



**TINGKAT KELUHAN FISIK NYERI ULU HATI SEBAGAI
INDIKATOR GANGGUAN SOMATOFORM
PADA PASIEN DI POLIKLINIK PSIKIATRI**

SKRIPSI

Oleh

**Rachmadania Diana Putri
NIM 162010101097**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**TINGKAT KELUHAN FISIK NYERI ULU HATI SEBAGAI
INDIKATOR GANGGUAN SOMATOFORM
PADA PASIEN DI POLIKLINIK PSIKIATRI**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kedokteran (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

oleh

Rachmadania Diana Putri
NIM 162010101097

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2020**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi berjudul “Tingkat Keluhan Fisik Nyeri Ulu Hati sebagai Indikator Gangguan Somatoform pada Pasien Poliklinik Psikiatri” telah disetujui pada:

hari, tanggal :

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota

dr. Alif Mardijana., Sp.KJ
NIP 195811051987022001

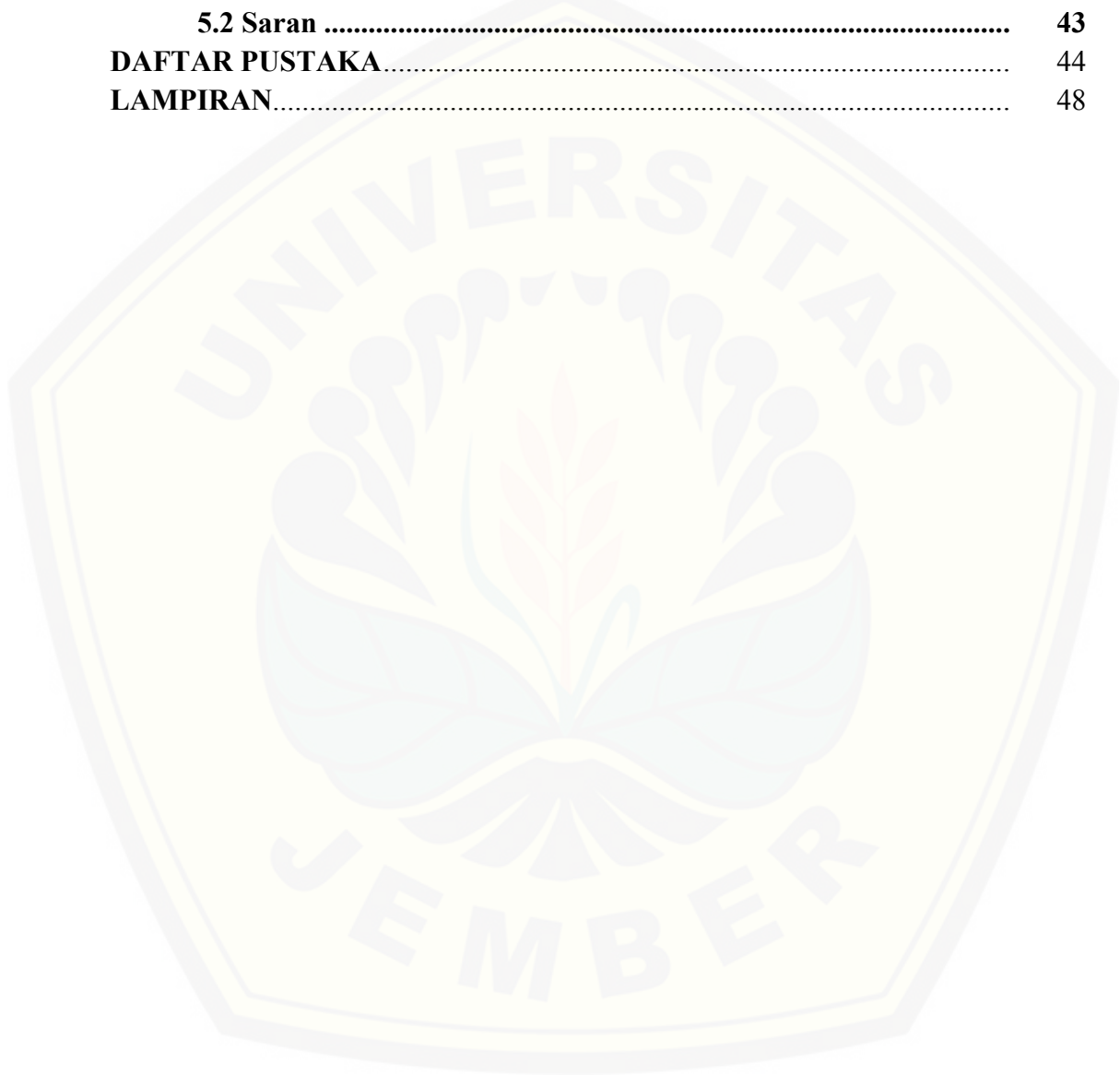
dr. Ida Srisurani W.A., M. Kes
NIP 198209012008122001

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
DAFTAR SINGKATAN	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan	2
1.4 Manfaat	3
1.4.1 Bagi Rumah Sakit	3
1.4.2 Bagi Masyarakat	3
1.4.3 Bagi Tenaga Kesehatan.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Nyeri Ulu Hati	4
2.1.1 Definisi.....	4
2.1.2 Fisiologi Nyeri	4
2.1.3 Klasifikasi Nyeri	6
2.1.4 Cara Pengukuran Nyeri.....	7
2.1.5 Anatomi Epigastrium	7
2.1.6 Kelainan yang Menyebabkan Keluhan Nyeri Ulu Hati	10
2.2 Gangguan Somatoform	10
2.2.1 Definisi Gangguan Somatoform	10
2.2.2 Diagnosis Gangguan Somatoform	11
2.2.3 Cara Pengukuran Gangguan Somatoform	13
2.2.4 Terapi Gangguan Somatoform.....	15
2.3 Hubungan Tingkat Nyeri Ulu Hati dengan Gangguan Somatoform	16
2.4 Kerangka Konseptual	18
2.5 Hipotesis Penelitian	19
BAB 3 METODE PENELITIAN	20
3.1 Jenis Penelitian	20
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	20
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	20

3.2.1 Populasi Penelitian.....	20
3.2.2 Sampel Penelitian.....	20
3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	21
3.2.4 Besar Sampel Penelitian	21
3.4 Variabel Penelitian.....	23
3.4.1 Variabel Bebas	23
3.4.2 Variabel Terikat	23
3.4.3 Variabel Pengganggu	23
3.5 Definisi Operasional.....	23
3.5.1 Gangguan Somatoform	23
3.5.2 Nyeri Ulu Hati.....	24
3.6 Instrumen Penelitian.....	24
3.6.1 Lembar <i>Informed Consent</i>	24
3.6.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel	24
3.6.3 Kuesioner <i>Patient Health Physical Symptoms</i>	25
3.6.4 Kuesioner <i>Numeric Rating Scale</i>	25
3.7 Prosedur Penelitian	25
3.7.1 <i>Ethical Clearance</i>	25
3.7.2 Persiapan dan Perizinan	25
3.7.3 Tehnik dan Alat Pengambilan Data	25
3.8 Pengolahan Data	26
3.9 Analisis Data	27
3.10 Alur Penelitian	28
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	29
4.1 Hasil Penelitian.....	29
4.1.1 Distribusi Karakteristik Sosio-demografi Sampel Penelitian.....	29
4.1.2 Distribusi Karakteristik Tingkat Keseriusan Gejala Somatik Sampel Penelitian	30
4.1.3 Distribusi Karakteristik Tingkat Nyeri Ulu Hati Sampel Penelitian.....	31
4.2 Analisis Data Hasil Penelitian.....	31
4.2.1 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antara Tingkat Nyeri Ulu Hati terhadap Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	31
4.2.2 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antara Usia dengan Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	32
4.2.3 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Keseriusan Gejala Somatik.....	33
4.2.4 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antara Pendidikan dengan Tingkat Keseriusan Gejala Somatik.....	34

4.2.5 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antara Pekerjaan dengan Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	35
4.3 Pembahasan	35
4.4 Keterbatasan dan Hambatan	42
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	43
5.1 Kesimpulan	43
5.2 Saran	43
DAFTAR PUSTAKA	44
LAMPIRAN	48

