

**GAMBARAN KARAKTERISTIK DAN KUALITAS HIDUP
PASIEN LANSIA DENGAN KEJADIAN POLIFARMASI DI RSI
SITI RAHMAH PADANG**

SKRIPSI



Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran pada
Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah

SALSABILLA

2210070100093

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BAITURRAHMAH

PADANG

2026

HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI

Judul : Gambaran Karakteristik dan Kualitas Hidup Pasien Lansia dengan Kejadian Polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang

Disusun Oleh

SALSABILLA

2210070100093

Telah disetujui

Padang, 2 Februari 2026

Pembimbing 1

Pembimbing 2

dr. Fredia Heppy, Sp.PD-KGer, FINASIM **dr. Meta Zulyati Oktora, Sp.PA, M. Biomed**

Penguji 1

Penguji 2

Dr. dr. Erdanelia Setiawati, MM

dr. Riki Nova, Sp.FK

PERTANYAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Salsabilla

NPM : 2210070100093

Mahasiswa : Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran
Universitas Baiturrahmah Padang

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Karya tulis ini berupa skripsi dengan judul: **”Gambaran Karakteristik dan Kualitas Hidup Pasien Lansia dengan Kejadian Polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang”** adalah asli dan belum pernah dipublikasikan atau diajukan untuk mendapatkan gelar akademik di Universitas Baiturrahmah maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan orang lain, kecuali pembimbing dan pihak lain sepengetahuan pembimbing.
3. Dalam karya ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan judul buku aslinya serta dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Apabila terdapat penyimpangan di dalam pernyataan ini, saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis ini, serta sanksi lain sesuai norma dan hukum yang berlaku.

Padang, 2 Februari 2026

Salsabilla

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT., karena atas berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul “Gambaran Karakteristik dan Kualitas Hidup Pasien Lansia dengan Kejadian Polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang”. Penulisan Skripsi ini dilakukan dalam rangka mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah. Saya menyadari sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Skripsi ini tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak penyusunan proposal sampai dengan terselesaiannya skripsi ini.

Dengan ini saya menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. H. Musliar Kasim, MS. selaku Rektor Universitas Baiturrahmah yang telah memberi kesempatan kepada saya untuk menimba ilmu di Universitas Baiturrahmah.
2. dr. Yuri Haiga, Sp.N, sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah yang telah memberikan sarana dan prasarana kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik dan lancar.
3. dr. Fredia Heppy, Sp.PD-KGer, FINASIM dan dr. Meta Zulyati Oktora, Sp.PA, M. Biomed selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, ilmu, dan pikiran untuk membimbing saya dalam penyusunan skripsi ini.
4. Dr. dr. Erdanelia Setiawati, MM dan dr. Riki Nova, Sp.FK selaku dosen pengaji yang telah memberikan saran dan arahan untuk kesempurnaan skripsi ini.

5. Kedua orang tua penulis Papa Elmen Deloys am dan Mama Wilna tercinta yang selalu mengusahakan yang terbaik untuk anak pertamanya dan selalu memberikan saya segala doa, motivasi, dukungan, kasih sayang, serta dorongan moral material dan selalu menjadi rumah ternyaman bagi saya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan lancar dan baik.
6. Opa dan Oma Penulis , Bapak Ir Tasman Naim dan Ibu Irnawati tersayang serta keluarga besar saya yang selalu mendoakan saya penuh untuk setiap langkah dan selalu memenuhi segala kebutuhan saya selama perkuliahan sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan lancar dan baik. Tak lupa untuk adik-adik saya tersayang Fathiah Kaisah dan Ayra Mysha Naira yang selalu menghibur, memberi semangat, dan mendoakan agar saya bisa menyelesaikan skripsi ini dengan cepat dan lancar.
7. Sahabat Kecil saya Rihhadatul Aisy yang selalu memberikan saya semangat, mendengarkan suka duka saya selama perkuliahan, mendoakan saya di setiap langkah sehingga saya mampu menyelesaikan skripsi ini dengan lancar dan baik.
8. Teman-teman seperjuangan, khususnya Amel, Bunga, Yuk Mida, Jia, Sapana yang selalu bersama dalam proses skripsi ini, saling menguatkan, dan berbagi tawa serta air mata. Terima kasih untuk cerita, pelukan hangat dan semangat yang tak pernah padam sehingga saya mampu menyelesaikan skripsi ini dengan cepat dan lancar.
9. Serta pihak lain yang tidak mungkin saya sebutkan satu-persatu atas bantuannya secara langsung maupun tidak langsung sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

10. Dan yang terakhir untuk anak perempuan pertama dan harapan kedua orang tua serta keluarga besar, Salsabilla. Terima kasih sudah bekerja keras dan bertahan sejauh ini, sudah selalu ikhlas dan sabar menghadapi segala rintangan selama perkuliahan ini, yang sudah bertanggung jawab untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai hingga bisa menyelesaikan skripsi dan perkuliahan ini dengan baik dan tepat waktu.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT. berkenan membala segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak.

Padang, 2 Februari 2026

Salsabilla

ABSTRAK

GAMBARAN KARAKTERISTIK DAN KUALITAS HIDUP PASIEN LANSIA DENGAN KEJADIAN POLIFARMASI DI RSI SITI RAHMAH PADANG

Salsabilla

Latar Belakang: Polifarmasi merupakan kondisi yang sering terjadi pada lansia seiring dengan meningkatnya prevalensi penyakit kronis dan kebutuhan penggunaan obat jangka panjang. Kondisi ini berpotensi berkaitan dengan perubahan kualitas hidup lansia yang mencakup aspek fisik, psikologis, dan sosial. Pemahaman mengenai karakteristik lansia dengan kejadian polifarmasi, termasuk jenis penyakit dan jenis obat yang digunakan, serta gambaran kualitas hidupnya, penting sebagai dasar perencanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan geriatri.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik dan kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan desain potong lintang (*cross-sectional*). Sampel penelitian berjumlah 54 pasien lansia dengan kejadian polifarmasi yang dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Data karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, status gizi (IMT), tingkat kerentanan, pendidikan, pekerjaan, status tinggal, dan status pengasuhan. Kualitas hidup diukur menggunakan kuesioner EQ-5D-5L. Analisis data dilakukan secara univariat dan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden berusia 60–69 tahun (50,0%), berjenis kelamin perempuan (59,3%), memiliki status gizi baik (72,2%), tingkat kerentanan pra-renta (48,1%), pendidikan menengah (48,1%), tidak bekerja (92,6%), tinggal bersama keluarga (90,7%), serta melakukan pengasuhan diri sendiri (85,2%). Jenis penyakit yang paling banyak ditemukan adalah penyakit kardiovaskular, terutama hipertensi, diikuti oleh dislipidemia, diabetes melitus, penyakit jantung koroner, dan gagal jantung. Jenis obat yang paling sering digunakan meliputi antihipertensi, diikuti antiplatelet dan antikolesterol. Kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi sebagian besar berada pada kategori baik (33,3%) dan sedang (31,5%). Kualitas hidup kategori sedang hingga baik lebih banyak ditemukan pada lansia muda dan madya, perempuan, dengan status gizi baik, tingkat kerentanan pra-renta, pendidikan menengah, tidak bekerja, tinggal bersama keluarga, serta melakukan pengasuhan diri sendiri.

Kesimpulan: Pasien lansia dengan kejadian polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang umumnya memiliki kualitas hidup pada kategori sedang hingga baik. Gambaran kualitas hidup tersebut berkaitan dengan karakteristik sosiodemografi, kondisi klinis, jenis penyakit yang diderita, serta jenis obat yang digunakan.

Kata Kunci: EQ-5D-5L, kualitas hidup, lansia, polifarmasi.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PATIENTS WITH POLYPHARMACY IN RSI SITI RAHMAH PADANG

Salsabilla

Background: Polypharmacy is a common condition in the elderly, along with the increasing prevalence of chronic diseases and the need for long-term medication use. This condition is potentially associated with changes in the quality of life of older adults, encompassing physical, psychological, and social aspects. Understanding the characteristics of older adults with polypharmacy, including the types of diseases and medications used, as well as their quality of life, is essential as a basis for planning and evaluating geriatric healthcare services.

Objective: This study aimed to describe the characteristics and quality of life of elderly patients with polypharmacy at RSI Siti Rahmah Padang.

Methods: This study employed a descriptive cross-sectional design. The sample consisted of 54 elderly patients with polypharmacy, selected using purposive sampling. Respondent characteristics included age, sex, nutritional status (BMI), frailty level, education, employment status, living arrangement, and caregiving status. Quality of life was assessed using the EQ-5D-5L questionnaire. Data were analyzed using univariate analysis and presented as frequencies and percentages.

Results: The results showed that most respondents were aged 60–69 years (50.0%), female (59.3%), had good nutritional status (72.2%), pre-elderly vulnerability level (48.1%), secondary education (48.1%), unemployed (92.6%), living with family (90.7%), and self-care (85.2%). The most common type of disease found was cardiovascular disease, especially hypertension, followed by dyslipidemia, diabetes mellitus, coronary heart disease, and heart failure. The most frequently used types of drugs included antihypertensives, followed by antiplatelets and anticholesterolemics. The quality of life of elderly patients with polypharmacy was mostly in the good (33.3%) and moderate (31.5%) categories. The moderate to good quality of life category was more common in young and middle-aged elderly, female, with good nutritional status, pre-elderly vulnerability level, secondary education, unemployed, living with family, and self-care.

Conclusion: Elderly patients with polypharmacy at RSI Siti Rahmah Padang generally had a moderate to good quality of life. The description of quality of life is related to sociodemographic characteristics, clinical conditions, type of disease suffered, and type of medication used.

Keywords: elderly, EQ-5D-5L, polypharmacy, quality of life.

