

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengetahuan

1. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan juga diperoleh dari pendidikan, pengalaman diri sendiri maupun pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain terpenting bagi terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

2. Tingkat pengetahuan

Menurut Kholid (2012), Pengetahuan mempunyai enam tingkatan yaitu :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsang yang telah diterima. Tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. Orang telah paham terhadap objek atau materi yang harus dapat dijelaskan,

menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya) ialah dapat menggunakan rumus-rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam situasi yang lain, misalnya dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang telah diberikan.

d. Analisis (*analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek didalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang lain. Kemampuan analisis dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggunakan dan menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun suatu formasi-formasi yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang telah ada.

3. Cara memperoleh pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan menurut Kholid (2012), adalah sebagai berikut :

a. Cara non ilmiah

1) Cara coba salah (*trial and eror*)

Cara ini telah dipakai orang sebelum adanya kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, maka akan dicoba dengan kemungkinan yang lain.

2) Cara kekuasaan atau otoritas

Prinsip dari cara ini adalah orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai aktivitas tanpa terlebih dulu menguji atau membuktikan kebenaran, baik berdasarkan fakta empiris ataupun berdasarkan penalaran sendiri. Hal ini disebabkan karena orang yang menerima pendapat tersebut menganggap bahwa apa yang dikemukakannya adalah benar.

3) Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan atau merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan pada masa lalu. Perlu diperhatikan bahwa tidak semua pengalaman pribadi dapat menuntun seseorang untuk menarik kesimpulan dari pengalaman dengan benar diperlukan berfikir kritis dan logis.

4) Melalui jalan pikiran

Dalam memperoleh kebenaran pengetahuan, manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi. Induksi adalah proses pembuatan kesimpulan itu melalui pernyataan-pernyataan khusus pada umum. Deduksi adalah proses pembuatan kesimpulan dari pernyataan umum ke khusus.

b. Cara ilmiah

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada saat ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan cara mengadakan observasi langsung dan membuat pencatatan-pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek penelitiannya.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Mubarak, dkk. (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah :

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya.

b. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat dijadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.

c. Umur

Bertambahnya umur seseorang akan menyebabkan terjadinya perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan pada fisik secara garis

besar empat kategori perubahan pertama, perubahan ukuran, kedua, perubahan proposi, ketiga, hilangnya ciri-ciri lama, keempat, timbulnya ciri-ciri baru.

d. Minat

Sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

e. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Adanya kecenderungan pengalaman yang kurang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam kejiwaannya, dan akhirnya dapat pula pembentukan sikap positif dalam kehidupannya.

f. Kebudayaan lingkungan sekitar

Kebudayaan dimana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikapnya.

g. Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

5. Kategori tingkat pengetahuan

Menurut Syah (2012), tingkat pengetahuan dikategorikan menjadi lima kategori dengan nilai sebagai berikut :

- a. Tingkat pengetahuan sangat baik : nilai 80-100
- b. Tingkat pengetahuan baik : nilai 70-79

- c. Tingkat pengetahuan cukup : nilai 60-69
- d. Tingkat pengetahuan kurang : nilai 50-59
- e. Tingkat pengetahuan gagal : nilai 0-49

B. Karies Gigi

1. Pengertian karies gigi

Menurut Brauer dalam Tarigan (2014), karies adalah penyakit jaringan yang ditandai dengan kerusakan jaringan, dimulai dari permukaan gigi (ceruk, fisura, dan daerah interproximal) meluas ke arah pulpa. Menurut Kidd dan Bechal (1992), karies gigi merupakan suatu penyakit jaringan keras gigi yaitu email, dentin, dan cementum yang disebabkan oleh aktifitas jasad renik dalam suatu karbohidrat yang dapat diragikan. Tandanya adalah adanya demineralisasi jaringan keras gigi yang kemudian diikuti oleh kerusakan bahan organik.

