

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. *Audiovisual* sebagai Media Pembelajaran BLS (*Basic Life Support*)

Media *audiovisual* adalah jenis media yang menggabungkan elemen suara dan gambar, media ini memiliki keunggulan karena mencakup kedua unsur tersebut. Dalam media *audiovisual*, terdapat dua komponen yang saling melengkapi, yaitu audio dan visual. Unsur audio memungkinkan pembaca untuk menerima informasi pembelajaran melalui pendengaran, sementara unsur visual membantu menyampaikan pesan pembelajaran melalui representasi visual. Kombinasi antara gambar dan suara menciptakan karakter yang mirip dengan objek aslinya. Beberapa alat yang termasuk dalam kategori media *audiovisual* adalah televisi, video, VCD, suara, dan film (Irawan, 2022).

Pemilihan media didasarkan pada tujuan pembelajaran yang telah ditetapkan, yang umumnya merujuk pada satu atau kombinasi dari tiga ranah: kognitif, afektif, dan psikomotor. Tujuan ini dapat diwujudkan dalam bentuk tugas yang harus diselesaikan atau didemonstrasikan oleh pembaca, seperti menghafal, melakukan aktivitas fisik yang melibatkan pemikiran prinsip-prinsip (misalnya sebab-akibat), menyelesaikan tugas yang membutuhkan pemahaman konsep atau hubungan perubahan, serta mengerjakan tugas-tugas yang memerlukan keterampilan berpikir tingkat tinggi.

Media *audiovisual* terbagi menjadi empat jenis. Pertama, ada *audio visual* diam, yang merupakan media yang menampilkan suara dan gambar statis, seperti slide *PowerPoint*. Kedua, terdapat *audio visual* gerak, yang menampilkan unsur suara dan gambar yang bergerak, seperti film suara dan video. Selanjutnya, *audio visual* murni adalah media yang memiliki unsur suara dan gambar yang berasal dari satu sumber, contohnya film dan video kaset. Terakhir, *audio visual* tidak murni adalah media yang menggabungkan unsur suara dan gambar dari sumber yang berbeda,

seperti film bingkai suara yang menggunakan gambar dari proyektor slide dan suara dari tape *recorder* (Serungke dkk., 2023).

Pemanfaatan media *audiovisual* dalam pembelajaran memberikan manfaat bagi berbagai pihak. Selain sangat membantu pembaca, media ini juga mendukung dalam proses pengajaran. Beberapa keuntungan dari penggunaan media *audiovisual* antara lain adalah membuat pembelajaran lebih menarik. *Audiovisual* menghadirkan gambar, video, atau suara, pembaca menjadi lebih tertarik dan terlibat, sehingga pembelajaran terasa lebih menyenangkan dan tidak membosankan. Selain itu, media *audiovisual* memudahkan pembaca dalam memahami materi yang disampaikan. Konsep atau topik yang kompleks dapat dijelaskan dengan lebih jelas melalui gambar atau video, yang juga bermanfaat bagi pembaca dengan gaya belajar visual dan auditori. Media ini juga berperan dalam memperkuat daya ingat pembaca, karena penelitian menunjukkan bahwa informasi yang disampaikan melalui gambar atau video lebih mudah diingat. Terakhir, penggunaan media *audiovisual* dapat meningkatkan keterlibatan pembaca dalam pembelajaran, di mana mereka dapat berpartisipasi dengan menonton presentasi, memainkan video, atau bahkan membuat presentasi mereka sendiri (Serungke dkk., 2023).

Pengetahuan tentang BLS menjadi penting karena di dalamnya diajarkan teknik-teknik dasar untuk menyelamatkan korban dari kondisi *cardiac arrest* yang dapat terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan adalah dengan pembelajaran BLS kesehatan. Pembelajaran BLS Kesehatan adalah upaya untuk mengaplikasikan pengetahuan tentang kesehatan ke dalam tindakan atau perilaku yang diharapkan dari individu maupun masyarakat melalui proses pendidikan. (Sitohang & Yusniar, 2023).

