

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Atlet

##### 2.1.1 Pengertian

Atlet adalah individu yang berprofesi sebagai olahragawan atau individu secara umum yang melakukan kegiatan olahraga (Shadow, 2008).

#### 2.2 Olahraga

##### 2.2.1 Pengertian

Olahraga merupakan salah satu jenis aktivitas fisik. Olahraga yaitu aktivitas yang direncanakan dan diberi struktur dimana gerakan bagian-bagian tubuh diulang-ulang guna memperoleh berbagai aspek kebugaran (*fitness*).

##### 2.2.2 Cabang Olahraga

a. Cabang olahraga *Endurance*, yaitu:

1. Renang : jarak menengah dan jarak jauh
2. Atletik : lari jarak menengah dan jarak jauh
3. Balap sepeda : road, trek jauh, jarak menengah, dan jarak jauh
4. Dayung : *canoeng* dan *rowing*

b. Cabang olahraga *Speed Power* (dengan kecepatan tinggi), yaitu:

1. Atletik : lari jarak dekat
2. Renang : jarak dekat
3. Balap sepeda : jarak dekat

c. Cabang olahraga *Power*, seperti angkat besi, angkat berat, binaraga, senam alat, lempar cakram, dan tolak peluru

d. Cabang olahraga *Aesthetik*, yaitu senam, *dancing*, loncat indah

e. Cabang olahraga *Ball Games*, seperti bola basket, bola voli, sepak bola, softball, tenis, dan golf

f. Cabang olahraga *Weight Dependent*, seperti bela diri (pencak silat, taekwondo, karate, judo, dsb), gulat, tinju, dll

g. Cabang olahraga *Technical*

(UK Sport, 2008 dan Suniar, 2009)

### 2.3 Penyimpangan Perilaku Makan

Keinginan untuk menang pada atlet menyebabkan banyak atlet menggunakan cara-cara ekstrim yang biasanya tanpa dasar ilmiah dan dapat membahayakan kinerja olahraga dengan risiko ketidakseimbangan gizi (kekurangan ataupun kelebihan), mahal dan hanya memberikan efek semu serta cenderung menimbulkan ketergantungan (Nainggolan, 2008). Atlet merasa terus-menerus khawatir tentang apa yang dimakan, kapan, dan dimana, berapa banyak penambahan berat badan jika mereka makan dengan jumlah yang sama dengan teman-temannya, berapa lama mereka harus berlatih untuk membakar habis kalori, berapa kali saat mereka harus melewati waktu makan jika suatu saat mereka kebanyakan makan. Mereka memikirkan hanya seputar makanan, diet, berat badan, dan latihan (Clark, 1996).

Penyimpangan perilaku makan adalah sebuah pola makan yang abnormal dan terkait dengan ketidakpuasan atau tekanan dalam diri seseorang yang sehat. Penyimpangan perilaku makan dapat bermacam-macam terutama yang merupakan sindroma klinik yaitu anoreksia nervosa dan bulimia nervosa yang mungkin ditemui di dunia olahraga. Penyimpangan perilaku makan sering ditemui pada atlet karena mereka terlalu mementingkan berat badan dan berkeinginan sangat keras untuk menang sehingga menjadi obsesi. Banyak atlet terutama atlet wanita yang mempraktekan pengontrolan berat badan yang kurang tepat sehingga membahayakan. Hal ini biasanya ditemui pada atlet yang penampilannya perlu tampak ramping tetapi berlatih banyak dan berat sehingga menjadi kurus sekali namun ingin tetap mempertahankan berat badan itu. Cara yang sering digunakan yaitu merangsang muntah, berpuasa, dan menggunakan obat diuretika atau obat pencahar (Nainggolan, 2008).

### 2.4 Jenis-jenis Penyimpangan Perilaku Makan

#### 2.4.1 Anoreksia Nervosa

##### A. Pengertian

Istilah anoreksia berasal dari bahasa Yunani, "a" kata depan untuk negasi dan "orexis" napsu makan sehingga anoreksia berarti hilangnya atau tidak adanya napsu makan. Anoreksia berkaitan dengan kebutuhan akan tubuh yang kurus dan

ketakutan dengan kegemukan. Lalu, penderita anoreksia akan membatasi asupan makanan dan melakukan olahraga yang berlebihan untuk menurunkan berat badan. Anoreksia adalah kombinasi antara ketakutan akan gemuk, penyimpangan citra tubuh, dan perilaku penurunan berat badan yang ekstrim (UK Sport, 2008).

## B. Diagnosis

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV*, American Psychiatric Association (1994) menyatakan bahwa ada beberapa kriteria diagnosis untuk kejadian anoreksia nervosa. Adapun kriteria diagnosisnya adalah sebagai berikut :

1. Menolak untuk mempertahankan berat badan pada atau diatas batas minimal berat badan menurut umur dan tinggi badan (contoh kasus : kehilangan berat badan yang memicu pemeliharaan berat badan hingga kurang dari 85% berat badan yang diharapkan atau gagal untuk mencapai berat badan yang diharapkan selama periode pertumbuhan yang mengarah pada berat badan kurang dari 85% berat badan yang diharapkan)
2. Rasa takut yang hebat akan kenaikan berat badannya atau menjadi kegemukan meskipun dalam kondisi kurus
3. Adanya gangguan dalam cara bagaimana berat badan atau bentuk tubuh seseorang dirasakan. Adanya pengaruh berat badan atau bentuk tubuh yang tidak semestinya dalam penilaian diri atau adanya penyangkalan tentang betapa serius kondisinya yang kurus
4. Terjadinya *amenorrhea* (tidak haid) dalam 3 kali siklus berturut-turut pada wanita yang sudah mengalami haid pertamanya namun belum memasuki masa menopause

Selanjutnya DSM IV mengklasifikasikan anoreksia nervosa ke dalam dua sub tipe. Sub tipe anoreksia nervosa yaitu :

- a. *Restricting type* yaitu selama periode anoreksia nervosa, penderita tidak secara reguler melakukan praktek *binge-eating* atau *purging behaviour* (misalnya muntah yang disengaja, penyalahgunaan laksatif, diuresis atau enema)
- b. *Binge-eating/purging type* yaitu selama periode anoreksia nervosa, penderita secara reguler melakukan praktek *binge-eating* atau *purging behaviour* (misalnya muntah yang disengaja, penyalahgunaan laksatif, diuresis atau

enema)

(Fink, Lisa, dan Alan, 2006)

Selain itu, gejala-gejala anoreksia nervosa menurut Hahneman Hospital Eating Disorders Program, Boston, MA (Clark, 1996), yaitu :

Tabel 2.1 Gejala-gejala Anoreksia Nervosa

1. Penurunan berat badan yang drastis	9. Sangat sensitif terhadap temperatur dingin
2. Hiperaktif	10. Denyut nadi rendah
3. Latihan berlebihan	11. Memisahkan diri dari keluarga dan teman-teman
4. Kerancuan gambaran tentang tubuh	12. Gugup pada waktu malam
5. Sangat takut menjadi gemuk	13. Mudah menangis, gelisah, sangat sensitif, kurang istirahat
6. Tidak mengalami haid (bagi wanita)	14. Menghabiskan banyak waktu bekerja atau belajar
7. Rambut rontok	15. Memotong makanan menjadi bagian-bagian kecil dan bermain dengannya
8. Bulu-bulu rambut memanjang	16. Memakai baju longgar dan berlapis

### C. Prevalensi Anoreksia Nervosa

Berdasarkan McDuffie dan Kirkley, sejak pertama kali diberitahukan pada akhir tahun 1800-an, anoreksia nervosa atau sindrom melaparkan diri tetap menjadi suatu fenomena yang langka hingga tahun 1960-an dimana insidennya mulai meningkat secara stabil (Krummel dan Penny, 1996). Hal ini dibuktikan oleh sebuah studi yang dilakukan Monroe County, New York. Hasil menunjukkan bahwa anoreksia nervosa sebesar 0,35 kasus per 100.000 populasi antara tahun 1960-1969 dan mengalami kenaikan menjadi 0,64 kasus per 100.000 populasi di tahun 1970-1976 (Romano dalam Goldstein, 2005). Studi di Swiss yang melihat kembali riwayat kasus anoreksia nervosa, lalu mengambil sampel dari 3 dekade memperlihatkan kenaikan yang signifikan pada anoreksia nervosa dari 0,38 kasus

per 100.000 populasi pada tahun 1956-1958 menjadi 0,55 kasus per 100.000 pada tahun 1963-1965 dan 1,12 kasus per 100.000 populasi pada dekade terakhir yaitu pada tahun 1973-1975 (Goldstein, 2005). Menurut McDuffie dan Kirkley, prevalensi anoreksia di Amerika Serikat pada tahun 1996 diperkirakan sebesar 0,7 sampai 1% pada wanita muda. Tidak berbeda jauh dengan McDuffie dan Kirkley, menurut Brown (2005), menyebutkan bahwa diperkirakan 0,2-1% remaja putri dan wanita muda mengalami anoreksia nervosa. Anoreksia nervosa biasanya terjadi pada perempuan muda berusia 13 sampai 14 tahun dan 17 sampai 18 tahun (Krummel dan Penny, 1996).

