

HUBUNGAN ANTARA POLIFARMASI DAN KEPATUHAN PASIEN DENGAN MULTIMORBIDITAS DI RSUD dr R GOETENG TAROENADIBRATA PURBALINGGA

Arum Nur Hidayatun, *Sunarti, Rani Prabandari
(Program Studi Farmasi Program Sarjana Fakultas Kesehatan
Universitas Harapan Bangsa)
Corresponding Author : sunarti@uhb.ac.id

Abstract

Multimorbidity results in negative combined effects on physical and mental health and also has a major impact on a person's quality of life. Patients with multimorbidity have the potential to prescribe polypharmacy. This study aims to determine the level of patient adherence and the relationship between polypharmacy and adherence of multimorbid patients at the Internal Medicine Clinic RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. A cross-sectional study using the convenience sampling method was conducted on 342 multimorbid patients receiving polypharmacy prescriptions. Data were collected using demographic questionnaires and the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) questionnaire. The average age of the respondents in this study was 57.81 ± 10.596 , with an average patient taking 9.8 ± 3.2 drugs per day and having an average diagnosis / number of diseases suffered 3.56 ± 1.06 diagnoses. Patients with low adherence category were 106 people (31%), medium were 125 people (36.5%) and high were 111 people (32.5). Conclusion: There is a significant relationship between polypharmacy ($p < 0.05$) and adherence to taking medication in multimorbid patients ($p = 0.000$), where the more medication the patient gets (polypharmacy), the lower the patient's compliance in taking medication. It is recommended that the hospital carry out evaluations and interventions to improve treatment compliance.

Keywords: polypharmacy; multimorbid; adherence

Abstract

Multimorbiditas menimbulkan efek gabungan negatif terhadap kesehatan fisik dan mental serta berdampak besar pada kualitas hidup seseorang. Pasien dengan multimorbiditas berpotensi untuk mendapatkan polifarmasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien dan hubungan polifarmasi dengan kepatuhan pasien multimorbid di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Desain penelitian adalah cross-sectional dengan teknik pengambilan sampel convenience sampling dilakukan pada 342 pasien multimorbid yang menerima resep polifarmasi. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner demografi dan kuesioner Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah $57,81 \pm 10,596$, dengan rata-rata pasien mengonsumsi $9,8 \pm 3,2$ obat per hari dan memiliki rata-rata diagnosis/jumlah penyakit yang diderita $3,56 \pm 1,06$ diagnosa. Pasien dengan kategori kepatuhan rendah sebanyak 106 orang (31%), sedang sebanyak 125 orang (36,5%) dan tinggi sebanyak 111 orang (32,5%). Pengukuran menggunakan uji chi-square. Kesimpulan : Terdapat hubungan yang signifikan antara polifarmasi ($p < 0,05$) dengan kepatuhan minum obat pada pasien multimorbiditas ($p = 0,000$), dimana semakin banyak jumlah obat yang didapatkan pasien (polifarmasi), maka semakin rendah kepatuhan pasien dalam minum obat. Disarankan pihak Rumah Sakit melakukan evaluasi dan intervensi untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan.

Kata kunci : polifarmasi; multimorbiditas; kepatuhan

PENDAHULUAN

Multimorbiditas didefinisikan sebagai kehadiran dari dua atau lebih kondisi kesehatan jangka panjang yang mencakup definisi fisik dan kondisi kesehatan mental seperti diabetes dan skizofrenia, kondisi yang sedang berlangsung seperti keterbatasan dalam belajar atau memahami, gejala kompleks seperti lemah atau nyeri kronis, gangguan sensorik seperti gangguan penglihatan dan pendengaran; dan penyalahgunaan alkohol.¹ Sebagian besar populasi global dengan usia lebih dari 65 tahun mengalami multimorbiditas.² Di Eropa sebanyak 30 % populasi usia 45-65 tahun, 65 % populasi usia 65-84 tahun dan 82% populasi usia \geq 85 tahun memiliki multimorbiditas.³

Persentase penduduk lanjut usia di Indonesia sudah mencapai lebih dari 10 persen atau meningkat setidaknya 3 persen selama lebih dari satu dekade (2010-2021) sehingga menjadi 10,82 persen. Sekitar dua dari lima (42,09 persen) lansia mengalami keluhan kesehatan selama sebulan terakhir dengan angka morbiditas lansia sebesar 20,71 persen.⁴ Penelitian sebelumnya mengenai prevalensi dan pola multimorbiditas pada orang dewasa Indonesia menunjukkan lebih dari sepertiga populasi orang dewasa Indonesia hidup dengan multimorbiditas terutama pada populasi wanita. Tingginya prevalensi multimorbiditas di antara individu yang lebih muda yaitu kurang dari 60 tahun di Indonesia menjadi perhatian utama. Pada semua golongan umur dan jenis kelamin prevalensi multimorbiditas di Indonesia adalah sebanyak 35,7 %, dimana wanita memiliki prevalensi multimorbiditas lebih tinggi dibandingkan dengan pria (41,5% : 29,5%).⁵ Multimorbiditas dapat mengakibatkan efek negatif gabungan pada kesehatan fisik dan mental, dan dapat berdampak besar pada kualitas hidup seseorang, membatasi aktivitas sehari-hari dan mengurangi mobilitas.¹ Pasien dengan multimorbiditas potensial menyebabkan polifarmasi untuk mengobati beberapa kondisi yang dideritanya.³

Polifarmasi adalah penggunaan beberapa obat secara bersamaan atau sering didefinisikan sebagai penggunaan rutin dari lima atau lebih obat. Dalam hal ini termasuk obat bebas, resep dan/atau obat tradisional dan pelengkap yang digunakan oleh pasien (WHO, 2019a). Sebuah studi di Indonesia melaporkan pada 475 pasien usia lanjut yang mengunjungi UGD, polifarmasi didapatkan pada 57.6% subyek.⁶ Polifarmasi pada kondisi multimorbiditas bisa menjadi masalah dan mengakibatkan seringnya kebutuhan akan perawatan kesehatan serta meningkatkan kemungkinan bahaya atau kejadian tidak diinginkan terkait penggunaan obat.¹ Semakin kompleks rejimen pengobatan, semakin tinggi risiko ketidakpatuhan.^{7,8}

