

Asuhan Kebidanan **Persalinan Kala IV**

Sabatina Windyaningrum, S.Keb.,
Bd., M.Keb.



Fisiologi kala IV

Evaluasi kontraksi uterus

Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Menentukan derajat laserasi serta melakukan penjahitan luka episiotomi/laserasi

Perkiraan darah yang hilang

Pemantauan dan evaluasi selama kala IV

Health education pada postpartum dini

Aspek emosi dan psikososial pada post partum dini

Learning Objective :

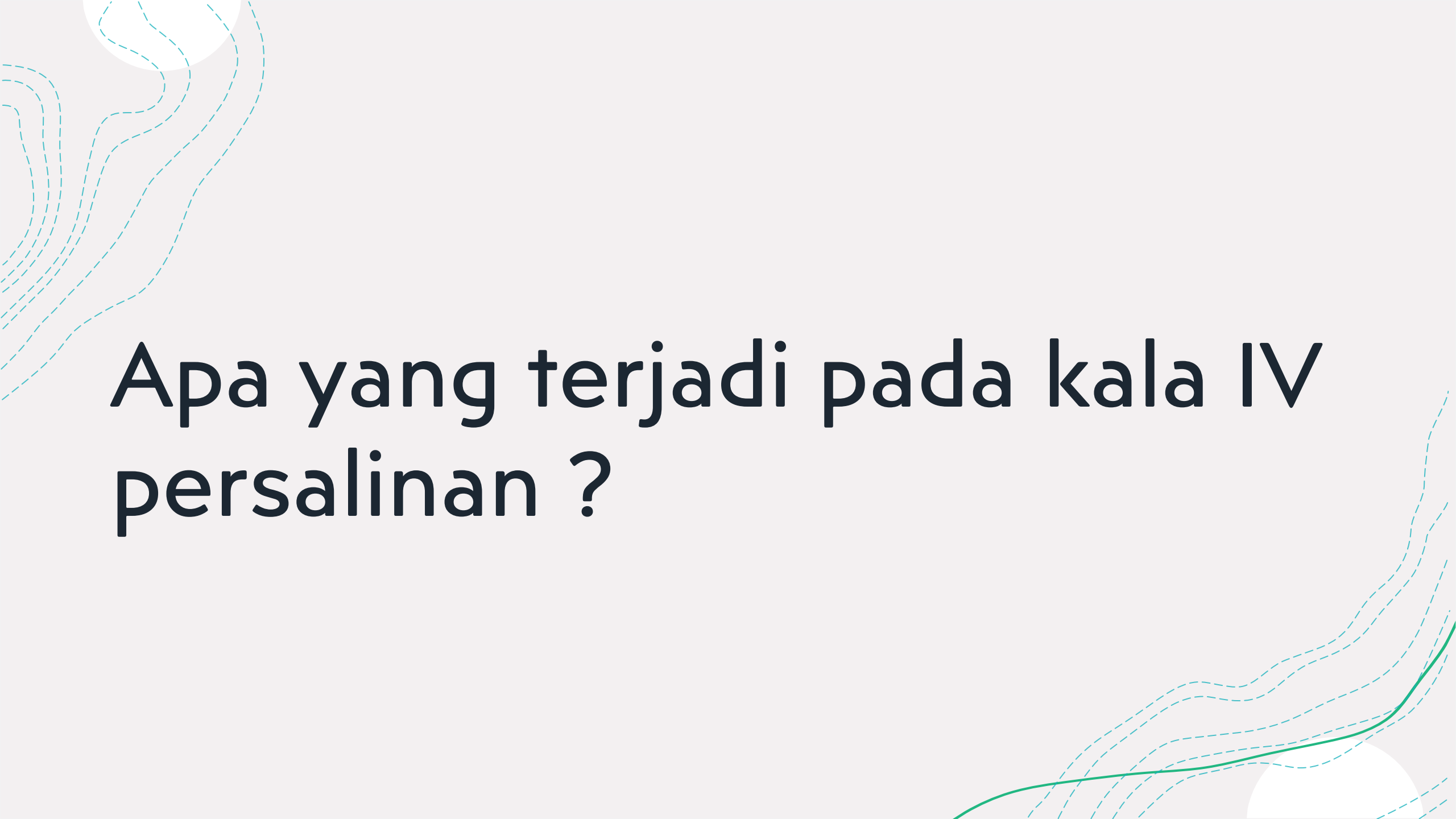
Persalinan Kala IV ???

- + Satu jam segera setelah kelahiran membutuhkan observasi yang cermat pada pasien.
- + Selama waktu ini biasanya terjadi **perdarahan**
- + Bidan? → tidak boleh meninggalkan pasien pada kala IV



Fisiologi Persalinan Kala IV

- + Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam → periode paling kritis persalinan utk mencegah kematian ibu
- + Perdarahan oleh karena relaksasi rahim, tertahannya fragmen plasenta, atau lacerasi yang tidak terdiagnosis, perdarahan yang samar (hematoma vagina)
- + Peran bidan → harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi **tidak stabil**, maka pemantauan dilakukan lebih sering.

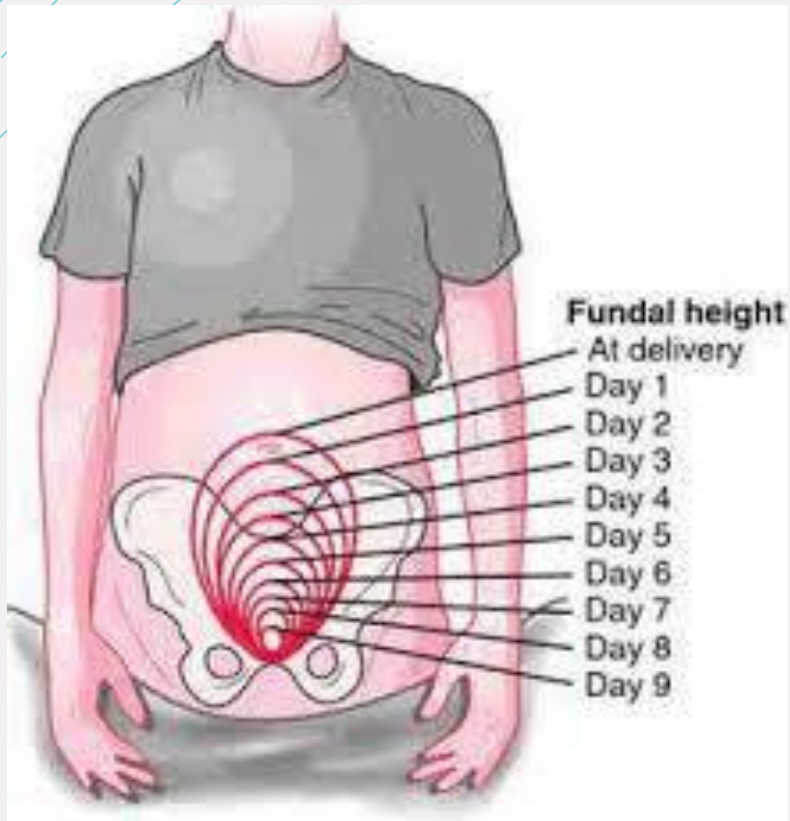


Apa yang terjadi pada kala IV persalinan ?

Evaluasi Kontraksi Uterus

- + Setelah plasenta lahir, uterus biasanya berada pada garis tengah dari abdomen kira-kira $\frac{2}{3}$ antara simfisis pubis dan umbilikus / berada tepat di atas umbilicus.
- + Uterus yang berada di atas umbilicus → penggumpalan darah di dalam uterus.
- + Uterus yang berada di atas umbilicus dan agak menyamping (biasanya ke kanan) → kandung kemih penuh.
- + Perlu pengosongan kandung kemih.
- + Kandung kemih yang penuh mendorong uterus tergeser dari posisinya dan menghalanginya untuk berkontraksi sebagaimana mestinya → memungkinkan perdarahan yang lebih banyak.

Involusi Uteri



INVOLUSI	TINGGI FUNDUS UTERI
Segera setelah bayi lahir	2 cm diatas pusat
Setelah plasenta lahir	sepusat, kecuali ibu multipara atau bayi kembar TFU diatas pusat
Hari 1-2	1 cm dibawah pusat
Hari 3-4	2 jari dibawah pusat
Hari 5-7	1/2 pusat -Sympisis
Minggu 1-2	tidak teraba

Tabel 1. TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi Pusat, 2 jari di bawah pusat	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat - simfisis pubis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis pubis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

Sumber : Saleha (2009)¹⁰

Kontraksi Uterus vs Perdarahan

- + Normal uterus : terasa keras (kaku) bila diraba.
- + Uterus yang lembek, berayun : uterus tidak berkontraksi dengan baik / atonia uteri.
- + Atonia uterus → penyebab utama dari perdarahan segera setelah persalinan.
- + Apabila kontraksi uterus adekuat → otot uterus akan menjepit pembuluh darah untuk menghentikan perdarahan. Hal ini dapat mengurangi kehilangan darah dan mencegah perdarahan post partum.

Inspeksi dan Evaluasi Keadaan Serviks, Vagina, dan Perineum

Segera setelah bidan yakin bahwa uterus telah berkontraksi dengan baik, lakukan :

- +Inspeksi keadaan perineum, vagina, periuretra → bengkak, hematoma, laserasi, perdarahan
- +Evaluasi keadaan episiotomi apabila dilakukan
- +Bidan harus melakukan inspeksi dan evaluasi bila keadaan serviks dan vagina ada laserasi (robekan).

