

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pemeriksaan IVA

2.1.1 Pengertian IVA

Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) merupakan metode skrining kanker leher rahim yang dilakukan dengan cara mengoleskan larutan asam asetat berkonsentrasi 3–5% pada permukaan leher rahim. Setelah pengolesan, jaringan leher rahim diamati secara langsung untuk melihat adanya perubahan warna. Bila terdapat lesi prakanker, area tersebut akan berubah menjadi putih (*acetowhite*) dalam waktu sekitar satu menit (Wang dkk., 2024).

Menurut WHO (2021), IVA termasuk metode skrining yang sederhana, cepat, dan dapat diterapkan di fasilitas kesehatan dengan keterbatasan sarana dan tenaga. Keunggulan utamanya adalah hasil pemeriksaan dapat diketahui secara langsung, sehingga memudahkan strategi *screen and treat*.

Sementara itu, *International Agency for Research on Cancer* (IARC, 2022) menegaskan bahwa IVA merupakan salah satu metode visual yang terbukti efektif mendeteksi lesi prakanker pada leher rahim, khususnya di negara dengan sumber daya terbatas. Bukti penelitian menunjukkan IVA dapat berkontribusi dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat kanker leher rahim.

Dari beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan IVA adalah metode skrining kanker leher rahim yang praktis dan ekonomis dengan prinsip pengolesan asam asetat 3–5% untuk mengidentifikasi lesi prakanker. Metode ini diakui oleh WHO sebagai strategi efektif, terutama di fasilitas kesehatan dengan keterbatasan sumber daya.

2.1.2 Tujuan IVA

- 1) Deteksi dini perubahan sel-sel abnormal pada leher rahim yang dapat menjadi tanda awal kanker. Sehingga perawatan dan intervensi medis yang tepat dapat dilakukan lebih awal, meningkatkan peluang kesembuhan dan mengurangi resiko komplikasi (*e-journal unair*, 2024)
- 2) Menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat kanker leher rahim melalui intervensi lebih dini (Dinkes Kota Pekalongan, 2022)
- 3) Memperluas akses skrining ke daerah dengan fasilitas kesehatan terbatas (Kemenkes RI, 2022)
- 4) Mendukung program nasional pencegahan kanker leher rahim terutama di fasilitas pelayanan primer (Kemenkes RI, 2022)

2.1.3 Syarat Pemeriksaan IVA

Menurut Resmasari (2024) ada beberapa syarat sebelum melakukan pemeriksaan IVA, yaitu:

- 1) Sudah pernah melakukan kontak seksual
- 2) Tidak sedang hamil
- 3) Tidak sedang menstruasi

- 4) Tidak melakukan hubungan seksual dalam 24 jam terakhir
- 5) Bersedia dilakukan pemeriksaan IVA (Permenkes RI Nomor 29 Tahun 2017)

2.1.4 Kelebihan dan kekurangan IVA

Menurut Restuwati (2022), IVA memiliki beberapa keunggulan dibanding metode skrining lainnya (Pap smear atau tes HPV), yaitu:

- 1) Sederhana dan praktis: dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih tanpa perlu laboratorium
- 2) Hasil cepat diketahui: interpretasi bisa dilakukan dalam hitungan menit setelah pemeriksaan
- 3) Biaya murah: lebih terjangkau dibanding metode lain, sehingga sesuai untuk daerah dengan sumber daya terbatas
- 4) Aman dan *non-invasif*: tidak memerlukan pengambilan jaringan, cukup observasi visual
- 5) Dapat dilakukan di layanan primer (puskesmas, klinik), memperluas akses wanita terhadap pemeriksaan
- 6) Dapat langsung ditindaklanjuti: bila hasil positif, bisa segera dirujuk atau dilakukan krioterapi sesuai fasilitas

Namun demikian, kekurangannya adalah tingkat akurasi pemeriksaan sangat dipengaruhi oleh keterampilan tenaga pemeriksa, dengan variasi sensitivitas antara 66–96% dan spesifisitas antara 64–98% (WHO, 2023). Oleh karena

itu, meskipun sederhana, pelatihan dan pengalaman pemeriksa sangat menentukan kualitas hasil IVA.

2.1.5 Persiapan Pelaksanaan IVA

Persiapan tempat, bahan, dan peralatan untuk pelayanan IVA menurut Permenkes RI Nomor 29 Tahun 2017 adalah sebagai berikut:

1) Persiapan Tempat

- (1) Ruangan tertutup dengan penerangan dan ventilasi yang cukup
- (2) Terdapat 1 (satu) meja konsultasi dan 1 (satu) buah meja periksa standar
- (3) Tidak berlantai tanah

2) Persiapan Bahan dan Peralatan

- (1) Lampu sorot
- (2) Spekulum berukuran S, M, L
- (3) Wadah plastik 3 (tiga) buah untuk larutan asam cuka 3%–5% (tiga persen sampai dengan lima persen), air DTT, dan larutan klorin
- (4) Wadah untuk meletakkan spekulum
- (5) Ember ukuran sedang 3 (tiga) buah untuk dekontaminasi klorin, larutan deterjen, dan larutan air DTT

