

Pendekatan Penyimpangan Positif (*Positive Deviance*) Sebagai Model Dalam Menanggulangi Masalah Kekurangan Gizi¹

Zuldesni

Jurusan Sosiologi, Fisip Universitas Andalas

Abstract : *Many researchs and literacy said that the main problem of malnutrient was poverty. This research is trying to see how the children coming from poor family could get a good nutrient while the others are not. The poor family who has children with good nutrient which is called family with positive deviance.*

This research containt of seven informan, they are categorize as poor famil. The devinition of "poor" is categorized by the community where the research has done. Five of them are, they with malnutrient children and the rest of two are they with good nutrition children. To devine the nutrient status is using the weigt of the child devide the age according to the standard of WHO.

The result of this research shown that the poor family could have a children with good nutrient because they had diffrent practice and habbit comparing to the other family. Thus are such as giving colostrum trough brast feeding exclusively during four months, making children food using the cheap materials surroundings, they made special food when their childis sick, and keep the enviromental clean.

The differences of the practices are not influenced by the poverty, but because there were velues and beleives that influencing the live practice of them. Besides that this reasearch shown deviance is negatively minded.In Fact deviance could understood in the positive way, community called the poor family with healty children as an example, a place to learn, and succeed family.

Keyword: *malnutrient, positive deviance*

1. Latar Belakang

Jika kita telusuri sejarah perbaikan gizi di Indonesia, pada tahun 1998 pemerintah melakukan langkah pengamanan yang disebut *Social Safety Mate* atau yang dikenal dengan jaring pengaman social. Dalam bidang kesehatan dikenal dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) sebagai bagian dari Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK). PMT dilakukan dengan pemberian

¹ Makalah sudah pernah disampaikan dalam Seminar Internasional Malindo Nusantara I, Kerjasama FISIP Unand dengan UKM Malaysia di Bukittinggi 16 - 17 Desember 2009.

makanan tambahan berupa telur, susu, biskuit pada anak-anak gizi buruk dan gizi kurang selama 90 hari. PMT JPS-BK kemudian menjadi idola tetapi masih menyisakan masalah besar akibat mewariskan karakter ketergantungan yang hebat, bukan saja pada level petugas kesehatan tetapi juga pada level masyarakat penerima bantuan. Seringkali bantuan yang diberikan berupa susu, telur dan biskuit bukan dikonsumsi oleh anak yang kurang gizi, tetapi malah dikonsumsi oleh orang tua atau anggota keluarga lainnya. Sehingga program ini bukannya menyelesaikan masalah, malah menimbulkan masalah baru yaitu ketergantungan. (Sirajuddin, 2004:2).

Pendekatan lain yang tak kalah penting yang pernah digalakkan oleh pemerintah adalah konsep pemberdayaan keluarga. Hingga saat ini konsep pemberdayaan keluarga dalam mengatasi gizi buruk masih jarang dilakukan, karena sulitnya untuk merumuskan bentuk intervensi yang melibatkan aspek *income generating* keluarga. Terlebih jika kemudian disimpulkan bahwa penyebab gizi buruk adalah sindroma kemiskinan.

Fenomena di atas menunjukkan bahwa dibutuhkan sebuah pendekatan yang lebih mengakar dan memberi hasil yang maksimal dalam menanggulangi masalah gizi buruk di Indonesia. Pendekatan *positive deviance* sebagai salah satu pendekatan yang pernah sukses di Vietnam dalam menanggulangi masalah kekurangan gizi merupakan salah satu pilihan (*alternative*) yang dapat dijadikan pilihan. Berdasarkan latar belakang tersebut penelitian ini mencoba menjawab pertanyaan (*research question*): *Mengapa keluarga miskin dalam komunitas yang sama dengan status ekonomi yang sama (miskin) memiliki anak dengan status gizi baik disaat keluarga miskin lainnya memiliki anak kekurangan gizi.*

2. Studi Pustaka

Persatuan ahli gizi Indonesia (Persagi) pada tahun 1999, telah merumuskan bahwa masalah kekurangan gizi muncul karena berbagai faktor baik langsung maupun tidak langsung. Langsung adalah karena asupan makanan dan penyakit infeksi. Secara tidak langsung adalah persediaan makanan di rumah, perawatan bayi dan pelayanan kesehatan termasuk di dalamnya petugas kesehatan. Faktor lain adalah karena masalah pokok yaitu kemiskinan, kurang pendidikan dan kurang keterampilan dari masyarakat, sehingga dapat diketahui bahwa permasalahannya terletak pada krisis moneter yang berkepanjangan. (Supariasa, 2002: 13-15)

Hal senada juga dikemukakan oleh Sajogyo dkk (1999:34), bahwa penyebab timbulnya masalah gizi (kurang gizi) pada anak balita adalah rendahnya penghasilan dari rumah tangga. Rendahnya penghasilan membawa akibat pada pemberian makanan yang kurang jumlahnya dan kualitas gizinya.

Berdasarkan penelitian ini terlihat bahwa pada umumnya anak-anak kekurangan gizi berasal dari rumah tangga miskin. Tetapi dari rumah tangga miskin lainnya dalam lingkungan, pekerjaan, kondisi rumah tangga yang hampir sama kita dapat menemukan anak-anak dengan status gizi baik. Anak-anak dari kelompok rumah tangga miskin yang memiliki anak dengan status gizi baik inilah yang disebut sebagai keluarga penyimpang positif.

Penyimpang positif (*positive deviant*) adalah individu-individu tertentu dalam masyarakat atau komunitas yang mempunyai kebiasaan-kebiasaan dan perilaku-perilaku special atau tidak umum yang memungkinkan mereka dapat menemukan cara-cara yang lebih baik untuk mengatasi masalah-masalah dibandingkan tetangga-tetangga mereka yang *memiliki sumber yang sama dan menghadapi resiko yang serupa.*" (Monique and J. Sternin, 2003:2).²

Adapun yang dimaksud dengan *memiliki sumber yang sama* yaitu keluarga-keluarga yang memiliki anak-anak kekurangan gizi dan keluarga-keluarga yang memiliki anak-anak sehat (*positive deviant*) hidup dalam lingkungan yang sama serta memiliki status social ekonomi yang sama (miskin) dan *menghadapi resiko yang serupa* yaitu kekurangan gizi³. Walaupun memiliki sumber yang sama (miskin) dan menghadapi resiko yang serupa (kekurangan gizi), namun memiliki hasil yang berbeda yaitu keluarga miskin dengan anak yang kekurangan gizi dan keluarga miskin dengan anak yang sehat. Keluarga miskin dengan anak yang sehat inilah yang disebut dengan keluarga penyimpang positif.