Fairburn dan Hill menyatakan bahwa insiden anoreksia nervosa pada perempuan sebesar 8 kasus per 100.000 populasi sedangkan untuk laki-laki kurang dari 0,5 kasus per 100.000 per tahun. Dari hasil ini terlihat anoreksia nervosa lebih besar terjadi pada perempuan daripada laki-laki dengan rasio prevalensi kasus laki-laki:perempuan yaitu 1:6 sampai 1:10. Rerata poin prevalensi anoreksia nervosa sekitar 280 kasus per 100.000 populasi (0,28%) (Geissler dan Hilary, 2005).

Treasure dan Murphy menyebutkan bahwa insiden anoreksia nervosa sebesar 7 kasus per 100.000 populasi dan diperkirakan 4.000 kasus baru muncul di Inggris sedangkan prevalensinya berkisar antara 0,1-1% (Gibney, 2005).

#### D. Dampak

Dampak dari anoreksia nervosa yaitu kekurangan nutrisi. Kekurangan nutrisi akan mengakibatkan anemia kekurangan zat besi (Fe) yang mengarah ke kelemahan; kulit menjadi kasar, kering, dan bersisik, hal ini dikarenakan kehilangan pelindung dari lapisan lemak di bawah kulit; menurunnya sel darah putih sehingga meningkatkan risiko infeksi; rontoknya rambut; dan tumbuhnya bulu-bulu halus (lanugo) sebagai akibat dari menurunnya lemak tubuh untuk mengurangi kehilangan panas. Di samping itu, anoreksia nervosa juga mengakibatkan menurunnya temperatur tubuh dikarenakan hilangnya insulasi lemak; menurunnya basal metabolik rate (BMR) karena menurunnya sintesis hormon tiroid; konstipasi akibat kelaparan dan penyalahgunaan laksatif; kerusakan gigi akibat dari pemuntahan; menurunnya denyut jantung yang disebabkan menurunnya metabolisme yang akan mengarah kepada kelelahan,

pingsan, dan kebutuhan yang amat sangat untuk tidur serta perubahan fungsi jantung terjadi akibat dari kerusakan jaringan itu sendiri; dan berkurangnya potasium darah disebabkan karena kekurangan nutrisi, pemuntahan, penggunaan diuretik (Wardlaw, 1999).

Di samping itu, anoreksia nervosa bisa mengakibatkan kematian, sekitar 10% sampai 15% pasien yang anoreksia nervosa meninggal karena penyakitnya. Hal ini dikarenakan menurunnya sistem kekebalan tubuh akibat dari kekurangan nutrisi, *ruptur gastrik*, *cardiac arrhythmias*, kegagalan jantung, dan bunuh diri (Brown, 2005).

## 2.4.2 Bulimia Nervosa

### A. Pengertian

Istilah bulimia berasal dari bahasa Yunani, "*boulimia*" yang berarti rakus atau sangat lapar dengan asal kata "*bous*" yang berarti lembu dan "*limous*" yang berarti lapar. Grosvenor dan Smolin, 2002 menyatakan bahwa bulimia nervosa adalah sebuah penyimpangan yang mengikutsertakan episode *binge-eating* yang sering dan hampir tiap kali diikuti oleh perilaku *purging* dan perilaku kompensasi lainnya yang tidak semestinya. Selain itu, bulimia juga mencari tubuh yang sempurna dan sangat kosen terhadap bentuk tubuh (UK Sport, 2008).

### B. Diagnosis

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) IV, American Psychiatric Association (1994) menyatakan bahwa ada beberapa kriteria diagnosis untuk kejadian bulimia nervosa. Adapun kriteria diagnosisnya adalah sebagai berikut :

1. Adanya episode *binge-eating* yang berulang kali. Episode tersebut ditandai dengan dua kriteria berikut :
  - a. makan dengan periode waktu yang tetap (contoh : tiap 2 jam) dengan porsi yang jelas lebih besar daripada porsi makan kebanyakan orang dalam periode dan situasi yang sama
  - b. adanya perasaan tidak dapat mengendalikan porsi makan saat episode tersebut berlangsung (contoh : merasa tidak

dapat berhenti makan atau tidak dapat mengendalikan pada atau berapa banyak porsi yang dimakan)

2. Adanya perilaku kompensasi yang tidak sesuai berulang kali dengan tujuan mencegah kenaikan berat badan. Misalnya, muntah yang disengaja, penyalahgunaan laksatif, diuresis, enema atau obat lainnya, berpuasa atau latihan fisik yang berlebihan
3. Baik episode *binge-eating* maupun perilaku kompensasi, keduanya berlangsung rata-rata setidaknya 2 kali seminggu dalam 3 bulan
4. Terlalu mengutamakan berat badan dan bentuk tubuh dalam mengevaluasi diri
5. Gangguan tersebut tidak terjadi secara eksklusif selama episode anoreksia nervosa

Selanjutnya DSM IV mengklasifikasikan bulimia nervosa ke dalam dua sub tipe. Sub tipe bulimia nervosa yaitu :

- a. *Purging type* yaitu selama episode bulimia nervosa, penderita secara reguler melakukan muntah yang disengaja, penyalahgunaan laksatif, diuresis atau enema
- b. *Nonpurging type* yaitu selama episode bulimia nervosa, penderita secara reguler melakukan perilaku kompensasi lainnya misalnya, berpuasa, latihan fisik secara berlebihan. Namun, tidak secara reguler melakukan muntah yang disengaja, penyalahgunaan laksatif, diuresis atau enema

(Fink, Lisa, dan Alan, 2006)

Selain itu, gejala-gejala bulimia nervosa menurut Hahneman Hospital Eating Disorders Program, Boston, MA (Clark, 1996), yaitu:

Tabel 2.2 Gejala-gejala Bulimia Nervosa

1. Sering muntah	8. Lemah, sakit kepala, pusing
2. Susah menelan, makanan lebih banyak ditahan di dalam mulut	9. Tidak komunikatif
3. Kelenjar membengkak	10. Memakan apa saja
4. Bengkak di muka (bawah pipi)	11. Sering berubah berat badan sesuai dengan pergantian puasa dan pesta makan besar
5. Kerusakan pada kerongkongan	12. Terlalu memperhatikan penampilan fisik
6. Pembuluh darah pada mata pecah	13. Suka menyisihkan sedikit uang untuk pesta-pesta makan malam
7. Kehilangan lapisan email gigi	

### C. Prevalensi Bulimia Nervosa

Bulimia nervosa berkembang di zaman Romawi. Pada tahun 1960, bulimia nervosa kembali muncul dan pada tahun 1980-an, bulimia nervosa sudah diklasifikasikan tersendiri. McDuffie dan Kirkley menyatakan bahwa diperkirakan kasus bulimia nervosa sebesar 4-10% pada remaja putri dan mahasiswa dengan perkiraan terjadi peningkatan hingga 19-20%. Berfokus pada populasi spesifik dan menggunakan kriteria dari DSM-III, beberapa studi menemukan prevalensi bulimia nervosa mendekati 4-9% pada siswa SMA dan mahasiswa (Romano dalam Goldstein, 2005). Fairburn dan Hill, insiden bulimia nervosa sebesar 13 kasus per 100.000 populasi per tahun dan dengan menggunakan diagnosis yang ketat, rerata poin prevalensi bulimia nervosa sebesar 1000 kasus per 100.000 populasi (1%). Dalam hal ini hanya 0,1% bulimia nervosa di derita oleh laki-laki (Geissler dan Hilary, 2005). Menurut Treasure dan Murphy, insiden bulimia nervosa pada pelayanan kesehatan primer di Inggris sebesar 12 kasus per 100.000 populasi. Insiden bulimia nervosa meningkat selama tahun 1980-an dan meningkat tiga kali lipat di antara tahun 1988 dan 1993. Angka prevalensi bulimia nervosa yaitu sebesar 1-3% pada remaja dan keluarga (Gibney, 2005).

