

Hipertensi Esensial pada Wanita Lanjut Usia: Sebuah Laporan Kasus

Fahman Ghiffari¹, Winda Trijayanthi Utama²

¹Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular yang prevalensinya terus meningkat pada usia lanjut, namun banyak kasus tidak terdiagnosis maupun tidak terkendali secara adekuat. Seorang perempuan 75 tahun datang dengan sakit kepala disertai sulit tidur sejak satu hari sebelum pemeriksaan, dengan riwayat tekanan darah tinggi yang pernah terukur namun belum pernah mendapat terapi antihipertensi. Pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 166/90 mmHg dan indeks massa tubuh 25,3 kg/m² (berat badan lebih), tanpa tanda kerusakan organ target maupun temuan klinis yang mengarah pada etiologi sekunder. Faktor risiko yang teridentifikasi meliputi usia lanjut, kurangnya waktu istirahat, konsumsi kopi, pola makan tinggi garam dan lemak, kurangnya aktivitas fisik, serta riwayat hipertensi pada keluarga. Diagnosis hipertensi esensial derajat 1 ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Tata laksana meliputi amlodipin, edukasi, serta modifikasi pola makan rendah garam dan peningkatan aktivitas fisik. Pada kunjungan kontrol berikutnya, tekanan darah menurun menjadi 140/85 mmHg disertai perbaikan keluhan klinis dan penerapan pola makan serta aktivitas fisik sesuai anjuran yang dilaporkan pasien. Kasus ini menggambarkan bahwa perbaikan gejala akut dan penurunan tekanan darah dapat dicapai melalui kombinasi monoterapi antihipertensi dengan edukasi gaya hidup pada pasien lanjut usia, meskipun target tekanan darah <130/80 mmHg belum sepenuhnya tercapai pada evaluasi tersebut.

Kata Kunci: Aktivitas fisik, hipertensi esensial, lanjut usia, modifikasi gaya hidup

Essential Hypertension in an Elderly Woman: a Case Report

Abstract

Hypertension is one of the leading risk factors for cardiovascular disease, with a continuously increasing prevalence among the elderly, yet many cases remain undiagnosed or inadequately controlled. A 75-year-old woman presented with headache accompanied by difficulty sleeping for one day prior to examination, with a previously measured elevated blood pressure but no history of antihypertensive treatment. Physical examination revealed a blood pressure of 166/90 mmHg and a body mass index of 25.3 kg/m² (overweight), without signs of target organ damage or clinical findings suggestive of a secondary etiology. Identified risk factors included advanced age, insufficient rest, coffee consumption, a diet high in salt and fat, low physical activity, and a family history of hypertension. Grade 1 essential hypertension was diagnosed based on history and physical examination. Management included amlodipine, education, and dietary sodium restriction combined with increased physical activity. At the following follow-up visit, blood pressure decreased to 140/85 mmHg, accompanied by symptomatic improvement and patient-reported adherence to the recommended dietary and physical activity changes. This case illustrates that acute symptom relief and blood pressure reduction can be achieved through a combination of antihypertensive monotherapy and lifestyle education in an elderly patient, although the target blood pressure of <130/80 mmHg was not yet fully achieved at that evaluation.

Keywords: Essential hypertension, elderly, lifestyle modification, physical activity

Korespondensi: Fahman Ghiffari, alamat Jl. Parumpa Daya, Biringkanaya, Kota Makassar, HP 082348470427, e-mail fahmanghiffari18@gmail.com

Pendahuluan

Hipertensi merupakan faktor risiko utama penyakit kardiovaskular dan berkontribusi besar terhadap angka morbiditas dan mortalitas secara global. World Health Organization melaporkan bahwa sekitar 1,28 miliar penduduk usia 30–79 tahun di dunia mengalami hipertensi, dan hanya sekitar 21% di antaranya yang mencapai target pengendalian tekanan darah.¹

Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik ≥ 140

mmHg dan/atau diastolik ≥ 90 mmHg. Kondisi ini sering berlangsung asimtomatik pada tahap awal sehingga sebagian besar kasus baru teridentifikasi melalui pemeriksaan rutin atau setelah komplikasi muncul.²