Indikasi agar bidan harus segera melakukan inspeksi pada serviks, vagina dan perineum adalah:

- + Uterus berkontraksi dengan baik tetapi masih ada darah yang keluar dari vagina.
- + Ibu mengalami perangsangan untuk meningkatkan dilatasi serviks.
- + Proses persalinan yang terlalu cepat (presipitatus).
- + Serviks mengalami manipulasi selama proses persalinan (edema pada bibir serviks anterior karena dorongan saat melakukan manual)
- + Kala II proses persalinan mengalami traumatik (distosia bahu)



- + Dibutuhkan kemampuan untuk melakukan inspeksi dan evaluasi secara **cermat** dan **cepat** karena keadaan tersebut akan terasa sakit dan membuat ketidaknyamanan bagi ibu

INSPEKSI DAN EVALUASI KEADAAN PLASENTA, SELAPUT JANIN DAN TP

- + Segera dilakukan segera setelah plasenta lahir
- + Sangat penting dilakukan inspeksi dan penilaian sebelum menangani penjahitan luka jalan lahir atau episiotomi
- + Jika ditemukan ada fragmen atau bagian dari plasenta yang kurang atau terdapat retensio fragmen plasenta dll dapat dilakukan eksplorasi karena bila tidak dapat menyebabkan perdarahan



Cedera Perineum dan Episiotomi

PENDAHULUAN

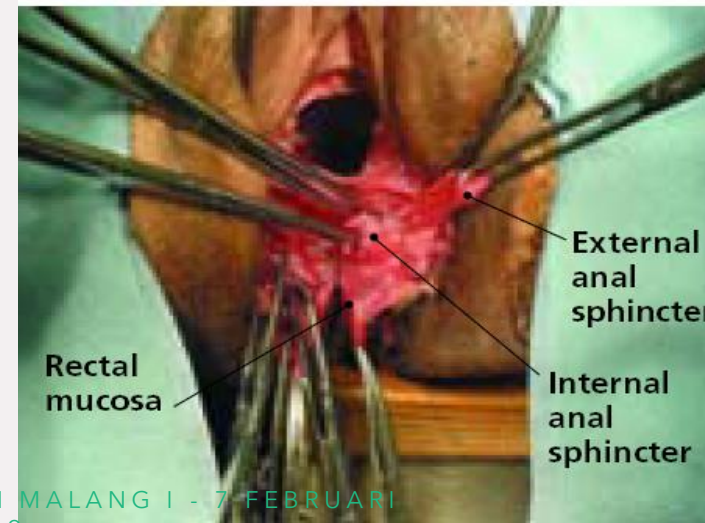
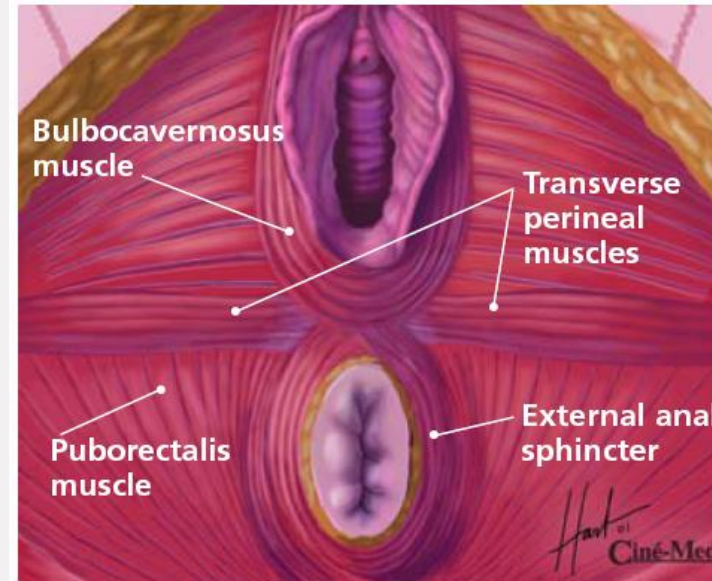
- + > 85% persalinan terjadi cedera perineum
- + 60-70% perlu reparasi
- + Penolong persalinan memegang peranan penting terjadinya cedera perineum

ANATOMI PERINEUM

+terletak diantara vagina dan rektum

+dibentuk oleh :

- + m. bulbokavernosus
- + m. tranversus perinei
- + Sfingter ani eksterna
- + m. puborektalis



PENYEBAB CEDERA PERINEUM

- +Kepala janin terlalu cepat lahir
- +Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- +Perineum kaku/ banyak jaringan parut
- +Persalinan distosia bahu
- +Partus pervaginam dengan tindakan

KLASIFIKASI CEDERA PERINEUM

Tingkat I

- Laserasi Vagina, kulit perineum

Tingkat II

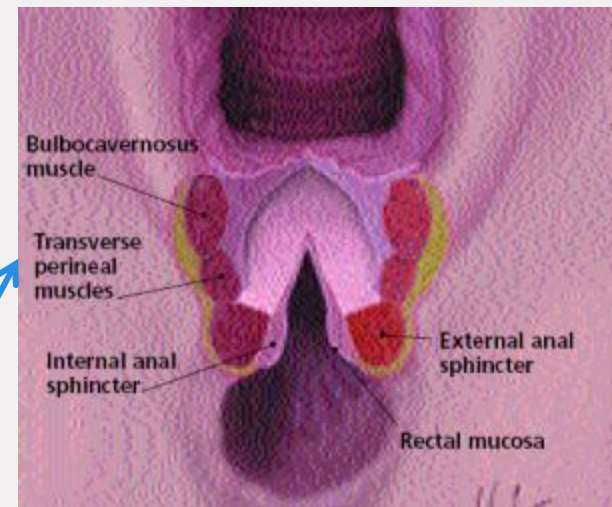
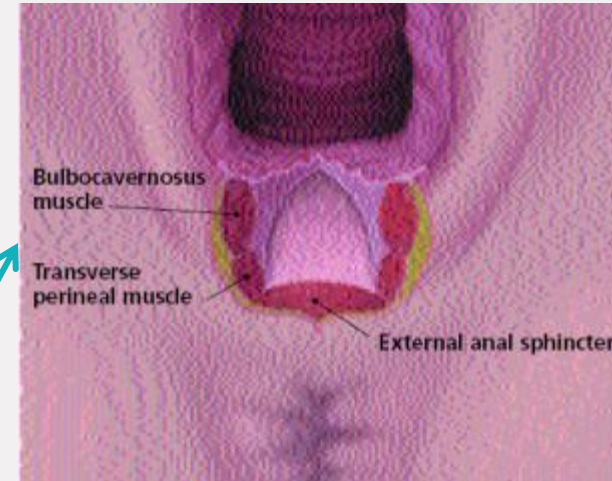
- Tk I + m. tranversus perinei

Tingkat III

- Tk II + m. sfingter ani

Tingkat IV

- Tk III + mukosa rektum



PENCEGAHAN CEDERA PERINEUM

Saat Antenatal

- Pijatan perineum
- Senam Kigel

Saat Persalinan

- Aplikasi handuk hangat pada perineum
- Fasilitasi fleksi kepala bayi agar tak terjadi regangan mendadak
- Mengarahkan kepala bayi agar perineum dilalui oleh diameter terkecil saat ekspulsi
- Menahan perineum dengan regangan telunjuk dan ibu jari

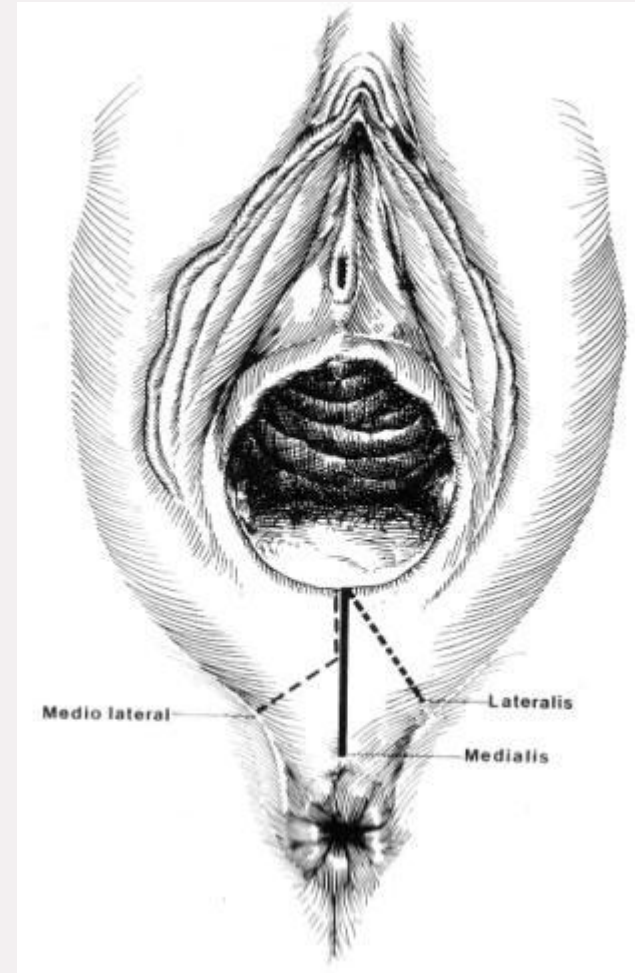
PENCEGAHAN CEDERA PERINEUM

Teknik Pijatan Perineum

1. Cuci tangan dan potong kuku, posisi setengah duduk
2. Masukkan ibu jari sedalam mungkin kedalam vagina dan lebarkan kaki, gunakan K-Y Jelli
3. Tekan perineum kebawah arah rektum, secara gentle pijatan diteruskan sampai merasakan sensasi geli
4. Tahan tekanan sampai perasaan geli masuk ke dalam, lalu pijat perlahan daerah yang lebih bawah dari saluran vagina belakang demikian seterusnya.
5. Selama memijat, kaitkan ibu jari tangan kedalam saluran vagina dan dengan perlahan dorong jaringan ini ke depan, seperti saat kepala bayi lahir.
6. Pijat jaringan antara ibu jari dengan jari lainnya ke belakang dan ke depan kira-kira dalam waktu 1 menit

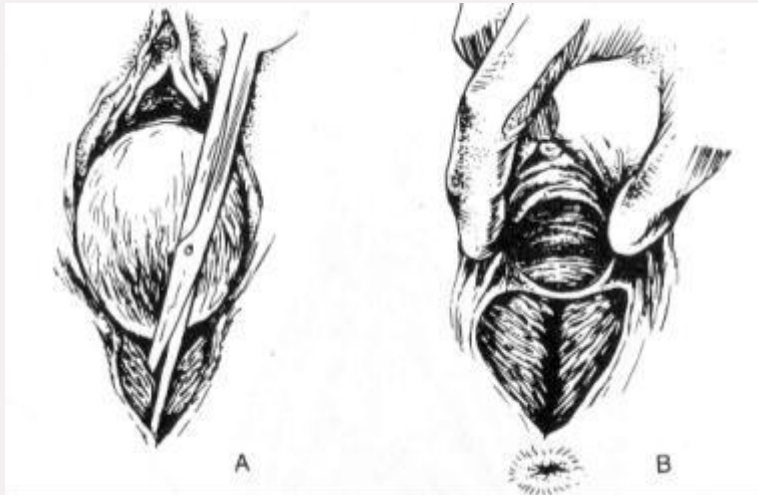
EPISIOTOMI

- + Insisi perineum antara vagina dan anus
- + Sering dikerjakan pada akhir kala 2
- + Dilakukan sebelum persalinan dengan alat (forsep, vakum) untuk memperluas vagina



Episiotomi Medialis

- Sayatan dimulai pada garis tengah ujung paling bawah vagina lurus ke bawah tetapi tidak sampai mengenai serabut sfingter ani.



