



DAERAH POSITIVE DEVIANCE SEBAGAI REKOMENDASI MODEL PERBAIKAN GIZI

Okti Woro Kasmini Handayani, Galuh Nita Prameswari✉

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Indonesia

Info Artikel

Sejarah Artikel:
Diterima 19 September 2011
Disetujui 21 Oktober 2011
Dipublikasikan Januari 2012

Keywords:
Nutrition;
Positive deviance;
Environment.

Abstrak

Permasalahan penelitian adalah bagaimana memperbaiki status gizi balita dengan penerapan model daerah positive deviance. Penelitian ini bertujuan untuk memperbaiki status gizi balita dengan penerapan model daerah *positive deviance* atau daerah yang mempunyai kesenjangan antara keadaan status gizi dengan keadaan lingkungannya, dan mendapatkan pemetaan daerah *positive deviance* antara status gizi balita dan lingkungannya. Metode penelitian survei dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif, teknik purposif, dan *snowball sampling*. Hasil penelitian menunjukkan peta daerah *positive deviance* antara status gizi dan lingkungan di Kabupaten Boyolali adalah daerah yang mempunyai kesenjangan antara keadaan status gizinya dengan keadaan lingkungannya, terdapat di wilayah Puskesmas Karanggede dan Puskesmas Juwangi. Hasil penelitian model daerah *positive deviance*, yang direkomendasikan dalam jangka pendek adalah dengan memberdayakan potensi masyarakat terutama dalam bidang sosial budaya, yang meliputi aspek organisasi kemasyarakatan, pengetahuan dan bahasa, mata pencaharian, serta teknologi dan peralatan. Simpulan dari penelitian ini adalah wilayah Puskesmas Karanggede dan Puskesmas Juwangi mempunyai kesenjangan antara keadaan status gizinya dengan keadaan lingkungannya, sehingga direkomendasikan memberdayakan potensi masyarakat.

AREA OF POSITIVE DEVIANCE AS A RECOMENDATION TO IMPROVE NUTRITION

Abstract

The research problem was how to improve nutritional status of children with positive deviance model application area. This study purposed to improve the nutritional status of children with positive deviance model application areas or areas which have a gap between the state of nutritional status with the state of the environment, and earn positive deviance terrain mapping between the nutritional status of children and the environment. Survey research methods using quantitative and qualitative approaches, purposive and snowball sampling technique. The results showed a map of the area of positive deviance between nutritional status and the environment in Boyolali areas that have a gap between the state of nutritional status with the state of the environment were in the area of Karanggede health center and Juwangi health center. The results of the model study area of positive deviance, which recommended in the short term was the potential to empower people, especially in the socio-cultural field, which includes aspects of social organization, knowledge and language, livelihood, technology and equipment. Conclusion, area of Karanggede health center and Juwangi health center have a gap between the state of nutritional status and their environment, so it was recommend empowering potential of the community.

Pendahuluan

Anak balita merupakan kelompok usia dengan pertumbuhan badan yang pesat. Namun, balita juga dimana merupakan kelompok yang rentan gizi dan mudah menderita kelainan gizi. Hasil penelitian menyatakan bahwa penyebab status gizi buruk sering kali merupakan masalah yang kompleks dan sangat lokal spesifik, yang menyebabkan usaha-usaha perbaikan status gizi belum berhasil maksimal. Penyebab masalahnya tersebut dapat berbeda-beda pada daerah, lokasi, kelompok populasi walaupun pada negara yang sama. Penyebab masalah gizi tersebut sering berkaitan dengan perilaku dalam hal ini pola asuh gizi, dan dipengaruhi oleh lingkungannya (Oninla *et al.*, 2006; Evi L, 2010; Pryer *et al.*, 2003).

Lingkungan dapat menyangkut aspek alam, sosial maupun binaan, dan merupakan faktor tidak langsung yang mempengaruhi status gizi. Berbagai penelitian yang berkaitan dengan gizi menyatakan bahwa, status gizi dapat disebabkan oleh kondisi medis, status sosial ekonomi keluarga yang meliputi pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, pengeluaran pangan rumah tangga, dan lingkungan sosial budaya atau sosio-kultural (Sethi, 2007; Kanjilal *et al.*, 2010; Beydoun, 2011).