Di Indonesia, hipertensi termasuk masalah utama dalam kelompok penyakit tidak menular. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 mencatat prevalensi hipertensi sebesar 34,1% pada penduduk usia ≥ 18 tahun, meningkat dari 25,8% pada tahun 2013.³ Survei

Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menunjukkan bahwa hipertensi tetap menjadi beban kesehatan yang signifikan, dengan prevalensi tertinggi pada kelompok usia ≥ 45 tahun, dan termasuk sepuluh penyakit terbanyak di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.⁴

Secara klinis, hipertensi meningkatkan risiko penyakit jantung koroner, stroke, gagal jantung, dan penyakit ginjal kronik. Beban penyakit ini dirasakan oleh individu dan sistem pelayanan kesehatan, terutama di tingkat pelayanan primer sebagai kontak pertama pasien. Penatalaksanaan hipertensi mencakup terapi farmakologis dan intervensi non-farmakologis berupa pembatasan konsumsi garam, peningkatan aktivitas fisik, dan pengendalian berat badan, yang memerlukan pemantauan jangka panjang serta evaluasi terapi secara berkala.⁵

Sebagian besar kasus hipertensi tergolong hipertensi esensial (primer), yaitu peningkatan tekanan darah tanpa penyebab sekunder yang jelas, akibat interaksi faktor genetik, lingkungan, dan mekanisme neurohormonal yang meningkatkan resistensi vaskular sistemik.⁶ Usia lanjut, obesitas, pola makan tinggi garam dan lemak, kurangnya aktivitas fisik, konsumsi kafein berlebih, dan kurangnya waktu istirahat merupakan faktor risiko yang mempercepat progresivitas penyakit dan meningkatkan risiko komplikasi kardiovaskular apabila tidak dikendalikan. Kelompok usia lanjut secara fisiologis lebih rentan mengalami peningkatan tekanan darah, sehingga penatalaksanaan yang tepat dan berkesinambungan diperlukan untuk mencegah komplikasi dan mempertahankan kualitas hidup pasien. Laporan kasus ini menggambarkan penatalaksanaan komprehensif pada pasien perempuan usia 75 tahun dengan hipertensi esensial. Pembelajaran klinis utama dari kasus ini terletak pada pengenalan hipertensi pada pasien usia lanjut yang sering asimtomatik, identifikasi faktor risiko gaya hidup, serta penyusunan tata laksana yang mengintegrasikan terapi farmakologis dan modifikasi gaya hidup.⁶

Kasus

Pasien Ny. S, seorang perempuan berusia 75 tahun yang bekerja sebagai buruh

toko sembako, datang ke Puskesmas Kalirejo pada 23 Februari 2026 dengan keluhan sakit kepala yang menyertai sulit tidur sejak satu hari sebelum pemeriksaan. Kedua keluhan muncul bersamaan dan membuat pasien merasa tidak nyaman. Sakit kepala pada pasien ini dicatat sebagai keluhan yang menyertai, dan tidak secara otomatis diatribusikan sebagai akibat langsung dari hipertensi. Penyebab sekunder serta kemungkinan penyebab lain telah dipertimbangkan sesuai data yang tersedia. Pasien belum pernah mengalami keluhan serupa. Pasien menyangkal nyeri dada, mual, muntah, penurunan kesadaran, kelemahan anggota gerak, bicara pelo, dan gangguan penglihatan. Pasien juga menyangkal keringat berlebih, pucat, keluhan episodik, buang air kecil berbuih, perubahan warna atau jumlah urin, nyeri pinggang, mendengkur keras, terbangun dengan rasa tersedak, dan mengantuk berlebih pada siang hari. Pasien tidak mengalami penurunan berat badan tanpa sebab, tremor, intoleransi panas, perubahan bentuk wajah, maupun mudah memar. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit ginjal atau infeksi saluran kemih berulang dan tidak mengonsumsi NSAID, obat pelangsing, jamu, maupun dekongestan.

