BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Henti jantung dan henti napas merupakan kondisi gawat darurat yang dapat terjadi secara tiba-tiba dan mengancam jiwa. Kondisi ini ditandai dengan berhentinya fungsi pernapasan dan sirkulasi, sehingga oksigen tidak dapat tersalurkan ke jaringan tubuh, terutama otak, yang hanya mampu bertahan beberapa menit tanpa suplai oksigen. Apabila tidak segera dilakukan pertolongan, keadaan ini akan berakhir dengan kematian permanen (Rustandi *et al.*, 2023b). Kehadiran penolong awam (*bystander*) berperan penting dalam meningkatkan peluang keselamatan korban, khususnya bila kejadian berlangsung di luar fasilitas kesehatan. Namun, keterbatasan sumber daya dalam penyelenggaraan pelatihan membuat jumlah masyarakat yang memiliki kemampuan sebagai penolong terlatih masih sangat terbatas (Siswanto *et al.*, 2024).

Bantuan Hidup Dasar tidak hanya penting bagi tenaga kesehatan, melainkan juga bagi masyarakat awam yang berpotensi menjadi penolong pertama di lokasi kejadian. Pengetahuan yang baik tentang BHD akan membuat seseorang mampu mengenali tanda-tanda henti jantung/napas, melakukan tindakan resusitasi jantung paru (RJP), serta mengaktifkan sistem pertolongan darurat dengan cepat. Di sisi lain, sikap positif terhadap BHD, seperti kesiapan untuk menolong dan tidak ragu melakukan pertolongan, juga sangat menentukan keberhasilan penanganan korban. Namun, kenyataan di lapangan

menunjukkan bahwa masih banyak masyarakat, termasuk remaja, yang belum memiliki pemahaman memadai tentang BHD (Yunus, Damansyah and Kasim, 2024)

Di lingkungan sekolah, peran penolong pertama dapat dilakukan oleh siswa, khususnya anggota Palang Merah Remaja (PMR). PMR merupakan wadah pembinaan remaja di bawah Palang Merah Indonesia (PMI) yang bergerak di bidang kesehatan dan kemanusiaan. Sebagai kader kesehatan, anggota PMR diharapkan memiliki pengetahuan, sikap, dan keterampilan dasar dalam memberikan pertolongan pertama. Hal ini termasuk kemampuan dalam memberikan BHD pada kondisi gawat darurat. Sayangnya, meskipun PMR sudah ada di hampir setiap sekolah, pengetahuan dan sikap siswa terhadap BHD belum dapat dipastikan baik tanpa adanya penelitian yang menggambarkannya (Mastura *et al.*, 2025)

Henti jantung dan henti napas merupakan salah satu penyebab utama tingginya angka kematian mendadak di dunia. *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa penyakit kardiovaskular masih menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia. Diperkirakan 19,8 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskular pada tahun 2022, mewakili sekitar 32% dari seluruh kematian global. Dari jumlah tersebut, 85% disebabkan oleh serangan jantung dan stroke. Di mana sebagian besar kasus berhubungan dengan henti jantung sebenarnya dapat dicegah dengan intervensi BHD secara cepat dan tepat. *American Heart Association* (AHA) melaporkan lebih dari 350.000 kasus henti jantung di luar rumah sakit (OHCA) terjadi setiap tahun di Amerika Serikat, dengan angka kelangsungan hidup yang masih rendah yaitu sekitar 9–11%.

Padahal, tindakan awal berupa *cardiopulmonary resuscitation* (CPR) oleh penolong awam terbukti dapat meningkatkan peluang hidup korban hingga dua sampai tiga kali lipat (AHA, 2023). Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan dan keterampilan masyarakat, termasuk remaja, tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) sangat penting dalam menurunkan angka kematian akibat henti jantung.

Survei pada siswa SMA Era Utama di Medan menunjukkan skor rata-rata pengetahuan BLS hanya sekitar 39,02, yang mengindikasikan pemahaman yang rendah (Ndruru *et al.*, 2025). Di Pontianak, penelitian pada siswa kelas X–XI menunjukkan bahwa hanya 46 % yang memiliki pengetahuan BLS baik, sementara 47% mencapai tingkat cukup dan 7% masih rendah (Rachmadiwansyah *et al.*, 2024). Selanjutnya, studi intervensi di SMA Negeri 1 Probolinggo meng onfirmasi efektivitas pelatihan BLS dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan siswa secara signifikan (Siswanto *et al.*, 2024). Beberapa penelitian di Indonesia juga menemukan bahwa lebih dari 70% siswa dan mahasiswa memiliki pengetahuan rendah mengenai BHD, dan hanya sebagian kecil yang pernah mendapatkan pelatihan secara langsung (Rustandi *et al.*, 2023b).

Upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan masyarakat mengenai Bantuan Hidup Dasar (BHD) telah banyak dilakukan melalui pelatihan berbasis simulasi, penggunaan media pembelajaran seperti *e-booklet*, serta praktik langsung yang difasilitasi oleh Palang Merah Indonesia (PMI) maupun dinas kesehatan daerah (Rustandi *et al.*, 2023b). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 13 November 2025 melalui wawancara singkat terhadap 8 siswa anggota PMR di SMA Negeri 7 Kota Malang, diperoleh

informasi bahwa sebagian besar siswa belum memahami secara jelas mengenai Bantuan Hidup Dasar (BHD). Dari 8 siswa, hanya 2 siswa yang pernah mendengar istilah BHD, mereka mendapatkan informasi dari sekolah dan media sosial. 8 siswa tersebut belum mengetahui langkah-langkah BHD, dan hanya 1 yang mengetahui bahwa CPR dilakukan dengan menekan dada menggunakan kedua tangan, sedangkan 7 siswa sama sekali belum memahami prosedur tersebut. Meskipun demikian, 7 siswa sudah mengetahui cara melakukan pemeriksaan kesadaran, sementara 1 lainnya belum mengetahuinya. Kondisi ini menggambarkan adanya kesenjangan antara sikap positif siswa terhadap pentingnya BHD dengan rendahnya tingkat pengetahuan yang dimiliki, sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai tingkat pengetahuan dan sikap siswa PMR SMA Negeri 7 Kota Malang tentang Bantuan Hidup Dasar.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini dilakukan untuk mengembangkan dan mengimplementasikan aplikasi pendidikan kesehatan yang dilengkapi dengan demonstrasi Bantuan Hidup Dasar (BHD) guna meningkatkan perilaku siswa PMR SMA Negeri 7 Kota Malang dalam menghadapi situasi kegawatdaruratan. Melalui demonstrasi ini, diharapkan siswa dapat memperoleh pemahaman yang lebih praktis dan interaktif mengenai langkah-langkah BHD serta mampu menerapkannya dengan benar. Dengan demikian, keberadaan siswa PMR dapat semakin optimal sebagai garda terdepan dalam memberikan pertolongan pertama di lingkungan sekolah maupun masyarakat.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah aplikasi pendidikan kesehatan dengan demonstrasi Bantuan Hidup Dasar (BHD) terhadap perilaku siswa PMR SMA Negeri 7 Kota Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan gambaran aplikasi pendidikan kesehatan dengan demonstrasi Bantuan Hidup Dasar (BHD) terhadap perilaku siswa PMR SMA Negeri 7 Kota Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan penerapan aplikasi pendidikan kesehatan dengan demonstrasi BHD pada siswa PMR SMA Negeri 7 Kota Malang.
2. Mengidentifikasi perubahan perilaku siswa PMR SMA Negeri 7 Kota Malang setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan demonstrasi Bantuan Hidup Dasar.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang pendidikan kesehatan, khususnya mengenai strategi pembelajaran yang efektif untuk meningkatkan perilaku dan keterampilan siswa PMR dalam melakukan Bantuan Hidup Dasar (BHD). Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar

ilmiah untuk memahami pengaruh penggunaan aplikasi pendidikan kesehatan yang dilengkapi demonstrasi praktis terhadap perilaku siswa, serta menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya dalam merancang media pembelajaran interaktif yang dapat meningkatkan kesiapan siswa menghadapi situasi kegawatdaruratan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Siswa PMR

   Penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kesiapan mereka dalam melakukan Bantuan Hidup Dasar di lingkungan sekolah maupun masyarakat.

2. Bagi Sekolah

   Hasil penelitian dapat menjadi referensi dan media pembelajaran alternatif yang interaktif dan efektif dalam pendidikan kesehatan.

3. Bagi Institusi Kesehatan

   Penelitian ini dapat menjadi masukan dalam merancang program penyuluhan atau pelatihan rutin BHD untuk remaja sekolah, sehingga upaya promotif dan preventif terhadap kasus kegawatdaruratan lebih optimal.

4. Bagi Peneliti Lain

   Penelitian ini dapat menjadi pengalaman praktis dalam merancang, melaksanakan, dan menganalisis pengaruh media pembelajaran terhadap perilaku siswa, yang nantinya dapat dijadikan dasar untuk penelitian lanjutan atau pengembangan inovasi pendidikan kesehatan yang lebih efektif.

