

Positive Deviance pada Status Gizi Balita

Positive Deviance in Under-five Nutritional Status

Pepi Hapitria¹, Djaswadi Dasuki², Djauhar Ismail³

¹Politeknik Kesehatan Tasikmalaya, Jawa Barat

²Bagian Obstetri dan Ginekologi, RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta

³Bagian Ilmu Kesehatan Anak, FK UGM, Yogyakarta

Abstract

Background: Positive Deviance (PD) is a 'power' based approach having a belief that in each community there are certain individuals as the actors of 'positive deviance' that own specific habit and behavior. They might find out better ways to prevent nutritional deficiency compared to their surroundings that possess the same resource and face the same risk as well.

Objective: To find out PD behavior in poor family towards under-five children's nutritional status in Astanajapura Health Center working area of Cirebon District.

Method: The study used a case control study design and in-depth interview. Subjects were under-five children 6-59 months of age. Data collection used a questioner and interview. Data analysis used univariate, bivariate, and multivariate analysis with logistic regression to determine OR and 95% CI of the effect of PD behavior towards under-five good nutritional status.

Result: Under-five good nutritional status was significantly related to PD behavior (OR=7.43; 95% CI=1.89–29.17). The other factors affecting under-five good nutritional status were maternal education (OR=6.63; 95% CI=1.63–23.90) and under-five age (OR=4.05; 95% CI=1.16–14.10).

Conclusion: Under-five good nutritional status had a significant relationship with PD behavior.

Keywords: nutritional status, positive deviance behavior, under-five children

Pendahuluan

Status gizi merupakan suatu keadaan tubuh yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dengan kebutuhan atau konsumsi, penyerapan dan penggunaan makanan.¹ Status gizi yang baik adalah faktor penting pencapaian derajat kesehatan optimal dan meningkatkan ketahanan tubuh, kecerdasan dan pertumbuhan normal. Namun, dari setengah anak balita mengalami tubuh pendek yaitu 52%, sangat pendek 22%, kurus 16% dan sangat kurus 3%. Kasus ini merupakan manifestasi awal kekurangan energi protein anak usia 6-24 bulan karena keterlambatan pengenalan makanan bergizi dan dipengaruhi penyakit infeksi yang sering diderita.^{2,3,4}

Gizi kurang merupakan masalah kompleks dan penanganannya memerlukan pendekatan menyeluruh berupa penyembuhan, pemulihan, pencegahan, serta peningkatan untuk menjaga atau mempertahankan anak sehat untuk tetap sehat. Solusi yang tepat yaitu dengan memberdayakan keluarga.⁵ Upaya alternatif yang dapat dilakukan adalah penerapan pendekatan *Positive Deviance* (PD). *Positive Deviance* (PD) dipakai untuk menjelaskan suatu keadaan penyimpangan positif berkaitan dengan kesehatan,

pertumbuhan dan perkembangan anak-anak tertentu di dalam lingkungan masyarakat atau keluarga.⁶

Praktik yang dimaksud dapat berupa perilaku pemberian makan, pengasuhan, kebersihan, dan perawatan kesehatan.⁷ Untuk mengetahui perilaku dan kebiasaan yang dilakukan oleh keluarga PD menjadi sangat penting agar dapat diterapkan oleh keluarga miskin lainnya dan keluar dari permasalahan tersebut.⁶

Penelitian yang dilakukan sebuah Lembaga Sosial Masyarakat (LSM) internasional, terdapat pengurangan angka kekurangan gizi dari 47% menjadi 13% kelompok PD dibandingkan yang tidak mendapatkan PD (48% menjadi 46%).⁸ Terjadi perubahan perilaku ibu dan anggota keluarga lainnya dalam mempertahankan status gizi balita.⁹

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2008, prevalensi gizi buruk sebesar 1,14% dan gizi kurang 11,20%. Tahun 2009, dari hasil validasi bulan penimbangan balita di Kabupaten Cirebon, memiliki gambaran status gizi menurut indikator berat badan terhadap tinggi badan 0,6% untuk rata-rata prevalensi kurus sekali dan 6,27% rata-rata prevalensi kurus. Prevalensi kurus melebihi prevalensi rata-rata nasional.^{10,11}

Bahan dan Cara Penelitian

Jenis penelitian ini observasional dengan rancangan *unmatched case control study* dan pendekatan kuantitatif, serta kualitatif.¹²

Populasi ialah seluruh balita usia 6-59 bulan yang berkunjung ke posyandu di wilayah kerja Puskesmas Astanajapura khususnya Desa Japura Kidul dan Mertapada Wetan Kecamatan Astana Japura Kabupaten Cirebon pada periode bulan November 2010. Kriteria inklusi adalah balita usia 6-59 bulan, keluarga miskin, bersedia jadi responden dan ibu tidak bekerja. Kriteria eksklusi yaitu balita dengan riwayat BBLR dan balita penyakit kronis (TB paru). Kasus ialah keluarga miskin mempunyai balita gizi baik, kontrol ditetapkan pada kasus (1:1) dengan ketentuan keluarga miskin mempunyai balita gizi kurang. Subjek penelitian kualitatif adalah keluarga miskin yang mempunyai balita dengan status gizi baik. Variabel dalam penelitian ini meliputi variabel bebas yaitu pendekatan PD, variabel terikat ialah status gizi balita. Variabel luar adalah paritas ibu, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, umur ibu, dan umur balita.

Beberapa sumber data yang diperlukan dalam pendekatan kuantitatif yaitu data sekunder dan data primer. Data primer adalah status gizi dinilai dengan indikator BB/TB, menggunakan standar baku antropometri WHO dengan *software antropometri* WHO.¹³ Penimbangan berat badan pada balita dengan umur < 2 tahun yaitu menggunakan dacin,

sedangkan pada balita umur > 2 tahun menggunakan timbangan injak digital. Pengukuran tinggi badan dengan ketelitian 0,1 cm.¹⁴

Instrumen kualitatif ialah peneliti sendiri. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan wawancara mendalam tidak terstruktur. Alat bantu yang digunakan untuk mempermudah proses wawancara adalah *tape recorder*, buku catatan, kamera digital dan daftar pertanyaan. Instrumen kuantitatif (kuesioner). Analisa data yang digunakan meliputi analisis univariabel, bivariabel, stratifikasi, multivariabel, dan kualitatif.

