HUBUNGAN POLA MAKAN DAN PENGETAHUAN MENGENAI GASTRITIS AKUT TERHADAP STATUS GIZI PADA SISWI SMA X

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

(MELLYSA HENGGAR RATNASARI, NIM 030002300058)

PROGRAM SARJANA KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JUNI 2026

Bidang Ilmu : Gizi

PROPOSAL SKRIPSI

JUDUL

HUBUNGAN POLA MAKAN DAN PENGETAHUAN MENGENAI GASTRITIS AKUT TERHADAP STATUS GIZI PADA SISWI SMA X

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

(MELLYSA HENGGAR RATNASARI, 030002300058)

PROGRAM SARJANA KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JUNI 2026

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

Judul:

HUBUNGAN POLA MAKAN DAN PENGETAHUAN MENGENAI GASTRITIS AKUT TERHADAP STATUS GIZI PADA SISWI SMA X

Mellysa Henggar Ratnasari

NIM 030002300058

Telah disetujui untuk diuji dihadapan

Tim Penguji Proposal Skripsi

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari ……., Tanggal ……..….. 2026

Pembimbing



dr. David Tjahyadi, M.Kes

NIK: 2515/USAKTI

PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul:

HUBUNGAN POLA MAKAN DAN PENGETAHUAN MENGENAI GASTRITIS AKUT TERHADAP STATUS GIZI PADA SISWI SMA X

Nama mahasiswa: Mellysa Henggar Ratnasari

NIM : 030002300058

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari ..... , Tanggal 2026

Ketua Penguji

Nama : …….. …….

NIK : ...../USAKTI

Anggota Penguji I

Nama : …….. .....

NIK : ……/USAKTI

Anggota Penguji II

Nama : ....

NIK : ...../USAKTI

Jakarta, ...2026

Dekan FK Ttisakti

Dr.dr.Yenny,Sp.FK.

NIK:2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Mellysa Henggar Ratnasari
NIM	: 030.23.058
Program Studi	: Kedokteran
Alamat Korespondensi	:Dk. Candi, Desa Candi, RT 02/RW 06, Kecamatan Ampel, Kabupaten Boyolali, Jawa Tengah.
Telepon / *mobile*	: 081567929505
E-mail	: 030002300058@std.trisakti.ac.id
Judul proposal skripsi	: Hubungan Pola Makan dan Pengetahuan Mengenai Gastritis Akut Terhadap Status Gizi pada Siswi SMA X

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Proposal skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan proposal skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 18 Juni 2026



Mellysa Henggar Ratnasari

NIM 030002300058

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL..... i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING…….....ii
HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI DAN DEKAN ..... …..iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI..... …..iv
DAFTAR ISI..... …..v
DAFTAR TABEL..... ….vii
DAFTAR GAMBAR..... …viii
DAFTAR LAMPIRAN..... …..ix
DAFTAR ARTI SINGKATAN..... …..x
BAB I PENDAHULUAN..... …..1
1.1 Latar belakang..... …..1
1.2 Perumusan masalah…….....3
1.3 Tujuan…….....4
1.3.1 Tujuan umum…….....4
1.3.2 Tujuan khusus…….....4
1.4 Hipotesis.....4
1.5 Manfaat.....5
BAB II RINGKASAN PUSTAKA, TINJAUAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI ..... ….5
2.1 Tinjauan pustaka..... ….5
2.1.1.1 Definisi status gizi..... ….5
2.1.1.2 Definisi gizi..... ….5
2.1.1.3 Epidemiologi status gizi..... ….6
2.1.1.4 Etiologi masalah status gizi..... ….7
2.1.1.5 Faktor risiko yang memengaruhi status gizi……...8
2.1.1.6 Cara menilai status gizi pada remaja..... ….8
2.1.1.7 Kriteria diagnosis status gizi pada remaja…..…..….....9
2.1.1.8 Tatalaksana masalah status gizi..... …10
2.1.1.9 Edukasi dan pencegahan mengenai status gizi..... …11
2.1.2.1 Definisi pengetahuan mengenai gastritis akut..... …11
2.1.2.2 Faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan mengenai gastritis akut 11
2.1.3.1 Definisi dan teori pengetahuan ..... …12
2.1.4.1 Teori gastritis akut.....…….....13
2.1.5.1 Definisi pola makan..... …14
2.1.5.2 Faktor-faktor yang memengaruhi pola makan 15
2.1.5.3 Instrumen penelitian untuk mengukur pola makan ..... …15
2.1.6.1 Definisi remaja.....…….....15
2.1.7.1 Hubungan antar variabel.....…….....15
2.2 Ringkasan pustaka..... …17
2.3 Kerangka teori..... …20

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 22
3.1 Kerangka konsep 22
3.2. Definisi operasional……..22
BAB IV METODE 25
4.1 Desain 25
4.2 Lokasi dan waktu 25
4.3 Populasi dan subjek 26
4.3.1 Populasi 26
4.3.1.1 Populasi target 26
4.3.1.2 Populasi terjangkau 26
4.3.1.3 Subjek 26
4.3.1.3.1 Kriteria pemilihan subjek……...26
4.3.1.3.2 Perhitungan jumlah subjek…….26
4.4 Bahan dan instrumen 26
4.5 Analisis statistik 26
4.5.1 Analisis univariat 26
4.5.2 Analisis bivariat 26
4.5.3 Analisis Chi-square 26
4.6 Alur kerja penelitian 30
4.7 Etika penelitian 31
4.8 Penjadwalan penelitian 31
DAFTAR PUSTAKA 33
LAMPIRAN 36

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan pustaka…….....17
Tabel 2.Definisi operasional.....22
Tabel 3.Penjadwalan pelaksanaan penelitian 31

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori…….…….....20
Gambar 2. Kerangka konsep 21
Gambar 3. Alur kerja penelitian 30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Tabel Distribusi karakteristik subjek studi (n= 92)

Lampiran 2. Hubungan Pola Makan dan Pengetahuan mengenai Gastritis Akut pada Siswi SMA X (n = 92)

Lampiran 3. *Informed consent*

Lampiran 4. Formulir persetujuan

Lampiran 5.1. Kuesioner Pengetahuan mengenai gastritis akut

Lampiran 5.2 Tabel IMT untuk Perempuan usia 5-18 tahun dari Permenkes 2 tahun 2020

Lampiran 5.3 Tabel IMT untuk Perempuan usia 5-18 tahun dari Permenkes 2 tahun 2020

DAFTAR ARTI SINGKATAN

ASI	Air Susu Ibu
BB	Berat Badan
H2	Reseptor Histamin 2
HBM	*Health Belief Model*
IMT	Indeks Massa Tubuh
MPASI	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
OAINS	Obat Antiinflamasi Nonsteroid
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PPI	*Protein Pump Inhibitor*
Riskesdas	Riset kesehatan Indonesia
SKI	Survei Kesehatan Indonesia
FFQ	*Food Frequency Questionnaire*
SSGI	Survei Status Gizi Indonesia
TB	Tinggi Badan
TPB	Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
WHO	*World Health Organization*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) merupakan agenda global yang dicanangkan oleh PBB meliputi 17 tujuan untuk mempromosikan pembangunan yang berkelanjutan di seluruh dunia dan mengatasi tantangan seperti kemiskinan, kelaparan, penyakit, perubahan iklim, dan sebagainya[(1)]. Tiga di antara 17 tujuan tersebut yakni TPB 2 (Nol Kelaparan), TPB 3 (Kehidupan Sehat dan Sejahtera), dan TPB 4 (Pendidikan Berkualitas) berkaitan erat dengan kualitas pertumbuhan dan perkembangan masa remaja. Remaja kelak menjadi cikal bakal penerus bangsa, menggantikan generasi sebelumnya. Remaja memerlukan kondisi tubuh yang sehat dan asupan nutrisi yang memadai guna mengenyam pendidikan dengan baik dan menerapkan pengetahuan yang didapat. Pengetahuan yang didapat dari pendidikan nantinya akan bermanfaat bagi dirinya, dan dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup, memeroleh stabilitas finansial, serta berkontribusi ke bangsa dan negara. Maka dari itu, aspek kesehatan remaja harus diperhatikan dalam meraih kesuksesan dari 17 poin TPB ini[(2)].

Remaja merupakan usia di mana terjadi transisi atau peralihan dari masa kanak-kanak ke dewasa. *World Health Organization*(WHO) mendefinisikan remaja sebagai individu yang berusia di antara 10 hingga 19 tahun. Masa remaja ditandai dengan pertumbuhan dan perkembangan fisik, ciri seks sekunder, proses kognitif, dan emosional[(3)]. Oleh karenanya, dalam pertumbuhan dan perkembangan remaja, penting untuk memenuhi nutrisi mereka supaya tidak menghambat proses krusial tersebut, mengingat nutrisi yang masuk ke dalam tubuh digunakan sebagai energi dan membantu pembentukan sel-sel baru serta hormon dalam tubuh. Dalam menilai cukup atau tidaknya asupan gizi yang masuk tersebut, maka status gizi digunakan sebagai parameter[(4)].

Status gizi merupakan keadaan di mana terdapat keseimbangan antara asupan gizi yang diterima tubuh dengan kebutuhan tubuh akan gizi itu

sendiri[5]. Status gizi dapat diukur secara kuantitatif menggunakan antropometri, meliputi pengukuran lingkar kepala, lingkar lengan atas, berat badan, tinggi badan, tebal lipatan kulit, hingga Indeks Massa Tubuh (IMT). Bagi bayi dan anak-anak usia di bawah 2 tahun, maka digunakan pengukuran lingkar kepala, panjang badan, dan berat badan menurut umur. Sedangkan pada anak-anak berusia di atas 2 tahun, dianjurkan menggunakan IMT menurut umur(IMT/U) sebagai pengukuran status gizi. Pada usia remaja, hasil IMT/U kemudian dicocokkan dengan kriteria Permenkes No. 2 Tahun 2020[6], meliputi gizi buruk(*severely thinness*), gizi kurang(*thinness*), gizi normal(*normal*), gizi lebih(*overweight*), dan obesitas(*obesity*).

World Health Organization (WHO) pada tahun 2022, mencatat bahwa terdapat 19% remaja perempuan mengalami *overweight* secara global, sementara 8% anak dan remaja hidup dengan obesitas (lebih dari 160 juta orang), naik dari hanya 2% pada 1990. Prevalensi *overweight* (termasuk obesitas) pada anak dan remaja usia 5-19 tahun naik drastis dari 8% (1990) menjadi 20% (2022), dengan total lebih dari 390 juta anak dan remaja 5-19 tahun mengalami *overweight* pada 2022. Sedangkan, menurut data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023[7], prevalensi status gizi (IMT/U) pada remaja usia 16 - 18 tahun di Indonesia di antaranya *underweight* (6,6%), *normal* (79,6%), *overweight* (8,8%), dan *obese* (3,3%). Angka prevalensi status gizi normal tersebut mengalami peningkatan dibanding pada Riskesdas 2018, yaitu status gizi normal pada remaja usia 16-18 tahun adalah sebesar 78,3%. Sedangkan untuk *underweight*(6,7%), *overweight*(9,5%), dan *obese*(4,0%) mengalami penurunan.

DKI Jakarta sendiri memiliki proporsi remaja berstatus gizi normal yang lebih rendah dibanding rata-rata nasional, yaitu hanya 73,2% pada kelompok usia 16-18 tahun. Selain itu, prevalensi gizi kurang mencapai 7,6% dan gizi lebih sebesar 19,2%[8]. Status gizi remaja di Jakarta Barat cenderung lebih bermasalah dibanding Jakarta Selatan, dengan prevalensi kurus mencapai 17,6% dan obesitas sangat tinggi di 21,6% (total *overweight* dan obesitas 29,6%) berdasarkan studi SMA Al-Kamal tahun 2025[9].

