

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gastritis atau yang lebih dikenal dengan istilah penyakit maag merupakan peradangan pada mukosa lambung yang dapat bersifat akut maupun kronis (Brunner & Suddarth, 2010). Penyakit ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat dengan angka kejadian yang cukup tinggi di Indonesia. Data World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa dari total penduduk Indonesia sebesar 238,5 juta, terdapat sekitar 274.369 kasus gastritis atau 40,8% dari jumlah populasi (WHO, 2013). Laporan *Asian Pacific Digestive Week (APDW)* juga menyebutkan bahwa 40-46% pasien yang datang ke fasilitas kesehatan mengalami keluhan gangguan pencernaan (Antara, 2014). Dalam tingkat daerah, dinas kesehatan Sulawesi Selatan melaporkan bahwa gastritis menempati urutan ke 6 dari 20 penyakit terbanyak dengan total 287.739 kasus (8,82) di puskesmas pada tahun 2019 (Dinkes Sulsel, 2019).

Peningkatan kasus gastritis juga tercatat dalam riset kesehatan dasar, di mana prevalensinya naik dari 25,8% pada tahun 2013 menjadi 34,1% pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2018). Selain itu, kementerian kesehatan RI melapaskan pada tahun 2018 terdapat 22.580 kasus rawat inap dan 201.073 kasus rawat jalan akibat gastritis, dengan mayoritas pasien adalah perempuan (Kemenkes RI, 2018). Hal ini serupa juga terlihat di beberapa daerah menjelang 2024, misalnya di kota batu yang mencatat 5.369 kasus gastritis sehingga menempati posisi sepuluh besar penyakit terbanyak (Detik.com, 2024). Fakta ini menegaskan bahwa gastritis merupakan penyakit yang prevalensinya terus meningkat dan berdampak luas terhadap kualitas hidup masyarakat.

Gastritis ditandai oleh gejala seperti nyeri ulu hati, mual, muntah, perut kembung, kehilangan nafsu makan hingga penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan (Raghavan & Holmgren, 2021). Faktor penyebabnya beragam mulai dari pola makan yang tidak teratur, konsumsi alkohol, penggunaan obat-obatan tertentu hingga faktor psikologis seperti stres (Baliwati, 2004). Terdapat penelitian yang menunjukkan bahwa stres dapat memperburuk kondisi gastritis. Priyoto (2014) menjelaskan bahwa penderita gastritis yang mengalami stres memiliki risiko 3,37 kali lebih besar mengalami kekambuhan dibandingkan individu tanpa stres. Hal ini terjadi karena stres memicu aktivasi saraf simpatik dan pelepasan hormon kortisol yang meningkatkan sekresi asam lambung, sehingga memperparah gejala gastritis.

Dalam kondisi gastritis, rasa nyeri dan ketidaknyamanan yang muncul sering mendorong individu untuk mencari cara mengatasi rasa sakit, yang dikenal dengan *pain coping*. *Pain coping* didefinisikan sebagai upaya kognitif maupun perilaku yang dilakukan individu untuk mengurangi, mengelola, atau menyesuaikan diri terhadap nyeri yang dialami (Brown & Nicassio, 1987). Strategi coping dapat bersifat adaptif, misalnya mencari informasi medis, mengikuti pengobatan dokter, atau melakukan relaksasi, namun dapat pula bersifat maladaptif seperti menghindari masalah, pasrah, atau mengabaikan pengobatan (Lazarus & Folkman, 1984).

Pemilihan strategi coping ini tidak terlepas dari *pain belief* atau keyakinan individu terhadap nyeri yang dialami. *Pain belief* mencakup keyakinan mengenai penyebab, konsekuensi, serta kemampuan diri dalam mengendalikan nyeri (Williams & Thorn, 1989). Individu dengan keyakinan adaptif cenderung memilih strategi coping yang sehat, misalnya tetap aktif, melakukan teknik relaksasi, atau mencari dukungan sosial (Tan et al., 2016). Sebaliknya, individu dengan keyakinan maladaptif, seperti meyakini bahwa nyeri tidak dapat dikendalikan, lebih cenderung menggunakan coping pasif yang justru memperburuk kondisi (Bunzli et al., 2013).

Beberapa penelitian mendukung adanya hubungan erat antara *pain belief* dan *pain coping*. Ivan (2017) menemukan bahwa keyakinan terhadap nyeri memengaruhi strategi penanganan nyeri pada pasien penyakit kronis, dengan variasi respon yang juga dipengaruhi oleh faktor budaya. Hal ini dapat dijelaskan menggunakan *Health Belief Model (HBM)* yang dikembangkan oleh Rosenstock (1974), yang menyatakan bahwa perilaku kesehatan, termasuk cara individu menghadapi nyeri, dipengaruhi oleh keyakinan mengenai keparahan, kerentanan, manfaat, serta hambatan dalam pengelolaan kesehatan. Individu

dengan persepsi positif cenderung menggunakan coping aktif, sementara individu dengan keyakinan negatif lebih sering menggunakan coping pasif atau menghindar.