Hasil Penelitian dan Pembahasan Analisis Univariabel

Tabel 1 menunjukkan distribusi subjek penelitian kelompok kasus dan kontrol berdasarkan perilaku PD, paritas ibu, umur balita, pendidikan ibu dan umur ibu. Sebagian besar subjek 53,3% melakukan perilaku PD, paritas ibu 56,7% adalah paritas rendah, umur balita sebagian besar ada pada kelompok tinggi 55,0%, pendidikan ibu sebagian besar tingkat pendidikan tinggi 61,7%, dan umur ibu sebagian besar ada pada kelompok umur rendah tahun yaitu 65,0%. Pendapatan keluarga sebagian besar pada kelompok penghasilan tinggi yaitu 63,3%.

Analisis Bivariabel

- a. Analisis hubungan antara PD (variabel bebas) dengan status gizi pada balita (variabel terikat).

Tabel 1. Distribusi frekuensi variabel penelitian perilaku PD terhadap status gizi balita di Kabupaten Cirebon tahun 2010

Variabel	Kasus n=30 (%)	Kontrol n=30 (%)	N	%
<i>Positive deviance</i>				
Baik	21 (70,0)	11 (36,7)	32	53,3
Kurang	9 (30,0)	19 (63,3)	28	46,7
Paritas ibu				
Rendah	11 (36,7)	15 (50,0)	26	43,3
Tinggi	19 (63,3)	15 (50,0)	34	56,7
Umur balita				
Tinggi	12 (40,0)	21 (70,0)	33	55,0
Rendah	18 (60,0)	9 (30,0)	27	45,0
Pendidikan ibu				
Tinggi	23 (76,7)	14 (46,7)	37	61,7
Rendah	7 (23,3)	16 (38,3)	23	38,3
Umur Ibu				
Rendah	19 (63,3)	20 (66,7)	39	65,0
Tinggi	11 (36,7)	10 (33,3)	21	35,0
Pendapatan Keluarga				
Tinggi	19 (63,3)	16 (53,3)	35	58,3
Rendah	11 (36,7)	14 (46,7)	25	41,7

Hasil Tabel 2 diperoleh nilai $p=0,0097$ artinya ada hubungan yang signifikan perilaku PD dengan status gizi balita dengan nilai OR sebesar 4,03 (95% CI: 1,22-13,66). Hal ini dapat diinterpretasikan bahwa proporsi ibu yang melakukan perilaku PD mempunyai peluang 4,03 kali untuk mendapatkan balita dengan status gizi baik dibandingkan yang tidak melakukan perilaku PD.

b. Hubungan variabel luar terhadap variabel terikat

Tabel 3 menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan $p<0,05$ antara umur balita pada kelompok kasus dan kelompok kontrol. Nilai OR= 3,50 artinya umur balita kelompok tinggi berpeluang 3,50 kali status gizi baik dibandingkan balita kelompok rendah. Demikian pula pendidikan ibu, terdapat hubungan signifikan dengan nilai OR =3,75 artinya pendidikan ibu yang tinggi mempunyai peluang 3,75 kali untuk mempunyai balita status gizi baik dibandingkan pendidikan ibu rendah. Variabel luar lain yaitu paritas ibu, umur ibu dan pendapatan keluarga mempunyai nilai $p>0,05$ artinya tidak terdapat hubungan signifikan terhadap status gizi balita.

c. Hubungan variabel luar terhadap variabel bebas

Berdasarkan hasil paritas diperoleh bahwa proporsi ibu berperilaku PD sebagian besar berada pada paritas rendah yaitu 62,5%, sedangkan yang tidak berperilaku PD berbanding seimbang antara ibu dengan paritas rendah dan tinggi yaitu 50,0% (Tabel 4). Dari analisis bivariabel diperoleh hasil bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara paritas ibu dengan perilaku PD ($p=0,329$).

Pada umur balita diperoleh bahwa sebagian ibu tidak berperilaku PD dan berperilaku PD sama-sama terdapat pada kelompok umur tinggi yaitu 53,1 % dan 57,1%. Berdasarkan analisis bivariabel tidak terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku PD dengan umur balita ($p=0,755$).

Berdasarkan pendidikan ibu diperoleh hasil bahwa sebagian besar perilaku PD dilakukan ibu berpendidikan tinggi 56,3%. Namun kondisi ini jumlahnya berbanding sama dengan ibu yang tidak melakukan perilaku PD yaitu pada kelompok jenjang pendidikan tinggi 67,9%. Berdasarkan analisis bivariabel diperoleh hasil bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara pendidikan ibu dengan perilaku PD ($p=0,356$).

Tabel 2. Analisis hubungan perilaku PD terhadap status gizi balita di Kabupaten Cirebon tahun 2010

Variabel	Status gizi balita		χ^2	P	OR (95% CI)
	Baik n=30 (%)	Kurang n=30 (%)			
Positive deviance					
Baik	21 (70,0)	11 (36,7)	6,69	0,0097*	4,03 (1,22 – 13,66)
Kurang	9 (30,0)	19 (63,3)			

Keterangan:

$\chi^2 (1)$: chi square p: p value OR: odd rasio 95% CI: 95% confidence interval *: signifikan

Tabel 3. Analisis hubungan paritas ibu, umur balita, pendidikan ibu, umur ibu, dan pendapatan keluarga terhadap status gizi balita di Kabupaten Cirebon tahun 2010

Variabel	Status gizi		χ^2	P	OR
	Baik n=30 (%)	Kurang n=30 (%)			
Paritas ibu			1,09	0,297	1,72 (0,55-5,51)
Tinggi	11 (36,7)	15 (50,0)			
Rendah	19 (63,3)	15 (50,0)			
Umur balita			5,45	0,019*	3,50 (1,06-11,74)
Tinggi	12 (40,0)	21 (70,0)			
Rendah	18 (60,0)	9 (30,0)			
Pendidikan ibu			5,17	0,017*	3,75 (1,09-13,40)
Tinggi	23 (76,7)	14 (47,7)			
Rendah	7 (23,3)	16 (53,3)			
Umur ibu			0,07	0,787	0,86 (0,26-2,84)
20-34 tahun	19 (63,3)	20 (66,7)			
<20 dan \geq 35 tahun	11 (36,7)	10 (33,3)			
Pendapatan keluarga			0,62	0,432	1,5 (0,47-4,82)
Tinggi	19 (63,3)	16 (53,3)			
Rendah	11 (36,7)	14 (46,7)			