Menurut Putri, Herijulianti, dan Nurjannah (2011), karies adalah hasil interaksi dari bakteri di permukaan gigi, plak, dan diet (khususnya komponen karbohidrat yang dapat difermentasikan oleh bakteri plak menjadi asam, terutama asam laktat dan asetat) sehingga terjadi demineralisasi jaringan keras gigi dan memerlukan cukup waktu untuk kejadiannya. Menurut Srigupta (2004), karies berasal dari bahasa Yunani yaitu “ker” yang artinya kematian, dalam bahasa latin karies berarti kehancuran. Karies berarti pembentukan lubang pada permukaan gigi disebabkan oleh kuman atau bakteri yang berada pada mulut.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya karies gigi

Menurut Newbrun dalam Suwelo (1992), ada empat faktor utama yaitu mikroorganisme, gigi dan saliva, substrat serta waktu sebagai faktor tambahan, adapun faktor dari dalam seperti :

a. Mikroorganisme

Mikroorganisme menempel di gigi bersama dengan plak atau debris. Plak gigi adalah media lunak non mineral yang menempel yang menempel erat di gigi. Plak terdiri dari mikroorganisme (70%) dan bahan antar sel (30%). Mikroorganisme yang ada sangkut pautnya dengan kerusakan gigi adalah Lactobacillus, Streptococcus dan Bacillus acidophilus.

b. Gigi dan saliva

Menurut Kidd dan Bechal (1992), plak yang mengandung bakteri merupakan awal bagi terbentuknya gigi berlubang. Kawasan gigi yang memudahkan pelekatan plak sangat memungkinkan terkena gigi berlubang tersebut adalah :

- 1) Pit dan fissure pada permukaan oklusal molar dan premolar, pit bucal molar dan pit palatal incisive.
- 2) Permukaan halus di daerah leher gigi sedikit di bawah titik kontak.
- 3) Email pada tepian di daerah leher gigi sedikit diatas tepi gingiva
- 4) Permukaan akar yang terbuka, yang merupakan daerah tempat melekatnya plak pada pasien dengan resesi gingival karena penyakit periodontal
- 5) Tepi tumpatan, terutama yang kurang
- 6) Permukaan gigi yang berdekatan dengan gigi tiruan dan jembatan.

c. Substrat

Menurut Newburn dalam Suwelo (1992), substrat adalah campuran makanan halus dan minuman yang dimakan sehari-hari yang menempel di permukaan gigi. Substrat ini berpengaruh terhadap gigi berlubang secara lokal di dalam mulut.

Makanan pokok manusia adalah karbohidrat, lemak dan protein. Karbohidrat yang dikandung oleh beberapa jenis makanan merupakan yang mengandung gula akan menurunkan pH plak dengan cepat sampai pada level yang dapat menyebabkan demineralisasi email. Plak akan tetap bersifat asam selama beberapa waktu, dan untuk kembali ke pH normal sekitar tujuh dibutuhkan waktu 30-60 menit. Sukrosa merupakan gula yang paling banyak dikonsumsi, maka sukrosa merupakan penyebab gigi berlubang yang utama.

d. Waktu

Menurut Newburn dalam Suwelo (1992), waktu merupakan kecepatan terbentuknya gigi berlubang merupakan penyakit kronis, dan kerusakan berjalan dalam periode bulan atau tahun.

Menurut Suwelo (1992), selain faktor-faktor di atas merupakan faktor langsung di dalam mulut yang berhubungan dengan gigi berlubang, terdapat pula faktor tidak langsung yang disebut faktor risiko luar. Faktor risiko luar tersebut adalah :

a. Usia

Sejalan dengan pertambahan usia seseorang, jumlah gigi berlubang pun akan bertambah, hal ini jelas karena faktor resiko terjadinya gigi berlubang akan lebih lama berpengaruh terhadap gigi.

b. Jenis kelamin

Prevalensi gigi berlubang pada gigi tetap wanita lebih tinggi dibandingkan pria. Begitu juga dengan anak-anak, prevalensi gigi berlubang pada gigi sulung anak perempuan sedikit lebih tinggi dibandingkan anak laki-laki, sehingga gigi anak perempuan berada lebih lama dalam mulut. Akibatnya gigi anak perempuan akan lebih lama berhubungan dengan faktor terjadinya gigi berlubang.

c. Suku bangsa

Beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan suku bangsa dengan prevalensi gigi berlubang, hal ini karena keadaan sosial ekonomi, pendidikan, makanan, cara pencegahan gigi berlubang dan jangkauan pelayanan kesehatan gigi yang berbeda pada setiap suku tersebut.

d. Letak geografis

Perbedaan prevalensi karies juga ditemukan pada penduduk yang letak geografisnya berbeda. Faktor-faktor yang menyebabkan ini belum jelas, kemungkinan karena perbedaan lamanya matahari bersinar, suhu, cuaca, air, keadaan tanah, dan jarak dari laut.

e. Kultur sosial penduduk

Keadaan sosial ekonomi berhubungan dengan prevalensi karies. Faktor yang mempengaruhi perbedaan ini adalah pendidikan dan penghasilan yang berhubungan dengan diet, kebiasaan merawat gigi dan lain-lain.

f. Kesadaran, sikap dan perilaku individu terhadap kesehatan gigi

Merubah sikap dan perilaku seseorang harus didasari motivasi tertentu dari individu itu sendiri, sehingga seseorang yang bersangkutan mau melaksanakan motivasi tersebut secara sukarela.