Basic Life Support (BLS) adalah dasar untuk menyelamatkan nyawa ketika terjadi *cardiac arrest*. Tujuan utama dari BLS adalah untuk mempertahankan ventilasi paru dan mendistribusikan darah ke jaringan tubuh. Selain itu, BLS adalah upaya

pemberian bantuan sirkulasi sistemik, ventilasi dan oksigenasi tubuh secara efektif dan optimal, sampai didapatkan kembali sirkulasi sistemik spontan atau telah tiba bantuan dengan peralatan yang lebih lengkap untuk melaksanakan tindakan bantuan hidup jantung lanjutan (Miftah et al., 2024)

Basic Life Support (BLS) merupakan tindakan pertolongan pertama yang diberikan guna memulihkan fungsi pernapasan dan peredaran darah pada korban yang mengalami *cardiac arrest* atau henti napas. BLS dapat dilakukan oleh siapa saja, tidak terbatas pada tenaga kesehatan, namun dapat diberikan juga kepada masyarakat umum agar terbentuk *bystander* yang dapat bersedia dan mampu memberikan tindakan CPR (Wahyuni et al., 2022). *Bystander* merupakan orang selain tenaga kesehatan profesional yang memberikan CPR (Hidayat dkk., 2023). BLS sangat penting untuk dilakukan segera setelah terjadi *cardiac arrest* untuk memaksimalkan peluang keberhasilan sehingga pasien yang datang di Instalasi Gawat Darurat tidak dalam kondisi DOA (*Death On Arrival*) (Sutini & Murtiningsih, 2025). *Basic Life Support* (BLS) merupakan dasar yang penting dalam upaya menyelamatkan nyawa. seseorang pada kasus *cardiac arrest*. Indikasi dilakukannya CPR yaitu pada kondisi sebagai berikut, henti napas yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti tenggelam, stroke, sumbatan jalan napas oleh benda asing, menghirup asap, overdosis obat, sengatan listrik, trauma, sesak napas, atau Infark Miokard Akut. (MCI), selanjutnya pada kondisi *Cardiac arrest* yang disebabkan oleh fibrilasi ventrikel, takhikardi ventrikel, asistol.

Menurut Panchal et al., (2020) fokus utama pada penanganan *cardiac arrest* bagi penyedia layanan adalah mengoptimalkan semua langkah penting untuk meningkatkan hasil yang efektif. Hal ini mencakup aktivasi respons darurat, penyediaan CPR berkualitas tinggi dan defibrilasi dini, tindakan ALS (*Advanced Life Support*), penanganan pasca-ROSC yang optimal, serta dukungan selama pemulihan dan kesintasan. Semua aktivitas ini memerlukan infrastruktur organisasi yang mendukung pendidikan, pelatihan, peralatan, perbekalan, dan komunikasi untuk memastikan setiap kesintasan, setiap aspek perawatan ini berkontribusi pada

kesintasan fungsional korban *cardiac arrest*. Penyebab, proses, dan hasil resusitasi berbeda antara OHCA (*Out-of-Hospital Cardiac Arrest*) dan IHCA (*In-Hospital Cardiac Arrest*) dapat dilihat pada **Gambar 2.1 dan 2.2**, yang tercermin dalam Rantai Kelangsungan Hidup masing-masing. Dalam OHCA, perawatan korban sangat bergantung pada keterlibatan dan respons masyarakat. Penting bagi masyarakat untuk mengenali serangan jantung, menelepon nomor darurat setempat atau meminta bantuan, melakukan CPR (termasuk CPR kompresi saja bagi Masyarakat umum yang tidak terlatih), serta menggunakan AED. Setelah itu tenaga medis akan melanjutkan resusitasi dan mengangkut pasien untuk stabilisasi dan penanganan lebih lanjut.

Pengawasan serta pencegahan sangat penting dalam IHCA. Saat *cardiac arrest* terjadi di rumah sakit, pendekatan multidisiplin yang melibatkan tenaga medis seperti merespon, melakukan CPR, melakukan defibrilasi segera, memulai tindakan ALS, dan melakukan perawatan pasca-ROSC. Hasil dari IHCA umumnya lebih baik dibandingkan dengan OHCA, kemungkinan karena penundaan yang lebih sedikit dalam memulai resusitasi yang efektif. Rantai Kelangsungan Hidup untuk OHCA dan IHCA telah diperbarui untuk melihat evolusi sistem perawatan dan pentingnya pemulihan serta kelangsungan hidup dengan penambahan rangkaian baru. Rangkaian pemulihan ini menekankan perjalanan pemulihan dan kelangsungan hidup setelah perawatan akut untuk penyakit kritis, termasuk rehabilitasi multimoda baik jangka pendek maupun jangka panjang bagi korban dan keluarga mereka setelah serangan jantung. Rangkaian baru ini mengakui perlunya sistem perawatan untuk mendukung pemulihan, membahas harapan, dan menyediakan rencana untuk perawatan, pengawasan, dan rehabilitasi bagi korban *cardiac arrest* dan keluarga saat beralih dari perawatan rumah sakit ke rumah dan kembali ke peran sosial mereka (Panchal dkk., 2020).