- **Keuntungan**

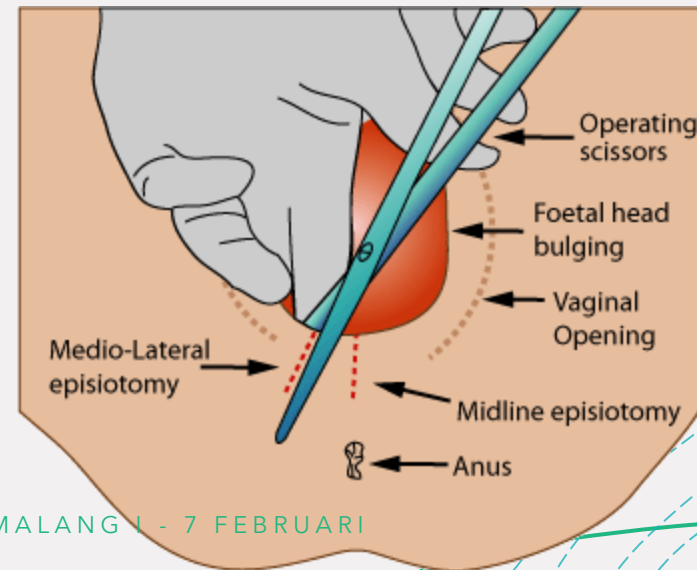
- Perdarahan lebih sedikit → relatif sedikit mengandung pembuluh darah.
- sayatan bersifat simetris dan anatomis → penjahitan kembali lebih mudah dan penyembuhan lebih memuaskan.

- **Kerugian**

- dapat terjadi ruptur perinei tingkat III / IV

Episiotomi Mediolateralis

- Sayatan dimulai dari bagian belakang introitus vagina menuju ke arah belakang dan samping.
- Arah sayatan dapat dilakukan ke arah kanan ataupun kiri, tergantung pada kebiasaan orang yang melakukannya.
- Panjang sayatan kira-kira 4 cm.
- Perdarahan luka lebih banyak
- Otot-otot perineum terpotong sehingga penjahitan luka lebih sukar.



Episiotomi Lateralis

- +Sekarang tidak dilakukan lagi → banyak komplikasi
- +Luka dapat melebar kearah pembuluh darah pudenda interna → dapat menimbulkan perdarahan yang banyak



PENANGANAN CEDERA PERINEUM

ROADSHOW SEMINAR POGI MALANG I - 7 FEBRUARI
2009

ANASTESI LOKAL

- +Lidokain/xylocain, maks 7 mg/kg, awitan > lama dr prokain, durasi rata-rata 50 mnt
- +Prokain, jgn digunakan pad klein anemia/ obstetri
- +Reaksi toksik : kebingungan, disorientasi, kedutan, kejang, koma.
- +Penanganan : O₂, diazepam jk kejang
- +Dosis : lidokain 1 % tanpa epinefrin, jk ada yg 2 % mk diencerkan dg air steril/NS dg perbandingan 1:1
- +Setiap sisi luka krg lebih 5 ml.

PRINSIP PENJAHITAN

+Hemostasis

+Aproksimasi

PRINSIP DASAR PENANGANAN

- +Aproksimasi
- +Hindari ruang rugi
- +Jahit lapis demi lapis
- +Hindari jahitan terlalu tegang
(hemostasis)

BAHAN PENJAHITAN IDEAL

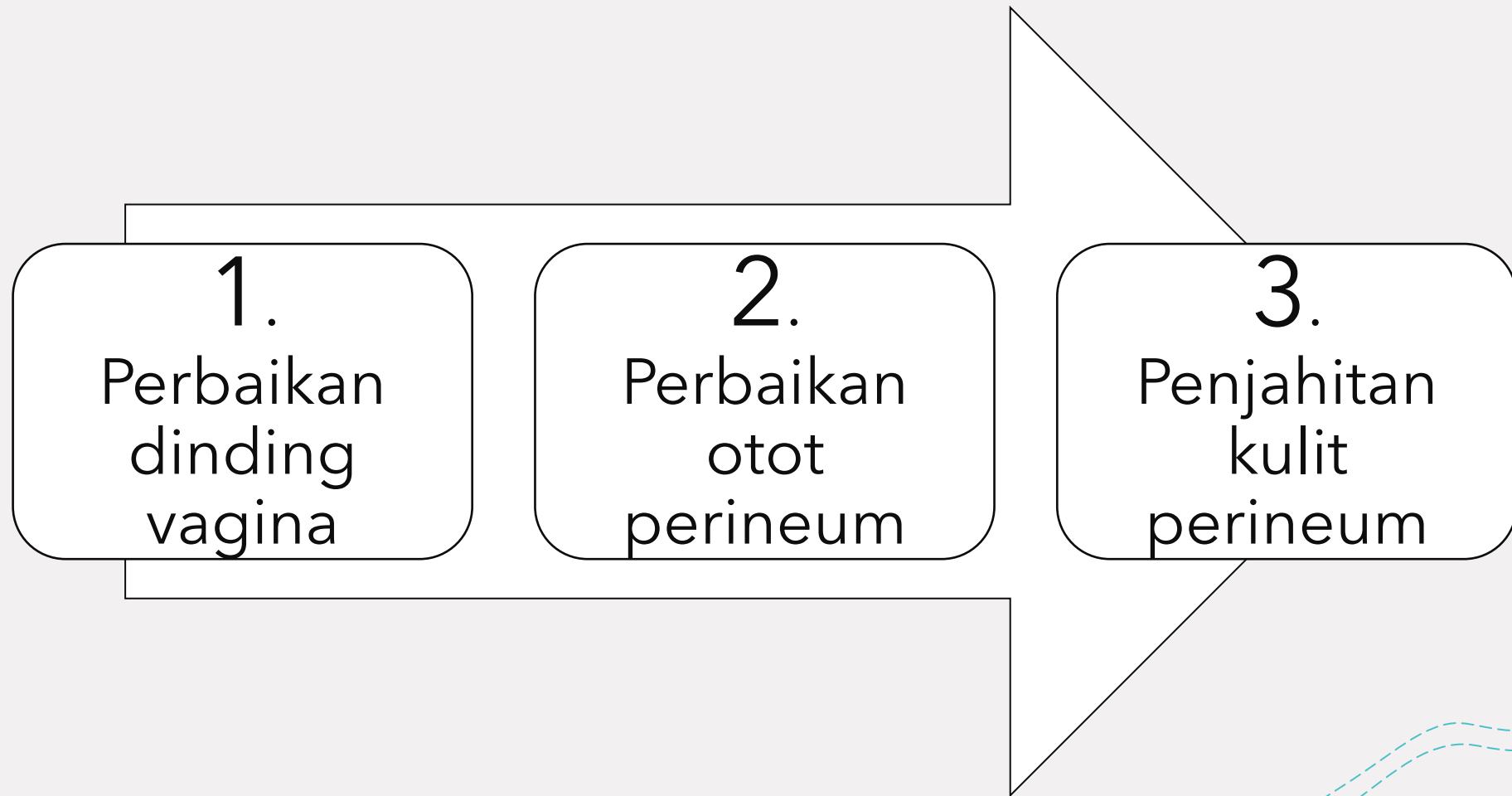
+ Benang asam poliglikolik (PGA)

→ VICRYL



+ Bila tidak ada → catgut chromic

TEKNIK PERBAIKAN



VARIASI TEKNIK

+ **Perbaikan Dinding Vagina**

- + Jahitan menerus *over and over*
- + Jahitan menerus *interlocking*
- + Jahitan terputus

+ **Perbaikan Otot Perineum**

- + Jahitan terputus
- + Jahitan menerus

+ **Perbaikan Kulit Perineum**

- + Jahitan terputus
- + Jahitan menerus subkutikuler

PRINSIP PENJAHITAN

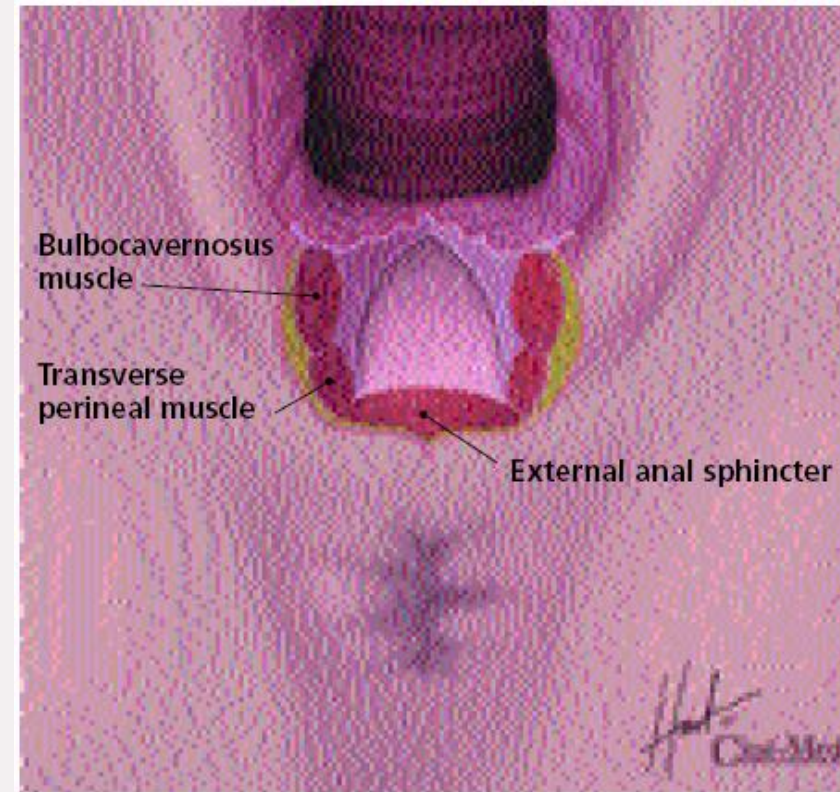
- Jahit sesegera mungkin → ↓ infeksi & perdarahan dikurangi
- Periksa alat & hitung kasa, sebelum & sesudah tindakan
- Pencahayaan baik
- Asisten yang handal
- Bila sulit gunakan anestesi/narkose
- Pastikan aposisi & kosmetik yang baik
- Colok dubur → benang tak teraba di mukosa rektum

Robekan perineum tingkat I

- + dapat dilakukan hanya dengan *Catgut*
- + Jahitan jelujur (*continuous suture*) atau
 - + *figure of eight*

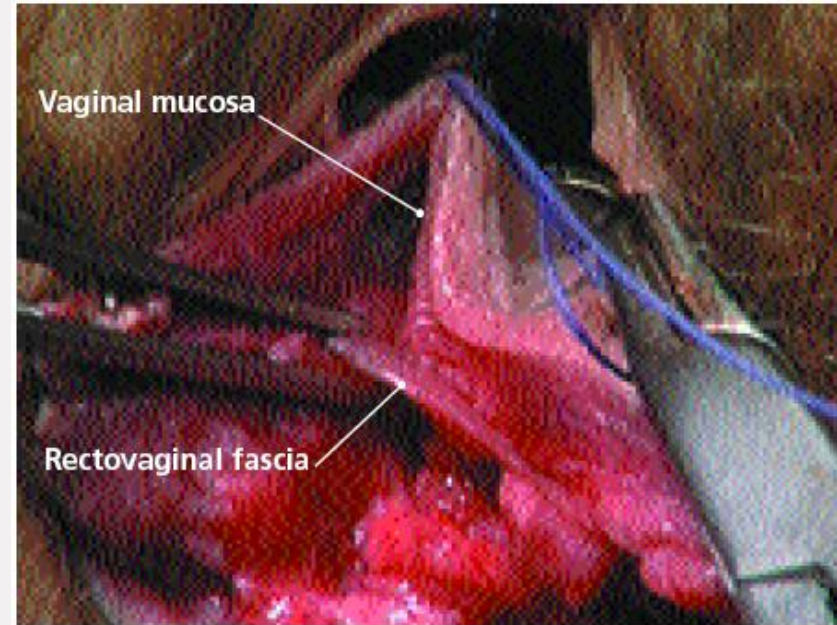
Robekan perineum tingkat II

- Ratakan dahulu pinggir robekan yang tidak rata
- Identifikasi puncak dari robekan vagina, mungkin dibutuhkan **retraktor** untuk membantu visualisasi



