

**FAKTOR-FAKTOR KARATERISTIK YANG BERHUBUNGAN
DENGAN PARTISIPASI TOKOH MASYARAKAT DALAM
MENINGKATKAN METODE OPERASI PRIA (MOP) DI
KECAMATAN KATAPANG
KABUPATEN BANDUNG**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat

IIS SETIAWATI

NIM. BK 217022



**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS
BHAKTI KENCANA
TAHUN 2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : FAKTOR-FAKTOR KARAKTERISTIK YANG BERHUBUNGAN
DENGAN PATISIPASI TOKOH MASYARAKAT DALAM
MENINGKATKAN METODE OPERASI PRIA (MOP) DI
KECAMATAN KATAPANG KABUPATEN BANDUNG**

NAMA : IIS SETIAWATI

NIM : BK 217.022

Telah Disetujui Untuk Diajukan Pada Sidang Skripsi
Pada Program Studi Kesehatan Masyarakat
Universitas Bhakti Kencana

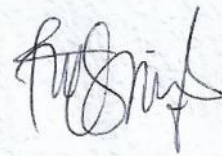
Menyetujui:

Pembimbing I

Pembimbing II



Dra. Tuti Surtimanah., M.KM



Supriyatni K, M.MKes., M.KM

Program Studi Kesehatan Masyarakat

Ketua



Nova Oktavia, SKM., MPH

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan
Dewan Penguji Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana
Pada tanggal 25 Agustus 2019

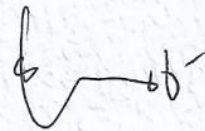
Mengesahkan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana

Penguji I



Dr. Ratna Dian K, M.Kes

Penguji II



R. Siti Jundiah, M.Kep

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana

Dekan


Dr Ratna Dian Kurniawati., M.Kes

PERNYATAAN

Dengan ini saya

Nama : Iis Setiawati
NIM : BK.2.17.022
Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : “ Faktor-faktor karakteristik yang berhubungan dengan Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam meningkatkan Metoda Operasi Pria (MOP) di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung ”.

Menyatakan

1. Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk memperoleh gelar Sarjana baik di Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi.

Bandung, Agustus 2019

Yang membuat Pernyataan



ABSTRAK

Program Keluarga Berencana (KB) memerlukan partisipasi tidak hanya dari pihak perempuan tetapi juga pihak pria yang salah satunya dengan melakukan Metode Operasi Pria (MOP) atau vasektomi. Namun, tingkat partisipasi pria di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung dalam program KB khususnya untuk MOP masih rendah yaitu sebesar 0,47%. Program sosialisasi tentang MOP telah disampaikan oleh pemerintah secara terjadwal namun tidak dapat menghindari rendahnya angka partisipasi. Banyak faktor yang menjadi penyebab dari angka tersebut dan salah satunya adalah peran tokoh agama dan tokoh masyarakat. Variabel penelitian yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, lama tinggal dan partisipasi tokoh masyarakat. Sampel penelitian ini adalah 48 orang tokoh masyarakat di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung. Instrumen penelitian adalah kuisisioner. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif korelatif. Uji Korelasi dilakukan menggunakan Uji Chi-Kuadrat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya hubungan faktor usia dan pengetahuan tokoh masyarakat dalam meningkatkan partisipasi MOP Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung. Dinas Kesehatan dan BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional) perlu menjadwalkan sosialisasi dan penyuluhan kepada tokoh agama dan masyarakat terkait MOP pada program KB.

Kata kunci : MOP, Vasektomi
Daftar pustaka : 16 Buku, 2 jurnal ilmiah, 15 artikel
(1991 – 2019)

ABSTRACT

Family Planning Program needs participations from both genders. Not only women, but also men have to take parts. Use of condom is one of the solutions, but it is not the only option. An effort that also can be done by men is having vasectomy (MOP). Yet the participations of men in Katapang sub-district of Bandung District is low spesifically on use of condom and MOP which is only 0,47%. Vasectomy program has been socialized by government, but it can not avoid the low participation of the people. Many factors may be the causatives of the percentage and one of them is role of public figures. At least, there are six causative factors which are the variabel of this research, they are the factor of age, gender, education, occupation, knowledge, and length of stay. The samples of this research are 48 public figures in Katapang sub-district Bandung district. The main instrument of data collecting used is question form. This is a quantitative and corelative research in kind. Corelation Test Method used by this research is Chi-Square Test. The result of the research show that there is a correlation between age and knowledge toward the increase of vasectomy participation in Katapang sub-district of Bandung district, it is factor of knowledge. Therefore, Health Bureau and BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional) in the area have to schedule some socializations and espionages about vasectomy in family planning program specifically to public figures in the area.

Keywords : MOP, Vasectomy

Reference : 16 Books, 2 scientific journals, 15 articles (1991 – 2019)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang senantiasa selalu memberikan nikmat dan karunia-Nya serta hanya dengan ridha-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Meningkatkan Metode Operasi Pria (MOP) di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung”.

Di dalam skripsi ini terdapat analisis mengenai faktor yang mempengaruhi partisipasi tokoh masyarakat dalam meningkatkan MOP di Kecamatan Katapang. Diharapkan informasi yang didapat dari skripsi ini dapat membantu pembaca dalam

. Tidak lupa penulis juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Entris S,Apt sebagai Rektor Universitas Bhakti Kencana;
2. Dr. Ratna Dian K, M.Kes Dekan FIKes;
3. Nova Oktavia, SKM., MPH sebagai ketua Prodi Kesehatan Masyarakat;

serta semua pihak yang telah membantu penulis selama perjalanannya menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini tentunya masih terdapat banyak kekurangan. Mohon maaf apabila ditemukan ada kekurangan dalam segi konten maupun penulisan. Oleh karena itu sangat diharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan skripsi ini.

Bandung, Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Partisipasi.....	9
2.1.1 Pengertian Partisipasi.....	9
2.1.2 Prinsip – Prinsip Partisipasi	12
2.1.3 Bentuk dan Tipe Partisipasi	13
2.1.4 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi	19

2.1.5	Macam-Macam Partisipasi dalam Masyarakat	23
2.1.6	Tingkatan Partisipasi	25
2.2	Tokoh Masyarakat.....	26
2.3	Keluarga Berencana (KB).....	28
2.3.1	Definisi KB	28
2.3.2	Tujuan Program KB	29
2.4	Kontrasepsi	30
2.4.1	Definisi Kontrasepsi	30
2.4.2.	Efektivitas (Daya Guna) Kontrasepsi	30
2.4.3.	Memilih Metode Kontrasepsi.....	31
2.4.4.	Macam-macam Kontrasepsi.....	32
2.5.	Metode Operasi Pria (MOP)	33
2.5.1.	Jenis-jenis Metode Operasi Pria (MOP)	34
2.5.2.	Keuntungan dan kerugian menggunakan Metode Operasi Pria (MOP)	35
2.5.3.	Efek samping Metode Operasi Pria (MOP)	36
2.5.4.	Indikasi dan kontraindikasi Metode Operasi Pria (MOP)	36
2.5.5.	Komplikasi Metode Operasi Pria (MOP)	37
2.5.6.	Syarat melakukan Metode Operasi Pria	38

BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	39
3.1 Rancangan Penelitian	39
3.2. Paradigma Penelitian	39
3.3. Hipotesa Penelitian	40
3.4. Variabel Penelitian	41
3.5 Definisi Konseptual dan Definisi Operasional	42
3.5.1 Definisi Konseptual.....	42
3.5.2 Definisi Operasional	44
3.6 Populasi dan Sampel	45
3.6.1 Populasi.....	45
3.6.2 Sampel	46
3.7 Pengumpulan Data	49
3.7.1. Teknik Pengumpulan Data.....	49
3.8 Instrumen Penelitian	51
3.9 Pengolahan dan Analisa Data.....	52
3.8.1 Pengolahan Data.....	52
3.8.2 Analisa Data.....	52
3.9 Etika Penelitian	53
3.10 Lokasi dan Waktu.....	55
3.10.1 Lokasi Penelitian	55

