

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Makan

Makan merupakan salah satu hal terpenting yang kita lakukan dan juga dapat menjadi salah satu hal yang paling menyenangkan. Secara sederhana, motivasi untuk makan timbul saat terjadi defisit simpanan nutrisi di tubuh dan akan terpuaskan oleh makanan yang mengisi kembali defisit simpanan nutrisi yang terjadi. Sementara itu jumlah dari makanan yang dikonsumsi seseorang secara normal diatur oleh kebutuhan fisiologis. Walaupun rasa lapar dan kenyang nampak seperti dua sisi koin, penelitian telah memperlihatkan bahwa faktor yang menyebabkan seseorang makan berbeda dengan faktor yang menghentikannya (Carlson & Buskist, 1997).

2.1.1 Faktor-Faktor yang Memicu Seseorang untuk Makan

2.1.1.1 Faktor Budaya dan Sosial

Kebanyakan dari kita makan tiga kali dalam sehari. Saat waktu untuk makan datang, kita akan merasa lapar lalu makan dengan mengonsumsi jumlah makanan yang relatif konstan. Pola makan yang reguler tidak semata-mata ditentukan oleh kebutuhan biologis. Pola tersebut secara parsial ditentukan oleh kebiasaan. Jika kita pernah melewatkan satu waktu dimana biasanya waktu tersebut merupakan jadwal reguler kita untuk makan, maka kita akan merasakan bahwa rasa lapar kita tidak akan terus bertambah secara tidak terbatas. Malah, rasa lapar itu pelan-pelan akan menghilang seakan kita telah makan. Namun akan kembali timbul sebelum jadwal makan reguler selanjutnya. Karena itu, rasa lapar dapat bertambah

besar ataupun menghilang sesuai dengan jadwal yang dipelajari (Carlson & Buskist, 1997).

Lingkungan di dekat kita juga mempengaruhi rasa lapar. Kita akan lebih merasa lapar dan mengkonsumsi lebih banyak makanan dengan kehadiran teman yang melakukan hal yang sama. Kadang, ada saat dimana kita bergabung dengan teman yang akan makan tepat setelah kita selesai makan. Kita menolak untuk makan atau hanya makan sekedarnya untuk menemani. Tetapi pada kenyataannya jumlah makanan yang kita makan sama dengan jumlah makanan teman kita (Carlson & Buskist, 1997).

2.1.1.2 Faktor Fisiologis

Faktor budaya dan sosial memang mempengaruhi kapan dan berapa banyak yang kita makan. Namun jika seluruh faktor lain dihilangkan, makan adalah mungkin ditentukan oleh beberapa kondisi fisiologis internal. Cannon dan Washburn (1912) mengusulkan bahwa rasa lapar timbul dari keadaan lambung yang kosong. Dinding lambung yang kosong akan saling bergesekan dan menghasilkan apa yang biasa disebut dengan rasa perih akibat lapar. Walaupun demikian, tidak adanya lambung tidak serta-merta menghilangkan rasa perih tersebut. Inglefinger (1944) mewawancarai pasien yang diangkat lambungnya karena kanker atau tukak yang parah. Mereka mengaku bahwa mereka tetap merasakan rasa lapar dan kenyang yang sama dengan sebelum mereka menjalani operasi pengangkatan lambung (Carlson & Buskist, 1997).

Penyebab rasa lapar yang lebih mungkin adalah penipisan simpanan nutrien tubuh. Bahan bakar utama sel tubuh kita adalah glukosa dan asam lemak. Oleh karena glukosa merupakan bahan bakar utama yang penting, Mayer (1955) mengusulkan hipotesis glukostatik dari rasa lapar. Menurut hipotesis glukostatik, rasa lapar timbul saat tingkat glukosa dalam darah menurun, kira-kira setelah glikogen pada cadangan jangka pendek tubuh telah terpakai seluruhnya (Carlson & Buskist, 1997).

2.1.2 Faktor yang Membuat Seseorang Mengakhiri Makan

Apa yang menghentikan rasa lapar? Faktor apa yang mengakhiri makan? Walaupun bukti yang ada mengusulkan bahwa sebab utama dari rasa lapar bukanlah keadaan lambung yang kosong, sebab utama dari rasa kenyang tampaknya adalah keadaan lambung yang penuh. Banyak studi telah menunjukkan bahwa rasa kenyang disebabkan oleh masuknya sejumlah makanan bernutrisi ke dalam lambung. Karena itu, seharusnya di dalam lambung terdapat semacam detektor yang dapat mendeteksi masuknya makanan (Carlson & Buskist, 1997).

Lambung tampaknya memiliki detektor yang menginformasikan otak tentang sifat kimia dan juga kuantitas dari isi lambung. Kemampuan untuk mendeteksi sifat kimia dari makanan yang masuk ke dalam lambung merupakan hal yang penting. Hal ini karena proses makan secara relatif akan berhenti ketika makanan yang dikonsumsi merupakan makanan yang bergizi. Namun sebaliknya, jika makanan yang dikonsumsi bukan merupakan makanan yang bergizi, maka proses makan akan terus berlanjut. Penelitian Deutsch, Young dan Kalogeris tahun 1978 membuktikannya. Terdapat dua kelompok tikus yang salah satunya diberikan larutan

garam sementara kelompoknya diberikan susu. Tiga puluh menit kemudian, kedua kelompok tersebut diberi makan. Tikus yang diberikan susu makan lebih sedikit dibandingkan dengan yang diberikan larutan garam (Carlson & Buskist, 1997).

2.2 Penyimpangan Perilaku Makan

Bagi kebanyakan orang, masalah yang mereka hadapi seputar makan dan makanan adalah adanya kecenderungan untuk terlalu banyak makan atau menjadi gemuk. Tetapi beberapa orang khususnya remaja putri memiliki masalah yang bertolak belakang dengan kebanyakan orang. Mereka memiliki kecenderungan untuk mengalami kelainan/penyimpangan yang disebut dengan *eating disorder* atau penyimpangan perilaku makan (Carlson & Buskist, 1997). Penyimpangan perilaku makan adalah sebuah pola makan yang abnormal yang terkait dengan ketidakpuasan atau tekanan dalam diri seseorang yang sehat (Read dalam Wahlqvist, 1997).

Bagaimana dan mengapa seseorang makan dipengaruhi oleh banyak faktor. Beberapa diantaranya, yaitu nafsu makan, ketersediaan makanan, keluarga, teman, praktik budaya dan usaha individu untuk mengendalikan perilaku makannya. Penyimpangan perilaku makan merepresentasikan keadaan mental seseorang dimana orang tersebut memiliki kecemasan yang berlebihan terhadap berat badan bentuk tubuh dan diet (NN D, 2006). Secara khas jika seseorang mengalami penyimpangan perilaku makan, maka orang itu akan memiliki perilaku makan yang tidak sehat. Mulai dari menolak untuk makan dalam jumlah yang cukup, makan secara berlebihan, memuntahkan makanan setelah makan atau kombinasi dari ketiganya. Pria dan wanita yang mengalami penyimpangan perilaku makan seringkali memiliki

pandangan/keyakinan yang keliru tentang tubuh mereka sendiri, biasanya mereka percaya bahwa mereka terlalu gemuk (Tiemeyer, 2007).

Penyimpangan perilaku makan memiliki dampak yang besar pada kualitas hidup bagi orang yang mengalaminya. Mereka secara seragam tidak bahagia dengan situasi yang mereka hadapi. Orang-orang di sekitarnya juga seringkali merasa tidak berdaya untuk membantu mereka keluar dari situasi tersebut (Read dalam Wahlqvist, 1997). Menurut *mental health guidelines*, terdapat tiga kategori dari penyimpangan perilaku makan, yaitu: anoreksia nervosa, bulimia nervosa dan *eating disorders not otherwise specified* (EDNOS) yang juga mencakup *binge-eating disorder* (BED) (Grosvenor & Smolin, 2002).

2.2.1 Anoreksia Nervosa

2.2.1.1 Definisi dan Kriteria Diagnosis Anoreksia Nervosa

Istilah anoreksia berasal dari bahasa Yunani, "a" kata depan untuk negasi dan "orexis" nafsu makan. Sehingga anoreksia berarti hilangnya/tidak adanya nafsu makan (NN B, 2008). Gilbert menyatakan bahwa anoreksia nervosa adalah suatu keadaan dimana penderitanya, biasanya perempuan, menolak untuk makan dalam jumlah yang cukup untuk memelihara berat badan yang normal sesuai dengan tinggi badannya (Garrow dan James, 1993).

American Psychiatric Association menggariskan beberapa kriteria untuk mendiagnosa kejadian anoreksia nervosa. Seseorang dikatakan mengalami anoreksia nervosa jika memenuhi kriteria diagnosis pada tabel berikut.

Tabel 2. 1 Kriteria Diagnosis untuk Anoreksia Nervosa Menurut DSM-IV (Brown, 2005)

<ul style="list-style-type: none"> • Menolak untuk menjaga berat badan pada atau di atas batas minimal berat badan untuk usia 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).
<ul style="list-style-type: none"> • Rasa takut yang hebat akan kenaikan berat badannya atau menjadi kegemukan, walaupun sedang dalam kondisi kurus.
<ul style="list-style-type: none"> • 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 seriusnya kondisinya yang kurus.
<ul style="list-style-type: none"> • Terjadinya <i>amenorrhea</i> (tidak haid) dalam 3 kali siklus berturut-turut pada wanita yang sudah mengalami haid pertamanya namun belum memasuki masa menopause.

Lebih lanjut, DSM-IV menspesifikasikan penderita anoreksia nervosa menjadi dua subtipe (Brown, 2005), yaitu:

a. *Restricting type*

Selama episode anoreksia nervosa, penderita tidak secara reguler melakukan praktik *binge-eating* atau *purging behavior* (contohnya, muntah yang disengaja, penyalahgunaan laksatif, diuresis atau enema).

b. *Binge-eating/Purging type*

Selama episode anoreksia nervosa, penderita secara reguler melakukan praktik *binge-eating* ataupun *purging behavior* (contohnya, muntah yang disengaja, penyalahgunaan laksatif, diuresis atau enema).

Selain DSM-IV, ICD-10 juga menetapkan kriteria untuk mendeteksi kejadian anoreksia nervosa. Secara umum kriteria ICD-10 mirip dengan kriteria DSM-IV namun terdapat kekhususan, yaitu:

Tabel 2.2 Kriteria Diagnosis untuk Anoreksia Nervosa Menurut ICD 10 (Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al., 2005)

<ul style="list-style-type: none"> • Cara yang digunakan untuk memicu kehilangan berat badan atau menjaga agar tetap kurus seperti menghindari makanan yang dapat membuat gemuk, melakukan muntah yang disengaja, olahraga/latihan fisik secara berlebihan atau penggunaan obat penurun nafsu makan atau diuretik secara berlebihan.
<ul style="list-style-type: none"> • Terjadinya gejala fisiologis yang khas, termasuk "gangguan endokrin secara luas yang melibatkan sumbu hipotalamus, pituitari dan gonad". Pada wanita gejala ini akan bermanifestasi sebagai <i>amenorrhea</i> (tidak haid). Sedangkan pada pria akan bermanifestasi sebagai hilangnya gairah dan potensi seksual. Selain itu gejala ini dapat pula bermanifestasi sebagai kenaikan tingkat hormon pertumbuhan, kenaikan tingkat kortisol, perubahan pada metabolisme perifer pada hormon tiroid dan abnormalitas sekresi insulin.
<ul style="list-style-type: none"> • Jika onset terjadi sebelum pubertas, maka perkembangan menjadi terlambat atau terhambat.

2.2.1.2 Statistik Anoreksia Nervosa

Sejak pertama kali diuraikan 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 (McDuffie dan Kirkley dalam Krummel dan Etherton, 1996). Hal ini dibuktikan oleh sebuah studi yang dilakukan di Monroe County, New York. Hasil studi tersebut memperlihatkan insiden anoreksia sebesar 0,35 kasus per 100.000 populasi antara tahun 1960 sampai 1969 dan mengalami kenaikan menjadi 0,64 kasus per 100.000 di tahun 1970-1976 (Romano dalam Goldstein, 2005). Sebuah studi di Swiss yang melihat kembali riwayat kasus anoreksia dan mengambil sampel dari 3 dekade memperlihatkan kenaikan yang signifikan pada insiden anoreksia mulai 0,38 kasus per 100.000 populasi pada tahun 1956-1958, menjadi 0,55 kasus per 100.000 pada 1963-1965 dan 1,12 kasus per 100.000 populasi pada dekade terakhir yaitu tahun 1973-1975 (Goldstein, 2005). McDuffie dan Kirkley dalam Krummel dan Etherton (1996) memperkirakan prevalensi anoreksia di Amerika Serikat sebesar 0,7-1% pada wanita muda.

Studi di tahun 2000-an mengestimasi bahwa 0,5-3,7% wanita menderita anoreksia (Department of Health and Human Services, 2006). Fairburn dan Hill dalam Geissler dan Powers (2005) menyebutkan bahwa 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 1:6-1:10. Rerata poin prevalensi anoreksia nervosa yaitu sekitar 280 kasus per 100.000 populasi (0,28%). Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al (2005) menyebutkan bahwa insiden anoreksia sebesar 7 kasus per 100.000 populasi dan diperkirakan 4.000 kasus baru muncul di Inggris. Sedangkan prevalensinya berkisar antara 0,1-1%.

