



Universitas Indonesia

**PEMENTUAN VALIDITAS
VIDEOTAPED CLINICAL EXAMINATION PERILAKU TIPE A
DI RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA, JAKARTA
Suatu Analisis Butir Instrumen pada Penderita
Pasca Infark Miokard Akut**

T E S I S

Oleh :
Noer Saefan Tadjudin
NIM. 4100060105

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS
BIDANG STUDI ILMU KEDOKTERAN JIWA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA
2004**



Universitas Indonesia

PERPUSTAKAAN
PSIKIATRI

T

04

076

Psi

**PENENTUAN VALIDITAS
VIDEOTAPED CLINICAL EXAMINATION PERILAKU TIPE A
DI RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA, JAKARTA
Suatu Analisis Butir Instrumen pada Penderita
Pasca Infark Miokard Akut**

T E S I S

Oleh :
Noer Saelan Tadjudin
NIM. 4100060165

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS
BIDANG STUDI ILMU KEDOKTERAN JIWA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA
2004**



Universitas Indonesia

**PENENTUAN VALIDITAS
VIDEOTAPED CLINICAL EXAMINATION PERILAKU TIPE A
DI RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA, JAKARTA
Suatu Analisis Butir Instrumen pada Penderita
Pasca Infark Miokard Akut**

**Penelitian ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk mencapai sebutan
SPESIALIS
ILMU KESEHATAN JIWA**

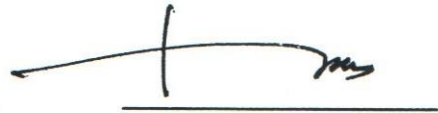
**Noer Saelan Tadjudin
NIM. 4100060105**

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS
BIDANG STUDI ILMU KEDOKTERAN JIWA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA
2004**

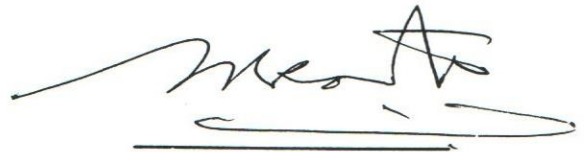
LEMBAR PERSETUJUAN

Penelitian ini telah disetujui oleh
Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Jakarta

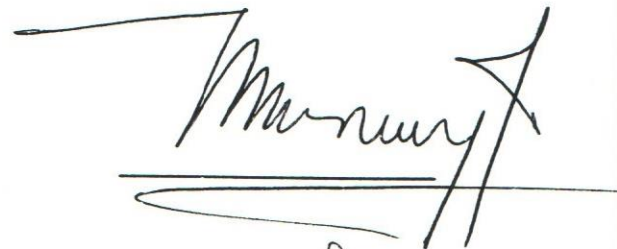
Dr. Tun Kurniasih Bastaman, SpKJ
Ketua Departemen Psikiatri FKUI/RSUPNCM



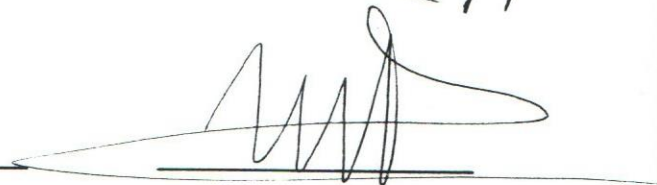
Dr. Jan Prasetyo, SpKJ
Ketua Program Studi PPDS-I
Departemen Psikiatri FKUI/RSUPNCM



Dr. Irmansyah, SpKJ
Koordinator Penelitian
Departemen Psikiatri FKUI/RSUPNCM



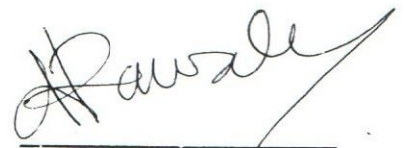
DR. Dr. Edith Humris Pleyte, SpKJ
Ketua Dewan Riset Penelitian
Departemen Psikiatri FKUI/RSUPNCM



Dr. Lukas Mangindaan, SpKJ
Pembimbing Materi Penelitian
Departemen Psikiatri FKUI/RSUPNCM



DR. Dr. R. Irawati Ismail, SpKJ, M.Epid
Pembimbing Metodologi Penelitian
Departemen Psikiatri FKUI/RSUPNCM



KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas berkat dan bimbinganNya penelitian ini dapat saya selesaikan. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan dokter ilmu kesehatan jiwa dengan tujuan untuk memberi pengalaman dan wawasan kepada peserta program studi tentang lingkup penelitian kedokteran. Saya menyadari bahwa proses belajar tidak pernah berhenti, tentunya penelitian ini tidak terlepas dari berbagai kekurangan, namun dengan kritik yang membangun sepatutnya menjadi pijakan untuk lebih baik lagi.

Pada kesempatan ini saya ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada DR. Dr. Irawati Ismail, SpKJ,M Epid selaku pembimbing metodologi penelitian, dan Dr. Lukas Mangindaan, SpKJ, selaku pembimbing materi, yang dengan penuh perhatian dan kesabaran senantiasa membimbing saya dalam pembuatan tesis ini hingga selesai. Tanpa saran dan petunjuk yang diberikan, penelitian dan penyusunan tesis ini tidak dapat diselesaikan.

Selain itu ucapan terimakasih saya sampaikan kepada Dr. Tun Kurniasih Bastaman, SpKJ, selaku Ketua Bagian Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dan Dr. Jan Prasetyo, SpKJ, selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Jiwa , Dr. A.A.A.A. Kusumawardhani, SpKJ selaku Sekretaris Program Studi PPDS-I dan para staf dan seluruh guru-guru saya di Departemen Psikiatri yang telah memberikan kesempatan saya untuk menjalani pendidikan ini dan memberikan kemudahan untuk melaksanakan pembuatan tesis ini.

Kepada Tim Penguji, DR. Dr. Hj. Edith Humris Pleyte, SpKJ, Dr. J.E.S. Kandou, SpKJ, dan Dr. Suryo Dharmono, SpKJ, saya ucapkan terima kasih atas segala bimbingan, saran, dan kritik dalam pembuatan tesis ini.

Terima kasih juga saya sampaikan kepada Dr. Aulia Sani, SpJP, FJCC selaku pimpinan RS Jantung dan pembuluh darah Harapan Kita, DR. Dr. Siti Fadillah Supari, SpJP selaku Ka PUSDILAT DAN PENGEMBANGAN TERAPI RS Jantung dan pembuluh darah Harapan Kita, ibu Novi ka instalasi Rawat Jalan RS Jantung dan pembuluh darah Harapan Kita beserta staf, juga kepada Dr. Dedi Affandi, SpJP (K) dan Dr. Daulat Manurung SpPD-KKV di Poliklinik Jantung RSCM beserta staf dan karyawan yang bekerja sama dan sabar dalam mengumpulkan data untuk penelitian ini. Saya juga mengucapkan terima kasih kepada Dr. Gitayanti Hadisukanto, SpKJ atas bimbingan, arahan, dan kerjasamanya selama pendidikan ini. Begitu pula kepada Dr. Iwan Ariawan, MS yang telah menyediakan waktu untuk konsultasi data dan pengolahan data penelitian ini. Saya juga mengucapkan banyak terima kasih kepada Dr. Diah Mutiara Brilliantina yang banyak membantu dan memberikan semangat dalam bersama-sama melakukan penelitian di RS Jantung dan pembuluh darah Harapan Kita.

Kepada para guru, sejawat, sahabat-sahabatku dalam suka dan duka di Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa FKUI/RSCM, terima kasih atas perhatian, bantuan, dan dukungan yang telah kalian berikan. Juga untuk para perawat, tenaga non-medis, serta semua pasien di Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa FKUI/RSCM yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya selama pendidikan saya hingga tesis ini selesai.

Terima kasih yang tidak terhingga dan rasa sayang saya haturkan kepada orangtua saya Mochtar Tadjudin dan Nurhayati, yang telah membesarkan dan membimbing saya dengan penuh kasih, selalu mendoakan dan memberi semangat untuk maju, serta tidak bosan-bosannya mengingatkan agar selalu berbuat baik pada sesama dan selalu melihat sisi baik orang lain. Kepada mertua saya Kodrat Wirawan dan Felicia Lawrence, yang selalu mengasihi dan memperhatikan anak dan menantunya, saya mengucapkan terima kasih atas doa dan bantuannya baik secara moril dan materil selama saya menjalani pendidikan. Untuk adik-adikku tercinta, yang selalu menyayangi dan menghibur saya. Kepada belahan hati saya, istri dan sahabat sepanjang masa, Dr. Julia, terima kasih atas cinta, perhatian, kesetiaan, dorongan dan pengertiannya selama ini. Untuk kedua putriku, Rika dan Jessica, papi

berterima kasih atas kasih sayang dan pengorbanan kalian selama papi sekolah hingga papi dapat menyelesaikan pendidikan ini.

Tiada gading yang tak retak. Saya menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, mohon kritik dan saran guna penyempurnaan daripada tulisan ini. Akhir kata, semoga penelitian ini dapat bermanfaat, dan kiranya Tuhan yang Maha Pengasih dan Penyayang melimpahkan rahmat dan karuniaNya kepada kita semua dan senantiasa membimbing saya agar dapat menjadi seorang dokter spesialis ilmu kesehatan jiwa yang baik.

Jakarta, Oktober 2004

Noer Saelan Tadjudin

ABSTRAK

Obyektif : Penelitian ini untuk mengetahui apakah VCE perilaku tipe A stabil dan terpercaya dalam menentukan perilaku tipe A yang dikaitkan dengan terjadinya penyakit jantung koroner.

Metode : Uji validitas dengan responden adalah 103 pasien yang didiagnosis pasca IMA dan 30 pasien non pasca IMA, yang sedang berobat jalan di Poli Rawat Jalan RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta. Validasi dilakukan dengan menguji validitas konstruksi, validitas diskriminan dengan *t-test* dan sensitivitas-spesifisitas dengan *cut off point* > 45 serta uji reliabilitas. Untuk mengetahui reliabilitas dilakukan uji *Cronbach's alpha* untuk memperkirakan konsistensi internal dan *inter-rater* dengan *t-test*.

Hasil : hasil uji validitas konstruksi dengan analisis faktor terdapat 8 item pertanyaan yang berkorelasi lemah pada VCE perilaku tipe A. hasil uji validitas diskriminan didapat nilai p total 0,001 dengan derajat kemaknaan 5 %. Hasil uji sensitivitas 97 %, spesifisitas 40 % dan uji reliabilitas didapat nilai *Cronbach's alpha* total 0,7 sedangkan hasil *inter-rater* didapat nilai p 0,271.

Kesimpulan : VCE perilaku tipe valid dan terpercaya dalam menentukan perilaku tipe A, hasil positif menunjukkan responden mempunyai perilaku tipe A dan kemungkinan besar akan menderita penyakit jantung koroner. Hasil negatif tidak dapat menunjukkan bahwa responden tersebut mempunyai perilaku non tipe A, karena pasien non pasca IMA tidak mewakili perilaku non tipe A. Pada instrumen ini ada beberapa pertanyaan yang perlu lebih diperjelas dalam bertanya dan lebih mendalami serta lebih mengenal tanda-tanda psikomotor.

Kata kunci : VCE perilaku tipe A – pasien pasca IMA dan non pasca IMA

ABSTRACT

Objective: This study is to elicit the fact if the VCE of type A behavior is stabile and reliable in determination of type A behavior linked to the incidence of heart coronary disease.

Method: Validity test of respondents was 103 patients diagnosed with post acute myocard infarct (AMI) and 30 non-post AMI patients who were outpatients at the outpatient poly of the Cardiac and Vascular Hospital – Harapan Kita. Validity was conducted by testing the cor.structive validity, discriminant validity with t-tests and sensitivity-specificity with the cut-off point >45 as well as reliability test. In order to find out the reliability, Cronbach's alpha test was conducted to predict the internal consistency and inter-rater with t-test.

Result: The result of the constructive validity test with the factor analysis revealed 8 question items that were weakly correlated with the VCE of type A behavior. The result of the discriminant validity test revealed that the total p value was 0.001 with the degree of significance 5%. The result of sensitivity test was 97%, specificity 40% and on the reliability test, the total value of Cronbach's alpha was 0,7 whereas on the inter-rater, the value of p was 0.271.

Conclusion: VCE of behavior type A is valid and reliable in determination of type A behavior. The positive result disclosed that respondents had type A behavior and ran a high risk for cardiac coronary disease. The negative result failed to reveal that those respondents had non-type A behavior due to the fact that non post AMI patients do not represent non-type A behavior. This instrument still has several question items that require being pin-pointed during inquiry and it is necessary that the question items be well comprehended and that the psychomotoric signs be well recognized.

Keywords: Type A behavior VCE – post-acute myocard infarct patient – non post- acute myocard infarct.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL DAN GAMBAR	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
I.1. Latar belakang	1
I.2. Rumusan masalah	2
I.3. Tujuan penelitian	2
I.4. Manfaat penelitian	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	3
II.1. Pola perilaku tipe A	4
II.2. Infark Miokard Akut (IMA)	7
II.3. Kaitan pola perilaku tipe A dengan penyakit jantung koroner	12
II.4. Pengukuran perilaku tipe A	14
II.5. Validitas	16
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	18
III.1. Jenis penelitian	18
III.2. Tempat dan waktu penelitian	18
III.3. Populasi penelitian	18
III.4. Sampel dan cara pemilihan sampel	18
III.5. Perkiraan besar sampel	19
III.6. Kriteria inklusi dan eksklusi	19
III.6.1. Kriteria inklusi	19
III.6.2. Kriteria eksklusi	19
III.7. Izin subyek penelitian	19
III.8. Cara kerja	20
III.8.1. Persiapan	20
III.8.2. Latihan	20

III.8.3. Penatalaksanaan penelitian	21
III.9. Identifikasi variabel	21
III.10. Definisi operasional	22
III.11. Analisis data	24
III.12. Masalah etika	24
BAB IV HASIL PENELITIAN	25
IV.1. <i>Inter-rater</i>	25
IV.1.1. Karakteristik pasien <i>inter-rater</i> pasca IMA	25
IV.1.2. <i>t-test</i>	26
IV.2. Validitas	28
IV.2.1. Karakteristik pasien penelitian pasca IMA dan non pasca IMA	28
IV.2.2. Validitas konstruksi	29
IV.3. Validitas diskriminan	33
IV.3.1. Penentuan sensitivitas, spesifisitas dan akurasi dengan <i>cut off</i> (>45)	35
IV.4. Penentuan nilai normal dengan kurva ROC	36
IV.5. Reliabilitas	37
BAB V PEMBAHASAN	40
V.1. <i>Inter-rater</i>	41
V.2. Validitas	42
V.2.1. Uji validitas konstruksi	42
V.2.2. Uji validitas diskriminan	45
V.3. Reliabilitas instrumen	46
Keterbatasan dan kelemahan	47
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	48
VI.1. Simpulan	48
VI.2. Saran	49
DAFTAR PUSTAKA	51

- LAMPIRAN :**
1. Kriteria responden
 2. Kesiediaan berpartisipasi
 3. Kuesioner VCE perilaku tipe A
 4. Petunjuk penggunaan kuesioner VCE perilaku tipe A
 5. Wawancara pola perilaku Rosenman

DAFTAR TABEL DAN GAMBAR

Tabel 4.1.	Karakteristik pasien <i>inter-rater</i> (pasca IMA)	26
Tabel 4.2.	<i>t-test</i> VCE perilaku tipe A antara Rater I dan II	27
Tabel 4.3.	Karakteristik pasien penelitian pasca IMA dan non pasca IMA	28
Tabel 4.4.	Faktor <i>loading</i> VCE perilaku tipe A sesuai dengan hasil analisis faktor	29
Tabel 4.5.	Faktor <i>loading</i> VCE perilaku tipe A.....	30
Tabel 4.6.	Faktor <i>loading</i> VCE perilaku tipe A yang telah dikelompokkan	32
Tabel 4.7.	<i>t-test</i> VCE perilaku tipe A.....	33
Tabel 4.8.	Perbandingan pengelompokan responden menurut fungsi diskriminan dan menurut kelompok yang sebenarnya	34
Tabel 4.9.	Nilai sensitivitas, spesifisitas dan akurasi	35
Tabel 4.10.	Penentuan nilai ambang batas	36
Tabel 4.11.	Statistik item terhadap total.....	38
Tabel 4.12.	Nilai <i>Cronbach's alpha</i> menurut subkomponen	39
Tabel 4.13.	Nilai <i>Cronbach's alpha</i> menurut komponen VCE perilaku tipe A	39
Tabel 4.14.	Nilai <i>Cronbach's alpha total</i> pada VCE perilaku tipe A	39
Gambar 1.	Memperlihatkan dua komponen dengan 4 subkomponen kuesioner VCE perilaku tipe A yang terdiri atas 33 item.....	17
Gambar 2.	Kurva ROC	37

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. LATAR BELAKANG

Bidang kedokteran saat ini mengalami perkembangan yang cukup pesat, yang mengarah pada banyaknya aspek-aspek psikologis yang perlu diperhatikan dalam tujuan terapi. Umumnya pelayanan kesehatan saat ini menekankan pada penyakit fisik dan bagaimana mengobati penyakit tersebut. Sebenarnya hampir semua penyakit mempunyai problem psikologik dan aspek sosial, misalnya faktor perilaku tipe A sudah banyak diteliti dalam kaitannya dengan penyakit jantung koroner (PJK). Pada penelitian-penelitian tersebut terdapat hubungan yang bermakna antara perilaku tipe A dan PJK tersebut. Rosenman dkk dan Haynes dkk membuktikan dalam penelitiannya selama kurang lebih 8 tahun bahwa individu-individu dengan perilaku tipe A akan mengalami risiko PJK 2 – 2,37 kali lebih besar dibanding individu yang bukan tipe A. Rosenman pada penelitian selanjutnya mengurangi faktor-faktor risiko lainnya ternyata individu dengan perilaku tipe A mempunyai risiko terkena PJK 1,97 kali lebih besar dibanding individu yang bukan tipe A. Ini membuktikan bahwa perilaku tipe A merupakan faktor risiko yang berdiri sendiri.^{1,2} Peneliti lainnya juga mendapatkan bahwa progresivitas PJK akan lebih berat dan lebih sering terjadinya infark miokard akut (IMA) dibanding individu yang bukan tipe A.³

Beberapa instrumen untuk menentukan perilaku tipe A misalnya :

- *Videotaped clinical examination (VCE)*, oleh Meyer Friedman dkk dari Mount Zion Medical Center of the University of California, San Francisco.⁴

- *Jenkins Activity Survey (JAS)* oleh Jenkins dan kawan-kawan dari *Western Collaborative Group Study (WCGS)*.⁵
- Skala rating Bortner.⁶
- Skala tipe A Framingham.^{6,7}
- ERCTA (*Escala Retiro de Patron de Conducta Tipo A*) Scale oleh Rodriguez Sutil dkk, 1996 dll.⁷
- MMPI 2 mempunyai 19 pertanyaan untuk menentukan perilaku tipe A.⁶
- Wawancara pola perilaku Rosenman.⁸

Di antara instrumen-instrumen tersebut, VCE dari Friedman dkk mempunyai keunggulan untuk mendeteksi perilaku tipe A dalam hal deskripsi gejala yang lebih luas dan rinci sehingga diharapkan akurasinya lebih tinggi. Telah dipikirkan pemanfaatan instrumen tersebut untuk penelitian di negara kita, yang diawali dengan uji validasi. Diharapkan selanjutnya alat ukur ini akan membantu menentukan perilaku tipe A.

