


Uji Coba Kuesioner *Knowledge towards Assessment and Management of Malnutrition in Children* Versi Bahasa Indonesia

Muhamad Jauhar¹ , Diana Tri Lestari², Fitriana Kartikasari³

^{1,2,3} Faculty of Nursing, Universitas Muhammadiyah Kudus, Indonesia

 muhamadjauhar@umkudus.ac.id

Abstract

Malnutrition in children is a strategic issue at the global and national levels. Morbidity and mortality rates due to malnutrition in children are increasing every year. The problem will have an impact on the quality of human resources in the future. Various programs are carried out through empowering families and communities by government. Public knowledge about the management of malnutrition in toddlers is an important aspect of shaping the community's ability to manage malnutrition in toddlers. This study aims to conduct a trial of the Indonesian version of the knowledge questionnaire on the management of malnutrition in children under five. Researchers conducted a literature review of the knowledge questionnaire on malnutrition management in children under five with as many as 26 question items. The researcher translated and consulted with linguists and experts in the health field regarding the questionnaire. An advance validity test was conducted on three respondents for the readability test. Content validity tests were carried out by health experts to ensure the determination of the meaning of each question item. The construction validity and reliability tests were carried out on 67 health cadres at the UPTD Puskesmas Undaan and Dawe, Kudus Regency. Data analysis using Pearson product-moment and alpha cornbach through SPSS software version 25. The validity value is 0.787-0.817 (r table value = 0.2369) and the reliability value is 0.811 (critical r value = 0.600). The questionnaire was declared valid and reliable so that it can be used to measure knowledge about malnutrition in toddlers.

Keywords: *knowledge; malnutrition management; questionnaire; toddler*

Uji Coba Kuesioner *Knowledge towards Assessment and Management of Malnutrition in Children* Versi Bahasa Indonesia

Abstrak

Gizi buruk pada balita menjadi isu strategis baik di tingkat global dan nasional. Angka morbiditas dan mortalitas akibat gizi buruk pada balita meningkat setiap tahun. Masalah gizi buruk jika tidak tertangani akan berdampak pada kualitas sumber daya manusia di masa yang akan datang. Berbagai program dan kebijakan dilakukan oleh pemerintah untuk pengelolaan kasus gizi buruk salah satunya melalui peberdayaan keluarga dan masyarakat. Pengetahuan masyarakat tentang manajemen gizi buruk pada balita menjadi aspek penting dalam membentuk kemampuan masyarakat dalam pengelolaan gizi buruk pada balita. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan uji coba kuesioner pengetahuan tentang manajemen gizi buruk pada balita versi bahasa Indonesia. Peneliti melakukan kajian pustaka terhadap kuesioner pengetahuan tentang manajemen malnutrisi pada balita sebanyak 26 item pertanyaan. Peneliti melakukan alih bahasa dan berkonsultasi dengan ahli bahasa dan ahli di bidang kesehatan terkait kuesioner tersebut. Uji validitas muka dilakukan pada tiga responden untuk uji keterbacaan. Uji validitas isi dilakukan pada ahli bidang kesehatan untuk memastikan ketetapan makna dari masing-masing item pertanyaan. Uji validitas konstruksi dan reliabilitas dilakukan pada 67 kader kesehatan di UPTD Puskesmas Undaan dan Dawe

Kabupaten Kudus. Analisis data menggunakan *pearson product moment* dan *alpha cornbach* melalui software SPSS versi 25. Nilai validitas sebesar 0,787-0,817 (nilai r tabel=0,2369) dan nilai reliabilitas sebesar 0,811 (nilai r kritis = 0,600). Kuesioner dinyatakan valid dan reliable sehingga dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan tentang malnutrisi pada balita.

Kata kunci: balita; kuesioner; manajemen malnutrisi; pengetahuan

1. Pendahuluan

Gizi buruk pada balita menjadi isu global dan nasional. WHO berkomitmen untuk menyelesaikan masalah balita dengan gizi kurang melalui berbagai kebijakan dan program strategis. Komitmen tersebut tertuang dalam *Sustainable Development Goal* poin kedua tentang pentingnya mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan perbaikan gizi, menggalakkan pertanian yang berkelanjutan. Indonesia merupakan salah satu Negara penyumbang balita gizi buruk. Pemerintah melalui program nawacita dan rencana pembangunan jangka menengah nasional berpartisipasi dalam mendukung kebijakan WHO dalam penanganan masalah kekurangan gizi buruk pada balita [1]. Gizi buruk mejadi perhatian pemerintah seiring dengan masih ditemukannya kasus gizi buruk pada balita setiap tahunnya.

