

[Case Report]

## LAPORAN KASUS: SEORANG LAKI-LAKI USIA 56 TAHUN DENGAN HIPERTENSI, STROKE RECURRENT, CORONARY ARTERY DISEASE EC ATRIAL FIBRILASI UNSTABLE, VENTRICULAR EXTRASYSTOLE

**Case Report: A 56 Year Old Man With Hypertension, Recurrent Stroke, Coronary  
Artery Disease Ec Unstable Atrial Fibrillation, Ventricular Extrasystole**

**Bagus Oktofa Haryanto <sup>1</sup>, Setyo Utomo <sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Korespondensi: Bagus Oktofa Haryanto. Alamat email: [bagusrikudou013@gmail.com](mailto:bagusrikudou013@gmail.com)

### ABSTRAK

Stroke sindrom yang terjadi akibat gangguan fungsi otak fokal atau global, terjadi secara mendadak disebabkan oleh gangguan serebrovaskular. Stroke berulang atau stroke recurrent atau biasa di sebut stroke sekunder/ stroke serangan ke dua dan setelahnya. Serangan stroke berulang ini lebih fatal dari stroke primer sebab area kerusakan otak bertambah luas dari sebelumnya. Coronary Artery Disease (CAD) merupakan suatu gangguan fungsi jantung yang disebabkan karena otot miokard kekurangan suplai darah akibat adanya penyempitan arteri koroner dan tersumbatnya pembuluh darah jantung. Kondisi ini dapat mengakibatkan perubahan pada berbagai aspek, baik fisik, psikologis, maupun sosial yang berakibat pada penurunan kapasitas fungsional jantung dan kenyamanan. Berdasarkan laporan kasus ini, diketahui seorang laki-laki usia 56 tahun datang ke IGD RSUD Hardjono Ponorogo 26 Januari 2024 pagi hari, diantar oleh keluarga dengan keluhan sulit bicara, lemah anggota gerak sebelah kanan, nyeri dada, sesak nafas, sulit menelan. Pasien mendapat terapi Inf. asering 16tpm, inj. citicoline 500mg/ 12j, inj. piracetam 1gr/8j, P.O Biocombin 2x1g, P.O Ramipril 1x5mg, P.O Bisoprolol 1x2,5mg, P.O Notisil 1x2mg.

**Kata Kunci:** Hypertension, Recurrent Stroke, Coronary Artery Disease Ec Unstable Atrial Fibrillation, Ventricular Extrasystole

### ABSTRACT

Stroke syndrome that occurs due to focal or global brain dysfunction, occurs suddenly due to cerebrovascular disorders. Recurrent stroke or recurrent stroke or commonly called secondary stroke/second stroke attack and after. This recurrent stroke attack is more fatal than primary stroke because the area of brain damage is wider than before (Johnson, 2016). Coronary Artery Disease (CAD) is a heart function disorder caused by the myocardial muscle lacking blood supply due to narrowing of the coronary arteries and blockage of the heart's blood vessels (AHA, 2017). This condition can cause changes in various aspects, both physical, psychological, and social which result in decreased functional capacity of the heart and comfort (Mutarobin, 2019). Based on this case report, it is known that a 56-year-old man came to the Emergency Room of Hardjono Ponorogo Hospital on January 26, 2024 in the morning, accompanied by his family with complaints of difficulty speaking, weakness of the right limb, chest pain, shortness of breath, difficulty swallowing. The patient received Inf. therapy asering 16tpm, inj. citicoline 500mg/ 12h, inj. piracetam 1gr/8h, P.O Biocombin 2x1g, P.O Ramipril 1x5mg, P.O Bisoprolol 1x2.5mg, P.O Notisil 1x2mg.

