

BAB 2**TINJAUAN PUSTAKA****2.1 Kurun Reproduksi Sehat****2.1.1 Definisi Kurun Reproduksi Sehat**

Wanita usia subur (WUS) adalah wanita yang keadaan organ reproduksinya berfungsi dengan baik antara umur 20-45 tahun. Puncak kesuburan ada pada rentang usia 20-29 tahun. Pada usia ini wanita memiliki kesempatan 95% untuk hamil. Pada usia 30-an persentasenya menurun hingga 90%. Sedangkan memasuki usia 40, kesempatan hamil berkurang hingga menjadi 40%. Setelah usia 40 wanita hanya punya maksimal 10% kesempatan untuk hamil (BKKBN-Jatim, 2014).

Wiknjosastro (2005) menyatakan bahwa kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun (Wiknjosastro, 2005).

2.1.2 Fase Kurun Reproduksi sehat

Penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi fertilitas, guna menurunkan angka kelahiran yang bermakna (Pinem, 2009). Untuk mencapai tujuan tersebut, terdapat tiga fase dalam pelayanan KB, yaitu:

2.1.2.1 Fase menunda kehamilan/kesuburan

Pasangan usia subur dengan usia kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena usia dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak terlebih dahulu karena berbagai alasan.

2.1.2.2 Fase menjarangkan kehamilan

Pada fase usia istri antara 20-35 tahun, merupakan periode usia yang paling baik untuk hamil dan melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kehamilan 2-4 tahun yang dikenal dengan catur warga.

2.1.2.3 Fase menghentikan/mengakhiri kehamilan (kesuburan)

Usia istri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah karena alasan medis. Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap. Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai risiko kemungkinan timbulnya efek samping dan komplikasi (Pinem, 2009).

2.2 Konsep Kontrasepsi

2.2.1 Definisi Kontrasepsi

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi, kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma (Suratun, dkk.2008).

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya ini dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen, dan upaya ini dapat dilakukan dengan cara, alat atau obat-obatan (Proverawati, 2010)

2.2.2 Tujuan Kontrasepsi

- a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.
- b. Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga (Handayani, 2010)

2.2.3. Syarat Kontrasepsi

Tidak ada satupun metode kontrasepsi yang aman dan efektif bagi semua klien karena masing-masing mempunyai kesesuaian dan kecocokan individual bagi setiap klien (Meilani, 2010). Maka syarat kontrasepsi, yaitu:

- a. aman pemakaiannya dan dipercaya
- b. tidak ada efek samping yang merugikan
- c. lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan
- d. tidak mengganggu hubungan persetubuhan
- e. tidak memerlukan bantuan medis atau kontrol yang ketat selama pemakaiannya.
- f. cara penggunaannya sederhana atau tidak rumit
- g. harga murah dan dapat dijangkau oleh masyarakat
- h. Dapat diterima. Ada dua macam penerimaan terhadap kontrasepsi yakni penerimaan awal (*initial acceptability*) dan penerimaan lanjut (*continued*

acceptability). Penerimaan awal tergantung pada bagaimana motivasi dan persuasi yang diberikan oleh petugas KB. Penerimaan lanjut dipengaruhi oleh banyak faktor seperti umur, motivasi, budaya, sosial ekonomi, agama, faktor daerah (desa/kota), dan sifat yang ada pada KB. (Meilani, 2010) (Proverawati, dkk.2010)

2.2.4 Jenis Metode Kontrasepsi

Menurut efektivitasnya, metode kontrasepsi dapat dibedakan menjadi Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Non-MKJP) (BKKBN, 2011).

2.2.4.1 Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

2.2.4.1.1 Definisi MKJP

Metode Kontrasepsi Jangka Panjang yang disingkat MKJP adalah metode kontrasepsi yang dikenal efektif karena dapat memberikan perlindungan dari risiko kehamilan untuk jangka waktu sampai sepuluh tahun atau seumur hidup (Kusumaningrum, 2008).

2.2.4.1.2 Jenis MKJP

Metode Operatif Wanita (MOW), Metode Operatif Pria (MOP), Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) dan implant atau yang dikenal dengan susuk KB merupakan alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK) dengan masa berlaku 3 (tiga) tahun (BKKBN, 2011).

a. Kontrasepsi implant

Kontrasepsi implant adalah alat kontrasepsi silastik berisi hormon jenis progesteron levonogestrol yang ditanamkan dibawah kulit, bekerja mengurangi transportasi sperma.

b. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

AKDR/IUD merupakan alat kontrasepsi yang terbuat dari bahan plastik yang halus berbentuk spiral atau bentuk lain yang dipasang di dalam rahim dengan memakai alat khusus oleh dokter atau bidan/paramedik yang lain yang sudah dilatih (Manuaba, 2010).

Keuntungan alat kontrasepsi IUD/Alat kontrasepsi dalam rahim, yaitu:

1. Praktis dan ekonomis
2. Efektivitas tinggi (angka kegagalan kecil)
3. Kesuburan segera kembali jika alat dikeluarkan
4. Tidak harus mengingat seperti kontrasepsi pil.
5. Tidak mengganggu pemberian ASI (Syafrudin, 2009).

c. Kontrasepsi mantap wanita (MOW)/Tubektomi

Kontrasepsi mantap merupakan suatu cara permanen pada wanita, dilakukan dengan tindakan operasi kecil untuk mengikat atau menjepit atau memotong saluran telur (wanita) (Depkes RI, 2006).

