

GANGGUAN MAKAN

Wika Hanida Lubis, Julahir Hodmatua Siregar

PENDAHULUAN

Pasien dengan gangguan makan menyajikan berbagai macam perilaku makan yang berbeda. Beberapa gejala, seperti muntah atau makan sebanyak-banyaknya, dianggap patologis di diri mereka. Di sisi lain, diet ketat dan berolahraga yang dianggap normal berat badan-reducti pada perilaku. Seperti kebanyakan wanita dengan gangguan makan membuat upaya besar untuk menurunkan berat badan sebelum atau setelah timbulnya penyakit mereka, sangat sulit untuk membedakan antara perilaku penurunan berat badan yang normal dan perilaku patologis yang berhubungan dengan gangguan makan.¹

Klasifikasi gangguan makan dan perkembangannya terlihat pada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Klasifikasi gangguan makan pertama kali berdasarkan deskripsi klinis, dan kemudian lebih lanjut disempurnakan melalui pendapat ahli dan kajian literatur. Saat ini ada dua gangguan makan diakui, anorexia nervosa (AN) dan bulimia nervosa (BN). AN digambarkan dalam DSM-III, dan BN ditambahkan pada DSM-III-R. Gangguan ketiga adalah “gangguan makan lain yang tidak ditetapkan” (EDNOS – *eating disorders not otherwise specified*) yang memasukkan beberapa variasi gangguan makan. Kebanyakannya adalah mirip dengan anoreksia atau bulimia tetapi dengan karakter yang berbeda sedikit. *Binge-eating disorder*, yang menerima peningkatan dalam jumlah penelitian dan perhatian media dalam beberapa tahun kebelakangan ini adalah salah satu tipe EDNOS termasuk dalam DSM-IV.^{2,3}

Definisi

Eating disorders (gangguan makan) adalah suatu sindrom yang ditandai oleh pola makan yang menyimpang terkait dengan karakteristik psikologik yang berhubungan dengan makan, bentuk tubuh, dan berat badan. Gangguan makan hadir ketika seseorang mengalami gangguan parah dalam tingkah laku makan, seperti mengurangi kadar makanan dengan ekstrem atau makan terlalu banyak yang ekstrem, atau perasaan menderita atau keprihatinan tentang berat atau bentuk tubuh yang ekstrem. Seseorang dengan gangguan makan mungkin

berawal dari mengonsumsi makanan yang lebih sedikit atau lebih banyak daripada biasa, tetapi pada tahap tertentu, keinginan untuk makan lebih sedikit atau lebih banyak terus menerus di luar keinginan.³

ANOREKSIA NERVOSA

Anoreksia nervosa adalah suatu kelainan yang ditandai dengan perubahan gambaran tubuh, ketakutan yang luar biasa akan kegemukan, penolakan untuk mempertahankan berat badan yang normal dan hilangnya siklus menstruasi (pada wanita). Penderita yang umumnya terjadi pada remaja putri biasanya mengalami gangguan makan, berupa aktifitas untuk menguruskan badan dengan melakukan pembatasan makan secara sengaja melalui *control* yang ketat.²

Pada *anoreksia nervosa* terjadi hilangnya nafsu makan atau terganggunya pusat nafsu makan. Hal tersebut disebabkan oleh konsep yang terputar balik mengenai konsep penampilan tubuh, sehingga penderita mempunyai rasa takut yang berlebihan terhadap kegemukan. Penderita *anoreksia nervosa* sadar mereka lapar namun takut untuk memenuhi kebutuhan makan mereka, karena bisa berakibat meningkatnya berat badan. Berbeda dengan korban kelaparan, penderita anoreksia nervosa mampu menjaga kekuatan dan kegiatan sehari-hari mendekati normal. Tidak merasa lapar dan tidak cemas terhadap kondisinya.

