

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Makanan

Tanpa kita sadari sejak dari lahir kita terkait baik secara personal maupun emosional dengan makanan. Berjalan dengan waktu kebanyakan orang akan merasa mendapatkan kenyamanan dan kepuasan yang sangat dari makanan. Perasaan nyaman ini baik secara biologis maupun psikologis. Makanan memang dapat menjadi sebuah simbol kenyamanan, tetapi dengan makan juga dapat menstimulus beberapa neurotransmitter tertentu (contohnya serotonin) dan senyawa natural lainnya (endorphin) yang dapat menciptakan rasa tenang dan rasa senang pada tubuh manusia (Wardlaw&Hampl, 2007).

Makanan memang mungkin tidak hanya bisa menjadi sumber nutrisi, tetapi ketika kita mulai bermain-main dengan asupan makanan tanpa kita sadari hal ini bisa membawa kita terhadap kelainan makan. Pada tahap yang paling parah kelainan makan dapat menyebabkan pengurangan berat badan atau penambahan berat badan secara berlebihan dimana hal ini lebih lanjutnya tanpa kita sadari akan menyebabkan perubahan psikologis pada diri kita dan akan berakhir pada penyimpangan perilaku makan.

2.2 Penyimpangan Perilaku Makan

Menurut *American Psychiatric Association* (2005) dalam sebuah artikelnya yang berjudul *Let's Talk Facts About Eating Disorders*, dikatakan bahwa penyimpangan perilaku makan adalah sebuah penyakit dimana si penderita mengalami gangguan dalam perilaku makan mereka terkait pikiran dan emosinya. Mereka yang mengalami penyimpangan perilaku makan biasanya sangat memperhatikan makanan dan berat badannya. Penyimpangan perilaku makan terjadi pada jutaan orang dalam waktu kapanpun, pada umumnya diderita oleh wanita umur 12 sampai 35 tahun. Selain itu dikatakan juga penyimpangan perilaku makan merupakan sebuah gangguan dalam makan yang berhubungan dengan kesehatan fisik atau fungsi psikososial, atau keduanya, dimana keadaan ini

bukan merupakan dampak dari penyimpangan medis lainnya atau penyimpangan psikologis (Fairburn dan Hill, 2005).

Dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV) ada tiga jenis penyimpangan perilaku makan yang memiliki kriteria dan ciri khusus yaitu anoreksia nervosa, bulimia nervosa dan *binge eating disorder*. Namun ada satu lagi kondisi di mana terlihat sangat mirip dengan ketiga jenis penyimpangan perilaku makan di atas tapi secara keseluruhan tidak memenuhi kriteria yang ada, penyimpangan ini kemudian dinamakan *Eating Disorder Not Other Specified (EDNOS)* (Sigman, 2003). Jenis penyimpangan itu dikategorikan kedalam “*atypical eating disorder*” (Fairburn dan Hill, 2005).

2.2.1 Anoreksia Nervosa

2.2.1.1. Definisi

Pada pertama kali kemunculannya pada akhir tahun 1800an, anoreksia nervosa atau dikatakan sebagai tindakan untuk melaparkan diri sendiri, merupakan sebuah kelainan yang jarang ditemukan. Namun pada tahun 1960an prevalensinya mulai meningkat dengan pasti (McDuffie & Kirkley, 1996). Pada tahun 1882 Haggerty dalam jurnalnya mengatakan bahwa anoreksia nervosa merupakan sebuah kelainan psikosomatis yang serius dimana muncul pada remaja pada umur antara 16 sampai 18 tahun.

Dalam bukunya Sarafino (2006) mengatakan anoreksia nervosa adalah suatu bentuk penyimpangan perilaku makan yang mengakibatkan penurunan berat badan dan jumlah makanan yang dikonsumsi secara drastis serta penurunan berat badan yang tidak sehat. Sebelumnya Gilbert (1996) mendefinisikan anoreksia nervosa merupakan sebuah keadaan dimana penderitanya, pada umumnya perempuan, menolak untuk makan secara benar dengan tujuan menjaga berat badan idealnya terhadap tinggi badannya. Biasanya ini terjadi karena mereka menginginkan untuk memiliki tubuh lebih ramping.

National Eating Disorders Association (NN_A, 2005) menyebutkan ciri umum penderita anoreksia nervosa adalah pelaparan diri sendiri dan adanya penurunan berat badan secara drastis. Dalam *Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorder IV(DSM-IV) (Wardlaw&Hampl, 2007) memberikan kriteria diagnosis sebagai berikut :

- Menolak untuk menjaga berat badan pada atau diatas berat badan normal minimal (contoh: kehilangan berat badan yang memicu pada pemeliharaan berat badan kurang dari 85% berat badan yang diharapkan, atau gagal untuk mencapai berat badan yang diharapkan selama periode pertumbuhan, mengarah pada berat badan kurang dari 85% berat badan yang diharapkan)
- Memiliki rasa takut yang berlebihan pada kenaikan berat badan atau menjadi gemuk, walaupun memiliki keadaan *underweight*.
- Memiliki gangguan dalam menilai berat badan dan bentuk tubuh, kemungkinan dikarenakan menilai berat dan bentuk badan sendiri, atau penyangkalan yang serius terhadap berat badan yang rendah
- Amenorrhea (tidak haid), terlewatnya periode menstruasi pada wanita setelah masa perbertas selama 3 periode menstruasi

Selanjutnya DSM-IV (Wardlaw&Hampl, 2007) mengategorikan penderita anoreksia nervosa menjadi 2 tipe, yaitu :

- *Restricting Type* : Mereka yang selama mengalami anoreksia tidak selalu melakukan *binge eating* atau perilaku memuntahkan makanan (co: muntah yang dirangsang oleh dirinya sendiri atau penyalahgunaan obat-obatan pencakar, diuretik atau enema)
- *Binge eating/purging type* : Mereka yang selama mengalami anoreksia selalu melakukan *binge eating* atau perilaku memuntahkan makanan (co: muntah yang dirangsang oleh dirinya sendiri atau penyalahgunaan obat-obatan pencakar, diuretik atau enema)

2.2.1.2 Dampak

Ada banyak dampak negatif bagi seorang penderita anoreksia nervosa. Paling umum penderita anoreksia nervosa dapat mengalami perubahan pada kulit dan rambut tubuh dengan ciri khas timbulnya *lanugo* (Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al., 2005). *Lanugo* adalah rambut tipis/halus yang tumbuh pada

kulit yang menahan udara dalam rangka mengurangi hilangnya panas tubuh dan juga menggantikan fungsi isolator lapisan lemak yang hilang (Wardlaw dan Hampl, 2007) Fairburn dan Hill (2005) menyebutkan penderita anoreksia umumnya akan mengalami amenorrhoea pada saat remaja dan bila berlanjut akan mengakibatkan osteopenia yang akan berkembang menjadi osteoporosis dan pada akhirnya berisiko mengalami patah tulang. Hal ini kemudian dibuktikan oleh sebuah penelitian yang menyebutkan bahwa 38%-50% penderita anoreksia mengalami osteoporosis (NN_B, 2008)