I.2. RUMUSAN MASALAH

Belum terdapat alat ukur yang mampu untuk mendeteksi perilaku tipe A secara akurat dan valid di Indonesia.

I.3. TUJUAN PENELITIAN

Untuk mendapatkan alat ukur yang mampu mendeteksi perilaku tipe A secara akurat dan valid.

I.4. MANFAAT PENELITIAN

Mendapatkan alat ukur yang mampu mendeteksi perilaku tipe A yang dapat digunakan oleh peneliti lainnya dalam penelitian mereka yang terkait dengan perilaku tipe A.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagian besar klinisi cenderung berpikir bahwa IMA (infark miokard akut) atau serangan jantung merupakan problem medis. Telah diketahui hubungan antara kejadian tersebut dengan faktor-faktor yang mempengaruhi misalnya: merokok, kegemukan kurang berolah raga dll. Saat ini telah diketahui faktor perilaku seseorang yang turut berperan besar untuk terjadinya PJK yaitu perilaku tipe A. Perilaku-tipe ini terutama terdapat pada masyarakat industrialis dan dikenali dari perilaku individu dan telah diuraikan dengan sangat rinci.¹

Saat ini dikenal 2 pola perilaku spesifik (tipe A dan non A atau tipe B) yang dikaitkan dengan peningkatan atau berkurangnya kemungkinan terjadinya PJK.^{4,5,9} Pola perilaku ini tampaknya lebih baik dalam memprediksikan terdapatnya penyakit jantung dari pada menggunakan metode diagnostik kedokteran yang rumit, misalnya: melakukan pemeriksaan kadar kolesterol seseorang.¹⁰

Menurut Johan perilaku adalah ekspresi dari reaksi total, motorik, dan otonom dari individu terhadap situasi yang dihadapinya (Drever, 1998).⁶ Kaplan mendefinisikan perilaku motorik sebagai aspek psikologis yang meliputi impuls-impuls, motivasi, keinginan, dorongan, instink dan *cravings* yang diekspresikan oleh perilaku seseorang atau aktivitas motoriknya.¹¹

Kaplan mendefinisikan kepribadian sebagai sifat yang khas secara menyeluruh dari ciri-ciri emosional dan perilaku seseorang yang jelas terlihat dalam kehidupan sehari-hari, yang biasanya secara total menetap dan dapat diprediksikan.¹¹

Konsep mengenai perilaku tipe A menurut Johan diawali oleh tulisan dua orang spesialis kardiologi yaitu Friedman dan Rosenman (1959), yang menyatakan adanya dua perilaku spesifik (*specific overt behaviour*) yang berhubungan dengan berbagai temuan darah dan kardiovaskuler yang jelas.⁶

II.1. POLA PERILAKU TIPE A

Terdapat beberapa pandangan tentang perilaku tipe A. Menurut suatu panel yang mempelajari kecenderungan perilaku yang mempengaruhi pembuluh darah koroner dan PJK di Amerika, perilaku tipe A merupakan suatu keadaan yang membangkitkan dan bertumpang tindih dengan substrat yang mendasari faktor-faktor yang saling berhubungan.¹²

Menurut Meyer Friedman, M.D, perilaku tipe A mempunyai karakteristik:¹³

1. Mempunyai keinginan kuat dan terus menerus untuk mencapai apa yang diinginkannya, tetapi biasanya dengan hasil akhir kurang berhasil.
2. Kecenderungan dan hasrat yang besar untuk bersaing.
3. Keinginan yang persisten untuk dikenal dan mendapat promosi atau kemajuan.
4. Keterlibatan yang terus menerus pada beberapa dan bermacam-macam kegiatan sehingga kekurangan waktu.
5. Kecenderungan sehari-hari untuk mempercepat penyelesaian pekerjaan fisik dan fungsi mental.
6. Kewaspadaan yang berlebihan secara fisik dan mental.

Rosenman, 1978 mengatakan bahwa mereka dengan perilaku tipe A merupakan individu yang selalu berusaha secara terus menerus untuk melakukan dan mencapai sesuatu secara berlebihan dengan waktu terbatas, sering berkompetisi dengan orang

lain atau sangat menentang lingkungannya. Pola perilaku tipe A meliputi kecondongan perilaku yang berambisi, bersikap agresif, sikap berkompetisi dan tidak sabar. Terdapat perilaku spesifik lainnya yaitu bersikap waspada, ketegangan otot, gaya berbicara yang cepat dan tegas dan terdapat reaksi-reaksi emosional berupa mudah tersinggung dan memperlihatkan tanda-tanda kemarahan. Individu dengan perilaku tipe A berbeda dengan individu dengan keadaan cemas, yang bila menghadapi tantangan diliputi kecemasan dan sering mengundurkan diri, mencari dukungan atau nasehat dari orang lain. Sedang individu dengan pola perilaku tipe A dengan percaya diri menghadapi tantangan tersebut ketika individu pencemas mundur dari situasi tersebut. Individu dengan perilaku tersebut dikenal sebagai perilaku tipe B. Tidak seperti perilaku tipe A, individu dengan perilaku tipe B agak santai, menghormati orang lain dan merasa puas, selain itu mereka berperilaku tidak tergesa-gesa.³

Menurut Johan perilaku tipe A dimanifestasikan sebagai individu yang mempunyai dorongan yang kuat dan berkelanjutan untuk mencapai keberhasilan dan berkompetisi. Mereka hidup dalam tekanan yang terus menerus, sebagian besar akibat persaratan-persaratan mereka sendiri. Mereka mencari pengakuan dan kemajuan/promosi dan menerima bermacam-macam aktivitas dengan waktu yang dibatasi. Selama sebagian besar waktu, mereka dapat berfungsi dengan baik sebagai orang yang siap siaga, cakap, efisien dalam melakukan sesuatu. Ketika dalam kondisi yang penuh stres mereka tidak dapat mengendalikan diri, kemungkinan besar akan bersikap bermusuhan, tidak sabar, cemas dan kacau. Misalnya mereka akan mengomel bila menaiki elevator yang lambat atau mendapat informasi yang sedikit dari penjaga toko, yang mengganggu jadwal kerja mereka yang padat dengan memberikan informasi yang tidak memuaskannya. Sedang mereka dengan perilaku tipe B sebaliknya mereka gampang-

gampang, tidak berkompetisi, tenang, tidak mudah diganggu. Mereka menyelesaikan hal-hal dalam cerita kura-kura dan kelinci. Individu dengan perilaku tipe B tampak sedikit menjemukan, tetapi mereka sepertinya akan hidup lebih lama.⁶

Glass, 1977 dalam penelitiannya mendapatkan bahwa individu dengan perilaku tipe A terlihat mempunyai keinginan kuat untuk tetap dapat mengontrol keadaan walaupun dalam situasi penuh stres.³ Brunson dan Matthews (1981) dalam penelitiannya mendapatkan hal yang menarik dimana individu dengan perilaku tipe A dan B diberi bermacam-macam problem yang mudah dimana mereka berhasil memecahkan problem tersebut. Kemudian mereka diberi beberapa problem yang tak mungkin dipecahkan. Setelah beberapa waktu tampak individu yang berperilaku tipe A menjadi frustrasi dan menjengkelkan, mengatakan bahwa problem tersebut terlalu sulit dan mereka kehilangan kemampuan untuk mengatasi problem tersebut. Mereka tampak menyerah, tetap teguh dengan jawaban yang salah walaupun sudah diberitahukan bahwa jawaban tersebut tidak benar. Individu tipe B menjadi tidak gembira dan bosan ketika diberi problem yang tidak dapat dipecahkan, tetapi mereka terus berusaha mencari jawabannya dan tampak optimis dengan sukses yang akan didapat pada akhirnya.³ Menurut Meyer Friedman dkk (1987), bahwa diantara 2 komponen pada perilaku tipe A yaitu : sifat tergesa-gesa dan sikap bermusuhan, maka hanya sikap bermusuhan yang bersifat toksik terhadap kesehatan.¹⁴

Dalam berbagai penelitian yang mempelajari hubungan perilaku tipe A dengan PJK beberapa dekade lampau, dimensi sifat tergesa-gesa walaupun dinyatakan memiliki efek merugikan bagi kesehatan, namun masih dapat dianggap memiliki segi "positif" dalam kehidupan bermasyarakat karena telah menghantarkan pemiliknya ke jabatan puncak di berbagai perusahaan dan organisasi (Friedman & Rosenman, 1959;

The review Panel on Coronary Prone Behavior and Coronary Heart Disease, 1981). Sebaliknya persaingan yang diwarnai sikap bermusuhan dan kesinisan acap kali tidak lagi diarahkan untuk pencapaian prestasi, namun semata-mata demi kepuasan pencapaian jangka pendek (Nakano dkk, 1996). Dengan perubahan orientasi demikian, perilaku tipe A kini tidak lagi dapat dinyatakan sebagai sesuatu yang “positif”.⁶

Sangat penting membedakan pola perilaku tipe A dengan konsep penyakit akibat stres. Pola ini bukan karena situasi yang penuh stres atau respon yang tidak menyenangkan, tetapi merupakan gaya perilaku yang jelas digunakan dalam menghadapi situasi-situasi kehidupan. Pola perilaku tipe A terdapat pada situasi menyenangkan atau situasi bermasalah, tetapi umumnya dicetuskan oleh situasi yang dirasa ada sangkut paut dengan adanya tantangan.¹

II.2. INFARK MIOKARD AKUT (IMA)

Infark miokard akut (IMA) adalah nekrosis miokard akibat aliran darah ke otot jantung terganggu. IMA merupakan penyebab kematian tersering di Amerika Serikat. Di Indonesia sejak sepuluh tahun terakhir IMA sering ditemukan, apalagi dengan adanya fasilitas diagnostik dan unit-unit perawatan penyakit jantung koroner intensif yang semakin tersebar merata. Kemajuan dalam pengobatan IMA DI UNIT PERAWATAN jantung koroner intensif berhasil menurunkan angka kematian IMA. Gambaran distribusi umur, geografi, jenis kelamin dan faktor risiko IMA sesuai angina pectoris atau penyakit jantung koroner pada umumnya.^{15,16,17}

Patogenesis

Umumnya IMA didasari oleh adanya aterosklerosis pembuluh darah koroner. Nekrosis miokard akut hampir selalu terjadi akibat penyumbatan total arteri koronaria oleh trombus yang terbentuk pada plak aterosklerosis yang tidak stabil, juga sering mengikuti ruptur plak pada arteri koroner dengan stenosis ringan (50 – 60%). Ruptur yang terjadi pada plak tersebut umumnya bila terjadi situasi katastrofik yang tiba-tiba. Kerusakan miokard terjadi dari endokardium ke epikardium, menjadi komplit dan ireversibel dalam 3-4 jam. Meskipun nekrosis miokard sudah komplit, proses *remodelling* miokard yang mengalami *injury* terus berlanjut sampai beberapa minggu atau bulan karena daerah infark meluas dan daerah non infark mengalami dilatasi. Secara morfologis, IMA dapat transmural atau subendokardial, IMA transmural mengenai seluruh dinding miokard dan terjadi pada daerah distribusi suatu arteri koroner. Sebaliknya pada IMA subendokardial, nekrosis hanya terjadi pada bagian dalam dinding ventrikel dan umumnya berupa bercak- bercak dan tidak konfluens seperti IMA transmural. IMA subendokardial dapat regional (terjadi pada distribusi satu arteri koroner) atau difus (terjadi pada distribusi lebih dari satu arteri koroner). Patogenesis dan perjalanan klinis kedua IMA ini berbeda.^{15,16,17,18}

IMA subendokardial

Daerah subendokardial merupakan daerah miokard yang amat peka terhadap iskemia dan infark. IMA subendokardial terjadi akibat aliran darah subendokardial yang relatif menurun dalam waktu lama akibat sebagai akibat perubahan derajat penyempitan arteri koroner atau dicetuskan oleh kondisi-kondisi seperti hipotensi, perdarahan dan hipoksia. Derajat nekrosis dapat bertambah bila disertai peningkatan

kebutuhan oksigen miokard misalnya akibat takikardia atau hipertrofi ventrikel. Walaupun pada mulanya gambaran klinis dapat relatif ringan, kecenderungan iskemia dan infark lebih jauh merupakan ancaman besar setelah pasien dipulangkan dari rumah sakit.¹⁷

IMA transmural

Pada lebih dari 90% pasien IMA transmural berkaitan dengan trombosis koroner. Trombosis sering terjadi di daerah yang mengalami penyempitan arteriosklerotik. Penyebab lain lebih jarang ditemukan. Termasuk di sini misalnya perdarahan dalam plak aterosklerotik dengan hematoma intramural, spasme yang umumnya terjadi di tempat aterosklerotik dan emboli koroner. IMA dapat terjadi walaupun pembuluh koroner normal, tetapi hal ini amat jarang.¹⁷

Patologi

Arteri koroner kiri memperdarahi sebagian terbesar ventrikel kiri, septum dan atrium kiri. Arteri koroner kanan memperdarahi sisi diafragmatik ventrikel kiri, sedikit bagian posterior septum dan ventrikel serta atrium kanan. Nodus SA lebih sering diperdarahi oleh arteri koroner kanan dari pada kiri (cabang sirkumfleksi). Nodus AV 90% diperdarahi oleh arteri kanan dan 10% dari kiri (cabang sirkumfleksi). Kedua nodus SA dan AV juga mendapat darah dari arteri Kugel. Jadi jelaslah, obstruksi arteri koroner kiri sering menyebabkan infark anterior dan infark inferior disebabkan oleh obstruksi arteri koroner kanan. Tetapi bila obstruksi kanan terjadi di banyak tempat dan kolateral-kolateral telah terbentuk, lokasi infark mungkin tidak dapat dicerminkan oleh pembuluh asal mana yang terkena.

