

SKRIPSI

**GAMBARAN STATUS OBESITAS SENTRAL DAN
KONSUMSI OBAT ANTIHIPERTENSI PADA
TENAGA KEPENDIDIKAN REKTORAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
YANG MENDERITA
HIPERTENSI**

**ASRAL BASO
K021181313**



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Gizi*

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Gizi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 5 September 2022

Tim Pembimbing

Pembimbing I


Pembimbing II


Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med., Ed
NIP.19670617199903100


Marini Amalia Mansur, S.Gz., MPH
NIP.199205212019032024

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin




Dr. dr. Citra Kusumasari, M.Kes., Sp.GK
NIP.196303181992022001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Senin tanggal 29 Agustus 2022.

Ketua : **Dr.Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes.,M.Med.,Ed** (.....)

Sekretaris : **Marini Amalia Mansur,S.Gz.,MPH** (.....)

Anggota : **Indra Dwinata, SKM., MPH** (.....)

: **Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes** (.....)



PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Asral Baso
NIM : K021181313
Fakultas/Prodi : Kesehatan Masyarakat/Illmu Gizi
HP : 082235157209
Email : asralbaso11@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul “Gambaran Status Obesitas Sentral dan Konsumsi Obat Antihipertensi pada Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang Menderita Hipertensi” benar adalah asli karya penulis dan bukan merupakan plagiarism dan atau pencurian hasil karya milik orang lain, kecuali bagian yang merupakan acuan dan telah disebutkan sumbernya. Apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 10 September 2022

Yang Membuat Pertanyaan


75C03AKX014418595
Asral Baso

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim

Assalamu 'Alaikum Warohmatullahi Wabarokatuh

Segala puji dan syukur bagi Allah *Subhanahu Wa Ta'ala*, karena berkat rahmat dan karunia-Nya yang senantiasa memberikan kesehatan dan kemampuan berpikir kepada penulis sehingga tugas skripsi ini dapat terselesaikan. Shalawat dan salam tidak lupa dihaturkan kepada Baginda Rasulullah *Shallallahu 'Alaihi Wa Sallam* yang merupakan sebaik-baiknya suri tauladan.

Allhamdulillahirobbil 'Alamin, dengan penuh usaha dan kerja keras serta doa dari keluarga, kerabat, dan seluruh pihak yang telah berpartisipasi sehingga skripsi yang berjudul **“Gambaran Status Obesitas Sentral dan Konsumsi Obat Antihipertensi pada Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang Menderita Hipertensi”** dapat terselesaikan, guna memenuhi syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin serta untuk memperoleh gelar Sarjana Gizi. Skripsi ini penulis dedikasikan yang paling utama kepada kedua orang tua tersayang, **La Baso, S.Pd.,SD** dan **Wa Hadi**, yang telah berjuang membesarkan dan mengarahkan penulis serta beliau yang selama ini telah menjadi sumber dukungan utama dan semangat dalam hidup sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Setiap jasa tentunya tidak akan sanggup terbalaskan, serta kasih sayang mu takkan pernah tergantikan sampai akhir hayat, semoga dapat membuat ibu dan bapak bangga dengan ini. Tak lupa pula penulis persembahkan kepada Saudara Kandung tercinta **Asnawi Baso, S.Gz, Indiyarni**

Baso, apt. Latu Baso, S.Farm, Nur Hamidah Baso, dan Asfa Fayza Baso yang telah mendukung, memotivasi dan menyemangati selama pengerjaan skripsi.

Selama proses pengerjaan skripsi ini, begitu banyak bantuan, dukungan, dan doa serta motivasi yang didapatkan oleh penulis dalam menghadapi proses penelitian hingga pengerjaan karya ini. Namun, penulis mampu melewati hambatan serta tantangan tersebut dengan mudah. Dengan segala kerendahan hati, disampaikan rasa terima kasih yang tulus oleh penulis terkhusus kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH.,Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Dr.dr.Citrakesumasari, M.Kes., SpGK selaku Ketua Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Dr. Healthy Hidayanty, SKM.,M.Kes selaku Ketua Departemen Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Bapak Dr. Aminuddin Syam, S.KM., M.Kes., M.Med.Ed selaku pembimbing I dan Ibu Marini Amalia Mansur, S.Gz., MPH selaku pembimbing II yang tak henti-hentinya membimbing dan meluangkan waktu serta pikirannya ditengah kesibukannya demi terselesaikannya skripsi ini.
6. Bapak Indra Dwinata, SKM, MPH selaku penguji dari Departemen Epidemiologi dan Ibu Dr. Healthy Hidayanti, SKM., M.Kes selaku penguji dari Departemen Gizi yang telah memberikan saran dan kritik serta arahan dalam perbaikan serta penyelesaian skripsi ini.

7. Seluruh Bapak dan Ibu dosen Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah mengajarkan segala hal dan pengalaman yang berharga terkait ilmu gizi selama mengikuti perkuliahan.
8. Seluruh staf dan pegawai di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah membantu seluruh pengurusan dalam pelaksanaan selama kuliah baik secara langsung maupun tidak langsung.
9. Kepada Nur Hikmah Darson yang menjadi penyemangat, yang selalu menghibur ketika suka maupun duka dan Mama Hikmah yang selalu memotivasi sehingga skripsi ini bisa terselesaikan.
10. Kepada saudara Ashar Sae, terima kasih atas laptop dan motornya yang telah menunjang penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
11. Kepada Handri, Ratmi, Sepupu-sepupuku, paman dan bibi yang selalu memberikan dukungannya.
12. Abdul Muhaimin, Amaluddin dan Muh. Arman Nyomba, kawanku yang senantiasa menjadi pusat informasi terkait proposal dan skripsiku
13. Kepada rekan tim peneliti (Arif, Idyah, Luthfiah, Enjel, Hikmah) yang telah bekerja sama dalam menyelesaikan penelitian ini.
14. Kepada ikhwah pengurus Lembaga Dakwah Al-‘Aafiyah FKM Unhas yang memberikan pengalaman berorganisasi dan ilmu agama yang begitu luas sehingga membuat diri pribadi ini menjadi lebih baik
15. Ikhwah Halaqah Imam Bukhari (Muhaimin, Arman, Amal, Maftur, Akbar, Arif, Ken, Taslim) yang senantiasa memberi dukungan untuk selesainya skripsi ini.

16. Rekan-rekan mahasiswa FKM Unhas angkatan 2018, terkhusus Fleks18el dan Venom 2018 yang telah kebersamai serta membantu dalam proses perkuliahan selama 4 tahun ini.
17. Kepada kanda Askar Yusuf, S.Gz dan Kak Firman, SKM, terimakasih atas saran dan bimbingannya dalam menyelesaikan skripsi ini.
18. Pihak Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang telah membantu serta meluangkan waktunya pada saat penelitian sehingga kami dapat menyelesaikan skripsi ini.

Terimakasih kepada seluruh pihak yang telah berjasa yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu, atas segala bantuan, doa, motivasi serta dukungan moril dan materil yang tulus diberikan untuk penulis selama menjalani studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Dalam penyusunan hasil penelitian ini, tentu saja penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan serta kekeliruan. Oleh karena itu, besar harapan penulis agar dapat diberikan kritik dan saran yang membangun dari segala pihak.

Agar skripsi ini berguna dalam ilmu pendidikan dan penerapannya. Akhir kata, mohon maaf atas segala kekurangan penulis, semoga Allah melimpahkan rahmat-Nya kepada kita semua.

Makassar, 5 September 2022

Penulis

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Ilmu Gizi

ASRAL BASO

“GAMBARAN STATUS OBESITAS SENTRAL DAN KONSUMSI OBAT ANTIHIPERTENSI PADA TENAGA KEPENDIDIKAN REKTORAT UNIVERSITAS HASANUDDIN YANG MENDERITA HIPERTENSI” (xviii + 77 halaman + 13 tabel + 3 gambar + 2 grafik + 10 lampiran)

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Obesitas sentral dapat meningkatkan adanya hipertensi pada seseorang karena disebabkan lemak yang dapat menimbulkan penyumbatan pada pembuluh darah sehingga dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Tekanan darah pada penderita hipertensi dalam batas stabil terbukti dapat dikontrol dengan obat antihipertensi yang dapat membantu dalam menurunkan angka kejadian komplikasi yang disebabkan tidak stabilnya tekanan darah pada penderita hipertensi. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan status obesitas sentral dan konsumsi obat antihipertensi pada tenaga kependidikan rektorat Universitas Hasanuddin yang menderita hipertensi.

Jenis penelitian yang digunakan adalah rancangan deskriptif kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini diperoleh dari hasil skrining hipertensi dari 229 tenaga kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin, yakni terdapat 69 orang total hipertensi diantaranya 3 orang menderita hipertensi sekunder (tidak memenuhi syarat), serta 3 orang tidak bersedia menjadi responden. Sehingga sampel dalam penelitian ini yakni sebanyak 63 responden yang ditentukan dengan teknik *total sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) untuk menilai kepatuhan minum obat dan pengukuran lingkar perut untuk melihat lingkar perut responden serta pengukuran tekanan darah untuk menentukan populasi dalam penelitian ini. Kemudian data diolah menggunakan program Excel dan *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Data ditampilkan dalam bentuk tabel disertai narasi.