**Keywords:** Hypertension, Recurrent Stroke, Coronary Artery Disease Ec Unstable Atrial Fibrillation, Ventricular Extrasystole

## PENDAHULUAN

Hipertensi, stroke, penyakit arteri koroner, fibrilasi atrium, dan ventrikular ekstrasistol adalah kondisi kardiovaskular yang sering dijumpai pada pasien dewasa lanjut usia. Kombinasi dari kelima kondisi ini meningkatkan risiko kejadian berulang yang dapat memperburuk prognosis pasien dan menurunkan kualitas hidup mereka. Menurut data dari World Health Organization (WHO), penyakit kardiovaskular tetap menjadi penyebab utama kematian global, dengan hipertensi dan stroke sebagai dua faktor risiko terpenting (World Health Organization, 2021). Pasien yang memiliki riwayat hipertensi dan stroke recurrent, terutama di atas usia 50 tahun, cenderung lebih rentan terhadap kejadian kardiovaskular lebih lanjut. Oleh karena itu, penanganan yang tepat dan pengelolaan yang menyeluruh dari kelima kondisi ini sangat penting untuk mengurangi angka morbiditas dan

mortalitas serta mencegah komplikasi yang lebih parah.

Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan hubungan yang signifikan antara hipertensi dan peningkatan risiko penyakit arteri koroner serta stroke. Sebuah studi oleh Liu et al. (2020) mengungkapkan bahwa hipertensi yang tidak terkontrol meningkatkan kemungkinan terjadinya infark miokard dan stroke iskemik berulang, terutama pada pasien usia lanjut (Liu, X., et al., 2020). Selain itu, penelitian oleh Zhao et al. (2022) menunjukkan bahwa pasien dengan riwayat fibrilasi atrium memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami stroke recurrent, yang disebabkan oleh emboli yang terbentuk akibat gangguan irama jantung ini (Zhao, H., et al., 2022). Dalam hal ventrikular ekstrasistol, studi oleh Chen et al. (2021) menyatakan bahwa gangguan irama ini sering ditemukan pada pasien dengan penyakit arteri koroner dan hipertensi, serta berperan sebagai faktor risiko terjadinya

gagal jantung (Chen, W., et al., 2021). Penelitian-penelitian ini menggambarkan kompleksitas pengelolaan pasien dengan kondisi kardiovaskular yang saling berinteraksi.

Hipotesis yang diajukan dalam laporan kasus ini adalah bahwa pengelolaan yang terintegrasi dan komprehensif terhadap hipertensi, fibrilasi atrium, penyakit arteri koroner, stroke recurrent, dan ventrikular ekstrasistol dapat secara signifikan mengurangi risiko kejadian kardiovaskular berulang dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Kebaruan dari laporan ini terletak pada analisis menyeluruh mengenai hubungan antara kelima kondisi tersebut pada pasien usia lanjut dan pendekatan intervensi yang dilakukan secara bersamaan, dibandingkan dengan studi sebelumnya yang lebih banyak fokus pada masing-masing kondisi secara terpisah.

## LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki berusia 65 tahun, datang ke IGD RSUD Hardjono Ponorogo pada tanggal 26 Januari 2024 dengan keluhan utama berupa kesulitan bicara, kelemahan pada anggota gerak kanan, nyeri dada, dan sesak napas. Pasien ini tinggal di Dukuh Masaran dan merupakan seorang petani. Pasien memiliki riwayat merokok, namun tidak memiliki kebiasaan mengonsumsi alkohol. Tn. Y datang dengan keluhan tersebut setelah mondok pada 4 hari sebelumnya yang mengindikasikan potensi adanya komplikasi pasca-perawatan. Pasien memiliki riwayat stroke sebelumnya, namun tidak ada riwayat penyakit hipertensi atau diabetes mellitus yang diketahui, baik pada dirinya maupun di keluarga terdekat. Pasien juga menegaskan tidak memiliki alergi atau riwayat penyakit jantung, ginjal, atau paru-paru.

Pada pemeriksaan sistemik, hasil anamnesis menunjukkan bahwa pasien tidak mengalami gejala lain

seperti nyeri kepala, demam, batuk, atau gangguan pencernaan yang signifikan. Pada pemeriksaan muskuloskeletal, tidak ditemukan edema pada ekstremitas atas atau bawah, serta warna kulit akral yang hangat. Semua sistem tubuh lainnya tidak menunjukkan kelainan yang signifikan, meskipun terdapat penurunan nafsu makan.

