

**PENGARUH *BODY DISSATISFACTION* TERHADAP
KECENDERUNGAN *EATING DISORDER* REMAJA**

SKRIPSI



Disusun Oleh:

KARIENA PERMANASARI

NIM. 111811133012

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

SURABAYA

2022

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

**PENGARUH *BODY DISSATISFACTION* TERHADAP
KECENDERUNGAN *EATING DISORDER* REMAJA**

SKRIPSI

Diajukan Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Dalam Memperoleh Gelar
Sarjana Psikologi Universitas Airlangga Surabaya

Disusun Oleh:

KARIENA PERMANASARI

NIM. 111811133012

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2022



LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi yang telah saya susun merupakan hasil dari karya tulis saya sendiri. Adapun beberapa bagian dalam skripsi yang saya peroleh dari hasil karya orang lain, telah saya tuliskan sumbernya dengan jelas serta sesuai dengan kaidah penulisan ilmiah.

Apabila ditemukan plagiasi dalam skripsi saya, maka saya bersedia menerima sanksi dan konsekuensi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Surabaya, 12 Juni 2022

Menyetujui,

Kariena Permanasari

NIM. 111811133012

LEMBAR PERSETUJUAN

**PENGARUH *BODY DISSATISFACTION* TERHADAP
KECENDERUNGAN *EATING DISORDER* PADA REMAJA**

Surabaya, 13 Juni 2022

Skripsi ini telah disetujui oleh

Dosen Pembimbing Penulisan Skripsi



Dian Kartika Amelia Arbi, M.Psi., Psikolog

NIP. 199202172018083201

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji pada hari Selasa,
tanggal 5 Juli 2022 dengan susunan dewan penguji,

Ketua,



Ika Yuniar Cahyanti, M.Psi., Psikolog
NIP. 197706012005012016

Sekretaris,



Dr. Triana Kesuma Dewi, M.Sc.
NIP. 198301022006042001

Anggota,



Dian Kartika Amelia A., M.Psi., Psikolog
NIP. 199202172018083201

HALAMAN MOTTO

“Great outcome is wonderful, but bad outcome is experience”

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya ini saya persembahkan untuk Bunda yang selalu mendukung saya dalam berbagai keputusan yang saya ambil, terima kasih atas kasih sayang sebagai ibu sekaligus ayah bagi saya

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa yang terus memberikan rahmat dan bimbingan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Dalam kesempatan ini penulis menyadari bahwa skripsi tidak dapat terselesaikan tanpa adanya bantuan, bimbingan, serta doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu dengan hormat, penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Suryanto, M.Si., Psikolog selaku Dekan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga periode 2020-2025.
2. Dr. Nur Ainy Fardana N., M.Si., Psikolog, Dimas Aryo Wicaksono, G.Cert.Ed., M.Sc., serta Endang Retno S, M.App.Psych., Ph.D., Psikolog selaku jajaran dekanat Fakultas Psikologi Universitas Airlangga.
3. Dian Kartika Amelia Arbi, M.Psi., Psikolog selaku dosen pembimbing skripsi. Terimakasih atas saran, ilmu, arahan, serta kesediaan yang telah ibu berikan selama proses penyusunan skripsi ini.
4. Ika Yuniar Cahyanti, M.Psi., Psikolog dan Dr. Triana Kesuma Dewi, M.Sc selaku dosen penguji yang telah memberikan arahan serta saran agar skripsi dapat terselesaikan dengan baik.
5. Ika Yuniar Cahyanti, M.Psi., Psikolog selaku dosen wali peneliti yang telah memotivasi dan membimbing semenjak semester satu hingga saat ini.
6. Nido Dipo Wardana, S.Psi., M.Sc, Valina Khiarin Nisa, S.Psi., M.Sc, Tiara Diah Sosialita, M.Psi., Psikolog, Putri Maharani, M. Psi., Psikolog dan Yeni Rahma Dwijayanti, M.Psi., Psikolog selaku *expert judgement* pada alat ukur yang digunakan dalam penelitian, terima kasih atas waktu dan kesediannya.

7. Seluruh responden penelitian, terimakasih atas waktu dan kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
8. Orang tua penulis, Bunda, yang selalu mendukung penulis dalam mengambil berbagai keputusan berat hingga penulis dapat ada dititik ini, terima kasih atas kasih sayangnya.
9. Keluarga besar DDS 54, Niyang, Amiek, Anggie, Yeye, dan adik-adik tercinta yang senantiasa mendukung penulis dikala pengerjaan karya ini. Terima kasih telah memperhatikan dan senantiasa mengingatkan penulis.
10. Kila dan Fifi, rekan penulis semenjak awal masa perkuliahan hingga saat ini, terima kasih tetap bertahan dan dukungannya selama ini.
11. Kelompok *Goodluck*, Virgie, Nisa, Emeraldine, Izza, rekan kelompok penulis semenjak semester tiga hingga 5 dan juga Kelompok Klinis, Fathiyya, Imam, Rania, Emeraldine, rekan saat semester 6 dan 7. Terima kasih telah mewarnai hari-hari penulis dengan berbagai tugas.
12. Imam Rizqi Ramadhani, yang senantiasa memperhatikan, mendukung, serta memberikan semangat bagi penulis, terima kasih atas waktu yang dihabiskan bersama.
13. Rekan-rekan *Magangers* LP3T 27, Kabinet Sedarma terutama Departemen *Branding*, Acara *Student Day* dan PXD, serta BSO Teater Boneka, terima kasih telah mewarnai hari penulis dengan segala canda dan tawa hingga membuat penulis berkembang hingga saat ini.

14. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu dan ikut terlibat dalam penulisan skripsi ini, terima kasih atas dukungan, semangat, serta doa yang diberikan pada penulis.

Surabaya, 13 Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN MOTTO	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN	vii
UCAPAN TERIMA KASIH.....	viii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
ABSTRAK	xviii
ABSTRACT	xix
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Identifikasi Masalah	7
1.3 Batasan Masalah.....	10
1.4 Rumusan Masalah	11
1.5 Tujuan Penelitian	11
1.6 Manfaat Penelitian	11
1.6.1 Manfaat Teoritis	11
1.6.2 Manfaat Praktis	12

BAB II.....	13
TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Remaja.....	13
2.1.1 Perubahan Remaja.....	13
2.1.2 Tugas Perkembangan Psikososial Remaja.....	15
2.2 Kecenderungan <i>Eating Disorder</i>	16
2.2.1 Definisi.....	16
2.2.2 Jenis.....	16
2.2.3 Faktor Resiko	21
2.2.4 Dampak	22
2.3 <i>Body Dissatisfaction</i>	23
2.3.1 Definisi.....	23
2.3.2 Komponen	24
2.3.3 Faktor Penyebab.....	24
2.4 Hubungan antara <i>Body Dissatisfaction</i> terhadap <i>Eating Disorder</i>	25
2.5 Kerangka Konseptual	28
2.6 Hipotesis.....	28
BAB III	30
METODE PENELITIAN.....	30
3.1 Tipe Penelitian	30
3.2 Identifikasi Variabel Penelitian.....	30
3.2.1 Variabel Dependen (Y)	31
3.2.2 Variabel Independen (X).....	31
3.3 Definisi Operasional.....	31
3.3.1 <i>Body Dissatisfaction</i>	31

3.3.2 Kecenderungan <i>Eating Disorder</i>	31
3.4 Subjek Penelitian.....	32
3.4.1 Populasi.....	32
3.4.2 Sampel.....	32
3.5 Teknik Pengumpulan Data.....	33
3.5.1 <i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i> (EDE-Q).....	33
3.5.2 <i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ-16A)	35
3.6 Validitas dan Reliabilitas Alat Ukur	37
3.6.1 Validitas Alat Ukur	37
3.6.2 Reliabilitas Alat Ukur	40
3.7 Teknik Analisa Data.....	41
BAB IV	42
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	42
4.1 Gambaran Partisipan Penelitian	42
4.2 Pelaksanaan Penelitian	44
4.2.1 Persiapan Penelitian	44
4.2.2 Pengambilan Data	47
4.2.3 Hambatan Penelitian	47
4.3 Hasil Penelitian	48
4.3.1 Analisis Deskriptif	48
4.3.2 Uji Asumsi	51
4.3.3 Analisis Inferensial.....	51
4.4 Pembahasan.....	56
4.5 Keterbatasan Penelitian.....	61
BAB V.....	63

SIMPULAN DAN SARAN	63
5.1 Kesimpulan	63
5.2 Saran.....	63
5.2.1 Saran untuk Remaja	63
5.2.2 Saran untuk Keluarga dan Orang Tua.....	64
5.2.3 Saran untuk Penelitian Selanjutnya.....	64
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN.....	71

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 <i>Blueprint</i> Alat Ukur EDE-Q	34
Tabel 3.2 Acuan Penormaan	36
Tabel 3.3 Penormaan <i>Body Dissatisfaction</i>	36
Tabel 3.4 Hasil <i>Expert Judgement</i> EDE-Q	37
Tabel 3.5 Hasil <i>Expert Judgement</i> BSQ-16A	38
Tabel 3.6 Reliabilitas Alat Ukur	40
Tabel 4.1 Profil Partisipan.....	42
Tabel 4.2 Hasil Analisis Deskriptif.....	48
Tabel 4.3 Koefisien Model Uji Regresi	52
Tabel 4.4 Uji Asumsi Model Regresi Logistik dengan Data Demografi.....	53
Tabel 4.5 <i>Model Fit</i> Regresi Logistik dengan Data Demografi.....	54
Tabel 4.6 Koefisien Model Regresi Logistik dengan Data Demografi.....	55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konseptual	28
--------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Perhitungan <i>G*Power</i>	71
Lampiran 2: <i>Form Rater Expert Judgement</i>	72
Lampiran 3: Perhitungan <i>Content Validity Index</i>	78
Lampiran 4: Perhitungan Reliabilitas Alat Ukur	81
Lampiran 5: Kuesioner Penelitian.....	83
Lampiran 6: Analisis Deskriptif.....	90
Lampiran 7: Penormaan	93
Lampiran 8: Uji Regresi Logistik	93
Lampiran 9: Uji Beda Variabel Kecenderungan <i>Eating Disorder</i>	94
Lampiran 10: Uji Beda Variabel <i>Body Dissatisfaction</i>	95
Lampiran 11: Uji Regresi Logistik dengan Data Demografi	98

ABSTRAK

Kariena Permanasari, 111811133012, Pengaruh *Body Dissatisfaction* terhadap Kecenderungan *Eating Disorder* Remaja, *Skripsi*, Fakultas Psikologi Universitas Airlangga, 2022.

xix + 104 halaman, 11 lampiran

Eating disorder merupakan salah satu gangguan dengan prevalensi tinggi, terutama pada remaja sebagai usia rentan. Gangguan tersebut berbahaya bagi remaja, karena dampaknya bahkan dapat menyebabkan kegagalan remaja dalam mencapai tugas perkembangan. Remaja mengalami pubertas yang menyebabkan berbagai perubahan fisik dan kognitif, yang membuat remaja terus memperhatikan tubuhnya.

Peneliti menduga bahwa body dissatisfaction dapat mempengaruhi kecenderungan eating disorder. Hasil penelitian terdahulu masih memiliki hasil yang bertentangan pula, sehingga penelitian dilakukan dengan tujuan membuktikan secara empiris pengaruh body dissatisfaction terhadap kecenderungan eating disorder pada remaja.

Penelitian dilakukan dengan metode survei cross-sectional dengan total 117 partisipan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh signifikan dari body dissatisfaction terhadap kecenderungan eating disorder sehingga H_0 ditolak ($X^2(1,115)=79,4$, $p<0,001$; $R^2_{McF}=0,506$; $R^2_{CS}=0,493$; $R^2_N=0,667$). Body dissatisfaction terbukti secara empiris mampu menjelaskan 66,7% varians dari kecenderungan eating disorder.

Kata kunci: *BMI; body dissatisfaction; kecenderungan eating disorder; remaja; regresi logistik*

Daftar Pustaka, 47 (1987-2022)

ABSTRACT

Kariena Permanasari, 111811133012, Effects of Body Dissatisfaction on Adolescent Eating Disorder Tendency, *Undergraduate Thesis*, Faculty of Psychology, Airlanga University, 2022.

xix + 104 pages, 11 appendix

Eating disorders are one of the disorders with a high prevalence, especially in adolescents as a vulnerable age. These disorders are dangerous for adolescents, because it can lead adolescents to fail to achieve developmental tasks. Adolescents are going through puberty which causes various physical and cognitive changes, which make them occupied with their bodies.

Therefore, researchers suspect that body dissatisfaction may influence eating disorder tendencies. Results of previous studies still have contradictory results, therefore current study was conducted to prove empirically effect of body dissatisfaction on the tendency of eating disorders in adolescents.

Study was conducted using a cross-sectional survey method with a total of 117 participants. Results showed that there was a significant effect of body dissatisfaction on the tendency of eating disorders, therefore H_0 is rejected ($X^2(1,115)=79,4$, $p<0,001$; $R^2_{McF}=0,506$; $R^2_{CS}=0,493$; $R^2_N=0,667$). Body dissatisfaction is empirically proven to explain of eating disorders tendency by 66,7%.

Keywords: *adolescent; BMI; body dissatisfaction; eating disorder; logistic regression*

References, 47 (1987-2022)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Prevalensi *eating disorder* termasuk dalam kategori tinggi di dunia. Studi pada 94 literatur dari seluruh dunia yang dilakukan pada periode tahun 2000-2018 memberikan bukti bahwa prevalensi *eating disorder* tersebut juga semakin meningkat, dimana pada periode 2000-2006 *eating disorder* memiliki rata-rata prevalensi 3,5% sedangkan pada periode 2013-2018, prevalensi tersebut meningkat menjadi 7,8% (Galmiche dkk., 2019). Hasil penelitian Hudson dkk. (2007) menemukan *lifetime prevalence* dari tiga tipe *eating disorder* juga cukup tinggi. Dari 2.980 partisipan penelitian yang tersebar di seluruh negara Amerika Serikat, ditemukan *lifetime prevalence anorexia nervosa* 0,6%, *bulimia nervosa* 1,0%, dan *binge-eating disorder* 2,8%.

Prevalensi *eating disorder* yang tinggi juga terjadi di Asia bahkan Indonesia. Penelitian yang dilakukan pada 3.148 mahasiswa di lima negara ASEAN menunjukkan *eating disorder* memiliki prevalensi 11,5%. Dalam penelitian tersebut pula, Indonesia memiliki prevalensi *eating disorder* sebesar 7,4% (Pengpid & Peltzer, 2018). Pada studi pendahuluan penelitian yang dilakukan pada mahasiswa di Gorontalo, ditemukan adanya kecenderungan perilaku makan menyimpang sebesar 43,3%, dengan rincian *anorexia nervosa* 7,7%, *bulimia nervosa* 23,1%, *binge-eating disorder* 15,38%, dan *eating disorder no other*

specified 53,85%. Dari studi pendahuluan tersebut kemudian dilakukan penelitian lanjutan dengan 312 sampel mahasiswa kesehatan, yang menemukan bahwa 56,4% mahasiswa mengalami *eating disorder* (Goi dkk., 2013).

Eating disorder sendiri merupakan gangguan makan menetap atau perilaku lain yang berhubungan dengan makan, serta menyebabkan perubahan konsumsi atau penyerapan makanan hingga mengganggu kesehatan dan fungsi psikososial individu. *Eating disorder* termasuk dalam *feeding and eating disorder* dan memiliki beberapa tipe, namun terdapat tiga tipe besar di dalamnya yaitu *bulimia nervosa*, *anorexia nervosa*, serta *binge-eating disorder* (American Psychiatric Association, 2013).

Eating disorder dapat terjadi pada seluruh kelompok usia, namun masa remaja adalah masa paling rentan untuk mulai terjadinya *eating disorder* (Striegel-Moore & Bulik, 2007). Sejalan dengan hal tersebut, tingkat kejadian *anorexia nervosa* tertinggi adalah pada perempuan dengan rentang usia 15-19 tahun. Empat puluh persen dari kasus yang teridentifikasi pada 94 penelitian berasal dari rentang usia tersebut (Hoek & Van Hoeken, 2003). Penelitian lebih baru menunjukkan prevalensi *bulimia nervosa* 2,2% dan *binge-eating disorder* 6,4% pada 9.031 partisipan remaja dan dewasa awal perempuan di Amerika Serikat (Glazer dkk., 2019). Pada penelitian lain yang melibatkan 27.111 anak dan remaja berumur 6-18 tahun di Iran menghasilkan temuan total prevalensi dari *feeding and eating disorder* adalah 0,89 (Mohammadi dkk., 2020), sedangkan penelitian serupa dengan sampel 5.191 remaja Australia menunjukkan prevalensi dari *eating disorder* sebesar 22,2% (Mitchison dkk., 2020). Pada remaja Indonesia sendiri, penelitian

yang melibatkan 201 siswa SMA di Jakarta Timur menunjukkan bahwa 52,7% diantaranya mengalami *eating disorder* (Syifa & Pusparini, 2018). Di Indonesia sendiri belum terdapat survei nasional terkait prevalensi *eating disorder*, namun dari berbagai penelitian tersebut, dapat disimpulkan bahwa prevalensi *eating disorder* pada remaja termasuk cukup tinggi.

Tingginya prevalensi *eating disorder* pada remaja dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Salah satu faktornya adalah kerentanan yang terjadi karena di awal masa remaja, individu harus mengalami pubertas. Pubertas menyebabkan perubahan fisik ekstrim, seperti pertumbuhan tinggi dan berat badan, perubahan bentuk tubuh, serta perkembangan karakteristik seksual lainnya. Remaja dapat menghabiskan waktu hingga berjam-jam berdiri di depan cermin untuk mengamati perubahan fisiknya, dan tidak jarang pula mereka merasa lebih tidak puas dengan tubuhnya (Santrock, 2019).

Perubahan fisik tersebut juga bersamaan dengan perkembangan kemampuan kognitif, yang membuat remaja lebih sadar akan bagaimana mereka dilihat oleh individu lain (Santrock, 2016). Penampilan ideal yang kurus menjadi penting bagi remaja dan banyak dikendalikan oleh teman sebaya, keluarga, serta media. Remaja kerap membandingkan tubuhnya dengan tubuh teman sebayanya. Teman sebaya juga berkontribusi dengan adanya ejekan terkait berat badan dan dorongan untuk menurunkan berat badan. Di sisi lain keluarga yang memberikan komentar negatif terkait berat badan juga membuat citra tubuh remaja menjadi buruk. Ide terkait penampilan ideal seperti tubuh kurus bagi perempuan, otot yang besar bagi laki-laki, hingga pesan bahwa penampilan baik menjadi penentu

kesuksesan juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi keinginan remaja untuk mencapai penampilan ideal (Benowitz-Fredericks dkk., 2012).

Demi mencapai penampilan yang dirasa lebih ideal, individu kemudian akan melakukan diet dan pembatasan makanan. Ogden (2012) juga menyatakan bahwa perasaan individu mengenai penampilan mereka berhubungan dengan perilaku diet, yang kemudian mempengaruhi perilaku makan. Dalam penelitian longitudinal ditemukan pula bahwa hanya 55% remaja putri berumur 12 tahun melakukan diet, dan 10 tahun kemudian jumlah partisipan yang melakukan diet meningkat menjadi 59% (Neumark-Sztainer dkk., 2011). Sayangnya banyak remaja lebih mementingkan penampilannya daripada kesehatan, sehingga mungkin menerapkan pola diet yang kurang tepat. Padahal diet yang dilakukan dengan cara kurang tepat adalah langkah berbahaya pertama menuju *anorexia* dan *bulimia* (Barlow dkk., 2018). Pada beberapa individu, diet atau pembatasan dilakukan secara berlebihan hingga dapat menyebabkan pembatasan ekstrim serta *purging* (Polivy & Herman, 1985; Striegel-Moore dkk., 1986 dalam Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Eating disorder pada remaja tentu juga memiliki dampak negatif pada kesehatan fisik maupun psikis. *Bulimia* dan *anorexia nervosa* dapat menyebabkan kerusakan *esophagus* akibat terus-menerus muntah serta *electrolyte imbalance* atau tidak seimbangnya cairan kimia dalam tubuh. Hal ini dapat berkembang menjadi komplikasi lainnya seperti *cardiac arrhythmia*, kejang atau *seizure*, hingga gagal ginjal (Barlow dkk., 2018). Gangguan makan tipe *binge-eating disorder* juga diketahui dapat memprediksi kecenderungan kegemukan hingga obesitas baik pada

remaja perempuan maupun laki-laki (Marzilli dkk., 2018). *Eating disorder* juga memiliki dampak psikologis. Pada individu dengan *anorexia* dan *bulimia nervosa*, terdapat gangguan psikologis lain yang kerap muncul yaitu gangguan kecemasan dan gangguan *mood* (Barlow dkk., 2018). Sejalan dengan hal tersebut, tipe *binge-eating disorder* juga berhubungan dengan gejala kecemasan dan depresi, memprediksi dampak negatif pada hubungan interpersonal remaja, hingga memprediksi kualitas hidup yang lebih rendah (Marzilli dkk., 2018). Resiko bunuh diri juga meningkat pada tipe *bulimia nervosa* dan *anorexia nervosa*, bahkan pada tipe *anorexia nervosa* mencapai angka 12 dari 100.000 kasus setiap tahunnya (American Psychiatric Association, 2013). Selain itu, tercatat bahwa 30-40% individu dengan *eating disorder*, mencoba melakukan bunuh diri setidaknya satu kali selama kehidupannya (Bulik dkk., 2008; Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pedersen, & Bulik, 2013 dalam Barlow dkk., 2018).

