

## Bab 1: Dari Pengalaman Pribadi Menjadi Peta Belajar

Ada perjalanan medis yang terasa seperti rangkaian kejadian yang terpisah-pisah: operasi pertama, kontrol alat, penggantian pacu jantung, munculnya fibrilasi atrium, ablasi yang sempat berhasil, lalu kekambuhan, lalu rencana ablasi yang tertunda karena trombus, lalu pertimbangan baru karena kardiomiopati. Jika semua itu hanya disimpan sebagai ingatan, perjalanan ini mudah terasa kacau dan melelahkan. Tetapi jika disusun menjadi peta belajar, pengalaman yang sama dapat menjadi sumber orientasi: apa yang perlu dipahami, apa yang perlu ditanyakan, dan apa yang perlu dipantau bersama dokter.

Bab ini bukan tempat untuk menyimpulkan diagnosis pribadi. Diagnosis dan keputusan terapi tetap harus dibuat oleh dokter yang memeriksa langsung, membaca rekam medis, melihat hasil EKG, ekokardiografi, laporan pacu jantung, obat, fungsi ginjal, risiko perdarahan, dan banyak detail lain. Pedoman pacu jantung dan gangguan irama menekankan bahwa keputusan terapi harus disesuaikan dengan keadaan klinis tiap pasien, bukan hanya berdasarkan satu istilah seperti “pacu jantung” atau “AF” (Kusumoto et al., 2019; Glikson et al., 2021). Tujuan bab ini lebih sederhana: mengubah pengalaman pribadi menjadi kerangka berpikir yang aman.

Kerangka itu akan menjadi bekal untuk bab-bab berikutnya.

### Mengubah pengalaman menjadi urutan yang dapat dibaca

Kita mulai dari sebuah prinsip dasar: tubuh tidak bercerita dengan bahasa bab buku. Tubuh bercerita melalui gejala, hasil pemeriksaan, perubahan stamina, angka denyut, laporan alat, dan keputusan dokter. Tugas kita sebagai pasien bukan menerjemahkan semuanya sendirian menjadi diagnosis, melainkan menyusunnya agar percakapan dengan dokter menjadi lebih jelas.

Dalam kisah yang menjadi titik berangkat buku ini, urutannya kira-kira seperti ini:

Pada tahun 2018, pacu jantung pertama dipasang. Alatnya Medtronic, dua ruang atau double chamber, dan disebut aman untuk MRI dalam kondisi tertentu. Pada tahun 2022, alat diganti menjadi St. Jude. Setelah itu muncul fibrilasi atrium, sering disingkat AF. Tahun 2023 dilakukan ablasi pertama dan hasilnya baik untuk beberapa waktu. Sekitar setahun kemudian AF muncul kembali. Ablasi kedua pada Februari 2026 tidak berhasil dilanjutkan atau tidak mencapai tujuan karena ditemukan trombus. Ablasi ketiga pada Mei 2026 juga tidak mencapai hasil yang diharapkan karena adanya kardiomiopati.

Jika dibaca cepat, urutan ini terasa seperti daftar kejadian. Tetapi sebagai peta belajar, urutan ini memunculkan beberapa tema besar:

Pertama, ada tema listrik jantung: mengapa perlu pacu jantung, bagaimana pacu jantung bekerja, dan mengapa AF tetap bisa muncul meskipun seseorang memakai pacu jantung.

Kedua, ada tema irama jantung: apa itu fibrilasi atrium, mengapa irama bisa kacau, mengapa bisa kambuh setelah ablasi, dan bagaimana dokter menilai apakah terapi masih perlu diubah.

Ketiga, ada tema bekuan darah: apa itu trombus, mengapa AF dapat meningkatkan risiko terbentuknya bekuan darah, dan mengapa prosedur tertentu bisa ditunda bila trombus ditemukan.

Keempat, ada tema otot dan pompa jantung: apa itu kardiomiopati, bagaimana kondisi otot jantung memengaruhi gejala, pilihan terapi, dan peluang keberhasilan ablasi.

Dengan empat tema ini, perjalanan yang semula terasa seperti “kejadian demi kejadian” mulai berubah menjadi peta: listrik, irama, bekuan darah, dan pompa.