Faktor-faktor yang memengaruhi status gizi di antaranya ialah usia, jenis kelamin, pola makan, pengetahuan mengenai gizi, kemampuan ekonomi, dan aktivitas fisik[10].

Pola makan adalah kebiasaan dan perilaku individu dalam mengatur waktu dan jenis, jumlah, dan kombinasi makanan yang dikonsumsi untuk mendapatkan sumber energi yang dibutuhkan individu[11]. Pola makan pada remaja perlu diperhatikan mengingat bermunculannya varian makanan tidak sehat dan minim nutrisi yang esensial bagi tubuh, serta rendahnya kesadaran remaja yang akan pentingnya kecukupan nutrisi bagi tubuh mereka.

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Elda F, *et al*.[12] dan Amelia, *et al*[13] menunjukkan adanya hubungan signifikan antara pola makan terhadap status gizi dengan *p-value*=0,049 dan *p-value*=0,023. Sedangkan, penelitian yang dilakukan oleh Najibah, *et al*.[14] dan Rahayu, *et al*.[15] menunjukkan tidak ada hubungan antara pola makan dengan status gizi, dengan *p-value* masing-masing senilai p=0,413 dan p=0,423. Kemudian, pada variabel pengetahuan mengenai gastritis akut, ditemukan penelitian mengenai adanya hubungan pengetahuan mengenai gastritis akut terhadap perilaku pencegahan gastritis akut, yakni penelitian yang dilakukan oleh Andari W, *et al.*[16] dengan *p-value*=0,029. Perilaku pencegahan gastritis berhubungan dengan pola makan pada penelitian Listiansyah *et al*[17].dengan p-value 0,000. Pola makan selanjutnya memiliki hubungan dengan status gizi , berdasarkan penelitian Elda F, et al. dan Amelia, et al.

Hasil studi-studi yang dilakukan sebelumnya memiliki inkonsistensi hasil antara hubungan pola makan terhadap status gizi, serta kurang menyebutkan hubungan langsung antara pengetahuan gastritis akut dengan status gizi siswi SMA. Dan karena terdapat perbedaan prevalensi di daerah Jakarta berdasarkan penelitian-penelitian yang dilakukan sebelumnya, khususnya Jakarta Barat, serta *research gap* dari studi sebelumnya, maka saya tertarik untuk melakukan penelitian ini.

Fokus penelitian ini adalah meneliti apakah kedua hal tersebut berhubungan atau tidak dengan status gizi pada siswi SMA X. Dan bila berhubungan,

seberapa erat/signifikan hubungan antara pola makan dan pengetahuan mengenai gastritis akut dengan status gizi siswi SMA X tersebut.

1.2 Perumusan masalah

Apakah terdapat hubungan antara pola makan dan pengetahuan mengenai gastritis akut terhadap status gizi pada siswi SMA X?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk meningkatkan status gizi pada siswi SMA X dengan menentukan hubungan antara pola makan dan pengetahuan mengenai gastritis akut dengan status gizi pada siswi SMA X.

1.3.2 Tujuan khusus

- Untuk menentukan proporsi pengetahuan mengenai gastritis akut siswi SMA X
- Untuk menentukan proporsi pola makan pada siswi SMA X
- Untuk menentukan proporsi status gizi pada siswi SMA X
- Untuk menentukan hubungan antara pola makan dengan status gizi siswi SMA X
- Untuk menentukan hubungan antara pengetahuan mengenai gastritis akut dengan status gizi siswi SMA X

1.4 Hipotesis

- Pola makan berhubungan dengan status gizi pada siswi SMA X
- Pengetahuan mengenai gastritis akut berhubungan dengan status gizi pada siswi SMA X

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Diharapkan penelitian ini dapat menambah referensi untuk peneliti selanjutnya dan mengembangkan wawasan baru mengenai pentingnya menjaga pola makan dan mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang gastritis akut, dengan status gizi remaja.

1.5.2 Bagi profesi/institusi

Diharapkan penelitian ini dapat memperkaya wawasan sejawat dan meningkatkan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan, khususnya para dokter dalam mengedukasi masyarakat.

1.5.3 Bagi masyarakat

Diharapkan penelitian ini membantu masyarakat dalam meningkatkan kesehatan kolektif dan kesadaran akan pentingnya mengedukasi diri dan sekitar tentang menjaga pola makan dan meningkatkan pengetahuan gastritis akut guna status gizi yang lebih baik.

BAB II

TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1.1 Definisi status gizi

Status gizi merupakan suatu deskripsi atau gambaran mengenai kondisi tubuh individu setelah menerima asupan nutrisi (*nutritional intake*) dari makanan yang dikonsumsi, yang kemudian dibandingkan dengan kebutuhan tubuh itu sendiri[11].

Menurut Permenkes No. 2 Tahun 2020, status gizi remaja dikategorikan menjadi gizi buruk(*severely thinness*), gizi kurang(*thinness*), gizi baik(*normal*), gizi lebih(*overweight*), dan obesitas(*obesity*)[6].

2.1.1.2 Definisi gizi

Gizi atau nutrisi merupakan unsur-unsur yang diperoleh dari hasil pencernaan makanan oleh organisme yang kemudian unsur-unsur tersebut berguna untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan organisme melalui proses kimiawi dalam tubuh[19]. Gizi begitu penting dalam kehidupan manusia karena tanpa gizi yang seimbang, maka bisa mengganggu metabolisme tubuh dan menyebabkan penyakit. Menurut Abadi *et al*.[20], makna gizi tak hanya terbatas pada makanan yang dikonsumsi saja, tetapi juga berkaitan dengan aspek kehidupan lainnya seperti ekonomi, budaya, tingkat pendidikan, dan sebagainya. Pendapatan yang rendah cenderung memengaruhi pilihan pangan dan membuat individu tidak mematuhi rekomendasi asupan gizi yang dibutuhkan.

Zat gizi dibagi menjadi dua jenis, yakni makronutrien dan mikronutrien. Makronutrien adalah zat gizi yang diperlukan dalam jumlah yang besar, misalnya karbohidrat, protein, dan lemak. Makronutrien membantu tubuh dalam proses metabolisme seperti menyediakan energi, membangun jaringan tubuh, dan memproduksi hormon[21]. Sedangkan mikronutrien merupakan zat gizi yang diperlukan dengan jumlah yang lebih sedikit dibandingkan makronutrien. Contoh dari mikronutrien ialah antioksidan, mineral, dan vitamin. Mikronutrien berfungsi untuk membantu kerja enzim, memproduksi hormon, serta menguatkan kekebalan tubuh[21].

Baik makronutrien maupun mikronutrien dapat diperoleh dengan mengonsumsi makanan berbasis tanaman(nabati) dan hewani[22]. Karbohidrat didapat dengan mengonsumsi makanan seperti singkong, nasi, jagung, sorgum, dan makanan berpati lainnya. Lemak dapat berasal dari lemak nabati seperti alpukat, kacang-kacangan, buah zaitun, dan lemak hewani, misalnya daging sapi, kambing, ayam, dan beberapa olahan susu seperti keju dan mentega. Begitu juga dengan protein, terdapat sumber protein nabati yaitu tempe, tahu, kacang-kacangan, dan protein hewani, yang berasal dari daging hewan, telur, dan ikan. Sedangkan, sumber mineral bisa dijumpai pada sayuran tinggi kalsium seperti brokoli, kalium pada bayam dan pisang, kacang dan biji-bijian yang mengandung magnesium, fosfor, zinc, begitu pula dengan daging dan telur[22].

2.1.1.3 Epidemiologi status gizi

World Health Organization (WHO) pada tahun 2022, mencatat bahwa terdapat 19% remaja perempuan mengalami *overweight* secara global, sementara 8% anak dan remaja hidup dengan obesitas (lebih dari 160 juta orang), naik dari hanya 2% pada 1990. Prevalensi *overweight* (termasuk obesitas) pada anak dan remaja usia 5-19 tahun naik drastis dari 8% (1990) menjadi 20% (2022), dengan total lebih dari 390 juta anak dan remaja 5-19 tahun mengalami *overweight* pada 2022. Sedangkan, menurut data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023[7], prevalensi status gizi (IMT/U) pada remaja usia 16 - 18 tahun di Indonesia di antaranya *underweight* (6,6%), *normal* (79,6%), *overweight* (8,8%), dan *obese* (3,3%). Angka prevalensi status gizi normal tersebut mengalami peningkatan dibanding pada Riskesdas 2018, yaitu status gizi normal pada remaja usia 16-18 tahun adalah sebesar 78,3%. Sedangkan untuk *underweight*(6,7%), *overweight*(9,5%), dan *obese*(4,0%) mengalami penurunan.

DKI Jakarta sendiri memiliki proporsi remaja berstatus gizi normal yang lebih rendah dibanding rata-rata nasional, yaitu hanya 73,2% pada kelompok usia 16-18 tahun. Selain itu, prevalensi gizi kurang mencapai 7,6% dan gizi lebih sebesar 19,2%[8]. Status gizi remaja di Jakarta Barat cenderung lebih bermasalah dibanding Jakarta Selatan, dengan prevalensi kurus mencapai 17,6% dan obesitas sangat

tinggi di 21,6% (total *overweight* dan obesitas 29,6%) berdasarkan studi SMA Al-Kamal tahun 2025[9].

2.1.1.4 Etiologi masalah status gizi

Etiologi masalah pada status gizi di antaranya adalah pola makan yang tidak teratur, budaya makan pada suatu wilayah, ketersediaan bahan makanan, pengetahuan mengenai gizi dan penyakit gastrointestinal, nutrisi saat kehamilan, dan penyakit genetik. Pola makan tidak teratur dapat berupa lupa makan akibat kesibukan, hanya makan saat lapar saja, makan sekali sehari dan pada waktu larut malam[23], frekuensi makan dalam seminggu yang tidak konsisten, sering mengonsumsi makanan yang tidak sehat, misal terlalu pedas, tinggi gula, minim mikronutrien yang dibutuhkan tubuh, atau tinggi lemak. Ada pula ciri khas kuliner beberapa daerah yang condong ke rasa tertentu, misalnya makanan di Jawa Tengah cenderung bercita rasa manis, dan pada daerah Sumatra, khususnya Sumatra Barat, memiliki banyak makanan bersantan dan pedas. Ketersediaan bahan makanan di suatu daerah bergantung pada kondisi geografis yang memengaruhi kesuburan tanah untuk tanaman pangan, iklim dan cuaca yang mendukung pertumbuhan tanaman, teknologi pertanian dan peternakan yang memadai, serta kondisi ekonomi keluarga yang menentukan daya beli terhadap bahan makanan tersebut. Pengetahuan gizi memengaruhi kesadaran individu untuk memenuhi kebutuhan gizinya sehari-hari, dan penyakit gastrointestinal seperti gastritis akut dapat memperburuk nafsu makan yang pada akhirnya mengurangi asupan nutrisi ke tubuh. Nutrisi saat kehamilan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan janin serta berat badan bayi saat lahir. Ibu dengan asupan makanan yang tidak adekuat selama kehamilan memiliki bayi *stunting* dengan insidensi yang lebih tinggi (34,27%) dan *wasting* (14,17%) ketika lahir. Penyakit genetik seperti *Down Syndrome* yang menyebabkan gangguan mengunyah dan menelan, selektivitas terhadap makanan[24], dan pada penderita diabetes dilaporkan kehilangan nafsu makan karena diet penderita diabetes yang dibatasi bersamaan dengan munculnya komplikasi dan komorbiditas lain[25].

