

TESIS

**PENGARUH *HEALTH COACHING* BERBASIS *HEALTH PROMOTION MODEL*
TERHADAP *SELF-EFFICACY*, KOMITMEN DAN TINDAKAN PADA
WANITA USIA SUBUR (WUS) DALAM MELAKSANAKAN PENCEGAHAN
KANKER SERVIKS DAN INSPEKSI VISUAL ASETAT(IVA)**



Oleh:
Khairun Nisa'
NIM: 131614153051

**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
2018**

**PENGARUH *HEALTH COACHING* BERBASIS *HEALTH PROMOTION MODEL*
TERHADAP *SELF-EFFICACY*, KOMITMEN DAN TINDAKAN PADA WANITA
USIA SUBUR (WUS) DALAM MELAKSANAKAN PENCEGAHAN KANKER
SERVIKS DAN INSPEKSI VISUAL ASETAT (IVA)**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Universitas Airlangga

Oleh:

KHAIRUN NISA'
131614153051

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Khairun Nisa'

NIM : 131614153051

Tanda Tangan :

The image shows a handwritten signature in black ink over a yellow revenue stamp. The stamp is from the Indonesian government and contains the text 'METERAI TEMPEL', 'REPUBLIK INDONESIA', 'E-TANDA FIDAI MUDATA', and the value '6000'.

Tanggal : 16 Juli 2018

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS


PENGARUH *HEALTH COACHING* BERBASIS *HEALTH PROMOTION MODEL*
TERHADAP *SELF-EFFICACY*, KOMITMEN DAN TINDAKAN PADA
WANITA USIA SUBUR (WUS) DALAM MELAKSANAKAN PENCEGAHAN
KANKER SERVIKS DAN INSPEKSI VISUAL ASETAT (IVA)
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANAGUAN PAMEKASAN

Khairun Nisa'
NIM: 13161415305

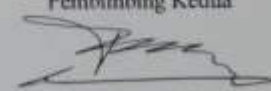
TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 08 Juni 2018

Oleh

Pembimbing Ketua



Prof. Dr. Budi Santoso, dr., Sp. OG.(K)
NIP. 196702171989111001

Pembimbing Kedua


Dr. Esty Yunitasari, S.Kp., M.Kes
NIP. 197706172003122002

Mengetahui,

Koordinator Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga


Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENETAPAN PENGUJI

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Khairun Nisa'

NIM : 131614153051

Program Studi: Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas
Airlangga Surabaya.

Judul : Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model*
Terhadap Peningkatan *Self efficacy*, komitmen, dan tindakan pada
Wanita Usia Subur (Wus) Dalam Melaksanakan Pencegahan
Kanker Serviks Dan Inspeksi Visual Asetat (Iva)

Tesis ini telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji
Program Studi Magister Keperawatan
Pada tanggal, 08 Juni 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua : Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 196612251989031004

Anggota : 1. Prof. Dr. Budi Santoso, dr., Sp. OG (K)
NIP. 196302171989111001

2. Dr. Esty Yunitasari, S.Kp., M.Kes
NIP. 197706172003122002

3. Ni Ketut Alit A, S.Kp., M.Kes
NIP. 197410292003122002

4. Tiyas Kusumaningrum, S.kep., Ns., M.Kep
NIP. 198307032014042001

Mengetahui,
Koordinator Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Dr. Jantini Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Khairun Nisa'
NIM : 131614153051
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Non eksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengaruh *health coaching* berbasis *health promotion model* terhadap *self-efficacy*, komitmen dan tindakan pada wanita usia subur (wus) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan Inspeksi visual asetat (IVA)

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 16 Juli 2018
Yang menyatakan,



Khairun Nisa'

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“pengaruh *health coaching* berbasis *health promotion model* terhadap *self- efficacy*, komitmen dan tindakan pada wanita usia subur (wus) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA)”**. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus:

1. Prof. Dr. Nursalam M. Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Sekaligus sebagai panitia penguji tesis, yang telah memberi banyak ilmu, masukan bimbingan dan petunjuk dalam pembuatan tesis.
2. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp, M.Kes selaku Koordinator Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Prof. Dr. Budi Santoso, dr., Sp.OG. (K), selaku pembimbing 1 yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan dan saran selama proses pembuatan tesis ini.
4. Dr. Esty Yunitasari, S.kp., M.kes. selaku pembimbing 2 yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan dan saran selama proses pembuatan tesis.
5. Ibu Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes, Ibu Tiyas Kusumaningrum, S.Kep., Ns., M.Kep selaku tim panitia penguji tesis, yang telah memberi banyak ilmu, masukan, bimbingan dan petunjuk dalam pembuatan tesis

6. Staf pendidikan, petugas perpustakaan dan tata usaha di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah menyediakan fasilitas demi terselesainya tesis ini.
7. Staf Puskesmas panaguan, petugas kesehatan dokter, perawat dan bidan, kader yang telah membantu peneliti dalam pengambilan data awal
8. Responden di wilayah kerja Puskesmas Panaguan, yang telah bersedia menjadi responden dalam penyusunan tesis ini.
9. Kedua orang tua saya dan keluarga yang selalu memberikan do'a dan dukungan sehingga tesis ini bisa selesai tepat waktu.
10. Suami saya Dr.,Sugiono, S.Pi.,MP, dan Anak saya Kamelijatus sholeha dan Thufail Addausi Sugiono, yang selalu mendo'akan Ummi dan kasih semangat untuk bisa menyelesaikan tesis ini tepat waktu.
11. Teman- teman Magister Keperawatan angkatan 9 yang selalu membantu saya untuk menyelesaikan penelitian ini tepat waktu
12. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu atas bantuan yang diberikan dalam penyusunan tesis ini.

Semoga Allan SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Kami sadari bahwa tesis ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap tesis ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 2018

Penulis

RINGKASAN PENELITIAN

Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* Terhadap *Self efficacy*, komitmen, tindakan pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asam asetat

Oleh: Khairun Nisa'

Kanker serviks merupakan penyebab kematian kedua pada wanita setelah kanker payudara, (Denny and Prendiville, 2015) menyatakan bahwa Kanker serviks merupakan penyebab kematian kedua pada wanita setelah kanker payudara. Angka mortalitas dan morbiditas terus mengalami peningkatan, kasus kanker serviks banyak ditemukan sudah stadium lanjut dan menyebabkan kematian pada perempuan (WHO, 2007). Cakupan pemeriksaan IVA masih sangat kurang, hal ini disebabkan karena rendahnya kesadaran perempuan Indonesia untuk melakukan tes IVA sebagai pencegahan penyakit kanker serviks. Pemeriksaan IVA di Indonesia kurang dari lima persen (2,45%,) WHO (2007). Estimasi jumlah penderita kanker serviks di Indonesia pada tahun 2013 diketahui Provinsi Jawa Timur memiliki penderita kanker terbesar yaitu 98.692 kasus (Risksda, 2013). Berdasarkan studi pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Panaguwèn, promosi kesehatan tentang kanker serviks dan tes IVA sudah dilakukan, hanya beberapa perempuan datang untuk melakukan tes IVA, tercatat yang melakukan pemeriksaan IVA pada tahun 2017 sebanyak 5 dari 341 perempuan usia subur, dan semua ditemukan *fluor albuse* dan disarankan terapi.

Pemberian *health coaching* pada wanita usia subur (WUS) merupakan salah satu metode edukasi dengan tidak hanya memberikan informasi aspek kognitif saja melainkan psikomotorik dan psikologis. *Health coaching* berpusat pada pasien dimana pemilihan tujuan aktivitas ditentukan oleh pasien sehingga pasien lebih terlibat, dan terjadi proses belajar yang kemudian dapat berpengaruh terhadap *self efficacy* yang memiliki peranan dalam membentuk komitmen dan perilaku pencegahan kanker serviks (Hermens *et al.*, 2014) menyatakan bahwa pendekatan pembinaan kesehatan *Personal Health coaching Systems* merupakan cara yang tepat dalam meningkatkan *self efficacy* dan memelihara

perilaku yang lebih sehat. Pemberian *health coaching* diharapkan dapat berpengaruh pada *self-efficacy* yang berperan dalam membentuk komitmen dan akan berdampak pada hasil tindakan yaitu pencegahan kanker serviks

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif dengan desain *Quasi eksperiment* yaitu penelitian yang memberikan perlakuan atau intervensi pada subyek penelitian kemudian efek perlakuan tersebut diukur dan dianalisa. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *pre-test* dan *post-test with control group design*. Jumlah sampel 70 responden yang terdiri dari 35 kelompok perlakuan dan 35 kelompok kontrol, Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Cluster sampling*. Analisa yang digunakan dalam penelitian ini adalah ujistatistik Wilcoxon Signed Ranks Tast dengan signifikasi $P < 0,05$, dan Manova. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa *health coaching* berbasis *health promotion model* berpengaruh terhadap peningkatan *self efficacy* ($p=0,000$), komitmen ($p=0,000$), dan tindakan ($p=0,000$)

Pemberian edukasi dengan metode *health coaching* ini sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan responden, wanita usia subur yang mendapatkan *health coaching* dapat meningkatkan keyakinannya dalam melakukan pencegahan kanker serviks dan mau melakukan pemeriksaan IVA, meningkatkan *self efficacy*, dapat memberikan komitmen yang tinggi sehingga responden bisa mengambil keputusan dalam tindakan pencegahan kanker serviks dan melakukan pemeriksaan IVA. *Health coaching* berbasis *health promotion model*, terbukti dapat meningkatkan *self efficaacy* wanita usia subur dalam melakukan perilaku pencegahan kanker serviks dan melakukan pemeriksaan IVA. *Self efficacy* yang dirasakan dapat meningkatkan pemahaman yang lebih baik tentang kondisi kesehatan responden

Sedangkan pada komitmen hanya sebagian kecil responden memiliki komitmen tinggi, hal ini banyak yang mempengaruhi salah satunya yaitu tingkat pendidikan dimana berdasarkan data demografi hampir seluruhnya responden mempunyai pendidikan dasar, dan tak satupun responden mempunyai pendidikan tinggi, komitmen berkelanjutan didasari oleh kesadaran diri responden akan akibat yang akan ditanggung jika tidak melakukan suatu pemeriksaan dan pengobatan, dalam hal ini tindakan melakukan pencegahan kanker serviks dan IVA. Peningkatan tindakan pada kelompok perlakuan

dapat terjadi karena adanya intraksi sosial yang dialami individu baik dengan peneliti pada saat memberikan *health coaching* maupun dengan orang lain disekitar lingkungan responden, petugas kesehatan, keluarga, dan orang lain yang dianggap penting yang dapat mempengaruhi tindakan responden dalam melaksanakan pencegahan penyakit kanker serviks dan IVA

Health coaching berbasis *health promotion model* melalui pemberian pelatihan dan pembinaan kepada responden terbukti dapat meningkatkan komitmen wanita usia subur dalam melakukan pencegahan kanker serviks tindakan seperti mau menjaga kebersihan organ intim, kontrol kepelayanan kesehatan jika terdapat keluhan,dan mau melakukan pemeriksaan IVA ke pelayanan kesehatan

EXCECUTIVE SUMMARY

The Influence of Health Coaching Based on Health Promotion Model on The Self Efficacy, commitment, action of Women of Childbearing Age (WUS) in implementing The Prevention of Cervical Cancer and Visual Inspection Acetic Acidate (IVA) in Puskesmas Panaguan Pamekasan

Oleh: Khairun Nisa'

Cervical cancer is the second leading cause of death in women after breast (Denny and Prendiville, 2015) states that cervical cancer is the second leading cause of death in women after breast cancer. Mortality and morbidity rates continue to increase, cases of cervical cancer are found to be more advanced and cause death in women (WHO, 2007). Coverage of IVA examination is still very low, this is due to low awareness of Indonesian women to perform IVA test as a prevention of cervical cancer. IVA examination in Indonesia is less than five percent (2.45%,) WHO (2007). Estimated number of cervical cancer patients in Indonesia in 2013 known East Java Province has the largest cancer patients that is 98,692 cases (Riskseda, 2013). Based on preliminary study in Panaguan Puskesmas work area, health promotion about cervical cancer and IVA test have been done, only few women come to do IVA test, carrying the examination of IVA in 2017 as much as 5 from 341 women of childbearing age, and all found albuse fluoride and recommended therapy according to doctor's instructions.

Provision of health coaching in women of childbearing age (WUS) is one method of education by not only providing cognitive aspects but psychomotoric and psychological aspects. Health coaching is centered on the patient where the selection of activity objectives is determined by the patient so that the patient is more involved, and the learning process can affect the self efficacy that has a role in shaping the commitment and behavior of cervical cancer prevention (Hermens et al., 2014) stated that the Personal Health coaching Systems health coaching approach is an appropriate way of improving self-efficacy and maintaining a healthier behavior. Provision of health coaching is

expected to affect the self-efficacy that plays a role in shaping commitments and will impact on the results of the action of cervical cancer prevention

The research design used in this research is quantitative research type with Quasi Experimental design, that is research which enables or used in research. The rangcangan study is pre-test and post-test with the control group desaign. Number of samples 70 respondents consisting of 35 treatment groups and 35 control groups, Cluster sampling technique sampling. The analysis in this study is Wilcoxon Signed Ranks Tast with the significance of $P < 0.05$, and Manova. The result of statistical test shows that health promotion based on health promotion model has an effect on self efficacy ($p = 0,000$), commitment ($p = 0,000$), and action ($p = 0,000$)

Providing education with this method of health care is very useful to increase knowledge of the respondents, the women in the environment who get health counseling can increase confidence in treatment of cervical cancer and willing to do IVA examination, improve self efficacy, can give high commitment for the respondents can take decisions in cervical cancer prevention measures and IVA examination. Health-based health development model, proven to increase self-efficacy of women in taking precautions cervical cancer and IVA examination. Self efficacy that can be improved to know better health condition

While the commitment is only a small part of respondents have hinhg commitment, it is a lot that affects one of level of education, where based on demographic dataall of responden have basic education and none of the respondents have higher education. Sustained commitment is based on self-awareness of the respondents will be the consequences if not done q test and treatment, in this case the act of preventing cervical cancer and IVA. Incresed action in the treatment group can occur because of the social interaction experienced by individuals both with researchers when providing health coaching or with others around the neighborhood respondents, health works, families or people who are considered important.

Health coaching based on health promotion model through membership and back and forth can be proven to increase the commitment of women farmers in making cervical diseases help to keep the organs clean, control the health service if any, and want to do IVA check

ABSTRAK**Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* Terhadap *Self efficacy*, komitmen, tindakan pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asam asetat****Oleh: Khairun Nisa'**

Pendahuluan: Kanker serviks merupakan penyebab kematian kedua pada wanita setelah kanker payudara, Angka mortalitas dan morbiditas terus meningkat. Fenomena ini terjadi karena pemeriksaan Inspeksi Visual Acetic Acidate (IVA) jarang ditemukan pada wanita usia subur sebagai deteksi dini kanker serviks. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji pengaruh *health coaching* bagi wanita usia subur dari *self-efficacy*, komitmen, dan tindakan dalam pencegahan kanker serviks. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen semu dengan desain pre and post control group. Sebanyak 70 responden di wilayah kerja Puskesmas panaguan pamekasan dibagi menjadi 35 untuk kelompok perlakuan dan 35 untuk kelompok kontrol. Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah cluster sampling berdasarkan area. Variabel dependen adalah *self-efficacy*, komitmen, dan tindakan dan *health coaching* adalah variabel independen. Data diambil dengan kuesioner dan dianalisis dengan Wilcoxon signed rank test dengan taraf signifikansi 0,05. **Hasil:** Hasil uji statistik menunjukkan bahwa *Health coaching* berpengaruh terhadap peningkatan *self efficacy* ($p=0,000$) peningkatan komitmen ($p=0,000$) dan perbaikan tindakan ($p=0,000$) **Diskusi:** Wanita usia subur akan memiliki pengetahuan yang banyak tentang penyakit kanker serviks, dan pemeriksaan IVA setelah diberikan *health coaching*. Hal ini akan membuat responden menyadari tentang hal yang dapat menjadi pencetus penyakit kanker serviks, sehingga responden mempunyai keyakinan yang baik yang dapat meningkatkan komitmennya untuk mengambil tindakan dalam pencegahan kanker serviks dan IVA.

Kata kunci: *Health coaching*, *self efficacy*, komitmen, tindakan,

Abstrac

The Effect of Health Coaching Based on Health Promotion Model on The Self Efficacy, commitment, action of Women of Childbearing Age (WUS) in implementing The Prevention of Cervical Cancer and Visual Inspection Acetic Acidate (IVA) in Puskesmas Panaguan Pamekasan

Introduction: Cervical cancer is the second leading cause of death in women after breast cancer, mortality rates and morbidity continue to increase, . This phenomenon occurs because the examination of Visual Acetic Acidate (IVA) Inspection is rare in women of childbearing age as ditection of cervikal cancer. The purpose of this study was to examine the effect of health coaching for women of childbearing age of self-efficacy, commitment, and action in the prevention of cervical cancer. **Method:** This research is a quasi experiment research with pre and post control group design. A total of 70 respondents in the working area of Puskesmas Pamekasan was divided into 35 for treatment group and 35 for control group. Sampling method used is cluster sampling based on area. Dependent variables are self-efficacy, commitment, and action and helath coaching is an independent variable. Data were collected by questionnaire and analyzed by Wilcoxon signed rank test with significance level of 0.05. **Results:** The results of statistical tests show that health coaching has an effect on self-efficacy ($p = 0,000$) improvement in commitment ($p = 0,000$) and improvement of action ($p = 0,000$) **Discussion:** Women of childbearing age will have much knowledge about cervical cancer, and IVA examination after being given health coaching. This will make respondents aware of what can trigger cervical cancer, so that respondents have a good belief that can increase its commitment to take action in the prevention of cervical cancer and IVA.

Keywords: Health coaching, self efficacy, commitment, action

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Prasyarat Gelar Magister	ii
Halaman Pernyataan Orisinilitas.....	iii
Lembar Pengesahan pembimbing tesis	iv
Lembar Pengesahan Tesis	v
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi	vi
Kata Pengantar	vii
Ringkasan penelitian	ix
Abstrak	xi
Daftar Isi	xiii
Daftar Tabel	xiv
Daftar Gambar	xv
Daftar Lampiran	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah.....	3
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.4.1 Tujuan umum	4
1.4.2 Tujuan khusus	4
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Manfaat teoritis	5
1.5.2 Manfaat praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep <i>Health coaching</i>	6
2.1.1 Pengertian <i>Health coaching</i>	6
2.1.2 Teori dan konsep yang mendasari <i>Health coaching</i>	7
2.1.3 Prinsip <i>Health coaching</i>	8
2.1.4 Strategi dan teknik <i>Health coaching</i>	9
2.1.5 Perbedaan <i>Health coaching</i> dengan pendidikan kesehatan.....	10
2.1.6 Tahapan <i>Health coaching</i>	11
2.2 Konsep teori <i>Health Promotion Model</i>	14
2.3 Konsep dasar <i>Self efficacy</i>	24
2.3.1 Pengertian <i>Self efficacy</i>	24
2.3.2 Komponen utama <i>Self efficacy</i>	24
2.3.3 Proses pembentukan <i>Self efficacy</i>	25
2.3.4 Faktor yang mempengaruhi <i>Self efficacy</i>	27
2.3.5 Faktor karakteristik individu yang mempengaruhi <i>Self efficacy</i>	28
2.3.6 Pengaruh <i>Self efficacy</i> terhadap proses dalam diri manusia.....	30
2.4 Konsep Perilaku	31
2.4.1 Pengertian Perilaku	31
2.4.2 Klasifikasi Perilaku	31

2.4.3 Domain Perilaku	33
2.4.4 Faktor Penentu Perilaku	37
2.5 Konsep dasar IVA	39
2.5.1 Teori yang mendasari IVA.....	39
2.5.2 Pengertian IVA dan tahapan pemeriksaan	40
2.5.3 Penata laksanaan IVA positif	43
2.5.4 Penatalaksanaan pasien yang dicurigai kanker	43
2.6 Konsep dasar kanker serviks	43
2.6.1 Pengertian kanker serviks dan penyebabnya.....	45
2.6.2 Faktor resiko kanker leher rahim	45
2.6.3 Gejala klinis kanker serviks	48
2.6.4 Pencegahan kanker serviks.....	50
2.6.5 Diagnosis kanker serviks.....	51
2.7 Konsep dasar WUS	53
2.7.1 Pengertian.....	53
2.7.2 Tanda-tanda wanita subur	53
2.7.3 Perhitungan masa subur	55
2.9 Prosedur pembuatan Modul	59
2.10 Keaslian penelitian	61
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	68
3.1 Kerangka Konseptual.....	68
3.2 Hipotesis... ..	69
BAB 4 METODE PENELITIAN	71
4.1 Rencana penelitian	71
4.2 Populasi, Sampel, Sampling.....	73
4.2.1 Populasi	73
4.2.2 Sampel.....	73
4.2.3 Sampling	74
4.3 Kerangka Operasional.....	75
4.4 Identifikasi Variabel.....	76
4.4.1 Variabel independen	76
4.4.2 Variabel dependen.....	76
4.5 Definisi Operasional.....	76
4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data.....	78
4.6.1 Instrumen penelitian.....	78
4.6.2 Validitas	78
4.6.3 Reliabilitas.....	79
4.6.4 Lokasi dan waktu penelitian.....	80
4.6.5 Prosedur pengambilan dan pengumpulan data.....	80
4.6.5.1 persiapan	80
4.6.5.2 Pelaksanaan	80
4.6.5.3 Analisa data.....	83
4.7 Etika Penelitian	85
4.7.1 Lembar persetujuan menjadi responden.....	85

4.7.2 Anonim.....	86
4.7.3 Confidentiality.....	86
BAB 5 HASIL PENELITIAN	89
5.1 Hasil penelitian	89
5.2 Karakteristik responden	90
5.3 Data dan analisa variabel penelitian	91
BAB 6 PEMBAHASAN	102
6.1 <i>Health coaching</i> terhadap <i>self efficacy</i> pada wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan IVA.....	102
6.2 <i>Health coaching</i> terhadap komitmen wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan IVA.....	106
6.3 <i>Health coaching</i> terhadap tindakan wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan IVA.....	110
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	116
7.1 Kesimpulan	116
7.2 Saran	117
DAFTAR PUSTAKA	119
LAMPIRAN.....	125

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Model tahap <i>Health Coaching</i>	12
Tabel 2.2 Keaslian Penelitian.....	61
Tabel 4.1 Rancangan Penelitian Pre-Post test control group desigh	64
Tabel 4.2 Definisi Operasional pengaruh <i>health coaching</i> berbasis <i>health promotion model</i> terhadap peningkatan perilaku WUS dan efikasi diri melakukan deteksi dini kanker serviks dengan Metode IVA	76
Tabel 5.1 Distribusi Responden pada Kelompok perlakuan dan Kelompok kontrol Wanita Usia Subur diwilayah kerja Puskesmas Panaguan Tahun 2018	90
Tabel 5.2 Distribusi self-efficacy (<i>pre dan post tes</i>) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja puskesmas panaguan tahun 2018	92
Tabel 5.3 Distribusi komitmen afektif(<i>pre dan post tes</i>) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan di wilayah kerja puskesmas panaguan tahun 2018.....	93
Tabel 5.4 Distribusi komitmen berkelanjutan (<i>pre dan post tes</i>) pada wanita usia subur pada kelompok kontrol di wilayah kerja puskesmas panaguan tahun 2018	94
Tabel5.5 Distribusi komitmen Normatif (<i>pre dan post tes</i>) pada wanita usia subur pada kelompok kontrol di wilayah kerja puskesmas panaguan tahun 2018	94
Tabel 5.6 Distribusi Tindakan Persepsi (<i>pre dan post tes</i>) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Panaguan tahun 2018.....	95
Tabel 5.7 Distribusi Tindakan Respon terpimpin (<i>pre dan post tes</i>) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Panaguan tahun 2018.....	96
Tabel 5.8 Distribusi Tindakan Mekanisme (<i>pre dan post tes</i>) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Panaguan tahun 2018.....	97
Tabel 5.9 Distribusi Tindakan Adopsi (<i>pre dan post tes</i>) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Panaguan tahun 2018.....	98
Tabel 5.10 Distribusi hasil analisis perbedaan self efficacy , komitmen dan tindakan pada kelompok perlakuan dan kontrol menggunakan nilai delta pada wanita usia subur di wilayah kerja puskesmas Panaguantahun 2018	99
Tabel 5.11 Uji perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol pada wanita usia subur di wilayah kerja puskesmas panaguan tahun 2018	100
Tabel 5.12 Hasil analisis pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada wanita usia subur diwilayah kerja puskesmas panaguan tahun 2018	100

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Bagan kajian masalah pengaruh <i>health coaching</i> berbasis <i>health promotion model</i> terhadap peningkatan perilaku WUS dan efikasi diri melakukan diteksi dini kanker serviks dengan Metode IVA	04
Gambar2.1	Panggalan kesehatan Health Promotion Model Practic.....	19
Gambar 2.2	Revisi Model Promosi kesehatan Health Promotion Model in Nursing.....	21
Gambar 2.3	Hasil pemeriksaan IVA.....	41
Gambar 2.4	Stadium kanker serviks	51
Gambar3.1	Kerangka Konseptual pengaruh <i>health coaching</i> berbasis <i>health promotion model</i> terhadap peningkatan perilaku WUS dan efikasi diri melakukan diteksi dini kanker serviks dengan Metode IVA	61
Gambar4.1	Kerangka Operasional pengaruh <i>health coaching</i> berbasis <i>health promotion model</i> terhadap peningkatan perilaku WUS dan efikasi diri melakukan diteksi dini kanker serviks dengan Metode IVA	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat penelitian.....	113
Lampiran 2 Penjelasan penelitian bagi responden dan peneliti	114
Lampiran 3 Lembar penjelasan peneliti.....	116
Lampiran 4 Lembar persetujuan menjadi responden	117
Lampiran 5 Lembar kuesioner	118
Lampiran 6 SAK.....	122
Lampiran 7 Data mentah.....	130
Lampiran 8 Hasil uji statistik	152
Lampiran 9 pengkajian awal	161
Lampiran 10 Booklet... ..	162

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker serviks merupakan penyebab kematian kedua pada wanita setelah kanker payudara, khususnya di negara-negara yang sedang berkembang. (Denny and Prendiville, 2015) menyatakan bahwa kanker serviks merupakan penyebab kematian kedua pada wanita setelah kanker payudara. Angka mortalitas dan morbiditas terus mengalami peningkatan, kasus kanker serviks banyak ditemukan sudah stadium lanjut dan menyebabkan kematian pada perempuan (WHO, 2007). Fenomena ini terjadi karena pemeriksaan IVA jarang ditemukan terjadi pada perempuan usia subur, mereka datang ke pelayanan kesehatan sudah dalam keadaan sakit sehingga terlambat untuk diobati, akibatnya angka mortalitas dan morbiditas yang disebabkan kanker serviks terus mengalami peningkatan. Mengubah perilaku seseorang membutuhkan dukungan intensif dalam kehidupan sehari-hari, baik dukungan dari masyarakat, keluarga dan pemerintah khususnya dukungan dari tenaga kesehatan untuk meningkatkan kesehatan dimasyarakat

Cakupan pemeriksaan IVA masih sangat kurang, hal ini disebabkan karena rendahnya kesadaran perempuan Indonesia untuk melakukan tes IVA sebagai pencegahan penyakit kanker serviks. Pemeriksaan IVA di Indonesia kurang dari lima persen (2,45%,) WHO (2007). Estimasi jumlah penderita kanker serviks di Indonesia pada tahun 2013 diketahui Provinsi Jawa Timur memiliki penderita kanker terbesar yaitu 98.692 kasus (Risksda, 2013). Berdasarkan studi

pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Panaguwen, promosi kesehatan tentang kanker serviks dan tes IVA sudah dilakukan, hanya beberapa perempuan datang untuk melakukan tes IVA, tercatat yang melakukan pemeriksaan IVA pada tahun 2017 sebanyak 5 dari 341 perempuan usia subur, dan semua ditemukan *fluor albuse* dan disarankan terapi sesuai petunjuk dokter. Pada tahun sebelumnya tidak ada yang melakukan tes IVA, faktor yang menjadi hambatan perempuan tidak melakukan tes IVA karena kurangnya pengetahuan akan bahaya kanker serviks dan manfaat tes IVA, hasil wawancara dengan bidan ditemukan perempuan meninggal dengan kasus kanker serviks dan kasus kanker payudara, banyak ditemukan perempuan mengeluh keputihan jika datang berobat dan mereka hanya minum jamu sebagai pengobatan alternatif, karena masyarakat menganggap tes IVA masih dianggap tabu, sehingga muncul rasa takut, cemas, dan malu jika melakukan pemeriksaan. Pendekatan secara personal kepada perempuan dengan mendatangi rumah responden untuk melakukan tes IVA belum dilakukan, karena membutuhkan banyak waktu jika dilakukan.

Terlambatnya pencegahan dini kanker serviks dengan metode IVA disebabkan karena kurang pengetahuan masyarakat tentang skrining dan gejala kanker serviks, sehingga mereka datang ke pelayanan kesehatan penyakit sudah dalam kondisi stadium lanjut dan terlambat untuk diobati. (Kolutek, Avci and Sevig, 2016) menyatakan bahwa perempuan datang ke pelayanan kesehatan sudah dalam keadaan sakit dan sudah stadium lanjut sehingga angka mortalitas dan morbiditas yang disebabkan oleh kanker serviks terus mengalami peningkatan di masyarakat. Menyikapi hal ini maka perlu dilakukan pencegahan kanker serviks

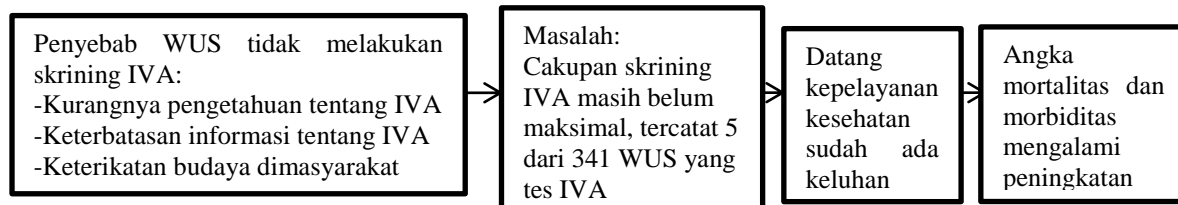
dengan melakukan tes IVA. Menurut penelitian (Martinez and Adelita, 2009) bahwa angka mortalitas pada perempuan akibat kanker serviks menurun secara signifikan setelah dilakukan skrining.

Pemberian *health coaching* pada wanita usia subur (WUS) merupakan salah satu metode edukasi dengan tidak hanya memberikan informasi aspek kognitif saja melainkan psikomotorik dan psikologis. *Health coaching* berpusat pada pasien dimana pemilihan tujuan aktivitas ditentukan oleh pasien sehingga pasien lebih terlibat, dan terjadi proses belajar yang kemudian dapat berpengaruh terhadap *self efficacy* yang memiliki peranan dalam membentuk komitmen dan perilaku pencegahan kanker serviks (Hermens *et al.*, 2014) menyatakan bahwa pendekatan pembinaan kesehatan *Personal Health coaching Systems* merupakan cara yang tepat dalam meningkatkan *self efficacy* dan memelihara perilaku yang lebih sehat. Pemberian *health coaching* diharapkan dapat berpengaruh pada *self-efficacy* yang berperan dalam membentuk komitmen dan akan berdampak pada hasil tindakan yaitu pencegahan kanker serviks

Pendekatan teori keperawatan yang digunakan untuk pelaksanaan *Health Coaching* diharapkan dapat meningkatkan *self-efficacy*, komitmen, dan tindakan wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan IVA. Maka perlu dikaji lebih lanjut tentang perilaku wanita usia subur terkait skrining IVA dan diperlukan upaya yang lebih intensif dari pemerintah, dinas kesehatan khususnya tenaga kesehatan untuk meningkatkan kesehatan dimasyarakat. Setelah dilakukan edukasi tentang kanker serviks dan kesadaran akan kesehatan semua responden mengalami peningkatan pengetahuan tentang skrining kanker serviks dan mau berpartisipasi melakukan skrining (Lor., *at al.*, 2014). Sebelum dilakukan *Health coaching* responden tidak memahami cara mengelola penyakitnya, tetapi

setelah dilakukan *Health coaching* pasien mengerti cara mengelola agar tidak terjadi kekambuhan (Crittenden., *at al.*, 2017).

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1 Bagan kajian masalah pengaruh *health coaching* berbasis *health promotion model* terhadap *Self Efficacy*, Komitmen dan Tindakan pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks inspeksi visual asetat (IVA)

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* terhadap *Self Efficacy*, Komitmen dan Tindakan pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks inspeksi visual asetat (IVA)?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* Terhadap *Self Efficacy*, Komitmen dan Tindakan pada Wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks inspeksi visual asetat (IVA).

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* Terhadap *Self Efficacy* pada Wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks inspeksi visual asetat (IVA).
2. Menganalisis Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* Terhadap Komitmen pada Wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks inspeksi visual asetat (IVA).
3. Menganalisis Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* Terhadap Tindakan pada Wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks inspeksi visual asetat (IVA).

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil perumusan *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* sebagai kerangka pemikiran dalam pengembangan keilmuan keperawatan medikal terutama untuk kepatuhan perempuan dalam perilaku pencegahan kanker serviks dan tindakan IVA.

1.5.2 Manfaat Praktis

1.5.2.1 Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan untuk meningkatkan kepatuhan perempuan dalam menjalani skrining sebagai deteksi dini kanker serviks.

1.5.2.2 Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi perawat untuk memberikan edukasi kepada perempuan untuk melakukan skrining sebagai deteksi dini kanker serviks.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Health Coaching*

2.1.1 Pengertian *health coaching*

Health coaching adalah praktik pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan dengan maksud untuk meningkatkan kesehatan individu dan untuk memfasilitasi pencapaian tujuan kesehatan yang secara efektif memotivasi perubahan perilaku secara terstruktur, melalui hubungan suportif antara partisipan dan *coach* (Huffman 2007 dalam Effendy 2016). *Coach* membantu partisipan untuk mengklarifikasi tujuan dan memberikan pengetahuan atau wawasan dalam pencapaian tujuan melalui pemeriksaan, kolaborasi dan *personal discovery*.

Health coaching adalah proses yang berpusat pada pasien berdasarkan teori perubahan perilaku, yang memerlukan pasien untuk menetapkan tujuan yang ditentukan sendiri. Ini adalah salah satu dari banyak cara untuk mendukung manajemen diri, pembinaan kesehatan memberikan kontribusi untuk merawat, perencanaan pasien dan aktivasi dokter serta sebagai pengembangan kepemimpinan (*National Health Service*, 2014). Pembinaan kesehatan untuk memodifikasi gaya hidup sehat, hasil studi menunjukkan partisipasi pasien dalam pengelolaan kesehatan sangat diperlukan (Crittenden, Seibenhener and Hamilton, no date).

