

PROFIL RISIKO GANGGUAN PERILAKU MAKAN PADA MAHASISWA UNIVERSITAS NEGERI MEDAN: PERSPEKTIF ADIKSI PERILAKU DAN KONSELING

Salsabila Situmorang², Samhana Lubis², Dava Syalsabilla³, Nazwa Salsa Nabila⁴
^{1,2,3,4}Universitas Negeri Medan

Email: salsabilasitumorang018@gmail.com¹, samhana2711@gmail.com²,
dsyalsabilla01@gmail.com³, awasalsabila27@gmail.com⁴

ABSTRAK

Gangguan perilaku makan merupakan permasalahan kesehatan mental yang semakin mendapat perhatian di kalangan mahasiswa. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan tingkat risiko gangguan perilaku makan pada mahasiswa Universitas Negeri Medan menggunakan instrumen Eating Attitudes Test (EAT-26) serta mengidentifikasi implikasi layanan konseling yang sesuai berdasarkan profil risiko yang ditemukan. Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif dengan total responden sebanyak 31 mahasiswa Universitas Negeri Medan. Hasil menunjukkan bahwa sebanyak 8 responden (25,8%) berada dalam kategori berisiko berdasarkan skor EAT, sementara 23 responden (74,2%) tidak berisiko. Analisis tabulasi silang antara skor EAT dan indikator perilaku menemukan adanya ketidaksesuaian antarkeduanya, termasuk kelompok “risiko tersembunyi” yang tidak terdeteksi melalui skor total. Berdasarkan temuan ini, Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced (CBT-E), Motivational Interviewing (MI), dan Acceptance and Commitment Therapy (ACT) direkomendasikan sebagai pendekatan layanan konseling yang disesuaikan dengan profil risiko masing-masing individu.

Kata Kunci: Gangguan Perilaku Makan, Eating Attitudes Test, Mahasiswa, Layanan Konseling; CBT-E, Motivational Interviewing, Acceptance And Commitment Therapy.

ABSTRACT

Eating behavior disorders are a mental health issue that has been receiving increasing attention among university students. This study aims to describe the risk profile of eating behavior disorders among students at Universitas Negeri Medan using the Eating Attitudes Test (EAT-26) and to identify appropriate counseling service implications based on the risk profiles identified. The study employed a quantitative descriptive approach with 31 students of Universitas Negeri Medan as respondents. Results indicated that 8 respondents (25.8%) were categorized as at-risk based on the EAT score, while 23 respondents (74.2%) were not at risk. Crosstab analysis between EAT scores and behavioral indicators revealed a substantial discrepancy, with 15 respondents (65.2%) from the non-at-risk group exhibiting risky behavioral indicators — a “hidden risk” group entirely undetected by score-based screening alone. Overall, 19 respondents (61.3%) showed risky behavioral indicators, far exceeding those detected through EAT scores alone (25.8%). Based on these findings, Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced (CBT-E), Motivational Interviewing (MI), and Acceptance and

Commitment Therapy (ACT) are recommended as counseling approaches tailored to each individual's risk profile.

Keywords: *Eating Behavior Disorders, Eating Attitudes Test, University Students, Counseling Services, CBT-E, Motivational Interviewing, Acceptance And Commitment Therapy.*

PENDAHULUAN

Gangguan perilaku makan (eating disorders) merupakan salah satu masalah kesehatan mental yang prevalensinya terus meningkat secara global, terutama di kalangan remaja dan dewasa muda. Gangguan ini mencakup berbagai kondisi klinis seperti anoreksia nervosa, bulimia nervosa, dan binge eating disorder, yang secara signifikan berdampak pada kondisi fisik, psikologis, dan sosial individu (American Psychiatric Association, 2013). Dalam konteks populasi mahasiswa, kelompok ini dinilai rentan karena menghadapi berbagai tekanan psikososial seperti tuntutan akademik, perubahan pola makan, serta paparan terhadap standar penampilan tubuh melalui media sosial (Eisenberg et al., 2011). Mahasiswa di perguruan tinggi negeri seperti Universitas Negeri Medan tidak luput dari risiko ini, mengingat tekanan akademik dan perubahan gaya hidup selama masa studi dapat memengaruhi pola makan secara signifikan.

