

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Overweight

a. Definisi *Overweight*

Overweight didefinisikan sebagai akumulasi lemak abnormal atau berlebihan yang dapat merusak kesehatan (WHO, 2016). *Overweight* adalah kondisi yang dipengaruhi oleh interaksi antara faktor genetik dan faktor non genetik. Faktor genetik merujuk pada tubuh yang cenderung akan mengalami obesitas karena komposisi tubuh yang sama dari gen mereka. Faktor genetik yang menyebabkan *overweight* tidak hanya karena memang kelainan genetik tetapi juga karena gangguan endokrin, kerusakan hipotalamus dan efek samping obat yang digunakan untuk mengobati penyakit yang lain (Green, 2015).

Overweight terjadi jika dalam suatu periode waktu lebih banyak kilokalori yang masuk melalui makanan tetapi

sedikit yang digunakan untuk kebutuhan energi tubuh (Sherwood, 2012). *Overweight* yang tidak dianggap sebagai hal yang serius di masa muda, akan menyebabkan *overweight* seumur hidup yang bisa mempengaruhi terjadinya masalah kesehatan yang lain. Studi menyebutkan bahwa 50% anak-anak dan 80% remaja dengan *overweight* akan tetap *overweight* pada saat dewasa (Haifi *et al*, 2013).

Overweight merupakan penyumbang utama beban global pada penyakit kronis dan disabilitas (Budhyanti, 2018). *Overweight* bisa terjadi pada semua individu dari segala usia, jenis kelamin, serta dari kelompok ras / etnis. Rimmer *et al* (2011) mengatakan bahwa ada peningkatan prevalensi kejadian *overweight* pada orang dengan disabilitas. Peningkatan prevalensi dikaitkan dengan kurangnya aktivitas fisik pada penderita disabilitas, perbedaan sikap pada orang dengan disabilitas, serta makanan sehat (Fox, 2013).

b. Penentuan *Overweight*

Overweight dapat diketahui dengan perhitungan Body Mass Indeks (BMI) yang ditunjukkan dengan menghitung berat badan dalam kilogram per tinggi badan dalam meter kuadrat (kg/m^2). Rumus dalam penentuan BMI yaitu :

$$\text{BMI} : \frac{\text{Berat badan}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

Penentuan BMI berdasarkan pada usia akan dibahas lebih lanjut dibawah ini :

- 1) Untuk orang dewasa, WHO mendefinisikan *overweight* dan obesitas sebagai berikut : *overweight* adalah BMI lebih besar dari atau sama dengan 25 dan obesitas adalah BMI lebih besar dari atau sama dengan 30.
- 2) Anak-anak berusia antara 5-19 tahun : *overweight* adalah BMI untuk usia lebih besar dari 1 standar

deviasi di atas median dan obesitas lebih besar dari 2 standar deviasi di atas median

- 3) Untuk anak-anak di bawah 5 tahun : *overweight* didefinisikan BB / TB lebih besar dari 2 standar deviasi di atas rata-rata Median Pertumbuhan anak dan obesitas adalah BB / TB lebih dari 3 standar deviasi di atas rata-rata median pertumbuhan anak WHO.

c. Faktor yang Menyebabkan *Overweight*

Centers for Disease Control (2012) mengategorikan penyebab dari *overweight*, yaitu :

1) Makanan

Berat badan bertambah apabila konsumsi kalori lebih banyak daripada kalori yang dibakar melalui aktivitas. Perilaku makan seperti makan berlebihan, makan makanan yang tidak sehat, melewatkan sarapan beresiko terhadap terjadinya *overweight*. Kebiasaan makan yang tidak tepat di awal tahun kehidupan bisa

menyebabkan gangguan permanen dimasa dewasa (Smetanina *et al*, 2015).

2) Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memicu pengeluaran energi. Aktivitas fisik yang teratur sangat penting terhadap pengendalian berat badan. Sejumlah penelitian telah melaporkan bahwa aktivitas fisik dapat mengontrol berat badan, mengurangi resiko penyakit kardiovaskuler dan penyakit kronis lainnya termasuk diabetes mellitus, kanker dan osteoporosis (Chan *et al*, 2017).

3) Lingkungan

Dunia di sekitar mempengaruhi dalam mempertahankan berat badan yang sehat. Sebagai contoh: Tidak memiliki taman, trotoar, dan pusat kebugaran yang terjangkau membuat sulit bagi orang untuk aktif secara fisik. Beberapa orang tidak memiliki akses ke supermarket yang menjual makanan sehat yang

terjangkau, seperti buah dan sayuran segar. Iklan makanan mendorong orang untuk membeli makanan yang tidak sehat, seperti makanan ringan dan minuman manis bergula (martin, 2017).

Korea sebagai salah satu dengan jumlah penderita obesitas tertinggi diantara negara-negara asia lainnya tidak lagi memerangi obesitas dengan berfokus pada perilaku individu. Kebijakan untuk memerangi obesitas dilakukan dengan pendekatan komprehensif terhadap lingkungan. Pendekatan komprehensif terhadap lingkungan dilakukan akibat dari munculnya urbanisasi global. Urbanisasi global mempengaruhi perilaku individu seperti penggunaan mobil meningkat karena jarak antara tempat tinggal dan tempat kerja telah melebar, kurangnya fasilitas pejalan kaki dan ruang terbuka, banyaknya toko makanan cepat saji serta perkembangan pesat tehnologi yang membuat pemesanan segala jenis makanan melalui layanan pengiriman 24 jam (Kim *et al*, 2017).

4) Genetika

Gen berkontribusi terhadap kenaikan berat badan. Para ilmuwan percaya bahwa gen dapat meningkatkan kemungkinan seseorang menjadi *overweight*. Faktor luar, seperti suplai makanan yang melimpah atau aktivitas fisik yang sedikit, juga mungkin menyebabkan seseorang *overweight* (albuquerque *et al*, 2015).

5) Kondisi Kesehatan dan Obat-obatan

Beberapa masalah hormon dapat menyebabkan *overweight*, seperti tiroid yang kurang aktif, sindrom Cushing dan sindrom ovarium polikistik (Krause *et al*, 2016) . Obat-obatan tertentu juga dapat menyebabkan kenaikan berat badan, termasuk beberapa obat kortikosteroid, antidepresan, dan kejang (Pan *et al*, 2016).

6) Stres dan pola tidur

Sebagian orang makan lebih banyak dari biasanya ketika mereka bosan, marah, kesal, atau stres. Studi juga menemukan bahwa semakin sedikit orang tidur,

semakin besar kemungkinan mereka mengalami *overweight* atau obesitas. Sebagian karena hormon yang dilepaskan selama tidur mengendalikan nafsu makan dan penggunaan energi tubuh

d. *Overweight* pada Remaja

Prevalensi *overweight* dan obesitas pada anak-anak dan remaja telah meningkat secara luas di seluruh dunia. Prevalensi *overweight* dikalangan remaja Amerika sebanyak 30%, 25% pada remaja afrika dan sebanyak 36,4% pada remaja Asia (Bibiloni *et al*, 2013).