*Signifikan $p<0,05$

Tabel 4. Analisis hubungan paritas ibu, umur balita, pendidikan ibu, umur ibu, dan pendapatan keluarga terhadap variabel bebas di Kabupaten Cirebon tahun 2010

Variabel	Positive deviance		X ²	P
	Ya (%)	Tidak (%)		
Paritas ibu				
Tinggi	12 (37,5)	14 (50,0)	0,95	0,329
Rendah	20 (62,5)	14 (50,0)		
Umur balita				
Tinggi	17 (53,1)	16 (57,1)	0,10	0,755
Rendah	15 (46,9)	12 (42,9)		
Pendidikan ibu				
Tinggi	18 (56,3)	19 (67,9)	0,85	0,356
Rendah	14 (43,8)	9 (32,1)		
Umur ibu				
Rendah	22 (68,8)	17 (60,7)	0,54	0,515
Tinggi	10 (31,3)	11 (39,3)		
Pendapatan keluarga				
Tinggi	18 (56,2)	17 (60,7)	0,12	0,726
Rendah	14 (43,7)	11 (39,3)		

Pada umur ibu diperoleh hasil sebagian besar perilaku PD dilakukan ibu kelompok umur yang rendah 68,8% namun pada kelompok umur yang sama sebagian ibu tidak melakukan perilaku PD 60,7%. Dari analisis bivariabel diperoleh hasil bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara pendidikan ibu dengan perilaku PD ($p=0,515$)

Berdasarkan pendapatan keluarga diperoleh hasil bahwa sebagian besar perilaku PD dilakukan oleh ibu pada kelompok yang memiliki pendapatan keluarga tinggi 56,25%. Berdasarkan analisis bivariabel diperoleh hasil bahwa tidak terdapat hubungan yang

signifikan antara pendapatan keluarga dengan perilaku PD ($p=0,726$)

Analisis stratifikasi

Hasil analisis pada Tabel 5 menunjukkan pada kelompok keluarga dengan pendapatan rendah dan ibu melakukan PD akan meningkatkan 8,1 kali untuk mendapatkan status gizi baik pada balita dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan PD. Selanjutnya, melihat nilai OR *crude* sebesar 4,03 dan nilai OR M-H sebesar 4,17, selisih nilai OR *crude* dan OR M-H sebesar 4%, kurang dari 10%. Hal ini menunjukkan bahwa pendapatan keluarga bukan merupakan variabel pengganggu terhadap kejadian status gizi baik. Selanjutnya terlihat adanya perbedaan estimasi spesifik antarstrata dengan nilai yang besar (OR₁ 2,8 dan OR₂ 8,1) dapat diasumsikan adanya modifikasi efek dalam hubungan antara variabel PD terhadap status gizi.

Hasil analisis pada Tabel 6 menunjukkan pada ibu dengan pendidikan tinggi dan mempunyai pendapatan keluarga tinggi akan meningkatkan 5,1 kali untuk mendapatkan status gizi baik pada balita dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan tinggi namun mempunyai pendapatan keluarga yang rendah. Selanjutnya, melihat nilai OR *crude* sebesar 1,51 dan nilai OR M-H sebesar 1,43, selisih nilai OR *crude* dan OR M-H sebesar 6%, kurang dari 10%. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan ibu bukan

Tabel 5. Analisis stratifikasi perilaku PD terhadap status gizi balita berdasarkan pendapatan keluarga

Pendapatan Keluarga	Positive Deviance	Status Gizi		OR (95%CI)	OR <i>crude</i> OR M-H (95% CI)
		Baik N (%)	Kurang N (%)		
Tinggi	melakukan	12 (66,67)	6 (33,33)	2,8	OR <i>crude</i> = 4,03 (1,22 – 13,66)
	tidak melakukan	7 (41,18)	10 (58,82)	(0,59-14,13)	
Rendah	melakukan	9 (64,29)	5 (35,71)	8,1	OR M-H =4,17 (1,39 – 12,42)
	tidak melakukan	2 (18,18)	9 (81,82)	(0,97-97,06)	

Tabel 6. Analisis stratifikasi pendidikan ibu terhadap status gizi balita berdasarkan pendapatan keluarga

Pendidikan Ibu	Pendapatan Keluarga	Status Gizi		OR (95%CI)	OR <i>crude</i> OR M-H (95%CI)
		Baik	Kurang		
Tinggi	tinggi	17 (77,27)	2(15,38)	5,1	OR <i>crude</i> =1,51 (0,47-4,82)
	rendah	6 (40,00)	5(50,00)	(0,99-27,41)	
Rendah	tinggi	5 (23,73)	11(84,62)	0,2	OR M-H=1,43 (0,52-3,89)
	rendah	9 (60,00)	5(50,00)	(0,01-1,72)	

Tabel 7. Analisis interaksi PD dengan pendapatan keluarga terhadap status gizi balita

Variabel	OR	p-value	95% CI
Positive Deviance			
Melakukan	8,1	0.029	1,23 - 53,20
Tidak melakukan			
Pendapatan Keluarga			
Tinggi	3,1	0.214	0,51 - 19,27
Rendah			
Interaksi PD* Pendapatan Keluarga	0,3	0.381	0,03 - 3,63

merupakan variabel pengganggu terhadap kejadian status gizi baik.

Analisis interaksi

Berdasarkan hasil analisis interaksi pada Tabel 7 bahwa perilaku PD tidak berinteraksi dengan pendapatan keluarga karena tidak berhubungan secara signifikan terhadap status gizi balita, sehingga dapat disimpulkan variabel pendapatan keluarga bukan merupakan *effect modifiers* di dalam hubungan antara perilaku PD terhadap status gizi balita

Analisis multivariabel

Model 1 dibangun untuk mengetahui hubungan PD dengan status gizi pada balita tanpa menyertakan variabel lainnya. Hasil analisis memperlihatkan ada-

nya hubungan signifikan antara PD dengan status gizi balita. Hal ini dapat disimpulkan bahwa ibu yang melakukan perilaku PD 4,03 kali lebih besar untuk mendapatkan balita dengan status gizi baik dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan perilaku PD. Model ini mempunyai nilai R^2 0,08 yang berarti bahwa model ini memberi kontribusi sebesar 8% terhadap status gizi baik pada balita.