Komplikasi pada penderita anoreksia nervosa juga dapat menyerang sistim organ utama dalam tubuh. Sekitar 3%-10% penderita anoreksia nervosa biasanya meninggal karena penyakit –bunuh diri, penyakit jantung dan penyakit infeksi-. Anoreksia juga dapat memperburuk efek dari diabetes pada penderitanya, terutama bila menyuntikan insulin hanya sedikit dengan tujuan meningkatkan jumlah glukosa yang keluar dari urin. (Wardlaw&Hampl, 2007). Sebagai tambahan menurut jurnal yang dikeluarkan oleh *National Institute of Mental Health* (NIMH) pada tahun 2007, para penderita anoreksia nervosa memiliki angka kematian sepuluh kali lipat lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak mengalami kelainan ini. Komplikasi umum yang mengarah ke kematian pada penderita anoreksia adalah terjadinya perdarahan pada paru-paru serta ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Ditambahkan oleh Grosvenor dan Smolin (2002) ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, dehidrasi, abnormalitas jantung, dan edema disabkan karena adanya penurunan cadangan lemak di dalam tubuh. *National Institute of Mental Health* (2006) menyebutkan angka mortalitas diantara orang yang mengalami anoreksia diperkirakan sebesar 0,56% per tahun atau kira-kira 5,6% per dekade. Angka ini 12 kali lebih tinggi daripada angka mortalitas tahunan untuk semua penyebab kematian pada wanita usia 15-24 tahun di populasi umum.

2.2.2 Bulimia Nervosa

2.2.2.1 Definisi

Bulimia Nervosa adalah penyakit gangguan pencernaan yang umumnya dapat ditemukan pada gadis remaja atau wanita dewasa muda, dan jarang ditemukan pada pria. Bulimia nervosa diidentikkan dengan peristiwa makan yang sangat banyak terutama makanan yang mengandung karbohidrat dan dihabiskan dalam jangka waktu yang singkat, tetapi untuk mencegah terjadinya kegemukan maka setelah makan ada tahap untuk mengurangi/mengeluarkan makanan dan terjadilah muntah atau mengkonsumsi obat penurun berat badan dan diet yang ketat (Sidenfeld dan Ricket, 2001).

Tidak seperti penderita anoreksia yang umumnya terlihat kurus, penderita bulimia nervosa memiliki berat badan yang normal bahkan di atasnya. Karena penderita bulimia terkadang terlihat biasa saja maka cukup sulit dalam menentukan siapa yang menderita bulimia. Bulimia nervosa cenderung lebih banyak terjadi dibandingkan anoreksia nervosa penderitanya sekitar 3-4% wanita muda yang berasal dari level ekonomi menengah keatas.

Menurut DSM-IV (Wardlaw&Hampl, 2007) kriteria diagnosis untuk para penderita bulimia nervosa, yaitu:

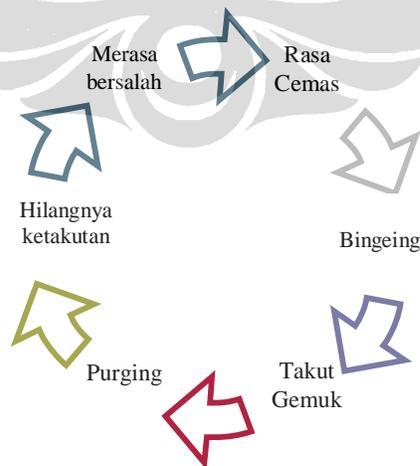
- Terjadinya pengulangan periode *binge eating*. Yang ditandai dengan dua kriteria berikut:
 1. Makan dalam periode waktu tertentu (contoh: tiap 2 jam), dengan jumlah porsi yang sangat banyak bila dibandingkan dengan porsi makan kebanyakan orang dalam waktu dan situasi yang sama
 2. Adanya perasaan tidak dapat mengendalikan jumlah porsi yang dimakan ketika periode itu berlangsung (contoh: merasa tidak dapat berhenti makan, atau tidak dapat mengendalikan apa atau berapa banyak porsi yang dimakan)
- Adanya perilaku kompensasi yang tidak sesuai berulang kali dengan tujuan mencegah kenaikan berat badan. Contohnya: muntah yang disengaja, penyalahgunaan laksatif, diuresis, enema atau obat lainnya, berpuasa atau latihan fisik yang berlebihan.

- Episode *binge eating* maupun perilaku kompensasi muncul bersamaan, keduanya berlangsung rata-rata setidaknya dua kali seminggu dalam tiga bulan
- Gangguan tersebut tidak terjadi secara eksklusif selama episode anoreksia nervosa

DSM-IV (Wardlaw&Hampl, 2007) mengategorikan penderita bulimia nervosa menjadi 2 tipe, yaitu :

- *Purging Type* : Selama episode bulimia nervosa, penderita secara reguler melakukan muntah yang disengaja, penyalahgunaan laksatif, diuresis atau enema
- *Nonpurging Type* : Selama episode bulimia nervosa, penderita secara reguler melakukan perilaku kompensasi lainnya seperti berpuasa atau latihan fisik secara berlebihan. Namun tidak secara reguler melakukan muntah yang disengaja, penyalahgunaan laksatif, diuresis atau enema.

Perlu diketahui orang dengan bulimia nervosa tidak bangga dengan perilaku mereka. Setelah makan berlebihan, biasanya mereka akan merasa bersalah dan depresi. Setelah itu mereka akan menjadi rendah diri dan merasa tak berdaya dengan situasi yang mereka alami (Wardlaw dan Hampl, 2007). Keadaan ini akan terus berulang hingga menjadi sebuah siklus seperti berikut ini.



Gambar 2.1 Siklus "Ligkaran setan" Penderita Bulimia Nervosa

2.2.2.2 Dampak

Beberapa penderita bulimia nervosa akan mengalami amenorrhoea, edema dan kerusakan fungsi hati. Dari proses pemuntahan sendiri akan menyebabkan berkurangnya kadar kalium, klor dan ion hidrogen yang keluar bersamaan dengan muntah, hal ini akan menyebabkan kelemahan otot, konstipasi dan rasa pusing (Gilbert, 1993). Dijelaskan dalam Wardlaw dan Hampl (2007) bahwa konstipasi adalah efek samping dari penggunaan obat laksatif. Selain itu menurut Gilbert (1993) penderita bulimia nervosa akan memiliki detak jantung yang tidak normal, sakit perut, mudah lemas, sakit pada tenggorokan dan pembengkakan kelenjar liur. Selain itu penderitanya juga akan mengalami *cardiac arrhythmias*.

Pada penderita bulimia nervosa bagian tubuh yang paling terkena dampak besar adalah cairan tubuh. Berkurangnya volume cairan tubuh terjadi karena melakukan *purging*, sehingga akan mengalami dehidrasi. (McDuffie & Kirkley, 1996). Tidak lupa penderita bulimia juga akan mengalami kerusakan gigi akibat asam yang keluar dari lambung, hal ini akan menyebabkan gigi mejadi sakit dan sensitif terhadap panas, dingin dan asam (Wardlaw & Hampl, 2007). Kasus kematian pada penderita bulimia nervosa lebih rendah dibandingkan dengan penderita anoreksia nervosa, umumnya kematian terjadi sebagai akibat dari ketidakseimbangan elektrolit bahkan dapat terjadi karena bunuh diri (Stang et al, 2005).