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI.....	ii
PERTANYAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	viii
<i>ABSTRACT</i>	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xivii
DAFTAR LAMPIRAN	xivv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1. Tujuan Umum	7
1.3.2. Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1. Bagi Ilmu Pengetahuan Kesehatan	7
1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan	7
1.4.3. Bagi Masyarakat	8
1.4.4. Bagi Peneliti.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Polifarmasi.....	9
2.1.1. Definisi Polifarmasi	9
2.1.2. Faktor Risiko Polifarmasi	10
2.1.3. Implikasi Klinis Polifarmasi	14
2.2 Kualitas Hidup Lansia	16
2.2.1. Definisi Kualitas Hidup Lansia	16
2.2.2. Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Lansia	17
2.2.3. Penilaian Kualitas Hidup	19
2.3 Karakteristik Lansia dengan Polifarmasi.....	22
2.4 Hubungan antara Polifarmasi dan Kualitas Hidup	24
BAB III KERANGKA TEORI,.....	27
3.1 Kerangka Teori	27
BAB IV METODE PENELITIAN.....	28
4.1 Ruang Lingkup Penelitian	28
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian	28
4.3 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	28

4.4	Populasi dan Sampel.....	28
4.4.1.	Populasi Target.....	28
4.4.2.	Populasi Terjangkau.....	29
4.4.3.	Sampel Penelitian	29
4.4.4.	Teknik Sampling	29
4.4.5.	Besar Sampel	30
4.5	Variabel Penelitian.....	30
4.6	Definisi Operasional.....	31
4.7	Cara Pengumpulan Data	34
4.7.1.	Alat dan Bahan	34
4.7.2.	Jenis Data.....	36
4.7.3.	Cara Kerja.....	37
4.8	Alur Penelitian.....	38
4.9	Analisis Data	38
4.10	Etika Penelitian.....	38
4.11	Jadwal Penelitian	39
BAB V	HASIL PENELITIAN.....	40
5.1.	Gambaran Karakteristik Pasien Lansia dengan Polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang	40
5.2.	Gambaran kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang	42
5.3.	Gambaran kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi berdasarkan karakteristik di RSI Siti Rahmah Padang.....	43
BAB VI	PEMBAHASAN.....	46
6.1.	Gambaran karakteristik Pasien Lansia dengan Polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang	46
6.2.	Gambaran kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang	58
6.3.	Gambaran kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi berdasarkan karakteristik di RSI Siti Rahmah Padang.....	60
6.4.	Kelebihan Penelitian.....	46
6.5.	Keterbatasan Penelitian	70
BAB VII	PENUTUP.....	71
7.1.	Kesimpulan.....	71
7.2.	Saran	72
DAFTAR PUSTAKA.....		74
LAMPIRAN.....		79

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Perubahan Farmakokinetik pada Lansia	12
Tabel 4. 1	Definisi Operasional.....	31
Tabel 4. 2	<i>Value Set EQ-5D-5L Indonesia</i>	35
Tabel 4. 3	Interpretasi Hasil Kuesioner EQ-5D-5L	36
Tabel 4. 4	Jadwal Penelitian.....	39
Tabel 5. 1	Gambaran Karakteristik Pasien Lansia dengan Polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang.....	40
Tabel 5. 4	Gambaran Kualitas Hidup Pasien Lansia Dengan kejadian Polifarmasi berdasarkan Karakteristik di RSI Siti Rahmah Padang.....	43
Tabel 5. 5	Gambaran Kualitas Hidup Pasien Lansia dengan Kejadian Polifarmasi berdasarkan Karakteristik di RSI Siti Rahmah Padang (lanjutan)	44

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Hubungan Polifarmasi dengan Kualitas Hidup.....	26
Gambar 3. 1 Kerangka Teori	27

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activities of Daily Living</i>
BMI	: <i>Body Mass Index</i>
DM	: Diabetes Melitus
EQ-5D-5L	: <i>EuroQol Five Dimensions Five Levels</i>
FRAIL	: <i>Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of Weight</i>
HT	: Hipertensi
IMT	: Indeks Massa Tubuh
Lansia	: Lanjut Usia
QoL	: <i>Quality of Life</i>
RSI	: Rumah Sakit Islam
RSUPN	: Rumah Sakit Umum Pusat Nasional
SD	: Sekolah Dasar
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SKRT	: Survei Kesehatan Rumah Tangga
SPSS	: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Etik Penelitian	79
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian.....	80
Lampiran 3. Lembar Persetujuan Responden	81
Lampiran 4. Kuesioner Penelitian.....	82
Lampiran 5. Master Tabel	87
Lampiran 6. Dokumentasi Penelitian.....	90
Lampiran 7. Hasil Olah Data	91
Lampiran 8. Biodata Penulis	97

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Populasi lanjut usia (lansia) yaitu kelompok usia yang lebih dari 60 tahun. Jumlah lansia telah mengalami peningkatan yang signifikan dari tahun ke tahun. Menurut data World Health Organization (WHO), pada tahun 2020 jumlah lansia (usia 60 tahun ke atas) di dunia mencapai lebih dari 1 miliar jiwa, dan angka ini diperkirakan akan meningkat menjadi 1,4 miliar pada tahun 2030, bahkan mencapai 2,1 miliar pada tahun 2050. Di Indonesia berdasarkan data Badan Pusat Statistik menunjukkan bahwa pada tahun 2024, jumlah lansia mencapai 12% dari total populasi, meningkat dibandingkan tahun 2010 yang hanya 7,6%.¹ Hal ini menunjukkan adanya transisi demografi global yang mengarah pada populasi yang semakin menua.

Seiring dengan proses penuaan, lansia cenderung mengalami berbagai penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, dan osteoarthritis yang memerlukan terapi farmakologis jangka panjang. Selain itu, proses penuaan juga menyebabkan penurunan kemampuan homeostasis tubuh, termasuk fungsi ginjal, hati, dan sistem saraf, yang dapat memengaruhi metabolisme serta eliminasi obat. Kondisi ini tidak hanya meningkatkan kebutuhan terhadap pengobatan jangka panjang, tetapi juga menjadikan lansia lebih rentan terhadap efek samping dan interaksi obat. Akibatnya, prevalensi polifarmasi, yaitu penggunaan lima atau lebih jenis obat secara bersamaan menjadi tinggi di kelompok usia ini.²

Polifarmasi merupakan fenomena umum yang terjadi pada populasi lanjut usia, terutama karena tingginya angka kejadian penyakit kronis dan kebutuhan terapi farmakologis jangka panjang.³ Sebuah studi berskala besar di Eropa oleh Johansson, dkk (2016) menemukan bahwa sebanyak 51% pasien rawat jalan mengonsumsi lebih dari enam jenis obat setiap harinya. Di Inggris, jumlah resep obat untuk lansia berusia 65 tahun ke atas hampir dua kali lipat selama periode 1996 hingga 2006, meningkat dari 21,2 menjadi 40,8 item per tahun.⁴ Hasil meta-analisis oleh Liew T, dkk (2020) dari 4.259 artikel yang diidentifikasi menunjukkan bahwa kejadian polifarmasi terjadi secara global dengan prevalensi sebesar 33,3% dari total 5.054.975 pasien.⁵ Meta-analisis lain oleh Tesfaye W, dkk (2017) dari 49 artikel di negara-negara Asia melaporkan prevalensi polifarmasi sebesar 13%.⁶

Di Indonesia, angka polifarmasi pada lansia juga cukup signifikan. Penelitian Polakitang S & Kosasih R (2024) menunjukkan bahwa prevalensi polifarmasi di RS Royal Taruma Jakarta pada 114 pasien lansia, didapatkan 59.6% menggunakan 5–9 obat, 7.9% >9 obat.⁷ Studi lain oleh Tasi Kolo (2018) pada pasien geriatri di RSUD Dr. Isak Tulungagung menemukan prevalensi polifarmasi sebesar 57,9%.⁸ Penelitian oleh Vendry, Evi M, & Lia I (2025) di Poliklinik Penyakit Dalam RS Islam PKU Muhammadiyah Palangka Raya juga menemukan sebanyak 85 pasien geriatri dengan polifarmasi, di mana kondisi tersebut terutama dipengaruhi oleh komorbiditas seperti hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit jantung, serta disertai potensi interaksi obat yang memerlukan perhatian klinis lebih lanjut dari tenaga medis.⁹

Di Sumatera Barat, studi di RSUP Dr. M. Djamil Padang oleh Zulkarnain A dan Martini R (2019) terhadap 400 pasien geriatri menunjukkan bahwa polifarmasi

umumnya terjadi karena pasien memiliki lebih dari satu penyakit kronis, obat diresepkan oleh dokter yang berbeda tanpa koordinasi, gejala yang tidak khas mendorong pemberian obat berdasarkan keluhan termasuk untuk mengatasi efek samping obat sebelumnya, serta banyaknya pasien yang berobat ke poli jantung sehingga penyakit kardiovaskular menjadi kondisi terbanyak yang membutuhkan pengawasan ketat.¹⁰ Data-data tersebut menunjukkan bahwa polifarmasi merupakan isu penting pada populasi lansia di Indonesia dan membutuhkan perhatian khusus dalam praktik klinis.

Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa prevalensi polifarmasi berbeda-beda pada tiap bidang penyakit. Pada pasien penyakit dalam, polifarmasi umumnya terkait dengan kondisi kronis multipel seperti hipertensi, diabetes melitus, gagal ginjal kronik, dan penyakit paru kronik, dengan prevalensi berkisar antara 40–60% pada pasien rawat jalan maupun rawat inap. Pada pasien dengan penyakit kardiovaskular, angka polifarmasi cenderung lebih tinggi, yaitu mencapai 60–80%, karena sebagian besar pasien memerlukan kombinasi beberapa terapi wajib seperti antiplatelet, statin, *beta-blocker*, ACE-*inhibitor*/ARB, diuretik, dan obat tambahan lain untuk mengatasi komorbid. Sementara itu, pada pasien dengan penyakit neurologis, khususnya stroke, parkinson, dan epilepsi, prevalensi polifarmasi berkisar antara 45–70% akibat penggunaan obat jangka panjang seperti antiepileptik, antiparkinson, antidepresan, antipsikotik, serta obat untuk mengatasi komplikasi neurologis. Perbandingan ini menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit kardiovaskular memiliki risiko polifarmasi paling tinggi, diikuti pasien neurologi dan penyakit dalam, terutama karena kompleksitas regimen terapi dan tingginya beban komorbid pada kedua kelompok tersebut.¹⁰

Karakteristik lansia dengan polifarmasi umumnya ditandai oleh adanya multimorbiditas yang menyebabkan penggunaan berbagai jenis obat secara bersamaan, seiring dengan meningkatnya usia harapan hidup dan prevalensi penyakit kronis pada kelompok usia lanjut. Polifarmasi pada lansia tidak hanya dipengaruhi oleh faktor klinis seperti jumlah dan jenis penyakit penyerta, tetapi juga berkaitan dengan aspek sosiodemografi, meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status sosial ekonomi, yang dapat memengaruhi akses serta kepatuhan terhadap pengobatan. Selain itu, karakteristik antropometri seperti status gizi, indeks massa tubuh, dan perubahan komposisi tubuh pada lansia berperan penting dalam memengaruhi respons tubuh terhadap obat melalui perubahan farmakokinetik dan farmakodinamik. Kompleksitas berbagai karakteristik tersebut menjadikan lansia dengan polifarmasi kelompok yang rentan terhadap risiko interaksi obat, efek samping, serta penurunan kualitas hidup, sehingga diperlukan pemahaman yang komprehensif mengenai karakteristik lansia dengan polifarmasi sebagai dasar pengelolaan terapi yang lebih rasional dan aman.⁷

Namun, penting untuk dicatat bahwa polifarmasi tidak selalu berdampak negatif terhadap pasien lansia. Polifarmasi dapat meningkatkan kontrol penyakit kronis, mencegah komplikasi, dan secara keseluruhan mendukung kualitas hidup pasien lansia.³ Sebagai contoh pada pasien dengan penyakit kardiovaskular, di mana kombinasi beberapa agen farmakologis seperti *beta-blocker*, *ACE-inhibitor*, statin, dan antiplatelet terbukti secara signifikan menurunkan angka morbiditas dan mortalitas.¹¹

Dampak dari *polifarmasi* sangat kompleks dan tidak selalu langsung mengarah pada penurunan kualitas hidup, namun melibatkan berbagai tahapan

risiko. Dampak awal yang sering terjadi meliputi peningkatan kejadian efek samping obat (*adverse drug events*), interaksi obat yang berbahaya, penggunaan obat tanpa indikasi, hingga menurunnya kepatuhan pasien terhadap regimen terapi. Komplikasi ini dapat memicu penurunan fungsi fisik, penurunan kognitif, peningkatan angka rawat inap, dan beban biaya kesehatan yang lebih besar. Dalam jangka panjang, akumulasi dari dampak-dampak tersebut menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien lansia, baik dari aspek fisik maupun sosial. Penelitian oleh Wilder L, dkk (2022) menunjukkan bahwa polifarmasi berasosiasi secara negatif dengan indeks kualitas hidup EQ-5D-5L, terutama pada dimensi fisik, meskipun tidak berpengaruh signifikan pada dimensi mental.¹² Penelitian terbaru oleh Salh H, dkk (2025) terhadap 136 pasien lansia dengan diabetes melitus tipe 2 (DMT2) menunjukkan bahwa 64,7% pasien mengalami polifarmasi, yang secara signifikan berkorelasi dengan indeks kualitas hidup yang lebih rendah.¹³

Hal ini menegaskan bahwa *polifarmasi* bukan hanya masalah klinis, tetapi juga isu penting dalam aspek kehidupan holistik lansia. Lansia yang mengalami polifarmasi cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah, terutama pada aspek fisik dan psikologis, akibat meningkatnya beban pengobatan, efek samping obat, serta keterbatasan fungsi akibat penyakit kronis yang menyertai. Penggunaan banyak obat dapat menyebabkan kelelahan, gangguan kognitif, penurunan mobilitas, dan ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari, yang pada akhirnya memengaruhi kemandirian dan kesejahteraan emosional lansia. Selain itu, kompleksitas regimen pengobatan dan biaya yang harus dikeluarkan dapat berdampak pada aspek sosial dan ekonomi, sehingga menurunkan kepuasan hidup

secara keseluruhan dan memperburuk persepsi lansia terhadap kondisi kesehatannya.^{7,14}

Meskipun beberapa penelitian telah menilai dampak polifarmasi terhadap aspek klinis, penelitian yang menggambarkan kualitas hidup lansia pengguna polifarmasi, khususnya dengan instrumen EQ-5D-5L pada fasilitas kesehatan tertentu, masih terbatas. Di Kota Padang, studi mengenai gambaran kualitas hidup pasien lansia dengan polifarmasi belum banyak dilakukan, termasuk di RSI Siti Rahmah Padang.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini penting dilakukan untuk menggambarkan kualitas hidup pasien lansia dengan polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang. Selain itu, penelitian ini juga akan mendeskripsikan karakteristik lansia berdasarkan kelompok usia, jenis kelamin, status gizi, tingkat kerentaan, pendidikan, pekerjaan, status tinggal, dan status pengasuhan. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan gambaran komprehensif mengenai kondisi kualitas hidup lansia dengan polifarmasi dan menjadi dasar dalam perencanaan terapi obat yang lebih aman, rasional, dan berorientasi pada peningkatan kualitas hidup pasien.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Bagaimana gambaran karakteristik dan kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang?"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik dan kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran karakteristik pasien lansia dengan polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang.
2. Mengetahui gambaran kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang.
3. Mengetahui gambaran kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi berdasarkan karakteristik di RSI Siti Rahmah Padang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Ilmu Pengetahuan Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah khazanah ilmu dalam bidang geriatri dan farmakoterapi, khususnya mengenai dampak jenis polifarmasi terhadap kualitas hidup lansia, serta memberikan dasar ilmiah bagi praktik klinis yang lebih rasional dan berbasis bukti.

1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat menjadi sumber referensi dan bahan kajian dalam pengembangan kurikulum serta pembelajaran mahasiswa di bidang kedokteran, farmasi, dan keperawatan, khususnya dalam topik polifarmasi dan kualitas hidup lansia.

1.4.3. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman kepada masyarakat, terutama keluarga lansia, tentang pentingnya penggunaan obat yang tepat dan rasional untuk menjaga serta meningkatkan kualitas hidup lansia.

1.4.4. Bagi Peneliti

Penelitian ini menjadi dasar bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan pengkajian lebih lanjut terkait intervensi atau pendekatan klinis yang dapat diterapkan guna mengurangi dampak negatif dari polifarmasi terhadap kualitas hidup lansia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Polifarmasi

2.1.1. Definisi Polifarmasi

Polifarmasi umum ditemui pada lansia karena tingginya multimorbiditas, yaitu kondisi lansia yang memiliki dua penyakit kronis atau lebih. Polifarmasi umumnya diartikan sebagai penggunaan simultan beberapa obat oleh pasien, terutama lansia.¹⁵ Menurut kajian sistematis oleh Pazan F, dkk (2021), ditemukan 138 definisi polifarmasi, 111 definisi berbasis jumlah obat, 15 menyertakan durasi atau setting pengobatan, dan 12 bersifat deskriptif. Mayoritas studi menggunakan batas ≥ 5 obat harian, meski ada varian termasuk ≥ 2 – ≥ 11 obat.¹⁶ Meski tidak ada konsensus universal, banyak literatur menyepakati bahwa polifarmasi adalah konsumsi lima atau lebih obat secara bersamaan, termasuk obat resep, bebas, dan suplemen/tradisional, namun WHO menyatakan bahwa polifarmasi adalah konsumsi rutin ≥ 5 obat, mencakup obat resep, bebas, dan tradisional.¹¹

Polifarmasi telah digambarkan sebagai tantangan kesehatan masyarakat yang signifikan. Polifarmasi meningkatkan kemungkinan efek samping, dengan dampak signifikan pada hasil kesehatan dan pengeluaran untuk sumber daya perawatan kesehatan.¹¹ Meskipun meresepkan beberapa obat secara bersamaan meningkatkan risiko efek samping, penting untuk dicatat bahwa menetapkan ambang batas numerik untuk mendefinisikan polifarmasi tidak selalu berguna. Ada beberapa kasus di mana polifarmasi diperlukan dan bermanfaat, seperti pencegahan sekunder infark miokard, yang memerlukan penggunaan empat kelas obat yang berbeda (beta blocker, statin, antiplatelet, dan ACEi). Polifarmasi yang tepat dapat

memperoleh manfaat dari berbagai obat jika kondisi klinis pasien, komorbiditas, profil alergi, potensi interaksi obat-obat dan obat-penyakit dipertimbangkan, dan obat-obatan diresepkan berdasarkan bukti terbaik yang tersedia.¹⁷ Penting untuk membedakan polifarmasi yang tepat dari polifarmasi yang tidak tepat. Kelompok pasien yang paling rentan terhadap risiko polifarmasi rentan terhadap kejadian seperti interaksi obat-obat, risiko jatuh yang lebih tinggi, ADR, gangguan kognitif, ketidakpatuhan, dan status gizi yang buruk. Kelompok pasien yang rentan sering kali mencakup pasien lanjut usia di atas usia 65 tahun dan pasien yang tinggal di panti jompo.¹⁷

Sebuah studi berskala besar di Eropa oleh Johansson, dkk (2016) menemukan bahwa sebanyak 51% pasien rawat jalan mengonsumsi lebih dari enam jenis obat setiap harinya. Di Inggris, jumlah resep obat untuk lansia berusia 65 tahun ke atas hampir dua kali lipat selama periode 1996 hingga 2006, meningkat dari 21,2 menjadi 40,8 item per tahun.⁴

2.1.2. Faktor Risiko Polifarmasi

Polifarmasi pada lansia merupakan fenomena kompleks yang disebabkan oleh berbagai faktor saling berkaitan, baik dari sisi klinis, fisiologis, sosial, maupun sistem pelayanan kesehatan. Salah satu penyebab utama meningkatnya kejadian polifarmasi pada lansia adalah tingginya prevalensi penyakit kronik multipel (multimorbiditas) yang umumnya dialami kelompok usia di atas 60 tahun. Lansia dengan dua atau lebih penyakit kronis sering kali memerlukan pengobatan simultan dari berbagai kelompok terapi, seperti antihipertensi, hipoglikemik oral, antikoagulan, obat untuk osteoarthritis, dan antidepresan. Kondisi ini membuat

penggunaan beberapa obat secara bersamaan menjadi sulit dihindari, bahkan dianggap sebagai pendekatan yang logis dalam praktik klinis.^{3,18}