Brown (2005) menyebutkan bahwa diperkirakan 0,2-1% remaja putri dan wanita muda mengalami anoreksia nervosa. Studi lain menyebutkan bahwa prevalensi anoreksia di negara-negara barat lebih tinggi daripada negara lainnya di dunia. Prevalensi anoreksia pada wanita dari negara barat berkisar antara 0,1-5,7%. Sedangkan untuk wanita yang bukan berasal dari negara barat berkisar antara 0,46-3,2%. Namun di negara-negara non-barat menunjukkan terjadinya peningkatan kasus (Tiemeyer, 2007). Beberapa statistik lainnya menyebutkan, sekitar 0,3-1% wanita muda menderita anoreksia nervosa (Eating Disorders Coalition for research, Policy & Action, 2008). Satu dari 200 wanita Amerika menderita anoreksia dan diperkirakan hanya 10-15% dari kasus anoreksia atau bulimia yang diderita oleh laki-laki (NN A, 2008). Sebuah studi di Singapura oleh Lee (2005) menunjukkan terjadinya peningkatan yang signifikan kasus anoreksia nervosa. Terjadi 4-6 kali lipat peningkatan kasus baru anoreksia mulai dari 6 kasus di tahun 1994 menjadi 34 dan

24 kasus di tahun 2001 dan 2002. Dr. Ki, seorang psikiater dari Korea Selatan mengatakan bahwa peningkatan kasus penyimpangan perilaku makan sudah menjadi suatu fenomena tersendiri. Beliau mengatakan hanya melihat satu orang pasien anoreksia saat pertama kali datang ke Jepang di tahun 1991. Setelah dua tahun dia berpraktek, dia telah menerima lebih dari 200 orang pasien yang setengahnya merupakan penderita anoreksia dan setengahnya bulimia (Efron, 2008).

Selain penelitian mengenai prevalensi atau jumlah kasus, onset anoreksia juga menjadi salah satu fokus penelitian. American Psychiatric Association (1994) menyebutkan bahwa rerata usia onset anoreksia nervosa yaitu pada usia 17 tahun. Mereka yang berumur di atas 40 tahun jarang sekali mengalami anoreksia. Selain itu, National Eating Disorders Association (2006) melaporkan bahwa 40% dari kasus baru anoreksia nervosa dialami oleh remaja putri antara usia 15-19 tahun (Tiemeyer, 2007).

2.2.1.3 Dampak Anoreksia Nervosa

Herzog dan Bradburn dalam Cooper dan Stein (1992) mengatakan bahwa banyak komplikasi fisik yang dapat terjadi akibat anoreksia nervosa. Jenisnya pun bervariasi, terutama mempengaruhi sistem utama dari tubuh manusia, yaitu: kardiovaskular, hematologi, gastrointestinal, renal, endokrin dan skeletal. Kebanyakan dari komplikasi yang terjadi merupakan efek primer dan sekunder dari kelaparan. Secara khas, remaja dengan anorexia nervosa nampak lebih muda dari remaja seusinya, meunjukkan terjadinya *cachexia* dan atrofi dada. Kulit seringkali kering dan cenderung berwarna kuning. Sementara itu komplikasi kardiovaskular yang paling dikhawatirkan adalah terjadinya brakikardia.

Secara umum penderita anoreksia nervosa bisa 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 insulator lapisan lemak yang hilang (Wardlaw dan Kessel, 2002). Menurunnya kekuatan otot dan stamina, menurunnya substansi otak, jantung yang mengecil seiring dengan hilangnya otot, penurunan kesuburan dan fungsi reproduksi, penurunan fungsi pada sistem endokrin, abnormalitas pada saluran pencernaan dan kelainan pada darah merupakan dampak lain yang bisa terjadi pada seseorang yang mengalami anoreksia nervosa (Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al, 2005). Wardlaw dan Kessel (2002) menyebutkan kerentanan terhadap infeksi yang disebabkan menurunnya jumlah sel darah putih juga menjadi dampak pada penderita anoreksia.

Menurut Grosvenor dan Smolin (2002), jika dilihat mulai dari awal seseorang mengalami anoreksia nervosa, maka pada awalnya orang tersebut akan mengalami kehilangan berat badan. Saat kehilangan berat badan menjadi parah, gejala dari sindrom kelaparan akan mulai muncul. Beberapa diantaranya, yaitu penurunan cadangan lemak, kelemahan otot, penurunan pertumbuhan, aktivitas metabolik menurun, penurunan suhu tubuh dan energi ekpenditur. Menurunnya cadangan lemak memicu tubuh menjadi tidak toleran terhadap dingin yang kemudian berujung pada timbulnya *lanugo*. Pada perempuan akan terjadi penurunan tingkat hormon estrogen yang akan berakibat pada terjadinya *amenorrhea*, sedangkan pada laki-laki terjadinya penurunan tingkat hormon testosteron. *Amenorrhea*, hilangnya berat badan dan cadangan lemak dan rendahnya asupan Kalsium dan vitamin D

berkontribusi terhadap terjadinya penurunan aktivitas pembentukan tulang, meningkatkan kehilangan tulang dan risiko osteoporosis. Sejalan dengan itu Dr. Il menyebutkan bahwa penderita anoreksia dikhawatirkan akan mengalami osteoporosis pada saat orang tersebut mencapai usia menopause (Efron, 2008). Hal ini dibuktikan kemudian dibuktikan oleh sebuah penelitian yang menyebutkan bahwa 38-50% penderita anoreksia mengalami osteoporosis (NN B, 2008).

Pada tahap akhir, lanjut Grosvenor dan Smolin (2002) akhir dari fase kelaparan adalah abnormalitas keseimbangan elektrolit, dehidrasi, edema, abnormalitas jantung, tidak adanya benda keton akibat deplesi cadangan lemak dan berujung pada infeksi yang menyebabkan meningkatnya kebutuhan nutrisi. Organ-organ tubuh menyusut sejalan dengan tidak terpenuhinya kebutuhan nutrisi dan tidak lagi dapat menjalankan fungsi esensialnya. Suhu tubuh dan tekanan darah turun drastis, detak jantung menjadi tidak beraturan dan dapat memicu terjadinya *cardiac arrest*. Ung (2005) juga menyatakan bahwa banyak dari gejala klinis yang dialami oleh penderita anoreksia nervosa merupakan gejala sekunder sebagai reaksi tubuh terhadap upaya melaparkan diri orang tersebut. Gejala ini mencakup: *amenorrhea*, pubertas yang tertunda, *atrophic vaginitis*, konsipasi, hiperkolestrolaemia, hipofosfatemia, hipercortisolaemia, osteopenia, hipotensi, hipotermia dan beberapa gejala lainnya.

Selain dampak pada fisik seseorang, banyak penelitian juga dilakukan untuk mengetahui kontribusi anoreksia nervosa sebagai salah satu penyebab kematian. Herzog dan Bradburn dalam Cooper dan Stein (1992) menyebutkan sebuah penelitian kohort berbasis rumah sakit dengan waktu *follow up* 10 tahun menemukan bahwa angka kematian akibat anoreksia mencapai 6,6%. Seluruh kejadian kematian

tersebut merupakan akibat dari komplikasi anoreksia nervosa. Jika waktu *follow up* diperpanjang menjadi 20 tahun maka didapatkan angka kematian menjadi 16%. Sedangkan jika diperpanjang menjadi 33 tahun, mencapai 18%. Selain itu, seorang penderita anoreksia memiliki risiko 12 kali lebih besar untuk meninggal dibandingkan dengan teman sebayanya yang tidak menderita anoreksia (NN A, 2008). Tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian tersebut, diperkirakan 5-20% penderita anoreksia nervosa tidak akan bertahan hidup terhadap komplikasi yang dialaminya terkait dengan anoreksia. Angka ini menunjukkan bahwa anoreksia merupakan salah satu kelainan mental dengan angka kematian yang paling tinggi (Tiemeyer, 2007). 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 dan Kriteria Diagnosis Bulimia Nervosa

Istilah bulimia berasal dari bahasa Yunani, “boulimia” yang berarti rakus/sangat lapar dengan asal kata “bous” yang berarti lembu dan “limos” yang berarti lapar (NN C, 2008; Carlson dan Buskist, 1997). Grosvenor dan Smolin (2002) mengatakan 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.

American Psychiatric Association menggariskan beberapa kriteria untuk mendiagnosa kejadian bulimia nervosa. Seseorang dikatakan mengalami bulimia nervosa jika memenuhi kriteria diagnosis pada tabel berikut ini.

Tabel 2.3 Kriteria Diagnosis untuk Bulimia Nervosa Menurut DSM-IV (Brown, 2005)

<ul style="list-style-type: none"> • Adanya episode <i>binge eating</i> yang berulang kali. Episode tersebut ditandai dengan dua kriteria berikut: <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Adanya perasaan tidak dapat mengendalikan porsi makan saat episode tersebut berlangsung (contoh: merasa tidak dapat berhenti makan, atau tidak dapat mengendalikan apda atau berapa banyak porsi yang dimakan).
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Baik episode <i>binge eating</i> maupun perilaku kompensasi, keduanya berlangsung rata-rata setidaknya dua kali seminggu dalam tiga bulan.
<ul style="list-style-type: none"> • Terlalu mengutamakan berat badan dan bentuk tubuh dalam mengevaluasi diri.
<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan tersebut tidak terjadi secara eksklusif selama episode anoreksia nervosa.

Menurut DSM-IV, terdapat dua sub tipe penderita bulimia nervosa (Brown, 2005). Kedua sub tipe tersebut, yaitu:

a. *Purging type*

Selama episode bulimia nervosa, penderita secara reguler melakukan muntah yang disengaja, penyalahgunaan laksatif, diuresis atau enema.

b. *Nonpurging type*

Selama episode anoreksia 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.

Selain kriteria dari DSM-IV, ICD-10 juga menetapkan kriteria untuk mendeteksi kejadian bulimia nervosa sebagai berikut:

Tabel 2.4 Kriteria Diagnosis untuk Bulimia Nervosa Menurut ICD 10 (Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al., 2005)

<ul style="list-style-type: none"> • Adanya rasa keasyikan terhadap makanan dan keinginan yang sangat akan makanan. Orang tersebut mengalah terhadap episode makan yang terlalu banyak dimana porsi yang besar dikonsumsi dalam periode waktu yang singkat.
<ul style="list-style-type: none"> • Orang tersebut mencoba untuk mengimbangi efek "penggemukan" oleh makanan dengan satu atau lebih perilaku berikut: muntah yang disengaja, penyalahgunaan pencahar, mengubah periode lapar, menggunakan obat seperti penurun nafsu makan, atau diuresis.
<ul style="list-style-type: none"> • Psikopatologi terdiri dari rasa ketakutan yang berlebihan akan kegemukan dan orang tersebut menjaga berat badannya agar tetap berada pada batas yang ditetapkan, jauh di bawah batas berat badan yang merupakan berat badan optimal atau berat badan yang sehat menurut pada ahli kesehatan.

2.2.2.2 Statistik Bulimia Nervosa

Bulimia telah menjadi bagian dari komunitas manusia sejak zaman kuno. Di masa Mesir Kuno, praktik emesis disebutkan dalam *Eber's Papyrus*. Dokumen tersebut menyebutkan bahwa masyarakat Mesir Kuno telah melakukan praktik mengosongkan perut menggunakan berbagai macam ramuan. Perilaku ini dilakukan tiga hari setiap bulannya. Mereka percaya bahwa praktik ini dapat membantu mereka menjaga kesehatan (Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al, 2005). Bulimia kemudian berkembang secara sporadis di zaman Romawi. Di tahun 1960, bulimia kembali muncul dan di tahun 1980-an bulimia sudah diklasifikasikan tersendiri. McDuffie dan Kirkley dalam Krummel dan Etherton (1996) menyebutkan 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 mendekati 4-9% pada siswa sekolah menengah atas dan mahasiswa (Romano dalam Goldstein, 2005).

Tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya, NIMH memperkirakan 1,1-4,2% wanita pernah mengalami bulimia nervosa semasa

hidupnya (Department of Health and Human Services, 2006). Fairburn dan Hill dalam Geissler dan Powers (2005) menyebutkan bahwa insiden bulimia sebesar 13 kasus per 100.000 populasi per tahun dan dengan menggunakan diagnosis yang ketat, rerata poin prevalensi bulimia sebesar 1.000 kasus per 100.000 populasi (1%). Dalam hal ini hanya 0,1% kasus bulimia yang diderita oleh laki-laki. Menurut Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al (2005), insiden kasus bulimia pada pelayanan kesehatan primer di Inggris sebesar 12 kasus per 100.000 populasi. Insiden bulimia meningkat selama tahun 1980-an dan meningkat tiga kali lipat diantara tahun 1988 dan 1993. Sedangkan angka prevalensi bulimia menurut Treasure dan Murphy yaitu sebesar 1-3% pada remaja dan keluarga.

Menurut Eating Disorder Coalition for Research, Policy & Action, prevalensi bulimia di tahun 2000 berkisar antara 1,1-4,2% pada perempuan. Statistik lainnya menyebutkan bahwa dua per tiga dari 100 wanita Amerika dan sekitar 4% atau 4 dari 100 mahasiswa perempuan menderita bulimia. Brown (2005) menyebutkan perkiraan yang tidak jauh berbeda, yaitu prevalensi bulimia berkisar antara 1-3% pada remaja putri dan wanita muda. Tiemeyer (2007) juga menyatakan hal yang serupa, 1-2% remaja putri dan wanita muda memenuhi kriteria untuk didiagnosis menderita bulimia nervosa.

2.2.2.3 Dampak Bulimia Nervosa

Siklus *binge-purge* (makan berlebihan kemudian dimuntahkan) merupakan fenomena yang paling membahayakan bagi penderita bulimia nervosa. Mengosongkan perut dengan memuntahkan isinya turut membawa asam lambung ke dalam mulut. Jika perilaku memuntahkan makanan seringkali dilakukan, maka bisa

menyebabkan terjadinya pengeroposan gigi dan kerusakan pada saluran pencernaan. Gejala-gejala kerusakan pada saluran pencernaan bisa berupa *heartburn*, luka pada mulut dan bibir, pembengkakan kelenjar saliva dan rahang, iritasi pada tenggorokan, inflamasi pada esofagus dan perubahan pada kapasitas lambung (Grosvenor dan Smolin, 2002). Herzog dan Bradburn dalam Cooper dan Stein (1992) menyebutkan komplikasi medis pada bulimia nervosa merupakan akibat dari perilaku muntah yang kronis maupun penyalahgunaan laksatif. Perilaku muntah mengganggu keseimbangan cairan dan elektrolit dan dapat memicu terjadinya hipokalemia dan alkalosis hipokloremia. Perilaku muntah kronis juga memicu timbulnya luka pada tenggorokan, rasa sakit pada abdominal, esofagitis dan muntah darah.