Berdasarkan hasil risekdas tahun 2018 didapatkan bahwa jumlah balita gizi buruk sebanyak 3,9% menurun dari tahun sebelumnya 5,% dan gizi kurang sebanyak 13,8% menurun dari tahun sebelumnya 13,9%. Proporsi status gizi sangat pendek pada balita sebanyak 11,5% menurun dari tahun sebelumnya 18% dan status gizi pendek pada balita sebanyak 19,3% meningkat dari tahun sebelumnya 19,2%. Jumlah kasus balita dengan status gizi kurus sebanyak 3,5% menurun dari tahun sebelumnya 5,3% [2]. Kekurangan gizi merupakan keadaan yang terjadi secara akut dan kronis disebabkan oleh masukan zat gizi yang tidak memadai, gangguan penyerapan dan/atau metabolisme zat gizi akibat sebuah penyakit. Gizi buruk pada usia kurang dari enam bulan ditandai dengan berat badan per panjang badan (BB/PB) kurang dari -3 SD atau edema bilateral yang bersifat pitting. Gizi buruk pada usia 6-59 bulan ditandai dengan berat badan per panjang badan atau tinggi badan (BB/PB atau BB/TB) kurang dari -3 SD atau lingkaran atas < 11,5 cm atau edema bilateral yang bersifat pitting [3]. Gizi buruk jika tidak tertangani dengan baik akan menimbulkan berbagai dampak yang dapat merugikan tidak hanya bagi balita tetapi juga keluarga, masyarakat, bahkan Negara.

Dampak kekurangan gizi buruk yaitu terbagi menjadi jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendek dapat meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan disabilitas pada balita. Dampak jangka panjang berpengaruh terhadap tidak tercapainya potensi yang ada saat usia dewasa, perawakan pendek, menurunkan system imunitas tubuh, menurunkan tingkat intelektualitas, menurunkan produktivitas kerja dan fungsi reproduksi, meningkatkan berbagai risiko masalah kesehatan khususnya pada saat usia dewasa seperti obesitas, diabetes mellitus, hipertensi, penyakit jantung coroner, keganasan, dan penyakit degenerative lainnya [4]. Berbagai dampak tersebut akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia di masa yang akan datang. Berdasarkan hal tersebut perlu adanya upaya dalam pencegahan dan penanganan gizi buruk pada balita dengan tujuan untuk meminimalisir berbagai dampak komplikasi yang muncul di kemudian hari dan merugikan baik bagi individu, keluarga, masyarakat, dan negara.

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah dalam menangani masalah gizia buruk pada balita di Indonesia. Upaya yang telah dilakukan pemerintah dalam

pengelolaan gizi buruk terintegrasi yaitu melalui pemberdayaan keluarga dan masyarakat serta lintas sector terkait. Upaya tersebut antara lain anjuran layanan rawat jalan bagi balita usia 6-59 bulan dengan gizi buruk tanpa komplikasi. Jika balita gizi buruk disertai komplikasi maka perlu menjalani rawat inap sehingga dapat mengatasi komplikasinya. Bayi usia kurang dari 6 bulan dengan gizi buruk dianjurkan untuk menjalani rawat inap meskipun tanpa komplikasi. Tujuan dari program ini yaitu meningkatkan jumlah balita gizi buruk yang terdeteksi secara dini, cakupan penanganan kasus, tingkat kepatuhan sehingga mengurangi *drop out* balita yang menjalani rawat jalan atau rawat inap, dan proporsi kasus yang berhasil disembuhkan [1].

Selain itu, saat ini pemerintah menjalankan program pemberian makanan tambahan bagi balita sebagai salah satu berupaya untuk meningkatkan status gizi balita di Indonesia. Berdasarkan laporan riset kesehatan dasar tahun 2018, jumlah balita yang mendapatkan pemberian makanan tambahan hanya sebanyak 41% dimana baru 58,5% yang telah mendapatkan pemberian makanan tambahan dari program pemerintah [2]. Berdasarkan data tersebut, cakupan balita dengan gizi buruk yang telah mendapatkan pemberian makanan tambahan masih terbatas. Perlu adanya strategi dalam meningkatkan cakupan balita dengan gizi buruk yang mendapatkan pemberian makanan tambahan sehingga masalah gizi buruk dapat tertangani sedini mungkin. Komponen penting dalam upaya pengelolaan gizi buruk terintegrasi terdiri dari penggerakan peran serta aktif masyarakat dalam upaya pencegahan, penanganan, pemantauan, dan rehabilitasi melalui peningkatan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang pengelolaan balita dengan gizi buruk.