2.1.1.5 Faktor risiko yang memengaruhi status gizi

Status gizi tidak hanya dibentuk oleh satu atau dua faktor saja, melainkan banyak aspek dalam kehidupan yang dapat mememengaruhi status gizi seseorang. Tak hanya dari segi kesehatan seperti riwayat penyakit infeksi, berat badan bayi saat lahir anemia, gangguan sistem pencernaan saja, tetapi juga dari sisi lain seperti sanitasi lingkungan, sosioekonomi, dan tingkat pendidikan. Terkhusus pada remaja SMA, terdapat faktor lain misal kesibukan sebagai pelajar mengikuti kegiatan akademik dan non akademik, perbedaan norma sosial pada gender, sebagai contoh anak perempuan lebih dituntut untuk memiliki tubuh yang ramping dan mengurangi asupan makanan, *body image*, dan tren makanan kekinian yang tidak sehat dan rendah nutrisi[26].

2.1.1.6 Cara menilai status gizi pada remaja

Menurut Permenkes No. 41 Tahun 2014, penilaian status gizi pada remaja adalah dengan menggunakan rumus Indeks Massa Tubuh menurut umur (IMT/U) dengan rumus sebagai berikut[18] :

$$\frac{\text{(Berat Badan (kg)}}{\text{(Tinggi Badan (m))}^2}$$

Pengukuran tinggi badan remaja dapat menggunakan stadiometer, dengan syarat individu yang diukur tinggi badannya tidak boleh menggunakan alas kaki dan penutup kepala, dan harus berdiri dengan tegak. Tumit, pantat, bahu, dan belakang kepala individu tersebut menempel ke dinding dengan pandangan lurus ke depan. Hasil dari pengukuran tinggi berupa sentimenter(cm) kemudian diubah ke satuan meter(m)[27].

Dalam mengukur berat badan dalam satuan kilogram(kg), alat ukur yang digunakan adalah timbangan berat badan. Ada beberapa macam timbangan berat badan yang dapat digunakan, di antaranya timbangan analog yang menggunakan pegas, timbangan digital yang memberikan hasil yang lebih akurat, dan timbangan pintar (*smart scale*) yang mengukur berat badan dan komposisi tubuh seperti massa otot dan massa lemak tubuh. Beberapa hal yang perlu diperhatikan sebelum

meninmbang berat badan adalah untuk tidak menggunakan alas kaki, tidak mengenakan barang yang dapat menambah berat badan, posisi tubuh yang tegak, dan pandangan lurus ke depan untuk menambah ketepatan pengukuran dan tidak menimbulkan bias[27].

Hasil dari pengukuran berat badan adalah berupa satuan kilogram(kg). Setelah mendapat kedua hasil pengukuran, maka IMT dihitung dan kemudian hasil IMT tersebut dicocokkan dengan grafik IMT pada Permenkes No.2 Tahun 2020[6].

2.1.1.7 Kriteria diagnosis status gizi pada remaja

Kriteria diagnosis status gizi pada individu bervariasi berdasarkan usia dan jenis kelaminnya. Hal ini disebabkan oleh massa lemak seseorang berubah seiring dengan bertambahnya usia. Jenis kelamin juga memengaruhi tempat penyimpanan lemak serta metabolisme dari lemak karena perbedaan cara kerja hormon estrogen dan testosteron[28].

Menurut Permenkes No. 2 tahun 2020, status gizi berupa Indeks Massa Tubuh Menurut Umur (IMT/U) pada remaja dikategorikan sebagai berikut[6]:

a. Gizi buruk (*severely thinness*) dengan ambang batas
b. Gizi kurang (*thinness)* dengan ambang batas -3 SD s.d. <-2 SD
c. Gizi baik (*normal*) dengan ambang batas -2SD s.d. +1 SD
d. Gizi lebih (*overweight*) dengan ambang batas +1 SD s.d. +2 SD
e. Obesitas (*obese*) dengan ambang batas > + 2 SD

Bila hasil status gizi menunjukkan gizi kurang, gizi lebih, dan obesitas, maka disebut malnutrisi.

2.1.1.8 Tatalaksana masalah status gizi

Penatalaksanaan masalah status gizi tak hanya terbatas pada tindak kuratif atau mengobati saja, tetapi juga semestinya mencakup tindak promotif, dan preventif[29]. Pendekatan ini lebih komprehensif dan tentunya dapat mengatasi akar masalah dari adanya masalah status gizi tersebut. Hal ini mengingat bahwa status gizi dapat memengaruhi kualitas hidup individu yang juga berdampak pada kelangsungan negara. Oleh karenanya, perlu kolaborasi lintas sektor untuk menangani masalah ini. Baik dari lapisan pemerintah, tenaga kesehatan, dan

masyarakat, melakukan kontribusi untuk membangun sistem kesehatan yang lebih baik[30].

Tindak promotif untuk masalah status gizi berupa konseling gizi, edukasi makanan seimbang, kampanye Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan kegiatan surveilans[31]. Tindak preventif untuk masalah status gizi dapat berupa rutin memantau pertumbuhan anak ke posyandu, menerapkan pola makan yang sehat dan benar, pemberian ASI eksklusif dan MPASI yang tepat, menggiatkan aktivitas fisik, dan menerapkan *hygiene* serta sanitasi yang baik guna mencegah penyakit infeksi yang dapat mengganggu penyerapan nutrisi tubuh[32]. Tindak kuratif atau pengobatan disesuaikan dengan masalah status gizi dan juga komorbiditas yang dimiliki individu. Bila terdapat komorbiditas dan penyakit penyerta tersebut merupakan sumber penyebab dari masalah status gizi yang dimiliki, maka dilakukan penatalaksanaan terhadap penyakit tersebut. Penyakit seperti hipertiroidisme dapat membuat individu mengalami penurunan berat badan ekstrem akibat pembakaran kalori yang berlebihan, diabetes mellitus menyebabkan seseorang tidak dapat menyimpan kalori dari gula darah akibat resistensi insulin. Penatalaksanaan masalah status gizi remaja disesuaikan dengan jenis malnutrisinya. Remaja dengan malnutrisi akibat gizi kurang, maka tatalaksananya berupa pemberian asupan kalori yang ditingkatkan dengan tetap memperhatikan kecukupan makronutrien dan mikronutrien, mengurangi aktivitas fisik yang berlebihan, tidur yang cukup, menerapkan jadwal makan yang teratur, pemberian suplementasi vitamin dan mineral. Remaja dengan malnutrisi akibat gizi lebih perlu membatasi jumlah kalori secara berkala, meningkatkan aktivitas fisik supaya terjadi *body recomposition*, memastikan jam tidur cukup, dan mengurangi makanan yang minim nutrisi[33].

2.1.1.9 Edukasi dan pencegahan mengenai status gizi

Edukasi dan pencegahan terkait status gizi wajib diterapkan oleh semua lapisan. Pemerintah membuat kebijakan guna meregulasi sistem kesehatan untuk meningkatkan status gizi masyarakat[30], seperti surveilans terhadap kelompok anak yang terkena *stunting* dan menetapkan program pencegahan stunting. Tenaga kesehatan seperti dokter dan ahli gizi memberikan penyuluhan ke kelurahan,

sekolah, posyandu, dan puskesmas mengenai pentingnya memenuhi asupan gizi dan mencegah malnutrisi. Di lingkup keluarga, peran orang tua penting untuk menyediakan bahan makanan yang bergizi tinggi dan mengolah makanan dengan sehat dan tidak tinggi lemak. Orang tua juga dapat mengimbau dan memantau pola makan dan aktivitas fisik remaja. Edukasi dan pencegahan terkait status gizi pada remaja sangat penting dilakukan karena dapat mencegah gangguan pada pertumbuhan dan perkembangan fisik, kemampuan kognitif, kematangan sistem organ termasuk sistem reproduksi, serta meningkatkan kekebalan tubuh supaya tahan melawan berbagai penyakit.

2.1.2.1 Definisi pengetahuan mengenai gastritis akut

Pengetahuan mengenai gastritis akut adalah informasi yang dimiliki tiap individu untuk mengenali dan mengetahui definisi, etiologi, gejala, dan cara menghindari gastritis akut. Pengetahuan mengenai gastritis akut di setiap individu tentunya berbeda-beda, dan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, budaya literasi, usia, edukasi kesehatan setempat, gaya hidup, dan sebagainya.

2.1.2.2 Faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan mengenai gastritis akut

Faktor yang memengaruhi pengetahuan seseorang mengenai gastritis akut antara lain tingkat pendidikan, usia, jenis kelamin, paparan informasi kesehatan, dan lingkungan sosial. Tingkat pendidikan memengaruhi kemampuan individu dalam mencerna informasi kesehatan. Usia berkaitan dengan pengalaman, sudut pandang, dan paparan informasi yang diperoleh seseorang. Jenis kelamin juga memengaruhi perilaku dalam mencari informasi kesehatan. Selain itu, paparan informasi dari tenaga kesehatan, media, maupun internet dapat meningkatkan pemahaman mengenai gastritis akut, serta lingkungan sosial seperti keluarga dan teman sebaya yang dapat menjadi sumber pertukaran informasi kesehatan[16].

2.1.3.1 Definisi dan teori pengetahuan

Menurut Notoatmodjo[34], pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan hal ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu melalui pancaindra manusia. Sedangkan menurut Bloom[35], pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu

objek melalui proses belajar yang meliputi kemampuan mengingat, memahami, menerapkan, menganalisis, mensintesis, dan mengevaluasi.

Dalam dunia kesehatan, terdapat beberapa teori yang menjelaskan keterikatan antara pengetahuan dengan kesehatan individu dan masyarakat. Keduanya tak terpisahkan, mengingat pengetahuan adalah salah satu langkah untuk individu dapat mewujudkan pola hidup sehat. Model Nutbeam untuk *Health Literacy Theory* mengemukakan bahwa literasi kesehatan bukan hanya kemampuan dasar individu untuk membaca informasi kesehatan, tetapi lebih merupakan keterampilan yang berkembang secara bertahap. Nutbeam mengklasifikasikan literasi kesehatan menjadi tiga tingkatan, *yaitu functional health literacy, interactive health literacy*, dan *critical health literacy*[36]. *Functional health literacy* mencakup keterampilan dasar seperti membaca dan memahami informasi kesehatan secara sederhana. *Interactive health literacy* mengacu pada kemampuan individu untuk mengomunikasikan dan memanfaatkan informasi kesehatan untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. *Critical health literacy* merupakan puncak dari teori ini, yang merupakan kemampuan individu menganalisis dan mengevaluasi informasi kesehatan secara kritis, membuat individu membuat keputusan yang tepat guna meningkatkan dan menjaga kesehatan diri mereka[36].

Adapun dengan Model *Health Belief Model (HBM)* merupakan suatu kerangka konsep yang menjelaskan bagaimana pemahaman suatu individu mengenai kesehatan atau penyakit tertentu dapat memengaruhi perilaku individu tersebut[37]. Teori ini dikembangkan pada sekitar tahun 1950 oleh para psikolog sosial di Amerika Serikat untuk menganalisis mengapa orang-orang yang berpartisipasi dalam *screening* dan pencegahan tuberkulosis pada saat itu begitu sedikit[37].