Pasien memiliki riwayat pemeriksaan tekanan darah rutin di posyandu dengan hasil sekitar 140/90 mmHg, tetapi belum pernah mendapatkan terapi antihipertensi. Riwayat hipertensi pada kehamilan tidak ada, dan ibu pasien memiliki riwayat hipertensi. Pola tidur pasien sebelumnya baik dan berkurang dalam beberapa hari terakhir karena kurang beristirahat pada malam hari. Pasien juga mengonsumsi kopi, yang sebelumnya bukan kebiasaannya. Konsumsi kopi pada kasus ini diduga berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah dan keluhan, dengan catatan bahwa efek kafein terhadap tekanan darah bersifat individual dan hubungan sebab-akibat tidak dapat ditetapkan berdasarkan satu laporan kasus. Pasien makan nasi putih sekitar satu centong sebanyak dua sampai tiga kali sehari, gemar mengonsumsi lauk yang digoreng atau ditumis, dan jarang mengonsumsi buah. Pasien belum mengetahui anjuran pembatasan asupan garam harian pada penderita hipertensi sebesar 1.500 mg. Pasien tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, dan jarang berolahraga. Pasien tinggal

bersama suami berusia 90 tahun, sedangkan ketiga anaknya sudah berkeluarga dan tinggal terpisah. Keluarga memiliki BPJS, rumah pasien berjarak kurang dari satu kilometer dari Puskesmas, dan pasien berobat hanya ketika muncul keluhan.

Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum tampak sakit ringan dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah pada kunjungan awal 166/90 mmHg, frekuensi nadi 86 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, suhu 36,7°C, dan saturasi oksigen 99% pada udara ruangan. Jumlah pengukuran ulang dan posisi pasien pada pengukuran di poliklinik tidak tercatat. Pada kunjungan rumah, tekanan darah diukur pada posisi duduk di lengan atas menggunakan tensimeter digital otomatis. Berat badan 57 kg dan tinggi badan 150 cm menghasilkan indeks massa tubuh 25,3 kg/m², yang termasuk kategori berat badan lebih. Pemeriksaan kepala, telinga, hidung, tenggorokan, dan paru dalam batas normal. Pada pemeriksaan jantung, iktus kordis teraba di sela iga V, batas jantung tidak melebar, dan bunyi jantung I/II reguler. Abdomen datar dengan bising usus 8 kali/menit, tanpa nyeri tekan, massa, maupun hepatosplenomegali. Akral hangat dengan waktu pengisian kapiler kurang dari dua detik, kekuatan otot 5 pada keempat ekstremitas, dan status neurologis dalam batas normal. Pemeriksaan neurologis terarah tidak menunjukkan defisit fokal. Tanda kongesti seperti ronki, wheezing, atau peningkatan tekanan vena jugularis tidak ditemukan. Pemeriksaan elektrokardiografi, fungsi ginjal, urinalisis, dan funduskopi tidak dilakukan. Keterbatasan ini dicatat sebagai bagian dari keterbatasan kasus, sehingga penilaian risiko kardiovaskular dan penyingkiran keterlibatan organ target subklinis belum dapat dilakukan secara lengkap.

Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, yaitu anamnesis, pemeriksaan jantung, dan pemeriksaan neurologis, tidak ditemukan tanda kerusakan organ target. Elektrokardiografi, funduskopi, urinalisis, dan pemeriksaan fungsi ginjal tidak dilakukan pada kasus ini. Keterlibatan organ target subklinis karena itu belum dapat disingkirkan sepenuhnya. Pemeriksaan penunjang pada 23 Februari 2026 menunjukkan gula darah sewaktu 127 mg/dL (nilai rujukan <200 mg/dL), kolesterol total 183 mg/dL (nilai rujukan <200

mg/dL), dan asam urat 5,8 mg/dL (nilai rujukan perempuan sekitar 2,4–6,0 mg/dL). Ketiga hasil tersebut berada dalam rentang rujukan, dengan kadar asam urat mendekati batas atas. Pemeriksaan kreatinin/eGFR, elektrolit, urinalisis/albuminuria, profil lipid lengkap, dan elektrokardiografi tidak tersedia. Data tersebut dicatat sebagai keterbatasan evaluasi risiko kardiovaskular pada pasien usia 75 tahun.