Treasure dan Murphy dalam Gibeny, et al (2005) menyebutkan bahwa penggunaan laksatif dan perilaku muntah pada penderita bulimia nervosa dapat berpengaruh pada penurunan fungsi ginjal akibat terjadinya hipokalemia dan depleksi volume. Penurunan fungsi ginjal ini dapat timbul akibat adanya penurunan *glomerular filtration rate* (GFR). Sumber lain menyebutkan bahwa bulimia bisa menyebabkan efek merugikan bagi kesehatan. Beberapa diantaranya, yaitu terjadinya malnutrisi, defisiensi vitamin dan mineral, dehidrasi, anemia dan ketidakseimbangan elektrolit yang bisa berujung pada berhentinya jantung atau kerusakan otak akibat stroke (NN C, 2008). Dampak negatif pada kesehatan yang lain yang bisa timbul pada penderita bulimia adalah kerusakan enamel gigi, penurunan kadar Kalium darah secara signifikan yang bisa berujung pada kematian jantung, pembengkakan kelenjar saliva, ulserasi perut dan perdarahan esofagus, konstipasi dan keracunan akibat penggunaan obat perangsang muntah (Wardlaw dan Kessel, 2002).

Ung (2005) menyebutkan bahwa penderita bulimia dapat mengalami aritmia jantung, asidosis metabolik (akibat penyalahgunaan obat pencahar), alkalosis metabolik (akibat perilaku muntah), esofagitis, hipokalsemia, hipomagnesia, hipofosfatemia dan hipertrofi kelenjar parotid. Woodside dalam Brown (2005) menyebutkan bahwa angka kematian penderita bulimia nervosa akibat komplikasi yang dialaminya sekitar 5% dengan kegagalan jantung merupakan penyebab utama kematian.

2.2.3 Karakteristik Khas Pada Penderita Anoreksia dan Bulimia

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. Contohnya: membelah kacang menjadi setengahnya sebelum memakannya dan atau menyebarkan makanan di sekeliling 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 sangat sedikit. Lambat laun penderita anoreksia menjadi lekas marah, menunjukkan sikap permusuhan dan mulai menarik diri dari keluarga dan teman-temannya. Penderita anoreksia 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 mengkonsumsi makanan dengan jumlah yang sangat sedikit, 300-600 kkal/hari (Wardlaw dan Kessel, 2002).

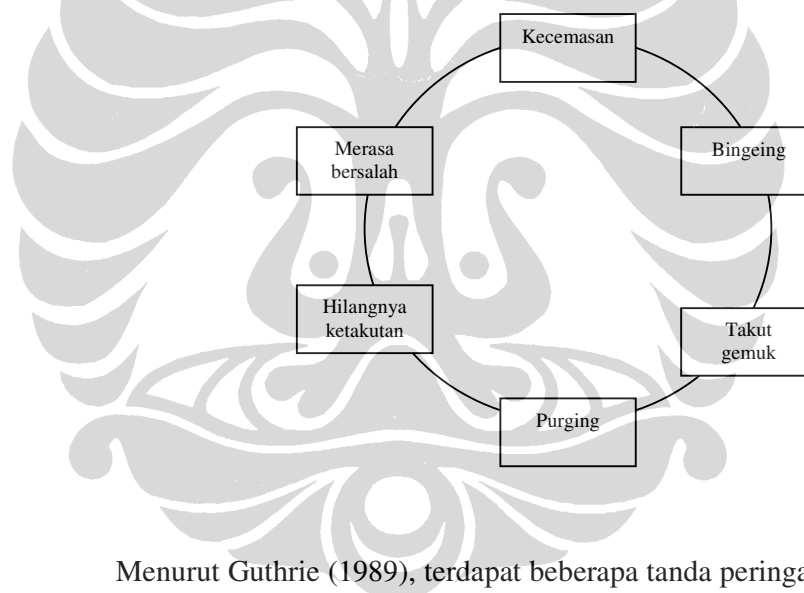
Tiemeyer (2007) juga menyebutkan bahwa mereka yang berjuang dengan anoreksia seringkali terseret ke dalam sebuah bentuk isolasi. Hal ini karena mereka membiarkan persahabatannya melemah atau malah berakhir sama sekali. Isolasi seringkali berawal dari waktu-waktu yang melibatkan makanan. Bagi penderita anoreksia, waktu makan dengan keluarga atau teman menimbulkan risiko untuk dilihat atau dinasihati bahwa ia harus makan lebih banyak. Waktu makan menjadi saat yang paling tidak menyenangkan karena ia harus tampak senormal mungkin. Sehingga secara perlahan ia mulai menarik diri untuk mengikuti waktu-waktu tersebut. Seiring dengan meningkatnya stress, penderita anoreksia juga seringkali mempraktikkan perilaku menyakiti diri. Dua puluh lima persen orang yang mengalami penyimpangan perilaku makan melakukan hal tersebut (Sansone, Levitt dan Sansone dalam Tiemeyer, 2007). Perilaku menyakiti diri yang paling dikenal yaitu menyakiti diri dengan memotong menggunakan benda tajam seperti silet, pisau, gunting atau benda lainnya. Kebanyakan penderita yang melakukan hal tersebut beralasan untuk menghilangkan stress yang mereka rasakan. Hal penting yang harus diingat adalah mereka melakukannya tidak untuk mendapatkan perhatian orang lain. Kebanyakan dari mereka akan merasa malu jika perilaku mereka tersebut diketahui oleh orang lain. Selain itu, mereka yang menyakiti diri sendiri jarang sekali melakukan bunuh diri. Menyakiti diri adalah cara untuk melalui sebuah hari yang penuh dengan tekanan (Tiemeyer, 2007).

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

Pada umumnya penderita bulimia 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, penderita seringkali memicu agar dia muntah dengan memasukkan jari mereka jauh ke dalam mulut. Jika tidak hati-hati mereka bisa saja mengigit jari tersebut. Jika ini terjadi, maka akan terdapat bekas gigitan pada jari tangan mereka. Tanda ini seringkali dijadikan karakteristik khas bagi penderita bulimia. 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. Maka sejumlah itu pula-lah mereka akan melakukan latihan fisik guna meniadakan asupan energi tersebut. Orang dengan bulimia nervosa tidaklah bangga dengan perilaku mereka. Setelah makan berlebihan, biasanya mereka merasa bersalah dan depresi. Sejalan dengan waktu, mereka menjadi rendah diri dan merasa tidak ada harapan dengan situasi yang mereka alami tersebut (Wardlaw dan Kessel, 2002). Keadaan ini akan terus berulang menjadi sebuah siklus yang dapat dilihat di bawah ini.

Gambar 2.1 Siklus "Lingkaran Setan" Pada Penderita Bulimia Nervosa (Wardlaw dan Kessel, 2002: 614)



Menurut Guthrie (1989), terdapat beberapa tanda peringatan dan karakteristik yang khas yang dapat membedakan penderita anoreksia dan penderita bulimia. Tanda-tanda tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.5 Karakteristik Khas Pada Penderita Anoreksia dan Bulimia (Guthrie, 1989)

Anoreksia Nervosa	Bulimia Nervosa
• Menjauhi makanan	• Makan untuk menanggulangi masalah
• Introvert	• Ekstrovert
• Menjauhi keakraban	• Mencari keakraban
• Meniadakan peran dalam hal yang berhubungan dengan wanita.	• Menginginkan berperan dalam hal yang berhubungan dengan wanita.
• Memelihara kontrol diri yang ketat/perfeksionis.	• Lepas kendali (mencuri, menggunakan obat-obatan, bertindak sembarangan).

<ul style="list-style-type: none"> • Adanya penyimpangan pada citra tubuh. • Menyangkal bahwa ia sakit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyimpangan citra tubuh yang jarang. • Menyadari bahwa dirinya sakit.
<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan berat badan yang abnormal dan signifikan sebanyak 25% atau lebih tanpa ada indikasi medis yang jelas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Berat badannya berkisar antara 10-15 pon di atas atau di bawah berat badan normal.
<ul style="list-style-type: none"> • Mengurangi asupan makanan, menyangkal rasa laparnya dan penurunan dalam konsumsi makanan yang mengandung lemak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Memperlihatkan perhatian pada berat badannya dan berusaha untuk mengontrol berat badannya dengan berdiet, perilaku muntah atau penyalahgunaan laksatif atau diuresis.
<ul style="list-style-type: none"> • Memperpanjang durasi latihan fisik/olahraga walaupun sudah kelelahan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pola makan berubah-ubah antara makan berlebihan dengan berpuasa.
<ul style="list-style-type: none"> • Pola yang aneh ketika berhadapan dengan makanan. • <i>Amenorrhea</i> pada wanita 	<ul style="list-style-type: none"> • Kebanyakan dari mereka merahasiakan tentang perilaku <i>binge</i> dan muntahnya. <p>Asupan makanan selama periode <i>binge</i> mengandung kalori yang tinggi.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Beberapa memperlihatkan episode bulimik (makan berlebihan/<i>binge-eating</i> diikuti dengan perilaku muntah atau penyalahgunaan laksatif). 	<ul style="list-style-type: none"> • Perasaan depresi mungkin timbul.
<ul style="list-style-type: none"> • Adanya gejala dari ketidakseimbangan elektrolit, anemia, difungsi hormon dan imunitas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kematian akibat kelaparan, hipotermia atau kegagalan jantung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kematian akibat hipokalemia (kadar kalium darah yang rendah) dan bunuh diri.

2.2.4 *Binge-Eating Disorder* (BED)

2.2.4.1 Definisi dan Kriteria Diagnosis BED

Stunkard di tahun 1959 mengidentifikasi BED sebagai sebuah pola makan yang berbeda pada sekumpulan orang yang menderita obesitas. Fenomena ini kemudian diteliti secara sistematis dan ditambahkan ke dalam apendiks dari DSM-IV (Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al., 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 Kessel, 2002; Tiemeyer, 2008).

DSM-IV memberikan batasan kriteria diagnosis untuk dapat mengenali BED. Hal terpenting yang perlu digarisbawahi untuk membedakan BED dengan bulimia nervosa yaitu tidak adanya perilaku kompensasi. Kriteria diagnosis tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.6 Kriteria Diagnosis untuk BED Menurut DSM-IV (Brown, 2005)

<ul style="list-style-type: none"> • Adanya episode <i>binge eating</i> yang berulang kali. Episode tersebut ditandai dengan dua kriteria berikut: <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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).
<ul style="list-style-type: none"> • Adanya 3 atau lebih dari 5 gejala berikut: <ul style="list-style-type: none"> • Makan lebih cepat daripada biasanya. • Makan hingga merasa tidak nyaman karena kekenyangan. • Makan dalam porsi yang besar walaupun secara fisik merasa tidak lapar. • Makan sendirian karena merasa malu akibat jumlah porsi yang dimakan. • Merasa jijik/muak, tertekan atau bersalah terhadap diri sendiri setelah episode <i>binge-eating</i> tersebut.
<ul style="list-style-type: none"> • Merasa sangat kecewa karena tidak mampu mengendalikan porsi makan anda atau ketika mengalami kenaikan berat badan.
<ul style="list-style-type: none"> • Episode <i>binge-eating</i> berlangsung setidaknya 2 hari seminggu dalam 6 bulan.
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak terdapat perilaku kompensasi, seperti memuntahkan makanan, penggunaan laksatif, diuresis, latihan fisik yang berlebihan atau puasa.
<ul style="list-style-type: none"> • Episode ini tidak terjadi secara eksklusif selama riwayat anoreksia nervosa atau bulimia nervosa.

2.2.4.2 Statistik BED

Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc (2005) menyebutkan bahwa 1% wanita di Amerika Serikat menderita *binge eating* dimana 30% dari penderita mencari pengobatan untuk menurunkan berat badan. Studi lainnya menyebutkan, di Inggris lebih dari 2% (1-2 juta) orang dewasa menderita *binge eating* (ANRED, 2008). Brown (2005) menyebutkan bahwa BED merupakan sebuah fenomena yang umum pada penderita *overweight* dengan prevalensi 30%. Sementara

itu pada populasi umum prevalensi BED sekitar 5% pada perempuan dan 3% pada laki-laki. Pada populasi mahasiswa angka BED sekitar 2,6%. Eating Disorders Coalition for Research, Policy & Action (2008) menyebutkan bahwa prevalensi BED berkisar antara 2,5-3% pada populasi umum. Wardlaw dan Kessel (2002) juga menyatakan bahwa diantara populasi umum, prevalensi BED sekitar 2-5%.

2.2.4.3 Dampak BED

Komplikasi sekunder yang serius terkait dengan perilaku *binge eating* adalah terjadinya ruptur gastric atau esofagus (Ung, 2005). Selain itu seseorang dengan perilaku *binge eating* memiliki kecenderungan lebih besar untuk mengalami *overweight* pada usia muda dan bisa berujung pada terjadinya obesitas. Sebagai kelanjutannya, obesitas dapat memicu terjadinya komplikasi lain seperti terjadinya tekanan darah tinggi, masalah kolesterol, diabetes mellitus dan penyakit jantung koroner (Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al., 2005).