Ketidakpatuhan terhadap obat yang diresepkan menjadi semakin umum pada pasien dari berbagai golongan usia, terutama orang tua. Tidak mengikuti saran medis atau menggunakan obat pada waktu, dosis atau frekuensi yang salah didefinisikan sebagai

ketidakepatuhan. Hal ini terkait dengan berbagai faktor seperti polifarmasi dan kurangnya dukungan sosial.^{9,10}

Pengukuran kepatuhan pasien dapat menggunakan kuesioner 8-item *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8). Sebuah penelitian di Iran tentang hubungan polifarmasi dengan kepatuhan minum obat pasien usia lanjut dengan instrumen kuisisioner MMAS-8 menunjukan adanya hubungan signifikan pengaruh polifarmasi dengan kepatuhan pasien dalam minum obat.¹¹ MMAS-8 sering kali digunakan dalam pengukuran tingkat kepatuhan pada pasien yang memiliki penyakit kronis. Hasil dari *psychometric properties* uji reliabilitas dan uji validitas pada MMAS-8 versi Bahasa Indonesia yaitu baik dengan hasil *internal consistency reliability* adalah 0,824 yang dinilai menggunakan Cronbach's alpha coefficient dan hasil uji *test- retest reliability* adalah 0,881 menggunakan *Spearman's rank correlation*.¹² Mengingat pentingnya kepatuhan dalam pengobatan pasien dengan multimorbiditas serta tingginya angka polifarmasi pada kategori pasien tersebut, penelitian ini penting dilakukan dengan bertujuan untuk mengetahui hubungan antara polifarmasi dan kepatuhan pada pasien dengan multimorbiditas.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan rancangan penelitian yang digunakan yaitu *Cross Sectional* / Potong Lintang. Studi ini dilakukan dengan data hanya sekali dikumpulkan dalam satu periode, dalam hal ini penelitian ini akan dilakukan dalam periode 1 bulan. Studi *Cross Sectional* merupakan suatu bentuk studi observasional (non- eksperimental). Studi ini mencakup semua jenis penelitian yang pengukuran variabel-variabelnya dilakukan hanya satu kali¹³.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah convenience sampling, penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan polifarmasi dengan kepatuhan minum obat pada pasien multimorbiditas yang mengunjungi Klinik Penyakit Dalam RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga pada bulan Mei – Juni 2023. Populasi dari penelitian ini adalah semua pasien yang berobat di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga periode Mei – Juni 2023. Adapun besaran sampel ditentukan dengan menggunakan Rumus Slovin. Kriteria inklusi adalah sebagai berikut : pasien berusia 18 tahun ke atas, terdiagnosis dua atau lebih penyakit kronis minimal 3 bulan, mengonsumsi lima obat atau lebih, tidak memiliki disabilitas, mampu merawat diri, dan tidak memiliki masalah kejiwaan berat.

Setelah mendapatkan izin yang diperlukan dari RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, ijin etik penelitian dengan nomor B.LPPM-UHB/1548/03/2023 dan persetujuan tertulis dari pasien untuk berpartisipasi dalam penelitian, data dikumpulkan menggunakan kuesioner demografi dan Skala Kepatuhan Pengobatan Morisky (MMAS-8) versi bahasa

Indonesia. Kuesioner demografi dibuat oleh peneliti meliputi nama, usia / tanggal lahir, alamat, jenis kelamin, penghasilan / bulan, tingkat pendidikan dan status perkawinan pasien sedangkan Kuesioner MMAS-8 versi bahasa Indonesia yang digunakan adalah kuesioner yang telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia menggunakan metode forward – backward translation, diuji validitas dengan *known-group validity* dan *convergent validity*, serta diukur reliabilitasnya dengan *reliability internal consistency* menggunakan *Cronbach's alpha coefficient* dan *test-retest reliability* oleh Riani.¹² Pada penelitian ini kuesioner dari Riani dimodifikasi dengan menghilangkan kata “antihipertensi” dan “hipertensi” kemudian dilakukan uji validasi menggunakan *know groups validity* yaitu berdasarkan asosiasi jumlah obat dalam polifarmasi dan kategori tingkat kepatuhan pasien menggunakan *Chi Square test* dan uji reabilitas dengan *internal consistency reability* yaitu *Cronbach's alpha coefficient*.

Tingkat kepatuhan minum obat pasien dengan multimorbiditas di poliklinik penyakit dalam RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga diukur dengan kuesioner MMAS-8 sebagai instrument pengukuran. Analisis secara deskriptif menggunakan tabel dengan hasil persentase kepatuhan dari tiap – tiap kategori pengukuran. Pemberian skor kuesioner MMAS-8 versi Indonesia, setiap item pertanyaan dari kuesioner MMAS-8 mengukur perilaku tertentu. Pilihan tepat/tidak tepat pada pertanyaan 1-7 dengan pilihan tepat bernilai 1 dan tidak tepat bernilai 0 serta pertanyaan nomor 8 menggunakan 5 poin skala Likert. Skor total di jumlahkan untuk mengetahui nilai kepatuhan pasien. Rentang skor yaitu 0-8, skor tertinggi menunjukkan kepatuhan lebih tinggi. Skor tingkat kepatuhan dari MMAS-8 adalah sebagai berikut : rendah : skor 0 hingga <6; medium: 6 hingga <8; tinggi.