Pada pemeriksaan fisik umum, pasien dalam keadaan sedang dengan GCS (Glasgow Coma Scale) 15, yang menunjukkan tingkat kesadaran penuh. Pasien menunjukkan tekanan darah yang cukup tinggi, yakni 162/90 mmHg, dengan heart rate 78x/menit dan respirasi rate 22 x/menit. Saturasi oksigen pasien berada pada 98%, dan suhu tubuhnya normal (36,5°C). Pada pemeriksaan lokal, ditemukan lidah yang sedikit deviasi ke kiri, namun tidak ada kelainan signifikan pada konjungtiva atau sklera. Pada pemeriksaan thoraks, tidak ada kelainan pada lapang paru, dengan suara vesikuler yang normal dan tidak

ditemukan ronkhi atau wheezing. Pemeriksaan jantung menunjukkan irama ireguler, tanpa adanya bising jantung. Pemeriksaan abdomen menunjukkan hasil yang normal tanpa nyeri tekan atau pembesaran organ dalam. Pada ekstremitas, aliran darah perifer pasien masih cukup baik, dengan CRT (capillary refill time) kurang dari 2 detik. Pemeriksaan ini menunjukkan bahwa meskipun pasien mengalami gejala neurologis dan kardiovaskular yang signifikan, tidak ditemukan gangguan hemodinamik atau sirkulasi yang mendalam.

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan hasil hematologi dalam batas normal, dengan hemoglobin 14,5 g/dL, leukosit  $8,81 \times 10^3/\mu\text{L}$ , dan trombosit  $238 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Namun, pada pemeriksaan faal ginjal, ditemukan peningkatan kadar ureum (60.39 mg/dL) dan kreatinin (1.46 mg/dL), yang mengindikasikan adanya penurunan fungsi ginjal. Pemeriksaan kimia klinik

menunjukkan bahwa kadar glukosa darah meningkat menjadi 182 mg/dL, yang mengarah pada kemungkinan hiperglikemia. Selain itu, profil lipid pasien menunjukkan kadar trigliserida yang sedikit lebih tinggi dari batas normal (179 mg/dL), sedangkan kadar LDL berada dalam batas normal. Terlampir pada tabel 1,2.

Paramet er	Hematologi		
	Hasil	Nilai normal	Satuan
Eosinofil	1.8	0,0-6,0	%
Basofil	0.5	0,0-2,0	%
Neutrofil	77.6	42,0-85,0	%
Limfosit absolut	1.19		10 <sup>3</sup> /μL
Neutrofil absolut	6.84		10 <sup>3</sup> /μL
NLR	5.74		
NRBC	0.00		