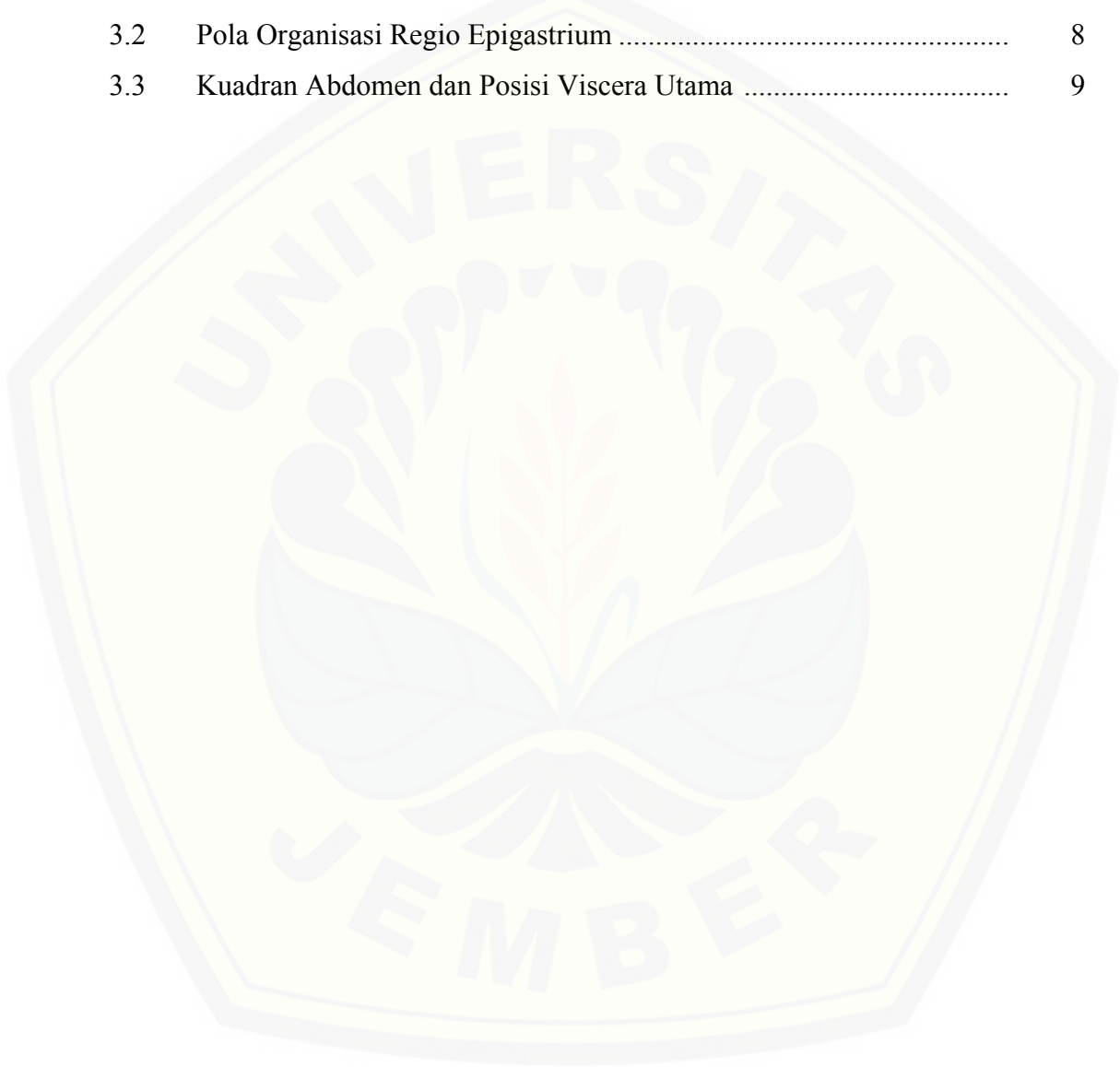


DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Tingkat Keseriusan Gejala Somatik sesuai Jumlah Skor PHQ-15	23
3.2 Skor Tingkat Nyeri sesuai Penilaian <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS)	24
4.1 Distribusi Karakteristik Sosio-demografi Sampel Penelitian	29
4.2 Distribusi Karakteristik Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	30
4.3 Distribusi Karakteristik Tingkat Nyeri Ulu Hati.....	31
4.4 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antara Tingkat Keseriusan Gejala Somatik dengan Tingkat Nyeri Ulu Hati.....	32
4.5 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antara Usia dengan Tingkat Keseriusan Gejala Somatik.....	33
4.6 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	33
4.7 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antara Pendidikan dengan Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	34
4.8 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antara Pekerjaan dengan Tingkat Keseriusan Gejala Somatik.....	35

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
3.1 Pola Topografi 4 Kuadran Epigastrium	8
3.2 Pola Organisasi Regio Epigastrium	8
3.3 Kuadran Abdomen dan Posisi Viscera Utama	9



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Instrumen Penelitian	
A.1 Formulir <i>Informed Consent</i> (Lembar Persetujuan)	47
A.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel	48
A.3 Kuisisioner <i>Patient Health Questionnaire Physical Symptoms</i>	49
A.4 Kuisisioner <i>Numeric Rating Scale</i>	50
B. Hasil Uji Analisis Data	
B.1 Lampiran Hasil Uji Univariat	51
B.2 Lampiran Hasil Uji Bivariat	53

DAFTAR SINGKATAN

- CBT = *Cognitive Behavior Therapy*
DSM = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
GERD = *Gastroesophageal Reflux Disease*
HPA = *Hipotalamus-Pituitary-Adrenal*
IASP = *The International Association for the Study of Pain*
IL = *Interleukins*
IFN γ = *Interferon-gamma*
PHQ = *Patient Health Questionnaire*
SSD = *Somatic Symptom Disorder*
USG = *Ultrasonography*
NRS = *Numeric Rating Scale*
WHO = *World Health Organization*

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kesehatan jiwa di Indonesia merupakan salah satu permasalahan kesehatan utama yang banyak terjadi. Banyak gangguan kesehatan jiwa yang tidak teridentifikasi sehingga penanganannya seringkali tidak tepat sesuai diagnosis, salah satunya adalah gangguan somatoform. Gangguan somatoform merupakan suatu kelainan psikiatri yang manifestasinya dapat berupa berbagai gejala fisik yang dirasakan signifikan oleh pasien namun tidak ditemukan penyebabnya secara medis pada pemeriksaan fisik (Menza dkk, 2001).

Fink *et al.* dalam Budiyo (2005) melaporkan bahwa prevalensi kejadian gangguan somatoform sekitar 30%. Maier dan Falkai dalam De Waal *et al.*, (2004) melaporkan tingginya komorbiditas pasien gangguan somatoform dengan cemas dan depresi. Simon *et al.* dalam Shatri (2005) melaporkan data penelitian epidemiologi yang dilakukan WHO pada tahun 1991-1992, di 15 negara banyak pasien yang berobat di pelayanan kesehatan primer dengan keluhan fisik dimana 10%- 20% menderita gangguan somatoform yang disertai cemas dan atau depresi. Ciri yang paling sering muncul pada gangguan ini adalah keluhan-keluhan gejala fisik yang berulang-ulang, disertai dengan permintaan pemeriksaan medis, meskipun sudah berkali-kali terbukti hasilnya negatif dan juga sudah dijelaskan oleh dokter bahwa tidak ditemukan kelainan yang menjadi dasar keluhannya (Mudjaddid, 2005; Syamsul Hadi, 2001).

Gangguan somatoform sendiri menyebabkan penggunaan perawatan kesehatan yang berlebihan dan tidak efektif (Fink dkk, 1992). Biaya perawatan di AS diperkirakan 256 miliar dolar setiap tahun yang mana hampir dua kali lipat dari biaya tahunan diabetes yaitu 132 miliar dolar (Barsky dkk, 2005). Pencarian pengembangan perawatan dan pencegahan yang tepat akan membuat biaya perawatan gangguan somatoform lebih efektif jika didasarkan pada pemahaman komprehensif tentang penyebab

kondisi ini, meskipun etiologinya masih belum diketahui (Landa dkk, 2001).

Pasien yang datang ke dokter dalam praktik sehari-hari datang dengan keluhan yang paling sering yaitu nyeri (Shatri, 2009). Penelitian yang dilakukan di RSDK Semarang menunjukkan bahwa pasien yang berobat dengan keluhan nyeri di ulu hati di poliklinik umum dan gastroenterologi 59,3% mengalami gangguan psikiatri (Noerhidajati, 2010). Nyeri ulu hati merupakan nyeri di daerah epigastrium. Nyeri ulu hati bukanlah suatu diagnosis, tapi merupakan gejala dari suatu penyakit. Banyak penyakit yang menyebabkan nyeri ulu hati, terutama penyakit yang disebabkan oleh gangguan saluran cerna bagian atas (Noerhidajati, 2010).

Banyak pasien yang datang ke dokter dengan keluhan nyeri ulu hati namun tidak ditemukan kelainan yang menjadi dasar keluhannya. Perlu dilakukan pemeriksaan menyeluruh dan berpikir dengan konsep biopsikososial. Sampai saat ini belum ada penelitian yang menjelaskan bagaimana tingkat intensitas nyeri ulu hati pada pasien yang datang di poliklinik psikiatri di RS PTPN XI Djatiroto sebagai indikator gangguan somatoform. Berdasarkan uraian tersebut, penulis ingin mengetahui bagaimana hubungan antara tingkat nyeri ulu hati dengan gangguan somatoform di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

1.1 Rumusan Masalah

Berdasarkan ulasan didalam latar belakang, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan antara tingkat nyeri ulu hati dengan tingkat gangguan somatoform pada pasien di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang?

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara tingkat keluhan fisik nyeri ulu hati sebagai indikator gangguan somatoform pada pasien di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto

Lumajang.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. mengetahui tingkat gangguan somatoform pada pasien rawat jalan dengan keluhan nyeri ulu hati di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang,
- b. mengetahui tingkat nyeri pada pasien rawat jalan dengan keluhan nyeri ulu hati di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang,
- c. mengetahui hubungan antara tingkat keluhan fisik nyeri ulu hati dengan gangguan somatoform pada pasien di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang,

1.3 Manfaat

Manfaat penelitian ini adalah:

1.3.1 Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi ilmiah dan bukti empiris mengenai tingkat keluhan fisik nyeri ulu hati sebagai indikator gangguan somatoform.

1.3.2 Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber pengetahuan bagi masyarakat terkait keluhan fisik yang disebabkan oleh kelainan organik atau gangguan somatoform sehingga masyarakat dapat mengetahui kapan waktu yang tepat untuk berobat ke dokter.

1.3.3 Tenaga Kesehatan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber rujukan bagi tenaga kesehatan untuk mengatasi keluhan fisik nyeri ulu hati dengan tepat dan manajemen pengobatannya sehingga mengarah pada perawatan yang tepat.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Nyeri Ulu Hati

2.1.1 Definisi

The International Association for the Study of Pain (IASP) menjelaskan nyeri sebagai perasaan sensorik dan emosional tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau memiliki potensi yang menyebabkan kerusakan jaringan (Shantri, 2009). Definisi ini menjelaskan bahwa nyeri tidak selalu digambarkan sebagai suatu masalah yang bersifat fisik yang ditandai dengan adanya kerusakan jaringan tetapi juga secara psikologis yang berkaitan dengan faktor emosional. Definisi ini juga memberikan gambaran bahwa nyeri juga dikaitkan dengan sesuatu yang setara dengan adanya kerusakan jaringan. Hal ini IASP lebih menekankan aspek penderitaan dari nyeri yang merupakan suatu perasaan yang tidak nyaman. Munculnya rasa nyeri tidak hanya sekedar sebagai proses sensorik saja tetapi merupakan persepsi yang kompleks yang melibatkan fungsi kognitif, mental emosional, dan daya ingat.

Nyeri sangat penting sebagai mekanisme proteksi tubuh yang timbul bilamana jaringan sedang dirusak dan menyebabkan individu bereaksi untuk menghilangkan rangsang nyeri. Persepsi nyeri sangat bersifat individual, banyak dipengaruhi oleh berbagai faktor non fisik. Nyeri bukan hanya merupakan gangguan fisik tetapi merupakan kombinasi dari faktor fisiologis, patologis, emosional, psikologis, kognitif, lingkungan dan sosial. Penyebab nyeri dapat digolongkan ke dalam dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan psikis. Secara fisik contohnya, penyebab nyeri dapat dikarenakan adanya trauma (baik trauma mekanik, termis, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah dan lain-lain. Secara psikis, penyebab nyeri dapat terjadi oleh karena adanya trauma psikologis (Amir, 2008).

2.1.2 Fisiologi Nyeri

Bagian tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsangan nyeri disebut reseptor nyeri. Reseptor nyeri atau sering disebut nosiseptif adalah ujung saraf

bebas dalam kulit yang berespon hanya pada stimulus yang kuat, yang secara potensial merusak. Reseptor pada bagian kutaneus terbagi dalam dua komponen, yaitu serabut A delta dan serabut C. Serabut A delta merupakan serabut komponen cepat yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam, namun akan cepat hilang. Sementara serabut C merupakan serabut komponen lambat yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, namun nyeri biasanya tumpulnya dan sulit dilokalisasi (Guyton, 2008).