Selain itu, penelitian Wong et al. (2018) menunjukkan bahwa intervensi psikologis seperti *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* dapat mengubah *pain belief* maladaptif menjadi lebih konstruktif, sehingga meningkatkan efektivitas coping terhadap nyeri. Hal ini sejalan dengan *Cognitive Behavioral Theory* yang dikembangkan Beck (1967), bahwa keyakinan dan pikiran berperan penting dalam membentuk emosi dan perilaku. Pikiran maladaptif terhadap nyeri dapat menimbulkan kecemasan dan keputusan, sehingga mendorong individu menggunakan strategi coping yang tidak efektif, seperti pasrah atau bergantung pada obat-obatan (Wong et al., 2018).

Dalam konteks gastritis, pemahaman mengenai hubungan *pain belief* dan *pain coping* menjadi penting karena penyakit ini bersifat kambuhan serta sangat dipengaruhi oleh gaya hidup, kepatuhan pengobatan, dan kondisi psikologis pasien (Thong et al., 2017). Individu dengan keyakinan bahwa nyeri dapat dikendalikan melalui pengobatan medis dan perubahan pola hidup terbukti lebih patuh terhadap anjuran dokter, lebih teratur melakukan kontrol kesehatan, serta lebih cepat mencari pertolongan saat gejala muncul (Timmerman et al., 2019). Sebaliknya, individu yang meyakini bahwa nyeri adalah kondisi permanen yang tidak dapat diubah cenderung bersikap pasif, mengabaikan gejala, atau menggunakan obat-obatan tanpa pengawasan medis (Williams et al., 2015). Hal ini konsisten dengan temuan Sarda et al. (2020) yang menegaskan bahwa *pain belief* berperan signifikan dalam menentukan efektivitas *pain coping* yang dipilih pasien.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa gastritis tidak hanya berdampak pada kesehatan fisik, tetapi juga berkaitan dengan faktor psikologis yang memengaruhi cara individu mengelola nyeri. Keyakinan yang dimiliki terhadap nyeri (*pain belief*) terbukti memengaruhi strategi coping yang digunakan pasien (*pain coping*). Namun, penelitian mengenai hubungan *pain belief* dan *pain coping* pada penderita gastritis, khususnya di Indonesia, masih terbatas. Oleh karena itu, penelitian ini penting dilakukan untuk mengetahui lebih jauh hubungan antara *pain belief* dengan *pain coping* pada individu penderita gastritis.

1.1.1 Tinjauan Pustaka

1.1.1.1 Pain Belief

Pain belief atau kepercayaan tentang nyeri merupakan konstruk kognitif yang mengacu pada cara individu memahami, menafsirkan, serta memberikan makna terhadap pengalaman nyeri yang dialami (Williams & Thorn, 1989). Goudge et al (2017) mendefinisikan *pain belief* sebagai pemikiran, persepsi, dan keyakinan individu mengenai sifat, penyebab, serta konsekuensi dari nyeri yang dialami. Selaras dengan itu, Quartana et al. (2009) menjelaskan bahwa *pain belief* memengaruhi bagaimana seseorang merespon dan mengelola nyeri, termasuk pemilihan strategi *coping* yang digunakan. Edwards et al. (1992) menambahkan bahwa *pain belief* merupakan representasi kognitif yang membentuk persepsi terhadap nyeri dan memengaruhi interpretasi maupun perilaku dalam menghadapinya.

Williams dan Thorn (1989) menyebutkan bahwa keyakinan mengenai nyeri dapat menentukan intensitas pengalaman nyeri, tingkat distress emosional, serta kualitas hidup individu. *Pain belief* yang adaptif, misalnya keyakinan bahwa nyeri dapat dikendalikan atau bersifat sementara, mendorong penggunaan coping aktif seperti aktivitas fisik, teknik relaksasi, atau mencari dukungan sosial (Tan et al., 2016). Sebaliknya, *pain belief* yang maladaptif, seperti keyakinan bahwa nyeri bersifat permanen dan sulit dikendalikan, terbukti meningkatkan distress emosional dan mendorong penggunaan coping pasif seperti penghindaran aktivitas dan ketergantungan obat (Hinch et al., 2024).

Berdasarkan definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa *pain belief* adalah keyakinan individu mengenai penyebab, sifat, dan konsekuensi nyeri yang memengaruhi cara individu merespon dan mengatasi nyeri. Keyakinan yang adaptif akan mendorong strategi *coping* aktif dan konstruktif, sedangkan keyakinan maladaptif berisiko menimbulkan strategi *coping* pasif yang kurang efektif serta berdampak negatif pada aspek psikologis maupun kualitas hidup.