## **Peta bukan pengganti dokter, tetapi alat untuk berdialog**

Sebuah peta tidak menggantikan jalan yang sebenarnya. Peta juga tidak menggantikan orang yang ahli membaca medan. Tetapi peta membantu kita tahu posisi. Dalam konteks medis, peta belajar membantu pasien mengajukan pertanyaan yang lebih tepat.

Misalnya, pertanyaan “Mengapa saya masih AF padahal sudah pakai pacu jantung?” adalah pertanyaan yang wajar. Dengan sedikit peta dasar, pertanyaan itu dapat dipertajam menjadi: “Apakah pacu jantung saya terutama membantu denyut yang terlalu lambat, sedangkan AF adalah masalah irama cepat dan kacau dari atrium?” Pertanyaan kedua lebih mudah dijawab secara klinis.

Contoh lain: setelah ablasi tertunda karena trombus, pasien mungkin merasa, “Berarti prosedurnya gagal.” Dengan peta yang lebih aman, kalimat itu bisa diubah menjadi, “Apakah prosedur dihentikan karena risiko emboli atau stroke bila trombus terganggu? Apa rencana untuk memastikan trombus hilang atau risikonya menurun?” Dalam fibrilasi atrium, perhatian terhadap risiko stroke dan penggunaan antikoagulan memang merupakan bagian penting dari tata laksana, terutama karena bekuan dapat terbentuk di atrium kiri, khususnya area yang disebut left atrial appendage atau apendiks atrium kiri (Hindricks et al., 2021; January et al., 2023).

Perubahan cara bertanya seperti ini bukan sekadar soal bahasa. Ini membantu pasien tidak tenggelam dalam rasa bersalah atau rasa gagal. Banyak keputusan medis dibuat untuk keselamatan. Prosedur yang ditunda karena risiko tertentu bukan berarti pasien “kalah”; sering kali itu berarti tim medis sedang menghindari bahaya yang lebih besar.

## **Istilah pertama: pacu jantung**

Pacu jantung adalah alat elektronik kecil yang ditanam di bawah kulit, biasanya di area dada bagian atas, untuk membantu mengatur denyut jantung ketika sistem listrik alami jantung tidak bekerja cukup baik. Jantung memiliki sistem listrik sendiri. Sistem ini menghasilkan sinyal yang membuat ruang-ruang jantung berkontraksi secara teratur. Jika sinyal terlalu lambat, terputus, atau tidak sampai dengan baik ke ruang jantung tertentu, denyut bisa menjadi terlalu lambat atau tidak efektif. Dalam keadaan seperti itu, pacu jantung dapat mengirim impuls listrik kecil agar jantung berdenyut pada frekuensi yang lebih aman.

Bayangkan lampu rumah yang seharusnya menyala mengikuti sakelar utama. Jika kabel di dinding bermasalah, lampu bisa berkedip atau mati. Pacu jantung bukan “mesin pengganti jantung”, tetapi lebih mirip sistem bantuan listrik yang memberi sinyal ketika sinyal alami tidak memadai.

Pacu jantung double chamber berarti alat terhubung dengan dua ruang jantung, biasanya atrium kanan dan ventrikel kanan. Atrium adalah ruang atas jantung; ventrikel adalah ruang bawah jantung. Pada banyak orang, koordinasi antara atrium dan ventrikel penting agar pengisian dan pemompaan darah berlangsung lebih efisien. Pedoman modern tentang pacu jantung membahas pemilihan jenis dan mode pacu berdasarkan masalah irama, kondisi konduksi listrik, gejala, dan kebutuhan pasien, bukan semata-mata berdasarkan usia atau merek alat (Kusumoto et al., 2019; Glikson et al., 2021).

Contoh sederhananya begini: seseorang yang denyutnya sering turun sampai sangat lambat dan menyebabkan pusing mungkin membutuhkan pacu jantung untuk mencegah denyut jatuh terlalu rendah. Tetapi orang lain dengan masalah yang berbeda mungkin membutuhkan pengaturan yang berbeda pula. Karena itu, saat kontrol alat, pertanyaan penting bukan hanya “alatnya masih bagus atau tidak,” tetapi juga “apa yang sebenarnya sedang dibantu oleh alat ini?”