Health Belief Model (HBM) sendiri memiliki beberapa komponen, di antaranya persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) yang menilai bagaimana individu menilai seberapa rentan dirinya terhadap suatu penyakit[38]. Persepsi keparahan (*perceived severity*) yaitu cara tiap individu menilai keparahan suatu penyakit atau tingkat keparahan tertentu pada penyakit tersebut jika tidak mengambil intervensi. Persepsi manfaat (*perceived benefits*) merupakan

pengetahuan efektivitas suatu tindakan preventif untuk mencegah penyakit, persepsi hambatan (*perceived barrier*) adalah hambatan yang muncul yang dapat menghalangi individu menjalani pengobatan atau tindakan medis. Adapun pemicu untuk bertindak (*cues to action*), dan efikasi diri (*self efficacy*) ialah keyakinan individu untuk meyakini kapasitasnya untuk berperilaku sehat dan mencapai tujuan pengobatan[38].

2.1.4.1 Teori gastritis akut

Gastritis akut merupakan gangguan yang disebabkan oleh inflamasi akut dinding mukosa lambung yang menyebabkan penderitanya merasakan gejala seperti mual, nyeri epigastrium akut yang terasa panas atau perih, muntah, dan cepat merasa kenyang[39]. Pada gastritis akut, dinding mukosa lambung mengalami inflamasi akut akibat beberapa faktor. Etiologi dan faktor risiko dari gastritis akut sendiri berupa pola makan yang buruk, infeksi bakteri *H. pylori*, konsumsi obat-obatan AINS, trauma, dan konsumsi alkohol berlebihan[41]. Pola makan yang buruk dapat berupa kebiasaan mengonsumsi makanan yang terlalu asam atau pedas sehingga mengiritasi dinding lambung dan menyebabkan peningkatan produksi asam lambung, Patofisiologi gastritis akut berawal dari terjadinya kerusakan atau iritasi pada mukosa lambung akibat ketidakseimbangan antara faktor agresif dan faktor defensif lambung. Faktor agresif seperti peningkatan asam lambung, infeksi bakteri Helicobacter pylori, penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS), alkohol, stres berat, atau makanan dengan tingkat keasaman tinggi dapat merusak lapisan pelindung mukosa. Kerusakan ini menyebabkan inflamasi akut pada mukosa lambung, peningkatan permeabilitas mukosa, edema, erosi, bahkan perdarahan bila memberat[39].

Tatalaksana medikamentosa untuk gastritis akut adalah dengan pemberian antasida untuk menetralkan pH asam lambung, obat penghambat reseptor H2 seperti Ranitidine (meski sekarang penggunaannya banyak dibatasi di sejumlah negara), *proton pump inhibitor* (PPI) seperti Omeprazole atau Lansoprazole untuk menurunkan produksi asam lambung, serta bila terbukti disebabkan infeksi H. pylori dapat diberikan terapi eradikasi berupa kombinasi antibiotik dan PPI[41].

Sedangkan, tatalaksana non-medikamentosa berupa modifikasi pola makan dan gaya hidup, seperti makan teratur dalam porsi kecil tetapi sering, menghindari makanan pedas, asam, berlemak, kopi, minuman bersoda, alkohol, berhenti merokok, mengelola stres, dan istirahat yang cukup[40].

Pencegahan dan edukasi gastritis akut antara lain menghindari konsumsi OAINS tanpa pengawasan tenaga kesehatan, menjaga pola makan teratur, menghindari faktor pencetus iritasi lambung, menjaga kebersihan makanan untuk mencegah infeksi, mengelola stres dengan baik, serta segera memeriksakan diri bila muncul gejala seperti nyeri ulu hati, mual, muntah, atau muntah darah[42].

2.1.5.1 Definisi pola makan

Pola makan adalah kebiasaan dan perilaku individu dalam mengatur waktu dan jenis, jumlah, dan kombinasi makanan yang dikonsumsi untuk mendapatkan sumber energi yang dibutuhkan individu[25]. Pola makan sangat penting untuk diamati di tiap individu sebagai tenaga kesehatan, mengingat pola makan yang salah dan tidak teratur merupakan faktor risiko berbagai penyakit, terutama penyakit gastrointestinal[].

2.1.5.2 Faktor-faktor yang memengaruhi pola makan

Faktor-faktor yang memengaruhi pola makan di antaranya kondisi sosioekonomi[43], pengetahuan mengenai gastritis, pengetahuan mengenai gizi, budaya *overdieting* dan *weight-loss* bagi perempuan, makanan-makanan yang menjadi tren di kalangan remaja seperti seblak, kesibukan, stres, dan sebagainya.

2.1.5.3 Instrumen penelitian untuk mengukur pola makan

Instrumen yang digunakan untuk mengukur pola makan adalah kuesioner. Bentuk kuesioner yang digunakan bermacam-macam, seperti FFQ[44], *Food Recall* 24 Jam, adalah kuesioner yang dirancang untuk menilai kebiasaan konsumsi makanan responden dalam periode waktu tertentu. Kuesioner ini mencakup beberapa aspek penilaian, seperti frekuensi makan, jenis makanan yang dikonsumsi dan porsi makanan. Responden diminta untuk menjawab setiap pertanyaan sesuai dengan kebiasaan makan mereka. Setelah menjawab, hasil dari kuesioner kemudian dianalisis untuk menggambarkan pola makan responden dan menentukan apakah pola makan tersebut termasuk kategori baik atau tidak baik berdasarkan kriteria

yang telah ditetapkan dalam penelitian. Pada penelitian ini akan digunakan kuesioner *Food Frequency Questionnaire* (FFQ). FFQ merupakan kuesioner yang menghitung frekuensi dan jenis makanan yang dikonsumsi individu dalam kurun waktu harian, mingguan, hingga bulanan[45].

2.1.6.1 Definisi remaja

Remaja merupakan masa peralihan yang krusial dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Menurut WHO, remaja adalah penduduk dengan rentang usia 10-19 tahun. Sedangkan, menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2014, remaja didefinisikan sebagai populasi yang berusia 10 hingga 18 tahun. Masa remaja sangat penting untuk dipantau perkembangannya, mengingat di sinilah terjadi masa pubertas yang ditandai dengan perubahan signifikan pada ciri fisik, hormon, dan kematangan sistem reproduksi[47].

Terdapat perkembangan kognitif dan perubahan perilaku serta pengambilan keputusan pada remaja. Hal ini memengaruhi pula dalam pola makan dan gaya hidup mereka. Peran orang tua masih penting dalam pembentukan pola makan remaja seperti penyediaan biaya untuk membeli bahan pokok makanan yang berkualitas dan bergizi, kelengkapan sarana prasarana untuk memasak serta sanitasinya, dan pengolahan bahan makanan tersebut[48]. Akan tetapi, remaja mulai memiliki kemandirian untuk memutuskan apa yang mereka konsumsi[48]. Dari sinilah, pentingnya edukasi pola makan yang benar kepada remaja.

2.1.7.1 Hubungan antar variabel

2.1.7.1.1 Hubungan pola makan terhadap status gizi

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Elda F, *et al*.[12] dan Amelia, *et al*[13] menunjukkan adanya hubungan signifikan antara pola makan terhadap status gizi dengan *p-value*=0,049 dan *p-value*=0,023.

Pola makan yang tidak baik seperti melewatkan waktu makan dapat mengubah dinamika nafsu makan, yang membuat individu merasakan lonjakan nafsu makan di kemudian hari dan meningkatkan asupan makanan. Dari peningkatan asupan makanan tersebut, terjadi penumpukan lemak yang menyebabkan perubahan status gizi.()

2.1.7.1.2 Hubungan pengetahuan mengenai gastritis akut terhadap status gizi

Pada variabel pengetahuan mengenai gastritis akut, ditemukan penelitian mengenai adanya hubungan pengetahuan mengenai gastritis akut terhadap perilaku pencegahan gastritis, yakni penelitian yang dilakukan oleh Andari W, *et al.*[16] dengan *p-value*=0,029. Perilaku pencegahan gastritis berhubungan dengan pola makan pada penelitian Listiansyah *et al*[17].dengan p-value 0,000. Pola makan selanjutnya memiliki hubungan dengan status gizi , berdasarkan penelitian Elda F, et al. dan Amelia, et al.

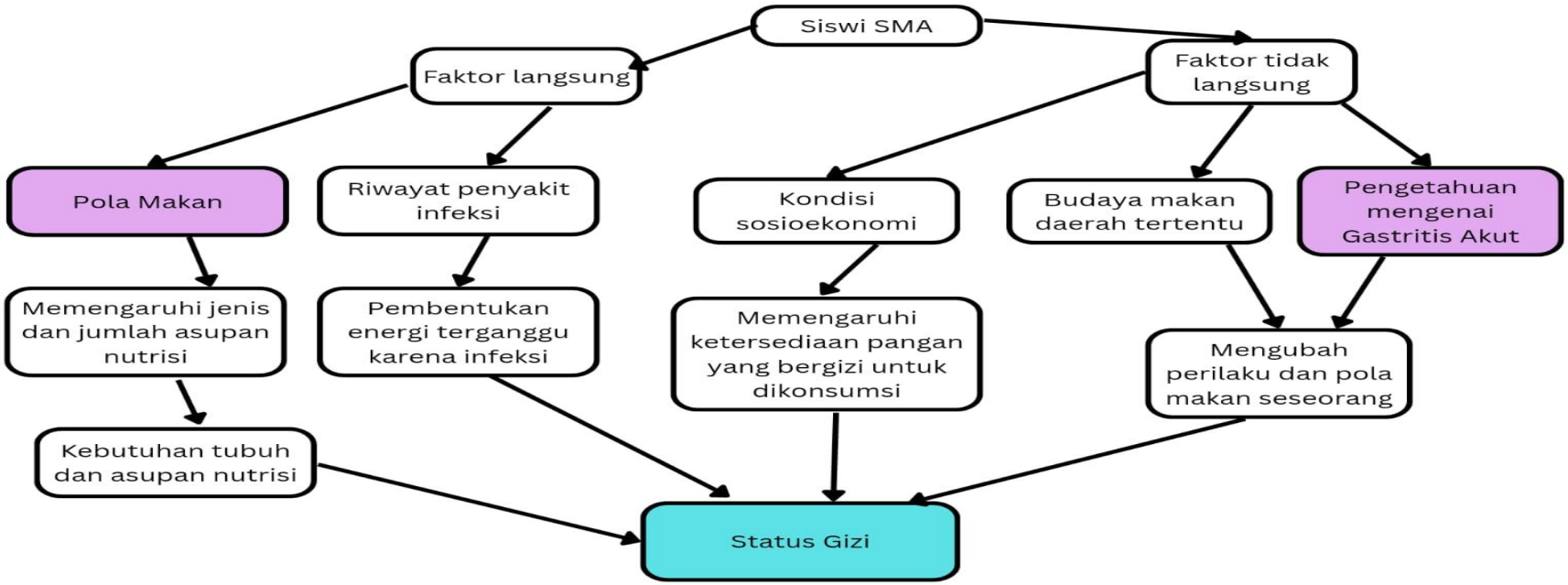
2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Amelia N, *et al*.	Bogor 2019	*Cross-sectional*	118 orang Usia 14-20 tahun	Pola Makan Status Gizi	1 bulan	Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan pola makan dengan status gizi dengan nilai P Value = 0,023
Rahayu A*, et al.*	Ternate Selatan, 2024	*Cross-sectional study*	132 mahasiswi kos-kosan 800 mahasiswa, rentang usia 16-28 tahun ke atas	Determinan Status Gizi Mahasiswi Kos-Kosan Hubungan pola makan dengan IMT mahasiswa	2024	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variebel Body image berhubungan dengan status gizi mahasiswi kos-kosan (*p value*=0.000), sedangkan variabel pengetahuan (*p value*=0.740), *peer group* (p value=0.082), paparan media sosial (p value=0.312), kebiasaan sarapan pagi (*p value*=1.000) dan pola makan (*p value*=0.423) tidak berhubungan

