

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Menarche

1. Pengertian *Menarche*

Definisi *menarche* adalah periode menstruasi pertama yang dialami oleh seorang remaja putri saat masa pubertas. *Menarche* juga dapat menjadi pertanda bahwa seorang putri sudah memasuki tahap kematangan organ seksual dalam tubuhnya (Proverawati 2009 dalam Anisaul 2017). Sebuah hipotesis menyatakan bahwa *menarche* menjadi salah satu peristiwa tak terlupakan dalam hidup seorang putri (Gaudineau, 2010 dalam Anisaul 2017).

Menarche adalah haid pertama kali dimana terjadinya proses keluarnya darah dari uterus seorang wanita akibat luruhnya lapisan dalam dinding uterus atau endometrium yang memiliki banyak pembuluh darah. *Menarche* terjadi akibat kematangan biologi organ - organ reproduksi, yang merupakan tanda bahwa siklus masa subur telah di mulai. Gejala - gejala yang menyertai *menarche* adalah rasa tidak nyaman karena banyaknya volume darah yang keluar dari tubuh, pegal-pegal, sakit kepala dan sakit perut (Wulandari, 2012; Wulansari, 2013 dalam Melyta 2017).

Menarche umumnya terjadi saat masa remaja. Masa remaja merupakan masa transisi dari masa anak-anak menuju masa dewasa. Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) menyatakan bahwa rentang usia remaja ialah 10-24 tahun dan belum menikah (Kemenkes, 2012). Masa remaja diawali dengan masa pubertas, yaitu masa terjadinya perubahan fisik dan fungsi fisiologis. Perubahan fisik meliputi penampilan fisik seperti bentuk tubuh

dan proporsi tubuh, sedangkan fungsi fisiologis meliputi kematangan organ-organ reproduksi. Selama pubertas terjadi percepatan pertumbuhan tinggi badan yang disebut pacu tumbuh (*growth spurt*). Kecepatan pertumbuhan remaja putri terjadi maksimal 6-12 bulan sebelum *menarche* (Wati, 2015).

Menarche terjadi akibat proses sistem hormonal yang kompleks. Setelah panca indera menerima rangsangan yang diteruskan ke pusat dan diolah oleh hipotalamus, dilanjutkan dengan hipofisis melalui sistem porta hipotalamus-hipofisis dikeluarkan hormon gonatotrik perangsang folikel atau *Gonadotropin-releasing hormone* (GnRH). GnRH menyebabkan pelepasan *Luteinizing Hormone* (LH) dan *Follicle Stimulating Hormone* (FSH). Baik FSH maupun LH menstimulasi sel target ovarium dengan cara bergabung dengan reseptor FSH dan LH yang sangat spesifik pada membran sel ovarium target. Selanjutnya bila FSH dan LH mulai disekresikan dalam jumlah yang cukup, seluruh ovarium, bersama dengan folikelnya, akan mulai tumbuh. FSH dan LH merangsang *folikeli primordial* yang didalam perjalanannya dominan mengeluarkan hormon estrogen sehingga terjadi pertumbuhan dan perkembangan tanda seks sekunder, yang juga merupakan tanda-tanda remaja sedang mengalami pubertas. (Noerpramana, 2011 dalam Melyta 2017)

Istilah pubertas berasal dari bahasa latin, yaitu *pubescere* yang artinya menjadi matang atau *pubescere* yang berarti mendapat pubes atau rambut disekitar kemaluan (Monks, 2002). Hal ini menunjukkan ciri-ciri sekunder yang menunjukkan adanya perubahan pada organ kelamin dari tahap anak menuju tahap dewasa. Sebelumnya, pubertas jelas dipengaruhi oleh bangsa, ras, iklim, dan kebudayaan namun saat ini secara umum telah terjadi pergeseran permulaan

pubertas ke arah usia yang lebih muda. Hal ini salah satunya disebabkan meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi (Wiknjosastro, 2007). Kejadian penting pada pubertas adalah pertumbuhan badan yang cepat, munculnya ciri-ciri kelamin sekunder, *menarche*, dan perubahan psikis. Normalnya, *menarche* diawali dengan periode pematangan yang terjadi sekitar 2 tahun (Waryana, 2010).