3) Bahan habis pakai

- (1) Kapas lidi
- (2) Spatula kayu
- (3) Cuka (asam asetat 3% – 5%)
- (4) Klorin

(5) Jeli spekulum

(6) Sarung tangan

2.1.6 Kebutuhan SDM

Pemeriksaan IVA tidak hanya dapat dilakukan oleh *spesialis ginekologi*, tetapi juga dilakukan oleh bidan terlatih atau dokter umum terlatih (Permenkes RI Nomor 29 Tahun 2017)

2.1.7 Tahapan Pemeriksaan IVA

Pemeriksaan IVA dilakukan melalui rangkaian langkah sistematis untuk memastikan proses skrining berjalan optimal serta memberikan hasil yang akurat. Pelaksanaan pemeriksaan ini mencakup persiapan klien, prosedur pemeriksaan, hingga penyampaian hasil dan tindak lanjut. Adapun tahapan pemeriksaan IVA adalah sebagai berikut:

- 1) Memastikan identitas, memeriksa status dan kelengkapan *informed consent* klien
- 2) Klien diminta untuk menanggalkan pakaiannya dari pinggang dan menggunakan kain yang telah disediakan
- 3) Klien diposisikan dalam posisi litotomi
- 4) Menutup area pinggang hingga lutut klien dengan kain
- 5) Menggunakan sarung tangan
- 6) Membersihkan area genetalia eskterna dengan air DTT
- 7) Memasukkan spekulum dan tampilkan leher rahim hingga terlihat jelas
- 8) Membersihkan leher rahim dari cairan, darah, dan sekret dengan kapas lidi bersih

- 9) Mengoleskan kapas lidi yang sudah dicelupkan ke dalam asam asetat 3-5% ke seluruh permukaan leher rahim
- 10) Tunggu hasil IVA selama 1 menit, perhatikan apakah ada bercak putih (*aceto white epithelium*) atau tidak. Jika tidak ada, artinya IVA negatif. Jika ada artinya IVA positif
- 11) Keluarkan spekulum, rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi
- 12) Buang sarung tangan, kapas, dan bahan sekali pakai lainnya ke dalam tempat sampah
- 13) Jelaskan hasil pemeriksaan kepada klien, kapan harus melakukan pemeriksaan ulang, serta rencana tata laksana jika diperlukan

2.1.8 Klasifikasi Hasil Pemeriksaan IVA

Adapun klasifikasi pemeriksaan IVA menurut Permenkes RI No. 34 Tahun 2015 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Hasil Pemeriksaan IVA

Klasifikasi IVA	Kriteria Klinis
Tes negatif	Halus, berwarna merah muda, seragam, tidak berfitur, lesi <i>acetowhite</i> tidak signifikan
Servitis	Tampak kemerahan, erosi, atau inflamasi tanpa lesi putih <i>acetowhite</i>
Tes positif	Ditemukan bercak putih (<i>acetowhite epithelium</i>)
Dicurigai kanker	Pertumbuhan massa seperti kembang kol yang mudah berdarah atau luka bernanah

2.1.9 Konseling Pasca Tindakan IVA

Sebagaimana diatur dalam Permenkes RI No. 29 Tahun 2017, konseling pasca tindakan IVA meliputi:

- 1) Jika hasil tes IVA negatif, beri tahu klien untuk datang menjalani tes kembali 3-5 tahun kemudian, dan ingatkan klien tentang faktor-faktor risiko
- 2) Jika hasil tes IVA positif, jelaskan artinya dan pentingnya pengobatan dan tindak lanjut, dan diskusikan langkah-langkah selanjutnya yang dianjurkan
- 3) Jika telah siap menjalani tindakan krioterapi, beri tahukan tindakan yang akan dilakukan lebih baik pada hari yang sama atau hari lain bila klien inginkan
- 4) Jika tidak perlu merujuk, isi kertas kerja dan jadwal pertemuan yang perlu

2.2 Konsep Edukasi

2.2.1 Pengertian Edukasi

Edukasi kesehatan merupakan salah satu upaya promotif dan preventif dalam bidang kesehatan. Menurut Dewi dan Priyanto (2022), edukasi kesehatan adalah proses pembelajaran yang dilakukan secara terencana dengan tujuan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan masyarakat dalam memelihara serta meningkatkan kesehatan.

Gardanova dkk. (2023) mendefinisikan edukasi kesehatan sebagai proses pendidikan yang terstruktur untuk membangun literasi kesehatan, sehingga individu dan kelompok mampu memahami informasi, mengubah perilaku, serta mengambil keputusan yang tepat dalam menjaga kesehatan.

Selain itu, Wilaga dkk. (2024) menyebut edukasi kesehatan sebagai intervensi yang diberikan tenaga kesehatan melalui proses komunikasi yang sistematis, guna menghasilkan perubahan perilaku hidup bersih dan sehat pada individu maupun kelompok.

Dari beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa edukasi kesehatan adalah suatu proses pembelajaran dan komunikasi yang dilakukan secara terencana dan sistematis, dengan tujuan meningkatkan pengetahuan, membentuk sikap, serta mengubah perilaku individu maupun kelompok ke arah yang lebih sehat melalui pengambilan keputusan yang tepat.