Overweight bisa terjadi pada semua kalangan umur, baik itu pria maupun wanita. Pada kalangan remaja masalah *overweight* merupakan masalah tersendiri., keadaan ini disebabkan oleh masa remaja merupakan ajang pencarian jati diri. Salzman (2008:184) berpendapat bahwa masa remaja adalah masa perkembangan sikap tergantung kepada orang tua menuju kemandirian, perenungan diri, minat-minat seksual, perhatian terhadap nilai-nilai dan isu-su moral. Trend isu terkait *overweight*

pada remaja belakangan ini mengalami peningkatan. Misnadiarly (2017) mengatakan bahwa *overweight* dikalangan remaja putri lebih cenderung dibandingkan pada remaja pria. Hal ini disebabkan oleh metabolisme pada wanita berjalan lambat dibandingkan pada pria.

Overweight dikalangan remaja dikaitkan dengan gaya hidup yang cenderung mengkonsumsi makanan cepat saji, aktivitas fisik yang kurang, faktor demografi, latar belakang keluarga dan faktor ekonomi keluarga (Zeller & Modi, 2008). Perilaku yang diciptakan pada masa remaja baik tentang pola konsumsi diet maupun aktivitas fisik dipengaruhi oleh masa transisi remaja dari masa kamak-kanak ke dewasa. Masa transisi tersebut akan menimbulkan perubahan secara signifikan baik perubahan fisik, psikologis maupun perilaku (Farhat *et al*, 2014)

e. *Overweight* pada Remaja Disabilitas

Secara global, sekitar 180 juta anak berusia antara 10-24 tahun hidup dengan disabilitas fisik, sensorik, intelektual atau kesehatan mental yang cukup signifikan dapat berpengaruh pada perbedaan kehidupan sehari-hari mereka yang berbeda pada remaja normal. Secara global, diakui bahwa halangan terbesar bagi kehidupan remaja penyandang disabilitas adalah prasangka, isolasi sosial dan diskriminasi.

Remaja disabilitas memiliki kebutuhan yang sama dengan kebutuhan remaja pada umumnya. Mereka membutuhkan lingkungan, pendidikan, layanan kesehatan yang aman dan mendukung dan akses ke olahraga dan rekreasi (UNICEF, 2000). Kenyataan yang di jumpai dalam masyarakat adalah remaja dengan disabilitas dianggap tidak dapat bermanfaat dan melakukan fungsinya dengan baik sehingga remaja dengan disabilitas kebanyakan akan mengisolasi diri atau sengaja di isolasi. Kegiatan mengisolasi diri dan di isolasi menyebabkan

remaja dengan disabilitas tidak memiliki kegiatan diluar rumah yang menyebabkan aktivitas fisik yang bisa dilakukan oleh mereka sangat minim. Kegiatan yang dibatasi, aktivitas fisik yang minim menyebabkan peningkatan berat badan dikalangan remaja dengan disabilitas sehingga memicu tingginya angka *overweight* dikalangan mereka (Groce, 2014).

Umumnya masa remaja adalah masa perenungan diri, terjadinya minat-minat seksual, perhatian terhadap nilai-nilai dan isu-su moral. Remaja pada umumnya akan lebih memperhatikan penampilan yang akan berefek pada pola diet yang sehat. Pola diet yang sehat dan memilih-milih makanan pada remaja pada umumnya dilakukan untuk menjaga bentuk tubuh yang ideal, hal itu tidak berlaku pada remaja dengan disabilitas sebab mereka kurang pengetahuan dan kurang minat terhadap hal-hal tersebut. Sehingga yang terjadi remaja dengan disabilitas mengkonsumsi makanan apapun yang mereka anggap

rasanya enak tanpa memperdulikan dampaknya (Hadgkis, 2015).

f. Akibat *Overweight*

Overweight mengakibatkan adanya peningkatan massa pada lemak (menyebabkan osteoarthritis, stigma sosial, obstructive sleep apnea) dan mengakibatkan peningkatan jumlah sel lemak (memicu kejadian penyakit kardiovaskuler, kanker, diabetes, dan penyakit perlemakan) (Gabriel & Caballero, 2015).

Overweight merupakan pemicu munculnya masalah kesehatan yang terkait dengan endokrin dan metabolik. *Overweight* akan menyebabkan kelebihan jaringan adiposa yang akan memicu timbulnya nyeri dada, dyspneu, gangguan tidur, diabetes mellitus tipe 2, penyakit kardiovaskuler dan peningkatan resiko kanker. Penelitian telah menunjukkan bahwa orang dengan *overweight* memiliki kualitas hidup yang rendah dan harapan hidup yang kurang karena keterbatasan fungsional. *Overweight* akan mengakibatkan penggunaan layanan kesehatan yang

semakin sering, sehingga pembiayaan kesehatan akan meningkat (lenhert *et al*, 2013).

2. Diet

a. Definisi

Diet adalah cara individu dalam memilih makanan yang akan dikonsumsi yang dipengaruhi oleh berbagai faktor fisiologis, psikologi, dan sosial budaya (Nurkofifah, 2017). Penelitian menunjukkan bahwa kebiasaan diet yang buruk sejak usia anak-anak menjadi faktor kuat yang mempengaruhi kebiasaan diet yang buruk dikemudian hari (Larson *et al*, 2007), misalnya kebiasaan makan buah dan sayur yang dimulai sejak anak-anak akan berpengaruh ketika mereka dewasa (Nicklas *et al*, 2014). Kebiasaan tersebut juga dipengaruhi oleh keluarga, remaja yang makan bersama keluarga yang cenderung makan sayur dan buah akan mempengaruhi pilihan makanan remaja juga. Masa remaja adalah masa dimana ketika terbentuknya perilaku-perilaku kesehatan yang akan berpengaruh sampai pada usia tua (Kapka *et al*, 2012).

Kelebihan asupan makanan didalam tubuh akan memicu berkembangnya sel-sel lemak. *Overweight* adalah hasil dari meningkatnya jumlah sel-sel lemak di dalam tubuh. Meningkatnya jumlah sel-sel lemak diakumulasikan sebagai lemak yang tersimpan selama masa bayi dan kanak-kanak. Konsumsi makanan yang berlebih sejak bayi akan menyebabkan pembentukan sel-sel lemak yang berlebihan di dalam tubuh. Orang yang memiliki jumlah sel lemak yang berlebih cenderung *overweight* dibanding pada orang yang memiliki jumlah sel lemak lebih sedikit (Henuhili, 2010).

b. Faktor yang mempengaruhi diet

Diet yang terbentuk sangat erat kaitannya dengan kebiasaan makan seseorang (Bargiota, 2013) . Secara umum faktor yang mempengaruhi terbentuknya diet remaja pada umumnya yaitu :

1) Pengetahuan tentang diet

Pola makan remaja dipengaruhi oleh pengetahuan tentang komposisi makanan yang dikonsumsi (Mariz *et al*, 2014).