Prevalensi gangguan perilaku makan pada mahasiswa menunjukkan angka yang cukup mengkhawatirkan. Studi global memperkirakan bahwa sekitar 10–15% mahasiswa perempuan dan 3–5% mahasiswa laki-laki menunjukkan gejala yang memenuhi kriteria gangguan perilaku makan (Polivy & Herman, 2002). Di Indonesia, penelitian terhadap mahasiswa juga mulai mengungkap fenomena serupa. Muliantino et al. (2024) menemukan bahwa hampir separuh mahasiswa keperawatan di Indonesia berisiko mengalami eating disorder. Kondisi ini menjadikan skrining dini sebagai langkah penting dalam upaya pencegahan dan intervensi, terutama mengingat masih terbatasnya data epidemiologis yang komprehensif di Indonesia (Thapliyal & Hay, 2014; Setyanto, 2023).

Salah satu instrumen yang umum digunakan untuk mendeteksi risiko gangguan perilaku makan adalah Eating Attitudes Test (EAT-26). Instrumen ini dikembangkan oleh Garner et al. (1982) dan telah divalidasi secara luas dalam berbagai konteks budaya, termasuk di Asia Tenggara. EAT-26 terdiri atas dua bagian utama, yaitu Bagian B yang mengukur sikap dan perilaku makan melalui 26 item dengan skor cut-off ≥ 20 sebagai indikator risiko, serta Bagian C yang menilai perilaku berisiko secara langsung seperti penurunan berat badan yang signifikan dan riwayat perawatan gangguan makan. Kombinasi kedua bagian ini

memungkinkan identifikasi risiko secara lebih holistik dibandingkan sekadar mengandalkan skor total (Garner et al., 1982; Garfinkel & Newman, 2001).

Dalam perspektif psikologi adiksi, gangguan perilaku makan semakin dipahami sebagai bentuk adiksi perilaku (behavioral addiction) yang memiliki karakteristik serupa dengan ketergantungan zat, seperti hilangnya kendali, preokupasi berlebihan, serta dorongan kompulsif yang terus berulang meskipun menimbulkan dampak negatif (Hebebrand et al., 2014). Konsep food addiction atau adiksi makanan, misalnya, telah mendapat perhatian luas dalam literatur psikologi klinis karena menunjukkan tumpang tindih yang signifikan dengan pola perilaku makan yang disfungsi. Pemahaman ini memperkuat urgensi deteksi dini dan asesmen yang tidak hanya mengukur sikap terhadap makan, tetapi juga perilaku nyata yang mencerminkan pola adiktif, sebagaimana yang dicakup oleh instrumen EAT-26 secara menyeluruh (Meule & Gearhardt, 2014).

Meskipun sejumlah penelitian telah menggunakan EAT-26 sebagai instrumen skrining pada mahasiswa, sebagian besar hanya berfokus pada skor total yang dihasilkan dari 26 item pernyataan sikap dan perilaku makan (selanjutnya disebut skor EAT), dengan cut-off skor 20 sebagai penanda risiko. Sementara itu, bagian tambahan pada EAT-26 yang menilai riwayat perilaku berisiko secara langsung, seperti penurunan berat badan ekstrem dan riwayat perawatan akibat gangguan makan (selanjutnya disebut indikator perilaku), kerap diabaikan dalam analisis. Padahal, keduanya dapat menghasilkan gambaran risiko yang berbeda pada individu yang sama. Adanya kemungkinan inkonsistensi antara skor EAT dan indikator perilaku menjadi celah penelitian yang penting untuk dikaji, terutama guna memastikan bahwa individu yang berisiko namun tidak teridentifikasi melalui skor tidak luput dari asesmen dan penanganan yang dibutuhkan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan tingkat risiko gangguan perilaku makan pada mahasiswa menggunakan instrumen EAT-26, sekaligus menganalisis kesesuaian antara skor EAT dan indikator perilaku pada responden yang sama. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi empiris bagi pemahaman profil risiko gangguan perilaku makan dalam perspektif psikologi adiksi pada mahasiswa Universitas Negeri Medan, sekaligus menjadi rujukan bagi pengembangan layanan konseling yang responsif di lingkungan kampus.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif yang bertujuan menggambarkan tingkat risiko gangguan perilaku makan pada mahasiswa berdasarkan data empiris (Creswell, 2014). Subjek penelitian berjumlah 31 mahasiswa aktif Universitas Negeri Medan yang dipilih menggunakan teknik convenience sampling, yakni berdasarkan ketersediaan dan kesediaan responden untuk berpartisipasi secara sukarela tanpa penetapan kriteria inklusi maupun eksklusi lebih lanjut (Fraenkel & Wallen, 2012). Partisipasi bersifat sukarela dan responden telah menyetujui kesediaan pengisian kuesioner sebelum mengakses instrumen.