Hasil penelitian menunjukkan persentase responden dengan tingkat hipertensi 1 cenderung lebih tinggi, yakni 71,4%. Sedangkan tingkat hipertensi 2 yakni 28,6%. Berdasarkan karakteristik jenis kelamin, responden cenderung berjenis kelamin laki-laki dengan persentase 74,6% dan perempuan 25,4%. Selain itu, berdasarkan pengelompokan umur responden cenderung pada kisaran (45 – 54) tahun dengan persentase 33,3%. Serta tingkat pendidikan terbanyak yaitu SMA dengan persentase 42,9%. Adapun yang mengalami obesitas sentral yaitu 69,8% dan tidak obesitas sentral sebanyak 30,2%. Serta persentase responden yang minum obat yakni 27% dengan 82,4% diantaranya tidak patuh minum obat. Adapun persentase responden tidak minum obat yaitu 73% dan alasan responden 63% diantaranya merasa sudah sehat.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa tingginya kasus hipertensi dan status obesitas sentral serta kepatuhan minum obat yang masih rendah

di Rektorat Universitas Hasanuddin. Olehnya itu, peneliti menyarankan agar tenaga kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin untuk mengurangi konsumsi lemak yang berlebih serta melakukan aktivitas fisik yang cukup untuk mengurangi adanya status obesitas sentral dan perlunya kepatuhan dalam mengonsumsi obat yang telah dianjurkan dokter atau tenaga kesehatan sehingga responden bisa terhindar dari gejala hipertensi serta dapat melaksanakan aktivitas kesehariannya dengan normal.

Kata Kunci : **Hipertensi, Obesitas Sentral, Konsumsi Obat, Obat antihipertensi, Kepatuhan, Tenaga Kependidikan.**

Daftar Pustaka : **57 (2003 – 2022)**

SUMMARY

*Hasanuddin University
Faculty of Public Health
Science of Nutrition*

Asral Baso

“DESCRIPTION OF CENTRAL OBESITY AND CONSUMPTION OF ANTIHYPERTENSION MEDICINE IN EDUCATIONAL PERSONNEL OF HASANUDDIN UNIVERSITY THAT SUFFERING HYPERTENSION”

(xviii + 77 Pages + 13 Table + 3 Figures + 2 Chart + 10 Appendix)

Hypertension is an increase in systolic blood pressure of more than 140 mmHg and diastolic blood pressure of more than 90 mmHg in a state of sufficient rest / calm. Central obesity can increase the presence of hypertension in a person because it is caused by fat which can cause blockages in blood vessels so that it can lead to an increase in blood pressure. Blood pressure in hypertensive patients within stable limits has been proven to be controlled with antihypertensive drugs which can help in reducing the incidence of complications caused by unstable blood pressure in hypertensive patients. This study aims to describe the status of central obesity and consumption of antihypertensive drugs in the Hasanuddin University rectorate education staff who suffer from hypertension.

The type of research used is a quantitative descriptive design. The population in this study was obtained from the results of hypertension screening from 229 education personnel of the Hasanuddin University Rectorate, namely there were 69 people with total hypertension, including 3 people suffering from secondary hypertension (not eligible), and 3 people not willing to be respondents. So that the sample in this study as many as 63 respondents determined by total sampling technique. Collecting data using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) questionnaire to assess medication adherence and abdominal circumference measurements to see respondents' abdominal circumference and blood pressure measurements to determine the population in this study. Then the data was processed using the Excel program and the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The data is presented in tabular form with narration.

The results showed that the percentage of respondents with hypertension level 1 tended to be higher, namely 71.4%. While the level of hypertension 2 is 28.6%. Based on gender, respondents tend to be male with a percentage of 74.6% and female 25.4%. In addition, based on age grouping, respondents tend to be in the range of (45 – 54) years with a percentage of 33.3%. And the highest education level is SMA with a proportion of 42.9%. As for those who have central obesity, namely 69.8% and not central as much as 30.2%. And the proportion of respondents who take medicine is 27% with 82.4% of them not being obedient to taking medicine. The percentage of respondents who do not take medicine is 73% and the reason for the respondents is 63% of them feel they are healthy.

Based on the results of this study, it can be said that the increase in cases of hypertension and central status as well as medication adherence is still low at the Hasanuddin University Rectorate. Therefore, the researchers suggest that the educational staff of the Chancellor of Hasanuddin University to reduce excessive

activity and perform sufficient physical activity to reduce the status of central obesity and the need for compliance in taking the recommended drugs or health workers so that respondents can avoid symptoms of hypertension and can carry out activities normal daily life.

Keywords : **Hypertension, Central Obesity, Drug Consumption, Antihypertensive Drugs, Education Personnel.**

Bibliography : **57 (2003 – 2022)**

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI	ii
LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
KATA PENGANTAR	v
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR GRAFIK	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Tinjauan Umum Tentang Hipertensi.....	12
B. Tinjauan Umum Tentang Obesitas Sentral	18
C. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan Minum Obat	26
D. Tinjauan Umum Tentang Tenaga Kependidikan	34
E. Kerangka Teori.....	38
BAB III KERANGKA KONSEP	39
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti	39
B. Kerangka Konsep	40
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	40
BAB IV METODE PENELITIAN	42
A. Jenis Penelitian.....	42

B.	Waktu dan Tempat Penelitian	42
C.	Populasi dan Sampel Penelitian	43
D.	Instrumen Penelitian.....	46
E.	Prosedur Pengukuran	47
F.	Pengumpulan Data	49
G.	Pengolahan, Analisis, dan Penyajian Data.....	49
H.	Alur Penelitian	52
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN		53
A.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	53
B.	Hasil Penelitian	54
C.	Pembahasan.....	65
D.	Keterbatasan Penelitian.....	75
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....		76
A.	Kesimpulan	76
B.	Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA		78
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Klasifikasi Tekanan Darah Usia \geq 18 tahun.....	13
Tabel 2. 2	Klasifikasi kegemukan atau obesitas berdasarkan indikator IMT bagi orang dewasa Indonesia (SK Menkes No.41/2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang).....	20
Tabel 2. 3	Kriteria Pengukuran Lingkar Pinggang Berdasarkan Etnis.....	22
Tabel 2. 4	Dosis Obat Antihipertensi Berdasarkan Evidence-Based	33
Tabel 4. 1	Tabel Rincian Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin Berdasarkan Unit Kerja	44
Tabel 5. 1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden pada Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang Menderita Hipertensi	54
Tabel 5. 2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Hipertensi pada Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang Menderita Hipertensi	57
Tabel 5. 3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Hipertensi dan Akses Lantai pada Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang Menderita Hipertensi	58
Tabel 5. 4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Obesitas Sentral dan Tingkat Hipertensi pada Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang Menderita Hipertensi	59
Tabel 5. 5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Obesitas Sentral dan Akses Lantai pada Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang Menderita Hipertensi	59
Tabel 5. 6	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Konsumsi Obat Antihipertensi dan Tingkat Hipertensi pada Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang Menderita Hipertensi	60
Tabel 5. 7	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi dan Tingkat Hipertensi pada Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang Menderita Hipertensi	61
Tabel 5. 8	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Alasan Tidak Minum Obat Antihipertensi dan Tingkat Hipertensi pada Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang Menderita Hipertensi	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori.....	38
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep	40
Gambar 4. 1 Alur Penelitian.....	52

DAFTAR GRAFIK

- Grafik 5. 1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi pada Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang Menderita Hipertensi 63
- Grafik 5. 2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Alasan Tidak Minum Obat Antihipertensi pada Tenaga Kependidikan Rektorat Universitas Hasanuddin yang Menderita Hipertensi 64

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Informed Consent
- Lampiran 2. Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden
- Lampiran 3. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4. Surat Etik Penelitian
- Lampiran 5. Surat Izin Penelitian dari Instansi ke PTSP
- Lampiran 6. Surat Izin Penelitian dari PTSP ke Rektorat
- Lampiran 7. Surat Izin Penelitian
- Lampiran 8. Surat Keterangan Telah Melakukan Peneliti
- Lampiran 9. Dokumentasi Kegiatan Penelitian
- Lampiran 10. Riwayat Hidup Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Terjadinya transisi epidemiologi di Indonesia telah mengakibatkan perubahan pola penyakit dari penyakit infeksi menjadi penyakit tidak menular. Terjadinya transisi epidemiologi ini disebabkan adanya perubahan sosial ekonomi, lingkungan dan perubahan struktur penduduk yang mengakibatkan masyarakat mengadopsi gaya hidup yang tidak sehat seperti kurangnya aktivitas fisik, kebiasaan merokok, makanan tinggi lemak dan kalori, serta kebiasaan mengonsumsi alkohol diduga menjadi faktor risiko terjadinya penyakit tidak menular (Rahajeng & Sulistyowati, 2009).

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit yang bukan disebabkan oleh infeksi mikroorganisme seperti protozoa, bakteri, jamur maupun virus. PTM ini menjadi penyebab kematian dengan persentase hampir 70% di dunia. PTM adalah penyakit kronis yang tidak dapat ditularkan dari orang ke orang. Penyakit yang tergolong dalam PTM, yakni penyakit jantung, stroke, hipertensi, kanker, diabetes, dan Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK). PTM menunjukkan adanya kecenderungan semakin meningkat dari waktu ke waktu, hal ini dapat dilihat dari Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, 2013, dan 2018 bahwa ada kecenderungan peningkatan prevalensi PTM seperti diabetes, hipertensi, stroke dan penyakit sendi/rematik/encok (Kemenkes RI, 2021). Hipertensi merupakan salah satu PTM yang kini terus meningkat yang juga dikenal

dengan istilah tekanan darah. Darah dibawa dari jantung ke seluruh bagian tubuh. Setiap kali jantung berdetak, ia memompa ke pembuluh darah. Tekanan darah tercipta oleh kekuatan darah yang mendorong dinding pembuluh darah (arteri) karena dipompa oleh jantung. Semakin tinggi tekanan, maka semakin sulit jantung memompa (WHO, 2018) & (Nuraini, 2020).

