

SKRIPSI

**TIPE KEPERIBADIAN DOMINAN PADA PASIEN *LEFT ANTERIOR
DESCENDING (LAD) CORONARY ARTERY DISEASE*
DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA MENURUT TEORI *THE BIG FIVE
PERSONALITY TRAITS***



Oleh

Mario Hasoloan Sebastian

NIM. 011911133206

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2022

SKRIPSI

**TIPE KEPRIBADIAN DOMINAN PADA PASIEN *LEFT ANTERIOR
DESCENDING (LAD) CORONARY ARTERY DISEASE*
DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA MENURUT TEORI *THE BIG FIVE
PERSONALITY TRAITS***



Oleh

Mario Hasoloan Sebastian

NIM. 011911133206

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2022

**TIPE KEPERIBADIAN DOMINAN PADA PASIEN *LEFT ANTERIOR
DESCENDING (LAD) CORONARY ARTERY DISEASE*
DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA MENURUT TEORI *THE BIG FIVE
PERSONALITY TRAITS***

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan tahap sarjana Program Studi Kedokteran
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Penulis

Mario Hasoloan Sebastian

NIM: 011911133206

**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2022**

LEMBAR PENGESAHAN

**TIPE KEPERIBADIAN DOMINAN PADA PASIEN LEFT ANTERIOR
DESCENDING (LAD) CORONARY ARTERY DISEASE
DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA MENURUT TEORI THE BIG FIVE
PERSONALITY TRAITS**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Kedokteran di
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Oleh:

Mario Hasoloan Sebastian
011911133206

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Prof. Dr. Abdurachman, dr.,
M.Kes., PA(K)
NIP. 196609111996011001

Pembimbing Serta



Raden Mohammad Budiarto, dr.,
Sp.JP(K), FIHA
NIP. 197608012010121002

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2022

LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI

**TIPE KEPERIBADIAN DOMINAN PADA PASIEN LEFT ANTERIOR
DESCENDING (LAD) CORONARY ARTERY DISEASE
DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA MENURUT TEORI THE BIG FIVE
PERSONALITY TRAITS**

SKRIPSI

Oleh:

Mario Hasoloan Sebastian
011911133206

Disetujui dan diterima setelah diuji oleh
Tim Penguji Program Studi Kedokteran
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Surabaya, 17 November 2022

Menyetujui,

Ketua Penguji



Dr. Margarita Maria Maramis, dr., Sp.KJ(K), FISCN
NIP. 196108191988032005

Pembimbing Utama/Sekretaris

Pembimbing Serta/Anggota Penguji

Penguji



Prof. Dr. Abdurachman, dr.,
M.Kes., PA(K)
NIP. 196609111996011001



Raden Mohammad Budiarto, dr.,
Sp.JP(K), FIHA
NIP. 197608012010121002

LEMBAR PERSETUJUAN

**TIPE KEPERIBADIAN DOMINAN PADA PASIEN LEFT ANTERIOR
DESCENDING (LAD) CORONARY ARTERY DISEASE
DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA MENURUT TEORI THE BIG FIVE
PERSONALITY TRAITS**

SKRIPSI

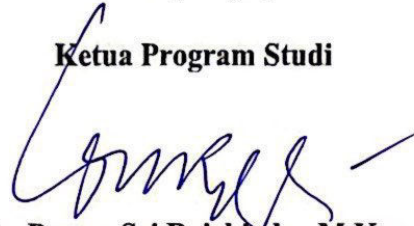
Oleh:

Mario Hasoloan Sebastian
011911133206

Disetujui dan diterima setelah diuji oleh
Tim Penguji Program Studi Kedokteran
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Surabaya, 17 November 2022

Menyetujui,

Ketua Program Studi


Dr. Purwo Sri Rejeki, dr., M.Kes.
NIP. 197506122005012003

Pembimbing Utama


Prof. Dr. Abdurachman, dr.,
M.Kes., PA(K)
NIP. 196609111996011001

Pembimbing Serta


Radeh Mohammad Budiarto, dr.,
Sp.JP(K), FIHA
NIP. 197608012010121002

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Mario Hasoloan Sebastian

NIM : 011911133206

Program Studi : Kedokteran

Fakultas : Kedokteran

Jenjang : Sarjana (S1)

menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

**TIPE KEPERIBADIAN DOMINAN PADA PASIEN *LEFT ANTERIOR
DESCENDING (LAD) CORONARY ARTERY DISEASE* DI RSUD DR.
SOETOMO SURABAYA MENURUT *TEORI THE BIG FIVE PERSONALITY
TRAITS***

Apabila suatu saat nanti terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Surabaya, 24 Desember 2022



Mario Hasoloan Sebastian.

NIM. 011911133206

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan rahmat-Nya, sehingga skripsi yang berjudul **“Tipe Kepribadian Dominan pada Pasien *Left Anterior Descending (LAD) Coronary Artery Disease* di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menurut Teori *The Big Five Personality Traits*”** dapat diselesaikan dengan baik. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Lolytha Agustina Nainggolan, S.E., dan Bapak Nicolaus Bomy Patria Arna Bayu, S.E. selaku ibu dan ayah saya yang senantiasa memberikan dukungan moral, material, finansial, dan tak putus-putusnya berdoa untuk kelancaran studi dan kehidupan saya.
2. Prof. Dr. Abdurachman, dr., M.Kes., PA(K) selaku dosen pembimbing 1 atas segala ilmu dan arahannya dalam penyusunan skripsi ini.
3. dr. Raden Mohammad Budiarto, Sp.JP(K), FIHA selaku dosen pembimbing 2 atas segala ilmu dan arahannya dalam penyusunan skripsi ini.
4. Dr. Margarita Maria Maramis, dr., Sp.KJ(K), FISCN sebagai dosen penguji pada seminar hasil penelitian skripsi ini.
5. Prof. Dr. Budi Santoso, dr., Sp.OG(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menempuh studi di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
6. Dr. Purwo Sri Rejeki, dr., M.Kes., selaku Koordinator Program Studi Kedokteran Universitas Airlangga atas izin dalam pembuatan skripsi.

7. Dr. Pudji Lestari, dr., M.Kes., selaku Penanggung Jawab Blok Penelitian 1 dan 2 atas kesempatan melaksanakan pembuatan skripsi.
8. dr. Mariza Fitriati, Sp.An. selaku Dosen Wali yang telah memotivasi selama pembuatan skripsi.
9. Dr. Joni Wahyuhadi, dr., Sp.BS(K) selaku Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya atas kesempatan melaksanakan penelitian di PPJT RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
10. Segenap Staf PPJT RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
11. Mas Andika Wahono, S.Ked., Amelia, Reinaldi, Debora, Diva, dan Aisha yang telah membantu dalam pembuatan skripsi.
12. Teman-teman saya Alya, Farid, Indira, Luisa, Milka, Nurvania, Oni, Yoga, Zahra, Zaki, Nasywa, dan Mbak Tania sebagai sumber motivasi dan tempat berkeluh kesah selama pembuatan skripsi.
13. Mas Oky Duta Printing yang sigap membantu dalam hal percetakan.
14. Pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang turut membantu pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa masih sangat banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis menerima segala saran maupun kritik membangun demi perbaikan skripsi ini. Penulis memohon maaf atas segala kesalahan penyusunan dan berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Surabaya, 31 Oktober 2022

Penulis

RINGKASAN

Penyakit kardiovaskular dinyatakan sebagai penyakit pembunuh nomor satu di dunia. Pada tahun 2016, WHO mendeklarasikan bahwa sekitar 17,9 juta orang di dunia meninggal karena kelompok penyakit ini (sekitar 31% total kematian). Di antara berbagai penyakit kardiovaskular, penyakit jantung koroner adalah salah satu yang memiliki prevalensi tertinggi. Pada tahun 2017, sekitar 126 juta orang di dunia mengidap penyakit ini. Di Indonesia sendiri, Riskesdas 2013 menyatakan bahwa penyakit ini memiliki prevalensi yang cukup tinggi yakni sekitar 1,5%.

Secara patofisiologis, penyakit jantung koroner sendiri dideskripsikan sebagai berkurangnya pasokan darah ke dalam jantung melalui arteri koroner. Hal ini menyebabkan jantung menerima nutrisi dan oksigen yang inadekuat untuk menjalankan aktivitasnya. Di antara semua arteri koroner jantung, arteri *left anterior descending (LAD)* adalah arteri yang paling sering terdampak penyakit jantung koroner.

Penyakit jantung koroner tentu memiliki berbagai faktor risiko, di antaranya adalah stres psikologis dan gaya hidup yang kurang sehat. Berbagai penelitian terdahulu telah mengungkapkan bahwa kedua aspek ini sangat dipengaruhi oleh kepribadian seseorang.

Penelitian ini berusaha mengidentifikasi tipe kepribadian apa yang paling dominan pada pasien penyakit jantung koroner tipe LAD dengan harapan dapat membantu usaha-usaha preventif dan kuratif di masa depan.

Kuesioner kepribadian *Big Five Personality* digunakan dalam penelitian ini, dengan alasan banyaknya riset terdahulu yang juga menggunakan kuesioner ini, secara khusus riset-riset yang berfokus pada keterkaitan kepribadian dengan kesehatan fisik manusia. Kuesioner ini membagi kepribadian manusia ke dalam

lima dimensi, yakni *openness to experience*, *conscientiousness*, *extraversion*, *agreeableness*, dan *neuroticism*.

Penelitian ini dilakukan dengan membagikan kuesioner pada pasien penyakit jantung koroner tipe LAD di RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2019-2020 secara *cross sectional*. Pada masing-masing subjek penelitian, tipe kepribadian dengan skor yang paling tinggi akan dianggap sebagai tipe kepribadian dominan. Kemudian, dari keseluruhan subjek penelitian, akan dicari tipe kepribadian mana yang paling sering muncul (modus). Kemudian, tipe kepribadian itulah yang dianggap sebagai tipe kepribadian dominan pada pasien penyakit jantung koroner tipe LAD. Data yang didapat kemudian disajikan secara deskriptif.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 80 pasien sampel, kepribadian yang paling dominan adalah *openness to experience* (41,25% sampel). Berdasarkan studi literatur, orang dengan *openness to experience* yang dominan dinilai memiliki rasa ingin tahu yang besar, dan cenderung jatuh pada gaya hidup yang kurang baik. Hal ini dapat dikaitkan dengan salah satu faktor risiko penyakit jantung koroner, yakni gaya hidup yang kurang sehat, sebagaimana telah dibahas sebelumnya.

Informasi dari penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat di masa depan, terutama dalam penanganan penyakit jantung koroner, terkhusus yang mengalami penyumbatan pada arteri LAD. Secara klinis, diharapkan para klinisi mempertimbangkan prevensi khusus bagi pasien-pasien dengan *openness to experience* yang dominan terkait dengan risiko penyakit jantung koroner. Secara akademis, diharapkan studi tentang keterkaitan kepribadian dengan kesehatan fisik manusia terus dikembangkan.

ABSTRAK

TIPE KEPERIBADIAN DOMINAN PADA PASIEN *LEFT ANTERIOR DESCENDING (LAD) CORONARY ARTERY DISEASE* DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA MENURUT *TEORI THE BIG FIVE PERSONALITY TRAITS*

Mario Hasoloan Sebastian¹

Abdurachman²

Raden Mohammad Budiarto³

¹Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

²Departemen Anatomi, Histologi, dan Farmakologi, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

³Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Latar Belakang: Penyakit jantung koroner merupakan penyakit kardiovaskular dengan prevalensi paling tinggi di seluruh dunia. Di Indonesia sendiri, penyakit jantung koroner memiliki prevalensi yang cukup tinggi yakni sebesar 1,5%. Dua faktor yang cukup signifikan dalam patofisiologi penyakit jantung koroner adalah gaya hidup dan reaksi manusia dalam menghadapi stres. Banyak penelitian terdahulu menemukan bahwa kedua hal tersebut berkaitan erat dengan kepribadian manusia. Penelitian ini berusaha menemukan tipe kepribadian apa yang paling dominan pada pasien penyakit jantung koroner dengan harapan berkontribusi terhadap usaha preventif dan kuratif ke depannya.

Tujuan: Mengetahui data demografi pasien penyakit jantung koroner tipe LAD berdasarkan usia dan jenis kelamin, mengetahui tipe kepribadian dominan pasien penyakit jantung koroner tipe LAD menurut teori *The Big Five Personality Traits*.

Metode: Penelitian ini menggunakan data sekunder rekam medis dan data primer berupa hasil kuesioner kepribadian dengan metode *cross-sectional* dan disajikan secara deskriptif.

Hasil: Dari 80 pasien penyakit jantung koroner tipe LAD di RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2019-2020, secara demografis ditemukan rerata usia pasien adalah $56,03 \pm 7,861$ tahun dan terdapat 61 orang pasien laki-laki (76,25%) serta 19 orang pasien perempuan (23,75%). Dari hasil kuesioner kepribadian, didapatkan tipe kepribadian yang dominan adalah *openness to experience* (41,25%).

Kesimpulan: Secara demografis, pasien penyakit jantung koroner tipe LAD di RSUD Dr. Soetomo Surabaya berusia rata-rata $56,03 \pm 7,861$, didominasi pasien laki-laki, dan memiliki tipe kepribadian dominan *openness to experience*.

Kata kunci: Penyakit jantung koroner, arteri koroner *left anterior descending*, kepribadian, *Big Five Personality*, *openness to experience*, usia, jenis kelamin.

ABSTRACT

THE DOMINANT PERSONALITY TRAIT IN PATIENTS WITH LEFT ANTERIOR DESCENDING CORONARY ARTERY DISEASE AT DR. SOETOMO GENERAL HOSPITAL SURABAYA

Mario Hasoloan Sebastian¹

Abdurachman²

Raden Mohammad Budiarto³

¹*Faculty of Medicine, Airlangga University*

²*Department of Anatomy, Histology, and Pharmacology, Faculty of Medicine, Airlangga University*

³*Department of Cardiology and Vascular Medicine, Faculty of Medicine, Airlangga University/Dr. Soetomo General Hospital Surabaya*

Backgrounds: Coronary artery disease has the highest prevalence among other cardiovascular diseases worldwide. In Indonesia, coronary artery disease has a high prevalence of 1.5%. Two significant factors contributing to the pathophysiology of coronary artery disease are lifestyle and response to stress. Previous findings state that those two factors mentioned before are heavily influenced by personality. This study is conducted to find the dominant personality type in coronary artery disease patients in the hope of contributing to preventive and curative measures in the future.

Objectives: To identify the demographic data of left anterior descending coronary artery disease patients based on age and sex, and to identify the dominant personality type in such patients based on the Big Five personality traits theory.

Methods: This study used secondary data from medical records and primary data from questionnaire results with cross-sectional methods and presented descriptively.

Results: From 80 sample patients with left anterior descending coronary artery disease at Dr. Soetomo General Hospital Surabaya, the mean age is $56,03 \pm 7,861$ years old. From the same sample patients, there are 61 male patients (76.25%) and 19 female patients (23.75%). The dominant personality type is openness to experience.

Conclusion: Demographically, the mean age of left anterior descending coronary artery disease patients in Dr. Soetomo General Hospital Surabaya is $56,03 \pm 7,861$ years old, is male-dominated, and has openness to experience as the dominant personality type.

Keywords: Left anterior descending coronary artery disease, personality, Big Five personality traits, openness to experience, age, sex.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS	vi
UCAPAN TERIMA KASIH	vii
RINGKASAN	ix
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan Umum.....	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1. Manfaat Akademis.....	4
1.4.2. Manfaat Praktis.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Anatomi Arteri Koroner.....	6
2.1.1. Percabangan Arteri Coronaria Dextra.....	6
2.1.2. Percabangan Arteri Coronaria Sinistra.....	7
2.1.3. Variasi Pola Distribusi Arteri Koroner.....	8
2.2. Penyakit Jantung Koroner.....	9
2.2.1. Definisi Penyakit Jantung Koroner.....	9
2.2.2. Epidemiologi Penyakit Jantung Koroner.....	9
2.2.3. Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner.....	11
2.2.4. Patofisiologi Penyakit Jantung Koroner.....	16
2.2.5. Terapi Penyakit Jantung Koroner.....	23
2.3. Kepribadian.....	26

2.3.1. Definisi Kepribadian.....	26
2.3.2. Perkembangan Teori Kepribadian dan Teori <i>The Big Five Personality</i>	27
2.4. Hubungan Kepribadian dengan Penyakit Fisik.....	29
2.5. Teori Relativitas Spesial Einstein, Psikologi Manusia, dan Realitas Fisik.....	31
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	32
3.1. Kerangka Konsep.....	32
3.2. Penjelasan Kerangka Konsep.....	32
BAB 4 METODE PENELITIAN	34
4.1. Rancangan Penelitian.....	34
4.2. Populasi dan Sampel	34
4.2.1. Populasi.....	34
4.2.2. Kriteria Sampel	34
4.2.3. Sampel	35
4.3. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	35
4.3.1. Variabel Terikat	35
4.3.2. Definisi Operasional	35
4.4. Instrumen Penelitian	38
4.5. Lokasi dan Waktu Penelitian	39
4.5.1. Lokasi Penelitian.....	39
4.5.2. Waktu Penelitian.....	39
4.6. Prosedur Penelitian/Pengumpulan Data.....	39
4.7. Kerangka Operasional Penelitian.....	40
4.8. Cara Mengolah dan Menganalisis Data	41
4.9. Aspek Etik Penelitian.....	41
4.9.1. Persetujuan Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Soetomo Surabaya	41
4.9.2. <i>Confidentiality</i>	41
BAB 5 HASIL DAN ANALISIS DATA	42
5.1. Data Demografis Subjek Penelitian	43
5.1.1. Data Demografis Subjek Penelitian Berdasarkan Usia.....	43
5.1.2. Data Demografis Subjek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin	44
5.2. Data Kepribadian Subjek Penelitian	44
5.2.1. Data Tipe Kepribadian Subjek Penelitian.....	44
5.2.2. Karakteristik Skor Kepribadian Subjek Penelitian	45
BAB 6 PEMBAHASAN	46
6.1. Data Demografis Subjek Penelitian	47
6.1.1. Data Usia Subjek Penelitian.....	47
6.1.2. Data Jenis Kelamin Subjek Penelitian	47

6.2. Data Kepribadian Subjek Penelitian	48
6.3 Keterbatasan Penelitian.....	52
BAB 7 PENUTUP	54
7.1. Simpulan	54
7.2. Saran	54
DAFTAR PUSTAKA	55
LAMPIRAN	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Skema Kerangka Konsep Penelitian	32
Gambar 4.1. Skema Kerangka Operasional Penelitian	40
Gambar 5.1. Data Usia Subjek Penelitian.....	43
Gambar 5.2. Data Jenis Kelamin Subjek Penelitian	44

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner	11
Tabel 4.1. Definisi Operasional	35
Tabel 4.2. <i>Blue Print</i> 40-Item NEO-PI-R	39
Tabel 5.1. Data Kepribadian Subjek Penelitian	44
Tabel 5.2. Karakteristik Skor Kepribadian Subjek Penelitian	45

DAFTAR SINGKATAN

ADP	: Adenosin Difosfat
AHA	: <i>American Heart Association</i>
CDC	: <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CKMB	: <i>Creatine Kinase-Myoglobin Binding</i>
CRP	: <i>C-Reactive Protein</i>
HDL	: <i>High-Density Lipoprotein</i>
HMG-CoA	: <i>beta-Hydroxyl beta-Methylglutaryl Coenzyme A</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
KEPK	: Komite Etik Penelitian Kesehatan
LAD	: <i>Left Anterior Descending</i>
LDL	: <i>Low-Density Lipoprotein</i>
LDL-C	: <i>Low-Density Lipoprotein Cholesterol</i>
MVD	: <i>Microvascular disease</i>
NEO PI-R	: <i>Neuroticism, Extraversion, Openness Personality Inventory-Revised</i>
NSTEMI	: <i>Non-ST-Elevation Myocardial Infarction</i>
PJK	: Penyakit Jantung Koroner
PPJT	: Pusat Pelayanan Jantung Terpadu
STEMI	: <i>ST-Elevation Myocardial Infarction</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TNF	: <i>Tumor Necrosis Factor</i>
VLDL	: <i>Very Low Density Lipoprotein</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian nomor satu di seluruh dunia. Menurut *World Health Organization*, pada tahun 2016 sebanyak 17,9 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskular. Angka ini mencakup 31% dari total kematian yang terjadi di seluruh dunia.

