



PELAYANAN KONTRASEPSI



Dina Dewi Anggraini • Wanodya Hapsari • Julietta Hutabarat • Evita Aurilia Nardina
Lia Rosa Veronika Sinaga • Samsider Sitorus • Ninik Azizah
Niken Bayu Argaheni • Wahyuni • Dora Samaria • Cahyaning Setyo Hutomo

PELAYANAN KONTRASEPSI



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pelayanan Kontrasepsi

Dina Dewi Anggraini, Wanodya Hapsari, Julietta Hutabarat
Evita Aurilia Nardina, Lia Rosa Veronika Sinaga, Samsider Sitorus
Ninik Azizah, Niken Bayu Argaheni, Wahyuni
Dora Samaria , Cahyaning Setyo Hutomo



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Pelayanan Kontrasepsi

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2021

Penulis:

Dina Dewi Anggraini, Wanodya Hapsari, Julietta Hutabarat
Evita Aurilia Nardina, Lia Rosa Veronika Sinaga, Samsider Sitorus
Ninik Azizah, Niken Bayu Argaheni, Wahyuni
Dora Samaria, Cahyaning Setyo Hutomo

Editor: Abdul Karim & Janner Simarmata
Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

Anggota IKAPI: 044/SUT/2021

Dina Dewi Anggraini, dkk.

Pelayanan Kontrasepsi

Yayasan Kita Menulis, 2021

xiv; 178 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-077-8

Cetakan 1, Mei 2021

- I. Pelayanan Kontrasepsi
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Dalam Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN) disebutkan bahwa pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, meningkatkan mutu dan kemudahan pelayanan kesehatan yang harus terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, serta pembangunan keluarga sejahtera diarahkan secara terpadu untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia, sejahtera khususnya melalui pembudayaan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (KB).

Pada saat ini masalah pokok yang dihadapi bangsa Indonesia adalah masalah kesehatan yang terjadi pada kelompok ibu dan anak. Hal tersebut mencerminkan kemampuan negara dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera, pemerintah melakukan program KB melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia. Keluarga Berencana (KB) diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Pemerintah Indonesia menetapkan kebijakan untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan keluarga berkualitas melalui penyelenggaraan program KB.

Pelaksanaan peran bidan dalam pembudayaan kontrasepsi dan penyelenggaraan program KB termasuk tugas mandiri dan tugas pemerintahan yaitu melaksanakan pelayanan kesehatan yang merupakan program Pemerintah. Pelaksanaan pelayanan kesehatan yang dilakukan harus berkualitas, maka bidan harus memiliki cara pandang yang tepat. Keberhasilan pelayanan kontrasepsi dan KB dipengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan, pemahaman, dan cara pandang bidan dalam kaitan atau hubungan timbal balik antara wanita, kesehatan, serta pemahaman bidan terhadap perspektif kebidanan pada kontrasepsi dan

KB, jenis metode dan mekanisme kerja kontrasepsi hormonal dan non hormonal, efek samping dan penyulit kontrasepsi, pengambilan keputusan, upaya promotif dan preventif terkait perencanaan keluarga dan kontrasepsi, perbandingan metode kontrasepsi, konseling kontrasepsi, pelayanan kontrasepsi pasca aborsi, kontrasepsi darurat, Evidence based dalam pelayanan kontrasepsi, dan pemberian pelayanan kontrasepsi.

Mengikuti perkembangan terkini dari kebutuhan bidan baik di pendidikan dan pelayanan, kami mengharapkan agar buku ini merupakan sumbangan yang positif bagi Pendidikan Program Studi Kebidanan serta dapat membantu bidan dalam menjalankan tugasnya. Pada akhirnya kami mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung tersusunnya buku ini. Kami menyadari banyak kekurangan dalam penyusunan buku ini, untuk itu kami mohon masukan, dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan buku ini dimasa yang akan datang.

Medan, 23 April 2021

Penulis
Dina Dewi Anggraini, dkk.

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Perspektif Kebidanan pada Kontrasepsi dan KB

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Konsep Kontrasepsi	2
1.2.1 Pengertian	2
1.2.2 Fase Kontrasepsi Menurut Sasarannya	3
1.2.3 Syarat-Syarat Kontrasepsi	4
1.3 Konsep Keluarga Berencana (KB)	4
1.3.1 Pengertian	4
1.3.2 Ruang Lingkup Program KB	5
1.3.3 Manfaat Usaha KB Dipandang Dari Segi Kesehatan	5
1.3.4 Akseptor KB	6
1.3.5 Pasangan Usia Subur (PUS)	6
1.4 Mutu Pelayanan KB	7
1.5 Sistem Rujukan	11
1.6 Konsep Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE)	14
1.6.1 Pengertian	14
1.6.2 Prinsip KIE	15
1.6.3 Komponen KIE	16
1.7 Pengaturan Peran Bidan Dalam Pelaksanaan KIE KB	16
1.7.1 Dasar Hukum	16
1.7.2 Bentuk Pengaturan	20
1.7.3 Tujuan Pengaturan	21
1.8 Pelaksanaan Peran Bidan Dalam KIE KB Berdasarkan Permenkes Nomor 1464/ Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan	21
1.8.1 Latar Belakang Pelaksanaan Peran Bidan Dalam KIE KB	21
1.8.2 Prosedur Atau Mekanisme Pelaksanaan Peran Bidan Dalam KIE KB	22
1.8.3 Bentuk Peran Bidan Dalam Pelaksanaan KIE KB	22

1.8.4 Pihak-Pihak Yang Terkait Dengan Pelaksanaan Peran Bidan Dalam KIE KB	23
--	----

Bab 2 Jenis Metode Dan Mekanisme Kerja Kontrasepsi Hormonal Dan Non Hormonal

2.1 Pendahuluan.....	25
2.2 Jenis Metode KB	26
2.2.1 Non Hormonal	26
2.2.2 Hormonal.....	33

Bab 3 Efek Samping Dan Penyulit Kontrasepsi

3.1 Pendahuluan.....	43
3.2 Pengertian Kontrasepsi.....	44
3.3 Tujuan Kontrasepsi.....	44
3.4 Persyaratan Metode Kontrasepsi	44
3.5 Jenis-Jenis Alat Kontrasepsi	45
3.5.1 Berdasarkan Jangka Waktu Pemakaian	45
3.5.2 Berdasarkan Komposisi	45
3.6 Efek Samping Dan Penyulit Kontrasepsi	46
3.6.1 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Atau Iud.....	46
3.6.2 Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) Atau Implant.....	47
3.6.3 Kontrasepsi Mantap Yaitu MOW Dan MOP.....	48

Bab 4 Pengambilan Keputusan

4.1 Pendahuluan.....	55
4.2 Dasar-Dasar Pengambilan Keputusan	55
4.3 Model Pengambilan Keputusan	56
4.4 Penerapan Shared Decision Making Model.....	58
4.5 Proses Pengambilan Keputusan	59

Bab 5 Upaya Promotif Dan Preventif Terkait Perencanaan Keluarga dan Kontrasepsi

5.1 Pendahuluan.....	63
5.2 Definisi Upaya Promotif Dan Preventif.....	64
5.3 Manfaat Upaya Promotif Dan Preventif.....	66
5.4 Perencanaan Keluarga Dan Kontrasepsi.....	66
5.4.1 Perencanaan Keluarga.....	67
5.4.2 Kontrasepsi.....	69
5.4.3 Fase Menunda Kehamilan	71

5.4.4 Fase Menjarangkan Kehamilan.....	71
5.4.5 Fase Menghentikan / Mengakhiri Kehamilan/Kesuburan.....	72
Bab 6 Membandingkan Metode Kontrasepsi	
6.1 Pendahuluan.....	73
6.2 Kontrasepsi.....	74
6.3 Memilih Metode Kontrasepsi	74
6.3.1 Macam-Macam Kontrasepsi	75
6.3.2 Kontrasepsi Hormonal	76
6.3.3 Macam-Macam Kontrasepsi Hormonal.....	77
Bab 7 Konseling Kontrasepsi	
7.1 Pendahuluan.....	83
7.2 Pengertian Konseling	84
7.2.1 Sasaran.....	85
7.2.2 Tujuan Konseling	86
7.2.3 Jenis Konseling.....	87
7.3 Teknik Konseling	88
7.4 Prinsip-Prinsip Konseling	89
7.5 Faktor – Faktor Penunjang Dan Penghambat Konseling	90
7.5.1 Faktor Penunjang Keberhasilan Konseling	90
7.5.2 Faktor Penghambat Konseling	91
7.6 Fungsi Konseling.....	93
7.7 Komponen Konseling	93
7.8 Proses Konseling	94
7.9 Metode Konseling	94
7.10 Alat Bantu Pengambil Keputusan (APBK).....	99
7.11 Langkah – Langkah Konseling	100
7.11.1 Bagian Dalam Konseling.....	100
7.11.2 Teknik Dan Langkah Dalam Konseling KB	100
7.12 Informed Choice Dan Informed Consent Dalam Konseling KB	102
7.12.1 Informed Choice	102
7.12.2 Informed Consent	104
Bab 8 Kontrasepsi Setelah Keguguran Atau Aborsi	
8.1 Pendahuluan.....	109
8.2 Konseling Kontrasepsi Pasca Aborsi	111
8.3 Kelayakan Untuk Metode Keluarga Berencana Pasca Aborsi.....	113
8.4 IUD Pasca Aborsi.....	118

8.4.1 Kriteria:.....	118
8.4.2 Asesmen Klinis Dan Skrining Klien:.....	118
8.4.3 Sterilisasi Wanita Pasca Aborsi.....	121
8.5 Metode Kontrasepsi Lain.....	124

Bab 9 Kontrasepsi Darurat

9.1 Pendahuluan.....	131
9.2 Pengertian.....	132
9.3 Manfaat Kontrasepsi Darurat.....	133
9.4 Faktor Pemberian Kontrasepsi Darurat.....	134
9.5 Jenis Kontrasepsi Darurat	134
9.5.1 Mekanik.....	134
9.5.2 Medik.....	136
9.6 Tingkat Keamanan Penggunaan Kontrasepsi Darurat.....	138
9.7 Angka Keberhasilan Penggunaan Kontrasepsi Darurat	138
9.8 Pengenalan Kontrasepsi Darurat Dalam Program Kesehatan Reproduksi ..	139

Bab 10 Evidence-Based Pelayanan Kontrasepsi

10.1 Pendahuluan.....	141
10.2 Level Evidence-Based	143
10.3 Evidence-Based Keputusan Akseptor Terhadap Pilihan Kontrasepsi... 146	
10.3.1 Konseling	146
10.3.2 Aspek Klinis.....	147
10.3.3 Dukungan Pasangan	147
10.4 Evidence-Based: Unmet Need Kontrasepsi	147
10.4.1 Definisi Unmet Need Kontrasepsi.....	147
10.4.2 Strategi Mengatasi Unmet Need Berbasis Bukti.....	148
10.5 Peningkatan Layanan Kontrasepsi	150

Bab 11 Pemberian Pelayanan Kontrasepsi

10.1 Pendahuluan.....	153
11.2 Pelayanan Kontrasepsi	154
11.2.1 Pelayanan KB Sepanjang Siklus Hidup.....	155
11.2.2 Sistem Pelayanan KB.....	157

Daftar Pustaka	163
Biodata Penulis	173

Daftar Gambar

Gambar 8.1: Bagan konseling pada kontrasepsi pasca aborsi	112
Gambar 10.1: Trias Evidence-based Practice.....	142

Daftar Tabel

Tabel 1.1: Peran Petugas dalam Pelayanan Keluarga Berencana (KB)	9
Tabel 1.2: Peran Fasilitas Kesehatan dalam Pelayanan Keluarga Berencana (KB).....	10
Tabel 1.3: Jaringan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	12
Tabel 2.1: Perbandingan Tingkat Ekspulsi pada Inseri AKDR berdasarkan Health Technology Assesment (HTA) Indonesia, KB pada Periode Menyusui (Hasil kajian HTA pada tahun 2009)	29
Tabel 8.1: Kembalinya kesuburan setelah aborsi).....	113
Tabel 8.2: Waktu Memulai Metode Kontrasepsi setelah Aborsi	114
Tabel 8.3: Kategori MEC untuk pemasangan IUD.....	118
Tabel 8.4: Tehnik pemasangan IUD pasca aborsi.....	118
Tabel 8.5: Kriteria Kelayakan.....	121
Tabel 8.6: Langkah-langkah sterilisasi pasca aborsi	122
Tabel 8.7: Gambaran umum metode kontrasepsi pasca aborsi	124
Tabel 10.1: Level Evidence dan Panduan Kualitas Evidence	143

Bab 1

Perspektif Kebidanan pada Kontrasepsi dan KB

1.1 Pendahuluan

Kontrasepsi dapat diartikan sebagai usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha tersebut dapat bersifat sementara ataupun permanen. Berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan keduanya memiliki kesuburan normal namun tidak menghendaki kehamilan.

Keluarga Berencana (KB) merupakan tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval di antara kelahiran. KB merupakan proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran. Tujuan dari KB yaitu meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

Tenaga kesehatan mempunyai kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan pertimbangan syarat tertentu. Salah satu upaya kesehatan adalah kegiatan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) KB yang dilakukan bidan. KIE kesehatan reproduksi tersebut, salah satunya adalah pengaturan KB yang dilakukan untuk membantu individu atau kelompok agar lebih peduli dan mampu berperilaku hidup sehat dalam kesehatan reproduksi. Di samping itu, tujuan KIE yaitu agar terjadi peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan reproduksi sehingga hal-hal yang berpengaruh buruk terhadap kesehatan reproduksi dapat di atasi. Dari peningkatan pengetahuan akan terjadi perubahan sikap perilaku menjadi lebih bertanggung jawab.

Pemerintah Indonesia menetapkan kebijakan KB untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan keluarga berkualitas melalui penyelenggaraan program KB. *Target Total Fertility Rate (TFR)*, *UnMeet Need (UMN)* dan *Drop Out (DO)* KB di beberapa wilayah Indonesia belum tercapai sehingga diperlukan pengoptimalisasian upaya-upaya advokasi guna meningkatkan komitmen stake holders atau pemangku kepentingan, meningkatkan peran serta mitra kerja, serta promosi dan KIE KB. Dalam hal ini, pelaksanaan peran bidan dalam program KB termasuk tugas mandiri dan tugas pemerintahan yaitu melaksanakan pelayanan kesehatan yang merupakan program Pemerintah.

1.2 Konsep Kontrasepsi

1.2.1 Pengertian

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan terjadinya kehamilan. Maksud dari konsepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma. Untuk itu, berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua-duanya memiliki kesuburan yang normal, namun tidak menghendaki kehamilan (Depkes, 1999). Kontrasepsi bisa juga diartikan

sebagai usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha itu dapat bersifat sementara, atau dapat juga bersifat permanen (Prawirohardjo, 2008).

Kontrasepsi adalah pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Nugroho, et al., 2014). Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (BKKBN, 2011).

Pasangan usia subur berkisar antara usia 20 – 45 tahun di mana pasangan laki-laki dan perempuan sudah cukup matang dalam segala hal terlebih organ reproduksinya sudah berfungsi dengan baik. Ini dibedakan dengan perempuan usia subur yang berstatus janda atau cerai. Pada masa ini pasangan usia subur harus dapat menjaga dan memanfaatkan reproduksinya yaitu menekan angka kelahiran dengan metode keluarga berencana sehingga jumlah dan interval kehamilan dapat diperhitungkan untuk meningkatkan kualitas reproduksi dan kualitas generasi yang akan datang (Manuaba, 2015).

1.2.2 Fase Kontrasepsi Menurut Sasarannya

Adapun fase dari kontrasepsi menurut sasarannya adalah sebagai berikut:

1. Fase menunda kehamilan

Masa menunda kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektivitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR.

2. Fase mengatur atau menjarangkan kehamilan

Periode usia istri antara 20-30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektivitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih

mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3- 4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

3. Fase mengakhiri kesuburan

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektivitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontrasepsi mantap, AKDR, implant, suntik KB, dan pil KB (Pinem, 2009).

1.2.3 Syarat-Syarat Kontrasepsi

Adapun syarat-syarat kontrasepsi yaitu:

1. Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
2. Efek samping yang merugikan tidak ada.
3. Kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
4. Tidak mengganggu hubungan persetubuhan.
5. Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol ketat selama pemakaian.
6. Cara penggunaannya sederhana.
7. Harganya murah agar dapat dijangkau oleh masyarakat luas.
8. Dapat diterima oleh pasangan suami istri.

1.3 Konsep Keluarga Berencana (KB)

1.3.1 Pengertian

Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran. KB merupakan tindakan membantu

individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval di antara kelahiran (Hartanto, 2004). KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran (Stright, 2004). Tujuan KB yaitu meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang Bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Disamping itu KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, Sumber Daya Manusia (SDM) yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Sasaran dari program KB meliputi sasaran langsung dan sasaran tidak langsung. Yang termasuk dalam sasaran langsung yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sasaran tidak langsung yaitu terdiri dari pelaksanaan dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Handayani, 2010).

1.3.2 Ruang Lingkup Program KB

Menurut Handayani (2010), ruang lingkup dari program KB adalah sebagai berikut:

1. Komunikasi informasi dan edukasi
2. Konseling
3. Pelayanan infertilitas
4. Pendidikan seks
5. Konsultasi pra-perkawinan dan konsultasi perkawinan
6. Konsultasi genetik

1.3.3 Manfaat Usaha KB Dipandang dari Segi Kesehatan

Manfaat usaha KB dipandang dari segi kesehatan yaitu meningkatkan dan memperluas pelayanan KB yang merupakan salah satu usaha untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang semakin tinggi akibat terjadinya kehamilan.

1.3.4 Akseptor KB

Akseptor KB adalah proses yang didasari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran (Stright, 2004). Berikut merupakan jenis-jenis dari akseptor KB yaitu sebagai berikut:

1. Akseptor aktif

Akseptor aktif adalah akseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.

2. Akseptor aktif kembali

Akseptor aktif Kembali adalah pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama 3 bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan Kembali menggunakan cara alat kontrasepsi yang baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti atau istirahat kurang lebih 3 bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.

3. Akseptor KB baru

Akseptor KB baru adalah akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat atau obat kontrasepsi atau pasangan usia subur yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.

4. Akseptor KB dini

Akseptor KB dini adalah para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.

5. Akseptor KB langsung

Akseptor KB langsung adalah para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.

6. Akseptor KB dropout

Akseptor KB dropout adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan (Asan, 2007).

1.3.5 Pasangan Usia Subur (PUS)

Pasangan Usia Subur (PUS) yaitu pasangan suami istri yang berumur 25 – 35 tahun atau pasangan suami istri yang istrinya kurang dari 15 tahun dan sudah

mengalami menstruasi atau istri berumur lebih dari 50 tahun tetapi masih mengalami menstruasi (BKKBN, 2007).

1.4 Mutu Pelayanan KB

Akses terhadap pelayanan KB yang bermutu merupakan suatu unsur penting dalam upaya mencapai pelayanan kesehatan reproduksi sebagaimana tercantum dalam program aksi dari *International Conference on Population and Development*, Kairo 1994. Secara khusus dalam hal ini termasuk hak setiap orang untuk memperoleh informasi dan akses terhadap berbagai metode kontrasepsi yang aman, efektif, terjangkau, dan akseptabel. Sementara itu, peran dan tanggung jawab pria dalam keluarga berencana perlu ditingkatkan, agar dapat mendukung kontrasepsi oleh istrinya, meningkatkan komunikasi di antara suami istri, meningkatkan penggunaan metode kontrasepsi pria, meningkatkan upaya pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS), dan lain-lain.

Pelayanan Keluarga Berencana (KB) yang bermutu meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Pelayanan perlu disesuaikan dengan kebutuhan klien.
2. Klien harus dilayani secara profesional dan memenuhi standar pelayanan.
3. Kerahasiaan dan privasi perlu dipertahankan.
4. Upayakan agar klien tidak menunggu terlalu lama untuk dilayani.
5. Petugas harus memberi informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia.
6. Petugas harus menjelaskan kepada klien tentang kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi.
7. Fasilitas pelayanan harus memenuhi persyaratan yang ditentukan.
8. Fasilitas pelayanan tersedia pada waktu yang ditentukan dan nyaman bagi klien.
9. Bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup.

10. Terdapat mekanisme supervise yang dinamis dalam rangka membantu menyelesaikan masalah yang mungkin timbul dalam pelayanan.
11. Ada mekanisme umpan balik yang relatif dari klien.

Dalam upaya meningkatkan keberhasilan program KB, diperlukan petugas terlatih yang:

1. Mampu memberikan informasi kepada klien dengan sabar, penuh pengertian, dan peka.
2. Mempunyai pengetahuan, sikap positif, dan ketrampilan teknis untuk memberi pelayanan dalam bidang kesehatan reproduksi.
3. Memenuhi standar pelayanan yang sudah ditentukan.
4. Mempunyai kemampuan mengenal masalah.
5. Mempunyai kemampuan mengambil langkah-langkah yang tepat dalam mengatasi masalah tersebut, termasuk kapan dan kemana merujuk jika diperlukan.
6. Mempunyai kemampuan penilaian klinis yang baik.
7. Mempunyai kemampuan memberi saran-saran untuk perbaikan program.
8. Mempunyai pemantauan dan supervisi berkala.

Pelayanan program KB yang bermutu, membutuhkan hal-hal sebagai berikut ini:

1. Pelatihan staf dalam bidang konseling, pemberian informasi dan ketrampilan teknis.
2. Informasi yang lengkap dan akurat untuk klien agar mereka dapat memilih sendiri metode kontrasepsi yang akan digunakan.
3. Suasana lingkungan kerja difasilitas kesehatan berpengaruh terhadap kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan yang bermutu, khususnya dalam kemampuan teknis dan interaksi interpersonal antara petugas dan klien.
4. Petugas dan klien mempunyai visi yang sama tentang pelayanan yang bermutu.

Tabel 1.1 : Peran Petugas dalam Pelayanan Keluarga Berencana (KB)
(Priyatni dan Rahayu, 2016).

Metode KB	Petugas			
	Dokter	Bidan	Perawat	PLKB
Pil Kombinasi	√	√	√	√
Pil Progestin	√	√	√	√
Suntikan Progestin	√	√	K	K
Suntikan Kombinasi	√	√	K	K
Implan	√	√	K	K
Tubektomi	√	K	K	K
Vasektomi	√	K	K	K
Kondom	√	√	√	√
AKDR	√	√	K	K
Kalender	√	√	√	√
Metode Amenorea Laktasi (MAL)	√	√	√	√
Abstinensi	√	√	√	√

Keterangan:

K : Hanya konseling dan merujuk

√ : Memberi pelayanan

Tabel 1.2: Peran Fasilitas Kesehatan dalam Pelayanan Keluarga Berencana (KB) (Priyatni dan Rahayu, 2016).

Metode KB	Petugas			
	RS	Puskesmas TT	Puskesmas	Posyandu
Pil Kombinasi	√	√	√	√
Pil Progestin	√	√	√	K
Suntikan Progestin	√	√	√	√
Suntikan Kombinasi	√	√	√	√
Implan	√	√	√	K
Tubektomi	√	√	K	K
Vasektomi	√	√	√	K
Kondom	√	√	√	√
AKDR	√	√	√	K
Kalender	√	√	√	√

Metode Amenorea Laktasi (MAL)	√	√	√	√
Abstinensi	√	√	√	√

Keterangan:

K : Hanya konseling dan merujuk

√ : Memberi pelayanan

1.5 Sistem Rujukan

Sistem rujukan bertujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelaksanaan pelayanan metode kontrasepsi secara terpadu. Perhatian khusus terutama ditujukan untuk menunjang upaya penurunan angka kejadian efek samping, komplikasi dan kegagalan penggunaan kontrasepsi. Sistem rujukan upaya kesehatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun secara horizontal kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau dan rasional. Dengan pengertian tersebut, maka merujuk berarti meminta pertolongan secara timbal balik kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten untuk penanggulangan masalah yang sedang dihadapi.

Tatalaksana dalam melakukan rujukan medik, yaitu sebagai berikut:

1. Internal antar petugas disatu Puskesmas.
2. Antara Puskesmas Pembantu dan Puskesmas.
3. Antara masyarakat dan Puskesmas.
4. Antara satu Puskesmas dan Puskesmas yang lain.
5. Antara Puskesmas dan Rumah Sakit (RS), laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
6. Internal antara bagian atau unit pelayanan di dalam satu Rumah Sakit (RS).

7. Antara Rumah Sakit (RS), laboratorium, atau fasilitas pelayanan lain dan Rumah Sakit (RS), laboratorium atau fasilitas pelayanan yang lain.

Rangkaian jaringan fasilitas pelayanan kesehatan dalam setiap rujukan tersebut berjenjang dari yang paling sederhana ditingkat keluarga sampai satuan fasilitas pelayanan kesehatan nasional dengan dasar pemikiran rujukan ditujukan secara timbal balik ke satuan fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau dan rasional, serta tanpa dibatasi oleh wilayah administrasi.

Tabel 1.3: Jaringan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Priyatni dan Rahayu, 2016).

Jenjang (Hirarki)	Komponen atau Unsur Pelayanan Kesehatan
Tingkat rumah tangga	Pelayanan kesehatan oleh individu atau oleh keluarganya sendiri
Tingkat masyarakat	Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri oleh kelompok paguyuban, PKK, Saka Bhakti Husada, anggota RW, RT, dan masyarakat (Posyandu)
Fasilitas pelayanan kesehatan professional tingkat pertama	Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Praktik Dokter Swasta, Bidan, Poliklinik Swasta, dan lain-lain
Fasilitas pelayanan kesehatan professional tingkat kedua	Rumah Sakit Kabupaten, Rumah Sakit Swasta, Laboratorium, Klinik Swasta, dan lain-lain

Fasilitas pelayanan kesehatan professional tingkat ketiga	Rumah Sakit Kelas B dan A serta Lembaga Spesialistik Swasta, Laboratorium Kesehatan Daerah dan Laboratorium Klinik Swasta
---	---

Rujukan bukan berarti melepaskan tanggung jawab dengan menyerahkan klien ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, akan tetapi karena kondisi klien yang mengharuskan pemberian pelayanan yang lebih kompeten dan bermutu melalui upaya rujukan.

Untuk itu dalam melaksanakan rujukan harus pula diberikan:

1. Konseling tentang kondisi klien yang menyebabkan perlu dirujuk.
2. Konseling tentang kondisi yang diharapkan diperoleh di tempat rujukan.
3. Informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan dituju.
4. Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang dituju mengenai kondisi klien saat ini dan riwayat sebelumnya serta upaya atau tindakan yang telah diberikan.
5. Bila diperlukan, berikan upaya mempertahankan keadaan umum klien.
6. Bila diperlukan, karena kondisi klien, dalam perjalanan menuju tempat rujukan harus didampingi perawat atau bidan.
7. Menghubungi fasilitas pelayanan tempat rujukan dituju agar memungkinkan segera menerima rujukan klien (Prijatni dan Rahayu, 2016).

Fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima rujukan, setelah memberikan upaya penanggulangan dan kondisi klien telah memungkinkan, harus segera mengembalikan klien ke tempat fasilitas pelayanan asalnya, tetapi terlebih dahulu memberikan:

1. Konseling tentang kondisi sebelum dan sesudah diberi upaya penanggulangan.
2. Nasihat yang perlu diperhatikan klien mengenai kelanjutan penggunaan kontrasepsi.

3. Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang merujuk mengenai kondisi klien berikut upaya penanggulangan yang telah diberikan serta saran-saran upaya pelayanan kesehatan lanjutan yang harus dilaksanakan terutama tentang penggunaan kontrasepsi (Priyatni dan Rahayu, 2016).

1.6 Konsep Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE)

1.6.1 Pengertian

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) adalah suatu kegiatan menyampaikan informasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku individu, keluarga serta masyarakat dalam program kependudukan dan keluarga berencana (BKKBN, 2011). Komunikasi adalah pertukaran fakta, gagasan, opini atau emosi antara dua orang atau lebih. Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk memengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi. Informasi adalah keterangan, gagasan, maupun kenyataan-kenyataan yang perlu diketahui oleh masyarakat, atau dapat diartikan sebagai pesan yang harus disampaikan. Sedangkan edukasi adalah proses perubahan perilaku kearah yang positif.

Pendidikan kesehatan adalah salah satu kompetensi yang dituntut dari tenaga kesehatan, karena merupakan salah satu peranan yang harus dilaksanakan dalam memberikan setiap pelayanan kesehatan, baik itu terhadap individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Tujuan dilaksanakannya program KIE yaitu untuk mendorong terjadinya proses perubahan perilaku kearah yang positif, peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat (klien) secara wajar sehingga masyarakat melaksanakannya secara mantap sebagai perilaku yang sehat dan bertanggung jawab.

1.6.2 Prinsip KIE

Berikut merupakan prinsip-prinsip yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan KIE:

1. Memperlakukan klien dengan sopan, baik, dan ramah.
2. Memahami, menghargai, dan menerima keadaan klien sebagaimana adanya.
3. Memberi penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami.
4. Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari.
5. Menyesuaikan isi penyuluhan dengan keadaan dan risiko yang dimiliki klien.

Pada dasarnya kegiatan advokasi dan KIE adalah untuk melakukan perubahan, maka akan selalu ada resistensi, oposisi, dan konflik. Tidak ada faktor tunggal yang menjamin keberhasilan KIE. Beberapa prinsip di bawah ini dapat dijadikan pedoman dalam melakukan KIE yang sukses:

1. **Realistis**
Advokasi dan KIE yang berhasil bersandar pada isu dan agenda yang spesifik, jelas, dan terukur. Biasanya berdasarkan identifikasi permasalahan atau hasil dari analisis pendataan keluarga.
2. **Sistematis**
Advokasi dan KIE adalah seni tetapi bukan lukisan abstrak sehingga diperlukan perencanaan yang akurat. KIE/Penyuluhan memerlukan perencanaan yang matang mulai dari persiapan sampai tahapan pelaksanaan dan evaluasi.
3. **Taktis**
Advokasi dan KIE tidak mungkin dilakukan secara sendiri sehingga harus membangun kemitraan. PKB hendaknya selalu membangun hubungan baik dengan mitra kerja, antara lain Kepala Desa/Lurah, Kepala Puskesmas, dokter, bidan, tokoh agama, tokoh masyarakat, PKK, LSM lainnya, kader dan masyarakat.

4. Strategis

KIE/Penyuluhan tidak selalu menjadi kegiatan yang berdiri sendiri namun bisa dilakukan secara integratif dengan kegiatan lainnya di lini lapangan (bersifat luwes sesuai karakteristik wilayahnya).

5. Berani

KIE/Penyuluhan yang bertujuan mengubah sikap mental, kepercayaan nilai-nilai perilaku individu serta kelompok masyarakat haruslah bersifat berani memberikan informasi yang jujur apa adanya. Contohnya efek samping alat dan obat kontrasepsi.

1.6.3 Komponen KIE

Dalam mempelajari KIE/Penyuluhan, berikut merupakan komponen dari KIE/Penyuluhan, yaitu:

1. Pemberi KIE/Penyuluhan (Penyuluh, Toma, Toga, atau Kader)
2. Penerima KIE/Penyuluhan (Individu, Keluarga, Masyarakat)
3. Isi KIE/Penyuluhan
4. Cara/ Metode menyampaikan KIE/Penyuluhan
5. Media penyampaian KIE/Penyuluhan
6. Hasil KIE/Penyuluhan

1.7 Pengaturan Peran Bidan dalam Pelaksanaan KIE KB

1.7.1 Dasar Hukum

Berikut ini merupakan dasar-dasar hukum pengaturan peran bidan dalam pelaksanaan KIE KB:

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
UU Praktik Kedokteran diperlukan untuk memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada penerima pelayanan kesehatan, dokter dan dokter gigi. Dalam Pasal 73 ayat (1), ayat (2) dan (3) UU Praktik

Kedokteran dapat diartikan bahwa seseorang yang boleh melakukan tindakan medis dengan menggunakan alat, metode atau cara lain dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat selain dokter adalah tenaga kesehatan yang diberi kewenangan oleh peraturan perundang-undangan yaitu antara lain bidan dan perawat.

2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah menyebutkan dalam Pasal 12 ayat (1) dapat diartikan bahwa kesehatan merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar, sehingga untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal maka Pemerintah wajib memfasilitasi dengan sarana dan prasarana, sumber daya kesehatan dan kebijakan kesehatan. Sebagai usaha mewujudkan kesehatan dan kesejahteraan keluarga maka pemerintah menugaskan tenaga kesehatan salah satunya bidan untuk memberikan pelayanan KB kepada keluarga dan masyarakat.

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Pengaturan tentang tenaga kesehatan diatur dalam UU Kesehatan yang tercantum dalam Pasal 22 ayat (1) dan (2). Pasal 23 ayat (1), (2) dan (3). UU Kesehatan menyatakan bahwa tenaga kesehatan mempunyai kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan pertimbangan syarat tertentu. Salah satu upaya kesehatan adalah kegiatan KIE KB yang dilakukan bidan.

4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan yang Telah Dilakukan Perubahan Dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan

Pengaturan tentang tenaga kesehatan awalnya diatur dengan Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan yang sudah direvisi dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Perubahan tersebut meliputi Pasal 2 ayat (1) di mana disebutkan bahwa macam tenaga kesehatan hanya meliputi 7 kelompok. Dalam Pasal 2 ayat (3) disebutkan

bahwa Tenaga Keperawatan meliputi perawat dan bidan. Sedangkan Pengaturan pengelompokan tenaga kesehatan menurut UU Tenaga Kesehatan dalam Pasal 11 ayat (1) disebutkan bahwa tenaga kesehatan dikelompokkan menjadi 13 kelompok. Dan dalam Pasal 11 ayat (5) disebutkan bahwa jenis tenaga kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kebidanan sebagaimana dimaksud adalah bidan. Semua tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik harus berdasar kewenangan seperti disebutkan dalam Pasal 62 ayat (1) UU Tenaga Kesehatan

5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintahan Daerah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota
Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintahan Daerah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota Bab II tentang Urusan Pemerintahan Pasal 3 dan 4 telah disebutkan bahwa urusan pemerintah yang dibagi bersama antar tingkatan dan/atau susunan dijelaskan bahwa kesehatan merupakan salah satu dari bidang urusan pemerintahan, hal tersebut tercantum dalam Pasal 6. Sehingga semua urusan pemerintahan dalam skala Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota maka akan menjadi tanggung jawab Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.

Pasal 7 ayat (2) huruf b disebutkan bahwa kesehatan, keluarga berencana dan keluarga sejahtera merupakan urusan wajib yang diselenggarakan oleh Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Kewenangan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mengkoordinasikan program KB dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan dan keluarga yang sejahtera. Adapun sebagai penanggung jawab secara teknis adalah Puskesmas, di mana kewenangan Puskesmas sebagai pelaksana teknis termuat dalam KMK Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.