						dengan status gizi mahasiswi kos-kosan
Najibah AS, Hariawan MH, Nashriyah SF.	SMP Muhammadiyah 3 Yogyakarta	*Cross Sectional*	53 siswa dan siswi SMP	Hubungan pengetahuan gizi dan perilaku makan dengan status gizi remaja SMP	2025	Hasil menunjukkan tidak terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan gizi (p = 0,372) maupun pola makan (p = 0,413) dengan status gizi remaja. Kedua hasil tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan gizi dan perilaku makan dengan status gizi remaja.
Elda F, Novirsa R, Kasra, K, *et al.*	2 SMA di Kota Padang	*Cross-sectional*	377 responden	Hubungan pola makan terhadap status gizi	Agustus 2024-Maret 2025 2022	Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara pola makan dengan status gizi dengan *p-value*=0,049
Listiansyah MR, Sihura SSG, Purnama A.	MTs Tanwiriyyah, Cianjur	*Cross-sectional*	142 siswa dan siswi	Hubungan perilaku pencegahan gastritis dengan pola makan		Hasil penelitian menunjukkan *p-value* 0,000 yang bermakna terdapat hubungan antara perilaku pencegahan gastritis dengan pola makan.
Andari W, Astutik ND, Sipollo BV.	Malang	*Cross-sectional*	69 mahasiswa	Pengetahuan gastritis akut terhadap perilaku pencegahan pola makan	2023	Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara pola makan dengan status gizi dengan *p-value*=0,029

2.3 Kerangka teori



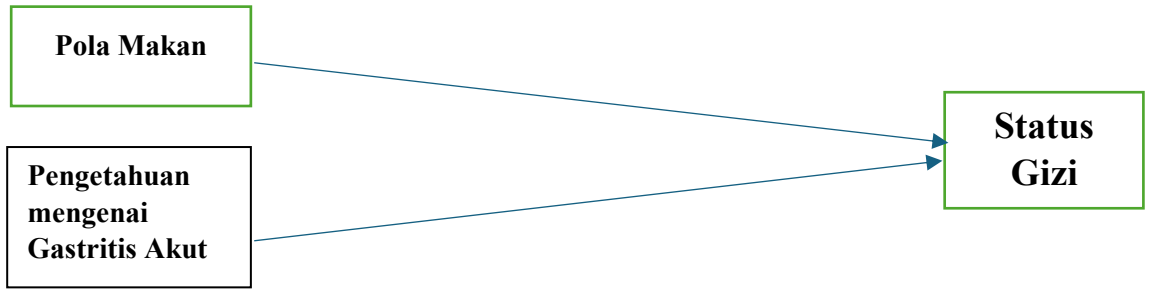
Gambar 2. Kerangka teori

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka konsep

Kerangka konsep penelitian hubungan pola makan dan pengetahuan mengenai gastritis akut dengan status gizi dapat dilihat pada bagian berikut ini:



Gambar 2. Kerangka konsep

3.1.1 Variabel penelitian

3.1.1.1 Variabel bebas

Variabel bebas atau independen adalah variabel yang diberi perlakuan oleh peneliti, dan memengaruhi variabel tergantung[41]. Variabel bebas pada penelitian ini adalah pola makan dan pengetahuan mengenai gastritis akut.

3.1.1.2 Variabel tergantung

Variabel tergantung atau dependen adalah variabel yang menjadi hasil dari perlakuan peneliti. Variabel ini dipengaruhi oleh variabel bebas[41]. Variabel tergantung pada penelitian ini adalah status gizi.

3.2. Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Status Gizi	Status gizi didefinisikan sebagai keadaan tubuh akibat asupan dan pemanfaatan zat gizi, yang dikategorikan menjadi gizi kurang (kurus), gizi baik, gizi lebih (overweight), dan obesitas berdasarkan IMT/U untuk remaja usia 10-18 tahun.	Timbangan berat badan, *microtoise /staturemeter,*	1.Ukur BB pakai timbangan badan (kg, telanjang kaki, 3x ulang, lalu rata-rata). 2.Ukur TB pakai stadiometer (cm, berdiri tegak, tumit-punggung-kepala menyentuh, 3x ulang, lalu rata-rata). 3. Hitung IMT = BB(kg)/[TB(m)]^2. 4.Cocokkan hasil perhitungan dengan Z Score IMT/U	Gizi buruk(sangat kurus) : -3 SD, gizi kurang (kurus) : -3 SD sampai < -2 SD, gizi cukup : -2 SD sampai +1 SD, gizi lebih : >+1 SD hingga +2 SD. Obesitas : >+ 2 SD	Ordinal	Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.2020[6] Khairiyah EL.[56]
Pola Makan	Jumlah, frekuensi, dan jenis makanan yang dikonsumsi remaja putri di SMA X yang dikonsumsi setiap hari atau setiap kali makan oleh responden yang terdiri dari jenis makanan pokok, lauk-pauk (protein hewani-protein nabati), sayur dan buah	Kuesioner *Food Frequency Questionnaire* (FFQ)	Diberikan kuesioner untuk dikerjakan masing-masing individu melalui Google Form yang dipindai melalui *QR Code*	0 Kurang, jika konsumsi makanan pokok <8 porsi/hari untuk laki-laki dan <5 porsi/hari untuk perempuan, lauk <3 porsi/hari, pauk <3 porsi/hari,		

	dibandingkan dengan Pedoman Gizi Seimbang (PGS).		sayur <3 porsi/hari, dan buah <5. . Lebih, jika konsumsi makanan pokok >8 porsi/hari untuk laki-laki dan >5 porsi/hari untuk perempuan, lauk >3. porsi/hari, pauk >3 porsi/hari, sayur >3 porsi/hari, dan buah >5 porsi/hari. 2. Cukup, jika konsumsi makanan pokok 8 porsi/hari untuk laki-laki dan 5 porsi/hari untuk perempuan, lauk 3 porsi/hari, pauk 3 porsi/hari, sayur 3 porsi/hari, dan buah 5 porsi/hari

Pengetahuan mengenai Gastritis Akut	Pemahaman dan pengetahuan remaja putri di SMA X mengenai definisi, penyebab, gejala, penatalaksanaan hingga pencegahan	Kuesioner Pengetahuan mengenai Gastritis Akut	Diberikan kuesioner untuk dikerjakan masing-masing individu melalui Google Form yang dipindai melalui *QR Code*		Guttmann	Parida UPI.[57]

BAB IV
METODE

4.1 Desain

Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* untuk mengidentifikasi hubungan antara pola makan, pengetahuan mengenai gastritis akut, dan status gizi siswi SMA X. Desain ini dipilih karena data dikumpulkan pada satu waktu tertentu, efisien untuk mengukur prevalensi dan asosiasi variabel independen (pola makan dan pengetahuan) dengan variabel dependen (status gizi) tanpa intervensi.

Kriteria inklusi:

- Siswi kelas XI-XII SMA X
- Usia 16-18 tahun.
- Bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*.
- Dapat diukur tinggi dan berat badan.

Kriteria eksklusi:

- Memiliki riwayat penyakit kronis yang memengaruhi status gizi seperti diabetes, gangguan tiroid, polio, rakitis, dan *dwarfism*.

Kriteria *drop out* :

- Tidak lengkap mengisi kuesioner (>20% data hilang).

4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian dilakukan di **SMA X, Jakarta Barat**, yang dipilih karena lokasinya representatif untuk populasi siswi remaja urban di wilayah tersebut. Waktu pelaksanaan direncanakan pada bulan Agustus-September, dengan pengumpulan data selama 4 minggu (pengukuran antropometri 2 minggu, kuesioner 2 minggu).

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi

Populasi seluruh siswi SMA X Jakarta Barat berjumlah sekitar 200 orang (berdasarkan data sekolah tahun ajaran 2025/2026).

4.3.1.1 Populasi target

Siswi kelas XI-XII yang berusia 16-18 tahun, berjumlah sekitar 100 orang (50% dari total populasi), karena rentang usia ini rentan terhadap gangguan gizi akibat pola makan dan pengetahuan kesehatan yang belum optimal.

4.3.1.2 Populasi terjangkau

Siswi kelas XI-XII yang hadir selama periode pengumpulan data, berjumlah sekitar 100 orang (setelah dikurangi absensi rata-rata 10-15%)

4.3.1.3 Subjek

4.3.1.3.1 Kriteria pemilihan subjek

Subjek dipilih secara *simple random sampling* dengan kriteria inklusi/eksklusi di atas, untuk memastikan relevansi dengan tujuan penelitian.

4.3.1.3.2 Perhitungan jumlah subjek

Penentuan besar sampel pada penelitian ini dihitung dengan rumus populasi infinit dan populasi finit. Rumus populasi infinit:

$$n0 = \frac{\mathrm{Za}^2 \times \mathrm{p} \times \mathrm{q}}{d^2}$$

Keterangan :

n_0 = Jumlah sampel minimal yang dibutuhkan

Zα = 1,96 (tingkat kemaknaan 95%)

p = Prevalensi kelompok dengan status gizi/IMT tidak normal(47,2%())

q = Prevalensi kelompok yang status gizi/IMT normal(1-p)

d = Tingkat kepercayaan atau ketepatan pengukuran yang ditetapkan (0,05)

Populasi infinit :

$$n0 = \frac{(1{,}96)^2 \times 0{,}472 \times 0{,}528}{(0{,}05)^2}$$

$$n0 == \frac{0{,}9573}{0{,}0025} = 382{,}9 = 383 \text{ sampel}$$

Populasi finit :

$$n = \frac{n0}{(1 + \frac{n0}{N})}$$

Keterangan :

n = besar sampel yang dibutuhkan untuk populasi finit

n_0 = besar sampel dari populasi infinit

N = besar sampel dari populasi finit (50%)

$$n = \frac{383}{(1 + \frac{383}{100})}$$

$$n = \frac{383}{(1 + 3{,}83)}$$

$$n = \frac{383}{4{,}83} = 79{,}29 = 80 \text{ sampel}$$

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, dibutuhkan minimal 80. Untuk menghindari terjadinya *drop out*, peneliti menambahkan 15% dari sampel sehingga jumlah sampel yang diperlukan dalam penelitian ini menjadi sampel.

n = 80 + (15% x 80)

n = 80 + 12 = 92

4.4 Bahan dan instrumen

- **Kuesioner pola makan**
  Kuesioner pola makan dalam penelitian ini menggunakan metode *Food Frequency Questionnaire (FFQ)* yang bertujuan untuk menilai jenis dan frekuensi konsumsi makanan oleh responden dalam kurun waktu tertentu. Kuesioner ini terdiri dari 53 item pertanyaan yang mencakup berbagai kelompok makanan yang umum dikonsumsi. Skor dari kuesioner ini adalah 0 (Kurang), jika konsumsi makanan pokok <8 porsi/hari untuk laki-laki dan <5 porsi/hari untuk perempuan, lauk <3 porsi/hari, pauk <3 porsi/hari, sayur <3 porsi/hari, dan buah <5. 1. (Lebih), jika konsumsi makanan pokok

>8 porsi/hari untuk laki-laki dan >5 porsi/hari untuk perempuan, lauk >3. porsi/hari, pauk >3 porsi/hari, sayur >3 porsi/hari, dan buah >5 porsi/hari. 2. (Cukup), jika konsumsi makanan pokok 8 porsi/hari untuk laki-laki dan 5 porsi/hari untuk perempuan, lauk 3 porsi/hari, pauk 3 porsi/hari, sayur 3 porsi/hari, dan buah 5 porsi/hari.