Berbagai dampak dari *eating disorder* tersebut tentu berbahaya, khususnya bagi remaja sebagai kelompok usia yang paling rentan terhadap *eating disorder*. Apabila dikaitkan dengan perkembangannya, masa remaja sendiri merupakan masa transisi antara anak-anak menuju dewasa awal. Masa ini dimulai ketika individu berumur 10-12 tahun dan berakhir ketika individu mencapai usia 18-21 tahun. Pada usia tersebut remaja diharapkan mampu mencapai tugas perkembangan psikososialnya, yaitu menemukan identitas. Pada masa ini remaja diharapkan mampu untuk lebih mengenal siapa dirinya, hal-hal tentang dirinya, hingga bagaimana arah kehidupan mereka. Apabila remaja mampu mengeksplorasi perannya dengan baik, maka remaja mampu mencapai identitas positif. Namun

sebaliknya, ketika remaja tidak mampu mengeksplorasi peran dengan baik dapat terjadi kebingungan identitas atau *identity confusion* (Santrock, 2016).

Untuk mencapai identitas positif tersebut, *eating disorder* tentu menjadi masalah rumit karena dapat menyebabkan remaja gagal mencapainya. Secara umum *eating disorder* dapat menyebabkan terganggunya fungsi psikologis dari individu, hingga mampu menyebabkan individu tersebut gagal memenuhi perannya (American Psychiatric Association, 2013). Sejalan dengan hal tersebut, pada penelitian yang dilakukan pada 10.123 remaja, ditemukan bahwa 97,1% dengan *anorexia nervosa*, 78% dengan *bullimia*, 62,6% dengan *binge-eating*, dan 34,6% dengan *threshold binge-eating*, mengalami gangguan peran. Gangguan peran yang dimaksud mencakup pekerjaan rumah tangga, sekolah, hubungan keluarga, hingga hubungan pertemanan (Swanson dkk., 2011). Terganggunya peran remaja, terutama hubungan keluarga dan hubungan pertemanan tentu menjadi masalah bagi perkembangan identitasnya, karena perkembangan tersebut sangat dipengaruhi oleh konteks sosial. Dalam hubungan keluarga, remaja diharapkan dapat mencapai individualitas dan perasaan terhubung untuk membentuk identitas pribadinya. Berbeda halnya dengan kelekatan dalam hubungan pertemanan dan hubungan romantis yang mempengaruhi pembentukan identitas remaja (Santrock, 2016).

Berbagai dampak yang ditimbulkan dari *eating disorder* tersebut tentu tidak baik bagi individu, khususnya bagi kelompok usia rentan seperti remaja yang bahkan dapat mengalami kegagalan dalam mencapai tugas perkembangannya. Meskipun seluruh remaja memiliki kerentanan, terdapat remaja yang mengalami *eating disorder*, namun terdapat pula yang akhirnya tidak mengalami. Perbedaan

inilah yang kemudian menarik peneliti untuk menilik lebih jauh mengenai kecenderungan *eating disorder* pada remaja.

1.2 Identifikasi Masalah

Seperti yang telah dipaparkan pada bagian sebelumnya, *eating disorder* merupakan gangguan serius yang banyak dialami oleh remaja. Remaja menjadi rentan akan gangguan tersebut karena para remaja mengalami berbagai perubahan dalam dirinya. Perubahan tersebut menyebabkan remaja menjadi lebih sadar akan bagaimana mereka dilihat oleh individu lain dan tidak jarang pula mereka merasa lebih tidak puas dengan tubuhnya (Santrock, 2016). Untuk mencapai penampilan ideal, mereka kemudian melakukan berbagai upaya termasuk diet ekstrim hingga *purging* (Polivy & Herman, 1985; Striegel-Moore dkk., 1986 dalam Striegel-Moore & Bulik, 2007). *Eating disorder* yang terjadi pada remaja sendiri memiliki berbagai dampak negatif, termasuk gangguan peran yang dapat menggagalkan remaja dalam menemukan identitas sebagai tugas perkembangannya.

Selain kerentanan pada masa remaja, terdapat berbagai faktor lain yang dapat meningkatkan kerentanan tersebut. Salah satunya adalah tekanan sosial, termasuk paparan media, ejekan dari sebaya, hingga teguran untuk menurunkan berat badan. Faktor lainnya adalah tingginya kelas sosial, dimana individu dengan kelas sosial yang lebih tinggi akan lebih diperhatikan serta memiliki akses lebih mudah untuk mencapai kecantikan yang ideal. Selain itu berbagai kepribadian juga turut mempengaruhi kecenderungan *eating disorder*, seperti tingginya rasa perfeksionis, kecemasan sosial, hingga impulsivitas (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Salah satu faktor yang diduga dapat menjelaskan kecenderungan *eating disorder* pada remaja adalah ketidakpuasan tubuh atau *body dissatisfaction*. Dugaan ini berawal dari tahap perkembangan yang dialami remaja, dimana remaja akan lebih sadar bagaimana mereka dilihat oleh individu lain serta merasa tidak puas dengan tubuh mereka (Santrock, 2016). Ketika individu mengalami *body dissatisfaction* mereka akan melakukan diet dan pembatasan makanan demi mencapai penampilan yang dirasa lebih ideal (Polivy & Herman, 1985; Striegel-Moore dkk., 1986 dalam Striegel-Moore & Bulik, 2007). Dari penelitian ditemukan pula bahwa perasaan individu mengenai bagaimana mereka terlihat secara konsisten berhubungan dengan perilaku diet, yang kemudian mempengaruhi perilaku makan (Ogden, 2012). Sayangnya banyak remaja lebih mementingkan terlihat baik atau ideal daripada kesehatannya, sehingga menerapkan pola diet yang kurang tepat. Padahal diet yang dilakukan dengan cara kurang tepat adalah langkah berbahaya pertama menuju *anorexia* dan *bulimia* (Barlow dkk., 2018). Hal ini menunjukkan bahwa *body dissatisfaction* diduga dapat mempengaruhi pola makan individu, hingga berkembang menjadi *eating disorder*.

Dari penelitian sebelumnya terdapat beberapa bukti bahwa *body dissatisfaction* berhubungan positif dengan *eating disorder*. Penelitian Aparicio-Martinez dan kawan kawan (2019) menyatakan tingkat *body dissatisfaction* yang tinggi berhubungan kuat dengan gangguan perilaku makan. Sejalan dengan hal tersebut, Cruz-Sáez dan kawan kawan (2020) menyatakan *body dissatisfaction* memiliki hubungan positif dengan *eating disorder*. Hubungan antara kedua variabel termasuk kategori tinggi dengan nilai $r=0,62$ pada remaja putri dan $r=0,68$ pada

remaja putra. Nilai tersebut adalah nilai korelasi tertinggi apabila dibandingkan dengan variabel lain yang juga diteliti tepatnya *Body Mass Index* (BMI), *negative self-esteem*, serta *negative affect*.

Bertentangan dengan pemaparan sebelumnya terdapat pula penelitian yang menyatakan bahwa *body dissatisfaction* tidak memiliki hubungan dengan *eating disorder*. Temuan Brechan & Kvalem (2015) menyatakan bahwa *body dissatisfaction* tidak berhubungan secara langsung dengan pembatasan makan serta *binge eating disorder*, namun dimediasi oleh *self-esteem* dan depresi. Depresi juga memiliki pengaruh berbeda terhadap *eating disorder* bergantung dengan jenis kelamin individu. Pada laki-laki *body dissatisfaction* memiliki pengaruh negatif yang dimediasi oleh depresi dengan *eating disorder*, hal ini berbeda dengan perempuan dimana *body dissatisfaction* memiliki pengaruh positif yang dimediasi oleh depresi dengan *eating disorder*.

Fenomena *body dissatisfaction* di Indonesia juga cukup banyak terjadi. Penelitian pada 120 partisipan remaja di Bogor, menunjukkan bahwa 80% partisipan memiliki persepsi negatif terkait tubuhnya. Persepsi tersebut juga berhubungan dengan salah satu dimensi dari *eating disorder* yaitu kecemasan menjadi gemuk (Kurniawan dkk., 2015). Penelitian lain pada 36 remaja putri di salah satu SMP di Surabaya menyatakan bahwa 55,6% partisipan memiliki *body image* negatif (Wati & Sumarmi, 2017). Fenomena *body dissatisfaction* tersebut banyak dipengaruhi oleh *body shaming*, yaitu sikap atau perilaku negatif terhadap berat badan, ukuran tubuh, serta hal lain yang berkaitan dengan penampilan individu. Bentuk *body shaming* yang kerap kali dilakukan adalah *fat shaming*, *thin*

shaming, tubuh berbulu, serta warna kulit. Di Indonesia sendiri *body shaming* yang dapat mempengaruhi *body dissatisfaction* tersebut sangat awam terjadi baik di lingkungan keluarga, pertemanan, bahkan pekerjaan.

Dari penjelasan sebelumnya dapat disimpulkan bahwa *eating disorder* merupakan gangguan serius dengan tingkat kejadian cukup tinggi, terutama pada remaja. Berangkat dari permasalahan *eating disorder* pada remaja serta adanya dugaan bahwa *body dissatisfaction* dapat mempengaruhi pola makan individu peneliti menjadi tertarik untuk menilik lebih lanjut mengenai hubungan antara kedua konstruk tersebut. Penelitian terdahulu yang telah dilakukan mengenai hubungan antar kedua konstruk juga memiliki hasil penelitian yang berbeda-beda, sehingga perlu dilakukan penelitian kembali untuk membuktikan secara empiris pengaruh *body dissatisfaction* terhadap kecenderungan *eating disorder* pada remaja.

1.3 Batasan Masalah

Penelitian ini melihat adanya pengaruh dari ketidakpuasan tubuh atau *body dissatisfaction* terhadap *eating disorder* pada remaja, sehingga batasan pada penelitian ini adalah:

1. Remaja

Masa remaja adalah masa penuh perubahan mencakup perubahan biologis, kognitif, hingga sosio-emosional, yang dimulai ketika individu berumur 10-12 tahun dan berakhir ketika individu mencapai usia 18-21 tahun (Santrock, 2016).

2. *Body dissatisfaction*

Pemikiran dan perasaan negatif individu mengenai tubuhnya disebut *body dissatisfaction*. *Body dissatisfaction* mencakup kekhawatiran akan bentuk tubuh dan adanya persepsi yang kurang sesuai antara bentuk tubuh yang diharapkan dan bentuk tubuh sebenarnya (Garner & Garfinkel, 1981 dalam Cooper dkk., 1987).

3. *Eating disorder*

Gangguan makan menetap atau perilaku lain yang berhubungan dengan makan, serta menyebabkan perubahan konsumsi atau penyerapan makanan hingga mengganggu kesehatan dan fungsi psikososial individu. *Eating disorder* sendiri memiliki beberapa tipe, namun terdapat tiga tipe besar di dalamnya yaitu *bulimia nervosa*, *anorexia nervosa*, serta *binge-eating disorder* (American Psychiatric Association, 2013)

1.4 Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana pengaruh dari *body dissatisfaction* terhadap *eating disorder* pada remaja?

1.5 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menguji secara empiris pengaruh dari *body dissatisfaction* terhadap *eating disorder* pada remaja.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoritis

Penelitian dapat bermanfaat bagi peneliti, yaitu dapat membuktikan secara ilmiah mengenai pengaruh *body dissatisfaction* terhadap *eating disorder* pada remaja. Selain itu penelitian diharapkan dapat menambah data mengenai pengaruh

body dissatisfaction terhadap *eating disorder* hingga mampu menjadi sumber acuan bagi penelitian selanjutnya.

1.6.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi masyarakat khususnya orang tua, guru, dan remaja dapat dijadikan bahan informasi untuk meningkatkan pengetahuan mengenai *eating disorder* serta faktor yang mungkin mempengaruhinya. Dengan pengetahuan tersebut diharapkan kesadaran terkait gangguan semakin tinggi hingga dapat dilakukan upaya preventif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Remaja

Santrock (2016) menyatakan bahwa masa remaja adalah masa perkembangan berupa transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa awal, yang dimulai dari umur 10-12 tahun dan berakhir pada umur 18-21 tahun. Dimulainya masa remaja ditandai dengan perubahan fisik ekstrim seperti penambahan tinggi dan berat badan, perubahan bentuk tubuh, hingga munculnya karakteristik seksual. Sejalan dengan hal tersebut Papalia dan kawan kawan (2014) menyatakan bahwa perubahan dari masa kanak-kanak menuju dewasa ditandai dengan suatu periode yaitu remaja. Transisi yang dialami remaja mencakup berbagai aspek antara lain fisik, kognitif, emosional, serta sosial, yang dapat berbeda bergantung dengan kondisi sosio-kultural dan juga ekonomi.

2.1.1 Perubahan Remaja

Remaja mengalami berbagai perubahan, perubahan tersebut mencakup perubahan fisik maupun kognitif, yaitu sebagai berikut:

a. Perubahan fisik

Papalia dan kawan kawan (2014) menyatakan bahwa masa remaja dimulai dengan adanya pubertas. Pubertas sendiri dipicu oleh adanya perubahan hormon, yang berdampak pada *mood* serta perilaku remaja. Pubertas berlangsung selama 4 tahun, dimana perempuan biasanya memulai masa pubertas terlebih dahulu daripada laki-laki, dan berakhir ketika individu

mampu melakukan reproduksi. Perubahan fisik akibat pubertas adalah karakteristik seksual utama yaitu organ reproduksi membesar dan termaturasi, sedangkan karakteristik seksual sekunder seperti tumbuhnya rambut halus juga mulai muncul. Dalam mengalami perubahan fisik remaja, terutama perempuan menjadi lebih sensitif terhadap penampilan fisiknya.

b. Perubahan kognitif

Papalia dan kawan kawan (2014) juga menyatakan terdapat perubahan kognitif yang dialami oleh remaja. Otak remaja sendiri masih berkembang sehingga belum matang secara sempurna, salah satunya adalah bagian otak yang digunakan remaja untuk memroses informasi adalah *amygdala* sedangkan dewasa menggunakan *frontal lobe*. Contoh tersebut adalah salah satu alasan mengapa remaja cenderung untuk membuat keputusan yang kurang akurat dan rasional. Sistem *frontal-cortical* remaja yang berhubungan dengan motivasi, impulsivitas, serta adiksi juga belum matang dimana hal tersebut yang membuat remaja cenderung untuk mengambil resiko lebih besar. Perubahan kognitif yang belum matang tersebut membuat remaja memiliki faktor resiko lebih besar terhadap kecanduan alkohol, narkoba, dan berbagai gangguan lainnya. Kognisi sosial remaja juga turut berubah. Pada remaja, kognisi sosial yang dialami adalah *adolescent egocentrism*. *Adolescent egocentrism* merupakan meningkatnya kesadaran diri remaja, dimana mereka yakin bahwa orang lain yang melihat mereka sama atau sedetail mereka melihat diri mereka sendiri dan keunikannya. Contohnya adalah remaja laki-laki mungkin berpikir bahwa orang lain juga menyadari bahwa beberapa rambutnya sedang tidak

pada tempatnya atau acak-acakan seperti dirinya menyadari hal tersebut atau remaja perempuan ketika masuk ke dalam kelas berpikir bahwa semua mata akan terpaku pada kulitnya (Santrock, 2019).

2.1.2 Tugas Perkembangan Psikososial Remaja

Tugas perkembangan bagi remaja adalah untuk menghadapi krisis identitasnya, agar mampu menjadi seorang dewasa yang unik dengan perasaan diri yang koheren, serta memiliki peran yang dihargai dalam masyarakat (Papalia dkk., 2014). Identitas sendiri merupakan individu yang mengetahui siapa dirinya, serta mampu merepresentasikan diri sesuai dengan pemahaman dirinya. Remaja yang berhasil mengatasi peran dan identitas yang saling bertentangan akan memiliki perasaan diri (*sense of self*) baru yang menyegarkan dan dapat diterima. Remaja yang tidak berhasil mengatasi krisis identitas akan mengalami kebingungan identitas atau *identity confusion*. Remaja yang mengalami *identity confusion* dapat menarik diri, mengisolasi diri dari teman sebaya dan keluarga, membenamkan diri dalam dunia teman sebaya, hingga kehilangan identitas diri mereka dalam keramaian (Santrock, 2019).

Dalam mengeksplorasi identitas, remaja akan berhadapan dengan berbagai peran baru. Remaja juga akan bereksperimen dengan peran serta perilaku yang berbeda. Remaja mungkin berpakaian rapi suatu hari dan acak-acakan pada hari berikutnya. Suatu minggu remaja mungkin menyukai teman tertentu, dan minggu berikutnya mereka mungkin membenci orang yang sama. Eksperimen identitas dan perilaku tersebut merupakan bentuk upaya remaja untuk menemukan tempat mereka di dunia. Ketika remaja secara bertahap menyadari bahwa mereka akan

bertanggung jawab pada diri mereka sendiri, mereka mencoba untuk menentukan seperti apa kehidupannya nantinya. Orang tua perlu memberi remaja waktu dan kesempatan untuk mengeksplorasi peran dan kepribadian yang berbeda, sehingga remaja akhirnya dapat mengetahui peran yang diinginkan serta membuang peran yang tidak diinginkannya (Santrock, 2019).

2.2 Kecenderungan *Eating Disorder*

2.2.1 Definisi

Eating disorder merupakan gangguan makan menetap atau perilaku lain yang berhubungan dengan makan, serta menyebabkan perubahan konsumsi atau penyerapan makanan hingga mengganggu kesehatan dan fungsi psikososial individu (American Psychiatric Association, 2013). Individu dengan *eating disorder* menunjukkan pola makan terganggu yang kemudian berdampak pada kesehatan serta kemampuan individu tersebut untuk berfungsi dengan baik (Hooley dkk., 2021). Karakteristik utama dari gangguan makan adalah keinginan luar biasa untuk menjadi kurus (Barlow dkk., 2018). Kecenderungan *eating disorder* adalah kemungkinan adanya gangguan makan, tepatnya adanya karakteristik *eating disorder* pada individu, namun belum dapat didiagnosis dengan jelas (Meule, 2019).

2.2.2 Jenis

Menurut American Psychiatric Association (2013) dalam DSM 5, gangguan makan menjadi kategori tersendiri bernama *feeding and eating disorder*. Kategori ini membawahi berbagai gangguan yang terkait dengan makan yaitu *pica*, *ruminant disorder*, *avoidant* atau *restrictive food intake disorder*, *anorexia*

nervosa, *bulimia nervosa*, dan *binge-eating disorder*. Berbagai gangguan tersebut tentu memiliki kriteria diagnostik berbeda, yaitu:

a. *Pica Disorder*

1. Perilaku makan makanan tidak bernutrisi atau bukan makanan terus menerus selama paling sedikit 1 bulan
2. Perilaku makan makanan tidak bernutrisi atau bukan makanan tidak sesuai dengan tingkat perkembangan individu
3. Perilaku makan bukanlah bagian dari budaya atau norma sosial
4. Apabila perilaku makan yang muncul berhubungan dengan gangguan mental lain (seperti *intellectual disability*, *autism spectrum disorder*, *schizophrenia*), namun dianggap cukup berat sehingga diperlukan perhatian klinis tersendiri

b. *Rumination Disorder*

1. Perilaku memuntahkan makanan terus menerus selama paling sedikit 1 bulan. Memuntahkan makanan dapat berupa mengunyah kembali, menelan kembali, maupun mengeluarkannya
2. Perilaku memuntahkan makanan tidak terjadi karena adanya kondisi medis lain
3. Tidak muncul bersama dengan gangguan *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, *binge-eating disorder*, serta *avoidant/restrictive food intake disorder*
4. Apabila perilaku makan yang muncul berhubungan dengan gangguan mental lain (seperti *intellectual disability*, *autism spectrum disorder*,

schizophrenia), namun dianggap cukup berat sehingga diperlukan perhatian klinis tersendiri

c. *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*

1. Gangguan makan yang ditunjukkan dengan kegagalan terus menerus untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan/atau energi dan berhubungan dengan salah satu atau lebih gejala di bawah ini:
 - i. Penurunan berat badan signifikan (atau gagal mencapai kenaikan berat badan sesuai pertumbuhan dalam anak-anak)
 - ii. Kekurangan nutrisi signifikan
 - iii. Ketergantungan pada suplemen nutrisi oral
 - iv. Gangguan pada fungsi psikososial
2. Gangguan tidak dapat dijelaskan lebih baik dengan ketidaktersediaan makanan atau berhubungan dengan kegiatan kultur lainnya
3. Tidak muncul bersama dengan gangguan *anorexia nervosa* dan *bulimia nervosa*, serta tidak ada bukti gangguan lain terkait berat dan bentuk tubuh
4. Gangguan makan tidak terjadi karena kondisi medis lain atau tidak dijelaskan lebih baik dengan gangguan mental lain. Ketika gangguan muncul bersamaan dengan gangguan lain, apabila tingkat keparahan gangguan makan melebihi hubungan rutin dengan gangguan tersebut serta memerlukan perhatian klinis tersendiri

d. *Anorexia Nervosa*

1. Pembatasan dalam asupan energi yang relatif terhadap kebutuhan, serta mengarah pada berat badan rendah yang signifikan dengan umur, jenis kelamin, perkembangan, dan kesehatan fisik. Berat badan rendah yang signifikan merupakan berat badan yang lebih rendah daripada normal, ataupun lebih rendah daripada ekspektasi pada anak dan remaja
2. Adanya ketakutan besar ketika berat badan bertambah atau menjadi gemuk, maupun adanya perilaku menetap yang mengganggu bertambahnya berat badan meskipun memiliki berat badan rendah
3. Mengalami gangguan pada berat dan bentuk tubuh, adanya pengaruh berat dan bentuk tubuh sebagai bentuk evaluasi diri, ataupun kurangnya kesadaran akan keseriusan dari berat badan rendah yang sedang dialami

e. *Bulimia Nervosa*

1. Adanya perilaku *binge eating* berulang. Perilaku *binge eating* memiliki karakteristik sebagai berikut:
 - i. Makan dalam periode waktu tertentu jumlah makanan yang lebih besar dari jumlah yang kebanyakan individu makan dalam periode waktu dan situasi yang sama.
 - ii. Adanya perasaan tidak mampu mengontrol makan berlebihan selama periode tersebut
2. Adanya perilaku pengganti tidak pantas untuk mencegah kenaikan berat badan berulang seperti muntah yang disebabkan sendiri;

penyalahgunaan obat pencahar, diuretik, atau obat lain; puasa; ataupun olahraga berlebihan

3. Perilaku *binge eating* dan perilaku pengganti muncul keduanya setidaknya setiap satu minggu, selama tiga bulan berturut-turut
4. Evaluasi diri terpengaruh dari berat dan bentuk tubuh
5. Gangguan tidak muncul bersamaan dengan *anorexia nervosa*

f. *Binge-eating Disorder*

1. Adanya perilaku *binge eating* berulang. Perilaku *binge eating* memiliki karakteristik sebagai berikut:
 - i. Makan dalam periode waktu tertentu jumlah makanan yang lebih besar dari jumlah yang kebanyakan individu makan dalam periode waktu dan situasi yang sama.
 - ii. Adanya perasaan tidak mampu mengontrol makan berlebihan selama periode tersebut
2. *Binge eating* berhubungan dengan tiga atau lebih gejala di bawah ini:
 - i. Makan lebih cepat daripada normal
 - ii. Makan hingga merasa kenyang yang tidak nyaman
 - iii. Makan makanan dalam jumlah besar ketika tidak merasa lapar
 - iv. Makan sendiri karena merasa malu karena makan dalam jumlah besar
 - v. Merasa jijik terhadap diri sendiri, depresi, ataupun sangat bersalah setelah *binge eating*
3. Munculnya ketidaknyamanan mengenai *binge eating*

4. Perilaku *binge eating* muncul setidaknya setiap satu minggu, selama tiga bulan berturut-turut
5. Perilaku *binge eating* tidak berhubungan dengan adanya perilaku kompensasi seperti pada *bulimia nervosa*, dan tidak muncul bersama dengan *bulimia nervosa* dan *anorexia nervosa*

2.2.3 Faktor Resiko

Hooley dan kawan kawan (2021) menyatakan bahwa faktor genetik membuat beberapa individu lebih rentan terhadap tekanan dari lingkungan dan akhirnya memunculkan perilaku dan sikap makan yang bermasalah. *Eating disorder* tidak memiliki hanya satu penyebab, namun merupakan hasil interaksi kompleks dari berbagai faktor yaitu:

- a. Faktor biologis

Faktor ini mencakup berbagai peranan tubuh seperti gen, *hypothalamus*, *set-point*, *neurotransmitter*, hingga sensitivitas individu terhadap *reward* makanan, dalam mempengaruhi sikap dan perilaku makan individu.

