

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL KOPING BERBASIS KEYAKINAN
KESEHATAN TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN
KECACATAN PADA PENDERITA KUSTA**



ABD. NASIR

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DOKTOR KEPERAWATAN
SURABAYA
2022**

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL KOPING BERBASIS KEYAKINAN
KESEHATAN TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN
KECACATAN PADA PENDERITA KUSTA**



**ABD. NASIR
NIM. 131811573021**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DOKTOR KEPERAWATAN
SURABAYA
2022**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, Saya:

Nama : Abd Nasir

NIM : 131811573021

Program Studi : Doktor Keperawatan

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Disertasi saya ini adalah asli dan benar-benar hasil karya sendiri dan bukan hasil karya orang lain dengan mengatsnamakan saya, serta bukan merupakan hasil peniruan atau penjiplakan (plagiarisme) dari hasil karya orang lain. Disertasi ini belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik baik di Universitas Airlangga maupun di Perguruan Tinggi lainnya;
2. Dalam disertasi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar kepustakaan;
3. Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis Disertasi ini serta sanksi lainnya sesuai dengan Peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Surabaya, 28 Desember 2022

Yang membuat pernyataan,



Abd Nasir

NIM.131811573021

HALAMAN PENGESAHAN

**PENGEMBANGAN MODEL KOPING BERBASIS KEYAKINAN
KESEHATAN TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN
KECACATAN PADA PENDERITA KUSTA**

TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, DESEMBER 2022

Promotor



Prof. Dr. H. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes
NIP. 1967100120000031002

Ko-Promotor



Dr. Rachmat Hargono, dr., MS., MPH
NIK.194904272016096101

Mengetahui,
Koordinator Program Studi Doktor Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya



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

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya kepada kita semua, sehingga naskah Ujian Tertutup ini dapat diselesaikan. Ucapan terima kasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan naskah ini, yaitu:

Ijinkan kami mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. M. Nasih, SE., MT., Ak., CMA selaku Rektor Universitas Airlangga atas kesempatan melanjutkan Pendidikan S3 Keperawatan di Program Studi Doktor Keperawatan Universitas Airlangga;
2. Bapak Prof. Dr. H. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku Dekan dan Promotor yang telah memberikan kesempatan saya untuk menuntut ilmu di Program Pendidikan S3 Keperawatan Universitas Airlangga;
3. Bapak Prof. Dr. H. Nursalam, M.Nurs (Hons), Kaprodi Program Studi Doktor Keperawatan atas bimbingan dan pemahamannya selama menyusun naskah ini;
4. Bapak Dr. Rachmat Hargono, dr., MS., MPH selaku Ko-Promotor atas bimbingannya selama penyusunan naskah ini;
5. Bapak Prof. Prof. Kuntoro, dr., M.PH., Dr.PH selaku anggota tim penguji yang telah memberikan semangat selama penyusunan naskah ini;
6. Bapak Dr. M. Yulianto Listiawan, dr., Sp.KK (K)., FINS DV selaku Konsultan yang selalu bersedia memberikan masukan dan motivasi selama penyusunan naskah ini
7. Ibu Dr. Ninuk Dian K, S.Kep.Ns., MANP selaku anggota tim penguji yang telah memberikan semangat selama penyusunan naskah ini;
8. Bapak Dr. Ahsan, S.Kp, M.Kes selaku anggota tim penguji yang telah memberikan semangat selama penyusunan naskah ini;
9. Bapak Prof Dr. Anwar Ma'ruf, drh. M.Kes selaku Dekan Fakultas Vokasi Universitas Airlangga beserta jajarannya atas motivasi dan dukungannya selama penyusunan naskah ini;
10. Seluruh staf pengajar pada Program Studi Doktor Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, atas ilmu yang diberikan sehingga banyak membantu dalam penyelesaian naskah ini.
11. Seluruh responden yang telah bersedia untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, semoga Tuhan YME memberikan kesehatan dan kebahagiaan.
12. Kepala Puskesmas, dan seluruh petugas puskesmas tempat penelitian, yang telah bersedia untuk memfasilitasi kegiatan penelitian ini.
13. Seluruh staf administrasi Program Studi Doktor Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, atas bantuan demi kemudahan dan kelancaran penyusunan naskah disertasi ini.
14. Isteri dan anak-anak tercinta atas keikhlasan dan doa yang selalu diberikan selama penyusunan naskah ini
15. Saudara-saudaraku, kakak dan adik atas doanya selama penyusunan naskah ini
16. Rekan-rekan di Program Doktor Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga atas semangat dan dukungannya selama penyusunan naskah ini

Dalam pembuatan naskah ini tentunya masih banyak kekurangan, karena itu kami mohon masukan, saran dan kritikan yang membangun untuk perbaikan naskah ini dikemudian hari.

Surabaya, Desember 2022

Penulis

Abd. Nasir

RINGKASAN
PENGEMBANGAN MODEL KOPING BERBASIS KEYAKINAN
KESEHATAN TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN
KECACATAN PADA PENDERITA KUSTA

