**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Masa remaja adalah salah satu dari tahap fase perkembangan dari suatu kehidupan manusia. Masa ini adalah masa perpindahan dari tahap anak menuju ke tahap dewasa. Pada tahapan ini terjadi banyak perubahan dari perubahan fisik sampai perubahan psikis serta perubahan sosial. WHO mendefinisikan remaja bila anak telah mencapai umur 10-19 tahun (Cahyaningsih, 2011: 89). Sedangkan menurut Undang-Undang No. 4 tahun 1979 mengenai kesejahteraan anak, remaja adalah individu yang belum mencapai 21 tahun dan belum menikah (Soetjiningsih, 2004: 1). Santrock mengatakanbahwa remaja terdiri dari masa remaja awal (10-14 tahun), masa remaja pertengahan (15-16 tahun), dan masa remaja akhir (17-19tahun)(Sumiati, dkk., 2009: 10).

Jumlah remaja yang ada saat ini menurut Badan Pusat Statistik(BPS) tahun 2006 menunjukkan jumlah remaja (usia 15-24 tahun) di Indonesia pada tahun 2005 sebesar 39.242.100 jiwa atau 18,39% dari total jumlah penduduk Indonesia yang mencapai 213.375.100 jiwa, hal ini berarti sekitar seperlima penduduk Indonesia adalah remaja berusia 15-24 tahun (Lestary & Sugihani: 2007).

Remaja masih mempunyai rasa keingintahuan yang tinggi serta masih dalam proses pencarian jati diri, sehingga terkadang perilaku yang timbul dari beberapa remaja tersebut terjerumus menuju perilaku tidak sehat, salah satunya seperti remaja yang mengkonsumsi rokok. Usia pertama kali merokok pada umumnya berkisar antara usia 11-13 tahun(Hasanah & Sulastri, 2011). Menurut Tandra (2003) data WHO juga semakin mempertegas bahwa jumlah perokok yang ada di dunia sebanyak 30% adalah kaum remaja. HasilRiset Kesehatan Dasar (Riskesdas) proporsi penduduk Indonesia umur ≥15 tahun yang merokok dan mengunyah tembakau cenderung meningkat dalam Riskesdas 2007 (34,2%), Riskesdas 2010 (34,7%) dan Riskesdas 2013 (36,3%).Penelitian di Jakarta juga menunjukkan bahwa 64,8% pria dan dengan usia diatas 13 tahun adalah perokok (Nasution:2007).

Remaja masa kini juga banyak yang mempunyai gaya hidup tak sehat lainnya seperti kurang aktifitas, dan makan makanan yang tidak sehat. Remajasekarang ini lebih menyukai makanan*junk food* seperti *fried chicken, burger*, dan makanan lainnya. Hasil Riskesdas 2013 proporsi rerata nasional perilaku konsumsi kurang sayur dan atau buah 93,5%, perilaku konsumsi makanan berisiko pada penduduk umur ≥10 tahun paling banyak konsumsi bumbu penyedap (77,3%), diikuti makanan dan minuman manis (53,1%), dan makanan berlemak (40,7%). Satu dari sepuluh penduduk mengonsumsi mi instan ≥1 kali per hari. Shin (2014) mengatakan mi instan dapat meningkatkan  risiko sindrom kardiometabolik yang dapat mengarah ke penyakit jantung.

Selain pola makan yang tidak sehat, remaja kini juga aktifitas fisiknya kurang. Bahkan dengan majunya teknologi akibat pengaruh globalisasi, menyebabkan mereka asik dengan dunianya sendiri akibat kecanggihan media elektronik sehingga remaja jarang melakukan olahraga. Ketidakaktifan fisik meningkatkan risiko CHD (coronary heart disease) yang setara dengan hiperlipidemia atau merokok (Price& Wilson, 2012: 585). Gaya hidup tak sehat pada remaja inilah yang dapat berpengaruh pada kesehatannya bahkan dapat menjadi pemicu masalah-masalah kesehatan di usia dewasa bahkan usia lanjut.

SMA Negeri 9 Kota Malang termasuk salah satu SMA besar di Kota Malang yang berada di wilayah Soekarno-Hatta. Banyak sekali disekitarannya tempat jajanan atau cafe-cafe yang dijadikan tempat bergaul para remaja Kota Malang. Studi pendahuluan yang telah dilakukan pada tanggal 16 Januari 2015 terhadap 15 orang siswa SMA Negeri 9 Kota Malang didapatkan 1 orang adalah perokok, 11 orang menyukai jajanan bakso atau soto yang mengandung bahan penyedap makanan (MSG) serta tinggi garam, 5 orangmenyukai makanan tinggi gula seperti kue-kue manis, es krim, atau manisan, dan 3 orang jarang berolahraga yang mana dapat menyebabkan arterosklerosis sehingga dapat menyebabkan penyakit jantung koroner.

Penyakit pada jantung koroner saat ini menjadi salah satu penyakit berbahaya dalam masalah kesehatan di dunia, tak hanya di negara maju bahkan negara berkembang pula. Tahun 2000, 16,7 juta penderita meninggal karena penyakit ini, atau sekitar 30,3% dari total kematian di seluruh dunia (Ruhyanidin, 2006: 2). Menurut Ulifah (2010: 2) di dunia diperkirakan 30% dari semua penyebab kematian diakibatkan oleh penyakit jantung koroner. Sekarang ini ada 6,2 juta orang Amerika yang hidup dengan penyakit jantung. Di Indonesia menurut Riskesdas 2013 menunjukkan prevalensi jantung koroner sebesar 1,5% dan prevalensi gagal jantung sebesar 0,3%.

Masyarakat masih beranggapan bahwa penyakit jantung ini hanya menyerang orang-orang dengan usia paruh baya, tetapi menurutHou dan Zhang (2008: 15) orang-orang berusia muda yang terkena serangan jantung makin meningkat. Penyakit jantung koroner tersebut bisa menyerang remaja yang mempunyai pola hidup tidak sehat seperti merokok, pola makan tidak sehat, serta fisik tidak aktif.Banyak studi menunjukkan hanya sekitar 3,0 % dari semua kasus penyakit jantung koroner terjadi pada usia dibawah 40 tahun (Supriyono M., dkk, 2008).Riskesdas 2007 menunjukkan respondenberumur 15-24 tahun yang mengalamipenyakitjantungyaitu 4,8% danpadaRiskesdas2013 menunjukkan pada responden berumur 15-24 tahun yang mengalami penyakit jantung koroner sebesar 0,1% dan yang terdiagnosis dokter atau dengan gejala sebesar 0,7%.Insiden ini sangat memprihatinkan sehingga upaya pencegahanharus digalakkan sejak dini.

Penyebab penyakit jantung koroner masih belum pasti sampai saat ini sehingga disebut menjadi faktor resiko. Menurut Hou dan Zhang (2008: 14) bahwa faktor resiko tersebut dibagi menjadi 2 yaitu faktor yang tidak dapat berubah dan faktor yang dapat berubah. Faktor yang tidak dapat berubah terdiri dari usia, jenis kelamin, etnis, dan riwayat keluarga. Sedangkan faktor yang dapat berubah terdiri dari kolesterol darah yang tinggi, hipertensi, diabetes meilitus, obesitas, fisik tidak aktif, merokok, stres, dan kepribadian.

Data-data di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa gaya hidup tidak sehat remaja seperti merokok, pola makan yang tidak sehat, dan ketidakaktivan fisik merupakan faktor yang beresiko yang dapat memicu penyakit jantung koroner.Hal ini menjadi penting untuk disikapi oleh tenaga kesehatan khususnya perawat agar kita dapat memberikan informasi kepada remaja untuk mempunyai gaya hidup sehat sehingga generasi muda tetap sehat dan terhindar dari penyakit degeneratif khususnya penyakit jantung koroner. Oleh karena itu penelitian ini diharapkan menjadi informasi untuk masyarakat khususnya remaja untuk dapat melakukan pola hidup sehat sehingga faktor resiko dapat diturunkan dan angka kejadian penyakit jantung koroner dapat menurun.Angka penyakit jantung koroner yang dapat menurun, akan menurunkan angka kematian akibat penyakit degeneratif dan menurunkan anggaran negara untuk pembiayaan pengobatannya.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka peneliti dapat menarik rumusan masalah “Bagaimanakah gaya hidup remaja yang berisiko penyakit jantung koroner di SMANegeri 9 Kota Malang”

* 1. **Tujuan Penelitian**
		1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gaya hidup remaja yang berisiko terhadap penyakit jantung koroner di SMANegeri 9 Kota Malang.

* + 1. Tujuan Khusus
			1. Mengidentifikasi faktor rokok terhadap risiko penyakit jantung koroner pada remaja.
			2. Mengidentifikasi faktor makan makanan tidak sehat terhadap risiko penyakitjantung koroner pada remaja.
			3. Mengidentifikasi faktor ketidakaktifan fisik terhadap risiko penyakit jantungkoroner pada remaja.
	1. **Manfaat Penelitian**
		1. Manfaat Praktis

 Sebagai tambahan pengetahuan masyarakat dalam rangka pencegahan terhadap penyakitjantungkoronerpada remaja.

* + 1. Manfaat Akademis

1.4.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

 Sebagai tambahan pengetahuan untuk pengembangan pengetahuan mahasiswa keperawatan dalam rangka peningkatan pengetahuan berkaitan dengan gaya hidup remaja yang berisiko terhadap penyakitjantungkoroner.

1.4.2.2 Bagi Penelitian Selanjutnya

 Sebagai bahan rujukan dan data awal untuk mengembangkan penelitian selanjutnya dengan pendekatan metode penelitian yang berbeda.

