

## **POSITIVE DEVIANCE GIZI PADA KELUARGA MISKIN DI DESA BARU, SAROLANGUN JAMBI**

**Merita<sup>1</sup>, Hesty<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Gizi, <sup>2</sup>Program Studi Keperawatan, Stikes Baiturrahim Jambi,  
Jln. Prof. M. Yamin, SH. Kode Pos 36135

Email: [merita\\_meri@yahoo.com](mailto:merita_meri@yahoo.com), [swesth@yahoo.com](mailto:swesth@yahoo.com)

Submission: 12-05-2017, Reviewed: 11-09-2017, Accepted: 16-01-2018

<https://doi.org/10.22216/jit.2019.v13i1.1186>

### **Abstract**

*Although poverty in the community, some poor families have well-nourished children. This is due to the positive deviance adopted by the family. The purpose of this study was to analyze the positive deviance of nutrition among poor families in Village's Baru, Sarolangun, Jambi. This study used a cross-sectional study design. This research was conducted in April until August, 2016. The sampling technique in this research is total sampling. The samples is all mothers who have children under five (24-60 months) from poor families in Village's Baru, Sarolangun Jambi as many as 86 mothers. Determination of nutritional status using indicators of Weight for Age, which refers to the standard Kemenkes RI. The data of positive deviance, family and characteristics, taken using a questionnaire tools. The data collected was analyzed by univariate. Univariate analysis showed that the positive deviance of infant feeding practice habits (91,9%), toddler's care (86,0%), toddler's hygiene (69,8%), utilization of health services (89,5%) categorized was good.*

**JEL Classification : P36, P46, P49**

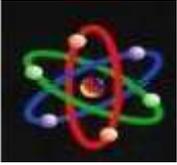
**Keywords:** Nutrition, Poor Families, Positive Deviance

### **Abstrak**

*Meskipun kemiskinan di masyarakat, beberapa keluarga miskin memiliki anak bergizi baik. Hal ini dikarenakan adanya positive deviance yang diterapkan oleh keluarga. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis positive deviance gizi pada keluarga miskin di Desa Baru, Sarolangun Jambi. Penelitian ini menggunakan desain cross sectional study. Penelitian ini telah dilaksanakan pada April sampai Agustus 2016. Teknik penelitian adalah total sampling. Sampel penelitian adalah semua ibu yang memiliki balita (24-60 bulan) berasal dari keluarga miskin di Desa Baru, Kabupaten Sarolangun, Jambi sebanyak 86 ibu. Pengukuran status gizi menggunakan indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U) berdasarkan indikator Kemenkes RI. Data positive deviance gizi, karakteristik keluarga menggunakan instrumen kuesioner. Data yang telah terkumpul dilakukan analisis secara univariat. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa positive deviance gizi kebiasaan pemberian makan (91,9%), pengasuhan balita (86,0%), kebersihan balita (69,8%), pemanfaatan fasilitas kesehatan (89,5%) tergolong baik.*

**JEL Classification : P36, P46, P49**

**Kata Kunci:** Gizi, Keluarga Miskin, Positive Deviance



## PENDAHULUAN

Balita merupakan golongan yang rawan terkena masalah gizi. Oleh karena itu, usia balita lebih dikenal sebagai *golden age* karena masa ini sangat menentukan pertumbuhan dan perkembangan anak selanjutnya. Pada tahun 2013, data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) secara nasional menunjukkan bahwa prevalensi gizi buruk-kurang pada anak balita sebesar 19,6%, yang berarti masalah gizi buruk-kurang di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang mendekati prevalensi tinggi. Peningkatan tersebut juga diikuti oleh Provinsi Jambi yang menempati urutan ke-19 memiliki prevalensi gizi buruk-kurang di atas angka prevalensi nasional yaitu berkisar antara 21,2% - 33,1% (Kemenkes RI, 2013).

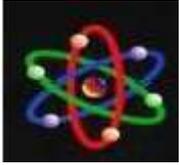
Gizi kurang biasa diasumsikan hanya disebabkan kemiskinan, akan tetapi data dari penelitian di berbagai negara menyatakan kecuali pada kondisi kelaparan, pangan bukanlah satu-satunya penyebab (World Bank, 2006), dapat dipengaruhi faktor lain seperti pengetahuan ibu (Rayhan dan Khan, 2006), pola asuh anak (Lutter *et al.*, 2012), akses layanan kesehatan (Mosquera *et al.*, 2012), air dan sanitasi (Mashal *et al.*, 2008). Hal ini akan menjadi lebih buruk dengan rendahnya pengetahuan gizi dan minimnya usaha dalam menerapkan pengetahuan tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Khomsan 2014).

