

Positive Deviance Gizi pada Keluarga Miskin di Desa Baru, Sarolangun Jambi

Merita¹, Hesty²

¹Program Studi Ilmu Gizi, Stikes Baiturrahim Jambi, Indonesia

²Program Studi D-III Keperawatan, Stikes Baiturrahim Jambi, Indonesia

merita_meri@yahoo.com

Abstrak

Latar Belakang: 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 mengetahui gambaran indikator *positive deviance* gizi pada keluarga miskin di Desa Baru, Sarolangun Jambi tahun 2016.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional study*. Penelitian ini dilaksanakan pada April sampai Agustus 2016. Teknik penelitian adalah *total sampling*. Sampel penelitian sebanyak 84 balita dari keluarga miskin. Responden penelitian ini adalah ibu dari balita. Data diperoleh menggunakan wawancara kepada ibu balita menggunakan kuesioner dan pengukuran status gizi balita. Data yang terkumpul dilakukan analisis univariat.

Hasil: Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa *positive deviance* gizi kebiasaan pemberian makan (91,7%), pengasuhan balita (85,7%), kebersihan balita (69,0%), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (90,5%) tergolong baik.

Kesimpulan: Sebagian besar ibu memiliki *positive deviance* yang baik pada empat indikator.

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

Abstract

Objective: 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 know the description of *positive deviance* of nutrition among poor families in Desa Baru, Sarolangun, Jambi, 2016.

Methods: 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 84 under five age children from poor families. 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.

Results: Univariate analysis showed that the *positive deviance* of infant feeding practice habits (91,7%), toddler's care (85,7%), toddler's hygiene (69,0%), utilization of health services (90,5%) categorized was good.

Conclusions: The most of mothers have a good of *positive deviance* in this indicators.

Keywords: Nutrition, Poor Families, *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%¹.

Gizi kurang biasa diasumsikan hanya disebabkan kemiskinan, akan tetapi data dari penelitian di berbagai negara menyatakan kecuali pada kondisi kelaparan, pangan bukanlah satu-satunya penyebab², dapat dipengaruhi faktor lain seperti pengetahuan ibu³, pola asuh anak⁴, akses layanan kesehatan⁵, air dan sanitasi⁶. Hal ini akan menjadi lebih buruk dengan rendahnya pengetahuan gizi dan minimnya usaha dalam menerapkan

pengetahuan tersebut dalam kehidupan sehari-hari⁷.

Kejadian yang menarik ditemukan di daerah pemukiman kumuh-miskin, terdapat balita dengan status gizi baik⁸. Hal tersebut merupakan bentuk penyimpangan positif (*positive deviance*) yang berhasil diterapkan oleh ibu balita dalam perawatan dan pengasuhan anak. Orangtua selain berperan sebagai pengasuh dan pendidik anak dalam keluarga juga berperan penting dalam mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak karena orangtua 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^{9,10}. Berdasarkan keyakinan bahwa pemecahan masalah yang dihadapi masyarakat pada prinsipnya telah ada dalam masyarakat itu sendiri¹¹. Kebiasaan keluarga yang menguntungkan sebagai inti *PD* dibagi menjadi empat bagian utama yaitu pemberian makan anak, pola pengasuhan, kebersihan, dan mendapatkan pelayanan kesehatan¹².

Studi dari berbagai negara menyimpulkan bahwa *PD* signifikan berhubungan dengan pertumbuhan anak¹³, pemberian ASI eksklusif¹⁴, status gizi anak¹⁵, penurunan mortalitas bayi^{16,17}, dan pola pengasuhan makan anak¹⁸. Di Indonesia, studi *PD* telah dilakukan di beberapa wilayah keluarga miskin. Hasil beberapa studi menunjukkan bahwa *PD* signifikan berpengaruh terhadap status gizi balita di Kabupaten Dairi, Sumatera Utara¹⁹.

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 mengetahui gambaran *positive deviance*

gizi pada keluarga miskin di Desa Baru, Jambi.

METODE

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional study* yang bertujuan untuk mengetahui gambaran indikator *positive deviance* gizi pada keluarga miskin di Desa Baru, Sarolangun Jambi tahun 2016. Penelitian ini dilakukan pada April - Agustus 2016 di Desa Baru, Kabupaten Sarolangun, Jambi. Penentuan lokasi penelitian dilakukan dengan pertimbangan tinggi nya jumlah keluarga miskin dan status gizi baik pada balita dibandingkan dengan desa lainnya. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan secara *purposive*, dengan kriteria-kriteria yang telah ditetapkan. Kriteria sampel penelitian yaitu: 1) Balita usia 24-60 bulan bertempat tinggal di Desa Baru, Kabupaten Sarolangun; 2) Balita usia 24-60 bulan berasal dari keluarga miskin dengan indikator kemiskinan yaitu pendapatan kurang dari Rp. 1.900.000 per bulan. Berdasarkan observasi awal, diperoleh sampel yang memenuhi kriteria penelitian sebanyak 84 balita dan yang menjadi responden adalah ibu dari balita tersebut.

