

SKRIPSI

2023

GAMBARAN KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN PENYAKIT JANTUNG
KORONER DI PUSAT JANTUNG TERPADU RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
PERIODE JANUARI–AGUSTUS 2023



DISUSUN OLEH:

Andi Muthiah Nur Inayah Rahman

C011201059

PEMBIMBING:

Dr. dr. Abdul Hakim Alkatiri, Sp.JP(K), FIHA

DISUSUN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK MENYELESAIKAN
STUDI PADA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

**GAMBARAN KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN PENYAKIT JANTUNG
KORONER DI PUSAT JANTUNG TERPADU RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
PERIODE JANUARI-AGUSTUS 2023**

SKRIPSI

**Diajukan kepada Universitas Hasanuddin
Untuk Melengkapi Salah Satu Syarat
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran**

**Andi Muthiah Nur Inayah Rahman
C011201059**

**Pembimbing:
Dr. dr. Abdul Hakim Alkatiri, Sp.JP(K), FIHA
NIP. 19680708 199903 1 002**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2023**

TAHUN 2023

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Usulan penelitian ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Andi Muthiah Nur Inayah Rahman

NIM : C011201059

Tanda Tangan :

Tanggal : 21 Desember 2023

Tulisan ini sudah dicek (beri tanda ✓)

No.	Rincian yang harus di'cek'	✓
1	Menggunakan Bahasa Indonesia sesuai Ejaan Yang Disempurnakan	✓
2	Semua bahasa yang bukan Bahasa Indonesia sudah dimiringkan	✓
3	Gambar yang digunakan berhubungan dengan teks dan referensi disertakan	✓
4	Kalimat yang diambil sudah di paraphrase sehingga strukturnya berbeda dari kalimat asalnya	✓
5	Referensi telah ditulis dengan benar	✓
6	Referensi yang digunakan adalah yang dipublikasi dalam 10 tahun terakhir	✓
7	Sumber referensi 70% berasal dari jurnal	✓
8	Kalimat tanpa tanda kutipan merupakan kalimat saya	✓

HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar hasil di Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul:

“GAMBARAN KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI PUSAT JANTUNG TERPADU RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR PERIODE JANUARI-AGUSTUS 2023”

Hari/Tanggal : Kamis, 21 Desember 2023

Waktu : 13.00 WITA

Tempat : Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo

Makassar, 21 Desember 2023

Pembimbing


Dr. dr. Abdul Hakim Alkatiri, Sp.JP(K), FIHA

NIP. 19680708 199903 1 002

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Andi Muthiah Nur Inayah Rahman
NIM : C011201059
Fakultas/Program Studi : Kedokteran/Pendidikan Dokter
Judul Skripsi : Gambaran Kepatuhan Minum Obat Pasien Penyakit
Jantung Koroner di PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
Makassar Periode Januari–Agustus 2023

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai bahan persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran pada pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. Abdul Hakim Alkatiri, Sp.JP(K), FIHA (.....)

Penguji 1 : Prof. dr. Peter Kabo, Ph.D, Sp.FK, Sp.JP, FIHA, FAsCC (.....)

Penguji 2 : Dr. dr. Khalid Saleh, Sp.PD-KKV, FINASIM, M.Kes (.....)

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 21 Desember 2023

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**“GAMBARAN KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN PENYAKIT JANTUNG
KORONER DI PUSAT JANTUNG TERPADU RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
PERIODE JANUARI–AGUSTUS 2023”**

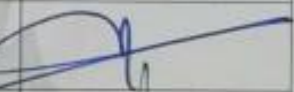
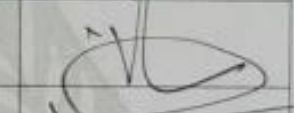
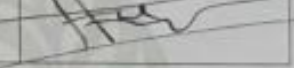
Disusun dan Diajukan Oleh:

Andi Muthiah Nur Inayah Rahman

C011201059

Menyetujui

Panitia Penguji

No	Nama Penguji	Jabatan	Tanda Tangan
1.	Dr. dr. Abdul Hakim Alkatiri, Sp.JP(K), FIHA	Pembimbing	
2.	Prof. dr. Peter Kabo, Ph.D, Sp.FK, Sp.JP, FIHA, FAsCC	Penguji 1	
3.	Dr. dr. Khalid Saleh, Sp.PD-KKV, FINASIM, M.Kes	Penguji 2	

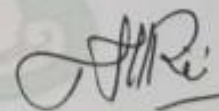
Mengetahui,

Wakil Dekan
Bidang Akademik dan Kemahasiswaan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Ketua Program Studi
Sarjana Kedokteran
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin



dr. Agussalim Bukhari, M. Lin.Med., Ph.D., Sp.GK(K)
NIP.19740821 199903 1 001



dr. Ririn Nislawati, Sp.M., M.Kes
NIP.19810118 200912 2 003

**DEPARTEMEN KARDIOLOGI DAN KEDOKTERAN VASKULAR
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR**

TELAH DISETUJUI DICETAK DAN DIPERBANYAK

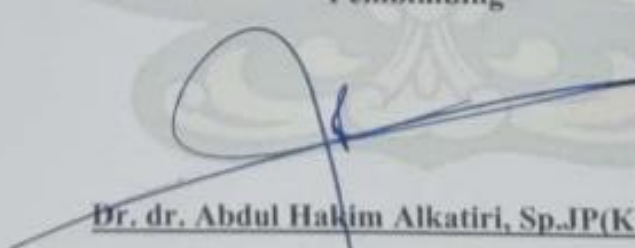
UNIVERSITAS HASANUDDIN

Judul Skripsi:

**“GAMBARAN KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN PENYAKIT JANTUNG
KORONER DI PUSAT JANTUNG TERPADU RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
PERIODE JANUARI–AGUSTUS 2023”**

Makassar, 21 Desember 2023

Pembimbing


Dr. dr. Abdul Hakim Alkatiri, Sp.JP(K), FIHA

NIP. 19680708 199903 1 002

HALAMAN PERNYATAAN ANTIPLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Andi Muthiah Nur Inayah Rahman

NIM : C011201059

Fakultas/Program Studi : Kedokteran/Pendidikan Dokter

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh skripsi ini adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain baik berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasikan atau belum dipublikasikan telah direferensikan sesuai ketentuan akademik.