Takut gemuk atau merasa terlalu gemuk ini terutama terjadi pada wanita, sehingga membatasi makan dan terkadang tidak makan atau puasa. Akhirnya tidak mau makan hingga penderita kurus kering. Kelainan ini banyak terjadi di dalam masyarakat yang memuja bentuk tubuh yang kurus kering. Mereka terus-menerus melakukan diet mati-matian untuk mencapai tubuh yang kurus, yang pada akhirnya kondisi ini menimbulkan efek yang berbahaya yaitu kematian.² Penyakit ini dapat menyebabkan kematian pada 10% penderitanya.⁴

Defenisi

Defenisi anoreksia nervosa menurut DSM-IV adalah :³

1. Menolak mempertahankan berat badan pada atau diatas berat badan normal minimal menurut usia dan tinggi badan (misalnya, menurunkan berat badan untuk mempertahankan berat badan kurang dari 85% yang diharapkan; atau kegagalan untuk

- menaikkan berat badan yang diharapkan selama periode pertumbuhan, menyebabkan berat badan kurang dari 85% dari yang diharapkan).
2. Ketakutan yang kuat mengalami kenaikan berat badan atau menjadi gemuk, walaupun sesungguhnya memiliki berat badan kurang.
 3. Gangguan dalam cara memandang berat atau bentuk badannya sendiri; berat badan atau bentuk badan yang tidak pantas atas dasar pemeriksaan sendiri, atau menyangkal keseriusan berat badannya yang rendah.
 4. Pada wanita pascamenarki, amenore yaitu tidak ada sekurangnya tiga siklus menstruasi berturut-turut (seorang wanita dianggap mengalami amenore jika periodenya timbul hanya setelah pemberian hormon, misalnya, estrogen).

Epidemiologi

Gangguan makan dalam berbagai bentuk telah dilaporkan pada sampai 4% pelajar remaja dan dewasa muda. Sekitar 95% penderita adalah wanita, kelainan ini biasanya terjadi pada masa remaja dan terkadang pada masa dewasa. Biasanya menyerang orang-orang golongan social ekonomi menengah ke atas. Lebih sering pada Negara yang maju, dan mungkin ditemukan dengan frekuensi tertinggi pada wanita muda yang profesinya memerlukan kekurusan, seperti model dan penari balet.⁵

Etiologi

Faktor biologis, social, dan psikologis adalah terlibat dalam penyebab *anoreksia nervosa*.⁴

1. Faktor biologis

Kelaparan menyebabkan banyak perubahan biokimia, beberapa diantaranya juga ditemukan pada depresi, seperti hiperkortisolemia dan nonsupresi oleh deksametason. Terjadi penekanan fungsi tiroid, amenore, yang mencerminkan penurunan kadar hormonal. Kelainan tersebut dapat dikoreksi dengan pemberian makanan kembali.

2. Faktor sosial

Penderita menemukan dukungan untuk tindakan mereka dalam masyarakat yang menekankan kekurusan dan latihan. Tidak berkumpul dengan keluarga adalah spesifik pada anoreksia nervosa. Pasien dengan anoreksia nervosa kemungkinan memiliki riwayat keluarga depresi, ketergantungan alcohol, atau suatu gangguan makan.

3. Faktor psikologis dan psikodinamis

Anoreksia nervosa tampaknya merupakan suatu reaksi terhadap kebutuhan pada remaja untuk menjadi lebih mandiri dan meningkatkan fungsi social dan seksual. Biasanya mereka tidak mempunyai rasa otonomi dan kemandirian, biasanya tumbuh di bawah kendali orang tua. Kelaparan yang diciptakan sendiri (*self starvation*) mungkin merupakan usaha untuk meraih pengakuan sebagai orang yang unik dan khusus. Hanya melalui tindakan disiplin diri yang tidak lazim pasien anoreksia dapat mengembangkan rasa otonomi dan kemandirian.

Gambaran Klinis ⁶

Ada 2 macam subtype dari anoreksia nervosa yang didasarkan atas metode-metode yang digunakan untuk mengontrol berat badan, yaitu :

1. Mengontrol pengurangan berat badan dengan mengkonsumsi kalori yang sangat rendah dan olah raga.
2. Terkadang terjadi bulimia diantara jarak makan, dan kelaparan dengan mempunyai kebiasaan memuntahkan dan penggunaan laksan dan diuretic daripada menggunakan obat penurun berat badan.
3. Gejala klinis/symptom
 1. Gejala yang predominan adalah ketakutan yang sangat akan kenaikan berat badan, sampai terjadi phobia terhadap makanan. Ketakutan terhadap makanan disertai dengan penyalahertian dari *body image*; banyak pasien merasa diri mereka sangat gendut, walaupun sebenarnya mereka sangat kurus.
 2. Banyak penderita anoreksia nervosa mempunyai *obsessive compulsive behavior*, misalnya mereka sering sekali mencuci tangan berulang-ulang, pasien cenderung kaku dan

perfeksionis yang mengarahkan pada diagnosis gangguan kepribadian, seperti narcissisme, atau riwayat gangguan kepribadian.