Hubungan polifarmasi dengan tingkat kepatuhan minum obat pasien dengan multimorbiditas di poliklinik penyakit dalam RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, diukur dengan kuesioner MMAS-8 sebagai instrument pengukuran. Analisis yang dilakukan adalah analisis bivariate yaitu menggunakan uji Chi-square dengan menggunakan IBM SPSS versi 26. Analisis kuesioner demografik menggunakan analisis univariat menggunakan IBM SPSS versi 26.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien dan hubungan polifarmasi dengan kepatuhan pasien multimorbiditas di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Penelitian *cross sectional* dengan metode *convenience sampling* dilakukan terhadap 342 pasien multimorbiditas yang menerima peresepan polifarmasi. Data diambil dengan kuesioner demografi dan kuesioner Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Usia rata – rata responden penelitian ini adalah $57,81 \pm 10,596$, dengan rata – rata pasien mengkonsumsi $9,8 \pm 3,2$ obat per hari dan memiliki

diagnosis /jumlah penyakit yang diderita sebanyak rata – rata 3,56±1,06 diagnosis. Tabel 1 menunjukkan karakteristik responden penelitian.

Tabel 1. Karakteristik responden

| Karakteristik responden | | Jumlah Responden | Proporsi(%) |
|---------------------------------------|----------------|------------------|-------------|
| Jenis Kelamin | Laki – laki | 124 | 36,6 |
| | Perempuan | 218 | 63,7 |
| Usia | < 65 tahun | 247 | 72,2 |
| | ≥ 65 tahun | 95 | 27,8 |
| Status Perkawinan | Kawin | 303 | 88,6 |
| | Tidak Kawin | 39 | 11,4 |
| Pendidikan | Tidak Lulus SD | 32 | 9,4 |
| | SD | 135 | 39,5 |
| | SMP | 55 | 16,1 |
| | SMA | 84 | 24,6 |
| | D3 | 7 | 2,0 |
| | S1 | 29 | 8,5 |
| Penghasilan | < UMR | 242 | 70,8 |
| | ≥ UMR | 100 | 29,2 |
| Lama Pengobatan | < 1 tahun | 81 | 23,7 |
| | 1-4 tahun | 155 | 45,3 |
| | 5-8 tahun | 75 | 21,9 |
| | ≥ 9 tahun | 31 | 9,1 |
| Jumlah Diagnosis / Multimorbid | 2 diagnosis | 57 | 16,7 |
| | > 2 diagnosis | 285 | 83,3 |

Tabel 1 menunjukkan gambaran karakteristik responden pada penelitian ini, dimana pasien dengan multimorbiditas yang mendapatkan persepsian polifarmasi lebih banyak pada jenis kelamin perempuan (63,7%); pada kategori usia <65 tahun (72,2%), status kawin (88,6%), pendidikan SD (39,5%), penghasilan < UMR (70,8%), lama pengobatan 1-4 tahun (45,3%), jumlah diagnosis >2 diagnosis (83,3%).

Tabel 2. Gambaran Karakteristik responden dilihat dari kategori Tingkat Kepatuhan Responden yang diukur dengan MMAS 8

| Karakteristik pasien | Total sampel N = 342 | Kategori MMAS 8 | | | p |
|----------------------|-------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|-------|
| | | Rendah (Skor <6) 106 (31,1%) | Sedang (Skor 6- <8) 125 (36,5%) | Tinggi (Skor 8) 111 (32,5%) | |
| Jenis Kelamin | Laki –laki | 124(36,6%) | 34(32,08%) | 44(35,2%) | 0.341 |
| | Perempuan | 218(63,7%) | 72(67,92%) | 81(64,8%) | |
| Usia | < 65 tahun | 247(72,2%) | 71(66,98%) | 94(75,20%) | 0.340 |
| | ≥ 65 tahun | 95 (27,8%) | 35(33,02%) | 31(24,80%) | |
| Status Perkawinan | Kawin | 303 (88,6%) | 92 (86,79%) | 108 (86,40%) | 0.238 |
| | Tidak kawin | 39 (11,4%) | 14(13,21%) | 17(13,60%) | |
| Pendidikan | Tidak Lulus SD | 32 (9,4%) | 16(15,9%) | 8(6,40%) | 0.502 |
| | SD | 135(39,5%) | 42(39,62%) | 50(40,00%) | |
| | SD | 135(39,5%) | 42(39,62%) | 43(38,74%) | |

| | | | | | | |
|------------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|-------|
| | SMP | 55 (16,1%) | 16(15,09%) | 23(18,4%) | 16(14,41%) | |
| | SMA | 84 (24,6%) | 24(22,64%) | 30(24,00%) | 30(27,03%) | |
| | D3 | 7 (2%) | 1(0,94%) | 2(1,60%) | 4(3,60%) | |
| | S1 | 29(8,5%) | 7(6,60) | 12(9,60%) | 10(9,01%) | |
| Penghasilan | < UMR | 242(70,8%) | 84(79,25%) | 90(72,00%) | 68(61,26%) | 0.013 |
| | ≥ UMR | 100(29,2%) | 22(20,75%) | 35(28,00%) | 43(38,74%) | |
| Lama Pengobatan | < 1 tahun | 81 (23,7%) | 16(15,09%) | 31(24,80%) | 34(30,63%) | 0.096 |
| | 1-4 tahun | 155(45,3%) | 49(46,23%) | 55(44,00%) | 51(45,95%) | |
| | 5-8 tahun | 75 (21,9%) | 27(25,47%) | 28(22,40%) | 20(18,02%) | |
| | ≥ 9 tahun | 31 (9,1%) | 14(13,21%) | 11(8,80%) | 6(5,41%) | |
| Jumlah Diagnosis | 2 diagnosa | 57(16,7%) | 16(15,09%) | 16(12,80%) | 25(22,52%) | 0.118 |
| | >2 diagnosa | 285(83,3%) | 90(84,91%) | 109(87,20%) | 86(77,48%) | |

Tabel 2 menunjukkan gambaran karakteristik responden dilihat dari kategori tingkat kepatuhan yang diukur dengan MMAS 8, secara garis besar tidak ada hubungan signifikan antara karakteristik responden dengan kategori tingkat kepatuhan responden yang diukur dengan MMAS-8 pada penelitian ini, namun diperoleh adanya hubungan signifikan antara gambaran karakteristik penghasilan dengan kategori kepatuhan pasien.