Kecacatan akibat kusta selama menjalani pengobatan menjadi perhatian yang sangat penting oleh petugas kesehatan, dan identifikasi terhadap kecacatan ini menjadi ukuran keberhasilan terhadap pengobatan dan pencegahan pada penyakit kusta. Perhatian ini tidak diimbangi oleh penderita kusta untuk terlibat aktif dalam upaya pencegahan kecacatan, yang berdampak pada penerapan strategi koping pencegahan kecacatan kurang efektif karena penderita kusta kurang yakin terhadap pengobatan kusta yang telah ada. Strategi pencegahan kecacatan melalui program pengobatan juga telah dilaksanakan dengan ketat, namun upaya tersebut belum ada jaminan bahwa penderita kusta terbebas dari kecacatan, karena risiko kecacatan bisa terjadi sebelum, selama dan sesudah pengobatan, dan dampak sosial yang ditimbulkan, dapat menimbulkan masalah psikososial, seperti kemiskinan, perceraian dan sulit mendapatkan pekerjaan yang layak, dan stigma sosial maupun dirinya sendiri menambah penderitaannya karena dapat meningkatkan tekanan mental yang sangat merusak, dan ini dapat menghalangi penderitanya untuk terlibat aktif dalam hubungan sosial, dengan demikian dapat berfungsi sebagai pemicu stres interpersonal, karena tekanan mental akibat stigma dan diskriminasi ini, melebihi penyakitnya sendiri, dan hal ini menjadi penyebab utama terjadinya kecacatan kusta karena terjadi keterlambatan penentuan diagnosis, perawatan dan pengobatan secara difinitif. Integrasi keyakinan kesehatan ke dalam koping kecacatan kusta dalam menghadapi stres akibat adanya kecacatan kusta merupakan ide baru, karena fungsinya dapat digunakan sebagai basis penilaian secara kognitif untuk memperkuat atau memperlemah keyakinan dalam merespon kecacatan kusta sebagai stresor. Fungsi lain adalah bahwa keyakinan kesehatan digunakan sebagai instrumen penting untuk penyangga dari strategi koping yang efektif. Hal ini dimungkinkan, oleh karena perilaku seseorang dimotivasi dari apa yang mereka yakini, dan apa yang diyakini didasarkan pada apa yang dialami, dan dukungan keyakinan ini memberi efek positif terhadap peningkatan sikap seseorang. sehingga dapat digunakan sebagai dasar mengapa penderita kusta memiliki harapan kuat untuk sembuh dari penyakitnya saat mencari bantuan kesehatan. Tujuan penelitian adalah pengembangan model koping berbasis keyakinan kesehatan terhadap pencegahan kecacatan kusta.

Kerangka konseptual dalam penelitian ini, menggunakan dasar teori “*model stress, appraisal and coping strategy in transactional theory*”, keyakinan kesehatan dan pencegahan kecacatan kusta. Koping diartikan sebagai tanggapan terhadap masalah yang dapat menimbulkan stres, dan ini dihasilkan dari proses transaksi melalui proses pemaknaan yang berasal dari peristiwa yang terjadi dari hubungan antara individu dengan lingkungannya. Proses transaksi ini melibatkan 2 (dua) kelompok kekuatan besar yang saling memengaruhi yaitu agenda pribadi penderita kusta, termasuk nilai-nilai, tujuan, kepercayaan mereka dan lingkungan pribadi penderita kusta, seperti tuntutan dan sumber daya. Dalam penelitian ini, koping kecacatan kusta yang adaptif dihasilkan dari proses transaksi antara hasil dari penilaian kognitif (penilaian primer dan penilaian sekunder) dalam merespos

kecacatan kusta sebagai stresor dengan sumber koping (koping fokus pada masalah dan koping fokus pada emosi) melalui penggunaan strategi koping yang efektif dalam menjamin kesejahteraan hidup penderita kusta. Keyakinan digambarkan sebagai apa yang akan dilakukan nanti pasti mendapatkan keberhasilan sebagaimana orang lain telah berhasil dalam melakukan aktifitas tertentu, sehingga memberi efek positif terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap seseorang. Keyakinan kesehatan dimanfaatkan sebagai mediator dari hubungan antara pengetahuan kesehatan dengan perilaku pencegahan, dan dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan, dan sebaliknya perasaan khawatir atau tidak yakin terhadap pengobatan sebagai faktor prediktor dari kegagalan pengobatan, sehingga memberikan alternatif pilihan dalam mencari bantuan kesehatan untuk kesembuhan penyakitnya.

Jenis penelitian ini adalah *explanatory research* dengan menggunakan 3 tahapan penelitian. Metode penelitian tahap pertama menggunakan desain observasional analitik dengan jumlah sampel 105 penderita kusta. Variabel penelitian terdiri dari variabel eksogen dan variabel endogen. Variabel eksogen parameter (X) berjumlah 6 yaitu: 1) faktor individu (X1), 2) faktor pelayanan kesehatan (X2), 3) faktor lingkungan (X3), 4) penilaian primer (X4), 5) penilaian sekunder (X5), dan 6) strategi koping (X6). Sedangkan variabel endogen terdiri dari 1 variabel yaitu pencegahan kecacatan kusta (Y1). Analisis data menggunakan Analisis SEM (*Structural Equation Modeling*) dengan Smart-PLS (*Partial Least Square*). Penelitian tahap kedua adalah penyusunan modul. Tahap kedua diawali dengan strategi isu pada tahap pertama, dilanjutkan dengan pelaksanaan diskusi kelompok terarah yang melibatkan perawat dan kepala puskesmas (6 peserta), dan penderita kusta (6 peserta), dan dilanjutkan dengan diskusi ahli. Selanjutnya adalah diskusi ahli dengan 6 *reviewer* ahli. Penelitian tahap ketiga menggunakan desain penelitian "*quasy eksperiment*". Variabel bebas pada tahap ketiga adalah intervensi berbasis modul koping berbasis kepercayaan kesehatan terhadap pencegahan kecacatan kusta, sedangkan variabel terikatnya adalah perilaku pencegahan kecacatan dengan subvariabel status fungsional, perawatan diri dan kesejahteraan emosional. Instrumen penelitian yang digunakan adalah modul koping berbasis keyakinan kesehatan terhadap pencegahan kecacatan kusta dan lembar observasi status POD (pencegahan kecacatan). Kelompok perlakuan diberikan intervensi penerapan modul peningkatan pencegahan kecacatan kusta melalui upaya koping berbasis keyakinan kesehatan sedangkan kelompok kontrol mendapatkan intervensi standar pusat kesehatan masyarakat.