2.2.2 Tujuan Edukasi

Tujuan utama edukasi kesehatan adalah meningkatkan pengetahuan sehingga individu dapat mengambil keputusan yang tepat terkait kesehatannya.

Menurut Sari dkk. (2023), edukasi kesehatan bertujuan:

- 1) Meningkatkan pengetahuan tentang suatu masalah kesehatan
- 2) Mengubah sikap menjadi lebih positif terhadap perilaku kesehatan
- 3) Mendorong tindakan nyata sesuai rekomendasi kesehatan

Sejalan dengan hal tersebut, Dewi dan Priyanto (2022) menegaskan bahwa tujuan edukasi kesehatan tidak hanya berhenti pada peningkatan pengetahuan, tetapi juga membentuk kemandirian masyarakat dalam menjaga kesehatan.

Dengan demikian, tujuan edukasi kesehatan dapat dipahami sebagai upaya menyeluruh untuk menumbuhkan kesadaran, mengubah sikap, dan mendorong perilaku sehat yang berkelanjutan.

2.2.3 Komponen Edukasi

Agar proses edukasi berjalan efektif, diperlukan beberapa komponen utama yang saling berkaitan. Menurut Hidayati dkk. (2021) dan Sari dkk. (2023), komponen tersebut meliputi:

- 1) Pendidik (*educator*): tenaga kesehatan atau fasilitator yang menyampaikan pesan kesehatan
- 2) Sasaran (*target*): individu, kelompok, atau masyarakat yang menerima informasi
- 3) Materi (*content*): isi pesan yang harus relevan dengan kebutuhan sasaran.
- 4) Metode (*method*): cara penyampaian, seperti ceramah, diskusi, atau demonstrasi
- 5) Media (*media/tools*): alat bantu penyampaian, misalnya leaflet, poster, atau video
- 6) Evaluasi (*evaluation*): penilaian efektivitas edukasi dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku

Dengan demikian, komponen edukasi kesehatan dapat dirancang secara terpadu agar tujuan edukasi tercapai secara optimal.

2.2.4 Metode Edukasi Kesehatan

Metode edukasi kesehatan merupakan cara atau strategi yang digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan agar mudah dipahami dan diimplementasikan oleh sasaran. Menurut Handayani dkk. (2022) dan Wilaga dkk. (2024), metode edukasi dapat dibedakan menjadi:

- 1) Metode Ceramah (*lecture method*)

Penyampaian informasi secara langsung dari tenaga kesehatan kepada peserta, efektif digunakan untuk kelompok besar dengan materi yang sifatnya informatif. Kelebihan metode ini adalah penyampaian pesan dapat dilakukan secara cepat dan seragam, namun kelemahannya adalah kurangnya interaksi dua arah antara penyuluh dan peserta

2) Metode Demonstrasi (*demonstration method*)

Menunjukkan secara langsung praktik keterampilan kesehatan, misalnya cara mencuci tangan atau melakukan pemeriksaan sederhana. Metode ini efektif untuk meningkatkan kemampuan psikomotor dan menanamkan keterampilan secara nyata (Wilaga dkk., 2024)

3) Metode Simulasi (*simulation method*)

Memberikan pengalaman belajar melalui praktik seolah-olah menghadapi situasi nyata. Peserta dilatih untuk menghadapi kondisi tertentu yang mirip dengan situasi lapangan, sehingga dapat meningkatkan kesiapan dan kepercayaan diri.

4) Metode Media Digital (*digital media method*)

Menggunakan teknologi seperti video edukasi, aplikasi kesehatan, atau media sosial untuk memperluas jangkauan informasi. Metode ini efektif untuk sasaran yang memiliki akses terhadap teknologi dan lebih responsif terhadap media visual.

5) Metode Tatap Muka Interaktif (*interactive face-to-face method*)

Merupakan bentuk edukasi yang menekankan komunikasi dua arah antara edukator dan peserta. Dalam metode ini, peserta diberi

kesempatan untuk bertanya, berdiskusi, dan mengklarifikasi pemahamannya, sehingga tercipta keterlibatan aktif selama proses edukasi berlangsung (Rahman, dkk., 2023). Bentuk-bentuk edukasi seperti diskusi dan konseling termasuk dalam metode tatap muka interaktif karena melibatkan interaksi langsung dan partisipasi aktif peserta. Kelebihan metode ini adalah meningkatkan pemahaman, sikap positif, dan retensi informasi karena terjadi pembelajaran partisipatif serta personalisasi pesan. Namun, kelemahannya adalah membutuhkan waktu lebih lama dan tenaga penyuluh yang terampil dalam berkomunikasi.

6) Metode Edukasi Menggunakan Leaflet (*leaflet method*)

Menggunakan media cetak berupa lembaran informasi yang berisi pesan-pesan kesehatan dalam bentuk tulisan, gambar, atau kombinasi keduanya. Leaflet merupakan media edukasi yang efektif untuk menyampaikan informasi singkat, sederhana, dan dapat dibaca ulang oleh sasaran (Fitriani, dkk., 2023). Kelebihannya adalah praktis, hemat biaya, dan mudah disebarluaskan. Akan tetapi, interaksi dan umpan balik dari peserta terbatas, sehingga efektivitasnya bergantung pada kemampuan membaca dan motivasi individu untuk memahami isi leaflet.