Data yang dikumpulkan pada penelitian ini meliputi karakteristik keluarga dan *positive deviance* (*PD*) gizi yang diambil menggunakan alat bantu kuesioner. *PD* gizi terdiri dari empat indikator yaitu *PD* kebiasaan pemberian makan, *PD* kebiasaan pengasuhan balita, *PD* kebiasaan kebersihan balita, dan *PD* pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kuesioner pertanyaan *PD* merupakan *multiple choice questions* yang terdiri 11 item pertanyaan kebiasaan pemberian makan, 6 item pertanyaan kebiasaan pengasuhan balita, 10 item pertanyaan kebersihan balita, dan 5 item pertanyaan pemanfaatan pelayanan kesehatan. *PD* kebiasaan pemberian makan tergolong baik jika skor jawaban responden \geq median (10,0), *PD* kebiasaan pengasuhan balita tergolong baik jika skor jawaban responden \geq median (11,0), *PD* kebiasaan kebersihan balita tergolong baik jika skor jawaban responden \geq median (17,0), dan *PD* pemanfaatan pelayanan kesehatan

tergolong baik jika skor jawaban responden \geq median (7,00).

Data yang telah dikumpulkan dan diolah kemudian dilakukan analisis secara univariat menggunakan *software* SPSS. Analisis univariat pada penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dari masing-masing variabel *positive deviance* gizi.

HASIL

Karakteristik Keluarga

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

Tabel 1. Karakteristik Keluarga Miskin di Desa Baru, Sarolangun Jambi Tahun 2016

Karakteristik Keluarga	Jumlah (n)	Persentase (%)
Umur Ibu		
Dewasa Awal	70	83,3
Dewasa Menengah	14	16,7
Pendidikan Ibu		
Tidak Sekolah	1	1,2
Lulus SD	10	11,9
Lulus SMP	42	50,0
Lulus SMA	29	34,5
Lulus PT	2	2,4
Pekerjaan Ibu		
IRT	73	86,9
Petani	3	3,6
PNS	1	1,2
Swasta	7	8,3
Pekerjaan Ayah		
Buruh	4	4,8
Honorer	3	3,6
Petani	52	61,9
Swasta	25	29,8
Besar Keluarga		
Kecil (\leq 4 orang)	30	35,7
Sedang (5-6 orang)	42	50,0
Besar (\geq 7 orang)	12	14,3

Berdasarkan Tabel 1 di atas diketahui bahwa sebagian besar umur ibu tergolong dewasa awal (83,3%). 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) (50,0%), dan masih terdapat 1 (1,2%) ibu yang tidak sekolah. Sebagian besar ibu (86,9%) adalah Ibu Rumah

Tangga (IRT). Sementara itu, terdapat ibu yang bekerja sebagai wiraswasta, petani, dan PNS. Rata-rata pendapatan keluarga yaitu Rp. 1.139.944,-/bulan. Hal ini menunjukkan bahwa pendapatan keluarga tergolong rendah atau di bawah batas UMR Provinsi Jambi (Rp.1.900.000,-).

Positive Deviance Gizi

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 di Desa Baru, Sarolangun Jambi Tahun 2016

Indikator Positive Deviance Gizi	Jumlah (n)	Persentase (%)
PD Kebiasaan Pemberian Makan		
Kurang Baik	7	8,3
Baik	77	91,7
PD Kebiasaan Pengasuhan Balita		
Kurang Baik	12	14,3
Baik	72	85,7
PD Kebiasaan Kebersihan Balita		
Kurang Baik	26	31,0
Baik	58	69,0
PD Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		
Kurang Baik	9	9,5
Baik	75	90,5

Tabel 2 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga miskin memiliki *positive deviance* gizi yang baik pada indikator kebiasaan pemberian makan (91,7%), pengasuhan balita (85,7%), kebersihan balita (69,0%), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (90,5%).