**BAB II**

**TINJUAN PUSTAKA**

**2.1 Konsep Remaja**

**2. 1. 1 Pengertian Masa Remaja**

Dalam Sarwono tahun 2002 (Sumiati, dkk., 2009: 9) menyebutkan bahwa WHO mendefinisikan remaja lebih bersifat konseptual, ada tiga kriteria yaitu biologis, psikologik, dan sosial ekonomi, dengan batasan usia antara 10-20 tahun, yang secara lengkap definisi tersebut berbunyi sebagai berikut:

1. Individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat ia mencapai kematangan seksual.
2. Individu mengalami perkembangan psikologik dan pola identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa.
3. Terjadi peralihan dari ketergantungan sosial-ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relatif lebih mandiri.

Menurut undang-undang No. 4 tahun 1979 mengenai kesejahteraan anak, remaja adalah individu yang belum mencapai 21 tahun dan belum menikah. Sedangkan menurut undang-undang perburuhan, anak dianggap remaja apabila telah mencapai umur 16-18 tahun atau sudah menikah dan mempunyai tempat untuk tinggal. (Soetjiningsih, 2004: 1).

**2. 1. 2 Karakteristik Masa Remaja**

Karakteristik perkembangan normal yang terjadi pada remaja dalam menjalankan tugas perkembangannya dalam mencapai identitas diri antara lain menilai diri secara objektif dan merencanakan untuk mengaktualisasikan kemampuannya. Fase ini, seorang remaja akan:

1. Menilai rasa identitas pribadi.
2. Meningkatkan minat pada lawan jenis.
3. Menggabungkan perubahan seks sekunder ke dalam citra tubuh.
4. Memulai perumusan tujuan okupasional.
5. Memulai pemisahan diri dari otoritas keluarga.

**2. 1. 3 Ciri Masa Remaja**

Hurlock mengemukakan berbagai ciri dari remaja, diantaranya adalah (Sumiati, 2009: 12):

1. Masa remaja adalah masa peralihan

Yaitu peralihan dari suatu tahap perkembangan ke perkembangan berikutnya secara berkesinambugan. Pada masa ini remaja bukan lagi seorang anak dan juga bukan seorang dewasa dan merupakan masa yang strategis, karena memberi waktu kepada remaja untuk membentuk gaya hidup dan menentukan pola perilaku, nilai-nilai dan sifat-sifat yang sesuai dengan yang diinginkan.

1. Masa remaja adalah masa terjadi perubahan

Sejak awal remaja, perubahan fisik terjadi dengan pesat, perubahan perilaku dan sikap juga berkembang. Ada empat perubahan besar yang terjadi pada remaja, yaitu perubahan emosi, perubahan peran dan minat, perubahan pola perilaku dan perubahan sikap menjadi ambivalen.

1. Masa remaja adalah masa yang banyak masalah

Masalah remaja sering menjadi maslah yang sulit untuk diatasi. Hal ini terjadi karena tidak terbiasanya remaja menyelesaikan masalahnya sendiri tanpa meminta bantuan orang lain sehingga kadang-kadang terjadi penyelasaian yang tidak sesuai dengan yang diharapkan.

1. Masa remaja adalah masa mencari identitas

Identitas diri yang dicari remaja berupa kejelasan siapa dirinya dan apa peran dirinya di masyarakat. Remaja tidak puas dirinya sama dengan kebanyakan orang, ia ingin memperlihatkan dirinya sebagai individu, sementara pada saat yang sama ia ingin mempertahankan dirinya terhadap kelompok sebaya.

1. Masa remaja sebagai masa yang menimbulkan kekuatan

Ada stigma dari masyarakat bahwa remaja adalah anak yang tidak rapi, tidak dapat dipercaya, cenderung berperilaku merusak, sehingga menyebabkan orang dewasa harus membimbing dan mengawasi kehidupan remaja. Dengan adanya stigma ini akan membuat masa peralihan remaja ke dewasa emnajdi sulit, karena peran orang tua yang memiliki pandangan seperti ini akan mencurigai dan menimbulkan pertentangan antara orang tua dengan remaja serta membuat jarak diantara keluarga.

1. Masa remaja sebagai masa yang tidak realistik

Remaja cenderung memandang kehidupan melalui kacamatanya sendiri, baik dalam melihat dirinya maupun melihat orang lain, mereka belum melihat apa adaya, tetapi menginginkan sebagaimana yang ia harapkan.

1. Masa remaja adalah ambang masa dewasa

Dengan berlaunya usia belasan, remaja yang semakin matang berkembang dan berusaha memberi kesan seseorang yang hampir dewasa. Ia akan memusatkan dirinya pada perilaku yang dihubungkan dengan status orang dewasa, misalnya dalam berpakaian dan bertindak.

**2. 1. 4 Tugas Perkembangan Masa Remaja**

Sumiati (2009: 21) menjelaskan rincian tugas-tugas pada masa remaja ini adalah sebagai berikut:

1. Mencapai relasi yang lebih matang dengan teman seusia dari kedua jenis kelamin.
2. Mencapai peran sosial feminin atau maskulin.
3. Menerima fisik dan menggunakan tubuhnya secara efektif.
4. Meminta, menerima dan mencapai perilaku bertanggung jawab secara sosial.
5. Mencapai kemandirian secara emasional dari orang tua dan dewasa lainnya.
6. Mempersiapkan untuk menikah dan berkeluarga.
7. Memperoleh suatu set nilai dan sistem etis untuk mengarahkan perilaku.

**2. 2 Konsep Penyakit Jantung Koroner**

Penyakit arteri koronaria (penyakit jantung koroner) terjadi karena penyempitan arteri koronaria akibat aterosklerosis. Dampak utama PJK adalah gangguan pasokan oksigensisasi dan nutrien ke jalam jaringan miokard akibat penurunan aliran darah koroner (Kowalak, dkk, 2011: 169). Keadaan ini akan terjadi iskemia sel. Perfusi yang tidak dipulihkan dalam 40-60 menit, akan terjadi cidera ireversibel yang ditandai pembengkakan mitokondria difus, kerusakan membran sel, dan penurunan mencolok glikogen (McPhee & Ganong, 2011: 314).Menurut Kowalak, dkk (2011: 171) komplikasi dari PJK adalah aritmia, infark miokard, dan kardiopati iskemik.

**2.2. 1 Etiologi**

1. Aterosklerosis: Kausa tersering. Faktor risiko meliputi hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes meilitus, merokok, dan riwayat aterosklerosis dalam keluarga.
2. Spasme: Vasospasme arteri koronaria dapat terjadi pada semua populasi tetapi lebih sering pada orang Jepang. Vasokontriksi tampaknya diperantarai oleh histamin, serotonin, katekolamin, dan faktor-faktor dari endotel, karena spasme dapat terjadi kapan saja,
3. Embolus: Jarang menyebabkan penyakit arteri koroner. Dapat terjadi akibat vegetasi pada pasien dengan endokarditis.
4. Konginetal: Kelainan arteri koronaria konginetal terdapat pada 1-2% populasi. Namun, hanya sebagian kecil dari kelainan ini yang menyebabkan iskemia simtomatik (McPhee& Ganong, 2011: 313).
5. Sifilis
6. Vaskulitis infeksiosa
7. Aneurisme dissecting (Kowalak, dkk, 2011: 169) .

**2. 2. 2 Patofisiologi**

Plak yang mengandung lemak dan jaringan fibrosa seacara progresif membuat lumen arteri koronaria makin sempit sehingga volume darah yang mengalir melalui arteri tersebut berkurang sehingga terjadi iskemia miokard.

Ketika proses arterosklerosis berlanjut, penyempitan lumen akan disertai perubahan vaskuler yang merusak kemampuan arteri koronaria untuk berdilatasi. Keadaan ini menyebabkan gangguan keseimbangan antara pasokan dan kebutuhan oksigen dalam miokardium sehingga miokardium yang terletak distal akan terancam mengalami lesi.

Iskemia sel timbul jika terjadi peningkatan kebutuhan akan oksigen relatif terhadap pasokan maksimal arteri atau penurunan absolut pasokan oksigen. Penurunan pasokan oksigen, meskipun jarang, dapat disebabkan oleh penurunan kandungan oksigen dalam darah seperti yang terjadi pada keracunan karbon monoksida atau anemia.

Pada pasien dengan angina stabil, biasanya terdapat penyempitan tetap satu atau beberapa arteri koroner. Arteri koroner besar biasanya berfungsi sebagai saluran dan tidak menimbulkan resistensi terhadap aliran, lumen arteri harus mengecil sebesar 90% sebelum terjadinya iskemia sel ketika pasien berada dalam kedaan istirahat.Pada pasien dengan angina tidak stabil pembentukan fisura pada plak arterosklerotik dapat menyebabkan akumulasi trombosit dan serangan-serangan oklusi trombik sesaat yang biasanya berlangsung 10-20 menit (McPhee & Ganong, 2011: 313).

Sel-sel miokardium akan menjadi iskemik dalam 10 detik sesudah terjadi oklusi arteri koronaria. Isekmia sepintas menyebabkan perubahan yang masih reversibel pada tingkat seluler dan jaringan. Perubahan ini akan menekan fungsi miokardium. Apabila tidak diatasi, perubahan ini akan menyebabkan cidera atau nekrosis jaringan.

Jantung menerima energi terutama ATP yang dihasilkan oleh fosforilasi oksidatif asam-asam lemak bebas, meskipun glukosa dan karbohidrat lain dapat digunakan. Dalam 60 detik setelah oklusi arteri coronaria, tekanan oksigen miokardium di sel-sel yang terkena menurun hingga nyaris nol. Simpanan fosfat berenergi tinggi di jantung cepat terkuras, dalam sel cepat berpindah ke metabolisme anaerob dengan konsekuensi terbentuknya asam laktat dan penurunan pH sel (McPhee& Ganong, 2011: 313).

Kombinasi hipoksia, penurunan ketersediaan energi, dan asidosis dengan cepat akan merusak fungsi ventrikel kiri. Kekuatan kontraksi pada bagian otot jantung yang terkena akan menurun karena serabut otot tidak cukup memendek sehingga kekuatan serta percepatan aliran yang dihasilkan kurang. Lebih lanjut, pada dinding ventrikel terjadi gerakan yang abnormal di daerah iskemia darah yang dikeluarkan berkurang. Apabila aliran darah tidak dapat dipulihkan maka terjadi infark miokard(Kowalak, dkk, 2011: 168).

