

## **BAB VI PEMBAHASAN**

### **6.1. Gambaran Karakteristik Pasien Lansia dengan Polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang**

Berdasarkan hasil penelitian ini, karakteristik pasien lansia dengan kejadian polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang menunjukkan pola yang relatif serupa dengan beberapa penelitian sebelumnya, baik di fasilitas pelayanan kesehatan primer maupun rujukan. Kesamaan pola karakteristik ini menunjukkan bahwa kejadian polifarmasi pada lansia dipengaruhi oleh proses penuaan fisiologis yang bersifat universal, meskipun variasi sosial dan lingkungan pelayanan kesehatan dapat memengaruhi proporsinya.

Berdasarkan usia, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden berada pada kelompok lansia muda sebanyak 50%. Temuan ini sejalan dengan penelitian Sari dan Pramono pada tahun 2019 di wilayah kerja Puskesmas Cilacap Utara I yang melaporkan mayoritas lansia berusia 60–70 tahun sebesar 77,6%.<sup>36</sup> Penelitian Rachman pada tahun 2018 di Kota Malang juga menunjukkan bahwa kelompok usia 60–65 tahun merupakan kelompok terbanyak yaitu 24,8%.<sup>37</sup> Hasil serupa dilaporkan oleh Sinaja dan Gunawan pada tahun 2020, yang menemukan mayoritas lansia berada pada kelompok usia 60–74 tahun sebesar 55,2%, serta oleh Putra dkk. pada tahun 2023 yang melaporkan mayoritas lansia berusia 60–65 tahun sebesar 57,2%.<sup>38,39</sup>

Dominasi kelompok lansia muda secara biologis dapat dijelaskan melalui fase awal proses penuaan, di mana mulai terjadi akumulasi penyakit degeneratif kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia yang meningkatkan kebutuhan terapi farmakologis jangka panjang, sementara fungsi organ vital seperti

ginjal, hati, dan kognitif masih relatif baik sehingga memungkinkan toleransi terhadap penggunaan beberapa obat secara bersamaan. Kondisi ini didukung oleh perubahan fisiologis awal, seperti peningkatan resistensi insulin dan penurunan elastisitas pembuluh darah, yang mendorong diagnosis lebih dini dan pengobatan aktif. Sebaliknya, pada lansia usia lanjut, meskipun beban penyakit cenderung lebih tinggi, terjadi penurunan fungsi organ yang signifikan serta perubahan farmakokinetik dan farmakodinamik obat yang meningkatkan risiko efek samping dan interaksi obat, sehingga dokter lebih berhati-hati dalam meresepkan atau melakukan penghentian terapi (deprescribing). Selain itu, lansia yang lebih tua lebih rentan mengalami sindrom geriatri, gangguan kognitif, dan keterbatasan fisik yang dapat menyebabkan underdiagnosis, rendahnya kepatuhan, serta berkurangnya akses ke layanan kesehatan. Faktor non-biologis seperti penurunan mobilitas, ketergantungan pada caregiver, keterbatasan ekonomi, serta kelelahan psikologis akibat pengobatan jangka panjang turut berkontribusi terhadap rendahnya penggunaan obat pada kelompok usia lanjut. Dengan demikian, kombinasi antara faktor biologis, klinis, sosial, dan perilaku dapat menjelaskan mengapa penggunaan obat atau polifarmasi lebih dominan pada lansia muda, meskipun temuan sebaliknya tetap mungkin terjadi pada lansia usia lanjut dalam konteks tertentu.<sup>36-39</sup>

Berdasarkan jenis kelamin, penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 59,3%. Temuan ini konsisten dengan penelitian Sari dan Pramono pada tahun 2019 yang melaporkan proporsi perempuan sebesar 58,6%, penelitian Rachman pada tahun 2018 sebesar 69,8%,

penelitian Sinaja dan Gunawan pada tahun 2020 sebesar 80,1%, serta penelitian Putra dkk. pada tahun 2023 sebesar 65,2%.<sup>36-39</sup>

Secara biologis, dominasi perempuan pada kelompok lansia berkaitan dengan efek protektif estrogen sebelum menopause yang berperan dalam menjaga kesehatan kardiovaskular, metabolisme, dan kepadatan tulang, sehingga meningkatkan angka harapan hidup dan membuat perempuan lebih banyak mencapai usia lanjut, dengan risiko akumulasi penyakit kronis dan polifarmasi yang lebih tinggi. Namun secara kontra, penurunan kadar estrogen pascamenopause mempercepat proses degeneratif, meningkatkan keluhan nyeri, penyakit kardiometabolik, serta perubahan respons tubuh terhadap obat, yang dapat meningkatkan kebutuhan terapi farmakologis. Sebaliknya, laki-laki cenderung mengalami penyakit kronis dengan onset lebih dini, tetapi memiliki mortalitas yang lebih tinggi, sehingga lebih sedikit yang bertahan hingga usia lanjut, meskipun sering berada pada kondisi klinis yang lebih berat. Selain faktor biologis, faktor non-biologis seperti perilaku pencarian layanan kesehatan yang lebih aktif dan kepatuhan minum obat yang lebih baik pada perempuan, serta kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, dan keterlambatan mencari pengobatan pada laki-laki, turut memengaruhi perbedaan jumlah lansia dan pola penggunaan obat antara kedua jenis kelamin.<sup>36-39</sup>

Berdasarkan status gizi, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki status gizi baik sebanyak 72,2%. Hasil ini sejalan dengan penelitian Rachman pada tahun 2018 yang melaporkan status gizi baik sebesar 69,8%, penelitian Sinaja dan Gunawan pada tahun 2020 sebesar 80,1%, serta penelitian Putra dkk. pada tahun 2023 sebesar 64,4%.<sup>37-39</sup> Penelitian Sari dan

Pramono pada tahun 2019 juga mendukung temuan ini dengan rerata IMT 23,25 kg/m<sup>2</sup> yang termasuk dalam kategori status gizi normal.<sup>36</sup>

Secara biologis, status gizi yang baik pada lansia mencerminkan cadangan nutrisi, massa otot, dan fungsi organ yang relatif lebih terjaga, sehingga proses absorpsi, distribusi, metabolisme, dan ekskresi obat berlangsung lebih stabil dan memungkinkan penggunaan terapi farmakologis jangka panjang. Kondisi ini mendukung kontrol penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia secara optimal, namun pada saat yang sama meningkatkan risiko polifarmasi akibat akumulasi penyakit penyerta yang memerlukan beberapa jenis obat. Sebaliknya, pada lansia dengan status gizi kurang, terjadi penurunan albumin serum, massa otot, dan fungsi organ, yang dapat mengubah ikatan protein obat, meningkatkan kadar obat bebas dalam plasma, serta memperbesar risiko efek samping dan toksisitas, sehingga dokter cenderung membatasi jumlah dan dosis obat. Pada lansia dengan obesitas, peningkatan jaringan lemak dapat mengubah volume distribusi obat, memperpanjang waktu paruh obat lipofilik, serta meningkatkan risiko interaksi obat dan komplikasi metabolik, sehingga strategi terapi sering lebih konservatif. Selain faktor biologis, faktor non-biologis seperti tingkat keparahan penyakit, kepatuhan minum obat, pola makan, aktivitas fisik, serta frekuensi kunjungan ke fasilitas kesehatan turut memengaruhi jumlah obat yang digunakan. Lansia dengan status gizi baik umumnya memiliki akses layanan kesehatan yang lebih baik dan kepatuhan terapi yang lebih tinggi, sementara lansia dengan gizi kurang atau obesitas sering menghadapi keterbatasan fisik, sosial, dan ekonomi yang dapat menurunkan intensitas pengobatan. Kombinasi faktor biologis

dan non-biologis tersebut menjelaskan perbedaan pola penggunaan obat dan risiko polifarmasi berdasarkan status gizi pada lansia.<sup>36-39</sup>

Berdasarkan tingkat kerentanan, mayoritas responden dalam penelitian ini berada pada kategori pra renta sebanyak 48,1%. Temuan ini sejalan dengan penelitian Sari dan Pramono pada tahun 2019 yang melaporkan pra renta sebesar 46,8%, penelitian Rachman pada tahun 2018 sebesar 64,4%, penelitian Sinaja dan Gunawan pada tahun 2020 sebesar 52,3%, serta penelitian Putra dkk. pada tahun 2023 sebesar 49,4%.<sup>36-39</sup>

Kondisi pra renta secara biologis merupakan fase transisi menuju penuaan yang ditandai dengan penurunan cadangan fisiologis awal dan gangguan multisistem ringan, seperti penurunan massa otot, berkurangnya elastisitas pembuluh darah, serta awal penurunan fungsi metabolik dan neurokognitif, yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap penyakit kronis dan kebutuhan terapi obat. Pada fase ini, individu mulai mengalami berbagai keluhan kesehatan yang bersifat kronis namun belum berat, sehingga sering memerlukan lebih dari satu jenis obat untuk mengendalikan gejala dan mencegah progresivitas penyakit, yang pada akhirnya meningkatkan risiko polifarmasi. Namun secara kontra, meskipun telah terjadi penurunan fungsi awal, cadangan fungsi organ pada kondisi pra renta umumnya masih cukup baik, sehingga sebagian keluhan dapat ditangani melalui pendekatan nonfarmakologis seperti modifikasi gaya hidup, pengaturan pola makan, aktivitas fisik teratur, dan manajemen stres, tanpa harus menambah terapi obat. Selain faktor biologis, faktor non-biologis seperti tingkat kesadaran kesehatan, akses terhadap layanan preventif, rekomendasi tenaga kesehatan, serta preferensi pasien terhadap pengobatan minimal juga berperan dalam menentukan

intensitas terapi farmakologis. Individu pra renta yang memiliki literasi kesehatan yang baik dan dukungan sosial yang memadai cenderung lebih responsif terhadap intervensi nonfarmakologis, sehingga penggunaan obat dapat dibatasi. Dengan demikian, interaksi antara perubahan biologis awal, kapasitas kompensasi tubuh, serta faktor perilaku dan sistem pelayanan kesehatan dapat menjelaskan adanya hasil pro dan kontra terkait risiko polifarmasi pada kondisi pra renta.<sup>36-39</sup>

Berdasarkan tingkat pendidikan, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pendidikan menengah sebanyak 48,1%. Temuan ini sejalan dengan penelitian Sari dan Pramono pada tahun 2019 yang melaporkan pendidikan menengah sebesar 68,9%, serta penelitian Rachman pada tahun 2018 sebesar 54,4%.<sup>36,37</sup> Namun, penelitian Sinaja dan Gunawan pada tahun 2020 serta penelitian Putra dkk. pada tahun 2023 menunjukkan bahwa mayoritas lansia memiliki pendidikan rendah masing-masing sebesar 52,9% dan 45,3%.<sup>38,39</sup>

Perbedaan tingkat pendidikan memengaruhi pola penggunaan obat pada lansia melalui interaksi antara faktor kognitif, perilaku kesehatan, dan sistem pelayanan kesehatan, yang secara tidak langsung berdampak pada kondisi biologis. Lansia dengan tingkat pendidikan lebih tinggi umumnya memiliki pemahaman yang lebih baik mengenai penyakit, manfaat terapi, serta risiko komplikasi, sehingga lebih aktif dalam mencari layanan kesehatan, menjalani pemeriksaan rutin, dan patuh terhadap pengobatan, yang dapat meningkatkan penggunaan obat seiring dengan terdeteksinya lebih banyak penyakit kronis. Kondisi ini memungkinkan pengendalian penyakit secara optimal, namun juga meningkatkan risiko polifarmasi akibat akumulasi terapi farmakologis. Sebaliknya, lansia dengan tingkat pendidikan lebih rendah cenderung memiliki keterbatasan literasi

kesehatan, pemahaman terhadap diagnosis dan tujuan terapi, serta kesulitan dalam mengikuti regimen pengobatan yang kompleks, sehingga penggunaan obat dapat lebih sedikit, meskipun secara biologis beban penyakit serupa. Selain itu, faktor non-biologis seperti keterbatasan akses ke fasilitas kesehatan, hambatan ekonomi, ketergantungan pada keluarga, serta kepercayaan terhadap pengobatan tradisional turut memengaruhi rendahnya penggunaan obat pada kelompok ini. Di sisi lain, rendahnya kepatuhan dan keterlambatan pengobatan pada lansia berpendidikan rendah dapat memperburuk kondisi biologis dan meningkatkan risiko komplikasi jangka panjang. Perbedaan tingkat pendidikan memengaruhi penggunaan obat lansia melalui mekanisme tidak langsung yang melibatkan literasi kesehatan, perilaku pencarian pengobatan, akses layanan, dan pengelolaan penyakit kronis, sehingga dapat menghasilkan temuan pro dan kontra terkait jumlah obat yang digunakan.<sup>36-39</sup>