2.2.3 *Binge Eating Disorder* (BED)

2.2.3.1 Definisi

Merupakan suatu kondisi dimana seseorang makan dalam jumlah yang sangat banyak dan merasakan bahwa periode makan tersebut tidak dapat dikontrol oleh dirinya (Brown, 2005)). Secara umum, BED dapat didefinisikan sebagai sebuah episode *binge eating* (makan secara berlebihan dan merasa hilang kendali) namun tidak diikuti oleh perilaku kompensasi selama setidaknya 2 hari per minggu paling tidak selama 6 bulan. BED kemudian dimasukkan ke dalam kategori EDNOS. Namun sudah banyak dilakukan penelitian dalam pertimbangan untuk memisahkan BED dengan diagnosis tersendiri seperti anoreksia nervosa dan bulimia nervosa (Wardlaw dan Hampl, 2002; Tiemeyer, 2007).

Menurut DSM-IV (Wardlaw&Hampl, 2007) kriteria diagnosis untuk para penderita BED, yaitu:

- Adanya episode *binge eating* yang berulang kali. Episode tersebut ditandai dengan dua kriteria berikut:
 1. 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.
 2. 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).
- Adanya 3 atau lebih dari 5 gejala berikut:
 1. Makan lebih cepat daripada biasanya.
 2. Makan hingga merasa tidak nyaman karena kekenyangan.
 3. Makan dalam porsi yang besar walaupun secara fisik merasa tidak lapar.
 4. Makan sendirian karena merasa malu akibat jumlah porsi yang dimakan.
 5. Merasa jijik/muak, tertekan atau bersalah terhadap diri sendiri setelah episode *binge-eating* tersebut.
- Merasa sangat kecewa karena tidak mampu mengendalikan porsi makan
- Episode *binge-eating* berlangsung setidaknya 2 hari seminggu dalam 6 bulan.
- Episode ini tidak terjadi selama riwayat anoreksia nervosa atau bulimia nervosa.

2.2.3.2 Dampak

Dampak yang dapat diderita seorang *binge eating* yaitu tekanan darah tinggi, tingkat kolesterol tinggi, PJK, diabetes mellitus (APA, 2005), serta *Gallbladder disease* (Smith, 1998). Komplikasi sekunder yang serius terkait dengan perilaku *binge eating* adalah terjadinya *ruptur gastric* atau esofagus (Ung, 2005). Para penderita *binge eating disorder* seringkali pada akhirnya akan

mengalami *overweight* atau obesitas yang nantinya akan berkembang menjadi hipertensi dan penyakit jantung (NIMH, 2007).

2.2.4 *Eating Disorders not Otherwise Specified* (EDNOS)

2.2.4.1 Definisi

EDNOS merupakan kategori penyimpangan perilaku makan yang sangat luas, dimana penderitanya hanya memiliki sebagian sindrom dari kriteria anoreksia nervosa atau bulimia nervosa, sekitar 50% penderita penyimpangan perilaku makan masuk kedalam kategori EDNOS (Wardlaw&Hampl, 2007).

Menurut DSM-IV (Wardlaw&Hampl, 2007) kriteria diagnosis untuk para penderita EDNOS, yaitu:

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

2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi

Beberapa peneliti telah mengemukakan beberapa faktor-faktor yang dapat menyebabkan seseorang untuk menderita penyimpangan perilaku makan, baik itu anoreksia nervosa, bulimia nervosa maupun *binge eating disorder*. Faktor biologis, budaya/lingkungan, psikologis merupakan 3 faktor utama yang dapat menyebabkan timbulnya penyimpangan perilaku makan (Sarafino, 2006;

McDuffie & Kirkley, 1996; Sigman, 2003). Rock & Kaye (2001) menemukan bukti bahwa gen dan keadaan psikologis dapat berhubungan dengan terjadinya penyimpangan perilaku makan, hal ini ditemukan pada percobaan terhadap para kembar identik.

Faktor kepercayaan diri, perilaku diet dan perhatian terhadap citra tubuh dikatakan juga sebagai faktor penyebab terjadinya penyimpangan perilaku makan (Thompson, 2004). Jacobi et al (2004) mengatakan ada beberapa faktor risiko yang menyebabkan terjadinya penyimpangan perilaku makan, antara lain: gender, ras/etnis, kebiasaan makan pada waktu kecil dan masalah saluran pencernaan, penilaian negatif diri, kekerasan seksual serta perhatian lebih terhadap bentuk dan berat tubuh. Media baik media cetak maupun elektronik dikatakan juga sebagai salah satu faktor yang dapat menyebabkan timbulnya penyimpangan perilaku makan pada remaja. Namun media cetak lebih memberikan dampak yang nyata terhadap terjadinya kasus penyimpangan perilaku makan (Gonzalez, 2003).

2.3.1 Usia

Remaja adalah sebuah periode kehidupan yang berlangsung antara usia 11 sampai 21 tahun (Brown, 2000). Pada fase ini terjadi perubahan yang sangat besar pada aspek biologis, sosial dan kognitif dimana seseorang anak berkembang menjadi dewasa. Pada saat ini umumnya rentan mengalami penyimpangan perilaku makan. Menurut McComb (2001) penyimpangan perilaku makan dimulai pada usia 13 sampai 18 tahun. Hoek dan van Hoeken (2003) menemukan 40% kasus anoreksia nervosa yang baru dikalangan remaja wanita pada umur 15-19 tahun.

Salah satu penyebab mengapa kasus penyimpangan perilaku makan terjadi pada usia remaja karena pada saat ini banyak sekali bermunculan stresor yang jumlahnya cukup banyak dan harus dihadapi pada usia tersebut (terutama pada remaja putri). Penelitian Lee, et al (2005) tentang kasus anoreksia nervosa di Singapura memperlihatkan hasil rerata usia onset gejala anoreksia pada usia 15,5 tahun dengan standar deviasi sebesar 3,85

2.3.2 Jenis Kelamin

Fairburn dan Hill (2005) memperkirakan insiden anoreksia pada wanita sebesar 8 kasus per 100.000 populasi, sedangkan untuk laki-laki kurang dari 0,5 kasus per 100.000 populasi per tahun. Dari hasil ini terlihat bahwa anoreksia nervosa lebih banyak terjadi pada wanita daripada laki-laki dengan rasio prevalensi kasus pada laki-laki:perempuan sebesar 1:6 sampai dengan 1:10. Selain itu sebuah penelitian juga mendapatkan hasil bahwa anoreksia nervosa lebih banyak muncul pada wanita dibandingkan pria, perbandingannya sekitar 9 dari 10 penderita anoreksia nervosa adalah perempuan.

Begitu juga dengan bulimia nervosa, didapatkan bahwa sekitar 90% penderitanya adalah wanita, hal ini bisa disebabkan karena wanita lebih banyak mendapatkan tekanan sosial untuk memiliki tubuh yang terlihat kurus (Brown, 2005). Jika dilihat maka penyimpangan perilaku makan lebih banyak dialami oleh perempuan seperti yang dikatakan Brown diatas, peneliti dapat menarik kesimpulan bahwa tekanan budaya tentang citra tubuh. Citra tubuh bisa menjadi hal penting bagi laki-laki namun citra tubuh lebih memiliki pengaruh yang kuat pada perempuan.