Fisiologi nyeri melalui proses-proses berikut:

a. Proses Transduksi

Proses transduksi adalah proses dimana suatu stimulus nyeri diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. Stimulus ini dapat berupa stimulus fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia (substansi nyeri).

b. Proses Transmisi

Proses transmisi dijelaskan sebagai penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses transduksi. Impuls kemudian diteruskan oleh serabut saraf A delta dan serabut C sebagai neuron pertama, dari perifer ke medulla spinalis dimana impuls tersebut mengalami modulasi sebelum diteruskan ke talamus oleh traktus spinotalamikus sebagai neuron kedua. Dari talamus kemudian impuls dilanjutkan ke bagian somatosensoris di korteks serebri melalui neuron ketiga, dimana impuls tersebut diterjemahkan dan dirasakan sebagai persepsi nyeri.

c. Proses Modulasi

Proses modulasi adalah proses dimana terjadi interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan oleh tubuh pada saat nyeri masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Sistem analgesik endogen ini meliputi enkefalin, endorfin, serotonin, dan noradrenalin yang memiliki efek yang dapat menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Kornu posterior tersebut dapat diibaratkan sebagai pintu yang dapat tertutup atau terbuka sebagai pintu nyeri. Hal tersebut diperankan oleh sistem analgesik endogen diatas. Proses modulasi inilah yang menyebabkan persepsi nyeri menjadi sangat subjektif pada setiap orang.

d. Persepsi

Persepsi merupakan titik kesadaran seseorang terhadap nyeri. Pada saat individu

menjadi sadar akan nyeri, maka akan terjadi reaksi yang kompleks (Sunaryanto, 2009).

2.1.3 Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri diklasifikasikan:

a. Nyeri nosiseptif

Nyeri nosiseptif merupakan nyeri yang diakibatkan karena aktivitas nosiseptor yang bersifat pada serabut A-delta maupun serabut-c yang disebabkan oleh stimulus-stimulus nyeri. Nyeri tersebut termasuk nyeri mekanis, terminal maupun kimiawi. Nyeri nosiseptif disebabkan oleh kerusakan jaringan baik somatik maupun viseral. Nyeri somatik bersifat tumpul, lokasinya jelas berhubungan dengan lesi dan biasanya akan membaik dengan istirahat. Contohnya yaitu nyeri muskuloskeletal, nyeri arthritis, nyeri pascabedah dan metastatis. Nyeri viseral berhubungan dengan distensi organ yang berongga, lokasinya sulit dideskripsikan, bersifat dalam, seperti diremas, dan disertai kram. Nyeri ini biasanya berhubungan dengan gejala-gejala autonom, seperti mual, muntah, dan diaforesis. Stimulasi nosiseptif akan mengakibatkan pengeluaran mediator inflamasi dari jaringan, sel imun dan ujung saraf sensoris dan simpatik yang dihasilkan oleh rangsangan kimia, mekanik, dan suhu yang menyebabkan aktivasi maupun sensitisasi pada nosiseptor perifer (saraf yang akan bertanggung jawab terhadap rangsang nyeri).

b. Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan nyeri yang diakibatkan oleh kerusakan neural pada saraf perifer maupun pada sistem saraf pusat yang meliputi jalur saraf aferen sentral dan perifer, biasanya digambarkan dengan rasa terbakar dan menusuk. Nyeri neuropatik disebabkan trauma neural atau iritasi saraf. Nyeri ini akan menetap walaupun faktor presipitasinya sudah hilang. Yang termasuk dalam kelompok ini adalah neuralgia trigeminal, neuralgia pascaherpetik dan neuropati perifer.

c. Nyeri psikogenik

Nyeri ini berhubungan dengan adanya gangguan jiwa dan disertai dengan gejala-gejala psikis yang nyata. Gejala ini sering disebut nyeri somatoform, nyeri

idiopatik dan nyeri atipikal. Nyeri psikogenik dapat dimasukkan dalam kelompok nyeri psikosomatik, namun ada juga yang memisahkannya (Shatri, 2009).

Berdasarkan sumbernya, nyeri diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Nyeri somatik luar

Nyeri yang stimulusnya kulit dan jaringan subkutan dan membran mukosa. Nyeri biasanya dirasakan seperti terbakar, tajam, dan terlokalisasi.

b. Nyeri somatik dalam

Nyeri tumpul dan tidak terlokalisasi dengan baik akibat rangsangan pada otot rangka, tulang, sendi, dan jaringan ikat.

c. Nyeri viseral

Nyeri karena perangsangan organ viseral atau membran yang menutupinya (Sunaryanto, 2009).

2.1.4 Cara Pengukuran Nyeri

Untuk mengetahui derajat nyeri, digunakan NRS (*Numeric Rating Scale*). Pasien dipersilahkan untuk menentukan lokasi tingkat nyerinya. NRS berupa suatu garis lurus dengan angka 1-10, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus, serta pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi pasien kebebasan penuh untuk merasakan keparahan nyeri. NRS merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian. Interpretasi NRS adalah jika nilai dibawah 4 dikatakan sebagai nyeri ringan, nilai antara 4-7 dinyatakan sebagai nyeri sedang dan antara 8-10 dinyatakan sebagai nyeri berat (Meilala, 2008)

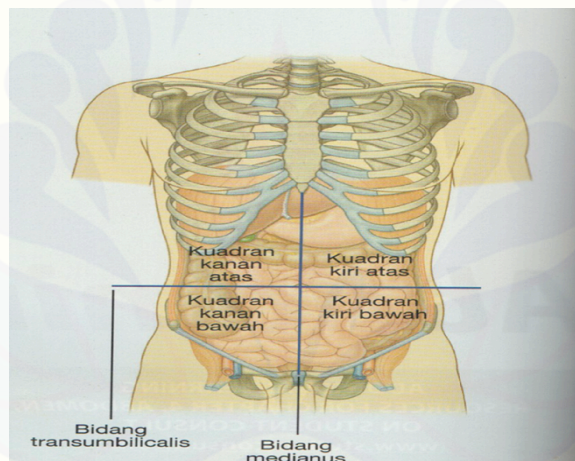
2.1.5 Anatomi Epigastrium

Epigastrium berada di abdomen yaitu bagian batang badan di sebelah inferior terhadap toraks. Dindingnya terdiri dari jaringan muskulomembranosum yang mengelilingi suatu cavitas besar (cavitas abdominalis), yang di dibatasi oleh diafragma dan inferiornya oleh pelvis inlet/pintu masuk pelvis. Cavitas abdominalis dapat meluas ke superior setinggi spatium intercostale 4, dan

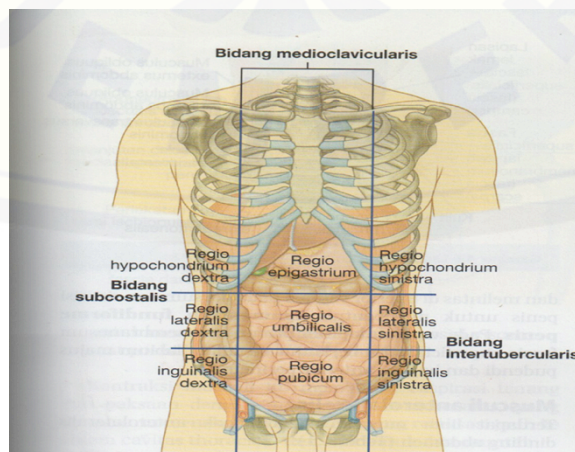
berlanjut ke inferior sampai cavitas pelvis. Cavitas abdominalis berisi cavitas peritonealis dan visera abdomen (Gray *et al.*, 2014).

Divisi topografis abdomen digunakan untuk menggambarkan lokasi organ-organ abdomen untuk menggambarkan lokasi organ-organ abdomen dan rasa nyeri yang terkait dengan keluhan di abdomen. Dua skema yang paling sering digunakan adalah pola empat (4) kuadran dan pola sembilan (9) regio (Gray *et al.*, 2014).

Pada ada pola 4 kuadran, suatu bidang horizontalis transumbilicalis melewati umbilicalis dan discus intervertebralis di antara verterbrae LIII dan LIV dan memotong bidang verticalis median, membagi abdomen menjadi 4 kuadran; kuadran kanan atas, kiri atas, kanan bawah, dan kiri bawah (Gray *et al.*, 2014). (Gambar 2.1)



Gambar 2.1 Pola topografi 4 kuadran. (Sumber: Gray *et al.*, 2014)



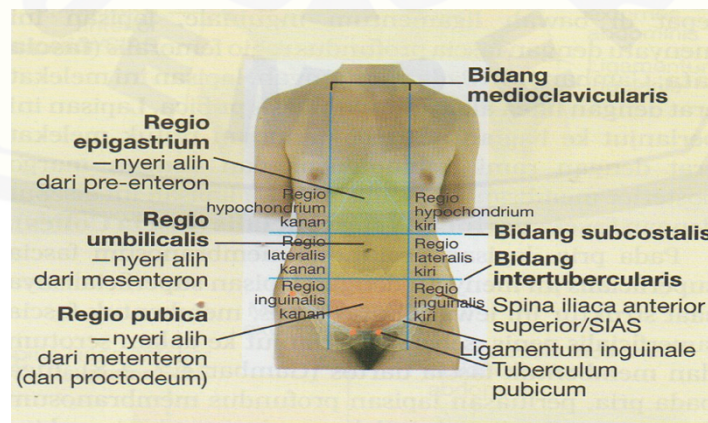
Gambar 2.2 Pola organisasi 9 regio. (Sumber: Gray *et al.*, 2014)

Pada pola 9 regio, pola sembilan regio didasarkan pada dua bidang horizontalis dan dua bidang verticalis. (Gambar 2.2)

- Bidang horizontalis superior (planum subcostale) berada tepat di bawah cartilago costalis 10 dan melewati corpus vertebrae LIII. (catatan, namun, terkadang yang dipakai patokan adalah planum transpyloricum, di pertengahan antara insisura jugularis dan simfisis pubica atau pertengahan antara umbilicus dan ujung bawah corpus sterni, di sebelah posterior melewati batas bawah vertebra LI dan memotong arcus costalis di ujung cartilage costalis 9).
- Bidang horizontalis inferior (planum intertuberculare) menghubungkan tuberculum crista iliaca, yang merupakan struktur yang dapat dipalpsi, 5 cm posterior dari SIAS, dan melewati bagian atas corpus vertebrae LV.
- Bidang verticalis melintas dari titik tengah clavicula di sebelah inferior menuju titik pertengahan antara SIAS dan simfisis pubica (Gray *et al.*, 2014).

Abdomen dapat dibagi menjadi kuadran-kuadran oleh suatu bidang verticalis median dan bidang horizontalis transumbilicalis.

- Hepar dan vesika urinaria di kuadran kanan atas.
- Gaster dan lien di kuadran kiri atas.
- Caecum dan appendix vermiformis di kuadran kanan bawah.
- Ujung colon descendens dan sigmoideum di kuadran kiri bawah.



Gambar 2.3 Kuadran-kuadran abdomen dan posisi viscera utama. (Sumber: Gray *et al.*, 2014)

Abdomen dapat dibagi menjadi 9 regio oleh suatu bidang sagital medioclavicularis di setiap sisi tubuh dan oleh planum subcostale dan intertubercularis yang melewati tubuh secara transversus (Gambar 2.3). Nyeri dari bagian awalan traktus gastrointestinalis dialihkan ke regio epigastrium nyeri dari pertengahan traktus gastrointestinalis dialihkan ke regio umbilikal, dan nyeri di bagian akhir traktus gastrointestinalis dialihkan ke regio pubica/hipogastrium (Gray *et al.*, 2014).

