HUBUNGAN *AVOIDANT RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER* DAN STATUS GIZI PADA REMAJA

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

DANASTRI RATYA RIYADI PUTRI
030002200042

UNIVERSITAS TRISAKTI
FAKULTAS KEDOKTERAN
JAKARTA, JUNI 2025

Bidang Ilmu: Komunitas

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN *AVOIDANT RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER* DAN STATUS GIZI PADA REMAJA

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Danastri Ratya Riyadi Putri

NIM 030002200042

PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JUNI 2025

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

HUBUNGAN *AVOIDANT RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER* DAN STATUS GIZI PADA REMAJA

Nama Mahasiswa : Danastri Ratya Riyadi Putri

NIM : 030002200042

Telah disetujui untuk diuji di hadapan

Tim Penguji Proposal Skripsi

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Senin, Tanggal 30 Juni 2025

Pembimbing

dr. Kartini, M. Biomed

NIK /USAKTI

Pengesahan Proposal Skripsi

Judul:

HUBUNGAN *AVOIDANT RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER* DAN STATUS GIZI PADA REMAJA

Nama Mahasiswa: Danastri Ratya Riyadi Putri

NIM: 030002200042

Telah diujikan di hadapan **Dewan Penguji Proposal Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Senin, Tanggal 30 Juni 2025

Pembimbing :

Nama : dr. Kartini, M. Biomed ……

NIK : 3221/USAKTI

Penguji I :

Nama : dr. Ronald Irwanto N, Sp.PD-PTI, FINASIM ……

NIK : 2604/USAKTI

Penguji II :

Nama : dr. Meutia Atika Faradila, M.Biomed ……

NIK : 3843/USAKTI

Jakarta, 30 Juni 2024

Dekan Fakultas Kedokteran Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp. FK

NIK 2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	:	Danastri Ratya Riyadi Putri
NIM	:	030002200042
Program Studi	:	Sarjana Kedokteran
Alamat Korespondensi	:	Jalan Alam Indah 2 No. 19, Greenwood, Lippo Cikarang, Cikarang Selatan, Kabupaten Bekasi
Telepon/mobile	:	081317080630
E-mail	:	030002200042@std.trisakti.ac.id
Judul Skripsi	:	Hubungan *Avoidant Restrictive Food Intake disorder* dan Status Gizi

Dengan ini menyatakan bahwa penelitian yang saya lakukan 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 dikemudian 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, 30 Juni 2025

Danastri Ratya Riyadi Putri

NIM 030002200042

KATA PENGANTAR

Dengan rasa syukur kepada Allah SWT, penulis mengungkapkan rasa terima kasih atas terselesaikannya proposal skripsi dengan judul "Hubungan *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* dan Status Gizi pada Remaja". Proposal ini disusun sebagailangkah awal untuk mengeksplorasi dan menganalisis topik yang telah dipilih, dengan harapan dapat memberikan kontribusi yang berarti dalam bidang studi terkait.

Proses penyelesaian proposal skripsi ini dapat berlangsung dengan baik berkat dukungan dan kontribusi dari berbagai pihak yang terlibat. Penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada semua yang telah memberikan bantuan serta dukungan dalam penyusunan proposal skripsi ini, terutama kepada dr. Kartini, M.Biomed, sebagai dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membantu dalam proses pengerjaan proposal skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kesempatan untuk memperbaiki dan meningkatkan proposal skripsi ini. Oleh karena itu, penulis dengan sangat terbuka menerima masukan dan saran dari semua pihak yang terlibat, demi meningkatkan kualitas proposal ini dan mencapai standar yang diinginkan.

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING iii
HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI DAN DEKAN iv
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN v
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI vii
DAFTAR TABEL x
DAFTAR GAMBAR xi
DAFTAR LAMPIRAN xii
DAFTAR ARTI SINGKATAN xii
BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar belakang 1
1.2 Rumusan masalah 2
1.3 Tujuan 2
1.3.1 Tujuan umum 2
1.3.2 Tujuan khusus 3
1.4 Hipotesis 3
1.5 Manfaat penelitian 3
1.5.1 Bidang ilmu pengetahuan 3
1.5.2 Bidang profesi 3
1.5.3 Bidang masyarakat 3
BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI 4
2.1 Tinjauan Pustaka 4
2.1.1 Remaja 4
2.1.2 Status Gizi 4
2.1.3 *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* (ARFID) 8

2.1.4 Hubungan *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* (ARFID) dan status gizi 10
2.2 Ringkasan Pustaka 12
2.3 Kerangka Teori 13
BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 14
3.1 Kerangka konsep 14
3.1.1 Variabel Bebas 14
3.1.2 Variabel Tergantung 14
3.2 Definisi operasional 15
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN 17
4.1 Desain Penelitian 17
4.2 Lokasi dan waktu 17
4.3 Populasi dan subjek 17
4.3.1 Populasi 17
4.3.1.1 Populasi target 17
4.3.1.2 Populasi terjangkau 17
4.3.1.3 Sampel 18
4.3.1.3.1 Kriteria pemilihan subjek 18
4.3.1.3.2 Perhitungan jumlah subjek 18
4.4 Bahan dan instrumen 20
4.4.1 Alat ukur antropometri 20
4.4.2 *Short Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Screen - Self* (SAS-S) 20
4.5 Analisis statistik 21
4.5.1 Analisis Univariat 21
4.5.2 Analisis Bivariat 21
4.6 Alur kerja penelitian 22
4.7 Etika penelitian 23
4.8 Penjadwalan penelitian 23
DAFTAR PUSTAKA 25

LAMPIRAN 28

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan pustaka 12
Tabel 2. Definisi operasional 15
Tabel 3. Nilai uji validitas 21
Tabel 4. Penjadwalan Pelaksaan Penelitian 23
Tabel 5. Distribusi karakteristik subjek studi (n=92) 28
Tabel 6. Hubungan karakteristik sosiodemografi, ARFID dengan status gizi 28
Tabel 7. *Short ARFID Screen – Self* 29
Tabel 8. Kuesioner SAS-S 30
Tabel 9. Hasil Uji Validitas 1 31
Tabel 10. Hasil Uji Validitas 2 32
Tabel 11. *Pearson's correlation table* 34

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori 13
Gambar 2. Kerangka konsep 14
Gambar 3. Alur kerja penelitian 22
Gambar 4. Hasil uji reliabilitas 1 33
Gambar 5. Hasil uji reliabilitas 2 33

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy Table* 28
Lampiran 2. Kuesioner SAS-S 29
Lampiran 3. Hasil Uji Validitas 31
Lampiran 4. Hasil Uji Reliabilitas 33
Lampiran 5. Tabel R 34
Lampiran 6. Kurva BB//TB CDC 2000 Laki-Laki 35
Lampiran 7. Kurva BB//TB CDC 2000 Perempuan 36
Lampiran 8. *Informed-consent* 37
Lampiran 9. Inklusi dan Eksklusi 39

DAFTAR ARTI SINGKATAN

ARFID	*Avoidant Restrictive Food Intake Disorder*
BB//TB	Berat badan Menurut Tinggi Badan
CDC	*Centers for Disease Control and Prevention*
DSM V	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth Edition*
DSM V TR	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth Edition Text Revision*
ICD -11	*International Classification of Diseases – 11*
IMT/U	Indeks Massa Tubuh Menurut Umur
NIAS	*Nine Item ARFID Screen*
SAS-S	*Short ARFID Self – Screen*
SKI 2023	Survei Kesehatan Indonesia 2023
WHO	*World Health Organization*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Fase remaja adalah fase yang rentan terhadap masalah gizi, yang diakibatkan oleh cepatnya perkembangan serta pertumbuhan tubuh, sehingga membutuhkan lebih banyak zat gizi serta energi. Pemenuhan gizi yang seimbang bagi remaja memiliki arti dimana makanan yang dikonsumsi harus mengandung berbagai zat gizi yang penting untuk memberikan energi, mengatur tubuh, serta dapat mendukung proses pertumbuhan dan perkembangan.(1) Status gizi seseorang dapat didefinisikan sebagai kondisi tubuh yang dipengaruhi oleh keseimbangan asupan, penyerapan, serta pemanfaatan zat gizi dari makanan. Satu dari sekian langkah dalam mengukur status gizi ialah melalui pengukuran antropometri yang salah satunya adalah pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan menggunakan data berat serta tinggi badan individu.(2) Menurut Laporan Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, persentase status gizi berdasarkan IMT/U pada remaja Indonesia berusia 16-18 tahun senilai 1,7% sangat kurus, 6,6% kurus, 79,6% normal 8,8% gemuk, serta 3,3% obesitas. Berdasarkan data tersebut, total status gizi kurang pada remaja di Indonesia adalah 8,3%.(3) Pada remaja, kondisi kekurangan gizi ini diakibatkan oleh pembatasan pengonsumsian makanan dengan tidak memperhatikan kandungan gizi serta kesehatan, yang berakibat buruk pada status gizinya. Pada remaja Indonesia, persoalan gizi cenderung kompleks, yakni gizi kurang, obesitas, hingga kekurangan zat gizi mikro, misalnya anemia.(4)