- **Kuesioner pengetahuan gastritis akut**
  Kuesioner pengetahuan gastritis akut digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan responden mengenai gastritis akut. Instrumen ini terdiri dari 10 item pertanyaan berbentuk pilihan ganda yang mencakup aspek pengertian, penyebab, gejala, pencegahan, dan penatalaksanaan gastritis akut. Penilaian kuesioner menggunakan rentang skor 0–100, di mana semakin tinggi skor yang diperoleh menunjukkan tingkat pengetahuan yang semakin baik.
- **Antropometri**
  Pengukuran antropometri dilakukan untuk mengetahui status gizi responden melalui perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT). Tinggi badan diukur menggunakan stadiometer dengan tingkat ketelitian 0,1 cm, sedangkan berat badan diukur menggunakan timbangan digital dengan tingkat ketelitian 0,1 kg, kemudian dimasukkan ke rumus IMT sesuai Permenkes No. 41 Tahun 2014[(18)] yakni berat badan(kg) dibagi hasil kuadrat dari tinggi badan(m). Setelah mendapat hasil penghitungan, dikategorikan sesuai grafik IMT Permenkes No. 2 Tahun 2020 yang dapat dilihat pada lampiran 5.
- **Instrumen lain**: *Informed consent* pada lampiran 2.

4.5 Analisis statistik

4.5.1 Analisis univariat

Uji univariat merupakan analisis yang digunakan untuk menggambarkan karakteristik setiap variabel dalam penelitian secara deskriptif. Analisis ini bertujuan untuk melihat distribusi data pada masing-masing variabel tanpa menghubungkannya dengan variabel lain. Hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk nilai *mean* (rata-rata), median (nilai tengah), serta frekuensi dan persentase

untuk menggambarkan sebaran data responden, seperti usia, tingkat pengetahuan, pola makan, atau status gizi.

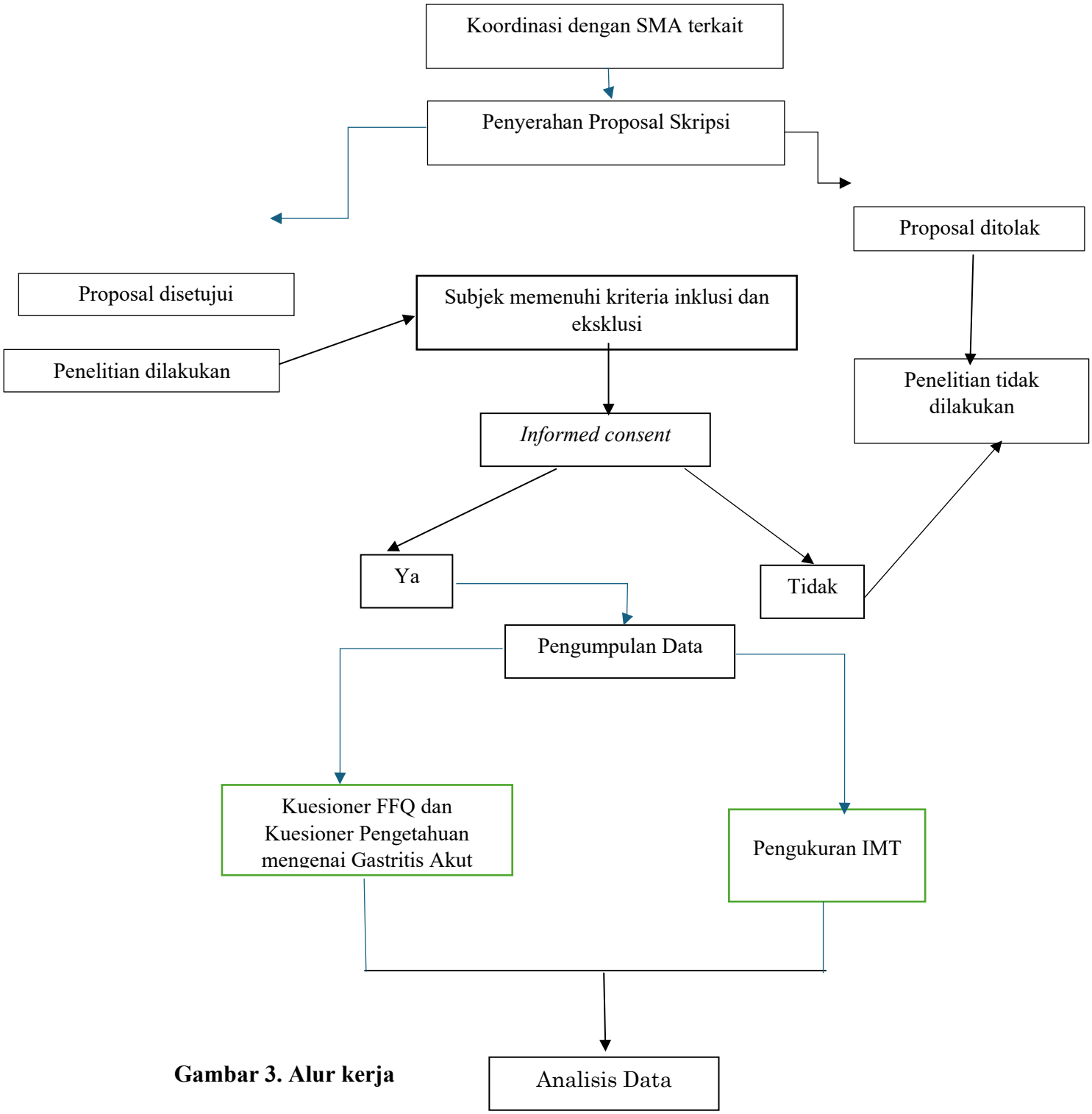
4.5.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan atau pengaruh antara dua variabel dalam penelitian, yaitu variabel independen dan variabel dependen. Analisis ini bertujuan untuk melihat apakah terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut. Hasil uji bivariat ditampilkan dalam bentuk nilai signifikansi (nilai *p*) yang menunjukkan ada atau tidaknya hubungan antara variabel yang diteliti.

4.5.3 Analisis Chi-Square

Analisis Chi-Square digunakan dalam penelitian ini untuk menganalisis hubungan antara variabel kategorik, yaitu pola makan dan pengetahuan mengenai gastritis akut dengan status gizi siswi. Uji ini bertujuan untuk menentukan apakah terdapat hubungan yang signifikan antara dua variabel tersebut berdasarkan distribusi frekuensi data yang dikumpulkan. Hasil analisis Chi-Square akan menunjukkan nilai signifikansi (*p-value*), di mana nilai $p < 0,05$ menandakan adanya hubungan yang bermakna secara statistik. Uji ini dipilih karena variabel dependen (status gizi) dan beberapa variabel independen bersifat kategorik. Apabila uji *Chi-Square* tidak bisa dilakukan, maka akan digunakan uji *Fisher*.

4.6 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur kerja

4.7 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilakukan setelah lolos kaji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

4.8 Penjadwalan penelitian

Tabel 3 Penjadwalan pelaksanaan penelitian

Kegiatan	WAKTU											
	Januari		Februari		Maret		April		Mei		Juni	
	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
Pemilihan judul												
Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(Pendahuluan)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB II (**Tinjauan Pustaka)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB III **(Kerangka konsep & definisi operasional)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(Metode)**												
Persiapan ujian												

DAFTAR PUSTAKA

1. Renganathan E, Davies P. Sustainable Development Goals and the role of and implications for primary care physicians. Malays Fam Physician. 2023;18:54. doi:10.51866/cm0005.
2. George A, Jacobs T, Ved R, Jacobs T, Rasanathan K, Zaidi SA. Adolescent health in the Sustainable Development Goal era: are we aligned for multisectoral action?. BMJ Glob Health. 2021;6(3):e004448. doi:10.1136/bmjgh-2020-004448
3. Banati P, Vedechkina M, De Rubeis V, et al. Adolescent experiences and exposures: a systematic review of life course outcomes. EClinicalMedicine. 2025;88:103453. doi:10.1016/j.eclinm.2025.103453.
4. Fernández-Lázaro D, Seco-Calvo J. Nutrition, nutritional status and functionality. Nutrients. 2023;15(8):1944. doi:10.3390/nu15081944.
5. Muharramah A, Wati DA, Pratiwi AR, Khairani MD, Saputri AA. Pengukuran status gizi dan konseling gizi sebagai pengabdian masyarakat dalam rangka kegiatan Milad Universitas Aisyah Pringsewu Tahun 2023. J Pengabdi Kpd Masy Ungu (ABDI KE UNGU). 2023;5(2):125-30. doi:10.30604/abdi.v5i2.1326
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Survei Kesehatan Indonesia 2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2023.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Prevalensi kondisi gizi remaja usia 15–18 tahun di DKI Jakarta tahun 2023. J Kesehat Mandiri. 2024.
9. Nabilah H, Musniati N. Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi pada remaja di Sekolah SMA Al Kamal Jakarta Barat tahun 2025. JIKES J Ilmu Kesehat. 2026;4(2):314-321. doi:10.71456/jik.v4i2.1533.
10. Soliman AT, Alaaraj N, Noor H, et al. Nutritional interventions during adolescence and their possible effects. Acta Biomed. 2022;93(1):e2022087. doi:10.23750/abm.v93i1.12789.
11. Vepsäläinen H, Lindström J. Dietary patterns: a scoping review for Nordic Nutrition Recommendations 2023. Food Nutr Res. 2024;68. doi:10.29219/fnr.v68.10541.
12. Elda, F., Novirsa, R., Kasra, K., Azmi, F., Delviana, A., & Surya, R. F. (2026). Eating Patterns and Body Image in Relation to Nutritional Status among Adolescents in Padang City High Schools: Hubungan Pola Makan dan Citra Tubuh dengan Status Gizi pada Remaja Sekolah Menengah Atas di Kota Padang. Amerta Nutrition, 10(1), 44–51

13. Nurholilah A, Prastia TN, Rachmania W. Hubungan pola makan dengan status gizi remaja di SMK IT An Naba Kota Bogor tahun 2019. Promotor. 2019;2(6):450-60. Available from: http://ejournal.uika-bogor.ac.id/index.php/PROMOTOR/article/view/3135/1846

14. Najibah AS, Hariawan MH, Nashriyah SF. Hubungan pengetahuan gizi dan perilaku makan dengan status gizi remaja SMP Muhammadiyah 3 Yogyakarta. Sport Science and Health. 2025;7(12):582-92. doi:10.17977/um062v7i122025p582-592.

15. Rahayu A, Andiani, Surasno DM, Mansyur S, Naba F. Determinan status gizi mahasiswi kos-kosan di Kelurahan Sasa Kecamatan Ternate Selatan. JAKIA: Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak. 2024;2(2):83-90. doi:10.62527/jakia.2.2.32.

16. Andari W, Astutik ND, Sipollo BV. Hubungan pengetahuan tentang gastritis akut dengan perilaku pencegahan gastritis akut pada mahasiswa di STIKes Panti Waluya Malang. J Keperawatan Malang. 2023;8(2):445-53.