## **Istilah kedua: fibrilasi atrium**

Fibrilasi atrium, atau AF, adalah gangguan irama jantung ketika atrium beraktivitas listrik secara kacau dan sangat cepat. Karena sinyal dari atrium tidak teratur, denyut ventrikel yang dirasakan sebagai nadi juga sering menjadi tidak teratur. AF dapat muncul dengan gejala berdebar, cepat lelah, sesak, pusing, dada tidak nyaman, atau penurunan stamina. Pada sebagian orang, AF bahkan dapat terjadi tanpa gejala yang jelas dan baru diketahui dari EKG, Holter, atau data pacu jantung.

Penting untuk memahami satu hal sejak awal: pacu jantung dan AF adalah dua isu yang berkaitan, tetapi tidak sama. Pacu jantung biasanya membantu ketika denyut terlalu lambat atau sinyal listrik tidak berjalan sebagaimana mestinya. AF adalah irama kacau di atrium. Seseorang dapat memakai pacu jantung dan tetap mengalami AF. Pacu jantung dapat merekam episode aritmia tertentu dan pada beberapa keadaan membantu strategi pengobatan, tetapi pacu jantung biasa tidak otomatis mencegah semua AF.

Contohnya, bayangkan sebuah gedung memiliki sistem cadangan listrik agar lampu tidak padam. Sistem cadangan ini membantu bila listrik utama melemah. Tetapi jika masalahnya adalah banyak sakelar dinyalakan dan dimatikan secara kacau di satu lantai, sistem cadangan listrik tidak otomatis memperbaiki kekacauan sakelar itu. Analogi ini tidak sempurna, tetapi membantu membedakan “bantuan denyut” dari “kekacauan irama”.

AF juga penting karena berkaitan dengan risiko stroke. Pada AF, kontraksi atrium tidak terkoordinasi dengan baik. Aliran darah dapat menjadi lebih lambat di bagian tertentu atrium, sehingga pada sebagian pasien dapat terbentuk bekuan darah atau trombus. Jika bekuan ini lepas dan mengalir ke otak, stroke dapat terjadi. Karena itu, dokter menilai risiko stroke dan risiko perdarahan sebelum memutuskan apakah seseorang memerlukan antikoagulan, yaitu obat yang menurunkan kemampuan darah membeku (Hindricks et al., 2021; January et al., 2023).

## **Istilah ketiga: ablasi**

Ablasi jantung adalah prosedur untuk menghancurkan atau menonaktifkan area kecil jaringan jantung yang menjadi sumber atau jalur gangguan listrik. Pada AF, salah satu strategi yang sering digunakan adalah mengisolasi sinyal dari vena pulmonalis, yaitu pembuluh darah dari paru yang masuk ke atrium kiri, karena area sekitar vena pulmonalis sering berperan dalam memicu AF. Pedoman dan konsensus ablasi AF menjelaskan bahwa ablasi dapat mengurangi kekambuhan AF dan memperbaiki gejala pada pasien yang sesuai, tetapi keberhasilannya tidak selalu permanen dan sebagian pasien memerlukan lebih dari satu prosedur (Calkins et al., 2017; January et al., 2023).

Contohnya, bila ada “percikan listrik” kecil yang berulang kali memicu kekacauan irama, ablasi berusaha membuat batas atau bekas kecil agar percikan itu tidak menyebar ke jaringan atrium lainnya. Namun jaringan jantung hidup, penyakit dapat berkembang, dan jalur listrik dapat berubah. Karena itu, ablasi pertama yang berhasil selama satu tahun tidak berarti AF pasti tidak akan pernah kembali.

Ini penting secara emosional. Kekambuhan AF setelah ablasi sering terasa seperti kegagalan pribadi. Padahal secara medis, kekambuhan dapat terjadi karena banyak faktor: luasnya perubahan jaringan atrium, usia, tekanan darah, sleep apnea, berat badan, penyakit katup, fungsi pompa jantung, atau kondisi otot jantung. Pada sebagian pasien, strategi terapi harus disesuaikan ulang setelah melihat perjalanan penyakit dari waktu ke waktu.

