



World Health Organization

Rekomendasi Praktik Terpilih pada Penggunaan Kontrasepsi

Edisi Ketiga 2016



World Health
Organization



World Health Organization
Department of Reproductive Health and Research

Rekomendasi Praktik Terpilih pada Penggunaan Kontrasepsi

Edisi Ketiga 2016

Diadaptasi dari buku “Selected Practice Recommendations for
Contraceptive Use” Third edition 2016



Ketua Tim Penyunting :

dr. Ilyas Angsar, SpOG (K)
dr. Yudianto Budi Saroyo, SpOG (K)
dr. Herbert Situmorang, SpOG (K)

Anggota Tim Penyunting :

Dr. dr. Eka Rusdianto Gunardi, SpOG (K)
dr. M. Dwi Priangga SpOG
dr. Riyan Kurniawan, SpOG
dr. Cepi Teguh Pramayadi, SpOG
dr. M. Adya Firmansha Dilmy, SpOG
dr. Eni Gustina, MPH
dr. Lovely Daisy, MKM
drg. Wara Pertiwi, MA
dr. Asri
dr. Yenni Yuliana
dr. Ratna Sari Junita
dr. Golda Puspa Arini
dr. Abdul Malik Yoga Fathori
dr. Rilla Saeliputri
dr. Diany Natasha
Indah N. Mardhika, SKM, MSc.PH
Ika Permatasari, SKM
Henny Fatmawati, SKM
Nabila Salsabila, SKM
Imroatul Aflah, SKM
Evasari Br Ginting, SKM

Data Publikasi Katalog Perpustakaan WHO

Rekomendasi praktik terpilih pada penggunaan kontrasepsi – edisi ketiga

1. Metode Kontrasepsi. 2. Pengguna Kontrasepsi, Wanita. 3. Kontrasepsi, Pil, Kombinasi. 4. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR). 5. Metode Keluarga Berencana Alami. 6. Vasektomi. 7. Panduan Praktik. I. *World Health Organization*.

ISBN 978 92 4 156540 0

(NLM classification: WP 630)

© *World Health Organization* 2016

Seluruh hak cipta. Publikasi *World Health Organization* tersedia di situs web WHO (www.who.int) atau dapat dibeli dari WHO Press, *World Health Organization*, 20 Avenue Appia, 1211 Jenewa 27, Swiss (tel.: +41 22 791 3264; faks: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int).

Izin untuk memproduksi atau menerjemahkan publikasi WHO - untuk dijual atau untuk distribusi non-komersial - harus ditujukan kepada WHO Press melalui situs web WHO (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form).

Istilah yang digunakan dan penyajian materi dalam publikasi ini tidak menyiratkan pernyataan pendapat apa pun dari pihak *World Health Organization* mengenai status hukum negara, wilayah, kota atau daerah atau dari otoritasnya, atau mengenai penentuan batas-batas atau batas-batasnya. Garis putus-putus pada peta merepresentasikan garis perbatasan yang mungkin belum memiliki kesepakatan penuh.

Penyebutan perusahaan tertentu atau produsen produk tertentu tidak menyiratkan bahwa mereka didukung atau direkomendasikan oleh *World Health Organization* dalam preferensi kepada orang lain yang memiliki sifat serupa yang tidak disebutkan. Kesalahan dan penghilangan dikecualikan, nama-nama produk kepemilikan dibedakan dengan huruf kapital awal.

Semua tindakan pencegahan yang masuk akal telah dilakukan oleh *World Health Organization* untuk memverifikasi informasi yang terkandung dalam publikasi ini. Namun, materi yang dipublikasikan akan didistribusikan tanpa jaminan apa pun, baik tersurat maupun tersirat. Tanggung jawab untuk interpretasi dan penggunaan bahan dikembalikan kepada pembaca. Dalam hal apapun *World Health Organization* tidak bertanggung jawab atas kerusakan yang timbul dari penggunaannya.

Tata Letak: L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Swiss.

Dicetak oleh Layanan Produksi Dokumen WHO, Jenewa, Swiss.

Daftar Isi

Ucapan Terima Kasih	3
Akronim dan Singkatan	5
Ringkasan Eksekutif	6
Kata Pengantar	6
Target Pembaca	8
Metode Pembuatan Panduan	8
Ringkasan Rekomendasi Terpilih	10
1. Latar Belakang	12
1.1 Layanan Reproduksi dan Kesehatan Seksual merupakan Hak Asasi Manusia	12
1.2 Pilihan Kontrasepsi	13
1.2.1 Permasalahan Kualitas dan Akses Pelayanan terhadap Metode yang Dipilih dan Digunakan	13
1.3 Efektivitas Metode	14
1.4 Kembali ke Masa Subur	14
1.5 Infeksi Menular Seksual dan Kontrasepsi: Proteksi Gabungan	14
2. Metode	17
3. Bagaimana Penggunaan Buku Panduan ini	19
3.1 Klasifikasi Pemeriksaan dan Tes sebelum Memulai Metode Kontrasepsi	19
3.2 Kelayakan Kontrasepsi	20
4. Implikasi Program	21
4.1 Memperkenalkan ke dalam Program Nasional	21
5. Pengguna dengan Kebutuhan Khusus	23
5.1 Pengguna Difabel	23
5.2 Remaja	23
6. Ringkasan Perubahan dalam Rekomendasi Praktik dalam Penggunaan Kontrasepsi Edisi Ketiga	25
7. Rekomendasi	26
7.1 Bagaimana Seorang Tenaga Kesehatan Memastikan bahwa Seorang Wanita Tidak Hamil?	26
7.2 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)	26
7.2.1 AKDR mengandung Tembaga (AKDR-Cu) dan AKDR mengandung Levonorgestrel (AKDR-LNG)	26
7.3 Kontrasepsi Progestin (KP)	33
7.3.1 Implan Progestin	33
7.3.2 Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)	37
7.3.3 Kontrasepsi Pil (KPP)	41
7.4 Kontrasepsi Hormonal Kombinasi (KHK)	45
7.4.1 Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK), Kontrasepsi Hormonal Kombinasi Transdermal (KHKT) dan Cincin Vagina Kontrasepsi Kombiasi (CVKK)	45
7.4.2 Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)	52
7.5 Kontrasepsi Darurat (KD)	56
7.5.1 AKDR-Cu untuk KD dan Pil Kontrasepsi Darurat (PKD)	56

7.5.2	Memulai atau Pengulangan Kontrasepsi Reguler setelah menggunakan KD.....	57
7.6	<i>Standard Days Method®</i>	60
7.7	Sterilisasi Pria	61
7.7.1	Vasektomi	61

Lampiran web: *Development of updated guidance for the third edition*
(www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/)

Ucapan Terima Kasih

World Health Organization (WHO) ingin mengucapkan terima kasih kepada anggota *Guideline Development Group* (GDG) dan Sekretariat Bukti atas kontribusi mereka di seluruh pengembangan rekomendasi ini. WHO mengadakan tiga konsultasi (13–16 Mei 2013, 9–12 Maret 2014 dan 24-25 September 2014) untuk menyelesaikan edisi ketiga dari Rekomendasi Praktik Terpilih pada Penggunaan Kontrasepsi. Anggota GDG dan Sekretariat Bukti berpartisipasi dalam setidaknya satu dari tiga konsultasi. WHO sangat berterima kasih atas saran yang diberikan oleh rekan-rekan yang bersama-sama meninjau rancangan pedoman sebelumnya sebagai anggota Kelompok Peninjau Sejawat Eksternal. Nama-nama peserta di masing-masing kelompok tercantum di bawah ini.

Guideline Development Group (GDG)

Richard Adanu (University of Ghana, Ghana), Eliana Amaral (State University of Campinas, Brazil), Jean-Jacques Amy (European Society for Contraception and Reproductive Health, Belgium), Sharon Cameron (University of Edinburgh, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland [United Kingdom]), Tsungai Chipato (University of Zimbabwe, Zimbabwe), Roger Chou (Oregon Health & Science University, United States of America [USA]), Jacqueline Conard (Hôpital Universitaire de Paris – Hôtel Dieu, France), Maria del Carmen Cravioto (National Institute of Nutrition Salvador Zubiran, Mexico), Marc Dhont (Ghent University Hospital, Belgium), Alison Edelman (Oregon Health & Science University, USA), Faysel El-Kak (American University of Beirut, Lebanon), Mohammed Eslami (Ministry of Health and Education, Islamic Republic of Iran), Karima Gholbzouri (Ministry of Health, Morocco), Gathari Gichuhi (Jhpiego, Kenya), Anna Glasier (University of Edinburgh, United Kingdom), Andy Gray (University of KwaZulu-Natal, South Africa), Philip Hannaford (University of Aberdeen, United Kingdom), Caitlin Kennedy (Johns Hopkins University, USA), Pisake Lumbiganon (Khon Kaen University, Thailand), Francesca Martínez (Institut Universitari Dexeus, Spain), Olav Meirik (Institute Chileno de Medicina Reproductiva, Chile), Suneeta Mittal (Fortis Memorial Research Institute, India), Herbert Peterson (University of North Carolina, USA), Maria Ascuncion Silvestre (University of the Philippines, the Philippines), Regine Sitruk-Ware (Population Council, USA), Marja-Riitta Taskinen (University of Helsinki, Finland), Tran Son Thach (University of Adelaide, Australia), Carolyn Westhoff (Columbia University, USA), Wu Shangchun (National Research Institute for Family Planning, China).

Sekretariat

Duke University, USA – Remy Coeytaux
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA – Tara Jatlaoui, Kathryn Curtis, Halley Riley, Naomi Tepper
University of North Carolina, USA – Rachel Peragallo Urrutia

Rekan

European Medicines Agency (EMA) – Peter Arlett, Corinne de Vries, Julie Williams
International Confederation of Midwives (ICM) – Maria Papadopoulou
International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) – Hamid Rushwan
United Nations Population Fund (UNFPA) – Sennen Hounton
United States Food and Drug Administration (FDA) – Lisa Soule
United States National Institutes of Health (NIH) – Alicia Armstrong, Trent MacKay
United States Agency for International Development (USAID) – Patricia MacDonald, James Shelton

Kelompok Peninjau Sejawat Eksternal

Abu Faisel (EngenderHealth, Bangladesh), Pio Ivan Gomez (International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region and Tenured Professor National University of Columbia, Colombia), Mihai Horga (East European Institute for Reproductive Health, Romania), Rafat Jan (Agha Khan University, Pakistan), Isaac Malonza (Jhpiego, Kenya), John Pile (UNFPA, Timor-Leste).

Sekretariat WHO

WHO headquarters, Geneva, Switzerland

Department of Essential Medicines and Health Products – Nicola Magrini
Department of HIV – Rachel Baggaley

Department for Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention – Alarcos Cieza

Department of Reproductive Health and Research – Moazzam Ali, Keri Barnett-Howell (volunteer), Shannon Carr (volunteer), Venkatraman Chandra-Mouli, Monica Dragoman, Mario Festin, Mary Lyn Gaffield, Rajat Khosla, James Kiarie, Caron Kim, Sharon Phillips, Maria Rodriguez, Theresa Ryle, Petrus Steyn, Marleen Temmerman, Katherine Whitehouse, Teodora Wi

WHO regional offices

WHO Regional Office for Africa – Léopold Ouedraogo

WHO Regional Office for the Americas (Pan American Health Organization) – Suzanne Serruya

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean – Ramez Mahaini (unable to attend)

WHO Regional Office for Europe – Gunta Lazdane

WHO Regional Office for South-East Asia – Arvind Mathur

WHO Regional Office for the Western Pacific – Wen Chunmei

Koordinator Utama

WHO Department of Reproductive Health and Research – Mary Lyn Gaffield. Theresa Ryle menyediakan dukungan koordinasi dan logistik.

Penulis

Rancangan pertama panduan ini ditulis oleh Erin Berry-Bibee, Melissa Chen, Kathryn Curtis, Monica Dragoman, Mary Lyn Gaffield, Leah Horton, Tara Jatlaoui, Caron Kim, Brian Nguyen, Halley Riley, Katharine Simmons, Naomi Tepper and Katherine Whitehouse. Rancangan ditinjau dan input data dilakukan oleh anggota GDG, anggota Kelompok Peninjau Sejawat Eksternal dan Sekretariat WHO. Ringkasan bukti panduan ini berdasarkan 13 tinjauan sistematis yang ditulis bersama oleh Dalia Brahmi, Kathryn Curtis, Mary Lyn Gaffield, Emily Godfrey, Nathalie Kapp, Polly Marchbanks, Sharon Phillips, Halley Riley, Maria Rodriguez, Jennifer Salcedo, Maria Steenland, Petrus Steyn, Naomi Tepper, Meredith Warren, Lauren Zapata and Wen Zhang. Tabel GRADE dan ahli metodologi GRADE dilakukan oleh Roger Chou of Oregon Health & Science University, USA. Suntingan untuk Salinan dan teknis dilakukan oleh Jane Patten of Green Ink, United Kingdom (www.greenink.co.uk).

Pendanaan

Pembuatan panduan ini didanai oleh NIH and USAID.

Akronim dan Singkatan

AKDR	alat kontrasepsi dalam rahim
AKDR-Cu	alat kontrasepsi dalam rahim yang mengandung tembaga
AKDR-LNG	alat kontrasepsi dalam rahim-levonorgestrel
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention (United States of America)</i>
CIRE	Continuous Identification of Research Evidence
CRPD	<i>United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities</i>
CVKK	cincin vagina kontrasepsi kombinasi
DMPA	depot medroxyprogesterone acetate
DMPA-IM	DMPA, yang diberikan secara intramuscular
DMPA-SK	DMPA, yang diberikan secara subkutan
ETG	etonogestrel
GDG	<i>Guideline Development Group</i>
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
IM	intramuskular
IMS	infeksi menular seksual
KD	kontrasepsi darurat
KP	kontrasepsi progestin
KPK	kontrasepsi pil kombinasi
KPP	kontrasepsi pil progestin
KSK	kontrasepsi suntik kombinasi
KSP	kontrasepsi suntik progestin
LNG	levonorgestrel
MEC	<i>Medical eligibility criteria</i> ; Kriteria kelayakan medis
NET-EN	norethisterone enanthate
NIH	National Institutes of Health (United States of America)
NSAID	<i>nonsteroidal anti-inflammatory drug</i>
PICO	<i>population, intervention, comparator, outcome</i>
PRP	penyakit radang panggul
PKD	pil kontrasepsi darurat
PKD-LNG	pil kontrasepsi darurat-levonorgestrel
PKD-UPA	pil kontrasepsi darurat-ulipristal acetate
RPT	Rekomendasi Praktik Terpilih pada penggunaan kontrasepsi
SDM	<i>Standard Days Method</i> [®]
SI(II)	Sino-implant (II) [®]
UPA	ulipristal acetate
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Ringkasan Eksekutif

Kata Pengantar

Dokumen ini adalah bagian dari proses untuk meningkatkan kualitas perawatan dalam keluarga berencana. Secara khusus, ini adalah salah satu dari dua tonggak berbasis bukti (dokumen panduan) dari inisiatif WHO untuk mengembangkan dan menerapkan pedoman perencanaan keluarga untuk program nasional. Landasan pertama, kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi (MEC, sekarang dalam edisi kelima)¹, memberikan informasi dan panduan menyeluruh tentang keamanan berbagai metode kontrasepsi untuk digunakan dalam konteks kondisi dan karakteristik kesehatan tertentu. Dokumen ini, Rekomendasi Praktik Terpilih pada Penggunaan Kontrasepsi, edisi ketiga, adalah landasan kedua; ini memberikan panduan bagaimana menggunakan metode kontrasepsi dengan aman dan efektif ketika mereka dianggap layak secara medis. Rekomendasi praktik terpilih pada penggunaan kontrasepsi (RPT) memberikan panduan mengenai pertimbangan keamanan termasuk penghalang umum untuk penggunaan kontrasepsi yang aman, benar dan konsisten serta manfaat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan. Ada dua dokumen landasan lainnya yang ditujukan untuk memandu penyedia layanan kesehatan dalam menerapkan rekomendasi dalam MEC dan RPT: Alat pengambilan keputusan untuk klien dan penyedia layanan keluarga berencana² dan Keluarga Berencana: *a global handbook for providers*.³ Gambar 1 mengilustrasikan bagaimana masing-masing keempat dokumen WHO ini ditargetkan untuk khalayak tertentu dan membahas aspek yang unik, namun pelengkap dari keluarga berencana.

Keluarga berencana sangat penting untuk meningkatkan kesejahteraan dan otonomi wanita, keluarga mereka, dan komunitas mereka. Kualitas perawatan dalam keluarga berencana sangat penting untuk memastikan kemajuan menuju pencapaian standar kesehatan yang tinggi bagi semua. Sebagaimana didefinisikan dalam publikasi WHO yakni memastikan hak asasi manusia dalam penyediaan informasi dan layanan kontrasepsi: panduan dan rekomendasi,⁴ elemen kualitas perawatan dalam keluarga berencana termasuk: pilihan di antara berbagai metode kontrasepsi; informasi berbasis bukti tentang efektivitas, risiko, dan manfaat dari berbagai metode; petugas kesehatan yang terlatih dan kompeten secara teknis; hubungan penyedia-pengguna didasarkan pada penghormatan terhadap pilihan, privasi, dan kerahasiaan yang diinformasikan; dan konstelasi layanan yang tepat yang tersedia di wilayah yang sama. Dokumen ini memberikan kontribusi untuk meningkatkan kualitas perawatan dalam keluarga berencana menyajikan panduan berbasis bukti tentang penyediaan metode kontrasepsi yang aman bagi pria dan wanita.

Edisi ketiga RPT ini memiliki dua komponen, yang diterbitkan secara terpisah. Dokumen utama ini, edisi ketiga RPT, berisi rekomendasi penyediaan kontrasepsi yang baru, diperbarui dan ditegaskan kembali dan menjelaskan bagaimana cara menerapkannya. Sementara itu, lampiran situs RPT, Pengembangan panduan yang diperbarui untuk edisi ketiga, berisi materi tambahan yang menjelaskan bagaimana rekomendasi ini dikembangkan.⁵

Edisi ketiga RPT mencakup panduan tentang metode keluarga berencana berikut untuk wanita dan pria: AKDR-tembaga (AKDR-Cu), AKDR- levonorgestrel (AKDR-LNG), implan levonorgestrel (LNG) dan etonogestrel (ETG), depot medroxyprogesterone acetate (DMPA)

¹ Dipublikasikan pada tahun 2015. Tersedia di: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/

² Dipublikasikan pada tahun 2005. Tersedia di: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241593229index/en/

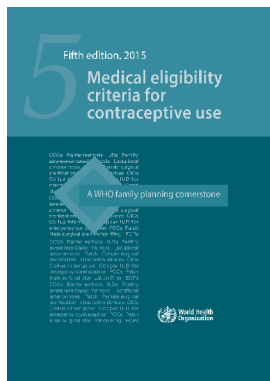
³ Dipublikasikan pada tahun 2011. Tersedia di: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/

⁴ Dipublikasikan pada tahun 2014. Tersedia di: http://who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/

⁵ Tersedia di: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/

Gambar 1. Empat pilar panduan keluarga berencana

Target pembaca: Pembuat keputusan dan pengelola program



Kriteria Kelayakan Medis untuk Penggunaan Kontrasepsi

Panduan tentang siapa yang dapat menggunakan metode kontrasepsi dengan aman



Rekomendasi Praktik Terpilih pada Penggunaan Kontrasepsi

Panduan tentang bagaimana cara menggunakan metode kontrasepsi dengan aman dan efektif

Ini adalah pedoman berbasis bukti dan pedoman yang didorong oleh konsensus. Dokumen ini berisi rekomendasi yang dibuat oleh kelompok kerja ahli berdasarkan pada penilaian bukti yang relevan. Dokumen ini ditinjau dan diperbarui secara tepat waktu.

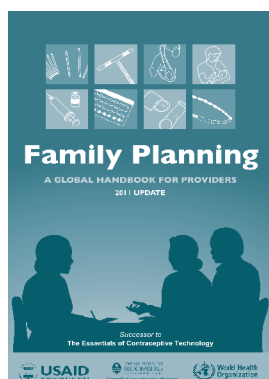
Proses untuk memastikan bahwa pedoman tetap terkini:

1. Identifikasi bukti baru yang relevan segera setelah tersedia melalui pencarian bibliografi komprehensif yang sedang berlangsung.
Secara kritis menilai bukti baru.
2. Evaluasi bukti baru dengan bukti sebelumnya
3. Tentukan apakah bukti yang baru dibuat cukup untuk menjamin pembaruan rekomendasi yang ada.
4. Berikan pembaruan elektronik di situs web kesehatan reproduksi WHO (www.who.int/reproductivehealth) yang sesuai dan tentukan kebutuhan untuk mengadakan kelompok kerja pakar untuk menilai kembali panduan secara formal

Target pembaca: Penyedia layanan dan konseling kontrasepsi



Decision-making tool for family planning clients and providers



Family planning: a global handbook for providers

Ini adalah alat yang menggabungkan kriteria kelayakan medis, RPT dan rekomendasi konsensus lainnya tentang bagaimana memenuhi kebutuhan klien keluarga berencana. Dokumen ini akan diperbarui seiring pembaruan pedoman atau bukti-bukti yang ada.

diberikan secara intramuskular atau subkutan, norethisterone enanthate (NET-EN), kontrasepsi pil progestin (KPP), dosis rendah ($\leq 35 \mu\text{g}$ ethinyl estradiol) gabungan 1 kontrasepsi pil kombinasi (KPK), kontrasepsi hormonal kombinasi transdermal (KHKT), cincin vagina kontrasepsi (kombinasi (CVKK), kontrasepsi suntik kombinasi (KSK), pil kontrasepsi darurat (PKD), AKDR-Cu untuk kontrasepsi darurat, *Standard Days Method*® (SDM) (metode sadar masa subur), dan sterilisasi pria (vasektomi). Ini mencakup topik-topik berikut: inisiasi metode / lanjutan, penggunaan yang salah, masalah selama penggunaan (muntah dan / atau diare, gangguan menstruasi, penyakit radang panggul, kehamilan) dan masalah program.

Target pembaca

Dokumen ini dibuat untuk ditujukan kepada pembuat kebijakan dan manajer program perencanaan keluarga di tingkat nasional. RPT` tidak dimaksudkan untuk berfungsi sebagai pedoman sebenarnya untuk program keluarga berencana dan kesehatan reproduksi nasional, tetapi lebih sebagai referensi dalam penyusunan pedoman untuk menyediakan layanan kontrasepsi. Panduan dalam dokumen ini dimaksudkan untuk diinterpretasikan oleh negara dan tingkat program yang menyediakan layanan kontrasepsi dengan keragaman situasi dan kondisi. Pembuat kebijakan dan pengelola program keluarga berencana dapat menggunakan panduan ini untuk mengembangkan standar dan protokol nasional mereka sendiri. Sementara itu tidak mungkin bahwa rekomendasi dalam dokumen ini akan berubah selama proses ini, namun dalam penerapannya sangat mungkin untuk bervariasi di berbagai tingkat negara. Secara khusus, tingkat pengetahuan dan pengalaman klinis dari berbagai penyedia layanan dan sumber daya yang tersedia di layanan harus dipertimbangkan.

Metode Pembuatan Panduan

Guideline Development Group (GDG), diselenggarakan oleh WHO, terdiri dari 68 individu yang mewakili berbagai pemangku kepentingan. Mandat mereka adalah untuk meninjau dan, jika perlu, merevisi panduan dalam edisi kedua SPR (2004) dan pemutakhiran SPR 2008. Pertemuan GDG diadakan pada 14–15 Mei 2013, 9–12 Maret 2014 dan 24–25 September 2014.

Untuk proses revisi ini, GDG memprioritaskan tinjauan 19 topik yang termasuk dalam edisi ketiga dari RPT yakni lima metode kontrasepsi baru:

- Implan mengandung a 2-rod levonorgestrel– Sino-implant (II)®
- DMPA-subkutan
- kontrasepsi hormonal kombinasi transdermal (KHKT)
- cincin vagina kontrasepsi kombinasi (CVKK) dan
- pil kontrasepsi darurat-ulipristal acetate (PKD-UPA);

dan satu pertanyaan tambahan:

Kapan seorang wanita dapat melanjutkan atau memulai kontrasepsi reguler setelah menggunakan kontrasepsi darurat?

Rekomendasi dalam dokumen ini didasarkan pada data klinis dan epidemiologi terbaru yang diringkas dalam 14 tinjauan sistematis. Ketika tidak ada bukti langsung yang teridentifikasi, bukti tidak langsung dianggap, seperti ekstrapolasi dari bukti yang berkaitan dengan metode kontrasepsi yang serupa atau bukti ukuran proksi dari hasil klinis. Misalnya, bukti pada KPK dipertimbangkan juga untuk rekomendasi untuk KHKT dan CVKK, bukti untuk satu jenis implan levonorgestrel dipertimbangkan untuk jenis lain dari implan levonorgestrel, dan penanda ovulasi digunakan sebagai ukuran proxy untuk risiko kehamilan. Tinjauan sistematis tambahan tentang nilai dan preferensi pengguna kontrasepsi siap

¹ “Combined” refers to a combination of ethinyl estradiol and a progestogen.

untuk menginformasikan perkembangan rekomendasi yang dikeluarkan dalam pedoman yang diperbarui ini.

GDG mempertimbangkan kualitas keseluruhan dari bukti ilmiah yang tersedia, memberikan perhatian khusus pada kekuatan dan konsistensi data, menurut penilaian Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) pendekatan untuk peninjauan bukti. Untuk merumuskan rekomendasi, GDG dianggap sebagai profil bukti GRADE, setiap bukti tidak langsung, manfaat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, dan pendekatan terhadap nilai-nilai dan preferensi pasien yang memprioritaskan ketersediaan berbagai pilihan kontrasepsi dan penghapusan hambatan medis yang tidak perlu, sehingga memfasilitasi akses ke layanan kontrasepsi. Dalam edisi RPT yang diperbarui ini, GDG mengklasifikasikan rekomendasi pada topik yang ditinjau sebagai "kuat" atau "bersyarat". Karena target audiens untuk dokumen ini adalah pembuat kebijakan, rekomendasi "kuat" adalah rekomendasi yang dapat diadopsi sebagai kebijakan dalam sebagian besar situasi, sementara rekomendasi "bersyarat" akan membutuhkan perdebatan dan keterlibatan berbagai pemangku kepentingan sebelum menjadi kebijakan.²

Dalam edisi ketiga RPT, sebagian besar rekomendasi diberikan dalam bentuk naratif; namun, untuk rekomendasi di mana pemeriksaan dan tes harus ditawarkan untuk ketentuan yang aman dari metode kontrasepsi, skala klasifikasi A-B-C diterapkan. Skala ini didefinisikan oleh kelompok ahli yang mengembangkan edisi pertama SPR pada tahun 2001, dan telah digunakan oleh program nasional sejak saat itu. Untuk menghindari kebingungan yang tidak perlu di antara pengguna pedoman, klasifikasi A-B-C telah dipertahankan untuk rekomendasi yang terkait dengan pemeriksaan dan tes. GDG mengikuti proses yang sama ketika merumuskan rekomendasi untuk pemeriksaan dan tes seperti yang dilakukan untuk rekomendasi lain (misalnya mengembangkan pertanyaan klinis sesuai dengan format PICO, melakukan tinjauan sistematis, menyiapkan tabel bukti GRADE, dan merumuskan rekomendasi berdasarkan elemen-elemen ini sambil mempertimbangkan manfaatnya dan potensi bahaya menerapkan rekomendasi, dan nilai-nilai dan preferensi wanita).

Continuous Identification of Research Evidence (CIRE) diciptakan oleh WHO dan mitra-mitranya pada tahun 2002 untuk secara terus-menerus dan sistematis mengidentifikasi bukti yang baru diterbitkan yang relevan dengan pedoman keluarga berencana WHO. Ketika berlaku, tinjauan sistematis diperbarui untuk menentukan apakah rekomendasi WHO tetap konsisten dengan keseluruhan bukti. Dalam banyak contoh, tidak ada bukti baru yang telah diidentifikasi sejak publikasi edisi terakhir RPT dan pemutakhiran 2008, atau bukti yang muncul sejak publikasi tersebut hanya menegaskan temuan penelitian sebelumnya. Oleh karena itu, dalam banyak kasus, rekomendasi yang sebelumnya dipublikasikan telah ditinjau dan dikonfirmasi oleh GDG tanpa perubahan yang dibuat.

Melalui konsensus, GDG tiba di rekomendasi baru (lihat Tabel 1) dan menjunjung tinggi sebagian besar rekomendasi yang ada. Konsensus dicapai melalui diskusi, debat, dan konsultasi ahli dengan kesepakatan akhir di antara semua anggota GDG.

WHO akan memulai peninjauan atas semua rekomendasi dalam dokumen ini dalam empat tahun. Untuk sementara, WHO akan terus memantau badan bukti yang memberi tahu rekomendasi ini dan akan mengadakan konsultasi tambahan, jika diperlukan, jika bukti baru memerlukan pertimbangan ulang rekomendasi yang ada. Pembaruan semacam itu mungkin terutama diperlukan untuk masalah di mana basis bukti dapat berubah dengan cepat. Rekomendasi sementara ini akan tersedia di halaman web WHO mengenai

¹ Informasi lebih lanjut tersedia di web GRADE working group: <http://www.gradeworkinggroup.org>

² Definisi dari rekomendasi "kuat" dan "bersyarat" berdasarkan panduan WHO Handbook for Guideline Development, tersedia di http://www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en/

kesehatan seksual dan reproduksi.¹ WHO mendorong penelitian untuk mengatasi isu-isu penting yang belum terselesaikan terkait penggunaan kontrasepsi yang aman dan efektif. WHO juga mengundang komentar dan saran untuk meningkatkan panduan ini.

Ringkasan Rekomendasi Terpilih

GDG telah meninjau sembilan belas topik (mencakup lebih dari 75 rekomendasi) selama revisi RPT untuk mengembangkan edisi ketiga ini. Rekomendasi baru ini dirangkum pada Tabel 1. Pendekatan GRADE diterapkan untuk menilai kualitas bukti yang tersedia dan memberikan dasar untuk perumusan rekomendasi. Untuk beberapa topik, beberapa hasil dari minat dan / atau metode kontrasepsi diperiksa; untuk topik ini, berbagai penilaian GRADE disajikan. Penjelasan tentang proses diikuti untuk memilih dan memprioritaskan 19 ini topik dijelaskan dalam lampiran situs RPT: Pengembangan panduan yang diperbarui untuk edisi ketiga.² Semua rekomendasi lainnya dikonfirmasi oleh GDG dan tidak menjalani tinjauan formal untuk edisi ketiga RPT (rekomendasi yang dikonfirmasi ini tidak termasuk di sini dalam Tabel 1, tetapi dapat ditemukan di teks utama).