17. Listiansyah MR, Sihura SSG, Purnama A. Hubungan sikap pencegahan gastritis dengan pola makan pada remaja di lingkungan MTs Tanwiriyyah Kec. Karang Tengah Kab. Cianjur tahun 2022. J Ilm Kesehat Mandira Cendikia. 2023;2(10):8-14

18. Kementerian Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

19. Espinosa-Salas S, Gonzalez-Arias M. Nutrition: Macronutrient intake, imbalances, and interventions. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026. Updated 2023 Aug 8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594226/

20. Abadi E, Ananda SH, Mowuta HI. Penilaian status gizi mandiri pada balita di Kelurahan Mokoau Kota Kendari. Karya Kesehatan Journal of Community Engagement. 2023;3(1):28-33. doi:10.46233/k2jce.v3i01.734.

21. Savarino G, Corsello A, Corsello G. Macronutrient balance and micronutrient amounts through growth and development. Ital J Pediatr. 2021;47(1):109. doi:10.1186/s13052-021-01061-0.

22. Martiniakova M, Babikova M, Mondockova V, Blahova J, Kovacova V, Omelka R. The Role of Macronutrients, Micronutrients and Flavonoid Polyphenols in the Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Nutrients*. 2022;14(3):523. Published 2022 Jan 25. doi:10.3390/nu14030523

23. Hermawan A. Hubungan antara kebiasaan makan tidak teratur dan kesehatan mental pada mahasiswa. Jurnal Mitrasehat. 2024;14(2):737-41. doi:10.51171/jms.v14i2.484.

24. Żur S, Sokal A, Staśkiewicz-Bartecka W, et al. Nutrition for children with Down syndrome: current knowledge, challenges, and clinical recommendations—a narrative review. Healthcare (Basel). 2025;13(17):2222. doi:10.3390/healthcare13172222.

25. Park S, Jung S, Yoon H. The role of nutritional status in the relationship between diabetes and health-related quality of life. Nutr Res Pract. 2022;16(4):505-516. doi:10.4162/nrp.2022.16.4.505

26. Torres K, Cáceres-Durán MA, Orellana C, Osorio M, Simón L. Nutritional imbalances among university students and the urgent need for educational and nutritional interventions. Front Nutr. 2025;12:1551130. doi:10.3389/fnut.2025.1551130.

27. Prodyanatasari A, Purwasih Y, Putri MP, Purnadianti M. Evaluasi penggunaan antropometri untuk meningkatkan akurasi pengukuran sebagai indikator deteksi dini stunting. Wiyata. 2024;11(1). doi:10.56710/wiyata.v11i1.778.

28. Indrasari O, Sutikno E. Faktor yang mempengaruhi status gizi remaja usia 16–18 tahun. J Kesehat Indones. 2020;10(3):128-132.

29. Syamson MM, Zainab, Hasanuddin I, et al. Edukasi preventif dan promotif dalam upaya pencegahan stunting di Desa Tuncung Kecamatan Maiwa Kabupaten Enrekang. *Public Health Concerns*. 2025;5(1). doi:10.56922/phc.v5i1.700

30. Syamsinar, Hasanbasri M. Peran pemberdayaan masyarakat dan tenaga kesehatan dalam menanggulangi malnutrisi di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. J Manaj Pelayan Kesehat. 2022;25(2):61–69.

31. Kumalasari I, Indragati AH, Sauqi A, et al. Edukasi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sebagai upaya promotif pada siswa SD Negeri 76 Palembang. Nusantara Mengabdi Kepada Negeri. 2025;2(4):50–59. doi:10.62383/numeken.v2i4.1444.

32. Sari M, Simbolon D, Rizal A, et al. Kualitas MP-ASI dan hubungan dengan status gizi pada anak penderita ISPA di Bengkulu. SAGO: Gizi dan Kesehatan. 2024;5(3B):1025-1036.doi:10:30867/gikes.v5i3B.1990

33. Parajuli J, Prangthip P. Adolescent nutrition and health: a critical period for nutritional intervention to prevent long term health consequences. Curr Nutr Rep. 2025;14(1):116. doi:10.1007/s13668-025-00706-4.

34. Susilawati R, Pratiwi F, Adhisty Y. Pengaruh pendidikan kesehatan tentang dismenorhoe terhadap tingkat pengetahuan remaja putri mengenai dismenorhoe di kelas XI SMA N 2 Banguntapan. J Ilmu Kesehat Mulia Madani Yogyakarta. 2022;3(2):37-44.

35. Marta MA, Purnomo D, Gusmameli. Konsep taksonomi Bloom dalam desain pembelajaran. *Lencana J Inov Ilmu Pendidik*. 2025;3(1):227–246. doi:10.55606/lencana.v3i1.4572

36. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annu Rev Public Health. 2021;42:159-173. doi:10.1146/annurev-publhealth-090419-102529.

37. Alyafei A, Easton-Carr R. The Health Belief Model of behavior change. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026. Updated 2024 May 19. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/

38. Alamer AS. Behavior Change Theories and Models Within Health Belief Model Research: A Five-Decade Holistic Bibliometric Analysis. *Cureus*. 2024;16(6):e63143. Published 2024 Jun 25. doi:10.7759/cureus.63143

39. Azer SA, Awosika AO, Akhondi H. Gastritis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026. Updated 2024 Jun 22. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544250/

40. Kim SH. Gastritis: pathophysiology, diagnosis, and clinical implications. Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res. 2026;26(1):8-14. doi:10.7704/kjhugr.2026.0003.

41. Kim B, Huh J, Kim SG, Ahn JY, Kim JW. Pharmacological Treatment of Gastritis: A Narrative Review with a Systematic Literature Search. Gut Liver. 2025;19(6):783-794. doi:10.5009/gnl250267

42. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). Overview: gastritis [Internet]. InformedHealth.org. Cologne (Germany): IQWiG; 2006-. Updated 2025 Sep 18. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310265/

43. Boushey C, Ard J, Bazzano L, et al. Dietary Patterns and Growth, Size, Body Composition, and/or Risk of Overweight or Obesity: A Systematic Review [Internet]. Alexandria (VA): USDA Nutrition Evidence Systematic Review; 2020 Jul. WHAT IS THE RELATIONSHIP BETWEEN DIETARY PATTERNS CONSUMED AND GROWTH, SIZE, BODY COMPOSITION, AND/OR RISK OF OVERWEIGHT OR OBESITY? Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK577625/

44. Kowalkowska J, Wadolowska L. The 72-item quantitative food frequency questionnaire (72-item FFQ) for Polish young adults: reproducibility and relative validity. Nutrients. 2022;14(13):2696. doi:10.3390/nu14132696.

45. Fikadu W, Mulugeta S, Dejene Y. Validation of food frequency questionnaire for food intake of adults in Gida, West, Ethiopia. *Front Public Health*. 2024;12:1438008. Published 2024 Nov 28. doi:10.3389/fpubh.2024.1438008

46. Fuady A, Anindhita M, Haniifah M, et al. Bridging the gap: financing health promotion and disease prevention in Indonesia. Health Res Policy Syst. 2024;22(1):146. doi:10.1186/s12961-024-01206-7.

47. World Health Organization. Adolescent health [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2026 Jun 15]. Available from: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health

48. Liu KSN, Chen JY, Ng MYC, Yeung MHY. How does the family influence adolescent eating habits in terms of knowledge, attitudes and practices? A global systematic review of qualitative studies. Nutrients. 2021;13(11):3717. doi:10.3390/nu13113717.

49. Na X, Mackean PP, Cape GA, Johnson JW, Ou X. Maternal nutrition during pregnancy and offspring brain development: insights from neuroimaging. Nutrients. 2024;16(19):3337. doi:10.3390/nu16193337.

50. Koceva A, Herman R, Janez A, Rakusa M, Jensterle M. Sex- and gender-related differences in obesity: from pathophysiological mechanisms to clinical implications. Biomedicines. 2024;12(1):97. doi:10.3390/biomedicines12010097.

51. Naidoo O. The importance of dieticians as healthcare workers. Cardiovasc J Afr. 2021;32(3):132.

52. Surani S, Silawati V, Rukmaini R. Analysis of nutritional status among adolescent girls. Indones J Glob Health Res. 2025;7(6):543-548. doi:10.37287/ijghr.v7i6.233.

53. Lee SY, Pearce EN. Hyperthyroidism: a review. JAMA. 2023;330(15):1472-1483. doi:10.1001/jama.2023.19052.

54. Ashoorion V, Hosseinian SZ, Rezaei N, Hajihashemi P, Zare-Farashbandi E, Adibi P. Effect of dietary patterns on functional dyspepsia in adults: a systematic review. J Health Popul Nutr. 2025;44(1):132. doi:10.1186/s41043-025-00884-5.

55. Haifa NM, Nabilla I, Rahmatika V, et al. Identifikasi variabel penelitian, jenis sumber data dalam penelitian pendidikan. Din Pembelajaran J Pendidik Bahasa. 2025;2(2):256-270. doi:10.62383/dilan.v2i2.1563.

56. Khairiyah EL. Pola Makan Mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan (FKIK) UIN Syarif Hidayatullah Jakarta Tahun 2016 Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; 2016

57. Parida UPI. Hubungan pengetahuan pasien gastritis dengan kekambuhan. J Asira. 2024;2(1)

LAMPIRAN

Lampiran 1

Tabel 4. Distribusi karakteristik subjek studi (n= 92)

Variabel	Rerata ± SD/ median (min-mak)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Status Gizi			
Severely thinness(gizi buruk)			
Thinness (gizi kurang)			
Normal(gizi cukup)			
*Overweight(*gizi lebih)			
Obesity(obesitas)			
Pola Makan			
Kurang			
Lebih			
Cukup			
Pengetahuan mengenai Gastritis			
Baik			
Cukup			
Kurang			

Keterangan : Gizi buruk(sangat kurus) : -3 SD, gizi kurang (kurus) : -3 SD sampai < -2 SD, gizi cukup : -2 SD sampai +1 SD, gizi lebih : >+1 SD hingga +2 SD. Obesitas : >+ 2 SD, pola makan diukur menggunakan kuesioner *Food Frequency Questionnaire* (FFQ) dikategorikan: 0 Kurang, jika konsumsi makanan pokok <8 porsi/hari untuk laki-laki dan <5 porsi/hari untuk perempuan, lauk <3 porsi/hari, pauk <3 porsi/hari, sayur <3 porsi/hari, dan buah <5. 1 Lebih, jika konsumsi makanan pokok >8 porsi/hari untuk laki-laki dan >5 porsi/hari untuk perempuan, lauk >3. porsi/hari, pauk >3 porsi/hari, sayur >3 porsi/hari, dan buah >5 porsi/hari. 2. Cukup, jika konsumsi makanan pokok 8 porsi/hari untuk laki-laki dan 5 porsi/hari untuk perempuan, lauk 3 porsi/hari, pauk 3 porsi/hari, sayur 3 porsi/hari, dan buah 5 porsi/hari. Pengetahuan mengenai Gastritis Akut diukur menggunakan kuesioner, dikategorikan : Skala yang digunakan pada penelitian ini adalah skala Guttman yaitu menggunakan skala ukur ordinal dengan hasil dengan kriteria : baik bila skor atau nilai 76 –100 %, cukup bila skor atau nilai 56-75%, kurang bila skor atau nilai <56%

Lampiran 2.

Tabel 5. Hubungan Pola Makan dan Pengetahuan mengenai Gastritis Akut pada Siswi SMA X (n = 92)

Variabel	Status Gizi				Nilai p
	Severely Thinness n(%)	Thinness, n% Normal, n(%)	Overweight, n(%)	Obesity n(%)	
Pola makan					
0, kurang					
1, lebih					
2, cukup					
Pengetahuan mengenai Gastritis Akut					
Baik					
Cukup					
Kurang					

Analisis data menggunakan uji *chi square*. Batas kemaknaan statistik yang digunakan p<0,05

Lampiran 3.