2. Usia *Menarche*

Masa remaja merupakan masa peralihan dari masa anak-anak menuju masa dewasa. *Menarche* merupakan salah satu peristiwa penting yang dialami remaja putri. Usia *menarche* pada dasarnya sangat bervariasi. Sebuah studi yang dilakukan di Inggris pada 1166 remaja putri usia 12-16 tahun menunjukkan usia *menarche* adalah 12 tahun 11 bulan (Whincup *et al.*, 2001 dalam Anisaul 2017).

Usia *menarche* remaja putri di Negara berkembang saat ini terjadi antara usia 12-13 tahun. Indonesia sendiri menempati urutan ke-15 dari 67 negara dengan penurunan usia *menarche* mencapai 0,145 tahun per dekade (susanti 2012 dalam fitrah, et al 2016).

Pergeseran usia *menarche* ini juga terjadi di Eropa, diperkirakan rata-rata usia *menarche* di Eropa Utara bergeser hingga 3 tahun lebih muda selama satu abad terakhir (Bellis *et al.*, 2006). Menurut Sarwono (2007) umumnya *menarche* terjadi di usia 11-15 tahun namun rata-rata terjadi pada usia 12,5 tahun. Akan tetapi terdapat kecenderungan saat ini usia *menarche* bergeser menuju usia yang lebih muda. Di Indonesia, berdasarkan hasil Riskesdas (2010), rata-rata usia *menarche* sebesar 20% terjadi pada usia 13 tahun dengan kejadian *menarche* terdini pada usia di bawah 9 tahun sedangkan keterlambatan *menarche* diketahui terjadi pada usia 20 tahun. Seseorang dikatakan mengalami *menarche* dini apabila

ia mengalami menstruasi pertama sebelum usia 12 tahun, kejadian ini disebut menstruasi *prekoks* (Sarwono, 2007).

Cara penilaian usia *menarche* adalah dengan 3 metode:

a. Status quo

Dalam metode ini usia *menarche* dapat di peroleh dengan cara bertanya kepada wanita tersebut atau orang tuanya apakah ia sudah menstruasi pada saat dilakukan penilaian. Dalam metode ini sampel harus besar, mewakili populasi dan di negara-negara maju. (Karapanou dan Papadimitriou, 2010)

b. Recall atau retrospektif

Dalam metode recall usia *menarche* dapat di peroleh dengan bertanya kepada wanita yang sudah menstruasi usia berapa mereka pertama kali mengalami menstruasi dengan mengingat kembali. Metode ini mungkin kurang valid dan akurasinya berkurang dengan waktu yang terlalu lama antara *menarche* dengan usia pertama kali *menarche*, Selain itu, anak yang di teliti harus dari anak yang telah mengalami *menarche* (Karapanou dan Papadimitriou, 2010)

c. Prospektif

Metode ini lebih akurat, namun metode ini tidak mudah dilakukan. Data usia *menarche* diperoleh dengan mengikuti secara regular anak yang akan diteliti, biasanya setiap 3 bulan dan bertanya apakah mereka sudah mengalami menstruasi atau belum. Namun metode ini memakan waktu yang banyak, sehingga metode yang paling banyak digunakan adalah metode status quo atau recall (Karapanou dan Papadimitriou, 2010).

3. Faktor yang Mempengaruhi Usia *Menarche*

Usia *menarche* dipengaruhi oleh berbagai faktor, Menurut McAnarney (2003), usia *menarche* berkaitan dengan status gizi dan status social ekonomi keluarga, sedangkan penelitian Bagga (2000), dikatakan bahwa umur *menarche* juga berkaitan dengan aktivitas fisik. Disamping itu, penelitian Brown (2005), menyebutkan adanya keterkaitan antara keterpaparan media massa (televisi, radio, dan majalah) dengan kecepatan usia pubertas remaja yang secara tidak langsung menyebabkan cepatnya usia *menarche* remaja putri (Sinaga, 2017). Faktor-faktor usia *menarche* yaitu :

a. Status Gizi

Simmons and Greulich (1943) dalam Bagga (2000) menunjukkan bahwa umur *menarche* yang menurun saat ini akan memperbesar kecepatan pertumbuhan tinggi. Dengan cepatnya kematangan/kedewasaan remaja putri saat ini yang terlihat semakin dini, maka secara tidak langsung akan mempercepat proses pertumbuhan tubuh secara intensif berat maupun tinggi badannya.