Penelitian Woro (2008) di daerah dengan *positive deviance* antara status gizi balita dan lingkungannya di Kabupaten Kendal dan Demak mendapatkan suatu model kemampuan untuk bertahan atau adanya potensi didalam masyarakat yang dapat mendukung terciptanya status gizi yang baik. Daerah dengan *positive deviance* adalah daerah yang mempunyai lingkungan rentan gizi atau daerah dengan lingkungan yang dapat mengakibatkan terjadinya gizi buruk dalam keluarga maupun masyarakat atau merupakan lingkungan yang tidak mendukung terciptanya gizi baik. Tetapi pada kenyataannya mempunyai gambaran status gizi yang relatif baik (Lorongwa *et al.*, 2009; Levinson, 2007; Piroaska, 2010).

Kebijakan dari Departemen Kesehatan dalam menjalankan program-program yang berkaitan dengan peningkatan status kesehatan termasuk juga status gizi di masyarakat dengan melibatkan peran serta masyarakat antara lain dan kenyataan keterbatasan kemampuan

Pemerintah dalam hal pendanaan dan SDM yang ada, mengharuskan suatu upaya berdasarkan kemampuan dan kondisi lingkungan masyarakat yang ada bersama-sama pemerintah dalam hal ini institusi terkait melakukan perbaikan, khususnya perbaikan status gizi balita.

Tingginya angka kejadian gizi buruk di Indonesia, bahkan kejadian gizi buruk di Jawa Tengah dari tahun ke tahun mengalami peningkatan atau sangat memprihatinkan (dari 4.792 pada tahun 2003 kemudian menjadi 15.622 pada tahun 2006). Di Provinsi Jawa Tengah, daerah rawan gizi terbanyak terdapat pada Kabupaten Boyolali, dari 19 Kecamatan yang dipunyai, 9 Kecamatan diantaranya merupakan daerah rawan gizi.

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, maka ingin dilakukan penelitian model perbaikan gizi berdasarkan percontohan di daerah *positive deviance* di Kabupaten Boyolali. Sehingga tujuan pada penelitian ini adalah untuk mendapatkan pemetaan daerah yang *positive deviance* antara status gizi balita dan lingkungannya di Kabupaten Boyolali dan untuk menghasilkan model perbaikan gizi berdasarkan daerah *positive deviance* di Kabupaten Boyolali untuk direkomendasikan.

Metode

Penelitian ini menggunakan dua pendekatan, yaitu penelitian kuantitatif dan kualitatif. Tahap penelitian kuantitatif merupakan tahap awal yang harus dilakukan dalam rangka menyusun peta daerah dengan *positive deviance* antara status gizi dan lingkungannya. Subyek berupa Institusi terkait dengan data sekunder yang akan diambil dari BPS Kabupaten Boyolali, BKKBN Kabupaten Boyolali, DKK Kabupaten Boyolali, Puskesmas Karanggede, dan Puskesmas Juwangi. Pemilihan Institusi dilakukan dengan teknik purposif, dimana pemilihan institusi berdasarkan syarat-syarat yang disesuaikan dengan tujuan penelitian pada tahap ini. Sedangkan tahap penelitian kualitatif ini dilakukan setelah tersusunnya peta daerah dengan *positive deviance* dan penentuan daerah untuk model percontohan. Daerah yang ditentukan sebagai unit analisis dalam penelitian ini berdasarkan peta daerah dengan *positive deviance*

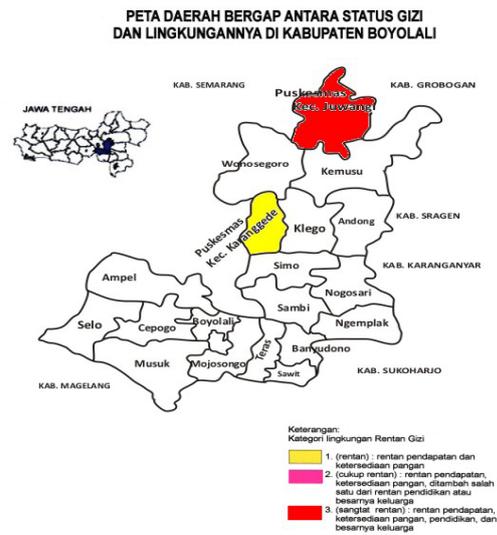
ance, verifikasi data dan diskusi dengan DKK Kabupaten Boyolali, Puskesmas Karanggede, yang berkaitan dengan keterjangkauan transportasi, kemudahan komunikasi dan ketersediaan data pendukung demi kelancaran penelitian. Sehingga unit analisis kemudian ditentukan yaitu Dukuh Karangkepoth dan Dukuh Gunungsari di wilayah kerja Puskesmas Karanggede, yang merupakan daerah dengan *positive deviance* kategori satu yaitu rentan pendapatan dan ketersediaan pangan. Sebagai subyek penelitian adalah: Kepala Puskesmas Karanggede, Bidan Desa Karangkepoth, Kader Posyandu Dusun Karangkepoth dan Dusun Gunungsari Kelurahan Karangkepoth, Key Person yang terdiri dari Pamong Desa, Ketua PKK, Pemuka agama, Ketua RT, Ketua RW dan keluarga yang mempunyai balita di Dusun Karangkepoth dan Dusun Gunungsari, Kelurahan Karangkepoth. Untuk memilih subyek dalam penelitian kualitatif tersebut terdapat kriteria yang harus dipenuhi, yaitu subyek menyatu dengan medan aktivitas sasaran penelitian, subyek masih aktif, subyek memiliki waktu untuk dimintai informasi, subyek tidak memiliki hubungan spesial dengan peneliti.