3. Klasifikasi karies gigi

Menurut Tarigan (2014), klasifikasi karies gigi dapat dibagi menjadi :

a. Berdasarkan stadium karies

Karies gigi berdasarkan kedalamannya diklasifikasikan menjadi :

- 1) Karies superfisialis (karies email) yaitu karies yang baru mengenai email saja belum sampai ke lapisan dentin.
- 2) Karies media (karies dentin) yaitu karies yang sudah mengenai dentin, tetapi belum melebihi setengah dentin.
- 3) Karies profunda yaitu karies yang mengenai lebih dari setengah dentin dan kadang-kadang sudah sampai mengenai pulpa. Karies profunda dapat dibagi menjadi tiga stadium yaitu :
 - a) Karies profunda stadium I. Karies telah melewati setengah dentin, biasanya belum dijumpai radang pulpa.
 - b) Karies profunda stadium II. Masih dijumpai lapisan tipis yang membatasi karies dengan pulpa. Biasanya disini telah terjadi radang pulpa.
 - c) Karies profunda stadium III. Pulpa telah terbuka dan dijumpai bermacam-macam radang pulpa.

b. Berdasarkan keparahan karies

Berdasarkan keparahan atau kecepatan berkembangnya karies dapat dibagi menjadi empat, yaitu :

- 1) Karies insipien yaitu karies yang mengenai kurang dari setengah ketebalan email.
- 2) Karies insipien yaitu karies yang mengenai lebih dari setengah ketebalan email, tetapi tidak mencapai pertemuan dentil-email.

3) Karies lanjutan yaitu karies yang mengenai pertemuan dentin-email dan kurang dari setengah jarak pulpa

4) Karies parah yaitu karies yang mengenai lebih dari setengah jarak ke pulpa.

c. Berdasarkan lokasi karies

Menurut G.V Balck dalam Tarigan (2014), mengklasifikasikan kavitas atas lima bagian berdasarkan permukaan gigi yang terkena karies gigi yaitu :

1) Kelas I adalah karies yang terdapat pada bagian oksual (*ceruk* dan *fissure*) dari gigi premolar dan molar (gigi posterior) dan dapat juga terjadi pada gigi anterior diforamen caecum.

2) Kelas II adalah karies yang terdapat pada bagian aproximal dari gigi-gigi molar atau premolar yang umumnya meluas sampaibagian oklusal.

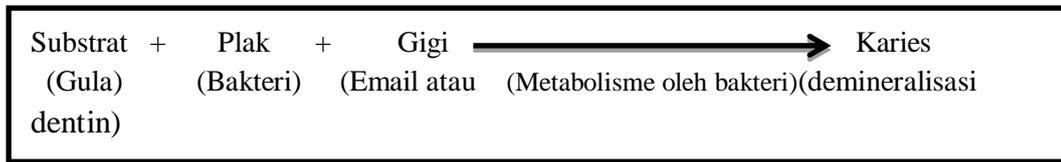
3) Kelas III adalah karies yang terdapatpada bagian aproximal dari gigi depan, tetapi belum mencapai mango-insisalis (belum mencapai sepertiga incisal gigi).

4) Kelas IV adalah karies yang terdapat apada bagian aproximal dari gigi-geligi depan dan sudah mencapai margo-insisalis (telah mencapai sepertiga insisal dari gigi).

5) Kelas V adalah karies yang terdapat pada bagian sepertiga leher dari gigi-geligi depan maupun gigi belakang pada permukaan labial, lingual, palatal, ataupun buccal dari gigi.

4. Proses terjadinya karies

Menurut Ford (1993), proses karies gigi dapat digambarkan secara singkat sebagai berikut :



Sumber : Ford , Pitt R. T, Restorasi Gigi, 1993 hal 1

Gambar 1. Proses Terjadinya Karies

Gambar 1 di atas menunjukkan bahwa konsumsi gula yang tinggi merupakan penyebab karies gigi, karena gula memegang peranan penting terhadap terjadinya karies.

