# BAB II
# TINJAUAN PUSTAKA

## 2.1 Konsep Penyakit Jantung Koroner

### 2.1.1 Definisi Penyakit Jantung Koroner

Penyakit Jantung koroner merupakan suatu kondisi yang terjadi akibat penumpukan plak seperti lemak dan kolesterol di arteri koroner yang menyuplai darah ke otot jantung, sehingga aliran darah menjadi terbatas dan dapat menyebabkan iskemia, angina, atau infark miokard (AHA, 2024). Penumpukan plak tersebut menyebabkan penyempitan arteri sehingga mengurangi aliran darah yang kaya oksigen menuju jantung. Kondisi ini dapat mengakibatkan serangan jantung, kerusakan jaringan jantung yang serius, bahkan kematian mendadak. Proses patologis ini umumnya berkembang secara perlahan dalam jangka waktu yang panjang, dan banyak individu baru menyadari kondisinya setelah mengalami serangan jantung yang berat (WHO, 2020).

### 2.1.2 Klasifikasi Penyakit Jantung Koroner

Klasifikasi pada penyakit jantung koroner (PJK) adalah sebagai berikut:

1. *Chronic Coronary Syndrome* (CCS)

   Kondisi ketika terjadi ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard yang menimbulkan nyeri dada (angina). Nyeri ini dapat berupa angina tipikal, yang ditandai dengan rasa tidak nyaman di bagian depan dada atau menjalar ke leher, rahang, bahu, atau lengan, biasanya

dipicu oleh aktivitas fisik dan mereda dalam waktu sekitar lima menit dengan istirahat atau pemberian nitrat. Sementara itu, angina atipikal hanya menunjukkan dua dari tiga karakteristik tersebut (Juhani et al., 2020).

2. *Acute Coronary Syndrome* (ACS)

Sindrom koroner akut merupakan kondisi klinis yang disebabkan oleh ruptur atau erosi plak aterosklerotik pada arteri koroner yang memicu aktivasi trombosit dan pembentukan trombus, sehingga menyebabkan obstruksi aliran darah koroner secara parsial atau total dan menimbulkan iskemia miokard (PERKI, 2024). Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), dan pemeriksaan biomarka jantung, ACS terbagi menjadi 3 (PERKI, 2024):

a. Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (IMA-EST)

Infark miokard akibat oklusi total arteri koroner oleh trombus, yang menyebabkan kematian jaringan otot jantung. Gejalanya berupa nyeri dada hebat yang berlangsung lebih dari 30 menit, tidak membaik dengan istirahat atau antiangina, namun mereda dengan analgesik seperti morfin. Secara EKG, STEMI ditandai dengan gelombang T hiperakut, elevasi segmen ST, gelombang Q patologis, dan inversi gelombang T, serta peningkatan enzim jantung CK, CK-MB, dan troponin T.

b. Infark miokard akut non-elevasi segmen ST (IMA-NEST)

Infark ini ditandai dengan nyeri dada khas akibat oklusi parsial arteri koroner oleh trombus, yang masih memungkinkan aliran darah namun tidak mencukupi kebutuhan miokard, sehingga menyebabkan kematian

sel jantung. Gambaran EKG menunjukkan depresi segmen ST, inversi gelombang T, atau keduanya. Selain itu, terdapat peningkatan enzim jantung seperti CK, CK-MB, dan troponin T.

c. Angina pektoris tidak stabil (APTS)

Nyeri dada saat istirahat yang berlangsung lebih dari 15 menit, dengan peningkatan frekuensi atau keparahan gejala. Secara patologis, disebabkan oleh ruptur plak tidak stabil yang membentuk trombus mural, sehingga terjadi oklusi subtotal pada arteri koroner. Hal ini menyebabkan aliran darah ke miokard menjadi tidak adekuat. EKG dapat menunjukkan depresi segmen ST, inversi gelombang T, atau elevasi ST saat nyeri, namun tidak disertai peningkatan enzim jantung.