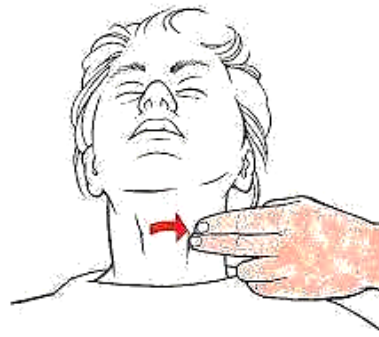


Gambar 2.1 *Chain Of Survival* AHA untuk OHCA
Sumber: American Heart Association, 2020



Gambar 2.2 *Chain Of Survival* AHA untuk IHCA
Sumber: American Heart Association., 2020

Kenali kejadian *cardiac arrest* dengan cepat, periksa keadaan sekitar dengan melakukan 3A (Aman) memastikan keamanan diri sendiri, memastikan keamanan lingkungan, dan memastikan keamanan korban (Rustandi dkk., 2023). Nilai respon korban dengan menempelkan tangan di bahu korban dan berbicara kepada korban dengan suara keras, jika korban tidak memberikan respon lakukan langkah selanjutnya, hubungi layanan bantuan atau sistem EMS dan minta agar membawa AED. Periksa denyut nadi karotis dan pernapasan selama minimal 5 detik dan maksimal 10 detik untuk menghemat waktu lakukan pemeriksaan denyut nadi dan pernapasan secara bersamaan dapat dilihat pada **Gambar 2.3** (Alsohime dkk., 2023)



Gambar 2.3 Cek Nadi Karotis
Sumber: Imma (2019)

Menurut Alsohime dkk., (2023) CPR berkualitas tinggi (*hight quality*) melibatkan komponen C-A-B yang meliputi, C (*Circulation*) kompresi dada, A (*Airway*) jalan napas, B(*Breathing*) pernapasan. Pada (*Circulation*) kompresi dada berfungsi untuk mendorong aliran darah dari jantung menuju otak dan organ vital lain melalui arteri. Ketika tekanan pada dada dilepaskan darah dapat kembali ke jantung, ini dapat membantu mengurangi kerusakan dan merangsang aktivitas jantung kembali normal. Kompresi dada adalah tahapan paling penting dalam CPR yang berkualitas tinggi (*hight quality*). Ketika terjadi serangan jantung, jantung tidak dapat memompa darah yang mengandung oksigen ke otak dan organ penting lainnya, kondisi ini dapat mengakibatkan kerusakan permanen dan pernapasan agonal menjadi tanda serangan jantung yang ditandai dengan pola pernapasan yang tidak teratur dan tidak memadai, yang disebabkan oleh hipoksia atau rendahnya kadar oksigen dalam darah. Pada pernapasan agonal dapat menunjukkan bahwa seseorang mungkin sedang sekarat, karena pernapasannya tidak normal, dalam upaya mendapatkan oksigen, pernapasan agonal sering disertai dengan gerakan gemetar atau aktivitas otot lainnya. Suara yang dihasilkan bisa terdengar seperti napas berat dan mendengkur, atau bahkan tidak terdengar sama sekali. Berikut adalah langkah-langkah untuk melakukan kompresi CPR dengan benar dan efektif.

Langkah pertama tempatkan korban di atas permukaan yang keras, seperti lantai atau papan belakang dapat dilihat pada **Gambar 2.4**.



Gambar 2.4 Menempatkan Korban Pada Permukaan Keras

Sumber: Siloam Hospital (2024)

Langkah kedua berlutut di samping korban. Langkah ketiga letakkan telapak tangan bagian bawah (tumit) salah satu tangan di bagian tengah dada korban, di antara kedua puting susu. Langkah keempat tempatkan tangan lainnya di atas tangan pertama dan jalin jari-jari anda dilihat pada **Gambar 2.5**.



Gambar 2.5 posisi tangan penolong
Sumber: Arlinta (2022)

Langkah kelima pastikan siku tetap lurus dan posisikan bahu tepat di atas tangan dalam posisi yang lurus dilihat pada **Gambar 2.6**.