Pada nekrosis, daerah IMA mungkin sulit dikenali pada 24 – 48 jam pertama. Setelah ini serat-serat miokard membengkak dan nuklei menghilang. Dalam beberapa hari pertama daerah infark akut amat lemah. Umumnya pasien stabil dan dapat berobat jalan setelah sekitar 1 sampai 2 minggu perawatan tergantung masing-masing rumah sakit.¹³ Secara histologis penyembuhan tercapai sekurang-kurangnya setelah 4 minggu, umumnya setelah 6 minggu.^{16,17}

Patofisiologi

Dua jenis komplikasi penyakit IMA terpenting adalah komplikasi hemodinamik dan aritmia. Segera setelah terjadi IMA, daerah miokard setempat akan memperlihatkan penonjolan sistolik (diskinesia) dengan akibat penurunan *ejection fraction*, isi sekuncup (*stroke volume*) dan peningkatan volume akhir sistolik dan akhir diastolik ventrikel kiri. Tekanan akhir diastolik ventrikel kiri naik dengan akibat tekanan atrium kiri juga naik. Peningkatan tekanan atrium kiri di atas 25 mmHg yang lama akan menyebabkan transudasi cairan ke jaringan interstisium paru (gagal jantung). Perburukan hemodinamik ini bukan saja disebabkan karena daerah infark, tetapi juga daerah iskemik di sekitarnya. Miokard yang masih relatif baik akan mengadakan kompensasi, khususnya dengan bantuan adrenergik, untuk mempertahankan curah jantung, tetapi dengan akibat peningkatan kebutuhan oksigen miokard. Kompensasi ini jelas tidak akan memadai bila daerah yang bersangkutan juga mengalami iskemia atau bahkan sudah fibrotik. Bila infark kecil dan miokard yang harus berkompensasi masih normal, pemburukan hemodinamik akan minimal. Sebaliknya bila infark luas dan miokard yang harus berkompensasi sudah buruk akibat iskemia atau infark lama, tekanan akhir diastolik ventrikel kiri akan naik dan gagal jantung terjadi. Sebagai

akibat IMA sering terjadi perubahan bentuk serta ukuran ventrikel kiri dan tebal jantung ventrikel baik yang terkena infark maupun yang non infark. Perubahan tersebut menyebabkan *remodelling* ventrikel yang nantinya akan mempengaruhi fungsi ventrikel, timbulnya aritmia dan prognosis.

Perubahan-perubahan hemodinamik IMA ini tidak statis. Bila IMA makin tenang, fungsi jantung akan membaik walaupun tidak diobati. Hal ini disebabkan karena daerah-daerah yang tadinya iskemik mengalami perbaikan. Daerah-daerah diskinetik akibat IMA menjadi akinetik, karena terbentuk jaringan parut yang kaku. Miokard sehat dapat juga mengalami hipertrofi. Sebaliknya perburukan hemodinamik akan terjadi bila iskemia berkepanjangan atau infark meluas. Terjadinya penyulit mekanis seperti ruptur septum ventrikel, regurgitasi mitral akut dan aneurisme ventrikel akan memperburuk faal hemodinamik jantung.

Aritmia merupakan penyulit IMA tersering dan terjadi terutama pada menit-menit atau jam-jam pertama setelah serangan. Hal ini disebabkan oleh perubahan-perubahan masa refrakter, daya hantar rangsang dan kepekaan terhadap rangsang. Sistem saraf otonom juga berperan besar terhadap terjadinya aritmia. Pasien IMA inferior umumnya mengalami peningkatan tonus parasimpatis dengan akibat kecenderungan bradiaritmia meningkat, sedangkan peningkatan tonus simpatis pada IMA inferior akan mempertinggi kecenderungan fibrilasi ventrikel dan perluasan infark.^{15,16,18,19}

Gejala klinis

Keluhan yang khas ialah nyeri dada retrosternal, seperti di remas – remas, ditekan ditusuk, panas atau ditindih barang berat. Nyeri dapat menjalar ke lengan (umumnya kiri), bahu, leher, rahang bahkan ke punggung dan epigastrium. Nyeri

berlangsung lebih lama dari angina pektoris biasa dan tidak responsif terhadap nitrogliserin. Kadang-kadang, terutama pada pasien diabetes dan orang tua, tidak ditemukan nyeri sama sekali. Nyeri dapat disertai dengan perasaan mual, muntah, sesak, pusing, keringat dingin, berdebar-debar atau sinkope. Pasien sering tampak ketakutan. Walau IMA dapat merupakan manifestasi pertama PJK, namun bila anamnesis dilakukan teliti hal ini sering sebenarnya sudah didahului keluhan-keluhan angina, perasaan tidak enak di dada atau epigastrium.

Kelainan pada pemeriksaan jasmani tidak ada yang karakteristik dan dapat normal. Dapat ditemui bunyi jantung kedua yang pecah paradoks, irama gallop. Adanya krepitasi basal, merupakan tanda bendungan paru-paru. Takikardi, kulit yang pucat, dingin dan hipotensi ditemukan pada kasus yang relatif lebih berat, kadang-kadang ditemukan pulsasi diskinetik yang tampak atau teraba di dinding dada pada IMA inferior.^{16,18,19}

II.3. KAITAN POLA PERILAKU TIPE A DENGAN PENYAKIT JANTUNG KORONER

Terdapat hubungan yang nyata antara perilaku tipe A dengan PJK (Friedman dan Rosenman, 1959 : Rosenman dan Friedman, 1961). Hubungan ini juga telah dibuktikan oleh banyak peneliti-peneliti lainnya, dengan menggunakan bermacam-macam skala pengukuran misalnya dengan *structure interview* (SI), *Jenkins Activity Scale* (JAS), skala Framingham, Skala Bortner dan *The Activity Scale of The Thurstone Temperament Schedule*. Di antara skala-skala tersebut ternyata skala SI yang memberikan hasil paling signifikan. Saat ini SI telah dikembangkan baik pada pria maupun wanita, menjadi *videotaped clinical examination (VCE) type A behavior*. Friedman dkk telah melakukan penelitian dengan VCE ini dan mendapatkan

sensitivitas alat ini mencapai 98% dalam menentukan perilaku tipe A pada pasien-pasien pasca infark miokard. Richard B. Shekelle dkk pada penelitian dengan instrumen JAS pada 2314 pasien infark miokard yang mendapat Aspirin mendapatkan sekitar 85,8 % pasien tersebut mempunyai perilaku tipe A.^{2,18}

Rosenman dkk 1976, dalam penelitiannya selama 8,5 tahun mendapatkan individu-individu dengan perilaku tipe A akan mengalami PJK 2,37 kali lebih besar dibandingkan yang bukan tipe A. Kemudian Rosenman mengurangi faktor risiko lainnya dan mendapatkan individu dengan perilaku tipe A akan mengalami PJK sebesar 1,97 kali dibandingkan yang bukan tipe A. Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa pola perilaku tipe A akan menyebabkan PJK, walaupun tidak didapatkan faktor risiko lainnya.²

Jenkins dkk, 1976 dan Rosenman, 1967 mendapatkan kaitan yang erat antara kekambuhan yang fatal pada pasien-pasien PJK dengan pola perilaku tipe A.⁵

Haynes dkk 1980 dalam penelitiannya terhadap 1674 orang selama 8 tahun mendapatkan bahwa pria dengan pola perilaku tipe A akan mengalami angina pectoris dan IMA 2 kali lebih besar dibandingkan dengan yang bukan tipe A.¹

Pada penelitian oleh Zyzanski SJ (1978), telah dibuktikan bahwa pada pasien-pasien yang dilakukan arteriografi koroner didapatkan hubungan antara perilaku tipe A dengan beratnya aterosklerosis koroner. Bluementhal dkk pada penelitiannya dengan arteriografi mendapatkan pasien-pasien dengan PJK berat, ternyata lebih dari 90% mempunyai perilaku tipe A. Peneliti lainnya dengan arteriografi juga mendapatkan progresifitas penyakit bertambah berat pada pasien dengan perilaku tipe A sekitar 75% sedangkan pada tipe B sekitar 44 %.¹² Mayer Friedman dkk meneliti 900 pasien pasca IMA, sejumlah 600 pasien dilakukan terapi modifikasi perilaku tipe A.

Didapatkan pada pasien-pasien tersebut 45% lebih rendah mengalami infark ulangan atau kematian akibat serangan jantung dibandingkan 300 pasien yang tidak dilakukan terapi tersebut.² Mayer Friedman dkk sejak 1960 sampai awal 1970 dalam penelitiannya menemukan bahwa pada perilaku tipe A terdapat peningkatan kadar serum kolesterol, trigliserida, norepinephrin, hormon adrenokortikotropin (ACTH), hormon testosteron, katekolamin dan terjadinya percepatan koagulasi darah yang bertanggung jawab terhadap kemungkinan terjadinya kerusakan pembuluh darah.^{13,14}

Oliva melaporkan dalam penelitiannya bahwa stres psikologik (marah) akan merangsang timbulnya agregasi platelet di arteri koroner dan spasme arteri-koroner dengan bekerja langsung pada adrenergik α atau oleh karena pelepasan thromboxane A₂ dari platelet akibat peningkatan katekolamin plasma melalui sistim adrenomedulare. Katekolamin diduga berperan penting dalam proses ini, Garruthers melaporkan kadar norepinephrin plasma lebih tinggi secara nyata dibandingkan kontrol.²⁰

Pada individu yang di bangkitkan emosinya (misalnya : marah, takut) akan mempengaruhi jantung berupa: meningkatkan denyut jantung, tekanan darah, kebutuhan O₂ jantung, *cardiac output*, resistensi perifer dan aliran darah pada otot. Pada saat yang sama terjadi penurunan aliran darah pada ginjal dan splanikus. Menurut beberapa penelitian efek emosi pada jantung lebih merusak dari pada olah raga sebab tidak terdapat aktivitas otot.²⁰

II.4. PENGUKURAN PERILAKU TIPE A

Terdapat beberapa instrumen untuk mengukur perilaku tipe A :

1. *Jenkins Activity Survey* (JAS)
2. Skala tipe A Framingham

3. Skala rating Bortner
4. ERCTA
5. Skala tipe A *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI 2)
6. *Videotaped Clinical Examination* (VCE) *type A behavior*.
7. Wawancara pola perilaku Rosenman.

VCE merupakan versi baru dari *Videotaped Structured Interview* (VSI) yang digunakan dalam *Recurrent Coronary Prevention Project*. VCE menggabungkan hasil pengamatan klinis terhadap penampilan responden pada rekaman videotape dengan jawaban-jawaban yang diberikan responden. VCE saat ini dianggap merupakan pemeriksaan terbaik untuk mendiagnosis perilaku tipe A, namun memerlukan waktu sekitar 15 – 20 menit serta ketrampilan khusus pemeriksanya (Friedman & Ghandour, 1993).

Pada VCE telah diperhitungkan subkomponen hostilitas (sikap bermusuhan) sedangkan pada skala JAS, skala tipe A Framingham ataupun skala rating Bortner hostilitas tidak diperhitungkan, padahal hostilitas merupakan salah satu dimensi terpenting pada perilaku tipe A (Kawachi, 1998). Pada MMPI 2 terdapat komponen hostilitasnya, tetapi perlu di pertanyakan apakah dapat dipakai hanya sebagian-sebagian saja.^{6,18}

VCE terdiri atas 2 komponen dimana setiap komponen mempunyai 2 sub-komponen. Setiap subkomponen mempunyai beberapa item dan jumlah seluruhnya 33 item. Diantara 33 item terdiri dari 14 pertanyaan yang ditanyakan oleh peneliti kepada subjek dan 19 item merupakan pertanyaan pemeriksaan klinis yang penilaiannya dilakukan dengan videotape. Setiap item diberi skala antara 5 sampai 25 (kelipatan 5). VCE mempunyai *Cut off point* > 45, yang menunjukkan hasil

positif (mempunyai perilaku tipe A) dan bila ≤ 45 menunjukkan hasil negatif (mempunyai perilaku tipe non A atau disebut juga tipe B). Lama pemeriksaan untuk setiap subjek antara 15 – 20 menit. Deskripsi VCE dapat dilihat pada gambar 1.

II.5. VALIDITAS

Pengujian validitas adalah apa yang sebenarnya akan diukur dan sejauh mana alat itu berfungsi. Sesuai teori ada 3 jenis dasar menguji validitas:

1. Validitas Isi (*Content Validity*)

Merupakan suatu pengukuran untuk membuktikan seberapa jauh suatu item pertanyaan dalam suatu instrumen benar-benar menggambarkan keadaan yang diukur.

2. Validitas Kriteria (*Criterion Validity*)

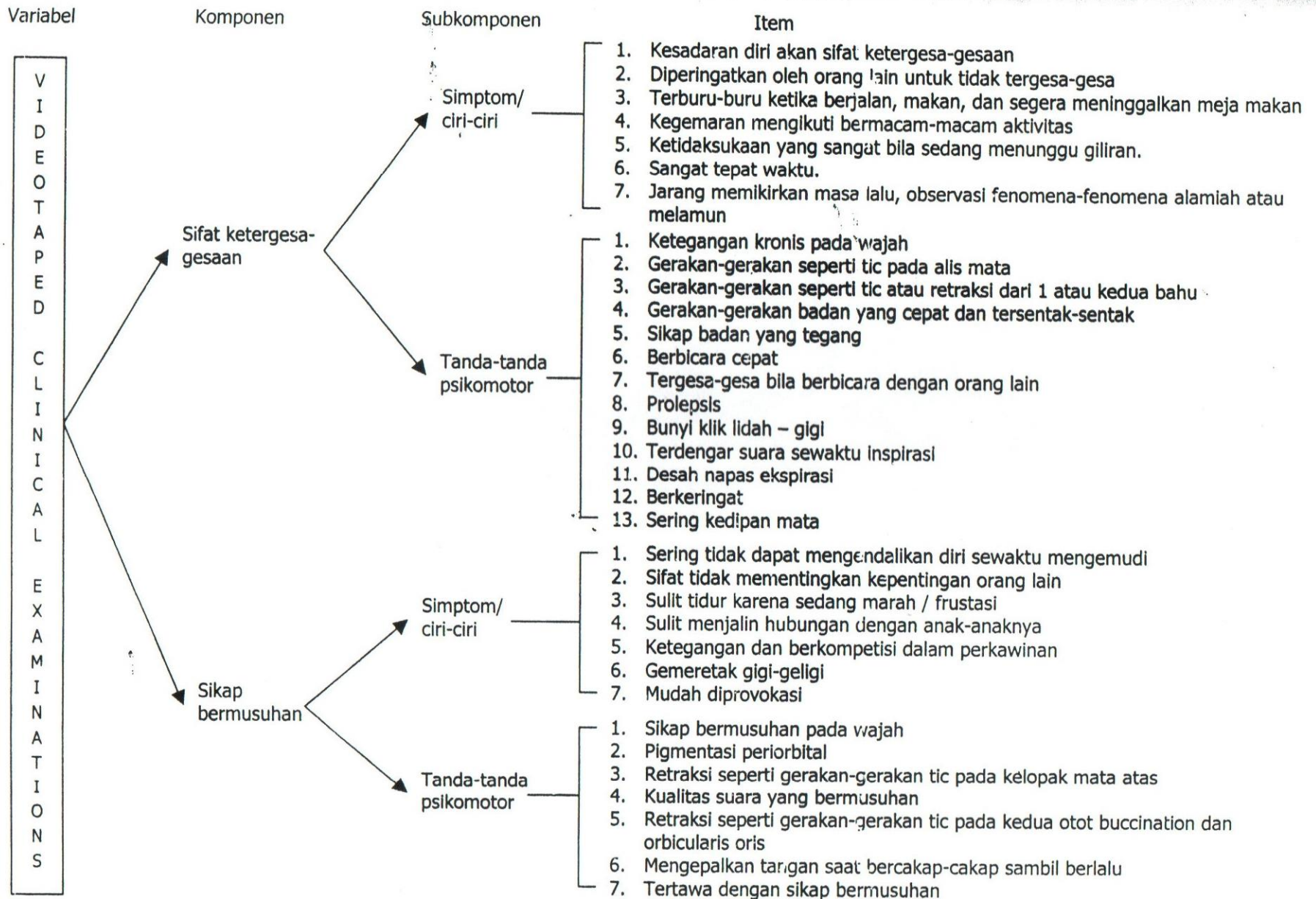
Merupakan suatu pengukuran untuk melihat adakah korelasi yang tinggi dari instrumen VCE perilaku tipe A terhadap baku emas. Belum adanya baku emas sehingga yang dapat dilakukan dengan validitas diskriminan.

3. Validitas Konstruksi (*Construct Validity*)

Merupakan suatu pengukuran untuk membuktikan bahwa setiap item pertanyaan mewakili apa yang ingin diukur.

Dalam pembakuan suatu alat, perlu beberapa tahapan yaitu: analisis butir, penentuan reliabilitas dan penentuan validitas.

Pada penelitian ini ingin dilakukan pengukuran validitas konstruksi dan validitas diskriminan dari instrumen VCE perilaku tipe A. Instrumen ini merupakan suatu alat diagnostik untuk menentukan perilaku tipe A. Maka untuk menguji validitas instrumen VCE perilaku tipe A, dilakukan pengujian terhadap masing-masing butir item-item instrumen tersebut.^{20,21,22}



Gambar 1. Memperllihatkan dua komponen dengan 4 subkomponen kuesioner VCE perilaku tipe A yang terdiri atas 33 item.²¹

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

III.1. JENIS PENELITIAN

Penelitian ini adalah uji validitas terhadap instrumen VCE untuk mendeteksi perilaku tipe A.²¹

III.2. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan di poliklinik rawat jalan Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, sedangkan *inter-rater* di RSCM Jakarta, waktu mulai Oktober 2003 – April 2004.

III.3. POPULASI PENELITIAN

Pasien rawat jalan pasca IMA dan non pasca IMA di poliklinik rumah sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta.