6. Permenkes Nomor 439/Menkes/Per/VI/2009 Tentang Perubahan Kedua Atas Permenkes Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan
Dalam upaya meningkatkan kinerja Departemen Kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat maka dipandang perlu mengubah Permenkes Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Permenkes Nomor 1295/Menkes/Per.XII/2007. Permenkes Nomor 1295/Menkes/Per.XII/2007 telah diubah lagi dengan Permenkes Nomor 439/Menkes/Per/ VI/2009 Tentang Perubahan Kedua Atas Permenkes Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan. Berdasarkan beberapa Pasal dalam Permenkes Nomor 439/Menkes/Per/VI/2009 telah ditentukan bahwa perencanaan, penyiapan bahan untuk perencanaan program bidang kesehatan serta petunjuk teknis pelaksanaannya sampai evaluasi dilakukan oleh Subbagian Program Pembangunan Kesehatan. Program tersebut termasuk program KB.
7. Kepmenkes Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Bidan
Kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan diatur dalam Kepmenkes Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Bidan. Kewenangan bidan terkait kompetensi untuk melakukan KIE KB berdasarkan Kepmenkes tersebut tercantum pada Kompetensi ke-2 (Pra Konsepsi, KB dan Ginekologi), Kompetensi ke-5 (Asuhan pada Ibu Nifas dan Menyusui) dan Kompetensi ke-8 (Kebidanan Komunitas).
8. Kepmenkes Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan
Standar IV tentang implementasi disebutkan bahwa bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasar evidence based kepada pasien/masyarakat, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif

dan rehabilitatif serta dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Upaya KIE KB yang dilakukan bidan merupakan upaya promotif dalam rangka meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan keluarga. Sedangkan pelayanan KB berupa pemberian alat dan obat kontrasepsi (alkon) merupakan upaya preventif untuk mengatur jumlah dan jarak kehamilan. Apabila ada keluhan atau masalah dalam penggunaan alat kontrasepsi maka bidan melakukan asuhan kebidanan untuk menangani masalah tersebut. Asuhan bidan yang demikian merupakan usaha kuratif dan rehabilitatif. Kewenangan bidan dalam pelaksanaan program KB termasuk sebagai kewenangan atributif dalam lingkup pelaksanaan tugas mandiri dan kewenangan mandat dalam lingkup pelaksanaan tugas pemerintahan.

1.7.2 Bentuk Pengaturan

Kewenangan bidan terkait dengan program KB secara umum didasarkan pada Permenkes 1464/Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin dan Pelanggaran Praktik Bidan. Apabila ditinjau darimana kewenangan itu diperoleh, maka kewenangan bidan dalam program KB dikategorikan sebagai kewenangan atributif dan kewenangan mandat. Kewenangan bidan dalam program KB tercantum dalam Pasal 9, 12, 13, dan 15 Permenkes 1464/Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Salah satu kewenangan bidan dalam program KB yaitu melakukan KIE KB.

Kewenangan atributif bidan dalam program KB dalam lingkup tugas mandiri tercantum dalam Pasal 9 huruf C Permenkes 1464/Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan yang disebutkan bahwa bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Selain Pasal 9 huruf C kewenangan bidan dalam program KB berdasarkan lingkup tugas mandiri juga tertuang di dalam Pasal 12 yaitu memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Sedangkan kewenangan mandat yang diperoleh bidan dalam lingkup tugas pemerintahan tercantum di dalam Pasal 13 dan 15.

1.7.3 Tujuan Pengaturan

Pengaturan dalam kaitan izin dan penyelenggaraan praktik bidan dilakukan dengan tujuan:

1. Untuk melaksanakan ketentuan Pasal 23 ayat (5) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yaitu perlu mengatur izin dan penyelenggaraan praktik bidan.
2. Untuk menelaraskan kewenangan bidan dan tugas pemerintah dan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang merata sehingga pemerintah perlu merevisi Permenkes Nomor HK.02.02/Menkes/149/I/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan (Febriyanti, Yustina, dan Hardjono, 2015).

1.8 Pelaksanaan Peran Bidan Dalam KIE KB Berdasarkan Permenkes Nomor 1464/ MENKES/PER/X/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

1.8.1 Latar Belakang Pelaksanaan Peran Bidan dalam KIE KB

Ruang lingkup kewenangan bidan dalam program KB yaitu memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom, pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit, dan melaksanakan program Pemerintah salah satunya yaitu program KB.

Bidan memiliki peran utama dalam pelaksanaan KIE KB karena bidan merupakan garis terdepan dalam pelaksanaan program KB. KIE KB sudah dilakukan bidan dengan jelas, lengkap dan sesuai kebutuhan pasien sehingga pasien dapat memahami tentang KB dan alat kontrasepsi serta dapat

melakukan pengambilan keputusan mengenai jenis alat kontrasepsi yang akan digunakan. Peran utama bidan dalam pelaksanaan program KB yaitu kewajiban yang diatur dalam perundang-undangan dan karena keterkaitan dengan sasaran dalam pelaksanaan program KB.

1.8.2 Prosedur atau Mekanisme Pelaksanaan Peran Bidan dalam KIE KB

Dalam Permenkes Nomor 1464/Menkes/ Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan disebutkan bahwa bidan berwenang memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Pengertian penyuluhan dalam penelitian ini yang dimaksud adalah KIE KB. Cara bidan membantu pasien memilih kontrasepsi yang tepat dan sehat yaitu dimulai dengan membuat pasien merasa nyaman saat pelayanan, menjelaskan metode KB sesuai kebutuhan, dilakukan secara perlahan-lahan dan jelas, menggunakan alat bantu, membantu pasien memilih metode kontrasepsi, menelaah pemahaman pasien tentang cara menggunakan metode, membicarakan kemungkinan efek samping serta meminta pasien kembali untuk kunjungan ulang.

1.8.3 Bentuk Peran Bidan dalam Pelaksanaan KIE KB

Hasil penelitian didapatkan bahwa peran bidan dalam program KB meliputi peran wajib/imperatif dan peran tidak wajib/fakultatif. Peran wajib bidan didasarkan pada Permenkes Nomor 1464/ MENKES/PER/X/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan yaitu memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Namun kewenangan tersebut tidak dibatasi. Program KB dengan pemberian pelayanan KB sudah dilaksanakan bidan yang melakukan praktik mandiri (Bidan Praktik Mandiri atau disingkat dengan BPM dan Bidan Delima). Peran wajib atau imperatif yang dilaksanakan bidan yaitu kuratif berupa pemberian obat-obatan apabila pasien mengalami keluhan atau efek samping selama pemakaian alat kontrasepsi.

Peran tidak wajib atau fakultatif bidan dalam pelaksanaan program KB meliputi kegiatan promotif, preventif dan rehabilitatif. Kegiatan promotif yaitu menganjurkan PUS untuk menggunakan alat kontrasepsi sesuai kebutuhan. Kegiatan preventif dengan memberikan pelayanan KB berupa kontrasepsi oral, kondom, suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit. Kegiatan rehabilitatif merupakan perbaikan, peran yang dilakukan oleh

bidan misalnya merujuk pasien yang mengalami masalah KB ke Puskesmas atau Rumah Sakit dan menganjurkan pasien untuk melakukan kunjungan ulang guna pemeriksaan lebih lanjut di Puskesmas atau Rumah Sakit. Contoh masalah KB tersebut di antaranya yaitu dislokasi atau translokasi Intrauterine Device (IUD) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).

1.8.4 Pihak-Pihak yang Terkait dengan Pelaksanaan Peran Bidan dalam KIE KB

Pihak-pihak yang terkait dengan pelaksanaan peran bidan dalam KIE KB yaitu sebagai berikut:

1. Dinas Kesehatan

Dinas Kesehatan menyusun kebijakan tentang program KB, melaksanakan program KB, melakukan pengawasan, pemantauan dan evaluasi terhadap program KB yang dilakukan oleh institusi pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan.

2. Puskesmas

Puskesmas sebagai tangan panjang dari Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota bertindak sebagai penanggung jawab praktik bidan mandiri sesuai wilayah kerja. Kepala Puskesmas bertugas mengatur, merencanakan, menyusun dan menetapkan tata tertib pelayanan KB di puskesmas dan bidan yang melakukan praktik mandiri, melaksanakan pengawasan dan pemantauan pelaksanaan program KB, mengaktifkan kerjasama lintas sektor yaitu dengan tim Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB), memfasilitasi bidan untuk mengikuti pelatihan, seminar KB atau memberikan alat bantu KIE KB.

3. Pemegang Program KB di Puskesmas

Merencanakan kebutuhan obat dan alat kontrasepsi sesuai jumlah sasaran, merencanakan jadwal dan kebutuhan obat atau alat kontrasepsi dan pelatihan KB, pembinaan petugas KB, melakukan koordinasi lintas sektor dengan PLKB, melakukan pelaporan pelaksanaan program KB berdasarkan wilayah masing-masing kepada Dinas Kesehatan Kota Kabupaten/Kota.

4. Organisasi Profesi

Organisasi profesi melakukan pembinaan dan pengawasan kepada bidan dalam pelaksanaan tugasnya, yang dibarengi dengan penertiban bilamana diketahui adanya penyimpangan dalam pelaksanaan tugas dan untuk mengantisipasi kesalahan, kecurangan, kelalaian atau ketidaksengajaan.

5. Tokoh Agama

Membantu bidan secara tidak langsung dalam memberikan informasi dan edukasi mengenai program KB kepada masyarakat. Kegiatan edukasi dan pemberian informasi mengenai program KB dilakukan melalui kegiatan keagamaan seperti saat memberikan khotbah di gereja atau masjid dan saat kegiatan pengajian di masyarakat.

6. Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB)

Memberikan informasi KB, baik dalam kelompok kecil maupun perorangan, mencakup pengertian, manfaat, perencanaan keluarga, proses terjadinya kehamilan/reproduksi sehat, dan informasi berbagai kontrasepsi yang benar dan lengkap. PLKB berkoordinasi dengan bidan pemegang program KB Puskesmas dan klinik KB dalam pelaksanaan program KB di tingkat Kecamatan dan penyediaan obat atau alat kontrasepsi serta pelaporan KB.

7. Kader Kesehatan

Membantu bidan melakukan pendataan akseptor KB di masyarakat, mengajak PUS untuk menggunakan obat atau alat kontrasepsi sesuai kebutuhan (Febriyanti, Yustina, dan Hardjono, 2015).

Bab 2

Jenis Metode dan Mekanisme Kerja Kontrasepsi Hormonal dan Non Hormonal

2.1 Pendahuluan

Tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam memberikan informasi tentang metode KB pasca persalinan kepada calon akseptor yang dalam hal ini khusus ibu hamil, bersalin dan nifas. Pemberian informasi ini dilakukan melalui konseling dengan menggunakan alat bantu pengambilan keputusan (ABPK) ber-KB. Hal ini harus dimulai dari awal kunjungan antenatal dan dilanjutkan sampai persalinan dan pasca persalinan (masa nifas).

Pemberi pelayanan harus dapat memberikan informasi yang lengkap, akurat dan seimbang tentang:

1. Jenis kontrasepsi
2. Cara menggunakan
3. Risiko pemakaian
4. Keuntungan
5. Efek samping dan tindakan untuk mengatasinya

6. Efektifitas
7. Akibat bagi kegiatan sehari-hari dan bagi hubungan seksual
8. Kemungkinan ganti cara
9. Fleksibilitas

Dalam Bab ini akan diuraikan mengenai jenis - jenis kontrasepsi. Secara umum, hampir semua metode kontrasepsi dapat digunakan sebagai metode KB pasca persalinan (Kemenkes RI, 2014).

2.2 Jenis Metode KB

Metode KB pasca persalinan dibagi dalam dua jenis, yaitu non hormonal dan hormonal. Non hormonal terdiri dari Metode Amenore Laktasi (MAL), kondom, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dan kontrasepsi mantap (tubektomi dan vasektomi). Sedangkan kontrasepsi hormonal terdiri dari hormonal yang berisi progestin berupa pil, injeksi dan implan serta hormonal kombinasi berupa pil dan injeksi (Pusdiknakes, 2015).

2.2.1 Non Hormonal

A. A Metode Amenore Laktasi (MAL)

1. Definisi
MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman apapun lainnya
2. Syarat untuk dapat menggunakan
Menyusui secara penuh (full breast feeding), lebih efektif bila pemberian lebih dari 8 kali sehari.
3. Cara Kerja
Penundaan/ penekanan ovulasi
4. Keuntungan
 - Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)
 - Segera efektif

- Tidak mengganggu senggama
 - Tidak ada efek samping secara sistematis
 - Tidak perlu pengawasan medis
 - Tidak perlu obat atau alat
 - Tanpa biaya
5. Keterbatasan
- Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar dapat segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
 - Efektivitas tinggi sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
 - Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
6. Efek Samping
- Tidak ada

B. Kondom

1. Definisi

Kondom merupakan selubung/ sarung karet sebagai salah satu metode kontrasepsi atau alat untuk mencegah kehamilan dan atau penularan penyakit kelamin pada saat bersenggama. Penggunaan kondom perlu memperhatikan cara menggunakan kondom yang benar dan tepat.

2. Cara Kerja

- Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

3. Keuntungan

a. Kontrasepsi

- Efektif mencegah kehamilan bila digunakan dengan benar
- Tidak mengganggu produksi ASI

- Tidak mengganggu kesehatan klien
 - Tidak mempunyai pengaruh sistemik
 - Murah dan dapat dibeli secara umum
 - Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
 - Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda
- b. Non Kontrasepsi
- Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)
 - Mencegah penularan IMS, HIV
 - Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB
 - Mencegah ejakulasi dini
 - Saling berinteraksi sesama pasangan
 - Mencegah imuno infertilitas
4. Keterbatasan
- a. Efektivitas tidak terlalu tinggi
 - b. Cara penggunaan sangat memengaruhi keberhasilan kontrasepsi
 - c. Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
 - d. Bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
 - e. Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
 - f. Malu membeli kondom di tempat umum
 - g. Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah
5. Efek Samping
- Tidak ada (Kemenkes RI, 2014) (Speroff, 2003).

C. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

1. Definisi

Alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastik polietilena, ada yang dililit oleh tembaga dan ada yang tidak

2. Cara Kerja

Mencegah terjadinya fertilisasi, tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik buat sperma sehingga tidak mampu untuk fertilisasi

3. Waktu Pemasangan AKDR

a. Pascaplasenta

- Dipasang dalam 10 menit setelah plasenta lahir (pada persalinan normal)
- Pada persalinan caesar, dipasang pada waktu operasi caesar

b. Pascapersalinan

- Dipasang antara 10 menit – 48 jam pasca persalinan
- Dipasang antara 4 minggu – 6 minggu (42 hari) setelah melahirkan (Perpanjang Interval pasca persalinan)

Tabel 2.1: Perbandingan Tingkat Ekspulsi pada Inseri AKDR berdasarkan Health Technology Assesment (HTA) Indonesia, KB pada Periode Menyusui (Hasil kajian HTA pada tahun 2009)

Waktu Inseri AKDR	Definisi	Tingkat Ekspulsi	Observasi
Inseri dini pascaplasenta	Inseri dalam 10 menit setelah pelepasan plasenta	9,5 – 12,5 %	Ideal tingkat ekspulsi rendah
Inseri segera pasca persalinan	Lebih dari 10 menit s.d 48 jam pasca persalinan	25 37 %	Masih aman
Inseri tunda pasca persalinan	Lebih dari 48 jam s.d 4 minggu pasca persalinan	TIDAK DIREKOMENDASIKAN	Meningkatkan risiko perforasi dan ekspulsi
Perpanjang interval pasca persalinan	Lebih dari 4 minggu pasca persalinan	3 – 13 %	Aman

4. Efektivitas Inseri dini pascaplasenta:
 - a. Telah dibuktikan tidak menambahkan risiko infeksi, perforasi dan perdarahan
 - b. Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil risiko ekspulsi
 - c. Kontraindikasi pemasangan AKDR pascaplasenta ialah ketuban pecah sebelum waktunya, infeksi intra partum dan perdarahan post partum
5. Keuntungan:
 - a. Efektivitas tinggi, 99,2 – 99,4 % (0,6 – 08 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama).
 - b. Dapat efektif segera setelah pemasangan
 - c. Metode jangka Panjang
 - d. Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
 - e. Tidak memengaruhi hubungan seksual
 - f. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
 - g. Tidak ada efek samping hormonal
 - h. Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI
 - i. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus/apabila tidak terjadi infeksi)
 - j. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir
 - k. Tidak ada interaksi dengan obat-obat
 - l. Membantu mencegah kehamilan ektopik
6. Keterbatasan
 - a. Tidak mencegah Infeksi Menular Seksual
 - b. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
 - c. Diperlukan prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvis
 - d. Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri
 - e. Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan)

- f. Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, Sebagian perempuan tidak mau melakukan ini
7. Efek Samping
- a. Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
 - b. Haid lebih lama dan banyak
 - c. Perdarahan (spotting) antar menstruasi
 - d. Saat haid lebih sakit
 - e. Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
 - f. Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia
 - g. Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar) (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018) (Kemenkes RI, 2014).

D. Kontrasepsi Mantap

1. Tubektomi (Metode Operasi Wanita/ MOW)
 - a. Definisi

Adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.
 - b. Jenis
 - Minilaparotomi
 - Laparaskopi (tidak tepat untuk klien pasca persalinan)
 - c. Waktu Menggunakan
 - Idealnya dilakukan dalam 48 jam pasca persalinan
 - Dapat dilakukan segera setelah persalinan atau setelah operasi sesar
 - Jika tidak dapat dikerjakan dalam 1 minggu setelah persalinan, ditunda 4-6 minggu

-
- d. Keuntungan
- Kontrasepsi
 - ✓ Efektifitas tinggi 99,5 % (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
 - ✓ Tidak memengaruhi proses menyusui
 - ✓ Tidak bergantung pada faktor senggama
 - ✓ Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko Kesehatan yang serius
 - ✓ Tidak ada efek samping dalam jangka Panjang
 - ✓ Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
 - Non Kontrasepsi
 - Berkurangnya risiko kanker ovarium
- e. Keterbatasan
- Harus dipertimbangkan sifat permanen kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan Kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi)
 - Rasa sakit/ ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah Tindakan
 - Dilakukan oleh dokter yang terlatih
 - Tidak melindungi diri dari IMS, hepatitis dan HIV/AIDS
- f. Efek Samping
- Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
 - Risiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum)
2. Vasektomi (Metode Operasi Pria/ MOP)
- a. Definisi
- Adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan cara mengoklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.
- b. Jenis
- Insisi

- Vasektomi Tanpa Pisau (VTP)
- c. Waktu
Bisa dilakukan kapan saja
- d. Keuntungan
 - Efektivitas tinggi 99,6 – 99,8 %
 - Sangat aman, tidak ditemukan efek samping jangka Panjang
 - Morbiditas dan mortalitas jarang
 - Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka Panjang
 - Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi
- e. Keterbatasan
 - Tidak efektif segera, WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur (kurang lebih 20 kali ejakulasi)
 - Komplikasi minor 5-10% seperti infeksi, perdarahan, nyeri pasca operasi
 - Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi
- f. Komplikasi
 - 5 – 10 % mengalami infeksi, perdarahan, nyeri pasca operasi
 - Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018) (Speroff, 2003).

2.2.2 Hormonal

A. Hormon Progestin

1. Definisi

Adalah metode kontrasepsi dengan menggunakan progestin yaitu bahan tiruan dari progesterone.

2. Cara Kerja

- a. Mencegah ovulasi

- b. Mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
 - c. Menjadikan selaput lender Rahim tipis dan atrofi
 - d. Menghambat transportasi gamet oleh tuba.
3. Pil
- a. Jenis
 - Kemasan 28 pil berisi 75 μ g norgestrel
 - Kemasan 35 pil berisi 300 μ g levonorgestrel atau 350 μ g norethindrone
 - b. Keuntungan
 - Efektif jika diminum setiap hari di waktu yang sama (0,05 – 5 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama)
 - Tidak diperlukan pemeriksaan panggul
 - Tidak memengaruhi ASI
 - Tidak memengaruhi hubungan seksual
 - Kembalinya fertilitas segera jika pemakaian dihentikan
 - Mudah digunakan dan nyaman
 - Efek samping kecil
 - c. Keterbatasan
 - Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
 - Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
 - Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi, tetapi risiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil
 - Efektivitas menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberculosis atau obat epilepsi
 - Tidak mencegah IMS
 - d. Efek Samping
 - Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorrhea)
 - Peningkatan/penurunan berat badan

- Payudara menjadi tegang, mual, sakit kepala, dermatitis atau jerawat
 - Hirsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebihan di daerah muka) tetapi sangat jarang terjadi.
- e. Waktu Mulai Menggunakan
- Pada ibu menyusui dapat mulai menggunakan setelah 6 minggu pasca persalinan
 - Pada ibu tidak menyusui dapat menggunakan segera setelah persalinan.
4. Injeksi/suntikan
- a. Jenis
- Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin yaitu:
- Depo medroksiprogesteron asetat mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular di daerah bokong.
 - Depo noretisteron enanatat mengandung 200 mg noretindrol enanatat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuscular.
- b. Keuntungan
- Sangat efektif (0,3 kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pertama).
 - Pencegahan kehamilan jangka panjang.
 - Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
 - Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
 - Tidak memengaruhi ASI.
 - Sedikit efek samping.
 - Dapat digunakan oleh perempuan > 35 tahun sampai perimenopause.
 - Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.

- Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
 - Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
 - Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).
- c. Keterbatasan
- Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan Kesehatan (harus Kembali sesuai jadwal suntikan).
 - Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
 - Tidak mencegah IMS.
 - Terlambatnya kembalinya kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- d. Efek Samping
- Gangguan haid seperti siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan bercak/spotting, tidak haid sama sekali.
 - Peningkatan berat badan.
 - Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka Panjang.
 - Sedikit menurunkan kepadatan (densitas) tulang pada penggunaan jangka Panjang.
 - Pada penggunaan jangka Panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.
- e. Yang Tidak Boleh Menggunakan
- Hamil atau dicurigai hamil risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran.
 - Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
 - Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama amenorrhea.
 - Menderita kanker payudara atau Riwayat kanker payudara.
 - Diabetes melitus disertai komplikasi.

- f. Waktu mulai menggunakan
 - Pada ibu menyusui dapat menggunakan setelah 6 minggu pasca persalinan.
 - Pada ibu tidak menyusui dapat menggunakan segera setelah persalinan (Speroff, 2003) (Kemenkes RI, 2014).
5. Implan
 - a. Definisi

Adalah alat kontrasepsi bawah kulit yang mengandung progestin yang dibungkus dalam kapsul silastik silikon polidimetri.
 - b. Jenis
 - Norplan, terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan Panjang 3.4 cm, diameter 2.4 mm yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
 - Implanon, terdiri dari satu batang putih lentur dengan Panjang kira-kira 40 mm, diameter 2 mm yang diisi dengan 68 mg 3 keto desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.
 - Jadelle dan Indoplan, terdiri dari 2 batang berisi 75 mg levonorgestrel dengan lama kerjanya 3 tahun.
 - c. Keuntungan, dibagi menjadi 2 yaitu:

Keuntungan kontrasepsi:

 - Sangat efektif (kegagalan 0,2 – 1,0 kehamilan per 100 perempuan)
 - Daya guna tinggi
 - Perlindungan jangka Panjang (sampai 5 tahun)
 - Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
 - Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
 - Bebas dari pengaruh estrogen
 - Tidak mengganggu hubungan seksual
 - Tidak mengganggu ASI

Non kontrasepsi

- Mengurangi nyeri haid
 - Mengurangi jumlah darah haid
 - Mengurangi/memperbaiki anemia
 - Melindungi terjadinya kanker endometrium
 - Menurunkan angka kejadian tumor jinak payudara
 - Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul
 - Menurunkan angka kejadian endometriosis
- d. Keterbatasan
- Membutuhkan Tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan
 - Tidak mencegah IMS
 - Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan
 - Efektivitas menurun bila menggunakan obat tuberculosis atau obat epilepsy
 - Terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi
- e. Efek samping
- Sakit kepala
 - Nyeri payudara
 - Amenorrhea
 - Perasaan mual
 - Perdarahan bercak ringan
 - Ekspulsi
 - Infeksi pada daerah insisi
 - Penambahan berat badan
 - Perubahan perasaan atau kegelisahan
- f. Yang tidak boleh menggunakan implant
- Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
 - Benjolan/ kanker payudara atau Riwayat kanker payudara

- Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
 - Mioma uteri dan kanker payudara
 - Gangguan toleransi glukosa
- g. Waktu mulai menggunakan implant
Waktu pemasangan minimal 4 minggu pasca persalinan
(Kemenkes RI, 2014) (Speroff, 2003)

B. Hormon Kombinasi

1. Definisi

Metode kontrasepsi dengan menggunakan kombinasi hormone mengandung hormone esterogen dan progesterone.

2. Cara Kerja

- Menekan ovulasi
- Mencegah implantasi
- Mengentalkan lender serviks sehingga sulit dilalui sperma
- Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur akan terganggu

3. PIL

a. Jenis

- Monofasik: kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama dan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- Bifasik: kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda dan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- Trifasik: kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dengan tiga dosis yang berbeda dan 7 tablet tanpa hormon aktif.

b. Waktu mulai menggunakan

Direkomendasikan hanya untuk ibu tidak menyusui:

- Ibu pasca persalinan: aman digunakan setelah 3 minggu pasca persalinan.

- Ibu pasca keguguran: segera atau dalam 7 hari setelah keguguran
- c. Keuntungan
- Efektivitas yang tinggi (1 kehamilan per 100 perempuan dalam tahun pertama penggunaan)
 - Risiko terhadap Kesehatan sangat kecil
 - Tidak mengganggu hubungan seksual
 - Mudah diberhentikan setiap saat
 - Kesuburan segera Kembali setelah penggunaan pil dihentikan
 - Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
 - Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause
 - Membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenore atau acne
- d. Keterbatasan
- Membosankan karena harus menggunakannya setiap hari
 - Tidak boleh diberikan kepada perempuan menyusui (mengurangi ASI)
 - Tidak mencegah IMS
- e. Efek Samping
- Mual terutama pada 3 bulan pertama
 - Perdarahan bercak atau perdarahan sela terutama 3 bulan pertama
 - Sakit kepala
 - Nyeri payudara
 - Berat badan naik sedikit
 - Pada Sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seks berkurang
 - Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan sehingga risiko stroke dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Pada perempuan > 35 tahun

dan merokok perlu hati-hati (Kemenkes RI, 2014) (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018).

4. Injeksi/Suntikan

a. Jenis

- 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi intramuscular sebulan sekali
- 50 mg Noretindron enantat dan 5 mg Estradiol valerat yang diberikan injeksi intramuscular sebulan sekali

b. Keuntungan dalam Kontrasepsi dan Non Kontrasepsi:

- Keuntungan Kontrasepsi
 - ✓ Sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
 - ✓ Risiko terhadap Kesehatan kecil
 - ✓ Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
 - ✓ Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
 - ✓ Efek samping sangat kecil
- Keuntungan Non Kontrasepsi
 - ✓ Mengurangi jumlah perdarahan
 - ✓ Mengurangi nyeri saat haid
 - ✓ Mencegah anemia
 - ✓ Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium
 - ✓ Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium
 - ✓ Mencegah kehamilan ektopik
 - ✓ Melindungi klien dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul
 - ✓ Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause

c. Kerugian

- Pola haid tidak teratur, perdarahan bercak atau perdarahan sela sampai 10 hari
- Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga

- Ketergantungan klien terhadap pelayanan Kesehatan yaitu klien harus Kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
 - Efektivitas berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat epilepsy (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberculosi (rifampisin)
 - Dapat terjadi efek samping yang serius seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak dan kemungkinan timbulnya tumor hati
 - Penambahan berat badan
 - Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau virus HIV
 - Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian
- d. Waktu Mulai Menggunakan
- Direkomendasikan hanya untuk ibu tidak menyusui:
- Ibu pasca persalinan: aman digunakan setelah 3 minggu pasca persalinan
 - Ibu pasca keguguran: segera atau dalam 7 hari setelah keguguran
- e. Efek Samping
- Pola haid tidak teratur, perdarahan bercak atau perdarahan sela sampai 10 hari
 - Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga
 - Dapat terjadi efek samping yang serius seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak dan kemungkinan timbulnya tumor hati
 - Penambahan berat badan
- f. Yang tidak boleh menggunakan
- Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
 - Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama amenore
 - Menderita kanker payudara atau Riwayat kanker payudara
 - Diabetes mellitus disertai komplikasi (Speroff, 2003, Kemenkes RI, 2014).

Bab 3

Efek Samping dan Penyulit Kontrasepsi

3.1 Pendahuluan

Kontrasepsi berasal dari dua kata, yaitu kontra dan konsepsi. Kontra adalah menolak dan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang telah matang dengan sel sperma. Kontrasepsi adalah cara untuk mencegah pertemuan antara sel telur dan sel sperma sehingga tidak terjadi pembuahan dan kehamilan (Purwoastuti and Walyani, 2017).

Banyak metode dan alat kontrasepsi yang dapat digunakan untuk mencegah kehamilan maupun melindungi diri dari penyakit menular seksual, tentunya setiap metode maupun alat memiliki kelebihan dan kekurangan masing – masing. Masyarakat dapat mengontrol pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia, yang salah satu caranya dengan kontrasepsi. Banyak jenis alat kontrasepsi yang di pakai di Indonesia seperti pil KB, suntik KB, IUD, Implan dan Kondom. Seorang akseptor sebelum memilih alat kontrasepsi, harus mengetahui tentang metode kontrasepsi yang akan dipilihnya baik meliputi cara pemasangan atau penggunaannya, efek yang mungkin ditimbulkan dan berbagai informasi seputar metode kontrasepsi yang dipilihnya. Beberapa penggunaan alat kontrasepsi dalam jangka panjang dapat

menimbulkan beberapa efek samping seperti penambahan berat badan, timbul jerawat, sakit kepala, gangguan haid, pusing dan mual (Everett, 2015).

3.2 Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari dua kata, yaitu kontra dan konsepsi. Kontra adalah menolak dan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang telah matang dengan sel sperma. Kontrasepsi adalah cara untuk mencegah pertemuan antara sel telur dan sel sperma sehingga tidak terjadi pembuahan dan kehamilan (Purwoastuti and Walyani, 2017). Kontrasepsi adalah suatu cara untuk mencegah terjadinya kehamilan yang bertujuan untuk menjarangkan kehamilan, merencanakan jumlah anak dan meningkatkan keluarga untuk memberikan perhatian dan Pendidikan maksimal pada anak (Perpustakaan, 2017).

3.3 Tujuan Kontrasepsi

Secara umum tujuan pemakaian alat kontrasepsi dibagi menjadi 3, yaitu:

1. Menunda kehamilan bagi pasangan usia subur (PUS) dengan usia istri di bawah 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilan
2. Menjarangkan kehamilan periode istri usia 20-35 tahun merupakan usia yang paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dengan jarak kelahiran 3 sampai 4 tahun.
3. Mengakhiri kesuburan (Priyatni and Rahayu, 2016).

3.4 Persyaratan Metode Kontrasepsi

Persyaratan metode kontrasepsi ideal sebagai berikut:

1. Aman; tidak menimbulkan komplikasi jika digunakan
2. Berdaya guna; jika digunakan sesuai dengan aturan akan dapat mencegah kehamilan.

3. Dapat diterima; kontrasepsi dapat diterima oleh klien dan lingkungan budaya di masyarakat.
4. Terjangkau harganya oleh masyarakat.
5. Bila metode kontrasepsi dihentikan penggunaannya, klien akan segera kembali masa kesuburannya kecuali kontrasepsi mantap (Purwoastuti, 2017).

3.5 Jenis-Jenis Alat Kontrasepsi

3.5.1 Berdasarkan Jangka Waktu Pemakaian

Jenis pilihan metode kontrasepsi berdasarkan jangka waktu pemakaian terbagi menjadi metode kontrasepsi jangka panjang dan jangka pendek (BKKBN, 2017).

1. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang; terdiri atas a. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau IUD; b. Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) atau Implant dan c. Kontrasepsi Mantap terdiri dari Metode Operasi Wanita (MOW) atau Tubektomi dan Metode Operasi Pria (MOP) atau Vasektomi
2. Metode Kontrasepsi Jangka Pendek; terdiri atas a. Suntikan; ada dua jenis yaitu KB suntik 1 bulan (cyclofem) dan KB suntik 3 bulan (DMPA). b. Pil; dapat berupa kontrasepsi pil kombinasi (berisi hormone estrogen dan progesterone) ataupun hanya berisi progesterone atau estrogen saja dan c. Kondom

3.5.2 Berdasarkan Komposisi

Jenis pilihan metode kontrasepsi berdasarkan komposisi terbagi menjadi kontrasepsi hormonal dan kontrasepsi non hormonal (BKKBN, 2017).

1. Metode Hormonal terdiri atas; a. Kontrasepsi Hormonal Progestin yang terdiri dari pil, injeksi dan implan; dan b. Kontrasepsi Hormonal Kombinasi (progestin dan estrogen) terdiri dari pil dan injeksi

2. Metode Non Hormonal; terdiri atas; a. Kontrasepsi Mantap; b. AKDR; c. Kondom; dan d. Metode Amenoroe Laktasi (MAL).

3.6 Efek Samping dan Penyulit Kontrasepsi

3.6.1 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau IUD

Yaitu alat kontrasepsi yang dimasukkan kedalam rahim yang bentuknya bermacam-macam, terdiri dari plastik (polyethylene), ada yang dililit tembaga (Cu), dililit tembaga bercampur perak (Ag) dan ada pula yang batangnya hanya berisi hormon progesteron. Cara kerjanya, menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii, memengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus. (Purwoastuti, 2017). Saat pemasangan AKDR adalah pada waktu haid, segera setelah induksi haid atau abortus spontan, setelah melahirkan, setiap saat bila yakin tidak hamil, post abortus, selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi (Prijatni dan Rahayu, 2016).

Efek Samping:

Gangguan menstruasi terutama 3-6 bulan pertama dari pemakaian. Pemakaian akan mengalami masa perdarahan yang lebih panjang, lebih sering, atau amenorea (Perpustakaan, 2017).

Kerugian Pemakaian:

1. Merasakan sakit atau kram selama 3-5 hari pasca pemasangan
2. Dapat memengaruhi siklus menstruasi (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
3. Tidak mencegah kehamilan ektopik
4. Dapat menyebabkan kenaikan berat badan pada beberapa wanita
5. Tidak melindungi terhadap penyakit menular seksual
6. Rutin memeriksa posisi benang

7. Prosedur medis perlu pemeriksaan pelvik dan kebanyakan perempuan takut selama pemasangan, sedikit nyeri dan perdarahan setelah pemasangan, klien tidak bisa melepas AKDR sendiri, bisa terjadi ekspulsi AKDR (Priyatni dan Rahayu, 2016).

3.6.2 Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) atau Implant

Adalah jenis alat kontrasepsi hormonal yang disusupkan di bawah kulit, biasanya dilengan atas. Efektifitasnya sangat tinggi, angka kegagalannya 1-3% (Purwoastuti, 2017). AKBK merupakan metode kontrasepsi efektif yang dapat memberi perlindungan 5 tahun untuk Norplant, 3 tahun untuk Jadena, Indoplant atau Implanon, terbuat dari bahan semacam karet lunak berisi hormon levonorgestrel, berjumlah 6 kapsul, panjangnya 3,4 cm, diameter 2,4 cm, dan setiap kapsul berisi 36 mg hormon levonorgestrel, cara penyebaran zat kontrasepsi dalam tubuh, yaitu progestin meresap melalui dinding kapsul secara berkesinambungan dalam dosis rendah. Kandungan levonorgestrel dalam darah yang cukup untuk menghambat konsepsi dalam 24 jam setelah pemasangan (Priyatni dan Rahayu, 2016).