Model 2 dibangun untuk mengetahui hubungan PD terhadap status gizi balita setelah menyertakan variabel paritas ibu, pendidikan ibu, umur ibu, umur balita, dan pendapatan keluarga. Hasil analisis menunjukkan bahwa ibu yang melakukan perilaku PD 7,54 kali lebih besar untuk mendapatkan balita dengan status gizi baik dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan perilaku PD, setelah dipengaruhi

Tabel 8. Analisis hubungan perilaku pd dengan status gizi balita dengan mengontrol variabel usia ibu, paritas ibu, pendidikan ibu, umur balita, dan pendapatan keluarga

Variabel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
<i>Positive Dviance</i>				
Melakukan	4,03* (1,37-11,84)	7,54 (1,84-30,85)*	7,9 (1,9-31,92)	7,43 (1,89-29,17)*
Tidak Melakukan	1	1	1	1
Umur Ibu				
20-34 tahun		0,68 (0,14-3,24)		
<20 atau =35 tahun		1		
Paritas				
Tinggi		2,54 (0,52-12,52)		
Rendah		1		
Pendapatan Keluarga				
Tinggi		2,05 (0,56-7,54)	1,71 (0,49-5,93)	
Rendah		1	1	
Pendidikan Ibu				
Tinggi		5,80 (1,38-24,45)*	6,79 (1,65-27,93)	6,63 (1,63-23,90)*
Rendah		1	1	1
Umur Balita				
Tinggi		4,68* (1,22-18,00)	4,03 (1,14-14,23)	4,05* (1,16-14,10)
Rendah		1	1	1
n	60	60	60	60
R ²	0,08	0,25	0,25	0,27
deviance	76,35	62,29	61,57	60,18

*signifikan

oleh variabel umur, paritas ibu dan pendapatan keluarga. Model ini mempunyai nilai R^2 0,25 yang berarti bahwa model ini memberi kontribusi sebesar 25% terhadap status gizi baik pada balita.

Model 3 dibangun untuk mengetahui hubungan PD terhadap status gizi balita setelah menyertakan variabel pendapatan keluarga, pendidikan ibu dan umur balita. Hasil analisis menunjukkan bahwa ibu yang melakukan perilaku PD mempunyai kemungkinan 7,90 kali lebih besar untuk mendapatkan balita dengan status gizi baik dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan perilaku PD, setelah dipengaruhi oleh variabel pendapatan keluarga, pendidikan ibu, dan umur balita. Model ini mempunyai nilai R^2 0,25 yang berarti bahwa model ini memberi kontribusi sebesar 25% terhadap status gizi baik pada balita.

Model 4 dibangun untuk melihat hubungan PD terhadap status gizi balita setelah menyertakan dua variabel luar secara bersamaan yaitu pendidikan ibu dan umur balita. Hasil analisis menunjukkan bahwa ibu yang melakukan perilaku PD mempunyai 7,43 kali lebih besar untuk mendapatkan balita dengan status gizi baik dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan perilaku PD, setelah dipengaruhi oleh variabel pendidikan ibu dan umur balita. Model ini mempunyai nilai R^2 0,27 yang berarti bahwa model ini memberi kontribusi sebesar 27% terhadap status gizi baik pada balita.

Berdasarkan hasil analisis permodelan di atas, model 4 adalah model yang memenuhi prinsip efektif dan efisien dalam menggambarkan hubungan perilaku PD terhadap status gizi baik pada balita, selain itu dengan melihat kebermaknaan secara praktis dari nilai OR, R^2 dan kebermaknaan secara statistik dari perubahan nilai *deviance* antar model.

Analisis kualitatif

Pada penelitian ini dilakukan wawancara mendalam dengan tujuan untuk menunjang atau melengkapi data kuantitatif, serta menggali lebih dalam tentang perilaku PD pada keluarga miskin yang mempunyai balita status gizi baik. Perilaku yang dimaksud meliputi empat perilaku dan kebiasaan yang menggambarkan PD yaitu perilaku pemberian makan, pengasuhan, kebersihan, dan perilaku perawatan kesehatan. Wawancara mendalam dilakukan pada 6 responden yang mempunyai balita dengan status gizi baik, 2 orang bidan desa dan 2 orang kader posyandu.

Analisis perilaku PD pada keluarga PD.

a. Perilaku pemberian makan

Berdasarkan wawancara diperoleh hasil bahwa pemberian makanan tambahan pada balita dilakukan pada umur balita mulai 4 bulan dengan memanfaatkan sumber daya yang terjangkau. pada umumnya membuat tim dari campuran tahu, tempe, bayam, oyong, ikan atau telur dengan nasi. Pemberian ASI sampai usia anak 2 tahun. Anak terbiasa makan sendiri bersama keluarga dengan frekuensi makan 3-4 kali sehari ditambah makanan kecil di antara makan pagi dan siang berupa ubi atau singkong yang direbus atau biskuit yang dibeli dari warung. Tidak membiasakan anak jajan sebelum makan dan ibu selalu memantau jenis makanan yang dibeli. Bila selera makan anak menurun, ibu cenderung menyuyapi anak sambil bermain atau diberi jamu penambah nafsu makan yang dibuat sendiri yaitu campuran temu ireng dan madu. Jenis makanan yang sering dikonsumsi adalah sayur oyong dan ikan belanak hasil tangkapan keluarga.

b. Perilaku pengasuhan

Perilaku ibu dalam pengasuhan selalu mengawasi anak saat makan atau pun bermain. Sebagai pengasuh utama, ibu tetap melibatkan keluarga lain untuk dapat berinteraksi dengan anak yaitu dengan bernyanyi, bercerita atau membuat mainan dengan bahan yang sederhana. Upaya membujuk selalu ibu lakukan dengan penuh kasih sayang dan sabar bila anak nakal, nangis atau anak tidak mau makan. Menjelang tidur, anak selalu didampingi dengan diiringi nyanyian, sholawatan atau dongeng.