¹Tersedia di: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/en/

²Tersedia di: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/

Table 1: Tinjauan Topik Baru untuk RPT edisi ketiga

Rekomendasi Klinis Baru	Penilaian GRADE mengenai kualitas bukti	Kekuatan rekomendasi ^a
1. Implan Levonorgestrel (LNG) Sino-implant (II)[®]		
1.1 Dalam 7 hari awal siklus menstruasi, pengguna dapat menggunakan Sino-implant (II), or SI (II); implan dapat dipasang kapan saja setelah pengguna sudah dipastikan tidak hamil. Rekomendasi ini juga berlaku jika kontrasepsi perlindungan tambahan diperlukan dan bagi pengguna dalam kondisi yakni amenorea, pasca persalinan, pasca-keguguran, beralih dari metode lain.	Tidak ada bukti langsung	Kuat
1.2 Sangat diharapkan untuk mengukur tekanan darah sebelum inisiasi SI (II). Perempuan tidak boleh ditolak untuk menggunakan SI (II) hanya karena tekanan darah mereka tidak dapat diukur.	Tidak ada bukti langsung	Kuat
1.3 Pemeriksaan payudara, pemeriksaan panggul/genital, skrining kanker serviks, tes laboratorium rutin, tes hemoglobin, penilaian risiko IMS (riwayat medis dan pemeriksaan fisik), dan skrining IMS/HIV (tes laboratorium) tidak berkontribusi secara signifikan terhadap keamanan dan efektivitas penggunaan SI (II).	Tidak ada bukti langsung	Kuat
1.4 Pelabelan produk untuk SI (II) menyatakan bahwa implan dapat dipasang hingga empat tahun.	Rendah	Kuat
1.5 Tidak diperlukan kunjungan rutin setelah pemasangan SI (II).	Tidak ada bukti langsung	Kuat
2. Kontrasepsi Suntik Progestin: DMPA yang diberikan secara subkutan (DMPA-SK)		
2.1 Dalam 7 hari pertama siklus menstruasi, pengguna dapat menggunakan DMPA-SK; KSP dapat dipasang kapan saja setelah pengguna sudah dipastikan tidak hamil. Rekomendasi ini juga berlaku jika kontrasepsi perlindungan tambahan diperlukan dan bagi pengguna dalam kondisi yakni amenorea, pasca persalinan, pasca-keguguran, beralih dari metode lain.	Tidak ada bukti langsung	Kuat
2.2 Sangat diharapkan untuk mengukur tekanan darah sebelum inisiasi DMPA-SK. Wanita tidak boleh ditolak untuk menggunakan DMPA-SK hanya karena tekanan darah mereka tidak dapat diukur.	Tidak ada bukti langsung	Kuat
2.3 Pemeriksaan payudara, pemeriksaan panggul/genital, skrining kanker serviks, tes laboratorium rutin, tes hemoglobin, penilaian risiko IMS (riwayat medis dan pemeriksaan fisik), dan skrining IMS/HIV (tes laboratorium) tidak berkontribusi secara signifikan terhadap keamanan dan efektivitas penggunaan DMPA-SK.	Tidak ada bukti langsung	Kuat
2.4 Suntikan ulangan DMPA-SK diberikan setiap tiga bulan. Rekomendasi juga untuk suntikan yang lebih awal dan lebih terlambat	Sangat rendah	Kuat
3. Kontrasepsi Hormonal Kombinasi Transdermal (KHKT) dan Cincin Vagina Kontrasepsi Kombinasi (CVKK)		
3.1 Dalam 5 hari pertama siklus menstruasi, pengguna dapat menggunakan KHKT atau CVKK; alat dapat dipasang kapan saja setelah pengguna sudah dipastikan tidak hamil. Rekomendasi ini juga berlaku jika kontrasepsi perlindungan tambahan diperlukan dan bagi pengguna dalam kondisi yakni amenorea, pasca persalinan, pasca-keguguran, beralih dari metode lain.	KHKT – kisaran: Sedang ke rendah CVKK – Tidak ada bukti langsung	Kuat
3.2 Sangat diharapkan untuk mengukur tekanan darah yang diambil sebelum memulai KHKT atau CVKK. Akan tetapi tekanan darah yang tidak dapat diukur tidak menjadi hambatan untuk memulai penggunaan KHKT atau CVKK.	Tidak ada bukti langsung	Kuat
3.3 Pemeriksaan payudara, pemeriksaan panggul/genital, skrining kanker serviks, tes laboratorium rutin, tes hemoglobin, penilaian risiko IMS (riwayat medis dan pemeriksaan fisik), dan skrining IMS/HIV (tes laboratorium) tidak berkontribusi secara signifikan terhadap keamanan dan efektivitas penggunaan KHKT dan CVKK.	Tidak ada bukti langsung	Kuat
3.4 Tindakan tertentu diperlukan jika terjadi kesalahan dalam penggunaan KHKT atau CVKK antara lain keterlambatan pemasangan KHKT atau CVKK yang baru, pelepasan KHKT atau CVKK yang tidak sesuai jadwal dan keterlambatan pelepasan KHKT atau CVKK.	KHKT: Tidak ada bukti langsung CVKK: Sangat rendah	Kuat
3.5 Direkomendasikan untuk melakukan kunjungan setiap tahun setelah memulai pemasangan KHKT atau CVKK	Tidak ada bukti langsung	Kuat
4a. Pil kontrasepsi darurat (PKD): ulipristal acetate (PKD-UPA), LNG (PKD-LNG) or kombinasi estrogen-progestin (PKD kombinasi)		
4.1 Seorang wanita sebaiknya mendapatkan dosis tunggal PKD-UPA segera setelah hubungan seksual sampai dengan 120 jam	Rendah	Kuat
4.2 Penggunaan PKD-LNG atau PKD-UPA lebih disarankan daripada PKD kombinasi karena lebih jarang menyebabkan mual dan muntah. Penggunaan anti-emetik secara rutin sebelum menggunakan PKD tidak disarankan, namun dapat dipertimbangkan untuk digunakan tergantung pada ketersediaan dan penilaian klinis dari penyedia layanan kesehatan.	Kisaran: Sedang ke rendah	Kuat
4.3 Jika seorang pengguna muntah dalam 3 jam setelah mengkonsumsi dosis tunggal PKD-UPA, dosis tunggal lain PKD-UPA harus diberikan sesegera mungkin.	Tidak ada bukti langsung	Kuat
4b. Memulai atau Pengulangan Kontrasepsi Reguler setelah menggunakan Kontrasepsi Darurat		
4.4 Dalam pemasangan PKD-LNG atau PKD kombinasi, seorang pengguna dapat mengulang metode kontrasepsi atau dapat segera memulai metode kontrasepsi lain, termasuk AKDR-Cu.	Tidak ada bukti langsung	Kuat
4.5 Setelah penggunaan PKD-UPA, pengguna dapat memulai kontrasepsi yang mengandung progestin (KHK, KPP atau KSP) pada hari ke-6 setelah menggunakan PKD-UPA. AKDR-LNG dapat dipasang segera setelah pengguna dipastikan tidak hamil. AKDR-Cu dapat segera dipasang..	Tidak ada bukti langsung	Bersyarat

^a Rekomendasi kuat: salah satu yang dapat diadopsi sebagai kebijakan dalam kebanyakan situasi; rekomendasi bersyarat: pembuatan kebijakan akan membutuhkan perdebatan dan keterlibatan banyak pemangku kepentingan.

Latar Belakang

Rekomendasi Praktik Terpilih untuk penggunaan kontrasepsi (*The Selected practice recommendations for contraceptive use/SPR*) memberikan panduan mengenai “bagaimana” penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif. Tujuan dari pedoman ini adalah meningkatkan akses dan kualitas layanan perencanaan keluarga dengan menyediakan para pembuat kebijakan, pengambil keputusan, dan pengelola program dengan rekomendasi yang dapat digunakan untuk pengembangan atau perbaikan pedoman nasional tentang pelayanan kontrasepsi hormonal, alat kontrasepsi dalam rahim, metode penghalang, metode sadar masa subur, tubektomi dan vasektomi, dan kontrasepsi darurat. Buku pedoman ini tidak bersifat mengikat namun memberikan dasar bagi penyediaan dan penggunaan berbagai macam kontrasepsi yang lebih rasional berdasarkan bukti ilmiah terkini.

1.1 Layanan Reproduksi dan Kesehatan Seksual Merupakan Hak Manusia

Perwujudan program dari hasil pertemuan *International Conference on Population and Development* (ICPD) tahun 1994 menyatakan kesehatan reproduksi merupakan “keadaan yang sempurna secara fisik, mental, sosial dan bukan semata-mata terbebas dari sakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem fungsi dan proses reproduksi. *The Programme of Action* juga menyatakan bahwa tujuan dari kesehatan seksual adalah peningkatan kehidupan dan hubungan personal, bukan hanya konseling dan layanan terkait reproduksi dan penyakit menular seksual. Menyadari pentingnya kesepakatan yang dibuat pada ICPD dan konferensi internasional lain dan *Beijing Declaration and Platform for Action* pada 1995 mendefinisikan hak reproduksi sebagai berikut:

Hak reproduksi meliputi hak-hak tertentu manusia yang sudah diakui dalam hukum nasional, dokumen hukum hak asasi manusia internasional dan konsensus lain yang terkait. Hak-hak ini diberikan atas pengakuan adanya

hak dasar bagi pasangan dan individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab terhadap jumlah, jarak dan waktu mereka untuk memiliki anak serta untuk mendapatkan informasi dan sarana untuk mewujudkannya, dan juga hak untuk mendapatkan standar tertinggi dalam kesehatan seksual dan reproduksi.

Berdasarkan *Millennium Development Goals* (MDGs) yang disepakati pada 2001, target 5b adalah akses universal terhadap kesehatan reproduksi pada tahun 2015. Pada akhir periode tersebut dilaporkan prevalensi kontrasepsi global sebesar 64% (41% pada negara dengan pendapatan rendah) dan *unmet need* global bagi perencanaan keluarga sebesar 12% (22% pada negara dengan pendapatan rendah). Saat ini target *Sustainable Development Goals* (SDGs) nomor 3.7 dan 5.6 adalah akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi serta hak seksual dan kesehatan reproduksi, dan reproduksi pada tahun 2030. Layanan reproduksi dan kesehatan seksual, termasuk layanan dan informasi keluarga berencana, telah dikenali bukan hanya sebagai kunci sukses intervensi untuk peningkatan kesehatan pria, wanita, dan anak, namun juga merupakan hak asasi manusia. Perjanjian hak asasi manusia secara internasional dan regional, hukum dan konstitusi nasional memberikan jaminan khususnya terkait akses dan informasi pelayanan kontrasepsi. Termasuk dalam hal ini adalah negara harus menjamin ketersediaan pelayanan dan informasi kesehatan seksual dan reproduksi yang berkualitas termasuk layanan kontrasepsi yang menerapkan prinsip pengambilan keputusan berdasarkan informasi (*informed decision-making*), menghormati martabat orang lain, kebebasan mengambil keputusan sendiri, menghargai privasi individu dan pasangan, prinsip kerahasiaan, dan peka terhadap kebutuhan dan nilai-nilai yang dianut oleh individu dalam suatu hubungan kemitraan antara klien. Penyediaan kontrasepsi melalui pendekatan berbasis hak ini melihat secara holistik seluruh kebutuhan klien, termasuk mempertimbangkan kebutuhan seksual dan

reproduksi klien berdasarkan kriteria kelayakan yang sesuai ketika membantu klien memilih dan menggunakan metode keluarga berencana yang aman.

Pemberian pelayanan yang sesuai dengan hak asasi dan reproduksi klien sangat penting dalam kualitas pelayanan. Pengembangan pedoman internasional untuk kriteria kelayakan medis dan rekomendasi praktik dalam penggunaan kontrasepsi hanyalah salah satu aspek peningkatan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi. Banyak panduan program keluarga berencana yang telah ada, meliputi prosedur penapisan, terapi, dan pengamatan lanjut yang mencerminkan standar tinggi dalam bidang kesehatan masyarakat dan praktik klinis, namun ini tidak boleh dilihat sebagai persyaratan kelayakan untuk metode kontrasepsi tertentu. Di antaranya adalah prosedur pemeriksaan dan pengobatan kanker serviks, anemia dan infeksi menular seksual (IMS), program promosi ASI dan penghentian merokok. Prosedur semacam ini sangat dianjurkan jika sumber daya manusia dan material tersedia untuk melaksanakannya. Namun demikian prosedur tersebut seharusnya tidak dilihat sebagai prasyarat untuk penerimaan dan penggunaan metode keluarga berencana karena bukan merupakan keharusan dalam penggunaan atau kelanjutan metode tertentu.

1.2 Pilihan Kontrasepsi

Meskipun dokumen ini memberikan rekomendasi praktik kontrasepsi spesifik, pertimbangan kriteria sosial, perilaku, dan non-medis lainnya - terutama preferensi klien- juga harus diperhitungkan. Dalam rangka memberikan pilihan kontrasepsi kepada klien dengan cara menghormati dan memenuhi hak asasi mereka, klien sebaiknya dibantu untuk mampu membuat pilihan berdasarkan informasi yang telah diberikan.

Hak memilih bagi seorang wanita, harus diakui, sering diambil dari mereka atau dibatasi baik langsung atau tidak langsung oleh faktor sosial, ekonomi dan budaya yang ada. Dari sudut pandang wanita, pilihan tersebut diambil pada waktu tertentu, dalam konteks sosial dan budaya tertentu; pilihan ini bersifat kompleks, multifaktorial dan dapat berubah seiring dengan waktu.

Pengambilan keputusan untuk metode kontrasepsi biasanya membutuhkan pertimbangan keuntungan dan kerugian dari berbagai metode yang ada, dan ini bervariasi sesuai keadaan, persepsi, dan interpretasi masing-masing individu. Faktor-faktor ini meliputi

karakteristik calon klien, risiko penyakit yang dimiliki, profil efek samping dari berbagai produk, biaya, serta ketersediaan dan preferensi pasien.

Dokumen ini tidak memberikan rekomendasi tentang produk atau merek tertentu yang akan digunakan setelah memilih jenis metode kontrasepsi, melainkan memberikan panduan tentang "bagaimana" menggunakan metode kontrasepsi dengan aman dan efektif. Keputusan tentang metode apa yang akan digunakan harus mempertimbangkan kelayakan klien untuk menggunakan berbagai metode kontrasepsi (silakan lihat kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi, edit kelima, 2015, juga dikenal sebagai MEC)⁹, serta penilaian klinis dan preferensi pengguna.

1.2.1. Permasalahan Kualitas dan Akses Pelayanan terhadap Metode yang Dipilih dan Digunakan

Dalam penyediaan metode kontrasepsi termasuk kriteria pemberian layanan, terdapat banyak sekali pertimbangan yang relevan secara universal dalam memulai dan menindaklanjuti penggunaan semua metode kontrasepsi, dalam dokumen ini mengacu pada Rekomendasi Praktik Terpilih:

- Klien sebaiknya diberikan informasi untuk membantu dalam memilih metode kontrasepsi dengan sukarela dan penuh pemahaman. Informasi yang perlu disampaikan untuk setiap metode kontrasepsi:
 - Efektivitas relatif
 - Cara penggunaan
 - Mekanisme kerja
 - Efek samping
 - Keuntungan dan risiko medis
 - Tanda dan gejala
 - Kembali subur setelah penghentian
 - Perlindungan dari IMS

Informasi harus diberikan dengan bahasa dan format yang mudah dipahami dan diakses oleh klien.

- Wanita yang sering melakukan kesalahan ataupun ingin mencegah terjadinya kesalahan saat penggunaan kontrasepsi secara mandiri (contoh pil kontrasepsi, kontrasepsi hormonal kombinasi transdermal, cincin vagina kontrasepsi kombinasi atau kontrasepsi penghalang) sebaiknya diberikan konseling mengenai metode kontrasepsi lain yang lebih efektif dan penggunaannya tidak secara mandiri (contoh sterilisasi, alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR), implan atau kontrasepsi suntik).
- Ketersediaan tenaga kesehatan yang terampil

dan fasilitas yang memadai serta prosedur pencegahan infeksi yang tepat penting sekali untuk pelaksanaan kontrasepsi dengan metode operasi, insersi, pemasangan dan pelepasan (contoh sterilisasi, implan, AKDR, diafragma, tudung serviks).

- Ketersediaan alat yang tepat dan memadai perlu dijaga (contoh komoditas kontrasepsi dan penyediaan alat untuk pencegahan infeksi)
- Penyedia layanan kesehatan perlu dibekali dengan pedoman, kartu pasien dan atau alat skrining yang diperlukan.

1.3 Efektivitas Metode

Metode kontrasepsi dipilih berdasarkan efektivitasnya dalam mencegah kehamilan yang tidak diinginkan serta bergantung pada konsistensi dan ketepatan penggunaannya. Tabel 1.1 membandingkan persentase wanita yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan dalam satu tahun pertama penggunaan kontrasepsi secara konsisten dan tepat dengan penggunaan kontrasepsi secara tidak konsisten (sesekali dan atau salah dalam penggunaan). Penggunaan kontrasepsi secara konsisten dan tepat dapat bervariasi tergantung dari karakteristik pengguna yakni usia, pendapatan, dan kebudayaan. Metode kontrasepsi yang bergantung pada cara penggunaan klien secara konsisten dan tepat (seperti kondom dan pil) memiliki jangkauan efektivitas yang luas. Kebanyakan pengguna kontrasepsi semakin berpengalaman seiring penggunaan. Meskipun begitu, aspek biaya dan ketersediaan dari layanan serta kualitas konseling juga berpengaruh besar terhadap efektivitas dari penggunaan metode kontrasepsi secara konsisten dan tepat.

Tabel 1.1 Persentase wanita yang mengalami kehamilan tidak diinginkan selama satu tahun pertama penggunaan kontrasepsi secara wajar dan juga secara sempurna, serta presentasi pengguna kontrasepsi yang hingga satu tahun di Amerika Serikat.

1.4 Kembali ke Masa Subur

Vasektomi dan tubektomi merupakan metode kontrasepsi yang bersifat permanen (tidak ada kemungkinan untuk memiliki keturunan). Semua

individu dan pasangan yang memilih metode ini sebaiknya diberikan konseling yang sesuai, karena metode ini satu-satunya yang berujung pada kemandulan.

Metode kontrasepsi selain vasektomi dan tubektomi bersifat reversibel, biasanya segera kembali dalam masa subur setelah berhenti digunakan, terkecuali kontrasepsi Depo *medroxyprogesterone acetate* (DMPA) suntik dan norethisterone enanthate (NET-EN). Pada metode ini, waktu penundaan untuk kembali ke masa subur adalah 10 dan 6 bulan dari waktu suntik terakhir, terlepas dari durasi penggunaannya.

1.5 Infeksi Menular Seksual dan Kontrasepsi : Proteksi Gabungan

Dalam penyediaan layanan kontrasepsi yang berkualitas, perlu dipertimbangkan pula aspek sosial, budaya serta perilaku dari setiap klien. Dalam konteks ini, permasalahan seperti infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV perlu dipertimbangkan secara khusus dikarenakan sama pentingnya dalam pencegahan kehamilan dan penyebaran IMS pada klien usia reproduksi yang aktif secara seksual. Angka prevalensi HIV dan IMS yang tinggi pada individu dengan perilaku berisiko, (contoh memiliki pasangan seksual multipel tanpa menggunakan kondom) membutuhkan dukungan dari tenaga penyedia layanan kesehatan untuk memberikan informasi mengenai hubungan seksual yang aman untuk mencegah penularan serta mendukung penggunaan proteksi gabungan bagi semua individu berisiko tinggi, baik dengan penggunaan kondom beserta metode lain secara rutin ataupun penggunaan kondom saja secara konsisten dan tepat untuk mencegah kehamilan dan IMS, serta HIV. Klien yang meminta nasihat mengenai kontrasepsi harus selalu diingatkan mengenai pentingnya penggunaan kondom untuk mencegah penyebaran HIV/IMS. Kondom yang digunakan secara tepat dan konsisten menjadi metode yang paling efektif dalam memberikan perlindungan terhadap IMS termasuk HIV. Kondom wanita cukup aman dan efektif, namun tidak digunakan dalam skala nasional seperti kondom pria

Table 1.1 Persentase wanita yang mengalami kehamilan tidak diinginkan selama satu tahun penggunaan kontrasepsi secara wajar dan satu tahun penggunaan kontrasepsi yang tepat dan konsisten, dan persentase wanita yang menggunakan kontrasepsi selama satu tahun

	% wanita yang mengalami kehamilan tidak diinginkan pada penggunaan satu tahun pertama		% wanita yang menggunakan kontrasepsi selama satu tahun
Metode	Penggunaan secara wajar ¹	Penggunaan yang tepat dan konsisten ²	
Tidak ada metode kontrasepsi ⁴	85	85	–
Spermisida ⁵	28	18	42
Metode perhitungan masa subur	24	–	47
Metode perhitungan kalender ^{®6}	–	5	–
Metode dua hari ^{®6}	–	4	–
Metode ovulasi ⁶	–	3	–
Metode suhu basal tubuh	–	0.4	–
Coitus interruptus	22	4	46
Spons	–	–	36
Wanita multipara	24	20	–
Wanita nulipara	12	9	–
Kondom ⁷			
Wanita	21	5	41
Pria	18	2	43
Diafragma ⁸	12	6	57
Pil kombinasi oral dan progestin	9	0.3	67
<i>Evra patch</i>	9	0.3	67
<i>NuvaRing</i> [®]	9	0.3	67
Depo-Provera	6	0.2	56
Alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)			
<i>Paragard</i> [®] (<i>copper T</i>)	0.8	0.6	78
<i>Mirena</i> [®] (<i>LNG</i>)	0.2	0.2	80
<i>Implanon</i> [®]	0.05	0.05	84
Sterilisasi pada wanita	0.5	0.5	100
Sterilisasi pada pria	0.15	0.10	100
Kontrasepsi emergensi: berupa pil atau pemasangan AKDR <i>copper</i> setelah hubungan seksual tanpa pengaman untuk menurunkan peluang kehamilan. ⁹			
Metode amenorea laktasi: MAL sangat efektif, bersifat sebagai metode kontrasepsi sementara. ¹⁰			

Sumber: Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, editors. Contraceptive technology: twentieth revised edition. New York (NY): Ardent Media; 2011.

Catatan:

1. Diantara pasangan yang baru menggunakan metode kontrasepsi (tidak harus pertama kalinya), presentasi kehamilan yang tidak diharapkan pada satu tahun pertama penggunaan jika mereka tidak berhenti menggunakan kontrasepsi. Perkiraan peluang kehamilan pada tahun pertama penggunaan secara wajar spermisida dan diafragma diambil dari *National Survey of Family Growth* pada tahun 1995 yang dikoreksi karena adanya kasus aborsi yang tidak dilaporkan. Perkiraan metode perhitungan masa subur, coitus interruptus, kondom pria, pil dan Depo Provera diambil dari *National Survey of Family Growth* pada tahun 1995-2002 yang telah dibenahi atas kasus aborsi yang tidak dilaporkan. Lihat teks untuk perkiraan derivasi metode lainnya. (Trussel 2011)
2. Diantara pasangan yang awal menggunakan kontrasepsi (tidak harus pertama kalinya) dan yang menggunakan secara tepat, presentasi kehamilan yang tidak diharapkan pada satu tahun pertama penggunaan jika mereka tidak berhenti menggunakan kontrasepsi. Lihat teks untuk perkiraan derivasi metode lainnya. (Trussel 2011)
3. Diantara pasangan yang mencoba menghindari kehamilan, persentase yang terus menggunakan kontrasepsi selama satu tahun.
4. Persentase kehamilan pada kolom 2 dan 3 berdasarkan data dari populasi yang tidak menggunakan kontrasepsi dan wanita yang berhenti menggunakan kontrasepsi karena mengharapkan kehamilan. Dari populasi tersebut sekitar 89% menjadi hamil pada satu tahun pertama. Perkiraan ini menurun sedikit (sampai 85%) untuk mewakili presentase wanita hamil pada tahun pertama pemakaian kontrasepsi reversibel pada mereka yang sengaja menghentikan kontrasepsi.
5. Busa, krim, gel, suppositoria vagina dan film vagina.
6. Metode ovulasi dan metode dua hari ovulasi didasarkan pada evaluasi lender serviks. Metode standar hari dengan menghindari hubungan seksual pada hari ke-8-19 siklus menstruasi. Metode suhu tubuh basal merupakan metode cek ganda digabungkan dengan evaluasi lender serviks untuk menentukan masa subur dan evaluasi untuk hari terakhir masa subur.
7. Tanpa spermisida.
8. Dengan krim spermisida atau jeli.
9. Plan B One-Step®, ella® and Next Choice One Dose® merupakan produk untuk kontrasepsi emergensi di Amerika Serikat. Plan B One-Step diminum 72 jam setelah berhubungan seksual tanpa pelindung. Suatu penelitian menunjukkan semua produk diatas efektif digunakan hingga 120 jam setelah berhubungan seksual. Next Choice One Dose diminum 72 jam setelah berhubungan seksual tanpa pelindung. *The United States Food and Drug Administration* mengatakan terdapat 19 merk kontrasepsi oral yang aman dan efektif digunakan sebagai kontrasepsi darurat. Ogestrel® (one dose is two white pills), Nordette® (one dose is four light-orange pills), Cryselle®, Levora®, Low-Ogestrel®, Lo/Ovral®, or Quasence® (one dose is four white pills), Jolesa®, Portia®, Seasonale® or Trivora® (one dose is four pink pills), Seasonique® (one dose is four light-blue-green pills), Enpresse® (one dose is four orange pills), Lessina® (one dose is five pink pills), Aviane® or LoSeasonique® (one dose is five orange pills), Lutera® or Sronyx® (one dose is five white pills), and Lybrel® (one dose is six yellow pills).
10. Untuk menjaga efektifitas menghindari kehamilan diperlukan kontrasepsi yang lain saat siklus menstruasi sudah kembali, frekuensi dan durasi menyusui berkurang, penggunaan botol susu, atau bayi sudah berusia 6 bulan.

Metode

Pada panduan ini, Rekomendasi Praktik Terpilih pada Penggunaan Kontrasepsi, edisi ketiga, dibuat berdasarkan proses yang diawali pada tahun 2000. Sejak publikasi edisi pertama pada 2002, beberapa revisi telah dilakukan. Bagi pembaca yang tertarik, metode digunakan untuk mengembangkan rekomendasi yang dikeluarkan pada edisi ketiga dijelaskan dalam *Development of updated guidance for the third edition* yang ada sebagai bahan pelengkap di situs. Sebuah ringkasan tentang penggunaan untuk mengembangkan pedoman sejak diterbitkan edisi pertama dijelaskan pada buku ini

Edisi pertama RPT diterbitkan pada tahun 2002 setelah kelompok multidisipliner ahli berkumpul untuk mendiskusikan bukti yang baru diterbitkan berkaitan dengan topik yang dibahas dalam pedoman. Pada November 2002, WHO membentuk CIRE (11), untuk memantau bukti secara sistematis dan terus menerus sehingga mendukung rekomendasi dalam pedoman ini secara berkelanjutan. Dalam sistem CIRE, ketika bukti baru muncul, artikel-artikel disaring untuk relevansi. Ketika berlaku, tinjauan sistematis diperbarui untuk mengingatkan WHO mengenai apakah rekomendasinya tetap konsisten dengan keseluruhan bukti atau tidak. WHO menggunakan CIRE untuk memastikan panduan RPT tetap terkini antara pertemuan GDG dan untuk mengidentifikasi topik yang perlu ditangani ketika revisi pedoman formal terjadi.

Dalam persiapan untuk edisi ketiga saat ini, GDG diselenggarakan pada tahun 2013 untuk memprioritaskan topik yang akan ditinjau dan diperbarui (silakan lihat bagian ucapan terima kasih untuk daftar anggota GDG dan lampiran Web RPT, Lampiran 2, untuk ringkasan deklarasi kepentingan anggota GDG). GDG memprioritaskan ulasan dari 19 topik yang terkait dengan inklusi dalam edisi kelima dari lima metode kontrasepsi baru:

- Implan mengandung a 2-rod levonorgestrel–Sino-implant (II)[®]
- DMPA-subkutan
- kontrasepsi hormonal kombinasi transdermal (KHKT)
- cincin vagina kontrasepsi kombinasi (CVKK) dan
- pil kontrasepsi darurat-ulipristal acetate (PKD-UPA);

dan satu pertanyaan tambahan:

- Kapan seorang wanita dapat melanjutkan atau memulai kontrasepsi reguler setelah menggunakan kontrasepsi darurat? (lihat bagian 7.5.2).

GDG membuat pertanyaan menggunakan format PICO (yaitu pertanyaan tentang *populations, interventions, comparators and outcomes*) untuk memandu tinjauan sistematis dan persiapan bukti GRADE table 2. Dalam banyak kasus, tidak ada bukti baru yang teridentifikasi atau bukti baru yang mengkonfirmasi temuan sebelumnya. Jadi, untuk banyak topik yang menggunakan rekomendasi sebelumnya dan hanya ditegaskan kembali. Dalam edisi ketiga RPT ini, pendekatan GRADE digunakan untuk mengklasifikasikan rekomendasi pada topik yang ditinjau sebagai "kuat" atau "bersyarat". Karena khalayak sasaran untuk dokumen ini terutama pembuat kebijakan, rekomendasi "kuat" adalah rekomendasi yang dapat diadopsi sebagai kebijakan dalam sebagian besar situasi, sementara rekomendasi bersyarat" akan membutuhkan perdebatan dan keterlibatan yang besar berbagai pemangku kepentingan sebelum menjadi kebijakan (12).

1 Informasi lebih lanjut tersedia di situs kelompok kerja GRADE: <http://www.gradeworkinggroup.org>

¹ Tersedia di: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/

Dalam dokumen ini, rekomendasi disajikan dalam bentuk naratif untuk pembaca yang terbiasa dengan format edisi RPT sebelumnya. Untuk rekomendasi pada pemeriksaan dan tes sebelum memulai penggunaan setiap metode kontrasepsi, klasifikasi A-B-C digunakan untuk menentukan apakah berbagai prosedur diperlukan untuk penyediaan metode yang aman. Kategori rekomendasi untuk pemeriksaan dan tes (yaitu penggunaan Kelas A, B dan C) ditentukan oleh kelompok ahli yang mengembangkan edisi pertama SPR pada tahun 2001. Mereka diterapkan pada tahun 2001 untuk mengingatkan manajer program dan pembuat kebijakan apakah tes atau pemeriksaan tertentu adalah wajib sebelum memberikan metode kontrasepsi. Seringkali, pemeriksaan dan tes dimandatkan ketika, pada kenyataannya, mereka tidak diperlukan. Dalam mengembangkan rekomendasi untuk pemeriksaan dan tes ini, GDG mengikuti proses pemeriksaan bukti yang sama ketat seperti yang telah dilakukan untuk rekomendasi lain dalam edisi ini.