Diagnosis hipertensi esensial (ICD-10: I10) ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang tersedia. Evaluasi penyebab sekunder pada pasien ini terbatas pada anamnesis terarah, meliputi gejala feokromositoma, penyakit ginjal, gangguan tiroid, sindrom Cushing, henti napas saat tidur, dan penggunaan obat yang meningkatkan tekanan darah, serta pemeriksaan fisik. Tidak ditemukan petunjuk klinis yang mengarah pada penyebab sekunder. Pemeriksaan fungsi ginjal, elektrolit, dan hormonal tidak dilakukan, sehingga diagnosis ini bersifat klinis. Faktor risiko yang teridentifikasi meliputi usia lanjut, riwayat hipertensi pada ibu, berat badan lebih, pola makan tinggi garam dan lemak, aktivitas fisik yang rendah, serta pengetahuan pasien dan keluarga yang terbatas mengenai penyakit dan pengendaliannya. Penilaian status psikologis dengan Geriatric Depression Scale menghasilkan skor 3/15 (tanpa gejala depresi). Skor Mini Mental State Examination 24/30 menunjukkan penurunan fungsi kognitif ringan pada aspek atensi dan recall, yang belum mengganggu kemampuan pasien memahami informasi terapi. Derajat fungsional pasien adalah 1.

Pasien menerima amlodipin 10 mg satu kali sehari. Dosis awal 10 mg pada perempuan usia 75 tahun merupakan dosis yang relatif tinggi. Pemilihan dosis ini didasarkan pada tekanan darah sistolik pasien 166 mmHg pada kondisi belum pernah mendapat terapi, efektivitas golongan dihidropiridin dalam menurunkan tekanan darah sistolik pada usia lanjut, dan regimen sekali sehari yang mendukung kepatuhan. Pasien tidak memiliki riwayat penggunaan amlodipin dosis lebih rendah sebelumnya. Prinsip start low, go slow dipertimbangkan dengan tetap memantau kemungkinan hipotensi, pusing, atau jatuh. Pasien juga menerima edukasi mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, dan

komplikasi hipertensi, pentingnya kepatuhan berobat dan kontrol rutin, diet rendah garam, serta anjuran berjalan kaki minimal 30 menit setiap hari. Edukasi diberikan secara lisan dengan media poster kepada pasien dan suaminya.

Pengamatan berlangsung selama 14 hari melalui tiga kunjungan. Setelah kunjungan awal di Puskesmas pada 23 Februari 2026, dilakukan kunjungan rumah untuk mengkaji aspek personal, klinis, risiko internal dan eksternal, serta derajat fungsional. Intervensi diberikan pada kunjungan rumah 2 Maret 2026, dan evaluasi dilakukan pada 9 Maret 2026. Jarak antara pemberian intervensi dan evaluasi adalah 7 hari. Pada kontrol awal, pasien masih belum rutin mengonsumsi obat antihipertensi. Pada evaluasi akhir, pasien tidak lagi mengeluhkan sakit kepala dan gangguan tidur, tidur dengan baik, berjalan pagi selama 30 menit setiap hari, dan mengonsumsi obat secara rutin. Tekanan darah pada evaluasi ini 140/85 mmHg. Peningkatan pengetahuan dinilai dengan kuesioner pilihan ganda sepuluh soal mengenai hipertensi yang diberikan sebelum dan sesudah intervensi. Skor pasien meningkat dari 50 menjadi 90. Food recall 24 jam menunjukkan asupan natrium menurun dari 1.803 mg sebelum intervensi menjadi 1.067 mg setelah intervensi.

