

Bab 18: Pola Makan, Berat Badan, Alkohol, Kafein, dan Tidur

Ketika seseorang hidup dengan pacu jantung, fibrilasi atrium atau AF, riwayat ablasi, trombus, dan kardiomiopati, perhatian sering tertuju pada hal-hal besar: hasil EKG, angka ejection fraction, jadwal kontrol alat, obat antikoagulan, atau keputusan apakah ablasi berikutnya masih mungkin dilakukan.

Namun kehidupan sehari-hari juga ikut berbicara.

Apa yang kita makan, berapa berat badan kita, bagaimana tekanan darah dikendalikan, apakah tidur terganggu oleh sleep apnea, seberapa sering minum alkohol, bagaimana tubuh bereaksi terhadap kafein, dan apakah tubuh cukup cairan—semua ini tidak menggantikan obat atau tindakan medis, tetapi dapat memengaruhi beban kerja jantung dan kecenderungan AF kambuh. Pedoman modern AF menempatkan pengelolaan faktor gaya hidup dan faktor risiko sebagai bagian penting dari perawatan, berdampingan dengan obat, antikoagulan, kontrol irama, kontrol frekuensi, dan ablasi bila sesuai (Joglar et al., 2024; Hindricks et al., 2021).

Bab ini bukan bab tentang “diet sempurna”. Kita tidak sedang mencari pola hidup yang kaku, penuh larangan, dan membuat pasien merasa bersalah. Tujuannya lebih sederhana dan lebih berguna:

> mengenali faktor sehari-hari yang dapat memperberat AF dan kesehatan jantung, lalu membuat perubahan kecil yang realistis, aman, dan dapat dibicarakan dengan dokter.

Gaya hidup bukan pengganti terapi, tetapi bagian dari terapi

Mari mulai dari prinsip dasar.

Jantung bekerja seperti pompa listrik-otot. Ia membutuhkan sinyal listrik yang cukup teratur, otot yang cukup kuat, pembuluh darah yang tidak terlalu terbebani, dan lingkungan tubuh yang stabil. “Lingkungan tubuh” di sini mencakup tekanan darah, kadar garam dan cairan, hormon stres, kualitas tidur, kadar oksigen saat tidur, berat badan, gula darah, aktivitas fisik, dan zat yang masuk ke tubuh seperti alkohol atau kafein.

Pada AF, atrium—ruang atas jantung—mengalami aktivitas listrik yang kacau. Jika atrium sudah mudah “terpicu”, maka beban tambahan seperti tekanan darah tinggi, kurang tidur, alkohol, obesitas, atau sleep apnea dapat membuat sistem listrik jantung semakin mudah tidak stabil. Pada sebagian orang, pemicunya jelas: misalnya AF muncul setelah kurang tidur dua malam atau setelah minum alkohol. Pada orang lain, hubungannya tidak langsung terlihat, tetapi faktor-faktor itu tetap dapat memperberat beban jangka panjang.

Contoh sederhananya begini. Dua orang sama-sama memiliki AF dan pacu jantung. Orang pertama tekanan darahnya sering 160/95 mmHg, tidur mendengkur berat dengan henti napas, berat badan naik terus, dan sering minum alkohol. Orang kedua tekanan darahnya lebih terkendali, tidur dievaluasi, berat badan diturunkan perlahan, dan alkohol dikurangi. Keduanya tetap memerlukan dokter dan obat, tetapi “medan” tempat AF terjadi tidak sama. Pada orang kedua, jantung mungkin bekerja dalam lingkungan yang lebih bersahabat.

Inilah alasan bab ini penting.

Tekanan darah: beban diam-diam pada atrium dan ventrikel

Tekanan darah adalah tekanan yang diberikan darah pada dinding pembuluh darah. Angka tekanan darah biasanya ditulis dengan dua angka, misalnya 130/80 mmHg. Angka atas disebut sistolik, yaitu tekanan saat jantung memompa. Angka bawah disebut diastolik, yaitu tekanan saat jantung beristirahat di antara denyut.

Mengapa tekanan darah penting pada AF?

Jika tekanan darah sering tinggi, jantung harus memompa melawan tekanan yang lebih besar. Lama-kelamaan, otot jantung dapat menebal, menjadi kaku, atau melemah. Atrium kiri juga dapat membesar karena tekanan pengisian jantung meningkat. Atrium yang membesar dan tegang lebih mudah mengalami gangguan listrik, termasuk AF. Pedoman AF menekankan bahwa hipertensi adalah salah satu faktor risiko utama yang perlu dikendalikan pada pasien AF (Joglar et al., 2024; Hindricks et al., 2021).

