



Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dan Outcome terapi Pasien Sindrom Metabolik di Rumah Sakit Swasta Semarang

Neli Diah Pratiwi

Universitas Ngudi Waluyo

Andrey Wahyudi

Universitas Ngudi Waluyo

Alamat:

Korespondensi penulis: nelidiah03@gmail.com

Abstract Compliance with therapy remains a challenge for a pharmacist, which has important implications for the success of treatment, where the ultimate goal is to achieve an increase in the quality of life of patients. The level of knowledge and perception is an important factor that affects a person's adherence to taking medication. In principle, everything that is lived by each individual boils down to the level of knowledge and perception they have, as well as the context of geriatric patients in the process of undergoing therapy. The purpose of this study was to assess the level, adherence and quality of life of geriatric patients with respect to the length of treatment and the amount of drug therapy used. The method in this study used a cross-sectional method which was carried out at the Regional Hospital of Semarang. The population in this study were inpatients who took medication at the hospital, the sample in this study was 58 and the measuring instrument used was a questionnaire consisting of 2 parts, the first part was the characteristics of the respondent's questionnaire, the second part was the Morisky Medication Adherence Scale questionnaire (MMAS-8), and the last part is the WHOQOL-OLD questionnaire. All collected data were analyzed by univariate, bivariate and multivariate tests. There was no significant relationship between patient characteristics (age, gender, marital status, education and occupation) on adherence to treatment in geriatric patients ($p > 0.05$). There is a significant relationship between LOS and the quality of life of geriatric patients (psychological domain), $p < 0.05$. There is a significant relationship between the number of drugs on adherence (consequence domain), $p < 0.05$.

Keyword: Compliance, Geriatrics, Quality of Life.

Abstrak Kepatuhan terhadap terapi tetap menjadi tantangan seorang apoteker, dimana memiliki implikasi penting untuk keberhasilan pengobatan, tujuan terakhir adalah tercapainya peningkatan kualitas hidup pasien. Lama pasien menginap dan jumlah obat yang diresepkan merupakan faktor penting yang mempengaruhi kepatuhan seseorang dalam minum obat. Metode pada penelitian ini menggunakan metode *cross-sectional* yang dilakukan di Rumah Sakit Swasta Semarang. Populasi pada penelitian ini yaitu semua pasien rawat inap yang mengalami sindrom metabolik dan mendapatkan obat di Rumah Sakit, sampel pada penelitian ini berjumlah 58 dan alat ukur yang digunakan adalah kuesioner yang terdiri dari 2 bagian, bagian pertama adalah kuesioner karakteristik responden, bagian kedua kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) untuk mengetahui kepatuhan minum obat, dan kuesioner WHOQOL-OLD untuk

mengetahui kualitas hidup pasien. Semua data yang terkumpul dianalisis dengan uji univariat, bivariat dan multivariat. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan dan pekerjaan) terhadap kepatuhan pengobatan pasien geriatri ($p > 0,05$). Terdapat hubungan yang bermakna antara lama tinggal pasien di Rumah Sakit terhadap kualitas hidup (domain psikologis), $p < 0,05$. Dan terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah obat terhadap kepatuhan (domain konsekuensi), $p < 0,05$.

Kata kunci: Geriatrik, Kepatuhan, Kualitas hidup

LATAR BELAKANG

Geriatri berasal dari kata *geros* yang artinya lanjut usia dan *earica* yang artinya kesehatan. Geriatri adalah cabang ilmu kedokteran yang mempelajari tentang penyakit pada lanjut usia (Nugraha, 2012). Pendapat mengenai definisi serta batasan umur pada geriatri ada beberapa, menurut WHO usia penduduk di bagi menjadi: usia pertengahan (*middle age*) kelompok usia 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) antara 65-74 tahun, tua (*old*) antara 76-90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.

Geriatri yang mengalami sindrom metabolik, dimana sindrom metabolic sendiri merupakan kelompok dari abnormalitas metabolik baik lipid maupun non-lipid seorang individu yang merupakan faktor resiko penyakit jantung korone. Kondisi yang diakibatkan kelainan metabolik meliputi obesitas sentral, dislipidemi aterogenik, hipertensi, dan resistensi insulin. Berdasarkan *International Diabetes Federation*, Sindrom Metabolik adalah seseorang dengan memiliki sedikitnya 2 kriteria berikut: obesitas abdominal, penurunan kadar kolesterol HDL, peningkatan tekanan darah, peningkatan glukosa darah.