Gangguan makan dapat menjadi satu dari sekian faktor yang berkontribusi terhadap status gizi remaja. Hal tersebut dapat mengganggu kecukupan asupan, penyerapan dan penggunaan zat gizi pada tubuh. Selain itu, masalah psikologis yang mendasari gangguan makan, seperti trauma, stress emosional, atau dismorfia tubuh dapat memengaruhi pola makan sehari-hari dan keseimbangan status gizi.(5)

Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) merupakan salah satu gangguan makan yang baru ini diperkenalkan dalam buku *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Edisi V (DSM-V).[2] ARFID sendiri merupakan gangguan makan yang berupa gangguan pola makan tanpa rasa takut akan kenaikan atau penurunan berat badan atau rasa dismorfia tubuh. Gangguan pola makan pada ARFID dapat mengarah pada kenaikan atau penurunan asupan makanan yang dapat menyebabkan kegagalan dalam memenuhi kebutuhan energi atau nutrisi pada tubuh.[6]

Sebuah kajian oleh Ricarda Schmidt, dkk mengungkapkan, terdapat korelasi antara ARFID dengan status gizi. Hal ini dikarenakan dengan kurangnya asupan nutrisi mikro dan makro dari makanan pada tubuh seseorang.[7] Namun menurut Lara Van Bureen, dkk menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara ARFID dengan status gizi remaja. Hal ini dikarenakan status IMT antara individu dengan gejala ARFID dan individu yang tidak dengan gejala ARFID tidak ada perbedaan yang signifikan.[8]

Dikarenakan adanya perbedaan pendapat mengenai hubungan antara *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* dengan status gizi pada remaja, maka dibutuhkan kajian lebih lanjut.

1.2 Rumusan masalah

Apakah terdapat hubungan antara *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* dengan status gizi pada remaja?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk meningkatkan status gizi remaja dengan menentukan hubungan ARFID dengan status gizi.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menentukan prevalensi *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* pada remaja.
2. Menentukan status gizi pada usia remaja.
3. Menganalisis hubungan antara *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* dengan status gizi pada remaja.

1.4 Hipotesis

Terdapat hubungan antara *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* dengan status gizi pada remaja.

1.5 Manfaat penelitian

1.5.1 Bidang ilmu pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan mengenai hubungan antara *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* dengan status gizi remaja.

1.5.2 Bidang profesi

Sebagai pelengkap ilmu pengetahuan dan acuan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan antara *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* dengan status gizi pada remaja.

1.5.3 Bidang masyarakat

Memberikan informasi dan wawasan tambahan mengenai hubungan antara *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* dengan status gizi pada remaja.

BAB II

TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Remaja

Fase remaja adalah tahapan rentan gizi oleh karena cepatnya perkembangan serta pertumbuhan, sehingga tubuh membutuhkan lebih banyak zat gizi serta energi. Tercukupinya gizi seimbang bagi remaja dapat dicapai melalui banyaknya kandungan zat gizi pada makanan sebagai sumber tenaga, pembangun serta pengatur pada perkembangan serta pertumbuhan remaja.[1] Kondisi kurangnya gizi ini umumnya diakibatkan oleh pembatasan pengonsumsian makanan yang tidak memperhatikan kandungan gizi serta kesehatan, yang mampu berakibat buruk pada status gizi. Pada remaja Indonesia, persoalan gizi cenderung kompleks, yakni gizi kurang, obesitas, hingga kekurangan zat gizi mikro, misalnya anemia.[4]

2.1.2 Status Gizi

Status gizi seseorang dapat didefinisikan sebagai kondisi tubuh yang dipengaruhi oleh keseimbangan asupan, penyerapan, serta pemanfaatan zat gizi dari makanan. Status gizi merupakan salah satu indikator menentukan baik atau buruk asupan makan sehari-hari.[2,9] Menurut Laporan Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, persentase status gizi berdasarkan IMT/U pada remaja Indonesia berusia 16-18 tahun senilai 1,7% sangat kurus, 6,6% kurus, 79,6% normal 8,8% gemuk, serta 3,3% obesitas. Berdasarkan data tersebut, total status gizi kurang pada remaja di Indonesia adalah 8,3%.[3] Faktor yang dapat memengaruhi status gizi termasuk dalam faktor ekologi. Faktor ini dianggap penting karena dijadikan sebagai dasar intervensi gizi. Faktor Ekologi dapat dibagi menjadi beberapa kelompok, yaitu penyakit infeksi, pengaruh budaya, produksi pangan, pengonsumsian makanan,

faktor sosio-ekonomi, hingga pelayanan kesehatan serta pendidikan.[10] Beberapa juga mengelompokkan faktor ekologi tersebut menjadi faktor langsung dan tidak langsung.[11]

Faktor sosio ekonomi merupakan akar masalah yang sangat berperan dalam status gizi seseorang. Kurangnya pendapatan dapat berperan dalam kemampuan untuk mengakses makanan yang beragam dan berkualitas.[10]

Faktor penyakit infeksi merupakan salah satu faktor langsung yang memengaruhi status gizi seseorang. Hal ini disebabkan karena beberapa mekanisme. Pertama, kurangnya asupan gizi akibat hilangnya selera makan atau gangguan penyerapan selama penyakit berlangsung. Kedua, hilangnya zat gizi akibat dari muntah atau perdaraan ringan kronik. Terakhir, meningkatnya kebutuhan gizi baik untuk tubuh atau agen penyebab penyakit infeksi.[10]

Faktor asupan makanan juga merupakan faktor langsung yang memengaruhi status gizi seseorang. Ketidakseimbangan asupan makanan dapat menyebabkan masalah pada fungsi dan pertumbuhan tubuh. Perubahan pola makan pada remaja dapat mengakibatkan tidak seimbangnya zat gizi pada tubuh. Ketidakseimbangan ini mampu mengakibatkan permasalahan gizi pada remaja, misalnya malnutrisi, obesitas, ataupun kekurangan zat gizi lainnya.[4]

Faktor budaya dan agama merupakan salah satu faktor tidak langsung yang memengaruhi gizi seseorang. Contoh dari faktor ini adalah penghindaran makanan karena alasan agama atau pembatasan waktu makan seperti puasa.[10]

Produksi pangan juga merupakan faktor yang berperan dalam status gizi seseorang. Salah satu contohnya adalah masalah gizi akibat dari keamanan makanan yang tidak diperiksa.[10]

Pelayanan Kesehatan dan Pendidikan adalah faktor tidak langsung dari status gizi seseorang. Sulitnya seseorang dalam mengakses pendidikan dan juga pelayanan kesehatan menyebabkan informasi mengenai gizi sulit didapatkan sehingga berpengaruh terhadap status gizi mereka.[10]

Zat gizi adalah zat yang terdapat pada makanan yang dibutuhkan tubuh guna menjaga kesehatan dan mempertahankan fungsi tubuh.[12] Zat Gizi dapat dibagi menjadi beberapa kelompok, antara lain adalah makronutrien dan mikronutrien. Makronutrien seperti karbohidrat, protein, dan lemak merupakan zat gizi yang dibutuhkan tubuh dengan kuantitas besar serta berfungsi sebagian sumber utama energi dalam tubuh.[13] Mikronutrien seperti vitamin serta mineral yang merupakan zat gizi yang dibutuhkan tubuh pada jumlah sangat kecil tetapi penting untuk menjaga kesehatan tubuh.[12]

Pencernaan dan penyerapan zat gizi sudah dimulai dari mulut dan terus berlangsung hingga usus besar. Mekanisme ini melibatkan proses mekanik dan kimiawi. Setelah dilakukan penyerapan, zat gizi akan diangkut melalui pembuluh darah dan juga aliran limfatik ke seluruh jaringan tubuh agar dapat dimanfaatkan sebagai sumber energi.[14] Energi dalam tubuh manusia mengikuti prinsip kekekalan energi, di mana energi yang diterima hendaknya sama dengan energi yang keluar. Energi yang diperoleh dari makanan dimanfaatkan dalam pelaksanaan pekerjaan eksternal, menghasilkan panas internal, serta energi yang tersisa disimpan sebagai cadangan. Terdapat tiga kondisi keseimbangan energi yang dapat terjadi. Pertama, keseimbangan energi netral, yakni ketika jumlah energi yang diperoleh melalui makanan sama dengan jumlah energi yang dimanfaatkan tubuh untuk bekerja serta mempertahankan fungsi basal, sehingga berat badan tetap stabil. Kedua, keseimbangan energi positif, ketika jumlah energi dari asupan pangan lebih banyak dibanding jumlah energi yang dimanfaatkan tubuh, sehingga kelebihan energi disimpan pada jaringan adiposa serta berat badan meningkat. Ketiga, keseimbangan energi negatif,

ketika jumlah energi yang diperoleh dari makanan kurang dari kebutuhan tubuh, sehingga tubuh menggunakan cadangan energi yang ada, menyebabkan terjadinya penurunan berat badan.[15]