Penyakit kardiovaskular dengan prevalensi paling tinggi di dunia adalah penyakit jantung koroner (Roth *et al.*, 2017). Pada tahun 2017, sekitar 126 juta orang di seluruh dunia mengidap penyakit jantung koroner. Angka ini merupakan 1,72% dari seluruh populasi manusia (Khan *et al.*, 2020).

Di Indonesia, penyakit jantung koroner juga memiliki prevalensi yang cukup tinggi di antara penyakit kardiovaskular lainnya. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia adalah sebesar 1,5% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).

Penyakit jantung koroner sendiri adalah kondisi berkurangnya pasokan darah ke jantung akibat penumpukan zat pada arteri koroner. Di antara semua arteri koroner, arteri *left anterior descending* (LAD) adalah arteri koroner yang paling sering mengalami penyumbatan (Saxton and Manna, 2019). Selain karena seringnya terjadi, penyumbatan arteri koroner LAD juga merupakan tipe penyakit jantung koroner yang paling mengkhawatirkan. Apabila oklusi arteri LAD berprogresi menjadi infark miokardium, risiko kematiannya akan menjadi sangat tinggi, bahkan paling tinggi dibandingkan oklusi pada arteri koroner yang lainnya. Hal ini disebabkan karena arteri LAD membawa pasokan darah dengan jumlah yang

cukup besar untuk banyak bagian jantung, secara khusus ventrikel kiri (Topol *et al*, 2007; Cleveland Clinic, 2020).

Dari berbagai faktor risiko penyakit kardiovaskular, faktor kepribadian suatu individu adalah salah satu yang dinilai signifikan. Kepribadian dapat menentukan cara seseorang bereaksi terhadap stres emosional dan psikologis serta berpengaruh terhadap kebiasaan hidup seseorang. Hal ini menjadi penting karena kebiasaan hidup memiliki peran penting dalam kemunculan penyakit kardiovaskular pada individu (Sahoo *et al.*, 2018).

Indikator kepribadian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *The Big Five Personality Theory*. Teori ini membagi kepribadian manusia ke dalam lima domain utama, yakni *neuroticism*, *extraversion*, *openness to experience*, *agreeableness*, dan *conscientiousness* (Costa, & McCrae, 1992). Banyak penelitian yang telah menggunakan indikator *The Big Five Personality Theory* ini dalam mengkaji hubungan kepribadian dengan kejadian penyakit.

Terdapat kesepakatan di banyak ahli kepribadian bahwa kepribadian manusia dapat dijelaskan di dalam lima faktor yang ada pada *The Big Five Personality Theory* (Costa & McCrae, 2012). Kelima faktor ini banyak digunakan dalam penelitian-penelitian sebelumnya karena ditemukan pada spesies manusia secara universal dan berlaku pada kondisi normal maupun abnormal (McCrae, Costa, & Martin, 2005; Markon, Krueger, & Watson, 2005).

Ada banyak penelitian yang mengkaji domain-domain dalam *The Big Five Personality Theory* ini dalam hubungannya dengan kejadian penyakit tertentu. Namun, dalam penelitian-penelitian ini masih banyak pertentangan, karena hasil-hasil penelitian terdahulu mengasosiasikan kejadian penyakit kronis dengan tipe kepribadian yang berbeda-beda. Pasien-pasien dengan *neuroticism* yang dominan

memiliki penyakit kronis yang lebih serius (Sutin *et al.*, 2013). Individu dengan *neuroticism* yang dominan tetapi kurang dominan pada *conscientiousness* memiliki tingkat mortalitas yang lebih tinggi pada kasus-kasus penyakit ginjal (Christensen *et al.*, 2002). Berkaitan dengan kebiasaan hidup, individu dengan *extraversion* tinggi cenderung terlibat dalam aktivitas-aktivitas seksual yang berisiko sehingga meningkatkan kemungkinan mereka terpapar HIV maupun penyakit menular seksual lainnya (Torres, 2006). Secara khusus, dalam konteks penyakit jantung juga masih didapatkan pertentangan. Ada studi yang mengemukakan bahwa *neuroticism* berperan dalam kejadian penyakit jantung koroner, tetapi sumber lain mengatakan bahwa *agreeableness*-lah yang memegang peran penting dalam kecenderungan individu melakukan kebiasaan-kebiasaan yang menjadi faktor risiko penyakit jantung. Beberapa hasil penelitian lain melihat bahwa *openness to experience* justru yang menyebabkan individu jatuh pada kebiasaan-kebiasaan berisiko yang dapat membawa mereka pada kondisi penyakit jantung. (Stone & Costa Jr., 1990; Kye & Park, 2012; Jonaissant *et al.*, 2007).

Berdasarkan ulasan di atas, peneliti melihat adanya urgensi dalam mengkaji tipe kepribadian yang dominan pada pasien penyakit jantung koroner tipe LAD. Selain itu, sejauh pengetahuan peneliti, penelitian serupa belum dilaksanakan di Indonesia. Dengan mengetahui tipe kepribadian yang dominan pada penyakit jantung koroner tipe LAD, peneliti berharap faktor risiko yang mengarah ke penyakit ini dapat ditekan, terutama faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan gaya hidup.

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya karena rumah sakit ini dapat mewakili latar belakang pasien yang beragam. Selain itu, RSUD Dr. Soetomo Surabaya merupakan rumah sakit rujukan terbesar di wilayah Indonesia

bagian timur. Selain itu, penelitian serupa juga belum pernah dilakukan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.2. Rumusan Masalah

Apa tipe kepribadian yang dominan pada pasien penyakit jantung koroner berdasarkan teori *The Big Five Personality* di RSUD Dr. Soetomo Surabaya?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui tipe kepribadian yang dominan pada pasien penyakit jantung koroner berdasarkan teori *The Big Five Personality* di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui data demografi pasien penyakit jantung koroner tipe LAD di RSUD Dr. Soetomo Surabaya meliputi usia dan jenis kelamin.
2. Mengetahui data kepribadian pasien penyakit jantung koroner tipe LAD di RSUD Dr. Soetomo Surabaya berdasarkan teori *The Big Five Personality*.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Akademis

Menjadi bahan kajian bagi penelitian selanjutnya berkaitan dengan tipe kepribadian pada pasien penyakit jantung koroner tipe LAD di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Menjadi dasar ilmiah bagi usaha pencegahan penyakit jantung koroner.

2. Menjadi dasar ilmiah bagi upaya promotif penyakit jantung koroner.
3. Menjadi dasar ilmiah bagi upaya terapi pasien penyakit jantung koroner tipe LAD dari sisi kepribadian.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Anatomi Arteri Koroner

Otot-otot jantung manusia disuplai oleh dua arteri koroner. Kedua arteri koroner manusia keluar dari bagian awal aorta ascendens dan mengelilingi jantung pada sulcus coronarius, dengan cabang-cabang marginalis dan interventriculare pada sulci interventriculare mendekat ke apex jantung. Dua arteri koroner ini adalah arteri coronaria dextra (kanan) dan arteri coronaria sinistra (kiri). (Drake, Vogl and Mitchell, 2019)

2.1.1. Percabangan Arteri Coronaria Dextra

Arteri coronaria dextra keluar dari aorta ascendens dan berjalan ke kanan di antara auricula dextra dan truncus pulmonalis, kemudian turun secara vertikal mengelilingi jantung pada sulcus coronarius di antara atrium kanan dan ventrikel kanan. Pada bagian inferior jantung, arteri coronaria dextra berbelok ke posterior dan terus berjalan pada sulcus sampai ke facies diaphragmatica dan basis jantung. (Drake, Vogl and Mitchell, 2019)

Secara umum, arteri coronaria dextra memberikan pasokan darah ke atrium kanan, ventrikel kanan, nodus sinoatrial, nodus atrioventrikular, sepertiga posteroinferior septum interventriculare, dan sebagian dari pars posterior ventrikel kiri. (Drake, Vogl and Mitchell, 2019)

Dalam perjalanan yang telah diulas di atas, arteri koroner memberikan empat percabangan. Cabang yang pertama dikenal dengan ramus nodus sinoatrialis yang bertugas memasok darah ke nodus sinoatrial. Cabang ini mengelilingi vena cava superior di bagian posterior jantung. Cabang yang kedua adalah ramus marginalis dextra yang berjalan di sepanjang margo inferior

jantung sampai ke apex jantung. Cabang yang ketiga merupakan cabang kecil yang bertugas memberikan pasokan darah pada nodus atrioventrikular. Cabang tersebut berjalan pada facies diaphragmatica jantung. Kemudian, cabang yang terakhir dikenal sebagai ramus interventricularis posterior yang berada pada sulcus interventricularis posterior. (Drake, Vogl and Mitchell, 2019)

2.1.2. Percabangan Arteri Coronaria Sinistra

Arteri coronaria sinistra keluar dari aorta ascendens lalu berjalan di antara auricula sinistra dan truncus pulmonalis. Kemudian, arteri ini memasuki sulcus coronarius. Secara garis besar, arteri coronaria sinistra memberikan suplai darah pada sebagian besar atrium kiri, ventrikel kiri, dan sebagian besar septum interventriculare, termasuk fasciculus atrioventricularis (*atrioventricular bundle*) beserta cabang-cabangnya. (Drake, Vogl and Mitchell, 2019)

Di bagian posterior dari truncus pulmonalis, arteri coronaria sinistra bercabang menjadi dua cabang terminalnya, yakni ramus intrventricularis anterior dan ramus circumflexus. Ramus interventricularis anterior yang juga dikenal dengan istilah *left anterior descending* (LAD) *artery* berjalan pada sisi kiri truncus pulmonalis dan turun secara serong menuju apex jantung melalui sulcus interventricularis anterior. Cabang-cabang LAD turun meyilang facies anterior ventrikel kiri secara diagonal. Cabang-cabang ini dikenal dengan istilah rami diagonales atau laterales. Ramus circumflexus berlanjut di sepanjang sisi kiri sulcus coronarius hingga mencapai permukaan facies diaphragmatica jantung (Drake, Vogl and Mitchell, 2019). Pada sebagian besar orang, ramus circumflexus arteri coronaria sinistra memiliki dua cabang, yaitu ramus

marginalis sinistra (obtusus) dan ramus posterior ventriculi sinistri (Netter, 2016).

2.1.3. Variasi Pola Distribusi Arteri Koroner

Ada beberapa variasi dalam pola distribusi arteri koroner. Varian yang pertama didapati ketika arteri coronaria dextra mendominasi pasokan darah ke otot-otot jantung. Hal ini ditandai dengan ramus interventricularis posterior yang berasal dari arteri coronaria dextra sehingga dinding posterior ventrikel kiri sebagian besar menerima pasokan darah dari arteri coronaria dextra dan relatif sedikit dari ramus circumflexus arteri coronaria sinistra. Sebaliknya, pada varian yang kedua didapati arteri coronaria sinistra lebih dominan dalam memasok darah ke otot-otot jantung. Hal ini terjadi ketika ramus interventricularis posterior merupakan kelanjutan dari ramus circumflexus yang membesar dan memasok darah ke sebagian besar dinding posterior ventrikel kiri. Di antara kedua varian tersebut, varian yang lebih sering ditemukan adalah varian yang pertama. (Drake, Vogl and Mitchell, 2019)

Variasi lain didapati pada cabang-cabang yang memberikan pasokan darah pada nodus sinoatrial dan nodus atrioventrikular. Pada sebagian besar orang, kedua nodus jantung ini mendapatkan suplai darah dari arteri coronaria dextra. Namun, pada beberapa kasus didapati cabang-cabang dari ramus circumflexus arteri coronaria sinistra memberikan suplai darah pada kedua nodus ini. (Drake, Vogl and Mitchell, 2019)

2.2. Penyakit Jantung Koroner

2.2.1. Definisi Penyakit Jantung Koroner

Penyakit jantung koroner adalah kondisi menumpuknya plak berisi kolesterol dan berbagai zat lainnya pada dinding arteri koroner. Seiring berjalannya waktu, penumpukan plak ini akan mempersempit lumen arteri koroner dan mengurangi pasokan darah menuju jantung. Proses ini disebut sebagai aterosklerosis. Penyakit jantung koroner juga dikenal dengan istilah penyakit arteri koroner atau penyakit jantung iskemik. (Centers for Disease Control and Prevention, 2019)

2.2.2. Epidemiologi Penyakit Jantung Koroner

Sebanyak 126 juta individu di seluruh dunia menderita penyakit jantung iskemik. Angka ini mencakup sebanyak 1,72% dari total populasi manusia. Secara global, terdapat sekitar 9 juta kematian yang memiliki kaitan dengan penyakit jantung iskemik pada tahun 2017. Hal ini menjadikan penyakit jantung iskemik sebagai penyebab kematian utama di dunia, sebuah posisi yang telah dimiliki penyakit jantung iskemik selama lebih dari dua dekade. (Khan *et al.*, 2020)

Dalam dua puluh tahun terakhir, negara-negara Eropa Timur memiliki prevalensi tertinggi penyakit jantung iskemik, mengalahkan angka prevalensi negara-negara Asia Selatan dan seluruh dunia. Sebaliknya, negara-negara yang relatif memiliki pendapatan lebih tinggi seperti Britania Raya, Finlandia, Denmark, Jerman, dan Italia mengalami penurunan angka prevalensi. (Khan *et al.*, 2020)

Dilihat dari jenis kelamin pasien, penyakit jantung iskemik memiliki prevalensi yang lebih tinggi pada laki-laki dengan perbandingan 1.786 kasus

pada laki-laki banding 1.522 kasus pada perempuan per 100.000 kasus. Dominasi penderita laki-laki ini muncul pada setiap kelompok usia. Selain itu, kemunculan penyakit jantung iskemik juga lebih dini pada laki-laki dibandingkan perempuan. (Khan *et al.*, 2020)

Prevalensi dan insiden penyakit jantung iskemik mengalami peningkatan seiring bertambahnya usia. Pada setiap kelompok usia, angka prevalensi selalu lebih tinggi dari angka insiden. Hal ini mencerminkan sifat penyakit jantung iskemik yang cenderung kronis. (Khan *et al.*, 2020)

Kondisi sosial juga berpengaruh pada angka kejadian penyakit kardiovaskular. Semakin rendah tingkat pendidikan, status sosial, dan status ekonomi, akan didapati kasus penyakit kardiovaskular yang semakin tinggi. (Bambra and Eikemo, 2009)

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menyatakan bahwa prevalensi penyakit jantung koroner berdasarkan diagnosis dokter atau gejala adalah sebesar 1,5%. Angka prevalensi berdasarkan diagnosis dokter atau gejala paling tinggi berada di Nusa Tenggara Timur (4,4%), lalu disusul oleh Sulawesi Tengah (3,8%), Sulawesi Selatan (2,9%), dan Sulawesi Barat (2,6%). (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013)

Beberapa kelompok masyarakat di Indonesia memiliki prevalensi penyakit jantung koroner yang lebih tinggi dibandingkan kelompok lain. Prevalensi penyakit jantung koroner meningkat seiring bertambahnya usia. Kelompok usia dengan prevalensi penyakit jantung koroner tertinggi adalah usia 65-74 tahun, lalu menurun sedikit pada usia 75 tahun ke atas. Masyarakat yang tidak menempuh pendidikan dan tidak bekerja memiliki prevalensi penyakit jantung koroner yang lebih tinggi. Perempuan juga memiliki

prevalensi penyakit jantung koroner yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki di Indonesia. Jika didasarkan pada diagnosis dokter dan gejala, prevalensi penyakit jantung koroner lebih tinggi pada masyarakat pedesaan, tetapi jika hanya berdasarkan diagnosis dokter, prevalensinya menjadi lebih tinggi di daerah perkotaan. (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013)