Sehubungan dengan kriteria tersebut dan disesuaikan dengan tujuan penelitian, maka pemilihan sampel awal sebagai informan dilakukan dengan teknik purposif. Informan kunci selanjutnya dikembangkan dengan teknik bola salju. Penggunaan teknik bola salju berhenti setelah data yang diperoleh dirasa cukup lengkap. Sehingga pada akhirnya didapat 67 orang responden yang sebagian juga berkedudukan sebagai informan. Sumber data dalam penelitian ini dibedakan menjadi dua, yaitu data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui observasi, wawancara, pengisian kuesioner dan FGD serta penilaian status gizi. Adapun data sekunder diperoleh melalui review dokumen yang terkait dengan fokus penelitian.

Analisis data penyusunan model percontohan, dilakukan secara deskriptif-kualitatif. Analisis induktif digunakan sebagai landasan utama untuk mengkaji berbagai data yang diperoleh.

Hasil dan Pembahasan

Peta daerah dengan *positive deviance* antara status gizi dan lingkungan di Kabupaten Boyolali adalah daerah yang mempunyai kesenjangan antara keadaan status gizi dengan keadaan lingkungannya, yang terdapat di 2 wilayah Puskesmas yaitu Puskesmas Karanggede dan Juwangi yang dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Peta Daerah dengan *Positive Deviance* antara Status Gizi dan Lingkungannya di Kabupaten

Hasil data kuesioner yang didapat berkaitan dengan lingkungan sosial didapatkan hasil sebagai berikut:

Aspek religi yang berkaitan dengan mitos tentang makanan yang mempengaruhi pemberian makanan maupun mitos-mitos tentang penyembuhan penyakit yang diterapkan pada anak balita, sudah banyak ditinggalkan. Hal ini dapat dilihat dari jawaban kuesioner yang berisi pernyataan sudah ditinggalkan dan sejak dulu tidak ada (lebih dari 77%). Hal tersebut juga diperjelas dengan pernyataan yang menyebutkan bahwa pilihan pertama meminta pertolongan untuk pengobatan jika anak balitanya sakit adalah pada Polindes 35,8%, dengan ala-

san utama pemilihan, terbanyak karena jarak dari tempat tinggal yang dekat (38,9%).

Berkaitan dengan Institusi yang sering membantu dan berperan dalam masalah kesehatan menurut penilaian masyarakat Dusun Karangkepo dan Gunungsari terdiri dari institusi pemerintah yaitu Puskesmas 43,3%, Polindes 22,4% dan institusi masyarakat yaitu Posyandu 32,9%. Aspek organisasi kemasyarakatan yang ada juga didukung oleh rasa gotongroyong, kerjasama, kebersamaan dan rasa kepedulian yang tinggi di masyarakat atau lebih dari 95% menyatakan cukup baik dan sangat baik.

Sedangkan pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan terutama yang berhubungan dengan gizi dapat dinilai dari jawaban-jawaban yang ada, yaitu pengetahuan tentang menu makanan yang sehat untuk anak balitanya yang menyatakan tahu sebesar 95,6%, dengan perincian yang menyatakan tahu dan selalu berusaha untuk melaksanakannya sebesar 55,4%, sedangkan sisanya yaitu sebesar 40,2% merasa tahu tetapi kesulitan dan jarang melaksanakannya. Pengetahuan tentang pentingnya usaha terhadap pencegahan penyakit atau upaya agar anak balitanya sehat antara lain dengan memberikan imunisasi dan pemberian vitamin dapat dinilai sangat baik, hal ini tergambar pada jawaban kuesioner yang 95,6% menyatakan selalu melakukannya. Pengetahuan tentang pentingnya pertumbuhan anak terutama anak balita dapat dinilai cukup baik, hal ini tergambar pada perhatian atau kepedulian yang tinggi pada balitanya, yaitu mengutamakan anak atau balitanya dalam penyediaan makanan maupun penentuan lauk pauk dalam keluarga (70,3%), walaupun masih ada keluarga yang mengutamakan kebutuhan makan bagi Bapak (16,4%), serta tingginya peran ibu dalam mengasuh/mengurus/merawat anak balita dalam keluarganya (85,2%) sedangkan urutan kedua untuk peran pengasuhan ada ditangan neneknya (13,4%).