GDG mendukung pendekatan untuk preferensi dan nilai-nilai pasien yang memprioritaskan ketersediaan berbagai pilihan kontrasepsi dan penghapusan hambatan medis yang tidak perlu. Karena fokus dari panduan ini adalah pada penyediaan aman dari metode kontrasepsi, setelah konseling dan pengambilan keputusan bersama untuk metode kontrasepsi telah terjadi, dan karena biaya sangat bervariasi di seluruh wilayah dan pengaturan yang berbeda, biaya peluang tidak dinilai secara formal selama perumusan rekomendasi ini.

Melalui konsensus, GDG tiba di rekomendasi baru dan direvisi dan menjunjung tinggi sebagian besar rekomendasi yang ada. Konsensus dicapai melalui diskusi, debat, dan konsultasi ahli, dengan kesepakatan akhir di antara semua anggota GDG. Untuk setiap rekomendasi, Ketua menanyakan kepada anggota GDG apakah mereka setuju dengan rekomendasi; setiap perselisihan didokumentasikan. Semua anggota GDG setuju dengan semua rekomendasi dalam panduan ini.

Bagaimana Penggunaan Buku Panduan Ini

Buku panduan ini ditujukan sebagai referensi dalam penyusunan panduan layanan kontrasepsi, pada penerapannya akan disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada dengan mempertimbangkan status tingkat pengetahuan dan pengalaman klinis dari berbagai penyedia layanan serta sumber daya yang tersedia.

Rekomendasi dibahas dalam bagian 7 di sub-bagian dengan jenis metode kontrasepsi: intrauterine devices (AKDR); kontrasepsi progestin; gabungan kontrasepsi hormonal (KHK); kontrasepsi darurat (KD); *Standard Days Method*[®] (SDM); dan vasektomi. Dalam sub-bab ini, rekomendasi dibagi berdasarkan: waktu inisiasi; pemeriksaan dan tes yang dibutuhkan sebelum inisiasi; metode lanjutan, penghentian dan perubahan metode; manajemen masalah selama penggunaan, seperti efek samping atau kesalahan pemberian dosis; dan tindak lanjut yang sesuai. Selain itu, keterangan dan informasi tentang prinsip-prinsip yang mendasari dapat diberikan apabila diperlukan, termasuk semua referensi yang sesuai. Edisi ketiga RPT berisi rekomendasi yang didasarkan pada tinjauan data epidemiologi dan klinis yang terangkum, pertimbangan manfaat dan bahaya, nilai dan preferensi pasien, dan kualitas bukti. Rincian tentang proses ini disajikan dalam lampiran situs RPT: Pengembangan panduan yang diperbarui untuk edisi ketiga.¹

3.1 Klasifikasi Pemeriksaan dan Tes sebelum Memulai Metode Kontrasepsi

Mengenai pemeriksaan dan tes yang dapat dipertimbangkan sebelum memulai kontrasepsi, klasifikasi berikut digunakan dalam membedakan penerapan berbagai pemeriksaan dan tes:

Kelas A: Pemeriksaan sangat penting dan wajib dalam semua keadaan bagi keamanan dan efektivitas penggunaan metode kontrasepsi.

Kelas B: Pemeriksaan berkontribusi secara signifikan bagi keamanan dan efektivitas penggunaan metode kontrasepsi, tetapi penerapannya dapat dipertimbangkan kesehatan masyarakat dan/atau konteks layanan masyarakat. Risiko tidak melakukan pemeriksaan harus diimbangi dengan manfaat dari metode kontrasepsi yang tersedia.

Kelas C: Pemeriksaan tidak berkontribusi bagi keamanan dan efektivitas penggunaan metode kontrasepsi.

Pemeriksaan atau tes yang dipertimbangkan untuk setiap jenis kontrasepsi dalam bagian 7 berlaku untuk orang-orang yang dianggap sehat. Mereka yang memiliki masalah medis yang diketahui atau kondisi khusus lainnya mungkin perlu pemeriksaan tambahan atau tes sebelum dikonfirmasi sebagai kandidat yang tepat untuk metode kontrasepsi tertentu. Dokumen mitra RPT, kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi, edisi kelima (diterbitkan pada tahun 2015), mungkin berguna dalam keadaan seperti itu.⁹

Klasifikasi ini berfokus pada hubungan pemeriksaan atau tes untuk inisiasi metode kontrasepsi yang aman. Mereka tidak dimaksudkan untuk mengatasi kelayakan pemeriksaan atau tes ini dalam keadaan lain. Misalnya, beberapa ujian atau tes yang dianggap tidak diperlukan untuk penggunaan kontrasepsi yang aman dan efektif mungkin tepat untuk perawatan kesehatan pencegahan yang baik atau untuk mendiagnosis atau menilai kondisi medis yang dicurigai.

¹ Tersedia di: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/

3.2 Kelayakan Kontrasepsi

Dalam revisi edisi ketiga RPT ini, referensi ke kategori MEC untuk kelayakan kontrasepsi (kategori 1–4) sering disertakan. Kotak 1 mencantumkan kategori-kategori ini dan definisi dasarnya.

Kotak 1: Kategori Kriteria Kelayakan Medis (MEC) untuk Penggunaan Kontrasepsi

Kategori 1	Suatu kondisi dimana tidak ada pembatasan untuk penggunaan metode kontrasepsi
Kategori 2	Suatu kondisi di mana keuntungan menggunakan metode umumnya lebih besar daripada risiko teoritis atau terbukti
Kategori 3	Suatu kondisi di mana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode
Kategori 4	Suatu kondisi yang mewakili risiko kesehatan yang tidak dapat diterima jika metode kontrasepsi digunakan

Untuk informasi lebih lanjut, dapat mrujuk ke: Kriteria Kelayakan Medis untuk Penggunaan Kontrasepsi, edisi kelima, WHO, 2015.⁹

4

Implikasi Program

Hal-hal berikut perlu disiapkan ketika menerapkan rekomendasi dalam buku ini:

- *Informed choice*
- Komponen dari layanan yang berkualitas
- Prosedur skrining untuk pemilihan metode
- Penyedia layanan yang terlatih dan terampil
- Rujukan dan tindak lanjut untuk penggunaan kontrasepsi yang tepat

Praktik pemberian kontrasepsi sangat dibutuhkan dalam penerapan metode kontrasepsi yang aman. Layanan kesehatan yang tidak terkait dengan penggunaan kontrasepsi tidak menjadi suatu prasyarat ataupun hambatan dalam penyedia pelayanan kontrasepsi.

Praktik pemberian layanan kontrasepsi penting untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman. Promosi praktik layanan kesehatan yang baik yang tidak terkait dengan pemilihan kontrasepsi yang aman tidak boleh dianggap sebagai prasyarat atau sebagai hambatan bagi penyediaan metode kontrasepsi, tetapi sebagai pelengkap.

Sebagai langkah pertama, rekomendasi sebaiknya disesuaikan dengan situasi dan kondisi negara yang akan menerapkan agar dapat diterapkan oleh penyedia layanan pada seluruh tingkatan pelayanan. Negara perlu menentukan seberapa jauh dan cara memperluas layanan ke level yang lebih perifer. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara peningkatan staf dan fasilitas untuk mencapai layanan yang memadai dan terjangkau, atau memerlukan tambahan peralatan dan ketersediaan obat-obatan serta perluasan area layanan. Ini bermanfaat untuk mengatasi kesalahan persepsi yang terkadang terjadi oleh penyedia dan pengguna layanan terkait risiko dan efek samping dari metode tertentu, dan untuk melihat secara jelas mengenai kebutuhan dan perspektif sisi perempuan dan laki-laki selama proses memfasilitasi keterangan persetujuan. Perubahan pedoman global menjadi program nasional tidak selalu

merupakan hal yang mudah dan baik karena adanya perbedaan kondisi kesehatan lokal, perilaku, dan kebudayaan setempat. Peningkatan ini harus dilakukan dalam konteks informasi bagi pengguna dan keamanan.

4.1 Memperkenalkan ke dalam Program Nasional

Ketika memperkenalkan panduan ini pada rekomendasi praktik penggunaan kontrasepsi ke dalam program nasional untuk layanan kesehatan seksual dan reproduksi, penting untuk mempertimbangkan bahwa pedoman ini bukan hanya dokumen yang harus didistribusikan, tetapi berisi praktik layanan kesehatan yang harus diperkenalkan kepada penyedia layanan melalui proses perubahan dan implementasi terencana.

Panduan bagi negara tentang pengenalan pedoman kesehatan seksual dan reproduksi tersedia dalam panduan ini, *Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes*.¹³ Panduan tersebut dirancang untuk digunakan oleh pembuat kebijakan, manajer program, dan tenaga medis profesional yang memulai proses praktik berbasis bukti pada layanan kesehatan seksual dan reproduksi pada nasional atau lokal. Di dalam dokumen, terdapat enam prinsip menyeluruh yang direkomendasikan untuk perubahan efektif dan implementasi panduan WHO tentang kesehatan seksual dan reproduksi ke dalam program nasional. Prinsip dari perubahan tersebut adalah: membuat konsensus; mendata apa yang ada; mengidentifikasi kemungkinan hambatan dan faktor pendukung; memastikan bahwa perubahan harus berbasis bukti; perencanaan peningkatan dari awal; dan menerapkan berbagai intervensi untuk mengubah praktik penyedia layanan.

Untuk memperkenalkan edisi ketiga Rekomendasi praktik terpilih untuk penggunaan kontrasepsi, WHO menyarankan negara atau otoritas lokal mengikuti proses enam langkah:

- ✓ Rencana advokasi
- ✓ Melakukan analisis situasi
- ✓ Menyesuaikan panduan dengan kebutuhan, keadaan, dan konteks negara
- ✓ Merancang strategi implementasi
- ✓ Uji coba evaluasi
- ✓ Laksanakan advokasi dan peningkatan.

Proses ini dapat bervariasi tergantung pada apakah panduan tersebut diperkenalkan untuk pertama kalinya atau sedang digunakan untuk memperbarui pedoman layanan layanan yang ada. Diantara langkah diatas, WHO menekankan pentingnya proses untuk memperkenalkan panduan kolaboratif dan partisipatif untuk menumbuhkan rasa kepemilikan dan dukungan di antara pembuat kebijakan, tenaga profesional dan ahli lainnya.

Pengguna dengan Kebutuhan Khusus

5.1 Pengguna Difabel

Berdasarkan *United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (CRPD, 2006), pasien difabel harus memiliki akses yang setara dengan pasien lain, pada semua jenis layanan seksual dan kesehatan reproduksi (artikel 25) sebagai bagian dari hak seorang yang telah menikah, menemukan sebuah keluarga, dan mempertahankan kesuburan mereka (artikel 23).¹² Tenaga kesehatan profesional sering kali gagal dalam memberikan pelayanan seksual dan kesehatan reproduksi bagi pasien yang mengalami disabilitas karena adanya kesalahpahaman yang menganggap mereka tidak aktif secara seksual. Penyediaan layanan kontrasepsi bagi pasien difabel bagaimanapun memerlukan keputusan terkait kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan individu, tingkat disabilitas dan metode kontrasepsi spesifik yang berbeda.

Contohnya adalah beberapa kontrasepsi penghalang bisa jadi sulit digunakan bagi seorang dengan gerakan atau ketangkasan yang terbatas; kontrasepsi oral kombinasi bisa jadi tidak sesuai bagi wanita dengan gangguan sirkulasi atau pergerakan ekstremitas yang terbatas, walaupun tidak adanya mutasi trombogenik, karena adanya kekhawatiran pada peningkatan risiko trombosis vena dalam; dan metode lain yang lebih baik bagi individu dengan cacat intelektual atau mental yang mempunyai kesulitan dalam mengingat konsumsi obat setiap hari. Bagi wanita yang mempunyai kesulitan dalam menjaga kebersihan saat menstruasi, dampak dari metode kontrasepsi pada siklus menstruasi harus menjadi pertimbangan. Dalam semua kasus, keputusan medis harus berdasarkan informasi, pendidikan seksual dan kesehatan reproduksi yang adekuat. Pada penyandang disabilitas maka menentukan keinginan dan kecenderungan pilihan individu menjadi tantangan, kontrasepsi sebaiknya diberikan secara konsisten sesuai 12 anjuran dari CRPD.

Khususnya, dalam kasus seperti itu proses

pengambilan keputusan harus dibantu oleh lembaga yang merawat pasien atau seseorang yang dipercaya bersama-sama membantu individu hingga mencapai keputusan yang sesuai dengan keinginan dan preferensi individu tersebut. Memberikan informasi terkait riwayat sterilisasi penyandang disabilitas, seringkali menjadi tehnik untuk manajemen menstruasi di institusi,¹⁴ hal tersebut penting untuk memastikan bahwa keputusan tentang sterilisasi dibuat dengan persetujuan penuh dan kesediaan dari individu, baik sendiri atau dengan dukungan, bebas dari paksaan.

5.2 Remaja*

Remaja di banyak negara tidak memiliki akses yang cukup terhadap informasi dan layanan kontrasepsi yang diperlukan untuk melindungi kesehatan dan hak seksual dan reproduksi mereka. Terdapat kebutuhan mendesak untuk menerapkan program yang memenuhi kebutuhan kontrasepsi remaja dan menghilangkan hambatan pada layanan. Secara umum, remaja layak untuk menggunakan semua metode kontrasepsi seperti dewasa, dan harus memiliki akses terhadap seluruh pilihan kontrasepsi. Usia bukan merupakan alasan medis untuk menolak metode kontrasepsi kepada remaja.

Sementara beberapa kekhawatiran telah diungkapkan tentang penggunaan metode kontrasepsi tertentu oleh remaja (misalnya penggunaan kontrasepsi suntik progestin untuk mereka di bawah 18 tahun), kekhawatiran ini harus diimbangi dengan keuntungan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Untuk membantu menentukan apakah remaja dengan kondisi medis tertentu aman menggunakan metode kontrasepsi tertentu, silakan merujuk ke Kriteria Kelayakan Medis bagi Penggunaan Kontrasepsi, edisi ke-5 (9).

Faktor politik dan budaya dapat mempengaruhi kemampuan remaja untuk mengakses informasi dan layanan kontrasepsi. Sebagai contoh, bila layanan kontrasepsi tersedia, remaja (yang tidak menikah, khususnya) mungkin tidak dapat memanfaatkannya karena undang-undang dan kebijakan yang terbatas. Bahkan jika remaja dapat memperoleh layanan kontrasepsi, mereka mungkin

tidak melakukannya karena takut bahwa rahasia mereka tidak akan dijaga atau petugas kesehatan mungkin mencampurnya. Semua remaja, tanpa memandang status perkawinan, memiliki hak atas privasi dan kerahasiaan dalam hal kesehatan, termasuk perawatan kesehatan reproduksi. Layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang tepat, termasuk kontrasepsi, harus tersedia dan dapat diakses oleh semua remaja tanpa perlu otorisasi orang tua atau wali oleh hukum, kebijakan atau praktik.

Masalah sosial dan perilaku harus menjadi pertimbangan utama dalam pemilihan metode kontrasepsi oleh remaja. Misalnya, remaja berisiko tinggi untuk infeksi menular seksual, termasuk HIV. Sementara remaja dapat memilih untuk menggunakan salah satu dari metode kontrasepsi yang tersedia, dalam beberapa kasus tidak memerlukan metode harian mungkin lebih nyaman bagi remaja. Remaja, menikah atau belum menikah, juga telah terbukti kurang toleran terhadap efek samping oleh karena itu remaja memiliki tingkat penghentian kontrasepsi yang tinggi. Pemilihan metode kontrasepsi juga dipengaruhi oleh faktor pola hubungan seksual sporadis dan kebutuhan menyembunyikan aktivitas seksual dan penggunaan kontrasepsi. Misalnya, remaja yang aktif secara seksual yang belum menikah memiliki kebutuhan yang sangat berbeda dari mereka yang sudah menikah dan ingin menunda kehamilan. Memperluas jumlah pilihan metode kontrasepsi yang ditawarkan dapat mengarah pada peningkatan level kepuasan, peningkatan penerimaan dan peningkatan prevalensi penggunaan kontrasepsi. Pendidikan dan konseling yang tepat, baik sebelum dan pada saat pemilihan metode, dapat membantu remaja memenuhi kebutuhan mereka dan membuat keputusan secara yakin. Setiap upaya harus dilakukan untuk mencegah biaya layanan dan/atau metode sehingga membatasi pilihan kontrasepsi yang tersedia.

Keterangan (*): Kebijakan pelayanan kontrasepsi di Indonesia hanya ditujukan bagi Pasangan Usia Subur (PUS)

Referensi untuk Bab 1–5

1. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. In: Report of the International Conference on Population and Development (Cairo, 5–13 September 1994). Cairo: United Nations; 1994: para. 7.2 (A/ CONF.171/13, <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>, accessed 8 July 2016).
2. Beijing Declaration and Platform for Action. In: Report

of the Fourth World Conference on Women (Beijing, 4–15 September, 1995). Beijing: United Nations; 1995: para. 95 (A/CONF.177/20; <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en>, accessed 8 July 2016).

3. Chapter 4: Health service coverage. In: World health statistics 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/mdgs/health-service-coverage2015.pdf>, accessed 8 July 2016).
4. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf, accessed 8 July 2016).
5. Koenig MA. The impact of quality of care on contraceptive use: evidence from longitudinal data from rural Bangladesh. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2003.
6. Arends-Kuenning M, Kessy FL. The impact of demand factors, quality of care and access to facilities on contraceptive use in Tanzania. *J Biosoc Sci.* 2007;39(1):1–26. doi:10.1017/S0021932005001045.
7. Rama Rao S, Lacuest M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plann Perspect.* 2003;29(2):76–83. doi:10.1363/iffp.29.076.03.
8. Sanogo D, Rama Rao S, Johnes H, N'diaye P, M'bow B, Diop CB. Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal. *Afr J Reprod Health.* 2003;7(2):57–73.
9. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, accessed 8 July 2016).
10. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, editors. *Contraceptive technology: twentieth revised edition.* New York (NY): Ardent Media; 2011.
11. WHO handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf, accessed 8 July 2016).
12. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Resolution adopted by the United Nations General Assembly. New York (NY): United Nations; 2006 (A/RES/61/106; <http://www.un-documents.net/a61r106.htm>, accessed 8 July 2016).
13. Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes: principles and processes of adaptation and implementation. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.9_eng.pdf, accessed 8 July 2016).
14. World report on disability 2011. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/, accessed 8 July 2016).

6

Ringkasan Perubahan dalam Rekomendasi Praktik Terpilih dalam Penggunaan Kontrasepsi Edisi Ketiga

Terdapat lima metode kontrasepsi terkini yang ditambahkan dalam edisi ini:

- Implan 2 batang, tiap batang mengandung 75 mg levonogestrel
- Depo medroxyprogesterone acetate sub kutan
- Kontrasepsi hormonal kombinasi transdermal (KHKT)
- Cincin vagina kontrasepsi kombinasi (CVKK)

- Pil kontrasepsi darurat ulipristal (PKD-UPA)

Satu pertanyaan yang dipertimbangkan dalam edisi ini:

- Kapan seorang wanita melanjutkan atau memulai kontrasepsi reguler setelah penggunaan kontrasepsi darurat?

Rekomendasi

7.1 Bagaimana Seorang Tenaga Kesehatan Memastikan bahwa Seorang Wanita Tidak Hamil?

Menegakkan diagnosis kehamilan merupakan hal yang penting. Kemampuan mendiagnosis secara dini kehamilan akan bervariasi tergantung pada sumber daya dan layanan kesehatan. Tes kehamilan secara biokimia merupakan hal yang bermanfaat tetapi tidak banyak tersedia di banyak layanan kesehatan. Selain Pemeriksaan pelvik yang dapat dilakukan adalah pada usia kehamilan 8-10 minggu terhitung sejak hari pertama menstruasi yang terakhir.

Selain dengan cara di atas, tenaga kesehatan dapat memastikan bahwa seseorang wanita tidak hamil jika terdapat salah satu keadaan berikut:

1. Tidak berhubungan seksual sejak menstruasi terakhir
2. Menggunakan kontrasepsi dengan tepat dan konsisten
3. Dalam siklus menstruasi hari ke-7 setelah menstruasi normal
4. Dalam 4 minggu pascapersalinan
5. Dalam 7 hari pasca keguguran
6. Menyusui sepenuhnya atau hampir menyusui sepenuhnya, amenorea, dan kurang dari 6 bulan pasca persalinan

7.2 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat kontrasepsi dalam rahim merupakan salah satu metode kontrasepsi jangka panjang. Pada bab ini memberikan rekomendasi tentang alat kontrasepsi dalam rahim yang mengandung tembaga (AKDR-Cu) dan alat kontrasepsi dalam rahim yang mengandung levonorgestrel (AKDR-LNG)

- AKDR dapat digunakan pada wanita nulipara dan multipara. Untuk membantu

menentukan apakah seorang wanita tepat secara medis dan karakteristik aman menggunakan AKDR harus mengacu pada Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi edisi kelima.

- AKDR tidak melindungi dari infeksi menular seksual (IMS), terutama HIV. Jika terdapat risiko IMS/HIV, penggunaan kondom secara benar dan tepat sangat direkomendasikan. Ketika digunakan secara tepat dan konsisten, kondom menjadi metode paling efektif melindungi terhadap IMS termasuk HIV. Kondom wanita juga efektif dan aman tetapi tidak digunakan secara luas sebagai program nasional layaknya kondom pria.

7.2.1 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim Mengandung Tembaga (AKDR-Cu) dan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim Mengandung Levonorgestrel (AKDR-LNG)

Waktu Memulai Pemasangan AKDR-Cu

Wanita sedang dalam masa menstruasi

- Dalam 12 hari pertama siklus menstruasi terakhir: AKDR-Cu dapat dipasang pada wanita, tidak hanya masa menstruasi. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan sebagai proteksi.
- Lebih dari 12 hari dalam masa menstruasi: AKDR-Cu dapat dipasang pada wanita setelah dipastikan wanita tidak hamil. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan sebagai proteksi.

Amenorea (non pascapersalinan)

- AKDR-Cu dapat dipasang kapan saja setelah dipastikan seorang wanita tidak hamil. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan sebagai proteksi.

Pascapersalinan (menyusui dan tidak menyusui, termasuk setelah seksio sesaria)

- Dalam 48 jam setelah melahirkan: AKDR-Cu dapat dipasang, termasuk segera setelah plasenta dilahirkan.
 - Jika persalinan secara seksio sesaria, AKDR-Cu dapat dipasang setelah plasenta lahir, sebelum uterus dijahit.
- Dalam 48 jam hingga 4 minggu pascapersalinan: pemasangan AKDR-Cu tidak direkomendasikan kecuali tidak tersedia atau tidak ada metode kontrasepsi lain (Kriteria Kelayakan Medis untuk Penggunaan Kontrasepsi Kategori 3).
- Lebih dari 4 minggu pascapersalinan dan belum menstruasi
 - Menyusui: AKDR-Cu dapat dipasang bila wanita tersebut yakin tidak hamil. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan sebagai proteksi.
 - Tidak menyusui: AKDR-Cu dapat dipasang setelah dipastikan wanita tidak hamil. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan sebagai proteksi.
- Pasca persalinan 4 minggu atau lebih dan siklus menstruasi telah kembali: AKDR-Cu dapat dianjurkan bagi wanita yang siklus menstruasi sudah kembali.
- Wanita yang mengalami sepsis pascapersalinan tidak dianjurkan untuk dipasang AKDR-Cu (Kriteria Kelayakan Medis untuk Penggunaan Kontrasepsi Kategori 4).

Pasakeguguran

- AKDR-Cu dapat dipasang segera setelah pasca keguguran yang terjadi pada trimester pertama.
- AKDR-Cu umumnya dapat dipasang segera setelah abortus yang terjadi pada trimester kedua.
- AKDR-Cu sebaiknya tidak dipasang segera pada kasus sepsis akibat keguguran (Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi Kategori 4).

Berganti dari Metode Kontrasepsi Lain

- AKDR-Cu dapat dipasang segera bila telah dipastikan wanita tidak hamil, tanpa perlu menunggu untuk periode menstruasi berikutnya. Tidak diperlukan adanya kontrasepsi protektif tambahan.

Sebagai Kontrasepsi Darurat

- Sebagai kontrasepsi darurat, AKDR-Cu dapat dipasang dalam 5 hari setelah berhubungan seksual tanpa pelindung.
- Apabila waktu ovulasi dapat diperkirakan, AKDR-Cu dapat dipasang lebih dari 5 hari setelah berhubungan seksual, selama pemasangan tidak lebih dari 5 hari setelah ovulasi.
- Wanita yang menggunakan AKDR-Cu sebagai kontrasepsi darurat harus memenuhi syarat kelayakan medis untuk insersi.¹

Waktu Memulai Pemasangan AKDR-Levonorgestrel (AKDR-LNG)

Wanita sedang dalam masa menstruasi

- Dalam 7 hari pertama siklus menstruasi: AKDR-LNG dapat dipasang pada pengguna, tidak hanya masa menstruasi. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan sebagai proteksi.
- Lebih dari 7 hari dalam masa menstruasi: AKDR-LNG dapat dipasang pada pengguna setelah dipastikan pengguna tidak hamil. Pengguna tidak diperbolehkan berhubungan seksual atau perlu menggunakan kontrasepsi tambahan selama 7 hari setelah pemasangan AKDR-LNG sebagai perlindungan

Amenorea (non pasxapersalinan)

- AKDR-LNG dapat dipasang setiap saat jika wanita telah dipastikan tidak hamil. Dia tidak boleh melakukan hubungan seksual atau harus menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari ke depan

Pascapersalinan (menyusui, tidak menyusui, termasuk pasca seksio sesaria)

- Dalam 48 jam setelah melahirkan: AKDR-LNG dapat dipasang, termasuk segera setelah plasenta lahir.
 - Jika persalinan melalui seksio sesaria, maka AKDR-LNG dapat dipasang setelah plasenta lahir, sebelum menjahit uterus.
- Dalam 48 jam hingga kurang dari 4 minggu pascapersalinan: Penggunaan AKDR-LNG tidak direkomendasikan kecuali metode lain yang lebih tepat tidak tersedia (Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi Kategori 3).
- Lebih dari 4 minggu pascapersalinan dan belum menstruasi

- Menyusui: AKDR-LNG dapat digunakan bila wanita tersebut yakin tidak hamil. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan sebagai proteksi.
- Tidak menyusui: AKDR-LNG dapat digunakan setelah dipastikan wanita tidak hamil. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan sebagai proteksi.
- Pascapersalinan 4 minggu atau lebih dan siklus menstruasi telah kembali: AKDR-LNG dapat dipasang seperti yang disarankan untuk wanita lain yang memiliki siklus menstruasi.
- Wanita dengan sepsis pada masa nifas sebaiknya tidak dipasang AKDR-LNG (Kriteria Kelayakan Medis untuk Penggunaan Kontrasepsi Kategori 4).

Pasca Keguguran

- AKDR-LNG dapat dipasang segera setelah keguguran pada trimester pertama.
- AKDR-LNG secara umum dapat dipasang segera setelah keguguran pada trimester kedua.
- AKDR-LNG tidak boleh dipasang segera setelah sepsis akibat keguguran (Kriteria Kelayakan Medis untuk Penggunaan Kontrasepsi Kategori 4).

Beralih Dari Metode Kontrasepsi Lain

- Jika seorang wanita memiliki siklus menstruasi teratur, AKDR-LNG dapat segera dipasang jika yakin wanita tidak hamil dan tidak perlu menunggu sampai periode menstruasi berikutnya. Pada wanita amenorea, AKDR-LNG dapat dipasang segera setelah dipastikan bahwa wanita tidak hamil dan tidak perlu menunggu periode menstruasi berikutnya.
 - Dalam 7 hari pertama siklus menstruasi terakhir: AKDR-LNG dapat dipasang. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
 - Lebih dari 7 hari dalam masa menstruasi: AKDR-LNG dapat dipasang. Wanita tidak diperbolehkan berhubungan seksual atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari setelah pemasangan AKDR-LNG.
- Jika wanita menggunakan kontrasepsi suntik sebelumnya, AKDR-LNG sebaiknya dipasang ketika saat dilakukan jadwal suntik berikutnya. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Keterangan (Lihat referensi 2–4)

GDG menyatakan adanya risiko yang rendah terjadinya ovulasi hingga hari ke-7 dari siklus menstruasi dan terdapat kemungkinan yang rendah terjadinya kehamilan sebelum hari ke-8. Rekomendasi GDG untuk pemasangan AKDR-Cu sebagai kontrasepsi darurat tidak berlaku untuk AKDR-LNG karena keamanan dan efektivitas AKDR-LNG sebagai kontrasepsi darurat belum diketahui. Oleh karena itu, penggunaan AKDR-LNG sebagai kontrasepsi darurat tidak dianjurkan. Lebih lanjut, ada kekhawatiran terdapat risiko paparan hormonal pada janin. Peningkatan risiko kelainan janin karena paparan hormonal, tidak diketahui.

Sebagaimana dinyatakan dalam Kriteria Kelayakan Medis untuk Penggunaan Kontrasepsi, AKDR tidak diindikasikan selama kehamilan dan tidak boleh digunakan pada risiko infeksi panggul dan sepsis akibat keguguran. GDG menyatakan enam pertanyaan tentang penapisan kehamilan dapat membantu menentukan apakah seorang wanita dalam kondisi hamil atau tidak (lihat bagian 7.1: Bagaimana penyedia layanan kesehatan dapat yakin bahwa seorang wanita tidak hamil?). Namun, untuk wanita dalam masa nifas dan tidak menyusui, atau pada amenorea (di luar masa nifas), enam kriteria tersebut tidak berlaku sehingga diperlukan pemeriksaan lain untuk menentukan apakah wanita tersebut hamil atau tidak.

Pemeriksaan dan tes sebelum pemasangan AKDR-Cu atau AKDR-LNG^{5,6}

Pada wanita sehat, satu-satunya pemeriksaan dan tes yang penting dan wajib sebelum pemasangan AKDR adalah pemeriksaan panggul/genital dan penilaian risiko infeksi menular seksual (IMS). Jika tersedia, tes hemoglobin dan skrining IMS/HIV juga akan bermanfaat dari segi keamanan dan efektivitas penggunaan. Tabel berikut berisi informasi lebih lanjut.