Terjadinya perubahan fisiologi terkait usia lanjut menyebabkan perubahan farmakokinetika dan farmakodinamika obat pada pasien geriatri. Pada usia lanjut tidak jarang ditemukan lebih dari satu penyakit kronis (multimorbiditas). Pasien dengan multimorbiditas biasanya menerima obat dalam jumlah yang lebih banyak (polifarmasi).

Kualitas hidup merupakan harapan seseorang terhadap kehidupan dibandingkan dengan kenyataan yang dihadapinya. Mendefinisikan kualitas hidup cukup sulit karena setiap orang mempunyai harapan yang berbeda terhadap kehidupan (Rachmawati *et al.*, 2014). Kualitas hidup pada usia lanjut diukur menggunakan instrumen dari WHOQOL-OLD terdiri dari 6 aspek, yaitu kemampuan sensori, otonomi, aktivitas pada masa lampau,

kini dan yang akan datang, partisipasi sosial, kematian dan keadaan terminal, persahabatan dan cinta kasih.

KAJIAN TEORITIS

Dalam penelitian ini peneliti ingin mengetahui tingkat kepatuhan dan kualitas hidup terhadap outcome penyakit sindrom metabolik yang diderita pasien geriatric rawat inap. Kepatuhan minum obat suatu keadaan dimana pasien mematuhi pengobatannya atas dasar kesadaran sendiri, bukan hanya karena mematuhi perintah dokter dan jika tidak dilakukan bisa menimbulkan risiko terkait kesehatan dan perbaikan virologis maupun klinis.

Kualitas hidup adalah persepsi individu dalam hidup yang dapat ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai individu yang berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian. Hal tersebut merupakan konsep yang terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik seseorang, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan hubungan individu terhadap lingkungan. Kualitas hidup individu dapat dinilai dari kondisi fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.

Menurut WHO kualitas hidup ODHA terdiri dari 6 domain, yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan, dan keadaan spiritual.

1. Kesehatan fisik terdiri dari nyeri dan ketidaknyamanan, energi dan kelelahan, tidur dan istirahat.
2. Psikologi mengukur perasaan positif, berfikir, belajar, memori dan konsentrasi, harga diri, citra tubuh, dan pengalaman serta perasaan negatif.
3. Tingkat kemandirian mengukur mobilitas, aktifitas sehari-hari, ketergantungan pada obat atau perawatan, dan kemampuan bekerja.
4. Hubungan sosial meliputi hubungan personal, dukungan sosial, dan aktifitas seksual.
5. Lingkungan mengukur keamanan dan keselamatan fisik, sumber pendapatan, kesehatan dan kepedulian sosial, kualitas dan hal yang dapat dicapai, kesempatan memperoleh informasi baru dan keterampilan, berpartisipasi dan berkesempatan rekreasi dan beraktifitas diwaktu luang dan keadaan lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu-lintas, iklim, dan transportasi).

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini adalah metode *cross sectional*. Pengambilan data pasien dilakukan secara prospektif pada pasien geriatri rawat inap di RS kota Semarang selama periode bulan Februari-April 2022 . Pengumpulan data primer pada penelitian ini menggunakan kuesioner (sebagai instrumen penelitian) terdiri dari 3 bagian, yaitu bagian pertama (A) berisi tentang karakteristik responden, bagian kedua berisi pertanyaan tentang kepatuhan responden terhadap terapi menggunakan *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) dan bagian terakhir berisi pertanyaan tentang kualitas hidup pasien geriatri, menggunakan kuesioner WHOQOL-OLD Breff. Cara pengumpulan data dalam penelitian, dalam melakukan penelitian dengan memperhatikan pertimbangan-pertimbangan etika penelitian yaitu *ethical clearance*. Peneliti memilih calon responden yang sesuai dengan kriteria inklusi di poli rawat inap pasien geriatri pada RS tersebut. Jika sesuai dengan kriteria inklusi dan bersedia menjadi responden penelitian maka responden dijadikan sampel dalam penelitian. Menjelaskan kepada responden tentang tujuan, manfaat dan prosedur pengisian lembar kuesioner dan meminta responden untuk mengisi lembar *informed consent*. Setelah responden setuju maka peneliti membagikan kuesioner dan meminta responden untuk mengisi kuesionernya dengan lengkap. Pengisian kuesioner tiap responden dilakukan selama 1-2 hari.