III.4. SAMPEL DAN CARA PEMILIHAN SAMPEL

Sampel adalah pasien rawat jalan di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dengan diagnosa pasca IMA dan non pasca IMA dengan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi. Pengambilan sampel dengan cara *non-probability sampling* yaitu *Convenience sampling*.^{21,22}

III.5. PERKIRAAN BESAR SAMPEL

Penentuan besar sampel menurut Gorsuch 1983, bahwa minimal terdapat 5 subjek setiap variabel, dengan sedikitnya terdapat 100 subjek.²³ Dengan demikian pada penelitian ini jumlah sampel 100 orang untuk pasien pasca IMA dan 30 orang untuk pasien non pasca IMA.

III.6. KRITERIA INKLUSI DAN EKSKLUSI

III.6.1. Kriteria Inklusi

1. Bersedia diikuti sertakan dalam penelitian.
2. Pria atau wanita Pasca IMA dan non pasca IMA

III.6.2. Kriteria Eksklusi

1. Menderita retardasi mental (PPDGJ III)
2. Menderita gangguan mental dengan gejala psikotik (PPDGJ III)
3. Menderita gangguan fisik yang menyebabkan penderita tidak mampu dilakukan pemeriksaan
4. Gejala-gejala fisik terkait dengan pemeriksaan yang akan dilakukan dalam penelitian ini, belum dilakukan pengobatan.

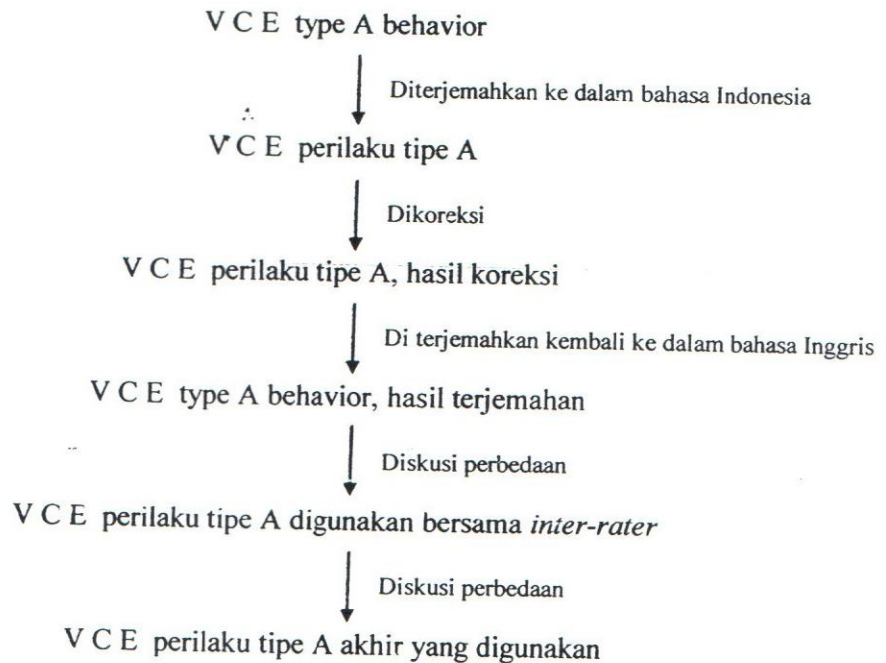
III.7. IZIN SUBJEK PENELITIAN

Melengkapi dengan formulir persetujuan penelitian pasien sebelum dilakukan penelitian (formulir terlampir).

III.8. CARA KERJA

III.8.1. Persiapan

Sebelum melakukan uji validitas instrumen *Videotaped Clinical Examination (VCE) type A behavior*, dilakukan penterjemahan instrumen tersebut ke dalam bahasa Indonesia menjadi V C E perilaku tipe A, kemudian hasil terjemahan tersebut dilakukan koreksi. Hasil koreksi tersebut di terjemahkan kembali kedalam bahasa inggris oleh seorang dokter yang belum pernah membaca *V C E type A behavior*. Hasil terjemahan ini dibandingkan dengan *V C E type A behavior* asli, dan setiap perbedaan didiskusikan untuk mendapatkan terjemahan akhir V C E perilaku tipe A yang tepat dan benar.

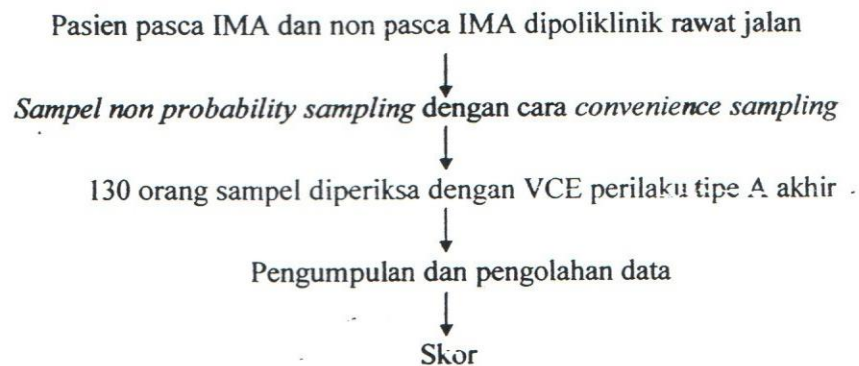


III.8.2. Latihan

Dilakukan latihan pemakaian instrumen VCE perilaku tipe A, kemudian dilakukan uji coba terhadap pasien pasca IMA.

III.8.3. Penatalaksanaan penelitian

1. Mendata pasien pasca IMA bekerja sama dengan dokter spesialis jantung dipoliklinik rumah sakit tersebut di atas.
2. Menentukan sampel berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.
3. Memeriksa 20 orang sampel untuk penelitian *inter-rater* dengan menggunakan instrumen VCE perilaku tipe A oleh peneliti dan *inter-rater* dr. Gitayanti, SpKJ.
4. Melakukan koreksi terhadap hasil pemeriksaan oleh peneliti dan *inter-rater*.
5. Memeriksa 130 orang sampel untuk penelitian menggunakan instrumen VCE perilaku tipe A akhir dimana pemeriksaan klinis dilakukan dengan memutar ulang hasil rekaman video selama wawancara.
6. Pengumpulan dan pengolahan data.



III.9. IDENTIFIKASI VARIABEL

Pada penelitian ini terdapat 2 buah variabel, yaitu :

1. Perilaku tipe A
2. V C E perilaku tipe A, yang terdiri dari 2 komponen :
 - Sifat ketergesa-gesaan yang terdiri dari 2 sub komponen yaitu : kuesioner simptom-simptom/ciri-ciri yang terdiri dari 7 item dan tanda-tanda psikomotor yang terdiri dari 12 item. Skala penilaian kelipatan 5 yaitu antara 5-25.

- Sikap bermusuhan yang terdiri dari 2 sub komponen yaitu : kuesioner simptom-simptom / ciri-ciri, terdiri dari 7 item dan tanda-tanda psikomotor, terdiri dari 7 item. Skala penilaian kelipatan 5 yaitu antara 5 – 25.

III.10. DEFINISI OPERASIONAL.

1. VCE perilaku tipe A, adalah instrumen yang digunakan untuk menentukan perilaku tipe A.
2. Validitas konstruksi adalah pengukuran untuk membuktikan bahwa setiap item dalam instrumen tersebut telah mewakili apa yang ingin di ukur.
3. Reliabilitas adalah suatu pengukuran yang memberikan nilai yang sama atau hampir sama apabila pemeriksaan dilakukan berulang-ulang.
4. *Inter-rater* adalah pengembangan dimana hasil pemeriksaan yang didapat dari 2 atau lebih pemeriksa adalah sama pada populasi yang sama.
5. *Cut off point* adalah nilai batas antara normal dan abnormal atau nilai batas hasil uji positif dan negatif.
6. *Convenience sampling* cara pengambilan sampel tanpa sistematika tertentu.
7. Pasca infark miokard akut (IMA) merupakan waktu dimana serangan jantung koroner akut telah berlalu yang di tandai dengan di izinkannya pasien untuk rawat jalan, umumnya lama perawatan sekitar 2 minggu.
8. Pasien non pasca IMA adalah pasien yang berobat di Poliklinik Jantung tetapi tidak menderita penyakit jantung koroner.
9. Simptom – simptom / ciri – ciri adalah bagian dari instrumen VCE perilaku tipe A yang penilaiannya berdasarkan jawaban pasien saat wawancara.
10. Tanda-tanda psikomotor adalah bagian dari instrumen VCE perilaku tipe A yang penilaiannya berdasarkan pemeriksaan klinis selama wawancara.

11. Perilaku tipe A adalah pola perilaku tipe A meliputi kecondongan perilaku yang berambisi, bersikap agresif, sikap berkompetisi dan tidak sabar. Terdapat perilaku spesifik lainnya yaitu : bersikap waspada, ketegangan otot, gaya berbicara yang cepat dan tegas dan terdapat reaksi-reaksi emosional berupa mudah tersinggung dan memperlihatkan tanda-tanda kemarahan.
12. Ketegangan kronis pada wajah, tanda-tanda ini akibat dari ketegangan otot maxillomasseter dan sering disertai kontraksi sedang otot frontalis, kelopak mata sering menyempit.
13. Gerakan tic, merupakan gerakan motorik (lazimnya mencakup suatu kelompok otot khas tertentu) yang tidak berada di bawah pengendalian, berlangsung cepat, berulang-ulang, dan tidak berirama. Dapat pula merupakan suatu hasil vokal yang timbul mendadak dan tidak ada tujuan yang nyata.
14. Prolepsis adalah ulangan interupsi mendadak sebelum saat yang di perkirakan.
15. Bunyi lidah – gigi, bunyi klik.... akibat terlepasnya secara tiba-tiba lidah bagian depan dari perlekatan sebelumnya dengan gigi seri atas bagian belakang ketika mulut terbuka untuk berbicara.
16. Sikap bermusuhan pada wajah adalah, ilmu firasat yang menunjukkan adanya sikap bermusuhan disusun berupa kombinasi kontraksi yang halus tapi nyata otot orbital, otot-otot sekitar mulut, dan otot-otot masseter.
17. Pigmentasi periorbital adalah, deposit melanin yang luas dan permanen biasanya terdapat pada kulit kelopak mata bagian bawah, walaupun jarang deposit melanin dapat juga terdapat di kelopak mata bagian atas.
18. Retraksi seperti gerakan tic dari kelopak mata atas dan kadang-kadang juga kelopak mata bawah, adalah retraksi yang tidak lengkap yang cepat, tiba-tiba dari

kelopak mata atas (kadang-kadang diikuti oleh kelopak mata bawah) yang dengan cepat menampakkan sklera di atas iris.

19. Kualitas suara yang bermusuhan adalah suara saat berbicara yang menjengkelkan, kasar, membuat pedih, atau secara keseluruhan tidak menyenangkan atau terlalu keras.
20. Retraksi seperti gerakan tic pada kedua otot *buccination* dan *orbicularis oris*, adalah tarikan ke belakang yang cepat, singkat pada sisi mulut, kadang-kadang cukup untuk memperlihatkan gigi-geligi.
21. Tertawa dengan sikap bermusuhan adalah, suara yang keluar sangat keras, meludah-ludah, tak menyenangkan, pura-pura berkelakar dan menggelegar.

III.11. ANALISIS DATA

Data di kumpulkan dan dilakukan tabulasi serta diolah secara statistik menggunakan program SPSS-11.5.

III.12. MASALAH ETIKA

Diupayakan untuk mendapatkan persetujuan dari Komisi Etika Medis di rumah sakit tempat penelitian.

Setiap responden yang memenuhi syarat untuk menjadi sampel dalam penelitian ini, akan mendapat penjelasan tentang tujuan serta cara penelitian dan berhak menolak atau bersedia menandatangani formulir kesediaan berpartisipasi (lampiran 2²⁰).

Seluruh penelitian dan siapapun yang terlibat dalam penelitian ini wajib merahasiakan hal-hal yang di ketahuinya tentang subjek penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian uji validitas terhadap instrumen VCE perilaku tipe A pada responden pasien pasca IMA dan pasien non pasca IMA (pasien lainnya), yang dilakukan di Poliklinik Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita. Tujuan penelitian untuk mengetahui apakah VCE perilaku tipe A stabil dan terpercaya untuk mendeteksi perilaku tipe A.

IV.1. INTER-RATER

IV.1.1. Karakteristik Pasien *Inter-rater* Pasca IMA

Pada penelitian *inter-rater* dilakukan antara peneliti dan peneliti pembanding (dr. Gitayanti, SpKJ) pada 20 responden pasien pasca IMA sesuai kriteria inklusi dan eksklusi di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo. Pada ke 20 responden ini telah ditegakkan diagnosis pasca IMA oleh dokter spesialis jantung. Kemudian dilakukan wawancara aktif pada responden (ditanyakan oleh peneliti) sesuai dengan instrumen VCE perilaku tipe A. Selama wawancara pasien direkam dengan video kamera. Hasil rekaman diputar ulang untuk melihat tanda-tanda fisik responden. Penilaian dilakukan masing-masing oleh peneliti dan peneliti pembanding bersama-sama pada setiap responden. Pada tabel 4.1. tampak karakteristik pasien *inter-rater*.

Tabel 4.1. Karakteristik pasien *inter-rater* (pasca IMA)

No.	Karakteristik	Pasien pasca IMA (n=20)	
		n	%
1.	Jenis kelamin		
	Laki-laki	18	90
	Perempuan	2	10
2.	Umur		
	<40 tahun	0	0
	40-60 tahun	7	35
	>60 tahun	13	65
3.	Status perkawinan		
	Belum menikah	0	0
	Menikah	20	100
4.	Pendidikan		
	SD	1	5
	SLTP	5	25
	SLTA	8	40
	Diploma	3	15
	Sarjana	2	10
	Tidak sekolah	1	5
5.	Suku		
	Jawa	4	20
	Sunda	9	45
	Tapanuli	2	10
	Minang	1	5
	Betawi	1	5
	Banjar	1	5
	Aceh	1	5
	Palembang	1	5

Distribusi subyek penelitian menurut jenis kelamin, umur, pendidikan, pernikahan dan suku bangsa, hanya sebagai data tambahan mengenai distribusi karakteristik subyek penelitian tersebut.

IV.1.2. *t-test*

Penilaian *inter-rater* dilakukan dengan *t-test* antara penilai dan penilai pembanding.

Tabel 4.2. memperlihatkan nilai rata-rata simpang baku dan peluang (p) peneliti dan peneliti pembanding pada 20 responden pasien pasca IMA.

Tabel 4.2. *t*-test VCE perilaku tipe A antara Rater I dan II

VCE perilaku tipe A	Rater I (n = 20) Dr. G		Rater II (n = 20) Dr. S		Nilai p
	Rata-rata	SB	Rata-rata	SB	
I.A. Simptom/ciri-ciri ketergesa-gesaan					
VIA1	13,00	9,787	13,00	9,787	1,000
VIA2	8,25	7,656	8,25	7,656	1,000
VIA3A	3,25	2,447	3,25	2,447	1,000
VIA3B	2,75	2,552	2,75	2,552	1,000
VIA3C	0,75	1,832	1,25	2,221	0,163
VIA4A	0,75	1,832	1,50	2,351	0,083
VIA4B	0,50	1,539	0,50	1,539	1,000
VIA4C	2,50	2,565	2,50	2,565	1,000
VIA5	5,00	5,130	5,25	4,993	0,666
VIA6	9,00	3,078	9,00	3,078	1,000
VIA7	3,50	4,894	4,00	5,026	0,330
I.B. Tanda-tanda psikomotor ketergesa-gesaan					
VIB1	8,00	10,052	9,00	10,208	0,330
VIB2	3,50	2,351	3,25	2,447	0,666
VIB3	0,50	1,539	0,75	1,832	0,577
VIB4	2,00	2,513	0,75	1,832	0,021
VIB5	0,00	0,000	0,00	0,000	1,000
VIB6	13,00	9,787	14,00	9,403	0,330
VIB7	4,50	1,539	3,50	2,351	0,042
VIB8a	0,75	1,832	0,75	1,832	1,000
VIB8b	4,50	7,052	4,50	7,052	1,000
VIB9	0,50	2,236	0,00	0,000	0,330
VIB10	0,50	1,539	1,25	4,552	0,330
VIB11	0,00	0,000	0,00	0,000	1,000
VIB12	3,50	2,351	2,75	2,552	0,186
II.A. Simptom/ciri-ciri permusuhan yang mengambang					
VIIA1	6,50	4,894	7,00	4,702	0,330
VIIA2	2,25	2,552	2,00	2,513	0,330
VIIA3	4,00	5,026	4,00	5,026	1,000
VIIA4	1,00	3,078	1,50	3,663	0,577
VIIA5	3,00	6,156	2,25	5,495	0,330
VIIA6	7,50	11,754	6,25	11,107	0,330
VIIA7	6,00	7,539	4,50	7,052	0,163
II.B. Tanda-tanda psikomotor permusuhan yang mengambang					
VIIB1	1,25	5,590	1,25	5,590	1,000
VIIB2	1,25	5,590	0,00	0,000	0,330
VIIB3	2,50	7,695	6,25	11,107	0,083
VIIB4	1,25	5,590	1,25	5,590	1,000
VIIB5	3,75	9,159	2,50	7,695	0,330
VIIB6	0,25	1,118	0,00	0,000	0,330
VIIB7	0,00	0,000	0,00	0,000	1,000
TOTAL	131,00	55,574	126,00	54,763	0,271

Keterangan :

VIA1 - VIA7 : menjelaskan pertanyaan komponen simptom/ciri-ciri ketergesa-gesaan pada VCE perilaku tipe A

VIB1 - VIB12 : menjelaskan pertanyaan komponen tanda-tanda psikomotor ketergesa-gesaan pada VCE perilaku tipe A

VIIA1 - VIIA7 : menjelaskan pertanyaan komponen simptom/ciri-ciri permusuhan yang mengambang pada VCE perilaku tipe A

VIIB1 - VIIB12 : menjelaskan pertanyaan komponen tanda-tanda psikomotor permusuhan yang mengambang pada VCE perilaku tipe A

Analisis *inter-rater* dilakukan untuk menilai apakah terdapat perbedaan antara penilai dan penilai pembanding. Tabel 4.2. memperlihatkan dari 38 pertanyaan dan observasi tanda-tanda fisik, hanya item V_1B_4 dan V_1B_7 yang mempunyai nilai $p < 0,05$. p total di antara peneliti dan peneliti pembanding = 0,271. Kesimpulan: Penelitian *inter-rater* di antara peneliti dan peneliti pembanding terhadap 33 item yang terdapat pada VCE perilaku tipe A diperoleh tidak adanya perbedaan yang bermakna dengan nilai kesamaan dalam nilai $p > 0,05$.