2) Kontrol orangtua

Remaja yang makan bersama dengan orang tua cenderung memilih makan makanan yang sehat seperti makan sayur dan buah, dibandingkan dengan remaja yang tidak dengan orang tua. Konsumsi makanan yang dimakan oleh remaja merupakan pilihan orang tua. Kecenderungan untuk memilih makanan yang sehat dipengaruhi oleh motivasi dari anggota keluarga yang lain (Sedibe *et al*, 2017).

Pendidikan yang dimiliki oleh orang tua mempengaruhi dalam memilih kuantitas dan kualitas makanan yang dikonsumsi anak. Tingkat pendidikan orang tua yang semakin tinggi berbanding positif dengan pengetahuan mengenai gizi baik yang cocok diberikan kepada anak. Pengetahuan orang tua mengenai

pengetahuan gizi yang baik bagi anak sangat mempengaruhi pembentukan kebiasaan makan dari anak (Evan, 2017).

3) Jenis kelamin

Remaja putri memiliki kecenderungan memilih makanan yang rendah lemak dan karbohidrat, sedangkan remaja putra memilih makanan atas dasar kelezatannya (Musaiger, 2016)

4) Ekonomi

Anak yang berasal dari keluarga ekonomi tinggi, cenderung mengkonsumsi makanan yang berkadar lemak tinggi (Dewi, 2014).

5) Lingkungan

Lingkungan moderen mempengaruhi perkembangan prevalensi kelebihan berat badan. Prevalensi kelebihan berat badan meningkat secara substansial di negara-negara berkembang. Pengenalan terhadap makanan cepat saji menjadi penanda

meningkatnya prevalensi kelebihan berat badan (Bhattacharjee *et al*, 2017).

c. Jenis- Jenis Diet

Jenis-jenis diet yang diperlukan oleh tubuh setiap hari menurut pedoman gizi seimbang Depkes (2014) meliputi :

1) Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi utama bagi tubuh. Karbohidrat merupakan penyedia energi melalui oksidasi. Karbohidrat berasal dan terdapat pada umbi-umbian dan pada serealia yang biasa disebut dengan zat pati. Selain itu sumber karbohidrat yang lain yang disebut dengan zat gula berasal dari gula pasir, madu, sirup dan buah-buahan.

Karbohidrat berfungsi sebagai sumber energi, pemberi rasa manis pada makanan, penghemat protein, pengatur metabolisme lemak, dan membantu pengeluaran feses. Karbohidrat terkandung didalam makanan padi-padian atau serealia, umbi-umbian, kacang-kacang kering dan gula. Hasil olahan bahan-

bahan ini adalah bihun, mie, roti, tepungtepungan, selai, sirup dan lainnya. Sumber karbohidrat yang banyak dimakan sebagai makanan pokok di Indonesia adalah beras, jagung, ubi, singkong, talas dan sagu (Siregar, 2014)

2) Protein

Protein merupakan salah satu kelompok bahan makronutrien, tidak seperti bahan makronutrien lainnya (karbohidrat, lemak), protein ini berperan lebih penting dalam pembentukan biomolekul daripada sumber energy (penyusun bentuk tubuh). Namun demikian apabila organisme sedang kekurangan energi, maka protein ini dapat juga di pakai sebagai sumber energi. Protein memiliki peran sebagai transportasi dan penyimpanan, proteksi imun, koordinasi gerak, penunjang mekanis, katalisis enzimatik, membangkitkan dan menghantarkan impuls saraf, dan pengendali pertumbuhan dan diferensiasi. Sumber protein terdiri dari protein hewani dan protein nabati.

Sumber protein hewani dapat berbentuk daging dan alat-alat dalam seperti hati, pankreas, ginjal, paru, jantung, jerohan. Yang terakhir ini terdiri atas babat dan iso (usus halus dan usus besar). Sumber protein nabati terdiri dari kacang-kacangan dan biji-bijian seperti kacang kedelai, kacang tanah, kacang hijau, kacang koro, kelapa dan lain-lain (Siahaan, 2017).

3) Lemak

Lemak merupakan salahsatu komponen makanan yang juga dibutuhkan dan sangat penting bagi tubuh. Lemak dan minyak adalah bagian dari diet sehat, tetapi lemak memiliki sisi positif dan juga sisi negatif tergantung dari jenis lemak dan jumlah komsumsinya. Asupan tinggi lemak jenuh, lemak trans, dan kolesterol meningkatkan risiko kadar lipid darah yang tidak sehat yang dapat meningkat risiko penyakit jantung koroner. Asupan lemak yang tinggi (lebih dari 35 persen kalori) umumnya meningkatkan asupan lemak jenuh. Asupan lemak dan minyak yang rendah (kurang dari 20 persen

kalori) meningkatkan risiko asupan vitamin E dan asam lemak esensial yang tidak memadai dapat berkontribusi pada perubahan yang tidak menguntungkan pada kepadatan tinggi kolesterol darah dan trigliserida lipoprotein (HDL). Lemak yang dikonsumsi memberikan efek rasa lezat sehingga peningkatan konsumsi lemak sampai saat ini mengalami peningkatan (Ayu & Sartika, 2008).

4) Vitamin

Vitamin adalah jenis komposisi makanan yang tidak memberikan kalori ataupun energi bagi tubuh namun memberikan efek sehat bagi tubuh. Vitamin hanya dibutuhkan dalam jumlah kecil dan kebanyakan orang dapat dengan mudah mencukupinya. Vitamin terbagi menjadi dua jenis yaitu vitamin larut dalam air dan larut dalam lemak. Vitamin yang larut dalam air termasuk vitamin B1, B2, B3, B6, B12, vitamin C, biotin dan folat. Vitamin yang larut dalam air tidak disimpan dalam jumlah besar di dalam tubuh tetapi jika

berlebih akan dikeluarkan melalui urin. Vitamin yang larut dalam lemak termasuk vitamin A, D, E dan K adalah vitamin yang dapat disimpan dalam tubuh. Konsumsi berlebihan vitamin yang larut dalam lemak tidak dianjurkan, karena ini dapat menyebabkan masalah kesehatan. Vitamin bisa di jumpai pada makanan seperti buah-buahan dan sayur-sayuran.

5) Mineral

Sama seperti vitamin, mineral membantu tubuh Anda tumbuh, berkembang, dan tetap sehat. Tubuh menggunakan mineral untuk melakukan berbagai fungsi - dari membangun tulang yang kuat hingga mengirimkan impuls saraf. Beberapa mineral bahkan digunakan untuk membuat hormon atau mempertahankan detak jantung normal. Mineral yang dibutuhkan oleh tubuh dibagi menjadi 2 yaitu makro mineral dan mikro mineral. Sumber mineral bisa didapatkan dari keju, kerangkerangan, kacang-kacangan, garam. (Hendra *et al*, 2016)

6) Air

Air bukan merupakan salah satu zat gizi namun sangat dibutuhkan oleh tubuh. Fungsi air dalam tubuh yaitu Sebagai pelarut mineral, vitamin, asam amino, glukosa, dan zat gizi lainnya, Pembentuk komponen tubuh yang berupa cairan seperti darah, hormon dan enzim, melakukan reaksi kimia seperti dalam proses pencernaan dan metabolisme, sebagai pelumas sendi2 tubuh, peredam benturan pada organ2 tubuh, sebagai pelarut dan pengangkut sisa-sisa metabolisme (urin dan keringat) dan membantu fungsi kerja ginjal dan pengatur suhu tubuh. Air merupakan zat gizi dan unsur yang paling melimpah dalam tubuh. Makin muda seseorang, makin banyak kandungan air dalam tubuhnya. Pada masyarakat umum : konsumsi air minimum 2 liter (8 gelas) per hari, namun dalam kondisi beraktivitas berat pada suasana panas, kebutuhan air meningkat (Mulyasari, Muis, & Kartini, 2015)

d. Alat Ukur Diet

Kemenkes (2018) mengkategorikan survey atau alat ukur konsumsi diet menjadi 2 yaitu, survey konsumsi individu dan survey konsumsi kelompok.