Aspek yang berkaitan dengan mata pencaharian/pendapatan dalam keluarga, didapatkan hasil bahwa pendapatan keluarga pada saat ini dinilai cukup (59,8%), orang yang bertanggung jawab terhadap ekonomi keluarga terbanyak dibebankan kepada Bapak (suami), yaitu sebanyak 67,2%. Sedangkan pemanfaatan halaman/pekarangan rumah untuk membantu

memenuhi kebutuhan pangan keluarga sebanyak 52,3%.

Penilaian aspek teknologi dan peralatan yang berupa informasi kesehatan paling banyak didapatkan dari Kader Posyandu (39%), dengan alat komunikasi yang paling sering dan senang digunakan pada saat ini adalah secara lisan atau getok tular (tanpa menggunakan alat) sebesar 74,7%. Jarak atau transportasi untuk periksa atau berobat ke tenaga kesehatan (rumah sakit, puskesmas, polindes) tidak merupakan kendala, oleh karena sebesar 53,7% menyatakan terjangkau dan 32,9% menyatakan dekat.

Dalam penelitian ini untuk menentukan pemetaan daerah dengan *positive deviance*, maka lingkungan rentan gizi yang dinilai adalah tentang lingkungan pendidikan, pendapatan, ketersediaan pangan dan besarnya keluarga. Sehingga dari hasil pemetaan daerah dengan *positive deviance* antara status gizi balita dan lingkungannya di Kabupaten Boyolali, di analisa lingkungan-lingkungan yang belum dinilai, yaitu berupa lingkungan sosial budaya yang memungkinkan masyarakat dapat survive menjaga status gizi balitanya

Model percontohan yang direkomendasikan dari hasil penelitian ini adalah adanya potensi masyarakat yang berupa *positive deviance* yang dapat dimanfaatkan dalam kaitannya dengan usaha perbaikan status gizi masyarakat. Oleh karena dalam setiap daerah mempunyai lingkungan yang berbeda baik berupa lingkungan sosial, lingkungan alam dan lingkungan binaan, maka potensi masyarakat yang berdasarkan lingkungan tersebut juga akan berbeda-beda pula. Hal ini juga mendukung hasil penelitian-penelitian sebelumnya yang mengatakan bahwa: dimensi dan penyebab ketidakamanan pangan serta malnutrisi seringkali merupakan masalah yang kompleks dan sangat lokasi spesifik. Masalahnya dapat berbeda-beda pada tiap-tiap negara dan pada masing-masing lokasi atau kelompok populasi yang berbeda-beda, sekalipun pada satu negara yang sama. Penelitian sejenis juga mengatakan praktek pemberian nutrisi anak melalui makanan merupakan hal yang sangat penting (WHO, 2007), tetapi masalahnya adalah karena si pemberi perawatan merespon dan mempraktikkannya secara berbeda-beda pada masing-masing budaya. Selain itu penelitian lain men-

dapatkan hasil bahwa makanan, kesehatan dan perawatan, ketiga elemen ini harus terpenuhi demi anak bernutrisi baik. Sekalipun kemiskinan menyebabkan ketidakamanan pangan dan keterbatasan perawatan kesehatan. Peningkatan perawatan dapat mengoptimalkan penggunaan sumber daya yang ada untuk meningkatkan kesehatan dan nutrisi yang baik bagi wanita dan anak-anak.

Hasil penelitian ini mendapatkan adanya potensi masyarakat yang berupa lingkungan sosial yang dipengaruhi aspek organisasi kemasyarakatan, aspek pengetahuan, aspek bahasa, aspek mata pencaharian, serta aspek teknologi dan peralatan yang mendukung status gizi masyarakat di daerah penelitian. Aspek-aspek tersebut akan mempengaruhi pola asuh gizi yang kemudian mempengaruhi asupan makanan dan status kesehatan serta pada akhirnya menentukan status gizi balita. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyimpulkan bahwa peningkatan perawatan dalam hal ini yang dimaksud adalah yang berkaitan dengan pola asuh gizi dapat mengoptimalkan penggunaan sumber daya yang ada untuk meningkatkan kesehatan dan nutrisi yang baik bagi wanita dan anak-anak.