Bagi pasien dengan kardiomiopati, tekanan darah juga penting karena otot jantung mungkin sudah tidak bekerja optimal. Tekanan darah yang terlalu tinggi menambah beban. Sebaliknya, tekanan darah yang terlalu rendah juga dapat menyebabkan pusing, lemas, atau hampir pingsan, terutama bila sedang memakai obat pengatur frekuensi, obat gagal jantung, atau obat penurun tekanan darah.

Contoh praktis:

- Bila tekanan darah sering tinggi di rumah, misalnya 150-160 sistolik, jangan hanya menunggu kontrol berikutnya tanpa mencatat. Buat catatan pagi dan malam selama beberapa hari, lalu bawa ke dokter.
- Bila tekanan darah menjadi rendah setelah obat ditambah, misalnya 85/55 disertai pusing saat berdiri, itu juga perlu dilaporkan.
- Bila pacu jantung menjaga denyut minimal, tetap saja tekanan darah dapat naik atau turun karena obat, cairan tubuh, fungsi pompa, atau pembuluh darah.

Mengelola tekanan darah biasanya bukan hanya soal satu obat. Garam, berat badan, tidur, alkohol, aktivitas fisik, dan kepatuhan minum obat ikut berperan.

Garam: kecil di lidah, besar pada tekanan darah dan cairan

Garam dapur mengandung natrium. Natrium adalah mineral penting yang membantu mengatur cairan tubuh, fungsi saraf, dan kontraksi otot. Tubuh membutuhkan natrium, tetapi terlalu banyak natrium dapat membuat tubuh menahan lebih banyak cairan dan meningkatkan tekanan darah pada banyak orang.

Penelitian DASH-Sodium menunjukkan bahwa menurunkan asupan natrium dan mengikuti pola makan DASH dapat menurunkan tekanan darah, terutama pada orang dengan tekanan darah tinggi (Sacks et al., 2001). DASH adalah singkatan dari Dietary Approaches to Stop Hypertension, yaitu pola makan yang menekankan sayur, buah, biji-bijian utuh, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, dan pengurangan lemak jenuh.

Untuk pasien AF, pacu jantung, atau kardiomiopati, garam penting karena tiga hal:

Pertama, garam dapat menaikkan tekanan darah. Tekanan darah tinggi memperberat jantung dan berkaitan dengan AF.

Kedua, pada sebagian pasien dengan gagal jantung atau kardiomiopati, kelebihan garam dapat memperberat penumpukan cairan. Tanda-tandanya dapat berupa kaki bengkak, berat badan naik cepat, perut terasa penuh, atau sesak saat berbaring.

Ketiga, makanan tinggi garam sering datang dari makanan olahan: mi instan, makanan kaleng, daging olahan, keripik, saus botolan, makanan cepat saji, dan makanan restoran. Pasien kadang merasa “saya tidak banyak menambahkan garam”, tetapi natrium tersembunyi sudah tinggi dari makanan yang dibeli.

Contoh perubahan yang realistis:

- Mengurangi kuah mi instan atau tidak menghabiskan bumbunya.
- Membatasi makanan olahan menjadi sesekali, bukan harian.
- Mencicipi makanan sebelum menambah garam atau kecap.
- Menggunakan bumbu lain seperti bawang putih, jeruk nipis, daun salam, jahe, kunyit, atau lada agar rasa tidak bergantung pada garam.
- Membaca label natrium bila membeli makanan kemasan.

Namun jangan membuat aturan ekstrem sendiri. Pada pasien tertentu, terutama yang memakai diuretik, memiliki gangguan ginjal, atau kadar natrium darah yang tidak normal, pembatasan cairan dan garam harus mengikuti arahan dokter.

Berat badan: bukan soal penampilan, tetapi beban biologis

Berat badan sering menjadi topik sensitif. Banyak pasien sudah lelah mendengar nasihat “turunkan berat badan” tanpa penjelasan dan tanpa bantuan yang nyata. Dalam konteks AF, kita perlu membahasnya dengan hormat dan ilmiah.

Berat badan berlebih dapat memengaruhi AF melalui beberapa jalur. Lemak tubuh yang berlebih dapat meningkatkan tekanan darah, meningkatkan risiko sleep apnea, memperburuk resistensi insulin, meningkatkan peradangan tingkat rendah, dan menambah beban mekanik pada jantung. Pada beberapa orang, atrium kiri menjadi lebih besar dan lebih mudah mengalami AF.

Studi LEGACY pada pasien dengan AF menunjukkan bahwa penurunan berat badan yang terarah dan berkelanjutan berkaitan dengan berkurangnya beban AF dan pemeliharaan irama sinus yang lebih baik; hasil lebih baik terlihat pada penurunan berat badan yang lebih besar dan stabil dibandingkan berat badan yang naik-turun (Pathak et al., 2015). Studi ARREST-AF juga menunjukkan bahwa pengelolaan faktor risiko secara agresif—termasuk berat badan, tekanan darah, gula darah, lipid, sleep apnea, alkohol, dan aktivitas fisik—berkaitan dengan hasil ablasi AF yang lebih baik pada kohort yang diteliti (Pathak et al., 2014).