Pain belief dapat diklasifikasikan menjadi beberapa jenis, antara lain:

- a. *Pain Constancy belief* ini mengacu pada keyakinan bahwa nyeri bersifat konstan, menetap dan tidak akan pernah berubah atau sembuh (Tan et al., 2016). Individu dengan *pain belief* ini cenderung merasa tidak berdaya dan putus asa dalam mengatasi nyeri.
- b. *Pain Permanence Belief* adalah keyakinan bahwa nyeri bersifat permanen dan tidak akan pernah sembuh (Goudge et al, 2017). Individu dengan *pain belief* ini cenderung menerima nyeri sebagai bagian dari hidupnya.
- c. *Pain Cyclicity Belief* adalah keyakinan bahwa nyeri bersifat siklik atau episodic dengan periode-periode saat nyeri berkurang atau meningkat (Quartana et al., 2009). Individu dengan *pain belief* ini mungkin lebih optimis dalam mengelola nyeri yang dirasakan
- d. *Pain Chronicity Belief* adalah keyakinan bahwa nyeri akan berlangsung dalam jangka panjang atau kronis (Goudge et al., 201). Individu dengan *pain belief* ini mungkin mengantisipasi bahwa individu perlu mengelola nyeri dalam jangka panjang.
- e. *Pain Disability Belief* adalah keyakinan bahwa nyeri akan menyebabkan disabilitas atau keterbatasan fungsional (Tan et al., 2016). Individu dengan *pain belief* ini cenderung menghindari aktivitas tertentu karena khawatir akan memperburuk nyeri.
- f. *Pain Control Belief* adalah keyakinan bahwa individu dapat mengontrol atau mengelola nyeri yang dirasakan (Quartana et al., 2009). Individu dengan *pain belief* ini cenderung lebih aktif dalam menggunakan strategi mengatasi nyeri.

Terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi pembentukan *pain belief* individu :

- a. Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman nyeri yang parah atau berkepanjangan di masa lalu dapat membentuk keyakinan negatif tentang sifat, penyebab, dan konsekuensi nyeri yang dirasakannya (Goudge et al., 2017). Individu yang pernah mengalami nyeri kronis cenderung memiliki *pain belief* bahwa nyeri adalah suatu yang permanen, tidak dapat dikendalikan dan akan mengganggu aktivitas.

- b. Informasi dan edukasi tentang nyeri

Pengetahuan dan informasi yang diterima individu tentang nyeri, baik dari profesional kesehatan, media, atau sumber lainnya dapat membentuk pemahaman dan keyakinannya tentang nyeri (Quartana et al., 2009). Edukasi yang tepat dapat membantu mengubah *pain belief* yang maladaptive menjadi lebih adaptif, seperti keyakinan bahwa nyeri dapat dikelola dengan strategi yang tepat.

- c. Faktor psikologis

Kondisi psikologis seperti kecemasan, depresi atau stres dapat memengaruhi *pain belief* individu terkait nyeri yang dirasakannya. Individu dengan kecemasan atau depresi yang tinggi cenderung memiliki *pain belief* yang lebih negatif seperti keyakinan bahwa nyeri tidak dapat dikendalikan atau akan memburuk.

- d. Faktor sosial dan budaya

Norma sosial, budaya dan lingkungan sekitar dapat membentuk keyakinan dan persepsi individu tentang nyeri (Tan et al., 2016). Beberapa budaya mungkin memandang nyeri sebagai sesuatu yang harus ditoleransi atau dihindari, yang dapat memengaruhi *pain belief* individu.

- e. Karakteristik individu

Usia, jenis kelamin, kepribadian dan gaya coping individu dapat memengaruhi pembentukan *pain belief*. Individu yang cenderung memiliki kepribadian negative, gaya *coping* yang maladaptive, atau kurang percaya diri dalam mengelola nyeri mungkin memiliki *pain belief* yang kurang adaptif.

- f. Pengalaman dengan sistem perawatan Kesehatan

Interaksi dengan profesional kesehatan, termasuk komunikasi, empati dan kualitas perawatan yang diterima dapat membentuk *pain belief* individu tentang pengendalian dan pengelolaan nyeri (Goudge et al., 2017). Jika individu merasa tidak dipahami atau tidak mendapat dukungan dari tenaga kesehatan, hal ini dapat memengaruhi keyakinannya tentang kemampuan untuk mengelola nyeri dengan efektif.

g. Durasi dan keparahan nyeri

Semakin lama individu mengalami nyeri yang parah atau kronis, semakin besar kemungkinan individu memiliki *pain belief* yang maladaptive seperti keyakinan bahwa nyeri tidak akan pernah sembuh atau tidak dapat dikendalikan.

h. Tingkat disabilitas atau gangguan fungsional, Individu yang mengalami disabilitas atau gangguan fungsional akibat nyeri yang dialami cenderung memiliki *pain belief* bahwa nyeri akan selalu menghalangi aktivitas dan kualitas hidupnya.