Bagi individu yang mengalami gangguan gizi dapat dicirikan dengan perkembangan yang menghasilkan hambatan serta menghasilnya kondisi menurunnya berat badan yang sesuai dengan usianya. Selain itu, kekurangan asupan nutrisi dapat menghambat perkembangan motorik terutama pada usia muda.[16]

Pengukuran status gizi dapat dilaksanakan dengan sejumlah langkah. Pemeriksaan fisik ataupun klinis merupakan salah satu pemeriksaan standar dalam penilaian status gizi. Pemeriksaan ini relatif ringkas dalam segi pelaksanaan serta tidak membutuhkan anggaran yang banyak. Pemeriksaan klinis dapat dilakukan dengan mengidentifikasi karakteristik klinis umum dari masalah gizi secara superfisial seperti perubahan pada rambut, kulit, dan mata.[10]

Pemeriksaan antropometri dapat dilakukan dengan cara mengukur beberapa parameter meliputi serangkaian pengukuran kuantitatif terhadap otot, tulang, dan jaringan lemak untuk mengevaluasi komposisi tubuh. Faktor utama dalam antropometri mencakup berat serta tinggi badan, indeks massa tubuh (IMT), ukuran lingkar tubuh, serta ketebalan lipatan kulit.[17] Langkah dalam menghitung IMT ialah dengan membagi berat badan dengan kilogram, serta tinggi badan dengan meter dikuadratkan.[18]

Pemeriksaan Biokimia dilakukan dengan cara mengambil spesimen seperti darah, urin atau jaringan tubuh lainnya untuk menilai status mikronutrien individu. Pemeriksaan ini bersifat akurat serta mampu mengidentifikasi perubahan dini pada status gizi individu, namun jenis pemeriksaan ini memerlukan biaya yang relatif mahal.[10]

Selanjutnya, penilaian status gizi dapat dilakukan menggunakan metode survei konsumsi makanan dimana pemeriksa menghitung jumlah

serta jenis makanan yang dikonsumsi seorang invidu. Beberapa survei yang dapat dilaksanakan antara lain adalah *24 hours dietary recall, food frequency questionnaire, dietary history since early life, food diary technique,* dan *observed food consumption*.[10]

Untuk memastikan setiap individu mencapai status gizi yang ideal berbagai cara dapat dilakukan, salah satunya adalah melakukan edukasi mengenai kepentingan cakupan gizi yang tepat untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya nutrisi yang seimbang. Selain itu, penerapan empat pilar gizi seimbang dapat membantu memperbaiki dan juga mencegah gangguan gizi. Empat pilar gizi seimbang meliputi: mengonsumsi ragam makanan, menjaga hidup bersih, beraktivitas fisik, serta mengontrol berat badan.[19]

2.1.3 *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* (ARFID)

Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) ialah salah satu diagnosis gangguan makan yang baru ini diperkenalkan dalam buku DSM-V.[6] ARFID sendiri merupakan gangguan makan yang berupa gangguan pola makan tanpa rasa takut akan kenaikan atau penurunan berat badan atau rasa dismorfia tubuh. ARFID dapat dialami anak-anak, remaja, hingga individu dewasa. Untuk melihat individu dengan gejala ARFID dapat dilihat dari satu atau lebih kriteria sebagai berikut:

Kriteria A: Terdapat gangguan makan atau pemberian makanan yang terkait dengan penurunan berat badan yang signifikan, kekurangan gizi, ketergantungan pada makanan enteral atau suplemen, atau perubahan yang nyata dalam fungsi psikososial. Kemungkinan penyebab gangguan ini meliputi nafsu makan rendah, masalah sensorik berupa hipersensitivitas terhadap tekstur, rasa, bau, warna dan temperatur makanan, serta penghindaran makan yang terkait dengan rasa takut atau trauma.

Kriteria B: Gangguan makan bukan karena faktor agama atau budaya atau kurangnya ketersediaan makanan.

Kriteria C: Gangguan tersebut tidak disebabkan oleh gangguan makan lainnya seperti anoreksia nervosa atau bulimia nervosa, sebagaimana dibuktikan dengan tidak adanya masalah citra tubuh.

Kriteria D: Kondisi kejiwaan atau medis lainnya dikecualikan sebagai etiologi gangguan tersebut.[20]

Untuk memahami lebih lanjut mengenai ARFID, faktor yang berkontribusi dapat diklasifikasikan ke dalam tiga kelompok faktor, yakni predisposisi, pencetus, hingga faktor yang mempertahankan. Faktor predisposisi merupakan kondisi bawaan atau latar belakang yang dapat membuat seorang indivdu lebih rentan terhadap ARFID seperti gangguan perkembangan atau masalah medis. Faktor pencetus merupakan faktor yang menyebabkan munculnya gejala ARFID seperti peristiwa traumatis saat makan. Faktor yang mempertahankan adalah hal-hal yang membuat masalah makan tersebut terus berlangsung dan tidak kunjung membaik seperti selalu memilih makanan dan tidak mengenalkan variasi makanan terhadap penderita. Contoh lainnya adalah faktor pola asuh orang tua yang terlalu permisif ataupun overprotektif dapat memperkuat pembatasan makanan.[21]

Prevalensi ARFID secara global cukup bervariasi. Menurut studi di Swiss didapatkan prevalensi ARFID adalah 3,2 % pada anak usia sekolah berdasarkan *self-report* dan seimbang antara laki-laki dan perempuan.[22] Berdasarkan studi di Australia, pada remaja dengan rentang umur 11-19 tahun dilaporkan prevalensi ARFID senilai 1,98% dengan lebih banyak perempuan dibanding laki-laki.(8) Studi di Amerika Serikat menemukan bahwa pada responden dewasa didapatkan prevalensi senilai 4,7% berdasarkan skrining online yang dilakukan.[23]

Short ARFID Screen-Self atau bisa disingkat SAS-S adalah kuesioner singkat berisi tujuh pertanyaan singkat yang dapat digunakan di lingkungan non-klinis dan layanan kesehatan umum. Kuesioner ini dibuat berdasarkan kriteria DSM-5 dan ICD-11 untuk gangguan makan ARFID. SAS-S dapat digunakan untuk segala rentang usia. SAS-S mencakup informasi dasar yang dapat digunakan untuk menentukan kemungkinan adanya ARFID. Pertanyaan-pertanyaan dalam SAS-S dirancang untuk mengetahui apakah perilaku makan membatasi atau menghindari yang disebabkan oleh kondisi medis atau gangguan mental lain, atau justru karena pandangan terhadap bentuk dan berat badan seorang individu.[24]

Nine-item Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Screen atau disingkat dengan NIAS merupakan skala laporan diri yang dikembangkan oleh Zickgraf dan Ellis yang disusun untuk mengevaluasi gejala ARFID melalui sembilan item yang dibagi menjadi tiga subskala yang berbeda: makan pilih-pilih, nafsu makan, dan ketakutan. Tiga subskala berguna untuk menentukan tipe ARFID seseorang. Setiap skor dari nol sampai lima yang nantinya akan dijumlahkan per subskala dengan total lima belas. Bila total skor sembilan melebihi 45 dapat menunjukkan tingkat gejala ARFID yang lebih tinggi.[25,26]

Secara keseluruhan, kedua kuesioner berguna dalam melakukan skrining ARFID. Kuesioner NIAS lebih unggul dalam mengeksplorasi tipe ARFID, namun tidak menilai secara langsung dampak klinis pada individu/ Kuesioner SAS-S lebih efisen dalam mendeteksi gejala awal dan juga menilai dampak nyata dari gangguan makan tersebut, seperti status gizi, pertumbuhan, dan kehidupan sehari-hari.