Artinya bukan “kalau AF kambuh berarti pasien gagal menurunkan berat badan”. AF adalah penyakit kompleks. Tetapi berat badan adalah salah satu pintu masuk yang dapat dikelola.

Cara berpikir yang lebih sehat adalah: jangan mengejar penurunan drastis dalam waktu singkat. Untuk banyak pasien, target awal yang masuk akal adalah menghentikan kenaikan berat badan terlebih dahulu, lalu menurunkan sedikit demi sedikit. Bahkan perubahan kecil yang konsisten dapat membantu tekanan darah, stamina, tidur, dan gula darah.

Contoh pendekatan yang lebih aman:

- Menimbang berat badan pada waktu yang sama, misalnya pagi setelah buang air kecil.
- Mencatat kenaikan cepat, misalnya naik 2 kg dalam beberapa hari, karena pada pasien kardiomiopati atau gagal jantung hal ini bisa menandakan penumpukan cairan, bukan lemak.
- Mengurangi minuman manis harian terlebih dahulu sebelum membuat diet rumit.
- Menambah porsi protein sehat dan serat agar kenyang lebih lama.
- Menghindari pola ekstrem seperti puasa sangat ketat tanpa diskusi dokter, terutama bila memakai obat jantung, obat diabetes, antikoagulan, atau memiliki gangguan ginjal.

Bila pasien memiliki pacu jantung, AF, dan kardiomiopati, program penurunan berat badan sebaiknya dibicarakan dengan dokter. Bila tersedia, ahli gizi klinis dan program rehabilitasi jantung dapat membantu membuat rencana yang tidak terlalu berat tetapi berkelanjutan.

Pola makan jantung: bukan satu makanan ajaib

Dalam dunia kesehatan, sering muncul klaim bahwa satu makanan tertentu dapat “membersihkan pembuluh darah”, “menormalkan irama”, atau “menghilangkan AF”. Kita perlu berhati-hati. AF tidak hilang hanya karena satu jenis buah, rempah, atau suplemen.

Yang lebih masuk akal adalah pola makan. Pola makan berarti kebiasaan makan secara keseluruhan: apa yang sering dimakan, apa yang jarang dimakan, bagaimana porsinya, dan bagaimana pola itu memengaruhi tekanan darah, berat badan, gula darah, kolesterol, dan cairan tubuh.

Pola makan yang umumnya mendukung kesehatan jantung memiliki ciri-ciri berikut:

- lebih banyak sayur dan buah,

- cukup protein dari sumber yang sesuai kondisi pasien,
- memilih karbohidrat yang lebih utuh seperti beras merah, oat, kentang, ubi, atau biji-bijian utuh bila cocok,
- membatasi gula tambahan,
- membatasi makanan ultra-proses,
- membatasi lemak jenuh dan lemak trans,
- mengurangi garam berlebih,
- cukup cairan sesuai anjuran medis.

Namun kondisi setiap pasien berbeda. Pasien dengan penyakit ginjal mungkin perlu membatasi kalium atau fosfor. Pasien yang memakai warfarin perlu menjaga asupan vitamin K tetap stabil, bukan tiba-tiba menghindari semua sayuran hijau. Pasien dengan gagal jantung tertentu mungkin perlu pembatasan cairan. Pasien dengan diabetes perlu memperhatikan karbohidrat. Karena itu, pola makan jantung sebaiknya disesuaikan, bukan ditiru mentah-mentah dari internet.

Contoh sederhana satu hari yang lebih ramah jantung:

- Pagi: oatmeal atau nasi secukupnya dengan telur/rebusan protein, buah, dan minuman tanpa gula.
- Siang: nasi secukupnya, ikan atau ayam tanpa banyak gorengan, sayur, tahu/tempe, dan kuah tidak terlalu asin.
- Sore: buah atau kacang tanpa garam berlebih.
- Malam: porsi lebih ringan, sayur lebih banyak, protein cukup, menghindari makan terlalu larut bila memicu refluks atau tidur terganggu.

Ini bukan resep wajib. Ini hanya contoh cara berpikir: makanan dibuat lebih sederhana, lebih rendah garam, lebih tinggi serat, dan lebih stabil untuk tubuh.

Alkohol: pemicu yang sering diremehkan

Alkohol memiliki hubungan yang cukup kuat dengan AF. Pada sebagian orang, AF muncul setelah minum alkohol banyak dalam satu waktu. Istilah lama yang sering digunakan adalah “holiday heart syndrome”, yaitu gangguan irama setelah konsumsi alkohol berlebihan, misalnya saat liburan atau pesta. Namun bukan hanya minum sangat banyak; konsumsi rutin juga dapat berperan pada sebagian pasien.