Gambar 2.6 posisi tangan lurus
Sumber: (Wellahealth, 2024)

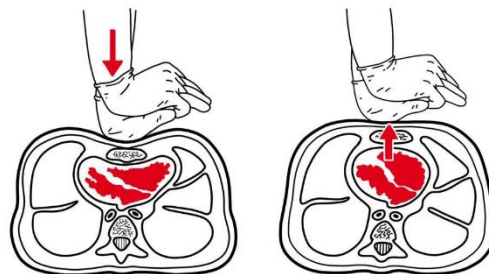
Langkah keenam tekan dada secara lurus ke bawah (kompresi) pada kedalaman minimal 2 inci (5 sentimeter) dan maksimal 2,4 inci (6 sentimeter), menggunakan berat tubuh Anda. Langkah ketujuh lakukan dorongan dengan cepat (*High quality*

CPR) dengan kecepatan 100 hingga 120 kompresi per menit dilihat pada **Gambar 2.7**.



Gambar 2.7 *High quality CPR*
Sumber: Drugs (2025)

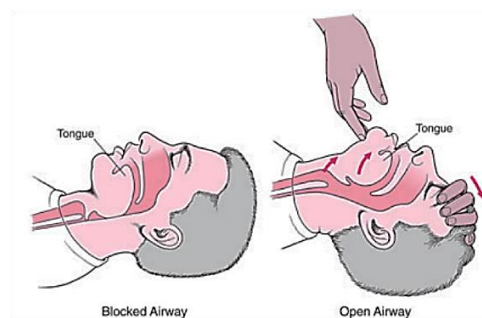
Langkah kedelapan pastikan untuk membiarkan dada kembali ke posisi semula (chest recoil) di antara setiap kompresi. Jika dada tidak kembali ke posisi semula, jantung tidak akan terisi penuh, yang mengakibatkan lebih sedikit darah dipompa ke otak dan organ vital pada kompresi berikutnya dapat dilihat pada **Gambar 2.8**.



Gambar 2.8 *Chest recoil*
Sumber: Australia Wide First Aid 2022

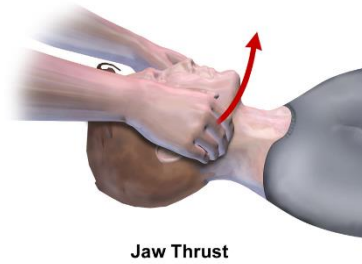
Selanjutnya penanganan jalan napas (*Airway*), ketika pasien mengalami henti napas dua langkah diambil untuk menggantikan fungsi paru-paru, yaitu manajemen jalan napas dan pernapasan buatan, untuk pasien yang mengalami *cardiac arrest*, pedoman terbaru dari *American Heart Association* lebih menekankan pentingnya kompresi dada. Jika hanya ada satu penolong, CPR dilakukan 'hanya dengan tangan' (*Hand Only CPR*) dianjurkan, yang tidak mencakup pernapasan buatan. Pernapasan buatan hanya dilakukan dalam situasi tertentu seperti ketika pasien tidak responsif,

Pada pasien serangan jantung yang telah dilakukan CPR 13 menit atau setelah 400 kompresi. Dan apabila ada dua penolong, satu dapat fokus pada kompresi dada sementara yang lain memberikan pernapasan buatan, setelah melakukan 30 kompresi dada dan buka jalan napas korban dengan teknik *head-tilt chin-lift* jika tidak ada kecurigaan cedera pada leher., caranya adalah dengan meletakkan telapak tangan di dahi korban dan memiringkan kepala ke belakang dengan lembut, selanjutnya, gunakan tangan yang lain untuk mengangkat dagu ke depan agar jalan napas terbuka dapat dilihat pada **Gambar 2.9**.



Gambar 2.9 Manuver *head-tilt chin-lift*
Sumber Furst 2023

Apabila terdapat dugaan cedera pada leher lakukan *Jaw thrust* atau dorongan rahang dapat dilihat pada **Gambar 2.10**, manuver ini lebih dianjurkan jika pasien diduga mengalami cedera servikal, karena dapat menghindari gangguan pada area tulang belakang leher. Untuk melakukannya, posisikan diri di belakang pasien dan letakkan siku di permukaan yang kokoh serta di kedua sisi kepala pasien, tempatkan jari-jari di bawah rahang bawah korban tepat di belakang sudut rahang, angkat rahang secara manual dengan kedua tangan sehingga rahang terdorong ke depan, pastikan mulut korban tetap sedikit terbuka, seperti pada manuver sebelumnya, manuver ini mencegah lidah terjatuh ke belakang dan membuka jalan napas, sehingga memungkinkan masuknya udara tanpa hambatan saat pernapasan buatan dilakukan (Mastenbjork & Meloni, 2020).