Berdasarkan pekerjaan, sebagian besar responden dalam penelitian ini berstatus tidak bekerja sebanyak 92,6%. Hasil ini sejalan dengan penelitian Sari dan Pramono pada tahun 2019 yang melaporkan lansia tidak bekerja sebesar 60,3%, penelitian Rachman pada tahun 2018 sebesar 78,6%, penelitian Sinaja dan Gunawan pada tahun 2020 sebesar 76,3%, serta penelitian Putra dkk. pada tahun 2023 sebesar 81,2%.<sup>36-39</sup>

Secara biologis, penurunan kapasitas fisik dan kognitif pada lansia, seperti berkurangnya kekuatan otot, daya tahan tubuh, kecepatan reaksi, serta fungsi memori dan eksekutif, berkontribusi terhadap ketidakmampuan untuk bekerja dan meningkatkan ketergantungan pada layanan kesehatan. Kondisi ini meningkatkan frekuensi kunjungan medis, deteksi penyakit kronis, serta kebutuhan terapi

farmakologis jangka panjang, sehingga risiko penggunaan banyak obat menjadi lebih tinggi. Namun secara kontra, lansia yang tidak bekerja juga dapat mengalami penurunan beban aktivitas fisik dan stres kerja, sehingga keluhan muskuloskeletal, kelelahan, dan gangguan psikososial tertentu dapat berkurang, yang pada akhirnya menurunkan kebutuhan obat simptomatik. Selain faktor biologis, faktor non-biologis seperti status ekonomi, dukungan keluarga, akses asuransi kesehatan, serta pola aktivitas harian turut memengaruhi intensitas penggunaan obat. Lansia yang tidak bekerja namun memiliki dukungan sosial dan ekonomi yang baik cenderung tetap memperoleh pengobatan teratur, sementara lansia tanpa dukungan memadai dapat mengalami keterbatasan akses dan kepatuhan terapi yang rendah. Dengan demikian, interaksi antara penurunan fungsi biologis, perubahan aktivitas fisik, dan faktor sosial ekonomi dapat menjelaskan temuan pro dan kontra terkait penggunaan obat pada lansia yang tidak bekerja.<sup>36-39</sup>

Berdasarkan status tinggal, mayoritas responden dalam penelitian ini tinggal bersama keluarga sebanyak 90,7%. Temuan ini lebih tinggi dibandingkan penelitian Sari dan Pramono pada tahun 2019 sebesar 62,1%, penelitian Rachman pada tahun 2018 sebesar 74,8%, serta penelitian Putra dkk. pada tahun 2023 sebesar 76,9%.<sup>36,37,39</sup>

Dukungan keluarga secara biologis dan psikososial berperan penting dalam pemantauan kesehatan lansia melalui bantuan aktivitas sehari-hari, pengawasan konsumsi obat, serta fasilitasi akses ke layanan kesehatan, yang dapat meningkatkan kepatuhan terapi dan penggunaan obat secara teratur. Kondisi ini memungkinkan deteksi dini penyakit kronis, tindak lanjut pengobatan yang berkesinambungan, serta penambahan terapi farmakologis sesuai kebutuhan klinis,



sehingga berpotensi meningkatkan risiko polifarmasi. Namun secara kontra, keterlibatan keluarga juga dapat berperan protektif dengan membantu lansia dan tenaga kesehatan dalam mengevaluasi kembali manfaat dan risiko obat, mencegah penggunaan obat yang tidak perlu, serta mendukung proses deprescribing melalui komunikasi dan konsultasi medis yang lebih baik. Selain faktor biologis, faktor non-biologis seperti tingkat pengetahuan keluarga, kualitas komunikasi dengan tenaga kesehatan, kondisi sosial ekonomi, dan nilai budaya turut memengaruhi arah pengaruh dukungan keluarga terhadap penggunaan obat. Keluarga dengan literasi kesehatan yang baik cenderung mendorong penggunaan obat yang rasional dan aman, sementara dukungan yang kurang terarah justru dapat meningkatkan ketergantungan pada obat atau penggunaan obat tanpa indikasi yang jelas. Dengan demikian, dukungan keluarga dapat berperan ganda sebagai faktor risiko maupun faktor protektif terhadap polifarmasi pada lansia, tergantung pada kualitas pengawasan, pemahaman kesehatan, dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan terapi.<sup>36,37,39</sup>

Berdasarkan status pengasuhan, mayoritas responden dalam penelitian ini melakukan pengasuhan diri sendiri sebanyak 85,2%. Temuan ini sejalan dengan penelitian Sari dan Pramono pada tahun 2019 sebesar 86,8%, penelitian Rachman pada tahun 2018 sebesar 72,3%, serta penelitian Putra dkk. pada tahun 2023 sebesar 88,1%..<sup>36,37,39</sup>

Lansia dengan pengasuhan diri sendiri umumnya masih memiliki fungsi fisik dan kognitif yang relatif baik, seperti kemampuan mobilitas, memori, dan fungsi eksekutif, sehingga mampu mengenali keluhan kesehatan, mengakses layanan medis, serta mengelola terapi obat secara mandiri. Kondisi biologis ini

memungkinkan kepatuhan terhadap pengobatan jangka panjang dan pengendalian penyakit kronis secara aktif, namun pada saat yang sama meningkatkan risiko polifarmasi akibat akumulasi penyakit penyerta dan penggunaan beberapa jenis obat tanpa pengawasan eksternal yang memadai. Sebaliknya, lansia dengan pengasuhan keluarga cenderung memiliki penggunaan obat yang lebih terkontrol karena adanya pendampingan dalam pengambilan keputusan terapi, pengawasan kepatuhan minum obat, serta komunikasi yang lebih intensif dengan tenaga kesehatan, sehingga dapat mencegah penggunaan obat yang tidak perlu. Namun, secara kontra, lansia yang diasuh keluarga sering kali memiliki keterbatasan fisik atau kognitif yang lebih berat, sehingga secara biologis berpotensi membutuhkan lebih banyak terapi farmakologis. Selain faktor biologis, faktor non-biologis seperti tingkat literasi kesehatan lansia dan keluarga, ketersediaan caregiver, akses layanan kesehatan, kondisi sosial ekonomi, serta budaya pengambilan keputusan medis turut memengaruhi pola penggunaan obat. Dengan demikian, status pengasuhan berperan ganda dalam memengaruhi risiko polifarmasi pada lansia, baik sebagai faktor risiko maupun faktor protektif, tergantung pada keseimbangan antara kemampuan biologis lansia dan kualitas pendampingan yang diberikan.<sup>36,37,39</sup>

Berdasarkan data diagnosis pasien, hipertensi merupakan jenis penyakit yang paling dominan pada lansia dengan kejadian polifarmasi, yaitu sebanyak 40 pasien (29,9%). Temuan ini sejalan dengan penelitian oleh Zulkarnaini A & Martini R tahun 2019 di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang melaporkan polifarmasi terbanyak pada penyakit hipertensi. Tingginya prevalensi hipertensi pada populasi lansia mencerminkan proses penuaan yang berkaitan dengan perubahan struktural dan fungsional sistem kardiovaskular, seperti penurunan elastisitas pembuluh darah

dan peningkatan resistensi perifer. Kondisi ini menyebabkan hipertensi menjadi penyakit kronik yang memerlukan pengobatan jangka panjang dan sering kali dikombinasikan dengan terapi obat lain, baik untuk mengontrol tekanan darah maupun untuk mencegah komplikasi kardiovaskular, sehingga meningkatkan risiko terjadinya polifarmasi.<sup>10</sup>

Selain hipertensi, dislipidemia merupakan penyakit dengan proporsi cukup besar, yaitu 19 pasien (14,2%). Dislipidemia sering ditemukan bersamaan dengan hipertensi dan berperan dalam proses aterosklerosis, sehingga penatalaksanaannya pada lansia umumnya memerlukan terapi obat jangka panjang yang dikombinasikan dengan obat lain, seperti antihipertensi dan antiplatelet, yang meningkatkan risiko polifarmasi. Diabetes melitus juga cukup dominan, yaitu sebanyak 14 pasien (10,4%). Diabetes melitus merupakan penyakit metabolik kronik yang sering disertai komorbiditas seperti hipertensi dan dislipidemia, sehingga pengelolaannya membutuhkan terapi yang lebih kompleks dan berkontribusi terhadap meningkatnya kejadian polifarmasi. Pada kelompok penyakit kardiovaskular lain, penyakit jantung koroner (PJK) ditemukan pada 13 pasien (9,7%) dan umumnya memerlukan kombinasi obat jangka panjang. Sementara itu, gagal jantung ditemukan pada 7 pasien (5,2%) dan membutuhkan terapi multidrug untuk mengontrol gejala dan mencegah perburukan penyakit, sehingga memiliki risiko polifarmasi yang tinggi.<sup>10</sup>

Berdasarkan data obat yang digunakan pasien, obat antihipertensi merupakan kelompok obat yang paling banyak digunakan (85,1%). Obat antihipertensi dalam penelitian ini meliputi amlodipin, bisoprolol, dan captopril, yang digunakan baik sebagai monoterapi maupun kombinasi untuk mencapai target

tekanan darah. Tingginya penggunaan obat antihipertensi sejalan dengan dominannya diagnosis hipertensi dan penyakit kardiovaskular pada pasien. Temuan ini juga sejalan dengan penelitian oleh Polakitang S & Kosasih R tahun 2024 di RS Royal Taruma Jakarta yang melaporkan pasien lansia dengan polifarmasi mayoritas menggunakan obat antihipertensi (82,5%).<sup>7</sup>

Kelompok obat antiplatelet yang digunakan terdiri dari aspirin dan clopidogrel. Obat-obat ini umumnya digunakan pada pasien dengan penyakit jantung koroner, stroke iskemik, serta pasien dengan faktor risiko kardiovaskular tinggi. Sementara itu, obat antikolesterol yang digunakan dalam data ini terutama adalah atorvastatin, yang berperan penting dalam pengendalian dislipidemia dan pencegahan kejadian kardiovaskular lanjutan. Selain itu, ditemukan penggunaan obat lambung seperti omeprazol, yang banyak diberikan sebagai terapi proteksi lambung, terutama pada pasien yang menggunakan antiplatelet, antikoagulan, atau obat kronik jangka panjang. Kelompok antidiabetik meliputi metformin, glimepirid, dan insulin, yang digunakan untuk pengendalian diabetes melitus tipe 2. Penggunaan insulin dikategorikan sebagai obat infus/parenteral dalam konteks terapi jangka panjang.<sup>7</sup>

Kelompok obat saraf dalam penelitian ini meliputi gabapentin, amitriptilin, fenitoin, diazepam, asam valproat, serta levodopa–carbidopa, yang digunakan untuk menangani epilepsi, nyeri neuropatik, dan penyakit Parkinson. Selain itu, terdapat penggunaan OAINS/analgesik seperti parasetamol untuk nyeri, serta vitamin dan hematopoietik seperti vitamin B kompleks, vitamin D, asam folat, epoetin alfa, dan kalsium karbonat sebagai terapi suportif pada kondisi kronik tertentu.<sup>7</sup>

## **6.2. Gambaran Kualitas Hidup Pasien Lansia dengan Kejadian Polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang**

Berdasarkan hasil penelitian ini, mayoritas pasien lansia dengan kejadian polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang memiliki kualitas hidup kategori baik sebanyak 33,3%. Penilaian kualitas hidup pada penelitian ini dilakukan menggunakan kuesioner EQ-5D-5L, yang menilai lima dimensi utama kualitas hidup, yaitu mobilitas, perawatan diri, aktivitas sehari-hari, nyeri/ketidaknyamanan, serta kecemasan/depresi. Instrumen ini banyak digunakan pada populasi lansia karena mampu menggambarkan kondisi kesehatan secara menyeluruh, baik fisik maupun psikososial.<sup>35</sup>

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sari dan Pramono pada tahun 2019 di wilayah kerja Puskesmas Cilacap Utara I yang melaporkan bahwa mayoritas lansia memiliki kualitas hidup baik sebesar 51%.<sup>36</sup> Penelitian Rachman pada tahun 2018 di Kota Malang juga menunjukkan hasil serupa, dengan proporsi kualitas hidup baik sebesar 47,9%.<sup>37</sup> Selain itu, penelitian Sinaja dan Gunawan pada tahun 2020 pada lansia di Panti Wreda Ria Pembangunan Cibubur dan Panti Wreda Hana Pamulang melaporkan proporsi kualitas hidup baik yang lebih tinggi, yaitu 67%.<sup>38</sup> Penelitian Putra dkk. pada tahun 2023 di Poliklinik Penyakit Dalam RSUPN Cipto Mangunkusumo juga menemukan bahwa mayoritas lansia memiliki kualitas hidup baik sebesar 47,3%.<sup>39</sup>

Meskipun responden mengalami polifarmasi, kualitas hidup yang relatif baik dapat dijelaskan secara biologis dan fungsional karena sebagian besar lansia masih berada pada kondisi pra renta hingga fit, memiliki status gizi yang baik, serta mendapatkan dukungan keluarga, sehingga fungsi mobilitas, perawatan diri, dan aktivitas sehari-hari masih dapat dipertahankan. Selain itu, penggunaan obat yang

terkontrol dan sesuai indikasi pada penyakit kronis dapat membantu menekan gejala dan komplikasi, sehingga berdampak positif terhadap persepsi kualitas hidup lansia. Sebaliknya, polifarmasi berpotensi menurunkan kualitas hidup apabila disertai interaksi obat, efek samping, dan beban terapi yang tinggi, terutama pada lansia dengan penurunan fungsi organ, status gizi buruk, atau keterbatasan dukungan sosial, yang dapat mengganggu mobilitas, kemandirian, dan kesejahteraan psikologis<sup>36-39</sup>