BAB II
KAJIAN TEORI

2.1 Teori Taksonomi Bloom

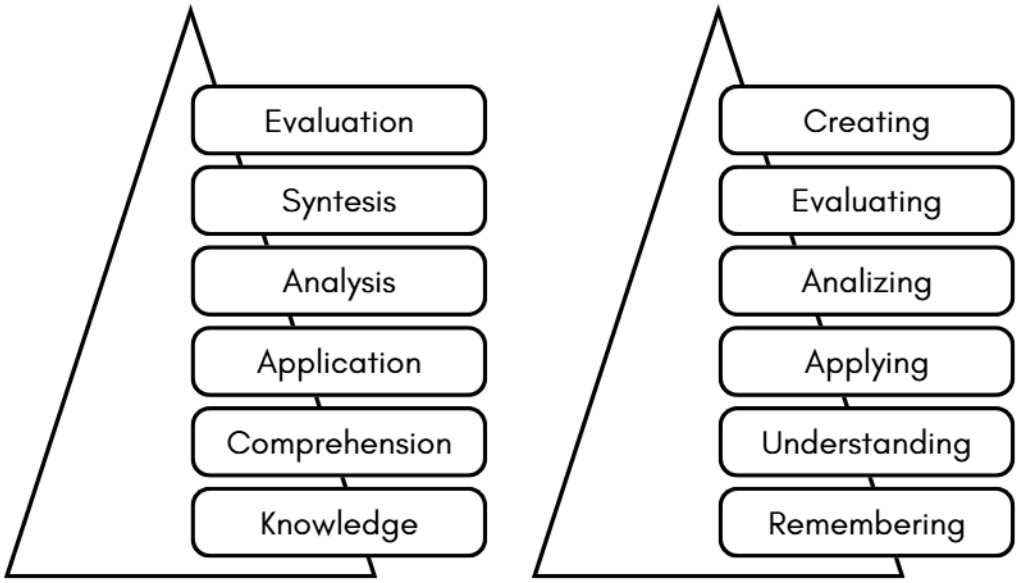
2.1.1 Pengertian Taksonomi *Bloom*

Taksonomi *Bloom* adalah teori pembelajaran yang banyak digunakan dalam dunia pendidikan. Teori ini dikembangkan oleh Bloom dan dijadikan sebagai pedoman berpikir yang dapat berkembang karena mudah dipahami dan diterapkan.

Istilah "taksonomi" berasal dari bahasa Yunani, yaitu *tassein* yang berarti mengelompokkan, dan *nomos* yang berarti aturan. Dengan demikian, taksonomi dapat diartikan sebagai kegiatan untuk mengelompokkan aturan-aturan tertentu. Secara istilah, taksonomi merujuk pada proses pengelompokan tingkatan berpikir yang berkembang dari level paling dasar hingga level yang lebih kompleks, mencakup keseluruhan potensi intelektual manusia (Tulasi, 2010).

Taksonomi dalam pendidikan diperkenalkan oleh Benjamin S. Bloom, yang dikenal dengan sebutan Taksonomi *Bloom*, dan pertama kali dipublikasikan pada tahun 1956 M. Awalnya, taksonomi ini hanya mencakup ranah kognitif, namun kemudian dikembangkan oleh para ahli, terutama Krathwohl dan Anderson, menjadi tiga ranah, yaitu kognitif, afektif, dan psikomotorik. Bloom berpendapat bahwa tujuan pendidikan idealnya mencakup ketiga ranah tersebut (Nurhayani *and* Dewi, 2022).

Doman/ranah yang direvisi dilakukan agar sesuai dengan kemajuan jaman. Perubahan istilah tersebut dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2.1 *Old Version* (kiri) dan *New Version* (kanan)
Sumber: Krathwohl (2002)

Secara hakikat, Taksonomi *Bloom* merupakan sistem pengelompokan perilaku belajar peserta didik yang terukur dan dapat diamati, dengan tujuan mempermudah perencanaan serta penilaian hasil belajar. Taksonomi ini menekankan pada tiga aspek utama, yaitu pengetahuan, sikap, dan keterampilan. Ranah kognitif (*cognitive*) berkaitan dengan kemampuan intelektual, termasuk pengetahuan dan berpikir. Ranah afektif (*affective*) berhubungan dengan perasaan, emosi, dan sikap, mencakup bagaimana seseorang menyikapi atau merasakan sesuatu. Sedangkan ranah psikomotorik (*psychomotor*) mencakup keterampilan fisik dan kemampuan melakukan tindakan secara terampil (Suyono *and* Hariyanto, 2017).

2.1.2 Klasifikasi Taksonomi Bloom

Taksonomi merupakan upaya untuk mengubah perilaku melalui edukasi yang dipelajari. Hal ini sejalan dengan pandangan Benjamin S. Bloom yang menyatakan bahwa kegiatan belajar, baik di sekolah maupun di luar sekolah, akan menghasilkan tiga bentuk kemampuan yang dikenal sebagai Taksonomi *Bloom*, yaitu ranah kognitif, afektif, dan psikomotorik (Supardi, 2016). Adapun pengelompokan dalam taksonomi tersebut sebagai berikut:

1. Ranah Kognitif (*Cognition*)

   Ranah kognitif berasal dari istilah *cognition* yang setara dengan *knowing*, yang berarti mengetahui. Secara luas, kognisi dapat dipahami sebagai proses memperoleh, mengatur, dan memanfaatkan pengetahuan. Dalam konteks psikologi pendidikan, ranah ini mencakup berbagai kemampuan mental yang berkaitan dengan pemahaman, pertimbangan, pengolahan informasi, pemecahan masalah, kesadaran, serta keyakinan peserta didik (Nurhayani *and* Dewi, 2022).

   Menurut Bloom, ranah kognitif terdiri atas enam jenjang yang tersusun secara hierarkis dari tingkat yang paling sederhana hingga yang paling kompleks, yaitu: pengetahuan (*knowledge*), pemahaman (*comprehension*), penerapan (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*) (Notoatmodjo, 2014).

a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Mengetahui atau *knowing* dapat dimaknai sebagai kemampuan individu untuk mengingat kembali informasi yang telah diperoleh sebelumnya. Bentuk pengetahuan ini mencakup proses *recall*, yakni mengakses kembali detail atau fakta tertentu dari materi yang telah dipelajari maupun dari rangsangan yang pernah diterima.

b. Pemahaman (*Comprehension*)

Pemahaman dapat dimaknai sebagai kemampuan seseorang dalam menjelaskan secara tepat suatu objek atau materi yang telah diketahui, serta menafsirkannya dengan benar. Individu yang memiliki tingkat pemahaman seharusnya mampu menguraikan konsep, memberikan contoh yang relevan, menarik kesimpulan, membuat prediksi, serta mengaitkan materi tersebut dengan konteks yang sedang dipelajari.

c. Penerapan (*Application*)

Aplikasi dapat diartikan sebagai kemampuan individu dalam mengimplementasikan pengetahuan yang telah diperoleh ke dalam situasi nyata maupun permasalahan praktis. Pada tingkatan ini, seseorang tidak hanya sekadar mengingat atau memahami konsep, melainkan mampu memanfaatkan hukum, rumus, metode, atau prinsip yang ada untuk menyelesaikan persoalan dalam berbagai konteks. Kemampuan aplikasi menunjukkan bahwa pengetahuan telah beralih dari ranah

teoritis menuju keterampilan praktis, sehingga individu dapat menyesuaikan penggunaan konsep tersebut dengan kondisi yang berbeda dari situasi pembelajaran awal. Dengan demikian, aplikasi merupakan tahap penting yang menghubungkan antara pemahaman kognitif dan kemampuan bertindak secara nyata dalam kehidupan sehari-hari maupun dalam situasi khusus.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis dapat diartikan sebagai kemampuan untuk menguraikan suatu materi atau objek ke dalam bagian-bagian yang lebih kecil tanpa menghilangkan keterkaitan antarunsurnya, sehingga tetap berada dalam suatu struktur yang terorganisasi. Pada tahap ini, individu mampu mengenali hubungan antarbagian, membedakan elemen penting dari yang tidak penting, serta menempatkan informasi ke dalam kategori yang sesuai. Kemampuan analisis biasanya ditunjukkan melalui penggunaan kata kerja seperti menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan, hingga menelaah hubungan sebab-akibat. Dengan demikian, analisis mencerminkan keterampilan berpikir kritis yang lebih tinggi karena melibatkan proses penguraian informasi untuk memahami pola, struktur, dan makna yang lebih mendalam.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis dapat dipahami sebagai kemampuan mengorganisasikan dan menghubungkan berbagai elemen

pengetahuan sehingga terbentuk suatu kesatuan baru yang bermakna. Pada tahap ini, individu tidak hanya menggabungkan informasi yang telah ada, tetapi juga mampu menyusun pola, konsep, atau formulasi baru berdasarkan komponen-komponen yang telah dipelajari sebelumnya. Dengan demikian, sintesis menunjukkan kemampuan berpikir kreatif yang lebih tinggi, karena seseorang dapat menghasilkan gagasan, hipotesis, atau rancangan baru dari berbagai sumber informasi yang sebelumnya terpisah. Proses ini menjadikan sintesis sebagai langkah penting dalam pengembangan pengetahuan yang inovatif dan aplikatif.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan penilaian secara kritis terhadap suatu objek, ide, atau materi berdasarkan kriteria tertentu. Proses ini tidak hanya sekadar memberikan keputusan, tetapi juga melibatkan pertimbangan logis, analisis mendalam, serta penggunaan standar atau patokan yang telah ditentukan, baik yang berasal dari diri sendiri maupun yang telah disepakati secara umum. Pada tahap evaluasi, seseorang dituntut mampu menimbang kelebihan dan kelemahan, menilai relevansi, serta menentukan nilai atau manfaat dari suatu konsep atau objek yang dikaji. Dengan demikian, evaluasi menjadi puncak dari proses berpikir tingkat tinggi karena mengintegrasikan aspek pengetahuan,

pemahaman, penerapan, analisis, hingga sintesis dalam menghasilkan sebuah penilaian yang objektif dan sistematis.

Berikut adalah tabel tingkatan klasifikasi ranah kognitif:

Tabel 2. 1 Klasifikasi Ranah Kognitif

No	Tingkatan	Kata Kerja
1	Pengetahuan (C1)	Mengenali Mengidentifikasi Mengingat Mengambil Menunjukkan
2	Pemahaman (C2)	Menafsirkan Memahami Mencontohkan Mengklasifikasikan Merangkum Menyimpulkan Membandingkan Menerangkan Menjelaskan
3	Penerapan (C3)	Mengeksekusi Melaksanakan Mengimplementasikan Menggunakan
4	Analisis (C4)	Membedakan Mengorganisasikan Menghubungkan
5	Sintesis (C5)	Merumuskan Merencanakan Memproduksi Membuat hipotesis Mendesain
6	Evaluasi (C6)	Memeriksa Mengkritik Menguji Membahas Menilai Menguraikan

Sumber: Winkel (1996)

2. Ranah Afektif (*Affective*)

Ranah afektif merupakan proses dan hasil belajar yang berfokus pada bagaimana seseorang menampilkan sikap dan perilaku dalam lingkungan mereka. Ranah ini mencakup dua kategori utama: (1) perilaku yang melibatkan perasaan serta emosi individu, dan (2)

perilaku yang menunjukkan ciri khas atau kepribadian seseorang. Para ahli menekankan bahwa ranah afektif berkaitan erat dengan perkembangan moral dan sosial individu (Notoatmodjo, 2014).