**2. 2. 3 Manifestasi Klinis**

1. Angina (Nyeri dada): Tanda ini terjadi karena penurunan pasokan oksigen ke dalam miokardium. Tanda angina dapat diungkapkan pasien sebagai rasa nyeri seperti terbakar, tertekan, atau terasa berat pada dada, yang dapat menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, atau skapula kiri.
2. Bunyi jantung keempat dan sesak napas.
3. Syok.
4. Bradikardi.
5. Mual-muntah: akibat stimulasi refleks oleh rasa nyeri pada pusat muntah.
6. Takikardia(Kowalak, dkk, 2011: 169).

**2.3 Faktor-Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner**

Menurut Hou dan Zhang (2008: 14) bahwa faktor resiko tersebut dibagi menjadi 2 yaitu faktor yang tidak dapat berubah dan faktor yang dapat berubah. Faktor yang tidak dapat berubah terdiri dari:

1. usia
2. jenis kelamin
3. etnis
4. riwayat keluarga.

Sedangkan faktor yang dapat berubah terdiri dari:

1. kolesterol darah yang tinggi
2. hipertensi
3. diabetes meilitus
4. obesitas dan kelebihan berat badan
5. fisik tidak aktif
6. merokok
7. stres
8. kepribadian.

**2. 3. 1 Merokok**

Risiko merokok berkaitan dengan jumlah rokok yang dihisap perhari, dan bukan pada lama merokok. Seseorang yang merokok lebih dari satu pak perhari menjadi dua kali lebih rentan terhadap arteriosklerotik koroner dari pada mereka yang tidak merokok. Yang diduga adalah pengaruh nikotin terhadap pelepasan ketokelamin oleh sistem saraf otonom. Namun efek nikotin tidak bersifat kumulatif, mantan perokok tampaknya berisiko rendah seperti pada bukan perokok (Price& Wilson, 2012: 584).

Menurut Sitopoe (2000) dalam penelitian Pandra (2012), perokok dibagi atas tiga bagian yaitu :

1. Perokok ringan adalah seseorang yang mengkonsumsi rokok antara 1-10 batang perhari.
2. Perokok sedang adalah seseorang yang mengkonsumsi rokok antara 11-20 batang perhari
3. Perokok berat adalah seseorang yang mengkonsumsi rokok lebih dari 20 batang perhari

Ariyadin (2008) menjelaskannikotin yang terkandung dalam rokok dapat mempersempit pembuluh darah, sehingga jantung harus bekerja lebih keras dari biasanya dan gas karbon monokisda yang ada dalam asap rokok mengambil tempat oksigen dalam darah. Akibatnya, tekanan darah meningkat karena jantung harus bekerja lebih keras untuk mendapatkan oksigen yang cukup. Dengan kata lain, seorang perokok akan terkena risiko jantung kooroner 82% penderita jantung di Indonesia adalah masyarakat yang memiliki kebiasaan merokok.

Perilaku merokok ini akan semakin meningkat jika mendapat dukungan orang tua serta teman sebaya sesuai dengan hasil penelitian Hasanah & Sulastri (2011).Penelitian nekropsi menunjukkan arterosklerosis sudah terjadi saat anak-anak. Studi ARMY (artherosclerosis Risk Factor in Male Youngsters), membuktikan dengan analisis regresi logistik bahwa kebiasaan merokok, tekanan darah diastolik, konsumsi alkohol, dan kadar kolesterol HDL yang rendah berhubungan dengan penebalan pembuluh darah arteri karotis dan femoral.

**2. 3. 2 Hipertensi**

Hipertensi dikenal sebagai salah satu penyebab utama kematian di Amerika Serikat. Sekitar seperempat jumlah penduduk dewasa menderita hipertensi dan insidennya lebih tinggi di kalangan Afro-Amerika setelah usia remaja. Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg.

Mekanisme bagaimana hipertensi menimbulkan kelumpuhan atau kematian berkaitan langsung dengan pengaruhnya pada jantung dan pembuluh darah. Peningkatan darah sistemik meningkatkan resistensi terhadap pemompaan darah dari ventrikel kiri, sehingga beban jantung bertambah. Sebagai akibatnya, terjadi hipertrofi ventrikel untuk meningkatkan kekuatan kontraksi. Akan tetapi kemampuan ventrikel untuk mempertahankan curah jantung dengan dengan hipertrofi kompensasi akhirnya terlampaui, dan terjadi dilatasi dan payah jantung. Jantung menjadi semakin terancam oleh semakin parahnya arterosklerosis koroner. Bila arteroskelrosis berlanjut penyediaan oksigen miokardium berkurang. Peningkatan kebutuhan oksigen pada miokardium disebabkan karena hipertrofi ventrikel dan peningkatan beban jantung yang akan menyebabkan angina atau infark miokardium.

Kerusakan pembuluh darah akibat hipertensi terlihat jelas di seluruh pembuluh darah perifer. Arterosklerosis yang dipercepat dan nekrosis medial aorta merupakan faktor predisposisi terbentuknya aneurisma dan diseksi. Perubahan struktur dalam arteri-arteri kecil dan arteriola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah progresif. Bila pembuluh darah menyempit aliran darah terganggu dan dapat menyebabkan mikroinfark jaringan (Price& Wilson, 2012: 582).

**2. 3. 3 Obesitas**

Depkes RI (2002) menjelaskan indikator gaya hidup sehat antara lain : perilaku tidak merokok, pola makan sehat dan seimbang dan aktivitas fisik yang teratur.

Perkembangan teknologi dan media elektronik serta gaya hidup sedentari yang menyebabkan berkurangnya aktifitas fisik yang berakibat menurunnya keluaran energi, serta perilaku kehidupan modern yang merujuk pada pola makan tinggi kalori, tinggi lemak dan kolesterol, semuanya berdampak meningkatkan risiko obesitas (Hidayati, dkk, 2006).Dari obesitasinidapatberdampakburukpadakesehatanbahkandapatmenyebabkanpenyakitdegeneratif.Perilakutidaksehatinilah yang menjadigayahidupremajamasakini, sehingga banyak remaja yang berisiko bahkan mengalami obesitas.

Suhardjono (2013) mengatakan, untuk hidup sehat, tubuh memerlukan nutrisi penting seperti karbohidrat, lemak, dan protein, serta nutrisi tambahan seperti vitamin dan mineral. Namun, bila konsumsi karbohidrat dan lemak berlebihan, bisa mengakibatkan kegemukan yang mengundang berbagai penyakit. Kegemukan berpotensi menyebabkan tekanan darah tinggi, gangguan insulin, dan peradangan. Faktor-faktor itu dalam jangka panjang berpotensi merusak ginjal.

Obesitas meningkatkan kerja jantung dan kebutuhan oksigen dan berperan dalam gaya hidup pasif. Lemak tubuh yang berlebihan (terutama obesitas abdominal) dan ketidakaktifan fisik berperan dalam terbentuknya resisten insulin (Price& Wilson, 2012: 585).

Obesitas sering didapatkan pada anak-anak dan remaja. Remaja dengan obesitas secara sosial sering terpinggirkan. Keadaan ini akan makin memperburuk emosi remaja tersebut dan pertumbuhannya. Disamping itu, obesitas terutama obesitas sentral adalah faktor penyakit kardiovaskuler, yang salah satunya adalah jantung koroner (Soetjiningsih, 2004: 88). Obesitas dan kelebihan berat badan merupakan faktor risiko penyakit jantung koroner yang dapat diubah (Hou& Zhang, 2007: 14). Soetjiningsih (2004: 88) menjelaskan bahwa obesitas disini dengan indeks masa tubuh (IMT) di atas 95 persentil umur, dan atau > 30% di atas berat badan ideal. Klasifikasi IMT menurut Centre for Obesity Research and Education 2007yaitu:

1. Berat badan kurang : < 18,5
2. Berat badan normal : 18,5 –22,9
3. Kelebihan berat badan : ≥ 23,0
4. Berisiko menjadi obesitas : 23,0 –24,9
5. Obesitas tingkat I : 25,0 –29.9
6. Obesitas tingkat II : ≥ 30,0

**2. 3. 3. 1 Pola Makan Tidak Sehat**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia pola merupakan sistem, cara kerja, dalam hal pemikiran pola merupakan sesuatu yang diterima seseorang dan dipakai sebagai pedoman, sebagaimana diterimanya dari masyarakat sekelilingnya. Makan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia makan merupakan kegiatan memasukkan makanan ke dalam mulut serta mengunyah dan menelannya. Jadi pola makan dapat diartikan sebagai cara atau usaha dalam mengatur kegiatan makan untuk memenuhi kebutuhan tubuh untuk menjadi lebih baik. Menurut Depkes RI (2009), pola makan adalah suatu cara atau usaha dalam pengaturan jumlah dan jenis makanan dengan maksud tertentu seperti mempertahankan kesehatan, status nutrisi, mencegah atau membantu kesembuhan penyakit.

Terdapat jenis makanan yang dapat membahayakan kesehatan. Emirfan (2011: 126) menjelaskan seperti makanan manis, makanan yang berkadar garam tinggi, mie instan, dan makanan yang mengandung kolesterol tinggi.

Makanan-makanan manis semua orang hampir menyukainya, bahkan hampir setiap saat kita mengkonsumsi gula. Banyak sekali jenis makanan yang mengandung gula seperti aneka kue, coklat, es krim, permen, dan aneka jajanan pasar. Dalam masakanpun, gula menjadi salah satu bumbu yang sering digunakan. (Emirfan, 2011: 126). Menurut panduan yang dikeluarkan Asosiasi Jantung Amerika dalam Emirfan (2011: 127) menjelaskan tambahan gula yang direkomendasikan setiap hari tidak boleh lebih dari 100 kalori (setara 6 sendok teh) untuk wanita dan 150 kalori (setara 9 sendok teh) untuk pria.Efek mengonsumsi gula berlebihan yang terburuk adalah dapat memicu sakit jantung, sebab molekul glukosa metabolit glukosa 6-fosfat (G6P) pada gula dapat membuat perubahan pada protein jantung. Jika hal tersebut berlangsung cukup lama, maka dapat menyebabkan gagal jantung yang berujung pada kematian.

