

BAB XIX

Perawatan Masa Nifas Berbasis Keluarga dan Komunitas

Siti Hajrianti,S.S.T.Keb.M.Tr.Keb

A. Keluarga sebagai Garis Pertama Perawatan Nifas

Masa nifas perlu dipahami sebagai fase transisi kesehatan yang dimulai segera setelah bayi lahir dan berlangsung sampai 42 hari setelah persalinan, sehingga perhatian terhadap ibu dan bayi tidak boleh berhenti ketika keduanya pulang dari fasilitas pelayanan kesehatan (World Health Organization [WHO], 2022; McCauley et al., 2022). Dalam fase ini, ibu mengalami pemulihan fisik, penyesuaian laktasi, perubahan emosi, perubahan peran sosial, serta kebutuhan pengambilan keputusan kesehatan yang sering terjadi di rumah, bukan di ruang praktik tenaga kesehatan (McCauley et al., 2022). Karena sebagian besar waktu nifas berlangsung di lingkungan keluarga, kualitas perawatan sangat dipengaruhi oleh kesiapan orang terdekat dalam mengenali kebutuhan ibu, menjaga bayi, membantu pekerjaan domestik, dan menghubungkan keluarga dengan layanan kesehatan bila muncul tanda bahaya. Dengan demikian, perawatan masa nifas berbasis keluarga bukan sekadar anjuran moral, melainkan strategi untuk memastikan keberlanjutan asuhan dari fasilitas kesehatan menuju rumah.

Pendekatan berbasis keluarga menempatkan suami, orang tua, mertua, saudara, dan anggota rumah tangga lain sebagai bagian dari sistem dukungan yang terarah. Dukungan tersebut dapat berupa dukungan emosional melalui pendengaran aktif dan penguatan psikologis, dukungan instrumental melalui pembagian kerja rumah, dukungan informasional melalui pengingat jadwal kontrol, serta dukungan penilaian melalui bantuan dalam memutuskan kapan harus mencari pertolongan profesional. Tinjauan sistematis tentang intervensi dukungan sosial pada ibu postpartum menunjukkan bahwa konseling yang melibatkan laki-laki, kunjungan rumah, dukungan berbasis internet, dan pendekatan keperawatan lanjutan dapat meningkatkan dukungan sosial ibu pada periode postpartum (Sharifipour et al., 2022). Temuan ini

mempertegas bahwa keluarga yang diberi arahan tidak hanya membantu ibu beristirahat, tetapi juga menjadi penghubung awal antara keluhan di rumah dan tindakan kesehatan yang tepat.

Kerangka komunitas memperluas perawatan keluarga dengan melibatkan kader, posyandu, bidan, puskesmas, tokoh masyarakat, dan jejaring rujukan lokal. WHO menegaskan bahwa pengalaman pascanatal yang positif mencakup penerimaan informasi, ketenangan, dan dukungan yang konsisten dari tenaga kesehatan, dengan pengakuan terhadap konteks budaya keluarga dan kebutuhan ibu-bayi (WHO, 2022). Prinsip tersebut sesuai dengan karakter komunitas di Indonesia, karena banyak keputusan nifas dipengaruhi oleh norma keluarga, praktik tradisional, akses transportasi, dan kedekatan dengan kader atau bidan desa. Oleh sebab itu, perawatan nifas yang baik tidak dapat bergantung pada ibu seorang diri. Perawatan perlu dibangun sebagai tanggung jawab kolektif yang memadukan pengetahuan klinis tenaga kesehatan, kedekatan sosial keluarga, serta kemampuan komunitas dalam memantau, mengingatkan, dan memfasilitasi rujukan.

