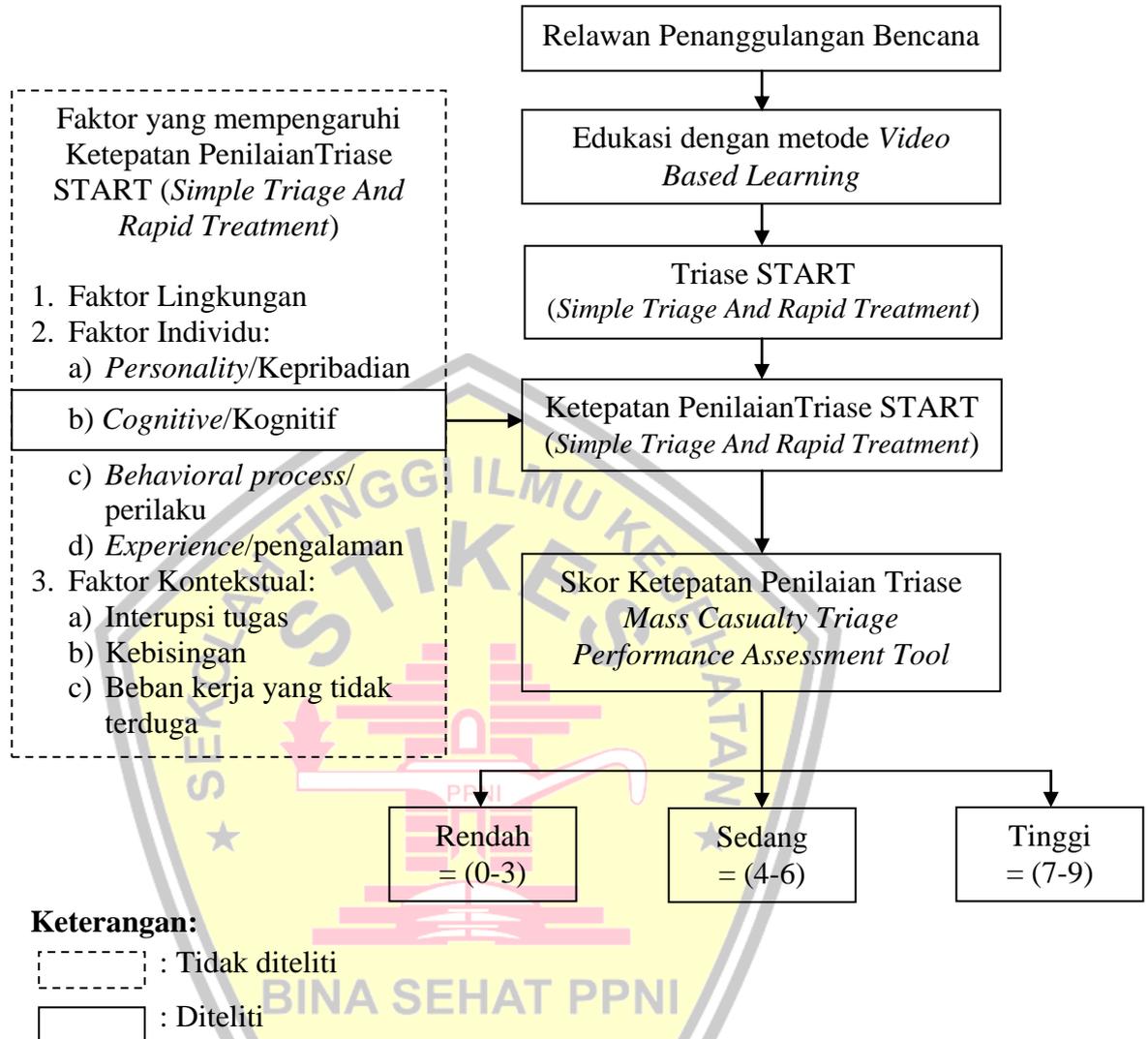


2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.4 Kerangka Teori Pengaruh Edukasi Dengan Metode Video Based Learning Terhadap Ketepatan Penilaian Triase START Pada Relawan LPBI NU Mojokerto

2.7 Kerangka Konseptual



Gambar 2.5 Kerangka Konseptual Pengaruh Edukasi Dengan Metode *Video Based Learning* Terhadap Ketepatan Penilaian Triase START Pada Relawan LPBI NU Mojokerto

2.8 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu dugaan sementara, suatu tesis sementara yang harus dibuktikan kebenarannya melalui penyelidikan ilmiah. Hipotesis dapat juga dikatakan kesimpulan sementara, yang merupakan suatu konstruk (*construct*) yang masih perlu dibuktikan, suatu kesimpulan yang belum teruji kebenarannya (Yusuf, 2014). Hipotesis dirangkum atau diturunkan dari kerangka pemikiran/kesimpulan teoritis (Rinaldi & Mujianto, 2017).

Untuk menguji hipotesis tersebut peneliti dapat memilih metode/desain penelitian yang sesuai (Sugiyono, 2013). Hipotesis yang baik selalu memenuhi dua pernyataan, yaitu menggambarkan hubungan antar variabel dan dapat memberikan petunjuk bagaimana pengujian hubungan tersebut (Nuryadi et al., 2017). Adapun hipotesis dalam penelitian ini:

H₁: Ada pengaruh edukasi dengan metode *video based learning* terhadap ketepatan penilaian triase START pada relawan LPBI NU Mojokerto.