### 2.1.3 Etiologi Penyakit Jantung Koroner

Penyakit jantung koroner disebabkan oleh beberapa faktor meliputi (Herawati et al., 2024):

1. Aterosklerosis

Aterosklerosis adalah penyebab utama penyakit kardiovaskular seperti penyakit jantung koroner (PJK). Kondisi ini terjadi akibat penumpukan plak di dinding arteri yang menyebabkan pengerasan dan penyempitan pembuluh darah. Plak ini menghambat aliran darah sehingga, jaringan kekurangan oksigen dan nutrisi. Proses peradangan juga membuat arteri kehilangan elastisitas akibat penebalan dinding oleh lemak, karbohidrat, dan sisa darah. Faktor risikonya meliputi hiperlipidemia, hipertensi, merokok, diabetes.

2. Thrombosis

Pada awalnya, gumpalan darah berfungsi untuk menghentikan perdarahan saat terjadi luka sebagai bagian dari mekanisme pertahanan tubuh. Namun, seiring waktu, dinding pembuluh darah dapat mengalami kerusakan akibat pengerasan dan penumpukan lemak. Gumpalan darah yang menumpuk di area yang robek tersebut, bersama dengan kepingan-kepingan darah lainnya, membentuk trombus. Terbentuknya trombus ini dapat menyebabkan serangan jantung mendadak maupun stroke.

### 2.1.4 Patofisiologi Penyakit Jantung Koroner

Aterosklerosis merupakan proses penebalan dan pengerasan pada arteri besar dan menengah akibat penumpukan plak di dinding pembuluh darah, yang umumnya disebabkan oleh kadar kolesterol LDL yang tinggi. Penumpukan ini mengganggu aliran darah dan merusak integritas pembuluh darah, sehingga dapat menyumbat aliran darah ke jaringan dan organ vital. Manifestasi klinis dari kondisi ini meliputi penyakit arteri koroner, infark miokard, penyakit vaskular perifer, aneurisma, serta stroke atau kecelakaan serebrovaskular. Proses aterosklerosis diawali dengan aktivasi endotel, diikuti oleh aktivasi jalur inflamasi dan penyempitan lumen pembuluh darah, yang kemudian mengarah pada pembentukan plak ateroma (Jebari et al., 2022).

Patofisiologi aterosklerosis terdiri dari lima tahap. Tahap pertama adalah disfungsi endotel, yang terjadi akibat stres fisik atau kimiawi sehingga merusak fungsi normal endotel dan memicu respons inflamasi. Kedua, masuk dan

modifikasi LDL, di mana LDL masuk ke ruang subendotel, terperangkap, dan mengalami modifikasi kimia. Ketiga, migrasi leukosit, di mana monosit tertarik masuk ke intima dan berdiferensiasi menjadi makrofag. Keempat, pembentukan sel busa, yaitu makrofag yang menelan LDL termodifikasi membentuk sel busa dan menghasilkan sitokin serta molekul adhesi. Terakhir, migrasi otot polos, di mana sel busa menghasilkan PDGF dan faktor pertumbuhan lain yang merangsang proliferasi dan migrasi sel otot polos ke intima, mempercepat pembentukan plak aterosklerotik (Jebari et al., 2022).

### 2.1.5 Manifestasi Klinis Penyakit Jantung Koroner

Umumnya meliputi nyeri dada (angina pektoris), sesak napas (dispnea), pusing, aritmia, kelelahan berkepanjangan, mual, muntah, sakit perut, keringat dingin (diaphoresis), serta gangguan psikologis seperti kecemasan, depresi, hingga ide bunuh diri (Priambodo et al., 2024). Nyeri dada pada PJK biasanya bersifat substernal dengan sensasi tertindih, terbakar, atau tertusuk, yang dipicu oleh stres emosional, aktivitas fisik, atau kecemasan. Rasa nyeri ini dapat menjalar ke punggung, epigastrium, rahang bawah, leher, atau lengan, dan sering disertai keringat berlebih meskipun tidak dipengaruhi suhu lingkungan (Wahidah et al., 2021).