Mengapa keluarga miskin dapat memiliki anak-anak yang sehat? karena keluarga miskin tersebut memiliki perilaku-perilaku yang tidak lazim atau biasa dilakukan oleh kebanyakan (normal) keluarga miskin lainnya dalam komunitas yang sama. Perilaku-perilaku tersebut adalah perilaku special yang berhubungan dengan kesehatan seperti pola pengasuhan, pola pemberian makan, perilaku kebersihan, dll. Walaupun perilaku-perilaku dan kebiasaan-kebiasaan yang special tersebut tidak umum dilakukan di dalam komunitas, tetapi perilaku dan kebiasaan tersebut tidak menghambat atau bertentangan dengan kearifan/kebijaksanaan konvensional (*conventional wisdom*). Perilaku dan kebiasaan tersebut seperti memakan tanaman yang dianggap tabu oleh

² Lebih lanjut istilah *positive deviance* telah dipakai untuk menjelaskan suatu keadaan penyimpangan positif yang berkaitan dengan kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan anak-anak di dalam lingkungan masyarakat dan keluarga yang sama. Secara khusus pengertian *positive deviance* dapat dipakai untuk menjelaskan factor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan atau status gizi yang baik dan anak-anak yang hidup di dalam keluarga miskin dimana sebagian besar anak lainnya menderita gangguan pertumbuhan dan kekurangan gizi. Dapat dilihat dalam: *Positive Deviance in Child Nutrition* :with emphasis on psychosocial and behavioural aspects and implications for development, by Marian Zeitlin, Hossein Ghassemi and Mohamed Mansour, The United Nations University, Tokyo,1990)

³ Beberapa hasil penelitian menunjukkan hubungan yang erat antara kemiskinan dan kekurangan gizi. Lebih lanjut lihat: (Supariasa, 2002; Sajogyo dkk, 1999)

masyarakat, memasak makanan dengan cara yang berbeda, perawatan anak selama sakit, dll.

Perilaku-perilaku keluarga devian positif tersebut di atas bukanlah perilaku yang tidak dapat dilakukan oleh keluarga miskin lainnya. Tetapi karena adanya nilai-nilai dan kebiasaan-kebiasaan tertentu membuat beberapa keluarga miskin tidak dapat melakukannya. Misalnya dalam pemberian kolostrum, keluarga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi tidak memberikan kolostrum kepada anaknya karena adanya kepercayaan bahwa kolostrum tersebut adalah susu basi, sehingga tidak baik untuk anak. Bahkan kolostrum tersebut diyakini dapat membuat anak kuning dan panas.⁴ Hal senada juga terdapat dalam penelitian yang dilakukan oleh LSM Totalitas dimana di Desa Batu Panjang Kab. Solok Sumatera Barat, beberapa keluarga miskin penyimpang positif memasak serangga sejenis belalang (mereka menyebutnya *sipasin*) yang banyak terdapat pada saat panen padi untuk makan anak mereka. Sipasin tersebut sebenarnya bisa didapatkan dengan mudah di lingkungan mereka tetapi mereka tidak biasa memberikannya untuk anak-anak karena dianggap dapat mengakibatkan anak sakit. Tetapi beberapa keluarga penyimpang positif memasak dan memberikannya kepada anak mereka.

Secara sosiologis diskusi yang berapi-api tentang konsep *positive deviance* dapat ditemukan dalam jurnal *Deviant Behavior* yang dipublikasikan antara tahun 1985 sampai 1991 (Ben-Yehuda 1990, Dodge 1985, Goode 1991, Heckert 1989, Sagarin 1985)⁵. Secara ringkas perdebatan tersebut terbagi menjadi dua kubu yaitu kelompok yang memandang bahwa penyimpangan hanya dapat dipahami dalam pengertian negative (Sagarin: 1985, dan Goode: 1991) dan kelompok yang berpendirian bahwa penyimpangan dapat dipahami dalam pengertian yang positif dan negatif (Dodge: 1985, Ben-Yehuda: 1990, Heckert: 1989).

Sagarin melihat bahwa penyimpangan hanya dapat dipahami dalam arti yang negatif. Sagarin mengatakan bahwa penyimpangan adalah tindakan-tindakan negatif yang tidak dapat menyesuaikan diri dengan norma-norma yang disepakati di dalam masyarakat. Lebih lanjut Sagarin mengatakan bahwa, *Positive Deviance* adalah sebuah *Oxymoron*. *Oxymoron* adalah mengkombinasikan dua hal yang kontradiksi dalam kata yang sebangun (*a contradiction in term*). Definisi ini menggambarkan kepada kita bahwa kata penyimpangan (*deviation*) pada satu sisi tidak dapat digabungkan dengan kata positif (*positive*) pada sisi lain. Karena bagaimanapun, penyimpangan (*deviation*) tetap dalam pengertian yang negatif.

⁴ Zuldesni, "Positive Deviance": Memahami Fenomena Penyimpangan Positif Dalam Kasus Kekurangan gizi" (Thesis, UGM 2008)

⁵ Perdebatan konsep *positive deviance* lebih lanjut dapat dilihat dalam Brad West, *Synergies in Deviance: Revisiting the Positive Deviance Debate*, *Electronic Journal of Sociology* Vol 7 (4), 2003. Dapat diakses pada <http://www.sociology.org/content/vol.7.4/west.html>

Dalam tulisannya Sagarin mengatakan bahwa *deviation* tidak dapat dipertukarkan dengan *deviance* (West, 2003:3). Hubungan *positive* dan *deviance* bersifat *oxymoron* secara sederhana dapat dilihat seperti seorang “penjahat yang baik hati”. Tokoh seperti ini yang sangat terkenal seperti Robinhood, atau si Pitung di Betawi. Mereka mencuri harta orang-orang kaya untuk dibagi-bagikan kepada kaum miskin. Mencuri pada satu sisi adalah penyimpangan (negatif) tetapi menolong kaum miskin adalah positif. Oleh karena itu penyimpangan bagi Sagarin tetap dalam definisi negatif.