Menurut Lactona *and* Cahyono (2024), Pembelajaran dalam ranah afektif berhubungan dengan pembentukan sikap yang terdiri atas beberapa tingkatan, yaitu:

a. Penerimaan (*Receiving*/*Attending*)

   Tahap ini menunjukkan kepekaan individu terhadap stimulus yang datang, ditandai dengan kesediaan untuk menerima, memperhatikan, dan memberikan fokus pada fenomena tertentu melalui perhatian yang terarah dan selektif.

b. Partisipasi dan Menanggapi (*Participation and Responding*)

   Pada tahap ini, individu tidak hanya memperhatikan tetapi juga memberikan respons serta berpartisipasi aktif dalam suatu kegiatan berdasarkan kemauan, persetujuan, dan dorongan internal.

c. Penilaian (*Valuing*)

   Tahap ini mencerminkan kemampuan individu untuk memberikan nilai atau penghargaan terhadap suatu kegiatan atau objek. Penilaian tersebut terlihat melalui sikap, perkataan, maupun tindakan. Tidak melaksanakan suatu kegiatan dapat dianggap merugikan atau menimbulkan penyesalan bagi individu.

d. Organisasi (*Organization*)

Tahap ini berkaitan dengan kemampuan individu untuk menyusun dan mengintegrasikan berbagai nilai yang relevan ke dalam suatu sistem nilai yang lebih luas, sehingga terbentuk pedoman hidup yang bersifat universal dan mendukung perbaikan diri.

e. Karakterisasi (*Characterization*)

Tahap tertinggi ini menunjukkan internalisasi nilai yang paling mendalam, di mana nilai-nilai tersebut menjadi bagian dari pola kepribadian seseorang dan tercermin secara konsisten dalam perilakunya. Karakterisasi juga melibatkan pembentukan kebiasaan hidup yang teratur, seperti kedisiplinan, ketelitian, dan kerajinan.

Berikut adalah tabel tingkatan klasifikasi ranah afektif:

Tabel 2. 2 Klasifikasi Ranah Afektif

No	Tingkatan	Kata Kerja
1	Penerimaan (A1)	Bertanya Mendengar Berdiskusi Mengenali Mengikuti Melakukan Membaca Berkonsentrasi
2	Partisipasi dan Menanggapi (A2)	Bereaksi Memerhatikan Menanggapi Menyajikan Melaporkan
3	Penliaian/Penentuan Sikap (A3)	Berargumen Menantang Berdebat Mempertimbangkan Mengkritik
4	Organisasi (A4)	Membangun

No	Tingkatan	Kata Kerja
		Mengembangkan Menghubungkan Menyusun Membandingkan
5	Karakterisasi (A5)	Bertindak Menunjukkan Mempengaruhi Menyelesaikan Mempraktikkan Membiasakan Mengubah perilaku

Sumber: Winkel (1996)

3. Ranah Psikomotorik (*Psychomotor*)

Ranah psikomotorik merupakan proses dan hasil belajar yang memberikan pengalaman kepada seseorang untuk mengembangkan keterampilan melakukan suatu tindakan melalui kemampuan motorik yang mereka miliki. Motorik dalam hal ini merujuk pada aktivitas yang melibatkan otot serta berbagai gerakan tubuh. Bloom berpendapat bahwa ranah psikomotorik berkaitan dengan capaian belajar yang diperoleh melalui keterampilan manipulatif yang membutuhkan kekuatan fisik dan koordinasi otot (Putra, 2023).

Ranah psikomotorik terdiri atas tujuh kategori yang tersusun dari tingkat paling dasar hingga tingkat yang lebih kompleks, yaitu:

a. Persepsi (*Perception*)

Kemampuan menggunakan indra/sensor (misalnya penglihatan, pendengaran, sentuhan, kinestetik) untuk mendeteksi, membedakan, menafsirkan rangsangan dan petunjuk dari lingkungan sebagai dasar untuk melakukan tindakan motorik.

b. Kesiapan/Set (*Readiness/Set*)

Kemampuan menyiapkan diri secara fisik, mental, emosional sebelum melakukan tindakan atau gerakan. Ini termasuk kesiapan mengambil keputusan atau tindakan, bersikap siap untuk bertindak.

c. Gerakan Terbimbing (*Guided Response / Guided Movement*)

Tahap awal belajar keterampilan motorik kompleks melalui imitasi, latihan, dan bimbingan. Pelajar melakukan gerakan sesuai contoh atau instruksi, dengan *trial-and-error*.

d. Gerakan Terbiasa/Mekanisme (*Mechanism/Habitual Response*)

Setelah latihan berulang, gerakan menjadi lebih luwes, terbiasa, stabil dan dapat dilakukan dengan tingkat efisiensi dan konsistensi tertentu tanpa harus selalu mengacu pada model.

e. Gerakan Kompleks (*Complex Overt Response / Complex Motor Skill*)

Kemampuan melaksanakan gerakan atau rangkaian gerakan yang kompleks, terdiri dari beberapa komponen, dengan kecepatan, ketepatan, koordinasi tinggi, efisiensi dan pengendalian yang baik menunjukkan kemahiran motorik tingkat *expert*.

f. Penyesuaian Pola Gerakan (*Adaptation*)

Kemampuan menyesuaikan atau memodifikasi keterampilan yang sudah dikuasai untuk menghadapi situasi

baru, tantangan berbeda, atau kondisi khusus dengan kreativitas dan fleksibilitas gerakan.

g. Kreativitas / Origination (*Origination / Creativity*)

Tingkat tertinggi dalam ranah psikomotor kemampuan untuk menciptakan pola gerakan baru atau metode baru berdasarkan keterampilan yang telah dikuasai, untuk menangani situasi atau masalah unik.

Berikut adalah tabel tingkatan klasifikasi ranah psikomotorik:

Tabel 2. 3 Klasifikasi Ranah Psikomotorik

No	Tingkatan	Kata Kerja
1	Persepsi (P1)	Memilih Membedakan Menunjukkan Mengidentifikasi
2	Kesiapan (P2)	Memulai Mengawali Mempersiapkan Mempertunjukkan
3	Gerakan terbimbing (P3)	Mempraktikkan Mengikuti Mencoba Memperlihatkan
4	Gerakan yang terbiasa (P4)	Mengoperasikan Melaksanakan Mengerjakan Menyusun Mengatur
5	Gerakan kompleks (P5)	Memasang Membongkar Memperbaiki Menyusun
6	Penyesuaian pola gerakan (P6)	Mengubah Mengadaptasikan Mengatur kembali Membuat variasi
7	Kreativitas (P7)	Merancang Menyusun Menciptakan Mendesain Mengobinasikan Mengatur Merencanakan

Sumber: Winkel (1996)

2.1.3 Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Menurut Arikunto (2010), pengukuran tingkat pengetahuan dapat dilakukan melalui metode wawancara maupun angket yang berisi pertanyaan mengenai materi yang ingin diukur dari responden atau subjek penelitian. Instrumen tersebut disusun untuk menggambarkan tingkat pengetahuan individu sesuai dengan kategorinya. Adapun jenis pertanyaan yang dapat digunakan unuk pengukuran pengetahuan secara umum dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

1. Pertanyaan Subjektif

   Pertanyaan subjektif, seperti bentuk esai, menuntut penilaian yang bersifat interpretatif dari penilai. Hal ini berarti skor yang diperoleh dapat bervariasi antar penilai dan dari waktu ke waktu, karena bergantung pada penilaian individu yang menilai jawaban siswa.

2. Pertanyaan Objektif

   Pertanyaan objektif, seperti pilihan ganda, benar-salah, atau menjodohkan, memungkinkan penilaian dilakukan secara lebih pasti dan konsisten. Hasil penilaian cenderung seragam karena kriteria jawaban telah ditetapkan secara jelas, sehingga mengurangi subjektivitas penilai.

Menurut Arikunto (2010), tingkat pengetahuan seseorang dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori berdasarkan persentase jawaban yang benar:

1. Pengetahuan baik, jika responden mampu menjawab antara 76% hingga 100% dari total pertanyaan dengan benar
2. Pengetahuan cukup, apabila jawaban yang benar berada dalam rentang 56% hingga 75%
3. Pengetahuan kurang, bila jawaban yang benar kurang dari 56% dari total pertanyaan.

2.1.4 Metode Pengukuran Sikap

Menurut Azwar (2013) ada beberapa metode dalam pengukuran sikap, antara lain:

1. Pengukuran sikap model *Thrustone*

   Thurstone mengembangkan skala pengukuran sikap dengan menggunakan pernyataan-pernyataan yang disusun sedemikian rupa sehingga membentuk rentang dari sangat positif hingga sangat negatif terhadap objek sikap. Pernyataan ini disajikan kepada responden dalam formulir, dan masing-masing pernyataan memiliki nilai skala sendiri, yang bergerak dari 0 (ekstrim negatif) hingga 11 (ekstrim positif). Langkah-langkah pengukuran sikap menggunakan metode Thurstone adalah sebagai berikut:

   1) Penentuan sikap yang akan diukur secara jelas dan spesifik.
   2) Perumusan pernyataan terkait objek sikap yang mencakup spektrum sikap dari positif hingga negatif.
   3) Penilaian oleh responden: Setiap responden menilai pernyataan secara objektif dan bebas, menempatkan pernyataan pada skala 1–11, di mana angka rendah

menunjukkan pernyataan positif yang kuat, angka tinggi menunjukkan pernyataan negatif yang kuat, dan angka tengah (misalnya 6) mewakili pernyataan netral.

4) Perhitungan nilai skala dilakukan dengan mengambil rata-rata penilaian semua responden untuk setiap item, sehingga diperoleh ukuran sikap yang representatif.

Metode ini memungkinkan pengukuran sikap secara kuantitatif dan memberikan rentang evaluasi yang halus dari reaksi individu terhadap objek sikap.