### 2.1.6 Penatalaksanaan Penyakit Jantung Koroner

Tata laksana penyakit jantung koroner, meliputi (PERKI, 2024):

1. Terapi farmakologi
   a. *Beta-blocker* direkomendasikan pada pasien penyakit jantung koroner dan sindrom koroner akut, terutama pada pasien dengan takikardia, hipertensi, atau riwayat infark miokard, selama tidak terdapat kontraindikasi. Obat ini bekerja dengan menghambat reseptor $\beta_1$-adrenergik sehingga menurunkan frekuensi denyut jantung, tekanan darah, dan konsumsi oksigen miokard.
   b. *Calcium Channel Blocker* (CCB) sebagai terapi alternatif atau tambahan, terutama bila beta-blocker kontraindikasi atau tidak ditoleransi. CCB non-dihidropiridin (verapamil dan diltiazem) bekerja pada nodus sinoatrial dan atrioventrikular sehingga menurunkan denyut jantung dan konduksi jantung, sedangkan CCB dihidropiridin (amlodipin dan nifedipin) terutama bekerja sebagai vasodilator arteri perifer dan koroner.
   c. Nitrat digunakan untuk mengurangi gejala nyeri dada melalui efek vasodilatasi vena yang menurunkan preload dan volume akhir diastolik ventrikel kiri, sehingga kebutuhan oksigen miokard berkurang. Selain itu, nitrat juga menyebabkan dilatasi arteri koroner.
2. Terapi Non-farmakologi

   Modifikasi gaya hidup mencakup berhenti merokok, melakukan aktivitas fisik secara teratur melalui program rehabilitasi jantung, penerapan

pola makan sehat rendah lemak jenuh dan kolesterol, serta peningkatan asupan buah dan sayur guna mendukung kesehatan metabolik dan menurunkan risiko kardiovaskular.

3. Terapi Reperfusi

Terapi reperfusi diindikasikan pada pasien dengan bukti klinis atau elektrokardiografi yang menunjukkan iskemia miokard akut yang masih berlangsung.

a. *Primary Percutaneous Coronary Intervention* (PPCI) merupakan terapi pilihan utama pada pasien STEMI dan direkomendasikan dilakukan dalam waktu ≤90 menit sejak kontak medis pertama, di fasilitas dengan layanan PCI yang memadai.
b. Terapi fibrinolitik diberikan bila fasilitas PCI tidak tersedia dalam waktu yang direkomendasikan. Target waktu pemberian adalah ≤30 menit (*door-to-needle*), dengan efektivitas tertinggi bila dilakukan dalam 60 menit sejak onset gejala.
c. *Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)* diindikasikan pada pasien dengan kegagalan PCI, anatomi koroner yang tidak sesuai untuk PCI, penyakit multivessel kompleks, atau kondisi klinis tertentu yang memerlukan tindakan bedah segera.

## 2.2 Konsep Kepatuhan

### 2.2.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan merupakan bentuk kesadaran dan peran aktif pasien dalam melaksanakan perintah atau anjuran. Hal ini didukung oleh tenaga kesehatan, pendamping, serta ketersediaan obat. Keterlibatan pasien secara menyeluruh mencakup kepatuhan terhadap pengobatan yang dianjurkan maupun pelaksanaan saran lain yang mendukung keberhasilan terapi (Kemenkes RI, 2018).

Kepatuhan pengobatan (*medication adherence*) didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku pasien dalam mengonsumsi obat sesuai dengan regimen terapi yang telah diresepkan dan disepakati bersama tenaga kesehatan, termasuk ketepatan dosis, waktu, dan frekuensi penggunaan obat. Kepatuhan ini mencerminkan keterlibatan aktif pasien dalam proses pengobatan dan menjadi faktor penting dalam keberhasilan terapi, khususnya pada penyakit kronis (Dunbar et al., 2025).

### 2.2.2 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi

Faktor yang memengaruhi kepatuhan dapat diklasifikasikan ke dalam lima kategori seperti yang telah disebutkan oleh WHO (Peh et al., 2021):

1. Sosial dan ekonomi

   Pasien dengan social ekonomi rendah sering mengabaikan terapi karena keterbatasan ekonomi, pendidikan, dukungan sosial, akses layanan kesehatan, pengaruh lingkungan, budaya, dan kondisi keluarga.

2. Faktor penderita

   Faktor psikologis dan kognitif pasien seperti kelupaan, stres, kecemasan, rendahnya motivasi, kurangnya pemahaman pengobatan, sikap negatif, dan perasaan terstigmatisasi. Peran tenaga kesehatan dengan pendekatan persuasif dan komunikasi yang baik diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan.

3. Faktor terapi

   Kompleksitas regimen terapi, durasi pengobatan yang panjang, riwayat kegagalan terapi sebelumnya, perubahan dalam pengobatan, kesiapan pasien menghadapi efek samping, serta ketersediaan dukungan dari tenaga kesehatan merupakan faktor-faktor terapeutik yang berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan pasien.