INFORMED CONSENT

Penjelasan mengenai penelitian

Penelitian mengenai hubungan pola makan dan pengetahuan mengenai gastritis akut terhadap status gizi pada siswi SMA X dapat memberikan pengetahuan tentang hubungan pola makan dan pengetahuan gastritis akut terhadap status gizi siswi SMA X sehingga dapat menjadi dasar dalam upaya peningkatan perilaku makan sehat dan status gizi yang lebih baik.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan petunjuk kepada Saudari supaya dapat memilih makanan yang baik untuk dikonsumsi, meningkatkan pengetahuan akan gastritis akut, dan meningkatkan kesadaran akan status gizi yang baik.

Oleh karena itu kami mengharapkan Saudari untuk ikut serta dalam penelitian ini. Bila bersedia maka peneliti akan melakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan Saudari, serta memberikan kuesioner untuk dikerjakan sejujur-jujurnya oleh Saudari. Hasil pemeriksaan ini akan diinformasikan kepada Saudari dan semua hasil pemeriksaan akan dirahasiakan.

Pada saat pengukuran tinggi badan dan berat badan mungkin akan terjadi sedikit bias pengukuran tetapi peneliti akan berusaha meminimalisir hal tersebut.

Bila ada pertanyaan, bapak/ibu/saudara dapat menghubungi peneliti di nomor telepon 081567929505.

Saudari bebas untuk menolak ikut dalam penelitian ini. Bila Saudari bersedia ikut dalam penelitian ini kami mohon untuk membubuhkan tanda tangan pada formulir persetujuan bawah ini.

Jakarta, ... 2026

(Mellysa Henggar Ratnasari)

Lampiran 4.

FORMULIR PERSETUJUAN

Semua penjelasan di atas telah disampaikan kepada saya dan telah saya pahami. Dengan menandatangani formulir ini saya SETUJU untuk ikut dalam penelitian ini.

Nama peserta penelitian :

Tanda Tangan :

Tanggal :

Kuesioner Penelitian

5.1 Kuesioner FFQ

Bahan Makanan	Berapa kali konsumsi per …						Porsi tiap kali konsumsi per URT	Paling sering dimasak dengan cara …
	>1x sehari	1x sehari	3-6x seminggu	1-2xminggu	Sebulan sekali	Tidak pernah		
MAKANAN POKOK								
Nasi putih								
Nasi kuning								
Singkong								
Jagung								
Kentang								
Biskuit								
Mie instan								
Bihun								
Roti tawar putih								
Roti warna coklat								
Lainnya …								
LAUK HEWANI								
Daging sapi								
Ayam dengan kulit								
Ayam tanpa kulit								
Hati ayam								
Ikan bandeng								

Ikan lele								
Ikan tuna								
Teri nasi								
Cumi-cumi								
Udang segar								
Kerang								
Nugget								
Kornet								
Sarden								
Telur ayam								
Susu sapi								
LAUK NABATI								
Tahu								
Tempe								
Kacang tanah								
SAYURAN								
Kacang panjang								
Buncis								
Brokoli								
Bayam								
Kangkung								
Sawi hijau								
Sawi putih								
Daun singkong								
Taoge								
Ketimun								
Wortel								

Labu siam								
Kol								
Terong								
BUAH								
Alpukat								
Apel								
Jeruk								
Mangga								
Pepaya								
Rambutan								
Semangka								
Pisang ambon								
Melon								
Jambu air								

Petunjuk : pahamilah setiap makanan yang berada di daftar dan berilah tanda centang(✓) sesuai makanan yang Anda makan. Pada kolom porsi tiap kali konsumsi, ingatlah porsi ketika konsumsi dalam bentuk URT(ukuran rumah tangga), seperti satu sendok makan(1 sdm), sendok teh(sdt), 2 centong nasi(2 ctg nasi)

5.2 Kuesioner Pengetahuan mengenai gastritis akut

Nama :

Usia :

Kelas :

Kuisioner ini terdiri dari 10 pertanyaan yang sering di hadapi dalam sehari-hari, jawaban pertanyaan berikut ini dengan memberikan tanda checklist (v) pada pertanyaan yang di anggap sesuai dengan keadaan anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Apakah usia bisa mempengaruhi gastritis		
2	Gastritis merupakan peradangan yang mengenai mukosa lambung.		
3	Apakah faktor-faktor kekambuhan gastritis adalah stress, pola makan		
4	Penyebab utama gastritis adalah meminum alkohol secara berlebihan, infeksi dari kontaminasi makanan yang dimakan, dan penggunaan kokain		
5	Gejala gastritis akut adalah nyeri pada ulu hati, mual dan muntah, perut kembung, anoreksia		
6	Gastritis akut adalah inflamasi akut mukosa lambung pada sebagian besar merupakan penyakit yang ringan dan sembuh sempurna.		
7	Gastritis kronis adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun.		
8	Gejala gastritis kronis adalah nyeri menetap pada epigastrium, anoreksia, perasaan penuh di dalam perut, mual dan muntah.		

9	Gastritis dapat menimbulkan gejala berupa nyeri, sakit, atau ketidak nyamanan.		
10	Apakah penyakit gastritis dapat mengganggu status gizi seseorang.		

Lampiran 5. Tabel IMT untuk Perempuan usia 5-18 tahun dari Permenkes 2 tahun 2020

Umur		Indeks Massa Tubuh (IMT)						
Tahun	Bulan	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
13	2	13.7	15.0	16.7	18.9	22.0	26.4	33.7
13	3	13.7	15.1	16.8	19.0	22.0	26.5	33.8
13	4	13.8	15.1	16.8	19.1	22.1	26.6	33.9
13	5	13.8	15.2	16.9	19.1	22.2	26.7	34.0
13	6	13.8	15.2	16.9	19.2	22.3	26.8	34.1
13	7	13.9	15.2	17.0	19.3	22.4	26.9	34.2
13	8	13.9	15.3	17.0	19.3	22.4	27.0	34.3
13	9	13.9	15.3	17.1	19.4	22.5	27.1	34.4
13	10	14.0	15.4	17.1	19.4	22.6	27.1	34.5
13	11	14.0	15.4	17.2	19.5	22.7	27.2	34.6
14	0	14.0	15.4	17.2	19.6	22.7	27.3	34.7
14	1	14.1	15.5	17.3	19.6	22.8	27.4	34.7
14	2	14.1	15.5	17.3	19.7	22.9	27.5	34.8
14	3	14.1	15.6	17.4	19.7	22.9	27.6	34.9
14	4	14.1	15.6	17.4	19.8	23.0	27.7	35.0
14	5	14.2	15.6	17.5	19.9	23.1	27.7	35.1
14	6	14.2	15.7	17.5	19.9	23.1	27.8	35.1
14	7	14.2	15.7	17.6	20.0	23.2	27.9	35.2
14	8	14.3	15.7	17.6	20.0	23.3	28.0	35.3
14	9	14.3	15.8	17.6	20.1	23.3	28.0	35.4
14	10	14.3	15.8	17.7	20.1	23.4	28.1	35.4
14	11	14.3	15.8	17.7	20.2	23.5	28.2	35.5
15	0	14.4	15.9	17.8	20.2	23.5	28.2	35.5
15	1	14.4	15.9	17.8	20.3	23.6	28.3	35.6
15	2	14.4	15.9	17.8	20.3	23.6	28.4	35.7
15	3	14.4	16.0	17.9	20.4	23.7	28.4	35.7
15	4	14.5	16.0	17.9	20.4	23.7	28.5	35.8
15	5	14.5	16.0	17.9	20.4	23.8	28.5	35.8
15	6	14.5	16.0	18.0	20.5	23.8	28.6	35.8
15	7	14.5	16.1	18.0	20.5	23.9	28.6	35.9
15	8	14.5	16.1	18.0	20.6	23.9	28.7	35.9
15	9	14.5	16.1	18.1	20.6	24.0	28.7	36.0
15	10	14.6	16.1	18.1	20.6	24.0	28.8	36.0

Umur		Indeks Massa Tubuh (IMT)						
Tahun	Bulan	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
15	11	14.6	16.2	18.1	20.7	24.1	28.8	36.0
16	0	14.6	16.2	18.2	20.7	24.1	28.9	36.1
16	1	14.6	16.2	18.2	20.7	24.1	28.9	36.1
16	2	14.6	16.2	18.2	20.8	24.2	29.0	36.1
16	3	14.6	16.2	18.2	20.8	24.2	29.0	36.1
16	4	14.6	16.2	18.3	20.8	24.3	29.0	36.2
16	5	14.6	16.3	18.3	20.9	24.3	29.1	36.2
16	6	14.7	16.3	18.3	20.9	24.3	29.1	36.2
16	7	14.7	16.3	18.3	20.9	24.4	29.1	36.2
16	8	14.7	16.3	18.3	20.9	24.4	29.2	36.2
16	9	14.7	16.3	18.4	21.0	24.4	29.2	36.3
16	10	14.7	16.3	18.4	21.0	24.4	29.2	36.3
16	11	14.7	16.3	18.4	21.0	24.5	29.3	36.3
17	0	14.7	16.4	18.4	21.0	24.5	29.3	36.3
17	1	14.7	16.4	18.4	21.1	24.5	29.3	36.3
17	2	14.7	16.4	18.4	21.1	24.6	29.3	36.3
17	3	14.7	16.4	18.5	21.1	24.6	29.4	36.3
17	4	14.7	16.4	18.5	21.1	24.6	29.4	36.3
17	5	14.7	16.4	18.5	21.1	24.6	29.4	36.3
17	6	14.7	16.4	18.5	21.2	24.6	29.4	36.3
17	7	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.4	36.3
17	8	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.5	36.3
17	9	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.5	36.3
17	10	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.5	36.3
17	11	14.7	16.4	18.6	21.2	24.8	29.5	36.3
18	0	14.7	16.4	18.6	21.3	24.8	29.5	36.3
18	1	14.7	16.5	18.6	21.3	24.8	29.5	36.3
18	2	14.7	16.5	18.6	21.3	24.8	29.6	36.3
18	3	14.7	16.5	18.6	21.3	24.8	29.6	36.3
18	4	14.7	16.5	18.6	21.3	24.8	29.6	36.3
18	5	14.7	16.5	18.6	21.3	24.9	29.6	36.2
18	6	14.7	16.5	18.6	21.3	24.9	29.6	36.2
18	7	14.7	16.5	18.6	21.4	24.9	29.6	36.2

Umur		Indeks Massa Tubuh (IMT)						
Tahun	Bulan	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
18	8	14.7	16.5	18.6	21.4	24.9	29.6	36.2
18	9	14.7	16.5	18.7	21.4	24.9	29.6	36.2
18	10	14.7	16.5	18.7	21.4	24.9	29.6	36.2
18	11	14.7	16.5	18.7	21.4	25.0	29.7	36.2
19	0	14.7	16.5	18.7	21.4	25.0	29.7	36.2

Interpretasi dari tabel :

a. Gizi buruk (*severely thinness*) dengan ambang batas
b. Gizi kurang (*thinness)* dengan ambang batas -3 SD s.d. <-2 SD
c. Gizi baik (*normal*) dengan ambang batas -2SD s.d. +1 SD
d. Gizi lebih (*overweight*) dengan ambang batas +1 SD s.d. +2 SD
e. Obesitas (*obese*) dengan ambang batas > + 2 SD

Lampiran 6. Tabel IMT untuk Perempuan usia 5-18 tahun dari Permenkes 2 tahun 2020