Pengukuran *pre-test* dilakukan pada H-1 selama 45-60 menit. Implementasi modul peningkatan pencegahan kecacatan kusta melalui upaya koping berbasis keyakinan kesehatan meliputi 4 tahap: 1) sosialisasi; 2) eksternalisasi, 3) internalisasi, dan 4) evaluasi. Sosialisasi dilakukan pada bulan pertama yang dilakukan selama 90 menit pada masing-masing kelompok (*self care group*) berupa penerapan modul peningkatan pencegahan kecacatan kusta melalui upaya koping berbasis keyakinan kesehatan yang diberikan melalui diskusi kelompok dengan menekankan penilaian kognitif dan perilaku untuk mengidentifikasi keyakinan adanya keparahan dan keyakinan adanya risiko yang dialami penderita kusta selama menderita kusta, mengidentifikasi sumber daya koping yang dimiliki, motivasi dan petunjuk untuk bertindak, hambatan dan manfaat yang

dirasakan dan bagaimana strategi koping yang digunakan untuk menghindari kecacatan akibat kusta. Selain itu juga pada hari kedua mendemonstrasikan cara perawatan diri dan pencegahan kecacatan kusta melalui role playing selama 60 menit. Pada minggu yang kedua dilakukan internalisasi, yaitu melakukan pendampingan pada penderita kusta dilakukan selama 90 menit. Pada bulan ketiga, evaluasi dilakukan untuk mengukur hasil dari proses intervensi secara menyeluruh. Pada evaluasi akhir juga dilakukan *post-test* selama 60-90 menit. Analisis data menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test*, serta uji *Mann-Whitney U Test* untuk menilai efektivitas implementasi modul peningkatan pencegahan kusta melalui upaya koping berbasis keyakinan kesehatan.

Hasil penelitian tahap satu menunjukkan bahwa model koping berbasis keyakinan kesehatan terhadap pencegahan kecacatan kusta dibentuk oleh berbagai faktor. Penilaian primer dipengaruhi oleh faktor individu ($p=0,002$), faktor pelayanan kesehatan ($p=0,002$), faktor lingkungan ($=0,000$). Penilaian sekunder dipengaruhi oleh faktor individu ($p=0,000$), faktor pelayanan kesehatan ($p=0,023$), faktor lingkungan ($p=0,000$). Strategi koping dipengaruhi oleh penilaian primer ($p=0,004$), penilaian sekunder ($p=0,003$). Koping kecacatan kusta dipengaruhi oleh faktor lingkungan ($p=0,029$), penilaian primer ($p=0,005$), penilaian sekunder ($p=0,000$) dan strategi koping ($p=0,003$). Selain itu, nilai koefisien determinasi menunjukkan: *Ajusted R Square* (42,3%), yang menunjukkan bahwa konstruk eksogen (X1), (X2), (X3), (X4), (X5), (X6) secara serentak memengaruhi konstruk endogen (Y) secara moderat dan nilai *Predictive Relevance* (Q^2) menunjukkan relevansi model koping kecacatan kusta bila digunakan di tempat yang berbeda sebesar 0,416. Hasil penelitian tahap dua adalah terbentuknya modul “koping berbasis keyakinan kesehatan” yang berisi tentang penilaian primer, penilaian sekunder dan strategi koping dan koping kecacatan kusta untuk digunakan sebagai pedoman dalam pencegahan kecacatan kusta. Hasil penelitian tahap 3 menunjukkan bahwa intervensi penerapan modul peningkatan pencegahan kecacatan kusta melalui upaya koping berbasis keyakinan kesehatan terbukti meningkatkan status fungsional, yaitu fungsi syaraf mata ($p=0,003$), rasa raba jari dan telapak tangan ($p=0,000$), rasa raba jari dan telapak kaki ($p=0,001$). Pada perawatan diri: perawatan mata ($p=0,000$). Perawatan tangan: perawatan luka telapak tangan ($p=0,000$), dan kekakuan jari tangan ($p=0,000$). Perawatan kaki: perawatan luka telapak kaki ($p=0,000$), kekakuan jari kaki ($p=0,000$). Sedangkan perawatan kulit ($p=0,000$), dan kesejahteraan emosi ($p=0,000$).

Temuan baru dalam penelitian ini, adalah bahwa pengembangan model koping berbasis keyakinan kesehatan terhadap pencegahan kecacatan kusta dapat dibentuk melalui integrasi koping dan keyakinan kesehatan. Koping adaptif dalam menangani kecacatan kusta didasarkan pada seberapa banyak hasil dari penilaian sekunder yang telah diidentifikasi, dengan menilai sumber-sumber yang dimiliki, baik sumber daya koping, dorongan yang dimiliki maupun petunjuk yang telah didapat, digunakan sebagai dasar untuk memilih dan menggunakan sumber koping yang sesuai dengan kualitas kecacatan kusta sebagai stresor yang mengancam atau membahayakan. Strategi koping memberi penguat terhadap pilihan sumber koping yang telah ditentukan dalam merespon kecacatan kusta. Faktor-faktor yang menjadi dasar untuk membentuk penilaian sekunder yaitu 1) faktor individu (meliputi umur, jenis kelamin, status sosial ekonomi, status pekerjaan, status perkawinan, pengalaman sakit, status pengobatan, tipe kusta,

tingkat kecacatan dan pengetahuan), 2) faktor pelayanan kesehatan kesehatan (meliputi: petugas kesehatan, sarana kesehatan dan aksesibilitas), 3) faktor lingkungan (meliputi stigma dan dukungan sosial).

Penelitian ini menghasilkan beberapa kesimpulan, meliputi: faktor individu berpengaruh langsung dengan penilaian primer, penilaian sekunder, dan berpengaruh tidak langsung terhadap koping melalui mediasi penilaian sekunder, faktor pelayanan kesehatan berpengaruh langsung terhadap penilaian primer dan penilaian sekunder, dan berpengaruh tidak langsung terhadap koping melalui mediasi penilaian primer, faktor lingkungan berpengaruh terhadap langsung terhadap penilaian primer, penilaian sekunder dan koping kecacatan kusta, penilaian primer berpengaruh langsung terhadap strategi koping dan koping kecacatan kusta, penilaian sekunder berpengaruh terhadap strategi koping dan koping kecacatan kusta, dan strategi koping berpengaruh terhadap koping kecacatan kusta. Intervensi berbasis modul koping berbasis keyakinan kesehatan terhadap pencegahan kecacatan kusta dapat melingkarkan pencegahan kecacatan kusta. Hasil temuan ini memberikan referensi agar intervensi masalah psikososial juga menjadi bagian penting dari program pengobatan kusta, perlu dibentuk kader-kader kesehatan sebagai pendamping untuk membantu meningkatkan mental emosional dan memberikan dukungan untuk perawatan diri, disamping perlunya disediakan ruang konseling untuk intervensi meningkatkan konsep diri penderita kusta disetiap layanan kesehatan.