4. Faktor kondisi

   Mencerminkan keadaan penyakit pasien, termasuk tingkat keparahan gejala, derajat kecacatan, perjalanan penyakit, dan pengobatan, yang dapat memengaruhi kepatuhan sesuai dengan persepsi masing-masing pasien.

5. Faktor tim kesehatan atau sistem kesehatan

   Kepatuhan dapat ditingkatkan melalui hubungan baik antara pasien dan tenaga kesehatan, namun dapat terhambat oleh keterbatasan sistem layanan kesehatan, pembiayaan, kompetensi dan beban kerja tenaga kesehatan, singkatnya waktu konsultasi, serta rendahnya dukungan masyarakat dan kemampuan pengelolaan diri pasien.

Menurut Green (1980), masalah kesehatan dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu faktor perilaku *(behavior cause)* dan faktor non perilaku *(non behaviour cause)*. Perilaku kesehatan terbentuk melalui tiga komponen utama, yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor penguat. Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai, serta karakteristik individu yang menjadi dasar motivasi berperilaku sehat. Faktor pendukung berkaitan dengan ketersediaan dan akses terhadap sarana serta pelayanan kesehatan yang memungkinkan perilaku sehat dilakukan. Adapun faktor penguat berperan dalam mempertahankan perilaku kesehatan melalui dukungan keluarga, tenaga kesehatan, dan lingkungan sosial (Malinda, 2024).

### 2.2.3 Metode Pengukuran Tingkat Kepatuhan

Instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan minum obat adalah MMAS *(Morisky Medication Adherence Scale)* yang diadopsi dari penelitian (Riani et al., 2017). MMAS-8 terdiri dari delapan pertanyaan yang menunjukkan frekuensi lupa dalam minum obat, tidak minum obat, kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, dan terganggu oleh jadwal minum obat.

Pertanyaan nomor 1 sampai 7 kategori respon terdiri dari Ya atau Tidak. Pertanyaan positif nilai 0 untuk jawaban Ya dan nilai 1 untuk jawaban Tidak. Sedangkan, untuk pertanyaan negatif nilai 0 untuk jawaban Tidak dan nilai 1 untuk jawaban Ya. Pertanyaan nomor 8 memiliki 5 poin skala likert dengan nilai 1 untuk jawaban tidak pernah, 0 untuk jawaban sesekali, kadang-kadang,

biasanya dan selalu (Riani et al., 2017). MMAS dikategorikan menjadi tiga tingkat kepatuhan minum obat:

1. Kepatuhan rendah (nilai 0-5)
2. Kepatuhan sedang (nilai 6 - 7)
3. Kepatuhan tinggi (nilai 8)

## 2.3 Konsep *Health Belief Model*

### 2.3.1 Definisi *Health Belief Model*

*Health Belief Model* atau model keyakinan kesehatan merupakan bentuk penjabaran dari pendekatan sosiopsikologis yang muncul sebagai respons terhadap kenyataan bahwa banyak individu atau kelompok masyarakat tidak berhasil menerima atau mengikuti upaya pencegahan dan pengobatan penyakit yang ditawarkan oleh penyedia layanan kesehatan. Kegagalan tersebut mendorong lahirnya suatu teori yang bertujuan untuk menjelaskan perilaku kesehatan preventif. *Health Belief Model* pertama kali diperkenalkan oleh Rosenstock pada tahun 1966 dan kemudian dikembangkan lebih lanjut oleh Becker pada dekade 1970-an hingga 1980-an (Glanz et al., 2008)

*Health Belief Model* (HBM) merupakan kerangka konseptual yang menekankan peran persepsi individu terhadap risiko dan konsekuensi suatu penyakit, serta keyakinan terhadap manfaat tindakan pencegahan maupun pengobatan, yang pada akhirnya mendorong individu untuk melakukan perilaku kesehatan, baik dalam upaya pencegahan maupun pemanfaatan layanan kesehatan (Berhimpong et al., 2020).