Kejadian yang menarik ditemukan di daerah pemukiman kumuh-miskin, terdapat balita dengan status gizi baik

(Jahari *et al.*, 2000; Pirooska, 2010). Hal tersebut merupakan bentuk penyimpangan positif (*positivedeviance*) yang berhasil diterapkan oleh ibu balita dalam perawatan dan pengasuhan anak. Orang tua selain berperan sebagai pengasuh dan pendidik anak dalam keluarga juga berperan penting dalam mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak karena orang tua yang lebih mengenal anaknya.

Para peneliti mengamati bahwa meskipun kemiskinan di masyarakat, beberapa keluarga miskin memiliki anak bergizi baik. *PD* adalah suatu pendekatan pengembangan yang berbasis masyarakat (Pascale *et al.*, 2010; The Positive Deviance Initiative (2010). Berdasarkan keyakinan bahwa pemecahan masalah yang dihadapi masyarakat pada prinsipnya telah ada dalam masyarakat itu sendiri (Leavy, 2011). Core (2003) menyatakan bahwa kebiasaan keluarga yang menguntungkan sebagai inti *PD* dibagi menjadi empat bagian utama yaitu pemberian makan anak, pola pengasuhan, kebersihan, dan mendapatkan pelayanan kesehatan.

Studi dari berbagai negara menyimpulkan bahwa *PD* signifikan berhubungan dengan pertumbuhan anak (Sripaipan *et al.*, 2002), pemberian ASI eksklusif (Dearden *et al.* 2002), status gizi anak (Pryer *et al.*, 2004), penurunan mortalitas bayi (Mackintosh *et al.*, 2002 ; Bolles *et al.*, 2012), dan pola pengasuhan makan anak (Parvanta *et al.*, 2007). Di Indonesia, studi *PD* telah dilakukan di beberapa wilayah keluarga miskin. Hasil beberapa studi menunjukkan bahwa *PD* signifikan berpengaruh terhadap status



gizi baduta di Kabupaten Dairi, Sumatera Utara (Turnip *et al.* 2014).

Berdasarkan *survey* awal diketahui bahwa di Desa Baru terdapat keluarga miskin yang mempunyai lingkungan rentan gizi atau daerah dengan lingkungan yang dapat mengakibatkan terjadinya gizi buruk dalam keluarga, maupun masyarakat atau lingkungan yang tidak mendukung terciptanya gizi baik. Akan tetapi, pada kenyataannya sebagian besar anak balita di Desa tersebut mempunyai gambaran status gizi yang relatif baik. Oleh karena itu, tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan *Positive Deviance* Gizi dengan Status Gizi Balita pada Keluarga Miskin di Desa Baru, Jambi.

#### METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional study*. Penelitian ini dilakukan pada April s/d Agustus 2016. Penentuan lokasi penelitian dilakukan secara *purposive* dengan pertimbangan tinggi nya jumlah keluarga miskin dan status gizi baik pada balita dibandingkan dengan desa lainnya.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling*. Jumlah sampel adalah seluruh ibu yang memiliki anak balita (24-60 bulan) dari keluarga miskin di Desa Baru, Kecamatan Sarolangun Jambi yaitu sebanyak 86 orang ibu.

Pengambilan data status gizi balita menggunakan alat bantu pengukur panjang badan (pita ukur dan *microtoise*) dan pengukur berat badan (timbangan injak). Penetapan status gizi balita menggunakan indikator BB/U yang mengacu kepada standar Kemenkes RI

2010. Data karakteristik keluarga dan *positive deviance* gizi diambil menggunakan alat bantu kuesioner. Data yang dikumpulkan dianalisis secara univariat.

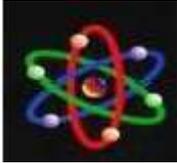
#### HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini meliputi gambaran karakteristik keluarga dan *positive deviance* gizi pada keluarga miskin.

Karakteristik keluarga pada penelitian ini meliputi umur ibu, pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ibu, pekerjaan ayah, besarkeluarga, pendapatan keluarga dan status gizi balita. Karakteristik keluarga dapat dilihat pada Tabel 1 di bawah ini.

Tabel 1. Karakteristik Keluarga

| Karakteristik Keluarga     | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|----------------------------|------------|----------------|
| <b>Umur Ibu</b>            |            |                |
| Dewasa Awal                | 72         | 83,7           |
| Dewasa Menengah            | 14         | 16,3           |
| <b>Pendidikan Ibu</b>      |            |                |
| Tidak Sekolah              | 1          | 1,2            |
| Lulus SD                   | 10         | 11,6           |
| Lulus SMP                  | 42         | 48,8           |
| Lulus SMA                  | 31         | 36,0           |
| Lulus PT                   | 2          | 2,3            |
| <b>Pekerjaan Ibu</b>       |            |                |
| IRT                        | 75         | 87,2           |
| Petani                     | 3          | 3,5            |
| PNS                        | 1          | 1,2            |
| Swasta                     | 7          | 8,1            |
| <b>Pekerjaan Ayah</b>      |            |                |
| Buruh                      | 4          | 4,7            |
| Honorer                    | 3          | 3,5            |
| Petani                     | 52         | 60,5           |
| PNS                        | 1          | 1,2            |
| Swasta                     | 26         | 30,2           |
| <b>Pendapatan Keluarga</b> |            |                |
| Rendah (Rp. <              | 84         | 97,7           |