Tabel 3. Tingkat Kepatuhan Pasien Multimorbiditas

| Karakteristik responden | | Jumlah Responden | Proporsi (%) |
|-------------------------|--------|------------------|--------------|
| Kategori MMAS 8 | Rendah | 106 | 31,0 |
| | Sedang | 125 | 36,5 |
| | Tinggi | 111 | 32,5 |

Tabel 3 menunjukkan pasien dengan kategori kepatuhan rendah adalah 106 orang (31%), sedang 125 orang (36,5%) dan tinggi sebanyak 111 orang (32,5%). Hasil tersebut menunjukkan kategori tingkat kepatuhan sedang dan rendah masih tinggi.

Tabel 4. Analisis Univariat MMAS-8

| Item | N=342 | | | | |
|--------------|-------------|----------|---------------|-----------|--------------|
| | Ya | | Tidak | | |
| Pertanyaan 1 | 128 (37,2%) | | 214 (62,6%) | | |
| Pertanyaan 2 | 61 (17,8%) | | 281 (82,2%) | | |
| Pertanyaan 3 | 122 (35,7%) | | 220 (64,3%) | | |
| Pertanyaan 4 | 33 (9,6%) | | 309 (90,4%) | | |
| Pertanyaan 5 | 27 (7,9%) | | 315 (92,1%) | | |
| Pertanyaan 6 | 116 (33,9%) | | 226 (66,1%) | | |
| Pertanyaan 7 | 49 (14,3%) | | 293 (85,7%) | | |
| Pertanyaan 8 | Selalu | Biasanya | Kadang-kadang | Sesekali | Tidak Pernah |
| | 4(1,2%) | 5(1,5%) | 50(14,6%) | 42(12,3%) | 241(70,5%) |

Tabel 4 menunjukkan analisis univariat dari MMAS-8 yang dapat menjadi alasan mendasar ketidakpatuhan pada pasien dilihat dari hasil jawaban pasien terhadap pertanyaan pada MMAS-8. Pada pertanyaan pertama terdapat 128 pasien (37,4%) menjawab “ya”, diikuti

pertanyaan ke 3 sebanyak 122 pasien (35,7%) dan pertanyaan no 6 sebanyak 116 pasien (33,9%).

Tabel 5. Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Polifarmasi dengan Kepatuhan Pasien

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 84.356 ^a | 4 | .000 |
| Likelihood Ratio | 82.898 | 4 | .000 |
| Linear-by-Linear Association | 72.409 | 1 | .000 |
| N of Valid Cases | 342 | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23.87.

Tabel 5 merupakan hasil pengukuran yang dilakukan dengan menggunakan uji chi-square diketahui bahwa polifarmasi berhubungan signifikan ($p < 0,05$) dengan kepatuhan minum obat pasien multimorbid ($p = 0,000$).

Tabel 6. Tabulasi silang antara Kategori MMAS-8 dengan Polifarmasi
Polifarmasi * Tingkat Kepatuhan Crosstabulation

| | | Tingkat Kepatuhan | | | Total |
|-------------|------|-------------------|--------|--------|-------|
| | | Rendah | Sedang | Tinggi | |
| Polifarmasi | 5-8 | 17 | 44 | 72 | 133 |
| | 9-12 | 39 | 62 | 31 | 132 |
| | >12 | 50 | 19 | 8 | 77 |
| Total | | 106 | 125 | 111 | 342 |

Tabel 6 menunjukkan pasien yang mendapatkan lebih dari 12 jenis obat, memiliki tingkat kepatuhan rendah paling banyak yaitu 50 orang. Maka dapat disimpulkan semakin banyak jenis obat yang didapatkan oleh pasien (polifarmasi), maka semakin rendah kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat – obatan.

PEMBAHASAN

Dari penelitian ini diperoleh 342 subjek penelitian yang termasuk inklusi dan 4 subyek termasuk eksklusi karena pasien tidak menyelesaikan kuesioner dan data tidak lengkap sehingga data tidak dapat dianalisis. Dari Tabel 1 dapat dilihat karakteristik dari responden penelitian ini. Pasien dengan persebaran polifarmasi lebih banyak adalah perempuan (63,7%) dibandingkan dengan laki-laki (36,6%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Spanyol yang menyatakan prevalensi polifarmasi lebih banyak pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki.¹⁴ Tingginya prevalensi polifarmasi pada perempuan dapat diakibatkan oleh sikap dari perempuan yang lebih memberikan perhatian terhadap kondisi kesehatannya, hal ini mengakibatkan perempuan lebih cenderung berkonsultasi kepada tenaga kesehatan profesional mengenai keluhan dan gejala yang ia derita dan menghasilkan banyaknya penggunaan obat.^{15,16} Perempuan lebih banyak

menggunakan obat antiinflamasi, anti reumatik, betabloker, psikoanalitik, anti emetic, analgesik, obat-obatan psikiatris dan neurologi di dibandingkan dengan laki-laki.^{17,18}

Pada penelitian ini responden usia < 65 tahun lebih banyak menerima polifarmasi (72,2 %) dibanding dengan responden usia ≥ 65 (27,8%). Hal ini bertentangan dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan kelompok dengan usia ≥ 65 tahun memiliki prevalensi yang lebih tinggi terhadap kejadian polifarmasi dibandingkan dengan kelompok usia < 65 tahun.¹⁹ Perbedaan penelitian ini dapat dikarenakan adanya keterbatasan mobilitas pada individu yang lebih tua. Keterbatasan mobilitas yang dilaporkan meningkat prevalensinya pada individu yang lebih tua yaitu sekitar 35% pada individu yang berusia 70 tahun dan lebih banyak lagi pada individu yang berusia lebih dari 85 tahun, sehingga keterbatasan mobilitas menjadi kendala bagi individu yang lebih tua dalam mengakses layanan kesehatan.²⁰⁻²²