1) Survey konsumsi individu

- a) Metode ingatan makanan (*Food recall 24 hours*)
- b) Metode penimbangan makanan (*Food weighing*)
- c) Metode pencatatan makan (*Food record*)
- d) Metode riwayat makanan (*Dietary history*)

2) Survey konsumsi kelompok

- a) Metode frekuensi makan (*food frequency questionnaire*)
- b) Semi frekuensi makan (*food frequency questionnaire*)
- c) Metode jumlah makan (*Food account*)
- d) Neraca bahan makanan (*Food balance sheet*)

e. Masalah Diet pada Remaja dengan Disabilitas

Diet dan gizi berkaitan erat dengan kesehatan. Diet yang sehat adalah diet yang berasal dari sayur-sayuran,

buah-buahan, biji-bijian, kacang-kacangan ,daging dan susu yang rendah lemak dengan porsi yang sesuai. Diet yang baik adalah dasar untuk kehidupan yang produktif. Diet dikaitkan dengan status gizi yang terdiri dari kekurangan gizi dan kelebihan gizi. Kekurangan gizi dikaitkan sebagai hasil dari makanan yang tidak mencukupi sedangkan kelebihan gizi dikaitkan dengan kelebihan makanan (Coniglia, 2016).

Studi kualitatif yang dilakukan oleh Grumstrup & Demchak (2019) mengemukakan bahwa masalah kebiasaan diet pada remaja disabilitas yaitu pilihan diet lebih cenderung tidak sehat, menolak makanan-makanan yang baru, porsi makan bisa lebih banyak dan juga bisa kurang , dan sulit untuk menerima saran makan makanan yang sehat.

3. Aktivitas Fisik

a. Definisi

Aktivitas fisik didefinisikan sebagai gerakan tubuh oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi.

Berbagai cara yang dapat dilakukan untuk tetap mempertahankan aktivitas fisik misalnya dengan sering berjalan kaki, bersepeda, olahraga dan rekreasi (WHO, 2018).

Aktivitas fisik dipahami sebagai gerakan tubuh apapun yang dihasilkan oleh otot rangka, menghasilkan pengeluaran kalori. Aktivitas fisik merupakan suatu komponen dalam pengobatan multidisipliner. Aktivitas fisik memiliki efek menguntungkan pada berbagai penyakit metabolik (Sierra *et al*, 2011).

Aktivitas fisik yang dilakukan dengan benar baik itu dalam bentuk kesengajaan ataupun dalam bentuk ketidaksengajaan memiliki manfaat yang sangat besar. Orang dengan disabilitas memiliki keterbatasan dalam hal melakukan aktivitas fisik yang disebabkan oleh berbagai hambatan dari kecacatannya. Keterbatasan orang dengan disabilitas sering menjadi alasan untuk tidak aktif (Ginis *et al*, 2016)

b. Manfaat aktivitas fisik

American Diabetes Association (2015) mengemukakan manfaat aktivitas fisik di antaranya adalah menjaga tekanan darah dan kolesterol, menurunkan risiko penyakit jantung dan stroke, menjaga berat badan, menurunkan tingkat stress, memperkuat jantung dan memperbaiki sirkulasi darah, memperkuat tulang dan otot, menjaga fleksibilitas sendi, serta menurunkan gejala depresi dan memperbaiki kualitas hidup.

Menurut Pusat Promkes Depkes aktivitas fisik secara teratur sangat berpengaruh pada peningkatan kesehatan, yaitu :

1. Penyakit stroke, kanker, jantung, osteoporosis, Hipertensi, Diabetes dan lainnya dapat dihindari.
2. Berat badan dalam batas normal
3. Otot menjadi lebih kuat dan lentur
4. Bentuk tubuh jadi proporsional
5. Meningkatkan kepercayaan diri

Peningkatan aktivitas fisik membutuhkan partisipasi dan kesadaran seluruh masyarakat dan pendekatan yang relevan secara budaya serta menuntut upaya kolektif lintas sektor dalam upaya memaksimalkan peningkatan aktivitas fisik (WHO, 2018).

c. Klasifikasi aktivitas fisik

Aktivitas fisik bagi tubuh terbagi menjadi 4 bagian yang meliputi tipe aktivitas fisik, frekuensi aktivitas fisik, durasi aktivitas fisik dan intensitas aktivitas itu sendiri. Aktivitas fisik dikelompokkan menjadi aktivitas fisik ringan, sedang dan berat.aktivitas fisik adalah segala kegiatan yang dilakukan setiap hari yang memerlukan usaha sangat ringan, ringan, sedang, dan berat. Aktivitas fisik bisa meningkatkan kesehatan bagi tubuh apabila dilakukan secara teratur (Sjostrom *et al*, 2011; Kowalski *et al*, 2004; Lutan *et al*, 2001).

d. Masalah Aktivitas Fisik remaja dengan disabilitas

Aktivitas fisik memainkan peran penting dalam menjaga kesehatan, kesejahteraan, dan kualitas hidup.

Menurut Pedoman Aktivitas Fisik 2008 untuk orang Amerika, aktivitas fisik dapat membantu mengendalikan berat badan, meningkatkan kesehatan mental, dan menurunkan risiko kematian dini, penyakit jantung, diabetes tipe 2, dan beberapa jenis kanker. Bagi para penyandang disabilitas, aktivitas fisik dapat membantu meningkatkan kemampuan untuk melakukan kegiatan hidup sehari-hari dan menjadi mandiri (CDC, 2018).

Aktivitas fisik bagi individu dengan disabilitas secara signifikan menunjukkan bahwa mereka kurang melakukan aktivitas fisik dibanding dengan individu tanpa disabilitas. Aktivitas fisik pada remaja dengan disabilitas mengalami penurunan dari anak-anak beranjak ke masa remaja hingga dewasa (Shield *et al*, 2009). Temuan lain juga menyebutkan bahwa anak yang lebih tua dan orang dewasa tidak berolahraga sebanyak anak-anak yang lebih muda (Rimmer *et al*, 2012). Aktivitas fisik yang dilakukan oleh anak dengan disabilitas hanya bersifat musiman, terbatas dan tidak konsisten. Hal tersebut disebabkan oleh

kurangnya kesempatan kepada mereka, mobilitas rendah, dan kondisi kesehatan yang dialami oleh anak dengan disabilitas.