3.9.A Waktu Penelitian	56
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	57
4.1 Hasil Penelitian.....	57
4.1.1 Faktor Usia.....	57
4.1.2 Faktor Jenis Kelamin.....	57
4.1.3 Faktor Pendidikan.....	58
4.1.4 Faktor Pekerjaan.....	58
4.1.5 Faktor Pengetahuan	58
4.1.6 Faktor Lama Tinggal	59
4.1.7 Partisipasi Metode Operasi Pria (MOP)	59
4.1.8 Hubungan Usia terhadap Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan MOP	59
4.1.9 Hubungan Jenis Kelamin terhadap Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan MOP	60
4.1.10 Hubungan Pendidikan terhadap Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan MOP	61
4.1.11 Hubungan Pekerjaan terhadap Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan MOP	61
4.1.12 Hubungan Pengetahuan terhadap Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan MOP	62

4.1.13	Hubungan Lama Tinggal Terhadap Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan MOP	62
4.2	Pembahasan	63
4.2.1	Faktor Usia	63
4.2.2	Faktor Jenis Kelamin	63
4.2.3	Faktor Pendidikan.....	64
4.2.4	Faktor Pekerjaan.....	64
4.2.5	Faktor Pengetahuan	65
4.2.6	Faktor Lama Tinggal	66
4.2.7	Partisiipasi Metode Operasi Pria (MOP).....	66
4.2.8	Hubungan Usia terhadap Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan MOP	67
4.2.9	Hubungan Jenis Kelamin terhadap Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan MOP	67
4.2.10	Hubungan Pendidikan terhadap Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan MOP	68
4.2.11	Hubungan Pekerjaan terhadap Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan MOP	69
4.2.12	Hubungan Pengetahuan terhadap Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan MOP	69

4.2.13 Hubungan Lama Tinggal terhadap Partisipasi Tokoh Masyarakat dalam Peningkatan MOP	70
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	71
5.1 Kesimpulan	71
5.2 Saran.....	72
DAFTAR PUSTAKA.....	73
LAMPIRAN	77
Lampiran 1 Surat Rekomendasi Penelitian	78
Lampiran 2 Instrumen Penelitian.....	81
Lampiran 3 Hasil Pengolahan Data SPSS.....	85
Lampiran 4 Catatan Bimbingan Skripsi.....	99
Lampiran 5 Lembar Validasi Penguji	101
Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup	103
Lampiran 6 Bukti Menjadi Oponen	104

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	44
Tabel 3.2 Populasi Penelitian	45
Tabel 3. 3 Jumlah populasi dan Sampel Penelitian	48
Tabel 3.4 Jadwal Penelitian.....	56
Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Usia Responden	57
Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden.....	57
Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden	58
Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden	58
Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden.....	58
Tabel 4. 6 Distribusi Frekuensi Lama Tinggal Responden	59
Tabel 4. 7 Distribusi Frekuensi Responden mengenai Partisipasi MOP	59
Tabel 4. 8 Tabel Silang Usia dengan Partisipasi Tokoh	59
Tabel 4. 9 Tabel Silang Jenis Kelamin dengan Partisipasi Tokoh	60
Tabel 4. 10 Tabel Silang Pendidikan dengan Partisipasi Tokoh.....	61
Tabel 4. 11 Tabel Silang Pekerjaan dengan Partisipasi Tokoh.....	61
Tabel 4. 12 Tabel Silang Pengetahuan dengan Partisipasi Tokoh.....	62
Tabel 4. 13 Tabel Silang Lama Tinggal dengan Partisipasi Tokoh.....	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka pemikiran.....	40
------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Rekomendasi Penelitian	78
Lampiran 2 Instrumen Penelitian.....	81
Lampiran 3 Hasil Pengolahan Data SPSS	85
Lampiran 4 Catatan Bimbingan Skripsi	99
Lampiran 5 Lembar Validasi Penguji	101
Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup	103
Lampiran 6 Bukti Menjadi Oponen	104

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Peraturan Pemerintah No. 87 Tahun 2014 menyebutkan bahwa Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan. Selain itu KB juga mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan, dan bantuan yang sesuai dengan hak reproduksi guna mewujudkan keluarga yang berkualitas. Keluarga yang berkualitas merupakan keluarga yang terbentuk atas perkawinan yang sah dan bercirikan sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan ke depan, bertanggung jawab, harmonis dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Ada beberapa jenis kontrasepsi yang dapat dipilih oleh para peserta KB yang tentunya disesuaikan dengan kebutuhan. Pada wanita, kontrasepsi hormonal seperti pil KB atau suntik KB merupakan cara umum yang dipilih, namun pada pria kontrasepsi hormonal belum umum digunakan (Adrian, 2019). Adrian (2019) mengungkapkan bahwa jenis kontrasepsi yang umum digunakan oleh pria adalah kondom dan Metode Operasi Pria (MOP) melalui vasektomi.

Jumlah peserta KB baru di Indonesia secara nasional pada Februari 2015 sebanyak 533.067 orang, peserta KB baru lebih banyak yang memilih Metode Kontrasepsi Jangka Pendek yaitu sebesar 81,83%. Peserta KB baru yang memilih Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) sebesar 18,17%. Rincian metode kontrasepsi berdasarkan jumlah di atas, yaitu suntik sebanyak 278.333 orang

(52,21%), pil sebanyak 129.880 orang (24,36%), kondom sebanyak 27.996 orang (5,25%), *Intrauterine Device (IUD)* sebanyak 36.601 (6,87%), Metode Operasi Wanita (MOW) sebanyak 7.867 orang (1,48%), implan sebanyak 51.843 orang (9,73%), dan Metode Operasi Pria (MOP) sebanyak 547 orang (0,10%) (BKKBN, 2015). Jumlah akseptor KB di Jawa Barat sebanyak 1.423.800 orang, pengguna *IUD* sebanyak 15,40%, MOP sebanyak 0,29%, MOW 2,65%, implan sebanyak 2,50%, suntik sebanyak 55,36%, pil sebanyak 29,85% dan kondom sebanyak 1,31%. Jumlah akseptor KB di Kabupaten Bandung sebanyak 433.371 orang, pengguna *IUD* sebanyak 15,40%, MOP sebanyak 0,98%, MOW 2,34%, implan 1,93%, suntik 53,64%, pil 25,35% dan kondom sebanyak 3,37% (BKKBN, 2015).

Hasil Rapat Kerja daerah Kabupaten Bandung tahun 2018 di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung tercatat akseptor aktif sebanyak 17.718 orang yang terdiri dari *IUD* 2.622 (14,79%), MOW 636 (3,59%), MOP 84 (0,47%), Kondom 215 (1,21%), Suntik 10.005 (56,46%), Implant 555 (3,13%) dan Pil 3.435 (19,38%). Sedangkan di Kecamatan Marga Asih Kabupaten Bandung tercatat akseptor aktif sebanyak 23.392 orang yang terdiri dari *IUD* 4.341 (18,55%), MOW 604 (2,58%), MOP 115 (0,49%), Kondom 775 (3,31%), Suntik 9.331 (39,88%), Implan 988 (4,22%) dan Pil 7.238 (30,94%) dan Kecamatan Cangkuang, Kabupaten Bandung tercatat akseptor aktif sebanyak 11.915 orang yang terdiri dari *IUD* 1.658 (13,91%), MOW 436 (3,65%), MOP 122 (1,02%), Kondom 216 (1,81%), Suntik 6.985 (58,62%), Implan 480 (4,02%) dan Pil 2.018 (16,93%). (Rakerda 2018)

. Depkes RI menunjukkan bahwa program yang dilaksanakan pada era *MDGs* (*Millenium Development Goals*) ternyata partisipasi suami masih kurang dalam program KB hal ini dapat dilihat dengan kunjungan ibu saat menggunakan alat kontrasepsi tidak di dampingi suami, bahkan dalam mengambil keputusan menggunakan kontrasepsi pun tanpa persetujuan suami (2008, dalam Astuty, 2016:24).