Hipertensi merupakan salah satu penyakit paling mematikan di dunia. Organisasi kesehatan dunia, WHO (*World Health Organization*) memprediksi bahwasanya prevalensi hipertensi di dunia saat ini mencapai 22%. Dari sejumlah penderita tersebut, hanya kurang dari 20% yang melakukan upaya pengendalian terhadap tekanan darah yang dideritanya (WHO, 2019). Wilayah Afrika merupakan prevalensi hipertensi tertinggi dengan persentase mencapai 27%. Selain itu, Asia Tenggara berada di posisi ketiga dengan prevalensi sebesar 25% dari total penduduknya. WHO juga mengestimasi 20% perempuan di seluruh dunia mengalami hipertensi dibandingkan dengan laki-laki dengan persentase 25% (Kemenkes RI, 2019). Sebanyak 1 milyar orang di dunia atau 1 dari 4 orang dewasa menderita penyakit ini dan diperkirakan jumlah penderita penyakit ini akan meningkat menjadi 1,6 milyar menjelang tahun 2025. Dua per tiga penderita hipertensi berada di negara berkembang yang berpenghasilan rendah dan sedang. Indonesia berada dalam 10 deretan negara dengan prevalensi hipertensi tertinggi di dunia. (WHO, 2019).

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Hipertensi juga disebut tekanan darah tinggi, adalah kondisi umum dan berbahaya yang dapat merusak pembuluh darah dan akhirnya mengarah ke banyak kondisi lainnya termasuk stroke, penyakit jantung, penyakit ginjal dan masalah penglihatan (Kemenkes RI, 2019)

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 terlihat bahwa prevalensi penduduk dengan tekanan darah tinggi mencapai 34,11% dengan prevalensi tekanan darah tinggi pada perempuan sebesar 36,85% sedangkan pada laki-laki sebesar 31,34%, serta prevalensi meningkat seiring pertumbuhan umur. Sedangkan persentase berdasarkan wilayah tempat tinggal, prevalensi tekanan darah di perkotaan cenderung lebih tinggi dengan 34,4%, sedangkan di pedesaan dengan prevalensi 33,7% (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan Laporan Provinsi Riskesdas Sulawesi Selatan tahun 2018, prevalensi hipertensi di Sulawesi Selatan yaitu 31,68% dan daerah dengan persentase tertinggi yaitu Soppeng (42,57%), serta untuk Kota Makassar yaitu 29,35% (Kemenkes RI Badan Penelitian dan Pengembangan, 2019). Berdasarkan pola 10 penyakit di Kota Makassar tahun 2018 hipertensi menempati urutan kedua. Berdasarkan data dinas Kesehatan Kota Makassar, dari 46 Puskesmas di Kota Makassar jumlah kunjungan penderita hipertensi pada tahun 2018 yakni kasus baru sebesar 6434 penderita dan kasus lama sebesar 22.841 penderita (Dinkes Kota Makassar, 2019). Berdasarkan

pencatatan dan pelaporan Posbindu PTM Kota Makassar tahun 2018 kasus hipertensi sebesar 8.917 kasus sedangkan pencatatan pelaporan untuk bulan Juli 2019 Posbindu PTM sebesar 891 kasus. Hasil rekapitulasi PTM Dinas Kesehatan Kota Makassar tahun 2019, kasus hipertensi tertinggi di wilayah Puskesmas Kassi-kassi dengan kasus baru 1.833 dan kasus lama 11.676 (Rahmawati, 2022).

Berdasarkan penelitian dari Sartik, dkk tahun 2017, faktor risiko hipertensi dibedakan menjadi 2 yaitu Faktor risiko yang tidak dapat dikontrol seperti umur, jenis kelamin, genetik dan faktor risiko yang dapat dikontrol seperti merokok, konsumsi garam berlebih, konsumsi lemak berlebih, kegemukan/obesitas, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol dan stres (Sartik et al., 2017).

Berdasarkan laporan terakhir dari *World Health Organization* (WHO) di *Non Communicable Disease* tahun 2018 menyebutkan bahwa obesitas berkaitan erat dengan peningkatan risiko hipertensi dan penyakit tidak menular lainnya seperti diabetes, penyakit jantung koroner, stroke dan kanker (WHO, 2018). Selain itu, berdasarkan hasil penelitian Yogi & Purwo tahun 2020 terdapat hubungan erat antara obesitas dan hipertensi. Salah satu faktor risiko hipertensi adalah obesitas, yakni berat badan melebihi indeks masa tubuh dan pengukuran lingkar perut melebihi batas normal. Obesitas sentral dapat meningkatkan adanya hipertensi pada seseorang karena disebabkan lemak yang dapat menimbulkan penyumbatan pada pembuluh darah sehingga

dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah (Dien et al., 2014) & (Firmansyah & Santoso, 2020).

Sebanyak 70% kasus baru pada orang dewasa yang menderita hipertensi diperkirakan karena adanya kenaikan berat badan atau mengalami obesitas. Diduga jika berat badan bertambah, maka volume darah akan bertambah sehingga beban jantung untuk memompa darah juga bertambah. Meningkatnya volume darah dan beban pada tubuh berhubungan dengan hipertensi, karena semakin besar beban pada tubuh maka semakin berat pula kerja jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh (Dewi, 2018).

Obesitas sentral berhubungan dengan hipertensi melalui beberapa mekanisme. Adanya peningkatan lemak disekitar abdominal mengakibatkan penurunan adinopektin sehingga proses *ateroskleorosis* mudah terjadi. Mekanisme peningkatan aktivitas simpatis lainnya adalah kegagalan fungsi dari sensitivitas baroreseptor, peningkatan asam lemak bebas, angiotensin II, insulin dan leptin dapat meningkatkan peningkatan resistensi vaskuler yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi (Rahma & Gusrianti, 2019).

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018, proporsi obesitas sentral pada umur diatas 15 tahun, mengalami kenaikan disetiap tahunnya. Ditahun 2007 prevalensi obesitas sentral yaitu 18,8% kemudian meningkat pesat menjadi 26,6% ditahun 2013 dan ditahun 2018 mencapai 31% (Kemenkes RI, 2018). Wilayah provinsi yang memiliki persentasi obesitas tertinggi yaitu Sulawesi Utara yakni 42,5%, sedangkan untuk persentasi terendah yaitu Nusa Tenggara Timur yakni 19.3%. Sedangkan untuk provinsi Sulawesi Selatan persentasi

obesitas sentralnya yaitu 31,6%. Dari seluruh kabupaten/kota di Sulawesi Selatan, kota Makassar merupakan persentasi ketiga tertinggi setelah Sidderen Rappang dan Parepare dengan angka obesitas sentralnya yaitu 37,33% (Kemenkes RI Badan Penelitian dan Pengembangan, 2019).

Konsumsi obat antihipertensi bisa menjadi alternatif untuk penderita hipertensi, dalam hal ini untuk mengurangi tingginya tekanan darah yang dideritanya. Obat antihipertensi biasa diberikan oleh tenaga medis untuk penderita yang memeriksakan diri atau menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Adanya komunikasi yang baik antara tenaga medis dan penderita hipertensi menjadi salah satu penyebab berhasilnya pengobatan. Buruknya komunikasi bisa berdampak pada kepatuhan konsumsi obat dan kontrol bagi penderita hipertensi. Kepatuhan konsumsi obat sangat efektif dalam mengontrol tekanan darah penderita, pemantauan kepatuhan penderita dalam mengonsumsi obat sangat baik untuk manajemen hipertensi, sedangkan ketidakpatuhan erat kaitannya dengan prognosis buruk penderita (Firman, 2020).

Tekanan darah pada penderita hipertensi dalam batas stabil terbukti dapat dikontrol dengan obat antihipertensi. Obat antihipertensi ini membantu dalam menurunkan angka kejadian komplikasi yang disebabkan tidak stabilnya tekanan darah pada penderita hipertensi. Salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan dalam pengobatan adalah kepatuhan penderita dalam mengonsumsi obat. Kepatuhan penderita hipertensi dalam mengonsumsi obat dapat mengendalikan tekanan darahnya dalam keadaan

stabil. Adapun kepatuhan yang rendah merupakan faktor penghambat kontrol yang baik (Anwar & Masnina, 2019).

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018, proporsi riwayat minum obat dan alasan tidak minum obat pada penduduk hipertensi terdapat 54,4% penderita yang rutin meminum obat, 32,3% tidak rutin, serta 13,3% tidak minum obat. Penderita yang jarang atau tidak minum obat didukung berbagai alasan diantaranya merasa sudah sehat, tidak rutin ke fasilitas pelayanan kesehatan, minum obat tradisional, sering lupa, tidak mampu beli obat rutin, tidak tahan efek samping obat, dan lainnya (Kemenkes RI, 2018).