1.1.1.2 Pain Coping

Pain coping merupakan upaya kognitif dan perilaku yang digunakan individu untuk mengelola, mengurangi, atau beradaptasi terhadap pengalaman nyeri (Riley & Robinson, 1997). Lazarus dan Folkman (1984) mendefinisikan coping sebagai proses dinamis yang melibatkan usaha individu dalam menghadapi tuntutan internal atau eksternal yang dinilai melebihi sumber daya yang dimiliki, sehingga dalam konteks nyeri, coping berperan untuk mengatur respons fisik maupun emosional. Selanjutnya, Keefe et al. (2004) menjelaskan bahwa *pain coping* mencakup strategi-strategi aktif seperti mengalihkan perhatian, relaksasi, hingga restrukturisasi kognitif, maupun strategi pasif seperti menghindari aktivitas atau bergantung pada obat-obatan.

Pada penderita penyakit kronis, *pain coping* memiliki peranan penting dalam mempertahankan kualitas hidup. Breivik et al. (2006) menunjukkan bahwa nyeri kronis dapat berdampak signifikan pada fungsi fisik dan psikologis individu, sehingga strategi coping yang adaptif diperlukan untuk mengurangi rasa sakit sekaligus menekan dampak emosionalnya. Gatchel et al. (2007) juga menambahkan bahwa kemampuan coping yang efektif dapat menurunkan kecemasan, meningkatkan kontrol diri, serta membantu pasien tetap produktif dalam aktivitas sehari-hari.

Pain coping merupakan serangkaian strategi kognitif dan perilaku yang digunakan individu untuk menghadapi nyeri, baik melalui cara adaptif maupun maladaptif. Strategi *coping* yang digunakan akan menentukan bagaimana individu menafsirkan nyeri, meresponsnya, serta mempertahankan fungsi dalam kehidupan sehari-hari. Penggunaan *coping* yang tepat tidak hanya mengurangi intensitas dan beban emosional akibat nyeri, tetapi juga meningkatkan kesejahteraan psikologis dan kualitas hidup penderita.

Menurut Lazarus & Folkman (1984), *coping* secara umum terbagi menjadi dua yaitu *problem focused coping* dan *emotion focused coping*:

- *Problem focused coping* adalah strategi yang berorientasi pada usaha langsung untuk mengatasi sumber stress atau nyeri misalnya dengan mencari informasi medis, melakukan pengobatan, mengubah pola makan, atau mengatur aktivitas fisik. Strategi ini cenderung lebih efektif bila sumber masalah dapat dikendalikan
- *Emotion focused coping* lebih menekankan pada pengelolaan respon emosional terhadap nyeri, misalnya dengan melakukan relaksasi, positive reappraisal serta mencari dukungan sosial. Strategi ini sering digunakan ketika sumber nyeri sulit dikendalikan (Folkman & Moskowitz, 2004).

Dalam hal mengenai nyeri, *pain coping* juga sering dibedakan menjadi *active coping* dan *passive coping* (Jensen et al., 1991):

- *Active coping* mencakup usaha konstruktif untuk mengurangi dampak nyeri, misalnya dengan tetap aktif melakukan kegiatan sehari-hari, mengatur pikiran (*cognitive restructuring*) atau menerapkan teknik relaksasi.
- *Passive coping* meliputi perilaku menghindar atau menyerah pada nyeri, seperti berbaring terus menerus, menghentikan aktivitas atau mengandalkan obat secara berlebihan.

Pemilihan strategi *coping* terhadap nyeri dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

- *Pain belief* keyakinan mengenai nyeri berperan besar dalam menentukan jenis *coping* yang digunakan. Individu dengan keyakinan bahwa nyeri dapat dikendalikan cenderung memilih strategi aktif, sedangkan individu yang meyakini nyeri permanen atau tidak terkendali lebih banyak menggunakan *coping* pasif (Edwards et al., 2001).

- Karakteristik nyeri, intensitas, frekuensi, dan durasi nyeri dapat memengaruhi strategi *coping*. Nyeri yang lebih berat cenderung memicu penggunaan *coping* maladaptive (Keefe et al., 2004)
- Dukungan sosial, keberadaan dukungan keluarga, teman atau tenaga medis dapat memperkuat *coping* adaptif dan mengurangi penggunaan *coping* maladaptive (Strong et al., 1992).
- Faktor demografis, usia, jenis kelamin serta pengalaman sebelumnya dalam menghadapi nyeri juga memengaruhi perbedaan strategi *coping*. Misalnya, perempuan lebih sering menggunakan *emotion focused coping* dibanding laki laki (Matud, 2004).

1.1.1.3 Gastritis

Menurut Brunner dan Suddarth (2010) *gastritis* merupakan inflamasi pada mukosa gastritis/fisiologi lambung (fungsi pencernaan, sekresi dan motorik). Suratun dan Lusianah (2010) mendefinisikan *gastritis* sebagai suatu peradangan pada mukosa lambung yang bersifat akut, kronis difus atau lokal. Peradangan pada mukosa lambung dapat menyebabkan gejala seperti nyeri atau rasa terbakar di area perut atas, mual, muntah, kehilangan nafsu makan dan kembung (Hunt et al., 2015). Definisi dari *gastritis* tersebut dapat disimpulkan bahwa *gastritis* merupakan suatu keadaan terjadinya proses inflamasi atau peradangan pada bagian mukosa lambung disertai kerusakan pada mukosa yang dapat bersifat akut maupun kronik.