- b. Faktor sosiokultural

Faktor sosiokultural yang mempengaruhi *eating disorder* tidak lepas dari adanya bentuk tubuh ideal dalam kultur Barat bagi individu. Bentuk tubuh yang dirasa ideal tersebut tersebar melalui berbagai majalah yang berisi foto model kurus yang tidak realistis. Begitu pula dengan media lain seperti televisi yang semakin mempermudah nilai-nilai budaya Barat untuk masuk ke dalam lingkungan budaya lainnya.

- c. Pengaruh keluarga

Keluarga merupakan salah satu sistem yang dapat mempengaruhi berkembangnya *eating disorder* pada individu. Keluarga yang tidak kohesif, memiliki komunikasi kurang baik, memiliki keinginan menjadi kurus dan berpenampilan baik, berdiet, kecenderungan perfeksionis menjadi salah satu prediktor dari berkembangnya *eating disorder*. Pengaruh lain yang kerap kali menjadi faktor resiko adalah sejauh mana keluarga berkomentar atau mengkritik keluarga lainnya mengenai berat dan bentuk tubuhnya serta menyarankannya untuk berdiet.

d. Faktor individual

Faktor individual yang dapat mempengaruhi kerentanan *eating disorder* antara lain adalah jenis kelamin, internalisasi bahwa tubuh kurus adalah tubuh ideal, cara berdiet, emosi yang negatif, hingga kepribadian perfeksionis.

2.2.4 Dampak

Komplikasi medis merupakan dampak paling umum dan mengkhawatirkan dari *eating disorder*. Angka mortalitas penderita *eating disorder* cukup tinggi, dan mayoritas terjadi karena adanya komplikasi medis. Komplikasi medis yang kerap dialami oleh penderita *eating disorder* adalah malnutrisi, sariawan, gigi berlubang, detak jantung tidak normal, dan ketidakseimbangan kadar elektrolit dalam diri. Berbagai dampak tersebut dapat berkembang menjadi komplikasi berupa kerusakan ginjal, hingga membutuhkan dialisis (Barlow dkk., 2018).

Setelah komplikasi medis, penyebab kematian kedua dari penderita *eating disorder*, tepatnya *anorexia nervosa* adalah bunuh diri. *Bulimia nervosa* tidak

berhubungan dengan meningkatnya angka bunuh diri, namun meningkatkan percobaan bunuh diri. Dampak dari *eating disorder* cukup mengkhawatirkan dan berlangsung lama. Meskipun individu dianggap sudah sembuh karena tidak lagi memenuhi kriteria diagnostik dari suatu gangguan makan, individu mungkin masih memiliki permasalahan terkait makan ataupun bentuk tubuh (Hooley dkk., 2021).

2.3 *Body Dissatisfaction*

2.3.1 Definisi

Citra tubuh atau *body image* merupakan gambaran individu akan tubuhnya, yang sangat bergantung dari informasi visual tubuh serta pemahaman akan bentuk dan ukuran tubuh secara keseluruhan. *Body image* dapat diinterpretasikan secara negatif maupun positif, bergantung pada perasaan individu terhadap tubuhnya sendiri (Silva dkk., 2016).

Pemikiran dan perasaan negatif individu mengenai tubuhnya disebut *body dissatisfaction*. Tidak hanya berhubungan dengan evaluasi negatif mengenai tubuh, *body dissatisfaction* juga termasuk perbedaan yang dirasakan individu terkait evaluasi mengenai bentuk tubuhnya dan bentuk tubuh idealnya (Grogan, 2017). Sejalan dengan hal tersebut Ogden (2012) menyatakan bahwa *body dissatisfaction* dapat berupa perbedaan antara persepsi individu tentang ukuran tubuh dengan ukuran tubuh yang sebenarnya, perbedaan antara persepsi tentang ukuran sebenarnya dan ukuran ideal mereka, atau perasaan tidak puas dengan ukuran dan bentuk tubuh.

Dalam penelitian ini definisi *body dissatisfaction* yang akan digunakan adalah dari Garner & Garfinkel (1981) dalam Cooper dan kawan kawan (1987)

yang menyatakan bahwa gangguan citra tubuh mencakup kekhawatiran akan bentuk tubuh dan adanya persepsi yang kurang sesuai antara bentuk tubuh yang diharapkan dan bentuk tubuh sebenarnya.

2.3.2 Komponen

Dalam perumusannya Ogden (2012) menyatakan tiga komponen dari *body dissatisfaction* yaitu:

a. Distorsi estimasi ukuran tubuh

Komponen ini berarti bahwa terdapat distorsi ketika individu mencoba mengestimasi ukuran tubuhnya. Biasanya individu mempersepsikan bahwa tubuhnya lebih besar daripada realitanya.

b. Perbedaan antara kondisi ideal dan realita yang dirasakan

Perempuan cenderung berharap untuk lebih kurus daripada tubuhnya saat ini, sedangkan laki-laki cenderung berharap untuk tetap sama atau lebih besar (berotot) daripada tubuhnya saat ini.

c. Adanya pemikiran negatif pada bentuk tubuhnya

Komponen ketiga dari *body dissatisfaction* berupa munculnya pemikiran maupun perasaan negatif terhadap tubuh itu sendiri. Perasaan dan pemikiran negatif tersebut dapat diukur dengan berbagai alat ukur berupa kuesioner.

2.3.3 Faktor Penyebab

Ogden (2012) menyatakan bahwa meskipun peneliti telah banyak mencari mengenai penyebab dari *body dissatisfaction*, namun mayoritas menemukan kedua hal yang sama yaitu:

a. Faktor Media

Orang awam maupun komunitas akademik sepakat bahwa adanya *body dissatisfaction* khususnya pada perempuan, merupakan respon dari representasi perempuan khusus yang muncul di media. Media terus menerus menunjukkan perempuan kurus hingga masyarakat percaya bahwa kurus bukanlah kondisi ideal lagi, namun menjadi kurus adalah norma yang benar. Faktor ini dapat dijelaskan dengan *social comparison theory* dimana terjadi internalisasi dan *upward social comparison* pada individu yang membandingkan dirinya dengan apa yang ditampilkan media.

b. Faktor Keluarga

Keluarga turut berpengaruh dalam memprediksi *body dissatisfaction*, terutama pada hubungan antara ibu dan anak perempuannya. Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang tidak puas terhadap tubuhnya sendiri, menyampaikannya pada anak perempuannya, yang kemudian menyebabkan anak perempuan tersebut merasa tidak puas pula terhadap tubuhnya sendiri.

2.4 Hubungan antara *Body Dissatisfaction* terhadap *Eating Disorder*

Dari pemaparan sebelumnya dapat disimpulkan bahwa *eating disorder* merupakan gangguan makan yang dapat mengganggu kesehatan dan fungsi psikososial individu (American Psychiatric Association, 2013). Prevalensi *eating disorder* termasuk tinggi, dengan kelompok usia remaja sebagai kelompok paling rentan terhadap kejadian *eating disorder* (Glazer dkk., 2019; Hoek & Van Hoeken,

2003; Mitchison dkk., 2020; Mohammadi dkk., 2020; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Syifa & Pusparini, 2018). Angka prevalensi *eating disorder* pada remaja tersebut tentu memiliki dampak negatif pada kesehatan fisik maupun psikologis (Barlow dkk., 2018; Marzilli dkk., 2018). *Eating disorder* dapat menyebabkan individu gagal memenuhi peran dan menjalankan fungsi psikologisnya (American Psychiatric Association, 2013), yang kemudian menyebabkan remaja tidak mampu memenuhi tugas perkembangannya terutama dalam pembentukan identitas.

Eating disorder dapat terjadi karena adanya interaksi dari berbagai faktor resiko seperti faktor biologis, sosiokultural, keluarga, hingga individu itu sendiri. Beberapa contoh dari faktor tersebut adalah adanya standar bentuk tubuh ideal, keinginan untuk kurus dan berpenampilan baik, cara diet, hingga kritik mengenai berat dan bentuk tubuh (Hooley dkk., 2021). Pada remaja faktor tersebut diperkuat dengan perubahan fisik dan kognitif sebagai dampak dari pubertas (Santrock, 2019). Perubahan fisik pada remaja menjadikan mereka lebih disibukkan dengan penampilan tubuhnya. Pada masa remaja, individu dapat berkaca setiap hari bahkan setiap jamnya untuk mengamati perubahan yang terjadi (Santrock, 2016). Perubahan kognitif, khususnya kognisi sosial pada remaja juga turut berperan. Kognisi sosial sendiri merupakan bagaimana konsep individu tentang dunia sosial mereka seperti orang yang mereka lihat dan berinteraksi, hubungan mereka dengan orang tersebut, kelompok yang mereka miliki, dan cara mereka berpikir tentang diri mereka sendiri dan orang lain. Pada remaja, kognisi sosial yang mereka alami adalah *adolescent egocentrism*. *Adolescent egocentrism* merupakan meningkatnya kesadaran diri remaja, dimana mereka yakin bahwa orang lain yang melihat mereka

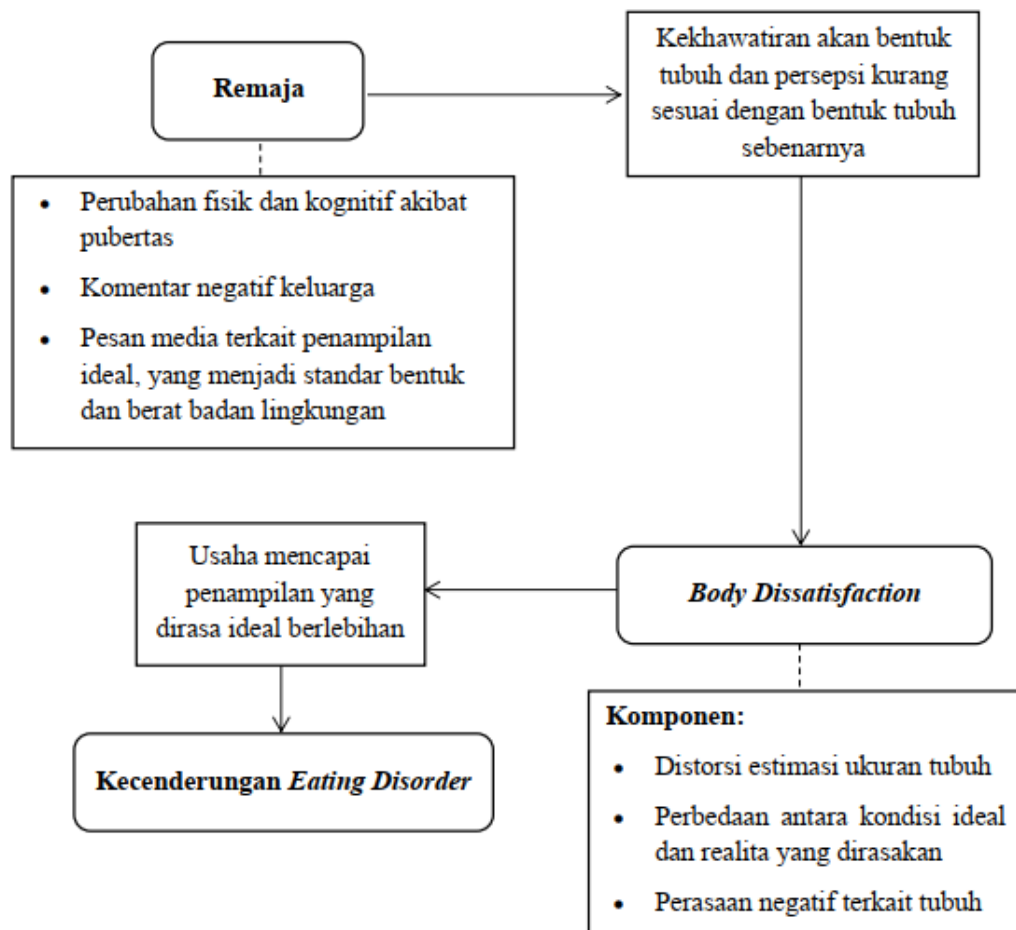
sama atau sedetail mereka melihat diri mereka sendiri dan keunikannya. Contohnya adalah remaja laki-laki mungkin berpikir bahwa orang lain juga menyadari bahwa beberapa rambutnya sedang tidak pada tempatnya atau acak-acakan seperti dirinya menyadari hal tersebut atau remaja perempuan ketika masuk ke dalam kelas berpikir bahwa semua mata akan terpaku pada kulitnya (Santrock, 2019).

Faktor resiko *eating disorder* seperti standar bentuk tubuh ideal hingga kritik mengenai berat dan bentuk tubuh (Hooley dkk., 2021) yang berinteraksi dengan perubahan fisik dan kognitif remaja akibat pubertas, menjadikan remaja ingin mencapai penampilan ideal (Santrock, 2019). Adanya keinginan untuk memiliki penampilan yang dirasa lebih ideal tersebut dapat memicu remaja untuk melakukan diet serta pembatasan makanan (Polivy & Herman, 1985; Striegel-Moore dkk., 1986 dalam Striegel-Moore & Bulik, 2007). Dalam melakukan pembatasan makanan dan diet tersebut, terdapat beberapa individu yang lebih mementingkan terlihat baik atau ideal daripada kesehatannya, sehingga menerapkan pola diet yang kurang tepat (Barlow dkk., 2018). Salah satu pola diet atau pembatasan tidak tepat adalah diet atau pembatasan makanan yang dilakukan secara berlebihan hingga dapat menyebabkan pembatasan ekstrim serta *purging* (Polivy & Herman, 1985; Striegel-Moore dkk., 1986 dalam Striegel-Moore & Bulik, 2007). Hal inilah yang kemudian menjadi alasan peneliti menduga bahwa *body dissatisfaction* berpengaruh terhadap kecenderungan *eating disorder* pada remaja.

Berangkat dari permasalahan *eating disorder* yang ada pada remaja, serta berbagai dampak dari *eating disorder* tentu mencerminkan bahwa diperlukan

penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian terdahulu yang masih bertentangan terkait hubungan antara *body dissatisfaction* terhadap *eating disorder* menjadikan penelitian ini bertujuan untuk membuktikan secara empiris pengaruh *body dissatisfaction* terhadap *eating disorder* pada remaja.

2.5 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual

2.6 Hipotesis

Berdasarkan pemaparan sebelumnya, maka peneliti mengajukan hipotesis penelitian sebagai berikut:

H₀: Tidak terdapat pengaruh signifikan antara *body dissatisfaction* terhadap *eating disorder* pada remaja

H_a: Terdapat pengaruh signifikan antara *body dissatisfaction* terhadap *eating disorder* pada remaja

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Tipe Penelitian

Peneliti menggunakan pendekatan kuantitatif yang merupakan pendekatan yang memiliki semangat positivistik dalam ilmu sosial. Dalam aplikasinya pendekatan kuantitatif menggunakan jalur penelitian linear yang berarti bahwa dalam melaksanakan penelitian terdapat langkah-langkah pasti yang harus diikuti. Ketika melakukan pengukuran variabel, penelitian kuantitatif menggunakan *hard data* atau angka. Setelah data dikumpulkan dilakukan uji hipotesis untuk menjelaskan hubungan kausal antar variabel (Neuman, 2007).

Dalam penelitian kuantitatif, salah satu metode pengumpulan data yang dapat digunakan adalah survei. Survei merupakan metode pengumpulan data dengan cara memberikan pertanyaan pada subjek penelitian melalui telepon, wawancara personal, kuesioner tertulis, maupun secara daring (Morling, 2017). Data akan dikumpulkan pada waktu yang sama dan berupa kedua variabel penelitian yang nantinya akan dilakukan uji hipotesis. Dengan desain tersebut, dapat disimpulkan bahwa peneliti akan melakukan studi korelasi (Morling, 2017).

3.2 Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel merupakan atribut psikologis yang memiliki setidaknya dua tingkat ataupun nilai (Morling, 2017). Berdasarkan hipotesis penelitian, maka terdapat dua variabel dalam penelitian ini yaitu variabel terikat atau variabel dependen dan variabel bebas atau variabel independen.

3.2.1 Variabel Dependen (Y)

Morling (2017) menyatakan bahwa variabel dependen atau yang dapat juga disebut dengan *outcome variable* merupakan variabel yang paling menarik bagi peneliti untuk dipahami atau diprediksi. Dalam penelitian ini variabel dependen yang digunakan adalah kecenderungan *eating disorder*.

3.2.2 Variabel Independen (X)

Variabel independen merupakan prediktor yang digunakan untuk menjelaskan variasi dalam variabel lainnya dalam penelitian (Morling, 2017). Dalam penelitian ini variabel independen yang digunakan adalah *body dissatisfaction*.

3.3 Definisi Operasional

3.3.1 Body Dissatisfaction

Pemikiran dan perasaan negatif individu mengenai tubuhnya disebut *body dissatisfaction*. *Body dissatisfaction* mencakup kekhawatiran akan bentuk tubuh dan adanya persepsi yang kurang sesuai antara bentuk tubuh yang diharapkan dan bentuk tubuh sebenarnya (Garner & Garfinkel, 1981 dalam Cooper dkk., 1987).

3.3.2 Kecenderungan Eating Disorder

Eating disorder merupakan gangguan makan menetap atau perilaku lain yang berhubungan dengan makan, serta menyebabkan perubahan konsumsi atau penyerapan makanan hingga mengganggu kesehatan dan fungsi psikososial individu (American Psychiatric Association, 2013). Individu dengan *eating disorder* memiliki karakteristik umum yaitu menggunakan metode ekstrim untuk mengontrol bentuk dan berat tubuh, seperti muntah yang disengaja,

penyalahgunaan obat pencahar, serta makan berlebihan yang tidak terkontrol. Terdapat pula karakteristik berupa gangguan sikap yaitu sebagian besar harga diri dinilai dari bentuk dan berat tubuh (Fairburn & Beglin, 2008). Kecenderungan *eating disorder* adalah kemungkinan adanya gangguan makan, tepatnya adanya karakteristik *eating disorder* pada individu, namun belum dapat didiagnosis dengan jelas (Meule, 2019).

3.4 Subjek Penelitian

3.4.1 Populasi

Populasi atau *population of interest* merupakan kelompok besar dimana hasil dari penelitian dapat diterapkan (Morling, 2017). Target populasi penelitian ini adalah remaja, dengan karakteristik penentuan subjek sebagai berikut:

1. Perempuan atau Laki-Laki
2. Berusia 12-21 tahun
3. Bersedia berpartisipasi dalam penelitian

3.4.2 Sampel

Sampel merupakan kelompok yang digunakan dalam penelitian dan merupakan bagian dari *population of interest* (Morling, 2017). Peneliti menggunakan teknik *purposive sampling* dalam memilih sampel, yaitu teknik pengambilan sampel setelah mempertimbangkan beberapa kriteria tertentu (Neuman, 2007).