Uji klinis pada peminum reguler dengan AF menunjukkan bahwa abstinensi atau berhenti minum alkohol mengurangi kekambuhan AF dan menurunkan beban AF dibandingkan kelompok yang tetap minum seperti biasa (Voskoboinik et al., 2020). Pedoman AF juga menekankan pengurangan alkohol sebagai bagian dari pengelolaan faktor risiko, terutama pada pasien yang alkoholnya memicu atau memperberat AF (Joglar et al., 2024).

Mengapa alkohol dapat memicu AF?

Beberapa mekanisme mungkin terlibat: alkohol dapat memengaruhi sistem saraf otonom, mengganggu tidur, menyebabkan dehidrasi relatif, mengubah elektrolit, meningkatkan tekanan darah, dan secara langsung memengaruhi sifat listrik atrium. Sistem saraf otonom adalah bagian sistem saraf yang mengatur fungsi otomatis tubuh, seperti denyut jantung, tekanan darah, pencernaan, dan respons stres. Bila sistem ini berubah mendadak, irama jantung pada orang yang rentan dapat ikut terganggu.

Contoh yang sering terjadi:

Seseorang merasa baik-baik saja selama minggu kerja. Pada akhir pekan ia tidur lebih larut, makan asin, minum alkohol, kurang minum air, lalu bangun dengan jantung berdebar tidak teratur. Dalam situasi seperti ini, sulit menyalahkan satu faktor saja. Alkohol, kurang tidur, garam, dehidrasi, dan stres tubuh bekerja bersama.

Bagi pasien dengan AF berulang, trombus, kardiomiopati, atau riwayat ablasi yang sulit, pertanyaan praktis untuk dokter bukan hanya “bolehkah minum?” tetapi:

> “Dalam kondisi saya, apakah alkohol sebaiknya dihindari total, atau cukup dibatasi? Bila dibatasi, batasnya berapa dan apakah aman dengan obat saya?”

Pada banyak pasien AF yang sering kambuh, menghindari alkohol sepenuhnya untuk periode tertentu dapat menjadi eksperimen yang jelas: apakah episode berkurang? Catat hasilnya. Jangan mengandalkan ingatan.

Kafein: tidak selalu musuh, tetapi perlu mengenali tubuh sendiri

Kafein adalah zat stimulan yang terdapat dalam kopi, teh, minuman energi, coklat, dan beberapa obat. “Stimulan” berarti zat yang dapat meningkatkan kewaspadaan dan memengaruhi sistem saraf. Karena kafein dapat membuat sebagian orang merasa berdebar, banyak pasien AF langsung menyimpulkan bahwa semua kafein pasti berbahaya.

Ilmunya lebih halus.

Bukti populasi tidak menunjukkan bahwa konsumsi kafein dalam jumlah biasa secara konsisten meningkatkan risiko AF pada semua orang, dan pedoman AF menyatakan bahwa kafein tidak selalu perlu dilarang secara umum; namun sebagian pasien memang melaporkan kafein sebagai pemicu gejala pribadi (Joglar et al., 2024). Dalam studi acak N-of-1 CRAVE, konsumsi kopi berkafein tidak meningkatkan kontraksi atrium prematur secara signifikan, tetapi berkaitan dengan lebih banyak kontraksi ventrikel prematur dan tidur yang lebih pendek pada peserta studi tersebut (Marcus et al., 2023). Ini menunjukkan bahwa efek kafein dapat berbeda menurut jenis irama, jumlah konsumsi, waktu minum, dan kerentanan tiap orang.

Bagi pasien, pendekatan yang paling berguna adalah observasi pribadi yang tertata.

Misalnya:

- Bila satu cangkir kopi pagi tidak menimbulkan gejala dan tidur tetap baik, dokter mungkin tidak melarangnya.
- Bila kopi sore membuat sulit tidur, lalu besoknya AF muncul, masalahnya mungkin bukan hanya kafein, tetapi juga gangguan tidur.
- Bila minuman energi memicu berdebar, sebaiknya dihindari karena kandungan kafein dan zat stimulan lain sering tinggi.
- Bila sedang mencoba menilai pemicu AF, jangan mengubah terlalu banyak hal sekaligus. Kurangi kafein selama dua sampai empat minggu, catat episode, lalu diskusikan.

Kafein juga dapat meningkatkan kecemasan pada sebagian orang. Kecemasan tidak berarti gejala “hanya pikiran”. Kecemasan dapat meningkatkan adrenalin, mempercepat denyut, membuat napas pendek, dan membuat sensasi jantung lebih terasa. Pada pasien AF, ini bisa menjadi lingkaran: berdebar memicu takut, takut membuat tubuh makin tegang, lalu denyut makin terasa.

Jadi kuncinya bukan panik terhadap kafein, melainkan mengenali pola tubuh sendiri.