2.1.4 Hubungan *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* (ARFID) dan status gizi

Gangguan pola makan pada ARFID dapat mengarah pada kenaikan atau penurunan asupan makanan yang dapat menyebabkan kegagalan dalam memenuhi kebutuhan energi atau nutrisi pada tubuh.[7] Walau begitu, pada

individu yang memiliki ARFID, masing-masing individu dapat memiliki berat badan normal, berat badan kurang, atau berat badan lebih.[6]

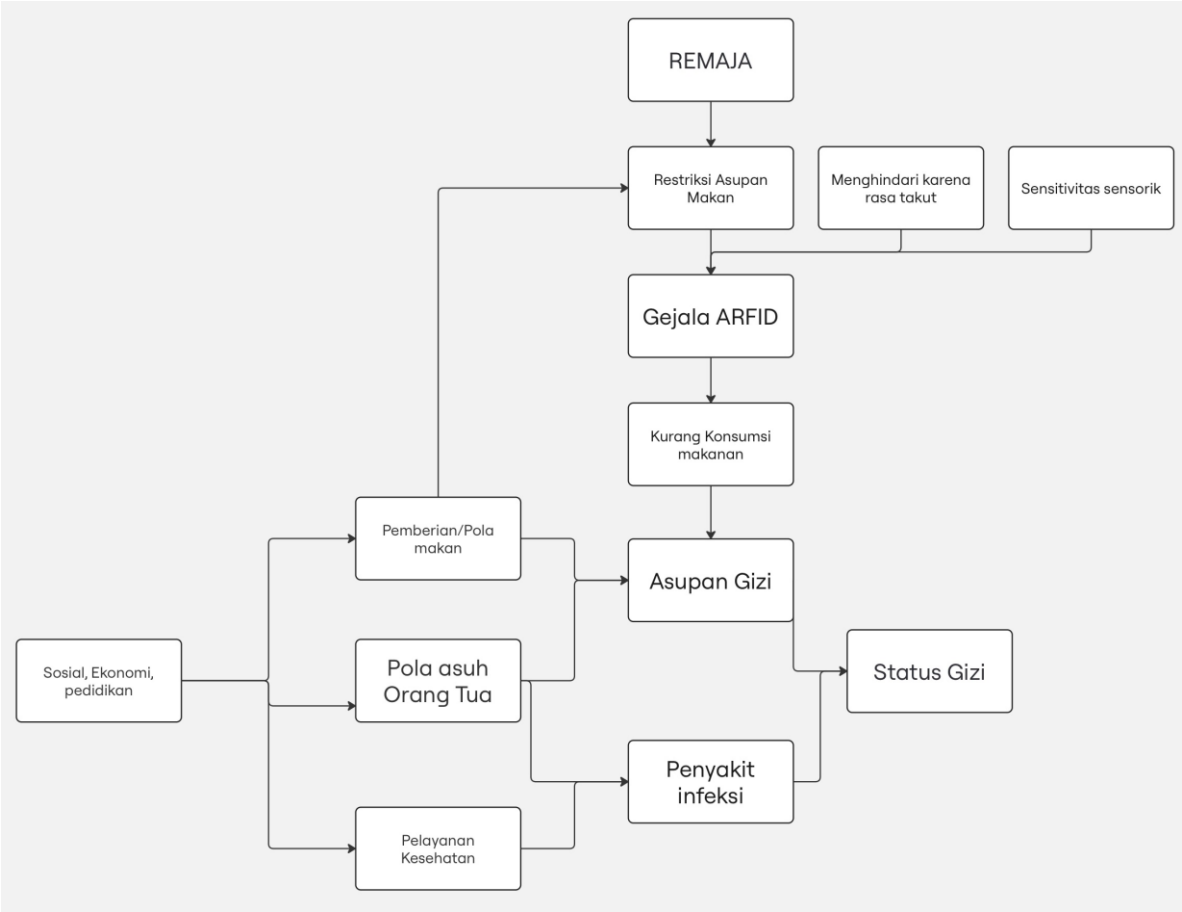
Pada penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Ricarda Schmidt, dkk mengenai asupan nutrisi makanan pada ARFID menyatakan bahwa individu dengan ARFID kekurangan asupan gizi mikro dan makro yang nantinya bisa berpengaruh pada status gizi individu tersebut. Dalam penelitian ini, responden dengan gejala ARFID ditemukan kurangnya asupan makanan baik itu makronutrien dan makronutrien dibanding dengan responden yang tidak memiliki gejala ARFID.[7] Namun, pada penelitian yang dilakukan oleh Lara Van Buuren, dkk mengenai perhitungan prevalensi kejadian ARFID pada populasi remaja menyatakan, bahwa tidak ada perubahan signifikan dari perhitungan IMT pada individu dengan kemungkinan ARFID dan individu dengan kemungkinan tidak ARFID. Hal ini dikarenakan responden ARFID dalam penelitian tersebut melakukan pembatasan makanan karena tidak menyukai rasa atau tekstur dari makanan tersebut sehingga masih dapat mencari alternatif untuk memenuhi gizi harian.[8]

2.2 Ringkasan Pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi	Studi Desain	Subjek Studi	Variabel yang diteliti	Lama Waktu Studi	Hasil
Ricarda Schmidt, *et al*(7)	Leipzig University Medical Center	*Cross-sectional*	Individu umur 0-17 tahun	Status gizi	-	Adanya hubungan antara status gizi dengan ARFID (p = 0,012).
Lara Van Buuren, *et al*(8)	Populasi umum New south Wales, Australia	*Cross-sectional*	Remaja umur 11-19 tahun	Status gizi	-	Status gizi peserta dengan gejala ARFID tidak berbeda secara signifikan dengan yang tidak memiliki gejala ARFID (p = 0,399)

2.3 Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka konsep

Kerangka konsep ini menjelaskan dugaan adanya hubungan antara *avoidant restrictive food intake disorders* sebagai variabel bebas dan status gizi sebagai variabel tergantung pada remaja. Kerangka konsep tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. Kerangka konsep

3.1.1 Variabel Bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder,*

3.1.2 Variabel Tergantung

Variabel tergantung pada penelitian ini adalah status gizi.

3.2 Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Pengukuran	Skala Pengukuran	Referensi
Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)	gangguan kejiwaan dengan presentasi klinis yang menyebabkan pembatasan volume makanan sebagai akibat dari pembatasan variasi makanan dan/atau pembatasan asupan makanan akibat penghindaran makanan atau kelompok makanan tertentu.	*Short ARFID Screen-self* (SAS-S)	Kuesioner	ARFID bila : Total skor ≥ 4 Non-ARFID bila : Total skor < 4	Ordinal	*Nedic*[27]
Status Gizi	keadaan tubuh yang dipengaruhi oleh keseimbangan asupan, penyerapan, dan penggunaan zat gizi dari makanan.	BB//TB	Pengukuran	Gizi normal: BB//TB 90-110% Gizi Tidak Normal: • Sangat kurus/buruk: BB//TB <70%	Ordinal	*Nutrients*, SKI 2023, CDC 2000 [2,3,28]

- Kurus/kurang: BB//TB 70-89%
- Gemuk/lebih: BB//TB >110-120%
- Obesitas: >120%

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik, dengan desain penelitian *cross-sectional* untuk menilai hubungan *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* dan Status Gizi pada Remaja.

4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian ini dilakukan di SMAN 7 Kota Kediri di bulan September-November 2025.

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi

Populasi yang diambil pada penelitian ini adalah remaja kelas XI pelajar SMAN 7 Kota Kediri.

4.3.1.1 Populasi target

Populasi target pada penelitian ini adalah remaja.

4.3.1.2 Populasi terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah kelas XI pelajar SMAN 7 Kota Kediri.

4.3.1.3 Sampel

4.3.1.3.1 Kriteria pemilihan subjek

4.3.1.3.1.1. Kriteria Inklusi

1. Pelajar kelas XI pada SMAN 7 Kota Kediri yang memiliki rentang umur 15-18 tahun.
2. Berjenis kelamin laki-laki dan perempuan
3. Dapat berkomunikasi dengan baik
4. Menandatangani *Inform-consent*

4.3.1.3.1.2. Kriteria Eksklusi

1. Menderita gangguan medis seperti infeksi kronis atau gangguan pencernaan yang memerlukan intervensi gizi.
2. Sulit mengakses fasilitas kesehatan dan pendidikan
3. Adanya kesulitan secara sosial dan ekonomi

4.3.1.3.2 Perhitungan jumlah subjek

Perhitungan jumlah subjek untuk rancangan cross-sectional adalah populasi infinit dan populasi finit dengan rumus sebagai berikut.