Selain karena beban penyakit, perubahan fisiologis yang terjadi seiring bertambahnya usia juga merupakan faktor risiko penting polifarmasi, terutama melalui dampaknya terhadap farmakokinetik dan farmakodinamik. Perubahan farmakokinetik pada lansia memengaruhi bagaimana tubuh menyerap, mendistribusikan, memetabolisme, dan mengekskresikan obat. Menurut Drenth-van Maanen, dkk (2020) proses penuaan menurunkan aliran darah ke saluran cerna, memperlambat motilitas usus, dan menurunkan produksi asam lambung, yang dapat mengubah absorpsi obat, meskipun efek klinisnya sering tidak signifikan. Distribusi obat juga berubah akibat penurunan air tubuh total dan peningkatan lemak tubuh, sehingga obat yang larut dalam air akan memiliki konsentrasi plasma yang lebih tinggi, sementara obat lipofilik akan tertimbun dalam jaringan lemak lebih lama. Metabolisme obat, terutama yang dimediasi oleh enzim hati seperti CYP3A4, juga menurun seiring usia akibat berkurangnya volume dan perfusi hepatis, yang dapat memperlambat pembersihan obat dan meningkatkan risiko toksitas. Sementara itu, penurunan fungsi ginjal yang ditandai dengan menurunnya laju filtrasi glomerulus menjadi faktor penting dalam gangguan eliminasi obat-obat yang larut air, seperti aminoglikosida, digoksin, dan beberapa antikoagulan.^{3,18,19}

Tabel 2. 1 Perubahan Farmakokinetik pada Lansia¹⁹

Absrobsi	Distribusi
↓ sekresi saliva	↓ <i>cardiac output</i>
↓ pH gaster	↑ resistensi vaskular perifer
↓ sekresi asam lambung	↓ aliran darah hepar
↑ waktu pengosongan gaster	↓ jumlah cairan tubuh
↓ area permukaan gaster	↑ jaringan adiposa
↓ motilitas gastrointestinal	↓ albumin serum
↓ mekanisme transport aktif	↓ distribusi obat larut air
Metabolik	Eksresi
↓ oksidasi mikrosomal hepar	↓ perfusi renal
↓ klirens	↓ ukuran renal
↑ tingkat <i>steady state</i>	↓ laju filtrasi glomerulus
↓ metabolisme lintas pertama	↓ sekresi tubulus
	↓ eksresi reabsrobsitubulus

Perubahan farmakodinamik pun tidak kalah penting. Lansia mengalami perubahan respons fisiologis terhadap obat, termasuk penurunan sensitivitas reseptor dan gangguan regulasi homeostasis tubuh. Misalnya, lansia lebih sensitif terhadap efek sedatif benzodiazepin dan antikolinergik, namun kurang responsif terhadap beta-blocker. Selain itu, gangguan pada sistem saraf otonom juga membuat tubuh lansia kurang efisien dalam mengatur tekanan darah, detak jantung, dan keseimbangan elektrolit, sehingga meningkatkan kerentanan terhadap efek samping obat. Semua perubahan ini menuntut penyesuaian dosis dan pemilihan obat secara hati-hati.^{3,18,19}

Selain itu, fragmentasi pelayanan kesehatan juga berperan besar dalam faktor risiko polifarmasi. Dalam sistem yang terfragmentasi, pasien sering dikonsultasikan ke berbagai spesialis yang meresepkan obat berdasarkan spesifikasinya masing-masing tanpa adanya koordinasi yang memadai. Hal ini mengakibatkan duplikasi terapi, penggunaan obat yang saling berinteraksi, dan penambahan obat yang tidak diperlukan. Ketidakterlibatan dokter umum sebagai

koordinator terapi obat pasien juga menyebabkan ketidakefisienan dalam manajemen pengobatan jangka panjang, terutama pada pasien geriatrik.^{3,11,19}

Faktor lainnya adalah praktik peresepan yang tidak rasional, baik karena kurangnya evaluasi menyeluruh terhadap terapi pasien, tekanan dari pasien atau keluarga untuk mendapatkan obat, maupun keterbatasan waktu konsultasi. Studi menunjukkan bahwa waktu konsultasi yang singkat sering kali membuat dokter lebih memilih meresepkan obat daripada melakukan edukasi atau pendekatan non-farmakologis. Selain itu, adanya kekhawatiran klinisi untuk menghentikan terapi yang sudah berlangsung lama tanpa pengkajian ulang juga berkontribusi terhadap timbulnya polifarmasi yang tidak perlu.^{3,11,18}

Di sisi pasien, kurangnya literasi kesehatan dan kebiasaan mengonsumsi obat bebas tanpa pengawasan medis turut memperparah masalah polifarmasi. Lansia yang memiliki informasi terbatas mengenai indikasi dan efek samping obat cenderung menggabungkan terapi dari dokter dengan obat-obatan bebas, suplemen, atau obat tradisional, sehingga meningkatkan risiko interaksi dan konsumsi obat berlebih. Ketergantungan terhadap pengobatan jangka panjang juga dapat memperkuat persepsi bahwa semakin banyak obat berarti semakin efektif, yang sebenarnya bertentangan dengan prinsip terapi rasional.^{11,16,17,19}

Faktor sistemik seperti akses farmasi yang mudah dan iklan obat yang masif turut memperkuat praktik polifarmasi. Di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia, obat dapat dibeli secara bebas tanpa resep dokter, termasuk antibiotik, steroid, dan obat penenang, yang seharusnya dikontrol secara ketat. Iklan yang agresif di media massa dan sosial juga sering memberikan kesan bahwa obat adalah

solusi utama dari setiap keluhan, tanpa mempertimbangkan pendekatan preventif atau gaya hidup sehat.^{11,18}

Kurangnya sistem monitoring dan *deprescribing* rutin di fasilitas layanan kesehatan juga berperanguruh pada faktor risiko terjadinya polifarmasi. Tanpa evaluasi berkala terhadap regimen terapi, banyak pasien yang tetap mengonsumsi obat yang seharusnya sudah dihentikan atau diganti. *Deprescribing* yakni proses sistematis untuk menghentikan atau mengurangi obat yang tidak lagi bermanfaat belum menjadi praktik yang lazim, padahal intervensi ini telah terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup serta mengurangi risiko efek samping pada lansia.^{11,19}

2.1.3. Implikasi Klinis Polifarmasi

Polifarmasi, khususnya yang bersifat tidak tepat guna, memiliki dampak klinis yang luas dan kompleks terhadap kesehatan pasien, terutama pada kelompok lansia. Kerentanan fisiologis yang menyertai proses penuaan menjadikan lansia kelompok yang paling berisiko mengalami komplikasi serius akibat penggunaan obat yang berlebihan atau tidak sesuai. Implikasi ini mencakup berbagai aspek, mulai dari interaksi obat hingga penurunan kualitas hidup secara menyeluruh.²⁰

2.1.4.1. Interaksi Obat yang Berbahaya

Interaksi antarobat merupakan salah satu konsekuensi paling umum dan berbahaya dari polifarmasi. Kombinasi obat yang tidak sesuai dapat menurunkan efektivitas terapi, meningkatkan toksisitas, bahkan menyebabkan kejadian fatal. Studi oleh Burato, dkk (2021) menunjukkan bahwa hampir 80% pasien lansia rawat inap mengalami setidaknya satu interaksi obat yang merugikan, dan 20% di antaranya tergolong serius. Interaksi ini tidak hanya meningkatkan risiko

morbiditas dan mortalitas, tetapi juga memperpanjang masa rawat inap dan meningkatkan beban terhadap sistem pelayanan kesehatan.²¹

2.1.4.2. Penurunan Kognitif dan Terjadinya Delirium

Penggunaan berlebihan obat-obatan yang bersifat depresan sistem saraf pusat, seperti benzodiazepin, opioid, dan obat antikolinergik, dapat memperburuk fungsi kognitif pada lansia. Polifarmasi secara signifikan dikaitkan dengan kejadian delirium akut dan penurunan fungsi eksekutif otak. Meta-analisis oleh Yu X, dkk (2024) menunjukkan bahwa lansia dengan polifarmasi mengalami percepatan penurunan kognitif, bahkan setelah disesuaikan dengan komorbiditas dan status fungsional dasar. Efek ini berdampak pada kemampuan lansia dalam mengambil keputusan, mengingat, dan menjalankan aktivitas harian secara mandiri.²²

2.1.4.3. Kejadian Jatuh dan Instabilitas

Polifarmasi juga dikaitkan dengan meningkatnya kejadian jatuh (*falls*) pada lansia. Obat-obatan yang memengaruhi kesadaran, keseimbangan, dan tekanan darah, seperti antihipertensi, sedatif, dan antipsikotik, dapat menyebabkan hipotensi ortostatik, pusing, dan instabilitas postural. Kombinasi beberapa obat tersebut meningkatkan risiko kecelakaan jatuh yang dapat berujung pada fraktur, immobilisasi, bahkan kematian. Penelitian oleh Lavan, dkk (2016) menyebutkan bahwa pasien lansia yang mengonsumsi lebih dari lima obat memiliki risiko jatuh dua kali lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak mengalami polifarmasi.¹⁹

2.1.4.4. Penurunan Kualitas Hidup

Dampak kumulatif dari interaksi obat, gangguan kognitif, dan keterbatasan fisik akibat polifarmasi pada akhirnya akan bermuara pada penurunan kualitas hidup lansia. Studi oleh Salh H et al. (2025) menunjukkan bahwa polifarmasi

berkorelasi dengan skor kualitas hidup yang lebih rendah secara signifikan, khususnya pada dimensi mobilitas, perawatan diri, dan kesehatan mental berdasarkan pengukuran EQ-5D-5L. Kondisi ini menyebabkan meningkatnya ketergantungan lansia terhadap *caregiver*, berkurangnya partisipasi sosial, serta meningkatnya kebutuhan perawatan jangka panjang di institusi kesehatan.¹³