Lansia dengan kejadian polifarmasi yang memiliki kualitas hidup baik menunjukkan bahwa konsumsi banyak obat tidak selalu berdampak langsung terhadap penurunan kondisi kesehatan secara menyeluruh. Lansia dalam penelitian ini didominasi kelompok usia lansia muda, memiliki status gizi baik, serta berada pada tingkat kerentanan pra renta, sehingga masih mampu mempertahankan fungsi fisik dan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari.<sup>7,14</sup>

Polifarmasi pada lansia tetap berpotensi memengaruhi kualitas hidup melalui risiko efek samping obat dan interaksi obat. Kualitas hidup lansia dapat menurun apabila polifarmasi menyebabkan keluhan nyeri, keterbatasan mobilitas, atau gangguan aktivitas sehari-hari yang tercermin dalam dimensi EQ-5D-5L. Lansia dengan dukungan keluarga yang baik cenderung memiliki kualitas hidup lebih baik karena adanya bantuan dalam pengelolaan obat, dukungan emosional, dan pengawasan kondisi kesehatan.<sup>7,35</sup>

Kualitas hidup lansia yang masih berada pada kategori sedang hingga buruk dalam penelitian ini menunjukkan perlunya perhatian khusus terhadap pengelolaan polifarmasi. Polifarmasi pada lansia memerlukan evaluasi terapi obat secara

berkala, pendekatan multidisiplin, serta pemantauan aspek fisik dan psikososial untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup lansia.<sup>7,14</sup>

### **6.3. Gambaran Kualitas Hidup Pasien Lansia dengan Kejadian Polifarmasi berdasarkan Karakteristik Subjek Penelitian di RSI Siti Rahmah Padang**

Berdasarkan hasil penelitian ini, kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang menunjukkan variasi berdasarkan kelompok usia, jenis kelamin, status gizi, tingkat kerentanan, pendidikan, pekerjaan, status tinggal, dan status pengasuhan. Kualitas hidup buruk lebih banyak ditemukan pada lansia dengan kondisi biologis dan fungsional yang lebih rentan, seperti tingkat kerentanan renta, status gizi ekstrem, serta keterbatasan fungsi fisik. Kualitas hidup sedang hingga baik lebih banyak ditemukan pada lansia dengan kondisi fisik yang relatif stabil, status gizi baik, tingkat kerentanan pra renta, serta dukungan sosial yang memadai. Kualitas hidup sangat baik umumnya ditemukan pada lansia yang masih memiliki kemandirian tinggi dan fungsi fisik serta psikologis yang optimal meskipun mengalami polifarmasi.<sup>7,14</sup>

Berdasarkan kelompok usia, kualitas hidup pada lansia muda paling banyak berada pada kategori sedang sebesar 33,3% dan sangat baik sebesar 22,2%, sedangkan kualitas hidup buruk sebesar 11,1%. Lansia muda memiliki cadangan fungsi fisiologis yang masih relatif optimal sehingga mampu mempertahankan mobilitas, perawatan diri, dan aktivitas sehari-hari meskipun mengalami penyakit kronis. Kualitas hidup pada lansia madya didominasi kategori baik sebesar 37,5%, yang menunjukkan kemampuan adaptasi terhadap proses penuaan masih cukup baik. Lansia madya mulai mengalami penurunan fungsi organ secara bertahap yang dapat memengaruhi toleransi terhadap penyakit dan pengobatan. Kualitas hidup pada lansia tua tersebar merata pada kategori rendah, sedang, dan baik masing-

masing sebesar 33,3%, sementara tidak ditemukan kualitas hidup buruk maupun sangat baik. Lansia tua umumnya mengalami penurunan fungsi fisiologis yang lebih nyata, termasuk penurunan mobilitas, kekuatan otot, dan fungsi kognitif, sehingga kualitas hidup sangat baik jarang ditemukan. Kualitas hidup berdasarkan kelompok usia pada penelitian ini sejalan dengan teori penuaan yang menyatakan bahwa proses penurunan kualitas hidup terjadi secara bertahap seiring bertambahnya usia biologis. Teori tersebut menekankan bahwa semakin lanjut usia seseorang, semakin besar akumulasi perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial yang dapat memengaruhi persepsi dan kondisi kualitas hidup.<sup>14</sup>

Berdasarkan jenis kelamin, kualitas hidup buruk dan sedang lebih banyak ditemukan pada lansia perempuan masing-masing sebesar 12,5% dan 37,5%, sedangkan kualitas hidup sangat baik lebih banyak ditemukan pada lansia laki-laki sebesar 12,5%. Lansia perempuan pascamenopause mengalami perubahan hormonal yang berdampak pada penurunan kepadatan tulang dan peningkatan nyeri muskuloskeletal. Lansia perempuan juga memiliki usia harapan hidup lebih panjang yang meningkatkan akumulasi penyakit kronis dan penggunaan obat jangka panjang. Polifarmasi pada lansia perempuan dapat memperburuk kualitas hidup melalui peningkatan risiko interaksi dan efek samping obat. Kualitas hidup pada lansia laki-laki relatif lebih baik karena massa otot dan kekuatan fisik yang lebih terjaga pada usia lanjut. Temuan ini sejalan dengan teori penuaan yang menyatakan bahwa interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan sosial akan menentukan persepsi serta kondisi kualitas hidup pada lansia.<sup>14</sup>

Berdasarkan status gizi, kualitas hidup sedang, baik, dan sangat baik paling banyak ditemukan pada lansia dengan status gizi baik, masing-masing sebesar



35,9%, 38,5%, dan 20,5%. Lansia dengan status gizi baik memiliki keseimbangan metabolik yang mendukung fungsi organ dan aktivitas fisik. Kualitas hidup buruk lebih banyak ditemukan pada lansia dengan obesitas II sebesar 100%, yang menunjukkan dampak status gizi berlebih terhadap keterbatasan fisik. Lansia dengan obesitas cenderung mengalami inflamasi kronis dan gangguan metabolik yang memperburuk kondisi kesehatan. Polifarmasi pada lansia dengan status gizi tidak normal dapat memengaruhi farmakokinetik obat dan meningkatkan risiko efek samping yang berdampak pada kualitas hidup. Kualitas hidup berdasarkan status gizi pada penelitian ini sejalan dengan teori penuaan sehat yang menekankan bahwa status gizi merupakan salah satu determinan utama dalam mempertahankan fungsi fisik, kemandirian, dan kesejahteraan lansia. Teori tersebut menyatakan bahwa status gizi yang adekuat berperan dalam memperlambat proses penuaan patologis dan mendukung penuaan yang sehat.<sup>14</sup>

Berdasarkan tingkat kerentanan, kualitas hidup buruk dan rendah didominasi oleh lansia dengan tingkat kerentanan renta, masing-masing sebesar 28,6%. Lansia renta mengalami penurunan cadangan fisiologis yang signifikan sehingga rentan terhadap stresor kesehatan. Kualitas hidup sedang dan baik paling banyak ditemukan pada lansia pra renta sebesar 33,3% dan 40,7%, yang menunjukkan kemampuan adaptasi masih cukup baik. Lansia pra renta masih mampu mempertahankan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari meskipun mulai mengalami penurunan fungsi. Polifarmasi pada lansia renta meningkatkan risiko jatuh, kelelahan, dan gangguan fungsi yang dapat menurunkan kualitas hidup. Kualitas hidup berdasarkan tingkat kerentanan pada penelitian ini sesuai dengan teori *frailty* dalam proses penuaan yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat

kerentanan seseorang, semakin besar risiko terjadinya penurunan fungsi fisik, ketergantungan, dan penurunan kualitas hidup. Teori ini menekankan bahwa kerentanan merupakan sindrom multidimensional yang memengaruhi aspek fisik, psikologis, dan sosial lansia.<sup>7,147,37</sup>

Berdasarkan pendidikan, kualitas hidup sedang, baik, dan sangat baik paling banyak ditemukan pada lansia dengan pendidikan menengah masing-masing sebesar 34,6% dan 38,5%. Lansia dengan pendidikan menengah memiliki literasi kesehatan yang cukup untuk memahami pengobatan tanpa meningkatkan kecemasan berlebihan terhadap kondisi kesehatan. Kualitas hidup rendah dan buruk lebih banyak ditemukan pada lansia dengan pendidikan tinggi, yang kemungkinan berkaitan dengan persepsi kesehatan yang lebih kritis. Lansia berpendidikan tinggi cenderung lebih peka terhadap keluhan fisik dan efek samping obat. Polifarmasi dapat meningkatkan persepsi beban terapi pada lansia dengan tingkat pendidikan tinggi sehingga memengaruhi penilaian kualitas hidup. Kualitas hidup berdasarkan tingkat pendidikan pada penelitian ini sejalan dengan teori perilaku kesehatan yang menyatakan bahwa pendidikan berperan penting dalam membentuk pengetahuan, sikap, dan perilaku individu terhadap kesehatan. Teori tersebut menegaskan bahwa pendidikan memengaruhi cara lansia menilai kondisi kesehatannya, beradaptasi dengan penyakit kronis, serta memaknai penggunaan obat jangka panjang.<sup>7,14</sup>

Berdasarkan pekerjaan, kualitas hidup pada seluruh kategori didominasi oleh lansia yang tidak bekerja dengan proporsi lebih dari 90% pada setiap tingkat kualitas hidup. Lansia yang tidak bekerja umumnya mengalami penurunan aktivitas fisik yang dapat berdampak pada kebugaran dan fungsi tubuh. Kualitas hidup tetap dapat dipertahankan apabila lansia memiliki akses pelayanan kesehatan dan

dukungan sosial yang memadai. Lansia tidak bekerja memiliki waktu lebih banyak untuk mengelola penyakit dan pengobatan. Polifarmasi pada lansia yang tidak bekerja berpotensi meningkatkan ketergantungan terhadap obat apabila tidak disertai edukasi penggunaan obat yang tepat. Temuan ini sejalan dengan teori penuaan psikososial yang menyatakan bahwa keberhasilan penuaan tidak hanya ditentukan oleh status pekerjaan, tetapi oleh kemampuan individu dalam menyesuaikan diri dengan perubahan peran dan mempertahankan keseimbangan fisik, psikologis, dan sosial.<sup>7,14</sup>

Berdasarkan status tinggal, kualitas hidup pada penelitian ini sebagian besar ditemukan pada lansia yang tinggal bersama keluarga sebesar 90,7%. Lansia yang tinggal bersama keluarga memperoleh dukungan emosional dan bantuan aktivitas sehari-hari. Kualitas hidup lansia meningkat apabila terdapat pengawasan dalam penggunaan obat. Polifarmasi pada lansia yang tinggal bersama keluarga lebih terkontrol karena adanya pendampingan dalam konsumsi obat. Lansia yang tinggal bersama keluarga memiliki risiko komplikasi kesehatan yang lebih rendah akibat kepatuhan pengobatan yang lebih baik. Temuan ini menegaskan bahwa intervensi berbasis keluarga merupakan salah satu strategi penting untuk mempertahankan kualitas hidup lansia, khususnya pada kelompok dengan kebutuhan medis yang kompleks akibat polifarmasi.<sup>14</sup>

Berdasarkan status pengasuhan, kualitas hidup pada seluruh kategori paling banyak ditemukan pada lansia dengan pengasuhan diri sendiri sebesar 85,2%. Lansia yang mampu mengasuh diri sendiri menunjukkan fungsi fisik dan kognitif yang relatif baik. Kualitas hidup rendah lebih banyak ditemukan pada lansia dengan pengasuhan keluarga yang mencerminkan adanya keterbatasan fungsi. Lansia

dengan pengasuhan keluarga cenderung mengalami penurunan otonomi dalam aktivitas sehari-hari. Polifarmasi pada lansia mandiri tetap memerlukan pemantauan untuk mencegah kesalahan penggunaan obat yang dapat menurunkan kualitas hidup. Kualitas hidup berdasarkan status pengasuhan pada penelitian ini sejalan dengan teori penuaan aktif yang menekankan pentingnya kemandirian, partisipasi, dan kontrol diri dalam mempertahankan kesejahteraan lansia. Temuan ini menunjukkan bahwa upaya mempertahankan kemandirian lansia, disertai dengan dukungan yang proporsional dari keluarga dan tenaga kesehatan, sangat penting dalam menjaga kualitas hidup lansia dengan kejadian polifarmasi.<sup>7,14</sup>