2.1.2 *Health Coaching* atau Pelati Kesehatan

Coach atau pelatih kesehatan dapat berasal dari perawat, pekerja sosial, asisten medis, pekerja kesehatan masyarakat, pendidik kesehatan atau penyuluhbahkan pasien lain yang telah diberikan pelatihan (Bennertt, *at all*, 2010). Seorang *coach* yang baik harus mampu memahami pergeseran paradigma direktif yaitu sebatas memberi tahu pasien tentang apa yang harus dilakukan, menuju ke paradigma kolaboratif yaitu meminta pasien melakukan perubahan sesuai kemampuan yang dia miliki. *Coach* memiliki pengetahuan dasar tentang penyakit, obat-obatan untuk mendapatkan kepercayaan dari pasien. Peran health coaching atau pelatih kesehatan meliputi:

a. Memberikan dukungan manajemen diri

Memberikan informasi, pengajaran keterampilan tentang penyakit tertentu, mempromosikan tentang perubahan perilaku, meningkatkan kemampuan dalam pemecahan masalah, memperbaiki dampak emosional dan penyakit kronik, mendorong menindak lanjuti dan mendorong dalam partisipasi.

b. Menjembatani kesenjangan antar dokter dan pasien

Bersifat sebagai penghubung pasien, memastikan pasien mengerti tentang rencana perawatannya, menentukan apakah pasien setuju dengan rencana perawatan mereka, mengkoordinasikan dengan budaya dan bahasa pasien.

c. Membantu pasien menavigasi system perawatan kesehatan

Membantu pasien mengatur agenda untuk kunjungan dokter, menghubungkan pasien dengan sumber daya, memfasilitasi dukungan, memberdayakan pasien, dan memastikan keinginan pasiendidengar

d. Menawarkan dukungan emosional

Menunjukkan minat, bertanya tentang isu-isu emosional, menunjukkan kasih sayang, dan pengajaran tentang kemampuan keterampilan.

e. Melayani dengan kontinuitas

Bersifat akrab, membangun kepercayaan, dan selalu ada untuk pasien

(Bennertt, *at all*, 2010)

2.1.3 Teori dan konsep yang mendasari *health coaching*

Pembinaan kesehatan / *health coaching* didasarkan pada berbagai model teoritis dan pendekatan yang telah terbukti sangat efektif dalam mengatasi berbagai masalah yang diangkat oleh pasien untuk membantu mencapai tujuan kesehatan mereka. *Health coaching* atau pembinaan kesehatan pada kasus DM tipe 2 memiliki peran yang sangat penting dalam perawatan kesehatannya yang memfasilitasi perawatan diri dan mengubah perilaku sehat, kajian ini menjelaskan bahwa pembinaan kesehatan untuk mereka yang memiliki diabetes adalah intervensi yang efektif untuk memperbaiki kontrol glikemik (Sherifali *et al.*, 2016). Pendekatan pembinaan kesehatan disebut *Personal Health Coaching Systems* (PCSs) adalah cara yang tepat dalam mengembangkan dan memelihara perilaku yang lebih sehat.

Intervensi *Health Coaching* juga dapat diberikan kepada remaja perkotaan yang berisiko terkena diabetes tipe 2, *Health Coaching* dirancang untuk mempromosikan gaya hidup sehat dan mencegah T2DM, dimana *Health Coaching* diberikan dengan metode Via Telpn yang diberikan kepada remaja untuk mengurangi resiko T2DM, melalui via telepon pembinaan kesehatan

diberikan seperti perubahan gaya hidup sehat (Jefferson *et al.*, 2011). *Health coaching* merupakan cara yang efektif untuk mendukung gaya hidup sehat seperti perubahan kesehatan. Intervensi *Health Coaching* berusaha untuk mencapai perubahan perilaku dengan cara memperbaiki *Self-efficacy* melalui pemodelan dan penguatan perilaku baru. Health coaching adalah: sebuah proses yang berpusat pada pasien yang terdiri dari menetapkan tujuan, mengidentifikasi hambatan dan memobilisasi pendukung yang ada. Efikasi diri didefinisikan sebagai kepercayaan masyarakat dalam kemampuan mereka untuk melakukan perilaku tertentu dalam situasi tertentu yang diarahkan pada tujuan tertentu. Orang belajar *self-efficacy* melalui pengalaman sebelumnya, melalui permodelan sosial, penguatan dan dukungan dan reaksi fisik dan emosional.

2.1.4 Prinsip *Health Coaching*

Prinsip pembinaan kesehatan sebagai dukungan manajemen diri dan program pembinaan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada responden. Pasien adalah sumber informasi terbaik untuk strategi perubahan perilaku pribadi, pendidikan disediakan ketika responden sudah siap, tujuan tersebut selaras dengan visi kesehatan responden dan nilai-nilai pribadi, penekanan ditempatkan pada bagaimana merubah perilaku. Dalam penelitiannya (Hermens *et al.*, 2014) Kondisi seseorang yang kronis tidak bisa disembuhkan namun perilaku sehari-hari memiliki pengaruh besar pada tingkat keparahan sekunder masalah dan kualitas hidup. Perawat memperkuat akuntabilitas menggunakan nilai-nilai dan cerita responden sendiri. Prioritas ditetapkan untuk menyeimbangkan visi jangka panjang dan apa yang paling menonjol dalam

kehidupan pasien saat ini. Kesabaran dan keyakinan responden sangat penting untuk membangun kepercayaan dalam hubungan pembinaan. Perawat membimbing responden dalam menghubungkan perubahan perilaku yang membutuhkan dukungan intensif dalam kehidupan sehari-hari. Pembinaan kesehatan sangat diperlukan untuk menstabilkan kesehatan bio, psiko, sosial. Pembinaan kesehatan memberikan dukungan dalam kaitannya dengan perilaku sehat, dan ini mengarah pada pengurangan penyakit dan pengurangan perilaku yang tidak sehat seperti merokok, minum alkohol, kelelahan, depresi (West-Leuer, 2014).

2.1.5 Strategi dan teknik *health coaching*

Diawali dengan meminta pasien untuk menyebutkan apa yang paling dia inginkan untuk dicapai terkait penyakit atau kondisinya, atau berusaha untuk mengungkap isu-isu yang paling diperhatikan oleh pasien. Huffman (2007) menyatakan terdapat strategi yang disebut OARS teknik, dimana teknik ini memfasilitasi pasien untuk tetap berdiskusi, *open – ended question* (pertanyaan terbuka) memungkinkan pasien untuk fokus pada masalahnya pada saat itu.

Coaching adalah tentang membantu orang untuk belajar bukan hanya mengatakan kepada mereka apa yang harus dilakukan. Pembinaan kesehatan mengadopsi pendekatan yang berbeda dalam melakukan percakapan tentang kesehatan, meliputi percakapan pembinaan diskusi, mendukung dan memfasilitasi dengan fokus utama pada perspektif pasien perawat menggunakan pertanyaan terbuka, meringkas, mencerminkan, memberikan umpan balik, perawat dan pasien

memiliki kedudukan yang sama atau sebagai mitra hubungan dan keduanya terlibat dalam hubungan belajar (Macadam, 2014)

National health service (2014) menjelaskan ada banyak model atau kerangka kerja yang berbeda yang digunakan dalam pendekatan pembinaan kesehatan, namun sebagian besar konsep pembinaan kesehatan memiliki beberapa karakteristik umum yaitu:

1. Memberdayakan individu/ masyarakat untuk mencapai kesehatannya.
2. Berfokus pada tujuan yang ingin dicapai oleh individu/ masyarakat bukan berdasarkan tujuan dari pemberi pelayanan
3. Pengembangan hubungan kolaboratif antara peserta dan pemberi layanan kesehatan
4. Berasumsi bahwa individu/ masyarakat memiliki wawasan dan memiliki potensi
5. Membantu individu / masyarakat menilai dimana mereka berada dan apa yang mereka ingin capai
6. Membantu individu/masyarakat merencanakan untuk mencapai tujuan mereka dengan cara yang lebih mudah.
7. Menentukan keyakinan atau hal apa yang menghambat individu / masyarakat untuk melakukan perubahan yang positif.

2.1.6 Perbedaan *health coaching* dengan pendidikan kesehatan dengan pendekatan tradisional.

health coaching/ pembinaan kesehatan berbeda dari pendidikan kesehatan dengan pendekatan tradisional yang cenderung mengarah kepada pemberian

informasi kepada individu dan meminta individu untuk melakukan hal-hal yang diinstruksikan oleh pemberi layanan kesehatan. Dalam model tradisional, profesional dipandang memiliki keahlian, pengetahuan dan bertugas menyampaikannya kepada orang-orang dan keluarganya. Sebaliknya pembinaan kesehatan berusaha untuk membantu individu dan profesional saling bekerjasama, individu sendiri dinilai memiliki pengetahuan dan mampu terhadap kesehatannya sendiri. Pembinaan kesehatan menggunakan pertanyaan dan teknik yang mendukung, pelatihan kesehatan membantu individu untuk mengungkapkan tentang apa yang ingin mereka capai, apa yang mengganggu, apa yang ingin mereka ubah, apa dukungan yang mereka butuhkan, membantu membuat perubahan dan kesulitan yang perlu ditangani atau diminimalkan. Peran utama pelatihan kesehatan bukanlah untuk mengajar, saran atau nasehat individu melainkan untuk mendukung individu untuk merencanakan dan mencapai tujuan mereka. (*National Health Service, 2014*)

2.1.7 Tahapan *Health coaching*

Tabel 2.1 Model tahapan *health coaching* menurut UCSF (2014)

<i>Check in</i>	<i>Health coaching alerted provider about patients scheduled for day and asks. " is there anything in particular that you would like for me to focus on in my pre-visit with the patient?"</i>
<i>Pre-visit</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Present: <i>Health coaching, pasien (5-15 minutes)</i> - <i>Normal MA tasks (e.g.,vitals, poin of care testing)</i> - <i>Agenda testing</i> - <i>Medication reconciliation</i> - <i>Review of AIC, LDL and /or BP and goals (for patient activation)</i>
<i>Visit</i>	- Present: <i>Provider, Health coach, patient (5-20 minutes) 15 second huddle (patient, provider, Health coach....review pre-visit: goals of visit</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Health coach present for (most of) visit</i> - <i>Visit wrap-up ...provider approves medication list and main points for patient teach-back</i>
<i>Post-visit</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>present : Health coach, pasien (5-30 minutes)</i> - <i>pasien teach-back</i> - <i>HC creates revised medication list for patient to take home</i> - <i>Action planning</i>
<i>Between visit</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Present: Health coach, patient (2-20minutes)</i> - <i>Health coach calls patient at least monthly regarding action paln, medication adherence, appointment reminders , preparingfor clinci visit</i> - <i>Health coach meets with patient at least quarterly</i> - <i>Health coach communicates with provider in even of question</i>

Tahapan diatas menjelaskan bagaimana cara untuk menetapkan dan memperkenalkan pasien dengan *coach* atau pelatih kesehatan dan menjelaskan secara detail tentang kegiatan atau aktivitas *Health coaching*, termasuk menjelaskan alur pra kunjungan (*pre-visit*), dan selama kunjungan (*visit*), pasca kunjungan (*post – visit*) dan antara kunjungan (*beetween visit*)

1. *Pre-visit* (sebelum kunjungan)

Pada tahap awal ini *coach* atau pelatih kesehatan akan melakukan beberapa pemeriksaan yang berhubungan dengan kondisi pasien. Contohnya pada pasien hipertensi, *coach* akan mengukur tekanan darah pasien, menyakan beberapa pertanyaan standart sesuai faktor resiko penyakit seperti kepatuhan mengkonsumsi obat, kebiasaan merokok, kebiasaan mengkonsumsi alkohol dan lain – lain. *Coach* akan membuat agenda yang berisi daftara masalah yang ingin diselesaikan oleh pasien, daftar ini juga digunakan sebagai panduan kunjungan. Selanjutnya akan membuat agenda yang berisi daftara masalah yang ingin

diselesaikan oleh pasien, daftar ini juga digunakan sebagai panduan kunjungan. Selanjutnya *coach* akan mengevaluasi hasil laboratorium atau nilai tekanan darah pasien. Hasil pemeriksaan ini kemudian akan digunakan sebagai bahan diskusi dengan pasien. Dalam diskusi ini akan menilai tingkat pendidikan, perilaku motivasi perubahan dan kebutuhan psikososial pasien dalam kaitannya dengan perawatan kronis mereka.

2. *Visit* (selama kunjungan)

Pada tahap ini *coach* akan mengulas diskusi yang belum terselesaikan pada tahap sebelumnya, menentukan tujuan kunjungan *coach* akan mengingatkan pasien bila diperlukan untuk melakukan komunikasi dengan penyedia layanan kesehatan, membantu bila diperlukan perawatan pencegahan untuk pasien, mencatat hasil ringkasan kunjungan, bersama pasien menuju kembali beberapa poin yang dapat didiskusikan dan menentukan poin mana yang dapat dilakukan perubahan perilaku.

3. *Post-visit* (pasca kunjungan)

Pada tahap ini *coach* akan mengulas ulang diskusi awal dengan pasien menegaskan kembali, memandu pasien menentukan rencana tindakan dan memberikan informasi dasar tentang hal yang berhubungan dengan kondisi pasien.

4. *Between visit* (antara kunjungan)

Coach akan menghubungi pasien kembali setelah satu minggu setelah kunjungan untuk mengkroscek perubahan perilaku apa yang sudah dikerjakan sesuai tujuan awal yang telah ditentukan pasien. Jika diperlukan *coach* akan membantu pasien membuat rencana tindakan baru. Menindak lanjuti pertemuan

coach akan bertemu dengan pasien. Biasanya kunjungan ini terjadi disela jadwal rutin kontrol pasien ketempat pelayanan kesehatan. *Coach* juga membantu pasien pasien memberikan petunjuk sistem perawatan kesehatan, misalnya tentang kapan melakukan tes laboratorium, membantu pasien pada rujukan perawatn khusus, memotivasi dan mengatur jadwal kontrol ke tempat layanan kesehatan berhubungan dengan perkembangan baru terkait kesehatan mereka (UCHF, 2014)

2.2 Konsep Teori *Health Promotion Model* (HPM) menurut Pender

(Alligood, 2014)

2.2.1 Sejarah

Pada tahun 1975. Dr Pender mempublikasikan model konseptual kesehatan preventif. Dasar studinya adalah bagaimana individu membuat keputusan tentang perawatan kesehatan mereka sendiri dalam konteks keperawatan. Artikel tersebut mengidentifikasi factor-faktor yang ditemukan dalam pengambilan keputusan dan tindakan-tindakan yang diperlukan individu dalam pencegahan penyakit. Pada tahun 1982, edisi pertama promosi kesehatan dalam praktek keperawatan dipublikasikan dengan konsep promosi optimal tentang kesehatan mendesak perlunya pencegahan penyakit. Model promosi kesehatan pertama kali dimuat pada edisi ini dan mengalami revisi pada tahun 1987 di edisi buku. Edisi III tahun 1996 memuat revisi terakhir tentang model promosi kesehatan dan di presentasikan.

2.2.2 Komponen *Health Promotion Model*

Health Promotion Model mengklasifikasikan determinan perilaku individu menjadi tiga kelompok proposisi yang spesifik, yaitu karakteristik individu dan

pengalaman, *behavior specific cognition and effect*, dan faktor interpersonal/ situasional. Karakteristik individu dan pengalaman adalah faktor pembawaan (jenis kelamin, usia, genetik) dan pengalaman yang membentuk perilaku ke depan. Faktor latar belakang ini umumnya tidak dapat dimodifikasi. *Behavior specific cognition and effect* meliputi *perceived benefit barrier to behaviour*, *perceived self efficacy*, dan sikap yang mendasari perilaku. Faktor ini merupakan target utama dari pengkajian perilaku promosi kesehatan individu. Sementara faktor interpersonal/ situasional adalah faktor lingkungan dan sosial yang memengaruhi perilaku kesehatan (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parson, 2002; Srof & Velsor-Friedrich, 2006). Definisi masing-masing komponen HPM, antara lain (Pender, 2011):

1. Karakteristik individu dan pengalaman, yaitu

- 1) *Prior related behaviour*, yaitu frekuensi perilaku kesehatan yang sama di masa lalu.
- 2) Faktor personal (biologis, psikologis, sosiokultural), yaitu karakteristi umum individu yang memengaruhi perilaku kesehatan. Faktor biologis meliputi usia, dan jenis kelamin. Faktor psikologis meliputi motivasi, harga diri, persepsi terhadap sakit. Sementara faktor sosiokultural meliputi tingkat pendidikan dan ekonomi.

2. *Behavior specific cognition and affect* (Alligood, 2014)

- 1) *Perceived benefit of action*, yaitu persepsi positif atau konsekuensi yang menguatkan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu.

- 2) *Perceived barrier to action*, yaitu persepsi adanya hambatan, kesulitan, dan biaya yang dibutuhkan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu.
- 3) *Perceived self efficacy*, yaitu penilaian kemampuan personal untuk mengatur dan melakukan perilaku kesehatan tertentu, kepercayaan diri untuk dapat melakukan perilaku kesehatan dengan baik.
- 4) *Activity related to action*, yaitu perasaan subyektif atau emosi yang muncul sebelum, selama, dan setelah berperilaku kesehatan tertentu.
- 5) Faktor interpersonal (keluarga, kelompok sebaya, petugas kesehatan): norma, dukungan sosial, model, yaitu persepsi yang berhubungan dengan perilaku, kepercayaan, sikap orang lain yang membuat individu ikut berperilaku kesehatan tertentu.
- 6) Faktor situasional (pilihan, karakteristik kebutuhan, estetikan daya beli), yaitu persepsi kesesuaian lingkungan jika individu berperilaku kesehatan tertentu.
- 7) Komitmen terhadap perilaku yang direncanakan, yaitu intensi/ niat untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu, termasuk identifikasi strategi untuk dapat melaksanakan dengan baik.
- 8) *Immediate competing demand and preferences*, yaitu perilaku alternatif yang mengganggu kesadaran individu untuk berperilaku sesuai dengan yang diharapkan, akibat adanya perencanaan perilaku kesehatan.

3. Hasil perilaku

Perilaku promosi kesehatan adalah tindakan akhir atau hasil tindakan. Perilaku akhirnya secara langsung ditujukan pencapaian hasil kesehatan positif

untuk klien. Perilaku promosi kesehatan terutama sekali terintegrasi dalam gaya hidup sehat yang menyerap pada semua aspek kehidupan seharusnya mengakibatkan peningkatan kesehatan, peningkatan kemampuan fungsional, dan kualitas hidup yang lebih baik pada semua tingkat perkembangan.

2.2.3 Pernyataan Teoritis

Health Promotion Model didasarkan pada proposisi teoritis sebagai berikut (Tomey & Alligood, 2010):

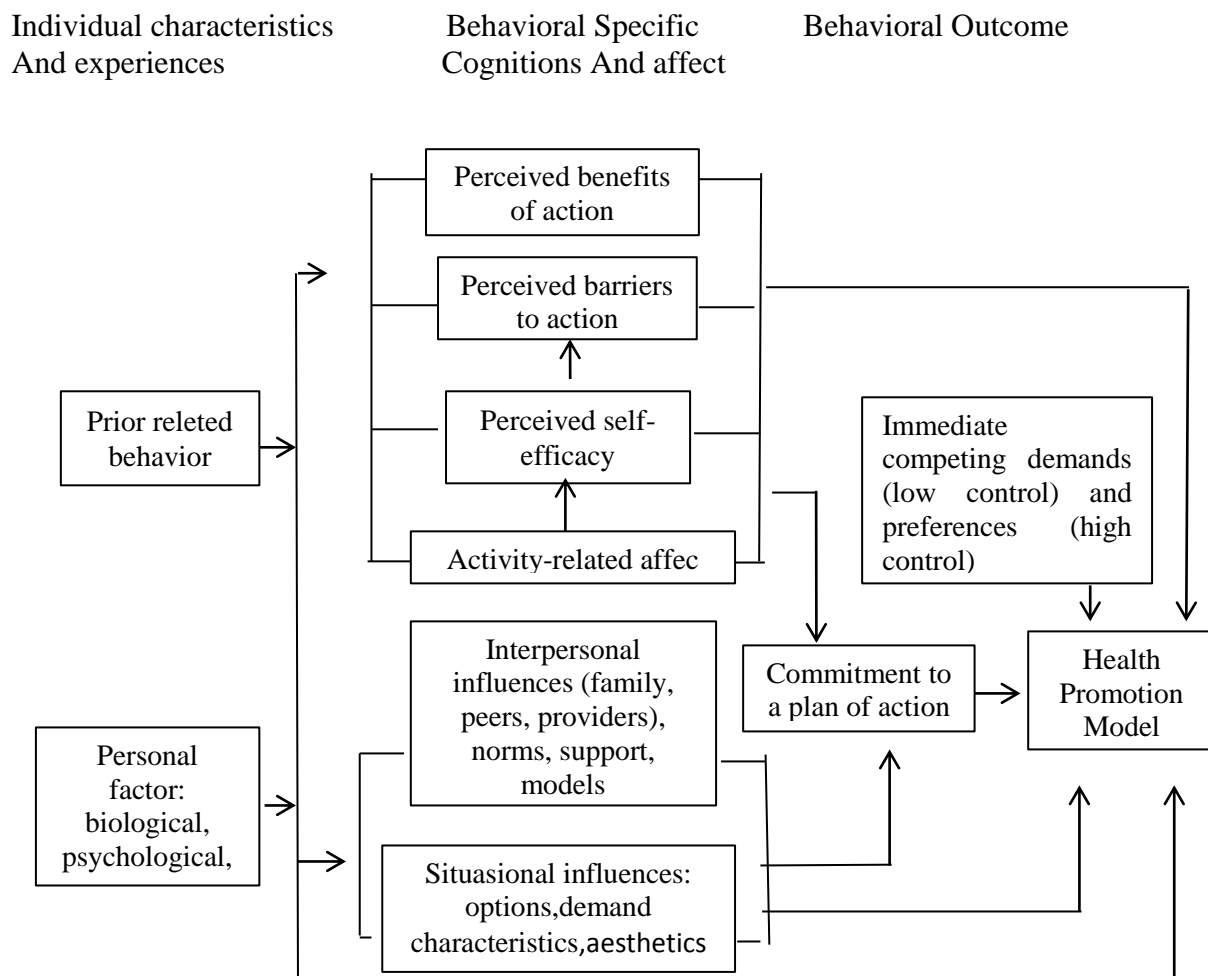
1. Perilaku sebelumnya dan sifat-sifat yang diwarisi turun temurun dan karakteristik yang diperoleh mempengaruhi keyakinan, sikap, dan perilaku promosi kesehatan.
2. Individu memiliki komitmen untuk melakukan perilaku di mana mereka telah memikirkan nilai personal yang menguntungkan.
3. Rintangan yang dirasakan (*perceived barrier*) dapat menurunkan komitmen untuk berperilaku, mediator perilaku seperti perilaku aktualnya.
4. *Perceived self efficacy* untuk melakukan perilaku yang diharapkan dapat meningkatkan komitmen berperilaku.
5. Semakin tinggi *perceived self efficacy*, maka akan semakin rendah *perceived barrier* untuk berperilaku sehat.
6. Sikap positif terhadap suatu perilaku berakibat pada *perceived self efficacy* yang tinggi.
7. Jika emosi atau sikap positif berhubungan dengan perilaku, kemungkinan komitmen dan pelaksanaan perilakunya semakin meningkat.

8. Individu cenderung komitmen terhadap suatu perilaku promosi kesehatan jika orang lain yang berpengaruh menunjukkan perilaku yang sama, memunculkan perilaku yang diharapkan, dan membantu memberikan dukungan untuk pelaksanaan tersebut.
9. Keluarga, teman sebaya, dan petugas kesehatan merupakan sumber pengaruh interpersonal yang dapat meningkatkan atau menurunkan komitmen individu untuk berperilaku promosi kesehatan.
10. Pengaruh situasional dalam lingkungan eksternal dapat meningkatkan dan menurunkan komitmen atau partisipasi dalam perilaku promosi kesehatan.
11. Komitmen yang tinggi untuk berperilaku tertentu sesuai rencana, meningkatkan kemampuan individu untuk mempertahankan perilaku promosi kesehatannya sepanjang waktu.
12. Komitmen terhadap rencana aksi tidak berakhir pada perilaku yang diharapkan, jika individu mendapatkan kontrol yang lemah.
13. Komitmen terhadap rencana aksi tidak berakhir pada perilaku yang diharapkan, jika ada perilaku lain yang lebih atraktif dan disukai oleh individu.
14. Individu dapat memodifikasi pengaruh kognitif, sikap, interpersonal, dan situasional supaya lebih mendukung perilaku promosi kesehatannya.

2.2.4 Model konseptual Pender

Rasional merevisi *Health Promotion Model* adalah dari adanya analisis studi penelitian. Proses menyempurnakan HPM mengalami beberapa perubahan. Pertama, *Importance of health, perceived control of health and cues for action*

dihapus dari model. Kedua, *definition of health, perceived health status and demographic and biological characteristics* telah di masukkan dalam kategori *personal factors* pada tahun 1966 dalam revisi HPM.



Gambar 2.2 Revisi model Promosi kesehatan (*pender, N, J*). Health promotion in nursing practice

2.2.5 Asumsi Dasar *Health Promotion Model* menurut Pender

- 1) Manusia mencoba menciptakan kondisi agar tetap hidup di mana mereka dapat mengekspresikan keunikannya.

- 2) Manusia mempunyai kapasitas untuk merefleksikan kesadaran dirinya, termasuk penilaian terhadap kemampuannya.
- 3) Manusia menilai perkembangan sebagai suatu nilai yang positif dan mencoba mencapai keseimbangan antara perubahan dan stabilitas.
- 4) Setiap individu secara aktif berusaha mengatur perilakunya.
- 5) Individu merupakan makhluk biopsikososial yang kompleks, berinteraksi dengan lingkungannya secara terus menerus, menjelmakan lingkungan yang diubah secara terus menerus.
- 6) Profesional kesehatan merupakan bagian dari lingkungan interpersonal yang berpengaruh terhadap manusia sepanjang hidupnya.
- 7) Pembentukan kembali konsep diri manusia dengan lingkungan adalah penting untuk perubahan perilaku.

2.2.6 Aplikasi model teori Pender dalam Keperawatan (Alligood, 2014)

Nola J. Pender mengembangkan *Health Promotion Model* untuk mendemonstrasikan hubungan antara manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. Model ini menggabungkan dua teori yaitu teori Nilai Pengharapan dan Teori Pembelajaran Sosial dalam perspektif keperawatan manusia dilihat dari fungsi holistik. Konsep dalam teorinya dengan menekankan bahwa sakit membutuhkan biaya yang mahal dan perilaku promosi kesehatan adalah ekonomis. Pada beberapa bagian teorinya memiliki kesamaan pola pandang dengan teori lain seperti memandang bahwa fokus dari perawatan adalah individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Teori ini dikemukakan dengan menampilkan contoh-contoh yang berdasarkan pengalaman pribadi dan

hasil penelitian, sehingga dapat digeneralisasi dan konsep-konsep yang dikemukakan dalam teori dapat diaplikasikan.

Teori *Health Promotion Model* dikembangkan berdasarkan atas riset kualitatif dan kuantitatif, baik di Amerika maupun negara lain. Bahkan teori ini saat ini terlibat dalam prakarsa kesehatan global dan telah diuji oleh para sarjana dari Jepang, China dan Taiwan untuk mempromosikan gaya hidup secara kultural sesuai dengan negara mereka. Selama perkembangan teori banyak studi yang berhubungan dengan pengaplikasian teori yang dapat dijadikan sebagai dasar riset. Riset yang berhubungan dengan *Health Promotion Model* memberikan kontribusi secara umum bagi pengembangan *body of knowledge* dari ilmu keperawatan. Pergeseran paradigma dari kuratif – rehabilitatif ke arah promotif dan preventif. Pender meyakini bahwa dengan mutu kepedulian terhadap promosi kesehatan akan memperbaiki sistem kesehatan secara integral. Peluang untuk melakukan praktek keperawatan dalam fokus promosi kesehatan akan sangat terbuka.

Pender menekankan praktek keperawatan untuk mengubah perilaku kuratif dan rehabilitatif ke arah perilaku promotif dan rehabilitatif. Practical nurse dapat memainkan suatu peran yang sangat penting dalam partnership antar ilmuan dan konsumen serta praktisi untuk mengembangkan strategi kepedulian sesuai dengan spesifikasi populasi. *Health Promotion Model* menjadi sumber informasi penting dan bermanfaat bagi setiap orang yang ingin mengetahui bahwa promosi kesehatan seseorang sangat didukung oleh nilai yang diharapkan serta teori kognitif sosial yang menekankan pada self direction, self regulation dan persepsi terhadap self efficacy. Pengambilan keputusan, tindakan dan efficacy diri akan

menentukan status kesehatan seseorang. Nola J. Pender telah belajar dari pengalaman pribadi dan hasil penelitiannya untuk memunculkan teori ini. Teori ini sangat lengkap untuk melakukan kegiatan yang berhubungan dengan tindakan promotif dan preventif. Membutuhkan role model yang sempurna untuk mempengaruhi masyarakat di sekitarnya. Tenaga kesehatan sendiri apakah telah mengetahui teori ini dan kalau telah mengetahui apakah telah mengamalkannya sehingga bisa mempengaruhi klien atau masyarakat. Selain itu, masyarakat masih lebih mempercayai budayanya sendiri yang menjadi hambatan dalam mensosialisasikan dan mengamalkan teori ini.

Menurut hasil penelitian tampak bahwa perencanaan berbasis pendidikan pada HPM dan implementasinya dengan menggunakan multimedia memiliki dampak positif terhadap perubahan kepercayaan kesehatan dan karena itu penciptaan dan promosi aktivitas fisik sehingga dianjurkan untuk digunakan multimedia sebagai alat yang terjangkau untuk mengubah kepercayaan kesehatan dan perilaku promosi kesehatan kepada masyarakat (A. *et al.*, 2011).

2.3 Konsep Dasar *Self efficacy*

2.3.1 Pengertian *Self efficacy*

Self efficacy adalah: pertimbangan atas kemampuan diri sendiri untuk mengorganisir dan melakukan suatu perilaku yang mempromosikan kesehatan. Keyakinan diri yang dirasa mempengaruhi halangan yang dirasa bagi tindakan, sehingga semakin tinggi tingkat keyakinan maka semakin rendah tingkat halangan yang dirasa terhadap pengerjaan suatu perilaku (Alligood, 2014)

Bandura (1997) mendefinisikan efikasi diri sebagai keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk mengatur dan melaksanakan tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan, dan berusaha untuk menilai tingkatan dan kekuatan diseluruh kegiatan dan konteks. Bandura (1994) berpendapat bahwa efikasi diri adalah rasa kepercayaan seseorang bahwa ia dapat menunjukkan perilaku yang dituntut dalam situasi yang spesifik. Dalam arti lain merupakan suatu bentuk kepercayaan yang dimiliki seseorang terhadap kapabilitas masing-masing untuk meningkatkan prestasi kehidupannya dan bagaimana seseorang merasa mampu untuk melakukan suatu hal.

2.3.2 Komponen utama *self efficacy*

Terdapat empat sumber informasi yang dapat berpotensi mempengaruhi efikasi diri dan *outcome expectation* saling berinteraksi dengan karakteristik individu dan lingkungan. Idealnya efikasi diri *outcome expectation* dapat diperkuat oleh komponen tersebut dan pada akhirnya akan mempengaruhi perilaku. Teori ini berasumsi bahwa seseorang dapat mempengaruhi perilakunya sendiri. Membangun perilaku yang spesifik membutuhkan pengetahuan dan keterampilan (effendi 2016)

2.3.3 Proses pembentukan *self efficacy*

1. Proses kognitif (*cognitive proses*)

Keyakinan efikasi diri terbentuk melalui proses kognitif, misalnya melalui perilaku manusia dan tujuan. Penentuan tujuan dipengaruhi oleh penilaian atas kemampuan diri sendiri. Semakin kuat efikasi diri sendiri seseorang maka semakin tinggi seseorang untuk berkomitmen untuk mencapai tujuan yang

ditentukannya. Beberapa tindakan pada awalnya diatur dalam bentuk pemikiran. Keyakinan tentang keberhasilan akan membentuk sebuah skenario dimana seseorang akan berusaha dan berlatih untuk mewujudkan keyakinannya. Maka yang mempunyai efikasi diri yang tinggi akan memvisualisasikan skenario keberhasilannya sebagai panduan positif dalam mencapai tujuan, sedangkan orang yang meragukan keberhasilan mereka akan memvisualisasikan kegagalan dan banyak melakukan kesalahan. Fungsi utama dari pemikiran adalah untuk memungkinkan seseorang memprediksi kejadian dan mengembangkan cara untuk mengendalikan hidupnya. (Fauziah , 2011)

3 Proses motivasional

Tingkat motivasi seseorang tercermin pada seberapa banyak upaya yang dilakukan dan seberapa lama bertahan dalam menghadapi hambatan. Semakin kuat keyakinan akan kemampuan seseorang maka akan lebih besar motivasi dihasilkan melalui proses berfikir. Mereka mengantisipasi tindakan dengan menetapkan tujuan dan rencana program untuk mencapai tujuannya. Proses motivasi tersebut dibentuk oleh tiga teori pemikiran yaitu: *causal attribution*, *outcome expectancies value theory* dan *cognized goal*. Keyakinan akan mempengaruhi atribusi kausal seseorang, ketika menganggap dirinya mempunyai atribut kausal kegagalan maka ia akan mempunyai kemampuan yang rendah dan begitupun sebaliknya, sedangkan motivasi diatur oleh harapan seseorang dan nilai dari tujuan yang ditentukan.

4 Proses afektif (*Affective proces*)

Keyakinan seseorang tentang seberapa kuat mengatasi stres dan depresi melalui berbagai pengalaman yang dialaminya akan sangat berpengaruh pada motivasi seseorang. Efikasi diri dapat mengendalikan depresi yaitu dengan mengontrol stress. Seseorang yang dapat mengontrol depresi maka pikirannya tidak akan terganggu, tetapi bagi orang-orang yang tidak bisa mengontrol berbagai ancaman maka akan mengalami kecemasan yang tinggi. Kecemasan tidak hanya dipengaruhi oleh koping mekanisme seseorang tetapi juga dipengaruhi oleh kemampuan untuk mengendalikan pemikiran yang mengganggu.

5 Proses seleksi

Tujuan akhir proses efikasi adalah untuk membentuk lingkuna yang menguntungkan dan dapat dipertahankannya. Sebagian besar orang adaalah produk dari lingkungan, oleh karena itu keyakinan efikasi dipengaruhi dari tipe aktifitas dan lingkungan yang dipilihnya. Seseorang akan menghindari sebuah aktifitas dan lingkungan bila orang tersebut merasa tidak mampung melakukannya, tetapi mereka akan siap dengan berbagai tantangan dan situasi yang dipilihnya bila mereka menilai dirinya mampu untuk melakukannya.

2.3.4 Faktor yang mempengaruhi *self efficacy*

Menurut bandura (1997) efikasi diri seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor efikasi diri tersebut dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan melalui salah satu atau kombinasi 4 faktor yang terdiri atas:

1. Performance accomplishment

Merupakan suatu pengalaman menguasai suatu prestasi atau prestasi yang pernah dicapai oleh individu tersebut dimasa lalu. Faktor ini adalah pembentuk efikasi diri yang paling kuat. Prestasi yang baik pada masa lalu yang pernah dialami oleh subyek akan meningkatkan ekspektasi efikasi, sedangkan pengalaman kegagalan akan menurunkan efikasi individu

2. Vicarious experience

Seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain dan meniru perilaku mereka untuk mendapatkan seperti apa yang orang lain peroleh. Efikasi diri akan meningkat jika mengamati keberhasilan yang telah dicapai oleh orang lain, sedangkan sebaliknya efikasi diri akan menurun apabila individu mengamati seseorang yang memiliki kemampuan setara dengan dirinya mengalami kegagalan. Pengaruh yang diberikan faktor ini terhadap efikasi diri adalah berdasarkan kemiripan orang yang diamati dengan diri pengamatan itu sendiri. Semakin orang yang diamati memiliki kemiripan dengan dirinya maka semakin besar potensial pengaruh faktor ini .

3. Verbal persuasion

Persuasi verbal efikasi diri mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Individu mendapat pengaruh atau sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah-masalah yang akan dihadapi. Seseorang yang senantiasa diberikan keyakinan dan dorongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut begitupun sebaliknya

4. *Emotional arousal*

Emosional juga mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang terkait efikasinya. Keadaan emosi yang menyertai individu ketika dirinya sedang melakukan suatu kegiatan akan mempengaruhi efikasi diri seseorang pada bidang tersebut. Emosi yang dimaksud adalah emosi yang kuat seperti takut, stres, cemas, dan gembira. Emosi-emosi tersebut dapat meningkatkan ataupun menurunkan efikasi diri seseorang.