Efek Samping

1. Amenorea
2. Perdarahan bercak (spotting) ringan, terutama pada tahun pertama penggunaan
3. Nyeri pada lengan dan atau infeksi pada daerah insersi

Kerugian Pemakaian:

Tidak memberikan efek protektif terhadap penyakit menular seksual termasuk AID's, membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, akseptor tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik, secara kosmetik susuk Norplant dapat terlihat dari luar, terjadi perubahan pola darah haid (spotting), hypermenore atau meningkatnya jumlah darah haid, Amenore (20%) untuk beberapa bulan atau tahun, pemasangan dan pencabutan perlu palatihan (Priyatni dan Rahayu, 2016).

Kontraindikasi:

Kemungkinan hamil, penyakit hati atau tumor hati jinak/ganas, menderita penyakit Tromboembolik aktif, misalnya thrombosis di kaki, paru atau mata, mengalami perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya, adanya benjolan di payudara/dugaan kanker payudara dan mioma uteri, riwayat stroke dan penyakit jantung, Menggunakan obat untuk epilepsi dan tuberculosis (Priyatni dan Rahayu, 2016).

Masalah-masalah lain:

Wanita dengan masalah-masalah di bawah ini bila memakai Norplant memerlukan pemeriksaan ulang yang lebih sering: Diabetes Mellitus, Hypertensi (tekanan darah 160/90 mmHg), nyeri kepala vaskuler atau migraine berat, Epilepsi atau tuberculosis, Depresi, Perokok (terutama berusia di atas 35 tahun)

3.6.3 Kontrasepsi Mantap yaitu MOW dan MOP

1. MOW (Tubektomi); merupakan suatu kontrasepsi permanen untuk mencegah keluarnya ovum dengan cara mengikat atau memotong pada kedua saluran tuba fallopi (pembawa sel telur ke rahim), efektivitasnya mencapai 99 % (Setyan, 2017).

Efek Samping:

1. Risiko trauma internal sedikit lebih tinggi
2. Jika ada kegagalan metode maka ada risiko tinggi kehamilan ektopik (Purwoastuti and Walyani, 2017).

Kerugian Pemakaian:

- a. Peradangan dalam rongga panggul
 - b. Peradangan liang senggama akut (vaginitis-servitis akut)
 - c. Bekas laparotomi
2. MOP (Vasektomi); merupakan operasi kecil yang dilakukan untuk menghalangi keluarnya sperma dengan cara mengikat dan memotong saluran mani (vas defferent) sehingga sel sperma tidak keluar pada saat senggama, efektifitasnya 99% (Setyan, 2017).

Efek Samping:

- Hampir tidak dan risiko trauma internal
- Infeksi serius sangat rendah
- Tidak ada kematian yang berhubungan dengan anestesi (Purwoastuti and Walyani, 2017).

Kerugian Pemakaian:

- Bekas laparotomi

3. KB Hormonal (Priyatni dan Rahayu, 2016)

Adalah metode kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen saja, progesteron saja maupun kombinasi keduanya.

- a. Pil Kombinasi; merupakan jenis alat kontrasepsi yg mengandung 2 hormon (Andalan pil KB, Microgynon) yang harus diminum setiap hari dengan cara kerja Mencegah pengeluaran hormon dari kelenjar hipofise (hormon LH) sehingga tidak terjadi ovulasi, menyebabkan perubahan pada endometrium, sehingga endometrium tidak siap untuk nidasi, menambah kepekatan lender serviks, sehingga sulit dilalui sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula

Efek samping:

Pada permulaan minum pil kadang-kadang mual, pening atau sakit kepala, nyeri payudara, spotting, kelainan seperti ini muncul terutama pada 3 bulan pertama dan lama-kelamaan akan hilang dengan sendirinya

Kerugian Pemakaian:

1. Membosankan karena harus minum setiap hari
2. Mual, pusing terutama pada 3 bulan pertama
3. Perdarahan bercak terutama 3 bulan pertama
4. Nyeri payudara dan kenaikan berat badan walaupun pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif,
5. Amenore, tapi jarang sekali

6. Pil kombinasi, tidak boleh diberikan pada ibu yang menyusui karena akan mengurangi produksi ASI
 7. Pada sebagian kecil wanita dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati sehingga keinginan untuk melakukan hubungan senggama berkurang
 8. Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga risiko stroke dan gangguan pembekuan darah pada vena sedikit meningkat. Pada perempuan usia > 35 tahun keatas dan merokok perlu hati-hati
 9. Tidak mencegah IMS, HIV/AIDS
- b. Suntik Kombinasi; merupakan jenis kontrasepsi yang disuntikkan secara IM, diberikan setiap 1 bulanan dan mengandung 2 hormon, sangat efektif di mana kegagalan hanya 0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan, jenisnya ada 3 yaitu cyclofem sebanyak 1 cc, sedangkan gestin F2 sebanyak 1,5 cc, tetapi kalau cyclogeston sebanyak 1 cc. Mekanisme kerja KB suntik yaitu menekan ovulasi, mengentalkan mucus serviks dan mengganggu pertumbuhan endometrium sehingga menyulitkan implantasi (Perpustakaan, 2017)

Efek Samping:

Gangguan haid berupa amenore, spotting (bercak darah) dan menoragia. Sama halnya dengan kontrasepsi hormonal lainnya yaitu mual, sakit kepala, pusing, menggigil, keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga, Efek samping yang berat jarang dijumpai, kadangkala ibu mengeluh libido berkurang.

Kerugian Pemakaian:

1. Terjadinya perubahan pada pola haid yang tidak teratur, perdarahan, bercak, spotting
2. Terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian
3. Menyebabkan kenaikan berat badan pada beberapa wanita
4. Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan di mana klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan

5. Efektivitas berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberculosis (firampisin).

Yang tidak boleh menggunakan suntik kombinasi adalah: Hamil atau diduga hamil, menyusui di bawah 6 bulan pasca persalinan, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, penyakit hati akut (virus hepatitis), usia lebih 35 tahun dan merokok, riwayat penyakit jantung, stroke, tekanan darah tinggi >180/110 mmhg, riwayat kencing manis > 20 tahun, kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain, keganasan payudara.

- c. Mini Pil: merupakan jenis kontrasepsi yang dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat dan cocok untuk semua ibu menyusui karena tidak menurunkan produksi ASI (Priyatni dan Rahayu, 2016).

Efek Samping

- Ringan
Berupa mual muntah, penambahan berat badan, perdarahan tidak teratur, retensi cairan, edema, mastalgia, sakit kepala, timbulnya jerawat.
- Berat
Dapat terjadi trombo-embolism, kemungkinan karena terjadi peningkatan aktivitas factor-faktor pembekuan atau karena pengaruh vaskuler secara langsung (Priyatni and Rahayu, 2016).

Kerugian Pemakaian:

1. Hampir 30-60 % mengalami gangguan haid (perdarahan, spotting, amenorea).
2. Peningkatan/penurunan berat badan.
3. Saat pertama pemakaian dapat timbul pusing dan spotting
4. Harus rutin diminum setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar.
5. Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis, atau jerawat.

6. Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi risiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil.
 7. Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsy.
 8. Hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka), tetapi sangat jarang terjadi
 9. Tidak melindungi terhadap penyakit menular seksual (Prijatni and Rahayu, 2016).
- d. Kondom; merupakan salah satu metode kontrasepsi barrier sebagai perlindungan ganda apabila akseptor menggunakan kontrasepsi modern dalam mencegah penularan Penyakit Menular Seksual maupun ISR dan juga sebagai alat kontrasepsi (Prijatni dan Rahayu, 2016).

Efek Samping:

1. Kondom dapat tertinggal dalam vagina selama beberapa waktu, menyebabkan wanita mengeluh keputihan yang banyak dan amat berbau, terjadi infeksi ringan.
2. Iritasi local penis
3. Mengurangi kenikmatan hubungan seksual, pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan mempertahankan ereksi (Prijatni dan Rahayu, 2016; Setyan, 2017).

Kerugian Pemakaian:

1. Karena sangat tipis maka kondom mudah robek bila tidak digunakan atau disimpan sesuai aturan
2. Setelah terjadi ejakulasi, pria harus menarik penisnya dari vagina, bila tidak dapat terjadi risiko kehamilan atau penularan penyakit menular seksual
3. Efektivitas tidak terlalu tinggi, tergantung pada pemakaian kondom yang benar.
4. Angka kegagalan cukup tinggi yaitu 3-15 kehamilan per 100 wanita pertahun (Purwoastuti and Walyani, 2017).

- e. Metode Amenore Laktasi/MAL; Merupakan metode kontrasepsi alami yang menggunakan prinsip menyusui secara eksklusif selama 6 bulan penuh tanpa tambahan makanan dan minuman apapun, dengan tingkat keefektifan 98%. MAL memiliki cara kerja berupa penekanan ovulasi, peningkatan hormon prolaktin (hormon pembentukan ASI) usai persalinan menyebabkan penurunan hormon lain seperti LH dan estrogen yang diperlukan untuk pemeliharaan siklus menstruasi hingga ovulasi (pematangan sel telur) tidak terjadi.

Efek Samping:

MAL tidak memiliki efek samping sistemik bagi ibu. Hambatan yang biasa ditemui ibu saat menggunakan metode MAL adalah kurangnya persiapan menyusui sesaat setelah melahirkan. MAL dapat berhasil jika Ibu segera menyusui dalam 30 menit sampai 1 jam pasca persalinan. Selain itu pola pemberian ASI berupa on demand atau menyusui setiap saat bayi membutuhkan dan langsung dari kedua payudara ibu. MAL harus diperhatikan sebagai pilihan kontrasepsi yang tidak boleh dipilih apabila terdapat keadaan-keadaan sebagai berikut:

- Kesulitan pada bayi untuk menyusui pada ibu, misalnya puting susu mendarat atau masuk kedalam, ibu yang bekerja atau memiliki aktivitas lain yang menyebabkan ibu tidak dapat menyusui bayi secara langsung selama 10-12 kali dalam sehari.
- Infeksi pada payudara ibu.
- Ibu positif terinfeksi HIV.

Keterbatasan MAL:

- Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
- Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
- Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/ HBV dan HIV/AIDS.

Bab 4

Pengambilan Keputusan

4.1 Pendahuluan

Keputusan adalah suatu hasil dari pemecahan masalah yang secara tegas harus dihadapi. Berdasarkan KBBI Pengetahuan pengambilan keputusan (Decision Making) yaitu kebijakan atau pemilihan keputusan yang berlandaskan atas kriteria. (Isnaini et al., 2013). Pengambilan Keputusan dapat didefinisikan sebagai suatu proses hasil pemikiran alternative yang dihasilkan tentang prediksi kedepan.

4.2 Dasar-Dasar Pengambilan Keputusan

Menurut (Isnaini et al., 2013) dasar-dasar pengambilan keputusan yang berlaku, antara lain:

1. Intuisi

Pengambilan keputusan berdasarkan perasaan atau intuisi bersifat subjektif yaitu pengaruh dari luar, mudah tersugesti, dan faktor kejiwaan yang lain

2. Pengalaman

Pengalaman dapat dijadikan sebagai pedoman menyelesaikan masalah. Keputusan yang diambil berdasarkan pengalaman sangat bermanfaat untuk pengetahuan praktis. kemampuan dan pengalaman dapat digunakan untuk memperkirakan latar belakang masalah sehingga memudahkan dalam pemecahan masalah.

3. Fakta

Keputusan yang diambil berdasarkan fakta, informasi dan data yang cukup dapat dijadikan sebagai pengambilan keputusan yang solid dan baik.

4. Wewenang

Keputusan yang diambil berdasarkan wewenang akan menimbulkan sifat yang rutin dan mengasosiasikan praktik yang diktatorial. Keputusan yang berdasar pada wewenang seringkali oleh pembuat keputusan dapat melewati permasalahan yang seharusnya dapat dipecahkan justru menjadi tidak jelas atau kabur.

5. Rasional

Keputusan yang diambil dengan bersifat rasional berkaitan dengan daya guna. Masalah-masalah yang akan dihadapi adalah masalah yang bersifat objektif. Di dalam kehidupan bermasyarakat, keputusan yang diambil secara rasional dapat diukur apabila suatu keputusan masyarakat optimal dan dapat terlaksana dalam batas-batas nilai yang ada dimasyarakat dan dapat diakui saat itu.

4.3 Model Pengambilan Keputusan

Pada awalnya hubungan antara dokter dan pasien dalam memutuskan pelayanan yang akan diberikan berpusat pada seorang dokter. Peran pasien adalah sebagai penerima informasi secara pasif dan keputusan secara otomatis berada ditangan dokter/ tenaga kesehatan. Bersamaan dengan perkembangan penerapan etika

dan perkembangan standar pelayanan, pasien memiliki hak untuk menolak, menerima, dan mengubah keputusan. (Manurung, 2013)

Menurut Taylor dalam (Manurung, 2013) ada tiga model dalam pengambilan keputusan kesehatan, yaitu:

1. Paternalism model

Pada pelayanan kesehatan pemberi pelayanan adalah pengambil keputusan yang utama dengan pertimbangan pasien tidak memiliki pemahaman atau pengetahuan yang cukup tentang pengobatan dan perawatan untuk memutuskan atau mengambil keputusan yang baik. Secara profesional pasien seharusnya memahami tindakan diagnostik sesuai dengan teknologi yang digunakan pada saat ini sehingga pasien wajib membuat pilihan sesuai dengan pilihannya sendiri.

2. Patient sovereignty model

Yaitu pasien sebagai pengambilan keputusan yang paling utama di dalam pelayanan kesehatan. Alasan dari model ini yaitu dalam memutuskan suatu masalah tidak ada yang mengetahui secara baik dan mendalam tentang kesehatan kecuali pasien itu sendiri. Kekurangan pada model ini adalah pasien tidak dapat terlindungi dari kelemahan dan penyakit yang perlu dipertimbangkan.

3. Shared decision making model

Yaitu pasien dan petugas kesehatan bersama-sama dalam pengambilan sebuah keputusan akan tindakan. Dasarnya pasien membutuhkan informasi dan dukungan untuk membuat sebuah keputusan terbaik yang berhubungan tentang perawatan dan tindakan medis.

Dari ketiga model tersebut menurut President's Commission, penelitian untuk problem etik kedokteran dan biomedical dan perilaku tahun 1980, menolak untuk menerapkan model paternalism model, patient sovereignty model dan merekomendasikan shared decision making model.

4.4 Penerapan Shared Decision Making Model

Kunci keberhasilan dalam pelaksanaan dalam program keluarga berencana adalah penerapan pengambilan keputusan (shared decision making model) yang terlebih dahulu menjalankan konseling kontrasepsi. Keberhasilan dalam penerapan model ini yaitu meningkatkan akseptor KB berada di setiap dasar model meliputi: bertanya, prioritas, menilai, memberi nasehat, pengakuan, membantu pengambilan keputusan dan mengevaluasi.

Menurut Manurung (2013) langkah-langkah penerapan shared decision making model, yaitu:

1. Bertanya, wawancara yang bersifat motivasi fokus pada pasien dengan mengidentifikasi isu empati dan pemahaman situasi saat ini yang nyata dan berkembang, memberikan bantuan dalam pemecahan suatu masalah, dan resistansi untuk tidak membuat perubahan dan tidak memberi informasi tanpa ijin dari pasien.
2. Eksplorasi harapan dan kebutuhan pasien dengan tetap menguatkan masalah utama pasien selama proses bertanya. Tenaga kesehatan menolong pasien untuk tetap fokus pada kebutuhan alat kontrasepsi yang sesuai dengan kondisinya saat ini.
3. Mengidentifikasi hambatan dan kesulitan dalam penerapan shared decision making model dari tenaga kesehatan dan juga pasien.
4. Menasehati, siap untuk menunda kunjungan ulang dengan tujuan meminimalisir kesalahpahaman antara tenaga kesehatan dengan pasien dan keluarga. Tenaga kesehatan memberikan informasi tentang keuntungan dan risiko serta memberikan waktu untuk datang berkonsultasi dengan tim tenaga kesehatan, anggota keluarga dan sumber daya masyarakat.
5. Persetujuan pilihan alat kontrasepsi oleh pasien sesuai dengan kriteria yang berpusat pada bukti pasien. Berbagi dukungan pada hasil akhir masalah yang dihadapi.
6. Menyediakan alat bantu pengambilan keputusan ber KB untuk membantu dalam pertimbangan pemilihan alat kontrasepsi. Pada tahap

ini pasien dihadapkan pada beberapa alternatif meliputi pro dan kontra pilihan, manfaat dan risiko, suka atau tidak suka, mudah atau penuh tantangan dalam penggunaan pilihan jangka panjang atau jangka pendek. Disini peran petugas adalah memfasilitasi proses dengan menawarkan alat pembuat keputusan pasien.

7. Membuat keputusan setelah pasien dan keluarga paham dan mengenal macam-macam alat kontrasepsi yang sesuai dengan fisik dan mental.
8. Mengevaluasi semua proses berupa peninjauan kembali keputusan yang telah dibuat apabila muncul kekhawatiran pada pilihan yang telah dibuat oleh pasien. Pilihan pasien terhadap alat kontrasepsi yang telah dipilih perlu dievaluasi, pengalaman menggunakan dan tingkat kepuasan ketika menunda dan membatasi kehamilan.

4.5 Proses Pengambilan Keputusan

Menurut Juliastuty & Afiyanti, (2004) proses pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi adalah:

1. Kemauan untuk tidak hamil/melahirkan
Kemauan ibu untuk hamil dan melahirkan merupakan suatu perhatian penting yang menjadi langkah awal dalam pengambilan keputusan pemakaian alat kontrasepsi. Adanya keterbatasan masalah ekonomi di dalam keluarga yang menyebabkan permasalahan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, khususnya dalam hal ini terkait dengan mengasuh anak. Kemauan untuk tidak hamil lagi juga disebabkan karena adanya trauma pada saat melahirkan, bertambahnya usia dan jumlah serta variasi kelamin anak. Bertambahnya usia juga dianggap menimbulkan penurunan tenaga pada saat melahirkan dan kelelahan pada saat mengasuh anak. Kecukupan jumlah anak tidak hanya dilihat dari banyak/ jumlahnya tetapi juga keragaman jenis kelamin anak yang dimiliki.

2. Cara memilih kotrasepsi yang paling tepat

Cara-cara yang digunakan ibu dalam pemilihan alat kontrasepsi adalah: mendengar (listening) cerita tentang alat kontrasepsi, bertanya (asking) mengenai alternative pilihan alat kontrasepsi, dan mendiskusikan/ menegosiasi (discuss & negotiation) cara pemilihan alat kontrasepsi dengan teman ,suami, kader, keluarga, dan tenaga kesehatan. Mendengarkan cerita, seringkali dibarengi dnegan kegiatan mengamati dan melihat secara langsung metode kontrasepsi yang telah dipakai orang yang bercerita. Mendiskusikan tentang metode alat kontrasepsi yang akan dipilih dan akan dipakai nanti kepada anggota keluarga sangatlah penting.

3. Faktor internal yang memengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi

Beberapa faktor internal yang memengaruhi pengambilan keputusan dalam pemakaian alat kontrasepsi yaitu:

a. Pilihan personal

Pilihan personal atau individu merupakan keyakinan seseorang dalam memilih metode alat kontrasepsi yang dianggap dapat memberikan kenyamanan pada saat pemakaian, sehingga calon akseptor bersedia memakai kontrasepsi tersebut. Calon akseptor KB memutuskan untuk memakai suatu metode alat kontrasepsi dikarenakan dianggap nyaman oleh pasangan suami istri

b. Pengetahuan dan persepsi

Pengetahuan dan persepsi tentang macam-macam alat kontrasepsi akan menjadi keputusan calon akseptor. Macam-macam alat kontrasepsi yang menjadi sebuah pertimbangan adalah efek samping, risiko, kontraindikasi, keuntungan, kerugian, efektivitas dan lama pemakaian.

c. Keyakinan Gender

Peran gender secara tradisional akan memengaruhi dalam pengambilan keputusan pemakaian alat kontrasepsi. Calon akseptor meyakini pentingnya peran suami dalam pengambilan keputusan. Calon akseptor yang tidak memiliki pekerjaan sangat bergantung pada keputusan suami berkaitan dengan biaya.

- d. Kesehatan akseptor
Kesehatan merupakan syarat dalam pemilihan dan pemakaian metode kontrasepsi.
4. Faktor eksternal yang memengaruhi pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi
Beberapa faktor eksternal yang memengaruhi pengambilan keputusan yaitu:
 - a. Dukungan sosial
Dukungan sosial yang didapat dari teman, suami, kader, orangtua, dan tenaga kesehatan akan membantu ibu dalam memilih dan memakai alat kontrasepsi.
 - b. Isu sosial
Isu yang sosial yang banyak berkembang pada saat ini dimasyarakat yaitu tentang penggunaan alat kontrasepsi yang sering kali membuat calon akseptor takut untuk menggunakan kontrasepsi tertentu.
 - c. Akses metode dan tempat pelayanan
Akses menuju tempat pelayanan kesehatan reproduksi/ KB di mana pelayanan dan metode kontrasepsi yang diberikan dengan harga yang dapat dijangkau atau gratis serta tidak jauh dari tempat tinggal akan memudahkan untuk mendapatkan metode kontrasepsi.
 - d. Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KIE melalui berbagai media massa akan memberikan informasi yang dapat membantu dalam menentukan pemilihan kontrasepsi.
 - e. Bias Gender
Bias gender dapat memengaruhi hubungan suami istri dalam pemilihan metode pencegahan kehamilan yang tepat dan cocok. Larangan dari suami untuk menggunakan alat kontrasepsi tertentu akan membatasi dalam pemilihan kontrasepsi yang akan dipakai oleh ibu. Larangan tersebut muncul dikarenakan suami khawatir terjadi risiko dan komplikasi dan keterbatasan biaya.

5. Pengambilan keputusan pemakaian kontrasepsi

Pengambilan keputusan dapat dilihat dari bagaimana cara pengambilan keputusan dan konsekuensi yang akan diambil dalam menentukan pengambilan keputusan. Teknik dalam pengambilan sebuah keputusan pemakaian kontrasepsi dapat dilakukan dengan pengambilan keputusan bersama dengan suami dan pengambilan keputusan sendiri. Pengambilan keputusan dengan suami biasanya keputusan memakai metode kontrasepsi berada ditangan suami serta pemilihan metode disetujui oleh suami. Pengambilan keputusan dalam pemakaian kontrasepsi akan memberikan konsekuensi yang berupa pemakaian alat kontrasepsi yang sama, pemakaian alat kontrasepsi yang berbeda/mengganti kontrasepsi yang telah dipakai atau tidak memakai alat kontrasepsi.

6. Dampak pemakaian/ penghentian pemakaian kontrasepsi

Kesejahteraan ibu dan suami sebagai akibat dari pemakaian kontrasepsi yang ditunjukkan dengan kenyamanan psikologis dan fisik serta keluarga. Kenyaman psikologis dapat ditunjukkan dengan adanya tidak ada rasa takut akan hamil dan menambah anak lagi/ perasaan bebas rasa takut akan kemungkinan terjadi kehamilan lagi. Kenyamanan fisik akan muncul ketika tidak terjadi kehamilan, persalinan dan efek samping yang cukup berat atau komplikasi akibat pemakaian kontrasepsi sehingga ibu dapat melakukan aktivitas dengan tenang. Kenyaman sosial dapat ditunjukkan dengan penerimaan oleh keluarga terhadap metode alat kontrasepsi yang dipakai dan akan merasa nyaman karena telah memakai kontrasepsi sesuai dengan permintaan atau persetujuan keluarga. Rasa nyaman menggunakan kontrasepsi tertentu dikarenakan tidak mengganggu hubungan seksual suami istri.

Ketidaksejahteraan dapat terjadi pada ibu ketika tidak dapat mentoleransi efek samping yang akan muncul dari pemakaian alat kontrasepsi atau ketidaktepatan pada saat pemakaian kontrasepsi sehingga ibu memilih untuk menghentikan pemakaian kontrasepsi. Penghentian pemakaian alat kontrasepsi akan menimbulkan terjadinya suatu kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Kehamilan yang tidak diinginkan akan memicu terjadinya borsi dengan minum jamu, minum obat-obatan dan makan-makanan tertentu. Upaya aborsi ini sering ditemui pada ibu dengan kehamilan yang tidak diinginkan.

Bab 5

Upaya Promotif Dan Preventif Terkait Perencanaan Keluarga Dan Kontrasepsi

5.1 Pendahuluan

Pada mulanya, pelaksanaan program Keluarga Berencana (KB) lebih terfokus pada motivasi pasangan suami istri untuk menggunakan alat kontrasepsi dengan indikator *Contraceptive Prevalence Rate*. Namun, keberhasilan program KB tidak hanya diukur dari peningkatan prevalensi kontrasepsi karena pengaruh demografis penggunaan kontrasepsi, tetapi juga tergantung pada efektivitas dan durasi penggunaan kontrasepsi. Pada masa yang akan datang program KB juga harus difokuskan pada upaya mendorong pasangan usia subur untuk menjaga kelangsungan penggunaan kontrasepsi melalui peningkatan kualitas pelayanan KB (Bayu, 2011)

Indonesia merupakan salah satu negara dengan penduduk terbanyak keempat di dunia. Indonesia di prediksi akan mendapat “bonus demografi”, yaitu bonus yang di nikmati suatu negara sebagai akibat dari besarnya proporsi penduduk produktif (rentang usia 15–64 tahun) dalam evolusi kependudukan yang dialaminya, yang diperkirakan terjadi pada tahun 2020–2030. Untuk

mempersiapkan kondisi ini, maka pemerintah perlu mengantisipasi masalah-masalah yang mungkin terjadi, di antaranya dengan program Keluarga Berencana (Pusat Pendidikan Pelatihan, 2014).

Pertambahan penduduk terus terjadi dalam jumlah besar karena upaya penurunan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) dan Angka Fertilitas Total (Total Fertility Rate/TFR) belum mencapai hasil sebagaimana yang diharapkan. Indonesia merupakan negara berkembang, berdasarkan hasil sensus penduduk pada tahun 2010 tercatat 238.518.000 jiwa, hingga pada tahun 2017 jumlah penduduk di Indonesia mencapai 261. Rata-rata laju pertumbuhan penduduk di Indonesia masih cukup tinggi sehingga menunjukkan akan terjadi ledakan penduduk. Salah satu cara yang dapat dilakukan dalam mengendalikan pertumbuhan penduduk serta percepatan penurunan Angka Kematian Ibu adalah dengan penguatan pelayanan program Keluarga Berencana (KB) dan pemakaian alat kontrasepsi secara sukarela kepada pasangan usia subur (PUS). Pemilihan kontrasepsi berdasarkan efektivitasnya dikategorikan menjadi dua pilihan yaitu MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang) dan Non-MKJP (Non-Metode Kontrasepsi Jangka Panjang) (Lia Rosa Veronika Sinaga, Jasmen Manurung, Henny Arwina Bangun, 2020)

5.2 Definisi Upaya Promotif dan Preventif

Definisi Upaya promotif dan preventif menurut (Notoadmodjo, 2007) bahwa: “Suatu kegiatan atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi. Sedangkan upaya preventif adalah suatu kegiatan pencegahan suatu masalah kesehatan/penyakit dan gangguan kesehatan. Promosi kesehatan adalah suatu proses untuk memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka, dengan promosi kesehatan kata lain adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga masyarakat mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri “.

Sedangkan Menurut Leavel dan Clark bahwa:

“Upaya promotif dan preventif yang disebut juga upaya pencegahan adalah kegiatan yang dilakukan baik langsung maupun tidak langsung untuk mencegah

suatu masalah kesehatan atau penyakit. Pencegahan berhubungan dengan masalah kesehatan atau penyakit yang spesifik dan meliputi perilaku menghindar”.

Pelayanan promotif dan preventif merupakan pelayanan kesehatan masyarakat yang harus lebih diutamakan dan diperhatikan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat kearah yang lebih baik (UU No. 36, 2009).

Pelayanan promotif dan preventif di bidang KB adalah pelayanan yang diberikan untuk menyiapkan remaja dan pasangan usia subur, ibu hamil, bersalin dan nifas agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas, menjamin kelangsungan hidup, tumbuh kembang dan terpenuhinya hak kesehatan secara optimal, mencegah dan mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu, bayi baru lahir, bayi dan anak balita (Umma, 2018) Kegiatan promotif pelayanan keluarga berencana yang dilakukan oleh petugas PLKB berupa penyuluhan tentang perencanaan keluarga, jenis-jenis KB kepada masyarakat dan konseling serta alat-alat KB kepada pasangan usia subur.

Adapun Kegiatan promotif dalam pelayanan Kontrasepsi yaitu:

1. Pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas termasuk perlindungan efek samping, komplikasi, dan kegagalan alat kontrasepsi dengan memperhatikan hak-hak reproduksi, serta pelayanan infertilitas.
2. Pemerintah, Pemerintah Daerah dan Pemerintah Kabupaten/Kota bertanggung jawab dan menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, obat kontrasepsi, penanganan komplikasi dan kegagalan dalam memberikan pelayanan keluarga berencana yang aman, bermutu dan terjangkau oleh masyarakat
3. Pelayanan Keluarga Berencana dilaksanakan di fasilitas kesehatan perorangan dan masyarakat tingkat pertama, kedua dan ketiga.
4. Pelayanan Keluarga Berencana diselenggarakan setelah calon akseptor mendapat informasi lengkap, sesuai pilihan, dapat diterima, dan diberikan dengan mempertimbangkan usia, jarak kelahiran, jumlah anak, dan kondisi kesehatannya.

5.3 Manfaat Upaya Promotif dan Preventif

Upaya Promotif dan Preventif bermanfaat untuk:

1. Menurunkan angka kesakitan
2. Meningkatkan presentase kasus yang di deteksi dini
3. Menurunkan kejadian komplikasi
4. Meningkatkan kualitas hidup (Nurul Jannah, 2017)

Berdasarkan “Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013” Pasal 21 ayat 1: Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan yaitu:

1. Penyuluhan kesehatan perorangan;
2. Imunisasi dasar;
3. Keluarga berencana; dan
4. Skrining kesehatan

Pasal 21 ayat 3: Pelayanan keluarga berencana sebagaimana dimaksud meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana

5.4 Perencanaan Keluarga Dan Kontrasepsi

Pelayanan KB adalah salah satu bentuk upaya kesehatan promotif dan preventif perorangan. Implementasi pendekatan life cycle dan prinsip continuum of care dalam Pelayanan KB terlihat dari jenis pelayanan dan sasaran yang dituju. Pelayanan KB mulai diberikan kepada remaja berupa pemberian informasi tentang Kesehatan Reproduksi yang terintegrasi dalam Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).

Untuk calon pengantin, pelayanan KB diberikan dalam bentuk pemberian informasi sebagai bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi. Pelayanan KB kepada ibu hamil diberikan terintegrasi dengan pelayanan antenatal dalam bentuk konseling KB pasca-persalinan, penggunaan Buku KIA, Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), maupun pemberian informasi dalam Kelas Ibu Hamil. Apabila setelah melahirkan seorang ibu belum menggunakan kontrasepsi, maka pada saat memberikan pelayanan nifas petugas kesehatan dapat melakukan konseling KB pasca-persalinan dan pelayanan KB pasca-persalinan. Untuk PUS yang tidak sedang hamil Pelayanan KB diberikan dalam bentuk konseling dan pelayanan KB dengan tujuan merencanakan dan menjarangkan atau membatasi kehamilan (Direktorat Jendral Bina Gizi Dan Kesehatan Ibu dan Anak, 2013).

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 BAB I Pasal 1 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga sebagai landasan hukum yang berisikan: Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas”. UU ini mendukung program KB sebagai salah satu upaya untuk mewujudkan keluarga sehat dan berkualitas. Pengaturan Kehamilan dalam Program KB dilakukan dengan menggunakan alat kontrasepsi.

5.4.1 Perencanaan Keluarga

“Pengertian Keluarga Sejahtera (KS) adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material yang layak, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antara anggota dan antar keluarga dengan masyarakat dan lingkungannya”. Setiap tahun, setengah juta ibu meninggal dunia karena masalah yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan keguguran yang tidak aman. Sebagian besar kematian ini sebetulnya bisa dicegah dengan keluarga berencana.

Sebagai contoh perencanaan keluarga yang baik akan mencegah bahaya yang berkaitan dengan kehamilan seperti berikut ini:

1. Terlalu muda

Wanita di bawah umur 17 tahun lebih sering mengalami kematian karena persalinan dan tubuh belum cukup matang untuk

melahirkan. Bayi-bayi mereka lebih sering meninggal sebelum mencapai umur 1 tahun

2. Terlalu Tua

Wanita usia subur yang sudah tua akan mengalami bahaya, terutama bila mereka mempunyai masalah kesehatan lain atau sudah terlalu banyak melahirkan.

3. Terlalu dekat

Tubuh wanita memerlukan waktu untuk memulihkan tenaga dan kekuatan di antara kehamilan.

4. Terlalu banyak

Seorang wanita dengan anak lebih dari 4 akan lebih sering mengalami kematian karena perdarahan saat persalinan dan penyebab lain (Irianto, 2009).

Tujuan hidup berumah tangga adalah membentuk keluarga yang sehat, bahagia, dan bermanfaat bagi masyarakat. Tujuan tersebut sebenarnya bisa dicapai dengan melakukan persiapan matang. Perencanaan persiapan pasangan yang baru memulai rumah tangga. Semua harus direncanakan karena berdampak besar pada kesejahteraan dan kelangsungan keluarga. Perencanaan yang diperlukan antara lain menentukan jumlah anak, waktu kehamilan, dan menjaga jarak antar kehamilan keluarga yang matang, termasuk perencanaan kehamilan.

Pola Perencanaan Keluarga dan Penggunaan Kontrasepsi Yang Rasional

1. Seorang perempuan telah dapat melahirkan segera setelah ia mendapat haid yang pertama. Kesuburan seorang perempuan terus berlangsung sampai ia mati haid (menopause)
2. Kehamilan dan kelahiran yang terbaik, artinya risikonya paling rendah untuk ibu dan anak adalah antara 20-35 tahun
3. Persalinan yang pertama dan kedua risikonya paling rendah
4. Jarak antara kelahiran sebaiknya 2-4 tahun
5. Berdasarkan factor-faktor tersebut diatas, dapat dibuat perencanaan keluarga dan pemilihan kontrasepsi yang rasional (Pinem, 2009)

5.4.2 Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata ‘kontra’ yang berarti mencegah/menghalangi dan ‘konsepsi’ yang berarti pembuahan atau pertemuan antara sel telur dengan sperma. Jadi kontrasepsi dapat diartikan sebagai suatu cara untuk mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur dengan sperma. Metode kontrasepsi meliputi metode barrier, kontrasepsi hormonal, AKDR, sterilisasi dan metode perilaku. Metode ini digunakan sebelum atau selama berhubungan seks (Ida Prijatni, 2016).

Akses terhadap pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu merupakan suatu unsur penting dalam upaya mencapai pelayanan Kesehatan Reproduksi sebagaimana tercantum dalam program aksi dari International Conference on Population and Development, Kairo 1994. Secara khusus dalam hal ini termasuk hak setiap orang untuk memperoleh informasi dan akses terhadap berbagai metode kontrasepsi yang aman, efektif, terjangkau, dan akseptabel. Sementara itu, peran dan tanggung jawab pria dalam Keluarga Berencana perlu ditingkatkan, agar dapat mendukung kontrasepsi oleh istrinya, meningkatkan komunikasi di antara suami istri, meningkatkan penggunaan metode kontrasepsi pria, meningkatkan upaya pencegahan IMS, dan lain-lain.

Pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu meliputi hal-hal antara lain:

1. Pelayanan perlu disesuaikan dengan kebutuhan klien
2. Klien harus dilayani secara profesional dan memenuhi standar pelayanan
3. Kerahasiaan dan privasi perlu dipertahankan
4. Upayakan agar klien tidak menunggu terlalu lama untuk dilayani
5. Petugas harus memberi informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia
6. Petugas harus menjelaskan kepada klien tentang kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi
7. Fasilitas pelayanan harus memenuhi persyaratan yang ditentukan
8. Fasilitas pelayanan tersedia pada waktu yang ditentukan dan nyaman bagi klien
9. Bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup
10. Terdapat mekanisme supervisi yang dinamis dalam rangka membantu menyelesaikan masalah yang mungkin timbul dalam pelayanan.

11. Ada mekanisme umpan balik yang relatif dari klien

Dalam upaya meningkatkan keberhasilan program Keluarga Berencana diperlukan petugas terlatih yang:

1. Mampu memberikan informasi kepada klien dengan sabar, penuh pengertian, dan peka
2. Mempunyai pengetahuan, sikap positif, dan keterampilan teknis untuk memberi pelayanan dalam bidang kesehatan reproduksi
3. Memenuhi standar pelayanan yang sudah ditentukan
4. Mempunyai kemampuan mengenal masalah
5. Mempunyai kemampuan mengambil langkah-langkah yang tepat dalam mengatasi masalah tersebut, termasuk kapan dan kemana merujuk jika diperlukan
6. Mempunyai kemampuan penilaian klinis yang baik
7. Mempunyai kemampuan memberi saran-saran untuk perbaikan program
8. Mempunyai pemantauan dan supervisi berkala
9. Pelayanan program Keluarga Berencana yang bermutu membutuhkan:
10. Pelatihan staf dalam bidang konseling, pemberian informasi dan keterampilan teknis
11. Informasi yang lengkap dan akurat untuk klien agar mereka dapat memilih sendiri metode kontrasepsi yang akan digunakan
12. Suasana lingkungan kerja di fasilitas kesehatan berpengaruh terhadap kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan yang bermutu, khususnya dalam kemampuan teknis dan interaksi interpersonal antara petugas dan klien
13. Petugas dan klien mempunyai visi yang sama tentang pelayanan yang bermutu (Ida Prijatni, 2016).

Pelayanan Kontrasepsi mempunyai tujuan yaitu:

1. Tujuan Umum: Pemberian dukungan dan pemantapan penerimaan gagasan KB yaitu dihayatinya NKBS
2. Tujuan Pokok: Penurunan angka kelahiran yang bermakna Guna Mencapai Tujuan Tersebut, ditempuh kebijaksanaan menggolongkan Pelayanan KB kedalam tiga fase yaitu:
 - a. Fase Menunda kehamilan/kesuburan
 - b. Fase Menjarangkan kehamilan
 - c. Fase Menghentikan/mengakhiri kehamilan/kesuburan (Pinem, 2009)

5.4.3 Fase Menunda Kehamilan

Pasangan Usia Subur (PUS) dengan Usia kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilan karena:

1. Usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan
2. Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda
3. Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pasangan muda frekuensi bersenggamanya relatif tinggi, sehingga kegagalan juga tinggi
4. Penggunaan IUD mini bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra indikasi terhadap pil oral.

5.4.4 Fase Menjarangkan Kehamilan

Pada fase ini usia isteri anatar 20-30 /35 tahun, merupakan periode usia yang paling baik untuk hamil dan melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antar kelahiran 2-4 tahun yang dikenal sebagai catur warga.

Alasan menjarangkan kehamilan adalah:

1. Usia antara 20-30 tahun merupakan usia yang terbaik untuk hamil dan melahirkan

2. Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama
3. Kegagalan yang menyebabkan kehamilan cukup tinggi namun disini tidak/kurang berbahaya karena yang bersangkutan berada pada usia hamil dan melahirkan yang baik
4. Kegagalan kontrasepsi di sini bukan merupakan kegagalan program.

5.4.5 Fase Menghentikan / Mengakhiri Kehamilan/Kesuburan

Usia isteri di atas 30 tahun, terutama diatas 35 tahun, sebaliknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah:

1. Karena alasan medis dan alasan lainnya, ibu-ibu dengan usia diatas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/tidak punya anak lagi.
2. Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap
3. Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai resiko kemungkinan timbulnya akibat sampingan dan komplikasi (Pinem, 2009)

Bab 6

Membandingkan Metode Kontrasepsi

6.1 Pendahuluan

Pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang memiliki banyak keuntungan, beberapa program untuk meningkatkan pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang di Indonesia telah dilakukan seperti pemerintah telah menerapkan kebijakan kepada masyarakat Indonesia untuk menggunakan metode kontrasepsi yang efektif, efisien, dan jangka panjang Terdapat banyak faktor yang memengaruhi seseorang dalam pemilihan kontrasepsi yang akan digunakan. Faktor yang menjadi pertimbangan seseorang dalam memilih alat kontrasepsi antara lain faktor individu, faktor kesehatan, dan faktor metode kontrasepsi seperti biaya, dan efek samping (Hartanto, 2015)

Menurut teori Green and perilaku seseorang dalam menetapkan pilihan kontrasepsi dipengaruhi oleh faktor faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, karakteristik sosio-demografi), dan faktor pemungkin (lingkungan fisik, ketersediaan sarana dan prasarana). (Green, L. , & Kreuter, 2005) Berbagai faktor memengaruhi tingkat penggunaan kontrasepsi. Suami masih memiliki peran yang kuat pengaruhnya untuk menentukan penggunaan metode KB oleh istri. Dukungan suami kepada isteri untuk menggunakan kontrasepsi jenis

tertentu mencapai 100% (Mboane, R. , & Bhatta, 2015). Budaya patrilineal yang masih kental dalam masyarakat, dan adanya anggapan bahwa Keluarga Berencana adalah urusan perempuan merupakan faktor yang memengaruhi pengambilan keputusan dalam Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi. Perempuan yang berperan sebagai isteri seringkali terabaikan haknya dalam sebuah rumah tangga, padahal hal tersebut merupakan hak yang paling hakiki, termasuk dalam keputusan menjadi akseptor (Balogun, et; al, 2016).

6.2 Kontrasepsi

Definisi Kontrasepsi Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen. Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. (Fitrianingsih and Melaniani, 2016).

Efektivitas (Daya Guna) Kontrasepsi 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 di mana pemakaiannya dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pemakaian yang tidak hati-hati, kurang disiplin dengan aturan pemakaian dan sebagainya.

6.3 Memilih Metode Kontrasepsi

Menurut Hartanto (2015), ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam memilih kontrasepsi. Metode kontrasepsi yang baik ialah kontrasepsi yang memiliki syarat-syarat sebagai berikut: a. Aman atau tidak berbahaya b. Dapat

diandalkan c. Sederhana d. Murah e. Dapat diterima oleh orang banyak f. Pemakaian jangka lama (continuation rate tinggi).

Faktor-faktor dalam memilih metode kontrasepsi yaitu:

1. Faktor pasangan 1) Umur, 2) Gaya hidup 3) Frekuensi senggama 4) Jumlah keluarga yang diinginkan 5) Pengalaman dengan kontraseptivum yang lalu 6) Sikap kewanitaan 7) Sikap kepriaan.
2. Faktor kesehatan 1) Status kesehatan 2) Riwayat haid 3) Riwayat keluarga 4) Pemeriksaan fisik 5) Pemeriksaan panggul.

6.3.1 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), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptomermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Hartanto, 2015).
2. Metode Kontrasepsi Hormonal Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetis) 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 (Sulistiyawati, 2011).
3. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetis (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormon AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Levonorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Levonorgestrel (Hartanto, 2015).
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 (Astia, Santony and Sumijan, 2019)

6.3.2 Kontrasepsi Hormonal

1. Definisi Kontrasepsi Hormonal Kontrasepsi hormonal merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif dan reversibel untuk mencegah terjadinya konsepsi (Baziad, 2008). Kontrasepsi hormonal merupakan kontrasepsi di mana estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap folikel dan proses ovulasi
2. Mekanisme Kerja Kontrasepsi Hormonal Hormon estrogen dan progesteron memberikan umpan balik, terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi. Melalui hipotalamus dan hipofisis, estrogen dapat menghambat pengeluaran Folicle Stimulating Hormone (FSH) sehingga perkembangan dan kematangan Folicle De Graaf tidak terjadi. Di samping itu progesteron dapat menghambat pengeluaran Hormone Luteinizing (LH). Estrogen mempercepat peristaltik tuba sehingga hasil konsepsi mencapai uterus endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi (Green, L. , & Kreuter, 2005).

Selama siklus tanpa kehamilan, kadar estrogen dan progesteron bervariasi dari hari ke hari. Bila salah satu hormon mencapai puncaknya, suatu mekanisme umpan balik (feedback) menyebabkan mula-mula hipotalamus kemudian kelenjar *hypophyse* mengirimkan isyarat-isyarat kepada ovarium untuk mengurangi sekresi dari hormon tersebut dan menambah sekresi dari hormon lainnya. Bila terjadi kehamilan, maka estrogen dan progesteron akan tetap dibuat bahkan dalam jumlah lebih banyak tetapi tanpa adanya puncak-puncak siklus, sehingga akan mencegah ovulasi selanjutnya. Estrogen bekerja secara primer untuk membantu pengaturan hormon *realising factors of hipotalamus*,

membantu pertumbuhan dan pematangan dari ovum di dalam ovarium dan merangsang perkembangan endometrium. Progesteron bekerja secara primer menekan atau depresi dan melawan isyarat-isyarat dari hipotalamus dan mencegah pelepasan ovum yang terlalu dini atau prematur dari ovarium, serta juga merangsang perkembangan dari endometrium (Hartanto, 2015).

Adapun efek samping akibat kelebihan hormon estrogen, efek samping yang sering terjadi yaitu rasa mual, retensi cairan, sakit kepala, nyeri pada payudara, dan *fluor albus* atau keputihan. Rasa mual kadang-kadang disertai muntah, diare, dan rasa perut kembung. Retensi cairan disebabkan oleh kurangnya pengeluaran air dan natrium, dan dapat meningkatkan berat badan. Sakit kepala disebabkan oleh retensi cairan. Kepada penderita pemberian garam perlu dikurangi dan dapat diberikan diuretik. Kadang-kadang efek samping demikian mengganggu akseptor, sehingga hendak menghentikan kontrasepsi hormonal tersebut. Dalam kondisi tersebut, akseptor dianjurkan untuk melanjutkan kontrasepsi hormonal dengan kandungan hormon estrogen yang lebih rendah. Selain efek samping kelebihan hormon estrogen, hormon progesteron juga memiliki efek samping jika dalam dosis yang berlebihan dapat menyebabkan perdarahan tidak teratur, bertambahnya nafsu makan disertai bertambahnya berat badan, acne(jerawat), alopsia, kadang-kadang payudara mengecil, fluor albus(keputihan), hipomenorea. Fluor albus yang kadang-kadang ditemukan pada kontrasepsi hormonal dengan progesteron dalam dosis tinggi, disebabkan oleh meningkatnya infeksi dengan candida

Komponen estrogen menyebabkan mudah tersinggung, tegang, retensi air, dan garam, berat badan bertambah, menimbulkan nyeri kepala, perdarahan banyak saat menstruasi, meningkatkan pengeluaran leukorhea, dan menimbulkan perlunakan serviks. Komponen progesteron menyebabkan payudara tegang, acne (jerawat), kulit dan rambut kering, menstruasi berkurang, kaki dan tangan sering kram (Mboane, R. , & Bhatta, 2015).

6.3.3 Macam-Macam Kontrasepsi Hormonal

1. Kontrasepsi Pil

- a. Pengertian Pil oral akan menggantikan produksi normal estrogen dan progesteron oleh ovarium. Pil oral akan menekan hormon ovarium selama siklus haid yang normal, sehingga juga menekan releasing-factors di otak dan akhirnya mencegah ovulasi. Pemberian Pil Oral bukan hanya untuk mencegah ovulasi, tetapi

juga menimbulkan gejala-gejala pseudo pregnancy (kehamilan palsu) seperti mual, muntah, payudara membesar, dan terasa nyeri (Hartanto, 2002).

- b. Efektivitas Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5-99,9% dan 97% (Sulistyawati, 2011).
 - c. Jenis KB Pil menurut Sulistyawati (2013) yaitu: a) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari. b) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi. c) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.
 - d. Cara kerja KB Pil menurut (Hartanto, 2015) yaitu: a) Menekan ovulasi b) Mencegah implantasi c) Mengentalkan lendir serviks d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.
 - e. Keuntungan KB Pil menurut (Sulistyawati, 2011) yaitu: a) Tidak mengganggu hubungan seksual b) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia) c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang d) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause e) Mudah dihentikan setiap saat f) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan g) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, dismenorhea.
 - f. Keterbatasan KB Pil menurut (Green, L. , & Kreuter, 2005) yaitu: a) Amenorhea b) Perdarahan haid yang berat c) Perdarahan di antara siklus haid d) Depresi e) Kenaikan berat badan f) Mual dan muntah
2. Suntikan kombinasi Alat kontrasepsi lain yang bisa Anda coba adalah suntikan. Suntikan pertama diberikan antara hari ke-1 hingga ke-7

siklus haid. Suntikan berikutnya diberikan dengan jarak waktu 4 minggu dari suntikan pertama dan seterusnya. Suntikan diberikan secara intramuskular. Kelebihan Sangat efektif. Tidak mengganggu hubungan seksual. Efek jangka menengah. Kekurangan Perubahan pola haid. Mual, sakit kepala, nyeri payudara. Harus kembali ke layanan kesehatan setiap jadwal penyuntikan. Kembalinya kesuburan setelah penghentian dapat terlambat. Tidak dapat digunakan oleh wanita menyusui, di atas 35 tahun, dengan tekanan darah tinggi, riwayat stroke, dan riwayat penyakit jantung.

3. Suntikan progestin Terdapat dua jenis suntikan progestin, yaitu DMPA (depo medroksiprogesteron asetat) dan NE (noretisteron enantat). Sama seperti suntikan kombinasi, suntikan progestin pertama diberikan pada hari ke 1-7 haid. Suntikan DMPA diberikan tiap 3 bulan atau 90 hari, sedangkan suntikan NE diberikan tiap 2 bulan atau 8 minggu dilanjutkan tiap 12 minggu mulai suntikan kelima. Kelebihan Efektivitas tinggi. Efek jangka menengah. Tidak mengganggu hubungan seksual. Tidak berpengaruh terhadap penyakit jantung dan pembekuan darah. Tidak berpengaruh terhadap produksi ASI. Kekurangan Gangguan haid (siklus tidak teratur, menoragia, spotting/flek). Harus kembali ke layanan kesehatan saat jadwal penyuntikan. Meningkatnya berat badan. Kesuburan dapat kembali kurang lebih 4 bulan setelah penghentian.
4. Pil progestin (minipil) Alat kontrasepsi ini harus diminum setiap hari pada jam yang sama. Bila terlambat minum pil lebih dari 3 jam, segera minum, dan menggunakan kontrasepsi kondom bila ingin berhubungan seksual. Bila lupa minum 1-2 pil, minum segera saat ingat dan gunakan kondom hingga akhir bulan. Kelebihan Sangat efektif bila dikonsumsi dengan benar. Tidak mengganggu produksi ASI. Tidak mengganggu hubungan seksual. Kesuburan cepat kembali. Kekurangan Gangguan haid. Pil harus diminum secara teratur atau risiko kegagalan menjadi besar.
5. Intrauterine Device (IUD) Perangkat kecil berbentuk T ini terbuat dari bahan yang mengandung hormon progesteron atau plastik serta

tembaga, dan dipasang di dalam rahim wanita oleh tenaga medis profesional. IUD adalah alat kontrasepsi yang bertahan lama. Beberapa IUD mengandung hormon yang secara bertahap dilepaskan untuk mencegah kehamilan.

6. Alat Kontrasepsi Penghalang

- a. Kondom Alat kontrasepsi ini merupakan sarung berbahan lateks atau non lateks yang dipasang pada penis selama hubungan seksual. Manfaat lain dari kondom, selain mencegah kehamilan juga dapat mencegah infeksi menular seksual karena menghalangi kontak langsung penis dengan vagina. Cara kerjanya adalah dengan menghalangi pertemuan sperma dan ovum dengan mengumpulkan cairan ejakulasi di ujung sarung. Kelebihan Cukup efektif bila digunakan secara rutin. Mencegah infeksi menular seksual. Tidak mengganggu produksi ASI. Tidak memiliki efek sistemik. Murah dan mudah didapat. Kekurangan Kadang menimbulkan rasa tidak nyaman selama hubungan seksual.
- b. Contraceptive sponge Alat kontrasepsi lainnya adalah contraceptive sponge. Cara penggunaannya sangat mudah yaitu dengan memasukannya ke dalam vagina. Contraceptive sponge menjadi penghalang sperma untuk mencapai sel telur.
- c. Diafragma Diafragma adalah alat berbentuk kubah yang dimasukkan ke dalam vagina dan diletakkan di atas serviks. Diaphragm cocok dengan tempatnya di belakang tulang kemaluan wanita dan memiliki cincin yang kuat serta fleksibel—yang membantunya menekan dinding vagina. Diaphragm biasa digunakan bersama spermisida. (Hartanto, 2015)

7. Alat Kontrasepsi Permanen

- a. Implan Terdapat tiga jenis implan, yaitu norplan (6 batang) dengan lama kerja 5 tahun, implanon (1 batang) dengan lama kerja 3 tahun, dan indoplan atau jadena (2 batang) dengan lama kerja 3 tahun. Pemasangan implan dilakukan di layanan kesehatan dengan bantuan bidan atau dokter. Pemasangan ini dilakukan pada antara hari 2-7 siklus haid. Kelebihan Sangat efektif. Efek jangka panjang.: Kesuburan dapat kembali setelah dicabut. Tidak

- mengganggu hubungan seksual.:Tidak mengganggu produksi ASI. Kekurangan Gangguan haid. Mual, muntah, nyeri kepala. Pemberhentian penggunaan harus dilakukan cabut implan di layanan kesehatan.
- b. AKDR Alat Kontrasepsi Dalam Rahim merupakan alat yang dipasang dalam rahim untuk mencegah terjadinya kehamilan. Cara kerjanya adalah dengan mengganggu pertemuan sperma dan ovum dengan mengubah kekentalan cairan di rahim dan tuba falopi sehingga mengganggu pergerakan sperma dan mencegah implantasi sel telur yang dibuahi. Kelebihan Efektivitas tinggi hingga 99%. Efektif segera setelah pemasangan. Tahan lama (5 tahun). Tidak ada efek samping hormonal dan tidak mengganggu produksi ASI. Tidak memengaruhi hubungan seksual. Kekurangan Siklus haid tidak teratur. Haid lama dan banyak. Spotting/ flek. Nyeri haid. Penggunaan alat kontrasepsi jenis ini perlu dikonsultasikan dengan dokter karena terdapat beberapa kontraindikasi pada keadaan-keadaan kesehatan tertentu. (Fitrianingsih and Melaniani, 2016)
8. Kontap Kontrasepsi mantap atau sterilisasi Merupakan bentuk kontrasepsi permanen. Pada pria prosedur ini disebut vasektomi, sedangkan pada wanita adalah tubektomi. Pada dasarnya tindakan keduanya sama, yaitu dengan menyumbat saluran reproduksi baik dengan memotong dan mengikat maupun memasang cincin. Kelebihan Sangat efektif. Tidak ada perubahan fungsi seksual. Cocok untuk ibu yang bila terjadi kehamilan akan membahayakan nyawanya. Kekurangan Walaupun kini dapat dilakukan rekanalisasi, namun perlu diperhatikan sifatnya yang permanen. (Kristanto, 2019)
 9. Alat Kontrasepsi Alami
 - a. Metode Lendir Serviks Cara mengontrol kehamilan yang pertama adalah lendir serviks dan pengukuran suhu basal. Cara kerja keduanya didasarkan pada perubahan fisiologis tubuh wanita saat keadaan ovulasi. Lendir serviks dilakukan dengan cara menilai konsistensi cairan keputihan pada masa ovulasi. Ovulasi ditandai

dengan cairan yang encer, jernih, dan licin seperti putih telur. Pengukuran suhu basal merupakan pengukuran suhu tubuh saat bangun tidur sebelum melakukan aktivitas apapun, saat ovulasi biasanya suhu tubuh akan naik sekitar 0,2 derajat Celcius selama tiga hari berturut-turut. Keuntungan dari metode alamiah ini adalah murah dan tidak adanya efek samping yang perlu dikhawatirkan. Namun, kekurangannya adalah risiko kegagalan cukup tinggi bila tidak dilakukan secara tertib dan tidak menutup kemungkinan terjadinya infeksi menular seksual.

- b. Coitus interruptus Coitus interruptus atau dikenal dengan metode penarikan adalah metode pengendali kehamilan dengan cara mengeluarkan penis dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi. Meski tidak sepenuhnya mencegah kehamilan, sekitar 80 persen pasangan yang menggunakan coitus interruptus efektif mencegah kehamilan. Namun cara ini tergantung seberapa hati-hati dan konsisten digunakan.
- c. Alat Kontrasepsi Darurat Merupakan suatu jenis alat kontrasepsi yang digunakan sesudah hubungan seksual dan sebelum terjadinya implantasi sel telur yang dibuahi pada rahim. Alat kontrasepsi ini digunakan pada keadaan: Kesalahan pemakaian alat kontrasepsi: kondom bocor atau lepas, diafragma sobek, salah hitung masa subur, lepasnya AKDR, lupa minum pil KB >2 hari, terlambat suntik KB 1 bulan >1 minggu, terlambat suntik KB 3 bulan >2 minggu Perempuan korban perkosaan kurang dari 72 jam. Alat kontrasepsi darurat dapat berupa AKDR maupun pil, baik kombinasi maupun satu jenis hormon. (Asih, L. , 2009).

Bab 7

Konseling Kontrasepsi

7. 1 Pendahuluan

Indonesia mempunyai kebijakan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk diantaranya melalui program Keluarga Berencana (KB). Keluarga Berencana adalah suatu upaya dilakukan manusia untuk mengatur secara sengaja kehamilan dalam keluarga tidak melawan hukum dan moral pancasila untuk kesejahteraan keluarga. Melalui program KB akan terjadi pengendalian pertumbuhan jumlah penduduk sehingga dapat meningkatkan tingkat kesehatan dan kesejahteraan bagi keluarga. Pelayanan KB yang berkualitas tidak hanya berkaitan dengan pelayanan dalam pemasangan alat kontrasepsi, akan tetapi juga berkaitan dengan pemberian komunikasi Interpersonal/Konseling (KIP/K) kepada akseptor. (Sandi, 2018)

Seorang tenaga kesehatan khususnya bidan sangat penting dalam memperhatikan hal-hal yang berkaitan dengan salah satu perannya yaitu, ketika melakukan komunikasi interpersonal/konseling (KIP/K), pentingnya KIP, perilaku dalam KIP, tujuan konseling, ciri konselor yang efektif, dan proses konseling. Dalam tugas kesehariannya, bidan selalu berhubungan dengan klien di mana dalam berhubungan tidak lepas dari penggunaan komunikasi, baik secara verbal maupun non verbal. Tanpa kita sadari, dalam melakukan komunikasi ternyata kita lebih banyak menggunakan komunikasi secara non verbal dibandingkan dengan yang verbal. Dalam berkomunikasi, sekitar 55%

kita menggunakan bahasa tubuh seperti mengangguk, menggeleng, melambaikan tangan, dan lain-lain, 38% menggunakan nada suara (nada suara yang tinggi bisa diartikan kemarahan), dan hanya sekitar 7% yang menggunakan bahasa verbal. Jadi, sekitar 93% kita menggunakan bahasa non verbal dalam berkomunikasi. (RI, 2016b)

Pentingnya kualitas konseling masalah kontrasepsi oleh setiap tenaga kesehatan khususnya bidan dan para dokter harus ditingkatkan. Karena masih banyak ibu muda yang sudah mempunyai anak, belum paham kontrasepsi apa yang harus digunakan pasca melahirkan. Mereka sangat kurang mendapat informasi tentang kontrasepsi, sehingga dengan adanya konseling sejak dini, para ibu hamil telah diberikan pengetahuan tentang alat kontrasepsi yang digunakan atau dipilih kelak setelah melahirkan anak. (Sandi, 2018)

Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya, di samping itu dapat membuat klien merasa lebih puas (Kebidanan, Purwokerto and Wahid, 2010).

7.2 Pengertian Konseling

Secara etimologi, konseling berasal dari bahasa Latin “Consilium” artinya dengan atau bersama yang dirangkai dengan menerima atau memahami sedangkan dalam bahasa Anglo Saxon adalah “Sellan” yang berarti menyerahkan atau menyampaikan. Sedangkan menurut KBBI Konseling adalah pemberian bimbingan oleh orang yang ahli kepada seseorang. Menurut BKKBN Konseling adalah Proses pertukaran informasi dan interaktif positif antara klien dan petugas KB untuk membantu klien mengetahui kebutuhannya (Insani and Keb, 2019).

Menurut Kamus Bahasa Indonesia, Konseling berarti pemberian bimbingan oleh orang yang ahli kepada seseorang. Dalam situs Wikipedia bahasa Indonesia, konseling adalah proses pemberian bantuan yang dilakukan oleh seorang ahli (konselor) kepada individu yang mengalami sesuatu masalah yang berakhir pada teratasinya masalah yang dihadapi klien. Bantuan yang diberikan kepada individu yang sedang mengalami hambatan, memecahkan sesuatu

melalui pemahaman terhadap fakta, harapan, kebutuhan dan perasaan-perasaan klien.

Konseling adalah proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dengan panduan keterampilan interpersonal, bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapi dan menentukan jalan keluar atau upaya untuk mengatasi masalah tersebut. (Li and Pustaka, 2011)

Konseling Kebidanan Adalah bantuan kepada orang lain dalam bentuk wawancara yang menuntut adanya komunikasi, interaksi yang mendalam, dan usaha bersama antara konselor (bidan) dengan konseli (klien) untuk mencapai tujuan konseling yang dapat berupa pemecahan masalah, pemenuhan kebutuhan, ataupun perubahan tingkah laku/sikap dalam ruang lingkup pelayanan kebidanan” (Priyanti and Syalfina, 2017).

Dalam konseling diadakan percakapan dua arah, untuk:

1. Membahas dengan calon akseptor berbagai pilihan kontrasepsi yang tersedia;
2. Memberikan informasi selengkap mungkin mengenai konsekuensi pilihannya, baik ditinjau dari segi medis teknis maupun hal lain yang non-medis agar tidak ada penyesalan kemudian;
3. Membantu calon akseptor memutuskan pilihannya atas metode kontrasepsi yang paling sesuai dengan kebutuhan dan keadaan klien;
4. Membantu calon akseptor menyesuaikan diri terhadap kondisi barunya, terutama bila ia mengalami berbagai permasalahan. (Insani and Keb, 2019)

7.2.1 Sasaran

Sasaran Konseling, antara lain:

1. Individu:
Individu adalah seorang manusia yang tidak hanya memiliki peranan khas di dalam lingkungan sosialnya, melainkan juga mempunyai kepribadian serta pola tingkah laku spesifik dirinya.

2. Keluarga;

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

3. Masyarakat;

Masyarakat adalah sebuah komunitas yang interdependen (saling tergantung satu sama lain). Umumnya, istilah masyarakat digunakan untuk mengacu sekelompok orang yang hidup bersama dalam satu komunitas yang teratur.(RI, 2016a).

7.2.2 Tujuan Konseling

Tujuan Konseling Keluarga Berencana (KB)

1. Memberikan informasi yang tepat dan objektif sehingga klien merasa puas;
2. Mengidentifikasi dan menampung perasaan keraguan/kekhawatiran klien tentang metode kontrasepsi;
3. Membantu klien memilih metode kontrasepsi yang terbaik bagi mereka sehingga aman dan sesuai keinginan klien;
4. Membantu klien agar menggunakan cara kontrasepsi yang mereka pilih dengan aman dan efektif;
5. Memberikan informasi tentang cara mendapatkan bantuan dan tempat pelayanan KB;
6. Khusus metode Kontap, menyeleksi calon akseptor yang sesuai dengan metode kontrasepsi alternative. (Insani and Keb, 2019)

Tujuan Konseling Keluarga Berencana (KB) menurut Krumboltz

1. Mengubah perilaku yang salah menyesuaikan.
Melalui konseling, diharapkan klien menjadi lebih tahu dan pemahaman atau pendapat yang salah dapat dikonfirmasi melalui konseling tentang kebenarannya;

2. Belajar membuat keputusan.
Hal yang paling penting bagi klien adalah bukan penyesuaian dengan tuntutan masyarakat karena adanya perubahan sosial, personal, politik namun disesuaikan dengan kebutuhannya;
3. Mencegah munculnya masalah.
Mencegah jangan sampai mengalami masalah dikemudian hari
Mencegah agar masalah yang sekarang tidak bertambah. (Insani and Keb, 2019)

7.2.3 Jenis Konseling

Jenis – Jenis Konseling, diantaranya:

1. Konseling Umum.
Konseling umum dapat dilakukan oleh Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) serta kader yang sudah mendapatkan pelatihan konseling yang standar. Konseling umum sering dilakukan di lapangan (nonklinik). Tugas utama dipusatkan pada pemberian informasi KB, baik dalam kelompok kecil maupun secara perseorangan. Konseling umum meliputi penjelasan umum dari berbagai metode kontrasepsi untuk mengenalkan kaitan antara kontrasepsi, tujuan dan fungsi reproduksi keluarga;
2. Konseling Spesifik.
Konseling spesifik dapat dilakukan oleh dokter / bidan / konselor. Pelayanan konseling spesifik dilakukan di klinik dan diupayakan agar diberikan secara perorangan di ruangan khusus. Pelayanan konseling di klinik dilakukan untuk melengkapi dan sebagai pemantapan hasil konseling lapangan. Konseling spesifik berisi penjelasan spesifik tentang metode yang diinginkan, alternatif, keuntungan, keterbatasan, akses, dan fasilitas layanan;
3. Konseling Pra Dan Pasca Tindakan.
Konseling pra dan pasca tindakan dapat dilakukan oleh operator / konselor / dokter / bidan. Pelayanan konseling ini juga dilakukan di klinik secara perseorangan. Konseling ini meliputi penjelasan spesifik tentang prosedur yang akan dilaksanakan (pra, selama dan pasca) serta

penjelasan lisan / instruksi tertulis asuhan mandiri (Pembelajaran, 2019).

7.3 Tehnik Konseling

Tehnik Konseling yang digunakan untuk memberikan dukungan kepada klien, diantaranya:

1. Bicaralah dengan suara yang menunjukkan perhatian dan minat untuk membantu dan menunjukkan sikap bersahabat;
2. Ajukan satu pertanyaan setiap saat dan tungguilah jawaban;
3. Gunakan bentuk pertanyaan terbuka, yang memungkinkan klien untuk menjawab dalam bentuk cerita, contohnya terkait dengan kondisi keluarganya, kesulitan hidup, pekerjaan, dan sebagainya yang mungkin menjadi dasar keinginannya untuk melaksanakan KB atau memilih cara KB;
4. Hindari menggunakan bentuk pertanyaan tertutup yang hanya mungkin dijawab dengan “ya” atau “tidak”. Perhatikan pula bahwa anda mengajukan pertanyaan yang tidak mengarahkan, tetapi mendorong agar klien mau dan merasa bebas untuk bercerita lebih lanjut, contohnya dengan menggunakan kalimat berikut ini:
 - “Apa yang bisa saya bantu?”
 - “Apa yang anda ketahui mengenai....”
5. Pakailah kata-kata seperti “Lalu?”, “Dan?”, “Oooo”. Komentar kecil ini biasanya mampu mendorong untuk terus bercerita lebih lanjut;
6. Jangan mengajukan pertanyaan bernada memojokkan seperti “mengapa begitu?”, “kok begitu?”. Meskipun seringkali anda bermaksud mengetahui alasannya, nada demikian dapat menimbulkan salah pengertian, misalnya ia merasa disalahkan;
7. Cari bentuk pertanyaan lain apabila ternyata klien tidak begitu mengerti maksud pertanyaan anda.(Pembelajaran, 2019)

7.4 Prinsip-Prinsip Konseling

Prinsip - Prinsip yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan Konseling, antara lain:

1. Memperlakukan klien dengan sopan, baik dan ramah;
2. Memahami, menghargai dan menerima keadaan ibu sebagaimana adanya;
3. Memberi penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami;
4. Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari;
5. Menyesuaikan isi penyuluhan dengan keadaan dan risiko yang dimiliki ibu.

Pada dasarnya kegiatan Advokasi dan Konseling yaitu untuk melakukan perubahan, maka akan selalu ada resistensi, oposisi, dan konflik. Tidak ada faktor tunggal yang menjamin keberhasilan Konseling. Beberapa prinsip di bawah ini dapat dijadikan pedoman dalam melakukan Konseling yang sukses, diantaranya:

1. Realistis.
Advokasi dan Konseling yang berhasil bersandar pada isu dan agenda yang spesifik, jelas, dan terukur. Biasanya berdasarkan identifikasi permasalahan atau hasil dari analisis pendataan keluarga;
2. Sistematis.
Advokasi dan Konseling adalah seni tetapi bukan lukisan abstrak sehingga diperlukan perencanaan yang akurat. Konseling /Penyuluhan memerlukan perencanaan yang matang mulai dari persiapan sampai tahapan pelaksanaan dan evaluasi;
3. Taktis.
Advokasi dan Konseling tidak mungkin dilakukan secara sendiri sehingga harus membangun kemitraan. PKB hendaknya selalu membangun hubungan baik dengan mitra kerja, antara lain Kepala Desa/Lurah, Kepala Puskesmas, dokter, bidan, tokoh agama, tokoh masyarakat, PKK, LSM lainnya, kader dan masyarakat;

4. Strategis.

Konseling /Penyuluhan tidak selalu menjadi kegiatan yang berdiri sendiri namun bisa dilakukan secara integratif dengan kegiatan lainnya di lini lapangan (bersifat luwes sesuai karakteristik wilayahnya);

5. Berani.

Konseling /Penyuluhan yang bertujuan mengubah sikap mental, kepercayaan nilai-nilai perilaku individu serta kelompok masyarakat haruslah bersifat berani memberikan informasi yang jujur apa adanya. Contohnya efek samping alat dan obat kontrasepsi (RI, 2016a).

7.5 Faktor – Faktor Penunjang dan Penghambat Konseling

7.5.1 Faktor Penunjang Keberhasilan Konseling

Faktor-faktor yang memengaruhi dalam keberhasilan dalam melakukan konseling, diantaranya:

1. Faktor Individual.

Orientasi kultural (keterikatan budaya) merupakan faktor individual yang dibawa seseorang dalam melakukan interaksi. Orientasi ini merupakan gabungan dari:

- a. Faktor Fisik Kepekaan panca indera pasien yang diberi konseling akan sangat memengaruhi kemampuan dalam menangkap informasi yang disampaikan konselor;
- b. Sudut Pandang Nilai-nilai yang diyakini oleh pasien sebagai hasil olah pikirannya terhadap budaya dan pendidikan akan memengaruhi pemahamannya tentang materi yang dikonselingkan;
- c. Kondisi Sosial Status sosial dan keadaan disekitar pasien akan memberikan pengaruh dalam memahami materi;
- d. Bahasa Kesamaan bahasa yang digunakan dalam proses konseling juga akan memengaruhi pemahaman pasien.