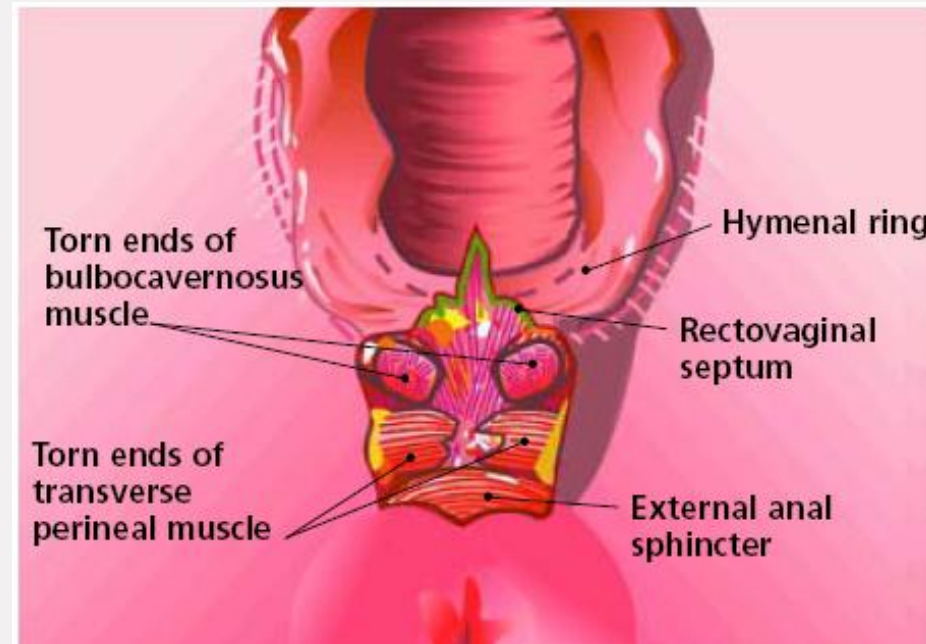
Robekan perineum tingkat II

- *Anchoring suture* ditempatkan 1 cm diatas puncak robekan.
- Mukosa vagina dan fascia rektovaginal dijahit dengan *running unlocked* menggunakan benang polyglactin 910 3-0.
- Jahitan diakhiri di proksimal dari lingkaran himen.



Robekan perineum tingkat II

+Identifikasi otot-otot perineum



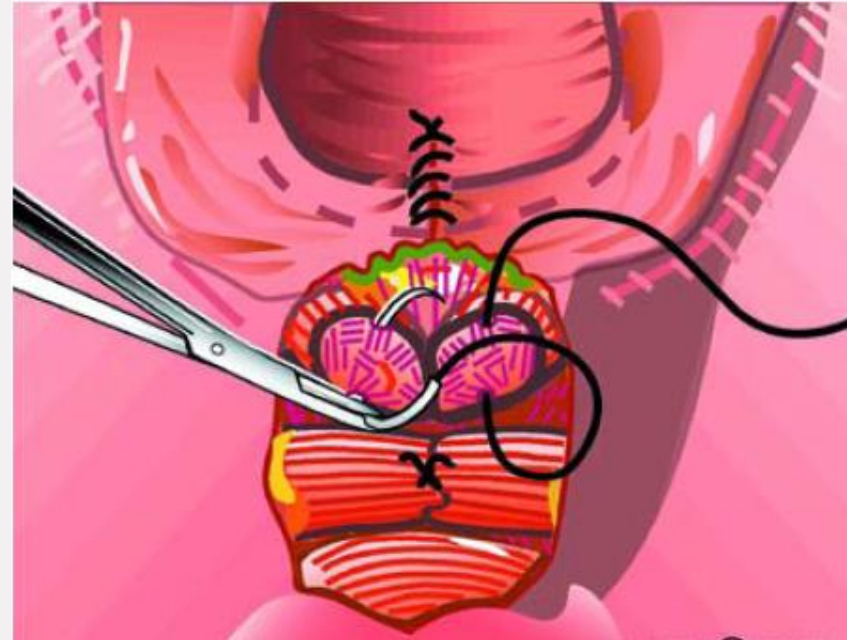
Robekan perineum tingkat II

- Ujung m. transversus perinei didekatkan dengan satu atau dua jahitan terputus (*interrupted*) menggunakan benang polyglactin 910 3-0.



Robekan perineum tingkat II

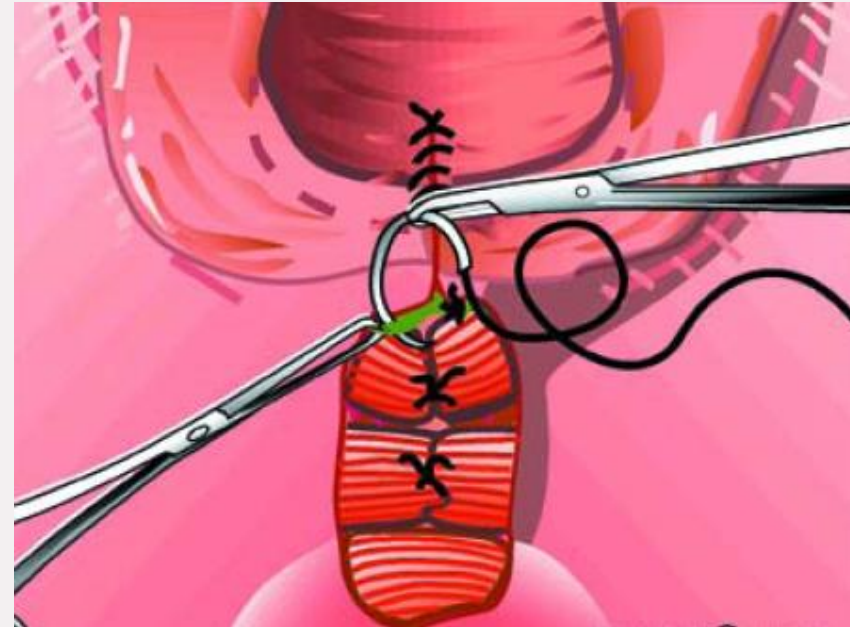
- Satu jahitan *interrupted* menggunakan benang polyglactin 910 3-0 ditempatkan pada m. bulbokavernosus
- Biasanya ujung dari otot tertarik kedalam → gunakan jarum besar



Robekan perineum tingkat II

Jika robekan telah memisahkan fascia rektovaginal dari korpus perineum :

- fascia didekatkan dengan perineum menggunakan dua jahitan *interrupted* menggunakan benang polyglactin 910 3-0

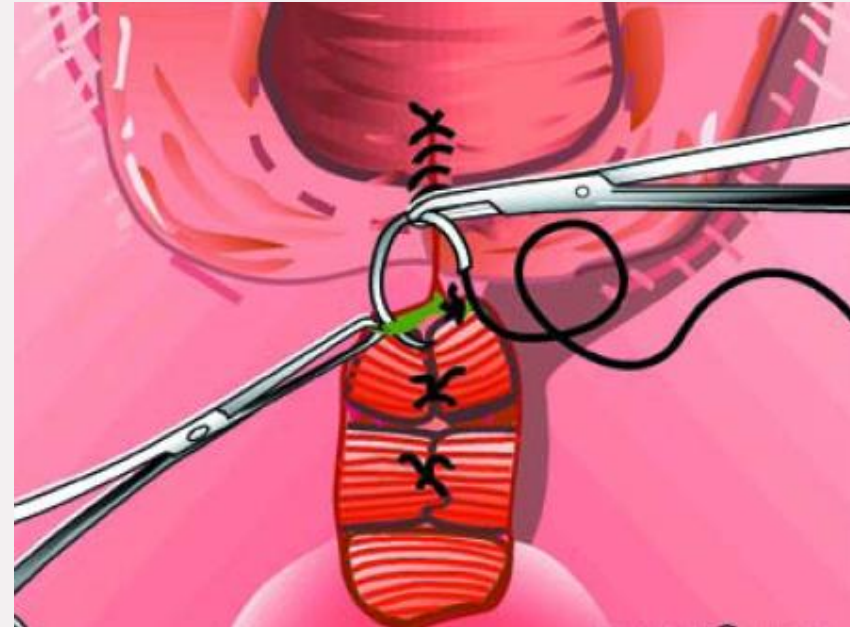


Robekan perineum tingkat II

- Alternatif perbaikan otot perineum : melanjutkan dari perbaikan mukosa vaginal.

Lebih baik dengan pendekatan secara *interrupted* karena :

- Memfasilitasi pendekatan otot secara lebih anatomis
- Penghematan jahitan



PERBAIKAN KULIT

- Biasanya kulit akan merapat dengan baik jika otot dijahitkan secara anatomis .