Menurut Bagga (2000), remaja putri yang mengalami *menarche* dengan umur lebih awal (9- 11tahun) mempunyai berat badan maksimum adalah 46 kg dibandingkan dengan umur *menarche* yang ideal (12-14 tahun) yaitu, 41 kg. Sedangkan remaja putri yang telat *menarchenya* (14-15 tahun) mempunyai berat badan sekitar 37 kg. Penelitian yang serupa adalah dengan mengukur tinggi badan yang dilakukan terhadap remaja putri yang mendapat *menarche* dengan umur lebih awal (9-11 tahun) yaitu 154,84 cm, sedangkan tinggi remaja putri yang mendapat *menarche* telat adalah 147,89 cm. Penelitian tersebut menyatakan bahwa adanya hubungan kuat antara status gizi terhadap *menarche* remaja putri.

b. Genetik

Penelitian Ong et al (2006) menyebutkan bahwa adanya keterkaitan antara umur *menarche* anak dengan umur *menarche* ibu. Dikatakan pula umur *menarche* ibu dapat mempengaruhi kecepatan pertumbuhan badan anak sehingga mempengaruhi waktu *menarchenya*. Studi Ersoy, B (2005) mengatakan adanya korelasi antara umur *menarche* ibu dengan umur *menarche* anak ($P < 0.001$).

Sebagai contoh, rata-rata *menarche* anak terjadi pada umur 12,82 tahun dan umur *menarche* ibu adalah 13,6 tahun. Dalam penelitiannya, Ong et al (2006) juga menyebutkan bahwa umur *menarche* sangat berhubungan erat dengan genetik bahkan untuk anak kembar dalam hal umur *menarche* hanya berbeda sekitar 60%-80%.

Penelitian Suang-Yup Ku et al (2005) menyebutkan bahwa genetik tidak berperan sendiri di dalam mengatur *menarche*, ada faktor lain yaitu lingkungan. Selain itu, Graber et al (1995) meneliti bahwa faktor yang mempengaruhi *menarche* selain genetik (umur *menarche* ibu) adalah lingkungan keluarga. Beberapa faktor diatas akan berhubungan dengan pematangan seksual yang dapat mempercepat dan memperlambat datangnya *menarche*.

c. Sosial Ekonomi

Pacarada et al (2008) melakukan penelitian di negara Kosovo antara usia *menarche* dengan status sosial ekonomi dan menemukan perbedaan yang signifikan bahwa terdapat hubungan antara umur *menarche* remaja putri dengan status sosial ekonomi keluarga. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Bagga (2000) juga mendapatkan hasil penelitian yang serupa yaitu adanya hubungan antara umur *menarche* remaja putri di India dengan status sosial ekonomi keluarganya dimana status ekonomi keluarga yang rendah berkaitan dengan usia

menarche yang lebih lambat pula.

Berdasarkan data diatas terlihat bahwa status sosial ekonomi keluarga mempunyai peran yang cukup penting dalam hal percepatan umur *menarche* saat ini. Hal tersebut berhubungan karena tingkat sosial ekonomi pada suatu keluarga akan mempengaruhi kemampuan keluarga di dalam hal kecukupan gizi keluarga terutama gizi anak perempuan dalam keluarga yang dapat mempengaruhi usia *menarchenya*.

Sosial ekonomi yang berkaitan dengan usia *menarche* yaitu pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, dan pendapatan keluarga.

d. Aktivitas Olahraga

Bagga (2000) membuktikan bahwa olahraga/latihan fisik (seperti voli, bulutangkis, dan berenang) yang rutin dan dilakukan dengan durasi waktu yang lama akan menunda usia *menarche* pada seorang remaja putri (66,15%) dibandingkan dengan remaja putri yang melakukan olahraga/latihan fisik yang jarang (33,84). Hal senada dikatakan dalam penelitian Krummel and Penny (1996) dan Matondang (2003) memperlihatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara olahraga berat dengan lambatnya remaja putri memperoleh *menarche* \pm 5 bulan, seperti renang, bersepeda, dan lari marathon.