5. Akibat Karies gigi

Karies dapat menyebabkan rasa sakit yang berdampak pada gangguan pengunyahan sehingga asupan nutrisi akan berkurang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Karies gigi yang tidak dirawat selain rasa sakit lama-kelamaan juga dapat menimbulkan bengkak akibat terbentuknya nanah yang berasal dari gigi tersebut. Keadaan ini selain mengganggu fungsi pengunyahan dan penampilan, fungsi bicara juga ikut terganggu (Lindawati,2014).

6. Pencegahan karies gigi

Menurut Tarigan (2014), pencegahan karies gigi bertujuan untuk mempertinggi taraf hidup dengan memperpanjang kegunaan gigi dalam mulut.

Pencegahan karies gigi dapat dibagi menjadi :

a. Tindakan pra erupsi

Tindakan ini ditunjukkan pada kesempurnaan struktur email dan dentin atau gigi pada umumnya. Contohnya berupa pemberian vitamin-vitamin terutama vitamin A, C, D dan pemberian mineral-mineral Ca, P, F, Mg.

b. Tindakan pasca erupsi

Pada tindakan ini terdapat beberapa metode yang digunakan seperti :

1) Pengaturan diet

Hal ini merupakan faktor yang paling umum dan signifikan untuk penyakit karies. Asam yang terus menerus diproduksi oleh plak yang merupakan bentuk dari karbohidrat dalam jumlah yang banyak akan menyebabkan buffer saliva, sehingga proses remineralisasi tidak terjadi. Tindakan pertama yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya karies adalah membatasi makanan-makanan yang mengandung karbohidrat terutama sukrosa (Putri, Herijulianti dan Nurjannah, 2011).

2) Kontrol plak

Beberapa studi menunjukkan bahwa ada hubungan antara menyikat gigi dengan perkembangan karies gigi, kontrol plak dengan menyikat gigi sangat penting sebelum menyarankan hal-hal lain kepada pasien. Agar berhasil, hal-hal yang harus diperhatikan adalah :

- a) Pemilihan sikat gigi yang baik serta penggunaannya.
- b) Cara menyikat gigi yang baik.
- c) Frekuensi dan lamanya penyikatan.
- d) Penggunaan pasta fluor.
- e) Pemakaian bahan dis closing.

f) Penggunaan fluor.

Adapun usaha-usaha yang dilakukan antara lain adalah meningkatkan kandungan fluor dalam diet, menggunakan fluor dalam air minum, pengaplikasian secara langsung pada permukaan gigi (topikal aplikasi), atau ditambahkan pada pasta gigi.

7. Perawatan karies gigi

Tindakan awal untuk perawatan karies gigi, lubang kecil pada gigi sebaiknya segera ditambal. Gigi yang tidak segera ditambal proses bertambah besarnya lubang pada gigi akan terus berlangsung. Lubang-lubang tidak dapat menutup sendiri secara alamiah, tetapi perlu dilakukan penambahan oleh dokter gigi (Afrilina dan Gracinia, 2007).

Gigi yang sakit atau berlubang tidak dapat disembuhkan dengan pemberian obat-obatan. Gigi tersebut hanya dapat diobati dan dikembalikan ke fungsi pengunyahan semula dengan melakukan pengeboran atau bagian gigi yang pecah hanya dapat dikembalikan bentuknya dengan cara penambalan. Proses dalam menambal gigi, selain jaringan gigi yang sakit, jaringan gigi yang sehat juga harus diambil, karena bakteri-bakteri telah masuk ke bagian gigi yang telah dalam, setelah itu baru dilakukan penambalan untuk mengembalikan bentuk gigi seperti semula, sehingga dapat berfungsi dengan baik (Tarigan, 2014).

8. Kategori Karies Gigi

Menurut Suwelo (1992), menentukan tinggi rendahnya angka karies gigi digunakan kategori seperti terlihat pada tabel 1 berikut :

Tabel 1
Kategori Karies Gigi

No	Kategori	Rata-rata karies
1.	Sangat Rendah	0,0-1,1
2.	Rendah	1,2-2,6
3.	Sedang	2,7-4,4
4.	Tinggi	4,5-6,6
5.	Sangat Tinggi	6,6 lebih

Sumber : Suwelo, I.S., Karies Gigi Pada Anak dengan Berbagai Faktor Etiologi, 1992.