2.2 Kualitas Hidup Lansia

2.2.1. Definisi Kualitas Hidup Lansia

Kualitas hidup pada lansia merupakan konsep multidimensional yang mencakup kesejahteraan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual seseorang, terutama dalam kaitannya dengan pengalaman hidup dan derajat kemandirian dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Lansia cenderung menghadapi berbagai perubahan biologis dan psikososial, seperti menurunnya kapasitas fisik, meningkatnya ketergantungan terhadap orang lain, serta perasaan keterasingan sosial, yang dapat berdampak langsung terhadap kualitas hidup mereka.²³

Menurut *World Health Organization*, kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai tempat mereka hidup serta dalam hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran mereka (WHOQOL Group, 1998). Definisi ini mencerminkan pendekatan holistik terhadap kualitas hidup, tidak hanya terbatas pada aspek medis semata, melainkan juga mencakup aspek psikososial dan eksistensial, yang sangat relevan bagi lansia.²⁴

Seiring bertambahnya usia, lansia menghadapi tantangan seperti penyakit kronis, penurunan fungsi fisik, serta kehilangan pasangan hidup dan perubahan peran sosial. Semua faktor ini dapat memengaruhi persepsi lansia terhadap kualitas

hidupnya. Di sisi lain, kualitas hidup lansia juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan seperti akses terhadap layanan kesehatan, lingkungan fisik yang mendukung, dan keterlibatan dalam komunitas sosial. Kebijakan yang responsif terhadap kebutuhan lansia, seperti penyediaan fasilitas rehabilitasi, layanan kunjungan rumah, serta dukungan kesehatan mental, terbukti meningkatkan kualitas hidup kelompok usia ini secara signifikan.²⁵

2.2.2. Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Lansia

Kualitas hidup lansia dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial, demografis, psikologis, dan biologis. Faktor-faktor ini tidak berdiri sendiri, melainkan saling berinteraksi dalam menentukan persepsi dan pengalaman hidup lansia. Semakin kompleks kondisi yang dihadapi seseorang pada usia lanjut, semakin besar pula pengaruhnya terhadap kualitas hidup yang dirasakan. Pemahaman terhadap berbagai faktor yang memengaruhi kualitas hidup lansia menjadi kunci dalam menyusun intervensi yang bersifat promotif, preventif, maupun kuratif secara komprehensif.²³ Beberapa faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup lansia:

2.2.1.1. Usia

Usia merupakan salah satu determinan utama yang berhubungan dengan penurunan kualitas hidup. Seiring bertambahnya usia, lansia cenderung mengalami penurunan fungsi fisik, kognitif, serta peningkatan risiko penyakit kronis dan kecacatan. Usia lanjut memperbesar kerentanan terhadap isolasi sosial dan ketergantungan, yang pada akhirnya menurunkan kesejahteraan hidup secara menyeluruh.²⁶

2.2.1.1. Jenis Kelamin

Jenis kelamin juga berperan penting dalam menentukan persepsi dan pencapaian kualitas hidup lansia. Perempuan lansia cenderung melaporkan kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan laki-laki, khususnya pada dimensi nyeri/ketidaknyamanan dan kesehatan psikologis. Hal ini dapat dijelaskan oleh tingginya angka janda, beban peran ganda semasa muda, serta kemungkinan lebih tinggi mengalami penyakit degeneratif dan kesepian pada perempuan lanjut usia. Namun, di sisi lain, perempuan sering kali lebih terbuka terhadap dukungan sosial dan cenderung memiliki jaringan sosial yang lebih kuat, yang dapat menjadi faktor pelindung.

2.2.1.2. Status Gizi

Status gizi memiliki hubungan erat dengan kualitas hidup lansia, baik secara langsung maupun tidak langsung. Malnutrisi dan status gizi buruk menyebabkan kelemahan otot, mudah lelah, dan peningkatan risiko jatuh, yang semuanya berdampak negatif terhadap fungsi harian dan kesehatan mental lansia.²⁶

2.2.1.3. Tingkat Kerentaan (*frailty*)

Frailty merupakan kondisi klinis yang ditandai dengan penurunan cadangan fisiologis tubuh, menyebabkan lansia lebih rentan terhadap stresor minor dan risiko kecacatan, rawat inap, maupun kematian. Individu yang tergolong frail cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah, khususnya pada domain fisik dan aktivitas harian.^{26,27}

2.2.1.4. Pendidikan

Pendidikan merupakan indikator sosial ekonomi yang turut memengaruhi kualitas hidup lansia. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi biasanya terkait dengan

literasi kesehatan yang lebih baik, kemampuan mengakses pelayanan kesehatan, serta pengambilan keputusan yang lebih tepat dalam pengelolaan penyakit kronis.²⁶

2.2.1.5. Pekerjaan

Pekerjaan baik dalam bentuk aktivitas kerja yang masih dilakukan maupun status pensiun, juga berperan dalam memengaruhi kesejahteraan lansia. Lansia yang tetap aktif secara produktif, seperti bekerja paruh waktu atau terlibat dalam kegiatan sukarela, dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan lansia yang tidak aktif. Kegiatan produktif menjaga fungsi kognitif, memperkuat harga diri, dan memperluas jaringan sosial. Sebaliknya, pensiun tanpa persiapan psikologis dan finansial yang memadai dapat menjadi pemicu stres dan depresi.²⁶

2.2.1.6. Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan faktor protektif yang terbukti sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia. Tempat tinggal yang nyaman, aman, dan mudah diakses berkontribusi terhadap rasa aman dan kemandirian. Selain itu, status pengasuhan seperti tinggal bersama keluarga, anak, atau di panti sosial berpengaruh terhadap kesejahteraan psikologis dan fisik lansia. Interaksi sosial yang rutin dan perasaan menjadi bagian dari komunitas merupakan aspek penting dalam menjaga stabilitas emosional lansia.²⁶

2.2.3. Penilaian Kualitas Hidup

Penilaian kualitas hidup pada populasi lanjut usia merupakan aspek penting dalam menilai keberhasilan terapi, khususnya dalam konteks penggunaan obat jangka panjang dan polifarmasi. Lansia merupakan kelompok usia yang rentan mengalami penurunan status fungsional, psikologis, dan sosial akibat proses penuaan fisiologis serta tingginya prevalensi penyakit kronis.¹² Oleh karena itu,

dibutuhkan instrumen yang tidak hanya valid dan reliabel, tetapi juga praktis, mudah digunakan, serta sensitif terhadap perubahan-perubahan halus dalam status kesehatan lansia.

Beberapa instrumen yang umum digunakan untuk mengukur kualitas hidup pada lansia antara lain adalah WHOQOL-BREF, SF-36 (*Short Form Health Survey-36*), *Geriatric Quality of Life Questionnaire* (GQLQ), dan EQ-5D-5L (EuroQol-5 Dimension-5 Level). WHOQOL-BREF yang dikembangkan oleh *World Health Organization* mengukur kualitas hidup dalam empat domain utama, yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Instrumen ini bersifat komprehensif dan mampu menangkap aspek sosial serta lingkungan yang memengaruhi kesejahteraan lansia, namun memerlukan waktu pengisian yang lebih lama dan proses penilaian yang lebih kompleks. Instrumen SF-36 menilai delapan domain kesehatan, seperti fungsi fisik, peran sosial, nyeri tubuh, dan kesehatan mental. Meskipun memiliki sensitivitas tinggi terhadap perubahan klinis, penggunaannya dalam praktik rutin terbatas karena jumlah item yang cukup banyak dan memerlukan waktu lebih lama dalam pengisian. Di sisi lain, GQLQ dikembangkan khusus untuk lansia dan mempertimbangkan aspek sosial budaya serta nilai spiritual yang penting dalam kehidupan sehari-hari lansia, meskipun ketersediaan versinya masih terbatas dan belum terstandardisasi secara global.²⁸

Di antara berbagai instrumen tersebut, EQ-5D-5L merupakan salah satu alat ukur kualitas hidup yang paling banyak digunakan secara global, baik dalam penelitian maupun praktik klinis. EQ-5D-5L dikembangkan oleh EuroQol Group dan terdiri atas lima dimensi, yaitu mobilitas, perawatan diri, aktivitas sehari-hari, nyeri/ketidaknyamanan, dan kecemasan/depresi. Setiap dimensi memiliki lima

tingkat keparahan, mulai dari tidak ada masalah hingga masalah yang sangat berat. EQ-5D-5L menghasilkan skor utilitas yang mencerminkan status kesehatan individu secara keseluruhan dalam skala 0 hingga 1, dengan nilai 1 menandakan kesehatan sempurna dan nilai kurang dari 0 menggambarkan kondisi kesehatan yang dianggap lebih buruk dari kematian.^{29,30}

Keunggulan utama dari EQ-5D-5L terletak pada kemudahan penggunaannya, durasi pengisian yang singkat, serta kemampuannya dalam menghasilkan nilai utilitas yang dapat digunakan untuk analisis ekonomi kesehatan, seperti *cost-utility analysis*. Dalam konteks lanjut usia, EQ-5D-5L terbukti sensitif dalam mengidentifikasi perubahan status fungsional dan kesehatan mental, yang sering kali menjadi isu utama seiring bertambahnya usia.^{29,30} Keunggulan instrumen EQ-5D-5L dalam menilai kualitas hidup lansia telah didukung oleh berbagai penelitian empiris. Sebuah *systematic review* oleh Zhou, dkk (2021) menyebutkan bahwa bahwa kuesioner EQ-5D-5L memiliki sensitivitas yang tinggi dalam mendekripsi penurunan kualitas hidup pada pasien geriatri dengan penyakit kronis, terutama pada dimensi mobilitas dan nyeri, yang sering menjadi keluhan utama lansia.³¹

