

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit Jantung Koroner**

##### **2.1.1 Definisi**

Penyakit jantung koroner (PJK) adalah gangguan fungsi jantung akibat otot jantung kekurangan darah karena adanya penyempitan pembuluh darah koroner. Pada waktu jantung harus bekerja lebih keras terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan dan asupan oksigen, hal inilah yang menyebabkan nyeri dada. Kalau pembuluh darah tersumbat sama sekali, pemasokan darah ke jantung akan terhenti dan kejadian inilah yang disebut dengan serangan jantung. Adanya ketidakseimbangan antara ketersediaan oksigen dan kebutuhan jantung memicu timbulnya PJK (Huon, 2002). Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, secara klinis PJK ditandai dengan nyeri dada atau terasa tidak nyaman di dada atau dada terasa tertekan berat ketika sedang mendaki, kerja berat ataupun berjalan terburu-buru pada saat berjalan di jalan datar atau berjalan jauh. Pemeriksaan Angiografi dan Elektrokardiogram (EKG) digunakan untuk memastikan terjadinya PJK. Hasil pemeriksaan EKG yang menunjukkan terjadinya iskemik merupakan salah satu tanda terjadinya PJK secara klinis (Soeharto dalam Haslindah, 2015).

### 2.1.2 Etiologi

Etiologi penyakit jantung koroner adalah adanya penyempitan, penyumbatan, atau kelainan pembuluh arteri koroner. Penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah tersebut dapat menghentikan aliran darah ke otot jantung yang sering ditandai dengan nyeri. Dalam kondisi yang parah, kemampuan jantung memompa darah dapat hilang. Hal ini dapat merusak sistem pengontrol irama jantung dan berakhir dengan kematian (Hermawatisa, 2014).

Faktor risiko dapat berupa semua faktor penyebab (etiologi) ditambah dengan faktor epidemiologis yang berhubungan secara independen dengan penyakit. Faktor – faktor utama penyebab serangan jantung yaitu perokok berat, hipertensi dan kolesterol. Faktor pendukung lainnya meliputi obesitas, diabetes, kurang olahraga, genetik, stres, pil kontrasepsi oral dan gout (Huon, 2002).

Faktor risiko seperti umur, keturunan, jenis kelamin, anatomi pembuluh koroner dan faktor metabolisme adalah faktor-faktor alamiah yang sudah tidak dapat diubah. Namun ada berbagai faktor risiko yang justru dapat diubah atau diperbaiki. Sangat jarang orang menyadari bahwa faktor risiko PJK bisa lahir dari kebiasaan hidup sehari-hari yang buruk misalnya pola konsumsi lemak yang berlebih, perilaku merokok, kurang olahraga atau pengelolaan stress yang buruk (Anies,2005).

Dari faktor risiko tersebut ada yang dikenal dengan faktor risiko mayor dan minor. Faktor risiko mayor meliputi hipertensi,

hiperlipidemia, merokok, dan obesitas sedangkan faktor risiko minor meliputi DM, stress, kurang olahraga, riwayat keluarga, usia dan seks.

Menurut D.Wang (2005) faktor risiko PJK pada wanita meliputi :

- a. Obesitas
- b. Riwayat Keluarga
- c. Penggunaan kontrasepsi oral yang disertai dengan riwayat merokok
- d. Diabetes Melitus
- e. Kolesterol
- f. Merokok

Menurut penelitian yang dilakukan Rosjidi dan Isro'in (2014) Perempuan lebih rentan terserang penyakit kardiovaskular dibanding laki-laki. Beban faktor resiko penyakit kardiovaskular perempuan lebih besar dari laki-laki adalah tingginya LDL, tingginya TG, dan kurangnya aktivitas fisik. Tiga faktor resiko dominan penyakit kardiovaskular pada perempuan adalah umur, hipertensi dan kolesterol tinggi.

### **2.1.3 Patofisiologi**

Perkembangan PJK dimulai dari penyumbatan pembuluh jantung oleh plak pada pembuluh darah. Penyumbatan pembuluh darah pada awalnya disebabkan peningkatan kadar kolesterol LDL (*low-density lipoprotein*) darah berlebihan dan menumpuk pada dinding arteri sehingga aliran darah terganggu dan juga dapat merusak pembuluh darah (Al fajar, 2015).