2. Faktor-faktor yang berkaitan dengan interaksi.
Tujuan dan harapan terhadap komunikasi, sikap terhadap interaksi, pembawaan diri seseorang terhadap orang lain (seperti kehangatan, perhatian, dukungan) serta sejarah hubungan antara konselor dan klien akan memengaruhi kesuksesan proses konseling.
3. Faktor Situasional.
Percakapan dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, situasi percakapan kesehatan antara bidan dan klien akan berbeda dengan situasi percakapan antara polisi dengan pelanggar lalu lintas
4. Kompetensi dalam melakukan percakapan.
Agar efektif, suatu interaksi harus menunjukkan perilaku kompeten dari kedua pihak. Keadaan yang dapat menyebabkan putusnya komunikasi, diantaranya:
 - Kegagalan menyampaikan informasi penting;
 - Perpindahan topik bicara yang tidak lancar;
 - Salah pengertian (Lukman, 2002). (Pelayanan Kontrasepsi, 2009)

7.5.2 Faktor Penghambat Konseling

Faktor – faktor yang menghambat dalam melakukan konseling, diantaranya:

1. Faktor Individual.
 - Keterikatan budaya merupakan faktor individual yang dibawa seseorang dalam melakukan interaksi. Orientasi ini merupakan gabungan dari:
 - Faktor fisik atau kepekaan panca indera, usia dan seks;
 - Sudut pandang terhadap nilai-nilai;
 - Faktor sosial pada sejarah keluarga dan relasi, jaringan sosial, peran dalam masyarakat, status sosial;
 - Bahasa.
2. Faktor Yang Berkaitan Dengan Interaksi.
 - Tujuan dan harapan terhadap komunikasi;
 - Sikap terhadap interaksi;
 - Pembawaan diri terhadap orang lain;

- Sejarah hubungan.
3. Faktor Situasional.
 4. Kompetensi dalam melakukan percakapan.

Komunikasi dikatakan efektif bila ada sikap perilaku kompeten dari kedua belah pihak. Keadaan yang dapat menyebabkan putusnya komunikasi adalah:

1. Kegagalan informasi penting;
2. Perpindahan topik bicara;
3. Tidak lancar;
4. Salah pengertian.

Kemampuan konselor yang efektif dapat menciptakan komunikasi yang efektif dan hasil konseling yang efektif pula. Ciri-ciri khusus kemampuan konselor yang efektif yaitu:

1. Para konselor yang efektif sangat terampil mendapatkan keterbukaan;
2. Para konselor yang efektif membangkitkan rasa percaya, kredibilitas, dan keyakinan dari orang-orang yang mereka bantu;
3. Para konselor yang efektif mampu menjangkau wawasan luas, seperti halnya mereka mendapatkan keterbukaan;
4. Para konselor yang efektif berkomunikasi dengan hati-hati dan menghargai orang - orang yang mereka upayakan bantu;
5. Para konselor yang efektif mengakui dan menghargai diri mereka sendiri dan tidak menyalahgunakan orang-orang yang mereka coba bantu untuk memuaskan kebutuhan pribadi mereka sendiri;
6. Para konselor yang efektif mempunyai pengetahuan khusus dalam beberapa bidang keahlian yang mempunyai nilai bagi orang-orang tertentu yang akan dibantu;
7. Para konselor yang efektif berusaha memahami, bukannya menghakimi, tingkah laku orang yang diupayakan bantu;
8. Para konselor yang efektif mampu bernalar secara sistematis dan berfikir dengan pola system;
9. Para konselor yang efektif berpandangan mutakhir dan memiliki wawasan luas terhadap peristiwa-peristiwa yang berkenaan dengan manusia;

10. Para konselor yang efektif mampu mengidentifikasi pola tingkah-laku yang merusak diri (self defeating) dan membantu orang-orang lain untuk berubah dari tingkah laku yang merusak diri ke pola-pola tingkah laku yang secara pribadi lebih memuaskan (Pelayanan Kontrasepsi, 2009).

7.6 Fungsi Konseling

Fungsi Konseling, diantaranya:

1. Konseling dengan fungsi pencegahan merupakan upaya mencegah timbulnya masalah kesehatan;
2. Konseling dengan fungsi penyesuaian dalam hal ini merupakan upaya untuk membantu klien mengalami perubahan biologis, psikologis, social, cultural, dan lingkungan yang berkaitan dengan kesehatan;
3. Konseling dengan fungsi perbaikan dilaksanakan ketika terjadi penyimpangan perilaku klien atau pelayanan kesehatan dan lingkungan yang menyebabkan terjadi masalah kesehatan sehingga diperlukan upaya perbaikan dengan konseling;
4. Konseling dengan fungsi pengembangan ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan serta peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan upaya peningkatan peran serta masyarakat. (Ii and Pustaka, 2011)

7.7 Komponen Konseling

Dalam mempelajari Konseling/Penyuluhan, maka kita harus mengetahui pula komponen dari Konseling /Penyuluhan, di antaranya:

1. Pemberi Konseling/Penyuluhan (Penyuluh, Toma, Toga, atau Kader);
2. Penerima Konseling /Penyuluhan (Individu, Keluarga, Masyarakat);
3. Isi Konseling/Penyuluhan;
4. Cara/ Metode menyampaikan Konseling /Penyuluhan;

5. Media penyampaian Konseling /Penyuluhan;
6. Hasil Konseling /Penyuluhan. (RI, 2016a).

7.8 PROSES KONSELING

Proses konseling meliputi empat (4) tahap, diantaranya:

1. Pembinaan Hubungan Baik (Rapport);
2. Penggalan Informasi;
 - Identifikasi masalah;
 - Kebutuhan;
 - Perasaan;
 - Kekuatan diri, dll.
3. Pengambilan Keputusan, Pemecahan Masalah, Dan Perencanaan;
4. Menindaklanjuti Pertemuan. (RI, 2016b)

7.9 Metode Konseling

Berdasarkan Notoatmojo, Metode Konseling merupakan salah satu faktor yang memengaruhi tercapainya suatu hasil penyuluhan secara optimal. Metode tersebut diantaranya:

1. Metode Konseling Perorangan (Individual).

Dalam konseling kesehatan metode ini digunakan untuk membina perilaku baru atau seseorang yang telah mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakan pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Bentuk dari pendekatan ini antara lain:

- a. Bimbingan dan Penyuluhan.

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikoreksi dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan dengan sukarela,

berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut.

b. Wawancara.

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan, untuk memengaruhi apakah perilaku yang sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode Konseling Kelompok

Dalam memilih metode penyuluhan kelompok harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan berbeda dengan kelompok kecil.

Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran penyuluhan. Metode ini mencakup:

Kelompok Besar.

Kelompok besar yaitu apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok ini adalah ceramah dan seminar. Ceramah Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

1. Pengertian.

Ceramah adalah salah satu cara pendidikan kesehatan yang di dalamnya menerangkan dan menjelaskan sesuatu cara lisan di sertai tanya jawab, diskusi dengan sekelompok pendengar serta di bantu dengan beberapa alat peraga yang dianggap perlu. Ceramah adalah cara penyajian informasi yang di lakukan pengajar dengan penuturan atau penjelasan lisan secara langsung terhadap pendengar atau sasaran.

Ceramah adalah suatu cara penyampaian informasi, fakta, pengetahuan atau masalah dari fasilitator atau tutor kepada sasaran

yang dilakukan secara langsung kepada penceramah dengan pendengar atau secara tidak langsung melalui kaset, suara, TV, radio dan sebagainya untuk mencapai tujuan tertentu. Dari ketiga pengertian di atas dapat disimpulkan, ceramah adalah salah satu cara penyampaian informasi secara lisan kepada sasaran yang dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung.

2. Metode Ceramah dapat dilakukan jika:
 - Tujuan yang ingin dicapai berkenaan dengan ranah kognitif;
 - Isi atau pesan belajar bersifat informative;
 - Waktu yang terbatas, jumlah sasaran yang relative besar dan fasilitas belajar yang terbatas.
3. Keuntungan Menggunakan Metode Ceramah.
 - Murah dan mudah menggunakan;
 - Waktu yang diperlukan dapat dikendalikan oleh penyuluh;
 - Mempunyai sifat yang luwes;
 - Tidak perlu banyak menggunakan alat bantu atau alat peraga;
 - Penyuluh dapat menjelaskan dengan menekankan bagian yang penting.
4. Kekurangan Menggunakan Metode Ceramah.
 - Dapat menimbulkan kebiasaan yang kurang baik yaitu sifat pasif, kurang aktif untuk mencari dan mengelola informasi jika sering digunakan;
 - Hanya sedikit penyuluh yang dapat menjadi pembicara yang baik;
 - Bahan ceramah sering tidak sesuai karena sering kali bahan ceramah yang berikan adalah apa yang diingat dan bukan apa yang harus di ketahui oleh sasaran;
 - Tidak semua sasaran mempunyai daya tangkap yang sama;
 - Sulit mendapatkan umpan balik dari sasaran;
 - Sering menimbulkan verbalisme pada sasaran, sasaran dapat mengucapkan pkata tetapi tidak mengetahui apa artinya;
 - Sering menimbulkan salah paham karena sasaran salah mengartikan uraian arti penyuluh;

- Ceramah dalam waktu yang lama dapat membosankan sehingga sering mengganggu konsentrasi berfikir sasaran.
5. Ciri Khas Ceramah.
- Ada sekelompok pendengar yang sudah di persiapkan;
 - Ada ide yang akan disampaikan secara lisan;
 - Pendengar mempunyai kesempatan bertanya yang harus di jawab oleh penceramah;
 - Untuk menjelaskan sesuatu dengan lisan dapat digunakan alat peraga.
6. Langkah-langkah Penggunaan Metode Ceramah.
- Proses penggunaan metode ceramah dapat di tempuh langkah - langkah berikut sebagai pedoman:
- Persiapan tujuan yang akan dicapai;
 - Tentukan siapa yang akan mendengarkan ceramah;
 - Tentukan dan kuasai materi yang akan di sampaikan;
 - Siapkan alat peraga yang akan digunakan;
 - Tentukan siapa yang akan di undang dan persiapkan undangan;
 - Siapkan bahan yang mungkin akan di bagikan, misalnya leaflet.
7. Pelaksanaan Ceramah.
- Pertama kali perkenalkan diri mengemukakan maksud dan tujuan serta harapan yang ingin di capai;
 - Jelaskan secara sistematis isi ceramah yang akan diberikan;
 - Suara harus cukup keras dan berirama atau naik turun sehingga tidak membosankan bagi yang mendengarkan;
 - Dapat diselingi dengan humor segar;
 - Untuk menjelaskan materi yang belum jelas, di gunakan alat peraga yang tepat dan benar;
 - Buatlah suasana ceramah tersebut menyenangkan;
 - Berikan waktu setiap tiga menit bagi sasaran untuk mengajukan pertanyaan;
 - Gunakan bahasa yang mudah di pahami;
 - Jawablah pertanyaan dengan menyakinkan;

- Jadikanlah setiap pertanyaan sebagai bahan diskusi;
- Ketika akan mengakhiri ceramah buatlah tinjauan kembali;
- Setelah selesai ceramah beramah tamahlah dahulu dengan para pendengar.

8. Penilaian.

Setiap selesai ceramah perlu diadakan penilaian secara langsung maupun tidak langsung untuk mengetahui apakah pendengar mengerti atau tidak terhadap materi yang di sampaikan.

Cara penilaian;

- Secara lisan dengan mengajukan pertanyaan;
- Angket pertanyaan yang diisi oleh pendengar;
- Wawancara.

Yang perlu dinilai:

- Pengetahuan tentang isi ceramah;
- Tanggapan menyangkut isi ceramah dan cara penyampaian;
- Kegunaan ceramah bagi sasaran;
- Kesanggupan untuk menerima atau melaksanakan;
- Komentar umum tentang ceramah, tempat penyelenggara dan lain-lain.

Seminar.

Berdasarkan ungkapan Notoatmojdo (2012) bahwa metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian dari seseorang ahli atau beberapa orang ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan dianggap hangat di masyarakat.

Kelompok Kecil

Kelompok Kecil yaitu apabila peserta penyuluhan kurang dari 15 orang. Menurut Liliweri (2011) adapun jumlah kelompok kecil dalam melakukan komunikasi kelompok berjumlah 4-20 orang.

Menurut Notoatmojo (2012) Metode yang cocok untuk kelompok ini antara lain:

1. Diskusi kelompok;
2. Curah pendapat;
3. Bola salju;
4. Kelompok-kelompok kecil;
5. Bermain peran;
6. Permainan simulasi. (Pelayanan Kontrasepsi, 2009)

7.10 Alat Bantu Pengambil Keputusan (APBK)

Saat ini sudah tersedia lembar balik yang dikembangkan WHO dan telah diadaptasikan untuk Indonesia yang digunakan dalam konseling. APBK membantu petugas melakukan konseling sesuai dengan adanya tanda pengingat mengenai ketrampilan konseling yang perlu dilakukan dan informasi apa yang perlu diberikan yang disesuaikan dengan kebutuhan klien. APBK sekaligus mengajak klien bersikap lebih partisipatif dan membantu klien untuk mengambil keputusan.

Prinsip konseling yang dipakai dalam APBK adalah:

1. Klien yang membuat keputusan;
2. Provider membantu klien menimbang dan membuat keputusan yang paling tepat bagi klien;
3. Sejauh memungkinkan keinginan klien dihargai/dihormati;
4. Provider menanggapi pernyataan ataupun kebutuhan klien;
5. Provider harus mendengar apa yang dikatakan klien untuk mengetahui apa yang harus dilakukan klien selanjutnya.

APBK juga mempunyai fungsi ganda sebagai berikut:

1. Membantu pengambilan keputusan metode KB;
2. Membantu pemecahan masalah dalam penggunaan KB;

3. Alat bantu Visual untuk pelatihan provider (tenaga kesehatan) yang baru bertugas;
4. Menyediakan referensi (Pelayanan Kontrasepsi, 2009).

7.11 Langkah – Langkah Konseling

7.11.1 Bagian Dalam Konseling

1. Pendahuluan.
Langkah pendahuluan atau langkah pembuka merupakan kegiatan menciptakan kontak, melengkapi data konseli untuk merumuskan penyebab masalah, dan menentukan jalan keluar;
2. Bagian Inti/Pokok.
Bagian inti/pokok konseling mencakup kegiatan mencapai jalan keluar, memilih salah satu jalan keluar yang tepat bagi konseli, dan melaksanakan jalan keluar;
3. Bagian Akhir.
Bagian akhir kegiatan konseling merupakan kegiatan penyimpulan dari seluruh aspek kegiatan dan pengambilan jalan keluar, langkah ini merupakan langkah penutupan dari pertemuan dan juga penetapan untuk pertemuan berikutnya. (Sandi, 2018)

7.11.2 Teknik Dan Langkah Dalam Konseling KB

Teknik Konseling Gallen dan Leitenmaier (1987).

1. Teknik konseling menurut Gallen dan Leitenmaier (1987) lebih dikenal dengan GATHER yaitu:

G: GREET

Berikan salam, kenalkan diri, dan buka komunikasi;

A: ASK

Tanya keluhan/kebutuhan pasien dan menilai apakah keluhan/kebutuhan sesuai dengan kondisi yang dihadapi? T: TELL Beritahukan persoalan

pokok yg dihadapi pasien dari hasil tukar informasi dan carikan upaya penyelesaiannya;

H: HELP

Bantu klien memahami dan menyelesaikan masalahnya;

E: EXPLAIN

Jelaskan cara terpilih telah dianjurkan dan hasil yang diharapkan mungkin dapat segera terlihat/diobservasi;

R: REFER/RETURN VISIT

Rujuk bila fasilitas ini tidak dapat memberikan pelayanan yang sesuai. Buat jadwal kunjungan ulang).

2. Langkah Konseling Keluarga Berencana (KB) SATU TUJU.

Langkah SATU TUJU ini tidak perlu dilakukan berurutan karena menyesuaikan dengan kebutuhan klien.

SA: Sapa Dan Salam

- Sapa klien secara terbuka dan sopan;
- Beri perhatian sepenuhnya, jaga privasi pasien;
- Bangun percaya diri pasien;
- Tanyakan apa yang perlu dibantu dan jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

T: Tanya

- Tanyakan informasi tentang dirinya;
- Bantu klien pengalaman tentang KB dan kesehatan reproduksi;
- Tanyakan kontrasepsi yang ingin digunakan.

U: Uraikan

- Uraikan pada klien mengenai pilihannya;
- Bantu klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia ingini serta jelaskan jenis yang lain

TU: BANTU

- Bantu klien berfikir apa yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya;
- Tanyakan apakah pasangan mendukung pilihannya

J: Jelaskan

- Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya;
- Jelaskan bagaimana penggunaannya;
- Jelaskan manfaat ganda dari kontrasepsi

U: Kunjungan Ulang

Perlu dilakukan kunjungan ulang untuk dilakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan.

3. Tahapan Konseling Dalam Pelayanan Keluarga Berencana (KB)
Tahapan Konseling dalam pelayanan KB dapat dirinci dalam tahapan sebagai berikut:
 - Konseling Motivasi;
 - Bimbingan;
 - Rujukan;
 - KIP/K;
 - Kontrasepsi;
 - Tindak lanjut.

7.12 Informed Choice Dan Informed Consent Dalam Konseling Kb

7.12.1 Informed Choice

Informed choice berasal dari 2 suku kata yaitu informed dan choice. Informed berarti telah mendapatkan informasi yang lengkap dan benar, sedangkan choice

berarti pilihan. Dengan demikian informed choice berarti pilihan yang didasari atas pengetahuan yang cukup setelah mendapatkan informasi yang memadai (lengkap, jelas, dan benar).

Informed choice merupakan bentuk persetujuan pilihan tentang: Metode kontrasepsi yang dipilih oleh klien setelah memahami kebutuhan reproduksi yang paling sesuai dengan dirinya / keluarganya; Pilihan tersebut merupakan hasil bimbingan dan pemberian informasi yang obyektif, akurat dan mudah dimengerti oleh klien; Pilihan yang diambil merupakan yang terbaik dari berbagai alternatif yang tersedia.

Tujuan dari informed choice ini adalah untuk mendorong klien memilih asuhan yang akan didapatkannya. Peran bidan tidak hanya membuat asuhan dalam manajemen asuhan kebidanan tetapi juga menjamin bahwa hak klien untuk memilih asuhan dan keinginannya terpenuhi. Hal ini sejalan dengan kode etik internasional bidan yang dinyatakan oleh ICM 1993, bahwa bidan harus menghormati hak wanita setelah mendapatkan penjelasan dan mendorong wanita untuk menerima tanggung jawab untuk hasil dari pilihannya.

Sebagai seorang bidan dalam memberikan *inform choice* kepada klien harus:

1. Memperlakukan klien dengan baik;
2. Berinteraksi dengan nyaman;
3. Memberikan informasi obyektif, mudah dimengerti dan diingat serta tidak berlebihan;
4. Membantu klien mengenali kebutuhannya dan membuat pilihan yang sesuai dengan kondisinya.

Keuntungan Informed Choice

1. Pilihan kontrasepsi adalah pilihan klien sendiri yang telah didasari oleh pengetahuan yang cukup, sehingga sesuai dengan kebutuhan dan keinginan klien;
2. Klien dapat memahami kontraindikasi, efek samping dan komplikasi dari jenis kontrasepsi yang dipilih;
3. Apabila klien mengalami gangguan efek samping, komplikasi dan kegagalan tidak akan terkejut karena ia sudah memahami kontrasepsi yang ia pilih, dan akan cepat datang ke fasilitas pelayanan KB;

4. Klien tidak akan terpengaruh oleh rumor yang timbul di masyarakat, karena telah mendapatkan informasi yang benar. (Insani and Keb, 2019)

7.12.2 Informed Consent

Informed consent berasal dari dua kata, yaitu informed (telah mendapat penjelasan/ keterangan/informasi) dan consent (memberikan persetujuan/mengizinkan). Informed consent adalah suatu persetujuan yang diberikan setelah mendapatkan informasi.

Menurut Veronika Komalawati pengertian informed consent adalah suatu kesepakatan/persetujuan pasien atas upaya medis yang akan dilakukan tenaga kesehatan terhadap dirinya setelah pasien mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan mengenai upaya medis yang dapat dilakukan untuk menolong dirinya disertai informasi mengenai segala risiko yang mungkin terjadi.

Dalam PERMENES no 585 tahun 1989 (pasal 1)

Informed consent ditafsirkan sebagai persetujuan tindakan medis adalah persetujuan yang diberikan pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang dilakukan terhadap pasien tersebut. Informed Consent berisi tentang Kebutuhan reproduksi klien, informed choice, dan prosedur klinik yang akan dilakukan; ada penjelasan tentang risiko dalam melakukan prosedur klinik tersebut; standar prosedur yang akan dilakukan dan upaya untuk menghindari risiko; klien menyatakan mengerti tentang semua informasi tersebut di atas dan secara sadar memberikan persetujuannya.

Bentuk-Bentuk Informed Consent

1. Implied Consent.

Yaitu persetujuan yang dinyatakan tidak langsung. Contohnya: saat bidan akan mengukur tekanan darah ibu, ia hanya mendekati si ibu dengan membawa sfigmomanometer tanpa mengatakan apapun dan si ibu langsung menggulung lengan bajunya (meskipun tidak mengatakan apapun, sikap ibu menunjukkan bahwa ia tidak keberatan terhadap tindakan yang akan dilakukan bidan);

2. Express Consent.

Express consent yaitu persetujuan yang dinyatakan dalam bentuk tulisan atau secara verbal. Sekalipun persetujuan secara tersirat dapat

diberikan, namun sangat bijaksana bila persetujuan pasien dinyatakan dalam bentuk tertulis karena hal ini dapat menjadi bukti yang lebih kuat dimasa mendatang. Contoh, persetujuan untuk pelaksanaan sesar.

Persetujuan dalam Informed Consent dapat dibedakan menjadi 3 bentuk, yaitu:

1. Persetujuan Tertulis.
Biasanya diperlukan untuk tindakan medis yang mengandung risiko besar, sebagaimana ditegaskan dalam PerMenKes No. 585/Men.Kes/Per/IX/1989 Pasal 3 ayat (1) dan SK PB-IDI No. 319/PB/A.4/88 butir 3, yaitu intinya setiap tindakan medis yang mengandung risiko cukup besar, mengharuskan adanya persetujuan tertulis, setelah sebelumnya pihak pasien memperoleh informasi yang adekuat tentang perlunya tindakan medis serta risiko yang berkaitan dengannya (telah terjadi informed consent);
2. Persetujuan Lisan.
Biasanya diperlukan untuk tindakan medis yang bersifat non-invasif dan tidak mengandung risiko tinggi, yang diberikan oleh pihak pasien;
3. Persetujuan Dengan Isyarat.
Dilakukan pasien melalui isyarat, misalnya pasien yang akan disuntik atau diperiksa tekanan darahnya, langsung menyodorkan lengannya sebagai tanda menyetujui tindakan yang akan dilakukan terhadap dirinya.

Manfaat Informed Consent

1. Membantu kelancaran tindakan medis. Melalui informed consent, secara tidak langsung terjalin kerjasama antara bidan dan klien sehingga memperlancar tindakan yang akan dilakukan. Keadaan ini dapat meningkatkan efisiensi waktu dalam upaya tindakan kedaruratan;
2. Mengurangi efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Tindakan bidan yang tepat dan segera, akan menurunkan risiko terjadinya efek samping dan komplikasi;

3. Mempercepat proses pemulihan dan penyembuhan penyakit, karena klien memiliki pemahaman yang cukup terhadap tindakan yang dilakukan;
4. Meningkatkan mutu pelayanan. Peningkatan mutu ditunjang oleh tindakan yang lancar, efek samping dan komplikasi yang minim, dan proses pemulihan yang cepat;
5. Melindungi bidan dari kemungkinan tuntutan hukum. Jika tindakan medis menimbulkan masalah, bidan memiliki bukti tertulis tentang persetujuan klien.

Pebedaan Informed Choice dan Informed Consent

1. Informed consent penting dari sudut pandang bidan, karena berkaitan dengan aspek hukum yang memberikan otoritas untuk semua prosedur yang akan dilakukan bidan.;
2. Informed choice penting dari sudut pandang klien sebagai penerima jasa asuhan kebidanan, yang memberikan gambaran pemahaman masalah yang sesungguhnya dan merupakan aspek otonomi pribadi menentukan pilihannya sendiri;
3. Informed choice berarti ada alternatif lain, ada lebih dari satu pilihan dan klien mengerti perbedaannya sehingga dia dapat menentukan mana yang disukai atau sesuai dengan kebutuhannya.

Rekomendasi Yang Dianjurkan Untuk Bidan

1. Bidan harus terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam berbagai aspek agar dapat membuat keputusan klinis dan secara teoritis agar dapat memberikan pelayanan yang aman dan memuaskan kliennya;
2. Bidan wajib memberikan informasi secara rinci dan jujur dalam bentuk yang dapat dimengerti oleh klien dengan menggunakan media alternatif dan penerjemah bila perlu, begitu juga tatap muka langsung;
3. Bidan dan petugas kesehatan lain perlu belajar untuk membantu klien melatih diri dalam menggunakan haknya dan menerima tanggung jawab untuk keputusan yang mereka ambil sendiri. Memberikan jaminan bahwa para petugas kesehatan sudah memberikan asuhan

yang terbaik dan memastikan bahwa klien sudah diberikan informasi yang lengkap tentang implikasi dari keputusan mereka dan mereka telah memenuhi tanggung jawab moral mereka;

4. Dengan memfokuskan asuhan yang berpusat pada klien dan berdasarkan fakta, diharapkan bahwa konflik dapat ditekan serendah mungkin.
5. Tidak perlu takut akan konflik tetapi menganggapnya sebagai suatu kesempatan untuk saling memberi dan mungkin suatu penilaian ulang yang objektif, bermitra dengan klien dari system asuhan dan suatu tekanan positif terhadap perubahan. (Insani and Keb, 2019)

Bab 8

Kontrasepsi Setelah Keguguran Atau Aborsi

8. 1 Pendahuluan

Konseling kontrasepsi dan penyediaan metode kontrasepsi harus menjadi bagian yang terintegrasi dari perawatan aborsi atau perawatan pasca-aborsi untuk membantu wanita menghindari kehamilan yang tidak direncanakan atau tidak diinginkan lainnya dan risiko, dalam banyak kasus, aborsi yang tidak aman. Bukti terbaru menunjukkan bahwa kontrasepsi pasca aborsi seharusnya mematuhi dua atribut untuk memastikan efektivitas maksimum dalam mencegah pengulangan kehamilan yang tidak diinginkan dan, mungkin, pengulangan aman atau aborsi tidak aman. Pertama, harus disediakan sebelum wanita pergi fasilitas kesehatan tempat ibu menerima perawatan aborsi, dan kedua, preferensi harus diberikan pada kontrasepsi jangka panjang yang dapat kembali kesuburannya (LARC), atau setidaknya suntikan *depot-medroxyprogesterone acetate* (DMPA) (Gemzell-Danielsson, Kopp Kallner and Faúndes, 2014).

Keluarga Berencana Pasca Aborsi adalah inisiasi dan penggunaan metode KB pada saat penanganan aborsi atau sebelum kesuburan kembali setelah aborsi. Organisasi Kesehatan Dunia memperkirakan bahwa secara global, sekitar 210 juta wanita hamil setiap tahun, 75 juta di antaranya kehamilan berakhir dengan aborsi spontan atau induksi atau kelahiran mati. Mayoritas wanita tidak ingin hamil lagi dalam waktu dekat. WHO juga merekomendasikan jarak kehamilan berikutnya minimal 6 bulan antara aborsi dan kehamilan berikutnya. Oleh karena itu, memberikan pelayanan KB sebagai bagian dari pasca aborsi, perawatan dapat meningkatkan penerimaan kontrasepsi dan membantu memutus siklus berulang pada kehamilan yang tidak diinginkan. Keluarga berencana pasca aborsi dapat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan masalah terkait aborsi. Aborsi menyumbang sekitar 8% dari kematian ibu di India dan keluarga berencana dapat mencegah 90% kematian ibu terkait dengan aborsi tidak aman. Sejak perempuan menerima layanan aborsi di Fasilitas biasanya tidak kembali untuk pelayanan KB meskipun mereka tidak ingin menjadi hamil lagi dalam waktu dekat, segera setelah periode aborsi saat wanita tersebut masih di fasilitas atau berhubungan dengan penyedia layanan kesehatan adalah waktu yang tepat untuk memberikan konseling keluarga berencana. (Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2016).

Kriteria kelayakan medis WHO untuk kontrasepsi (WHO MEC) menyatakan bahwa gabungan kontrasepsi hormonal dan pil progestin saja dapat dimulai segera setelah aborsi pada hari yang sama dengan aborsi atau hari itu setelah aborsi. Aborsi medis atau bedah pada trimester pertama tidak memengaruhi keefektifan proses atau perdarahan pasca aborsi. Namun, telah pemakaian kontrasepsi efektif mencegah ovulasi siklus berikutnya dan mengurangi risiko kehamilan yang tidak diinginkan. Selanjutnya, kontrasepsi kombinasi-steroid tidak terkait dengan peningkatan perdarahan vagina yang tidak teratur atau secara klinis perubahan signifikan dalam parameter koagulasi jika dibandingkan dengan wanita yang menggunakan nonhormonal atau tidak ada metode kontrasepsi setelah aborsi. Jadi, kontrasepsi hormonal kombinasi (pil, patch dan ring) dan pil progestin saja harus dimulai pada hari - atau hari setelah - operasi atau pemberian misoprostol untuk pengobatan aborsi. Untuk menghindari kebutuhan akan metode back up barrier tersebut metode harus dimulai dalam 5 hari setelah aborsi. Bukti terbatas pada wanita yang menggunakan gabungan cincin kontrasepsi vagina segera setelahnya Aborsi medis atau bedah trimester pertama tidak ditemukan Efek samping serius dan tidak ada infeksi terkait

penggunaan ring selama tiga siklus pasca tindak lanjut abortus. (Gemzell-Danielsson and Kallner Kopp, 2015)

8.2 Konseling Kontrasepsi Pasca Aborsi

Konseling merupakan komponen penting dalam memberikan pelayanan KB pasca aborsi yang berkualitas dan melibatkan komunikasi antara penyedia layanan / konselor dan klien. Ini membantu klien untuk memahami konsep penting keluarga berencana, memiliki pilihan metode kontrasepsi dan untuk pilih metode berdasarkan kebutuhan dan preferensinya.

1. Waktu konseling

Sebelum prosedur aborsi, harus dicek dulu kondisi fisik wanita dan situasi emosional yang tepat untuk konseling tentang kontrasepsi. Penyedia/konselor harus menghormati haknya untuk menerima atau menolak kontrasepsi pasca aborsi dan layanan yang diberikan. Konseling sebelum prosedur aborsi menawarkan pilihan perempuan untuk mengadopsi berbagai metode kontrasepsi. Dengan demikian ibu akan memiliki kesempatan untuk pemasangan IUCD segera prosedur atau prosedur sterilisasi saat ibu masih di atas meja operasi setelah selesai aborsi. Setelah prosedur aborsi setelah ibu tenang, konseling tentang kontrasepsi yang tersedia dapat dilakukan.

2. Assessmen Kondisi individual

Penyedia layanan / konselor harus mempertimbangkan keduanya, wanita tersebut dari kondisi klinis dan situasi pribadi dan diskusikan setiap hambatan potensial untuk keberhasilan adopsi kontrasepsi dengan cara yang sensitif.

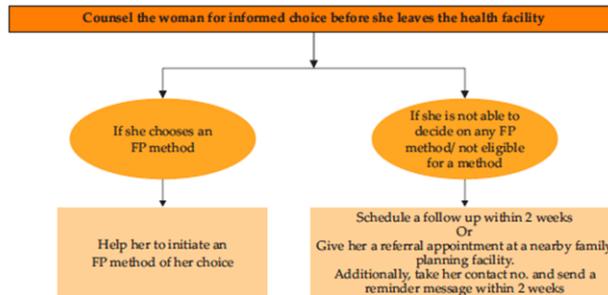
3. Informasi dan metode

Penyedia layanan / konselor harus menjelaskan karakteristik, penggunaan (cara bekerjanya), efek samping dan efektivitas metode yang tersedia.

4. Konseling spesifik pada metode

Penyedia layanan / konselor harus membantu / mendukung wanita tersebut memilih metode kontrasepsi yang paling cocok untuknya.

(Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2016)



Gambar 8.1: Bagan konseling pada kontrasepsi pasca aborsi (Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2016)

Garis besar konseling kontrasepsi pasca aborsi

1. Ibu harus menunggu setidaknya 6 bulan sebelum mencoba untuk hamil lagi karena hal itu mengurangi kemungkinan rendahnya berat badan lahir, kelahiran prematur dan anemia ibu.
2. Kesuburan kembali dengan cepat - dalam 10 hingga 11 hari setelah aborsi trimester pertama atau keguguran dan dalam waktu 4 minggu setelah aborsi trimester kedua atau keguguran.
3. Ibu dapat memilih dari metode keluarga berencana yang tersedia yang dapat dimulai sekaligus.
4. Jika seorang wanita memutuskan untuk tidak menggunakan kontrasepsi saat ini, penyedia dapat menawarkan informasi tentang semua metode yang tersedia dan dari mana mendapatkannya. Selain itu, penyedia dapat menawarkan kondom, oral kontrasepsi atau pil kontrasepsi darurat untuk dibawa pulang dan digunakan wanita nanti.
5. Untuk menghindari infeksi, ibu tidak boleh melakukan hubungan seksual sampai pendarahan berhenti - Jika sedang dirawat infeksi atau cedera vagina / serviks; ibu harus menunggu sampai ibu sembuh total.