Dalam menentukan jumlah sampel, peneliti menggunakan bantuan program *G*Power*. Dari penelitian sebelumnya dinyatakan bahwa $r=0,6$, sehingga kalkulasi dari *G*Power* menghasilkan ukuran efek (*Cohen f²*) sebesar 0,5625. Penentuan

jumlah sampel menggunakan *a priori: compute required sample size*, nilai α sebesar 0,05, dan *power* ($1-\beta$) sebesar 0,95 pada jumlah prediktor sebanyak 1. Perhitungan ini mendapatkan hasil sampel yang dibutuhkan minimal sebanyak $N=26$.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data yang akan digunakan adalah survei. Survei merupakan metode untuk mengajukan pertanyaan kepada individu melalui telepon, wawancara, kuesioner tertulis, maupun kuesioner via Internet (Morling, 2017). Penelitian ini akan menggunakan salah satu metode survei yaitu kuesioner yang akan disebarluaskan secara daring dengan bantuan media *Google Form*. Kuesioner akan berisikan *informed consent*, data diri subjek berupa nama/inisial, usia, jenis kelamin, alat ukur *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), serta *Body Shape Questionnaire* (BSQ-16A) sesuai dengan jenis kelamin subjek.

3.5.1 *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q)

Dalam mengukur *eating disorder*, peneliti menggunakan alat ukur *Eating Disorder Examination - Questionnaire* (EDE-Q). Alat ukur ini merupakan pengembangan dari alat ukur lainnya yaitu *Eating Disorder Examination* (EDE) yang berupa wawancara psikologis dan dilakukan oleh psikolog. Namun karena metodenya berupa wawancara, EDE lebih sulit digunakan karena lebih menghabiskan banyak waktu. Baik EDE maupun EDE-Q dibuat berdasarkan DSM-III, yaitu DSM terbaru ketika alat ukur dikembangkan. EDE-Q sendiri terdiri dari 28 aitem, dimana 22 aitem berskala Likert serta enam aitem lainnya berupa

pertanyaan isian terkait perilaku makan individu selama 28 hari terakhir. EDE-Q juga memiliki beberapa pertanyaan tambahan yang dapat membantu mendiagnosis *eating disorder* seperti berat dan tinggi badan. Dua puluh dua aitem berskala Likert dalam EDE-Q terdiri dari empat dimensi yaitu *Restraint*, *Eating Concern*, *Shape Concern*, dan *Weight Concern*. Keempat dimensi tersebut memiliki skala Likert dari 0 hingga 6 yang mencerminkan empat minggu atau satu bulan sebelumnya. Semakin tinggi hasil yang diperoleh, maka semakin tinggi pula kecenderungan *eating disorder* pada individu. Hasil dapat dilihat melalui hitungan per dimensi secara detail, maupun melalui rerata nilai total (Fairburn & Beglin, 2008). Berikut merupakan *blueprint* dari alat ukur EDE-Q:

Tabel 3.1 *Blueprint* Alat Ukur EDE-Q

Dimensi	Nomor Aitem	Total
<i>Restraint</i>	1, 2, 3, 4, 5	5
<i>Eating Concern</i>	7, 9, 19, 20, 21	5
<i>Shape Concern</i>	6, 8, 10, 11, 23, 26, 27, 28	8
<i>Weight Concern</i>	8, 12, 22, 24, 25	5

Kecenderungan *eating disorder* diperoleh dengan membagi individu menjadi dua kelompok yaitu kelompok ada kecenderungan dan kelompok tidak ada kecenderungan. Pembagian kelompok tersebut didasarkan pada *mean score* dari instrumen EDE-Q pada penelitian sebelumnya. Pada 450 partisipan laki-laki dalam penelitian Schaefer dan kawan kawan (2018) yang dilakukan di Amerika Serikat, didapatkan *mean* dari skor total instrumen EDE-Q senilai 1,68. *Mean* tersebut berarti bahwa laki-laki dengan skor EDE-Q diatas 1,68 akan masuk ke dalam

kelompok ada kecenderungan *eating disorder*, dan sebaliknya. Pada perempuan didapatkan *mean* dari skor total instrumen EDE-Q sebesar 2,8 dari penelitian Mond dan kawan kawan (2006) pada 5.255 partisipan perempuan di Australia. Oleh karena itu perempuan dengan skor EDE-Q di atas 2,8 akan masuk ke dalam kelompok ada kecenderungan *eating disorder*.

3.5.2 Body Shape Questionnaire (BSQ-16A)

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur *body dissatisfaction* adalah *Body Shape Questionnaire* atau BSQ-16A yang merupakan versi pendek dari BSQ-34. BSQ sendiri dikembangkan untuk mengukur gangguan citra tubuh (*body image*) secara objektif untuk mengukur kekhawatiran individu terkait bentuk tubuhnya, khususnya pengalaman merasa gemuk dan dapat digunakan dalam *setting* normal maupun klinis (Cooper dkk., 1987). Garner & Garfinkel (1981) dalam Cooper dan kawan kawan (1987) menyatakan bahwa gangguan citra tubuh adalah konstruk yang cukup kompleks, namun mencakup kekhawatiran akan bentuk tubuh dan persepsi kurang sesuai dengan bentuk tubuh sebenarnya.

BSQ-16A memiliki dua versi, yaitu untuk laki-laki dan untuk perempuan. Pada penelitian ini akan digunakan kedua versi tersebut, menyesuaikan dengan jenis kelamin partisipan penelitian. Sesuai dengan namanya alat ukur ini berupa skala *self-report* yang memiliki total 16 aitem. Keenam belas aitem tersebut tidak terbagi menjadi beberapa dimensi, namun merupakan pengukuran yang utuh dari *body dissatisfaction*. Masing-masing aitem memiliki enam pilihan jawaban berupa skala Likert, dari Tidak Pernah (1) hingga Selalu (6). Semakin tinggi nilai yang

diperoleh dalam alat ukur berarti semakin tinggi pula ketidakpuasan tubuh pada individu (Cooper dkk., 1987).

Dalam melakukan pengkategorian data yang diperoleh, peneliti menggunakan norma hipotetik. Azwar (1993) menyatakan bahwa norma hipotetik adalah norma yang menggunakan alat ukur sebagai acuan untuk mengkategorikan data. Pada penelitian ini peneliti akan membagi data menjadi lima kategori dengan acuan sebagai berikut:

Tabel 3.2 Acuan Penormaan

Acuan	Kategori
$X < (M - 1,5*SD)$	Sangat Rendah
$(M - 1,5*SD) \leq X < (M - 0,5*SD)$	Rendah
$(M - 0,5*SD) \leq X < (M + 0,5*SD)$	Sedang
$(M + 0,5*SD) \leq X < (M + 1,5*SD)$	Tinggi
$X \geq (M + 1,5*SD)$	Sangat Tinggi

Alat ukur BSQ-16A memiliki 16 aitem berskala Likert dengan enam opsi, dari 1 hingga 6. Dari hasil penghitungan diperoleh nilai minimum adalah 16 dan maksimum adalah 96, sehingga didapatkan nilai rata-rata 56 dengan nilai standar deviasi 13,33. Dengan mengacu pada tabel penormaan sebelumnya, berikut merupakan hasil penormaan yang dilakukan peneliti pada variabel *body dissatisfaction*:

Tabel 3.3 Penormaan *Body Dissatisfaction*

Acuan	Kategori
$X \geq 76$	Sangat Tinggi
$62.67 \leq X < 76$	Tinggi
$49.33 \leq X < 62.67$	Sedang
$36 \leq X < 49.33$	Rendah
$(X < 36)$	Sangat Rendah

3.6 Validitas dan Reliabilitas Alat Ukur

3.6.1 Validitas Alat Ukur

Validitas merupakan kesesuaian suatu kesimpulan atau keputusan alat ukur yang sesuai dengan fungsinya (Morling, 2017). Pada penelitian ini validitas yang akan digunakan adalah *content validity*. *Content validity* merupakan sejauh mana suatu alat ukur mampu menjelaskan seluruh bagian dari konstruk (Morling, 2017). Validitas konten akan dilakukan oleh ahli melalui *expert judgement*.

3.6.1.1 *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*

Proses *expert judgement* untuk skala EDE-Q dilakukan pada tiga orang *expert* yaitu dua dosen dan satu psikolog. Hasil *rater* terdiri dari poin *content validity index (CVI)* dan juga komentar umum terkait skala yang akan digunakan. Hasil poin CVI dari ketiga *expert* kemudian diolah dan menghasilkan perhitungan CVI Skala sebesar 0,99 dari 1. Saran dan masukan dari masing-masing *expert* dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 3.4 Hasil *Expert Judgement EDE-Q*

NAMA DAN NIP/SIPP	SARAN DAN MASUKAN
Nama: Nido Dipo Wardana, S.Psi., M.Sc NIP: 199408072022013101	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara umum, penerjemahan instrumen EDE-Q sudah dilakukan dengan baik. Beberapa perbaikan masih perlu dilakukan untuk memastikan bahwa tiap soal dalam instrumen tersebut mudah dipahami. 2. Dalam melakukan perbaikan, peneliti bisa membandingkan dengan EDE-Q Bahasa Indonesia yang digunakan dalam penelitian yang teregistrasi di tautan berikut: https://osf.io/49wr5. Instrumen dalam penelitian tersebut sudah melalui proses telaah meskipun properti psikometrinya masih belum tersedia karena proyek penelitian yang masih berjalan.

Yang pasti, dalam EDE-Q, bukan hanya tiap pertanyaan yang penting, tetapi juga instruksi dan pilihan jawaban pada tiap-tiap pertanyaan. Misalnya, istilah “*binge eating*” tidak bisa serta merta diterjemahkan sebagai makan berlebihan karena juga mengandung elemen disfungsi kendali perilaku. Dengan demikian, soal-soal yang mengandung istilah tersebut perlu dijelaskan lebih detail dalam instruksi pengerjaannya.

Nama: Valina Khiarin Nisa, S.Psi., M.Sc NIP: 199210272022013201	1. Alat ukur sudah cukup representatif, namun masih ada beberapa aitem yang terkesan bahasa translasi jadi sulit dipahami, cek respon di form <i>excel</i> 2. Dalam menerjemahkan, struktur kalimat harus menyesuaikan EYD agar tidak membuat responden bingung.
Nama: Putri Maharani, M. Psi., Psikolog NIP: 198609302019032010	1. Menyesuaikan lagi kata yang digunakan untuk beberapa item sehingga lebih relevan dengan konstruk serta tidak ambigu untuk dipahami

3.6.1.2 *Body Shape Questionnaire* (BSQ-16A)

Proses *expert judgement* untuk skala BSQ-16A dilakukan pada empat orang *expert* yaitu satu dosen dan dua psikolog. Hasil *rater* terdiri dari poin *content validity index* (CVI) dan juga komentar umum terkait skala yang akan digunakan. Hasil poin CVI dari ketiga *expert* kemudian diolah dan menghasilkan perhitungan CVI Skala sebesar 0,98 dari 1 baik pada skala laki-laki maupun skala perempuan. Saran dan masukan dari masing-masing *expert* dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 3.5 Hasil *Expert Judgement* BSQ-16A

NAMA DAN NIP/SIPP	SARAN DAN MASUKAN
Nama: Tiara Diah Sosialita, Psikolog NIP: M.Psi.,	1. Sebaiknya menyertakan blue print meskipun melakukan translasi dari skala asli sehingga dapat diketahui keterwakilan tiap item pada dimensi-dimensi dari konstruk variabel

198912112016113201	<p>penelitian, termasuk kategorisasi item (favourable – unfavourable). Ini dapat membantu penentuan relevansi, kejelasan, dan representasi masing-masing item. Skala asli dari BSQ-16 sebaiknya juga disertakan sebagai perbandingan dan rujukan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Secara umum, item yang ditranslasi telah sesuai dalam mengukur konstruk yang hendak diungkap namun demikian perlu mempertimbangkan penyusunan kalimat dalam Bahasa Indonesia (kedudukan S-P-O-K dalam kalimat tanya) untuk mengurangi adanya makna ganda sehingga partisipan benar-benar mengisi sesuai dengan maksud item 3. Item pada skala BSQ untuk perempuan dan laki-laki secara umum sama (hanya berbeda pada beberapa poin yang membandingkan antara partisipan dengan jenis kelamin yang sama). Peneliti dapat melakukan modifikasi (adaptasi alat ukur khusus bagi populasi di konteks penelitian, dan tidak hanya melakukan translasi) jika memang diperlukan agar lebih sesuai dengan kondisi remaja perempuan dan laki-laki di Indonesia 4. Mohon diperhatikan item-item yang dapat dimaknai secara bervariasi oleh partisipan serta item-item yang berkesan netral (karena ini adalah alat ukur body dissatisfaction). Misalnya pilihan seseorang untuk berolahraga atau tidak, akan susah jika dikaitkan dengan body dissatisfaction kecuali ada keterangan olahraga terlalu berat, dsb. Bukankah melakukan olahraga karena khawatir dengan kondisi tubuh merupakan indikator positif dan malah disarankan 5. Harap dapat mencermati catatan-catatan yang sudah saya tambahkan pada setiap item
<p>Nama: Putri Maharani, 1. M. Psi., Psikolog NIP: 198609302019032010</p>	<p>1. Menyesuaikan lagi kata yang digunakan untuk beberapa item sehingga lebih relevan dengan konstruk serta tidak ambigu untuk dipahami</p>
<p>Nama: Yeni Rahma 1. Dwijayanti, M.Psi., Psikolog SIPP: 0562-20-2-2</p>	<p>1. Untuk alat ukur BSQ-16A : pertimbangkan tahun pembuatan skala ini mengingat saat ini yang terbaru sudah menggunakan DSM V TR, apakah item nya sudah sesuai dengan perkembangan</p>

-
- zaman dan konteks penelitian agar dapat mencakup seluruh tujuan yang diinginkan dalam penelitian ini.
2. Secara umum kalimat yang digunakan cukup jelas, cukup singkat, tidak bertele-tele. Namun perlu ada beberapa penyesuaian bahasa yang perlu diperbaiki agar lebih pas, mudah dipahami dan mudah diisi.
-

3.6.2 Reliabilitas Alat Ukur

Reliabilitas merupakan konsistensi hasil dari suatu alat ukur. Pada penelitian ini reliabilitas yang akan digunakan adalah *Cronbach's Alpha*, yaitu statistik korelasi yang digunakan untuk mengukur reliabilitas internal dari suatu alat ukur (Morling, 2017). Koefisien reliabilitas *Cronbach's Alpha* berada pada rentang 0 hingga 1, dimana koefisien dengan besar di sekitar 0,900 dianggap memuaskan (Azwar, 2007). Penelitian ini menggunakan uji coba terpakai, yang berarti bahwa pengambilan data dilakukan satu kali. Hal ini juga berarti bahwa data yang terkumpul digunakan untuk uji coba alat ukur serta digunakan pula sebagai data penelitian. Uji coba dilakukan pada 117 partisipan yaitu remaja berumur 12-21 tahun, dan setelah diolah menggunakan *software Jamovi 2.2.5 for Windows* menghasilkan hasil reliabilitas sebagai berikut:

Tabel 3.6 Reliabilitas Alat Ukur

	mean	sd	Cronbach's α
EDE-Q	2.40	1.40	0.917
BSQ-16A	3.29	1.14	0.922

Tabel di atas menunjukkan bahwa hasil reliabilitas untuk skala EDE-Q adalah sebesar 0,917 dengan total 28 aitem, sedangkan untuk skala BSQ-16A

adalah sebesar 0,922 dengan total 16 aitem. Dengan kedua alat ukur tersebut memiliki nilai mendekati 1, dapat disimpulkan bahwa kedua alat ukur reliabel dalam mengukur konstruk.

3.7 Teknik Analisa Data

Data yang berhasil dikumpulkan kemudian dilakukan analisis lebih lanjut sesuai dengan metode dan tujuan penelitian. Selaras dengan metode dan tujuan yaitu mengetahui pengaruh *body dissatisfaction* terhadap kecenderungan *eating disorder*, peneliti akan melakukan teknik analisis uji regresi logistik. Sebelum dilakukan uji regresi, akan dilakukan terlebih dahulu uji deskriptif dan uji multikolinearitas untuk memenuhi asumsi syarat uji regresi logistik. Seluruh proses analisa data akan dilakukan dengan bantuan *software Jamovi for Windows 2.2.5*.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Partisipan Penelitian

Pada penelitian ini, partisipan adalah remaja laki-laki dan perempuan berusia 12-21 tahun. Setelah melalui proses pengambilan data, maka jumlah partisipan yang diperoleh dalam penelitian ini adalah 117 orang, dengan karakteristik sebagai berikut:

Tabel 4.1 Profil Partisipan

Karakteristik	Kecenderungan <i>Eating Disorder</i>			
	Ada		Tidak ada	
	n	n/N	n	n/N
Total	71	60,7%	46	39,3%
Jenis Kelamin				
Perempuan	37	31,6%	61	52,1%
Laki-laki	9	7,7%	10	8,5%
Usia (tahun)				
12-16	4	3,4%	6	5,1%
17-21	42	35,9%	65	55,6%
BMI				
<i>Underweight</i> (<18,5)	1	0,9%	21	17,9%
Normal (18,5-25)	21	17,9%	45	38,5%
<i>Overweight</i> (>25)	24	20,5%	5	4,3%
<i>Body Dissatisfaction</i>				
Sangat Rendah	0	0,0%	23	19,7%
Rendah	5	4,3%	29	24,8%
Sedang	12	10,3%	16	13,7%
Tinggi	13	11,1%	3	2,6%
Sangat Tinggi	16	13,7%	0	0,0%

Partisipan dibagi menjadi dua kelompok berdasarkan skor rata-rata kecenderungan *eating disorder* dengan acuan yang telah dijelaskan pada bagian

sebelumnya. Dari hasil pembagian kelompok tersebut diperoleh dua kelompok yaitu kelompok ada kecenderungan *eating disorder* dan kelompok tidak ada kecenderungan *eating disorder*. Mayoritas partisipan tidak memiliki kecenderungan *eating disorder* yaitu sebesar 60,7% sementara itu sisanya termasuk memiliki kecenderungan *eating disorder* yaitu sebesar 39,3%.

Mayoritas partisipan, apabila ditinjau dari jenis kelamin, terdiri dari perempuan tanpa kecenderungan *eating disorder* (52,1%), disusul dengan perempuan dengan kecenderungan *eating disorder* (31,7%), laki-laki tanpa kecenderungan *eating disorder* (8,5%), dan terakhir laki-laki dengan kecenderungan *eating disorder* (7,7%).

Dari tabel sebelumnya juga dapat dilihat bahwa mayoritas partisipan apabila ditinjau dari usia, termasuk dalam rentang umur 17-21 tahun atau kategori *late adolescent* tanpa kecenderungan *eating disorder* (55,6%). Partisipan lainnya termasuk dalam kategori *late adolescent* dengan kecenderungan *eating disorder* (35,9%), kategori *early adolescent* yang berada pada rentang 12-16 tahun tanpa kecenderungan *eating disorder* (5,1%), serta kategori *early adolescent* dengan kecenderungan *eating disorder* (3,4%).

Body mass index (BMI) adalah indeks statistik yang menggunakan berat dan tinggi badan untuk memperkirakan jumlah lemak tubuh individu. Nilai BMI dihitung dengan membagi berat badan (dalam kilogram) dengan kuadrat tinggi badan (dalam meter) (Weir & Jan, 2022). Dalam penelitian ini berat dan tinggi badan diperoleh sebagai bagian dari alat ukur EDE-Q, dengan kategori *underweight* hingga *overweight*. Dari tabel terlihat bahwa mayoritas partisipan termasuk dalam

kategori normal tanpa kecenderungan *eating disorder* (38,5%). Partisipan lainnya termasuk dalam kategori *overweight* dengan kecenderungan *eating disorder* (20,5%), kategori normal dengan kecenderungan *eating disorder* (17,9%), kategori *underweight* tanpa kecenderungan *eating disorder* (17,9%), kategori *overweight* tanpa kecenderungan *eating disorder* (4,3%), serta kategori *underweight* dengan kecenderungan *eating disorder* (0,9%).

Variabel *body dissatisfaction* terbagi menjadi lima kategori berdasarkan acuan yang telah dipaparkan sebelumnya. Pada partisipan dengan kecenderungan *eating disorder*, mayoritas berada dalam kategori sangat tinggi sebanyak 13,7%, disusul dengan kategori tinggi sebanyak 11,1%, kemudian kategori sedang sebanyak 10,3%, kategori rendah sebanyak 4,3%, dan tidak ada partisipan yang termasuk dalam kategori sangat rendah. Hal tersebut sangat berbeda dengan partisipan tanpa kecenderungan *eating disorder* yang didominasi oleh kategori rendah sebanyak 24,8%, disusul dengan kategori sangat rendah sebanyak 19,7%, kemudian kategori sedang sebanyak 13,7%, kategori tinggi sebanyak 2,6%, dan tidak ada partisipan yang termasuk dalam kategori sangat tinggi.

4.2 Pelaksanaan Penelitian

4.2.1 Persiapan Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti melakukan beberapa langkah persiapan. Berikut langkah-langkah yang dilakukan:

1. Menentukan topik penelitian

Topik penelitian ditentukan dari adanya ketertarikan peneliti terhadap fenomena gangguan makan. Fenomena tersebut banyak disorot media

mengenai perilaku makan individu yang abnormal. Ketertarikan tersebut membuat peneliti meninjau lebih lanjut mengenai gangguan makan. Hasil tinjauan tersebut, fenomena gangguan makan banyak dialami oleh masyarakat, terutama pada remaja. Padahal gangguan makan yang dialami remaja dapat berdampak perkembangannya, sehingga peneliti merasa bahwa gangguan makan pada remaja menjadi penting untuk diteliti lebih lanjut.