|                                 |    |      |
|---------------------------------|----|------|
| 1.900.000,-)                    |    |      |
| Tinggi (Rp. $\geq$ 1.900.000,-) | 2  | 2,3  |
| <b>Besar Keluarga</b>           |    |      |
| Kecil ( $\leq$ 4 orang)         | 31 | 36,0 |
| Sedang (5-6 orang)              | 43 | 50,0 |
| Besar ( $\geq$ 7 orang)         | 12 | 14,0 |

Berdasarkan Tabel I di atas diketahui bahwa sebagian besar umur ibu tergolong dewasa awal (83,7%). Secara deskriptif diketahui bahwa rata-rata usia ibu adalah 33 tahun, dengan umur termuda 20 tahun dan umur tertua 51 tahun.

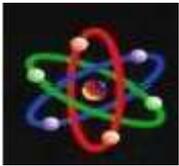
Pendidikan ibu sebagian besar adalah lulusan Sekolah Menengah Pertama (SMP) (48,8%), dan masih terdapat 1 (1,2%) ibu yang tidak sekolah. Pendidikan ibu merupakan modal utama dalam menunjang ekonomi keluarga, penyusunan makan keluarga, serta pengasuhan dan perawatan anak. Tingkat pendidikan orang tua sangat berpengaruh pada kehidupan di dalam keluarga, khususnya tingkat pendidikan ibu yang mempunyai pengaruh lebih besar (Hien, Sin 2008). Hal ini dikarenakan ibu mempunyai peran dan tanggung jawab lebih besar dalam praktik pengasuhan dan perawatan anak serta keluarga (Cesare, Sabates, Keith 2013; Monden, Smith 2013). Menurut Madanijah (2003), pendidikan ibu merupakan salah satu faktor penentu mortalitas bayi dan anak karena tingkat pendidikan ibu berpengaruh terhadap perawatan kesehatan, *hygiene*, dan kesadarannya terhadap kesehatan anak dan keluarga.

Sebagian besar ibu (87,2%) adalah Ibu Rumah Tangga (IRT). Sementara itu, terdapat ibu yang bekerja sebagai wiraswasta, petani, dan PNS. Menurut

Merita (2013) peranan IRT dalam usaha perbaikan gizi keluarga sangatlah penting. Peran ibu di dalam keluarga di antaranya sebagai pengasuh anak dan pengatur konsumsi pangan anggota keluarga. Sehingga, ibu yang sebagai IRT akan memiliki waktu lebih banyak dalam pengasuhan dan pengaturan makan keluarga.

Tabel 1 di atas juga menunjukkan karakteristik pekerjaan ayah balita. Sebagian besar ayah balita adalah petani (60,5%). Studi Basit *et al.* (2012) menunjukkan bahwa karakteristik sosio-demografi yang digunakan sebagai penentu status gizi anak di India adalah status sosial ekonomi keluarga dan pekerjaan orang tua. Hasil menunjukkan bahwa jenis pekerjaan ayah signifikan berhubungan dengan status gizi anak dimana seorang anak yang memiliki seorang ayah dengan pekerjaan buruh atau menganggur beresiko tiga kali lebih besar mengalami kekurangan gizi.

Faktor pendapatan merupakan faktor kedua yang juga dominan dalam menentukan gaya hidup keluarga maupun masyarakat suatu wilayah. Sementara itu, tingkat pendapatan tidak terlepas dari jenis pekerjaan yang dimiliki oleh anggota keluarga tersebut. Pendapatan keluarga dalam penelitian ini mencakup pendapatan ayah, ibu, anak, dan anggota keluarga lainnya yang tinggal dalam satu KK. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pendapatan keluarga tergolong rendah (97,7%). Rata-rata pendapatan keluarga yaitu Rp. 1.165.759,-/bulan. Hal ini menunjukkan bahwa pendapatan keluarga tergolong rendah atau di bawah batas UMR Provinsi Jambi (Rp.



1.900.000,-).

Pendapatan adalah salah satu unsur yang dapat mempengaruhi status gizi. Hasil studi Reyes *et al.* (2004), menunjukkan bahwa kurangnya pendapatan rumah tangga akan membatasi kemampuan orangtua untuk mengasuh anak dengan baik. Hal ini dapat diperparah oleh banyaknya anak dalam keluarga.