6. Metode konseling khusus harus diikuti jika ibu memilih metode keluarga berencana. (Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2016)

8.3 Kelayakan untuk Metode Keluarga Berencana Pasca Aborsi

Untuk memberikan metode keluarga berencana bagi perempuan pasca aborsi, penting untuk memastikan:

1. Saat ini tidak ada komplikasi berat dari aborsi yang membutuhkan perawatan lebih lanjut.
2. Wanita ditawarkan pilihan kontrasepsi yang tersedia, menerima konseling pra-aborsi yang memadai dan memberikan persetujuan.
3. Penyedia layanan menyaring kelayakan perempuan untuk metode keluarga berencana tertentu yang telah dipilih. (Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2016)

Tabel 8.1: Kembalinya kesuburan setelah aborsi (Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2016)

Waktu aborsi	Metode aborsi	Kembalinya kesuburan
Trimester pertama	Vakum	Wanita mungkin berovulasi dalam 10 hari setelah aborsi (Boyd et al., 1972) dan bisa hamil jika ibu melanjutkan hubungan seksual tanpa menggunakan kontrasepsi apapun

	Dengan mifepristone dan misoprostol	Rata-rata, seorang wanita akan berovulasi dalam waktu 20 hari aborsi medis dengan mifepristone dan misoprostol, tetapi dapat berovulasi sedini mungkin dalam 8 hari (Schreiber, Sober, Ratcliffe & Creinin, 2011)
Trimester kedua	Dengan mifepriston dan misoprostol	Dalam 4 minggu setelah trimester kedua aborsi atau keguguran

Tabel 8.2: Waktu Memulai Metode Kontrasepsi setelah Aborsi (Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2016)

Setelah aborsi di trimester pertama		
	Metode kontrasepsi	Waktu memulai setelah aborsi
Abortus spontan/ aspirasi vakum (untuk inkomplete abortus / induksi)	Pil kombinasi	Dapat dimulai segera
	Pil progestin	Dapat dimulai segera
	Suntik DMPA	Dapat dimulai segera

	Kondom	Dapat dimulai segera oleh partner laki-laki (suami)
	IUD	Dapat segera dipasang, bila terjadi infeksi dan cedera pada saluran genital maka dikesampingkan atau di atasi dahulu
	Tubektomi	Dapat dilakukan secara bersamaan atau dalam 7 hari pasca aborsi asalkan wanita memenuhi syarat oleh minilap serta metode laparoskopi
Setelah aborsi medis dengan mifepriston dan misoprostol	Pil kombinasi	Bisa dimulai pada hari ke-3 atau hari ke-15 pengobatan protokol aborsi, selama tidak ada kontraindikasi medis
	Pil progestin	
	Suntik DMPA	Bisa dimulai pada hari ke-3 setelah protokol aborsi.
	Kondom	Bisa digunakan oleh partner laki-laki sesegera mungkin ketika sudah siap
	IUD	Dapat dimasukkan setelah aborsi selesai (sekitar hari ke-15) dan adanya infeksi dikesampingkan. (Catatan: pada Hari ke 15, penyedia layanan/ fasilitas kesehatan harus mengambil anamnesa yang relevan dan melakukan pemeriksaan panggul untuk memastikan penyelesaian aborsi. Jika

		<p>pemeriksaan panggul tidak mengkonfirmasi adanya POC atau perdarahan berlanjut, penyedia layanan dalam hal ini fasilitas kesehatan harus menilai kondisi klinis klien dan melakukan tata kelola sesuai. USG juga bisa menjadi pilihan yang bisa dilakukan untuk memeriksa adanya POC..</p>
	Tubektomi	Daapt dilakukan setelah siklus menstruasi yang pertama kali setelah aborsi,
Aborsi setelah trimester kedua		
	Metode kontrasepsi	Waktu memulai setelah aborsi
Abortus spontan atau dilatasi dan evakuasi	Pil kombinasi	Dapat dimulai segera
	Pil progestin	Dapat dimulai segera
	Suntik DMPA	Dapat dimulai segera
	Kondom	Dapat dimulai segera oleh partner laki-laki
	IUD	Bisa langsung dipasang, bila terinfeksi dan cedera pada saluran genital disingkirkan dengan penyedia layanan kesehatan yang terlatih khusus sesuai Teknik penyisipan IUD postpartum

	Tubektomi	<p>Dapat dilakukan secara bersamaan atau dalam 7 hari pasca aborsi (aborsi tanpa komplikasi), jika</p> <p>telah membuat pilihan sukarela dan terinformasi di muka. Dalam hal ini wanita tersebut memenuhi syarat untuk sterilisasi dengan metode minilap saja. (Oklusi tuba laparoscopi merupakan kontraindikasi karena ada kemungkinan cedera pada falopi tuba / uterus karena tuba bersifat edema. Ada juga kemungkinan tergelincirnya cincin dari tabung yang menyebabkan kegagalan).</p>
--	-----------	--

8.4 IUD pasca aborsi

Penyedia harus memastikan bahwa wanita tersebut telah menerima konseling dan membuat pilihan berdasarkan informasi sebelumnya. Pemasangan IUCD pada periode pasca aborsi. Cu IUCD 380 A / Cu IUCD 375, memberikan kontrasepsi untuk 10 orang tahun / 5 tahun masing-masing, dapat dimasukkan sesuai preferensi klien.

8.4.1 Kriteria

Tabel 8.3: Kategori MEC untuk pemasangan IUD (Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2016)

Kondisi	Kategori MEC untuk pemasangan IUD
Segera setelah aborsi trimester pertama (spontan / diinduksi) (Asalkan tidak ada bukti atau potensi infeksi)	1
Segera setelah aborsi trimester kedua (Spontan / Diinduksi) (Asalkan tidak ada bukti atau potensi infeksi, perdarahan dan kontraindikasi lainnya)	2

8.4.2 Asesmen klinis dan skrining klien:

Penilaian AKDR pasca aborsi segera dilakukan dalam dua tahap:

1. Penilaian pertama adalah review wanita secara umum, medis, reproduktif, kontrasepsi dan riwayat kebidanan dan kelayakan untuk metode bersama dengan penilaian pra-prosedur.
2. Penilaian kedua dilakukan segera sebelum penyisipan untuk menyingkirkan infeksi saluran genital saat ini, risiko infeksi atau perdarahan dan cedera saluran genital.

Tabel 8.4: Teknik pemasangan IUD pasca aborsi (Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2016):

Kondisi	Teknik pemasangan segera setelah aborsi
Setelah evakuasi medis ketika ukuran uterin kurang dari 12 minggu (atau ukuran uterus setelah evakuasi sama dengan uterus pada	<p>Teknik pemasangan IUD interval (tanpa teknik sentuh dan putus) dengan adaptasi yang lebih mudah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan bunyi uterus untuk mengukur tinggi uterus untuk penempatan fundus sedang

<p>trimester pertama kehamilan)</p>	<p>tidak dianjurkan, karena dapat menyebabkan perforasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tepat setelah konfirmasi selesainya evakuasi dalam vakum aspirasi dan sebelum mencabut kanula, periksa kedalaman uterus menggunakan kanula terakhir sebelum benar-benar menarik kanula. • Kemudian, masukkan AKDR ke dalam kemasan steril dan pasang pengukur biru di panjang yang diukur dengan kanula • Langkah-langkah selanjutnya sama dengan teknik pemasangan IUD interval <p>(Catatan: Dilatasi dan kuretase (D & C), teknik yang digunakan sebelumnya, tidak lagi metode evakuasi bedah yang direkomendasikan karena lebih invasif, memiliki risiko lebih tinggi untuk cedera, termasuk perforasi. Namun, untuk pemasangan IUD setelah D & C, tinggi uterus dapat dipastikan dengan memperkenalkan kuret terakhir hingga fundus sebelum sepenuhnya menarik kuret dan menjaga jari telunjuk pada kuret di os serviks. Ukur panjang kuret terakhir sampai jari telunjuk dan mencocokkan ini dengan gradasinya pada pengukuran, masukkan dalam paket IUCD. Setelah memasukkan IUD dengan 'No Touch' teknik, memperbaiki pengukur biru pada panjang yang sesuai dengan panjang rahim yang diukur dengan kuret terakhir.)</p>
<p>Setelah evakuasi medis ketika ukuran uterin lebih dari 12 minggu (atau ukuran uterus setelah evakuasi sama dengan</p>	<p>Teknik pemasangannya sama dengan teknik pemasangan IUD postpartum dengan sedikit modifikasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyisipan dapat dilakukan dengan penjepit cincin atau penahan spons karena mungkin saja

uterus pada trimester kedua kehamilan)	sulit untuk memasukkan forsep penyisipan melalui os serviks. (Tinggi rahim setelah evakuasi lebih kecil dibandingkan dengan ukuran rahim setelah persalinan normal per vaginam dan os serviks mungkin lebih kencang. Jadi mungkin saja sulit untuk memasukkan forsep penyisipan ke dalam serviks. Karena itu, memang demikian disarankan untuk melakukan penyisipan dengan penjepit cincin / sponge holder berikut dengan teknik seperti pemasangan AKDR segera setelah melahirkan).
Setelah aborsi medis (mifepristo + misoprostol), yang dapat di berikan pada wanita yang masuk kriteria dalam 7 minggu.	Teknik pemasangannya sama dengan pemasangan IUD interval • Penyedia layanan harus sangat berhati-hati saat memasukkan suara uterus untuk mengukur panjang rahim. Bunyi uterus harus dikenalkan dengan lembut dengan memegangnya seperti pulpen / pensil, gerakkan ke arah yang benar.

8.4.3 Saran untuk kunjungan follow up berikutnya:

1. Sebelum wanita tersebut meninggalkan fasilitas kesehatan, maka perlu adanya pendidikan kesehatan:
 - a. Datang untuk tindak lanjut pasca aborsi dalam satu sampai dua minggu selama
 - Penilaian kondisi fisiknya,
 - Mengesampingkan kehamilan berlanjut, sepsis dan aborsi tidak tuntas
 - Ada masalah dengan IUD.
 - b. Datang untuk tindak lanjut AKDR rutin setelah 1 bulan, sebaiknya setelah perdarahan menstruasi berikutnya.
 - c. Segera kembali jika ada tanda peringatan yang muncul.
2. Perawatan lanjutan dan penanganan masalah IUD akan sama dengan IUD pada umumnya.

8.4.3 Sterilisasi wanita pasca aborsi

Sterilisasi wanita pasca-aborsi harus dilakukan setelah memastikan bahwa wanita tersebut telah menerima konseling dan membuat pilihan berdasarkan informasi. Prosedur harus dilakukan hanya oleh penyedia yang telah dilatih untuk melakukan prosedur tersebut. Sterilisasi wanita pasca aborsi dapat dilakukan melalui prosedur tubektomi minilap setelah aborsi trimester pertama dan kedua. Tuba laparoscopi oklusi tidak dianjurkan setelah aborsi trimester kedua karena ada kemungkinan cedera pada saluran tuba / uterus.

Tabel 8.5: Kriteria Kelayakan (Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2016)

Kondisi pasca aborsi	Kategori MEC untuk sterilisasi pada wanita
Tanpa komplikasi	A
Sepsis atau demam pasca aborsi	D
Perdarahan post aborsi yang parah	D
Trauma pada alat kelamin, serviks atau saluran vagina	D
Perforasi uterus	S
Hematometra akut	D

- A = ACCEPT (menerima): tidak ada alasan untuk menolak sterilisasi bagi orang dengan kondisi ini.
- C = CAUTION (hati-hati): prosedur biasanya dilakukan dalam pengaturan rutin, tetapi dengan tindakan pencegahan ekstra.
- D = DELAY (penundaan): prosedur ditunda hingga kondisi dievaluasi dan / atau diperbaiki
- S = SPECIAL (khusus): prosedur harus dilakukan dalam pengaturan dengan ahli bedah dan staf berpengalaman; peralatan diperlukan untuk memberikan anestesi umum, dukungan medis cadangan lainnya.

Tabel 8.6: Langkah-langkah sterilisasi pasca aborsi (Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2016)

Langkah 1: asesmen klinis dan skrining klien	Anamnesis (Riwayat medis, kebidanan dan kontrasepsi), pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium; jika tidak dilakukan sebelumnya
Langkah 2: inform konsen	Penyedia harus memastikan bahwa klien telah menandatangani formulir persetujuan untuk sterilisasi sebelum operasi. Ahli bedah operasi harus memastikan bahwa rekam medis dan daftar periksa diisi dengan benar setelah meninjau kesesuaian klien untuk sterilisasi dan melakukan penilaian akhir sebelum operasi.
Langkah 3: instruksi sebelum operasi	Berikan instruksi pra operasi kepada klien. Klien disarankan untuk mandi, tidak mengonsumsi apapun 6 jam sebelum operasi dan mengosongkan usus dan kandung kemihnya sebelum memasuki ruangan Operasi.
Langkah 4: persiapan dan pre medikasi	<p>Bagian kewanitaan harus dipangkas atau dicukur, jika diperlukan, sesaat sebelum operasi. Operasi harus disiapkan segera sebelum operasi dengan larutan antiseptik,</p> <p>seperti iodophor (Povidone iodine) atau chlorhexidine gluconate.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biasanya premedikasi tidak dianjurkan dan klien yang gelisah diyakinkan cukup. Namun, jika diperlukan, sebaiknya Tablet Alprazolam (0,25 hingga 0,50 mg) atau Tablet Diazepam (5 sampai 10 mg) dapat diberikan sebelum operasi. • Untuk sedasi / Analgesia: dianjurkan dosis sesuai berat badan (Pethidine 0,5 sampai 1 mg / Kg atau Petazocine 0,5 mg / kg dan Promethazine 0,3 - 0,5 mg / kg). Obat harus diencerkan dengan jumlah yang sama dari normal saline atau air saline sebelum pemberian IV.

	<ul style="list-style-type: none"> • Lignokain adalah anestesi lokal yang direkomendasikan dan direkomendasikan konsentrasinya adalah 1% lignokain tanpa adrenalin.
Langkah 5: prosedur bedah	<p>Prosedur bedah rutin untuk sterilisasi (Minilap atau Laparoskopi). Pembuatan sayatan untuk sterilisasi Minilap dan Laparoskopi tergantung pada waktu dan jenis aborsi:</p> <p>Tubektomi Minilap:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supra pubik: dalam kasus aborsi trimester pertama tanpa komplikasi atau dengan pengobatan penghentian kehamilan (MTP) • Sub umbilikalis: jika terjadi aborsi langsung pada trimester kedua tanpa komplikasi, tergantung ukuran rahim <p>Oklusi tuba laparoskopi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umbilical Inferior: jika terjadi aborsi trimester pertama atau MTP sampai 12 minggu
Langkah 6: pasca operasi	<p>Pada periode pasca operasi, klien harus diawasi oleh perawat / dokter selama sekitar 4-6 jam. Klien harus diawasi untuk tanda vital dan pakaian di semua tahapan dan tidak pernah ditinggalkan tanpa pengawasan.</p>
Langkah 7: pengeluaran pervaginam	<p>Klien dapat dipulangkan setelah 4 jam, bila tanda-tanda vital stabil dan dalam klien terjaga sepenuhnya, buang air kecil, dapat berbicara, minum atau berjalan. Penyedia harus mengevaluasi klien dan memastikan bahwa ibu ditemani oleh kerabat atau teman. Instruksi pasca operasi dan tindak lanjut harus diberikan bersama dengan pasca operasi kartu instruksi pada saat keluar dari klien.</p> <p>Hal-hal berikut harus ditekankan pada saat keluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dapat melanjutkan hubungan seksual satu minggu setelah sterilisasi jika pendarahan telah berhenti atau kapan pun ibu merasa nyaman asalkan tidak ada berdarah.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu harus kembali untuk kunjungan tindak lanjut pada hari ke-7 operasi atau sedini mungkin mungkin setelah 7 hari. Klien juga disarankan untuk kembali ke klinik, jika ada <p>melewatkan menstruasi / dugaan kehamilan dalam dua minggu untuk menyingkirkan kemungkinan kehamilan.</p>
--	--

8.5 Metode kontrasepsi lain

Metode kontrasepsi lain seperti pil kontrasepsi oral kombinasi (OCP), pil khusus Progestin (POPs), injeksi DMPA, kondom dan Sterilisasi Pria dapat segera dimulai (seperti disebutkan di bagian sebelumnya), setelah konseling spesifik metode yang sesuai.

1. Jika wanita memulai OCP, POP, dan DMPA injeksi dalam 7 hari setelah pertama atau keguguran trimester kedua atau aborsi induksi, tidak diperlukan metode cadangan.
2. Jika sudah lebih dari 7 hari setelah keguguran trimester pertama atau kedua atau aborsi yang dipaksakan, ibu dapat mulai OCP atau POPs atau Injeksi DMPA kapan saja jika dipastikan tidak hamil. Ibu memerlukan metode cadangan selama 7 hari pertama untuk OCP atau DMPA Injeksi dan selama 2 hari pertama dalam kasus POPs.

Tabel 8.7: Gambaran umum metode kontrasepsi pasca aborsi (Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2016)

Metode kontrasepsi	Keuntungan	Keterbatasan	Efektivitas kontrasepsi
Kondom	<ul style="list-style-type: none"> • Hanya metode yang melindungi terhadap kehamilan dan IMS, HIV 	<ul style="list-style-type: none"> • Beberapa orang mungkin memiliki alergi pada lateks • Membutuhkan penggunaan yang 	<p>Cukup efektif.</p> <p>Tingkat kegagalan:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada efek samping hormonal • Digunakan sebagai metode sementara • Dapat digunakan tanpa berkunjung ke penyedia layanan kesehatan 	benar dengan setiap tindakan seks	2 kehamilan / 100 wanita *
Pil kombinasi	<ul style="list-style-type: none"> • Bisa disediakan oleh semua petugas kesehatan • Tidak mengganggu aktivitas seksual • Kesuburan segera kembali setelah penghentian 	<ul style="list-style-type: none"> • Harus diminum setiap hari • Pasokan ulang harus tersedia • Tidak cocok untuk wanita, menyusui bayinya kurang dari 6 bulan • Tidak cocok untuk wanita dengan penyakit medis tertentu • Obat-obatan seperti Rifampisin, Dilantin, dan GriseofulvinR memiliki interaksi obat dan menurunkan efektivitas pil kombinasi • Perubahan perdarahan menstruasi 	<p>Sangat efektif.</p> <p>Tingkat kegagalan: <1 kehamilan / 100</p> <p>Wanita (0,3 / 100), jika pil tidak terlewat</p>

		seperti pendarahan ringan, pusing, mual, sakit kepala, dan kelembutan payudara	
Pil Progestin	<ul style="list-style-type: none"> • Bisa disediakan oleh semua pekerja kesehatan • Tidak mengganggu aktivitas seksual • Kesuburan segera kembali tentang penghentian • Cocok untuk wanita di bawah ini enam minggu pascapersalinan dan menyusui 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurang efektif untuk wanita tidak menyusui • Harus diminum setiap hari • Pasokan ulang harus tersedia • Tidak cocok untuk wanita dengan penyakit medis tertentu • Perubahan perdarahan menstruasi seperti pendarahan ringan, pusing, mual, sakit kepala, dan ketegangan payudara 	<p>Pada wanita menyusui:</p> <p>Tingkat kegagalan: 1 kehamilan / 100 wanita (.3 / 100) *, bila tidak ada pil terlewat</p> <p>Kurang efektif dalam wanita yang sedang tidak menyusui:</p> <p>Tingkat kegagalan: <1 kehamilan / 100 wanita (.9 / 100) *, bila tidak ada pil terlewat</p>

<p>Suntik DMPA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak mengganggu aktivitas seksual • Cocok untuk wanita setelah enam tahun minggu pascapersalinan dan menyusui 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien harus kembali untuk injeksi setiap 3 bulan • Dapat menyebabkan perdarahan teratur, bercak dan amenore • Kembalinya kesuburan setelah berhenti <p>Inj DMPA membutuhkan rata-rata 4 sampai 6 bulan lebih lama dibandingkan dengan kebanyakan metode reversibel lainnya.</p> <p>Artinya wanita bisa hamil rata-rata 7-10 bulan setelah injeksi terakhir mereka</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penurunan tulang yang dapat dibalik kepadatan, tetapi pengguna tidak mungkin mengalami lebih banyak patah tulang 	<p>Sangat efektif.</p> <p>Tingkat kegagalan: <1 / 100 wanita (0,3 / 100) *, jika wanita mengambil suntikan</p>
--------------------	---	--	---

IUD	<ul style="list-style-type: none"> • Efektif segera setelah pemasangan IUD • Kontrasepsi jangka panjang, efektif selama 5 tahun (IUCD Cu 375) atau 10 tahun (IUCD CU 380A) • Kesuburan segera kembali setelah pencabutan • Tidak membutuhkan tindakan sehari-hari dan tidak mengganggu seks 	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatnya perdarahan menstruasi dan rasa sakit selama awal bulan • Penyedia terlatih dibutuhkan untuk pemasangan dan pencabutan • Tidak bisa dilakukan untuk wanita dengan infeksi panggul 	<p>Sangat efektif.</p> <p>Tingkat kegagalan:</p> <p><1 kehamilan / 100 wanita (0,6 / 100) *</p>
Sterilisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Metode permanen • Efektif segera • Tidak ada efek samping jangka panjang • Tidak ada gangguan pada seks 	<ul style="list-style-type: none"> • Wanita harus mengerti bahwa sterilisasi adalah metode permanen dan sulit untuk mengembalikan kesuburan • metode permanen meningkatkan pentingnya 	<p>Sangat efektif.</p> <p>Tingkat kegagalan:</p> <p><1 kehamilan / 100 wanita (0,5 / 100) *</p>

		konseling yang memadai dan lengkap tentang penjelasan dan persetujuannya.	
--	--	---	--

1. Konseling dan pemberian kontrasepsi harus menjadi bagian terpadu dari perawatan aborsi atau perawatan pascaborsi untuk membantu wanita menghindari kehamilan yang tidak diinginkan.
2. Kehamilan saat ini memastikan kesuburan wanita dan aborsi tanpa komplikasi tidak memiliki konsekuensi hasil negatif pada kesuburan di masa depan.
3. Tidak ada perbedaan dalam kembalinya ovulasi setelah pembedahan dibandingkan dengan trimester pertama abortus medis.
4. Kontrasepsi harus dimulai dalam minggu pertama aborsi karena ovulasi dapat terjadi sedini mungkin 8–10 hari setelah aborsi.
5. Penggunaan kontrasepsi segera setelah aborsi medis atau bedah pada trimester pertama tidak memengaruhi proses aborsi atau perdarahan pasca aborsi.
6. Metode kontrasepsi jangka panjang yang dapat dibalik adalah metode kontrasepsi yang paling efektif untuk membantu wanita menghindari mengulangi kehamilan yang tidak diinginkan.

Bab 9

Kontrasepsi Darurat

9.1 Pendahuluan

Pertimbangan terhadap aspek kesehatan, ekonomi, sosial dan agama merupakan beberapa faktor yang menyebabkan kehamilan dapat diterima atau tidak dikehendaki. Kesehatan ibu secara keseluruhan, riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu, umur dan kesehatan anak paling kecil menjadi landasan pertimbangan dari aspek kesehatan. Penghasilan suami atau istri, apakah masih bergantung kepada orang tua, ikatan dinas dan peraturan perusahaan tempat bekerja menjadi landasan pertimbangan dari aspek ekonomi. Masalah sekolah dan pekerjaan dari aspek sosial, sementara status pernikahan dan penerimaan kehamilan dari aspek agama. Jika kehamilan telah melalui beberapa pertimbangan tersebut, maka kehamilan akan berjalan sesuai rencana. Namun jika kehamilan tidak diterima atau tidak dikehendaki akan timbul upaya abortus atau pengguguran kandungan 2/3 dari kehamilan yang dilakukan secara aman maupun tidak aman unsafe. Pada dasarnya setiap orang menghendaki kehamilan, namun jika tidak direncanakan tentunya akan menjadi suatu aspek yang penuh dengan pertimbangan seperti yang telah dijabarkan sebelumnya. Kehamilan tidak selamanya berupa anugerah yang patut di syukuri, misalnya saja kehamilan yang dikarenakan seks bebas atau seks di luar nikah. Namun jika ada pemahaman akibat seks bebas tersebut tentu akan ada kerugian yang bisa dipikirkan para remaja sebelum melakukannya. Kehamilan yang Tidak

Diharapkan (KTD) merupakan salah satu risiko seks bebas atau seks di luar nikah yang berujung pada upaya melakukan abortus dan merupakan salah satu bentuk kerugian besar yang dapat dialami (M.T. Indriarti, 2018).

Pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan menggunakan alat pelindung berupa kontrasepsi merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan sejalan dengan strategi Making Pregnancy Safer (MPS). Kontrasepsi Darurat (KOPDAR) atau Emergency Contraception merupakan salah satu alat pelindung yang digunakan pasca-sanggama setelah berhubungan seksual (Morning After Pil atau Morning After Treatment) yang digunakan dalam jumlah dan situasi tertentu (Tahrir, 2010).

Pada kasus kekerasan seksual kontrasepsi darurat sangat penting dan lebih efektif jika digunakan lebih dini. Perlu ada promosi secara luas untuk pengenalan oleh masyarakat dan penyediaan layanan dengan akses yang mudah dan cepat. Untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, setiap wanita atau gadis usia subur memerlukan kontrasepsi darurat. Amerika Serikat dan beberapa Negara maju telah menggunakan kontrasepsi darurat sebagai upaya pencegahan kehamilan yang sama popularnya dengan penggunaan kondom, namun sangat di sayangkan karena masih sangat sedikitnya pelayanan KB yang menerapkan hal tersebut sebagai salah satu upaya penyelamatan jiwa (Live saving). Perlu diingat, sangat penting menerapkan metode kendar apabila program KB dianggap cukup serius dalam mencegah dan mengakhiri kehamilan yang tidak diinginkan (WHO, 2018). Setelah hubungan seks tanpa kondom, kontrasepsi darurat memberi kesempatan pada wanita dalam mencegah kehamilan. Hambatan ketersediaan harus dihilangkan karena wanita berhak mendapatkan kesempatan itu. Perluasan akses tidak berdampak besar pada penurunan tingkat kehamilan yang tidak diinginkan karena insiden hubungan seksual tanpa pelindung terjadi dengan jumlah yang sangat tinggi. Perlu diingat, kontrasepsi darurat ini tidak baik jika cukup sering digunakan, hanya akan efektif jika dalam keadaan tertentu saja (Trusell, 2014).

9.2 Pengertian

Merupakan kontrasepsi yang dapat mencegah kehamilan jika digunakan setelah berhubungan seksual. Pada awalnya istilah kontrasepsi darurat digunakan untuk menepis anggapan bahwa obat tersebut harus segera dipakai atau digunakan setelah melakukan hubungan seksual tanpa harus menunggu hingga esok hari,

namun jika tidak digunakan maka ada kemungkinan pasangan tidak dapat berbuat apa-apa lagi. Dapat disimpulkan, sebutan kontrasepsi darurat digunakan sebagai salah satu bentuk upaya penekanan bahwa jenis kontrasepsi ini bisa digunakan pada keadaan dan masa yang sama sekali tidak boleh ditunda (Yulizawati et al., 2019).

Rekomendasi kontrasepsi darurat dapat digunakan dalam 5 hari, namun lebih efektif jika digunakan lebih cepat atau setelah melakukan hubungan seksual. Hal ini mengacu pada metode kontrasepsi yang dapat digunakan untuk mencegah kehamilan setelah melakukan hubungan seksual (WHO, 2018).

Jadi dapat disimpulkan bahwasanya kontrasepsi darurat merupakan kontrasepsi yang dapat digunakan untuk mencegah kehamilan setelah pasangan suami istri berhubungan seks tanpa kontrasepsi, lupa minum pil atau mengalami kecelakaan kontrasepsi seperti rusaknya kondom (Yulizawati et al., 2019).

9.3 Manfaat Kontrasepsi Darurat

1. Kehamilan yang tidak diinginkan dapat dicegah
2. Hak perempuan untuk mengatur reproduksi dapat didukung
3. Kesehatan reproduksi untuk memberi waktu pemulihan yang sempurna bagi organ reproduksi wanita dapat didukung
4. Sesuai kondisi kesehatan fisik dan psikososial frekuensi kehamilan dapat diatur
5. Menghindari risiko aborsi
6. Bukan merupakan pil penggugur kandungan
7. Tidak memengaruhi kesuburan dan siklus haid yang akan datang karena kerja kondar secara fisiologis
8. Tidak menimbulkan pengaruh di kemudian hari khususnya pada organ reproduksi dan organ lainnya (Yulizawati et al., 2019).

9.4 Faktor Pemberian Kontrasepsi Darurat

1. Kesalahan pemakaian kontrasepsi, misalnya:
 - a. Salahnya penggunaan kondom, terlepas atau bocor
 - b. Pecah, robek atau di lepasnya terlalu cepat diaphragma
 - c. Sanggama terputus yang gagal
 - d. Masa subur yang salah hitung
 - e. Ekspulsi alat kontrasepsi dalam rahim (IUD)
 - f. Pil KB yang lupa diminum lebih kurang 2 hari berturut-turut
 - g. Suntik KB 1 bulan yang terlambat lebih dari 1 minggu
 - h. Suntik KB 3 bulan yang terlambat lebih dari 2 minggu
2. Wanita korban perkosaan kurang dari 72 jam (M.T. Indriarti, 2018)
3. Adanya alasan medis untuk tidak menggunakan kontrasepsi, belum bersedia namun ingin mencegah kehamilan
4. Tugas suami yang sering berpergian dalam jangka waktu lama sehingga wanita tidak sedang memakai kontrasepsi apapun (Yulizawati et al., 2019).

9.5 Jenis Kontrasepsi Darurat

9.5.1 Mekanik

IUD yang mengandung tembaga, misalnya CuT 380A merupakan satu-satu kontrasepsi darurat mekanik. jika dipasang dalam waktu kurang dari 7 hari setelah sanggama. Cara yang dilakukan ini dapat dipakai dalam mencegah kehamilan hingga 10 tahun atau sesuai waktu yang dikehendaki. Sebaiknya dipasang oleh ahlinya (dokter umum, dokter spesialis kebidanan atau bidan dan biasanya dengan harga yang lebih mahal (Yulizawati et al., 2019).

IUD tembaga dapat dipasang hingga 5 hari setelah ovulasi untuk mencegah kehamilan karena implantasi terjadi 6-12 hari setelah ovulasi. Jadi, AKDR dapat mencegah kehamilan jika seorang wanita melakukan hubungan seks tanpa

pelindung tiga hari sebelum ovulasi dan dipasang hingga 8 hari setelah hubungan seksual. Namun banyak protokol yang mengizinkan pemasangan hingga 5 hari setelah berhubungan seksual tanpa pelindung karena sulitnya menentukan hari ovulasi (Trusell, 2014).

AKDR-Cu direkomendasikan WHO untuk digunakan sebagai metode kontrasepsi darurat dan dipasang dalam 5 hari setelah hubungan seksual tanpa pelindung. Metode ini sangat sesuai, efektif, tahan lama dan dapat dibalik untuk wanita yang ingin menggunakan metode kontrasepsi. AKDR-Cu 99% lebih efektif untuk mencegah kehamilan jika dipasang dalam 120 jam setelah berhubungan seksual tanpa pelindung dan merupakan kontrasepsi darurat paling efektif yang tersedia. Setelah pemasangan, IUD dapat terus digunakan wanita sebagai metode kontrasepsi berkelanjutan atau bisa beralih untuk memilih metode kontrasepsi lainnya (WHO, 2018).

1. Keamanan Kondar Mekanik.

Bentuk kontrasepsi darurat yang aman adalah IUD bantalan tembaga dengan perkiraan kurang dari 2 kasus Penyakit Radang Panggul (PID) per- 1000 pengguna.

2. Cara kerja

- a. Pertemuan sel sperma dan sel telur dapat dicegah (proses fertilisasi)
- b. Tertanamnya hasil pembuahan pada endometrium dapat dicegah (selaput dinding rahim)
- c. Sekitar < 0, 1% kegagalan yang mungkin terjadi pada kontrasepsi darurat jenis mekanik. ini

3. Kontra Indikasi

- a. Infeksi Menular Seksual (IMS)
- b. Hamil atau diduga hamil

4. Kriteria Kelayakan Medis

Kriteria kelayakan penggunaan umum AKDR juga berlaku untuk penggunaan AKDR tembaga dalam keperluan darurat, dengan rincian:

5. Dalam keadaan PID, sepsis nifas, perdarahan vagina yang tidak dapat dijelaskan, kanker serviks atau trombositopenia parah atau wanita dengan kondisi yang diklasifikasikan sebagai MEC kategori 3 atau 4

6. Setelah serangan seksual yang berisiko tinggi mengalami infeksi menular seksual, seperti: klamidia dan kencing nanah
7. Wanita yang sudah positif hamil
Peningkatan risiko PID pada wanita dengan risiko infeksi menular seksual (WHO, 2018).
8. Dapat menyebabkan infeksi panggul yang menimbulkan kemandulan jika tidak ditangani.
9. Risiko infeksi panggul setelah pemasangan IUD dan penggunaan AKDR tembaga tidak terkait dengan peningkatan risiko infertilitas tuba pada wanita nuligravida yang tidak terpajan IMS namun infeksi klamidia mungkin terjadi (Trusell, 2014).

9.5.2 Medik

Pemberian kontrasepsi darurat yang telah diteliti secara luas diperkirakan paling sedikit 5 cara, bersifat hormonal dan pada saat ini diterapkan secara oral yaitu pil kontrasepsi darurat yang berfungsi mencegah kehamilan atau menunda ovulasi dan tidak menyebabkan aborsi (WHO, 2018).

Pemberian pervaginam juga sudah dilakukan dan sudah dalam tahap penelitian, namun kepustakaan yang telah dipublikasikan masih terbatas (Yulizawati et al., 2019).

1. Cara pemberian kontrasepsi secara oral
 - Pil kombinasi, misal: Microgynon
 - Pil progestin, misal: Postinor-2
 - Pil esterogen, misal: Premarin
 - Mifepristone, misal: RU-486
 - Danazol, misal: Danocrine
2. Cara Kerja
 - Mencegah ovulasi atau menunda ovulasi dengan merubah endometrium sehingga tidak memungkinkan untuk terjadinya implantasi hasil pembuahan
 - Pergerakan saluran telur (tuba fallopi) yang diganggu.

3. Cara Pemberian

- Pil kombinasi dengan dosis 2x4 tablet dalam waktu 3 hari pasca-sanggama (dosis pertama 1x4 tablet, diulang 12 jam setelah dosis pertama)
- Pil Progestin dengan dosis 2x1 tablet dalam waktu 3 hari pasca-sanggama (dosis pertama 1 tablet, diulang 1 tablet kedua 12 jam sesudah tablet pertama)
- Pil esterogen dengan dosis 2x10 mg dalam waktu 3 hari pasca-sanggama selama 5 hari
- Mifepristone dengan dosis 1x600 mg dalam waktu 3 hari pasca-sanggama
- Pil Danazol dengan dosis 2x4 tablet dalam waktu 3 hari pasca-sanggama (dosis pertama 1x4 tablet, diulang 1x4 tablet 12 jam kemudian setelah dosis pertama)

4. Keamanan

Penggunaan pil kontrasepsi darurat mempunyai efek serupa dengan pil kontrasepsi oral, seperti:

- Mual dan muntah
- Perdarahan vagina yang tidak teratur
- Kelelahan

Tanpa pengobatan lebih lanjut efek samping biasanya akan hilang dan berlangsung tidak lebih dari 24 jam. Hal ini terjadi karena pil kontrasepsi darurat mengandung hormon dosis tinggi (Yulizawati et al., 2019). Dosis harus diulang jika muntah terjadi dalam 2 jam setelah diminum. Sebelum menggunakan pil kontrasepsi darurat tidak dianjurkan penggunaan anti emetik secara rutin. Obat yang digunakan untuk kontrasepsi darurat ini juga tidak akan membahayakan kesuburan dimasa yang akan datang, dengan kata lain tidak ada penundaan kembalinya kesuburan setelah meminum pil kontrasepsi darurat (WHO, 2018).

Pada wanita gemuk dengan indeks massa tubuh lebih dari 30 kg/ m² pil kontrasepsi darurat ditemukan kurang efektif namun tidak ada masalah keamanan. Saat wanita gemuk butuh, tidak boleh ada penolakan akses kontrasepsi darurat untuk mereka. Konseling penggunaan yang mencakup pilihan

kontrasepsi reguler, saran penggunaan metode dan saran jika ditemukan kegagalan metode harus dijelaskan secara rinci (WHO, 2018).