Berdasarkan kelompok jenis penyakit, tampak adanya variasi kualitas hidup pada pasien lansia dengan kejadian polifarmasi. Pada kelompok penyakit kardiovaskular, yang dalam penelitian ini meliputi hipertensi, penyakit jantung koroner (PJK), dan gagal jantung, sebagian besar responden memiliki kualitas hidup pada kategori sedang hingga baik. Pasien dengan hipertensi dan PJK umumnya menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik, dengan proporsi terbesar berada pada kategori baik dan sangat baik. Meskipun masih ditemukan sebagian kecil pasien dengan kualitas hidup buruk, secara umum pasien lansia dengan penyakit kardiovaskular dalam penelitian ini cenderung mempertahankan kualitas hidup yang relatif baik. Hal ini dapat dikaitkan dengan pengelolaan penyakit kardiovaskular yang telah memiliki pedoman terapi yang jelas, penggunaan obat yang terstandar, serta kontrol penyakit yang relatif stabil meskipun pasien menggunakan beberapa jenis obat secara bersamaan.<sup>7,10</sup>

Pada pasien dengan gagal jantung, kualitas hidup cenderung lebih rendah dibandingkan penyakit kardiovaskular lainnya. Sebagian besar pasien gagal jantung

berada pada kategori kualitas hidup sedang hingga rendah, dan tidak ditemukan kualitas hidup sangat baik. Kondisi ini dapat dijelaskan oleh sifat gagal jantung yang progresif dan sering disertai gejala fisik seperti sesak napas, kelelahan, serta keterbatasan aktivitas, yang secara langsung berdampak pada fungsi dan kualitas hidup pasien lansia, terlebih dalam kondisi penggunaan obat yang kompleks.<sup>7,10</sup>

Pada kelompok penyakit metabolik, yaitu dislipidemia dan diabetes melitus, kualitas hidup pasien lansia dengan polifarmasi umumnya berada pada kategori sedang hingga baik, dengan proporsi kualitas hidup baik yang cukup dominan. Namun demikian, masih ditemukan sebagian kecil pasien dengan kualitas hidup rendah dan buruk. Penyakit metabolik seperti diabetes melitus bersifat kronik dan memerlukan pengobatan jangka panjang, sering kali disertai komorbiditas kardiovaskular. Kompleksitas regimen pengobatan serta risiko terjadinya komplikasi dapat meningkatkan beban pengobatan dan memengaruhi kepatuhan, sehingga berpotensi menurunkan kualitas hidup pada sebagian pasien lansia.<sup>7,10</sup>

Berdasarkan jenis obat yang digunakan menunjukkan variasi yang berbeda menurut kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi. Pada kelompok pengguna obat antihipertensi, sebagian besar pasien memiliki kualitas hidup pada kategori baik (38,3%) dan sedang (29,8%), serta sangat baik sebesar 17,0%. Meskipun masih ditemukan kualitas hidup buruk dan rendah, proporsinya relatif kecil. Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan obat antihipertensi pada lansia umumnya mampu mengontrol tekanan darah dengan baik sehingga gejala dapat diminimalkan, meskipun pasien harus mengonsumsi beberapa jenis obat secara bersamaan.<sup>7,10</sup>

Pada kelompok pengguna obat antiplatelet, mayoritas pasien berada pada kategori kualitas hidup baik (42,9%) dan sedang (39,3%), dengan proporsi kualitas hidup buruk yang sangat rendah (3,6%). Temuan ini mengindikasikan bahwa penggunaan antiplatelet seperti aspirin dan clopidogrel relatif dapat ditoleransi dengan baik oleh pasien lansia, serta berperan penting dalam pencegahan kejadian kardiovaskular berulang yang dapat memperburuk kualitas hidup.<sup>7,10</sup>

Kelompok pengguna obat antikolesterol juga menunjukkan pola yang serupa, di mana sebagian besar pasien memiliki kualitas hidup baik (39,4%) dan sedang (33,3%). Penggunaan statin yang bersifat preventif dan memiliki efektivitas tinggi dalam menurunkan risiko komplikasi kardiovaskular kemungkinan berkontribusi terhadap kualitas hidup yang lebih baik, meskipun digunakan dalam jangka panjang sebagai bagian dari terapi polifarmasi.<sup>7,10</sup>

Pada kelompok pengguna obat lambung, distribusi kualitas hidup cenderung berada pada kategori sedang (38,7%) dan baik (29,0%). Namun, proporsi kualitas hidup rendah relatif lebih tinggi dibandingkan kelompok obat kardiovaskular lainnya (12,9%). Hal ini dapat dikaitkan dengan kondisi saluran cerna kronik yang mendasari penggunaan obat lambung, serta kemungkinan bahwa obat ini digunakan sebagai terapi tambahan akibat efek samping obat lain dalam regimen polifarmasi.<sup>7,10</sup>

Sementara itu, pada kelompok pengguna vitamin, kualitas hidup cenderung berada pada kategori rendah (37,5%) dan sedang (25,0%). Temuan ini menunjukkan bahwa penggunaan vitamin pada lansia sering kali diberikan sebagai terapi suportif pada pasien dengan kondisi kesehatan yang lebih kompleks atau

status gizi yang kurang optimal, sehingga kualitas hidup pasien tidak selalu tinggi meskipun mendapat suplementasi.<sup>7,10</sup>

Pada kelompok pengguna OAINS, hanya terdapat satu responden dan seluruhnya berada pada kategori kualitas hidup rendah (100%). Meskipun jumlah sampel sangat terbatas, hal ini dapat mencerminkan bahwa penggunaan OAINS pada lansia dengan polifarmasi perlu mendapat perhatian khusus karena risiko efek samping seperti gangguan saluran cerna dan ginjal yang dapat berdampak negatif terhadap kualitas hidup.<sup>7,10</sup>

Kelompok pengguna obat saraf (neurologi) menunjukkan kualitas hidup yang cenderung lebih rendah, dengan proporsi kualitas hidup rendah sebesar 33,3% dan buruk sebesar 11,1%. Kondisi ini dapat dijelaskan karena penyakit neurologi yang mendasari penggunaan obat tersebut, seperti stroke, epilepsi, dan nyeri neuropatik, sering kali menyebabkan keterbatasan fungsional dan penurunan kemandirian, yang semakin diperberat oleh penggunaan obat jangka panjang pada lansia.<sup>7,10</sup>

Pada kelompok pengguna obat antidiabetik, sebagian besar pasien berada pada kategori kualitas hidup baik (41,2%), diikuti oleh kategori sangat baik dan sedang masing-masing sebesar 17,6%. Hasil ini menunjukkan bahwa pengendalian glikemik yang baik melalui terapi antidiabetik dapat membantu mempertahankan kualitas hidup pasien lansia, meskipun tetap terdapat sebagian pasien dengan kualitas hidup buruk dan rendah akibat komplikasi diabetes atau kompleksitas regimen terapi.<sup>7,10</sup>

Kelompok pengguna diuretik menunjukkan distribusi kualitas hidup yang relatif merata antara kategori sedang (33,3%), baik (25,0%), dan sangat baik

(25,0%). Penggunaan diuretik yang umumnya terkait dengan gagal jantung atau hipertensi berat dapat memengaruhi kualitas hidup melalui efek samping seperti poliuria dan gangguan elektrolit, namun tetap memberikan manfaat klinis yang signifikan bila digunakan secara tepat.<sup>7,10</sup>

Pada kelompok pengguna antikoagulan, kualitas hidup paling banyak berada pada kategori sedang dan baik (masing-masing 33,3%), meskipun masih terdapat pasien dengan kualitas hidup buruk (16,7%). Penggunaan antikoagulan pada lansia memerlukan pemantauan ketat karena risiko perdarahan, yang dapat menimbulkan kecemasan dan memengaruhi persepsi kualitas hidup.<sup>7,10</sup>

Terakhir, pada kelompok pengguna obat hematopoietik, sebagian besar pasien memiliki kualitas hidup baik (50,0%). Hal ini menunjukkan bahwa terapi suportif seperti epoetin alfa, asam folat, dan kalsium karbonat dapat membantu memperbaiki kondisi klinis pasien dengan anemia atau penyakit kronik lainnya, sehingga berdampak positif terhadap kualitas hidup.<sup>7,10</sup>

#### **6.4. Kelebihan Penelitian**

Kelebihan penelitian ini terletak pada fokus kajian terhadap kualitas hidup lansia dengan kejadian polifarmasi menggunakan instrumen EQ-5D-5L yang telah tervalidasi secara internasional dan mampu menggambarkan dimensi kualitas hidup secara komprehensif, meliputi mobilitas, perawatan diri, aktivitas sehari-hari, nyeri/ketidaknyamanan, serta kecemasan/depresi. Penelitian ini juga menganalisis kualitas hidup berdasarkan berbagai karakteristik lansia, seperti kelompok usia, jenis kelamin, status gizi, tingkat kerentanan, pendidikan, pekerjaan, status tinggal, dan status pengasuhan, sehingga memberikan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada lansia dengan polifarmasi. Selain itu, penggunaan skala FRAIL untuk menilai tingkat



kerentanan memperkuat analisis klinis terkait proses penuaan dan kondisi fungsional lansia. Penelitian ini dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga data yang diperoleh mencerminkan kondisi nyata lansia dengan penyakit kronis dan terapi jangka panjang.

#### **6.5. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan penelitian ini antara lain desain penelitian yang bersifat deskriptif sehingga tidak dapat menjelaskan hubungan sebab akibat antara polifarmasi dan kualitas hidup lansia. Jumlah sampel yang relatif terbatas dan pengambilan sampel pada satu rumah sakit dapat membatasi generalisasi hasil penelitian ke populasi lansia yang lebih luas. Penilaian kualitas hidup menggunakan kuesioner berbasis persepsi subjektif berpotensi menimbulkan bias informasi, terutama pada lansia dengan keterbatasan kognitif atau emosional. Selain itu, penelitian ini belum mengkaji secara mendalam jenis, jumlah, dan lama penggunaan obat yang dapat memengaruhi tingkat polifarmasi serta dampaknya terhadap kualitas hidup. Faktor lain seperti tingkat kepatuhan minum obat, dan komorbiditas tertentu juga belum dianalisis secara terpisah sehingga berpotensi memengaruhi hasil penelitian.

## **BAB VII PENUTUP**

### **7.1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai gambaran karakteristik dan kualitas hidup pasien lansia dengan kejadian polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang, dapat disimpulkan bahwa:

1. Karakteristik pasien lansia dengan polifarmasi dalam penelitian ini didominasi oleh kelompok lansia muda, berjenis kelamin perempuan, memiliki status gizi baik, tingkat kerentanan pra-renta, berpendidikan menengah, tidak bekerja, tinggal bersama keluarga, serta melakukan pengasuhan diri sendiri. Berdasarkan jenis penyakit, pasien lansia dengan polifarmasi paling banyak menderita penyakit kardiovaskular, terutama hipertensi, diikuti oleh dislipidemia, diabetes melitus, penyakit jantung koroner, dan gagal jantung. Berdasarkan jenis obat, obat yang paling sering digunakan adalah antihipertensi.
2. Pada penelitian ini sebagian besar pasien lansia dengan polifarmasi memiliki kualitas hidup baik.
3. Kualitas hidup sedang hingga baik lebih banyak ditemukan pada lansia muda dan madya, dengan kualitas hidup sedang lebih dominan pada lansia muda dan kualitas hidup baik lebih dominan pada lansia madya. Kualitas hidup sedang dan baik lebih banyak dialami oleh lansia perempuan, sedangkan kualitas hidup sangat baik lebih sering ditemukan pada lansia laki-laki. Kualitas hidup baik dan sangat baik terutama dijumpai pada lansia dengan status gizi baik, tingkat kerentanan pra-renta, pendidikan menengah, tidak bekerja, tinggal bersama

keluarga, serta melakukan pengasuhan diri sendiri. Ditinjau dari jenis penyakit, lansia dengan hipertensi, penyakit jantung koroner, dislipidemia, dan diabetes melitus cenderung memiliki kualitas hidup sedang hingga baik, sedangkan lansia dengan gagal jantung menunjukkan kecenderungan kualitas hidup yang lebih rendah. Berdasarkan jenis obat, penggunaan antihipertensi, antiplatelet, antikolesterol, antidiabetik, dan diuretik lebih sering dikaitkan dengan kualitas hidup sedang hingga baik, sedangkan penggunaan OAINS dan obat saraf cenderung ditemukan pada lansia dengan kualitas hidup yang lebih rendah, seiring dengan kompleksitas penyakit dan potensi efek samping obat.

## **7.2. Saran**

### **1. Bagi Masyarakat**

Masyarakat, khususnya keluarga lansia, diharapkan dapat meningkatkan dukungan emosional, sosial, dan pengawasan terhadap penggunaan obat pada lansia dengan polifarmasi. Keluarga perlu berperan aktif dalam membantu lansia mempertahankan kemandirian, memantau kepatuhan minum obat, serta mendorong pola hidup sehat guna meningkatkan kualitas hidup lansia.

### **2. Bagi Pemerintah dan Pihak Terkait**

Pemerintah dan tenaga kesehatan diharapkan dapat mengembangkan program pelayanan geriatri yang komprehensif, termasuk edukasi mengenai penggunaan obat rasional, pemantauan polifarmasi, serta penilaian rutin kualitas hidup dan tingkat kerentanan lansia. Penguatan layanan berbasis keluarga dan komunitas juga perlu ditingkatkan untuk mendukung kesejahteraan lansia secara berkelanjutan.