Penundaan *menarche* yang berhubungan dengan aktivitas fisik ini telah diteliti bahwa terdapatnya penundaan sekresi dari hormon-hormon spesifik yang ada dalam tubuh terhadap kematangan seksualitas pada remaja putri (Bagga, 2000).

e. Keterpaparan Terhadap Media untuk Orang Dewasa

Remaja saat ini sudah sangat terpengaruh dengan media. Media-media yang ada saat ini seringkali sudah berisi mengenai hal-hal berbau seks. Studi yang

dilakukan oleh Brown and Witherspoon (2002), menyebutkan bahwa ada sebanyak 6-7 jam sehari remaja yang terpapar oleh berbagai macam bentuk media di Amerika Serikat. Dari remaja yang berumur antara 8-13 tahun ada 44% yang lebih senang menyaksikan TV, 17% remaja yang menyukai mendengarkan radio, sedangkan sisanya adalah menggunakan komputer, melihat-lihat gambar, dan video games (Escobar-Chaves et al, 2005). Hal tersebut mengindikasikan bahwa media massa mempunyai pengaruh yang kuat pada remaja terhadap apa yang dilihat dan didengar terlebih dengan konten seksual sehingga dapat menyebabkan keingintahuan terhadap seks yang akan mempercepat tingkat kematangan pada remaja (Dickey, 2007).

f. Faktor Persen Lemak Tubuh

Dikatakan *menarche* tidak akan terjadi sampai simpanan lemak tubuh mencapai 17% dari total berat badan dan ovulasi terhenti bila lemak tubuh mencapai tingkat di bawah kritis. Menurut Aswin (1982) dalam Menur (2006), lemak tubuh berperan penting dalam inisiasi *menarche*, hal ini dapat dilihat pada remaja putri yang mengalami *menarche* lebih awal memiliki berat badan lebih besar dan asupan energi dan lemak yang cenderung lebih tinggi dibandingkan dengan pelajar putri yang mengalami *menarche* lebih lambat.

Rosadah (2004), menyatakan bahwa *menarche* terjadi lebih dini pada remaja putri (10-13 tahun) yang memiliki persen lemak tubuh tergolong *overweight* (63,6%) dan pada remaja putri yang memiliki persen lemak tubuh tergolong obesitas dibandingkan dengan remaja putri yang kurus. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada kecenderungan kejadian *menarche* pada remaja putri yang semakin cepat dengan lemak tubuh yang semakin tinggi, walaupun jumlah

proporsi *menarche* menurun pada remaja putri dengan kategori obesitas.

B. Status Gizi (IMT/U)

1. Pengertian Status Gizi

Status gizi merupakan keadaan kesehatan berupa hasil dari interaksi zat-zat gizi dan makanan. Penilaian status gizi merupakan penjelasan dari data yang diperoleh dengan menggunakan berbagai macam cara, yaitu penilaian langsung dan penilaian secara tidak langsung. Antropometri, penilaian klinis, pemeriksaan biokimia, dan biofisik merupakan cara pengukuran status gizi secara langsung. Sedangkan cara penilaian yang tidak langsung adalah survei konsumsi pangan dan statistik vital (Khairina, 2008).

Metode antropometri sangat berguna untuk melihat status gizi yang disesuaikan dengan umur dan tingkat gizi seseorang. Salah satu contoh indeks antropometri adalah Index Masa tubuh (IMT) atau *Boddy Mass Index* (BMI). Parameter yang digunakan adalah tinggi badan dan berat badan.

Penilaian status gizi dapat dilakukan dengan menggunakan pengukuran antropometri yang secara umum diartikan ukuran tubuh manusia, namun apabila ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi memiliki hubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi serta komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan gizi. Salah satu indeks antropometri yang sering digunakan untuk mengukur status gizi remaja adalah ialah Indeks Massa Tubuh (IMT) menurut umur. Faktor umur menjadi poin penting dalam menentukan status gizi karena hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang akurat tanpa disertai penentuan umur yang tepat menjadi tidak berarti (Supariasa,

2001), khususnya pada anak sekolah dan remaja karena perubahan umur cenderung menyebabkan perubahan komposisi tubuh dan densitas tubuh. Langkah-langkah dalam penentuan IMT/U mulanya penentuan IMT dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Devi, 2012).