Menurut Laporan Survei Kesehatan Indonesia (2023), prevalensi status gizi berdasarkan IMT/U pada remaja umur 16-18 tahun di Indonesia total status gizi kurang adalah 8,3%.[3]

Keterangan :

n : besar sampel optimal yang di butuhkan

Z : pada tingkat kemaknaan 95% besarnya 1,96

p : pravalensi subjek yang mengalami peristiwa yang diteliti

q : pravalensi subjek yang tidak mengalami peristiwa yang diteliti = 1-p

d : akurasi dari kepekaan pengukuran

p = 8,3%[3] = 0,083

q = 1-p = 0,917

d = p / 2 = 0,083/2 = 0,0415

- Populasi infinit:

$$n0 = \frac{Z\alpha^2 \; x \; p \; x \; q}{(d)^2}$$

$$n0 = \frac{(1{,}96)^2 \; x \; 0{,}083 \; x \; 0{,}917}{(0{,}0415)^2}$$

$$n0 = 169{,}7 \; (170 \; orang)$$

- Populasi finit:

N = 422 (total pelajar kelas XI pada SMA X)

$$n = \frac{n_0}{1 + (\frac{n_0}{N})}$$

$$n = \frac{170}{1 + (\frac{170}{422})}$$

$$n = 121{,}1 \; (121 \; orang)$$

Perkiraan *drop out* 15% dari total sampel, Maka:

Jumlah sampel = n + (n x 15%) = 121 + (121 x 15%) = 139

Setelah ditambah dengan *drop-out* sebesar 15%, maka pada penelitian ini didapatkan jumlah besar sampel sebanyak 139 orang.

4.4 Bahan dan instrumen

4.4.1 Alat ukur antropometri

Untuk mendapatkan data status gizi, digunakan timbangan digital untuk mengukur berat badan dan stadiometer untuk mengukur tinggi badan.[3,18] Data kemudian diolah dengan penilaian BB//TB menggunakan kurva CDC 2000 dengan cara:

1. Pilih Kurva berat badan dan tinggi badan sesuai dengan usia dan jenis kelamin responden.
2. Tentukan letak tinggi badan responden pada kurva, pertemukan letak tersebut dengan garis persentil 50 tinggi badan (di kiri atau kanan titik tinggi responden).
3. Tarik garis vertikal dari titik tersebut ke bawah menuju garis persentil 50 berat badan dan tandai titik baru.
4. Baca berat badan pada titik baru tersebut.
5. Hitung pembagian berat badan responden hasil penimbangan dengan berat badan di titik terbaru lalu dikalikan dengan 100%.[28]

4.4.2 *Short Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Screen - Self (SAS-S)*

Kuesioner ini berisi tujuh pertanyaan singkat yang dapat digunakan di lingkungan non-klinis dan layanan kesehatan umum. Hal-hal berikut ini harus ada agar dapat dikatakan positif untuk ARFID: Q1=2 dan Q2=0 dan Q3=2 atau Q4=2 atau Q5=2 atau Q6=2 atau Q7=2. Skor total minimal 4 diperlukan sesuai dengan pola di atas.

Nilai uji validitas dari kuesioner SAS-S sebagai berikut:

Tabel 3. Nilai uji validitas

No Soal	R hitung uji 1	R hitung uji 2	R tabel (0,05)	Keterangan
1	0.620	0.629	0.361	Valid
2	0.719	0.719	0.361	Valid
3	0.608	0608	0.361	Valid
4	0.558	0.558	0.361	Valid
5	0.750	0.750	0.361	Valid
6	0.611	0.611	0.361	Valid
7	0.579	0.579	0.361	Valid

Suatu instrumen dikatakan reliabel apabila nilai $\alpha > 0,6$. Nilai α dari uji reliabilitas dari kuesioner ini adalah 0,733 dimana nilai ini lebih dari 0,6 maka, alat ini dinyatakan reliabel.

4.5 Analisis statistik

Untuk melihat hubungan antara *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* dengan status gizi pada remaja digunakan uji *Chi-Square*.

4.5.1 Analisis Univariat

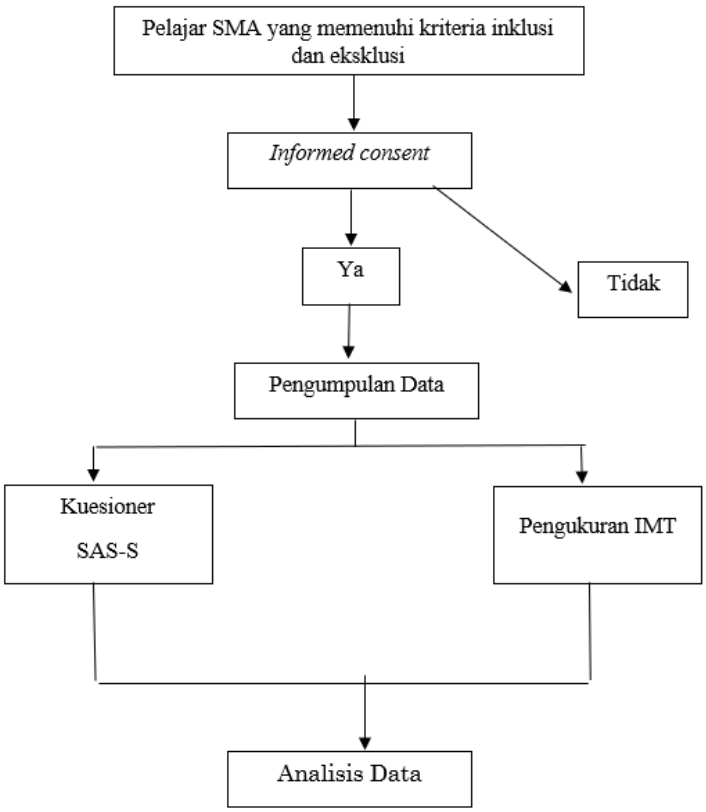
Analisa univariat merupakan metode analisis yang paling sederhana untuk menganalisis setiap variabel dari hasil penelitian. Analisis univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data dari hasil pengukuran sedemikian rupa secara analisis deskriptif.

4.5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mencari hubungan antara variabel bebas (*Avoidant Restrictive Food Intake Disorder*) dengan variabel tergantung (status gizi) menggunakan uji *Chi-Square* untuk menguji hipotesis dan menentukan nilai p. Dengan menarik kesimpulan berdasarkan

hasil perbandingan nilai signifikasi (p) yang diperoleh dengan taraf kemaknaan (α) yang diinginkan. Pada penelitian ini taraf kemaknaan yang digunakan adalah 0,5% atau 0,05. Jika p < 0,05, maka H0 ditolak yang artinya terdapat hubungan antara status gizi dan *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder*. Jika p > 0,05, maka H0 diterima yang artinya tidak ada hubungan antara status gizi dan *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* pada remaja.

4.6 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur kerja penelitian

4.7 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilakukan setelah lolos uji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Kerahasiaan data responden akan terjaga.

4.8 Penjadwalan penelitian

Tabel 4. Penjadwalan Pelaksaan Penelitian

Kegiatan	2025										
	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des
Perumusan dan pembuatan judul											
Penetapan judul											
Pergantian judul											
Penysunan BAB I (Latar Belakang)											
Penyusunan BAB II (Tinjauan pustaka, ringkasan pustaka dan kerangka teori)											
Penyusunan dan penyelesaian BAB III (Kerangka konsep dan definisi operasional)											
Penyusunan BAB IV (Metodologi)											
Konsultasi											

Penyerahan Proposal											
Ujian proposal skripsi											
Revisi Proposal Skripsi											
Pengajuan kaji etik											
Penelitian											
Penyusunan BAB V (Hasil penelitian)											
Penyusunan BAB VI (Pembahasan)											
Penyusunan BAB VII (Kesimpulan dan saran)											
Ujian Skripsi											

DAFTAR PUSTAKA

1. Purnama NLA. Body Image, Perilaku Makan dan Status Gizi Remaja. Jurnal Ilmiah Keperawatan. 2021;7(2):351–8. DOI: doi.org/10.33023/jikep.v7i2.850
2. Holmes CJ, Racette SB. The Utility of Body Composition Assessment in Nutrition and Clinical Practice: An Overview of Current Methodology. Nutrients. 2021;13(8). DOI: 10.3390/nu13082493
3. Kemenkes. Survei Kesehatan Indonesia 2023 dalam Angka. 2023.
4. Merita, Hamzah N, Djayusmantoko. Persepsi Citra Tubuh, Kecederungan Gangguan Makan dan Status Gizi pada Remaja di Kota Jambi. JNC. 2020;9(2):81–6. DOI: doi.org/10.14710/jnc.v9i2.24603
5. Arfah M, Devy SR, Qomaruddin MB, Amir ER, Zari AP, Rahmani A. The Relationship Between Eating Disorders and Nutritional Status In Adolescents. Hearty. 2024;12(2):275–80. DOI: doi.org/10.32832/hearty.v12i2.16139
6. Seetharaman S, Fields EL. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. Pediatr Rev. 2020 Dec;41(12):613–22. DOI: 10.1542/pir.2019-0133
7. Schmidt R, Hiemisch A, Kiess W, von Klitzing K, Schlensog-Schuster F, Hilbert A. Macro-and Micronutrient Intake in Children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. Nutrients. 2021;13(2):1–11. DOI: 10.3390/nu13020400
8. Van Buuren L, Fleming CAK, Hay P, Bussey K, Trompeter N, Lonergan A, et al. The Prevalence and Burden of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in A General Adolescent Population. J Eat Disord. 2023;11(1). DOI: 10.1186/s40337-023-00831-x
9. Muharramah A, Wati DA, Pratiwi AR, Khairani MD, Saputri AA qoyyima. Pengukuran Status Gizi dan Konseling Gizi Sebagai Pengabdian Masyarakat dalam Rangka Kegiatan Milad Universitas Aisyah Pringsewu Tahun 2023. Abdi ke ungu. 2023;5(2):125–30. DOI: doi.org/10.30604/abdi.v5i2.1326
10. Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI. Penilaian Status Gizi. In: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. 6th ed. p. 420–6.
11. Rae AE, Renyoet BS. Psychological and Social Factors Affecting Eating Habits in Adolescent Faktor Psikologi dan Sosial yang