Seperti halnya gula yang hampir selalu ada di dalam masakan, hampir semua makanan juga menggunakan garam. Menurut Dr. Lewis K Dahl dalam Emirfan (2011: 130) setiap orang hanya memerlukan sekita 2 gram atau 1,5 sendok teh garam setiap hari. Solahuddin (2010) berpendapat bahwa ion natrium yang tinggi dalam darah dapat meningkatkan kandungan air sehingga kerja jantung meningkat dan dapat meningkatkan tekanan darah.

Kebutuhan lemak seseorang adalah 10-25% dari kebutuhan energi total (Almatsier, 2010). Konsumsi lemak dan minyak yang tinggi akan meningkatkan kandungan kolesterol dalam darah (terutama pangan dengan kandungan asam lemak jenuh tinggi). Kolesterol yang tinggi dalam darah dapat menyebabkan timbulnya penyumbatan pembuluh darah sehingga tekanan darah menjadi tinggi (hipertensi) (Solahuddin, 2010).

Mi instan adalah makanan yang praktis membuatnya dan relatif terjangkau. Tetapi banyak kasus orang menderita berbagai penyakit berat yang ternyata penyebabnya adalah kebiasaan makan mie instan dalam porsi yang banyak dan dalam jangka panjang, padahal mi instan ini mengandung bahan-bahan yang dapat membahayakan kesehatan (Emirfan, 2011: 132).Shin (2014)mengatakan mi instan dapat meningkatkan  risiko sindrom kardiometabolik seperti jantung, stroke dan diabetes. Selain mengandung bahan pengawet, mi instan juga memiliki bahan kimia yang disebut bisphenol A (BPA) yang digunakan untuk mengemas mie dalam wadah sterofoam.Penelitian telah menunjukkan bahwa BPA mengganggu cara hormon mengirim pesan melalui tubuh, khususnya estrogen.

Nurjanah (2012) menjelaskan penilaian frekuensi penggunaan bahan makanan tidak sehat yaitu :

1. Lebih dari satu kali perhari (> 1 x perhari), artinya bahan makanan dikonsumsi setiap kali makan.
2. Satu kali perhari (1 x perhari ), bahan makanan dikonsumsi 4 sampai 6 kali seminggu
3. Tiga kali perminggu (3x perminggu)
4. Kurang dari 3 x perminggu (< 3 x perminggu), bahan makanan dikonsumsi satu sampai dua kali perminggu.
5. Kurang dari satu kali perminggu (< 1 x perminggu), bahan makanan jarang dikonsumsi
6. Tidak pernah

Makanan yang harus dihindari pada penyakit jantung koroner adalah sebagai berikut:

1. Kue yang terlalu manis, dodol, tart.
2. Semua daging berlemak, ham, sosis.
3. Santan kental.
4. Sayuran yang menimbulkan gas seperti; kol, sawi, lobak.
5. Cabai.
6. Kopi, teh kental, soda, dan alkohol.

**2. 3. 4 Stres**

Saat ini stres psikososial tampaknya turut berperan. Sudah diketahui bahwa stres menyebabkan pelepasan ketokelamin tetapi masih dipertanyakan stres memang bersifat aterogenik atau mempercepat serangan. Teori bahwa aterogenesis disebabkan oleh stres dapat merumuskan pengaruh neuroendokrin terhadap dinamika sirkulasi, lemak serum, dan pembekuan darah (Price& Wilson, 2012: 585).

Menurut Needlman (2004) dalam Nasution (2007) ada beberapa sumber stres yang dialami remaja :

1. *Biological stress*

Pada umumnya perubahan fisik pada remaja terjadi sangat cepat, dari umur 12-14 tahun pada remaja perempuan dan antara 13 dan 15 tahun pada remaja laki-laki. Tubuh remaja berubah sangat cepat, remaja merasa bahwa semua orang melihat dirinya. Saat yang sama, remaja menjadi sibuk di sekolah, bekerja dan besosialisasi,sehingga dapat membuat remaja kekurangan tidur. Hasil dari penelitian, mengatakan bahwa kekurangan tidur dapat menyebabkan stres.

1. *Familiy Stress*

Salah satu sumber utama stres pada remaja adalah hubungannya dengan orang tua, karena remaja merasa bahwa mereka ingin mandiri dan bebas, tapi di lain pihak merekajuga ingin diperhatikan.

1. *School Stress*

Tekanan dalam masalah akademik cenderung tinggi pada dua tahun terakhir di sekolah, keinginan untuk mendapat nilai tinggi, atau keberhasilan dalam bidang olah raga, di mana remaja selalu berusaha untuk tidak gagal, ini semua dapat menyebabkan stres.

1. *Peer stress*

Stres pada kelompok teman sebaya cenderung tinggi pada pertengahan tahun sekolah. Remaja yang tidak diterima oleh teman-temannya biasanya akan menderita, tertutupdan mempunyai harga diri yang rendah. Pada beberapa remaja, agar dapat diterima oleh teman-temannya, mereka melakukan hal-hak negatif seperti merokok, minum alkohol dan menggunakan obat terlarang. Beberapa remaja merasa bahwa alkohol, rokok dan obat-obatan terlarang dapat mengurangi stres, tapi walau bagaimanapun secara psikologis itu semua tidak dapat mengurangi stres, tetapi justru meningkatkan.

1. *Social stress*

Remaja tidak mendapat tempat padapergaulan orang dewasa, karena mereka tidak diberikan kebebasan mengungkapkan pendapat mereka, tidak boleh membeli alkohol secara legal, dan tidak bisa mendapatkan pekerjaan yang bayarannya tinggi. Pada saat yang sama mereka tahu bahwa mereka semua nantinya akan mewarisi masalah besar dalam kehidupan sosial, seperti perang, polusi dan masalah ekonomi yang tidak stabil, ini dapat membuat remaja menjadi stres.

**2. 3. 5 Ketidakaktifan Fisik**

Menurut WHO yang dimaksud dengan aktivitas fisik adalah kegiatan yang dilakukan paling sedikit 10 menit tanpa henti. Aktivitas fisik dibagi atas 3 tingkatan yakni aktivitas fisik ringan, sedang, dan berat. Aktivitas fisik ringan adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan menggerakkan tubuh, aktivitas fisik sedang adalah pergerakan tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga cukup besar, dengan kata lain adalah bergerak yang menyebabkan nafas sedikit lebih cepat dari biasanya, sedangkan aktivitas fisik berat adalah pergerakan tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga cukup banyak (pembakaran kalori) sehingga nafas jauh lebih cepat dari biasanya (Situngkir, 2012).

Tabel 2.1 Klasifikasi Aktifitas Fisik

|  |  |
| --- | --- |
| Tingkat Aktifitas Fisik | Jenis Aktifitas Fisik |
| Ringan | Membaca, menulis, makan, menonton TV, mendengarkan radio, merapikan tempat tidur, berdandang, berjalan lambat. |
| Sedang | Bermain dengan mendorong benda, bermain pimpong, menyetrika, merawat tanaman, menjahit, mengetik, mencuci baju, menyapu, mencuci piring, menjemur pakaian. |
| Berat | Berjalan cepat, bermain dengan mengangkat benda berat, berlari, bermain tenis, bersepeda, berenang, naik turun tangga, memanjat, sepak bola, basket, volly. |

Dikutip dari Agus (2003), Irianto (2007), Arisman (2004) dalam Mardiana (2013).

Gaya hidup masa kini di mana teknologi yang serba canggih dan modern dapat mengakibatkan seorang remaja menghabiskan 5-6jam sehari untuk tidak melakukan aktivitas fisik yang berarti. Banyaknya program di televisi, permainan dalam komputer, dan video game menyebabkan remaja menjadi malas beraktivitas fisik dan menjadi kurang aktif (*sedentary life style*). Salah satunya seperti menonton TV. Lama menonton TV dapat berkontribusi dalam meningkatkan berat badan remaja dikarenakan ketika menonton TV remaja cenderung tidak melakukan aktivitas fisik dalam waktu yang cukup lama (Destiany, 2012).

Ketidakaktifan fisik meningkatkan risiko CHD (coronary heart disease) yang setara dengan hiperlipidemia atau merokok, dan seorang yang tidak aktif secara fisik memiliki risiko 30-50% lebih besar untuk mengalami hipertensi. Selain meningkatnya perasaan sehat dan kemampuan untuk mengatasi stres, keuntungan latihan aerobik yang teratur adalah meningkatnya HDL menurunkan LDL, menurunkannya tekanan darah, berkurangnya obesitas, berkurangnya frekuensi denyut jantung saat istirahat dan komsusi oksigen miokardium, dan menurunnya resistensi insulin (Price& Wilson, 2012: 585).

**2. 4 Pengertian Gaya Hidup**

Pengertian "gaya hidup" menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah pola tingkah laku sehari-hari segolongan manusia di dalam masyarakat. Gaya hidup adalah bagian dari kebutuhan [sekunder](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Sekunder&action=edit&redlink=1) manusia yang bisa berubah tergantung [jaman](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Jaman&action=edit&redlink=1) atau keinginan seseorang untuk mengubah gaya hidupnya.

Penelitian Situngkir (2012) mengatakan bahwa pola perilaku (*behavioral patterns*) akan selalu berbeda dalam situasi atau lingkungan sosial yang berbeda, dan senantiasa berubah, tidak ada yang menetap (*fixed*). Gaya hidup individu, yang dicirikan dengan pola perilaku individu, akan memberi dampak pada kesehatan individu dan selanjutnya pada kesehatan orang lain.

Depkes RI (2002) menjelaskan indikator gaya hidup sehat antara lain : perilaku tidak merokok, pola makan sehat dan seimbang dan aktivitas fisik yang teratur.