2.3.3 Genetik

Ada beberapa bukti yang mengatakan bahwa faktor genetik juga berpengaruh terhadap penyimpangan perilaku makan. Banyak penelitian yang menjadikan anak kembar sebagai subjek mereka untuk mengetahui kejadian anoreksia nervosa dan bulimia nervosa. Studi yang dilakukan oleh Klump *et al* menunjukkan bahwa 55% kembar identik mengalami anoreksia nervosa namun hanya 5% saja yang terjadi pada kembar yang tidak identik (Fairburn&Hill, 2005). Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al (2005) menyebutkan dari sebuah penelitian pada keluarga, didapatkan risiko untuk mengalami penyimpangan perilaku makan pada perempuan yang mempunyai saudara penderita anoreksia nervosa maupun bulimia nervosa meningkat 5-7 kali lipat.

Menurut sebuah penelitian lainya ditemukan prevalensi anoreksia nervosa lebih tinggi pada kembar yang berasal dari monozigot dibandingkan kembar dizigot (68% vs 8%). Namun pada penderita bulimia nervosa prevalensinya sama

besar yaitu 35% vs 29%, dari hasil ini didapatkan hasil bahwa faktor genetik hanya berpengaruh pada anoreksia nervosa tetapi tidak pada bulimia nervosa.

2.3.4 Perilaku Diet

Kebiasaan berdiet diantara para remaja, terutama remaja wanita, sangatlah tinggi. Menurut penelitian fisher dan koleganya didapatkan 50-60% remaja wanita menganggap dirinya *overweight* dan telah melakukan diet. Tetapi sangat memprihatinkan karena terkadang diet dilakukan oleh mereka yang tidak *overweight*, selain itu pada umumnya mereka menjalankan diet yang tidak sehat seperti melewatkan waktu makan dan pembatasan jumlah kalori yang masuk (Brown, 2005). Hal serupa juga dikatakan oleh Neumark-Sztainer (2005), bahwa lebih dari setengah remaja wanita dan hampir sepertiga remaja laki-laki menjalankan diet yang tidak sehat seperti melewatkan waktu makan, berpuasa, merokok, sengaja muntah dan menggunakan obat laksatif.

Nicholls dan Viner (2005) mendapatkan bahwa sekitar 40% wanita mulai menjalankan program diet pada ketika memasuki masa remaja. Hilss et al mendapatkan hampir 70% remaja wanita pernah berdiet, ia menyebutkan bahwa hal ini dikarenakan remaja wanita sangat sensitif pada kegemukan dan perubahan bentuk tubuh (Gilbert, 1993). Patton dan rekan dalam Brown (2005) menemukan dalam studinya bahwa *Relative Risk* dari orang yang berdiet untuk mengalami penyimpangan perilaku makan 5-18 kali lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang tidak berdiet, tergantung juga pada seberapa kerasnya diet yang mereka lakukan. Dikatakan juga bahwa perilaku diet pada umumnya dilakukan oleh mereka yang merasa kelebihan berat badan dan merasa tidak puas dengan bentuk badan mereka.

McDuffie dan Kirkley (1996) 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*.

2.3.5 Citra Tubuh

Citra tubuh merupakan sebuah persepsi seseorang mengenai tampilan fisik tubuhnya seperti ukuran tubuhnya, bentuk dan beratnya. Mendukung pengantar tersebut, selama masa remaja citra tubuh dan rasa percaya diri sangatlah berkaitan, oleh karena itu kepedulian terhadap citra tubuh jangan dilihat sebagai sesuatu yang dapat wajar dan normatif bagi para remaja. Dalam menilai bentuk tubuh ada yang dikenal sebagai distorsi bentuk tubuh, distorsi bentuk tubuh muncul ketika seseorang melebihkan atau mengurangi pencitraan bentuk tubuh dengan ukuran yang sebenarnya, dalam sebuah penelitian yang dilakukan Slade PD, 1973&1985, mendapatkan responden yang menderita anoreksia nervosa cenderung melebihkan dalam menilai bentuk tubuhnya (McComb, 2001). Lebih lanjut ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh kemungkinan menjadi faktor penyebab menjalani perilaku diet, kelainan perilaku makan dan penyimpangan perilaku makan. Story dan koleganya menemukan dari 36.000 remaja di Minnesota hanya kurang dari 40% remaja wanita yang puas terhadap berat badanya. (Brown, 2005).

Beberapa studi eksperimental telah membuktikan bahwa pemahaman nilai "kurus adalah ideal" berhubungan dengan peningkatan ketidakpuasan penampilan dalam jangka pendek pada remaja putri dan mahasiswi terkait dengan media (Thompson, 2004). Hal ini didukung oleh penelitian Stice (1994) dan Heinberg (1999) yang menyatakan bahwa peningkatan ketidakpuasan penampilan dalam jangka pendek pada remaja putri dan mahasiswi terkait dengan media. Selain itu dari penelitian Thompson, Corwin dan Sargent menemukan bahwa 49% wanita mengatakan bahwa bentuk tubuh yang ideal adalah terlihat lebih kurus dari ukuran tubuh mereka yang sebenarnya (McComb, 2000). Fairburn et al menyebutkan bahwa orang dengan evaluasi diri yang negatif memiliki risiko 4,4 kali lebih besar untuk mengalami BED dan memiliki risiko 8,2 kali lebih besar untuk mengalami anoreksia nervosa (Fairburn, et al. 1998).

2.3.6 Rasa Percaya Diri

Rasa percaya diri erat kaitannya dengan citra tubuh. Citra tubuh merupakan persepsi seseorang tentang penampilan fisiknya. Sedangkan rasa percaya diri adalah persepsi seseorang tentang dirinya sebagai satu kesatuan yang utuh, perasaan seseorang tentang nilai dirinya sebagai seorang manusia. Rasa percaya diri yang rendah berkontribusi pada terjadinya penyimpangan pada citra tubuh dan citra tubuh yang keliru tidak dapat sepenuhnya dikoreksi sebelum masalah rasa percaya diri dibersihkan. Rasa percaya diri yang rendah dapat menyebabkan permasalahan dalam persahabatan, stress, kecemasan, depresi dan dapat berpengaruh pada perilaku makan seseorang. Rasa percaya diri yang rendah juga merupakan salah satu karakteristik primer dari remaja wanita yang mengalami penyimpangan perilaku makan. Mereka merasa jika mereka tidak dapat mencapai apa yang diinginkan oleh lingkungan sekitarnya kemudian mereka menjadi ekstrim untuk berusaha menyesuaikan dengan tuntutan lingkungan sekitar (Eating Disorders Venture, 2006).

Neumark-Sztainer (2000) menyebutkan 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. Fisher dan rekannya juga mendapatkan hubungan antara penyimpangan perilaku makan dengan rasa rendah diri dan kepanikan yang tinggi diantara siswa SMA (McComb, 2000).