Langkah selanjutnya, nilai IMT yang telah diperoleh dibandingkan dengan nilai IMT hasil perhitungan pada diagram *BMI for age* yang disesuaikan dengan jenis kelamin serta umur subjek berdasarkan referensi WHO. Saat ini yang paling sering digunakan untuk menyatakan indeks tersebut adalah nilai *Z score* atau persentil (Devi, 2012). *Z score* merupakan indeks antropometri yang digunakan untuk menentukan status gizi dan pertumbuhan, yang disajikan dalam satuan Standar Deviasi (SD) populasi rujukan (Anggraeni, 2012). Menentukan nilai *z score* dapat dilakukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Anggraeni, 2012).

Langkah selanjutnya ialah mengklasifikasikan nilai *z score* berdasarkan pedoman yang ada, dengan menggunakan standar klasifikasi IMT/U menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Berikut klasifikasi IMT/U menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia:

Tabel 1

Klasifikasi IMT menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
 Nomor 2 Tahun 2020 untuk Anak Usia 5-18 Tahun

	Nilai Z score	Kategori
Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 5-18 tahun	$z\text{-score} > +2 \text{ SD}$	Obesitas (<i>Obese</i>)
	+1 SD sampai dengan +2 SD	Gizi Lebih (<i>Overweight</i>)
	-2 SD sampai dengan +1 SD	Gizi Baik (Normal)
	-3 SD sampai dengan < -2 SD	Gizi Kurang (<i>Thinness</i>)
	$z\text{-score} < -3 \text{ SD}$	Gizi Buruk (<i>Severely thinness</i>)

Sumber: PMK RI, Nomor 2 tahun 2020

2. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan status gizi

Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi menurut (Supariasa, 2002) dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Faktor Langsung

1) Asupan makanan (Konsumsi *Junk Food*)

Penyebab gizi kurang tidak hanya disebabkan makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang baik tetapi karena sering sakit diare atau demam dapat menderita kurang gizi. Demikian pada anak yang makannya tidak cukup baik maka daya tahan tubuh akan melemah dan mudah terserang penyakit. Kenyataannya baik makanan maupun penyakit secara bersama – sama merupakan penyebab kurang gizi (Soekirman, 2000). Konsumsi *junk food* juga sangat mempengaruhi Status Gizi dimana *Junk Food* memiliki kadar lemak

dan gula yang tinggi. Konsumsi makanan dalam keluarga dipengaruhi jumlah dan jenis pangan yang dibeli, pemasakan, distribusi dalam keluarga dan kebiasaan makan secara perorangan. (Almatsier, 2001).

2) Penyakit infeksi

Penyakit infeksi dapat menyebabkan gizi kurang dan sebaliknya yaitu gizi kurang akan semakin memperberat sistem pertahanan tubuh yang selanjutnya dapat menyebabkan seorang anak lebih rentan terkena penyakit infeksi. Penyakit infeksi yang paling sering menyebabkan gangguan gizi dan sebaliknya adalah infeksi saluran nafas akut (ISPA) terutama tuberculosis dan diare. Sehingga disini terlihat interaksi antara konsumsi makanan yang kurang dan infeksi merupakan dua hal yang saling mempengaruhi.

b. Faktor Tidak Langsung

1) Ketahanan pangan

Kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarga dalam jumlah yang cukup dan baik mutunya.

2) Pola pengasuhan

Kemampuan keluarga untuk menyediakan waktunya, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal baik fisik, mental, dan sosial.

3) Pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan

Tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh seluruh keluarga. Sistem pelayanan kesehatan yang ada diharapkan dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan. Faktor – faktor tersebut

sangat terkait dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan ketrampilan keluarga. Makin tinggi pendidikan, pengetahuan, dan ketrampilan keluarga terdapat kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan anak dan keluarga makin banyak memanfaatkan pelayanan yang ada. Ketahanan pangan keluarga juga terkait dengan ketersediaan pangan, harga pangan, dan daya beli keluarga, serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan.