Gambar 2.10 *Manuver jaw thrust*

Sumber: Blause 2016

Setelah penanganan jalan napas (*Airway*) selanjutnya penanganan pada pernapasan korban (*Breathing*) penyelamatan berfungsi untuk menggantikan fungsi paru-paru dalam siklus jantung-paru. Penolong secara manual mengalirkan udara ke dalam paru-paru pasien, yang meniru proses penghirupan. Udara yang diberikan ini berperan dalam mengoksidasi darah yang mengalir melalui paru-paru. Bentuk pernapasan penyelamatan yang paling umum adalah resusitasi mulut ke mulut (*mouth to mouth*), di mana penolong menempatkan mulutnya di atas mulut pasien. Metode ini dapat meningkatkan risiko penolong terpapar cairan tubuh pasien. Jika pasien yang membutuhkan bantuan adalah orang yang tidak dikenal, penolong tidak dapat mengetahui apakah pasien tersebut memiliki penyakit menular yang dapat ditularkan selama proses pertolongan. Oleh karena itu, disarankan untuk menggunakan alat penghalang guna melindungi penolong dari kemungkinan infeksi. Penyelamat yang terlatih biasanya akan selalu membawa alat penghalang portabel. Dua jenis alat penghalang yang umum digunakan adalah Pelindung wajah yang menggunakan lembaran plastik datar yang dapat diletakkan di atas mulut dan hidung pasien dan masker saku yang biasanya digunakan oleh tenaga kesehatan dan petugas tanggap darurat. Ventilasi menggunakan Bag-Mask (juga dikenal sebagai ambu-bag) adalah alat yang mengalirkan udara bertekanan positif ke paru-paru. Jika tersedia, alat ini harus lebih diutamakan daripada resusitasi mulut ke mulut. Alat bag-mask mengalirkan 21% oksigen, yang merupakan kadar oksigen normal di udara ruangan (Mastenbjörk & Meloni, 2020).

Indikasi Penghentian CPR dilakukan apabila, terdapat tanda kematian, seperti *rigor mortis*. kondisi fungsi vital yang sangat buruk meskipun telah diberikan terapi maksimal sebelumnya. jika upaya menolong korban dapat membahayakan keselamatan penolong dan terdapat situasi di mana CPR tidak dilakukan yaitu, situasi pertama kembalinya ventilasi dan sirkulasi secara spontan. Situasi kedua adanya penolong yang lebih bertanggung jawab tenaga kesehatan. Situasi ketiga penolong merasa lelah atau sudah tidak ada respons setelah 30 menit. Selanjutnya situasi keempat terdapat DNAR (*Do Not Attempt Resuscitation* dan situasi terakhir terdapat tanda kematian yang tidak dapat dipulihkan (Hadi et al., 2023)

2.2 Pengetahuan Remaja pada *Out Hospital Cardiac Arrest* (OHCA)

Taksonomi Bloom merupakan suatu kerangka konseptual yang dikembangkan oleh (Engelhart dkk., 1956), yang digunakan untuk mengklasifikasikan tujuan pembelajaran ke dalam tingkatan kognitif berdasarkan tingkat kompleksitasnya. Setiap tingkatan menggambarkan kemampuan berpikir dari yang paling dasar hingga tingkat berpikir yang lebih kompleks. Dalam konteks pembelajaran, taksonomi ini memiliki peranan penting dalam membantu pendidik merumuskan tujuan instruksional secara sistematis, menyusun strategi pengajaran yang tepat, serta mengembangkan alat evaluasi yang sesuai dengan capaian pembelajaran. Dengan demikian, Taksonomi Bloom tidak hanya memfasilitasi proses belajar mengajar yang lebih terarah, tetapi juga mendorong peserta didik untuk mencapai kemampuan berpikir tingkat tinggi secara bertahap dan terukur.