### **Istilah keempat: trombus**

Trombus adalah bekuan darah yang terbentuk di dalam pembuluh darah atau ruang jantung. Bekuan darah sebenarnya adalah mekanisme normal tubuh untuk menghentikan perdarahan saat kita terluka. Tetapi jika bekuan terbentuk di tempat yang tidak seharusnya, misalnya di dalam atrium kiri, ia dapat menjadi berbahaya. Bila trombus lepas dan terbawa aliran darah, ia disebut embolus. Jika embolus menyumbat pembuluh darah otak, terjadilah stroke iskemik.

Dalam konteks AF, trombus menjadi perhatian besar karena atrium yang tidak berkontraksi teratur dapat membuat darah cenderung menggenang di area tertentu. Dokter sering menggunakan pemeriksaan seperti TEE, yaitu transesophageal echocardiography atau USG jantung melalui kerongkongan, untuk melihat atrium kiri dan appendiks atrium kiri dengan lebih jelas sebelum prosedur tertentu. Bila trombus ditemukan, prosedur yang masuk ke atrium kiri, termasuk ablasi AF tertentu, dapat ditunda karena mengganggu trombus dapat meningkatkan risiko emboli. Panduan AF menekankan pentingnya penilaian trombus dan antikoagulasi yang memadai dalam konteks kardioversi atau prosedur ritme tertentu (Hindricks et al., 2021; January et al., 2023).

Contoh sehari-hari: jika ada kerak rapuh di dalam pipa, tindakan menggosok pipa tanpa persiapan bisa membuat kerak itu terlepas dan menyumbat bagian lain. Tentu tubuh manusia jauh lebih kompleks daripada pipa, tetapi gambarnya membantu: kadang tindakan yang “menyelesaikan masalah irama” harus ditunda dulu agar tidak menimbulkan masalah yang lebih gawat.

Karena itu, ketika ablasi tidak dilanjutkan akibat trombus, pertanyaan yang lebih aman bukan “kenapa dokter tidak berani?” melainkan “apa ukuran keselamatan yang sedang dijaga, terapi apa yang perlu dioptimalkan, dan kapan evaluasi ulang dapat dilakukan?”

## **Istilah kelima: kardiomiopati**

Kardiomiopati adalah penyakit otot jantung. Kata ini berasal dari tiga bagian: kardio berarti jantung, mio berarti otot, dan pati berarti penyakit. Jadi, kardiomiopati bukan satu penyakit tunggal, melainkan kelompok kondisi ketika struktur atau fungsi otot jantung berubah. Otot jantung dapat melemah, menebal, melebar, menjadi kaku, atau mengalami perubahan lain yang memengaruhi kemampuan jantung memompa darah. Pedoman European Society of Cardiology tahun 2023 menjelaskan bahwa kardiomiopati perlu dinilai berdasarkan bentuk, fungsi, penyebab yang mungkin, riwayat keluarga, pemeriksaan pencitraan, dan kadang pemeriksaan genetik (Arbelo et al., 2023).

Hubungan kardiomiopati dengan AF dapat berjalan dua arah. Otot jantung yang berubah dapat membuat atrium meregang atau tekanan di dalam jantung meningkat, sehingga AF lebih mudah muncul. Sebaliknya, AF dengan denyut cepat berkepanjangan dapat memperburuk fungsi jantung pada sebagian orang. Dalam praktik klinis, dokter perlu menilai apakah AF terutama menjadi pemicu penurunan fungsi jantung, akibat dari penyakit otot jantung, atau bagian dari lingkaran yang saling memperburuk.

Contohnya, jika pompa air melemah, aliran air menjadi tidak stabil dan tekanan di pipa dapat berubah. Jika tekanan pipa terus kacau, pompa juga bisa bekerja lebih berat. Pada jantung, “pompa” adalah otot jantung dan “sinyal listrik” adalah sistem irama. Keduanya saling memengaruhi. Karena itu, ketika kardiomiopati ditemukan, strategi ablasi, obat, target denyut, dan harapan keberhasilan perlu dinilai ulang dengan lebih hati-hati.