1. Efektifitas: tubektomi ini mempunyai efektifitas 99,4%-99,8% per 100 wanita pertahun. Dengan angka kegagalan 1-5 per 100 kasus.
2. Keuntungan: tubektomi memiliki efektifitas yang tinggi, permanen dan segera efektif setelah pemasangan.
3. Kerugian: tubektomi ini melibatkan prosedur pembedahan dan anastesi, kesuburan tidak mudah kembali.

4. Indikasi: tubektomi diindikasikan untuk wanita usia subur, sudah mempunyai anak, wanita yang tidak menginginkan anak lagi.
5. Kontraindikasi: jika tidak disetujui oleh pasangan, penyakit psikiatrik, keadaan sakit yang dapat meningkatkan risiko saat operasi.
6. Efek samping: jika ada kegagalan metode maka ada risiko tinggi kehamilan ektopik, merasa berduka dan kehilangan (Everett, 2007).

d. Kontrasepsi mantap pria (MOP)/Vasektomi

Kontrasepsi mantap pria sering disebut vasektomi yang merupakan suatu metode operatif minor pada pria yang sangat aman, sederhana, sangat efektif, dan memakan waktu operasi yang sangat singkat dan tidak memerlukan anastesi umum (Hartanto, 2010)

1. Efektivitas: bentuk kontrasepsi yang sangat efektif. Angka kegagalan langsungnya adalah 1 dalam 1000 pengguna.
2. Keuntungan: metode permanent, efektivitas permanen, menghilangkan kecemasan akan terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan, prosedur aman dan sederhana.
3. Kontra indikasi: ketidak mampuan fisik yang serius, masalah urologi, tidak didukung pasangan.
4. Efek samping: infeksi, hematoma, granulose sperma (Everett, 2007).

2.2.4.2 Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Non MKJP)

2.2.4.2.1 Definisi Non MKJP

Non MKJP (Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang), yang termasuk dalam kategori ini adalah kondom, pil, suntik, dan metode-metode lain selain metode yang termasuk dalam MKJP (Kusumaningrum, 2008).

2.2.4.2.2 Jenis Non MKJP

a. Kondom

Merupakan selubung atau sarung karet yang dapat dibuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produk hewan) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual

b. Kontrasepsi pil

Kontrasepsi pil merupakan jenis kontrasepsi oral yang harus diminum setiap hari yang bekerja menetralkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma. terdapat dua macam yaitu kontrasepsi kombinasi atau sering disebut pil kombinasi yang mengandung progesteron dan estrogen, kemudian kontrasepsi pil progestin sering disebut dengan minipil yang mengandung hormon progesteron.

c. Kontrasepsi suntikan

Kontrasepsi suntikan adalah kontrasepsi yang diberikan dengan cara disuntikkan secara intramuskuler di daerah otot pantat (*gluteus maximus*) (Saifuddin, 2010). Penggunaan alat kontrasepsi suntik yaitu, Depo provera disuntikkan kedalam otot (intramuskuler) setiap 3 bulan sekali dan cyclofem disuntikkan setiap 4 minggu kedalam otot (intramuskuler) (Syafrudin, 2009).

2.3 Konsep Alat Kontrasepsi Implant (susuk KB)

2.3.1 Definisi Alat Kontrasepsi Implant

Implant adalah kontrasepsi yang disusupkan di bawah kulit. Susuk terdiri dari 1 atau 6 kapsul (sebesar korek api) yang dimasukkan ke bawah kulit lengan

atas secara perlahan melepaskan hormon progesteron selama 3 atau 5 tahun.

Tingkat keberhasilan/efektifitasnya 97-99% (BKKBN Jatim, 2014).

2.3.2 Jenis Alat Kontrasepsi Implant

Saat ini jenis implant yang masih dipakai, yaitu:

1. Norplant

Norplant terdiri dari 6 kapsul silastik lembut berongga, yang mana setiap kapsulnya berisi levornogestrel sebanyak 36 mg. Panjang 3,4 cm dengan diameter 2,4 mm. Memiliki masa kerja selama 5 tahun.

2. Implanon

Implanon terdiri dari 1 kapsul silastik yang berisi etanogestrel sebanyak 68 mg 3-keto-desogestrel yang dilepas tiap hari kurang lebih 30 mcg/hari. Panjang 40 mm, dan berdiameter 2 mm. Susuk KB jenis ini memiliki masa kerja selama 3 tahun (Depkes RI, 2004).

2.3.3 Mekanisme Kerja Alat Kontrasepsi implant

Mekanisme kerja implant, yaitu menjadikan cairan serviks kental, mengganggu pembentukan proses pertumbuhan di endometrium sehingga sulit terjadi implantasi dan mengurangi transportasi sperma serta menekan ovulasi (Kusumaningrum, 2008).

Levonogestrel berdifusi melalui membran silastik dengan kecepatan yang lambat dan konstan. Dalam 24 jam setelah insersi, kadar hormon dalam plasma darah sudah cukup untuk mencegah ovulasi. Pelepasan hormon setiap harinya berkisar antara 50-85 mcg pada tahun pertama, kemudian menurun sampai 30-35 mcg perhari untuk lima tahun berikutnya (Hartanto, 2010).