Hidrasi: tubuh yang terlalu kering dapat lebih mudah “rewel”

Hidrasi berarti kecukupan cairan tubuh. Air membantu menjaga volume darah, tekanan darah, suhu tubuh, fungsi ginjal, dan keseimbangan elektrolit. Elektrolit adalah mineral bermuatan listrik seperti natrium, kalium, magnesium, dan kalsium yang diperlukan untuk kerja saraf dan otot, termasuk otot jantung.

Bila tubuh kekurangan cairan—misalnya karena kurang minum, diare, muntah, demam, berkeringat banyak, atau diuretik—tekanan darah dapat turun, denyut dapat meningkat, dan tubuh melepaskan hormon stres untuk mempertahankan sirkulasi. Pada sebagian orang, kondisi ini dapat membuat palpitasi lebih mudah terasa.

Namun hidrasi pada pasien jantung tidak selalu berarti “minum sebanyak mungkin”. Pada pasien dengan gagal jantung atau kardiomiopati tertentu, terlalu banyak cairan dapat memperberat sesak dan bengkak. Pada pasien yang menggunakan obat diuretik, keseimbangan cairan juga harus diperhatikan bersama fungsi ginjal dan elektrolit.

Contoh aman untuk dibicarakan dengan dokter:

- “Apakah saya perlu membatasi cairan harian?”
- “Kalau saya banyak berkeringat, apakah boleh menambah minum?”
- “Berapa kenaikan berat badan harian yang harus saya waspadai?”
- “Apakah obat diuretik saya perlu disesuaikan bila diare atau muntah?”
- “Kapan saya perlu cek elektrolit?”

Tanda tubuh mungkin kekurangan cairan meliputi haus berat, urin sangat pekat, pusing saat berdiri, lemas, mulut kering, dan denyut lebih cepat dari biasanya. Tanda kelebihan cairan pada pasien jantung dapat meliputi bengkak kaki, berat badan naik cepat, sesak saat berbaring, sering terbangun karena sesak, dan perut terasa penuh. Keduanya perlu diperhatikan.

Sleep apnea: saat tidur tidak benar-benar memberi istirahat

Tidur tampak pasif, tetapi bagi jantung tidur adalah waktu pemulihan. Tekanan darah biasanya turun, sistem saraf menjadi lebih tenang, dan tubuh memperbaiki keseimbangan hormon. Bila tidur terganggu, jantung tidak mendapat istirahat yang layak.

Salah satu gangguan tidur yang sangat relevan dengan AF adalah obstructive sleep apnea atau OSA. "Obstructive" berarti ada hambatan. "Sleep apnea" berarti napas berhenti sementara saat tidur. Pada OSA, jalan napas bagian atas berulang kali menyempit atau tertutup saat tidur. Akibatnya, kadar oksigen turun, otak membangunkan tubuh sebentar agar napas terbuka lagi, lalu siklus itu berulang berkali-kali.

Pasien sering tidak menyadarinya. Yang terlihat oleh pasangan tidur mungkin adalah mendengkur keras, napas seperti berhenti, tersedak saat tidur, atau gelisah. Saat pagi, pasien bisa bangun tidak segar, sakit kepala, mengantuk di siang hari, sulit konsentrasi, atau tekanan darah sulit terkontrol.

OSA berkaitan dengan AF. Studi klinis menunjukkan adanya hubungan antara sleep apnea obstruktif dan fibrilasi atrium (Gami et al., 2004). Pedoman AF juga menyarankan agar sleep apnea dipertimbangkan dan ditangani sebagai bagian dari pengelolaan faktor risiko, meskipun besarnya manfaat terapi terhadap kekambuhan AF dapat bervariasi antar pasien dan studi (Joglar et al., 2024).

Mengapa OSA dapat memengaruhi AF?

Saat napas berhenti, oksigen turun. Tubuh mengaktifkan respons stres. Tekanan di dalam dada berubah besar karena pasien berusaha menarik napas melawan jalan napas yang tertutup. Tekanan darah dapat melonjak. Atrium mengalami peregangan dan iritasi listrik. Bila ini terjadi ratusan kali dalam semalam selama bertahun-tahun, atrium dapat menjadi lingkungan yang lebih mudah mengalami AF.

Contoh penting:

Seorang pasien sudah menjalani ablasi AF, minum obat teratur, tetapi AF tetap kambuh. Ia juga mendengkur keras, leher besar, sering mengantuk siang, dan tekanan darah sulit turun. Dalam situasi seperti ini, memeriksa sleep apnea bukan tambahan kecil; itu bisa menjadi bagian penting dari strategi jantung.