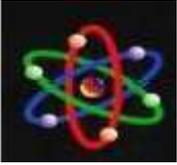
Besar keluarga balita dari keluarga miskin di Desa Baru tergolong sedang (50,0%) dengan jumlah keluarga sebanyak 5 – 6 orang. Studi oleh Ajao *et al.* (2010) di Nigeria menunjukkan bahwa rumah tangga dengan ukuran keluarga besar, kerawanan pangan dan praktik perawatan anak yang kurang memungkinkan untuk memiliki anak yang kekurangan gizi. Anak-anak yang tumbuh di dalam keluarga miskin akan rawan dengan terjadinya kurang gizi diantara anggota keluarga terutama bagi anak yang paling kecil. Hal ini dapat terjadi karena biasanya dipengaruhi oleh besarnya anggota keluarga. Apabila anggota keluarga bertambah maka pangan untuk setiap anak akan berkurang

Adapun perilaku dan kebiasaan yang mereka lakukan meliputi pemberian makan, pengasuhan, kebersihan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pendekatan PD merupakan solusi memecahkan suatu masalah kesehatan khususnya dalam penelitian ini adalah kekurangan gizi balita. Gambaran *Positive Deviance* gizi dapat dilihat pada Tabel 2 sebagai berikut.

Tabel 2. Gambaran *Positive Deviance* gizi pada Keluarga Miskin

| <b>Indikator <i>Positive Deviance</i> Gizi</b> | <b>Jumlah (n)</b> | <b>Persentase (%)</b> |
|--|-------------------|-----------------------|
| <b>PD Kebiasaan Pemberian Makan</b>            |                   |                       |
| Kurang Baik                                    | 7                 | 8,1                   |
| Baik   | 79                | 91,9                  |
| <b>PD Kebiasaan Pengasuhan Balita</b>          |                   |                       |
| Kurang Baik                                    | 12                | 14,0                  |
| Baik   | 74                | 86,0                  |
| <b>PD Kebiasaan Kebersihan Balita</b>          |                   |                       |
| Kurang Baik                                    | 26                | 30,2                  |
| Baik   | 60                | 69,8                  |
| <b>PD Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan</b>      |                   |                       |
| Kurang Baik                                    | 9                 | 10,5                  |
| Baik   | 77                | 89,5                  |

Berdasarkan Tabel 2 di atas diketahui bahwa PD kebiasaan pemberian makan balita tergolong baik (91,9%). Hal ini ditunjukkan dengan sebanyak 85 (98,8%) ibu selalu mencuci tangan ketika hendak menyuapi anak makan dan membiasakan balita sejak dini mengkonsumsi buah-buahan lokal. Selain itu, PD yang baik ini dikarenakan Ibu selalu ada waktu atau selalu mendampingi ketika anak makan karena sebagian besar ibu adalah Ibu Rumah Tangga (IRT) yaitu sebesar 87,2%. Ibu sudah mengetahui tentang menu makanan yang sesuai dengan Pedoman Gizi Seimbang (PGS) dan ibu dapat menciptakan suasana yang menyenangkan pada saat anak makan. Bila anak tidak mau makan, ibu dapat membujuk agar anak mau menghabiskan makanannya. Pengetahuan ibu tentang kebersihan dalam menyiapkan makanan baik hal ini dapat dilihat dari ibu yang



selalu mencuci tangan sebelum mengolah atau memasak bahan makanan dan selalu mencuci alat makan sebelum dipakai.

Menurut penelitian Ogunba (2006) terdapat hubungan signifikan positif antara praktik pemberian makan anak dengan status gizi anak di Nigeria. Demikian pula studi di Ghana yang menyimpulkan bahwa PD kebiasaan pemberian makan yang baik pada balita merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi baik pada balita di Ghana (Saaka *et al.* 2015; Amugsi, Mittelmark *et al.*, 2014).

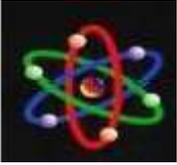
Peran orang tua ditunjukkan dalam perilaku pemberian makan. Perilaku merupakan sesuatu yang dapat dibentuk, diperoleh dan dipelajari melalui proses belajar dengan cara pembiasaan, pemberian pengertian, serta sebagai model. Menurut Notoatmodjo (2003), perilaku yang terkait dengan kesehatan disebut perilaku kesehatan yaitu suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek, berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan/minuman dan lingkungan yang diklasifikasikan sebagai berikut adalah : 1) Perilaku pemeliharaan kesehatan, 2) perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, 3) perilaku kesehatan lingkungan. Perilaku pemberian makan adalah seperangkat interaksi yang kompleks antara pengasuh/orang tua dan anak balita, yang melibatkan proses pemilihan, konsumsi dan regulasi makanan (Burn, 2004). Perilaku pemberian makan orang tua dapat diartikan juga sebagai aktifitas orang tua untuk memenuhi diet, kesehatan dan keamanan, membantu mengembangkan

dan mempertahankan perilaku makan yang baik, dan mempromosikan lingkungan makan yang menyenangkan