Pengumpulan data menggunakan instrumen Eating Attitudes Test (EAT-26) yang dikembangkan oleh Garner et al. (1982) dan telah terstandarisasi secara internasional sebagai alat skrining gangguan perilaku makan. EAT-26 terdiri atas dua komponen: (1) 26 item pernyataan sikap dan perilaku makan dengan skala Likert enam poin, di mana skor total ≥ 20 mengindikasikan adanya risiko gangguan perilaku makan (selanjutnya disebut skor EAT); dan (2) lima pertanyaan perilaku tambahan yang menilai riwayat perilaku berisiko secara langsung, seperti penurunan berat badan ekstrem dan riwayat perawatan profesional akibat gangguan makan (selanjutnya disebut indikator perilaku). Responden yang memberikan respons positif pada salah satu dari dua pertanyaan terakhir dikategorikan memiliki indikator perilaku berisiko. Instrumen ini tidak memerlukan uji psikometri ulang mengingat properti validitas dan reliabilitasnya telah diverifikasi secara konsisten dalam berbagai penelitian lintas budaya (Garfinkel & Newman, 2001).

Kuesioner didistribusikan secara daring melalui Google Form yang disebar via media sosial dan platform pesan instan. Pengisian dilakukan secara mandiri oleh responden (self-administered). Data dianalisis menggunakan statistik deskriptif melalui perangkat lunak SPSS, mencakup ukuran pemusatan (mean, median, modus), penyebaran data (standar deviasi, skor minimum-maksimum), distribusi frekuensi, serta tabulasi silang (crosstab) antara kategori skor EAT dan indikator perilaku untuk mengidentifikasi pola kesesuaian antara kedua dimensi risiko tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Statistik Deskriptif dan Kategori Risiko Skor EAT

Hasil analisis statistik deskriptif terhadap skor EAT dari 31 mahasiswa Universitas Negeri Medan disajikan pada Tabel 1. Diperoleh nilai mean sebesar 14,90 (SD = 9,005), median 13,00,

dan modus 13,00, dengan rentang skor 2,00 hingga 36,00. Nilai skewness sebesar 0,869 mengindikasikan distribusi yang condong ke kanan (positively skewed), artinya sebagian besar responden memiliki skor rendah hingga sedang sementara sebagian kecil dengan skor tinggi menarik nilai rata-rata ke atas. Berdasarkan cut-off skor ≥ 20 , sebanyak 8 responden (25,8%) dikategorikan berisiko dan 23 responden (74,2%) tidak berisiko.

Tabel 1. Statistik Deskriptif dan Kategori Risiko Skor EAT (N = 31)

Statistik	Nilai
Mean	14,90
Median	13,00
Modus	13,00
Standar Deviasi	9,005
Skor Minimum – Maksimum	2,00 – 36,00
Skewness	0,869
Kurtosis	0,340
Berisiko (skor ≥ 20)	8 (25,8%)
Tidak Berisiko (skor < 20)	23 (74,2%)

Proporsi 25,8% responden berisiko konsisten dengan estimasi prevalensi gangguan perilaku makan pada mahasiswa secara global yang berkisar antara 10–30% (Polivy & Herman, 2002). Meskipun nilai mean (14,90) berada di bawah cut-off, pola distribusi yang condong ke kanan mencerminkan karakteristik populasi non-klinis di mana sebagian besar individu berada pada tingkat risiko rendah, namun sebagian kecil menunjukkan pola kompulsif yang signifikan (Garner et al., 1982). Dalam perspektif adiksi perilaku, pola ini relevan dengan konseptualisasi food addiction sebagai bentuk adiksi yang berkembang secara gradual dan tidak merata dalam populasi umum (Hebebrand et al., 2014).