2.3.7 Kekerasa Fisik

Penelitian Moore, et al (2002) melaporkan bahwa para perempuan kulit putih dan kulit hitam penderita BED mengalami kekerasan fisik lebih tinggi secara signifikan dibandingkan yang sehat. Fairburn dan rekan (1999) menemukan bahwa kekerasan fisik dan kekerasan fisik yang parah berulang kali yang dialami oleh perempuan memiliki hubungan yang secara signifikan sebagai salah satu faktor risiko anoreksia nervosa. Perempuan yang pernah mengalami kekerasan fisik berisiko 4,9 kali lebih tinggi untuk menderita anoreksia nervosa.

Risiko mengalami anoreksia nervosa meningkat menjadi 14,9 kali pada perempuan yang mengalami kekerasan fisik yang parah berulang kali.

Kent dan rekan yang menginvestigasi pengalaman kekerasan/pelecehan masa kecil dengan kejadian penyimpangan perilaku makan ditemukan bahwa jika berbagai bentuk kekerasan dievaluasi secara simultan (menggunakan regresi), hanya kekerasan emosional yang secara signifikan berhubungan dengan penyimpangan perilaku makan walaupun hanya dalam besaran yang kecil (Mazzeo dan Espelage, 2002).

2.3.8 Ejekan

Remaja merupakan satu fase usia dimana mereka sedang dalam proses pencarian jati diri dan mereka dapat memasukkan komentar dari orang lain ke dalam hati. Berbeda dengan lingkungan sekitarnya (misalnya dalam bentuk tubuh atau berat badan) seringkali tidak dapat diterima oleh para remaja (Tiemeyer, 2007). Haines, et al (2006) mengatakan bahwa ejekan tentang berat badan merupakan faktor penyebab timbulnya *binge eating* dengan hilang kendali diantara remaja perempuan dan laki-laki pada 5 tahun masa tindak lanjut setelah disesuaikan dengan umur, ras/etnis dan status sosioekonomi. Sebuah studi prospektif oleh Cattarin dan Thompson (1994), menemukan bahwa ejekan tentang berat badan dan bentuk tubuh merupakan prediktor timbulnya ketidakpuasan terhadap tubuh (Thompson, 2004).

Fairburn et al (1998) dalam penelitiannya tentang faktor risiko BED menemukan adanya hubungan bermakna antara kritik dari anggota keluarga dan ejekan/hinaan tentang bentuk tubuh, berat badan atau perilaku makan dengan risiko BED. Perempuan yang pernah dikritik oleh anggota keluarganya tentang bentuk tubuh, berat badan atau perilaku makan berisiko 3,7 kali untuk mengalami BED. Sedangkan perempuan yang pernah diejek/dihina tentang bentuk tubuh, berat badan atau perilaku makan berisiko 2,4 kali untuk menderita BED.

2.3.9 Pelecehan Seksual

Pelecehan seksual dianggap sebagai salah satu pemicu terkuat yang dapat menimbulkan penyimpangan perilaku makan (Tiemeyer, 2007). Dalam sebuah penelitian didapatkan bahwa wanita yang pernah mengalami pelecehan seksual menunjukkan berbagai macam dampak, termasuk gejala penyimpangan perilaku makan. Sebuah penelitian lainnya mengungkapkan bahwa wanita yang pernah mengalami pelecehan seksual memiliki risiko lebih besar untuk mengalami penyimpangan perilaku makan atau kelainan mental lainnya (McComb, 2000).

Fairburn, et al (1998) melaporkan bahwa perempuan yang mengalami pelecehan seksual berisiko 5,7 kali untuk mengalami BED. Pada penelitian lainnya, Fairburn et al (1999) juga melaporkan bahwa perempuan yang pernah mengalami pelecehan seksual lebih berisiko 3,4 kali untuk mengalami anoreksia nervosa. Jika pelecehan yang dialaminya merupakan pelecehan seksual yang parah yang dilakukan berulang kali, risiko perempuan itu untuk mengalami anoreksia nervosa meningkat drastis menjadi 15,3 kali.

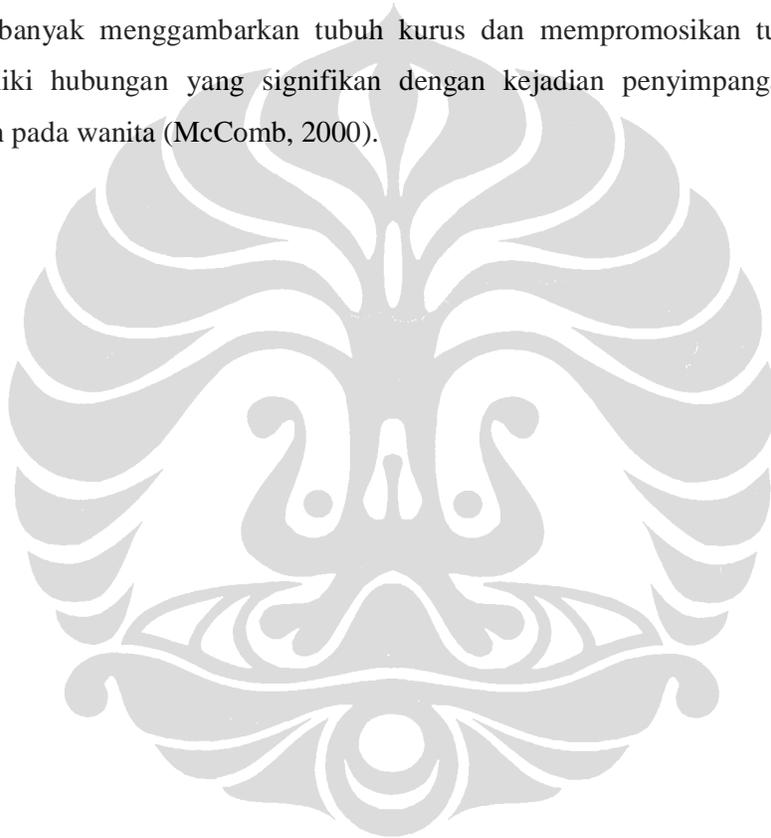
Banyak studi memperlihatkan bahwa terdapat hubungan antara pelecehan seksual dengan perkembangan penyimpangan perilaku makan. Namun Wonderlich dan rekan (1997) mencatat sebanyak 53 studi tentang pelecehan seksual dan penyimpangan perilaku makan di tahun 1987-1994 melaporkan hasil yang tidak konsisten. Kinzl et al (1994) juga tidak menemukan hubungan yang signifikan antara pelecehan seksual dengan penyimpangan perilaku makan pada sampel mahasiswa perempuan.