2. Melakukan studi literatur

Dengan topik gangguan makan pada remaja, peneliti kemudian melanjutkan untuk melakukan studi literatur. Studi dilakukan untuk lebih memahami mengenai topik tersebut khususnya mengenai faktor apa saja yang dapat mempengaruhi gangguan makan pada remaja. Hasil dari studi literatur tersebut menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat mempengaruhi gangguan makan pada remaja adalah ketidakpuasan pada tubuh. Hasil penelitian terdahulu mengenai ketidakpuasan tubuh dan gangguan makan pada remaja juga masih memiliki hasil yang berbeda. Oleh karena itu peneliti memutuskan untuk menghubungkan *body dissatisfaction* dengan gangguan makan pada remaja.

3. Mencari dan melakukan bimbingan dengan dosen pembimbing

Peneliti kemudian menghubungi PJMK Skripsi terkait topik penelitian yang dipilih. Beberapa hari kemudian, peneliti memperoleh dosen pembimbing yaitu Ibu Dian Kartika Amelia Arbi., M.Psi., Psikolog. Peneliti kemudian melakukan diskusi setiap minggunya untuk pembuatan proposal penelitian.

Diskusi dilaksanakan untuk mengembangkan topik penelitian melalui masukan, kritik, serta saran yang berguna bagi perkembangan penelitian.

4. Menentukan subjek penelitian

Sejalan dengan topik dan hasil studi literatur, target subjek yang akan diteliti dalam penelitian adalah remaja. Berkaca dari tahap perkembangan psikososialnya, peneliti memutuskan batas umur remaja yang akan diteliti adalah usia 12-18 tahun.

5. Menentukan alat ukur penelitian

Untuk melakukan pengambilan data, peneliti kemudian mencari alat ukur yang sekiranya sesuai dengan topik penelitian. Peneliti juga menyesuaikan alat ukur yang digunakan dengan landasan teori yang digunakan oleh peneliti. Setelah mencari dari berbagai sumber, peneliti akhirnya memutuskan untuk menggunakan alat ukur *Eating Disorder Examination – Questionnaire* untuk mengukur kecenderungan *eating disorder*. Dalam mengukur *body dissatisfaction*, peneliti memutuskan untuk menggunakan alat ukur *Body Shape Questionnaire 16A*.

6. Melakukan proses *rater*

Proses *rater* dilakukan dengan mencari *expert judgement* dari individu yang ahli dalam topik penelitian, tepatnya psikolog maupun *expert* dalam bidang psikologi. *Rater* dilakukan untuk mengetahui validitas alat ukur yang digunakan.

4.2.2 Pengambilan Data

Peneliti mengambil data secara daring menggunakan kuesioner dengan media *Google Form*. Kuesioner tersebut dibagikan melalui media sosial seperti *Instagram* dan *Twitter*. Peneliti juga menyebarkan pada sekolah (SMP dan SMA) melalui grup kelas *WhatsApp*. Proses pengambilan data dilakukan selama dua hari, dan mendapatkan sebanyak 119 responden. Dua diantara respon tersebut akhirnya dihapus karena terdapat kesalahan dalam pengisian kuesioner, dimana kedua respon mengisi bagian 'Tinggi Badan' dengan angka <10. Hal tersebut mengindikasikan adanya ketidakfokusan responden dalam pengisian kuesioner dan menghasilkan $N=117$.

4.2.3 Hambatan Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian, peneliti mengalami beberapa hambatan yaitu:

1. Mencari ahli yang bersedia untuk melakukan *expert judgement*

Dalam melakukan proses *expert judgement*, peneliti mengalami kesulitan untuk menemukan ahli yang bersedia. Hal tersebut terjadi karena beberapa ahli yang diketahui oleh peneliti sedang sibuk atau tidak dapat dihubungi. Ketika telah setuju untuk melakukan proses *expert judgement*, terdapat pula ahli yang mengirimkan hasil di atas waktu yang telah disepakati sebelumnya, hingga tidak memberikan hasil *expert judgement*. Selain itu proses *expert judgement* juga terpotong oleh cuti bersama, sehingga peneliti tidak dapat menghubungi ahli. Proses yang dilakukan untuk kedua alat ukur

yang digunakan akhirnya memakan waktu hampir dua bulan, yang jauh dari perkiraan awal peneliti.

2. Pengambilan data dilakukan secara daring

Secara daring kuesioner lebih cepat dan mudah untuk disebarkan, namun hal ini menyebabkan peneliti tidak dapat melakukan observasi secara langsung ketika responden melakukan pengisian kuesioner. Hal ini menyebabkan terdapat dua respon yang tidak dapat diolah peneliti karena terjadi kesalahan dalam pengisian kuesioner.

4.3 Hasil Penelitian

4.3.1 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan dengan bantuan *software Jamovi 2.2.5 for Windows*. Analisis dilakukan untuk mengetahui gambaran karakteristik data yang diperoleh, sehingga tidak terjadi kesalahan pada analisis selanjutnya. Analisis deskriptif memberikan hasil bahwa pada variabel kecenderungan *eating disorder* memiliki nilai ($M=2,31$; $SD=1,44$) sedangkan variabel *body dissatisfaction* memiliki nilai ($M=52,5$; $SD=17,9$). Peneliti melakukan uji beda variabel kecenderungan *eating disorder* pada kategori usia serta kategori BMI partisipan, sedangkan variabel *body dissatisfaction* pada jenis kelamin, kategori usia, serta kategori BMI. Hasil analisis deskriptif lanjutan beserta hasil uji beda adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2 Hasil Analisis Deskriptif

	ED		BD Mean (SD)	Statistik	
	Ada	Tidak Ada		ED	BD
Jenis Kelamin	-	-	-	-	$p=0,016$; mean difference=11; effect size=0,351
Usia	19,7 (1,70)	19,3 (1,93)	19,5 (1,84)	$\chi^2 (1)=0,00214$, $p=0,963$	$p=0,965$; mean difference=0,0000470; effect size=0,0127
BMI	25,2 (4,62)	20,1 (2,69)	22,1 (4,35)	$\chi^2 (2)=35,6$, $p<0,001$	$F(2, 39,5)=33,1$; $p<0,001$

*ED=Kecenderungan Eating Disorder; BD=Body Dissatisfaction

Peneliti tidak melihat perbedaan demografi jenis kelamin pada kecenderungan *eating disorder* karena acuan pengelompokan partisipan berbeda bergantung pada jenis kelamin. Pada variabel *body dissatisfaction* dilakukan uji *Mann-Whitney U* karena data tidak memenuhi asumsi normalitas. Dari uji yang dilakukan didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan signifikan antara laki-laki dan perempuan ($p<0,05$) dengan *effect size* yang tergolong lemah yaitu sebesar 0,351. Peneliti kemudian melihat hasil deskriptif dari uji *Mann-Whitney U* pada variabel *body dissatisfaction*, yang menyatakan bahwa rerata jenis kelamin perempuan lebih tinggi daripada laki-laki. Oleh karena itu dari hasil uji beda jenis kelamin dapat disimpulkan bahwa perempuan memiliki rerata *body dissatisfaction* yang secara signifikan lebih tinggi daripada laki-laki.

Uji beda antar kategori usia pada variabel kecenderungan *eating disorder* dilakukan menggunakan uji *Chi-square*. Dari tabel dapat dilihat bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok usia *late adolescence* dan *early adolescence* ($p>0,05$) pada kecenderungan *eating disorder*. Pada variabel *body*

dissatisfaction juga dilakukan uji beda antar kelompok usia menggunakan uji *Mann-Whitney U*. Dari uji yang dilakukan tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok usia *late adolescence* dan *early adolescence* ($p > 0,05$). Oleh karena itu dari hasil uji beda kategori usia dapat disimpulkan tidak ditemukan perbedaan signifikan antara kelompok usia *late adolescence* dan *early adolescence* baik pada variabel kecenderungan *eating disorder* maupun variabel *body dissatisfaction*.

Peneliti juga melakukan uji beda antar kategori BMI. Uji beda pada variabel kecenderungan *eating disorder* dilakukan menggunakan *Chi-Square*, dimana didapatkan nilai $p < 0,001$ sehingga dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan signifikan pada kecenderungan *eating disorder* antar kelompok kategori BMI dengan nilai $X^2(35,6)$. Pada variabel *body dissatisfaction* uji beda dilakukan menggunakan *Welch's One-way ANOVA* karena tidak memenuhi asumsi homogenitas. Dari hasil uji didapatkan bahwa terdapat perbedaan signifikan pada rerata *body dissatisfaction* antar kelompok kategori BMI dengan nilai F sebesar 25,9. Peneliti kemudian melakukan *Games-Howell Post-Hoc Test* untuk mengetahui perbedaan antar kelompok, dan diperoleh informasi bahwa ketiga kelompok kategori BMI memiliki perbedaan yang signifikan apabila dibandingkan satu dengan lainnya. Kelompok *underweight* memiliki tingkat *body dissatisfaction* yang lebih rendah secara signifikan apabila dibandingkan dengan kelompok normal ($mean\ difference = -13,7, p < 0,001$) ataupun ketika dibandingkan dengan kelompok *overweight* ($mean\ difference = -27,1, p < 0,001$). Kelompok *overweight* juga memiliki tingkat *body dissatisfaction* yang lebih tinggi secara signifikan apabila

dibandingkan dengan kelompok normal (*mean difference*=13,5, $p=0,002$). Oleh karena itu dari hasil uji beda antar kategori BMI, dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan signifikan antara kategori BMI baik pada variabel kecenderungan *eating disorder* maupun variabel *body dissatisfaction*.

4.3.2 Uji Asumsi

Penelitian yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui secara empiris pengaruh *body dissatisfaction* terhadap kecenderungan *eating disorder* pada remaja. Oleh karena itu peneliti menggunakan uji regresi logistik untuk menganalisis data yang telah diperoleh. Dalam melakukan uji regresi diperlukan uji asumsi terlebih dahulu, yaitu multikolinearitas. Uji multikolinearitas diperlukan untuk mengetahui ada atau tidaknya multikolinearitas dalam prediktor yang diteliti, dimana apabila terdapat multikolinearitas pada prediktor maka analisis regresi logistik tidak dapat dilakukan. Uji multikolinearitas dilakukan dengan melihat nilai *variance inflated factors* (VIF), apabila nilai VIF di bawah 4 maka tidak terjadi multikolinearitas, dan sebaliknya (Navarro & Foxcroft, 2022). Hasil uji multikolinearitas pada prediktor *body dissatisfaction* didapatkan hasil VIF sebesar 1,00 sehingga dapat disimpulkan bahwa pada tidak terjadi adanya multikolinearitas dan analisis regresi logistik dapat dilakukan.

4.3.3 Analisis Inferensial

4.3.3.1 Uji Regresi Logistik

Peneliti kemudian melakukan uji regresi logistik untuk mengetahui persamaan garis regresi antar kedua variabel. Pada penelitian ini prediktor yang digunakan adalah variabel independen yaitu *body dissatisfaction*. Dalam

melakukan uji regresi logistik, pertama-tama peneliti melihat terlebih dahulu *model fit* untuk mengetahui kelayakan model regresi yang dimiliki.

Dalam tabel tersebut terlihat bahwa model memiliki nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05 ($p < 0,001$). Menurut Navarro & Foxcroft (2022) nilai signifikansi di bawah 0,05 berarti bahwa hasil yang diperoleh dinyatakan signifikan, dan sebaliknya apabila nilai signifikansi berada di atas 0,05 maka hasil dianggap tidak signifikan. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa model yang dimiliki mampu menjelaskan varians variabel dependen yaitu kecenderungan *eating disorder* ($X^2(1,115)=79,4, p < 0,001; R^2_{McF}=0,506; R^2_{CS}=0,493; R^2_N=0,667$)

Nilai *Pseudo R² Nagelkerke* sebesar 0,667 berarti bahwa *body dissatisfaction* mampu memprediksi sebanyak 66,7% varians dari kecenderungan *eating disorder*, dan sisanya yaitu 33,3% dapat dijelaskan oleh faktor lain. Peneliti kemudian mencari koefisien model regresi untuk mengetahui persamaan garis regresi. Analisis yang dilakukan memiliki hasil sebagai berikut:

Tabel 4.3 Koefisien Model Uji Regresi

Prediktor	B	SE B	Z	p	Odds ratio
Intercept	-8.983	1.5929	-5.64	< .001	0.000126
BSQ_Total	0.156	0.0281	5.55	< .001	1.17

Dari tabel tersebut dapat disimpulkan bahwa persamaan garis regresi adalah sebagai berikut:

$$Y_i = b_0 + b_1X_I$$

$$Y_i = -8,983 + 0,156* X_I$$

Persamaan garis tersebut berarti bahwa apabila sama sekali tidak ada variabel *body dissatisfaction* (X_I), variabel kecenderungan *eating disorder* (Y_i) memiliki koefisien

konstanta sebesar -8,983. Koefisien regresi pada variabel *body dissatisfaction* sebesar 0,156 berarti bahwa setiap penambahan 1% pada variabel *body dissatisfaction* maka variabel kecenderungan *eating disorder* akan meningkat sebesar 0,156. Dari hasil uji regresi logistik dapat disimpulkan bahwa variabel *body dissatisfaction* berpengaruh positif signifikan terhadap variabel kecenderungan *eating disorder*, sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima.

4.3.3.2 Uji Regresi Logistik dengan Variabel Demografi

Dalam melakukan uji regresi diperlukan uji asumsi terlebih dahulu, yaitu multikolinearitas. Uji multikolinearitas diperlukan untuk mengetahui ada atau tidaknya multikolinearitas dalam prediktor yang diteliti, dimana apabila terdapat multikolinearitas pada prediktor maka analisis regresi logistik tidak dapat dilakukan.

Tabel 4.4 Uji Asumsi Model Regresi Logistik dengan Data Demografi

	VIF	Tolerance
BSQ_Total	1.76	0.569
BMI	1.11	0.904
Jenis Kelamin	1.87	0.535
Usia	1.21	0.827

Tabel di atas merupakan hasil uji multikolinearitas pada variabel *body dissatisfaction* yang didapatkan nilai VIF sebesar 1,76, kemudian pada variabel BMI diperoleh nilai VIF sebesar 1,11, pada variabel jenis kelamin sebesar 1,87, serta pada variabel usia sebesar 1,21 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi adanya multikolinearitas pada keempat variabel dan analisis regresi logistik dapat dilakukan.

Peneliti kemudian melakukan uji regresi logistik untuk mengetahui persamaan garis regresi antar prediktor. Pada penelitian ini prediktor yang digunakan adalah variabel independen yaitu *body dissatisfaction*, serta data demografi yaitu jenis kelamin, usia, dan nilai BMI partisipan. Dalam melakukan uji regresi logistik, pertama-tama peneliti melihat terlebih dahulu *model fit* untuk mengetahui kelayakan model regresi yang dimiliki, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.5 Model Fit Regresi Logistik dengan Data Demografi

Model	Deviance	AIC	BIC	R ² _{McF}	R ² _{CS}	R ² _N	Overall Test	
							χ^2	df p
1	77.4	81.4	87.0	0.506	0.493	0.667	79.4	1 <.001
2	63.3	69.3	77.6	0.596	0.550	0.746	93.5	2 <.001
3	52.9	60.9	72.0	0.662	0.588	0.797	103.9	3 <.001
4	52.4	62.4	76.2	0.666	0.590	0.800	104.4	4 <.001

Comparison

Model	Model	χ^2	df	p
1	- 2	14.139	1	<.001
2	- 3	10.360	1	0.001
3	- 4	0.518	1	0.472

Dalam tabel tersebut terlihat bahwa terdapat empat model, model pertama adalah model regresi dengan variabel *body dissatisfaction*, model kedua adalah model regresi dengan variabel *body dissatisfaction* dan nilai BMI, model ketiga adalah model regresi dengan variabel *body dissatisfaction*, nilai BMI, dan jenis kelamin, sedangkan model keempat adalah model regresi dengan variabel *body dissatisfaction*, nilai BMI, jenis kelamin, serta usia. Keempat model memiliki nilai

signifikansi lebih kecil dari 0,05 ($p < 0,001$). Menurut Navarro & Foxcroft (2022) nilai signifikansi di bawah 0,05 berarti bahwa hasil yang diperoleh dinyatakan signifikan, dan sebaliknya apabila nilai signifikansi berada di atas 0,05 maka hasil dianggap tidak signifikan. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa keempat model yang dimiliki mampu memprediksi variabel dependen yaitu kecenderungan *eating disorder*. Ketika model tersebut dibandingkan satu dengan lainnya, model ketiga adalah model terbaik dalam memprediksi variabel dependen. Hal tersebut dilihat dari nilai signifikansi penambahan variabel usia pada model keempat yang lebih besar dari 0,05 ($p = 0,472$) yang berarti bahwa penambahan variabel usia pada model regresi yang telah dimiliki tidak signifikan.

Model ketiga memiliki *Pseudo R² Nagelkerke* sebesar 0,797 yang berarti bahwa *body dissatisfaction*, BMI, serta jenis kelamin mampu memprediksi sebanyak 79,7% varians dari kecenderungan *eating disorder*, dan sisanya 20,3% dapat dijelaskan oleh faktor lain. Dari hasil tersebut peneliti memutuskan untuk menggunakan model regresi kedua untuk menjelaskan varians dari kecenderungan *eating disorder*, sehingga peneliti kemudian mencari koefisien model regresi untuk mengetahui persamaan garis regresi. Analisis yang dilakukan memiliki hasil sebagai berikut:

Tabel 4.6 Koefisien Model Regresi Logistik dengan Data Demografi

Prediktor	B	SE B	Z	p	Odds ratio
Intercept	-19.426	4.1947	-4.63	< .001	$3.66 \cdot 10^{-9}$
BSQ_Total	0.211	0.0456	4.62	< .001	1.23
BMI	0.302	0.1129	2.67	0.007	1.35
Jenis Kelamin	3.422	1.2127	2.82	0.005	30.62

Prediktor	B	SE B	Z	p	Odds ratio
------------------	----------	-------------	----------	----------	-------------------

Note. Estimates represent the log odds of "ED (cutoff) = Ada kecenderungan" vs. "ED (cutoff) = Tidak ada kecenderungan"

Dari tabel tersebut dapat disimpulkan bahwa persamaan garis regresi adalah sebagai berikut:

$$Y_i = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3$$

$$Y_i = -19,426 + 0,211 * X_1 + 0,302 * X_2 + 3,422 * X_3$$

Persamaan garis tersebut berarti bahwa apabila sama sekali tidak ada variabel *body dissatisfaction* (X_1), BMI (X_2), dan jenis kelamin (X_3), variabel kecenderungan *eating disorder* (Y_i) memiliki koefisien konstanta sebesar -19,426. Koefisien regresi pada variabel *body dissatisfaction* sebesar 0,211 berarti bahwa setiap penambahan 1% pada variabel *body dissatisfaction* maka variabel kecenderungan *eating disorder* akan meningkat sebesar 0,211, koefisien regresi pada variabel BMI sebesar 0,302 berarti bahwa setiap penambahan 1% pada variabel BMI maka variabel kecenderungan *eating disorder* akan meningkat sebesar 0,302, serta koefisien regresi pada variabel jenis sebesar 3,422 berarti bahwa apabila partisipan berjenis kelamin perempuan maka variabel kecenderungan *eating disorder* akan meningkat sebesar 3,422 sedangkan apabila berjenis kelamin laki-laki akan tetap.

4.4 Pembahasan

Pada uji regresi logistik disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima yaitu terdapat pengaruh signifikan dari *body dissatisfaction* terhadap kecenderungan *eating disorder* pada remaja. Hasil uji tersebut menunjukkan bahwa model yang dimiliki dengan prediktor *body dissatisfaction* mampu menjelaskan 66,7% varians kecenderungan *eating disorder* dan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak

diteliti pada penelitian ini ($X^2(1,115)=79,4$, $p<0,001$; $R^2_{McF}=0,506$; $R^2_{CS}=0,493$; $R^2_N=0,667$). Ditemukan pula garis regresi antar dua variabel yaitu $Y_i = -8,983 + 0,156 * X_1$, yang berarti bahwa kenaikan 1% pada *body dissatisfaction* akan meningkatkan kecenderungan *eating disorder* pada remaja sebanyak 0,156 ($B=0,156$, $SE=0,0281$, $Z=5,55$, $p<0,001$, $Odds\ ratio=1,17$).

Peneliti juga melakukan uji regresi logistik dengan variabel demografi jenis kelamin, usia, dan BMI. Hasil uji tersebut menunjukkan bahwa model terbaik adalah model dengan prediktor *body dissatisfaction*, jenis kelamin, dan BMI yang mampu menjelaskan 79,7% varians kecenderungan *eating disorder* dan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak diteliti pada penelitian ini ($X^2(3,113)=103,9$, $p<0,001$; $R^2_{McF}=0,662$; $R^2_{CS}=0,588$; $R^2_N=0,797$). Ditemukan pula garis regresi dua yaitu $Y_i = -19,426 + 0,211 * X_1 + 0,302 * X_2 + 3,422 * X_3$.

Pengaruh signifikan dari *body dissatisfaction* terhadap kecenderungan *eating disorder* pada remaja tersebut sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya. Salah satunya adalah penelitian yang dilakukan oleh Cruz-Sáez dan kawan kawan (2020) mengenai efek *body dissatisfaction* terhadap *disordered eating*. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa terdapat hubungan kuat antara *body dissatisfaction* dengan *disordered eating*. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Ratnawati (2012) mengenai kepercayaan diri, *body image*, dan juga kecenderungan *anorexia nervosa* pada remaja putri. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa kecenderungan *anorexia nervosa* dipengaruhi sebanyak 26,1% oleh *body image*.