Menurut Brown (2005), prevalensi bulimia nervosa berkisar antara 1-3% pada remaja putri dan wanita muda.

#### D. Dampak

Dampak dari bulimia nervosa yaitu zat asam yang berulang kali mengenai gigi karena pemuntahan menyebabkan demineralisasi yang membuat gigi sakit dan sensitif terhadap panas, dingin, dan asam, sehingga gigi menjadi rusak, erosi, dan pada akhirnya bisa tanggal; menurunnya potasium darah karena pemuntahan atau penggunaan diuretik, hal ini mengakibatkan rusaknya ritmik jantung dan kematian yang mendadak; pembengkakan kelenjar saliva karena infeksi dan iritasi dari pemuntahan; iritasi perut: sobekan pada esophagus; konstipasi yang disebabkan penggunaan laksatif (Wardlaw, 1999).

Bulimia nervosa juga mengakibatkan kematian. Kematian akibat bulimia nervosa lebih rendah daripada anoreksia nervosa yaitu sekitar 5% pasien. Pasien bulimia nervosa meninggal karena kegagalan jantung yang disebabkan ketidakseimbangan elektrolit atau bunuh diri (Brown, 2005).

#### 2.4.3 *Binge-Eating Disorder* (BED)

##### A. Pengertian

*Binge-eating disorder* (BED) dapat didefinisikan sebagai sebuah episode *binge-eating* atau makan secara berlebihan serta merasa hilang kendali tetapi tidak diikuti oleh perilaku kompensasi selama setidaknya 2 hari per minggu paling tidak selama 6 bulan. BED kemudian dimasukkan dalam kriteria *Eating Not Otherwise Specified* (EDNOS). Namun sudah banyak dilakukan penelitian dalam pertimbangan untuk memisahkan BED dengan diagnosis tersendiri seperti anoreksia nervosa dan bulimia nervosa.

##### B. Diagnosis

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) IV menyatakan bahwa ada hal yang terpenting kriteria diagnosis untuk BED yang membedakan dengan bulimia nervosa yaitu tidak adanya perilaku kompensasi. Kriteria diagnosis untuk BED adalah :

1. Adanya episode *binge-eating* yang berulang kali. Episode tersebut ditandai dengan dua kriteria berikut :
  - a. makan dengan periode waktu yang tetap (contoh : tiap 2 jam) dengan porsi yang jelas lebih besar daripada porsi

makan kebanyakan orang dalam periode dan situasi yang sama

- b. adanya perasaan tidak dapat mengendalikan porsi makan saat episode tersebut berlangsung (contoh: merasa tidak dapat berhenti makan atau tidak dapat mengendalikan pada atau berapa banyak porsi yang dimakan)

2. Adanya tiga atau lebih dari lima gejala berikut :

- a. makan lebih cepat dari biasanya
- b. makan hingga merasa tidak nyaman karena kekenyangan
- c. makan dalam porsi yang besar walaupun secara fisik merasa tidak lapar
- d. makan sendirian karena merasa malu akibat jumlah porsi yang dimakan
- e. merasa jijik atau muak, tertekan, terhadap diri sendiri setelah episode *binge-eating* tersebut

3. Merasa sangat kecewa karena tidak mampu mengendalikan porsi makan anda atau ketika mengalami kenaikan berat badan

4. Episode *binge-eating* berlangsung setidaknya 2 hari seminggu selama 6 bulan

5. Tidak terdapat perilaku kompensasi seperti memuntahkan makanan, penyalahgunaan laksatif, diuresis, latihan fisik yang berlebihan atau puasa

6. Episode ini tidak terjadi secara eksklusif selama riwayat anoreksia nervosa atau bulimia nervosa

(Brown, 2005)

#### C. Prevalensi *Binge-eating Disorder*

BED merupakan fenomena yang umum pada penderita overweight dengan prevalensi 30%. Selain itu, pada populasi umum prevalensi BED sekitar 5% perempuan dan 3% laki-laki. Pada populasi mahasiswa angka BED sekitar 2,6% (Brown, 2005). Wardlaw dan Kessel (2002) juga menyatakan bahwa di antara populasi umum prevalensi BED sekitar 2-5%.

#### D. Dampak

Seseorang dengan perilaku *binge-eating* memiliki kecenderungan lebih

besar untuk mengalami kelebihan berat badan (*overweight*) pada usia muda dan bisa mengarah ke obesitas. Lalu, jika obesitas dapat memicu komplikasi lainnya seperti tekanan darah tinggi, masalah kolesterol, diabetes melitus, dan penyakit jantung koroner (PJK) (Treasure dan Murphy dalam Gibney, 2005).

#### 2.4.4 *Eating Disorders Not Otherwise Specified* (EDNOS)

##### A. Pengertian

Hal yang sering dilupakan adalah bahwa separuh dari kasus penyimpangan perilaku makan dikomunitas bukanlah anoreksia nervosa maupun bulimia nervosa. Orang-orang ini dikatakan mengalami penyimpangan perilaku makan yang atipikal. American Psychiatric Association (1994) menggolongkan orang-orang ini ke dalam sebuah kategori penyimpangan yang disebut dengan *Eating Disorders not Otherwise Specified* (EDNOS).

##### B. Diagnosis

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) IV menyatakan bahwa ada beberapa kriteria diagnosis untuk kejadian EDNOS. Adapun kriteria diagnosisnya adalah sebagai berikut :

1. Seseorang perempuan yang memenuhi semua kriteria anoreksia nervosa tetapi masih mengalami menstruasi secara normal
2. Seseorang perempuan yang memenuhi semua kriteria anoreksia nervosa tetapi berat badannya masih dalam ambang batas normal (85% berat badan orang dengan umur dan tinggi badan yang sama)
3. Seseorang perempuan yang memenuhi semua kriteria bulimia nervosa tetapi episode *binge-eating* dan perilaku kompensasinya adalah :
  - a. kurang dari 3 bulan
  - b. kurang dari 2 kali per minggu
4. Melakukan perilaku kompensasi setelah makan dalam jumlah yang normal atau sedikit (tidak ada episode *binge-eating*)
5. Terus-menerus mengunyah dan meludahkan sejumlah besar makanan tanpa menelannya
6. *Binge-Eating Disorder* (BED)

(Brown, 2005)

### C. Prevalensi *Eating Disorders Not Otherwise Specified* (EDNOS)

Brown (2005) mencantumkan sebuah studi nasional dalam skala besar dengan sampel sebesar 6.728 remaja. Hasil menyatakan bahwa 13% remaja putri dan 7% remaja putra mengalami EDNOS seperti memuntahkan makanan dengan sengaja, minum obat pencahar, muntah yang disengaja, binge-eating. Studi lainnya di Minnesota pada remaja putri tingkat 7 yaitu 12,12% remaja putri melaporkan bahwa mereka membuat diri mereka muntah dengan sengaja setidaknya sekali dalam seumur hidup dan 2% menggunakan pencahar atau diuretic untuk mengontrol berat badan. Berdasarkan studi yang dilakukan Sizer dan Whitney (2006), 19% mahasiswa pernah mengalami gejala bulimik (muntah yang disengaja, menggunakan laksatif atau binge-eating), namun belum termasuk kedalam kategori bulimia nervosa. Maine (2000) menyebutkan bahwa 9% anak usia 9 tahun di Amerika telah melakukan perilaku muntah untuk menurunkan berat badan.

### 2.5 Karakteristik Khas pada Penderita Anoreksia Nervosa dan Bulimia Nervosa

Orang yang sedang memasuki tahap menjadi anoreksia memperlihatkan beberapa tanda peringatan yang penting. Tanda pertama yaitu berdiet menjadi salah satu fokus pada hidupnya. Fokus ini seringkali memicu terbentuknya persepsi diri yang negatif dan kebiasaan makan yang abnormal. Misalnya, membelah kacang menjadi setengahnya sebelum memakannya dan atau menyebarkan makanan disekeliling piring makannya agar terlihat banyak. Saat penyimpangan mulai bertambah parah, makanan dibagi menjadi makan yang aman dan tidak aman dengan jumlah makan yang aman menjadi lebih sedikit. Lambat laun penderita anoreksia nervosa menjadi lekas marah, menunjukkan sikap permusuhan dan mulai menarik diri dari keluarga dan teman-temannya. Penderita anoreksia nervosa juga merasa bahwa diri mereka rasional sedangkan orang lain tidak rasional. Mereka juga cenderung terlalu mengkritisi diri mereka sendiri dan orang lain. Tidak ada yang memuaskan karena semua harus sempurna. Hidup menjadi selalu suram, tidak bermakna, dan tidak ada harapan. Seiring dengan memburuknya penyimpangan, tingkat stress juga meningkat, terjadinya gangguan tidur, dan timbul perasaan depresi. Pada akhirnya, penderita

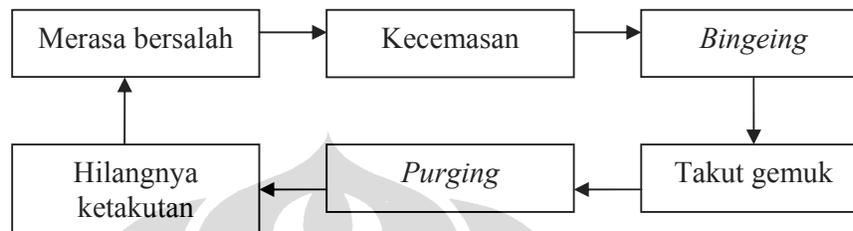
anoreksia nervosa mengonsumsi makanan dalam jumlah yang sangat sedikit yaitu sekitar 300-600 kkal/hari (Wardlaw dan Margaret, 2002).