2.3.10 Pengaruh Media

Media membombardir kita dengan gambar model yang ideal dan ide bahwa orang yang berpenampilan baik memiliki hidup yang lebih baik dan banyak keuntungan. Hal tersebut sangatlah tidak representatif terhadap kenyataan yang ada. Keterpaparan terhadap kesan yang ideal secara terus menerus dapat menimbulkan rasa ketidakpuasan pada bentuk tubuh sendiri yang pada akhirnya dapat menyebabkan gejala penyimpangan perilaku makan (Fairburn&Hill, 2005). Penelitian di *University of Michigan* mendapatkan wanita yang mengidolakan karakter dengan tubuh kurus pada serial televisi seperti *Ally McBeal* dan *Beverly*

Hills 90210 menunjukkan adanya ppositif gejala penyimpangan perilaku makan (McComb, 2000)

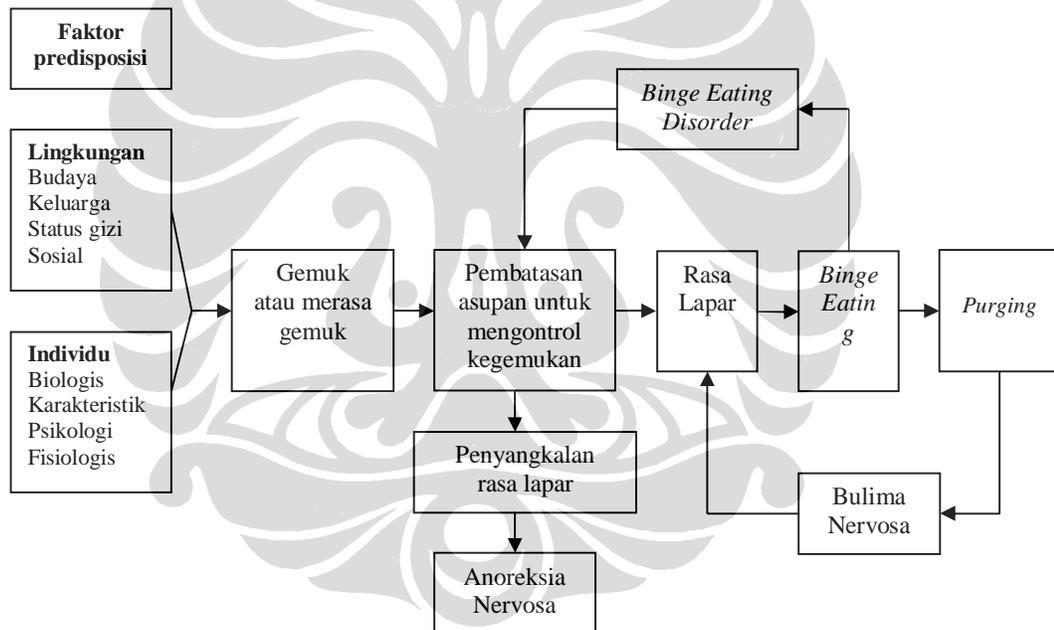
Sementara itu pada penelitian di *West Virginia University* ditemukan bahwa dengan melihat gambar-gamba model yang kurus atau dengan tubuh ideal akan memberikan dampak yang sangat besar bagi para wanita, setelah melihat gambar tersebut mereka akan menunjukkan rasa kesadaran diri, rasa kompetisi dan kegelisahan yang tinggi. Dari penelitian yang dilakukan oleh Kristen Harrison menemukan bahwa pembaca majalah, terutama yang banyak terpapar media yang banyak menggambarkan tubuh kurus dan mempromosikan tubuh kurus, memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian penyimpangan perilaku makan pada wanita (McComb, 2000).



BAB III
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS
DAN DEFINISI OPERASIONAL

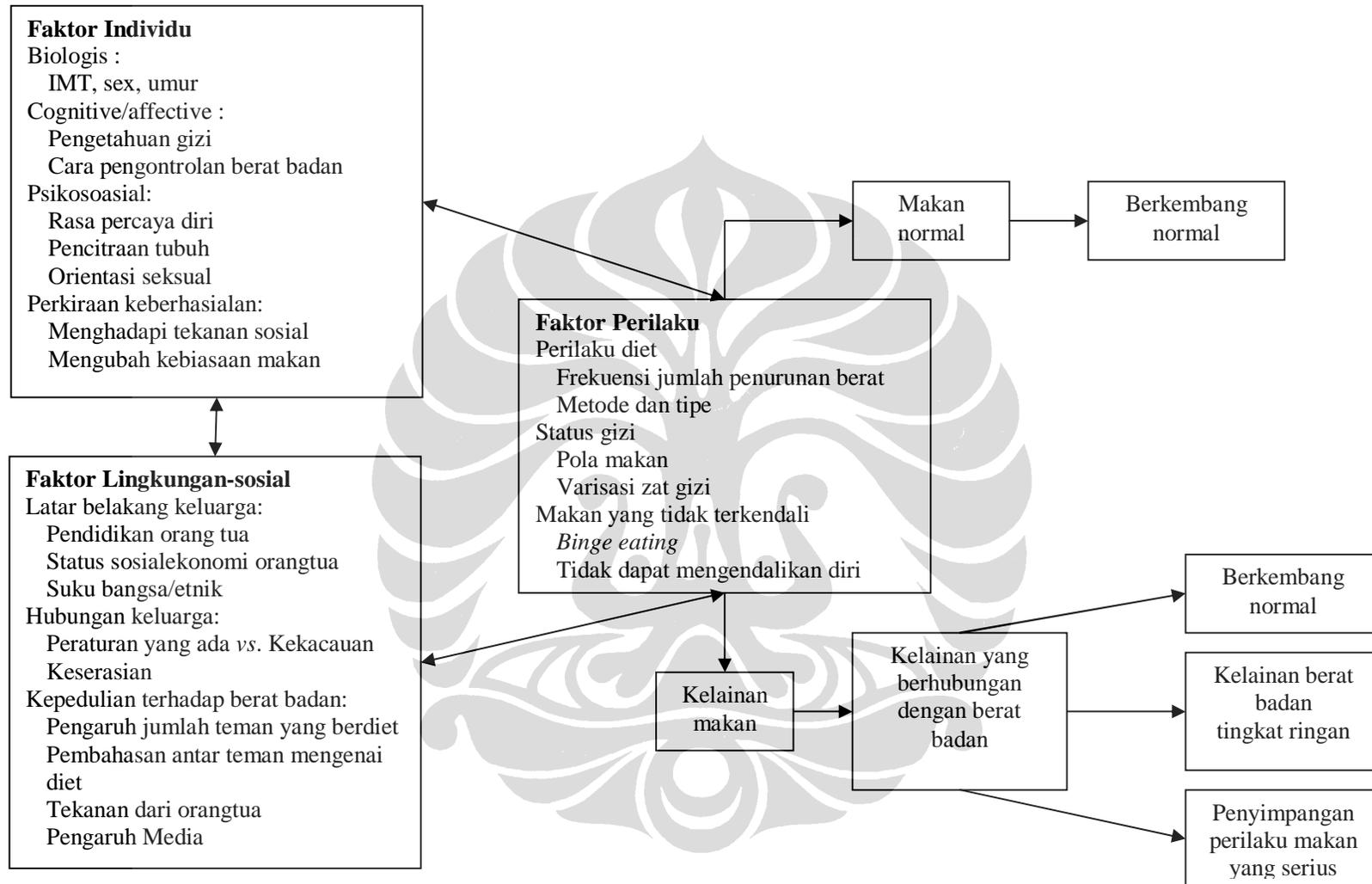
3.1 Kerangka Teori

Ada beberapa peneliti yang mengemukakan beberapa faktor-faktor yang dapat menyebabkan seseorang untuk menderita penyimpangan perilaku makan, baik itu anoreksia nervosa, bulimia nervosa maupun *binge eating disorder*. McDuffie dan Kirkley (1996) dalam *Nutrition in Women's Health* memberikan sebuah penyebab umum terjadinya penyimpangan perilaku makan.