Penyediaan makanan bagi keluarga merupakan tugas seorang ibu yang harus sanggup menyediakan hidangan yang cukup dan terlebih khusus pada anaknya (Sediaoetama, 2008). Pada penelitian ini peneliti menemukan bahwa keluarga miskin dengan status balita gizi baik, dalam perilaku pemberian makan pada anak memanfaatkan ikan hasil tangkapan keluarga sebagai protein hewani untuk dikonsumsi selain tempe dan tahu, serta konsumsi sayur yang memberikan banyak manfaat bagi gizi balita.

Oleh karena itu, menurut peneliti disarankan kepada para ibu agar tetap mempertahankan penerapan pola pemberian makan yang baik kepada anak dan memperhatikan asupan gizi anak, baik asupan energi maupun protein, dibantu dengan peningkatan kesadaran ibu melalui penyuluhan kesehatan dan gizi.

Pada hasil PD kebiasaan pengasuhan balita pada keluarga miskin tergolong baik (86,0%). Hal ini ditunjukkan dari item pertanyaan pada kuesioner dimana ibu selalu menemani anak ketika sedang sakit 77 (89,5%) dan ibu selalu menyiapkan makanan untuk anak (88,4%). Menurut Nursalam (2005) kebutuhan dasar anak terbagi 3 yaitu Asuh, Asah, dan Asih. Menurut Yusniyah (2008), pola asuh adalah mendidik, membimbing dan memelihara anak, mengurus makanan, minuman, pakaian, kebersihannya. Menurut Lubis (2008) ibu sebagai tokoh sentral dan sangat penting untuk melaksanakan kehidupan khususnya pada balita. Anak masih



membutuhkan bimbingan seorang ibu dalam memilih makanan agar pertumbuhan tidak terganggu. Bentuk perhatian/dukungan ibu terhadap anak meliputi perhatian ketika anak makan dan sikap orangtua dalam memberi makan.

Menurut penelitian Rapar *et al.* (2014), yang menyimpulkan ada hubungan antara pola asuh ibu dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Ranotana Weru Kecamatan Wanea Kota Manado. Yulia dkk (2010) juga menemukan bahwa pola asuh makan berhubungan positif dan signifikan dengan status gizi anak balita berdasarkan indeks BB/U. Kondisi ini bermakna semakin baik skor pola asuh makan maka akan semakin baik pula status gizi anak balita.

Penelitian Setijowati (2012) mendapatkan hasil bahwa responden yang memiliki pola asuh makan yang lebih baik terdapat pada ibu yang tidak bekerja (61,8%). Ibu yang bekerja di luar rumah memiliki waktu lebih terbatas untuk melaksanakan pekerjaan rumah tangga sehingga mempengaruhi pola pengasuhan makan dan kesehatan anak. Demikian pula hasil penelitian Anas (2013) menemukan bahwa ada pengaruh pola asuh makan terhadap status gizi anak balita usia 0-59 bulan. Balita yang pola asuhnya tidak baik memiliki kemungkinan 27 kali lebih besar mengalami status gizi kurang dibanding balita yang pola asuh makannya baik.

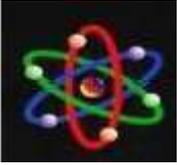
Menurut peneliti, ibu balita diharapkan mampu menerapkan pola asuh makan yang baik sehingga anak balita memiliki asupan makan yang baik dan pada akhirnya akan memiliki status gizi yang baik.

Hasil penelitian ini ditemukan bahwa sebagian besar PD kebiasaan kebersihan balita pada keluarga miskin tergolong baik (69,8%). Hal ini ditunjukkan dari perilaku ibu yang selalu membersihkan ruangan rumah setiap kali kelihatan kotor (79,1%) dan dan ibu selalu membersihkan piring balita setiap kali kelihatan kotor.

Semua ibu balita ada upaya untuk membiasakan diri mencuci tangan dengan sabun setiap saat sebelum atau sesudah memberi makan dengan menggunakan tangan. Cara pengolahan makan umumnya sayuran dicuci terlebih dahulu dan menyimpan hasil masakan yang sudah matang pada tempat yang tertutup, misalkan di bupet atau ditutup dengan tudung saji. Kebersihan kuku anak selalu terjaga, ibu rutin memotong kuku setiap satu minggu sekali dan anak terbiasa mandi minimal dua kali dalam satu hari. Kebersihan anak balita dan lingkungan sekitarnya berhubungan signifikan dengan status gizi dan penyakit (Frost *et al.*, 2005).