Remaja mengalami perubahan fisik dan kognitif sebagai dampak dari pubertas (Santrock, 2019). Perubahan fisik pada remaja menjadikan mereka lebih

disibukkan dengan penampilan tubuhnya (Santrock, 2016), dan juga adanya *adolescent egocentrism* sebagai kognisi sosial dari remaja (Santrock, 2019). Dua hal tersebut menjadikan remaja khawatir akan bentuk tubuhnya, dan pada beberapa individu mungkin terjadi persepsi kurang sesuai dengan bentuk tubuh sebenarnya. Adanya persepsi kurang sesuai antara bentuk tubuh tersebutlah yang dikatakan sebagai salah satu komponen dari *body dissatisfaction*, tepatnya distorsi estimasi ukuran tubuh (Ogden, 2012). Dengan standar ideal yang kurang realistis saat ini, remaja yang mengalami berbagai perubahan pada tubuhnya juga dapat merasa bahwa terdapat perbedaan antara tubuh yang dimilikinya dengan kondisi ideal yang diinginkannya, bahkan memiliki perasaan negatif terhadap tubuhnya. Kedua hal tersebut merupakan komponen kedua dan ketiga dari *body dissatisfaction* menurut Ogden (2012).

Komponen-komponen dari *body dissatisfaction* tersebutlah yang kemudian dapat menjelaskan pengaruh *body dissatisfaction* terhadap kecenderungan *eating disorder*. Hooley dan kawan kawan (2021) menyatakan bahwa *eating disorder* memiliki beberapa faktor resiko yaitu faktor biologis, sosiokultural, keluarga, dan juga individual. Komponen *body dissatisfaction* mempengaruhi kecenderungan *eating disorder* tepatnya pada faktor resiko individual, dimana dalam faktor individual sendiri terdapat internalisasi bahwa tubuh kurus adalah tubuh ideal, cara berdiet, emosi yang negatif, hingga kepribadian perfeksionis. Antara komponen *body dissatisfaction* dan faktor resiko individu dapat terlihat adanya *overlap* seperti adanya internalisasi mengenai tubuh ideal, yang kemudian kurang sesuai dengan realitanya dan juga emosi negatif. Perasaan individu mengenai penampilan mereka,

pada hal ini adalah emosi negatif, juga berhubungan dengan perilaku diet (Ogden, 2012) yang juga merupakan salah satu faktor resiko individual pada *eating disorder*. Sejalan dengan hal tersebut Cruz-Sáez dan kawan kawan (2020) menjelaskan bahwa pengaruh *body dissatisfaction* terhadap kecenderungan *eating disorder* dapat dimediasi oleh *negative affect*.

Dalam uji beda pada variabel *body dissatisfaction*, peneliti menemukan perbedaan antar kelompok jenis kelamin dimana perempuan memiliki rerata variabel *body dissatisfaction* yang secara signifikan lebih tinggi daripada laki-laki. Hasil tersebut juga didukung oleh penelitian lain dimana remaja perempuan memiliki tingkat *body dissatisfaction* lebih tinggi apabila dibandingkan dengan remaja laki-laki (Dion dkk., 2015). Knauss dan kawan kawan (2008) juga menyampaikan bahwa remaja perempuan memiliki tingkat *body dissatisfaction* lebih tinggi, khususnya pada *body shame* dan *body surveillance* dibandingkan remaja laki-laki. Hasil tersebut dapat dijelaskan karena adanya potret ‘cantik adalah kurus’ dari media yang bersamaan dengan meningkatnya lemak tubuh akibat pubertas (Benowitz-Fredericks dkk., 2012). Penjelasan lainnya adalah ketika mengalami pubertas lemak tubuh pada perempuan akan lebih banyak meningkat, sedangkan laki-laki mengalami peningkatan massa otot yang lebih banyak. Hal tersebut membuat perempuan berada semakin jauh dari gambaran ideal yang dimiliki masyarakat, yaitu kurus (Santrock, 2019).

Peneliti juga melakukan uji beda pada kategori usia remaja, yang menghasilkan kesimpulan bahwa tidak ditemukan perbedaan signifikan antara kelompok usia *late adolescence* dan *early adolescence* baik pada variabel

kecenderungan *eating disorder* maupun variabel *body dissatisfaction*. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian sebelumnya dimana tidak terdapat perbedaan antar kelompok usia remaja pada *eating disorder* (Gralen dkk., 1990). Penelitian lebih baru juga menyatakan hal serupa dimana usia memiliki kapabilitas untuk memprediksi kecenderungan *eating disorder* yang sangat rendah dan tidak signifikan (Jahrami dkk., 2019). Pada variabel *body dissatisfaction*, Dion dan kawan kawan (2015) menyatakan bahwa kesibukkan remaja pada tubuhnya pada masa *early adolescence* terus berlangsung hingga empat tahun kemudian atau hingga masa *late adolescence*. Tidak adanya perbedaan signifikan pada kedua variabel tersebut dapat dijelaskan dengan adanya berbagai karakteristik yang melekat pada remaja seperti perubahan fisik dan kognitif akibat pubertas, seperti *adolescent egocentrism* yang telah dijelaskan sebelumnya, dimana perubahan-perubahan tersebut masih terus berlangsung ketika individu berada pada masa *late adolescence* (Santrock, 2019).

Hasil uji beda variabel kecenderungan *eating disorder* pada kategori BMI juga memperlihatkan adanya perbedaan signifikan antara kategori kelompok BMI, dimana dari total 46 partisipan yang memiliki kecenderungan *eating disorder*, 52,2% berasal dari kategori BMI *overweight* dan hanya 1 partisipan yang berasal dari kategori *underweight*. Nilai BMI juga dimasukkan ke dalam model regresi bersama dengan variabel *body dissatisfaction*, yang berarti bahwa bersama dengan prediktor lainnya, BMI mampu memprediksi sebanyak 79,7% varians dari kecenderungan *eating disorder*, dan sisanya dapat dijelaskan oleh faktor lain. Pengaruh BMI terhadap kecenderungan *eating disorder* dapat dilihat pada

penelitian sebelumnya, yang menyatakan bahwa remaja yang termasuk dalam kategori *overweight* memiliki tingkat lebih tinggi pada *eating concern*, *shape concern*, *weight concern* dan juga percobaan *dietary restraint* yang lebih tinggi. Penelitian lebih baru juga menyatakan bahwa kategori BMI memiliki hubungan signifikan dengan *drive for thinness* dan *restrained eating* (Jung dkk., 2009). Hasil tersebut dijelaskan Goldfield dan kawan kawan (2010) dalam penelitiannya, dimana *dietary restraint* yang kronis dapat rusak dan terhenti, yang kemudian menyebabkan *disinhibited eating* dan *binge eating*, sehingga terjadi penambahan berat badan pada individu.

Pada variabel *body dissatisfaction* juga ditemukan terdapat perbedaan signifikan antara kategori kelompok BMI, dimana kelompok *underweight* memiliki rerata *body dissatisfaction* lebih rendah daripada kedua kelompok lainnya dan kelompok *overweight* memiliki rerata lebih tinggi ketika dibandingkan dengan kedua kelompok lainnya. Sejalan dengan hal tersebut dalam studi 9 bulan oleh Presnell dan kawan kawan (2004) menyatakan bahwa peningkatan pada massa tubuh dapat memprediksi meningkatnya *body dissatisfaction*. Penelitian lain juga mengatakan bahwa BMI mampu memprediksi tingkat *body dissatisfaction* baik pada remaja laki-laki maupun wanita (Knauss dkk., 2008). Hasil tersebut dijelaskan Goldfield dan kawan kawan (2010) dimana ia menyimpulkan bahwa *body dissatisfaction* adalah konsekuensi dari status massa tubuh *overweight*.

4.5 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan, keterbatasan tersebut adalah minimnya sampel laki-laki dan kategori usia *early adolescence*. Kedua

kelompok tersebut dapat dikatakan sangat minim apabila dibandingkan dengan kelompok lainnya, dimana hanya terdapat 16,2% partisipan laki-laki dan bahkan hanya terdapat 8,5% partisipan yang termasuk pada kategori usia *early adolescence*. Hal tersebut menyebabkan sampel kurang merepresentasikan populasi. Keterbatasan lain yang ada dalam penelitian ini adalah penelitian dilakukan secara daring, dimana partisipan mengisi kuesioner melalui media *Google Form*. Hal tersebut menyebabkan peneliti tidak dapat melakukan pada partisipan, sehingga peneliti tidak mengetahui seberapa besar atensi yang diberikan partisipan ketika mengisi kuesioner. Desain studi *cross-sectional* juga menjadi salah satu keterbatasan dimana dengan desain tersebut, hasil yang diperoleh pada penelitian tidak sepenuhnya merepresentasikan pengaruh antara kedua konstruk karena terdapat berbagai variabel lain yang dapat menjelaskannya.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Penelitian bertujuan untuk mengetahui secara empiris pengaruh *body dissatisfaction* terhadap kecenderungan *eating disorder*. Dari penelitian yang dilakukan, dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh signifikan *body dissatisfaction* terhadap kecenderungan *eating disorder*. *Body dissatisfaction* berpengaruh sebesar 66,7% pada kecenderungan *eating disorder*, sedangkan sisanya 33,3% dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Pengaruh tersebut bernilai positif yang berarti bahwa apabila tingkat *body dissatisfaction* meningkat maka tingkat kecenderungan *eating disorder* juga akan meningkat. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima yaitu terdapat pengaruh signifikan dari *body dissatisfaction* terhadap kecenderungan *eating disorder* pada remaja.

5.2 Saran

5.2.1 Saran untuk Remaja

Remaja diharapkan memiliki tingkat *body dissatisfaction* yang rendah sehingga tidak berkembang menjadi *eating disorder*. *Body dissatisfaction* dapat diprevensi dengan melakukan langkah-langkah antara lain:

1. Melakukan *positive self-talk*
2. Menerima diri sendiri sesuai dengan kelebihan dan kekurangan yang dimiliki
3. Menerapkan langkah-langkah hidup sehat.

4. Menanamkan bahwa potret pada media tidak semuanya benar, terdapat perubahan pada tubuh yang memang ideal
5. Tidak selalu membanding-bandingkan diri sendiri.

5.2.2 Saran untuk Keluarga dan Orang Tua

Keluarga dan orang tua remaja tentu memiliki peran dalam perkembangannya. Keluarga terutama orang tua hendaknya dapat melakukan beberapa hal untuk melakukan prevensi *body dissatisfaction*, seperti:

1. Memberikan contoh perilaku hidup sehat
2. Membantu remaja untuk beradaptasi pada perubahan yang dialami selama masa remaja, agar remaja dapat merasa bahwa perubahan yang dialaminya adalah normal dan ia tidak perlu merasa tidak puas akan tubuhnya.
3. Tidak memberikan berbagai komentar negatif bahkan menuntut remaja untuk memiliki bentuk dan berat badan yang sesuai dengan standar ideal masyarakat, kecuali apabila memang buruk bagi kesehatan fisik remaja.
4. Mampu menyampaikan hal-hal yang mengganggu kesehatan fisik remaja dengan baik, terutama apabila berkenaan dengan tubuhnya
5. Melibatkan remaja dalam mengambil keputusan apa yang akan dilakukan selanjutnya
6. Menemani remaja dalam melakukan aktivitas untuk menjaga kesehatan fisiknya.

5.2.3 Saran untuk Penelitian Selanjutnya

Berkaitan dengan keterbatasan pada penelitian ini, penelitian selanjutnya diharapkan untuk memperluas pengambilan data sehingga masing-masing sampel

kategori cukup representatif untuk digeneralisasikan pada populasi. Penelitian ini juga tidak membedakan berbagai jenis *eating disorder*, sehingga perbedaannya tidak dapat dilihat. Oleh karena itu penelitian selanjutnya dapat membandingkan pengaruh *body dissatisfaction* terhadap jenis *eating disorder* yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM-5)* (Fifth Edit). American Psychiatric Publishing.
- Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A. J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C., & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
- Azwar, S. (1993). Kelompok Subjek Ini Memiliki Harga Diri yang Rendah"; Kok, Tahu...? *Buletin Psikologi*, *1*(2), 13–17. <https://doi.org/10.22146/bpsi.13160>
- Azwar, S. (2007). *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya* (Edisi ke 2). Pustaka Pelajar.
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach, Eighth Edition*. Cengage Learning.
- Benowitz-Fredericks, C. A., Garcia, K., Massey, M., Vasagar, B., & Borzekowski, D. L. G. (2012). Body Image, Eating Disorders, and the Relationship to Adolescent Media Use. *Pediatric Clinics of North America*, *59*(3), 693–704. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.03.017>
- Brechan, I., & Kvaalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, *17*, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.008>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, *6*(4), 485–494.
- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Wlodarczyk, A., & Echeburúa, E. (2020). The effect of body dissatisfaction on disordered eating: The mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents. *Journal of Health Psychology*, *25*(8), 1098–1108. <https://doi.org/10.1177/1359105317748734>
- Dion, J., Blackburn, M. E., Auclair, J., Laberge, L., Veillette, S., Gaudreault, M., Vachon, P., Perron, M., & Touchette, É. (2015). Development and aetiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *International Journal of Adolescence and Youth*, *20*(2), 151–166. <https://doi.org/10.1080/02673843.2014.985320>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire.

Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders, 309(September), 313.

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

Glazer, K. B., Sonnevile, K. R., Micali, N., Swanson, S. A., Crosby, R., Horton, N. J., Eddy, K. T., & Field, A. E. (2019). The Course of Eating Disorders Involving Bingeing and Purging Among Adolescent Girls: Prevalence, Stability, and Transitions. *Journal of Adolescent Health*, 64(2), 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.09.023>

Goi, M., Anasiru, M. A., & Tumenggung, I. (2013). FAKTOR INDIVIDU DAN FAKTOR LINGKUNGAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU MAKAN MENYIMPANG PADA MAHASISWA KESEHATAN DI GORONTALO. *JURNAL HEALTH AND SPORT*, 6(1).

Goldfield, G. S., Moore, C., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., & Flament, M. F. (2010). Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents. *Journal of School Health*, 80(4), 186–192. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2009.00485.x>

Gralen, S. J., Levine, M. P., Smolak, L., & Murnen, S. K. (1990). Dieting and disordered eating during early and middle adolescence: Do the influences remain the same? *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 501–512. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199009\)9:5<501::AID-EAT2260090505>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199009)9:5<501::AID-EAT2260090505>3.0.CO;2-0)

Grogan, S. (2017). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (Third Edit). Routledge.

Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383–396. <https://doi.org/10.1002/eat.10222>

Hooley, J. M., Nock, M. K., & Butcher, J. N. (2021). *Abnormal Psychology* (Eighteenth). Pearson Education, Inc.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>

Jahrami, H., Saif, Z., Faris, M. A. I., & Levine, M. P. (2019). The relationship between risk of eating disorders, age, gender and body mass index in medical students: a meta-regression. *Eating and Weight Disorders*, 24(2), 169–177.

<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0618-7>

- Jung, J., Forbes, G. B., & Lee, Y. J. (2009). Body dissatisfaction and disordered eating among early adolescents from Korea and the US. *Sex Roles, 61*(1–2), 42–54. <https://doi.org/10.1007/s11199-009-9609-5>
- Knauss, C., Paxton, S. J., & Alsaker, F. D. (2008). Body dissatisfaction in adolescent boys and girls: Objectified body consciousness, internalization of the media body ideal and perceived pressure from media. *Sex Roles, 59*(9–10), 633–643. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9474-7>
- Kurniawan, M. Y., Briawan, D., & Caraka, R. E. (2015). Persepsi tubuh dan gangguan makan pada remaja. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia, 11*(3), 105. <https://doi.org/10.22146/ijcn.19287>
- Marzilli, E., Cerniglia, L., & Cimino, S. (2018). A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, Volume 9*, 17–30. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s148050>
- Meule, A. (2019). Reconsidering the use of cut-off scores for the Eating Disorder Examination–Questionnaire. *Eating Disorders, 29*(5), 480–484. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1678981>
- Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A., Pike, K. M., Murray, S. B., & Hay, P. (2020). DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: Prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine, 50*(6), 981–990. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000898>
- Mohammadi, M. R., Mostafavi, S. A., Hooshyari, Z., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Molavi, P., Armani Kian, A., Safavi, P., Delpisheh, A., Talepasand, S., Hojjat, S. K., Pourdehghan, P., Ostovar, R., Hosseini, S. H., Mohammadzadeh, S., Salmanian, M., Alavi, S. S., Ahmadi, A., & Zarafshan, H. (2020). Prevalence, correlates and comorbidities of feeding and eating disorders in a nationally representative sample of Iranian children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 53*(3), 349–361. <https://doi.org/10.1002/eat.23197>
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 53–62. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.003>
- Morling, B. (2017). *Research Methods in Psychology: Evaluating A World of Information* (Third Edit). W.W. Norton & Company, Inc.

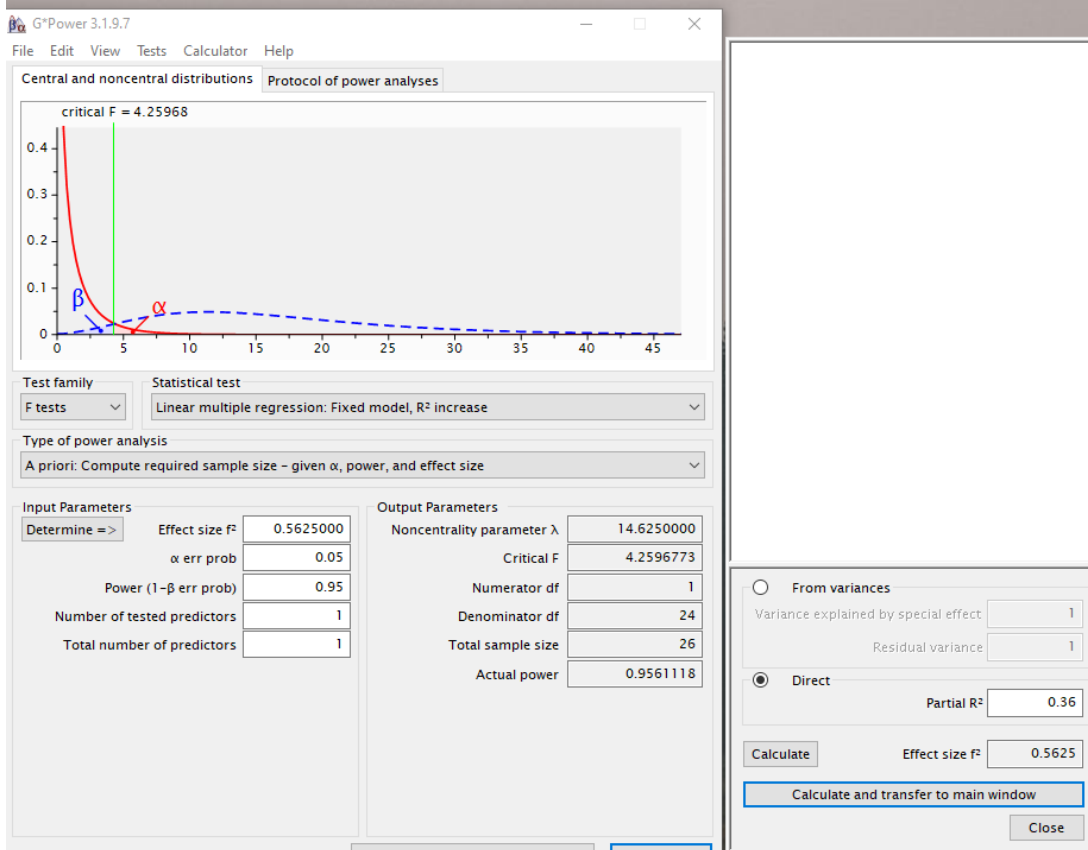
- Navarro, D. J., & Foxcroft, D. R. (2022). *learning statistics with jamovi: a tutorial for psychology students and other beginners* (Version 4). Creative Commons BY-SA license (CC BY-SA). <https://doi.org/10.24384/hgc3-7p15>
- Neuman, W. L. (2007). *Basics of Social Research: Qualitative and Quantitative Approaches* (Second Edi). Pearson Education, Inc.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association, 111*(7), 1004–1011. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.04.012>
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology* (Fifth Edit). McGraw-Hill Education.
- Papalia, D. E., Martorell, G., & Feldman, R. D. (2014). *A Child ' S World in the City : Infancy Through Adolescence*.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2018). Risk of disordered eating attitudes and its relation to mental health among university students in ASEAN. *Eating and Weight Disorders, 23*(3), 349–355. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0507-0>
- Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 36*(4), 389–401. <https://doi.org/10.1002/eat.20045>
- Ratnawati, V. (2012). Percaya Diri, Body Image dan Kecenderungan Anorexia Nervosa Pada Remaja Putri. *Persona:Jurnal Psikologi Indonesia, 1*(2). <https://doi.org/10.30996/persona.v1i2.39>
- Santrock, J. W. (2016). *A TOPICAL APPROACH TO LIFE-SPAN DEVELOPMENT, EIGHTH EDITION*. McGraw-Hill Education.
- Santrock, J. W. (2019). *Adolescence* (Seventeenth). McGraw-Hill Education.
- Schaefer, L. M., Smith, K. E., Leonard, R., Wetterneck, C., Smith, B., Farrell, N., Riemann, B. C., Frederick, D. A., Schaumberg, K., Klump, K. L., Anderson, D. A., & Thompson, J. K. (2018). Identifying a male clinical cutoff on the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders, 51*(12), 1357–1360. <https://doi.org/10.1002/eat.22972>
- Silva, W. R., Costa, D., Pimenta, F., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Psychometric evaluation of a unified Portuguese-language version of the Body Shape Questionnaire in female university students. *Cadernos de Saude Publica, 32*(7), 1–12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133715>
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist, 62*(3), 181–198. <https://doi.org/10.1037/0003->

066X.62.3.181

- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714–723. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Syifa, R. S. A., & Pusparini, P. (2018). Persepsi tubuh negatif meningkatkan kejadian eating disorders pada remaja usia 15-19 tahun. *Jurnal Biomedika Dan Kesehatan*, 1(1), 18–25. <https://doi.org/10.18051/jbiomedkes.2018.v1.18-25>
- Wati, D. K., & Sumarmi, S. (2017). *Citra Tubuh Pada Remaja Perempuan Gemuk Dan Tidak Gemuk : Studi Cross Sectional Body Image Among Overweight and Non overweight Adolescent Girls : A Cross Sectional Study*. 044, 398–405. <https://doi.org/10.20473/amnt.v1.i4.2017.398-405>
- Weir, C. B., & Jan, A. (2022). *BMI Classification Percentile And Cut Off Points*. StatPearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541070/>

LAMPIRAN

Lampiran 1: Perhitungan *G*Power*



Lampiran 2: Form Rater Expert Judgement

SURAT PERNYATAAN RATER

Bahwa yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Valina Khiarin Nisa, S.Psi.,M.Sc
NIP : 199210272022013201
Profesi : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi *rater* translasi skala untuk:

Nama : Kariena Permanasari
NIM : 111811133012

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Saran/Masukan:

1. Alat ukur sudah cukup representatif, namun masih ada beberapa aitem yang terkesan bahasa translasi jadi sulit dipahami, cek respon di form excel
2. Dalam menerjemahkan, struktur kalimat harus menyesuaikan EYD agar tidak membuat responden bingung.