Komponen lain yaitu layanan rawat jalan balita dengan gizi buruk tanpa komplikasi, layanan rawat inap untuk semua bayi berusia kurang dari 6 bulan dengan gizi buruk dengan/tanpa komplikasi dan balita usia 6-59 bulan dengan komplikasi, serta pemberian makanan tambahan melalui puskesmas dan ibu atau pengasuh. Meningkatnya pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang gizi kurang akan memicu masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam upaya penanggulangan gizi buruk. Selain itu, keluarga menjadi subyek dalam mencegah, menemukan, mencari pertolongan pelayanan, pendampingan rawat jalan, dan pemantauan berkesinambungan agar gizi buruk tidak berulang. Kader kesehatan bekerja sama dengan tenaga kesehatan di desa menjadikan masalah gizi sebagai program prioritas yang didanai oleh pemerintah desa dengan tujuan untuk menjaga kualitas generasi penerus [1].

Berdasarkan fenomena tersebut, perlu adanya instrument yang dapat mengukur pengetahuan masyarakat tentang penanganan gizi buruk pada balita. Penggunaan instrument ini dapat diintegrasikan dalam program kegiatan edukasi kesehatan dan peningkatan kapasitas masyarakat dalam melakukan penanganan gizi buruk pada balita. Pengetahuan tentang penanganan gizi buruk pada balita menjadi factor penentu dalam pembentukan keterampilan masyarakat dalam penanganan gizi buruk pada balita. Berdasarkan penelitian sebelumnya rerata pengetahuan masyarakat tentang deteksi dini malnutrisi pada balita termasuk dalam kategori cukupbaik sehingga perlu adanya upaya dalam meningkatkan pengetahuan tersebut [5]. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan uji coba kuesioner pengetahuan tentang manajemen gizi buruk pada balita versi bahasa Indonesia.

2. Literatur Review

2.1. Gizi Buruk

Kekurangan gizi merupakan suatu kondisi yang terjadi secara akut dan kronis disebabkan oleh masukan zat gizi tidak memadai, gangguan penyerapan dan/atau metabolisme zat gizi akibat suatu penyakit. Factor risiko gizi buruk antara lain bayi berat badan lahir rendah, penyakit bawaan, pola asuh tidak adekuat. Gizi buruk dibedakan menjadi dengan komplikasi dan tanpa komplikasi. Gizi kurang ditandai dengan LiLA antara 11,5-12,5 cm untuk balita usia 6-59 bulan, BB/PB (BB/TB) berada di antara -3 SD sampai kurang dari -2 SD. Dampak gizi buruk pada balita dikategorikan menjadi jangka pendek dan panjang. Jangka pendek meningkatkan angka morbiditas, mortalitas, dan disabilitas. Jangka panjang berpengaruh tidak tercapainya potensi saat dewasa, perawakan pendek, menurunkan system kekebalan tubuh, menurunkan intelektualitas, produktivitas kerja dan fungsi reproduksi, meningkatkan risiko obesitas, diabetes mellitus, hipertensi, penyakit jantung, keganasan, dan penyakit degeneratif lain. Pencegahan gizi buruk pada balita dapat ditempuh melalui peningkatan kesehatan ibu sebelum hamil, pola hidup sehat, pemenuhan kebutuhan gizi balita sejak lahir, penapisan masalah untuk hambatan pertumbuhan dan gizi kurang, perhatian khusus bagi bayi dan balita dengan factor risiko, dukungan program terkait, dukungan lintas sector, dan program seribu hari pertama kehidupan [1].

2.2. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah individu melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan individu terhadap obyek memiliki intensitas yang berbed-berbeda dibagi menjadi enam tingkatan yaitu tahu (*know*) sebagai *recall* memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Memadai (*comprehension*) ditandai dengan dapat menginterpretasikan secara benar tentang obyek yang diketahui. Aplikasi (*application*) diartikan apabila individu telah memahami obyek yang dimaksud dan dapat mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi lain. Analisis (*analysis*) merupakan kemampuan individu untuk menjabarkan dan atau memisahkan kemudian mengidentifikasi hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau obyek yang diketahui. Sintesis (*synthesis*) menunjukkan kemampuan individu untuk merangkum suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Tingkatan terakhir yaitu evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek tertentu [6].