2.3.4 Pemasangan (Inseri) dan Pengeluaran Alat Kontrasepsi Implant

- a. Inseri dan pengeluaran implant umumnya merupakan prosedur bedah minor, yang memerlukan anestesi lokal dan insisi yang kecil sehingga dilakukan oleh tenaga kesehatan (bidan, perawat, dokter)
- b. Waktu yang terbaik untuk inseri adalah pada saat haid atau jangan melebihi 5-7 hari setelah mulainya haid.
- c. Implant ditempatkan tepat dibawah kulit, umumnya pada bagian dalam lengan atas atau lengan bawah.
- d. Pengeluaran implant terutama Norplant biasanya memerlukan waktu 15-20 menit bila dipasang dengan benar.
- e. Bila implant telah dikeluarkan, implant baru dapat segera dipasang pada tempat yang sama bila tidak ada pembengkakan pada tempat tersebut, atau dipasang pada tempat yang sama dengan arah yang berlawanan bila tempat lama mengalami trauma dan pembengkakan selama pengeluaran implant yang lama, atau dipasang pada lengan yang lain.
- f. Infeksi atau komplikasi lain seperti hematoma setelah inseri jarang terjadi.
- g. Dapat terjadi ekspulsi dari implant bila tempat inseri mengalami infeksi.
- h. Yang penting pada saat inseri dan pengeluaran Implant adalah menjaga sterilitas (Hartanto, 2010).

2.3.5 Efektivitas Alat Kontrasepsi Implant

Ada beberapa komponen dalam menentukan keefektifan dari suatu metode kontrasepsi diantaranya adalah keefektifan teoritis, keefektifan praktis,

dan keefektifan biaya. Keefektifan teoritis yaitu kemampuan dari suatu cara kontrasepsi untuk mengurangi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, apabila cara tersebut digunakan terus menerus dan sesuai dengan petunjuk yang diberikan tanpa kelalaian. Sedangkan keefektifan praktis adalah keefektifan yang terlihat dalam kenyataan di lapangan setelah pemakaian jumlah besar, meliputi segala sesuatu yang mempengaruhi pemakaian seperti kesalahan, penghentian, kelalaian, dan lain-lain (Meilani, 2010).

Alat kontrasepsi implant memiliki tingkat efektivitas sebagai berikut:

- a. angka kegagalan Norplant < 1 per 100 wanita per tahun
- b. efektivitas norplant berkurang sedikit setelah 5 tahun dan pada tahun ke-6 kira-kira 2,5 – 3% akseptor menjadi hamil.
- c. Norplant-2 sama efektifnya dengan norplant, untuk waktu 3 tahun pertama. Semula diharapkan norplant-2 juga efektif untuk 5 tahun, tetapi ternyata setelah pemakaian 3 tahun terjadi kehamilan dalam jumlah besar yang tidak diduga sebelumnya, disangka terjadi penurunan dalam pelepasan hormonnya (Everret, 2007).

2.3.6 Keuntungannya Alat Kontrasepsi Implant

- a. Tidak menekan produksi ASI
- b. Praktis, efektif
- c. Tidak harus mengingat-ingat
- d. Masa pakai jangka panjang (3 atau 5 tahun)
- e. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- f. Kesuburan cepat kembali setelah pengangkatan
- g. Tidak mengganggu kegiatan senggama

- h. Dapat digunakan oleh ibu yang tidak cocok dengan hormon estrogen
(Syafrudin, 2009)

2.3.7 Kerugian Alat Kontrasepsi Implant

- a. Susuk KB/implant harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih.
- b. Dapat menyebabkan pola haid berubah
- c. Pemakai tidak dapat memasangnya sendiri (Syafrudin, 2009).

2.3.8 Efek samping Alat Kontrasepsi Implant

Efek samping dan kegagalan merupakan beberapa faktor yang menyebabkan akseptor mengalami *drop-out* dari metode KB yang digunakan. *Drop-out* pada akseptor adalah keluarnya akseptor dari metode kontrasepsi akibat berbagai alasan, diantaranya karena kegagalan atau karena pindah kontrasepsi akibat efek samping yang mengganggu dirasakan oleh akseptor (Sumawan dan Ernawati, 2006).

Berdasarkan buku yang ditulis Handayani (2010), menyebutkan beberapa efek samping dari implant, yaitu:

a. *Amenorrhea*

Ini bukan merupakan efek samping yang serius. Evaluasi untuk mengetahui apakah ada kehamilan, terutama jika terjadi amenorrhea setelah masa siklus haid yang teratur. Jika tidak ditemui masalah, jangan berupaya untuk merangsang perdarahan dengan kontrasepsi oral kombinasi.

b. Perdarahan bercak (*spotting*) ringan

Spotting sering ditemukan terutama pada tahun pertama penggunaan.

Bila tidak ada masalah dan klien tidak hamil, tidak diperlukan tindakan apapun. Akan tetapi, bila klien mengeluh dapat diberikan kontrasepsi oral kombinasi (30-50 mcg) selama 1 siklus).

- c. Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan)

Kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Bila berat badan berlebihan, pemakaian implant dihentikan dan dianjurkan untuk menggunakan metode kontrasepsi yang lain.

- d. Ekspulsi

Jika terjadi ekspulsi, maka kapsul yang ekspulsi dicabut dan diperiksa apakah terdapat tanda-tanda infeksi pada daerah insersi. Bila tidak ada infeksi dan kapsul lain masih berada pada tempatnya, maka 1 buah kapsul baru diinsersikan lagi pada tempat insersi yang berbeda dari pemasangan sebelumnya. Akan tetapi jika terjadi infeksi maka seluruh kapsul dicabut dan diganti dengan metode kontrasepsi yang lain.