Data sebelumnya mengenai persentase partisipasi pria pada program KB di kecamatan Katapang juga menunjukkan persentase peserta KB pria masih jauh lebih kecil dibandingkan persentase peserta KB wanita. Sehingga dapat disimpulkan bahwa partisipasi pria dalam program KB masih rendah. Hal tersebut tentu dipengaruhi oleh faktor-faktor tertentu. Astuty (2016:25) mengatakan bahwa faktor yang menyebabkan kurangnya partisipasi pria adalah kurangnya pemahaman pria tentang kontrasepsi, rendahnya minat suami dalam mengakses informasi tentang kontrasepsi dan kesehatan reproduksi, dan kurangnya peran tokoh masyarakat maupun agama. Selain itu, masih ada anggapan di masyarakat bahwa kontrasepsi mempengaruhi kenikmatan berhubungan dan stigma negatif bahwa kontrasepsi bagi pria identik dengan pegebirian (Astuty, 2016:25). Singedimedjo (2009, dalam Astuty, 2016:25) mengatakan bahwa kontrasepsi bagi laki-laki masih terjadi tarik ulur dan masih diharamkan, sehingga dengan dikembangkannya vasektomi tanpa pisau lebih aman, karena ketika pasangan suami istri menginginkan anak lagi tidak bermasalah.

Hasil dari penelitian yang dilakukan Astuty (2016:27) menunjukkan bahwa kurangnya faktor pengetahuan responden tentang partisipasi suami dalam ber-KB,

faktor sosial, faktor pelayanan KB pria, dan faktor kebijakan pemerintah merupakan alasan mengapa pria enggan melakukan kontrasepsi.

Di dalam masyarakat masih terdapat kebiasaan—kebiasaan yang menganggap soal ini merupakan pengambil keputusan mutlak, masih terdapat anggapan bahwa tidak boleh membicarakan tentang KB pria karena dianggap masih sangat tabu, dan seluruh keputusan ada di tangan suami (Gemabria, 2009). Melihat dari kasus tersebut, perlu adanya tokoh panutan seperti Tokoh Masyarakat (Toma), Tokoh Agama (Toga), instansi pemerintah dan lain-lainnya untuk menggunakan alat kontrasepsi vasektomi sehingga muncul persepsi masyarakat untuk menggunakan alat kontrasepsi vasektomi.

Toga dan Toma yang berperan dalam peningkatan partisipasi pria pada umumnya adalah orang-orang yang mempunyai latar belakang pribadi, status dan jabatan serta kemantapannya untuk melaksanakan program KB pria. Mereka antara lain adalah: Ketua Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD), Ketua RW/RT, Kepala Dusun, Pegawai Negeri, Guru, TNI dan Polri, Pegawai Swasta, Orang terkemuka, Kiai, Ustadz dan Ustadzah, Pemuka Agama, Tokoh Lembaga Swadaya Masyarakat, Penggerak PKK di semua tingkatan, Istri Ulama, Istri Ketua Adat, Dukun bayi, Tokoh Pemuda, Tokoh Kesenian dan sebagainya.

Secara umum, Toga dan Toma mempunyai peran baik sebagai deseminator. Dimana Toga dan Toma dapat menyampaikan secara selektif informasi serta menginterpretasikan makna program KB kepada berbagai pihak dalam masyarakat, khususnya dalam upaya peningkatan partisipasi pria dalam KB dan Kesehatan Reproduksi.

Gambaran permasalahan seperti yang telah diuraikan di atas juga dirasakan di Kecamatan Katapang, Kabupaten Bandung. Hal tersebut tercermin dari rendahnya partisipasi pria dalam program KB, khususnya kontrasepsi vasektomi. Berdasarkan data dari Dinas Pengendalian Penduduk Pemberdayaan Perempuan dan perlindungan Anak (DP2KBP3A) Kabupaten Bandung mencatat bahwa hanya 1 suami yang menggunakan alat kontrasepsi vasektomi tahun 2018.

Paparan di atas mengenai kurangnya partisipasi pria dalam program KB, terutama MOP, yang salah satunya dipengaruhi oleh partisipasi Tokoh Masyarakat (Toma) membuat penulis merasa perlu untuk melakukan penelitian mengenai faktor yang mempengaruhi rendahnya partisipasi Toma dalam kontrasepsi MOP. Oleh karena itu, peneliti melakukan penelitian dengan judul “Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Partisipasi Tokoh Masyarakat Dalam Meningkatkan Metode Operasi Pria (MOP) di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan pada pokok masalah rendahnya pencapaian MOP, maka permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagaimanakah Partisipasi Dari Tokoh Masyarakat Dalam Meningkatkan Metode Operasi Pria (MOP) di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung ?
2. Kendala-kendala apa sajakah yang dihadapi Dalam Meningkatkan Metode Operasi Pria (MOP) di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung ?

3. Upaya-upaya apa sajakah yang ditempuh untuk mengatasi kendala-kendala tersebut ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik partisipasi tokoh masyarakat di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung dalam meningkatkan Metode Operasi Pria (MOP).

1.3.2 Tujuan Khusus

Sedangkan secara khusus penelitian ini bertujuan:

- a. Menggambarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan dan lama tinggal Tokoh Masyarakat dalam meningkatkan Metode Operasi Pria.
- b. Menganalisis hubungan Usia dengan tingkat partisipasi tokoh masyarakat dalam meningkatkan Metode Operasi Pria di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung.
- c. Menganalisis hubungan Jenis Kelamin dengan tingkat partisipasi tokoh masyarakat dalam meningkatkan Metode Operasi Pria.
- d. Menganalisis hubungan Pendidikan dengan tingkat partisipasi tokoh masyarakat dalam meningkatkan Metode Operasi Pria.

- e. Menganalisis hubungan Pekerjaan dengan tingkat partisipasi tokoh masyarakat dalam meningkatkan Metode Operasi Pria di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung.
- f. Menganalisis hubungan Pengetahuan dengan tingkat partisipasi tokoh masyarakat dalam meningkatkan Metode Operasi Pria di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung.
- g. Menganalisis hubungan Lama Tinggal dengan tingkat partisipasi tokoh masyarakat dalam meningkatkan Metode Operasi Pria di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung.

1.4 Manfaat Penelitian

Dari hasil penelitian ini diharapkan memberikan nilai dan hasil bagi semua pihak. Adapun manfaat dari penelitian ini dijabarkan sebagai berikut :

1.4.1 Manfaat Teoritis

Manfaat penelitian ini secara teoritis diharapkan dapat memberikan kontribusi pemikiran dalam Ilmu Kesehatan yang terkait dengan Metode Operasi Pria (MOP) serta hambatan dan solusi untuk mengatasinya.

1.4.2 Manfaat Praktis

Adapun manfaat praktis dari penelitian ini, yaitu :

1. Bagi Akademisi

Dapat menambah pengalaman dan pengetahuan yang kelak dapat diterapkan dalam dunia nyata sebagai bentuk dalam

partisipasi dalam pembangunan Negara dan masyarakat Indonesia khususnya di bidang kesehatan.

2 Bagi Masyarakat Umum

Diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat mengenai partisipasi tokoh masyarakat di Kecamatan Katapang Kabupaten Bandung dalam meningkatkan Metode Operasi Pria (MOP).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Partisipasi

2.1.1 Pengertian Partisipasi

Menurut Made Pidarta (dalam Astuti, 2009: 31-32), partisipasi adalah pelibatan seseorang atau beberapa orang dalam suatu kegiatan. Keterlibatan dapat berupa keterlibatan mental dan emosi serta fisik dalam menggunakan segala kemampuan yang dimilikinya (berinisiatif) dalam segala kegiatan yang dilaksanakan serta mendukung pencapaian tujuan dan tanggung jawab atas segala keterlibatan.