Penyumbatan pada pembuluh darah juga dapat disebabkan oleh penumpukan lemak disertai klot trombosit yang diakibatkan kerusakan dalam pembuluh darah. Kerusakan pada awalnya berupa plak fibrosa pembuluh darah, namun selanjutnya dapat menyebabkan ulserasi dan pendarahan di bagian dalam pembuluh darah yang menyebabkan klot darah. Pada akhirnya, dampak akut sekaligus fatal dari PJK berupa serangan jantung (Naga, 2012).

Pada umumnya PJK juga merupakan ketidakseimbangan antara penyediaan dan kebutuhan oksigen miokardium. Penyediaan oksigen miokardium bisa menurun atau kebutuhan oksigen miokardium bisa meningkat melebihi batas cadangan perfusi koroner peningkatan kebutuhan oksigen miokardium harus dipenuhi dengan peningkatan aliran darah. gangguan suplai darah arteri koroner dianggap berbahaya bila terjadi penyumbatan sebesar 70% atau lebih pada pangkal atau cabang utama arteri koroner. Penyempitan <50% kemungkinan belum menampakkan gangguan yang berarti. Keadaan ini tergantung kepada beratnya arteriosklerosis dan luasnya gangguan jantung (Saparina, 2010).

Menurut Saparina (2010) gambaran klinik adanya penyakit jantung koroner dapat berupa :

a. Angina pectoris

Angina Pectoris merupakan gejala yang disertai kelainan morfologik yang permanen pada miokardium. Gejala yang khas pada angina pectoris adalah nyeri dada seperti tertekan benda

berat atau terasa panas ataupun seperti diremas. Rasa nyeri sering menjalar kelengan kiri atas atau bawah bagian medial, leher, daerah maksila hingga kedagu atau ke punggung, tetapi jarang menjalar ketangan kanan. Nyeri biasanya berlangsung 1-5 menit dan rasa nyeri hilang bila penderita istirahat. Angina pectoris juga dapat muncul akibat stres dan udara dingin. Angina pectoris terjadi berulang-ulang. Setiap kali keseimbangan antara ketersediaan oksigen dengan kebutuhan oksigen terganggu.

#### b. Infark Miokardium Akut

Merupakan PJK yang sudah masuk dalam kondisi gawat. Pada kasus ini disertai dengan nekrosis miokardium (kematian otot jantung) akibat gangguan suplai darah yang kurang. Penderita infark miokardium akut sering didahului oleh keluhan dada terasa tidak enak (chest discomfort) selain itu penderita sering mengeluh rasa lemah dan kelelahan.

#### c. Payah jantung

Payah jantung disebabkan oleh adanya beban volume atau tekanan darah yang berlebihan atau adanya abnormalitas dari sebagian struktur jantung. Payah jantung kebanyakan didahului oleh kondisi penyakit lain dan akibat yang ditimbulkan termasuk PJK. Pada kondisi payah jantung fungsi ventrikel kiri mundur secara drastis sehingga mengakibatkan gagalnya sistem sirkulasi darah.

#### d. Kematian Mendadak penderita

Kematian mendadak terjadi pada 50% PJK yang sebelumnya tanpa diawali dengan keluhan. Tetapi 20% diantaranya adalah berdasarkan iskemia miokardium akut yang biasanya didahului dengan keluhan beberapa minggu atau beberapa hari sebelumnya.

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinik PJK yang klasik adalah angina pektoris ialah suatu sindroma klinis dimana didapatkan nyeri dada yang timbul pada waktu melakukan aktifitas karena adanya iskemik miorkard. Hal ini menunjukkan bahwa telah terjadi >70% penyempitan pembuluh darah koronaria. Keadaan ini bisa bertambah menjadi lebih berat dan menimbulkan sindroma koroner akut (SKA) atau yang dikenal sebagai serangan jantung mendadak (Anies, 2006).