4. Pola Asuh Orang Tua

a. Definisi Pola asuh orang tua

Pola asuh adalah proses mempromosikan dan mendukung perkembangan fisik, emosi, sosial, dan intelektual seorang anak sejak bayi hingga dewasa. Pola asuh mengacu pada aktivitas membesarkan anak. Figur orang tua memenuhi kebutuhan fisik anak, melindunginya dari bahaya, dan memberi mereka keterampilan dan nilai-nilai budaya sampai mereka mencapai usia dewasa yang sah, biasanya setelah masa remaja. (Aisyah, 2010).

b. Jenis Pola Asuh

Perkembangan pola asuh orangtua dibagi menjadi pola asuh otoriter, pola asuh permisif, dan pola asuh demokratis :

1) Pola asuh otoriter (*parent centered*)

Pola asuh otoriter adalah gaya pengasuhan yang dikaitkan oleh Diana Baumrind (pakar anak lainnya)

dengan konsekuensi yang paling tidak menguntungkan bagi perkembangan sosial dan emosional anak yang sehat. Pola asuh otoriter ditandai dengan kontrol perilaku yang tinggi (tuntutan) dan responsif orangtua yang rendah (kehangatan).

Pola asuh otoriter menganut bahwa anak-anak diharapkan untuk mengikuti aturan ketat yang ditetapkan oleh orang tua. Kegagalan untuk mengikuti aturan seperti itu biasanya menghasilkan hukuman. Orang tua yang otoriter gagal menjelaskan alasan di balik aturan ini. Jika diminta untuk menjelaskan, orang tua mungkin hanya menjawab, "Karena saya bilang begitu." Orang tua ini memiliki tuntutan tinggi, tetapi tidak responsif terhadap anak-anak mereka. Menurut Baumrind, orang tua ini "berorientasi pada kepatuhan dan status, dan mengharapkan perintah mereka dipatuhi tanpa penjelasan" (Baumrind, 1991).

2) Pola asuh permisif (*children centered*)

Pola asuh permisif dipandang tidak separah dari yang otoriter tetapi tidak seideal gaya pengasuhan yang demokratis. Keberatan yang khas terhadap gaya pengasuhan yang permisif adalah bahwa hal itu dapat menyebabkan anak-anak manja atau suka memerintah, yang bertindak seperti ini karena mereka merasa tidak aman karena mereka tidak pernah mempelajari batasan apapun dan tidak pernah memiliki tuntutan. Studi penelitian lain mengklaim bahwa anak-anak dari orang tua yang permisif cenderung lebih terlibat dalam perilaku eksperimental yang bermasalah ketika remaja dan dewasa muda. Sebagai gaya pengasuhan anak, pola asuh permisif ditandai oleh rendahnya kontrol perilaku (tuntutan) dan responsif orangtua yang tinggi (kehangatan).

Orang tua permisif, kadang-kadang disebut sebagai orang tua yang memanjakan, memiliki sedikit tuntutan untuk membuat anak-anak mereka. Orang tua ini jarang mendisiplinkan anak-anak mereka karena mereka memiliki harapan yang relatif rendah akan kedewasaan

dan pengendalian diri. Menurut Baumrind, orang tua yang permisif "lebih responsif daripada yang mereka tuntut. Mereka nontradisional dan lunak, tidak memerlukan perilaku yang matang, memungkinkan pengaturan diri yang besar, dan menghindari konfrontasi. (Baumrind, 1991) Orang tua yang permisif umumnya mengasuh dan berkomunikasi dengan anak-anak mereka , sering mengambil status teman lebih dari orang tua.

3) Pola asuh demokratis (*authoritative*)

Selama tahun 1960-an, psikolog perkembangan Diana Baumrind menggambarkan tiga jenis gaya pengasuhan yang berbeda berdasarkan peneliti dengan anak-anak usia prasekolah. Salah satu gaya pengasuhan utama yang diidentifikasi oleh Baumrind dikenal sebagai gaya pengasuhan yang otoritatif. Gaya pengasuhan ini kadang-kadang disebut sebagai "demokratis" dan melibatkan pendekatan anak-anak di mana orang tua memegang harapan tinggi untuk anak-anak mereka.

Orang tua yang berwibawa responsif terhadap anak-anak mereka dan mau mendengarkan pertanyaan. Ketika

anak-anak gagal memenuhi harapan, orang tua ini lebih mengasuh dan memaafkan daripada menghukum. Baumrind menyarankan agar orang tua ini memantau dan memberikan standar yang jelas untuk perilaku anak-anak mereka. Mereka asertif, tetapi tidak mengganggu dan membatasi. Metode disipliner mereka mendukung, bukan menghukum. Orang tua ingin anak-anak mereka bersikap asertif serta bertanggung jawab secara sosial, dan mengatur diri sendiri serta bersikap kooperatif. (Baumrind, 1991)

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pola asuh

Permatasari (2015) mengatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi orangtua dalam menerapkan pola asuh kepada anak, yaitu:

- 1) Jenis pola asuh orang tua yang diterima sebelumnya

Orangtua yang menerapkan pola asuh yang sama pada anaknya seperti yang mereka terima dari orangtua mereka sebelumnya tanpa melihat perkembangan zaman yang juga memiliki peran dalam pembentukan

perilaku anak akan menyebabkan penerapan pola asuh yang sama terhadap anak mereka.

2) Usia orang tua

Usia dapat menentukan tingkat kedewasaan orangtua berdasarkan pengalaman hidup yang telah dilaluinya. Akibat usia yang masih terlalu muda, anak cenderung mendapatkan pengawasan yang lebih longgar karena sifat toleransi orangtua .

3) Status sosial ekonomi orang tua

Terpenuhinya kebutuhan pokok sebuah keluarga dapat menentukan perilaku keluarga tersebut. Terdapat keterkaitan antara pola asuh orangtua dengan status sosial ekonomi keluarga. Suyami & Suryani (2009) mengatakan bahwa semakin rendah status sosial ekonomi keluarga, maka orangtua akan semakin depresi karena tertekan dalam tuntutan kebutuhan keluarga sehingga membuat orangtua menerapkan pola asuh yang keras dan memaksa (otoriter).

4) Dominasi orang tua

Ibu adalah seseorang yang mengandung dan melahirkan anak, tidak heran jika ibu memiliki ikatan yang sangat kuat dengan anaknya. Ikatan batin yang dimiliki ibu ini akan membentuk pola asuh yang lebih lembut dibandingkan pola asuh ayah (Khairani, 2011). Hal serupa juga dinyatakan dalam penelitian Teviana & Yusiana (2012) bahwa orangtua perempuan cenderung menerapkan pola asuh autoratif, sedangkan orangtua laki-laki cenderung menerapkan pola asuh otoriter.