Pemeriksaan atau Tes	AKDR-Cu dan AKDR-LNG*
Pemeriksaan payudara	C
Pemeriksaan pelvik atau genitalia	A
Skrining kanker serviks	C
Tes pemeriksaan laboratorium rutin	C
Tes hemoglobin	B
Penilaian risiko infeksi menular seksual (IMS): riwayat penyakit dan pemeriksaan fisis	A†
Skrining IMS dan HIV: tes laboratorium	B†
Skrining tekanan darah	C

*Kelas A: Pemeriksaan sangat penting dan wajib dalam semua keadaan bagi keamanan dan efektivitas penggunaan metode kontrasepsi. Kelas B: Pemeriksaan berkontribusi secara signifikan bagi keamanan dan efektivitas penggunaan metode kontrasepsi, tetapi penerapannya dapat dipertimbangkan kesehatan masyarakat dan/atau konteks layanan masyarakat. Risiko tidak melakukan pemeriksaan harus diimbangi dengan manfaat dari metode kontrasepsi yang tersedia. Kelas C: Pemeriksaan tidak berkontribusi bagi keamanan dan efektivitas penggunaan metode kontrasepsi.

‡ Kriteria Kelayakan Medis untuk Penggunaan Kontrasepsi, edisi

kelima menyatakan “Pemasangan AKDR lebih meningkatkan risiko penyakit radang panggul di kalangan wanita yang berisiko tinggi IMS, meskipun suatu bukti menunjukkan risiko ini rendah. Algoritma saat ini untuk menentukan peningkatan risiko IMS memiliki nilai prediktif yang buruk. Risiko IMS bervariasi berdasarkan perilaku individu dan prevalensi IMS lokal. Oleh karena itu, banyak wanita dengan risiko IMS umumnya dapat dipasang AKDR, beberapa wanita dengan peningkatan risiko IMS (dipengaruhi faktor individu yang sangat tinggi) tidak dapat dilakukan pemasangan AKDR hingga ia telah melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang tepat.”¹

Penggunaan Antibiotik Profilaksis pada saat Pemasangan AKDR

Pemasangan AKDR Rutin (AKDR-Cu atau AKDR-LNG)

- Antibiotik profilaksis umumnya tidak dianjurkan saat pemasangan AKDR. Dalam lingkungan yang memiliki prevalensi tinggi infeksi *gonococcal* dan klamidia serviks serta terbatasnya skrining, maka profilaksis dapat dipertimbangkan.
- Pengguna AKDR harus diberi konseling untuk memantau gejala penyakit radang panggul, terutama selama bulan pertama penggunaan

Keterangan (Lihat referensi 7)

GDG menyatakan bahwa antibiotik profilaksis pada pemasangan AKDR hanya memberikan sedikit manfaat bagi wanita dengan risiko rendah terhadap IMS.

Rekomendasi ini berlaku untuk wanita yang sehat; wanita dengan kondisi kesehatan yang memerlukan antibiotik profilaksis untuk prosedur invasif (misalnya wanita dengan kelainan katup jantung) dapat memerlukan antibiotik profilaksis saat pemasangan AKDR.

Karena tidak ada bukti yang didapat mengenai pemberian antibiotik profilaksis sebelum pemasangan AKDR-LNG, rekomendasi ini didasarkan pada bukti untuk AKDR-Cu.

Tatalaksana Kelainan Menstruasi bagi Pengguna AKDR-Cu

Perdarahan bercak atau perdarahan ringan

- Perdarahan bercak atau perdarahan ringan umumnya terjadi selama 3-6 bulan pertama penggunaan AKDR-Cu. Hal tersebut tidak berbahaya dan biasanya menurun seiring waktu.
- Jika seorang wanita menginginkan pengobatan, obat anti inflamasi non steroid jangka pendek dapat diberikan selama perdarahan.
- Permasalahan ginekologi perlu disingkirkan secara klinis, pada wanita dengan perdarahan bercak dan perdarahan yang persisten. Jika ditemukan masalah ginekologi, tangani kondisi atau rujuk wanita tersebut untuk tata laksana lebih lanjut.
- Jika tidak ditemukan masalah ginekologi dan wanita mengalami perdarahan yang tidak dapat diterima, lepas AKDR dan bantu dia untuk memilih metode kontrasepsi lain.

Perdarahan menstruasi yang berat atau lama dibandingkan dengan periode menstruasi normal

- Perdarahan menstruasi yang berat seringkali terjadi selama 3-6 bulan pertama penggunaan AKDR-Cu. Hal ini biasanya tidak berbahaya dan perdarahan biasanya semakin berkurang dari waktu ke waktu.
- Perawatan berikut dapat diberikan selama perdarahan menstruasi:
 - NSAID
 - asam traneksamat (obat hemostatik)
- Aspirin sebaiknya tidak digunakan.
- Masalah ginekologi harus disingkirkan terlebih dahulu. Jika terdapat masalah ginekologi, obati atau rujuk pengguna untuk perawatan lebih lanjut.
- Jika perdarahan berlanjut menjadi sangat berat atau berkepanjangan, terutama jika ada tanda-tanda klinis anemia, atau jika wanita tidak dapat menerima perdarahan, lepaskan AKDR dan bantu untuk memilih metode kontrasepsi lain.
- Untuk mencegah anemia, berikan suplemen zat besi dan/atau dukung untuk makan makanan yang mengandung zat besi.

Keterangan (Lihat referensi 8)

GDG menekankan bahwa menstruasi yang tidak normal umumnya terjadi pada 3-6 bulan pertama penggunaan AKDR dan menyimpulkan bahwa pengobatan selama perdarahan dapat efektif. GDG mengindikasikan bahwa aspirin tidak boleh digunakan untuk mengobati perdarahan menstruasi terkait penggunaan AKDR karena dapat memperburuk perdarahan

Tatalaksana Kelainan Menstruasi bagi Pengguna AKDR-LNG

Amenorea

- Amenorea tidak memerlukan pengobatan medis. Cukup dilakukan konseling.
- Jika seorang wanita mengalami amenorea yang tidak dapat diterima, lepas AKDR-LNG dan bantu untuk memilih metode lain.

Perdarahan bercak atau perdarahan ringan

- Perdarahan bercak atau perdarahan ringan umum terjadi pada saat penggunaan AKDR-LNG. Hal tersebut tidak berbahaya dan biasanya akan berkurang seiring waktu.
- Pada pengguna dengan perdarahan bercak dan perdarahan persisten, harus disingkirkan

adanya masalah kelainan ginekologi. Jika masalah ginekologi teridentifikasi, obati kondisi atau rujuk pengguna itu untuk perawatan.

- Jika tidak ditemukan masalah ginekologi dan pengguna mengalami perdarahan yang tidak berat maka lepaskan AKDR-LNG dan bantu untuk memilih metode lain.

Perdarahan menstruasi lebih banyak atau lebih lama dibandingkan periode menstruasi normal

- Pada penggunaan AKDR-LNG dapat terjadi pendarahan menstruasi yang lebih banyak atau lebih lama selama 3-6 bulan pertama. Hal tersebut biasanya ini tidak berbahaya dan perdarahan biasanya menjadi lebih ringan dari waktu ke waktu.
- Masalah ginekologi harus disingkirkan pada pemeriksaan klinis. Jika terdapat masalah ginekologi, terapi penyakit atau rujuk wanita untuk tatalaksana lebih lanjut.
- Jika perdarahan berlanjut menjadi sangat berat atau berkepanjangan, terutama jika terdapat tanda anemia, atau jika wanita tidak dapat lagi mentoleransi perdarahan, lepaskan AKDR-LNG dan bantu memilih metode lain.
- Untuk mencegah anemia, berikan suplemen zat besi dan/atau dorong untuk makan makanan yang mengandung zat besi.

Keterangan

GDG menekankan bahwa risiko perdarahan menstruasi yang lebih berat atau lebih lama terjadi hanya pada penggunaan AKDR-LNG selama 3-6 bulan awal dan akan berkurang seiring waktu. Tidak ada penelitian yang menilai alternatif pengobatan yang dapat digunakan.

Tata Laksana pada pengguna AKDR-Cu atau AKDR-LNG dengan Penyakit Radang Panggul (PRP)

- Tata laksana PRP menggunakan antibiotik yang tepat.
- Tidak perlu melepas AKDR jika pengguna ingin melanjutkan penggunaannya.
- Jika pengguna tidak ingin mempertahankan AKDR, lepaskan AKDR setelah pemberian antibiotik.

- Jika AKDR dilepas, pertimbangkan untuk menggunakan pil kontrasepsi darurat dan / atau metode kontrasepsi lain, jika perlu.
- Jika infeksi tidak membaik, pertimbangkan untuk melepas AKDR dan lanjutkan penggunaan antibiotik. Jika AKDR tidak dilepas maka antibiotik harus dilanjutkan. Dalam kedua situasi tersebut, kesehatan pengguna harus dipantau secara ketat.
- Berikan manajemen yang komprehensif untuk IMS, termasuk konseling tentang penggunaan kondom.

Keterangan (Lihat referensi 9)

GDG menyimpulkan bahwa melepas AKDR tidak memberikan manfaat tambahan setelah PRP diobati dengan antibiotik yang tepat. Tidak ada bukti yang didapat untuk AKDR-LNG, rekomendasi hanya didasarkan pada bukti untuk AKDR-Cu.

Tata laksana ketika Pengguna AKDR-Cu atau AKDR-LNG dalam Keadaan Hamil

- Singkirkan adanya kehamilan ektopik.
- Jelaskan bahwa pengguna berisiko lebih tinggi mengalami keguguran pada trimester pertama dan kedua (termasuk sepsis akibat keguguran yang dapat mengancam jiwa) dan persalinan prematur jika AKDR tidak dilepas. Pelepasan AKDR mengurangi risiko tersebut, meskipun prosedur pelepasan itu sendiri dapat menyebabkan risiko kecil untuk keguguran.
 - Jika pengguna tidak ingin melanjutkan kehamilan dan jika terminasi kehamilan terapeutik diperbolehkan secara hukum, maka jelaskan kepada pasien.
 - Jika dia memahami dan menerima risiko yang disebutkan di atas dan ingin melanjutkan kehamilan, lanjutkan sesuai dengan petunjuk di bawah ini.

Benang AKDR terlihat atau AKDR dapat diambil dengan aman dari kanalis servikalis

- Sampaikan pada pengguna bahwa AKDR sebaiknya dilepas.
- Jika AKDR harus dilepas, keluarkan dengan menarik tali dengan lembut.
- AKDR dilepas atau dipertahankan, sarankan pengguna untuk segera ke dokter apabila mengalami perdarahan berat, kram, nyeri, kelainan duh vagina, atau demam.

Benang AKDR tidak terlihat dan AKDR tidak dapat diambil

- Jika USG tersedia, pemeriksaan USG berguna untuk menentukan lokasi AKDR. Jika AKDR tidak ditemukan, mungkin AKDR mengalami ekspulsi atau perforasi AKDR telah terjadi.
- Jika pemeriksaan USG tidak dapat dilakukan atau jika AKDR ditemukan berada di dalam uterus, pengguna dapat mengalami risiko keguguran, infeksi dan kelahiran prematur maka sarankan untuk mencari perawatan medis segera bila mengalami pendarahan, kram, nyeri, kelainan duh vagina, atau demam.

Keterangan (Lihat referensi 10)

GDG menyimpulkan bahwa pelepasan AKDR meningkatkan luaran kehamilan jika benang AKDR terlihat atau dapat diambil dengan aman dari kanalis servikalis, dan risiko keguguran, kelahiran prematur dan infeksi dapat terjadi jika AKDR tidak dilepas. Rekomendasi ini didasarkan pada bukti untuk AKDR-Cu. Selain itu, GDG menganggap bahwa ada kekhawatiran teoritis tentang paparan janin terhadap hormon pada wanita yang ditemukan hamil dengan AKDR-LNG. Apakah ada peningkatan risiko kelainan janin karena paparan hormon dari AKDR-LNG hal tersebut tidak diketahui.

Tindak Lanjut Setelah Pemasangan AKDR-Cu atau AKDR-LNG

Rekomendasi ini membahas frekuensi kontrol minimal yang direkomendasikan untuk penggunaan AKDR yang aman dan efektif. Rekomendasi ini mengacu pada situasi umum dan dapat bervariasi untuk pengguna AKDR yang berbeda dan lingkungan yang berbeda. Misalnya, wanita dengan kondisi medis tertentu mungkin memerlukan kontrol lebih sering.

- Kunjungan kontrol direkomendasikan setelah menstruasi pertama atau 3-6 minggu setelah pemasangan AKDR.
- Wanita disarankan untuk kontrol kapan saja untuk membahas efek samping atau masalah lain, atau jika ia ingin mengganti dengan kontrasepsi lain.
- Wanita harus diminta kembali pada saat AKDR perlu dilepas.

Keterangan (Lihat referensi 11)

GDG menyimpulkan bahwa saat kunjungan harus mencakup, setidaknya, konseling untuk menginformasikan hal penting seperti efek samping atau masalah lainnya, penggunaan yang benar dan konsisten, dan perlindungan terhadap

IMS. Penilaian tambahan yang sesuai, misalnya pemeriksaan panggul untuk memeriksa perubahan lokasi AKDR.

References bagi AKDR

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, accessed 8 July 2016).
2. Whiteman MK, Tyler CP, Folger SG, Gaffield ME, Curtis KM. When can a woman have an intrauterine device inserted? A systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):666–73. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.015.
3. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 2000;321(7271):1259–62.
4. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001;63(4):211–5.
5. Tepper NK, Steenland MW, Marchbanks PA, Curtis KM. Laboratory screening prior to initiating contraception: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):645–9. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.009.
6. Tepper NK, Steenland MW, Marchbanks PA, Curtis KM et al. Hemoglobin measurement prior to initiating copper intrauterine devices: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):639–44. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.008.
7. Grimes DA, Schulz KF. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a metaanalysis of the randomized controlled trials. *Contraception*. 1999;60(2):57–63.
8. Godfrey EM, Whiteman MK, Curtis KM. Treatment of bleeding irregularities in women with copper-containing IUDs: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):549–66. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.005.
9. Tepper NK, Steenland MW, Gaffield ME, Marchbanks PA, Curtis KM. Retention of intrauterine devices in women who acquire pelvic inflammatory disease: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):655–60. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.011.
10. Brahmi D, Steenland MW, Renner RM, Gaffield ME, Curtis KM. Pregnancy outcomes with an IUD in situ: a systematic review. *Contraception*. 2012;85(2):131–9. doi:10.1016/j.contraception.2011.06.010.
11. Steenland MW, Lauren B, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. The effect of follow-up visits or contacts after contraceptive initiation on method continuation and correct use. *Contraception*. 2013;87(5):625–30. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.018.

7.3 Kontrasepsi Progestin (KP)

Kontrasepsi progestin termasuk implan progestin, kontrasepsi suntik progestin (KSP), dan kontrasepsi pil progestin (KPP) akan dibahas terpisah dalam bagian ini.

KP dapat digunakan secara aman oleh sebagian besar wanita. Untuk membantu menentukan apakah wanita dengan kondisi medis atau karakteristik tertentu dapat menggunakan KP dengan aman, dapat melihat kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi, edisi ke-5.

KP tidak melindungi terhadap infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV. Jika ada risiko IMS/HIV, dianjurkan menggunakan kondom dengan benar dan konsisten. Ketika digunakan dengan benar dan konsisten, kondom merupakan salah satu metode perlindungan yang paling efektif terhadap IMS, termasuk HIV. Kondom wanita efektif dan aman, tetapi tidak digunakan secara luas oleh program nasional seperti kondom pria.

7.3.1 Implan Progestin

Implan progestin adalah jenis kontrasepsi jangka panjang.

Berbagai jenis implan progestin antara lain:

- Levonorgestrel (LNG): Implan yang mengandung LNG adalah Norplant, Jadelle dan Sino-implant (II) ¹.
 - Norplant adalah implan 6 batang, setiap batang mengandung 36 mg LNG (tidak lagi diproduksi).
 - Jadelle adalah implan 2 batang, setiap batang mengandung 75 mg LNG.
 - Sino-implant (II) adalah implan 2 batang, setiap batang mengandung 75 mg LNG.²
- Etonogestrel (ETG): Implan yang mengandung ETG adalah Implanon® dan Nexplanon®. Keduanya terdiri dari implan satu batang yang mengandung 68 mg ETG.

Waktu Memulai Pemasangan Implan

Rekomendasi ini didasarkan pada informasi dari, dan berhubungan dengan, implan levonorgestrel (LNG) yang disetujui, Norplant® dan Jadelle® (Norplant telah dihentikan). Bukti terbatas ada untuk Sino-implant (II)®. Sejauh mana rekomendasi berlaku untuk implan etonogestrel (ETG) belum diketahui. Limited evidence exists for the Sino-implant (II)®.

Rekomendasi BARU 1.1

Dalam 7 hari awal siklus menstruasi, pengguna dapat menggunakan Sino-implant (II), or SI(II); pemasangan juga dapat dimulai kapan saja setelah pengguna sudah dipastikan tidak hamil. Rekomendasi ini juga berlaku jika kontrasepsi perlindungan tambahan diperlukan dan bagi pengguna dalam kondisi yakni amenorea, pasca persalinan, pasca-keguguran, beralih dari metode lain.

Wanita yang sedang dalam masa menstruasi

- Dalam 7 hari awal siklus menstruasi: Implan dapat dipasang. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- Lebih dari 7 hari awal siklus menstruasi: Implan dapat dipasang jika yakin bahwa pengguna tidak hamil. Dalam 7 hari setelah pemasangan, pengguna tidak boleh melakukan hubungan seksual atau harus menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan.

¹ Metode kontrasepsi baru pada edisi ketiga.

² Metode kontrasepsi baru pada edisi ketiga.

Amenorea (non-pasca persalinan)

- Implan dapat dipasang kapan saja jika yakin bahwa pengguna tidak hamil. Dalam 7 hari setelah pemasangan, pengguna tidak boleh melakukan hubungan seksual atau harus menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Pascapersalinan (menyusui)

- Kurang dari 6 minggu pascapersalinan: Implan dapat dipasang (kategori MEC 2). Dalam 6 minggu hingga 6 bulan pascapersalinan dan belum menstruasi: Implan dapat dipasang. Jika perempuan menyusui, tidak ada perlindungan kontrasepsi tambahan yang diperlukan.
- Lebih dari 6 minggu pascapersalinan dan siklus menstruasi telah kembali: Implan dapat dipasang seperti yang disarankan untuk wanita lain yang memiliki siklus menstruasi.

Pascapersalinan (tidak menyusui)

- Kurang dari 21 hari pascapersalinan: Implan dapat dipasang (kategori MEC 1). Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan. Selama 21 hari pertama pascapersalinan, kecil kemungkinan bagi pengguna untuk mengalami ovulasi dan hamil. Namun, untuk alasan program (yaitu tergantung pada protokol program nasional, regional dan/atau lokal), beberapa metode kontrasepsi diberikan selama periode ini.
- Dalam 21 hari pascapersalinan atau lebih dan siklus menstruasi belum kembali: Implan dapat dipasang jika cukup yakin bahwa wanita tidak hamil. Wanita tidak boleh berhubungan seksual atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari ke depan.
- Siklus menstruasi telah kembali: Implan dapat dipasang seperti yang disarankan untuk wanita lain yang memiliki siklus menstruasi.

Pasakeguguran

- Implan dapat dipasang segera setelah keguguran. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Berganti dari metode hormonal lain

- Jika pengguna telah menggunakan metode hormonal secara konsisten dan benar, atau jika yakin bahwa dia tidak hamil, implan dapat dipasang segera; tidak perlu menunggu periode menstruasi berikutnya.
- Jika metode sebelumnya adalah kontrasepsi suntik, implan harus dipasang ketika suntikan ulang akan diberikan. Tidak diperlukan

perlindungan kontrasepsi tambahan.

Berganti dari metode nonhormonal (selain dari AKDR)

- Implan dapat segera dipasang jika yakin bahwa pengguna tidak hamil; tidak perlu menunggu periode menstruasi berikutnya.
 - Dalam 7 hari awal siklus menstruasi: Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
 - Lebih dari 7 hari siklus menstruasi: Dalam 7 hari setelah pemasangan, pengguna tidak boleh melakukan hubungan seksual atau harus menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Beralih dari AKDR (termasuk LNG-AKDR)

- Dalam 7 hari awal siklus menstruasi: Implan dapat dipasang. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan. AKDR dapat dilepas pada saat itu.
- Lebih dari 7 hari awal siklus menstruasi: Implan dapat dipasang jika cukup yakin bahwa pengguna tidak hamil.
 - Wanita aktif secara seksual dalam siklus menstruasi dan lebih dari 7 hari sejak awal siklus menstruasi: Disarankan agar AKDR dilepas pada saat periode menstruasi berikutnya.
 - Wanita tidak aktif secara seksual dalam siklus menstruasi dan lebih dari 7 hari sejak awal perdarahan menstruasi: Dia tidak boleh berhubungan seksual atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari berikutnya. Jika perlindungan oleh AKDR yang dia gunakan, direkomendasikan AKDR kemudian dilepas pada saat periode menstruasi berikutnya.
- Jika pengguna mengalami amenorea atau mengalami perdarahan yang tidak teratur, implan dapat dipasang seperti yang disarankan pada pengguna amenorea lainnya.

Keterangan (Lihat referensi 2–7, 34)

GDG menganggap bahwa implan yang dipasang hingga hari ke-7 dari siklus menstruasi mempunyai risiko rendah untuk ovulasi dan menyebabkan risiko kehamilan yang rendah pula.

Kebutuhan untuk perlindungan kontrasepsi tambahan saat beralih dari metode hormonal lain bergantung pada metode kontrasepsi yang digunakan sebelumnya.

Dalam konteks beralih dari AKDR ke implan, ada beberapa kekhawatiran tentang risiko kehamilan saat melepas AKDR saat sudah ada hubungan

seksual. Kekhawatiran tersebut menyebabkan rekomendasi bahwa AKDR dibiarkan hingga periode menstruasi berikutnya.

Pada penggunaan POP dalam 48 jam diperlukan untuk mencapai efek kontrasepsi pada lendir serviks, waktu yang diperlukan untuk implan LNG untuk menggunakan efek seperti itu tidak pasti.

Pemeriksaan dan tes diperlukan sebelum inisiasi implan

Pada wanita sehat, tidak ada pemeriksaan atau tes yang penting atau wajib sebelum memulai implan progestin. Namun, ada pertimbangan khusus untuk skrining tekanan darah; Diperlukan pengukuran tekanan darah yang diambil sebelum dipasang implan. Penting untuk dicatat bila pengukuran tekanan darah tidak tersedia, wanita tidak perlu membatalkan penggunaan implan hanya karena tekanan darah mereka tidak dapat diukur.

Pemeriksaan atau tes	Implan*
Pemeriksaan pelvik atau genitalia	C
Skrining kanker serviks	C
Pemeriksaan laboratorium rutin	C
Tes hemoglobin	C
Penilaian risiko infeksi menular seksual (IMS): riwayat penyakit dan pemeriksaan fisis	C
Skrining IMS dan HIV: tes laboratorium	C
Skrining tekanan darah	C
Pemeriksaan pelvik atau genitalia	‡

*Kelas A: Pemeriksaan atau tes sangat penting dan wajib dalam semua keadaan untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif; Kelas B: Pemeriksaan atau tes berkontribusi secara signifikan untuk penggunaan yang aman dan efektif, tetapi implementasi dapat dipertimbangkan dalam konteks kesehatan dan/atau layanan masyarakat. Risiko tidak melakukan pemeriksaan harus seimbang dengan keuntungan penggunaan kontrasepsi; Kelas C: Pemeriksaan atau tes tidak berkontribusi secara signifikan untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif.

‡ Disarankan untuk melakukan pengukuran tekanan darah sebelum memasang implan. Terkadang pengukuran tekanan darah tidak tersedia. Pada layanan yang tidak tersedia pengukuran tekanan darah risiko morbiditas dan mortalitas terkait kehamilan menjadi tinggi, dan metode hormonal salah satu metode yang tersedia secara luas. Dalam layanan tersebut, wanita tidak boleh ditolak untuk menggunakan metode hormonal hanya karena tekanan darah tidak dapat diukur.

Rekomendasi BARU 1.2

Sangat diharapkan untuk mengukur tekanan darah sebelum inisiasi SI (II). Wanita tidak boleh ditolak untuk menggunakan SI (II) hanya karena tekanan darah mereka tidak dapat diukur.

Rekomendasi BARU 1.3

Pemeriksaan payudara, pemeriksaan panggul/genital, skrining kanker serviks, tes laboratorium rutin, tes hemoglobin, penilaian risiko IMS (riwayat medis dan pemeriksaan fisis), dan skrining IMS/HIV (tes laboratorium) tidak berkontribusi secara signifikan terhadap keamanan dan efektivitas penggunaan SI (II).

Keterangan (Lihat referensi 35–37)

Pemeriksaan atau tes berlaku untuk orang yang sehat. Klasifikasi ini fokus pada hubungan pemeriksaan untuk inisiasi metode kontrasepsi yang aman. Pemeriksaan tidak bertujuan untuk menilai kelayakan pemeriksaan atau tes ini dalam keadaan lain. Sebagai contoh, beberapa pemeriksaan yang tidak dianggap perlu untuk penggunaan kontrasepsi yang aman dan efektif mungkin tepat untuk pencegahan atau untuk mendiagnosis atau menilai kondisi medis yang dicurigai.

Kelanjutan dari Implan yang mengandung LNG (durasi penggunaan)

Rekomendasi ini didasarkan pada informasi dari implan LNG yang telah disetujui yaitu Norplant dan Jadelle (Norplant telah dihentikan). Pelabelan produk untuk implan ETG (Implanon) menyatakan bahwa implan dapat dipasang hingga tiga tahun. Pelabelan produk untuk Sino-implant (II)¹ menyatakan bahwa implan dapat dipasang hingga empat tahun.

Norplant

Produksi Norplant secara global telah dihentikan pada 2008. Meskipun awalnya disetujui untuk penggunaan selama lima tahun, kehamilan diantara pengguna Norplant sangat jarang hingga 7 tahun penggunaan untuk wanita dengan berat kurang dari 70 kg saat insersi, dan hingga 4 tahun penggunaan untuk wanita dengan berat 70 kg atau lebih pada insersi. Wanita dengan Norplant yang telah melampaui batas waktu ini mungkin ingin agar implan dilepas karena meningkatnya risiko kehamilan.

Jadelle

Untuk seorang wanita dengan berat kurang dari 80 kg

- Wanita dapat memakai implan selama 5 tahun.
- Untuk seorang wanita dengan berat 80 kg atau lebih ia harus mempertimbangkan untuk melepas implan setelah empat tahun penggunaan telah karena efektivitasnya berkurang.

Keterangan (Lihat referensi 41)

GDG meninjau bukti bahwa kehamilan di antara wanita yang menggunakan Norplant jarang selama 7 tahun penggunaan untuk wanita dengan berat kurang dari 70 kg saat insersi, dan selama 4 tahun untuk wanita dengan berat 70 kg atau lebih pada insersi. Efektivitas kontrasepsi menurun setelah tahun 4 untuk wanita dengan berat 70 kg atau lebih pada insersi, dan menurun banyak untuk wanita dengan berat 80 kg atau lebih pada insersi. Wanita dengan berat badan 70–79 kg selama tahun pertama penggunaan harus sadar akan berkurangnya efektivitas implan mereka jika mereka memilih untuk terus menggunakannya untuk tahun keenam atau ketujuh, meskipun tingkat kehamilan di tahun 6 dan 7 tidak lebih besar dari mereka untuk beberapa metode kontrasepsi lainnya. Wanita dengan berat 80 kg atau lebih sangat disarankan untuk mempertimbangkan implan mereka dilepas setelah empat tahun penggunaan, karena risiko kehamilan mereka sekitar 6% pada tahun kelima penggunaan. Mengenai durasi penggunaan Sino-implant (II) †, GDG setuju bahwa bukti mendukung pelabelan produk selama empat tahun penggunaan terus menerus. Wanita yang menggunakan Norplant atau Jadelle jauh lebih kecil kemungkinannya mengalami kehamilan ektopik daripada wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi. Namun, jika terjadi kehamilan, kemungkinan kehamilan akan ektopik meningkat.

Rekomendasi BARU 1.4

Pelabelan produk untuk SI (II) menyatakan bahwa implan dapat dipasang hingga empat tahun.

[†] Rekomendasi terbaru pada edisi ketiga.

Tata laksana kelainan menstruasi untuk pengguna implan

Rekomendasi ini didasarkan pada informasi dari implan LNG yang telah disetujui yakni Norplant dan Jadelle. Sejauh mana rekomendasi perawatan berlaku untuk implan Sino-implant (II) dan ETG (Implanon) tidak diketahui.

Amenorea

- Amenorea tidak memerlukan perawatan medis. Cukup dengan konseling yang memadai.
- Jika seorang wanita tidak dapat menerima amenorea, implan harus dilepas. Bantu dia memilih metode kontrasepsi lain.

Perdarahan bercak atau ringan

- Perdarahan bercak atau perdarahan ringan biasa terjadi selama penggunaan implan, terutama pada lima tahun pertama, dan tidak berbahaya.
- Pada wanita dengan perdarahan bercak atau perdarahan ringan yang persisten, atau pada wanita dengan perdarahan setelah periode amenorea, singkirkan masalah ginekologi. Jika masalah ginekologi teridentifikasi, obati atau rujuk untuk perawatan lebih lanjut.
- Jika terdiagnosis IMS atau penyakit radang panggul wanita dapat terus menggunakan implan saat menerima perawatan dan diberi konseling tentang penggunaan kondom.
- Jika tidak ada masalah ginekologi dan wanita menginginkan perawatan, pilihan terapi nonhormonal dan hormonal adalah:
 - Nonhormonal: obat anti-inflamasi nonsteroid (NSAID)
 - Hormonal (jika secara medis memenuhi syarat): kontrasepsi pil kombinasi dosis rendah atau etinil estradiol.
- Jika wanita tidak menginginkan perawatan, atau terapi diatas tidak efektif, dan dia tidak dapat menerima perdarahan, implan harus dilepas. Bantu memilih metode lain.

Perdarahan berat atau berkepanjangan (lebih dari 8 hari atau dua kali lipat dari periode menstruasi yang biasa)

- Singkirkan masalah ginekologi. Jika masalah ginekologi teridentifikasi, obati atau rujuk untuk perawatan lebih lanjut.
- Jika tidak ditemukan masalah ginekologi dan wanita menginginkan perawatan, pilihan terapi nonhormonal dan hormonal adalah:
 - nonhormonal: NSAID
 - hormonal (jika secara medis memenuhi syarat): Pil kontrasepsi kombinasi atau etinil estradiol.