Berbeda dengan penderita bulimia nervosa. Penderita bulimia nervosa cenderung lari kepada makanan saat berhadapan dengan situasi kritis. Di samping itu, penderita bulimia nervosa juga menyadari bahwa perilaku mereka tidak normal. Mereka juga seringkali memiliki rasa percaya diri yang sangat rendah dan merasa tertekan atau depresi. Penderita bulimia nervosa cenderung bertindak impulsif, yang bisa dimanifestasikan dengan mencuri, penyalahgunaan obat-obatan atau alkohol, mutilasi ataupun bunuh diri. Banyak orang dengan perilaku bulimik seringkali tidak terdiagnosis. Hal ini karena penderita bulimia nervosa cenderung hidup dalam kerahasiaan untuk menyembunyikan perilaku makan mereka yang abnormal. Di antara penderita bulimia nervosa, peraturan yang rumit tentang makanan seringkali mereka ciptakan seperti menghindari semua cemilan. Selain itu, hanya mengonsumsi sebuah donat atau kue saja, bisa menyebabkan penderita bulimia nervosa merasa telah melanggar peraturannya. Biasanya perasaan ini akan memicu orang tersebut menjadi makan secara berlebihan. Hal ini dikarenakan sejumlah besar makanan akan lebih mudah dimuntahkan daripada hanya sepotong kue (Wardlaw dan Margaret, 2002).

Pada umumnya, penderita bulimia nervosa lebih suka mengonsumsi kue, es krim, dan makanan tinggi karbohidrat sejenisnya saat episode *binge* karena makanan ini relatif lebih mudah dikeluarkan dengan dimuntahkan kembali. Pada awal onset bulimia nervosa, penderita seringkali memicu agar dia muntah dengan memasukkan jari mereka jauh ke dalam mulut. Jika tidak hati-hati mereka bisa saja menggigit jari tersebut. Dan jika ini terjadi, maka akan terdapat bekas gigitan pada jari tangan mereka. Tanda ini seringkali dijadikan karakteristik khas bagi penderita bulimia nervosa. Perilaku kompensasi lainnya yaitu *hipergymnasia* dengan kata lain latihan fisik yang berlebihan untuk menghabiskan sejumlah besar energi. Mereka akan melakukan hitung-hitungan berapa jumlah energi yang telah dikonsumsi. Oleh karena itu, sejumlah itulah mereka akan melakukan latihan fisik guna meniadakan asupan energi tersebut. Seseorang dengan bulimia nervosa tidaklah bangga dengan perilaku mereka. Dan, setelah mereka makan berlebihan, biasanya mereka merasa bersalah dan depresi. Seiring dengan waktu, mereka

merasa bersalah dan tidak ada harapan dengan situasi yang mereka alami tersebut (Wardlaw dan Margaret, 2002).

Keadaan ini akan terus berlanjut menjadi sebuah siklus yang dapat di lihat di bawah ini :



Gambar 2.1 Siklus "Lingkar Setan" pada Penderita Bulimia Nervosa

Tabel 2.3 Karakteristik Khas pada Penderita Anoreksia Nervosa dan Bulimia Nervosa

Anoreksia Nervosa	Bulimia Nervosa
1. Menjauhi makanan	1. Makan untuk menanggulangi masalah
2. Introvert	2. Ekstrovert
3. Menjauhi keakraban	3. Mencari keakraban
4. Meniadakan peran dalam hal yang berhubungan dengan wanita	4. Menginginkan berperan dalam hal yang berhubungan dengan wanita
5. Memelihara kontrol diri yang ketat/perfeksionis	5. Lepas kendali (mencuri, menggunakan obat-obatan, bertindak sembarangan )
6. Adanya penyimpangan citra tubuh	6. Penyimpangan citra tubuh yang jarang
7. Menyangkal bahwa ia sakit	7. Menyadari bahwa dirinya sakit
8. Penurunan berat badan yang abnormal dan signifikan sebanyak 25% atau lebih tanpa ada indikasi medis yang jelas	8. Berat badan berkisar antara 10-15 pon diatas atau dibawah berat badan normal

9. Mengurangi asupan makanan, menyangkal rasa laparnya dan penurunan dalam konsumsi makanan yang mengandung lemak	9. Memperlihatkan perhatian pada berat badannya dan berusaha untuk mengontrol berat badannya dengan berdiet, perilaku muntah atau penyalahgunaan laksatif atau diuresis
10. Memperpanjang durasi latihan fisik/olahraga walaupun sudah kelelahan	10. Pola makan berubah-ubah antara makan berlebihan dengan berpuasa
11. Pola yang aneh ketika berhadapan dengan makanan	11. Kebanyakan dari mereka merahasiakan tentang perilaku binge dan muntahnya
12. <i>Amenorrhea</i> pada wanita	12. Asupan makanan selama periode <i>binge</i> mengandung kalori tinggi
13. Beberapa memperlihatkan episode bulimik (makan berlebihan/ <i>binge-eating</i> diikuti dengan perilaku muntah atau penyalahgunaan laksatif)	13. Perasaan depresi mungkin timbul
14. Adanya gejala dari ketidakseimbangan elektrolit, anemia, difungsi hormon, dan imunitas	-
15. Kematian akibat kelaparan, hipotermia, atau kegagalan jantung	14. Kematian akibat hipokalemia (kadar kalium darah yang rendah) dan bunuh diri

(Guthrie, 1989)

## 2.6 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penyimpangan Perilaku Makan

Sarafino, 1998 menyatakan bahwa faktor biologis, psikologis, dan budaya ada kaitannya dengan kejadian penyimpangan perilaku makan. Rosen dan Neumark-Sztainer mengelompokkan faktor-faktor yang berpotensi menyebabkan penyimpangan perilaku makan menjadi 3 yaitu faktor sosioenvironmental termasuk di dalamnya kultur sosial, norma teman sebaya, pengalaman kekerasan, dan pengaruh media. Lalu, faktor personal termasuk didalamnya biologis atau

gen, Indeks Massa Tubuh (IMT), usia, jenis kelamin, rasa percaya diri, dan citra tubuh. Selanjutnya, faktor perilaku termasuk didalamnya perilaku makan, pola makan, diet, perilaku coping, aktivitas fisik, dan keterampilan dalam bersosialisasi (Brown, 2005).

Di samping itu, atlet lebih berisiko penyimpangan perilaku makan daripada seseorang yang bukan atlet karena faktor intrapsikis, keluarga, sosial, dan biologik ([www.csulb.com](http://www.csulb.com)). Beberapa faktor risiko di dunia olahraga yang membuat atlet mudah mengalami penyimpangan perilaku makan, yaitu :

Tabel 2.4 Faktor Risiko Atlet Mengalami Penyimpangan Perilaku Makan

a. Perfeksionis	f. Olahraga yang berisiko atlet untuk melakukan penyimpangan perilaku makan :  1. Olahraga yang menekankan pada penampilan dan berat badan  2. Olahraga yang fokus ke individu daripada tim  3. Olahraga <i>endurance</i>
b. Kebutuhan akan prestasi atau keinginan untuk berprestasi	
c. Meningkatnya kesadaran akan tubuhnya dan <i>performance</i>	
d. Latihan sejak dini (sejak kecil)	
e. Tekanan dari pelatih untuk pencapaian berat badan yang ideal	

Adapun faktor-faktor yang berhubungan dengan penyimpangan perilaku makan, antara lain :

#### 2.6.1 Usia

Remaja adalah sebuah periode kehidupan yang berlangsung antara usia 11 samapai 21 tahun. Pada fase ini terjadi perubahan yang sangat besar pada aspek biologis, emosional, sosial, dan kognitif dimana seseorang anak berkembang menjadi dewasa (Brown, 2005). Usia remaja dapat pula dibagi menjadi usia remaja awal, remaja tengah, dan remaja akhir. Menurut Krummel (1996), pembagian usia remaja yaitu *early adolescence* (10-14 tahun), *middle adolescence* (15-17 tahun), dan *late adolescence* (18-21 tahun).