Sindrom koroner akut ini biasanya berupa nyeri seperti tertekan benda berat, rasa tercekik, ditinju, ditikam, diremas, atau rasa seperti terbakar pada dada. Umumnya rasa nyeri dirasakan dibelakang tulang dada (sternum) disebelah kiri yang menyebar ke seluruh dada. Rasa nyeri dapat menjalar ke tengkuk, rahang, bahu, punggung dan lengan kiri. Keluhan lain dapat berupa rasa nyeri atau tidak nyaman di ulu hati yang penyebabnya tidak dapat dijelaskan. Sebagian kasus disertai mual dan muntah, disertai sesak nafas, banyak berkeringat, bahkan kesadaran menurun (Huon, 2005).

### 2.1.5 Pemeriksaan dan Penentuan Diagnosis PJK

Mendiagnosis PJK dapat dilakukan dengan memperhatikan hasil pemeriksaan Elektrokardiogram (EKG) dan Angiografi untuk mengetahui adanya penyumbatan pada pembuluh darah koroner (National Heart, Lung and Blood Institute, 2014). Menurut Rilantoni Lily, 2013 pemeriksaan EKG adalah modalitas dalam mendiagnosis PJK yang seyogyanya dikuasai oleh para dokter dan tersedia di semua pelayanan kesehatan primer.

### 2.1.6 Pencegahan

Menurut M.N.Bustan (2007) upaya pencegahan PJK dapat meliputi 4 tingkat upaya :

- a. Pencegahan primordial, yaitu upaya pencegahan munculnya faktor predisposisi terhadap PJK dalam suatu wilayah dimana belum tampak adanya faktor yang menjadi risiko PJK.
- b. Pencegahan primer, yaitu upaya awal pencegahan PJK sebelum seseorang menderita. Dilakukan dengan pendekatan komunitas dengan pendekatan komuniti berupa penyuluhan faktor-faktor risiko PJK terutama pada kelompok usia tinggi. Pencegahn primer ditujukan kepada pencegahan terhadap berkembangnya proses artherosklerosis secara dini, dengan demikian sasaranya adalah kelompok usia muda.
- c. Pencegah sekunder, yaitu upaya pencegahan PJK yang sudah pernah terjadi untuk berulang atau menjadi lebih berat. Pada tahap

ini diperlukan perubahan pola hidup dan kepatuhan berobat bagi mereka yang pernah menderita PJK. Upaya peningkatan ini bertujuan untuk mempertahankan nilai prognostik yang lebih baik dan menurunkan mortalitas.

- d. Pencegahan tersier, yaitu upaya mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat atau kematian.

## 2.2 Konsep Kontrasepsi Oral

### 2.2.1 Definisi

Kontrasepsi oral adalah kontrasepsi berupa pil dan diminum oleh wanita yang berisi estrogen dan progestin berkhasiat mencegah kehamilan bila diminum secara teratur. Dasar dari kontrasepsi oral adalah meniru proses – proses alamiah. Kontrasepsi oral akan menggantikan produksi normal estrogen dan progesteron oleh ovarium. Kontrasepsi oral akan menekan hormon ovarium selama siklus haid yang normal sehingga juga menekan *releasing – factors* di otak dan akhirnya mencegah ovulasi ( Hartanto, 2010 ).

Keuntungan dari penggunaan pil KB yaitu efektifitasnya mencapai 99% apabila diminum secara rutin, nyaman, mudah digunakan dan tidak mengganggu hubungan seksual, kurangnya efek samping dan mudah didapatkan karena tidak harus diperoleh dari dokter, bisa dibeli di apotik atau melalui tenaga non medis yang terlatih. Adapun kerugian dari penggunaan pil KB yaitu memerlukan kedisiplinan akseptor untuk rutin mengkonsumsi pil tersebut, efek samping yang biasa muncul adalah rasa mual, pusing, efektifitasnya dapat turun jika diminum

bersama dengan obat tertentu serta tidak memberikan perlindungan dari risiko penularan penyakit menular seksual. Efek samping lain dari penggunaan kontrasepsi ini adalah perdarahan pervagina, hipertensi, penambahan berat badan, air susu berkurang, rambut rontok, varises, perubahan libido, depresi dan sakit kepala ( Haslindah, 2015 ).