Pemilihan metode edukasi harus disesuaikan dengan tujuan edukasi, karakteristik sasaran, serta ketersediaan sarana dan prasarana (Handayani dkk., 2022).

2.2.5 Metode Edukasi Tatap Muka Interaktif dan Metode Edukasi Menggunakan Leaflet

Metode edukasi tatap muka interaktif dan menggunakan leaflet merupakan dua pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini sebagai bentuk intervensi yang akan dibandingkan efektivitasnya. Kedua metode tersebut mewakili dua cara penyampaian informasi kesehatan yang berbeda, yakni komunikasi langsung dengan interaksi dua arah serta media cetak yang dapat dipelajari secara mandiri. Uraian berikut memberikan penjelasan mengenai konsep, prinsip pelaksanaan, serta kelebihan dan kekurangan masing-masing metode.

1) Metode Tatap Muka Interaktif

Metode tatap muka interaktif merupakan bentuk edukasi kesehatan yang menekankan komunikasi dua arah antara edukator dan peserta. Pada konteks pemeriksaan IVA, metode ini memungkinkan penyampaian informasi secara jelas, diskusi langsung mengenai faktor risiko, prosedur pemeriksaan, serta klarifikasi terhadap kekhawatiran peserta. Menurut Azizah (2021), metode komunikasi interpersonal yang interaktif efektif meningkatkan pemahaman karena peserta dapat bertanya dan memperoleh umpan balik seketika.

(1) Proses Pelaksanaan:

- a. Pembukaan: menjalin hubungan baik, membangun rasa percaya, dan menjelaskan tujuan edukasi

- b. Penyampaian materi: menggunakan bahasa sederhana, disertai media visual bila perlu
- c. Diskusi dua arah: peserta diberi kesempatan bertanya, menyampaikan persepsi, dan mengklarifikasi informasi
- d. Evaluasi singkat: edukator menilai pemahaman peserta melalui pertanyaan balik
- e. Penutup: merangkum informasi penting dan memberikan kesempatan terakhir bagi peserta untuk bertanya

(2) Kelebihan:

- a. Komunikasi langsung dan personal
- b. Informasi lebih mudah disesuaikan dengan kebutuhan individu/kelompok kecil
- c. Memungkinkan koreksi miskonsepsi secara cepat
- d. Meningkatkan keterlibatan dan motivasi peserta

(3) Kekurangan:

- a. Membutuhkan waktu lebih lama dan tenaga edukator yang kompeten
- b. Jumlah peserta yang dapat dilayani terbatas
- c. Hasil dapat sangat dipengaruhi keterampilan komunikasi fasilitator

2) Metode Edukasi Menggunakan Leaflet

Leaflet adalah media edukasi tercetak yang memuat pesan kesehatan secara ringkas, sistematis, dan dilengkapi ilustrasi. Dalam edukasi

pemeriksaan IVA, leaflet berfungsi sebagai media pendukung yang dapat dibawa pulang sehingga membantu peserta mengingat kembali informasi yang telah diterima. Kemenkes RI (2021) menyebutkan bahwa leaflet efektif digunakan sebagai media edukasi berbasis literasi karena mampu menyajikan pesan utama secara mandiri dan konsisten.

(1) Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pembuatan leaflet (Nurmala, dkk., 2018):

- a. Penentuan target yang akan dituju dalam pemberian leaflet
- b. Penentuan tujuan yang dicapai pada akhir ketika target membaca isi leaflet
- c. Penentuan isi materi secara singkat yang akan ditulis dalam leaflet
- d. Pengumpulan data dan ilustrasi tentang subjek yang akan disampaikan
- e. Pembuatan gari-garis besar penyajian pesan, termasuk desain tulisan, gambar, serta tata letak di dalam leaflet
- f. Penyusunan draft akhir konsep leaflet sebelum dilakukan uji coba
- g. Uji coba konsep pada kelompok sasaran yang memiliki kesamaan karakteristik dengan kelompok sasaran utama. Hal ini dilakukan untuk memastikan tingkat pemahaman dari kelompok yang menerima isi pesan dalam leaflet

- h. Revisi isi konsep dan ilustrasi yang disesuaikan dengan isi dan hasil uji coba yang dilakukan sehingga leaflet akhir menjadi leaflet yang aplikatif untuk sasaran utama

(2) Proses Pelaksanaan:

- a. Menyusun materi singkat mengenai IVA: pengertian, tujuan, prosedur, pentingnya deteksi dini, dan tempat layanan
- b. Mendesain leaflet dengan tata letak sederhana, huruf terbaca, dan gambar pendukung
- c. Membagikan leaflet kepada responden
- d. Mendorong responden untuk membaca leaflet yang telah diberikan

(3) Kelebihan:

- a. Pesan dapat dibawa pulang dan dibaca berulang
- b. Biaya produksi relatif murah
- c. Memungkinkan menjangkau kelompok besar
- d. Kontennya seragam sehingga tidak tergantung pada kemampuan penyampai

(4) Kekurangan:

- a. Kurang efektif bagi kelompok dengan literasi rendah
- b. Tidak menyediakan interaksi langsung sehingga miskonsepsi mungkin tidak terdeteksi
- c. Tingkat keterbacaan bergantung pada minat peserta