Pembahasan

Studi kasus ini dilakukan pada Ny. S, seorang perempuan berusia 75 tahun dengan diagnosis hipertensi esensial. Pasien datang dengan keluhan sakit kepala yang menyertai sulit tidur sejak satu hari sebelum pemeriksaan. Sakit kepala pada pasien ini dicatat sebagai keluhan yang menyertai, dan tidak secara otomatis diatribusikan sebagai akibat langsung dari peningkatan tekanan darah. Pada tekanan darah 166/90 mmHg, sakit kepala dapat memiliki penyebab lain, sehingga penyebab sekunder dan penyebab alternatif yang relevan telah dipertimbangkan sesuai data yang tersedia. Pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 166/90 mmHg tanpa tanda kerusakan organ target. Pasien sebelumnya memiliki riwayat tekanan darah sekitar 140/90 mmHg dan belum pernah mendapatkan terapi antihipertensi. Berdasarkan Pedoman Nasional Pelayanan

Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa, tekanan darah sistolik 166 mmHg termasuk dalam rentang hipertensi derajat 2, sedangkan tekanan diastolik 90 mmHg berada pada rentang derajat 1. Klasifikasi akhir mengikuti kategori yang lebih tinggi, sehingga tekanan darah pasien dikategorikan sebagai hipertensi derajat 2. Tidak ditemukannya tanda atau gejala kerusakan organ target serta tidak adanya riwayat kondisi yang mengarah pada hipertensi sekunder mendukung diagnosis hipertensi esensial pada pasien ini.^{5,6,7}

Hipertensi esensial merupakan kondisi dengan peningkatan tekanan darah yang melibatkan interaksi kompleks antara faktor genetik, lingkungan, dan mekanisme neurohormonal. Peningkatan resistensi vaskular sistemik merupakan salah satu mekanisme utama yang berperan dalam mempertahankan peningkatan tekanan darah. Pada pasien lanjut usia, perubahan struktur dan elastisitas pembuluh darah juga berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah sistolik. Kondisi tersebut relevan dengan temuan pada pasien yang menunjukkan peningkatan tekanan darah sistolik lebih tinggi dibandingkan tekanan diastolik.^{6,7}

Pada pasien ini ditemukan beberapa faktor yang dapat berkontribusi terhadap kondisi hipertensi, yaitu aktivitas fisik yang rendah, pola istirahat yang tidak adekuat, konsumsi makanan tinggi garam dan lemak, serta konsumsi kopi yang sebelumnya tidak menjadi kebiasaan. Kurang tidur dan konsumsi kafein pada kasus ini diduga berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah dan munculnya keluhan sakit kepala serta gangguan tidur. Efek kafein terhadap tekanan darah bersifat individual, dan hubungan sebab-akibat antara faktor tersebut dengan peningkatan tekanan darah akut tidak dapat ditetapkan secara pasti berdasarkan satu laporan kasus. Riwayat tekanan darah sebelumnya sekitar 140/90 mmHg menunjukkan bahwa peningkatan tekanan darah pada saat pemeriksaan tidak sepenuhnya dapat dianggap sebagai respons situasional semata sehingga diperlukan pemantauan berkelanjutan.^{6,7,8}

Usia lanjut merupakan faktor risiko hipertensi yang tidak dapat dimodifikasi pada pasien ini. Bertambahnya usia berkaitan dengan perubahan struktur dan elastisitas

arteri yang dapat meningkatkan kekakuan vaskular serta tekanan darah sistolik. Riwayat hipertensi pada ibu pasien juga menunjukkan adanya predisposisi familial terhadap hipertensi. Sementara itu, indeks massa tubuh pasien sebesar $25,3 \text{ kg/m}^2$ termasuk kategori berat badan lebih dan dapat berkaitan dengan peningkatan resistensi vaskular melalui perubahan aktivitas sistem saraf simpatis dan sistem renin-angiotensin-aldosteron. Kombinasi faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi tersebut memberikan gambaran mengenai multifaktorialitas perkembangan hipertensi esensial pada pasien.^{6,7,8}