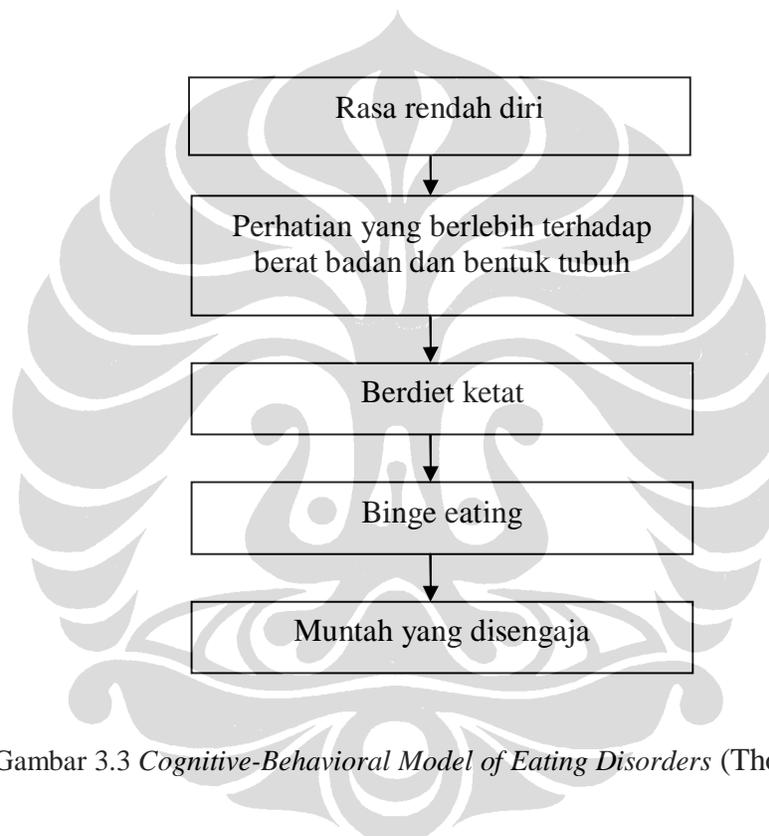
Gambar 3.1 McDuffie dan Kirkley, 1996

Neumark-Sztainer, et al (1996) telah mengelompokkan faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya penyimpangan perilaku makan menjadi tiga kelompok besar, yaitu : faktor lingkungan sosial, individu dan perilaku (Gambar 3.2).



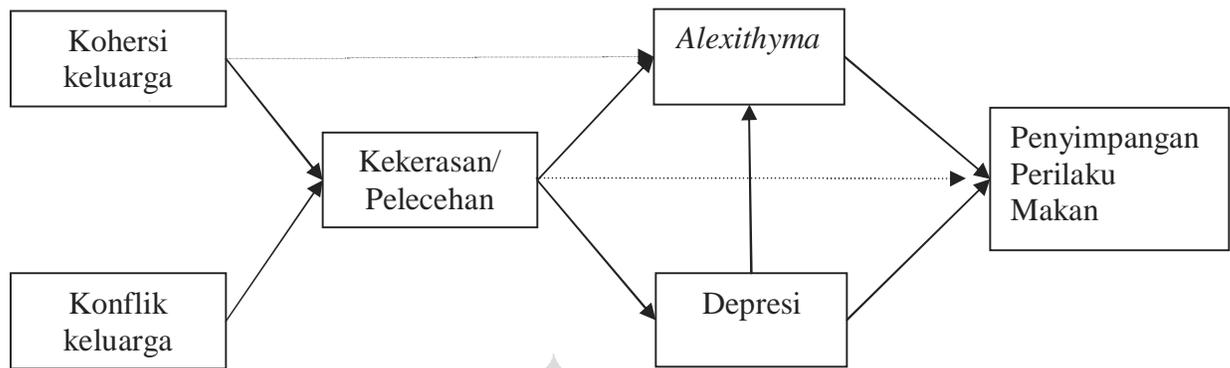
Gambar 3.2 Perkembangan kelainan yang berhubungan dengan berat badan (Neumark-Sztainer, et al. 1996)

Thompson (2004) membuat sebuah diagram *Cognitive-Behavioral Model of Eating Disorders*, yang menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki rasa rendah diri akan menimbulkan perhatian yang berlebih terhadap berat badan dan bentuk tubuh. Kemudian akan berkelanjutan menjadi seseorang yang berdiet secara ketat dan akan mengalami *binge eating*, pada akhirnya berujung pada muntah yang disengaja yang merupakan salah satu bentuk penyimpangan perilaku makan.



Gambar 3.3 *Cognitive-Behavioral Model of Eating Disorders* (Thompson, 2004)

Mazzeo dan Espelage (2002) membuat sebuah teori mengenai hubungan antara kekerasan/pelecehan dengan penyimpangan perilaku makan. Pada kerangka tersebut menghubungkan antara kekerasan/pelecehan fisik dan emosi dengan penyimpangan perilaku makan, yang diantaranya terdapat variabel depresi dan *Alexithymia* sebagai mediasi. Hubungan tersebut tergambar dalam kerangka teori berikut ini.

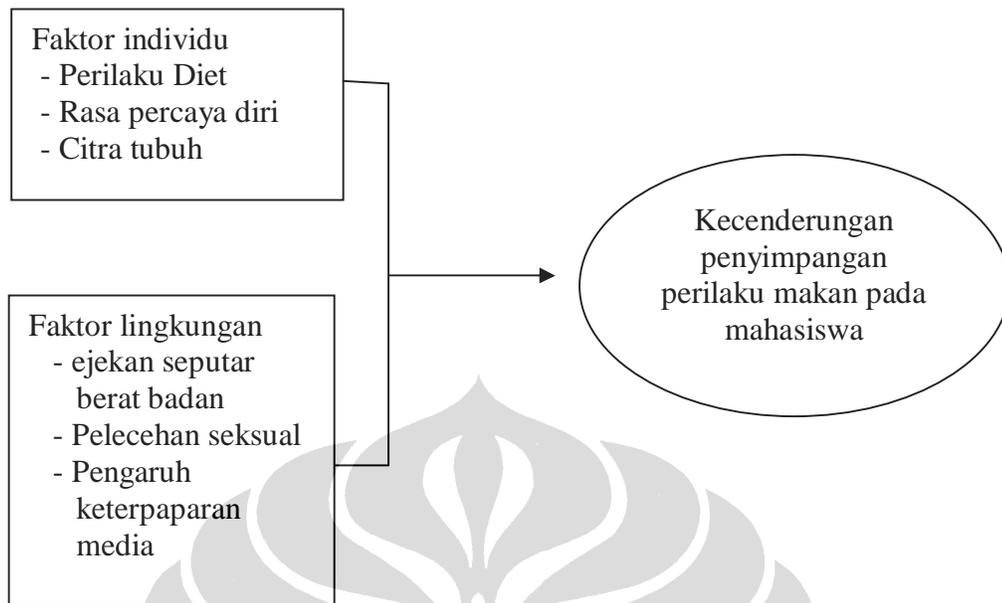


Gambar 3.4. Model Struktur Hubungan Antara Kekerasan/Pelecehan Fisik Dan Emosi Pada Masa Kanak-Kanak Dengan Penyimpangan Perilaku Makan (Mazzeo dan Espelage, 2002)