Penelitian ini dilakukan di Rektorat Universitas Hasanuddin dengan populasinya yaitu tenaga kependidikan yang menderita hipertensi. Menurut Undang-Undang RI Nomor 20 tahun 2003 pasal 39 ayat (1), tenaga kependidikan adalah tenaga yang bertugas dalam melaksanakan administrasi, pengelolaan, pengembangan, pengawasan, dan pelayanan teknis untuk menunjang proses pendidikan pada satuan Pendidikan. Tenaga kependidikan termasuk pekerjaan yang tak lepas dari stres. Salah satu yang dapat menyebabkan stres pada pekerja ialah beban kerja mental. Apabila dibiarkan terus menerus akan berdampak buruk pada pekerja. Beban kerja mental yang melebihi kemampuan fisik pekerja dapat menimbulkan kelelahan, rasa tidak nyaman, kecelakaan, cedera, rasa sakit, dan menurunnya produktivitas (Zetli, 2019). Tenaga kependidikan dituntut dalam memberikan pelayanan yang maksimal, cepat, dan tepat untuk keberlangsungan kegiatan perguruan tinggi (Prakoso et al., 2018). Semakin tinggi stres semakin tinggi resiko obesitas

yang dapat dialami oleh tenaga kependidikan. Perilaku atasan dan beban kerja yang berlebih dapat membuat tenaga kependidikan merasa jenuh sehingga mengalami perubahan perilaku makan yang kemudian mengakibatkan terjadinya obesitas. Stres yang diiringi aktivitas kurang inilah juga dapat membuat tenaga kependidikan mengalami obesitas karena mereka melakukan pekerjaan dengan tidak banyak mengeluarkan energi ataupun aktivitas fisik (Setyastuti, 2020).

Selain itu data prevalensi hipertensi berdasarkan jenis pekerjaan di Provinsi Sulawesi Selatan termasuk tinggi, yakni untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS) memiliki prevalensi hipertensi sebesar 34,04%, pegawai swasta sebesar 22,47%, dan pekerjaan lainnya sebesar 30,40% pada tahun 2018 (Kemenkes RI Badan Penelitian dan Pengembangan, 2019).

Salah satu masalah Kesehatan yang dialami oleh tenaga kependidikan adalah stress. Hal ini dipicu oleh tuntutan pekerjaan yang harus diselesaikan. Tingginya tingkat stress seseorang dapat menjadi faktor risiko terjadinya hipertensi. Berdasarkan data dari kementerian kesehatan prevalensi hipertensi di Kota Makassar cukup tinggi dengan angka 29,35%. Dampak dari hipertensi ini bisa menurunkan produktivitas kerja yang berakibat pada menurunnya kinerja institusi yang bisa menimbulkan kerugian bagi institusi dan pengembangan bidang Pendidikan. Selain itu jam kerja tenaga kependidikan yakni kurang lebih 8 jam dengan 5 hari kerja bisa mengakibatkan kurangnya atau tidak olahraga yang bisa memicu terjadinya berat badan berlebih atau mengalami obesitas sentral. Obesitas sentral juga

merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi dengan prevalensinya di Kota Makassar yaitu 37,33%. Selain itu, kepatuhan minum obat yang masih kurang di masyarakat berdasarkan who maupun hasil Riskesdas dengan alasan merasa sudah sembuh, tidak mau berobat, sering lupa mengonsumsi obat dan alasan lainnya. Serta belum adanya data terkait hipertensi untuk Universitas Hasanuddin. Olehnya itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “gambaran status obesitas sentral dan konsumsi obat antihipertensi pada tenaga kependidikan rektorat Universitas Hasanuddin yang menderita hipertensi”. Sehingga peneliti berharap dengan adanya penelitian ini bisa menjadi data awal prevalensi hipertensi untuk Universitas Hasanuddin yang nanti bisa dijadikan acuan untuk penelitian berikutnya maupun pedoman penentu kebijakan bila kasus hipertensi maupun obesitas sentral di Universitas Hasanuddin tinggi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, dapat diketahui bahwa obesitas sentral menjadi salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi, selain itu kepatuhan masyarakat dalam mengonsumsi obat juga masih kurang. Sehingga peneliti menyusun rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran tingkat hipertensi pada tenaga kependidikan rektorat Universitas Hasanuddin?
2. Bagaimana gambaran status obesitas sentral pada tenaga kependidikan rektorat Universitas Hasanuddin yang menderita hipertensi?

3. Bagaimana gambaran konsumsi obat antihipertensi pada tenaga kependidikan rektorat Universitas Hasanuddin?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan dilakukan penelitian ini yaitu untuk mendeskripsikan status obesitas sentral dan konsumsi obat antihipertensi pada tenaga kependidikan rektorat Universitas Hasanuddin yang menderita hipertensi.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini yaitu:

1. Untuk mengetahui gambaran tingkat hipertensi pada tenaga kependidikan rektorat Universitas Hasanuddin yang menderita hipertensi.
2. Untuk mengetahui gambaran status obesitas sentral pada tenaga kependidikan rektorat Universitas Hasanuddin yang menderita hipertensi.
3. Untuk mengetahui gambaran konsumsi obat antihipertensi pada tenaga kependidikan rektorat Universitas Hasanuddin yang menderita hipertensi.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang diharapkan dalam penelitian ini adalah:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan, memberikan sumbangan pemikiran untuk peneliti lain serta bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

a. Manfaat Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini merupakan sarana pengaplikasian ilmu dan teori yang diperoleh di bangku perkuliahan ke dalam bentuk tulisan ilmiah.

b. Manfaat Bagi Institusi

Sebagai informasi penting civitas akademika FKM Unhas khususnya jurusan Ilmu Gizi untuk melakukan pengkajian dan penelitian lanjutan terkait faktor faktor yang berhubungan dengan hipertensi agar dapat melakukan pengendalian sedini mungkin untuk meningkatkan kualitas hidup dan kualitas kerja masyarakat.

c. Manfaat Bagi Masyarakat

Sebagai informasi bagi masyarakat agar dapat mencegah kejadian hipertensi sedini mungkin serta dapat dijadikan sebagai referensi khalayak umum.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Peningkatan tekanan darah atau biasa disebut hipertensi adalah suatu kondisi ketika terjadi peningkatan tekanan darah secara kronis, dan dalam jangka panjang yang menyebabkan kerusakan organ serta akhirnya meningkatkan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Tekanan darah merupakan produk output jantung dan resistan vaskuler sistemik (Purba, 2016).

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Hipertensi juga disebut tekanan darah tinggi, adalah kondisi umum dan berbahaya yang dapat merusak pembuluh darah dan akhirnya mengarah ke banyak kondisi lainnya termasuk stroke, penyakit jantung, penyakit ginjal dan masalah penglihatan (Kemenkes RI, 2019).

2. Klasifikasi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibedakan menjadi 2 kelompok (Kemenkes RI, 2019), yakni:

- a. Hipertensi Esensial/Hipertensi Primer yang tidak diketahui penyebabnya.

- b. Hipertensi Sekunder yang penyebabnya dapat ditentukan melalui tanda-tanda di antaranya kelainan pembuluh darah, ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), dan penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme).

Berdasarkan *Seventh Report Of The Joint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment Of High Blood Pressure*, klasifikasi hipertensi dibedakan menjadi 4 untuk usia ≥ 18 tahun, yakni sebagai berikut (Chobanian et al., 2003);

Tabel 2. 1 Klasifikasi Tekanan Darah Usia ≥ 18 tahun

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120 – 139	80 – 89
Hipertensi Stage 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensi Stage II	≥ 160	≥ 100

Sumber: *JNC VII*, 2003

3. Gejala Hipertensi

Menurut infodatin Kemenkes RI (2019), hipertensi merupakan *silent killer* (pembunuh senyap) yang gejalanya dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala-gejalanya antara lain:

- a. Sakit kepala/rasa berat di tengkuk
- b. Vertigo
- c. Jantung berdebar-debar
- d. Mudah lelah

- e. Penglihatan kabur
 - f. Telinga berdenging (tinnitus)
 - g. Mimisan
4. Faktor Risiko Hipertensi

Berdasarkan jurnal dari Sartik, dkk (2017), faktor risiko hipertensi dibedakan menjadi 2, yaitu;

- a. Faktor risiko yang tidak dapat dikontrol yaitu faktor risiko yang melekat pada penderita hipertensi dan tidak dapat diubah, antara lain;
 - 1) Umur
 - 2) Jenis kelamin
 - 3) Genetik
- b. Faktor risiko yang dapat dikontrol yaitu faktor risiko yang diakibatkan perilaku tidak sehat dari penderita hipertensi, faktor risikonya antara lain;
 - 1) Merokok
 - 2) Konsumsi Garam Berlebih
 - 3) Konsumsi Lemak Berlebih
 - 4) Kegemukan/Obesitas
 - 5) Kurang Aktivitas Fisik
 - 6) Konsumsi Alkohol
 - 7) Stres

5. Penatalaksanaan Hipertensi

Proses penatalaksanaan hipertensi meliputi farmakologis maupun non farmakologis. Tatalaksana farmakologis pada dasarnya berkaitan dengan obat-obatan antihipertensi yang diberikan kepada penderita hipertensi. Sedangkan tatalaksana non farmakologis berkaitan dengan perubahan gaya hidup yang dilakukan dengan tujuan untuk menurunkan tekanan darah atau ketergantungan terhadap penggunaan obat-obatan.

Adapun proses penatalaksanaan hipertensi menurut (Kemenkes RI, 2013) meliputi, sebagai berikut;

a. Pengendalian Faktor Risiko

1) Makan Gizi Seimbang

Prinsip diet untuk penderita hipertensi ialah gizi seimbang dengan mengurangi konsumsi gula, garam, cukup buah, sayuran, kacang-kacangan, biji-bijian, serta makanan yang rendah lemak jenuh kemudian menggantikannya dengan unggas dan ikan yang berminyak. Selain itu dianjurkan juga untuk mengonsumsi buah dan sayur 5 porsi/hari, terutama buah yang tinggi kalium untuk menurunkan tekanan darah bagi penderita. Mengonsumsi ikan paling sedikit 3 kali per minggu dengan mengutamakan ikan berminyak seperti tuna, salmon dan makarel.