- Jika wanita tidak menginginkan terapi atau terapi tersebut tidak efektif, dan perdarahan menjadi ancaman bagi kesehatan atau tidak dapat diterima, implan harus dilepas. Bantu dia memilih metode lain.

Keterangan (Lihat referensi 8-19)

GDG mencatat bahwa menstruasi yang abnormal umum terjadi pada penggunaan implan dan konseling mengenai hal tersebut sebelum pemasangan implan sangat penting untuk mengurangi kekhawatiran dan mendorong kelanjutan penggunaan metode implan. GDG meninjau data terbatas mengenai pengobatan untuk perdarahan ringan atau berat dan menentukan bahwa obat berikut ini cukup efektif:

- Obat non-hormonal: NSAID
 - Ibuprofen
 - Asam mefenamat
- Obat hormonal
 - KPK
 - Etinil estradiol.

Tindak lanjut yang tepat setelah pemasangan implan

Rekomendasi ini membahas frekuensi minimum tindak lanjut yang direkomendasikan untuk penggunaan implan yang aman dan efektif. Rekomendasi mengacu pada situasi umum dan dapat bervariasi untuk pengguna yang berbeda dan konteks yang berbeda. Misalnya, wanita dengan kondisi medis tertentu mungkin perlu lebih sering melakukan kunjungan.

Rekomendasi BARU 1.5

Tidak diperlukan kunjungan rutin setelah pemasangan SI (II).

Implan

- Tidak ada kunjungan tindak lanjut rutin yang diperlukan.
- Wanita disarankan kontrol kapan saja untuk membahas efek samping atau masalah lain, atau jika ingin mengubah metode kontrasepsi.
- Wanita disarankan untuk kontrol kembali ketika saatnya untuk melepas implan.

Keterangan (Lihat referensi 38–40)

GDG menyimpulkan bahwa kontrol tindak lanjut harus mencakup minimal konseling untuk mengatasi masalah seperti efek samping atau masalah lain, penggunaan metode yang benar dan konsisten, dan perlindungan terhadap IMS.

7.3.2 Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

Kontrasepsi suntik ini termasuk *depot medroxyprogesterone acetate* (DMPA) dan *norethisterone enanthate* (NET-EN).

Tiga formulasi terdiri dari:

1. DMPA-IM = 150 mg DMPA diberikan secara intramuskular
2. DMPA-SK = 104 mg DMPA yang diberikan secara subkutan¹
3. NET-EN = 200 mg NET-EN diberikan secara intramuskular.

Dari catatan, efektifitas DMPA-SK kemungkinan dipertahankan ketika diberikan di lengan atas, yang dapat diterima oleh wanita di samping injeksi subkutan di perut atau paha.²⁰

Waktu Memulai Penggunaan KSP

Jika perempuan tidak bisa mendapatkan suntikan pada saat konsultasi, pengaturan kunjungan ulang dapat dibuat untuk mendapatkan suntikan di kemudian hari melalui layanan yang sesuai.

Rekomendasi BARU 2.1

Dalam 7 hari pertama siklus menstruasi, pengguna dapat menggunakan DMPA-SK; KSP dapat dipasang kapan saja setelah pengguna sudah dipastikan tidak hamil. Rekomendasi ini juga berlaku jika kontrasepsi perlindungan tambahan diperlukan dan bagi pengguna dalam kondisi yakni amenorea, pasca persalinan, pasca-keguguran, beralih dari metode lain.

Wanita yang Memiliki Siklus Menstruasi

- Dalam 7 hari setelah awal siklus menstruasi: Injeksi KSP pertama dapat diberikan. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- Lebih dari 7 hari sejak awal siklus menstruasi: Injeksi KSP pertama dapat diberikan jika yakin wanita tidak hamil. Wanita tidak boleh berhubungan seksual atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari ke depan.

Amenorea

- Injeksi pertama dapat diberikan kapan saja jika yakin wanita tidak hamil. Wanita tidak boleh berhubungan seksual atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari ke depan.

¹ Rekomendasi terbaru paru edisi ketiga.

Pascapersalinan (menyusui)

- Kurang dari 6 minggu pascapersalinan dan menyusui penuh: Penggunaan KSP biasanya tidak dianjurkan kecuali terdapat metode lain yang lebih tepat tidak tersedia atau tidak dapat diterima (MEC kategori 3).
- 6 minggu hingga 6 bulan pascapersalinan dan amenorea: Injeksi KSP pertama dapat diberikan jika perempuan menyusui penuh, tidak ada perlindungan kontrasepsi tambahan yang diperlukan.
- Lebih dari 6 minggu pascapersalinan dan siklus menstruasi telah kembali: Injeksi pertama dapat diberikan seperti yang disarankan untuk wanita lain yang memiliki siklus menstruasi.

Pascapersalinan (tidak menyusui)

- Kurang dari 21 hari pascapersalinan: Injeksi KSP pertama dapat diberikan. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan. Sangat kecil seorang wanita akan mengalami ovulasi dan berisiko hamil selama 21 hari pertama pascapersalinan. Namun, untuk alasan program (yaitu tergantung pada protokol program nasional, regional dan/atau lokal), beberapa metode kontrasepsi mungkin disediakan selama periode ini.
- 21 hari atau lebih pascapersalinan dan siklus menstruasi belum kembali: Injeksi pertama dapat diberikan jika yakin bahwa wanita tidak hamil. Wanita tidak boleh berhubungan seksual atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari ke depan.
- Siklus menstruasi telah kembali: Injeksi pertama dapat diberikan seperti yang disarankan untuk wanita lain yang memiliki siklus menstruasi

Pascakeguguran

- Injeksi pertama dapat diberikan segera setelah keguguran. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- Berganti dari metode hormonal lain jika wanita telah menggunakan metode hormonal secara konsisten dan benar, atau jika yakin bahwa dia tidak hamil, injeksi KSP pertama dapat diberikan segera; tidak perlu menunggu periode menstruasi berikutnya.
- Jika metode wanita sebelumnya adalah kontrasepsi suntik lain, ia harus mendapat injeksi KSP pertama ketika suntikan berulang diberikan. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Berganti dari metode nonhormonal (selain dari AKDR)

- Injeksi pertama dapat diberikan segera jika yakin bahwa wanita tidak hamil. Tidak perlu menunggu periode menstruasi berikutnya.
 - Dalam 7 hari pertama siklus menstruasi: Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
 - Lebih dari 7 hari pertama siklus menstruasi: wanita tidak boleh berhubungan seksual atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari ke depan.

Beralih dari AKDR (termasuk AKDR-LNG)

- Dalam 7 hari pertama siklus menstruasi: Injeksi pertama dapat diberikan. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan. AKDR dapat dilepas pada saat itu.
- Lebih dari 7 hari pertama siklus menstruasi: Injeksi pertama dapat diberikan jika yakin bahwa tersebut tidak hamil.
 - Aktif secara seksual dalam siklus menstruasi ini dan lebih dari 7 hari siklus menstruasi: Disarankan agar AKDR dilepas pada saat periode menstruasi berikutnya.
 - Tidak aktif secara seksual dalam siklus menstruasi ini dan lebih dari 7 hari sejak awal perdarahan menstruasi: wanita tidak boleh berhubungan seksual atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari berikutnya. Jika perlindungan tambahan diberikan melalui AKDR yang digunakan, direkomendasikan bahwa AKDR dilepas pada saat periode menstruasi berikutnya.
- Jika wanita itu amenorea atau mengalami pendarahan tidak teratur, dia bisa mendapatkan suntikan seperti yang disarankan untuk wanita amenorea lainnya.

Keterangan (Lihat referensi 5, 6, 20, 21)

GDG menganggap bahwa pemberian injeksi pada hari ke-7 dari siklus menstruasi menghasilkan risiko ovulasi yang rendah yang dapat menyebabkan kehamilan.

Kebutuhan untuk perlindungan kontrasepsi tambahan di antara mereka beralih dari metode hormonal lain akan tergantung pada metode sebelumnya yang digunakan.

Dalam konteks beralih dari AKDR ke suntik, ada beberapa kekhawatiran tentang risiko kehamilan saat melepas AKDR dalam siklus di mana sudah ada hubungan seksual. Kekhawatiran tersebut menyebabkan rekomendasi bahwa AKDR dibiarkan di tempat sampai periode menstruasi berikutnya.

Sedangkan bila dalam 48 jam penggunaan KPP dianggap perlu untuk mencapai efek kontrasepsi pada lendir serviks, waktu yang diperlukan untuk KSP untuk menggunakan efek seperti itu tidak pasti.

Dalam pembahasan bukti, GDG mencatat bahwa DMPA-SK efektif ketika diberikan di lengan atas, yang dapat diterima oleh wanita selain injeksi subkutan di perut atau paha.

Pemeriksaan dan tes yang diperlukan sebelum inisiasi KSP

Pada wanita sehat tidak diperlukan pemeriksaan atau tes penting atau wajib sebelum memulai KSP. Namun, ada pertimbangan khusus untuk skrining tekanan darah; hal tersebut diperlukan untuk mengukur tekanan darah sebelum inisiasi KSP. Penting untuk dicatat bahwa dalam pengaturan di mana pengukuran tekanan darah tidak tersedia, wanita tidak boleh ditolak untuk menggunakan KSP hanya karena tekanan darah mereka tidak dapat diukur.

Pemeriksaan atau Tes	KSP*
Pemeriksaan atau tes	C
Pemeriksaan payudara	C
Pemeriksaan pelvik atau genitalia	C
Skrining kanker serviks	C
Pemeriksaan laboratorium rutin	C
Tes hemoglobin	C
Penilaian risiko infeksi menular seksual (IMS): riwayat penyakit dan pemeriksaan fisis	C
Skrining IMS dan HIV: tes laboratorium	‡

*Kelas A: Pemeriksaan atau tes sangat penting dan wajib dalam semua keadaan untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif; Kelas B: Pemeriksaan atau tes berkontribusi secara signifikan untuk penggunaan yang aman dan efektif, tetapi implementasi dapat dipertimbangkan dalam konteks kesehatan dan/atau layanan masyarakat. Risiko tidak melakukan pemeriksaan harus seimbang dengan keuntungan penggunaan kontrasepsi; Kelas C: Pemeriksaan atau tes tidak berkontribusi secara signifikan untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif.

‡ Disarankan untuk melakukan pengukuran tekanan darah sebelum memulai KSP. Terkadang pengukuran tekanan darah tidak tersedia. Pada layanan yang tidak tersedia pengukuran tekanan darah risiko morbiditas dan mortalitas terkait kehamilan menjadi tinggi, dan

metode hormonal salah satu metode yang tersedia secara luas. Dalam layanan tersebut, wanita tidak boleh ditolak untuk menggunakan metode hormonal hanya karena tekanan darah tidak dapat diukur.

Rekomendasi BARU 2.2

Sangat diharapkan untuk mengukur tekanan darah sebelum inisiasi DMPA-SK. Wanita tidak boleh ditolak untuk menggunakan DMPA-SK hanya karena tekanan darah mereka tidak dapat diukur.

Rekomendasi BARU 2.3

Pemeriksaan payudara, pemeriksaan panggul/genital, skrining kanker serviks, tes laboratorium rutin, tes hemoglobin, penilaian risiko IMS (riwayat medis dan pemeriksaan fisis), dan skrining IMS/HIV (tes laboratorium) tidak berkontribusi secara signifikan terhadap keamanan dan efektivitas penggunaan DMPA-SK.

Keterangan (Lihat referensi 35–37)

Pemeriksaan atau tes yang berlaku untuk orang yang dianggap sehat.

Klasifikasi ini berfokus pada hubungan pemeriksaan atau tes untuk inisiasi metode kontrasepsi yang aman. Mereka tidak dimaksudkan untuk mengatasi kelayakan pemeriksaan atau tes ini dalam keadaan lain. Misalnya, beberapa ujian atau tes yang dianggap tidak diperlukan penggunaan kontrasepsi yang aman dan efektif mungkin tepat untuk perawatan kesehatan pencegahan yang baik atau untuk mendiagnosis atau menilai kondisi medis yang dicurigai.

Waktu untuk mengulang KSP (suntikan ulangan) untuk kelanjutan metode

Interval suntikan ulangan

- Suntikan ulangan DMPA harus diberikan setiap tiga bulan.
- Suntikan ulangan NET-EN harus diberikan setiap dua bulan.

Rekomendasi BARU 2.4

Suntikan ulangan DMPA-SK diberikan setiap tiga bulan. Rekomendasi juga untuk suntikan yang lebih awal dan lebih terlambat..

Suntikan ulangan yang lebih awal

- Suntikan ulangan DMPA dan NET-EN dapat diberikan hingga 2 minggu lebih awal.

Suntikan ulangann yang lebih terlambat

- Suntikan ulangan DMPA dapat diberikan hingga 4 minggu terlambat tanpa memerlukan perlindungan kontrasepsi tambahan. Injeksi NET-EN berulang dapat diberikan hingga 2 minggu terlambat tanpa memerlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- Jika wanita terlambat lebih dari 4 minggu untuk mengulang suntikan DMPA atau lebih dari 2 minggu terlambat untuk injeksi NET-

EN berulang, suntikan dapat diberikan jika yakin bahwa tidak hamil. Wanita tidak boleh berhubungan seksual atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan dalam 7 hari kedepan. Wanita mungkin ingin mempertimbangkan penggunaan kontrasepsi darurat, jika perlu.

Beralih antara DMPA dan NET-EN

- Menggunakan suntikan DMPA dan NET-EN secara bergantian tidak dianjurkan.
- Jika perlu bagi seorang wanita untuk beralih dari satu ke yang lain, peralihan harus dilakukan pada saat suntikan ulang akan diberikan.

Mengulang KSP ketika jenis kontrasepsi suntik dan/atau waktu injeksi suntikan sebelumnya tidak diketahui

- Suntikan dapat diberikan jika yakin bahwa wanita tidak hamil. Wanita tidak boleh berhubungan seksual atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari ke depan.
- Wanita mungkin ingin mempertimbangkan penggunaan kontrasepsi darurat, jika perlu.

Keterangan (Lihat referensi 20, 22)

GDG menganggap risiko ovulasi minimal dalam 4 minggu setelah waktu yang dijadwalkan untuk injeksi DMPA berulang (tiga bulan) dan 2 minggu setelah waktu yang dijadwalkan untuk pengulangan injeksi NET-EN (dua bulan).

Suntikan DMPA harus diberikan setiap tiga bulan. Sementara suntikan DMPA berulang dapat diberikan hingga empat minggu terlambat tanpa memerlukan perlindungan kontrasepsi tambahan, ini tidak berarti bahwa interval injeksi DMPA reguler dapat diperpanjang hingga empat minggu. Mekanisme tindakan, kriteria kelayakan medis dan efek samping dari DMPA dan NET-EN ini serupa. Oleh karena itu, aman untuk berhenti menggunakan satu dan mulai menggunakan yang lain.

Dalam 48 jam penggunaan KPP dianggap perlu untuk mencapai efek kontrasepsi pada lendir serviks, waktu yang diperlukan untuk KSP untuk menggunakan efek seperti itu tidak pasti. Dalam pembahasan tentang bukti, GDG mencatat bahwa DMPA-SC efektif dipertahankan ketika diberikan di lengan atas, yang dapat diterima oleh wanita selain injeksi

subkutan di perut atau paha.

Tatalaksana Kelainan Menstruasi Selama Penggunaan KSP

Rekomendasi ini mengacu pada formulasi DMPA-IM dan NET-EN; Perawatan akan sama di antara wanita yang menggunakan DMPA-SK.

Amenorea

- Amenorea tidak memerlukan perawatan medis. Cukup dengan konseling yang memadai.
- Jika wanita masih tidak dapat diterima, hentikan kontrasepsi suntik dan bantu memilih metode lain.

Perdarahan bercak atau perdarahan ringan

- Perdarahan bercak atau perdarahan ringan umum terjadi selama penggunaan KSP, terutama pada siklus injeksi pertama dan tidak berbahaya.
- Pada wanita dengan perdarahan bercak atau perdarahan ringan yang persisten atau pada wanita dengan perdarahan setelah periode amenore, singkirkan masalah ginekologi. Jika masalah ginekologi teridentifikasi, obati atau rujuk wanita untuk perawatan lebih lanjut.
- Jika terdapat IMS atau penyakit inflamasi panggul, wanita dapat melanjutkan suntikannya saat menerima pengobatan dan diberi konseling tentang penggunaan kondom.
- Jika tidak ditemukan masalah ginekologi dan dia mengalami perdarahan yang tidak dapat diterima, pengobatan jangka pendek dengan NSAID dapat membantu. Jika dia memutuskan untuk menghentikan kontrasepsi suntik, bantu dia memilih metode lain.

Perdarahan berat atau berkepanjangan (lebih dari 8 hari atau dua kali lebih banyak dari periode menstruasi yang biasa)

- Jelaskan bahwa perdarahan berat atau berkepanjangan umum dalam siklus injeksi pertama.
- Jika perdarahan berat atau berkepanjangan berlanjut, singkirkan masalah ginekologi. Jika masalah ginekologi teridentifikasi, obati atau rujuk wanita untuk perawatan lebih lanjut.
- Jika perdarahan menjadi ancaman bagi kesehatan wanita atau tidak dapat diterima, hentikan kontrasepsi suntik. Bantu dia memilih metode lain. Untuk sementara, pengobatan jangka pendek dengan etinil estradiol atau NSAID dapat membantu.
- Untuk mencegah anemia, berikan suplemen zat besi dan/atau dorong dia untuk makan makanan yang mengandung zat besi.

Keterangan (Lihat referensi 23–30)

GDG mencatat bahwa kelainan menstruasi umum terjadi pada penggunaan KSP dan konseling tentang kelainan sebelum inisiasi penggunaan KSP sangat penting untuk mengurangi kekhawatiran dan mendorong kelanjutan penggunaan metode.

GDG meninjau data yang tersedia terbatas pada pilihan pengobatan untuk perdarahan ringan atau berat dan menetapkan bahwa obat berikut mungkin bermanfaat untuk pengobatan jangka pendek (yaitu 5–7 hari):

Untuk perdarahan bercak atau perdarahan ringan:

- NSAID
 - Asam mefenamat
 - Valdecixib.

Untuk perdarahan berat atau berkepanjangan:

- NSAID
 - Asam mefenamat
 - Valdecixib
- Obat hormonal
 - Etinil estradiol.

7.3.3 Kontrasepsi Pil Progestin (KPP)

KPP hanya mengandung progestin dan tidak ada estrogen.

Waktu Memulai Penggunaan KPP

KPP dapat diberikan kepada pengguna dengan instruksi yang tepat tentang bagaimana memulai penggunaan KPP dan telah memenuhi syarat secara medis.

Dalam Masa Menstruasi

- Dalam 5 hari awal siklus menstruasi: KPP dapat dimulai. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- Lebih dari 5 hari awal siklus menstruasi: KPP dapat dimulai setelah dipastikan bahwa pengguna tidak hamil. Dalam 2 hari setelah penggunaan, wanita tidak boleh melakukan hubungan seksual atau harus menggunakan perlindungan kontrasepsi.

Amenorea

- KPP dapat dimulai kapan saja setelah dipastikan bahwa pengguna tidak hamil. Dalam 2 hari setelah penggunaan, wanita tidak boleh melakukan hubungan seksual atau harus menggunakan perlindungan kontrasepsi.

Pascapersalinan (menyusui)

- Kurang dari 6 minggu pascapersalinan: KPP umumnya dapat dimulai (MEC kategori 2). Jika pengguna sedang menyusui penuh, perlindungan kontrasepsi tambahan tidak diperlukan.
- Dalam 6 minggu hingga 6 bulan pascapersalinan dan belum menstruasi: KPP dapat dimulai. Jika pengguna sedang menyusui penuh, perlindungan kontrasepsi tambahan tidak diperlukan.
- Lebih dari 6 minggu pascapersalinan dan siklus menstruasi telah kembali: KPP dapat dimulai seperti yang disarankan untuk wanita lain yang memiliki siklus menstruasi (MEC kategori 1).

Pascapersalinan (tidak menyusui)

- Kurang dari 21 hari pasca persalinan: KPP dapat dimulai. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan. Dalam 21 hari pertama pascapersalinan, risiko terjadinya ovulasi dan kehamilan sangat kecil. Namun, untuk alasan program (yaitu tergantung pada protokol program nasional, regional dan / atau lokal), beberapa metode kontrasepsi mungkin disediakan selama periode ini.
- 21 hari atau lebih pascapersalinan dan siklus menstruasi belum kembali: KPP dapat dimulai jika yakin bahwa wanita tidak hamil. Dia tidak boleh berhubungan seksual atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 2 hari ke depan.
- Siklus menstruasi telah kembali: KPP bisa diinisiasi seperti yang disarankan untuk wanita lain yang memiliki siklus menstruasi.

Pascakeguguran

- KPP dapat dimulai segera setelah keguguran. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Beralih dari Metode Hormonal lain

- KPP dapat dimulai segera jika wanita tersebut telah menggunakan metode hormonal secara konsisten dan benar atau jika cukup yakin bahwa dia tidak hamil; tidak perlu menunggu periode menstruasi berikutnya.
- Jika metode wanita sebelumnya adalah kontrasepsi suntik, KPP dapat dimulai ketika

suntikan ulang diberikan. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Berganti dari Metode Nonhormon (selain dari AKDR)

- Dalam 5 hari setelah dimulainya pendarahan menstruasi: KPP dapat dimulai. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- Lebih dari 5 hari sejak awal perdarahan menstruasi: KPP dapat dimulai jika cukup yakin bahwa wanita tersebut tidak hamil. Dia harus pantang berhubungan seks atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 2 hari ke depan.

Beralih dari AKDR (termasuk LNG-AKDR)

- Dalam 5 hari setelah dimulainya pendarahan menstruasi: KPP dapat dimulai. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan. AKDR dapat dihapus pada saat itu.
- Lebih dari 5 hari sejak awal perdarahan menstruasi: KPP dapat dimulai jika cukup yakin bahwa wanita tersebut tidak hamil.
 - Aktif secara seksual dalam siklus menstruasi ini: Direkomendasikan agar AKDR dilepas pada saat periode menstruasi berikutnya.
 - Tidak aktif secara seksual dalam siklus menstruasi ini: Wanita tidak boleh berhubungan seksual atau perlu menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 2 hari berikutnya. Jika perlindungan tambahan harus diberikan oleh AKDR yang dia gunakan, direkomendasikan bahwa AKDR ini dipindahkan pada saat periode menstruasi berikutnya.
- Jika wanita mengalami amenorea atau mengalami perdarahan yang tidak teratur, KPP dapat dimulai seperti yang disarankan untuk wanita amenorea lainnya.

Keterangan (Lihat referensi 5, 6, 31)

GDG menganggap risiko ovulasi ketika memulai

KPP dalam 5 hari pertama menstruasi menjadi rendah. Penekanan ovulasi dianggap kurang dapat diandalkan ketika dimulai setelah hari ke-5. Diperkirakan 48 jam penggunaan KPP dianggap perlu untuk mencapai efek kontrasepsi pada lendir serviks.

Kebutuhan untuk perlindungan kontrasepsi tambahan di antara mereka beralih dari metode hormonal lain akan tergantung pada metode sebelumnya yang digunakan.

Ada beberapa kekhawatiran tentang risiko kehamilan saat melepas AKDR dalam siklus di mana sudah ada hubungan seksual. Kekhawatiran itu menyebabkan rekomendasi bahwa AKDR dibiarkan di tempat sampai periode menstruasi berikutnya.

Pemeriksaan dan tes diperlukan sebelum inisiasi KPP

Pada wanita sehat, tidak ada pemeriksaan atau tes yang penting atau wajib sebelum memulai KPP. Namun, ada pertimbangan khusus untuk skrining tekanan darah; itu diinginkan untuk memiliki pengukuran tekanan darah yang diambil sebelum inisiasi KPP. Penting untuk dicatat bahwa dalam pengaturan di mana pengukuran tekanan darah tidak tersedia, wanita tidak boleh ditolak penggunaan KPP hanya karena tekanan darah mereka tidak dapat diukur.

Examination or test	KPP*
Pemeriksaan atau tes	C
Pemeriksaan payudara	C
Pemeriksaan pelvik atau genitalia	C
Skrining kanker serviks	C
Pemeriksaan laboratorium rutin	C
Tes hemoglobin	C
Penilaian risiko infeksi menular seksual (IMS): riwayat penyakit dan pemeriksaan fisis	C
Skrining IMS dan HIV: tes laboratorium	‡

*Kelas A: Pemeriksaan atau tes sangat penting dan wajib dalam semua keadaan untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif; Kelas B: Pemeriksaan atau tes berkontribusi secara signifikan untuk penggunaan yang aman dan efektif, tetapi implementasi dapat dipertimbangkan dalam konteks kesehatan dan/atau layanan masyarakat. Risiko tidak melakukan pemeriksaan harus seimbang dengan keuntungan penggunaan kontrasepsi; Kelas C: Pemeriksaan atau tes tidak berkontribusi secara signifikan untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif.

‡ Disarankan untuk melakukan pengukuran tekanan darah sebelum memulai KPP. Terkadang pengukuran tekanan darah tidak tersedia. Pada layanan yang tidak tersedia pengukuran tekanan darah risiko morbiditas dan mortalitas terkait kehamilan menjadi tinggi, dan metode hormonal salah satu metode yang tersedia secara luas. Dalam layanan tersebut, wanita tidak boleh ditolak untuk menggunakan metode hormonal hanya karena tekanan darah tidak dapat diukur.

Keterangan

Pemeriksaan atau tes yang berlaku untuk orang-orang yang dianggap sehat.

Klasifikasi ini berfokus pada hubungan ujian atau tes untuk inisiasi metode kontrasepsi yang aman. Mereka tidak dimaksudkan untuk membahas kelayakan ujian atau tes ini dalam keadaan lain. Misalnya, beberapa ujian atau tes yang tidak dianggap perlu untuk penggunaan kontrasepsi yang aman dan efektif mungkin sesuai untuk perawatan kesehatan pencegahan yang baik atau untuk mendiagnosis atau menilai kondisi medis yang dicurigai.

Jumlah paket pil KPP yang harus disediakan pada kunjungan awal dan kunjungan kembali

Kunjungan awal dan kunjungan kembali

- Berikan hingga satu tahun persediaan pil, tergantung pada preferensi wanita dan penggunaan yang diantisipasi.
- Program harus menyeimbangkan keinginan untuk memberikan akses maksimum pada perempuan ke pil dengan kekhawatiran mengenai pasokan dan logistik kontrasepsi.
- Sistem re-suplai harus fleksibel, sehingga wanita dapat memperoleh pil dengan mudah dalam jumlah dan pada saat dia membutuhkannya.

Keterangan

GDG menyimpulkan bahwa membatasi jumlah siklus pil dapat menyebabkan penghentian metode yang tidak diinginkan dan peningkatan risiko kehamilan.

Tatalaksana Muntah dan atau Diare yang Berat Ketika Menggunakan KPP

Muntah (karena alasan apa saja) dalam 2 jam setelah mengambil pil aktif (hormonal)

Wanita itu harus mengambil pil aktif lainnya.

meskipun dia tidak nyaman

- Jika muntah berat atau diare berlanjut selama 2 hari atau lebih, dia harus mengikuti prosedur untuk pil yang terlewatkan.

Keterangan (Lihat referensi 32)

GDG tidak menemukan bukti langsung untuk menjawab pertanyaan ini tetapi menganggap efek muntah atau diare serupa dengan pil yang hilang.

Tatalaksana KPP yang Terlupakan

Masih dalam siklus menstruasi (termasuk mereka yang sedang menyusui) dan kehilangan 1 pil atau lebih oleh lebih dari 3 jam

- Wanita harus mengambil 1 pil secepat mungkin dan kemudian lanjutkan minum pil setiap hari, 1 setiap hari. Dia juga harus abstain dari seks atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 2 hari ke depan. Dia mungkin ingin mempertimbangkan penggunaan kontrasepsi darurat, jika perlu.

Menyusui dan amenorea dan melewati 1 atau lebih pil lebih dari 3 jam

- Wanita harus mengambil 1 pil sesegera mungkin dan kemudian melanjutkan minum pil setiap hari, 1 setiap hari. Jika ia kurang dari enam bulan pascapersalinan, tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Keterangan (Lihat referensi 31, 33)

GDG menganggap penggunaan pil yang tidak konsisten atau salah menjadi alasan utama untuk kehamilan yang tidak diinginkan dan menyoroti pentingnya mengambil KPP pada sekitar waktu yang sama setiap hari. Diperkirakan 48 jam penggunaan KPP dianggap perlu untuk mencapai efek kontrasepsi pada lendir serviks.

Panduan yang ada diberikan untuk situasi ketika pengguna melewati 1 atau lebih pil lebih dari 3 jam. Untuk wanita yang mengonsumsi pil yang mengandung 75 µg yang mengandung desogestrel, panduan yang ada untuk kedua wanita yang memiliki siklus menstruasi dan mereka yang sedang menyusui dan amenorrhoeic berlaku ketika 1 atau lebih pil telah hilang lebih dari 12 jam.

Tindak lanjut yang tepat setelah inisiasi KPP

Muntah atau diare setelah lebih dari 24 jam

- Wanita harus terus minum pil (jika dia bisa)

Rekomendasi ini membahas frekuensi minimum tindak lanjut yang direkomendasikan

Untuk penggunaan KPP yang aman dan efektif. Rekomendasi mengacu pada situasi umum dan dapat bervariasi untuk pengguna yang berbeda dan dalam konteks yang berbeda. Misalnya, wanita dengan kondisi medis tertentu mungkin perlu lebih sering melakukan kunjungan tindak lanjut.

KPP (tidak menyusui)

- Tidak ada kunjungan tindak lanjut tahunan yang diperlukan, tetapi kontak tindak lanjut setelah inisiasi dianjurkan sekitar tiga bulan.
- Menyarankan wanita untuk kembali kapan saja untuk membahas efek samping atau masalah lain, atau jika dia ingin mengubah metode.

KPP (menyusui)

- Tidak ada kunjungan tindak lanjut rutin yang diperlukan.
- Menyarankan wanita untuk kembali kapan saja untuk membahas efek samping atau masalah lain, atau jika dia ingin mengubah metode.
- Sampaikan pada wanita bahwa ketika dia berhenti atau secara signifikan mengurangi frekuensi pemberian ASI, dia harus kembali untuk mendapatkan saran dan konseling kontrasepsi lebih lanjut.

Keterangan

GDG menyimpulkan bahwa kontak kunjungan peninjau harus mencakup, setidaknya, konseling untuk mengatasi masalah seperti efek samping atau masalah lainnya, penggunaan metode yang benar dan konsisten, dan perlindungan terhadap IMS. Penilaian tambahan mungkin tepat.