- e. Infeksi pada daerah insersi

Bisa diakibatkan prosedur pemasangan yang tidak steril dan kebersihan yang tidak terjaga setelah pemasangan implant (Handayani, 2010).

2.3.9 Kontra Indikasi Penggunaan Alat Kontrasepsi Implant

- a. Hamil atau disangka hamil
- b. Perdarahan traktus genetalia yang tidak diketahui penyebabnya
- c. Tromboflebitis aktif atau penyakit tromboemboli
- d. Penyakit hati akut
- e. Tumor hati jinak atau ganas

- f. Karsinoma payudara/tersangka karsinoma payudara
- g. Tumor/neoplasma ginekologik
- h. Penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus (Hartanto, 2010)

2.3.10 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Alat Kontrasepsi

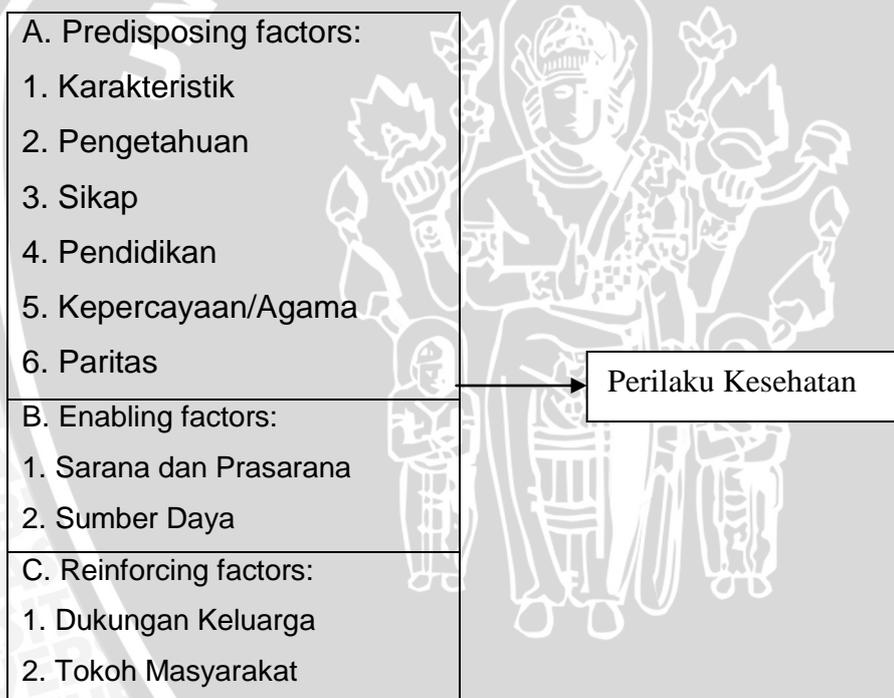
Implant

Penelitian ini akan meneliti beberapa faktor yang mempengaruhi penggunaan alat kontrasepsi implant yang terdiri dari faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor pendorong/penguat (*reinforcing factors*).

Suatu teori dikembangkan oleh Lawrence Green mengatakan bahwa kesehatan individu/masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor perilaku dan faktor di luar perilaku (non-perilaku). Faktor perilaku ditentukan oleh tiga kelompok faktor, yaitu faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing*. Faktor *predisposing* mencakup pengetahuan individu, sikap, kepercayaan, tradisi, norma sosial, dan unsur-unsur lain yang terdapat dalam diri individu dan masyarakat. Faktor *enabling* ialah lingkungan fisik, tersedianya sarana pelayanan kesehatan atau sumber-sumber khusus yang mendukung dan keterjangkauan/kemudahan untuk mencapai fasilitas kesehatan, sedangkan faktor *reinforcing* adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan. Green menyatakan bahwa pendidikan kesehatan mempunyai peranan penting dalam mengubah dan menguatkan ketiga faktor itu agar searah dengan tujuan kegiatan sehingga menimbulkan perilaku positif dari masyarakat terhadap program tersebut dan terhadap kesehatan pada umumnya (Notoatmojo, 2010).

Seseorang yang tidak mau menggunakan alat kontrasepsi dapat disebabkan karena orang tersebut tidak tahu atau belum tahu mengenai manfaat dari alat kontrasepsi implant bagi dirinya dan keluarganya (predisposing factor), atau karena jarak rumahnya jauh dari puskesmas tempat mendapatkan pelayanan KB (enabling factors). Sebab lain, mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain disekitarnya tidak menggalakkan penggunaan KB (reinforcing factors) (Notoatmojo, 2007)

Pembentukan perilaku kesehatan menurut L. Green dapat digambarkan seperti bagan dibawah ini:



Gambar 2.4 Kerangka teori mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang

Sumber: Green 1980 dalam Notoatmojo, 2010

2.4. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

2.4.1. Umur PUS

a. Umur ibu kurang dari 20 tahun

1. Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pasangan muda frekuensi bersenggama tinggi sehingga akan mempunyai kegagalan tinggi.