PEMBAHASAN

Positive Deviance Kebiasaan Pemberian Makan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga miskin memiliki PD kebiasaan pemberian makan balita tergolong baik

(91,7%). Hal ini ditunjukkan dengan kebiasaan ibu yang 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 86,9%. 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 keluarga²⁰.

Sementara itu, 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 di Nigeria terdapat hubungan signifikan positif antara praktik pemberian makan anak dengan status gizi anak di Nigeria²¹. 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 Ghana²².

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 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 makanan²³. 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 anaknya²³. 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.

Positive Deviance Kebiasaan Pengasuhan Balita

Pada hasil PD kebiasaan pengasuhan balita pada keluarga miskin tergolong baik (85,7%). Hal ini ditunjukkan dari item pertanyaan pada kuesioner dimana ibu selalu menemani anak ketika sedang sakit dan ibu selalu menyiapkan makanan untuk anak. Kebutuhan dasar anak terbagi 3 yaitu Asuh, Asah, dan Asih. Pola asuh adalah mendidik, membimbing dan memelihara anak, mengurus makanan, minuman, pakaian, kebersihannya. 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 makan²³.

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 Manado²⁴. Yulia dkk 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 balita²⁵.

Penelitian Setijowati 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 anak²⁶. Demikian pula hasil penelitian Anas 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 baik²⁷.

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.

Positive Deviance Kebiasaan Kebersihan Balita

Hasil penelitian ini ditemukan bahwa sebagian besar PD kebiasaan kebersihan balita pada keluarga miskin tergolong baik (69,0%). Hal ini ditunjukkan dari perilaku ibu yang selalu membersihkan ruangan rumah setiap kali kelihatan kotor 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 penyakit²⁸.

Soetjningsih 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 anak²⁸. Hasil ini sejalan dengan dengan studi Frost *et al.*, yang menunjukkan bahwa kebersihan anak balita dan lingkungan sekitarnya berhubungan signifikan dengan status gizi²⁹.

Faktor pendapatan merupakan faktor 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.* (menunjukkan bahwa kurangnya pendapatan rumah tangga akan membatasi kemampuan orangtua untuk mengasuh anak dengan baik. Hal ini

dapat diperparah oleh banyaknya anak dalam keluarga³⁰.

Besar keluarga balita dari keluarga miskin di Desa Baru tergolong sedang (50,0%) dengan jumlah keluarga sebanyak 5 – 6 orang. Studi 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 berkurang³¹.

Positive Deviance Kebiasaan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan analisis univariat ditemukan bahwa sebagian besar PD kebiasaan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada keluarga miskin tergolong baik (90,5%). Hal ini ditunjukkan dari perilaku ibu yang selalu membawa anak berobat ke Puskesmas/Rumah Sakit ketika anak sakit. 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.

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 ($p < 0,001$). Begitupula ibu balita balita yang memanfaatkan pelayanan kesehatan berbeda sangat nyata terhadap rendahnya kejadian penyakit (morbiditas) balita dibandingkan dengan ibu balita balita yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan ($p < 0,001$)³².

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 kesehatan.

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 diare¹.

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 meningkatkan 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 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 (91,7%), pengasuhan balita (85,7%), kebersihan balita (69,0%), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan

(90,5%). 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

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Kemenkes RI; 2013
2. Rayhan I, Khan SH. Factor causing malnutrition among under five children in Bangladesh. *Pakistan Journal of Nutrition* 2006; 5(6):558-562
3. Lutter *et al.* Undernutrition, Poor Feeding Practices, and Low Coverage of Key Nutrition Intervention. *Pediatric* 2011; 128 (6):e1418–e1427
4. Mosquera PA, Hernandez J, Vega R, Martinez J, Labonte R, Sanders D, and Sebastian MS. Primary health care contribution to improve health outcomes in Bogota-Colombia: a longitudinal ecological analysis. *BMC Family Practice* 2012; 13:84
5. Mashal *et al.* 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* 2008; 8:301
6. Khomsan, A. 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*, 2014; 1(2): 59–66.
7. Jahari. Penyimpangan Positif Masalah KEP di Jakarta Utara DKI Jakarta dan di Pedesaan Kabupaten Bogor-Jawa Barat dan Lombok Timur –NTB. Jakarta: LIPI dan UNICEF; 2000
8. Pascale, R. T., Sternin, J., & Sternin, M. The Power of Positive Deviance: How Unlikely Innovators Solve the World's Toughest Problems. Boston: Harvard Business Press; 2010
9. The Positive Deviance Initiative. Basic Field Guide to the Positive Deviance Approach. Tufts University; 2010
10. Leavy, B. Leading adaptive change by harnessing the power of positive deviance. *Strategy and Leadership* 2011; 39(2):18–27
11. [CORE] Child Survival Collaborations and Resources Group. Positive Deviance & Health, Suatu Pendekatan Perubahan Perilaku dan Pos Gizi. Diterjemahkan oleh PCI-Indonesia. Jakarta; 2003
12. Sripaipan, T., Schroeder, D. G., Marsh, D. R., Pachón, H., Dearden, K. A., Ha, T. T., & Lang, T. T. Effect of an integrated nutrition program on child morbidity due to respiratory infection and diarrhea in northern Viet Nam. *Food and Nutrition Bulletin*, 2002; 23(4), 70–77.
13. Dearden, K. A., Quan, L. N., Do, M., Marsh, D. R., Pachon, H., Schroeder, D. G., & Lang, T. T. 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*, 2002; 23(4), 101–108.
14. Pryer, J. A., Rogers, S., & Rahman, A. The epidemiology of good nutritional status among children from a population with a high prevalence of malnutrition. *Public Health Nutrition*, 2004; 7(2): 311–317
15. Mackintosh, U., Marsh, D. R., & Schroeder, D. G. Sustained positive deviant child care practices and their effects on child growth in Viet Nam. *Food & Nutrition Bulletin* 2002; 23(4): 16–25
16. Bolles, K., Speraw, C., Berggren, G., & Lafontant, J. G. Ti foyer (hearth) community-based nutrition activities informed by the positive deviance

- approach in Leogane, Haiti: A programmatic description. *Food and Nutrition Bulletin*, 2002; 23(4), 11–17.
17. Parvanta, C. F., Thomas, K. K., & Zaman, K. S. Changing nutrition behavior in Bangladesh: Successful adaptation of new theories and anthropological methods. *Ecology of Food and Nutrition*, 2007; 46(3-4): 221-244
 18. Turnip, OS., Aritonang, EY., Siregar, M., Hubungan Pendapatan, Penyakit Infeksi dan Pengetahuan Ibu dengan Kejadian Gizi Kurang pada Balita di Wilayah Puskesmas Glugur Barat Tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2014; 3(2): 25–37
 19. Merita. Keberlanjutan Dampak Penyuluhan Gizi Terhadap Perilaku Gizi Ibu Dan Kualitas Pelayanan Posyandu. Tesis. Bogor: IPB; 2013
 20. Ogunba BO. Maternal behavioural feeding practices and under-five nutrition: Implication for child development and care. *Journal of Applied Sciences Research* 2006; 2(12):1132-1136
 21. Saaka, M., Larbi, A. & Hoeschlezeledon, I., Factors Contributing To Positive Nutritional Deviance in the Growth of Children. *Jacobs Journal of Food and Nutrition* 2015; 2(2):1–12.
 22. Amugsi, D.A. et al. Influence of childcare practices on nutritional status of Ghanaian children: a regression analysis of the Ghana Demographic and Health Surveys. *BMJ open* 2014; 4(11): p.e005340.
 23. Notoatmodjo, S. *Perilaku Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta; 2010
 24. Rapar, V.L. Hubungan pola asuh ibu dengan status gizi balita di wilayah kerja puskesmas ranotana weru kecamatan Wanea Kota Manado. *Buletin Penelitian Kesehatan* 2014; 3(2):25–39.
 25. Yulia, C., Sunarti, E., Roosita, K. Pola Asuh Makan dan Kesehatan anak Balita pada Keluarga Wanita Pemetik Teh di PTPN VIII Pengalengan. *Info Pangan dan Gizi* 2010; 19(2): 12-28.
 26. Setijowati, N., Wirawan, N.N., Apriyanto, D. 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; 2012
 27. Anas, U.K. 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; 2013
 28. Frost M, Forste R. & Haas D. Maternal education and child nutritional status in Bolivia: Finding the links. *Soc Sci Med* 2005; 60(2):395-407.
 29. Soetjningsih. ASI, Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan. EGC. Jakarta; 2012
 30. Reyes, Hortensia. The family as determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty:a case control study. *BMC Public Health* 2004; 4(57): 47-59
 31. Ajao KO, Ojofeitimi EO, Adebayo AA, Fatusi AO, Afolabi OT. 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* 2010; 14(4):123-132.
 32. Hidayat, T.S. & Jahari, A.B. Perilaku Pemanfaatan Posyandu Hubungannya Dengan Status Gizi Dan Morbiditas Balita. *Buletin Penelitian Kesehatan* 2012; 4(1):1–10.