2) Mengatasi Obesitas/Menurunkan Kelebihan Berat Badan

Hipertensi erat kaitanya dengan obesitas, olehnya itu perlunya untuk menormalkan berat badan sampai mencapai IMT normal, yakni $18,5 - 22,9 \text{ kg/m}^2$, ukuran lingkar pinggang $< 90 \text{ cm}$ untuk pria dan $< 80 \text{ cm}$ untuk wanita.

3) Melakukan Olahraga Teratur

Olahraga yang dilakukan secara teratur seperti senam aerobik atau jalan cepat dapat menurunkan tekanan darah sewaktu. Selain itu, bisa dengan berbagai cara relaksasi. Hal ini apabila dilakukan secara rutin dapat mengontrol sistem syaraf, sehingga menurunkan tekanan darah.

4) Berhenti Merokok

Tidak ada cara praktis yang dapat dilakukan untuk menghentikan seseorang dari kebiasaan merokok, namun pendidikan dan konseling yang diberikan diharapkan dapat menyadarkan perokok untuk mengurangi atau bahkan tidak merokok lagi. Selain itu pendidikan dan konseling ini juga bertujuan untuk mendorong semua yang bukan perokok untuk tidak mulai merokok. Metode agar seseorang berhenti dari kebiasaan merokok, yakni dari inisiatif diri sendiri, menggunakan permen yang mengandung nikotin, mengikuti kelompok program berhenti merokok dan sering melakukan konsultasi/konseling ke klinik untuk berhenti merokok.

5) Mengurangi Konsumsi Alkohol

Sama halnya dengan berhenti merokok, mengurangi konsumsi alkohol dapat dilakukan dengan mengikuti program penyuluhan maupun edukasi dengan tujuan mendapatkan kesadaran atas bahaya mengonsumsi alkohol bagi kesehatan sehingga timbul keinginan untuk tidak mengonsumsi alkohol kembali.

b. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis berdasarkan Kemenkes RI tahun 2013 adalah sebagai berikut;

1) Diuretik

Diuretik adalah jenis obat-obatan yang bekerja mengeluarkan cairan tubuh (lewat kencing) sehingga volume cairan tubuh berkurang, tekanan darah turun sehingga beban jantung lebih ringan.

2) Penyekat *Beta* (β -blockers)

Penyekat beta adalah jenis obat yang dapat menurunkan mortalitas dan morbiditas pasien hipertensi lanjut usia, menurunkan risiko penyakit jantung koroner, prevalensi terhadap serangan infark miokard ulangan dan gagal jantung. Namun obat ini tidak dianjurkan untuk penderita asma bronkhial dan penderita diabetes.

3) Golongan Penghambat *Angiotensin Converting Enzyme (ACE)* dan *Angiotensin Receptor Blocker (ARB)*

Baik *ACE* maupun *ARB* mempunyai efek vasodilatasi sehingga meringankan beban jantung. *ACE* dan *ARB* diindikasikan terutama pasien hipertensi dengan gagal jantung, diabetes melitus, dan penyakit ginjal kronik.

4) Golongan *Calcium Channel Blockers (CCB)*

Obat ini mampu menghambat masuknya kalsium ke dalam sel pembuluh darah arteri sehingga menyebabkan dilatasi arteri koroner dan juga arteri perifer. Ada dua kelompok obat CCB yaitu dihidropyridin dan nondihidropyridin, keduanya efektif untuk mengobati hipertensi pada lanjut usia. CCB diindikasikan untuk pasien yang memiliki faktor risiko tinggi penyakit koroner dan pasien diabetes.

B. Tinjauan Umum Tentang Obesitas Sentral

1. Definisi Obesitas Sentral

Terdapat dua jenis obesitas, yakni obesitas umum dan obesitas abdominal/sentral. Obesitas umum dapat diukur menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT), sedangkan obesitas sentral dapat diukur dengan ukuran lingkaran perut (LP) (Triwinarto et al., 2012b).

Menurut *World Health Organization (WHO)* tahun 2014, secara umum kegemukan dan obesitas adalah suatu kondisi abnormal yang ditandai oleh peningkatan lemak tubuh berlebihan, umumnya ditimbun di jaringan

subkutan, sekitar organ, dan kadang terinfiltrasi ke dalam organ. Sedangkan menurut Nelm, dkk (2011) dalam (Purba, 2016), menyatakan obesitas adalah penumpukan jaringan adiposa atau lemak tubuh yang terlalu berlebihan yang dapat mengganggu kesehatan. Kegemukan dan obesitas merupakan kondisi patologis yang ditandai oleh penumpukan lemak yang menyebabkan timbulnya berbagai penyakit, antara lain diabetes melitus, penyakit jantung, stroke dan kanker serta penyakit degeneratif lainnya (Purba, 2016).

Obesitas sentral adalah keadaan ketika terjadi akumulasi lemak di area abdominal yang ditandai dengan peningkatan ukuran lingkaran pinggang. Dikatakan obesitas sentral jika lingkaran pinggang >90 cm untuk laki-laki dan >80 cm untuk perempuan (Frisca et al., 2020)

2. Klasifikasi Obesitas

Terdapat beberapa cara atau metode yang dapat digunakan untuk mengukur penumpukan lemak didalam tubuh atau untuk menentukan status obesitas seseorang. Status obesitas dapat ditentukan secara antropometri dengan pengukuran Indeks Masa Tubuh (IMT), pengukuran lingkaran pinggang, dan pengukuran langsung lemak tubuh.

a. Indeks Massa Tubuh (IMT)

Rumus untuk menghitung IMT, yaitu:

$$IMT = BB \text{ (kg)} / TB \text{ (m}^2\text{)}$$

Tabel 2. 2
Klasifikasi kegemukan atau obesitas berdasarkan indikator IMT
bagi orang dewasa Indonesia (SK Menkes No.41/2014 tentang
Pedoman Gizi Seimbang).

Klasifikasi	Kategori	IMT (kg/m ²)
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	< 17,0
	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17 – 18,5
Normal	Normal	18,5 – 25
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	>25 – 27
	Kelebihan berat badan tingkat berat	>27

Sumber : *Wardani, 2016; 281.*

b. Distribusi Lemak Tubuh

Lemak tubuh menunjukan lokasi dan distribusi jaringan adiposa di dalam tubuh yang sangat penting pada obesitas dan implikasinya bagi kesehatan. Lemak tubuh ini dikategorikan menjadi dua yaitu lemak di daerah sentral atau abdominal (yang terletak di daerah sentral; intra abdominal dan visceral) dan lemak tubuh bagian bawah. Obesitas ini dikenal juga dengan istilah obesitas tipe apel. Lemak tubuh dapat diukur dengan; (Purba, 2016).

- 1) *Waist Hips Ratio* (WHR) : penggunaan WHR atau rasio pinggang panggul merupakan salah satu alternatif untuk mengukur obesitas sentral dengan cara membagi ukuran keliling pinggang dengan keliling ukuran panggul. Nilai WHR meningkatkan risiko

terjadinya penyakit jika, pada pria yakni $\geq 0,95$ dan wanita $\geq 0,80$. Nilai WHR > 1 , dihasilkan ketika lingkaran pinggang melebihi lingkaran pinggul dan diperkirakan lemak abdominal sudah tidak sehat.

- 2) *Waist Circumference* (WC) : penilaian obesitas abdominal dapat menggunakan pengukuran lingkaran pinggang dengan hasil yang hampir sama dengan pengukuran menggunakan MRI/CT-Scan.. pengukuran ini merupakan sebuah pendekatan praktis untuk mengestimasi jumlah jaringan adiposa di pinggul dan paha. Kategori untuk *Waist Circumference* (WC) yang dikatakan berisiko tinggi adalah ≥ 90 cm untuk laki-laki dan ≥ 80 cm untuk perempuan.

Pengukuran rasio lingkaran pinggang dan pinggul atau *waists hips ratios* lebih sensitive dalam menilai distribusi lemak dalam tubuh terutama yang berada di dinding abdomen. Rasio lingkaran pinggang dan pinggul dihitung dengan membagi ukuran lingkaran pinggang dengan lingkaran pinggul. Ukuran lingkaran pinggang, menggambarkan tingginya deposit lemak berbahaya dalam tubuh. Sementara lingkaran pinggul merupakan faktor protektif terhadap kejadian penyakit kardiovaskuler. Pengukuran lingkaran pinggang tidak dapat membedakan antara penebalan deposit lemak yang terdapat pada jaringan sub kutan dengan jaringan visceral. Beberapa teknik pengukuran menjadi pilihan diantaranya rasio

lingkar pinggang dan pinggul atau lingkar pinggang. Namun, rasio lingkar pinggang dianggap lebih mudah ditetapkan di Indonesia karena parameternya berupa perbandingan atau rasio dengan nilai standar antropometri dengan ras lain lebih kecil, dibandingkan dengan lingkar pinggang yang jauh lebih besar. Namun penggunaan lingkar perut lebih mudah digunakan dibandingkan dengan mengukur rasio antara lingkar pinggang dan pinggul (Maryani, 2013).

Cut-Off Point LP sebagai penentu obesitas sentral, menurut kriteria IDF (*International Diabetes Federation*), di Eropa ≥ 94 cm laki-laki dan ≥ 80 cm untuk perempuan. Asia Selatan dan China menggunakan *Cut-Off point* yang sama yaitu ≥ 90 cm untuk laki dan ≥ 80 cm untuk perempuan, sedangkan di Jepang ≥ 85 cm baik untuk laki-laki maupun perempuan (Triwinarto et al., 2012a).