3. Penyesuaian seksual yang buruk
4. Penderita *anoreksia nervosa* biasanya menunjukkan perilaku yang aneh tentang makanan, seperti menyembunyikan makanan, membawa makanan dalam kantong, saat makan mereka membuang makanan, memotong makanan menjadi potongan kecil-kecil.
5. Gangguan tidur dan gangguan depresi pada umumnya.
6. Muntah yang dipaksakan
7. Biasanya aktifitas dan program olah raga yang berlebihan

Tanda *Anoreksia nervosa*

2. Menyamarkan kekurusannya dengan baju dan make-up
3. Kulit kering dan rambut halus, dan alopesia ringan.
4. Subtype bulimia berat, seperti kehilangan enamel gigi karena asam lambung, ketika penderita muntah. Bahkan terdapat scar pada dorsum akibat jari-jari yang dimasukkan ke mulut untuk memaksakan muntah.
5. Hypokalemi dan kelainan EKG
6. Kelainan neurology (seperti *seizure dan neuropaty*) dan anemia yang berhubungan dengan kekurangan gizi dan kelaparan.

Diagnosis

Pedoman diagnostic *Anoreksia Nervosa* menurut PPDGJ-III adalah :⁷

- Mempunyai ciri khas gangguan adalah mengurangi berat badan dengan sengaja, dipacu dan atau dipertahankan oleh penderita.
- Untuk suatu diagnosis yang pasti dibutuhkan semua hal seperti di bawah ini, yaitu:
 - Berat badan tetap dipertahankan 15% di bawah yang seharusnya (baik yang berkurang maupun yang tidak tercapai) atau Quetelet's body mass index adalah 17,5% atau kurang.

- Berkurangnya berat badan dilakukan sendiri dengan menghindari makanan yang mengandung lemak dan salah satu hal di bawah ini :
 - Merangsang muntah oleh dirinya sendiri
 - Menggunakan pencabar
 - Olah raga berlebihan
 - Menggunakan obat penahan nafsu makan dan atau diuretika.
 - Terdapat distorsi body image dalam psikopatologi yang spesifik dimana ketakutan gemuk terus menerus menyerang penderita, penilaian yang berlebihan terhadap berat badan yang rendah.
 - Adanya gangguan endokrin yang meluas, melibatkan *hypothalamic-piyuitary-gonadal aksis*, dengan manifestasi pada wanita sebagai amenore dan pada pria suatu kehilangan minat dan potensi seksual. Juga dapat terjadi kenaikan hormon pertumbuhan, kortisol, perubahan metabolisme peripheral dari hormone tiroid, dan sekresi insulin abnormal.
 - Jika onset terjadinya pada masa prubertas, perkembangan prubertas tertunda atau dapat juga tertahan. Pada penyembuhan, prubertas kembali normal, tetapi menarche terlambat.

- Pemeriksaan patologi dan laboratorium, tidak ada tes laboratorium tunggal yang mutlak mambantu menegakan diagnosa *anoreksia nervosa*. Urutan uji saring laboratorium adalah diperlukan pada orang yang memenuhi criteria anoreksia nervosa. Tes tersebut dapat berupa elektrolit serum dan tes fungsi ginjal, tes glukosa, EKG, kadar kolesterol, test supresi deksametason, dan kadar karoten. Klinisi mungkin menemukan penurunan hormon tiroid, penurunan glukosa serum, nonsupresi kortisol setelah deksametason, hipokalemia, peningkatan nitrogen urea darah, dan hiperkolesterolemia.

Komplikasi Medis dari Anoreksia Nervosa

Berhubungan dengan penurunan berat badan :⁴

- a. Kaheksia : hilangnya lemak, massa otot, penurunan metabolisme tiroid (sindrom T3 rendah), intoleransi dingin, dan sulit mempertahankan temperatur inti tubuh.