9.6 Tingkat Keamanan Penggunaan Kontrasepsi Darurat

Terjadinya thrombosis seperti stroke atau emboli paru pada pemakaian kontrasepsi darurat sampai saat ini belum dibuktikan dari beberapa penelitian yang telah dilakukan dan sebaliknya, tidak ada penelitian yang membuktikan 100% akan keamanannya. Namun, selama ini belum ada kasus yang dilaporkan setelah penggunaan pemakaian kontrasepsi darurat. Jadi masih bisa kita simpulkan kalau pilihan ini termasuk dalam kategori aman.

Pemakaian kontrasepsi darurat jenis pil hormonal memiliki efek samping mual dan muntah dan dapat di atasi dengan pemberian anti mual dan muntah sebelum diminum atau memilih pil yang hanya mengandung progesterone saja. Di samping itu, bercak darah spotting atau haid yang datang seminggu lebih cepat atau seminggu lebih lambat pada bulan berikutnya juga merupakan efek samping yang mungkin timbul (Yulizawati et al., 2019)

9.7 Angka Keberhasilan Penggunaan Kontrasepsi Darurat

Setelah pemakaian kontrasepsi darurat, bila tidak mendapatkan haid pada bulan berikutnya sebaiknya anda kecurigaan akan terjadinya proses kehamilan dan segeralah pergi ke dokter untuk melaksanakan proses pemeriksaan. Sangatlah tidak dianjurkan untuk memakai kontrasepsi ini dalam jangka waktu lama walaupun angka keberhasilan kontrasepsi darurat ini untuk mencegah kehamilan tinggi. Pilihan terbaik adalah penggunaan metode kontrasepsi lain yang sudah tersedia jika menginginkan hubungan seksual yang aman (Yulizawati et al., 2019).

9.8 Pengenalan Kontrasepsi Darurat Dalam Program Kesehatan Reproduksi

Sekitar 200.000 wanita meninggal setiap tahunnya akibat terminasi kehamilan yang tidak diinginkan menurut WHO karena praktik aborsi yang tidak aman (Unsafe abortion) dan banyak yang terselamatkan dengan penggunaan kondar yang disediakan. Pada saat ini metode KB pasca- sanggama Yuzpe masih di manfaatkan dengan menggunakan teknologi dan dilakukan sejak 30 tahun yang lalu, namun penerapannya untuk keselamatan jiwa (Live saving) bagi wanita belum maksimal. Oleh karena itu, penerapan metode kondar tetap merupakan program KB pilihan dalam mencegah daripada mengakhiri kehamilan yang tidak diinginkan.

Perlu kita sadari:

1. Hubungan seksual sering terjadi tanpa perlindungan dan akan terus terjadi kecuali ada perubahan sikap terhadap aktivitas ini. Oleh karena itu masyarakat harus menyadari dan harus dapat menerima kenyataan.
2. Harus tersedianya akses di mana saja, selama 7 hari dalam seminggu, terbuka, disediakan pemerintah atau swasta, klinik, praktik umum serta Rumah Sakit. Dibutuhkan penerangan dan penyuluhan dan bagi siapapun yang menyelenggarakan pelayanan KB seharusnya menyelenggarakan pelayanan kondar juga disediakan.
3. Bahwa pasangan yang menggunakan kontrasepsi metode barrier misalnya kondom, harus tahu mengenai kontrasepsi darurat.
4. Harus dilakukannya peninjauan segera melalui pelatihan pada para dokter, dokter Rumah Sakit dan bidan dalam memberikan praktik layanan kontrasepsi dibutuhkan apabila potensi kondar dapat diwujudkan dan diterapkan dalam pelayanan KB (Tahrir, 2010).

Bab 10

Evidence-based Pelayanan Kontrasepsi

10.1 Pendahuluan

Praktik pelayanan kontrasepsi yang optimal dalam tatanan klinik dapat dicapai dengan mengimplementasikan layanan yang berbasis bukti ilmiah. *Evidence-based practice* (EBP) memfasilitasi praktik layanan kesehatan yang diaplikasikan berdasarkan bukti, yaitu hasil-hasil penelitian ilmiah yang terus berkembang sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan, sehingga dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan klinis. *Evidence-based practice* dalam bidang kedokteran dan kesehatan merepresentasikan integrasi dari keahlian klinis (clinical expertise), nilai-nilai pasien (patient's values) dan bukti ilmiah terbaik yang tersedia dalam mendukung proses pengambilan keputusan terkait dengan perawatan kesehatan pasien (Masic, Miokovic and Muhamedagic, 2008). Irisan dari ketiga aspek tersebut menghasilkan layanan berkualitas tinggi berbasis bukti yang diharapkan dapat memberikan kepuasan pada pasien (lihat Gambar 10.1).

Evidence-based practice bermanfaat untuk menjembatani kesenjangan antara penelitian dan praktik. *Evidence-based practice* memiliki kontribusi dalam pengembangan keilmuan dan layanan praktik klinik yang meliputi

mengembangkan panduan praktik klinis, memperbarui pengetahuan, mengembangkan keilmuan, meningkatkan kredibilitas tenaga kesehatan sebagai profesional yang memiliki otonomi, meningkatkan hasil kesehatan pasien, membatasi biaya kesehatan, serta menggunakan hasil penelitian terbaru dan andal secara tepat waktu untuk meningkatkan kualitas perawatan kesehatan (Barriá P, 2014).



Gambar 10.1: Trias Evidence-based Practice (Masic, Miokovic and Muhamedagic, 2008)

Evidence-based dalam konteks pelayanan kontrasepsi berperan dalam menjembatani kesenjangan antara penelitian/teori keilmuan dengan praktik layanan kontrasepsi di tatanan klinik. *Evidence-based practice* memfasilitasi integrasi dari keahlian klinis tenaga kesehatan dalam memberikan layanan kontrasepsi, penghargaan terhadap nilai-nilai yang dianut oleh pasien dalam memutuskan layanan kontrasepsi yang diinginkan, dan bukti ilmiah terbaik terkait kontrasepsi yang tersedia dalam mendukung proses pengambilan keputusan pasien bersama tenaga kesehatan. Dengan demikian, *evidence-based practice* menjadi salah satu faktor pendukung untuk meningkatkan kualitas pelayanan pengaturan jarak kehamilan, menjarangkan kehamilan atau menghentikan peluang hamil.

10.2 Level Evidence-based

Bukti ilmiah atau evidence mayoritas berasal dari hasil penelitian yang dikembangkan secara sistematis menurut kaidah-kaidah ilmiah. Namun, tidak semua hasil penelitian memiliki kualitas yang baik sehingga dapat langsung diimplementasikan dalam tatanan klinik. Diperlukan penilaian kritis (critical appraisal) sebelum menerapkan bukti ilmiah tersebut sebagai dasar pengambilan keputusan klinis. Meskipun begitu, pada dasarnya bukti ilmiah memiliki peringkat (level) dengan kualitas tertentu yang dapat dijadikan salah satu pertimbangan sebelum menerapkan bukti ilmiah dalam layanan kesehatan. Kualitas bukti ilmiah berbasis penelitian dapat ditinjau dari desain studi yang dilakukan peneliti. Level bukti ilmiah atau evidence yang terbaik dapat memberikan ukuran akurat dari pemahaman pasien tentang instruksi dan dapat meminimalkan atau menyesuaikan potensi bias. Contoh evidence yang terbaik, yaitu, uji coba terkontrol secara acak (randomized control trial), studi intervensi, dan desain lain yang membandingkan kelompok dengan perlakuan dan/atau kelompok tanpa perlakuan (Folger et al., 2013). Secara rinici, level dan kualitas evidence dapat dilihat pada Tabel 10.1 berikut ini.

Tabel 10.1: Level Evidence dan Panduan Kualitas Evidence (Dearholt and Dang, 2012)

Level Evidence	Panduan Kualitas
<p>Level I Studi eksperimental, uji coba terkontrol secara acak (<i>Randomized Controlled Trial</i> -RCT). <i>Systematic review</i> dari RCT, dengan atau tanpa meta-analisis.</p>	<p>A. Kualitas tinggi: Hasil yang konsisten dan dapat digeneralisasikan; ukuran sampel yang cukup untuk desain penelitian; kontrol yang memadai; kesimpulan yang pasti; berdasarkan rekomendasi yang konsisten pada tinjauan pustaka komprehensif yang mencakup referensi menyeluruh ke bukti ilmiah.</p>
<p>Level II Studi kuasi eksperimental. <i>Systematic review</i> dari kombinasi RCT dan kuasi-eksperimental, atau studi kuasi-eksperimental saja, dengan atau tanpa meta-analisis.</p>	<p>B. Kualitas baik: Hasil yang cukup konsisten; ukuran sampel yang cukup untuk desain penelitian; beberapa kontrol, kesimpulan yang cukup pasti; rekomendasi cukup konsisten berdasarkan tinjauan pustaka yang cukup komprehensif yang mencakup beberapa referensi untuk bukti ilmiah.</p>

<p>Level III Studi non-eksperimental. <i>Systematic review</i> dari kombinasi RCT, kuasi-eksperimental dan studi non-eksperimental, atau studi non-eksperimental saja, dengan atau tanpa meta-analisis. Studi kualitatif atau <i>systematic review</i> dengan atau tanpa metasintesis.</p>	<p>C. <u>Kualitas rendah atau kelemahan utama:</u> Sedikit bukti dengan hasil yang tidak konsisten; ukuran sampel yang tidak mencukupi untuk desain penelitian; kesimpulan tidak bisa ditarik.</p>
<p>Level IV Pendapat dari otoritas yang dihormati dan / atau komite ahli / panel konsensus yang diakui secara nasional berdasarkan bukti ilmiah.</p> <p>Termasuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pedoman praktik klinis ● Panel konsensus 	<p>A. <u>Kualitas tinggi:</u> Materi yang secara resmi disponsori oleh seorang profesional, publik, organisasi swasta, atau badan pemerintah; dokumentasi strategi pencarian literatur yang sistematis; hasil yang konsisten dengan jumlah studi yang dirancang dengan baik; evaluasi berbasis kriteria dari keseluruhan kekuatan ilmiah dan kualitas studi yang disertakan dan kesimpulan yang pasti; keahlian nasional yang terbukti jelas; dikembangkan atau direvisi dalam 5 tahun terakhir.</p> <p>B. <u>Kualitas baik:</u> Materi yang secara resmi disponsori oleh seorang profesional, publik, organisasi swasta, atau badan pemerintah; cukup teliti dan sesuai strategi pencarian literatur yang sistematis; hasil yang cukup konsisten, cukup banyak studi yang dirancang dengan baik; evaluasi kekuatan dan keterbatasan studi termasuk dengan kesimpulan yang cukup pasti; keahlian nasional yang jelas terbukti; dikembangkan atau direvisi dalam 5 tahun terakhir.</p> <p>C. <u>Kualitas rendah atau kekurangan utama:</u> Materi tidak disponsori oleh organisasi resmi atau agensi tertentu; strategi pencarian literatur yang tidak terdefinisi, tidak terdefinisi dengan baik, atau terbatas; tidak mengevaluasi kekuatan dan keterbatasan studi yang disertakan, bukti yang tidak memadai dengan hasil yang tidak konsisten, kesimpulan tidak dapat ditarik; tidak direvisi dalam 5 tahun terakhir.</p>

<p>Level V Berdasarkan bukti pengalaman dan bukti non-penelitian</p> <p>Termasuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulasan literatur • Peningkatan kualitas, evaluasi program atau evaluasi keuangan • Laporan kasus • Pendapat dari para ahli yang diakui secara nasional berdasarkan bukti pengalaman 	<p>Pengalaman Berorganisasi:</p> <p>A. <u>Kualitas tinggi:</u> Tujuan dan sasaran yang jelas; hasil yang konsisten di berbagai pengaturan; peningkatan kualitas formal, metode evaluasi keuangan atau program yang digunakan; kesimpulan yang pasti; rekomendasi yang konsisten dengan referensi menyeluruh pada bukti ilmiah.</p> <p>B. <u>Kualitas baik:</u> Maksud dan tujuan yang jelas; hasil yang konsisten dalam satu pengaturan; peningkatan kualitas formal atau metode evaluasi keuangan atau program yang digunakan; rekomendasi yang cukup konsisten dengan beberapa referensi pada bukti ilmiah.</p> <p>C. <u>Kualitas rendah atau kelemahan utama:</u> Tujuan dan sasaran yang tidak jelas atau hilang; hasil yang tidak konsisten; metode peningkatan kualitas, keuangan atau evaluasi program yang tidak jelas; rekomendasi tidak dapat dibuat.</p> <p>Tinjauan Pustaka, Pendapat Ahli, Laporan Kasus, Standar Komunitas, Pengalaman Dokter, Preferensi Konsumen:</p> <p>A. <u>Kualitas tinggi:</u> Keahlian terbukti dengan jelas; menarik kesimpulan yang pasti; menyediakan alasan ilmiah; pemimpin pemikiran di lapangan.</p> <p>B. <u>Kualitas baik:</u> Keahlian tampaknya kredibel; menarik kesimpulan yang cukup pasti; memberikan argumen logis untuk pendapat yang disampaikan.</p> <p>C. <u>Kualitas rendah atau kelemahan utama:</u> Keahlian tidak terlihat atau meragukan; kesimpulan tidak bisa ditarik.</p>
---	---

Telah ditemukan banyak bukti penelitian ilmiah terkait pelayanan kontrasepsi dengan hasil yang beragam. Namun, bukti empiris tersebut sebaiknya tidak langsung begitu saja diimplementasikan kepada pasien atau sasaran terkait. Diperlukan telaah terlebih dahulu terhadap bukti-bukti ilmiah tersebut, termasuk kebermanfaatan dan efek samping yang mungkin timbul akibat implementasi evidence-based tersebut terhadap pasien atau klien yang dikelola. Perbedaan karakteristik sampel atau pasien yang diikutsertakan dalam penelitian, tidak

sama persis dengan pasien yang dikelola oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan masing-masing. Latar waktu, tempat, budaya, kebijakan kesehatan, status sosial ekonomi dan lain sebagainya juga perlu dipertimbangkan sebelum mengaplikasi evidence-based dalam tatanan klinik.

10.3 Evidence-based Keputusan Akseptor terhadap Pilihan Kontrasepsi

10.3.1 Konseling

Wanita berhak memiliki semua akses informasi mengenai pilihan metode kontrasepsi serta mendapatkan dukungan untuk mengambil keputusan secara aktif terhadap pilihan metode kontrasepsi yang sesuai dengan pertimbangan medis (Kelsey, 2017). Oleh karena itu, penyedia layanan kesehatan perlu memberikan informasi melalui konseling dan edukasi sebelum wanita menentukan pilihan metode kontrasepsi. Penyediaan informasi harus diberikan dengan jelas dan jujur khususnya terkait manfaat dan risiko dari setiap metode kontrasepsi, namun tidak mengarahkan pasien untuk memilih salah satu jenis kontrasepsi.

Beberapa hal yang mungkin melatarbelakangi pemilihan metode kontrasepsi yaitu alasan pribadi, alasan budaya, atau kemampuan pasien untuk menoleransi kemungkinan efek samping yang muncul setelah penggunaan kontrasepsi (Kelsey, 2017). Kuncinya, wanita perlu merasa senang untuk menggunakan metode kontrasepsi sesuai pilihannya sendiri. Dengan demikian, sesi konseling menjadi faktor penting untuk membantu pasien mengambil keputusan. Jenis kontrasepsi di Indonesia pada umumnya dibagi menjadi dua garis besar, yaitu kontrasepsi hormonal dan nonhormonal. Rekomendasi pemilihan jenis kontrasepsi dipertimbangkan sesuai dengan fase usia masing-masing pasien. Pasien dengan usia anak atau remaja (<20 tahun) digolongkan dalam fase menunda kehamilan dengan rekomendasi pilihan kontrasepsi pil. Pasien dalam usia subur (20-35 tahun) digolongkan dalam fase menjarangkan kehamilan dengan rekomendasi utama yaitu pemasangan intrauterine device (IUD) setelah kelahiran anak pertama. Pasien dengan usia di atas 35 tahun digolongkan dalam fase mengakhiri kehamilan karena berisiko memiliki komorbid saat hamil dan

melahirkan. Oleh karena itu, pasien tersebut direkomendasikan untuk memilih kontrasepsi mantap (Bakri, Kundre and Bidjuni, 2019).

10.3.2 Aspek Klinis

Wanita paling siap untuk membuat keputusan berdasarkan informasi tentang penggunaan kontrasepsi jika mereka memiliki informasi berbasis bukti. Tenaga kesehatan dapat lebih mendukung tujuan reproduksi pasien dengan mengembangkan pengetahuan mereka sendiri lalu mengimplementasikannya pada pasien, (Britton et al., 2020)

10.3.3 Dukungan Pasangan

Pelayanan kontrasepsi harus melibatkan pasangan penerima kontrasepsi. Sebuah penelitian melaporkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan suami dengan pemilihan metode kontrasepsi. Di sisi lain, secara statistik, peran petugas lapangan keluarga berencana tidak signifikan berhubungan dengan keputusan ibu untuk memilih kontrasepsi (Bakri, Kundre and Bidjuni, 2019).

10.4 *Evidence-based: Unmet Need* Kontrasepsi

10.4.1 Definisi Unmet Need Kontrasepsi

Unmet need kontrasepsi adalah situasi di mana pasangan usia subur (PUS) memutuskan untuk tidak memiliki anak atau menjarangkan kehamilan, namun tidak disertai dengan tindakan menggunakan kontrasepsi (Resti, Barus and Anita, 2019). Terdapat beragam penyebab terjadinya unmet need. Di sebagian besar negara, wanita dengan status menikah menyebutkan alasan kekhawatiran tentang efek samping kontrasepsi dan risiko kesehatan, meskipun lebih cenderung pernah menggunakan metode kontrasepsi di masa lalu (Sedgh, Ashford and Hussain, 2016).

Pada negara berkembang, kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi terkait dengan tingginya tingkat kesuburan yang tidak diinginkan sehingga unmet need ini menjadi tolok ukur untuk program keluarga berencana. Namun, algoritma

untuk indikator standar unmet need cukup rumit dan tidak mencerminkan persentase wanita yang berisiko mengalami kehamilan tidak diinginkan yang tidak menggunakan kontrasepsi pada waktu tertentu (Moreau, 2019). Hasil penelitian yang dilakukan pada 52 negara berkembang didapatkan bahwa wanita dengan kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi jarang mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui kontrasepsi, bahwa mereka tidak memiliki akses ke sumber pasokan, atau biayanya terlalu mahal. Alasan mereka lebih cenderung kepada kekhawatiran akan adanya efek samping pada penggunaan kontrasepsi (Sedgh, Ashford and Hussain, 2016).

Beberapa hasil penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa kejadian unmet need berhubungan dengan faktor budaya atau tradisi keluarga. Alasan lainnya yaitu tidak mendapatkan izin dari pasangan, orangtua yang tidak pernah menganjurkan penggunaan kontrasepsi, serta preferensi terhadap tradisi dan kepercayaan meminum jamu sebagai alat kontrasepsi (Resti, Barus and Anita, 2019).

10.4.2 Strategi Mengatasi Unmet Need Berbasis Bukti

Unmet need kontrasepsi menjadi salah satu tolok ukur dalam pencapaian program keluarga berencana di Indonesia. Angka unmet need perlu ditekan karena efeknya dapat memicu banyak manfaat pada kesehatan reproduksi wanita. Penekanan angka *unmet need* dapat dilakukan melalui penyediaan akses bagi wanita terhadap kontrasepsi modern dan layanan kesehatan ibu karena secara tidak langsung dapat bermanfaat dalam mencegah kematian selama kehamilan dan persalinan. Pemenuhan kebutuhan keluarga berencana modern dan perawatan kesehatan ibu dan bayi akan mengurangi kematian ibu sekitar dua pertiga (UNPFA, 2012). Jika semua wanita ingin menghindari kehamilan dengan menggunakan metode keluarga berencana modern, maka kehamilan yang tidak direncanakan akan menurun tajam. Selain itu, penggunaan kondom sebagai alat kontrasepsi juga akan mengurangi penularan HIV (UNPFA, 2012).

Salah satu program yang dikembangkan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) adalah membentuk Kampung KB sejak tahun 2016 sebagai upaya menurunkan unmet need (Sulastris et al., 2019). Pengurus Kampung KB berasal dari wilayah setempat bekerja sama dengan penyuluh KB (PKB) atau petugas lapangan KB (PLKB) dalam mengumpulkan data, mengolah dan menganalisis data, melakukan evaluasi kegiatan serta mengidentifikasi kemungkinan masalah yang timbul dalam layanan informasi kontrasepsi. PKB/PLKB juga melakukan koordinasi dan advokasi dengan

pemerintah daerah setempat dan stakeholder terkait untuk menjamin kelancaran dan keefektifan program.

Meskipun demikian, sebuah studi melaporkan bahwa instrumen yang digunakan pada program belum dapat mengidentifikasi kelompok wanita yang termasuk kategori *unmet need* sehingga strategi dilaksanakan belum mencapai sasaran yang tepat sesuai kebutuhan (Sulastris et al., 2019). Program Kampung KB juga belum dilengkapi dengan ketersediaan petugas untuk melakukan monitoring dan evaluasi, belum tersedia data kelompok sasaran dan belum ada ketersediaan data setelah implementasi program. Pembagian tugas yang belum jelas antara pengurus Kampung KB dengan PKB/PLKB juga menjadi catatan untuk dilakukan evaluasi dan peningkatan program ke depan.

Angka *unmet need* cukup bervariasi di berbagai daerah di Indonesia. Hal ini mengindikasikan adanya disparitas dalam pelayanan kontrasepsi dan penyediaan alat kontrasepsi di berbagai wilayah. Upaya yang dilakukan pemerintah melalui berbagai strategi dan program kebijakan memang adalah hal yang utama, namun faktor sosial, budaya, dan ekonomi juga perlu menjadi pertimbangan dalam menjalankan program tersebut. Banyak studi yang telah mengeksplorasi keterkaitan faktor sosial, budaya, dan ekonomi dengan *unmet need* (Adebowale and Palamuleni, 2014; Bradley and Casterline, 2014; Sariyati, Mulyaningsih and Sugiharti, 2015). Oleh karena itu, pada tahun 2020 pemerintah mencanangkan strategi pelaksanaan program KB berbasis hak demi mencapai tujuan pembangunan Indonesia (Sustainable Development Goals).

Program KB berbasis hak ini mengedepankan prinsip hak azasi manusia untuk mendapatkan informasi layanan kontrasepsi, ketersediaan alat kontrasepsi dan pelayanan program KB sesuai dengan nilai pasien dan standar etika yang didasarkan pada pengembangan program berbasis bukti (BKKBN, 2020). Disebutkan dalam tujuan strategi keluarga berencana yang keempat yaitu mengembangkan dan mengaplikasikan inovasi dan bukti dalam upaya peningkatan program yang efisien dan efektif, serta *sharing* pengalaman melalui kerjasama stakeholder. Pendekatan baru dan pesan advokasi yang dirancang didasarkan pada riset formatif, penelitian operasional dan data.

10.5 Peningkatan Layanan Kontrasepsi

Pemanfaatan bukti ilmiah (*evidence*) dalam tatanan klinik membutuhkan keterampilan baru dari klinisi, termasuk pencarian literatur yang efisien, dan penerapan aturan bukti formal dalam mengevaluasi literatur klinis. Oleh karena itu, dalam menerapkan *evidence-based practice*, tenaga kesehatan memerlukan proses pembelajaran seumur hidup dengan kesadaran sendiri untuk menemukan bukti-bukti ilmiah berbasis masalah. Tenaga kesehatan perlu menciptakan kebutuhan akan informasi penting secara klinis tentang diagnosis, prognosis, terapi, dan masalah klinis dan perawatan kesehatan lainnya dalam merawat pasien kelolaan (Masic, Miokovic and Muhamedagic, 2008).

Bukti ilmiah hasil penelitian bertambah setiap hari, sehingga fakta-fakta yang diterima sebelumnya dengan cepat menjadi kadaluarsa dan tampaknya mustahil mengikuti ledakan informasi ilmiah tersebut. Alih-alih secara rutin me-review isi puluhan jurnal untuk artikel yang menarik, *evidence-based practice* menyarankan agar bacaan literatur ditargetkan untuk isu-isu yang berkaitan dengan masalah pasien tertentu sesuai yang dikelola saat ini. Mengembangkan pertanyaan klinis dan kemudian mencari database saat ini mungkin menjadi cara yang lebih produktif untuk mengikuti perkembangan literatur. Tenaga kesehatan direkomendasikan untuk berlatih dengan membaca abstrak dan menilai literatur sebagai proses yang pragmatis. Pola pembiasaan menggunakan literatur dapat memberi manfaat bagi pasien individu sekaligus memperluas basis pengetahuan tenaga kesehatan (Masic, Miokovic and Muhamedagic, 2008).

Perluasan informasi berdasarkan pembiasaan membaca literatur ilmiah dapat menjadi bekal untuk program edukasi pasien. Namun, perawat atau bidan yang memberikan informasi edukatif kontrasepsi perlu menyadari batasan yang sesuai dengan level kompetensi masing-masing serta bersiap untuk merujuk kepada dukungan spesialis jika dibutuhkan (Kelsey, 2017). Pada intinya, layanan kontrasepsi harus memprioritaskan peningkatan informasi dan konseling yang diberikan oleh tenaga kesehatan melalui berbagai metode yang mereka tawarkan. Semua wanita yang aktif secara seksual, baik sudah menikah maupun belum menikah, membutuhkan informasi tentang risiko hamil dan pilihan metode yang dapat memenuhi kebutuhannya (Sedgh, Ashford and Hussain, 2016). Pada akhirnya, wanita diberikan kesempatan untuk mengambil keputusan terkait layanan kontrasepsi yang diinginkan berdasarkan preferensi dan nilai yang dianut.

Peningkatan layanan informasi kontrasepsi yang difasilitasi oleh pengurus Kampung KB dan PKB/PLKB semestinya mengidentifikasi secara khusus kelompok wanita unmet need berdasarkan pada data yang diperoleh di lapangan sehingga perencanaan layanan dibuat berbasis bukti dan sesuai dengan kelompok sasaran (Sulastri et al., 2019). Kegiatan layanan kontrasepsi yang dirancang dan diimplementasikan sesuai dengan kebutuhan sasaran pasangan usia subur dengan unmet need tersebut akan menciptakan hasil yang lebih memuaskan.

Penerapan *evidence-based practice* dalam pelayanan kontrasepsi memberikan peluang untuk meningkatkan kualitas layanan dan berpotensi menurunkan kesenjangan, khususnya unmet need kontrasepsi. Oleh karena itu, tenaga kesehatan direkomendasikan agar selalu memperbarui pengetahuan ilmiah berbasis bukti serta mengimplementasikannya di dalam praktik sehari-hari. Dengan demikian, terjadi perbaikan pelayanan yang diharapkan.

Perbaikan perawatan kesehatan untuk wanita terkait kontrasepsi dapat memperkuat sistem kesehatan (UNPFA, 2012). Ketika perempuan memiliki akses ke program keluarga berencana, mereka memiliki anak yang lebih sedikit dan lebih sehat. Hal ini memungkinkan adanya aspek kebermanfaatn sosial dan ekonomi, termasuk pencapaian pendidikan yang lebih tinggi, terutama bagi perempuan; produktivitas tenaga kerja yang lebih tinggi, termasuk partisipasi angkatan kerja perempuan yang lebih besar; dan peningkatan akumulasi kekayaan rumah tangga melalui tabungan dan investasi. Ini juga menghasilkan manfaat lingkungan untuk generasi mendatang ketika pasangan memiliki keluarga yang lebih kecil, menurunkan pertumbuhan populasi dan stres terkait lingkungan (UNPFA, 2012).

Bab 11

Pemberian Pelayanan Kontrasepsi

11.1 Pendahuluan

Indonesia merupakan salah satu negara dengan laju pertumbuhan penduduk yang cukup tinggi, yaitu sebesar 1,25%. Data yang dirilis oleh Badan Pusat Statistik (BPS), mencatat bahwa jumlah penduduk di Indonesia hingga bulan September 2020 sebanyak 270,2 juta jiwa. Angka tersebut meningkat 32,57 juta jiwa dari total penduduk Indonesia pada tahun 2010 yang baru sebanyak 237,63 juta jiwa. Tingginya laju pertumbuhan penduduk dan dengan dukungan kualitas hidup yang memadai, hal ini akan menjadi aset pemerintah yang berharga dalam melakukan pembangunan negara. Namun, apabila laju pertumbuhan penduduk yang tinggi tidak didukung dengan kualitas hidup yang memadai, maka akan berpotensi menimbulkan berbagai permasalahan kependudukan, yang secara umum akan berpengaruh terhadap pembangunan negara, termasuk pembangunan kesehatan.

Salah satu indikator pembangunan kesehatan suatu negara adalah dengan melihat derajat kesehatan dari masyarakatnya, yang tergambar dalam angka kematian (mortalitas), angka kesakitan (morbiditas) dan status gizi. Bentuk upaya pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan adalah dengan

mengurangi angka kematian (mortalitas), yang mana dalam hal ini dapat dilihat dari Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKI) dan Angka Kematian Balita (AKABA).

Upaya pemerintah untuk menekan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKI) dan Angka Kematian Balita (AKABA) adalah melalui pencanangan Program Keluarga Berencana (KB). Program Keluarga Berencana (KB) ini memiliki posisi penting dalam pembangunan, dan memberikan kontribusi dalam menekan laju pertumbuhan penduduk dan mengurangi risiko munculnya masalah kependudukan. Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Pengaturan kehamilan, kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan dilakukan dengan menggunakan cara, alat, dan obat kontrasepsi yang bisa diperoleh pada pelayanan kontrasepsi.

11.2 Pelayanan Kontrasepsi

Menurut BKKBN (1995) kontrasepsi berasal dari kata kontra yang berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dengan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah kehamilan akibat pertemuan sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut (Kemala, 2002). Sedangkan menurut Saifudin (2006), kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi yang bertujuan untuk mengatur kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual.

Pelayanan kontrasepsi adalah pemberian atau pemasangan kontrasepsi maupun tindakan – tindakan lain yang berkaitan kontrasepsi kepada calon dan peserta Keluarga Berencana yang dilakukan dalam fasilitas pelayanan Keluarga Berencana. Penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggung jawabkan dari segi agama, norma budaya, etika, serta segi kesehatan (Kemenkes RI, 2014).

Menurut Kementerian Kesehatan (2014), Keluarga Berencana (KB) adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur jarak

interval kehamilan, merencanakan waktu kelahiran yang tepat dalam kaitanya dengan umur istri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.

11.2.1 Pelayanan KB Sepanjang Siklus Hidup

Pemberian layanan keluarga berencana yang bermutu tinggi dan adil merupakan bentuk penerapan pendekatan siklus hidup dan prinsip continuum of care dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak. Pelayanan KB bersifat strategis dalam penerapan pendekatan siklus hidup dimulai sejak dini pada usia remaja sampai dengan usia subur.

Pelayanan dengan pendekatan siklus hidup dapat diwujudkan dalam:

1. Pelayanan KB kepada remaja

Berdasarkan kesepakatan ICPD Kairo pada tahun 1994, remaja mempunyai kebebasan berfikir dan berhak untuk membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya. Berdasarkan hal tersebut memberikan pelayanan KB kepada remaja merupakan tindakan penting yang perlu dilakukan agar mereka dapat menggunakan hak kesehatan reproduksinya secara tepat, aman dan bertanggung jawab. Pelayanan KB yang diberikan kepada remaja diwujudkan dalam bentuk memberikan informasi tentang Kesehatan reproduksi, yang mana informasi ini terintegrasi dalam Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).

2. Pelayanan KB kepada calon pengantin

Pelayanan KB kepada calon pengantin merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi, yang diberikan dalam bentuk pemberian informasi mengenai persiapan keluarga dan menjadi orang tua. Berdasarkan Undang-Undang No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Perkembangan Keluarga, pelayanan KB ini berguna untuk membantu calon suami dan istri memutuskan mengenai pemenuhan hak reproduksinya tentang: usia ideal perkawinan; usia ideal untuk melahirkan; jumlah ideal anak; jarak ideal kelahiran anak; penyuluhan kesehatan reproduksi.

3. Pelayanan KB kepada ibu hamil

Ibu hamil juga merupakan salah satu sasaran dalam pelayanan KB. Pelayanan KB yang diberikan pada ibu hamil terintegrasi dalam pelayanan antenatal. Bentuk pelayanan yang diberikan adalah pemberian informasi mengenai kelas ibu hamil, penggunaan buku KIA, konseling mengenai KB pasca persalinan, serta Program Perencanaan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Pemberian layanan KB pada masa hamil akan memberikan waktu yang cukup kepada ibu untuk memahami mengenai kebutuhannya, mengetahui berbagai macam pilihan kontrasepsi, melakukan komunikasi dengan suaminya dan bisa memutuskan dengan bijak terkait kontrasepsi yang akan dipilih.

4. Pelayanan KB kepada ibu nifas

Pelayanan KB pasca persalinan akan mendukung tujuan pembangunan Kesehatan yang mana pelayanan ini mulai diberikan saat masa kehamilan. Pada ibu yang belum memutuskan atau memilih kontrasepsi, maka dapat dilakukan pemberian konseling KB pasca-persalinan kepada ibu segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari atau 6 minggu setelah melahirkan. Pentingnya pelayanan KB ini adalah mencegah terjadinya kehamilan selanjutnya dengan jarak yang terlalu dekat. Kehamilan dengan jarak yang terlalu dekat menjadi salah satu faktor risiko tinggi pada kehamilan ibu yang bisa berdampak pada kematian. Tujuan dari pelayanan KB pasca persalinan ini adalah untuk mengatur jarak kehamilan dan kelahiran, serta menghindari kehamilan yang tidak diinginkan. Dengan ini pasangan suami istri dapat merencanakan memiliki anak dalam kondisi yang sehat dan aman.

5. Pelayanan KB kepada Pasangan Usia Subur (PUS) atau pelayanan KB interval

Peningkatan kualitas sumber daya manusia dapat dilakukan sejak dini, yaitu dimulai dengan perencanaan kehamilan oleh Pasangan Usia Subur. Tingginya angka kelahiran dapat memengaruhi kualitas dari sumber daya manusia, yang mana hal ini juga akan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang lain. Perencanaan jumlah anak akan menunjang kesiapan Pasangan Usia Subur untuk membentuk keluarga yang sehat

dan berkualitas. Perencanaan ini berupa pengaturan jumlah anak dan pengaturan jarak kehamilan. Perencanaan ini juga dilakukan dengan mempertimbangkan berbagai aspek seperti pemenuhan kebutuhan keluarga, secara ekonomi, kesehatan, pendidikan dan lain-lain.

11.2.2 Sistem Pelayanan KB

Kontrasepsi merupakan salah satu usaha untuk mencegah kehamilan, usaha ini dapat bersifat sementara namun dapat juga bersifat permanen, yang mana hal ini belum bersifat ideal untuk semua pengguna kontrasepsi.

Penggunaan kontrasepsi yang idel tidak lepas dari pemenuhan berbagai syarat, yaitu:

1. Dapat dipercaya sebagai alat bantu untuk mencegah kehamilan,
2. Tidak menimbulkan efek yang dapat mengganggu kesehatan penggunanya,
3. Daya kerja dari kontrasepsi yang dipilih dapat diatur menurut kebutuhan penggunanya,
4. Tidak menimbulkan gangguan saat melakukan koitus,
5. Dapat diterima baik oleh pengguna, maupun pasangannya,
6. Petugas Kesehatan tidak perlu memberikan motivasi secara terus menerus,
7. Mudah dalam pemberian kontrasepsi oleh petugas dan mudah dalam mengakses serta menggunakan kontrasepsi oleh penggunanya,
8. Tidak memberatkan, terjangkau oleh seluruh calon dan atau pengguna kontrasepsi.