2.1.6 Kelainan yang Menyebabkan Keluhan Nyeri Ulu Hati

Nyeri epigastrium atau dalam bahasa awam disebut nyeri ulu hati merupakan jenis keluhan yang sering di temukan sehari-hari. Nyeri yang timbul bersifat tajam dan terlokalisasi yang di rasakan seseorang pada daerah tengah atas abdomen. Rasa nyeri di perut atas dapat disebabkan oleh kelainan organ dalam rongga perut dan organ dalam rongga dada. Seringnya keluhan nyeri ulu hati ini disebabkan karena gangguan saluran pencernaan bagian atas. Organ di dalam abdomen yang memberikan keluhan nyeri perut di atas, antara lain lambung, hati, duodenum, pankreas, empedu. Sedangkan organ dalam rongga dada yang sering memberikan keluhan nyeri di perut atas, adalah esofagus dan jantung. Organ-organ itu tidak spesifik mengakibatkan keluhan nyeri di daerah epigastrik, tapi umumnya perut bagian atas (kuadran kanan atas, epigastrik, kuadran kiri atas). Kelainan yang bisa menyebabkan timbulnya nyeri epigastrium adalah dispepsia, ulkus gaster, ulkus duodenum, GERD, infark miokard, aneurisma aorta abdominal, apendisitis (gejala awal), pankreatitis, kolesistitis. (Daldiyono, 2009)

2.2 Gangguan Somatoform

2.2.1 Definisi

Gangguan somatoform adalah keluhan gejala fisik yang berulang yang disertai dengan permintaan pemeriksaan medis, meskipun sudah berkali-kali terbukti hasilnya negatif dan juga sudah dijelaskan oleh dokter bahwa tidak ditemukan kelainan fisik yang menjadi dasar keluhannya (Departemen Kesehatan. Direktorat Jenderal Pelayanan Medis, 1993:209). Ciri utama gangguan ini adalah

adanya keluhan-keluhan gejala fisik yang berulang-ulang disertai dengan permintaan pemeriksaan medis, meskipun sudah berkali-kali terbukti hasilnya negatif dan juga sudah dijelaskan oleh dokternya bahwa tidak ditemukan kelainan yang menjadi dasar keluhannya. Penderita juga menyangkal untuk membahas kemungkinan kaitan antara keluhan fisiknya dengan problem atau konflik dalam kehidupan yang dialaminya, bahkan meskipun didapatkan gejala-gejala ansietas dan depresi (PPDGJ III, 2013).

2.2.2 Diagnosis Gangguan Somatoform

Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi III dan DSM-5 terdapat tujuh kategori penting dari gangguan somatoform, yaitu gangguan somatisasi, gangguan somatoform tak terinci, gangguan hipokondrik, disfungsi otonomik somatoform, gangguan nyeri somatoform menetap, somatoform tidak terinci, gangguan somatoform lainnya.

a. Gangguan Somatisasi

Diagnosis pasti dalam gangguan somatisasi jika terdapat banyak keluhan-keluhan fisik yang bermacam-macam yang tidak dapat dijelaskan atas dasar adanya kelainan fisik, yang sudah berlangsung sedikitnya 2 tahun. Pasien juga tidak mau menerima nasehat atau penjelasan dari beberapa dokter bahwa tidak ada kelainan fisik yang dapat menjelaskan keluhan-keluhannya. Pasien mengalami disabilitas dalam fungsinya di masyarakat dan keluarga, yang berkaitan dengan sifat keluhan-keluhannya dan dampak dari perilakunya.

b. Gangguan Somatoform Tak Terinci

Pedoman diagnostik untuk kelainan ini yaitu keluhan fisik bersifat multipel, bervariasi dan menetap, akan tetapi gambaran klinis yang khas dan lengkap dari gangguan somatisasi tidak terpenuhi. Kelainan terjadi karna kemungkinan ada ataupun tidak ada faktor penyebab psikologis yang belum jelas, akan tetapi tidak boleh ada penyebab fisik dari keluhan-keluhannya.

c. Gangguan Hipokondrik

Diagnosis pasti pada gangguan ini harus ada 2 kriteria ini, yaitu:

1. Keyakinan yang menetap adanya sekurang-kurangnya satu penyakit fisik yang serius yang melandasi keluhan-keluhannya, meskipun pemeriksaan yang berulang-ulang tidak menunjang adanya alasan fisik yang memadai, ataupun adanya preokupasi yang menetap kemungkinan deformitas atau perubahan bentuk penampakan fisiknya (tidak sampai waham);
2. Tidak mau menerima nasehat atau dukungan penjelasan dari beberapa dokter bahwa tidak ditemukan penyakit atau abnormalitas fisik yang melandasi keluhan-keluhannya.

d. Disfungsi Otonomik Somatoform

Pedoman diagnostik untuk kelainan ini memerlukan semua hal berikut, yaitu:

1. Adanya gejala-gejala bangkitan otonomik, seperti palpitasi, berkeringat, tremor, muka panas/*flushing*, yang menetap dan mengganggu;
2. Gejala subjektif tambahan mengacu pada sistem atau organ tertentu (gejala tidak khas);
3. Preokupasi dengan dan penderitaan (*distress*) mengenai kemungkinan adanya gangguan yang serius (sering tidak begitu khas) dari sistem atau organ tertentu, yang tidak terpengaruh oleh hasil pemeriksaan-pemeriksaan berulang, maupun penjelasan-penjelasan dari para dokter;
4. Tidak terbukti adanya gangguan yang cukup berarti pada struktur/fungsi dari sistem organ yang dimaksud.

e. Gangguan Nyeri Somatoform Menetap

Pedoman diagnostik pada kelainan ini yaitu jika keluhan utama yang dikeluhkan adalah nyeri berat, menyiksa, menetap yang tidak dapat dijelaskan sepenuhnya atas dasar proses fisiologik maupun adanya gangguan fisik. Nyeri timbul dalam hubungan dengan adanya konflik emosional atau problem psikososial yang cukup jelas untuk dapat dijadikan alasan dalam mempengaruhi terjadinya gangguan tersebut. Dampaknya adalah meningkatnya perhatian dan dukungan, baik personal

maupun medis, untuk yang bersangkutan.

f. Gangguan Somatoform Lainnya

Pada gangguan ini keluhan-keluhannya tidak melalui sistem saraf otonom, dan terbatas secara spesifik pada bagian tubuh atau sistem tertentu. Hal ini sangat berbeda dengan gangguan somatisasi dan gangguan somatoform tak terinci yang menunjukkan keluhan yang banyak dan berganti-ganti. Diagnostik pada gangguan ini tidak didapatkan kaitan dengan adanya kerusakan jaringan. Gangguan-gangguan berikut juga dimasukkan kelompok ini, yaitu:

- *Globus hystericus* yaitu perasaan ada benjolan di kerongkongan yang menyebabkan disfagia dan bentuk disfagia lainnya;
- Tortikolis psikogenik dan gangguan gerakan spasmodic lainnya (kecuali *Tourette Syndrome*);
- Pruritus psikogenik;
- Dismenore psikogenik;
- *Teeth grinding*

g. Gangguan Somatoform Tidak Terinci

2.2.3 Cara Pengukuran Gangguan Somatoform

PHQ-15 adalah skala keparahan gejala somatik yang bertujuan mendiagnosis gangguan somatoform. Kuesioner tersebut terdiri dari 15 gejala somatik yang gejala fisiknya 90% dikeluhkan (kecuali gejala saluran pernafasan atas) yang dilaporkan pasien rawat jalan. Untuk 13 pertanyaan pertama pasien ditanyakan “selama 4 minggu terakhir, seberapa besar anda terganggu dengan gejala ini?”. Untuk 2 gejala berikutnya pasien ditanyakan “selama 2 minggu terakhir, seberapa sering anda terganggu oleh masalah berikut?”. Teknik pemberian skor yaitu bila pasien menjawab “tidak ada” mendapat nilai 0, menjawab “sedikit terganggu” nilai 1, menjawab “sangat terganggu” mendapat nilai 2 (Hiske Van R, 2009).

Untuk menguji gangguan somatoform, dokter dapat menggunakan kuesioner khusus sebagai alat bantu skrining gangguan somatoform dalam praktik sehari-

hari. Salah satu kuesioner yang dapat digunakan adalah *Patient Health Questionnaire 15* (PHQ-15). Berikut ini adalah langkah-langkah pendekatan terhadap keluhan fisik pasien untuk mendiagnosis gangguan somatoform:

b. Mengeksklusi kelainan organik

Keluhan dan gejala fisik yang dialami oleh pasien perlu ditindaklanjuti sesuai dengan panduan tatalaksana medis terkait, dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan penunjang yang relevan.

c. Mengeksklusi gangguan-gangguan psikiatri yang tergolong dalam kelompok dan blok yang hierarkinya lebih tinggi. Penegakan diagnosis gangguan psikiatrik dilakukan secara hierarkis. Dalam PPDGJ III, gangguan somatoform termasuk dalam kode F45 dan merupakan blok penyakit yang termasuk dalam kelompok F40-F48, yaitu gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan yang berkaitan dengan stres. Dengan demikian, pada kasus gangguan somatoform, dokter perlu mengeksklusi gangguan mental organik (F00-F09), gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (F10- F19), skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham (F20-F29), serta gangguan suasana perasaan atau mood atau afektif (F30-F39). Pada kode F40- F48 sendiri, dokter perlu terlebih dahulu memastikan ada tidaknya tanda-tanda gangguan ansietas (F40-F41), obsesif kompulsif (F42), reaksi stres dan gangguan penyesuaian (F43), dan gangguan disosiatif atau konversi (F44). Gangguan somatoform tidak dapat ditegakkan bila gejala dan tanda pada pasien memenuhi kriteria diagnostik gangguan di hirarki yang lebih tinggi.

d. Mengeksklusi kondisi *factitious disorder* dan *malingering*

Pada kondisi *factitious disorder*, pasien mengadopsi keluhan-keluhan fisik sebagai upaya memperoleh keuntungan internal, misalnya untuk mendapat perhatian lebih dari orang-orang tertentu di sekitarnya. Berbeda halnya dengan kondisi *malingering*, di mana pasien sengaja atau berpura-pura sakit untuk memperoleh keuntungan eksternal, misalnya agar terhindar dari tanggung jawab atau kondisi tertentu, atau untuk memperoleh kompensasi uang tertentu. Keluhan-keluhan yang disampaikan juga bukan sesuatu yang disengaja,

malahan adanya keluhan-keluhan tersebut dipicu, dipertahankan, dan diperparah oleh kekhawatiran dan ketakutan tertentu (Oyama et al. 2007).

- e. Menggolongkan ke dalam jenis gangguan somatoform yang spesifik blok gangguan somatoform terdiri atas:
1. F45.0. Gangguan somatisasi
 2. F45.1. Gangguan somatoform tak terinci
 3. F45.2. Gangguan hipokondrik
 4. F45.3. Disfungsi otonomik somatoform
 5. F45.4. Gangguan nyeri somatoform menetap
 6. F45.5. Gangguan somatoform lainnya
 7. F45.6. Gangguan somatoform yang tidak tergolongkan (YTT)
(Panduan Praktik Klinis, 2014).