C. Junk Food

1. Pengertian *Junk Food*

Junk food adalah istilah yang mendeskripsikan makanan yang tidak sehat atau memiliki sedikit kandungan nutrisi. *Junk food* mengandung jumlah lemak yang besar. *Junk food* adalah makanan yang tidak mengandung gizi dan akan berbahaya apabila di konsumsi terus menerus dan banyak. *Junk food* merupakan makanan cepat saji yang mengandung banyak kalori dan lemak namun sedikit serat. (Alio, 2013).

Junk food merupakan makanan yang lebih mengutamakan cita rasa daripada kandungan gizi. Misalnya keripik kentang yang mengandung garam. Beberapa *junk food* juga mengandung banyak gula misalnya, minuman bersoda, permen dan kue tar. Gula, terutama gula buatan sangat tidak baik bagi kesehatan tubuh kita karena dapat menyebabkan penyakit diabetes, kerusakan pada gigi kita dan menyebabkan obesitas. Minuman bersoda mengandung paling banyak gula, sementara kebutuhan gula dalam tubuh tidak boleh lebih dari 4 gram atau satu sendok teh sehari (Griffindors, 2013).

Junk food adalah makanan yang memiliki sedikit kandungan gizi, atau makanan yang kandungan nutrisinya cukup tapi mengandung zat-zat yang tidak

sehat kalau dikonsumsi terus-menerus, contohnya burger, french fries, dan sebagainya. Di dalam makanan tersebut terkandung karbohidrat, protein, lemak, dan sebagainya, tetapi kalau setiap hari kita konsumsi menjadi tidak sehat (Anugrah, 2014).

Menurut Hendriani (dalam Anggraini, 2013) secara garis besar *junk food* adalah kata lain untuk makanan yang jumlah kandungan nutrisinya terbatas. Umumnya yang termasuk dalam golongan *junk food* adalah makanan yang kandungan garam, gula, lemak, dan kalornya tinggi, tetapi kandungan gizinya sedikit, yang paling gampang masuk dalam jenis ini adalah keripik kentang yang banyak mengandung garam, permen, semua dessert manis, makanan *junk food* yang digoreng, dan minuman soda atau minuman berkarbonasi. Pada makanan yang mempunyai label *junk food* biasanya kandungan vitamin, protein, dan mineralnya sangat sedikit. *Junk food* mengandung lebih banyak sodium, *saturated fat*, dan kolesterol. Bila jumlah ini terlalu banyak dalam tubuh, maka akan menimbulkan banyak penyakit. Dari penyakit ringan sampai berat seperti darah tinggi, stroke, jantung, dan kanker.

Menurut Husein (dalam Damopolih, Mayulu dan Masi, 2013) efek makanan *junk food* terhadap tubuh yakni dapat mempengaruhi tingkat energi tubuh. *Junk Food* tidak mengandung nutrisi yang dibutuhkan tubuh agar tetap sehat. Sebagai hasilnya, anda mungkin merasa lelah dan kekurangan energi yang anda butuhkan untuk menyelesaikan tugas sehari-hari. Tingginya tingkat gula dalam makanan cepat saji membuat metabolisme tidak terkendali, ketika makan gula halus, pankreas mengeluarkan insulin dalam jumlah yang tinggi untuk mencegah lonjakan berbahaya dalam kadar gula darah karena makanan cepat saji dan *junk*

food tidak mengandung jumlah protein dan karbohidrat yang cukup dan baik, kadar gula darah akan turun secara tiba-tiba setelah makan, hal ini membuat merasa mudah marah-marah dan lelah. *Junk food* berkontribusi terhadap kinerja buruk dan obesitas, *junk food* juga mengandung sejumlah besar lemak, dan sebagian lemak terakumulasi dalam tubuh. Pengonsumsi akan bertambah berat badannya dan bisa menjadi obesitas. Berat lebih yang terjadi akan semakin mendekati pada risiko penyakit kronis serius seperti diabetes, penyakit jantung dan arthritis.

Klasifikasi *Junk Food* sampai saat ini belum jelas. *United States Department of Agriculture* mengategorikan yang termasuk *Junk food* adalah makanan yang mengandung lebih dari 350 kalori, mengandung sodium lebih dari 480 mg, kalori dari lemak lebih dari 35 % dari total kalori. Badan pengawas makanan di Inggris. *Food Standards Agency* mengategorikan yang termasuk *Junk food* adalah makanan yang mengandung tinggi lemak, gula, dan garam (Anugrah, 2014).