2.2.5 *Eating Disorders not Otherwise Specified* (EDNOS)

2.2.5.1 Definisi dan Kriteria Diagnosis EDNOS

Hal yang seringkali dilupakan adalah bahwa separuh dari kasus penyimpangan perilaku makan di komunitas bukanlah anoreksia nervosa maupun bulimia nervosa. Orang-orang ini dikatakan mengalami penyimpangan perilaku makan yang atipikal. American Psychiatric Association menggolongkan orang-orang ini ke dalam sebuah kategori penyimpangan yang disebut dengan *Eating Disorders not Otherwise Specified* atau EDNOS (Fairburn dan Hill dalam Geissler dan Powers,

2005). Kriteria diagnosis untuk EDNOS pada DSM-IV dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.7 Kriteria Diagnosis untuk EDNOS Menurut DSM-IV (Tiemeyer, 2007)

<ul style="list-style-type: none"> • Seorang perempuan yang memenuhi semua kriteria anoreksia nervosa tetapi masih mengalami menstruasi secara normal.
<ul style="list-style-type: none"> • 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).
<ul style="list-style-type: none"> • Seseorang yang memenuhi semua kriteria untuk bulimia nervosa tetapi episode <i>binge-eating</i> dan perilaku kompensasinya: <ul style="list-style-type: none"> • kurang dari 3 bulan • kurang dari 2 kali per minggu
<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan perilaku kompensasi setelah makan dalam jumlah yang normal atau sedikit (tidak ada episode <i>binge-eating</i>).
<ul style="list-style-type: none"> • Terus-menerus mengunyah dan meludahkan sejumlah besar makanan tanpa menelannya.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Binge-eating disorder</i> (BED)

Hal yang perlu dicatat adalah kriteria di atas bukanlah sebuah daftar kriteria yang mendalam. Diagnosis untuk EDNOS sangatlah subjektif tergantung kepada kondisi riil. Sebagai contoh, jika seseorang mengalami episode *bingeing* dan *purging* sesuai dengan ambang batas yang ditetapkan oleh DSM-IV tetapi ia tidak "terlalu mengutamakan berat badan dan bentuk tubuh dalam mengevaluasi diri", maka ia tidak tergolong bulimia nervosa. Tetapi lebih cocok jika digolongkan ke dalam EDNOS (Tiemeyer, 2007).

2.2.5.2 Statistik EDNOS

Brown (2005) mencantumkan sebuah studi nasional skala besar dengan sampel sebanyak 6.728 remaja. Hasilnya memperlihatkan 13% remaja perempuan dan 7% remaja laki-laki mengalami EDNOS seperti memuntahkan makanan dengan sengaja, minum obat pencahar, muntah yang disengaja atau *binge eating*. Sebuah studi lain di Minnesota pada remaja perempuan tingkat 7, menyebutkan 12,12%

remaja perempuan melaporkan membuat diri mereka muntah dengan sengaja setidaknya sekali seumur hidup dan 2% menggunakan pencahar atau diuretik untuk mengontrol berat badan. Berdasarkan sebuah studi yang dilakukan Sizer dan Whitney (2006) memperkirakan 19% mahasiswa putri pernah mengalami gejala bulimik (seperti muntah yang disengaja, menggunakan laksatif atau *binge eating*) namun belum termasuk ke dalam kategori bulimia nervosa. Maine (2000) menyebutkan bahwa 9% anak usia 9 tahun di Amerika telah melakukan perilaku muntah untuk menurunkan berat badannya. Sementara itu Eating Disorders Coalition for Research, Policy & Action, Inc (2008) menuliskan bahwa terdapat 13% kasus baru dari remaja putri usia sekolah menengah atas yang melakukan perilaku *purging*. Sumber lain menyebutkan sekitar 74% remaja putri keturunan Indian Amerika melaporkan melakukan diet dan perilaku *purging* menggunakan pil diet (NN A, 2008).

2.3 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penyimpangan Perilaku Makan

Apa yang menyebabkan sebuah perilaku makan yang eksentrik seperti anoreksia dan bulimia nervosa bisa timbul? Jawabannya masih belum jelas. Sarafino (1998) menyatakan faktor biologis, psikologis dan budaya ada kaitannya dengan timbulnya penyimpangan tersebut. Rosen dan Neumark-Sztainer mengelompokkan faktor-faktor yang berpotensi menyebabkan penyimpangan perilaku makan menjadi tiga domain, yaitu faktor sosioenvironmental termasuk di dalamnya norma kultur-sosial, norma teman sebaya, pengalaman kekerasan dan pengaruh media. Faktor personal termasuk di dalamnya biologis/gen, IMT, usia, jenis kelamin, rasa percaya

diri dan citra tubuh. Faktor ketiga yaitu faktor perilaku termasuk di dalamnya perilaku makan, pola makan, diet, perilaku *coping*, aktivitas fisik dan ketrampilan dalam sosialisasi (Brown, 2005).

Herzog dan Bradburn dalam Cooper dan Stein (1992) menyatakan faktor kepribadian dan perkembangan, tekanan sosiokultural, hubungan dalam keluarga, predisposisi biologis dan riwayat keluarga akan psikopatologi merupakan faktor-faktor yang bisa meningkatkan risiko remaja untuk mengalami penyimpangan perilaku makan. Hill menyebutkan bahwa sebuah masyarakat dengan budaya “langsing sebagai sesuatu yang ideal menuju kesuksesan” seperti pada budaya Amerika dan Eropa Barat membuat orang lebih rentan untuk mengalami penyimpangan perilaku makan (Wardlaw dan Kessel, 2002). Sizer dan Whitney (2006) mengatakan bahwa perilaku tertentu terutama perilaku orang tua juga mempengaruhi timbulnya penyimpangan perilaku makan. Keluarga dari penderita penyimpangan perilaku makan cenderung untuk kritis dan berlebihan dalam menilai penampilan fisik anaknya. Faktor genetik, kepercayaan diri yang rendah, pola makan dan citra tubuh juga merupakan faktor penyebab penyimpangan perilaku makan (Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al., 2005).

Field, et al (1999) menyebutkan bahwa teman sebaya dan tren mempengaruhi nilai dan perilaku mengontrol berat badan pada remaja perempuan. Selain itu, dalam laporannya juga disebutkan bahwa studi *cross sectional* pada remaja SMA dan universitas memperlihatkan bahwa pubertas dini, jenis kelamin perempuan, berdiet secara teratur, perhatian pada berat badan, tekanan teman sebaya, ejekan tentang berat badan, rasa percaya diri yang rendah dan riwayat *overweight* berhubungan positif dengan penyimpangan perilaku makan.

Tiemeyer (2007) menyebutkan bahwa jenis kelamin, usia, dinamika keluarga, perilaku, diet, pelecehan atau trauma, kejadian pemicu, genetik dan situs pro-anoreksia dan pro-bulimia merupakan faktor risiko bagi penyimpangan perilaku makan. Namun yang juga perlu diperhatikan bahwa beberapa faktor risiko saling tumpang-tindih atau dengan kata lain beberapa faktor risiko berkontribusi untuk menimbulkan faktor risiko yang lainnya.

2.3.1 Usia

Menurut Brown (2005), secara definisi remaja adalah sebuah periode kehidupan yang berlangsung antara usia 11 sampai 21 tahun. Pada fase ini terjadi perubahan yang sangat besar pada aspek biologis, emosional, sosial dan kognitif dimana seorang anak berkembang menjadi dewasa. Sementara itu remaja merupakan fase usia yang rentan untuk mengalami penyimpangan perilaku makan. ANRED (2005) menyatakan anoreksia dan bulimia terutama mempengaruhi orang pada usia belasan tahun dan usia 20-an. 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.

Pepatah bijak mengatakan bahwa anoreksia dan bulimia paling umum terjadi pada usia remaja. Mereka yang termasuk ke dalam fase remaja, baik itu remaja awal maupun remaja akhir sama-sama berada pada fase berisiko tinggi untuk mengalami penyimpangan perilaku makan. American Psychiatric Association (1994) mengatakan bahwa rerata usia saat onset anoreksia nervosa terjadi yaitu pada usia 17 tahun dimana banyak kasus mengklaster sekitar usia 14 dan 18 tahun. Sedangkan onset usia untuk bulimia cenderung kurang spesifik. Walaupun kemudian ditemukan

bukti-bukti yang mengindikasikan bahwa bulimia dimulai pada fase remaja lanjut sampai akhir (Tiemeyer, 2007).

Walaupun remaja merupakan usia yang paling rentan untuk mengalami penyimpangan, ada laporan tentang kasus penyimpangan perilaku makan yang dialami oleh anak usia 6 tahun dan orang tua usia 76 tahun (ANRED, 2005). Tiemeyer (2007) mengatakan orang pada usia 60-an masih memiliki kemungkinan untuk mengalami penyimpangan perilaku makan. Kebanyakan dari kasus penyimpangan tersebut merupakan sisa dari pengalaman penyimpangan perilaku makan yang dimulai beberapa dekade sebelumnya. Namun ada juga yang merupakan kasus baru.

Salah satu penjelasan yang umum untuk menjelaskan mengapa kasus penyimpangan perilaku makan terjadi pada usia remaja salah satunya adalah jumlah stresor yang sangat fantastis yang dihadapi pada usia tersebut (terutama pada remaja putri). Bentuk tubuh berubah pada awal fase remaja. Sehingga bagi orang yang merasa tertekan oleh kebutuhan untuk bertambah dewasa ini kadang menggunakan anoreksia untuk menjaga agar tetap kecil. Bahkan berhenti bertambah tinggi karena kekurangan nutrisi dan remaja biasanya tidak menyadarinya jika ditanyakan mengenai persoalan ini (Tiemeyer, 2007). Penjelasan serupa juga disebutkan dalam Wardlaw dan Kessel (2002) bahwa periode remaja merupakan periode dimana terjadi pergolakan tekanan seksual dan sosial. Remaja mencari dan seringkali mengharapkan untuk memiliki kehidupan yang independen. Mereka juga berusaha diterima dan mendapatkan dukungan dari teman sebaya dan orang tua. Secara bersamaan tubuh mereka mengalami perubahan di luar kendali mereka. Sebagai respon atas tidak adanya kontrol dan mekanisme *coping* yang dilakukan, berdiet

mungkin saja menjadi pelarian. Anoreksia nervosa seringkali dimulai dari sebuah usaha sederhana untuk berdiet.

2.3.2 Jenis Kelamin

Cohen, Brownell dan Felix (1990) dalam Sarafino (1998) menuliskan bahwa mulai usia 11 tahun perempuan lebih menginginkan tubuh mereka untuk menjadi lebih kurus. Fairburn dan Hill dalam Geissler dan Powers (2005) mengestimasi 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. Eating Disorder Coalition (2008) melaporkan bahwa penyimpangan perilaku makan lebih sering terjadi pada perempuan. Tetapi angka kejadian untuk BED cenderung sama antara perempuan dan laki-laki. ANRED (2005) memperkirakan hanya sekitar 10% dari kasus penyimpangan perilaku makan yang dialami oleh laki-laki. Selain itu, ANRED juga menyebutkan bahwa risiko seorang perempuan untuk mengalami penyimpangan perilaku makan 3 kali lebih besar bila dibandingkan dengan laki-laki. Namun data terbaru menyatakan presentase penderita laki-laki pada kasus penyimpangan perilaku makan mendekati angka 25% (ANRED, 2005).

Foley dari ANAD (2008) menyebutkan bahwa 1 dari 100 wanita berusia antara 12-25 tahun mengalami anoreksia dan 1 dari 7 wanita pada rentang usia yang sama mengalami bulimia. Sementara kejadian anoreksia dan bulimia pada laki-laki lebih jarang, hanya berkisar antara 10-15%. Hampir serupa dengan data statistik yang disebutkan sebelumnya, sekitar 90-95% dari seluruh kasus anoreksia nervosa dan

80% kasus bulimia nervosa dialami oleh perempuan (Tiemeyer, 2007). Tren tersebut juga terlihat pada sebuah studi nasional skala besar dengan sampel sebanyak 6.728 remaja. Hasilnya memperlihatkan 13% remaja perempuan dan 7% remaja laki-laki mengalami EDNOS seperti memuntahkan makanan dengan sengaja, minum obat pencahar, muntah yang disengaja atau *binge eating* (Brown, 2005). Terlihat bahwa perbandingan kasus EDNOS antara perempuan dengan laki-laki hampir mendekati 2:1. Berarti hanya sepertiga kasus yang dialami oleh laki-laki, sisanya dialami oleh perempuan.

Mengapa penyimpangan perilaku makan lebih banyak dialami oleh perempuan? Salah satu penyebab yang mungkin bisa dijadikan argumen adalah adanya tekanan budaya tentang citra tubuh. Sementara citra tubuh mungkin saja menjadi hal penting bagi laki-laki, citra tubuh memiliki pengaruh yang lebih kuat pada perempuan. Perempuan yang *overweight* atau memiliki kekurangan lain pada penampilannya seringkali memiliki pilihan yang terbatas karena lingkungan dengan segera mengucilkan mereka (Tiemeyer, 2007). Hal ini juga menunjukkan adanya ketimpangan ekspektasi dari lingkungan antara laki-laki dengan perempuan. Laki-laki cenderung diarahkan untuk menjadi kuat dan bertenaga. Mereka akan merasa malu jika memiliki badan yang kurus dan akan mendambakan memiliki badan yang besar dan kuat. Di lain pihak, perempuan cenderung diarahkan untuk menjadi kecil dan kurus. Mereka kemudian berdiet untuk menurunkan berat badan. Hal ini membuat mereka menjadi rentan untuk mengalami *binge-eating*. Beberapa diantaranya menciptakan kontrol berlebihan. Berdiet dan kelaparan merupakan dua dari sekian banyak kejadian pemicu yang paling kuat untuk menimbulkan penyimpangan perilaku makan (ANRED, 2005).

Herzog dan Bradburn dalam Cooper dan Stein (1992) mengatakan bahwa tingginya angka insiden kasus penyimpangan perilaku makan pada perempuan mengindikasikan bahwa perempuan lebih berisiko untuk mengalami penyimpangan perilaku makan. Ada kemungkinan fenomena ini disebabkan oleh lebih besarnya tekanan sosial pada perempuan untuk tampil langsing. Menurut Sarafino (1998), faktor budaya juga menjadi salah satu penyebab lebih banyaknya perempuan mengalami penyimpangan perilaku makan. Kecantikan memegang peranan penting dalam stereotipe perempuan di banyak budaya termasuk budaya Barat. Budaya Barat telah mengalami perubahan mengenai idealisme mereka tentang kecantikan seorang perempuan. Bertahun-tahun lalu, seorang perempuan yang cantik ideal adalah seorang perempuan yang lebih bulat dengan ukuran dada dan pinggul yang lebih besar. Setelah tahun 1960-an, figur ideal seorang perempuan menjadi lebih kurus dan tekanan sosial pada perempuan untuk menjadi langsing meningkat.