Variabel pada penelitian ini adalah

1. Variabel bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah karakteristik responden, yaitu : usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan terakhir dan pekerjaan.

2. Variabel terikat

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kepatuhan dan kualitas hidup pasien

Peneliti memeriksa kembali kuesioner yang telah diisi oleh responden untuk mengantisipasi jika masih ada pernyataan yang belum diisi oleh responden

Data yang diperoleh selanjutnya dianalisis, Analisis multivariat digunakan untuk melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel (3 variabel atau lebih) independen dengan satu variabel dependen, Analisis multivariat dapat menggunakan uji regresi linier berganda

HASIL DAN PEMBAHASAN

Demografi atau karakteristik biografik (individu) dapat dilihat dari jenis kelamin, umur, status masa kerja, perkawinan. Gambaran karakteristik pasien dapat dilihat secara deskriptif pada tabel 1 :

Tabel 1. Gambaran karakteristik pasien geriatri rawat inap di RS Kota Semarang

Karakteristik pasien	Jumlah pasien	
	N	%
Usia		
65-74	39	67%
75-84	16	27%
>85	3	6
Jenis kelamin		
Laki-laki	21	42%
Perempuan	37	58%
Jumlah diagnose		
1-3	38	63%
4-6		37%
Pendidikan		
Dasar (Tidak sekolah, SD, SMP, SMA)	40	69%
Tinggi (D3/Universitas)	18	31%
Status Pernikahan (%)		
Menikah	52	90%
Tidak menikah	6	10%
Pekerjaan		
Swasta	37	62%
Negeri	15	18%
Jumlah terapi		
1-5	19	37%
5-10	25	43%
>10	14	30%
Durasi rawat inap (LOS)		
<10	15	25%
>10	43	75%

Berdasarkan data pada tabel 1 pasien dengan usia 65-74 tahun merupakan pasien terbanyak 67% dari total pasien yang masuk faktor inklusi dan usia >85 tahun sebanyak 6%. Pasien lanjut usia mengalami pertumbuhan cepat di seluruh dunia, sebagian besar lanjut usia mempunyai masalah kesehatan seperti kardiovaskular, radang sendi, penyakit respiratory, kanker, dan lainnya. Menurut penelitian Mayasari, 2015 prevalensi pasien geriatri banyak terjadi pada usia 65-74 tahun dengan penyakit degenerative. Jumlah

pasien perempuan sebanyak 38,60% dan laki-laki sebanyak 61,40%. Laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan karena faktor gaya hidup laki-laki seperti merokok, kurang olahraga, obesitas dan konsumsi alkohol yang dapat memicu penyakit degenerative (Handajani *et al.*, 2010).

Geriatri sering kali ditemukan lebih dari satu diagnosa atau penyakit kronis (multikomordibitas). Keadaan ini lazim terjadi pada kelompok populasi pasien yang berusia lanjut, mengingat pada perjalanan hidup mereka bias menderita suatu penyakit yang akan cenderung menahun dan disusul oleh penyakit lainnya. Hasil penelitian dimana didapatkan pasien yang mendapatkan diagnosa 1-3 sebanyak 63,2% dan pasien dengan diagnose 4-6 sebanyak 36,8%..

Penelitian durasi rawat inap di rumah sakit (LOS) >10 hari sebanyak 75% pasien, LOS <10 sebanyak 25% pasien. Nilai LOS terendah 3 hari dengan sedangkan nilai LOS tertinggi 20 hari. Hasil penelitian *Associations Between Short or Long Length of Stay and 30-Day Readmission and Mortality in Hospitalized Patients With Heart Failure* menunjukkan angka kematian pada kardiovaskular dan non kardiovaskular tertinggi pada pasien, dengan LOS terpanjang hingga 14 hari (Bueno *et al.*, 2010). Penelitian Morandi, 2014 pasien yang memiliki LOS lebih dari 13 hari memiliki risiko dua kali lipat kembali ke rumah sakit (RR) dan 13 hari dapat berpotensi terjadinya infeksi nosocomial sedangkan pasien dengan LOS <7 tidak mengalami risiko rawat inap

1. Kepatuhan

Kepatuhan merupakan bagian yang sangat penting pada terapi pengobatan, karena dengan kepatuhan yang tinggi akan memberikan *outcome therapeutic* yang baik. Penelitian ini menggunakan kuesioner MMAS 8 dimana merupakan salah satu metode *self report* untuk mengukur kepatuhan dan mengetahui *barrier* ketidakpatuhan (Nguyen *et al.*, 2014). Tabel II menunjukkan gambaran tingkat kepatuhan pasien geriatric rawat inap.