Tabel 1. Hasil Pemeriksaan Hematologi

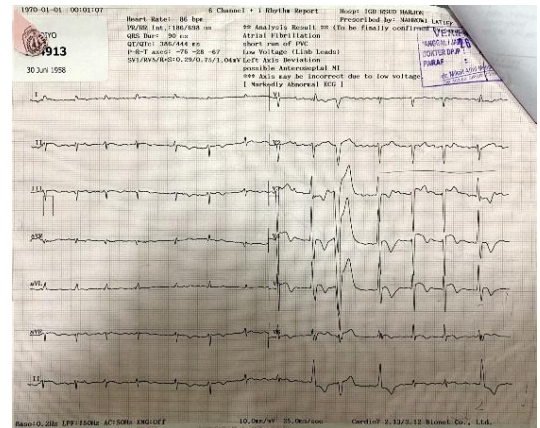
Tabel 2. Hasil Pemeriksaan Kimia Klinik

Paramet er	Hematologi			Parameter	Kimia Klinik		
	Hasil	Nilai normal	Satuan		Hasil	Nilai normal	Satuan
HGB	14.5	13,2-17,3	g/dl				
RBC	5.03	4,4-10,9	10 <sup>6</sup> /μL	<b>Faal Hati</b>			
WBC	8.81	4,1-10,9	10 <sup>3</sup> /μL	SGOT	-	0-50	u/L
HCT	44.6	36-56	%	SGPT	-	0-50	u/L
PLT	238	150-450	10 <sup>3</sup> /ul	<b>Gula Darah</b>			
MCV	88.6	80,00-100,0	Fl	Gula Strip	182	80-120	%
MCH	28.9	28.0-36,0	Pg	<b>Profil Lipid</b>			
MCHC	32.6	31.0-37,0	g/dl	Cholesterol total	-	20-200	mg/dL
RDW-CV	13.0	10,0-16,5	%	LDL kolesterol	95	<150	mg/dL
PDW	16.0	12,0-18,0	%	Trigliserida	179	20-150	mg/dL
MPV	9.4	5,0-10,0	Fl	<b>Faal Ginjal</b>			
PCT	0.223	0.10-1.0	%	Ureum	60.39 H	10-50	mg/dL
<b>Hitung jenis (Diff)</b>				Creatinin	1.46 H	0,6-1,3	mg/dL
				Asam urat	5,4	2,5-7,0	mg/dL
				<b>Elektrolit</b>			
Limfosit	13.5	11,0-49,0	%	Natrium	-	136-145	mmol/L
Monosit	6.6	0,0-9,0	%				

Parameter	Kimia Klinik		
	Hasil	Nilai normal	Satuan
Kalium	-	3,5-5,1	mmol/L
Chlorida	-	98-107	mmol/L

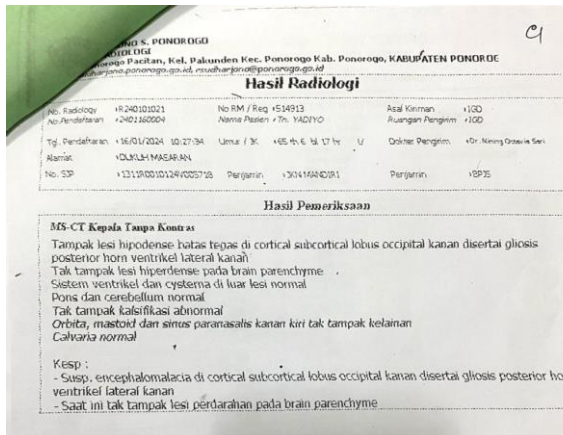
Pada pemeriksaan

elektrokardiografi (EKG), pada 26 Januari 2024, ditemukan atrial fibrilasi (AF) dengan irama yang tidak teratur dan VES pemanjangan. EKG juga menunjukkan adanya axis LAD (left axis deviation) dan indikasi adanya infark miokard anteroseptal. Pada pemeriksaan EKG berikutnya pada 27 Januari 2024 hingga 30 Januari 2024, ditemukan adanya AF berulang, VES pemanjangan, serta indikasi infark miokard inferior dan anteroseptal, yang mengindikasikan adanya gangguan kardiovaskular yang berat. Terlampir gambaran EKG sebagai berikut:



Gambar 1. EKG (26/01/2024) IGD.

Gel. : Atrial fibrilasi, VES pemanjangan,  
Irama: ireguler  
Hr : gelombang terpanjang +  
gelombang terpendek /2=  $27+100/2$   
=63,5 bpm  
Axis: LAD  
Lokasi: anteroseptal MI  
CT scan non kontras  
menunjukkan adanya gambaran  
encephalomalacia pada lobus occipital  
kanan subkortikal yang disertai gliosis  
pada posterior horn ventrikel lateral  
kanan, yang mengindikasikan adanya  
cedera pasca-stroke yang sebelumnya  
dialami pasien. Terlampir sebagai  
berikut:



Diskusi ini akan menguraikan keterkaitan antar kelainan-kelainan jantung yang ada pada pasien ini dan bagaimana masing-masing kondisi berkontribusi terhadap peningkatan risiko kejadian kardiovaskular lebih lanjut beserta mortalitas kesembuhan dan pencegahan.