Hal serupa diungkapkan oleh Huneryear dan Heoman (dalam Astuti, 2009:32) yang mengartikan partisipasi sebagai keterlibatan mental dan emosional dalam situasi kelompok yang mendorongnya memberi sumbangan terhadap tujuan kelompok serta membagi tanggung jawab bersama mereka. Pengertian sederhana tentang partisipasi dikemukakan juga oleh Fasli Djalal dan Dedi Supriadi (2001:201-202), yaitu pembuat keputusan yang menyarankan kelompok atau masyarakat ikut terlibat dalam bentuk penyampaian saran dan pendapat, barang, keterampilan, bahan dan jasa. Partisipasi dapat juga berarti bahwa kelompok mengenal masalah mereka sendiri, mengkaji pilihan mereka, membuat keputusan, dan memecahkan masalahnya.

Tilaar (2009:287) mengungkapkan partisipasi adalah sebagai wujud dari keinginan untuk mengembangkan demokrasi melalui proses desentralisasi diupayakan perlunya perencanaan dari bawah (*bottom-up*) dengan mengikutsertakan masyarakat dalam proses perencanaan dan pembangunan masyarakatnya.

Pendapat lain dari Adi (2007, dalam Fatwani, 2013:3), partisipasi adalah keikutsertaan masyarakat dalam proses pengidentifikasian masalah dan potensi yang ada di masyarakat, pemilihan dan pengambilan keputusan tentang alternatif solusi untuk menangani masalah, pelaksanaan upaya mengatasi masalah dan keterlibatan masyarakat dalam proses mengevaluasi perubahan yang terjadi.

Mikkelsen (1999:64) membagi partisipasi menjadi 6 (enam) pengertian, yaitu:

1. Partisipasi adalah kontribusi sukarela dari masyarakat kepada proyek tanpa ikut serta dalam pengambilan keputusan;
2. Partisipasi adalah “pemekaan” (membuat peka) pihak masyarakat untuk meningkatkan kemauan menerima dan kemampuan untuk menanggapi proyek-proyek pembangunan;
3. Partisipasi adalah keterlibatan sukarela oleh masyarakat dalam perubahan yang ditentukannya sendiri;
4. Partisipasi adalah suatu proses yang aktif, yang mengandung arti bahwa orang atau kelompok yang terkait, mengambil inisiatif dan menggunakan kebebasannya untuk melakukan hal itu;

5. Partisipasi adalah pemantapan dialog antara masyarakat setempat dengan para staf yang melakukan persiapan, pelaksanaan, monitoring proyek, agar supaya memperoleh informasi mengenai konteks lokal, dan dampak-dampak sosial;
6. Partisipasi adalah keterlibatan masyarakat dalam pembangunan diri, kehidupan, dan lingkungan mereka.

Pentingnya partisipasi dikemukakan oleh Conyers (1991: 154-155) sebagai berikut:

1. partisipasi masyarakat merupakan suatu alat guna memperoleh informasi mengenai kondisi, kebutuhan, dan sikap masyarakat setempat, yang tanpa kehadirannya program pembangunan serta proyek-proyek akan gagal;
2. bahwa masyarakat akan lebih mempercayai proyek atau program pembangunan jika merasa dilibatkan dalam proses persiapan dan perencanaannya, karena mereka akan lebih mengetahui seluk-beluk proyek tersebut dan akan mempunyai rasa memiliki terhadap proyek tersebut;
3. partisipasi merupakan suatu hak demokrasi bila masyarakat dilibatkan dalam pembangunan masyarakat mereka sendiri.

Apa yang ingin dicapai dengan adanya partisipasi adalah meningkatnya kemampuan (pemberdayaan) setiap orang yang terlibat baik langsung maupun tidak langsung dalam sebuah program pembangunan

dengan cara melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan dan kegiatan-kegiatan selanjutnya dan untuk jangka yang lebih panjang.

2.1.2 Prinsip – Prinsip Partisipasi

Adapun prinsip-prinsip partisipasi tersebut, sebagaimana tertuang dalam Panduan Pelaksanaan Pendekatan Partisipatif yang disusun oleh *Department for International Development (DFID)* (dalam Sumampouw, 2004: 106-107) adalah:

1. Cakupan.

Semua orang atau wakil-wakil dari semua kelompok yang terkena dampak dari hasil-hasil suatu keputusan atau proses proyek pembangunan.

2. Kesetaraan dan kemitraan (*Equal Partnership*).

Pada dasarnya setiap orang mempunyai keterampilan, kemampuan dan prakarsa serta mempunyai hak untuk menggunakan prakarsa tersebut dalam setiap proses guna membangun dialog tanpa memperhitungkan jenjang dan struktur masing-masing pihak.

3. Transparansi.

Semua pihak harus dapat menumbuh kembangkan komunikasi dan iklim berkomunikasi terbuka dan kondusif sehingga menimbulkan dialog.

4. Kesetaraan kewenangan (*Sharing Power/Equal Powership*).

Berbagai pihak yang terlibat harus dapat menyeimbangkan

distribusi kewenangan dan kekuasaan untuk menghindari terjadinya dominasi.

5. Kesetaraan Tanggung Jawab (*Sharing Responsibility*).

Berbagai pihak mempunyai tanggung jawab yang jelas dalam setiap proses karena adanya kesetaraan kewenangan (*Sharing power*) dan keterlibatannya dalam proses pengambilan keputusan dan langkah-langkah selanjutnya.

6. Pemberdayaan (*Empowerment*).

Keterlibatan berbagai pihak tidak lepas dari segala kekuatan dan kelemahan yang dimiliki setiap pihak, sehingga melalui keterlibatan aktif dalam setiap proses kegiatan, terjadi suatu proses saling belajar dan saling memberdayakan satu sama lain.

7. Kerjasama.

Diperlukan adanya kerja sama berbagai pihak yang terlibat untuk saling berbagi kelebihan guna mengurangi berbagai kelemahan yang ada, khususnya yang berkaitan dengan kemampuan sumber daya manusia.

2.1.3 Bentuk dan Tipe Partisipasi

Ada beberapa bentuk partisipasi yang dapat diberikan masyarakat dalam suatu program pembangunan, yaitu partisipasi uang, partisipasi harta benda, partisipasi tenaga, partisipasi keterampilan, partisipasi buah pikiran, partisipasi sosial, partisipasi dalam proses pengambilan keputusan, dan partisipasi representatif (Sumampouw, 2004: 106-107). Dari berbagai bentuk

partisipasi tersebut, Sumampouw mengelompokkan partisipasi menjadi 2 jenis, yaitu bentuk partisipasi yang diberikan dalam bentuk nyata (memiliki wujud) dan juga bentuk partisipasi yang diberikan dalam bentuk tidak nyata (abstrak). Bentuk partisipasi yang nyata misalnya uang, harta benda, tenaga dan keterampilan sedangkan bentuk partisipasi yang tidak nyata adalah partisipasi buah pikiran, partisipasi sosial, pengambilan keputusan dan partisipasi representatif.

Partisipasi uang adalah bentuk partisipasi untuk memperlancar usaha-usaha bagi pencapaian kebutuhan masyarakat yang memerlukan bantuan. Partisipasi harta benda adalah partisipasi dalam bentuk menyumbang harta benda, biasanya berupa alat-alat kerja atau perkakas. Partisipasi tenaga adalah partisipasi yang diberikan dalam bentuk tenaga untuk pelaksanaan usaha-usaha yang dapat menunjang keberhasilan suatu program. Sedangkan partisipasi keterampilan, yaitu memberikan dorongan melalui keterampilan yang dimilikinya kepada anggota masyarakat lain yang membutuhkannya. Dengan maksud agar orang tersebut dapat melakukan kegiatan yang dapat meningkatkan kesejahteraan sosialnya.