SUMMARY

DEVELOPMENT OF COPING MODELS BASED ON HEALTH BELIEFS ON PREVENTIVE BEHAVIOR DISABILITIES OF PEOPLE WITH LEPROSY

Disability due to leprosy during treatment is a very important concern for health workers, and the identification of this disability is a measure of success in the treatment and prevention of leprosy. This concern is not matched by leprosy sufferers to be actively involved in efforts to prevent disability, which has an impact on the implementation of disability prevention coping strategies that are less effective because leprosy sufferers lack confidence in existing leprosy treatments. The strategy for preventing disability through treatment programs has also been strictly implemented, but there is no guarantee that leprosy sufferers will be free from disability, because the risk of disability can occur before, during, and after treatment, and the resulting social impacts can cause psychosocial problems, such as poverty, divorce and difficulty getting a decent job, and social and self-stigma add to their suffering because it can increase mental stress which is very damaging, and this can prevent sufferers from being actively involved in social relationships, thus can function as a trigger for interpersonal stress, due to mental pressure the result of this stigma and discrimination, more than the disease itself, and this is the main cause of disability in leprosy due to delays in determining a definitive diagnosis and treatment. Integrating health beliefs into leprosy disability coping in dealing with stress due to leprosy disability is a new idea because its function can be used as a basis for cognitive assessment to strengthen or weaken beliefs in responding to leprosy disability as a stressor. Another function is that health beliefs are used as an important instrument for the underpinning of effective coping strategies. This is possible, because a person's behavior is motivated by what they believe, and what is believed is based on what is experienced, and the support of this belief has a positive effect on improving one's attitude. so that it can be used as a basis for why leprosy sufferers have a strong hope of recovering from their disease when they seek medical assistance. This study aimed to develop a health belief-based coping model to prevent leprosy.

The conceptual framework in this study uses the basic theory of "model stress, appraisal, and coping strategy in transactional theory", health beliefs, and disability prevention of leprosy. Coping is interpreted as a response to problems that can cause stress, and this is produced from a transaction process through a process of meaning that comes from events that occur in the relationship between individuals and their environment. This transaction process involves 2 (two) major power groups that influence each other, namely the personal agenda of leprosy sufferers, including their values, goals, beliefs, and personal environments of lepers, such as demands and resources. In this study, adaptive coping for leprosy disability resulted from a transaction process between the results of the cognitive assessment (primary assessment and secondary assessment) in responding to leprosy disability as a stressor with coping sources (coping focused on problems and coping focused on emotions) through the use of

coping strategies that effective in ensuring the welfare of leprosy patients. Confidence is described as what will be done later will definitely get success as other people have succeeded in carrying out certain activities so that it has a positive effect on increasing one's knowledge and attitude. Health beliefs are used as a mediator of the relationship between health knowledge and preventive behavior and can increase treatment adherence, and conversely, feelings of worry or uncertainty about treatment are predictors of treatment failure, thus providing alternative choices in seeking health assistance to cure the disease.

This type of research is explanatory research using 3 stages of research. The first stage of the research method used an analytic observational design with a sample size of 105 lepers. The research variables consist of exogenous variables and endogenous variables. There are 6 exogenous parameter sub-variables (X), namely: 1) individual factors (X1), 2) health service factors (X2), 3) environmental factors (X3), 4) primary assessment (X4), 5) secondary assessment (X5), and 6) coping strategies (X6). While the endogenous variables consist of 1 variable, namely the prevention of leprosy disability (Y1). Data analysis used SEM (Structural Equation Modeling) Analysis with Smart-PLS (Partial Least Square). The second stage of research is the preparation of modules. The second stage begins with the issue strategy in the first stage, followed by the implementation of focus group discussions involving nurses and heads of community health centers (6 participants), and leprosy sufferers (6 participants), and continues with expert discussions. Next is an expert discussion with 6 expert reviewers. The third stage of research uses a "queasy experiment" research design. The independent variable in the third stage was a health belief-based coping module-based intervention for preventing leprosy disability, while the dependent variable was disability prevention behavior with sub-variables of functional status, self-care, and emotional well-being. The research instruments used were health belief-based coping modules for the prevention of leprosy disabilities and POD (disability prevention) observation sheets.

Pre-test measurements were carried out on D-1 for 45-60 minutes. The implementation of the module for increasing the prevention of leprosy disability through health belief-based coping efforts includes 4 stages: 1) socialization; 2) externalization, 3) internalization, and 4) evaluation. Socialization was carried out in the first month which was carried out for 90 minutes in each group (self-care group) in the form of implementing a module to increase the prevention of leprosy defects through health belief-based coping efforts provided through group discussions emphasizing cognitive and behavioral assessments to identify beliefs about the severity and beliefs about the risks experienced by leprosy sufferers while suffering from leprosy, identifying coping resources they have, motivation and instructions for action, perceived obstacles and benefits and how coping strategies are used to avoid disability due to leprosy. In addition, on the second day, they demonstrated how to take care of themselves and prevent the disability of leprosy through role-playing for 60 minutes. In the second week, internalization was carried out, namely providing assistance to leprosy sufferers for 90 minutes. In the third month, an evaluation is carried out to measure the results of the overall intervention process. In the final evaluation, a post-test was also carried out for 60-90 minutes. Data analysis used the Wilcoxon Signed Rank Test, as well as the Mann-Whitney U Test to assess the effectiveness of the

implementation of leprosy prevention enhancement modules through health belief-based coping efforts.