Saya menyadari plagiarisme adalah kejahatan akademik dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik yang lain.

Makassar, 21 Desember 2023



Andi Muthiah Nur Inayah Rahman
NIM C011201059

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah *subhanahu wa ta'ala* yang telah melimpahkan segala berkat, rahmat, kesempatan, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Kepatuhan Minum Obat Pasien Penyakit Jantung Koroner di Pusat Jantung Terpadu Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode Januari–Agustus 2023” sebagai salah satu syarat kelulusan untuk mencapai gelar sarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Pada kesempatan kali ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah *ta'ala*, atas inayah dan ridho-Nya, skripsi ini dapat terselesaikan dan semoga dapat bernilai ibadah.
2. Nabi Muhammad *shallallahu 'alaihi wa sallam*, sebaik-baik panutan yang senantiasa mendoakan kebaikan untuk seluruh umatnya.
3. Dr. dr. Abdul Hakim Alkatiri, Sp.JP(K), FIHA selaku penasihat akademik dan pembimbing skripsi yang senantiasa meluangkan waktu, pikiran, dan tenaga untuk membimbing penulis dalam proses penyusunan skripsi ini.
4. Prof. dr. Peter Kabo, Ph.D, Sp.FK, Sp.JP, FIHA, FAsCC dan Dr. dr. Khalid Saleh, Sp.PD-KKV, FINASIM, M.Kes selaku dosen penguji yang telah memberikan evaluasi, ilmu, dan masukannya dalam penyusunan skripsi ini.
5. Dekan, seluruh dosen, serta civitas academica Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
6. Kedua orang tua penulis. ayahanda (alm) Rahman Halid dan ibunda Rahmawaty Rasyid, yang tanpa henti mendoakan, melimpahkan kasih sayang, membimbing, mengapresiasi, dan senantiasa menyertai langkah penulis hingga sampai ke titik ini.
7. Saudara-saudari tercinta, Kak Ichul, Kak Ais, Kak Mita, Kak Ida, Kak Ica, beserta ketiga ponakan tersayang (Fatih, Faiz, dan Rara) yang selalu

menyayangi, memberikan dukungan terbaik, dan memberi hiburan bagi penulis.

8. Sahabat penulis, Atul, Rif'at, Inna, Cila, Inka, Dina, Nabilah, Misykah, Agrabudi, Aisyah, dan Cica yang membersamai suka duka perjuangan penulis selama masa preklinik, terus memberikan dukungan, menjadi salah satu pendengar terbaik, dan membantu penulis dalam menghadapi tantangan-tantangan selama menyelesaikan skripsi ini.
9. Teman-teman Jadi Dokter Ji Itu, Vermilion, Lunar Coto Makassar, Parangluara Nolep, D2 Kwek-Kwek, Preskoord MYRC, serta seluruh teman-teman Astroglia yang memberikan warna-warni dalam kehidupan penulis, senantiasa mendukung, dan membantu penulis dalam menuntaskan skripsi ini.
10. Teman seperjuangan dan seperbimbingan penulis, Ami, yang telah membersamai dan saling mendukung untuk lulus bersama.
11. Medical Youth Research Club dan Medical Muslim Family sebagai tempat ternyaman bagi penulis untuk bertumbuh, bekerja sama, dan mengembangkan diri selama masa preklinik.

Makassar, 19 Desember 2023

Andi Muthiah Nur Inayah Rahman

SKRIPSI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
DESEMBER 2023

Andi Muthiah Nur Inayah Rahman (C011201059)

Dr. dr. Abdul Hakim Alkatiri, Sp.JP(K), FIHA

“Gambaran Kepatuhan Minum Obat Pasien Penyakit Jantung Koroner di Pusat Jantung Terpadu Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode Januari–Agustus 2023”

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan suatu kondisi ketika terjadi ketidakseimbangan suplai aliran darah dan oksigen ke otot-otot jantung (miokardium) akibat adanya plak di lumen pembuluh darah arteri koroner. Penyakit ini sangat banyak terjadi di Indonesia dan berpotensi mengarah pada henti jantung mendadak. Meskipun begitu, kepatuhan berobat pada sebagian besar pasien masih kurang optimal, bahkan sejak tahun pertama pengobatan. Ketidakpatuhan minum obat berkaitan dengan peningkatan risiko kejadian kardiovaskular dan mortalitas pada pasien PJK. Oleh karena itu, kepatuhan minum obat harus menjadi target untuk peningkatan kualitas intervensi pada pasien PJK.

Tujuan: Untuk mengetahui gambaran kepatuhan minum obat pasien penyakit jantung koroner yang menjalani pengobatan rawat jalan selama periode Januari–Agustus 2023 di Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan metode survei menggunakan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) dan teknik *simple random sampling* dengan jumlah minimal sampel sebanyak 63 orang.

Hasil: Penelitian ini menunjukkan bahwa dari 66 responden, gambaran kepatuhan minum obat pasien PJK berdasarkan usia, terbanyak pada kelompok usia 56–70 tahun, yaitu 38 orang (57,6%). Berdasarkan jenis kelamin, terbanyak pada laki-laki, yaitu 47 orang (71,2%). Berdasarkan tingkat pendidikan, terbanyak pada pasien

berpendidikan tinggi (diploma/universitas) dengan frekuensi sebesar 31 orang (47%). Berdasarkan status pekerjaan, terbanyak pada pasien yang masih aktif bekerja, yaitu 40 orang (60,6%).