2. Bagi yang belum mempunyai anak, AKDR kurang dianjurkan

3. Umur dibawah 20 tahun sebaiknya tidak mempunyai anak dulu

b. Umur ibu antara 20-30 tahun

1. Merupakan usia terbaik untuk mengandung dan melahirkan

2. Segera setelah anak pertama lahir, dianjurkan memakai IUD sebagai pilihan utama. Pilihan kedua adalah implant atau pil.

c. Umur ibu diatas 30 tahun

Pilihan utama menggunakan kontrasepsi spiral atau implant. Kondom biasanya merupakan pilihan kedua. Dalam kondisi darurat, metode kontak dengan cara operasi (sterilisasi) dapat dipakai dan relatif lebih baik dibandingkan dengan spiral, kondom, maupun pil dalam arti mencegah (Prawirohardjo, 2008).

2.4.2 Pengetahuan

Pengetahuan pada hakekatnya merupakan segenap apa yang kita ketahui tentang suatu obyek tertentu, termasuk didalamnya adalah ilmu. Pengetahuan merupakan khasanah kekayaan mental secara langsung turut memperkaya hidup (Suriasumantri dalam Mariana, 2009).

Menurut Notoatmojo dalam Wawan dan Dewi (2010), tingkatan pengetahuan ada enam yaitu:

- a. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, mengartikan, mengidentifikasi, menyatakan, dan sebagainya.
- b. Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c. Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.
- d. Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain, kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan dan mengelompokkan.
- e. Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian tersebut suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumus-rumus yang telah ada.
- f. Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang dikemukakan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.4.3 Sikap

A. Definisi Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmojo, 2007).

Fenomena sikap yang timbul tidak saja ditentukan oleh keadaan objek yang sedang dihadapi tetapi juga kaitannya dengan pengalaman-pengalaman masa lalu, oleh situasi disaat sekarang, dan oleh harapan-harapan untuk masa yang akan datang. Sikap manusia, atau untuk singkatnya disebut sikap, telah didefinisikan dalam berbagai versi oleh para ahli (Azwar, 2008).

B. Komponen Sikap

Struktur sikap terdiri dari 3 komponen yang saling menunjang yaitu:

1. Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen kognitif berisi kepercayaan stereotipe yang dimiliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan penanganan (opini) terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversial.
2. Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap, dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin adalah mengubah sikap seseorang komponen afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.
3. Komponen konatif merupakan kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang. Dan berisi tendensi atau

kecenderungan untuk bertindak/bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu. Serta berkaitan dengan objek yang dihadapinya adalah lagi untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang dicerminkan dalam bentuk tendensi perilaku (Aswar, 2008).

C. Tingkatan Sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni (Notoatmojo, 2010),

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek)

2. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang itu menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga, misalnya seorang mengajak ibu yang lain (tetangga, saudaranya, dsb) untuk menimbang anaknya ke posyandu atau mendiskusikan tentang gizi adalah suatu bukti bahwa si ibu telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah mempunyai sikap yang paling tinggi. Misalnya seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapatkan tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri (Notoatmojo, 2010).

D. Sifat Sikap

Sikap dapat bersifat positif dan dapat pula bersifat negatif (Azwar, 2008).

1. Sikap positif kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangi, mengharapkan objek tertentu.
2. Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu (Azwar, 2008).

E. Karakteristik Sikap

Dalam bukunya yang berjudul *Principle of Education and Psychological Measurement and Evaluation*, Sex (1980) dalam Azwar (2009), menunjukkan beberapa karakteristik sikap, yang meliputi:

1. Arah

Sikap memiliki arah, artinya sikap terpilih pada dua arah persetujuan yaitu apakah setuju atau tidak setuju, apakah mendukung atau tidak mendukung, apakah memihak atau tidak memihak terhadap sesuatu atau seseorang sebagai objek.

2. Intensitas

Sikap memiliki intensitas, artinya sikap memiliki derajat kekuatan yang pada setiap individu bisa berbeda tingkatannya.

3. Kekuatan

Sikap memiliki kekuatan, maksudnya kesetujuan atau tidaksetujunya terhadap suatu objek. Sikap dapat mengenai hanya aspek yang sedikit dan spesifik, akan tetapi dapat pula mencakup banyak sekali aspek yang ada pada objek sikap.

4. Konsistensi

Sikap yang memiliki konsistensi, maksudnya adalah kesetujuan antara pernyataan sikap yang dikemukakan dengan responnya terhadap objek sikap tersebut. Komponen sikap diperlihatkan oleh kesesuaian sikap antar waktu. Untuk dapat konsisten, sikap harus bertahan dalam diri individu untuk waktu relatif panjang.

5. Spontanitasnya

Karakteristik sikap yang terakhir, yaitu menyangkut sejauh mana kesiapan individu untuk menyatakan sikapnya secara spontan.

F. Cara Pengukuran Sikap

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung ataupun tidak langsung. Pengukuran sikap secara langsung dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang stimulus atau objek yang bersangkutan. Pertanyaan secara langsung juga dapat dilakukan dengan cara memberikan pendapat dengan menggunakan kata “setuju” atau “tidak setuju” terhadap pertanyaan-pertanyaan terhadap objek tertentu dengan menggunakan skala Likert. Atau sikap dapat diukur dari pertanyaan-pertanyaan secara tidak langsung (Notoatmojo, 2007).

G. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap

Faktro-faktor yang mempengaruhi sikap antara lain:

1. Pengalaman Pribadi.

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk beradiliasi dengan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

3. Pengaruh Kebudayaan

Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengarah sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya.

4. Media Masa

Dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisannya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

5. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah mengherankan jika pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

6. Faktor Emosional

Kadangkala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego (Azwar, 2008).