B. Kebutuhan Ibu dan Bayi dalam Empat Puluh Dua Hari Pertama

Kebutuhan ibu nifas mencakup pemantauan perdarahan, tekanan darah, involusi uterus, nyeri, luka jalan lahir atau luka operasi, tanda infeksi, anemia, status menyusui, pemenuhan gizi, istirahat, kesehatan jiwa, dan rencana kontrasepsi pascapersalinan. Komponen tersebut selaras dengan tinjauan tentang fungsi esensial perawatan postnatal yang menempatkan skrining preeklamsia, anemia, kesehatan mental, dukungan menyusui eksklusif, serta pemilihan metode kontrasepsi modern sebagai bagian penting dari paket perawatan ibu setelah melahirkan (McCauley et al., 2022). Dalam pendekatan keluarga, kebutuhan ini diterjemahkan menjadi tindakan sederhana di rumah, seperti memastikan ibu mendapat makanan bergizi, membantu posisi menyusui, menjaga kebersihan area luka, mengamati jumlah perdarahan, dan menanyakan perasaan ibu tanpa menghakimi. Tindakan sederhana tersebut tidak menggantikan pemeriksaan bidan atau dokter, tetapi membuat keluarga lebih peka terhadap perubahan yang membutuhkan konsultasi.

Kebutuhan bayi baru lahir pada masa nifas tidak dapat dipisahkan dari kondisi ibu karena keberhasilan menyusui, kehangatan, kebersihan tali pusat, pemantauan kuning, pemantauan berat badan, imunisasi, dan respons terhadap tanda bahaya sangat bergantung pada perawatan harian di rumah. McCauley et al. (2022) mengidentifikasi perawatan tali pusat, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, skrining kelainan bawaan, serta pemberian vaksinasi awal sebagai fungsi sinyal yang penting dalam asuhan postnatal bayi. Buku KIA juga menempatkan masa enam jam sampai 42 hari setelah bersalin sebagai rentang pemantauan yang perlu

didokumentasikan melalui kunjungan nifas, pemeriksaan ibu, pemeriksaan payudara dan ASI, skrining kesehatan jiwa, konseling, serta tata laksana kasus bila ditemukan masalah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Dengan demikian, keluarga perlu memahami bahwa bayi yang tampak tenang tetap membutuhkan observasi teratur, terutama pada pola menyusui, suhu tubuh, warna kulit, napas, buang air kecil, buang air besar, dan respons terhadap rangsangan.

Jadwal kunjungan nifas membantu keluarga mengubah kepedulian menjadi tindakan yang terencana. Di Indonesia, Buku KIA 2024 memuat kunjungan KF1 pada 6–48 jam, KF2 pada hari ke-3 sampai ke-7, KF3 pada hari ke-8 sampai ke-28, dan KF4 pada hari ke-29 sampai ke-42 setelah persalinan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Jadwal ini penting karena masalah nifas tidak selalu muncul pada hari pertama; sebagian keluhan seperti kesulitan menyusui, tanda infeksi, hipertensi pascapersalinan, kelelahan berat, dan gejala depresi dapat berkembang setelah ibu berada di rumah. Keluarga dapat menggunakan jadwal tersebut sebagai kalender bersama, sedangkan kader atau komunitas dapat membantu pengingat, pendampingan transportasi, dan penguatan pesan kesehatan. Dengan pembagian peran yang jelas, kunjungan nifas tidak dipandang sebagai kewajiban administratif, melainkan sebagai titik pemeriksaan keselamatan ibu dan bayi.

Tabel 1.1 Peta Kebutuhan Perawatan Nifas Berbasis Keluarga dan Komunitas

No	Waktu/Kontak	Fokus Ibu dan Bayi	Peran Keluarga dan Komunitas
1	KF 1 6–48 jam	Perdarahan, tekanan darah, nyeri, kontraksi rahim, inisiasi dan posisi menyusui, suhu bayi, napas bayi, serta tanda bahaya awal.	Keluarga mendampingi ibu, memastikan istirahat dan cairan, mencatat keluhan; kader membantu pengingat kontrol dan kontak bidan bila ada risiko.
2	KF 2 Hari 3–7	Luka jalan lahir/operasi, tanda infeksi, payudara dan ASI, kuning pada bayi, tali pusat, pola menyusui, dan adaptasi emosi ibu.	Keluarga membagi tugas rumah, membantu menyusui dan kebersihan; kader memantau kehadiran kunjungan serta mengarahkan ke puskesmas bila ada keluhan.