2. Pengukuran sikap model Bogardus

Bogardus umumnya dipergunakan untuk mengukur sikap dari anggota berbagai kelompok yang beragam. Sasaran utamanya ialah ingin mengetahui bagaimana kualitas sikap dari anggota suatu kelompok, misalnya ras, terhadap anggota ras yang lain. Yang dimaksud dengan "kualitas sikap" disini adalah tingkat kepositifan atau kenegatifan sikap individu atau sekelompok orang terhadap anggota diluar kelompoknya. Oleh sebab itu skala Bogardus sering disebut skala jarak sosial (*social distance*). Pertanyaan-pertanyaan dalam skala Bogardus disusun secara hirarkis, dalam arti pertanyaan terdahulu memiliki intensitas yang lebih rendah dan sekaligus mencakup pertanyaan pertama. Dengan demikian bila penjawab menjawab "ya" pada pernyataan kedua berarti mengiyakan pertanyaan pertama, tidak demikian sebaliknya. Masalah yang dihadapi didalam skala Bogardus antara lain sulitnya menyusun

pertanyaan yang berjenjang intensitasnya dalam jumlah besar, apalagi untuk obyek sikap selain dari yang berkenaan dengan jarak sosial.

3. Pengukuran sikap model *Likert*

Skala *Likert* dikenal sebagai metode penilaian yang dikumpulkan (*summated rating method*), sedangkan skala Thurstone dikenal dengan metode penilaian berdasarkan pertimbangan (*judgement method*). Menurut Sugiyono (2022), skala *Likert* digunakan untuk menyesuaikan sikap, pendapat dan persepsi individu atau kelompok terhadap fenomena sosial. Dalam pembuatan instrumen pengukuran menggunakan skala *Likert*, pernyataan-pernyataan disusun dan diberikan lima pilihan tanggapan. Responden diminta untuk memilih salah satu dari lima alternatif jawaban yang tersedia. Kelima opsi jawaban tersebut, menurut *Likert*, adalah:

1) Sangat setuju (*strongly approve*)
2) Setuju (*approve*)
3) Tidak mempunyai pendapat (*undecided*)
4) Tidak setuju (*disapprove*)
5) Sangat tidak setuju (*strongly disapprove*)

Ciri khas skala *Likert* adalah semakin tinggi skor yang diperoleh seseorang, semakin menunjukkan bahwa sikap orang tersebut terhadap objek yang dinilai bersifat positif, dan sebaliknya, skor yang rendah menunjukkan sikap yang kurang positif.

4. Skala Perbedaan Semantic (*The Semantic Different Scale*)

Skala ini dikembangkan oleh Osgood, Suci, dan Tannerbaum (1957) untuk mengukur sikap responden terhadap suatu objek. Skala ini berbeda dengan skala sebelumnya, karena responden diminta menentukan posisi mereka pada pasangan kata yang bersifat berlawanan, seperti baik–buruk, aktif–pasif, bijaksana–bodoh, dan sebagainya. Skala ini terdiri dari tujuh tingkat, dengan angka 4 menunjukkan posisi yang relatif netral. Skor sikap individu diperoleh dengan menjumlahkan semua jawaban. Semakin tinggi skor yang diperoleh, semakin positif sikap individu terhadap objek, orang, atau masalah yang ditanyakan.

2.2 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.2.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses pembelajaran yang dilakukan baik secara formal maupun non formal yang bertujuan untuk mendidik, memberikan ilmu pengetahuan, serta mengembangkan potensi diri yang ada dalam diri setiap manusia (Rachmawati, 2019).

Pendidikan Kesehatan merupakan aplikasi atau penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Secara umum pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan dan sikap seseorang dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Susilo *and* Mustain, 2022).

2.2.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut Rachmawati (2019), tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk membentuk pemahaman, sikap, dan perilaku individu maupun masyarakat agar:

1. Menyadari pentingnya kesehatan sebagai bagian utama dalam kehidupan dan mampu menempatkannya sebagai prioritas dalam upaya mencapai hidup yang sehat.
2. Mengubah perilaku kesehatan menuju pola hidup sehat melalui peningkatan pengetahuan, sikap positif, dan kemampuan untuk mengambil keputusan sehat secara mandiri.
3. Mampu memanfaatkan fasilitas dan pelayanan kesehatan secara tepat, efektif, dan sesuai kebutuhan.
4. Berperan aktif dalam peningkatan derajat kesehatan, baik bagi diri sendiri, keluarga, maupun komunitas.
5. Mencapai kesehatan secara menyeluruh meliputi aspek jasmani, rohani, sosial, dan ekonomi.
6. Menerapkan dan membiasakan perilaku hidup sehat secara konsisten dalam kehidupan sehari-hari sehingga terbentuk budaya hidup sehat yang berkelanjutan.

2.2.3 Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Indriawan & Kusumaningrum (2021), metode pendidikan kesehatan merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses penyampaian edukasi dan menjadi komponen penting yang perlu diperhatikan. Metode ini dibagi menjadi tiga kategori utama:

1. Metode Pendidikan Individual

Metode ini diterapkan untuk membina perilaku baru pada individu yang mulai menunjukkan ketertarikan terhadap perubahan perilaku. Pendekatan individual digunakan karena setiap orang memiliki kebutuhan, masalah, dan alasan perubahan yang berbeda. Contoh metode individual meliputi:

a) Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and Counseling*): Metode yang memungkinkan komunikasi lebih intensif antara penyuluh dan klien sehingga masalah dapat diidentifikasi dan dibantu penyelesaiannya.

b) Wawancara (*Interview*): Digunakan untuk menggali informasi lebih mendalam mengenai alasan individu belum menerima atau melakukan perubahan, sehingga dapat diberikan edukasi tambahan sesuai kebutuhannya.

2. Metode Pendidikan Kelompok

Pemilihan metode dalam kelompok bergantung pada ukuran kelompok dan tingkat pendidikan formal peserta.

a) Kelompok kecil (<15 orang)

Metode yang sesuai untuk kelompok kecil antara lain:

1) Diskusi kelompok: Percakapan terstruktur antara tiga orang atau lebih dengan adanya pemimpin diskusi.

2) *Brainstorming* (sumbang saran): Peserta diminta memberikan pendapat tanpa komentar hingga semua

pendapat terkumpul, kemudian dilanjutkan dengan diskusi.

3) *Snowballing*: Peserta awalnya berdiskusi berpasangan, kemudian kelompok kecil digabung bertahap hingga terbentuk diskusi seluruh peserta.

b) Kelompok besar (>15 orang)

Metode yang cocok untuk kelompok besar yaitu:

1) Ceramah: Penyampaian materi secara langsung oleh pemateri kepada peserta.

2) Seminar: Presentasi oleh ahli mengenai topik penting yang relevan, biasanya ditujukan bagi kelompok dengan tingkat pendidikan menengah ke atas.

3. Metode Promosi Kesehatan Massa

Metode ini digunakan untuk menjangkau sasaran dalam jumlah besar. Contoh metode promosi kesehatan massa antara lain:

a) Ceramah umum *(public speaking)*.

b) Penyampaian pesan kesehatan melalui media elektronik seperti televisi dan radio.

c) Simulasi atau dialog antara pasien dan tenaga kesehatan.

d) Artikel, konsultasi, atau tanya jawab di media cetak seperti majalah dan surat kabar.

e) Media luar ruang seperti *billboard*, spanduk, dan poster sebagai sarana penyebaran pesan kesehatan.

2.2.4 Media Pendidikan Kesehatan

Media dalam edukasi kesehatan merupakan alat atau sarana komunikasi yang digunakan untuk menyampaikan berbagai pesan terkait kesehatan. Media ini berfungsi sebagai perantara untuk menampilkan informasi yang ingin dikomunikasikan oleh edukator kesehatan kepada masyarakat. Menurut Rachmawati (2019), media edukasi kesehatan dapat dikelompokkan menjadi tiga jenis, yaitu media cetak, media elektronik, dan media papan.

1. Media Cetak
    a. *Booklet*, yaitu media berisi tulisan dan gambar yang digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat yang memiliki kemampuan membaca.
    b. *Leaflet*, yaitu lembar cetak yang dilipat dan berisi tulisan, gambar, atau kombinasi keduanya.
    c. *Flyer*, mirip dengan leaflet namun tidak dilipat.
    d. *Flip chart*, yaitu lembar balik berbentuk buku yang menampilkan gambar di bagian depan dan penjelasan atau pesan kesehatan di bagian belakang setiap lembar.
    e. Poster, yaitu media visual berisi pesan kesehatan yang biasanya ditempel pada dinding di area publik.
    f. Foto, yaitu media visual yang dapat menggambarkan suatu masalah atau informasi kesehatan tertentu.

2. Media Elektronik
    a. Televisi, yang dapat menayangkan ceramah, sinetron, drama, atau diskusi interaktif terkait kesehatan.
    b. Radio, yang dapat menghadirkan ceramah, siaran tanya jawab, atau bentuk audio lainnya.
    c. VCD (*Video Compact Disc*) sebagai sarana pemutaran materi edukasi kesehatan.
    d. Slide presentasi, yang dapat digunakan sebagai media penyampaian informasi dalam kegiatan edukasi.
    e. Video, yaitu teknologi yang memungkinkan perekaman, pengolahan, dan pemutaran gambar bergerak untuk menyampaikan pesan kesehatan.
3. Media Papan, yaitu papan informasi yang dipasang di lokasi-lokasi publik dan digunakan untuk menampilkan pesan-pesan kesehatan dalam kegiatan tertentu.

2.3 Konsep Siswa

2.3.1 Pengertian Siswa

Didalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), siswa adalah murid terutama pada tingkat sekolah dasar dan menengah; pelajar. Menurut Undang-Undang No. 20 Tahun 2003, peserta didik (siswa) adalah "anggota masyarakat yang berusaha mengembangkan potensi diri melalui proses pembelajaran yang tersedia pada jalur, jenjang, dan jenis pendidikan tertentu".

Menurut Astawa (2022), mengemukakan bahwa murid adalah individu yang sedang menjalani proses pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan fitrahnya masing-masing, sehingga membutuhkan bimbingan dan arahan yang berkesinambungan agar dapat mencapai potensi fitrah secara maksimal.