Bloom mengklasifikasikan enam tingkat kognitif, tingkat pertama pengetahuan yang berkaitan dengan penguasaan fakta, angka, dan prinsip-prinsip penting. Tingkat kedua adalah pemahaman yang melibatkan kemampuan untuk memahami pengetahuan tersebut dan membangun makna dari informasi yang diperoleh. Tingkat ketiga adalah aplikasi yang merupakan proses menerapkan ide dan informasi dalam konteks praktis. Tingkat keempat adalah analisis yang mencakup kemampuan untuk mengevaluasi aplikasi tersebut, menarik kesimpulan, dan memahami informasi dengan lebih mendalam. Kelima sintesis melibatkan

penggabungan informasi dengan cara yang berbeda untuk menghasilkan berbagai solusi. Tingkatan keenam evaluasi yang merupakan tingkat di mana remaja dapat menilai dan memberikan penilaian terhadap ide-ide yang ada. Keenam tingkat ini merupakan bagian dari domain kognitif dalam taksonomi yang dikembangkan oleh Bloom pada tahun 1965 (AlAfnan, 2024).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan meliputi, tingkat pendidikan, berfungsi sebagai sarana untuk meningkatkan pengetahuan, yang pada dasarnya dapat mengarah pada perubahan perilaku yang positif, tingkat pendidikan seseorang juga berpengaruh terhadap kemampuan mereka dalam memahami serta menyerap informasi. Selanjutnya sumber informasi pembelajaran BLS tenaga Kesehatan, akses terhadap informasi yang lebih banyak dapat memperluas pengetahuan seseorang. Informasi ini dapat diperoleh dari berbagai sumber, seperti pembelajaran BLS tenaga kesehatan. Dan selanjutnya pengalaman, tidak hanya berasal dari kejadian yang dialami secara langsung, tetapi juga dapat diperoleh melalui mendengar atau melihat. Pengalaman yang didapatkan seseorang dapat menambah pengetahuan mereka secara informal. budaya, yang mencakup perilaku manusia atau kelompok dalam memenuhi kebutuhan mereka, termasuk sikap dan kepercayaan yang dianut. Terakhir dipengaruhi oleh sosial ekonomi, individu dengan kondisi sosial ekonomi yang lebih baik cenderung memiliki lebih banyak kesempatan untuk memenuhi kebutuhan hidup mereka. Hal ini memungkinkan mereka untuk mengakses informasi yang bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan mereka (Darsini dkk., 2019)

Cara mengukur tingkat pengetahuan menurut Susilawati (2022), seseorang dianggap memiliki pengetahuan dalam suatu bidang tertentu jika ia dapat menjawab pertanyaan terkait bidang tersebut dengan benar, baik secara lisan maupun tulisan. Oleh karena itu, pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan metode wawancara atau kuesioner (angket) yang berisi pertanyaan-pertanyaan terkait materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kemampuan individu dalam menjawab pertanyaan menggambarkan sejauh mana tingkat

pengetahuan mereka. Hasil ukur pengetahuan dalam diperoleh melalui instrumen kuesioner yang mencakup tiga level kognitif menurut Taksonomi Bloom, yaitu pengetahuan dasar, pemahaman, dan penerapan (AlAfnan, 2024). Setiap jawaban benar diberikan skor 1, dan jawaban salah diberi skor 0, sehingga skor maksimal dan skor minimal. Menurut Sugiyono, (2018) data dikatakan berskala rasio apabila memiliki nol mutlak, interval antar data bersifat tetap, dan dapat dilakukan perhitungan statistik seperti rata-rata dan standar deviasi. Oleh karena itu, skor pengetahuan responden yang dihasilkan dalam penelitian ini dikategorikan sebagai data skala rasio. Data ini selanjutnya dianalisis untuk melihat perubahan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi serta pengaruh intervensi tersebut terhadap peningkatan pengetahuan.

World Health Organization mendefinisikan remaja sebagai individu yang berusia 10-19 tahun. Perkembangan remaja dibagi menjadi dua fase yaitu, fase remaja awal (11, 12-13, atau 14 tahun) Pada tahap ini, remaja mulai beranjak dari peran sebagai anak dan berusaha untuk tumbuh menjadi individu yang berbeda dan mandiri, penerimaan terhadap bentuk dan kondisi fisik diri sendiri, serta adanya kesesuaian yang berarti dengan teman sebaya, menjadi fokus utama pada tahap ini. Fase remaja pertengahan (13 atau 14-17 tahun) Tahap ini ditandai oleh perkembangan kemampuan kognitif yang baru. Remaja pada usia ini sangat memerlukan kehadiran teman. Teman sebaya tetap memiliki peran yang signifikan (Suryana dkk., 2022).