Kata kunci: penyakit jantung koroner, kepatuhan, obat

ABSTRACT

Background: Coronary heart disease (CHD) is an imbalance condition of blood flow and oxygen supply to the heart muscles (myocardium) due to the presence of plaque in the lumen of the coronary arteries. This disease is very common in Indonesia which can lead to sudden cardiac arrest. However, medication compliance in the majority of patients is still less than optimal, even from the first year of treatment. Non-adherence to taking medication is associated with an increased risk of cardiovascular events and mortality in CHD patients. Therefore, medication compliance should be a target for improving the quality of in CHD treatment.

Objective: To describe medication compliance for coronary heart disease patients undergoing outpatient treatment for the period January-August 2023 at the Integrated Heart Center of RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar based on age, gender, education level and employment status.

Method: This research is a descriptive study with a survey method using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) questionnaire and simple random sampling technique with a minimum sample size of 63 people.

Results: This study shows that the number of respondents in this research was 66 respondents. The description of medication compliance for CHD patients based on age was mostly in the 56–70 years age group, about 38 people (57.6%). Based on gender, the majority were men, as much 47 people (71.2%). Based on education level, 31 people (47%) had higher education (diploma/university). Based on employment status, the majority of patients (40 people/60.6%) were still actively working.

Keywords: coronary heart disease, medication, adherence

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERNYATAAN ANTIPLAGIARISME	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
BAB 1	19
PENDAHULUAN.....	19
1.1 Latar Belakang	19
1.2 Rumusan Masalah	20
1.3 Tujuan Penelitian.....	21
1.3.1 Tujuan Umum	21
1.3.2 Tujuan Khusus.....	21
1.4 Manfaat Penelitian.....	21
BAB 2	23
TINJAUAN PUSTAKA	23
2.1 Penyakit Jantung Koroner	23
2.1.1 Definisi dan Epidemiologi	23
2.1.2 Etiologi dan Faktor Risiko	23
2.1.3 Aterosklerosis.....	24
2.1.4 Manifestasi Klinis	26
2.1.5 Klasifikasi dan Diagnosis.....	27
2.1.6 Prognosis dan Komplikasi	32
2.2 Kepatuhan Minum Obat	32
BAB 3	35
KERANGKA TEORI DAN KONSEPTUAL	35
3.1 Kerangka Teori	35
3.2 Kerangka Konsep	35
BAB 4	36

METODE PENELITIAN	36
4.1 Desain Penelitian	36
4.2 Waktu dan Tempat Penelitian	36
4.2.1 Waktu Penelitian	36
4.2.2 Tempat Penelitian	36
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian	36
4.3.1 Populasi Target	36
4.3.2 Populasi Terjangkau	36
4.3.3 Sampel	36
4.3.4 Teknik Pengambilan Sampel	37
4.4 Definisi Operasional	38
4.5 Jenis Data dan Instrumen Penelitian	39
4.5.1 Jenis Data	39
4.5.2 Instrumen Penelitian	39
4.6 Manajemen Penelitian	40
4.6.1 Pengumpulan Data	40
4.6.2 Pengolahan dan Analisis Data	40
4.7 Etika Penelitian	40
4.7 Alur Pelaksanaan Penelitian	41
4.8 Jadwal Penelitian	42
4.9 Anggaran Penelitian	42
BAB 5	43
HASIL PENELITIAN	43
6.1 Hasil Analisis Univariat	43
5.1.1 Sebaran Data Berdasarkan Usia	43
5.1.2 Sebaran Data Berdasarkan Jenis Kelamin	33
5.1.3 Sebaran Data Berdasarkan Tingkat Pendidikan	34
5.1.4 Sebaran Data Berdasarkan Status Pekerjaan	35
5.1.5 Sebaran Data Berdasarkan Tingkat Kepatuhan	36
6.2 Hasil Analisis Bivariat	37
5.2.1 Kepatuhan Minum Obat Berdasarkan Usia	37
5.2.2 Kepatuhan Minum Obat Berdasarkan Jenis Kelamin	38
5.2.3 Kepatuhan Minum Obat Berdasarkan Tingkat Pendidikan	39
5.2.4 Kepatuhan Minum Obat Berdasarkan Status Pekerjaan	40

BAB 6	41
PEMBAHASAN	41
6.1 Karakteristik Pasien Penyakit Jantung Koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	41
6.2 Gambaran Kepatuhan Minum Obat Pasien PJK di PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	42
BAB 7	45
KESIMPULAN DAN SARAN	45
7.1 Kesimpulan.....	45
7.2 Saran	45
DAFTAR PUSTAKA.....	47
LAMPIRAN.....	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patogenesis Aterosklerosis	25
Gambar 3.1 Kerangka Teori	35
Gambar 3.2 Kerangka Konsep	35
Gambar 4.1 Alur Penelitian.....	41
Gambar 5.1 Grafik Distribusi Responden Berdasarkan Usia	33
Gambar 5.2 Grafik Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	34
Gambar 5.3 Grafik Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	35
Gambar 5.4 Grafik Distribusi Responden Berdasarkan Status Pekerjaan	36
Gambar 5.5 Grafik Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kepatuhan	37

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Derajat Angina pada APS menurut	28
Tabel 4.1 Definisi Operasional.....	38
Tabel 4.2 Jadwal Penelitian.....	42
Tabel 4.3 Anggaran Penelitian	42
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia	43
Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	33
Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan	34
Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan	35
Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Kepatuhan.....	36
Tabel 5.6 Tabulasi Silang Tingkat Kepatuhan dengan Usia.....	37
Tabel 5.7 Tabulasi Silang Tingkat Kepatuhan dengan Jenis Kelamin	38
Tabel 5.8 Tabulasi Silang Tingkat Kepatuhan dengan Tingkat Pendidikan.....	39
Tabel 5.9 Tabulasi Silang Tingkat Kepatuhan dengan Status Pekerjaan.....	40

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang umum terjadi dan berpotensi mengarah kepada henti jantung mendadak atau *sudden cardiac death* (Widyawati, 2021). Penyakit jantung koroner adalah suatu kondisi ketika terjadi ketidakseimbangan suplai aliran darah dan oksigen ke otot-otot jantung (miokardium) akibat adanya plak di lumen pembuluh darah arteri koroner (Shahjehan and Bhutta, 2023). Pada tahun 2020, diperkirakan terdapat 244,1 juta penduduk dunia yang menderita penyakit jantung koroner, dengan prevalensi lebih dominan pada laki-laki dibandingkan perempuan (Tsao *et al.*, 2022).