Referensi untuk KPP

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, accessed 8 July 2016).
2. Brache V, Alvarez F, Faundes A, Cochon L, Thevenin F. Effect of preovulatory insertion of Norplant implants over luteinizing hormone secretion and follicular development. *Fertil Steril*. 1996;65:1110–4.
3. Brache V, Blumenthal P, Alvarez F, Dunson T, Cochon L, Faundes A. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part II. Effect on the ovarian function in the first cycle of use. *Contraception*. 1999;59(4):245–51.
4. Dunson TR, Blumenthal PD, Alvarez F, Brache V, Cochon L, Dalberth B et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part I. Changes

in cervical mucus. *Fertil Steril*. 1998;69(2):258–66.

5. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 2000;321(7271):1259–62.
6. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001;63(4):211–5.
7. Zheng S, Wu X, Fan B. Serum concentrations of levonorgestrel, estradiol and progesterone in women using China-made long-acting levonorgestrel subdermal implant (Sino-Implant) during the first year. *Reprod Contracept*. 1993;13:172–8.
8. Alvarez-Sánchez F, Brache V, Thevenin F, Cochon L, Faundes A. Hormonal treatment for bleeding irregularities in Norplant implant users. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;174:919–22.
9. Boonkasemsanti W, Reinprayoon D, Pruksananonda K, Niruttisard S, Triratanachai S, Leepipatpaiboon S, Wannakrairot P. The effect of transdermal oestradiol on bleeding pattern, hormonal profiles and sex steroid receptor distribution in the endometrium of Norplant users. *Hum Reprod*. 1996;11(Suppl 2):115–23.
10. Cheng L, Zhu H, Wang A, Ren F, Chen J, Glasier A. Once a month administration of mifepristone improves bleeding patterns in women using subdermal contraceptive implants releasing levonorgestrel. *Hum Reprod*. 2000;15(9):1969–72.
11. d’Arcangues C, Piaggio G, Brache V, Ben Aissa R, Hazelden C, Massai R et al.; on behalf of the Study Group on Progestogen-induced Vaginal Bleeding Disturbances. Effectiveness and acceptability of vitamin E and low-dose aspirin, alone or in combination, on Norplant-induced prolonged bleeding. *Contraception*. 2004;70(6):451–62. doi:10.1016/j.contraception.2004.05.012.
12. Diaz S, Croxatto HB, Pavez M, Belhadj H, Stern J, Sivin I. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant implants. *Contraception*. 1990;42:97–109.
13. Glasier AF, Wang H, Davie JE, Kelly RW, Critchley HO. Administration of an antiprogesterone up-regulates estrogen receptors in the endometrium of women using Norplant: a pilot study. *Fertil Steril*. 2002;77(2):366–72. doi:10.1016/S0015-0282(01)02997-1.
14. Kaewrudee S, Taneepanichskul S, Jaisamraun U, Reinprayoon D. The effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding secondary to Norplant use. *Contraception*. 1999;60:25–30.
15. Subakir SB, Setiadi E, Affandi B, Pringgoutomo S, Freisleben HJ. Benefits of vitamin E supplementation to Norplant users – in vitro and in vivo studies. *Toxicology*. 2000;148:173–8.
16. Witjaksono J, Lau TM, Affandi B, Rogers PAW. Oestrogen treatment for increased bleeding in Norplant users: preliminary results. *Hum Reprod*. 1996;11(Suppl. 2):109–14.
17. Han L, Fan H, Gong Q, Xie Z, Meng F, Hong Y et al. The effects of three types of long-acting subcutaneous implants on menstrual blood loss. *Chinese J Fam Plann*. 1998;6:250–3.
18. Qi L, Liu J, Yu L, Ye L, Sun L, Liu K. Multicenter clinical study of two Sino-subdermal implants. *Chinese J Fam Plann*. 2002;79:87–95.

19. Du M, Zheng H, Guo W. Five-year clinical observation of China-made type II levonorgestrel subdermal implant (Sino-implant). *Chinese J Fam Plann.* 1996;4:201–3.
20. Halpern V, Combes SL, Dorflinger LJ, Weiner DH, Archer DF. Pharmacokinetics of subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate injected in the upper arm. *Contraception.* 2014;89(1):31–5. doi:10.1016/j.contraception.2013.07.002.
21. Kapp N, Gaffield ME. Initiation of progestogen-only injectables on different days of the menstrual cycle and its effect on contraceptive effectiveness and compliance: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):576–82. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.017.

7.4 Kontrasepsi Hormonal Kombinasi (KHK)

Kontrasepsi hormonal kombinasi (KHK) mengacu pada produk kontrasepsi yang mengandung estrogen yang dikombinasikan dengan progestin. Bagian ini memberikan rekomendasi untuk penggunaan berbagai KHK, termasuk kontrasepsi pil kombinasi (KPK), kontrasepsi hormonal kombinasi transdermal (KHPK), cincin vagina kontrasepsi kombinasi (CVKK) dan kontrasepsi suntik kombinasi (KSK). Pada bagian ini, KPK, KPHKT dan CVKK akan diutamakan terlebih dahulu, diikuti oleh KSK.

KHK dapat digunakan dengan aman oleh sebagian besar wanita. Untuk membantu menentukan apakah wanita dengan kondisi medis atau karakteristik tertentu dapat menggunakan KHK dengan aman, silakan lihat kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi, edisi ke-5 (1).

KHK tidak melindungi terhadap infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV. Jika ada risiko IMS / HIV, dianjurkan penggunaan kondom yang benar dan konsisten. Ketika digunakan dengan benar dan konsisten, kondom menjadi salah satu metode perlindungan yang paling efektif terhadap IMS, termasuk HIV. Kondom perempuan efektif dan aman, tetapi tidak digunakan secara luas di Indonesia.

Kontrasepsi Hormonal Kombinasi Transdermal (KHKT) dan Cincin Vagina Kontrasepsi Kombinasi (CVKK)

Rekomendasi pada KPK dalam panduan ini mengacu pada KPK dosis rendah yang mengandung $\leq 35 \mu\text{g}$ ethinyl estradiol, dikombinasikan dengan progestin. Rekomendasi dalam panduan ini adalah sama untuk semua formulasi KPK, terlepas dari kandungan progestin mereka.

KHKT ini melepaskan $20 \mu\text{g}$ etinil estradiol dan $150 \mu\text{g}$ norelgestromin setiap hari. †

CVKK melepaskan $15 \mu\text{g}$ etinil estradiol dan $120 \mu\text{g}$ etonogestrel setiap hari. †

KPK, KHKT dan CVKK biasanya diberikan dalam 21–24 hari berturut-turut diikuti oleh 4–7 hari bebas hormon. Namun, rejimen dosis yang memiliki lebih sedikit atau tidak ada hari bebas hormon juga digunakan.

Waktu Memulai Pemasangan KPK, KHPK dan CVKK

Wanita dapat diberikan dengan KPK, KHPK atau CVKK terlebih dahulu dengan instruksi yang tepat pada inisiasi, asalkan dia secara medis memenuhi syarat.

Wanita yang sedang dalam masa menstruasi

- Dalam 5 hari setelah dimulainya pendarahan menstruasi: KPK, KHKT dan CVKK dapat dimulai. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- Lebih dari 5 hari sejak dimulainya pendarahan menstruasi: KPK, KHKT dan CVKK dapat dimulai jika cukup yakin bahwa wanita tidak hamil. Dia harus pantang berhubungan seks atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari ke depan.

Rekomendasi Baru 3.1

Dalam 5 hari pertama siklus menstruasi, pengguna dapat menggunakan KHKT atau CVKK; alat dapat dipasang kapan saja setelah pengguna sudah dipastikan tidak hamil. Rekomendasi ini juga berlaku jika kontrasepsi perlindungan tambahan diperlukan dan bagi pengguna dalam kondisi yakni amenorea, pasca persalinan, pasca-keguguran, beralih dari metode lain.

7.4.1 Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK),

Amenorea

- KPK, KHKHT dan CVKK dapat dimulai setiap saat jika cukup yakin bahwa wanita tersebut tidak hamil dan harus pantang berhubungan seks atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari ke depan.

Pascapersalinan (menyusui)

- Kurang dari 6 minggu pascapersalinan dan terutama menyusui: Wanita sebaiknya tidak menggunakan KPK, KHKHT atau CVKK (MEC kategori 4).
- 6 minggu hingga 6 bulan pascapersalinan dan terutama menyusui: Penggunaan KPK, KHKHT atau CVKK umumnya tidak dianjurkan kecuali metode lain yang lebih tepat tidak tersedia atau tidak dapat diterima (MEC kategori 3).
- Lebih dari 6 bulan pascapersalinan dan amenorea: KPKs, KHKHT dan CVKK dapat dimulai seperti yang disarankan untuk wanita amenorea lainnya.
- Lebih dari 6 bulan pascapersalinan dan siklus menstruasi telah kembali: KPK, KHKHT dan CVKK dapat dimulai seperti yang disarankan untuk wanita lain yang sudah kembali siklus menstruasinya.

Pascapersalinan (tidak menyusui)

- Kurang dari 21 hari pascapersalinan: Penggunaan KPK, KHKHT atau CVKK umumnya tidak disarankan kecuali metode lain yang lebih tepat tidak tersedia atau tidak dapat diterima (MEC kategori 3). Dalam 21 hari pertama pascapersalinan kecil kemungkinan seorang wanita akan mengalami ovulasi dan terjadi kehamilan. Namun, untuk alasan program (yaitu tergantung pada protokol program nasional, regional dan / atau lokal), beberapa metode kontrasepsi mungkin disediakan selama periode ini.
- 21 hari atau lebih pascapersalinan: Untuk wanita yang tidak memiliki faktor risiko lain untuk trombolisme vena, KPK, KHKHT dan CVKK umumnya dapat dimulai (MEC kategori 2).
- Kriteria medis untuk penggunaan kontrasepsi yang memenuhi syarat dan siklus menstruasi belum kembali: KPK, KHKHT dan CVKK dapat dimulai segera jika cukup yakin bahwa wanita tersebut tidak hamil. Dia harus pantang

berhubungan seks atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari ke depan.

- Kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi yang memenuhi syarat dan siklus menstruasi telah kembali: KPK, KHKHT dan CVKK dapat dimulai seperti yang disarankan untuk wanita lain yang sudah kembali siklus menstruasi.

Pascakeguguran

- KPK, KHKHT dan CVKK dapat dimulai segera setelah keguguran. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Beralih dari metode hormonal lain

- Jika wanita tersebut telah menggunakan metode hormonal secara konsisten dan benar atau jika cukup yakin bahwa dia tidak hamil, KPK, KHKHT dan CVKK dapat segera dimulai; tidak perlu menunggu periode menstruasi berikutnya.
- Jika metode wanita sebelumnya adalah kontrasepsi suntik, KPK, KHKHT atau CVKK harus dimulai ketika suntikan ulang akan diberikan. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Berganti dari metode nonhormonal (selain dari AKDR)

- Dalam 5 hari setelah dimulainya pendarahan menstruasi: KPK, KHKHT dan CVKK dapat dimulai. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- Lebih dari 5 hari sejak dimulainya pendarahan menstruasi: KPK, KHKHT dan CVKK dapat dimulai segera jika cukup yakin bahwa wanita tersebut tidak hamil. Pengguna harus pantang berhubungan seks atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari ke depan

Beralih dari AKDR (termasuk AKDR-LNG)

- Dalam 5 hari sejak awal menstruasi: KPK, KHKHT dan CVKK dapat dimulai. Tidak ada kontrasepsi tambahan perlindungan diperlukan. AKDR bisa dilepas pada waktu itu.
- Lebih dari 5 hari sejak awal menstruasi : KPK,

KHKT dan CVKK dapat dimulai jika cukup yakin bahwa wanita tersebut tidak hamil.

- Aktif secara seksual dalam siklus menstruasi ini: Direkomendasikan agar AKDR dilepas pada saat periode menstruasi berikutnya.
- Tidak aktif secara seksual dalam siklus menstruasi ini: Pengguna harus pantang berhubungan seks atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama 7 hari ke depan. Jika perlindungan tambahan harus diberikan oleh AKDR yang dia gunakan, direkomendasikan bahwa AKDR ini dipindahkan pada saat periode menstruasi berikutnya.
- Jika wanita mengalami amenorea atau mengalami perdarahan yang tidak teratur, KPKs, KHKT atau CVKK dapat dimulai seperti yang disarankan untuk wanita amenorea lainnya.

Keterangan (Lihat referensi 2–4)

GDG menganggap risiko ovulasi dalam 5 hari pertama menstruasi menjadi rendah. Setelah hari ke-5, pencegahan ovulasi dianggap kurang dapat diandalkan ketika memulai kontrasepsi oral. Penggunaan KPK berkelanjutan terus menerus diperlukan untuk mencegah ovulasi.

Rekomendasi untuk kapan memulai KPK lebih banyak ditemukan dibandingkan KHKT dan CVKK. Namun, berdasarkan hasil yang ada GDG menyimpulkan bahwa bukti waktu untuk memulai KHKT dan CVKK sama dengan waktu penggunaan KPK.

Kebutuhan perlindungan kontrasepsi tambahan oleh pengguna yang beralih dari metode hormonal lain akan tergantung pada metode sebelumnya yang digunakan.

Ada beberapa kekhawatiran tentang risiko terjadinya kehamilan setelah AKDR dilepas dan pengguna sudah melakukan hubungan seksual. Oleh karena itu, AKDR direkomendasikan untuk dilepas pada menstruasi berikutnya.

Pemeriksaan dan tes diperlukan sebelum inisiasi KPK, KHKT dan CVKK

Pada wanita sehat, tidak ada pemeriksaan atau tes yang penting atau wajib dilakukan sebelum memulai KPK, KHKT atau CVKK. Namun, ada pertimbangan khusus untuk dilakukan pengukuran tekanan darah sebelum memulai penggunaan KPK, KHKT dan CVKK. Jika pengukuran tekanan darah tidak dapat dilakukan, wanita tetap diperbolehkan untuk memulai penggunaan KPK, KHKT atau CVKK.

Pemeriksaan atau Tes	KPK, KHKT, CVKK*
Pemeriksaan atau tes	C
Pemeriksaan payudara	C
Pemeriksaan pelvik atau genitalia	C
Skrining kanker serviks	C
Pemeriksaan laboratorium rutin	C
Tes hemoglobin	C
Penilaian risiko infeksi menular seksual (IMS): riwayat penyakit dan pemeriksaan fisis	C
Skrining IMS dan HIV: tes laboratorium	‡

*Kelas A: Pemeriksaan atau tes sangat penting dan wajib dalam semua keadaan untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif; Kelas B: Pemeriksaan atau tes berkontribusi secara signifikan untuk penggunaan yang aman dan efektif, tetapi pelaksanaannya dapat dipertimbangkan dalam konteks kesehatan dan/atau layanan masyarakat. Risiko tidak melakukan pemeriksaan harus seimbang dengan manfaat penggunaan kontrasepsi; Kelas C: Pemeriksaan atau tes tidak berkontribusi secara signifikan untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif.

‡ Disarankan untuk melakukan pengukuran tekanan darah sebelum memulai KPK. Akan tetapi, sering ditemukan situasi dimana pengukuran tekanan darah tidak dapat dilakukan. Pada situasi seperti ini, risiko morbiditas dan mortalitas terkait kehamilan cenderung tinggi, dan metode hormonal merupakan metode yang tersedia secara luas. Oleh karena itu, penggunaan metode hormonal tetap diperbolehkan walaupun pengukuran tekanan darah tidak dapat dilakukan.

Rekomendasi BARU 3.2

Sangat diharapkan untuk mengukur tekanan darah yang diambil sebelum memulai KHKT atau CVKK. Akan tetapi tekanan darah yang tidak dapat diukur tidak menjadi hambatan untuk memulai penggunaan KHKT atau CVKK.

Rekomendasi BARU 3.3

Pemeriksaan payudara, pemeriksaan panggul/genital, skrining kanker serviks, tes laboratorium rutin, tes hemoglobin, penilaian risiko IMS (riwayat medis dan pemeriksaan fisis), dan skrining IMS/HIV (tes laboratorium) tidak berkontribusi secara signifikan terhadap keamanan dan efektivitas penggunaan KHKT dan CVKK.

Jumlah paket KPK yang harus disediakan pada kunjungan awal dan kunjungan kembali

Kunjungan awal dan kunjungan kembali

- Berikan hingga satu tahun persediaan pil, tergantung pada preferensi wanita dan penggunaan yang diantisipasi.
- Pengelola program harus mempertimbangkan jumlah ketersediaan pasokan dan logistik dengan keinginan memenuhi kebutuhan pengguna
- Sistem re-suplai harus fleksibel, sehingga wanita dapat memperoleh pil dengan mudah dalam jumlah yang dia butuhkan.

Keterangan (Lihat referensi 35–37)

GDG menyimpulkan pembatasan lama pemakaian KPK dapat mengakibatkan penghentian penggunaan dan meningkatkan risiko kehamilan.

Penanganan muntah dan / atau diare berat saat menggunakan KPK

Muntah (untuk alasan apa saja) dalam 2 jam setelah mengambil pil aktif (hormonal)

- Wanita itu harus menggantinya dengan mengkonsumsi pil aktif berikutnya.

Muntah atau diare hebat selama lebih dari 24 jam

- Wanita harus terus mengkonsumsi pil (jika bisa) meskipun merasa tidak nyaman.
- Jika muntah berat atau diare berlanjut selama 2 hari atau lebih, dia harus mengikuti prosedur untuk pil yang terlewat.

Keterangan (Lihat referensi 5)

GDG tidak menemukan bukti langsung terkait hal di atas, namun terdapat efek atau dampak yang sama antara tidak minum pil (lupa) dengan muntah atau diare.

¹ New recommendation for the third edition.

Tatalaksana KPK yang Terlewat/Lupa

Untuk pil yang mengandung 30–35 µg etinil estradiol

Lupa 1 atau 2 pil aktif (hormonal) berturut-turut, atau memulai paket 1 atau 2 hari terlambat:

- Wanita itu harus sesegera mungkin mengkonsumsi pil aktif (hormonal) dan lanjutkan konsumsi pil selanjutnya, 1 pil setiap hari.
 - Jika wanita melewatkan 2 atau lebih pil aktif (hormonal) berturut-turut, dia dapat mengambil pil pertama yang terlewatkan dan kemudian terus mengambil sisa pil yang terlewat (1 setiap hari) atau membuangnya agar tetap sesuai jadwal.
 - Ketika pengguna sadar bahwa dia lupa mengkonsumsi pil: konsumsi 2 pil pada hari itu juga (1 pil seketika dia sadar dia lupa, dan dilanjutkan sesuai urutan konsumsi selanjutnya) atau 2 pil diminum pada saat yang bersamaan.
- Tidak ada perlindungan kontrasepsi tambahan yang diperlukan.

Lupa 3 atau lebih pil aktif (hormonal) berturut-turut, atau memulai paket 3 atau lebih hari terlambat:

- Wanita itu harus sesegera mungkin mengkonsumsi pil aktif (hormonal) dan lanjutkan konsumsi pil selanjutnya, 1 pil setiap hari.
 - Jika wanita melewatkan 2 atau lebih pil aktif (hormonal) berturut-turut, dia dapat mengambil pil pertama yang terlewatkan dan kemudian terus mengambil sisa pil yang terlewat (1 setiap hari) atau membuangnya agar tetap sesuai jadwal.
 - Ketika pengguna sadar bahwa dia lupa mengkonsumsi pil: ambil 2 pil pada hari yang sama (satu pil seketika dia sadar dia lupa, dan dilanjutkan sesuai urutan konsumsi selanjutnya) atau bahkan pada saat yang bersamaan.
- Wanita sebaiknya menggunakan kondom atau tidak berhubungan seksual sampai dia mengkonsumsi pil aktif (hormonal) selama 7 hari berturut-turut.

- Jika wanita melewatkan pil di dalam minggu ketiga, dia harus menghabiskan sisa pil aktif (hormonal) pada kemasan dan memulai paket baru pada hari berikutnya. Pengguna seharusnya tidak mengkonsumsi 7 pil plasebo.
- Penggunaan kontrasepsi darurat dapat dipertimbangkan, jika wanita melewatkan pil pada minggu pertama dan melakukan hubungan seksual tanpa kondom.

Untuk pil yang mengandung 20 µg etinil estradiol

Lupa 1 pil aktif (hormonal) atau memulai paket 1 hari terlambat:

- Ikuti panduan di atas untuk "lupa 1 atau 2 pil aktif (hormonal) berturut-turut, atau memulai paket 1 atau 2 hari terlambat".

Lupa 2 atau lebih pil aktif (hormonal) berturut-turut, atau memulai paket 2 atau lebih hari terlambat:

- Ikuti panduan di atas untuk "lupa 3 atau lebih aktif (hormonal) pil berturut-turut, atau memulai paket 3 atau lebih hari terlambat".

Untuk pil yang mengandung hingga 20 µg atau 30–35 µg etinil estradiol

Lupa mengkonsumsi pil plasebo (nonhormonal):

- Wanita tidak perlu mengganti pil placebo yang terlewat/lupa dan kemudian lanjutkan konsumsi pil 1 setiap hari.

Tata laksana kesalahan pemberian dosis selama penggunaan KHK

Rekomendasi BARU 3.4

Tindakan tertentu diperlukan jika terjadi kesalahan dalam penggunaan KHK atau CVKK antara lain keterlambatan pemasangan KHK atau CVKK yang baru, pelepasan KHK atau CVKK yang tidak sesuai jadwal dan keterlambatan pelepasan KHK atau CVKK.

Keterlambatan dalam Pemasangan KHK (yaitu lupa memasang KHK baru setelah 7 hari pelepasan)

- Jika KHK terlambat dipasang selama ≤ 48 jam (yaitu jika total interval bebas-KHK adalah > 7 hari dan ≤ 9 hari), KHK baru harus dipasang sesegera mungkin. Jadwal pemasangan atau pelepasan KHK minggu

berikutnya tetap dilakukan pada hari yang sama seperti sebelumnya, untuk menghindari kesalahan pemberian dosis. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

- Jika KHK terlambat dipasang selama > 48 jam (yaitu jika total interval bebas-KHK adalah > 9 hari), KHK baru harus diterapkan sesegera mungkin. Jadwal pemasangan atau pelepasan KHK minggu berikutnya tetap dilakukan pada hari yang sama seperti sebelumnya. Pengguna harus menggunakan kondom atau tidak berhubungan seksual sampai 7 hari sesudah pemasangan KHK yang baru. Kontrasepsi darurat dapat dipertimbangkan jika melakukan hubungan seks yang tidak terlindungi dalam 5 hari setelah pemasangan.

Pelepasan KHK yang tidak sesuai jadwal

- Jika KHK terlepas selama ≤ 48 jam, KHK baru harus dipasang sesegera mungkin (jika pelepasan terjadi < 24 jam setelah KHK dipasang, wanita dapat mencoba memasang kembali KHK yang sama atau mengganti dengan KHK baru). Jadwal pemasangan atau pelepasan KHK minggu berikutnya tetap dilakukan pada hari yang sama seperti sebelumnya. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- Jika KHK terlepas selama > 48 jam, KHK baru harus dipasang sesegera mungkin. Jadwal pemasangan atau pelepasan KHK minggu berikutnya tetap dilakukan pada hari yang sama seperti sebelumnya. Perlu dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:
 - Wanita itu harus menggunakan kondom atau tidak berhubungan seksual sampai dia telah mengenakan KHK selama 7 hari berturut-turut.
 - Jika pelepasan tidak sesuai jadwal dan terjadi dalam minggu ketiga penggunaan KHK, maka wanita itu perlu menghabiskan minggu ketiga penggunaan KHK dan dilanjutkan untuk segera memulai KHK yang baru, tanpa ada minggu bebas KHK. Jika penggunaan KHK yang baru tidak dapat segera dipasang setelah minggu ketiga, maka wanita perlu menggunakan kondom atau tidak berhubungan seksual sampai dengan 7 hari pemasangan KHK yang baru.
 - Kontrasepsi darurat perlu dipertimbangkan jika pelepasan KHK tidak sesuai jadwal terjadi dalam minggu pertama pemasangan atau

melakukan hubungan seksual tidak terlindungi terjadi dalam 5 hari setelah pemasangan.

Keterlambatan dalam Pelepasan KHK

- Jika pelepasan dan pemasangan kembali KHK tertunda selama ≤ 48 jam (yaitu jika penggunaan KHK diperpanjang dari 7 hingga ≤ 9 hari) dalam minggu 1–3 dari gunakan KHK, KHK baru harus diterapkan sesegera mungkin. Jadwal pemasangan atau pelepasan KHK minggu berikutnya tetap dilakukan pada hari yang sama seperti sebelumnya. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- Jika pelepasan dan pemasangan kembali KHK tertunda selama > 48 jam (yaitu jika penggunaan KHK diperpanjang dari 7 hingga > 9 hari) dalam minggu 2–3 dari penggunaan KHK, saat wanita itu sedang menggunakan KHK pertama atau kedua dari siklusnya, maka KHK harus dilepas dan diganti sesegera mungkin. Jadwal pemasangan atau pelepasan KHK minggu berikutnya tetap dilakukan pada hari yang sama seperti sebelumnya. Wanita itu harus menggunakan kondom atau tidak berhubungan seksual sampai dia telah mengenakan KHK baru selama 7 hari berturut-turut.
- Jika pelepasan tertunda terjadi selama minggu ke-4 penggunaan KHK (yaitu minggu yang terjadwal bebas hormon), saat wanita tersebut masihi menggunakan KHK ketiga dari siklusnya, ia harus segera melepas KHK tersebut. Jadwal pemasangan atau pelepasan KHK minggu berikutnya tetap dilakukan pada hari yang sama seperti sebelumnya.. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Tatalaksana Kesalahan Pemberian Dosis Selama Penggunaan CVK

Keterlambatan dalam Pemasangan CVK (yaitu lupa memasukkan CVK baru setelah interval 7 hari bebas CVK)

- Jika interval bebas CVK berlangsung selama ≤ 48 jam (yakni jika total interval bebas CVK adalah > 7 hari dan ≤ 9 hari), CVK baru harus dimasukkan sesegera mungkin.
- Jadwal pemasangan atau pelepasan CVK minggu berikutnya tetap dilakukan pada hari yang sama seperti sebelumnya. Tidak

ada perlindungan kontrasepsi tambahan dibutuhkan.

- Jika interval bebas CVK berlangsung selama > 48 jam (yakni jika total interval bebas CVK adalah > 9 hari), CVK baru harus dimasukkan sesegera mungkin. Jadwal pemasangan atau pelepasan CVK minggu berikutnya tetap dilakukan pada hari yang sama seperti sebelumnya. Wanita itu harus menggunakan kondom atau tidak berhubungan seksual sampai dia telah mengenakan CVK selama 7 hari berturut-turut. Kontrasepsi darurat dapat dipertimbangkan jika terjadi hubungan seksual tidak terlindungi dalam 5 hari setelah penggunaan CVK.

Pelepasan CVK yang tidak sesuai jadwal (yaitu CVK terlepas sebelum akhir siklus)

- Jika CVK terlepas selama ≤ 48 jam yang tidak sesuai jadwal, maka CVK harus dimasukkan kembali sesegera mungkin. Jadwal pemasangan atau pelepasan CVK minggu berikutnya tetap dilakukan pada hari yang sama seperti sebelumnya. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- Jika CVK terlepas selama > 48 jam yang tidak sesuai jadwal, maka CVK itu harus dimasukkan kembali sesegera mungkin. Jadwal pemasangan atau pelepasan CVK minggu berikutnya tetap dilakukan pada hari yang sama seperti sebelumnya.
 - Wanita itu juga harus menggunakan kondom atau tidak berhubungan seksual sampai dia mengenakan CVK selama 7 hari berturut-turut.
 - Jika pelepasan tidak sesuai jadwal terjadi dalam minggu ketiga penggunaan CVK, maka wanita perlu menghabiskan minggu ketiga penggunaan CVK dan dilanjutkan segera memulai CVK yang baru, tanpa ada minggu bebas CVK. Jika penggunaan KHK yang baru tidak dapat segera dipasang setelah minggu ketiga, maka wanita perlu menggunakan kondom atau tidak berhubungan seksual sampai dengan 7 hari berturut-turut setelah pemasangan CVK.
 - Kontrasepsi darurat dapat dipertimbangkan jika pelepasan CVK yang tidak sesuai jadwal terjadi dalam minggu pertama setelah penggunaan atau berhubungan seksual dalam 5 hari setelah penggunaan.

Keterlambatan dalam Pelepasan CVKK

- Jika CVKK yang sama digunakan hingga 28 hari (<4 minggu), maka kontrasepsi tambahan tidak diperlukan. Interval bebas CVKK diperbolehkan jika diinginkan, asalkan tidak melebihi 7 hari.
- Jika CVKK yang sama digunakan selama 28–35 hari (≥ 4 minggu tetapi <5 minggu), segera ganti dengan CVKK baru dan tidak ada interval bebas hormon. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Keterangan (Lihat referensi 3, 4, 6, 7, 40)

GDG menilai bahwa penggunaan pil yang tidak konsisten dan tidak tepat menjadi alasan utama kehamilan yang tidak diinginkan. Penggunaan KPK selama 7 hari berturut-turut dianggap penting dalam mencegah terjadinya ovulasi. Wanita yang kerap lupa mengonsumsi pil atau seringkali salah dalam menggunakan KHKT atau CVKK sebaiknya dianjurkan untuk menggunakan metode kontrasepsi lain yang tidak secara mandiri agar lebih efektif (contoh AKDR, implan atau kontrasepsi suntik).

Sebagian besar studi meneliti kesalahan dosis yang mungkin terjadi pada penggunaan KHK dan KPK. Meskipun begitu, 2 studi meneliti penggunaan KHKT dan 7 studi meneliti penggunaan CVKK. GDG menekankan bahwa bukti untuk rekomendasi mengenai “pil yang lupa dikonsumsi” berasal dari studi yang meneliti penggunaan pil etinil estradiol 30–35 µg.

Sebagian besar wanita menggunakan KPK sesuai hari yang ditandai pada kemasan pil tersebut. Pada wanita yang lupa minum KPK dan ingin menjaga jadwal menstruasinya tetap, sebagian memilih untuk membuang pil yang terlewat, dan sebagian lain memilih untuk mengonsumsi pil yang terlewat.

Empat prinsip yang mendasari rekomendasi GDG:

- Sangat penting untuk melanjutkan penggunaan KPK, KHKT atau CVKK (mengonsumsi pil aktif, memasang kembali KHKT yang terlepas atau memasang KHKT yang baru, atau memasukkan kembali CVKK yang lepas atau memasukkan CVKK baru) sesegera mungkin ketika dosis terlewatkan.