- b. Jantung : hilangnya otot jantung, jantung kecil, aritmia jantung, termasuk kontraksi premature atrium dan ventrikel, perpanjangan transmisi berkas HIS (perpanjangan interval QT, bradikardia, takikardia ventricular, kematian mendadak.
- c. Pencernaan-gastrointestinal: perlambatan pengosongan lambung, kembung, konstipasi, nyeri abdomen.
- d. Reproduksi : Amenore, kadar leutenizing hormone (LH) dan follicle stimulating hormone (FSH) yang rendah.
- e. Dermatologis: lanugo (rambut halus tumbuh di seluruh tubuh), edema.
- f. Hematologys : leucopenia
- g. Neuropsikiatri : sensasi kecap yng abnormal (mungkin karena defisiensi dari seng), depresi apatetik, gangguan kognitif ringan.
- h. Metabolisme : kelainan elektrolit, terutama alkalosis hipokalemik, hipokloremik, dan hipomagnesimia.
- i. Gigi: erosi enamel gigi, terutama bagian depan, dengan dengan kerusakan gigi yang bersangkutan.
- j. Neuropsikiatrik : kejang (berhubungan dengan pergeseran cairan yang besar dan gangguan elektrolit), neuropati ringan, kelelahan, dan kelemahan, gangguan kognitif lainnya.

Diagnosa Banding

Diagnosis banding anoreksia nervosa adalah dipersulit oleh penyangkalan pasien tentang gejalanya, kerahasiaan di sekitar ritual makan pasien yang aneh dan penolakan pasien untuk mencari pengobatan. dibawah ini adalah diagnosis banding untuk anoreksia nervosa.⁴

1. *Anoreksia nervosa* harus dibedakan dengan dengan kekurangan pada umumnya, terlalu kurus, tetapi penurunan berat badannya kurang dari 15% berat badan normal. Pemikiran sekarang diperkirakan, bahwa anoreksia nervosa adalah gangguan yang khusus, dan tidak mencerminkan penurunan berat badan yang berlanjut.
2. Gangguan organic, seperti tumor otak yang melibatkan jaras hypothalamus-pituitary, penyakit Addison, Diabetes Mellitus, dan gangguan gastrointestinal.
3. Gangguan psikologi, pada umumnya pasien depresi mengalami suatu penurunan nafsu makan, sedangkan pada anoreksia nervosa mengaku memiliki nafsu makan yang

normal dan merasa lapar. Pada agitasi depresif, hiperaktifitas yang ditemukan pada anoreksia nervosa adalah direncanakan dan merupakan ritual. Preokupasi dengan makanan yang mengandung kalori, resep makanan dan persiapan pesta pencicipan makanan adalah tipikal pada pasien anoreksia nervosa dan tidak ditemukan pada penderita gangguan depresif. Dan pada pasien dengan gangguan depresif tidak memiliki ketakutan yang kuat akan kegemukan atau gangguan citra tubuh, seperti yang dimiliki oleh pasien anoreksia nervosa.

4. Sekitar 50% penderita anoreksia nervosa ditemui kriteria untuk diagnosis tersangka bulimia, dinamakan *bulimarexia* atau bulimia nervosa sebagai variasi dari penyakit.

Terapi

Mengingat implikasi psikologi dan medis *anoreksia nervosa* yang sulit, suatu rencana pengobatan harus menyeluruh, termasuk perawatan di rumah sakit jika diperlukan dan terapi individual serta keluarga adalah dianjurkan. Pendekatan perilaku, interpersonal, dan kognitif pada beberapa kasus medikasi harus dipertimbangkan.^{4,5,6}

1. Perawatan di rumah sakit. Clinical harus memutuskan pasien mana yang harus diberi perawatan di rumah sakit, dan yang tidak harus.
 1. Kehilangan energi yang banyak, pada umumnya, pasien *anoreksia nervosa* yang berada 20% di bawah berat badan yang diharapkan untuk tinggi badannya adalah dianjurkan untuk program rawat inap, dan pasien yang berada 30% di bawah berat badan yang diharapkan memerlukan perawatan rumah sakit psikiatrik yang terentang dari dua sampai 6 bulan..
 2. Hypokalemi (<3 meq/L) atau EKG mengalami perubahan akibat meningkatnya potassium.
 3. Lingkaran muntah, dan pengurangan makanan yang tidak dapat diputuskan.
 4. *Assessment* yang berhati-hati dan penatalaksanaan masalah kesehatan dan gangguan kejiwaan lainnya.
 5. Modifikasi perilaku lainnya untuk usaha peningkatan berat badan, seperti :
 1. Tirah baring dengan pengawasan konsumsi makanan sebagai langkah awal untuk setiap pasien. Frekuensi pemberian makan 5-6 kali, dengan kalori 1500 – 2000 kalori yang ditingkatkan secara bertahap, biasanya

diberikan makanan yang sama selama sehari sehingga pasien tidak mengkonsumsi makanan dalam jumlah yang besar sekali makan.