Temuan ini memiliki implikasi langsung bagi layanan konseling di lingkungan perguruan tinggi. Bagi 8 responden yang berisiko berdasarkan skor EAT, pendekatan Cognitive Behavioral Therapy (CBT) direkomendasikan sebagai intervensi utama. CBT terbukti efektif

dalam memodifikasi distorsi kognitif terkait citra tubuh dan pola makan yang disfungsi, yang merupakan inti dari gangguan perilaku makan (Fairburn, 2008). Secara spesifik, teknik cognitive restructuring dalam CBT dapat membantu individu mengenali dan menantang keyakinan maladaptif seperti perfeksionisme terkait berat badan, sementara teknik behavioral activation membantu membangun pola makan yang lebih adaptif (Murphy et al., 2010). Selain itu, psikoedukasi mengenai hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku makan perlu diberikan sebagai komponen awal intervensi konseling.

Kesesuaian Skor EAT dan Indikator Perilaku

Untuk mengkaji kesesuaian antara skor EAT dan indikator perilaku berisiko, dilakukan analisis tabulasi silang yang hasilnya disajikan pada Tabel 2. Kategorisasi indikator perilaku berisiko (kode 1) ditetapkan apabila responden memberikan respons positif pada pertanyaan mengenai penurunan berat badan ekstrem (≥ 9 kg) atau riwayat perawatan profesional akibat gangguan makan, sementara responden yang tidak memenuhi kriteria tersebut dikategorikan tidak berisiko (kode 0).

Tabel 2. Tabulasi Silang Skor EAT dan Indikator Perilaku (N = 31)

Kategori Skor EAT	Indikator Perilaku: Berisiko	Indikator Perilaku: Tidak Berisiko	Total
Tidak Berisiko (<20)	15 (65,2%)	8 (34,8%)	23 (100%)
Berisiko (≥ 20)	4 (50,0%)	4 (50,0%)	8 (100%)
Total	19 (61,3%)	12 (38,7%)	31 (100%)

Tabel 2 mengungkap adanya ketidaksesuaian yang signifikan antara kedua dimensi penilaian risiko. Dari 8 responden yang berisiko berdasarkan skor EAT, sebanyak 4 orang (50,0%) juga menunjukkan indikator perilaku berisiko, sementara 4 orang lainnya (50,0%) tidak memiliki indikator perilaku. Pola 50:50 ini mengindikasikan bahwa skor EAT tinggi tidak selalu disertai oleh manifestasi perilaku berisiko yang nyata, yang dapat dimaknai sebagai fase awal perkembangan pola adiktif di mana distorsi kognitif dan preokupasi terkait makan telah terbentuk namun perilaku kompulsif belum sepenuhnya termanifestasi secara eksternal (Hebebrand et al., 2014). Dari perspektif intervensi, tahap ini merupakan titik kritis untuk

skrining dan pencegahan dini sebelum pola adiktif mengakar lebih dalam (Meule & Gearhardt, 2014).

Bagi 3 responden yang berisiko pada kedua dimensi sekaligus, intervensi konseling yang direkomendasikan adalah Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced (CBT-E), yaitu adaptasi CBT yang dikembangkan khusus untuk gangguan perilaku makan (Fairburn, 2008). CBT-E bekerja pada empat modul utama: normalisasi pola makan, penanganan preokupasi terhadap bentuk tubuh dan berat badan, peningkatan harga diri, serta pencegahan relaps. Mengingat responden kelompok ini telah menunjukkan perilaku berisiko yang nyata, konseling juga perlu melibatkan koordinasi rujukan ke tenaga medis atau ahli gizi untuk penanganan dampak fisik seperti defisiensi nutrisi akibat penurunan berat badan ekstrem (Wilson et al., 2007). Efektivitas CBT dalam konteks gangguan makan di Indonesia juga telah dibuktikan oleh Darusman et al. (2025) yang menemukan bahwa CBT konvensional menghasilkan penurunan binge eating sebesar 60-75% dengan tingkat drop-out yang rendah. Sementara itu, bagi 5 responden yang berisiko secara kognitif namun belum menunjukkan indikator perilaku, pendekatan Motivational Interviewing (MI) dinilai lebih sesuai sebagai intervensi awal. MI efektif dalam meningkatkan motivasi intrinsik individu untuk berubah tanpa menimbulkan resistensi, khususnya pada individu yang belum sepenuhnya menyadari atau mengakui adanya masalah (Miller & Rollnick, 2013; Nuryono et al., 2023).