Berdasarkan definisi-definisi yang dikemukakan di atas, dapat disimpulkan bahwa siswa adalah individu atau anggota masyarakat yang sedang berada dalam proses pembelajaran dan pertumbuhan, baik secara formal maupun nonformal. Siswa berupaya mengembangkan potensi diri melalui kegiatan belajar yang disediakan pada jalur, jenjang, dan jenis pendidikan tertentu, serta memerlukan bimbingan dan arahan agar kemampuan dan potensi yang dimilikinya dapat berkembang secara optimal.

2.3.2 Karakteristik Siswa

Menurut Slameto (2010), keberhasilan siswa dalam proses belajar-mengajar dipengaruhi oleh beberapa karakteristik, antara lain:

1. Usia

   Usia menentukan apa yang perlu diajarkan dan bagaimana penyampaiannya. Perbedaan usia akan memengaruhi kebutuhan, kompetensi, serta kemampuan kognitif siswa.

2. Motivasi siswa

   Motivasi intrinsik muncul dari dalam diri siswa sendiri, sedangkan motivasi ekstrinsik timbul karena dorongan atau pengaruh dari faktor luar.

3. Kognitif dan afektif

   Kognitif berkaitan dengan kemampuan mental, nalar, dan fungsi intelektual, sedangkan afektif berkaitan dengan sikap, nilai, dan perasaan siswa.

4. Latar belakang sosial ekonomi

   Siswa yang berasal dari keluarga dengan kondisi ekonomi kurang menguntungkan cenderung memiliki rasa percaya diri yang rendah dan sering bersikap tertutup karena rasa malu berinteraksi dengan teman sebaya.

2.4 Konsep Palang Merah Remaja (PMR)

2.4.1 Pengertian Palang Merah Remaja

Palang Merah Remaja (PMR) merupakan wadah pembinaan dan pengembangan remaja yang menjadi anggota Palang Merah Indonesia (PMI). Anggota PMR berperan sebagai salah satu kekuatan PMI dalam melaksanakan kegiatan kemanusiaan, terutama di bidang kesehatan dan kesiapsiagaan bencana, sekaligus menerapkan prinsip-prinsip dasar Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah internasional serta mendukung penguatan kapasitas organisasi PMI.

PMR menjadi organisasi binaan PMI yang bertujuan membentuk dan mengembangkan karakter kepalangmerahan pada remaja sehingga siap menjadi relawan PMI di masa mendatang. Kegiatan PMR umumnya berpusat di sekolah-sekolah atau komunitas masyarakat, seperti sanggar atau kelompok belajar (Palang Merah Indonesia, 2022).

2.4.2 Prinsip Dasar Palang Merah Remaja

Dalam PMR terdapat 7 Prinsip Dasar yang harus diketahui dan dilaksanakan oleh setiap anggotanya. Prinsip-prinsip ini dinamakan "7 Prinsip Dasar Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Internasional" (*Seven Fundamental principle of Red Cross nd Red Crescent*) (Palang Merah Indonesia, 2022). Ketujuh prinsip tersebut adalah:

a. Kemanusiaan
b. Kecocokan
c. Kenetralan
d. Keadaan mandiri
e. Kesukarelaan
f. Kesatuan
g. Kesemestaan

2.4.3 Klasifikasi Palang Merah Remaja

Di Indonesia ada 3 tingkatan PMR yang dikategorikan sesuai dengan jenjang pendidikan atau usia pesertanya (Palang Merah Indonesia, 2022). Ketiga kategori tersebut antara lain:

a. PMR Mula adalah PMR denga tingkatan setara pelajar Sekolah Dasar (10-12 tahun). Warna slayer hijau muda
b. PMR Madya adalah PMR dengan tingkatan setara pelajar Sekolah Menengah Pertama (12-15 tahun). Warna slayer biru.
c. PMR Wira adalah PMR dengan tingkatan setara pelajar Sekolah Menengah Atas (15-17). Warna slayer kuning cerah.

2.4.4 Tri Bhakti Palang Merah Remaja

Setiap anggota PMR wajib memahami tugas pokok dari PMR yang dikenal sebagai Tri Bhakti PMR. Inti dari Tri Bhakti PMR adalah sebagai berikut (Palang Merah Indonesia, 2022):

a. Meningkatkan keterampilan hidup sehat.
b. Berkarya dan berbakti di masyarakat.
c. Mempererat persahabatan nasional dan internasional.

2.5 Konsep Bantuan Hidup Dasar

2.5.1 Pengertian Bantuan Hidup Dasar

Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah tindakan yang diberikan dalam situasi kegawatdaruratan medis seperti henti jantung, serangan jantung, stroke, gangguan pernapasan, atau penyumbatan saluran napas secara tiba-tiba. BHD, yang juga dikenal sebagai Resusitasi Jantung Paru (RJP), mencakup pemberian napas buatan dan penekanan dada kepada individu yang mengalami henti napas atau henti jantung. Jika dilakukan secara cepat dan tepat, BHD dapat meningkatkan kemungkinan bertahan hidup serta meminimalkan risiko kerusakan permanen pada organ vital (Maria and Wardhani, 2023).

Bantuan Hidup Dasar (BHD) atau *Basic Life Support* (BLS) adalah bentuk perawatan medis awal yang diberikan untuk menangani kondisi atau cedera yang mengancam nyawa, hingga pasien dapat menerima perawatan penuh dari tenaga medis profesional atau penyedia dukungan

hidup tingkat lanjut, seperti paramedis, perawat, dan dokter (Ghozali *et al.,* 2023).

2.5.2 Tujuan Bantuan Hidup Dasar

Tujuan utama dari tindakan pertolongan BHD adalah memberikan oksigenasi darurat secara efektif kepada organ vital seperti otak dan jantung melalui ventilasi buatan dan sirkulasi buatan. (Rustandi *et al.*, 2023a) mengemukakan bahwa tujuan dari diberikannya BHD adalah sebagai berikut:

1. Mempertahankan dan mengembalikan fungsi oksigenasi pada organorgan vital seperti otak, jantung, dan paru-paru.
2. Menjaga kelangsungan hidup dan mencegah kemungkinan kematian.
3. Mengurangi risiko timbulnya komplikasi akibat kecelakaan.
4. Menghindari tindakan yang berpotensi membahayakan korban.
5. Memberikan perlindungan kepada individu yang tidak sadarkan diri.
6. Mencegah terhentinya sirkulasi darah atau pernapasan. Memberikan pertolongan eksternal terhadap sirkulasi dan pernapasan bagi korban yang mengalami henti jantung atau henti napas melalui Resusitasi Jantung Paru (RJP).

2.5.3 Indikasi Bantuan Hidup Dasar

Ada beberapa indikasi dalam memberikan bantuan hidup dasar yang dikemukakan oleh *American Health Association* (2020), antara lain:

1. Henti Jantung (*Cardiac Arrest*)

Henti jantung merupakan kondisi kegawatdaruratan medis yang ditandai dengan terhentinya aktivitas denyut jantung secara tiba-tiba, sehingga menyebabkan gangguan sirkulasi darah ke seluruh tubuh. Fenomena ini dapat dipicu oleh berbagai faktor patologis, seperti penyakit jantung, kejang, stroke, reaksi alergi berat, diabetes, serta trauma fisik yang signifikan. Pada kelompok usia bayi, henti jantung sering kali merupakan konsekuensi dari gangguan pernapasan berat yang berujung pada henti napas. Seluruh kondisi tersebut bermuara pada kegagalan oksigenasi seluler, khususnya pada organ vital seperti otak dan jantung.

Secara klinis, henti jantung dapat dikenali melalui sejumlah tanda khas, antara lain hilangnya kesadaran secara mendadak, tidak terdengarnya bunyi jantung, dilatasi pupil dalam waktu sekitar 45 detik, serta kemungkinan munculnya kejang. Indikator paling valid untuk memastikan terjadinya henti jantung adalah tidak terabanya denyut nadi karotis, yang menjadi penanda utama dalam penilaian awal kegawatdaruratan kardiovaskular.

2. Henti Nafas (*Respiratory Arrest*)

Henti napas (*respiratory arrest*) merupakan kondisi kegawatdaruratan yang dapat dipicu oleh berbagai faktor, seperti stroke yang terjadi secara tiba-tiba, keracunan obat, paparan asap, uap, atau gas berbahaya, tenggelam, obstruksi jalan napas oleh benda asing, tercekik, maupun trauma fisik. Keadaan ini ditandai dengan

tidak adanya gerakan dada serta terhentinya aliran udara dari dan ke saluran pernapasan pasien. Dalam situasi seperti ini, tindakan Bantuan Hidup Dasar (BHD) harus segera dilakukan.

Pada fase awal henti napas, oksigen yang tersisa dalam tubuh masih mampu mengalirkan darah ke otak dan organ vital lainnya. Oleh karena itu, pemberian bantuan napas pada tahap ini sangat krusial untuk mempertahankan kehidupan pasien dan mencegah terjadinya gangguan perfusi organ yang dapat berujung pada henti jantung.

2.5.4 Langkah-langkah Bantuan Hidup Dasar

Langkah-langkah *Basic Life Support* menurut *American Heart Association* (2015), antara lain:

1. Melakukan 3A (Aman)

   Sebelum melakukan pertolongan harus diingat bahwa tidak jarang anda memasuki keadaan yang berbahaya. Selain beresiko infeksi anda juga dapat menjadi korban jika tidak memperhatikan kondisi sekitar pada saat melakukan pertolongan. Maka ada beberapa hal yang harus dilakukan penolong pada korban yaitu:

   a. Memastikan Keamanan Diri Sendiri

      Dalam konteks pemberian pertolongan, aspek keamanan pribadi harus menjadi prioritas utama. Hal ini dikarenakan efektivitas tindakan bantuan akan terhambat apabila individu yang memberikan pertolongan berada dalam situasi berisiko. Terdapat ironi ketika seseorang berniat membantu, namun justru

terpapar bahaya akibat kelalaian terhadap kondisi dirinya sendiri. Oleh karena itu, penggunaan alat pelindung diri (APD) seperti sarung tangan dan masker sangat dianjurkan bagi penolong. Sarung tangan berfungsi untuk mencegah terjadinya infeksi silang dan mengurangi risiko transmisi mikroorganisme, sementara masker digunakan sebagai upaya proteksi terhadap penularan penyakit yang menyebar melalui udara.

b. Memastikan Keamanan Lingkungan

Penolong harus memastikan bahwa tidak ada bahaya lain yang ada disekitar korban yang dapat memperparah kondisi korban.

c. Memastikan Keamann Korban

Posisikan korban pada tempat datar dan keras karena ini merupakan posisi yang efektif untuk melakukan BHD. Jika korban ditemukan dalam posisi miring atau tengkurap, penolong harus membalikan korban sebagai satu kesatuan antara kepala, leher, dan bahu digerakkan secara bersama-sama. Jika posisi sudah terlentang, korban harus dipertahankan pada posisi horizontal dengan alas tidur yang keras dan kedua tangan diletakan disamping tubuh.