Pengetahuan remaja mengenai kejadian *cardiac arrest* masih sangat rendah, tingkat pengetahuan remaja tentang *out hospital cardiac arrest (ohca)* hanya 1%. Angka ini diperkuat oleh data dari AHA yang menunjukkan bahwa ketidakmampuan dalam memberikan pertolongan pada kasus OHCA dikarenakan oleh kurangnya pengetahuan (Firman dkk., 2020). *Out Hospital Cardiac Arrest (OHCA)* adalah kejadian *cardiac arrest* yang terjadi di luar rumah sakit. Sebagian besar korban OHCA mengalami kematian akibat lamanya waktu respons penanganan. Oleh karena itu, dibutuhkan sistem *Emergency Medical Service (EMS)* yang efektif dan efisien (Suleman, 2023). Fenomena OHCA sangat bergantung pada peran

masyarakat umum (bukan tenaga medis) yang berada di dekat tempat kejadian. Minimnya pemahaman pada masyarakat tentang pertolongan pertama bagi korban OHCA bisa mengakibatkan keterlambatan dalam melaporkan dan memberikan penanganan terhadap korban, pada akhirnya dapat menyebabkan kematian yang cepat (Hidayat et al., 2023).

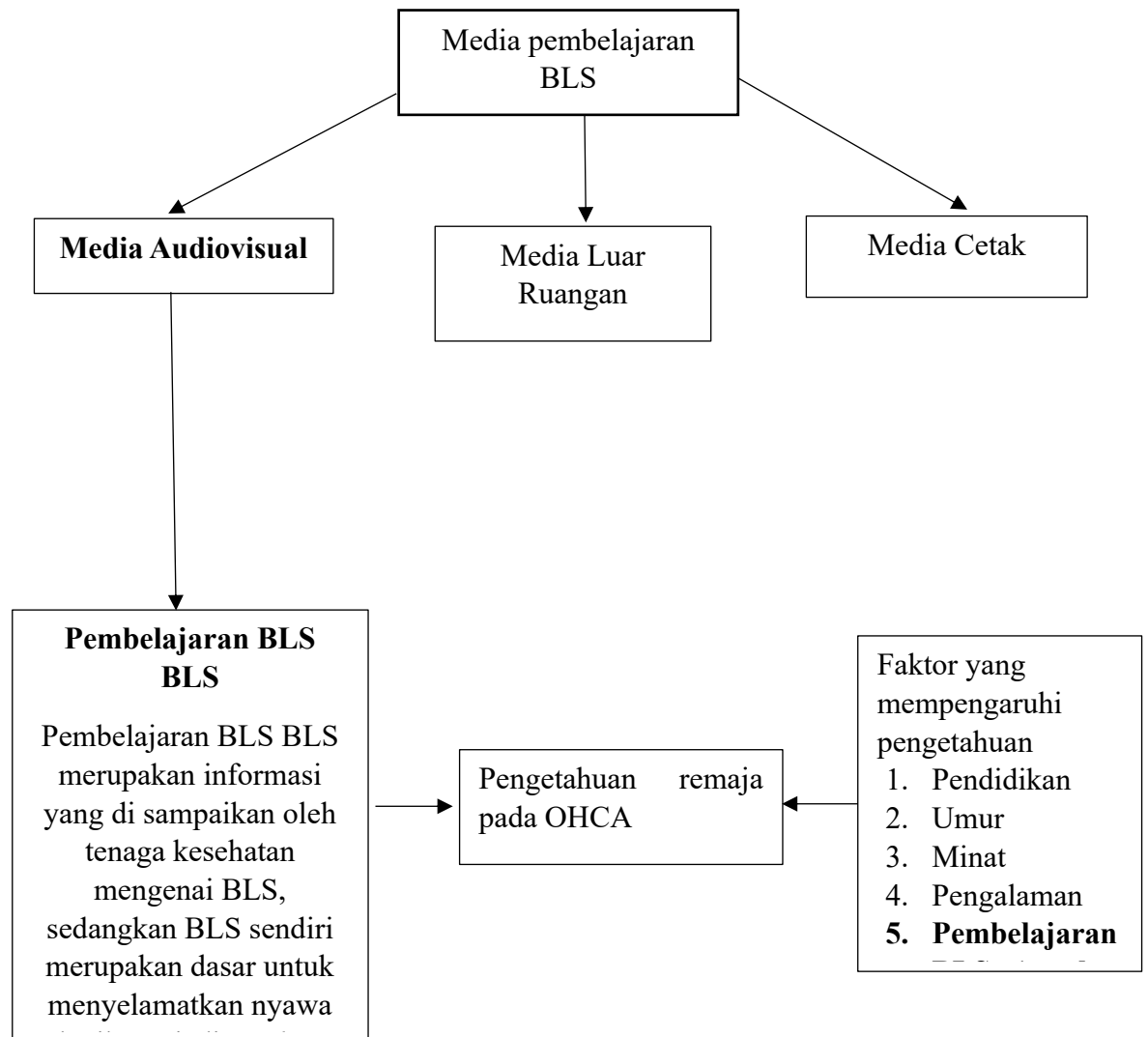
Cardiac arrest adalah kondisi ketika fungsi jantung berhenti secara mendadak, dapat terjadi pada individu yang mungkin sudah didiagnosis dengan penyakit jantung sebelumnya atau memiliki riwayat keluarga dengan penyakit jantung. Kejadian ini dapat menjadi sangat berbahaya dan bahkan mematikan dalam sekejap. Malfungsi pada sistem kelistrikan jantung menjadi penyebab terjadinya *Cardiac arrest* (Nyoman dkk., 2024). *Cardiac arrest* yang terjadi secara tiba-tiba terutama disebabkan oleh penyakit jantung (dari berbagai jenis, dengan sebagian besar cardiac arrest mendadak disebabkan oleh sindrom koroner akut, dan sebagian besar terkait dengan penyakit kardiovaskular yang mendasarinya). Pada mayoritas pasien, *cardiac arrest* mendadak merupakan manifestasi pertama dari penyakit jantung. Penyebab lainnya termasuk syok sirkulasi akibat gangguan nonkardiak (terutama emboli paru, perdarahan gastrointestinal, atau trauma), kegagalan ventilasi, dan gangguan metabolik (termasuk overdosis obat).