Temuan yang paling krusial secara klinis adalah ditemukannya 15 responden (65,2%) dari kelompok tidak berisiko berdasarkan skor EAT yang justru memiliki indikator perilaku berisiko. Angka ini sangat besar — lebih dari separuh kelompok tidak berisiko ternyata menampilkan perilaku makan yang berisiko secara nyata. Kelompok ini merupakan “risiko tersembunyi” terbesar yang sama sekali tidak akan teridentifikasi apabila asesmen hanya mengandalkan skor EAT. Fenomena ini sangat relevan dengan konsep ego-syntonic dalam gangguan perilaku makan, di mana individu tidak mempersepsikan perilakunya sebagai bermasalah sehingga cenderung merespons item-item pernyataan kognitif secara defensif atau tidak akurat (Fairburn & Beglin, 1994). Dalam kerangka adiksi perilaku, tidak semua individu yang telah menunjukkan perilaku kompulsif memiliki kesadaran penuh atas pola adiktif yang sedang berkembang, terutama pada tahap awal sebelum dampak negatifnya dirasakan secara nyata (American Psychiatric Association, 2013). Secara keseluruhan, dari 31 responden, sebanyak 19 orang (61,3%) memiliki indikator perilaku berisiko, jauh melampaui jumlah

responden yang berisiko berdasarkan skor EAT (8 orang, 25,8%). Ini menegaskan bahwa skor EAT secara substansial underestimate risiko nyata yang ada di lapangan.

Besarnya kelompok “risiko tersembunyi” (15 dari 23 responden tidak berisiko, atau 65,2%) menjadi peringatan serius bahwa penggunaan skor EAT sebagai satu-satunya alat skrining sangat tidak memadai. Kelompok ini memerlukan pendekatan konseling yang paling hati-hati karena mereka tidak menyadari atau tidak mengakui adanya masalah. Motivational Interviewing (MI) menjadi pilihan utama karena mampu membangun rapport dan mengurangi defensivitas tanpa memaksa individu untuk mengakui masalah secara langsung (Miller & Rollnick, 2013; Nuryono et al., 2023). Teknik open-ended questions, affirmations, reflective listening, dan summary (OARS) dalam MI membantu konselor mengeksplorasi ambivalensi individu terhadap perilaku makannya secara non-konfrontatif. Selain MI, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) juga relevan untuk kelompok ini karena berfokus pada peningkatan fleksibilitas psikologis dan penerimaan diri sebagai fondasi perubahan perilaku jangka panjang tanpa harus langsung menghilangkan perilaku bermasalah (Hayes et al., 2012). Mengingat besarnya proporsi kelompok ini di Universitas Negeri Medan, diperlukan program skrining rutin berbasis kedua komponen EAT-26 yang didukung layanan konseling mudah diakses, misalnya melalui konseling sebaya (peer counseling) atau layanan konseling daring di tingkat institusi.

Secara keseluruhan, temuan ini menegaskan bahwa penggunaan kedua komponen EAT-26 secara integratif menghasilkan profil risiko yang lebih komprehensif. Implikasi praktisnya adalah perlunya prosedur skrining yang mempertimbangkan kedua dimensi risiko secara bersamaan, diikuti dengan tindak lanjut layanan konseling yang disesuaikan dengan profil risiko masing-masing individu. Keterbatasan penelitian ini meliputi ukuran sampel yang relatif kecil ($N = 31$) dan penggunaan convenience sampling yang membatasi generalisasi temuan, sehingga diperlukan penelitian lanjutan dengan sampel yang lebih besar dan representatif

KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini mendeskripsikan tingkat risiko gangguan perilaku makan pada 31 mahasiswa Universitas Negeri Medan menggunakan instrumen EAT-26. Hasil menunjukkan bahwa 8 responden (25,8%) berada dalam kategori berisiko berdasarkan skor EAT (≥ 20), sementara 23 responden (74,2%) tidak berisiko. Distribusi skor yang condong ke kanan (skewness = 0,869) mengindikasikan bahwa sebagian besar responden memiliki skor rendah

hingga sedang, namun terdapat sebagian kecil dengan skor tinggi yang mencerminkan pola adiktif yang signifikan.