3. Kriteria Ukuran Lingkar Pinggang Berdasarkan Etnis

Tabel 2. 3
Kriteria Pengukuran Lingkar Pinggang Berdasarkan Etnis

Negara/Grup Etnis	Lingkar Pinggang (cm) pada Obesitas Sentral
Eropa	Pria>94, Wanita>80
Asia Selatan, Populasi China, Melayu, dan Asia-India	Pria>90, Wanita>80
China	Pria>90, Wanita>80
Jepang	Pria>85, Wanita>80
Amerika Tengah	Gunakan rekomendasi Asia Selatan, hingga tersedia data spesifik
Sub-sahara Afrika	Gunakan rekomendasi Eropa, hingga tersedia data spesifik
Timur tengah	Gunakan rekomendasi Eropa, hingga tersedia data spesifik

(Kementerian Kesehatan RI, 2018)

4. Patofisiologi obesitas

Tubuh manusia memiliki sekitar 30-40 juta sel lemak yang mampu menyimpan lemak dalam jumlah yang besar. Jika seseorang mengalami obesitas, maka sel lemak akan mengalami pembesaran bentuk (*hipertrofi*) dan peningkatan jumlah (*hiperplasia*) (Purba, 2016).

Obesitas merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh gangguan keseimbangan energi di dalam tubuh. Keseimbangan energi dalam tubuh sangat bergantung pada interaksi yang kompleks antara sistem saraf, sejumlah hormon dan faktor genetik. Penurunan asupan energi dan kehilangan lemak tubuh akan menstimulasi peptida yang bersifat *orexigenik* di pusat hipotalamus dan sejumlah hormon untuk meningkatkan nafsu makan dan mengurangi pengeluaran energi. Sebaliknya peningkatan asupan energi dan peningkatan penyimpanan lemak menstimulasi peptida *anorexigenik* untuk menurunkan nafsu makan dan meningkatkan pengeluaran energi yang dikenal sebagai adaptasi termogenesis (Purba, 2016).

Pengaturan keseimbangan energi dalam tubuh diperankan oleh sejumlah hormon, kelenjar hipotalamus dan faktor genetik. Proses pengaturan energi tidak selamanya berjalan normal. Pada kondisi kelebihan berat badan tingkat berat akan terjadi resistensi leptin yang merupakan hormon peptida yang disekresikan oleh jaringan adiposa yang bertugas mengirimkan sinyal ke otak tentang jumlah simpanan energi dalam sel lemak dan kondisi ini akan menyulitkan penurunan berat badan.

Resistensi leptin dirasakan sebagai kelaparan yakni setiap makanan yang masuk akan diterjemahkan sebagai rasa lapar oleh otak dan akan memberikan sinyal untuk terus menciptakan rasa lapar. Dalam kondisi ini maka kelebihan berat badan sangat sulit dikontrol sehingga obesitas menjadi sangat sulit untuk ditanggulangi (Purba, 2016).

5. Etiologi Obesitas

Masalah obesitas merupakan masalah kesehatan yang kompleks dan bersifat multifaktorial. Terdapat beberapa faktor yang menjadi penyebab timbulnya obesitas. Faktor utama yang mendasari munculnya obesitas ialah faktor genetik, perilaku (pola dan perilaku makan, konsumsi alkohol, dan aktivitas fisik) dan lingkungan baik fisik, biologis, dan sosial (Purba, 2016).

6. Dampak obesitas sentral

Dampak obesitas sentral lebih tinggi risikonya terhadap kesehatan dibandingkan dengan obesitas umum (Hadiputra & Nugroho, 2020). Obesitas sentral dapat menyebabkan gangguan kesehatan seperti diabetes mellitus tipe 2, dislipidemia, penyakit kardiovaskuler, hipertensi, kanker, sleep apnea, dan sindrom metabolik (Tchernof & Després, 2013). Sindrom metabolik ialah kondisi dimana seseorang mengalami hipertensi, obesitas sentral, dyslipidemia dan resistensi insulin dalam waktu yang bersamaan. Sindrom metabolik merupakan kelompok faktor risiko terjadinya penyakit kardiovaskular (Gibney et al., 2009).

7. Pengukuran Lingkar Perut

Pengukuran lingkar perut dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya obesitas abdominal/sentral. Alat yang digunakan antara lain *one-med waist ruler* serta perlunya ruang tertutup dari pandangan umum. Adapun cara pengukuran lingkar perut berdasarkan pedoman pengukuran dan pemeriksaan studi kohor penyakit tidak menular; (Kemenkes RI, 2010)

- a. Jelaskan pada responden tujuan pengukuran lingkar perut dan tindakan apa saja yang akan dilakukan dalam pengukuran.
- b. Untuk pengukuran ini responden diminta dengan cara yang santun untuk membuka pakaian bagian atas atau menyingkapkan pakaian bagian atas dan meraba tulang rusuk terakhir responden untuk menetapkan titik pengukuran.
- c. Tetapkan titik batas tepi tulang rusuk paling bawah.
- d. Tetapkan titik ujung lengkung tulang pangkal paha/panggul.
- e. Tetapkan titik tengah diantara titik tulang rusuk terakhir dan titik ujung lengkung tulang pangkal paha/panggul serta tandai titik tengah tersebut dengan alat tulis.
- f. Minta responden untuk berdiri tegak dan bernapas dengan normal.
- g. Lakukan pengukuran lingkar perut dimulai dari titik tengah kemudian secara sejajar horizontal melingkari pinggang dan perut Kembali menuju titik tengah diawal pengukuran.

- h. Apabila responden mempunyai perut yang gendut ke bawah, pengukuran mengambil bagian yang paling buncit lalu berakhir pada titik tengah tersebut lagi.
- i. Pita pengukur tidak boleh melipat dan ukur lingkaran pinggang mendekati angka 0,1 cm.

Hal-hal yang perlu diperhatikan saat melakukan pengukuran lingkaran perut; (Kemenkes RI, 2010).

- 1) Pengukuran lingkaran perut yang benar dilakukan dengan menempelkan pita pengukur di atas kulit langsung. Pengukuran di atas pakaian sangat tidak dibenarkan.
- 2) Apabila responden tidak bersedia membuka atau menyingkap pakaian bagian atasnya, pengukuran dengan menggunakan pakaian yang sangat tipis (kain nilon, silk, dll). Diperbolehkan dan beri catatan pada kuesioner.
- 3) Apabila responden tetap menolak untuk diukur, pengukuran lingkaran perut tidak boleh dipaksakan dan beri catatan pada kuesioner.

C. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan Minum Obat

1. Definisi Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan atau dikenal dengan istilah *Compliance* atau *adherence* merupakan dua istilah yang umumnya digunakan untuk menjelaskan mengenai kepatuhan obat. Menurut Sarafino dan Smith (2012), kepatuhan (*compliance* atau *adherence*) ialah istilah yang digunakan untuk menilai sejauh mana pasien dalam melaksanakan pengobatan yang

direkomendasikan oleh dokter atau pegawai kesehatan lainnya. Namun Brown dan Bussell (2011) menyebutkan bahwa konotasi keduanya sedikit berbeda. *Adherence* merupakan istilah untuk pasien yang setuju akan anjuran pengobatan, dalam hal ini keaktifan pasien dalam proses pengobatan, sedangkan *compliance* merupakan istilah untuk pasien yang secara pasif dalam mengikuti anjuran dokter. Hal ini sejalan dengan Sarafino & Smith (2012) yang mengungkapkan bahwa *adherence* adalah istilah yang menunjukkan sifat kolaboratif pengobatan, sedangkan *compliance* lebih kepada pasrah terhadap tuntutan pengobatan, sehingga kesan yang timbul bahwasannya individu tersebut tidak mematuhi pengobatan.

Berdasarkan beberapa definisi diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kepatuhan minum obat merupakan tingkat partisipasi seseorang/pasien dalam mengikuti instruksi terkait resep dan larangan yang telah disepakati bersama dokter atau konselor dengan tepat dan dilakukan atas kesediaan pribadi.

2. Aspek-aspek Kepatuhan Minum obat

Menurut Aulia, 2019, bahwasanya kepatuhan minum obat terdiri atas beberapa aspek, yakni:

- a. *Forgetting*, yaitu sejauh mana pasien melupakan jadwal untuk meminum obat.

- b. *Carelessness*, yaitu sikap mengabaikan pasien yang dilakukan selama pengobatan, misalnya melewatkan jadwal minum obat dengan suatu alasan.
- c. *Stopping the drug when feeling better, or starting the drug when feeling worse*, yaitu pasien yang berhenti mengonsumsi obat tanpa adanya pengetahuan dari dokter dengan alasan kondisi tubuh menjadi lebih buruk atau sudah merasa sehat sehingga tidak lagi melanjutkan konsumsi obatnya.

3. Jenis-jenis Kepatuhan

Menurut Cramer (1991) dalam (Sitepu, 2005) kepatuhan dibagi menjadi 2, yakni:

a. Kepatuhan penuh (*Total Compliance*)

Pada keadaan ini penderita tidak hanya berobat secara teratur sesuai batas waktu yang ditetapkan melainkan juga patuh meminum obat secara teratur sesuai petunjuk.

b. Pasien yang sama sekali tidak patuh (*Non Compliance*)

Pada keadaan ini pasien putus obat atau tidak mengonsumsi obat sama sekali.