2.2.3. Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner

Berdasarkan *Oxford American Handbook of Cardiology*, faktor risiko penyakit jantung koroner terbagi ke dalam dua kategori, yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi (Bender *et al.*, 2011). Pembagian faktor risiko penyakit jantung koroner dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 2.1 Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner

Faktor risiko yang tidak bisa dimodifikasi	Faktor risiko yang bisa dimodifikasi
1. Usia 2. Jenis kelamin laki-laki 3. Riwayat keluarga 4. Faktor etnis	1. Kebiasaan merokok 2. Tekanan darah tinggi 3. Dislipidemia 4. Diabetes melitus 5. Obesitas dan sindrom metabolik 6. Stres psikologis 7. Diet tinggi lemak dan karbohidrat 8. Inaktivitas secara fisik

Penjelasan mengenai masing-masing faktor risiko penyakit jantung koroner tersebut adalah sebagai berikut:

A. Usia

Penyakit yang berhubungan dengan kondisi aterosklerosis adalah kondisi degeneratif, sehingga penuaan merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit jantung koroner. Pada laki-laki, prevalensi penyakit jantung koroner meningkat seiring bertambahnya usia, dari 7% pada rentang usia 40-49 tahun, kemudian meningkat menjadi 13% pada rentang usia 50-59 tahun, kemudian meningkat lagi menjadi 16% pada rentang usia 60-69 tahun, dan tertinggi sebesar 22% pada rentang usia 70-79 tahun. (Bender *et al.*, 2011)

B. Jenis Kelamin dan Status Menopause

Pada laki-laki, penyakit jantung koroner lebih sering terjadi dan dapat muncul pada usia yang lebih muda dibandingkan perempuan. Namun, penyakit jantung koroner tetap menjadi salah satu faktor penyebab kematian yang utama pada perempuan. Jika dibandingkan dengan kasus kanker payudara, penyakit jantung koroner menyebabkan kematian hingga empat sampai enam kali lebih banyak. (Bender *et al.*, 2011)

Pada perempuan yang sudah menopause, didapati kejadian penyakit jantung koroner yang meningkat tajam dibandingkan perempuan yang belum memasuki masa menopause. Bahkan, tingkat kejadiannya hampir setara dengan kejadian penyakit jantung koroner pada laki-laki berusia di atas 65 tahun. Hal ini diduga karena keberadaan hormon seks pada wanita dapat menurunkan risiko terjadinya aterosklerosis. (Bender *et al.*, 2011)

Meskipun telah diulas bahwa penyakit jantung koroner lebih banyak terjadi pada laki-laki, beberapa faktor risiko penyakit jantung koroner lebih besar pengaruhnya pada wanita. Beberapa faktor risiko tersebut adalah

rendahnya tingkat *high-density lipoprotein* (HDL) pada wanita dan diabetes. (Bender *et al.*, 2011)

C. Riwayat Kerabat Penyakit Aterosklerotik

Faktor genetik juga memiliki peranan sebagai salah satu risiko terjadinya penyakit jantung koroner karena penyakit ini bersifat multifaktorial dan poligenik serta disebabkan oleh interaksi antara faktor lingkungan, gaya hidup, dan variasi genetik. Faktor genetik menjadi berperan penting apabila pasien memiliki kerabat tingkat pertama laki-laki yang didiagnosis dengan penyakit jantung koroner sebelum berusia 55 tahun atau kerabat tingkat pertama perempuan yang terdiagnosis sebelum berusia 65 tahun. (Bender *et al.*, 2011)

D. Faktor Etnis

Di antara tahun 1970-2000, tingkat kejadian penyakit jantung koroner lebih tinggi pada orang-orang kulit hitam dan Hispanik dibandingkan dengan orang-orang kulit putih. Diduga hal-hal yang berpengaruh pada faktor ini adalah variasi genetik dan kualitas pelayanan kesehatan. (Bender *et al.*, 2011)

E. Kebiasaan Merokok

Kematian akibat penyakit jantung 60% lebih tinggi terjadi pada perokok aktif dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Secara khusus, risiko penyakit jantung koroner menjadi meningkat sekitar 50% apabila seseorang merokok secara aktif. Perokok pasif juga mengalami peningkatan risiko terkena penyakit jantung koroner sebesar 25%. (Bender *et al.*, 2011)

F. Obesitas

Obesitas dapat didefinisikan sebagai kondisi indeks massa tubuh seseorang di atas 30 (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). Obesitas memiliki hubungan yang erat dengan berbagai faktor risiko aterosklerosis seperti hipertensi, resistensi insulin, intoleransi glukosa, hipertrigliseridemia, tingkat HDL yang rendah, dan tingkat adinopektin yang rendah. Selain itu, obesitas juga berkaitan dengan konsumsi makanan yang tinggi kalori sehingga semakin meningkatkan risiko terjadinya aterosklerosis pada pasien (Bender *et al.*, 2011).

G. Stres Psikologis

Stres psikologis yang dimaksud di sini meliputi peningkatan stres di tempat kerja, kecemasan, depresi, tipe kepribadian *hostile*, dan kurangnya dukungan sosial. Stres psikologis diduga berpengaruh terhadap kejadian aterosklerosis pada pasien secara langsung melalui kerusakan endotel. Secara tidak langsung, stres psikologis juga berkaitan dengan kondisi hipertensi pada pasien dan berpotensi menimbulkan kebiasaan hidup yang cenderung meningkatkan risiko terjadinya aterosklerosis pada pasien, seperti merokok. (Bender *et al.*, 2011)

H. Inflamasi

Proses inflamasi berpengaruh penting dalam proses terjadinya aterosklerosis. Sejak pembentukan plak aterosklerosis pada dinding pembuluh darah sampai terjadinya ruptur plak dan trombosis, proses inflamasi selalu memegang peranan yang penting. (Bender *et al.*, 2011)

Salah satu penanda inflamasi, *C-reactive protein* (CRP) dapat menjadi indikator prognosis penyakit jantung koroner. Sedikit saja

peningkatan kadar CRP dapat meningkatkan risiko penyakit jantung koroner pada pasien. Tingkat CRP di bawah 1 mg/L berkaitan dengan risiko penyakit jantung koroner rendah, tingkat CRP antara 1 sampai 3 mg/L berkaitan dengan risiko sedang, dan tingkat CRP di atas 3 mg/L berkaitan dengan risiko yang tinggi. (Bender *et al.*, 2011)

I. Homosistein

Aterosklerosis dapat menjadi lebih agresif dan terjadi lebih awal pada pasien-pasien dengan penyakit bawaan homosistinuria (Bender *et al.*, 2011). Homosistinuria sendiri adalah penyakit autosomal resesif yang ditandai dengan gangguan metabolisme metionin dan menyebabkan penumpukan homosistein dan metabolit-metabolitnya di darah dan urine (Mandava, 2018).

Sedikit saja peningkatan kadar homosistein dapat memicu perkembangan aterosklerosis. Hal ini terjadi melalui mekanisme inflamasi vaskular dan stres oksidatif. (Bender *et al.*, 2011)

J. Diet

Pengurangan konsumsi lemak total hingga kurang dari 30% total konsumsi kalori dapat menurunkan risiko penyakit kardiovaskular. Risiko terjadinya penyakit jantung koroner dapat berkurang sebesar 42% jika sebanyak 5% energi yang berasal dari lemak tersaturasi diganti dengan energi dari lemak yang tidak tersaturasi. Konsumsi kolesterol yang disarankan adalah tidak lebih dari 200 miligram setiap harinya dan konsumsi garam harian harus dikurangi untuk menurunkan risiko terjadinya penyakit kardiovaskular. (Bender *et al.*, 2011)

Beberapa komponen diet yang disarankan untuk ditingkatkan konsumsinya berkaitan dengan kesehatan kardiovaskular adalah makanan tinggi serat serta buah dan sayur segar. Konsumsi ikan per hari juga disarankan untuk ditingkatkan karena dapat mengurangi risiko terjadinya serangan jantung dan stroke. (Bender *et al.*, 2011)

K. Aktivitas fisik

Peningkatan aktivitas fisik dapat menurunkan risiko terjadinya penyakit jantung koroner. Hal ini terjadi karena aktivitas fisik dapat menimbulkan mekanisme penurunan tekanan darah, peningkatan HDL, dan penurunan berat badan. (Bender *et al.*, 2011)

L. Alkohol

Dalam jumlah kecil hingga sedang, konsumsi alkohol dapat mengurangi risiko terjadinya penyakit kardiovaskular. Namun, apabila alkohol dikonsumsi dalam jumlah besar, risiko terjadinya penyakit kardiovaskular akan meningkat. (Bender *et al.*, 2011)

2.2.4. Patofisiologi Penyakit Jantung Koroner

Secara garis besar, cakupan patofisiologi penyakit jantung koroner adalah mulai terjadinya penumpukan plak ateroma yang menyumbat pembuluh darah jantung sampai terjadinya dampak yang parah seperti kematian jaringan jantung (infark miokardium). (Intan Arovah, 2015)

Plak yang terdapat pada dinding arteri koroner memiliki kemungkinan untuk mengalami ruptur. Ruptur plak ini dapat menyebabkan pembentukan trombus pada arteri koroner dan berakibat turunnya pasokan darah ke otot-otot jantung (iskemia miokardium). Kemudian, proses metabolisme yang ada di otot jantung berubah menjadi proses glikolisis anaerob yang menyebabkan

penurunan sintesis ATP dan berkurangnya jumlah total adenin nukleotida. Selanjutnya, terjadi peningkatan osmolaritas sel, perubahan permeabilitas membran, dan penurunan pH jantung yang disebabkan oleh penumpukan berbagai metabolit, salah satunya asam laktat. Semua proses ini menuju pada ketidakaturan kontraksi otot-otot jantung. Kontraksi otot jantung yang semakin tidak teratur dapat berakhir pada berhentinya kontraksi jantung secara total. Kemudian, terjadi berbagai proses biokimiawi seperti aktivasi fosfolipase membran, degradasi protein, dan masuknya ion kalsium, sebelum akhirnya area otot jantung yang mengalami iskemia akan mati. (Murray *et al.*, 2012)

A. Aterosklerosis

Aterosklerosis merupakan suatu kondisi patologis pada lapisan intima pembuluh darah yang merupakan akibat dari hiperlipidemia dan oksidasi lipid (Rafieian-Kopaei *et al.*, 2014). Aterosklerosis dimulai dengan adanya faktor predisposisi pada pasien, di antaranya variasi genetik yang meningkatkan kemungkinan terjadinya aterosklerosis, kelebihan berat badan, kebiasaan hidup yang lebih sering duduk, kerusakan sel endotel, dan tekanan darah tinggi (Hall, 2019).

Tahap pertama dari keseluruhan proses aterosklerosis adalah pembentukan *fatty streak*. Pembentukan *fatty streak* berawal dari terbentuknya fokus-fokus peningkatan kadar lipoprotein, khususnya *low-density lipoprotein-cholesterol* (LDL-C), pada lapisan intima arteri. Akumulasi LDL-C ini terjadi karena LDL-C memiliki kemampuan menginfiltrasi sel endotel pembuluh darah menggunakan mekanisme endositosis. Mekanisme lain yang semakin memungkinkan terjadinya akumulasi lipoprotein ini adalah kemampuannya menempel pada komponen

matriks ekstraseluler, salah satunya adalah proteoglikan. (Rafieian-Kopaei *et al.*, 2014)

Pada kondisi normal, kadar LDL di plasma dan LDL intraseluler adalah seimbang. Namun, pada orang-orang dengan peningkatan kadar lipid di plasma, bersamaan dengan adanya peningkatan proteoglikan intraseluler, LDL yang sudah masuk ke lapisan intima menjadi terjebak dan tidak bisa kembali ke plasma. LDL yang terjebak di lapisan intima kemudian akan mengalami oksidasi spontan menjadi ox-LDL. (Rafieian-Kopaei *et al.*, 2014)

Ada beberapa peran ox-LDL dalam kelanjutan perkembangan plak aterosklerosis. Ox-LDL merupakan antigen bagi sel T, sehingga keberadaan ox-LDL merangsang sel T untuk menyekresi berbagai sitokin yang dapat mengaktivasi makrofag dan membuat beberapa perubahan pada sel-sel endotel dan otot polos. Ox-LDL juga berperan meningkatkan faktor-faktor yang dapat merangsang infiltrasi leukosit mononuklear dan monosit ke dalam lapisan intima. Kemudian, monosit yang berada pada lapisan intima akan berdiferensiasi menjadi makrofag dan akan mencerna ox-LDL membentuk sel-sel busa. Akumulasi dari sel-sel busa ini merupakan tahap yang penting dalam pembentukan *fatty streak*. (Rafieian-Kopaei *et al.*, 2014)

Seiring berjalannya waktu, sel-sel otot polos dan endotel akan menyekresi beberapa sitokin dan faktor pertumbuhan seperti interleukin-1 (IL-1) dan *tumor necrosis factor* (TNF). Akibat pengaruh faktor-faktor tersebut, sel-sel otot polos bermigrasi menuju sisi luminal dinding pembuluh darah. Kemudian, sel-sel otot polos tersebut membentuk *fibrous cap*

bersama dengan jaringan kolagen, makrofag, dan sel-sel T. Keberadaan *fibrous cap* ini menandakan bahwa plak aterosklerosis sudah matang dan mulai menurunkan aliran darah di dalam pembuluh darah. (Rafieian-Kopaei *et al.*, 2014)

Pada perbatasan plak aterosklerosis yang sudah matang tersebut didapati adanya sel-sel T dan makrofag. Makrofag akan menyekresi meta proteinase yang menyebabkan lisis matriks ekstraseluler, sedangkan sel-sel T akan menyekresi TNF-alfa yang mencegah sintesis kolagen pada sel-sel otot polos. Dua proses ini dapat menyebabkan kelemahan pada *fibrous cap* yang sudah terbentuk, sehingga meningkatkan kemungkinan pecahnya plak aterosklerosis. Jika plak benar-benar pecah, peristiwa tersebut akan membebaskan kolagen dan lipid ke dalam aliran darah, mengakibatkan akumulasi dan adhesi platelet pada lokasi jejas dan pembentukan gumpalan (bekuan) darah yang berpotensi menyumbat aliran darah. (Rafieian-Kopaei *et al.*, 2014)

B. Angina

Angina didefinisikan sebagai sensasi tidak nyaman pada daerah dada, rahang, bahu, punggung, atau lengan akibat penyumbatan pada arteri koroner. Sensasi nyeri atau tidak nyaman pada kondisi angina biasanya diperparah dengan peningkatan aktivitas atau stres emosional dan berkurang ketika diberi terapi nitrogliserin (Gibbons *et al.*, 1999). Pasien biasanya memiliki keluhan nyeri seperti ditekan di daerah retrosternal, rasa terbakar, rasa terbeban berat di daerah dada, dan biasanya nyeri dapat menjalar ke daerah leher, rahang, epigastrium, bahu, dan lengan kiri (Zipes *et al.*, 2019).

American Heart Association (2015a) membagi angina ke dalam empat kategori, yakni angina stabil, angina tidak stabil, angina Prinzmetal (varian), dan angina mikrovaskular. Penjelasan pembagian angina adalah sebagai berikut:

1. Angina stabil

Angina stabil adalah salah satu manifestasi klinis penyakit jantung koroner. Angina stabil muncul ketika otot-otot jantung mengalami iskemia akibat menyempitnya lumen arteri koroner. Pasien biasanya akan mengeluhkan dada seperti ditekan atau dicengkeram, dada terasa penuh, dan nyeri terutama pada dada bagian tengah. Gejala-gejala tersebut kadang juga muncul di daerah leher, rahang, bahu, punggung, dan lengan.

Ciri yang membedakan angina stabil dengan angina yang lain adalah kemunculannya saat pasien mengalami peningkatan aktivitas fisik, mengalami stres emosional, terpapar suhu yang sangat panas atau dingin, merokok, dan makan dengan porsi besar. Selain itu, angina stabil muncul relatif hanya sebentar (paling lama lima menit). Biasanya, angina stabil muncul secara episodik dan tidak secara tiba-tiba. Hilangnya gejala angina saat pasien beristirahat dan/atau mengonsumsi obat juga merupakan ciri khusus angina stabil. Biasanya obat yang digunakan untuk mengatasi angina stabil adalah nitrogliserin.

2. Angina tidak stabil

Angina tidak stabil adalah kondisi munculnya gejala-gejala angina secara tiba-tiba. Angina tidak stabil bisa muncul baik saat pasien beraktivitas maupun saat beristirahat. Angina tidak stabil juga dikenal

dengan istilah sindrom koroner akut. Jika tidak ditangani dengan baik, kondisi ini dapat berlanjut menjadi serangan jantung, aritmia, dan henti jantung mendadak. Oleh karena itu, angina tidak stabil tergolong sebagai kegawatdaruratan sehingga harus segera mendapat pertolongan.

Penyebab terjadinya angina tidak stabil adalah bekuan darah yang menyumbat arteri koroner. Bekuan darah tersebut bisa menjadi larut tetapi tidak menutup kemungkinan akan terbentuk bekuan-bekuan darah yang baru. Hal ini menyebabkan angina tidak stabil bisa terjadi secara hilang dan timbul pada pasien.

Angina tidak stabil dapat terjadi dalam waktu yang lebih lama dibandingkan angina stabil dan muncul secara tiba-tiba. Gejala-gejalanya tidak mereda saat pasien beristirahat atau mengonsumsi obat.

3. Angina Prinzmetal

Angina Prinzmetal juga dikenal dengan istilah angina varian atau angina inversa. Angina ini terjadi akibat spasme arteri koroner sehingga pasokan darah ke otot-otot jantung berkurang. Spasme arteri koroner ini dapat disebabkan oleh paparan suhu yang sangat dingin, stres, obat-obatan yang mempersempit pembuluh darah, merokok, atau konsumsi kokain.

Angina Prinzmetal biasanya muncul antara tengah malam dan pagi hari ketika pasien sedang beristirahat dan mengakibatkan nyeri yang sangat hebat. Namun, berbeda dengan angina tidak stabil, angina Prinzmetal masih bisa diterapi dengan obat-obatan yang menurunkan spasme pembuluh darah seperti golongan antagonis kalsium.