The results of the first phase of the study showed that the health belief-based coping model for preventing leprosy was shaped by various factors. Primary assessment is influenced by individual factors ($p=0.002$), health service factors ($p=0.002$), and environmental factors ($p=0.000$). Secondary assessment is influenced by individual factors ($p=0.000$), health service factors ($p=0.023$), and environmental factors ($p=0.000$). Coping strategies are influenced by primary assessment ($p=0.004$), and secondary assessment ($p=0.003$). Coping with leprosy disability was influenced by environmental factors ($p=0.029$), primary assessment ($p=0.005$), secondary assessment ($p=0.000$), and coping strategies ($p=0.003$). In addition, the coefficient of determination shows Adjusted R Square (42.3%), which indicates that exogenous constructs (X1), (X2), (X3), (X4), (X5), (X6) simultaneously affect the construct endogenous (Y) moderately and the Predictive Relevance (Q2) value shows the relevance of the leprosy disability coping model when used in different places of 0.416. The result of the second phase of the research was the formation of a module "health belief-based coping" which contains primary assessment, secondary assessment, and coping strategies and coping strategies for leprosy to be used as a guide in preventing leprosy disability. The results of the 3rd phase of the study showed that the intervention by implementing the module to increase the prevention of leprosy disability through health belief-based coping efforts were proven to improve functional status, namely the function of the optic nerve ($p=0.003$). the feeling of feeling fingers and palms ($p=0.000$), feeling of feeling fingers and soles of feet ($p=0.001$). On self-care: eye care ($p=0.000$). Hand care: treatment of palm injuries ($p=0.000$), and finger stiffness ($p=0.000$). Foot care: foot wound care ($p=0.000$), toe stiffness ($p=0.000$). While skin care ($p=0.000$), and emotional well-being ($p=0.000$).

A new finding in this study is that the development of a health belief-based coping model for the prevention of leprosy disabilities can be formed through the integration of coping and health beliefs. Adaptive coping in dealing with leprosy disabilities is based on how much the results of the secondary assessment have been identified, by assessing the resources they have, both coping resources, encouragement they have, and instructions that have been obtained, used as a basis for selecting and using coping resources that are appropriate according to the quality of leprosy disability as a threatening or harmful stressor. Coping strategies provide reinforcement of the choice of coping resources that have been determined in response to leprosy disabilities. The factors that form the basis for forming a secondary assessment are 1) individual factors (including age, gender, socioeconomic status, employment status, marital status, illness experience, treatment status, type of leprosy, level of disability, and knowledge), 2) factors health services (including health workers, health facilities and accessibility), 3) environmental factors (covering stigma and social support).

This study resulted in several conclusions, including individual factors have a direct effect on primary assessment, and secondary assessment, and have an indirect effect on coping through the mediation of secondary assessment, health service factors have a direct effect on primary assessment and secondary assessment, and have an indirect effect on coping through mediation primary assessment, environmental factors have a direct effect on the primary assessment,

secondary assessment and coping with leprosy disability, primary assessment has a direct effect on coping strategies and coping with leprosy disability, secondary assessment has an effect on leprosy coping and coping strategies, and coping strategies have an effect on leprosy coping. Module-based interventions to improve leprosy disability prevention through health belief-based coping efforts can improve leprosy disability prevention. The results of these findings provide a reference so that psychosocial problem intervention is also an important part of the leprosy treatment program, it is necessary to form health cadres as companions to help improve emotional mentality and provide support for self-care, in addition to the need to provide counseling rooms for interventions to improve the self-concept of leprosy sufferers every health service.

ABSTRAK

PENGEMBANGAN MODEL KOPING BERBASIS KEYAKINAN KESEHATAN TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN KECACATAN PADA PENDERITA KUSTA

ABD.NASIR

Pendahuluan: Kecacatan kusta telah menjadi perhatian serius, karena koping kecacatan kusta yang telah ada, belum mampu meningkatkan perilaku pencegahan kecacatan. Hal ini terjadi karena mereka kurang yakin terhadap pengobatan yang telah diberikan. Tujuan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pengembangan model koping berbasis keyakinan kesehatan dalam pencegahan kecacatan kusta". **Metode:** Penelitian ini menggunakan *explanatory research* dalam tiga tahap penelitian. Desain penelitian tahap 1 adalah *cross-sectional* ($n = 105$). Tahap 2, pengembangan model, dilakukan melalui *focus group discussion*, *penderita kusta* ($n=7$), perawat ($n=7$) dan pengendali program ($n=7$). Tahap 3 menggunakan desain eksperimen semu ($n=80$), dibagi menjadi dua kelompok, kelompok perlakuan, $n = 41$ responden dan kelompok kontrol, $n = 39$ responden).

Hasil: Hasil nilai path coefisien, penilaian sekunder dipengaruhi faktor individu (0,302), faktor pelayanan kesehatan (0,187), faktor lingkungan (0,247). Strategi koping dipengaruhi oleh penilaian sekunder (0,280), dan koping dipengaruhi strategi koping (0,184). Nilai R^2 : *Adjusted R Square* (42,3%) dan nilai *Predictive Relevance* (Q^2): koping penanganan kecacatan kusta ($Q^2=0,416$). Hasil penelitian tahap dua adalah terbentuknya modul “koping berbasis keyakinan kesehatan”. Hasil penelitian tahap tiga: status fungsional, yaitu fungsi syaraf mata ($p=0,003$). rasa raba tangan ($p=0.000$), rasa kaki ($p=0.001$). Perawatan mata ($p=0.000$). Perawatan luka telapak tangan ($p=0.000$), dan kekakuan jari tangan ($p=0.000$). Perawatan luka kaki ($p=0.000$), kekakuan jari kaki ($p=0.000$). Perawatan kulit ($p=0.000$), dan kesejahteraan emosi ($p=0.000$). **Diskusi dan Rekomendasi:** Model koping berbasis keyakinan kesehatan melibatkan penilaian sekunder dan koping dengan strategi koping sebagai penguat untuk menentukan sumber koping yang dipilih yang disesuaikan dengan kualitas kecacatan kusta sebagai stresor, sehingga direkomendasikan agar intervensi berbasis modul “koping berbasis keyakinan kesehatan” perlu diterapkan dalam meningkatkan pencegahan kecacatan kusta.

Kata Kunci: Koping, keyakinan kesehatan, modul, kecacatan kusta.