Aspek organisasi dan kemasyarakatan yang mendukung kesehatan dan nutrisi yang baik yaitu adanya institusi terkait berupa institusi pemerintah, seperti Polindes yang merupakan institusi bagian dari Puskesmas dan dapat dikatakan juga merupakan bagian dari DKK (Dinkes Kabupaten). Adanya seorang bidan yang bertugas penuh di Polindes menjadikan perhatian dan pelayanan kesehatan lebih baik. Keluarga balita merasakan adanya kedekatan hubungan dan perhatian dari Puskesmas melalui Bidan yang bertugas. Keluarga Balita merasa lebih mudah mengakses program-program yang berkaitan dengan pemenuhan pelayanan kesehatan khususnya bagi masyarakat tak mampu, seperti adanya program Jamkesmas bagi masyarakat miskin dalam mendapatkan pengobatan gratis dan pelayanan kesehatan lainnya, misalnya mondok di rumah sakit. 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. Kegiatan Posyandu dapat berjalan dengan baik, dan semua balita setiap bulan dapat terpantau, hal ini dikarenakan bagi balita yang tak hadir maka kader akan melakukan kunjungan rumah sekaligus menimbang balitanya, dan kader akan melakukan pembagian tugas tanpa dipaksa. Jumlah kunjungan rumah rata-rata berkisar antara 2-3 orang setiap bulannya dan penyebabnya biasanya karena ibu tak berada di rumah dan balitanya dititipkan ke neneknya. Setiap kali menimbang balita, masyarakat dikenakan iuran sebesar Rp500,-, yang dilakukan dengan sukarela untuk kemudian mendapatkan PMT (pemberian makanan tambahan). Setiap Dusun mempunyai satu Posyandu dengan 5 sampai 7 orang kader yang berasal dari masyarakat setempat yang ditunjuk.

Aspek organisasi kemasyarakatan ini terlihat sangat menonjol, oleh karena adanya kepatuhan dan dukungan pada pimpinannya, dalam hal ini dukungan terhadap Kepala Desa atau Perangkat Desa yang bertempat tinggal di Dusun tersebut. Sehingga menimbulkan rasa gotongroyong, kerjasama, kebersamaan dan kepedulian yang tinggi di masyarakat. Masyarakatpun menjadi lebih mudah diikutkan dalam setiap program dusun yang ada, yang dapat dilihat pada berkembangnya perkumpulan Astaguna (kerajinan bambu), Sumber Rejeki (lumbung beras paceklik), pengembangan apotik hidup dan pengembangan ternak lele serta kesadaran masyarakat yang tinggi dalam menyumbangkan tenaga secara bergantian dalam pembangunan jalan di Dusun dan setiap kepala keluarga bersedia iuran sebesar Rp 100.000,-.

Aspek organisasi kemasyarakatan juga didukung oleh rasa kebersamaan yang muncul karena masyarakat merasa sama-sama merupakan daerah yang miskin dan tertinggal dibandingkan dengan Desa-desanya lainnya di Kabupaten Boyolali, khususnya di Kecamatan Karanggede dan menginginkan perbaikan. Di lain pihak rasa kepedulian masyarakat yang tinggi juga merupakan pendukung aspek organisasi kemasyarakatan, yang dapat dilihat antara lain pada saat ibu berhalangan ke Posyandu, maka anak dititipkan kader untuk ditimbang di posyandu, atau kadang dibawa oleh tetangganya. Hal ini sejalan dengan penelitian tentang pengaruh dari lingkungan fisik dan

sosial disekitar tempat tinggal terhadap status gizi anak. Keakraban sosial telah terbukti mempengaruhi kesehatan pada tingkat lingkungan tempat tinggal. Peningkatan kontak sosial dan transaksi sosial antar masyarakat dapat membantu penerapan perilaku yang lebih sehat. Adanya norma-norma yang sehat yang terdapat pada jaringan dari orangtua yang saling mengenal dan bersedia menjaga anak-anak di lingkungannya yang mempengaruhi status gizi anak.