4. Angina mikrovaskular

Angina mikrovaskular merupakan salah satu manifestasi klinis dari kondisi *coronary microvascular disease* (MVD). Gejala angina bisa muncul hingga lebih dari 30 menit pada kasus-kasus angina mikrovaskular.

C. Infark Miokardium

Istilah infark miokardium digunakan untuk mendeskripsikan nekrosis sel-sel miokardium akibat iskemia miokardium. Iskemia miokardium adalah ketidakseimbangan antara pasokan dan kebutuhan darah otot-otot jantung. Pasien dapat dikatakan mengalami infark miokardium apabila menunjukkan peningkatan atau penurunan pada *cardiac biomarkers* seperti CKMB dan troponin, menunjukkan gejala-gejala iskemia, perubahan pada hasil elektrokardiografi yang mengindikasikan iskemia baru (perubahan segmen ST atau *left bundle branch block*), munculnya gelombang Q patologis pada hasil elektrokardiografi, dan adanya hasil pencitraan radiologis yang mendukung. Manifestasi klinis yang terlihat pada pasien tidak spesifik untuk infark miokardium, di antaranya nyeri dada, sesak napas, gangguan sistem gastrointestinal, dan lain-lain. (Thygesen, Alpert and White, 2007)

Dari sisi patologi, infark miokardium dapat dibagi menjadi infark miokardium akut, *healing myocardial infarction*, dan *healed myocardial infarction*. Infark miokardium akut ditandai dengan adanya leukosit polimorfonuklear. Namun, pada pasien dengan jarak antara infark dan kematian yang dekat, sel-sel polimorfonuklear mungkin tidak ditemukan. *Healing myocardial infarction* ditandai dengan keberadaan sel-sel mononuklear dan fibroblas tanpa sel-sel polimorfonuklear. *Healed*

myocardial infarction ditandai dengan adanya jaringan parut tanpa infiltrasi sel. Keseluruhan proses infark miokardium sampai ke tahap *healed myocardial infarction* memakan waktu minimal 5-6 minggu. (Thygesen, Alpert and White, 2007)

Jika dihitung sejak terjadinya iskemia miokardium, nekrosis sel-sel miokardium mulai terjadi setelah kurang lebih 20 menit. Nekrosis dari seluruh sel miokardium berisiko akan memakan waktu 2-4 jam, tetapi proses ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya keberadaan sirkulasi kolateral pada zona iskemia, persistensi oklusi arteri, sensitivitas sel-sel jantung terhadap iskemia, dan kebutuhan jantung terhadap oksigen dan nutrisi. (Thygesen, Alpert and White, 2007)

2.2.5. Terapi Penyakit Jantung Koroner

A. Terapi Farmakologis

Menurut American Heart Association (2020) ada banyak jenis dan kombinasi obat yang dapat digunakan sebagai terapi penyakit jantung koroner sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing pasien. Beberapa di antaranya adalah obat penurun kolesterol, antikoagulan, antiplatelet, kemudian ada obat-obatan yang dapat mengatasi angina seperti penghambat reseptor beta, penghambat kanal kalsium, dan vasodilator.

1. Obat Penurun Kolesterol

Golongan statin seperti lovastatin, simvastatin, atorvastatin, dan lain-lain merupakan obat penurun kolesterol yang paling efektif menurunkan kadar LDL dalam darah. Obat-obat ini adalah analog struktural dari HMG-CoA dan dapat melakukan mekanisme inhibisi kompetitif terhadap enzim HMG-CoA reduktase. Selain itu ada obat-

obat golongan fibrat seperti gemfibrozil dan fenofibrat yang dapat mengurangi kadar VLDL dalam darah. Asam nikotinat atau niasin juga umum digunakan untuk mengurangi kadar trigliserida dan LDL pada sebagian besar pasien. Obat-obat yang tergolong *bile acid-binding resin* seperti kolestipol, kolestiramin, dan kolesevelam juga dapat digunakan, tetapi obat-obat ini hanya dapat menurunkan kadar LDL dan kurang efektif pada pasien dengan hipertrigliseridemia. (Katzung, 2018)

2. Antikoagulan

Obat-obat golongan antikoagulan berfungsi menghambat terjadinya trombosis yang patologis di pembuluh darah. Contoh pertama adalah heparin yang bekerja mempercepat reaksi-reaksi antitrombin endogen di dalam tubuh. Antitrombin endogen sendiri berfungsi menghambat faktor Iia (trombin), IXa, dan Xa yang merupakan faktor-faktor pembekuan darah. Kemudian ada antikoagulan coumarin dan warfarin yang bekerja dengan menghambat langsung faktor VII, IX, dan X sehingga faktor-faktor koagulasi menjadi inaktif. Penghambat langsung faktor Xa oral seperti apixaban, rivaroxaban, dan edoxaban juga dapat digunakan dalam gangguan pembekuan darah. (Katzung, 2018)

3. Antiplatelet

Aspirin adalah salah satu contoh obat antiplatelet yang berfungsi menghambat sintesis tromboksan A₂ yang merangsang terjadinya agregasi platelet. Obat-obat seperti tiklopidin, klopidothrel, dan prasugrel juga dapat digunakan karena dapat menginhibisi ADP yang berperan dalam proses agregasi platelet. Ada juga obat-obatan yang berfungsi

menghambat reseptor GP IIb/IIIa platelet seperti absiksimab, eptifibatid, dan tirofiban. (Katzung, 2018)

4. Penghambat Reseptor Beta

Obat-obat antagonis reseptor beta banyak digunakan pada kasus-kasus angina. Pada jantung, reseptor beta berfungsi meningkatkan aktivitas nodus sinoatrial dan detak jantung (kronotropik positif), menstimulasi nodus atrioventrikular dan meningkatkan konduksi jantung (dromotropik positif), dan meningkatkan kontraktilitas intrinsik miokardium (inotropik positif). Obat-obat penghambat reseptor beta berfungsi menurunkan efek-efek tersebut dengan tujuan mengurangi kebutuhan oksigen miokardium. (Katzung, 2018). Beberapa obat penghambat reseptor beta yang umum diresepkan pada kasus angina adalah aseptolol, atenolol, bisoprolol, metoprolol, nadolol, propranolol, dan sotalol (American Heart Association, 2020).

5. Penghambat Kanal Kalsium

Mirip dengan obat penghambat reseptor beta, obat-obat penghambat kanal kalsium juga diharapkan dapat menurunkan kebutuhan oksigen miokardium jantung dengan cara mengurangi detak jantung, kekuatan kontraksi jantung, dan resistensi vaskular. Beberapa contoh obat penghambat kanal kalsium adalah verapamil, diltiazem, dan nifedipin. (Katzung, 2018)

6. Vasodilator

Obat-obat vasodilator berfungsi melakukan relaksasi pembuluh darah dan menurunkan tekanan darah. Salah satu obat vasodilator yang

sangat umum digunakan pada kasus angina adalah nitrogliserin.
(American Heart Association, 2020)

B. Terapi Nonfarmakologis

Secara nonfarmakologis, risiko mengalami penyakit kardiovaskular dapat dikurangi dengan melakukan perubahan kebiasaan dan mengurangi faktor risiko yang bisa dimodifikasi. Rokok merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit jantung yang bisa dimodifikasi sehingga konsumsinya harus dihentikan. Kebiasaan makan makanan yang tinggi vitamin, mineral, dan serat tetapi rendah kalori juga dapat menurunkan risiko terjadinya penyakit jantung. Diet yang berfokus pada sayur, buah, ikan dan gandum serta mengurangi konsumsi gula dan daging merah akan berpengaruh baik bagi kesehatan jantung. Selain itu, untuk mengurangi risiko penyakit jantung, seseorang disarankan untuk meningkatkan aktivitas fisik, mengurangi konsumsi alkohol, mengontrol diabetes, mengontrol berat badan, dan menjaga tekanan darah yang normal. (American Heart Association, 2015b)

2.3. Kepribadian

2.3.1. Definisi Kepribadian

Kepribadian adalah perbedaan masing-masing individu dalam pola berpikir, merasakan sesuatu, dan berperilaku. Ilmu tentang kepribadian secara garis besar membahas tentang dua hal, yaitu perbedaan masing-masing individu dalam satu jenis kepribadian yang sama dan bagaimana berbagai bagian yang berbeda dalam satu individu membentuk seseorang secara keseluruhan. (Kazdin, 2000)

2.3.2. Perkembangan Teori Kepribadian dan Teori *Big Five Personality*

Sepanjang abad 20, perihal struktur kepribadian telah menjadi perdebatan di antara para psikolog kepribadian. Ada dua hal yang pada awalnya dianggap sebagai faktor kunci penentu kepribadian seseorang, yakni Cinta atau Afiliasi dan Status atau Dominasi. Sebagai contoh, seseorang dengan poin Cinta yang tinggi dan juga memiliki Status yang tinggi dianggap sebagai orang yang ramah dan supel. Orang lain dengan Cinta yang tinggi tetapi Status yang tidak terlalu tinggi akan dianggap sebagai pribadi yang kooperatif. (Costa, & McCrae, 1992; Costa and McCrae, 2012)

Seiring berkembangnya riset dan studi tentang kepribadian, pada akhirnya para ahli menyepakati bahwa sebagian besar watak atau kepribadian berhubungan dengan lima faktor saja, yakni *Neuroticism* atau instabilitas emosi, *Extraversion*, *Openness to experience*, *Agreeableness versus Antagonism*, dan *Conscientiousness* (Costa and McCrae, 2012). Kelima faktor ini bisa didapati dalam berbagai kebudayaan, dapat diwariskan, bisa dinilai secara pribadi maupun oleh orang lain dengan pemahaman yang baik, dan bisa menggambarkan karakteristik orang dewasa untuk waktu yang lama (McCrae and Costa, 2008). Kelima faktor ini juga dipercaya dapat ditemukan di spesies manusia secara universal (McCrae, Costa and Martin, 2005), memiliki dasar pada genom manusia (Yamagata *et al.*, 2006), dan berlaku pada kondisi kepribadian yang normal maupun abnormal (Markon, Krueger and Watson, 2005). Masing-masing dari kelima faktor di atas akan dijelaskan sebagai berikut:

A. Openness to Experience

Individu dengan *openness to experience* yang dominan cenderung memiliki apresiasi yang tinggi terhadap seni dan keindahan, memiliki banyak ide baru, memiliki rasa ingin tahu yang tinggi, kreatif, dan suka mencoba hal-hal yang baru. Di sisi lain, faktor *openness to experience* seringkali dikaitkan dengan perilaku yang tidak bisa diprediksi dan tingkat kefokusannya yang rendah. (Ambridge, 2014)

B. Conscientiousness

Conscientiousness biasanya dikaitkan dengan kecenderungan mengikuti norma-norma sosial, memiliki orientasi yang berpusat pada tujuan, kebiasaan untuk merencanakan sesuatu, dan kemampuan untuk menunda kepuasan atau kegembiraan (Roberts *et al.*, 2009). Kurangnya faktor *conscientiousness* biasanya dikaitkan dengan fleksibilitas, spontanitas, kecerobohan, dan sifat tidak bisa diandalkan (Toegel and Barsoux, 2012).

C. Extraversion

Faktor *extraversion* dipercaya berkaitan erat dengan kesenangan akan aktivitas atau situasi eksternal, keterlibatan dalam banyak jenis aktivitas, dan perasaan memperoleh energi dari pihak eksternal (Laney, 2002). Orang-orang dengan sifat *extraversion* yang tinggi cenderung tampil dominan dalam berbagai interaksi sosial (Friedman and Schustack, 2016).

D. Agreeableness

Individu dengan *agreeableness* yang dominan adalah pribadi yang cenderung disukai dan memiliki hubungan yang harmonis dengan orang-orang lain. Biasanya individu dengan faktor *agreeableness* yang tinggi

dideskripsikan orang sekitarnya sebagai pribadi yang baik hati, penuh perhatian, dan hangat. (Graziano and Tobin, 2009)

E. Neuroticism

Neuroticism merupakan faktor yang menyebabkan individu cenderung mudah mengalami kondisi emosional yang negatif. Orang-orang yang dominan pada faktor *neuroticism* biasanya tidak bisa merespon stres dari lingkungannya dengan baik, seringkali merasa terancam, dan merasa sangat terbebani dengan gangguan-gangguan yang relatif remeh. (Widiger, 2009)

2.4. Hubungan Kepribadian dengan Penyakit Fisik

Ada banyak hal yang mendukung argumen bahwa kepribadian seseorang memiliki pengaruh terhadap kesehatan fisiknya. Hal yang pertama adalah cara seseorang merespon stres. Perbedaan kepribadian dapat memengaruhi pengalaman stres masing-masing individu dan cara mereka beradaptasi dengan stres tersebut (Carver and Connor-Smith, 2010). Dalam situasi dengan kadar stres yang rendah, kepribadian tidak memegang pengaruh yang terlalu besar, tetapi pada kadar stres yang tinggi, orang-orang dengan kondisi emosional yang stabil, bersifat introvert, atau memiliki *conscientiousness* yang dominan cenderung tetap memiliki perilaku yang sehat (Kern and Friedman, 2011). Berdasarkan ulasan sebelumnya, beberapa pola kepribadian dipercaya bisa merangsang peningkatan respon stres yang bersifat kronis dan bisa berkembang menjadi kondisi patologis, penyakit kronis, dan peningkatan risiko kematian (Graham, Christian and Kiecolt-Glaser, 2006).

Hal lain yang dapat menjelaskan hubungan antara kepribadian dengan kemunculan penyakit fisik adalah kecenderungan individu melakukan kebiasaan-

kebiasaan yang berisiko dari sudut pandang kesehatan. Kegiatan-kegiatan tersebut antara lain kebiasaan merokok, penggunaan obat-obat terlarang, dan seks yang tidak aman. Kepribadian juga dapat menentukan apakah seseorang cenderung melakukan kebiasaan hidup sehat seperti diet seimbang, pengendalian berat badan, tidur, imunisasi, dan kebiasaan memeriksakan diri kepada petugas kesehatan secara rutin. Pengaruh kepribadian terhadap kebiasaan seseorang menjadi sangat penting pada kejadian penyakit kronis seperti penyakit jantung. Alasannya adalah kebiasaan-kebiasaan seseorang yang dipengaruhi kepribadian akan berakumulasi menjadi gaya hidup. Gaya hidup sendiri adalah faktor yang sangat penting dalam kejadian berbagai penyakit kronis. (Kern and Friedman, 2011)

Jika merujuk pada Teori *Big Five Personality*, individu dengan *conscientiousness* yang dominan cenderung melakukan pola hidup sehat dan lebih sedikit terlibat dalam kegiatan-kegiatan yang buruk bagi kesehatan. Orang-orang dengan *openness* yang tinggi cenderung memiliki kecerdasan yang lebih, sehingga mereka biasanya melakukan pola hidup sehat, mengikuti saran yang baik bagi kesehatan, dan lebih sedikit terlibat pada kegiatan-kegiatan berisiko karena memiliki pengertian dan pengetahuan yang baik tentang kesehatan. *Extraversion* memiliki pengaruh yang berbeda-beda pada masing-masing individu. Kecenderungan orang-orang ekstrovert untuk terlibat dalam banyak interaksi sosial bisa meningkatkan risiko mereka melakukan hubungan seks yang berisiko, mengonsumsi alkohol, dan berkendara dengan tidak hati-hati (Kern and Friedman, 2011). Namun, pada beberapa individu ekstrovert yang lain, kuatnya jaringan sosial justru menjadi faktor protektif dari kegiatan-kegiatan yang berdampak negatif bagi kesehatan (Taylor, 2007). Faktor *agreeableness* memiliki pengaruh yang berbeda pada individu laki-laki dan perempuan. *Agreeableness* bisa membuat

laki-laki cenderung memiliki kesehatan fisik yang baik saat usia tua, tetapi tidak pada perempuan (Friedman, Kern and Reynolds, 2010). *Neuroticism* juga memiliki pengaruh yang berbeda-beda pada tiap-tiap individu. Tidak stabilnya emosi dan pesimisme pada individu dengan *neuroticism* yang dominan bisa menyebabkan mereka memiliki kebiasaan hidup yang kurang sehat (Suls and Bunde, 2005). Namun, pada beberapa individu lain *neuroticism* yang dominan bisa bermanifestasi sebagai kekhawatiran berlebihan terhadap kondisi kesehatan mereka sehingga orang-orang ini cenderung memiliki kebiasaan hidup yang sehat (Friedman, Kern and Reynolds, 2010).