IV.2. VALIDITAS

Uji validitas instrumen dilakukan pada 133 responden yang terdiri dari : 103 pasien pasca IMA dan 30 pasien non pasca IMA di poli rawat jalan RS.Jantung Harapan Kita. Karakteristik 133 responden penelitian ini tampak pada tabel 4.3.

IV.2.1. Karakteristik Pasien Penelitian Pasca IMA dan Non Pasca IMA

Tabel 4.3. Karakteristik pasien penelitian pasca IMA dan non pasca IMA

No.	Karakteristik	Pasien pasca IMA (n=103)		Pasien non pasca IMA (n=30)		
		n	%	n	%	
1.	Jenis kelamin					
	Laki-laki	98	95,1	17	56,7	
	Perempuan	5	4,9	13	43,3	
2.	Umur					
	<40 tahun	3	2,9	6	2	
	40-60 tahun	76	73,8	20	66,7	
	>60 tahun	24	23,3	4	13,3	
3.	Status perkawinan					
	Belum menikah	3	2,9	3	10	
	Menikah	100	97,1	26	86,7	
4.	Pendidikan					
	SD	2	1,9	1	3,3	
	SLTP	11	10,7	3	10	
	SLTA	33	32	14	46,7	
	Diploma	17	16,5	2	6,7	
	Sarjana	40	38,8	10	33,3	
5.	Suku					
	Jawa	31	30,1	Jawa	14	46,7
	Sunda	22	21,4	Tionghoa	4	3,3
	Tionghoa	14	13,6	Betawi	3	13,3
	Tapanuli	11	10,7	Bali	2	10
	Minang	7	6,8	Minang	2	6,7
	Bangka	2	1,9	NTT	1	6,7
	Melayu	2	1,9	Palembang	1	3,3
	Timor	1	0,97	Lampung	1	3,3
	Manado	1	0,97	Sunda	1	3,3
	Ambon	1	0,97	Toraja	1	3,3
	Palembang	1	0,97			

IV.2.2. Validitas konstruksi

Validitas konstruksi diuji dengan menggunakan analisis faktor, untuk membuktikan apakah masing-masing pertanyaan dalam VCE perilaku tipe A mewakili apa yang ingin diukur. Tabel 4.4 memperlihatkan faktor *loading* dari 2 komponen hasil analisis faktor VCE perilaku tipe A.

Tabel 4.4. Faktor *loading* VCE perilaku tipe A sesuai dengan hasil analisis faktor

VCE perilaku tipe A	Faktor <i>loading</i>
I. Ketergesa-gesaan (<i>time urgency</i>)	
VIA1	0,641
VIA2	0,606
VIA3A	0,506
VIA3B	0,377
VIA3C	0,126
VIA4A	0,181
VIA4B	0,510
VIA4C	0,544
VIA5	0,423
VIA6	0,218
VIA7	0,386
VIB1	0,267
VIB2	0,168
VIB3	-0,033
VIB4	0,153
VIB5	0,048
VIB6	0,510
VIB7	0,415
VIB8A	0,065
VIB8B	0,079
VIB9	0,057
VIB10	0,014
VIB12	0,183
II. Permusuhan yang mengambang (<i>free floating hostility</i>)	
VIIA1	0,518
VIIA2	0,334
VIIA3	0,502
VIIA4	0,320
VIIA5	0,134
VIIA6	0,499
VIIA7	0,582
VIIIB1	0,467
VIIIB2	0,002
VIIIB3	0,539
VIIIB4	0,690
VIIIB5	0,159
VIIIB6	0,512
VIIIB7	0,059

Pada tabel 4.4. telah dilakukan analisis faktor pada dua komponen VCE perilaku tipe A, tampak item VIB11 tidak dapat dianalisis karena semua jawaban sama. Hasil analisis tersebut mempunyai faktor *loading* yang sangat bervariasi dan untuk komponen

ketergesa-gesaan (*time urgency*) hanya dapat menjelaskan 12% variasi ini, sedangkan untuk komponen permusuhan yang mengambang (*free floating hostility*) hanya dapat menjelaskan 18,7% variasi ini.

Kemudian dilakukan analisis faktor lanjutan untuk melihat berapa banyak *underlying factor* dari masing-masing subkomponen.

Tabel 4.5. Faktor loading VCE perilaku tipe A

VCE perilaku tipe A	Faktor loading			
	1	2	3	4
I.A. Simptom/ciri-ciri ketergesa-gesaan				
VIA1	0,860	0,057	0,247	-0,014
VIA2	0,649	-0,022	0,284	-0,216
VIA3A	0,525	-0,035	-0,086	-0,146
VIA3B	0,439	0,267	-0,041	0,718
VIA3C	0,168	0,463	0,446	0,051
VIA4A	0,292	-0,723	-0,096	0,209
VIA4B	0,550	-0,457	0,068	0,074
VIA4C	0,585	-0,105	-0,349	-0,123
VIA5	0,442	0,348	-0,177	-0,522
VIA6	0,113	0,018	0,644	0,101
VIA7	0,346	0,484	-0,477	0,264
I.B. Tanda-tanda psikomotor ketergesa-gesaan	1	2	3	4
VIB1	0,168	0,323	-0,158	-0,473
VIB2	0,422	0,120	0,026	-0,598
VIB3	0,073	0,509	0,495	0,033
VIB4	0,294	0,240	0,071	0,095
VIB5	0,051	0,618	0,488	-0,060
VIB6	0,366	0,399	-0,584	-0,020
VIB7	0,489	0,161	-0,577	0,115
VIB8a	0,298	0,322	0,201	0,453
VIB8b	0,036	0,370	-0,133	0,440
VIB9	0,719	-0,400	0,246	0,095
VIB10	0,643	-0,401	0,334	-0,043
VIB12	0,164	-0,196	-0,102	0,388
II.A. Simptom/ciri-ciri permusuhan yang mengambang	1	2	3	
VIIA1	0,703	-0,059	0,190	
VIIA2	0,427	-0,521	0,326	
VIIA3	0,663	0,362	-0,166	
VIIA4	0,376	0,747	-0,016	
VIIA5	0,306	0,074	0,677	
VIIA6	0,372	-0,230	-0,594	
VIIA7	0,651	-0,298	-0,221	
II.B. Tanda-tanda psikomotor permusuhan yang mengambang	1	2	3	
VIIB1	0,629	-0,219	-0,018	
VIIB2	0,023	0,023	0,819	
VIIB3	0,714	-0,104	0,118	
VIIB4	0,781	-0,063	0,017	
VIIB5	0,167	-0,538	-0,485	
VIIB6	0,547	0,592	-0,018	
VIIB7	0,037	0,696	-0,373	
TOTAL				

Hasil analisis pada tabel 4.5. tampak VCE perilaku tipe A ternyata terdiri dari 15 faktor berikut :

- Subkomponen IA yang menggambarkan simtom/ciri-ciri dari komponen ketergesa-gesaan (*time urgency*), ternyata terdiri dari 4 faktor berikut :
 1. terburu-buru
 2. waktu santai
 3. kesabaran
 4. ketepatan waktu
- Subkomponen IB yang menggambarkan tanda-tanda psikomotor dari komponen ketergesa-gesaan (*time urgency*), ternyata terdiri dari 5 faktor berikut :
 1. bernapas
 2. berbicara
 3. tanda-tanda ketegangan
 4. gerakan-gerakan seperti tic
 5. gerakan-gerakan tubuh
- Subkomponen IIA yang menggambarkan simtom/ciri-ciri dari komponen permusuhan yang mengambang (*free floating hostility*), ternyata terdiri dari 3 faktor berikut :
 1. emosional/marah
 2. hubungan sosial
 3. persaingan
- Subkomponen IIB yang menggambarkan tanda-tanda psikomotor dari komponen permusuhan yang mengambang (*free floating hostility*), ternyata terdiri dari 3 faktor berikut :
 1. ekspresi permusuhan
 2. gerakan-gerakan seperti tic
 3. tanda pada tubuh/wajah

Kelima belas faktor ini mempunyai faktor *loading* berikut ini (tabel 4.6) :

Tabel 4.6. Faktor *loading* VCE perilaku tipe A yang telah dikelompokkan

VCE perilaku tipe A		Faktor <i>loading</i>
I. Ketergesa-gesaan (<i>time urgency</i>)		
Terburu-buru	VIA1	0,690
	VIA2	0,659
	VIA3A	0,514
	VIA3B	0,399
	VIA4A	0,433
	VIA4B	0,628
	VIA4C	0,566
Waktu santai	VIA3C	0,712
	VIA7	-0,712
Kesabaran	VIA5	
Ketepatan waktu	VIA6	
Bernapas	VIB9	0,881
	VIB10	0,881
Berbicara	VIB5	-0,217
	VIB6	0,806
	VIB7	0,833
	VIB1	0,063
Tanda-tanda ketegangan	VIB8A	0,727
	VIB8B	0,737
	VIB2	0,716
Gerakan-gerakan seperti tic	VIB3	0,716
	VIB4	0,750
Gerakan-gerakan tubuh	VIB12	0,750
II. Permusuhan yang mengambang (<i>free floating hostility</i>)		
Marah	VIIA1	0,680
	VIIA3	0,674
	VIIA6	0,499
	VIIA7	0,718
	VIIA2	0,709
Hubungan sosial	VIIA4	-0,709
Persaingan	VIIA5	
Ekspresi permusuhan	VIIIB1	0,677
	VIIIB4	0,803
	VIIIB6	0,631
	VIIIB7	0,146
	VIIIB3	0,748
Gerakan seperti tic	VIIIB5	0,748
Tanda pada tubuh/wajah	VIIIB2	

Dari tabel 4.6 di atas terlihat bahwa terdapat 8 butir item pertanyaan dengan *loading range of item* lebih rendah dari 0,6, yang tersebar pada lima faktor. Kelima belas faktor tersebut dapat menjelaskan 67,7% perilaku tipe A.

IV.3. Validitas Diskriminan

Uji validitas diskriminan bertujuan untuk mengetahui kemampuan instrumen untuk dapat membedakan antara responden pasien pasca IMA (perilaku tipe A) atau pasien non pasca IMA (non perilaku tipe A) yang diuji dengan metode *t - test*.

Tabel 4.7. *t-test* VCE perilaku tipe A

VCE perilaku tipe A	Pasien pasca IMA (n=103)		Pasien Non pasca IMA (n=30)		Nilai p
	Rata-rata	SB	Rata-rata	SB	
I.A.					
VIA1	15,15	8,616	10,67	10,148	0,034
VIA2	10,34	6,976	6,50	7,560	0,017
VIA3A	3,25	2,396	2,83	2,520	0,422
VIA3B	3,11	2,437	2,67	2,537	0,403
VIA3C	1,99	2,459	1,67	2,397	0,521
VIA4A	1,60	2,345	1,50	2,330	0,834
VIA4B	1,21	2,154	0,67	1,729	0,156
VIA4C	2,33	2,506	2,00	2,491	0,527
VIA5	4,56	5,005	2,67	4,498	0,053
VIA6	8,06	3,975	6,33	4,901	0,085
VIA7	2,14	4,118	1,67	3,790	0,561
I.B.					
VIB1	4,08	8,097	0,00	0,000	0,001
VIB2	3,54	2,283	3,00	2,491	0,290
VIB3	0,19	0,971	0,00	0,000	0,045
VIB4	0,92	1,949	0,50	1,526	0,217
VIB5	0,19	1,387	0,00	0,000	0,158
VIB6	12,23	9,795	3,33	7,581	0,001
VIB7	4,32	1,722	3,17	2,451	0,021
VIB8a	0,83	1,865	0,50	1,526	0,334
VIB8b	6,94	7,483	3,50	6,453	0,016
VIB9	1,26	3,337	0,33	1,826	0,050
VIB10	1,02	3,159	0,17	0,913	0,017
VIB12	1,50	2,305	2,00	2,491	0,335
II.A.					
VIIA1	8,54	3,545	2,67	4,498	0,001
VIIA2	3,40	2,345	1,83	2,451	0,003
VIIA3	4,37	4,984	3,33	4,795	0,307
VIIA4	0,97	2,975	0,00	0,000	0,001
VIIA5	4,51	6,914	2,50	5,686	0,110
VIIA6	3,88	9,100	0,83	4,564	0,014
VIIA7	10,49	6,914	4,00	6,747	0,001
II.B.					
VIIB1	3,16	8,343	0,00	0,000	0,001
VIIB2	2,67	7,759	0,83	4,564	0,220
VIIB3	5,34	10,296	0,83	4,564	0,001
VIIB4	2,67	7,759	0,00	0,000	0,001
VIIB5	1,21	5,399	0,00	0,000	0,025
VIIB6	1,12	2,092	0,17	0,913	0,001
VIIB7	0,10	0,985	0,00	0,000	0,591
TOTAL	143,20	51,644	72,67	46,121	0,001

Tabel 4.7. memperlihatkan nilai rata-rata, simpang baku dan *t-test* beda rata-rata untuk nilai VCE perilaku tipe A pada kelompok pasien pasca IMA dan kelompok pasien bukan pasca IMA. Pada tabel tersebut ada perbedaan dan tidak ada perbedaan nilai item pada VCE perilaku tipe A pada derajat kemaknaan 5% dan nilai total dari VCE perilaku tipe A dengan $p < 0,05$ ($p < 0,001$). Ini berarti pemeriksaan dengan VCE perilaku tipe A dapat membedakan pasien pasca IMA dan yang bukan pasca IMA.

Untuk mengetahui sensitivitas, spesifisitas dan akurasi VCE perilaku tipe A, dilakukan melalui analisis diskriminan menggunakan koefisien fungsi diskriminan dari skor VCE perilaku tipe A pada pasien pasca IMA dan non pasca IMA. Berdasarkan group centroid pasien pasca IMA (0,542) dan pasien non pasca IMA (-1,861), maka dapat di hitung batas nilai fungsi diskriminan (Z) yaitu : $0,542 - 1,861 / 2 = -0,6595$. Pada tiap responden penelitian dilakukan perhitungan nilai fungsi diskriminannya dan ditentukan apakah ia masuk kelompok pasien pasca IMA atau kelompok pasien non pasca IMA berdasarkan nilai batas $-0,6595$. Pasien di kelompokkan sebagai pasien pasca IMA bila nilai fungsi diskriminannya $> -0,6595$, sebaliknya pasien dikelompokkan sebagai pasien non pasca IMA jika nilai fungsi diskriminannya $< -0,6595$. Hasil pengelompokan responden menurut fungsi diskriminan ini di bandingkan dengan keadaan yang sebenarnya seperti terlihat pada tabel 4.8.

Tabel 4.8. Perbandingan pengelompokan responden menurut fungsi diskriminan dan menurut kelompok yang sebenarnya

Hasil uji	Kelompok pasien yang sebenarnya	
	Pasca IMA	Non pasca IMA
Perilaku tipe A	92	3
Perilaku non tipe A	11	27
Jumlah	103	30

$$\begin{aligned}\text{Sensitivitas} &= \frac{A}{A + C} = \frac{92}{103} = 89,3\% \\ \text{Spesifisitas} &= \frac{D}{B + D} = \frac{27}{30} = 90\% \\ \text{Akurasi} &= \frac{A + D}{A + B + C + D} = \frac{119}{133} = 89,5\%\end{aligned}$$

Kemampuan VCE perilaku tipe A untuk diskriminasi responden pasien pasca IMA dengan pasien non pasca IMA adalah dengan sensitivitas 89,3%, sedangkan kemampuannya dalam menyingkirkan adanya responden yang bukan pasca IMA 90% dan akurasi instrumen ini sebesar 89,5%.

IV.3.1. Penentuan sensitivitas, spesifisitas dan akurasi dengan *cut off* (> 45).