C. Posyandu

1. Pengertian Posyandu

Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) adalah kegiatan yang dilaksanakan oleh, dari, dan untuk masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat pada umumnya serta kesehatan ibu dan anak pada khususnya. Posyandu merupakan bagian dari pembangunan untuk mencapai keluarga kecil bahagia dan sejahtera, dilaksanakan oleh keluarga bersama dengan masyarakat di bawah bimbingan petugas kesehatan dari Puskesmas setempat.

Sasaran utama kegiatan Posyandu ini adalah balita dan orang tuanya, ibu hamil, ibu menyusui dan bayinya, serta wanita usia subur, sedangkan yang bertindak sebagai pelaksana Posyandu adalah kader (Sulistyorini, 2010).

2. Tujuan Posyandu

Menurut Depkes RI (2005), tujuan diselenggarakan Posyandu ada dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus, adapun tujuan umum dari Posyandu adalah menunjang percepatan penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesiamelalui upaya pemerdayaan masyarakat. Tujuan khusus dari kegiatan Posyandu adalah :

- a. Meningkatkan peran masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar, terutama yang berkaitan dengan penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB).
- b. Meningkatkan peran lintas sektor dalam penyelenggaraan Posyandu, terutamaberkaitan dengan penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB).
- c. Meningkatnya cakupan dan jangkauan pelayanan kesehatan dasar, terutama yang berkaitan dengan penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB).

3. Kegiatan dalam posyandu

Kegiatan Posyandu terdiri dari kegiatan utama dan kegiatan pengembangan. Kegiatan utama mencakup yaitu kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, imunisasi, gizi, pencegahan diare, sedangkan kegiatan pengembangan adalah menambah kegiatan baru disamping lima kegiatan utama yang telah ditetapkan, yang dinamakan Posyandu terintergrasi misalnya bina keluarga balita (BKB), tanaman obat keluarga, bisa keluarga lansia, usaha kesehatan gigi masyarakat desa (UKGMD), pos pendidikan anak usia dini (PAUD), dan berbagai program pembangunan masyarakat lainnya (Depkes RI, 2005).

UKGMD (Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat Desa) adalah salah satu bentuk upaya pelayanan kesehatan yang dilaksanakan dengan pendekatan edukatif melalui PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa) dalam wadah LKMD (Lembaga Kesehatan Masyarakat Desa), dengan penekanan pada usaha promotif dan preventif, dimana kegiatan ini akan dilaksanakan oleh para kader (Depkes RI, 1992).

D. Kader Posyandu

1. Pengertian Kader Posyandu

Kader adalah seorang tenaga sukarela yang direkrut dari, oleh dan untuk masyarakat, yang bertugas membantu kelancaran pelayanan kesehatan. Keberadaan kader sering dikaitkan dengan pelayanan rutin di Posyandu. Seorang kader Posyandu harus mau bekerja secara sukarela dan ikhlas, mau dan sanggup melaksanakan kegiatan Posyandu, serta mau dan sanggup menggerakkan masyarakat untuk melaksanakan dan mengikuti kegiatan Posyandu (Sulistiyorini, 2010).

2. Tugas Kader Posyandu

Depkes RI (2005), menyebutkan bahwa kader Posyandu mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. Menyiapkan tempat pelaksanaan, peralatan, sarana dan prasarana Posyandu termasuk penyiapan makanan tambahan (PMT).
- b. Melaksanakan pendaftaran pengunjung Posyandu.
- c. Melaksanakan penimbangan balita dan ibu hamil yang berkunjung ke Posyandu.

- d. Mencatat hasil penimbangan balita di KMS atau KIA dan mengisi buku register Posyandu.
- e. Melaksanakan kegiatan penyuluhan kesehatan dan gizi sesuai dengan hasil penimbangan serta memberikan PMT.
- f. Memberikan pelayanan kesehatan dan KB sesuai kewenangan.

3. Tanggung jawab kader

Kader dalam kegiatan Posyandu diharapkan mempunyai tanggung jawab sebagai berikut :

- a. Pergerakan partisipasi masyarakat
- b. Penyediaan paket penyuluhan kepada masyarakat
- c. Penyelenggaraan pelatihan
- d. Penyediaan sumber daya (dana, tenaga, dan sarana)
- e. Bimbingan dan supervisi