2.3.5 Faktor karakteristik individu yang mempengaruhi *self efficacy*

Bandura (1997) berpendapat bahwa tinggi rendahnya efikasi diri seseorang dalam tiap tugas sangat bervariasi. Hal ini disebabkan oleh adanya beberapa faktor yang mempengaruhi dalam mempersepsikan kemampuan diri individu beberapa faktor yang mempengaruhi efikasi diri antara lain:

1. Jenis kelamin

Zimmemman dalam banduran (1997) mengatakan bahwa terdapat perbedaan pada perkembangan kemampuan dan kompetensi laki-laki dan perempuan. Ketika laki-laki berusaha untuk sangat membanggakan dirinya, perempuan seringkali meremehkan kemampuan mereka. Hal ini berasal dari pandangan orang tua terhadap anaknya. Orang tua menganggap bahwa lebih sulit untuk mengikuti pelajaran dibandingkan laki-laki, walaupun prestasi akademik mereka tidak terlalu berbeda. Pada beberapa bidang pekerjaan tertentu pria memiliki efikasi diri yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita, begitu juga sebaliknya wanita unggul dalam beberapa pekerjaan dibandingkan dengan pria.

2. Usia

Efikasi dari terbentuk melalui proses sosial yang dapat berlangsung selama masa kehidupan. Individu yang lebih tua cenderung memiliki rentang waktu dan pengalaman yang lebih banyak dalam mengatasi suatu hal yang terjadi jika dibandingkan dengan individu yang lebih muda. Individu yang lebih tua akan lebih mampu mengatasi rintangan dalam kehidupannya dibandingkan dengan pengalaman yang individu yang usianya lebih muda.

3. Tingkat pendidikan

Selain itu efikasi diri terbentuk melalui proses belajar yang dapat terjadi pada suatu organisasi ataupun ditempat dimana individu bekerja. Efikasi diri terbentuk sebagai suatu proses adaptasi dan pembelajaran yang ada dalam situasi kehidupannya. Semakin lama seseorang bekerja maka semakin tinggi efikasi diri yang dimiliki individu tersebut dalam pekerjaan tertentu, akan tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa efikasi diri yang dimiliki cenderung menurun atau tetap.

2.3.6 Pengaruh *self efficacy* terhadap proses dalam diri manusia

Menurut Bandura (1994) efikasi diri akan mempengaruhi proses dalam diri manusia yaitu:

1. Proses kognitif

Efikasi diri mempengaruhi bagaimanapola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. Efikasi diri yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai kesuksesan dan pemikiran akan

kesuksesan akan memunculkan kesuksesan yang nyata, sehingga akan semakin memperkuat efikasi diri seseorang

2. Proses motifasional

Seseorang juga dapat termotivasi oleh harapan yang diinginkan. Disamping itu kemampuan untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya. Efikasi diri merupakan salah satu hal terpenting dalam mempengaruhi diri sendiri untuk membentuk sebuah motivasi

3. Proses afektif

diri berperan penting dalam mengatur kondisi afektif. Efikasi diri mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara, yaitu seseorang yang percaya bahwa mereka mampu mengelola ancaman tidak akan mudah tertekan oleh diri mereka sendiri, dan sebaliknya seseorang dengan efikasi diri yang tinggi dapat menurunkan tingkat stres dan kecemasan mereka dengan melakukan tindakan untuk mengurangi ancaman lingkungan, artinya seseorang yang memiliki efikasi diri yang tinggi memiliki kontrol pemikiran yang lebih baik, sebaliknya efikasi yang rendah dapat mendorong munculnya depresi.

4. Proses seleksi

Proses kognitif, motivasional dan afektif akan memungkinkan seseorang untuk membentuk tindakan dan sebuah lingkungan yang membantu dirinya dan bagaimana mempertahankannya. Dengan memilih lingkungan yang sesuai akan membantu pembentukan diri dan tujuannya.

2.4 Konsep Komitmen

2.4.1 Pengertian Komitmen

komitmen adalah kemampuan dan kemauan untuk menyalurkan perilaku pribadi dengan kebutuhan, prioritas dan tujuan. Komitmen dapat juga berarti penerimaan yang kuat individu terhadap tujuan dan nilai, dan individu berupaya serta berkarya dan memiliki hasrat yang kuat untuk tetap bertahan (Soekidjan, 2009)

2.4.2 Indikator perilaku komitmen

Menurut Soekidjan (2009), komitmen dibedakan menjadi 3 macam atas dasar sumbernya:

- a. *Affective commitment*, berkaitan dengan keinginan secara emosional terikat dengan pengobatan, identifikasi serta keterlibatan berdasarkan atas nilai-nilai yang sama.
- b. *Continuance Commitment*, komitmen didasari oleh kesadaran akan akibat yang akan ditanggung jika tidak melakukan pengobatan. Disini juga didasari oleh tidak adanya alternatif lain.
- c. *Normative Commitment*, komitmen berdasarkan perasaan wajib sebagai individu untuk kembali sehat, disini terjadi juga internalisasi norma-norma.

Dari ketiga jenis komitmen diatas tentu saja yang tertinggi tingkatannya adalah *Affective commitment* wanita usia subur (WUS), dengan *Affective commitment* tinggi akan memiliki motivasi dan keinginan untuk melakukan pencegahan kanker serviks dengan melakukan pemeriksaan IVA. Sedangkan

tingkatan terendah adalah *Normative Commitment*, komponen normatif akan menimbulkan perasaan kewajiban atau tugas yang memang sudah sepatutnya dilakukan atas keuntungan – keuntungan yang telah diberikan jika melakukan pengobatan (Soekidjan, 2009).

2.4.3 Faktor yang mempengaruhi terhadap komitmen

Menurut Dyne, V.L & Graham (2005), faktor yang mempengaruhi komitmen adalah: personal, situasional dan posisi.

1. Karakteristik Personal

- a. ciri-ciri kepribadian tertentu yaitu teliti, ekstrovert, berpandangan positif (optimis), cenderung lebih komit, demikian juga individu yang lebih berorientasi kepada kesehatan.
- b. Usia, berhubungan positif dengan komitmen.
- c. Tingkat pendidikan, makin tinggi semakin banyak harapan yang mungkin tidak dapat diakomodasi, sehingga komitmennya semakin rendah.
- d. Status perkawinan, yang menikah lebih tinggi komitmennya.

2. Situasional

- a. Nilai. nilai yang dapat dibagikan adalah suatu komponen kritis dari hubungan saling keterikatan.
- b. Hak klien dalam pengobatan, berkaitan dengan kewajiban alokasi sumber daya, keadilan dalam proses pengobatan.
- c. Dukungan keluarga mempunyai hubungan yang positif dengan komitmen pengobatan. Hubungan ini didefinisikan sebagai sejauh

mana anggota keluarga memberi dorongan, motivasi dan menghargai klien untuk melakukan pengobatan.

2.5 Konsep Perilaku

2.5.1 Pengertian perilaku

Sebuah perilaku yang mempromosikan kesehatan adalah titik akhir atau wujud tindakan yang diarahkan menuju pencapaian perwujudan kesehatan yang positif seperti kesejahteraan yang optimal, pemenuhan personal, dan kehidupan yang produktif. contoh perilaku yang mempromosikan kesehatan adalah memakan makanan sehat, berolahraga dengan teratur, mengatasi tekanan, mendapatkan istirahat yang cukup dan pertumbuhan spritual dan membangun hubungan yang positif (Pender *et al*, 2006)

2.5.2 Klasifikasi perilaku

Benyamin Bloom (1908) dikutip oleh Notoatmodjo (2003) berpendapat bahwa perilaku dapat diklasifikasikan dalam tiga bidang untuk kepentingan tujuan pendidikan yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor. Sedangkan Becker (1997) dikutip oleh Notoatmodjo (2003) mengklasifikasikan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan antara lain:

1. Perilaku Kesehatan (*health behavior*) yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan, termasuk pencegahan penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan dan sanitasi.
2. Perilaku Sakit (*illness behavior*) yaitu segala tindakan yang dilakukan seseorang individu yang merasa sakit, untuk mengenal kesehatan dan rasa

sakitnya, kemampuan mengidentifikasi penyakit, penyebab dan usaha pencegahan.

3. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*), yaitu segala tindakan yang dilakukan individu saat sakit untuk memperoleh kesembuhan.

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi:

1. Perilaku tertutup (*convert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terhadap pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain (Notoatmojo, 2003).

Perilaku pencegahan merupakan salah satu bentuk perilaku kesehatan yang akan berpengaruh terhadap perilaku sebagai hasil jangka menengah dari pendidikan kesehatan. Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari subjek tersebut. Respon ini berbentuk 2 macam, yakni:

- 1 Bentuk pasif merupakan respon internal yaitu terjadi dalam diri manusia, tidak dapat dilihat oleh orang lain (tanggapan, berpikir, sikap batin dan pengetahuan) perilaku ini masih terselubung (*cover behavior*)
- 2 Bentuk aktif: yaitu apabila perilaku jelas dapat diobservasi secara langsung. Perilaku ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata. (*overt behavior*)

2.5.3 Tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung/ suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas dan faktor dukungan (*support*).

Tindakan ini mempunyai beberapa tingkatan :

1. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil (merupakan tindakan pertama).

2. Respon terpinpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh (merupakan indikator tindakan tingkat dua).

3. Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sudah menjadi kebiasaan, maka ia sudah mencapai tindakan tingkat tiga.

4. Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi tindakan tersebut. Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

Menurut penelitian Rogers (1974) seperti dikutip oleh Notoatmojo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yakni:

1. Kesadaran (*awareness*) : orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
2. Tertarik (*interest*) : orang mulai tertarik dengan stimulus.
3. Evaluasi (*evaluation*) : menimbang-nimbang terhadap baik/tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. Mencoba (*trial*) : dimana subjek mulai mencoba untuk melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
5. Menerima (*adoption*) : dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Selain yang diatas perilaku juga dipengaruhi oleh faktor ekstern meliputi lingkungan seperti manusia, social ekonomi dan kebudayaan (Notoatmodjo, 2003).

2.5.4 Faktor penentu perilaku

Teori Lawrence Green (1980) menyebutkan bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*). Faktor perilaku ditentukan oleh :

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor ini mencakup: pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, system nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan dan social ekonomi. Faktor-faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku sehingga sering disebut faktor pemudah

2. Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, dan sebagainya. Fasilitas ini pada hakekatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan sehingga disebut sebagai factor pendukung atau pemungkin.

3. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, peetugas kesehatan, termasuk juga undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat atau daerah yang terakit dengan kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif serta dukungan fasilitas melainkan perlu perilaku teladan dari tokoh

masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan. Disamping itu undang-undang memperkuat perilaku masyarakat.

2.6 Konsep Dasar Inspeksi Visual Asetat (IVA)

2.6.1 Teori yang mendasari IVA

Tingginya prevalensi kanker serviks di Indonesia perlu dicermati dengan tindakan pencegahan dan deteksi dini yang telah dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan. Kasus kanker serviks yang ditemukan pada stadium dini serta mendapat pengobatan yang cepat dan tepat akan memberikan kesembuhan dan harapan hidup lebih lama. Oleh karena itu, penting dilakukan pemeriksaan rutin secara berkala sebagai upaya pencegahan dan deteksi dini kanker. Skrining merupakan upaya deteksi dini untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas dengan menggunakan tes, pemeriksaan atau prosedur tertentu. Upaya ini dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang-orang yang kelihatannya sehat tetapi sesungguhnya menderita suatu kelainan. Skrining kanker serviks dilakukan dengan tes IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat) (Risksda, 2013).

Menurut penelitian (Bott R., 2014) Sampai dengan tahun 2014, program deteksi dini kanker serviks telah berjalan pada 1.986 Puskesmas di 304 kabupaten/kota yang berada di 34 provinsi di Indonesia. Cakupan hasil kegiatan dari 2007 sampai 2014, yaitu telah dilakukan skrining terhadap 904.099 orang (2,45%), hasil IVA positif sebanyak 44.654 orang (4,94%), suspek kanker leher rahim sebanyak 1.056 orang (1,2 per 1.000 orang), skrining IVA sangat efektif memberikan kontribusi untuk menurunkan mortalitas & morbiditas yang terkait

dengan keganasan kanker serviks. Dalam beberapa studi klinis besar, skrining IVA telah menunjukkan kepekaan klinis mulai dari 41% – 92%, mendekati standar dari kolposkopi. Bila dibandingkan dengan pemeriksaan *Pap-smear*, IVA meningkatkan deteksi hingga 30%.

Menurut penelitian (Saleh *et all.*, 2013) menyatakan bahwa dari 200 participant Setelah dilakukan pemeriksaan IVA ditemukan positif di 24/200 (12%) patients dan Pap smear ditemukan 8 (4%). Artinya bahwa pemeriksaan IVA lebih sensitif untuk diteksi dini kanker cervix dan lebih mudah serta harganya lebih terjangkau. Menurut WHO (2007), deteksi dini metode IVA dengan cakupan minimal 80% selama lima tahun akan menurunkan insidens kanker serviks secara signifikan. Skrining kanker serviks dengan frekuensi 5 tahun sekali dapat menurunkan kasus kanker leher rahim sampai 83,6%.

Skrining IVA sangat sesuai dengan kondisi negara berkembang seperti Indonesia, karena tekniknya mudah, sederhana, biaya terjangkau, tingkat sensitifitasnya tinggi, cepat dan akurat untuk menentukan kelainan pada tahap pra-kanker. Tes IVA dianjurkan bagi semua perempuan usia 30 – 50 tahun yang sudah melakukan hubungan seksual.

2.6.2 Pengertian IVA dan tahapan pemeriksaan

Deteksi dini kanker leher rahim dilakukan oleh tenaga kesehatan yang sudah dilatih dengan pemeriksaan leher rahim secara visual menggunakan asam asetat yang sudah diencerkan, kemudian melihat leher rahim dengan mata telanjang untuk mendeteksi abnormalitas setelah pengolesan asam asetat 3-5%. Daerah yang tidak normal akan berubah warna dengan batas yang tegas menjadi

putih (*acetowhite*), yang mengindikasikan bahwa leher rahim mungkin memiliki lesi prakanker.

Alat dan Bahan

1. Spekulum
2. Lampu
3. Larutan asam asetat 3-5%
4. Dapat digunakan asam cuka 25% yang dijual di pasaran kemudian diencerkan menjadi 5% dengan perbandingan 1:4 (1 bagian asam cuka dicampur dengan 4 bagian air). Contohnya: 10 ml asam cuka 25% dicampur dengan 40 ml air akan menghasilkan 50 ml asam asetat 5%. Atau 20 ml asam cuka 25% jika akan menggunakan asam asetat 3%, asam cuka 25% diencerkan dengan air dengan perbandingan 1:7 (1 bagian asam cuka dicampur 7 bagian air). Contohnya: 10 ml asam cuka 25% dicampur dengan 70 ml air akan menghasilkan 80 ml asam asetat 3%. Campur asam asetat dengan baik, buat asam asetat sesuai keperluan hari itu. Asam asetat jangan disimpan untuk beberapa hari.
5. Kapas lidi
6. Sarung tangan
7. Larutan klorin untuk dekontaminasi peralatan

Metode Pemeriksaan

- 1) Memastikan identitas, memeriksa status dan kelengkapan *informed consent* klien
- 1) Klien diminta untuk menanggalkan pakaiannya dari pinggang hingga lutut dan menggunakan kain yang sudah disediakan

- 2) Klien diposisikan dalam posisi litotomi
- 3) Tutup area pinggang hingga lutut klien dengan kain
- 4) Gunakan sarung tangan
- 5) Bersihkan genitalia eksterna dengan air DTT
- 6) Masukkan spekulum dan tampilkan serviks hingga jelas terlihat
- 7) Bersihkan serviks dari cairan , darah, dan sekret dengan kapas lidi bersih
- 8) Periksa serviks sesuai langkah-langkah berikut :
 - a. Terdapat kecurigaan kanker atau tidak :
 - b. Jika ya, klien dirujuk, pemeriksaan IVA tidak dilanjutkan. Jika pemeriksaan adalah dokter ahli obstetri dan ginekologi , lakukan biopsi
 - c. Jika tidak dicurigai kanker, identifikasi Sambungan Skuamo kolumnar
 - d. (SSK). Jika SSK tidak tampak, maka: dilakukan pemeriksaan mata telanjang tanpa asam asetat, lalu memberikan kesimpulan sementara, misalnya hasil negatif namun SSK tidak tampak. Klien disarankan untuk melakukan pemeriksaan selanjutnya lebih cepat atau pap smear maksimal 6 bulan lagi.
 - e. Jika SSK tampak, lakukan IVA dengan mengoleskan kapas lidi yang sudah dicelupkan ke dalam asam asetat 3-5% ke seluruh permukaan serviks
 - f. Tunggu hasil IVA selama 1 menit, perhatikan apakah ada bercak putih (*acetowhite epithelium*) atau tidak
 - g. Jika tidak (IVA negatif), jelaskan kepada klien kapan harus kembali untuk mengulangi pemeriksaan IVA

- h. Jika ada (IVA positif) , tentukan metode tata laksana yang akan dilakukan
- 10). Keluarkan spekulum
 - 11). Buang sarung tangan , kapas, dan bahan sekali pakai lainnya ke dalam *container* (tempat sampah) yang tahan bocor, sedangkan untuk alat-alat yang dapat digunakan kembali, rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi
 - 12). Jelaskan hasil pemeriksaan kepada klien, kapan harus melakukan pemeriksaan lagi, serta rencana tata laksana jika diperlukan.



Gambar 2.3 hasil dari pemeriksaan IVA (Rasjidi, 2007)

2.6.3 Penatalaksanaan IVA Positif

Bila ditemukan IVA Positif, dilakukan krioterapi, elektrokauterisasi atau eksisi LEEP/LLETZ. Krioterapi dilakukan oleh dokter umum, dokter spesialis obstetri dan ginekologi atau konsultan onkologi ginekologi. Elektrokauterisasi, LEEP/LLETZ dilakukan oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi atau konsultan onkologi ginekologi.

2.6.4 Penatalaksanaan pasien yang dicurigai kanker

Bila ditemukan pasien yang dicurigai kanker serviks dilakukan biopsi. Jika pemeriksaan patologi anatomi mengkonfirmasi terdapatnya kanker serviks maka dirujuk ke konsultan onkologi ginekologi untuk penatalaksanaan.

2.7 Konsep Dasar Kanker Serviks

Penyakit kanker merupakan penyebab kematian utama nomor dua di dunia. Berdasarkan data *GLOBOCAN, International Agency for Research on Cancer (IARC)* diketahui bahwa pada Tahun 2012 terdapat 14.067.894 kasus baru kanker dan 8.201.575 kematian akibat kanker di seluruh dunia, dengan 70% kematian akibat kanker berada di negara miskin dan berkembang. Penyebab terbesar kematian akibat kanker setiap tahun, salah satunya disebabkan oleh kanker serviks. Kanker serviks merupakan penyebab kematian kedua karena kanker pada wanita setelah kanker payudara, khususnya di negara-negara yang sedang berkembang.⁽²⁾ Insidens kanker serviks menurut *GLOBOCAN* Tahun 2012 yaitu 16 per 100.000 perempuan dengan prevalensi urutan ketiga terbanyak pada wanita diseluruh dunia. Di Indonesia, kanker serviks merupakan penyakit kanker pada perempuan urutan kedua setelah kanker payudara

Dengan perubahan gaya hidup dan profil demografi negara berkembang, penyakit tidak menular muncul menjadi masalah kesehatan penting yang menuntut sesuai program kontrol sebelum mereka menanggung proporsi epidemi. Salah satunya adalah masalah kanker. Kanker serviks adalah kanker ginekologi yang paling umum kedua di seluruh dunia, Berdasarkan data demografis dan epidemiologis global Penelitian di turky menunjukkan penyakit kanker terus meningkat sampai tahun 2025, terutama dinegara dengan penghasilan menengah kebawah, lebih dari 20 juta kasus kanker baru setiap tahunnya, yang paling umum jenis kanker diturki adalah paru-paru, prostat, payudara ,kanker lambung. Kanker serviks ditemukan sebanyak 7,1 per 100.000 perempuan, hal ini terjadi karena

perempuan tidak mengetahui pentingnya diteksi dini kanker, dan tidak mengetahui tanda gejala awal kanker servix. (Kolutek, Avci and Sevig, 2016) rata-rata mereka semua datang ke pelayanan kesehatan sudah dalam keadaan sakit dan sudah stadium lanjut.

2.7.1 Pengertian kanker serviks dan penyebabnya

Kanker serviks adalah tumor ganas primer yang berasal dari metaplasia epitel di daerah skuamokolumnar junction yaitu daerah peralihan mukosa vagina dan mukosa kanalis servikalis. Kanker serviks merupakan kanker yang terjadi pada serviks atau leher rahim, suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim, letaknya antara rahim (uterus) dan liang senggama atau vagina. Kanker leher rahim biasanya menyerang wanita berusia 35-55 tahun. Sebanyak 90% dari kanker leher rahim berasal dari sel skuamosa yang melapisi serviks dan 10% sisanya berasal dari sel kelenjar penghasil lendir pada saluran servikal yang menuju ke rahim.

2.7.2 Faktor resiko kanker leher rahim

Menurut Diananda (2007), faktor yang mempengaruhi kanker serviks yaitu :

- 1) Usia > 35 tahun mempunyai risiko tinggi terhadap kanker leher rahim.

Semakin tua usia seseorang, maka semakin meningkat risiko terjadinya kanker leher rahim. Meningkatnya risiko kanker leher rahim pada usia lanjut merupakan gabungan dari meningkatnya dan bertambah lamanya waktu pemaparan terhadap karsinogen serta makin melemahnya sistem kekebalan tubuh akibat usia.

- 2) Usia pertama kali menikah. Menikah pada usia kurang 20 tahun dianggap terlalu muda untuk melakukan hubungan seksual dan berisiko terkena kanker leher rahim 10-12 kali lebih besar daripada mereka yang menikah pada usia > 20 tahun. Hubungan seks idealnya dilakukan setelah seorang wanita benar-benar matang. Ukuran kematangan bukan hanya dilihat dari sudah menstruasi atau belum. Kematangan juga bergantung pada sel-sel mukosa yang terdapat di selaput kulit bagian dalam rongga tubuh. Umumnya sel-sel mukosa baru matang setelah wanita berusia 20 tahun ke atas. Jadi, seorang wanita yang menjalin hubungan seks pada usia remaja, paling rawan bila dilakukan di bawah usia 16 tahun. Hal ini berkaitan dengan kematangan sel-sel mukosa pada serviks. Pada usia muda, sel-sel mukosa pada serviks belum matang. Artinya, masih rentan terhadap rangsangan sehingga tidak siap menerima rangsangan dari luar termasuk zat-zat kimia yang dibawa sperma. Karena masih rentan, sel-sel mukosa bisa berubah sifat menjadi kanker. Sifat sel kanker selalu berubah setiap saat yaitu mati dan tumbuh lagi. Dengan adanya rangsangan, sel bisa tumbuh lebih banyak dari sel yang mati, sehingga perubahannya tidak seimbang lagi. Kelebihan sel ini akhirnya bisa berubah sifat menjadi sel kanker. Lain halnya bila hubungan seks dilakukan pada usia di atas 20 tahun, dimana sel-sel mukosa tidak lagi terlalu rentan terhadap perubahan (Suwiyoga, 2007)
- 3) Wanita dengan aktivitas seksual yang tinggi, dan sering berganti-ganti pasangan. Berganti-ganti pasangan akan memungkinkan tertularnya

penyakit kelamin, salah satunya Human Papilloma Virus (HPV). Virus ini akan mengubah sel-sel di permukaan mukosa hingga membelah menjadi lebih banyak sehingga tidak terkendali sehingga menjadi kanker. (Suwiyoga, 2007)

- 4) Penggunaan antiseptic, kebiasaan pencucian vagina dengan menggunakan obat-obatan antiseptik maupun deodoran akan mengakibatkan iritasi di serviks yang merangsang terjadinya kanker. Wanita perokok memiliki risiko 2 kali lebih besar terkena kanker serviks dibandingkan dengan wanita yang tidak merokok. Penelitian menunjukkan, lendir serviks pada wanita perokok mengandung nikotin dan zat-zat lainnya yang ada di dalam rokok. Zat-zat tersebut akan menurunkan daya tahan serviks di samping merupakan ko-karsinogen infeksi virus. Nikotin, mempermudah semua selaput lendir sel-sel tubuh bereaksi atau menjadi terangsang, baik pada mukosa tenggorokan, paru-paru maupun serviks. Namun tidak diketahui dengan pasti berapa banyak jumlah nikotin yang dikonsumsi yang bisa menyebabkan kanker leher rahim
- 5) Riwayat penyakit kelamin seperti kutil genitalia. Wanita yang terkena penyakit akibat hubungan seksual berisiko terkena virus HPV, karena virus HPV diduga sebagai penyebab utama terjadinya kanker leher rahim sehingga wanita yang mempunyai riwayat penyakit kelamin berisiko terkena kanker leher rahim.
- 6) Paritas (jumlah kelahiran). Semakin tinggi risiko pada wanita dengan banyak anak, apalagi dengan jarak persalinan yang terlalu pendek. Dari

berbagai literatur yang ada, seorang perempuan yang sering melahirkan (banyak anak) termasuk golongan risiko tinggi untuk terkena penyakit kanker leher rahim. Dengan seringnya seorang ibu melahirkan, maka akan berdampak pada seringnya terjadi perlukaan di organ reproduksinya yang akhirnya dampak dari luka tersebut akan memudahkan timbulnya Human Papilloma Virus (HPV) sebagai penyebab terjadinya penyakit kanker leher Rahim, wanita dengan paritas 5 atau lebih mempunyai resiko terjadi kanker serviks 2,5 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita paritas 3 atau kurang (Suwiyoga, 2007)

- 7) Penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama. Penggunaan kontrasepsi oral yang dipakai dalam jangka lama yaitu lebih dari 4 tahun dapat meningkatkan risiko kanker leher rahim 1,5-2,5 kali. Kontrasepsi oral mungkin dapat meningkatkan risiko kanker leher rahim karena jaringan leher rahim merupakan salah satu sasaran yang disukai oleh hormon steroid perempuan. Hingga tahun 2004, telah dilakukan studi epidemiologis tentang hubungan antara kanker leher rahim dan penggunaan kontrasepsi oral. Meskipun demikian, efek penggunaan kontrasepsi oral terhadap risiko kanker leher rahim masih kontroversial.

2.7.3 Gejala klinis kanker serviks

Menurut peneliti Wulandari, 2010 kanker serviks stadium dini biasanya tanpa gejala-gejala. Tetapi jika dilakukan pemeriksaan deteksi dini bisa ditemukan adanya lesi prakanker atau disebut dengan sel-sel serviks yang tidak normal.

Gejala-gejala kanker ini adalah:

1. Ada bercak atau pendarahan setelah hubungan seksual
2. Ada bercak atau pendarahan di luar masa haid
3. Ada bercak atau pendarahan pada masa menopause
4. Mengalami masa haid yang lebih berat dan lebih panjang dari biasanya
5. Keluarnya bau menyengat yang tidak bisa dihilangkan walaupun sudah diobati.
6. Timbul nyeri panggul atau perut bagian bawah bila ada radang panggul

2.7.4 Pencegahan kanker serviks

Sebagian besar kanker dapat dicegah dengan kebiasaan hidup sehat dan menghindari faktor- faktor penyebab kanker meliputi (Dalimartha, 2004). Pencegahan terhadap terjadinya kanker serviks melalui tiga bagian, yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier.

1. Pencegahan primer

Pencegahan primer kanker serviks merupakan kegiatan yang dapat dilakukan oleh setiap orang untuk menghindari diri dari faktor-faktor yang dapat menyebabkan kanker. Masyarakat yang melakukan pencegahan pada tingkat ini akan bebas dari penderitaan, produktivitas berjalan terus, tidak memerlukan biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, rehabilitasi serta perawatan lebih lanjut. Salah satu dari bagian pencegahan primer adalah memberikan vaksin Human Papiloma Virus (HPV), pemberian vaksin HPV akan mengeliminasi infeksi HPV (yantiningasih, 2000)

2. Pencegahan sekunder

Deteksi dini dan skrining merupakan pencegahan sekunder kanker serviks.

Tujuan dari pencegahan sekunder adalah untuk menemukan kasus – kasus dini sehingga kemungkinan penyembuhan dapat ditingkatkan. Selain itu bertujuan untuk memperlambat atau menghentikan penyakit pada stadium awal (Suwiyoga, 2007)

3. Pencegahan tersier

Kodium dkk (2004), menyatakan bahwa tujuan dari pencegahan tersier adalah untuk mencegah komplikasi penyakit dan pengobatan, sesudah gejala kliniks berkembang dan diagnosis sudah ditegakkan.

2.7.5 Stadium Kanker Serviks

Stadium yang dipakai adalah stadium klinik menurut The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (Rasjidi, 2008).

2.7.5.1 Stadium 0

Stadium ini disebut juga “*Carsinoma-in-situ*” yang berarti “kanker yang berada ditempatnya”, belum menyerang bagian lain. Pada stadium ini, perubahan sel yang tidak wajar hanya ditemukan pada permukaan serviks. Ini termasuk kondisi pra kanker yang bisa diobati dengan tingkat kesembuhan mendekati 100%. Tetapi kalau dibiarkan, pada beberapa wanita pra-kanker ini bisa berkembang menjadi kanker setelah beberapa tahun. *Carsinoma-in-situ* dapat ditemukan melalui tes pap smear, dan disembuhkan dengan mengambil daerah permukaan serviks yang sel-selnya mengalami perubahan tidak wajar.

2.7.5.2 Stadium 1

Stadium 1 berarti bahwa kanker baru berada di leher rahim. Stadium ini dibagi menjadi dua yaitu, Stadium 1A dan Stadium 1B. Saat ini, Stadium 1A dan 1B keduanya juga dibagi menjadi dua bagian lagi yaitu, Stadium 1A1 dan Stadium 1A2, Stadium 1B1 dan Stadium 1B2. Pada stadium 1A, pertumbuhannya begitu kecil sehingga kanker hanya bisa dilihat dengan sebuah mikroskop atau kolposkop. Pada Stadium 1A1, kanker telah tumbuh kurang dari 3 mm ke dalam jaringan serviks, dan lebarnya kurang dari 7 mm. Pada Stadium 1A2, kanker telah tumbuh antar 3 sampai 5 mm ke dalam jaringan-jaringan serviks, tetapi lebarnya masih kurang dari 7 mm. Pada Stadium 1B, area kanker lebih luas, tetapi kanker masih berada dalam jaringan serviks dan biasanya masih belum menyebar. Kanker ini biasanya bisa dilihat tanpa menggunakan mikroskop, tetapi tidak selalu demikian. Pada Stadium 1B1, kanker tidak lebih besar dari 4 cm. Pada Stadium 1B2, kanker lebih besar dari 4 cm (ukuran horizontal).

2.7.5.3 Stadium 2

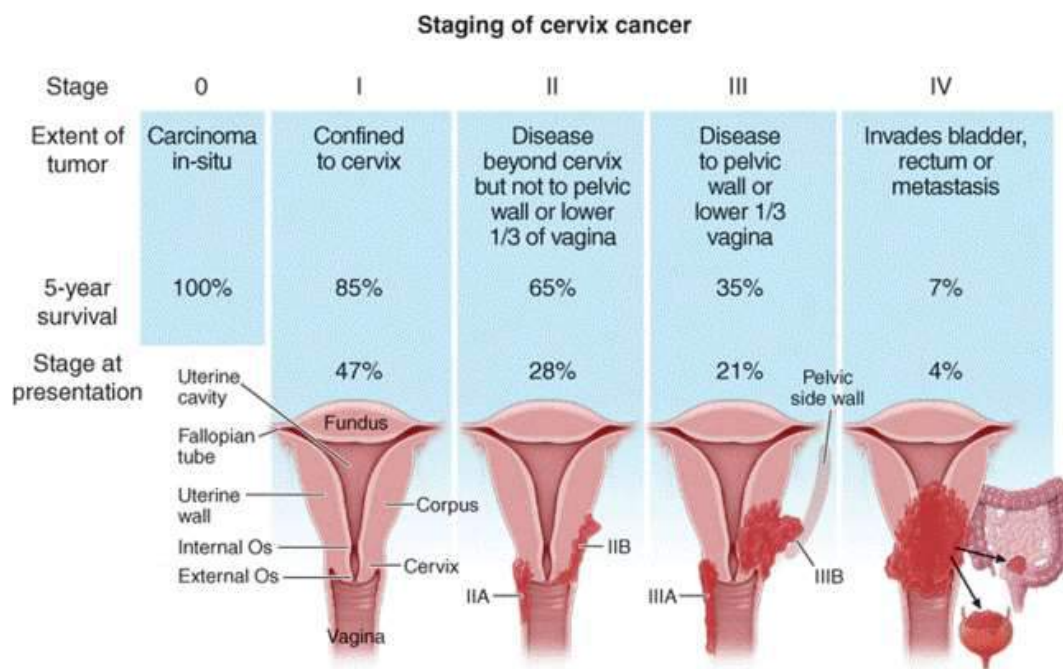
Pada Stadium 2, kanker mulai menyebar keluar dari leher rahim menuju ke jaringan-jaringan di sekitarnya. Tetapi kanker masih belum tumbuh ke dalam otot-otot atau ligamen dinding panggul, atau menuju ke vagina bagian bawah. Stadium 2 dibagi menjadi, Stadium 2A dan Stadium 2B. Pada Stadium 2A kanker telah menyebar ke vagina bagian atas. Stadium 2A dibagi lagi menjadi Stadium 2A1 dan Stadium 2A2. Pada Stadium 2A1 kanker berukuran 4 cm atau kurang. Pada Stadium 2A2 kanker berukuran lebih dari 4 cm. Pada Stadium 2B ada penyebaran ke dalam jaringan di sekitar serviks.

2.7.5.4 Stadium 3

Pada Stadium 3, kanker serviks telah menyebar jauh dari serviks menuju ke dalam struktur di sekitar daerah panggul. Kanker mungkin telah tumbuh ke dalam vagina bagian bawah dan otot-otot serta ligamen yang melapisi dinding panggul, dan kemungkinan kanker telah tumbuh memblokir saluran kencing. Stadium ini dibagi menjadi Stadium 3A dan Stadium 3B. Pada Stadium 3A, kanker telah menyebar ke sepertiga bagian bawah dari vagina tetapi masih belum ke dinding panggul. Pada Stadium 3B kanker telah tumbuh menuju dinding panggul atau memblokir satu atau kedua saluran pembuangan ginjal.

2.7.5.5 Stadium 4

Kanker serviks Stadium 4 adalah kanker yang paling parah. Kanker telah menyebar ke organ-organ tubuh di luar serviks dan rahim. Stadium ini dibagi menjadi 2 yaitu, Stadium 4A dan Stadium 4B. Pada Stadium 4A, kanker telah menyebar ke organ-organ seperti kandung kemih dan dubur. Pada Stadium 4B, kanker telah menyebar ke organ-organ tubuh yang sangat jauh, misalnya paru-paru.



Source: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J: *Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition*: www.accessmedicine.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Gambar 2.4 Stadium kanker serviks (Rasjidi, 2007)

2.7.6 Skrining Kanker Serviks

Kanker Serviks merupakan salah satu kanker yang dapat disembuhkan bila terdeteksi pada tahap awal. Dengan demikian, deteksi dini kanker serviks sangat diperlukan. Menurut Arumaniez (2010) ada beberapa tes yang dapat dilakukan untuk pada deteksi dini kanker serviks, yaitu sebagai berikut:

2.7.6.1 Pemeriksaan dengan Pap Smear

Pemeriksaan Pap Smear saat ini merupakan suatu keharusan bagi wanita sebagai sarana pencegahan dan deteksi dini kanker serviks. Pemeriksaan ini dilaksanakan oleh setiap wanita yang telah menikah sampai dengan umur kurang lebih 65 tahun bila dalam dua kali pemeriksaan apusan Pap terakhir negatif dan tidak pernah mempunyai riwayat hasil pemeriksaan abnormal sebelumnya (Lestadi, 2009). Pap Test (*Pap Smear*) merupakan pemeriksaan *sitologi epitel*

porsio dan *endoservik uteri* untuk penentuan adanya perubahan praganas maupun ganas di *porsio* atau serviks uteri. Pap Smear sebagai upaya menghindari kanker leher rahim bagi wanita usia reproduksi, pengertian Pap Test (*Pap Smear*) yaitu suatu pemeriksaan dengan cara mengusap leher rahim (*scrapping*) untuk mendapatkan sel-sel leher rahim kemudian diperiksa sel-selnya, agar dapat diketahui terjadinya perubahan atau tidak. Dari pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa Pap Smear yaitu pemeriksaan usapan pada leher rahim untuk mengetahui adanya perubahan sel-sel yang abnormal yang diperiksa dibawah mikroskop (Ayurai, 2009).