Mempengaruhi Eating Habit pada Remaja. Al Gizzai. 2022;2(2):95–107. DOI: 10.24252/algizzai.v%vi%i.25921

12. Ernawaty, Punuh MI, Asrifuddin A. Gambaran Kecukupan Asupan Mineral Mikro pada Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Semester IV Selama Masa Pandemi Covid-19. Jurnal KESMAS. 2021;10(5):30–5.

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

14. Mcquilken SA. Digestion and absorption. Anaesthesia and Intensive Care Medicine. 2020;336–338. DOI: doi.org/10.1016/j.mpaic.2024.01.009

15. Sherwood L. Energy Balance and Temperature Regulation. In: Human Physiology: From Cells to Systems. 9th ed. Boston; 2016. p. 618–37.

16. Fariqy MI, Graharti R, Yang FF, Malnutrisi M. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Malnutrisi. Medula. 2024;14(2):301–5.

17. Ratumanan SP, Achadiyani, Khairani AF. Metode Antropometri Untuk Menilai Status Gizi : Sebuah Studi Literatur. HIJP. 2023;15.

18. Hasibuan UZ, Palmizal. Sosialisasi Penerapan Indeks Massa Tubuh (IMT) di Suta Club. Jurnal Cerdas Sifa Pendidikan. 2021;10(2):19–24. DOI: doi.org/10.22437/csp.v10i2.15585

19. Fatmasari EY, Sriatmi A, Wigati PA, Suryawati C, Suryoputro A. Penerapan Empat Pilar Gizi Seimbang Dalam Mencegah Masalah Gizi Pada Remaja di Lingkungan Sekolah. JPHCS. 2024;3(2). DOI: doi.org/10.14710/jphcs.2024.23638

20. Ramirez Z, Gunturu S. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2024 [cited 2025 Jun 1]. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK603710/

21. Fonseca NKO, Curtarelli VD, Bertoletti J, Azevedo K, Cardinal TM, Moreira JD, et al. Avoidant restrictive food intake disorder: recent advances in neurobiology and treatment. J Eat Disord. 2024;12(1). DOI: 10.1186/s40337-024-01021-z

22. Watts R, Archibald T, Hembry P, Howard M, Kelly C, Loomes R, et al. The clinical presentation of avoidant restrictive food intake disorder in children and adolescents is largely independent of sex, autism spectrum disorder and anxiety traits. EClinicalMedicine. 2023;63. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.102190

23. D'Adamo L, Smolar L, Balantekin KN, Taylor CB, Wilfley DE, Fitzsimmons-Craft EE. Prevalence, characteristics, and correlates of probable avoidant/restrictive food intake disorder among adult respondents to the National Eating Disorders Association online screen: a cross-sectional study. J Eat Disord. 2023;11(1). DOI: 10.1186/s40337-023-00939-0

24. Bryant-Waugh R. MCCAED. 2020 [cited 2025 Apr 7]. Short ARFID Screen Rater Instructions. Available from: https://mccaed.slam.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/06/Short-ARFID-Screen-rater-instructions.pdf

25. Kaşak M, Öğütlü H, Doğan U, Zickgraf HF, Türkçapar MH. Psychometric properties of the nine-item avoidant/restrictive food intake disorder screen (NIAS) in Turkish adolescents. J Eat Disord. 2024;12(1). DOI: 10.1186/s40337-024-01066-0

26. Zickgraf HF, Ellis JM. Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. Appetite. 2018;123:32–42. DOI: 10.1016/j.appet.2017.11.111

27. Bryant-Waugh R. nedic. 2020 [cited 2025 Apr 7]. Short ARFID Screen - Self fillable. Available from: https://nedic.ca/media/uploaded/Short_ARFID_Screen_-_Self_fillable.pdf

28. Centers of Disease Control and Prevention. CDC. 2024 [cited 2025 Jul 2]. CDC 2000: Growth Chart. Available from: https://www.cdc.gov/growthcharts/cdc-charts.htm

LAMPIRAN

Lampiran 1. ***Dummy Table***

Tabel 5. Distribusi karakteristik subjek studi (n=92)

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Umur		
15		
16		
17		
18		
Jenis Kelamin		
Laki-Laki		
Perempuan		
IMT/U		
Gizi normal		
Gizi tidak normal		
Gejala ARFID		
Ya		
Tidak		

Keterangan: IMT/U dikategorikan: Gizi normal (BB//TB 90-110%), Gizi tidak normal (Sangat kurus/buruk (BB//TB<70%), kurus/kurang (BB//TB 70-89%), Gemuk/lebih (BB//TB >110-120%), Obesitas (BB//TB >120%)); gejala ARFID diukur menggunakan kuesioner *Short ARFID Screen – Self* (SAS-S) dikategorikan: positif (skor ≥4), negatif (skor < 4)

Tabel 6. Hubungan karakteristik sosiodemografi, ARFID dengan status gizi

Variabel			Nilai P
	Gizi normal (%)	Gizi tidak normal (%)	
Umur			
15			
16			
17			
18			
Jenis Kelamin			
Laki-Laki			
Perempuan			
Gejala ARFID			
Ya			
Tidak			

Lampiran 2. Kuesioner SAS-S

Tabel 7. Short ARFID Screen – Self

nedic
National Eating Disorder Information Centre

Short ARFID Screen – Self

This questionnaire is intended to help individuals ages 14 and older identify whether their eating habits are a flag for the possibility that they are experiencing avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). For each question, fill in the checkbox in the column labelled with the response that is most applicable to you.

Questions	Yes, definitely	To some extent	No, not at all	Unsure	Score
Q1. Do you have difficulties with eating – involving avoidance or restriction of certain foods or of overall amount eaten – that are NOT explained by a diagnosed medical condition?					___
Q2. Are your eating habits related to you thinking that you are too big or too heavy?					___
Q3. Over the past 3 months, has your eating led to difficulty maintaining a healthy weight, OR if you are still growing, difficulty gaining enough weight to grow as expected?					___
Q4. Do you have any nutritional deficiencies or inadequacies as a result of limited eating (e.g. low iron, low vitamin B12, low vitamin C, etc.)?					___
Q5. Do you depend on tube feeding or nutritional supplements to maintain your nutrition, weight or growth (i.e. without these you would have nutritional deficiencies or lose weight)?					___
Q6. Does your eating have a negative effect on your day to day life or your ability to participate in a full range of age-appropriate activities?					___
Q7. Does your eating have a negative effect on your family/partner relationships or other aspects of your family life (e.g. going out together, on holiday, etc.)?					___
Total					___

Scoring instructions

In the score column, fill in the numbers that correspond with your response to each question:
Yes, definitely = 2
To some extent = 1
No, not at all = 0
Unsure = 99

Response scores that match the following are positive screens:

Q1 = 2 and Q2 = 0
AND
Q3 = 2 or Q4 = 2 or Q5 = 2 or Q6 = 2 or Q7 = 2

A minimum total score of 4 is required in line with the pattern above.

Adapted from "Short ARFID Screen – self (SAS-S)", by R. Bryant-Waugh, 2019, https://mccaed.slam.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/06/Short-ARFID-Screen-Self.pdf. Copyright 2019 by Rachel Bryant-Waugh. Adapted with permission.