Faktor resiko penyakit *gastritis* dapat disebabkan karena pola makan yang tidak teratur, ketika rasa lapar yang mengharuskan untuk makan namun ditunda dan dibiarkan maka asam lambung akan mencerna lapisan mukosa lambung sehingga akan menimbulkan rasa nyeri (Baliwati, 2004). Alkohol yang dikonsumsi berlebihan dapat juga mengiritasi dan mengikis mukosa lambung sehingga perjalanan alkohol menuju mukosa lambung dapat menyebabkan kerusakan dan menginduksi stres oksidatif serta inflamasi pada jaringan (Miftahussurur et al, 2021). Stres juga bisa menjadi faktor antara lain stres psikis akan meningkatkan kerja saraf simpatik dan akan merangsang tingginya produksi asam lambung (Sukarmin, 2013).

1.1.1.4 Hubungan *pain belief* dengan *pain coping*

Faktor kognitif merupakan salah satu aspek yang dapat menjadi prediktor penting dalam pengalaman nyeri pada individu dengan kondisi medis tertentu. Faktor kognitif dapat memberikan dampak positif maupun negatif dalam cara individu memaknai dan mengelola nyeri. Di satu sisi, keyakinan yang adaptif mengenai nyeri dapat membantu individu dalam menggunakan strategi koping yang lebih efektif sehingga mengurangi distress psikologis. Namun, di sisi lain, keyakinan yang maladaptif dapat memperburuk persepsi nyeri dan menghambat fungsi sehari-hari (Chen et al., 2021).

Pain belief merupakan salah satu faktor kognitif yang berperan dalam pembentukan persepsi dan respon terhadap nyeri. Turner et al. (2000) menyatakan bahwa keyakinan terhadap nyeri berhubungan erat dengan strategi coping yang dipilih individu. Keyakinan adaptif terhadap nyeri dapat mendorong penggunaan strategi koping yang konstruktif, sementara keyakinan maladaptif justru meningkatkan risiko munculnya strategi yang tidak efektif. Hal ini menunjukkan bahwa pemahaman mengenai *pain belief* penting untuk membantu penderita gastritis dalam mengelola nyeri.

1.2. Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara *pain belief* dengan *pain coping* pada individu yang menderita *gastritis*

1.2.2 Manfaat penelitian

1.2.2.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi ilmiah, serta dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu psikologi, khususnya area kajian psikologi klinis.

1.2.2.2 Manfaat Praktis

Manfaat praktis yang diharapkan dari penelitian ini bagi pasien gastritis informasi ini dapat menjadi masukan dalam memilih *coping* yang tepat agar dapat sembuh dari penyakit yang dideritanya. Bagi lingkungan sekitar dapat menjadi referensi dalam memahami terkait kontribusi *pain belief* dalam memilih *coping* pada pasien *gastritis*.

1.3 Hipotesis

Berdasarkan penjelasan di atas, peneliti mengajukan hipotesis penelitian sebagai berikut:

H0 : Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *pain belief* dengan *pain coping* pada penderita gastritis

H1 : Terdapat hubungan positif yang signifikan antara *pain belief* dengan *pain coping* pada penderita gastritis

METODE PENELITIAN

2.1. Jenis dan Desain Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif untuk melihat hubungan variabel X terhadap variabel Y. Dalam penelitian ini, peneliti hendak melihat apakah terdapat hubungan *pain belief* dengan *pain coping* pada penderita gastritis. Secara spesifik peneliti memilih kuantitatif eksplanatif agar dapat menjelaskan hubungan dari kedua variabel dengan menguji hipotesis secara objektif. Penelitian kuantitatif yang dilakukan menggunakan desain studi korelasional, yang bertujuan untuk mengeksplorasi hubungan antara variabel *pain belief* (variabel independent) dan *pain coping* (variabel dependen) pada penderita gastritis.

2.2. Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini meneliti dua variabel yaitu variabel *pain belief* menjadi Variabel independent dan *pain coping* sebagai variabel dependen. :

1. Variabel X : *Pain Belief*
2. Variabel Y : *Pain Coping*

2.3 Definisi Operasional

Pain Belief

Pain belief merupakan cara atau metode yang spesifik untuk mengukur atau mendefinisikan keyakinan individu terhadap rasa sakit. Dalam penelitian ini, *pain belief* diukur menggunakan instrumen *Pain Beliefs Questionnaire (PBQ)*. Skala ini terdiri dari 19 aitem dengan rentang skor 1-5 dimana skor tinggi menunjukkan keyakinan yang lebih adaptif terhadap nyeri, sedangkan skor rendah menunjukkan keyakinan yang maladaptif.