Responden dengan status kawin atau menikah lebih tinggi (88,6%) dibandingkan dengan responden yang tidak kawin (belum menikah, janda, atau duda) (11,4%). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya dimana polifarmasi ditemukan lebih tinggi pada individu dengan status pernikahan kawin atau menikah di dibandingkan dengan individu yang memiliki status tidak kawin (belum menikah, janda atau duda).²³ Individu yang menikah lebih sering berpartisipasi dalam layanan kesehatan preventif diandingkan individu yang belum menikah, bercerai atau janda. Individu dengan status belum menikah, bercerai atau janda memiliki lingkup sosial yang lebih kecil atau penurunan kualitas hubungan social dan lebih sedikit terlibat dalam pelayanan kesehatan preventif, imunisasi, skrining kanker.²⁴

Tingkat pendidikan responden pada penelitian ini terbanyak yaitu SD (Sekolah Dasar) sebanyak 135 orang (39,5%), responden yang tamat SMA sebanyak 84 orang (24,6%), responden yang tamat SMP sebanyak 55 orang (16,1%), responden Tidak lulus / tamat SD 32 orang (9,4%), responden yang tamat S1 dan Diploma masing masing adalah 29 orang (8,5%) dan 7 orang (2%). Hasil penelitian ini didukung penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa tingkat pendidikan menentukan prevalensi polifarmasi. Semakin tinggi tingkat pendidikan individu , ditemukan kejadian polifarmasi atau excessive polypharmacy yang lebih sedikit.²⁵ Individu dengan pendidikan tinggi lebih mungkin memahami kebutuhan kesehatan mereka dan berkomunikasi lebih efektif dengan tenaga kesehatan professional.²⁵

Jumlah responden yang memiliki penghasilan < UMR sebanyak 242 orang dan yang memiliki penghasilan ≥ UMR sebanyak 100 orang, yang berarti responden dengan penghasilan dibawah UMR lebih banyak mendapatkan peresepan polifarmasi daripada responden dengan penghasilan diatas UMR. Data tersebut didukung oleh hasil penelitian sebelumnya yang menyebutkan tingkat polifarmasi lebih tinggi pada individu yang berpenghasilan rendah dibandingkan individu yang berpenghasilan tinggi.^{23,26} Mereka yang memiliki kelas sosial ekonomi rendah (berpendapatan rendah dan menderita kemiskinan)

lebih banyak menghabiskan uang untuk pengobatan karena memiliki beban penyakit yang lebih tinggi yang pada akhirnya berakibat pada tingkat polifarmasi yang lebih tinggi.²⁷

Pada kategori durasi lamanya jumlah responden yang memiliki durasi lamanya pengobatan kurang dari 1 tahun adalah 81 orang (23,7%) 1-4 tahun 155 orang (45,3%), 5-8 tahun 75 orang (21,9 %), dan lebih dari sama dengan 9 tahun sebanyak 31 orang (9,1%). Durasi terapi yang terlalu lama sering dikaitkan dengan efek negatif yaitu prescribing inertia yang dapat didefinisikan sebagai pembaruan otomatis dari pengobatan, bahkan ketika indikasi aslinya sudah tidak muncul.²⁸ Polifarmasi didapati lebih banyak pada pasien yang memiliki lebih dari 2 diagnosis (83,3%) daripada pasien dengan yang memiliki 2 diagnosis. Polifarmasi memiliki hubungan positif dengan penambahan usia, kehadiran beberapa penyakit (multiple diseases) dan disabilitas.²⁹

Gambaran karakteristik responden dilihat dari kategori tingkat kepatuhan responden yang diukur dengan MMAS 8

Tabel 2 menunjukkan gambaran karakteristik responden dilihat dari kategori tingkat kepatuhan yang diukur dengan MMAS 8, secara garis besar tidak ada hubungan signifikan antara karakteristik responden dengan kategori tingkat kepatuhan responden yang diukur dengan MMAS-8 pada penelitian ini, namun diperoleh adanya hubungan signifikan antara gambaran karakteristik penghasilan dengan kategori kepatuhan pasien. Analisis statistik menunjukkan adanya hubungan signifikan antara gambaran karakteristik penghasilan dengan kepatuhan pasien $p = 0,013$ ($p < 0,05$). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan status ekonomi merupakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan, dimana kelompok status ekonomi tinggi memiliki kepatuhan pengobatan yang lebih tinggi.³⁰ Ketidakepatuhan obat merupakan hal umum yang dapat dijumpai pada kelompok berpenghasilan rendah atau kelompok pasien yang tidak memiliki asuransi kesehatan namun menderita penyakit kronis.³¹ Dilihat dari faktor ekonomi, tingginya frekuensi ketidakepatuhan dikarenakan kelompok yang berpenghasilan rendah tidak mampu membeli obat – obatan, status ekonomi keluarga yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan primer, sekunder tersier juga menjadi sebab ketidakepatuhan pada ekonomi rendah.^{30,31}

Analisis statistik demografik responden lain menunjukkan hasil tidak adanya hubungan signifikan antara jenis kelamin, usia, status perkawinan, pendidikan, lama pengobatan dan jumlah diagnosis dilihat dari kategori tingkat kepatuhan responden yang diukur dengan MMAS-8 pada penelitian ini. Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa faktor usia, status perkawinan, pendidikan, jumlah diagnosis, jenis kelamin dan, lama menderita multimorbiditas tidak berhubungan secara signifikan dengan tingkat kepatuhan pasien.^{9,32}