2.2.4 Terapi

Pemeriksaan medis harus ditentukan berdasarkan penilaian dokter terhadap gejala yang ada, bukan oleh permintaan pasien. Untuk penanganan yang efektif diperlukan hubungan yang erat antara para dokter yang terlibat. Obat antidepresan bermanfaat dalam sebagian besar kasus, terutama jika terdapat gejala-gejala depresi atau ansietas yang mengganggu. Penggunaannya harus disertai penjelasan yang memadai agar tidak dianggap mengada-ada (Maramis, 2009). Meskipun begitu, hanya sedikit penelitian yang menunjukkan efektifitas yang signifikan dari penggunaan obat-obat untuk tatalaksana gangguan somatoform (Panduan Praktik Klinis, 2014). Terapi perilaku kognitif (CBT, *Cognitive Behavior Therapy*) akan bermanfaat jika diadaptasi untuk keluhan yang relevan dengan gejala somatis utama yang dikeluhkan pasien. Pasien mungkin perlu dibantu untuk mengenali dan mengatasi stressor sosial yang dialami, juga perlu didorong untuk kembali ke fungsi normal dan mengurangi perilaku sakit (*illness behavior*) secara bertahap (Maramis, 2009).

Terdapat beberapa fase CBT, yaitu:

1. Fase penilaian. Bertujuan untuk membangun hubungan dengan pasien dan

keluarganya. Hal tersebut dilakukan untuk mencari informasi untuk mengidentifikasi gangguan psikososial dan kemungkinan pendekatan yang dapat dilakukan;

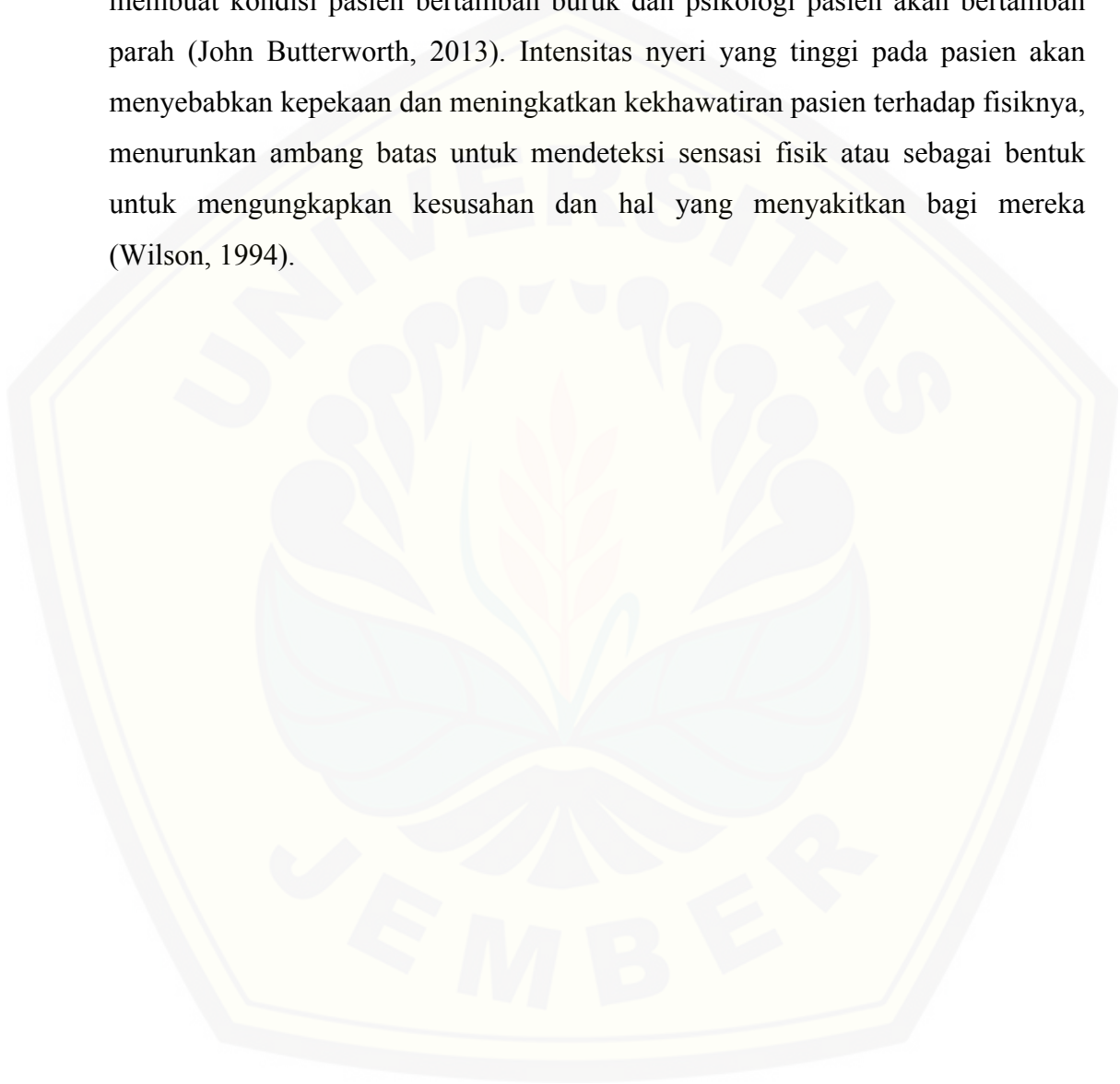
2. Fase rekonseptualisasi. Fase ini menggunakan pendekatan kognitif dari CBT untuk mencari psikopatologi kondisi pasien serta respons yang maladaptif terhadap keluhannya. Dokter sebagai terapis harus mampu membantu menyadarkan pasien perihal rasionalitas kemampuan adaptifnya dengan pendekatan yang baik;
3. Fase penambahan kemampuan. Dokter membantu pasien dalam menghadapi masalah yang timbul di hidupnya dan berpikir secara logis;
4. Fase latihan. Merupakan penggabungan dan aplikasi kemampuan, pasien diberikan tugas untuk membantu memperkuat kemampuan yang telah dicapai selama fase sebelumnya;
5. Fase generalisasi dan pemeliharaan. Dokter dan pasien bertukar pikiran mengenai masa depan dan kemampuan pasien dalam menghadapi masalah jika sesi terapi telah selesai;
6. *Follow-up* penilaian pasca-CBT. Pada fase ini dilakukan pemantauan dan evaluasi aplikasi kemampuan yang telah dicapai oleh pasien. (Kapita Selektia, 2014)

2.3 Hubungan Tingkat Nyeri Ulu Hati dengan Gangguan Somatoform

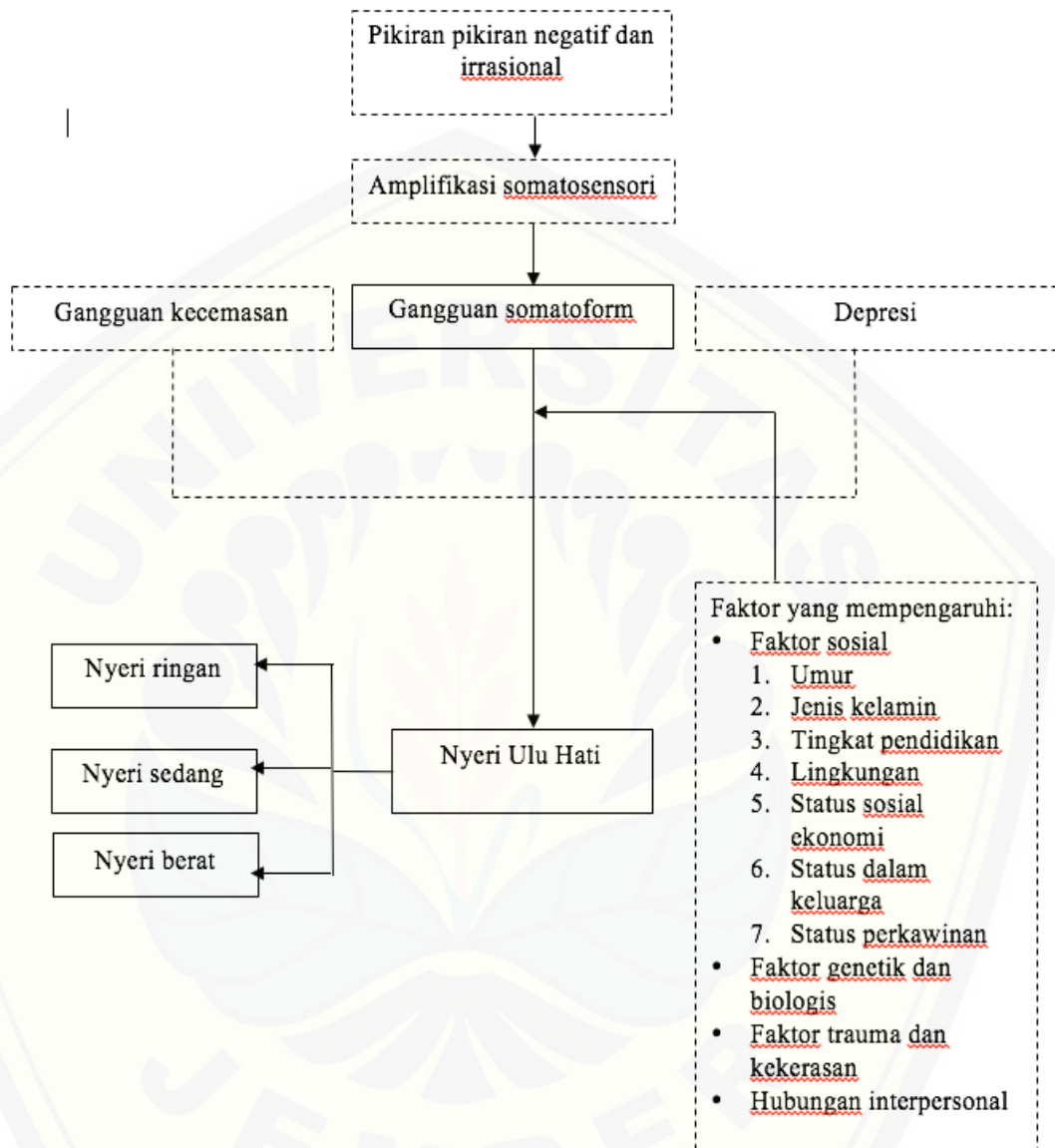
Stressor psikososial berkaitan dengan faktor psikologis yang memengaruhi kondisi medis yang menyebabkan gangguan psikis dan somatik yang menonjol. Gangguan fisik yang terjadi dapat disebabkan oleh gangguan psikis dan sebaliknya, gangguan-gangguan psikis dapat disebabkan oleh kondisi somatik medis pasien (Mujaddid, 2009).