Tabel 8. Kuesioner SAS-S

NO	PERTANYAAN	YA, PASTI	TIDAK TERLALU	TIDAK SAMA SEKALI	TIDAK YAKIN
1	Apakah Anda mengalami kesulitan makan – berupa penghindaran atau pembatasan jenis atau jumlah konsumsi makanan tertentu – yang TIDAK dijelaskan oleh kondisi medis yang telah didiagnosis?				
2	Apakah kebiasaan makan anda berkaitan dengan pikiran bahwa badan anda terlalu besar atau terlalu gemuk?				
3	Dalam 3 bulan terakhir, apakah pola makan Anda menyebabkan kesulitan dalam mempertahankan berat badan yang sehat, atau jika Anda masih dalam masa pertumbuhan, kesulitan menaikkan berat badan sesuai perkembangan?				
4	Apakah Anda mengalami kekurangan nutrisi akibat pembatasan makan (contoh: zat besi rendah, vitamin B12 atau C rendah)?				
5	Apakah Anda bergantung pada pemberian makanan melalui alat bantu seperti selang atau suplemen gizi untuk mempertahankan nutrisi, berat badan, atau pertumbuhan Anda?				
6	Apakah pola makan Anda memiliki dampak negatif terhadap kehidupan sehari-hari atau kemampuan Anda mengikuti aktivitas yang sesuai usia?				
7	Apakah pola makan Anda memiliki dampak negatif terhadap hubungan keluarga/pasangan atau aspek kehidupan keluarga lainnya (contoh: makan bersama, liburan, dll.)?				

Lampiran 3. Hasil Uji Validitas

Tabel 9. Hasil Uji Validitas 1

Correlations

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	TOTAL
P1	Pearson Correlation	1	.432*	.563**	.022	.294	.045	.137	.620**
	Sig. (2-tailed)		.017	.001	.908	.114	.815	.471	<.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
P2	Pearson Correlation	.432*	1	.246	.244	.523**	.522**	.288	.719**
	Sig. (2-tailed)	.017		.190	.194	.003	.003	.123	<.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
P3	Pearson Correlation	.563**	.246	1	.071	.079	.077	.486**	.608**
	Sig. (2-tailed)	.001	.190		.708	.680	.688	.007	<.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
P4	Pearson Correlation	.022	.244	.071	1	.599**	.343	.173	.558**
	Sig. (2-tailed)	.908	.194	.708		<.001	.064	.360	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
P5	Pearson Correlation	.294	.523**	.079	.599**	1	.623**	.362*	.750**
	Sig. (2-tailed)	.114	.003	.680	<.001		<.001	.049	<.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
P6	Pearson Correlation	.045	.522**	.077	.343	.623**	1	.369*	.611**
	Sig. (2-tailed)	.815	.003	.688	.064	<.001		.045	<.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
P7	Pearson Correlation	.137	.288	.486**	.173	.362*	.369*	1	.579**
	Sig. (2-tailed)	.471	.123	.007	.360	.049	.045		<.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
TOTAL	Pearson Correlation	.620**	.719**	.608**	.558**	.750**	.611**	.579**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	<.001	.001	<.001	<.001	<.001	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabel 10. Hasil Uji Validitas 2

Correlations

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	TOTAL
P1	Pearson Correlation	1	.432*	.563**	.022	.294	.045	.136	.620**
	Sig. (2-tailed)		.017	.001	.908	.114	.815	.473	<.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
P2	Pearson Correlation	.432*	1	.246	.244	.523**	.522**	.287	.719**
	Sig. (2-tailed)	.017		.190	.194	.003	.003	.124	<.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
P3	Pearson Correlation	.563**	.246	1	.071	.079	.077	.485**	.608**
	Sig. (2-tailed)	.001	.190		.708	.680	.688	.007	<.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
P4	Pearson Correlation	.022	.244	.071	1	.599**	.343	.173	.558**
	Sig. (2-tailed)	.908	.194	.708		<.001	.064	.362	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
P5	Pearson Correlation	.294	.523**	.079	.599**	1	.623**	.361*	.750**
	Sig. (2-tailed)	.114	.003	.680	<.001		<.001	.050	<.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
P6	Pearson Correlation	.045	.522**	.077	.343	.623**	1	.368*	.611**
	Sig. (2-tailed)	.815	.003	.688	.064	<.001		.045	<.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
P7	Pearson Correlation	.136	.287	.485**	.173	.361*	.368*	1	.578**
	Sig. (2-tailed)	.473	.124	.007	.362	.050	.045		<.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
TOTAL	Pearson Correlation	.620**	.719**	.608**	.558**	.750**	.611**	.578**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	<.001	.001	<.001	<.001	<.001	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 4. Hasil Uji Reliabilitas