Berdasarkan laporan nasional Riskesdas oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan pada tahun 2018, prevalensi penyakit jantung koroner berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia sebesar 1,5% (Widyawati, 2021). Studi yang dilakukan di Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2020 menunjukkan bahwa mayoritas pasien penyakit jantung koroner yang dirawat di sana berusia 56–70 tahun, berjenis kelamin laki-laki, dan memiliki riwayat hipertensi (Iskandar, 2022).

Diagnosis pasien penyakit jantung koroner ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang seperti elektrokardiogram atau EKG. Tata laksana yang diberikan kepada pasien PJK dapat berupa intervensi farmakologis ataupun nonfarmakologis. Pemberian obat-obatan pada pasien PJK biasanya bergantung kepada faktor-faktor risiko dan keluhan yang dimiliki oleh pasien (Mancini *et al.*, 2014).

Medikasi tersebut dapat berupa obat golongan nitrat untuk meredakan nyeri dada, golongan antiplatelet untuk mencegah penggumpalan darah, golongan *beta blockers* sebagai antihipertensi dan menjaga kestabilan plak, golongan *angiotensin-converting enzyme inhibitor* (ACE-I) untuk antihipertensi, serta golongan statin untuk menurunkan

kolesterol darah, memperbaiki fungsi endotel, dan menstabilkan plak (Winanda and Lestari, 2020).

Untuk mencegah keluhan yang semakin parah dan timbulnya kejadian kardiovaskular baru, selain terapi medikamentosa, diperlukan evaluasi faktor risiko PJK yang dapat dimodifikasi melalui intervensi pola hidup. Pasien PJK juga perlu melakukan kontrol ke fasilitas kesehatan untuk menilai respons terapi (Alkatiri *et al.*, 2019).

Kepatuhan terhadap pengobatan adalah bagian penting dari perawatan pasien PJK dan sangat diperlukan untuk mengoptimalkan terapi. Patuh mengonsumsi obat yang diresepkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien, tetapi kepatuhan berobat pada sebagian besar pasien dengan penyakit kronis seperti PJK kurang optimal, bahkan sejak tahun pertama pengobatan (Kim *et al.*, 2016). Ketidakepatuhan minum obat berkaitan dengan peningkatan risiko kejadian kardiovaskular dan mortalitas pada pasien PJK. Kepatuhan minum obat harus menjadi target untuk peningkatan kualitas intervensi pada pasien PJK (Chen *et al.*, 2022).

Penelitian-penelitian mengenai kepatuhan minum obat pada pasien PJK telah dilakukan di beberapa daerah di Indonesia (Mufarokhah, Putra and Dewi, 2016; Puspita and Shomad, 2018a; Winanda and Lestari, 2020). Akan tetapi, penelitian ini masih jarang dilakukan di Makassar, padahal informasi tersebut dapat memberikan gambaran sekaligus evaluasi proses terapi medikamentosa pasien PJK. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk menggali informasi lebih lanjut dengan melakukan penelitian mengenai “Gambaran Kepatuhan Minum Obat Pasien Penyakit Jantung Koroner di Pusat Jantung Terpadu Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Januari–Agustus 2023”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, maka perlu dicari tahu lebih lanjut, bagaimana tingkat kepatuhan minum obat pasien penyakit jantung koroner di Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo periode Januari–Agustus 2023?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk memperoleh informasi mengenai gambaran tingkat kepatuhan pasien penyakit jantung koroner di Pusat Jantung Terpadu (PJT) RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo periode Januari–Agustus 2023 dalam mengonsumsi obat-obatan yang dimilikinya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan gambaran kepatuhan minum obat pasien penyakit jantung koroner di PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo periode Januari–Agustus 2023 berdasarkan usia.
2. Mendeskripsikan gambaran kepatuhan minum obat pasien penyakit jantung koroner di PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo periode Januari–Agustus 2023 berdasarkan jenis kelamin.
3. Mendeskripsikan gambaran kepatuhan minum obat pasien penyakit jantung koroner di PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo periode Januari–Agustus 2023 berdasarkan tingkat pendidikan.
4. Mendeskripsikan gambaran kepatuhan minum obat pasien penyakit jantung koroner di PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo periode Januari–Agustus 2023 berdasarkan status pekerjaan.

1.4 Manfaat Penelitian

Melalui penelitian ini, peneliti mengharapkan adanya manfaat sebagai berikut.

1. Sebagai landasan teori untuk penelitian selanjutnya dalam rangka upaya perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran, khususnya pada bidang kardiologi.
2. Menambah wawasan akademisi dan tenaga medis mengenai kepatuhan pasien penyakit jantung koroner dalam mengonsumsi obat-obatan yang diresepkan padanya.

3. Bagi pihak rumah sakit, diharapkan mampu meningkatkan edukasi mengenai pentingnya mengonsumsi obat secara teratur dan evaluasi terapi bagi pasien penyakit jantung koroner.
4. Bagi pemerintah, diharapkan dapat mengembangkan upaya preventif dan promotif untuk meningkatkan kepatuhan minum obat sehingga mengurangi komplikasi dan mortalitas pasien penyakit jantung koroner.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Jantung Koroner

2.1.1 Definisi dan Epidemiologi

Penyakit jantung koroner kerap disebut sebagai penyakit arteri koroner ataupun penyakit jantung iskemik. Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan suatu kondisi ketika terjadi ketidakseimbangan suplai aliran darah dan oksigen ke otot-otot jantung (miokardium) akibat adanya plak di lumen pembuluh darah arteri koroner (Shahjehan and Bhutta, 2023). Berkurangnya suplai darah kaya oksigen ke jantung dapat memicu serangan jantung dan menyebabkan kerusakan serius pada jantung, bahkan kematian mendadak (Puig-Cotado *et al.*, 2020).