### **3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Peneliti selanjutnya disarankan untuk menggunakan desain penelitian analitik atau longitudinal guna mengetahui hubungan sebab akibat antara polifarmasi dan kualitas hidup lansia. Penelitian lanjutan juga diharapkan dapat mengkaji jenis, jumlah, dan lama penggunaan obat, tingkat kepatuhan terapi, serta faktor psikososial lainnya yang berpotensi memengaruhi kualitas hidup lansia secara lebih mendalam.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Pusat Statistik Republik Indonesia. Statistik Penduduk Lanjut Usia 2024. 2024.
2. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy Management in Older Patients. *Mayo Clin Proc.* 2021 Jan 1;96(1):242–56.
3. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017 Oct 10;17(1).
4. Johansson T, Abuzahra ME, Keller S, Mann E, Faller B, Sommerauer C, et al. Impact of strategies to reduce polypharmacy on clinically relevant endpoints: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology.* Blackwell Publishing Ltd; 2016. p. 532–48.
5. Liew TM, Lee CS, Goh SKL, Chang ZY. The prevalence and impact of potentially inappropriate prescribing among older persons in primary care settings: Multilevel meta-analysis. *Age Ageing.* 2020 Jul 1;49(4):570–9.
6. Tesfaye WH, Castelino RL, Wimmer BC, Zaidi STR. Inappropriate prescribing in chronic kidney disease: A systematic review of prevalence, associated clinical outcomes and impact of interventions. *Int J Clin Pract.* 2017 Jul 1;71(7).
7. Polakitang ST, Kosasih R. GAMBARAN POLIFARMASI PADA LANSIA DI RS ROYAL TARUMA JAKARTA TAHUN 2020-2022. *Jurnal Muara Medika dan Psikologi Klinis [Internet].* 2024;04(01):35–40. Available from: <https://doi.org/10.24912/jmmpk.v4i1.34332>
8. Yane Maria Tasi Kolo. Potentially Inappropriate Prescribing (PIP) Berdasarkan Kriteria STOPP/START Pasien Stroke Hemoragik pada Geriatri di RSUD dr.Iskak Kabupaten Tulungagung Periode Juli-Desember 2017. *Stikes Karya Putra Bangsa;* 2018.
9. Vendry, Mulyani E, Indriana L. Identifikasi Polifarmasi Pada Pasien Geriatri Di Poliklinik Penyakit Dalam Rs Islam Pku Muhammadiyah Palangka Raya. *Jurnal Ilmiah Farmasi.* 2025;2(3):261–7.

10. Zulkarnaini A, Martini RD. Gambaran Polifarmasi Pasien Geriatri Dibeberapa Poliklinik RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas* [Internet]. 2019 [cited 2025 Jun 18];8(15). Available from: <https://doi.org/10.25077/jka.v8i1S.916>
11. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy: technical report [Internet]. 2019 Jun [cited 2025 Jun 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/medication-safety-in-polypharmacy-technical-report>
12. Wilder L Van, Devleeschauwer B, Clays E, Pype P, Vandepitte S, De Smedt D. Polypharmacy and Health-Related Quality of Life/Psychological Distress Among Patients With Chronic Disease. *Prev Chronic Dis*. 2022 Aug 1;19.
13. Salh HJH, Aziz TA, Mahwi TO, Hussen NH, Aziz DF. The Relation Between Polypharmacy, Potentially Inappropriate Medications, Organ Function, and Quality of Life in Elderly Patients with Type 2 Diabetes. *Hosp Pharm* [Internet]. 2025 May 11; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00185787251337592>
14. Jeremia Nainggolan. Gambaran Kualitas Hidup Lansia di UPT Puskesmas Tuntungan Kec Pancur Batu tahun 2022 [Skripsi]. STIKES Santa Elizabeth; 2022.
15. Dona Varghese, Cecilia Ishida, Preeti Patel, Hayas Haseer Koya. Polypharmacy [Internet]. StatPearls; 2024 [cited 2025 Jun 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532953/>
16. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med*. 2021 Jun 1;12(3):443–52.
17. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. Appropriate Polypharmacy and Medicine Safety: When Many is not Too Many. *Drug Saf*. 2016 Feb 1;39(2):109–16.
18. Drenth-van Maanen AC, Wilting I, Jansen PAF. Prescribing medicines to older people—How to consider the impact of ageing on human organ and body functions. *Br J Clin Pharmacol*. 2020 Oct 1;86(10):1921–30.

19. Lavan AH, Gallagher PF, O'Mahony D. Methods to reduce prescribing errors in elderly patients with multimorbidity. *Clin Interv Aging*. 2016 Jun 23;11:857–66.
20. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. Appropriate Polypharmacy and Medicine Safety: When Many is not Too Many. *Drug Saf*. 2016 Feb 1;39(2):109–16.
21. Burato S, Leonardi L, Antonazzo IC, Raschi E, Ajolfi C, Baraghini M, et al. Comparing the Prevalence of Polypharmacy and Potential Drug-Drug Interactions in Nursing Homes and in the Community Dwelling Elderly of Emilia Romagna Region. *Front Pharmacol*. 2021 Feb 11;11.
22. Yu X, Qian Y, Zhang Y, Chen Y, Wang M. Association between polypharmacy and cognitive impairment in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr Nurs (Minneap)* [Internet]. 2024 Sep;59:330–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0197457224001976>
23. De Medeiros MMD, Carletti TM, Magno MB, Maia LC, Cavalcanti YW, Rodrigues-Garcia RCM. Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2020 Feb 5;20(1).
24. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Internet]. [cited 2025 May 1]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>
25. He W, Jiang L, Ge X, Ye J, Yang N, Li M, et al. Quality of life of empty-nest elderly in China: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Health Med*. 2020 Feb 7;25(2):131–47.
26. Chi YC, Wu CL, Liu H Te. Assessing Quality of Life with Community Dwelling Elderly Adults: A Mass Survey in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 1;19(22).
27. Randles MA, O'Mahony D, Gallagher PF. Frailty and Potentially Inappropriate Prescribing in Older People with Polypharmacy: A Bi-Directional Relationship? *Drugs Aging*. 2022 Aug 1;39(8):597–606.

28. Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Measurement of quality of life IV. Use of the WHOQOL-BREF, SF-36, GQLQ, EQ-5D-5L, and other global and generic questionnaires. *ScientificWorldJournal*. 2023;3:992–1001.
29. Rowen D, Mukuria C, McDool E. A Systematic Review of the Methodologies and Modelling Approaches Used to Generate International EQ-5D-5L Value Sets. *Pharmacoeconomics* [Internet]. 2022 Sep 13;40(9):863–82. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s40273-022-01159-1>
30. Purba FD, Hunfeld JAM, Iskandarsyah A, Fitriana TS, Sadarjoen SS, Ramos-Goñi JM, et al. The Indonesian EQ-5D-5L Value Set. *Pharmacoeconomics* [Internet]. 2017 Nov 10;35(11):1153–65. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40273-017-0538-9>
31. Zhou T, Guan H, Wang L, Zhang Y, Rui M, Ma A. Health-Related Quality of Life in Patients With Different Diseases Measured With the EQ-5D-5L: A Systematic Review. *Front Public Health*. 2021 Jun 29;9.
32. Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero, Inzitari M, Martínez-Velilla N. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2018 Jul 1;84(7):1432–44.
33. Al-Musawe L, Torre C, Guerreiro JP, Rodrigues AT, Raposo JF, Mota-Filipe H, et al. Polypharmacy, potentially serious clinically relevant drug-drug interactions, and inappropriate medicines in elderly people with type 2 diabetes and their impact on quality of life. *Pharmacol Res Perspect*. 2020 Aug 1;8(4).
34. Soekidjo Notoatmojo. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2018.
35. Davin N, Parkin D, Jansen B Charm. An Introduction to EQ-5D Instruments and Their Applications [Internet]. *StatPearls*; 2020 [cited 2025 Jun 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565680/>
36. Sari NK, Pramono A. STATUS GIZI, PENYAKIT KRONIS, DAN KONSUMSI OBAT TERHADAP KUALITAS HIDUP DIMENSI



- KESEHATAN FISIK LANSIA. *Journal of Nutrition College* [Internet]. 2019;3(1). Available from: <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jnc>
37. Rachman AN. HUBUNGAN STATUS FRAILTY DENGAN POLIFARMASI PADA LANSIA DENGAN MENGGUNAKAN FRAILTY INDEX 40 ITEMS (FI-40) DI KOTA MALANG [Skripsi]. [Malang]: Universitas Brawijaya; 2018.
  38. Sinaja CA, Gunawan S. Polifarmasi pada lansia di Panti Wreda: Fokus pada penggunaan obat kardiovaskular. *Tarumanagara Medical Journal*. 2020;2(2):430–6.
  39. Putra RT, Dwimartutie N, Setiati S, Muhadi. Hubungan Polifarmasi Dengan Kualitas Hidup dan Kejadian Jatuh Pada Usia Lanjut [Tesis]. Universitas Indonesia; 2023.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1. Etik Penelitian



#### FAKULTAS KEDOKTERAN

Universitas Baiturrahmah

Jl. Raya By Pass KM 15 Air Panas Kota Tangah - Padang,  
Sumatera Barat Indonesia 25138  
(0751) 462 089  
fk@unbrah.ac.id

#### KOMISI ETIK PENELITIAN

*Health Research Ethics Committee*

#### KETERANGAN LAYAK ETIK

*Description of Ethical Approval*

#### “Ethical Approval”

No: 093/ETIK-FKUNBRAH/03/09/2025

Protokol penelitian yang diusulkan oleh:

*The Research Protocol Proposed by*

Penelitian Utama  
*Principal Investigator*

: SALSABILLA / 22-093

Nama Institusi  
*Name of The Institution*

: FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS BAITURRAHMAH

Dengan Judul  
*Title*


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

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu: 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Resiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMSS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

*Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Value, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assesment And Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.*

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 15 September 2025 sampai dengan 15 September 2026.

*This declaration of ethics applies during the period Sept 15, 2025 until Sept 15, 2026*

15 Sept, 2025  
Chairperson,  
  
dr. Mutiara Anissa, Sp.KJ

Tembusan:  
1. Arsip

## Lampiran 2. Surat Izin Penelitian



### FAKULTAS KEDOKTERAN

Universitas Baiturrahmah

Jl. Raya By Pass KM. 15 Aie Pacah Koto Tengah - Padang,  
Sumatera Barat Indonesia 25158

(0751) 463 069

fk@unbrah.ac.id

Nomor : B.789/AK/FK-UNBRAH/SKRIPSI/XII/2025

Lamp : ---

Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth,  
Direktur RSI Siti Rahmah Padang  
di  
tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilakukannya penyusunan skripsi mahasiswa Program Studi  
Kedokteran tahun ajaran 2025/2026:

Nama : Salsabilla

NPM : 2210070100093

Judul : Gambaran Kualitas Hidup Lansia dengan Polifarmasi di RSI Siti  
Rahmah Padang

Pembimbing : 1. dr. Fredia Heppy, Sp.PD-KGer, FINASIM

2. dr. Meta Zulyati Oktora, Sp.PA, M.Biomed

Dengan ini kami mohon izin kepada Bapak/ Ibu untuk memberikan izin kepada  
mahasiswa tersebut untuk melakukan Penelitian, atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu  
kami ucapkan terima kasih.

Padang, 09 Desember 2025

Koordinator Skripsi,



dr. Meta Zulyati O, Sp.PA, M.Biomed  
NIK. 19851002201021066

Tembusan:  
1. Arsip

fk.unbrah.ac.id

### Lampiran 3. Lembar Persetujuan Responden

#### LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

*(Informed Consent)*

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

No.HP :

Dengan ini menyatakan bersedia untuk menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Salsabilla, mahasiswa program studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah Padang yang berjudul “Gambaran Karakteristik dan Kualitas Hidup Pasien Lansia dengan Kejadian Polifarmasi di RSI Siti Rahmah Padang ”. Saya mengerti dan memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibatkan negatif terhadap saya, oleh karena itu saya bersedia untuk menjadi responden pada penelitian ini.

Padang, ..... 2025

Responden

( )

## Lampiran 4. Kuesioner Penelitian

### IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama (Inisial): .....
2. Usia: ..... tahun
3. Jenis Kelamin: ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
4. Status Gizi:

Tinggi Badan: ..... cm

Berat Badan: ..... kg

IMT: .....

#### 5. Tingkat Kerentanan

##### Skala FRAIL

##### 1) Fatigue/Kelelahan:

Berapa lama selama 4 minggu terakhir Anda merasa lelah?

1 = Sepanjang waktu

2 = Sebagian besar waktu

3 = Kadang-kadang

4 = Sedikit waktu

5 = Tidak sama sekali

Jawaban "1" atau "2" diberi skor 1 dan yang lainnya diberi skor 0.