Jahitan pada kulit :

- umumnya tidak dibutuhkan
- insiden nyeri perineum ↑ [evidence level B]

Jika perlu jahitan pada kulit :

- Jahitan subkutikuler lebih baik dibandingkan dengan *interrupted transcutaneous*.
- Jahitan dimulai dari apex posterior robekan kulit dan berjarak ± 3 mm dari tepi kulit menggunakan benang 4-0 polyglactin 910

BIDAN hanya boleh melakukan penatalaksanaan derajat I dan II

I : Tidak dilakukan penjahitan bila tidak ada perdarahan

II : Jahit dgn mengg teknik-teknik

III & IV : jgn coba menjahit → RUJUKAN

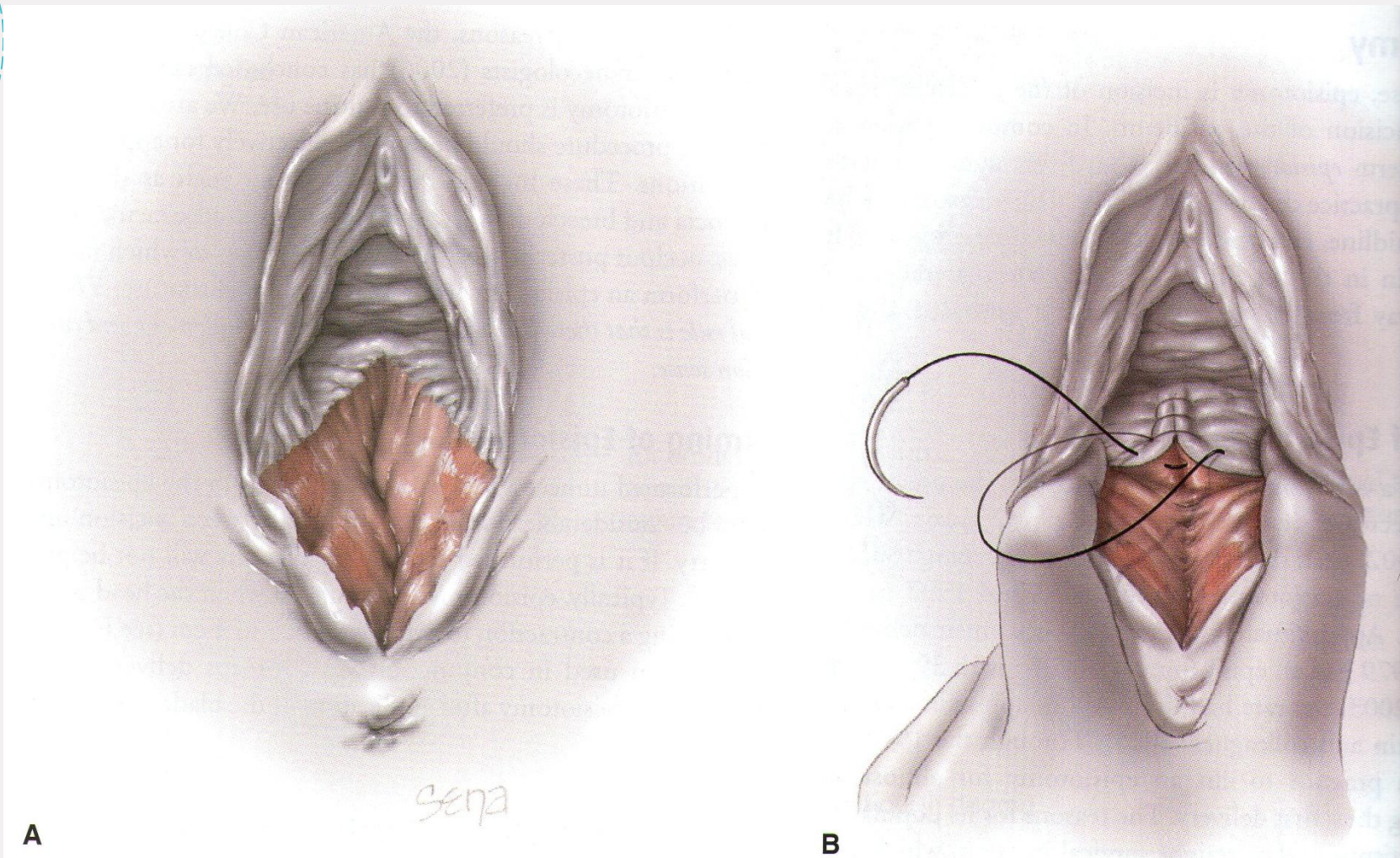
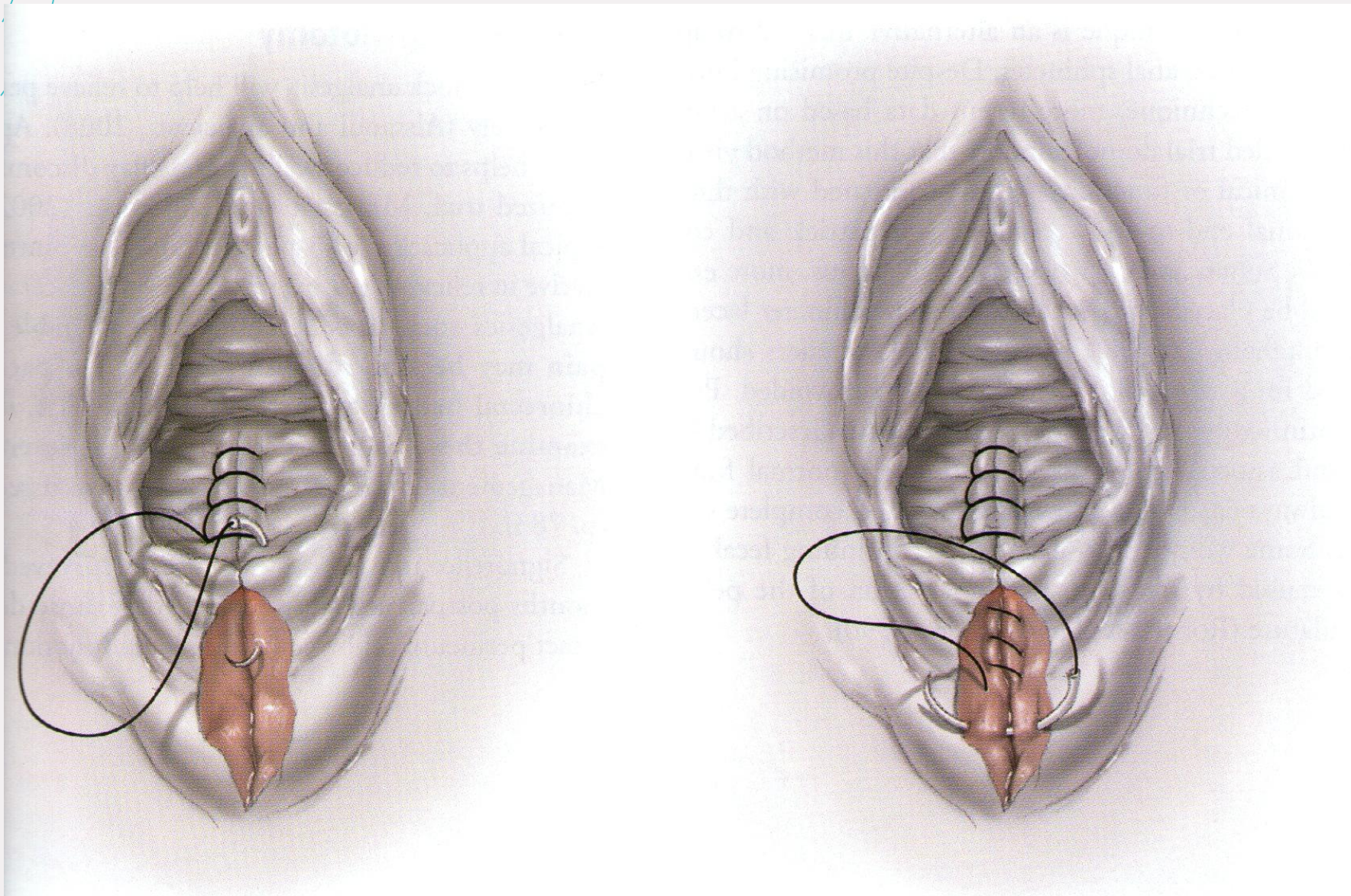


FIGURE 17-35 Repair of midline episiotomy. **A.** Disruption of the hymenal ring and bulbocavernosus and superficial transverse muscle are seen within the diamond-shaped incision following episiotomy. **B.** Absorbable 2-0 or 3-0 suture is used for closure of the vaginal mucosa and submucosa. (*Continued*)



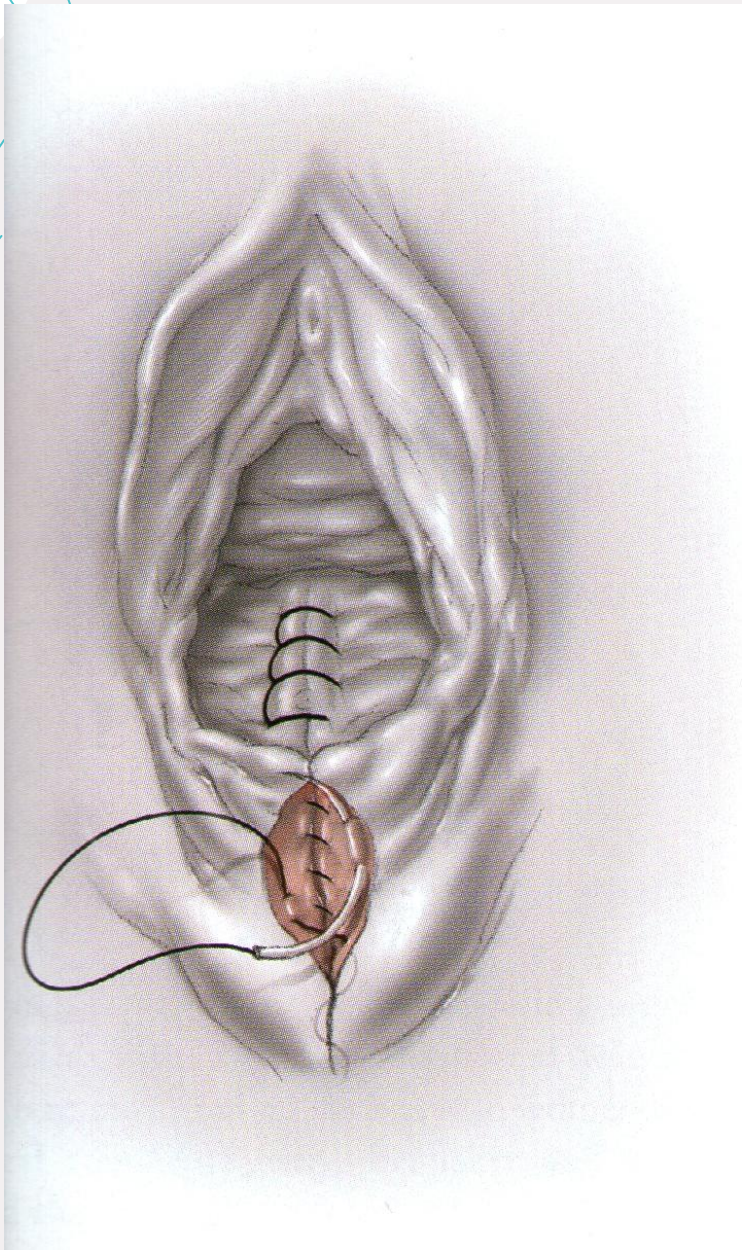


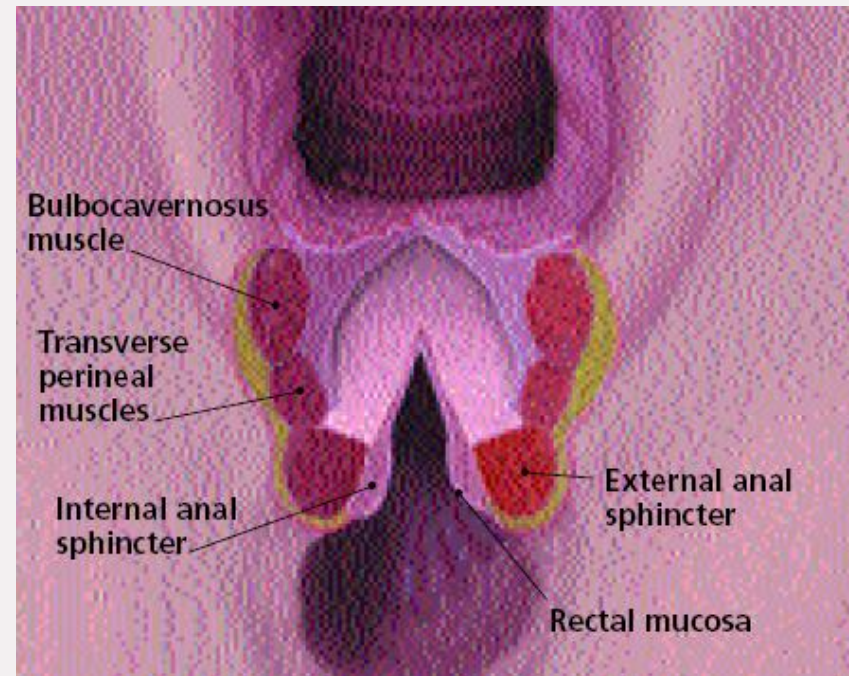
FIGURE 17-35 *Continued C.* After closing the vaginal incision and reapproximating the cut margins of the hymenal ring, the needle and suture are positioned to close the perineal incision. **D.** A continuous closure with absorbable 2-0 or 3-0 suture is used to close the fascia and muscles of the incised perineum. **E.** The continuous suture is then carried upward as a subcuticular stitch. The final knot is tied proximally to the hymenal ring.