Sementara itu, remaja merupakan fase usia yang rentan untuk mengalami penyimpangan perilaku makan (Brown, 2005). Di samping itu, anoreksia nervosa

mulai menahan diri untuk tidak makan sejak usia 17 tahun. Beberapa data menunjukkan mulainya penyimpangan perilaku makan adalah pada usia 13 sampai 18 tahun. Kelompok remaja dan dewasa muda merupakan kelompok yang paling berisiko untuk mengalami penyimpangan perilaku makan (McComb, 2001).

#### 2.6.2 Jenis Kelamin

Fairburn dan Hill dalam Geissler dan Hilary (2005) mengestimasi insiden anoreksia nervosa pada wanita sebesar 8 kasus per 100.000 populasi sedangkan pada pria kurang dari 0,5 kasus per 100.000 populasi per tahun. Dari hasil ini terlihat bahwa anoreksia nervosa lebih banyak terjadi pada wanita daripada pria dengan rasio prevalensi kasus pria dibanding wanita yaitu sebesar 1 : 6 sampai 1 : 10. Di samping itu, 90-95% dari seluruh kasus anoreksia nervosa dan 80% kasus bulimia nervosa dialami oleh wanita. Tren tersebut juga terlihat dari sebuah studi nasional berskala besar dengan sampel sebanyak 6.728 remaja. Hasilnya memperlihatkan 13% remaja wanita dan 7% remaja pria mengalami EDNOS seperti memuntahkan makanan dengan sengaja, minum obat pencahar, dan *binge-eating* (Brown, 2005).

Pada atlet sendiri sama seperti kasus penyimpangan perilaku makan pada populasi umum yaitu atlet wanitalah yang lebih berisiko penyimpangan perilaku makan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Milligan menyatakan bahwa 26% dari 176 atlet Division I di Western Athletic Conference berisiko penyimpangan perilaku makan terdiri dari 38 atlet wanita dan 7 atlet pria berarti persentase atlet wanita lebih besar daripada atlet pria (Milligan dan Mary, 2006). Pada tempat yang sama 28,2% atlet tingkat universitas dan hanya 8,4% atlet tingkat SMP dan SMA mengalami penyimpangan perilaku makan, dengan persentase atlet wanita sebesar 34,8% sedangkan atlet pria hanya 8,4% (Pritchard, Paul dan BreeAnn, 2007). Selanjutnya, penelitian di Turkey menunjukkan 16,8% dari 220 atlet wanita di Edirne, Turkey mengalami penyimpangan perilaku makan (Vardar, 2005).

#### 2.6.3 Jenis Olahraga

Cabang olahraga yang berisiko penyimpangan perilaku makan yaitu olahraga yang menekankan penampilan dan berat badan, fokus ke olahraga individu bukan olahraga tim, dan olahraga *endurance* ([www.csulb.com](http://www.csulb.com)).

Pesenam, pedansa, dan pemain ski adalah atlet yang berisiko tinggi terhadap penyimpangan perilaku makan karena mereka fokus pada penampilan. Selain itu, olahraga yang menekankan pada tubuh yang kurus seperti pelari, pegulat, dan perenang. Dan ternyata penyimpangan perilaku makan banyak di alami pada atlet wanita khususnya pesenam, pembalap, dan perenang (McVey, 2008).

Namun, penelitian yang dilakukan oleh Milligan dan Mary, 2006 yang membandingkan jenis olahraga *lean sport* (senam, balap sepeda (*track*)) dengan *non lean sport* (bola basket, tenis, golf, *soccer*, dan ski) yang ditekuni atlet wanita usia 18 sampai 23 tahun menyatakan bahwa justru atlet wanita dengan jenis olahraga *non lean sport* yang lebih berisiko penyimpangan perilaku makan dibandingkan dengan *lean sport*. Hal ini dikarenakan atlet wanita *lean sport* lebih puas dengan tubuhnya sendiri dan lebih tinggi penghargaan diri dibandingkan dengan atlet wanita *non lean sport*. Selain itu, atlet wanita *non lean sport* tidak mempunyai bentuk tubuh yang spesifik seperti atlet wanita *lean sport* sehingga mereka berusaha untuk menurunkan berat badan guna meningkatkan *performance*.

Hal serupa juga dikemukakan oleh *American College of Sports Medicine* yang menyatakan bahwa jenis olahraga yang ditekuni oleh atlet wanita dan berisiko berkembangnya penyimpangan perilaku makan yaitu :

1. Olahraga yang dinilai secara subjektif seperti loncat indah (*diving*), skating, senam, dan balet.
2. Olahraga dengan pakaian yang minim, ketat, ataupun menonjolkan bentuk tubuh seperti balap sepeda (*track*), renang, loncat indah (*diving*), senam, dan bola voli. Pakaian tersebut kemungkinan membuat atlet merasa tidak nyaman.
3. Olahraga *endurance* seperti pelari jarak jauh, balap sepeda (*cycling*), dan triathlon. Kelebihan berat badan mungkin mengganggu *performance* dan menekankan pada kerampingan tubuh.
4. Olahraga dengan ketentuan berat badan tertentu seperti gulat, *horse racing*, tinju, bela diri, dan dayung (*rowing*).

(Fink, Lisa, dan Alan, 2006)

Di samping itu, menurut Sundgot-Borgen et al. melaporkan 13,5% kasus

penyimpangan perilaku makan terjadi pada atlet sedangkan hanya 4,6% kasus terjadi pada non atlet. Penelitian ini dilakukan pada kelompok atlet Olympic di Norway. Mereka menemukan jumlah kasus penyimpangan perilaku makan yang berbeda untuk setiap jenis olahraga khusus atlet wanita. Hasilnya yaitu 42% kasus pada olahraga *aestetik*, 24% kasus pada olahraga *endurance*, 17% kasus pada olahraga *teknikal*, 16% olahraga *ball game* (Fink, Lisa, dan Alan, 2006). Lalu, berdasarkan penelitian yang dilakukan di NCAA Division II Midwestern University yang melibatkan 125 mahasiswi yang terdiri dari 60 atlet dan 65 non atlet, ternyata 9,3% kasus terjadi pada atlet dan 8,3% kasus terjadi pada non atlet. Dan hasilnya, 18,2% kasus pada softball, 12,5% kasus pada balap sepeda (*track*), 8,3% kasus pada sepak bola, dan 6,7% kasus pada bola voli (Smiley, 2008).

#### 2.6.4 Aspek Psikologis dan Kepribadian

Pada dasarnya anoreksia nervosa adalah sebuah perasaan takut kehilangan kendali diri atau menjadi diluar kendali. Pada kasus klasik, penderita anoreksia nervosa tumbuh di sebuah lingkungan dimana semua hal diputuskan untuknya. Konsekuensinya, konstelasi kepribadian orang tersebut mencakup kebutuhan akan sebuah pengaturan, pola yang kaku tentang berpikir dan perilaku (pemikiran hitam putih, disiplin diri yang ekstrim), rasa percaya diri yang rendah, perfeksionis, dan menarik diri dari lingkungan sosial. Kombinasi tersebut merupakan sebuah kombinasi letal sejalan dengan tidak ditoleransinya kegagalan. Pada kasus bulimia nervosa, karakteristik yang khas adalah dikendalikan oleh penerimaan orang lain, mencari sumber eksternal untuk pembuktian diri karena rasa percaya diri yang kurang tetapi penderita bulimia nervosa lebih berkembang secara sosial. Kekakuan dan isolasi sosial digantikan oleh sifat implusif dan emosi yang labil (McDuffie dan Kirklyw dalam Krummel dan Penny, 1996).