### 2.3.2 Komponen *Health Belief Model*

Sebagai kerangka teoritis, HBM terdiri dari empat konstruk kognitif utama: kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit, keparahan penyakit yang dirasakan, manfaat yang dirasakan dari perubahan perilaku, dan hambatan yang dirasakan untuk bertindak. Pada tahun 1970-an, konstruk *cues to action* ditambahkan ke model untuk menyertakan rangsangan untuk memulai tindakan untuk perubahan. Penambahan ini meningkatkan kekuatan prediktif model dengan mengatasi faktor-faktor yang memotivasi individu untuk bertindak berdasarkan keyakinan mereka tentang perilaku kesehatan. Seiring berjalannya waktu, dan karena penelitian terus berkembang, para psikolog telah mengakui pentingnya efikasi diri sebagai aspek penting dari pengambilan keputusan perilaku kesehatan dan karenanya telah memasukkannya ke dalam model (Mubarokah, 2020).

Secara umum aspek pokok perilaku kesehatan meliputi (Mubarokah, 2020):

1. Ancaman *(Threat)*, persepsi terhadap ancaman suatu penyakit merupakan langkah awal dalam proses bertindak mengurangi ancaman. Persepsi terhadap ancaman yaitu *perceived susceptibility* dan *perceived severity.*
2. Harapan, persepsi terhadap harapan ini dibagi atas 3 faktor yaitu *perceived benefits*, *perceived barriers*, dan *self efficacy*.
3. *Cues to action*, tanda/sinyal yang menyebabkan seseorang untuk bergerak ke arah perilaku kesehatan.
4. Variabel modifikasi diantaranya sosiodemografi, dan struktural. Variabel ini memengaruhi persepsi individu yang secara tidak langsung memengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*). Tingkat

pendidikan diyakini mempunyai dampak tidak langsung terhadap perilaku dengan memengaruhi *perceived susceptibility, perceived seriouness, perceived barriers* dan *cues to action.*

Konstruk *Health Belief Model* (Glanz et al., 2008):

a. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)

   Seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan *(susceptible)* terhadap penyakit tersebut.

b. Keparahan yang dirasakan (*perceived seriousness*)

   Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong oleh keparahan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat. Individu merasa perlu untuk mencari pengobatan agar tidak jatuh pada kondisi yang lebih parah.

c. Manfaat yang dirasakan (*perceived benefits*)

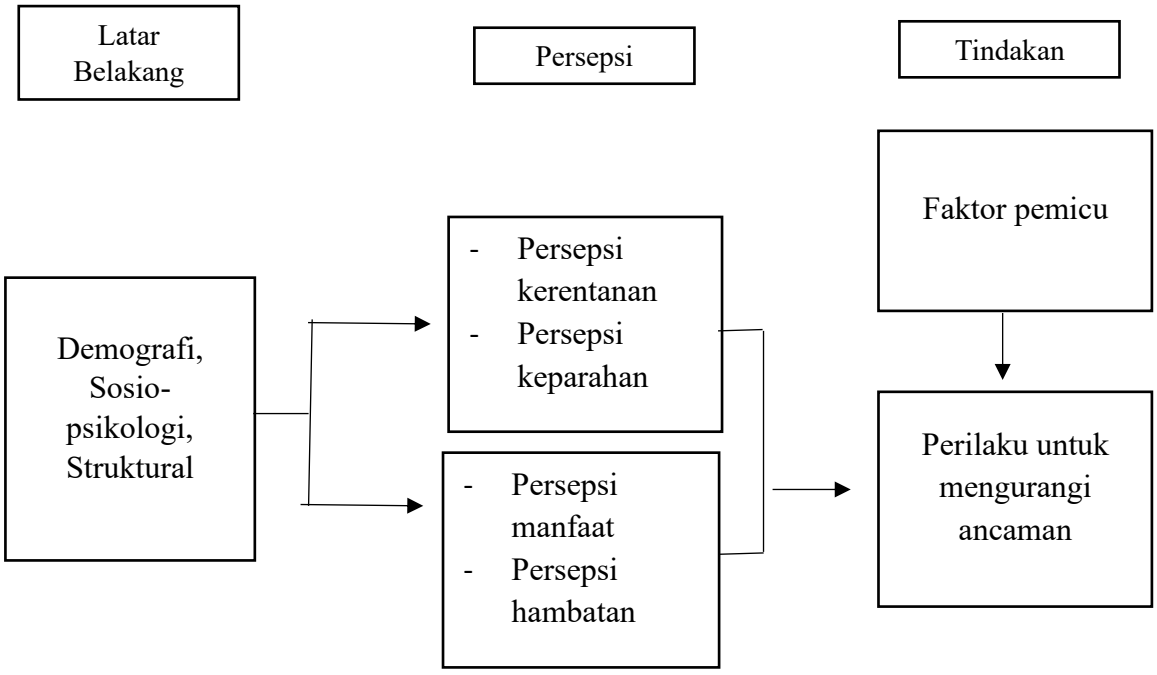
   Individu merasa dirinya sangat rentan terhadap serangan penyakit serius dan mematikan, maka individu akan melakukan tindakan tertentu dan tindakan yang dilakukan tergantung pada manfaat yang dirasakan nantinya.

d. Hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*)

   Rintangan yang ditemukan dalam melakukan tindakan pencegahan memengaruhi besar kecilnya usaha dari individu tersebut. Bila masalah yang dihadapi dalam tindakan pencegahan penyakit sangat besar maka persepsi untuk melaksanakan tindakan itu semakin kecil, tapi bila masalah yang dihadapi kecil maka akan semakin besar bagi individu untuk melaksanakan tindakan pencegahan tersebut.

e. Faktor pemicu (*Cues to action)*

Rangsangan yang mendorong seseorang mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan. Isyarat ini bisa berasal dari dalam diri (seperti gejala penyakit) maupun dari luar (seperti nasihat petugas kesehatan, informasi media atau pengalaman orang lain dengan penyakit serupa). Tindakan akan terjadi jika individu merasa ada ancaman serius, mempertimbangkan manfaat, hambatan, dan sumber daya yang tersedia.




Sumber: (Rosenstock et al., 1988) dalam (Setiyaningsih, 2017)

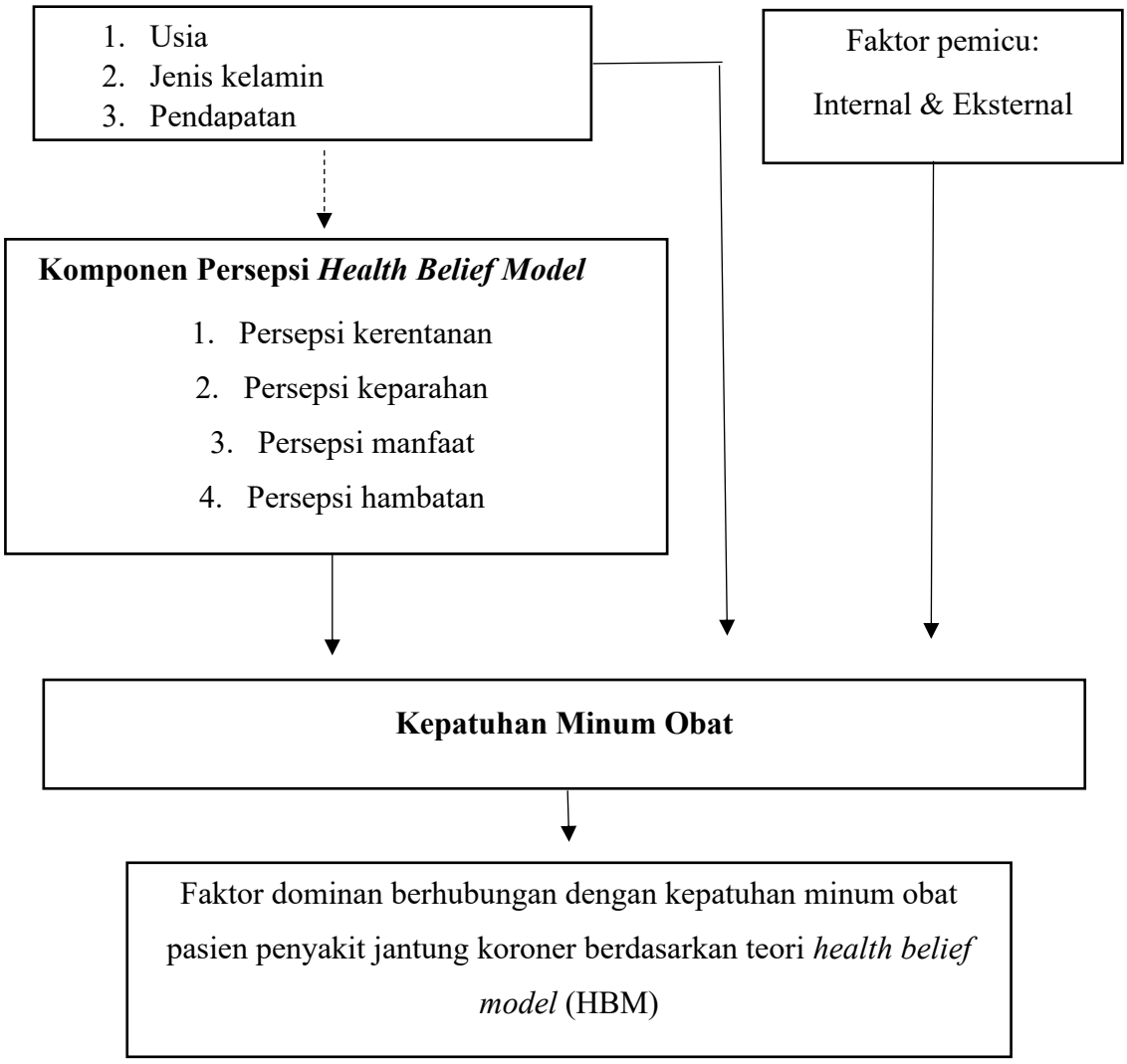
*Gambar 2. 1 Kerangka Teori Health Belief Model*