Tetapi sebaliknya, Dodge mengatakan bahwa *positive deviance* adalah orang-orang dengan tindakan-tindakan yang dinilai sebagai unggul (*superior*) karena mereka melebihi pengharapan atau dugaan yang lazim (*konvensional*) dilakukan dalam masyarakat. *Positive Deviance* seakan-akan dibingkai dengan memasukkan orang-orang suci, pahlawan-pahlawan tradisional dan orang-orang jenius ke dalamnya. Sebaliknya penyimpangan negatif dapat didefinisikan sebagai bentuk-bentuk pembedaan dari perilaku-perilaku yang secara sosial dihukum. Dengan demikian, penyimpangan negatif berisi orang-orang yang ofensif, menjijikkan, keji, jahat dan mengganggu atau mengancam. (Dodge dalam West, 2003 :3). Pandangan ini melihat bahwa penyimpangan dapat dipahami dalam arti positif maupun negatif. Hal ini dapat kita pahami bahwa yang namanya penyimpangan itu adalah bentuk deviasi norma.

Selain Dodge, karya-karya awal dari Coser (1962) dan Douglas' (1977) juga mendukung konsep “*positive deviance*”. Coser menunjukkan bahwa penyimpangan berkontribusi pada apa yang dia sebut dengan “*normative flexibility*”. Douglas secara eksplisit menyarankan terminology penyimpangan positif sebagai “*creative deviance*” dimana penyimpangan secara umum adalah merusak masyarakat, tapi penyimpangan juga sumber utama dari adaptasi-adaptasi kreatif terhadap aturan untuk situasi kehidupan baru. Dalam konteks inilah kita dapat melihat bahwa penyimpang positif dalam masalah kekurangan gizi adalah orang-orang yang memiliki adaptasi kreatif terhadap aturan kehidupan. Mereka memiliki kebiasaan yang berbeda dengan kebanyakan keluarga miskin lainnya untuk dapat memiliki anak-anak yang sehat.

Ahli ilmu sosial terutama Antropologi Gizi mengungkapkan bahwa masalah makanan sangat erat kaitannya dengan system social budaya masyarakat. Foster dan Anderson (1986) mengatakan, tidak ada satu kelompok pun, bahkan dalam keadaan kelaparan yang akut, akan mempergunakan semua zat gizi yang ada sebagai makanan. Karena pantangan agama, tahayul, kepercayaan tentang kesehatan dan suatu peristiwa yang kebetulan dalam sejarah. Ada bahan-bahan ,makanan bergizi baik yang tidak boleh dimakan, mereka diklasifikasikan sebagai “bukan makanan” .

Penelitian Sri Meiyenti (2002) menunjukkan bahwa, walaupun banyak informan yang sudah mengetahui tentang berbagai jenis makanan yang mengandung gizi, namun didalam praktek pemberian makan pada bayi dan balita hampir semua informan belum menerapkan pengaturan makan menurut anjuran kesehatan. Ada banyak hal yang menghalangi mereka untuk menerapkan pengetahuan tersebut, diantaranya adanya kendala budaya, seperti pola kebiasaan makan, stratifikasi dalam keluarga berdasarkan umur, rasa suka dan tidak suka terhadap makanan tertentu dan juga kepercayaan yang hidup dalam masyarakat dimana ia berada. Dalam hal pola kebiasaan makan, informan lebih sering memberikan makanan sumber karbohidrat (bubur nasi) kepada anak daripada sumber protein, seperti ikan, kacang-kacangan, walaupun itu bisa didapat dengan mudah. Kemudian adanya stratifikasi berdasarkan usia dimana ketika memasak makanan pada hari ini yang terpikir oleh mereka bukan masakan untuk anak-anak, tetapi adalah makanan untuk orang dewasa, terutama makanan kesukaan ayah.

Penelitian ini menunjukkan kepada kita betapa kuatnya pengaruh aspek budaya dan kebiasaan yang ada dalam suatu masyarakat terhadap status gizi anak-anak. Meiyenti juga mengatakan bahwa, pengetahuan informan tentang gizi baru berada pada tingkat mengetahui berbagai jenis bahan makanan yang mengandung gizi, tetapi belum sampai pada tingkat kesadaran pentingnya mengkonsumsi makanan yang mengandung zat gizi.

Disamping itu, penelitian ini juga menunjukkan bahwa pengetahuan tentang pentingnya makanan bergizi untuk anak tidak selalu menghasilkan tindakan memberikan makanan yang bergizi kepada anak. Untuk dapat menjadi sebuah tindakan seringkali tidak hanya dimulai dari sebuah pengetahuan tetapi factor kebiasaan juga menjadi penentu sebuah tindakan dilakukan.

Oleh karena itu, pada saat implementasi dalam penelitian ini yang dilakukan bukanlah pemindahan pengetahuan tentang makanan bergizi tetapi bagaimana kebiasaan dan perilaku keluarga penyimpang positif dapat diterapkan dalam pos penanggulangan gizi (*hearth*) sehingga menjadi sebuah kebiasaan. Kebiasaan dan perilaku itu akan tetap dimonitoring walaupun nantinya anak mereka sudah "lulus" (status gizi baik) sehingga kebiasaan itu menjadi bagian dari hidup mereka.

3. Pembahasan

3.1. Perilaku dan Kebiasaan Keluarga Penyimpang Positif

3.1.1. Perilaku dan Praktek Pemberian ASI

Semua rumah tangga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi mengatakan tidak memberikan ASI yang pertama keluar (kolostrum) kepada

anak. Informan menyebut kolostrum ini dengan *susu jolong* (susu pertama) atau *kapalo susu* (kepala susu). Kolostrum atau *susu jolong* dalam bahasa setempat dipahami sebagai susu yang basi, karena warnanya yang keruh atau kekuning-kuningan dan kental. Menurut mereka *susu jolong* tersebut tidak baik untuk kesehatan bayi; dapat membuat anak menjadi kuning atau ada juga yang menyebutkan dapat membuat badan anak menjadi panas.