3. Metode

Peneliti melakukan *literature review* terhadap kuesioner *knowledge towards assessment and management of malnutrition in children* yang dikembangkan oleh [7] untuk mengukur pengetahuan tentang manajemen malnutrisi pada balita. Peneliti mengkaji beberapa literatur berdasarkan proses pengembangan kuesioner ini sebanyak 26 item pertanyaan. Kemudian peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner pengetahuan tentang manajemen malnutrisi pada balita. Kuesioner ini menggunakan skala likert dengan skor 1-4 dengan pilihan jawaban sama sekali tidak benar, tidak benar, cukup benar, dan sepenuhnya benar. Item pertanyaan terdiri dari pertanyaan positif (*favorable*) dan negatif (*unfavorable*). Peneliti melakukan alih bahasa terhadap kuesioner dengan cara menerjemahkan ke dalam bahasa Indonesia (*forward translation*) kemudian diterjemahkan kembali ke dalam bahasa Inggris (*back translation*) untuk memastikan struktur kalimat pada masing-masing item pertanyaan tidak berubah makna. Proses alih

bahasa dilakukan oleh ahli bahasa dan ahli bidang ilmu kesehatan. Peneliti melakukan uji validitas isi dan konstruksi pada kuesioner.

Uji validitas muka bertujuan untuk memastikan setiap item pertanyaan dapat dipahami oleh responden. Uji keterbacaan dilakukan pada tiga responden. Item pertanyaan pada kuesioner yang tidak dipahami oleh responden ditinjau kembali kemudian dikonsultasikan kepada ahli bidang kesehatan. Uji validitas isi bertujuan untuk memastikan setiap item pertanyaan dalam kuesioner sudah sesuai dengan kisi-kisi instrument penelitian. Uji validitas konstruksi dilakukan pada 67 kader kesehatan di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Undaan dan Dawe Kabupaten Kudus. Responden tersebut belum pernah terlibat dalam penelitian serupa sebelumnya. Nilai validitas sebesar 0,787-0,817 (nilai r tabel=0,2369) dan nilai reliabilitas sebesar 0,811 (nilai r kritis = 0,600). Uji coba kuesioner dilakukan secara bersamaan dengan kuesioner karakteristik kader kesehatan terdiri dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, lama menjadi kader kesehatan, dan pengalaman pelatihan. Data dianalisis menggunakan software SPSS versi 25 dengan menggunakan korelasi product pearson's dan tabel kontingensi dengan kebermaknaan pada $p < 0,05$.

4. Hasil dan Pembahasan

Karakteristik kader kesehatan terdiri dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, lama menjadi kader kesehatan, pengalaman pelatihan, dan pengetahuan tentang manajemen malnutrisi pada balita. Seluruh kader kesehatan berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 67 kader kesehatan (100%). Sebagian besar sudah menikah yaitu sebanyak 62 kader kesehatan (92,5%). Setengahnya memiliki latar belakang pendidikan SMA/ sederajat yaitu sebanyak 38 kader kesehatan (56,7%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa mayoritas kader kesehatan memiliki latar belakang pendidikan setingkat SMA/ sederajat. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kemampuan dalam menerima informasi kemudian menginternalisasikan sehingga membentuk sebuah pemahaman terhadap informasi yang diterima [5][8][9][9][10][11].

Sebagian besar bekerja sebagai ibu rumah tangga yaitu sebanyak 48 kader kesehatan (71,6%). Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa jenis pekerjaan ibu rumah tangga mendukung perannya sebagai kader kesehatan karena memiliki waktu yang fleksibel dan dinamis. Kader kesehatan dapat mengatur waktu untuk mengurus rumah tangga dan aktif dalam kegiatan masyarakat [11][10][11][12]. Sebagian besar kader kesehatan tidak memiliki pendapatan yaitu sebanyak 52 kader kesehatan (77,6%). Hal ini dikarenakan sebagian besar kader kesehatan bekerja sebagai ibu rumah tangga sehingga tidak memiliki penghasilan tetap harian atau bulanan layaknya pekerja. Setengahnya kader kesehatan tidak pernah mengikuti pelatihan tentang manajemen malnutrisi pada balita yaitu sebanyak 46 kader kesehatan (68,7%). [9] menyatakan bahwa kader kesehatan yang belum pernah mengikuti atau mendapatkan pelatihan memiliki pengetahuan yang kurang khususnya tentang penanganan malnutrisi pada balita. Berdasarkan hasil wawancara, kader kesehatan mengatakan bahwa selama ini merangkap semua pekerjaan yang dibebankan oleh puskesmas seperti pelayanan posyandu, posbindu penyakit tidak menular, posbindu lansia, dan sebagainya. Terbatasnya jumlah kader kesehatan dan sulitnya kaderisasi menyebabkan setiap kader kesehatan harus menjalankan multiperan dalam menangani masalah kesehatan di wilayah masing-masing.