Untuk mengenali *Junk food* dengan mudah kita dapat melihat label makanan termasuk makanan yang mengandung sedikit nutrisi seperti:

- a. Lebih dari 35% kalori dari lemak (kecuali untuk susu rendah lemak),
- b. Lebih dari 10% kalori dari lemak jenuh.
- c. Mengandung lemak trans,
- d. Lebih dari 35% kalori dari gula. kecuali jika terbuat 100% dari buah buahan dan tidak ada tambahan gula,
- e. Lebih dari 200 kalori per sajian makanan untuk snack,
- f. Lebih dari 200mg sodium (garam) per sajian untuk snack (Iannelli, 2008).

2. Jenis Makanan *Junk Food*

World Health Organization (WHO) secara serius membahas mengenai dampak buruk makanan *junk food*. WHO menyebutkan 7 golongan yang termasuk dalam makanan *junk food*, yaitu:

- a. Makanan kalengan, yaitu makanan yang dikemas dalam kaleng, bisa berupa buah-buahan atau daging. Makanan kaleng tidak sehat karena biasanya mengandung bahan pengawet, mengakibatkan menurunnya kandungan gizi dan nutrisi.
- b. Makanan gorengan mengandung kalori, lemak dan minyak yang banyak, mengakibatkan kegemukan dan jantung koroner. Pada proses menggoreng muncul zat karsinogenik yang memicu kanker.
- c. Makanan daging yang diproses seperti sosis, ham, dan lain-lain, mengandung bahan pewarna dan pengawet yang membahayakan organ hati. Selain itu, kadar natrium yang tinggi menyebabkan hipertensi dan gangguan ginjal, hingga bisa memicu kanker.
- d. Mie instant mengandung bahan pengawet serta kadar garam di dalam mie instant menyebabkan kerja ginjal menjadi berat. Mie instant juga mengandung trans lipid yang berisiko buruk pada pembuluh darah jantung.
- e. Makanan yang mengandung banyak gula, misalnya, minuman bersoda. Gula, terutama gula buatan, sangat tidak baik bagi kesehatan tubuh karena dapat menyebabkan penyakit diabetes, kerusakan pada gigi, dan menyebabkan obesitas. Minuman bersoda mengandung paling banyak gula, sementara kebutuhan gula dalam tubuh tidak boleh lebih dari empat gram atau satu sendok teh sehari.
- f. Makanan manisan beku seperti ice cream, cake beku, dan lain-lain, umumnya mengandung mentega tinggi yang dapat mengakibatkan obesitas dan kadar

gula tinggi.

- g. Makanan daging berlemak dan jeroan mengandung lemak jenuh dan kolesterol yang meningkatkan risiko penyakit jantung koroner, kanker usus besar, dan kanker payudara.

3. Dampak Konsumsi *Junk Food*

Kebiasaan konsumsi *junk food* akan mengalami beberapa dampaknya. Berikut adalah beberapa alasan mengapa harus mengurangi makan *junk food*:

- a. Bahan utama pembuatan *junk food* menggunakan lemak jenuh. Lemak yang tidak sehat dan pada sistem pencernaan dapat melepaskan banyak racun ke dalam tubuh. Tubuh kita mendapatkan makanan tetapi tidak sehat (Siregar, 2014).
- b. Selain itu, *junk food* biasanya di buat dengan bahan-bahan yang kurang bersih. Sehingga dalam jangka panjang, kebiasaan mengkonsumsi *Junk food* bisa merusak lambung, hati, dan usus (Siregar, 2014).
- c. *Junk food* tidak memiliki kandungan vitamin dan mineral serta banyak nutrisi dalam *junk food* yang tidak dimasak dengan benar dan dalam makanan mentah. Tubuh tidak mendapatkan vitamin dan mineral yang diperlukan untuk mendapatkan kesehatan yang baik dan kekebalan dari penyakit. Sehingga, orang-orang yang memiliki kebiasaan mengkonsumsi *junk food* yang tinggi sangat rentan terhadap penyakit (Siregar, 2014).
- d. *Junk food* membuat Anda menambah berat badan. Frekuensi makan *junk food* yang tinggi akan menyebabkan obesitas. (Siregar, 2014).
- e. Kebiasaan mengkonsumsi *junk food* merupakan faktor resiko terhadap diabetes, karena terlalu banyak mengandung gula. Selain Itu, *junk food* juga

memiliki faktor resiko terhadap penyakit lain seperti penyakit jantung dan tekanan darah tinggi karena garam dan lemak tinggi ditemukan di jenis makanan.