Kepercayaan terhadap tidak baiknya kolostrum ini untuk bayi sudah merupakan kepercayaan yang turun temurun didalam masyarakat. Rumah tangga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi sudah melakukan hal ini sejak anak yang pertama. Mereka mengetahui hal tersebut dari orang tua-tua di lingkungan mereka.

Selain pemberian kolostrum, lama ASI eksklusif juga merupakan factor yang penting terhadap status gizi anak. Semua informan yang memiliki anak kekurangan gizi hanya memberikan ASI eksklusif dalam waktu yang singkat yaitu rata-rata 2 bulan. Adapun alasan informan untuk memberikan makanan tambahan lebih dini karena anak selalu menangis walau sudah diberi ASI. Menurut informan menangisnya anak kalau sudah diberi ASI adalah karena anak tidak merasa cukup ("lapar") hanya dengan ASI saja. Untuk lebih jelasnya, perilaku dan praktek yang berhubungan dengan pemberian ASI dapat dilihat dalam table berikut:

Tabel 2: Perilaku dan Praktek Pemberian ASI keluarga miskin dengan Anak Kekurangan Gizi

Kategori	Nilai-nilai, kepercayaan, norma, kebiasaan	Tindakan
<i>Susu Jolong</i> (kolostrum)	<ul style="list-style-type: none"> - tidak baik diberikan kepada bayi karena dapat menyebabkan anak sakit (panas, kuning). - Susu basi karena warnanya yang kuning dan bentuknya yang kental 	Membuang atau tidak memberikan kepada bayi
ASI Eksklusif	<ul style="list-style-type: none"> - Bayi menangis walau sudah diberi ASI dipahami sebagai "lapar" (ASI saja tidak cukup) 	Memberi makanan tambahan lebih awal (rata-rata 2 bulan) berupa pisang, Bubur Promina dan SUN

Sumber: Diolah berdasarkan data primer.

Berdasarkan table di atas terlihat bahwa *susu jolong* (kolostrum) dipahami sebagai susu basi yang dapat menyebabkan anak sakit adalah pengetahuan

budaya yang dimiliki secara bersama oleh masyarakat yang menghasilkan tindakan membuang atau tidak memberikan kolostrum kepada bayi yang baru lahir.

Hal ini berbeda dengan yang dilakukan oleh keluarga penyimpang positif, dimana mereka memberikan kolostrum tersebut kepada bayinya. Mereka mengetahui hal itu dari penyuluhan-penyuluhan yang dilakukan di posyandu dan di dalam buku KMS. Mereka mengatakan bahwa ternyata susu jolong tersebut mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh anak dan dapat membuat daya tahan tubuh anak menjadi kuat.

Senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Range, *et al.* (1997), meneliti tentang factor-faktor *positive* dan *negative deviance* pada balita umur 6 sampai 18 bulan di Bangladesh. Hasil penelitain menunjukkan bahwa sebanyak 93,3% kelompok penyimpangan positif memberikan kolostrum kepada bayinya. Metode penelitian adalah deskriptif analitik dengan rancangan *cross sectional*.

3.1.2. Perilaku dan Praktek Pemberian Makan Pelengkap ASI

Rata-rata rumah tangga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi memberikan makanan tambahan pelengkap ASI pada usia 2 bulan. Adapun jenis makanan yang diberikan adalah pisang, Bubur Promina dan Sun. Hampir semua informan dari kelompok keluarga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi mengatakan bahwa mereka memberikan makanan tambahan pada usia tersebut karena anak selalu menangis. Informan mengartikan tangisan anak karena anak lapar dan tidak merasa cukup hanya dengan ASI saja, seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

"... habis anak menangis terus, mungkin dia lapar, buktinya anak tidak ingin lepas dari ASI. Jadi lebih baik diberi makan"

Hal ini berbeda dengan yang dilakukan oleh keluarga penyimpang positif, dimana anak mendapat makanan pertama pendamping ASI pada usia empat bulan. Artinya keluarga penyimpang positif menjalankan ASI eksklusif sampai usia empat bulan. Adapun makanan pertama yang diperkenalkan informan adalah bubur tepung beras yang dicampur dengan kacang hijau. Informan membuat sendiri bubur tepung tersebut yaitu $\frac{1}{4}$ kacang hijau ditambah satu kaleng susu beras direndam, lalu dikeringkan, kemudian disangrai. Setelah disangrai campuran beras dan kacang hijau ditumbuk/digiling halus menjadi tepung. Setelah menjadi tepung disangrai lagi supaya lebih tahan lama. Menurut informan, tepung beras kacang hijau itu cukup untuk anaknya selama satu bulan. Informan memberikan makanan tersebut sebanyak dua kali sehari yaitu pagi dan

sore hari. Sedangkan siang anak makan roti yang dilunakkan. Adapun alasan informan untuk membuat sendiri makanan anak adalah untuk mengirit biaya. Berikut adalah perbedaan praktek dan kebiasaan keluarga PD dengan Non PD

Tabel 3:
Perbedaan Praktek dan Kebiasaan Pemberian Makanan Pelengkap ASI Pada Keluarga PD dengan Non PD

No	Indikator	Keluarga Miskin dengan anak kekurangan gizi	Keluarga miskin dengan anak gizi baik (PD)
1	Usia pertama anak mendapat makanan pelengkap ASI	2 bulan	4 bulan
2	Jenis makanan yang diberikan	Makanan siap saji seperti Sun, Promina, pisang	Makanan yang dibuat sendiri seperti bubur beras kacang hijau, nasi tim beras dan pisang.
3	Jenis makanan kesukaan	Tidak ada	Telur, kentang, pisang,
4	Kebiasaan jajan	Kebiasaan jajan makanan yang tidak mengandung zat gizi dan penyedap tinggi seperti kerupuk, mi instant, permen, chiki.	Jajan makanan yang mengenyangkan seperti roti, sate, lontong, bubur.
5	Pola pemberian makan	Jika anak tidak mau dianggap anak tidak suka	Pola makan aktif (makan sambil bermain), variatif

Sumber: Diolah berdasarkan data primer

Perbedaan tersebut bukanlah disebabkan oleh perbedaan tingkat pendapatan tetapi keluarga penyimpang positif memiliki strategi dan kebiasaan yang berbeda yang tidak dilakukan oleh keluarga miskin dengan anak kekurangan gizi.