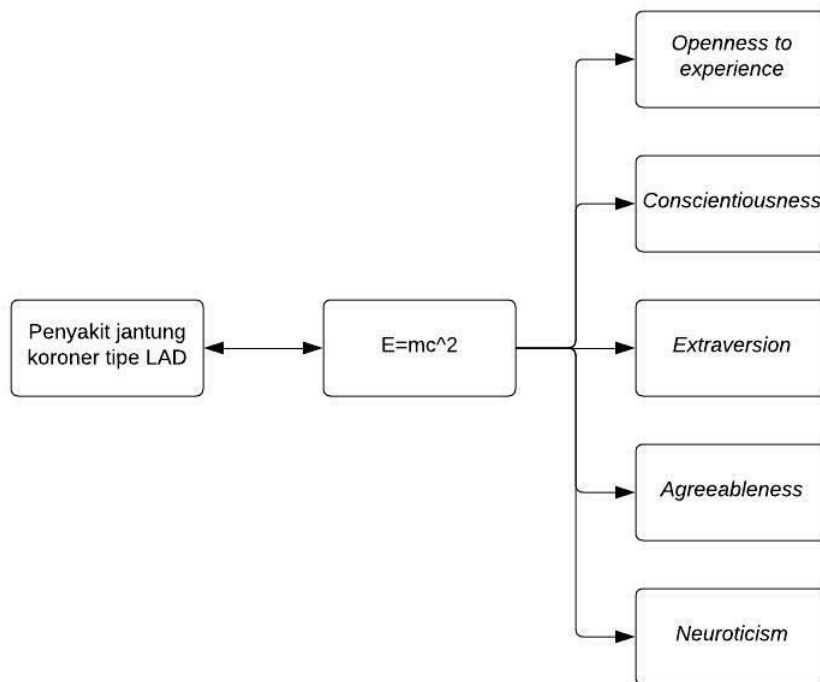
2.5. Teori Relativitas Spesial Einstein, Psikologi Manusia, dan Realitas Fisik

Teori relativitas yang dikemukakan oleh Albert Einstein ($E=mc^2$) menyoroti pentingnya kesadaran (*consciousness*) pengamat dalam suatu kejadian dan proses fisik. Hal ini mengundang banyak pendapat di kalangan para peneliti terkait pentingnya kesadaran itu sendiri. Peranan dari kesadaran manusia secara psikologis dianggap penting dalam perkembangan teori-teori fisik yang ada. Beberapa ahli berpendapat bahwa kesadaran adalah suatu fenomena superfisika yang bisa berpengaruh pada realitas serta proses-proses fisik, dan bukan sebatas dampak reaksi kimia yang terjadi di otak. Beberapa kelompok ahli lain berusaha mendeduksi kesadaran manusia dari fenomena-fenomena fisik yang terjadi di semesta. Dari sini dapat diketahui bahwa kesadaran manusia (faktor nonfisik) dan relasinya dengan hal-hal fisik merupakan sesuatu yang sudah menjadi perbincangan di kalangan para ahli sejak lama. (Nevvazhay, 2006)

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Skema Kerangka Konsep Penelitian

3.2. Penjelasan Kerangka Konsep

Kepribadian seseorang dapat dilihat dari kekhasan morfologi fisiknya. Kepribadian tertentu dapat diwujudkan dalam morfologi tertentu. Silogisme ini sesuai dengan persamaan ekuivalensi massa-energi Albert Einstein ($E=mc^2$). Dalam konteks ini, E (energi) merepresentasikan kepribadian dan m (massa) merepresentasikan morfologi fisik seseorang.

Teori relativitas Einstein telah menimbulkan banyak perbincangan di kalangan para ahli mengenai hubungan aspek-aspek nonfisik pada diri manusia

dengan kejadian fisik. Salah satu aspek nonfisik pada diri manusia adalah kepribadian. Banyak penelitian terdahulu telah menunjukkan bahwa kepribadian memiliki peranan dalam kesehatan manusia secara fisik. Ada studi yang mengungkapkan bahwa orang-orang dengan kecenderungan terus menerus memenuhi ekspektasi orang lain (*people pleaser*) memiliki tendensi untuk terkena diabetes melitus. Studi lain mengungkapkan bahwa orang-orang yang mudah khawatir, panik, dan memiliki kemampuan adaptasi stress rendah, cenderung memiliki kebiasaan merokok yang dapat berakhir sebagai penyakit kronis. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk melihat kepribadian apa yang paling dominan di kalangan pasien dengan kondisi oklusi arteri koroner LAD (penyakit jantung koroner tipe LAD). (Nevvazhay, 2006; Hakulinen *et al*, 2015; Jokela *et al*, 2014)

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan dengan melaksanakan survei langsung kepada responden penelitian.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah pasien Pusat Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

4.2.2. Kriteria Sampel

A. Inklusi

1. Pasien penyakit jantung koroner tipe LAD terdiagnosis dokter.
2. Pasien yang kooperatif.
3. Pasien dengan kondisi psikologis yang cukup baik untuk mengisi kuesioner.
4. Pasien yang dapat berbicara, membaca, dan menulis dengan bahasa Indonesia.

B. Eksklusi

1. Pasien tidak dapat berbahasa Indonesia.
2. Pasien dengan gangguan psikologis atau gangguan komunikasi yang dapat menghambat jalannya penelitian.
3. Pasien tidak dapat mengisi kuesioner dengan baik.

4.2.3. Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah pasien yang dinyatakan mengalami penyumbatan pada arteri koroner LAD melalui *percutaneous coronary intervention* di Pusat Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2019-2020. *Tracing* pasien dilakukan melalui rekam medis 1-2 tahun pasca pasien control.

4.3. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1. Variabel Terikat

Variabel terikat pada penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, dan tipe kepribadian pasien penyakit jantung koroner tipe LAD di Pusat Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Soetomo Surabaya berdasarkan teori *The Big Five Personality Traits*. Berdasarkan Panduan Praktik Klinis Departemen Kardiologi dan Kardiovaskular RSUD Dr. Soetomo Surabaya, PJK tipe LAD bukan suatu diagnosis tersendiri, melainkan suatu kondisi klinis yang ditentukan melalui *percutaneous coronary intervention* (PCI). Kondisi ini sendiri bisa bermanifestasi menjadi angina pectoris stabil (ICD 10: I20), angina pectoris tidak stabil atau infark miokard akut tanpa elevasi ST (NSTEMI) (ICD 10: I20.0/I21.4), gagal jantung (ICD 10: I50), dan infark miokard akut dengan elevasi ST (STEMI) (ICD 10: I21.1; I21.2; I21.3).

4.3.2. Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Skala
Pasien penyakit jantung koroner tipe LAD	Pasien yang dinyatakan mengalami penyumbatan pada arteri koroner <i>left</i>	<i>Percutaneous coronary intervention</i> (PCI)	Nominal

	<i>anterior descending</i> melalui <i>percutaneous</i> <i>coronary</i> <i>intervention</i> di PPJT RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2020-2021.		
Usia	Usia pasien yang dinyatakan mengalami penyumbatan pada arteri koroner LAD di PPJT RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2020-2021.	Rekam medis	Ordinal
Jenis kelamin	Jenis kelamin pasien yang dinyatakan mengalami penyumbatan pada arteri koroner LAD di PPJT RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2020-2021.	Rekam medis	Nominal
Kepribadian	Usia pasien yang dinyatakan mengalami penyumbatan pada arteri koroner LAD di PPJT RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2020-2021 berdasarkan teori <i>Big Five Personality</i> yang dikembangkan Costa dan McCrae tahun 1992.	Kuesioner 40-item NEO-PI-R	Nominal
<i>Openness to experience</i>	Salah satu dimensi kepribadian <i>Big Five Personality</i> dengan karakteristik memiliki apresiasi yang tinggi terhadap seni dan keindahan, memiliki banyak ide baru, memiliki rasa ingin tahu yang tinggi, kreatif, dan suka mencoba hal-hal yang baru.	Kuesioner 40-item NEO-PI-R	Nominal

<i>Conscientiousness</i>	Salah satu dimensi kepribadian <i>Big Five Personality</i> dengan karakteristik cenderung mengikuti norma-norma sosial, memiliki orientasi yang berpusat pada tujuan, kebiasaan untuk merencanakan sesuatu, dan kemampuan untuk menunda kepuasan atau kegembiraan.	Kuesioner 40-item NEO-PI-R	Nominal
<i>Extraversion</i>	Salah satu dimensi kepribadian <i>Big Five Personality</i> dengan karakteristik berkaitan erat dengan kesenangan akan aktivitas atau situasi eksternal, keterlibatan dalam banyak jenis aktivitas, dan perasaan memperoleh energi dari pihak eksternal.	Kuesioner 40-item NEO-PI-R	Nominal
<i>Agreeableness</i>	Salah satu dimensi kepribadian <i>Big Five Personality</i> dengan karakteristik cenderung disukai, baik hati, perhatian, hangat, dan memiliki hubungan yang harmonis dengan orang-orang lain.	Kuesioner 40-item NEO-PI-R	Nominal
<i>Neuroticism</i>	Salah satu dimensi kepribadian <i>Big Five Personality</i> dengan karakteristik mudah mengalami kondisi emosional yang negatif, sering merasa terancam, dan sering terganggu emosinya karena hal-hal yang relatif remeh.	Kuesioner 40-item NEO-PI-R	Nominal

4.4. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner 40-item NEO-PI-R yang disusun oleh Abdurachman pada tahun 2014. Kuesioner ini merupakan kuesioner inventori kepribadian yang didasarkan pada teori *Big Five Personality* yang membagi kepribadian menjadi 5 domain: *openness to experience*, *conscientiousness*, *extraversion*, *agreeableness*, dan *neuroticism*. Kuesioner ini memiliki koefisien reliabilitas 0,935 dan validitas bergerak dari 0,278-0,734. Responden akan diminta mengerjakan kuesioner dengan memilih antara skala 1-5 pada masing-masing item yang ditanyakan. Skala 1 artinya pernyataan di item tersebut sangat tidak sesuai dengan kehidupan sehari-hari responden, sedangkan skala 5 artinya pernyataan di item tersebut sangat sesuai dengan kehidupan sehari-hari responden. Skala 3 artinya netral. Apabila subjek penelitian tidak mampu mengerjakan lebih dari 16,7% total item, maka hasil kuesioner dinyatakan tidak valid. Item-item yang tidak diisi responden akan diberi nilai 3. Dimensi kepribadian dengan skor tertinggi pada masing-masing responden akan dianggap sebagai tipe kepribadian dominan responden tersebut. Apabila terdapat 2 atau lebih kepribadian dominan, maka responden bisa dimasukkan dalam golongan “campuran”.

Metode penilaian pada kuesioner ini menggunakan *blue print* yang tergambar pada Tabel 4.2. Pada *blue print* tersebut, masing-masing item kuesioner akan berkaitan dengan salah satu domain *Big Five Personality* dan terdapat item-item *reverse questions*. Pada item bukan *reverse question*, skor akan disesuaikan dengan skor yang diberikan responden (skala 1-5), sedangkan pada item-item *reverse question*, skor responden akan diubah sebagai berikut: skor 1 menjadi 5, skor 2 menjadi 4, skor 3 tetap 3, skor 4 menjadi 2, dan skor 5 menjadi 1. Skor

masing-masing domain kemudian akan ditotal dan domain dengan skor tertinggi dianggap sebagai kepribadian dominan responden tersebut.

Tabel 4.2 *Blue Print* 40-Item NEO-PI-R

Trait	Item <i>favorable</i>	Item <i>unfavorable/reverse question</i>	Total
<i>Conscientiousness</i>	1, 15, 23, 36	10, 16, 28, 35	8
<i>Neuroticism</i>	2, 14, 22, 37	9, 17, 29, 34	8
<i>Agreeableness</i>	3, 13, 21, 38	8, 18, 30, 33	8
<i>Openness to experience</i>	4, 12, 26, 39	7, 19, 24, 32	8
<i>Extraversion</i>	5, 11, 27, 40	6, 20, 25, 31	8
Total			40

4.5. Lokasi dan Waktu Penelitian

4.5.1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Pusat Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan melalui *Google Form*.

4.5.2. Waktu Penelitian

Penelitian akan dilakukan bulan Februari 2022 hingga November 2022.

4.6. Prosedur Penelitian/Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan data sekunder berupa rekam medis pasien dan data primer berupa hasil kuesioner tentang kepribadian pasien berdasarkan teori *The Big Five Personality Traits*.

4.7. Kerangka Operasional Penelitian



Gambar 4.1 Skema Kerangka Operasional Penelitian

4.8. Cara Mengolah dan Menganalisis Data

Data yang diperoleh dalam penelitian ini diolah dengan cara mencari nilai yang paling sering muncul (modus). Hasil kemudian akan disajikan menggunakan statistika deskriptif.

4.9. Aspek Etik Penelitian

4.9.1. Persetujuan Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Data dalam penelitian ini diperoleh dari hasil rekam medis pasien RSUD Dr. Soetomo, sehingga penelitian akan dilakukan setelah mendapatkan izin dari Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Soetomo.

4.9.2. *Confidentiality*

Identitas pasien yang terlibat dalam penelitian ini tidak akan diberikan kepada siapapun dengan cara apapun dan hanya diketahui oleh pihak peneliti.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS DATA

Penelitian ini dilakukan dengan menyebarkan kuesioner kepribadian NEO PI-R kepada 80 pasien yang dinyatakan mengalami penyumbatan pada ramus interventrikularis anterior arteri koronaria sinistra (*left anterior descending/LAD coronary artery*) pada tindakan *percutaneous coronary intervention (PCI)* di Unit Cathlab Pusat Pelayanan Jantung Terpadu (PPJT) RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode Januari 2019 hingga Desember 2020. . Kuesioner dibagikan melalui telepon dan aplikasi Whatsapp menggunakan platform Google Form.

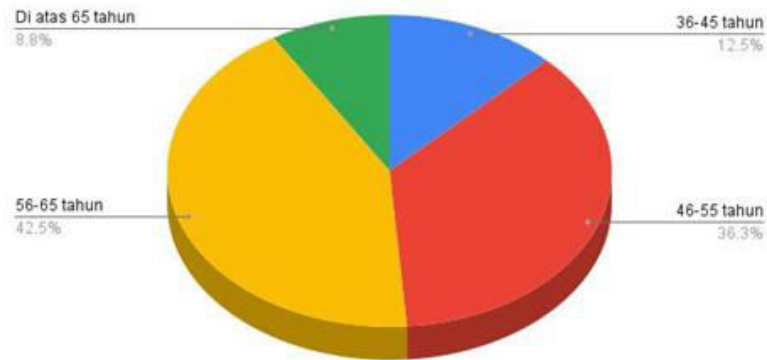
Terdapat 283 pasien penyakit jantung koroner tipe LAD di PPJT RSUD Dr. Soetomo periode 2019-2020. Dari 221 pasien yang berusaha dihubungi melalui aplikasi Whatsapp maupun telepon, sebanyak 103 pasien tidak memberikan respon, 31 pasien tidak memiliki nomor telepon aktif, 4 pasien meninggal dunia, dan 3 pasien tidak setuju mengikuti penelitian. Kuesioner dibagikan melalui telepon dan aplikasi Whatsapp menggunakan platform Google Form. Data pasien berupa nomor telepon dan jenis kelamin diperoleh dari laporan hasil *percutaneous coronary intervention* di Unit Cathlab Pusat Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Dari penelitian ini diperoleh sejumlah data dari variabel-variabel usia, jenis kelamin, dan tipe kepribadian berdasarkan teori *Big Five Personality*. Data yang sudah terkumpul kemudian diolah menggunakan statistika deskriptif dan didapatkan hasil sebagai berikut:

5.1. Data Demografis Subjek Penelitian

5.1.1. Data Demografis Subjek Penelitian Berdasarkan Usia

Data usia subjek penelitian dapat dilihat pada bagan berikut:

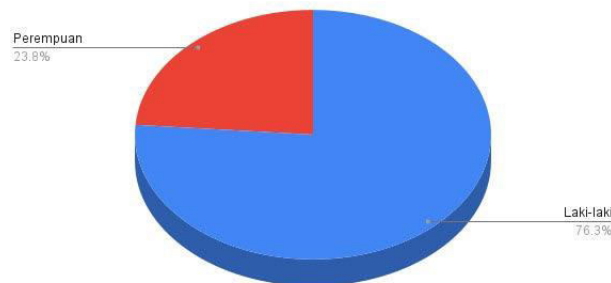


Gambar 5.1 Data Usia Subjek Penelitian

Gambar 5.1 menunjukkan penggolongan usia subjek penelitian menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009). Pada subjek penelitian ini didapatkan 10 orang berusia 36-45 tahun, 29 orang berusia 46-55 tahun, 34 orang berusia 56-65 tahun, dan 7 orang berusia di atas 65 tahun. Rata-rata usia subjek penelitian adalah $56,03 \pm 7,861$.

5.1.2. Data Demografis Subjek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin

Data jenis kelamin subjek penelitian dapat dilihat pada bagan berikut:



Gambar 5.2 Data Jenis Kelamin Subjek Penelitian

Pada subjek penelitian didapatkan 61 orang pasien laki-laki dan 19 orang pasien perempuan. Proporsi pasien laki-laki lebih besar daripada pasien perempuan (76,25% pasien laki-laki dan 23,75% pasien perempuan).

5.2. Data Kepribadian Subjek Penelitian

5.2.1. Data Tipe Kepribadian Subjek Penelitian

Tabel 5.4 Data Kepribadian Subjek Penelitian

Tipe kepribadian	Frekuensi (n)	Persentase (%)
<i>Openness to experience</i>	33	41,25%
<i>Conscientiousness</i>	14	17,50%
<i>Extraversion</i>	10	12,50%
<i>Agreeableness</i>	17	21,25%
<i>Neuroticism</i>	4	5%
Campuran	2	2,50%

Tabel 5.3 menunjukkan data kepribadian subjek penelitian berdasarkan teori *Big Five Personality*. Didapatkan 33 orang dengan kepribadian dominan *openness to experience*, 14 orang dengan kepribadian dominan *conscientiousness*, 10 orang dengan kepribadian dominan *extraversion*, 17 orang dengan kepribadian dominan *agreeableness*, 4 orang dengan kepribadian dominan *neuroticism*, dan 2 orang dengan kepribadian campuran (dominan pada lebih dari satu dimensi kepribadian) pada subjek penelitian. Proporsi terbesar tipe kepribadian subjek penelitian adalah *openness to experience* (41,25%).

5.2.2. Karakteristik Skor Kepribadian Subjek Penelitian

Tabel 5.5 Karakteristik Skor Kepribadian Subjek Penelitian

Tipe kepribadian	Rata-rata	Simpangan baku	Skor minimum	Skor maksimum
<i>Openness to experience</i>	28,65	5,998	13	39
<i>Conscientiousness</i>	26,11	4,483	18	36
<i>Extraversion</i>	25,49	4,118	18	35
<i>Agreeableness</i>	26,98	4,472	15	37
<i>Neuroticism</i>	22,04	4,280	10	32

Analisis statistika deskriptif pada skor masing-masing dimensi kepribadian menunjukkan bahwa rata-rata skor kepribadian *openness to experience* adalah $28,65 \pm 5,998$; skor *conscientiousness* $26,11 \pm 4,483$; skor *extraversion* $25,49 \pm 4,118$; *agreeableness* $26,98 \pm 4,472$; *neuroticism* $22,04 \pm 4,280$. Skor *openness to experience* yang merupakan proporsi kepribadian terbesar pada subjek penelitian memiliki nilai minimum 13 dan nilai maksimum 39.