2. Keinginan untuk menaikkan berat badan harus disesuaikan dengan pendidikan pasien
3. Setiap pagi pasien harus ditimbang setiap pagi, setelah mengosongkan kandung kemihnya dan sebelum sarapan
4. Mengkuatkan kembali keinginan pasien untuk meningkatkan berat badannya.
5. Jika pasien tidak lagi tirah baring, pasien harus diawasi selama 2 jam setelah makan. Hal ini dilakukan agar pasien tidak memuntahkan makanannya.
6. Pemberian makan secara paksa dilakukan jika pasien mengalami penurunan berat badan yang drastic, dan membahayakan jiwa pasien.
7. *Cyproheptadine hydrochloride*, merupakan antagonis antihistamine dan serotonin, telah terbukti efektif sebagai stimulus untuk pasien anoreksia nervosa yang mempunyai sedikit efek samping. Dosis harian adalah 8mg peroral dan dinaikan 32mg/hari pada akhir minggu kedua.
8. *Amitrypline*, dimulai dengan dosis 50mg/hari dan dinaikan perlahan-lahan sampai 150mh/hari. Obat ini terbukti bermanfaat untuk pasien anoreksia nervosa, biasanya pasien mengalami panaan berat badan, biasanya digunakan untuk pasien dengan gangguan depresi.
9. *Alprazolam*, 0,25mg, setiap 1 jam sebelum makan, diperuntukan untuk pasien yang mengalami anxietas yang berat.

BULIMIA NERVOSA

Bulimia nervosa (BN) digambarkan dengan episode berulang makan berlebihan (*binge eating*) dan kemudian dengan perlakuan kompensatori (muntah, berpuasa, beriadah, atau kombinasinya). Makan berlebihan disertai dengan perasaan subjektif kehilangan kawalan ketika makan. Muntah yang dilakukan secara sengaja atau beriadah secara berlebihan, serta penyalahgunaan pencahar, diuretik, amfetamin dan tiroksin juga boleh terjadi. ⁶

DSM-IV membagikan BN kepada dua bentuk yaitu purging dan nonpurging. Pada tipe *purging*, individu tersebut memuntahkan kembali makanan secara sengaja atau menyalahgunakan obat pencahar, diuretik atau enema. Pada tipe *nonpurging*, individu

tersebut menggunakan cara lain selain cara yang digunakan pada tipe purging, seperti berpuasa atau beriadah secara berlebihan.

Epidemiologi

Studi epidemiologi tentang gangguan makan berdasarkan populasi, mengungkapkan bahwa prevalensi bulimia nervosa pada remaja telah meningkat dalam beberapa dekade terakhir. Diperkirakan bahwa bulimia memiliki tingkat prevalensi sekitar 1,1% pada anak perempuan dan 0,2% pada anak laki. Pada pengamatan klinis bahwa kebanyakan pasien dengan bulimia sering terjadi pada wanita remaja atau usia sekolah. Di Amerika Serikat, bulimia diduga mempengaruhi 3-5% dari seluruh penduduk, dengan prevalensi pada wanita umur sekolah dilaporkan setinggi 19%. Sekali lagi, karena sifat rahasia dari gangguan dan keengganan perempuan muda untuk mencari pengobatan, angka pastinya sulit untuk diukur.⁷

Etiologi dan Faktor Resiko

Faktor risiko untuk terjadinya BN antara lain ialah faktor familial seperti obesitas pada orang tua, gangguan afek, dan kritikan dari keluarga tentang berat badan atau kebiasaan makan. Terdapat juga kerentanan genetik pada anak kembar untuk mengalami BN tetapi bagaimana hal ini terjadi tidak begitu jelas.⁸

Gambaran klinis

Komplikasi fisik BN termasuk kelelahan sebagai akibat dehidrasi, gangguan pencernaan yang disebabkan oleh muntah dan penyalahgunaan pencahar, menstruasi yang tidak teratur dan masalah gangguan kesuburan, dan masalah jantung yang diakibatkan oleh penyalahgunaan ipecac. Perlu diberi perhatian jika terdapat pembengkakan kelenjar liur yang disebabkan oleh muntah-muntah dan erosi enamel yang diakibatkan oleh regurgitasi asam lambung.⁹