International Conference of Population & Development (ICPD) di Kairo pada tahun 1994 mencanangkan program aksi yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi, kesehatan dan hak reproduksi seksual. Hal ini yang menjadikan dasar oleh pemerintah dalam memberikan pelayanan kontrasepsi di Indonesia. Pendekatan pelayanan kontrasepsi yang dilakukan adalah berpegang pada prinsip hak asasi manusia, yang memberikan kebebasan yang bertanggung jawab bagi Pasangan Usia Subur (PUS) untuk menentukan jumlah, menentukan jarak dan membatasi kehamilan, serta informasi dan cara pemenuhan hak-hak reproduksinya.

Pelayanan KB merupakan salah satu target Pemerintah yang harus dicapai, yang mana hal ini sejalan dengan tujuan pemenuhan target *Sustainable Development Goals* (SDGs). Upaya penguatan manajemen pelayanan KB yang mengacu kepada kebijakan nasional meliputi perorganisasian, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi. Penerapan manajemen pelayanan yang tepat diharapkan dapat meningkatkan ketersediaan (availability), keterjangkauan (accessibility), penerimaan (acceptability) dan kualitas pelayanan (quality). Pelayanan KB harus selaras dengan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang merupakan salah satu bentuk implementasi di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pelayanan KB merupakan wujud dari upaya kesehatan yang bersifat promotif dan preventif dengan peranan yang sangat penting dalam mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, unsafe abortion, dan komplikasi yang pada akhirnya dapat mencegah kematian ibu.

Memberikan informasi mengenai kontrasepsi secara umum dan dipersempit dengan memberikan informasi mengenai kontrasepsi secara khusus, mengenai jenis atau macam dari metode kontrasepsi yang bisa dipilih oleh Pasangan Usia Subur (PUS) adalah tugas dari petugas selaku pemberi pelayanan KB. Pemberian informasi yang lengkap dan detail mengenai kontrasepsi akan meningkatkan pemahaman Pasangan Usia Subur (PUS) mengenai kebutuhan mereka, yang kemudian akan dapat mendorong mereka untuk mengambil keputusan yang tepat dan sesuai. Kendala akan muncul Ketika petugas kurang memberikan informasi tentang metode kontrasepsi, sehingga menyebabkan Pasangan Usia Subur (PUS) merasa bahwa pelayanan KB tidak bisa memenuhi kebutuhan mereka, dan pada akhirnya akan berimbas pada keengganan Pasangan Usia Subur (PUS) untuk mengakses atau mengikuti Program KB.

Pelayanan KB yang oleh Pemerintah masih menghadapi beberapa tantangan, yaitu pada ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas yang optimal pada titik-titik layanan kontrasepsi. Strategi Pemerintah dalam menghadapi kendala tersebut adalah dengan peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan KB melalui pelayanan Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) dan konseling oleh petugas secara sistematis dan memastikan bahwa seluruh penduduk mampu menjangkau dan mendapatkan pelayanan KB. Mengacu pada Permenkes No 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, dalam rangka meningkatkan aksesibilitas pelayanan, Puskesmas didukung oleh jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan. Jaringan pelayanan Puskesmas terdiri atas Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, dan bidan desa. Sementara Jejaring fasilitas pelayanan kesehatan terdiri

atas klinik, rumah sakit, apotek, laboratorium, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (Kemenkes, 2014).

Pelayanan KB pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diberikan secara berjenjang sesuai dengan Permenkes No. 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. Pelayanan tersebut adalah:

1. Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yang meliputi:
 - a. pelayanan konseling;
 - b. kontrasepsi dasar (pil, suntik, IUD, implan dan kondom);
 - c. serta pelayanan Metode Operasi Pria (MOP);
 - d. penanganan efek samping dan komplikasi ringan sedang pada penggunaan kontrasepsi;
 - e. merujuk pelayanan yang tidak dapat ditangani di FKTP.
2. Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKTRL) meliputi:
 - a. pelayanan konseling;
 - b. pelayanan kontrasepsi IUD dan implant;
 - c. Metode Operasi Wanita (MOW);
 - d. Metode Operasi Pria (MOP).

Upaya Pemerintah dalam menghadapi tantangan terkait pelayanan KB, pada wilayah yang tidak memiliki fasilitas pelayanan kesehatan, dapat mengakses pelayanan yang dilaksanakan secara mobile atau bergerak oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Pemberian pelayanan KB ini tercantum pada Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional No. 10 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Keluarga Berencana Bergerak. Dalam peraturan tersebut menyebutkan bahwa pelayanan KB Bergerak merupakan pelayanan KB yang dilaksanakan disuatu daerah yang belum tersedia fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat atau tidak tersedia tenaga medis yang kompeten ataupun daerah yang memerlukan bantuan pelayanan KB Bergerak seperti pelayanan dalam rangka bhakti sosial atau sejenisnya dengan maksud untuk mendekatkan akses pelayanan KB yang bisa dilakukan dengan kunjungan pelayanan dan atau menggunakan fasilitas pelayanan KB Bergerak. Tujuan dari penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak adalah:

- a. Meningkatkan akses kualitas pelayanan KB bergerak;
- b. Membentuk tim pelayanan KB;
- c. Mendayagunakan fasilitas pelayanan KB bergerak;
- d. Meningkatkan dukungan stakeholder dan mitra kerja.

Wujud dari keberhasilan pelayanan KB tidak hanya berupa peningkatan jumlah pengguna KB, tetapi juga dengan melihat peningkatan efektivitas dan durasi penggunaan KB pada Pasangan Usia Subur (PUS). Petugas pemberi pelayanan KB harus lebih memberikan dorongan kepada PUS untuk menjaga keberlangsungan penggunaan alat kontrasepsi yang telah dipilih. Peningkatan kualitas pelayanan KB oleh petugas secara tidak langsung akan berhubungan dengan perilaku penggunaan dan penggantian alat kontrasepsi pada PUS. Penggantian alat kontrasepsi oleh PUS akan berpotensi meningkatkan kehamilan yang tidak diinginkan. Kegagalan fungsi alat kontrasepsi ini bisa terjadi di awal proses berganti alat kontrasepsi, dalam hal ini memberikan pelayanan KB yang berkualitas sangat penting untuk dilakukan.

Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) dan konseling oleh petugas akan membantu pengguna alat kontrasepsi untuk memilih cara KB yang cocok dan mendorong untuk menggunakannya KB yang telah dipilih secara berkelanjutan. Konseling KB memiliki peranan penting terhadap keberhasilan dalam memilih cara ber-KB, untuk itu penggunaan media Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK) - KB akan memaksimalkan kinerja petugas dalam memberikan konseling kepada calon pengguna dan atau pengguna alat kontrasepsi. Dalam memberikan pelayanan KB, petugas harus menghormati keputusan pengguna (klien) dan memberikan kebebasan memilih jenis atau metode kontrasepsi sesuai dengan keinginannya, serta memberikan *informed consent* sebagai bentuk persetujuan dan pemenuhan aspek legal pelayanan KB dalam rangka perlindungan hukum bagi petugas dan pengguna. Persetujuan yang dibuat harus melibatkan pengguna dan pasangannya, yang dalam hal ini menurut Undang-Undang No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera Pasal 10 pengguna dan pasangannya adalah suami dan istri. Suami dan istri harus memiliki kesepakatan mengenai pengaturan kelahiran dan metode kontrasepsi yang akan dipakai dan pemilihan tersebut bukan merupakan keputusan atau tindakan sepihak.

Pelayanan KB yang berkualitas akan ditentukan oleh pengguna sebagai pihak yang dilayani. Pelayanan berkualitas tidak hanya sebatas kemampuan petugas dalam memberikan informasi mengenai jenis dan macam metode kontrasepsi

saja, namun termasuk di dalamnya adalah kemampuan teknis petugas dalam melakukan tindakan pelayanan KB, hubungan interpersonal antara petugas dengan pengguna (klien), ketersediaan layanan lanjut dan konseling yang berkelanjutan, dan ketepatan konstelasi pelayanan.

Integrasi KB dengan kesehatan memudahkan petugas memberikan pengayoman, khususnya rasa aman pada peserta KB. Penanggulangan efek samping dan komplikasi akibat penggunaan kontrasepsi sedini mungkin perlu dilakukan oleh petugas, termasuk pelayanan rujukan apabila efek samping dan komplikasi tersebut tidak dapat di atasi sendiri oleh petugas atau memerlukan tindakan di luar kewenangan petugas pemberi pelayanan KB.

Daftar Pustaka

- Adebowale, S. A. and Palamuleni, M. E. (2014) 'Determinants of Unmet Need for Modern Contraception and Reasons for Non-use among Married Women in Rural Areas of Burkina Faso', *African Population Studies*, 28(1), pp. 499–514.
- Aryani. (2013). Peran Bidan dalam Konseling Awal Kontrasepsi Suntik DPMA. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia* 1(3); 82-86.
- Asan, A. (2007). Hak Reproduksi sebagai Etika Global dan Implementasinya dalam Pelayanan KB di NTT. NTT: BKKBN.
- Asih, L., O. (2009) 'Analisa Lanjut SDKI 2007 Faktor yang Memengaruhi Pemakaian Kontrasepsi Jangka Panjang. Laporan Hasil Penelitian.', Jakarta: KB dan Kespro, BKKBN.
- Astia, R. Y., Santony, J. and Sumijan, S. (2019) 'Prediction Of Amount Of Use Of Planning Family Contraception Equipment Using Monte Carlo Method (Case Study In Lingo Sari Baganti District)', *Indonesian Journal of Artificial Intelligence and Data Mining*, 2(1), pp. 28–36.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana. (2017). Pentingnya Konseling KB Pasca Persalinan PP dan Pasca Keguguran PK. <https://www.bkkbn.go.id/detailpost/pentingnya-promosi-dan-konseling-kb-pasca-persalinan-pp-dan-pasca-keguguran-pk>. 20 April 2021 (21.15)
- Badan Pusat Statistik. (2021). Hasil Sensus Penduduk 2020. <https://www.bps.go.id/pressrelease/2021/01/21/1854/hasil-sensus-penduduk-2020.html>. 20 April 2021 (22.15).
- Bakri, Z., Kundre, R. and Bidjuni, H. (2019) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Pada Wanita Usia Subur Di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru', *e-Jurnal Keperawatan*, 7(1), pp. 1–10.

- Balogun, O., Adeniran, A., Fawole, A., Adesina, K., Aboyeji, A., & Adeniran, P. (2016) 'Effect of MalePartner's Support on Spousal Modern Contraception in a Low Resource Setting.'
- Barría P, R. M. (2014) 'Implementing Evidence-Based Practice: A challenge for the nursing practice', *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(2), pp. 191–193. doi: 10.17533/udea.iee.v32n2a01.
- Bayu (2011) 'Kualitas Pelayanan Keluarga Berencana dan Penggantian Kontrasepsi di Indonesia Family Planning Service Quality and Contraceptive Change in Indonesia', (1).
- BIDAN DAN DOSEN KEBIDANAN INDONESIA (2018). *Kebidanan Teori dan Asuhan*, Jakarta, EGC.
- BKKBN (2017) Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 24 Tahun 2017 Tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- BKKBN (2020) Strategi Pelaksanaan Program Keluarga Berencana Berbasis Hak untuk Percepatan Akses terhadap Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi yang Terintegrasi dalam Mencapai Tujuan Pembangunan Indonesia.
- BKKBN. (2011). *Pedoman KIE Program KB Nasional*. Jakarta: BKKBN.
- Bradley, S. E. K. and Casterline, J. B. (2014) 'Understanding Unmet Need: History, Theory, and Measurement', *Studies in Family Planning*, 45(2), pp. 123–150. doi: 10.1111/j.1728-4465.2014.00381.x.
- Britton, L. E. et al. (2020) 'An Evidence-Based Update on Contraception: A detailed review of hormonal and nonhormonal methods', *American Journal of Nursing*, 120(2), pp. 22–33.
- Budiman. dan Kasto. (2009). *Kualitas Pelayanan Keluarga Berencana di Kecamatan Unaaha Kabupaten Konawe*. <https://journal.ugm.ac.id/mgi/article/view/13333>. 20 April 2021 (22.21).
- Dearholt, S. L. and Dang, D. (2012) *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice: Model and Guidelines. Second Edition. Second Edi*, The Journal of Continuing Education in Nursing. Second Edi. Indianapolis: Renee Wilmeth. doi: 10.3928/00220124-20080901-08.

- Depkes RI. (1999). Kesehatan Reproduksi di Indonesia. Jakarta: Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat.
- Dewi. E.P. (2020). Model Perubahan Kebijakan pada Program Keluarga Berencana (KB). Skripsi. Program Studi Ilmu Administrasi Negara. Universitas Airlangga. Surabaya.
- Direktorat Jendral Bina Gizi Dan Kesehatan Ibu dan Anak, K. K. R. (2013) Rencana Aksi Nasional Pelayanan Keluarga Berencana.
- Everett, S. (2015) Buku Saku Kontrasepsi & Kesehatan Seksual Reproduksi. 2nd edn. Jakarta: EGC.
- Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India (2016) 'Post Abortion Family Planning Technical Update', (March).
- Febriyanti, S. N. U., E. W. Yustina, dan H. Hardjono. (2015). Peran Bidan Dalam Pelaksanaan Program Keluarga Berencana Berdasarkan Permenkes 1464/Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan (Studi Kasus Di Kota Semarang). SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan 1(1): 91-105
- Fitrianiingsih, A. D. R. and Melaniani, S. (2016) 'Faktor sosiodemografi yang memengaruhi pemilihan metode kontrasepsi', Jurnal Biometrika dan Kependudukan, 5(1), pp. 10–18.
- Folger, S. G. et al. (2013) 'Evidence-based guidance on selected practice recommendations for contraceptive use: Identification of research gaps', *Contraception*, 87(5), pp. 517–523. doi: 10.1016/j.contraception.2012.08.003.
- Gemzell-Danielsson, K. and Kallner Kopp, H. (2015) 'Post abortion contraception', *Women's Health*, 11(6), pp. 779–784. doi: 10.2217/whe.15.72.
- Gemzell-Danielsson, K., Kopp Kallner, H. and Faúndes, A. (2014) 'Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion', *International Journal of Gynecology and Obstetrics. International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 126(SUPPL. 1), pp. S52–S55. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.03.003.

- Green, L., & Kreuter, M. (2005) 'Health Program Planning : An Educational and Ecological Approach. Fourth Edition. New York: McGraw-Hill.'
- Handayani, S. (2010). Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Hartanto (2015) Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Jakarta: PustakaSinar Harapan.
- Hartanto, H. (2004). Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Ida Prijatni, S. R. (2016) 'Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana'.
- Ii, B. A. B. and Pustaka, T. (2011) 'Universitas Sumatera Utara'.
- Insani, A. A. and Keb, M. (2019) 'Asuhan kebidanan', in Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana. Sidoarjo.
- Irianto, K. (2009) 'Pelayanan Keluarga Berencana Dua anak cukup, Alfabeta:Bandung, hal.5 2Ibid, hal.6', pp. 17–36.
- Irianto. K. (2014). Pelayanan Keluarga Berencana : Dua Anak Cukup. Alfabeta. Bandung.
- Isnaini, J., Kotler, Arroba, & Terry. (2013). Pengambilan Keputusan Menikah Muda. <http://etheses.uin-malang.ac.id/1772/>
- Juliastuty, D., & Afiyanti, Y. (2004). Pada Ibu Grande Multipara Di Kabupaten Tangerang : Studi Grounded Theory.
- Kebidanan, A., Purwokerto, Y. and Wahid, J. K. H. (2010) 'HUBUNGAN KONSELING KELUARGA BERENCANA (KB) DENGAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN PASANGAN USIA SUBUR (PUS) DALAM PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI', Jurnal Ilmiah Kebidanan, 1(1), pp. 37–47.
- Kelsey, S. (2017) 'Methods of contraception: the nurse's role in providing care and advice', Nursing Standard, 32(13), pp. 52–63. doi: 10.7748/ns.2017.e11038.
- Kemala. S. (2002). Pengaruh Faktor Sosiodemografi dan Biaya Pelayanan KB terhadap Pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang pada Wanita Pasangan Usia Subur (PUS) di Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2011

- : Analisis berdasarkan Data Sekunder Susemas. Skripsi. Universitas Indonesia. Jakarta.
- KEMENKES RI (2014). Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan Di Fasilitas Kesehatan. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Rencana Aksi Nasional Pelayanan Keluarga Berencana Tahun 2014-2015. Kemenkes RI. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.. (2014). Situasi dan Analisis Keluarga Berencana. Kemenkes RI. Jakarta.
- Kristanto, R. (2019) 'FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI AKSEPTOR KB DALAM MEMILIH METODE KONTRASEPSI NON EFEKTIF DI KECAMATAN KENJERAN KOTA SURABAYA', *Jurnal Pendidikan Geografi*, 4(3), pp. 16–23.
- Lia Rosa Veronika Sinaga, Jasmen Manurung, Henny Arwina Bangun, R. R. N. S. (2020) 'Hubungan Karakteristik Akseptor dan Fasilitas Pelayanan Keluarga Berencana (KB) Dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Di Desa Sei Tuan Kecamatan Pantai Labu Kabupaten Deli Serdang', *Jurnal AKRAB JUARA*, 5(November), pp. 38–47. Available at: <http://akrabjuara.com/index.php/akrabjuara/article/view/1240>.
- Listyawardani. D. (2020). Peran Bidan Mewujudkan Generasi Sehat Melalui Penguatan Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. Orasi Ilmiah. Peringatan Hari Ulang Tahun Ikatan Bidan Indonesia ke 69. 24 Juni. Jakarta.
- M.T. Indriarti (2018) Teknik Menunda, Menghindari, dan Mendapatkan Kehamilan dengan Metode Sehat Alami. Yogyakarta: ELMATERA.
- Manuaba. (2015). Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC.
- Manuaba. I. B. G. (2010). Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana. EGC. Jakarta
- Manurung, S. (2013). Model Pengambilan Keputusan Meningkatkan Akseptor Keluarga Berencana Metode Kontrasepsi Jangka Panjang. *Kesmas: National Public Health Journal*, 7(11), 483. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v7i11.360>

- Masic, I., Miokovic, M. and Muhamedagic, B. (2008) 'Evidence Based Medicine - New Approaches and Challenges', *Acta Informatica Medica*, 16(4), p. 219. doi: 10.5455/aim.2008.16.219-225.
- Mboane, R., & Bhatta, M. (2015) 'Influence of a husband's healthcare decision making role on a woman's intention to use contraceptives among Mozambican women. *Reproductive health*, '.
- Moreau, C. (2019) 'Measuring unmet need for contraception as a point prevalence', pp. 1–12. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001581.
- Musafah. (2007). Pengetahuan dan Sikap Pemakaian Kontrasepsi pada Remaja Putri "Gaul" di Parkir Timur Senayan Jakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* 2(2); 91-96.
- Nugroho, T., dkk. (2014). *Buku Ajar Obstetri Mahasiswa Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurul Jannah, S. R. (2017) *Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana*.
- Pembelajaran, T. (2019) 'Konseling Keluarga Berencana', in *Sistern Reproduksi*. Makasar.
- Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 10 Tahun 2018 Penyelenggaraan Pelayanan Keluarga Berencana Bergerak. 23 April 2018. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. 30 Januari 2012. *Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122*. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual. 28 Januari 2015. *Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 135*. Jakarta.
- Perpustakaan, P. M. (2017), Poltekkes Malang. Available at: http://perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id/assets/file/kti/1602420024/6_.pdf.
- Pinem, S. (2009) *Kesehatan Reproduksi & Kontrasepsi*.
- Pinem. (2009). *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. Jakarta: Trans Info Media.

- Prawirohardjo, S. (2008). *Kontrasepsi dalam Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prijatni, I., dan S. Rahayu. (2016). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta Selatan: BPPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Priyanti, S. and Syalfina, A. D. (2017) 'BUKU AJAR KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA', in *Buku Ajar Kespro dan KB*. Surakarta.
- Purwoastuti, E. and Walyani, E. S. (2017) *Panduan Materi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Pusat Pendidikan Pelatihan, dan T. K. (2014) *Bahan Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*.
- PUSDIKNAKES (2015). *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*, Jakarta.
- Raharja. M. B. (2007). *Kualitas Pelayanan Keluarga Berencana dan Penggantian Kontrasepsi di Indonesia*. <https://media.neliti.com/media/publications/39503-ID-kualitas-pelayanan-keluarga-berencana-dan-penggantian-kontrasepsi-di-indonesia.pdf>. 20 April 2021 (21.30).
- Rahayu, S. and Prijatni, I. (2016) *Praktikum Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Resti, N. S., Barus, E. and Anita, S. (2019) 'Analisis Unmet Need KB pada Wanita Pasangan Usia Subur (PUS) di Wilayah Pesisir Pantai Desa Bagan Kecamatan Percut Sei Tuan Kabupaten Deli Serdang Tahun 2019', *Midwifery Journal*, 4(2), pp. 71–73.
- RI, K. (2016a) 'Buku Kespro dan KB', in *Buku Ajar Kespro dan KB*. Jakarta.
- RI, K. (2016b) 'Komunikasi dalam Praktek Kebidanan', in *Buku Ajar Komunikasi dalam Praktek Kebidanan*. Jakarta.
- Rustam. M. (2008). *Sinopsis Obstetri: Sinopsis Fisiologi-Obstetri Patologi*, Jilid II. EGC. Jakarta.
- Saifuddin. A. B. (2016). *Buku Paduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.

- Sandi, R. W. (2018) 'Politeknik kesehatan kemenkes ri medan jurusan kebidanan medan prodi d-iv kebidanan tahun 201'.
- Sani. M. Y. (2005). *Manusia, Kebudayaan dan Pembangunan*. Kantor Dinas Kebudayaan dan Pariwisata Provinsi Sulawesi Selatan. Sulawesi Selatan.
- Sariyati, S., Mulyaningsih, S. and Sugiharti, S. (2015) 'Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Unmet Need KB pada Pasangan Usia Subur (PUS) di Kota Yogyakarta Factors Associated with Unmet Need Family Planning among Reproductive Age Couples in Yogyakarta', *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 3(3), pp. 123–128.
- Sedgh, G., Ashford, L. S. and Hussain, R. (2016) 'Unmet Need for Contraception in Developing Countries : Examining Women ' s Reasons for Not Using a Method' , (June).
- Septalia, R. and Puspitasari, N. (2016) 'Faktor yang memengaruhi pemilihan metode kontrasepsi', *Jurnal biometrika dan kependudukan*, 5(2), pp. 91–98.
- Setyan, D. (2017), Unimus. Available at: <http://digilib.unimus.ac.id/files//disk1/104/jtptunimus-gdl-diahsetyan-5191-3-.pdf>.
- SPEROFF, L. (2003). *Pedoman Klinis Kontrasepsi*, Jakarta, EGC.
- Stright, Barbara. (2004). *Panduan Belajar Keperawatan Ibu – Bayi Baru Lahir*. Jakarta: EGC.
- Sulastri, S. et al. (2019) 'Penanganan Unmet Need Kb Di Kampung Kb: Studi Kasus Di Dua Kampung Kb Di Kabupaten Cianjur', *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 14(2), p. 119. doi: 10.14203/jki.v14i2.376.
- Sulistiyawati, A. (2011) *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Salemba Medika.
- Susyanti. R. (2018). *Proses Layanan Konseling pada Pasangan Usia Subur (PUS) dalam Penggunaan Alat Kontrasepsi di Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Bandar Lampung*. Skripsi. Program Sarjana Universitas Islam Negeri Raden Intan. Lampung.
- Tahrir, A. M. (2010) 'KontraSepsi Darurat (KONDAR). Sulawesi: Universitas Hasanuddin.

-
- Trusell, J. (2014) 'Kesempatan Terakhir Untuk Mencegah Kehamilan Yang Tidak Diinginkan, Kontrasepsi Darurat.
- Umma, K. (2018) 'Pelaksanaan Program Promotif dan Preventif di Puskesmas Labuhanbatu Tahun 2018'.
- UNPFA (2012) A Deadly Gap: Meeting The Unmet Need For Reproductive Health Care.
- UU No. 36 (2009) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan'.
- WHO (2018) 'Emergency Contraception.
- Yulizawati et al. (2019) Asuhan kebidanan Keluarga Berencana. Sidiarjo: Indomedia Pustaka.

Biodata Penulis



Dina Dewi Anggraini, S.S.T.Keb., M.Kes., lahir di Kediri pada tanggal 12 Agustus 1990. Merupakan anak kedua dari Drs. H. Jumari Anang Siswoko dan Hj. Siti Marindun, S.Pd. Menyelesaikan kuliah di Universitas Kediri dan mendapat gelar Ahli Madya Kebidanan pada tahun 2012, Sarjana Sains Terapan Kebidanan pada tahun 2013 dan Magister Kesehatan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Airlangga pada tahun 2016. Pada tahun 2017 diangkat menjadi Dosen Kebidanan di Perguruan Tinggi Swasta yaitu Universitas Kediri. Kemudian pada tahun 2019 diangkat menjadi Dosen Kebidanan di Perguruan Tinggi Negeri di Poltekkes Kemenkes Semarang sampai sekarang.



Wanodya Hapsari, SST, M.Tr.Keb. Tempat dan Tanggal Lahir : Purbalingga, 12 Mei 1982. Alamat : Purbalingga. Riwayat Pendidikan : Tahun 2002 Lulus D III Kebidanan Poltekkes Depkes Semarang, Tahun 2010 Lulus D IV Bidan Pendidik Poltekkes Kemenkes Semarang, Tahun 2018 Lulus S2 Magister Terapan Poltekkes Kemenkes Semarang. Riwayat Pekerjaan : Pernah menjadi Bidan Di Desa, Bidan Puskesmas, dan Pengajar di Poltekkes Kemenkes Semarang sampai dengan saat ini.



Julietta Hutabarat, SST., M.Keb. Lahir di Medan tanggal 20 Juli 1967. Telah menyelesaikan pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2013. Pernah bekerja di Rumah Sakit Umum dr. Pirngadi Medan tetapi saat ini adalah dosen tetap di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan.



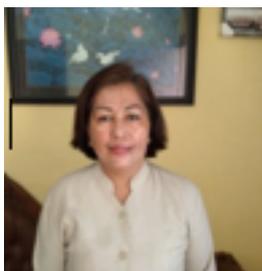
Evita Aurilia Nardina S.Si.T., M.Kes dilahirkan di Kudus Pada 19 Mei 1987. Evita menyelesaikan pendidikan DIV Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran tahun 2010 dan pendidikan Magister Promosi Kesehatan, Kesehatan Reproduksi HIV/AIDS Tahun 2016. Evita merupakan dosen di Politeknik Kudus. Saat ini menjabat sebagai Kepala Bagian Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat. Artikel hasil penelitian dan hasil kegiatan akademik dapat diakses di google scholar.



Lia Rosa Veronika Sinaga SKM, M.KM dilahirkan di Batang Terap, 01 Januari 1989. Pendidikan tinggi yang pernah ditempuh dari D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Sari Mutiara Medan (2009). Setelah lulus melanjutkan pendidikan ke jenjang S.1 Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) dan lulus tahun 2012 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mutiara Indonesia di Medan. Kemudian saya kembali melanjutkan pendidikan saya dengan bidang yang sama kesehatan masyarakat dan lulus S.2 Magister Kesehatan Masyarakat (M. KM) tahun

2015.

Bekerja sebagai dosen di Universitas Sari Mutiara Indonesia Medan pada Program Studi Kesehatan Masyarakat sejak tahun 2015 sampai dengan sekarang. Beberapa mata kuliah yang diampuh adalah Dasar Kesehatan Reproduksi, Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Promosi Kesehatan



Dr. Samsider Sitorus, SST, MKes, Tempat dan Tanggal Lahir : Bukit Baringin / 09 Juni 1972, E-mail : samsidarsitorus@yahoo.co.id, Nomor Telepon /HP : 08126592472. Domisili di Kota Medan bekerja di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Medan beberapa artikel di Journal Internasional yang bereputasi berindeks Scopus dengan Id scopus 57194779166. Pernah mereview artikel di Journal yang berindeks Scopus dan menjadi reviewer di Jurnal

Kesehatan Global Helvetia Medan Indeks sinta 4. Buku yang telah di tulis ada 10 buku yakni Merdeka Menulis, Pemasaran Digital, Kesehatan Lingkungan, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Obstetri dan Ginekologi untuk kebidanan, Keterampilan Dasar praktek Klinik, Konsep kebidanan, Asuhan kebidanan pada persalinan, ekonomi demografi, Monograf Pemberdayaan Ibu Hamil untuk Perilaku Pemilihan Persalinan Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi non Medis



Ninik Azizah, SST., M.Kes. Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan di UNUSA Surabaya (2001), Diploma IV Bidan Pendidik di UNPAD Bandung (2004) dan S2 Pendidikan Kesehatan di UNS Solo (2012). Saat ini mengabdikan diri di Prodi D III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan UNIPDU Jombang.



Niken Bayu Argaheni, SST, M.Keb, merupakan dosen di Prodi Kebidanan Program Sarjana Terapan di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis Essai “When Midwives Know Gender Curriculum” (Pemenang Essay 2nd Health Professional Education International Conference DIKTI di Bali, Indonesia), Essai Kahlil Gibran di Indonesia diterbitkan Kedutaan Besar Lebanon, Essai di Jurnal Khittah “Pemberdayaan Kebangsaan dan Realita Ekonomi Mikro NU”, Artikel “Komunikasi Heteronormativitas antara Tenaga Kesehatan dengan pasangan Lesbian dalam Proses Pengasuhan Anak” Proceeding Book 1st International Conference for Midwives (ICMID) April 2016 dan Artikel Oral Presentation of Research : “Relation Between Gravidity and Vericose of Lower Limb” (International Conference of Public Health di Colombo, Sri Lanka). Mempunyai HAKI: Aplikasi Simulasi Uji Kompetensi Kebidanan Alter Indonesia. Dapat dihubungi di email: nikenbayuargaheni@staff.uns.ac.id.



Wahyuni, S.ST, M.Biomed lahir di Bukittinggi, Sumatera Barat pada tanggal 24 Februari 1986. Studi Diploma III (A.Md, Keb) diselesaikan pada Program Studi D.III Kebidanan Bukittinggi Poltekkes Padang bulan April tahun 2018 kemudian melanjutkan Studi Diploma IV (S.ST) pada Program Studi D.IV Bidan Pendidik Poltekkes Kemenkes Padang dan menyelesaikan proses bulan April tahun 2012. Pasca-Sarjana (M.Biomed) di selesaikan bulan April tahun 2016 pada Program Studi Ilmu Biomedik Kedokteran Universitas Andalas Jurusan Reproduksi Kedokteran.

Saat ini penulis adalah Dosen tetap pada Universitas Fort De Kock Bukittinggi dengan jabatan akademik Lektor 300 dan pernah menjadi Tenaga Bidan salah satu rumah sakit yang ada di Kota Bukittinggi tahun 2018-2019, Staff Dosen Kebidanan STIKes Perintis Sumatera Barat tahun 2019-2012 dan Dosen tetap Akademi Kebidanan Pelita Andalas Bukittinggi tahun 2012-2016.

Buku yang pernah penulis hasilkan adalah Mikrobiologi dan Parasitologi serta Dasar-dasar Praktikum Mikrobiologi yang diterbitkan CV Pena Persada,

Kebidanan Komunitas yang sudah ber-ISBN, Ilmu Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan, Konsep Kebidanan, Asuhan Kebidanan Persalinan, Keterampilan Dasar Kebidanan Teori dan Praktik, Mutu Pelayanan Kebidanan, Ilmu Kesehatan Anak, Kebidanan Komunitas dan Buku Asuhan Kehamilan yang diterbitkan Yayasan Kita Menulis serta beberapa buku ajar yang digunakan dilingkungan kampus dan diterbitkan Fort De Kock Ekspres.

Selain melaksanakan tugas pendidikan khususnya mengajar, penulis juga aktif menulis jurnal penelitian dan melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat termasuk kegiatan organisasi, diantaranya: Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Dharma Wanita (DW) dan Perkumpulan Karir Dosen Indonesia



Ns. Dora Samaria, S.Kep., M.Kep., lahir di Jakarta pada 20 Juli 1988. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada tahun 2010 dan Profesi Ners pada tahun 2011 di Universitas Indonesia. Penulis pernah bekerja sebagai perawat pelaksana di RS Medistra, Jakarta, pada tahun 2011-2013 dan melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan pada tahun 2013-2015 di Universitas Gadjah Mada. Penulis pernah menjadi dosen tetap di Universitas Pelita Harapan pada tahun 2016-2018. Sejak tahun 2018 hingga saat ini, penulis menjadi dosen PNS di Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta.

Penulis juga diamanahkan sebagai Kepala Program Studi Profesi Ners di kampus tersebut sejak tahun 2019 hingga sekarang. Penulis memiliki minat pada pendidikan dan penelitian di bidang Keperawatan Maternitas. Saat ini penulis aktif sebagai Sekretaris pada Ikatan Perawat Maternitas Indonesia (IPEMI) Provinsi DKI Jakarta dan Pengurus Seksi Penelitian, Sistem Informasi dan Komunikasi pada Komisariat PPNI Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta.

Cahyaning Setyo Hutomo, Lahir di Bojonegoro Jawa Timur, 26 Oktober 1987. Alumni Diploma Empat Kebidanan Universitas Sebelas Maret. Sebagai seorang pengajar, menulis buku merupakan salah satu bentuk aktualisasi dirinya. Saat ini penulis berdomisili di Surakarta. Penulis menjadi bagian dari pengajar di Program Studi Kebidanan Diploma Tiga Universitas Sebelas Maret. Kritik dan saran mengenai buku yang telah ditulis dapat dikirimkan ke alamat email cahyaninghutomo@gmail.com.

PELAYANAN KONTRASEPSI

Pada saat ini masalah pokok yang dihadapi bangsa Indonesia adalah masalah kesehatan yang terjadi pada kelompok ibu dan anak. Hal tersebut mencerminkan kemampuan negara dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera, pemerintah melakukan program KB melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia. Keluarga Berencana (KB) diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Pemerintah Indonesia menetapkan kebijakan untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan keluarga berkualitas melalui penyelenggaraan program KB.

Buku ini terdiri dari 12 (dua belas) bab, yaitu :

Bab 1 Perspektif Kebidanan pada Kontrasepsi dan KB

Bab 2 Jenis Metode Dan Mekanisme Kerja Kontrasepsi Hormonal Dan Non Hormonal

Bab 3 Efek Samping Dan Penyulit Kontrasepsi

Bab 4 Pengambilan Keputusan

Bab 5 Upaya Promotif Dan Preventif Terkait Perencanaan Keluarga dan Kontrasepsi

Bab 6 Membandingkan Metode Kontrasepsi

Bab 7 Konseling Kontrasepsi

Bab 8 Kontrasepsi Setelah Keguguran Atau Aborsi

Bab 9 Kontrasepsi Darurat

Bab 10 Evidence-Based Pelayanan Kontrasepsi

Bab 11 Pemberian Pelayanan Kontrasepsi



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-077-8