Pasien yang menderita nyeri akut yang berat akan mengalami gangguan kecemasan, rasa takut dan gangguan tidur. Hal ini disebabkan karena ketidaknyamanan pasien dengan kondisinya, dimana pasien menderita dengan rasa nyeri yang dialaminya kemudian pasien juga tidak dapat beraktivitas. Dengan bertambahnya durasi dan intensitas nyeri, pasien dapat mengalami gangguan

depresi, kemudian pasien akan frustrasi dan mudah marah terhadap orang sekitar dan dirinya sendiri. Kondisi pasien seperti cemas dan rasa takut akan membuat pelepasan kortisol dan katekolamin, di mana hal tersebut dapat berdampak pada sistem organ lainnya. Gangguan sistem organ yang terjadi kemudian akan membuat kondisi pasien bertambah buruk dan psikologi pasien akan bertambah parah (John Butterworth, 2013). Intensitas nyeri yang tinggi pada pasien akan menyebabkan kepekaan dan meningkatkan kekhawatiran pasien terhadap fisiknya, menurunkan ambang batas untuk mendeteksi sensasi fisik atau sebagai bentuk untuk mengungkapkan kesusahan dan hal yang menyakitkan bagi mereka (Wilson, 1994).



2.3 Kerangka Konseptual



Keterangan :

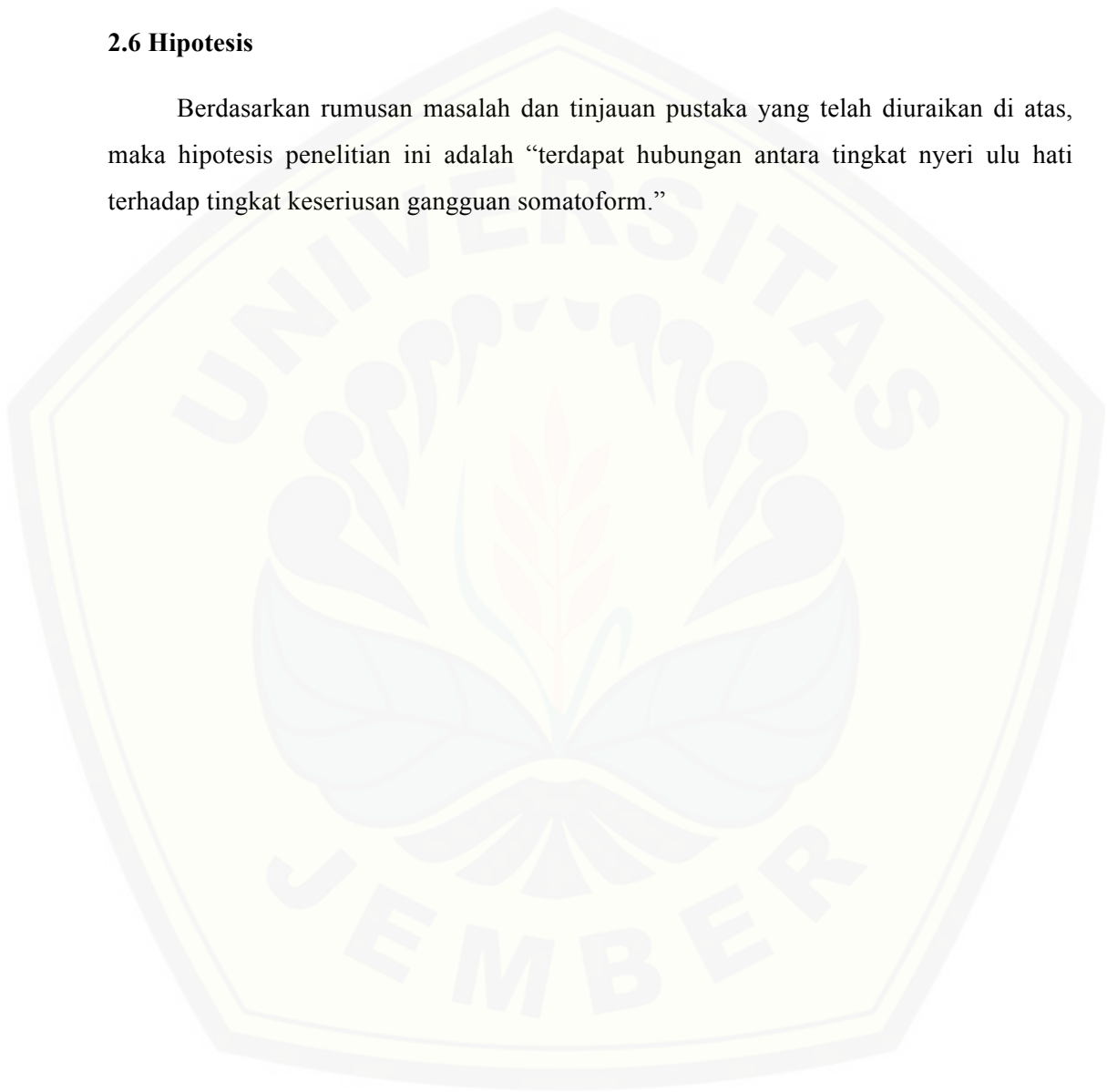
- _____ : diteliti
 : tidak diteliti

Kerangka konseptual merupakan kerangka berpikir yang dapat digunakan untuk memperlihatkan hubungan antar variabel. Variabel independen yang diteliti yaitu nyeri ulu hati. Sedangkan variabel dependen yang diteliti yaitu gangguan somatoform.

Penelitian ini diharapkan mengetahui tingkat keluhan fisik nyeri ulu hati sebagai indikator gangguan somatoform pada pasien di poliklinik psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

2.6 Hipotesis

Berdasarkan rumusan masalah dan tinjauan pustaka yang telah diuraikan di atas, maka hipotesis penelitian ini adalah “terdapat hubungan antara tingkat nyeri ulu hati terhadap tingkat keseriusan gangguan somatoform.”



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan mencari hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat di mana pengukuran variabelnya hanya dilakukan satu kali pada suatu saat (Notoatmodjo, 2012).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Kabupaten Lumajang.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari 2020 – April 2020.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi penelitian ini adalah pasien rawat jalan dengan gangguan somatoform di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Sampel yang digunakan pada penelitian ini diambil dari populasi dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

1. Pasien rawat jalan dengan gangguan somatoform di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang yang mengeluhkan nyeri

ulu hati yang telah di diagnosis oleh dokter spesialis kedokteran jiwa,

2. Pasien dengan riwayat pernah berobat ke beberapa dokter namun hasil dinyatakan tidak ada kelainan,
3. Bersedia untuk mengisi *informed consent* dan kuesioner yang telah disediakan sebagai tanda persetujuan sampel penelitian.

b. Kriteria Eksklusi

1. Terbukti adanya gangguan yang cukup berarti pada struktur atau fungsi dari sistem organ yang berkaitan dengan nyeri ulu hati pada pemeriksaan penunjang,
2. Riwayat operasi abdomen,
3. Pasien gangguan somatoform yang telah mendapatkan terapi maksimal 2 tahun sejak pertama kali di diagnosis,

3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Metode pengambilan sampel adalah dengan metode *consecutive sampling*, yaitu setiap sampel yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi yaitu sebanyak 30 pasien. Pengambilan sampel dilakukan di RS PTPN XI Djatioroto Lumajang pada bulan Februari-Maret 2020.

3.3.5 Besar Sampel Penelitian

Untuk menentukan besar sampel penelitian digunakan rumus besar sampel untuk hipotesis analitik korelatif ordinal-ordinal yang termuat dalam buku Besar Sampel Dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan oleh M. S. Dahlan (2016) seperti berikut:

$$n = \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0,5 \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

N = jumlah sampel

- α = kesalahan menolak hipotesis yang benar sebesar 5 %,
 β = kesalahan dalam menerima hipotesis yang salah sebesar 10%
 $Z\alpha$ = nilai standar alfa = 1,96
 $Z\beta$ = nilai standar beta = 1,64
 r = koefisien korelasi minimal yang dianggap bermakna, ditetapkan 0,6

Berdasarkan rumus diatas, maka perhitungan jumlah sampel penelitian yang digunakan adalah:

$$n = \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0,5 \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{(1,96 + 1,64)}{0,5 \ln \left(\frac{1+0,6}{1-0,6} \right)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{(3,6)}{0,5 \ln(4)} \right]^2 + 3$$

$$n = [5,21]^2 + 3$$

$$N = 30$$

Dengan koefisien korelasi minimal yang dianggap bermakna sebesar 0,6, kesalahan tipe satu ditetapkan 5% hipotesis satu arah, kesalahan tipe dua ditetapkan 10%, maka sebanyak 30 subjek penelitian diperlukan untuk mengetahui korelasi antara tingkat keluhan fisik nyeri ulu hati terhadap gangguan somatoform.

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah nyeri ulu hati pada pasien rawat jalan Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

3.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah keluhan gangguan somatoform pada pasien rawat jalan Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang.

3.4.3 Variabel Pengganggu

Variabel pengganggu dalam penelitian ini adalah adanya faktor resiko penyebab tingkat keseriusan gejala somatik yang dapat menyebabkan peningkatan tingkat nyeri pada pasien gangguan somatoform. Seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan.

3.5 Definisi Operasional

3.5.1 Gangguan somatoform

Diagnosis gangguan somatoform ditentukan melalui penilaian klinis oleh psikiater dan selanjutnya dikategorikan tingkat keseriusannya sesuai jumlah skor PHQ-15 (Tabel 3.1). Gangguan somatoform pada penelitian ini termasuk skala pengukuran data ordinal.

Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	Nilai PHQ-15
Minimal	0-4
Rendah	5-9
Sedang	10-14
Tinggi	15-30

Tabel 3.1. Tingkat Keseriusan Gejala Somatik sesuai Jumlah Skor PHQ-15

3.5.2 Keluhan Nyeri Ulu Hati

Nyeri didefinisikan sebagai perasaan sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau potensial yang menyebabkan kerusakan jaringan (Shantri, 2009) sebagaimana diukur dengan NRS (*Numeric Rating Scale*). Skala ini berupa garis lurus yang panjangnya 10 cm dengan nilai 1-10. Titik terendah menggambarkan titik awal nyeri, sedangkan titik tertinggi menyatakan sangat nyeri atau nyeri maksimum. Kemudian pasien diminta untuk menentukan dimana posisi nyerinya. Gangguan nyeri ulu hati pada penelitian ini termasuk dalam skala data ordinal.

Langkah selanjutnya yaitu mengklasifikasikan nyeri ke dalam beberapa tingkatan (tabel 3.2)

Nyeri	Skor
Tidak nyeri	0
Nyeri ringan	1-3
Nyeri sedang	4-7
Nyeri berat	8-10

Tabel 3.2 Skor tingkat nyeri sesuai penilaian *Numeric Rating Scale* (NRS)

3.6 Instrumen Penelitian

3.6.1 Lembar *Informed Consent*

Instrumen ini berupa pernyataan yang berisi tentang kesediaan sampel untuk menjadi responden penelitian serta berisi penjelasan bahwa selama pengambilan data sampel tidak ada kerugian baik material maupun nonmaterial yang akan dialami oleh sampel.

3.6.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel

Instrumen ini berisi tentang informasi yang harus diketahui oleh calon responden, antara lain kesukarelaan responden untuk mengikuti penelitian, prosedur penelitian, kewajiban subjek penelitian, manfaat penelitian untuk

prosedur responden, kerahasiaan identitas responden, kompensasi yang akan didapat setelah menjadi responden, dan informasi tambahan lainnya.