Skor \_\_\_\_\_

##### 2) Resistensi:

Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan 10 anak tangga tanpa istirahat?

1 = Ya

0 = Tidak

Skor \_\_\_\_\_

##### 3) Ambulasi:

Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan beberapa blok (misalnya beberapa ratus meter)?

1 = Ya

0 = Tidak

Skor\_\_\_\_\_

**4) Illneses/Penyakit:**

Apakah dokter pernah memberi tahu Anda bahwa Anda menderita penyakit?  
Berapa banyak?

1 = 5 - 11 Penyakit

0 = 0 - 4 Penyakit

Skor\_\_\_\_\_

**5) Penurunan berat badan:**

Berapa berat badan Anda? \_\_\_\_\_[berat badan saat ini]

Satu tahun yang lalu, berapa berat badan Anda? \_\_\_\_\_[berat badan 1 tahun lalu]”

Persentase perubahan berat badan dihitung sebagai:

$$\left[ \frac{\text{berat badan 1 tahun lalu} - \text{berat badan saat ini}}{\text{berat badan 1 tahun lalu}} \right] \times 100.$$

Persentase perubahan  $> 5$  (yang menunjukkan penurunan berat badan sebesar 5%) diberi skor 1 dan  $< 5\%$  diberi skor 0.

Skor\_\_\_\_\_

**Skor Total:** \_\_\_\_\_

**Interpretasi Hasil:**

Skor 0 = Fit

Skor 1-2 = Pra-Renta

Skor 3-5 = Renta

**6. Pendidikan Terakhir:**

☐ Tidak sekolah

☐ Tamat SD

☐ Tamat SMP

☐ Tamat SMA

☐ Tamat Perguruan Tinggi

**7. Pekerjaan:**

☐ Tidak Bekerja

☐ IRT

☐ PNS/TNI/POLRI

☐ Wiraswasta

☐ Petani/Buruh

**8. Status Tinggal:**

☐ Sendiri

☐ Keluarga

**9. Status Pengasuhan:**

☐ Diri Sendiri

☐ Keluarga

☐ Pengasuh

**10. Diagnosis Utama:** .....

**11. Komorbid:** .....

**12. Daftar Obat yang digunakan:**

## KUESIONER EQ-5D-5L

Pertama, saya ingin bertanya kepada Anda tentang **KEMAMPUAN BERJALAN**.

Apakah Anda ingin mengatakan bahwa:

1. Anda tidak kesulitan dalam berjalan? ☐
2. Anda sedikit kesulitan dalam berjalan? ☐
3. Anda cukup kesulitan dalam berjalan? ☐
4. Anda sangat kesulitan dalam berjalan? ☐
5. Anda tidak bisa berjalan? ☐

Berikutnya, saya ingin bertanya kepada Anda tentang **PERAWATAN DIRI**.

Apakah Anda ingin mengatakan bahwa:

1. Anda tidak kesulitan untuk mandi atau berpakaian sendiri? ☐
2. Anda sedikit kesulitan untuk mandi atau berpakaian sendiri? ☐
3. Anda cukup kesulitan untuk mandi atau berpakaian sendiri? ☐
4. Anda sangat kesulitan untuk mandi atau berpakaian sendiri? ☐
5. Anda tidak bisa mandi atau berpakaian sendiri? ☐

Berikutnya, saya ingin bertanya kepada Anda tentang **KEGIATAN YANG BIASA DILAKUKAN**, misalnya bekerja, belajar, mengerjakan pekerjaan rumah tangga, kegiatan keluarga atau bersantai/berekreasi. Apakah Anda ingin mengatakan bahwa:

1. Anda tidak kesulitan dalam mengerjakan kegiatan yang biasa Anda lakukan? ☐
2. Anda sedikit kesulitan dalam mengerjakan kegiatan yang biasa Anda lakukan? ☐
3. Anda cukup kesulitan dalam mengerjakan kegiatan yang biasa Anda lakukan? ☐
4. Anda sangat kesulitan dalam mengerjakan kegiatan yang ☐



biasa Anda lakukan?

5. Anda tidak bisa mengerjakan kegiatan yang biasa Anda lakukan? ☐

Berikutnya, saya ingin bertanya kepada Anda tentang **RASA NYERI ATAU TIDAK NYAMAN**. Apakah Anda ingin mengatakan bahwa:

1. Anda tidak merasa nyeri atau tidak nyaman? ☐
2. Anda merasa sedikit nyeri atau tidak nyaman? ☐
3. Anda merasa cukup nyeri atau tidak nyaman? ☐
4. Anda merasa sangat nyeri atau tidak nyaman? ☐
5. Anda merasa amat sangat nyeri atau tidak nyaman? ☐

Terakhir, saya ingin bertanya kepada Anda tentang **RASA CEMAS ATAU DEPRESI (SEDIH)**. Apakah Anda ingin mengatakan bahwa:

1. Anda tidak merasa cemas atau depresi (sedih)? ☐
2. Anda merasa sedikit cemas atau depresi (sedih)? ☐
3. Anda merasa cukup cemas atau depresi (sedih)? ☐
4. Anda merasa sangat cemas atau depresi (sedih)? ☐
5. Anda merasa amat sangat cemas atau depresi (sedih)? ☐

## Lampiran 5. Master Tabel

No	Nama	Usia	Usia	Jenis Kelamin	Status Gizi	Kategori	Kerentaan	Pendidikan	Pekerjaan	Status Tinggal	Status Pengasuhan	Skor	Ket	Jenis Penyakit	Jenis Obat	
1	Irnawinda	67	Muda	P	TB : 158 Cm BB : 44 Kg IMT : 18 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Kurang	Pra-Renta	S1	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,9	Sangat Baik	Jantung	Amlodipin, Bisoprolol, Aspirin, Clopidogrel, Atorvastatin Antihipertensi + Antiplatelet + Antikolesterol
2	Kasdanir	72	Madya	L	TB : 166 Cm BB : 60 Kg IMT : 22 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Renta	S1	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Keluarga	0,8	Baik	Penyakit Dalam	Metformin, Glimepirid, Amlodipin, Atorvastatin, Aspirin Antidiabetik + Antihipertensi + Antikolesterol + Antiplatelet
3	Martalena	60	Muda	P	TB : 152 Cm BB : 54 Kg IMT : 23 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Renta	SMP	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,6	Sedang	Jantung	Gagal Jantung, Hipertensi, FA Furosemid, Spironolakton, Bisoprolol, Digoksin, Warfarin Diuretik + Antihipertensi + Antikoagulan
4	Syahdiar	73	Madya	L	TB : 167 Cm BB : 48 Kg IMT : 25 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	SMP	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,9	Sangat Baik	Penyakit Dalam	DM Tipe 2, Hipertensi, Dispepsia Metformin, Insulin, Gabapentin, Amitriptilin, Omeprazol Antidiabetik + Obat Saraf + Obat lambung
5	Harmaidi	62	Muda	L	TB : 167 Cm BB : 65 Kg IMT : 23 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Keluarga	0,9	Sangat Baik	Penyakit Dalam	Hipertensi, Gout, Dislipidemia Amlodipin, Allopurinol, Koliksin, Atorvastatin, Omeprazol Antihipertensi + Antikolesterol + Obat lambung
6	Arni	61	Muda	P	TB : 149 Cm BB : 70 Kg IMT : 27 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Lebih	Pra-Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Penyakit Dalam	CKD, Hipertensi, Anemia Furosemid, Amlodipin, Asam folat, Epoetin alfa, Kalsium karbonat Antihipertensi + Diuretik + Hematopoietik
7	Suardi	75	Madya	L	TB : 160 Cm BB : 65 Kg IMT : 25 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	S1	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,7	Sedang	Neurologi	Stroke Iskemik, Hipertensi, Dislipidemia Clopidogrel, Amlodipin, Captopril, Atorvastatin, Omeprazol Antiplatelet + Antihipertensi + Antikolesterol + Obat lambung
8	Misdiar Arifin	71	Madya	P	TB : 156 Cm BB : 61 Kg IMT : 25 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	S1	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,7	Sedang	Neurologi	Epilepsi, Insomnia, Hipertensi Fenitoin, Diazepam, Amlodipin, Vitamin B kompleks, Omeprazol Obat Saraf + Antihipertensi + Vitamin + Obat lambung
9	Sofrida	75	Madya	P	TB : 159 Cm BB : 50 Kg IMT : 20 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Renta	S2	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	< 0,0	Buruk	Neurologi	Parkinson, Hipertensi, Dispepsia Levodopa-Carbidopa, Amlodipin, Omeprazol, Vitamin B6, Domperidon Obat Saraf + Antihipertensi + Obat lambung + Vitamin
10	Ali Umar	69	Muda	L	TB : 155 Cm BB : 48 Kg IMT : 20 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,9	Sangat Baik	Penyakit Dalam	DM Tipe 2, Hipertensi, PJK Metformin, Insulin, Amlodipin, Aspirin, Atorvastatin Antidiabetik + Antihipertensi + Antiplatelet + Antikolesterol
11	Radiwarti	71	Madya	P	TB : 155 Cm BB : 47 Kg IMT : 20 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	S1	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,88	Baik	Penyakit Dalam	Hipertensi, Dislipidemia, GERD Amlodipin, Atorvastatin, Omeprazol, Aspirin, Vitamin D Antihipertensi + Antikolesterol + Antiplatelet + Obat lambung + Vitamin
12	Gusniarti	67	Muda	P	TB : 149 Cm BB : 41 Kg IMT : 18 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Fit	SMP	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,9	Sangat Baik	Jantung	PJK, Hipertensi, Dislipidemia Bisoprolol, Amlodipin, Aspirin, Clopidogrel, Atorvastatin Antihipertensi + Antiplatelet + Antikolesterol
13	Tisna Hayati	67	Muda	P	TB : 151 Cm BB : 70 Kg IMT : 32 Kg/m <sup>2</sup>	Obesitas II	Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	< 0,0	Buruk	Jantung	Gagal Jantung, Hipertensi, DM Furosemid, Spironolakton, Captopril, Metformin, Insulin Antidiabetik + Antihipertensi + Diuretik
14	Ermina	61	Muda	P	TB : 154 Cm BB : 55 Kg IMT : 24 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Fit	S1	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Jantung	FA, Hipertensi, Dislipidemia Bisoprolol, Digoksin, Warfarin, Atorvastatin, Omeprazol Antihipertensi + Antikoagulan + Antikolesterol + Obat lambung
15	Kahar	71	Madya	L	TB : 156 Cm BB : 68 Kg IMT : 28 Kg/m <sup>2</sup>	Obesitas I	Renta	SMP	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Keluarga	0,45	Rendah	Neurologi	Stroke Hemoragik, Hipertensi Amlodipin, Captopril, Paracetamol, Omeprazol, Vitamin B Antihipertensi + OAINS + Obat lambung + Vitamin
16	Sriwati	72	Madya	P	TB : 152 Cm BB : 56 Kg IMT : 24 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	S1	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Neurologi	Nyeri Neuropatik, DM, HT Gabapentin, Metformin, Amlodipin, Amitriptilin, Omeprazol Antidiabetik + Obat Saraf + Antihipertensi + Obat lambung
17	Zulailah Sihombing	73	Madya	P	TB : 153 Cm BB : 48 Kg IMT : 21 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	D4	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Jantung	PJK, Hipertensi, GERD Amlodipin, Bisoprolol, Aspirin, Atorvastatin, Omeprazol Antihipertensi + Antiplatelet + Antikolesterol + Obat lambung
18	Edi Mahyudin	75	Madya	L	TB : 170 Cm BB : 62 Kg IMT : 21 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Fit	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,9	Sangat Baik	Jantung	Gagal Jantung, CKD, HT Furosemid, Spironolakton, Amlodipin, Kalsium karbonat, Epo Antihipertensi + Diuretik + Hematopoietik
19	Candra	68	Muda	L	TB : 160 Cm BB : 63 Kg IMT : 25 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Fit	SD	Rendah	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Jantung	Hipertensi, Dislipidemia Amlodipin, Captopril, Atorvastatin, Aspirin, Omeprazol Antihipertensi + Antikolesterol + Antiplatelet + Obat lambung
20	Zulhaini	79	Madya	L	TB : 166 Cm BB : 54 Kg IMT : 20 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Fit	SMP	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Jantung	PJK, DM, Hipertensi Metformin, Insulin, Bisoprolol, Aspirin, Atorvastatin Antidiabetik + Antihipertensi + Antiplatelet + Antikolesterol
21	Zulkifli	75	Madya	L	TB : 166 Cm BB : 54 Kg IMT : 22 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Fit	SMP	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Penyakit Dalam	DM, Hipertensi, CKD Metformin, Insulin, Amlodipin, Furosemid, Asam folat Antidiabetik + Antihipertensi + Diuretik + Hematopoietik
22	Nurhayati	65	Muda	P	TB : 155 Cm BB : 51 Kg IMT : 21 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	SD	Rendah	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,55	Sedang	Penyakit Dalam	DM, Dislipidemia, GERD Metformin, Glimepirid, Atorvastatin, Omeprazol, Aspirin Antidiabetik + Antikolesterol + Antiplatelet + Obat lambung