Partisipasi buah pikiran merupakan partisipasi berupa sumbangan ide, pendapat atau buah pikiran konstruktif, baik untuk menyusun program maupun untuk memperlancar pelaksanaan program dan juga untuk mewujudkannya dengan memberikan pengalaman dan pengetahuan guna mengembangkan kegiatan yang diikutinya. Partisipasi sosial diberikan oleh partisipan sebagai tanda paguyuban. Misalnya arisan, menghadiri kematian,

dan lainnya dan dapat juga sumbangan perhatian atau tanda kedekatan dalam rangka memotivasi orang lain untuk berpartisipasi.

Pada partisipasi dalam proses pengambilan keputusan, masyarakat terlibat dalam setiap diskusi/forum dalam rangka untuk mengambil keputusan yang terkait dengan kepentingan bersama. Sedangkan partisipasi representatif dilakukan dengan cara memberikan kepercayaan/mandat kepada wakilnya yang duduk dalam organisasi atau panitia (Sumampouw, 2004: 106-107).

Partisipasi menurut Effendi (dalam Astuti, 2009: 37), terbagi atas partisipasi vertikal dan partisipasi horizontal. Disebut partisipasi vertikal karena terjadi dalam kondisi tertentu, masyarakat terlibat atau mengambil bagian dalam suatu program pihak lain, dalam hubungan di mana masyarakat berada sebagai status bawahan, pengikut atau klien. Sedangkan partisipasi horizontal, masyarakat mempunyai prakarsa di mana setiap anggota atau kelompok masyarakat berpartisipasi horizontal satu dengan yang lainnya. Partisipasi semacam ini merupakan tanda permulaan tumbuhnya masyarakat yang mampu berkembang secara mandiri.

Menurut Basrowi (dalam Astuti, 2009: 37), partisipasi masyarakat dilihat dari bentuknya dapat dibedakan menjadi dua, yaitu “partisipasi non fisik dan partisipasi fisik”. Partisipasi fisik adalah partisipasi masyarakat (orang tua) dalam bentuk menyelenggarakan usaha-usaha pendidikan, seperti mendirikan dan menyelenggarakan usaha-usaha beasiswa, membantu pemerintah membangun gedung-gedung untuk masyarakat, dan menyelenggarakan usaha-usaha perpustakaan berupa buku atau bentuk

bantuan lainnya. Sedangkan partisipasi non fisik adalah partisipasi keikutsertaan masyarakat dalam menentukan arah dan pendidikan nasional dan meratanya animo masyarakat untuk menuntut ilmu pengetahuan melalui pendidikan, sehingga pemerintah tidak ada kesulitan mengarahkan rakyat untuk bersekolah.

Tipe partisipasi masyarakat pada dasarnya dapat kita sebut juga sebagai tingkatan partisipasi yang dilakukan oleh masyarakat. Sekretariat Bina Desa (1999: 32-33) mengidentifikasikan partisipasi masyarakat menjadi 7 (tujuh) tipe berdasarkan karakteristiknya, yaitu partisipasi pasif/manipulatif, partisipasi dengan cara memberikan informasi, partisipasi melalui konsultasi, partisipasi untuk insentif materil, partisipasi fungsional, partisipasi interaktif, dan *self mobilization*. Seperti dijelaskan dibawah ini:

1. *Partisipasi pasif/manipulatif*, masyarakat berpartisipasi dengan cara diberitahu apa yang sedang atau telah terjadi; pengumuman sepihak oleh manajemen atau pelaksana proyek tanpa memperhatikan tanggapan masyarakat; informasi yang dipertukarkan terbatas pada kalangan profesional di luar kelompok sasaran.
2. *Partisipasi dengan cara memberikan informasi*, masyarakat berpartisipasi dengan cara menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian seperti dalam kuesioner atau sejenisnya; masyarakat tidak punya kesempatan untuk terlibat dan mempengaruhi proses penyelesaian; akurasi hasil penelitian tidak dibahas bersama masyarakat.

3. *Partisipasi melalui konsultasi*, masyarakat berpartisipasi dengan cara berkonsultasi; orang luar mendengarkan dan membangun pandangannya sendiri untuk kemudian mendefinisikan permasalahan dan pemecahannya, dengan memodifikasi tanggapan-tanggapan masyarakat; tidak ada peluang bagi pembuat keputusan bersama; para profesional tidak berkewajiban mengajukan pandangan-pandangan masyarakat (sebagai masukan) untuk ditindaklanjuti.
4. *Partisipasi untuk insentif materiil*, masyarakat berpartisipasi dengan cara menyediakan sumber daya seperti tenaga kerja, demi mendapatkan makanan, upah, ganti rugi, dan sebagainya; masyarakat tidak dilibatkan dalam eksperimen atau proses pembelajarannya; masyarakat tidak mempunyai andil untuk melanjutkan kegiatankegiatan yang dilakukan pada saat insentif yang disediakan/diterima habis.
5. *Partisipasi fungsional*, masyarakat berpartisipasi dengan membentuk kelompok untuk mencapai tujuan yang berhubungan dengan proyek; pembentukan kelompok (biasanya) setelah ada keputusan-keputusan utama yang disepakati; pada awalnya, kelompok masyarakat ini bergantung pada pihak luar (fasilitator, dll) tetapi pada saatnya mampu mandiri.
6. *Partisipasi interaktif*, masyarakat berpartisipasi dalam analisis bersama yang mengarah pada perencanaan kegiatan dan

pembentukan lembaga sosial baru atau penguatan kelembagaan yang telah ada; partisipasi ini cenderung melibatkan metode interdisiplin yang mencari keragaman perspektif dalam proses belajar yang terstruktur dan sistematis; kelompok-kelompok masyarakat mempunyai peran kontrol atas keputusan-keputusan mereka, sehingga mereka mempunyai andil dalam seluruh penyelenggaraan kegiatan.

7. *Self mobilization*, masyarakat berpartisipasi dengan mengambil inisiatif secara bebas (tidak dipengaruhi/ditekan pihak luar) untuk mengubah sistem-sistem atau nilai-nilai yang mereka miliki; masyarakat mengembangkan kontak dengan lembaga-lembaga lain untuk mendapatkan bantuan-bantuan teknis dan sumberdaya yang dibutuhkan; masyarakat memegang kendali atas pemanfaatan sumberdaya yang ada.

Menurut BKKBN Pusat Pelatihan Gender dan peningkatan kualitas perempuan (2008) bentuk partisipasi tokoh masyarakat dalam program KB diwujudkan dalam bentuk :

1. Sebagai penyuluh

Tokoh masyarakat harus berkomunikasi, mengajak dan menyampaikan gagasan dan tentang program KB.

2. Sebagai penggerak

Mengajak, mengkoordinasikan dan meningkatkan partisipasi masyarakat di lingkungan agar masyarakat sadar bahwa yang

dikerjakan demi keuntungan masyarakat sendiri, yaitu menciptakan masyarakat/keluarga kecil bahagia sejahtera.

3. Sebagai Motivator

Mendorong masyarakat dengan cara persuasif atau membujuk agar masyarakat mau tahu tentang program KB sebagai wujud tanggung jawab pada dirinya, keluarga dan bangsanya.

4. Sebagai Teladan

Gerak gerak atau tindakan tokoh masyarakat dalam kehidupannya akan dinilai oleh warganya dan akan jadi tuntunan atau panutan bagi masyarakat

2.1.4 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi

Ada beberapa faktor yang dapat berhubungan dengan partisipasi masyarakat dalam suatu program, sifat faktor-faktor tersebut dapat mendukung suatu keberhasilan program atau dapat menghambat keberhasilan program. Angel (1967, dalam Firmansyah, 2009) menyatakan bahwa partisipasi yang tumbuh dalam masyarakat berhubungan dengan beberapa faktor, yaitu:

1. Usia

Faktor usia merupakan faktor yang berhubungan dengan sikap seseorang terhadap kegiatan-kegiatan kemasyarakatan yang ada. Mereka dari kelompok usia menengah ke atas dengan keterikatan moral kepada nilai dan norma masyarakat yang lebih mantap, cenderung lebih

banyak yang berpartisipasi daripada mereka yang dari kelompok usia lainnya.