3.6.3 *Kuesioner Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15)*

Kuesioner PHQ-15 terdiri dari 15 pertanyaan mengenai tanda dan gejala yang mengindikasikan diagnosis gangguan somatoform. Instrumen ini diisi oleh peneliti atau relawan yang membantu pengumpulan data.

3.6.4 *Kuesioner Numeric Rating Scale (NRS)*

Kuesioner NRS terdiri dari garis lurus berisikan angka 1-10, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus. Skala ini digunakan untuk mengidentifikasi tingkat keparahan nyeri yang dirasakan oleh pasien.

3.7 **Prosedur Penelitian**

3.7.1 *Ethical Clearance*

Peneliti mengirim berkas permohonan *ethical clearance* ke komisi etik Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Setelah selesai kemudian dilakukan penelitian.

3.7.2 *Persiapan dan Perizinan Penelitian*

- a) Penelitian memohon surat pengantar dari Fakultas Kedokteran Universitas Jember untuk diajukan kepada Direktur RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dan Poliklinik Psikiatri RS PRPN XI Djatiroto Lumajang.
- b) Persiapan instrumen penelitian.
- c) Wawancara oleh peneliti dengan pasien gangguan somatoform menggunakan instrumen penelitian *PHQ-15* dan *Numeric Analog Scale*.

3.7.3 *Teknik dan Alat Perolehan Data*

Penelitian dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang sudah terstandarisasi. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara dan observasi selama wawancara terhadap pasien gangguan somatoform dengan keluhan fisik nyeri ulu hati di Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Sebelum dilakukan

pengambilan data, responden wajib untuk mengisi dan menandatangani lembar *informed consent* dan identitas. Lembar *informed consent* ini juga dilengkapi dengan penjelasan pada calon responden atau subjek. Seluruh formulir ini juga dijelaskan pada saat pengambilan data sampel. Langkah selanjutnya yaitu melakukan pengambilan data dengan teknik wawancara kuesioner PHQ-15. Pewawancara menggunakan lembar wawancara dengan didampingi tenaga ahli (dokter spesialis kedokteran jiwa). Setelah mengisi kuesioner PHQ-15 dan memenuhi kriteria sampel, pasien diminta untuk mengisi kuesioner NRS untuk mengukur tingkat keparahan nyeri. Setelah data terkumpul, maka dilanjutkan dengan analisis data.

3.8 Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul diolah dengan langkah sebagai berikut:

a. *Cleaning*

Memeriksa kembali lembar kuesioner yang telah diisi. Jika terdapat jawaban ganda atau lembar observasi belum terisi, maka kuesioner tersebut gugur.

b. *Coding*.

Memberikan kode identitas subjek penelitian untuk menjaga kerahasiaan identitasnya serta menetapkan kode untuk skoring jawaban subjek penelitian atau hasil observasi yang telah dilakukan agar dapat diolah dengan aplikasi pengolahan data statistik.

c. *Scoring*

Tahap ini dilakukan setelah ditetapkan kode jawaban sehingga setiap jawaban subjek penelitian atau hasil observasi didapatkan nilai dari hasil pertanyaan di setiap variabel dalam kuesioner yang telah diisi pasien.

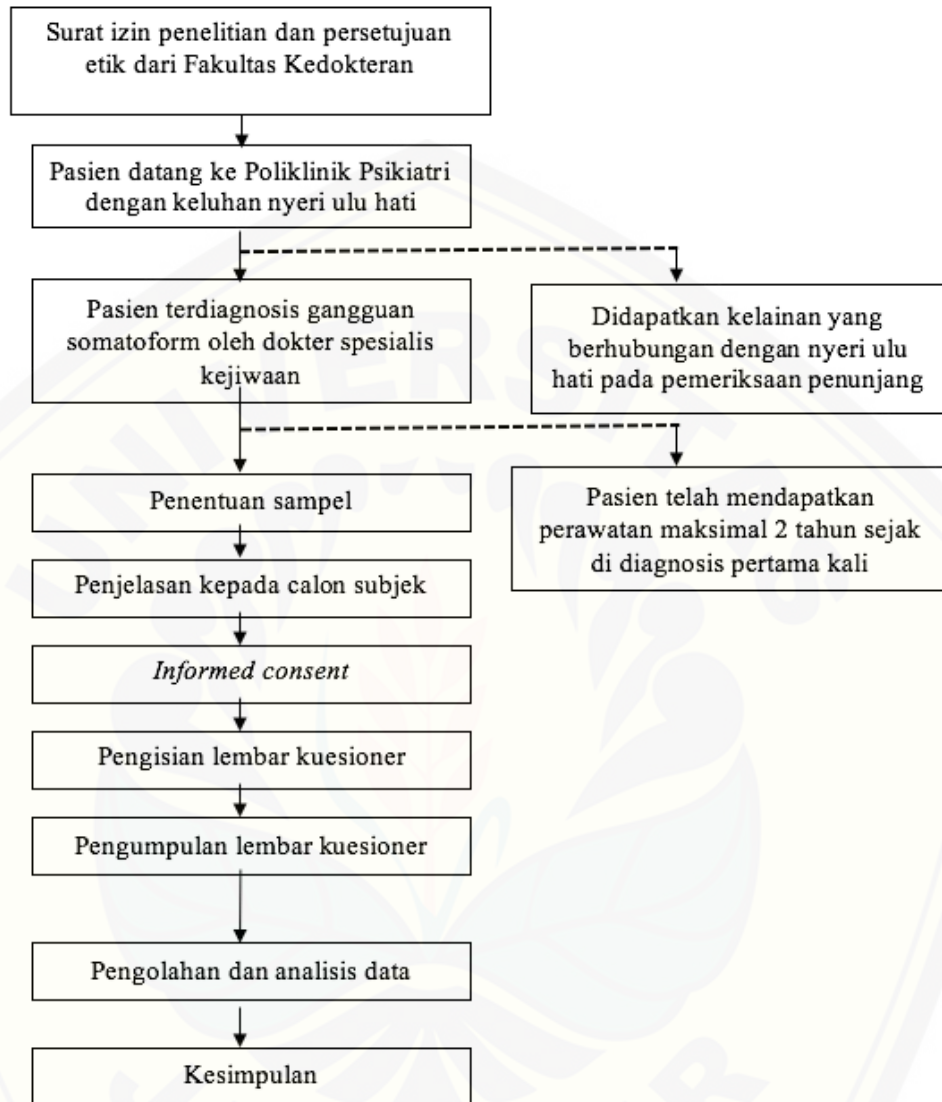
d. *Entering*

Memasukkan data ke dalam program komputer yaitu SPSS versi 23.

3.9 Analisis Data

Setelah semua data terkumpul dilakukan tabulasi data dalam bentuk tabel dan dilakukan pengolahan data. Pertama dilakukan analisis univariat untuk menjelaskan karakteristik sampel penelitian dan distribusi frekuensi dari setiap variabel yang diteliti, baik variabel independen maupun variabel dependen. Selanjutnya, dilakukan analisis bivariat untuk menganalisis hubungan antara dua variabel dengan uji korelasi Spearman. Uji korelasi Spearman dipilih untuk menguji hipotesis korelasi antara variabel ordinal yaitu tingkat nyeri ulu hati sebagai indikator gangguan somatoform dengan variabel ordinal yaitu skor PHQ-15 sebagai alat ukur diagnosis gangguan somatoform. Uji korelasi Spearman dipilih karena dapat digunakan untuk menganalisa data yang berbentuk peringkat dengan skala data ordinal-ordinal. Interpretasi hasil dianggap memiliki korelasi yang bermakna jika $p\text{-value} < 0,05$.

3.10 Alur Penelitian



Keterangan :

_____ : diteliti

----- : tidak diteliti

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data korelasi dan berdasarkan pembahasan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Pasien rawat jalan di poliklinik psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dengan keluhan nyeri ulu hati rata-rata memiliki tingkat nyeri yang rendah.
- b. Pasien rawat jalan di poliklinik psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dengan gangguan somatoform rata-rata memiliki tingkat keseriusan gejala somatik yang tinggi.
- c. Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat nyeri ulu hati terhadap gangguan somatoform di poliklinik psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang dengan arah korelasi positif dengan kekuatan signifikansi sedang.

5.2 Saran

Saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini adalah:

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut yang lebih objektif, di rumah sakit lain dengan populasi yang lebih besar.
2. Memperhatikan pengaruh faktor resiko lain seperti faktor genetik, status pernikahan, agama, suku bangsa, atau riwayat pengobatan yang mempengaruhi tingkat nyeri ulu hati pada pasien gangguan somatoform bagi pihak lain yang tertarik meneliti topik ini lebih dalam.
3. Pada penelitian ini didapatkan korelasi antara jenis kelamin dengan gangguan somatoform, untuk penelitian selanjutnya mungkin perlu di sama rata antara sampel laki-laki dan perempuan untuk memperkuat korelasi jenis kelamin dengan gangguan somatoform.
4. Perlu dilakukan pendekatan yang lebih komprehensif antara pasien dengan dokter agar komunikasi tentang keluhan pasien dapat terdeteksi dengan segera ketika tidak terdapat pengurangan gejala dan segera mencari pengobatan yang lebih sesuai untuk menghindari *shopping doctor*

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, D. R. 2011. Hubungan Antara Penyesuaian Diri dengan Gejala Somatisasi Pada Santriwati Baru Kelas VII SLTP di Pondok Pesantren Al-Mukmin Ngruki Sukoharjo. *Skripsi*, Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- American Psychiatric Association (APA). 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Fourth Edition). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. (Fourth Edition). Washington DC: American Associatic.
- Amalia, F., Nadjmir, Azmi, S. 2015. Gambaran Tingkat Depresi pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Unit Hemodialisa RSUP dr. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. Padang: Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Andalas.
- Andina, E. 2013. Perlindungan Bagi Kelompok Beresiko Gangguan Jiwa. Jakarta: Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jendral DPR RI.
- Astuti, Anin. 2014. Analisa Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Depresi pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Tugas Akhir. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Barsky AJ, Orav EJ, Ahern DK, Rogers MP, Gruen SD, Liang MH., 1999, Somatic Style and Symptom Reporting in Rheumatoid Arthritis, *Psychosomatic* 40:5, September: 396- 403.
- Bener A, Ghulouum S, Burgut FT. 2010. *Gender Differences in Prevalence of Somatoform Disorders in Patients Visiting Primary Care Centers*. *Journal of Primary Care & Community Health* 1(1) 37–42.
- Catartica, V. R. 2016. Prevalensi Penderita Gangguan Somatoform di RSUP dr.Sardjito tahun 2012-2014. *Skripsi*. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada.