Pada tahun 2020, diperkirakan terdapat 244,1 juta penduduk dunia yang menderita penyakit jantung koroner, dengan prevalensi lebih dominan pada pria dibandingkan wanita (Tsao *et al.*, 2022). PJK menjadi penyebab utama kematian akibat penyakit jantung di Amerika Serikat dengan prevalensi 41,2%, kemudian diikuti oleh stroke (17,3%), penyakit jantung lainnya (16,8%), tekanan darah tinggi (12,9%), gagal jantung (9,2%), dan penyakit pembuluh darah (2,6%) (Tsao *et al.*, 2023).

Berdasarkan data Risesdas pada tahun 2018, prevalensi penyakit jantung koroner berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia sebesar 1,5% (Widyawati, 2021). Penelitian yang dilakukan di Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2020 menunjukkan bahwa mayoritas pasien PJK yang dirawat berusia 56–70 tahun, berjenis kelamin laki-laki, dan memiliki riwayat hipertensi (Iskandar, 2022).

2.1.2 Etiologi dan Faktor Risiko

Penyakit jantung koroner disebabkan oleh adanya penyempitan, penyumbatan, atau kelainan pada arteri koroner

sehingga aliran darah ke otot jantung terhambat dan menimbulkan rasa nyeri. Pembentukan plak lemak dalam arteri mempengaruhi pembentukan bekuan aliran darah yang akan mendorong terjadinya serangan jantung (Shoufiah and Nuryanti, 2022). Penyakit jantung koroner tidak terjadi secara mendadak, ia merupakan fenomena multifaktorial. Secara umum, faktor risikonya dapat diklasifikasikan menjadi faktor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi (Shahjehan and Bhutta, 2023).

Faktor yang tidak dapat dimodifikasi memegang peranan dalam peningkatan risiko kejadian penyakit jantung koroner, meliputi usia, jenis kelamin, etnis, dan riwayat keluarga. Prevalensi PJK meningkat pada usia di atas 35 tahun, dengan risiko lebih tinggi terjadi pada laki-laki. Di samping itu, risiko morbiditas dan mortalitas PJK juga meningkat pada beberapa etnis tertentu seperti masyarakat berkulit hitam, Hispanik, Latin, dan Asia Tenggara. Riwayat keluarga yang pernah mengalami penyakit jantung juga meningkatkan risiko mortalitas pasien PJK (Brown, Gerhardt and Kwon, 2023).

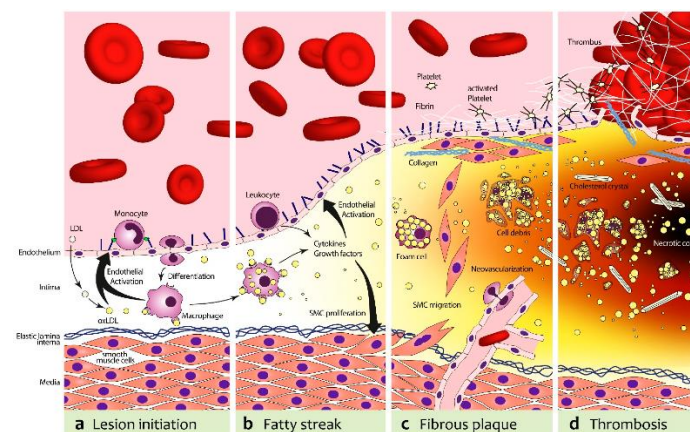
Adapun faktor yang dapat dimodifikasi berperan penting dalam menurunkan risiko kejadian serta kematian akibat penyakit jantung koroner. Faktor tersebut meliputi hipertensi, dislipidemia, diabetes mellitus, kebiasaan merokok, obesitas, pola diet dan gaya hidup yang minim aktivitas fisik (*sedentary lifestyle*), serta status sosioekonomi. Selain itu, terdapat pula penelitian-penelitian yang menunjukkan adanya keterkaitan beberapa penyakit dengan risiko kejadian PJK, seperti gagal ginjal kronis, lupus, *rheumatoid arthritis*, *non-alcoholic fatty liver disease*, dan HIV (Brown, Gerhardt and Kwon, 2023; Shahjehan and Bhutta, 2023).

2.1.3 Aterosklerosis

Aterosklerosis merupakan proses utama yang mendasari terjadinya penyakit jantung koroner. Aterosklerosis ialah kondisi ketika terjadi penumpukan plak di lumen pembuluh arteri (NHLBI,

2022). Adanya disfungsi endotel akibat iritan kimia (rokok, hiperlipidemia, DM) dan gaya fisika menyebabkan peningkatan permeabilitas endotel sehingga *low-density lipoprotein* (LDL) bisa masuk ke lapisan intima. LDL selanjutnya akan mengalami oksidasi dan memicu inflamasi yang menyebabkan terstimulasinya respons imunitas. Makrofag akan memfagosit LDL teroksidasi. Proses fagositosis ini memicu sekresi sitokin-sitokin proinflamasi dan menyebabkan akumulasi lipid intraselular yang mengarah kepada pembentukan sel busa (*foam cells*) (Poznyak *et al.*, 2020; Shahjehan and Bhutta, 2023).

Di samping itu, *growth* factors yang terlepas mengaktifkan otot polos, menyebabkan migrasi sel otot polos dari lapisan media ke intima, kemudian nantinya mengendap bersama molekul LDL dan kolagen dan membentuk *foam cells*. Meningkatnya populasi *foam cells* di lapisan intima arteri menginisiasi pembentukan lesi aterosklerotik, yang pada fase awal disebut sebagai *fatty streak* (Poznyak *et al.*, 2020; Shahjehan and Bhutta, 2023).