2.4.4 Tingkat Pendidikan

Menurut *Dictionary of Education* dalam buku Achmad Munib, dkk (2004) pendidikan adalah proses seseorang mengembangkan kemampuan, sikap, dan bentuk-bentuk tingkah laku lainnya di dalam masyarakat tempat ia hidup (Munib dkk, 2004).

Pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan dan persepsi seseorang tentang pentingnya suatu hal, termasuk peranannya dalam program KB. Pada Akseptor KB dengan tingkat pendidikan rendah, keikutsertaannya dalam program KB hanya ditunjukkan untuk mengatur kelahiran. Sementara itu pada akseptor KB dengan tingkat pendidikan tinggi, keikutsertaannya dalam program KB selain untuk mengatur kelahiran juga meningkatkan kesejahteraan keluarga karena dengan cukup dua anak dalam satu keluarga. Hal ini dikarenakan seseorang dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki pandangan yang lebih luas tentang suatu hal dan lebih mudah untuk menerima ide atau cara kehidupan baru. Oleh karena itu, tingkat pendidikan juga memiliki hubungan dengan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan (Bappenas, 2009).

2.4.5 Agama

Peran tokoh masyarakat dan agama dalam program KB sangat penting karena peserta KB memerlukan pegangan, pengayoman dan dukungan yang kuat yang hanya dapat diberikan oleh tokoh masyarakat ataupun tokoh agama (BKKBN, 2010).

2.4.6 Paritas

Jumlah anak berkaitan erat dengan program KB karena salah satu misi dari program KB adalah terciptanya keluarga dengan jumlah anak yang ideal yakni dua anak dalam satu keluarga, laki-laki maupun perempuan sama saja. Para wanita umumnya lebih menyadari bahwa jenis kelamin anak tidak penting sehingga bila jumlah anak sudah dianggap ideal, maka para wanita cenderung untuk mengikuti program KB. Dengan demikian, jenis kontrasepsi yang banyak digunakan adalah jenis kontrasepsi untuk wanita (BKKBN, 2010).

2.5 Faktor *Enabling*

2.5.1 Akses ke Lokasi Tempat Pelayanan Kesehatan

2.5.1.1 Definisi

Accesibility menekankan pada keterkaitan antara lokasi penyedia (*supply*) dan lokasi klien yang membutuhkan (*demand*), dengan memperlihatkan aspek transportasi dan waktu tempuh, jarak dan biaya (Penchansky, 1981 dalam Widagdo, 2009).

Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu, antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan (Risksedas, 2008).

Menurut Eryando (2006), akses lokasi disebut juga dengan aksesibilitas fisik yang terkait dengan ketersediaan pelayanan kesehatan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan. Akses fisik dapat dihitung dari waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan (Eryando, 2006).

Akses menuju layanan kesehatan mempunyai definisi yang luas, sehingga memerlukan suatu konteks dalam asumsi. Akses mempunyai dua pengertian dasar, yaitu akses sebagai kata benda atau kata kerja. Akses sebagai kata benda merujuk pada potensi penggunaan fasilitas kesehatan sedangkan akses sebagai kata kerja, merujuk pada tindakan untuk memperoleh atau menerima fasilitas kesehatan. Kedua pengertian akses tersebut mempunyai makna tentang kemampuan memperoleh pelayanan, tindakan untuk mencari dan mendapatkan pelayanan kesehatan. Konsep ini menjadi jelas jika akses dikelompokkan menjadi tingkatan (*stages*) dan ukuran (*dimension*). Tingkatan terbagi menjadi dua, yaitu potensial (*potential*) dan aktual (*realized/actualized*) menjelaskan tentang kenyataan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat yang membutuhkan (Guagliardo dalam Widagdo, 2009).

Menurut Wang dan Luo (2005) menyebutkan salah satu faktor aksesibilitas masyarakat menuju pusat layanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor keruangan yaitu faktor yang mempertimbangkan pentingnya faktor penghambat geografis antara konsumen dan penyedia jasa, seperti lokasi jarak antara keduanya, dan lama waktu yang ditempuh untuk memperoleh layanan tersebut.

Akses kepada pelayanan kesehatan merupakan komponen yang penting dari suatu sistem kesehatan yang berdampak pada masyarakat dan pelayan itu

sendiri. Akses dan pelayanan kesehatan masyarakat menjadi bagian tolok ukur status dan derajat kesehatan oleh pemerintah. Akses masyarakat di bidang kesehatan berkaitan dengan kompleksitas antara pemilihan ruang untuk fasilitas kesehatan, lokasi pemukiman masyarakat, dan perawatan/pelayanan kesehatan itu sendiri. Pemilihan lokasi pelayanan kesehatan harus memperhatikan aspek kebutuhan oleh masyarakat. Kebutuhan pelayanan kesehatan sebagai kebutuhan masyarakat berarti memperhatikan keberadaan atau lokasi masyarakat sendiri. Selain aspek masyarakat, faktor tambahan yang berpengaruh adalah kemampuan dan kemudahan akses masyarakat menuju lokasi pelayanan (Guagliardo dalam Widagdo, 2009).

2.5.1.2 Faktor yang Berpengaruh

Penelitian dalam bidang aksesibilitas mempertimbangkan dan memfokuskan pada aspek jaringan jalan dan sistem transportasi menuju pusat layanan. Unsur tersebut sangat berpengaruh terhadap kemudahan dan kemampuan masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan. Aspek aksesibilitas dapat diukur dengan variabel indikatornya berupa jarak dan waktu (Widagdo, 2009).