2.7.6.2 Pemeriksaan dengan inspeksi visual asetat (IVA) Tes

Menurut Amrantara (2009), tes visual dengan menggunakan larutan asam cuka (asam asetat 2%) dan larutan iosium lugol pada leher rahim dan melihat perubahan warna yang terjadi setelah dilakukan olesan. Tujuan dari IVA tes adalah untuk melihat adanya sel yang mengalami displasia sebagai salah satu metode skrining kanker leher rahim. Pemeriksaan IVA adalah pemeriksaan oleh dokter atau bidan / paramedik terhadap leher rahim yang diberi asam asetat 3-5% secara inspekulo dengan mata telanjang. Lesi prakanker jaringan ektoserviks rahim yang diolesi asam asetat

(*asam cuka*) akan berubah warna menjadi putih (*acetowhite*). Namun bila ditemukan lesi makroskopis yang dicurigai kanker, pengolesan asam asetat tidak dilakukan dan pasien segera dirujuk ke sarana yang lebih lengkap (Sulistiowati, 2014:194). Pelaksanaan IVA test bisa dilakukan di tempat pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pemeriksaan seperti tempat praktek, puskesmas dan

rumah sakit, dan yang melakukannya yaitu perawat terlatih, bidan, dokter umum, dan dokter spesialis obgyn.

2.7.6.3 Pemeriksaan Kolposkopi

Kolposkopi merupakan sebuah tes tindak lanjut untuk tes Pap abnormal. Serviks dilihat dengan kaca pembesar, yang dikenal sebagai kolposkopi, dan dapat mengambil biopsi dari setiap daerah yang tidak terlihat sehat (Rahayu, 2015: 23).

2.7.6.4 Tes DNA HPV

Sel serviks dapat diuji untuk kehadiran DNA dari Human papillomaVirus (HPV) melalui tes ini. Tes ini dapat mengidentifikasi apakah tipe HPV yang dapat menyebabkan kanker serviks yang hadir (Rahayu, 2015). Metode yang sekarang ini sering digunakan diantaranya adalah Tes Pap dan (IVA). Tes Pap memiliki sensitivitas 51% dan spesifitas 98%, selain itu pemeriksaan Pap Smear masih memerlukan penunjang laboratorium sitologi dan dokter ahli patologi yang relatif memerlukan waktu dan biaya yang besar. Sedangkan IVA memiliki sensitivitas sampai 96% dan spesifitas 97% untuk program yang dilaksanakan oleh tenaga medis yang terlatih. Hal ini menunjukkan bahwa IVA memiliki sensitivitas yang hampir sama dengan sitologi serviks sehingga dapat menjadi metode skrining yang efektif pada negara berkembang seperti Indonesia (Sulistiowati, 2014).

2.8 Konsep Dasar Wanita Usia Subur (WUS)

2.8.1 Pengertian

Berdasarkan data (*Family Planning Worldwide*, 2008) jumlah Wanita Usia Subur (WUS) Indonesia merupakan jumlah terbesar di Asia Tenggara, kemudian diikuti Vietnam dan Filipina. Wanita usia subur (WUS) adalah wanita

yang keadaan organ reproduksinya berfungsi dengan baik antara umur 20-45 tahun. Pada wanita usia subur ini berlangsung lebih cepat dari pada pria. Puncak kesuburan ada pada rentang usia 20-29 tahun. Masalah kesuburan alat reproduksi merupakan hal yang sangat penting untuk diketahui. Dimana dalam masa wanita subur ini harus menjaga dan merawat personal hygiene yaitu pemeliharaan keadaan alat kelaminnya dengan rajin membersihkannya. oleh karena itu WUS dianjurkan untuk merawat diri (Badan Pusat Statistik *et al.*, 2015)

2.8.2 Tanda-tanda wanita subur (Manuaba, 2004)

a. Siklus haid

Wanita yang mempunyai siklus haid teratur setiap bulan biasanya subur. Satu putaran haid dimulai dari hari pertama keluar haid hingga sehari sebelum haid datang kembali, yang biasanya berlangsung selama 28 hingga 30 hari. Oleh karena itu siklus haid dapat dijadikan indikasi pertama untuk menandai seorang wanita subur atau tidak. Siklus menstruasi dipengaruhi oleh hormon seks perempuan yaitu estrogen dan progesteron. Hormon-hormon ini menyebabkan perubahan fisiologis pada tubuh perempuan yang dapat dilihat melalui beberapa indikator klinis seperti, perubahan suhu basal tubuh, perubahan sekresi lendir leher Rahim (serviks), perubahan pada serviks, panjangnya siklus menstruasi (metode kalender) dan indikator minor kesuburan seperti nyeri perut dan perubahan payudara.

b. Alat pencatat kesuburan

Kemajuan teknologi seperti ovulation thermometer juga dapat dijadikan sebagai alat untuk mendeteksi kesuburan seorang wanita. Thermometer ini

akan mencatat perubahan suhu badan saat wanita mengeluarkan benih atau sel telur. Bila benih keluar, biasanya thermometer akan mencatat kenaikan suhu sebanyak 0,2 derajat celsius selama 10 hari. Namun jika wanita tersebut tidak mengalami perubahan suhu badan pada masa subur, berarti wanita tersebut tidak subur.

c. Tes Darah

Wanita yang siklus haidnya tidak teratur, seperti datangnya haid tiga bulan sekali atau enam bulan sekali biasanya tidak subur. Jika dalam kondisi seperti ini, beberapa tes darah perlu dilakukan untuk mengetahui penyebab dari tidak lancarnya siklus haid. Tes darah dilakukan untuk mengetahui kandungan hormon yang berperan pada kesuburan seorang wanita.

d. Pemeriksaan fisik

Untuk mengetahui seorang wanita subur juga dapat diketahui dari organ tubuh seorang wanita. Beberapa organ tubuh, seperti buah dada, kelenjar tiroid pada leher, dan organ reproduksi. Kelenjar tiroid yang mengeluarkan hormon tiroksin berlebihan akan mengganggu proses pelepasan sel telur. Sedangkan pemeriksaan buah dada ditujukan untuk mengetahui hormone prolaktin di mana kandungan hormon prolaktin yang tinggi akan mengganggu proses pengeluaran sel telur. Selain itu, pemeriksaan system reproduksi juga perlu dilakukan untuk mengetahui sistem reproduksinya normal atau tidak.

2.8.3 Perhitungan Masa Subur (Manuaba, 2004)

Ada beberapa metode yang digunakan untuk dapat menghitung masa subur seorang wanita. Metode yang paling efektif adalah dengan menggunakan

pendekatan berbagai indikator biasanya perubahan suhu yang dikombinasikan dengan perubahan lendir serviks. Indikator-indikator ini secara ilmiah telah terbukti merefleksikan perubahan hormonal dan status kesuburan secara akurat.

Perhitungan masa subur dengan menggunakan sistem kalender adalah cara natural atau alamiah yang digunakan hanya bila seorang wanita mempunyai siklus menstruasi yang teratur. Perhitungan masa subur ini didasarkan saat ovulasi terjadi pada hari ke 14 dari menstruasi yang akan datang dan dikurangi 2 hari karena sperma dapat hidup selama 48 jam setelah ejakulasi serta ditambahkan 2 hari karena sel telur dapat hidup 24 jam setelah ovulasi. Dengan mengetahui masa subur, ini akan bermanfaat bagi pasangan yang bermasalah dalam mendapatkan keturunan, yaitu dengan cara:

- a. Menilai kejadian dan waktu terjadinya ovulasi.
- b. Memprediksikan hari-hari subur yang maksimum.
- c. Mengoptimalkan waktu untuk melakukan hubungan seksual untuk mendapatkan kehamilan.
- d. Membantu mengidentifikasi sebagian masalah infertilitas.

Kurangnya pengetahuan tentang kesuburan alat reproduksi khususnya pada wanita, sering kali dikaitkan dengan berbagai macam penyakit, padahal tingkat masa kesuburan setiap orang berbeda tergantung kondisi fisik, mental dan kebersihannya. Ketidaksuburan alat reproduksi sering kali juga dikaitkan dengan berbagai penyakit yang diderita oleh

salah satu pasangan yang mengidapnya, diantaranya 40% factor ketidaksuburan disebabkan oleh wanita sedangkan 40% lain oleh sebab pria, dan sisa 20% karena keduanya. Namun pada dasarnya ketidaksuburan alat reproduksi pada wanita disebabkan oleh :

- a. Disfungsi hormon
- b. Tersumbatnya saluran telur
- c. Endometriosis.
- d. Kista Ovarii
- e. Pergerakan sperma yang kurang baik.

Oleh karena itu Wanita Usia Subur (WUS) harus melakukan pemeriksaan kesehatan (pemeriksaan alat kelamin) walaupun ia memiliki siklus haid/menstruasi yang teratur. Hal ini bukan tanda bahwa wanita itu subur. Artinya WUS harus sehat bebas dari penyakit kelamin. Sebelum menikah WUS sebaiknya melakukan pemeriksaan kesehatan agar mengetahui kondisi organ reproduksinya apakah berfungsi dengan baik. Dengan mengadakan pemeriksaan kesehatan maka akan mencegah penyakit alat kelamin. Alat kelamin wanita sangat berhubungan dengan dunia luar yang melalui liang senggama, saluran mulut rahim, rongga/ruang rahim. Saluran telur (tuba falopi) yang bermuara dalam ruang perut. Karena adanya hubungan yang langsung ini infeksi alat kelamin wanita disebabkan oleh hubungan seks yang tidak sehat, sehingga infeksi bagian luarnya berkelanjutan dapat berjalan menuju ruang perut dalam bentuk infeksi selaput dinding perut atau disebut juga peritonitis.

2.9 Prosedur Pembuatan Modul

2.9.1 Pengertian

Modul merupakan salah satu bentuk bahan ajar yang dikemas secara utuh dan sistematis di dalamnya memuat seperangkat pengalaman belajar yang terencana dan didesain untuk membantu tenaga medis atau pasien dalam mengatasi masalahnya.

2.9.2 Tujuan Pembuatan Modul

1. Memperjelas dan mempermudah penyajian agar tidak terlalu verbal.
2. Mengatasi keterbatasan waktu, ruang, bagi tenaga medis maupun pasien.
3. Dapat digunakan secara tepat dan bervariasi
4. Meningkatkan motivasi dalam melakukannya.
5. Mengembangkan kemampuan dalam berinteraksi langsung
6. Memungkinkan belajar mandiri

2.9.3 Prosedur Penyusunan Modul

Modul didesain berdasarkan prinsip-prinsip pengembangan suatu masalah meliputi kebutuhan, pengembangan desain modul, implementasi dan evaluasi. Modul ini disusun berdasarkan hasil studi literatur yang didapat oleh peneliti melalui jurnal, selain itu peneliti melakukan diskusi pakar dengan dokter, perawat dan bidan yang sudah terlatih terkait modul yang akan disusun sesuai dengan tema.

2.9.4 Langkah-langkah Penyusunan Modul (Dikmenjur, 2004)

a. Deskripsi

Penjelasan singkat tentang ruang lingkup isi modul, hasil yang akan dicapai setelah menyelesaikan modul, serta manfaat dalam melakukan tindakan yang sesuai.

b. Tujuan

Memuat kemampuan yang harus dikuasai untuk satu kesatuan kegiatan atau aktivitas.

c. Sasaran

Modul diberikan sesuai yang membutuhkan

d. Uraian Materi

Berisi tentang ringkasan pengetahuan/ konsep/ prinsip tentang kompetensi yang sedang dipelajari.

e. Rangkuman

Berisi ringkasan pengetahuan/ konsep/ prinsip yang terdapat pada uraian materi.

f. Pertanyaan

Memuat beberapa pertanyaan atau penegasan yang sesuai dengan uraian materi yang sudah dibuat sebagai bahan pengecekan bagi pasien dan tenaga medis untuk mengetahui sejauh mana penguasaan hasil belajar yang telah dicapai, sebagai dasar untuk melakukan kegiatan berikutnya.

2.10 Keaslian penelitian dari jurnal

No	Judul Penelitian	Variabel	Desain penelitian	Sampel dan teknik sampling	Analisis	Hasil
1	CITRUS, cervical cancer screening trial by randomization of HPV testing intervention for upcoming screening: Design, methods and baseline data of 18,471 women	HPV DNA, cervical cancer screening	RCT	8,402 wanita yang usianya 30-64 tahun, Random sampling	Chisquared test was performed to compare proportions between allocated groups.	HPV DNA sangat prospek digunakan sebagai screening kanker servix
2	Effect of Planned Follow-up on Married Women's Health Beliefs and Behaviors Concerning Breast and Cervical Cancer Screenings (Kolutek <i>et al.</i> 2016)	Behaviors, Cervical Cancer Screenings	Quasi-experiment, using the single group, pre-test/post-test	Sampel 153 perempuan yang sudah menikah	The normal distribution of the quantitative variables was analyzed using the Shapiro-Wilk test. Repeated measures were compared using the Friedman's test. The non-parametric Student-Newman-Keuls method was employed for multiple comparison tests. The relationship between the categorical variables was analyzed using chi-square test and McNemar's test	Setelah dilakukan Follow-up, terdapat perubahan yang signifikan pada perempuan untuk melakukan Pap smear
3	The Nurse's Role in the Prevention of Cervical	Peran perawat, pencegahan kanker cervik	Quasi-experiment,	552 sampel yang sudah menikah	A combined analysis of three clinical trials (Phase II and III) with	Setelah dilakukan implementasi pap tes, terdapat penurunan yang signifikan angka kematian yang

	Cancer Among Underserved and Minority Populations (Rogers <i>et al</i> , 2008)		using the single group, pre-test/post-test		20,000 female participants showed that the vaccine is 96% effective against any CIN lesion caused by HPV 6, 11, 16, or 18 at the 4-year followup. In the same analysis, Merck's vaccine was 94% and 98% effective against any CIN lesion caused by HPV 16 and 18, respectively.	disebabkan kanker cervix
4	Cancer of the cervix: Early detection and cost-effective solutions (Denny <i>et al</i> , 2015)	IVA dan HPV DNA	RCT	356 dengan usia 30 tahun keatas-	Women were randomly assigned to HPV-based (experimental arm) or cytology-based (control arm) screening and were followed for a median of 6.5 years during which 107 invasive cervical cancers were identified. Detection of invasive cancer was similar in the two arms in the first 2.5 years of follow-up but was significantly lower in the HPV screening arm. Further, the cumulative incidence of invasive cervical cancer in women with a negative screening test at entry was double in the control versus the experimental arm	HPV DNA lebih sensitif dari pada IVA dalam mendeteksi dini kanker cervix

5	Evaluating Teaching Techniques in the Hmong Breast and Cervical Cancer Health Awareness Project(Lor, 2014)	Teaching Techniques, Health Awareness	Pre tes post tes	Directed content analysis was used to analyze participants' responses about their perceptions of the utility of the content of the workshops. Categories used to guide the content analysis include (a) understanding of content, (b) feedback on visual aids, (c) impact of teaching techniques, and (d) feasibility of the program. All authors consisting of students separately reviewed transcripts and coded participants' comments into categories. Authors met to refine coding through multiple iterations to achieve consensus.	Semua participant mengalami peningkatan pengetahuan tentang screenng cancer cervix dan mau berpartisipasi melakukan screening	
6	Systematic reviews andmeta-analyses of the accuracy of HPV tests, visual inspection with acetic acid, cytology, and colposcopy (mustafa <i>et al.</i> , 2016)	HPV test, cytology (cervical smear), visual inspection with acetic acid (VIA)	Prospective or cross-sectional observational	Sampel sebanyak 1000 dengan usia 25-65	A paired analysis was conducted by pooling sensitivity and specificity for each of the test comparisons using a hierarchical model. Specifically, HPV was compared with VIA, VIAwith cervical smear, and HPVwith cervical smear; and the test accuracies of HPV and colposcopy impression were determined.	Terjadi perbedaan sensitif antara HPV dan IVA, IVA dan cervical smear HPV dan Cervical smear

					Forest plots and hierarchical summary receiver-operator curves were created for each comparison.	
7	Can visual inspection with acetic acid be used as an alternative to Pap smear in screening cervical cancer (saleh., 2013)	IVA, Pap-Smear	Experiment	200 perempuan	The statistical test used was the Chi-square test and results were computed using statistical package for social sciences (SPSS) version 12.	Setelah dilakukan pemeriksaan IVA ditemukan positif di 24/200 (12%) patients dan Pap smear ditemukan 8 (4%). Artinya bahwa pemeriksaan IVA lebih sensitif untuk diteksi dini kanker cervix dan lebih mudah serta harganya lebih terjangkau
8	Health Coaching and the Management of Hypertension (Crittenden., <i>at al.</i> , 2017)	health coach, hypertension, lifestyle modification	Pre post tes	54 sampel pasien dengan hipertensi	Paired sample t tests revealed a significant difference in the pre_ (mean \bar{x} 133.09, SD \bar{s} 15.36) and post_ (mean \bar{x} 125.33, SD \bar{s} 12.57) health coaching systolic BP (t20 \bar{x} 3.144; P < .01; 95% confidence interval, 2.61-12.91). Although there was no statistical significance, the diastolic BP decreased after intervention.	Sebelum dilakukan health coaching, 12 (57.1%) responden dilaporkan tidak menyadari tentang hipertensi, dan 14 (66.7%) dilaporkan nonadherence to any LSM recommendations on a regular basis, and 17 (81%) reported low adherence to their medication plan. Setelah health coaching, responden dilaporkan sudah menyadari tentang hipertensi (90.5%, n \bar{x} 19) and indicated health
9	=Health promotion research in active duty army soldiers:	health promotion and disease prevention	experiment	Sampel 435, Random sampling	In the final analysis between the three nurse coaching arms and the control arm, beneficial intervention	Setelah dilakukan promosi kesehatan para militer lebih memperhatikan kesehatannya, dari segi nutrisi, penurunan berat badan, dan kesehatan tulang

	The road to a fit and ready force (McCarthy <i>et al.</i> , 2017)				effects were observed for heel BMD (d ¼ 0.3) and vitamin D levels (d ¼ 0.43). There were no significant differences from baseline to followup on weight loss, percent body fat, waist circumference, BMD, lipid panel, or adherence when comparing study groups to the control group.	sebagai pencegahan penyakit
10	Health Coaching for Medical Doctors– Bringing Owls to Athens? (Beate West-Leuer.,2014)	Health coaching, Konseling	Kulitatif	Medical dokter		Setelah dilakukan komunikasi pembinaan kesehatan , menunjukkan perilaku yang patut dicontoh untuk peningkatan kesehatan, sehingga mencapai perbaikan
11	Evaluating the Effect of a Diabetes Health Coach in Individuals with Type 2 Diabetes, (Sherifali <i>et al.</i> , 2016)	Health coaching, Type 2 Diabetes	experiment 2	353 peserta randomized	For studies with more than 1 intervention arm, we included the data for each intervention arm compared with the control group but split the sample size for the control group into equal halves to avoid unit-of-analysis error and double counting. The Cochrane Q (alpha=0.10) and I2 statistic were employed to quantify the statistical heterogeneity between studies, where p<0.10	pembinaan kesehatan diabetes secara keseluruhan adalah penurunan A1C yang signifikan secara statistik level sebesar 0,32 (95% CI, -0,50 sampai -0,15). Paparan pembinaan kesehatan diabetes yang lebih lama (> 6 bulan) dihasilkan dalam penurunan 0,57% pada tingkat A1C (95% CI, -0,76 sampai -0,38), dibandingkan dengan pembinaan kesehatan diabetes yang lebih pendek. eksposur (≤6 bulan) (-0,23%;

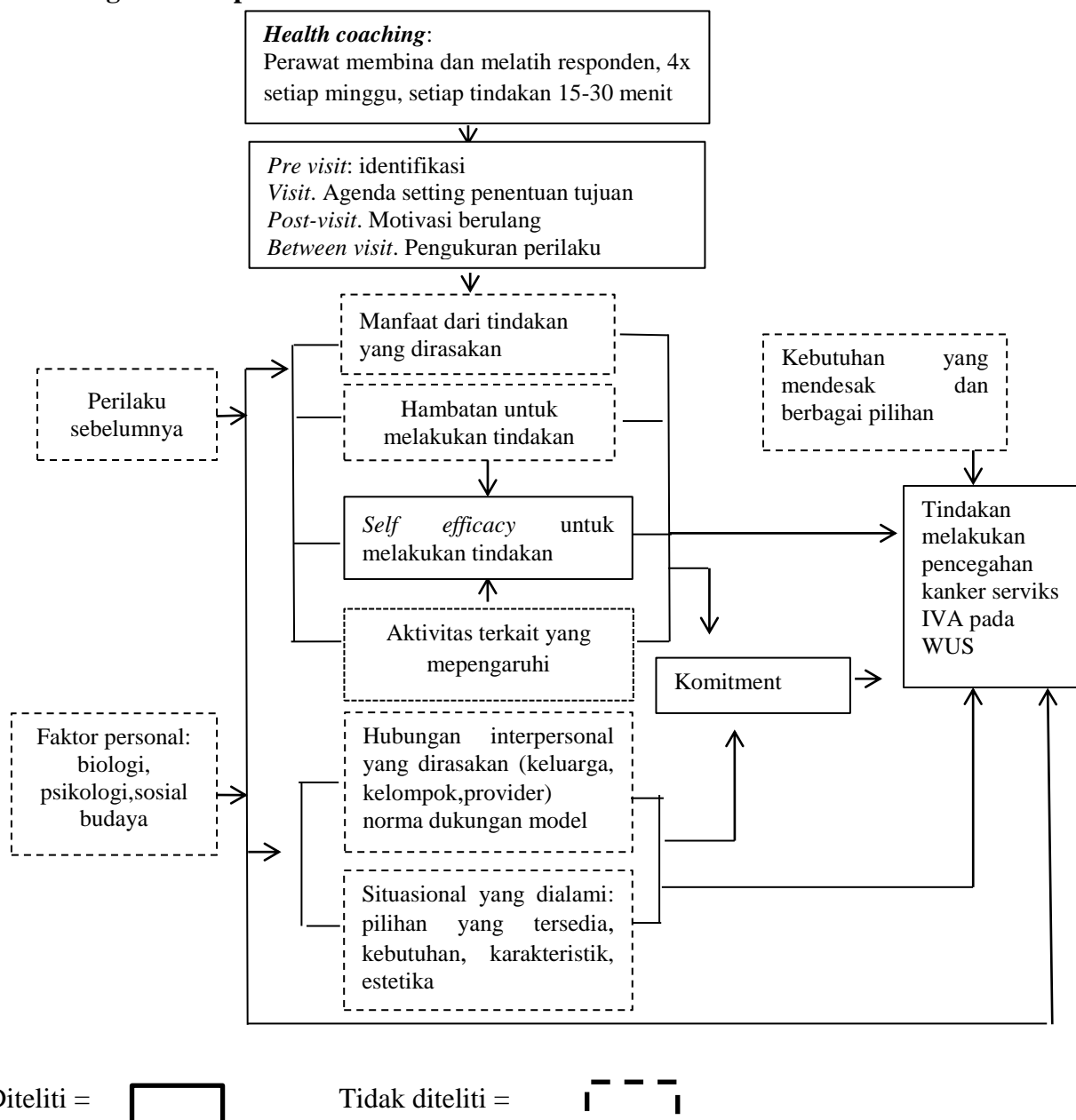
				indicated a high level of statistical heterogeneity between studies. To evaluate statistical stability and effect on statistical heterogeneity, sensitivity analyses were also performed for the primary outcome of interest, AIC levels, based on length of intervention (≤ 6 months and > 6 months). All analyses were performed using Review Manager, v. 5.1 software (Cochrane IKMD, The Nordic Cochrane Centre, Copenhagen, Denmark).	95% CI, -0,37 sampai -0,09)
12	Personalized Coaching Systems to support healthy behavior in people with chronic conditions	Coaching system, Healthy behaviour	Experiment	Our next step was to analyze all four physiological signals and to use the features that could be derived from these signals for classification between the rest and the stress conditions of the protocol. We reduced our feature set of 19 features by using feature selection and Principal Component Analysis. Using various classification methods we achieved a classification accuracy of 75–79% between the rest and stress conditions.	Hasil menunjukkan bahwa Personal Coaching Systems layak dan menjanjikan dan menantang, serta dapat mengarahkan perilaku seseorang ke yang lebih baik melalui pembinaan kesehatan

13	Coping Skills Training in a Telephone Health Coaching Program for Youth at Risk for Type 2 Diabetes (Jefferson <i>et al.</i> , 2011)	Health Coaching Healthy lifestyles	Experiment	Semua remaja yang tinggal diperkotaan yang mempunyai resiko DM tipe 2		health coaching pada kasus DM tipe 2 memiliki peran yang sangat penting memfasilitasi perawatan diri dan mengubah perilaku sehat, efektif untuk memperbaiki kontrol glikemik
14	Effect of electronic education based on health promotion model on physical activity in diabetic patients (A. <i>et al.</i> , 2011)	Health Promotion Model, Diabetic patients	Quasy Experiment. uji t independen, uji chi-kuadrat, dan pengukuran berulang ANOVA	76 pasien dengan diabetes tipe II dievaluasi (40 pasien di kelompok intervensi dan 36 pasien pada kelompok kontrol)	statistical analysis was conducted using independent T-test, chi-square test, and repeated measurement of ANOVA	menunjukkan bahwa self-efficacy($P < 0,001$), status kesehatan ($p = 0,032$), manfaat($P < 0,001$) dan Dukungan teman dalam aktivitas fisik ($P < 0,001$) dianggap lebih tinggi, dan penghalang aktivitas fisik ($P < 0,001$) dianggap lebih rendah pada kelompok multimedia dibandingkan kelompok kontrol 3 bulan setelahnya latihan. Ada perbedaan yang signifikan rata-rata setara metabolik tugas (MET) antara dua kelompok setelah intervensi ($P < 0,001$). Perencanaan pendidikan berbasis HPM dan implementasi melalui multimedia bisa mengubah kepercayaan tentang aktivitas fisik dan meningkatkan partisipasi dalam aktivitas fisik

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1. Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 kerangka konseptual Pengaruh *Health Coaching* berbasis *Health promotion Model* terhadap self-efficacy, komitmen dan tindakan wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual acetat (IVA).

Penjelasan

Pemberian *health coaching* pada wanita usia subur (WUS) merupakan salah satu metode edukasi dengan tidak hanya memberikan informasi namun melalui metode diskusi, dalam memberikan informasi bersifat tidak searah saja tetapi dua arah dengan pemberian informasi dan motivasi akan terjadi proses belajar yang kemudian dapat berpengaruh terhadap efikasi diri dan perilaku pencegahan kanker serviks. Berdasarkan teori *health promotion model*, menjelaskan individu untuk berperilaku tertentu yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan dipengaruhi oleh tiga determinan yaitu karakteristik dan pengalaman individu *behavioral specific cognitions and affect* yang antara lain manfaat yang dipersiapkan terhadap suatu tindakan (*perceived benefits*), hambatan yang dipersepsikan terhadap suatu tindakan (*perceived barriers*), persepsi terhadap keyakinan diri (*perceived self efficacy*) dan pengaruh yang ditimbulkan oleh suatu aktifitas (*activity related affect*), pengaruh interpersonal (*interpersonal influence*) dan pengaruh situasional (*situasional influence*) yang akan mempengaruhi komitmen individu untuk merencanakan suatu tindakan. Pemberian *health coaching* diharapkan dapat berpengaruh pada aspek kognisi (pengetahuan) dan afeksi meliputi manfaat dari tindakan yang dirasakan, hambatan untuk melakukan tindakan dan efikasi diri yang berperan dalam membentuk komitmen dan akan berdampak pada hasil perilaku yaitu pencegahan kanker serviks

3.2 Hipotesis

Hipotesis yang ditetapkan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Ada pengaruh *health coaching* terhadap *self efficacy* pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA)
2. Ada pengaruh *health coaching* terhadap komitmen pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA)
3. Ada pengaruh *Health coaching* terhadap tindakan pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA)

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif dengan desain *Quasi eksperiment* yaitu penelitian yang memberikan perlakuan atau intervensi pada subyek penelitian kemudian efek perlakuan tersebut diukur dan dianalisa. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *pre-test* dan *post-test with control group design*. Desain ini digunakan untuk membandingkan hasil intervensi *health coaching* terhadap wanita usia subur pada kelompok yang diukur sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Dalam pelaksanaan penelitian kelompok perlakuan diberikan *health coaching* tentang perilaku pencegahan kanker serviks dan tindakan IVA, sedangkan kelompok kontrol hanya mengikuti standar Puskesmas. Adapaun desain penelitian ini digambarkan dalam skema sebagai berikut:

Tabel 4.1 *Rancangan penelitian pre-post test control group design*

Subjek	Pre Test	Intervensi	Post Test
K-A	OA	I	OI-A
K-B	OB	-	O-B
	Time 1	Time 2	Time 3

(Sumber: (Nursalam 2016))

Keterangan

K- A : Kelompok yang diberikan perlakuan

K-B : Kelompok kontrol

O-A : *Pre test* untuk mengukur *Self efficacy*, komitmen dan tindakan pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA) kelompok perlakuan sebelum diberikan *health coaching*

O-B : *Pre test* untuk mengukur *Self efficacy*, komitmen dan tindakan perilaku pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA) kelompok kontrol

OI-A : *Post test* untuk mengukur *Self efficacy*, komitmen dan tindakan pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA) kelompok perlakuan setelah diberikan *health coaching*

O-B : *Post test* untuk mengukur komitmen, *Self efficacy* dan tindakan wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA) kelompok kontrol

I : Diberikan intervensi *health coaching* tentang kanker serviks dan tindakan pencegahan penyakit dengan cara melakukan skrining IVA dan menghindari faktor resiko penyakit

- : sesuai standar puskesmas

4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah perempuan usia subur yang berada di wilayah kerja Puskesmas Panaguan.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah perempuan yang telah memenuhi kualifikasi penelitian. Penentuan besar sampel dilakukan dengan menggunakan rumus berikut (Dahlan, 2003)

$$n_1 = n_2 = 2 \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta) \cdot S_d}{X_1 - X_2} \right]^2$$

$$n_1 = n_2 = 2 \left[\frac{(1,96 + 1,28) \cdot 2,57}{2,23} \right]$$

$$n = 31,46 = 32 \text{ orang}$$

Keterangan :

n : Besar sampel

Z_α : Kesalahan tipe I atau nilai standar normal untuk $\alpha = 5\% = 1,96$

Z_β : Kesalahan tipe II atau nilai standar normal untuk $\beta = 10\% = 1,28$

Sd : Simpangan baku gabungan penelitian sebelumnya

$X_1 - X_2$: Selisih rerata dari variabel yang diukur atau perbedaan klinis yang diinginkan (dari peneliti sebelumnya) (2,23)

Peneliti juga melakukan perhitungan untukantisipasi adanya sampel yang mengalami *droup out* yaitu sebanyak 10% dari sampel yang

dihitung. adapun perhitungan koreksi besar sampel yang mengalami *droup out* adalah sebagai berikut:

$$n' = n/1-f$$

$$n' = 32/1-0,1$$

$$n' = 34,5 = 35 \text{ orang}$$

Dengan demikian besar sampel untuk tiap kelompok adalah 35 untuk kelompok kasus dan 35 untuk kelompok kontrol, sehingga jumlah seluruh subjek penelitian sebanyak 70 sampel

Kriteria inklusi:

- 1) Perempuan usia subur yang sudah menikah
- 2) perempuan usia >30 tahun yang sudah menikah
- 3) Perempuan dengan usia 30-60 tahun

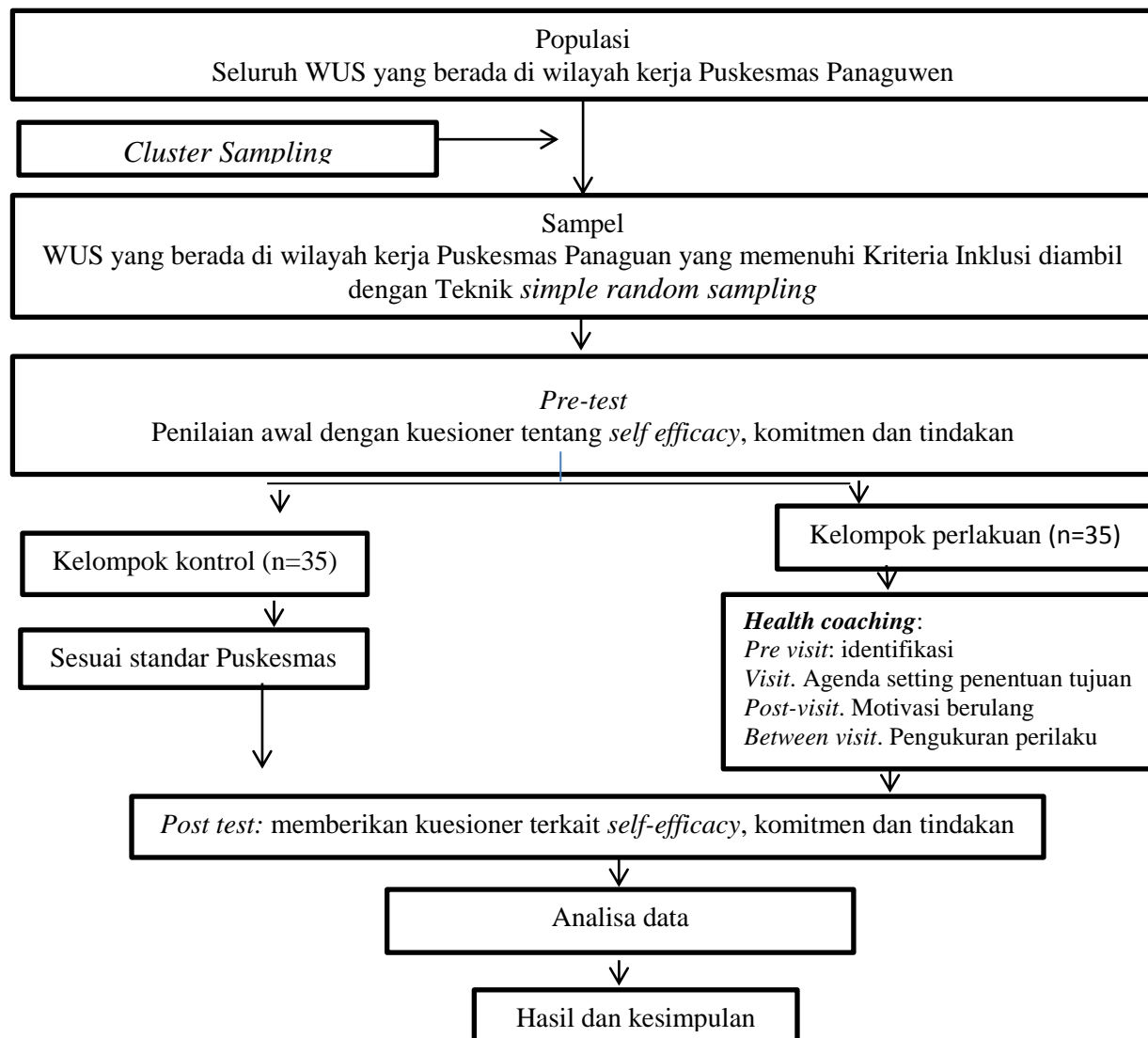
Kriteria Eksklusi:

- 1) Melakukan Pap-Smear
- 2) Sedang sakit kanker serviks
- 3) Sedang hamil

4.2.3 Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Cluster sampling*, yaitu pengelompokan sampel berdasarkan wilayah.

4.3 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka operasional Pengaruh *Health Coaching* berbasis *Health promotion Model* terhadap *self-efficacy*, komitmen dan tindakan pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA)

4.4 Identifikasi Variabel

4.4.1 Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pemberian *health coaching* pada Perempuan usia subur.