Menurut pendapat Amstrong dalam Nugraheni(2003) gaya hidup seseorang dapat dilihat dari perilaku yang dilakukan oleh individu seperti kegiatan-kegiatan untuk mendapatkan atau mempergunakan barang-barang dan jasa, termasuk didalamnya proses pengambilan keputusan pada penentuan kegiatan-kegiatan tersebut.Lebih lanjut Amstrong dalam Nugraheni(2003) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi gaya hidup seseorang ada 2 faktor yaitu faktor yang berasal dari dalam diri individu (internal) dan faktor yang berasal dari luar (eksternal).

Faktor internal yaitu sikap, pengalaman, dan pengamatan, kepribadian, konsep diri, motif, dan persepsi (Nugraheni, 2003) dengan penjelasannya sebagai berikut:
a. Sikap berarti suatu keadaan jiwa dan keadaan pikir yang dipersiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu objek yang diorganisasi melalui pengalaman dan mempengaruhi secara langsung pada perilaku. Keadaan jiwa tersebut sangat dipengaruhi oleh tradisi, kebiasaan, kebudayaan dan lingkungan sosialnya.

b. Pengalaman dapat mempengaruhi pengamatan sosial dalam tingkah laku, pengalaman dapat diperoleh dari semua tindakannya dimasa lalu dan dapat dipelajari, melalui belajar orang akan dapat memperoleh pengalaman. Hasil dari pengalaman sosial akan dapat membentuk pandangan terhadap suatu objek.

c. Kepribadian adalah konfigurasi karakteristik individu dan cara berperilaku yang menentukan perbedaan perilaku dari setiap individu.

d. Faktor lain yang menentukan kepribadian individu adalah konsep diri. Konsep diri sudah menjadi pendekatan yang dikenal amat luas untuk menggambarkan hubungan antara konsep diri konsumen dengan image merek. Bagaimana individu memandang dirinya akan mempengaruhi minat terhadap suatu objek. Konsep diri sebagai inti dari pola kepribadian akan menentukan perilaku individu dalam menghadapi permasalahan hidupnya, karena konsep diri merupakan frame of reference yang menjadi awal perilaku.

e. Perilaku individu muncul karena adanya motif kebutuhan untuk merasa aman dan kebutuhan terhadap prestise merupakan beberapa contoh tentang motif. Jika motif seseorang terhadap kebutuhan akan prestise itu besar maka akan membentuk gaya hidup yang cenderung mengarah kepada gaya hidup hedonis.

f. [Persepsi](http://www.masbow.com/2009/08/apa-itu-persepsi.html) adalah proses dimana seseorang memilih, mengatur, dan menginterpretasikan informasi untuk membentuk suatu gambar yang berarti mengenai dunia.

Adapun faktor eksternal dijelaskan oleh Nugraheni (2003) sebagai berikut :
a. Kelompok referensi adalah kelompok yang memberikan pengaruh langsung atau tidak langsung terhadap sikap dan perilaku seseorang. Kelompok yang memberikan pengaruh langsung adalah kelompok dimana individu tersebut menjadi anggotanya dan saling berinteraksi, sedangkan kelompok yang memberi pengaruh tidak langsung adalah kelompok dimana individu tidak menjadi anggota didalam kelompok tersebut. Pengaruh-pengaruh tersebut akan menghadapkan individu pada perilaku dan gaya hidup tertentu.

b. Keluarga memegang peranan terbesar dan terlama dalam pembentukan sikap dan perilaku individu.Hal ini karena pola asuh orang tua akan membentuk kebiasaan anak yang secara tidak langsung mempengaruhi pola hidupnya.

c. Kelas sosial adalah sebuah kelompok yang relatif homogen dan bertahan lama dalam sebuah masyarakat, yang tersusun dalam sebuah urutan jenjang, dan para anggota dalam setiap jenjang itu memiliki nilai, minat, dan tingkah laku yang sama. Ada dua unsur pokok dalam sistem sosial pembagian kelas dalam masyarakat, yaitu kedudukan (status) dan peranan. Kedudukan sosial artinya tempat seseorang dalam lingkungan pergaulan, prestise hak-haknya serta kewajibannya. Kedudukan sosial ini dapat dicapai oleh seseorang dengan usaha yang sengaja maupun diperoleh karena kelahiran. Peranan merupakan aspek yang dinamis dari kedudukan. Apabila individu melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya maka ia menjalankan suatu peranan.

d. Kebudayaan yang meliputi pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat istiadat, dan kebiasaan-kebiasaan yang diperoleh individu sebagai anggota masyarakat. Kebudayaan terdiri dari segala sesuatu yang dipelajari dari pola-pola perilaku yang normatif, meliputi ciri-ciri pola pikir, merasakan dan bertindak.

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

**3.1 Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah desain penelitian Deskriptif Survei. Penelitian deskriptif survei adalah penelitian yang diarahkan untuk mendeskripsikan atau menguraikan suatu keadaan di dalam suatu komunitas atau masyarakat (Notoadmodjo, 2010: 26).Pada penelitian ini, peneliti mendiskripsikan gaya hidup remaja yang berisiko penyakit jantung koroner di SMA Negeri 9 Kota Malang.

**3. 2 Populasi, Sampel, dan Metode Sampling Penelitian**

**3.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan sebjek penelitian (Arikunto, 2006: 130). Populasi juga merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2008: 32).Populasi pada penelitian ini adalah siswa SMA Negeri 9 Kota Malang kelas 10 dan 11 yang berjumlah 564 orang.

1. **2. 2 Sampel**

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2008: 32).Arikunto (2006) menjelaskan apabila subyeknya kurang dari 100 lebih baik diambil semua sehingga penelitiannya merupakan penelitian populasi, tetapi jika subyeknya besar, dapat diambil antara 10%-15% atau 20%-25%. Dalam penelitian ini maka diambil 15% dari 564 ditemukan 85orang yang diambil dari siswa kelas 10 dan 11 SMA Negeri 9 Kota Malang, laludihitungmenggunakanrumus

 nh = Nh x n

 N

nh : banyaknya anggota yang dimasukkan sub sampel

Nh : banyaknya individu yang ada di dalam cluster

n : jumlah sampel

N : jumlah populasi

Didapatkanhasilkelas 10 berjumlah 41 orangdari 275 orang siswa dan kelas 11 berjumlah 44 orang dari 289 orang siswa.

1. **2. 3Teknik Sampling**

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2008: 32). Metode dalam penelitian ini adalah *cluster sampling* yang merupakan bagian dari *random sampling*.*Cluster sampling*atau pengambilan sampel secara gugus peneliti tidak mendaftar semua anggota atau unit yang ada di dalam populasi, tetapi cukup mendaftar banyaknya kelompok atau gugus yang ada di dalam populasi itu. Kemudian mengambil beberapa sampel berdasarkan gugus tersebut (Notoadmodjo, 2010: 123).

Didapatkan sampel sejumlah 85 orang dari 564 siswa kelas 10 dan kelas 11. Dengan menggunakan teknik *cluster sampling* didapatkan sampel dari kelas 10 sejumlah 41dan dari kelas 11 sejumlah 44 orang.

**3. 3 Variabel Penelitian**

Kelinger dalam Arkunto (2006: 116) menyebutkan bahwa variabel adalah sebagai sebuah konsep. Hadi (Arkunto 2006: 116) juga mendefinisikan variabel sebagai gejala yang bervariasi. Variabel pada penelitian ini adalah gaya hidup remaja yang berisiko penyakit jantung koroner di SMANegeri 9 Kota Malang.

**3. 4 Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah mendifinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2008: 35). Definisi operasional dari penelitian ini ada dalam tabel 3.1.

**3.5 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian yang digunakan adalah SMANegeri 9 Kota Malang. Sedangkan waktu penelitian dilaksanakan pada 12 Maret 2015.

**3.6 Metode Pengumpulan Data**

Penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data kuisioner. Kuisioner adalah formulir-formulir yang berisi pertanyaan. Kuisioner atau angket ini adalah suatu cara pengumpulan data atau suatu penelitian mengenai suatu masalah yang umumnya banyak menyangkut kepentingan umum (orang banyak) (Notoadmodjo, 2010: 147).

Prosedur pengumpulan data adalah sebagai berikut:

1. Peneliti memberikan surat permohonan melakukan penelitian ke Dinas Pendidikan Kota Malang
2. Peneliti memberikan surat rekomendasi dari Dinas Pendidikan Kota Malang ke SMA 9 Malang.
3. Setelah surat tersebut disetujui oleh Kepala Sekolah SMA 9 Malang, peneliti mulai melakukan pengambilan data.
4. Peneliti menentukan siswa yang dijadikan sampel dari kelas 10 dan 11
5. Memberikan *informed consent,* yaitu peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yang akan dilakukan pada subyek penelitian.
6. Peneliti membagikan lembar kuisioner yang akan diisi oleh responden.
7. Peneliti menjelaskan cara pengisian kuisioner kepada responden.
8. Alat dan bahan untuk perlengkapan data yaitu lembar kuisioner.

**3.7 Instrumen Penelitian**

Instrumen adalah alat pada waktu penelitian menggunakan sesuatu metode (Arikunto, 2010: 149). Instrumen penelitian untuk mengetahui gaya hidup remaja yang berisiko penyakit jantung koroner ini adalah kuisioner. Kuisioner adalah alat ukur dengan beberapa pertanyaan, digunakan apabila responden jumlahnya besar dan tidak buta huruf (Hidayat, 2008: 36).

**3.8 Pengolahan Data**

Dalam suatu penelitian, pengolahan data merupakan salah satu langkah yang penting. Hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih mentah, belum memberikan informasi apa-apa, dan belum siap untuk disajikan. Untuk memperoleh penyajian data sebagai hasil yang berarti dan kesimpulan yang baik, diperlukan pengolahan data. (Notoatmodjo, 2010: 171).

1. *Editing*

Hasil wawancara atau angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui kuisioner perlu disunting terlebih dahulu. Secara umum editing adalah merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isisan formulir atau kuisioner.