Hampir 70% kasus anoreksia nervosa dan bulimia nervosa terjadi setelah si penderita mengalami suatu kejadian yang tidak mengenakan atau kesulitan dalam hidupnya. Terdapat kecenderungan orang-orang tersebut memiliki perilaku "coping" yang tidak sesuai, terkait dengan kejadian hidup yang dialaminya. Kepribadian yang obsesional berkaitan dengan rasa muak pada diri dan terlalu sensitif dengan kritik. Keduanya dapat memicu timbulnya perilaku kompensasi (Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al, 2005). Menurut Fairburn dan Hill,

bawaan kepribadian seperti perfeksionis sampai pengalaman hidup seseorang misalnya pelecehan atau kekerasan berkaitan dengan penyimpangan perilaku makan. Perfeksionis dan obsesivitas merupakan karakteristik yang umum pada penderita anoreksia nervosa. Sementara trauma, pelecehan seksual, dan kekerasan fisik berkaitan dengan perilaku bulimik (Geissler dan Hilary, 2005).

Banyak dari penderita anoreksia nervosa dan bulimia nervosa mengatakan bahwa mereka depresi. Di samping itu, ditemukan juga angka prevalensi yang tinggi kelainan kecemasan yang berlebihan diantara orang yang mengalami penyimpangan perilaku makan (Garrow, James, dan A. Ralp, 2000).

#### 2.6.5 Dinamika Keluarga

Dinamika keluarga dan pendekatan orang tua kepada anaknya merupakan salah satu penyebab penyimpangan perilaku makan. Berdasarkan Fairburn dan Hill, penelitian mengindikasikan remaja yang mempersepsikan bahwa kepedulian dan ekspektasi orang tua yang rendah terhadap anaknya memiliki risiko untuk mengalami penyimpangan perilaku makan. Pengaruh ibu juga merupakan faktor yang berkontribusi secara negatif. Seorang ibu yang menyampaikan perhatiannya tentang berat badan dan bentuk tubuh dengan bertindak sebagai role model dengan langsung mengkritik atau dengan interaksi makan yang tidak sesuai, menambah kemungkinan timbul penyimpangan perilaku makan (Geissler dan Hilary, 2005).

Minuchin dan rekan, 1978, telah mengidentifikasi sejumlah karakteristik keluarga yang mereka percaya sebagai karakteristik khas pada keluarga penderita anoreksia nervosa. Karakteristik tersebut diantaranya terlalu protektif, kaku, tidak adanya usaha menyelesaikan konflik keluarga dan atmosfir keluarga yang hanya mengizinkan sedikit privasi. Faktor stress terkait dengan keluarga lainnya yang berimplikasi pada kejadian anoreksia nervosa dan bulimia nervosa yaitu orang tua yang cenderung melarang anaknya untuk bersosialisasi; keluarga dengan ketertarikan yang tidak biasa pada makanan, berat badan atau bentuk tubuh; salah satu atau kedua orang tua bekerja pada industri makanan atau pakaian; dan keluarga dengan riwayat anoreksia nervosa atau obesitas (Gilbert dalam Garrow, James, dan A. Ralp, 2000).

Keluarga dari penderita anoreksia nervosa kemungkinan besar merupakan

keluarga yang sangat kritis dan memberikan penilaian yang lebih pada tampilan fisik serta mengabaikan nilai internal diri. Orang tua mungkin menentang kekuasaan orang lain dan terombang-ambing antara mempertahankan perilaku anoreksia nervosa si anak atau menghukumnya. Hal ini akan membingungkan si anak dan mengacaukan kontrol normal orang tua. Berdasarkan hasil observasi, berdiet, berargumen, kritik terhadap berat badan atau bentuk tubuh, perhatian dan kepedulian yang rendah merupakan hal umum didapatkan pada keluarga dengan penderita bulimia nervosa (Sizer dan Eleanor, 1997).

#### 2.6.6 Pendidikan

Seseorang yang berpendidikan rendah belum tentu tidak menyusun makanan yang memenuhi syarat gizi dibandingkan seseorang yang berpendidikan tinggi. Jika seseorang sering mendengar atau membaca pengetahuan tentang gizi maka pengetahuan gizi dia akan lebih baik. Tingkat pendidikan juga menentukan mudah tidaknya seseorang dalam memahami informasi tentang gizi tersebut (Apriadi, 1986).

#### 2.6.7 Peran Pelatih

Pelatih adalah instruktur olahraga yang memberitahukan atlet cara-cara untuk melakukan gerakan tertentu dalam olahraga. Pelatih juga merupakan tokoh panutan, guru, pembimbing, pendidik, pemimpin, bahkan tidak jarang menjadi tokoh model bagi atletnya (Shadow, 2008).

Seorang pelatih menyarankan tipe tubuh yang tepat baik ukuran maupun bentuk tubuh bagi atlet sehingga atlet menjadi unggul dalam olahraganya masing-masing. Pelatih percaya kalau berat badan yang berlebihan akan menghambat kecepatan, ketangkasan, dan daya tahan yang akan mengakibatkan meningkatnya kelelahan (Fink, Lisa, dan Alan, 2006). Oleh karena itu, pelatih menekankan atlet untuk menurunkan berat badan (O'Connor, 2005). Selain itu, komentar pelatih selama kompetisi atau latihan bisa mengarah ke persepsi negatif yang berhubungan dengan penyimpangan perilaku makan (Fink, Lisa, dan Alan, 2006).

#### 2.6.8 Pengetahuan Gizi

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu subjek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman,

rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2002). Kurangnya pengetahuan gizi merupakan salah satu faktor risiko berkembangnya penyimpangan perilaku makan (O'Connor, 2005). Hal tersebut juga diungkapkan oleh Nainggolan, 2008, memang pengetahuan gizi yang kurang menyebabkan atlet mempunyai penyimpangan perilaku makan.

#### 2.6.9 Perilaku Diet

Patton dalam Brown (2005) menemukan dalam studinya bahwa *relative risk* dari orang yang berdiet untuk mengalami penyimpangan perilaku makan 8 kali lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang tidak berdiet. Penelitian Krowchuck, et al (1998) menemukan hubungan yang signifikan secara statistik antara berdiet dengan perilaku muntah yang disengaja atau penggunaan laksatif untuk menurunkan berat badan. Selain itu, untuk perilaku diet, 90% wanita Inggris pernah berdiet disepanjang hidupnya serta hanya 50% wanita berdiet dengan benar dan sisanya mereka melakukan diet secara ketat dan tidak terkontrol. Diet merupakan langkah awal untuk terjadinya penyimpangan perilaku makan (Donnellan, 1996). Perilaku diet yang mengarah ke kelaparan meningkatkan risiko *binge-eating*. Pada akhirnya, perilaku diet sebagai indikasi berkembangnya penyimpangan perilaku makan (Brown, 2005).

Mc Duffie dan Kirkley menyatakan pembatasan asupan yang berlebihan akan menimbulkan kekurangan energi dan kelaparan. Rasa lapar tersebut jika dikombinasikan dengan tambahan stres, depresi, kecemasan atau rasa tidak sabar karena program diet yang dijalani tidak berjalan secepat yang diharapkan memicu kepada rasa frustrasi dan makan secara berlebihan. Pada orang yang akan mengalami penyimpangan perilaku makan, perilaku makan yang berlebihan secara cepat akan diikuti dengan perasaan bersalah dan kecemasan akan kenaikan berat badan. Reaksi dari rasa takut dan cemas tersebut bisa saja berupa berhenti berdiet dan menjadi obesitas atau berdiet kronis yang diikuti dengan puasa atau perilaku *purging* (Brown, 2005).

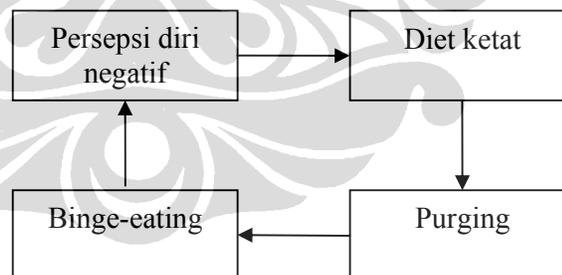
#### 2.6.10 Citra Tubuh

Citra tubuh adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran, bentuk, fungsi penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu yang secara

berkesinambungan dimodifikasi dengan pengalaman baru setiap individu (Salbiah, 2009).

Seseorang yang mempunyai penyimpangan citra tubuh maka mereka akan merasa diri mereka gemuk padahal tubuh mereka kurus (Donnella, 1996). Ketidakpuasan akan tubuh sendiri merupakan faktor yang berkontribusi ke penyimpangan perilaku makan (Brown, 2005). Hal ini juga diperkuat dengan penelitian yang dilakukan terhadap 176 atlet Universitas Division I dari sebuah institusi di Western Athletic Conference, menyatakan bahwa ketidakpuasan akan tubuh sendiri adalah variabel yang paling kuat dan mempunyai hubungan yang signifikan terhadap penyimpangan perilaku makan (Milligan dan Mary, 2006). Dan, pada sampel yang sama yaitu 176 atlet Universitas Division I dari sebuah institusi di Western Athletic Conference ditambah 178 atlet SMP/SMA, menyebutkan bahwa ketidakpuasan akan tubuh sendiri adalah variabel primer dan mempunyai hubungan yang signifikan terhadap penyimpangan perilaku makan (Pritchard, Paul, dan BreeAnn, 2007).