Gambar 2.1 Patogenesis Aterosklerosis (Libby, 2002)

Plak dapat bertambah besar seiring waktu ataupun menjadi stabil ukurannya apabila tidak terjadi kerusakan lebih lanjut pada endotel. Jika plak tersebut stabil, bersamaan dengan matinya sel otot polos, akan terbentuk struktur kapsul fibrosa yang akan mengalami kalsifikasi. Lama-kelamaan, lesi aterosklerotik tersebut akan menghambat aliran darah menuju otot jantung sehingga dapat

memunculkan gejala angina. Biasanya gejala akan mereda ketika istirahat karena kebutuhan oksigen berkurang, tetapi apabila stenosis telah mencapai 90% lumen arteri, gejala angina tetap terasa meskipun saat istirahat. Besarnya kebutuhan oksigen dipengaruhi oleh beberapa hal, seperti *wall stress*, frekuensi nadi, dan kontraktilitas jantung (Sieman *et al.*, 2020; Shahjehan and Bhutta, 2023).

Struktur kapsul fibrosa mempengaruhi integritas plak. Beberapa plak bisa ruptur dan menyebabkan pajanan ke sirkulasi sehingga terbentuk trombus yang dapat menyumbat lumen (baik secara parsial maupun total) atau menjadi mikroemboli yang menyumbat pembuluh koroner yang lebih distal. Selain itu, terjadi pelepasan zat vasoaktif dan menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah pada arteri koroner, yang mengakibatkan otot-otot jantung (miokardium) mengalami iskemia. Apabila suplai oksigen berhenti selama kurang lebih 20 menit, miokardium dapat mengalami nekrosis yang mengarah kepada infark miokard. Selain nekrosis, iskemia juga menyebabkan gangguan kontraktilitas miokardium, aritmia, dan *remodeling* ventrikel (perubahan bentuk, ukuran, dan fungsi ventrikel) (Juzar *et al.*, 2018; Shahjehan and Bhutta, 2023).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Gejala penyakit jantung koroner yang paling sering dialami ialah nyeri dada atau angina. Nyeri dada pada PJK memiliki tiga komponen nyeri, yaitu nyeri viseral (bersifat tumpul dan sulit terlokalisasi), nyeri somatik (bersifat lebih tajam dan terdistribusi secara dermatomal), dan nyeri psikologis (bersifat subjektif, dapat berupa perasaan akan datangnya ajal, dan ketakutan yang tidak spesifik). Angina dapat diklasifikasikan menjadi angina klasik dan angina ekuivalen atau atipikal (Supari, 2009).

- **Angina klasik**

Gejala klasik angina berupa nyeri atau rasa tidak enak di daerah substernal yang sifatnya tumpul, seperti ditekan/diperas, menjalar ke lengan kiri atau leher, dapat disertai kesulitan bernapas, berdebar-debar, berkeringat serta mual dan muntah.

- **Angina ekuivalen/atipikal**

Pada angina atipikal, tidak ada nyeri ataupun rasa tidak enak di dada yang khas, tetapi pasien biasanya menunjukkan gejala gagal jantung mendadak (berupa sesak napas), atau aritmia ventricular (berupa palpitasi, presinkop, sinkop).

2.1.5 Klasifikasi dan Diagnosis

Menurut Shahjehan dan Bhutta (2023), penyakit jantung koroner diklasifikasikan sebagai berikut.

a. Penyakit Jantung Iskemik Stabil/Angina Pektoris Stabil

Penyakit jantung iskemik stabil (*stable ischemic heart disease*), juga disebut sebagai angina pektoris stabil ataupun sindrom koroner kronis, merupakan seluruh situasi dalam spektrum penyakit jantung koroner selain kejadian sindrom koroner akut. Keluhan utama angina pektoris stabil (APS) ialah nyeri dada yang berdasarkan karakteristiknya dapat dibagi menjadi angina tipikal, angina atipikal, dan nyeri dada non-angina. Karakteristik tersebut meliputi tiga hal berikut.

- Rasa tidak nyaman pada substernal dada dengan kualitas dan durasi tertentu (maksimal hingga 15 menit);
- Diprovokasi oleh aktivitas fisik dan stres emosional;
- Hilang setelah beberapa menit istirahat dan/atau dengan pemberian nitrat.

Angina tipikal memenuhi kriteria ketiga karakteristik di atas, angina atipikal memiliki dua dari tiga karakteristik tersebut, sedangkan nyeri dada non-angina hanya memiliki satu atau tidak memiliki satu pun dari ketiganya. Nyeri dada non-angina memiliki karakteristik kualitas yang rendah, meliputi sebagian

kecil hemotoraks kanan atau kiri, bertahan selama beberapa jam ataupun hari, dan biasanya tidak hilang dengan nitrat (Alkatiri *et al.*, 2019).

Pada pasien yang dicurigai APS, perlu diperhatikan ada tidaknya tanda-tanda anemia, hipertensi, penyakit jantung valvular, kardiomiopati hipertrofik obstruktif, aritmia, penyakit vaskular nonkoroner, dan tanda-tanda komorbid seperti penyakit tiroid, penyakit ginjal, dan diabetes. Belum ada tanda pemeriksaan fisik yang khas pada APS, tetapi terdapat tanda nonspesifik seperti bunyi jantung ketiga dan keempat serta insufisiensi katup mitral (Alkatiri *et al.*, 2019). Penilaian derajat keparahan angina pektoris stabil dilakukan menggunakan klasifikasi The Canadian Cardiovascular Society.

Tabel 2.1 Klasifikasi Derajat Angina pada APS menurut Canadian Cardiovascular Society (Mancini *et al.*, 2014)

Kelas I	Aktivitas fisik biasa, seperti berjalan atau naik tangga, tidak menyebabkan angina. Angina muncul dengan mengejan atau beraktivitas berat dan lama.
Kelas II	Keterbatasan ringan dalam aktivitas biasa. Angina muncul saat berjalan atau menaiki tangga dengan cepat, setelah makan, pada cuaca dingin, stres emosional, atau hanya beberapa jam setelah bangun tidur. Angina juga dapat muncul saat berjalan lebih dari dua blok atau menanjak lebih dari satu tangga pada kecepatan dan kondisi normal.
Kelas III	Keterbatasan berat dalam aktivitas biasa. Angina muncul saat berjalan satu atau dua blok, naik satu lantai pada kecepatan dan kondisi normal.