Pelayanan kesehatan merupakan penyebab langsung terhadap status gizi dan kejadian penyakit, dimana gangguan gizi dan infeksi saling bekerja sama. Gangguan infeksi sering memperburuk taraf gizi, sedangkan gangguan gizi memperburuk kemampuan anak untuk mengatasi penyakit infeksi. Gizi buruk akan menyebabkan terganggunya sistem pertahanan tubuh (kekebalan tubuh) sehingga memudahkan masuknya penyakit kedalam tubuh. Pelayanan kesehatan terdekat dengan masyarakat di Kecamatan Karanggede dilakukan oleh Polindes melalui seorang Bidan yang bertempat tinggal di wilayah tersebut dan selalu siap bertugas dengan program-program pelayanan kesehatan dan komunikasi yang baik ke masyarakat. Pelayanan kesehatan juga dibantu oleh Posyandu, terutama pelayanan yang berkaitan dengan masalah gizi balita, dan didukung juga dengan kemudahan akses pelayanan kesehatan yang berupa transportasi, jarak dan banyaknya tempat pelayanan kesehatan yang tersedia. Terbatasnya kesanggupan melakukan perawatan dan pelayanan kesehatan kepada balitanya dipengaruhi oleh pendapatan keluarga. Hal tersebut dapat diatasi dengan adanya program Jamkesmas, kedekatan pelayanan kesehatan melalui Polindes, maupun keaktifan Posyandu.

Tingginya tingkat urbanisasi juga merupakan faktor yang mempengaruhi status gizi balita. Dimana masyarakat melakukan perpindahan secara musiman atau adanya masyarakat pendatang, disatu sisi membawa dampak negatif, misalnya yang berkaitan dengan pendapatan status gizi, jumlah balita yang dititipkan dalam pengasuhan neneknya maupun kasus-kasus penyakit yang muncul (Garces, 2006). Tetapi disisi lain dapat meningkatkan pendapatan masyarakat, mempengaruhi aspek teknologi

dan peralatan, misal teknologi untuk komunikasi dan untuk mendapatkan informasi, serta dapat juga mempengaruhi pengetahuan.

Aspek pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan, gizi dan pentingnya pertumbuhan anak balitanya sudah cukup tinggi. Hal ini dapat dinilai dari pengetahuan tentang menu makanan yang sehat untuk anak balita, upaya pencegahan penyakit yang berupa imunisasi dan pemberian vitamin dan kepedulian terhadap pengasuhan perawatan anak balitanya. Pengetahuan tentang menu makanan yang sehat untuk balita hampir semua sudah mengetahuinya (95,6%), tetapi dalam pelaksanaannya masih banyak kendala, seperti yang didapatkan dari hasil observasi maupun wawancara serta FGD. Dalam pengetrapannya masih terdapat kesulitan oleh karena terbatasnya uang yang ada dan adanya penolakan dari anak oleh karena tidak sesuai dengan selera, sehingga terkesan lebih mementingkan kuantitas dibandingkan kualitasnya. Seperti yang di dapat pada hasil observasi dimana makanan yang diberikan pada balita rata-rata hanya dengan sayur saja atau disesuaikan dengan kemauan si anak, dapat hanya dengan kecap dan krupuk saja. Sehingga keadaan tersebut memungkinkan status gizi balita jika di ukur secara antropometri kemungkinan tidak menunjukkan masalah, tetapi bila ditinjau lebih teliti dengan pemeriksaan secara biokimia kemungkinan akan didapatkan ketidak normalan akibat kekurangan zat gizi mikro, misalnya kadar haemoglobin yang rendah. Pengetahuan tentang pentingnya pertumbuhan anak terutama anak balitanya terlihat cukup baik, yang dapat dilihat dari adanya kepedulian yang tinggi pada balitanya, yaitu mengutamakan anak atau balitanya dalam penyediaan makanan maupun penentuan lauk pauk dalam keluarga (70,3%) serta tingginya peran ibu dalam mengasuh/mengurus/merawat anak balita dalam keluarganya (85,2%). Hal ini dapat dilihat saat observasi maupun dari hasil wawancara, dimana kebanyakan Ibu tidak bekerja atau mencari tambahan nafkah di rumah dengan cara warungan (jualan sayur, beras), membuat anyaman bambu sehingga dapat fokus pada merawat anak di rumah. Jika Ibu terpaksa keluar rumah misal untuk kulakan (belanja dagangan) maka Bapak akan menggantikan menjaga anaknya di ru-