2.2.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Edukasi

Keberhasilan edukasi kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berhubungan. Menurut Sari dkk. (2023), Putri & Rahmawati (2024), dan Wilaga dkk. (2024), faktor-faktor tersebut meliputi:

1) Karakteristik Penerima Edukasi

Tingkat pendidikan, pengetahuan awal, pengalaman, dan motivasi akan memengaruhi sejauh mana peserta dapat memahami dan menerima informasi

2) Metode dan Media yang Digunakan

Semakin interaktif metode dan media yang digunakan, maka semakin tinggi efektivitas edukasi

Kesesuaian materi dengan kebutuhan peserta juga menjadi penentu keberhasilan

3) Kualitas Pendidik/Komunikator

Kompetensi, keterampilan komunikasi, serta kemampuan memilih strategi penyampaian yang tepat akan sangat menentukan hasil edukasi

4) Lingkungan Sosial dan Budaya

Dukungan keluarga, masyarakat, dan lingkungan sekitar dapat memperkuat atau melemahkan penerimaan pesan kesehatan

Faktor budaya juga berpengaruh terhadap penerimaan dan penerapan perilaku kesehatan.

5) Faktor Fasilitas dan Teknologi

Ketersediaan sarana prasarana, media edukasi, serta akses terhadap teknologi akan mendukung efektivitas proses edukasi kesehatan

2.2.7 Pengaruh dan Dampak Edukasi terhadap Perilaku

Edukasi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap perilaku karena melalui proses belajar seseorang memperoleh pengetahuan baru yang kemudian dapat membentuk sikap dan akhirnya memunculkan tindakan nyata. Hal ini sesuai dengan model KAB (*Knowledge–Attitude–Behavior*) yang menjelaskan bahwa peningkatan pengetahuan (*knowledge*) akan mempengaruhi sikap (*attitude*) dan pada akhirnya menentukan perilaku (*behavior*) seseorang (Wawan & Dewi, 2020). Artinya, semakin tinggi pengetahuan seseorang tentang suatu masalah kesehatan, semakin besar kemungkinan ia memiliki sikap positif dan perilaku yang mendukung kesehatan.

Selain itu, Green (1980) dalam model *PRECEDE–PROCEED* menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu *predisposing factors* (pengetahuan, sikap, kepercayaan), *enabling factors* (fasilitas, keterampilan, akses), dan *reinforcing factors* (dukungan sosial dan motivasi). Edukasi dapat memperkuat ketiga faktor tersebut, terutama faktor predisposisi melalui peningkatan pengetahuan dan sikap positif terhadap perilaku sehat.

Secara umum, dampak edukasi terhadap perilaku dapat dilihat dari tiga tingkatan perubahan:

- 1) Dampak jangka pendek (*immediate impact*), berupa peningkatan pengetahuan atau pemahaman individu terhadap suatu masalah kesehatan;
- 2) Dampak jangka menengah (*intermediate impact*), berupa perubahan sikap, pandangan, atau niat individu terhadap suatu tindakan kesehatan;
- 3) Dampak jangka panjang (*ultimate impact*), berupa terbentuknya perilaku kesehatan yang lebih baik dan berkelanjutan, seperti kesediaan melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin (Notoatmodjo, 2018).

Dalam konteks pemeriksaan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA), edukasi yang diberikan kepada suami diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mengenai pentingnya deteksi dini kanker leher rahim. Peningkatan pengetahuan tersebut berpotensi memperkuat sikap dan peran suami dalam kesehatan reproduksi istri, yang selanjutnya dapat mempengaruhi niat istri untuk melakukan pemeriksaan IVA.

2.3 Konsep Kerucut Pengalaman Edgar Dale (*Cone of Experience*)

2.3.1 Pengertian dan Konsep Kerucut Pengalaman Edgar Dale

Kerucut pengalaman (*Cone of Experience*) diperkenalkan oleh Edgar Dale pertama kali pada tahun 1946 dalam bukunya *Audiovisual Methods in Teaching*, kemudian direvisi pada tahun 1954 dan 1969. Teori ini menjelaskan bahwa pengalaman belajar manusia tersusun secara hierarkis, mulai dari pengalaman yang paling konkret hingga yang paling abstrak. Semakin

konkret pengalaman belajar yang diperoleh seseorang, semakin mudah informasi dipahami dan diingat.

Dalam kerucut pengalaman Edgar Dale, pengalaman belajar digambarkan menyerupai kerucut, di mana bagian dasar kerucut menunjukkan pengalaman belajar langsung dan nyata, sedangkan bagian puncak kerucut menunjukkan pengalaman belajar simbolik dan abstrak. Dale mengelompokkan pengalaman belajar ke dalam beberapa tingkatan, antara lain:

- 1) Pengalaman langsung
- 2) Pengalaman yang dibuat-buat
- 3) Partisipasi dramatis
- 4) Demonstrasi
- 5) Kunjungan lapangan
- 6) Pameran
- 7) Gambar bergerak (film/video)
- 8) Rekaman audio dan gambar diam
- 9) Simbol visual
- 10) Simbol verbal

Menurut Dale, simbol verbal merupakan bentuk pengalaman belajar yang paling abstrak karena peserta didik hanya menerima informasi melalui kata-kata tanpa keterlibatan pengalaman nyata. Sebaliknya, pengalaman langsung

memungkinkan individu menggunakan lebih banyak indera sehingga pembelajaran menjadi lebih bermakna.