2.3.3 Genetik

Terdapat beberapa bukti tentang hubungan antara genetik dengan penyimpangan perilaku makan. Beberapa studi telah memeriksa kejadian anoreksia nervosa dan bulimia nervosa pada anak kembar. Studi tersebut menemukan bahwa anoreksia dan bulimia memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk muncul pada kedua anak kembar jika mereka merupakan kembar identik daripada kembar fraternal (Sarafino, 1998). Romano dalam Goldstein (2005) mencontohkan sebuah studi tentang keterkaitan genetik dengan penyimpangan perilaku makan. Studi oleh Theander memperkirakan 6,6% risiko pada seorang perempuan yang bersaudara kandung dengan penderita anoreksia. Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al

(2005) menyebutkan dari sebuah studi keluarga, ditemukan bahwa risiko untuk mengalami penyimpangan perilaku makan pada perempuan yang mempunyai saudara yang mengalami anoreksia nervosa maupun bulimia nervosa meningkat 5-7 kali lipat. Studi lain menyebutkan 20% saudara perempuan dari penderita anoreksia nervosa mengalami beberapa bentuk penyimpangan perilaku makan dibandingkan dengan 4% grup pembanding dengan perilaku makan normal. Dampak dari garis keturunan diperkirakan lebih dari 50%. McDuffie dan Krikley dalam Krummel dan Etherton (1996) mengatakan para klinisi seringkali menemukan seorang saudara perempuan, bibi atau bahkan ibu dari seorang penderita penyimpangan perilaku makan memiliki sikap atau tindakan abnormal seputar makanan dan citra tubuh. Baik anoreksia maupun bulimia lebih umum terjadi di antara kerabat kandung daripada diharapkan berdasarkan kebetulan. Studi pada orang kembar memperlihatkan bahwa keturunan memiliki nilai 41-56% pada kejadian anoreksia nervosa.

Mekanisme genetik sebagai faktor predisposisi dari kejadian penyimpangan perilaku makan sedikit demi sedikit mulai terkuak. Sebuah studi menemukan bahwa orang yang mengalami anoreksia dua kali kemungkinannya memiliki variasi pada gen yang berfungsi sebagai reseptor serotonin pada bagian yang membantu menentukan nafsu makan. Karena adanya produksi serotonin yang berlebihan, terdapat kemungkinan bahwa orang yang mengalami anoreksia terus-menerus berada dalam keadaan stres seperti stres pada perkelahian atau ketika terbang. Kondisi ini menyebabkan terjadinya rasa cemas yang berlebihan secara konstan (Tiemeyer, 2007).

Studi lain oleh Dr. Kaye yang memeriksa kelainan perilaku, kadar serotonin, dopamin dan norepinefrin sejumlah pasien bulimia yang telah pulih. Dr. Kaye

menemukan bahwa dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki riwayat bulimia, para penderita yang telah pulih masih memiliki kadar serotonin yang abnormal, mood yang negatif dan obsesi dengan perfeksionisme dan ketepatan. Kadar substansi kimiawi yang lainnya seperti dopamin dan norepinefrin berada dalam perbandingan yang normal (Tiemeyer, 2007). Salah satu kandidat gen yang diselidiki kemungkinannya dengan kejadian anoreksia nervosa adalah wilayah promotor gen 5HT2A. Beberapa kelompok menemukan bahwa risiko mengalami anoreksia nervosa dua kali lebih besar pada orang dengan promotor gen tersebut bila dibandingkan dengan orang yang tidak memilikinya (Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al., 2005).

2.3.4 Sosiokultural

Lingkungan sosial budaya juga memiliki peran terhadap perkembangan penyimpangan perilaku makan di berbagai populasi. Studi oleh Medscape's General Medicine (2004), memperlihatkan hasil prevalensi anoreksia nervosa antara negara-negara Barat dengan negara-negara non-Barat. Di negara Barat prevalensi anoreksia nervosa pada perempuan berkisar antara 0,1-5,7% dan prevalensi bulimia nervosa berkisar antara 0,3-7,3%. Sementara itu di negara-negara non-Barat prevalensi bulimia nervosa berkisar antara 0,46-4,32% (ANRED, 2005). Sebuah studi skala besar membandingkan persepsi tentang citra tubuh antara perempuan Negro yang tinggal di Kanada, Amerika, Afrika dan Karibia. Hasil studi tersebut menyimpulkan bahwa seluruh perempuan Negro lebih senang dengan bentuk tubuh yang tegap dan berisi. Sebuah studi lain mencoba membandingkan persepsi citra tubuh, rasa percaya diri dan perilaku makan diantara perempuan Asia, perempuan Asia yang telah

terpapar dengan idealisme Barat dan perempuan Australia. Dari studi tersebut terlihat bahwa perilaku makan diantara ketiga kelompok tersebut cenderung sama, tetapi penilaian akan bentuk tubuh sangatlah berbeda. Perempuan Australia lebih tidak puas dengan bentuk tubuhnya bila dibandingkan dengan perempuan Cina. Perempuan Cina yang telah berakulturasi dengan budaya Barat juga memiliki kepuasan yang lebih rendah terhadap bentuk tubuhnya. Pada sebuah studi awalan yang membandingkan antara gadis Asia dengan gadis Kaukasia, didapatkan hasil sebanyak 3,4% gadis Asia dan 0,6% gadis Kaukasia menderita bulimia. Perbedaan ini mengindikasikan adanya perbedaan kejadian penyimpangan perilaku makan antarbudaya (Carlisle, 2008).

Menurut Grange, et al (1998), populasi non-Barat cenderung terlindungi dari tren penyimpangan perilaku makan. Sebuah studi yang mendukung pernyataan ini menemukan bahwa perempuan Kaukasia memiliki perhatian yang lebih tinggi terhadap berat badan dan bentuk tubuh dibandingkan dengan wanita. Fairburn dan Hill dalam Geissler dan Powers (2005) mengatakan bahwa penyimpangan perilaku makan memperlihatkan adanya spesifikasi budaya. Penyimpangan perilaku makan banyak terjadi pada negara dengan jumlah makanan yang melimpah, dimana badan yang kurus dianggap sebagai bentuk tubuh yang ideal dan dimana diet menjadi sebuah kebiasaan yang umum. Treasure dan Murphy dalam Gibney, et al (2005) juga mengatakan bahwa terdapat kemungkinan sebuah budaya yang berfokus pada diet akan memicu terjadinya penyimpangan perilaku makan yang lebih banyak. Hill menyatakan bahwa sebuah budaya yang menggariskan kurus sebagai sebuah jalan menuju sukses, seperti Amerika Serikat dan Eropa Barat membuat orang menjadi lebih rentan untuk mengalami penyimpangan perilaku makan. Pada budaya tersebut,

makin kurus seseorang makin bernilai ia di mata masyarakat. Sehingga tidak heran jika orang akan berlomba-lomba menjadi kurus dengan berbagai cara (Wardlaw dan Kessel, 2002).

Read dalam Wahlqvist (1997) mengatakan bahwa tekanan sosial atau lingkungan seperti teman sebaya juga turut berkontribusi terhadap kejadian penyimpangan perilaku makan. Seorang remaja yang menemukan bahwa dengan mengontrol atau memanipulasi berat badannya ia dapat memelihara hubungan pertemanannya, akan cenderung terus mengontrol atau memanipulasi berat badannya agar ia tetap dapat disukai/dihargai oleh lingkungan sekitarnya. Menurut Fairburn dan Hill dalam Geissler dan Powers (2005), teman sebaya juga berpengaruh dalam membuat seseorang merasa bersalah karena tidak memiliki bentuk tubuh atau berat badan yang ideal menurut mereka.

2.3.5 Perilaku Diet

Menurut Tiemeyer (2008), di antara sejumlah faktor yang memperkuat kemungkinan terjadinya penyimpangan perilaku makan, berdiet mungkin merupakan faktor yang paling berbahaya. Mereka yang berdiet secara moderat memiliki kemungkinan 5 kali lebih besar untuk mengalami penyimpangan perilaku makan dibandingkan dengan orang yang tidak berdiet. Mereka yang berdiet sangat ketat memiliki kemungkinan 18 kali lebih besar. Patton dan rekan 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 Krowchuk, et al (1998) menemukan hubungan yang signifikan secara statistik antara berdiet dengan perilaku muntah yang disengaja

atau penggunaan laksatif untuk menurunkan berat badan. Penelitian Alison, et al (1999) menemukan bahwa frekuensi diet merupakan faktor prediktor bagi dimulainya perilaku *purging* setidaknya dalam hitungan bulan pada tahun yang sama. *Odds Ratio* frekuensi diet terhadap perilaku *purging* sebesar 1,5 dengan nilai 95%CI berkisar antara 1,3-1,7. Sarafino (1998) menyatakan bahwa orang yang mengalami anoreksia ataupun bulimia berawal dari orang yang mencoba berdiet secara normal tetapi cenderung memiliki perhatian yang besar terhadap berat badan mereka. Sehingga lama-kelamaan mereka mulai menggunakan cara-cara yang ekstrim.

Tiemeyer (2008) mengatakan bahwa berdiet menciptakan berbagai dinamika yang dapat memperkuat terjadinya penyimpangan perilaku makan seperti halnya pelecehan seksual dan ejekan dari teman. Perbedaan mendasarnya, yaitu bahwa berdiet merupakan suatu perilaku atau kebiasaan yang dianggap normal dan malah disebarluaskan pada budaya Barat. Pada survei NASH (1988), sebanyak 61% remaja sekolah tingkat delapan dan sepuluh melaporkan melakukan diet selama setahun terakhir. Di tahun 1990, Youth Risk Behavior Survey melaporkan sebanyak 43,7% remaja putri SMA mencoba untuk menurunkan berat badannya. Sebuah studi di awal tahun 90-an melaporkan sebanyak 45% anak perempuan usia 8-13 tahun ingin menjadi lebih kurus dan 37%-nya telah mencoba untuk menurunkan berat badannya (Story dan Alton dalam Krummel dan Etherton, 1996). Sebuah studi yang melibatkan empat negara bagian di Amerika Serikat menemukan bahwa sebanyak 44% remaja putri dan 37% remaja putra yang berusia antara 12-17 tahun telah melakukan diet. Fisher dan koleganya menyimpulkan bahwa 50-60% remaja putri menganggap diri mereka kegemukan dan telah berusaha untuk berdiet. Sebuah studi pada anak usia 9-

12 tahun menemukan bahwa sebanyak 16-50% anak perempuan telah berdiet (Brown, 2005).

Fairburn, et al (2005) dalam penelitiannya tentang orang yang berdiet menyimpulkan bahwa pembatasan asupan meningkatkan risiko terjadinya penyimpangan perilaku makan melalui mekanisme kognitif dan psikologis. Saat diet dimulai, makanan menjadi musuh. Jika anda melihat makanan yang disukai, anda merasa terganggu karena mungkin makanan tersebut merupakan makanan yang dilarang oleh program diet anda. Jika anda menemukan makanan yang diperbolehkan oleh program diet anda, seringkali anda malah merasa terganggu karena makanan tersebut tidak anda sukai. Keadaan ini akan menimbulkan perasaan putus asa yang lam-kelamaan semakin menumpuk dan akhirnya secara perlahan anda terjerumus ke dalam penyimpangan perilaku makan (Tiemeyer, 2008). McDuffie dan Kirkley dalam Krummel dan Ehterton (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*.

2.3.6 Citra Tubuh

Citra tubuh adalah sebuah istilah yang mengacu pada persepsi seseorang mengenai tampilan fisik tubuhnya. Secara esensial, citra tubuh seseorang merupakan cara bagaimana mereka mempersepsikan tampilan luar mereka dan pada banyak kasus citra tubuh seseorang bisa sangat berbeda dengan kenyataan sebenarnya. Citra tubuh seringkali diukur dengan menanyakan kepada subjek bentuk tubuhnya saat ini dengan bentuk tubuh idela yang ditampilkan melalui serangkaian gambar. Perbedaan antara kedua nilai tersebut menggambarkan sejauh mana ketidakpuasan subjek tersebut terhadap tubuhnya sendiri. Perasaan negatif seseorang tentang tubuhnya pada beberapa kasus memicu timbulnya kelainan mental seperti depresi atau penyimpangan perilaku makan. Monteath dan McCabe (2008) menemukan bahwa 44% perempuan mengekspresikan perasaan yang negatif mengenai bentuk tubuh mereka. Studi lainnya menemukan bahwa 56% perempuan dan sekitar 40% laki-laki merasa tidak puas dengan penampilan fisik mereka secara keseluruhan (NN E, 2008). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Davies dan Rurnham (1986) pada anak perempuan berusia 11-13 tahun, sebanyak 45% menganggap diri mereka gemuk dan ingin menjadi lebih kurus. Padahal di antara anak-anak tersebut hanya 4% yang pada kenyataannya memang *overweight* (NN F, 2008). Tienboon dan rekan dalam Brown (2005) melaporkan bahwa 41% remaja perempuan dan 14% remaja laki-laki merasa diri mereka *overweight*.