Sizer dan Whitney (2006), menggambarkan sebuah hubungan antara persepsi diri yang negatif tentang tubuh sendiri dengan penyimpangan perilaku makan sebagai siklus dibawah ini :



Gambar 2.2 Siklus *Binge-eating*, *Purging*, dan Persepsi Negatif

#### 2.6.11 Kepercayaan Diri

Kepercayaan diri yaitu suatu pencerminan dari pertemuan antara bakat-bakat alamiah dan keterampilan serta teknik-teknik yang kita pelajari ketika bekerja dalam bidang-bidang sosial, vokasional atau kegemaran (Naurah, 2008). Selain itu, kepercayaan diri sebagai gambaran atas kemampuan pribadi yang

berkaitan dengan tujuan tertentu. Dan, kepercayaan diri atlet yaitu keyakinan atau tingkat kepastian yang dimiliki oleh seseorang tentang kemampuannya untuk bisa sukses dalam olahraga (Utomo, 2007).

Pengaruh negatif dan rasa percaya diri yang rendah secara konsisten memiliki korelasi dengan ketidakpuasan terhadap tubuh. Penelitian Neumark Sztainer (2000) menyatakan bahwa tingkat percaya diri yang rendah memiliki hubungan yang signifikan dengan berdiet dan penyimpangan perilaku makan. Orang dengan rasa percaya diri yang rendah memiliki kemungkinan 3,74 kali lebih besar untuk berdiet dan 5,95 kali untuk mengalami penyimpangan perilaku makan (Thompson, 2004).

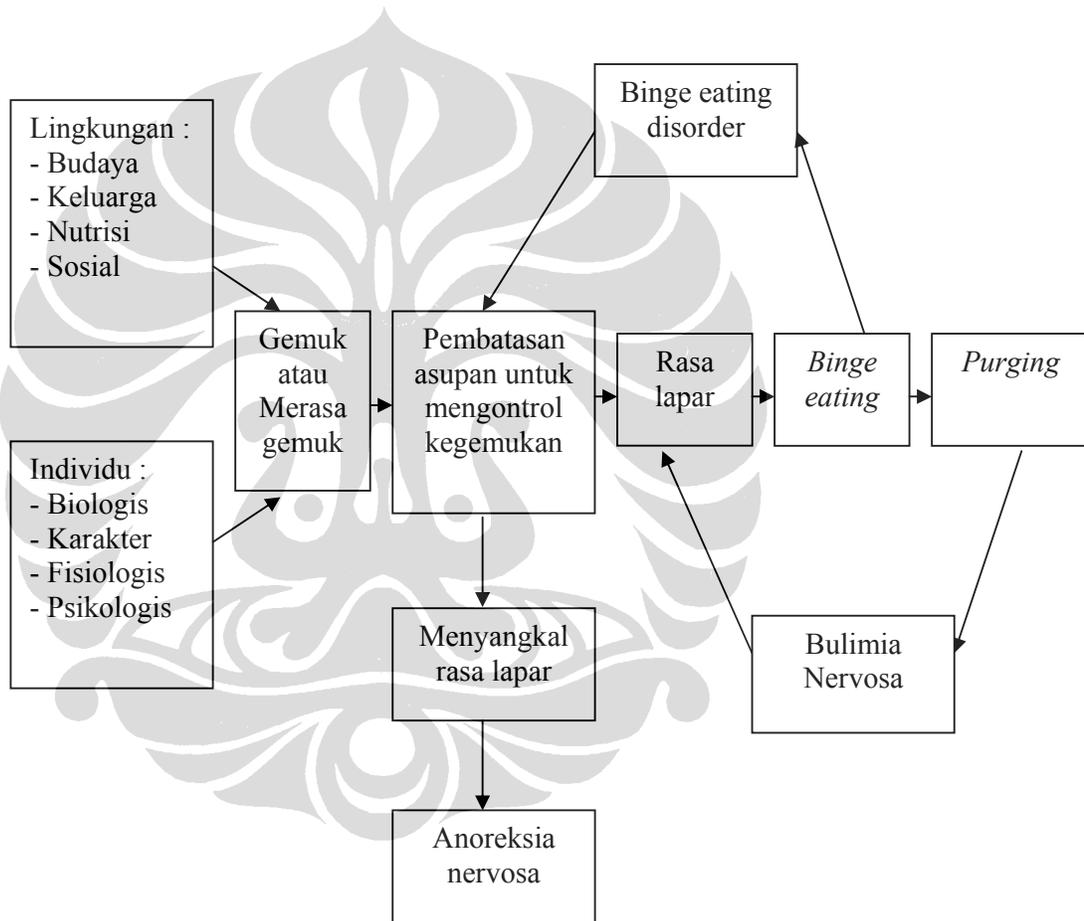
#### 2.6.12 Stress

Stress didefinisikan sebagai respon yang tidak spesifik dari tubuh terhadap tuntutan yang diterimanya. Kejadian-kejadian yang menyebabkan stress akan menimbulkan penyimpangan perilaku makan. Penyimpangan perilaku makan ini biasanya merupakan salah satu cara yang tidak sehat bagi seseorang untuk mengatasi stress. Teori ini juga diperkuat dengan adanya pengamatan yang menunjukkan bahwa penyimpangan perilaku makan sering kali dipengaruhi oleh perasaan frustrasi dan permasalahan yang berhubungan dengan perasaan negatif seperti kecemasan. Penelitian lain menunjukkan bahwa stress lebih merupakan akibat dari penyimpangan perilaku makan daripada penyebab. Sharpe, Ryst, dan Steiner menemukan bahwa walaupun penderita penyimpangan perilaku makan mengalami kejadian-kejadian yang lebih menyebabkan stress daripada yang bukan penderita penyimpangan perilaku makan, perbedaan ini disebabkan karena kejadian yang berhubungan dengan penyimpangan perilaku makan yang mereka derita. Stress akan selalu berhubungan dengan penyimpangan perilaku makan. Stress dapat muncul sebelum, pada saat, atau sesudah munculnya penyimpangan perilaku makan. Jika ingin mencegah penyimpangan perilaku makan pada masyarakat yang memang berisiko tinggi untuk mengalami stress maka harus diperhitungkan stress sebagai faktor yang menyebabkan sekaligus akibat dari penyimpangan perilaku makan (McCombs, 2001).

## 2.7 Kerangka Teori

Kerangka teori yang digunakan peneliti yaitu siklus etiologi dari penyimpangan perilaku makan yang menjelaskan faktor predisposisi yang terdiri dari faktor lingkungan terdiri dari budaya, keluarga, nutrisi dan sosial, sedangkan faktor individu terdiri dari biologis, karakter, fisiologis, dan psikologis yang mempengaruhi penyimpangan perilaku makan. Hal ini dapat dilihat pada gambar berikut ini :

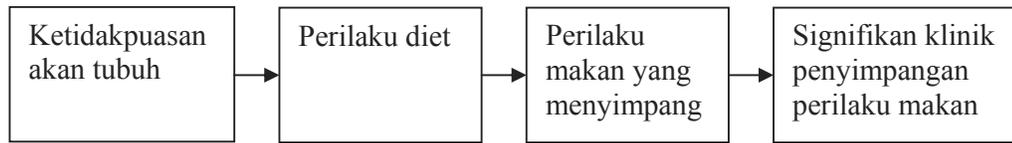
### Faktor Predisposisi



Gambar 2.3 *Etiologic cycle for eating disorders*  
(Krummel dan Kris-Etherton, 1996)

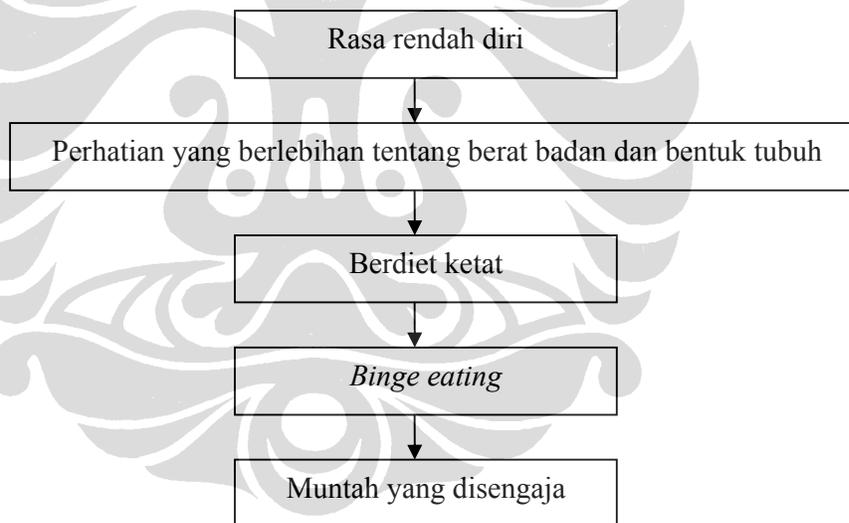
Selain itu, citra tubuh khususnya yang memiliki ketidakpuasan akan tubuhnya sendiri dan perilaku diet turut serta mempengaruhi terjadinya pola makan yang menyimpang sehingga akan berkembang menjadi penyimpangan perilaku makan.