Kelas IV	Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas fisik tanpa rasa tidak nyaman, angina dapat muncul pada saat istirahat.
----------	--

Tujuan tata laksana APS adalah mengurangi gejala dan memperbaiki prognosis. Landasan utama tata laksana APS ialah pengkajian gejala yang tepat. Jika gejala angina memenuhi kriteria sindrom koroner akut (SKA), maka penatalaksanaannya mengikuti panduan khusus untuk SKA. Sebelum pemeriksaan diagnostik, perlu dilakukan evaluasi keadaan umum, faktor komorbid, dan kualitas hidup pasien. Apabila berdasarkan pertimbangan tersebut didapatkan bahwa revaskularisasi bukan pilihan, maka pemeriksaan diagnostik dapat diminimalisasi dan harus segera diberikan terapi medikamentosa (Alkatiri *et al.*, 2019).

Manajemen APS meliputi modifikasi gaya hidup, kontrol faktor risiko PJK, terapi farmakologis dan nonfarmakologis berdasarkan bukti yang telah ada, dan edukasi pasien. Intervensi nonfarmakologis berupa edukasi untuk berhenti merokok, olahraga secara teratur, manajemen massa tubuh, pola diet yang sehat, serta pengendalian lipid, diabetes, dan hipertensi (Shahjehan and Bhutta, 2023).

Untuk melegakan gejala angina, dapat diberikan nitrogliserin kerja cepat. Untuk mengatasi gejala dalam jangka panjang, diberikan obat-obatan anti-iskemia seperti nitrat, *beta-blocker*, *calcium channel blocker*, nifedipine; antiplatelet seperti aspirin dosis rendah dan clopidogrel; dan lain-lain. Adapun farmakoterapi dan modifikasi pola hidup bertujuan untuk menurunkan progresi plak, menstabilkan plak dengan menurunkan inflamasi, serta mencegah thrombosis, ruptur plak, maupun erosi. Selain itu juga bisa dipertimbangkan revaskularisasi sesuai indikasi (Alkatiri *et al.*, 2019).

b. Sindrom Koroner Akut

Sindrom koroner akut (SKA) merupakan masalah kardiovaskular utama yang menyebabkan angka perawatan rumah sakit dan angka kematian yang tinggi. SKA meliputi angina pektoris tidak stabil (APTS), infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (IMA-EST/STEMI), dan infark miokard akut non-elevasi segmen ST (IMA-NEST/NSTEMI) (Juzar *et al.*, 2018; Shahjehan and Bhutta, 2023).

Gejala pasien dengan infark miokardium dapat berupa angina tipikal ataupun atipikal. Keluhan angina tipikal berupa rasa berat/tertekan pada daerah substernal/retrosternal yang menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, area interskapular, bahu, atau epigastrium. Gejala yang dialami dapat berlangsung intermitten (beberapa menit) ataupun persisten (>20 menit) dan biasanya disertai dengan keluhan penyerta seperti diaforesis (keringat dingin), mual/muntah, nyeri abdominal, sesak napas, dan sinkop (Juzar *et al.*, 2018).

Keluhan angina atipikal umumnya berupa nyeri di daerah penjalaran angina tipikal, gangguan pencernaan, sesak napas yang tidak dapat diterangkan, atau rasa lemah mendadak yang sulit diuraikan. Diagnosis SKA berdasarkan anamnesis dapat dinilai dari sifat keluhan (angina tipikal atau atipikal berulang), riwayat mengalami PJK, jenis kelamin (pria lebih sering daripada wanita), umur, dan jumlah faktor risiko yang menyertai (hipertensi, merokok, dislipidemia, DM, riwayat PJK dalam keluarga). Hasil pemeriksaan fisik yang mendukung kecurigaan terhadap SKA ialah ditemukannya tanda-tanda regurgitasi katup mitral akut, hipotensi, diaforesis, ronkhi basah halus, atau edema paru (Juzar *et al.*, 2018).

Presentasi klinis IMA-NEST dan APTS umumnya berupa:

- Angina tipikal yang persisten selama lebih dari 20 menit;

- Angina awitan baru (*de novo*) kelas III klasifikasi The Canadian Cardiovascular Society (CCS);
- Angina stabil yang mengalami destabilisasi (angina progresif atau kresendo) menjadi makin sering, lebih lama, atau menjadi makin berat (minimal kelas III klasifikasi CCS);
- Angina yang terjadi dalam 2 minggu pasca infark miokard.

IMA-EST merupakan indikator kejadian oklusi total arteri koroner dan memerlukan tindakan revaskularisasi untuk mengembalikan aliran darah dan reperfusi miokardium secepatnya ataupun dilakukan intervensi koroner perkutan primer. Di samping itu, dapat diberikan terapi medikamentosa berupa agen fibrinolitik. Diagnosis IMA-EST ditegakkan apabila terdapat keluhan angina pektoris akut disertai elevasi segmen ST secara persisten pada dua sadapan yang bersebelahan. Diagnosis IMA-NEST dan APTS ditegakkan apabila terdapat keluhan angina pektoris akut tanpa elevasi segmen ST yang menetap pada dua sadapan yang bersebelahan. Rekaman elektrokardiogram (EKG) pada pasien IMA-NEST dan APTS dapat berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T mendatar, gelombang T pseudo-normalisasi, ataupun tanpa perubahan (Juzar *et al.*, 2018).

Untuk membedakan IMA-NEST dengan APTS, dilakukan pemeriksaan biomarka jantung berupa *high sensitivity* troponin, troponin, dan CK-MB. Jika hasil pemeriksaan tersebut terjadi peningkatan biomarka bermakna, maka diagnosisnya adalah IMA-NEST. Jika tidak ada peningkatan secara bermakna, maka diagnosisnya adalah APTS. Nilai ambang untuk peningkatan biomarka jantung abnormal pada SKA ialah beberapa unit melebihi nilai normal atas (*upper limits of normal/ULN*) (Juzar *et al.*, 2018).