Soetjningsih (2012) mengemukakan bahwa pada saat mempersiapkan makanan, kebersihan makanan dan peralatan yang dipakai harus mendapatkan perhatian khusus. Makanan yang kurang bersih dan sudah tercemar dapat menyebabkan diare atau cacingan pada anak. Hasil ini sejalan dengan dengan studi Frost *et al.*, (2005) yang menunjukkan bahwa kebersihan anak balita dan lingkungan sekitarnya berhubungan signifikan dengan status gizi.

Berdasarkan analisis univariat ditemukan bahwa sebagian besar PD kebiasaan pemanfaatan pelayanan



kesehatan pada keluarga miskin tergolong baik (89,5%). Hal ini ditunjukkan dari perilaku ibu yang selalu membawa anak berobat ke Puskesmas/Rumah Sakit ketika anak sakit (83,7%). Hal ini didukung dengan keberadaan Bidan Desa dan kader posyandu yang aktif dan bertanggung jawab terhadap kesehatan balita. Kebiasaan pengobatan ketika anak sakit cenderung tidak menunda, ibu langsung membawa anaknya ke bidan terdekat atau ke puskesmas, namun ada beberapa ibu yang masih membeli obat di warung untuk sementara namun bila keesokan harinya tidak ada perbaikan maka anak langsung di bawa ke puskesmas.

Berdasarkan PD pemanfaatan pelayanan kesehatan, diketahui bahwa dari 77 ibu dengan PD yang baik sebagian besar status gizi balita baik yaitu sebanyak 73 (94,8%) balita. Hasil analisis *chi-square* menunjukkan bahwa PD pemanfaatan pelayanan kesehatan signifikan berhubungan dengan status gizi balita pada keluarga miskin ( $p$ -value=0,003). Hasil ini sejalan dengan studi Dewi (2010) yang menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan pola pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi balita.

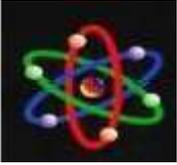
Perbedaan yang sangat nyata bahwa perilaku ibu balita yang memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih banyak balita dengan status gizi baik dibandingkan dengan balita yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan ( $p < 0,001$ ) (Hidayat & Jahari 2012). Begitupula ibu balita yang memanfaatkan pelayanan kesehatan berbeda sangat nyata terhadap rendahnya kejadian penyakit (morbiditas) balita dibandingkan dengan ibu balita

balita yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan ( $p < 0,001$ ).

Sementara itu, aspek organisasi dan kemasyarakatan yang mendukung kesehatan dan status gizi baik pada balita yaitu adanya institusi non pemerintah yang sangat berperan dalam hal kesehatan dan masalah gizi balita adalah Posyandu, dimana menurut penilaian masyarakat Posyandu merupakan lembaga yang kedua setelah Puskesmas yang sering membantu dan berperan dalam masalah ke sehatan.

Posyandu merupakan salah satu bentuk dari pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama. Pelayanan kesehatan dasar di posyandu adalah pelayanan kesehatan yang mencakup sekurang-kurangnya 5 (lima) kegiatan yaitu Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), imunisasi, gizi, dan penanggulangan diare (Kemenkes RI, 2011).

Salah satu aspek untuk menilai masalah kesehatan masyarakat dapat digunakan status gizi balita sebagai tolok ukur cerminan keadaan gizi masyarakat luas. Kinerja pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor penting dalam upaya peningkatkan kualitas kesehatan penduduk. Masih rendahnya kinerja pelayanan kesehatan dapat diketahui jika masyarakat masih ada yang melahirkan di rumah dukun dengan pertolongan dukun. Hasil kajian dari data riskesdas diperoleh informasi bahwa hanya sekitar 38 % masyarakat yang memanfaatkan posyandu. Kelancaran dan kesinambungan kegiatan posyandu tergantung kepada konsistensi pembinaan TPG puskesmas dan keterlibatan secara sungguh sungguh bidan di desa. Fungsi



bidan desa diharapkan menjadi motivator atau penggerak agar masyarakat sadar gizi dan berperilaku sehat dapat berhasil dengan melakukan pendekatan kemitraan dalam menggalang kerjasama dengan PKK dan kader desa merupakan kunci sukses pelayanan gizi dan kesehatan di posyandu.

### SIMPULAN

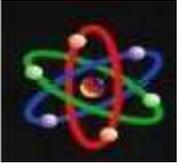
Sebagian besar ibu memiliki PD yang tergolong baik pada indikator kebiasaan pemberian makan balita (91,9%), kebiasaan pengasuhan balita (86,0%), kebersihan balita (69,8%), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (89,5%). Terdapat hubungan signifikan antara PD gizi ibu dengan status gizi balita ( $p < 0,05$ ). Sehingga, diperlukan upaya dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sarolangun untuk mengoptimalkan program perbaikan gizi balita melalui perilaku masyarakat khususnya tentang pemberian makan dan kebiasaan pengasuhan anak. Sementara itu, dikarenakan PD kebiasaan kebersihan balita masih tergolong rendah dibandingkan PD yang lain, sehingga diperlukan peran ahli gizi dan bidan desa setempat dalam memberikan edukasi gizi khususnya tentang kebiasaan kebersihan balita terhadap status gizi balita.