Pemeriksaan OSA dapat berupa studi tidur di laboratorium atau pemeriksaan tidur di rumah, tergantung fasilitas dan kondisi pasien. Bila OSA terdiagnosis, terapi dapat mencakup penurunan berat badan, perubahan posisi tidur, alat mulut tertentu, atau CPAP. CPAP adalah alat yang memberikan tekanan udara positif melalui masker agar jalan napas tetap terbuka saat tidur.

Banyak pasien merasa takut memakai CPAP karena membayangkan tidak nyaman. Kekhawatiran itu wajar. Namun bila OSA berat, mencoba terapi dengan pendampingan yang baik dapat membantu kualitas tidur, tekanan darah, dan beban jantung.

Rutinitas tidur: irama tubuh memengaruhi irama jantung

Selain sleep apnea, kualitas dan keteraturan tidur juga penting. Tubuh memiliki ritme sirkadian, yaitu jam biologis sekitar 24 jam yang mengatur tidur, hormon, suhu tubuh, tekanan darah, dan metabolisme. Bila jam ini sering kacau—tidur larut, bangun tidak tetap, sering begadang, atau bekerja shift—sistem saraf dan hormon stres dapat ikut terganggu.

Pada pasien AF, kurang tidur sering menjadi pemicu subjektif. Tidak semua orang sama, tetapi banyak pasien dapat mengenali pola: setelah dua malam tidur buruk, jantung lebih mudah berdebar, tekanan darah naik, atau tubuh terasa tidak stabil.

Rutinitas tidur yang membantu tidak harus rumit:

- Tidur dan bangun pada jam yang relatif sama.
- Mengurangi layar terang menjelang tidur.
- Menghindari kopi sore atau malam bila mengganggu tidur.
- Tidak makan terlalu berat tepat sebelum tidur.
- Membuat kamar lebih gelap, sejuk, dan tenang.
- Mengelola kecemasan malam dengan napas pelan, doa, meditasi, bacaan ringan, atau catatan pikiran.
- Bila sering terbangun karena sesak, berdebar, atau ingin duduk untuk bernapas, segera laporkan ke dokter karena dapat berkaitan dengan jantung atau paru.

Tidur bukan kemewahan. Bagi pasien jantung, tidur adalah bagian dari perawatan.

Hubungan antara makanan, lambung, dan sensasi berdebar

Sebagian pasien merasa AF atau palpitasi muncul setelah makan besar. Hubungan ini bisa terjadi melalui beberapa jalur.

Setelah makan besar, aliran darah ke saluran cerna meningkat. Lambung yang penuh dapat menekan diafragma dan membuat napas terasa pendek. Makanan sangat pedas, asam, atau berlemak dapat memicu refluks asam lambung pada sebagian orang. Rasa panas dada atau tidak nyaman di ulu hati dapat disalahartikan sebagai keluhan jantung, atau sebaliknya keluhan jantung dapat dikira lambung. Karena itu nyeri dada berat, nyeri menjalar, sesak berat, keringat dingin, atau pingsan tetap harus dianggap serius.

Contoh pola yang bisa dicatat:

- Apakah berdebar muncul setelah makan sangat banyak?
- Apakah muncul saat berbaring setelah makan malam?
- Apakah makanan tinggi garam membuat berat badan naik dan sesak?
- Apakah minuman dingin, kafein, atau makanan tertentu sering mendahului gejala?

Catatan seperti ini tidak membuktikan sebab-akibat secara sempurna, tetapi membantu dokter melihat pola.

Suplemen dan “obat alami”: alami tidak selalu aman

Banyak pasien mencari suplemen untuk jantung: magnesium, minyak ikan, herbal, ekstrak tertentu, atau ramuan tradisional. Keinginan ini bisa dimengerti. Ketika prosedur gagal, AF kambuh, atau obat terasa banyak, pasien ingin melakukan sesuatu yang terasa aktif.

Namun prinsip keselamatannya jelas: alami tidak berarti aman untuk semua orang.

Beberapa suplemen dapat berinteraksi dengan antikoagulan dan meningkatkan risiko perdarahan. Sebagian dapat memengaruhi tekanan darah, denyut jantung, fungsi ginjal, atau hati. Kandungan produk juga tidak selalu konsisten. Pada pasien dengan pacu jantung, AF, trombus, dan kardiomiopati, suplemen sebaiknya tidak dimulai tanpa memberi tahu dokter.

Pertanyaan yang baik saat kontrol:

> “Saya ingin mengonsumsi suplemen ini. Apakah aman dengan antikoagulan, obat irama, obat tekanan darah, dan kondisi ginjal saya?”

Jika dokter meminta menghentikan suplemen sebelum prosedur, ikuti instruksi tersebut. Pada tindakan seperti ablasi, operasi, atau pemeriksaan invasif, risiko perdarahan dan interaksi obat menjadi sangat penting.