Penentuan sensitivitas, spesifisitas dan akurasi VCE perilaku tipe A dengan menggunakan *cut off* pada pasien pasca IMA dan non pasca IMA adalah sebagai berikut :

Tabel 4.9. Nilai sensitivitas, spesifisitas dan akurasi

Hasil uji Skor total VCE > 45	Kelompok pasien sebenarnya	
	Pasca IMA	Non pasca IMA
Perilaku tipe A	100	18
Perilaku non tipe A	3	12
Jumlah	103	30

$$\begin{aligned}\text{Sensitivitas} &= \frac{A}{A + C} = \frac{100}{103} = 97\% \\ \text{Spesifisitas} &= \frac{D}{B + D} = \frac{12}{30} = 40\% \\ \text{Akurasi} &= \frac{A + D}{A + B + C + D} = \frac{112}{133} = 84\%\end{aligned}$$

Hasil perhitungan ini dengan *cut off* > 45, menunjukkan sensitivitas 97%, spesifisitas 40% dan akurasi 84%.

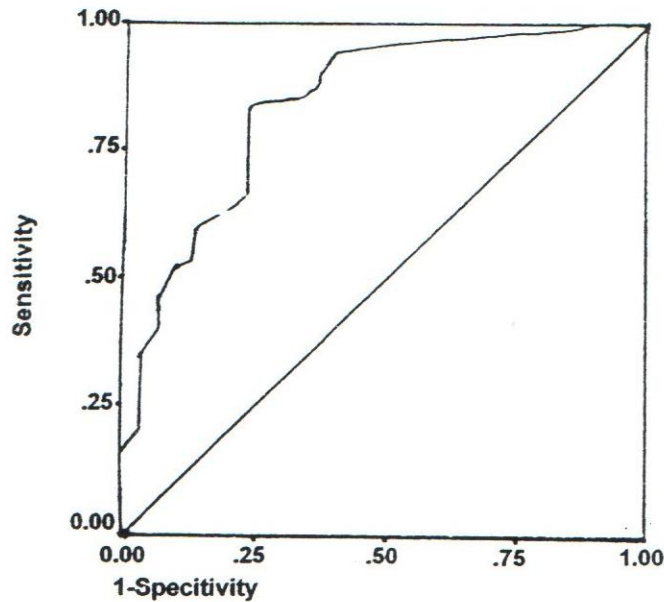
IV.4. PENENTUAN NILAI NORMAL DENGAN KURVA ROC

Penentuan ambang batas nilai yang dapat membedakan orang dengan perilaku tipe A atau bukan perilaku tipe A dilakukan dengan menggunakan kurva *receiver operating characteristics* (ROC). Pembuatan kurva ROC dan perhitungan sensitivitas dan spesifisitas untuk berbagai nilai ambang batas dilakukan dengan membandingkan sampel pasien pasca IMA ($n = 103$) dengan sampel pasien non pasca IMA ($n = 30$). Tabel 4.13. memperlihatkan luas area di bawah kurva, nilai ambang batas, sensitivitas dan spesifisitas untuk VCE perilaku tipe A.

Tabel 4.10. Penentuan nilai ambang batas

Instrumen	Ambang batas	Sensitivitas (%)	Spesifisitas (%)
VCE perilaku tipe A (luas area 0,844)	14,00	100	0
	20,00	100	6,7
	27,50	99,0	13,3
	32,50	98,1	20
	37,50	98,1	26,7
	42,50	97,1	33,3
	47,50	97,1	40,0
	52,50	96,1	43,3
	57,50	95,1	53,3
	62,50	95,1	56,7
	70,00	94,2	60,0
	77,50	93,2	60,0
	82,50	90,3	63,3
	87,50	87,4	63,3
	92,50	85,4	66,7
	97,50	84,5	70,0
	102,50	83,5	76,7
	107,50	80,6	76,7
	112,50	72,6	76,7
	117,50	66,0	76,7
	122,50	63,1	80,0
	127,50	61,2	83,3

Pada tabel 4.10 terlihat nilai ambang batas terbaik adalah 102,5 dengan sensitivitas 83,5% dan spesifisitas 76,7%.



Gambar 2. Kurva ROC

IV.5. RELIABILITAS

Videotaped Clinical Examination perilaku tipe A pada penggunaannya harus dapat dipercaya (*reliable*). Pengukuran reliabilitas dilakukan dengan mengukur konsistensi internal (*internal consistency reliability*).

Konsistensi internal menunjukkan butir-butir pertanyaan dalam VCE perilaku tipe A tersebut isinya kohesif dan homogen. *Cronbach's alpha* sering digunakan sebagai indikator konsistensi internal. Rentang nilai *Cronbach's alpha* yang diharapkan adalah 0,6 – 0,9.

2. Berbicara

V1B5 Berbicara cepat

3. Tanda-tanda ketegangan

V1B1 ketegangan kronis pada wajah

4. Marah

V2A6 Apakah anda menggemeretakkan gigi anda ? apakah dokter gigi anda pernah memberitahu bahwa anda melakukannya ?

5. Ekspresi permusuhan

V2B7 Tertawa bermusuhan

Rendahnya nilai koefisien korelasi pada 8 pertanyaan tersebut kemungkinan disebabkan karena :

1. Pertanyaan tersebut memang kurang mencerminkan komponen yang dimaksud.
2. Dalam proses penterjemahan kurang sesuai dengan kebudayaan setempat (lingkungan masyarakat Indonesia).
3. Kurang dipahami dan kurang dikenali tanda-tanda psikomotor pada pertanyaan tersebut.

Berdasarkan hal tersebut maka dipikirkan cara-cara untuk memecahkan masalah ini, yaitu :

1. Mengganti pertanyaan dengan pertanyaan yang lebih mencerminkan komponen yang dimaksud.
2. Membuang/mengeluarkan pertanyaan dari komponen.
3. Memperbaiki penterjemahan dan cara bertanya pada pasien dengan menyesuaikan pada budaya dan kelaziman masyarakat setempat serta lebih mengenal tanda-tanda psikomotor.

Alternatif pemecahan masalah yang ketiga adalah paling mungkin untuk dilakukan yaitu dengan memperbaiki penterjemahan dan cara bertanya pada pasien dengan menyesuaikan pada budaya dan kelaziman masyarakat setempat, serta lebih mengenal tanda-tanda psikomotor tanpa merubah arti dan maksud pertanyaan. Diusulkan menyesuaikan kedelapan pertanyaan tersebut di atas menjadi :

1. Terburu-buru :

V1A3A Apakah anda berjalan dengan cepat ?

Disarankan untuk lebih rinci dengan membandingkan dengan orang lain.

V1A3B Apakah anda makan dengan cepat ?

Disarankan untuk lebih rinci dengan membandingkan dengan orang lain.

V1A4A Apakah anda suka menonton TV, membaca majalah/surat kabar, dan makan pada saat yang bersamaan?

Disarankan untuk lebih rinci bahwa melakukan aktivitas tersebut bersama-sama dalam konteks terburu-buru sehingga tidak di asumsikan sebagai waktu bersantai.

V1A4C Apakah anda terbiasa memikirkan hal-hal lain, di saat sedang mendengarkan pasangan anda atau yang lainnya ?

Disarankan untuk lebih rinci sehingga pertanyaan tersebut dikaitkan dalam konteks terburu-buru.

2. Berbicara

V1B5 Berbicara cepat

Disarankan untuk lebih mendalami dan mengenal tanda tersebut.

3. Tanda-tanda ketegangan

V1B1 ketegangan kronis pada wajah

Disarankan untuk lebih mendalami dan mengenal tanda tersebut.

4. Marah

V2A6 Apakah anda menggemeratakan gigi anda ? apakah dokter gigi anda pernah memberitahu bahwa anda melakukannya ?

Disarankan untuk lebih rinci dalam bertanya sehingga dikaitkan dengan keadaan kesal/marah.

5. Ekspresi permusuhan

V2B7 Tertawa bermusuhan

Disarankan untuk lebih mendalami dan mengenal tanda tersebut.

Kelima belas faktor ini menjelaskan 67,7% variasi uji perilaku tipe A dan merupakan *underlying construct* dari uji VCE perilaku tipe A ini.

V.2.2. Uji Validitas Diskriminan

Tabel 4.7. memperlihatkan nilai rata-rata, simpang baku dan *t test* beda rata-rata untuk nilai VCE perilaku tipe A pada kelompok pasien pasca IMA dan kelompok pasien non pasca IMA dengan derajat kemaknaan 5%. Diketahui bahwa ternyata beberapa pertanyaan secara mandiri tidak bisa memberikan hasil yang berbeda pada kedua kelompok tersebut, tetapi di dalam satu kesatuan instrumen VCE perilaku tipe A memperlihatkan nilai *p* total untuk VCE perilaku tipe A ini adalah 0,001. Nilai ini menunjukkan terdapat perbedaan antara kelompok pasien pasca IMA dan kelompok pasien non pasca IMA.

Videotaped Clinical Examination perilaku tipe A dengan nilai fungsi diskriminan (*Z*) > -0,6595 dapat membedakan kelompok pasien pasca IMA dengan kelompok pasien non pasca IMA dengan sensitivitas 89,3%, spesifisitas 90% dan akurasi 89,5%.

Perhitungan sensitivitas, spesifitas, dan akurasi menurut *cut off* lebih dari 45 didapatkan sensitivitas 97%, spesifitas 40%, dan akurasi 84%. Nilai sensitivitas yang tinggi ini (97%) menyebabkan alat ini sangat baik untuk mendeteksi perilaku tipe A. Hasil positif dapat disimpulkan bahwa responden tersebut mempunyai perilaku tipe A yang di kemudian hari kemungkinan besar akan menderita penyakit jantung koroner. Nilai spesifisitas yang rendah (40%) menyebabkan hasil negatif mempunyai konsekuensi, alat ini tidak dapat menyingkirkan responden non tipe A atau tidak dapat menyingkirkan responden tersebut tidak akan menderita penyakit jantung koroner di kemudian hari. Nilai spesifisitas yang rendah ini menunjukkan pasien non pasca IMA tidak mewakili perilaku non tipe A. Hasil penelitian yang dilakukan oleh pembuatnya mendapatkan spesifisitas 96%, karena peneliti pembuatnya menggunakan responden non tipe A /B yang telah ditentukan oleh sebuah tim dan diikuti selama 30 tahun serta tidak menderita penyakit jantung koroner berdasarkan pemeriksaan klinis dan EKG.

Penentuan nilai normal VCE dilakukan berdasarkan kurva ROC didapat batas normal 102,5, dimana dengan batas ini didapatkan sensitivitas 83,5 dan spesifitas 76,7%.

Menurut hasil perhitungan di atas dan sesuai dengan fungsi dan tujuan VCE perilaku tipe A sebagai alat diagnostik, maka perhitungan sensitivitas menurut perhitungan *cut off* merupakan hasil yang terbaik.

V.3. RELIABILITAS INSTRUMEN

Reliabilitas instrumen pada penelitian ini telah dilakukan dengan metode *inter-rater* dengan hasil $p = 0,271$, yang menunjukkan tidak ada perbedaan antara peneliti dan peneliti pembanding pada 20 responden pasien pasca IMA.

Pengujian reliabilitas berikutnya untuk mengetahui apakah butir-butir pertanyaan pada VCE secara konsisten mengukur apa yang menjadi tujuan pengukuran yaitu perilaku tipe A, maka kita perlu mengetahui konsistensi dalam atau *internal consistency*. Untuk keperluan tersebut dilakukan dengan *Cronbach's coefficient alpha* atau biasa disebut *Cronbach's alpha*. Pada kedua komponen VCE memenuhi rentang nilai yang diharapkan 0,6 – 0,9 yaitu :

1. Ketergesa-gesaan (*time urgency*) = 0,6.
2. Permusuhan yang mengambang (*free floating hostility*) = 0,6

Sedangkan nilai *Cronbach's alpha* total = 0,7.

Hal ini menunjukkan bahwa VCE perilaku tipe A secara keseluruhan dapat dipercaya.

KETERBATASAN DAN KELEMAHAN

Sebagaimana penelitian sosial pada umumnya, pada penelitian ini dijumpai beberapa keterbatasan dan kelemahan yaitu :

1. Tidak adanya *gold standard* dalam penilaian perilaku tipe A sehingga penelitian ini tidak bisa dilakukan uji validitas kriteria untuk membandingkan VCE dengan *gold standard*. Alternatif lain dengan analisis diskriminan yang tentu saja mempunyai kelemahan karena hanya berdasarkan teori dan analogi terhadap hasil penelitian sebelumnya.
2. *Videotaped Clinical Examination* digunakan untuk mendiagnosis perilaku tipe A pada seseorang yang dikaitkan dengan terjadinya penyakit jantung koroner sehingga pasien pasca IMA dikelompokkan sebagai responden perilaku tipe A. Kelompok responden perilaku non tipe A (tipe B) yang dikaitkan dengan tidak terjadinya penyakit jantung koroner, maka diperlukan waktu untuk membuktikan bahwa perilaku non tipe A (tipe B) tidak akan terjadi penyakit jantung koroner.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

VI.1. SIMPULAN

1. Hasil penelitian *inter-rater* menunjukkan tidak ada perbedaan antara peneliti dan peneliti pembanding. Hasil ini menunjukkan VCE perilaku tipe A dapat digunakan oleh peneliti lainnya dalam penelitian yang terkait dengan perilaku tipe A.
2. Analisis faktor pada VCE ini menunjukkan 15 faktor dasar berdasarkan faktor *loading*, faktor-faktor ini merupakan *underlying construct* dari ketergesa-gesaan dan permusuhan yang mengambang. Faktor-faktor tersebut menunjukkan suatu tipe perilaku tipe A dan dapat menjelaskan 67,7 % adanya variasi pada VCE perilaku tipe A. Berdasarkan analisis faktor ini, dapat dikatakan bahwa validitas konstruksi VCE perilaku tipe A ini baik, berarti VCE perilaku tipe A ini dapat mewakili apa yang ingin di ukur.
3. Validitas diskriminan VCE perilaku tipe A baik dengan $p = 0,001$, kemampuan membedakan kelompok pasien pasca IMA dengan kelompok pasien non pasca IMA.
4. Perhitungan dengan *cut off* > 45 didapat sensitivitas 97% dimana hasil positif menunjukkan responden mempunyai perilaku tipe A dan kemungkinan besar akan menderita penyakit jantung koroner. Nilai spesifisitas 40% menunjukkan bila hasil negatif tidak dapat menyingkirkan responden tersebut bukan tipe A dan tidak dapat menyingkirkan bahwa responden tersebut tidak akan menderita penyakit jantung koroner.

5. Uji reliabilitas dengan nilai *Cronbach's alpha* komponen ketergesa-gesaan = 0,6 dan komponen permusuhan yang mengambang = 0,6 sedangkan nilai *Cronbach's alpha* total = 0,7 menunjukkan hasil yang baik.
6. *Videotaped Clinical Examination* perilaku tipe A ini dapat digunakan di Indonesia karena pada penelitian ini terbukti memiliki validitas konstruksi, validitas diskriminan yang cukup baik, sensitivitas 97 % menurut *cut off* >45, serta memiliki reliabilitas dengan nilai *Cronbach's alpha* yang baik. Pada *inter-rater* juga didapat hasil dimana tidak terdapat perbedaan antara peneliti dan peneliti pembanding dengan nilai $p = 0,271$.

VI.2. SARAN

1. *Videotaped Clinical Examination* perilaku tipe A dapat digunakan untuk mendeteksi perilaku tipe A. Hasil yang maksimal akan didapat dengan lebih mendalami simptom-simptom/ciri-ciri dan tanda-tanda psikomotor pada VCE perilaku tipe A tersebut.
2. Untuk mendapatkan responden perilaku non tipe A (tipe B) maka diperlukan waktu yang cukup lama untuk membuktikan bahwa subyek tersebut mempunyai perilaku tipe B dan tidak menderita penyakit jantung koroner.
3. Untuk mendapat hasil spesifisitas yang lebih baik disarankan untuk menggunakan kriteria inklusi yang lebih rinci misalnya, pasien non pasca IMA dengan diagnosis yang pasti bahwa pasien tersebut tidak mempunyai penyakit jantung koroner, misalnya pasien telah dilakukan kateterisasi atau telah dilakukan MSCT (CT scan 3 dimensi dengan kontras).

4. Instrumen VCE perilaku tipe A dapat diaplikasikan dalam klinik sebagai alat diagnostik perilaku tipe A sehingga berguna :

- pada pasien yang tidak menderita penyakit jantung koroner, perubahan perilaku tipe A dapat mengurangi risiko timbulnya penyakit jantung koroner.
- pada pasien yang telah menderita penyakit jantung koroner atau pasca IMA, perubahan perilaku tipe A dapat mengurangi risiko keparahan dan kekambuhan penyakit jantung koroner.