Rerata usia kader kesehatan 38,22 tahun dengan SD 9,280. Kader kesehatan berada pada rentang usia dewasa. Hasil penelitian ini sejalan dengan [5][9][13][14][14][11] melaporkan bahwa mayoritas kader kesehatan termasuk dalam rentang usia dewasa. Usia mempengaruhi pola pikir individu ditandai dengan semakin bertambahnya usia maka pola pikir individu akan semakin berkembang sehingga akan lebih mudah mendapatkan kepercayaan dari masyarakat. Rerata kader kesehatan memiliki pengalaman menjadi kader kesehatan 7,39 tahun dengan SD 8,286. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa kader kesehatan memiliki pengalaman menjadi kader kesehatan bervariasi antara lima sampai sepuluh tahun. Kader kesehatan merupakan pekerjaan social non profit sehingga proses kaderisasi bukan merupakan hal yang mudah. Masyarakat lebih memilih untuk bekerja yang dapat menghasilkan keuntungan dibandingkan bekerja secara social [9][9][10][12].

Rerata pengetahuan tentang malnutrisi pada balita sebesar 74,1 dengan SD 8,827. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mengatakan bahwa kader kesehatan memiliki pengetahuan yang cukup baik terhadap penanganan malnutrisi pada balita. Hal ini disebabkan karena kader kesehatan belum pernah mendapatkan edukasi kesehatan atau pelatihan tentang penanganan malnutrisi pada balita [15][16]. Pentingnya pendidikan kesehatan dan peningkatan kapasitas kader kesehatan dalam penanganan malnutrisi pada balita sehingga pengetahuan kader kesehatan meningkat. Pemanfaatan media pembelajaran dan modifikasi metode pembelajaran diperlukan sesuai dengan kebutuhan kader kesehatan sehingga kader kesehatan mampu melakukan perannya sebagai perpanjangan tangan tenaga kesehatan di wilayah masing-masing [5]

Tabel 1. Karakteristik kader kesehatan

Variable	f (%)	Mean ± SD
Usia		38,22 (9,280)
Jenis kelamin		
Perempuan	67 (100)	
Status pernikahan		
Tidak/belum menikah	1 (1,5)	
Menikah	62 (92,5)	
Janda/duda	4 (6)	
Pendidikan		
SD/ sederajat	11 (16,4)	
SMP/ sederajat	16 (23,9)	
SMA/ sederajat	38 (56,7)	
Diploma	2 (3)	
Pekerjaan		
Tidak bekerja	5 (7,5)	
Ibu rumah tangga	48 (71,6)	
Pegawai swasta	3 (4,5)	
Wiraswasta	4 (6)	
Pedagang	3 (4,5)	
Guru/dosen	1 (1,5)	
Lain-lain	3 (4,5)	
Pendapatan		
Tidak memiliki pendapatan	52 (77,6)	
< Rp. 2.290.995,-*	10 (14,9)	
≥ Rp. 2.290.995,-*	5 (7,5)	
Lama menjadi kader kesehatan		7,39 (8,286)
Pengalaman pelatihan		
Pernah	46 (68,7)	
Tidak pernah	21 (31,3)	

Hasil uji validitas konstruk menggunakan *pearson product moment* dikatakan valid jika r hitung $\geq r$ table (sig. 0,05). Hasil uji validitas konstruk kuesioner pengetahuan tentang malnutrisi pada balita sebanyak 26 item pertanyaan pada 67 kader kesehatan didapatkan bahwa nilai r hitung $> r$ table ($> 0,2369$). Berdasarkan hasil tersebut kuesioner pengetahuan tentang malnutrisi pada balita dinyatakan valid.