### 2.3.3 Metode Pengukuran *Health Belief Model*

Instrumen yang digunakan untuk mengukur *health belief model* mengadopsi dari kuesioner (Rusmadi et al., 2021). Kuesioner mengenai aspek keparahan yang dirasakan *(Perceived Seriousness)* tujuh pertanyaan, kerentanan yang dirasakan *(Perceived Susceptibility)* enam pertanyaan, manfaat yang dirasakan *(Perceived Benefits)* enam pertanyaan, hambatan yang dirasakan *(Perceived Barriers)* enam pertanyaan dan faktor pemicu *(Cues to action)* tujuh pertanyaan yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya. Salah satu metode pengukuran sikap *health belief model* yang umum digunakan adalah skala likert.

Skala likert terdiri dari beberapa pernyataan yang mencerminkan sikap positif atau negatif. Responden memilih satu dari empat opsi: sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS), yang diberi skor 4, 3, 2, dan 1. Jika pernyataan mendukung atribut yang diukur, skor tertinggi diberikan untuk "sangat setuju". Sebaliknya, jika pernyataan tidak mendukung atribut tersebut, maka penilaian dibalik (İlhan et al., 2024).

## 2.4 Kerangka Konsep Penelitian




*Gambar 2. 2* Kerangka Konsep Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Berdasarkan *Health Belief Model* di RSUD Dr. Iskak Tulungagung

## 2.5 Hipotesis Penelitian

Dalam penelitian ini, dapat diajukan hipotesis sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan antara persepsi kerentanan terhadap kepatuhan minum obat pada pasien penyakit jantung koroner di RSUD Dr. Iskak Tulungagung
2. Terdapat hubungan antara persepsi keparahan terhadap kepatuhan minum obat pada pasien penyakit jantung koroner di RSUD Dr. Iskak Tulungagung
3. Terdapat hubungan antara persepsi manfaat terhadap kepatuhan minum obat pada pasien penyakit jantung koroner di RSUD Dr. Iskak Tulungagung
4. Terdapat hubungan antara persepsi hambatan terhadap kepatuhan minum obat pada pasien penyakit jantung koroner di RSUD Dr. Iskak Tulungagung
5. Terdapat hubungan antara faktor pemicu terhadap kepatuhan minum obat pada pasien penyakit jantung koroner di RSUD Dr. Iskak Tulungagung
6. Terdapat hubungan antara usia terhadap kepatuhan minum obat pada pasien penyakit jantung koroner di RSUD Dr. Iskak Tulungagung
7. Terdapat hubungan antara jenis kelamin terhadap kepatuhan minum obat pada pasien penyakit jantung koroner di RSUD Dr. Iskak Tulungagung
8. Terdapat hubungan antara pendapatan terhadap kepatuhan minum obat pada pasien penyakit jantung koroner di RSUD Dr. Iskak Tulungagung
9. Terdapat faktor dominan yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat berdasarkan teori *health belief model* pada pasien penyakit jantung koroner di RSUD Dr. Iskak Tulungagung