1. *Coding*

*Coding*yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi angka atau bilangan. Koding atau pemberian kode ini sangat berguna dalam memasukkan data.

1. Memasukkan data (*data entry*)

Jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode dimasukkan ke dalam program komputer.

1. Tabulasi

Membuat tabel–tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti(Notoadmodjo, 2010: 176-177).

**3. 9 Analisa Data**

Data yang telah diolah baik pengolahan secara manual maupun menggunakan bantuan komputer, tidak akan ada maknanya tanpa dianalisis. Menganalisis data tidak sekedar mendiskripsikan dan menginterpretasikan data yang telah diolah (Notoadmodjo 2010: 180).

1. Merokok
2. 20 batang perhari : Perokok berat : 3
3. 11-20 batang perhari : Perokok sedang : 2
4. 1-10 batang perhari : Perokok ringan : 1
5. Tidak merokok : Bukan perokok : 0
6. Pola makan tidak sehat
7. >3x seminggu : Sering : 3
8. 1-2x seminggu : Kadang-kadang : 2
9. <1x seminggu : Jarang : 1
10. Ketidakaktifan fisik
11. Membaca, menulis, makan, menonton TV, mendengarkan radio, merapikan tempat tidur, berdandang, berjalan lambat: Ringan : 3
12. Bermain dengan mendorong benda, bermain pimpong, menyetrika, merawat tanaman, menjahit, mengetik, mencuci baju, menyapu, mencuci piring, menjemur pakaian: Sedang: 2
13. Berjalan cepat, bermain dengan mengangkat benda berat, berlari, bermain tenis, bersepeda, berenang, naik turun tangga, memanjat, sepak bola, basket, volly: Berat: 1

Selanjutnya, dari jawaban yang diberikan responden akan dijadikan dalam bentuk prosentase dengan menggunakan rumus:

P = $\frac{∑f}{N} x 100 \%$

Keterangan :

P : Penilaian

∑f : Frekuensi sampel

N : Jumlah sampel

Hasil yang didapat diinterpretasikan menjadi:

1. Seluruh responden : 100%
2. Hampir seluruh responden : 76-99%
3. Sebagian besar responden : 51-75%
4. Sebagian responden : 50%
5. Hampir setengah responden : 26-49%
6. Sebagian kecil responden : 1-25%
7. Tidak satupun responden : 0

**3. 10 Etika Penelitian**

**3. 10. 1 *Informed Consent***

*Informed Consent*merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed Consent*tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya adalah agar subyek mengerti maksut dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, jika responden tidak bersedia peneliti harus menghormati hak responden (Hidayat, 2008:39).

**3. 10. 2 *Anomity***

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2008:39).

**3. 10. 3 Confidentiality**

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2008:39).

**BAB IV**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini menguraikan hasil penelitian tentang gaya hidup remaja yang berisiko penyakit jantung koroner di SMA Negeri 9 Kota Malang serta akan dilakukan pembahasan berdasarkan hasil temuan peneliti.

Data yang disajikan pada penelitian ini berupa data umum dan data khusus. Data umum mencangkup karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan (IMT), dan penyakit yang diderita, sedangkan data khusus meliputi merokok, pola makan tidak sehat, dan aktivitas fisik yang akan disajikan hasil penelitian dalam bentuk diagram dan diuraikan dalam bentuk naratif sebagai kesimpulan umum

**4.1 Hasil Penelitian**

**4. 1. 1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Lokasi pengambilan data dilakukan di SMA Negeri 9 Kota Malang yang berada di Jalan Puncak Borobudur nomer 1, merupakan salah satu SMA besar di Kota Malang yang berada di wilayah Soekarno-Hatta, seta banyak sekali tempat jajanan atau cafe-cafe yang dijadikan tempat bergaul para remaja Kota Malang. Fasilitas pembelajaran yang tersedia di SMA Negeri 9 Kota Malang termasuk lengkap, mulai dari laboraturium (bahasa, fisika, kimia, biologi, komputer), perpustakaan, kantin, tempat olahraga, serta UKS.

Sarana olahraga yang tersedia yaitu lapangan basket dan voly, area lompat jauh, aula badminton yang digunakan setiap harinya untuk pelajaran olahraga dan ekstrakulikuler atau kegiatan sekolah. Kantin sekolah ini memiliki 7 stan yang menjual berbagai macam makanan seperti nasi dengan berbagai macam lauk, soto, bakso, gorengan, minuman bersoda, snack ringan, dan lainnya. Terdapat UKS yang mana tiap hari Rabu dan Jumat terdapat dokter yang berjaga dari pukul 08.00-10.00 WIB. UKS sekolah memberikan pelayanan kesehatan kepada warga sekolah yang merasa sakit ketika berada di jam sekolah. Terdapat ruang istirahat, serta beberapa obat-obatan yang dapat digunakan oleh warga sekolah. Hampir setiap kelas dan ruangan terdapat poster tentang bahaya merokok dan narkoba.

SMA Negeri 9 Kota Malang memiliki total siswa keseluruhan yaitu 917 orang yang terdiri dari kelas 10, 11, dan 12. Kelas 10 terdiri dari 10 kelas dengan jumlah siswa 275 orang, kelas 11 yang terdiri dari 10 kelas dengan jumlah siswa 289 orang, dan kelas 12 terdiri 10 kelas dengan jumlah siswa 353 orang.

Pada penelitian ini, pengambilan data dilakukan pada tanggal 12 Maret 2015 yang dilaksanakan di kelas 10 dan kelas 11, dimana pada pengambilan data hanya diambil 85 orang saja sebagai responden.

**4. 1. 2 Data Umum Responden**

Data umum responden berdasarkan usia, jenis kelamin, IMT, dan penyakit yang diderita.

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Gambar 4.1 Karakteristik responden berdasarkan usia remaja di SMA Negeri

 9 Kota Malangpada bulan Maret 2015.

Berdasarkan pada gambar 4.1, dapat dijelaskan bahwa hampir setengah (47%) responden berumur 16 tahun sedangkan sebagian kecil(1%) responden berumur 18 tahun.

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Gambar 4.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin remaja di

 SMA Negeri 9 Kota Malang pada bulan Maret 2015.

Berdasarkan pada gambar 4.2, dapat dijelaskan bahwa sebagian besar(55%) responden berjenis kelamin perempuan.

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Indeks Masa Tubuh (IMT)

Gambar 4.3 Karakteristik responden berdasarkan Indeks Masa Tubuh (IMT)

remaja di SMA Negeri 9 Kota Malang pada bulan Maret 2015.

Berdasarkan pada gambar 4.3, dapat dijelaskan bahwa sebagian besar(59%) responden memiliki berat badan normal dan sebagian kecil (2%) mengalami obesitas tingkat II.

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit yang Diderita

Gambar 4.4 Karakteristik responden berdasarkan penyakit yang dideritaremaja

di SMA Negeri 9 Kota Malang pada bulan Maret 2015.

Berdasarkan pada gambar 4.4, dapat dijelaskan hampir seluruh responden(80%) responden tidak menderita penyakit sedangkan sebagian kecil(1%) responden mengalami hipotensi.

**4. 1. 3 Data Khusus Responden**

Data khusus responden meliputi merokok, pola makan yang tidak sehat, dan ketidakaktifan fisik.

1. Merokok

Gambar 4.5 Frekuensi merokok remaja di SMA Negeri 9 Kota Malangpada

bulan Maret 2015.

Berdasarkan pada gambar 4.5, dapat dijelaskan bahwa hampir seluruh (95%) responden tidak merokok dan sebagian kecil(5%) responden adalah perokok ringan.

1. Pola Makan Tidak Sehat

Gambar 4.6 Frekuensi pola makan tidak sehat remaja di SMA Negeri 9 Kota

 Malang pada bulan Maret 2015.

Berdasarkan pada gambar 4.6, dapat dijelaskan bahwa hampir setengah (38%) responden kadang-kadang melakukan pola makan tidak sehat dan hampir setengah (27%) responden jarang melakukan pola makan tidak sehat.

1. Ketidakaktivan fisik

Gambar 4.7 Frekuensi aktifitas fisik remaja di SMA Negeri 9 Kota Malang pada

bulan Maret 2015.

Berdasarkan pada gambar 4.7, dapat dijelaskan bahwa sebagian besar(73%) responden melakukan aktifitas ringan, sedang, dan berat sedangkan sebagian kecil (6%) responden hanya melakukan aktifitas ringan.

**4.2 Pembahasan**

**4. 2. 1 Merokok**

Hasil penelitian yang dilakukan pada 85 orang siswa SMA Negeri 9 Malang didapatkan sebagian kecil (5%) responden adalah perokok ringan dan hampir seluruh (95%) responden tidak merokok.

Remaja yang tidak mengkonsumsi rokok mempunyai risiko yang rendah terhadap bahaya rokok tersebut. Kandungan rokok seperti nikotin merupakan salah satu zat kimia yang dapat memberikan efek buruk terhadap tubuh. Price dan Wilson (2012: 584) menjelaskan bahwa mantan perokok tampaknya berisiko rendah terhadap nikotin seperti pada bukan perokok.Salah satu bahaya dari rokok adalah sebagai faktor risiko yang dapat dirubah dari Penyakit Jantung Koroner (PJK) (Hou& Zhang, 2008: 14), sehingga risiko PJK pada remaja yang tidak merokok akan minimal.

Sebagian besar responden berumur 16 tahun, sedangkan responden yang perokok ringan berusia 17 tahun dengan jenis kelamin laki-laki. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan penelitian Hasanah dan Sulastri (2011) yang mengungkapkan bahwa usia pertama kali merokok pada umumnya berkisar antara usia 11-13 tahun, serta diperkuat oleh data WHO yang 30% perokok dunia adalah remaja (Tandra, 2003).