Cardiac arrest terjadi saat aliran darah yang mengandung oksigen ke otot jantung. (*miokard*) jantung terhenti, biasanya disebabkan oleh adanya penyumbatan arteri koroner akibat gumpalan darah, atau karena kerja jantung yang tidak efektif untuk memompa darah. Korban akan mengalami hilangnya kesadaran, pernapasan berhenti, dan nadi tidak teraba. Jika *cardiac arrest* berlangsung lebih dari 8 menit tanpa penanganan yang tepat, maka dapat menyebabkan kematian otak secara permanen (*irreversible*), yang pada akhirnya dapat berujung pada kematian (Nugroho & Muhammad, 2022).

Penelitian yang dilakukan Yusniawati (2023) tentang “Peningkatan Pengetahuan dalam Deteksi Dini *Cardiac Arrest* pada Orang Dewasa dan Pelatihan

Cardiacpulmonary Resusitation (Aha 2020) pada Pembaca Anggota Palang Merah Remaja (PMR) di SMK Kesehatan PGRI 1 Denpasar” hasil pretest pengetahuan remaja menunjukan 91,70% sedangkan hasil posttest sebesar 100%, hal ini menunjukan peningkatan sebesar 8,30%. Sedangkan penelitian lain yang dilakukan (Suleman, 2023) mengenai “Pembelajaran BLS Bantuan Hidup Dasar (BHD) Awam Untuk Meningkatkan Pengetahuan Pembaca Menolong Korban *Cardiac Arrest*” didapati hasil pretest kategori baik sebesar 4% dan hasil posttest sebesar 29% hal ini menunjukan terjadi peningkatan sebesar 6,25%. Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Fatmawati (2019) dengan judul penelitian “Efektifitas Pembelajaran BLS *Basic Life Support* dengan Media *Audiovisual* dan Praktik Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Keterampilan Mahapembaca Program Studi Ilmu Keperawatan Jenjang D.III Stikes Yarsi Mataram Tahun 2018” didapati hasil pretest pengetahuan sebesar 48,7% sedangkan hasil posttest didapati nilai sebesar 73,3%, artinya terdapat peningkatan pembelajaran BLS BLS melalui *audiovisual* yang signifikan sebesar 50,5%.

2.3 Kerangka Teori



Gambar 2.11 Kerangka Teori

Sumber: Miftah Suranata et al., (2024), Susilawati et al., (2022), Wahyuni et al., (2019).

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.12 Kerangka Konsep

2.5 Hipotesis

Ha : Terdapat pengaruh pemberian pembelajaran BLS *Basic Life Support* pada remaja

Ho : Tidak terdapat pengaruh pemberian pembelajaran BLS *Basic Life Support* pada remaja