## DISKUSI

Pada laporan kasus ini, pasien berusia 56 tahun dengan riwayat hipertensi, stroke recurrent, penyakit arteri koroner (CAD), atrial fibrilasi (AF) yang tidak stabil, dan ventrikular ekstrasistol (VES) menunjukkan kompleksitas kondisi kardiovaskular yang saling terkait dan saling memperburuk satu sama lain. Berdasarkan hasil pemeriksaan, kondisi-kondisi ini dapat dijelaskan melalui interaksi berbagai mekanisme patofisiologis yang saling mempengaruhi, dengan hipertensi dan merokok sebagai faktor pemicu utama yang memperburuk prognosis pasien.

Hipertensi dan merokok adalah faktor risiko utama untuk pengembangan penyakit kardiovaskular dan termasuk stroke recurrent. Hipertensi kronis dapat menyebabkan perubahan struktural pada pembuluh darah, termasuk pembesaran ventrikel, penebalan dinding arteri, dan peningkatan tekanan intra-cardial yang meningkatkan risiko terjadinya infark miokard dan stroke. Sebuah studi oleh Liu et al. (2020) menunjukkan bahwa hipertensi yang tidak terkontrol meningkatkan risiko stroke berulang pada pasien usia lanjut dengan riwayat hipertensi sebelumnya. Hipertensi menyebabkan peningkatan stres pada sistem vaskular yang bisa menyebabkan

aterosklerosis dan mengganggu integritas pembuluh darah, berisiko meningkatkan pembekuan darah yang bisa berujung pada stroke recurrent.

Penyakit arteri koroner yang diderita oleh pasien ini menunjukkan adanya plak aterosklerotik yang menghalangi aliran darah ke jantung. CAD memiliki hubungan erat dengan munculnya gangguan irama jantung seperti atrial fibrilasi. AF adalah gangguan irama yang sangat umum ditemukan pada pasien dengan CAD, yang disebabkan oleh perubahan struktural jantung akibat iskemia miokard. Penelitian Zhao et al. (2022) menunjukkan bahwa pasien dengan AF memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami stroke recurrent. Atrial fibrilasi dapat mengurangi kontraksi atrium yang normal, sehingga meningkatkan risiko pembekuan darah yang dapat berembun di jantung dan menyebabkan emboli. Pada kasus ini,

ketidakstabilan AF dapat memperburuk risiko stroke pada pasien.

Ventrikular ekstrasistol adalah aritmia yang terjadi ketika ada kontraksi tambahan pada ventrikel jantung, yang sering muncul pada pasien dengan CAD dan hipertensi. VES yang berulang dapat menambah beban kerja jantung, mengurangi aliran darah yang efektif, dan akhirnya meningkatkan risiko gagal jantung. Sebuah penelitian oleh Chen et al. (2021) mengungkapkan bahwa VES yang sering ditemukan pada pasien hipertensi dan CAD berfungsi sebagai penanda dari adanya gangguan fungsional pada jantung. VES juga dapat menyebabkan ketidakseimbangan dalam hemodinamik jantung, yang dapat memperburuk kelainan irama dan memicu terjadinya episode gagal jantung. Pada pasien ini, VES berperan dalam memperburuk fungsi jantung, meningkatkan risiko aritmia lebih lanjut, dan dapat berkontribusi pada kegagalan

pompa jantung jika tidak dikelola dengan baik.

Atrial fibrilasi yang tidak stabil pada pasien ini menunjukkan ketidakteraturan irama jantung yang dapat menyebabkan gangguan hemodinamik yang parah. AF tidak hanya meningkatkan risiko stroke, tetapi juga dapat menyebabkan penurunan output jantung, meningkatkan beban kerja jantung, dan memperburuk gejala gagal jantung pada pasien dengan CAD. Penelitian oleh Zhao et al. (2022) menunjukkan bahwa pada pasien dengan AF yang tidak terkontrol, risiko terjadinya komplikasi kardiovaskular, seperti infark miokard dan gagal jantung, meningkat secara signifikan. Ketidakstabilan AF pada pasien ini dapat menjadi tanda adanya dekomposisi jantung yang lebih lanjut, yang memperburuk kondisi kardiovaskular pasien secara keseluruhan.