### 2.2.2 Macam Kontrasepsi Oral

Banyak wanita memilih metode hormonal sebagai kontrasepsi mereka karena metode tersebut dapat diandalkan, dengan mudah mereka dapat kembali subur ( reversible ), dan mereka tetap memegang kendali. Ada beragam pil kontrasepsi dan dengan menguatnya sorotan media yang berfokus pada area ini, wanita memiliki pengetahuan lebih banyak mengenai jenis dan merk pil yang tersedia ( Sukarni, 2013).

Secara umum kontrasepsi pil terdiri atas dua jenis, yaitu pil kombinasi yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron, atau hanya berisi hormon sintetis progesteron yang sering disebut dengan mini pil atau pil progestin.

#### 1. Pil Kombinasi

Pil kombinasi ( *combined oral contraceptive, COC* ) berisi hormon estrogen dan progesteron. Pada pemakaian pil kombinasi, maka terjadi penggunaan estrogen dan progestin terus menerus sehingga mengakibatkan penghambatan sekresi GnRH dan gonadotropin sedemikian rupa hingga tidak terjadi ovulasi. Pada pemakaian yang seksama, pil kombinasi 99% efektif

mencegah kehamilan. Namun, pada pemakaian yang kurang seksama efektivitasnya masih mencapai 93% ( Sukarni, 2013 ). Mekanisme kerja pil kombinasi akan menyebabkan bertambah kentalnya mukus serviks sehingga penetrasi sperma terhambat, terjadi gangguan keseimbangan hormonal dan hambatan progesteron menyebabkan hambatan nidasi dan gangguan pergerakan tuba ( Handayani, 2010 ).

Kelebihan dari pil kombinasi yaitu siklus haid menjadi teratur sehingga dapat pula mencegah anemia, dapat diandalkan dan reversible, dan membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, acne, dismenorea, serta menoragi. Sedangkan kekurangannya meliputi perdarahan bercak atau perdarahan pada tiga bulan pertama, pusing, nyeri payudara, kenaikan berat badan dan dapat meningkatkan tekanan darah sehingga resiko stroke. Terdapat kontraindikasi terhadap kontrasepsi hormonal jenis pil kombinasi, diantaranya tromboflebitis, kelainan cerebro – vaskuler, penyakit jantung iskemik, karsinoma payudara, neoplasma yang tergantung pada estrogen, kehamilan dan perdarahan abnormal genitalia yang tidak diketahui penyebabnya ( Sukarni, 2013; Hartanto, 2010 ).

## 2. Pil mini ( mini pil ) / pil progestin

Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintesis progesteron. Progestin yang terdapat di dalam mini pil terdiri dari dua golongan, yaitu chlormadinone asetat dan derivat

testosteron yang meliputi norethindrone, norgestel, ethynodiol dan lynestrenol ( Hartanto, 2010 ). Mini pil merupakan alat kontrasepsi oral yang kurang digunakan secara luas karena hanya mengandung progesteron saja dan tidak mengandung estrogen dan sedikit kurang efektif jika dibandingkan dengan pil kombinasi. Efektifitas mini pil bergantung pada kemampuan wanita minum satu pil setiap hari, mini pil yang terlupa lebih besar kemungkinannya menyebabkan kehamilan daripada pil kombinasi yang terlupa. Pemakai yang terlupa minum mini pil sampai tiga jam atau lebih harus menggunakan metode cadangan selama tujuh hari (Sukarni, 2013)

Mekanisme kerja mini pil yaitu mencegah ovulasi yang disebabkan gangguan pada sekresi hormon LH oleh kelenjar hypophyse, sehingga tidak terjadi puncak mid siklus. Selain itu, mini pil juga memperlambat transport gamet atau ovum, mengubah fungsi corpus luteum sehingga tidak terjadi konsepsi normal atau implantasi, dan mengentalkan lendir serviks (Sukarni, 2013; Handayani, 2010).