Surabaya, 12 Mei 2022



(Valina Khiarin Nisa, S.Psi.,M.Sc)

SURAT PERNYATAAN RATER

Bahwa yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nido Dipo Wardana, S.Psi., M.Sc.
NIP : 199408072022013101
Profesi : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi *rater* translasi skala untuk:

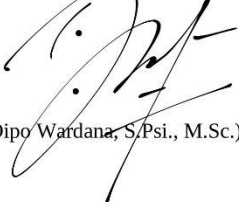
Nama : Kariena Permanasari
NIM : 111811133012

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Saran/Masukan:

1. Secara umum, penerjemahan instrumen EDE-Q sudah dilakukan dengan baik. Beberapa perbaikan masih perlu dilakukan untuk memastikan bahwa tiap soal dalam instrumen tersebut mudah dipahami.
2. Dalam melakukan perbaikan, peneliti bisa membandingkan dengan EDE-Q Bahasa Indonesia yang digunakan dalam penelitian yang teregistrasi di tautan berikut: <https://osf.io/49wr5>. Instrumen dalam penelitian tersebut sudah melalui proses telaah meskipun properti psikometrinya masih belum tersedia karena proyek penelitian yang masih berjalan. Yang pasti, dalam EDE-Q, bukan hanya tiap pertanyaan yang penting, tetapi juga instruksi dan pilihan jawaban pada tiap-tiap pertanyaan. Misalnya, istilah “*binge eating*” tidak bisa serta merta diterjemahkan sebagai makan berlebihan karena juga mengandung elemen disfungsi kendali perilaku. Dengan demikian, soal-soal yang mengandung istilah tersebut perlu dijelaskan lebih detail dalam instruksi pengerjaannya.

Surabaya, 21 April 2022



(Nido Dipo Wardana, S.Psi., M.Sc.)

SURAT PERNYATAAN RATER

Bahwa yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Putri Maharani, M. Psi., Psikolog
NIP : 198609302019032010
Profesi : Psikolog Klinis

Menyatakan bersedia menjadi *rater* translasi skala untuk:

Nama : Kariena Permanasari
NIM : 111811133012

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Saran/Masukan:

1. Menyesuaikan lagi kata yang digunakan untuk beberapa item sehingga lebih relevan dengan konstruk serta tidak ambigu untuk dipahami

Surabaya, 19 Mei 2022



(Putri Maharani, M. Psi., Psikolog)

SURAT PERNYATAAN RATER

Bahwa yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tiara Diah Sosialita, M.Psi., Psikolog
NIP : 198912112016113201
Profesi : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi *rater* translasi skala untuk:

Nama : Kariena Permanasari
NIM : 111811133012

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Saran/Masukan:

1. Sebaiknya menyertakan *blue print* meskipun melakukan translasi dari skala asli sehingga dapat diketahui keterwakilan tiap item pada dimensi-dimensi dari konstruk variabel penelitian, termasuk kategorisasi item (*favourable – unfavourable*). Ini dapat membantu penentuan relevansi, kejelasan, dan representasi masing-masing item. Skala asli dari BSQ-16 sebaiknya juga disertakan sebagai perbandingan dan rujukan
2. Secara umum, item yang ditranslasi telah sesuai dalam mengukur konstruk yang hendak diungkap namun demikian perlu mempertimbangkan penyusunan kalimat dalam Bahasa Indonesia (kedudukan S-P-O-K dalam kalimat tanya) untuk mengurangi adanya makna ganda sehingga partisipan benar-benar mengisi sesuai dengan maksud item
3. Item pada skala BSQ untuk perempuan dan laki-laki secara umum sama (hanya berbeda pada beberapa poin yang membandingkan antara partisipan dengan jenis kelamin yang sama). Peneliti dapat melakukan modifikasi (adaptasi alat ukur khusus bagi populasi di konteks penelitian, dan tidak hanya melakukan translasi) jika memang diperlukan agar lebih sesuai dengan kondisi remaja perempuan dan laki-laki di Indonesia
4. Mohon diperhatikan item-item yang dapat dimaknai secara bervariasi oleh partisipan serta item-item yang berkesan netral (karena ini adalah alat ukur *body dissatisfaction*). Misalnya pilihan seseorang untuk berolahraga atau tidak, akan susah jika dikaitkan

dengan *body dissatisfaction* kecuali ada keterangan olahraga terlalu berat, dsb. Bukankah melakukan olahraga karena khawatir dengan kondisi tubuh merupakan indikator positif dan malah disarankan

5. Harap dapat mencermati catatan-catatan yang sudah saya tambahkan pada setiap item
6. Semangat untuk penelitiannya, Kariena ^^

Surabaya, 15 Mei 2022



(Tiara Diah Sosialita, M.Psi.)

SURAT PERNYATAAN RATER

Bahwa yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yeni Rahma Dwijayanti, M.Psi., Psikolog.
SIPP : 0562-20-2-2
Profesi : Konselor/Psikolog

Menyatakan bersedia menjadi *rater* translasi skala untuk:

Nama : Kariena Permanasari
NIM : 111811133012

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Saran/Masukan:

1. Bisa ditambahkan di pernyataan rater ini tentang judul penelitian dan judul skala yang akan di rater sehingga lebih jelas tujuannya.
2. Bisa ditambahkan informasi tentang alat ukur ini mengguankan indikator apa saja, sudah digunakan dalam penelitian apa, informasi reliabilitas dan validitasnya sebelumnya serta alasan mengapa menggunakan versi yang short. Untuk versi panjang dalam terjemahan Bahasa Indonesia sudah tersedia di web remi jadi mungkin tidak perlu diterjemahkan lagi.
3. Untuk alat ukur BSQ-16A : pertimbangkan tahun pembuatan skala ini mengingat saat ini yang terbaru sudah menggunakan DSM V TR, apakah item nya sudah sesuai dengan perkembangan zaman dan konteks penelitian agar dapat mencakup seluruh tujuan yang diinginkan dalam penelitian ini.
4. Secara umum kalimat yang digunakan cukup jelas, cukup singkat, tidak bertele-tele. Namun perlu ada beberapa penyesuaian bahasa yang perlu diperbaiki agar lebih pas, mudah dipahami dan mudah diisi.

Surabaya, 30 Mei 2022



(Yeni Rahma Dwijayanti, M.Psi., Psikolog.)

**Lampiran 3: Perhitungan *Content Validity Index*
CVI Alat ukur EDE-Q**

No.	Relevancy			Clarity			Representativeness			Skor 3 & 4	CVI Aitem
	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	9	1
2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	9	1
3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	9	1
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	9	1
5	4	4	4	4	3	4	3	4	4	9	1
6	4	4	4	4	4	4	3	4	4	9	1
7	3	4	4	4	3	4	4	4	4	9	1
8	4	4	4	4	3	4	4	4	4	9	1
9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
14	4	4	4	4	4	4	3	4	4	9	1
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
17	3	4	4	3	1	4	3	4	4	8	0.8888888889
18	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
19	4	4	4	4	2	4	3	4	4	8	0.8888888889
20	4	4	4	4	3	4	4	4	4	9	1
21	4	4	4	4	3	4	3	4	4	9	1
22	4	4	4	4	3	2	4	4	4	8	0.8888888889
23	4	4	4	4	3	4	4	4	4	9	1
24	4	4	4	4	3	3	4	4	4	9	1
25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
26	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
27	4	4	4	4	3	4	4	4	4	9	1

28	4	4	4	3	4	4	3	4	4	9	1
Pertanyaan Tambahan	4	4	4	4	4	4	3	3	4	9	1
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
CVI SKALA											0.9898989 899

CVI Alat Ukur BSQ-16A

No.	<i>Relevancy</i>			<i>Clarity</i>			<i>Representativene ss</i>			Skor 3 & 4	CVI Aitem
	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
1	3	3	4	3	3	4	4	3	4	9	1
2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	9	1
3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	9	1
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	9	1
5	3	3	4	3	3	3	3	3	3	9	1
6	4	4	4	3	3	4	4	3	4	9	1
7	4	3	4	3	3	4	4	3	4	9	1
8	4	4	4	3	3	4	4	4	4	9	1
9	4	4	4	3	3	4	4	4	4	9	1
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9	1
11	4	4	4	3	4	4	4	4	4	9	1
12	4	4	4	4	3	4	4	4	4	9	1
13	3	3	4	3	3	4	3	3	4	9	1
14	4	4	4	4	3	4	4	3	4	9	1
15	3	3	4	3	3	2	3	3	4	8	0.88888888 89
16	2	3	4	4	3	4	2	3	4	7	0.77777777 78
CVI SKALA											0.97916666 67

Lampiran 4: Perhitungan Reliabilitas Alat Ukur Alat ukur EDE-Q

Scale Reliability Statistics

	mean	sd	Cronbach's α
scale	2.39	1.36	0.917

Item Reliability Statistics

	mean	sd	if item dropped Cronbach's α
EDE1	2.718	2.153	0.912
EDE2	1.761	1.998	0.913
EDE3	1.932	2.079	0.910
EDE4	1.684	2.104	0.911
EDE5	2.222	2.110	0.911
EDE6	3.974	2.147	0.915
EDE7	1.957	2.049	0.914
EDE8	1.573	1.945	0.912
EDE9	2.735	2.230	0.910
EDE10	3.256	2.425	0.911
EDE11	3.513	2.295	0.911
EDE12	3.068	2.538	0.910
EDE13	3.641	3.992	0.924
EDE14	3.085	3.382	0.918
EDE15	2.838	3.684	0.921
EDE16	0.282	0.829	0.917
EDE17	0.991	3.463	0.918
EDE18	2.128	4.625	0.924
EDE19	0.470	1.156	0.916
EDE20	1.692	1.958	0.911
EDE21	0.932	1.496	0.915
EDE22	3.017	1.991	0.912
EDE23	3.103	1.976	0.912
EDE24	2.145	2.110	0.913

Item Reliability Statistics

	mean	sd	if item dropped Cronbach's α
EDE25	3.154	1.937	0.914
EDE26	3.145	1.854	0.914
EDE27	2.761	1.883	0.912
EDE28	3.128	2.115	0.914

Alat ukur BSQ-16A

Scale Reliability Statistics

	mean	sd	Cronbach's α
scale	3.28	1.12	0.922

Item Reliability Statistics

	mean	sd	if item dropped Cronbach's α
BSQ1	3.75	1.39	0.918
BSQ2	3.81	1.68	0.918
BSQ3	3.88	1.57	0.916
BSQ4	2.58	1.58	0.917
BSQ5	2.47	1.57	0.922
BSQ6	3.42	1.75	0.914
BSQ7	3.33	1.83	0.916
BSQ8	2.66	1.79	0.918
BSQ9	4.09	1.69	0.919
BSQ10	3.09	1.76	0.915
BSQ11	3.09	1.51	0.919
BSQ12	3.37	1.75	0.917
BSQ13	3.21	1.73	0.923
BSQ14	2.27	1.63	0.914
BSQ15	3.29	1.54	0.915
BSQ16	4.20	1.42	0.923

Item Reliability Statistics

		if item dropped	
mean	sd	Cronbach's α	

Lampiran 5: Kuesioner Penelitian***Rapport***

Halo! Perkenalkan nama saya Kariena Permanasari, mahasiswi S1 Fakultas Psikologi Universitas Airlangga. Saat ini, saya sedang melakukan penelitian mengenai gangguan makan dan ketidakpuasan tubuh untuk memenuhi tugas akhir mata kuliah skripsi.

Oleh karena itu, saya memerlukan responden dengan kriteria sebagai berikut:

1. Perempuan atau Laki-Laki
2. Berusia 12-21 tahun
3. Bersedia berpartisipasi dalam penelitian

Apabila Anda memenuhi kriteria di atas, saya berharap ketersediaan Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Segala bentuk informasi yang diberikan bersifat rahasia dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Bagi lima responden yang beruntung, akan terdapat hadiah berupa e-money.

Terima kasih atas bantuannya! ^_^

Untuk pertanyaan dan informasi lebih lanjut, hubungi saya melalui:

kariena.permanasari-2018@psikologi.unair.ac.id

Informed Consent

1. Penelitian bertujuan untuk mengetahui pengaruh ketidakpuasan tubuh terhadap kecenderungan gangguan makan pada remaja berusia 12-21 tahun.
2. Peneliti membutuhkan data dari responden berupa identitas serta jawaban dari kuesioner yang akan diberikan. Data yang dikumpulkan pada penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.
3. Tidak ada jawaban yang benar maupun salah sehingga responden diharapkan mengisi kuesioner secara jujur sesuai dengan yang dirasakan.
4. Kuesioner ini terdiri dari beberapa bagian, dimana masing-masing bagian memiliki instruksi berbeda, sehingga responden diharapkan untuk membaca instruksi pengisian dengan seksama.

Dari penjelasan ini, peneliti mengharapkan kesediaan kesediaan dan persetujuan responden untuk mengikuti penelitian ini.

Saya telah membaca dan memahami penjelasan mengenai penelitian ini. Dengan ini saya menyatakan ... untuk mengikuti penelitian ini.

- Bersedia
- Tidak Bersedia

Data Diri

Nama/Inisial :
 Umur :
 Jenis Kelamin :

Nomor *E-Money* :

Ketidakpuasan Tubuh (untuk Laki-Laki)

Pada bagian ini, responden diharapkan pilih salah satu angka dari 1-6, dengan rincian sebagai berikut:

1= Tidak pernah

2 = Jarang

3 = Kadang-kadang

4 = Sering

5 = Sangat sering

6 = Selalu

No.	Pertanyaan	1	2	3	4	5	6
1	Apakah ketika sedang bosan membuat Anda menjadi memikirkan bentuk tubuh Anda?						
2	Apakah Anda pernah berpikir bahwa paha, pinggul, dan pantat Anda terlalu besar jika dibandingkan dengan anggota tubuh Anda lainnya?						
3	Apakah Anda pernah khawatir pada bagian tubuh Anda yang kendur (tidak kencang)?						
4	Apakah Anda pernah merasa bentuk tubuh Anda sangat buruk, hingga membuat Anda menangis?						
5	Apakah Anda pernah menghindari berlari karena bagian tubuh atau otot Anda mungkin tampak bergoyang?						
6	Apakah saat bersama dengan laki- laki kurus membuat Anda merasa sadar akan bentuk tubuh Anda?						
7	Apakah Anda pernah merasa khawatir paha Anda terlihat melebar saat sedang duduk?						
8	Apakah makan dengan jumlah sedikit saja membuat Anda merasa gemuk?						
9	Apakah Anda pernah menghindari memakai baju yang membuat Anda sangat sadar akan bentuk tubuh Anda?						
10	Apakah makan makanan manis seperti permen, kue, dan makanan tinggi kalori lain membuat Anda merasa gemuk?						
11	Apakah Anda pernah merasa malu dengan tubuh Anda?						
12	Apakah kekhawatiran akan bentuk tubuh Anda membuat Anda melakukan diet?						
13	Apakah Anda pernah merasa paling bahagia dengan bentuk tubuh Anda saat						

	perut dalam keadaan kosong (seperti saat pagi hari)?						
14	Apakah Anda pernah merasa tidak adil karena ada laki-laki lain yang lebih kurus daripada Anda?						
15	Apakah Anda pernah merasa khawatir bahwa bagian tubuh atau otot Anda menjadi berlemak?						
16	Apakah kekhawatiran akan bentuk tubuh Anda membuat Anda merasa bahwa Anda harus berolahraga?						

Ketidakpuasan Tubuh (untuk Perempuan)

Pada bagian ini, responden diharapkan pilih salah satu angka dari 1-6, dengan rincian sebagai berikut:

- 1= Tidak pernah
- 2 = Jarang
- 3 = Kadang-kadang
- 4 = Sering
- 5 = Sangat sering
- 6 = Selalu

No.	Pertanyaan	1	2	3	4	5	6
1	Apakah ketika sedang bosan membuat Anda menjadi memikirkan bentuk tubuh Anda?						
2	Apakah Anda pernah berpikir bahwa paha, pinggul, dan pantat Anda terlalu besar jika dibandingkan dengan anggota tubuh Anda lainnya?						
3	Apakah Anda pernah khawatir pada bagian tubuh Anda yang kendur (tidak kencang)?						
4	Apakah Anda pernah merasa bentuk tubuh Anda sangat buruk, hingga membuat Anda menangis?						
5	Apakah Anda pernah menghindari berlari karena bagian tubuh atau otot Anda mungkin tampak bergoyang?						
6	Apakah saat bersama dengan perempuan kurus membuat Anda merasa sadar akan bentuk tubuh Anda?						

7	Apakah Anda pernah merasa khawatir paha Anda terlihat melebar saat sedang duduk?						
8	Apakah makan dengan jumlah sedikit saja membuat Anda merasa gemuk?						
9	Apakah Anda pernah menghindari memakai baju yang membuat Anda sangat sadar akan bentuk tubuh Anda?						
10	Apakah makan makanan manis seperti permen, kue, dan makanan tinggi kalori lain membuat Anda merasa gemuk?						
11	Apakah Anda pernah merasa malu dengan tubuh Anda?						
12	Apakah kekhawatiran akan bentuk tubuh Anda membuat Anda melakukan diet?						
13	Apakah Anda pernah merasa paling bahagia dengan bentuk tubuh Anda saat perut dalam keadaan kosong (seperti saat pagi hari)?						
14	Apakah Anda pernah merasa tidak adil karena ada perempuan lain yang lebih kurus daripada Anda?						
15	Apakah Anda pernah merasa khawatir bahwa bagian tubuh atau otot Anda menjadi berlemak?						
16	Apakah kekhawatiran akan bentuk tubuh Anda membuat Anda merasa bahwa Anda harus berolahraga?						

Gangguan Makan

Pada bagian ini, pertanyaan yang diajukan hanya berkaitan dengan empat minggu terakhir (28 hari).