Keterkaitan antara hipertensi, stroke, CAD, AF, dan VES pada pasien

ini menunjukkan gambaran yang kompleks dari kondisi kardiovaskular yang saling mempengaruhi. Hipertensi meningkatkan risiko terjadinya penyakit arteri koroner dan stroke berulang, sedangkan CAD memfasilitasi terjadinya AF dan VES. AF yang tidak stabil menambah risiko stroke berulang, sementara VES dapat memperburuk fungsi jantung dan berpotensi menyebabkan gagal jantung. Semua kondisi ini saling memperburuk prognosis pasien dan memerlukan pengelolaan yang intensif dan terintegrasi untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas.

Sebagai contoh, peningkatan tekanan darah yang tidak terkontrol pada pasien ini berperan sebagai pemicu utama dari perkembangan CAD dan stroke recurrent. Perkembangan CAD berkontribusi pada munculnya aritmia seperti AF, yang memperburuk aliran darah dan meningkatkan kemungkinan pembentukan bekuan darah,

menyebabkan stroke. Selain itu, VES yang terdeteksi pada pasien menunjukkan adanya gangguan irama jantung yang lebih luas, yang mempengaruhi fungsi jantung dan berpotensi memperburuk gejala gagal jantung.

Mortalitas pada pasien dengan kombinasi hipertensi, stroke recurrent, CAD, AF, dan VES sangat bergantung pada manajemen yang tepat. Tanpa penanganan yang efektif, mortalitas akibat komplikasi kardiovaskular dan neurologis dapat meningkat. Penelitian oleh Wolf et al. (2021) menunjukkan bahwa mortalitas pada pasien dengan AF yang tidak dikelola dengan baik dapat meningkat dua kali lipat dibandingkan dengan mereka yang mendapat terapi antikoagulan dan antiaritmia yang tepat.

Secara keseluruhan, pasien yang memiliki kombinasi faktor risiko ini memiliki angka mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan populasi umum. Menurut data dari American

Heart Association (2022), kombinasi hipertensi, stroke, dan CAD meningkatkan risiko kematian kardiovaskular hingga 30-40%, tergantung pada pengelolaan dan respons terhadap terapi.

Prognosis pasien dengan hipertensi, stroke recurrent, CAD, AF tidak stabil, dan VES sangat bergantung pada sejauh mana kondisi-kondisi ini dikelola dan seberapa cepat intervensi medis diberikan. Beberapa faktor yang mempengaruhi kesembuhan dan mortalitas adalah:

Hipertensi: Pengelolaan hipertensi yang buruk merupakan salah satu faktor risiko utama untuk kejadian kardiovaskular lebih lanjut, termasuk stroke dan infark miokard. Pasien dengan hipertensi yang tidak terkontrol memiliki risiko 3-4 kali lebih tinggi untuk mengalami stroke atau serangan jantung (Petersen et al., 2020). Pengendalian hipertensi dapat menurunkan risiko kejadian

kardiovaskular berulang dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

**Stroke Recurrent:** Pasien dengan riwayat stroke recurrent memiliki risiko mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang mengalami stroke pertama kali. Berdasarkan penelitian oleh Rothwell et al. (2021), sekitar 10-20% pasien yang mengalami stroke recurrent meninggal dalam waktu 5 tahun setelah kejadian pertama. Namun, jika faktor risiko seperti hipertensi dan dislipidemia dapat dikendalikan dengan baik, kemungkinan kesembuhan dan kualitas hidup pasien dapat meningkat.