23	Sofrianti	71	Madya	P	TB : 156 Cm BB : 60 Kg IMT : 25 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	SMP	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Jantung	Hipertensi, FA	Bisoprolol, Digoksin, Warfarin, Amlodipin, Omeprazol	Antihipertensi + Antikoagulan + Obat lambung
24	Nurbaya	76	Madya	P	TB : 151 Cm BB : 50 Kg IMT : 22 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Renta	SD	Rendah	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,68	Sedang	Jantung	PJK, Dislipidemia	Aspirin, Clopidogrel, Atorvastatin, Bisoprolol, Omeprazol	Antiplatelet + Antikoesterol + Antihipertensi + Obat lambung
25	Rosni	70	Madya	P	TB : 152 Cm BB : 60 Kg IMT : 26 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Lebih	Pra-Renta	Tidak Sekolah	Rendah	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Neurologi	Stroke Iskemik, DM, HT	Aspirin, Metformin, Amlodipin, Atorvastatin, Omeprazol	Antidiabetik + Antiplatelet + Antihipertensi + Antikoesterol + Obat lambung
26	Aslinah	77	Madya	P	TB : 145 Cm BB : 41 Kg IMT : 20 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Fit	S1	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,9	Sangat Baik	Neurologi	Epilepsi, HT	Asam valproat, Diazepam, Amlodipin, Vitamin B6, Omeprazol	Obat Saraf + Antihipertensi + Vitamin + Obat lambung
27	Eti	63	Muda	P	TB : 147 Cm BB : 47 Kg IMT : 22 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	SD	Rendah	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,71	Sedang	Jantung	Gagal Jantung, HT	Furosemid, Spironolakton, Bisoprolol, Amlodipin, Omeprazol	Antihipertensi + Diuretik + Obat lambung
28	Zakirman	77	Madya	L	TB : 148 cm BB : 35 kg IMT: 16.0 kg/m2	Gizi Buruk	Renta	SMP	Sedang	Tidak Bekerja	Sendiri	Diri Sendiri	0,2	Rendah	Neurologi	Parkinson, Dislipidemia	Levodopa, Carbidopa, Atorvastatin, Amlodipin, Omeprazol	Obat Saraf + Antihipertensi + Antikoesterol + Obat lambung
29	Kamirusna	73	Madya	P	TB : 148 Cm BB : 49 Kg IMT : 22 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Renta	D4	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,72	Sedang	Jantung	PJK, Hipertensi	Bisoprolol, Amlodipin, Aspirin, Atorvastatin, Omeprazol	Antihipertensi + Antiplatelet + Antikoesterol + Obat lambung
30	Gusnel	66	Muda	L	TB : 167 Cm BB : 77 Kg IMT : 28 Kg/m <sup>2</sup>	Obesitas I	Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Neurologi	Stroke, Hipertensi	Clopidogrel, Amlodipin, Captopril, Atorvastatin, Omeprazol	Antiplatelet + Antihipertensi + Antikoesterol + Obat lambung
31	Nofrial	60	Muda	L	TB : 171 Cm BB : 65 Kg IMT : 22 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Renta	S1	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,58	Sedang	Jantung	Hipertensi, Dislipidemia	Amlodipin, Atorvastatin, Aspirin, Omeprazol, Vitamin D	Antihipertensi + Antikoesterol + Antiplatelet + Obat lambung + Vitamin
32	Tasman Naim	76	Madya	L	TB : 162 Cm BB : 66 Kg IMT : 25 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Renta	D4	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Keluarga	0,46	Rendah	Penyakit Dalam	DM, Neuropati, GERD	Metformin, Insulin, Gabapentin, Omeprazol, Amitriptilin	Antidiabetik + Obat Saraf + Obat lambung
33	Alamsyah	61	Muda	L	TB : 165 Cm BB : 60 Kg IMT : 22 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	S2	Tinggi	Bekerja	Keluarga	Keluarga	0,8	Baik	Penyakit Dalam	Hipertensi, CKD	Amlodipin, Furosemid, Asam folat, Kalsium karbonat, Epo	Antihipertensi + Diuretik + Hematopoietik
34	Mayarni	66	Muda	P	TB: 155 cm BB: 38 kg IMT: 15,8 kg/m2	Gizi Buruk	Renta	S1	Tinggi	Tidak Bekerja	Sendiri	Diri Sendiri	<0,0	Buruk	Jantung	PJK, FA	Bisoprolol, Digoksin, Warfarin, Atorvastatin, Omeprazol	Antihipertensi + Antikoagulan + Antikoesterol + Obat lambung
35	Marnis	70	Madya	P	TB : 150 Cm BB : 47 Kg IMT : 21 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Jantung	Hipertensi, DM	Metformin, Insulin, Amlodipin, Aspirin, Atorvastatin	Antidiabetik + Antihipertensi + Antiplatelet + Antikoesterol
36	Rostiam	75	Madya	P	TB : 153 Cm BB : 48 Kg IMT : 21 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Fit	SMP	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,9	Sangat Baik	Jantung	Gagal Jantung, Dislipidemia	Furosemid, Spironolakton, Bisoprolol, Atorvastatin	Antihipertensi + Diuretik + Antikoesterol
37	Zuraida	64	Muda	P	TB : 155 Cm BB : 80 Kg IMT : 33 Kg/m <sup>2</sup>	Obesitas II	Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	<0,0	Buruk	Penyakit Dalam	DM, HT, Dislipidemia	Metformin, Glimperid, Amlodipin, Atorvastatin, Aspirin	Antidiabetik + Antihipertensi + Antikoesterol + Antiplatelet
38	Buswanti	62	Muda	P	TB : 155 Cm BB : 48 Kg IMT : 20 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	SD	Rendah	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,5	Sedang	Jantung	PJK, Hipertensi	Amlodipin, Bisoprolol, Aspirin, Atorvastatin, Omeprazol	Antihipertensi + Antiplatelet + Antikoesterol + Obat lambung
39	Syafei	65	Muda	L	TB : 160 Cm BB : 65 Kg IMT : 25 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Jantung	PJK, HT, GERD	Amlodipin, Aspirin, Atorvastatin, Omeprazol	Antihipertensi + Antiplatelet + Antikoesterol + Obat lambung
40	Yurnalis	67	Muda	L	TB : 154 Cm BB : 55 Kg IMT : 24 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Fit	S2	Tinggi	Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,9	Sangat Baik	Jantung	FA, Gagal Jantung	Digoksin, Bisoprolol, Furosemid, Warfarin, Omeprazol	Diuretik + Antikoagulan + Obat lambung
41	Khamirusna	73	Madya	P	TB : 156 Cm BB : 61 Kg IMT : 25 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,7	Sedang	Penyakit Dalam	DM, CKD, Anemia	Insulin, Furosemid, Asam folat, Epo, Kalsium karbonat	Antidiabetik + Diuretik + Hematopoietik
42	Nilmawati	63	Muda	P	TB : 156 Cm BB : 60 Kg IMT : 25 Kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Fit	SD	Rendah	Tidak Bekerja	Sendiri	Diri Sendiri	0,55	Sedang	Jantung	Hipertensi, Dislipidemia	Amlodipin, Atorvastatin, Aspirin, Omeprazol	Antihipertensi + Antikoesterol + Antiplatelet + Obat lambung
43	Elidawati	62	Muda	P	TB: 150 cm BB: 45 kg IMT: 20 kg/m2	Gizi Baik	Pra-Renta	SMP	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Jantung	PJK, Hipertensi	Bisoprolol, Amlodipin, Aspirin, Atorvastatin	Antihipertensi + Antiplatelet + Antikoesterol
44	Wirdawati	62	Muda	P	TB: 148 cm BB: 52 kg IMT: 23.7 kg/m2	Gizi Baik	Pra-Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,5	Sedang	Neurologi	Stroke, Dislipidemia	Clopidogrel, Atorvastatin, Amlodipin, Omeprazol	Antiplatelet + Antikoesterol + Antihipertensi + Obat lambung
45	Ema uuita	85	Lanjut	P	TB: 155 cm BB: 60 kg IMT: 25 kg/m2	Gizi Baik	Renta	S2	Tinggi	Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Jantung	Hipertensi, DM	Metformin, Insulin, Amlodipin, Aspirin, Atorvastatin	Antidiabetik + Antihipertensi + Antiplatelet + Antikoesterol

46	Maryulis	71	Madya	L	TB: 152 cm BB: 55 kg IMT: 23.8 kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Fit	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Keluarga	0,5	Sedang	Jantung	PJK, FA	Bisoprolol, Digoksin, Warfarin, Aspirin, Atorvastatin	Antikoagulan + Antiplatelet + Antikolesterol
47	Yunidar	60	Muda	P	TB: 158 cm BB: 68 kg IMT: 27.2 kg/m <sup>2</sup>	Obesitas I	Pra-Renta	D3	Tinggi	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,65	Sedang	Neurologi	Epilepsi, HT	Fenitoin, Diazepam, Amlodipin, Vitamin B, Omeprazol	Obat Saraf + Antihipertensi + Vitamin + Obat lambung
48	Marnis	71	Madya	P	TB: 145 cm BB: 42 kg IMT: 20 kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Keluarga	0,55	Sedang	Jantung	Hipertensi, Dislipidemia	Amlodipin, Atorvastatin, Aspirin, Omeprazol	Antihipertensi + Antikolesterol + Antiplatelet + Obat lambung
49	Agus	81	Lanjut	L	TB: 160 cm BB: 70 kg IMT: 27.3 kg/m <sup>2</sup>	Obesitas I	Renta	SD	Rendah	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,59	Sedang	Jantung	Gagal Jantung, HT	Furosemid, Spironolakton, Bisoprolol, Amlodipin	Antihipertensi + Diuretik
50	Darwin	64	Muda	L	TB: 152 cm BB: 42 kg IMT: 18.2 kg/m <sup>2</sup>	Gizi Kurang	Pra-Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Sendiri	Diri Sendiri	0,9	Sangat Baik	Neurologi	Stroke, DM	Aspirin, Metformin, Amlodipin, Atorvastatin	Antiplatelet + Antidiabetik + Antihipertensi + Antikolesterol
51	Bufat	63	Muda	L	TB: 149 cm BB: 48 kg IMT: 21.6 kg/m <sup>2</sup>	Gizi Baik	Pra-Renta	SMA	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,8	Baik	Jantung	PJK, HT, Dislipidemia	Bisoprolol, Amlodipin, Aspirin, Atorvastatin	Antihipertensi + Antiplatelet + Antikolesterol
52	Sahnir	60	Muda	L	TB: 162 cm BB: 75 kg IMT: 28.6 kg/m <sup>2</sup>	Obesitas I	Pra-Renta	SMP	Sedang	Tidak Bekerja	Keluarga	Keluarga	0,61	Sedang	Penyakit Dalam	DM, Dislipidemia	Metformin, Glimepirid, Atorvastatin, Aspirin	Antidiabetik + Antikolesterol + Antiplatelet
53	Asmiarti	64	Muda	P	TB: 150 cm BB: 40 kg IMT: 17.8 kg/m <sup>2</sup>	Gizi Kurang	Pra-Renta	S2	Tinggi	Tidak Bekerja	Sendiri	Diri Sendiri	0,4	Rendah	Penyakit Dalam	HT, CKD	Amlodipin, Furosemid, Asam folat, Kalsium karbonat	Antihipertensi + Diuretik + Vitamin
54	Nengsih	83	Lanjut	P	TB: 153 cm BB: 62 kg IMT: 26.5 kg/m <sup>2</sup>	Gizi Lebih	Renta	S2	Tinggi	Bekerja	Keluarga	Diri Sendiri	0,2	Rendah	Neurologi	Nyeri Neuropatik, DM	Gabapentin, Metformin, Amitriptilin, Omeprazol	Antidiabetik + Obat Saraf + Obat lambung

## Lampiran 6. Dokumentasi Penelitian



## Lampiran 7. Hasil Olah Data

### Distribusi Frekuensi

**KelompokUsia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muda	27	50.0	50.0	50.0
	Madya	24	44.4	44.4	94.4
	Lanjut	3	5.6	5.6	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

**JenisKelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	22	40.7	40.7	40.7
	Perempuan	32	59.3	59.3	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

**StatusGizi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gizi Buruk	2	3.7	3.7	3.7
	Gizi Kurang	3	5.6	5.6	9.3
	Gizi Baik	39	72.2	72.2	81.5
	Gizi Lebih	3	5.6	5.6	87.0
	Obesitas I	5	9.3	9.3	96.3
	Obesitas II	2	3.7	3.7	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

**Kerentanan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Fit	11	20.4	20.4	20.4
	Pra-Renta	26	48.1	48.1	68.5
	Renta	17	31.5	31.5	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

**Pendidikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	8	14.8	14.8	14.8
	Sedang	26	48.1	48.1	63.0
	Tinggi	20	37.0	37.0	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

**Pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	4	7.4	7.4	7.4
	Tidak Bekerja	50	92.6	92.6	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

**StatusTinggal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Keluarga	49	90.7	90.7	90.7
	Sendiri	5	9.3	9.3	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