c. Perilaku kebersihan

Perilaku kebersihan seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah makan dengan menggunakan sabun, memotong kuku secara rutin, mandi minimal dua kali sehari, memperhatikan cara pengolahan makanan, membiasakan anak menggunakan sandal bila bermain di luar rumah (tanah) dan menggunakan air yang sudah dimasak untuk diminum. Ibu mengajari anak untuk BAB di tempat yang sudah disediakan meskipun tidak semuanya mempunyai jamban yang memadai dalam keluarga.

d. Perilaku perawatan kesehatan

Ibu segera membawa anak bila sakit dan memilih puskesmas atau bidan desa untuk memberikan

pengobatan terhadap anaknya, pemberian imunisasi secara lengkap dan ayah ikut terlibat dalam penanganan anak sakit.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang menunjang terhadap empat perilaku dan kebiasaan PD dapat dilihat dari pernyataan-pernyataan di bawah ini:

a. Perilaku dan kebiasaan makan

Perilaku dan kebiasaan makan meliputi waktu yang tepat untuk pemberian makanan tambahan, frekuensi pemberian makan, mengatasi anak dengan selera makan yang turun dan dalam kondisi sakit dan sebagainya.

“Biasanya mulai dikasih makanan tambahan itu umur 4 bulan bu...soalnya bayinya mulai sering nangis terus, kadang susah minum air susu saya, jadi diberi pisang dikerik sama nasi lembek *jare* ibu saya”. (IIB. 01, umur anak 25 bulan)

“Kalo di sini umumnya diberi makanan tambahan umur 4 bulan, ada juga yang 6 bulan, alasannya bayi mereka mulai sering nangis dan rewel jadi katanya kasihan dengar anak nangis terus, ada juga yang merasa ASI-nya tidak cukup”. (ITK.01)

“Makannya 3-4 kali, trus senengnya makan nasi anget –anget tempe tahu, lauknya sih kadang ikan breyek hasil tangkapan bapanya, biasanya sering nambah, kalo sayur ya senengnya sayur bening, sayur oyong tuh bu. Kalo ada uang ya beli telur”. (IIB 05, umur anak 39 bulan)

“Dari dulu sih di sini mah begitu, biar anak makan banyak coba pake ikan breyek, biar enak. Di posyandu juga pada bilang, kalo anak makan pake ikan breyek tuh bagus, banyak habisnya”. (IK.01)

“Kalo anak ga mau makan ya disuapin sambil diemban-emban, sambil dolan lihat kucing, lihat kukut atau bermain apa ajalah yang penting makanan masuk....biasanya makannya sampe abis (IIB.03, umur anak 19 bulan)

“Ya kalo lagi sakit pinter-pinternya kita bujuk anak buat makan, kadang dikasih vitamin dari puskes, dibuatin jamu-jamu jawa, kaya campuran temu ireng sama madu tuh bu, biasanya jadi mau makan. Tapi ngemil-

ngemil biskuit dia tetep mau”. (IIB.05, umur anak 39 bulan)

b. Perilaku dan kebiasaan pengasuhan

Perilaku dan kebiasaan pengasuhan meliputi bentuk perhatian dan kasih sayang, dengan siapa saja anak berinteraksi, cara menidurkan anak, keterlibatan suami dalam pengasuhan dan sebagainya.

“Namanya juga ke anak ya sayang bu, diciumin sering sepertinya tiap menit, kalo lagi nakal paling ngebentak, ga pernah sampe mukul.. ya jangan lah bu kalo sampe mukul”. (IIB.04, umur anak 20 bulan)

“Ya kalo main sama siapa aja, sama kakanya, nenanya, ayahnya, tetangga karena sudah seperti sodara, kebetulan banyak teman yang sebaya”. (IIB. 06, umur anak 36 bulan)

“Dusahakan kalo anak mau tidur ya kita ada, maunya di ayun-ayun sambil dido-
ngengin, nyanyi-nyanyi shalawatan”. (IIB.02, umur anak 20 bulan)

“Suka juga ngasuh anak, biasanya tiap sore ke rumah nenanya naek sepeda, main bola. (Ayah IIB.03, umur anak 19 bulan)

c. Perilaku dan kebiasaan kebersihan

Perilaku dan kebiasaan kebersihan meliputi frekuensi memandikan anak, mencuci tangan, menjaga makanan, kebiasaan memotong kuku, konsumsi air minum, dan sebagainya.

“Paling sedikit ya 2 kali kalo memandikan anak, tapi kadang 3-4 kali da sering main di pasir, gimana kotornya anak, potong kuku ya rutin kadang hari Minggu atau Jum’at, air buat minum ya direbus bu”. (IIB.03)

“Ya kalo habis masak makanan ditaro di basi (mangkok) trus ditaro di bupet tertutup biar debu tidak masuk, trus takut kena cecak, cecak kan ga tau ya”. (IIB.05)

“Cuci tangan sih suka, saya biasakan pake sabun biar bersih, apalagi kalo mainan tanah kan banyak kumannya bu, kotor banget selain itu kan kalo mau makan atau jajan apa kan masuknya pake tangan takutnya ada kuman”. (IIB.06)

“Kalo sayuran mentah saya mah kadang nyuci 2 kali, sebelum dimasak dicuci dulu biar bersih, sayuran kan habis nempel

ditanah, trus dah dipotong dicuci lagi".
(IIB.02)

d. Perilaku dan kebiasaan perawatan kesehatan

Perilaku dan kebiasaan perawatan kesehatan meliputi imunisasi, penanganan anak sakit, tempat pelayanan kesehatan.

"Imunisasi lengkap sampe 9 bulan, biasanya Nanang suka dipanggil-panggil, dekat sih ke posyandu, saya mah anak begitu semua (di-imunisasi) karena anak yang dulu kan ga kena cacar jadi saya ngikut anak yang dulu".
(IIB.01)

"Kalo ada jadwal imunisasi biasanya yang ke posyandu banyak, kalo ada yang ngga datang ya saya panggil suruh datang, saya tungguin" (ITK.02)

"Ya bu bidan suka ngasih tau kalo pas ada jadwal imunisasi, jadi sayanya juga suka ngasih tau ke ibu-ibu yang punya bayi, takut lupa" (IK.2)

"Anak sakit...berobat ke Bu Marfuah saja (bidan), saya mah cocok ke sana, kalo Bu Marfuah ga ada ya ke puskes" (IIB.04)

Pembahasan

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa responden yang terpilih pada kelompok kasus dan kontrol bila melihat umur ibu sebagian besar tergolong dalam kurun reproduksi sehat. Hanya 1/3 atau sekitar 35% yang berumur <20 tahun atau > 35 tahun. Umur ibu terbanyak pada kelompok umur 20-34 tahun (65%). Untuk paritas dan pendidikan responden antara kasus dan kontrol cukup berbanding yaitu rata-rata paritas responden adalah < 4 dan pendidikan responden > SMA. Demikian pula dengan umur balita sebagian besar ada pada kelompok 24 bulan dan pendapatan keluarga sebagian besar ada pada kelompok berpendapatan tinggi (58,3%).