Pain coping

Pain coping merupakan metode untuk mengukur dan mendefinisikan strategi-strategi penanganan yang digunakan individu dalam menghadapi dan mengelola nyeri yang dialaminya. Dalam penelitian ini, *pain coping* diukur menggunakan *Pain Coping Inventory (PCI)* yang terdiri dari 33 item dengan rentang skor 1-4 dimana skor tinggi menunjukkan penggunaan *pain coping* yang lebih aktif dan adaptif, sedangkan skor rendah menunjukkan penggunaan *coping* yang lebih pasif dan maladaptif.

2.4 Partisipan Penelitian

Populasi merupakan sekumpulan individu yang menjadi sasaran generalisasi dari temuan penelitian (Azwar, 2017). Adapun populasi dalam penelitian ini merupakan seluruh individu yang memiliki karakteristik yaitu merupakan penderita gastritis kronis yang telah di diagnosis oleh dokter. Pemilihan populasi tersebut didasarkan pada kriteria subjek yang telah ditentukan oleh peneliti.

Sampel adalah sebagian dari populasi yang dipilih melalui prosedur tertentu dan dianggap mampu mewakili karakteristik populasi (Azwar, 201). Dalam penelitian ini, sampel terdiri dari individu yang menderita gastritis kronis. Kriteria yang digunakan mencakup riwayat gastritis kronis selama sekitar enam bulan, sesuai dengan definisi dari Rahayuningsih (2010) yang menyebut gejala seperti nyeri ulu hati, mual, muntah, rasa asam di mulut dan anoreksia yang berlangsung berulang lebih dari enam bulan. Durasi enam bulan tersebut dijadikan acuan utama dalam menentukan kelayakan partisipan sebagai responden.

Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* dalam pemilihan sampelnya. Sugiyono (2010) menjelaskan bahwa *purposive sampling* adalah metode pengambilan sampel berdasarkan pertimbangan tertentu. Teknik ini termasuk dalam kategori *non-probability sampling*, yang berarti tidak semua anggota populasi memiliki peluang yang sama untuk terpilih. Jika jumlah populasi tidak diketahui secara pasti, maka jumlah sampel dapat ditentukan menggunakan rumus Lemeshow (Riduwan & Akdon, 2010).

2.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini akan menggunakan skala yang terdiri dari beberapa item yang diberikan kepada responden yang sesuai dengan kriteria. Skala merupakan salah satu metode dalam pengumpulan data yang dilakukan dengan menyajikan sejumlah pertanyaan tertulis yang dirancang untuk mengungkap suatu konstruk atau konsep psikologis yang mencerminkan aspek-aspek dari kepribadian individu (Azwar, 2017). Adapun alat ukur yang akan digunakan dalam penelitian ini yaitu skala *pain coping* dan *pain belief*.

Kuesioner ini disusun dalam bentuk Google form kemudian dibagikan kepada responden yang sesuai dengan kriteria. Instrumen ini sebelumnya telah dilakukan uji coba langsung pada responden penelitian. Artinya, data hasil uji coba tersebut juga digunakan sebagai data utama dalam analisis penelitian. Berdasarkan hasil uji, instrumen ini menunjukkan validitas yang sangat baik dengan nilai korelasi total item mencapai 0.9. Selain itu, reliabilitas instrumen juga termasuk sangat tinggi dengan nilai *Cronbach's alpha* sebesar 0.9 yang menunjukkan bahwa seluruh item memiliki konsistensi internal yang kuat dalam mengukur konstruk keyakinan terhadap nyeri.

2.5.1 Instrument Penelitian

2.5.1.1 Pain belief

Instrumen penelitian untuk *pain belief* pada penelitian ini yaitu *pain belief questionnaire (PBQ)* yang dikembangkan oleh Edwards et al (1992). Instrumen ini dikonstruksi berdasarkan pendekatan kognitif terhadap persepsi nyeri yang menekankan bahwa keyakinan individu terhadap nyeri berperan penting dalam menentukan bagaimana individu menilai, merasakan, dan mengatasi nyeri yang dialaminya.

Pada penelitian ini, instrumen *Pain Beliefs Questionnaire (PBQ)* telah diadaptasi oleh peneliti ke dalam bahasa Indonesia. Proses adaptasi dilakukan melalui tahapan alih bahasa (translation) dan penilaian oleh ahli bahasa (expert judgment) untuk memastikan kesetaraan makna, konteks budaya, dan kejelasan redaksi item. Setelah memperoleh masukan dan dinyatakan layak instrumen ini kemudian diuji coba terpakai kepada responden penelitian untuk menguji validitas dan reliabilitasnya.