5) Jenis Kelamin dan kondisi anak

Anak perempuan berbeda dengan anak laki-laki. Anak perempuan cenderung memiliki perasaan yang lebih lembut, karena memilih bermain boneka, sedangkan anak laki-laki lebih memilih bermain dengan berlarian. Terutama dalam hal bergaul. Anak perempuan lebih rentan untuk terjerumus kedalam pergaulan yang membahayakan masa depannya (Khairani, 2011).

d. Masalah Pola Asuh pada remaja disabilitas

Remaja dengan disabilitas menghadapi banyak ketidakadilan sosial yang memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan mereka. Menurut orang tua pada remaja dengan disabilitas merasa cemas atau tertekan kepada anak mereka, merasa takut jika anaknya bertindak dan berkelahi diluar rumah, merasa takut jika anaknya di intimidasi dan takut jika anak mereka berteman dengan sembarang orang (NSHCN, 2017). Orang tua yang memiliki anak dengan disabilitas menganggap bahwa anak mereka tidak perlu ikut berpartisipasi terhadap dunia diluar rumah. Meskipun anak dengan disabilitas beranjak remaja ataupun dewasa mereka tetap dianggap sebagai anak-anak di lingkungan mereka. Orang tua pada anak dengan disabilitas merasa bahwa selama kebutuhan anak mereka respon dengan baik dan tetap berada di rumah mereka akan tetap merasa aman (Grumstrup & Demchak, 2019).

Aspek penerimaan orang tua terhadap anak disabilitas yaitu orang tua menghargai dan mengakui hak-hak anak dalam pemenuhan kebutuhannya, menilai anak sebagai individu yang unik, mengenal kebutuhan-kebutuhan anak dan mencintai anak tanpa syarat. Sikap orang tua yang positif, biasanya membuat anak-anak lebih terbuka akan pengarahan dan lalu berkembang ke arah yang lebih positif pula. Sebaliknya, sikap orang tua yang menolak (langsung atau terselubung) biasanya menghasilkan individu disabilitas yang sulit untuk diarahkan, dididik dan dibina (Dolu *et al*, 2018).

5. Disabilitas

a. Definisi Disabilitas

Lebih dari satu miliar orang di dunia saat ini mengalami kecacatan. Orang-orang ini umumnya memiliki kesehatan yang lebih buruk, prestasi pendidikan yang lebih rendah, peluang ekonomi yang lebih sedikit dan tingkat kemiskinan yang lebih tinggi. Sebagian besar disebabkan oleh hambatan yang mereka hadapi dalam kehidupan sehari-hari mereka.,.

Kecacatan bukan hanya masalah kesehatan masyarakat, tetapi juga masalah hak asasi manusia dan pembangunan. Upaya WHO untuk mendukung Negara-negara Anggota untuk menangani disabilitas dipandu oleh prinsip-prinsip dan pendekatan menyeluruh yang tercermin dalam rencana aksi disabilitas global WHO 2014-2021 (WHO, 2013)

Menurut Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 Tentang Pengesahan Hak-Hak Penyandang Disabilitas, penyandang disabilitas yaitu orang yang memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dan sikap masyarakatnya dapat menemui hambatan yang menyulitkan untuk berpartisipasi penuh dan efektif berdasarkan kesamaan hak.

Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat dalam pokok-pokok konvensi point 1 (pertama) pembukaan memberikan pemahaman, yakni; Setiap orang yang mempunyai kelainan fisik dan/atau mental, yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan dan hambatan baginya untuk melakukan secara selayaknya, yang terdiri dari,

penyangang cacat fisik; penyangang cacat mental; penyangang cacat fisik dan mental.

Disabilitas atau kecacatan adalah gangguan fisik atau mental yang secara substansial membatasi satu atau lebih aktivitas kehidupan utama. Terdapat beberapa jenis orang dengan kebutuhan khusus/disabilitas. Setiap penyangang disabilitas memiliki defenisi masing-masing yang mana semua memerlukan bantuan untuk tumbuh dan berkembang secara baik. Jenis-jenis penyangang disabilitas terdiri dari disabilitas mental, disabilitas fisik dan tunaganda (Armour *et al*, 2013). Orang dengan disabilitas memiliki hambatan dalam melakukan promosi kesehatan dan program pencegahan penyakit. Studi menemukan bahwa kesehatan pada orang dengan disabilitas fisik lebih buruk dibandingkan orang dengan disabilitas kognitif (Reichard, 2011).

b. Jenis-jenis disabilitas

Terdapat beberapa jenis orang dengan kebutuhan khusus/disabilitas. Ini berarti bahwa setiap penyangang

disabilitas memiliki defenisi masing-masing, Jenis-jenis penyandang disabilitas yaitu :

1) Disabilitas Mental.

Orang dengan disabilitas mental didefenisikan sebagai berkurangnya kemampuan secara signifikan dalam memahami informasi baru atau memiliki keterlambatan dalam belajar. Disabilitas intelektual menyebabkan seseorang memiliki kemampuan yang kurang dalam mengatasi kehidupan (gangguan fungsi sosial) dan kurang mandiri secara pribadi (Boddy *et al*, 2015). Disabilitas mental ini terdiri dari :

- a) Mental Tinggi. Sering dikenal dengan orang berbakat intelektual, di mana selain memiliki kemampuan intelektual di atas rata-rata dia juga memiliki kreativitas dan tanggungjawab terhadap tugas.
- b) Mental Rendah. Kemampuan mental rendah atau kapasitas intelektual/*IQ (Intelligence Quotient)* di bawah rata-rata dapat dibagi menjadi 2 kelompok yaitu anak lamban belajar (*slow learners*) yaitu anak yang memiliki *IQ (Intelligence Quotient)* antara 70-90. Sedangkan anak

yang memiliki *IQ (Intelligence Quotient)* di bawah 70 dikenal dengan anak berkebutuhan khusus.

- c) Berkesulitan Belajar Spesifik. Berkesulitan belajar berkaitan dengan prestasi belajar (*achievement*) yang diperoleh .

Penelitian mengungkapkan bahwa kelebihan berat badan pada orang dengan disabilitas mental memiliki prevalensi lebih tinggi daripada jenis disabilitas yang lain. Orang dengan disabilitas mental memiliki kemampuan yang kurang dalam hal kognitif, sosialisasi yang kurang terhadap kehidupan sosial dan kurang dalam pengendalian diri (Zaragoza *et al*, 2016).

2) Disabilitas fisik

- a) Kelainan Tubuh (Tuna Daksa). Tunadaksa adalah individu yang memiliki gangguan gerak yang disebabkan oleh kelainan neuro-muskular dan struktur tulang yang bersifat bawaan, sakit atau akibat kecelakaan (kehilangan organ tubuh), polio dan lumpuh.
- b) Kelainan Indera Penglihatan (Tuna Netra). Tunanetra adalah individu yang memiliki hambatan dalam

penglihatan. Tunanetra dapat diklasifikasikan kedalam dua golongan yaitu: buta total (*blind*) dan *low vision*.