4.4.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah *self efficacy*, komitmen dan tindakan pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA).

4.4.3 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh *health coaching* terhadap *self efficacy* i, komitmen dan tindakan pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA).

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Variabel Independent: <i>Health coaching</i>	Peneliti/tim medis Membina dan melatih responden dalam perubahan perilaku kesehatan untuk mencegah penyakit kanker serviks: vulva higien yang benar, selalu menjaga kebersihan organ intim pada saat menstruasi, dan prosedural sebelum melakukan tes IVA	<i>Health coaching:</i> Membina dan melatih dengan memotivasi responden responden selama 4x setiap minggu, setiap tindakan 15-30 menit Tahapan: <i>Pre visit:</i> identifikasi <i>Visit.</i> Agenda setting penentuan tujuan <i>Post-visit.</i> pemberian <i>health coaching</i> dan Motivasi berulang <i>Between visit.</i> Pengukuran	SAP	-	-

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Variabel dependent: <i>Self-efficacy</i>	Pernyataan responden terkait perilaku pencegahan dan tindakan IVA.	Keyakinan responden terhadap kemampuannya melaksanakan: 1. keyakinan diri mengikuti dan melakukan IVA 2. keyakinan diri terhadap hasil yang didapat setelah skrining 3. keyakinan diri terhadap petugas kesehatan 4. keyakinan diri berperilaku pencegahan kanker serviks	Kuesioner	Nominal	Skor Skor 1-10
Komitmen	kemampuan dan kemauan untuk menyalarkannya perilaku pribadi dengan kebutuhan, prioritas dan tujuan	a. <i>Affective commitment</i> , b. <i>Continuance Commitment</i> , c. <i>Normative Commitment</i> ,	Kuesioner	Interval	Skor komitment 1- 4
Tindakan	Upaya yang dilakukan responden dalam menghindari penyakit kanker servix	1. Persepsi 2. Respon terpinpin 3. Mekanisme 4. Adopsi	Kuesioner	interval	Skor 1-4

4.5 Instrumen Penelitian.

a. *Self-efficacy*

Instrumen 1 berisi pertanyaan tentang *self efficacy* wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan melaksanakan IVA. Proses pengumpulan data pada penelitian ini melalui pengisian lembar koesioner di isi oleh responden yang berhubungan dengan *Self-efficacy*.

Tabel: 4.3 Blue print variabel *self efficacy*

Parameter	Nomer	Skor	Jumlah
1. keyakinan diri mengikuti dan melakukan IVA	Pertanyaan no 1-10	Jawaban 1-10	10 pertanyaan
2. keyakinan diri terhadap hasil yang didapat setelah skrining			
3. keyakinan diri terhadap petugas kesehatan			
4. keyakinan diri berperilaku pencegahan kanker serviks			

b. Komitmen

Instrumen 2 berisi tentang komitmen wanita usia subur agar selalu menjaga kesehatan organ intimnya dengan selalu menjaga kebersihannya dan melakukan pemeriksaan IVA. Proses pengumpulan data pada penelitian ini melalui pengisian lembar koesioner di isi oleh responden, hasil dari masing-masing subvariabel dihitung semakin tinggi skor yang di dapat menunjukkan semakin tinggi komitmen seseorang.

Tabel 4.4 Blue print variabel komitmen

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah
Komitment afektif	1,2,3,4,5,	Sangat setuju= 4 Setuju =3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju= 1	5
Komitment berkelanjutan	6,7,8,9,	Sangat setuju= 4 Setuju =3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju= 1	5
Komitment normatif	10,11,12,13,14 ,15	Sangat setuju= 4 Setuju =3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju= 1	5
Jumlah			15

c. Tindakan

Instrumen 3 tentang tindakan wanita usia subur dalam melakukan pencegahan kanker serviks dan melaksanakan pemeriksaan IVA Proses pengumpulan data pada penelitian ini melalui pengisian lembar kuesioner

Tabel 4.5 Blue print variabel tindakan

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah
Persepsi	1,2,3	SL = Selalu : 4 SR = Sering : 3 JR = Jarang : 2 TP = Tidak pernah: 1	3
Respon terpimpin	4,5,6	SL = Selalu : 4 SR = Sering : 3 JR = Jarang : 2 TP = Tidak pernah: 1	3

Mekanisme	7,8,9	SL = Selalu : 4 SR = Sering : 3 JR = Jarang : 2 TP = Tidak pernah: 1	3
Adopsi	10,11,12	SL = Selalu : 4 SR = Sering : 3 JR = Jarang : 2 TP = Tidak pernah: 1	3
Jumlah			12

4.5.1 Validitas

Sebelum melakukan penelitian, alat ukur berupa kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini diuji cobakan dahulu dengan menyebarkan kuesioner kepada sejumlah partisipan bukan subyek penelitian dan memiliki karakteristik yang hampir sama dengan subyek penelitian. Hasil uji coba kuesioner selanjutnya dianalisis validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dilakukan untuk melihat suatu alat ukur yang digunakan akan keakuratan dalam mengukur apa yang diukur. Uji validitas dapat dilakukan dengan menggunakan uji *pearson product moment* dengan membandingkan r hitung dengan r tabel.

4.5.2 Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan untuk melihat sejauh mana kemampuan instrumen mempunyai kepercayaan, keterandalan, konsisten dan bias digunakan secara berulang-ulang. Uji reliabilitas terhadap instrumen dilakukan untuk mengetahui tingkat kesenjangan dari alat ukur. Pengujian reliabilitas instrumen penelitian dapat dilakukan dengan menggunakan teknik *cronbach alfa*. Pertanyaan yang sudah valid kemudian diuji reliabilitasnya menggunakan rumus.

1. Kuesioner *self efficacy*

Terdiri dari 10 item pertanyaan, dengan nilai koefisien korelasi pearson (r) berada pada rentang 0,635-0,987 sehingga semua item dinyatakan valid. Sedangkan nilai Cronbach alpha sebesar 0,961 menunjukkan bahwa kuesioner ini memiliki reliabilitas yang tinggi.

2. Kuesioner komitmen

Kuesioner ini terdiri dari 10 item pernyataan yang memiliki nilai koefisien korelasi pearson (r) berada pada rentang 0,438-0,822 sehingga semua item dinyatakan valid. Nilai Cronbach alpha sebesar 0,864 menunjukkan bahwa kuesioner ini memiliki reliabilitas yang tinggi.

3. Kuesioner Tindakan IVA

Terdiri dari 10 item pernyataan, kuesioner ini memiliki nilai koefisien korelasi pearson (r) berada pada rentang 0,769-0,966 sehingga semua item dinyatakan valid karena memiliki nilai r lebih dari 0,632. Untuk mengetahui reliabilitas instrument dapat diketahui dengan nilai Cronbach alpha sebesar 0,957 yang menunjukkan kuesioner ini memiliki reliabilitas yang tinggi.

4.6 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas panaguan kec Proppo, karena di wilayah ini fenomena wanita usia subur tidak melakukan skrining IVA sebagai deteksi dini kanker serviks sangat banyak. Waktu penelitian mulai tanggal 7 Pebruari s/d 28 Maret 2018

4.7 Prosedur pengambilan atau Pengumpulan data

Dalam pengumpulan data peneliti melakukan beberapa tahapan antara lain:

4.7.1 Prosedur administrasi

1. Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan izin kepada kepala dinas kesehatan melalui surat pengantar dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
2. Melakukan sosialisasi rencana penelitian pada bidan desa, perawat desa, kader desa yang bertugas ditempat penelitian dan tokoh masyarakat.
3. Penyusunan proposal, penyusunan instrument penelitian

4.7.2 Pelaksanaan Prosedur

1. Mengidentifikasi responden sesuai dengan cluster sampling di wilayah kerja puskesmas panaguwen, melalui data yang ada di Puskesmas Panaguwen, Setelah itu dilakukan *random sampling* yaitu daerah bagian timur dengan 2 wilayah adalah kelompok kontrol, sedangkan 2 daerah disebelah barat sebagai kelompok perlakuan, kedua wilayah ini dipisah oleh jalan raya dan sungai sehingga tidak memungkinkan kedua kelompok saling berdiskusi terkait masalah penelitian.
2. Memberikan penjelasan tujuan penelitian, manfaat serta prosedur penelitian.
3. Responden diminta untuk menandatangani lembar *informed consent*
4. Menyebutkan dan menjelaskan beberapa pihak yang ikut serta dalam prosese penelitian dan berinteraksi dengan responden, seperti memperkenalkan asisten peneliti pada responden dalam hal ini peneliti dibatu oleh Bidan Ponkesdes, Kader dan Aparat Desa setempat.

4.7.3 Tahap pelaksanaan pada kelompok intervensi

5. Pelaksanaan *health coaching* pada kelompok perlakuan yang dilakukan dengan kunjungan rumah dimana terdiri dari 4 tahap yang dilakukan selama 4 minggu. Sebelumnya melakukan *pre-tes* penilaian awal *self efficacy*, komitmen dan tindakan pencegahan kanker serviks dan IVA pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Berikut tahapan yang akan dilakukan:

1. Penelitian diawali dengan kunjungan rumah pertama.

- 1) *Pre – visit* yaitu, pengkajian awal kesiapan responden berdasarkan *teori health promotion model* yang dilakukan satu kali pada pertemuan pertama.
- 2) Penetapan tujuan pencapaian/ target yang ingin dicapai responden.
- 3) Kunjungan rumah yang pertama didampingi, bidan, kader dalam membentuk bina hubungan saling percaya dan persiapan sebelum memberikan *health coaching*.

2. Kunjungan rumah kedua

- 1) *Visit* yaitu, Meninjau ulang hasil pengkajian awal. Tahap ini memberikan penjelasan terkait konsep dasar penyakit kanker serviks. Meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, faktor resiko, dan pencegahan sekunder yang meliputi skrining IVA untuk mencegah kanker serviks dan manfaat dari skrining, berdasarkan pendekatan teori *health promotion model*, yang dilakukan pada pertemuan kedua.

2) penjelasan yang diberikan harus juga didengar oleh keluarga karena keluarga juga berperan dalam pemberian motivasi pada responden.

3. Kunjungan rumah ketiga

1) *Post – visit* yaitu, melatih tindakan mencegah kanker serviks dengan skrining IVA dan memberikan motivasi berulang untuk meningkatkan keyakinan responden akan perilaku pencegahan dan tindakan IVA. Tahap ini memberikan *health coaching* dengan melatih responden terkait menghindari faktor resiko penyakit kanker serviks dan melakukan skrining IVA untuk mencegah kanker serviks, berdasarkan pendekatan teori *health promotion model*.

4. Kunjungan rumah ke empat

1) *Between – visit* yaitu, evaluasi dan memberikan motivasi Tahap ini merupakan tahap evaluasi dan memberikan motivasi berulang terkait penyakit kanker serviks, perilaku pencegahan dan tindakan IVA.

2) Kegiatan pada kunjungan rumah ke empat ini meliputi motivasi berulang meningkatkan keyakinan responden, *health coaching* tentang perilaku pencegahan kanker serviks.

3) Motivasi berulang meningkatkan keyakinan responden, *health coaching* tentang tindakan IVA.

- 4) Motivasi berulang pada responden tentang manfaat yang didapat dari perilaku pencegahan kanker servik.
- 5) Motivasi berulang pada responden tentang manfaat yang didapat dari tindakan IVA.
- 6) *Post-test* dilakukan pada ahir minggu ke empat. Didapatkan hasil perubahan *self-efficacy*, komitmen dan tindakan melalui pengisian lembar kuesioner.

4.7.4 Pada Kelompok Kontrol

Kelompok kontrol mendapatkan promosi kesehatan dari poli promosi kesehatan puskesmas Panaguan 1x dalam seminggu, sedangkan dari peneliti pada kelompok kontrol dilakukan kunjungan rumah setelah penelitian pada kelompok intervensi selesai, melakukan wawancara, identifikasi masalah dan membina responden untuk melakukan perilaku pencegahan kanker serviks dan tindakan IVA.

4.8 Analisa Data

Tahap yang dilakukan setelah pengumpulan data adalah analisis data meliputi:

1. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan deskriptif karakteristik responden. Variabel dengan data katagori dianalisis menggunakan distribusi frekuensi, prosentasi atau proporsi. Analisa univariat dalam penelitian ini yaitu karakteristik responden yang meliputi usia, pendidikan, pekerjaan

2. Analisa bivariat

Data yang telah dikumpulkan, dilakukan analisa untuk menentukan signifikansi hasil pemberian intervensi. untuk mengetahui perubahan antara *pre-tes* dan *post-tes* kelompok perlakuan ataupun kelompok kontrol, uji yang digunakan adalah uji statistik Wilcoxon Signed Ranks Test dengan signifikansi $P < 0,05$, untuk mengetahui perbedaan *self efficacy*, komitmen, dan tindakan.

3. Analisis multivariat

Analisa untuk menguji hubungan atau pengaruh atau juga perbedaan antara dua variabel. sebelum dilakukan analisa dilakukan uji homogenitas data dan normalitas untuk melihat varian dari variabel yang diteliti dengan tujuan untuk melihat kesetaraan karakteristik dan kemampuan responden antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Analisa yang digunakan dalam penelitian ini yaitu uji Manova untuk mengetahui post test antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai $p < 0,05$ maka H_1 diterima yaitu ada pengaruh *health coaching* terhadap *self-efficacy*, komitmen dan tindakan pada wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan skrining inspeksi visual asetat (IVA) sebagai pencegahan kanker serviks.

4.9 Etika Penelitian

Telah dinyatakan layak etik dengan Ethical approval N0: 657-KEPK oleh komite etik penelitian kesehatan fakultas keperawatan Universitas Airlangga.

4.9.1 *Informed consent*

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan. Lembar kesediaan menjadi responden diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi. Bila menolak, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

4.9.2 Tanpa nama (*anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas, peneliti tidak akan mencantumkan nama pada data demografi maupun kuesioner. Data tersebut hanya diberi kode nomor tertentu.

4.9.3 Kerahasiaan

Kerahasiaan informasi responden penelitian yang telah dikumpulkan dari responden dijamin oleh peneliti. Hanya data-data tertentu saja yang berhubungan dengan penelitian ini yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.9.4 Keadilan

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah berpartisipasi dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian. Untuk responden pada kelompok kontrol mendapatkan intervensi sesuai standar operasional prosedur (SOP) yang ada di puskesmas dan peneliti memberikan intervensi *health coaching* tentang skrining IVA setelah selesai penelitian.

4.9.5 Bebas dari eksploitasi

Keikutsertaan subjek dalam penelitian harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa keikutsertaannya dalam penelitian tidak akan disalahgunakan sehingga menyebabkan kerugian bagi subjek tersebut.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian pengaruh *Health Coaching* berbasis health promotion model terhadap *self-efficacy*, komitmen dan tindakan pada wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat di wilayah kerja Puskesmas Panaguan Proppo Pamekasan yang dilaksanakan pada tanggal 7 Pebruari 2018 sampai 28 Maret 2018. Penelitian ini telah dilakukankan pada 70 wanita usia subur yang terbagi 35 responden kelompok intervensi, dan 35 responden kelompok kontrol. Pre tes dan post tes dilakukan pada kedua kelompok yang kemudian hasilnya dibandingkan. Hasil penelitian ini meliputi karakteristik responden, *sefl-efficacy*, komitmen, dan tindakan.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Puskesmas panaguan kecamatan proppo kabupaten pamekasan merupakan induk yang membawai 4 daerah wilayah kerja yang meliputi, Candiburung, galis, compageh, luk guluk, fasilitas kesehatan yang terdapat di puskesmas panaguan adalah: Balai pengobatan, gigi, apotek, laboratorium sederhana, UGD, poli promosi kesehatan, rawat jalan dan rawat inap, kesehatan ibu dan anak (KIA), Untuk pelayanan pemeriksaan IVA dilakukan di poli KIA dimana yang melayani pemeriksaan terdapat bidan terlatih dan konsultasi dokter kandungan yang bekerjasama dengan tim perawat dari poli promo kesehatan.

5.2 Karakteristik Responden

5.2.1 Karakteristik demografi responden

Data pada penelitian ini diperoleh melalui penyebaran 70 kuesioner kepada responden penelitian yaitu wanita usia subur (WUS) diwilayah kerja puskesmas panaguan. Berikut ini akan disajikan karakteristik responden penelitian serta tabel distribusi frekuensi yang terdiri dari usia, pendidikan dan pekerjaan.

Table 5.1 Distribusi Responden pada Kelompok perlakuan dan Kelompok kontrol Wanita Usia Subur diwilayah kerja Puskesmas Panaguan Tahun 2018.

No	Karakteristik	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol			Uji Homogenitas <i>P = Value</i>
		Parameter	Σ	%	Parameter	Σ	%	
1	Usia	>30-39 thn	6	17	>30-39 thn	7	20	0,392
		40-49 tahun	20	57	40-49 tahun	23	65	
		>50 tahun	9	25,7	>50 tahun	5	14	
		Total	35	100%	Total	35	100%	
2	Pendidikan	Dasar	28	80	Dasar	30	85	0,211
		Menengah	7	20	Menengah	5	14	
		Tinggi	0	0	Tinggi	0	0	
		Total	35	100%	Total	35	100%	
3	Pekerjaan	IRT	11	31,4	IRT	9	25,7	0,300
		Petani/Batk	24	68	Petani	26	74,2	
		Swasta	0	0	Swasta	0	0	
		PNS	0	0	PNS	0	0	
		Total	35	99	Total	35	100	

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan usia baik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mayoritas pada rentang usia 40-49 tahun yaitu 20 (57%) pada kelompok perlakuan dan 23 (65%) pada kelompok kontrol. Hal ini sesuai dengan teori bahwa Usia > 35 tahun mempunyai risiko tinggi terhadap kanker leher rahim. Semakin tua usia seseorang, maka semakin meningkat risiko terjadinya kanker leher rahim. Meningkatnya risiko kanker leher rahim pada usia lanjut merupakan gabungan

dari meningkatnya dan bertambah lamanya waktu pemaparan terhadap karsinogen serta makin melemahnya sistem kekebalan tubuh akibat usia. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan pada kelompok perlakuan terbanyak adalah pendidikan dasar yaitu 28 (80%) sedangkan pada kelompok kontrol pendidikan dasar sebanyak 30 (85%). Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol mayoritas adalah petani/pengrajin batik yaitu 24 (68%) pada kelompok perlakuan dan 26 (74,2%) pada kelompok kontrol.

Berdasarkan uji homogenitas, di dapatkan bahwa karakteristik usia, pendidikan, pekerjaan, pada kedua kelompok menunjukkan homogen ($p > 0,05$)

5.3 Pengaruh intervensi pada Variabel Penelitian

Pada sub bab ini akan dibahas variabel penelitian meliputi Self-Efficacy, komitmen dan tindakan pencegahan kanker serviks dan IVA

5.3.1 Menganalisis Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* Terhadap *Self Efficacy* pada Wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA).

Tabel 5.2 Distribusi self-efficacy (*pre dan post tes*) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja puskesmas panaguan tahun 2018.

Variabel	kelompok	Pre tes (Median±SD)	Min. Maks	Post tes (Median±SD)	Min- Maks	Delta (Δ)	<i>P Value</i>
<i>self-efficacy</i>	Perlakuan	8 ± 0,770	6-9	10±0,852	7-10	1,69	0,000
	Kontrol	8 ± 0,631	7-9	8±0,601	7-9	0,17	0,014

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon ($\alpha 0,05$) pada kelompok perlakuan diperoleh nilai p 0,000, maka $p \leq 0,05$ yang artinya terdapat pengaruh *health coaching* berbasis

health promotion model terhadap tingkat *self efficacy*. Pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) diperoleh nilai p 0,014, maka $p \leq 0,05$ yang artinya ada perbedaan sebelum dan sesudah pengamatan pada kelompok kontrol

Hal ini dapat disimpulkan bahwa nilai signifikansi pada semua kategori kelompok perlakuan adalah $P < 0,05$ artinya pemberian *health coaching* berpengaruh terhadap peningkatan *self efficacy*. Sedangkan kelompok kontrol ada perbedaan sebelum dan sesudah pengamatan pada *self efficacy*.

5.3.2 Menganalisis Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model*

Terhadap Komitmen pada Wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA).

Tabel 5.3 Distribusi Komitmen Afektif (*pre dan post tes*) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kontrol di wilayah kerja puskesmas panaguan tahun 2018.

Variabel	kelompok	Pre tes (Median \pm SD)	Min. Maks	Post tes (Median \pm SD)	Min- Maks	Delta (Δ)	<i>P Value</i>
Komitmen Afektif	Perlakuan	15 \pm 0,919	14-17	17 \pm 1,738	15-20	2,03	0,000
	Kontrol	16 \pm 0,710	14-17	16 \pm 0,677	14-17	0,09	0,083

Tabel 5.3 Tabel 5.2 menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) pada kelompok perlakuan diperoleh nilai p 0,000, maka $p \leq 0,05$ yang artinya terdapat pengaruh *health coaching* berbasis health promotion model terhadap komitmen afektif. Pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) diperoleh nilai p 0,083, maka $p \geq 0,05$ yang artinya tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah pengamatan pada kelompok kontrol

Hal ini dapat disimpulkan bahwa nilai signifikansi pada semua kategori kelompok perlakuan adalah $P < 0,05$ artinya pemberian *health coaching* berpengaruh terhadap komitmen afektif. Kelompok kontrol nilai signifikasinya $P > 0,05$ artinya tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah pengamatan pada komitmen afektif.

Tabel 5.4 Distribusi Komitmen Berkelanjutan (*pre dan post tes*) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kontrol di wilayah kerja puskesmas panagan tahun 2018

Variabel	kelompok	Pre tes (Median \pm SD)	Min. Maks	Post tes (Median \pm SD)	Min- Maks	Delta (Δ)	<i>P Value</i>
Komitmen Berkelanjutan	Perlakuan	16 \pm 0,810	15-17	17 \pm 1,327	15-20	0,80	0,000
	Kontrol	16 \pm 0,747	15-17	16 \pm 0,758	15-18	0,31	0,102

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon ($\alpha 0,05$) pada kelompok perlakuan diperoleh nilai $p 0,000$, maka $p \leq 0,05$ yang artinya terdapat pengaruh *health coaching* berbasis *health promotion model* terhadap komitmen berkelanjutan. Pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon ($\alpha 0,05$) diperoleh nilai $p 0,102$, maka $p \geq 0,05$ yang artinya tidak ada perbedaan nilai yang signifikansi sebelum dan sesudah pengamatan pada kelompok kontrol

Tabel 5.5 Distribusi Komitmen Normatif (*pre dan post tes*) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kontrol di wilayah kerja puskesmas panagan tahun 2018

Variabel	kelompok	Pre tes (Median \pm SD)	Min. Maks	Post tes (Median \pm SD)	Min- Maks	Delta (Δ)	<i>P Value</i>
Komitmen Normatif	Perlakuan	16 \pm 0,736	13-16	17 \pm 1,090	13-18	1,00	0,00
	Kontrol	16 \pm 0,677	14-17	16 \pm 0,631	15-18	0,31	0,016

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) pada kelompok perlakuan diperoleh nilai p 0,000, maka $p \leq 0,05$ yang artinya terdapat pengaruh *health coaching* berbasis *health promotion model* terhadap komitmen normatif. Pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) diperoleh nilai p 0016, maka $p \leq 0,05$ yang artinya ada perbedaan sebelum dan sesudah pengamatan pada kelompok kontrol

5.3.3 Menganalisis Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* Terhadap Tindakan pada Wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA).

Tabel 5.6 Distribusi Tindakan Persepsi (*pre dan post tes*) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Panaguan tahun 2018.

Variabel	kelompok	Pre tes (Median \pm SD)	Min. Maks	Post tes (Median \pm SD)	Min- Maks	Delta (Δ)	<i>P Value</i>
Komitmen Persepsi	Perlakuan	5 \pm 0,758	4-6	7 \pm 0,822	6-9	2,06	0,000
	Kontrol	5 \pm 0,686	4-6	5 \pm 0,782	4-8	0,49	0,007

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) pada kelompok perlakuan diperoleh nilai p 0,000, maka $p \leq 0,05$ yang artinya terdapat pengaruh *health coaching* berbasis *health promotion model* terhadap komitmen persepsi. Pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) diperoleh nilai p 0,007 maka $p \leq 0,05$ yang artinya ada perbedaan sebelum dan sesudah pengamatan pada kelompok kontrol

Tabel 5.7 Distribusi Tindakan respon terpimpin (*pre dan post tes*) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Panaguan tahun 2018.

Variabel	kelompok	Pre tes (Median±SD)	Min. Maks	Post tes (Median±SD)	Min- Maks	Delta (Δ)	<i>P Value</i>
Tindakan respon terpimpin	Perlakuan	5 ± 0,622	4-6	8 ± 0,867	6-9	2,60	0,000
	Kontrol	4 ± 0,490	4-5	5 ± 0,772	4-8	0,23	0,121

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) pada kelompok perlakuan diperoleh nilai p 0,000, maka $p \leq 0,05$ yang artinya terdapat pengaruh *health coaching* berbasis *health promotion model* terhadap tindakan respon terpimpin. Pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) diperoleh nilai p 0,0121 maka $p \geq 0,05$ yang artinya tidak ada perbedaan nilai yang signifikansi sebelum dan sesudah pengamatan pada kelompok kontrol

Tabel 5.8 Distribusi Tindakan Mikanisme (*pre dan post tes*) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Panaguan tahun 2018.

Variabel	kelompok	Pre tes (Median±SD)	Min. Maks	Post tes (Median±SD)	Min- Maks	Delta (Δ)	<i>P Value</i>
Tindakan Mikanisme	Perlakuan	3 ± 0,497	3-4	8 ± 2,363	3-9	2,54	0,000
	Kontrol	3 ± 0,497	3-4	3 ± 0,919	3-8	0,11	0,739

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) pada kelompok perlakuan diperoleh nilai p 0,000, maka $p \leq 0,05$ yang artinya terdapat pengaruh *health coaching* berbasis *health promotion model* terhadap tindakan mikanisme. Pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) diperoleh nilai p 0,739 maka $p \geq 0,05$ yang artinya tidak ada

perbedaan nilai yang signifikansi sebelum dan sesudah pengamatan pada kelompok kontrol

Tabel 5.9 Distribusi Tindakan Adopsi (*pre dan post tes*) pada wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Panaguan tahun 2018.

Variabel	kelompok	Pre tes (Median±SD)	Min. Maks	Post tes (Median±SD)	Min- Maks	Delta (Δ)	<i>P Value</i>
Tindakan Adopsi	Perlakuan	4 ± 0,731	3-5	7 ± 1.987	3-9	2	0,000
	Kontrol	4 ± 0,747	3-5	4 ± 0,938	3-7	0,17	0,177

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) pada kelompok perlakuan diperoleh nilai p 0,000, maka $p \leq 0,05$ yang artinya terdapat pengaruh *health coaching* berbasis *health promotion model* terhadap tindakan adopsi. Pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisa data dengan menggunakan uji wilcoxon (α 0,05) diperoleh nilai p 0,177 maka $p \geq 0,05$ yang artinya tidak ada perbedaan nilai yang signifikansi sebelum dan sesudah pengamatan pada kelompok kontrol

5.4 Uji Manova

Tabel 5,10 Hasil Analisa Uji *Box's test* antar kelompok

Variabel	N	Box's test				Sig
		Box M	f	df1	df2	
Self efficacy						
Komitmen afektif						
Komitmen berkelanjutan	70	251.121	6.099	36	15559.084	0,052
Komitmen normatif						
Tindakan persespsi						
Tindakan respon terpimpin						
Tindakan mikanisme						
Tindakan adopsi						

Berdasarkan tabel 5.10 menunjukkan bahwa nilai signifikansi *Box's test* adalah 0,052 ($p > 0,05$) yang bermakna matriks kovarian pada variabel adalah homoen antar perlakuan. Asumsi kesamaan *matriks varian kovarians* telah terpenuhi, maka proses analisis manova dapat dilanjutkan.

Tabel 5.11 Hasil analisa *multivariat test* antar kelompok

<i>Effect</i>		F	Hipotesis df	<i>Partial etc squared</i>	Sig
<i>Health coaching</i>	<i>Pillai's trace</i>	30.393 ^a	8.000	0.799	0,000
	<i>Wilk'lambda</i>	30.393 ^a	8.000	0.799	0,000
	<i>Hotteling 's trace</i>	30.393 ^a	8.000	0.799	0,000
	<i>Roy's largest root</i>	30.393 ^a	8.000	0.799	0,000

Tabel 5.11 memaparkan hasil multivariate test yang menunjukkan nilai *Wilk'lambda* $p = 0,000$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata selisih self efficacy, komitmen dan tindakan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang hasil penelitian pengaruh health coaching berbasis health promotion model terhadap *self-efficacy*, komitmen dan tindakan pada wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan IVA.

6.1 Health coaching terhadap self efficacy pada wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan IVA.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh *health coaching* berbasis *health promotion model* terhadap *self efficacy* pada wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan IVA. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dari Jefferson, et al., (2011) bahwa penggunaan metode *health coaching* pada saat memberikan edukasi sangat efektif untuk mendukung gaya hidup sehat seperti perubahan kesehatan dimana intervensi *Health Coaching* berusaha untuk mencapai perubahan perilaku dengan cara memperbaiki *Self-efficacy* melalui pemodelan dan penguatan perilaku baru. (Hermens et al., 2014) menyatakan bahwa pendekatan pembinaan kesehatan *Personal Health coaching Systems* merupakan cara yang tepat dalam meningkatkan *self efficacy* dan memelihara perilaku yang lebih sehat. Intervensi *Health Coaching* juga diberikan kepada remaja perkotaan yang berisiko terkena diabetes tipe 2, *Health Coaching* dirancang untuk mempromosikan gaya hidup sehat dan meningkatkan *self efficacy* untuk mencegah T2DM, dimana *Health Coaching* diberikan dengan metode Via Telpon yang diberikan kepada remaja untuk mengurangi risiko T2DM, melalui via telpon pembinaan kesehatan diberikan seperti perubahan gaya hidup sehat.

. Teori *Health Promotion Model* menyebutkan bahwa faktor personal seperti usia, pendidikan bisa mempengaruhi pemberian pembinaan atau pelatihan yang dalam hal ini health coaching (Alogood, 2014). Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden kelompok perlakuan dan kontrol memiliki latar belakang pendidikan dasar. seseorang dengan latar belakang pendidikan dasar kemungkinan tidak banyak memahami atau mengetahui tentang penyakit kanker serviks dan pemeriksaan IVA, ketidak pahaman responden tentunya terkait dengan resiko penyakit tersebut, informasi yang mereka dapatkan tentang penyakit tersebut sangat sedikit, sehingga hal ini bisa menjadi salah satu faktor timbulnya beberapa responden positif IVA setelah dilakukan pemeriksaan. Pendidikan dapat membawa pengetahuan seseorang secara umum, seseorang yang berpendidikan tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah. Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi lebih rasional lebih terbuka dalam menerima informasi, sehingga wawasan dan pengetahuannya lebih luas dan menghasilkan sikap yang lebih positif dalam menghadapi suatu permasalahan. seseorang dengan pendidikan yang baik, lebih matang terhadap proses perubahan pada dirinya (Notoatmojo, 2010)

Seseorang belajar *self-efficacy* melalui pengalaman sebelumnya, melalui permodelan sosial, penguatan dan dukungan dan reaksi fisik dan emosional. *Self efficacy* adalah keyakinan bahwa individu bisa menyelesaikan masalah, mungkin melalui pengalaman dan keyakinan akan kemampuan untuk berhasil dalam kehidupan. *Self efficacy* membuat individu lebih efektif dalam kehidupan, individu yang tidak yakin dengan *self efficacy* nya bagaikan kehilangan jati

dirinya, dan secara tidak sengaja memunculkan keraguan dirinya. Individu dengan *self efficacy* yang baik memiliki keyakinan menumbuhkan pengetahuan bahwa dirinya memiliki bakat dan keterampilan yang dapat digunakan untuk mengontrol lingkungannya. Kelompok perlakuan mendapat edukasi dengan metode *health coaching* dengan menerapkan *teori health promotion model*. Peneliti melatih responden terkait hal-hal yang menjadi pencetus penyebab penyakit kanker serviks mulai dari cara vulva hygiene yang benar, dan menjaga kebersihan organ intim pada saat datang menstruasi. Hal ini sesuai dengan pendapat Hermens et al (2014) dalam penelitiannya kondisi seseorang yang kronis tidak bisa disembuhkan namun perilaku sehari-hari memiliki pengaruh besar pada tingkat keparahan sekunder masalah dan kualitas hidup. Peneliti melatih perilaku yang menjadi pencetus kanker serviks dan prosedural pemeriksaan IVA yang dilakukan satu minggu sebelum pemeriksaan tersebut sebagai skrining penyakit kanker serviks.

Keberadaan *self efficacy* akan terlihat pada proses perilaku, meliputi proses kognitif, motivasi, afektif dan selektif. *self efficacy* dapat mempengaruhi proses kognitif seseorang sebab dalam mewujudkan tujuan perilaku manusia selalu diatur dalam pemikiran sebelumnya (Aligood, 2014). Kelompok perlakuan dan kontrol pada pos tes menunjukkan hasil peningkatan *self efficacy* yang bermakna, hal ini dikarenakan *self efficacy* seseorang dapat dipengaruhi oleh karakteristik individu itu sendiri salah satunya usia. Pada kedua kelompok sebagian besar responden beruasi 40-49 tahun. Hal tersebut sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa individu yang lebih tua cenderung memiliki rentang waktu dan pengalaman yang

lebih banyak dalam mengatasi suatu hal yang terjadi jika dibandingkan dengan individu yang lebih muda (Bandura 1997)

Hasil pre tes pada kelompok perlakuan menunjukkan hampir setengahnya kurang yakin untuk bisa menghindari hal-hal perilaku yang dapat menyebabkan penyakit kanker servik dan melakukan pemeriksaan IVA. Setelah diberikan intervensi *Health coaching* terjadi peningkatan pada *self efficacy* yaitu hampir seluruhnya responden memiliki *self efficacy* baik. Berdasarkan data yang diperoleh peneliti bahwa responden yang mengalami peningkatan *self efficacy* hampir seluruhnya mempunyai pendidikan menengah, sehingga mampu dalam mengambil suatu keputusan yang berkaitan dengan kesehatan. Informasi atau pengetahuan yang kurang akan berdampak pada pengambilan keputusan wanita usia subur. Pengambilan keputusan terhadap keyakinannya dalam mengambil suatu keputusan dipengaruhi oleh pengetahuan, dimana pengetahuan juga dipengaruhi oleh proses pembelajaran, proses belajar juga dipengaruhi oleh kondisi psikologis subyek seperti intelegensi, daya tangkap, ingatan, motivasi, dimana berdasarkan data rata – rata responden menikah pada usia dini sehingga kematangan responden dalam menerima informasi masih kurang maksimal. Fenomena ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan mempunyai pengetahuan yang lebih baik, karena dengan memiliki pendidikan yang tinggi seseorang akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas sehingga diharapkan dapat berkomitmen dengan baik dan bisa mengambil keputusan dengan baik dalam hal ini masalah kesehatannya. Sehingga dapat

dikatakan bahwa secara tidak langsung pengetahuan bisa berpengaruh terhadap kehidupan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Hal ini juga dibuktikan dari 35 responden yang melakukan pemeriksaan 19 responden dari hasil pemeriksaan 6 responden dinyatakan positif IVA, dan 3 diantaranya adalah responden yang sebelumnya mengeluh gatal pada area kelaminnya serta keputihan yang bau amis, dan 3 responden lainnya mengatakan tidak terdapat keluhan apapun pada area kelaminnya. Berdasarkan pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa penyakit kanker serviks pada awal stadium tidak menunjukkan gejala apapun, seperti gatal pada area kelamin serta keputihan berbau amis, hal ini yang membuat responden atau kalangan masyarakat menyimpulkan bahwa dirinya baik-baik saja tidak terdapat penyakit atau kelainan apapun sehingga responden enggan memeriksakan dirinya atau melakukan tes IVA sebagai deteksi dini penyakit kanker serviks. Responden datang ke pelayanan kesehatan jika sudah terdapat keluhan yang mengganggu aktifitas sehari-hari, sehingga terlambat untuk diobati, dan angka kesakitan dan kematian yang disebabkan penyakit kanker serviks terus mengalami peningkatan

Kasus kanker serviks yang ditemukan pada stadium dini serta mendapat pengobatan yang cepat dan tepat akan memberikan kesembuhan dan harapan hidup lebih lama. Oleh karena itu, penting dilakukan pemeriksaan rutin secara berkala sebagai upaya pencegahan dan deteksi dini kanker. Skrining merupakan upaya deteksi dini untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas dengan menggunakan tes, pemeriksaan atau prosedur tertentu. Upaya ini dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang-orang yang

kelihatannya sehat tetapi sesungguhnya menderita suatu kelainan. Skrining kanker serviks dilakukan dengan tes IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat) (Risksda, 2013).