Disebabkan oleh perbuatan muntah yang berulang, individu tersebut mengalami ketidakseimbangan elektrolit seperti, hipokalemia, hipokloremia, dan hiponatremia, dan juga boleh menyebabkan alkalosis. Penggunaan pencahar yang berulang boleh menyebabkan asidosis metabolik yang ringan.¹⁰

Gangguan *mood* adalah sering pada pasien dengan BN. Kecemasan (*anxiety*) dan tegang (*tension*) sering dialami. Kebanyakan pasien dengan BN mengalami depresi ringan dan sesetengah mengalami gangguan *mood* dan perilaku yang serius seperti cobaan membunuh diri dan penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan terlarang. Biasanya, pasien

dengan BN merasa malu dengan perbuatannya sendiri dan cenderung untuk merahasiakannya daripada keluarga dan teman-teman.¹⁰

Diagnosis

Diagnosis BN menggunakan kriteria diagnostik yang dikemukakan oleh DSM-IV. Kriteria diagnostik BN ialah;

- a. Episode makan berlebihan yang berulang yang dikarakteristikan dengan konsumsi sejumlah besar makanan dalam waktu yang singkat (selalunya kurang daripada 2 jam) dan perasaan untuk makan tidak terkontrol.
- b. Perilaku kompensasi makan berlebihan yang berulang, seperti memuntahkan kembali, penggunaan pencahar, berdiet keras atau berpuasa secara berlebihan sebagai melawan perbuatan makan berlebihan.
- c. Perbuatan a dan b telah berlangsung sebanyak sekurang-kurangnya 2 kali/minggu selama sekurang-kurangnya 3 bulan.
- d. Perhatian yang berlebihan terhadap bentuk dan berat badan.

Terapi

Untuk mengurangi dan mengeliminasi perilaku makan/muntah, individu tersebut perlu menjalani kaunseling gizi dan psikoterapi, terutama terapi perilaku kognitif (*cognitive behavioral therapy* (CBT)) atau diberi pengobatan seperti antidepresan seperti fluoksetin, yang merupakan satu-satunya obat yang dibenarkan oleh *Food and Drug Administration* untuk mengobati BN (11). CBT merupakan pengobatan psikologis jangka pendek (4-6 bulan) yang berfokus pada perhatian berlebihan pada bentuk dan berat badan, diet yang persisten dan perilaku makan/muntah yang menggambarkan gangguan ini (10).

IV.6 Prognosis

Prognosis BN lebih baik daripada prognosis AN. Mortalitas yang rendah, dan penyembuhan sempurna bisa terjadi pada 50% dalam masa 10 tahun. Kira-kira 25% pasien mengalami simptom BN yang persisten dan ada yang beralih dari BN menjadi AN.

BINGE EATING DISORDER

Gangguan makan berlebihan (BED) adalah gangguan makan yang ditandai dengan episode berulang dari makan sejumlah besar makanan (sering sangat cepat dan ke titik

ketidak nyamanan); perasaan kehilangan kontrol selama makan tersebut; mengalami rasa malu, tertekan atau bersalah setelah itu; dan tidak teratur menggunakan langkah-langkah kompensasi yang tidak sehat. Menurut DSM-IV, kriteria *binge-eating disorder* (BED) memerlukan komponen episode makan berlebihan, sama seperti BN, tetapi yang membedakan BED dengan BN ialah BED tidak melibatkan perbuatan untuk melawan perilaku makan berlebihan, seperti memuntahkan kembali makanan, penggunaan pencahar dan beriadah berlebihan.^{12,13}

Pada DSM-V, yang dirilis Mei 2013, *binge-eating disorder* (BED) telah dimasukkan sebagai suatu diagnose gangguan makan. Pada DSM-IV *binge-eating disorder* (BED) tersebut dimasukkan dalam subkategori Gangguan Makan Tidak Dinyatakan Tertentu (EDNOS).