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum obat

Brannon dan Feist (2010) mengungkapkan enam faktor yang dapat menentukan kepatuhan atau ketidakpatuhan individu, yakni sebagai berikut:

a. *Severity of the Disease*

Keparahan penyakit menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan, namun, secara objektif keparahan penyakit kurang erat kaitannya dengan kepatuhan minum obat. Menurut Brannon & Feist (2010) terkadang seseorang merasa dirinya tidak nyaman dengan penampilan yang diakibatkan dari penyakit yang dideritanya bukan karena masalah kesehatannya yang serius.

b. *Treatment Characteristics*

Karakteristik tritmen atau pengobatan yang mempengaruhi kepatuhan termasuk di dalamnya adalah efek samping obat dan kompleksitas pengobatan. Efek samping yang berat dan pengobatan yang rumit seperti dosis obat yang tinggi atau pengobatan yang dilakukan secara rutin berhubungan dengan tingkat kepatuhan yang rendah.

c. *Personal Factors*

Faktor personal yang mempengaruhi kepatuhan termasuk di dalamnya adalah usia, gender, pola kepribadian, emosi, dan keyakinan diri. Orang yang lebih tua menghadapi berbagai situasi yang membuat kepatuhan sulit untuk dicapai, seperti kemampuan mengingat yang menurun, kesehatan yang buruk, dan rejimen yang mencakup banyak pengobatan.

d. *Enviromental Factors*

Faktor lingkungan yang mempengaruhi kepatuhan termasuk di dalamnya adalah faktor ekonomi dan dukungan sosial. Penghasilan seseorang memiliki dampak besar terhadap kepatuhan minum obat, keadaan kesehatan dan akses untuk minum obat. Orang dengan penghasilan rendah yang umumnya berlatar belakang pendidikan rendah atau berasal dari etnis minoritas memiliki keterbatasan dan kekhawatiran mengenai biaya pengobatan. Permasalahan terkait kepatuhan dalam minum obat lebih sering ditemukan pada orang dengan penghasilan rendah dibandingkan orang yang berekonomi tinggi.

e. *Cultural Norms*

Keyakinan dan norma budaya memiliki pengaruh yang kuat tidak hanya pada tingkat kepatuhan namun mendasari terjadinya kepatuhan. Sebagai contoh, seseorang yang berlatarbelakang budaya yang memiliki kepercayaan kuat terhadap kemampuan pengobatan tradisional, cenderung tidak mengindahkan pengobatan modern yang direkomendasikan oleh ahli medis.

f. *Practitioner-Patient Interaction*

Interaksi antara ahli medis dan pasien yang mempengaruhi kepatuhan termasuk di dalamnya adalah komunikasi verbal dan karakteristik pribadi *practitioner*. Komunikasi verbal yang baik akan membuat pasien merasa percaya bahwa dokter mengerti alasan pasien

menjalani pengobatan dan keduanya sama-sama menyetujui pengobatan yang akan dilakukan, sehingga membuat kepatuhan menjadi meningkat. Adapun karakteristik pribadi dokter seperti level keahlian yang dimiliki akan membantu pasien merasa percaya bahwa dirinya ditangani oleh dokter yang kompeten. Selain itu, sikap hangat, ramah, peduli yang ditunjukkan oleh dokter juga membantu membuat pasien menjadi lebih patuh dalam menerima petunjuk dan intruksi dari dokter.

5. Penggunaan Obat Anti-Hipertensi

Langkah awal penggunaan obat antihipertensi yang direkomendasikan WHO yaitu monoterapi dengan salah satu dari lima golongan obat berikut;

- a. *Diuretik*
- b. *Beta blocker*
- c. *ACE Inhibitor*
- d. *Calcium Chanel Blocker*
- e. *Alfa blocker*

Kelima golongan obat diatas terpilih sebagai obat antihipertensi tahap pertama, karena tidak banyak menimbulkan efek samping yang mengganggu dan tidak menimbulkan toleransi pada pemberian jangka panjang sehingga dapat digunakan sebagai monoterapi. Antihipertensi lainnya, yakni *vasodilator* langsung, *centrally acting sympathoplegic drugs* dan *penghambat saraf adrenergik*, tidak digunakan untuk

monoterapi tahap pertama tapi merupakan antihipertensi tambahan. Hal ini disebabkan obat-obat ini menimbulkan toleransi akibat terjadi retensi cairan (pada *vasodilator* langsung, juga terjadi reflex simpatis yang menstimulasi sistem kardiovaskuler), dan menimbulkan efek samping yang mengganggu pada kebanyakan penderita (Pahlawan et al., 2013).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pengobatan hipertensi antara lain (Kemenkes RI, 2019):

- 1) Pengobatan esensial dilakukan untuk menurunkan tekanan darah dengan tujuan memperpanjang harapan hidup dan mengurangi komplikasi.
- 2) Pengobatan sekunder lebih ditujukan untuk mengendalikan penyebab hipertensi.
- 3) Pemilihan kombinasi obat anti-hipertensi didasarkan pada keparahan dan respon penderita terhadap obat yang diberikan.
- 4) Pengobatan hipertensi dilakukan dalam waktu yang lama, bahkan mungkin sampai seumur hidup.
- 5) Pasien yang berhasil mengontrol tekanan darah, maka pemberian obat hipertensi di puskesmas diberikan pada saat kunjungan, dengan catatan obat yang baru diberikan untuk pemakaian selama 30 hari bila tanpa keluhan baru.
- 6) Penderita yang baru didiagnosis, disarankan melakukan kontrol ulang 4 kali dalam sebulan atau seminggu sekali, bila tekanan darah sistolik > 160 mmHg atau diastolik > 100 mmH sebaiknya diberikan terapi

kombinasi setelah kunjungan kedua (dalam 2 minggu) tekanan darah tidak dapat dikontrol.

- 7) Kasus hipertensi atau tekanan darah tidak dapat dikontrol setelah pemberian obat pertama, maka langsung diberikan terapi pengobatan kombinasi bila tidak dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

6. Penatalaksanaan Terapi Hipertensi

Target tekanan darah untuk hipertensi *uncomplicated* yaitu tekanan darah $> 140/90$ mmHg dan target yang lebih rendah $> 130/80$ mmHg untuk mereka yang berisiko tinggi seperti pasien diabetes, penyakit kardiovaskuler atau serebrovaskuler dan penyakit ginjal kronik. Khusus untuk guideline JNC VIII, usia < 60 tahun target kendali TD adalah sama yaitu $> 140/90$ mmHg dan usia ≥ 60 tahun adalah $> 150/90$ mmHg (Kandarini, 2017).

Tabel 2. 4
Dosis Obat Antihipertensi Berdasarkan Evidence-Based

Obat Antihipertensi	Dosis Harian Awal, mg	Target dosis yang ditinjau, mg	Dosis per hari (x)
ACE inhibitors			
Captopril	50	150 – 200	2
Enalapril	5	20	1 – 2
Lisinopril	10	40	1
Angiotensin reseptor blockers			
Eprosartan	400	600-800	1-2
Candesartan	4	12-32	1
Losartan	50	100	1-2
Valsartan	40-80	160-320	1
Irbesartan	75	300	1
B-Blockers			

Atenolol	25-50	100	1
Metoprolol	50	100-200	1-2
Calcium Channel Blockers			
Amlodipine	2-5	10	1
Diltiazem extended release	120-180	360	1
Nitrendipine	10	20	1-2
Thiazide-type diuretics			
Bendroflumethiazide	5	10	1
Chlorthalidone	12.5	12.5-25	1
Hydrochlorothiazide	12.5-25	25-100	1-2
Indapamide	1.25	1.25-25	1

Sumber: Kandarini, 2017

Kombinasi Obat Antihipertensi akan dilakukan apabila target TD tidak tercapai dalam waktu satu bulan pengobatan, maka dapat dilakukan peningkatan dosis obat awal atau alternatif lain yaitu dengan cara menambahkan obat kedua dari salah satu kelas (diuretic thiazide, CCB, ACEI, atau ARB) (Kandarini, 2017).

D. Tinjauan Umum Tentang Tenaga Kependidikan

1. Definisi Tenaga Kependidikan

Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan Nasional pasal 1 ayat 5 dan 6 yang dimaksud dengan tenaga kependidikan adalah anggota masyarakat yang mengabdikan diri dan diangkat untuk menunjang penyelenggaraan Pendidikan. Tenaga kependidikan meliputi kepala instansi, pengawas satuan pendidikan, tenaga administrasi, tenaga perpustakaan, tenaga laboratorium teknis, pengelolaan kelompok belajar dan tenaga kebersihan. Tenaga kependidikan adalah anggota masyarakat

yang mengabdikan diri dan diangkat untuk menunjang penyelenggaraan pendidikan (Suarga, 2019).

Peran tenaga kependidikan (Tendik) merupakan pemegang peranan strategik dalam upaya pembentukan karakter bangsa dan peningkatan mutu SDM (sumber daya manusia) dalam pencapaian pendidikan unggulan baik ditingkat dasar, menengah maupun perguruan tinggi. Salah satu yang menjadi tantangan sendiri bagi Tendik yaitu perkembangan IPTEK karena Tendik dituntut mengikuti laju perkembangannya. Melalui mekanisme pengelolaan yang mencakup sistem manajerial, pembinaan dan pengembangan tenaga kependidikan dalam mendukung, pelaksanaan tri dharma Perguruan Tinggi. Pencapaian Pendidikan unggulan bisa diukur dengan pengukuran kinerja melalui motivasi, kompensasi, budaya organisasi dan kompetensi Tendik (Lanjarsih et al., 2018).

2. Tugas Pokok Tenaga Kependidikan

Menurut Undang-Undang RI Nomor 20 tahun 2003 pasal 39 ayat (1), tenaga kependidikan adalah tenaga yang bertugas dalam melaksanakan administrasi, pengelolaan, pengembangan, pengawasan, dan pelayanan teknis untuk menunjang proses pendidikan pada satuan Pendidikan (Suarga, 2019).