- Jika dosis yang terlewatkan, kemungkinan bahwa kehamilan akan terjadi tidak hanya tergantung pada durasi dosis yang terlewatkan (misal jumlah KPK yang terlewat, KHKT atau CVKK yang terlepas), tetapi juga pada kapan dosis tersebut terlewatkan. Berdasarkan data mengenai ovulasi, GDG menyatakan bahwa terlewatnya 3 atau lebih pil aktif hormonal (2 atau lebih untuk pil yang mengandung ≤ 20 µg ethinyl estradiol) selama siklus memerlukan perhatian khusus. Risiko kehamilan paling besar ketika pil aktif (hormonal) lupa dikonsumsi pada awal atau akhir siklus, misalnya ketika interval bebas hormon diperpanjang. Meskipun bukti mengenai kesalahan dosis penggunaan KHKT dan CVKK masih terbatas, tetapi prinsip mengenai dosis yang terlewat pada penggunaan KPK dapat diterapkan juga pada KHKT dan CVKK.
- Risiko kehamilan yang terjadi saat lupa mengonsumsi KPK yang mengandung ≤ 20 µg etinil estradiol lebih tinggi dibanding yang mengandung 30–35 µg etinil estradiol. Oleh karena itu, kita harus lebih berhati-hati jika lupa mengonsumsi KPK yang mengandung ≤ 20 µg etinil estradiol.
- Rekomendasi Praktik Terpilih edisi pertama menekankan perlunya rekomendasi yang lebih sederhana untuk penanganan konsumsi KPK yang terlewat/lupa.

Tindak lanjut yang tepat setelah inisiasi KPK, KHKT¹ dan CVKK¹

Rekomendasi ini membahas frekuensi kunjungan minimal untuk memastikan keamanan dan keefektifan metode tersebut. Rekomendasi mengacu pada situasi umum dan dapat bervariasi pada pengguna dan konteks yang berbeda. Misalnya, wanita dengan kondisi medis tertentu mungkin memerlukan kunjungan yang lebih sering.

- Dianjurkan untuk melakukan kunjungan setiap tahun.
- Terdapat manfaat yang lebih pada saat dilakukan kunjungan dalam waktu 3 bulan setelah memulai penggunaan.
- Beritahukan kepada pengguna untuk melakukan kunjungan ulang kapan saja jika ingin mendiskusikan efek samping atau masalah lain, maupun jika pengguna ingin mengubah metode.

Rekomendasi Baru 3.5

Direkomendasikan untuk melakukan kunjungan setiap tahun setelah memulai pemasangan KHK atau CVKK

Keterangan (Lihat referensi 8–11, 40)

GDG menyimpulkan bahwa kunjungan ulang harus mencakup setidaknya konseling untuk mendiskusikan masalah seperti efek samping atau masalah lain, penggunaan metode yang tepat dan konsisten, dan perlindungan terhadap IMS. Pengkajian lebih lanjut dapat dipertimbangkan.

7.4.2 Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

Dua sediaan KSK yang dibahas dalam rekomendasi:

1. Cyclofem = medroxyprogesterone acetate 25 mg plus estradiol cypionate 5 mg
2. Mesigyna = norethisterone enanthate 50 mg plus estradiol valerate 5 mg.

Waktu Memulai Pemasangan KSK

Jika wanita tidak bisa mendapatkan suntikan pada saat konsultasi, pemberian KSK dapat dijadwalkan ulang di lain waktu dengan pelayanan yang sesuai.

Wanita yang Sedang Dalam Masa Menstruasi

- Dalam 7 hari awal siklus menstruasi: KSK pertama dapat diberikan. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- Lebih dari 7 hari awal siklus menstruasi: KSK pertama dapat diberikan jika cukup yakin bahwa wanita tersebut tidak hamil. Dalam 7 hari setelah pemberian KSK, pengguna tidak boleh berhubungan seksual atau harus menggunakan kontrasepsi tambahan.

Amenorea

- KSK pertama dapat diberikan jika cukup yakin bahwa wanita tersebut tidak hamil. Dalam 7 hari setelah pemberian KSK, pengguna tidak boleh berhubungan seksual atau harus menggunakan kontrasepsi tambahan.

Pascapersalinan (menyusui)

- Kurang dari 6 minggu pascapersalinan dan dalam kondisi menyusui: KSK tidak boleh diberikan (MEC kategori 4).

- 6 minggu hingga 6 bulan pascapersalinan dan dalam kondisi menyusui: Penggunaan KSK umumnya tidak dianjurkan (MEC kategori 3) kecuali tidak tersedia metode lain yang lebih tepat.
- Lebih dari 6 bulan pascapersalinan dan amenorea: KSK pertama dapat diberikan seperti yang disarankan untuk wanita amenorea lainnya.
- Lebih dari 6 bulan pascapersalinan dan siklus menstruasi telah kembali: KSK pertama dapat diberikan seperti yang disarankan untuk wanita lain yang sedang dalam menstruasi.

Pascapersalinan (tidak menyusui)

- Kurang dari 21 hari pasca persalinan: Penggunaan KSK umumnya tidak disarankan kecuali tidak tersedia metode lain yang lebih tepat. Kecil kemungkinan seorang wanita mengalami ovulasi atau berisiko hamil dalam 21 hari pertama pascapersalinan. Namun, untuk kepentingan program (yaitu kebijakan nasional, regional dan / atau lokal), beberapa metode kontrasepsi dapat diberikan selama periode ini.
- 21 hari atau lebih pascapersalinan dan siklus menstruasi belum kembali: KSK pertama dapat diberikan segera jika cukup yakin bahwa wanita tersebut tidak hamil. Dalam 7 hari setelah pemasangan KSK, pengguna tidak boleh berhubungan seksual atau harus menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan.
- 21 hari atau lebih pascapersalinan dan siklus menstruasi telah kembali: KSK pertama dapat diberikan seperti yang disarankan untuk wanita lain yang sedang dalam menstruasi.

Pasakeguguran

- KSK pertama dapat diberikan segera setelah keguguran. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Beralih dari metode hormonal lain

- Jika wanita tersebut telah menggunakan metode hormonal secara konsisten dan benar atau jika sudah pasti bahwa dia tidak hamil, suntikan KSK pertama dapat diberikan segera; tidak perlu menunggu periode menstruasi berikutnya.
- Jika metode wanita sebelumnya adalah kontrasepsi suntik lain, suntikan KSK ulangan dapat diberikan. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Berganti dari metode nonhormonal (selain dari AKDR)

- KSK pertama dapat diberikan segera jika cukup yakin bahwa wanita tersebut tidak hamil; tidak perlu menunggu periode menstruasi berikutnya.
 - Dalam 7 hari awal siklus menstruasi: Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.
 - Lebih dari 7 hari awal siklus menstruasi: Dalam 7 hari setelah pemasangan KSK, pengguna tidak boleh berhubungan seksual atau harus menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Beralih dari AKDR (termasuk AKDR-LNG)

- Dalam 7 hari awal siklus menstruasi: KSK pertama dapat diberikan. Tidak diperlukan perlindungan kontrasepsi tambahan. AKDR dapat dilepas pada saat itu juga.
- Lebih dari 7 hari awal siklus menstruasi: KSK pertama dapat diberikan jika cukup yakin bahwa wanita tersebut tidak hamil.
 - Aktif secara seksual: Direkomendasikan agar AKDR dilepas pada saat menstruasi berikutnya.
 - Tidak aktif secara seksual : Dalam 7 hari setelah pemasangan KSK, pengguna tidak boleh berhubungan seksual atau harus menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan. Jika perlindungan tambahan itu diberikan oleh AKDR yang digunakan, maka AKDR dapat dilepas saat menstruasi berikutnya.
- Jika wanita dalam kondisi amenorea atau memiliki pendarahan tidak teratur, KSK dapat diberikan seperti yang disarankan untuk wanita amenorea lainnya.

Keterangan (Lihat referensi 3, 4, 12, 13)

GDG menyimpulkan bahwa KSK yang diberikan hingga hari ke-7 dari siklus menstruasi berisiko rendah untuk menyebabkan kehamilan.

Kebutuhan untuk perlindungan kontrasepsi tambahan pada pengguna yang beralih dari metode hormonal lain akan tergantung dari metode yang digunakan sebelumnya.

Terdapat kekhawatiran terjadi kehamilan saat AKDR dilepas pada siklus dimana telah terjadi hubungan seksual. Oleh karena itu, AKDR sebaiknya dilepas pada saat

menstruasi berikutnya.

Pemeriksaan dan tes diperlukan sebelum memulai KSK

Pada wanita sehat, tidak ada pemeriksaan atau tes yang penting atau wajib dilakukan sebelum memulai pemberian KSK. Namun, ada pertimbangan khusus untuk dilakukan pengukuran tekanan darah sebelum memulai pemberian KSK. Jika pengukuran tekanan darah tidak dapat dilakukan, wanita tetap diperbolehkan untuk memulai pemberian KSK.

Pemeriksaan atau Tes	KSK*
Pemeriksaan atau tes	C
Pemeriksaan payudara	C
Pemeriksaan pelvik atau genitalia	C
Skrining kanker serviks	C
Pemeriksaan laboratorium rutin	C
Tes hemoglobin	C
Penilaian risiko infeksi menular seksual (IMS): riwayat penyakit dan pemeriksaan fisis	C
Skrining IMS dan HIV: tes laboratorium	‡

*Kelas A: Pemeriksaan atau tes sangat penting dan wajib dalam semua keadaan untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif; Kelas B: Pemeriksaan atau tes berkontribusi secara signifikan untuk penggunaan yang aman dan efektif, tetapi implementasi dapat dipertimbangkan dalam konteks kesehatan dan/atau layanan masyarakat. Risiko tidak melakukan pemeriksaan harus seimbang dengan keuntungan penggunaan kontrasepsi; Kelas C: Pemeriksaan atau tes tidak berkontribusi secara signifikan untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif.

‡ Disarankan untuk melakukan pengukuran tekanan darah sebelum memulai KSK. Akan tetapi, sering ditemukan situasi dimana pengukuran tekanan darah tidak dapat dilakukan. Pada situasi seperti ini, risiko morbiditas dan mortalitas terkait kehamilan cenderung tinggi, dan metode hormonal merupakan metode yang tersedia secara luas. Oleh karena itu, penggunaan metode hormonal tetap diperbolehkan walaupun pengukuran tekanan darah tidak dapat dilakukan.

Waktu untuk Pemberian KSK Ulangan untuk Kelanjutan metode

Interval Suntikan Ulangan

- KSK ulangan harus diberikan setiap empat minggu.

Suntikan ulangan yang lebih awal

- Ketika interval suntikan ulangan tidak dapat dipenuhi, suntikan ulangan dapat diberikan hingga 7 hari lebih awal tetapi dapat mengganggu pola perdarahan.

Suntikan ulangan yang terlambat

- Ketika interval suntikan ulangan tidak dapat

dipenuhi, suntikan ulang dapat diberikan hingga 7 hari lebih terlambat tanpa memerlukan perlindungan kontrasepsi tambahan.

- Jika pengguna tersebut terlambat lebih dari 7 hari untuk suntikan ulang, dia dapat diberikan suntikan jika cukup yakin bahwa dia tidak hamil. Dalam 7 hari setelah pemberian KSK, pengguna tidak boleh melakukan hubungan seksual atau harus menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan. Jika diperlukan, penggunaan kontrasepsi darurat dapat dipertimbangkan.

Keterangan (Lihat referensi 14–18)

GDG menyimpulkan bahwa dalam dua bulan pertama pemberian KSK terakhir terdapat risiko terjadinya ovulasi yang rendah.

Referensi untuk Kontrasepsi Hormonal Kombinasi (KHK)

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, accessed 8 July 2016).
2. Brahmi D, Curtis KM. When can a woman start combined hormonal contraceptives (CHCs)? A systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):524–38. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.010.
3. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 2000;321(7271):1259–62.
4. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001;63(4):211–5.
5. Elomaa K, Ranta S, Tuominen J, Lähteenmäki P. Charcoal treatment and risk of escape ovulation in oral contraceptive users. *Hum Reprod*. 2001;16(1):76–81.
6. Zapata LB, Steenland MW, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Effect of missed combined hormonal contraceptives on contraceptive effectiveness: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):685–700. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.035.
7. Dragoman M, Petrie K, Torgal A, Thomas T, Cremers S, Westhoff CL. Contraceptive vaginal ring effectiveness is maintained during 6 weeks of use: a prospective study of normal BMI and obese women. *Contraception*. 2013;87(4):432–6. doi:10.1016/j.contraception.2012.12.001.
8. Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks P, Curtis KM. Appropriate follow up to detect potential adverse events after initiation of select contraceptive methods: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):611–24. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.017.
9. Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. The effect of follow-up visits or contacts after contraceptive initiation on method continuation and correct use. *Contraception*. 2013;87(5):625–30. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.018.
10. Nisenbaum MG, Melo NR, Giribela CR, Morais TL, Guerra GM, de Angelis K et al. Effects of a contraceptive containing drospirenone and ethinyl estradiol on blood pressure and autonomic tone: a prospective controlled clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;175:62–6. doi:10.1016/j.ejogrb.2014.01.006.
11. Berenson AB, Rahman M. A randomized controlled study of two educational interventions on adherence with oral contraceptives and condoms. *Contraception*. 2012;86(6):716–24. doi:10.1016/j.contraception.2012.06.007.
12. Petta CA, Hays M, Brache V, Massai R, Hua Y, Alvarez-Sánchez F et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg of medroxyprogesterone acetate and 5 mg E2 cypionate: effects on ovarian function. *Fertil Steril*. 2001;75(4):744–8.
13. Petta CA, Hays M, Brache V, Massai R, Hua Y, Alvarez-Sánchez F et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg medroxyprogesterone acetate and 5 mg estradiol-cypionate: effects on cervical mucus. *Contraception*. 2001;64(6):363–8.
14. Aedo AR, Landgren BM, Johannisson E, Diczfalussy E. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*. 1985;31:453–69.
15. Bahamondes L, Lavin P, Ojeda G, Petta CA, Diaz J, Maradiegue E et al. Return to fertility after discontinuation of the once a month injectable contraceptive Cyclofem. *Contraception*. 1997;55:307–10.
16. Bassol S, Hernandez C, Nava MP, Trujillo AM, Luz de la Cruz D. A comparative study on the return to ovulation following chronic use of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*. 1995;51:307–11.
17. Garza-Flores J, Rodriguez V, Perez-Palacios G, Virutamasen P, Tang Keow P, Konsayreepong R et al; World Health Organization Task Force on Long-acting Systemic Agents for Fertility Regulation. A multi-centered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of DepoProvera. *Contraception*. 1987;36:441–57.
18. Rahimy MH, Ryan KK. Lunelle monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension): assessment of return of ovulation after three monthly injections in surgically sterile women. *Contraception*. 1999;60:189–200.

7.5 Kontrasepsi Darurat (KD)

Kontrasepsi darurat (KD) atau kontrasepsi setelah senggama, mengacu pada metode kontrasepsi yang dapat digunakan untuk mencegah kehamilan dalam beberapa hari pertama setelah hubungan seksual. Metode ini juga dapat digunakan dalam kondisi darurat setelah hubungan seksual tanpa perlindungan, kegagalan atau kesalahan penggunaan kontrasepsi (seperti pil yang lupa dikonsumsi atau kondom robek), perkosaan atau hubungan seksual paksa.

Bagian ini memberikan rekomendasi untuk empat metode KD: AKDR-tembaga (AKDR-Cu) untuk KD dan tiga jenis pil kontrasepsi darurat (PKD) berbeda: PKD ulipristal asetat (PKD-UPA), PKD-Levonorgestrel (PKD-LNG) dan PKD kombinasi estrogen-progestin (PKD kombinasi).

KD aman digunakan untuk sebagian besar wanita. Untuk membantu menentukan apakah wanita dengan kondisi medis atau karakteristik tertentu dapat menggunakan KD dengan aman, dapat merujuk pada kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi, edisi ke-5 (MEC).¹

Ada beberapa pilihan untuk kontrasepsi darurat. AKDR-Cu adalah metode KD yang efektif dalam mengurangi risiko kehamilan lebih dari 99% jika dipasang dalam 120 jam setelah hubungan seksual (2-5). PKD mengurangi risiko kehamilan secara signifikan. Namun, penting untuk dicatat bahwa efektivitas masing-masing metode bervariasi sesuai dengan keadaan individu termasuk jenis PKD yang dipilih, hari siklus menstruasi, dan lamanya waktu antara hubungan seksual tanpa kondom serta inisiasi PKD. Selain itu, keefektifan PKD dapat berkurang akibat dari beberapa kondisi seperti: kembali melakukan hubungan seksual tanpa pelindung dalam siklus yang sama, menggunakan obat lain (misalnya penginduksi enzim sitokrom P450 3A4 [CYP 3A4]) dan memiliki berat badan atau indeks massa tubuh (IMT) yang lebih tinggi (6-7).

KD tidak dapat melindungi terhadap infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV. Jika ada risiko IMS / HIV, pengguna dianjurkan untuk menggunakan kondom dengan tepat dan konsisten. Ketika digunakan dengan benar dan konsisten, kondom menjadi metode perlindungan yang paling efektif terhadap IMS, termasuk HIV. Kondom perempuan efektif dan aman, tetapi tidak digunakan secara luas seperti kondom laki-laki.

7.5.1 AKDR-Cu untuk KD dan pil kontrasepsi darurat (PKD)

Rejimen - salah satu harus dipilih

- AKDR-Cu untuk KD
- PKD-UPA: Dosis tunggal - satu tablet 30 mg1
- PKD-LNG:
 - Dosis tunggal (pilihan rejimen LNG) - 1,50 mg (dua 0,75 mg tablet)
 - Dosis terbagi - satu dosis 0,75 mg, diikuti dengan dosis kedua 0,75 mg 12 jam kemudian
- PKD Kombinasi:
 - Dosis terbagi - satu dosis 100 µg etinil estradiol ditambah 0,50 mg LNG, diikuti dengan dosis kedua 100 µg etinil estradiol ditambah 0,50 mg LNG 12 jam kemudian.

Pengaturan waktu

- AKDR-Cu dapat dipasang hingga 120 jam setelah hubungan seksual tanpa perlindungan.
- Idealnya, PKD-UPA, PKD-LNG atau PKD kombinasi harus digunakan sesegera mungkin setelah hubungan seksual tanpa perlindungan dalam 120 jam. Namun, wanita tersebut harus diberitahu bahwa keefektifan PKD tergantung pada waktu penggunaan, semakin segera digunakan semakin efektif. PKD-UPA mungkin lebih efektif antara 72 jam dan 120 jam setelah hubungan seksual tanpa pelindung daripada PKD lainnya.

Rekomendasi Baru 4.1

Seorang wanita sebaiknya mendapatkan dosis tunggal PKD-UPA segera setelah hubungan seksual sampai dengan 120

Keterangan (Lihat referensi 8–17, 32)

GDG menunjukkan bahwa PKD paling efektif bekerja saat digunakan sesegera mungkin setelah hubungan seksual, idealnya dalam 72 jam setelah hubungan seksual. Bukti yang ada menunjukkan bahwa PKD masih efektif bekerja dalam 72-120 jam setelah hubungan seksual, namun efektivitasnya semakin berkurang apalagi jika lebih dari 96 jam. Suatu studi menunjukkan bahwa PKD-UPA lebih efektif daripada PKD-LNG dalam 72-120 jam setelah hubungan seksual tanpa perlindungan; tidak ada penelitian yang membandingkan PKD-UPA dengan PKD kombinasi secara langsung. Efektifitas PKD lebih dari 120 jam setelah hubungan seksual belum diketahui.

GDG menilai bahwa PKD kombinasi lebih disukai dibandingkan PKD-UPA dan PKD-LNG karena lebih jarang menyebabkan mual dan muntah.

GDG juga menyatakan bahwa rejimen dosis tunggal PKD-LNG setidaknya sama efektifnya dengan rejimen dosis-terbagi PKD-LNG (lihat rincian di atas). Program dapat menyediakan pilihan yakni dosis tunggal atau dosis terbagi,

tergantung pada persediaan yang ada. GDG menyatakan bahwa rejimen dosis tunggal lebih baik daripada dosis terbagi dikarenakan pertimbangan mengenai kepatuhan penggunaan metode.

Ketersediaan Pasokan PKD yang lebih awal

- Pasokan PKD yang lebih awal dapat diberikan kepada seorang pengguna untuk memastikan kebutuhan mereka tercukupi saat diperlukan dan dapat digunakan sesegera mungkin setelah hubungan seksual tanpa perlindungan.

Keterangan (Lihat referensi 18–24)

GDG menekankan bahwa penyediaan pasokan yang lebih awal tidak dapat diterapkan di beberapa negara, sehingga dalam kasus seperti ini, resep dapat diberikan sebelumnya kepada pengguna.

GDG menilai bahwa jika pengguna diberikan persediaan pasokan PKD yang lebih awal maka kemungkinan pengguna untuk menggunakan PKD setelah hubungan seksual tanpa perlindungan lebih besar. Hal ini akan meningkatkan frekuensi penggunaan PKD atau meningkatkan frekuensi hubungan seksual tanpa perlindungan, namun tidak akan mempengaruhi pola penggunaan kontrasepsi.

Pengguna metode kontrasepsi lain dapat mempertimbangkan penggunaan kontrasepsi darurat dalam keadaan berikut, jika diperlukan:

- Pengguna kontrasepsi suntik progestin (KSP): Jika pengguna terlambat lebih dari dua minggu untuk pemberian DMPA atau suntikan ulang NET-EN, pengguna dapat diberikan suntikan jika sudah dipastikan tidak hamil. Dalam 7 hari setelah pemberian KSP, pengguna tidak boleh berhubungan seksual atau harus menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan. Penggunaan KD dapat dipertimbangkan jika perlu.
- Pengguna kontrasepsi pil progestin (KPP): Jika seorang wanita sedang dalam menstruasi (termasuk wanita yang sedang menyusui) telah kehilangan 1 atau lebih pil selama lebih dari 3 jam, maka penggunaan KD dapat dipertimbangkan jika perlu.
- Pengguna kontrasepsi pil kombinasi (KPK) berupa pil yang mengandung 30–35 µg etinil estradiol: Jika pengguna lupa mengonsumsi 3 atau lebih pil aktif (hormonal) pada minggu pertama (termasuk memulai paket 3 atau terlambat lebih dari beberapa hari) dan melakukan hubungan seksual tanpa perlindungan, maka penggunaan KD dapat dipertimbangkan jika perlu.
- Pengguna kontrasepsi suntik kombinasi (KSK): Jika pengguna terlambat lebih dari 7 hari untuk

pemberian suntikan, pengguna dapat diberikan suntikan jika sudah dipastikan tidak hamil. Dalam 7 hari setelah pemberian KSP, pengguna tidak boleh berhubungan seksual atau harus menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan. Penggunaan KD dapat dipertimbangkan jika perlu.

- Pengguna *Standard Days Method* (SDM): Jika perempuan melakukan hubungan seksual tanpa perlindungan pada hari ke-8 hingga ke-19 dari siklus, penggunaan KD dapat dipertimbangkan jika perlu.
- Mencegah mual dan muntah saat penggunaan PKD
- PKD-LNG atau PKD-UPA¹ lebih disukai daripada PKD kombinasi karena lebih jarang menyebabkan mual dan muntah.
- Penggunaan anti-emetik secara rutin sebelum menggunakan PKD tidak disarankan, namun dapat dipertimbangkan untuk digunakan tergantung pada ketersediaan dan penilaian klinis dari penyedia layanan kesehatan.

Rekomendasi BARU 4.2

Penggunaan PKD-LNG atau PKD-UPA lebih disarankan daripada PKD kombinasi karena lebih jarang menyebabkan mual dan muntah. Penggunaan anti-emetik secara rutin sebelum menggunakan PKD tidak disarankan, namun dapat dipertimbangkan untuk digunakan tergantung pada ketersediaan dan penilaian klinis dari penyedia layanan kesehatan.

Keterangan (Lihat referensi 17, 25–30)

GDG menilai bahwa banyak pengguna yang tidak akan mengalami mual atau muntah ketika menggunakan PKD. Meskipun GDG tidak merekomendasikan penggunaan anti-emetik secara rutin sebelum menggunakan PKD, namun ditekankan bahwa anti-emetik dapat bekerja efektif pada beberapa wanita dan dapat diberikan bila diperlukan.

Ketika penyedia layanan memutuskan untuk memberikan anti-emetik kepada perempuan yang menggunakan PKD, mereka harus mempertimbangkan hal-hal berikut.

- Kemungkinan terjadinya mual dan muntah pada wanita yang menggunakan PKD kombinasi lebih tinggi daripada pada wanita yang menggunakan PKD-LNG atau PKD-UPA.
- Bukti menunjukkan bahwa anti-emetik dapat mengurangi terjadinya mual dan muntah pada wanita yang menggunakan PKD kombinasi.
- Pengguna yang mendapat anti-emetik dapat mengalami efek samping dari anti-emetik.
- Dalam beberapa kondisi, ketersediaan anti-emetik dapat dibatasi.

GDG menyatakan masih sedikit bukti yang menunjukkan hubungan penggunaan PKD dengan makanan terhadap risiko mual atau muntah.

Tata Laksana Muntah Pada Wanita yang Menggunakan PKD

Muntah dalam 2 jam setelah mengonsumsi dosis tunggal pil (PKD-LNG atau PKD Kombinasi)

- Dosis PKD lain harus dikonsumsi sesegera mungkin. Jika pengguna menggunakan PKD kombinasi, anti emetik dapat diberikan sebelum mengonsumsi dosis kedua PKD.
- Jika muntah berlanjut, dosis tunggal PKD ulangan dapat diberikan melalui vagina.
- Muntah dalam 3 jam setelah mengonsumsi dosis tunggal PKD-UPA¹
- Dosis UPA lainnya harus dikonsumsi sesegera mungkin.

Rekomendasi BARU 4.3

Jika seorang pengguna muntah dalam 3 jam setelah mengonsumsi dosis tunggal PKD-UPA, dosis tunggal lain PKD-UPA harus diberikan sesegera mungkin.

Keterangan

GDG menekankan bahwa penggunaan PKD-LNG atau PKD-UPA lebih disarankan daripada PKD kombinasi karena lebih jarang menyebabkan mual dan muntah.

GDG menilai bahwa dua jam dianggap cukup untuk waktu penyerapan hormon PKD-LNG atau PKD kombinasi dan tidak ada tindakan yang perlu dilakukan jika seorang wanita muntah setelah lebih dari dua jam. Tiga jam dianggap cukup untuk waktu penyerapan UPA.

7.5.2 Memulai atau Pengulangan Kontrasepsi Reguler setelah menggunakan KD²

Setelah menggunakan AKDR-Cu (AKDR-Cu) untuk KD

Jika pengguna sudah menggunakan AKDR-Cu, perlindungan kontrasepsi tambahan tidak diperlukan.

Setelah menggunakan PKD-LNG dan PKD Kombinasi

Rekomendasi BARU 4.4

Dalam pemasangan PKD-LNG atau PKD kombinasi, seorang pengguna dapat mengulang metode kontrasepsi atau dapat segera memulai metode kontrasepsi lain, termasuk AKDR-Cu.

Waktu:

- Setelah pemberian PKD-LNG atau PKD kombinasi, seorang wanita dapat melanjutkan metode kontrasepsi nya, atau mulai metode kontrasepsi apa pun sesegera mungkin, termasuk AKDR-Cu. Jika pengguna ingin menggunakan AKDR-LNG, metode kontrasepsi ini dapat dipasang kapan saja setelah pengguna sudah dipastikan tidak hamil. Jika pengguna tidak segera memulai kontrasepsi tetapi kembali untuk suatu metode, pengguna dapat memulai kontrasepsi hormonal

kombinasi (KPK, KHKT, CVKK atau KSK) atau kontrasepsi progestin (KSP, KPP, implan, DMPA atau NET-EN suntik) kapan saja setelah pengguna sudah dipastikan tidak hamil.

- Jika dia tidak segera menggunakan KPK tetapi kembali untuk pemasangan AKDR maka AKDR dapat segera dipasang setelah pengguna sudah dipastikan tidak hamil. Jika pengguna dalam kondisi amenorea, AKDR dapat dipasang kapan saja setelah pengguna sudah dipastikan tidak hamil

Perlu kontrasepsi tambahan:

Dalam 2 hari setelah memulai KPP atau 7 hari setelah memulai kontrasepsi hormonal kombinasi (KPK, KHKT, CVKK atau KSK) atau kontrasepsi progestin lainnya (DMPA atau NET-EN, KSP, implan atau AKDR-LNG), wanita diharuskan untuk tidak melakukan hubungan seksual atau menggunakan kontrasepsi penghalang serta perlu untuk melakukan tes kehamilan pada waktu yang tepat, jika diperlukan (misalnya jika mengalami menstruasi selama tiga minggu setelah penggunaan kontrasepsi yang utama).

Keterangan

Berdasarkan kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi (MEC), AKDR tidak layak medis untuk dipasang dalam keadaan hamil sehingga tidak boleh untuk digunakan karena risiko terjadinya sepsis akibat keguguran spontan dan radang panggul yang serius. GDG menganjurkan penggunaan enam kriteria dalam daftar tilik penapisan kehamilan untuk membantu penyedia layanan kesehatan memastikan apakah seorang pengguna (ibu) hamil atau tidak. (lihat bagian 7.1: Bagaimana penyedia layanan kesehatan dapat yakin bahwa seorang wanita tidak hamil?). Namun, untuk wanita yang sedang dalam pasca persalinan dan tidak menyusui, atau dalam kondisi amenorea (diluar pasca persalinan), enam kriteria ini tidak dapat diterapkan dan diperlukan cara lain untuk menentukan apakah pengguna hamil atau tidak.

Setelah menggunakan PKD-UPA¹

Rekomendasi BARU 4.5

Setelah penggunaan PKD-UPA, pengguna dapat memulai kontrasepsi yang mengandung progestin (KHK, KPP atau KSP) pada hari ke-6 setelah menggunakan PKD-UPA. AKDR-LNG dapat dipasang segera setelah pengguna dipastikan tidak hamil. AKDR-Cu dapat segera dipasang.

Waktu:

- Setelah penggunaan PKD-UPA, pengguna dapat memulai kontrasepsi yang mengandung progestin (KHK, KSP atau KPP) pada hari ke-6 setelah penggunaan PKD-UPA. AKDR-LNG dapat dipasang segera setelah pengguna dipastikan tidak hamil

- Jika penggunaan tidak dimulai pada hari ke-6, pengguna tetap dapat memulai penggunaan KHK (KPK, KHKT, CVKK atau KSK) atau kontrasepsi progestin (KPP, DMPA atau NET-EN suntik kontrasepsi, implan atau AKDR-LNG) kapan saja setelah pengguna dipastikan tidak hamil. Jika pengguna dalam kondisi amenorea, AKDR-LNG dapat dipasang kapan saja setelah pengguna dipastikan tidak hamil.
- Setelah penggunaan PKD-UPA, AKDR-Cu dapat segera dipasang
 - Jika pengguna tidak segera dipasang AKDR-Cu, dia dapat dipasang AKDR-Cu kapan saja setelah pengguna dipastikan tidak hamil. Jika pengguna dalam kondisi amenorea, AKDR-Cu dapat dipasang kapan saja setelah pengguna dipastikan tidak hamil.