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas makan peneliti mencoba untuk membuat kerangka konsep pada penelitian ini. Peneliti tidak memasukkan faktor jenis kelamin dan umur menjadi variabel penelitian karena peneliti menganggap adanya keseragaman pada sampel penelitian. Pada penelitian ini peneliti mencoba membagai menjadi dua faktor utama, yaitu faktor individu dan lingkungan. Faktor individu (perilaku diet, rasa percaya diri, citra tubuh) yang diadaptasi dari teori McDuffie dan Kirkley (1996); Neumark-Sztainer, et al (1996) dan Thompson (2004).

Sedangkan faktor lingkungan (ejekan seputar berat badan atau bentuk tubuh, pelecehan seksual, keterpaparan terhadap media) yang diadaptasi dari kerangka teori Neumark-Sztainer,et al (1996) serta Mazzeo dan Espelage (2002). Faktor kekerasan/pelecehan peneliti artikan artikan dua bentuk yaitu kekerasan seksual dan kekerasan verbal/ejekan. Kerangka konsep yang telah peneliti buat dapat dilihat berikut ini (gambar 3.5).



Gambar 3.5. Kerangka Konsep Penelitian

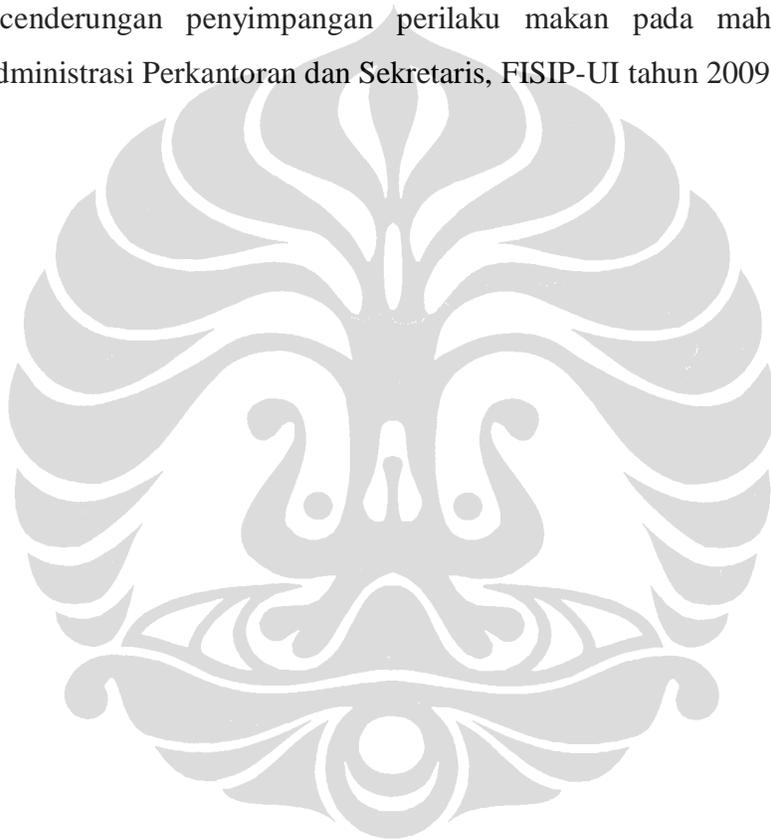
Keterangan:

- : Variabel Independen
 ○ : Variabel Dependen

3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara faktor perilaku diet dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada mahasiswa Jurusan Administrasi Perkantoran dan Sekretaris, FISIP-UI tahun 2009.
2. Ada hubungan antara faktor rasa percaya diri dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada mahasiswa Jurusan Administrasi Perkantoran dan Sekretaris, FISIP-UI tahun 2009.
3. Ada hubungan antara faktor citra tubuh dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada mahasiswa Jurusan Administrasi Perkantoran dan Sekretaris, FISIP-UI tahun 2009.

4. Ada hubungan antara faktor ejekan seputar berat badan atau bentuk tubuh dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada mahasiswi Jurusan Administrasi Perkantoran dan Sekretaris, FISIP-UI tahun 2009.
5. Ada hubungan antara faktor pelecehan seksual dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada mahasiswi Jurusan Administrasi Perkantoran dan Sekretaris, FISIP-UI tahun 2009.
6. Ada hubungan antara faktor pengaruh keterpaparan media dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada mahasiswi Jurusan Administrasi Perkantoran dan Sekretaris, FISIP-UI tahun 2009.



3.4 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Kecenderungan penyimpangan perilaku makan	Kecenderungan responden mengalami perilaku makan yang abnormal dengan dipenuhinya salah satu kriteria penyimpangan perilaku makan yang disesuaikan pada panduan kuesioner (Kriteria kecenderungan dapat dilihat lebih lengkap pada Bab IV)	Pengisian kuesioner	Angket	1. Memiliki kecenderungan PPM 2. Normal (Stice, Rivzi dan Telch. 2000)	Ordinal
Perilaku diet	Pernah tidaknya responden menjalankan program diet/penurunan berat badan dalam satu tahun terakhir	Pengisian kuesioner	Angket	1. Pernah berdiet 2. Tidak pernah berdiet (Neumark-Sztaine & Hannan, 2000)	Nominal
Rasa percaya diri	Perasaan responden mengenai bentuk tubuhnya diantara teman-teman sebayanya	Pengisian kuesioner	Angket	1. Rendah (<25) 2. Sedang (25-34) 3. Tinggi (>34) (Neumark-Sztaine & Hannan, 2000)	Ordinal

Citra tubuh	Persepsi responden mengenai bentuk tubuhnya	Pengisian kuesioner	Angket	1. Sangat Kurus 2. Kurus 3. Normal 4. Gemuk 5. Sangat gemuk (Cash, 1989)	Ordinal
Ejekan seputar berat badan / bentuk tubuh	Ejekan/hinaan dari orang lain terhadap berat badan / bentuk tubuh yang pernah dialami responden	Pengisian kuesioner	Angket	1. Pernah diejek 2. Tidak pernah diejek (Kim, et al. 2004)	Nominal
Riwayat pelecehan seksual	Pengalaman pelecehan seksual yang tidak diinginkan oleh responden baik itu oleh keluarga sendiri maupun orang lain	Pengisian kuesioner	Angket	1. Pernah mengalami 2. Tidak pernah mengalami (Simone, et al. 1995)	Nominal
Keterpaparan terhadap media	Frekuensi responden dalam mengakses media yang berhubungan dengan gaya hidup, tren atau mode baik media cetak ataupun elektronik.	Pengisian kuesioner	Angket	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Sering (Field et al, 1999)	Ordinal