2.5.1.2 Pain Coping

Instrumen penelitian untuk *pain coping* pada penelitian ini yaitu *Pain Coping Inventory (PCI)* oleh Kraaimaat & Evers (2003). Adapun instrumen ini dikonstruksi berdasarkan hasil analisa dan penelitian yang dilakukan oleh Kraaimaat & Evers (2003) pada pasien dengan penyakit kronis. Penyusunan tersebut juga memperhatikan teori yang dikemukakan oleh Brown & Nicassio (1987). Pengukuran PCI ini dilakukan dengan melihat skor total individu, skor total individu dibagi menjadi dua kelompok, yaitu *active coping* dan *passive coping*. Pengelompokan pada kecenderungan jenis *pain coping* yang digunakan akan dilakukan menggunakan perbandingan jumlah total skor individu pada masing masing kelompok *pain coping*.

Pada penelitian ini, instrumen yang digunakan telah diterjemahkan oleh Angie (2024) dari bahasa Inggris ke Bahasa Indonesia. Instrumen ini berisi 33 item untuk dua dimensi yaitu *active coping* yang terdiri atas aspek *pain transformation* (sebanyak 4 item), *distraction* (sebanyak 5 item) dan *reducing demands* (sebanyak 3 item). Adapun *passive coping* terdiri atas aspek *retreating* (sebanyak 3 item), *worrying* (sebanyak 9 item), dan *resting* (sebanyak 5 item).

2.5.2 Blue Print Instrumen Penelitian

2.5.2.1 Pain belief

Instrumen *pain belief* yang digunakan yaitu *Pain Belief Questionnaire (PBQ)* yang terdiri atas 19 item dengan masing masing aspek diwakili oleh jumlah item yang berbeda. Adapun *blue print* instrumen ini adalah sebagai berikut.

Tabel 2.1 Blueprint skala *Pain Belief (PBQ)* dalam Bahasa Indonesia

No	Aspek	Item	Jumlah
1	<i>Organic Pain Belief</i>	1,2,4,5,6,8,10,11,12,16,17,18	12
2	<i>Psychological Pain belief</i>	3, 7, 9, 13, 14, 15, 19	7
Total			19

2.5.2.2 Pain Coping

Instrumen *pain coping* yang digunakan yaitu *pain coping inventory (PCI)* yang terdiri atas 33 item dengan masing-masing aspek diwakili oleh jumlah item yang berbeda. Adapun *blue print* instrumen ini adalah sebagai berikut (Kraaimaat & Evers, 2003).

Tabel 2.2 *Blueprint Skala Pain Coping Inventory dalam Bahasa Indonesia*

No	Aspek	Item	Jumlah
1	<i>Pain transformation</i>	15, 16, 18, 30	4
2	<i>Distraction</i>	9, 19, 20, 21, 22	5
3	<i>Reducing demands</i>	2, 3, 4	3
4	<i>Retreating</i>	10, 11, 12, 13, 14, 32, 33	7
5	<i>Worrying</i>	17, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31	9
6	<i>Resting</i>	1,5,6,7,8	5
Total			33

2.6 Validitas dan Reliabilitas Skala

2.6.1 Uji Validitas

Uji validitas item dapat didefinisikan sebagai indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu skala dapat disebut akurat. Hasil pengukuran dari skala tersebut dapat dikatakan valid apabila mampu skala tersebut mampu menghasilkan data yang akurat, serta mampu memberikan gambaran terkait variabel yang diukur (Azwar, 2017).

2.6.1.1 Pain Belief

Instrumen *Pain Belief Questionnaire (PBQ)* yang digunakan dalam penelitian ini terdiri atas 19 item yang telah diuji validitasnya. Berdasarkan hasil yang diperoleh bahwa nilai validitas setiap item berada pada rentang 0.203 – 0.922. Hasil tersebut menunjukkan bahwa seluruh item memiliki nilai lebih besar dari nilai r sehingga dapat dinyatakan valid.

Item dengan nilai validitas tertinggi terdapat pada item PB 12 ($r = 0.922$), sedangkan nilai terendah terdapat pada item PB 2 ($r = 0.203$). Meskipun demikian, seluruh item memiliki nilai korelasi di atas batas minimal sehingga dinyatakan memenuhi kriteria validitas yang baik. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa seluruh 19 item dalam instrumen PBQ layak digunakan untuk mengukur konstruk *pain belief* dalam penelitian ini.

2.6.1.2 Pain Coping

Instrumen *pain coping inventory* dalam penelitian ini terdiri atas 33 item pernyataan yang telah diuji validitasnya. Berdasarkan hasil yang diperoleh, bahwa nilai validitas setiap item berada pada rentang 0.226 – 0.810. Seluruh nilai korelasi tersebut berada di atas nilai r sehingga seluruh item dinyatakan valid dan layak digunakan dalam penelitian.

Item dengan nilai validitas tertinggi terdapat pada item PCI 25 ($r = 0.810$), sedangkan nilai terendah terdapat pada item PCI 7 ($r = 0.226$). Walaupun terdapat variasi nilai korelasi antaritem, seluruh item tetap memenuhi kriteria validitas yang memadai. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa 33 item dalam instrumen *pain coping inventory* memiliki validitas yang baik dan mampu mengukur konstruk *pain coping* secara konsisten.