Responden yang merupakan perokok ringan akan mempunyai risiko terhadap penyakit jantung koroner lebih tinggi dibanding dengan yang tidak merokok. Sesuai dengan Price dan Wilson (2012: 584) mengungkapkan seseorang yang merokok lebih dari satu pak perhari menjadi dua kali lebih rentan terhadap arteriosklerotik koroner dari pada mereka yang tidak merokok. Risiko ini disebabkan karena rokok mengandung beberapa zat kimia yang mempunyai efek buruk terhadap tubuh sesperti nikotin. Ariyadin (2008) menjelaskannikotin yang terkandung dalam rokok dapat mempersempit pembuluh darah, sehingga jantung harus bekerja lebih keras dari biasanya dan gas karbon monoksida yang ada dalam asap rokok mengambil tempat oksigen dalam darah. Akibatnya, tekanan darah meningkat karena jantung harus bekerja lebih keras untuk mendapatkan oksigen yang cukup.

Remaja menjadi perokok dapat dipengaruhi oleh masa remaja yang masih dalam masa peralihan dari anak-anak menuju dewasa, sehingga remaja dalam proses pencarian perilaku serta gaya hidup yang cocok untuk dirinya. Sesuai dengan Sumiati (2009: 12) yang mengemukakan bahwamasa ini remaja bukan lagi seorang anak dan bukan seorang dewasa dan merupakan masa yang strategis, karena memberi waktu kepada remaja untuk membentuk gaya hidup dan menentukan pola perilaku. Masa peralihan inilah yang cenderung mengakibatkan remaja rentan terpengaruh gaya hidup tidak sehat seperti merokok. Merokok yang dilakukan oleh remaja dapat pula dipengaruhi oleh lingkungan disekitaran remaja tersebut, jika remaja tersebut berada di lingkungan yang merupakan lingkungan perokok maka remaja tersebut akan cenderung pula untuk merokok. Hasanah dan Sulastri (2011) juga menyebutkan bahwa perilaku merokok ini akan semakin meningkat jika mendapat dukungan orang tua serta teman sebaya.

Pembahasan diatas menunjukkan bahwa hampir seluruh responden tidak merokok, tetapi didapatkan 4 orang diantaranya adalah perokok ringan.Responden yang menjadi perokok ringan akan memiliki risiko lebih besar untuk terjadinya PJK dari pada yang tidak merokok. Perilaku merokok yang dilakukan oleh responden dapat dipengaruhi oleh lingkungan, dukungan orang tua serta teman sebayanya. Risiko PJK tersebut akan terus semakin meningkat bila kebiasaan merokok sudah dilakukan sejak dini dan dalam jangka waktu yang lama serta dengan jumlah rokok yang dikonsumsi tiap harinya. Sehingga untuk mengurangi risiko tersebut, diharapkan responden bahkan remaja lain yang merupakan perokok dapat mengurangi atau berhenti merokok.

**4. 2. 2 Pola Makan Tidak Sehat**

Hasil penelitian yang dilakukan pada 85 orang siswa SMA Negeri 9 Malang didapatkan hampir setengah (38%) responden kadang melakukan pola makan tidak sehat,hampir setengah (35%) responden yang sering melakukan pola makan tidak sehat, serta hampir setengah (27%) responden jugajarang melakukan pola makan tidak sehat.

Emirfan (2011: 126) yang menjelaskan seperti makanan manis, makanan yang berkadar garam tinggi, mie instan, dan makanan yang mengandung kolesterol tinggi adalah makanan yang dapat membahayakan kesehatan, sehingga pola makan tidak sehat pada penelitian ini dibagi menjadi 4 pengkonsumsian yaitu mie instan, makanan tinggi gula, makanan tinggi garam, dan makanan tinggi kolesterol. Didapatkan hampir sebagian (46%) responden jarang mengkonsumsi mie instan. Hampir sebagian (42%) responden pula sering mengkonsumsi makanan tinggi gula. Hampir sebagian (40%) responden mengkonsumsi makanan tinggi garam dan hampir sebagian (47%) responden sering pula mengkonsumsi makanan tinggi kolesterol. Makanan yang tersering dikonsumsi oleh responden adalah makanan yang mengandung MSG, snack ringan, gorengan, permen, kuning telur, biskuit, dan minuman sachet.

Makanan-makanan tersebut apabila dikonsumsi melebihi batas maksimal akan memberikan efek buruk terhadap kesehatan, karena jumlah zat yang terkandung di dalam makanan tersebut apabila berlebih di dalam tubuh akan menggangu sistem metabolisme di dalam tubuh dan dapat pula menyebabkan masalah kesehatan. Asosiasi Jantung Amerika juga mengungkapkan (Emirfan, 2011: 127) efek mengonsumsi gula berlebihan yang terburuk adalah dapat memicu sakit jantung, sebab molekul glukosa metabolit glukosa 6-fosfat (G6P) dapat membuat perubahan pada protein jantung. Kandungan garam yang berlebih di dalam masakan dapat meningkatkan kandungan ion natrium dalam darah sehingga meningkatkan kerja jantung dan tekanan darah (Solahuddin, 2010). Makanan yang mengandung tinggi kolesterol jugaakan meningkatkan kolesterol dalam darah sehingga dapat menyebabkan timbulnya penyumbatan pembuluh darah dan hipertensi (Solahuddin, 2010), sertaShin (2014)mengatakan bahwa mi instan dapat meningkatkan  risiko sindrom kardiometabolik seperti jantung, stroke dan diabetes.

Tak hanya itu, akibat era globalisasi dimana teknologi semakin maju menyebabkan gaya hidup sedentari yang dapat mengurangi aktifitas fisik yang dilakukan sehingga antara asupan makanan yang masuk tidak sesuai dengan energi yang dikeluarkan sehingga dapat menyebabkan terjadinya kelebihan berat badan bahkan obesitas.Hasil penelitian menunjukkan, 5 responden mengalami kelebihan berat badan yang berisiko menjadi obesitas dan 8 responden mengalami obesitas. Menurut Soetjiningsih (2004: 88) menyebutkan bahwaremaja dengan obesitas secara sosial sering terpinggirkan, sehingga akan makin memperburuk emosi remaja tersebut dan pertumbuhannya. Disamping itu, obesitas terutama obesitas sentral adalah faktor penyakit kardiovaskuler, yang salah satunya adalah jantung koroner.

Responden yang memiliki berat normal bahkan kurus akan memiliki risiko terhadap penyakit jantung koroner lebih rendah dibandingkan dengan responden yang mengalami obesitas, tetapi faktor risiko ini akan tetap tinggi apabila responden tersebut tetap memiliki gaya hidup tidak sehatseperti merokok dan memiliki pola makan yang tidak sehat meskipun dengan aktifitas fisik yang cukup.

Peneliti berpendapat pola makan tidak sehat seperti mengkonsumsi mie instan, tinggi gula, garam, dan kolesterol yang kadang-kadang bahkan sering (1-2 kali atau >3 kali dalam satu minggu) dilakukan oleh responden akan memiliki risiko untuk terjadinya penyakit jantung koroner. Risiko tersebut akan semakin meningkat dengan ditambah kelebihan berat badan danobesitas yang dialami responden. Apabila gaya hidup tidak sehat ini terus dilakukan, akan menyebabkan arterosklerotik yang terbentuk akan semakin meningkat pula sehingga penyakit jantung koroner akan terjadi lebih awal, sehingga diharapkan dengan meningkatkan pengonsumsian makanan yang lebih sehat seperti buah-buahan dan sayurserta meningkatkan aktifitas fisik untuk mencegah obesitas akan dapat memanimalisir risiko terhadap penyakit jantung koroner di masa yang akan datang.

**4. 2. 3 Ketidakaktifan Fisik**

Penelitian di atas didapatkan dari 85 siswa SMA Negeri 9 Kota Malang sebagian besar (73%) responden melakukan aktifitas fisik ringan, sedang, dan berat , sebagian kecil (6%) responden hanya melakukan aktifitas ringan saja, serta sebagian kecil (9%) responden yang melakukan aktifitas fisik ringan-sedang sebagian kecil (12%) pula responden melakukan aktifitas ringan-berat.

Hasil diatas didapatkan bahwa responden paling banyak mempunyai fisik yang aktif. Fisik yang aktif akan membuat tubuh menjadi sehat dan bugar serta keuntungan lainnya.Selain itu, menurut Price& Wilson (2012: 585) mengungkapkan fisik yang aktif meningkatkan kemampuan untuk mengatasi stres, keuntungan latihan aerobik yang teratur adalah meningkatnya HDL menurunkan LDL, menurunkannya tekanan darah, berkurangnya obesitas, berkurangnya frekuensi denyut jantung saat istirahat dan komsusi oksigen miokardium, dan menurunnya resistensi insulin.

Sedangkan terdapat 5 responden yang melakukan aktifitas ringan saja. Responden ini akan memiliki risiko terjadinya PJK lebih besar sesuai dengan pendapat Price& Wilson (2012: 585)fisik yang tidak aktif akan dapat meningkatkan risiko CHD (coronary heart disease) yang setara dengan hiperlipidemia atau merokok, dan seorang yang tidak aktif secara fisik memiliki risiko 30-50% lebih besar untuk mengalami hipertensi.

Fisik yang tidak aktif yang dilakukan oleh responden merupakan salah satu efek dari kecanggihan teknologi. Waktu mereka hanya habis digunakan untuk menonton tv, atau bermain game yang mana akan menyebabkan mereka untuk malas melakukan aktifitas fisik lain. Penelitian Destiany(2012) mengungkapkan gaya hidup masa kini di mana teknologi yang serba canggih dan modern dapat mengakibatkan seorang remaja menghabiskan 5-6jam sehari untuk tidak melakukan aktivitas fisik yang berarti.

Peneliti berpendapat responden memang sebagian besar termasuk aktif, tetapi masih ada 5 orang yang fisiknya kurang aktif yang hanya melakukan aktifitas ringan saja tiap harinya. Aktifitas yang kurang aktif bahkan tidak aktif tersebut jika dilakukan terus-menerus dapat menyebabkan masalah kesehatan di masa yang akan datang. Masalah yang akan ditimbulkan dapat menjadi PJK ataupun penyakit degenaratif lainnya, sehingga dengan peningkatan aktifitas fisik dengan salah satunya melakukan olahraga secara rutin diharapkan akan dapat mengurangi risiko terhadap penyakit jantung koroner.