TabelIII. Gambaran kepatuhan pasien geriatric rawat inap.di RS Kota Semarang

No	Variabel Kepatuhan	N	Presentase (%)
1	Tinggi	33	56,36
2	Sedang	15	23,64
3	Rendah	10	20,00

Tabel II menunjukkan bahwa 33 pasien geriatric rawat inap mempunyai tingkat kepatuhan yang tinggi terhadap pengobatan dari profesional kesehatan. Kepatuhan pasien yang tinggi diartikan bahwa 33 pasien (56,36%) rutin mengkonsumsi terapi sesuai dengan anjuran profesional kesehatan dan senantiasa membawa serta obat ketika berpergian diluar rumah. WHO (2003) mengestimasi hanya 50% pasien dengan penyakit kronik di Negara berkembang yang patuh terhadap terapi yang dianjurkan oleh tenaga profesional.

Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian Wojcik (2016) yang menyimpulkan bahwa 41% pasien geriatric di Polandia memiliki tingkat kepatuhan tinggi terhadap pengobatan. Penelitian Mattam *et al.* (2017) pada pasien geriatric di India juga menyimpulkan hasil serupa, dari 354 pasien, 126 pasien (36%) memiliki kepatuhan tinggi terhadap pengobatan klinis.) tergolong patuh terhadap pengobatan dan sisanya sebanyak 27 39,71%) tidak patuh. Berdasarkan hasil penelitian di RS kota semarang dan beberapa penelitian sebelumnya dapat disimpulkan bahwa tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan tergolong tinggi, artinya pasien menyadari dan memahami akan pentingnya pengobatan bagi kelangsungan hidup mereka.

Tabel III. Respon jawaban pasien geriatri di RS Kota Semarang pada kuesioner MMAS-8

No	Kode Pertanyaan MMAS	Ya		Tidak	
		n	%	N	%
1	Lupa minum obat	22	37,93	36	62,06
2	Tidak minum obat	12	20,69	46	79,31
3	Kondisi memburuk, berhenti minum obat	28	48,27	30	51,72
4	Tidak membawa obat ketika berpergian	10	17,24	48	20,68
5	Konsumsi obat teratur	46	79,31	12	20,69
6	Kondisi membaik, berhenti minum obat	20	34,48	38	65,51
7	Tidak nyaman dengan jadwal minum obat	15	25,58	43	74,12
8	Kesulitan mengingat obat 1) Tidak pernah	42	72,41	16	27,58

Tabel III menunjukkan respon jawaban pasien terhadap kuesioner kepatuhan MMAS 8, diketahui alasan ketidakpatuhan pasien adalah lupa, baik lupa meminum obat maupun lupa membawa obat, serta alasan tertentu seperti merasa terganggu dengan jadwal pengobatan, merasa tubuh lebih sehat.

2. Kualitas Hidup

Penilaian kualitas hidup pasien geriatri di RS kota Semarang dilakukan dengan menggunakan kuesioner WHOQOL-OLD Bref. Pada kuesioner ini penilaian kualitas hidup dibagi berdasarkan 6 domain, yaitu domain fungsi fisik, psikologis, *level of independence*, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritual/religi.

Tabel IV. Gambaran rata-rata kualitas hidup pasien geriatri di RS Kota Semarang periode Februari-April

No	Domain WHOQOL-OLD Bref	Pasien geriatri di RS kota Semarang (n=58) $\bar{x} \pm SD$	Pasien geriatri di Brazil*** (n=92) $\bar{x} \pm SD$	P
1	Fisik	12,94±3,51	13,44±3,58	0,165
2	Psikologi	14,11±3,49	13,10±3,12	0,087
3	<i>Level of Independence</i>	13,67±3,25	14,08±3,32	0,025*
4	Hubungan Sosial	13,69±2,85	13,24±3,57	0,021*
5	Lingkungan	13,74±2,25	13,11±2,79	0,048*
6	Spiritual/Religi	13,96±4,35	12,92±3,75	0,245

Ket : *Fatiregun *et al.*, 2012; ** Mahalakshmy *et al.*, 2011; *** Catunda *et al.*, 2016

Skor tertinggi domain kualitas hidup pasien geriatri di RS kota Semarang adalah domain psikologi dengan nilai 14,11±3.49 dan skor terendah adalah domain fisik dengan nilai 12,94±3.51. Berdasarkan skor tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa pasien geriatri di RS kota Semarang masih terganggu dengan masalah fisik yang mereka alami tetapi pasien secara psikologis sudah mampu menikmati hidup dan merasakan kepuasan terhadap diri mereka sendiri. Penelitian Fatiregun *et al.* (2012) melaporkan bahwa rata-rata skor tertinggi domain kualitas hidup pasien geriatri di Brazila adalah domain spiritual/religi dan domain psikologis, dan yang terendah adalah domain lingkungan dan hubungan sosial (tabel IV).