Robekan perineum tingkat iv

ROADSHOW SEMINAR POGI MALANG I - 7 FEBRUARI
2009

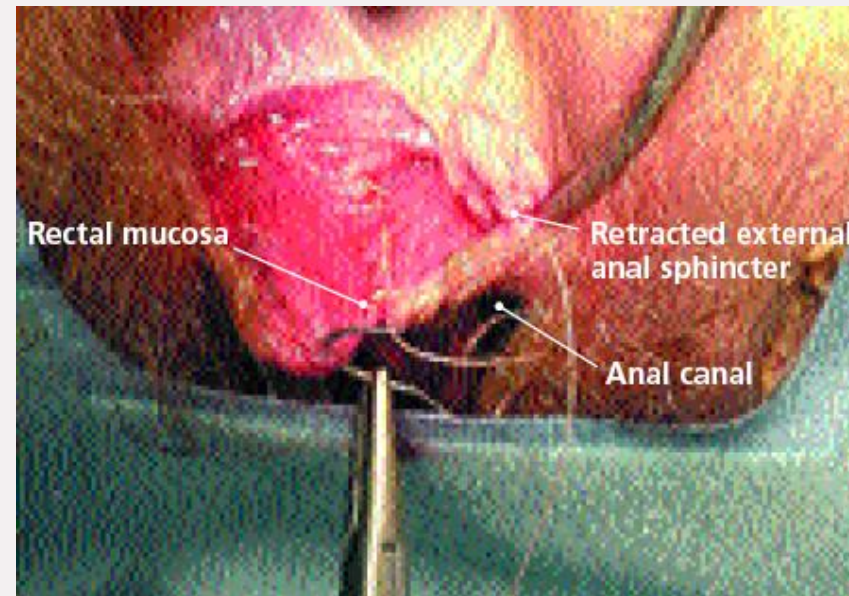
Robekan perineum tingkat IV

+Meliputi perbaikan mukosa rektum, sfingter ani interna dan eksterna



Robekan perineum tingkat IV

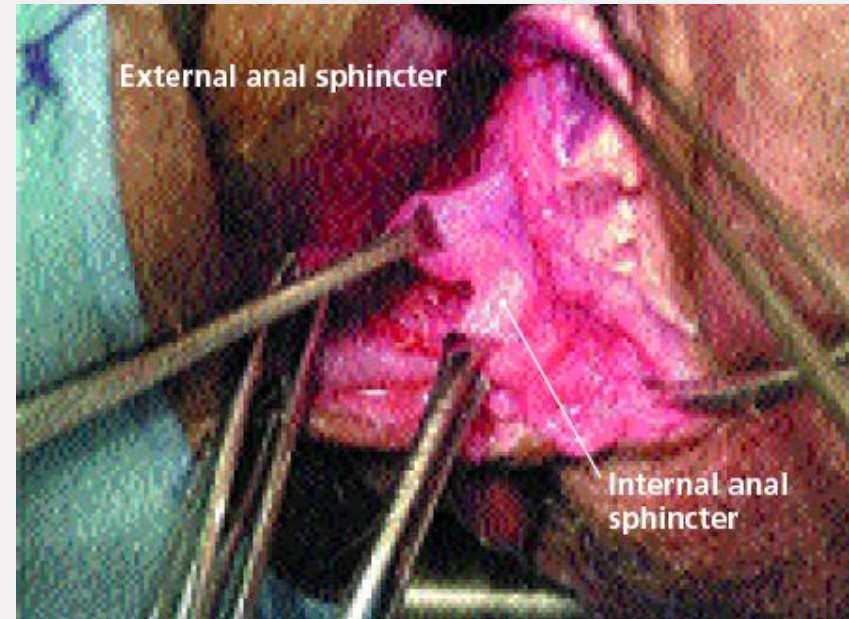
- Identifikasi apeks mukosa rektum (dapat dengan bantuan retraktor)
- Dekatkan dengan jahitan *interrupted* menggunakan benang 4-0 polyglaction 910
- JANGAN sedalam seluruh ketebalan mukosa hingga kanalis anal → mencegah terjadi fistula
- Jahitan dilanjutkan menuju kulit perineum



Robekan perineum tingkat IV

Identifikasi sfingter ani interna

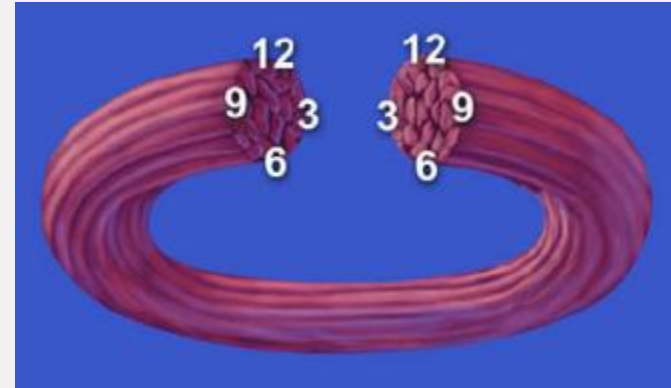
- mengkilap, putih, struktus fibrosa antara mukosa rektum dengan sfingter ani eksterna
- Dapat dibantu dengan menggunakan klem Allis pada ujung otot
- Sfingter ani interna dijahit menggunakan 2-0 polyglactin 910 secara *continous*



Robekan perineum tingkat IV

Teknik end-to-end

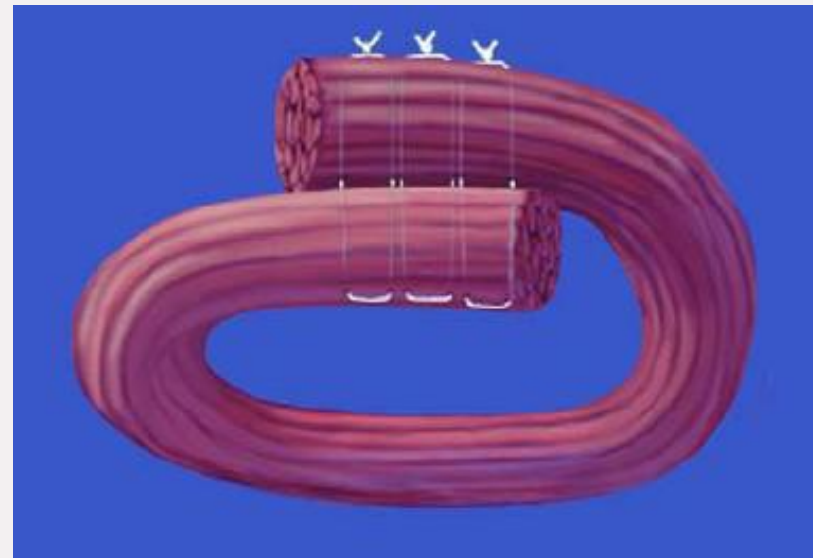
- menyambung ujung sfingter pada tiap kuadrannya
- menggunakan jahitan *interrupted* melalui kapsul dan otot
- Dapat dibantu dengan menggunakan klem Allis pada tiap ujung sfingter ani eksterna
- Menggunakan benang *delayed absorbable monofilament* → 2-0 polydioxanone sulfate (PDS)
- Outcome fungsional dan anatomik kurang baik [evidence level B]



Robekan perineum tingkat IV

Teknik Alternatif :

- Perbaiki sfingter ani eksterna secara *overlapping*
- Dengan menggunakan jahitan *mattress*
- Otot dibebaskan dari jaringan sekitarnya menggunakan gunting Metzenbaum
- Jahitan dilakukan dari atas ke bawah melalui flap superior dan inferior, lalu dari bawah ke atas melalui flap inferior dan superior.
- Lakukan jahitan sebanyak 3 kali dengan ujung simpul berada diatas ujung sfingter.



Robekan perineum tingkat IV

- +Otot perineum, mukosa vagina, dan kulit diperbaiki dengan menggunakan teknik yang sama dengan robekan tingkat II

PEMERIKSAAN VAGINA DAN REKTUM

Pada pemeriksaan vagina pastikan :

- + Semua lapisan sudah terjahit
- + Tidak ada perdarahan
- + Stolsel, tampon vagina dikeluarkan

Pada pemeriksaan rektal pastikan :

- + Tidak ada jahitan yang menembus mukosa vagina
- + Tonus sfingter ani bekerja dengan baik

Perawatan pasca episiotomi

ROADSHOW SEMINAR POGI MALANG I - 7 FEBRUARI
2009

PERHATIKAN :

REEDA

- +**R**edness → kemerahan
- +**E**dema
- +**E**cchymosis → kebiruan
- +**D**ischarge → cairan lochia
- +**A**pproximation of suture

PERAWATAN

1. Usahakan setiap hari defekasi
2. Membersihkan perineum setelah defekasi dengan air hangat atau cairan antiseptik (arah dari depan ke belakang kemudian dikeringkan)

PERAWATAN

3. Kompres dengan kassa antara vagina dan rektum supaya mencegah gesekan, diganti 2x sehari setelah mandi
4. Sitz bath jika ada :
 - Nyeri perineum
 - BengkakGunakan air hangat, 2x sehari setiap 20 menit

PERAWATAN

5. Jika nyeri sekali : kompres dingin dengan ice pack

Keuntungan kompres dingin :

- + Membuat vasokonstriksi
- + Mengurangi edema
- + Menghambat pembentukan hematoma
- + Menurunkan spasme otot

PERAWATAN

6. Latihan kegel untuk mengencangkan vagina
7. Jika terjadi ruptur grade III, robekan perineum yang luas, nyeri perineum dan periuretra yang bengkak → mungkin dapat terjadi retensio urin.
Pencegahan → pasang dauer kateter 24 jam