Tabel 2. Hasil uji validitas kuesioner pengetahuan tentang malnutrisi pada balita

No.	Pertanyaan	r hitung	Sig.
1.	Kader kesehatan perlu menjelaskan setiap prosedur yang dilakukan	0,787	0,000
2.	Kader kesehatan menggunakan buku grafik antropometri untuk mengklasifikasikan malnutrisi dengan tepat	0,806	0,000
3.	Pemeriksaan anemia pada anak digunakan untuk medeteksi malnutrisi	0,798	0,000
4.	Wasting dinilai dengan mengukur Lingkar Atas Pertengahan pada anak usia 5 hingga 59 bulan	0,799	0,000
5.	Jika terdapat bengkak pada kedua kaki dan di bawah pergelangan kaki maka digambarkan anak mengalami malnutrisi tingkat sedang	0,805	0,000
6.	Tinggi badan berdiri diukur untuk anak-anak usia lebih dari 2 tahun atau 85 cm atau lebih.	0,806	0,000
7.	Dermatosis dengan kulit mengelupas, kulit mentah, fisura (lubang di kulit) merupakan dermatosis parah.	0,789	0,000
8.	Seorang anak dengan malnutrisi akut berat dan bengkak harus diperiksa nafsu makannya.	0,794	0,000
9.	Seorang anak yang mengalami bengkak pada kedua kaki harus mendapatkan Vitamin A sebelum rujukan	0,800	0,000
10.	Malnutrisi mengacu pada ketidakseimbangan antara asupan dan pengeluaran energi	0,791	0,000
11.	Kurang gizi adalah bentuk malnutrisi yang paling umum di Indonesia	0,831	0,000
12.	Kekurangan energi pada anak-anak menyebabkan marasmus	0,788	0,000
13.	Kekurangan protein pada anak-anak menyebabkan kwashiorkor	0,790	0,000
14.	Bengkak adalah tanda utama kwashiorkor	0,794	0,000
15.	Malnutrisi akut berat didiagnosis dengan adanya $<70\%$ berat badan menurut umur atau 3 SD dan/atau bengkak pada kedua kaki	0,794	0,000
16.	Pencegahan dan pengobatan pada kondisi kadar gula darah di bawah normal adalah langkah pertama dalam penanganan malnutrisi	0,793	0,000
17.	Penurunan suhu tubuh dan kadar gula darah di bawah normal biasanya terjadi bersamaan pada anak-anak dengan gizi buruk	0,795	0,000
18.	Pemberian makanan yang sering biasanya diperlukan untuk mengobati atau mencegah penurunan kadar gula darah di bawah normal pada anak dengan gizi buruk	0,792	0,000
19.	Pemberian cairan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan pada anak malnutrisi berat yang mengalami kekurangan cairan	0,794	0,000
20.	Garam tidak boleh digunakan untuk mengobati atau mencegah kekurangan cairan pada anak malnutrisi berat	0,796	0,000
21.	Obat diuretik tidak boleh digunakan untuk mengobati edema pada anak dengan malnutrisi berat	0,793	0,000

22.	Garam tidak boleh dimasukkan dalam makanan yang disiapkan untuk anak-anak dengan gizi buruk	0,817	0,000
23.	Demam biasanya tidak ada pada anak dengan gizi buruk	0,815	0,000
24.	Zat besi tidak boleh diberikan pada anak dengan gizi buruk selama fase awal pengobatan	0,804	0,000
25.	Anak dengan gizi buruk harus ditimbang setiap pagi sebelum diberi makan	0,815	0,000
26.	Makanan tinggi protein tidak boleh diresepkan untuk anak-anak dengan kwashiorkor	0,804	0,000

Hasil uji reliabilitas kuesioner menggunakan rumus *alpha cornbach*. Jika nilai alpha > 0,600 berarti kuesioner reliable dan jika nilai alpha > 0,80 berarti seluruh item pertanyaan memiliki reliabilitas yang kuat. Hasil uji reliabilitas terhadap 26 item pertanyaan didapatkan bahwa nilai *r* hitung kuesioner lebih besar dari nilai *r* table (>0,006) sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner pengetahuan tentang malnutrisi pada balita reliable.

Tabel 3. Hasil uji reliabilitas kuesioner pengetahuan tentang malnutrisi pada balita

Jumlah item	r alpha	r kritis (n=67)	Kriteria
26	0,811	0,600	Reliable

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui validitas dan reliabilitas dari kuesioner *Knowledge towards Assessment and Management of Malnutrition in Children* Versi Bahasa Indonesia dimana kuesioner ini digunakan untuk mengukur pengetahuan tentang manajemen malnutrisi pada balita. Ujicoba dilakukan pada kader kesehatan di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Undaan dan Dawe Kabupaten Kudus. Pengembangan instrumen diperlukan suatu analisis serta uji coba item karena item pertanyaan merupakan respon dari subyek yang sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Uji Validitas terhadap suatu pengembangan alat ukur bertujuan untuk mengetahui relevansi terhadap setiap item yang dikembangkan, untuk mengetahui relevansi terhadap setiap item yang dikembangkan. Sedangkan uji reliabilitas digunakan untuk melihat varian judgement terhadap item yang dikembangkan.