6.2 *Health coaching* terhadap komitmen wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan IVA

Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh *health coaching* berbasis *health promotion model* terhadap komitmen pada wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan IVA, hal ini sejalan dengan hasil penelitian Menurut Soekidjan (2009), bahwa komitmen berdasarkan perasaan wajib sebagai individu untuk kembali sehat, disini terjadi juga internalisasi norma-norma. Menurut penelitian Yunitasari (2016) Individu melakukan tindakan aktif dan antisipatif untuk menghilangkan atau mengurangi bahaya dengan cara menempatkan diri secara langsung pada keadaan yang mengancam dan melakukan aksi yang sesuai dimana hal tersebut dipengaruhi oleh kepribadian seseorang selain pengalaman yang sudah pernah didapatkan sebelumnya. Menurut Soekidjan, (2009), ada tiga jenis komitmen yaitu afektif, berkelanjutan, normatif. Dari ketiga jenis komitmen diatas yang tertinggi tingkatannya adalah *affective commitment* wanita usia subur (WUS), yaitu pada pos tes didapat nilai dengan komitmen tinggi hampir setengahnya, dengan *affective commitment* tinggi akan memiliki motivasi dan keinginan untuk melakukan pencegahan kanker serviks dan melakukan pemeriksaan IVA. Sedangkan tingkatan terendah adalah *Normative Commitment*, komponen normatif akan menimbulkan perasaan

kewajiban atau tugas yang memang sudah sepatasnya dilakukan atas keuntungan yang telah diberikan jika melakukan pengobatan.

Hal ini terlihat dari hasil data bahwa komitmen normatif hanya sebagian kecil responden memiliki komitmen tinggi, hal ini banyak yang mempengaruhi salah satunya yaitu tingkat pendidikan dimana berdasarkan data demografi hampir seluruhnya responden mempunyai pendidikan dasar, dan tak satupun responden mempunyai pendidikan tinggi, komitmen berkelanjutan didasari oleh kesadaran diri responden akan akibat yang akan ditanggung jika tidak melakukan suatu pemeriksaan dan pengobatan, dalam hal ini tindakan melakukan pencegahan kanker serviks dan IVA. Berdasarkan hasil diskusi peneliti dengan responden, bahwa responden mempunyai komitmen yang tinggi untuk melakukan pemeriksaan, tapi untuk melakukan pemeriksaan berkelanjutan responden tidak bisa karena takut akan ditemukan hal-hal yang kurang baik atas hasil pemeriksaan selanjutnya. Menurut Notoatmodjo (2003) Pengetahuan yang mencakup domain kognitif mempunyai beberapa tingkatan yaitu: tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu materi yang telah dipelajari, memahami (*comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasi secara benar, aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya, analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain, sintesis menunjukkan suatu kemampuan untuk

meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam bentuk keseluruhan baru, evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi/objek.

Informasi atau pengetahuan yang kurang akan berdampak pada pengetahuan wanita usia subur yang juga kurang. Pengetahuan juga dipengaruhi oleh proses pembelajaran, proses belajar juga dipengaruhi oleh kondisi psikologis subyek seperti intelegensi, daya tangkap, ingatan, motivasi, dimana berdasarkan data rata – rata responden menikah pada usia dini sehingga kematangan responden dalam menerima informasi masih kurang maksimal. Fenomena ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan mempunyai pengetahuan yang lebih baik, karena dengan memiliki pendidikan yang tinggi seseorang akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas sehingga diharapkan dapat berkomitmen dengan baik dan bisa mengambil keputusan dengan baik dalam hal ini masalah kesehatannya. Sehingga dapat dikatakan bahwa secara tidak langsung pengetahuan bisa berpengaruh terhadap kehidupan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Menurut Dyne, V.L & Graham (2005), faktor yang mempengaruhi komitmen adalah: Personal yaitu kepribadian tertentu teliti, ekstrovert, berpandangan positif (optimis), cenderung lebih komit, demikian juga individu yang lebih berorientasi kepada kesehatan. Kemudian Usia, berhubungan positif dengan komitmen, dan Tingkat pendidikan, makin tinggi semakin banyak harapan yang mungkin tidak dapat di akomodator, sehingga komitmennya semakin rendah.

Setatus perkawinan, yang menikah lebih tinggi komitmennya. Sedangkan untuk situasional yaitu: nilai. nilai yang dapat dibagikan adalah suatu komponen kritis dari hubungan saling keterikatan. Kemudian hak klien dalam pengobatan, berkaitan dengan kewajaran alokasi sumber daya, keadilan dalam proses pengobatan. Dukungan keluarga mempunyai hubungan yang positif dengan komitmen pengobatan. Hubungan ini didefinisikan sebagai sejauh mana anggota keluarga memberi dorongan, motivasi dan menghargai klien untuk melakukan pengobatan. Berdasarkan data demografi seluruhnya responden sudah menikah dan mampu dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatannya, selain itu responden juga bisa melakukan pemeriksaan ke pelayanan kesehatan secara mandiri.

6.3 *Health coaching* terhadap tindakan wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan IVA

Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh *health coaching* berbasis *health promotion model* terhadap tindakan wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan IVA. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dari Yunitasari (2016) Tindakan terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami individu. interaksi sosial ini lebih dari sekedar kontak sosial dan hubungan antar individu sebagai anggota kelompok sosial, dalam interaksi sosial terjadi hubungan saling timbal balik yang turut mempengaruhi pola perilaku masing-masing individu sebagai anggota masyarakat. Hasil penelitian Beate West-Leuer., (2014) yang berjudul *Health coaching* sebagai konseling dalam perubahan perilaku atau tindakan, dalam

penelitiannya menjelaskan bahwa setelah dilakukan komunikasi pembinaan kesehatan menunjukkan tindakan yang patut dicontoh untuk peningkatan kesehatan, sehingga mencapai perbaikan. Edukasi *health coaching* merupakan yang dilakukan peneliti merupakan suatu upaya untuk memberikan informasi dengan cara melatih dan membina responden.

Berdasarkan hasil penelitian responden mempunyai tindakan persepsi yang sangat baik dalam pengambilan suatu keputusan dalam hal kesehatan, hal dibuktikan berdasarkan hasil wawancara dengan responden bahwasannya responden mampu mengambil suatu keputusan untuk melakukan pemeriksaan jika terjadi kelainan pada organ intimnya dan konsultasi ke dokter jika akan dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

Sedangkan pada tahap tingkat ke 2 tindakan hanya sebagian responden yang bisa melakukan tindakan respon terpimpin, dalam hal ini dibuktikan berdasarkan data, hanya sebagian responden yang melakukan pemeriksaan IVA sesuai prosedural, dan sebagian responden saja yang melakukan konsultasi ke dokter sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan.

Berdasarkan data yang diperoleh pada tindakan mekanisme, hanya sebagian saja responden yang melakukan pencegahan kanker serviks dan pemeriksaan IVA sesuai mekanisme yang sudah di latih sebelumnya oleh peneliti, hal ini terjadi karena berdasarkan data demografi responden hampir seluruhnya memiliki pendidikan dasar. Fenomena ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan mempunyai pengetahuan yang lebih baik, karena dengan memiliki pendidikan yang tinggi seseorang akan mempunyai

pengetahuan yang lebih luas sehingga diharapkan dapat berkomitmen dengan baik dan bisa mengambil keputusan dengan baik dalam hal ini masalah kesehatannya. Sehingga dapat dikatakan bahwa secara tidak langsung pengetahuan bisa berpengaruh terhadap kehidupan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Sedangkan pada tindakan adopsi sebagian kecil responden yang mau mengadopsi dan melakukan sesuai coaching yang diberikan peneliti, hal ini terjadi karena, berdasarkan hasil diskusi, bahwa responden mengatakan pekerjaan mereka yang menghambat untuk melakukan pemeriksaan yang sesuai diberikan peneliti, yaitu melakukan pemeriksaan ke pelayanan kesehatan, serta selalu menjaga kebersihan daerah intim, berdasarkan data demografi hampir seluruhnya responden mempunyai pekerjaan sebagai petani, dimana pekerjaan tersebut membutuhkan banyak waktu luang, sehingga responden tidak ada waktu untuk melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan secara rutin sesuai yang dianjurkan oleh peneliti.

Hasil pre tes menunjukkan hampir seluruhnya responden memiliki tindakan yang kurang dalam melakukan pencegahan kanker serviks, setelah diberikan intervensi terjadi peningkatan yaitu setengahnya responden mempunyai tindakan yang baik dalam menyikapi penyakit kanker serviks. Pengaruh terhadap tindakan dapat dicapai dengan melalui pengetahuan yang diberikan melalui kunjungan rumah setiap minggu sebanyak 4 kali kunjungan, peneliti berinteraksi langsung dengan responden dan memberikan pengetahuan terkait penyakit kanker serviks dan berdiskusi dengan responden. Menurut

penekatan konstruktivitas, pengetahuan bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap obyek, pengalaman maupun lingkungan. pengetahuan bukanlah sesuatu yang sudah ada dan tersedia dan sementara orang lain tinggal menerimanya (Azwar, 2003). Peningkatan tindakan pada kelompok perlakuan dapat terjadi karena adanya intraksi sosial yang dialami individu baik dengan peneliti pada saat memberikan *health coaching* maupun dengan orang lain disekitar lingkungan responden, petugas kesehatan, keluarga, dan orang lain yang dianggap penting yang dapat mempengaruhi tindakan responden dalam melaksanakan pencegahan penyakit kanker serviks dan IVA. Pada saat melakukan kunjungan rumah, peneliti ditemani oleh tokoh masyarakat yang sekaligus perangkat desa, selain itu peneliti juga ditemani tenaga kesehatan dan kader setempat, dimana hal tersebut dilakukan untuk meyakinkan responden tentang hal yang akan disampaikan terkait penyakit kanker serviks dan pemeriksaan IVA, dimana tokoh masyarakat dan tenaga kesehatan dianggap sebagai orang yang memberikan pengaruh besar terhadap responden untuk melakukan suatu perubahan terkait dengan tindakan yang lebih baik.

Pada teori *health promotion model* dijelaskan bahwa kognitif perilaku spesifik dan sikap terdiri dari manfaat tindakan yang secara langsung memotivasi perilaku dan tidak langsung dapat menentukan rencana kegiatan untuk mencapai manfaat (Allgood & Tomy, 2006), hambatan tindakan yaitu sikap yang langsung menghalangi kegiatan melalui pengurangan komitmen rencana kegiatan (Pender, 2010). Sikap yang berhubungan dengan aktivitas,

bahwa afek yang positif terhadap suatu perilaku semakin besar persepsi pada keyakinan diri yang kemudian dapat menghasilkan perilaku positif, dan pengaruh interpersonal yaitu kognisi tentang perilaku, kepercayaan atau sikap orang lain.

Rencana seseorang melaksanakan perilaku tertentu tergantung pada antisipasi terhadap manfaat atau hasil yang akan dihasilkan. Antisipasi manfaat merupakan representasi mental dan konsekuensi perilaku positif. Teori health promotion model menjelaskan bahwa kognitif perilaku spesifik dan sikap terdiri dari manfaat tindakan yang secara langsung memotivasi perilaku dan tidak langsung dapat menentukan rencana kegiatan untuk mencapai manfaat, hambatan tindakan yaitu sikap yang langsung menghalangi kegiatan melalui pengurangan komitmen rencana kegiatan. Sikap yang berhubungan dengan aktifitas, bahwa afek yang positif terhadap suatu perilaku akan mengakibatkan semakin besarnya persepsi pada keyakinan diri yang kemudian dapat menghasilkan perilaku positif (Alligood, 2014) Edukasi metode health coaching diberikan dilakukan untuk meningkatkan persepsi responden terkait manfaat menghindari penyebab pencetus penyakit kanker serviks, dan manfaat melakukan skrining IVA, dengan bertambahnya kesadaran dan memotivasi untuk berlangsungnya perilaku sehat.

Mengubah persepsi seseorang bahwa melakukan suatu tindakan yang positif akan menghasilkan kebaikan, menyadari bahaya dan keuntungan yang berkaitan dengan gaya hidup sehat, oleh karena itu jika seseorang tidak memiliki cukup informasi, orang tersebut tidak akan menemukan cukup alasan untuk mentoleransi masalah yang berkaitan dengan perubahan perilaku sebelumnya.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan adanya kepuasan pada responden dimana saat penelitian responden pada kelompok perlakuan mengatakan bahwa selama ini tidak tahu akan bahaya penyakit kanker serviks dan tidak tahu bagaimana cara menghindarinya, dan sekarang responden dapat melakukan sendiri dirumah bagaimana cara menjaga agar organ intim selalu bersih sehingga terhindar dari resiko penyakit tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan dari 35 responden pada kelompok perlakuan, yang melakukan pemeriksaan IVA sebanyak 19 (54%) responden dan hasil dari pemeriksaan IVA ditemukan 6 responden positive IVA dan 1 responden ditemukan benjolan pada dinding rahim ukuran besar dan kecil, 1 responden keputihan disertai infeksi, dan 4 responden ditemukan keputihan biasa tanpa adanya infeksi, sisanya yaitu 7 responden dinyatakan normal, bagi responden yang mengalami masalah pada pemeriksaan IVA langsung ditindak lanjuti oleh dr spesialis penyakit kandungan (Obgen). Sedangkan untuk 16 responden yang tidak melakukan pemeriksaan IVA 6 diantaranya tidak diizinkan suami, 5 diantaranya pada saat pemeriksaan sebelum dilakukan tes IVA responden dinyatakan menstruasi masih ada sisa darah walaupun responden mengatakan sudah bersih dari beberapa hari yang lalu, sehingga tidak boleh melakukan tes IVA, dan responden tersebut dianjurkan kembali lagi jika sisa darah sudah bersih, dan 5 lainnya mengundurkan diri pada saat mau dilakukan pemeriksaan IVA dengan alasan takut diketahui penyakitnya, sedangkan untuk kelompok kontrol hanya 1 responden yang melakukan pemeriksaan IVA. Hal ini dapat disimpulkan bahwa keberhasilan menggunakan intervensi *health coaching* terhadap responden wanita

usia subur (WUS) dalam pencegahan kanker serviks dan melaksanakan tes IVA sebanyak 68,57%. Sedangkan pada penelitian sebelumnya pada pasien dengan kasus diabetes menggunakan intervensi *health coaching* keberhasilan mencapai 90,5%

Pada penelitian ini *health coaching* dilakukan dalam empat tahap yang diberikan dengan cara melakukan kunjungan rumah setiap minggu sebanyak empat kali kunjungan. Peneliti berinteraksi langsung dengan responden, responden diberikan pengetahuan dan motivasi secara berulang sehingga meningkatkan *self efficacy* diri responden dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks, dan responden mau melakukan pemeriksaan IVA sesuai dengan prosedural. Memberikan motivasi pada responden untuk tetap melakukan pemeriksaan dan pengobatan bagi responden yang terdapat hasil positif IVA. Sebelum melakukan *health coaching* peneliti melakukan diskusi terkait penyakit kanker serviks, penyebab penyakit kanker serviks, tanda gejala, pencegahannya serta cara mendeteksi lebih awal penyakit kanker serviks. Pada saat diskusi banyak responden yang mengeluh gatal disekitar area kelamin, dan keputihan yang disertai bau amis, responden sudah melakukan pengobatan alternatif, namun tidak kunjung sembuh, bahkan responden mencuci alat kelamin dengan sabun cuci baju dengan harapan gatal bisa berkurang, gatal bertambah parah pada saat malam hari dan responden tidak bisa tidur, akhirnya responden pergi ke bidan setempat hanya diberi obat pereda gatal, tapi tak kunjung sembuh, pada saat peneliti memberikan *health coaching* terkait pencegahan penyakit kanker serviks dan pemeriksaan IVA responden antusias dan kooperatif serta mau melakukan pemeriksaan IVA, dan

responden mempunyai keyakinan yang baik bahwa mampu melakukan prosedural satu minggu sebelum melakukan tes IVA yaitu tidak melakukan hubungan intim, tidak boleh menggunakan alat pencuci apapun pada alat kelamin, dan diodorant jenis apapun pada alat kelamin, serta tidak menstruasi, responden juga menjelaskan seandainya terdapat kelainan dari hasil pemeriksaan responden mau untuk dilakukan terapi dan pemeriksaan lebih lanjut agar bisa sembuh dari rasa gatal yang selama ini mengganguya serta keputihan yang tidak kunjung sembuh.

Ada beberapa responden yang kurang peduli terhadap kesehatannya, setiap didatangi oleh tim medis untuk dilakukan kunjungan rumah, responden sembunyi dan tidak mau menemui petugas, dan ada beberapa yang melarikan diri dari rumah untuk menghindari dari petugas kesehatan, hal ini membuktikan bahwa masyarakat masih kurang memahami pentingnya kesehatan dan pencegahan sebelum terdapat penyakit, hal ini terjadi karena rata-rata responden berpendidikan dasar, dan dilingkungan sekitar responden rata-rata lulus sekolah dasar (SD) sudah menikah, bahkan ada salah satu yang menikah belum pernah menstruasi, hal ini yang menjadi pemicu penyakit kanker serviks yang ditandai dengan adanya keputihan yang abnormal.

Pada kelompok kontrol, setiap minggu mendapatkan pendidikan kesehatan dari poli promosi kesehatan puskesmas panaguan, dan hanya terdapat satu responden saja yang melakukan pemeriksaan IVA, pada saat dilakukan wawancara dengan responden tersebut sebelumnya responden pernah mendapatkan informasi terkait penyakit kanker serviks dan pemeriksaan IVA, sehingga responden mau melakukan pemeriksaan tersebut, berdasarkan data

demografi, responden pada kelompok kontrol yang melakukan pemeriksaan IVA memiliki pendidikan menengah sehingga dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka sebaik baik dalam pengambilan keputusan.

6.4 Keterbatasan penelitian

Ada beberapa hal keterbatasan dalam penelitian ini, yaitu:

1. Ada beberapa responden yang menikah di usia dini, karena terikat dengan culture budaya masyarakat setempat.
2. pengumpulan data penelitian terbatas hanya dengan menggunakan kuesioner.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- 7.1.1 *Health coaching* berbasis *health promotion model*, terbukti dapat meningkatkan *self efficacy* wanita usia subur dalam melakukan perilaku pencegahan kanker serviks dan melakukan pemeriksaan IVA. Setelah diberikan intervensi hampir seluruhnya responden mempunyai *Self efficacy* baik.
- 7.1.2 *Health coaching* berbasis *health promotion model* melalui pemberian pelatihan dan pembinaan kepada responden terbukti dapat meningkatkan komitmen (afektif, berkelanjutan, dan normatif) wanita usia subur dalam melakukan pencegahan kanker serviks dan melakukan pemeriksaan IVA. Setelah diberikan intervensi sebagian besar responden berada pada komitmen tinggi.
- 7.1.3 *Health coaching* berbasis *health promotion model* berpengaruh terhadap perbaikan tindakan (persepsi, respon terpimpin, mekanisme, adopsi), kontrol kepelayanan kesehatan, dan melakukan pemeriksaan IVA ke pelayanan kesehatan. Setelah diberikan intervensi terjadi peningkatan tindakan menjadi lebih baik.

7.2 Saran.

Sesuai dengan hasil penelitian di atas maka dapat dikemukakan saran-saran sebagai berikut:

- 7.2.1 Untuk masyarakat khususnya wanita usia subur agar lebih memahami tentang pencegahan kanker serviks sehingga terbentuk perilaku yang positif untuk menghindari kanker serviks jaga pola hidup sehat, dan melakukan skrining IVA sesuai dengan prosedural.
- 7.2.2 Bagi tenaga kesehatan khususnya perawat agar melakukan promosi kesehatan, misalnya pelayanan kesehatan primer di puskesmas, di masyarakat di bentuk pokjakes serta kebiasaan hidup yang sehat, yang berkaitan dengan resiko kanker serviks.
- 7.2.3 Bagi pelayanan keperawatan para pengambil kebijakan dipuskesmas hendaknya mengoptimalkan pemberian edukasi metode *health coaching* terkait upaya yang dilakukan untuk meningkatkan *self efficacy* pada wanita usia subur sehing muncul komitmen yang baik yang berdampak pada tindakan mereka untuk melakukan skrining IVA, yang dapat dilakukan di poliklinik di bagian promosi kesehatan
- 7.2.4 Bagi peneliti selanjutnya


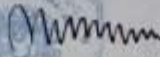
Pengembangan penelitian ini perlu dilakukan yaitu peneliti selanjutnya perlu memfokuskan lagi, Peneliti lebih lanjut dapat melakukan penambahan variabel penelitian aspek kesadaran responden akan kondisi kesehatan, dan lebih bisa memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- A., N. *et al.* (2011) 'Effect of health promotion model (HPM) based education on physical activity in diabetic women', *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. Diabetes India, 13(4), pp. 6–11. doi: 10.1016/j.dsx.2017.08.013.
- Alligood, M R. (2014). *Nursing Theorist and their work*. 8th Edition, ST. Louis
- Badan Pusat Statistik *et al.* (2015) 'KUALITAS SUMBER DAYA MANUSIA DALAM MENGGAPAI BONUS DEMOGRAFI Rachmawati Madjid', *Jurnal Populasi*, 2(1), pp. 102–114. doi: 2101018.
- Bott, R. (2014) 'Data dan Informasi Kesehatan Situasi Penyakit Kanker Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Kanker Payudara di Indonesia 2007-2014 Mugi Wahidin, SKM, M.Epid Sub Direktorat Pengendalian Penyakit Kanker, Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular', *Igarss 2014*, (1), pp. 1–5. doi: 10.1007/s13398-014-0173-7.2.
- Crittenden, D., Seibenhener, S. and Hamilton, B. (no date) 'of Hypertension', *TJNP: The Journal for Nurse Practitioners*. Elsevier, Inc, 13(5), pp. e237–e239. doi: 10.1016/j.nurpra.2017.02.010.
- Dahlan, MS. 2013. *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Ed. 2, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
- Dikmenjur (2004). *Pedoman Penulisan Modul*. Jakarta: Dikmenjur, Depdiknas
- Dikmenjur (2004). *Kerangka Penulisan Modul*. Jakarta: Dikmenjur, Depdiknas
- Denny, L. and Prendiville, W. (2015) 'Cancer of the cervix: Early detection and cost-effective solutions', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Elsevier B.V., 131, pp. S28–S32. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.02.009.
- Effendy, F F., (2016), 'Pengaruh health coaching dengan pendekatan health believe model terhadap perilaku compliance dan kestabilan tekanan darah penderita hipertensi', Tesis, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Hardiana Sabrina, (2015) *bulletin cendela data dan informasi kesehatan, Peranan deteksi dini kanker Untuk menurunkan penyakit kanker "stadium lanjut*
- Hermens, H. *et al.* (2014) 'Personalized Coaching Systems to support healthy behavior in people with chronic conditions', *Journal of Electromyography and Kinesiology*. Elsevier Ltd, 24(6), pp. 815–826. doi: 10.1016/j.jelekin.2014.10.003.

- International Agency for Research on Cancer (IARC) / WHO.* (2012). GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide in 2012. Diakses melalui http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx pada tanggal 16 April 2015.
- Jefferson, V. *et al.* (2011) 'Coping Skills Training in a Telephone Health Coaching Program for Youth at Risk for Type 2 Diabetes', *Journal of Pediatric Health Care*. Elsevier Ltd, 25(3), pp. 153–161. doi: 10.1016/j.pedhc.2009.12.003.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). Jakarta: Badan Litbang Kemenkes RI
- Kolutek, R., Avci, I. A. and Sevig, U. (2016) 'Effect of Planned Follow-up on Married Women's Health Beliefs and Behaviors Concerning Breast and Cervical Cancer Screenings', *Journal of Cancer Education*. Journal of Cancer Education, pp. 1–8. doi: 10.1007/s13187-016-1114-2.
- Lor, M. and Bowers, B. (2014) 'Evaluating teaching techniques in the hmong breast and cervical cancer health awareness project', *Journal of Cancer Education*, 29(2), pp. 358–365. doi: 10.1007/s13187-014-0615-0.
- Macadam, C., (2014). *Health Coaching A Powerfull Approach to Support Self-Care*, 1-5.
- Martinez, N. and Adelita, R. Æ. (2009) 'The Nurse ' s Role in the Prevention of Cervical Cancer Among Underserved and Minority Populations', pp. 135–143. doi: 10.1007/s10900-008-9134-4.
- Manuaba, I Gede. 2004. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Dalam Dan Keluarga Berencana*. Jakarata: YBP- SP.
- McCarthy, M. S. *et al.* (2017) 'Health promotion research in active duty army soldiers: The road to a fit and ready force', *Nursing Outlook*. Elsevier Inc. doi: 10.1016/j.outlook.2017.06.009.
- Mustafa, R. A. *et al.* (2016) 'Systematic reviews and meta-analyses of the accuracy of HPV tests, visual inspection with acetic acid, cytology, and colposcopy', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. International Federation of Gynecology and Obstetrics, 132(3), pp. 259–265. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.07.024.
- National Health Service., 2014, Does health coaching work, 23 oktober 2016, eoleadership.hee.nhs.uk.
- Notoatmodjo, S., 2003. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineke Cipta, hal: 121-124

- Notoatmodjo, S., 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineke Cipta, hal: 70
- Nursalam., 2016, *Metodologi Penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan Praktis edisi 4*, Salemba Medika, Jakarta
- UCHF, Center for excellence in primary care., 2014, "Health coaching in primary care intervention protocol" , University of California
- Rasjidi, Imam 2007, *Panduan Penatalaksanaan Kanker Ginekologi*, EGC, Jakarta.
- Saleh, H. S. (2014) 'Can visual inspection with acetic acid be used as an alternative to Pap smear in screening cervical cancer?', *Middle East Fertility Society Journal*. Middle East Fertility Society, 19(3), pp. 187–191. doi: 10.1016/j.mefs.2013.10.003.
- Sherifali, D. *et al.* (2016) 'Evaluating the Effect of a Diabetes Health Coach in Individuals with Type 2 Diabetes', *Canadian Journal of Diabetes*. Elsevier Inc., 40(1), pp. 84–94. doi: 10.1016/j.jcjd.2015.10.006.
- West-Leuer, B. (2014) 'Health Coaching for Medical Doctors–Bringing Owls to Athens?', *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Elsevier B.V., 140, pp. 353–360. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.04.434.
- World Health Organization. (2007). *Prevention. cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 2*). Geneva: World Health Organization
- Yunitasari, E. (2016) *THE DEVELOPMENT OF COPING-ROY'S ADAPTATION NURSING CARE MODEL TO INCREASE THE RESILIENCY OF POST RADIKAL HYSTERECTOMY + BSO CERVICAL CANCER PATIENTS WHO RECEIVED CHEMOTHERAPY*. Universitas Airlangga.

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI	
	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://www.ners.unair.ac.id | e-mail: dekan_ners@fkip.unair.ac.id	
<hr/>		
Nomor	/UN3.1.13/PPd/S2/2018	23 Januari 2018
Lampiran	1 (Satu) berkas	
Perihal	Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair	
<hr/>		
Kepada Yth. Kepala Dinas Kesehatan Pamekasan		
<p>Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.</p>		
Nama	: Khairun Nisa', S.Kep., Ns.	
NIM	: 131614153051	
Judul Proposal	: Pengaruh <i>Health Coaching</i> Berbasis <i>Health Promotion Model</i> terhadap <i>Self Efficacy</i> , Komitmen dan Tindakan pada Wanita Usia Subur (WUS) dalam Melaksanakan Pencegahan Kanker Serviks dan Tindakan Inspeksi Visual Aseton (IVA)	
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.		
		a.n Dekan, Wakil Dekan I  Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. Sp NIP. 196808291989031002
Tembusan: - Kepala Puskesmas Panaguan Pamekasan		

Scanned by CamScanner



**PEMERINTAH KABUPATEN PAMEKASAN
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS PANAGUAN**

Jalan Raya Panaguan Kecamatan Proppo
Kode Pos 69363
No. Telpun 08113331983
Email : ukmpanaguan@gmail.com



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
Nomor : 094/ /435.102.119/2018

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama	: Bangbang kurniadi S.Kep.NS.MM
Jabatan	: Kepala Puskesmas Panaguan
NIP/Pangkat Gol	: 19760704 199703 1 003

Menerangkan bahwa :

Nama	: Khairun Nisa', S.Kep.,Ns
Jenis Kelamin	: Perempuan
NIM	: 131614153051
Asal Fak/Jur/Univ	: Prodi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Benar-benar telah selesai melakukan penelitian di wilayah kerja puskesmas panaguan mulai tanggal 7 pebruari sampai 28 Maret 2018, dengan judul:

"Pengaruh *Health coaching* berbasis *Health Promotion Model* terhadap *Self efficacy*, *Komitment*, dan *Tindakan* pada Wanita Usia Subur (WUS) dalam Melaksanakan Pencegahan Kanker Serviks dan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Pamekasan, 29 Maret 2018

Mengetahui


Kepala puskesmas panaguan



Bangbang kurniadi S.Kep.NS.MM
NIP. 19760704 199703 1 003



Scanned by CamScanner



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

"ETHICAL APPROVAL"
No : 657-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"PENGARUH HEALTH COACHING BERBASIS HEALTH PROMOTION MODEL TERHADAP SELF-EFFICACY, KOMITMEN DAN TINDAKAN PADA WANITA USIA SUBUR (WUS) DALAM MELAKSANAKAN PENCEGAHAN KANKER SERVIKS DAN INSPEKSI VISUAL ASETAT (IVA)"

<u>Penceliti utama</u>	: Khairun Nisa'
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Wilayah kerja Puskesmas Panaguan
<i>Setting of research</i>	

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited



Surabaya, 21 Februari 2018
Ketua (CHAIRMAN)

Dr. Jomi Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Scanned by CamScanner

lampiran 4

PENJELASAN PENELITIAN BAGI RESPONDEN PENELITIAN

Perkenalkan, saya Khairun Nisa', alamat Desa toket kec Proppo Pamekasan, no telp 082331781283, saya Mahasiswa Program studi Magister Keperawatan di Fakultas keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, bermaksud untuk melakukan penelitian pada Wanita usia subur (WUS)

Judul Penelitian

Pengaruh *Health coaching* Berbasis *Health Promotion model* terhadap *Self Efficacy*, komitmen, dan tindakan pada wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan tindakan inspeksi visual acetat (IVA)".

Tujuan penelitian

Menjelaskan Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* Terhadap *Self Efficacy*, Komitmen dan Tindakan pada Wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA)".

Perlakuan yang diterapkan pada subjek

Dalam penelitian ini responden / subjek penelitian akan mendapatkan Edukasi dengan cara *Health coaching*.

Manfaat penelitian bagi subjek penelitian

Perempuan usia subur yang terlibat dalam penelitian ini akan memperoleh pengetahuan tentang informasi apa saja yang berkaitan dengan penyakit kanker serviks, pencegahan kanker serviks dan tindakan IVA.

Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan dari keterlibatan responden dalam penelitian ini karena tindakan keperawatan yang diberikan dalam penelitian ini

adalah edukasi untuk meningkatkan keyakinan responden sehingga responden mempunyai komitmen yang baik dalam pelaksanaan IVA.

Hak untuk undur diri

Keikutsertaan subjek dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.

Jaminan kerahasiaan data

Dalam penelitian ini semua data dan informasi identitas subjek penelitian dijaga kerahasiannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subjek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subjek penelitian dibuat kode misalnya M001.

Adanya insentif untuk subjek penelitian

Seluruh responden penelitian memperoleh bingkisan/ cendera mata dari peneliti

Lampiran 5

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian: Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* Terhadap *Self Efficacy*, Komitmen dan Tindakan pada Wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kenker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA).

Peneliti : Khairun Nisa'

Kami akan mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* Terhadap *Self Efficacy*, Komitmen dan Tindakan pada Wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kenker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA). Hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi ilmu keperawatan medikal bedah serta peran perawat di masyarakat khususnya sebagai usaha untuk meningkatkan *self efficacy*, komitmen dan tindakan dalam pencegahan kanker serviks dan tindakan IVA. Ibu yang terlibat dalam penelitian ini akan diberikan kuesioner yang harus diisi.

Kami menjamin bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi siapapun. Bila selama berpartisipasi dalam penelitian ini Ibu merasa ketidaknyamanan maka Ibu mempunyai hak untuk berhenti. Kami berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara menjaga kerahasiaan dari data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan, pengolahan maupun penyajiannya. Peneliti juga menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi atau keluar kapan saja dalam penelitian ini.

Adapun hasil penelitian ini akan digunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan digunakan untuk maksud-maksud lain. Melalui penjelasan ini, kami sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara sekalian. Kami ucapkan terima kasih atas kesediaan Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini.

Pamekasan,.....
Hormat saya

Peneliti

Lampiran 6***INFORMED CONSENT*****PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat :

Telah mendapat keterangan secara rinci dan jelas mengenai

1. Penelitian yang berjudul “Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Promotion Model* Terhadap *Self Efficacy*, Komitmen dan Tindakan pada Wanita usia subur (WUS) dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA)”.
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subjek
3. Manfaat ikut sebagai subjek penelitian
4. Bahaya potensial yang akan timbul
5. Prosedur penelitian dan mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut.

Oleh karena itu saya bersedia / tidak bersedia*) menjadi subjek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Pamekasan ,.....2018

Peneliti

Responden

(Khairun Nisa')

(.....)

Saksi

(.....)

Lampiran 7**LEMBAR KUESIONER**

Health coaching berbasis *health promotion model* terhadap *self efficacy*, komitmen, dan tindakan pada wanita usia subur dalam melaksanakan pencegahan kanker serviks dan inspeksi visual asetat (IVA)

No. Responden :

A. Demografi

❖ **Berilah tanda (x) pada huruf yang sesuai dengan jawaban anda**

1. Usia ibu:
 - a. <30 s/d 39 tahun
 - b. 40 s/d 49 tahun
 - c. >50 tahun
2. Pendidikan terakhir
 - a. Dasar
 - b. Menengah
 - c. Tinggi
3. Pekerjaan.
 - a. Tidak bekerja / ibu rumah tangga
 - b. Petani
 - c. Pegawai swasta
 - d. Pegawai Negeri

Kode responden

1. **Self Efficacy responden dalam melaksanakan pencegahan dan tindakan IVA**

Petunjuk pengisian:

- 1) Silahkan dibaca masing-masing pertanyaan dibawah ini dengan cermat.
- 2) Berilah tanda *check* pada pilihahn jawaban yang menurut anda benar atau salah

No	Pertanyaan	Pilihan jawaban	
		IYA	TIDAK
1.	Apakah anda yakin bisa mendapatkan informasi tentang tes IVA dari tenaga kesehatan?		
2.	Apakah anda yakin bisa melakukan tes IVA di pelayanan kesehatan ?		
3.	Apakah anda yakin, bahwa kanker serviks jika diketahui sejak dini bisa disembukan?		
4.	Apakah anda yakin bahwa tenaga kesehatan akan membantu anda jika anda melakukan tes IVA?		
5.	Apakah anda yakin melakukan tes IVA bisa terhindar dari kanker serviks?		
6.	Apakah anda yakin bisa melakukan tes IVA sesuai dengan petunjuk dokter?		
7.	Apakah anda yakin bahaw keluarga anda akan mendukung anda dalam melakukan tes IVA?		
8.	Apakah anda yakin jika sudah melakukan tes IVA, apapun hasilnya tidak akan menimbulkan kekhawatiran?		
9.	Apakah anda yakin bahwa pemeriksaan IVA sangat aman dan nyaman bagi anda?		
10.	Apakah anda yakin bahwa tes IVA lebih baik dilakukan sebelum sakit?		