Keuntungan mini pil, yakni dapat diberikan untuk wanita yang menderita keadaan tromboembolik, laktasi dan mungkin cocok untuk wanita dengan keluhan efek samping yang disebabkan oleh estrogen seperti sakit kepala, hipertensi, nyeri tungkai baah, berat badan bertambah dan rasa mual. Mini pil juga memiliki kerugian, terdiri dari kurang efektif dalam mencegah kehamilan

dibandingkan dengan pil kombinasi, menambah insiden perdarahan bercak ( spotting ), variasi dalam panjang siklus menstruasi, dan yang tidak kalah penting bila lupa minum atau kegagalan dalam absorpsi mini pil oleh sebab muntah atau diare, sudah cukup untuk meniadakan proteksi kontraseptifnya. Umumnya kontraindikasi absolut minipil adalah sama dengan kontraindikasi absolut pil kombinasi (Sukarni, 2013; Hartanto, 2010).

Menurut jurnal clinical practice oleh Diana. B (2003), jenis kontrasepsi oral juga dibedakan menurut generasi kemunculannya. Saat ini ada 4 generasi dari kontrasepsi oral.

#### 1. Generasi Ke-1

Kontrasepsi oral pertama dipasarkan di Inggris pada tahun 1960-1961. Jenis kontrasepsi oral ini mengandung 2-5 kali estrogen dan 5-10 kali progestin dari kontrasepsi oral saat ini. Hormon progesterone juga ditemukan antarlain norethynodrel, norethindrone, lynestrenol dan ethynodiol diacetate. Dosis yang sangat tinggi meningkatkan resiko stroke iskemik, infark myokard, dan emboli pulmonary pada wanita muda.

#### 2. Generasi Ke-2

Kontrasepsi oral kedua digunakan sekitar tahun 1970 dengan dosis estrogen dan progestin berkurang secara bertahap. Kontrasepsi oral generasi kedua mengandung hormon progestin jenis levonogrestel dan norethisterone. Kontrasepsi oral ini dipercaya mengurangi resiko terjadinya venous thrombosis.

### 3. Generasi Ke-3

Kontrasepsi oral generasi ketiga muncul sekitar tahun 1990-2000. Kontrasepsi oral generasi ini mengandung jenis progestin seperti norgestimate, desogestrel, gestodene dan cyproterone acetate. Efek pil kombinasi generasi ini pada faktor resiko kardiovaskular seperti tingkat lipid dan toleransi glukosa bervariasi dengan jenis progestin yang digunakan bersamaan dengan dosis estrogen, sehingga formulasi kombinasi generasi ini masih dikembangkan.

### 4. Generasi Ke-4

Kontrasepsi oral generasi keempat muncul pada tahun diatas tahun 2000. Kontrasepsi oral generasi ini mengandung estrogen jenis ethinilestradiol atau mestranol dengan dosis 20-50 µg.

Menurut data BPOM tahun 2014, jenis kontrasepsi oral yang umum digunakan di Indonesia mengandung estrogen dan progesteron (Kontrasepsi oral kombinasi). Biasanya progesteron jenis desogestrel, drospirenon dan gestoden dikombinasikan dengan ethinilestradiol 20-40 µg, yang berarti di Indonesia menggunakan kontrasepsi oral generasi ke-4.

## 2.3 Hubungan Penyakit Jantung Koroner dengan Kontrasepsi oral

Kandungan estrogen dari kontrasepsi oral menurunkan kolesterol LDL (*low-density lipoprotein*) atau kolesterol jahat dan meningkatkan kolesterol HDL (*high-density lipoprotein*). Komponen progesteron pada kontrasepsi oral