2. Mengecek Kesadaran Korban

Menilai respon korban bisa dilakukan dengan metode AVPU, yaitu: *Alert, Verbal, Pain*, dan *Unresponssive*.

a. *Alert* yaitu mengecek kesadaran korban (pasien terjaga, resposif, berorientasi, dan berbicara dengan petugas). Jika korban tidak berespon lakukan metode selanjutnya.
b. *Verbal* yaitu respon panggilan. Lakukan dengan cara memanggil korban "pak bangun pak" sambil menepuk-nepuk pundak korban. Jika korban tidak berespon lakukan metode selanjutnya.
c. *Pain* yaitu respon nyeri. Lakukan dengan cara mencubit korban atau dengan memberikan rangsangan nyeri di dada korban.
d. *Unresponsive* yaitu korban tidak berespon. Jika pasien tidak berespon, selanjutnya cek nadi karotis selama 10 detik sambil mengecek nafas korban dengan mendengarkan hembusan nafas dan melihat pergerakan dinding dada korban.

3. Meminta Bantuan

Jika korban berada pada kondisi tidak ada respon (*Unresponssive*), Segera hubungi 118/*ambulans*/rumah sakit atau bantuan yang lain. Bisa juga meminta bantuan orang sekitar untuk membantu menghubunginya. Penolong harus siap dengan jawaban mengenai lokasi kejadian, kejadian yang sedang terjadi, jumlah korban dan bantuan yang dibutuhkan. Rangkaian tindakan tersebut dapat dilakukan secara bersamaan apabila pada lokasi kejadian terdapat lebih dari satu penolong misalnya penolong pertama memeriksa respon korban kemudian melanjutkan tindakan BHD

sedangkan penolong kedua mengaktifkan SPGDT dengan menelpon ambulans terdekat dan mengambil alat kejut jantung otomatis (AED).

4. Mengecek Nadi Karotis dan Pernafasan Pasien

   Setelah mengaktifkan sistem kegawatdaruratan, segera cek nadi karotis dan mengecek nafas korban kurang dari 10 detik.

5. Melakukan RJP dan Memberikan Bantuan Nafas

   Jika nadi karotis tidak teraba dan nafas korban tidak ada, segera mulai RJP dengan diawali kompresi dada. Namun, jika nadi teraba berikan nafas buatan tiap 5-6 detik dengan tidal volume sampai terlihat adanya 15 pengembangan dada, kemudian cek nadi karotis kembali setiap 2 menit (*rescue breathing*). RJP terdiri dari penekanan pada dada dan bantuan nafas dengan perbandingan 30:2 berarti 30 kali kompresi dan kemudian dilanjutkan dengan memberikan 2 kali bantuan nafas. Bantuan napas diberikan jika penolong yakin melakukannya. Kompresi dada yang dilakukan dengan prinsip tekan kuat, tekan cepat dan mengembang sempurna. Memaksimalkan efektivitas kompresi dada, korban harus berada di tempat yang permukaannya datar. Penolong meletakkan pangkal telapak tangan di tengah dada korban dan meletakkan tangan yang lain di atas tangan yang pertama dengan jari-jari saling mengunci dan lengan tetap lurus. Penolong memberikan penekanan dada dengan kedalaman minimal 5-6 cm (prinsip tekan kuat) dengan minimal 100-120 kali permenit (prinsip tekan cepat). Penolong juga

harus memberikan waktu bagi dada korban untuk mengembang kembali, untuk memungkinkan darah terisi terlebih dahulu pada jantung (prinsip mengembang sempurna). Penolong juga harus meminimalisasi interupsi saat melakukan penekanan (prinsip interupsi minimal). Bantuan nafas diberikan setelah membuka jalan nafas korban dengan teknik mengadahkan kepala dan mengangkat dagu (*head tilt-chin lift*). Setelah itu cuping hidung korban dijepit menggunakan ibu jari dan telunjuk agar tertutup kemudian diberikan nafas buatan sebanyak dua kali, masing masing sekitar 1 detik buang nafas seperti biasa melalui mulut. Bantuan nafas diberikan langsung dari mulut atau menggunakan pelindung wajah yang diletakkan diwajah korban lalu berikan nafas buatan. Lihat dada korban saat memberikan nafas buatan, apakah dadanya mengembang atau tidak, kemudian tunggu hingga kembali turun dan berikan nafas buatan berikutnya. RJP dilakukan bergantian setiap 2 menit (5 siklus RJP) dengan penolong lain. Penolong melakukan kompresi dada sampai alat kejut jantung otomatis (AED) datang dan siap untuk digunakan atau bantuan dari tenaga kesehatan telah datang. Setelah melakukan RJP 5 siklus, kemudian cek nadi karotis dan pernapasan lagi.

Kriteria untuk mengakhiri RJP menurut (AGD, 2018) yaitu : 1) Adanya sirkulasi spontan yang ditandai dengan, korban bergerak atau terdapat nadi dan nafas; 2) Tim lain datang atau tim bantuan hidup lanjut datang; 3) Penolong kelelahan, lingkungan yang

berbahaya atau kelangsungan usaha resusitasi dalam bahaya; 4) Terdapat tanda-tanda kematian

6. Melakukan kejut jantung dengan alat kejut jantung otomatis (AED)

   Alat kejut jantung otomatis (AED) merupakan alat yang dapat memberikan kejutan listrik pada korban. Pertama pasang terlebih dahulu bantalan (*pad*) alat kejut jantung otomatis pada dada korban sesuai instruksi yang ada pada alat, setelah dinyalakan ikuti instruksi dari alat tersebut yaitu jangan menyentuh korban karena alat kejut jantung otomatis akan menganalisis Irama jantung korban. Kemudian minta orang-orang agar tidak ada yang menyentuh korban, lalu penolong menekan tombol kejut jantung pada alat. Penekanan pada dada segera setelah alat memberikan kejutan listrik pada korban. Hal ini dilakukan untuk mengembalikan kelistrikan jantung seperti semula.

7. Melakukan *Recovery Position*

   Posisi pemulihan dilakukan jika korban sudah bernapas dengan normal. Korban dimiringkan agar tidak ada tekanan pada dada korban yang bisa mengganggu pernapasan. Rekomendasi posisi pemulihan adalah meletakkan tangan kanan korban ke atas, tekuk kaki kiri korban, kemudian tarik korban sehingga korban miring ke arah lengan di bawah kepala korban.

2.5.5 Langkah-langkah Bantuan Hidup Dasar untuk Masyarakat Awam

Menurut *American Heart Association* (2015), ada beberapa langkah-langkah bantuan hidup dasar untuk masyarakat awam yaitu:

1. Pastikan penolong, lingkungan sekitar, dan korban aman
2. Cek respon korban:
    a. Jika tidak ada respon
    b. Tidak bernafas
    c. Nafas tidak normal (mangap-mangap)
3. Minta seseorang untuk memanggil ambulan atau menelpon rumah sakit terdekat dan meminta untuk membawakan AED (*Automated External Defibrillator*) jika tersedia. Jika anda sendirian, gunakan telepon genggam anda untuk memanggil ambulan.
4. Jika anda belum terlatih atau tidak mampu memberikan bantuan ventilasi, maka anda hanya berikan kompresi dada minimal 100 kali/menit (30 kali kompresi dada).
5. Lanjutkan memberikan RJP sampai:
    a. Penolong terlatih tiba dan mengambil alih
    b. Korban mulai menunjukkan kesadaran kembali, misalnya batuk, membuka mata, berbicara, bergerak, dan mulai bernafas normal.
    c. Penolong sudah lelah melakukan RJP.

2.6 Tingkat Pengetahuan dan Sikap Siswa PMR Terhadap Bantuan Hidup Dasar

Penelitian mengenai tingkat pengetahuan dan sikap siswa terhadap Bantuan Hidup Dasar (BHD) menunjukkan bahwa pemahaman dan sikap yang memadai penting untuk meningkatkan kesiapsiagaan dalam menghadapi kondisi

darurat. Siswa yang aktif dalam kegiatan ekstrakurikuler Palang Merah memiliki peluang besar memberikan pertolongan pertama apabila dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan BHD.

Penelitian yang dilakukan oleh Astawa (2022), dengan judul " Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Sikap Siswa Tentang Bantuan Hidup Dasar di SMA Negeri 5 Denpasar" menemukan bahwa 67,3% dari 330 responden memiliki tingkat pengetahuan baik tentang bantuan hidup dasar dan 99,0% memiliki sikap positif tentang bantuan hidup dasar. Penelitian yang sama juga dilakukan oleh Ruth (2022) dengan judul "Gambaran Pengetahuan Tentang Bantuan Hidup Dasar Mahasiswa Prodi Ners Tingkat 3 Stikes Santa Elisabeth Medan" menemukan bahwa mayoritas penegtahuan mahasiswa tentang bantuan hidup dasar masuk ke kategori cukup yakni 61 dari 85 responden (54,5%). Selanjutnya, penelitian lain yang dilakukan oleh Yasin *et al.* (2020), dengan judul "Pengetahuan Remaja Tentang Resusitasi Jantung Paru Berhubungan Dengan Efikasi Diri Remaja Di SMK Negeri 2 Singosari Malang" menemukan bahwa 75,5% dari 110 responden memiliki pengetahuan rendah dan 56,5% dari 110 responden memiliki efikasi diri rendah. Terakhir, penelitian dari Susilo and Mustain (2022), yang berjudul "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) Terhadap Tingkat Pengetahuan Anggota PMR di SMKN 1 Bawen" menemukan bahwa dari 32 responden memiliki rata-rata nilai pengetahuan tentang bantuan hidup dasar sebesar 71,22.