Ini juga membantu kita memahami mengapa dua prosedur ablasi dapat memiliki hasil yang berbeda. Bukan hanya operator atau teknologi yang menentukan. Kondisi jaringan jantung, ukuran atrium, fungsi ventrikel, beban AF, obat yang dapat ditoleransi, dan risiko pembekuan darah juga ikut membentuk keputusan.

## Tiga pertanyaan dasar untuk setiap kejadian medis

Agar pengalaman pribadi tidak terasa seperti kabut, setiap kejadian medis dapat dibaca dengan tiga pertanyaan dasar.

Pertanyaan pertama: apa masalah utama saat itu? Misalnya, pada tahun 2018 masalah utamanya mungkin denyut lambat atau gangguan konduksi sehingga pacu jantung dipasang. Pada tahun 2022, masalah utamanya mungkin kebutuhan penggantian generator atau alat. Saat AF muncul, masalah utamanya bergeser ke irama atrium. Saat trombus ditemukan, masalah keselamatan bekuan darah menjadi prioritas. Saat kardiomiopati muncul dalam pembahasan, masalah otot dan pompa jantung ikut menentukan arah terapi.

Pertanyaan kedua: data apa yang mendukung keputusan dokter? Data dapat berupa EKG, rekaman pacu jantung, Holter, ekokardiografi, TEE, CT scan, MRI jantung, tes darah, fungsi ginjal, kadar elektrolit, atau respons terhadap obat. Misalnya, keputusan memberi antikoagulan tidak hanya berdasarkan rasa berdebar, tetapi pada penilaian risiko stroke dan perdarahan. Keputusan melanjutkan atau menunda ablasi tidak hanya berdasarkan keinginan menghilangkan AF, tetapi juga pada keamanan prosedur.

Pertanyaan ketiga: apa rencana pemantauan berikutnya? Setiap keputusan medis sebaiknya memiliki rencana lanjutan. Bila alat diganti, kapan kontrol pacu jantung berikutnya? Bila AF muncul, bagaimana memantau episode dan gejala? Bila trombus ditemukan, kapan evaluasi ulang dan bagaimana memastikan antikoagulan diminum dengan benar? Bila kardiomiopati ditemukan, pemeriksaan apa yang diperlukan untuk menilai fungsi jantung dan penyebabnya?

Tiga pertanyaan ini sederhana, tetapi kuat. Ia mengubah pasien dari penonton pasif menjadi mitra dialog.

## Membaca perjalanan ini tanpa menyalahkan diri sendiri

Hidup dengan pacu jantung dan AF sering membawa beban psikologis. Ada rasa waspada setiap kali dada berdebar. Ada kekecewaan ketika ablasi yang pernah berhasil ternyata tidak bertahan selamanya. Ada ketakutan saat mendengar kata trombus. Ada kecemasan baru ketika dokter menyebut kardiomiopati. Perasaan ini manusiawi.

Namun peta belajar membantu kita membedakan tiga hal: kejadian medis, interpretasi emosional, dan langkah berikutnya.

Kejadian medis: “AF muncul lagi.” Interpretasi emosional: “Berarti saya gagal.” Langkah belajar: “AF memang dapat kambuh; apa faktor yang mungkin berperan pada saya, dan pilihan terapi apa yang realistis?”

Kejadian medis: “Ablasi dihentikan karena trombus.” Interpretasi emosional: “Kondisi saya terlalu berbahaya.” Langkah belajar: “Trombus adalah alasan keselamatan; apa rencana antikoagulasi dan evaluasi ulang?”

Kejadian medis: “Ada kardiomiopati.” Interpretasi emosional: “Jantung saya rusak dan tidak ada harapan.” Langkah belajar: “Jenis kardiomiopatinya apa, seberapa besar pengaruhnya pada fungsi pompa, dan terapi apa yang bisa memperbaiki atau menstabilkan kondisi?”

Cara berpikir seperti ini tidak menghapus rasa takut, tetapi memberi rasa takut tempat yang lebih proporsional. Ketakutan menjadi sinyal untuk bertanya dan mempersiapkan diri, bukan hakim yang memutuskan masa depan.