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.733	7

Gambar 4. Hasil uji reliabilitas 1

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.733	7

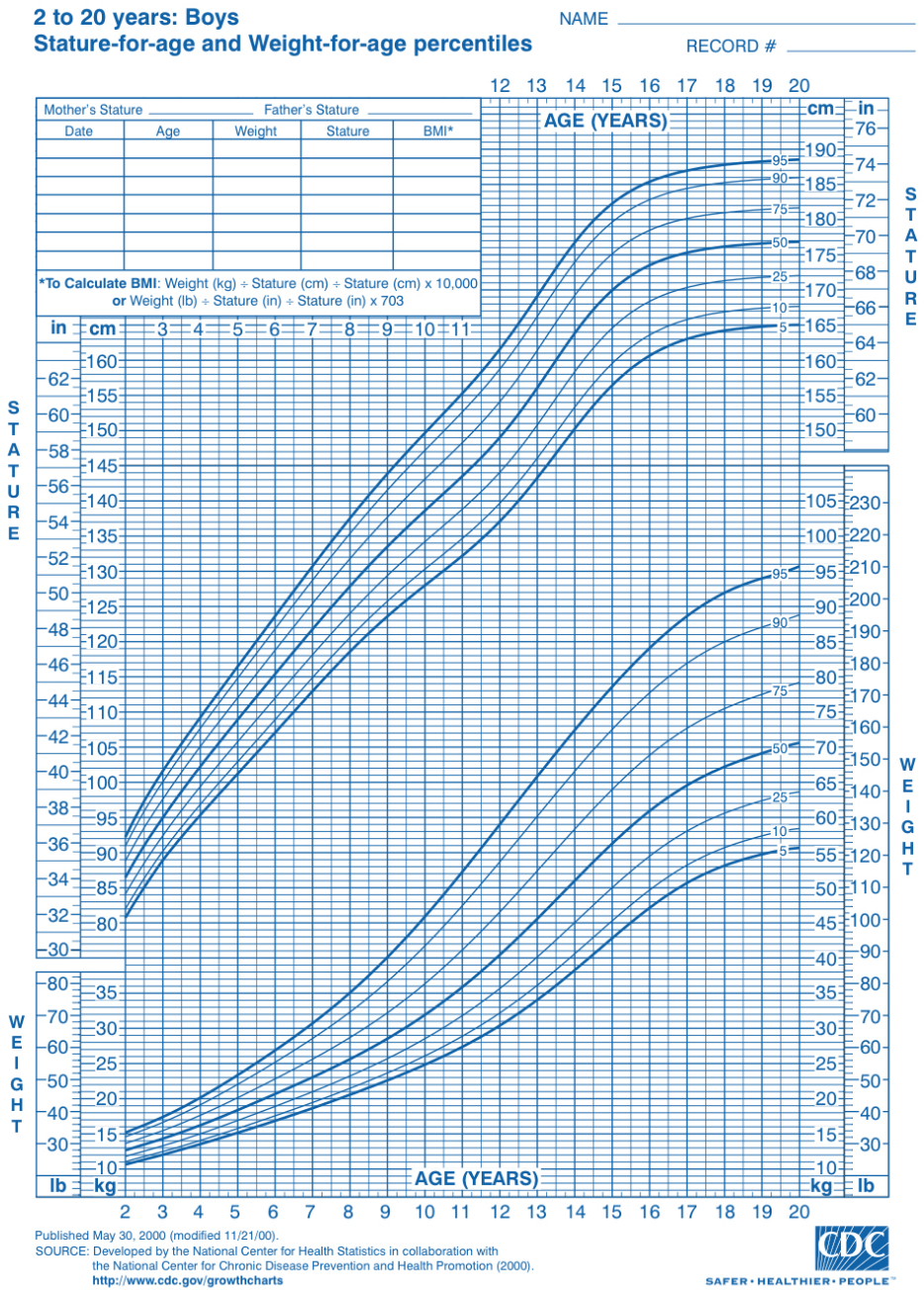
Gambar 5. Hasil uji reliabilitas 2

Lampiran 5. Tabel R

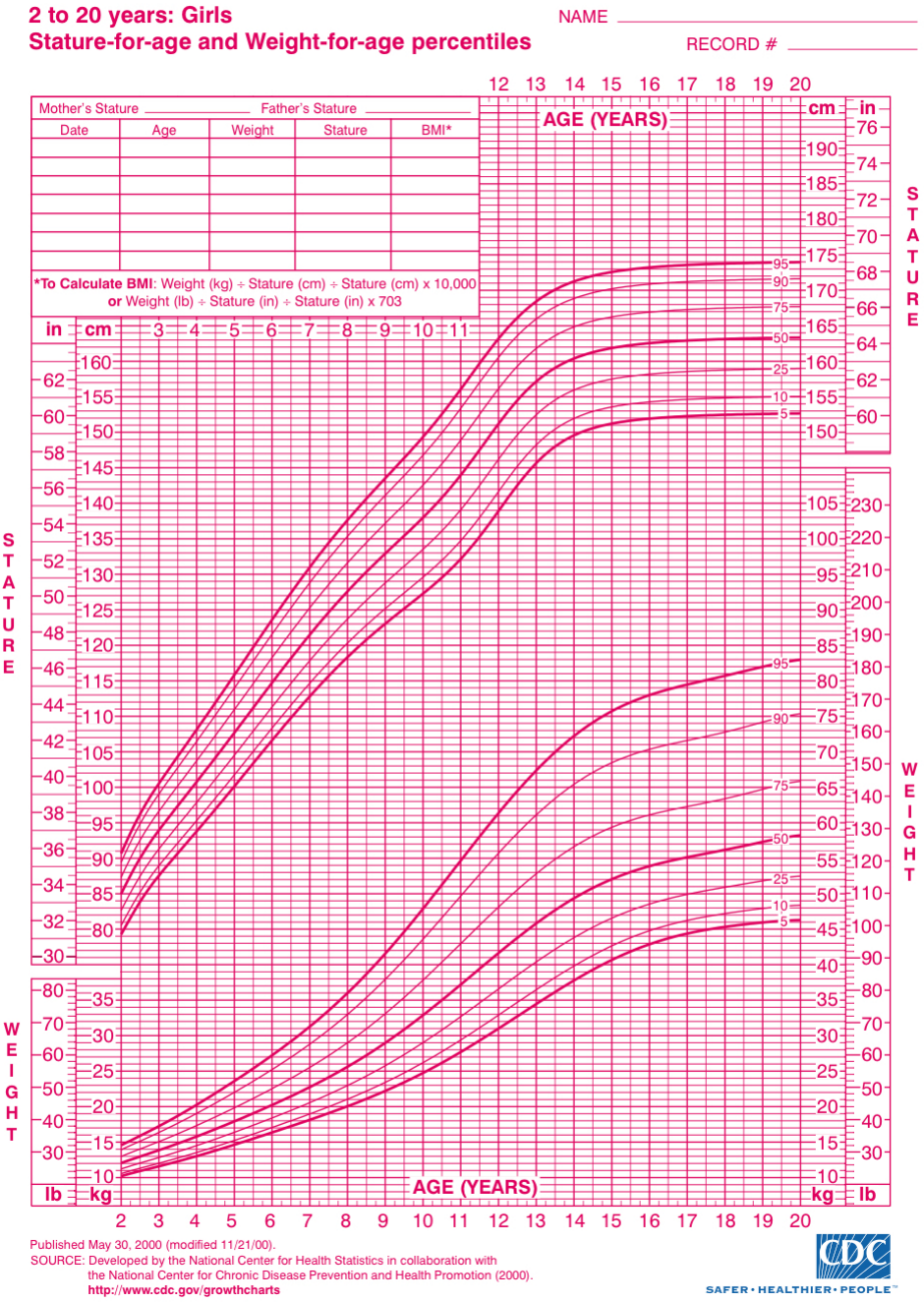
Tabel 11. ***Pearson's correlation table***

df \ α	0.2	0.1	0.05	0.02	0.01	0.001
1	0.951057	0.987688	0.996917	0.999507	0.999877	0.999999
2	0.800000	0.900000	0.950000	0.980000	0.990000	0.999000
3	0.687049	0.805384	0.878339	0.934333	0.958735	0.991139
4	0.608400	0.729299	0.811401	0.882194	0.917200	0.974068
5	0.550863	0.669439	0.754492	0.832874	0.874526	0.950883
6	0.506727	0.621489	0.706734	0.788720	0.834342	0.924904
7	0.471589	0.582206	0.666384	0.749776	0.797681	0.898260
8	0.442796	0.549357	0.631897	0.715459	0.764592	0.872115
9	0.418662	0.521404	0.602069	0.685095	0.734786	0.847047
10	0.398062	0.497265	0.575983	0.658070	0.707888	0.823305
11	0.380216	0.476156	0.552943	0.633863	0.683528	0.800962
12	0.364562	0.457500	0.532413	0.612047	0.661376	0.779998
13	0.350688	0.440861	0.513977	0.592270	0.641145	0.760351
14	0.338282	0.425902	0.497309	0.574245	0.622591	0.741934
15	0.327101	0.412360	0.482146	0.557737	0.605506	0.724657
16	0.316958	0.400027	0.468277	0.542548	0.589714	0.708429
17	0.307702	0.388733	0.455531	0.528517	0.575067	0.693163
18	0.299210	0.378341	0.443763	0.515505	0.561435	0.678781
19	0.291384	0.368737	0.432858	0.503397	0.548711	0.665208
20	0.284140	0.359827	0.422714	0.492094	0.536800	0.652378
21	0.277411	0.351531	0.413247	0.481512	0.525620	0.640230
22	0.271137	0.343783	0.404386	0.471579	0.515101	0.628710
23	0.265270	0.336524	0.396070	0.462231	0.505182	0.617768
24	0.259768	0.329705	0.388244	0.453413	0.495808	0.607360
25	0.254594	0.323283	0.380863	0.445078	0.486932	0.597446
26	0.249717	0.317223	0.373886	0.437184	0.478511	0.587988
27	0.245110	0.311490	0.367278	0.429693	0.470509	0.578956
28	0.240749	0.306057	0.361007	0.422572	0.462892	0.570317
29	0.236612	0.300898	0.355046	0.415792	0.455631	0.562047
30	0.232681	0.295991	0.349370	0.409327	0.448699	0.554119

Lampiran 6. Kurva BB//TB CDC 2000 Laki-Laki



Lampiran 7. Kurva BB//TB CDC 2000 Perempuan



Lampiran 8. ***Informed-consent***

INFORMED CONSENT

Penelitian mengenai *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* dan status gizi pada remaja dapat memberikan informasi dan wawasan tambahan mengenai hubungan antara *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* dengan status gizi pada remaja.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan petunjuk kepada para remaja sehingga dapat mengambil tindakan selanjutnya untuk mencegah perjalanan penyakit sampai ke tahap lebih lanjut.

Oleh karena itu kami mengharapkan bapak/ibu/saudara untuk ikut serta dalam penelitian ini. Bila bersedia maka peneliti akan melakukan wawancara dan jika memenuhi persyaratan maka akan dilakukan pemeriksaan status gizi berupa pengukuran berat badan dan tinggi badan. Hasil pemeriksaan ini akan diinformasikan kepada bapak/ibu/saudara dan semua hasil pemeriksaan akan dirahasiakan.

Bila ada pertanyaan, bapak/ibu/saudara dapat menghubungi peneliti di nomor telepon 081317080630. Bapak/ibu/saudara bebas untuk menolak ikut dalam penelitian ini. Bila bapak/ibu/saudara bersedia ikut dalam penelitian ini kami mohon untuk membubuhkan tanda tangan pada formulir persetujuan bawah ini.

Jakarta, ... 2025

Danastri Ratya Riyadi Putri

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 :

Lampiran 9. Inklusi dan Eksklusi

Nama :

Kelas :

Umur :

Jenis Kelamin :

1. Apakah anda memiliki riwayat penyakit infeksi atau riwayat penyakit pencernaan (seperti TBC, cacingan, atau masalah lambung)?
    - Ya, _____
    - Tidak

2. Bila anda memiliki riwayat penyakit tersebut:
    a. Apakah Anda sedang berobat sekarang?
        - Ya, Tanggal mulai pengobatan: _____
        - Tidak
    b. Bila sudah sembuh, kapan Anda berobat dan berapa lama Anda berobat?
        - Tanggal berobat: _____
        - Lama berobat: _____
    c. Apa jenis obat yang diberikan?
        - Nama obat: _____

3. Apakah anda mengalami kesulitan untuk mengakses layanan kesehatan (seperti terlalu jauh atau pelayanan kesehatan terbatas)?
    - Ya
    - Tidak

4. Apakah anda mengalami kesulitan secara ekonomi sehingga sulit untuk makan 3 kali sehari atau mengakses makanan bergizi?
    - Ya, pengeluaran untuk makan sehari-hari berkisar Rp _____
    - Tidak