- c) Kelainan Pendengaran (Tunarungu). Tunarungu adalah individu yang memiliki hambatan dalam pendengaran baik permanen maupun tidak permanen. Karena memiliki hambatan dalam pendengaran individu tunarungu memiliki hambatan dalam berbicara sehingga mereka biasa disebut tunawicara.
- d) Kelainan Bicara (Tunawicara), adalah seseorang yang mengalami kesulitan dalam mengungkapkan pikiran melalui bahasa verbal, sehingga sulit bahkan tidak dapat dimengerti oleh orang lain. Kelainan bicara ini dapat dimengerti oleh orang lain. Kelainan bicara ini dapat bersifat fungsional di mana kemungkinan disebabkan karena ketunarunguan, dan organik yang memang disebabkan adanya ketidaksempurnaan organ bicara maupun adanya gangguan pada organ motorik yang berkaitan dengan bicara.

3) Tunaganda

Tunaganda (disabilitas ganda) adalah penderita cacat lebih dari satu kecacatan (yaitu cacat fisik dan mental).

Orang dengan disabilitas memiliki diskriminasi dalam kehidupan sosial, keterbatasan terhadap hal-hal yang bisa dilakukan oleh penyandang disabilitas menjadi penyebab utama diskriminasi tersebut. Diskriminasi yang dialami oleh penyandang disabilitas membuat kepercayaan dirinya menurun. Kejadian kelebihan berat badan menambah masalah pada orang dengan disabilitas. Orang dengan disabilitas yang juga mengalami kelebihan berat badan memiliki tingkat kepercayaan diri yang kurang 2 kali lipat dari sebelumnya (Cook *et al.* 2014).

Penyandang disabilitas dan keluarga memiliki hak untuk mendapatkan standar kehidupan yang memadai dan juga berhak untuk mendapatkan pelayanan dukungan yang disubsidi atau gratis dan akses pada bantuan kelompok. Perlindungan sosial untuk anak penyandang disabilitas dan keluarga mereka sangatlah penting karena keluarga ini seringkali menghadapi biaya hidup yang lebih tinggi dan kehilangan kesempatan untuk mendapatkan pemasukan.

Perkiraan biaya tambahan untuk disabilitas yang ditanggung keluarga berkisar antara 9 persen dari pemasukan di Vietnam sampai 11-69 persen di Inggris. Di samping biaya medis, rehabilitasi dan biaya langsung lainnya, orang tua dan anggota keluarga seringkali harus berhenti bekerja atau mengurangi jam kerjanya untuk merawat anak penyandang disabilitas (UNICEF, 2013)

B. Kerangka Teori

Pada dasarnya semua manusia mempunyai kebutuhan untuk melakukan perawatan diri dan mempunyai hak untuk melakukan perawatan diri secara mandiri, kecuali bila orang itu tidak mampu. Self care menurut Orem (2001) adalah kegiatan memenuhi kebutuhan dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit yang dilakukan oleh individu itu sendiri.

Teori defisit perawatan diri (*Deficit Self Care*) Orem dibentuk menjadi 3 teori yang saling berhubungan :

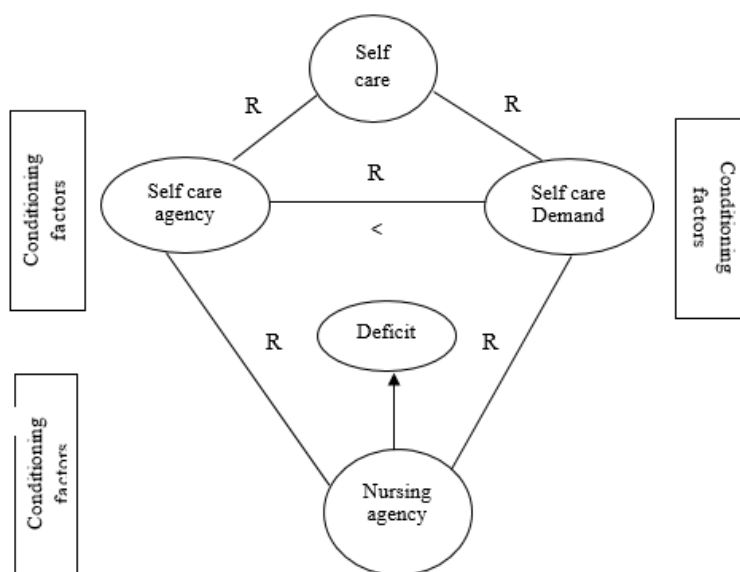
1. Teori perawatan diri (*self care theory*) : menggambarkan dan menjelaskan tujuan dan cara individu melakukan perawatan dirinya.
2. Teori defisit perawatan diri (*deficit self care theory*) : menggambarkan dan menjelaskan keadaan individu yang membutuhkan bantuan dalam melakukan perawatan diri, salah satunya adalah dari tenaga keperawatan.
3. Teori sistem keperawatan (*nursing system theory*) : menggambarkan dan menjelaskan hubungan interpersonal yang harus dilakukan dan dipertahankan oleh seorang perawat agar dapat melakukan sesuatu secara produktif.

Menurut Orem *Self care* adalah kebutuhan setiap orang, baik itu pria, wanita, anak, remaja maupun lansia, sehat ataupun sakit. *Self care* dipandang sebagai suatu fungsi dan kemampuan yang dapat dilakukan oleh setiap individu. Ketika *Self care* tidak dapat dipertahankan maka akan menimbulkan kerentanan terhadap penyakit. Perawatan diri memerlukan regulasi yang struktural, fungsional dan memerlukan pengembangan. Menurut Orem ada berbagai faktor yang

mendasari *self care* yaitu Usia, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, sistem perawatan kesehatan, orientasi sosiokultural, sistem keluarga, pola hidup, lingkungan dan sumber yang tersedia (Rajani, 2013).

Setiap orang memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri, tetapi ketika seseorang tersebut mengalami ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri, disebut sebagai *Self Care Deficit*. Defisit perawatan diri menjelaskan hubungan antara kemampuan seseorang dalam bertindak/beraktivitas dengan tuntutan kebutuhan tentang perawatan diri, sehingga ketika tuntutan lebih besar dari kemampuan, maka seseorang akan mengalami penurunan/defisit perawatan diri. Orem memiliki metode untuk proses penyelesaian masalah tersebut, yaitu bertindak atau berbuat sesuatu untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, sebagai pendidik, memberikan support fisik, memberikan support psikologis dan meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta

mengajarkan atau mendidik orang lain. Kerangka konseptual orem digambarkan sebagai berikut.