Pemikiran Edgar Dale menekankan bahwa pemahaman terhadap konsep abstrak akan lebih mudah terbentuk apabila didasarkan pada pengalaman konkret. Oleh karena itu, penggunaan media pembelajaran yang melibatkan unsur visual, audio, serta interaksi aktif dinilai lebih efektif dibandingkan penyampaian informasi secara verbal semata. Kerucut pengalaman Dale hingga kini banyak dijadikan landasan teori dalam pemilihan metode dan media pembelajaran, termasuk dalam konteks edukasi kesehatan.



Gambar 2.1 Kerucut Pengalaman Edgar Dale

2.3.2 Implikasi Teori Edgar Dale dalam Edukasi Kesehatan

Dalam konteks edukasi kesehatan, teori kerucut pengalaman Edgar Dale menunjukkan bahwa metode edukasi yang bersifat interaktif dan partisipatif

lebih berpotensi meningkatkan pemahaman dibandingkan metode yang hanya bersifat informatif. Edukasi tatap muka interaktif memungkinkan peserta terlibat secara langsung melalui diskusi, tanya jawab, dan pertukaran pengalaman, sehingga pesan kesehatan dapat diterima secara lebih konkret dan bermakna. Penerapan teori ini mendukung penggunaan metode edukasi yang melibatkan lebih dari satu indera, seperti kombinasi penjelasan lisan, media visual, dan interaksi langsung. Dengan demikian, edukasi tidak hanya meningkatkan pengetahuan, tetapi juga membantu membentuk pemahaman yang lebih mendalam yang menjadi dasar munculnya sikap dan niat dalam perilaku kesehatan.

2.3.3 Keterkaitan Teori Kerucut Pengalaman Edgar Dale dengan Metode Edukasi yang Digunakan

Teori Kerucut Pengalaman Edgar Dale menjelaskan bahwa efektivitas pembelajaran dipengaruhi oleh tingkat kekonkretan pengalaman belajar yang dialami oleh peserta. Semakin konkret dan semakin banyak indera yang terlibat dalam proses belajar, maka pemahaman terhadap materi akan semakin baik. Sebaliknya, pengalaman belajar yang bersifat abstrak dan hanya mengandalkan simbol verbal cenderung menghasilkan pemahaman yang lebih rendah.

Berdasarkan kerucut pengalaman Edgar Dale, metode edukasi tatap muka interaktif berada pada tingkat pengalaman belajar yang lebih konkret dibandingkan dengan metode edukasi menggunakan leaflet. Pada metode

tatap muka interaktif, peserta edukasi terlibat secara aktif melalui komunikasi dua arah, diskusi, tanya jawab, serta penjelasan langsung dari edukator. Proses ini memungkinkan peserta memperoleh pengalaman belajar melalui mendengar, melihat, dan berinteraksi secara langsung, sehingga membantu memperjelas konsep dan mengurangi kesalahpahaman terhadap materi yang disampaikan. Sementara itu, metode edukasi menggunakan leaflet termasuk dalam kategori pengalaman belajar yang lebih abstrak, karena informasi disampaikan dalam bentuk simbol visual dan verbal melalui media cetak. Leaflet memungkinkan peserta membaca informasi secara mandiri dan berulang, namun interaksi langsung dengan edukator relatif terbatas. Oleh karena itu, tingkat pengalaman belajar yang diperoleh cenderung lebih rendah dibandingkan metode tatap muka interaktif, meskipun tetap memiliki keunggulan dari sisi efisiensi dan kemudahan distribusi.

Dengan mengacu pada teori kerucut pengalaman Edgar Dale, perbedaan tingkat kekonkretan pengalaman belajar antara metode edukasi tatap muka interaktif dan metode edukasi menggunakan leaflet berpotensi menghasilkan perbedaan tingkat pemahaman terhadap materi kesehatan yang diberikan. Perbedaan inilah yang menjadi dasar teoretis dalam pemilihan dan perbandingan kedua metode edukasi pada penelitian ini.

2.4 Konsep Suami-Istri dalam Kesehatan Reproduksi

2.4.1 Pengertian Suami–Istri dalam Kesehatan Reproduksi

Hubungan suami–istri dalam konteks kesehatan reproduksi mencakup kerja sama antara pasangan dalam menjaga, merencanakan, dan mengambil keputusan terkait kesehatan reproduksi, termasuk penggunaan kontrasepsi, kehamilan, persalinan, serta upaya perawatan dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi. Hubungan ini juga ditandai oleh adanya komunikasi terbuka, saling menghargai, serta keterlibatan bersama dalam proses pengambilan keputusan kesehatan di dalam keluarga (Wantini, 2022; Nurmaliza, 2022).