2. Jenis kelamin

Nilai yang cukup lama dominan dalam kultur berbagai bangsa menyatakan bahwa pada dasarnya tempat perempuan adalah “di dapur” yang berarti bahwa dalam banyak masyarakat peranan perempuan yang terutama adalah mengurus rumah tangga, akan tetapi semakin lama nilai peran perempuan tersebut telah bergeser dengan adanya gerakan emansipasi dan pendidikan perempuan yang semakin baik.

3. Pendidikan

Dikatakan sebagai salah satu syarat mutlak untuk berpartisipasi. Pendidikan dianggap dapat mempengaruhi sikap hidup seseorang terhadap lingkungannya, suatu sikap yang diperlukan bagi peningkatan kesejahteraan seluruh masyarakat.

4. Pekerjaan dan penghasilan

Hal ini tidak dapat dipisahkan satu sama lain karena pekerjaan seseorang akan menentukan berapa penghasilan yang akan diperolehnya. Pekerjaan dan penghasilan yang baik dan mencukupi kebutuhan sehari-hari dapat mendorong seseorang untuk berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan masyarakat. Pengertiannya bahwa untuk berpartisipasi dalam suatu kegiatan, harus didukung oleh perekonomian yang mapan.

5. Lamanya tinggal

Lamanya seseorang tinggal dalam lingkungan tertentu dan pengalamannya berinteraksi dengan lingkungan tersebut akan berpengaruh pada partisipasi seseorang. Semakin lama ia tinggal dalam lingkungan tertentu, maka rasa memiliki terhadap lingkungan cenderung lebih terlihat dalam partisipasinya yang besar dalam setiap kegiatan lingkungan tersebut.

Holil (1980, dalam Firmansyah, 2009) mengungkapkan bahwa unsur-unsur dasar partisipasi sosial yang berhubungan dengan partisipasi masyarakat adalah:

1. Kepercayaan diri masyarakat;
2. Solidaritas dan integritas sosial masyarakat;
3. Tanggung jawab sosial dan komitmen masyarakat;
4. Kemauan dan kemampuan untuk mengubah atau memperbaiki keadaan dan membangun atas kekuatan sendiri;
5. Prakarsa masyarakat atau prakarsa perseorangan yang diterima dan diakui sebagai/menjadi milik masyarakat;
6. Kepentingan umum murni, setidak-tidaknya umum dalam lingkungan masyarakat yang bersangkutan, dalam pengertian bukan kepentingan umum yang semu karena pencampuran kepentingan perseorangan atau sebagian kecil dari masyarakat;
7. Organisasi, keputusan rasional dan efisiensi usaha;
8. Musyawarah untuk mufakat dalam pengambilan keputusan;

9. Kepekaan dan daya tanggap masyarakat terhadap masalah, kebutuhan - kebutuhan dan kepentingan-kepentingan umum masyarakat.

Faktor yang berhubungan dengan partisipasi masyarakat dalam suatu program juga dapat berasal dari unsur luar/lingkungan. Menurut Holil (1980: 10) ada 4 poin yang dapat mempengaruhi partisipasi masyarakat yang berasal dari luar/lingkungan, yaitu:

1. Komunikasi yang intensif antara sesama warga masyarakat, antara warga masyarakat dengan pimpinannya serta antara sistem sosial di dalam masyarakat dengan sistem di luarnya;
2. Iklim sosial, ekonomi, politik dan budaya, baik dalam kehidupan keluarga, pergaulan, permainan, sekolah maupun masyarakat dan bangsayang mendorong tumbuh dan berkembangnya partisipasi masyarakat;
3. Kesempatan untuk berpartisipasi. Keadaan lingkungan serta proses dan struktur sosial, sistem nilai dan norma-norma yang memungkinkan dan mendorong terjadinya partisipasi sosial;
4. Kebebasan untuk berprakarsa dan berkreasi. Lingkungan di dalam keluarga, masyarakat atau lingkungan politik, sosial, budaya yang memungkinkan dan mendorong timbul dan berkembangnya prakarsa, gagasan, perseorangan atau kelompok.

2.1.5 Macam-Macam Partisipasi dalam Masyarakat

Cohen dan Uphoff dalam (Astuti, 2009: 39-40) membedakan partisipasi menjadi empat jenis, yaitu partisipasi dalam pengambilan keputusan, partisipasi dalam pelaksanaan, partisipasi dalam pengambilan kemanfaatan, dan partisipasi dalam evaluasi. Keempat jenis partisipasi tersebut bila dilakukan bersama-sama akan memunculkan aktivitas pembangunan yang terintegrasi secara potensial.

Pertama, partisipasi dalam pengambilan keputusan. Partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan ini berkaitan dengan penentuan alternatif dengan masyarakat untuk menuju kata sepakat tentang berbagai gagasan yang menyangkut kepentingan bersama. Partisipasi dalam hal pengambilan keputusan ini sangat penting, karena masyarakat menuntut untuk ikut menentukan arah dan orientasi pembangunan. Wujud dari partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan ini contohnya kehadiran rapat, diskusi, sumbangan pemikiran, tanggapan atau penolakan terhadap program yang ditawarkan (Cohen dan Uphoff dalam Astuti, 2009: 39). Dengan demikian partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan ini merupakan suatu proses pemilihan alternatif berdasarkan pertimbangan yang menyeluruh dan rasional.

Kedua, partisipasi dalam pelaksanaan. Partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program merupakan lanjutan dari rencana yang telah disepakati sebelumnya, baik yang berkaitan dengan perencanaan, pelaksanaan, maupun tujuan. Di dalam pelaksanaan program, sangat dibutuhkan keterlibatan

berbagai unsur, khususnya pemerintah dalam kedudukannya sebagai fokus atau sumber utama pembangunan. Menurut Cohen dan Hoff (dalam Astuti, 2009: 39), ruang lingkup partisipasi dalam pelaksanaan suatu program meliputi penggerakkan sumber daya dan dana; kegiatan administrasi dan koordinasi; serta penjabaran program.

Ketiga, partisipasi dalam pengambilan manfaat. Partisipasi ini tidak terlepas dari kualitas maupun kuantitas dari hasil pelaksanaan program yang bisa dicapai. Dari segi kualitas, keberhasilan suatu program akan ditandai dengan adanya peningkatan *output*, sedangkan dari segi kualitas dapat dilihat seberapa besar persentase keberhasilan program yang dilaksanakan.

Keempat, partisipasi dalam evaluasi. Partisipasi masyarakat dalam evaluasi ini berkaitan dengan masalah pelaksanaan program secara menyeluruh. Partisipasi ini bertujuan untuk mengetahui apakah pelaksanaan program telah sesuai dengan rencana yang ditetapkan atau ada penyimpangan.

Secara singkat partisipasi menurut Cohen dan Uphoff (dalam Astuti, 2009: 40) dijelaskan dalam tahap-tahap sebagai berikut :

1. Tahap pelaksanaan program partisipasi antara lain;
 - a. Pengambilan keputusan, yaitu penentuan alternatif dengan masyarakat untuk menuju kesepakatan dari berbagai gagasan yang menyangkut kepentingan bersama.

- b. Pelaksanaan, yaitu penggerakan sumber daya dan dana. Dalam pelaksanaan merupakan penentu keberhasilan program yang dilaksanakan.
- c. Pengambilan manfaat, yaitu partisipasi berkaitan dengan kualitas hasil pelaksanaan program yang bisa dicapai.
- d. Evaluasi, yaitu berkaitan dengan pelaksanaan program secara menyeluruh. Partisipasi ini bertujuan mengetahui bagaimana pelaksanaan program berjalan.