### UCAPAN TERIMAKASIH

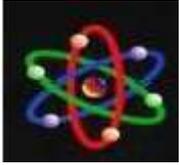
Pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terimakasih kepada Kemenristekdikti yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk mendapatkan hibah skim penelitian dosen pemula tahun 2016, sehingga penelitian ini dapat terencana dan terlaksana dengan baik.

### DAFTAR PUSTAKA

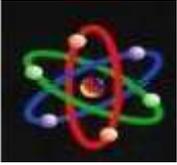
- Amugsi, D.A. et al., 2014. Influence of childcare practices on nutritional status of Ghanaian children: a regression analysis of the Ghana Demographic and Health Surveys. *BMJ open*, 4(11), p.e005340.
- Ajao KO, Ojofeitimi EO, Adebayo AA, Fatusi AO, Afolabi OT. 2010. Influence of family size, household food security status, and child care practices on the nutritional status of under-five children in Ile-Ife, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 14(4):123-132.
- Anas, U.K. (2013). Pengaruh Karakteristik Keluarga dan Pola Asuh terhadap Status Gizi Balita pada Ibu Menikah Dini di Wilayah Kerja Puskesmas Keude Geureubak Kecamatan Banda Alam Kabupaten Aceh Timur. Skripsi. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sumatera Utara. Medan.
- Basit A, Nair S, Chakraborty KB, Darshan BB, Kamath A. 2012. Risk factors for under-nutrition among children aged one to five years in Udipi taluk of Karnataka, India: a case control study. *Australasian Medical Journal* 5(3):163-167.
- Bolles, K., Speraw, C., Berggren, G., & Lafontant, J. G. (2002). Ti foyer (hearth) community-based nutrition activities informed by the positive deviance approach in Leogane, Haiti: A programmatic description. *Food and Nutrition Bulletin*, 23(4), 11–17.
- Cesare MD, Sabates R, Keith M. Lewin. 2013. A double prevention: How maternal education can affect maternal mental health, child health



- and child cognitive development. *Longitudinal and Life Course Studies* 4(3).
- [CORE] Child Survival Collaborations and Resources Group. (2003). *Positive Deviance & Health, Suatu Pendekatan Perubahan Perilaku dan Pos Gizi*. Diterjemahkan oleh PCI-Indonesia. Jakarta
- Dearden, K. A., Quan, L. N., Do, M., Marsh, D. R., Pachon, H., Schroeder, D. G., & Lang, T. T. (2002). Work outside the home is the primary barrier to exclusive breastfeeding in rural Viet Nam: Insights from mothers who exclusively breastfed and worked. *Food and Nutrition Bulletin*, 23(4), 101–108.
- Dewi, S., 2010. *Hubungan antara Pola Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dan Morbiditas dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Gemolong Kecamatan Gemolong Kabupaten Sragen*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Frost M, Forste R. & Haas D. (2005). Maternal education and child nutritional status in Bolivia: Finding the links. *Soc Sci Med*, 60(2):395-407.
- Hidayat, T.S. & Jahari, A.B., 2012. Perilaku Pemanfaatan Posyandu Hubungannya Dengan Status Gizi Dan Morbiditas Balita. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 40(1 Mar), pp.1–10.
- Jahari. (2000). *Penyimpangan Positif Masalah KEP di Jakarta Utara DKI Jakarta dan di Pedesaan Kabupaten Bogor-Jawa Barat dan Lombok Timur –NTB*. Jakarta: LIPI dan UNICEF
- [Kemenkes RI] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kurniasih D, Hilmansyah H, Astuti MP, Imam S. (2010). *Sehat dan Bugar Berkat Gizi Seimbang*. Jakarta: Gramedia.
- Khomsan, A., 2014. Akses Pangan, Higiene, Sanitasi Lingkungan, Dan Strategi Koping Rumah Tangga Di Daerah Kumuh. *RISALAH KEBIJAKAN PERTANIAN DAN LINGKUNGAN: Rumusan Kajian Strategis Bidang Pertanian dan Lingkungan*, 1(2), pp.59–66.
- Leavy, B. (2011). Leading adaptive change by harnessing the power of positive deviance. *Strategy and Leadership* 39(2):18–27
- Lubis, R. (2008). *Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Pantai Cermin Kecamatan Tanjung Pura Kabupaten Langkat Tahun 2008*. Skripsi. USU
- Lutter *et al.* (2011). Undernutrition, Poor Feeding Practices, and Low Coverage of Key Nutrition Intervention. *Pediatric* 128 (6):e1418–e1427
- Mackintosh, U., Marsh, D. R., & Schroeder, D. G. (2002). Sustained positive deviant child care practices and their effects on child growth in Viet Nam. *Food & Nutrition Bulletin* 23(4): 16–25
- Madanijah S. 2003. *Model pendidikan „GI-PSI-SEHAT“ bagi ibu serta dampaknya terhadap perilaku ibu, lingkungan pembelajaran, konsumsi pangan dan status gizi anak usia dini [disertasi]*. Bogor (ID): Program