3	KF 3 Hari 8-28	Pemulihan fisik, kesehatan jiwa, kelelahan, nutrisi, keberlanjutan ASI, pertumbuhan bayi, imunisasi sesuai jadwal, serta konseling keluarga.	Keluarga menguatkan dukungan emosional dan praktis; posyandu/kader membantu pencatatan, edukasi, dan penghubung layanan.
4	KF 4 Hari 29-42	Evaluasi pemulihan, kesiapan aktivitas, kontrasepsi pascapersalinan, keberhasilan menyusui, pemantauan bayi, serta rencana tindak lanjut.	Keluarga memastikan keputusan kesehatan dibuat bersama ibu; tenaga kesehatan memberi konseling lanjut dan rujukan bila masalah belum pulih.

Keterangan: Jadwal KF disesuaikan dari Buku KIA 2024; isi peran dikembangkan penulis berdasarkan pendekatan keluarga-komunitas.

C. Praktik Pendampingan Keluarga di Rumah

Pendampingan keluarga di rumah dimulai dari pembagian peran yang realistis sejak ibu pulang. Satu anggota keluarga dapat bertanggung jawab pada kebutuhan makan dan minum ibu, anggota lain membantu kebersihan rumah, sedangkan pasangan dapat memantau jadwal obat, tanda bahaya, dan waktu kunjungan ke fasilitas kesehatan. Strategi ini penting karena ibu nifas sering menghadapi beban ganda: memulihkan tubuh, belajar menyusui, menjaga bayi, serta menyesuaikan diri dengan perubahan identitas sebagai ibu. Dukungan sosial yang buruk atau tidak memadai dilaporkan berkaitan dengan stres dan depresi postpartum, sedangkan intervensi yang memperkuat dukungan sosial dapat meningkatkan kemampuan ibu menjalankan peran barunya (Sharifipour et al., 2022). Dalam praktik sehari-hari, keluarga perlu menghindari pola pendampingan yang justru menambah tekanan, seperti menyalahkan ibu ketika ASI belum lancar, membandingkan pengalaman persalinan, atau menutup akses ibu kepada layanan kesehatan.

Keluarga juga perlu menjadi penjaga keselamatan dengan mengenali tanda bahaya pada ibu dan bayi. Pada ibu, kewaspadaan perlu diarahkan pada perdarahan banyak, demam, nyeri kepala berat, pandangan kabur, kejang, nyeri dada, sesak napas, nyeri betis, bau tidak sedap dari jalan lahir, luka bernanah, payudara merah dan nyeri, serta keinginan menyakiti diri atau bayi. Pada bayi, keluarga perlu waspada terhadap tidak mau menyusu, napas cepat atau sulit, demam atau suhu tubuh rendah, kuning yang meluas, kejang, tali pusat bernanah, lemas, dan

tangisan yang tidak biasa. WHO (2022) menekankan bahwa ibu, bayi, pasangan, orang tua, pengasuh, dan keluarga membutuhkan informasi serta dukungan yang konsisten agar pengalaman pascanatal menjadi aman dan positif. Karena itu, daftar tanda bahaya sebaiknya ditempel di tempat yang mudah terlihat, disertai nomor bidan, puskesmas, ambulans desa, atau fasilitas rujukan terdekat.