Dapat dilihat dalam gambar berikut ini :



Gambar 2.4 *The continuum of weight-related concern and disorders*  
(Brown, 2005)

Lalu, Fairburn, et al., 1985 membuat sebuah diagram *Cognitive-Behaviour Model of Eating Disorder*. Pada diagram tersebut terlihat bahwa rasa percaya diri yang rendah akan menimbulkan perhatian yang berlebihan terhadap berat badan dan bentuk tubuh. Kemudian akan berimbas pada perilaku diet secara ketat lalu mengalami *binge eating* dan terakhir berujung pada muntah disengaja atau dengan kata lain sebuah penyimpangan perilaku makan.



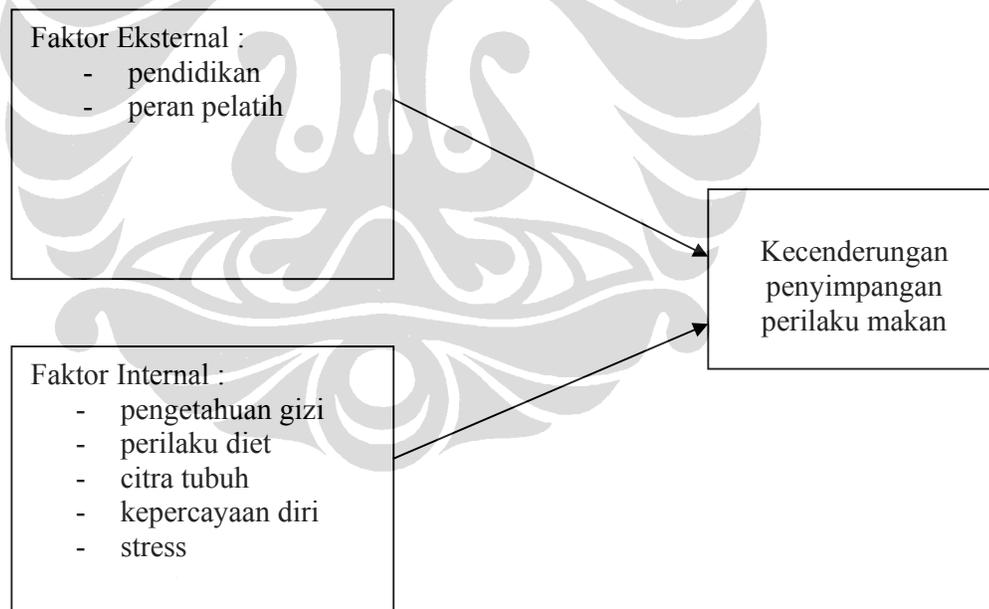
Gambar 2.5 *Cognitive-Behavioral Model of Eating Disorders*  
(Thompson, 2004)

## BAB 3

### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan gabungan dari beberapa teori-teori yang sudah ada. Peneliti hanya mengambil beberapa faktor-faktor yang berhubungan dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan dari kerangka teori seperti faktor pendidikan, peran pelatih, pengetahuan gizi, perilaku diet, citra tubuh, kepercayaan diri, dan stress. Untuk variabel usia, jenis kelamin, cabang olahraga tidak dijadikan sebagai variabel independen karena peneliti sudah mengambil usia remaja serta jenis kelamin wanita dan cabang olahraga yang memang faktor berisiko tinggi terhadap penyimpangan perilaku makan. Oleh karena itu, kerangka konsep adalah sebagai berikut :



### 3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini, yaitu :

1. Adakah hubungan antara pendidikan dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada atlet wanita di SMP/SMA Negeri Ragunan (Khusus Olahragawan), Jakarta tahun 2009
2. Adakah hubungan antara peran pelatih dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada atlet wanita di SMP/SMA Negeri Ragunan (Khusus Olahragawan), Jakarta tahun 2009
3. Adakah hubungan antara pengetahuan gizi dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada atlet wanita di SMP/SMA Negeri Ragunan (Khusus Olahragawan), Jakarta tahun 2009
4. Adakah hubungan antara perilaku diet dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada atlet wanita di SMP/SMA Negeri Ragunan (Khusus Olahragawan), Jakarta tahun 2009
5. Adakah hubungan antara citra tubuh dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada atlet wanita di SMP/SMA Negeri Ragunan (Khusus Olahragawan), Jakarta tahun 2009
6. Adakah hubungan antara kepercayaan diri dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada atlet wanita di SMP/SMA Negeri Ragunan (Khusus Olahragawan), Jakarta tahun 2009
7. Adakah hubungan antara stress dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada atlet wanita di SMP/SMA Negeri Ragunan (Khusus Olahragawan), Jakarta tahun 2009

## 3.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1. Kecenderungan penyimpangan perilaku makan	Perilaku makan yang tidak normal (abnormal) yang ditunjukkan dengan dipenuhinya salah satu kriteria penyimpangan perilaku makan yang disesuaikan dengan kuesioner	Pengisian kuesioner secara angket (pertanyaan A1-A4 dan pertanyaan B1-B15)	Kuesioner	1. Memiliki kecenderungan penyimpangan perilaku makan 2. Tidak memiliki kecenderungan penyimpangan perilaku makan (normal) (Stice, Rivzi, dan Telch, 2000)	Ordinal
2. Pendidikan	Pendidikan formal yang sudah ditamatkan oleh responden	Pengisian kuesioner secara angket (pertanyaan R6)	Kuesioner	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. Perguruan Tinggi	Ordinal

3. Peran pelatih	Peran yang berupa saran atau nasehat sehingga mempengaruhi responden	Pengisian kuesioner secara angket (pertanyaan C1-C4)	Kuesioner	1. Menerima saran 2. Tidak menerima saran	Ordinal
4. Pengetahuan gizi	Pengetahuan tentang sumber makanan, zat gizi, fungsi zat gizi secara umum	Pengisian kuesioner secara angket (pertanyaan D1-D13)	Kuesioner	1. Kurang (skor nilai < 80%) 2. Baik (skor nilai $\geq$ 80%) (Khomsan, 2000)	
5. Perilaku diet	Pernah tidaknya responden mengubah cara makan agar dapat mengurangi berat badan dalam setahun terakhir (berdiet)	Pengisian kuesioner secara angket (pertanyaan E1-E5)	Kuesioner	1. Pernah berdiet 2. Tidak pernah berdiet (Sztainer, et al., 2000)	Ordinal

6. Citra tubuh	Sikap seseorang terhadap tubuhnya yang meliputi persepsi dan perasaan tentang ukuran, bentuk, fungsi penampilan dan potensi tubuh	Pengisian kuesioner secara angket (pertanyaan A1-A8)	Kuesioner	1. Merasa gemuk 2. Tidak merasa gemuk (Field, et al., 1999)	Ordinal
7. Kepercayaan diri	Perasaan responden tentang nilai dirinya ketika berada diantara orang banyak	Pengisian kuesioner secara angket (pertanyaan F1-F4)	Kuesioner	1. Merasa minder 2. Tidak merasa minder (Putra, 2008)	Ordinal
8. Stress	Perasaan tertekan yang dirasakan responden karena tuntutan yang berlebihan baik tuntutan yang berasal dari responden itu sendiri maupun yang berasal dari lingkungannya	Pengisian kuesioner secara angket (pertanyaan G1-G6)	Kuesioner	1. Stress 2. Tidak stress (Tantiani, 2007)	Ordinal