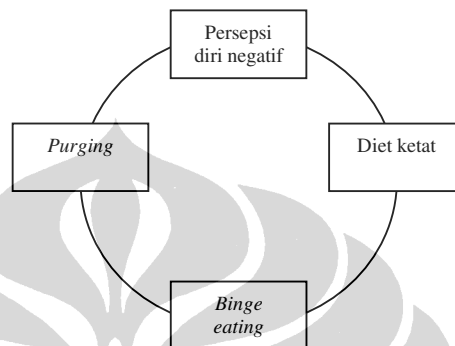
Penelitian oleh Fairburn, et al (1998 & 1999) menyebutkan bahwa evaluasi diri yang negatif berhubungan signifikan dengan kejadian penyimpangan perilaku makan. Orang dengan evaluasi diri yang negatif memiliki risiko 4,4 kali lebih besar untuk mengalami BED dan memiliki risiko 8,2 kali lebih besar untuk mengalami

anoreksia nervosa. The McKnight Investigators (2003) menyebutkan dalam studinya tentang onset penyimpangan perilaku makan bahwa keinginan untuk memiliki tubuh kurus berhubungan signifikan dengan onset penyimpangan perilaku makan. Krowchuk dan rekan (1998) juga melaporkan bahwa penggunaan laksatif atau perilaku muntah yang disengaja pada remaja berhubungan secara signifikan dengan merasa diri *overweight*.

Budaya "kurus" merupakan bentuk tubuh ideal atau jalan menuju sukses yang diperkenalkan di negara-negara Barat telah merambah ke berbagai belahan dunia menjadi faktor penguat pencitraan tubuh yang salah atau negatif. Bombardir media tentang bentuk tubuh yang kurus membuat orang merasa dirinya gemuk. Studi oleh Stice, (1994) dan Heinberg, et al., (1999) melaporkan bahwa dua karakteristik psikologis individual yang mempunyai potensi kuat dalam membangun citra tubuh yang salah adalah internalisasi nilai "kurus adalah ideal" dan perbandingan bentuk tubuh. Internalisasi nilai "kurus adalah ideal" merefleksikan keinginan untuk berusaha menyamai keidealan tersebut dan persepsi pentingnya menjadi kurus demi kesuksesan dan daya tarik. Beberapa studi eksperimental telah membuktikan bahwa internalisasi nilai "kurus adalah ideal" berhubungan dengan peningkatan ketidakpuasan penampilan dalam jangka pendek pada remaja putri dan mahasiswi terkait dengan media (Thompson, 2004). Makin besar kesenjangan antara berat badan yang sesungguhnya dengan berat badan yang diinginkan, makin besar usaha yang dilakukan untuk memperbaiki penampilannya. Semakin tinggi pula risiko remaja itu melakukan usaha ekstrim dalam rangka mengontrol dan memelihara berat badannya (Herzog dan Bradburn dalam Cooper dan Stein, 1992). Sizer dan Whitney

(2006) mengilustrasikan sebuah hubungan antara persepsi diri yang negatif dengan perilaku makan menyimpang sebagai siklus seperti di bawah ini.

Gambar 2.2 Siklus *Bingeing, Purging* dan Persepsi Diri Negatif (Sizer dan Whitney, 2006)



2.3.7 Rasa Percaya Diri

Dalam psikologi, rasa percaya diri merefleksikan penilaian seseorang akan dirinya secara utuh. Rasa percaya diri mencakup kepercayaan dan emosional (NN G, 2008). Rasa percaya diri erat kaitannya dengan citra tubuh. Citra tubuh adalah persepsi seseorang tentang penampilan fisiknya. 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 dibereskan. Rasa percaya diri yang rendah dapat menyebabkan permasalahan dalam persahabatan, stres dan kecemasan, depresi dan dapat berpengaruh pada perilaku makan seseorang. Rasa percaya diri yang rendah juga merupakan salah satu karakteristik primer dari gadis yang mengalami penyimpangan perilaku makan. Mereka merasa bahwa mereka tidak dapat mencapai apa yang diinginkan oleh

lingkungan sekitarnya. Lalu mereka menjadi ekstrim dalam usahanya untuk menyesuaikan dengan tuntutan lingkungan sekitar (Eating Disorders Venture, 2006).

Jika pada sebuah populasi remaja putri terdapat mereka yang sangat memperhatikan berat badan dan soal lainnya yang terkait dengan tubuh. Dimana rasa percaya diri mereka berkaitan dengan mencapai dan menjaga tampilan fisik tertentu. Remaja tersebut memiliki risiko tertentu untuk mengalami penyimpangan perilaku makan (Herzog dan Bradburn dalam Cooper dan Stein, 1992). Thompson (2004) juga menyebutkan bahwa pengaruh negatif dan rasa percaya diri yang rendah secara konsisten memiliki korelasi dengan ketidakpuasan terhadap tubuh. Penelitian 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.

2.3.9 Aspek Psikologis dan Kepribadian

Pada dasarnya anoreksia nervosa adalah sebuah perasaan takut kehilangan kendali diri atau menjadi di luar kendali. Pada kasus klasik, penderita anoreksia 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 lebih berkembang secara sosial. Kekakuan dan isolasi sosial digantikan oleh sifat impulsif dan emosi yang labil (McDuffie dan Kirklwy dalam Krummel dan Etherton, 1996).

Hampir 70% kasus anoreksia 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 dalam Geissler dan Powers (2005), bawaan kepribadian contohnya perfeksionis sampai pengalaman hidup seseorang seperti 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. CNN (2006) melaporkan bahwa orang dengan depresi, kecemasan yang berlebihan dan *obsessive compulsive disorder* memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami penyimpangan perilaku makan. Penderita anoreksia cenderung memiliki kepribadian perfeksionis. Sementara penderita bulimia memiliki masalah dengan kontrol terhadap dorongan kata hati.

Perilaku perfeksionistik merupakan hal yang umum di antara para penderita penyimpangan perilaku makan. Dalam sebuah keluarga dengan jumlah anak yang banyak, terkadang anak berpikir bahwa menjadi sesempurna mungkin merupakan

hal yang paling mudah untuk dilakukan. Saat perfeksionisme bersingungan dengan citra tubuh, maka kemungkinan berkembangnya penyimpangan perilaku makan meningkat secara drastis. Tidak ada tubuh manusia yang sempurna, tetapi perfeksionisme menciptakan sebuah kebutuhan untuk membuat tubuh menjadi sempurna walaupun hal tersebut sudah jelas tidak akan tercapai. Pada beberapa kasus, perfeksionisme muncul dalam bentuk kepribadian *obsessive compulsive disorder* atau OCD (Tiemeyer, 2007). Orang dengan OCD memiliki kemungkinan terlibat pada perilaku yang ganjil, seperti mengunyah tiap gigitan sebanyak 40 kali atau memotong menjadi sekian banyak potongan tertentu. OCD membuat penyimpangan perilaku makan semakin kuat. Pada hampir semua kasus, seorang perfeksionis mengindikasikan adanya keinginan mendasar untuk menciptakan keteraturan pada apa yang mereka lihat sebagai sesuatu yang kacau (Tiemeyer, 2007). Banyak dari penderita anoreksia dan bulimia nervosa mengatakan bahwa mereka depresi. Selain itu juga ditemukan bahwa angka prevalensi yang tinggi kelainan kecemasan yang berlebihan di antara orang yang mengalami penyimpangan perilaku makan (Gilbert dalam Garrow dan James, 1993).

Kelainan kepribadian juga secara relatif umum terjadi pada orang yang mengalami penyimpangan perilaku makan. Terdapat beberapa kelainan kepribadian yang sering ditemukan pada kasus penyimpangan perilaku makan, yaitu *borderline personality disorder*, *obsessive-compulsive personality disorder* dan *avoidant personality disorder*. *Borderline personality disorder* (BPD) adalah sebuah pola dari perilaku impulsif dan tidak stabil yang mempengaruhi emosi, persahabatan dan situasi kondisi. Seseorang dengan BPD memiliki rasa takut yang amat besar akan keterkucilan. *Obsessive compulsive personality disorder* (OCPD) sedikit berbeda

dari *obsesive compulsive disorder* (OCD) dimana pada OCPD tidak terdapat obsesi dan dorongan. OCPD merupakan pola dimana kontrol ditegakkan di atas fleksibilitas, aturan diterapkan di atas kenyamanan dan hubungan dikontrol di atas keterbukaan. Hidup orang tersebut didominasi dengan aturan dan kesempurnaan. *Avoidant personality disorder* (AvPD) bermanifestasi sebagai sebuah pola penghindaran kontak karena adanya perasaan ketidakmampuan. Tujuan utama orang dengan AvPD adalah menghindari kritik dan mereka sangatlah sensitif dengan umpan balik yang negatif (Tiemeyer, 2007).

2.3.10 Kekerasan Fisik

Sebuah studi oleh Fairburn dan rekan (1999) menemukan bahwa kekerasan fisik dan kekerasan fisik yang parah berulang kali yang dialami oleh perempuan berhubungan 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. Studi lainnya oleh Fairburn, et al (1998) juga menemukan hubungan antara kekerasan fisik dengan kejadian BED. Perempuan yang mengalami kekerasan fisik yang parah berulang kali memiliki risiko 10 kali lebih tinggi untuk mengalami BED. Penelitian Moore, et al (2002) melaporkan bahwa para perempuan kulit putih dan kulit hitam penderita BED mengalami kekerasan fisik lebih tinggi secara signifikan daripada objek pembandingan yang sehat. French, et al (1995) menemukan bahwa kekerasan fisik memiliki hubungan yang bermakna dengan perilaku *purging*.

Perempuan yang pernah mengalami kekerasan fisik 1,93 kali lebih berisiko untuk melakukan perilaku *purging*, sementara pada laki-laki risikonya sebesar 1,74 kali.

Rorty, et al (1994) menemukan bahwa angka kekerasan emosional dan fisik lebih tinggi secara signifikan di antara perempuan yang didiagnosis sebagai penderita bulimia nervosa daripada perempuan yang tidak memiliki riwayat penyimpangan perilaku makan. Sebagai tambahan, mereka juga menemukan bahwa perempuan yang didiagnosis menderita bulimia nervosa lebih banyak yang melaporkan pengalaman berbagai bentuk kekerasan/pelecehan di masa kecilnya dibandingkan dengan perempuan yang tidak mengalami penyimpangan perilaku makan. Mirip dengan hasil studi sebelumnya, Kent dan rekan (1999) menginvestigasi pengalaman kekerasan/pelecehan masa kecil dengan kejadian penyimpangan perilaku makan. Mereka menemukan 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).

2.3.11 Pelecehan Seksual

Penelitian Moore, et al (2002) melaporkan adanya hubungan antara pelecehan seksual dengan penyimpangan perilaku makan baik pada perempuan kulit putih maupun pada perempuan kulit hitam. Fairburn, et al (1998) melaporkan bahwa perempuan yang mengalami pelecehan seksual 5,7 kali lebih berisiko untuk mengalami BED. Di dalam studi lainnya, Fairburn dan rekan (1999) juga melaporkan bahwa perempuan yang pernah mengalami pelecehan seksual 3,4 kali lebih berisiko 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. French, et al (1995) menyebutkan dalam studinya bahwa perempuan yang pernah mengalami pelecehan seksual berisiko 1,6 kali untuk mengadopsi perilaku *purging*.

Sanci, et al (2008) juga menemukan hubungan yang bermakna pada studinya tentang pengalaman pelecehan seksual sebelum 16 tahun pada remaja putri dengan kasus baru bulimia nervosa dan anoreksia nervosa. Remaja putri yang pernah mengalami dua kali atau lebih pelecehan seksual tanpa kontak fisik sebelum usia 16 tahun memiliki risiko 4,6 kali lebih tinggi untuk menimbulkan kasus baru bulimia nervosa dan 2,4 kali lebih tinggi untuk menimbulkan kasus baru anoreksia nervosa. Remaja putri yang pernah mengalami dua kali atau lebih pelecehan seksual dengan kontak fisik sebelum usia 16 tahun memiliki risiko 5,3 kali lebih tinggi untuk menimbulkan kasus baru bulimia nervosa. Remaja putri yang pernah mengalami dua kali atau lebih pelecehan seksual dalam bentuk apapun sebelum usia 16 tahun memiliki risiko 5,7 kali lebih tinggi untuk menimbulkan kasus baru bulimia nervosa.

Banyak studi memperlihatkan bahwa terdapat hubungan di antara pelecehan seksual dengan perkembangan penyimpangan perilaku makan. Banyak dari orang yang pernah mengalami pelecehan seksual telah berubah menjadi seseorang dengan penyimpangan perilaku makan dan menemukan bahwa penyimpangan tersebut membantu mereka untuk melindungi mereka, membendung kenangan mereka yang menyakitkan dan mematikan perasaan mereka. Korban dari pelecehan seksual seringkali mengembangkan sebuah mekanisme *coping* untuk bertahan dari kenangan akan pelecehan yang pernah dialami. Penyimpangan perilaku makan merupakan salah satu mekanisme *coping* yang umum dilakukan bagi para korban pelecehan seksual.

Penyimpangan itu bisa membantu mereka menghalangi kenangan buruk mereka tentang pelecehan yang pernah dialami. Bagi mereka, penyimpangan perilaku makan menjadi alasan satu-satunya untuk bertahan (NN H, 2008).

Tiemeyer (2007) mengatakan kapanpun terjadi efek dari pelecehan seksual sangatlah mendalam. Seorang gadis 14 tahun yang mengalami pelecehan ketika berusia 6 tahun akan mudah berpikir bahwa tubuhnya jelek akibat rasa malu yang timbul dari pengalaman pelecehannya. Tidak semua orang yang mengalami penyimpangan perilaku makan memiliki riwayat pelecehan seksual, tetapi pelecehan seksual umum terjadi di masa lalu para penderita penyimpangan perilaku makan. Sebuah episode *binge* menciptakan suatu kenikmatan sementara orang tersebut menjadi mematikan perasaannya. *Purging* setelahnya merupakan jalan penolakan terhadap kenikmatan tersebut dan menggeser perasaan jijik pada diri yang datang akibat menikmati sesuatu.