Dalam perspektif kesehatan berbasis keluarga, kesehatan reproduksi tidak hanya dipandang sebagai urusan individu, melainkan sebagai tanggung jawab bersama antara suami dan istri. Keterlibatan kedua belah pihak menjadi penting karena keputusan yang diambil dalam keluarga sering kali dipengaruhi oleh dinamika hubungan suami–istri serta nilai dan norma yang dianut dalam rumah tangga.

2.4.2 Peran Suami dalam Kesehatan Reproduksi

Permasalahan kesehatan reproduksi bukan hanya menjadi tanggung jawab perempuan atau istri semata, melainkan juga melibatkan peran aktif laki-laki sebagai suami. Dalam relasi pernikahan, suami memiliki posisi strategis dalam membentuk lingkungan keluarga yang kondusif bagi terlaksananya perilaku kesehatan reproduksi yang optimal. Oleh karena itu, diperlukan kerja

sama, komunikasi, serta saling menghargai antara suami dan istri dalam menjaga kesehatan reproduksi (Ghummiyah & Mualifah, 2024).

Suami dipandang sebagai aktor penting yang berperan dalam membentuk pengambilan keputusan kesehatan pasangan, termasuk keputusan terkait kesehatan reproduksi. Keterlibatan suami tidak hanya terbatas pada peran ekonomi, tetapi juga mencakup peran psikososial dan partisipatif dalam proses kesehatan istri (WHO, 2022). Peran suami dalam kesehatan reproduksi istri dapat diwujudkan melalui beberapa fungsi utama, yaitu sebagai berikut:

1) Peran sebagai Edukator

Suami berperan sebagai edukator dengan menyampaikan informasi kesehatan yang diperoleh kepada istri serta membantu menjelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur suatu tindakan kesehatan. Peningkatan pengetahuan suami melalui edukasi kesehatan memungkinkan suami memiliki pemahaman yang lebih baik, sehingga mampu menjadi sumber informasi yang relevan dan terpercaya bagi istri

2) Peran sebagai Motivator

Suami berperan sebagai motivator dengan memberikan dorongan, sikap positif, serta persetujuan terhadap tindakan kesehatan yang akan dilakukan istri. Sikap suami yang terbuka dan responsif terhadap isu kesehatan reproduksi dapat memperkuat keyakinan istri serta meningkatkan kesiapan psikologis dalam mempertimbangkan suatu tindakan kesehatan (Wantini, 2022)

3) Peran sebagai Fasilitator

Suami berperan sebagai fasilitator dengan membantu menyediakan sarana dan kondisi yang memungkinkan istri mengakses layanan kesehatan, seperti memberikan izin, membantu pengaturan waktu, atau memfasilitasi akses ke fasilitas pelayanan kesehatan. Peran ini menunjukkan bahwa keputusan kesehatan dalam keluarga sering kali dipengaruhi oleh kemudahan dan kondisi yang diciptakan oleh suami

Dengan demikian, peran suami dalam kesehatan reproduksi merupakan rangkaian fungsi yang saling berkaitan, mulai dari pemberian informasi, pembentukan motivasi, hingga penyediaan fasilitas pendukung. Peran tersebut berkontribusi dalam menciptakan kondisi yang mendukung proses pengambilan keputusan kesehatan istri, termasuk dalam membentuk niat istri untuk melakukan pemeriksaan IVA

2.5 Konsep Niat

2.5.1 Pengertian Niat

Niat merupakan kecenderungan internal seseorang untuk merencanakan dan bersedia melakukan suatu perilaku tertentu. Niat dipahami sebagai tahap psikologis sebelum seseorang benar-benar melakukan perilaku nyata, yang mencerminkan kesiapan, kemauan, dan rencana individu terhadap suatu tindakan (Glanz et al., 2021). Niat menjadi indikator penting karena banyak perilaku kesehatan tidak terjadi secara spontan, melainkan melalui proses pertimbangan, pemahaman, dan kesiapan mental terlebih dahulu. Oleh karena

itu, niat sering digunakan sebagai *outcome* antara sebelum terbentuknya perilaku kesehatan yang aktual.

2.5.2 Niat sebagai Tahap Awal Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan dipandang sebagai hasil dari proses bertahap yang dimulai dari pemahaman informasi, pembentukan sikap, hingga munculnya niat untuk bertindak. Niat menempati posisi strategis sebagai penghubung antara faktor kognitif dan tindakan nyata. Individu yang memiliki niat kuat cenderung lebih siap untuk melakukan perilaku kesehatan dibandingkan individu yang tidak memiliki niat (Glanz et al., 2021).

Dalam pendekatan pendidikan kesehatan, niat dipandang sebagai bentuk kesiapan individu untuk berubah, meskipun perubahan perilaku tersebut belum diwujudkan dalam tindakan konkret. Dengan demikian, peningkatan niat merupakan indikator keberhasilan awal dari suatu intervensi edukasi kesehatan.