Faktor risiko hipertensi secara umum meliputi faktor yang tidak dapat dimodifikasi, seperti usia dan riwayat keluarga, serta faktor yang dapat dimodifikasi, seperti berat badan berlebih, konsumsi garam berlebih, pola makan yang kurang sehat, dan aktivitas fisik yang rendah. Pada Ny. S, faktor yang dapat dimodifikasi terlihat dari pola makan yang didominasi nasi dan makanan yang digoreng, rendahnya konsumsi buah, kurangnya aktivitas fisik terstruktur, serta keterbatasan pengetahuan mengenai pembatasan garam. Kondisi tersebut menjadi sasaran utama intervensi karena dapat diubah melalui edukasi dan perubahan perilaku secara bertahap.⁸

Pola makan pasien menjadi salah satu aspek penting dalam pengelolaan hipertensi. Konsumsi makanan yang tinggi natrium dapat meningkatkan retensi natrium dan cairan sehingga berkontribusi terhadap peningkatan volume intravaskular dan tekanan darah. Pasien juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan yang digoreng serta jarang mengonsumsi buah dan sayur. Oleh karena itu, edukasi diarahkan pada pengurangan makanan tinggi natrium dan lemak jenuh serta peningkatan konsumsi buah dan sayur. Pasien dianjurkan membatasi asupan natrium hingga kurang dari 1.500 mg per hari, yang setara dengan sekitar 3,8 gram garam atau sekitar dua pertiga sendok teh garam.⁸

Tidak ditemukannya nyeri dada, sesak napas, penurunan kesadaran, maupun defisit neurologis fokal serta tidak adanya tanda kerusakan organ target akut menunjukkan bahwa pasien tidak memenuhi gambaran hipertensi emergensi. Dengan kondisi tersebut, penurunan tekanan darah tidak memerlukan

intervensi segera untuk mencapai penurunan dalam hitungan jam, melainkan dapat dilakukan secara bertahap melalui terapi farmakologis dan nonfarmakologis serta pemantauan tekanan darah secara berkala. Penilaian terhadap adanya kerusakan organ target tetap menjadi bagian penting dalam menentukan urgensi tata laksana pada pasien dengan tekanan darah yang meningkat. Pemeriksaan elektrokardiografi, fungsi ginjal, urinalisis, dan funduskopi tidak dilakukan pada kasus ini, sehingga keterlibatan organ target subklinis belum dapat disingkirkan sepenuhnya. Keterbatasan ini dicatat sebagai bagian dari keterbatasan kasus.⁹

Kepatuhan terhadap pengobatan dan perilaku perawatan diri (self-care behavior) merupakan komponen penting dalam pengelolaan hipertensi jangka panjang. Perilaku tersebut mencakup kepatuhan dalam mengonsumsi obat, pengaturan pola makan, aktivitas fisik, serta pemantauan tekanan darah. Sebelum mendapatkan intervensi, pasien belum pernah memperoleh terapi antihipertensi meskipun memiliki riwayat tekanan darah tinggi. Kondisi tersebut menunjukkan perlunya peningkatan pengetahuan dan kesadaran pasien mengenai hipertensi sebagai penyakit kronis yang membutuhkan pemantauan dan pengelolaan berkelanjutan.¹⁰

Tujuan penatalaksanaan hipertensi pada pasien ini adalah menurunkan tekanan darah dan mengurangi risiko komplikasi kardiovaskular dalam jangka panjang. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa digunakan sebagai pedoman utama dalam menentukan arah tata laksana, dengan pedoman AHA/ACC sebagai rujukan pendukung. Target tekanan darah yang digunakan dalam pengelolaan pasien adalah $<130/80 \text{ mmHg}$. Pada pasien usia 75 tahun, target tersebut perlu diindividualisasi dengan mempertimbangkan frailty, hipotensi ortostatik, komorbiditas, toleransi pasien terhadap terapi, serta risiko jatuh. Penentuan target tekanan darah tidak ditetapkan hanya berdasarkan satu angka, melainkan melalui pertimbangan kondisi klinis pasien secara menyeluruh. Penentuan terapi tetap mempertimbangkan karakteristik klinis pasien, derajat peningkatan tekanan darah, faktor risiko, komorbiditas, tolerabilitas obat, serta