Interpretasi hasil kuesioner EQ-5D-5L dapat dibagi ke dalam beberapa kategori berdasarkan nilai utilitas yang dihasilkan. Nilai utilitas antara 0,9 hingga 1,0 menunjukkan bahwa seseorang memiliki kualitas hidup yang sangat baik, dengan sedikit atau hampir tidak ada masalah serius dalam dimensi kesehatan yang dinilai. Jika nilai utilitas berada pada rentang 0,75 hingga 0,9, maka kualitas hidup dikategorikan baik, meskipun mungkin terdapat beberapa masalah ringan yang dialami individu. Sementara itu, nilai antara 0,50 hingga 0,75 mengindikasikan

kualitas hidup sedang, di mana individu mungkin mengalami keterbatasan dalam beberapa aspek kehidupan sehari-hari. Nilai yang lebih rendah, yakni antara 0,00 hingga 0,50, mencerminkan kualitas hidup yang rendah, dengan banyak keterbatasan atau gangguan kesehatan yang signifikan. Bahkan, jika nilai utilitas kurang dari 0,00, maka kondisi tersebut dianggap lebih buruk daripada kematian, yang berarti individu mengalami penderitaan atau keterbatasan ekstrem dalam hampir semua aspek kehidupannya. Interpretasi ini penting untuk menilai secara kuantitatif dampak kondisi kesehatan terhadap kualitas hidup seseorang.³¹

2.3 Karakteristik Lansia dengan Polifarmasi

Lansia merupakan kelompok usia yang mengalami berbagai perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial yang berpengaruh terhadap status kesehatan dan pola pengobatan. Seiring dengan meningkatnya angka harapan hidup, prevalensi penyakit kronis pada lansia juga mengalami peningkatan, sehingga penggunaan obat dalam jangka panjang menjadi hal yang umum. Kondisi ini menyebabkan lansia menjadi kelompok yang paling rentan mengalami polifarmasi, yang secara umum didefinisikan sebagai penggunaan lima atau lebih obat secara bersamaan. Polifarmasi pada lansia tidak berdiri sendiri, melainkan berkaitan erat dengan berbagai karakteristik individu, baik klinis maupun nonklinis.^{7,14}

Salah satu karakteristik utama lansia dengan polifarmasi adalah multimorbiditas, yaitu keberadaan dua atau lebih penyakit kronis dalam satu individu. Penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung koroner, osteoarthritis, penyakit paru obstruktif kronik, dan gangguan neurodegeneratif sering ditemukan secara bersamaan pada lansia. Multimorbiditas menyebabkan lansia harus menjalani terapi dari berbagai pedoman klinis yang berbeda, sehingga

meningkatkan jumlah obat yang diresepkan. Semakin banyak penyakit penyerta yang dimiliki lansia, semakin tinggi risiko terjadinya polifarmasi dan penggunaan obat yang tidak tepat.^{7,14}

Selain faktor klinis, karakteristik sosiodemografi juga berperan penting dalam terjadinya polifarmasi pada lansia. Usia lanjut, khususnya lansia tua (≥ 75 tahun), lebih sering mengalami polifarmasi dibandingkan lansia muda karena akumulasi penyakit kronis dan penurunan fungsi organ. Jenis kelamin perempuan dilaporkan lebih sering mengalami polifarmasi, yang dikaitkan dengan angka harapan hidup yang lebih panjang, tingginya prevalensi penyakit kronis tertentu, serta kecenderungan lebih sering mengakses layanan kesehatan. Tingkat pendidikan dan status sosial ekonomi juga memengaruhi pemahaman lansia terhadap penggunaan obat, akses terhadap pelayanan kesehatan, serta kemampuan untuk mematuhi regimen terapi yang kompleks.^{7,14}

Karakteristik status sosial dan lingkungan turut memengaruhi pola polifarmasi pada lansia. Lansia yang tinggal sendiri atau tidak memiliki dukungan keluarga cenderung memiliki pengelolaan obat yang kurang optimal, termasuk penggunaan obat tanpa pengawasan yang memadai. Sebaliknya, lansia yang memiliki akses kesehatan yang baik, seperti kepemilikan asuransi kesehatan dan kunjungan rutin ke fasilitas pelayanan kesehatan, juga berpotensi mengalami polifarmasi akibat peningkatan intensitas kontak dengan tenaga medis dan pemberian resep obat yang berlapis.^{7,14}

Karakteristik antropometri dan status gizi, lansia dengan polifarmasi sering menunjukkan variasi yang signifikan, mulai dari status gizi kurang hingga obesitas. Perubahan komposisi tubuh pada lansia, seperti penurunan massa otot (sarkopenia),

peningkatan massa lemak, serta penurunan total cairan tubuh, dapat memengaruhi distribusi, metabolisme, dan eliminasi obat. Kondisi ini meningkatkan risiko efek samping obat, terutama pada lansia dengan indeks massa tubuh ekstrem, baik rendah maupun tinggi. Oleh karena itu, karakteristik antropometri menjadi faktor penting dalam menilai keamanan dan efektivitas penggunaan obat pada lansia dengan polifarmasi.^{7,14}

Perubahan fisiologis akibat proses penuaan, seperti penurunan fungsi ginjal dan hati, juga merupakan karakteristik penting pada lansia dengan polifarmasi. Penurunan laju filtrasi glomerulus dan metabolisme hepatis dapat menyebabkan akumulasi obat dalam tubuh, sehingga meningkatkan risiko toksisitas dan reaksi obat yang merugikan. Lansia dengan polifarmasi juga lebih rentan terhadap interaksi obat-obat dan obat-penyakit, terutama bila disertai gangguan kognitif atau penurunan fungsi sensorik yang menghambat kepatuhan minum obat.^{7,14}

2.4 Hubungan antara Polifarmasi dan Kualitas Hidup

Polifarmasi merupakan fenomena umum pada kelompok lanjut usia. Kondisi ini sering kali muncul sebagai konsekuensi dari multimorbiditas, yaitu keberadaan dua atau lebih penyakit kronis pada waktu yang sama. Di satu sisi, polifarmasi dapat meningkatkan kontrol penyakit, memperbaiki prognosis, serta mempertahankan fungsi hidup lansia jika diterapkan secara tepat. Namun di sisi lain, ketika tidak diimbangi dengan pemantauan yang ketat dan evaluasi berkala, polifarmasi berpotensi menimbulkan berbagai konsekuensi negatif terhadap kualitas hidup.¹¹

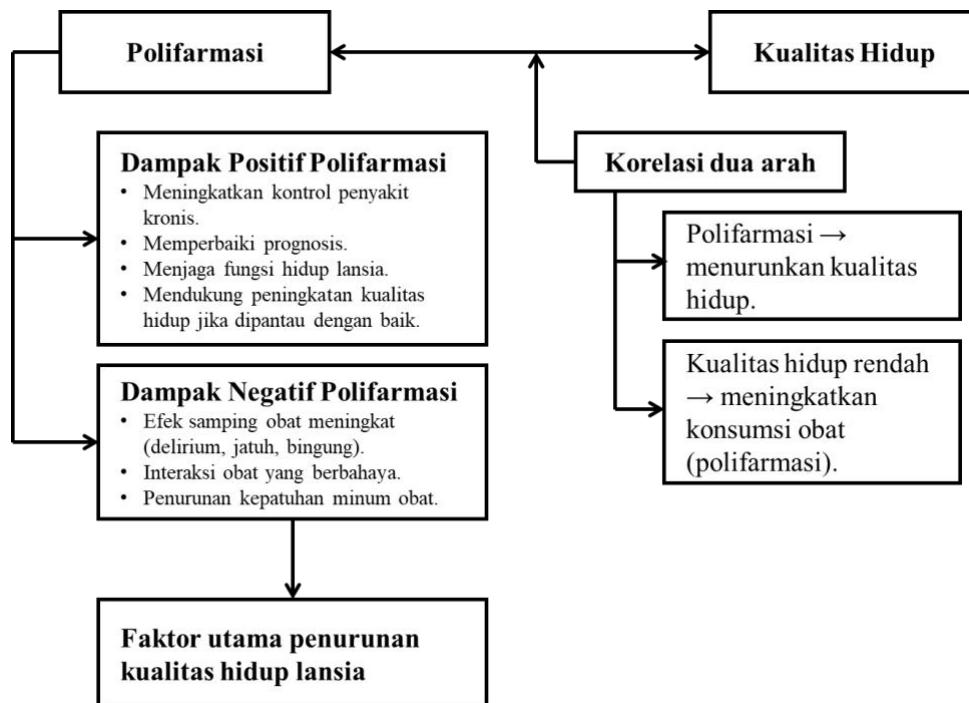
Penurunan kualitas hidup pada lansia dengan polifarmasi sering kali disebabkan oleh efek samping obat, interaksi antarobat, penurunan kepatuhan, serta

beban finansial dan psikologis yang menyertai penggunaan obat yang kompleks.¹⁸ Menurut penelitian Lavan, dkk (2016), penggunaan obat yang tidak tepat meningkatkan risiko kejadian efek merugikan, termasuk delirium, jatuh, dan kebingungan. Efek ini tidak hanya memengaruhi aspek fisik lansia, tetapi juga berdampak pada domain psikologis dan sosial. Studi tersebut juga menemukan bahwa lansia yang mengonsumsi lebih dari lima obat memiliki skor kualitas hidup yang lebih rendah, terutama dalam dimensi mobilitas dan *self-care* berdasarkan pengukuran dengan EQ-5D.¹⁹

Beberapa penelitian menegaskan bahwa hubungan antara polifarmasi dan kualitas hidup bersifat dua arah, selain polifarmasi memengaruhi kualitas hidup, kondisi kualitas hidup yang buruk juga dapat mendorong peningkatan konsumsi obat, misalnya melalui keluhan psikosomatik, nyeri kronis, atau gangguan tidur.¹⁸ Menurut Gutiérrez-Valencia et al. (2018), lansia yang melaporkan kualitas hidup rendah lebih cenderung mengalami *overuse* terhadap obat-obatan tertentu, seperti analgesik dan obat penenang, yang berujung pada siklus polifarmasi yang berulang.³²