PERAWATAN

8. Lokhia

- + Tidak boleh ada stasis (sumbatan) lokhia
- + Perhatikan lokhia bau/tidak

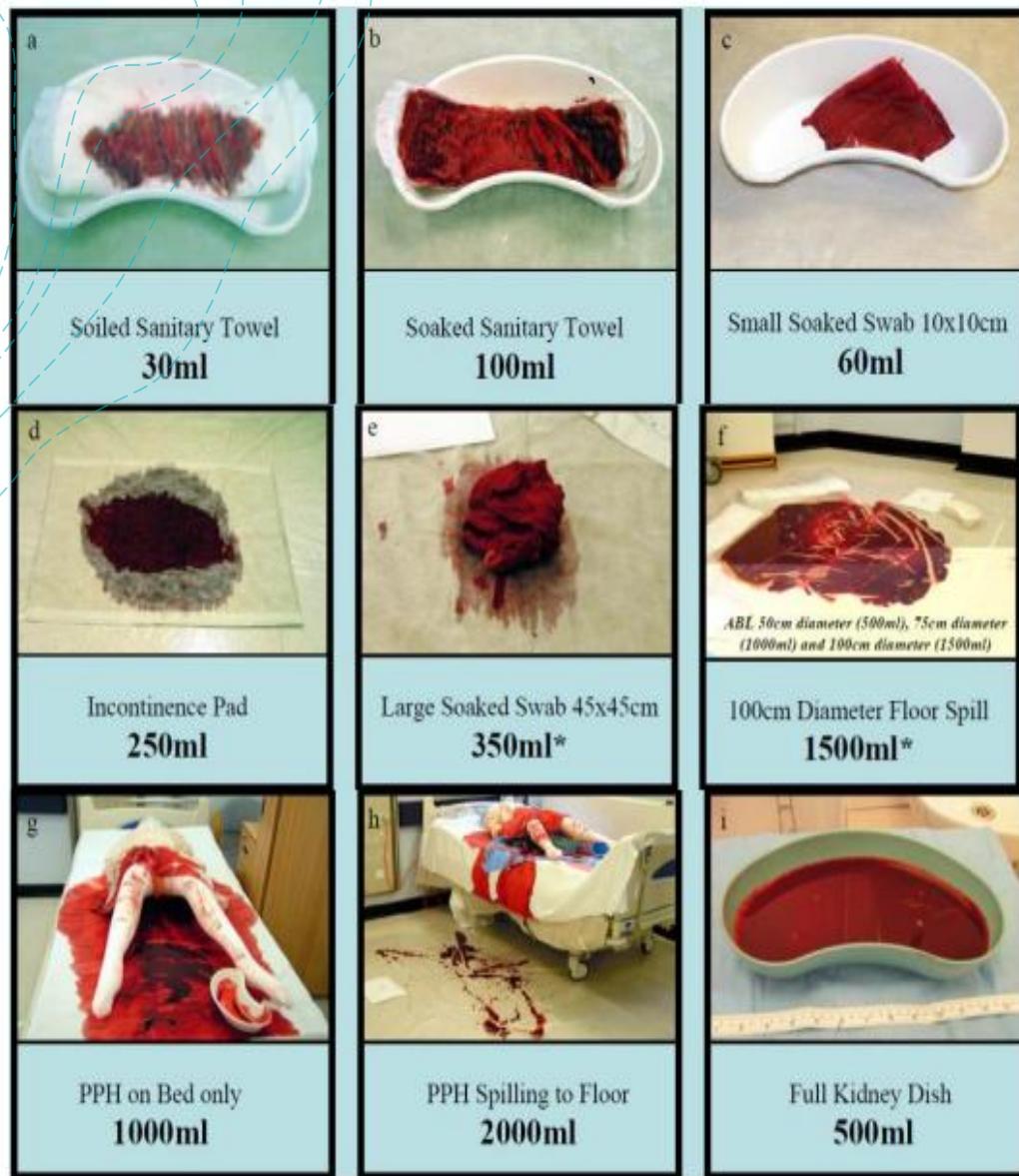
Perkiraan Kehilangan Darah

- + Sangat sulit untuk memperkirakan kehilangan darah secara tepat karena darah sering kali bercampur dengan cairan ketuban atau urin dan mungkin terserap dihanduk, kain atau sarung.
- + Meletakkan wadah / pispot dibawah bokong ibu utk mengumpulkan darah bukan cara yang efektif dan tidak mencerminkan asuhan sayang ibu

Estimasi
Visual

Pengukuran
langsung

Gravimetri



Estimasi Visual

- + Estimasi visual merupakan metode yang paling sering digunakan dalam praktek sehari-hari untuk mengukur kehilangan darah dalam persalinan.

Estimasi yang dilakukan dapat berupa:

Pembalut standar berukuran 20 cm mampu menyerap 100 ml darah.

Tumpahan darah dengan diameter 50 cm, 75 cm, 100 cm secara berturut turut mewakili kehilangan darah 500 ml, 1000 ml, dan 1500 ml.

Nierbeken atau kidney dish mampu menampung 500 ml darah.

Underpad dengan ukuran 90 cm x 60 cm, mampu menampung sampai 500 ml darah.

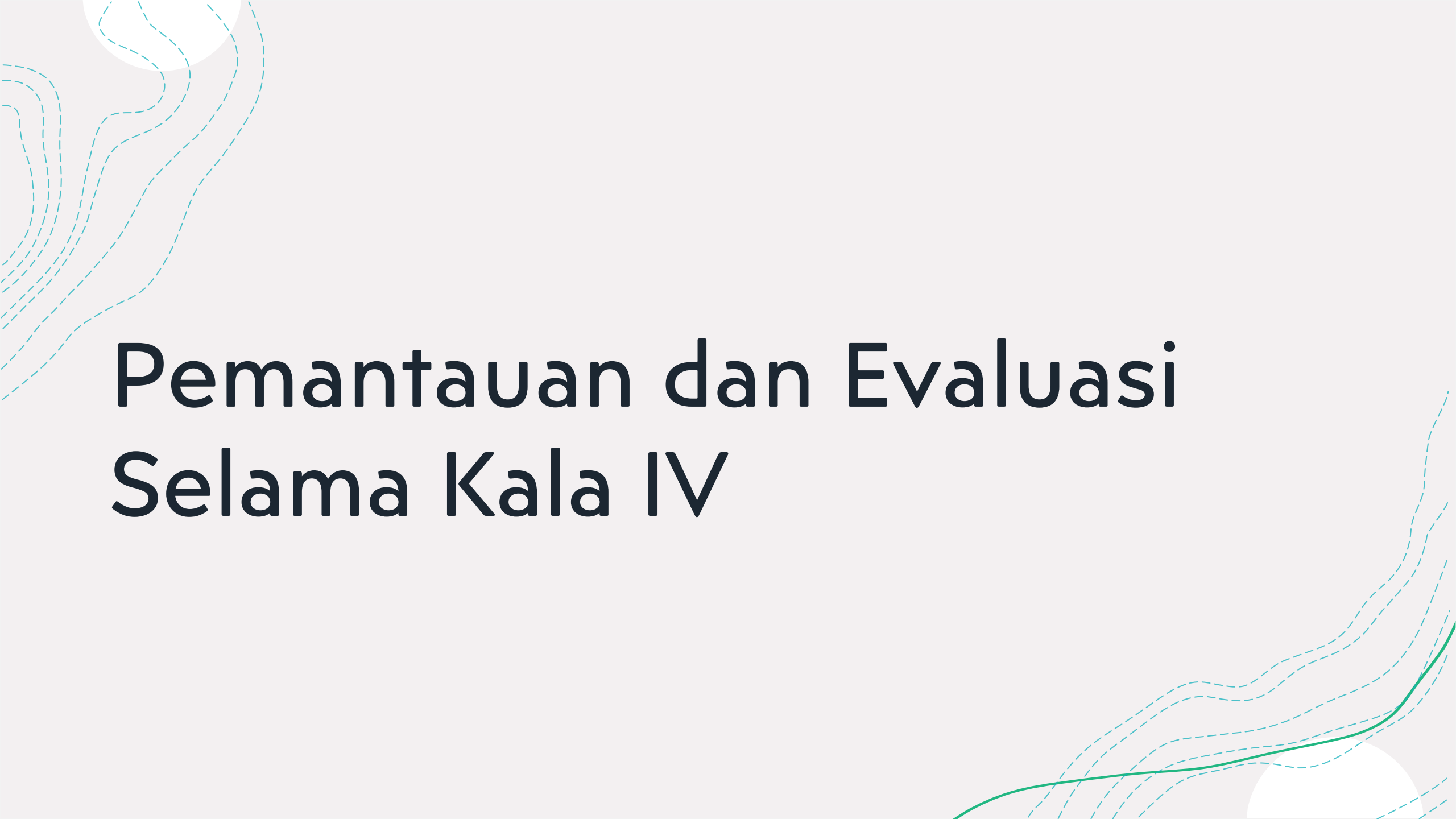
Kasa standar ukuran 10 cm x 10 cm mampu menyerap 60 ml darah sedangkan kasa ukuran 45 cm x 45 cm mampu menyerap 350 ml darah.

Pengukuran Langsung

- + Pengukuran langsung merupakan salah satu metode paling tua yang akurat dalam mengukur kehilangan darah.
- + Metode ini menggunakan alat untuk mengumpulkan darah secara langsung dan digunakan selama persalinan untuk mengukur kehilangan darah dengan tepat. Salah satunya dengan meletakkan baskom atau wadah di bawah genitalia eksterna untuk mengumpulkan darah.

Gravimetri

- + Metode gravimetri dilakukan dengan mengukur berat material yang digunakan seperti spons dan mengurangi berat sebelumnya untuk memperkirakan jumlah darah yang hilang.
- + Metode ini digunakan terutama untuk menilai kehilangan darah dalam operasi.
- + Metode ini dapat menghitung jumlah kehilangan darah yang besar atau sangat kecil sekalipun.