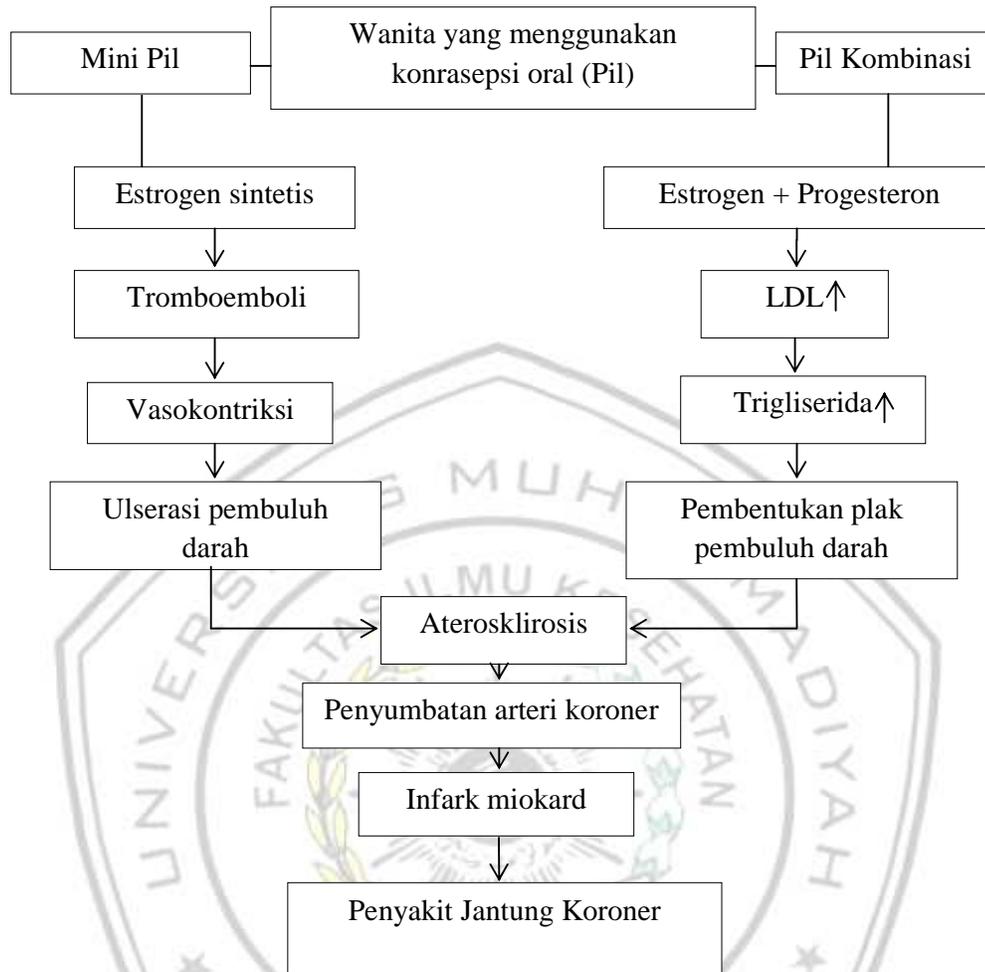
berlawanan dengan perubahan yang disebabkan oleh estrogen dan sedikit meningkatkan kadar trigliserida. Kadar progesterone yang dikombinasikan juga dapat meningkatkan resiko tromboembolisme vena dan terjadi peningkatan kadar kalium (IONI, 2014). Menurut Riono Notodihardjo (2002) pil kombinasi yang mengandung hormon estrogen sintesis dan progesteron memiliki resiko lebih rendah peningkatan lemak dalam darah dan kolesterol. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Stocco dkk (2016) berjudul *The Effect of Different Contraceptive Drugs on the Lipid Profile of Brazilian Women* menyimpulkan penggunaan kontrasepsi oral dapat meningkatkan kadar kolesterol, trigliserida, HDL dan VLDL. Berdasarkan teori diketahui bahwa adanya riwayat penggunaan pil KB yang mengandung kadar estrogen sintesis akan meningkatkan kadar lemak dalam darah yang akan berujung dengan terbentuknya plak atau arterosklerosis pada pembuluh darah. Keadaan ini dapat menyebabkan aliran darah ke otot jantung menjadi berkurang ataupun berhenti, sehingga mengganggu kerja jantung sebagai pemompa darah. Efek dominan dari jantung koroner adalah kehilangan oksigen dan nutrient ke jantung karena aliran darah ke jantung berkurang (Hermawatirisa, 2014).