**Penyakit Arteri Koroner (CAD):** CAD pada pasien usia lanjut seringkali berhubungan dengan angka mortalitas yang lebih tinggi. Menurut studi oleh Neumann et al. (2019), pasien dengan CAD yang tidak mendapatkan pengobatan atau penanganan yang tepat memiliki angka mortalitas sekitar 15-20% dalam 5 tahun ke depan.

Pengobatan dengan statin, aspirin, dan intervensi seperti prosedur PCI atau bypass dapat meningkatkan prognosis pasien dengan CAD dan menurunkan angka mortalitas.

**Atrial Fibrilasi (AF):** AF tidak stabil pada pasien usia lanjut yang juga memiliki hipertensi dan CAD meningkatkan risiko stroke, gagal jantung, dan mortalitas. Penelitian oleh January et al. (2021) menunjukkan bahwa pasien dengan AF memiliki angka kematian lebih tinggi, terutama jika AF tidak dikelola dengan baik. Penggunaan terapi antikoagulan dan kontrol irama jantung yang optimal dapat mengurangi mortalitas dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

**Ventrikular Ekstrasistol (VES):** VES yang tidak ditangani dengan baik dapat memperburuk kondisi jantung, meningkatkan risiko gagal jantung, dan meningkatkan mortalitas jantung mendadak. Dalam sebuah penelitian oleh Zipes et al. (2020), ditemukan bahwa

VES yang sering terjadi pada pasien dengan CAD dapat meningkatkan risiko kematian mendadak, terutama jika disertai dengan gangguan fungsi jantung.

Pencegahan pada pasien ini harus berfokus pada pengelolaan faktor risiko dan pencegahan kejadian kardiovaskular lebih lanjut. Beberapa langkah yang dapat diambil antara lain:

**Pengendalian Tekanan Darah:** Kontrol tekanan darah yang baik sangat penting untuk mencegah perkembangan hipertensi yang lebih lanjut dan mengurangi risiko stroke dan CAD. Pasien harus rutin memantau tekanan darah dan mengonsumsi obat antihipertensi sesuai anjuran dokter.

**Manajemen Kolesterol:** Mengurangi kadar trigliserida dan LDL melalui diet rendah lemak dan penggunaan statin dapat membantu mengurangi perkembangan aterosklerosis dan mencegah kejadian kardiovaskular.

**Pengelolaan Diabetes dan Hiperglikemia:** Mengendalikan kadar

gula darah dengan diet yang tepat, olahraga teratur, dan obat hipoglikemik bila diperlukan, akan mengurangi risiko komplikasi vaskular yang lebih lanjut.

**Perubahan Gaya Hidup:** Menghentikan kebiasaan merokok, meningkatkan aktivitas fisik, serta mengadopsi pola makan yang sehat akan membantu mengurangi tekanan darah dan meningkatkan kesehatan jantung secara keseluruhan. Pemantauan Rutin dan Pengobatan Lanjutan: Pemantauan rutin EKG dan tekanan darah, serta penggunaan antikoagulan untuk mencegah stroke recurrent, sangat penting dalam pengelolaan pasien ini dalam jangka panjang (Liu *et.al* 2020; zhao *et.al* 2022; Chen *et.al* 2021).

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan laporan kasus ini, dapat disimpulkan bahwa manajemen medis yang tepat dan terpadu sangat penting bagi pasien dengan multiple komorbiditas kardiovaskular, seperti hipertensi, stroke recurrent, penyakit

arteri koroner, atrial fibrilasi tidak stabil, dan ventrikular ekstrasistol. Setiap kondisi memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan jantung dan pembuluh darah pasien, yang saling berinteraksi dan memperburuk prognosis klinis secara keseluruhan. Dalam kasus ini, pengelolaan yang hati-hati dan terkoordinasi antara terapi antihipertensi, terapi antikoagulan untuk atrial fibrilasi, serta pengobatan untuk penyakit jantung koroner sangat penting untuk mengurangi risiko kejadian kardiovaskular lebih lanjut.