2.1.6 Tingkatan Partisipasi

Partisipasi berdasarkan tingkatannya dapat dibedakan menjadi 7 tingkatan, yaitu :

1. *Manipulation*, merupakan tingkat paling rendah mendekati situasi tidak ada partisipasi, cenderung berbentuk indoktrinasi.
2. *Consultation*, yaitu dimana stakeholder mempunyai peluang untuk memberikan saran akan digunakan seperti yang mereka harapkan.
3. *Consensus-building*, yaitu dimana pada tingkat ini stakeholder berinteraksi untuk saling memahami dan dalam posisi saling bernegosiasi, toleransi dengan seluruh anggota kelompok. Kelemahan yang sering terjadi adalah individu-individu dan kelompok masih cenderung diam atau setuju bersifat pasif.
4. *Decision-making*, yaitu dimana konsensus terjadi didasarkan pada keputusan kolektif dan bersumber pada rasa

tanggungjawab untuk menghasilkan sesuatu. Negosiasi pada tahap ini mencerminkan derajat perbedaan yang terjadi dalam individu maupun kelompok.

5. *Risk-taking*, yaitu dimana proses yang berlangsung dan berkembang tidak hanya sekedar menghasilkan keputusan, tetapi memikirkan akibat dari hasil yang menyangkut keuntungan, hambatan, dan implikasi. Pada tahap ini semua orang memikirkan risiko yang diharapkan dari hasil keputusan. Karenanya, akuntabilitas merupakan basis penting.
6. *Partnership*, yaitu memerlukan kerja secara *equal* menuju hasil yang mutual. *Equal* tidak hanya sekedar dalam bentuk struktur dan fungsi tetapi dalam tanggung jawab.
7. *Self-management*, yaitu puncak dari partisipasi masyarakat. Stakeholder berinteraksi dalam proses saling belajar (*learning process*) untuk mengoptimalkan hasil dan hal-hal yang menjadi perhatian.

2.2 Tokoh Masyarakat

Di dalam kehidupan masyarakat, tokoh masyarakat menduduki posisi yang penting, oleh karena ia dianggap orang serba tahu dan mempunyai pengaruh yang besar terhadap masyarakat. Sehingga segala tindak-tanduknya merupakan pola aturan yang patut diteladani oleh masyarakat.

Menurut BKKBN (2008:2) Tokoh Masyarakat adalah seseorang yang berpengaruh dan ditokohkan oleh lingkungannya. Penokohan tersebut karena

pengaruh posisi, kedudukan, kemampuan, dan kepiawaiannya serta Segala tindakan dan ucapannya akan diikuti oleh masyarakat sekitarnya

Menurut Ahira (2007:1) tokoh masyarakat merupakan:

“orang yang memiliki pengaruh dan dihormati oleh masyarakat karena kekayaan pengetahuan maupun kesuksesannya dalam menjalani kehidupan. Ia menjadi contoh atau teladan bagi orang lain karena pola pikir yang dibangun melalui pengetahuan yang dimiliki sehingga dipandang sebagai seseorang yang pandai dan bijaksana juga menjadi panutan bagi banyak orang”

Sedangkan menurut Undang-Undang Republik Indonesia No 9 Tahun 2010 pasal 1 ayat 6 menyebutkan bahwa “Tokoh masyarakat adalah seseorang yang karena kedudukan sosialnya menerima kehormatan dari masyarakat dan/atau Pemerintah”

Menurut Abdillah Hanafi (Koentjaraningrat, 1983:113) tokoh masyarakat memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Memiliki hubungan sosial lebih luas daripada para pengikutnya.
2. Memiliki keahlian atau pengetahuan tertentu melebihi orang kebanyakan, terutama pengikutnya.
3. Tidak menyimpan pengetahuan dan keahliannya itu untuk dirinya sendiri, melainkan berusaha untuk menyebarkan kepada orang lain.

Kategori Tokoh Masyarakat terbagi menjadi dua (Koentjaraningrat, 1983:113), yaitu:

1. Tokoh Masyarakat Formal

Tokoh Masyarakat Formal adalah seseorang yang ditokohkan karena kedudukannya atau jabatannya di lembaga pemerintah seperti:

- a. Camat

- b. Kepala Desa/ Lurah
- c. Ketua RT/RW dan lain sebagainya.

2. Tokoh Masyarakat Informal

Seseorang yang ditokohkan oleh masyarakat di lingkungannya akibat dari pengaruh, posisi, dan kemampuannya yang diakui oleh masyarakat di lingkungannya, yaitu:

- a. tokoh agama
- b. tokoh adat
- c. tokoh perempuan
- d. tokoh pemuda, dan lain-lain

2.3 Keluarga Berencana (KB)

2.3.1 Definisi KB

Menurut Peraturan Pemerintah No. 87 Tahun 2014, tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga, Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan. Selain itu KB juga mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan, dan bantuan yang sesuai dengan hak reproduksi guna mewujudkan keluarga yang berkualitas. Keluarga yang berkualitas merupakan keluarga yang terbentuk atas perkawinan yang sah dan bercirikan sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan ke depan, bertanggung jawab, harmonis dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Sulistiyawati (2013:32) menyebutkan bahwa Keluarga Berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Keluarga Berencana juga didefinisikan sebagai usaha langsung dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak sehingga tercapai keluarga kecil bahagia dan sejahtera (BKKBN, 2004).

2.3.2 Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistiyawati, 2013:32).

Hartanto (2002:27) mengungkapkan bahwa tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menjarangkan, menunda, dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.

Seperti yang tercantum dalam Peraturan Pemerintah No 87 Tahun 2014, mengenai perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga, tujuan dari Keluarga Berencana adalah sebagai berikut:

1. mengatur kehamilan yang diinginkan;
2. menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak;

3. meningkatkan akses dan kualitas informasi pendidikan, konseling, dan pelayanan Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi;
4. meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktik Keluarga Berencana; dan
5. mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarakkan jarak kehamilan.

2.4 Kontrasepsi

2.4.1 Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan yang bersifat sementara maupun permanen (Wiknjosastro, 2007:37). Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Nugroho dan Utama, 2014:43).

2.4.2. Efektivitas (Daya Guna) Kontrasepsi

Menurut Wiknjosastro (2007:38) efektivitas atau daya guna suatu cara kontrasepsi dapat dinilai pada 2 tingkat, yakni:

1. Daya guna teoritis (*theoretical effectiveness*), yaitu kemampuan suatu cara kontrasepsi untuk mengurangi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, apabila kontrasepsi tersebut digunakan dengan mengikuti aturan yang benar.
2. Daya guna pemakaian (*use effectiveness*), yaitu kemampuan kontrasepsi dalam keadaan sehari-hari dimana pemakaiannya

dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pemakaian yang tidak hati-hati, kurang disiplin dengan aturan pemakaian dan sebagainya.

2.4.3. Memilih Metode Kontrasepsi

Hartanto (2002:28) mengungkapkan bahwa metode kontrasepsi yang baik ialah kontrasepsi yang memiliki syarat-syarat sebagai berikut:

1. Aman atau tidak berbahaya
2. Dapat diandalkan
3. Sederhana
4. Murah
5. Dapat diterima oleh orang banyak
6. Pemakaian jangka lama (*continuation rate* tinggi).

Hartanto (2002:28) menyampaikan bahwa faktor-faktor dalam memilih metode kontrasepsi yaitu:

1. Faktor pasangan
 - a. Umur
 - b. Gaya hidup
 - c. Frekuensi senggama
 - d. Jumlah keluarga yang diinginkan
 - e. Pengalaman dengan kontraseptivum yang lalu
 - f. Sikap kewanitaan
 - g. Sikap kepriaan.
2. Faktor kesehatan
 - a. Status kesehatan

- b. Riwayat haid
- c. Riwayat keluarga
- d. Pemeriksaan fisik

2.4.4. Macam-macam Kontrasepsi

1. Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), *Couitus Interruptus*, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan *Simptothermal* yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Handayani, 2010:33).

2. Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi dua yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan *implant* (Handayani, 2010:33).

3. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (*sintetik progesteron*) dan yang tidak mengandung hormon (Handayani, 2010:33). AKDR yang mengandung hormon *Progesterone* atau *Levonorgestrel* yaitu *Progestasert* (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung *Levonorgestrel* (Hartanto, 2002:28).

4. Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan *tubektomi* karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran *tuba/tuba falopii* sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama *vasektomi*, *vasektomi* yaitu memotong atau mengikat saluran *vas deferens* sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Handayani, 2010:33).

2.5. Metode Operasi Pria (MOP)

Vasektomi adalah istilah dalam ilmu bedah yang terbentuk dari dua kata yaitu *vas* dan *ektomi*. Vasektomi adalah pemotongan sebagian (0,5cm-1cm) pada *vasa deferens* atau tindakan operasi ringan dengan cara mengikat dan memotong *vas deferens* sehingga sperma tidak dapat lewat dan air mani tidak mengandung spermatozoa, sehingga tidak terjadi pembuahan, operasi berlangsung kurang lebih 15 menit dan pasien tak perlu dirawat. Sperma yang sudah dibentuk tidak akan

dikeluarkan oleh tubuh, tetapi diserap dan dihancurkan oleh tubuh (Mulyani dan Rinawati, 2013:45).

2.5.1. Jenis-jenis Metode Operasi Pria (MOP)

1. Vasektomi Tanpa Pisau (VTP atau *No-scalpel Vasectomy*)

Vasektomi tanpa pisau (diciptakan Key-Hole), di mana hemostat tajam, untuk menusuk skrotum, sehingga mampu mengurangi waktu penyembuhan serta menurunkan kesempatan infeksi (sayatan).

2. Vasektomi dengan insisi skrotum (tradisional)

Vasektomi dengan insisi skrotum, dimana dilakukan pembedahan kecil pada deferensia vasa manusia yang terputus, dan kemudian diikat / ditutup dengan cara seperti itu untuk mencegah sperma dari memasuki aliran mani (ejakulasi).

3. Vasektomi semi permanen

Vasektomi Semi Permanen yakni vas deferens yang diikat dan bisa dibuka kembali untuk berfungsi secara normal kembali dan tergantung dengan lama tidaknya pengikatan vas deferens, karena semakin lama vasektomi diikat, maka keberhasilan semakin kecil, sebab vas deferens yang sudah lama tidak dilewati sperma akan menganggap sperma adalah benda asing dan akan menghancurkan benda asing (Mulyani dan Rinawati, 2013:45).

2.5.2. Keuntungan dan kerugian menggunakan Metode Operasi Pria (MOP)

Keuntungan menggunakan metode KB Metode Operasi Pria (MOP) atau vasektomi menurut Hartanto (2012:28) yaitu lebih efektif, aman bagi pengguna, sederhana, waktu operasi cepat hanya memerlukan waktu 5-10 menit, menggunakan anestesi lokal, biaya rendah hingga gratis, secara budaya sangat dianjurkan untuk negara yang penduduk wanitanya malu ditangani tenaga medis pria.

Keuntungan lainnya yaitu komplikasi yang dijumpai sedikit dan ringan baik dilakukan oleh laki-laki yang tidak ingin punya anak dan tidak mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menikmati hubungan seksual (Mulyani dan Rinawati, 2013:45). Kerugian kontrasepsi mantap pria yaitu diperlukan suatu tindakan operatif, kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti rasa nyeri dan tidak nyaman, bengkak, perdarahan atau infeksi dan tidak memberikan perlindungan terhadap infeksi menular seksual dan HIV (Mulyani dan Rinawati, 2013:46).

Kontrasepsi mantap pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa yang sudah ada di dalam system reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens dikeluarkan, sehingga pasien diminta untuk memakai kondom terlebih dahulu untuk membersihkan tabung dari sisa sperma yang ada. Mengetahui yang steril atau tidak, pemeriksaan mikroskopis biasanya dilakukan 16 minggu setelah operasi dengan 24 kali ejakulasi menurut Hancock (dalam Ramasamy dan Schlegel, 2011:112).

2.5.3. Efek samping Metode Operasi Pria (MOP)

Efek samping pada pengguna vasektomi tidak memiliki efek yang bersifat merugikan, sperma yang diproduksi akan kembali diserap tubuh tanpa menyebabkan gangguan metabolisme, rasa nyeri atau ketidaknyamanan akibat pembedahan yang biasanya hanya berlangsung beberapa hari, infeksi akibat perawat bekas operasi yang tidak bagus atau disebabkan karena dari lingkungan luar bukan dari vasektomi dan vasektomi tidak berpengaruh terhadap kemampuan laki-laki untuk melakukan hubungan seksual (Mulyani dan Rinawati, 2013:45).

2.5.4. Indikasi dan kontraindikasi Metode Operasi Pria (MOP)

1. Indikasi MOP yaitu menunda kehamilan, mengakhiri kesuburan, membatasi kehamilan dan setiap pria, suami dari suatu pasangan usia subur yang telah memiliki jumlah anak cukup dan tidak ingin menambah anak (Saifudin,2010:23).
2. Kontra indikasi MOP yaitu infeksi kulit lokal misalnya scabies, infeksi traktus genitalia, kelainan skrotum atau sekitarnya (varicocele,hydrocele besar, filariasis, hernia inguinalis, orchiopexy, luka parut bekas operasi hernia, skrotum yang sangat tebal), penyakit sistemik (penyakit-penyakit perdarahan, diabetes melitus, penyakit jantung koroner yang baru) dan riwayat perkawinan, psikologi atau seksual yang tidak stabil menurut Hartanto (2012:28).

2.5.5. Komplikasi Metode Operasi Pria (MOP)

Komplikasi yang terjadi pada pria yang menggunakan Metode Operasi Pria (MOP) antara lain :

1. Komplikasi minor : 5% dan 10% pria mengalami masalah lokal minor setelah prosedur. Setelah efek anestesia lokal hilang (sekitar dua jam), pasien akan merasa sedikit tidak nyaman yang biasanya dibantu dengan mengonsumsi penghilang rasa sakit ringan (paracetamol atau aspirin). Sebagian besar pria menyadari adanya pembengkakan dan memar ringan di sekitar area operasi yang berlangsung selama beberapa hari. Terkadang terjadi infeksi dan membutuhkan antibiotik. Apabila merasakan adanya nyeri, bengkak atau kemerahan yang menetap, segera hubungi dokter umum (Glasier, dalam Ambarawati, 2012:22).
2. Komplikasi mayor : hematoma (terjadi masa bekuan darah dalam kantong skrotum yang berasal dari pembuluh darah yang pecah), terapi untuk hematoma kecil adalah kompres es dan istirahat beberapa hari, untuk hematoma besar skrotum kembali dibuka, ikat pembuluh darah dan lakukan drainase. Komplikasi lainnya yaitu infeksi, sperm granuloma (bocornya spermatozoa kedalam jaringan sekitarnya). Terapi untuk granuloma yang kecil adalah kompres es, istirahat cukup, dan pemberian NSAID, dan untuk granuloma besar harus dilakukan eksisi menurut Hartanto (dalam Ambarawati, 2012:22).

Ramasamy dan Schlegel (2011:102) komplikasi awal vasektomi meliputi hematoma dan infeksi, dengan kejadian rata-rata pada laporan yang dipublikasikan yaitu sekitar 2% dan 3,4%. Nyeri testis kronis atau sindrom nyeri post vasektomi adalah salah satu komplikasi vasektomi postoperatif yang paling sering dialami oleh pasien post vasektomi

2.5.6. Syarat melakukan Metode Operasi Pria

Handayani (dalam Ambarawati,2012:22) mengungkapkan syarat untuk melakukan vasektomi antara lain:

1. Syarat sukarela yaitu klien benar-benar bersedia memakai kontrasepsi mantap secara sukarela, tidak ada paksaan dan klien telah mengetahui semua yang berhubungan dengan kontrasepsi mantap.
2. Syarat bahagia yaitu perkawinan sah dan harmonis, memiliki anak hidup dua orang, umur anak terkecil > 2 tahun, keadaan fisik dan mental anak sehat, mendapat persetujuan istri dan umur istri 25-45
3. Syarat sehat yaitu dilakukan melalui pemeriksaan pra-bedah oleh dokter.