Pembentukan plak lemak dalam arteri memengaruhi pembentukan bekuan aliran darah yang akan sangat berpotensi memicu timbulnya PJK pada wanita. Wanita yang menggunakan pil KB berisiko mengalami penyakit jantung 3-4 kali lebih besar dibanding mereka yang tidak mengkonsumsinya. Nathan D.Wang (2005) dalam bukunya *preventive cardiology a practical approach* mengungkapkan bahwa wanita termasuk populasi spesial dalam kasus PJK sebab adanya faktor risiko yang hanya ada pada wanita seperti,

wanita mengalami masa menopause, wanita menggunakan kontrasepsi pil KB. Menurut Huon (2002) penggunaan kontrasepsi oral meningkatkan risiko PJK sekitar tiga kali lipat, tetapi beberapa bukti menunjukkan bahwa risiko dengan preparat generasi ketiga terbaru lebih rendah. Terdapat hubungan sinergis antara penggunaan kontrasepsi oral dan merokok dengan risiko relatif infark miokard lebih dari 20:1. Menurut Hannaford tahun 2010 dalam penelitiannya *Mortality among contraceptive pill user* di Skotlandia dan Inggris, penggunaan kontrasepsi oral memperlihatkan efek yang lebih berat terhadap peningkatan risiko PJK pada wanita yang juga merokok, berusia >35 tahun, menderita hipertensi, hiperkolesterolemia, atau diabetes, dan sudah menggunakan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama. Hasil penelitian *Risk of Arterial Thrombosis in relation to Oral Contraceptive (RATIO)* di Amerika dan Inggris yang menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi oral meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, diantaranya adalah infark miokard, tromboemboli vena dan stroke (Kemmeren *et al.*, 2007). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Alain Weil dkk yang berjudul *Low dose oestrogen combined oral contraception and risk of pulmonary embolism, stroke, and myocardial infarction in five million French women: cohort study* menyimpulkan bahwa Untuk dosis estrogen, desogestrel dan gestoden yang sama dikaitkan dengan statistik secara signifikan memiliki resiko lebih tinggi emboli paru tetapi bukan tromboemboli arteri dibandingkan dengan Levonorgestrel. Untuk jenis progestogen yang sama, dikombinasikan dosis estrogen 20 µg dengan 30-40 µg memiliki resiko emboli paru, stroke iskemik, dan infark miokard yang lebih rendah.

Studi meta-analisis yang dilakukan Spitzer WO dkk tahun 2002 memperlihatkan bahwa wanita yang menggunakan kontrasepsi oral generasi ke-3 mempunyai resiko 1,13 kali lebih besar untuk menderita PJK (OR=1,13, 95% CI, 0,66-1,92), sedangkan wanita yang menggunakan kontrasepsi oral generasi ke-2 mempunyai resiko 2,18 kali lebih besar untuk menderita PJK (OR=2,18, 95% CI, 1,62-2,94) dibandingkan wanitayang tidak pernah menggunakan kontrasepsi oral. Studi kasus yang dilakukan oleh Mamat Supriyono tahun 2008 di RSUP Dr. Kariadi, Semarang, yang berjudul Faktor – faktor resiko yang berpengaruh terhadap kejadian penyakit jantung koroner pada kelompok usia  $\leq 45$  tahun menunjukkan beberapa faktor yang berpengaruh antara lain : dislipidemia (  $p=0,006$  dan OR=2,8 ; 95% CI=1,3 – 6,0 ), kebiasaan merokok (  $p=0,011$  dan OR=2,4 ; 95% CI = 1,2 – 4,8 ), adanya penyakit DM (  $p=0,026$  dan OR=2,4; 95% CI=1,1 – 4,5 ). Penelitian yang dilakukan Haslindah tahun 2015 tentang Faktor Risiko Kejadian Penyakit Jantung Koroner Pada Wanita di Wilayah Pesisir Kabupaten Pangkep menunjukkan bahwa riwayat hipertensi dengan nilai (OR= 7,628;95% CI=3,053-19,058), riwayat DM dengan nilai (OR= 9,545;95% CI=2,030-44,892), riwayat obesitas dengan nilai (OR=10,400;95%CI=3,914-27,632), menopause dengan nilai (OR=7,628;95% CI=3,053-19,058) merupakan faktor risiko kejadian PJK pada wanita. Sedangkan riwayat penggunaan pil KB tidak memiliki nilai yang signifikan (OR=1,810;95% CI= 0,750 - 4,368).

## 2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori Efek kontrasepsi oral yang meningkatkan PJK