BAB 6

PEMBAHASAN

Penelitian ini bersifat deskriptif. Sampel diambil dari populasi pasien penyakit jantung koroner tipe LAD, yakni pasien yang melalui tindakan *percutaneous coronary intervention (PCI)* di Pusat Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada periode Januari 2019 hingga Desember 2020. Penentuan populasi penelitian ini mempertimbangkan kondisi pandemi COVID-19 yang melanda Indonesia sehingga peneliti tidak bisa secara leluasa menemui calon subjek penelitian.

Peneliti membagikan kuesioner NEO-PI-R 40 item kepada para subjek penelitian. Kuesioner NEO-PI-R sendiri didasarkan pada teori kepribadian *The Big Five Personality Traits* yang membagi kepribadian manusia ke dalam lima tipe atau dimensi, yakni *openness to experience*, *conscientiousness*, *extraversion*, *agreeableness*, dan *neuroticism*. Para subjek penelitian mengerjakan kuesioner dengan cara memilih antara skala 1-5 pada masing-masing item yang ditanyakan. Skala 1 berarti subjek penelitian merasa bahwa pernyataan pada item yang ditanyakan sangat tidak sesuai dengan kebiasaan mereka dalam kehidupan sehari-hari, sementara skala 5 berarti subjek penelitian merasa bahwa pernyataan tersebut sangat sesuai dengan kebiasaan sehari-hari mereka. Skala 3 memiliki makna netral. Apabila subjek penelitian tidak mampu mengerjakan lebih dari 16,7% item yang ditanyakan pada kuesioner NEO-PI-R, maka pengisian kuesioner dianggap tidak valid. Item-item pertanyaan yang tidak diisi oleh subjek penelitian akan dianggap sebagai jawaban netral (skala 3). Dimensi kepribadian dengan skor tertinggi pada masing-masing subjek penelitian akan dianggap sebagai kepribadian yang paling mendominasi pada subjek tersebut. (Weiner & Greene, 2017)

6.1. Data Demografis Subjek Penelitian

6.1.1. Data Usia Subjek Penelitian

Secara demografis, subjek penelitian berusia 35 tahun ke atas. Berdasarkan penggolongan usia Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009), subjek penelitian didominasi oleh pasien dengan rentang usia 56-65 tahun (34 pasien). Rata-rata usia subjek penelitian adalah $56,03 \pm 7,861$ tahun.

Hal tersebut sesuai dengan studi yang telah dilaksanakan sebelumnya. Dikatakan bahwa prevalensi penyakit arteri koroner meningkat semenjak usia 35 tahun pada populasi pria dan wanita (Sanchis-Gomar, Perez-Quilis, Leischik, Lucia, 2016). Studi lain mengatakan bahwa penyakit arteri koroner menjadi penyebab sepertiga kematian pada usia di atas 35 tahun (Ignacio Ferreira-Gonzalez, 2014).

6.1.2. Data Jenis Kelamin Subjek Penelitian

Secara demografis, subjek penelitian didominasi oleh pasien laki-laki. Sebanyak 61 subjek penelitian berjenis kelamin laki-laki (76,25%), sedangkan 19 orang sisanya berjenis kelamin perempuan (23,75%).

Terdapat beberapa studi yang mendukung fenomena tersebut. Studi yang dilakukan Ignacio Ferreira-Gonzalez (2013) menyatakan bahwa di semua kelompok usia, prevalensi penyakit jantung koroner selalu lebih tinggi pada kelompok jenis kelamin laki-laki dibandingkan perempuan. Selain itu, berdasarkan *Oxford Handbook of Cardiology*, jenis kelamin laki-laki juga merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit jantung koroner (Bender *et al.*, 2011).

6.2. Data Kepribadian Subjek Penelitian

Data yang diperoleh pada penelitian ini menunjukkan bahwa kepribadian dominan pada pasien penyakit jantung koroner tipe LAD adalah *openness to experience*. Hasil penelitian ini sejalan dengan hipotesis yang telah dikemukakan peneliti sebelumnya. Sebuah studi menyatakan bahwa dimensi *openness* yang tinggi dapat berdampak merugikan pada kesehatan individu (Lameese Eldesouky, 2012) dan terdapat beberapa studi lainnya yang mendukung hasil penelitian ini, sebagaimana dibahas pada bagian selanjutnya.

Studi tentang hubungan kepribadian (aspek nonfisik) dengan kesehatan (aspek fisik) manusia sudah sejak lama dilakukan. Berbagai studi menyatakan bahwa terdapat hubungan antara kepribadian manusia dengan kondisi kesehatan fisiknya. Bahkan, keragaman jenis kepribadian manusia dipercaya berhubungan dengan variasi genetik dan biologis (De Neve, 1999). Reaksi emosional dan proses kognitif saat memperoleh informasi dari luar dikatakan mempengaruhi kualitas kesehatan manusia, dan kedua hal tersebut berkaitan erat dengan kepribadian yang dimiliki seseorang (Diener, Oishi, & Lucas, 2003).

Selain hal-hal di atas, kepribadian juga dapat memengaruhi kesehatan fisik dari cara seseorang merespon kondisi-kondisi dengan kadar stres yang tinggi. Respon stres yang kurang baik dapat berujung pada berbagai kondisi patologis, penyakit-penyakit kronis dan meningkatnya risiko kematian. (Graham, Christian and Kiecolt-Glaser, 2006)

Berkaitan dengan kadar stres, menurut *Oxford American Handbook of Cardiology*, stres psikologis juga dimasukkan ke dalam salah satu faktor risiko terjadinya penyakit jantung koroner (Bender *et al.*, 2011). Sebuah studi juga

mengemukakan bahwa kadar stres psikologis yang tinggi berkaitan dengan peningkatan kemungkinan terjadinya aterosklerosis, yang berkaitan erat dengan kejadian penyakit jantung koroner bila ditinjau dari aspek *biobehavioral* (von Kanel, *et al.*, 2001).

Apabila ditinjau dari sisi kepribadian *openness to experience*, sebuah studi mengaitkan individu dengan *openness* yang tinggi dengan kondisi depresi. Hal ini berkaitan dengan kemampuan orang-orang berkepribadian *openness* yang tinggi dalam berkhayal, berfantasi, dan merasakan berbagai jenis emosi dan perasaan (Pyszczynski, Holt, & Greenberg, 1987; Wolfstein & Trull, 1997). Selain itu, terdapat studi lain yang mengatakan bahwa orang-orang dengan *openness* yang dominan memiliki kondisi emosi yang fleksibel, yaitu mereka bisa mengekspresikan emosi dengan maksimal, tetapi di lain waktu meyaknisi emosi negative mereka, dan supresi emosi inilah yang menyebabkan *openness to experience* berkaitan dengan kondisi mental yang kurang baik (Denollet & Brutsaertm, 1998). Secara umum, orang-orang yang cenderung melakukan supresi emosi negatif dalam hidupnya cenderung lebih rentan terkena penyakit (Petrie, Booth, & Pennebaker, 1998). Sebuah studi bahkan juga mengungkapkan bahwa kondisi emosi individu dengan *openness* yang tinggi berpotensi meningkatkan risiko terjadinya infark miokardium (Denollet & Brutsaertm, 1998). Hal-hal tersebut boleh jadi berkaitan dengan tingginya proporsi pasien dengan kepribadian *openness* yang dominan pada hasil penelitian ini.

Kepribadian juga dapat menjadi salah satu faktor penentu seorang individu cenderung melakukan berbagai kebiasaan dan gaya hidup yang berisiko buruk bagi kesehatan. Kegiatan-kegiatan seperti merokok, aktivitas seks yang tidak aman, diet yang tidak seimbang, ketidakmampuan mengendalikan berat badan, penggunaan

obat-obatan terlarang, penolakan imunisasi, keengganan berolahraga, juga dapat berkaitan dengan kepribadian individu. Hal-hal tersebut apabila cenderung dijadikan kebiasaan dapat berujung pada peningkatan risiko terkena berbagai penyakit kronis. (Kern and Friedman, 2011)

Kebiasaan dan gaya hidup juga berpengaruh terhadap kejadian penyakit jantung koroner. *Oxford American Handbook of Cardiology* menyatakan bahwa kebiasaan merokok, diet tinggi lemak dan karbohidrat, serta inaktivitas secara fisik sebagai beberapa faktor risiko terjadinya penyakit jantung koroner (Bender *et al.*, 2011). Berkaitan dengan diet, sebuah penelitian menemukan bahwa kebiasaan mengonsumsi makanan berbahan dasar hewani meningkatkan risiko terjadinya penyumbatan arteri koroner dibandingkan dengan kebiasaan yang cenderung mengonsumsi makanan berbahan dasar nabati (Campbell, Parpia, & Chen, 1998). Studi yang lain juga mengemukakan bahwa kebiasaan merokok tembakau, konsumsi alkohol, konsumsi kopi dan kafein, serta gaya hidup sedenter berpengaruh terhadap peningkatan risiko terjadinya penyakit jantung koroner (Said, *et al.*, 2019). Lebih jauh lagi, sebuah studi menyatakan bahwa kebiasaan merokok secara khusus meningkatkan risiko kerusakan ventrikel kiri pada kasus-kasus penyakit jantung koroner tipe LAD (McKenzie, McCredie, McGilchrist, & Wilcken, 1986).

Studi-studi yang mengungkapkan bahwa penyakit jantung koroner dapat bersumber dari gaya hidup yang buruk turut mendukung hasil penelitian ini, sebagaimana dikatakan dalam sebuah studi bahwa kepribadian *openness* juga sangat mempengaruhi kebiasaan dan gaya hidup seseorang (Lameese Eldesouky, 2012). Orang-orang dengan kepribadian *openness* yang dominan dikenal memiliki keinginan lebih untuk mengeksplorasi pengalaman-pengalaman baru, memiliki

perilaku yang tidak dapat diprediksi, dan memiliki tingkat fokus yang rendah (Ambridge, 2014). Berdasarkan temuan tersebut, studi yang lain menyatakan bahwa orang-orang dengan *openness* yang dominan cenderung melakukan kebiasaan-kebiasaan hidup yang membawa kenikmatan tetapi berdampak buruk bagi kesehatan (Jerram & Coleman, 1999; Salovey, *et al.*, 2000). Orang-orang dengan tingkat *openness* yang tinggi juga dikatakan suka melakukan kebiasaan-kebiasaan yang membuat mereka merasa bahagia dan berpengaruh cukup signifikan bagi kondisi kesehatan mereka (Salovey, Rothman, Detweiler, & Steward, 2000).

Secara khusus, salah satu faktor risiko utama penyakit jantung koroner, yakni kebiasaan merokok, ditemukan lebih tinggi pada orang-orang dengan *openness* yang dominan (Terracciano & Costa Jr., 2004). Lebih jauh lagi, sebuah studi yang dilakukan oleh Jonaissant, *et al.* (2007) menyatakan bahwa gaya hidup yang dimiliki orang-orang dengan *openness* yang dominan dapat berujung pada peningkatan keparahan dan kematian pada kasus-kasus penyakit kardiovaskular. Selain itu, studi yang dilakukan oleh Dash, *et al.*, 2019 mengemukakan bahwa karakter orang-orang dengan kepribadian *openness* dominan yang suka mengambil risiko dan mencoba hal-hal baru berhubungan dengan tingginya kasus gangguan penyalahgunaan *Cannabis* pada kelompok populasi ini. Salah satu contoh yang lebih ekstrem adalah studi yang dilakukan oleh Booth-Kewley & Vickers Jr. (1994) di mana orang-orang dengan *openness* yang dominan lebih berisiko melakukan penyalahgunaan obat-obatan terlarang.

Namun, terdapat juga beberapa studi di masa lampau yang kurang sejalan dengan hasil penelitian ini. Sebuah studi mengaitkan kepribadian *openness to experience* dengan kecerdasan yang lebih, sehingga biasanya akan cenderung

melakukan pola hidup yang sehat karena memiliki pengertian dan pengetahuan yang baik tentang kesehatan (Friedman, Kern and Reynolds, 2010). Selain itu, berkaitan dengan respon terhadap stres, studi lain mengungkapkan bahwa orang-orang dengan dimensi kepribadian *openness to experience* yang dominan lebih mampu meregulasi stres dan memiliki ketahanan yang lebih apabila mengalami situasi yang penuh dengan tekanan (Williams, Rau, Cribbett, & Gunn, 2009).

Bagi pasien yang sudah terkena penyakit jantung koroner, atau penyakit-penyakit kronis lainnya, *openness to experience* yang tinggi dinilai sebagai faktor yang berpengaruh positif terhadap pemulihan kondisi mereka secara fisik maupun dari sisi kualitas hidup secara umum. Sebuah studi menyatakan bahwa pasien-pasien penyakit kardiovaskular dengan *openness* yang dominan memiliki reaksi yang lebih adaptif dan fleksibel terhadap stres yang mereka alami sebagai pasien. Selain itu, ditinjau dari sisi fisik, pasien-pasien dengan *openness* yang tinggi memiliki profil aterosklerotik yang lebih baik dibandingkan pasien lainnya.

Kondisi psikologis yang baik, salah satunya optimisme, dikatakan memiliki peran dalam perbaikan kondisi jantung pasien-pasien penyakit kardiovaskular. Pasien-pasien dengan kondisi psikologis semacam ini mengalami komplikasi yang lebih rendah, kualitas hidup yang lebih baik, dan lebih jarang mengalami gejala-gejala fisik seperti nyeri. Selain itu, pasien penyakit kardiovaskular dengan kondisi psikologis yang baik juga lebih jarang mengalami revaskularisasi dan rehospitalisasi, bahkan pada pasien-pasien dengan komorbid.

6.3. Keterbatasan Penelitian

Studi mengenai kepribadian sudah dilaksanakan sejak lama oleh para cendekiawan dunia. Elemen-elemen dasar yang membentuk kepribadian dan

aspek-aspek yang membedakan antara satu kepribadian dengan kepribadian lainnya sudah lama diteliti oleh umat manusia. Namun, sepengetahuan peneliti, di Indonesia studi ini adalah studi yang tergolong cukup baru. Tentunya penelitian ini tidak luput dari keterbatasan. Jenis kelamin subjek penelitian yang dominan laki-laki dapat menjadi *confounding factor* dalam penentuan kepribadian. Keterbatasan yang lain adalah pelaksanaan penelitian ini secara daring sehubungan dengan kondisi pandemic COVID-19. Oleh karena itu, peneliti menerima segala masukan dan kritik membangun untuk penelitian ini.

BAB 7

PENUTUP

7.1. Simpulan

1. Secara demografis, rata-rata usia pasien penyakit jantung koroner tipe LAD di RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah $56,03 \pm 7,861$ tahun dan didominasi oleh jenis kelamin laki-laki (76,25%).
2. Tipe kepribadian dominan pada pasien penyakit jantung koroner tipe LAD di RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah *openness to experience* (41,25%).

7.2. Saran

1. Penelitian ini telah mengulas tipe kepribadian dominan pasien PJK tipe LAD, sehingga disarankan ke depannya dilaksanakan penelitian yang mengulas tipe kepribadian dominan pada kelompok pasien PJK tipe non-LAD.
2. Apabila di masa yang akan datang telah dilaksanakan penelitian mengenai tipe kepribadian dominan pasien PJK tipe non-LAD, disarankan untuk melakukan perbandingan dengan tipe kepribadian dominan pasien penyakit jantung koroner tipe LAD demi kemajuan ilmu pengetahuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambridge, B 2014, *Psy-Q: You know your IQ - now test your psychological intelligence*, London, Profile Books Ltd.
- American Heart Association, 2015a, Angina (Chest Pain), retrieved: June 8, 2021, from <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/angina-chest-pain>.
- American Heart Association, 2015b, Lifestyle Changes for Heart Attack Prevention, retrieved: June 6, 2021, from <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/life-after-a-heart-attack/lifestyle-changes-for-heart-attack-prevention>
- American Heart Association, 2020, Types of Heart Medications, retrieved: June 8, 2021, from <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/treatment-of-a-heart-attack/cardiac-medications>.
- Arsyi, DH, Permana, PBD, Karim, RI, & Abdurachman, 2022, 'The role of optimism in manifesting recovery outcomes after coronary artery bypass graft surgery: A systematic review.', *Journal of Psychosomatic Research*.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013, 'Riset Kesehatan Dasar 2013', *Riset Kesehatan Dasar 2013*.
- Bambra, C & Eikemo, TA, 2009, 'Welfare state regimes, unemployment and health: A comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries', *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol 63(2), pp. 92, 98.
- Bender, JR, Russell, KS, Rosenfeld, LE, & Chaudry, S 2011, *Oxford American Handbook of Cardiology*, 1st ed, New York, Oxford University Press, pp. 256-261.
- Booth-Kewley, SB & Vickers, Jr, RR, 1994, 'Associations between Major Domains of Personality and Health Behavior', *Journal of Personality*, vol 62(3).