DAFTAR PUSTAKA

1. Rosenman RH, Chesney MA. *Stres, type A behavior, and coronary disease*. Hand Book of Stress, teoritical and clinical aspects. New York : The Free Press, 1982, 547 – 565.
2. Friedman M, Thoresen CA, Gill J J et al. *Feasibility of Altering Type A Behavior pattern after myocardial infarction*. Circulation. 1982 ; 66 : 84 – 91.
3. Bower GH, Bootzin RR, Zajonc RB, Hall E. *Understanding Psychology : An introduction. Principles of psychology today*. New York : Random House Inc, 1987, 3 – 14.
4. Friedman M, Ghandour G. *Medical diagnosis of type A behavior*. American Heart Journal. 1993; 126 : 607 – 618.
5. Shekelle RB, Gale M, Noruris M, et al. *Type A Score (Jenkins Activity Survey) and Risk of Recurrent Coronary heart disease in The Aspirin Myocardial Infarction study*. American Journal of Cardiology. 1985 ; 56 : 221 – 225.
6. Johan. Pajanan : perilaku tipe A. Pengaruh skor perilaku tipe A terhadap kejadian nyeri kepala tipe-tegang. Jakarta : 2002, 36-49.
7. Suri CR, Corbacho PG, Arias RM, et al. *Type A behaviour with ERCTA Scale in normal subjects and coronary patients*. Psychology in Spain. 1998 ; 2 : 43-47.
8. Supargo A. Penentuan tataf validitas dan reliabilitas antar peneliti instrumen wawancara pola perilaku dari Rosenman. Jakarta; Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1984; 1-38.
9. Friedman M, Thoresen CE, Gill JJ et al. *Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in post myocardial infarction patients*. American heart journal. 1984 ; 108 : 237-248.
10. Morgan CT, King RA, Weisz JR, Schopler J. *Introduction to psychology*. 7th edition. New York : Mc Grawhill Inc, 1986, 572.

11. Kaplan HI, Sadock BJ. *Typical sign and symptoms of psychiatric illness, defined. Synopsis of psychiatry*. 8th edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wiklins, 1998, 275-286.
12. Cooper T, Cornel, Detre T, et al. *Coronary prone behavior and coronary heart disease : a critical review*. Circulation. 1981 ; 63 : 1999 –1215.
13. Friedman M. *Association of spesific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings*. J.A.M.A. 1959 ;169 : 1286 – 1296.
14. Friedman M. *Type A behavior : A frequently misdiagnosed and rarely treated medical disorder*. American Heart Journal. 1988; 115 : 930 – 936.
15. Pepine CJ. *New Concepts in the pathophysiology of acute myocardial infarction*. American journal of cardiology. 1989 ; 64 : 2 B-8 B.
16. Manurung D. Patogenesis terkini sindrom koroner akut. Prosiding simposium pendekatan holistik penyakit kardiovaskuler II. Jakarta : Pusat informasi dan penerbitan Bagian ilmu penyakit dalam FKUI, 2003, 63 – 70.
17. Harun S. Infark Miokard Akut. Dalam buku ajar ilmu penyakit dalam. Jakarta : Balai Penerbit FKUI, 1996 : 1098 – 1108.
18. Antman EM, Braunwald E, et al. *Acute myocardail infarction*. Heart Disease 6th edition. Philadephia : W.B. Saunders Company, 1114 – 1137.
19. Pasternuk RC, Braunwald E, Alpert JS. *Acute Myocardial infarction*. Harrison 's principles of internal medicine 7th edition. New York : Mc Grawhill book company, 932 – 933.
20. Ismail RI. Analisis item, uji reabilitas dan validitas (Kuesioner Kesesuaian Hubungan Suami Istri). Tesis. Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 2001.
21. Sastroasmoro S, Ismael S. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Jakarta: Binarupa Aksara, 1995, 1-65, 156-253.
22. Pratiknya AW. Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran dan kesehatan. Jakarta: Raja Grafindo Persada, 2000, 1-104.
23. Norman GR, Streiner DL. *Biostatistics the bare essentials*. Missouri: Mosby year book Inc, 1004: 141.

Lampiran 1.

No.

RESPONDEN

IDENTITAS DIRI

Sebelum anda mulai kami akan meminta anda untuk menjawab beberapa pertanyaan umum tentang diri anda dengan memberi tanda silang (X) jawaban yang benar atau mengisi pada tempat yang telah disediakan.

Nama :

Jenis Kelamin : 1. Laki-laki ☐ 2. Perempuan ☐

Tanggal lahir : Tanggal : Bulan : Tahun :

Pekerjaan :

Suku bangsa :

Status Perkawinan :

1. Belum menikah ☐

2. Menikah ☐

Pendidikan Terakhir :

1. SD ☐

2. SMP ☐

3. SLTA ☐

4. Diploma ☐

5. Sarjana ☐

6. Lain-lain ☐

KESEDIAAN BERPARTISIPASI

Bapak dan Ibu yang terhormat,

Pertama-tama, saya mengharapkan kesediaan bapak dan ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian menentukan perilaku tipe A pada pasien – pasien yang pernah mengalami serangan jantung.

Maksud dan tujuan kegiatan ini, ialah untuk menentukan perilaku tipe A. Pentingnya penelitian ini karena perilaku tipe A telah diketahui dapat menyebabkan penyakit jantung koroner dan sebagai risiko untuk terjadinya serangan jantung berikutnya. Pentingnya penentuan perilaku ini dalam kaitannya dengan rencana penelitian dan pengobatan selanjutnya.

Rangkaian kegiatan itu meliputi jawaban oleh bapak atau ibu pada beberapa pertanyaan kuesioner, dimana selama tanya – jawab akan dibuat dokumentasi dengan menggunakan video. Diharapkan dalam menjawab kuesioner dilakukan secara terbuka dan jujur.

Semua data yang diperoleh hanya diperuntukkan bagi kepentingan ilmiah dalam rencana penanganan yang tepat bagi yang memerlukan bantuan ataupun bagi komisi etik. Identitas dan jawaban yang diberikan oleh Bapak atau Ibu saya jaga kerahasiaannya.

Catatan : “Sewaktu-waktu bapak dan ibu dapat membatalkan partisipasi ini karena berbagai alasan.”

Atas perhatian, kesediaan, bantuan dan kerja sama bapak atau ibu, saya ucapkan banyak terima kasih.

Jakarta,

Peneliti,

Noer Saelan Tadjudin, dr.
Program Pendidikan Dokter Spesialis, Kedokteran Jiwa FK-UI.
4100060105.

KESEDIAAN BERPARTISIPASI

Apabila bapak atau ibu setuju untuk berpartisipasi, diharapkan kesediaannya untuk mencantumkan nama dan tanda tangan.

Jakarta,

Petugas,

Yang berpartisipasi,

.....

.....

Lampiran 3.⁴

VCE (VIDEOTAPED CLINICAL EXAMINATION) PERILAKU TIPE A

I. MANIFESTASI-MANIFESTASI DARI ADANYA KETERGESA-GESAAN		Skor
A. Simtom-sintom/ciri-ciri		
1.	Apakah anda merasa bahwa anda lebih sering terburu-buru dalam menyelesaikan sesuatu ? (20)	
2.	Apakah pasangan atau setiap teman dekat anda pernah memberi tahu anda untuk memperlambat, lebih santai, atau jangan terlalu tegang ? (15)	
3.	a. Apakah anda berjalan dengan cepat ? (5)	
	b. Apakah anda makan dengan cepat ? (5)	
	c. Setelah selesai makan malam, apakah anda duduk dan berbincang-bincang dengan keluarga atau anda segera meninggalkan meja ? (5)	
4.	a. Apakah anda suka menonton TV, membaca majalah/surat kabar dan makan pada saat yang bersamaan ? (5)	
	b. Apakah anda suka melihat surat atau melakukan hal-hal lain, disaat sedang mendengarkan seseorang di telepon ? (5)	
	c. Apakah anda terbiasa memikirkan hal-hal lain, disaat sedang mendengarkan pasangan anda atau yang lainnya ? (5)	
5.	Apakah anda sangat keberatan mengantri dipintu keluar toserba, bank, bioskop atau menunggu tempat duduk di restoran ? (10)	
6.	Bila anda membuat janji dengan seseorang, katakanlah pukul 14.00, akankah anda berada di sana ? (10)	
7.	Apakah anda mempunyai waktu hanya untuk duduk-duduk dan melamun, meditasi atau untuk mengingat masa lalu, atau secara seksama mengamati bunga-bunga, pohon-pohon, burung-burung atau binatang-binatang ? (10)	
B. Tanda-tanda psikomotor		
1.	Kepegangan kronis pada wajah (20)	
2.	Elevasi alis mata seperti gerakan tic (5)	
3.	Elevasi atau retraksi pada satu atau kedua bahu seperti gerakan tic (5)	
4.	Postur yang tegang – gerakan-gerakan yang tiba-tiba, cepat dan menghentak-hentak (5)	
5.	Berbicara cepat (10)	
6.	Mempercepat pembicaraan orang lain (20)	
7.	Prolepsis (5)	
8.	a. Bunyi klik pada lidah-gigi (5)	
	b. Lekuk gigi (indentations) pada ujung lidah (15)	
9.	Terdengar inspirasi udara yang dipaksakan (10)	
10.	Desahan ekspirasi > 1 kali selama pemeriksaan (5), bila > 5 kali (20)	
11.	Keringat berlebihan pada wajah (40)	
12.	Kedipan mata yang sering (5)	

II. MANIFESTASI-MANIFESTASI PERMUSUHAN YANG MENGAMBANG		Skor
A. Simtom-simtom/ciri-ciri		
1.	Apakah anda mudah kesal ketika sedang mengemudi, terutama ketika sedang pulang-pergi kerja ? Apakah pasangan anda pernah harus mengatakan kepada anda untuk lebih tenang ketika dia bermobil dengan anda ? Apakah anda mengumpat pengemudi-pengemudi lainnya ? (10)	
2.	Apakah anda percaya bahwa kebanyakan orang pada dasarnya tidak jujur dan tidak rela membantu orang-orang lain ? (5)	
3.	Apakah anda sering mengalami kesulitan tidur atau sulit melanjutkan tidur karena anda sedang kesal tentang sesuatu yang telah diperbuat seseorang ? (10)	
4.	Apakah anda mengalami (pernah mengalami) kesulitan bila berhadapan dengan anak-anak anda ? (10)	
5.	Apakah anda mempunyai perasaan bahwa pasangan anda sedang bersaing melawan anda atau terlalu kritis atas kesalahan-kesalahan yang anda perbuat ? (15)	
6.	Apakah anda menggemeretakkan gigi-gigi anda ? Apakah dokter gigi anda pernah memberitahu bahwa anda melakukannya ? (25)	
7.	Dapatkah anda memberi tahu saya sesuatu yang dapat mengganggu atau membuat anda kesal ? (15)	
B. Tanda-tanda psikomotor		
1.	Permusuhan pada wajah (25)	
2.	Pigmentasi periorbital (25)	
3.	Retraksi kelopak mata atas dan kadang-kadang bawah seperti gerakan tic (25)	
4.	Kualitas suara yang bermusuhan (25)	
5.	Retraksi bilateral otot <i>buccinator</i> dan <i>orbicularis oris</i> seperti gerakan tic (25)	
6.	Mengepalkan tangan pada percakapan sepintas lalu (5)	
7.	Tertawa bermusuhan (10)	
Nilai total :		

Jakarta,200

Pemeriksa,

()

**VCE (*Videotaped Clinical Examinations*) perilaku tipe A
(petunjuk)**

I. MANIFESTASI DARI SIFAT KETERGESA-GESAAAN SAAT INI

A. Simptom-simptom/ciri-ciri

1. Kesadaran diri untuk mementingkan waktu (20)
Pertanyaan: Apakah kamu lebih sering tergesa-gesa dalam melakukan sesuatu ? (20)
2. Dperingatkan oleh orang-orang lain untuk tidak tergesa-gesa (15)
Pertanyaan: Apakah pasangan atau setiap teman dekat kamu selalu memberi tahu kamu untuk lebih tidak tergesa-gesa, lebih tenang atau jangan terlalu tegang ? (15)
3. Tergesa-gesa dalam berjalan (5), makan (5), dan meninggalkan meja (5). (5-15)
Pertanyaan:
 1. Apakah kamu berjalan cepat ? (5)
 2. Apakah kamu makan cepat ? (5)
 3. Setelah menyelesaikan makan, apakah kamu duduk dan mengobrol dengan keluarga kamu atau kamu meninggalkan meja dengan segera? (5)
4. Kegemaran dalam bermacam-macam aktivitas (5 – 15)
Pertanyaan :
 1. Apakah kamu suka menonton TV, membaca majalah atau surat kabar dan makan dalam waktu yang bersamaan ? (5)
 2. Apakah kamu suka membaca surat atau mengerjakan hal-hal lain ketika sedang mendengarkan seseorang di telepon ? (5)
 3. Apakah kamu secara rutin memikirkan hal-hal lain ketika sedang mendengarkan pasangan anda atau yang lainnya ? (5)
5. Ketidaksukaan yang sangat bila menunggu giliran (10)
Pertanyaan: Apakah kamu sangat tidak keberatan menunggu sewaktu ingin keluar dari toko bahan pangan, bank atau bioskop atau menunggu giliran mendapatkan tempat duduk di restoran ? (10).
(Ketidaksukaan yang diperlihatkan dengan sungguh-sungguh diputuskan untuk mendapat nilai).
6. Ketepatan waktu yang mendalam (10)
Pertanyaan: Jika kamu membuat janji di suatu tempat dengan seseorang sekitar pukul 14.00, akankah kamu ada di sana ? (Jawaban yang mendapat nilai bila dilakukan dengan sungguh-sungguh, misal: saya selalu tepat waktu, saya akan berada di sana tepat waktu atau bahkan sebelum pukul 14.00 atau saya akan berada di sana dan saya marah bila yang lainnya membuat saya harus menunggu, sedang individu tipe B akan menjawab biasanya saya akan datang atau saya akan berusaha datang)

7. Jarang memikirkan masa lalu, observasi fenomena-fenomena alamiah atau melamun (10)

Pertanyaan: Apakah kamu pernah mempunyai waktu hanya duduk dan melamun, melakukan meditasi atau mengingat masa lalu, atau secara hati-hati meneliti dengan cermat bunga-bunga, pohon-pohon, burung-burung atau binatang-binatang ?(10) (Tidak mendapat nilai bila individu tersebut tidak melakukan hal-hal tersebut)

B. Tanda-tanda psikomotor

Tidak seperti mendapatkan simptom-simptom / ciri-ciri sifat ketergesa-gesaan atau sikap bermusuhan yang mengambang, mendeteksi tanda-tanda psikomotor atau tanda-tanda fisik perilaku tipe A membutuhkan pelatihan dan instruksi berjam-jam seperti dalam mempelajari murmur jantung yang memerlukan waktu berjam-jam bagi mahasiswa kedokteran untuk mendapatkan keterampilan tersebut sehingga dapat membedakan jenis murmur jantung, sehingga juga diperlukan waktu yang cukup lama untuk seseorang mendiagnosis tanda-tanda fisik yang hampir tidak kentara yang mengindikasikan adanya ketidaksabaran atau permusuhan.

1. Ketegangan kronis pada wajah (20)

Tanda-tanda ini akibat dari ketegangan otot maxillomasseter dan sering disertai kontraksi sedang otot frontalis, kelopak mata sering menyempit.

2. Alis mata yang terangkat seperti gerakan tic (5). Jika terjadi 3 sampai 10 kali selama periode pemeriksaan sekitar 15 – 20 menit.
3. Bahu yang terangkat keatas, retraksi satu atau kedua-duanya seperti gerakan tic (5): tanda ini biasanya muncul dengan frekuensi yang sama dengan terangkatnya alis mata.

4. Sikap badan yang tegang, gerakan-gerakan yang tiba-tiba, cepat dan tersentak-sentak. (5)

Individu yang diperiksa duduk dengan tegang atau gerakan-gerakannya tergesa-gesa dan tiba-tiba.

5. Bicara cepat (10)

Individu yang diperiksa berbicara 140 kata atau lebih permenit, kadang-kadang menjadi sulit dimengerti.

6. Tergesa-gesa bila berbicara dengan orang lain (20)

Individu yang diperiksa sering mengucapkan “uh huh, uh huh” atau “mmh, mmh” dengan cepat untuk mempersingkat pembicaraan dengan individu lain tanpa disadari.

7. Prolepsis (5).

Individu yang diperiksa diberikan 3 pertanyaan oleh pemeriksa, sesudah pemeriksa menceritakan hal-hal biasa dengan membosankan dan bertele-tela, dimana akan meningkatkan ketidaksabaran individu yang diperiksa tersebut. Setelah melakukan ini, pemeriksa mengajukan pertanyaan dengan cara yang membosankan, tetapi sebelum selesai pemeriksa berbicara dengan gagap. Pemeriksa memperhatikan apakah individu yang diperiksa mengerti konteks dari pertanyaan, menjadi *proleptic*.

Misalnya : Pemeriksa mulai berkata: "Sebagian besar orang-orang yang bekerja biasanya bangun sebelum pukul 08.00 pagi selama seminggu. Pemeriksaan selanjutnya menjadi bertele-tele dengan melanjutkan bahwa yang dimaksud hari Senin sampai Jum'at. Tentu saja hari Sabtu dan Minggu, mereka mungkin tidur lebih lama. Setelah mengatakan ini pemeriksa kemudian mulai menanyakan pertanyaan: "Sekarang untuk anda sendiri, Mr. Jones pada hari kerja jam berapa anda biasanya" dan kemudian pemeriksa mulai terhalang dengan berkata "uh-uh-oh". Tes ini positif bila individu yang diperiksa menginterupsi saat pemeriksa gagap, dengan menjawab pertanyaan tersebut sebelum selesai ditanyakan. Prosedur bertanya seperti ini, dilakukan sebanyak 3 kali dengan waktu berbeda selama pemeriksaan dan menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang berbeda. Bila individu yang diperiksa menginterupsi kalimat bertanya tersebut sebanyak 2 kali, tes dinyatakan positif.