- Pascasarjana, Institut Pertanian Bogor.
- Mashal *et al.* 2008. Factors associated with the health and nutritional status of children under 5 years of age in Afghanistan: family behaviour related to women and past experience of war-related hardships. *BMC Public Health* 8:301
- Merita. (2013). Keberlanjutan Dampak Penyuluhan Gizi Terhadap Perilaku Gizi Ibu Dan Kualitas Pelayanan Posyandu. Tesis. Bogor: IPB
- Mosquera PA, Hernandez J, Vega R, Martinez J, Labonte R, Sanders D, and Sebastian MS. 2012. Primary health care contribution to improve health outcomes in Bogota-Colombia: a longitudinal ecological analysis. *BMC Family Practice* 13:84
- Nursalam. (2005). Asuhan keperawatan bayi dan anak (untuk perawat dan bidan). Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika
- Ogunba BO. (2006). Maternal behavioural feeding practices and under-five nutrition: Implication for child development and care. *Journal of Applied Sciences Research* 2(12):1132-1136
- Parvanta, C. F., Thomas, K. K., & Zaman, K. S. 2007. Changing nutrition behavior in Bangladesh: Successful adaptation of new theories and anthropological methods. *Ecology of Food and Nutrition*, 46(3-4): 221-244
- Pascale, R. T., Sternin, J., & Sternin, M. (2010). *The Power of Positive Deviance: How Unlikely Innovators Solve the World's Toughest Problems*. Boston: Harvard Business Press.
- Pryer, J. A., Rogers, S., & Rahman, A. (2004). The epidemiology of good nutritional status among children from a population with a high prevalence of malnutrition. *Public Health Nutrition*, 7(2): 311-317
- Rapar, V.L. et al., 2014. Hubungan pola asuh ibu dengan status gizi balita di wilayah kerja puskesmas ranotana weru kecamatan wanea kota manado. , pp.1-7.
- Saaka, M., Larbi, A. & Hoeschle-zeledon, I., 2015. Factors Contributing To Positive Nutritional Deviance in the Growth of Children. *Jacobs Journal of Food and Nutrition*, 2(2), pp.1-12.
- Rayhan I, Khan SH. (2006). Factor causing malnutrition among under five children in Bangladesh. *Pakistan Journal of Nutrition* 5(6):558-562
- Reyes, Hortensia. 2004. The family as determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty: a case control study. *BMC Public Health* 4(57).
- Setijowati, N., Wirawan, N.N., Apriyanto, D. (2012). Perbedaan Pola Asuh Makan pada Berbagai Tingkatan Posyandu terhadap Tingkat Konsumsi Energi dan protein Balita di Kecamatan Moyo Hulu Kabupaten Sumbawa Nusa Tenggara Barat. Tesis. Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Malang.
- Soetjningsih. (2012). *ASI, Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan*. EGC. Jakarta.
- Sripaipan, T., Schroeder, D. G., Marsh, D. R., Pachón, H., Dearden, K. A., Ha, T. T., & Lang, T. T. (2002). Effect of an integrated nutrition program on



- child morbidity due to respiratory infection and diarrhea in northern Viet Nam. *Food and Nutrition Bulletin*, 23(4), 70–77.
- The Positive Deviance Initiative. (2010). *Basic Field Guide to the Positive Deviance Approach*. Tufts University
- Turnip, OS., Aritonang, EY., Siregar, M., 2014. Hubungan Pendapatan, Penyakit Infeksi dan Pengetahuan Ibu dengan Kejadian Gizi Kurang pada Balita di Wilayah Puskesmas Glugur Barat Tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(2), pp.25–37.
- World Bank. (2006). *Repositioning Nutrition as Central to Development, A strategy for Large-Scale Action*. Washington DC (US): World Bank
- Yusniah. (2008). Hubungan Pola Asuh orang Tua dengan prestasi Belajar Siswa MTS AL-FALAH Jakarta Timur.
- Yulia, C., Sunarti, E., Roosita, K. (2010). Pola Asuh Makan dan Kesehatan anak Balita pada Keluarga Wanita Pemetik Teh di PTPN VIII Pengalengan. *Info Pangan dan Gizi*, 19(2).