ABSTRACT

DEVELOPMENT OF COPING MODELS BASED ON HEALTH BELIEFS ON PREVENTIVE BEHAVIOR DISABILITIES OF PEOPLE WITH LEPROSY

ABD.NASIR

Introduction: Leprosy disability is a serious concern because existing leprosy coping methods have not been able to improve disability prevention behavior. This happens because they are not sure about the treatment that has been given. This study aimed to develop a health belief-based coping model to prevent leprosy. **Method:** the research method uses explanatory research in three stages of research. The phase 1 study design was cross-sectional ($n = 105$). Stage 2, model development, was carried out through focus group discussions, lepers ($n=7$), nurses ($n=7$), and program controllers ($n=7$). Stage 3 uses a quasi-experimental design ($n = 80$), divided into two groups, treatment group $n = 41$ respondents and control group $n = 39$ respondents). **Results:** The results of the path coefficient value, the secondary assessment is influenced by individual factors (0.302), health service factors (0.187), and environmental factors (0.247). Coping strategies are influenced by secondary assessment (0.280), and coping is influenced by coping strategies (0.184). R^2 value: Adjusted R Square (42.3%) and Predictive Relevance (Q^2) value: coping with leprosy disability management ($Q^2=0.416$). The result of the second phase of the research was the formation of a "health belief-based coping" module. The results of the third phase of the study: functional status, namely the function of the optic nerve ($p=0.003$). the feeling of touch ($p=0.000$), feeling of feet ($p=0.001$). Eye care ($p=0.000$). Treatment of palm injuries ($p=0.000$), and finger stiffness ($p=0.000$). Foot wound care ($p=0.000$), toe stiffness ($p=0.000$). Skincare ($p=0.000$), and emotional well-being ($p=0.000$). **Discussion and Recommendations:** The health belief-based coping model involves secondary assessment, and coping. coping strategies are also applied to strengthen the choice of coping alternatives that are tailored to the quality of leprosy disability as a stressor, so it is recommended that module-based interventions "health belief-based coping" need to be implemented in improving the prevention of leprosy disability.

Keywords: Coping, health belief, module, leprosy disability

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
UCAPAN TERIMA KASIH.....	iv
RINGKASAN	vi
<i>SUMMARY</i>	x
ABSTRAK.....	xiv
<i>ABSTRACT</i>	xv
DAFTAR ISI.....	xvi
DAFTAR TABEL	xxi
DAFTAR GAMBAR	xxiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxiv
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xxv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Manfaat Teoritis	8
1.4.2 Manfaat Praktis	9
1.5 Rencana Temuan baru	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Koping	12
2.1.1 Pengertian coping.....	12
2.1.2 Sumber-sumber Koping	13
2.1.3 Bentuk-bentuk coping.....	15
2.1.4 <i>Coping effort</i>	19

2.1.5 Kelebihan dan kekurangan coping	20
2.2 Stres	21
2.2.1 Pengertian stres	21
2.2.2 Penilaian terhadap stres	22
2.2.3 Model Stress, Appraisal and Coping Strategy in Transactional Theory	24
2.3 Keyakinan Kesehatan	26
2.3.1 Keyakinan	26
2.3.2 <i>Health Belief Model</i>	27
2.3.3 Komponen Health Belief Model	29
2.3.4 Kelebihan dan kekurangan <i>healt belief model</i>	31
2.4 Perilaku Pencegahan Kecacatan Kusta	33
2.4.1 Pencegahan Primer	34
2.4.2 Pencegahan Sekunder	34
2.4.3 Pencegahan Tersier	38
2.5 Kusta	39
2.5.1 Pengertian Penyakit Kusta	39
2.5.2 Etiologi	39
2.5.3 Epidemiologi	40
2.5.4 Manifestasi klinis dan diagnosis	41
2.5.5 Tipe Kusta	43
2.5.6 Pengobatan Kusta	45
2.6 Reaksi Kusta sebagai Sumber Kecacatan	46
2.6.1 Pengertian reaksi kusta	46
2.6.2 Pathogenesis Reaksi Kusta	47
2.6.3 Tipe Reaksi Kusta	48
2.6.4 Tingkat Kecacatan Kusta	49
2.7 Keaslian Penelitian	49
2.8 Kerangka Teori	62
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	66
3.1 Kerangka Konseptual	66
3.2 Hipotesis Penelitian	69
BAB 4 METODE PENELITIAN	72

4.1 Tahap 1	72
4.1.1 Desain Penelitian.....	72
4.1.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	73
4.1.3 Populasi, Sampel dan Sampling.....	74
4.1.4 Variabel dan Definisi Operasional Variabel	77
4.1.5 Instrumen Penelitian	89
4.1.6 Prosedur Pengambilan Data	103
4.1.7 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian	103
4.1.8 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Konstruk.....	105
4.1.9 Analisis Data	116
4.1.10 Kerangka Analisis Model Hubungan antar Variabel.....	119
4.2 Tahap 2	120
4.3 Tahap 3	124
4.3.1 Desain Penelitian.....	124
4.3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	125
4.3.3 Populasi, Sampel dan Sampling.....	125
4.3.4 Variabel dan Definisi Operasional Variabel	128
4.3.5 Instrumen Penelitian	130
4.3.6 Lokasi dan waktu penelitian.....	134
4.3.7 Prosedur Pengambilan Data	135
4.3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas	139
4.3.9 Analisis Data	140
4.3.10 Kerangka Operasional	141
4.4 Etik Penelitian.....	143
BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN.....	146
5.1 Hasil tahap 1	146
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	146
5.1.2 Deskripsi Variabel Penelitian.....	148
5.2 Analisis Berdasarkan Model Struktural.....	157
5.2.1 <i>Outer model</i>	157
5.2.2 <i>Inner model</i>	158
5.3 Hasil tahap 2	168