Penelitian Sandjaja (2003), tentang penyimpangan positif status gizi anak balita dan factor-faktor yang berpengaruh, menunjukkan temuan yang sama bahwa faktor-faktor PD yang berperan nyata dalam status gizi anak antara lain adalah factor ibu, pola asuh anak, keadaan kesehatan anak, dan konsumsi makanan anak. Penelitian dilakukan di Sukabumi dan Gunung Kidul terhadap 450 anak balita dengan metode penelitian *cross sectional*.

3.1.3. Perawatan dan Pemberian Makan Selama Anak Sakit

Semua anak-anak informan dari kelompok keluarga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi sering menderita penyakit-penyakit yang disebutkan di atas. Khususnya anak informan II pernah menderita penyakit TB paru dan

sekarang sudah dinyatakan sembuh setelah menjalani pengobatan selama enam bulan.

Adapun penyakit yang paling sering dialami oleh anak informan adalah demam, diare (mencret). Informan menyebut penyakit ini dengan *palasik*, yaitu sejenis penyakit yang secara khusus hanya mengenai anak-anak yang disebabkan oleh kekuatan ilmu hitam yang hanya dimiliki oleh perempuan tua (nenek-nenek) dengan membaca mantra-mantra khusus yang dapat mengakibatkan anak menderita sakit demam dan diare berkepanjangan serta tidak mau makan. *Palasik* ini terbagi dua yaitu ada *palasik langsung* dan ada *palasik angin*. *Palasik langsung* adalah ketika perempuan tua (nenek-nenek) tersebut menyentuh anak kita dengan berpura-pura menyenangkan anak kita. Sedangkan *palasik angin* adalah *palasik* yang dikirim melalui angin dengan membaca mantra-mantra khusus yang ditujukan kepada anak. Menurut informan penyakit ini tidak dapat disembuhkan oleh pengobatan medis modern dan hanya dapat disembuhkan oleh dukun.

Foster dan Anderson (2005) mengatakan bahwa system medis dikategorikan menjadi 2 kelompok, yaitu system teori penyakit dan system perawatan kesehatan. Sistem teori penyakit meliputi kepercayaan tentang ciri-ciri sehat, penyebab penyakit, pengobatan dan teknik penyembuhan yang digunakan oleh para dokter. Sedangkan system perawatan kesehatan meliputi cara-cara yang dilakukan masyarakat untuk merawat orang sakit dan menolong orang sakit. Sistem perawatan penyakit juga merupakan interaksi beberapa orang, paling tidak antara pasien dengan si penyembuh, apakah dokter maupun dukun. Persepsi terhadap penyebab penyakit akan menentukan cara pengobatannya. Penyakit yang dianggap timbul karena perbuatan orang, hantu, makhluk halus dan sebagainya termasuk golongan personalistik, sedangkan penyakit yang disebabkan karena kondisi alam, makanan, debu dan sebagainya termasuk penyebab naturalistik. Dalam perspektif inilah kita dapat memahami bahwa penyakit *palasik* dikategorikan oleh keluarga yang memiliki anak kekurangan gizi sebagai penyakit yang timbul karena perbuatan orang, makhluk halus sehingga dapat digolongkan sebagai personalistik. Oleh karena itu, cara penyembuhan yang dipilih adalah dengan pergi ke dukun.

Hal ini berbeda dengan yang dilakukan oleh keluarga penyimpang positif, dimana jika anak sakit seperti demam, mencret dan susah makan mereka terlebih dahulu mencari bantuan kepada puskesmas pembantu atau polindes. Perbedaan tersebut disebabkan karena pengetahuan dan persepsi yang berbeda tentang pengetahuan dan konsep sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Range, et al. (1997) di Bangladesh juga menunjukkan bahwa sebanyak 40% balita yang tergolong penyimpang positif status gizi selalu dibawa berobat ke sarana kesehatan. Demikian juga hasil penelitian Lapping et al. (2002) mengidentifikasi bahwa

balita gizi baik dari keluarga miskin di Pakistan selalu membawa balita yang menunjukkan gejala sakit untuk berobat ke sarana kesehatan.

Semua informan dari kelompok keluarga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi mengatakan anak-anak tidak mau makan ketika sakit dan hanya bergantung dengan ASI saja. Informan pun tidak membuat makanan khusus ketika anaknya sakit karena menurut informan percuma saja membuat makanan, karena anak tetap tidak akan mau makan. Informan juga tidak memiliki makanan pantangan selama anak sakit. Hal ini dapat dilihat dalam ungkapan informan berikut:

“Percuma se mambuekkan makanannyo, beko nyo makannyo sasendok duo sendok se...pernah waktu sakik nio sate, tu dibalikan tapi dimakan Cuma saketek, mubazir se.

(“Percuma saja membuatkan makanan, nanti makanannya cuma dimakan satu dua sendok...waktu itu anak saya pernah sakit, terus minta dibelikan sate tapi yang dimakan Cuma sedikit, jadi mubazir”, terjemahan)

Hal ini berbeda dengan keluarga penyimpang positif, dimana disamping tetap memberikan ASI lebih sering, informan juga membuatkan makanan khusus ketika anak sakit. Makanan tersebut seperti bubur kacang hijau, bubur putih dan agar-agar. Menurut informan, biasanya kalau anak sakit memang selera makannya menurun sehingga anak lebih suka makan makanan yang segar-segar dan manis karena lidahnya terasa pahit.

3.1.4. Praktek dan Kebiasaan Kesehatan

Praktek dan kebiasaan kesehatan mencakup tentang imunisasi, kebersihan fisik, rumah dan lingkungan. Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya bahwa kebersihan dan sanitasi juga merupakan faktor yang dapat mempengaruhi status gizi anak.