## **Data pribadi yang paling berguna**

Sejak awal buku ini, pembaca dianjurkan mulai membuat ringkasan medis pribadi. Nanti Bab 21 akan membahasnya secara khusus, tetapi Bab 1 sudah dapat memulai kebiasaan itu. Ringkasan ini tidak perlu panjang. Yang penting akurat dan mudah dibawa.

Isi awal yang berguna antara lain:

- tahun pemasangan pacu jantung pertama;
- merek dan tipe alat jika diketahui;
- apakah alat disebut MRI conditional atau aman MRI dalam syarat tertentu;
- tanggal penggantian generator atau alat;
- riwayat munculnya AF;
- tanggal ablasi dan hasil umumnya;
- apakah pernah ditemukan trombus;
- diagnosis kardiomiopati jika sudah ditegakkan;
- daftar obat dan dosis;
- alergi obat;
- nama dokter atau rumah sakit yang menangani;
- nomor darurat keluarga.

Mengapa ini penting? Karena pasien dengan pacu jantung dan riwayat AF sering bertemu banyak tenaga kesehatan: dokter jantung, elektrofisiolog, dokter penyakit dalam, dokter gigi, dokter IGD, petugas radiologi, atau dokter anestesi. Informasi yang ringkas dapat mencegah kebingungan. Misalnya, sebelum MRI, petugas perlu tahu jenis alat, model, kabel, dan status MRI conditional. Istilah “MRI safe” sering dipakai sehari-hari, tetapi dalam praktik teknis biasanya yang dimaksud adalah “MRI conditional”: aman hanya bila syarat tertentu dipenuhi, seperti jenis alat dan lead yang sesuai, pengaturan alat sebelum MRI, serta pemantauan selama pemeriksaan (Glikson et al., 2021).

Contoh ringkas: “Saya memakai pacu jantung double chamber. Pemasangan pertama 2018, penggantian 2022. Riwayat AF sejak setelah penggantian alat. Ablasi 2023 berhasil sementara, AF kambuh sekitar setahun kemudian. Ablasi Februari 2026 tidak dilanjutkan karena trombus. Ablasi Mei 2026 tidak mencapai target karena kardiomiopati. Obat saat ini: ...” Kalimat seperti ini sangat membantu saat konsultasi.

## **Harapan realistis: stabil bukan berarti tanpa perubahan**

Salah satu sumber kecemasan terbesar adalah harapan bahwa terapi jantung seharusnya menyelesaikan semua masalah sekali untuk selamanya. Kadang memang ada terapi yang sangat memperbaiki keadaan. Tetapi pada banyak penyakit jantung kronis, tujuan yang lebih realistis adalah stabilitas, pengurangan risiko, perbaikan gejala, dan penyesuaian terapi dari waktu ke waktu.

Pacu jantung perlu dipantau. Baterai akan menurun dan suatu saat perlu diganti. Lead atau kabel perlu dievaluasi melalui parameter seperti impedansi, sensing, dan threshold. AF dapat datang dan pergi. Obat dapat perlu disesuaikan. Risiko stroke dan perdarahan dapat berubah seiring usia, fungsi ginjal, penyakit lain, dan riwayat perdarahan. Kardiomiopati dapat stabil, membaik, atau memburuk tergantung penyebab dan respons terapi. Semua ini tidak berarti perjalanan tidak terkendali. Ini berarti perjalanan perlu dipantau.

Contohnya, orang dengan tekanan darah tinggi tidak dianggap “gagal” hanya karena obatnya perlu disesuaikan setelah beberapa tahun. Demikian pula orang dengan AF tidak otomatis gagal hanya karena strategi terapi berubah. Tubuh berubah, ilmu kedokteran berkembang, dan keputusan yang baik hari ini mungkin perlu diperbarui ketika data baru muncul.

## **Cara menggunakan bab-bab berikutnya**

Bab ini adalah pintu masuk. Setelah ini, buku akan bergerak dari dasar menuju detail.

Bab 2 akan menjelaskan cara kerja jantung sebagai sistem listrik dan pompa. Ini penting sebelum membahas pacu jantung atau AF lebih jauh.

Bab 3 sampai Bab 6 akan membahas pacu jantung: mengapa dipasang, apa arti double chamber, apa itu MRI conditional, bagaimana membaca laporan kontrol alat, dan istilah apa yang perlu dipahami pasien.