Walaupun banyak studi yang menyebutkan bahwa pelecehan seksual berhubungan dengan kejadian penyimpangan perilaku makan, Wonderlich dan rekan (1997) mencatat sebanyak 53 studi tentang pelecehan seksual dan penyimpangan perilaku makan di tahun 1987-1994 melaporkan hasil yang tidak konsisten. Salah satu penjelasan yang diajukan oleh mereka adalah kebanyakan penelitian gagal mempertimbangkan pengaruh dari mediator potensial atau mediator hubungan antara pelecehan seksual dengan penyimpangan perilaku makan. Kinzl dan rekan (1994) tidak menemukan hubungan yang signifikan antara pelecehan seksual dengan penyimpangan perilaku makan pada sampel mahasiswa perempuan. Tetapi mereka menemukan bahwa tingkat keparahan penyimpangan perilaku makan meningkat sejalan dengan semakin tingginya difungsi keluarga. Penemuan ini menggariskan

perlu evaluasi lebih lanjut tentang pengaruh potensial dari fungsi keluarga terhadap hubungan pelecehan seksual dengan penyimpangan perilaku makan (Mazzeo dan Espelage, 2008).

2.3.13 Dinamika Keluarga

Dinamika keluarga dan pendekatan orang tua kepada anak telah diajukan sebagai salah satu penyebab penyimpangan perilaku makan. Penelitian mengindikasikan remaja yang mempersepsikan bahwa kepedulian dan ekspektasi orang tua yang rendah terhadapnya memiliki risiko untuk mengalami penyimpangan perilaku makan. Pengaruh ibu juga diargumentasikan sebagai 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 timbulnya kejadian penyimpangan perilaku makan (Fairburn dan Hill dalam Geissler dan Powers, 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 atmosfer keluarga yang hanya mengizinkan sedikit privasi. Faktor stres 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 dan James, 1993).

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 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 (Sizer dan Whitney, 2006). CNN (2006) juga melaporkan bahwa orang yang merasa kurang aman bersama keluarganya, orang tuanya atau saudaranya selalu mengkritik, mengejek atau menghina tentang penampilannya berada dalam tingkat risiko yang tinggi untuk mengalami penyimpangan perilaku makan. Keluarga yang selalau menginginkan kesempurnaan, keluarga yang terlalu protektif, keluarga yang kacau, keluarga yang tertutup dan keluarga yang bercerai meruakan beberapa tipe keluarga yang bisa membuat kemungkinan terjadinya penyimpangan perilaku makan menjadi lebih besar (Tiemeyer, 2007).

2.3.15 *Bullying*

Nauert (2007) mendefinisikan *bullying* sebagai suatu tindakan agresif yang dapat berupa tindakan fisik, verbal atau secara tidak langsung, dengan ketidakseimbangan kekuatan dimana korban tidak dapat mempertahankan dirinya. Menurut Pace (2001), karakteristik *bullying* terdiri dari adanya ketidakseimbangan kekuatan (orang atau kelompok yang melakukan *bullying* memiliki kekuatan yang lebih daripada korban), adanya keinginan untuk mengganggu atau menyakiti dan

kejadiannya berulang. *Bullying* bisa berupa psikologis dan emosional (menyebarkan gosip, pengucilan); verbal (sebutan atau ancaman) dan fisik (mendorong atau memukul).

Moore, et al (2002) melaporkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara *bullying* oleh teman sebaya dengan kejadian BED pada perempuan kulit putih dan kulit hitam. Perempuan kulit putih yang pernah mengalami *bullying* oleh teman sebayanya berisiko 2,3 kali untuk mengalami BED. Sementara perempuan hitam yang pernah mengalami *bullying* oleh teman sebayanya berisiko 3,3 kali untuk menderita BED. Fairburn dan rekan (1998) juga menemukan bahwa remaja perempuan yang pernah mengalami *bullying* berisiko 5,5 kali untuk mengalami BED bila dibandingkan dengan remaja yang tidak pernah mengalaminya.

2.3.16 Ejekan

Seperti diketahui, penyimpangan perilaku makan timbul dari berbagai faktor yang kompleks. Hal-hal sederhana bisa saja menjadi suatu pemicu bagi timbulnya penyimpangan perilaku makan. Kata-kata nampaknya sangat sederhana, tetapi bagi remaja atau seseorang yang tidak menyukai dirinya, kata-kata memiliki kekuatan yang dahsyat. Bayangkan seorang pelatih gimnastik berpengalaman bekerjasama dengan seorang atlet perempuan usia 12 tahun. Pelatih itu sangat dihormati dan sang atlet mengikuti seluruh saran yang dibuat oleh pelatihnya. Saat latihan, sang pelatih memberikan komentar tentang ukuran kaki sang atlet. Pelatih berkata bahwa dengan ukuran kaki yang sekarang dimilikinya, dia akan susah untuk berkompetisi dengan atlet lain. Bagi seorang remaja 12 tahun yang sedang sangat memperhatikan perkembangan tubuhnya dibandingkan dengan teman sebayanya, komentar tersebut

akan sangat membekas dan berdampak besar baginya. Komentar dari orang tua atau anggota keluarga lain seputar berat badan atau bentuk tubuh juga memiliki efek yang besar dalam perannya sebagai pemicu penyimpangan perilaku makan (Tiemeyer, 2007). 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) menyebutkan bahwa ejekan tentang berat badan merupakan prediktor terhadap timbulnya *binge eating* dengan hilang kendali di antara remaja perempuan dan laki-laki pada 5 tahun masa tindak lanjut setelah disesuaikan dengan umur, ras/etnis dan SES. Fairburn dan rekan (1998) dalam sebuah studinya 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. Thompson (2004) menyebutkan bahwa faktor penguat yang paling kuat terbentuknya ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh adalah ejekan. Pada sebuah studi *cross sectional*, ejekan tentang berat badan dan bentuk tubuh berkorelasi kuat dengan ketidakpuasan terhadap tubuh secara independen dengan IMT. Studi Cash (1995) mengimplikasikan ejekan sebagai penyebab potensial timbulnya ketidakpuasan terhadap tubuh. Sebuah studi prospektif oleh Cattarin dan Thompson

(1994), ditemukan bahwa ejekan tentang berat badan dan bentuk tubuh merupakan prediktor timbulnya ketidakpuasan terhadap tubuh (Thompson, 2004).

2.3.14 Media Massa

Penelitian oleh Miguel, et al (2003) menyimpulkan bahwa media massa berperan pada onset penyimpangan perilaku makan. Miguel dan rekan menemukan bahwa insiden penyimpangan perilaku makan yang lebih tinggi terjadi pada remaja usia muda, terbiasa makan sendirian dan secara teratur membaca majalah remaja atau mendengarkan program radio. Miguel dan rekan tidak menemukan perbedaan insiden penyimpangan perilaku makan dengan jumlah jam menonton televisi. Namun terdapat hubungan signifikan antara peningkatan insiden penyimpangan perilaku makan dengan waktu yang dihabiskan untuk mendengarkan program radio dengan nilai OR 1,11 untuk tiap 1 jam penambahan waktu. Selain itu, juga ditemukan bahwa semakin sering membaca majalah tentang remaja (setidaknya seminggu sekali) juga berhubungan dengan penyimpangan perilaku makan dengan OR sebesar 1,55. Remaja yang masuk dalam kategori sering dalam penggunaan radio dan majalah berisiko 2,1 kali lebih tinggi untuk mengalami penyimpangan perilaku makan. Field dan rekan (1999) melaporkan dalam hasil studinya bahwa berusaha untuk tampil sama dengan model yang ada di televisi, film atau majalah merupakan faktor prediktor bagi onset perilaku *purging* bagi remaja putri dengan OR sebesar 1,9.

Field dan rekan (1999) pada studi yang lain melaporkan bahwa terdapat asosiasi linier positif antara frekuensi membaca majalah wanita dengan prevalensi berdiet untuk menurunkan berat badan karena artikel di majalah, memulai program

latihan fisik karena artikel di majalah, ingin menurunkan berat badan karena gambar yang ada di majalah dan menganggap bahwa gambar di majalah tersebut mempengaruhi ide mereka tentang bentuk tubuh yang ideal. Field dan rekan juga mengkritisi pihak media karena telah mempromosikan secara berlebihan citra tubuh kurus. Pihak media memegang peranan dalam perkembangan dari perhatian terhadap berat badan dan penyimpangan perilaku makan. Penelitian Wilson dan rekan (2006) memberikan hasil bahwa dibandingkan dengan bukan pengguna, penderita penyimpangan perilaku makan pengguna situs yang pro terhadap penyimpangan perilaku makan memiliki durasi sakit yang lebih lama.

Menurut Fairburn dan Hill dalam Geissler dan Powers (2005), paparan pada citra tubuh kurus yang dibawa oleh media dapat memicu terjadinya ketidakpuasan terhadap tubuh terutama pada orang yang telah merasa tidak puas. Pada gilirannya, mereka akan mencari gambar tubuh kurus tersebut untuk perbandingan atau tujuan motivasional. Sementara proses penyingkiran citra tubuh gemuk dengan mengeksklusinya atau dengan penghinaan terus berjalan seiring dengan proses idealisasi citra tubuh kurus menimbulkan ketidakpuasan pada berat atau bentuk tubuh. Ketidakpuasan inilah yang merupakan prokursor yang umum dari penyimpangan perilaku makan. Tekanan sosial, budaya kurus dan peran media massa dalam menyebarkan pesan bahwa menjadi kurus merupakan jalan menuju kebahagiaan, kesuksesan atau kecantikan turut meningkatkan risiko terjadinya penyimpangan perilaku makan. Penyimpangan perilaku makan bukanlah sebuah bentuk pemberontakan terhadap bentuk keidealan yang tidak realistis tersebut, melainkan sebuah bentuk penerimaan yang dibesar-besarkan (Sizer dan Whitney, 2006).

Bentuk lain media yang memiliki pengaruh pada penyimpangan perilaku makan adalah situs pro-anoreksia (pro-ana) ataupun pro-bulimia (pro-mia). Keberadaan situs-situs tersebut meningkat dan populer di kalangan penderita anoreksia atau bulimia nervosa. Situs-situs ini memiliki potensi bahaya yang besar karena bukannya menggambarkan penyimpangan perilaku makan sebagai sebuah penyakit, mereka malah mempopulerkannya sebagai gaya hidup. Pada situs pro-mia seringkali ditemukan tips dan trik untuk menyembunyikan perilaku *purging* yang dilakukan. Foto-foto artis atau figur publik yang menguruskan diri dan model yang menginspirasi citra tubuh kurus dipajang di tiap halaman situs. Bahkan beberapa situs menawarkan solidaritas dalam sebuah komunitas bulimia (Eating Disorder Venture, 2006).

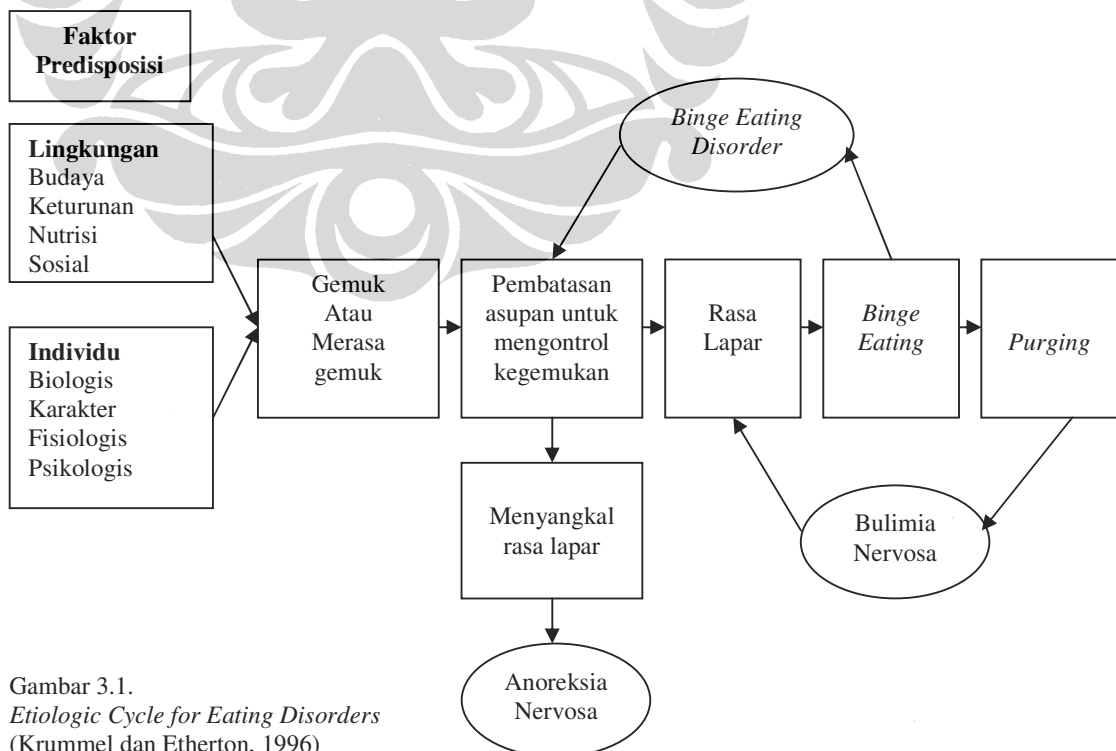
Beberapa situs pro-ana dan pro-mia memang menyediakan informasi tentang bahaya dari penyimpangan perilaku makan. Tetapi ternyata data itu digunakan untuk mendorong pembacanya mempelajari cara baru dalam menjalani penyimpangan perilaku makan dalam rangka menghindari bahaya tersebut. Saat penyimpangan menjadi semakin jauh dan sakit mulai dirasakan kembali, mereka akan mengakses lagi. Hal ini akan menjadi sebuah lingkaran yang sulit untuk diputus (Tiemeyer, 2007).