Hasil uji validitas kuesioner pengetahuan tentang manajemen malnutrisi pada balita sebanyak 26 item pertanyaan terkait aspek pengetahuan pada 67 kader kesehatan didapatkan bahwa nilai *r* hitung > *r* table (> 0,2369). Berdasarkan hasil tersebut kuesioner pengetahuan tentang malnutrisi pada balita dinyatakan valid. Seluruh item dapat dimengerti oleh responden dengan sangat baik saat dilakukan survey. Hasil uji reliabilitas menunjukkan nilai alpha $r=0,811$ yang berarti seluruh item pertanyaan memiliki reliabilitas yang kuat karena nilai *r* > 0,80. Instrumen pengetahuan tentang malnutrisi pada balita yang dikupas saat ini terbatas pada aspek kognitif yang tertuang ke dalam 26 item pernyataan baik *favorable* maupun *unfavorable*. Untuk pernyataan *unfavorable* terdapat pada item nomor 23, 24 dan 26. Aspek kognitif dapat diukur dari pengetahuan yang dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal dan sangat erat hubungannya. Diharapkan dengan pendidikan yang tinggi maka akan semakin luas pengetahuannya. Tetapi individu dengan latar belakang pendidikan rendah tidak mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, tetapi juga dapat diperoleh dari pendidikan non formal.

Kuesioner pengetahuan tentang manajemen malnutrisi pada balita mengidentifikasi pemahaman kader kesehatan tentang pentingnya kader kesehatan untuk menjelaskan setiap prosedur yang dilakukan dan menggunakan buku grafik antropometri untuk mengklasifikasikan malnutrisi dengan tepat. Selain itu pemahaman tentang pemeriksaan anemia, pengukuran lingkaran lengan atas pertengahan, adanya tanda edema, pengukuran berat badan dan tinggi badan, adanya dermatosis, hipotermi juga diidentifikasi. Kuesioner ini juga mengidentifikasi pentingnya mengkaji nafsu makan dan kebutuhan vitamin A sebelum melakukan rujukan balita dengan gizi buruk. Konsep malnutrisi secara umum juga dikaji sehingga mendapatkan gambaran pemahaman kader kesehatan tentang malnutrisi pada balita. Strategi penanganan malnutrisi seperti mempertahankan kadar gula darah, pemberian makanan dan cairan sesering mungkin juga diidentifikasi sehingga kader kesehatan mampu melakukan penanganan awal di masyarakat sebelum proses rujukan ke fasilitas layanan kesehatan. Larangan mengkonsumsi garam, obat diuretic, pemberian zat besi, dan pemberian makanan tinggi protein juga diidentifikasi apakah. Setiap item pertanyaan dilengkapi dengan pilihan jawaban sama sekali tidak benar, tidak benar, cukup benar, dan sepenuhnya benar. Pilihan jawaban yang bervariasi ini diharapkan mampu mengidentifikasi pemahaman kader kesehatan tentang malnutrisi pada balita secara mendalam dan komprehensif [7].

5. Kesimpulan

Berdasarkan hasil uji coba kuesioner pengetahuan tentang manajemen malnutrisi pada balita menghasilkan instrument penelitian yang valid dan reliable untuk mengukur pengetahuan kader kesehatan tentang malnutrisi pada balita dalam versi bahasa Indonesia. Pengkajian yang mendalam terhadap pengetahuan tentang manajemen malnutrisi pada balita sangat diperlukan karena komponen pengetahuan merupakan komponen utama dalam membentuk sikap dan perilaku manajemen malnutrisi pada balita. Secara teoritis, kader kesehatan dengan pengetahuan yang baik akan menampilkan sikap dan perilaku yang positif. Penelitian selanjutnya dapat melakukan uji coba kuesioner pada variabel lain seperti sikap dan praktik manajemen malnutrisi pada balita. Instrument penelitian yang sudah valid dan reliable ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi pengetahuan tentang manajemen malnutrisi pada balita.

Ucapan Terima Kasih

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Majelis Pendidikan Tinggi Penelitian dan Pengembangan Pimpinan Pusat Muhammadiyah yang telah memberikan dukungan finansial, Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus dan Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kudus yang telah memberikan izin penelitian, UPTD Puskesmas Undaan dan Dawe Kabupaten Kudus yang telah memberikan fasilitas dalam proses pengambilan data, dan Universitas Muhammadiyah Kudus yang telah memberikan dukungan moril dan administrative kepada peneliti.