Dari uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa meskipun beberapa penelitian menunjukkan pengetahuan dan sikap yang baik, masih terdapat variasi yang signifikan tergantung kelompok dan lokasi penelitian. Selain itu, sebagian

besar penelitian sebelumnya tidak meneliti secara spesifik siswa PMR di SMA Negeri 7 Kota Malang, sehingga belum ada gambaran yang jelas mengenai tingkat pengetahuan dan sikap siswa PMR di sekolah tersebut terhadap Bantuan Hidup Dasar. Hal ini menjadi celah penelitian yang penting untuk diisi melalui kajian saat ini.

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus deskriptif. Penelitian ini memfokuskan pada satu kelompok siswa PMR SMA Negeri 7 Kota Malang untuk menggambarkan perubahan perilaku mereka yang meliputi pengetahuan, sikap, dan keterampilan mengenai Bantuan Hidup Dasar (BHD) setelah diberikan pendidikan kesehatan dan demonstrasi. Proses penelitian dilakukan melalui tiga tahap, yaitu pre-test, pemberian edukasi dan demonstrasi BHD, serta post-test untuk melihat perubahan perilaku sebelum dan sesudah intervensi.

3.2 Subjek Penelitian

Subjek penelitian ditentukan menggunakan *purposive sampling*, yaitu peneliti memilih 7 siswa anggota PMR yang aktif dan dianggap mampu memberikan informasi yang mendalam tentang pengetahuan dan sikap terkait Bantuan Hidup Dasar (BHD).

3.2.1 Kriteria Inklusi

1. Siswa anggota PMR aktif di SMA Negeri 7 Kota Malang.
2. Bersedia mengikuti seluruh rangkaian penelitian (*pre-test*, edukasi + demonstrasi, *post-test*) dan menandatangani *informed consent.*
3. Memiliki kemampuan komunikasi cukup untuk mengikuti instruksi (bisa memahami bahasa Indonesia).

3.2.2 Kriteria Eksklusi

1. Memiliki kondisi fisik yang menghalangi partisipasi praktik keterampilan.
2. Tidak hadir pada salah satu fase utama (*pre-test* atau edukasi atau *post-test*).
3. Menolak atau mencabut persetujuan sewaktu-waktu.

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di SMA Negeri 7 Kota Malang, yang beralamat di Jl. Cengger Ayam I No.14, Tulusrejo, Kec. Lowokwaru, Kota Malang, Jawa Timur. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Januari sampai bulan Februari tahun 2026.

3.4 Fokus Studi dan Definisi Operasional

Fokus studi penelitian ini adalah menilai perilaku siswa PMR SMA Negeri 7 Kota Malang yang meliputi pengetahuan, sikap, dan keterampilan mengenai Bantuan Hidup Dasar (BHD) setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan demonstrasi. Fokus studi penelitian tersebut dijabarkan pada Definisi operasional berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Fokus Studi Penelitian

No	Fokus Studi	Definisi	Parameter	Instrumen	Pengolahan Data
1	Perilaku siswa PMR SMA Negeri 7 Kota Malang tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) sebelum dan sesudah dilakukan demonstrasi	Perubahan perilaku siswa PMR yang mencakup ranah pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam melakukan Bantuan Hidup Dasar sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan dan demonstrasi.	1. Pengetahuan: a. Pemahaman konsep dasar BHD. b. Pengenalan keadaan gawat darurat. c. Langkah-langkah BHD d. Pengetahuan tentang aktivasi sistem gawat darurat. e. Pengetahuan prosedur ventilasi. f. Pengetahuan evaluasi hasil tindakan. g. Pengetahuan keselamatan penolong. 2. Sikap: a. Kesadaran akan pentingnya BHD. b. Keinginan untuk membantu korban gawat darurat. c. Kepercayaan diri dalam melakukan BHD. d. Penerimaan terhadap prosedur standar BHD. e. Sikap terhadap keselamatan penolong dan korban. f. Kemauan bertindak dalam kondisi darurat. 3. Keterampilan: a. Kesiapan awal dalam menolong. b. Penilaian kondisi korban. c. Pelaksanaan kompresi dada. d. Pembukaan jalan napas (*Airway*). e. Pemberian ventilasi (*Breathing*). f. Koordinasi tindakan CAB. g. Evaluasi hasil tindakan. h. Komunikasi selama tindakan.	1. Kuesioner dengan skala Guttman, berisi pernyataan dengan kategori jawaban: Benar/Salah 2. Kuesioner dengan skala *Likert* 4 poin: - Sangat Setuju = 4 - Setuju = 3 - Tidak Setuju = 2 - Sangat Tidak Setuju = 1 3. Lembar observasi/ *checklist*: mengukur keterampilan subjek dalam melakukan bantuan hidup dasar sebelum dan setelah edukasi	Kategori skor: Baik (76 - 100%) Cukup (56 - 75%) Kurang <56%
2	Pendidikan kesehatan dengan demonstrasi tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD)	Pemberian pendidikan kesehatan dengan menyampaikan materi edukasi teori Bantuan Hidup Dasar dan demonstrasi langsung teknik BHD menggunakan manekin, diberikan kepada siswa PMR dalam satu sesi pelatihan terstruktur.	1. Pengenalan Bantuan Hidup Dasar 2. Identifikasi kondisi gawat darurat 3. Pengenalan prinsip keselamatan penolong dan korban 4. Langkah-langkah Bantuan Hidup Dasar 5. Teori dan Teknik Kompresi Dada 6. Demonstrasi Bantuan Hidup Dasar Pada Manekin	1. Satuan Acara Penyuluhan (SAP) 2. Media: Power point dan buku saku 3. Alat peraga (manekin)	Didokumenta-sikan secara deskriptif naratif mengenai proses pelaksanaan edukasi dan demonstrasi.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang disusun berdasarkan fokus penelitian. Detail instrumen sebagai berikut:

1. Kuesioner Pengetahuan tentang BHD

   Kuesioner pengetahuan tentang BHD menggunakan kuesioner yang dibuat oleh peneliti. Kuesioner ini terdiri dari 15 pernyataan yang menggunakan skala Guttman. Pada pernyataan terdapat dua pilihan jawaban yaitu, jika pernyataan benar mendapat nilai 1 dan salah mendapat nilai 0. Dengan rentang sebagai berikut:

   1) Pengetahuan baik (76%-100%)
   2) Pengetahuan cukup (65%-75%)
   3) Pengetahuan kurang (<56%)

2. Kuesioner Sikap siswa tentang BHD

   Kuesioner sikap siswa tentang BHD dibuat oleh peneliti sendiri yang terdiri dari 15 pernyataan positif dan negatif dengan skala *Likert*. Pada pernyataan terdapat 4 pilihan jawaban berupa sangat setuju (SS) dengan skor 4, setuju (S) dengan skor 3, tidak setuju (TS) dengan skor 2, dan sangat tidak setuju (STS) dengan skor 1 untuk pernyataan yang positif, sedangkan untuk pernyataan negatif untuk sangat setuju (SS) diberi kode 1, setuju (S) diberi kode 2, tidak setuju (TS) diberi kode 3, dan untuk sangat tidak setuju (STS) diberi kode 4. Dengan rentang sebagai berikut:

a. Sikap positif (76%-100%)
b. Sikap netral (56%-75%)
c. Sikap negatif (<56%)

3. Lembar observasi/*checklist* keterampilan

Keterampilan siswa PMR dalam melakukan Bantuan Hidup Dasar (BHD) dinilai menggunakan checklist keterampilan/OSCE yang dibuat oleh peneliti. Checklist ini terdiri dari 13 langkah penting BHD dan Setiap langkah dinilai menggunakan skala 1 = dilakukan dengan benar/ lengkap dan 0 = tidak dilakukan/ salah. Skor total kemudian dikonversi menjadi persentase dan dikategorikan sebagai berikut:

a. Keterampilan baik (76%–100%)
b. Keterampilan cukup (56%–75%)
c. Keterampilan kurang (<56%)

Sebelum digunakan, instrumen diuji validitas dan reliabilitas untuk memastikan alat ukur mampu menangkap data secara akurat dan konsisten.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan secara langsung melalui observasi, kuesioner, dan penilaian keterampilan. Data dikumpulkan pada tiga tahap, yaitu *pre-test*, intervensi pendidikan kesehatan dengan demonstrasi Bantuan Hidup Dasar (BHD), dan *post-test*.

1. *Pre-test*: peserta mengisi kuesioner pengetahuan dan skala sikap yang telah disiapkan dan diuji validitasnya.

2. Intervensi: peserta diberikan edukasi dan demonstrasi BHD berupa teori singkat, demonstrasi langkah BHD, praktik terbimbing menggunakan manekin.
3. *Post-test*: peserta kembali dinilai menggunakan kuesioner pengetahuan, skala sikap, dan checklist keterampilan yang sama dengan *pre-test* untuk melihat perubahan perilaku sebelum dan sesudah intervensi.

3.5.3 Langkah-langkah Pengumpulan Data

Adapun langkah pengumpulan data sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan
   a. Peneliti mengurus surat perijinan pengambilan data dari Poltekkes Kemenkes Malang yang ditujukan kepada Cabang Dinas Pendidikan Wilayah Kota Malang dan Batu Provinsi Jawa Timur sebagai pengantar melaksanakan penelitian.
   b. Setelah mendapat izin dan tembusan dari Cabang Dinas Pendidikan Wilayah Kota Malang dan Batu Provinsi Jawa Timur, kemudian peneliti akan menuju ke SMA Negeri 7 Kota Malang untuk memberikan surat pengantar penelitian.
   c. Setelah surat diterima oleh SMA Negeri 7 Kota Malang, peneliti menghadap Kepala SMA Negeri 7 Kota Malang untuk memohon ijin penelitian.
   d. Setelah mendapatkan ijin penelitian dari Kepala SMA Negeri 7 Kota Malang, peneliti mempersiapkan instrumen yang digunakan untuk penelitian.

e. Peneliti mengidentifikasi dan memilih subjek penelitian sesuai kriteria inklusi dan eksklusi menggunakan teknik *purposive sampling*.