Tingkat Kepatuhan Pasien Multimorbiditas

Berdasarkan hasil penelitian, dari 342 responden, jumlah responden yang memiliki kategori kepatuhan rendah adalah 106 orang (31%), sedang 125 orang (36,5%) dan tinggi sebanyak 111 orang (32,5%). Hasil tersebut menunjukkan kategori tingkat kepatuhan sedang dan rendah masih tinggi (Tabel 3). Analisis univariat dari MMAS-8 yang dapat dilihat Tabel 4 dapat menjadi alasan mendasar ketidakpatuhan pada pasien dilihat dari hasil jawaban pasien terhadap pertanyaan pada MMAS-8. Pada pertanyaan pertama terdapat 128 pasien (37,4%) menjawab “ya” yang artinya mereka terkadang lupa meminum obat, diikuti pertanyaan ke 3 sebanyak 122 pasien (35,7%) pasien pernah mengurangi atau berhenti meminum obat tanpa memberitahu dokter karena merasa kondisinya lebih buruk setelah meminum obat dan pertanyaan no 6 sebanyak 116 pasien (33,9%) merasa kondisinya telah membaik sehingga terkadang tidak minum obat atau bahkan berhenti minum obat.

Alasan yang paling sering muncul pada kelompok dengan tingkat kepatuhan rendah adalah mereka lupa meminum obat, kemudian banyaknya jumlah obat yang mereka harus konsumsi, selain itu ketakutan akan munculnya efek samping atau efek yang tidak diinginkan dari penggunaan obat menjadi alasan ketidakpatuhan pada kelompok ini.⁹ Alasan individu tidak patuh terhadap pengobatan diantaranya adalah lupa, kehabisan obat, tidak berada di rumah, menghemat uang, adanya efek samping, kesibukan, obat tidak manjur, adanya pikiran obat tidak dibutuhkan, dan tidak suka meminum obat.³³ Sebagai tambahan hambatan terkait pasien yang mempengaruhi kepatuhan adalah kurangnya keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan pengobatan, gangguan kognisi (misalnya terkait dengan penuaan atau penyakit), penyalahgunaan zat/ obat, depresi dan kondisi kesehatan mental lainnya.³³ Beberapa hal lain yang mempengaruhi sikap tidak patuh pasien adalah kurangnya pengetahuan pasien, penuaan, ingatan pasien yang buruk, ketidakpercayaan pasien terhadap nasehat medis, kengganannya melanjutkan pengobatan karena berkurangnya keluhan penyakit dan munculnya perasaan sembuh.³⁴

Hubungan Polifarmasi dengan Kepatuhan Pasien Multimorbiditas

Tabel 5 menunjukkan hasil pengukuran yang dilakukan dengan menggunakan uji chi-square diketahui bahwa polifarmasi berhubungan signifikan ($p < 0,05$) dengan kepatuhan minum obat pasien multimorbid ($p = 0,000$). Dan dari Tabel 6 dapat disimpulkan semakin banyak jenis obat yang didapatkan oleh pasien (polifarmasi), maka semakin rendah kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat – obatan. Hal ini sesuai penelitian sebelumnya yang menyatakan penggunaan obat dengan jumlah yang tinggi dalam jangka yang panjang dikaitkan secara positif dengan ketidakpatuhan, penggunaan 9 atau lebih obat berkaitan dengan penurunan kepatuhan secara signifikan.^{35,36}

Pasien yang mendapatkan 5-8 obat memiliki kategori tingkat kepatuhan tinggi (skor 8) (64,86%) lebih banyak dibanding dengan kelompok pasien yang mendapatkan 9-12 (27,93%) dan >12 (7,21%) macam obat. Polifarmasi berhubungan dengan kepatuhan pasien secara signifikan berdasarkan analisis statistik antara jumlah obat dan tingkat kepatuhan pasien ($p=0,007$). Tingkat kepatuhan menurun seiring dengan bertambahnya jumlah obat (polifarmasi).⁹ Semakin banyak jenis obat yang dikonsumsi pada orang dewasa yang lebih tua berkontribusi kepada tingkat kepatuhan yang rendah.³² *Failure to receive drugs* atau kegagalan pasien dalam mendapatkan obat sering dihubungkan dengan faktor ketidakpatuhan pasien³⁷. Ketidakpatuhan merupakan hambatan bagi keberhasilan terapi pasien.³⁸

Polifarmasi dapat menyebabkan ketidakpatuhan obat karena adanya beberapa obat yang secara sengaja maupun tidak sengaja terlewat untuk dikonsumsi setiap harinya.³⁹ Kompleksitas dari regimen terapi yang terkandung dalam polifarmasi, kurangnya pemahaman tentang regimen farmakoterapi, kebingungan seputar obat, jumlah resep dan faktor pasien itu sendiri (contohnya lupa atau persepsi negatif terhadap sejumlah obat), merupakan penyebab ketidakpatuhan yang sering ditemui.^{40,41} Faktor – faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dengan penyakit kronis yaitu diantaranya faktor sosial dan ekonomi, faktor terkait terapi, faktor terkait penyakit, faktor terkait pasien dan faktor terkait sistem dari penyedia layanan kesehatan.⁴² Lupa, stres psikososial, kecemasan tentang kemungkinan efek samping, motivasi rendah, kurangnya informasi dan pengetahuan tentang penyakit dan perawatan mereka, komunikasi, kepercayaan dalam hubungan pasien-penyedia jasa kesehatan, dukungan, dan memadai sumber daya tampaknya menjadi fasilitator penting dalam kepatuhan pengobatan dari perspektif pasien.⁴³ Pengetahuan tentang penyakit dan pengobatan (*medication literacy*) serta keyakinan akan diri sendiri (*self efficacy*) menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan pada pasien multimorbiditas.³² Tingkat literasi pengobatan yang lebih rendah meningkatkan kemungkinan kesalahpahaman penyakit, akibatnya mengarah pada ketidakpatuhan dengan perilaku terkait pengobatan.^{32,44}

Salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan pada pasien adalah dengan penggunaan *Pill Box Unit Daily Dose*, media *adherence pill box unit daily dose* berpengaruh dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan pada pasien yang berpengaruh pada penurunan kadar glukosa darah sewaktu pasien DM tipe 2.⁴⁵ Intervensi PCP meningkatkan kepatuhan pasien dan efektifitas persepsian yang dilihat dari pengurangan jumlah obat yang digunakan jangka panjang pada pasien multimorbiditas dan polifarmasi. Selain itu intervensi ini juga menghasilkan peningkatan terhadap PDC (*proportion of days covered*), turunya pasien yang mendapatkan hiperpolifarmasi, skor

MRCI (*medical regimen complexity index*), skor DBI (*drug burden index*), dan jumlah PIP (*potential inappropriate prescribing*).⁴⁶

SIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian menunjukkan tingkat kepatuhan minum obat pasien dengan multimorbiditas di poliklinik penyakit dalam RSUD dr R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga paling banyak adalah kategori sedang kepatuhan sedang 125 orang (36,5%) diikuti dengan tinggi sebanyak 111 orang (32,5%) dan rendah sebanyak 106 orang (31%). Pengukuran statistik yang dilakukan dengan menggunakan uji chi-square pada penelitian ini menyimpulkan polifarmasi mempunyai hubungan bermakna ($p < 0,05$) dengan kepatuhan minum obat pada pasien multimorbid ($p = 0,000$). Terdapat hubungan yang signifikan antara polifarmasi dengan kepatuhan minum obat pada pasien multimorbiditas, dimana semakin banyak jumlah obat yang didapatkan pasien (polifarmasi), maka semakin rendah kepatuhan pasien dalam minum obat. Untuk itu disarankan pihak Rumah Sakit melakukan evaluasi dan intervensi untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Medication safety in polypharmacy: technical report. 2019.
2. Nguyen H, Manolova G, Daskalopoulou C, Vitoratou S, Prince M, Prina AM. Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Comorbidity*. 2019;9:2235042X1987093.
3. Consortium TS. Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge, 2nd edition. 2nd ed. the SIMPATHY consortium; 2017.
4. BPS. Statistik Penduduk Lanjut Usia 2022. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2022. 348 p.
5. Hussain MA, Huxley RR, Al Mamun A. Multimorbidity prevalence and pattern in Indonesian adults: An exploratory study using national survey data. *BMJ Open*. 2015;5:1–10.
6. Soejono CH, Rizka A. Polypharmacy and Drug Use Pattern among Indonesian Elderly Patients Visiting Emergency Unit. *Acta Med Indones*. 2021;53:60–76.
7. González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Molist-Brunet N, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C. Patient-centered prescription model to improve therapeutic adherence in patients with multimorbidity. *Farm Hosp*. 2018;42:128–34.
8. Wimmer BC, Cross AJ, Jokanovic N, Wiese MD, George J, Johnell K, et al. Clinical Outcomes Associated with Medication Regimen Complexity in Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65:747–53.
9. Almutairi AS, Alhazmi TM, Alotaibi YH, Alfraidi AA, Alsaad AM, Matrood RA, et al. Medication Adherence Among Multimorbid Patients With Polypharmacy and Its Relation to Social Support at National Guard Primary Health Care Centers, Riyadh. *Cureus*.

- 2022;14.
10. Sampaio R, Azevedo LF, Dias CC, Lopes JMC. Non-adherence to pharmacotherapy: A prospective multicentre study about its incidence and its causes perceived by chronic pain patients. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:321–32.
 11. Shareinia H, Sadeghmoghadam L, Mokhtarzadeh MR, Zahrayi SM, Jafari N, Noori R. Relationship Between Polypharmacy and Medication Adherence in the Hypertensive Elderly Patients. *Dis Diagnosis*. 2020;9:153–7.
 12. Riani DA. Validasi 8-item Morisky Medication Adherence Scale versi Indonesia pada pasien hipertensi dewasa di puskesmas kabupaten Sleman dan kota Yogyakarta. Universitas Gajah Mada; 2017.
 13. Sastroasmoro S. Dasar - dasar metodologi Penelitian Klinis. Sagung Seto; 2014. 522 p.
 14. Cebrino J, Portero de la Cruz S. Polypharmacy and associated factors: a gender perspective in the elderly Spanish population (2011–2020). *Front Pharmacol*. 2023;14:1–11.
 15. Santalucia P, Franchi C, Djade CD, Tettamanti M, Pasina L, Corrao S, et al. Gender difference in drug use in hospitalized elderly patients. *Eur J Intern Med*. 2015;26:483–90.
 16. Zhang N, Sundquist J, Sundquist K, Ji J. An Increasing Trend in the Prevalence of Polypharmacy in Sweden: A Nationwide Register-Based Study. *Front Pharmacol*. 2020;11:1–10.
 17. Orlando V, Mucherino S, Guarino I, Guerriero F, Trama U, Menditto E. Gender differences in medication use: A drug utilization study based on real world data. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17.
 18. Termos M, Holzer KJ, Vaughn MG, Kelton K. Gender Differences in Prescription Medications among Transitioning Justice-Involved Individuals. *J Correct Heal Care*. 2022;28:198–202.
 19. Delara M, Murray L, Jafari B, Bahji A, Goodarzi Z, Kirkham J, et al. Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and Meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2022;22:1–12.
 20. Freiberger E, Sieber CC, Kob R. Mobility in Older Community-Dwelling Persons: A Narrative Review. *Front Physiol*. 2020;11:1–13.
 21. Gorman M, Jones S, Turner J. Older people, mobility and transport in low- and middle-income countries: A review of the research. *Sustain*. 2019;11:1–15.
 22. Wandera SO, Kwagala B, Ntozi J. Determinants of access to healthcare by older persons in Uganda: A cross-sectional study. *Int J Equity Health*. 2015;14:1–10.
 23. Aljawadi MH, Khoja AT, Alaboud NM, AlEnazi ME, Al-Shammari SA, Khoja TA, et al. Prevalence of Polypharmacy and Factors Associated with it Among Saudi Older Adults