respons terhadap terapi selama pemantauan.^{5,2}

Pada kasus Ny. S, diberikan amlodipin 10 mg satu kali sehari sebagai terapi antihipertensi. Dosis awal 10 mg pada perempuan usia 75 tahun merupakan dosis yang relatif tinggi. Pemilihan dosis ini didasarkan pada tekanan darah sistolik pasien 166 mmHg pada kondisi belum pernah mendapat terapi, efektivitas golongan dihidropiridin dalam menurunkan tekanan darah sistolik pada usia lanjut, dan regimen sekali sehari yang mendukung kepatuhan. Pasien tidak memiliki riwayat penggunaan amlodipin dosis lebih rendah sebelumnya. Prinsip start low, go slow dipertimbangkan dengan tetap memantau kemungkinan hipotensi, pusing, atau jatuh. Pemilihan amlodipin pada pasien ini merupakan pertimbangan klinis yang disesuaikan dengan kondisi pasien, termasuk usia lanjut dan karakteristik peningkatan tekanan darah yang didominasi oleh tekanan sistolik. Amlodipin merupakan calcium channel blocker golongan dihidropiridin yang bekerja dengan menghambat kanal kalsium tipe-L pada otot polos pembuluh darah sehingga menyebabkan vasodilatasi dan menurunkan resistensi vaskular perifer. Amlodipin memiliki durasi kerja yang panjang sehingga dapat diberikan satu kali sehari dan dapat mendukung keteraturan penggunaan obat.^{5,2,12}

Terapi farmakologis pada pasien perlu disertai evaluasi berkala terhadap respons tekanan darah dan tolerabilitas obat. Apabila tekanan darah tetap berada di atas target pada evaluasi berikutnya, kebutuhan penyesuaian regimen dapat dipertimbangkan berdasarkan hasil pemantauan dan kondisi klinis pasien. Dengan demikian, penggunaan amlodipin pada kasus ini diposisikan sebagai bagian dari keputusan klinis individual dan tidak dimaksudkan sebagai pilihan yang berlaku secara umum bagi seluruh pasien lanjut usia dengan hipertensi.^{5,12}

Intervensi nonfarmakologis diarahkan pada faktor risiko yang dapat dimodifikasi, terutama pola makan dan aktivitas fisik. Pendekatan Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) menekankan peningkatan konsumsi buah, sayur, dan sumber pangan tinggi serat serta pembatasan lemak jenuh dan natrium. Pada pasien ini,

edukasi pola makan difokuskan pada pengurangan makanan yang digoreng, peningkatan konsumsi buah dan sayur, serta pembatasan asupan natrium sesuai anjuran. Aktivitas fisik juga dianjurkan dalam bentuk jalan kaki secara rutin dengan durasi sekitar 30–45 menit per hari dan frekuensi sekitar lima kali per minggu, dengan penyesuaian terhadap kondisi serta kemampuan fisik pasien.^{5,8,13}

Edukasi kesehatan diberikan sebagai bagian dari intervensi untuk meningkatkan pemahaman pasien mengenai hipertensi, faktor risiko, komplikasi, kepatuhan pengobatan, pola makan, aktivitas fisik, dan pentingnya pemantauan tekanan darah. Peningkatan pengetahuan mengenai penyakit dan pengobatan dapat mendukung kepatuhan pasien dalam menjalani terapi jangka panjang. Pada kasus ini, edukasi diarahkan agar pasien memahami bahwa perbaikan tekanan darah memerlukan kesinambungan antara penggunaan obat, perubahan gaya hidup, dan kontrol secara berkala.^{14,15}