5.3.1 Penetapan Isu Strategis	168
5.3.2 Hasil <i>Focus Group Discussion</i>	174
5.3.3 Rekomendasi Hasil FGD	183
5.3.4 Pengembangan model koping berbasis keyakinan kesehatan terhadap pencegahan kecacatan pada penderita kusta	184
5.3.5 Konsultasi pakar/ <i>expert review</i>	187
5.4 Hasil tahap 3	192
5.4.1 Karakteristik Responden	192
5.4.2 Pengaruh intervensi modul “koping berbasis keyakinan kesehatan terhadap pencegahan kecacatan kusta” terhadap status fungsional	193
5.4.3 Pengaruh intervensi modul “ koping berbasis keyakinan kesehatan terhadap pencegahan kecacatan kusta” terhadap perawatan diri	196
5.4.4 Pengaruh intervensi Modul “koping berbasis keyakinan kesehatan terhadap pencegahan kecacatan kusta” pada Kesejahteraan emosi	200
BAB 6 PEMBAHASAN	202
6.1 Model Koping berbasis Keyakinan Kesehatan untuk meningkatkan pencegahan kecacatan kusta	202
6.1.1 Pengaruh faktor individu terhadap penilaian primer	202
6.1.2 Pengaruh faktor pelayanan kesehatan terhadap penilaian primer	204
6.1.3 Pengaruh faktor lingkungan terhadap penilaian primer	207
6.1.4 Pengaruh faktor individu terhadap penilaian sekunder (<i>secondary appraisal</i>)	209
6.1.5 Pengaruh faktor pelayanan kesehatan terhadap penilaian sekunder (<i>secondary appraisal</i>)	212
6.1.6 Pengaruh faktor lingkungan terhadap penilaian sekunder (<i>secondary appraisal</i>)	215
6.1.7 Pengaruh faktor individu terhadap koping kecacatan kusta	220
6.1.8 Pengaruh faktor pelayanan kesehatan terhadap koping kecacatan kusta.....	221
6.1.9 Pengaruh faktor lingkungan terhadap koping kecacatan kusta	224
6.1.10 Pengaruh penilaian primer terhadap koping kecacatan kusta.....	227
6.1.11 Pengaruh penilaian sekunder terhadap koping kecacatan kusta.....	228
6.1.12 Pengaruh strategi koping terhadap koping kecacatan kusta	231
6.1.13 Pengaruh penilaian primer terhadap strategi koping	233
6.1.14 Pengaruh penilaian sekunder terhadap strategi koping	234
6.1.15 Pengaruh intervensi berbasis modul “koping berbasis keyakinan kesehatan terhadap pencegahan kecacatan pada penderita kusta	236

6.2 Temuan Baru	240
6.2.1 Kontribusi Penelitian.....	243
6.3 Keterbatasan Penelitian.....	246
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	248
7.1 Kesimpulan	248
7.2 Saran.....	251
DAFTAR PUSTAKA	254
Lampiran 1 Sertifikat Etik.....	274
Lampiran 2 Ijin Penelitian dan Penggunaan lahan.....	275
Lampiran 3 Rekomendasi Izin Penelitian	276
Lampiran 4 Ijin Penelitian.....	278
Lampiran 5 Kuesioner tahap 1	279
Lampiran 6 Permintaan Menjadi Responden FGD	297
Lampiran 7 Kuesioner tahap 3	300
Lampiran 8 Tabel hasil uji validitas dan reliabilitas uji coba quisionare.....	305
Lampiran 9 Hasil Analisis SEM-PLS Tahap 1	315
Lampiran 10 HAKI Modul	335

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Distribusi Penderita Kusta Baru dan Penderita RFT di Puskesmas se Kabupaten Gresik, 2020.....	74
Tabel 4. 2 Distribusi Besar Sampel Penelitian Berdasarkan Proporsi	76
Tabel 4.3 Variabel dan Indikator Penelitian Tahap 1 Pengembangan Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta, 2020.....	78
Tabel 4.4 Definisi Operasional Penelitian Tahap I Pengembangan Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta, 2020.....	79
Tabel 4.5 <i>Blue Print</i> Kuesioner Pengetahuan tentang Pencegahan Kecacatan Kusta.....	92
Tabel 4. 6 <i>Blue print</i> Kuesioner Petugas Kesehatan	93
Tabel 4.7 <i>Blue Print</i> Sarana Kesehatan.....	93
Tabel 4. 8 <i>Blue Print</i> Kuesioner Aksesibilitas ke Sarana Kesehatan Penderita Kusta	94
Tabel 4. 9 <i>Blue Print</i> Kuesioner Stigma Penderita Kusta	95
Tabel 4. 10 <i>Blue Print</i> Kuesioner Dukungan Sosial Penderita Kusta.....	95
Tabel 4. 11 <i>Blue Print</i> Kuesioner Keyakinan Adanya Keperahann.....	96
Tabel 4. 12 <i>Blue Print</i> Kuesioner Keyakinan Adanya Risiko.....	97
Tabel 4. 13 <i>Blue Print</i> Kuesioner Sumber Daya Koping	98
Tabel 4. 14 <i>Blue Print</i> Kuesioner Motivasi	98
Tabel 4. 15 <i>Blue Print</i> Kuesioner Petunjuk untuk Bertindak.....	99
Tabel 4. 16 <i>Blue Print</i> Kuesioner Keyakinan Adanya Manfaat.....	100
Tabel 4. 17 <i>Blue Print</i> Keyakinan Adanya Halangan	101
Tabel 4. 18 <i>Blue Print</i> Kuesioner Koping Masalah Kecacatan Kusta	102
Tabel 4. 19 <i>Blue print</i> Kuesioner Koping Fokus Pada Emosi.....	102
Tabel 4.20 Hasil Pengujian Validitas Konvergen dari <i>loading factor</i> (λ) pada faktor individu (X1) Data Penelitian Tahap I Pengembangan Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta di Kabupaten Gresik, 2020.....	106
Tabel 4. 21 Hasil Pengujian Validitas Konvergen dari <i>loading factor</i> (λ) pada faktor Pelayanan Kesehatan (X2) Data Penelitian Tahap I Pengembangan Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta di Kabupaten Gresik, 2020	107
Tabel 4. 22 Hasil Pengujian Validitas Konvergen dari <i>loading factor</i> (λ) pada faktor Lingkungan Masyarakat (X3) Data Penelitian Tahap I Pengembangan Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta di Kabupaten Gresik, 2020	108
Tabel 4. 23 Hasil Pengujian Validitas Konvergen dari <i>loading factor</i> (λ) pada Penilaian Primer (X4) Data Penelitian Tahap I Pengembangan Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta di Kabupaten Gresik, 2020.....	110
Tabel 4. 24 Hasil Pengujian Validitas Konvergen dari <i>loading factor</i> (λ) pada Penilaian Sekunder (X5) Data Penelitian Tahap I Pengembangan	

	Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta di Kabupaten Gresik, 2020.....	110
Tabel 4. 25	Hasil Pengujian Validitas Konvergen dari <i>loading factor</i> (λ) pada Strategi Koping (X6) Data Penelitian Tahap I Pengembangan Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta di Kabupaten Gresik, 2020.....	112
Tabel 4. 26	Hasil Pengujian Validitas Konvergen dari <i>loading factor</i> (λ) pada Koping Individu (Y1) Data Penelitian Tahap I Pengembangan Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta di Kabupaten Gresik, 2020.....	113
Tabel 4. 27	Hasil Pengujian <i>Average Variance Extracted</i> (AVE), data penelitian tahap I Pengembangan Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta di Kabupaten Gresik, 2020.....	114
Tabel 4. 28	Hasil Pengujian <i>Cronbach Alpha</i> , <i>Rho_A</i> dan <i>Composite Reliability</i> , data Penelitian Tahap I Pengembangan Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta di Kabupaten Gresik, 2020	115
Tabel 4. 29	Definisi Operasional Variabel Tahap 3	128
Tabel 4. 30	<i>Print</i> Kuesioner Status Fungsional pada Penderita Kusta.....	133
Tabel 4. 31	<i>Blue print</i> Kuesioner Perawatan Diri Penderita Kusta.....	134
Tabel 4. 32	<i>Blue print</i> Kuesioner Kesejahteraan Emosi Penderita Kusta.....	134

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1	<i>Stress, Appraisal and Coping Strategy in Transactional Theory</i> (Lazarus & Folkman, 1984; (Nursalam, 2016).....	25
Gambar 2. 2	<i>Health Belief Models</i> dari (Sheeran Paschal & Abraham Charles, 2015).....	28
Gambar 2. 3	Lokasi Penebalan Syaraf Tepi pada Penderita Kusta.....	42
Gambar 2. 4	Diagram <i>Flow Chart</i> Hasil Pencarian dan Seleksi Studi.....	50
Gambar 2.5	Kerangka Teori Penelitian Pengembangan Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Perilaku Pencegahan Kecacatan Pada Penderita Kusta.....	62
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian Pengembangan Koping berbasis Keyakinan Kesehatan terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta, 2022	66
Gambar 4.1	Struktur Pengambilan Sampel Penelitian dengan teknik <i>Multi Stage Random Sampling</i>	77
Gambar 4.2	Kerangka Analisis Pengembangan Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta, 2020	119
Gambar 4.3	Kerangka Operasional Pengembangan Modul “Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta” Di Kabupaten Gresik, 2022	121
Gambar 4. 4	Desain Quasi Eksperimen Tipe Pre-test Only Control Group Desain (Sumber: Nursalam, 2017)	124
Gambar 4. 5	Kerangka Operasional Penelitian Pengembangan Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Pada Penderita Kusta, 2022.....	142
Gambar 5. 1	Denah Wilayah dan Batas wilayah Kabupaten Gresik	147
Gambar 5. 2	Konstruk PLS Algoritma (<i>Outer Model</i>) Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Penderita Kusta di Kabupaten Gresik, 2022	157
Gambar 5. 3	Konstruk PLS Algoritma (<i>Inner Model</i>) Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Penderita Kusta di Kabupaten Gresik, 2022	159
Gambar 5.4	Konstruk PLS Algoritma (Inner Model Akhir) Model Koping Berbasis Keyakinan Kesehatan Terhadap Pencegahan Kecacatan Penderita Kusta di Kabupaten Gresik, 2022	167

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Sertifikat Etik.....	274
Lampiran 2 Ijin Penelitian dan Penggunaan Lahan.....	275
Lampiran 3 Rekomendasi Ijin Penelitian.....	276
Lampiran 4 Ijin Penelitian.....	278
Lampiran 5 Kuesioner Tahap 1.....	279
Lampiran 6 Permintaan Menjadi Responden FGD.....	297
Lampiran 7 Kuesioner Tahap 3.....	300
Lampiran 8 Tabel Hasil Uji Validitas dan Reabilitas.....	305
Lampiran 9 Hasil Analisis SEM-PLS Tahap 1.....	315
Lampiran 10 HAKI Leaflet.....	335
Lampiran 11 HAKI Modul.....	338
Lampiran 12 Modul ber ISBN.....	340

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

AVE	: <i>Average Varians Extracted</i>
BB	: <i>Borderline-borderline</i>
BL	: <i>Borderline-lepromatous</i>
BT	: <i>Borderline-tuberculoid</i>
BTA	: Batang Tahan Asam
Ditjen P2P Kemenkes	: Direktorat Jendral Pemberantasan dan Pemulihan Penyakit Kementrian Kesehatan
Depkes	: Departemen kesehatan
ENL	: <i>Erythema Nodusum Leprosum</i>
FGD	: <i>Focus group discussion</i>
I	: <i>Intermediate</i>
LL	: <i>lepromatous</i>
MB	: <i>Multibacillary</i>
MCHN	: <i>Community mental health nursing</i>
MDT	: <i>Multidrug therapy</i>
POD	: <i>Preventive of disability</i>
PB	: <i>Paucibacillary</i>
RFT	: <i>Released from treatment</i>
SEM-PLS	: <i>Structural equation modelling-partial least Square</i>
ST	: <i>sensitivity test</i>
SSE	: <i>Sum Square Prediction Error</i>
SSO	: <i>Sum Squared Observation</i>
TT	: <i>Tuberculoid</i>
VMT	: <i>voluntary muscle test</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>