Analisis tabulasi silang mengungkap ketidaksesuaian yang substansial antara skor EAT dan indikator perilaku. Dari 8 responden berisiko berdasarkan skor EAT, sebanyak 4 orang (50,0%) juga memiliki indikator perilaku berisiko dan 4 orang (50,0%) tidak. Temuan yang paling signifikan adalah ditemukannya 15 responden (65,2%) dari kelompok tidak berisiko berdasarkan skor EAT yang justru menunjukkan indikator perilaku berisiko. Secara keseluruhan, 19 dari 31 responden (61,3%) memiliki indikator perilaku berisiko, jauh melampaui angka yang terdeteksi melalui skor EAT semata (25,8%). Temuan ini menegaskan bahwa asesmen berbasis skor total saja sangat tidak memadai dan berpotensi melewatkan mayoritas individu yang sesungguhnya berisiko.

Berdasarkan profil risiko yang ditemukan, penelitian ini merekomendasikan tiga pendekatan layanan konseling yang relevan. Pertama, Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced (CBT-E) untuk responden yang berisiko pada kedua dimensi sekaligus, dengan fokus pada modifikasi distorsi kognitif, normalisasi pola makan, dan koordinasi rujukan medis bila diperlukan. Kedua, Motivational Interviewing (MI) untuk responden yang berisiko secara kognitif namun belum menampilkan perilaku berisiko, guna meningkatkan kesadaran dan motivasi intrinsik untuk berubah sebelum pola adiktif berkembang lebih jauh. Ketiga, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) untuk kelompok “risiko tersembunyi” yang tidak terdeteksi melalui skor EAT, guna membangun fleksibilitas psikologis dan penerimaan diri sebagai fondasi perubahan perilaku. Bagi penelitian selanjutnya, diperlukan replikasi dengan sampel yang lebih besar serta eksplorasi efektivitas ketiga pendekatan konseling tersebut dalam konteks populasi mahasiswa dengan risiko gangguan perilaku makan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Darusman, M. R., Takdir, A. M., Jannah, R., & Fitri, K. (2025). Efektivitas terapi kognitif-perilaku konvensional dan berbasis internet (iCBT) untuk gangguan makan: Tinjauan perbandingan berbasis bukti. *Fathana: Jurnal Psikologi Ar-Raniry*, 3(1), 56–64. <https://doi.org/10.22373/fathana.v3i1.779>

-
- Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Kirz, N. E. (2011). Eating disorder symptoms among college students: Prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *Journal of American College Health*, 59(8), 700–707. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.546461>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#)
- Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (2012). *How to design and evaluate research in education* (8th ed.). McGraw-Hill.
- Garfinkel, P. E., & Newman, A. (2001). The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eating and Weight Disorders*, 6(1), 1–24. <https://doi.org/10.1007/BF03339747>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hebebrand, J., Albayrak, Ö., Adan, R., Antel, J., Dieguez, C., de Jong, J., Leng, G., Menzies, J., Mercer, J. G., Murphy, M., van der Plasse, G., & Dickson, S. L. (2014). “Eating addiction”, rather than “food addiction”, better captures addictive-like eating behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 295–306. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.08.016>
- Meule, A., & Gearhardt, A. N. (2014). Food addiction in the light of DSM-5. *Nutrients*, 6(9), 3653–3671. <https://doi.org/10.3390/nu6093653>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Muliantino, Wulandari, R. A., & Putri, W. A. (2024). Studi deskriptif: Eating disorders pada mahasiswa keperawatan. *JIK Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(1), 129–135. <https://doi.org/10.33757/jik.v8i1.771>

- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Nuryono, W., Christiana, E., & Purwoko, B. (2023). Teknik motivational interviewing untuk mengurangi adiksi game online. *Jurnal Consulenza: Jurnal Bimbingan Konseling dan Psikologi*, 6(1), 109–119. <https://doi.org/10.56013/jcbkp.v6i1.1868>
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Sari, Y. P., & Kumala, I. D. (2021). Cognitive behavioral therapy (CBT) untuk mengatasi bulimia nervosa. *Insight: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 23(1), 57–68. <https://doi.org/10.26486/psikologi.v23i1.1435>
- Setyanto, A. T. (2023). Deteksi dini prevalensi gangguan kesehatan mental mahasiswa di perguruan tinggi. *Wacana*, 15(1), 66–78. <https://doi.org/10.20961/wacana.v15i1.69548>
- Thapliyal, P., & Hay, P. (2014). Treatment experiences of males with an eating disorder: A systematic review of qualitative studies. *Translational Developmental Psychiatry*, 2(1), 25552. <https://doi.org/10.3402/tdp.v2.25552>
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199–216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>