- f. *Junk food* memiliki kandungan bahan pengawet dan bahan pewarna, baik yang mengandung zat karsinogenik atau tidak (Siregar, 2014).
- g. Dalam jangka panjang, *junk food* dapat mempercepat efek penuaan. Orang-orang yang sering mengonsumsi *junk food* akan menunjukkan tanda-tanda usia tua lebih cepat. Hal ini karena memakan *junk food* dalam waktu lama mengakibatkan tubuh mengonsumsi gizi buruk. Hasilnya adalah pelepasan radikal bebas yang merupakan faktor utama yang bertanggung jawab atas efek penuaan (Siregar, 2014).

4. Konsumsi *Junk Food* dikalangan Siswa

Remaja dengan aktivitas sosial tinggi, memperlihatkan peran teman sebaya semakin tampak. Di kota besar sering kita lihat sekelompok atau lebih remaja makan bersama di rumah makan yang menyajikan makanan siap saji (fast food) atau *junk food* yang berasal dari Negara barat (Andriani&Wirjatmadi, 2012, hal. 323).

Di sekolah, makanan perlu disediakan untuk anak dengan tujuan :

- a. Mempertahankan kemampuan berkonsentrasi dan belajar.
- b. Memberi kontribusi bagi asupan diet keseluruhan.
- c. Mengajarkan tentang makanan dan nutrisi, serta aspek sosial dari makanan.

Menurut Barasasi (2007, hal. 40) dalam tahun-tahun terakhir ini, anak-anak telah memilih makanan kentang goreng, burger dan hidangan utama tinggi lemak lainnya, kue, serta minuman ringan, hanya sedikit yang memilih buah, sayuran,

atau salad. Sebagai akibatnya, kualitas gizi makanan di sekolah telah di kritik karena mengandung :

- 1) Terlalu banyak lemak, menyuplai 41% dari kandungan energi dalam hidangan tersebut (tingkat yang direkomendasikan adalah 35%).
- 2) Terlalu banyak lemak jenuh, menyuplai 14% dari energi (direkomendasikan 11%).
- 3) Terlalu banyak gula dari sumber selain susu, menyuplai sebanyak 14% energi (dianjurkan 11%).
- 4) Terlalu banyak garam.
- 5) Terlalu sedikit buah dan sayuran

5. Pengukuran Konsumsi *Junk Food*

Menurut Supariasi, Bakri & Fajar (2008, hal. 94) untuk tujuan penelitian yang ingin mengetahui kebiasaan atau pola konsumsi tingkat individu atau perorangan, maka metode pengukuran makanan yang dapat dilakukan yaitu dengan metode *food recall* 24 jam dan metode frekuensi makanan (*food frequency*).

a. Metode *Food Recall* 24 Jam

Prinsip dari metode *recall* 24 jam, dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi 24 jam yang lalu dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Untuk mendapatkan data kuantitatif, maka jumlah konsumsi makanan individu dinyatakan secara teliti dengan menggunakan alat seperti sendok, gelas, piring dan lain-lain atau ukuran lainnya yang biasa dipergunakan sehari-hari.

Agar wawancara berlangsung secara sistematis, perlu disiapkan kuesioner sebelumnya sehingga wawancara terarah menurut urutan-urutan waktu dan

pengelompokkan bahan makanan. Urutan waktu makan sehari dapat disusun berupa makan pagi, siang, malam dan snack serta makanan jajanan. Pengelompokkan bahan makanan dapat berupa makanan pokok, sumber protein nabati, sumber protein hewani, sayuran, buah-buahan dan lain-lain.

b. Metode Frekuensi Makanan (*Food Frequency*)

Metode frekuensi makanan adalah untuk memperoleh data tentang frekuensi konsumsi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu, seperti hari, minggu, bulan atau tahun.

Kuesioner frekuensi makanan memuat tentang daftar bahan makanan atau makanan jadi.