mah, atau bahkan Bapak atau Neneknya yang me-ngantar balita ke Posyandu, atau Bapak yang menyuapi anaknya dengan cara menggendongnya memakai selendang. Ibu baru akan bekerja kembali sebagai buruh tani apabila anak sudah berumur lebih dari 5 tahun atau dianggap sudah lebih mandiri. Pengetahuan tentang kesehatan dan gizi ini mereka dapatkan terutama dari Posyandu (39%), Bidan (37,3%), dan TV (20,8%). Kedekatan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berupa Polindes, khususnya hubungan yang baik dengan Bidan sebagai petugas polindes membuat komunikasi dan transformasi/informasi pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan dan gizi menjadi lebih mudah. Begitu juga adanya hubungan yang baik antara Bidan dan kader posyandu, menyebabkan kinerja kader posyandu termasuk dalam informasi pengetahuan juga lebih mudah. Hal tersebut juga didukung dengan bahasa komunikasi yang hampir semua dengan Bahasa Jawa (94,1%), sehingga bahasa bukan merupakan kendala. Pengetahuan tentang masalah kesehatan dan gizi yang baik di masyarakat ini merupakan jalan keluar untuk mengatasi rendahnya pendidikan dan pendapatan yang dipunyai. Dimana pengetahuan yang dipunyai masyarakat ini akan mempengaruhi pola asuh gizi yang kemudian mempengaruhi status gizi balita.

Pada aspek mata pencaharian, hampir semua masyarakat bekerja sebagai buruh (tani, bangunan dan pemecah batu). Dimana ekonomi keluarga sebagian besar menjadi tanggung jawab Bapak saja (67,2%) dan sekitar 32,8% menjadi tanggung jawab bersama antara Bapak dan Ibu. Tanggung jawab bersama antara Bapak dan Ibu ini merupakan salah satu cara untuk dapat meningkatkan pendapatan keluarga dan masyarakat. Walaupun demikian peran ibu dalam merawat balitanya tetap menjadi prioritas, dimana Ibu mencari tambahan pendapatan hanya dirumah saja yang dapat sekaligus merawat balitanya. Ibu baru akan bekerja di luar rumah sebagai buruh tani apabila anaknya sudah lebih dari 5 tahun yang dianggap sudah lebih dapat mandiri.

Usaha lain yang dilakukan dalam rangka meningkatkan pendapatan keluarga adalah dengan adanya beberapa program bantuan dari pemerintah yang dapat dimanfaatkan

dengan baik oleh masyarakat, yaitu: (1) Astaguna, merupakan perkumpulan pengrajin anyaman bambu yg membuat tumbu, caping, keranjang, kursi dll, (2) Sumber Rejeki (lumbung paceklik), merupakan lumbung gabah yg dapat dipinjam dan dengan sistem pengembalian juga berupa gabah yg dapat diangsur selama 2 tahun, dan dirasakan sangat membantu masyarakat, (3) Kelompok wanita tani, yang berusaha menanam apotik hidup untuk dapat membantu ekonomi keluarga, dan (4) Adanya pengembangan ternak lele yg mendapat bantuan dari Pemerintah melalui kerjasama dg instansi terkait. Sebagian produksi untuk dikonsumsi keluarga dan sebagian besar dijual ke tengkulak. Ternak ini dianggap berkembang oleh karena disukai masyarakat dan sudah dikembangkan kearah ketrampilan mengelola produksi lele (kripik, abon, krupuk), pengelolaan lele dan pembibitan.

Berkembangnya beberapa usaha atau program untuk meningkatkan pendapatan ini sangat didukung dengan kepatuhan pada pimpinan Dusun yang ada, rasa kebersamaan, kepedulian, gotong royong dan keinginan untuk lebih maju dan tidak ingin selalu menjadi daerah yang tertinggal, khususnya dilingkungan Kabupaten Boyolali.

Pada aspek teknologi dan peralatan, adanya akses pelayanan kesehatan yang banyak dan mudah dijangkau, dimana 53,7% menyatakan terjangkau dan 32,9% menyatakan dekat, seperti puskesmas, rumah sakit swasta, polindes, posyandu, bidan dan dokter praktek swasta. Akses untuk mendapatkan bahan pangan yang dibutuhkan 95,6% menyatakan mudah didapat dan hampir semua (96,6%) menyatakan harga bahan pangan yang dijangkau ditempat tinggal terjangkau dan murah dibandingkan dengan daerah lainnya. Hal ini disebabkan karena banyak penjual sayur keliling memakai motor setiap hari yang membawa daging, ayam, ikan, sayur, tahu dan tempe, disamping warung rumah yang ada (yang hanya menjual tahu, tempe dan bahan makanan tahan lama seperti mie dan beras). Terjangkau disini dalam artian bahan pangan yang dibutuhkan disesuaikan dengan kemampuan dan kebutuhan menu makanan balitanya. Bagi balita disediakan ikan sesuai dengan kesukaannya sedangkan untuk yang lebih besar memakan

lauk seadanya saja. Aspek teknologi dan peralatan terutama yang berkaitan dengan kemudahan akses pelayanan kesehatan, transportasi dan ketersediaan bahan pangan merupakan hal yang mempengaruhi pola asuh gizi pada masyarakat di daerah penelitian ini.