Hasil observasi menunjukkan bahwa seluruh rumah informan termasuk sempit (padat). Kepadatan hunian rumah diukur berdasarkan perbandingan luas lantai dalam rumah dan jumlah anggota keluarga (Depkes RI, 1993). Bahkan beberapa informan memiliki rumah yang sangat sempit sekali seperti informan II yang luas rumahnya hanya 4 x 5m yang dihuni oleh 6 anggota keluarga.

Hampir semua informan baik dari kelompok keluarga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi maupun keluarga penyimpang positif rajin mengunjungi posyandu. Hanya dua informan dari keluarga miskin yang mempunyai anak kekurangan gizi yang tidak memiliki imunisasi yang lengkap yaitu informan III dan informan IV. Adapun alasan informan tidak mengunjungi

posyandu karena lupa jadwalnya, atau tidak sempat dan anak selalu sakit bila jadwal posyandu tiba. Nampaknya tidak ada dampak terhadap kunjungan ke posyandu dengan status gizi anak. Karena informan yang rajin membawa anak ke posyandu juga menderta kekurangan gizi.

Hampir semua informan mengetahui anaknya kekurangan gizi dari petugas kesehatan di posyandu yang menimbang berat badan anak. Sebelumnya informan menganggap badan anak kurus karena memang tidak mau makan, atau karena sering sakit atau karena rata-rata anak informan badannya memang kurus-kurus waktu kecil (Informan III).

Semua informan dari kelompok keluarga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi pernah mendapatkan bantuan dari penanggulangan kekurangan gizi dari puskesmas. Bantuan tersebut berupa biskuit dan susu formula. Tetapi informan mengaku bantuan tersebut tidak merubah keadaan anak-anak mereka karena anak-anak tidak menyukai biskuit atau susu yang diberikan.

Kalau dilihat dari segi fisik, anak-anak dari keluarga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi terlihat kurang bersih, kuku tangan panjang dan hitam, serta terlihat jarang mandi⁶. Demikian juga dengan lingkungan tempat tinggal. Hal ini berbeda dengan keluarga penyimpang positif dimana anak terlihat lebih bersih, kuku tangan pendek dan bersih serta tidak kumal.

3.2. Sosial Budaya Perilaku dan Kebiasaan Penyimpangan Positif

Jika dihubungkan antara adat Minangkabau dengan makanan, maka makanan juga merupakan aspek penting dalam budayanya. Dapat dikatakan kebudayaan Minangkabau adalah kebudayaan makanan. Hampir seluruh aspek kehidupan masyarakat Minangkabau berkaitan dengan makanan. Makanan selalu ada dalam setiap peristiwa adat dan makanan menjadi ukuran beradat atau tidaknya seseorang,⁷ makanan menjadi patokan dalam memilih menantu perempuan,

⁶ Beberapa kali kunjungan ke rumah informan I dan II, seringkali anak mereka belum mandi padahal jam sudah menunjukkan pukul 5.30 wib sore. Menurut informan kadang-kadang anaknya lebih suka mandi dengan kakaknya, tapi kadang kakaknya juga tidak mau membawa adiknya untuk ikut mandi bersama. Sedangkan hari sudah terlalu sore sehingga anak jarang mandi. Alasan lain adalah karena informan bekerja dan pulang juga sudah sore, kadang-kadang sampai di rumah harus memasak dulu untuk persiapan makan malam, sehingga tidak sempat memandikan anak.

⁷ Hal ini antara lain terlihat pada bentuk perlakuan yang diberikan kepada *bako* (saudara-saudara perempuan dari pihak ayah). Misalnya dalam perjamuan helat perkawinan, akikah, upacara turun mandi anak atau perhelatan lain, kedatangan rombongan *bako* disambut dengan perlakuan khusus. Bahkan pada upacara tertentu ada hidangan khusus yang diperuntukkan bagi pihak *bako*. Selain kepada *bako*, juga terlihat bentuk penghormatan antar besan. "Oleh karena kepentingan perkawinan lebih berat cenderung ke arah kerabat perempuan, posisi semanda beserta kerabatnya lebih tinggi. Terutama terhadap ibunya, penghormatan harus dinyatakan dalam berbagai cara. Pada setiap hari baik dan bulan baik, seperti menjelang puasa, pada bulan puasa (kira-kira minggu kedua atau pertengahan puasa) dan pada bulan maulud, kepadanya diantarkan makanan" (Navis, 1986: 212)

makanan melahirkan budaya *balapau*⁸ dan dari makanan bisa diketahui derajat seseorang⁹ (Naim via Nurdin, 2001). Sebuah mamangan¹⁰ adat orang minang "*Batanyo salapeh arak, barundiang sasudah makan*" (Bertanya setelah berunding sesudah makan), menunjukkan bahwa makanan dan aktifitas makan sangat penting bagi orang Minangkabau sehingga suatu rapat atau perundingan baru bisa dimulai setelah kebutuhan perut terpenuhi. Setelah terpenuhinya kebutuhan perut, diharapkan orang bisa berpikir jernih sehingga perundingan bisa berjalan efektif.

Pada dasarnya konsep makanan bagi orang Minang adalah "*lamak*" (lezat). Artinya, orang Minang lebih mementingkan rasa dari makanan. Hal ini tercermin dari mamangan adat yang mengatakan "*condong mato ka nan rancak, condong salero ka nan lamak*" (mata cenderung melihat pada yang bagus/indah, selera cenderung kepada yang lezat/enak). Oleh karena lebih mementingkan rasa, maka bagi orang Minang tidak jadi soal apakah kandungan makanan itu bernilai gizi atau tidak, atau justru menyebabkan ancaman bagi kesehatan. Hal ini dapat dilihat pada informan yang memiliki anak kekurangan gizi, dimana ketika peneliti sedang melakukan observasi anak informan sedang makan nasi dengan lauknya hanya gulai jengkol. Padahal harga jengkol jauh lebih mahal daripada telur ayam tetapi kandungan gizi telur jauh lebih banyak daripada jengkol.