- Results from the Saudi National Survey for Elderly Health (SNSEH). *Saudi Pharm J.* 2022;30:230–6.
24. Stafford M, von Wagner C, Perman S, Taylor J, Kuh D, Sheringham J. Social connectedness and engagement in preventive health services: an analysis of data from a prospective cohort study. *Lancet Public Heal.* 2018;3:e438–46.
 25. Sarwar MR, Iftikhar S, Sarfraz M. Influence of education level of older patients on polypharmacy, potentially inappropriate medications listed in Beer's criteria, and unplanned hospitalization: A cross-sectional study in Lahore, Pakistan. *Med.* 2018;54:1–14.
 26. Pallesen AVJ, Kristiansen M, Westendorp RGJ, Mortensen LH. Polypharmacy occurrence and the related risk of premature death among older adults in Denmark: A nationwide register-based cohort study. *PLoS One.* 2022;17:1–21.
 27. Neumann-Podczaska A, Tobis S, Antimisiaris D, Mossakowska M, Puzianowska-Kuznicka M, Chudek J, et al. Polypharmacy in Polish Older Adult Population—A Cross-Sectional Study: Results of the PolSenior Project. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19.
 28. Oliveira PJ, Malva JO. *Aging.* Vol. 6, Academic Press. London: Stacy Masucci; 2023. 821 p.
 29. Coppard BM, Coover K, Faulkner MA, Flynn B. Use of Medications by Elders. *Occup Ther with Elders Strateg COTA Fourth Ed.* 2019;170–85.
 30. Lahdji A, Anggraini MT, Raynalda A. Education level and Economic Status in Increasing Adherence to Medication of Pulmonary Tuberculosis Patients. 2022;73–7.
 31. Fernandez-Lazaro CI, Adams DP, Fernandez-Lazaro D, Garcia-González JM, Caballero-Garcia A, Miron-Canelo JA. Medication adherence and barriers among low-income, uninsured patients with multiple chronic conditions. *Res Soc Adm Pharm.* 2019;15:744–53.
 32. Wang W, Luan W, Zhang Z, Mei Y. Association between medication literacy and medication adherence and the mediating effect of self-efficacy in older people with multimorbidity. *BMC Geriatr.* 2023;23:1–9.
 33. Neiman AB, Ruppert T, Ho ; Michael, Garber L, Paul ;, Weidle J, et al. Morbidity and Mortality Weekly Report CDC Grand Rounds: Improving Medication Adherence for Chronic Disease Management-Innovations and Opportunities Innovative Strategies to Improve Medication Adherence for Chronic Disease Management. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2017;66:1248–51.
 34. Nadery Y, Khorasani P, Feizi A, Parvizy S. Causes of nonadherence to treatment in people with myocardial infarction: Content analysis. *J Educ Health Promot.* 2021;1–6.
 35. González-Bueno J, Sevilla-Sánchez D, Puigoriol-Juventeny E, Molist-Brunet N, Codina-

- Jané C, Espauella-Panicot J. Factors associated with medication non-adherence among patients with multimorbidity and polypharmacy admitted to an intermediate care center. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18.
36. Kim SJ, Kwon OD, Han EB, Lee CM, Oh SW, Joh HK, et al. Impact of number of medications and age on adherence to antihypertensive medications: A nationwide population-based study. *Med (United States)*. 2019;98.
 37. Gopineni D, Reddy MY, Mahesh RN, Kumar KJ, Pharmaceu Sci GJ. Heralding the Drug Related Problems by Using Hepler-Strand Classification in a Tertiary Care Teaching Hospital. *Glob J Pharm Pharm Sci*. 2020;7:1–5.
 38. Al-Temimi AA, Krishnan S, Sandhu AK, Ali Bangash NS. Medication Nonadherence: Implications for patient health outcomes in pharmacy practice. *Indones J Pharm*. 2021;32:416–28.
 39. Marcum ZA, Gellad WF. Medication Adherence to Multidrug Regimens. *Clin Geriatr Med*. 2012;28:287–300.
 40. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: Looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011;9:11–23.
 41. Pérez-Jover V, Mira JJ, Carratala-Munuera C, Gil-Guillen VF, Basora J, López-Pineda A, et al. Inappropriate use of medication by elderly, polymedicated, or multipathological patients with chronic diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15.
 42. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors - An (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev*. 2019;8:1–17.
 43. Kvarnström K, Westerholm A, Airaksinen M, Liira H. Factors contributing to medication adherence in patients with a chronic condition: A scoping review of qualitative research. *Pharmaceutics*. 2021;13:1–41.
 44. Gentizon J, Hirt J, Jaques C, Lang PO, Mabire C. Instruments assessing medication literacy in adult recipients of care: A systematic review of measurement properties. *Int J Nurs Stud*. 2021;113:103785.
 45. Tresnowati GI, Kusuma IY, Sunarti S. Monitoring of Medication Compliance in Type 2 Diabetes Mellitus Patients with Media Adherence Pill Box Unit Daily Dose. *JFIOOnline | Print ISSN 1412-1107 | e-ISSN 2355-696X*. 2022;14:97–104.
 46. González-Bueno J, Sevilla-Sánchez D, Puigoriol-Juventeny E, Molist-Brunet N, Codina-Jané C, Espauella-Panicot J. Improving medication adherence and effective prescribing through a patient-centered prescription model in patients with multimorbidity. *Eur J Clin Pharmacol*. 2022;78:127–37.