2. Komitmen

Kode responden

Petunjuk pengisian

- 1) Silahkan dibaca masing-masing pertanyaan ini dengan cermat.
- 2) Beri tanda check pada salah satu pilihan jawaban
- 3) Ketentuan

SS : Sangat Setuju; S : Setuju; TS : Tidak Setuju; STS : Sangat Tidak Setuju

o	Pernyataan	Alternatif pilihan jawaban			
		SS	S	TS	STS
	Komitmen Afektif				
1.	Saya akan berkomitmen dalam pemeriksaan IVA				
.	Saya percaya menjaga kebersihan alat kelamin saya akan terhindar dari infeksi yang bisa menyebabkan kanker serviks				
.	Saya akan menghindari perilaku yang bisa menyebabkan kanker serviks.				
.	Saya percaya pemeriksaan IVA ini akan meningkatkan kesehatan saya				
.	Pemeriksaan IVA ini penting buat saya dan ibu-ibu yang sudah menikah				
	Komitmen Berkelanjutan				
.	Saya khawatir jika tidak melakukan tes IVA sesuai prosedural				
.	Walaupun tidak ada keluhan saya perlu melakukan tes IVA				
.	Jika terdapat kelainan dari hasil pemeriksaan IVA seperti keputihan dan radang saya akan melakukan pengobatan pada dokter				
.	Saya merasa tidak harus melakukan pemeriksaan IVA karena baru menikah				
5.	Saya merasa baik-baik saja sehingga tidak perlu melakukan pemeriksaan				
	Komitmen Normatif				
1.	Salah satu alasan saya				

	melakukan tes IVA adalah untuk mencegah penyakit kanker serviks				
2.	Saya tidak akan merasa rugi jika tidak melakukan vulva hygiene dengan benar				
3.	Saya tidak memiliki cukup alasan untuk melakukan tes IVA				
4.	Saya akan melakukan pemeriksaan IVA jika sudah ada keluhan.				
5.	Saya akan selalu berperilaku sehat untuk mencegah kanker serviks.				

Kode responden

3 Tindakan

Petunjuk pengisian :

- 1) Silahkan dibaca masing-masing pertanyaan dibawah ini dengan cermat
- 2) Berilah tanda *check* pada salah satu pilihan jawaban.
- 3) Keterangan:

SL = Selalu : Kegiatan yang rutin dilakukan baik setiap hari maupun berdasarkan jadwal.

SR = Sering : Kegiatan yang rutin dilakukan tapi terkadang terlewatkan (pernah tidak dilakukan)

JR = Jarang : Pernah dilakukan tetapi lebih banyak dilewati.

TP = Tidak pernah : Kegiatan yang tidak pernah dilakukan sama sekali.

No	Pertanyaan	Pilihan jawaban			
		SL	SR	JR	TP
	Persepsi				
1.	Ketika ibu mengalami keputihan, apakah ibu melakukan pemeriksaan organ intim ibu?				
2.	Ibu melakukan Vulva Hygiene jika mengalami keputihan				
3.	Ibu konsultasi ke tenaga medis jika akan melakukan tes IVA				
	Respon terpimpin				
4	Apakah ibu melakukan vulva hygiene sesuai prosedural yang benar?				
5	Ketika ibu sudah konsultasi ke dokter, apakah ibu melakukan skrining sesuai jadwal dan prosedural				
6	Apakah ibu melakukan persiapan sebelum dilakukan pemeriksaan IVA				
	Mekanisme				
7	Apakah ibu pernah melakukan Skrining IVA? jika pernah berapa kali ibu melakukan?				
8	Apakah ibu melakukan pemeriksaan IVA sesuai prosedural?				
9	Ketika ibu sudah mendapatkan hasil pemeriksaan IVA, apakah ibu akan periksa lebih lanjut lagi sebagai pencegahan penyakit kanker serviks				
	Adopsi				
10	Apakah ibu pergi ke pelayanan kesehatan jika terdapat keluhan pada organ intim untuk melakukan pemeriksaan?				
11	Ketika ibu melakukan IVA dan terdapat infeksi, apa ibu akan malakaukan terapi sesuai yang dianjurkan?				
12	Ibu menjaga kebersihan organ intim ibu, ketika ibu sudah mengetahui salah satu penyebab penyakit kanker serviks adalah infeksi menahun pada alat kelamin				

Lampiran 8

SATUAN ACARA KEGIATAN

Kegiatan : Pemberian *health coaching* berbasis *health promotion model*
Sasaran : Perempuan usia subur
Tempat : Rumah responden
Waktu : 20 menit (kunjungan rumah pertama)

1. Tujuan instruksional umum

Mengetahui kesiapan responden sebelum dilakukan edukasi dengan melaksanakan kegiatan *health coaching* dengan pendekatan HPM terhadap *self efficacy*, komitmen, tindakan pada wanita usia subur dalam pencegahan kanker serviks dan tindakan IVA.

2. Tujuan instruksional khusus

Mengetahui kesiapan peningkatan pengetahuan dari responden yang meliputi:

- 1) Manfaat dari tindakan pencegahan kanker serviks
- 2) Hambatan yang dihadapi responden dalam melakukan pencegahan kanker serviks
- 3) Efikasi diri responden dalam melakukan pencegahan kanker serviks
- 4) Sikap tentang tindakan pencegahan kanker serviks
- 5) Dukungan keluarga dalam melakukan pencegahan kanker serviks

3. Materi

Pengkajian kesiapan peningkatan pengetahuan responden

4. Metode

Wawancara terstruktur

5. Fasilitator

Peneliti dan tim medis

6. Media

kuesioner

7. Kegiatan

Tahap	Waktu	Kegiatan	
		Fasilitator	Responden
Persiapan	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menyampaikan tujuan dari pertemuan 	Menjawab salam
Pelaksanaan	10 menit	Mengajukan pertanyaan sesuai panduan pengakajian responden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimak 2. Menjawab pertanyaan yang diajukan Fasilitator
Penutup	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan kesepakatan dari hasil pengkajian yang sudah dilakukan 2. Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya 3. Mengakhiri pertemuan 4. Salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan evaluasi 2. Menyepakati kontrak waktu 3. Menjawab salam

8. Evaluasi

- a. Responden siap untuk mengikuti kegiatan edukasi yang akan diberikan.
- b. Kegiatan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

SATUAN ACARA KEGIATAN

Kegiatan : Pemberian *health coaching* berbasis *health promotion model*
Sasaran : Perempuan usia subur
Tempat : Rumah Responden
Waktu : 30 - 60 menit (kunjungan rumah kedua)

1. Tujuan instruksional umum

Responden mampu memahami konsep dasar penyakit kanker serviks dan pencegahan penyakit kanker serviks, dengan melaksanakan kegiatan *health coaching* dengan pendekatan HPM terhadap *self efficacy*, komitmen, tindakan pada wanita usia subur dalam pencegahan kanker serviks dan tindakan IVA

2. Tujuan instruksional khusus

- 1) Responden dapat menetapkan tujuan bersama peneliti untuk perubahan perilaku dan tindakan IVA.
- 2) Setelah mengikuti kegiatan *health coaching*, responden mampu memahami konsep dasar penyakit kanker serviks yang meliputi:
 - a) Pengertian
 - b) Penyebab
 - c) Pencegahan
 - d) Faktor resiko
 - e) Tanda dan gejala

3. Materi

Konsep dasar penyakit kanker serviks

4. Metode

Diskusi tanya jawab

5. Fasilitator

Peneliti dan tim medis

6. Media

Booklet

7. Kegiatan

Tahap	Waktu	Kegiatan	
		Fasilitator	Responden
Persiapan	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menyampaikan tujuan dari pertemuan 	Menjawab salam
Pelaksanaan	40 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberiakan <i>booklet</i> tentang penyakit kanker serviks meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a) Pengertian b) Penyebabnya c) Pencegahan d) Faktor resiko e) Tanda dan gejala 2. Menjawab pertanyaan yang disampaikan oleh pasien 3. Memberikan kesempatan pasien menyampaikan pendapat 4. Memberikan motivasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimak 2. Aktif bertanya 3. Aktif memberikan pendapat 4. Menjawab pertanyaan yang diajukan fasilitator
Penutup	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Follow up dari materi yang disampaikan 2. Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya 3. Mengakhiri pertemuan 4. Salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan evaluasi 2. Menyepakati kontrak waktu 3. Menjawab salam

8. Evaluasi hasil dari pertemuan dan lanjutkan tindakan berikutnya.

SATUAN ACARA KEGIATAN

Kegiatan : Pemberian *health coaching* berbasis *health promotion model*
 Sasaran : Perempuan usia subur
 Tempat : Rumah responden
 Waktu : 60 menit (kunjungan rumah ketiga)

1. Tujuan instruksional umum

Responden mampu menjelaskan kembali materi pada pertemuan sebelumnya tentang konsep penyakit dan tindakan pencegahan dengan melaksanakan kegiatan *health coaching* dengan pendekatan HPM terhadap *self efficacy*, komitmen, tindakan pada wanita usia subur dalam pencegahan kanker serviks dan tindakan IVA

2. Tujuan instruksional khusus

- 1) Responden dapat menentukan tindakan yang akan dilakukan untuk mencegah penyakit kanker serviks.
- 2) Setelah mengikuti kegiatan *health coaching* selama 60 menit, responden mampu melakukan tindakan pencegahan kanker serviks dan melakukan IVA, yang meliputi:
 - a) Melakukan pencegahan kanker serviks dengan menjaga kebersihan alat reproduksi wanita (cara vulva hygiene yang benar)
 - b) Persiapan sebelum melakukan IVA
 - c) Prosedural pemeriksaan IVA
 - d) Melakukan Skrining IVA

3. Metode

Diskusi (tanya jawab)

4. Fasilitator

Peneliti dan tim medis

5. Media

Book

6. Kegiatan

Tahap	Waktu	Kegiatan	
		Fasilitator	Responden
Persiapan	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menyampaikan tujuan dari pertemuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. menyimak
Pelaksanaan	40 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi kembali 2. <i>Health coaching</i> tentang perilaku pencegahan kanker serviks dan pemeriksaan IVA <ol style="list-style-type: none"> 1) Cara vulva hygiene yang benar 2) Persiapan sebelum pemeriksaan IVA 3) Prosedural pemeriksaan IVA 3. Memberikan kesempatan responden untuk menyampaikan pendapat 4. Memberikan motivasi pada responden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimak 2. Aktif bertanya 3. Aktif memberikan pendapat 4. Melakukan screening IVA
Penutup	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengakhiri pertemuan 2. Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya 3. Salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyepakati kontrak waktu 2. Menjawab salam

SATUAN ACARA KEGIATAN

Kegiatan	: Pemberian <i>health coaching</i> berbasis <i>health promotion model</i>
Sasaran	: Perempuan usia subur
Tempat	: Rumah responden
Waktu	: 60 menit (kunjungan rumah keempat)

1. Tujuan instruksional umum

Responden mampu melakukan tindakan pencegahan dan menghindari faktor resiko kanker serviks dengan melaksanakan kegiatan *health coaching* dengan pendekatan HPM terhadap *self efficacy*, komitmen, tindakan pada wanita usia subur dalam pencegahan kanker serviks dan tindakan IVA

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah mengikuti kegiatan *health coaching* selama 60 menit, responden mampu dan mau melakukan tindakan pencegahan kanker serviks yang meliputi: perilaku pencegahan kanker serviks dan tindakan melakukan pemeriksaan IVA.

3. Metode

Diskusi (tanya jawab)

4. Fasilitator

Peneliti dan tim medis

5. Media

Kuesioner

6. Kegiatan

Tahap	Waktu	Kegiatan	
		Fasilitator	Responden
Persiapan	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menyampaikan tujuan dari pertemuan 3. Melakukan <i>post-tes</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Menyimak 3. Mengisi kuesioner penelitian
Pelaksanaan	20 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan pertanyaan terkait pelaksanaan <i>health coaching</i> yang sudah diberikan 2. Memberikan kesempatan pada responden untuk bertanya kembali tentang tindakan yang sudah diajarkan pada pertemuan sebelumnya 3. Memberikan motivasi pada responden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan 2. Menyimak dan antusias
Penutup	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengakhiri pertemuan 2. Salam penutup 	Menjawab salam

Lampiran 9 hasil uji statistik

- 1) Data Deskriptif
 - a) Kelompok perlakuan

Statistics

	Self Efikasi Pre Test kelompok Health Coaching	Self Efikasi Post Test kelompok Health Coaching	Komitmen Afektif Pre Test kelompok Health Coaching	Komitmen Berkelanjutan Pre Test kelompok Health Coaching	Komitment Normatif Pre Test kelompok Health Coaching
N	Valid Missing	35 0	35 0	35 0	35 0
Mean		7.77	9.46	15.46	15.86
Std. Error of Mean		.130	.144	.155	.137
Median		8.00	10.00	15.00	16.00
Mode		8	10	15	16
Std. Deviation		.770	.852	.919	.810
Variance		.593	.726	.844	.655
Range		3	3	3	2
Minimum		6	7	14	15
Maximum		9	10	17	17
Sum		272	331	541	555

Statistics

	Komitment Afektif Post Test kelompok Health Coaching	Komitment Berkelanjutan Post Test kelompok Health Coaching	Komitment Normatif Post Test kelompok Health Coaching	Pre Tes Persepsi Kelompok Health Coaching	Pre Test Respon Terpimpin Kelompok Health Coaching
N	Valid Missing	35 0	35 0	35 0	35 0
Mean		17.49	16.66	16.40	5.11
Std. Error of Mean		.294	.224	.184	.128
Median		17.00	17.00	17.00	5.00
Mode		17	15	17	5
Std. Deviation		1.738	1.327	1.090	.758
Variance		3.022	1.761	1.188	.575
Range		5	5	5	2
Minimum		15	15	13	4
Maximum		20	20	18	6
Sum		612	583	574	179

Statistics

		Pre Test Mekanisme kelompok Health Coaching	Pre Test Adopsi Kelompok Health Coaching	Post Test Persepsi Kelompok Health Coaching	PostTest Respon Terpimpin Kelompok Health Coaching	Post Test Mekanisme kelompok Health Coaching
N	Valid	35	35	35	35	35
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3.40	4.23	7.17	7.31	5.94
Std. Error of Mean		.084	.124	.139	.147	.399
Median		3.00	4.00	7.00	7.00	8.00
Mode		3	4	7	8	8
Std. Deviation		.497	.731	.822	.867	2.363
Variance		.247	.534	.676	.751	5.585
Range		1	2	3	3	6
Minimum		3	3	6	6	3
Maximum		4	5	9	9	9
Sum		119	148	251	256	208

Statistics

		Post Test Adopsi Kelompok Health Coaching	selisih nilai Self Efikasi kelompok Health Coaching	selisih nilai Komitmen Afektif kelompok Health Coaching	selisih nilai Komitmen Berkelanjutan kelompok Health Coaching	selisih nilai Komitmen Normatif kelompok Health Coaching
N	Valid	35	35	35	35	35
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		6.23	1.69	2.03	.80	1.00
Std. Error of Mean		.336	.173	.314	.182	.130
Median		7.00	2.00	1.00	1.00	1.00
Mode		8	1	1	1	1
Std. Deviation		1.987	1.022	1.855	1.079	.767
Variance		3.946	1.045	3.440	1.165	.588
Range		6	4	6	6	3
Minimum		3	0	0	-1	0
Maximum		9	4	6	5	3
Sum		218	59	71	28	35

Statistics

		Selisih nilai Persepsi Kelompok Health Coaching	Selisih Nilai Respon Terpimpin Kelompok Health Coaching	Selisih Nilai Mekanisme Kelompok Health Coaching	Selisih Nilai Adopsi Kelompok Health Coaching
N	Valid	35	35	35	35
	Missing	0	0	0	0
Mean		2.06	2.60	2.54	2.00
Std. Error of Mean		.192	.184	.407	.373
Median		2.00	3.00	4.00	2.00
Mode		1	3	0	0
Std. Deviation		1.136	1.090	2.405	2.210
Variance		1.291	1.188	5.785	4.882
Range		4	3	6	6
Minimum		0	1	0	-1
Maximum		4	4	6	5
Sum		72	91	89	70

Frequency Table

Self Efikasi Pre Test kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
6	1	2.9	2.9	2.9
7	12	34.3	34.3	37.1
Valid 8	16	45.7	45.7	82.9
9	6	17.1	17.1	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Self Efikasi Post Test kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
7	2	5.7	5.7	5.7
8	2	5.7	5.7	11.4
Valid 9	9	25.7	25.7	37.1
10	22	62.9	62.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Komitmen Afektif Pre Test kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
14	5	14.3	14.3	14.3
15	14	40.0	40.0	54.3
Valid 16	11	31.4	31.4	85.7
17	5	14.3	14.3	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Komitmen Berkelanjutan Pre Test kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
15	14	40.0	40.0	40.0
Valid 16	12	34.3	34.3	74.3
17	9	25.7	25.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Komitment Normatif Pre Test kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
13	1	2.9	2.9	2.9
14	2	5.7	5.7	8.6
Valid 15	14	40.0	40.0	48.6
16	18	51.4	51.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Komitment Afektif Post Test kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
15	6	17.1	17.1	17.1
16	5	14.3	14.3	31.4
17	7	20.0	20.0	51.4
Valid 18	7	20.0	20.0	71.4
19	3	8.6	8.6	80.0
20	7	20.0	20.0	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Komitment Berkelanjutan Post Test kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
15	10	28.6	28.6	28.6
16	5	14.3	14.3	42.9
Valid 17	9	25.7	25.7	68.6
18	10	28.6	28.6	97.1
20	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Komitment Normatif Post Test kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
13	1	2.9	2.9	2.9
14	1	2.9	2.9	5.7
Valid 15	4	11.4	11.4	17.1
16	9	25.7	25.7	42.9
17	17	48.6	48.6	91.4
18	3	8.6	8.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Pre Tes Persepsi Kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
4	8	22.9	22.9	22.9
Valid 5	15	42.9	42.9	65.7
6	12	34.3	34.3	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Pre Test Respon Terpimpin Kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
4	13	37.1	37.1	37.1
Valid 5	19	54.3	54.3	91.4
6	3	8.6	8.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Pre Test Mekanisme kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	21	60.0	60.0	60.0
Valid 4	14	40.0	40.0	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Pre Test Adopsi Kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	6	17.1	17.1	17.1
Valid 4	15	42.9	42.9	60.0
5	14	40.0	40.0	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Post Test Persepsi Kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
6	8	22.9	22.9	22.9
Valid 7	14	40.0	40.0	62.9
8	12	34.3	34.3	97.1
9	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

PostTest Respon Terpimpin Kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
6	7	20.0	20.0	20.0
7	12	34.3	34.3	54.3
Valid 8	14	40.0	40.0	94.3
9	2	5.7	5.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Post Test Mekanisme kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	9	25.7	25.7	25.7
4	7	20.0	20.0	45.7
Valid 8	18	51.4	51.4	97.1
9	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Post Test Adopsi Kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	3	8.6	8.6	8.6
4	5	14.3	14.3	22.9
5	9	25.7	25.7	48.6
Valid 7	4	11.4	11.4	60.0
8	10	28.6	28.6	88.6
9	4	11.4	11.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

selisih nilai Self Efikasi kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	4	11.4	11.4	11.4
1	12	34.3	34.3	45.7
2	11	31.4	31.4	77.1
3	7	20.0	20.0	97.1
4	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

selisih nilai Komitmen Afektif kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	5	14.3	14.3	14.3
1	16	45.7	45.7	60.0
2	4	11.4	11.4	71.4
3	1	2.9	2.9	74.3
4	3	8.6	8.6	82.9
5	4	11.4	11.4	94.3
6	2	5.7	5.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

selisih nilai Komitmen Berkelanjutan kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-1	1	2.9	2.9	2.9
0	14	40.0	40.0	42.9
1	15	42.9	42.9	85.7
2	3	8.6	8.6	94.3
3	1	2.9	2.9	97.1
5	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

selisih nilai Komitmen Normatif kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	8	22.9	22.9	22.9
1	21	60.0	60.0	82.9
2	4	11.4	11.4	94.3
3	2	5.7	5.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Selisih nilai Persepsi Kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	1	2.9	2.9	2.9
1	13	37.1	37.1	40.0
2	9	25.7	25.7	65.7
3	7	20.0	20.0	85.7
4	5	14.3	14.3	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Selisih Nilai Respon Terpimpin Kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	7	20.0	20.0	20.0
2	9	25.7	25.7	45.7
3	10	28.6	28.6	74.3
4	9	25.7	25.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Selisih Nilai Mekanisme Kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	16	45.7	45.7	45.7
4	7	20.0	20.0	65.7
5	11	31.4	31.4	97.1
6	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Selisih Nilai Adopsi Kelompok Health Coaching

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-1	2	5.7	5.7	5.7
0	15	42.9	42.9	48.6
2	1	2.9	2.9	51.4
3	5	14.3	14.3	65.7
4	5	14.3	14.3	80.0
5	7	20.0	20.0	100.0
Total	35	100.0	100.0	

b) Kelompok kontrol

Statistics

	Self Efikasi Pre Test kelompok Kontrol	Self Efikasi Post Test kelompok Kontrol	Komitmen Afektif Pre Test kelompok Kontrol	Komitmen Berkelanjutan Pre Test kelompok Kontrol	Komitment Normatif Pre Test kelompok Kontrol
N	Valid Missing	35 0	35 0	35 0	35 0
Mean	7.69	7.86	15.71	15.97	15.80
Std. Error of Mean	.107	.102	.120	.126	.114
Median	8.00	8.00	16.00	16.00	16.00
Mode	8	8	16	16	16
Std. Deviation	.631	.601	.710	.747	.677
Variance	.398	.361	.504	.558	.459
Range	2	2	3	2	3
Minimum	7	7	14	15	14
Maximum	9	9	17	17	17
Sum	269	275	550	559	553

Statistics

	Komitment Afektif Post Test kelompok Kontrol	Komitment Berkelanjutan Post Test kelompok Kontrol	Komitment Normatif Post Test kelompok Kontrol	Pre Test Persepsi kelompok Kontrol	Pre Test Respon Terpimpin kelompok Kontrol
N	Valid Missing	35 0	35 0	35 0	35 0
Mean	15.80	16.11	16.11	5.00	4.63
Std. Error of Mean	.114	.128	.107	.116	.083
Median	16.00	16.00	16.00	5.00	5.00
Mode	16	16	16	5	5
Std. Deviation	.677	.758	.631	.686	.490
Variance	.459	.575	.398	.471	.240
Range	3	3	3	2	1
Minimum	14	15	15	4	4
Maximum	17	18	18	6	5
Sum	553	564	564	175	162

Statistics

	Pre Test Mekanisme kelompok Kontrol	Pre Test Adopsi kelompok Kontrol	Post Test Persepsi kelompok Kontrol	Post Test Respon Terpinpin kelompok Kontrol	Post Test Mekanisme kelompok Kontrol
N	Valid Missing	35 0	35 0	35 0	35 0
Mean		3.40	4.17	5.49	4.86
Std. Error of Mean		.084	.126	.119	.131
Median		3.00	4.00	5.00	5.00
Mode		3	4	5	5
Std. Deviation		.497	.747	.702	.772
Variance		.247	.558	.492	.597
Range		1	2	4	4
Minimum		3	3	4	4
Maximum		4	5	8	8
Sum		119	146	192	170

Statistics

	Post Test Adopsi kelompok Kontrol	selisih nilai Self Efekasi kelompok kontrol	selisih nilai Komitmen Afektif kelompok kontrol	selisih nilai Komitmen Normatif kelompok kontrol	selisih nilai Komitmen berkelanjutan kelompok kontrol
N	Valid Missing	35 0	35 0	35 0	35 0
Mean		4.34	.17	.09	.31
Std. Error of Mean		.158	.065	.048	.121
Median		4.00	.00	.00	.00
Mode		5	0	0	0
Std. Deviation		.938	.382	.284	.718
Variance		.879	.146	.081	.516
Range		4	1	1	3
Minimum		3	0	0	0
Maximum		7	1	1	3
Sum		152	6	3	11

Statistics

	Selisih Nilai Persepsi kelompok Kontrol	Selisih Nilai Respon Terpinpin kelompok Kontrol	Selisih Nilai Mekanisme kelompok Kontrol	Selisih Nilai Adopsi kelompok Kontrol
N	Valid Missing	35 0	35 0	35 0
Mean		.49	.23	.11
Std. Error of Mean		.155	.148	.158
Median		.00	.00	.00
Mode		0	0	0
Std. Deviation		.919	.877	.932
Variance		.845	.770	.869
Range		3	5	6
Minimum		0	-1	-1
Maximum		3	4	5
Sum		17	8	4

Frequency Table

Self Efekasi Pre Test kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
7	14	40.0	40.0	40.0
Valid 8	18	51.4	51.4	91.4
9	3	8.6	8.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Self Efekasi Post Test kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
7	9	25.7	25.7	25.7
Valid 8	22	62.9	62.9	88.6
9	4	11.4	11.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Komitmen Afektif Pre Test kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
14	1	2.9	2.9	2.9
Valid 15	12	34.3	34.3	37.1
16	18	51.4	51.4	88.6
17	4	11.4	11.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Komitmen Berkelanjutan Pre Test kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
15	10	28.6	28.6	28.6
Valid 16	16	45.7	45.7	74.3
17	9	25.7	25.7	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Komitment Normatif Pre Test kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
14	1	2.9	2.9	2.9
15	9	25.7	25.7	28.6
Valid 16	21	60.0	60.0	88.6
17	4	11.4	11.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Komitment Afektif Post Test kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
14	1	2.9	2.9	2.9
15	9	25.7	25.7	28.6
Valid 16	21	60.0	60.0	88.6
17	4	11.4	11.4	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Komitment Berkelanjutan Post Test kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
15	7	20.0	20.0	20.0
16	18	51.4	51.4	71.4
Valid 17	9	25.7	25.7	97.1
18	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Komitment Normatif Post Test kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
15	4	11.4	11.4	11.4
16	24	68.6	68.6	80.0
Valid 17	6	17.1	17.1	97.1
18	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Pre Test Persepsi kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
4	8	22.9	22.9	22.9
Valid 5	19	54.3	54.3	77.1
6	8	22.9	22.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Pre Test Respon Terpimpin kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
4	13	37.1	37.1	37.1
Valid 5	22	62.9	62.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Pre Test Mekanisme kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	21	60.0	60.0	60.0
Valid 4	14	40.0	40.0	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Pre Test Adopsi kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	7	20.0	20.0	20.0
4	15	42.9	42.9	62.9
5	13	37.1	37.1	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Post Test Persepsi kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
4	1	2.9	2.9	2.9
5	18	51.4	51.4	54.3
6	15	42.9	42.9	97.1
8	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Post Test Respon Terpimpin kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
4	10	28.6	28.6	28.6
5	22	62.9	62.9	91.4
6	2	5.7	5.7	97.1
8	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Post Test Mekanisme kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	21	60.0	60.0	60.0
4	13	37.1	37.1	97.1
8	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Post Test Adopsi kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	7	20.0	20.0	20.0
4	12	34.3	34.3	54.3
5	14	40.0	40.0	94.3
Valid 6	1	2.9	2.9	97.1
7	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

selisih nilai Self Efikasi kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	29	82.9	82.9	82.9
Valid 1	6	17.1	17.1	100.0
Total	35	100.0	100.0	

selisih nilai Komitmen Afektif kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	32	91.4	91.4	91.4
Valid 1	3	8.6	8.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

selisih nilai Komitmen Normatif kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	28	80.0	80.0	80.0
1	4	11.4	11.4	91.4
Valid 2	2	5.7	5.7	97.1
3	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

ost Test Respon Terpimpin kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
4	10	28.6	28.6	28.6
5	22	62.9	62.9	91.4
Valid 6	2	5.7	5.7	97.1
8	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Post Test Mekanisme kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	21	60.0	60.0	60.0
Valid 4	13	37.1	37.1	97.1
8	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Post Test Adopsi kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	7	20.0	20.0	20.0
4	12	34.3	34.3	54.3
Valid 5	14	40.0	40.0	94.3
6	1	2.9	2.9	97.1
7	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

selisih nilai Self Efikasi kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	29	82.9	82.9	82.9
Valid 1	6	17.1	17.1	100.0
Total	35	100.0	100.0	

selisih nilai Komitmen Afektif kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	32	91.4	91.4	91.4
Valid 1	3	8.6	8.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

selisih nilai Komitmen Normatif kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	28	80.0	80.0	80.0
1	4	11.4	11.4	91.4
Valid 2	2	5.7	5.7	97.1
3	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Selisih Nilai Persepsi kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	27	77.1	77.1	77.1
Valid 2	7	20.0	20.0	97.1
3	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Selisih Nilai Respon Terpimpin kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-1	2	5.7	5.7	5.7
0	28	80.0	80.0	85.7
Valid 1	2	5.7	5.7	91.4
2	2	5.7	5.7	97.1
4	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Selisih Nilai Mekanisme kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
-1	3	8.6	8.6	8.6
0	29	82.9	82.9	91.4
Valid 1	2	5.7	5.7	97.1
5	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Selisih Nilai Adopsi kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

	-2	1	2.9	2.9	2.9
	-1	1	2.9	2.9	5.7
Valid	0	26	74.3	74.3	80.0
	1	5	14.3	14.3	94.3
	2	2	5.7	5.7	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

2) Wilcoxon Signed Ranks Test (kelompok perlakuan)

- a. Uji statistik *self efficacy*, komitmen, dan tindakan kelompok perlakuan (pre tes dan pos tes)

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Self Efikasi Pre Test kelompok Health Coaching - Self Efikasi Post Test kelompok Health Coaching	Negative Ranks	31 ^a	16.00	496.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	4 ^c		
	Total	35		
Komitmen Afektif Pre Test kelompok Health Coaching - Komitmen Afektif Post Test kelompok Health Coaching	Negative Ranks	30 ^d	15.50	465.00
	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	5 ^f		
	Total	35		
Komitmen Berkelanjutan Pre Test kelompok Health Coaching - Komitmen Berkelanjutan Post Test kelompok Health Coaching	Negative Ranks	20 ^g	11.13	222.50
	Positive Ranks	1 ^h	8.50	8.50
	Ties	14 ⁱ		
	Total	35		
Komitment Normatif Pre Test kelompok Health Coaching - Komitmen Normatif Post Test kelompok Health Coaching	Negative Ranks	27 ^j	14.00	378.00
	Positive Ranks	0 ^k	.00	.00
	Ties	8 ^l		
	Total	35		
Pre Tes Persepsi Kelompok Health Coaching - Post Test Persepsi Kelompok Health Coaching	Negative Ranks	34 ^m	17.50	595.00
	Positive Ranks	0 ⁿ	.00	.00
	Ties	1 ^o		
	Total	35		
Pre Test Respon Terpimpin Kelompok Health Coaching - PostTest Respon Terpimpin Kelompok Health Coaching	Negative Ranks	35 ^p	18.00	630.00
	Positive Ranks	0 ^q	.00	.00
	Ties	0 ^r		
	Total	35		
Pre Test Mekanisme kelompok Health Coaching - Post Test Mekanisme kelompok Health Coaching	Negative Ranks	19 ^s	10.00	190.00
	Positive Ranks	0 ^t	.00	.00
	Ties	16 ^u		
	Total	35		
Pre Test Adopsi Kelompok Health Coaching - Post Test Adopsi Kelompok Health Coaching	Negative Ranks	18 ^v	11.50	207.00
	Positive Ranks	2 ^w	1.50	3.00
	Ties	15 ^x		
	Total	35		

Test Statistics^a

	Self Efikasi Pre Test kelompok Health Coaching - Self Efikasi Post Test kelompok Health Coaching	Komitmen Afektif Pre Test kelompok Health Coaching - Komitment Afektif Post Test kelompok Health Coaching	Komitmen Berkelanjut an Pre Test kelompok Health Coaching - Komitment Berkelanjut an Post Test kelompok Health Coaching	Komitment Normatif Pre Test kelompok Health Coaching - Komitment Normatif Post Test kelompok Health Coaching	Pre Tes Persepsi Kelompok Health Coaching - Post Test Persepsi Kelompok Health Coaching	Pre Test Respon Terpimpin Kelompok Health Coaching - PostTest Respon Terpimpin Kelompok Health Coaching	Pre Test Mekanism e kelompok Health Coaching - Post Test Mekanism e kelompok Health Coaching	Pre Test Adopsi Kelomp ok Health Coachin g - Post Test Adopsi Kelomp ok Health Coachin g
Z	-4.927 ^b	-4.874 ^b	-3.927 ^b	-4.818 ^b	-5.139 ^b	-5.200 ^b	-3.934 ^b	-3.841 ^b
As ym p. p. Sig . (2- tail ed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

b) Uji statistik *self efficacy*, komitmen, dan tindakan kelompok kontrol (pre tes dan tes)

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
	Negative Ranks	6 ^a	3.50	21.00
Self Efikasi Pre Test kelompok Kontrol - Self Efikasi Post Test kelompok Kontrol	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	29 ^c		
	Total	35		
	Negative Ranks	3 ^d	2.00	6.00
Komitmen Afektif Pre Test kelompok Kontrol - Komitmen Afektif Post Test kelompok Kontrol	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	32 ^f		
	Total	35		
	Negative Ranks	3 ^g	2.00	6.00
Komitmen Berkelanjutan Pre Test kelompok Kontrol - Komitmen Berkelanjutan Post Test kelompok Kontrol	Positive Ranks	0 ^h	.00	.00
	Ties	32 ⁱ		
	Total	35		
	Negative Ranks	7 ^j	4.00	28.00
Komitment Normatif Pre Test kelompok Kontrol - Komitmen Normatif Post Test kelompok Kontrol	Positive Ranks	0 ^k	.00	.00
	Ties	28 ^l		
	Total	35		
	Negative Ranks	8 ^m	4.50	36.00
Pre Test Persepsi kelompok Kontrol - Post Test Persepsi kelompok Kontrol	Positive Ranks	0 ⁿ	.00	.00
	Ties	27 ^o		
	Total	35		
	Negative Ranks	5 ^p	4.60	23.00
Pre Test Respon Terpimpin kelompok Kontrol - Post Test Respon Terpimpin kelompok Kontrol	Positive Ranks	2 ^q	2.50	5.00
	Ties	28 ^r		
	Total	35		
	Negative Ranks	3 ^s	4.00	12.00
Pre Test Mekanisme kelompok Kontrol - Post Test Mekanisme kelompok Kontrol	Positive Ranks	3 ^t	3.00	9.00
	Ties	29 ^u		
	Total	35		
	Negative Ranks	7 ^v	4.79	33.50
Pre Test Adopsi kelompok Kontrol - Post Test Adopsi kelompok Kontrol	Positive Ranks	2 ^w	5.75	11.50
	Ties	26 ^x		
	Total	35		

Test Statistics^a

	Self Efikasi Pre Test kelompok Kontrol - Self Efikasi Post Test kelompok Kontrol	Komitmen Afektif Pre Test kelompok Kontrol - Komitmen t Afektif Post Test kelompok Kontrol	Komitmen Berkelanjut an Pre Test kelompok Kontrol - Komitment Berkelanjut an Post Test kelompok Kontrol	Komitment Normatif Pre Test kelompok Kontrol - Komitment Normatif Post Test kelompok Kontrol	Pre Test Persepsi kelompok Kontrol - Post Test Persepsi kelompok Kontrol	Pre Test Respon Terpimpin kelompok Kontrol - Post Test Respon Terpimpin kelompok Kontrol	Pre Test Mekanisme kelompok Kontrol - Post Test Mekanisme kelompok Kontrol	Pre Test Adopsi kelom pok Kontro l - Post Test Adopsi kelom pok Kontro l
Z	-2.449 ^b	-1.732 ^b	-1.633 ^b	-2.414 ^b	-2.714 ^b	-1.552 ^b	-.333 ^b	-1.350 ^b
Asymp. Sig. (2- tailed)	.014	.083	.102	.016	.007	.121	.739	.177

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

3) Uji normalitas data demografi

Tests of Normality							
	Kelompok	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Usia	Perlakuan	.295	35	.000	.793	35	.000
	Kontrol	.338	35	.000	.756	35	.000
Pekerjaan	Perlakuan	.433	35	.000	.586	35	.000
	Kontrol	.462	35	.000	.546	35	.000
Tingkat	Perlakuan	.489	35	.000	.491	35	.000
Pendidikan	Kontrol	.513	35	.000	.418	35	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Usia	Based on Mean	.741	1	68	.392
	Based on Median	.531	1	68	.469
	Based on Median and with adjusted df	.531	1	67.882	.469
	Based on trimmed mean	.768	1	68	.384
Pekerjaan	Based on Mean	1.091	1	68	.300
	Based on Median	.273	1	68	.603
	Based on Median and with adjusted df	.273	1	67.754	.603
	Based on trimmed mean	1.091	1	68	.300
Tingkat Pendidikan	Based on Mean	1.597	1	68	.211
	Based on Median	.393	1	68	.533
	Based on Median and with adjusted df	.393	1	66.819	.533
	Based on trimmed mean	1.597	1	68	.211

3). Uji normalitas kelompok Perlakuan

a. normalitas nilai data pre tes

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	Self Efekasi Pre Test kelompok Health Coaching	Komitmen Afektif Pre Test kelompok Health Coaching	Komitmen Berkelanjutan Pre Test kelompok Health Coaching	Komitment Normatif Pre Test kelompok Health Coaching	Pre Tes Persepsi Kelompok Health Coaching	Pre Test Respon Terpin Kelompok Health Coaching	Pre Test Mekanisme kelompok Health Coaching	Pre Test Adopsi Kelompok Health Coaching	
N	35	35	35	35	35	35	35	35	
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	7.77	15.46	15.86	15.40	5.11	4.71	3.40	4.23
	Std. Deviation	.770	.919	.810	.736	.758	.622	.497	.731
	Absolute Most Extreme Difference	.245	.234	.255	.307	.222	.306	.390	.254
Significance	Positive	.213	.234	.255	.207	.217	.246	.390	.223
	Negative	-.245	-.180	-.178	-.307	-.222	-.306	-.286	-.254
Kolmogorov-Smirnov Z	1.451	1.381	1.509	1.816	1.310	1.808	2.304	1.505	
Asymp. Sig. (2-tailed)	.030	.044	.021	.003	.064	.003	.000	.022	

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

b. Uji normalitas nilai data post tes

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	Self Efikasi Post Test kelompok Health Coaching	Komitment Post Afektif Test kelompok Health Coaching	Komitment Berkelanjutan Post Test kelompok Health Coaching	Komitment Normatif Post Test kelompok Health Coaching	Post Test Persepsi Kelompok Health Coaching	Post Test Respons Terpin Kelompok Health Coaching	Post Test Mekanisme kelompok Health Coaching	Post Test Adopsi Kelompok Health Coaching	
N	35	35	35	35	35	35	35	35	
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	9.46	17.49	16.66	16.40	7.17	7.31	5.94	6.23
	Std. Deviation	.852	1.738	1.327	1.090	.822	.867	2.363	1.987
	Absolute Most Extreme Difference	.367	.126	.180	.280	.215	.243	.351	.218
Kolmogorov-Smirnov Z	Positive	.262	.124	.180	.205	.211	.184	.252	.218
	Negative	-.367	-.126	-.173	-.280	-.215	-.243	-.351	-.214
Asymp. Sig. (2-tailed)		2.168	.745	1.064	1.659	1.270	1.436	2.076	1.287
		.000	.635	.208	.008	.079	.032	.000	.073

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Uji Normalitas Nilai delta/selisih

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		selisih nilai Self Efekas i kelom pok Health Coachi ng	selisih nilai Komit men Afektif kelomp ok Health Coachi ng	selisih nilai Komitmen Berkelanj utan kelompok Health Coaching	selisih nilai Komit men Normat if kelomp ok Health Coachi ng	Selisih nilai Persep si Kelom pok Health Coachi ng	Selisih Nilai Respo n Terpim pin Kelom pok Health Coachi ng	Selisih Nilai Mekanis me Kelomp ok Health Coachin g	Selisih Nilai Adopsi Kelom pok Health Coachi ng
N		35	35	35	35	35	35	35	35
Normal Paramete rs ^{a,b}	Mean	1.69	2.03	.80	1.00	2.06	2.60	2.54	2.00
	Std. Deviasi	1.022	1.855	1.079	.767	1.136	1.090	2.405	2.210
	Absolu te	.206	.310	.284	.329	.224	.186	.312	.303
Most Extreme Difference s	Positiv e	.206	.310	.284	.329	.224	.166	.312	.303
	Negati ve	-.164	-.147	-.201	-.271	-.147	-.186	-.271	-.160
Kolmogorov- Smirnov Z		1.218	1.836	1.678	1.944	1.325	1.101	1.845	1.793
Asymp. Sig. (2- tailed)		.103	.002	.007	.001	.060	.177	.002	.003

a. Test distribution is Norm.