Disamping itu, keluarga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi jarang sekali (bahkan tidak pernah) memikirkan makanan untuk anak. Setiap hari membuat menu makanan yang dipikirkan adalah menu makanan anggota keluarga yang sudah dewasa terutama suami (bapak si anak). Hal ini sangat dipengaruhi oleh posisi ayah di dalam keluarga sebagai orang semenda¹¹. Walaupun beberapa informan tidak lagi tinggal di rumah gadang dan sudah membentuk keluarga sendiri, sehingga hubungan suami-istri, ayah-anak lebih dekat tetapi posisi suami tetap orang harus dihormati. Sudah menjadi kewajiban

⁸ Lapau= kedai,warung yangmenjual makanan siap saji, yang selain tempat makan juga sebagai tempat berkumpul (biasanya) kaum laki-laki sehingga dikenal istilah maota (mengobrol) di lapau.

⁹ Besar kecilnya perhelatan tergantung pada kemampuan dan kedudukan orang yang berhelat. Perhelatan yang sederhana disebut gonteh pucuk (petik pucuk), yang perjamuannya hanya menghadirkan makanan seadanya seperti ikan dan ayam serta mengundang kerabat dan tetangga dekat saja. Perjamuan yang lebih besar disebut Lambang Urek (lambang urat), yang diselenggarakan secara besar-besaran dengan memotong kerbau (lihat Navis, 1986:209)

¹⁰ Kalimat yang mengandung arti sebagai pegangan hidup, sebagai suruhan, anjuran dan larangan. Bentuknya berupa dua bagian kalimat yang masing-masing terdiri dari dua sampai empat buah kata (Navis, 1986: 259)

¹¹ Secara hukum adat, ayah berada di luar kerabat keluarga anak-anaknya. Menurut kenyataan sehari-hari suku ayah berbeda dengan suku anak-anak dan istrinya. Terhadap kerabat keluarga istri dan anak-anak mereka kedudukan ayah dikatakan "urang sumando", orang semenda yaitu pendatang yang dihormati, yang dijaga perasaannya, seperti yang diungkapkan oleh mamangan "*bak maniting minyak panuah*" (bagai membawa minyak penuh).

isteri untuk membuat dan menghidangkan makanan yang lezat untuk suaminya. Sedangkan makanan anak-anak biasaya mengikut saja kepada menu makanan kesukaan ayah. Hal ini dapat dilihat dalam unngkapan informan berikut:

“Kalau anak alah bisa makan nasi, sambanyo disamakan sajo samo samba awak nan gadang jadi ndak duo kali masak, paliang-paliang disisiahkan sajo nan indak balado kalo mambuek samba nan balado, tapi kalo gulai samo se nyo”

(Kalau anak sudah bisa makan nasi, lauknya disamakan saja dengan lauk orang dewasa, jadi tidak masak dua kali, kalau yang dimasak memakai sambal ya disisihkan yang tidak ada sambalnya, tetapi kalau memasak gulai sama saja untuk semua anggota keluarga)

Tetapi hal ini berbeda dengan yang dilakukan oleh keluarga penyimpang positif, dimana disamping memikirkan menu makanan untuk suami, ibu juga memikirkan makanan untuk anaknya. Walaupun pekerjaan memasak sedikit lebih repot asalkan anaknya mau makan yang lahap.

Adapun pandangan masyarakat terhadap keluarga miskin yang memiliki anak yang sehat adalah cukup beragam. Ada yang beranggapan itu adalah anugerah dari Tuhan karena dikaruniai anak yang tidak bermasalah dengan pemberian makan. Pandangan ini terutama dari kelompok FGD dari keluarga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi. Seperti yang diungkapkan oleh informan:

“Basyukurlah urang tu, punyo anak sihat-sihat sajo indak bamasalah makannyo”

(Bersyukurlah, punya anak yang sehat dan tidak bermasalah makannya”

Tetapi disamping itu, berdasarkan FGD juga diketahui bahwa masyarakat memang tidak mengenal konsep penyimpangan positif. Masyarakat lebih suka menyebut rumah tangga-rumah tangga miskin yang memiliki anak yang sehat sebagai tauladan, *nan ka ditiru* (rumah tangga yang patut dicontoh), *tampek ka baraja* (tempat belajar), keluarga sukses. Hal ini sesuai seperti kata mamangan adat yang mengatakan:

*Malu batanyo sasek dijalan, sagan bagalah hanyuik sarantau,
nan tahu diposo-poso ayam, nan tahu dikili-kili jawi,
nan tahu dikayu tinggi alang.*

(Malu bertanya sesat di jalan, segan bergalah hanyut serantau,
yang tahu diposo-poso ayam, yang tahu dikili-kili sapi,
yang tahu di kayu tinggi elang)

Mamangan ini mengajarkan bahwa kita harus belajar kepada orang yang telah berhasil atau ahli di bidangnya. Jadi kalau ingin mengetahui bagaimana anak keluarga miskin dapat memiliki anak yang sehat maka kita harus belajar langsung kepada orang yang telah berhasil tersebut.

4. Kesimpulan

Keluarga penyimpangan positif memiliki anak yang sehat karena memiliki perilaku dan kebiasaan yang tidak biasa dilakukan oleh keluarga miskin lainnya tetapi menguntungkan sehingga menghasilkan anak yang sehat dan bergizi baik. Perilaku dan kebiasaan tersebut diantaranya praktek dan kebiasaan menyusui, praktek dan kebiasaan pemberian makan anak, praktek dan kebiasaan perawatan anak ketika sakit serta praktek dan kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan dan kebersihan.

Perilaku-perilaku keluarga penyimpangan positif tersebut di atas bukanlah perilaku yang tidak dapat dilakukan oleh keluarga miskin lainnya. Tetapi karena adanya nilai-nilai, kepercayaan-kepercayaan dan kebiasaan-kebiasaan tertentu membuat beberapa keluarga miskin tidak dapat melakukannya. Kebiasaan dan perilaku yang berbeda tersebut antara lain pemberian kolostrum (*susu jolong*), konsep makanan “yang penting lezat” (*lamak*) tanpa memperhatikan kandungan gizi atau justru menyebabkan ancaman bagi kesehatan, dan adanya stratifikasi dalam membuat makanan dimana yang dipikirkan ibu adalah makanan kesukaan ayah bukan makanan kesukaan anak. Makanan anak hanya bagian dari makanan orang dewasa terutama jika anak sudah berusia 1 tahun, karena dianggap sudah dapat makan seperti orang dewasa.