8. Bunyi lidah – gigi (5 – 20)
Bunyi klik.... akibat terlepasnya secara tiba-tiba lidah bagian depan dari perlekatan sebelumnya dengan gigi seri atas bagian belakang ketika mulut terbuka untuk berbicara. Tekanan lidah pada bagian belakang gigi seri atas ini secara refleks terjadi ketika otot maxillomasseter menjadi tegang. Bila ketegangan ini menjadi terbiasa dan berkelanjutan, maka tekanan lidah pada gigi ini walaupun tidak sering akan meninggalkan bekas yang menetap berupa gejala gigi atau penonjolan dari lidah. Catatan: bila hanya bunyi klik yang terdengar, maka nilai 5, tetapi bila terdapat gejala pada lidah nilainya 15.
9. Terdengar suara sewaktu menarik napas secara kuat (10).
Individu yang diperiksa diobservasi terutama sewaktu sedang berbicara dengan cepat, dan menarik napas ketika melanjutkan untuk berbicara.
10. Desahan napas sewaktu ekspirasi (5 – 20)
Walaupun subyek tipe B kadang-kadang terdapat desahan napas sewaktu ekspirasi, jika individu yang diperiksa diobservasi selama periode pemeriksaan terdapat desahan napas ekspirasi lebih 1 kali diberi nilai 5, jika lebih dari 5 kali diberi nilai 20.
11. Keringat di wajah yang berlebihan (40)
Keluarnya butir-butir keringat terus-menerus di dahi dan bibir bagian atas pada suhu ruangan normal, dimana pada individu yang sehat tampak tidak sering. Bila dapat diobservasi hal tersebut maka harus merupakan tanda yang tidak menyenangkan dari sistem saraf simpatis. (Catatan: Bila manifestasi ini merupakan akibat sifat ketergesa-gesaan dan sikap bermusuhan yang mengambang atau keduanya, tetap harus dinilai. Jangan dibuat bingung dengan adanya keringat dingin wajah yang kadang-kadang terdapat pada angina pectoris).
12. Sering terdapat kedipan mata (5)
Respon yang positif bila terdapat 25 kali atau lebih kedipan mata per menit.

II. MANIFESTASI-MANIFESTASI SIKAP PERMUSUHAN YANG MENGAMBANG

A. Simptom-simptom atau ciri-ciri

1. Sering tidak dapat menahan emosi bila sedang mengemudi (10)
Pertanyaan: Apakah kamu mudah marah-marah ketika sedang mengemudi, terutama bila pulang - pergi kerja ? Apakah pasangan anda harus memberitahu kamu untuk tenang ketika dia bermobil dengan kamu? Apakah kamu mengumpat pengemudi-pengemudi lainnya ? (Respon yang meyakinkan untuk setiap pertanyaan → hasil positif)
2. Sifat tidak mementingkan kepentingan orang lain (5)
Pertanyaan: Apakah kamu percaya bahwa sebagian besar orang dasarnya tidak jujur dan tidak mempunyai keinginan untuk menolong orang-orang lainnya ? (Jawaban yang meyakinkan mendapat nilai).
3. Sulit tidur karena sedang marah / frustrasi (10)
Pertanyaan: Apakah kamu sering sulit tidur atau sulit melanjutkan tidur karena kamu marah terhadap sesuatu yang telah dilakukan orang lain ? (Respon positif bila individu yang diperiksa mengakui bahwa hal ini umum terjadi).
4. Sulit menjalin hubungan dengan anak laki-laki dan perempuan yang berkelanjutan.
Pertanyaan: Apakah kamu merasa sulit bila berurusan dengan anak-anak kamu? (hampir setiap orangtua dapat mengalami beberapa kesulitan dalam menghadapi anak-anaknya terutama bila anak-anak tersebut telah remaja. Jika begitu pemeriksa tidak seharusnya bertanya dengan satu pertanyaan tetapi harus dalam beberapa pertanyaan untuk mendapatkan informasi tentang hubungan mereka yang sebenarnya dengan anak-anak mereka. Juga secara seksama harus diperhatikan kemungkinan munculnya secara tiba-tiba tanda-tanda psikomotor pada individu yang diperiksa ketika merespons pertanyaan ini. Misalnya: bila suara individu yang diperiksa berubah menjadi melengking/meninggi atau wajahnya menjadi sedih ketika mendiskusikan pertanyaan ini. Penilaian dilakukan tanpa menghiraukan isi dari diskusi tersebut)
5. Ketegangan dan kompetisi dalam perkawinan (15)
Pertanyaan: Apakah kamu mempunyai perasaan bahwa pasangan kamu bersaing melawan kamu atau terlalu kritis atas kesalahan-kesalahan yang kamu perbuat ? (Penilaian dibuat jika individu yang diperiksa menyatakan bahwa dia sering mempunyai perasaan tersebut atau suaranya menjadi tidak enak (sengit dan wajahnya tampak bingung ketika menjawab pertanyaan tersebut).
6. Kertak gigi – geligi (25)
Pertanyaan: Apakah kamu menggertakkan gigi-gigi kamu? Apakah dokter gigi kamu pernah memberitahu bahwa kamu melakukan itu ?
7. Mudah diprovokasi menjadi mudah marah atau merasa tidak nyaman dalam menghadapi kesalahan-kesalahan panitia atau kelalaian yang dilakukan oleh orang lain.

Pertanyaan: Dapatkah kamu memberi tahu saya hal-hal apa yang membuat kamu merasa jengkel atau sedih/marah (kecenderungan memberitahu kamu untuk tenang ketika dia sedang bermobil dengan kamu? Apakah kamu mengumpat pengemudi-pengemudi lainnya? (Respon yang meyakinkan untuk setiap pertanyaan → hasil positif)

B. Tanda-tanda psikomotor

Tanda-tanda psikomotor dengan adanya sikap bermusuhan yang mengambang, seperti tidak sabar atau tergesa-gesa harus dicari sejak awal sampai selesainya VCE (*videotaped clinical examination*) dan menghargai pertanyaan-pertanyaan yang diajukan.

1. Sikap bermusuhan pada wajah (25)
Ilmu firasat yang menunjukkan adanya sikap bermusuhan disusun berupa kombinasi kontraksi yang halus tapi nyata otot orbital, otot-otot sekitar mulut, dan otot-otot masseter.
2. Pigmentasi periorbital (25)
Deposīt melanin yang luas dan permanen biasanya terdapat pada kulit kelopak mata bagian bawah, walaupun jarang deposit melanin dapat juga terdapat di kelopak mata bagian atas.
3. Retraksi seperti gerakan tic dari kelopak mata atas dan kadang-kadang juga kelopak mata bawah (25) ∆
Retraksi yang tidak lengkap yang cepat, tiba-tiba dari kelopak mata atas (kadang-kadang diikuti oleh kelopak mata bawah) yang dengan cepat menampilkan sklera di atas iris.
4. Kualitas suara yang bermusuhan (25)
Suara saat berbicara yang menjengkelkan, kasar, membuat pedih, atau secara keseluruhan tidak menyenangkan atau terlalu keras menunjukkan nilai yang positif.
5. Retraksi seperti gerakan tic pada kedua otot *buccination* dan *orbicularis oris* (25)
Tarikan ke belakang yang cepat, singkat pada sisi mulut, kadang-kadang cukup untuk memperlihatkan gigi-geligi.
6. Mengepalkan tangan saat bercakap-cakap sambil lalu (5)
Tanda-tanda fisik ini sering terlihat pada pasien-pasien koroner yang juga kadang-kadang tampak pada subyek-subyek tipe B yang sehat.
7. Ketawa dengan sikap bermusuhan (10)
Suara yang keluar sangat keras, meludah-ludah, tak menyenangkan, pura-pura kelakar dan mengelegar.

Lampiran 5.⁸

WAWANCARA POLA PERILAKU (Behavior Pattern Interview)

Yang harus diperhatikan benar-benar pada waktu wawancara/anamnesis pada penderita yang akan dilakukan pemeriksaan *Exercise Stress Test/Treadmill Test* adalah hal-hal seperti di bawah ini. Berilah tanda atau lingkarilah gejala-gejala yang ditemukan pada saat itu.

JABATAN TANGAN	:	Lemas basah & dingin	Lembut sedang	Sedang hangat & kering	Kuat
SIKAP	:	Ramah	Netral	Bermusuhan	-
PENAMPILAN UMUM	:	Tenang	Gelisah	Tegang	Penuh perhatian/ dengan mengangguk kepala
GERAKAN MOTORIK	:	Lambat	Sedang	Tergesa-gesa	-
BICARA YANG CEPAT	:	Tidak ada	Kadang- kadang	Sering	-
KUALITAS SUARA	:	Lembut	Sedang	Keras	-
GERAKAN RITMIK DARI KAKI/TANGAN	:	Tidak ada	Kadang- kadang	Sering	-
EKSPRESI MUKA	:	Datar	Ekspresif	Bicara dengan tepi mulut	Rahang terkatup
KETAWA/SENYUM	:	Tidak ada	Mulut bulat	Tepi bibir terangkat	-
MENGGENGAM TANGAN/ MEREMAS TAPAK TANGAN	:	Tidak ada	Jarang	Kadang- kadang	Sering
TARIK NAPAS DALAM/ SIGHING	:	Tidak ada	Kadang- kadang	Sering	-

KESIMPULAN :

Tanggal :

Pewawancara

Dokter

()

NAMA :
UMUR :tahun. SUKU :
PENDIDIKAN : JABATAN :
TANGGAL PEMERIKSAAN :

Di bawah ini terdapat beberapa pertanyaan yang harus anda baca dengan cermat dan teliti. Lingkari "ya" untuk pertanyaan yang anda anggap sesuai dengan keadaan anda atau "tidak" jika tidak sesuai dengan keadaan anda atau "?" jika anda merasa tidak mungkin untuk memutuskan jawaban anda. Reaksi anda yang pertama pada umumnya adalah yang terbaik.

DAFTAR PERTANYAAN

1. Pekerjaan anda : Pegawai negeri / Swasta/Wiraswasta / Pensiunan / Tiada / ibu rumah tangga. (coret yang tidak perlu)
2. Apakah anda puas dengan jabatan/ keadaan anda ?
[Ya] [?] [Tidak]
3. Apakah jabatan/ pekerjaan anda membutuhkan tanggung jawab yang besar ?
[Ya] [?] [Tidak]
Apakah anda selalu merasa tertekan dalam pekerjaan anda ?
[Ya] [?] [Tidak]
Bila dalam pekerjaan, anda merasa ditekan, apakah hal ini menyusahkan/ merisaukan anda ?
[Ya] [?] [Tidak]
4. Apakah anda menyadari bahwa anda termasuk orang yang selalu sibuk/ tergesa-gesa ?
[Ya] [?] [Tidak]
Apakah anda termasuk orang yang ambisious ?
[Ya] [?] [Tidak]
Bila anda menginginkan akan sesuatu, apakah anda selalu ingin mendapatkannya secepat mungkin ?
[Ya] [?] [Tidak]
Apakah anda : Sudah kawin / Cerai / Belum kawin / Janda / Duda .
(Coret yang tak perlu)
Apakah istri (suami) anda menyatakan bahwa anda adalah seorang yang sangat sibuk atau seorang ambisious ?

- [Ya] [?] [Tidak]
 Atau apakah istri (suami) anda menyatakan bahwa anda adalah orang yang hidupnya santai/ relaks ?
- [Ya] [?] [Tidak]
 Apakah anda sendiri merasakan bahwa anda termasuk orang yang hidupnya santai/ relaks ?
- [Ya] [?] [Tidak]
 Apakah istri (suami) anda tak pernah menegur anda bila anda kelihatan sangat sibuk ?
- [Ya] [?] [Tidak]
 Atau bila istri (suami) menegur anda, saat anda kelihatan terlalu sibuk, apakah mereka menegur dengan : marah / biasa / membujuk ?
 (coret yang tak perlu)
5. Apakah anda merasa bahwa anda selalu bekerja lebih keras dan menyelesaikan pekerjaan selalu lebih dulu dari pada rekan-rekan anda ?
 [Ya] [?] [Tidak]
6. Apakah anda sering membawa pekerjaan kantor ke rumah untuk diselesaikan ?
 [Ya] [?] [Tidak]
7. Apakah anda sudah mempunyai anak ?
 [Ya] [?] [Tidak]
 Bila anak-anak anda berumur lebih dari 6 tahun, apakah anda sering bermain/ permainan tanding (competitive games) seperti bermain kartu, catur, monopoly dsb. dengan anak-anak anda ?
 [Ya] [?] [Tidak]
 Bila anda bermain/ bertanding dengan anak-anak anda apakah anda selalu mengalah dan memenangkan mereka ?
 [Ya] [?] [Tidak]
8. Bila anda bertanding dengan orang sebaya dengan anda, apakah anda bertanding hanya untuk kesenangan saja ?
 [Ya] [?] [Tidak]
 Atau apakah anda bertanding untuk mencapai kemenangan ?
 [Ya] [?] [Tidak]
9. Apakah anda merasa ada persaingan dalam pekerjaan anda?
 [Ya] [?] [Tidak]
 Apakah anda menyukai persaingan tersebut ?
 [Ya] [?] [Tidak]
 Apakah anda suka bersaing di luar pekerjaan anda, misalnya dalam olahraga dsb. ?
 [Ya] [?] [Tidak]
10. Bila anda lagi menyetir mobil atau berada dalam mobil lalu ada mobil lain yang berjalan sangat lambat (menurut penilaian anda) di depan mobil anda, apakah anda merasa dongkol/ jengkel ?
 [Ya] [?] [Tidak]
 Apakah anda akan melewatinya/ menyuruh melewatinya bila ada kesempatan sambil mengomel/ mengumpat ?
 [Ya] [?] [Tidak]
 Apakah anda memperlihatkan/menyatakan kejengkelan anda pada orang yang sedang bersama dengan anda ?
 [Ya] [?] [Tidak]
11. Apakah anda biasa bangun pagi dengan segera tanpa bermalas-malas lebih dahulu ?

- [Ya] [?] [Tidak]
12. Bila anda melakukan perjanjian dengan seseorang, apakah anda selalu menepati janji tersebut sesuai dengan waktunya/ jamnya ?

[Ya] [?] [Tidak]

Bila pada perjanjian tersebut anda datang terlebih dahulu sehingga anda harus menunggu, apakah anda merasa jengkel ?

[Ya] [?] [Tidak]

Apakah anda akan mengomel, mengumpat pada saat menunggu ?

[Ya] [?] [Tidak]

13. Bila anda melihat seseorang melakukan pekerjaannya dengan lambat dan anda tahu bahwa anda dapat melakukannya dengan lebih cepat dan lebih baik, apakah hal tersebut membuat anda menjadi tidak sabaran ?

[Ya] [?] [Tidak]

Apakah dalam hal ini anda akan mengambil alih pekerjaan tersebut dan menyelesaikannya ?

[Ya] [?] [Tidak]

14. Apakah anda selalu merasa bahwa anda dapat bekerja dengan tenang ?

[Ya] [?] [Tidak]

Apakah anda selalu merasa bahwa orang-orang disekitar anda mengganggu ketenangan pekerjaan anda ?

[Ya] [?] [Tidak]

15. Apakah anda merasa/ selalu berjalan dengan cepat ?

[Ya] [?] [Tidak]

Apakah anda mempunyai kebiasaan makan cepat ?

[Ya] [?] [Tidak]

Bila anda selesai makan, apakah anda selalu/ suka duduk terus di meja makan sambil ngobrol ?

[Ya] [?] [Tidak]

Atau apakah anda langsung berdiri dan meninggalkan meja makan ?

[Ya] [?] [Tidak]

16. Bila anda pergi ke restoran dan menemukan bahwa restoran tersebut lagi penuh dan ada beberapa orang lagi menunggu akan adanya meja kosong, apakah anda juga ikut menunggu ?

[Ya] [?] [Tidak]

Atau anda akan pergi dan mencari restoran lain ?

[Ya] [?] [Tidak]

17. Apakah anda bisa sabar menunggu dalam suatu antrian yang panjang misalnya pada loket Bank, Supermarket, loket bioskop dsb. ?

[Ya] [?] [Tidak]

18. Apakah anda sering mempunyai perasaan khawatir dalam memulai dan menyelesaikan suatu pekerjaan ?

[Ya] [?] [Tidak]

19. Apakah anda selalu merasa bahwa waktu berlalu terlalu cepat bagi anda bila anda lagi bekerja ?

[Ya] [?] [Tidak]

Apakah anda selalu merasa dikejar-kejar oleh waktu ?

[Ya] [?] [Tidak]

20. Apakah anda merasa bahwa anda selalu bertindak cepat dalam melakukan berbagai hal ?

[Ya] [?] [Tidak] /

KESIMPULAN : TIPE [.....]

"STRESS-TEST" : [POSITIVE] [NEGATIVE]