Membuat eksperimen pribadi yang aman

Karena setiap tubuh berbeda, pasien perlu belajar dari tubuhnya sendiri. Tetapi belajar dari tubuh bukan berarti menebak sembarangan. Kita dapat membuat “eksperimen pribadi” yang aman dan sederhana.

Misalnya, selama empat minggu:

- tidur dijaga lebih teratur,
- alkohol dihindari,
- kafein tidak diminum setelah pukul 12 siang,
- makanan tinggi garam dikurangi,
- berat badan dan tekanan darah dicatat,
- episode berdebar atau AF dicatat.

Setelah itu lihat pola. Apakah gejala berkurang? Apakah tidur membaik? Apakah tekanan darah lebih stabil? Apakah berat badan turun atau setidaknya tidak naik?

Yang penting: jangan mengubah obat jantung sendiri. Jangan menghentikan antikoagulan karena merasa pola hidup sudah membaik. Risiko stroke pada AF tidak hilang hanya karena diet lebih baik. Keputusan obat harus tetap bersama dokter.

Contoh format catatan harian yang ringkas:

Tanggal	Tidur	Tekanan darah	Denyut	Berat	Kafein/al- kohol	Gejala	Catatan
3 Mei	6 jam, sering bangun	138/82	78	76,4 kg	kopi pagi, tanpa alkohol	berdebar 20 menit	makan malam asin
4 Mei	7,5 jam	126/78	70	75,9 kg	kopi pagi	tidak ada	jalan 20 menit

Catatan seperti ini lebih berguna daripada berkata, “Saya sering tidak enak.” Dokter dapat melihat hubungan antara tidur, tekanan darah, berat badan, dan gejala.

Saat gaya hidup terasa berat

Ada masa ketika pasien merasa lelah. Sudah minum obat, sudah kontrol, sudah operasi, tetapi AF tetap datang. Dalam kondisi seperti itu, nasihat gaya hidup bisa terdengar seperti tuduhan: “Kalau kamu lebih disiplin, pasti sembuh.”

Itu bukan pesan bab ini.

AF, kardiomiopati, trombus, dan kebutuhan pacu jantung bukan akibat sederhana dari satu kebiasaan. Banyak faktor yang tidak sepenuhnya dapat dikendalikan: usia, struktur jantung, genetika, riwayat penyakit, respons terhadap obat, jaringan parut, fungsi atrium, dan kondisi lain. Gaya hidup bukan alat untuk menyalahkan diri. Gaya hidup adalah bagian yang masih bisa kita pegang.

Bahkan bila AF tidak hilang, perubahan gaya hidup tetap dapat memberi manfaat lain: tekanan darah lebih baik, tidur lebih nyenyak, stamina lebih stabil, berat badan lebih terkendali, risiko metabolik lebih rendah, dan rasa berdaya meningkat.

Kadang tujuan yang realistis bukan “tidak pernah AF lagi”, tetapi:

- episode lebih jarang,
- gejala lebih ringan,
- tekanan darah lebih stabil,
- berat badan tidak naik,
- tidur lebih baik,
- prosedur lebih aman bila suatu saat diperlukan,
- tubuh lebih siap menghadapi terapi berikutnya.

Itu tetap kemajuan.

Pertanyaan untuk dibawa ke dokter

Di akhir bab ini, kita dapat menyusun pertanyaan yang lebih terarah. Pilih yang paling sesuai, tidak perlu semuanya sekaligus.

Tentang tekanan darah:

> “Target tekanan darah saya sebaiknya berapa, mengingat AF, pacu jantung, dan kardiomiopati saya?”

Tentang garam dan cairan:

> “Apakah saya perlu membatasi garam atau cairan? Bila ya, batas praktisnya bagaimana?”

Tentang berat badan:

> “Apakah penurunan berat badan aman untuk saya? Berapa target awal yang realistis?”

Tentang alkohol:

> “Dengan riwayat AF dan trombus saya, apakah alkohol sebaiknya dihindari total?”

Tentang kafein:

> “Apakah saya boleh minum kopi? Apakah ada batas yang aman untuk kondisi dan obat saya?”

Tentang tidur:

> “Saya mendengkur/sering mengantuk/sering terbangun. Apakah saya perlu pemeriksaan sleep apnea?”

Tentang suplemen:

> “Apakah suplemen atau herbal ini aman dengan antikoagulan dan obat jantung saya?”

Pertanyaan-pertanyaan ini membuat konsultasi lebih konkret. Dokter tidak hanya mendengar keluhan, tetapi melihat bahwa pasien sedang membangun sistem perawatan harian.

Ringkasan bab

Pola makan, berat badan, alkohol, kafein, hidrasi, dan tidur bukan bagian terpisah dari perawatan AF. Semuanya membentuk lingkungan tempat jantung bekerja.