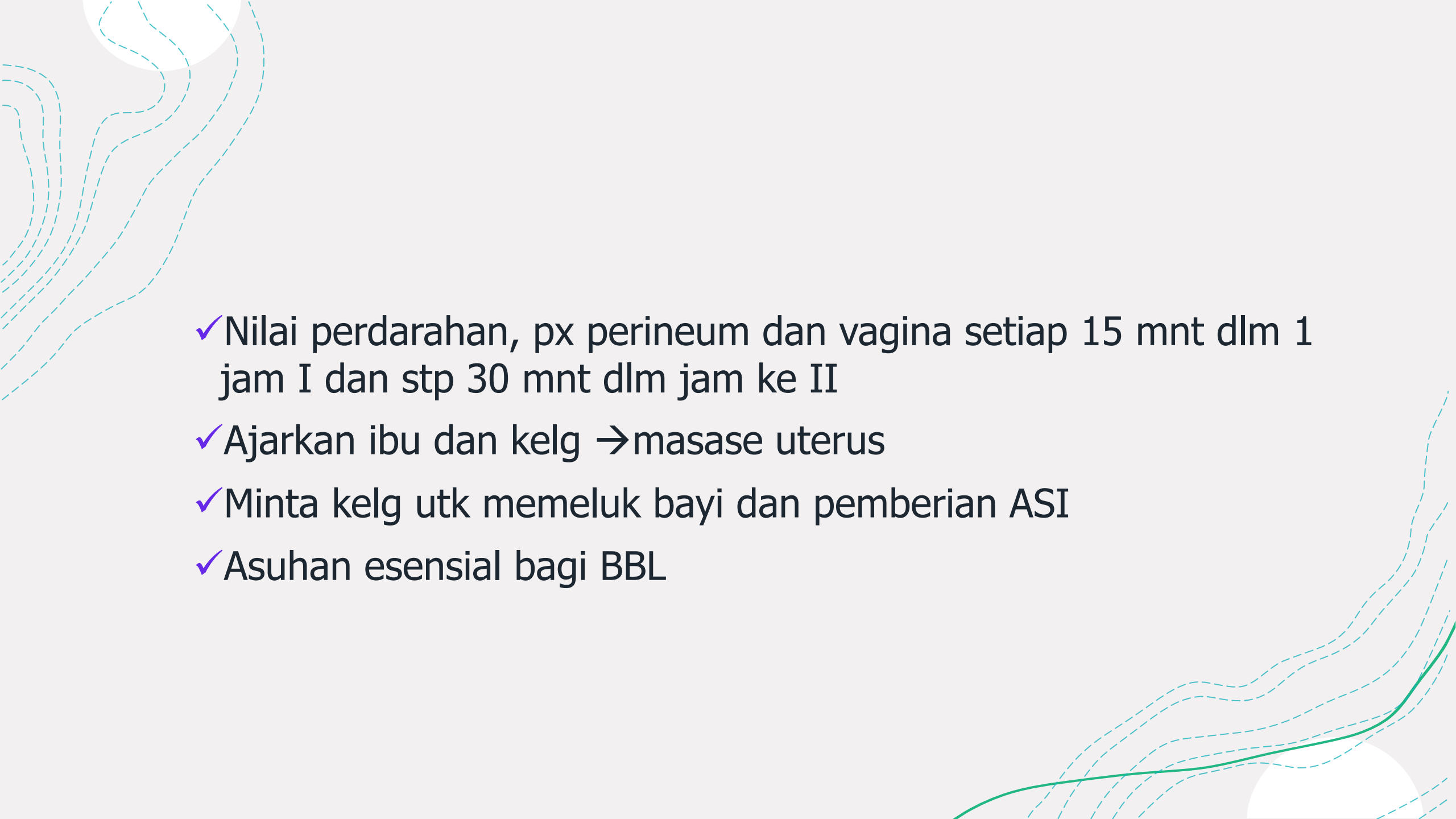


Pemantauan dan Evaluasi Selama Kala IV

PEMANTAUAN KU IBU

Selama 2 jam pertama :

- ✓ TD,TFU,Kandung kemih dan perdrhn stp 15 mnt pd 1 jam I, 30 mnt pd 1 jam ke II
- ✓ Masase uterus stp 15 mnt pad 1 jam I 30 mnt pd jam II KALA IV
- ✓ Temperatur 1 kali setiap satu jam selama 2 jam I PP

- 
- ✓ Nilai perdarahan, px perineum dan vagina setiap 15 mnt dlm 1 jam I dan stp 30 mnt dlm jam ke II
 - ✓ Ajarkan ibu dan kelg → masase uterus
 - ✓ Minta kelg utk memeluk bayi dan pemberian ASI
 - ✓ Asuhan esensial bagi BBL

Vital Sign

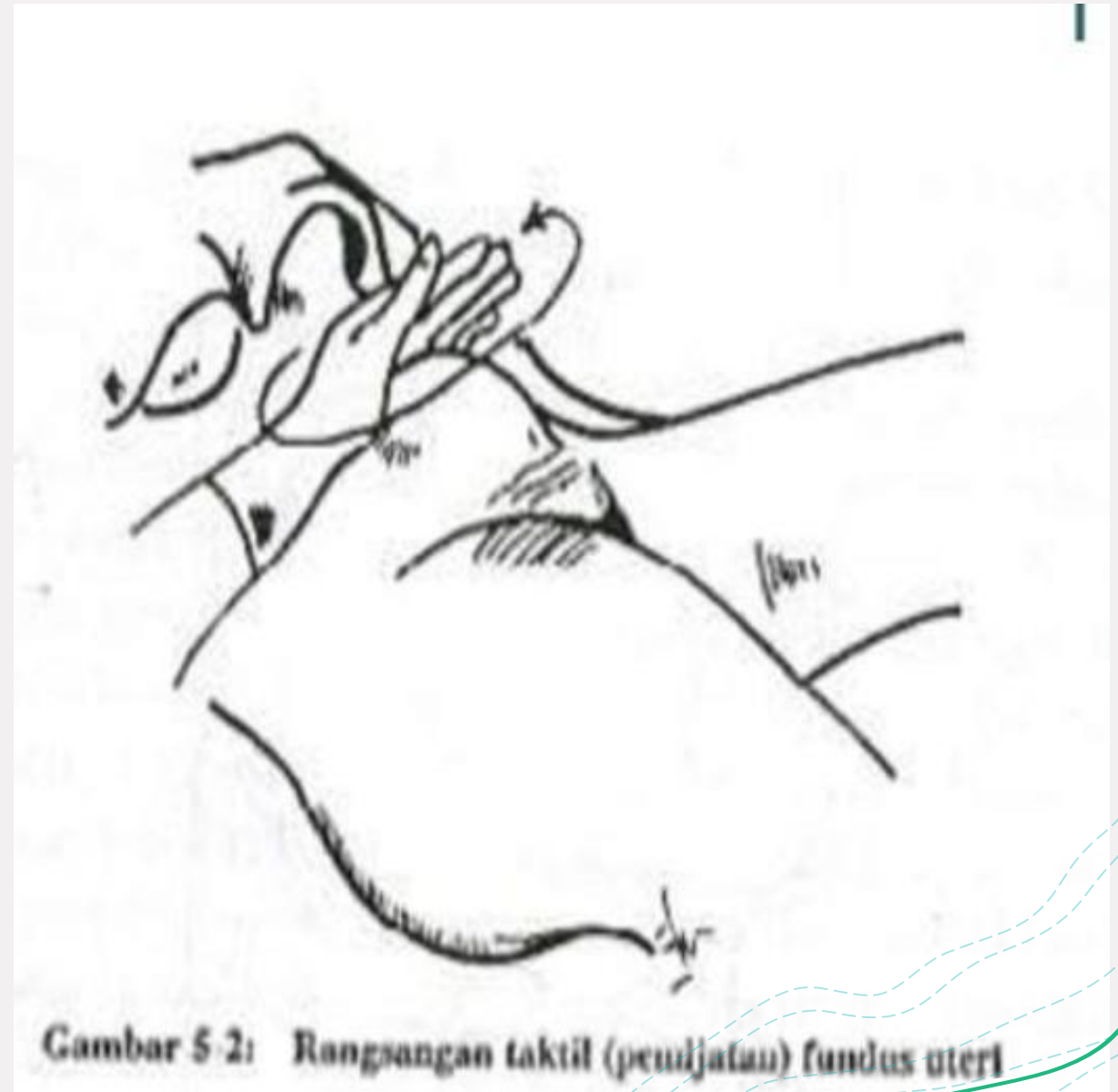
- + Pemantauan tanda vital ibu (tekanan darah, denyut jantung, dan pernafasan) selama kala IV persalinan dimulai setelah kelahiran plasenta.
- + Seterusnya kemudian dievaluasi lagi setiap 15 menit sekali hingga keadaannya stabil seperti pada-persalinan atau jika ada indikasi perlu dimonitor lebih sering lagi.
- + Suhu ibu di ukur sedikitnya sekali dalam kala IV persalinan dan derajat dehidrasi juga harus dievaluasi.
- + Denyut nadi (60 - 70 x/menit) → >90 x/menit, perlu dilakukan pemeriksaan dan pemantauan yang terus menerus.

Kontraksi Uterus

- + Pemantauan kontraksi uterus harus dilakukan secara simultan.
- + Jika uterus lembek, maka wanita itu bisa mengalami perdarahan.
- + Untuk mempertahankan kontraksi uterus dapat dilakukan **rangsangan taktil (pijatan)** bila uterus mulai melembek atau dengan cara **menyusukan** bayi kepada ibunya

Massase Uterus

- + Meletakkan telapak tangan di fundus
- + Lakukan massase dengan gerakan melingkar secara lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)



Lokhea

- + Jika uterus berkontraksi kuat → jumlah lokhea tidak lebih dari darah menstruasi.
- + Dengan habisnya efek oksitosik setelah melahirkan, jumlah lochea akan bertambah karena miometrium sedikit berelaksasi.

Kandung Kemih

- + Kandung kemih harus dievaluasi untuk memastikan kandung kemih tidak penuh. Kandung kemih yang penuh mendorong uterus ke atas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.
- + Jika kandung kemih penuh → anjurkan dan bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya
- + Ingatkan ibu bahwa keinginan untuk berkemih mungkin berbeda-beda setelah persalinan.
- + Jika ibu tidak dapat berkemih, Bantu ibu dengan cara menyiramkan air bersih dan hangat ke perineumnya. Atau masukkan jari-jari ibu kedalam air hangat untuk merangsang keinginan berkemih secara spontan.

Kandung Kemih

- + Jika setelah tindakan-tindakan ini ibu tetap tidak dapat berkemih secara spontan, mungkin diperlukan kateterisasi. Jika kandung kemih penuh atau dapat dipalpasi, gunakan teknik aseptik pada saat memasukkan kateter nelaton disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk mengosongkan kandung kemih. Setelah mengosongkan kandung kemih, lakukan rangsangan taktil (pemijatan) untuk merangsang uterus berkontraksi lebih baik.

JANGAN PERNAH MENINGGALKAN IBU (SEDIKITNYA) DALAM 2 JAM PP

SEBELUM MENINGGALKAN IBU :

- Pastikan TTV normal
- Ajarkan ibu & kelg menilai dan masase uterus
- Selesaikan asuhan BBL
- Pastikan bayi sudah disusui

AJARKAN IBU DAN KELG UTK M'CARI PERTOLONGAN SGR BILA DITEMUI TANDA2 BAHAYA

- ✓ Demam
- ✓ Perdarahan aktif
- ✓ Bekuan darah yg banyak
- ✓ Bau dari vagina
- ✓ Pusing
- ✓ Lemas yg luar biasa
- ✓ Sulit menyusui
- ✓ Nyeri panggul/abdomen yg lebih dari kram uterus biasa



TERIMAKASIH..

Semoga bermanfaat 😊