Polifarmasi menjadi penentu utama dalam buruknya *outcome* klinis lansia.¹⁹ Penelitian oleh Salh H, dkk (2025) dari 136 pasien, didapatkan 64,7% terindikasi polifarmasi dan menyebutkan polifarmasi berkorelasi dengan skor indeks kualitas hidup yang lebih rendah $0,221 \pm 0,411$ (nilai-P = 0,002) dan menyimpulkan polifarmasi dikaitkan dengan penurunan kualitas hidup.¹³ Penelitian oleh Al-Musawe, dkk (2020) juga menyebutkan bahwa kejadian polifarmasi berkorelasi dengan penurunan hasil kualitas hidup pasien pasien lansia.³³ Namun demikian, tidak semua bentuk polifarmasi berdampak negatif. Jika dilakukan secara rasional

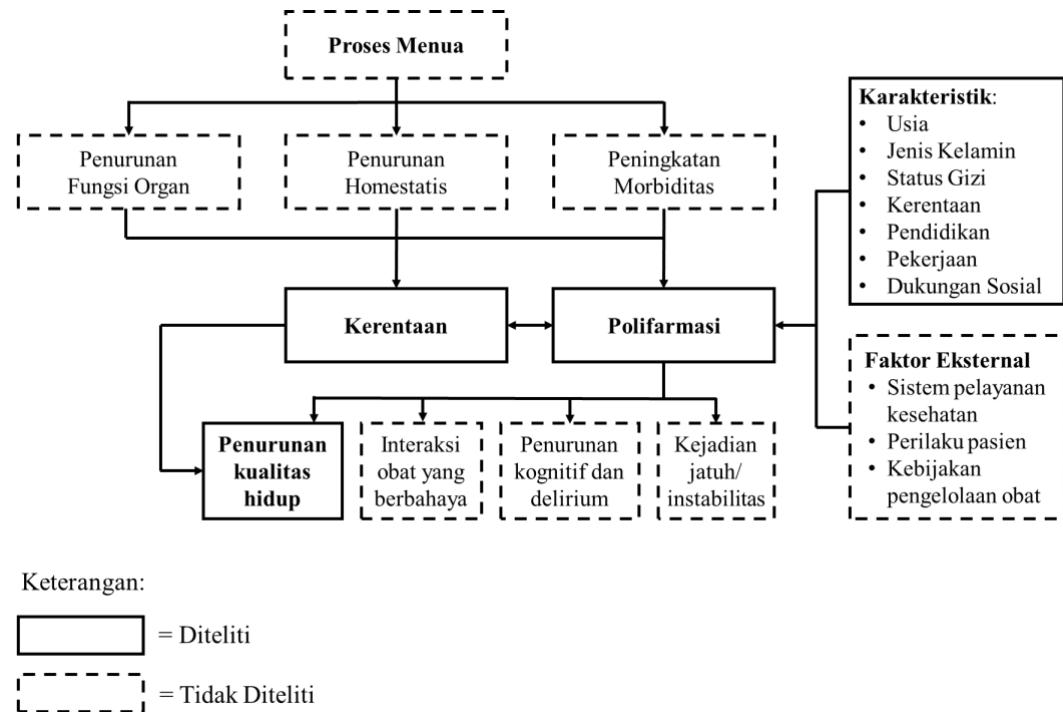
dan sesuai panduan terapi, polifarmasi juga dapat mendukung perbaikan kualitas hidup, terutama dalam mengontrol gejala penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung.¹⁹



Gambar 2. 1 Hubungan Polifarmasi dengan Kualitas Hidup

BAB III KERANGKA TEORI,

3.1 Kerangka Teori



Gambar 3. 1 Kerangka Teori

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah bidang Ilmu Penyakit Dalam dan Ilmu Jantung dan Pembuluh Darah.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Jantung, dan Poliklinik Neurologi RSI Siti Rahmah Padang pada bulan April hingga Januari 2025.

4.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kategorik dengan rancangan *cross-sectional*, yaitu suatu rancangan studi yang bertujuan menggambarkan kondisi atau fenomena pada satu waktu tertentu. Pada penelitian ini, data mengenai kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang dikumpulkan melalui penilaian menggunakan kuesioner EQ-5D-5L serta penelusuran data rekam medis untuk mengetahui jumlah dan jenis obat yang digunakan. Rancangan *cross-sectional* dipilih karena mampu memberikan gambaran komprehensif mengenai status kualitas hidup serta karakteristik polifarmasi pada lansia dalam periode pengamatan yang sama, tanpa melakukan intervensi maupun tindak lanjut jangka panjang.

4.4 Populasi dan Sampel

4.4.1. Populasi Target

Seluruh pasien lansia (berusia ≥ 60 tahun) yang menjalani terapi dengan polifarmasi (≥ 5 jenis obat dalam satu waktu).

4.4.2. Populasi Terjangkau

Pasien lansia (berusia ≥ 60 tahun) yang menjalani polifarmasi di poliklinik penyakit dalam, poliklinik neurologi, dan poliklinik jantung RSI Siti Rahmah Padang dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dalam periode waktu penelitian.

4.4.3. Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini adalah pasien lansia di RSI Siti Rahmah Padang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria Inklusi

- a. Pasien berusia ≥ 60 tahun.
- b. Mengonsumsi ≥ 5 jenis obat dalam satu bulan.
- c. Bersedia menjadi responden dan menandatangani *informed consent*.
- d. Mampu berkomunikasi dan mengisi kuesioner dengan baik (mandiri atau didampingi).

2. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien dengan gangguan kognitif.
- b. Pasien terdiagnosis dengan kondisi terminal.
- c. Pasien terdiagnosis dengan kondisi kritis.
- d. Pasien terdiagnosis dengan kondisi akut.
- e. Pasien dengan rekam medis atau data terapi yang tidak lengkap.

4.4.4. Teknik Sampling

Metode pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *purposive sampling* dan sampel dipilih berdasarkan kriteria inklusi.

4.4.5. Besar Sampel

Berdasarkan buku M. Sopiyudin Dahlan, didapatkan rumus besar sampel untuk penelitian analitik deskriptif kategorik sebagai berikut:

$$n = \frac{z^2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Keterangan :

n = Besar sampel minimum

z = tingkat kepercayaan, dengan $\alpha = 5\%$, maka $Z\alpha = 1,96$

p = estimasi proporsi (prevalensi) dari literatur sebelumnya

d = margin kesalahan, dengan 10%/0,10.

Nilai proporsi ditetapkan berdasarkan penelitian sebelumnya oleh Vendry, Evi M, & Lia I (2025) yang melaporkan prevalensi kejadian polifarmasi pada pasien lansia sebesar 85 pasien.⁹ Maka diperoleh perhitungan besar sampel sebagai berikut:

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1,96)^2 \times 0,85 \times (1 - 0,85)}{(0,10)^2} \\ n &= \frac{3,8416 \times 0,85 \times 0,15}{0,01} \\ n &= \frac{0,493}{0,01} \\ n &= 48,9 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan besar sampel, sampel dibutuhkan adalah 49 sampel ditambah 10% untuk mengantisipasi *drop out*. Sehingga minimal besar sampel yang dibutuhkan adalah 54 sampel.

4.5 Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini adalah karakteristik (kelompok usia, jenis kelamin, status gizi (IMT), tingkat kerentaaan, pendidikan, pekerjaan, status tinggal, status pengasuhan) dan kualitas hidup pasien lansia.

4.6 Definisi Operasional

Tabel 4. 1 Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1.	Kelompok Usia	Perhitungan lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan yang di kelompokkan berdasarkan penelitian Jeremie N (2022). ¹⁴	Wawancara	Ordinal	Kategorik 1. Lansia Muda (60-69 tahun) 2. Lansia Madya (70-79 tahun) 3. Lansia Tua (80 tahun ke atas)
2.	Jenis Kelamin	Pengelompok-kan manusia berdasarkan ciri biologisnya. ³⁴	Observasi Fisik dan Data Identitas	Nominal	Kategorik 1. Laki-laki 2. Perempuan
3.	Status Gizi	Keadaan gizi adalah status gizi responden yang dinilai berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT), dihitung dari berat badan (kg) dibagi kuadrat tinggi badan (m^2), dengan tinggi badan diukur langsung atau diperkirakan melalui tinggi lutut pada lansia yang tidak dapat berdiri tegak, kemudian diklasifikasikan berdasarkan Kemenkes RI. ¹⁴	Timbangan digital dan mikrotoise	Ordinal	Kategorik 1. Gizi Buruk ($<18,5$) 2. Gizi Kurang (17-18,4) 3. Gizi Baik (18,5 – 25) 4. Gizi Lebih (25,1 – 27) 5. Obesitas I (27,1 – 30) 6. Obesitas II (>30)
4.	Tingkat Kerentaan	Derajat kerentaan	Skala FRAIL	Ordinal	Kategorik 1. Fit = Skor 0

		(<i>frailty</i>) yang menunjukkan kapasitas fisiologis lansia untuk menghadapi stresor. ²⁷		2. Pra-Renta = Skor 1-2 3. Renta = Skor 3-5	
5.	Tingkat Pendidikan	Tingkat pendidikan terakhir yang diikuti oleh responden dan dikelompok-kan berdasar-kan penelitian Jeremie N (2022). ¹⁴	Wawancara	Ordinal	Kategorik 1. Rendah 2. Sedang 3. Tinggi
6.	Pekerjaan	Aktivitas atau jenis pekerjaan utama yang masih dilakukan oleh responden dan dikelompok-kan berdasar-kan penelitian Jeremie N (2022). ¹⁴	Wawancara	Nominal	Kategorik 1. Bekerja 2. Tidak Bekerja
7.	Status Tinggal	Status tinggal responden selama 6 bulan terakhir dan dikelompok-kan berdasar-kan penelitian Jeremie N (2022). ¹⁴	Wawancara	Nominal	Kategorik 1. Sendiri 2. Keluarga
8.	Status Pengasuhan	Pihak yang bertanggung jawab merawat/mengasuh responden dalam keseharian dan dikelompok-kan berdasar-kan penelitian	Wawancara	Nominal	Kategorik 1. Diri Sendiri 2. Keluarga 3. Pengasuh