Praktik budaya dalam perawatan nifas perlu disikapi dengan pendekatan dialog, bukan penolakan menyeluruh. Beberapa praktik keluarga dapat mendukung pemulihan, misalnya menyediakan makanan hangat, mengurangi beban pekerjaan ibu, menjaga kebersihan lingkungan, dan mengatur kunjungan tamu agar ibu dapat istirahat. Namun, praktik yang membatasi asupan cairan, menunda pemeriksaan bila ada keluhan, melarang ibu menyusui tanpa alasan medis, atau memberikan ramuan pada bayi tanpa saran tenaga kesehatan perlu dikaji ulang secara hati-hati. Peraturan kesehatan reproduksi yang berlaku menekankan penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi sebagai bagian dari layanan kesehatan yang perlu dipastikan dalam sistem pelayanan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025). Dengan demikian, keluarga dan komunitas sebaiknya menjembatani nilai budaya dengan keselamatan klinis, sehingga tradisi yang bermanfaat dapat dipertahankan dan tradisi berisiko dapat diubah melalui edukasi yang menghormati martabat keluarga.

D. Jejaring Komunitas dan Kontinuitas Layanan Nifas

Komunitas memiliki posisi strategis karena mampu menjangkau ibu yang sudah kembali ke rumah dan mungkin mengalami hambatan transportasi, biaya, izin keluarga, atau rasa malu untuk menyampaikan keluhan. Kader posyandu dapat membantu mengingatkan jadwal KF, mencatat masalah yang perlu ditanyakan kepada bidan, memotivasi ibu untuk membawa Buku KIA, dan menghubungkan keluarga dengan layanan bila ditemukan gejala risiko. Tinjauan Cochrane tentang kunjungan rumah pada periode postpartum awal menunjukkan bahwa perawatan individual sebagai bagian dari paket kunjungan rumah berpotensi memperbaiki skor depresi pada empat bulan, meningkatkan kepuasan ibu terhadap perawatan, serta dapat meningkatkan menyusui eksklusif dan pemanfaatan layanan bayi pada beberapa perbandingan, meskipun kepastian bukti masih bervariasi (Yonemoto et al., 2021). Artinya, komunitas perlu menggunakan kunjungan rumah secara terencana, bukan sekadar kunjungan sosial tanpa tujuan kesehatan.

Keterlibatan komunitas tidak berarti semua kader harus melakukan tindakan klinis. Peran utama kader adalah edukasi, pengingat, dukungan sosial, pencatatan sederhana, dan rujukan dini kepada tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan tetap bertanggung jawab atas pemeriksaan

klinis, diagnosis, tata laksana, dan keputusan rujukan medis. Pembagian ini penting agar keluarga tidak menunda pertolongan profesional karena merasa cukup dibantu tetangga, sekaligus mencegah kader dibebani tugas di luar kompetensinya. McCauley et al. (2022) menekankan bahwa perawatan postnatal harus memiliki isi layanan yang jelas, bukan hanya jumlah kontak, karena kunjungan tanpa komponen pemeriksaan dan konseling yang tepat dapat menjadi kesempatan yang terlewat. Oleh sebab itu, puskesmas perlu menyediakan alur komunikasi yang mudah dipahami oleh kader dan keluarga, seperti nomor kontak bidan, format catatan masalah, dan prosedur rujukan bila tanda bahaya muncul.

Kontinuitas layanan nifas dapat dibangun melalui tiga jalur komunikasi. Jalur pertama adalah keluarga kepada tenaga kesehatan, yaitu ketika keluarga melaporkan keluhan ibu atau bayi dan meminta arahan. Jalur kedua adalah kader kepada puskesmas atau bidan, yaitu ketika kader menemukan ibu yang tidak hadir kunjungan atau menunjukkan tanda risiko sosial dan kesehatan. Jalur ketiga adalah tenaga kesehatan kepada keluarga, yaitu ketika bidan memberikan rencana tindak lanjut, pesan menyusui, jadwal kontrol, dan kriteria rujukan. Model komunikasi ini sejalan dengan konsep pengalaman pascanatal positif yang menuntut dukungan konsisten, fleksibilitas sistem, dan penghormatan terhadap kebutuhan serta konteks keluarga (WHO, 2022). Bila tiga jalur tersebut berjalan, masa nifas tidak lagi menjadi fase yang tersembunyi di rumah, melainkan menjadi periode pemantauan aktif yang melibatkan keluarga, komunitas, dan layanan kesehatan.