Untuk pertanyaan nomor 1-12, silahkan pilih salah satu angka dari 0-6, dengan rincian sebagai berikut:

- 0 = Tidak pernah
- 1 = 1 - 5 hari
- 2 = 6 - 12 hari
- 3 = 13 - 15 hari
- 4 = 16 - 22 hari
- 5 = 23 - 27 hari

6 = Setiap hari								
No.	Pertanyaan	0	1	2	3	4	5	6
1	Pernahkah Anda sengaja mencoba membatasi jumlah makanan yang Anda makan demi merubah bentuk atau berat badan Anda (berhasil maupun tidak)?							
2	Pernahkah Anda bertahan tidak makan apapun dalam periode waktu lama (8 jam atau lebih, tidak termasuk waktu tidur) demi mengubah bentuk atau berat badan Anda (berhasil maupun tidak)?							
3	Pernahkah Anda mencoba menghindari makanan yang Anda sukai sebagai diet untuk mengubah bentuk atau berat badan Anda (berhasil maupun tidak)?							
4	Pernahkah Anda mencoba mengikuti peraturan makan ketat (seperti membatasi kalori) demi mengubah bentuk atau berat badan Anda (berhasil maupun tidak)?							
5	Pernahkah Anda memiliki keinginan untuk mengosongkan perut untuk mengubah bentuk atau berat badan Anda (berhasil maupun tidak)?							
6	Pernahkah Anda ingin memiliki perut yang sangat rata?							
7	Pernahkah pemikiran tentang makanan, makan, ataupun kalori membuat Anda kesulitan berkonsentrasi pada hal yang Anda minati (seperti bekerja, mengikuti percakapan, membaca)?							
8	Pernahkah pemikiran tentang bentuk atau berat badan membuat Anda kesulitan berkonsentrasi pada hal yang Anda minati (seperti bekerja,							

	mengikuti percakapan, membaca)?							
9	Pernahkah Anda merasa takut kehilangan kontrol atas perilaku makan Anda?							
10	Pernahkah Anda merasa takut bahwa berat badan Anda akan naik?							
11	Pernahkah Anda merasa gemuk?							
12	Pernahkah Anda memiliki keinginan kuat untuk menurunkan berat badan?							
Untuk pertanyaan nomor 13-18, silahkan isi angka yang sesuai pada kolom di sebelahnya.								
13	Dalam 28 hari terakhir, berapa kali Anda makan dalam jumlah yang orang lain anggap luar biasa banyak (dengan mempertimbangkan situasinya)?							
14	Berapa kali Anda merasa kehilangan kontrol atas perilaku makan Anda (ketika makan)?							
15	Berapa hari makan dalam jumlah luar biasa banyak dan merasa kehilangan kontrol terjadi pada Anda?							
16	Berapa kali Anda sengaja membuat diri Anda mual atau muntah sebagai usaha untuk mengendalikan bentuk atau berat badan Anda?							
17	Berapa kali Anda menggunakan obat pencahar sebagai usaha untuk mengendalikan bentuk atau berat badan Anda? (Selain ketika Anda sedang mengalami masalah pencernaan)							
18	Berapa kali Anda berolahraga secara berlebihan atau memaksakan diri untuk berolahraga sebagai usaha untuk mengendalikan bentuk, berat badan, jumlah lemak, serta untuk membakar kalori?							
Untuk pertanyaan nomor 19-21, silahkan diperhatikan bahwa pertanyaan mengandung istilah " <i>binge eating</i> " yaitu makan dalam jumlah yang dianggap								

<p>orang lain luar biasa banyak, jika mempertimbangkan keadaan dan disertai perasaan kehilangan kendali atas makan. Silahkan memilih salah satu angka dari 0-6, dengan rincian sebagai berikut: 0 = Tidak pernah 1 = 1 - 5 hari 2 = 6 - 12 hari 3 = 13 - 15 hari 4 = 16 - 22 hari 5 = 23 - 27 hari 6 = Setiap hari</p>								
19	Dalam 28 hari terakhir, berapa hari Anda makan secara rahasia (bersembunyi dari orang lain)? Tidak termasuk ketika Anda mengalami binge eating							
20	Seberapa sering Anda merasa bersalah setelah makan, karena pengaruhnya pada bentuk atau berat badan Anda? Tidak termasuk ketika Anda mengalami binge eating							
21	Dalam 28 hari terakhir, seberapa khawatir Anda ketika orang lain melihat Anda makan? Tidak termasuk ketika Anda mengalami binge eating							
<p>Untuk pertanyaan nomor 22-28, silahkan memilih salah satu angka dari 0-6, sesuai dengan masing-masing nomor dari 'Tidak sama sekali' hingga 'Sangat'</p>								
22	Pernahkah berat badan Anda mempengaruhi bagaimana cara Anda berpikir (menilai diri) Anda sendiri sebagai individu?							
23	Pernahkah bentuk tubuh Anda mempengaruhi bagaimana cara Anda berpikir (menilai diri) Anda sendiri sebagai individu?							
24	Seberapa kesal Anda apabila Anda harus menimbang berat badan seminggu sekali (tidak lebih atau kurang) selama empat minggu ke depan?							
25	Seberapa tidak puas Anda dengan berat badan Anda?							
26	Seberapa tidak puas Anda dengan bentuk tubuh Anda?							

27	Seberapa tidak nyaman Anda ketika melihat tubuh Anda (seperti di kaca, ketika membuka baju, atau mandi)?							
28	Seberapa tidak nyaman Anda ketika orang lain melihat lekukan atau bentuk tubuh Anda (seperti dalam ruang ganti umum, saat berenang, atau menggunakan baju ketat)?							
Pertanyaan Tambahan								
	Berapa berat badan Anda saat ini? Berikan perkiraan terbaik Anda							
	Berapa tinggi badan Anda saat ini? Berikan perkiraan terbaik Anda							
	Bagi perempuan, pernahkah Anda melewatkan menstruasi dalam 3-4 bulan terakhir ?							
	Apabila iya, berapa kali?							
	Apakah Anda sedang menggunakan kontrasepsi?							

Lampiran 6: Analisis Deskriptif

Descriptives

	BSQ_Total	EDE_Global
N	117	117
Mean	52.5	2.32
Standard deviation	17.9	1.44
Minimum	23	0.175
Maximum	91	5.64

Contingency Tables

ED (cutoff)		Jenis Kelamin		
		Perempuan	Laki-laki	Total
Tidak ada kecenderungan	Observed	61	10	71
	% of total	52.1 %	8.5 %	60.7 %

Contingency Tables

ED (cutoff)	Jenis Kelamin			Total
	Perempuan	Laki-laki		
Ada kecenderungan	Observed	37	9	46
	% of total	31.6 %	7.7 %	39.3 %
Total	Observed	98	19	117
	% of total	83.8 %	16.2 %	100.0 %

Contingency Tables

ED (cutoff)	Klasifikasi Umur		Total	
	Late Adolescent	Early Adolescent		
Tidak ada kecenderungan	Observed	65	6	71
	% of total	55.6 %	5.1 %	60.7 %
Ada kecenderungan	Observed	42	4	46
	% of total	35.9 %	3.4 %	39.3 %
Total	Observed	107	10	117
	% of total	91.5 %	8.5 %	100.0 %

Contingency Tables

ED (cutoff)	Klasifikasi BMI			Total	
	Underweight	Overweight	Normal		
Tidak ada kecenderungan	Observed	21	5	45	71
	% of total	17.9 %	4.3 %	38.5 %	60.7 %

Contingency Tables

		Klasifikasi BMI			Total
		Underweigh t	Overweigh t	Norma l	
Ada kecenderunga n	Observe d	1	24	21	46
	% of total	0.9 %	20.5 %	17.9 %	39.3 %
Total	Observe d	22	29	66	117
	% of total	18.8 %	24.8 %	56.4 %	100.0 %

Contingency Tables

Norma BSQ		ED (cutoff)		Total
		Tidak kecenderungan	ada Ada kecenderungan	
Sangat Tinggi	Observed	0	16	16
	% of total	0.0 %	13.7 %	13.7 %
Tinggi	Observed	3	13	16
	% of total	2.6 %	11.1 %	13.7 %
Sedang	Observed	16	12	28
	% of total	13.7 %	10.3 %	23.9 %
Rendah	Observed	29	5	34
	% of total	24.8 %	4.3 %	29.1 %
Sangat Rendah	Observed	23	0	23
	% of total	19.7 %	0.0 %	19.7 %
Total	Observed	71	46	117
	% of total	60.7 %	39.3 %	100.0 %

Lampiran 7: Penormaan
Penormaan Kecenderungan *Eating Disorder*

Frequencies of ED (cutoff)

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Tidak ada kecenderungan	71	60.7 %	60.7 %
Ada kecenderungan	46	39.3 %	100.0 %

Penormaan *Body Dissatisfaction*

Frequencies of Norma BSQ

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Sangat Tinggi	16	13.7 %	13.7 %
Tinggi	16	13.7 %	27.4 %
Sedang	28	23.9 %	51.3 %
Rendah	34	29.1 %	80.3 %
Sangat Rendah	23	19.7 %	100.0 %

Lampiran 8: Uji Regresi Logistik

Omnibus Likelihood Ratio Tests

Predictor	χ^2	df	p
BSQ_Total	79.4	1	<.001

Model Coefficients - ED (cutoff)

Predictor	Estimate	SE	Z	p	Odds ratio
Intercept	-8.983	1.5929	-5.64	<.001	1.26e-4
BSQ_Total	0.156	0.0281	5.55	<.001	1.17

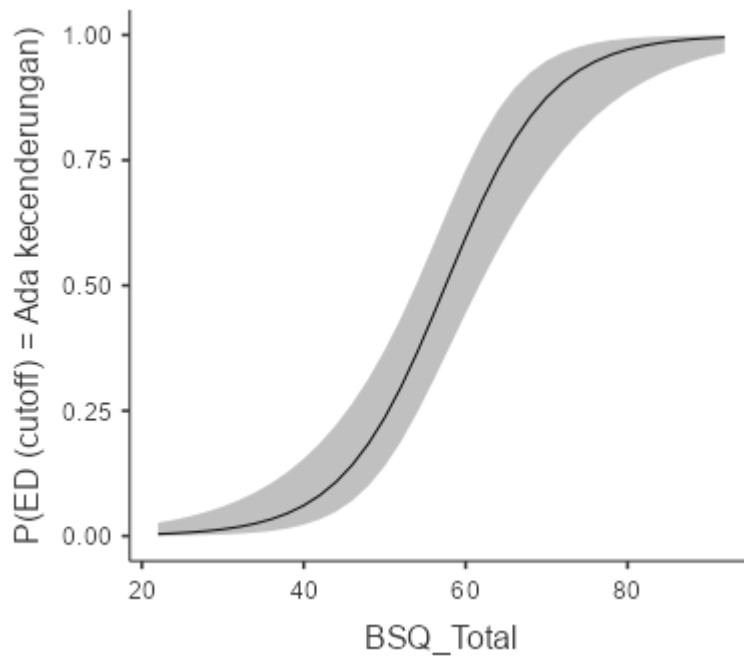
Note. Estimates represent the log odds of "ED (cutoff) = Ada kecenderungan" vs. "ED (cutoff) = Tidak ada kecenderungan"

Assumption Checks

Collinearity Statistics

	VIF	Tolerance
BSQ_Total	1.00	1.00

Estimated Marginal Means
BSQ_Total



Lampiran 9: Uji Beda Variabel Kecenderungan *Eating Disorder*
Variabel Kategori Usia

Contingency Tables

ED (cutoff)	Klasifikasi Umur		Total
	Late Adolescent	Early Adolescent	
Tidak ada kecenderungan	65	6	71
Ada kecenderungan	42	4	46
Total	107	10	117

χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	0.00214	1	0.963
N	117		

Variabel Kategori BMI
Contingency Tables

Contingency Tables

ED (cutoff)	Klasifikasi BMI			Total
	Underweight	Overweight	Normal	
Tidak ada kecenderungan	21	5	45	71
Ada kecenderungan	1	24	21	46
Total	22	29	66	117

 χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	35.6	2	< .001
N	117		

Lampiran 10: Uji Beda Variabel *Body Dissatisfaction*
Variabel Jenis Kelamin
Independent Samples T-Test

Uji Beda Jenis Kelamin

Independent Samples T-Test

		Statistic	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
BSQ_T	Mann-Whitney U	604	0.016	11.0		Rank biserial correlation
otal						0.351

Assumptions

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
BSQ_Total	0.958	0.001

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

	F	df	df2	p
BSQ_Total	0.338	1	115	0.562

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of equal variances

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
BSQ_Total	Perempuan	98	54.3	52.0	17.6	1.78
	Laki-laki	19	43.3	42.0	16.8	3.85

Variabel Kategori Usia**Independent Samples T-Test**

Uji Beda Kategori Usia

Independent Samples T-Test

		Statistic	p	Mean difference	SE difference
BSQ_Total	Mann-Whitney U	273	0.965	4.70e-5	

Assumptions

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
BSQ_Total	0.960	0.004

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
--	----------	----------

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
BSQ_Total	Late Adolescent	92	54.3	52.0	17.4	1.81
	Early Adolescent	6	54.5	54.0	22.5	9.18

Variabel Kategori BMI**One-Way ANOVA**

One-Way ANOVA (Welch's)

	F	df1	df2	p
BSQ_Total	33.1	2	39.5	< .001

Group Descriptives

	Klasifikasi BMI	N	Mean	SD	SE
BSQ_Total	Underweight	16	39.0	9.57	2.39
	Overweight	20	70.8	13.67	3.06
	Normal	62	52.9	16.08	2.04

Assumption Checks

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
BSQ_Total	0.980	0.150

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

	F	df1	df 2	p
BSQ_Total	4.38	2	95	0.015

Post Hoc Tests

Games-Howell Post-Hoc Test – BSQ_Total

		Underweight	Overweight	Normal
Underweight	Mean difference	—	-31.8 ***	-13.9 ***
	t-value	—	-8.18	-4.43
	df	—	33.5	39.6
	p-value	—	<.001	<.001
Overweight	Mean difference	—	—	17.8 ***
	t-value	—	—	4.85
	df	—	—	37.4
	p-value	—	—	<.001
Normal	Mean difference	—	—	—
	t-value	—	—	—
	df	—	—	—
	p-value	—	—	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

**Lampiran 11: Uji Regresi Logistik dengan Data Demografi
Binomial Logistic Regression**

Model Fit Measures

Model	Deviance	AIC	BIC	R²_{McF}	R²_{CS}	R²_N	Overall Test		
							χ^2	df	p
1	77.4	81.4	87.0	0.506	0.493	0.667	79.4	1	<.001

Model Fit Measures

Model	Deviance	AIC	BIC	R ² _{McF}	R ² _{CS}	R ² _N	Overall Test		
							χ^2	df	p
2	63.3	69.3	77.6	0.596	0.550	0.746	93.5	2	<.001
3	52.9	60.9	72.0	0.662	0.588	0.797	103.9	3	<.001
4	52.4	62.4	76.2	0.666	0.590	0.800	104.4	4	<.001

Model Comparisons

Comparison					
Model	Model	χ^2	df	p	
1	- 2	14.139	1	<.001	
2	- 3	10.360	1	0.001	
3	- 4	0.518	1	0.472	

Model Specific Results Model 1 Model 2 Model 3 Model 4

Omnibus Likelihood Ratio Tests

Predictor	χ^2	df	p
BSQ_Total	79.4	1	<.001

Model Coefficients - ED (cutoff)

Predictor	Estimate	SE	Z	p	Odds ratio
Intercept	-8.983	1.5929	-5.64	<.001	1.26e-4
BSQ_Total	0.156	0.0281	5.55	<.001	1.17

Note. Estimates represent the log odds of "ED (cutoff) = Ada kecenderungan" vs. "ED (cutoff) = Tidak ada kecenderungan"

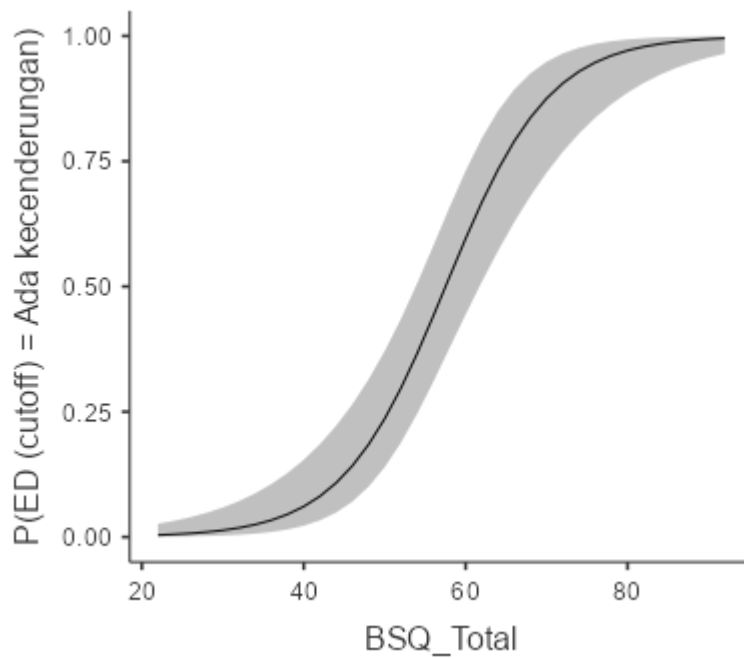
Assumption Checks

Collinearity Statistics

	VIF	Tolerance
BSQ_Total	1.00	1.00

Estimated Marginal Means

BSQ_Total



Omnibus Likelihood Ratio Tests

Predictor	χ^2	df	p
BSQ_Total	48.6	1	<.001
BMI	14.1	1	<.001

Model Coefficients - ED (cutoff)

Predictor	Estimate	SE	Z	p	Odds ratio
Intercept	-16.352	3.3406	-4.89	<.001	7.92e-8
BSQ_Total	0.155	0.0330	4.69	<.001	1.17
BMI	0.330	0.1025	3.22	0.001	1.39

Model Coefficients - ED (cutoff)

Predictor	Estimate	SE	Z	p	Odds ratio
-----------	----------	----	---	---	------------

Note. Estimates represent the log odds of "ED (cutoff) = Ada kecenderungan" vs. "ED (cutoff) = Tidak ada kecenderungan"

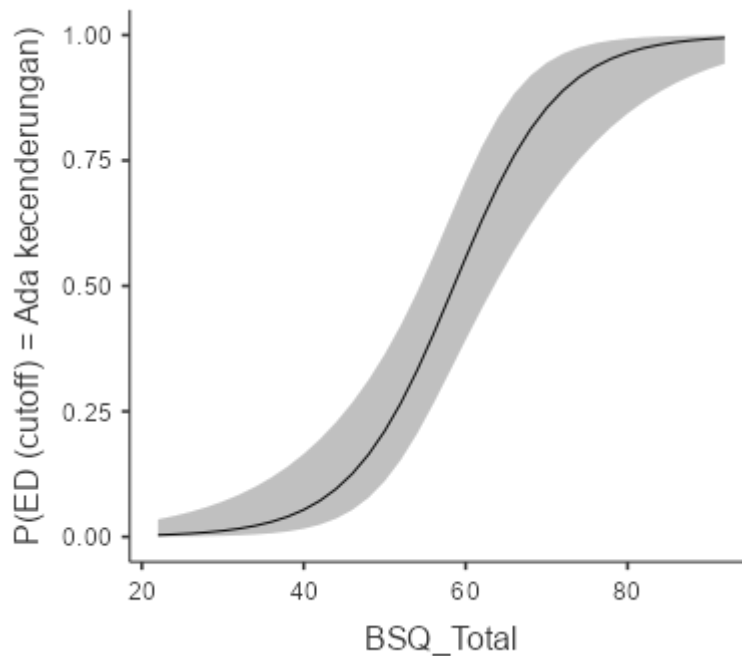
Assumption Checks

Collinearity Statistics

	VIF	Tolerance
BSQ_Total	1.08	0.927
BMI	1.08	0.927

Estimated Marginal Means

BSQ_Total



Omnibus Likelihood Ratio Tests

Predictor	χ^2	df	p
BSQ_Total	58.99	1	< .001
BMI	9.16	1	0.002
Jenis Kelamin	10.36	1	0.001

Omnibus Likelihood Ratio Tests

Predictor	χ^2	df	p
------------------	----------	-----------	----------

Model Coefficients - ED (cutoff)

Predictor	Estimate	SE	Z	p	Odds ratio
Intercept	-19.426	4.1947	-4.63	< .001	3.66e-9
BSQ_Total	0.211	0.0456	4.62	< .001	1.23
BMI	0.302	0.1129	2.67	0.007	1.35
Jenis Kelamin	3.422	1.2127	2.82	0.005	30.62

Note. Estimates represent the log odds of "ED (cutoff) = Ada kecenderungan" vs. "ED (cutoff) = Tidak ada kecenderungan"

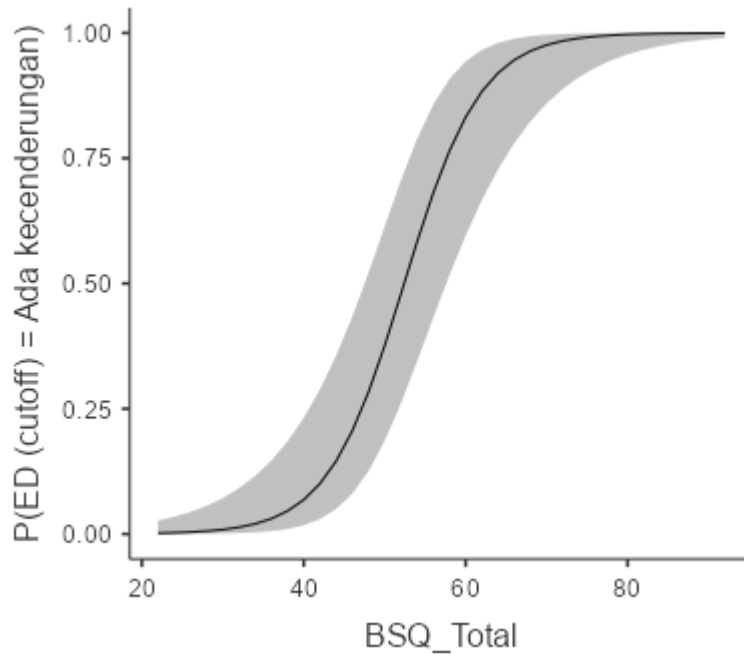
Assumption Checks

Collinearity Statistics

	VIF	Tolerance
BSQ_Total	1.71	0.586
BMI	1.09	0.914
Jenis Kelamin	1.59	0.629

Estimated Marginal Means

BSQ_Total



Omnibus Likelihood Ratio Tests

Predictor	χ^2	df	p
BSQ_Total	59.462	1	< .001
BMI	8.491	1	0.004
Jenis Kelamin	10.677	1	0.001
Umur	0.518	1	0.472

Model Coefficients - ED (cuttoff)

Predictor	Estimate	SE	Z	p	Odds ratio
Intercept	-22.415	6.0695	-3.693	< .001	1.84e-10
BSQ_Total	0.214	0.0458	4.675	< .001	1.24
BMI	0.288	0.1124	2.560	0.010	1.33
Jenis Kelamin	3.736	1.3070	2.859	0.004	41.94
Umur	0.156	0.2182	0.717	0.473	1.17

Note. Estimates represent the log odds of "ED (cuttoff) = Ada kecenderungan" vs. "ED (cuttoff) = Tidak ada kecenderungan"

Assumption Checks

Collinearity Statistics

	VIF	Tolerance
BSQ_Total	1.76	0.569
BMI	1.11	0.904
Jenis Kelamin	1.87	0.535
Umur	1.21	0.827

Estimated Marginal Means**BSQ_Total**