Selain itu, hasil penelitian didapatkan dari 85 orang didapatkan 14 orang memiliki berat badan lebih, 5 diantaranya memang sering mengkonsumsi mie instan, makanan tinggi gula, garam, serta kolesterol, 1 orang melakukan aktifitas ringan saja, dan 1 orang menjadi perokok ringan. Responden inilah yang memiliki risiko lebih tinggi terhadap PJK jika gaya hidup seperti ini terus dilakukan.

**4.3 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan yang dialami peneliti adalah sebagai berikut:

1. Penelitian dilakukan hanya melalui kuisioner tanpa adanya observasi, sehingga hasil penelitian dapat menjadi kurang valid.
2. Persepsi responden terhadap kuisioner yang masih kurang baik, sehingga mempengaruhi hasil penelitian.
3. Pengukuran tinggi badan dan berat badan tidak melalui observasi langsung.

**BAB V**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini disimpulkan dari penelitian Gaya Hidup Remaja yang Berisiko Penyakit Jantung Koroner di SMA Negeri 9 Kota Malang.

**5.1 Kesimpulan**

Gaya hidup siswa SMA Negeri 9 Kota Malangsebagian besar memiliki gaya hidup cukup sehat. Gaya hidup tersebut yang dapat berisiko menimbulkan penyakit jantung koroner yang dilakukan pada 85 orang siswa, yaitu:

1. Sebagian kecil (5%) responden adalah perokok ringan. Hampir seluruh

(95%) respondenadalah bukan perokok.Responden yang menjadi perokok ringan akan memiliki risiko lebih besar untuk terjadinya PJK dari pada yang tidak merokok. Perilaku merokok yang dilakukan oleh responden dapat dipengaruhi oleh lingkungan, dukungan orang tua serta teman sebayanya. Risiko PJK tersebut akan terus semakin meningkat bila kebiasaan merokok sudah dilakukan sejak dini dan dalam jangka waktu yang lama serta dengan jumlah rokok yang dikonsumsi tiap harinya.

1. Hampir setengah (38%) responden kadang melakukan pola makan tidak sehat dan hampir setengah (35%) responden juga sering melakukan pola makan tidak sehat. Pola makan tidak sehat ini diambil dari mie instan, makanan tinggi gula, garam, dan kolesterol. Pola makan tidak sehat yang kadang-kadang bahkan sering dilakukan responden memiliki risiko untuk terjadinya penyakit jantung koroner lebih tinggi. Risiko tersebut akan semakin meningkat dengan ditambah kelebihan berat badan dan obesitas yang dialami responden.
2. Sebagian besar (73%) respondenmelakukan aktifitas fisik ringan, sedang, dan berat. Sebagian kecil (6%) responden hanya melakukan aktifitas ringan. Aktifitas fisik yang kurang dapat dipengaruhi oleh kemajuan teknologi yang menyebabkan remaja banyak mempunyai gaya hidup sedentari. Aktifitas yang kurang aktif bahkan tidak aktif tersebut jika dilakukan terus-menerus dapat menyebabkan risiko terhadap penyakit jantung koroner semakin meningkat.

**5.2 Saran**

1. SMA Negeri 9 Kota Malang

Pihak sekolah hendaknya melakukan peningkatan gaya hidup sehat para siswa dengan berupa tindakan seperti menggalakkan hidup bebas rokok dengan penyuluhan bahaya rokok yang dilakukan secara berkesinambungan dan diadakannya kerjasama antara sekolah dan orang tua untuk penanggulangan rokok. Perbaikan pola makan siswa dengan menjual makanansehat di kantin sekolah dan pendidikankesehatan tentang makanan sehat. Diadakan penimbangan berat badan dan tinggi badan siswa secara rutin sehingga dapat mengetahui perkembangan siswa. Selain itu mengajak siswa untuk meningkatkan aktifitas fisik seperti diadakannya senam bersama yang dilakukan tiap minggu diluar jam pelajaran olahraga.

1. Ilmu Keperawatan

Diharapkan dapat lebih mengembangkan pengetahuan mahasiswa keperawatan dalam rangka peningkatan pengetahuan berkaitan dengan gaya hidup remaja yang berisiko terhadap penyakit jantung koroner.

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan untuk lebih spesifik dalam melakukan penelitian selanjutnya seperti faktor yang dapat mempengaruhi gaya hidup tidak sehat pada remaja.

**DAFTAR PUSTAKA**

Almatsier, S. 2010. *Penuntun Diet: Edisi Baru.* Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.

Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

Ariyadin. 2008.*Rokok Anda: Relakah Mati Demi Sebatang Rokok?*. Yogyakarta: Manyar Media.

Cahyaningsih, D.S. 2011. *Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: Trans Info Media.

Destiany, V. 2012. *Asupan Tinggi Natrium dan Lama Menonton TV Sebagai Faktor Risiko Hipertensi Obesitik pada Remaja Awal*. Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro

Emirfan. 2011. *Healty Habits You Must Know*. Jakarta: PT. Buku Kita.

Hasanah, A. U. & Sulastri. 2011. *Hubungan Antara Dukungan Orang Tua, Teman Sebaya, dan Iklan Rokok dengan Perilaku Merokok pada Siswa Laki-laki Madrasah Aliyah Negeri 2 Boyolali*, (Online), Volume 8, No. 4, (<http://www.jurnal.stikes-aisyiyah.ac.id/index.php/gaster/article/view/22>, diakses 15 Desember 2014).

Hidayat, A. A. A. 2008. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah.* Jakarta: Salemba Medika.

Hidayati, S. N., dkk. 2006. *Hubungan Asupan Zat Gizi dan Indeks Masa Tubuh dengan Hiperlipidemia pada Murid SLTP yang Obesitas di Yogyakarta*, (Online), (<http://saripediatri.idai.or.id/pdfile/8-1-4.pdf>, diakses 17 Januari 2015).

Hou M. K. dan Zhang L. 2008. *Masalah Jantung Anda: Jawaban Agar Jantung Lebih Sehat*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.

Humaira, D. A. 2013. *Hubungan Karakteristik, Citra Tubuh dan Status Gizi pada Mahasiswi Tingkat II Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Jakarta II,* (Online), (<http://digilib.esaunggul.ac.id/public/UEU-Undergraduate-91-BAB%20I.pdf>, diakses 17 Januari 2015).

Kowalak, J. P. dkk. 2011. *Buku Ajar Patofiologi*. Jakarta. EGC.

Lestari, H. & Sugihani. 2007. *Perilaku Berisiko Remaja di Indonesia Menurut Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) Tahun 2007*, (Online), ([http://download.portalgaruda.org/article.php](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=144433&val=4886&title), diakses 15 Desember 2014).

Mardiana, A. 2013. *Faktor Determinan yang Melatarbelakangi Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Kendal Kerep*. Karya Tulis Ilmiah. Malang: Poltekkes Malang.

McPhee, S. J. & Ganong, W. F. 2011. *Patofiologi Penyakit: Pengantar Menuju Kedokteran Klinis*. Jakarta: EGC.

Nasution, I. K. 2007. *Perilaku Merokok pada Remaja,* (Online), (<http://library.usu.ac.id/download/fk/132316815.pdf>, diakses 15 Desember 2014).

Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nugraheni,P.N.A.2003.*Perbedaan Kecenderungan gaya Hidup Hedonis Pada Remaja ditinjau dari Lokasi Tempat Tinggal*. (Online), (<http://www.masbow.com>, diakses 17 Februari 2015).

Nurjanah. 2012. *Keadaan Pengetahuan Gizi dan Pola Konsumsi Siswa Program Keahlian Kompetensi Jasa Boga di SMKN 2 Godean*, (Online), (<http://eprints.uny.ac.id/8063/3/bab%202%20-%2009511242003.pdf>, diakses 15 Desember 2014).

Price, S. A. & Wilson, L. M. 2012. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.

Prasetya, LD. 2012. Pengaruh Negatif Rokok bagi Kesehatan di Kalangan Remaja, (Online), (<http://madiklus.googlecode.com>, diakses 16 Januari 2015).

R. I., Depkes. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Ruhyanudin, F. 2006. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Malang: UPT. Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang.

Situngkir, L. N. 2012. *Pengetahuan dan Sikap Terhadap Gaya Hidup Sehat Pada Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatra Utara*, (Online), (<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/33995>, diakses 17 Januari 2015).

Soetjiningsih. 2004. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: CV. Sagung Seto.

Suhardiono. 2013. *Bahaya Gram, Gula, Lemak*, (Online), (<http://health.kompas.com/read/2013/04/25/07554542/Bahaya.Garam.Gula.dan.Lemak>, diakses 17 Februari 2014).

Sumiati, dkk. 2009. *Kesehatan Jiwa Remaja dan Konseling*. Jakarta: Trans Info Media.

Supriyono, M. Dkk. *Faktor-faktor Risiko Kejadian Penyakit Jantung Koroner (PJK) pada Kelompok Usia <45 Tahun,* (Online), (<http://eprints.undip.ac.id/6324>, diakses 15 Desember 2014).

Syarifah, F. 2014. *Bahaya Mengintai Bila Mengkonsumsi Mie Instan 3 KaliSeminggu*, (Online), (<http://health.liputan6.com/read/2090827/bahaya-mengintai-bila-makan-mi-instan-3-kali-seminggu>, diakses 17 Februari 2015).

Solahoddin, G. 2010. *Makanan Untuk Hipertensi, Kolesterol, Jantung, dan Asam Urat,* (Online), (<http://www.tabloidnova.com/Nova/Kesehatan/Umum/Makanan-Untuk-Hipertensi-Kolesterol-Jantung-dan-Asam-Urat/>, diakses 17 Februari 2015).

Ulifah. 2010. *Gambaran Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner di RS Paru Batu*. Karya Tulis Ilmiah. Malang: Poltekkes Malang.