Analisis bivariabel antara perilaku PD dengan status gizi balita ($p=0,0097$), keluarga miskin yang berperilaku PD mempunyai peluang 4,03 kali (95% CI 1,22-13,66) untuk mempunyai balita dengan status gizi baik, artinya ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas yaitu perilaku PD dengan variabel terikat yaitu status gizi balita. Apabila melihat hasil analisis, maka pertanyaan penelitian yang

penulis ajukan telah terjawab dan hipotesis penelitian dapat diterima.

Status gizi buruk pada balita dapat diatasi dengan mengetahui perilaku dan kebiasaan yang dilakukan oleh keluarga PD, artinya keluarga PD dapat berhasil atau sukses (balita tidak kurang gizi) karena memiliki perilaku dan kebiasaan tertentu yang tidak dilakukan oleh keluarga lainnya.¹⁵

Adapun perilaku dan kebiasaan yang mereka lakukan meliputi pemberian makan, pengasuhan, kebersihan dan perawatan kesehatan. Pendekatan PD merupakan solusi memecahkan suatu masalah kesehatan seperti kekurangan gizi pada kehamilan, kekurangan gizi bayi dan balita serta pencegahan pada HIV/AIDS.¹⁶

Berdasarkan hasil wawancara mendalam diketahui bahwa sebagian besar ibu-ibu sudah mengetahui pentingnya Air Susu Ibu (ASI). Namun pada pelaksanaannya masih sulit untuk diterapkan karena anggapan ASI eksklusif sampai dengan usia anak empat bulan masih kuat. Hal ini sesuai penelitian bahwa anjuran untuk memberikan ASI eksklusif sampai dengan usia empat bulan dan berdasarkan penelitian terbaru adalah enam bulan masih sangat sulit untuk diterapkan.¹⁵ Alasan lain tidak memberikan ASI secara eksklusif karena ibu merasa ASI-nya tidak cukup dan anak mulai sering menangis dan rewel.

Kebiasaan makan anak dari hasil wawancara mendalam diketahui bahwa ibu cenderung mengikutsertakan anak makan saat keluarga makan artinya tidak membiarkan anak makan sendiri. Hal ini sebenarnya suatu upaya menciptakan suasana makan menyenangkan karena suasana pada waktu makan mempengaruhi nafsu makan anak. Penerapan keragaman makanan, frekuensi makan dan kebiasaan makan yang baik dapat mengurangi kejadian gizi kurang hingga 27,5%.¹⁷

Makanan yang dikonsumsi oleh keluarga PD adalah makanan terjangkau dan tersedia bagi seluruh masyarakat, antara lain yaitu tahu, tempe, sayur oyong, wortel, bayam, telur, ikan breyek (ikan belanak). Konsumsi tahu, tempe, sayur oyong, dan ikan breyek sebagai bahan makanan paling tinggi jika dibandingkan jenis makanan lain.

Sayur oyong yang memiliki nama latin, *Luffa Cylindrica* sering pula dikenal dengan ewes, gambas, hoyong, jingi, ketala manis, petola atau ceme. Sayuran ini tidak hanya enak dimasak sebagai sayur tetapi juga bermanfaat sebagai obat dan memiliki sifat anti-

septik dan antipiretik. Sebuah penelitian mengindikasikan bahwa rahasia dibalik khasiat oyong adalah kandungan cucurbitasin. Kandungan senyawa cucurbitasin dalam biji oyong berperan dalam menurunkan gula darah, tak hanya berkhasiat bagi diabetes, oyong dapat mengatasi panas dalam, menyembuhkan radang usus, radang tenggorokan, cacingan, melancarkan peredaran darah hingga meningkatkan air susu ibu (ASI). Sayangnya, masih banyak orang yang tidak memahami manfaat oyong untuk mengobati berbagai penyakit.¹⁸

Selain sayur oyong, konsumsi ikan breyek (ikan belanak) cukup tinggi. Sebagian besar informan mengatakan hampir seminggu dua kali anak mereka mengkonsumsi ikan breyek hasil tangkapan keluarga. Ikan mempunyai kandungan gizi sangat banyak dan merupakan sumber zat gizi yang penting. Penelitian pada kelompok masyarakat yang mengkonsumsi ikan secara kontinyu dan ikan menjadi pangan dominan seperti pada orang Eskimo menunjukkan, jenis lemak di dalam ikan (asam linoleat) setelah melalui proses metabolisme dalam tubuh manusia akan menghasilkan asam lemak yang kemudian dikenal dengan nama omega 3. Omega 3 merupakan asam lemak yang sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan sel otak manusia. Apabila kadar omega 3 diperoleh secara cukup sejak bayi dalam kandungan sampai balita, maka anak tersebut akan tumbuh dengan potensi kecerdasan maksimal. Adanya alasan itu, sejak ibu hamil perlu mengkonsumsi ikan dalam jumlah cukup sampai bayi yang dikandungnya lahir.¹⁹

Perkembangan anak yang baik dapat dipengaruhi oleh perilaku dan kebiasaan pengasuhan keluarga termasuk perkembangan emosi dan psikologi anak. Perilaku pengasuhan juga dapat menggambarkan kedekatan antara ibu sebagai pengasuh utama anak.²⁰ Berdasarkan hasil wawancara diperoleh bahwa ibu adalah pengasuh utama bagi anaknya dan selalu tersedia waktu untuk dapat berinteraksi dengan anak. Apabila ibu harus meninggalkan anak untuk sementara, sebagai pengasuh pengganti diantaranya ayah, nenek, anak yang sudah besar, atau tetangga. Perilaku ini menunjukkan pentingnya hubungan baik antara keluarga dengan lingkungan sekitar seperti tetangga.