Referensi

- [1] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Pencegahan Dan Tatalaksana Gizi Buruk Pada Balita*. Jakarta, 2019.
- [2] Kemenkes RI, "Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018," *Kementerian Kesehat. RI*, vol. 53, no. 9, pp. 1689–1699, 2018.
- [3] World Health Organization (WHO), *Guideline Updates on The Management of*

Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. Geneva, 2013.

- [4] R. E. Black *et al.*, “Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences,” *Lancet*, vol. 371, no. 9608, pp. 243–260, 2008, doi: 10.1016/S0140-6736(07)61690-0.
- [5] M. Jauhar, I. Indanah, F. Kartikasari, U. Rachmawati, and U. Faridah, “Community Health Volunteer Up skilling Increase Community-Based Stunting Early,” *J. Kesehat. Prima*, vol. 16, no. August, pp. 119–131, 2022, doi: 10.32.807/jkp.v16i2.768.
- [6] S. Notoatmodjo, *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, 2010.
- [7] Z. Tafese and A. Shele, “Knowledge, attitude and practice towards malnutrition among health care workers in Hawassa City, Southern Ethiopia,” *Glob. Acad. Res. Journals*, vol. 1, no. 1, pp. 1–8, 2015.
- [8] F. Adistie, V. B. M. Lumbantobing, and N. N. A. Maryam, “Pemberdayaan Kader Kesehatan Dalam Deteksi Dini Stunting dan Stimulasi Tumbuh Kembang pada Balita,” *Media Karya Kesehat.*, vol. 1, no. 2, pp. 173–184, 2018, doi: 10.24198/mkk.v1i2.18863.
- [9] F. Adistie, N. N. A. Maryam, and V. B. M. Lumbantobing, “Pengetahuan Kader Kesehatan Tentang Deteksi Dini Gizi Buruk pada Balita,” *J. Apl. Ipteks untuk Masy.*, vol. 6, no. 3, pp. 173–177, 2017, [Online]. Available: <http://jurnal.unpad.ac.id/dharmakarya/article/view/10319/7705>
- [10] H. Purnamasari *et al.*, “Pelatihan Kader Posyandu Sebagai Upaya Pencegahan Stunting Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Margadana Dan Puskesmas Tegal Selatan Kota Tegal,” *J. Kesehat. Masy.*, vol. 8, no. 3, pp. 432–439, 2020.
- [11] G. R. Arsy, “Gambaran Pengetahuan dan Sikap kader Posyandu dalam Pemantauan Pertumbuhan Perkembangan balita di Wilayah Puskesmas Rejosari Kabupaten Kudus,” *Profesi Keperawatan*, vol. 8, no. 1, pp. 70–81, 2021, [Online]. Available: <http://jurnal.akperkridahusada.ac.id/index.php/jpk/article/view/94>
- [12] *et al.*, “Effectiveness of Upskilling on Improving the Attitude of Community Health Volunteers in Early Detection of Childhood Stunting,” pp. 538–550, 2022, doi: 10.26911/icphpromotion.fp.08.2021.13.
- [13] T. P. Handayani, V. M. Tarawan, and J. Nurihsan, “Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Kader Tentang Stunting Pada Balita Usia 12 – 36 Bulan Melalui Penerapan Aplikasi Anak Bebas Stunting (Abs),” *J. Kebidanan Malahayati*, vol. 5, no. 4, pp. 357–363, 2019, doi: 10.33024/jkm.v5i4.2058.
- [14] E. Martha *et al.*, “THE EMPOWERMENT OF CADRES AND MEDICASTERS IN THE EARLY Stunting is often not considered a serious problem . Children will be considered stunted when they have height- for-age more than two standard deviations below the standard median of the WHO Child Gro,” no. August, pp. 153–161, 2020, doi: 10.20473/ijph.v115il.2020.153-161.
- [15] E. N. Azizah and R. K. Wardhani, “Gerakan Kader Posyandu Sadar Stunting di Desa Ringinpitu Kecamatan Plemahan,” *J. Community Engagem. Heal.*, vol. 3, no. 2, pp. 229–232, 2020, doi: 10.30994/jceh.v3i2.70.
- [16] E. Yuliani, “Peningkatan Pengetahuan Kader Posyandu tentang Deteksi Dini Stunting Melalui Pelatihan,” pp. 27–33, 2019.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)