Apabila hasil EKG awal tampak normal atau menunjukkan kelainan yang nondiagnostik sementara keluhan angina masih berlangsung, maka pemeriksaan diulang 10–20 menit kemudian. Jika EKG ulangan tetap menunjukkan gambaran nondiagnostik sementara keluhan angina sangat mengarah kepada SKA, maka dilakukan pemantauan selama 12–24 jam. Pemeriksaan EKG diulang setiap terjadi angina berulang atau setidaknya 1 kali dalam 24 jam (Juzar *et al.*, 2018).

Tata laksana awal yang diberikan pada pasien dengan kemungkinan SKA berupa pemberian morfin, oksigen, nitrat, dan/atau aspirin. Selain itu juga dapat diberikan obat-obatan berupa anti-iskemia, antiplatelet, antikoagulan, dan statin (Juzar *et al.*, 2018; Shahjehan and Bhutta, 2023).

2.1.6 Prognosis dan Komplikasi

Pemeriksaan secara rutin ke dokter disertai kepatuhan minum obat dan modifikasi gaya hidup merupakan kunci manajemen PJK dalam jangka panjang. Prognosis pasien dengan PJK bergantung pada banyak faktor, seperti usia, jenis kelamin, riwayat keluarga dan genetik, etnis, pola diet, kebiasaan merokok, kepatuhan pengobatan, ketersediaan layanan kesehatan, status ekonomi, jumlah pembuluh arteri yang terlibat, dan komorbid (Shahjehan and Bhutta, 2023).

Komplikasi penyakit jantung koroner dapat berupa aritmia (gangguan irama jantung), sindrom koroner akut, gagal jantung kongestif, regurgitasi katup mitral, ruptur dinding ventrikel, perikarditis, aneurisma, dan *mural thrombi* (Shahjehan and Bhutta, 2023).

2.2 Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan pengobatan dapat didefinisikan sebagai kesesuaian diri pasien terhadap anjuran atas medikasi yang telah diresepkan, meliputi waktu, dosis, dan frekuensi minum obat (Bulu, Wahyuni and Sutriningsih, 2019). Kepatuhan minum obat berarti pasien meminum obatnya sesuai

resep, serta terus meminum obat yang diresepkan berdasarkan hubungan terapeutik antara pasien dan dokter. Kepatuhan merupakan hal yang penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien, tetapi kepatuhan berobat pada sebagian besar pasien dengan penyakit kronis kurang optimal, bahkan sejak tahun pertama pengobatan. Ketidakpatuhan terhadap pengobatan menjadi faktor utama yang mengurangi efektivitas terapi obat (Kim *et al.*, 2016; Chen *et al.*, 2022).

Obat-obatan yang digunakan untuk penyakit kardiovaskular—ACE *inhibitor*, *beta*-blockers, antiplatelet, dan statin—menjadi intervensi medis paling umum untuk mencegah kejadian PJK (Chen *et al.*, 2022). Kepatuhan terhadap pengobatan pada pencegahan sekunder penyakit jantung koroner penting untuk mencapai efek maksimal dari obat-obatan yang dikonsumsi sehingga menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas PJK, serta menurunkan kejadian rawat ulang (Anggraeini *et al.*, 2016; Pedersen *et al.*, 2022).

Penelitian yang dilakukan oleh Yunsheng Ma pada tahun 2010 menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang terdiagnosis PJK ataupun pasien dengan risiko PJK pada etnis Kaukasia tidak mendapatkan pengobatan yang adekuat untuk mengatasi hiperlipidemia. Walaupun berobat, mereka tidak patuh terhadap regimen obat yang diberikan (Ma *et al.*, 2010). Dalam studi lain juga disebutkan bahwa 31% pasien infark miokard tidak lagi konsisten mengonsumsi obat yang diresepkan selama 6 bulan. Alasan paling umum dari ketidakpatuhan ini ialah efek samping dan instruksi dokter, serta masalah keuangan yang dihadapi oleh pasien (Mathews *et al.*, 2015).

Proses kepatuhan terhadap pengobatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga fase: inisiasi, implementasi, dan penghentian. Inisiasi merupakan fase ketika dosis pertama diambil untuk dikonsumsi. Implementasi berarti pasien mengonsumsi obatnya sesuai regimen yang ditentukan, sedangkan fase penghentian diartikan sebagai dosis terakhir

yang diambil sekaligus tanda berakhirnya pengobatan (Pedersen *et al.*, 2022).

Kepatuhan pengobatan pada pasien PJK dipengaruhi oleh banyak faktor, misalnya literasi kesehatan, sikap dan tekad, fungsi kognitif, instruksi penggunaan obat, efek samping obat, polifarmasi, dukungan keluarga, asuransi, bantuan biaya obat, serta tindak lanjut rawat jalan yang diatur sebelum pasien dipulangkan dari layanan kesehatan (Mathews *et al.*, 2015; Mufarokhah, Putra and Dewi, 2016; Elhag *et al.*, 2022).

Untuk mengukur tingkat kepatuhan minum obat pasien, salah satu instrumen yang dapat digunakan adalah kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) yang dibuat oleh Dr. Morisky pada tahun 1986. Pada awalnya, kuesioner MMAS hanya berisi empat pertanyaan (MMAS-4) mengenai alasan penggunaan obat yang salah: lupa, tidak peduli terhadap pengobatan, berhenti minum obat saat merasa kondisi membaik, dan mulai minum obat jika merasa sakit (Viviandhari and Wulandari, 2017).

Namun, pada tahun 2008 dilakukan modifikasi MMAS-4 menjadi MMAS-8 dengan tambahan pertanyaan mengenai usaha untuk mengidentifikasi dan mengendalikan diri untuk tetap mengonsumsi obat. Kuesioner MMAS-8 saat ini sudah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dan sudah divalidasi. Skor penilaian MMAS-8 dibagi menjadi tiga, yaitu kepatuhan rendah dengan skor <6, kepatuhan sedang dengan skor 6–7, dan kepatuhan tinggi dengan skor 8 (Viviandhari and Wulandari, 2017; Sinuraya *et al.*, 2018).