Masyarakat daerah penelitian yang dapat dikatakan merupakan masyarakat pedesaan, merupakan masyarakat yang tetap melestarikan kehidupan saling peduli, kerjasama, gotongroyong dan belum banyak terpengaruh dampak budaya masyarakat global. Hal ini merupakan modal yang efektif dalam menanggulangi status gizi di daerah sekitarnya atau daerah dengan lingkungan yang relatif sama.

Penutup

Peta daerah positive deviance antara status gizi dan lingkungan di Kabupaten Boyolali adalah daerah yang mempunyai kesenjangan antara keadaan status gizinya dengan keadaan lingkungannya, terdapat di wilayah Puskesmas Karanggede dan Puskesmas Juwangi.

Hasil penelitian model daerah *positive deviance*, yang direkomendasikan dalam jangka pendek adalah dengan memberdayakan potensi masyarakat terutama dalam bidang sosial budaya, yang meliputi aspek organisasi kemasyarakatan, pengetahuan dan bahasa, mata pencaharian, serta teknologi dan peralatan.

Berkaitan dengan kelancaran penelitian ini, maka ucapan terimakasih disampaikan kepada Pemerintah Kabupaten, Dinas Kesehatan dan Puskesmas di Boyolali yang menjadi lokasi penelitian atas izin dan kerjasama dalam pelaksanaan penelitian ini.

Daftar Pustaka

- Beydoun, May A. 2011. Food Prices Are Associated with Dietary Quality, Fast Food Consumption, and Body Mass Index among U.S. Children and Adolescents. *J Nutr*, 141 (2): 304-311
- Deolalikar, A.B. 2005. Deolalikar Child Nutritional Status, and Child Growth in Kenya: Socioeconomic Determinants. *Journal of International Development*, 8 (3): 375-393
- Evi Lutviana, Budiono Irwan. 2010. Prevalensi Dan Determinan Kejadian Gizi Kurang Pada Balita (Studi Kasus Pada Keluarga Nelayan Di Desa Bajumulyo Kecamatan Juwana Kabupaten Pati). *Jurnal Kemas*, 5 (2): 165-172
- Garces, I.C., Scarinci, I.C., Lynda, H. 2006. An Examination of Sociocultural Factors Associated With Health, and Health Care Seeking among Latina Immigrants. *Journal Immigrant Health*, 8: 377-385
- Iorungwa., Samuel, A. and Terhemba, L.T. 2009. Nutritional Sustainability Via Positive Deviance: Challenges for Teaching, Research, and Extension. *Pakistan Journal of Nutrition*, 8 (10): 1706-1710
- Kanjilal, B., Mazumdar, P.G., Mukherjee, M. and Rahman, M.H. 2010. Nutritional Status of Children in India: Household Socio-Economic Condition as The Contextual Determinant. *International Journal for Equity in Health*, 9 (19)
- Levinson, F.J. 2007. Utilization of positive deviance analysis in evaluating community-based nutrition programs: An application to the Dular program in Bihar, India. *Food and Nutrition Bulletin*, 28 (3): 259-265
- Luisa, F., Elliott, M.N., Paula, C. 2009. Influences of Physical, and Social Neighborhood Environments on Childrens Physical Activity, and Obesity. *American Journal of Public Health*, 99 (2)
- Oninla, J.A., Owa, A.A., Onayade. and Taiwo, O. 2006. Comparative Study of Nutritional Status of Urban, and Rural Nigeria School Children. *Journal of Tropical Pediatrics*, 53 (1)
- Piroska. 2011. The positive deviance/hearth approach to reducing child malnutrition: systematic review. *Tropical Medicine International Health*, 16 (11): 1354-1366
- Pryer, J.A., Rogers, S. and Rahman, A. 2003. The Epidemiology of Good Nutritional Status among Children from A Population with A High Prevalence of Malnutrition. *Public Health Nutrition*, 7(2): 311-317
- Sethi, V et al. 2007. Positive Deviance Determinants in Young Infants in Rural Uttar Pradesh. *Indian Journal of Pediatrics*, 74: 594-595
- WHO. 2007. *Young Child Nutrition: Technical Consultation on Infant, and Young Child Feeding, Fifthy-Third World Health Assembly*. A-53/INF.Doc/2 May