Menurut Tjiptono dan Chandra (2005), pemilihan lokasi fisik memerlukan pertimbangan cermat terhadap faktor-faktor berikut:

- a. Akses, yaitu lokasi yang dilalui mudah dijangkau sarana transportasi umum.
- b. Visibilitas, yaitu lokasi atau tempat yang dapat dilihat dengan jelas dari jarak pandang normal
- c. Lalu lintas, menyangkut dua pertimbangan utama, pertama yaitu banyak orang yang berlalu lalang bisa memberikan peluang untuk mengunjungi tempat

tersebut, kedua yaitu kepadatan dan kemacetan lalu lintas bisa menjadi hambatan

- d. tempat parkir yang luas, nyaman dan aman (Tjiptono dan Chandra, 2005)

Penjelasan lebih jelas mengenai Jarak, waktu tempuh dan transportasi,

yaitu

- a. Jarak dan waktu tempuh ke tempat Pelayanan Kesehatan

Jarak yang mudah dijangkau dan tersedianya fasilitas yang memadai akan memberikan kemudahan bagi pasien untuk memeriksakan kesehatannya sehingga jika terdapat keadaan gawat darurat dapat segera ditangani (Rukiyah, 2009).

Jarak menciptakan “gangguan” ketika manusia berhubungan/berpergian dari satu tempat ke tempat lainnya. Jarak menciptakan gangguan karena dibutuhkan waktu dan tenaga (biaya) untuk mencapai lokasi yang satu dari lokasi lainnya. Makin jauh jarak yang ditempuh, makin menurun minat seseorang untuk berpergian dengan asumsi faktor lain semuanya sama. Salah satu hal yang banyak dibahas dalam teori lokasi adalah pengaruh jarak terhadap intensitas orang berpergian dari suatu lokasi ke lokasi lainnya (Tarigan, 2009). Untuk menunjukkan jarak dari berbagai unit kesehatan dan desa. Jarak dapat diukur dalam kilometer atau waktu tempuh perjalanan.

Secara keruangan, aspek aksesibilitas dipengaruhi oleh jarak dan lokasi, maka hal ini berpengaruh pada kondisi sarana dan prasarana perhubungan. Standar lokasi atau standar jarak menurut Jayadinata (1999) dalam Widagdo (2009) seperti pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Standar Jarak dan Lokasi

No	Prasarana	Jarak dari tempat tinggal (berjalan kaki)
1	Pusat tempat kerja	20 sampai 30 menit
2	Pusat kota (dengan pasar, dan sebagainya)	30 sampai 45 menit
3	Pasar lokal	10 menit
4	Sekolah Dasar	10 menit
5	Sekolah Menengah Pertama	20 menit
6	Sekolah Lanjutan Atas	20 atau 30 menit
7	Tempat bermain anak-anak dan taman lokal	20 menit
8	Tempat olah raga dan pusat lalita (rekreasi)	20 menit
9	Taman untuk umum atau cagar (seperti kebun binatang, dan sebagainya)	30 sampai 60 menit

Sumber: Chapin dalam Jayadinata (1999) dalam Widagdo (2009)

Menurut konsep *Neighborhood Unit* aspek jarak dan waktu untuk fasilitas masyarakat dibagi kedalam lima kategori, yaitu:

Tabel 2.2 Kategori Jarak dan Waktu

No	Kategori	Jarak (meter)	Waktu Tempuh (menit)
	Sangat Dekat	0-300	0-5
	Dekat	300-600	5-10
	Sedang	600-1200	10-20
	Cukup Jauh	1200-1300	20-40
	Jauh	>1300	>40

Sumber: Udjiyanto, 1994 dalam Agustin, 2006

b. Transportasi

Menurut Kamaludin (1987) dalam Romli (2008), transportasi berarti mengangkut atau membawa (sesuatu) kesebelah lain atau dari satu tempat ke tempat lain.

Untuk mencapai suatu tempat, pilihan transportasi yang dapat dipilih oleh masyarakat yaitu jalan kaki, bersepeda, *public transit*, *ridesharing*, mobil pribadi, layanan taxi, *telework*, sistem antar (Litman, 2010).

Angkutan umum adalah alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraann darat, air, dan udara biasanya dengan kompensasi (PB Menkes, 2013).

Menurut Onogawa (2007), kondisi transportasi umum di Indonesia lebih banyak bersifat bertahan dari pada untuk dihargai. Dalam banyak hal kebutuhan transportasi perorangan maupun keluarga banyak diakomodasi dengan sepeda motor dan mobil pribadi.

Kendaraan umum yang tersedia di Indonesia yaitu ojek sepeda, sepeda motor, becak, bemo, bajaj, mikrolet, bus umum, kereta api, kapal feri, dan pesawat (Miro, 2005)

Ketersediaan kendaraan umum salah satu hal yang dapat mempengaruhi pencapaian seseorang untuk ke pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan karena semakin banyaknya kendaraan yang masuk ke daerah pedesaan terpencil, terutama kendaraan roda dua yang kemudian dimanfaatkan oleh masyarakat sekitar sebagai ojek akan lebih mempermudah masyarakat yang bertempat tinggal jauh dari puskesmas (Wibowo, 2010).

2.5.2 Peran Bidan

2.5.2.1 Peran

Peran adalah sesuatu yang diharapkan dari seseorang dalam situasi sosial tertentu untuk memenuhi harapan (Setiadi, 2008).