Ibu selalu menyempatkan diri untuk memandikan anak, memberi atau menyuapi anak, membuat mainan secara bersama-sama meski dengan media yang

sederhana, mendorong anak untuk bermain dengan teman sebayanya dan tidak memperlakukan anak secara kasar walaupun anak nakal. Pola asuh seperti demikian tanpa disadari memberi kontribusi pada perkembangan emosi, psikologi, dan status gizi anak namun sering kali terabaikan.

Semua informan ibu balita ada upaya untuk membiasakan diri mencuci tangan dengan sabun setiap saat sebelum atau sesudah memberi makan dengan menggunakan tangan. Cara pengolahan makanan 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.²¹

Perilaku ibu dalam perawatan kesehatan termasuk imunisasi merupakan bagian dari perilaku kesehatan. Seluruh informan ibu balita menganggap penting imunisasi sehingga seluruh anaknya diimunisasi meskipun ada beberapa yang kurang paham tentang manfaat imunisasi. Namun ditunjang dengan keberadaan bidan dan kader posyandu yang aktif dan bertanggung jawab maka pelayanan imunisasi dapat dilaksanakan ke semua sasaran. Kebiasaan pengobatan ketika anak sakit cenderung tidak menunda, ibu langsung membawa anaknya ke bidan terdekat atau ke puskesmas, namun ada beberapa informan yang membeli obat di warung untuk sementara namun bila keesokan harinya tidak ada perbaikan maka anak langsung di bawa ke puskesmas.

Hasil analisis pendidikan ibu dan umur balita mempunyai hubungan yang signifikan terhadap status gizi baik pada balita. Berdasarkan pendidikan ibu, pada Tabel 5 dapat diketahui bahwa tingkat pendidikan ibu yang tinggi (> SMA) mempunyai peluang 6,63 kali untuk mendapatkan balita dengan status gizi baik dibandingkan dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan rendah (<SMA). Sebesar 60% tingkat pendidikan ibu berpengaruh terhadap status gizi anak dan dari analisis bivariabel terbukti pendidikan ibu yang tinggi ada pengaruhnya terhadap status gizi anak dan mengurangi kejadian kurang gizi sekitar 44%.²²

Lebih dari setengah anak di bawah umur empat tahun mengalami kekurangan gizi. Kondisi ini dipe-

ngaruhi oleh tingkat pendidikan ibu.²³ Ibu yang memiliki tingkat pendidikan rendah cenderung memiliki anak dengan status gizi kurang dibandingkan dengan anak-anak dari ibu dengan pendidikan yang lebih tinggi. Pendidikan ibu dan status gizi balita memiliki hubungan yang signifikan.²⁴ Artinya bahwa dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mudah menerima segala informasi khususnya kesehatan atau pengetahuan umum lainnya sehingga dapat dengan mudah menerapkan informasi yang diperoleh khususnya tentang gizi dan kesehatan. Selain itu, pendidikan tinggi lebih dihubungkan dengan pendapatan rumah tangga lebih tinggi dan pada gilirannya akan ikut memperkuat pendapatan keluarga untuk menangani masalah sosial-ekonomi.

Hasil analisis umur anak mempunyai hubungan yang signifikan terhadap status gizi baik, berdasarkan umur anak dari Tabel 5 dapat diketahui bahwa umur anak > 24 bulan mempunyai peluang 4,05 kali untuk mendapatkan status gizi baik dibandingkan dengan umur anak < 24 bulan. Anak gizi kurang berdasarkan indikator BB/TB paling tinggi terjadi pada umur 12-24 bulan dan terdapat hubungan signifikan antara umur anak dengan prevalensi gizi kurang, bahwa anak usia 12-24 bulan berisiko 4,3 kali mengalami gizi kurang dibandingkan anak umur lainnya.²⁵

Anak dalam kurun dua tahun pertama kehidupannya dapat dikatakan sebagai konsumen pasif, artinya anak menerima makanan hanya dari apa yang disediakan oleh ibunya. Masa ini seharusnya dimanfaatkan ibu untuk memperkenalkan berbagai bahan makanan, namun kenyataannya anak umur 6-24 bulan cenderung mengalami kekurangan energi protein karena keterlambatan pengenalan makanan bergizi yang kandungan proteinnya rendah, serta dipengaruhi penyakit infeksi yang sering diderita.^{3,4} Untuk mengingat laju pertumbuhan anak usia ini lebih besar dari masa usia prasekolah sehingga diperlukan jumlah makanan yang relatif lebih besar. Oleh karena itu, pola makan yang diberikan adalah porsi kecil dengan frekuensi sering. Apabila sikap dan perilaku ibu dalam memberi makan sesuai dengan pola yang diharapkan, maka kurang gizi pada balita seharusnya tidak perlu terjadi.

Berdasarkan analisis stratifikasi pada Tabel 6 menunjukkan pada kelompok keluarga dengan pendapatan rendah dan ibu melakukan PD akan meningkatkan 8,1 kali untuk mendapatkan status gizi baik pada balita dibandingkan dengan ibu yang tidak

melakukan PD. Berdasarkan analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa dalam kondisi pendapatan keluarga yang rendah, tetap dapat memperoleh balita dengan status gizi yang baik bila ibu selaku pengasuh utama melakukan perilaku PD. Terdapat fakta bahwa anak dengan status gizi kurang tidak selalu terjadi pada keluarga miskin, artinya terdapat anak dengan status gizi baik pada keluarga miskin, dengan demikian kemiskinan bukan merupakan akar masalah dari kekurangan gizi.⁶ Perilaku PD merupakan solusi dalam memecahkan masalah kesehatan di antaranya penanggulangan kasus kekurangan gizi pada bayi dan balita.¹⁵

Hasil stratifikasi pada Tabel 7 menunjukkan bahwa ibu dengan pendidikan tinggi dan mempunyai pendapatan keluarga tinggi akan meningkatkan 5,1 kali untuk mendapatkan status gizi baik pada balita dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan tinggi namun mempunyai pendapatan keluarga yang rendah. Berdasarkan analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan dan pendapatan sangat mempengaruhi status gizi anak, artinya ibu dengan pendidikan tinggi dan mempunyai pendapatan keluarga yang tinggi akan mendapatkan balita dengan status gizi baik. Penyebab tidak langsung dari status gizi kurang pada balita adalah karakteristik ibu khususnya tingkat pendidikan ibu. Makin tinggi pendidikan maka makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Namun ketahanan pangan keluarga tidak akan terjadi bila keluarga tidak mempunyai daya beli yang dapat digunakan karena status sosial ekonomi yang rendah/miskin.²⁷