2. Tahap Pelaksanaan

Setelah izin penelitian diperoleh dan beberapa hal yang telah dipersiapkan, selanjutnya ke tahap pelaksanaan, yaitu:

a. Peneliti berkoordinasi dengan pembina PMR SMA Negeri 7 Kota Malang untuk meminta daftar anggota aktif PMR.
b. Berdasarkan daftar tersebut, peneliti memilih 6 siswa anggota PMR aktif yang memenuhi kriteria sebagai subjek penelitian dengan teknik *purposive sampling*.
c. Peneliti menghubungi masing-masing calon subjek secara langsung untuk menjelaskan tujuan penelitian, prosedur pelaksanaan, serta meminta kesediaan berpartisipasi, dilengkapi dengan penandatanganan lembar *informed consent.*
d. Setelah subjek menyatakan kesediaannya, peneliti dan subjek menentukan jadwal pelaksanaan pre-test, intervensi edukasi + demonstrasi, dan post-test, serta lokasi yang kondusif yang memungkinkan praktik BHD menggunakan manekin.
e. *Pre-test*: peserta mengisi kuesioner pengetahuan dan skala sikap.
f. Intervensi**:** peserta diberikan edukasi kesehatan tentang BHD yang meliputi teori singkat, demonstrasi langkah BHD dan praktik terbimbing.

g. *Post-test*: peserta kembali dinilai menggunakan kuesioner pengetahuan, skala sikap, dan checklist keterampilan yang sama dengan pre-test untuk melihat perubahan perilaku sebelum dan sesudah intervensi.

h. Selama tahap pelaksanaan, peneliti melakukan pencatatan skor, dokumentasi foto/video, serta memastikan keselamatan peserta dan kualitas penilaian keterampilan.

3. Tahap Penutup

a. Setelah seluruh tahap selesai, peneliti mengucapkan terima kasih kepada subjek penelitian atas partisipasi dan waktu yang diberikan.

b. Hasil pengukuran pengetahuan, sikap, dan keterampilan dicatat dan dikompilasi untuk analisis kuantitatif dan deskriptif.

c. Instrumen dan dokumentasi disimpan dengan aman untuk menjaga kerahasiaan dan anonimitas peserta.

3.6 Analisa dan Penyajian Data

3.6.1 Analisa Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis deskriptif, dengan tujuan menggambarkan secara mendalam perubahan perilaku siswa PMR SMA Negeri 7 Kota Malang terkait Bantuan Hidup Dasar (BHD) sebelum dan sesudah intervensi edukasi serta demonstrasi. Analisis dilakukan sejak data dikumpulkan melalui kuesioner pengetahuan, skala sikap, dan obeservasi/*checklist* keterampilan. Data yang diperoleh dari

kuesioner dan observasi akan dilakukan *scoring* dengan penilian sebagai berikut :

1. Analisa data pengetahuan siswa PMR tentang bantuan hidup dasar

   Dalam proses analisis data mengenai pengetahuan siswa tentang Bantuan Hidup Dasar, variabel pengetahuan siswa diukur menggunakan skala *Guttman*, dengan dua alternatif jawaban yaitu benar dan salah. Untuk pernyataan positif, jawaban benar = 1 dan jawaban salah = 0. Sebaliknya, untuk pernyataan negatif, jawaban salah = 1 dan jawaban benar = 0. Perhitungan persentase skor dilakukan menggunakan rumus:

   Skor = $\frac{\sum B}{\sum S}$ x 100%

   Keterangan :

   ∑B = Total skor yang benar

   ∑S = Total soal

   Selanjutnya hasil persentase ditafsirkan dengan kategori persentase menurut Santoso (2001) sebagai berikut:

Tabel 3.2 Kategori Persentase

Persentase	Kategori
0%	Tidak satupun
1% - 24%	Sebagian kecil
25% - 49%	Hampir setengahnya
50%	Setengahnya
51% - 74%	Sebagian besar
75% - 99%	Hampir seluruhnya
100%	Seluruhnya

Sumber: Santoso (2001)

   Kemudian hasil persentase tingkat pengetahuan subjek tentang bantuan hidup dasar diklasifikasikan sebagai berikut:

   a. Pengetahuan baik (76%–100%)

b. Pengetahuan cukup (56%–75%)

c. Pengetahuan kurang (<56%).

2. Analisa data sikap siswa PMR tentang bantuan hidup dasar

Dalam analisis data mengenai sikap siswa terhadap Bantuan Hidup Dasar, ditetapkan rentang skor dari nilai terendah adalah 1 dan tertinggi adalah 4. Semakin rendah skor yang diperoleh responden, maka sikap siswa terhadap Bantuan Hidup Dasar dikategorikan negatif. Sebaliknya, semakin tinggi skor yang diperoleh, maka sikap siswa dikategorikan positif. Penilaian domain sikap diambil dari hasil pengisian lembar kuesioner sikap, akan diberi skor sebagai berikut :

Tabel 3.3 Skoring Kuisioner Sikap

Pernyataan *Favorable*	Sangat Setuju (SS)	: Skor 4
	Setuju (S)	: Skor 3
	Tidak Setuju (TS)	: Skor 2
	Sangat Tidak Setuju (STS)	: Skor 1
Pernyataan *Unfavorable*	Sangat Setuju (SS)	: Skor 1
	Setuju (S)	: Skor 2
	Tidak Setuju (TS)	: Skor 3
	Sangat Tidak Setuju (STS)	: Skor 4

Perhitungan persentase skor dengan skala *Likert* dilakukan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Skor} = \frac{\sum B}{\sum S} \text{ x } 100\%$$

Keterangan :

∑B = Total skor responden

∑S = Total skor maksimum

Hasil persentasi pengetahuan subjek tentang bantuan hidup dasar diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Sikap positif (76%–100%)
b. Sikap netral (56%–75%)
c. Sikap Negatif (<56%).

3. Analisa data keterampilan siswa PMR tentang bantuan hidup dasar

Penilaian domain keterampilan siswa PMR diambil dari hasil pengisian lembar observasi/*checklist* keterampilan selama praktik Bantuan Hidup Dasar. Setiap langkah keterampilan akan diberi skor sebagai berikut:

a. Tanda centang (√) pada kolom "Ya" (skor 1) menunjukkan siswa telah melakukan langkah BHD dengan benar dan lengkap sesuai prosedur.
b. Tanda centang (√) pada kolom "Tidak" (skor 0) menunjukkan siswa belum melakukan langkah BHD atau melakukan dengan tidak benar.

Skor total keterampilan kemudian dihitung dengan rumus berikut:

Rumus = $\frac{Total\ Skor}{Skor\ Maksimal}$ x 100%

Hasil presentase keterampilan subjek dalam melakukan langkah bantuan hidup dasar diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Keterampilan baik (76%–100%)
b. Keterampilan cukup (56%–75%)
c. Keterampilan kurang (<56%).

3.6.2 Penyajian Data

Penyajian data penelitian ini disesuaikan dengan desain studi kasus deskriptif, yaitu data disajikan secara narasi/kata-kata yang menggambarkan secara mendalam perilaku siswa PMR sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan demonstrasi BHD.

Data yang disajikan meliputi pengetahuan, sikap, dan keterampilan siswa dalam melakukan Bantuan Hidup Dasar, baik dari hasil kuesioner, skala sikap, maupun lembar observasi/*checklist* keterampilan. Untuk memperkuat narasi, penyajian data disertai dengan respons verbal atau komentar subjek selama praktik.

Selain narasi, penyajian data ini dilengkapi dengan tabel dan grafik yang menunjukkan perbandingan *skor pre-test* dan *post-test* tiap subjek pada masing-masing domain (pengetahuan, sikap, keterampilan), sehingga memudahkan pembaca memahami perkembangan perilaku siswa.

3.7 Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian untuk melindungi hak dan martabat responden. Peneliti memperhatikan masalah-masalah etika, anatara lain:

1. Perijinan

   Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada pihak-pihak terkait dan sudah diizinkan untuk melakukan penelitian di tempat yang dituju.

2. Lembar Persetujuan (*Informed Concent*)

   Sebelum pengumpulan data dilakukan, peneliti terlebih dahulu memberikan penjelasan kepada responden mengenai tujuan, manfaat, prosedur penelitian, serta hak responden untuk berpartisipasi atau menolak tanpa konsekuensi apapun. Setelah memahami penjelasan tersebut, responden yang bersedia menjadi partisipan diminta menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

3. Tanpa Nama (*Anonimity*)

   Dalam pengisian kuesioner, responden tidak diminta mencantumkan nama melainkan hanya inisial untuk menjaga kerahasiaan identitas responden dan menghindari kemungkinan pengenalan individu.

4. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

   Seluruh informasi yang diberikan oleh responden dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Data yang telah dikumpulkan tidak akan disebarluaskan atau digunakan untuk kepentingan lain di luar konteks penelitian ini.

5. Kebajikan dan Tidak Merugikan (*Beneficence and Non-Maleficence*)

   Penelitian ini tidak menimbulkan risiko fisik maupun psikologis bagi responden. Sebaliknya, hasil penelitian diharapkan dapat memberikan manfaat, baik bagi siswa PMR dalam meningkatkan perilaku siswa PMR terhadap Bantuan Hidup Dasar, maupun bagi sekolah sebagai bahan pertimbangan dalam program pelatihan pertolongan pertama. Selain itu, penelitian dilakukan sedemikian rupa agar tidak menimbulkan kerugian, bahaya, atau tekanan psikologis maupun fisik bagi responden.

6. Keadilan (*Justice*)

   Semua responden diperlakukan secara adil dan setara tanpa diskriminasi berdasarkan jenis kelamin, usia, kelas, atau status keanggotaan. Kesempatan untuk berpartisipasi diberikan kepada seluruh anggota PMR yang memenuhi kriteria inklusi.