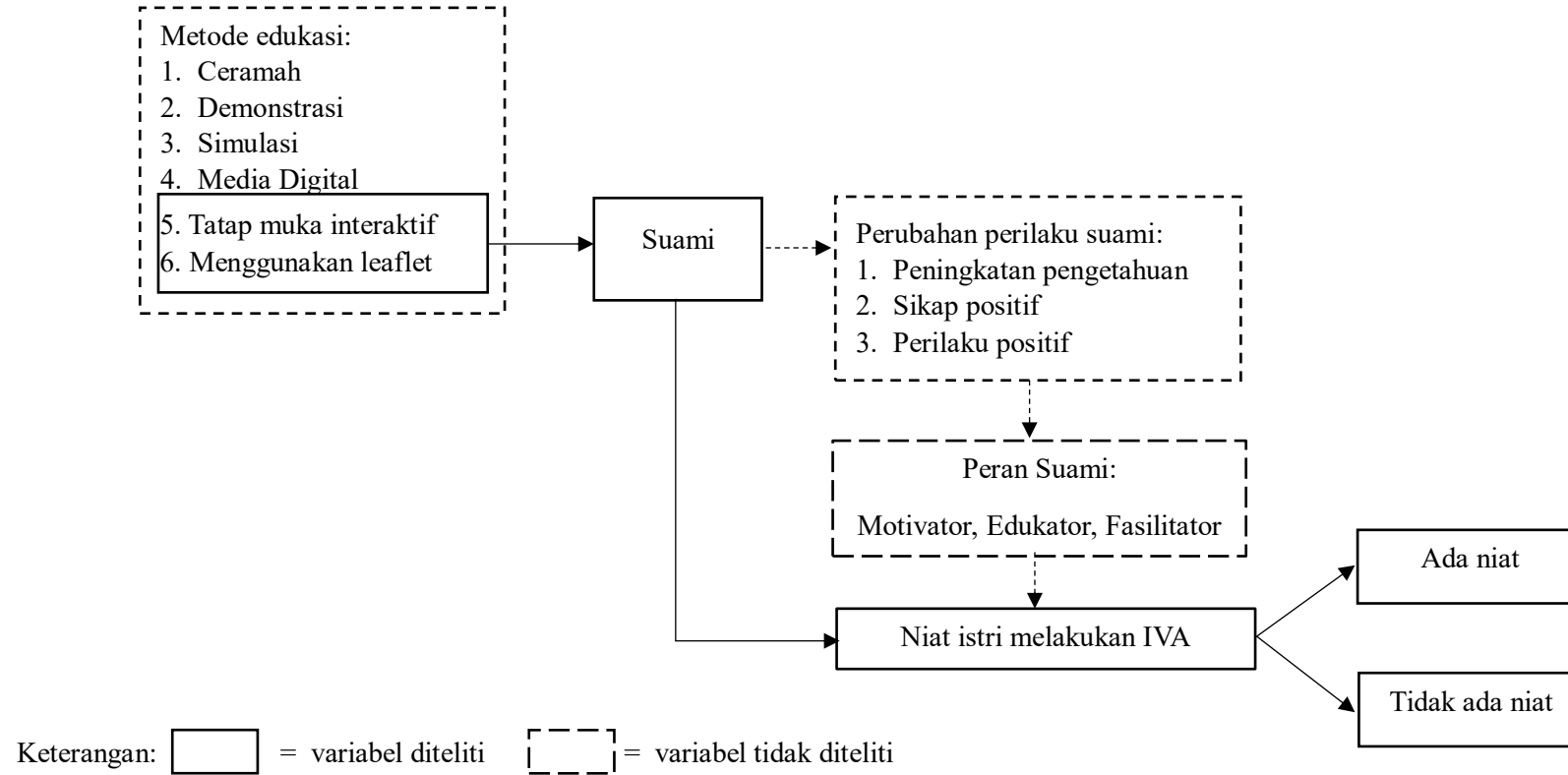
2.5.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Niat

Niat seseorang untuk melakukan perilaku kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain:

- 1) Pengetahuan dan pemahaman terhadap manfaat dan tujuan perilaku kesehatan
- 2) Sikap dan persepsi terhadap risiko dan keuntungan tindakan kesehatan
- 3) Pengaruh lingkungan sosial, termasuk keluarga dan pasangan

- 4) Akses informasi dan pengalaman sebelumnya terkait pelayanan kesehatan

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.7 Hipotesis Penelitian

Kata hipotesis berasal dari Bahasa Yunani, yaitu *hypo* yang berarti “di bawah” atau “sementara”, dan *thesis* yang berarti “pernyataan” atau “proposisi”. Sehingga secara etimologis hipotesis berarti pernyataan sementara, yaitu dugaan atau jawaban sementara terhadap suatu masalah yang kebenarannya masih harus diuji melalui penelitian atau bukti empiris. Hipotesis berarti jawaban terhadap permasalahan atau fokus penelitian yang merupakan kesimpulan sementara yang memerlukan pembuktian berdasarkan analisis data empiris (Abubakar, 2021). Berdasarkan latar belakang dan tinjauan pustaka di atas, maka hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari dua hipotesis, yaitu:

H₀: “Tidak ada perbedaan efektivitas antara dua metode edukasi kepada suami terhadap niat istri melakukan pemeriksaan IVA di Desa Sidomulyo, wilayah kerja UPTD Puskesmas Silo I.”

H_a: “Ada perbedaan efektivitas antara dua metode edukasi kepada suami terhadap niat istri untuk melakukan pemeriksaan IVA di Desa Sidomulyo, wilayah kerja UPTD Puskesmas Silo I.”