3. Hak dan Kewajiban Tenaga Kependidikan

Tenaga Kependidikan memiliki hak dan kewajiban dalam melaksanakan tugas, yaitu (Suarga, 2019):

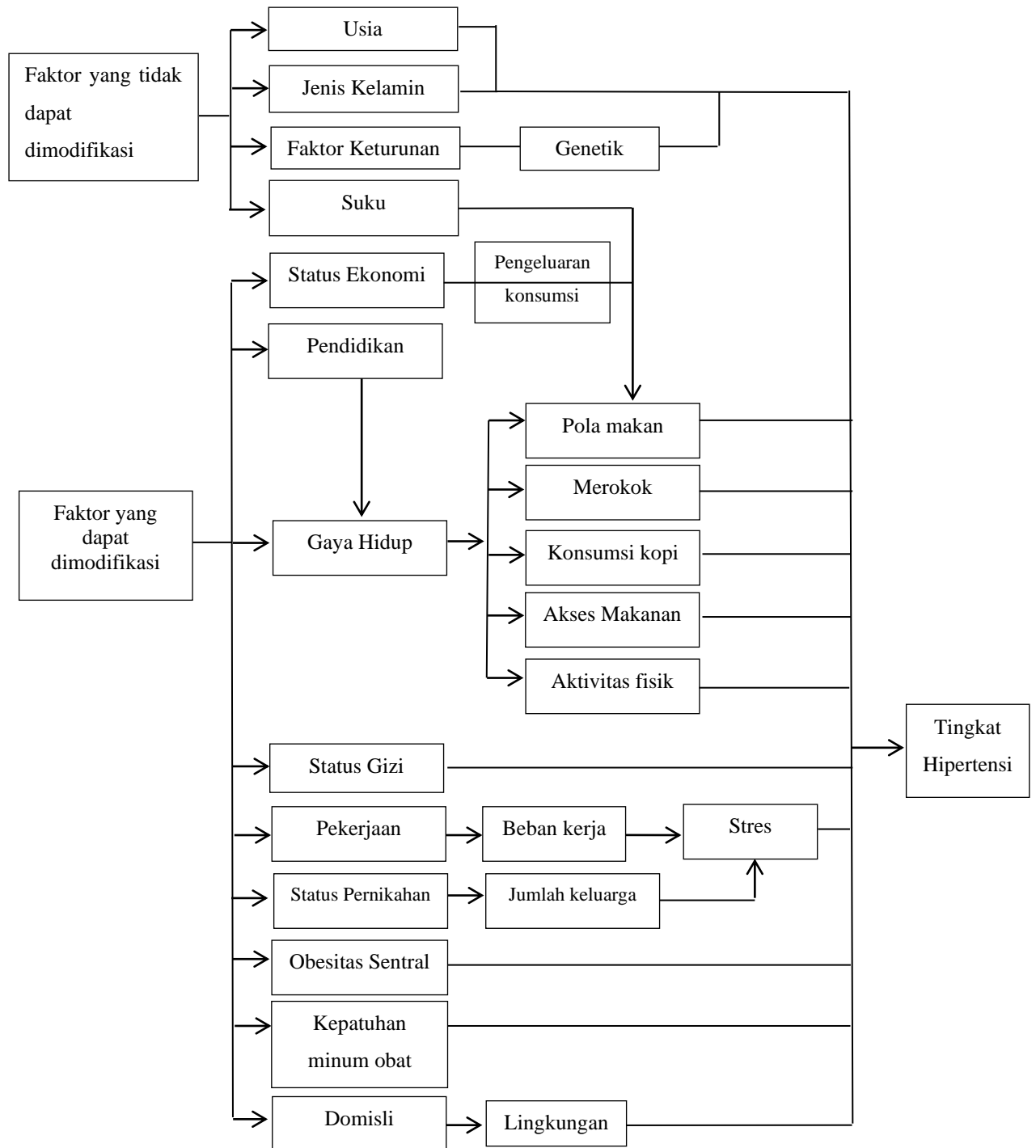
- a. Hak pendidik dan tenaga kependidikan;

- 1) Penghasilan dan jaminan kesejahteraan sosial yang pantas dan memadai.
 - 2) Penghargaan sesuai dengan tugas dan prestasi kerja.
 - 3) Pembinaan karir sesuai dengan tuntutan pengembangan kualitas.
 - 4) Perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas dan hak atas hasil kekayaan intelektual.
 - 5) Kesempatan untuk menggunakan sarana, prasarana, dan fasilitas Pendidikan untuk menunjang kelancaran pelaksanaan tugas.
- b. Pendidik dan tenaga kependidikan berkewajiban:
- 1) Menciptakan suasana pendidikan yang bermakna, menyenangkan, kreatif, dinamis, dan dialogis.
 - 2) Mempunyai komitmen secara profesional untuk meningkatkan mutu pendidikan.
 - 3) Memberi teladan dan menjaga nama baik lembaga, profesi, dan kedudukan sesuai dengan kepercayaan yang diberikan kepadanya
4. Faktor Risiko dan Masalah Kesehatan pada Tenaga Kependidikan

Tenaga kependidikan termasuk pekerjaan yang tak lepas dari stres. Salah satu yang dapat menyebabkan stres pada pekerja ialah beban kerja mental. Apabila dibiarkan terus menerus akan berdampak buruk pada pekerja. Beban kerja mental yang melebihi kemampuan fisik pekerja dapat menimbulkan kelelahan, rasa tidak nyaman, kecelakaan, cedera, rasa sakit, dan menurunnya produktivitas (Zetli, 2019).

Tenaga kependidikan dituntut dalam memberikan pelayanan yang maksimal, cepat, dan tepat untuk keberlangsungan kegiatan perguruan tinggi (Prakoso et al., 2018). Perilaku atasan dan beban kerja yang berlebih dapat membuat tenaga kependidikan merasa jenuh sehingga mengalami perubahan perilaku makan yang kemudian mengakibatkan terjadinya obesitas. Stres yang diiringi aktivitas kurang inilah juga dapat membuat tenaga kependidikan mengalami obesitas karena mereka melakukan pekerjaan dengan tidak banyak mengeluarkan energi ataupun aktivitas fisik (Setyastuti, 2020).

E. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi Teori H.L Blum dalam Dewi, 2018; WHO, 2018; Firman, 2020; Anwar & Masnina, 2019; Dien et al., 2014; Firmansyah & Santoso, 2020.

BAB III

KERANGKA KONSEP

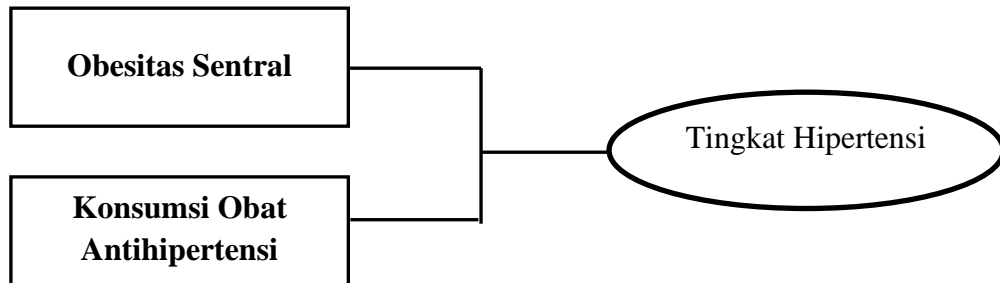
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang.

Banyak faktor yang mempengaruhi hipertensi bisa disebabkan faktor perilaku seperti kebiasaan merokok, mengonsumsi garam berlebih, kurang aktivitas dan lain sebagainya. Selain itu, salah satu faktor risiko hipertensi adalah obesitas sentral, yakni berat badan melebihi indeks masa tubuh dan pengukuran lingkar perut melebihi batas normal. Obesitas sentral dapat meningkatkan adanya hipertensi pada seseorang karena disebabkan lemak yang dapat menimbulkan penyumbatan pada pembuluh darah sehingga dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah.

Konsumsi obat pada penelitian ini ditujukan untuk melihat seberapa banyak responden minum obat dan seberapa patuh penderita hipertensi dalam mengonsumsi obat. Penderita hipertensi yang patuh minum obat diharapkan tekanan darahnya bisa terkontrol serta mengurangi risiko, dan penderita bisa melaksanakan aktivitas sehari-harinya.

B. Kerangka Konsep



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep

C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Tingkat Hipertensi	Peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/ tenang.	Tensimeter manual	Hipertensi I = jika tekanan darah 140-159/90-99 mmHg Hipertensi II = jika tekanan darah $\geq 160/\geq 100$ mmHg. (JNC VII, 2003)	Ordinal
Status Obesitas Sentral	Keadaan ketika terjadi akumulasi lemak di area abdominal yang ditandai dengan peningkatan ukuran lingkaran pinggang.	<i>One-med Waist Ruler</i>	Tidak obesitas sentral; 1. Laki-laki = LP ≤ 90 cm 2. Perempuan = LP ≤ 80 cm Obesitas sentral;	Ordinal

	Dikatakan obesitas sentral jika lingkaran pinggang > 90 cm untuk laki-laki dan > 80 cm untuk perempuan.		<ol style="list-style-type: none"> 1. Laki-laki = LP > 90 cm. 2. Perempuan = LP > 80 cm. (Kementerian Kesehatan RI, 2018b)	
Kepatuhan Minum Obat	Tingkat kepatuhan/partisipasi responden dalam mengonsumsi obat yang diukur menggunakan kuesioner MMAS-8.	Kuesioner <i>Morisky Medication Adherence Scale</i> (MMAS-8)	Tidak patuh = skor responden ≤ 4 Kurang patuh = skor responden 5 – 6. Patuh = skor responden 7 – 8.	Ordinal