- Dehoust MC, Schulz H, Harter M. 2014. *Prevalence and Correlates of Somatoform Disorders in the Elderly: Results of a European Study*. Department of Medical Psychology University Medical Centre Hamburg-Eppendorf.
- Febriani, Arum. 2012. *Menjadi Tua, Sehat, dan Bahagia Psikologi untuk Kesejahteraan masyarakat* (Faturochman dkk, ed.). Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- Garber, J., Walker, L. S., dan Zeman, J., 1991. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: Further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment*, 3, pp.588-595.
- Gregory RJ, Berry SL., 1999, Measuring Counterdependency in Patients With Chronic Pain, *Psychosomatic Medicine* 61: 341-345.
- Hidayah, D. E. 2014. Pengaruh Pemberian Aroma Terapi Lavender Pada Pasien Nyeri Kepala di RSUD Banyumas. *Skripsi*, Purwokerto: Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Hidayat, A. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hussin, K. A. 2017. Strategi Penatalaksanaan Nyeri Kepala Melalui Pendekatan Dokter Keluarga Pada Pelajar SMA. *Skripsi*, Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.
- Jovita, W. 2016. Psikodinamika Koping Pada Individu dengan Gangguan Somatoform Tipe Konversi. *Skripsi*. Semarang: Universitas Katolik Soegijapranata.
- Khan, M.T., Sulaiman, S.A.S., Hassali, M.A., Anwar, M. 2009. *Community Knowledge, Attitudes and Beliefs Towrd Depression in Stateof Penang Malaysia. Community Mental Health Journal*. Vol.10(46):87-92.
- Krimayer LJ, Robbins JM. *Three forms of somatisation in pri- mary care prevalence, co-occurrence and socio-demographic characteristics. J Nerv Ment Dis*. 1991;179:647-655.

- Maramis, W. F. dan Maramis, A. A. 2010. *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maslim, R. 2013. *Diagnosis gangguan jiwa, rujukan ringkas PPDGJ-III dan DSM-5*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Atmaja.
- Mujaddid. 2009. “Gangguan Psikosomatik: Gambaran Umum dan Patofisiologinya”. Dalam Sudoyo, Setyohadi, Alwi, Simadibrata dan Setiadi (Ed). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi V*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Muna, Nailil, Arwani, Purnomo. 2013. Hubungan antara Karakteristik dengan Kejadian Depresi pada Lansia di Panti Werda Pelkris Pengayoman Kota Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. Vol. 1(3):8-9.
- Mc.Dowell J, Newell C. *Measuring Health: A Guide to rating scale and questionnaire*. 2nd ed. New York: Oxford University Press. 1996.p. 269-74.
- Notoatmodjo, S. 2010 *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Noerhidajati, E. 2010. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Amplifikasi Somatosensori Pada Penderita dengan Keluhan Nyeri Ulu Hati. *Jurnal Sains Medika*, Vol.2(2):178-192.
- Nurlita, D., dan Lisiswanti R., 2016. Body Dysmorphic Disorder. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*.
- Palmer KT, Calnan M, Wainwright D. Disabling musculoskeletal pain and its relation to somatization: a community-based postal survey. *Occup Med*. 2005;55: 612–617.
- Perry BD, Azad I. Posttraumatic stress disorders in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 1999;11:310-316.
- Qarniati, M. V. 2017. Penerapan Terapi Perilaku Kognitif (*Cognitive Behavior Therapy*) Pada Klien dengan Gangguan Hipokondriasis di Rumah Tahanan

Pondok Bambu Jakarta Timur. Jakarta: Universitas Persada Indonesia YAI.

Sampurno, R. A. K. 2012. Efektivitas Terapi Kognitif Perilaku (*Cognitive Behavior Therapy*) Untuk Meningkatkan Pikiran Rasional Pasien Somatoform di Poli Jiwa Rumah Sakit Saiful Anwar Malang. *Skripsi*, Malang: Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.

Selvera, N. R. 2012. Pengembangan Teknik Restrukturisasi Kognitif Untuk Menurunkan Keyakinan Irasional Pada Gangguan Somatisasi. *Thesis*, Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.

Setiati, E. P. 2008. *Health Psychology : Biopsychosocial Interaction*. 6th ed. New York: John Willey & Sons, Inc.

Stewart, D.E., Rolfr, D.E., Robert, E. 2004. Depression Estrogen and The Women' s Health Initiative. *The Academy of Psychosomaticmedicine*. Vol.4(5):445-447.

Woolfolk. R., dan Allen, LA., 2010. Affective cognitif behaviour therapy for somatization disorders. *Journal of Cognitif Psychotherapy*, 24(2), pp. 116-119.

Yunistika, T. P. 2018. Hubungan Antara *Self Esteem* dengan Kecenderungan *Body Dysmorphic Disorder* Pada Mahasiswi Prodi Psikologi Islam Fakultas Psikologi UIN Raden Fatah Palembang. *Skripsi*, Palembang: Universitas Islam Negeri Raden Fatah Palembang.

LAMPIRAN A. INSTRUMEN PENELITIAN**Lampiran A.1 Formulir *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk menjadi subjek penelitian dari:

Nama : Rachmadania Diana Putri

Fakultas : Kedokteran Universitas Jember

**Pembimbing : 1. dr. Alif Mardijana, Sp.KJ
2. dr. Ida Srisurani W.A, M. Kes**

Dengan judul penelitian “Tingkat Keluhan Fisik Nyeri Ulu Hati sebagai Indikator Gangguan Somatoform pada Pasien Rawat Jalan Poliklinik Psikiatri.” Semua penjelasan telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila masih memerlukan penjelasan, saya akan mendapat jawaban dari peneliti. Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dan bisa mengundurkan diri pada saat penelitian jika keberatan dan tidak memenuhi instruksi yang diberikan oleh peneliti.

Demikian secara sukarela dan tanpa unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

No Responden :

Tanggal/Bulan/Tahun:

Tanda Tangan Responden

(.....)

Lampiran A.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel**LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SAMPEL**

Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember (Rachmadania Diana Putri NIM. 162010101097) sedang melakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana tingkat keluhan fisik nyeri ulu hati sebagai indikator gangguan somatoform pada pasien rawat jalan Poliklinik Psikiatri RS PTPN XI Djatiroto Lumajang. Penelitian ini melibatkan 30 orang sukarelawan yang termasuk dalam kriteria inklusi. Penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat kepada pasien dan tenaga medis dalam menangani masalah keluhan fisik nyeri ulu hati agar tidak terdapat misdiagnosis yang kemungkinan timbul.

Anda termasuk masyarakat umum dalam kriteria inklusi, yaitu telah didiagnosis mengalami gangguan somatoform yang mengeluhkan nyeri ulu hati. Oleh karena itu peneliti meminta Anda untuk menjadi sukarelawan dalam penelitian yang akan dilakukan. Apabila Anda bersedia ikut serta dalam penelitian ini, Anda akan diminta untuk mengisi dan menandatangani *informed consent* (lembar persetujuan) serta mengikuti prosedur penelitian dengan mengisi identitas dan menjawab beberapa pertanyaan penelitian.

Anda bebas menolak untuk ikut dalam penelitian ini. Apabila Anda telah memutuskan untuk ikut, Anda juga bebas untuk mengundurkan diri setiap saat. Apabila Anda tidak mengikuti instruksi yang diberikan oleh peneliti, Anda dapat dikeluarkan setiap saat dari penelitian ini. Semua data penelitian ini akan diperlakukan secara rahasia sehingga tidak memungkinkan orang lain menghubungkan dengan Anda. Semua berkas yang mencantumkan identitas, hanya digunakan untuk pengolahan data dan apabila penelitian ini selesai data milik responden akan dimusnahkan.

Anda akan diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu Anda membutuhkan penjelasan, Anda dapat menghubungi Rachmadania Diana Putri, mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada nomor 081233198660.

Lampiran A.3 Kuesioner *Patient Health Questionnaire Physical Symptoms (PHQ-15)*

Selama 4 minggu terakhir, sejauh mana anda terganggu oleh masalah-masalah ini?

	Tidak terganggu (0)	Sedikit terganggu (1)	Sangat terganggu (2)
a. Nyeri perut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nyeri punggung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sakit pada lengan, tungkai, sendi-sendi (lutut, pinggul, dll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untuk perempuan			
d. Kram saat menstruasi atau masalah menstruasi lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sakit kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sakit dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Pusing/pening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Pingsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Jantung berdebar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sesak nafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Sakit atau masalah lain terkait hubungan seksual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Konstipasi, diare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Mual, perut terasa begah, kembung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Merasa lelah atau kurang berenergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Gangguan tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Lampiran A.4 Kuesioner Skala Pengukuran Intensitas Nyeri dengan
Numeric Rating Scale (NRS)**

Petunjuk Pengukuran Intensitas Nyeri Ulu Hati:

Mohon Bapak/Ibu/Saudara/I melingkari angka dibawah ini sesuai dengan rasa nyeri yang dirasakan sekarang.



Keterangan:

0 = Tidak ada keluhan nyeri

1-3 = Ada rasa nyeri, mulai terasa dan masih dapat ditahan

4-7 = Ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup kuat untuk menahannya.

8-10 = Ada nyeri, terasa sangat mengganggu/tidak tertahankan sehingga harus meringis, menjerit bahkan berteriak.

Skor intensitas nyeri =

LAMPIRAN B. HASIL UJI ANALISIS DATA

B.1 Lampuran Hasil Uji Univariat

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 36-45	8	26,7	26,7	26,7
46-55	8	26,7	26,7	53,3
56-65	10	33,3	33,3	86,7
66-75	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	5	16,7	16,7	16,7
Perempuan	25	83,3	83,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulati ve Percent
Valid Tidak tamat	2	6,7	6,7	6,7
SD	9	30,0	30,0	36,7
SMP	5	16,7	16,7	53,3
SMA	10	33,3	33,3	86,7
SARJANA	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak bekerja	24	80,0	80,0	80,0
Bekerja	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	



B.2 Lampiran Hasil Uji Bivariat

Correlations

			Tingkat Keseriusan Gejala Somatoform	Tingkat Nyeri
Spearman's rho	Tingkat Keseriusan Gejala Somatoform	Correlation Coefficient	1,000	,495**
		Sig. (2-tailed)	.	,005
		N	30	30
	Tingkat Nyeri	Correlation Coefficient	,495**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,005	.
		N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

			Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	Usia
Spearman's rho	Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	Correlation Coefficient	1,000	-,054
		Sig. (2-tailed)	.	,779
		N	30	30
	Usia	Correlation Coefficient	-,054	1,000
		Sig. (2-tailed)	,779	.
		N	30	30

Correlations

			Jenis Kelamin	Gejala Somatik
Spearman's rho	Jenis Kelamin	Correlation Coefficient	1,000	,382*
		Sig. (2-tailed)	.	,037
		N	30	30
		<hr/>		
Spearman's rho	Gejala Somatik	Correlation Coefficient	,382*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,037	.
		N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

			Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	Pendidikan
Spearman's rho	Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	Correlation Coefficient	1,000	-,289
		Sig. (2-tailed)	.	,122
		N	30	30
		<hr/>		
Spearman's rho	Pendidikan	Correlation Coefficient	-,289	1,000
		Sig. (2-tailed)	,122	.
		N	30	30

Correlations

			Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	Pekerjaan
Spearman's rho	Tingkat Keseriusan Gejala Somatik	Correlation Coefficient	1,000	-,067
		Sig. (2- tailed)	.	,726
		N	30	30
	Pekerjaan	Correlation Coefficient	-,067	1,000
		Sig. (2- tailed)	,726	.
		N	30	30