Kerangka konseptual keperawatan. (R=Hubungan ; < Hubungan Deficit (Orem D.E (2001). Nursing : Concept of practice (6th ed., p. 491). St. Louis : Mosbi)

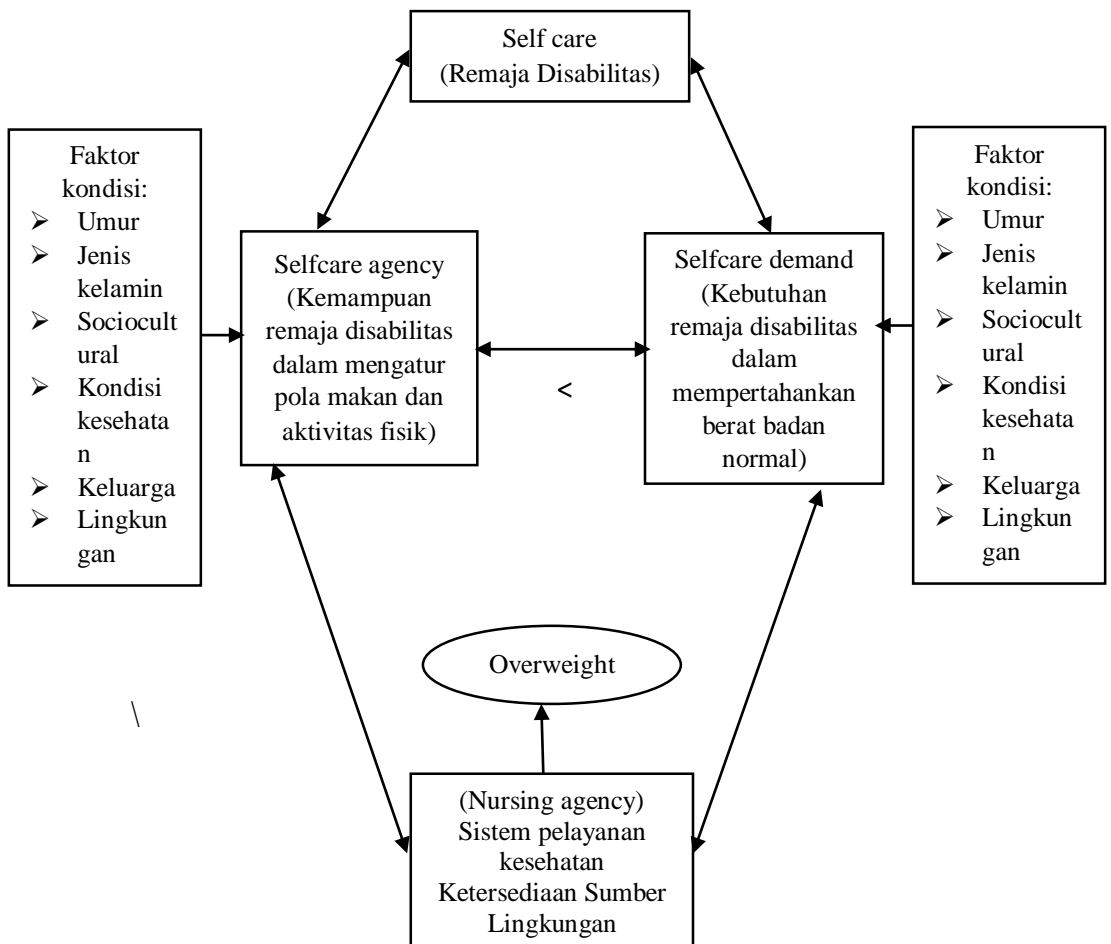
Berdasarkan kerangka konseptual Orem diatas perawatan diri adalah kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri. Perawatan diri dapat mengalami gangguan atau hambatan apabila seseorang jatuh pada kondisi sakit, kondisi yang melelahkan (stres fisik dan psikologik) atau mengalami kecacatan. Defisit perawatan diri terjadi bila agen keperawatan atau orang yang memberikan perawatan diri baik pada diri sendiri atau orang lain tidak dapat memenuhi kebutuhan

perawatan dirinya. Seorang perawat dalam melakukan kegiatan ini harus mempunyai pengetahuan tentang asuhan keperawatan sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat bagi klien.

Disabilitas atau keterbatasan diri adalah istilah yang meliputi gangguan, keterbatasan aktifitas dan pembatasan partisipasi, dapat bersifat fisik, kognitif, mental sensorik, emosional, perkembangan atau beberapa kombinasi dari itu. Gangguan adalah sebuah masalah pada fungsi tubuh atau strukturnya. Suatu pembatasan kegiatan adalah kesulitan yang dihadapi oleh individu dalam melaksanakan tugas atau tindakan, sedangkan pembatasan partisipasi merupakan masalah yang dialami oleh Individu dalam keterlibatan dalam situasi kehidupan. Jadi disabilitas adalah sebuah fenomena kompleks yang mencerminkan interaksi antara ciri dari tubuh seseorang dan ciri dari masyarakat tempat dia tinggal. Dengan berbagai defenisi mengenai disabilitas tergambar bahwa orang dengan disabilitas sangat rentan terhadap self care yang kurang. Penggunaan teori Orem akan membantu dalam

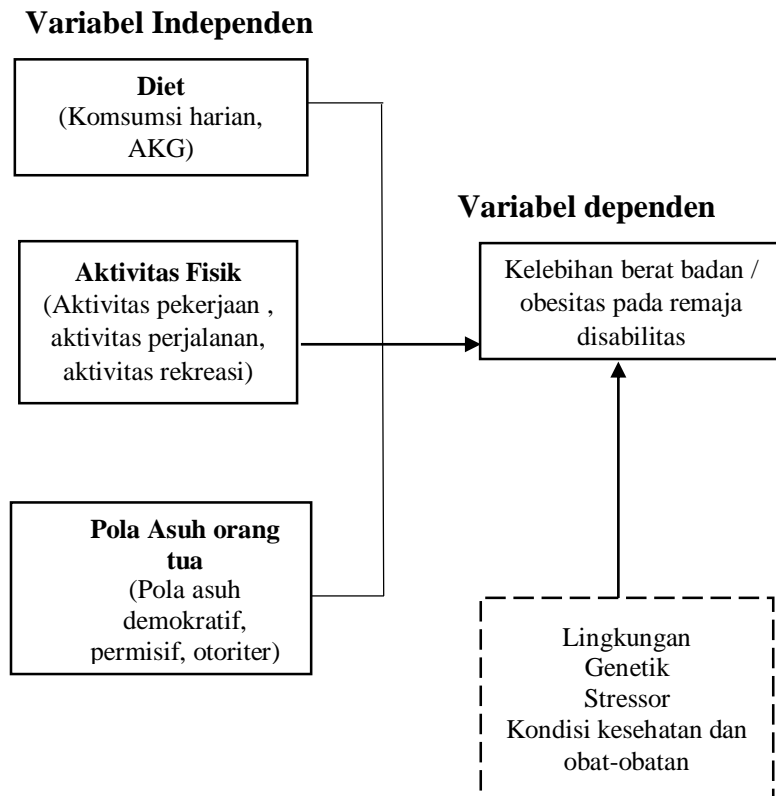
mengidentifikasi faktor-faktor yang memicu kejadian obesitas pada remaja disabilitas

Gambaran Kerangka Teori :



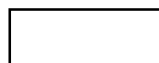
Gambar 2. 1 Kerangka teori selfcare deficit pada remaja dengan disabilitas (Orem, 2001)

C. Kerangka Konsep

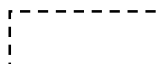


Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Keterangan



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

D. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep penelitian maka dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut :

1. Asupan makanan berlebih pada remaja dengan disabilitas menyebabkan *overweight*.
2. Aktivitas fisik yang kurang pada remaja dengan disabilitas menyebabkan *overweight*.
3. Polah asuh orang tua permisif terhadap remaja dengan disabilitas menyebabkan *overweight*.