2.6.2 Uji Reliabilitas

Uji Reliabilitas item dapat didefinisikan sebagai indeks yang menunjukkan sejauh mana sebuah alat ukur dapat dipercaya dan mampu memberikan hasil yang relative sama apabila dilakukan pengukuran kembali terhadap individu yang sama. Sebuah alat ukur dapat dikatakan reliabel apabila memiliki nilai koefisien relaiabel yang berada pada rentang 0-1. Semakin mendekati angka 1 maka semakin tinggi alat tersebut dapat dipercaya (Azwar, 2017).

2.6.2.1 Pain Belief

Instrumen ini memiliki nilai koefisien reliabilitas *cronbach's alpha* senilai 0.67. Nilai ini menunjukkan bahwa instrumen memiliki tingkat reliabilitas yang cukup (*moderate reliability*), yang berarti setiap item

dalam alat ukur ini memiliki keterkaitan yang cukup baik dalam mengukur konstruk *pain belief* secara konsisten. Dengan demikian, instrumen *PBQ* ini dinilai layak digunakan dalam penelitian untuk mengukur keyakinan individu terhadap nyeri.

2.6.2.2 Pain Coping

Instrumen ini memiliki nilai koefisien reliabilitas *cronbach's alpha* senilai 0.83. Nilai ini menunjukkan bahwa instrumen memiliki reliabilitas yang tinggi (*high reliability*), yang berarti seluruh item dalam skala ini memiliki konsistensi internal yang kuat dan dapat diandalkan untuk mengukur konstruk *pain coping* terhadap nyeri secara konsisten. Dengan demikian, instrumen *PCI* ini dinilai sangat layak digunakan dalam penelitian.

2.7 Teknik Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan uji asumsi dan uji hipotesis. Uji asumsi yang dilakukan terdiri dari uji normalitas dan uji linearitas. Adapun uji hipotesis yang dilakukan menggunakan teknik korelasi *Pearson*. Teknik korelasi *Pearson* digunakan untuk menguji hipotesis dengan melihat ada tidaknya hubungan antara variabel bebas (*pain belief*) dengan variabel terikat (*pain coping*). Hasil analisis korelasi data diperoleh melalui program *Statistical Product and Service Solution (SPSS)*.

2.8 Prosedur Penelitian

1. Tahap Rancangan Penelitian

Tahap ini dimulai dengan menentukan topik penelitian, variabel yang dikaji, serta subjek yang akan diteliti. Proses perancangan penelitian diawali dengan penyusunan latar belakang yang didasarkan pada fenomena yang menjadi fokus kajian. Latar belakang tersebut kemudian diperkuat melalui tinjauan pustaka yang memaparkan konsep dan teori yang relevan dengan variabel penelitian. Selanjutnya, rancangan penelitian dilanjutkan ke bagian metode yang mencakup jenis dan desain penelitian, teknik pengumpulan data menggunakan instrumen tertentu, serta prosedur analisis data yang digunakan.

2. Tahap Pelaksanaan Penelitian

Tahap ini dilakukan dengan mengumpulkan data berdasarkan teknik pengumpulan data yang telah dirancang sebelumnya. Pengambilan data dilakukan secara daring dengan penyebaran kuesioner melalui link *google form*. Terdapat 3 tahap dalam *google form* tersebut yang terdiri dari kuesioner identitas responden untuk melakukan *screening* penderita gastritis, skala *pain belief* yang telah diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia, dan skala *pain coping* yang telah diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia.

Proses *screening* dilakukan menggunakan kuesioner identitas responden dengan mencantumkan pertanyaan mengenai riwayat medis, seperti “Apakah anda pernah didiagnosis *gastritis* oleh tenaga medis / dokter?”, “berapa lama anda mengalami gejala *gastritis*?”, dan “seberapa sering gejala *gastritis* anda kambuh dalam satu bulan terakhir?”. Pertanyaan tersebut bertujuan untuk memastikan kembali bahwa partisipan yang terlibat sesuai dengan kriteria penelitian yaitu penderita gastritis dengan gejala nyeri yang berulang.

3. Tahap Pengolahan Hasil dan Analisis Data

Tahap ini dilakukan saat proses pengambilan data telah selesai. Dalam hal ini hasil yang telah didapatkan diolah dan dianalisis secara kuantitatif menggunakan teknik analisis yang telah dicantumkan dalam rancangan penelitian. Berdasarkan hasil analisis yang didapatkan, peneliti kemudian menyusun hasil dengan mengaitkan pada teori yang telah disusun pada tinjauan pustaka.

Adapun estimasi waktu pelaksanaan untuk penelitian ini, yaitu sekitar bulan Oktober 2024 hingga Desember 2025. Berikut merupakan tabel estimasi waktu pelaksanaan.

Kegiatan	Waktu Pelaksanaan												
	okt	Nov	Des	Jan	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Dec
Persiapan													
Pelaksanaan													
Pengolahan													
Penyusunan													