Evaluasi setelah intervensi menunjukkan adanya perbaikan kondisi klinis. Keluhan sakit kepala dan gangguan tidur tidak lagi dirasakan oleh pasien. Pasien mulai memperbaiki pola makan, melakukan aktivitas fisik berupa jalan kaki secara rutin, dan mengikuti pengobatan yang diberikan. Tekanan darah mengalami penurunan dari 166/90 mmHg menjadi 140/85 mmHg. Hasil tersebut menunjukkan adanya respons terhadap intervensi berupa penurunan tekanan darah, tetapi tekanan darah pada evaluasi masih berada di atas target <130/80 mmHg. Oleh karena itu, kondisi pasien tetap memerlukan pemantauan tekanan darah secara berkelanjutan dan evaluasi terhadap kebutuhan optimalisasi terapi.^{5,10,15}

Kasus ini menunjukkan pentingnya pendekatan komprehensif dalam pengelolaan hipertensi pada pasien lanjut usia melalui klasifikasi tekanan darah yang konsisten, identifikasi faktor risiko, pemilihan terapi berdasarkan kondisi individual, modifikasi gaya hidup, serta edukasi pasien. Perbaikan tekanan darah dan perilaku perawatan diri pada evaluasi menunjukkan respons terhadap intervensi yang diberikan, sedangkan tekanan darah yang masih berada di atas target menegaskan pentingnya tindak lanjut dalam pelayanan primer. Pendekatan tersebut

memungkinkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi terus dievaluasi dan intervensi disesuaikan berdasarkan perkembangan kondisi klinis pasien.^{5,10,14,15}

Simpulan

Laporan kasus ini menggambarkan penatalaksanaan hipertensi esensial derajat 2 pada perempuan usia 75 tahun melalui pendekatan komprehensif yang mencakup terapi farmakologis dan nonfarmakologis. Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penyingkiran penyebab sekunder. Faktor risiko yang teridentifikasi meliputi usia lanjut, riwayat keluarga, status gizi dengan berat badan lebih, pola makan tinggi garam dan lemak, serta kurangnya aktivitas fisik. Tata laksana yang diberikan menghasilkan perbaikan klinis berupa penurunan tekanan darah dari 166/90 mmHg menjadi 140/85 mmHg, perbaikan gaya hidup, dan peningkatan pengetahuan pasien. Target tekanan darah <130/80 mmHg belum tercapai sehingga memerlukan pemantauan dan optimalisasi terapi berkelanjutan. Kasus ini menegaskan pentingnya pendekatan multidimensional pada hipertensi esensial pasien lanjut usia di layanan primer.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Sep 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, Johnson HM, Shimbo D, Abdalla M, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2025;152(11):e114-218. doi:10.1161/CIR.0000000000001356
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Laporan nasional Risesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 dalam angka. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2024.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/4634/2021 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2021.
6. Carretero OA, Oparil S. Essential hypertension: part I: definition and etiology. *Circulation*. 2000;101(3):329-35. doi:10.1161/01.CIR.101.3.329
7. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 20th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman pengendalian hipertensi di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2024.
9. Panggabean MS. Penatalaksanaan hipertensi emergensi. *Cermin Dunia Kedokt*. 2023;50(2):82-91. doi:10.55175/cdk.v50i2.520
10. Azmiardi A, Widiyanto A, Atmojo JT, Anasulfalah H, Mubarak AS, Iswahyuni S. Hypertension self-care behavior and its associated factors among patients with hypertension. *Indones J Med*. 2023;8(3):249-57.
11. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311(5):507-20. doi:10.1001/jama.2013.284427
12. Khalil H, Zeltser R. Antihypertensive medications [Internet]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2026 Sep 5]. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554579/>

13. Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Simadibrata M, Setiyohadi B, Syam AF, editors. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Vol 2. 6th ed. Jakarta: Interna Publishing; 2015.
14. Veronika E, Muda CAK, Irfandi A, Simatupang MM, Azteria V. Edukasi faktor risiko hipertensi dan pencegahannya pada masyarakat di Tegal Alur, Jakarta Barat. J Pengabd Masy. 2024;8(3):536-46.
15. Nurhanani R, Sudanto HS, Udiyono A. Hubungan faktor pengetahuan dengan tingkat kepatuhan minum obat antihipertensi (studi pada pasien hipertensi esensial) [skripsi]. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro; 2020.