**StatusPengasuhan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Keluarga	8	14.8	14.8	14.8
	Diri Sendiri	46	85.2	85.2	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

**KualitasHidup**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	4	7.4	7.4	7.4
	Rendah	5	9.3	9.3	16.7
	Sedang	17	31.5	31.5	48.1
	Baik	18	33.3	33.3	81.5
	Sangat Baik	10	18.5	18.5	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

### Jenis Penyakit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Anemia	2	1.5	1.5	1.5
	Diabetes Melitus	14	10.4	10.4	11.9
	Diabetes Melitus Tipe 2	3	2.2	2.2	14.2
	Dislipidemia	19	14.2	14.2	28.4
	Dispepsia	2	1.5	1.5	29.9
	Epilepsi	3	2.2	2.2	32.1
	Fibrilasi Atrium	6	4.5	4.5	36.6
	Gagal Jantung	7	5.2	5.2	41.8
	Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)	5	3.7	3.7	45.5
	Gout	1	.7	.7	46.3
	Hipertensi	40	29.9	29.9	76.1
	Insomnia	1	.7	.7	76.9
	Neuropati	2	1.5	1.5	78.4
	Nyeri Neuropatik	2	1.5	1.5	79.9
	Parkinson	2	1.5	1.5	81.3
	Penyakit Ginjal Kronik (CKD)	6	4.5	4.5	85.8
	Penyakit Jantung Koroner (PJK)	13	9.7	9.7	95.5
	Stroke	3	2.2	2.2	97.8
	Stroke Hemoragik	1	.7	.7	98.5
	Stroke Iskemik	2	1.5	1.5	100.0
	Total	134	100.0	100.0	



## Crosstab Karakteristik dengan Kualitas Hidup

**KelompokUsia \* KualitasHidup Crosstabulation**

			KualitasHidup					
			Buruk	Rendah	Sedang	Baik	Sangat Baik	Total
KelompokUsia	Muda	Count	3	1	9	8	6	27
		% within KelompokUsia	11.1%	3.7%	33.3%	29.6%	22.2%	100.0%
	Madya	Count	1	3	7	9	4	24
		% within KelompokUsia	4.2%	12.5%	29.2%	37.5%	16.7%	100.0%
	Lanjut	Count	0	1	1	1	0	3
		% within KelompokUsia	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%	100.0%
Total	Count	4	5	17	18	10	54	
	% within KelompokUsia	7.4%	9.3%	31.5%	33.3%	18.5%	100.0%	

**JenisKelamin \* KualitasHidup Crosstabulation**

			KualitasHidup					Total
			Buruk	Rendah	Sedang	Baik	Sangat Baik	
JenisKelamin	Laki-laki	Count	0	3	5	8	6	22
		% within JenisKelamin	0.0%	13.6%	22.7%	36.4%	27.3%	100.0%
	Perempua	Count	4	2	12	10	4	32
		% within JenisKelamin	12.5%	6.3%	37.5%	31.3%	12.5%	100.0%
Total	Count	4	5	17	18	10	54	
	% within JenisKelamin	7.4%	9.3%	31.5%	33.3%	18.5%	100.0%	

**StatusGizi \* KualitasHidup Crosstabulation**

			KualitasHidup					
			Buruk	Rendah	Sedang	Baik	Sangat Baik	Total
StatusGizi	Gizi Buruk	Count	1	1	0	0	0	2
		% within StatusGizi	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Gizi Kurang	Count	0	1	0	0	2	3
		% within StatusGizi	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%	100.0%
	Gizi Baik	Count	1	1	14	15	8	39
		% within StatusGizi	2.6%	2.6%	35.9%	38.5%	20.5%	100.0%
	Gizi Lebih	Count	0	1	0	2	0	3
		% within StatusGizi	0.0%	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	100.0%
	Obesitas I	Count	0	1	3	1	0	5
		% within StatusGizi	0.0%	20.0%	60.0%	20.0%	0.0%	100.0%
	Obesitas II	Count	2	0	0	0	0	2
		% within StatusGizi	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Total	Count	4	5	17	18	10	54	
	% within StatusGizi	7.4%	9.3%	31.5%	33.3%	18.5%	100.0%	



### Kerentaan \* KualitasHidup Crosstabulation

			KualitasHidup					
			Buruk	Rendah	Sedang	Baik	Sangat Baik	Total
Kerentaan	Fit	Count	0	0	2	4	5	11
		% within Kerentaan	0.0%	0.0%	18.2%	36.4%	45.5%	100.0%
	Pra-Renta	Count	0	1	9	11	5	26
		% within Kerentaan	0.0%	3.8%	34.6%	42.3%	19.2%	100.0%
	Renta	Count	4	4	6	3	0	17
		% within Kerentaan	23.5%	23.5%	35.3%	17.6%	0.0%	100.0%
Total	Count	4	5	17	18	10	54	
	% within Kerentaan	7.4%	9.3%	31.5%	33.3%	18.5%	100.0%	

### Pendidikan \* KualitasHidup Crosstabulation

			KualitasHidup					
			Buruk	Rendah	Sedang	Baik	Sangat Baik	Total
Pendidikan	Rendah	Count	0	0	6	2	0	8
		% within Pendidikan	0.0%	0.0%	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%
	Sedang	Count	2	2	6	9	7	26
		% within Pendidikan	7.7%	7.7%	23.1%	34.6%	26.9%	100.0%
	Tinggi	Count	2	3	5	7	3	20
		% within Pendidikan	10.0%	15.0%	25.0%	35.0%	15.0%	100.0%
Total	Count	4	5	17	18	10	54	
	% within Pendidikan	7.4%	9.3%	31.5%	33.3%	18.5%	100.0%	

### Pendidikan \* KualitasHidup Crosstabulation

			KualitasHidup					
			Buruk	Rendah	Sedang	Baik	Sangat Baik	Total
Pendidikan	Rendah	Count	0	0	6	2	0	8
		% within Pendidikan	0.0%	0.0%	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%
	Sedang	Count	2	2	6	9	7	26
		% within Pendidikan	7.7%	7.7%	23.1%	34.6%	26.9%	100.0%
	Tinggi	Count	2	3	5	7	3	20
		% within Pendidikan	10.0%	15.0%	25.0%	35.0%	15.0%	100.0%
Total	Count	4	5	17	18	10	54	
	% within Pendidikan	7.4%	9.3%	31.5%	33.3%	18.5%	100.0%	

### Pekerjaan \* KualitasHidup Crosstabulation

			KualitasHidup					
			Buruk	Rendah	Sedang	Baik	Sangat Baik	Total
Pekerjaan	Bekerja	Count	0	1	0	2	1	4
		% within Pekerjaan	0.0%	25.0%	0.0%	50.0%	25.0%	100.0%
	Tidak Bekerja	Count	4	4	17	16	9	50
		% within Pekerjaan	8.0%	8.0%	34.0%	32.0%	18.0%	100.0%
Total		Count	4	5	17	18	10	54
		% within Pekerjaan	7.4%	9.3%	31.5%	33.3%	18.5%	100.0%

### StatusTinggal \* KualitasHidup Crosstabulation

			KualitasHidup					
			Buruk	Rendah	Sedang	Baik	Sangat Baik	Total
StatusTinggal	Keluarga	Count	3	3	16	18	9	49
		% within StatusTinggal	6.1%	6.1%	32.7%	36.7%	18.4%	100.0%
	Sendiri	Count	1	2	1	0	1	5
		% within StatusTinggal	20.0%	40.0%	20.0%	0.0%	20.0%	100.0%
Total		Count	4	5	17	18	10	54
		% within StatusTinggal	7.4%	9.3%	31.5%	33.3%	18.5%	100.0%

### StatusPengasuhan \* KualitasHidup Crosstabulation

			KualitasHidup					
			Buruk	Rendah	Sedang	Baik	Sangat Baik	Total
StatusPengasuhan	Keluarga	Count	0	2	3	2	1	8
		% within StatusPengasuhan	0.0%	25.0%	37.5%	25.0%	12.5%	100.0%
	Diri Sendiri	Count	4	3	14	16	9	46
		% within StatusPengasuhan	8.7%	6.5%	30.4%	34.8%	19.6%	100.0%
Total	Count		4	5	17	18	10	54
	% within StatusPengasuhan		7.4%	9.3%	31.5%	33.3%	18.5%	100.0%

### Hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	17	42.5	42.5	42.5
	Buruk	4	10.0	10.0	52.5
	Rendah	2	5.0	5.0	57.5
	Sangat Baik	7	17.5	17.5	75.0
	Sedang	10	25.0	25.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

### PJK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	6	46.2	46.2	46.2
	Sangat Baik	3	23.1	23.1	69.2
	Sedang	4	30.8	30.8	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

### Dislipidemia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	8	42.1	42.1	42.1
	Buruk	1	5.3	5.3	47.4
	Rendah	1	5.3	5.3	52.6
	Sangat Baik	4	21.1	21.1	73.7
	Sedang	5	26.3	26.3	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

### DM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	7	50.0	50.0	50.0
	Buruk	2	14.3	14.3	64.3
	Rendah	1	7.1	7.1	71.4
	Sangat Baik	2	14.3	14.3	85.7
	Sedang	2	14.3	14.3	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

### GagalJantung

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	1	14.3	14.3	14.3
	Buruk	1	14.3	14.3	28.6
	Rendah	2	28.6	28.6	57.1
	Sedang	3	42.9	42.9	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

### Antihipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	18	38.3	38.3	38.3
	Buruk	4	8.5	8.5	46.8
	Rendah	3	6.4	6.4	53.2
	Sangat Baik	8	17.0	17.0	70.2
	Sedang	14	29.8	29.8	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

### Obat Lambung

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	9	29.0	29.0	29.0
	Buruk	2	6.5	6.5	35.5
	Rendah	4	12.9	12.9	48.4
	Sangat Baik	4	12.9	12.9	61.3
	Sedang	12	38.7	38.7	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

**Antikolesterol**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	13	39.4	39.4	39.4
	Buruk	2	6.1	6.1	45.5
	Rendah	1	3.0	3.0	48.5
	Sangat Baik	6	18.2	18.2	66.7
	Sedang	11	33.3	33.3	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

**Antiplatelet**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	12	42.9	42.9	42.9
	Buruk	1	3.6	3.6	46.4
	Sangat Baik	4	14.3	14.3	60.7
	Sedang	11	39.3	39.3	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

**Vitamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	1	12.5	12.5	12.5
	Buruk	1	12.5	12.5	25.0
	Rendah	2	25.0	25.0	50.0
	Sangat Baik	1	12.5	12.5	62.5
	Sedang	3	37.5	37.5	100.0
	Total	8	100.0	100.0	

**Obat Saraf**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	1	11.1	11.1	11.1
	Buruk	1	11.1	11.1	22.2
	Rendah	3	33.3	33.3	55.6
	Sangat Baik	2	22.2	22.2	77.8
	Sedang	2	22.2	22.2	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

**Antidiabetik**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	7	41.2	41.2	41.2
	Buruk	2	11.8	11.8	52.9
	Rendah	2	11.8	11.8	64.7
	Sangat Baik	3	17.6	17.6	82.4
	Sedang	3	17.6	17.6	100.0
	Total	17	100.0	100.0	

**Diuretik**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	3	25.0	25.0	25.0
	Buruk	1	8.3	8.3	33.3
	Rendah	1	8.3	8.3	41.7
	Sangat Baik	3	25.0	25.0	66.7
	Sedang	4	33.3	33.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

**Antikoagulan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	2	33.3	33.3	33.3
	Buruk	1	16.7	16.7	50.0
	Sangat Baik	1	16.7	16.7	66.7
	Sedang	2	33.3	33.3	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

**Hematopoietik**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	3	50.0	50.0	50.0
	Rendah	1	16.7	16.7	66.7
	Sangat Baik	1	16.7	16.7	83.3
	Sedang	1	16.7	16.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

## Lampiran 8. Biodata Penulis



### BIODATA PENULIS

#### Riwayat Pribadi

Nama : Salsabilla  
NPM/NIM : 2210070100093  
Tempat/Tanggal Lahir : Dharmasraya/05-04-2004  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
No.HP : 081364030143  
Alamat : Jl. Pasir Putih Raya No.Blok P/17 Bungo Pasang,  
Koto Tangah, Kota Padang, Sumatera Barat

#### Riwayat Pendidikan

1. 2010-2016 : SDN 08 Pulau Punjung
2. 2016-2019 : SMPN Unggul Dharmasraya
3. 2019-2022 : SMAN 1 Pulau Punjung
4. 2022 : Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah

#### Pengalaman Organisasi

2023-2024 : Anggota Divisi Sistem DPM FK UNBRAH  
2024-2025 : Bendahara 1 DPM FK UNBRAH

#### Pengalaman Kepanitiaan

2022 : Liassion Officer Forum Dekan AFKSI 2023  
2023 : Bendahara 1 MBSA'22  
2024 : Panitia Debate Workshop and Sharing Session DPM  
2024 : Panitia Upgrading DPM  
2024 : Panitia Webinar oleh DPM