- Campbell, TC, Parpia, B, & Chen, J, 1998, 'Diet, lifestyle, and the etiology of coronary artery disease: the Cornell China study', *The American journal of cardiology*, vol 82(10), pp. 18-21.
- Carver, CS & Connor-Smith, J, 2010, 'Personality and coping', *Annual Review of Psychology*, vol 61, pp. 679, 704.
- Centers for Disease Control and Prevention, 2019, Coronary Artery Disease (CAD), retrieved: June 4, 2021, from https://www.cdc.gov/heartdisease/coronary_ad.htm.
- Centers for Disease Control and Prevention, 2021, *Defining Adult Overweight and Obesity*. retrieved: June 6, 2021, from <https://www.cdc.gov/obesity/adult/defining.html>.
- Christensen, AJ, Ehlers, SL, Wiebe, JS, Moran, PJ, Raichle, K, Ferneyhough, K, & Lwuton, WJ, 2002, 'Patient personality and mortality: A 4-year prospective examination of chronic renal insufficiency', *Health Psychology*, vol 21(4), p. 315.
- Cleveland Clinic, 2020, Why a 'Widowmaker' Heart Attack is so Dangerous, retrieved: December 22, 2022, from <https://health.clevelandclinic.org/why-a-widowmaker-heart-attack-is-so-dangerous/>
- Costa, PT & McCrae, RR, 1992, Neo PI-R professional manual, Odessa, Psychological Assessment Resources.
- Costa, PT, & McCrae, RR, 2012, 'The Five-Factor Model, Five-Factor Theory, and Interpersonal Psychology', *Handbook of Interpersonal Psychology: Theory, Research, Assessment, and Therapeutic Interventions*, pp. 91, 104.
- Dash, GF, Slutske, WS, Martin, NG, Statham, DJ, Agrawal, A, & Lynskey, MT, 2019, 'Big Five personality traits and alcohol, nicotine, cannabis, and gambling

- disorder comorbidity’, *Psychology of Addictive Behaviors*, vol 33(4), p. 420.
- DeNeve, KM, 1999, ‘Happy as an extraverted clam? The role of personality for subjective well-being.’, *Current directions in psychological science*, vol 8(5), pp. 141-144.
- Denollet, J & Brutsaertm, DL, 1998, ‘Personality, Disease Severity, and the Risk of Long-term Cardiac Events in Patients with a Decreased Ejection Fraction After Myocardial Infarction’, *Circulation*, vol 97, pp. 167-173.
- Diener, E, Oishi, S, & Lucas, RE, 2003, ‘Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life.’, *Annual review of psychology*, vol 54(1), pp. 403-425.
- Drake, RL, Vogl, AW, & Mitchell, AWM 2019, *Gray Dasar-Dasar Anatomi*. 2nd ed, Singapore, Elsevier, pp. 107-108.
- Eldesouky, L, 2012, ‘Openness to experience and health: A review of the literature’, *The Yale Review of Undergraduate Research in Psychology*, vol 5, pp. 24-42.
- Ferreira-Gonzalez, I, 2014, ‘The epidemiology of coronary heart disease’, *Revista Espanola de Cardiologia (English Edition)*, vol 67(2), pp. 139-144.
- Friedman, HS, Kern, ML, & Reynolds, CA, 2010, ‘Personality and health, subjective well-being, and longevity’, *Journal of Personality*, vol 78, pp. 179, 216.
- Friedman, H, & Schustack, M, 2016, *Personality: Classic Theories and Modern Research*, 6th ed, New York, Pearson Education Inc.
- Gibbons, RJ, Chatterjee, K, Daley, J, Douglas, JS, Fihn, SD, Gardin, JM, & Smith Jr, SC, 1999, ‘ACC/AHA/ACP-ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina: Executive summary and recommendations: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients with Chronic

- Stable Angina)', *Circulation*, vol 99(21), pp. 2829, 2848.
- Graham, JE, Christian, LM, & Kiecolt-Glaser, JK, 2006, 'Stress, age, and immune function: Toward a lifespan approach', *Journal of Behavioral Medicine*, vol 29, pp. 389, 400.
- Graziano, WG & Tobin, RM, 2009, 'Agreeableness', in MR Leary & RH Hoyle, *Handbook of individual differences in social behavior*, New York, The Guilford Press, pp. 46–61.
- Hall, JF 2019, *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*, 13th ed, Singapore, Elsevier, p. 275.
- Hakulinen, C, 2015, 'Personality and Alcohol Consumption: Pooled Analysis of 72,949 Adults from Eight Cohort Studies', *Drug Alcohol Dependant*, pp. 110-114.
- Jerram, KL & Coleman, PG, 1999, 'The big five personality traits and reporting of health problems and health behavior in old age', *British Journal of Health Psychology*, vol 4(2), pp. 181-192.
- Jokela, M, 2013, 'Association of personality with the development and persistence of obesity: a meta-analysis based on individual-participant data', *Obes Rev*, vol 14, pp. 315-323.
- Jokela, M, Hakulinen, C, Singh-Manoux, A, & Kivimaki, A, 2014, 'Personality change associated with chronic diseases: pooled analysis of four perspective cohort studies', *Psychological Medicine*, vol 44, pp. 2629-2640.
- Jonassaint, CR, Boyle, SH, Williams, RB, Mark, DB, Siegler, IC, & Barefoot, JC, 2007, 'Facets of openness predict mortality in patient with cardiac disease', *Psychosomatic Medicine*, vol 69(4), pp. 319-322.
- Intan Arovah, N, 2015 'Penegakan Diagnosis Penyakit Jantung Koroner Dengan Prosedur Uji Latih Jantung', *Medikora*, vol 1.
- Katzung, BG 2018, *Basic and Clinical Pharmacology*, 14th ed. New York, McGraw-

- Hill Education, pp. 632-636.
- Kazdin, AE 2000, *Encyclopedia of Psychology*, Oxford, American Psychological Association.
- Kern, ML & Friedman, HS, 2011, 'Personality and pathways of influence on physical health', *Social and Personality Psychology Compass*, vol 5(1), pp. 76, 87.
- Khan, MA, Hashim, MJ, Mustafa, H, Baniyas, MY, Al Suwaidi, SKBM, AlKatheeri, R, Alblooshi, FMK, Almatrooshi, MEAH, Alzaabi, MEH, Al Darmaki, RS, & Lootah, SNAH, 2020, 'Global Epidemiology of Ischemic Heart Disease: Results from the Global Burden of Disease Study', *Cureus*, vol 12(7).
- Kye, SY & Park, K, 2012, 'Psychosocial Factors and Health Behavior among Korean', *Asian Pasific Journl of Cancer Prevention*, vol 13, pp. 49-56.
- Laney, M 2002, *The Introvert Advantage: How to Thrive in an Extrovert World*, New York, Workman Pub, pp. 28-35.
- Mandava, P & Kent, T 2018. Homocystinuria/Homocysteinemia, retrieved: June 5, 2021 from <https://emedicine.medscape.com/article/1952251-overview>.
- Markon, KE, Krueger, RF, & Watson, D, 2005, 'Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach', *Journal of Personality and Social Psychology*, vol 88(1), pp. 139, 157.
- McCrae, RR & Costa, PT 2008, 'Empirical and theoretical status of the Five-Factor Model of personality traits', in G Boyle, G Matthews, & D Saklofske, *Sage Handbook of Personality Theory and Assessment*, vol 1, Los Angeles, Sage, pp. 273–294.
- McCrae, RR, Costa, PT, & Martin, TA, 2005, 'The NEO-PI-3: A more readable Revised NEO Personality Inventory', *Journal of Personality Assessment*, vol 84(3), pp. 261, 270.

- McKenzie, WB, McCredie, RM, McGilchrist, CA, & Wilcken, DE, 1986, 'Smoking: a major predictor of left ventricular function after occlusion of the left anterior descending coronary artery', *Heart*, vol 56(6), pp. 496-500.
- Murray, RK, Bender, DA, Botham, KM, Kennelly, PJ, Rodwell, VW, Weil, PA 2012, Biokimia Harper, 29th ed. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC, p. 851.
- Netter, FH 2016, Atlas Anatomi Manusia, 6th ed, Singapore, Elsevier, p. 215.
- Nevvazhay, ID, 2006, 'Einstein's Beliefs about Physical Reality and Consciousness', *InAIP Conference Proceedings*, vol 861(1), pp. 1132-1138.
- O'Suilleabhain, PS, Howard, S, Hughes, BM, 2018, 'Openness to experience and stress responsivity: An examination of cardiovascular and underlying hemodynamic trajectories within an acute stress exposure', *PloS one*, vol 13(6).
- Petrie, KJ, Booth, RJ, & Pennebaker, JW, 1998, 'The immunological effects of thought suppresion', *Journal of personality and social psychology*, vol 75(5), p. 1264.
- Pyszczynski, T, Holt, K, & Greenberg, J, 1987, 'Depression, self-focused attention, and expectancies for positive and negative future life events for self and others', *Journal of personality and social psychology*, vol 52(5), p. 994.
- Rafieian-Kopaei, M, Setorki, M, Doudi, M, Baradaran, A, & Nasri, H, 2014), 'Atherosclerosis: Process, indicators, risk factors and new hopes', *International Journal of Preventive Medicine*, vol 5(8), p. 927.
- Roberts, BW, Jackson, JJ, Fayard, JV, Edmonds, G, & Meints, J, 2009, 'Conscientiousness', in MR Leary & RH Hoyle, *Handbook of individual differences in social behavior*. New York, The Guilford Press, pp. 369–381.
- Roth, GA, Johnson, C, Abajobir, A, Abd-Allah, F, Abera, SF, Abyu, G, Ahmed, M, Aksut, B, Alam, T, Alam, K, & Alla, F, 2017, 'Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015', *Journal of*

- the American College of Cardiology*, vol 70(1), pp. 1, 25.
- Sahoo, S, Padhy, SK, Padhee, B, Singla, N, & Sarkar, S, 2018, 'Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too!', *Indian Heart Journal*, vol 70, pp. S471, S477.
- Salovey, P, Rothman, AJ, Detweiler, JB, & Steward, WT, 2000, 'Emotional states and physical health', *American psychologist*, vol 55(1), p. 110.
- Sanchis-Gomar, F, Perez-Quilis, C, Leischik, R, & Lucia, A, 2016, 'Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome', *Annals of translational medicine*, vol 4(13).
- Saxton, A & Manna, B, 2019. Anatomy, Thorax, Heart Right Coronary Arteries, *StatPearls [Internet]*.
- Stone, SV, & Costa Jr., PT, 1990, 'Disease-prone personality or distress-prone personality? The role of neuroticism in coronary heart disease'.
- Suls, J & Bunde, J, 2005, 'Anger, Anxiety, and Depression as Risk Factors for Cardiovascular Disease: The Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions.', *Psychological Bulletin*, vol 131(2).
- Sutin, AR, Zonderman, AB, Ferrucci, L, & Terracciano, A, 2013, 'Personality traits and chronic disease: Implications for adult personality development.', *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol 68(6), pp. 912, 920.
- Taylor, SE 2007, 'Social support', in HS Friedman & RC Silva, *Foundation of Health Psychology*. New York, Oxford University Press, pp. 145–171.
- Thygesen, K, Alpert, JS, & White, HD, 2007, 'Universal Definition of Myocardial Infarction', *Journal of the American College of Cardiology*, vol 50(22), pp. 2173, 2195.

- Toegel, G & Barsoux, JL, 2012, 'How to become a better leader', *MIT Sloan Management Review*, vol 53(3), pp. 51, 60.
- Topol, EJ, Califf, RM, Prystowsky, EN, Thomas, JD, Thompson, PD, Textbook of Cardiovascular Medicine, 3rd ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, p. 283.
- Torres, AA, 2006, 'Personality characteristics as predictors of health risk behaviors', *McNair Scholars Journal*, vol 2(1), p. 10.
- von Kanel, R, Mills, PJ, Fainman, C, & Dimsdale, JE, 2001, 'Effects of psychological stress and psychiatric disorders on blood coagulation and fibrinolysis: a biobehavioral pathway to coronary artery disease?', *Psychosomatic medicine*, vol 63(4), pp. 531-544.
- Weiner, IB, & Greene, RL, 2017, Handbook of Personality Assessment Second Edition, 2nd ed, New Jersey, John Wiley & Sons.
- Widiger, TA, 2009, 'Neuroticism', in MR Leary & RH Hoyle, *Handbook of individual differences in social behavior*, New York, The Guilford Press, pp. 129–146.
- Williams, PG, Rau, HK, Cribbet, MR, & Gunn, HE, 2009, 'Openness to experience and stress regulation.', *Journal of Research in Personality*, vol 43(5), pp. 777-784.
- Wolfenstein, M & Trull, TJ, 1997, 'Depression and Openness to Experience', *Journal of Research in Personality*, vol 43, pp. 777-784.
- World Health Organization, (n.d.), Cardiovascular Diseases, retrieved: May 17, 2021, from https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1.
- Yamagata, S, Suzuki, A, Ando, J, Ono, Y, Kijima, N, & Yoshimura, K, 'Is the genetic structure of human personality universal? A cross-cultural twin study from North America, Europe, and Asia', *Journal of Personality and Social Psychology*, vol 90(6), pp. 987, 998.

Zipes, D. *et al.* (2019) *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 11th edn. Philadelphia: Elsevier/Saunders.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 Sertifikat Laik Etik (*Ethical Clearance*)

	
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA	
KETERANGAN KELAIKAN ETIK (" ETHICAL CLEARANCE ")	
0359/KEPK/I/2022	
KOMITE ETIK RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN JUDUL :	
" Tipe Kepribadian Dominan pada Pasien Left Anterior Descending (LAD) Coronary Artery Disease di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Menurut Teori The Big Five Personality Traits "	
PENELITI UTAMA : dr. Raden Mohammad Budiarto, Sp.JP (K), FIHA	
PENELITI LAIN : 1. Prof. Dr. dr. Abdurachman, M.Kes., PA (K)	
2. Mario Hasoloan Sebastian	
UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN : RSUD Dr. Soetomo	
DINYATAKAN LAIK ETIK	
Berlaku dari : 19/01/2022 s.d 19/01/2023 Surabaya, 19 Januari 2022	
 (Prof. Dr. Hendy Hendarto, dr., SpOG (K)) NIP. 19610817 201601 6 101	
*) Sertifikat ini dinyatakan sah apabila telah mendapatkan stempel asli dari Komite Etik Penelitian Kesehatan	

LAMPIRAN 2 Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
SMF PENYAKIT JANTUNG & PEMBULUH DARAH
Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Telp. 5023277-5501601
SURABAYA



NOTA DINAS

Kepada Yth : Kepala Bidang Litbang
Dari : Ketua Dept./ SMF Kardiologi & Kedokteran Vaskular
Tanggal : 24 September 2021
Nomor : 229/301.9/SMF-PJ/IX/2021
Lampiran : --
Prihal : Ijin Penelitian dan Pembimbing Klinis
a.n Mario Hasoloan Sebastian

Menjawab surat Saudara nomor : 070/064/301.4.2/Litb/IX/2021 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini kami beritahukan bahwa pada dasarnya tidak keberatan dan memberikan ijin kepada :

Mario Hasoloan Sebastian

NIM/NRP. 01191133206

untuk melakukan penelitian di Departemen/ SMF Kardiologi & Kedokteran Vaskular RSUD Dr. Soetomo dengan judul : "Tipe Kepribadian Dominan pada Pasien Left Anterior Descending (LAD) Coronary Artery Disease di RSUD Dr Soetomo Surabaya Menurut Teori The Big Five Personality Traits " dengan pembimbing klinis Raden Mohammad Budiarto, dr., SpJP(K), FIHA.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Ketua Dep/KSM



Prof. Dr. Yudi Her Oktaviono, dr., SpJP(K), MM
NIP. 19651008-199001 1 001

Tindakan Yth :

- Direktur Utama RSUD Dr. Soetomo (sebagai laporan)
- Direktur Pendidikan Profesi dan Penelitian
- Arsip

LAMPIRAN 3 Sertifikat *Good Clinical Practice*

	PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO Jl. Prof. Dr. Moestopo 6-8, Telp. 031-5501111, 1222, 1333, 1444, Fax. 031-5022068, 5028735. <u>SURABAYA - 60286</u>	 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
SURAT KETERANGAN No. : 070/0515/CRU/VIII/2021		
Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan, bahwa :		
Nama	:	Mario Hasoloan Sebastian
NIM	:	011971133206
Asal SMF/Instalasi	:	FK UNAIR
Telah menerima pemaparan terkait <i>Good Clinical Practice (GCP) Singkat</i> dari Sekretariat Tim CRU (<i>Clinical Research Unit</i>) Bidang Penelitian dan Pengembangan, Tanggal 02 AUG 2021 Jam 9.00		
Demikian surat keterangan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.		
Surabaya, 03 AUG 2021		
Sekretariat Tim <i>Clinical Research Unit (CRU)</i>		
 <u>Wini Damayanti Hasan, S.Kep., Ns.</u>		
Nb : Surat Keterangan Berlaku Sampai 1 Tahun		

LAMPIRAN 4 *Information for Consent* dan *Informed Consent*



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO**

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Telp. 5501111
SURABAYA 60286



Penjelasan Untuk Mendapatkan Persetujuan (Information for Consent)

Judul Penelitian:

**TIPE KEPERIBADIAN DOMINAN PADA PASIEN *LEFT ANTERIOR DESCENDING (LAD) CORONARY ARTERY DISEASE* DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA
MENURUT *TEORI THE BIG FIVE PERSONALITY TRAITS***

Bapak/Ibu/Saudara yang kami hormati, kami dosen dan mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga berencana untuk melakukan penelitian dengan judul tersebut di atas.

Tim Peneliti Terdiri Dari:

1. Peneliti 1: dr. Raden Mohammad Budiarto, Sp.JP (K), FIHA
2. Peneliti 2: Prof. Dr. Abdurachman, dr., M.Kes., PA (K)
3. Peneliti 3: Mario Hasoloan Sebastian

Latar Belakang Penelitian:

Pasien-pasien pada setiap kelompok penyakit tertentu memiliki tipe kepribadian yang dominan dan menjadi ciri khas pada penyakit tersebut. Terapi atau penanganan pada pasien juga dapat diberikan secara lebih maksimal apabila disesuaikan dengan tipe kepribadian yang dominan pada penyakit yang akan diterapi. Melalui penelitian ini, kami ingin mengetahui tipe kepribadian apa yang dominan pada pasien penyakit jantung koroner tipe LAD sehingga ke depannya terapi dan penanganan pasien-pasien penyakit ini dapat diberikan secara lebih optimal.

Tujuan Penelitian:

Penelitian ini bertujuan mengetahui tipe kepribadian yang dominan pada pasien penyakit jantung koroner tipe LAD. Diharapkan dengan diperolehnya fakta tersebut, pasien dapat mendapatkan penanganan yang lebih optimal.



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO**

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Telp. 5501111
SURABAYA 60286



Manfaat Yang Bapak/Ibu/Saudara Dapatkan Dengan Ikut Serta Dalam Penelitian Ini:

Dengan ikut serta dalam penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara ikut berperan menemukan tipe kepribadian apa yang dominan pada pasien penyakit jantung koroner tipe LAD sehingga nantinya penanganan pasien dapat diberikan secara lebih sesuai dengan tipe kepribadian tersebut.