Kesimpulan

Berdasarkan analisis, perilaku PD secara signifikan berpengaruh terhadap status gizi baik pada balita dengan OR 7,43 (95% CI:1,89-29,17), artinya bahwa ibu yang melakukan perilaku PD akan meningkatkan status gizi baik pada balita sebesar 7,43 kali dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan perilaku PD. Variabel lain yang ikut berpengaruh terhadap terjadinya status gizi baik pada balita adalah umur balita dan pendidikan ibu. Umur balita dengan OR 4,03 dapat diartikan bahwa umur balita > 24 bulan 4,03 kali akan mengalami status gizi baik dibandingkan dengan umur balita <24 bulan. Pendidikan ibu dengan OR 6,63 dapat diartikan bahwa ibu dengan pendidikan tinggi 6,63 kali lebih besar untuk men-

dapatkan balita dengan status gizi baik. 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 oyong yang memberikan banyak manfaat. Sebagai pengasuh utama, ibu mengikutsertakan anggota keluarga lain dalam mengasuh atau berinteraksi dengan anak. Ketika anak sakit, ibu dan keluarga segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan (bidan atau puskesmas).

Kepustakaan

1. Gibson RS. Principles of nutritional assessment, Oxford University Press, USA, 1990.
2. Müller O. & Krawinkel M. Malnutrition and health in developing countries. *CMAJ*, 2005;173(3):279-86.
3. Saha KK, Frongillo EA, Alam DS, Arifeen SE, Persson LÅ. & Rasmussen KM. Appropriate infant feeding practices result in better growth of infants and young children in rural Bangladesh, *Am J Clin Nutr*, 2008;87(6):1852-9.
4. Goldratt EM. & Cox J. The goal: A process of ongoing improvement 20th anniversary edition, North River Pr, USA, 1992.
5. CORE. Positive Deviance/Hearth: A Resource Guide for Sustainably Rehabilitating Malnourished Children, Nutrition Working Group, Child Survival Collaborations and Resources Group (CORE), Washington, D.C, 2003.
6. Zeitlin M, Ghassemi H. & Mansour M. PD in Child Nutrition: With Emphasis on Psychosocial and Behavioural Aspects and Implications for Development, WHO/UNICEF Joint Nutrition Support Programme financed by the Government of Italy, Japan. 1990.
7. Save the Children US. Positive deviance: A community based approach to solving community problems. *Bulletin Positive Deviance*, 2003; 1(1): 1-2.
8. Marsh DR, Schroeder DG, Dearden KA, Sternin J. & Sternin M. The power of positive deviance. *BMJ*, 2004;329 (7475):1177-9.
9. Dinkes Provinsi Jawa Barat. Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2007, Dinkes Provinsi Jawa Barat, Jawa Barat, 2007.
10. Dinkes Kabupaten Cirebon. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon tahun 2008, Dinkes Kabupaten Cirebon, Cirebon, 2008.
11. Gordis L. Epidemiology. W.B. Saunders Company, Pennsylvania, 2004.
12. WHO. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development, World Health Organization; Geneva. 2006.
13. Gibson RS. Principles of Nutritional Assessment, 2nd Ed, Oxford University Press, USA, 2005.
14. Goldratt EM. & Cox J. The goal: A process of ongoing improvement 20th anniversary edition, North River Pr, USA, 1992.
15. Schooley J. & Morales L. Learning from the community to improve maternal-child health and nutrition: The Positive Deviance/Hearth approach. *J Midwifery Womens Health*, 2007; 52(4): 376-83.
16. Buanasita, A. Efektivitas pendekatan PD selama 3 bulan yang terintegrasi dengan posyandu TKA pada pertumbuhan balita di Kabupaten Pandeglang, Propinsi Banten. *Info Pangan dan Gizi*, 2006;17(1): 5-6.
17. Anonim. Berbagai manfaat sayur oyong. 2010. Available at.: <http://tugasmulia.blogspot.com/2010/09/berbagai-manfaat-sayur-oyong.html>; Diakses pada 20 Juni 2011.
18. Anonim. Manfaat ikan untuk kesehatan. 1970. Available at: Balita-anda.com/ensiklopedia-balita/228-manfaat-ikan-untuk-kesehatan-.html. Diakses pada 2 Februari 2011.
19. Zeitlin MF. Gizi balita di negara-negara berkembang, peran pola asuh anak: Pemanfaatan hasil studi penyimpangan positif untuk program gizi. Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi. LIPI, Jakarta, 2000.
20. Range SKK, Naved R. & Bhattarai S. Child Care Practices Associated With Positive and Negative Nutritional Outcomes for Children in Bangladesh: A Descriptive Analysis, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C, 1997.
21. 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.
22. Mishra V. & Retherford R. Women's education can improve child nutrition in India. *Natl Fam Health Surv Bull*, 2000;(15):1-4.
23. Miller JE. & Rodgers YV. Mother's education and children's nutritional status: New evidence

- from Cambodia. *Asian Development Review*, 2009;26(1):131-65.
24. Alasfoor D, Elsayed MK, Al Qasmi A, Malankar P, Sheth, M. & Prakash, N. Protein energy malnutrition among preschool children in Oman: Result of national survey. *Eastern Mediterranean Health*, 2007;13(5):1022-30.
 25. Bloss E, Wainaina F. & Bailey RC. Prevalence and predictors of underweight, stunting, and wasting among children aged 5 and under in western Kenya. *J Trop Pediatr*, 2004;50 (5): 260-70.
 26. Sapkota V. & Gurung C. Prevalence and Predictors of Underweight, Stunting and Wasting in Under-Five Childre. *J Nepal Health Res Counc*, 2009;7(15):120-6.
 27. Tabor SS, Soekirman & Drajat M. Keterkaitan antara krisis ekonomi, kemiskinan, ketahanan pangan dan keadaan gizi. LIPI, Jakarta, 2000.