Tetapi sebaliknya, pada bagian-bagian tertentu, keluarga penyimpangan positif lebih memilih memberikan makanan yang tradisional dari pada makanan modern (makanan pabrikan). Hal ini terlihat dari hasil penelitian dimana hampir semua keluarga miskin yang memiliki anak kekurangan gizi pernah memberikan makanan siap saji (SUN, Promina, Chiki, dll) kepada anaknya. Sedangkan keluarga penyimpangan positif membuat makanan sendiri untuk anaknya dengan bahan-bahan yang tersedia dengan murah di lingkungan mereka, seperti pisang, bubur tepung kacang hijau, bubur beras, dll.

Kepercayaan-kepercayaan dan kebiasaan-kebiasaan tersebut diyakini secara turun temurun yang diperoleh dari orang tua. Keluarga penyimpangan positif memiliki kemampuan adaptasi-adaptasi kreatif terhadap aturan sehingga mampu melahirkan situasi kehidupan yang baru tanpa menimbulkan konflik atau bertentangan dengan kebijaksanaan konvensional. Berdasarkan penjelasan di atas dapat diketahui bahwa keluarga penyimpangan positif dapat memiliki perilaku dan kebiasaan yang berbeda daripada keluarga miskin lainnya karena kemampuan

mereka untuk dapat melakukan hal-hal baru yang positif tanpa menimbulkan konflik atau mengganggu adat kebiasaan tradisional. Masyarakat dapat menerima perilaku mereka walaupun berbeda dengan kebanyakan yang dilakukan oleh anggota masyarakat lainnya bahkan masyarakat mau belajar dari keberhasilan mereka. Dalam perspektif inilah mungkin kita dapat memahami apa yang disebut oleh Dodge (1985) bahwa penyimpang positif adalah orang-orang dengan tindakan-tindakan yang dinilai unggul (*superior*) karena mereka melebihi pegharapan atau dugaan yang lazim (*konvensional*). Keluarga penyimpang positif juga sebagai "*creative deviance*" dimana penyimpangan juga sumber-sumber utama dari adaptasi-adaptasi kreatif terhadap aturan untuk situasi kehidupan baru.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa kajian tentang penyimpangan selama ini terlalu dipahami dalam arti yang negatif. Padahal kita juga dapat melihat penyimpangan sebagai sesuatu yang positif karena yang dimaksud dengan penyimpangan adalah bentuk deviasi normal. Hal ini dapat dibuktikan dengan adanya penyimpangan positif dalam kasus kekurangan gizi.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, Zainal, *Konsep Kebudayaan Dalam Antropologi*, Dalam Jurnal Antropologi Th. II. No. 3 Juli-Desember, Laboratorium Antropologi Mentawai FISIP Unand, 1999.
- Ben-Yehuda, N. (1990). Positive and negative deviance: More fuel for controversy. *Deviant Behavior*, 11 (3), 221-243.
- Coser (1962), Some Function of Deviant Behavior and Normative Flexibility, *American Journal of Sociology* 68: 171-179
- Depkes RI, (1993), *Petunjuk Survey Dasar Kesehatan Lingkungan*, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Prop. Sumbar. (2007) *Profil Kesehatan Propinsi Sumatera Barat 2006*. Padang
- Douglas (1977), Shame and Deceit in Creative Deviance, pp. 59-86 in Sagarin, Edward (ed): *Deviance and Social Change*, California: Sage.
- Dodge, D. (1985). The Over-negativized conceptualization of deviance: A programmatic exploration. *Deviant Behavior*, 6 (1), 17-37.

- Foster, George M and Barbara G. Anderson,(1986). *Antropologi Kesehatan* (Terjemahan dari Medical Anthropology) oleh Priyanti suryadarma dan Meutia F. Hatta Swasono, UI Press, Jakarta.
- Goode, E. (1991) Positive Deviance: A viable concept. *Deviant Behavior*, 12(3), 289-309.
- Heckert, M.D. (1989) "The Relativity of Positive Deviance: The Case of the French Impressionists" *Deviant Behavior* 10: 131 - 144.
- Jus'at, I., Jahari, A.B., Achadi, E.L., Putra, H.S.A. & Soekirman (2000) Penyimpangan Positif Masalah KEP di Jakarta Utara dan di Perdesaan Kabupaten Bogor Jawa Barat. Di dalam : *Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII*, Jakarta, LIPI
- Monique and J.Sternin (2003) *Panduan Positive Deviance*, (terjemah CORE Group) Project Concern International. Tidak diterbitkan
- Range, S.K., Naved, R. & Bhattarai, S. (1997) *Child Care Practices Associated with Positive and Negative Nutritional Outcomes for Children in Bangladesh : a Descriptive Analysis*. International Food Policy Research Institute. Washington DC.
- Sajogyo, Goenardi, Roeli, S, Harjadi, S, Khumaedi, M, (1994), *Menuju Gizi Baik Yang Merata di Pedesaan dan Kota*, Gadjah Mada University Press Yogyakarta.
- Sandjaja (2003) *Penyimpangan Positif (Positive Deviance) Status Gizi Anak Balita dan Faktor-Faktor yang Berpengaruh*, Bogor : Center for Research and Development of Nutrition and Food, NIHRD.
- Sorokin, Pitirim A. (1950), *The Reconstruction of Humanity*, Boston: The Bacon Press.
- Sagarin, E. (1985). Positive deviance: An Oxymoron. *Deviant Behavior*, 6(1), 169-181.
- Suparlan, Parsudi, Manusia , *Kebudayaan dan Lingkungan, Perspektif Antropologi Budaya*, Dalam Majalah Ilmu-ilmu Sastra Indonesia No 2-3/IX. 1980.

Supariasa, I, Bakri, B, Fajar, I, (2002), *Penilaian Status Gizi*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta

Wilkins, T. Leslie, (1964) *Social Deviance, Social Policy, Action and Research*, New York, Prentice - Hall, Inc.

Zeitlin, Marian, dkk.(1990) *Positive Deviance in Child Nutrition with Emphasis on Psychosocial and Behavioural Aspects and Implications for Development*, The United Nations University, Tokyo.

(Kompas, tanggal 12 Maret 2006)