BED adalah gangguan makan yang paling umum di Amerika Serikat, yang mempengaruhi 3,5% wanita, 2% dari laki-laki, 1 dan sampai 1,6% dari adolescents.¹⁴

Manifestasi Klinik dan Kriteria Diagnostik.¹⁵

DSM-V, yang diterbitkan pada tahun 2013, kriteria diagnostic dari BED adalah:

<p>A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most people would eat in a similar period of time under similar circumstances. ○ A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).
<p>B. The binge eating episodes are associated with three (or more) of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eating much more rapidly than normal. ○ Eating until feeling uncomfortably full. ○ Eating large amounts of food when not feeling physically hungry. ○ Eating alone because of feeling embarrassed by how much one is eating. ○ Feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty afterward.
<p>C. Marked distress regarding binge eating is present.</p>
<p>D. The binge eating occurs, on average, at least once a week for 3 months.</p>
<p>E. The binge eating is not associated with the recurrent use of inappropriate compensatory behaviors (e.g., purging) as in bulimia nervosa and does not occur exclusively during the course of bulimia nervosa or anorexia nervosa.</p>

Karakteristik BED ¹⁴

Individu dengan BED mungkin menampilkan beberapa karakteristik perilaku, emosional dan fisik di bawah ini. Tidak setiap orang yang menderita BED akan menampilkan semua karakteristik yang terkait, dan tidak setiap orang menampilkan karakteristik ini menderita BED, tetapi ini dapat digunakan sebagai titik referensi untuk memahami BED kecenderungan dan perilaku.

Karakteristik perilaku

- Bukti BED, termasuk hilangnya sejumlah besar makanan dalam periode waktu yang singkat atau banyak bungkus kosong yang menunjukkan konsumsi sejumlah besar makanan.
- perilaku makanan Secretive, termasuk makan diam-diam (misalnya, makan sendirian atau di dalam mobil, bersembunyi pembungkus) dan mencuri, bersembunyi, atau penimbunan makanan.
- Gangguan dalam perilaku makan normal, termasuk makan sepanjang hari dengan tidak ada waktu makan direncanakan; melewati makan atau mengambil porsi kecil makanan saat makan teratur; terlibat dalam puasa sporadis atau diet berulang; dan mengembangkan ritual makanan (misalnya, hanya makan makanan atau makanan kelompok tertentu [misalnya, bumbu], mengunyah berlebihan, tidak membiarkan makanan menyentuh).
- Dapat melibatkan pembatasan ekstrim dan kekakuan dengan makanan dan diet periodik dan / atau puasa.
- Memiliki periode yang tidak terkendali, impulsif, atau terus-menerus makan di luar titik perasaan tidak nyaman penuh, tetapi tidak membersihkan.
- Membuat jadwal gaya hidup atau ritual untuk membuat waktu untuk sesi pesta

Karakteristik emosional dan Mental

- Mengalami perasaan marah, kecemasan, tidak berharga, atau malu sebelum makan. Memulai pesta merupakan sarana untuk melepaskan ketegangan atau mematikan perasaan negatif.
- kondisi Co-terjadi seperti depresi dapat hadir. Mereka yang BED mungkin juga mengalami isolasi sosial, kemurungan, dan mudah tersinggung.

- Merasa jijik tentang ukuran tubuh seseorang. Mereka dengan BED mungkin telah menggoda tentang tubuh mereka saat tumbuh dewasa.
- Menghindari konflik; mencoba untuk "menjaga perdamaian."
- pola pikir tertentu dan tipe kepribadian berhubungan dengan gangguan pesta makan.

Ini termasuk:

- kaku dan tidak fleksibel "semua atau tidak" berpikir
- Sebuah kebutuhan yang kuat untuk mengendalikan
- Kesulitan mengekspresikan perasaan dan kebutuhan
- kecenderungan perfeksionis
- Bekerja keras untuk menyenangkan orang lain

Karakter fisik

- Berat badan bervariasi dari normal obesitas ringan, sedang, atau berat.
- Berat badan mungkin atau mungkin tidak terkait dengan BED. Hal ini penting untuk dicatat bahwa sementara ada korelasi antara tidur dan berat badan, tidak semua orang yang kelebihan berat badan atau memiliki binge BED.

Terapi BED ^{14.16}

Terapi berbasis bukti yang efektif dan tersedia untuk BED, meliputi terapi kognitif perilaku (CBT), terapi interpersonal (IPT), terapi perilaku dialektis (DBT), dan farmakoterapi. Semua perawatan harus dievaluasi dalam matriks risiko, manfaat, dan alternatif.