Perlu kontrasepsi tambahan:

Setelah pemakaian PKD-UPA, pengguna tidak dibolehkan untuk melakukan hubungan seksual atau harus menggunakan kontrasepsi penghalang sampai dipastikan terlindungi dari kehamilan.

Jika kontrasepsi hormonal yang berikutnya dimulai setelah 6 hari penggunaan PKD-UPA, pengguna tidak dibolehkan untuk melakukan hubungan seksual atau harus menggunakan kontrasepsi penghalang sesuai dengan rekomendasi untuk kontrasepsi inisiasi (misalnya tambahan 2 hari untuk KPP atau tambahan 7 hari untuk semua metode hormon lainnya). Pengguna juga diharuskan untuk melakukan tes kehamilan pada waktu yang tepat, jika diperlukan (misalnya jika tidak terjadi menstruasi). Apabila AKDR-Cu sudah dipasang, pengguna dapat melakukan hubungan seksual atau tidak perlu menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan.

Keterangan (Lihat referensi 31)

UPA (anti-progestin) dapat berinteraksi dengan kontrasepsi progestin sehingga saling menurunkan efektivitas keduanya. GDG menyatakan untuk menghindari potensi terjadinya interaksi obat, maka metode yang mengandung progestin harus dimulai pada hari ke-6 setelah menggunakan UPA dikarenakan sperma masih aktif dalam saluran reproduksi wanita setelah hubungan seksual tanpa perlindungan.

GDG menyatakan jika penggunaan awal metode yang mengandung progestin ditunda sampai 6 hari setelah penggunaan UPA tidak diperbolehkan, pengguna dapat memulai metode lainnya sesegera mungkin dan

diperlukan untuk melakukan tes kehamilan pada waktu yang tepat (misalnya jika tidak terjadi menstruasi dalam tiga minggu).

GDG menyatakan jika kontrasepsi hormonal yang berikutnya dimulai setelah 6 hari penggunaan PKD-UPA, pengguna tidak dibolehkan untuk melakukan hubungan seksual atau harus menggunakan kontrasepsi penghalang sesuai dengan rekomendasi untuk kontrasepsi inisiasi (misalnya tambahan 2 hari untuk KPP atau tambahan 7 hari untuk semua metode hormon lainnya) agar terlindungi dari kehamilan.

Berdasarkan kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi (MEC), AKDR tidak layak medis untuk dipasang dalam keadaan hamil sehingga tidak boleh untuk digunakan karena risiko terjadinya sepsis akibat keguguran spontan dan radang panggul yang serius. GDG menganjurkan penggunaan enam kriteria dalam daftar tilik penapisan kehamilan untuk membantu penyedia layanan kesehatan memastikan apakah seorang pengguna (ibu) hamil atau tidak. (lihat bagian 7.1: Bagaimana penyedia layanan kesehatan dapat yakin bahwa seorang wanita tidak hamil?). Namun, untuk wanita yang sedang dalam pasca persalinan dan tidak menyusui, atau dalam kondisi amenorea (diluar pasca persalinan), enam kriteria ini tidak dapat diterapkan dan diperlukan cara lain untuk menentukan apakah pengguna hamil atau tidak.

Referensi untuk Kontrasepsi Darurat (KD)

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, accessed 8 July 2016).
2. Cleland K, Zhu H, Goldstick N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod.* 2012;27(7):1994–2000. doi:10.1093/humrep/des140.
3. Wu S, Godfrey EM, Wojdyla D, Dong J, Cong J, Wang C et al. Copper T380A intrauterine device for emergency contraception: a prospective, multicentre, cohort clinical trial. *BJOG.* 2010;117(10):1205–10. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02652.x.
4. Turok DK, Godfrey EM, Wojdyla D, Dermish A, Torres L, Wu SC. Copper T380 intrauterine device for emergency contraception: highly effective at any time in the menstrual cycle. *Hum Reprod.* 2013;28(10):2672–6. doi:10.1093/humrep/det330.
5. Zhou L, Xiao B. Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial. *Contraception.* 2001;64(2):107–12.
6. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception.*

- 2011;84(4):363–7. doi:10.1016/j.contraception.2011.02.009.
7. Trussell J, Rodríguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*. 1999;59(3):147–51.
8. Cleland K, Zhu H, Goldstock N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod*. 2012;27(7):1994–2000. doi:10.1093/humrep/des140.
9. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*. 2010;375(9714):555–62. doi:10.1016/S0140-6736(10)60101-8.
10. Raymond E, Taylor D, Trussell J, Steiner MJ. Minimum effectiveness of the levonorgestrel regimen of EC. *Contraception*. 2004;69(1):79–81.
11. Fine P, Mathe H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48–120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol*. 2010;115(2 Pt 1):257–63. doi:10.1097/AOG.0b013e3181c8e2aa.
12. Dada OA, Godfrey EM, Piaggio G, von Hertzen H. A randomized, double blind, noninferiority study to compare two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigeria. *Contraception*. 2010;82(4):373–8. doi:10.1016/j.contraception.2010.06.004.
13. Ngai SW, Fan S, Li S, Cheng L, Ding J, Jing X et al. A randomized trial to compare 24h versus 12h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception. *Hum Reprod*. 2005;20(1):307–11.
14. Ellertson C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, Spears A, Johnstone K et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol*. 2003;101(6):1168–71.
15. Piaggio G, von Hertzen H. Effect of delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception. Presented at the XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, 2–7 November 2003, Santiago, Chile.
16. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184(4):531–7. doi:10.1067/mob.2001.111102.
17. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bartfai G et al.; WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*. 2002;360(9348):1803–10. doi:10.1016/S0140-6736(02)11767-3.
18. Belzer M, Yoshida E, Tejirian T, Tucker D, Chung K, Sanchez K. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *J Adolesc Health*. 2003;32:122–3.
19. Ellertson C, Ambardekar S, Hedley A, Coyaji K, Trussell J, Blanchard K. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstet Gynecol*. 2001;98(4):570–5.
20. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *New Engl J Med*. 1998;339(1):1–4. doi:10.1056/NEJM199807023390101.
21. Jackson RA, Bimla Schwartz E, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception—a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2003;102(1):8–16.
22. Lovvorn A, Nerquaye-Tetteh J, Glover EK, Amankwah-Poku A, Hays M, Raymond E. Provision of emergency contraceptive pills to spermicide users in Ghana. *Contraception*. 2000;61(4):287–93.
23. Raine T, Harper C, Leon K, Darney P. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstet Gynecol*. 2000;96(1):1–7.
24. Roye CF. Routine provisions of emergency contraception to teens and subsequent condom use: a preliminary study [letter]. *J Adolesc Health*. 2001;28(3):165–6.
25. Rodriguez MI, Godfrey EM, Warden M, Curtis KM. Prevention and management of nausea and vomiting with emergency contraception: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):583–9. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.031.
26. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception*. 2002;66(4):269–73.
27. Ellertson C, Webb A, Blanchard K, Bigrigg A, Haskell S, Shochet T, Trussell J. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2003;101(6):1160–7.
28. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod*. 1993;8(3):389–92.
29. Ragan RE, Rock RW, Buck HW. Metoclopramide pretreatment attenuates emergency contraceptive-associated nausea. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(2):330–3.
30. Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT, Lovvorn AE, Rountree RW, Trussell J. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2000;95(2):271–7.
31. Salcedo J, Rodriguez MI, Curtis KM, Kapp N. When can a woman resume or initiate contraception after taking emergency contraceptive pills? A systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):602–4. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.013.
32. Rodriguez MI, Gaffield ME. How can a woman take emergency contraceptive pills? (unpublished, available upon request).

7.6 Standard Days Method®

Standard Days Method (SDM) adalah jenis metode sadar masa subur. Metode Sadar Masa Subur - yang meliputi Metode Ovulasi, Metode Dua Hari, dan Metode Suhu Basal Tubuh- dapat digunakan secara bersamaan dengan pantang senggaa atau kontrasepsi penghalang selama masa subur. Penggunaan SDM pada wanita dengan siklus menstruasi 26-32 hari panjangnya tidak dibolehkan melakukan hubungan seksual tanpa perlindungan pada hari ke-8 sampai ke-19 dari siklus. Untuk pembahasan Metode Masa Subur selengkapnya, silakan merujuk kepada panduan Keluarga Berencana: *A Global Handbook for Providers*.¹

SDM dapat digunakan dengan aman pada sebagian besar wanita. Wanita dengan kondisi kehamilan yang berisiko tinggi tidak disarankan untuk menggunakan SDM karena tingkat keberhasilannya yang rendah. Untuk menentukan apakah pengguna dengan kondisi medis atau karakteristik tertentu dapat menggunakan SDM secara aman, silakan merujuk ke kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi, edisi ke-5.²

SDM tidak dapat melindungi pengguna dari infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV. Jika terdapat risiko IMS / HIV, pengguna dianjurkan untuk kondom secara benar dan konsisten. Ketika digunakan dengan benar dan konsisten, kondom merupakan salah satu metode perlindungan yang paling efektif terhadap IMS, termasuk HIV. Kondom wanita efektif dan aman, tetapi belum digunakan secara luas.

Waktu Memulai Penggunaan SDM

Penyediaan awal SDM untuk wanita yang siklus menstruasinya berada dalam rentang 26-32 hari

Metode kontrasepsi lain seharusnya dapat disediakan untuk perlindungan pada hari ke 8-19 dari siklus jika pengguna menginginkannya. Berikan persediaan terlebih dahulu.

Pengguna SDM yang melakukan hubungan seksual tanpa perlindungan pada hari ke 8-19

Penggunaan kontrasepsi darurat harus dipertimbangkan, jika perlu.

Penggunaan SDM pada wanita yang memiliki dua atau lebih siklus di luar rentang 26-32 hari, dalam satu tahun penggunaan

Pengguna harus diberi tahu bahwa metode mungkin tidak sesuai untuknya karena risiko kehamilan yang lebih tinggi. Bantu pengguna untuk mempertimbangkan metode lain.

Keterangan (Lihat referensi 3–5)

GDG menyimpulkan bahwa meskipun hubungan seksual tanpa perlindungan dihindari pada hari ke-8 hingga ke-19 dari siklus, risiko terjadinya kehamilan tetap tinggi ketika siklus menstruasi berada di luar rentang 26-32 hari.

Referensi untuk Standard Days Method (SDM)

1. Family planning: a global handbook for providers: 2011 update. World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, United States Agency for International Development; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373_eng.pdf, accessed 8 July 2016).
2. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, accessed 8 July 2016).
3. Arévalo M, Sinau I, Jennings V. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception*. 2000;60(6):357–60.
4. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 2000;321:1259–62. doi:10.1136/bmj.321.7271.1259.
5. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001;63(4):211–5.

7.7 Sterilisasi Pria

Sterilisasi pria atau vasektomi, adalah prosedur berisiko rendah yang meliputi oklusi vas deferens dan dapat dilakukan dalam secara rawat jalan. Vasektomi tanpa pisau maupun vasektomi konvensional merupakan suatu tindakan yang cepat, aman dan efektif. Tindakan ini harus dianggap sebagai metode permanen dan setiap individu serta pasangan yang mempertimbangkan tindakan ini harus diberikan konseling yang sesuai, untuk memastikan bahwa setiap klien sudah mengerti betul sehingga membuat keputusan dengan sukarela. Perhatian khusus harus diberikan terhadap pengguna usia muda, pria yang belum menjadi ayah, dan klien dengan masalah kesehatan mental, termasuk kondisi depresif. Selain menerima konseling tentang sifat permanen metode ini, semua klien harus dikonsultasikan dengan hati-hati tentang ketersediaan metode yang bersifat jangka panjang lainnya yang juga efektif. Dalam penyediaan pelayanan vasektomi perlu untuk mempertimbangkan undang-undang nasional dan norma yang berlaku.

Tidak ada kondisi medis yang menyebabkan vasektomi tidak dapat dilakukan, meskipun terdapat beberapa kondisi dan keadaan yang menyebabkan tindakan vasektomi sulit untuk dilakukan. Untuk membantu menentukan apakah pria dengan kondisi medis atau karakteristik tertentu dapat menjalani vasektomi dengan aman, silakan lihat kriteria kelayakan medis untuk penggunaan kontrasepsi, edisi ke-5 (1). Untuk pembahasan vasektomi selengkapnya, silakan merujuk ke panduan Keluarga Berencana: a Global Handbook for Providers (2).

Vasektomi tidak dapat melindungi pengguna dari infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV. Jika terdapat risiko IMS / HIV, pengguna dianjurkan untuk kondom secara benar dan konsisten. Ketika digunakan dengan benar dan konsisten, kondom merupakan salah satu metode perlindungan yang paling efektif terhadap IMS, termasuk HIV. Kondom wanita efektif dan aman, tetapi belum digunakan secara luas.

7.7.1 Vasektomi

Keberhasilan Vasektomi Sebagai Metode Kontrasepsi

- Pria harus disarankan untuk menunggu tiga bulan sebelum mengandalkan vasektomi sebagai metode kontrasepsi.

- Selama periode ini, pengguna boleh kembali melakukan hubungan seksual dengan catatan:
 - Jika istri menggunakan kontrasepsi : teruskan penggunaan kontrasepsi istri selama 3 bulan ke depan (setelah itu kontrasepsi dapat dilepas)
 - Jika istri tidak menggunakan kontrasepsi apapun : pengguna harus menggunakan kontrasepsi pelindung selama 3 bulan sejak luka sembuh
- Setelah 3 bulan, perlu dilakukan analisis cairan sperma untuk memastikan tercapainya azoospermia.

Keterangan (Lihat referensi 3–92)

GDG menyatakan bahwa vasektomi merupakan metode yang paling efektif jika dilakukan dengan secara benar dan pengguna patuh untuk tidak melakukan hubungan seksual tanpa perlindungan selama 3 bulan sebelum dipastikan sudah tercapai azoospermia. GDG menilai bahwa analisis cairan sperma dianggap paling dapat diandalkan dalam menentukan keberhasilan vasektomi.

GDG juga membuktikan bahwa setelah 20x ejakulasi dianggap tidak dapat diandalkan dalam menentukan keberhasilan vasektomi. Dalam 3 bulan setelah vasektomi, pengguna tidak dibolehkan melakukan hubungan seksual tanpa perlindungan untuk memastikan azoospermia.

Pemeriksaan dan Tes Sebelum Tindakan Vasektomi

Pada pria sehat, hanya pemeriksaan genital lokal yang penting dan wajib dilakukan sebelum menjalani tindakan vasektomi. Namun, untuk prosedur vasektomi yang dilakukan di bawah anestesi lokal perlu dilakukan skrining tekanan darah.

Pemeriksaan atau Tes	Vasektomi*
Pemeriksaan atau tes	A
Pemeriksaan genitalia	C
Pemeriksaan laboratorium rutin	C
Tes hemoglobin	C
Penilaian risiko infeksi menular seksual (IMS): riwayat penyakit dan pemeriksaan fisis	C
Skrining IMS dan HIV: tes laboratorium	C†

*Kelas A: Pemeriksaan atau tes sangat penting dan wajib dalam semua keadaan untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif; Kelas B: Pemeriksaan atau tes berkontribusi secara signifikan untuk penggunaan yang aman dan efektif, tetapi implementasi dapat dipertimbangkan dalam konteks kesehatan dan/atau layanan masyarakat. Risiko tidak melakukan pemeriksaan harus seimbang dengan keuntungan penggunaan kontrasepsi; Kelas C: Pemeriksaan

atau tes tidak berkontribusi secara signifikan untuk penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif.

‡ Untuk prosedur menggunakan anestesi lokal.

Referensi untuk Sterilisasi Pria

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, accessed 8 July 2016).
2. Family planning: a global handbook for providers: 2011 update. World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, United States Agency for International Development; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373_eng.pdf, accessed 8 July 2016).
3. Albert PS, Mininberg DT, Davis JE. The nitrofurans as sperm immobilising agents: their tissue toxicity and their clinical application. *Br J Urol*. 1975;47:459–62.
4. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as adjunct in vasectomy. *Urology*. 1977;10:450–1.
5. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as an adjunct in vasectomy. *Fertil Steril*. 1978;29:442–3.
6. Albert PS, Salerno RG, Kapoor SN, Davis JE. The nitrofurans as sperm immobilizing agents. *J Urol*. 1975;113:69–70.
7. Albert PS, Salerno RG, Kapoor SN, Davis JE. The nitrofurans as sperm-immobilizing agents, their tissue toxicity, and their clinical application in vasectomy. *Fertil Steril*. 1975;26:485–91.
8. Alderman PM. The lurking sperm. A review of failures in 8879 vasectomies performed by one physician. *JAMA*. 1988;259:3142–4.
9. Alderman PM. General and anomalous sperm disappearance characteristics found in a large vasectomy series. *Fertil Steril*. 1989;51:859–62.
10. Anonymous. One thousand vasectomies. *BMJ*. 1973;4(5886):216–21.
11. Arellano Lara S, Gonzalez Barrera JL, Hernandez Ono A, Moreno Alcazar O, Espinosa Perez J. No-scalpel vasectomy: review of the first 1000 cases in a family medicine unit. *Arch Med Res*. 1997;28:517–22.
12. Badrakumar C, Gogoi NK, Sundaram SK. Semen analysis after vasectomy: when and how many? *Br J Urol Int*. 2000;86(4):479–81.
13. Barone MA, Nazerali H, Cortes M, Chen-Mok M, Pollack AE, Sokal D. A prospective study of time and number of ejaculations to azoospermia after vasectomy by ligation and excision. *J Urol*. 2003;170:892–6. doi:10.1097/01.ju.0000075505.08215.28.
14. Barros D'Sa IJ, Guy PJ. No-scalpel vasectomy: a cautionary tale of failure. *Br J Urol Int*. 2003;92:331–2.
15. Bedford JM, Zelikovsky G. Viability of spermatozoa in the human ejaculate after vasectomy. *Fertil Steril*. 1979;32:460–3.
16. Belker AM, Sexter MS, Sweitzer SJ, Raff MJ. The high rate of noncompliance for post-vasectomy semen examination: medical and legal considerations. *J Urol*. 1990;144(2 Pt 1):284–6.
17. Berthelsen JG. [Irrigation of the vas deferens during vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*. 1975;137:1527–9 (in Danish).
18. Berthelsen JG. Perioperative irrigation of the vas deferens during vasectomy. *Scand J Urol Nephrol*. 1976;10:100–2.
19. Berthelsen JG, Gandrup P. [Investigation of fertility after vasectomy by means of eosin differential staining (vital staining) of the spermatozoa]. *Ugeskrift for Laeger*. 1979;141:2116–8 (in Danish).
20. Bradshaw HD, Rosario DJ, James MJ, Boucher NR. Review of current practice to establish success after vasectomy. *Br J Surg*. 2001;88(2):290–3.
21. Chan J, Anderson R, Glasier A. Post-vasectomy semen analysis: unnecessary delay or belt and braces? *Br J Fam Plann*. 1997;23(3):77–9.
22. Cortes M, Flick A, Barone MA, Amatya R, Pollack AE, Otero-Flores J et al. Results of a pilot study of the time to azoospermia after vasectomy in Mexico City. *Contraception*. 1997;56:215–22.
23. Craft I. Irrigation at vasectomy and the onset of "sterility". *Br J Urol*. 1973;45:441–2.
24. Craft I, McQueen J. Effect of irrigation of the vas on post-vasectomy semen-counts. *Lancet*. 1972;1(7749):515–6.
25. Davies AH, Sharp RJ, Cranston D, Mitchell RG. The long-term outcome following "special clearance" after vasectomy. *Br J Urol*. 1990;66:211–2.
26. De Knijff DW, Vrijhof HJ, Arends J, Janknegt RA. Persistence or reappearance of nonmotile sperm after vasectomy: does it have clinical consequences? *Fertil Steril*. 1997;67:332–5.
27. Edwards IS. Vasectomy: elimination of motile sperm [letter]. *Med J Aust*. 1976;1(25):978.
28. Edwards IS. Vasectomy: a simple postoperative regimen. *Med J Aust*. 1977;1:814–7.
29. Edwards IS. Vasectomy: irrigation with euflavine. *Med J Aust*. 1977;1:847–9.
30. Edwards IS. Postvasectomy testing: reducing the delay [letter]. *Med J Aust*. 1981;1:649.
31. Edwards IS. Earlier testing after vasectomy, based on the absence of motile sperm. *Fertil Steril*. 1993;59:431–6.
32. Edwards IS, Farlow JL. Non-motile sperms persisting after vasectomy: do they matter? *BMJ*. 1979;1(6156):87–8.
33. Esho JO, Cass AS. Recanalization rate following methods of vasectomy using interposition of fascial sheath of vas deferens. *J Urol*. 1978;120:178–9.
34. Esho JO, Cass AS, Ireland GW. Morbidity associated with vasectomy. *J Urol*. 1973;110:413–5.
35. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Recanalization following vasectomy. *Urology*. 1974;3:211–4.
36. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Vasectomy: comparison of ligation and fulguration methods. *Urology*. 1974;3:337–8.
37. Freund M, Davis JE. Disappearance rate of spermatozoa from the ejaculate following vasectomy. *Fertil Steril*. 1969;20:163–70.

38. Gandrup P, Berthelsen JG, Nielsen OS. Irrigation during vasectomy: a comparison between sterile water and the spermicide euflavine. *J Urol*. 1982;127:60–1.
39. Goldstein M. Vasectomy failure using an open-ended technique. *Fertil Steril*. 1983;40:699–700.
40. Gupta AS, Kothari LK, Devpura TP. Vas occlusion by tantalum clips and its comparison with conventional vasectomy in man: reliability, reversibility, and complications. *Fertil Steril*. 1977;28:1086–9.
41. Haldar N, Cranston D, Turner E, MacKenzie I, Guillebaud J. How reliable is a vasectomy? Long-term follow-up of vasectomised men. *Lancet*. 2000;356(9223):43–4.
42. Hamilton DW. Immediate sterility after vasectomy. *Med J Aust*. 1977;1:402–3.
43. Jackson P, Phillips B, Prosser E et al. A male sterilization clinic. *BMJ*. 1970;4:295–7.
44. Jensen UH, Siemsen SJ. [Vasectomy with immediate sterility]. *Ugeskrift for Laeger*. 1978;140:916–7 (in Danish).
45. Jones JS. Percutaneous vasectomy: a simple modification eliminates the steep learning curve of no-scalpel vasectomy. *J Urol*. 2003;169(4):1434–6. doi:10.1097/01.ju.0000047366.58553.1c.
46. Jouannet P, David G. Evolution of the properties of semen immediately following vasectomy. *Fertil Steril*. 1978;29:435–41.
47. Klapproth HJ, Young IS. Vasectomy, vas ligation and vas occlusion. *Urology*. 1973;1:292–300.
48. Koneitzko D, Reinecke F. [Prolonged demonstration of spermatozoa after vasectomy]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 1973;98:1221–3 (in German).
49. Kumar V, Kaza RM. A combination of check tug and fascial interposition with no-scalpel vasectomy. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2001;27(2):100.
50. Labrecque M, Nazerali H, Mondor M, Fortin V, Nasution M. Effectiveness and complications associated with 2 vasectomy occlusion techniques. *J Urol*. 2002;168(6):2495–8. doi:10.1097/01.ju.0000032801.68305.3f.
51. Lauritsen NP, Klove-Mogensen M, Glavind K. Vasectomy with rivanol injection and fertility control by vital staining with eosin. *Int Urol Nephrol*. 1987;19:419–22.
52. Lee C, Paterson IS. Review of current practice to establish success after vasectomy. *Br J Surg*. 2001;88:1267–8.
53. Lehtonen T. Effect of irrigation of vas deferens on sperm analyses after vasectomy. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*. 1975;64:224–6.
54. Lehtonen T. Vasectomy for voluntary male sterilisation. *Scand J Urol Nephrol*. 1975;9:174–6.
55. Lemack GE, Goldstein M. Presence of sperm in the pre-vasectomy reversal semen analysis: incidence and implications. *J Urol*. 1996;155(1):167–9.
56. Leungwattanakij S, Lertsuwanaroj A, Ratana-Olarn K. Irrigation of the distal vas deferens during vasectomy: does it accelerate the post-vasectomy sperm-free rate? *Int J Androl*. 2001;24(4):241–5.
57. Lewis EL, Brazil CK, Overstreet JW. Human sperm function in the ejaculate following vasectomy. *Fertil Steril*. 1984;42:895–8.
58. Linnet L. [Control of vasectomy. A prospective study of the semen of 45 vasectomized patients and experience from control study of 197 patients in whom vasectomy was undertaken employing fascial interposition]. *Ugeskrift for Laeger*. 1977;139:1708–14 (in Danish).
59. Linnet L, Linnet-Jepsen P. [Acceptability of offers of vasectomy control]. *Ugeskrift for Laeger*. 1980;142:637–40 (in Danish).
60. Maatman TJ, Aldrin L, Carothers GG. Patient noncompliance after vasectomy. *Fertil Steril*. 1997;68:552–5.
61. McEwan J, Newton J, Yates-Bell A. Hospital family planning: a vasectomy service. *Contraception*. 1974;9:177–92. Madrigal V, Edelman DA, Goldsmith A. Male sterilization in El Salvador: a preliminary report. *J Reprod Med*. 1975;14:167–70.
62. Marshall S, Lyon RP. Transient reappearance of sperm after vasectomy. *JAMA*. 1972;219:1753–4.
63. Marshall S, Lyon RP. Variability of sperm disappearance from the ejaculate after vasectomy. *J Urol*. 1972;107:815–7.
64. Marwood RP, Beral V. Disappearance of spermatozoa from ejaculate after vasectomy. *BMJ*. 1979;1(6156):87.
65. Mason RG, Dodds L, Swami SK. Sterile water irrigation of the distal vas deferens at vasectomy: does it accelerate clearance of sperm? A prospective randomized trial. *Urology*. 2002;59(3):424–7.
66. Nazerali H, Thapa S, Hays M, Pathak LR, Pandey KR, Sokal DC. Vasectomy effectiveness in Nepal: a retrospective study. *Contraception*. 2003;67(5):397–401.
67. O'Brien TS, Cranston D, Ashwin P, Turner E, MacKenzie IZ, Guillebaud J. Temporary reappearance of sperm 12 months after vasectomy clearance. *Br J Urol*. 1995;76:371–2.
68. Orr D, Moore B. Vasectomy as a contraceptive method. *Irish Med J*. 1989;82:19–20.
69. Pearce I, Adeyoku A, Bhatt RI, Mokete M, Brown SCW. The effect of perioperative distal vasal lavage on subsequent semen analysis after vasectomy: a prospective randomized controlled trial. *Br J Urol Int*. 2002;90:282–5.
70. Penna RM, Potash J, Penna SM. Elective vasectomy: a study of 843 patients. *J Fam Pract*. 1979;8:857–8.
71. Philp T, Guillebaud J, Budd D. Late failure of vasectomy after two documented analyses showing azoospermic semen. *BMJ (Clinical Research Edition)*. 1984;289(6437):77–9.
72. Poddar AK, Roy S. Disappearance of spermatozoa from semen after vasectomy. *J Pop Res*. 1976;3:61–70.
73. Rees RW. Vasectomy: problems of follow up. *Proc R Soc Med*. 1973;66:2–4.
74. Rhodes DB, Mumford SD, Free MJ. Vasectomy: efficacy of placing the cut vas in different fascial planes. *Fertil Steril*. 1980;33:433–8.
75. Richardson DW, Aitken RJ, Loudon NB. The functional competence of human spermatozoa recovered after

vasectomy. *J Reprod Fertil*. 1984;70:575–9.

76. Robson AJ, Hunt PK. Flushing of the vas deferens during vasectomy. *Can Med Assoc J*. 1978;118:770–1.
77. Santiso R, Pineda MA, Marroquín M, Bertrand JT. Vasectomy in Guatemala: a follow-up study of five hundred acceptors. *Soc Biol*. 1981;28:253–64.
78. Schmidt SS. Vasectomy by section, luminal fulguration and fascial interposition: results from 6248 cases. *Br J Urol*. 1995;76:373–4.
79. Schraibman IG. One thousand vasectomies. *BMJ*. 1973;4:418.
80. Sekhon GS. Percutaneous vasectomy: a comparative study using a new instrument and technique. *Indian J Med Res*. 1970;58:1433–42.
81. Sivanesaratnam V. Onset of azoospermia after vasectomy. *NZ Med J*. 1985;98(778):331–3.
82. Smith AG, Crooks J, Singh NP, Scoot R, Lloyd SN. Is the timing of post-vasectomy seminal analysis important? *Br J Urol*. 1998;81:458–60.
83. Sokal DC, Irsula B, Hays M, Chen-Mok M, Barone MA; the Investigator Study Group. Vasectomy by ligation and excision, with versus without fascial interposition: a randomized controlled trial. *BMC Med*. 2004;2:6. doi:10.1186/1741-7015-2-6.
84. Sorensen TT, Knudsen PR, Hangaard J. [Outpatient vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*. 1980;143:26–7 (in Danish).
85. Stamm H, Acheampong A. [Vasectomy within the scope of contraception]. *Gynakologische Rundschau*. 1984;24:85–97 (in Danish).
86. Taily G, Vereecken RL, Verduyn H. A review of 357 bilateral vasectomies for male sterilization. *Fertil Steril*. 1984;41:424–7.
87. Temmerman M, Cammu H, Devroey P, Ad Amy JJ. Evaluation of one-hundred open-ended vasectomies. *Contraception*. 1986;33:529–32.
88. Thompson B, MacGregor JE, MacGillivray I, Garvie WH. Experience with sperm counts following vasectomy. *Br J Urol*. 1991;68:230–3.
89. Urquhart-Hay D. Immediate sterility after vasectomy. *BMJ*. 1973;3(5876):378–9.
90. Varela Rico J et al. Vasectomy with immediate sterilization using intraductal phenylmercuric acetate. *Curr Ther Res Clin Exp*. 1979;26:881–4.
91. Yu HY, Halim A, Evans PR. Chlorhexidine for irrigation of vas: a clinical trial and the study of viability of non-motile sperms in post-vasectomy patients with trypan blue uptake. *Br J Urol*. 1976;48:371–5.



Kontak

Department of Reproductive Health and Research World
Health Organization
Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Fax: +41.22.791.4171
Email: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 156540 0