Bab 7 sampai Bab 10 akan membahas AF, gejala, risiko stroke, trombus, antikoagulan, dan obat-obatan yang sering digunakan.

Bab 11 dan Bab 12 akan masuk ke ablasi, termasuk mengapa prosedur bisa berhasil, kambuh, ditunda, atau dihentikan karena alasan keselamatan.

Bab 13 akan membahas kardiomiopati dan hubungan antara otot jantung, AF, dan strategi terapi.

Bab-bab berikutnya akan membawa pembahasan ke pemeriksaan, kontrol dokter, kehidupan sehari-hari, olahraga, pola makan, kecemasan, tanda bahaya, ringkasan medis pribadi, dan pengambilan keputusan bersama tim medis.

Dengan cara ini, pembaca tidak harus memahami semuanya sekaligus. Kita akan membangun pemahaman perlahan, seperti menyusun peta dari beberapa lapis: lapis anatomi, lapis listrik, lapis alat, lapis irama, lapis bekuan darah, lapis otot jantung, lalu lapis kehidupan sehari-hari.

## **Pegangan utama Bab 1**

Jika hanya ada beberapa kalimat yang perlu dibawa dari bab ini, bawalah ini.

Pacu jantung membantu masalah tertentu pada sistem listrik jantung, terutama ketika denyut terlalu lambat atau konduksi terganggu, tetapi tidak otomatis mencegah semua fibrilasi atrium.

Fibrilasi atrium adalah irama kacau dari atrium yang dapat menyebabkan gejala dan meningkatkan risiko terbentuknya trombus serta stroke pada sebagian pasien.

Ablasi adalah prosedur untuk menargetkan jaringan pemicu atau penjaga aritmia, tetapi hasilnya dapat berbeda antar pasien dan kadang perlu diulang.

Trombus adalah alasan keselamatan yang serius; bila ditemukan, dokter dapat menunda prosedur untuk mengurangi risiko emboli atau stroke.

Kardiomiopati berarti ada masalah pada otot jantung, dan kondisi ini dapat memengaruhi gejala, AF, pilihan obat, strategi ablasi, dan harapan terapi.

Pengalaman pribadi tidak perlu dibaca sebagai kekacauan. Ia bisa disusun menjadi peta belajar. Dengan peta itu, pasien tidak mengambil alih tugas dokter, tetapi menjadi lebih siap untuk bertanya, memahami, dan mengambil keputusan bersama.

## References

Arbelo, E., Protonotarios, A., Gimeno, J. R., et al. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies. *European Heart Journal*, 44(37), 3503–3626. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad194>

Calkins, H., Hindricks, G., Cappato, R., et al. (2017). 2017 HRS/EHRA/ECAS/APHRS/SOLAECE expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation. *Heart Rhythm*, 14(10), e275–e444. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2017.05.012>

Glikson, M., Nielsen, J. C., Kronborg, M. B., et al. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal*, 42(35), 3427–3520. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab364>

Hindricks, G., Potpara, T., Dagres, N., et al. (2021). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery. *European Heart Journal*, 42(5), 373–498. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>

January, C. T., Wann, L. S., Calkins, H., et al. (2023). 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation. *Circulation*. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001193>

Kusumoto, F. M., Schoenfeld, M. H., Barrett, C., et al. (2019). 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay. *Circulation*, 140(8), e382–e482. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000628>

# Document information

## Bab 1: Dari Pengalaman Pribadi Menjadi Peta Belajar

---

<b>Project</b>	Hidup Bersama Pacu Jantung
<b>Document</b>	Document 1.5
<b>Author</b>	terry.mart
<b>Verifier</b>	Not verified
<b>Downloaded</b>	July 05, 2026 00:10 KST
<b>Status</b>	Working
<b>Document link</b>	<a href="https://www.theorytrace.com/projects/hidup-bersama-pacu-jantung/documents/bab-1-dari-pengalaman-pribadi-menjadi-peta-belajar/">https://www.theorytrace.com/projects/hidup-bersama-pacu-jantung/documents/bab-1-dari-pengalaman-pribadi-menjadi-peta-belajar/</a>