Eating Attitudes Test (EAT-26)

Apabila melakukan skrining gangguan makan, tidak diperlukan untuk menentukan diagnosis sebenar. Tujuan skrining ialah untuk mengidentifikasi individu-individu yang cenderung mempunyai gangguan terhadap corak makannya dan memerlukan pemeriksaan yang lebih lanjut.¹⁷

Untuk melakukan skrining gangguan makan, pengukuran skrining yang digunakan secara meluas ialah *Eating Attitudes Test (EAT-26)*. EAT-26 tidak digunakan untuk mendiagnosis gangguan makan, tetapi hanya untuk keperluan skrining. EAT-26 telah digunakan sebagai alat skrining untuk menilai risiko gangguan makan di sekolah dan sampel berisiko seperti atlet. EAT-26 dapat membedakan penderita dengan AN, BN, dan BED daripada kontrol. Walaupun EAT-26 tidak dapat membedakan penderita AN dengan penderita BN, ia dapat membedakan penderita AN dan BN daripada penderita BED.

11. Am preoccupied with a desire to be thinner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Think about burning up calories when I exercise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Other people think that I am too thin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Am preoccupied with the thought of having fat on my body	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. take longer than others to eat my meals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Avoid food with sugar in them	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Eat diet foods	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Feel that food controls my life	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Display self-control around food	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Feel that others pressure me to eat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Give too much time and thought to food	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Feel uncomfortable after eating sweets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Engage in dieting behavior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Like my stomach to empty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. have the impulse to vomit after meals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Enjoy trying new rich foods	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Part C: Behavioral Questions: In the past 6 months have you:	Never	Once a month or less	2-3 times a week	On a week	2-6 times a week	Once a day or more
A. Gone on eating binges where you feel that you may not be able to stop?*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Ever made yourself sick (vomited) to control your weight or shape?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Ever used laxatives, diet pills or diuretics (water pills) to control your weight or shape?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. Exercised more than 60 minutes a day to lose or to control your weight?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Lost 20 pounds or more in the past 6 months	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*Defined as eating much more than most people would under the same circumstances and feeling that eating is out of control						

Daftar Pustaka

1. Youn Joo Songa, Jung-HyunLeea, Young-ChulJungb. Chewing and spitting out food as a compensatory behavior in patients with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*: 62 (2015) 147–151.
2. Wilfley Denise E., Monica E. Bishop, G. Terence Wilson, W. Stewart Agras. Classification of Eating Disorders: Toward DSM-V. *Int J Eat Disord* 2007; 40:S123–S129
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington (DC): APA; 2000
4. Fo'cker M., Knoll S., Hebebrand J. Anorexia nervosa: *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2013) 22 (Suppl 1):S29–S35

5. Academy for Eating Disorder, 2006. *Prevalence of Eating Disorders*. Austria: Academy for Eating Disorder. Available from : http://www.aedweb.org/eating_disorders/prevalence.cfm
6. Chavez, M., Insel, T.R., 2007. Eating Disorders: National Institute of Mental Health's Perspective. *American Psychology*, 62(3): 159-166.
7. Flament, M; Ledoux, S; Jeammet, P; Choquet, M; Simon, Y: A population study of bulimia nervosa and subclinical eating disorders in adolescence. In: Steinhausen, HC (ed): *Eating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia Nervosa*. 21-36. DeGruyter, New York 1995.
8. Fichter, M; Quadflieg, N: The structured interview for anorexic and bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX): reliability and validity. *European Psychiatry* 16,38-48, 2001.
9. Tsuboi, K., 2005. Eating Disorders in Adolescence and Their Implications. *Japan of Japan Medical Association* 48(3): 123-129.
10. Walsh, B. T., 2008. Eating Disorders, in: Fauci, A. S., Kasper, D. L., Longo, D. L., Braunwald, E., Hauser, S. L., Jameson, J. L., Loscalzo, J., ed. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. USA: McGraw-Hill Companies, Inc., 473-477.
11. National Collaborating Centre for Mental Health, 2004. *Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. The British Psychological Society and Gaskell.
12. APA (2013a) *Feeding and Eating Disorders*. American Psychiatric Association.
13. APA (2013b) *Desk reference to the diagnostic criteria for DSM-V*. American Psychiatric Association.
14. Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G. et al. (2007)The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol.Psychiatry*, 61, 348–358.
15. Myers, L.L.,Wiman, A.M. (2014) Binge eating disorder: A review of a new DSM diagnosis. *Research on Social Work Practice*, 24(1), 86-95.
16. Aigner M., Treasure J., Kaye W., Kasper S. Guidelines World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Eating Disorders: *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2011; 12: 400–443
17. Anderson, D. A., Lundgren, J. D., Shapiro, J. R., Paulosky, C. A., 2004. Assessment of Eating Disorders: Review and Recommendations for Clinical Use. *Behavior Modification* 763-782.