BAB 3

**KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP,
HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL**

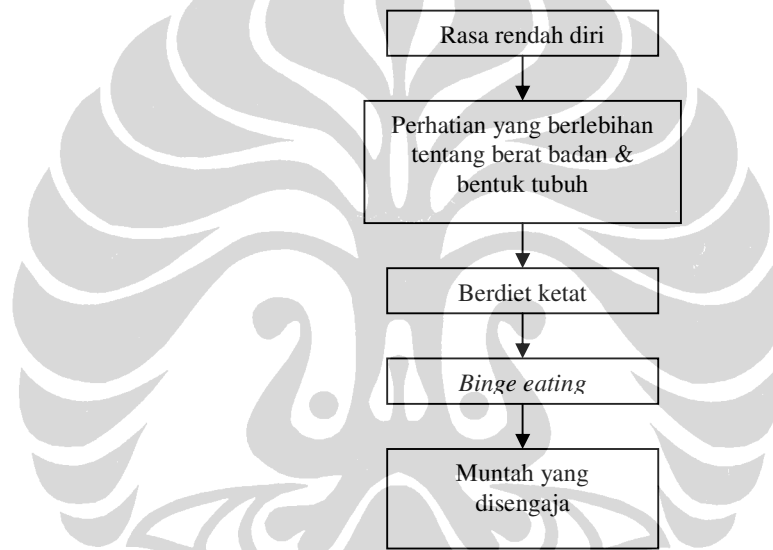
3.1 Kerangka Teori

Penyimpangan perilaku makan pada dasarnya merupakan sebuah pola makan yang abnormal. Banyak penelitian yang telah mencoba mengupas penyebab timbulnya penyimpangan perilaku makan. McDuffie dan Kirkley dalam Krummel dan Etherton (1996) menyimpulkannya dalam sebuah siklus etiologi dari penyimpangan perilaku makan. Pada siklus tersebut terdapat dua faktor predisposisi penyimpangan perilaku makan, yaitu lingkungan (yang terdiri dari budaya, keluarga, nutrisi dan sosial) dan individual (yang terdiri dari biologis, karakteristik, fisiologis dan psikologis).



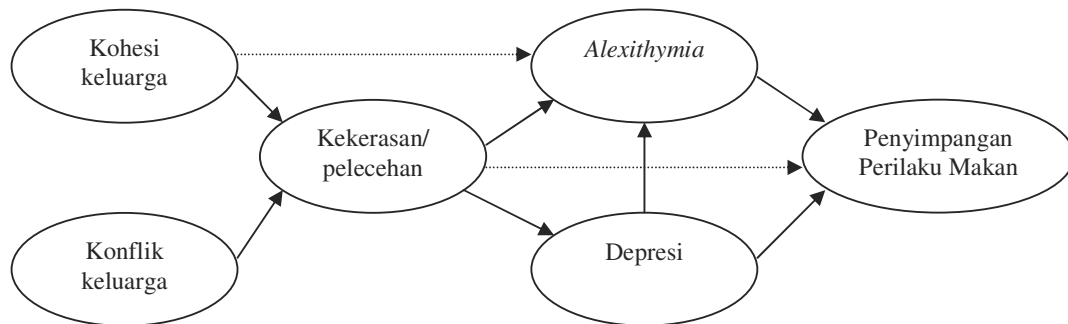
Gambar 3.1.
Etiologic Cycle for Eating Disorders
(Krummel dan Etherton, 1996)

Fairburn, et al (1985) mencoba membuat sebuah diagram *Cognitive-Behavioral Model of Eating Disorders* (Thompson, 2004). Pada diagram itu terlihat bahwa rasa percaya diri yang rendah akan menimbulkan perhatian yang ekstrim terhadap berat badan dan bentuk tubuh. Kemudian akan berimbas pada perilaku berdiet secara ketat, lalu mengalami *binge eating* dan terakhir berujung pada muntah yang disengaja atau dengan kata lain sebuah penyimpangan perilaku makan.



Gambar 3.2.
Cognitive-Behavioral Model of Eating Disorders
(Thompson, 2004)

Selain itu, terdapat sebuah kerangka pikir lain tentang penyebab dari penyimpangan perilaku makan. Mazzeo dan Espelage (2002) mencoba mencari hubungan antara kekerasan/pelecehan dengan penyimpangan perilaku makan. Pada kerangka tersebut, hubungan kekerasan fisik atau pelecehan seksual dengan penyimpangan perilaku makan dimediasi oleh depresi dan *alexithymia*. Hubungan tersebut tergambar pada kerangka teori di bawah ini.



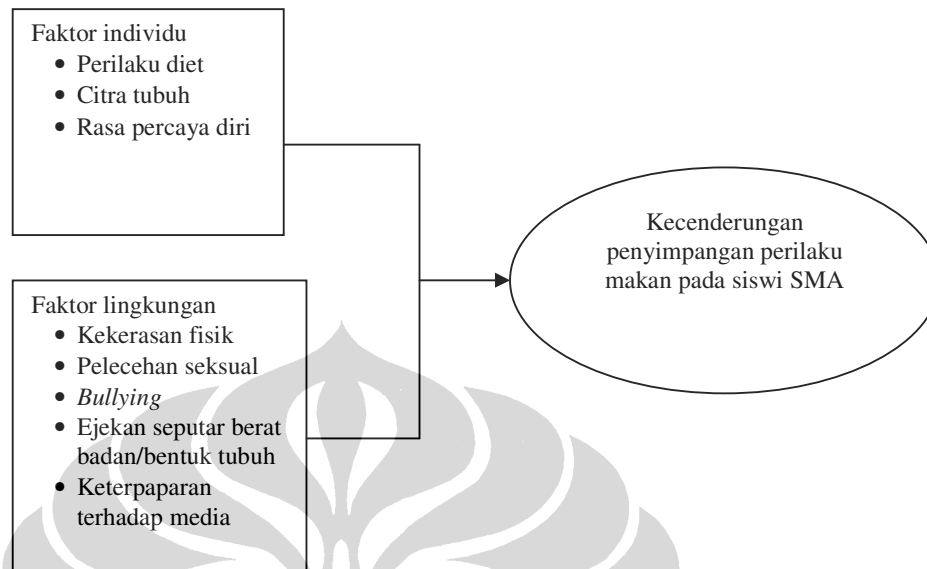
Gambar 3.3

Model Struktur Hubungan antara Kekerasan Fisik dan Pelecehan Seksual Masa Kanak-Kanak Dengan Penyimpangan Perilaku Makan (Mazzeo dan Espelage, 2002)

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori di atas, peneliti mencoba membuat sebuah kerangka konsep untuk penelitian ini. Adanya ketidakterjangkauan peneliti untuk mendiagnosis secara klinis kasus penyimpangan perilaku makan dan untuk memperbesar kemungkinan terjaringnya kasus, maka variabel dependen dari penelitian ini menjadi kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada siswi SMAN 70, Jakarta Selatan tahun 2008. Selain itu, faktor jenis kelamin dan umur tidak lagi dijadikan variabel penelitian karena adanya keseragaman sampel penelitian yaitu siswi kelas X dan XI SMAN 70 Jakarta Selatan.

Variabel independen yang akan diteliti terdiri dari dua faktor, pertama faktor individu (perilaku diet, citra tubuh dan rasa percaya diri) yang diadopsi dari kerangka teori Kummel dan Etherton (1996) dan Thompson (2004). Kedua, faktor lingkungan (kekerasan fisik, pelecehan seksual, *bullying*, ejekan seputar berat badan atau bentuk tubuh dan keterpaparan terhadap media) yang merupakan modifikasi dari kerangka teori Krummel dan Etherton (1996) dan Mazzeo dan Espelage (2002). Kerangka konsep yang peneliti kembangkan dapat dilihat di bawah ini.



Gambar 3.4
Kerangka Konsep Penelitian

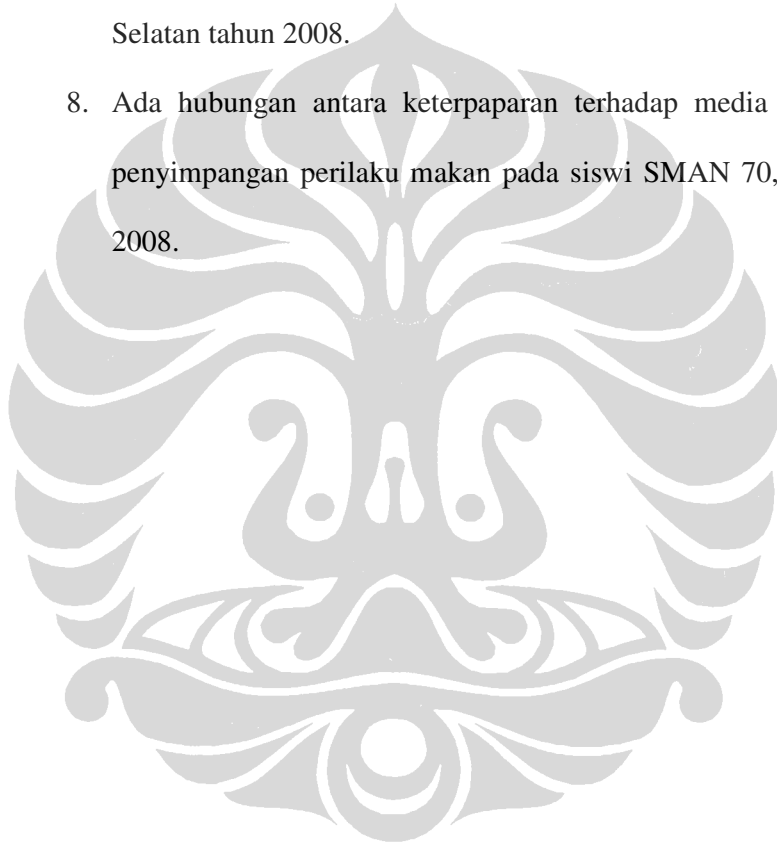
Keterangan:

- : variabel independen
○ : variabel dependen

3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara perilaku diet dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada siswi SMAN 70, Jakarta Selatan tahun 2008.
2. Ada hubungan antara citra tubuh dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada siswi SMAN 70, Jakarta Selatan tahun 2008.
3. Ada hubungan antara rasa percaya diri dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada siswi SMAN 70, Jakarta Selatan tahun 2008.
4. Ada hubungan antara kekerasan fisik dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada siswi SMAN 70, Jakarta Selatan tahun 2008.
5. Ada hubungan antara pelecehan seksual dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada siswi SMAN 70, Jakarta Selatan tahun 2008.

6. Ada hubungan antara *bullying* oleh teman sebaya dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada siswi SMAN 70, Jakarta Selatan tahun 2008.
7. Ada hubungan antara ejekan seputar berat badan atau bentuk tubuh dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada siswi SMAN 70, Jakarta Selatan tahun 2008.
8. Ada hubungan antara keterpaparan terhadap media dengan kecenderungan penyimpangan perilaku makan pada siswi SMAN 70, Jakarta Selatan tahun 2008.



3.4 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Kecenderungan penyimpangan perilaku makan	Perilaku makan yang abnormal yang ditunjukkan dengan dipenuhinya salah satu saja kriteria penyimpangan perilaku makan (seperti adanya ketakutan kenaikan berat badan, ada riwayat <i>binge-eating</i> , adanya perilaku kompensasi dan lain sebagainya) yang disesuaikan dengan panduan kuesioner. (Kriteria kecenderungan penyimpangan perilaku makan lebih lengkap dapat dilihat pada Bab IV)	Pengisian angket	Angket	1. memiliki kecenderungan PPM 2. normal Stice, Rivzi dan Telch (2000)	Ordinal
Riwayat diet	Pernah tidaknya responden mengubah cara makan agar dapat mengurangi berat badan dalam setahun terakhir (berdiet).	Pengisian angket	Angket	1.pernah berdiet 2.tidak pernah berdiet (Sztainer, et al., 2000)	Ordinal
Citra tubuh	Persepsi responden mengenai bentuk dan penampilan fisik tubuhnya.	-Pengisian angket -Menimbang berat badan -Mengukur tinggi badan	-Angket -Seca -Microtoise	1. merasa gemuk 2. tidak merasa gemuk (Field, et al., 1999)	Ordinal
Rasa percaya diri	Perasaan responden tentang nilai dirinya ketika berada di antara orang banyak.	Pengisian angket	Angket	1. merasa minder 2. tidak merasa minder	Ordinal

Riwayat kekerasan fisik	Pengalaman/riwayat kontak fisik yang tidak diinginkan yang menyebabkan memar atau luka fisik ringan ataupun berat maupun yang menyebabkan trauma pada responden.	Pengisian angket	Angket	1. pernah 2. tidak pernah (Moore, et al., 2002)	Ordinal
Riwayat pelecehan seksual	Pengalaman/riwayat seksual yang tidak diinginkan yang melibatkan kontak fisik pada daerah intim baik oleh lawan jenis maupun sesama jenis, baik kontak organ intim dengan organ intim maupun organ intim dengan organ tubuh lainnya.	Pengisian angket	Angket	1. pernah 2. tidak pernah (Moore, et al., 2002)	Ordinal
<i>Bullying</i> oleh teman sebaya	Riwayat ancaman kekerasan fisik, tekanan, penghinaan, penindasan, senioritas maupun adanya kekerasan fisik yang sesungguhnya yang dilakukan oleh orang yang sebaya dengan responden (seperti teman main, teman sekolah atau kakak kelas).	Pengisian angket	Angket	1. pernah 2. tidak pernah (Moore, et al., 2002)	Ordinal
Ejekan seputar berat badan/ bentuk tubuh	Sindiran, kritik maupun hinaan yang pernah dialami oleh responden yang terkait dengan bentuk tubuh dan/atau berat badan responden.	Pengisian angket	Angket	1. pernah 2. tidak pernah (Haines, et al., 2006)	Ordinal
Keterpaparan terhadap media	Frekuensi responden mengakses media massa yang dominan menyajikan tren, gaya hidup, atau mode baik media cetak maupun media elektronik.	Pengisian angket	Angket	1. sering 2. jarang 3. tidak pernah (Field, et al., 1999)	Ordinal