		Jeremie N (2022). ¹⁴			
9.	Jenis Penyakit	Klasifikasi penyakit utama yang diderita pasien lansia dengan kejadian polifarmasi berdasarkan diagnosis medis yang tercatat dalam rekam medis, dikelompokkan berdasarkan penelitian Zulkarnaini (2019). ¹⁰	Rekam Medis	Nominal	Kategorik 1. Dislipidemia 2. DM 3. Hipertensi 4. PJK 5. Gagal Jantung
10.	Jenis Obat	Klasifikasi obat yang digunakan pasien lansia dengan kejadian polifarmasi berdasarkan golongan farmakologis yang tercatat dalam rekam medis selama menjalani perawatan dan dikelompokkan berdasarkan penelitian Polakitang (2024). ⁷	Rekam Medis	Nominal	Kategorik 1. Anti-hipertensi 2. Anti-platelet 3. Anti-kolesterol 4. Obat Lambung 5. Vitamin 6. OAINS 7. Obat Saraf 8. Anti-diabetik 9. Diuretik 10. Anti-koagulan 11. Hematopoietik
11.	Kualitas Hidup	Persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup, serta dalam kaitannya	Kuesioner EQ-5D-5L	Ordinal	Kategorik 1. Buruk (<0,0) 2. Rendah (0,0 – 0,5) 3. Sedang (0,5 – 0,75) 4. Baik (0,75 – 0,9) 5. Sangat Baik

dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian mereka yang dikelompok-kan berdasar-kan <i>Utility Index</i> dengan <i>value set</i> EQ-5D-5L Indonesia oleh Purba, dkk (2017). ^{30,35}	(0,9 – 1)
--	-----------

4.7 Cara Pengumpulan Data

4.7.1. Alat dan Bahan

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat tulis, timbangan digital dan mikrotoise. Bahan yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner EQ-5D-5L.

1. Kuesioner EQ-5D-5L

Kuesioner EQ-5D-5L adalah instrumen standar yang dikembangkan oleh EuroQol *Group* untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan (*health-related quality of life/HRQoL*) pada populasi umum maupun pasien dengan kondisi klinis tertentu. Instrumen ini bersifat generik, artinya dapat digunakan untuk berbagai kondisi penyakit dan populasi, serta dapat diaplikasikan pada studi klinis, evaluasi kebijakan kesehatan, dan penelitian ekonomi kesehatan.

Kuesioner EQ-5D-5L mencakup 5 dimensi yaitu mobilitas, perawatan diri, aktivitas harian, nyeri atau ketidaknyamanan, dan depresi. Masing-masing dimensi memiliki 5 tingkat keparahan/level yaitu;

- 1) Level 1: tidak ada masalah
- 2) Level 2: masalah ringan
- 3) Level 3: masalah sedang

- 4) Level 4: masalah berat
- 5) Level 5: masalah sangat berat

Kombinasi jawaban dari 5 dimensi menghasilkan profil kesehatan lima digit (misalnya 1-1-2-3-1). Untuk menghasilkan nilai tunggal (*utility*), profil dikombinasikan dengan *value set* (bobot preferensi populasi umum) menggunakan metode *Time Trade-Off* (TTO) atau *Discrete Choice Experiment* (DCE). Value set lokal diperlukan karena persepsi tentang kualitas hidup dapat berbeda antar negara atau budaya. Studi oleh Purba, dkk (2017) berhasil mengembangkan *value set* EQ-5D-5L menggunakan data dari 1.054 responden representatif publik Indonesia dengan hasil *value set* sebagai berikut:

Tabel 4. 2 *Value Set* EQ-5D-5L Indonesia

Dimensi	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
Mobilitas	0	0,069	0,0287	0,486	0,633
Perawatan Diri	0	0,032	0,084	0,219	0,347
Aktivitas Harian	0	0,044	0,092	0,225	0,353
Nyeri/ Ketidaknyamanan	0	0,034	0,082	0,161	0,286
Depresi	0	0,031	0,083	0,172	0,336
Konstantan (N3)	-	-	-	-	0,078

Nilai utilitas dihitung berdasarkan ketetapan pencipta, menggunakan rumus sebagai berikut:

Utilitas = 1 – (kumpulan nilai *value set* per level per dimensi) – Konstanta (N3).

Nilai Konstanta (N3) ditentukan sesuai dengan *value set* diatas yaitu sebesar 0.078, digunakan jika ada ≥ 1 dimensi dengan level 3, 4, atau 5. Hasil dari nilai utilitas akan menjadi penilaian berupa penggolongan sebagai berikut:

Tabel 4. 3 Interpretasi Hasil Kuesioner EQ-5D-5L

Nilai Utilitas	Keterangan
0,9 – 1,0	Kualitas hidup sangat baik (hampir tanpa masalah serius)
0,75 – 0,9	Kualitas hidup baik (beberapa masalah ringan)
0,50 – 0,75	Kualitas hidup sedang
0,00 – 0,50	Kualitas hidup rendah (banyak keterbatasan)
< 0,00	Kualitas hidup buruk (kondisi dianggap lebih buruk dari kematian)

Kuesioner EQ-5D-5L versi Indonesia telah dilakukan uji validitas dan reliabelitas oleh Susanto, dkk (2018) dengan hasil *Pearson Correlation Coefficient* tiap pertanyaan lebih besar dari 0,236 dan nilai *Cronbach's Alpha* 0,602. Maka dapat dikatakan kuesioner EQ-5D-5L valid dan reliabel untuk digunakan.

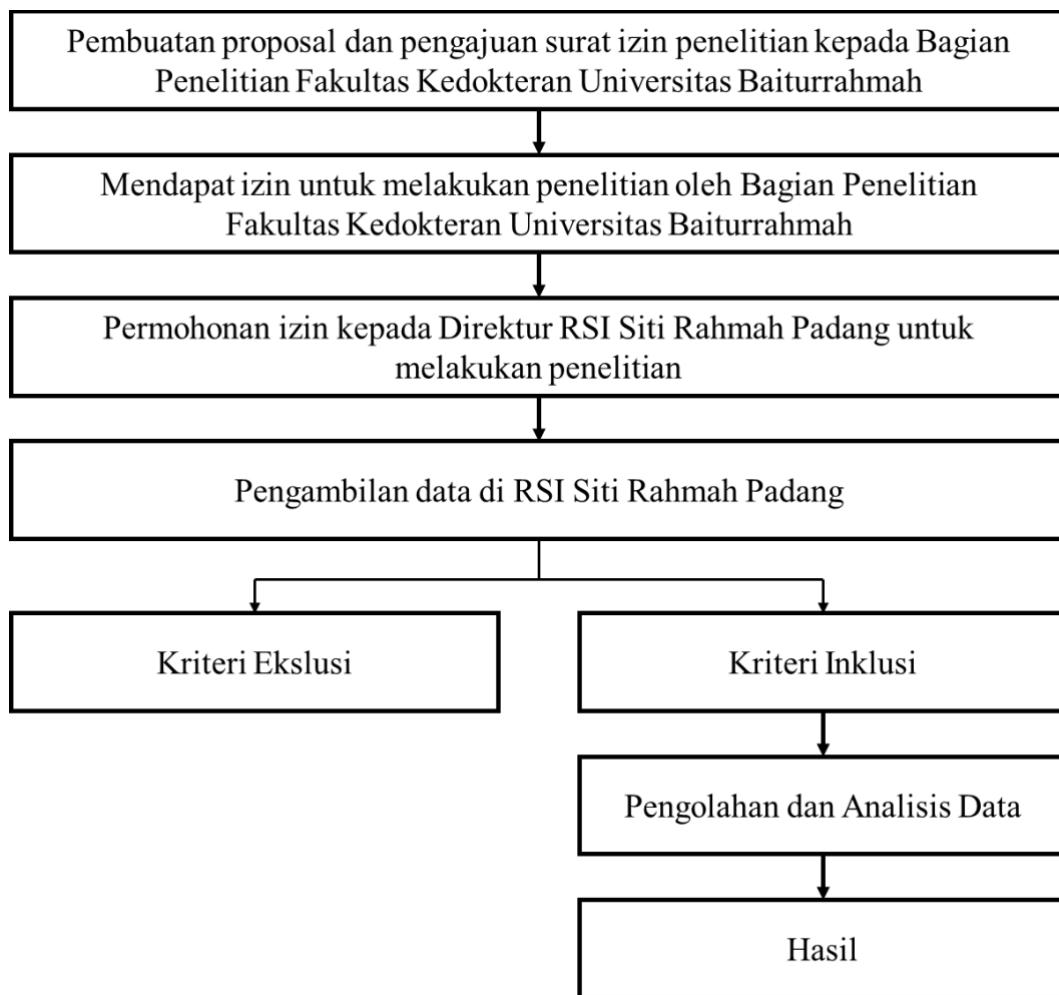
4.7.2. Jenis Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh langsung dari responden melalui pengisian kuesioner dan data sekunder yang diperoleh dari rekam medis responden.

4.7.3. Cara Kerja



4.8 Alur Penelitian



4.9 Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis univariat. Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan distribusi frekuensi (proposisi) karakteristik lansia (kelompok usia, jenis kelamin, status gizi, tingkat kerentaaan, pendidikan, pekerjaan, status tinggal, dan status pengasuhan), dan kualitas hidup.

4.10 Etika Penelitian

Peneliti telah memperhatikan prinsip etika penelitian dalam melakukan penelitian, diantaranya:

1. Persetujuan etik (*Ethical Clearance*) dari Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah.
2. Persetujuan dari responden.
3. Peneliti sangat menjunjung tinggi *privacy* pada data responden dengan menjaga kerahasiaan informasi yang diperoleh selama penelitian.
4. Data yang diperoleh hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan.
5. Seluruh biaya yang diperlukan selama penelitian merupakan tanggung jawab dari peneliti.

4.11 Jadwal Penelitian

Tabel 4. 4 Jadwal Penelitian

Kegiatan	Bulan									
	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des	Jan
Penyusunan Laporan Proposal										
Ujian Proposal										
Perizinan Penelitian										
Penelitian dan Pengambilan Sampel										
Pengolahan Data										
Penyusunan Laporan Akhir										
Ujian Hasil dan Revisi										