Berdasarkan distribusi rerata kuisisioner WHO-QOL Bref, dan peneliti (Fatigerun *et al.*, 2012) di Negara Brazil terdapat perbedaan yang bermakna ($p < 0.05$) pada domain: *level of independence*, hubungan sosial dan lingkungan. Pada domain fungsi fisik,

psikologis dan sipiritual tidak ditemukan perbedaan yang bermakna, sehingga kualitas hidup hampir sama dengan peneliti Brazil.

KESIMPULAN DAN SARAN

Untuk kesimpulan dari penelitian diatas diperoleh hasil ada pengaruh antara ketaputahn minum obat dengan kualitas hidup pasien di RS dan semakin banyak jumlah item obat yang diberikan pada pasien yang rawat inap tingkat kepatuhan dan kualitas hidup menjadi menurun

DAFTAR REFERENSI

- Bueno, H., Ross, J.S., Wang, Y. (2010). Trends in length of stay and short term outcomes among medicare patients hospitalized for heart failure. *JAMA*; 303: 2141-2147.
- Handajani, A., Roosihermiatie, M., Maryani., (2010), factor-faktor yang berhubungan dengan pola kematian pada penyakit degenerative di Indonesia, *Buletin Penelitian Kesehatan*, 13 (1): 247-250
- Mayasari, G., Andayani, T.M., Rahmawati, F, (2015), Faktor Risiko Kejadian Drug Related Problems Pada Pasien Geriatrik RSUD Kota Yogyakarta, *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*;2 (5)
- Morandi, A., Giuseppe, B., Eduard, E., Vasilevskis., Renato, T., Fabio, G., Tiziana T., Salvatore, S., Valeria, E., Simona, G., John, S., Marco, T., (2014), Predictors of Rehospitalization among Elderly Patients admitted to a Rehabilitation Hospital: the Role of Polypharmacy, Functional Status and Length of Stay, *J Am Med*, 14(10): 761–767
- Negara, Y. R., Machlaurin, A. and Rachmawati, E. , (2016), “Potensi Penggunaan Obat yang Tidak Tepat pada Peresepan Pasien Geriatri Rawat Jalan di RSD dr . Soebandi Jember Berdasarkan Beers Criteria” (Potentially Inappropriate Medication Based on Beers Criteria in Geriatric Outpatients of dr . Soebandi District Hospital), *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 4(1), pp. 14–19.
- Rumore, M. M., Ph, F. A. A. and Vaidean, G. , (2012), “Practice-Based Research Innovations in pharmacy Development of a Risk Assessment Tool for Falls Prevention in Hospital Inpatients Based on the Medication Appropriateness Index (MAI) and Modified Beer’s Criteria”, *Innovations* 2012, 3(1), pp. 1–12. Available at: <http://z.umn.edu/>.
- Samuel, M. J. , (2015), “American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults” ,*Journal of the American Geriatrics Society*, 63(11), pp. 2227–2246. doi: 10.1111/jgs.13702.
- Syuaib, A. N. M., Dermawan, E. and Mustofa , (2015), “Penggunaan Potentially Inappropriate Medications (PIMs) pada Pasien Geriatri Rawat Inap Osteoarthritis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta”, *Pharmaciana*, 5, pp. 77–84

Buku Teks

Padila ,(2013), *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Edisi 1. Yogyakarta, Nuha Medika ; 4-6, 49 – 54

Pranarka, K. , (2006), *Penerapan Geriatrik Kedokteran Menuju Usia Lanjut yang Sehat*, *Universa Medicina*, 25(4), pp. 187–197

Sujarweni, V. W. , (2015), *Statistik Untuk Kesehatan*. edisi 1. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.; 5 – 8, 111 – 114

Laporan Instansi/Lembaga/Organisasi/Perusahaan

Sekretariat Negara RI , (2009), *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian*. Jakarta