Resiko Apa Yang Mungkin Bapak/Ibu/Saudara Alami Jika Ikut Serta Dalam Penelitian Ini:

Jika Bapak/Ibu/Saudara ikut serta dalam penelitian ini, tidak akan ada risiko yang terjadi. Bapak/Ibu/Saudara hanya akan diminta menjawab kuesioner kepribadian dengan sejujur-jujurnya.

Prosedur Yang Akan Bapak/Ibu/Saudara Alami Jika Ikut Dalam Penelitian:

1. Bapak/Ibu/Saudara akan mendapatkan penjelasan tentang penelitian ini.
2. Jika Bapak/Ibu/Saudara berkenan ikut serta dalam penelitian, Anda akan diminta secara sukarela menandatangani lembar persetujuan ikut serta dalam penelitian.
3. Subjek penelitian akan diberikan kuesioner kepribadian yang terdiri atas 50 butir pertanyaan. Setiap subjek akan diminta untuk menjawab kuesioner dengan sejujur-jujurnya.

Jaminan Kerahasiaan:

Apabila Bapak/Ibu/Saudara ikut serta dalam penelitian ini, maka data pribadi Anda akan dijaga kerahasiaannya oleh tim peneliti. Dalam lembar pengumpul data, identitas Anda akan disamarkan dengan hanya menampilkan inisial dan nomor rekam medik yang disamarkan. Hanya tim peneliti yang mempunyai akses untuk mendapatkan data-data identitas Anda yang



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO**

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Telp. 5501111
SURABAYA 60286



sebenarnya. Dalam laporan penelitian atau publikasi tentang penelitian ini, identitas Anda sama sekali tidak akan dimunculkan.

Hak Untuk Menolak Menjadi Subjek Penelitian:

Anda berhak untuk menolak menjadi subjek penelitian ini, karena keikutsertaan Anda berdasarkan atas kesukarelaan. Tidak ada pihak manapun termasuk peneliti yang akan memaksakan keikutsertaan Anda. Walaupun Anda menolak untuk menjadi subjek penelitian, tim peneliti menjamin bahwa pelayanan yang Anda terima sebagai pasien tidak akan dibedakan dengan pasien lainnya, dan Anda tetap akan mendapatkan pelayanan sebagaimana mestinya sesuai indikasi.

Hak Dan Kewajiban Sebagai Subjek Penelitian:

Sebagai subjek penelitian, Bapak/Ibu/Saudara berhak untuk mendapatkan informasi yang sejujur-jujurnya dari tim peneliti.

Sebagai subjek penelitian, Anda wajib mengikuti prosedur penelitian yang telah ditetapkan dan mengikuti instruksi tim peneliti. Bila Anda tidak mentaati prosedur penelitian/instruksi tim peneliti, maka Anda dapat dikeluarkan setiap saat dari penelitian ini.

Hak Untuk Mengundurkan Diri:

Keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini dilakukan secara sukarela. Anda dapat sewaktu-waktu mengundurkan diri dari penelitian ini dengan alasan apapun dan tidak akan mendapatkan sanksi, denda, ataupun kehilangan manfaat lainnya. Walaupun Anda mengundurkan diri, hal tersebut tidak akan mempengaruhi hubungan Anda dengan dokter Anda yang akan menawarkan pilihan pengobatan lainnya. Anda tetap akan mendapatkan pelayanan standar sebagaimana mestinya sesuai indikasi.



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO**

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Telp. 5501111
SURABAYA 60286



Penghentian Penelitian:

Peneliti dapat menghentikan penelitian ini dengan ataupun tanpa persetujuan Anda dengan berbagai pertimbangan. Dokter Anda dapat memutuskan untuk menghentikan keikutsertaan Anda dalam penelitian ini jika berdasarkan pertimbangannya penelitian ini dapat membahayakan Anda, atau jika Anda mengalami perburukan kondisi, atau timbulnya efek samping yang dianggap lebih besar daripada manfaat dari perlakuan yang diberikan dalam penelitian ini.

Ganti Rugi/Kompensasi Untuk Keikutsertaan Anda Dalam Penelitian Ini:

Sebagai responden dalam penelitian ini, Anda akan mendapatkan kompensasi berupa botol minum yang bisa dipakai ulang dan pamflet edukasi kesehatan jantung. Walaupun sudah dilakukan semua upaya untuk meminimalkan resiko dalam penelitian ini, selalu masih ada kemungkinan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan. Bilamana hal itu terjadi, maka tim peneliti akan menangani semua kejadian yang terkait dengan penelitian ini sesuai prosedur dan standar yang berlaku di RSUD Dr. Soetomo sampai Anda dinyatakan pulih.

Kontak Yang Bisa Dihubungi Setiap Saat:

Sebagai subjek penelitian, Anda dapat sewaktu-waktu mengajukan pertanyaan, dan mendapatkan informasi dengan menghubungi tim peneliti. Nomor kontak yang dapat dihubungi sewaktu-waktu adalah:

- | | |
|---|------------------|
| 1. Mario Hasoloan Sebastian (Peneliti 3) | HP: 081233821835 |
| 2. dr. Raden Mohammad Budiarto, Sp.JP(K), FIHA (Peneliti 1) | HP: 08123000579 |
| 3. Prof. Dr. Abdurachman, dr., M.Kes., PA(K) (Peneliti 2) | HP: 0811308414 |

Yang menerima penjelasan

Surabaya,.....

Yang memberi penjelasan



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO

Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Telp. 5501111
SURABAYA 60286



()

Saksi I

()

Saksi II

()

()

LEMBAR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN (*Informed consent*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :
Tlp / Email :

Sesudah mendengarkan penjelasan yang diberikan dan diberikan kesempatan untuk menanyakan yang belum dimengerti, dengan ini memberikan:

PERSETUJUAN

Mengikuti penelitian sebagai subyek penelitian dengan judul penelitian:

“TIPE KEPERIBADIAN DOMINAN PADA PASIEN *LEFT ANTERIOR DESCENDING (LAD) CORONARY ARTERY DISEASE* DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA MENURUT TEORI *THE BIG FIVE PERSONALITY TRAITS* ”

dan sewaktu-waktu saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Surabaya, ...
Yang Membuat Pernyataan

(.....)

Saksi 1

Saksi 2

(.....)

(.....)

LAMPIRAN 5 Kuesioner Penelitian

Kuesioner "Tipe Kepribadian Dominan pada Pasien Left Anterior Descending (LAD) Coronary Artery Disease di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Menurut Teori The Big Five Personality Traits"

 mariostoragedrive@gmail.com (not shared) [Switch accounts](#) 

*Required

Kuesioner "Tipe Kepribadian Dominan pada Pasien Left Anterior Descending (LAD) Coronary Artery Disease di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Menurut Teori The Big Five Personality Traits"

Mohon mengisi identitas Bapak/Ibu

Nama lengkap *

Your answer

Umur *

Your answer

Jenis kelamin *

☐ Laki-laki

☐ Perempuan

Saya BERSEDIA menjadi responden penelitian dengan sukarela dan tanpa keterpaksaan. *

☐ Ya, saya bersedia

Back Next Clear form

Kuesioner "Tipe Kepribadian Dominan pada Pasien Left Anterior Descending (LAD) Coronary Artery Disease di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Menurut Teori The Big Five Personality Traits"

1. Saya mempunyai ambisi lebih besar, tenaga lebih *
banyak dan terencana daripada orang lain

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

2. Kesehatan saya mudah terpengaruh oleh perubahan mendadak *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

3. Sewaktu waktu dibutuhkan, saya punya tenaga dan pikiran *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

4. Saya senang membaca *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

5. Pada waktu luang, saya memanfaatkan ngobrol dengan teman-teman *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

6. Saya lebih senang melakukan pekerjaan-pekerjaan tertentu daripada bermain/ silaturrahi ke rumah teman *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

7. Saya lebih menghargai jerih payah tenaga manusia daripada tenaga mesin walaupun hasilnya lebih baik dalam pekerjaan *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

8. Saya rasanya ingin memperolok orang-orang yang melakukan hal-hal yang saya anggap bodoh *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

9. Saya bahagia menjalani hidup ini walaupun masalah tetap selalu ada *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

10. Saya tidak suka terburu-buru dalam melakukan pekerjaan apapun *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

11. Saya suka menceritakan apa saja ketika bertemu dengan teman ataupun orang yang baru kenal *

Tidak pernah 1 2 3 4 5 Selalu

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

12. Saya suka mencoba melakukan hal-hal baru *

Tidak pernah 1 2 3 4 5 Selalu

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13. Saya berlaku ramah kepada siapapun *

Tidak pernah 1 2 3 4 5 Selalu

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14. Saya memikirkan kondisi kesehatan saya terus menerus *

Tidak pernah 1 2 3 4 5 Selalu

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15. Saya menjalankan semua anjuran dokter dan minum obat secara teratur sampai habis. *

Tidak pernah 1 2 3 4 5 Selalu

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16. Saya cenderung santai dalam beraktivitas apapun *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

17. Walaupun saya divonis suatu penyakit tertentu, tetap tidak menyurutkan usaha saya untuk sembuh. *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

18. Saya merasa gerak gerik saya diperhatikan oleh orang lain *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

19. Saya suka bertahan menghadapi suatu masalah, sekalipun tampaknya saya tak akan berhasil *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

20. Saya canggung bila berhadapan dengan orang lain yang menurut saya kemampuannya melebihi diri saya. *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

21. Sakit yang saya rasakan menjadikan saya semakin dekat dengan Tuhan dan lebih banyak bersyukur ketika sehat *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

22. Saya merasa sedih oleh ketidakmampuan saya sendiri untuk menghadapi pelbagai macam keadaan *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

23. Saya suka merencanakan dan mengatur detail-detail dari setiap pekerjaan yang harus saya lakukan *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

24. Saya termasuk orang yang kaku dan tidak suka perubahan dalam hidup *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

25. Saya lebih baik menghindar dari teman-teman ketika sedang sakit *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

26. Saya senang dengan perubahan-perubahan baru dan lebih baik *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

27. Saya suka berbicara tentang hal-hal yang sudah saya capai *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

28. Banyak hal yang harus saya pertimbangkan sebelum mengambil keputusan *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

29. Saya menikmati perjalanan hidup saya sebagai suatu hal yang positif yang patut disyukuri apapun keadaannya *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

30. Saya takut mengecewakan orang lain, sehingga harus mengikuti apa yang orang lain inginkan dari diri saya *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

31. Saya lebih suka melakukan pekerjaan apapun sendiri daripada bersama-sama *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

32. Saya mudah marah bila mendapat perlakuan/pelayanan yang tidak sesuai harapan saya *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

33. Saya takut melakukan sesuatu yang salah sehingga tidak berani menentang keputusan pimpinan/orang yang berwenang *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

34. Ketika saya menghadapi kegagalan, saya akan berusaha melakukan lebih baik lagi agar di masa mendatang berhasil *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

35. Saya tidak berani mengambil keputusan dalam segala hal sebelum paham benar terhadap akibat dan resiko yang akan saya tanggung *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

36. Hidup saya teratur dan terencana *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

37. Saya mudah tertekan dengan segala hal yang menurut saya sulit untuk saya lakukan *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

38. Saya suka menolong teman-teman yang sedang dalam kesulitan *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

39. Saya suka melakukan hal-hal yang dianggap orang lain tidak sesuai dengan adat kebiasaan *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

40. Saya tidak bisa tidak menghubungi teman-teman dalam sehari *

	1	2	3	4	5	
Tidak pernah	☐	☐	☐	☐	☐	Selalu

Back

Submit

Clear form



Kuesioner Big Five**BLUE PRINT ALAT UKUR TRAIT**

TRAIT	item		
	FAVOURABLE	UNFAVOURABLE	TOTAL
Conscientiousness	1, 15, 23, 36	10, 16, 28, 35	8
Neuroticism	2, 14, 22, 37	9, 17, 29, 34	8
Agreeableness	3, 13, 21, 38	8, 18, 30, 33	8
Openness	4, 12, 26, 39	7, 19, 24, 32	8
Ekstraversi	5, 11, 27, 40	6, 20, 25, 31	8
TOTAL			40

KUESIONER

Berikut ini disediakan 40 pernyataan, jawablah secara jujur yang paling menggambarkan diri anda, sesuai dengan kenyataan yang ada pada diri anda saat ini.

Usahakan memilih jawaban di kotak 1, 2, 4 atau 5. Bila anda merasa benar-benar ragu, anda bisa memilih 3.

Masing-masing kolom kosong mewakili jawaban sebagai berikut:

1 2 3 4 5
Tidak pernah Jarang Kadang-kadang Sering Selalu

NO	PERNYATAAN	1	2	3	4	5
1.	Saya mempunyai ambisi lebih besar, tenaga lebih banyak dan terencana daripada orang lain					
2.	Kesehatan saya mudah terpengaruh oleh perubahan mendadak					
3.	Sewaktu waktu dibutuhkan, saya punya tenaga dan pikiran					
4.	Saya senang membaca					
5.	Pada waktu luang, saya memanfaatkan ngobrol dengan teman-teman					
6.	Saya lebih senang melakukan pekerjaan-pekerjaan tertentu daripada bermain/ silaturahmi ke rumah teman					
7.	Saya lebih menghargai jerih payah tenaga manusia daripada tenaga mesin walaupun hasilnya lebih baik dalam pekerjaan					
8.	Saya rasanya ingin memperolok orang-orang yang melakukan hal-hal yang saya anggap bodoh					
9.	Saya bahagia menjalani hidup ini walaupun masalah tetap selalu ada					
10.	Saya tidak suka terburu-buru dalam melakukan pekerjaan apapun					
11.	Saya suka menceritakan apa saja ketika bertemu dengan teman ataupun orang yang baru kenal					
12.	Saya suka mencoba melakukan hal-hal yang baru					
13.	Saya berlaku ramah kepada siapapun					
14.	Saya memikirkan kondisi kesehatan saya terus menerus					
15.	Saya menjalankan semua anjuran dokter dan minum obat secara teratur sampai habis.					
16.	Saya cenderung santai dalam beraktivitas apapun					
17.	Walaupun saya divonis suatu penyakit tertentu, tetap tidak menyurutkan usaha saya untuk sembuh.					
18.	Saya merasa gerak gerik saya diperhatikan oleh orang lain					
19.	Saya suka bertahan menghadapi suatu masalah, sekalipun tampaknya saya tak akan berhasil					
20.	Saya canggung bila berhadapan dengan orang lain yang menurut saya kemampuannya melebihi diri saya.					

21.	Sakit yang saya rasakan menjadikan saya semakin dekat dengan Tuhan dan lebih banyak bersyukur ketika sehat				
22.	Saya merasa sedih oleh ketidakmampuan saya sendiri untuk menghadapi pelbagai macam keadaan				
23.	Saya suka merencanakan dan mengatur detail-detail dari setiap pekerjaan yang harus saya lakukan				
24.	Saya termasuk orang yang kaku dan tidak suka perubahan dalam hidup				
25.	Saya lebih baik menghindari dari teman-teman ketika sedang sakit				
26.	Saya senang dengan perubahan-perubahan baru dan lebih baik				
27.	Saya suka berbicara tentang hal-hal yang sudah saya capai				
28.	Banyak hal yang harus saya pertimbangkan sebelum mengambil keputusan				
29.	Saya menikmati perjalanan hidup saya sebagai suatu hal yang positif yang patut disyukuri apapun keadaannya.				
30.	Saya takut mengecewakan orang lain, sehingga harus mengikuti apa yang orang lain inginkan dari diri saya				
31.	Saya lebih suka melakukan pekerjaan apapun sendiri daripada bersama-sama				
32.	Saya mudah marah bila mendapat perlakuan/pelayanan yang tidak sesuai harapan saya				
33.	Saya takut melakukan sesuatu yang salah sehingga tidak berani menentang keputusan pimpinan/orang yang berwenang				
34.	Ketika saya menghadapi kegagalan, saya akan berusaha melakukan lebih baik lagi agar di masa mendatang berhasil				
35.	Saya tidak berani mengambil keputusan dalam segala hal sebelum paham benar terhadap akibat dan resiko yang akan saya tanggung				
36.	Hidup saya teratur dan terencana				
37.	Saya mudah tertekan dengan segala hal yang menurut saya sulit untuk saya lakukan				
38.	Saya suka menolong teman-teman yang sedang dalam kesulitan				
39.	Saya suka melakukan hal-hal yang dianggap orang lain tidak sesuai dengan adat kebiasaan				
40.	Saya tidak bisa tidak menghubungi teman-teman dalam sehari				

- Skor adalah total nilai yang diperoleh berdasarkan pengelompokan nomer-nomer item yang ada pada blue print. Misal Conscientiousness, skor diperoleh dari total nilai dari nomer item 1, 15, 23, 36, 10, 16, 28, 35.
- Skor tertinggi menunjukkan trait paling dominan pada individu ☐

LAMPIRAN 6 Statistika Deskriptif

		Statistics				
		Openness to Experience	Conscientiousness	Extraversion	Agreeableness	Neuroticism
N	Valid	80	80	80	80	80
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		28.65	26.11	25.49	26.98	22.04
Median		27.00	25.00	25.00	27.00	22.00
Std. Deviation		5.998	4.483	4.118	4.472	4.280
Range		26	18	17	22	22
Minimum		13	18	18	15	10
Maximum		39	36	35	37	32

Statistics		
Usia		
N	Valid	80
	Missing	0
Mean		56.03
Median		56.00
Std. Deviation		7.861
Range		36
Minimum		37
Maximum		73

LAMPIRAN 7 Biaya dan Jadwal Penelitian

No.	Jenis Pengeluaran	Pengeluaran per satuan	Jumlah satuan	Total
1.	Pengambilan data di rawat jalan	Rp450.000,00	1	Rp450.000,00

Jadwal Kegiatan	Tanggal Pelaksanaan
Studi Pustaka	April 2021 – November 2022
Pembuatan proposal	April 2021 – Juni 2021
Seminar proposal	Juni 2021
Revisi seminar proposal	Juni 2021 – Agustus 2021
Uji etik	Desember 2021 – Januari 2022
Pelaksanaan penelitian	Februari 2022 – Oktober 2022
Analisis data	Oktober 2022
Penulisan hasil penelitian	Oktober 2022 – November 2022
Seminar hasil penelitian	November 2022