3). Uji normalitas kelompok Kontrol

a. Uji normalitas nilai pre

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	Self Efekasi Pre Test kelompok Kontrol	Komitmen Afektif Pre Test kelompok Kontrol	Komitmen Berkelanjutan Pre Test kelompok Kontrol	Komitment Normatif Pre Test kelompok Kontrol	Pre Test Persepsi kelompok Kontrol	Pre Test Respon Terpin kelompok Kontrol	Pre Test Mekanisme kelompok Kontrol	Pre Test Adopsi kelompok Kontrol	
N	35	35	35	35	35	35	35	35	
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	7.69	15.71	15.97	15.80	5.00	4.63	3.40	4.17
	Std. Deviation	.631	.710	.747	.677	.686	.490	.497	.747
Most Extreme Differences	Absolute	.291	.285	.230	.330	.271	.404	.390	.238
	Positive	.261	.229	.228	.270	.271	.272	.390	.219
	Negative	-.291	-.285	-.230	-.330	-.271	-.404	-.286	-.238
Kolmogorov-Smirnov Z		1.720	1.685	1.358	1.955	1.606	2.392	2.304	1.407
Asymp. Sig. (2-tailed)		.005	.007	.050	.001	.012	.000	.000	.038

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

b.Uji normalitas nilai post**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

	Self Efekasi Post Test kelompok Kontrol	Komitment Post Test Afektif Post Test kelompok Kontrol	Komitment Post Test Berkelanjutan Post Test kelompok Kontrol	Komitment Post Test Normatif Post Test kelompok Kontrol	Post Test Persepsi Post Test kelompok Kontrol	Post Test Respons Terpin kelompok Kontrol	Post Test Mekanisme kelompok Kontrol	Post Test Adopsi kelompok Kontrol	
N	35	35	35	35	35	35	35	35	
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	7.86	15.80	16.11	16.11	5.49	4.86	3.51	4.34
	Std. Deviation	.601	.677	.758	.631	.702	.772	.919	.938
Most Extreme Difference	Positive	.337	.330	.274	.372	.298	.341	.312	.215
	Negative	-.337	-.330	-.240	-.314	-.225	-.288	-.288	-.215
Kolmogorov-Smirnov Z		1.992	1.955	1.622	2.200	1.766	2.017	1.846	1.275
Asymp. Sig. (2-tailed)		.001	.001	.010	.000	.004	.001	.002	.078

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. uji normalitas nilai delta

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		selisih nilai Self Efekas i kelomp ok kontrol	selisih nilai Komitm en Afektif kelomp ok kontrol	selisih nilai Komitm en Normat if kelomp ok kontrol	selisih nilai Komitmen berkelanj utan kelompok kontrol	Selisih Nilai Persep si kelomp ok Kontrol	Selisih Nilai Respo n Terpim pin kelomp ok Kontrol	Selisih Nilai Mekanis me kelompo k Kontrol	Selisih Nilai Adopsi kelomp ok Kontrol
N		35	35	35	35	35	35	35	35
Normal Parameter s ^{a,b}	Mean	.17	.09	.31	.14	.49	.23	.11	.17
	Std. Deviation	.382	.284	.718	.550	.919	.877	.932	.707
	Absolu te	.502	.533	.469	.517	.473	.460	.463	.396
Most Extreme Difference s	Positiv e	.502	.533	.469	.517	.473	.460	.463	.396
	Negati ve	-.327	-.381	-.331	-.398	-.299	-.340	-.365	-.347
Kolmogorov- Smirnov Z		2.968	3.153	2.775	3.057	2.797	2.721	2.740	2.342
Asymp. Sig. (2- tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

4). Uji Homogenitas Pre tes

		Test of Homogeneity of Variance			
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Self Efikasi Pre Tes	Based on Mean	.854	1	68	.359
	Based on Median	.453	1	68	.503
	Based on Median and with adjusted df	.453	1	67.396	.503
	Based on trimmed mean	.695	1	68	.407
Komitmen Afektif Pre Test	Based on Mean	3.642	1	68	.061
	Based on Median	2.267	1	68	.137
	Based on Median and with adjusted df	2.267	1	64.951	.137
	Based on trimmed mean	3.620	1	68	.061
Komitmen Berkelanjutan Pre Test	Based on Mean	1.448	1	68	.233
	Based on Median	.938	1	68	.336
	Based on Median and with adjusted df	.938	1	67.842	.336
	Based on trimmed mean	1.510	1	68	.223
Komitment Normatif Pre Test	Based on Mean	1.103	1	68	.297
	Based on Median	1.207	1	68	.276
	Based on Median and with adjusted df	1.207	1	63.373	.276
	Based on trimmed mean	1.101	1	68	.298
Pre Tes Persepsi	Based on Mean	1.753	1	68	.190
	Based on Median	.901	1	68	.346
	Based on Median and with adjusted df	.901	1	67.997	.346
	Based on trimmed mean	1.867	1	68	.176
Pre Test Respon Terpimpin	Based on Mean	1.260	1	68	.266
	Based on Median	.519	1	68	.474
	Based on Median and with adjusted df	.519	1	67.937	.474
	Based on trimmed mean	1.841	1	68	.179
Pre Test Mekanisme	Based on Mean	.000	1	68	1.000
	Based on Median	.000	1	68	1.000
	Based on Median and with adjusted df	.000	1	68.000	1.000

Pre Test Adopsi	Based on trimmed mean	.000	1	68	1.000
	Based on Mean	.000	1	68	.986
	Based on Median	.000	1	68	1.000
	Based on Median and with adjusted df	.000	1	68.000	1.000
	Based on trimmed mean	.000	1	68	.984

5) Uji Homogenitas Post tes dan Homogenitas Delta

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Self Efikasi Post Test	Based on Mean	5.010	1	68	.028
	Based on Median	1.064	1	68	.306
	Based on Median and with adjusted df	1.064	1	54.286	.307
	Based on trimmed mean	3.316	1	68	.073
Komitment Afektif Post Test	Based on Mean	32.662	1	68	.000
	Based on Median	26.641	1	68	.000
	Based on Median and with adjusted df	26.641	1	52.093	.000
	Based on trimmed mean	32.787	1	68	.000
Komitment Berkelanjutan Post Test	Based on Mean	16.705	1	68	.000
	Based on Median	11.604	1	68	.001
	Based on Median and with adjusted df	11.604	1	60.261	.001
	Based on trimmed mean	17.667	1	68	.000
Komitment Normatif Post Test	Based on Mean	10.599	1	68	.002
	Based on Median	5.197	1	68	.026
	Based on Median and with adjusted df	5.197	1	53.092	.027
	Based on trimmed mean	10.087	1	68	.002
Post Test Persepsi	Based on Mean	.776	1	68	.382
	Based on Median	.352	1	68	.555
	Based on Median and with adjusted df	.352	1	65.829	.555
	Based on trimmed mean	.749	1	68	.390
PostTest Respon Terpimpin	Based on Mean	4.133	1	68	.046
	Based on Median	3.778	1	68	.056

	Based on Median and with adjusted df	3.778	1	66.812	.056
	Based on trimmed mean	3.195	1	68	.078
	Based on Mean	153.883	1	68	.000
	Based on Median	14.487	1	68	.000
Post Test Mekanisme	Based on Median and with adjusted df	14.487	1	44.503	.000
	Based on trimmed mean	145.720	1	68	.000
	Based on Mean	48.590	1	68	.000
	Based on Median	23.627	1	68	.000
Post Test Adopsi	Based on Median and with adjusted df	23.627	1	55.345	.000
	Based on trimmed mean	48.152	1	68	.000
	Based on Mean	32.184	1	68	.000
	Based on Median	25.768	1	68	.000
selisih nilai Self Efekasi	Based on Median and with adjusted df	25.768	1	54.338	.000
	Based on trimmed mean	33.794	1	68	.000
	Based on Mean	59.871	1	68	.000
	Based on Median	18.655	1	68	.000
selisih nilai Komitmen Afektif	Based on Median and with adjusted df	18.655	1	35.992	.000
	Based on trimmed mean	55.098	1	68	.000
	Based on Mean	2.365	1	68	.129
	Based on Median	4.680	1	68	.034
selisih nilai Komitmen Berkelanjutan	Based on Median and with adjusted df	4.680	1	66.736	.034
	Based on trimmed mean	3.926	1	68	.052
	Based on Mean	2.219	1	68	.141
	Based on Median	5.117	1	68	.027
selisih nilai Komitmen Normatif	Based on Median and with adjusted df	5.117	1	67.266	.027
	Based on trimmed mean	5.404	1	68	.023
	Based on Mean	1.764	1	68	.189
	Based on Median	5.026	1	68	.028
Selisih nilai Persepsi	Based on Median and with adjusted df	5.026	1	61.614	.029
	Based on trimmed mean	2.362	1	68	.129
	Based on Mean	8.921	1	68	.004
Selisih Nilai Respon Terpimpin	Based on Median	9.564	1	68	.003

	Based on Median and with adjusted df	9.564	1	65.961	.003
	Based on trimmed mean	10.716	1	68	.002
	Based on Mean	140.680	1	68	.000
	Based on Median	33.872	1	68	.000
Selisih Nilai Mekanisme	Based on Median and with adjusted df	33.872	1	50.956	.000
	Based on trimmed mean	144.606	1	68	.000
	Based on Mean	110.740	1	68	.000
	Based on Median	110.072	1	68	.000
Selisih Nilai Adopsi	Based on Median and with adjusted df	110.072	1	66.939	.000
	Based on trimmed mean	110.777	1	68	.000

6). Uji Manova

Descriptive Statistics

	Kelompok	Mean	Std. Deviation	N
selisih nilai Self Efikasi	Kelompok Health Coaching	1.69	1.022	35
	Kelompok Kontrol	.17	.382	35
	Total	.93	1.081	70
selisih nilai Komitmen Afektif	Kelompok Health Coaching	2.03	1.855	35
	Kelompok Kontrol	.09	.284	35
	Total	1.06	1.641	70
selisih nilai Komitmen Berkelanjutan	Kelompok Health Coaching	.80	1.079	35
	Kelompok Kontrol	.31	.718	35
	Total	.56	.942	70
selisih nilai Komitmen Normatif	Kelompok Health Coaching	1.00	.767	35
	Kelompok Kontrol	.14	.550	35
	Total	.57	.791	70
Selisih nilai Persepsi	Kelompok Health Coaching	2.06	1.136	35
	Kelompok Kontrol	.49	.919	35
	Total	1.27	1.296	70
Selisih Nilai Respon Terpimpin	Kelompok Health Coaching	2.60	1.090	35
	Kelompok Kontrol	.23	.877	35
	Total	1.41	1.546	70
Selisih Nilai Mekanisme	Kelompok Health Coaching	2.54	2.405	35
	Kelompok Kontrol	.11	.932	35
	Total	1.33	2.185	70
Selisih Nilai Adopsi	Kelompok Health Coaching	2.00	2.210	35
	Kelompok Kontrol	.17	.707	35
	Total	1.09	1.871	70

**Box's Test of Equality
of Covariance**

Matrices^a

Box's M	251.121
F	6.099
df1	36
df2	15559.084
Sig.	.052

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept + Kelompok

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	Pillai's Trace	.854	44.780 ^b	8.000	61.000	.000	.854
	Wilks' Lambda	.146	44.780 ^b	8.000	61.000	.000	.854
	Hotelling's Trace	5.873	44.780 ^b	8.000	61.000	.000	.854
	Roy's Largest Root	5.873	44.780 ^b	8.000	61.000	.000	.854
Kelompok	Pillai's Trace	.799	30.393 ^b	8.000	61.000	.000	.799
	Wilks' Lambda	.201	30.393 ^b	8.000	61.000	.000	.799
	Hotelling's Trace	3.986	30.393 ^b	8.000	61.000	.000	.799
	Roy's Largest Root	3.986	30.393 ^b	8.000	61.000	.000	.799

a. Design: Intercept + Kelompok

b. Exact statistic

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
selisih nilai Self Efekasi	32.184	1	68	.000
selisih nilai Komitmen Afektif	59.871	1	68	.000
selisih nilai Komitmen Berkelanjutan	2.365	1	68	.129
selisih nilai Komitmen Normatif	2.219	1	68	.141
Selisih nilai Persepsi	1.764	1	68	.189
Selisih Nilai Respon Terpimpin	8.921	1	68	.004
Selisih Nilai Mekanisme	140.680	1	68	.000
Selisih Nilai Adopsi	110.740	1	68	.000

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Kelompok

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	
Corrected Model	selisih nilai Self Efikasi	40.129 ^a	1	40.129	67.353	.000	.498	
	selisih nilai Komitmen Afektif	66.057 ^b	1	66.057	37.522	.000	.356	
	selisih nilai Komitmen Berkelanjutan	4.129 ^c	1	4.129	4.913	.030	.067	
	selisih nilai Komitmen Normatif	12.857 ^d	1	12.857	28.868	.000	.298	
	Selisih nilai Persepsi	43.214 ^e	1	43.214	40.460	.000	.373	
	Selisih Nilai Respon Terpimpin	98.414 ^f	1	98.414	100.526	.000	.597	
	Selisih Nilai Mekanisme	103.214 ^g	1	103.214	31.024	.000	.313	
	Selisih Nilai Adopsi	58.514 ^h	1	58.514	21.746	.000	.242	
	selisih nilai Self Efikasi	60.357	1	60.357	101.305	.000	.598	
Intercept	selisih nilai Komitmen Afektif	78.229	1	78.229	44.435	.000	.395	
	selisih nilai Komitmen Berkelanjutan	21.729	1	21.729	25.857	.000	.275	
	selisih nilai Komitmen Normatif	22.857	1	22.857	51.321	.000	.430	
	Selisih nilai Persepsi	113.157	1	113.157	105.946	.000	.609	
	Selisih Nilai Respon Terpimpin	140.014	1	140.014	143.019	.000	.678	
	Selisih Nilai Mekanisme	123.557	1	123.557	37.139	.000	.353	
	Selisih Nilai Adopsi	82.514	1	82.514	30.666	.000	.311	
	selisih nilai Self Efikasi	40.129	1	40.129	67.353	.000	.498	
	Kelompok	selisih nilai Komitmen Afektif	66.057	1	66.057	37.522	.000	.356
selisih nilai Komitmen Berkelanjutan		4.129	1	4.129	4.913	.030	.067	
selisih nilai Komitmen Normatif		12.857	1	12.857	28.868	.000	.298	
Selisih nilai Persepsi		43.214	1	43.214	40.460	.000	.373	
Selisih Nilai Respon Terpimpin		98.414	1	98.414	100.526	.000	.597	
Selisih Nilai Mekanisme		103.214	1	103.214	31.024	.000	.313	
Selisih Nilai Adopsi		58.514	1	58.514	21.746	.000	.242	
Error		selisih nilai Self Efikasi	40.514	68	.596			

	selisih nilai Komitmen Afektif	119.714	68	1.761		
	selisih nilai Komitmen Berkelanjutan	57.143	68	.840		
	selisih nilai Komitmen Normatif	30.286	68	.445		
	Selisih nilai Persepsi	72.629	68	1.068		
	Selisih Nilai Respon Terpimpin	66.571	68	.979		
	Selisih Nilai Mekanisme	226.229	68	3.327		
	Selisih Nilai Adopsi	182.971	68	2.691		
Total	selisih nilai Self Efikasi	141.000	70			
	selisih nilai Komitmen Afektif	264.000	70			
	selisih nilai Komitmen Berkelanjutan	83.000	70			
	selisih nilai Komitmen Normatif	66.000	70			
	Selisih nilai Persepsi	229.000	70			
	Selisih Nilai Respon Terpimpin	305.000	70			
	Selisih Nilai Mekanisme	453.000	70			
	Selisih Nilai Adopsi	324.000	70			
Corrected Total	selisih nilai Self Efikasi	80.643	69			
	selisih nilai Komitmen Afektif	185.771	69			
	selisih nilai Komitmen Berkelanjutan	61.271	69			
	selisih nilai Komitmen Normatif	43.143	69			
	Selisih nilai Persepsi	115.843	69			
	Selisih Nilai Respon Terpimpin	164.986	69			
	Selisih Nilai Mekanisme	329.443	69			
	Selisih Nilai Adopsi	241.486	69			

a. R Squared = ,498 (Adjusted R Squared = ,490)

b. R Squared = ,356 (Adjusted R Squared = ,346)

c. R Squared = ,067 (Adjusted R Squared = ,054)

d. R Squared = ,298 (Adjusted R Squared = ,288)

e. R Squared = ,373 (Adjusted R Squared = ,364)

f. R Squared = ,597 (Adjusted R Squared = ,591)

g. R Squared = ,313 (Adjusted R Squared = ,303)

h. R Squared = ,242 (Adjusted R Squared = ,231)

Parameter Estimates

Dependent Variable	Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Partial Eta Squared
						Lower Bound	Upper Bound	
selisih nilai Self Efikasi	Intercept	.171	.130	1.314	.193	-.089	.432	.025
	[Kelompok=1]	1.514	.185	8.207	.000	1.146	1.882	.498
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
selisih nilai Komitmen Afektif	Intercept	.086	.224	.382	.704	-.362	.533	.002
	[Kelompok=1]	1.943	.317	6.125	.000	1.310	2.576	.356
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
selisih nilai Komitmen Berkelanjutan	Intercept	.314	.155	2.028	.046	.005	.623	.057
	[Kelompok=1]	.486	.219	2.217	.030	.048	.923	.067
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
selisih nilai Komitmen Normatif	Intercept	.143	.113	1.266	.210	-.082	.368	.023
	[Kelompok=1]	.857	.160	5.373	.000	.539	1.175	.298
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
Selisih nilai Persepsi	Intercept	.486	.175	2.780	.007	.137	.834	.102
	[Kelompok=1]	1.571	.247	6.361	.000	1.078	2.064	.373
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
Selisih Nilai Respon Terpimpin	Intercept	.229	.167	1.367	.176	-.105	.562	.027
	[Kelompok=1]	2.371	.237	10.026	.000	1.899	2.843	.597
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
Selisih Nilai Mekanisme	Intercept	.114	.308	.371	.712	-.501	.730	.002

	[Kelompok=1]	2.429	.436	5.570	.000	1.559	3.299	.313
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
	Intercept	.171	.277	.618	.538	-.382	.725	.006
Selisih Nilai Adopsi	[Kelompok=1]	1.829	.392	4.663	.000	1.046	2.611	.242
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

Estimates

Dependent Variable	Kelompok	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
selisih nilai Self Efikasi	Kelompok Health	1.686	.130	1.425	1.946
	Coaching				
selisih nilai Komitmen Afektif	Kelompok Kontrol	.171	.130	-.089	.432
	Coaching				
selisih nilai Komitmen Berkelanjutan	Kelompok Health	2.029	.224	1.581	2.476
	Coaching				
selisih nilai Komitmen Normatif	Kelompok Health	.086	.224	-.362	.533
	Coaching				
Selisih nilai Persepsi	Kelompok Health	.800	.155	.491	1.109
	Coaching				
Selisih Nilai Respon Terpimpin	Kelompok Kontrol	.314	.155	.005	.623
	Coaching				
Selisih Nilai Mekanisme	Kelompok Health	1.000	.113	.775	1.225
	Coaching				
Selisih Nilai Adopsi	Kelompok Kontrol	.143	.113	-.082	.368
	Coaching				
	Kelompok Health	2.057	.175	1.709	2.406
	Coaching				
	Kelompok Health	.486	.175	.137	.834
	Coaching				
	Kelompok Health	2.600	.167	2.266	2.934
	Coaching				
	Kelompok Kontrol	.229	.167	-.105	.562
	Coaching				
	Kelompok Health	2.543	.308	1.928	3.158
	Coaching				
	Kelompok Kontrol	.114	.308	-.501	.730
	Coaching				
	Kelompok Health	2.000	.277	1.447	2.553
	Coaching				
	Kelompok Kontrol	.171	.277	-.382	.725
	Coaching				

Pairwise Comparisons

Dependent Variable	(I) Kelompok	(J) Kelompok	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
						Lower Bound	Upper Bound
selisih nilai Self Efikasi	Kelompok Health Coaching	Kelompok Kontrol	1.514 [*]	.185	.000	1.146	1.882
	Kelompok Kontrol	Kelompok Health Coaching	-1.514 [*]	.185	.000	-1.882	1.146
selisih nilai Komitmen Afektif	Kelompok Health Coaching	Kelompok Kontrol	1.943 [*]	.317	.000	1.310	2.576
	Kelompok Kontrol	Kelompok Health Coaching	-1.943 [*]	.317	.000	-2.576	1.310
selisih nilai Komitmen Berkelanjutan	Kelompok Health Coaching	Kelompok Kontrol	.486 [*]	.219	.030	.048	.923
	Kelompok Kontrol	Kelompok Health Coaching	-.486 [*]	.219	.030	-.923	-.048
selisih nilai Komitmen Normatif	Kelompok Health Coaching	Kelompok Kontrol	.857 [*]	.160	.000	.539	1.175
	Kelompok Kontrol	Kelompok Health Coaching	-.857 [*]	.160	.000	-1.175	-.539
Selisih nilai Persepsi	Kelompok Health Coaching	Kelompok Kontrol	1.571 [*]	.247	.000	1.078	2.064
	Kelompok Kontrol	Kelompok Health Coaching	-1.571 [*]	.247	.000	-2.064	1.078
Selisih Nilai Respon Terpimpin	Kelompok Health Coaching	Kelompok Kontrol	2.371 [*]	.237	.000	1.899	2.843
	Kelompok Kontrol	Kelompok Health Coaching	-2.371 [*]	.237	.000	-2.843	1.899
Selisih Nilai Mekanisme	Kelompok Health Coaching	Kelompok Kontrol	2.429 [*]	.436	.000	1.559	3.299
	Kelompok Kontrol	Kelompok Health Coaching	-2.429 [*]	.436	.000	-3.299	1.559

Selisih Nilai Adopsi	Kelompok Health Coaching	Kelompok Kontrol	1.829*	.392	.000	1.046	2.611
	Kelompok Kontrol	Kelompok Health Coaching	-1.829*	.392	.000	-2.611	-
							1.046

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the .05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

Multivariate Tests

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Pillai's trace	.799	30.393 ^a	8.000	61.000	.000	.799
Wilks' lambda	.201	30.393 ^a	8.000	61.000	.000	.799
Hotelling's trace	3.986	30.393 ^a	8.000	61.000	.000	.799
Roy's largest root	3.986	30.393 ^a	8.000	61.000	.000	.799

Each F tests the multivariate effect of Kelompok. These tests are based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

a. Exact statistic

Univariate Tests

Dependent Variable		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
selisih nilai Self Efikasi	Contrast	40.129	1	40.129	67.353	.000	.498
	Error	40.514	68	.596			
selisih nilai Komitmen Afektif	Contrast	66.057	1	66.057	37.522	.000	.356
	Error	119.714	68	1.761			
selisih nilai Komitmen Berkelanjutan	Contrast	4.129	1	4.129	4.913	.030	.067
	Error	57.143	68	.840			
selisih nilai Komitmen Normatif	Contrast	12.857	1	12.857	28.868	.000	.298
	Error	30.286	68	.445			
Selisih nilai Persepsi	Contrast	43.214	1	43.214	40.460	.000	.373
	Error	72.629	68	1.068			
Selisih Nilai Respon Terpimpin	Contrast	98.414	1	98.414	100.526	.000	.597
	Error	66.571	68	.979			
Selisih Nilai Mekanisme	Contrast	103.214	1	103.214	31.024	.000	.313
	Error	226.229	68	3.327			
Selisih Nilai Adopsi	Contrast	58.514	1	58.514	21.746	.000	.242
	Error	182.971	68	2.691			

The F tests the effect of Kelompok. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

Uji Manova hasil Post tes

Descriptive Statistics

	Kelompok	Mean	Std. Deviation	N
Self Efikasi Post Test	Kelompok Health Coaching	9.46	.852	35
	Kelompok Kontrol	7.86	.601	35
	Total	8.66	1.089	70
Komitment Afektif Post Test	Kelompok Health Coaching	17.49	1.738	35
	Kelompok Kontrol	15.80	.677	35
	Total	16.64	1.561	70
Komitment Berkelanjutan Post Test	Kelompok Health Coaching	16.66	1.327	35
	Kelompok Kontrol	16.11	.758	35
	Total	16.39	1.107	70
Komitment Normatif Post Test	Kelompok Health Coaching	16.40	1.090	35
	Kelompok Kontrol	16.11	.631	35
	Total	16.26	.896	70
Post Test Persepsi	Kelompok Health Coaching	7.17	.822	35
	Kelompok Kontrol	5.49	.702	35
	Total	6.33	1.139	70
PostTest Respon Terpimpin	Kelompok Health Coaching	7.31	.867	35
	Kelompok Kontrol	4.86	.772	35
	Total	6.09	1.482	70
Post Test Mekanisme	Kelompok Health Coaching	5.94	2.363	35
	Kelompok Kontrol	3.51	.919	35
	Total	4.73	2.160	70
Post Test Adopsi	Kelompok Health Coaching	6.23	1.987	35
	Kelompok Kontrol	4.34	.938	35
	Total	5.29	1.811	70

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	Pillai's Trace	.998	4923.948 ^b	8.000	61.000	.000	.998
	Wilks' Lambda	.002	4923.948 ^b	8.000	61.000	.000	.998
	Hotelling's Trace	645.764	4923.948 ^b	8.000	61.000	.000	.998
	Roy's Largest Root	645.764	4923.948 ^b	8.000	61.000	.000	.998
Kelompok	Pillai's Trace	.821	34.974 ^b	8.000	61.000	.000	.821
	Wilks' Lambda	.179	34.974 ^b	8.000	61.000	.000	.821
	Hotelling's Trace	4.587	34.974 ^b	8.000	61.000	.000	.821
	Roy's Largest Root	4.587	34.974 ^b	8.000	61.000	.000	.821

a. Design: Intercept + Kelompok

b. Exact statistic

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	Self Efikasi Post Test	44.800 ^a	1	44.800	82.399	.000	.548
	Komitment Afektif Post Test	49.729 ^b	1	49.729	28.574	.000	.296
	Komitment Berkelanjutan Post Test	5.157 ^c	1	5.157	4.415	.039	.061
	Komitment Normatif Post Test	1.429 ^d	1	1.429	1.801	.184	.026
	Post Test Persepsi	49.729 ^e	1	49.729	85.147	.000	.556
	PostTest Respon Terpimpin	105.657 ^f	1	105.657	156.773	.000	.697
	Post Test Mekanisme	103.214 ^g	1	103.214	32.103	.000	.321
	Post Test Adopsi	62.229 ^h	1	62.229	25.793	.000	.275
Intercept	Self Efikasi Post Test	5246.229	1	5246.229	9649.168	.000	.993
	Komitment Afektif Post Test	19388.929	1	19388.929	11140.910	.000	.994
	Komitment Berkelanjutan Post Test	18794.414	1	18794.414	16090.182	.000	.996

	Komitment Normatif Post Test	18500.629	1	18500.629	23321.767	.000	.997
	Post Test Persepsi	2803.557	1	2803.557	4800.335	.000	.986
	PostTest Respon Terpimpin	2592.514	1	2592.514	3846.748	.000	.983
	Post Test Mekanisme	1565.157	1	1565.157	486.811	.000	.877
	Post Test Adopsi	1955.714	1	1955.714	810.623	.000	.923
	Self Efikasi Post Test	44.800	1	44.800	82.399	.000	.548
	Komitment Afektif Post Test	49.729	1	49.729	28.574	.000	.296
	Komitment Berkelanjutan Post Test	5.157	1	5.157	4.415	.039	.061
	Komitment Normatif Post Test	1.429	1	1.429	1.801	.184	.026
Kelompok	Post Test Persepsi	49.729	1	49.729	85.147	.000	.556
	PostTest Respon Terpimpin	105.657	1	105.657	156.773	.000	.697
	Post Test Mekanisme	103.214	1	103.214	32.103	.000	.321
	Post Test Adopsi	62.229	1	62.229	25.793	.000	.275
	Self Efikasi Post Test	36.971	68	.544			
	Komitment Afektif Post Test	118.343	68	1.740			
	Komitment Berkelanjutan Post Test	79.429	68	1.168			
	Komitment Normatif Post Test	53.943	68	.793			
Error	Post Test Persepsi	39.714	68	.584			
	PostTest Respon Terpimpin	45.829	68	.674			
	Post Test Mekanisme	218.629	68	3.215			
	Post Test Adopsi	164.057	68	2.413			
	Self Efikasi Post Test	5328.000	70				
	Komitment Afektif Post Test	19557.000	70				
	Komitment Berkelanjutan Post Test	18879.000	70				
	Komitment Normatif Post Test	18556.000	70				
Total	Post Test Persepsi	2893.000	70				
	PostTest Respon Terpimpin	2744.000	70				
	Post Test Mekanisme	1887.000	70				
	Post Test Adopsi	2182.000	70				
	Self Efikasi Post Test	81.771	69				
Corrected Total	Komitment Afektif Post Test	168.071	69				
	Komitment Berkelanjutan Post Test	84.586	69				
	Komitment Normatif Post Test	55.371	69				

Post Test Persepsi	89.443	69			
PostTest Respon Terpimpin	151.486	69			
Post Test Mekanisme	321.843	69			
Post Test Adopsi	226.286	69			

- a. R Squared = ,548 (Adjusted R Squared = ,541)
- b. R Squared = ,296 (Adjusted R Squared = ,286)
- c. R Squared = ,061 (Adjusted R Squared = ,047)
- d. R Squared = ,026 (Adjusted R Squared = ,011)
- e. R Squared = ,556 (Adjusted R Squared = ,549)
- f. R Squared = ,697 (Adjusted R Squared = ,693)
- g. R Squared = ,321 (Adjusted R Squared = ,311)
- h. R Squared = ,275 (Adjusted R Squared = ,264)

Parameter Estimates

Dependent Variable	Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Partial Eta Squared
						Lower Bound	Upper Bound	
Self Efikasi Post Test	Intercept	7.857	.125	63.041	.000	7.608	8.106	.983
	[Kelompok=1]	1.600	.176	9.077	.000	1.248	1.952	.548
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
Komitment Afektif Post Test	Intercept	15.800	.223	70.856	.000	15.355	16.245	.987
	[Kelompok=1]	1.686	.315	5.345	.000	1.056	2.315	.296
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
Komitment Berkelanjutan Post Test	Intercept	16.114	.183	88.209	.000	15.750	16.479	.991
	[Kelompok=1]	.543	.258	2.101	.039	.027	1.058	.061
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
Komitment Normatif Post Test	Intercept	16.114	.151	107.037	.000	15.814	16.415	.994
	[Kelompok=1]	.286	.213	1.342	.184	-.139	.711	.026
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
Post Test Persepsi	Intercept	5.486	.129	42.467	.000	5.228	5.743	.964
	[Kelompok=1]	1.686	.183	9.228	.000	1.321	2.050	.556
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
PostTest Respon Terpimpin	Intercept	4.857	.139	35.003	.000	4.580	5.134	.947
	[Kelompok=1]	2.457	.196	12.521	.000	2.066	2.849	.697
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
Post Test Mekanisme	Intercept	3.514	.303	11.595	.000	2.909	4.119	.664
	[Kelompok=1]	2.429	.429	5.666	.000	1.573	3.284	.321
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.
Post Test Adopsi	Intercept	4.343	.263	16.541	.000	3.819	4.867	.801
	[Kelompok=1]	1.886	.371	5.079	.000	1.145	2.627	.275
	[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.