Tekanan darah yang tinggi dapat memperberat atrium dan ventrikel. Garam berlebih dapat menaikkan tekanan darah dan, pada sebagian pasien, memperburuk penumpukan cairan. Berat badan berlebih dapat meningkatkan beban AF melalui tekanan darah, sleep apnea, metabolisme, dan perubahan struktur jantung. Alkohol dapat memicu dan memperberat AF, sehingga pengurangan atau penghentian alkohol sering menjadi langkah penting. Kafein tidak selalu dilarang untuk semua orang, tetapi perlu diamati secara pribadi, terutama bila mengganggu tidur atau memicu gejala. Hidrasi perlu seimbang: terlalu kurang dapat membuat tubuh stres, terlalu banyak dapat bermasalah pada pasien tertentu. Sleep apnea perlu dicari bila ada tanda-tandanya, karena tidur yang terganggu dapat memperberat AF dan tekanan darah.

Hidup dengan pacu jantung bukan berarti semua hal ditentukan oleh alat. Pacu jantung membantu menjaga irama atau frekuensi tertentu sesuai pengaturannya, tetapi tubuh tetap membutuhkan lingkungan yang sehat. Kita tidak selalu dapat mengendalikan AF sepenuhnya, tetapi kita dapat mengurangi beban yang tidak perlu.

Perubahan kecil yang dilakukan konsisten sering lebih kuat daripada perubahan besar yang hanya bertahan sebentar.

References

Gami, A. S., Pressman, G., Caples, S. M., Kanagala, R., Gard, J. J., Davison, D. E., Malouf, J. F., Ammash, N. M., Friedman, P. A., Somers, V. K. (2004). Association of atrial fibrillation and obstructive sleep apnea. *Circulation*, 110(4), 364-367. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000136587.68725.8E>

Hindricks, G., Potpara, T., Dagres, N., Arbelo, E., Bax, J. J., Blomström-Lundqvist, C., Boriani, G., Castella, M., Dan, G. A., Dilaveris, P. E., Fauchier, L., Filippatos, G., Kalman, J. M., La Meir, M., Lane, D. A., Lebeau, J.-P., Lettino, M., Lip, G. Y. H., Pinto, F. J., Thomas, G. N., Valgimigli, M., Van Gelder, I. C., Van Putte, B. P., Watkins, C. L. (2021). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*, 42(5), 373-498. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>

Joglar, J. A., Chung, M. K., Armbruster, A. L., Benjamin, E. J., Chyou, J. Y., Cronin, E. M., Deswal, A., Eckhardt, L. L., Goldberger, Z. D., Gopinathannair, R., Gorenek, B., Hess, P. L., Hlatky, M., Hogan, G., Ibeh, C., Indik, J. H., Kido, K., Kusumoto, F., Link, M. S., Linta, K. T., Marcus, G. M., Marine, J. E., McCarthy, P. M., Patton, K. K., Rosenthal, L., Sanders, P., Streur, M. M., Thomas, K. L., Times, S., Tisdale, J. E., Valente, A. M., Van Wagoner, D. R. (2024). 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation. *Circulation*, 149(1), e1-e156. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001193>

Marcus, G. M., Rosenthal, D. G., Nah, G., Vittinghoff, E., Fang, C., Ogomori, K., Joyce, S., Hsia, H. H., Kim, A. M., Olgin, J. E., Pletcher, M. J. (2023). Acute effects of coffee consumption on health among ambulatory adults. *The New England Journal of Medicine*, 388(12), 1092-1100. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2204737>

Pathak, R. K., Middeldorp, M. E., Lau, D. H., Mehta, A. B., Mahajan, R., Twomey, D., Alasady, M., Hanley, L., Antic, N. A., McEvoy, R. D., Kalman, J. M., Abhayaratna, W. P., Sanders, P. (2014). Aggressive risk factor reduction study for atrial fibrillation and implications for the outcome of ablation: The ARREST-AF cohort study. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(21), 2222-2231. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.09.028>

Pathak, R. K., Middeldorp, M. E., Meredith, M., Mehta, A. B., Mahajan, R., Wong, C. X., Twomey, D., Elliott, A. D., Kalman, J. M., Abhayaratna, W. P., Lau, D. H., Sanders, P. (2015). Long-term effect of goal-directed weight management in an atrial fibrillation cohort: A long-term follow-up study (LEGACY). *Journal of the American College of Cardiology*, 65(20), 2159-2169. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.07.071>

Document information

Bab 18: Pola Makan, Berat Badan, Alkohol, Kafein, dan Tidur

Project	Hidup Bersama Pacu Jantung
Document	Document 1.22
Author	terry.mart
Verifier	Not verified
Downloaded	July 05, 2026 00:57 KST
Status	Working
Document link	https://www.theorytrace.com/projects/hidup-bersama-pacu-jantung/documents/bab-18--pola-makan-berat-badan-alkohol-kafein-dan-tidur/