Adanya komplikasi yang disebabkan oleh atrial fibrilasi tidak stabil dan ventrikular ekstrasistol menambah tantangan dalam pengelolaan pasien. Oleh karena itu, pendekatan individual yang melibatkan pemantauan ketat terhadap fungsi jantung dan tekanan darah menjadi kunci keberhasilan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Selain itu, terapi jangka panjang yang disesuaikan dengan

kondisi klinis pasien harus terus disesuaikan sesuai dengan respons terapi dan perkembangan kondisi pasien.

Saran untuk penelitian selanjutnya adalah untuk lebih menggali hubungan antara terapi pengobatan dengan hasil jangka panjang pada pasien dengan kombinasi gangguan kardiovaskular seperti yang dijelaskan dalam laporan kasus ini. Penelitian lebih lanjut yang melibatkan lebih banyak sampel kasus dan pengujian terhadap berbagai strategi pengobatan bisa memberikan wawasan yang lebih mendalam mengenai efektivitas pengelolaan pasien dengan kondisi serupa. Selain itu, penelitian mengenai interaksi antara obat-obatan untuk hipertensi, atrial fibrilasi, dan penyakit jantung koroner dalam satu skenario klinis juga perlu mendapatkan perhatian lebih untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan medis dalam penanganan pasien dengan komorbiditas kompleks.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association (2022). *Cardiovascular disease and mortality in the United States*. *Circulation*, 146(7), e118-e130. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.058139>
- Chen, W., et al. (2021). *Ventricular Extrasystoles and Their Role in Heart Failure Development in Hypertensive Patients with Coronary Artery Disease*. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, 32(5), 1470-1477. <https://doi.org/10.1111/jce.15060>
- Chen, W., et al. (2023). Atrial fibrillation and the risk of stroke: A clinical update. *Neurology Journal*, 81(7), 689-697.
- Hansen, J., et al. (2022). The role of hypertension in coronary artery disease and its treatment. *European Journal of Cardiology*, 50(1), 20-29.
- January, C. T., et al. (2021). *Atrial fibrillation: Mechanisms, clinical features, and prognosis*. *Circulation*, 143(8), 729-737. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.051527>
- Lee, K., et al. (2021). Management of ventricular arrhythmias in patients with coronary artery disease and hypertension. *Heart Journal*, 26(2), 190-198.
- Liu, X., et al. (2020). *The Relationship between Hypertension and Recurrent Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis*.
- Neumann, F. J., et al. (2019). *Long-term survival and cardiovascular outcomes in patients with coronary artery disease: A retrospective study*. *European Heart Journal*, 40(17), 1337-1345. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz031>
- Petersen, S. E., et al. (2020). *Global burden of cardiovascular diseases and risk factors: A call to action*. *The Lancet*, 395(10210), 2332-2343. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30651-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30651-9)
- Rothwell, P. M., et al. (2021). *The incidence and mortality of recurrent stroke in patients with a history of stroke: A systematic review*. *Stroke*, 52(9), 2982-2991. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.034453>
- Smith, J., et al. (2021). The impact of atrial fibrillation on stroke recurrence and mortality: A meta-analysis. *Stroke Reviews*, 47(4), 451-462.
- Taddei, L., et al. (2020). Hypertension and cardiovascular disease: A review of the mechanisms and treatment strategies. *Journal of Hypertension*, 38(5), 885-894.
- Wolf, P. A., et al. (2021). *Atrial fibrillation and stroke: The role of antithrombotic therapy*. *Stroke*, 52(5), 1412-1421. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.032604>
- Zhao, H., et al. (2022). *Atrial Fibrillation and Its Impact on Recurrent Stroke in Elderly Patients: A Longitudinal Study*. *Stroke*,

53(4), 1132-1139.  
[https://doi.org/10.1161/STROKE  
EAHA.121.035362](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.035362)

Zipes, D. P., et al. (2020). *Ventricular arrhythmias and sudden death in coronary artery disease*. *Circulation*, 142(13), 1267-1281.  
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047399>