Menurut Fadli dalam Koozier Barbara (2008), menyebutkan peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil (Barbara, 2008).

2.5.2.2 Bidan

Definisi bidan di Indonesia adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan kebidanan yang telah diakui pemerintah dan telah lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku dan memperoleh kualifikasi untuk registrasi dan memperoleh izin untuk melaksanakan praktik kebidanan (Atik, 2008).

Berdasarkan ICM (2005) bidan adalah seorang yang telah berhasil/sukses menyelesaikan pendidikan bidan yang terakreditasi dan diakui negara, telah memperoleh kualifikasi yang dibutuhkan untuk didaftarkan mendapat sertifikat dan/atau secara resmi diberi lisensi untuk melakukan praktek kebidanan (Atik, 2008).

Bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi izin untuk menjelankan praktik kebidanan di negeri tersebut, ia harus mampu memberi supervisi, asuhan dan memberi nasihat yang dibutuhkan wanita selama hamil, persalinan, dan masa pasca persalinan (Atik, 2008).

Bidan mempunyai tugas penting dalam konsultasi dan pendidikan kesehatan. Yang dilaksanakan oleh bidan yaitu pendidikan antenatal, dan persiapan menjadi orang tua dan meluas ke daerah tertentu dari ginekologi, keluarga berencana, dan asuhan anak. Bidan bisa berpraktik di rumah sakit, klinik unit kesehatan, rumah perawatan atau tempat pelayanan lain (Atik, 2008).

Bidan sebagai tenaga kesehatan di lini terdepan dan berhubungan langsung dengan masyarakat, di tempatkan di tengah masyarakat mempunyai kedudukan yang sangat strategis bahkan mejadi kunci keberhasilan hampir semua misi kesehatan yang direncanakan oleh pemerintah (Manuaba, 2009).

Berdasarkan arah kebijakan pembangunan kependudukan dan KB tahun 2013, revitalisasi program KB, yaitu ditekankan penurunan *unmet need* melalui percepatan dan pemerataan akses dan kualitas pelayanan KB melalui penguatan kapasitas tenaga kesehatan dan kelembagaan KB di lini lapangan, yaitu dalam rangka pembinaan dan peningkatan peserta/akseptor dan kemandirian keluarga berencana (BKKBN, 2013).

Upaya untuk menurunkan *unmet need* dan angka *drop out*, yaitu bermitra dengan berbagai pihak serta menyiapkan bahan-bahan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) yang bersifat edukatif bagi keluarga dalam merencanakan keluarganya sehingga setiap pelayanan harus disertai KIE interpersonal dan konseling untuk merubah sikap dan perilaku masyarakat sehingga apa yang menjadi pilihan masyarakat dalam ber-KB benar-benar mantap dan lestari (Sariesty, 2014).

Tenaga kesehatan yang berwenang untuk melakukan pelayanan kontrasepsi dalam program KB adalah dokter dan bidan yang diatur dalam Instruksi bersama Menteri Kesehatan RI dan Kepala BKKBN No 346/Menkes/Inst/VI/1983 dan No. 296/HK-011/E3/1983 tentang Intensifikasi Pelaksanaan Program Kependudukan dan KB, dan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 363/Menkes/Per/IX/11980 tentang Wewenang Bidan yang diperbaharui dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 572/Menkes/Per/VI/1996 tentang Registrasi dan Praktek Bidan (BKKBN, 2012).

Bidan merupakan tenaga profesional kesehatan yang menjadi pihak terdekat dengan calon akseptor KB karena merupakan pemberi pelayanan pertama mulai dari KIE sampai pemasangan alat kontrasepsi (Sulistyawati, 2011)

Bidan dalam memberikan pelayanan keluarga berencana harus memperhatikan kompetensi dan protap yang berlaku diwilayahnya meliputi:

- a. Memberikan pelayanan keluarga berencana yaitu: pemasangan IUD, alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK), pemberian suntuk, tablet, kondom, diafragma, jelly dan melaksanakan konseling

- b. Memberikan pelayanan efek samping pemakaian kontrasepsi, pertolongan yang diberikan oleh bidan bersifat pertolongan pertama yang perlu mendapatkan pengobatan oleh dokter bila gangguan berlanjut.
- c. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK) tanpa penyulit. Tindakan ini dilakukan atas dasar kompetensi dan pelaksanaannya berdasarkan prosedur tetap (protap), pencabutan AKBK tidak dianjurkan untuk dilaksanakan melalui pelayannya KB keliling (Permenkes, 2007).

2.6 Faktor Reinforcing

2.6.1 Dukungan Keluarga

Seorang wanita apabila menggunakan kontrasepsi harus ada kerjasama dengan suami. Hal tersebut merupakan metode kesadaran akan fertilitas yang sangat membutuhkan kerja sama dan saling percaya antara suami dan istri. Saling bekerja sama dalam pemilihan/pemakaian kontrasepsi, membiayai biaya untuk kontrasepsi serta sama-sama memperhatikan tanda bahaya dari pemakaian kontrasepsi tersebut (Sarwono, 2007).

2.6.2 Tokoh Masyarakat

Peran tokoh masyarakat dan agama dalam program KB sangat penting karena peserta KB memerlukan pegangan, pengayoman dan dukungan yang kuat yang hanya dapat diberikan oleh tokoh masyarakat ataupun tokoh agama (BKKBN, 2010).