Peta peran pada Tabel 1.1 menunjukkan bahwa asuhan nifas berbasis keluarga dan komunitas memerlukan pembagian tanggung jawab yang saling melengkapi. Keluarga memberikan dukungan harian, kader memperkuat akses komunitas, bidan dan puskesmas memastikan keselamatan klinis, sementara komunitas luas membantu kondisi sosial seperti transportasi, donor darah, dan dukungan darurat. Pembagian peran seperti ini penting karena sebagian masalah nifas bersifat klinis, tetapi pemicunya dapat berupa faktor sosial, misalnya ibu tidak sempat makan karena seluruh perhatian tertuju pada bayi, ibu tidak kontrol karena tidak ada pendamping, atau bayi terlambat diperiksa karena keluarga menganggap keluhan sebagai hal biasa. Dengan pemetaan peran, setiap pihak mengetahui batas dan kontribusinya. Perawatan nifas kemudian berubah dari beban individual ibu menjadi kerja bersama yang lebih aman, manusiawi, dan berkelanjutan.

E. Model Implementasi Asuhan Nifas Berbasis Keluarga dan Komunitas

Implementasi perawatan nifas dapat dimulai pada fase persiapan pulang dari fasilitas kesehatan. Tenaga kesehatan perlu mengidentifikasi siapa pendamping utama ibu di rumah, bagaimana akses transportasi keluarga, apakah ibu memiliki riwayat komplikasi, bagaimana kesiapan menyusui, serta siapa yang dapat dihubungi bila terjadi kegawatdaruratan. Informasi ini kemudian diterjemahkan menjadi rencana sederhana yang mudah dibaca keluarga, misalnya jadwal kontrol, tanda bahaya, kontak rujukan, tugas anggota keluarga, dan kebutuhan khusus ibu. WHO (2022) menempatkan dukungan informasi dan penguatan keluarga sebagai bagian dari pengalaman pascanatal positif, sementara Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2024) menyediakan Buku KIA sebagai media pemantauan kesehatan ibu dan anak. Kombinasi keduanya dapat menghasilkan rencana pulang yang tidak hanya berisi instruksi medis, tetapi juga strategi pendampingan keluarga.

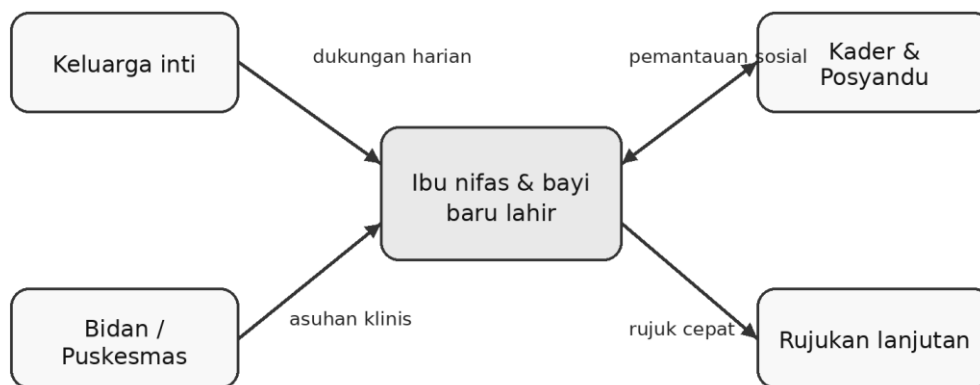
Tahap berikutnya adalah edukasi keluarga dalam bahasa yang konkret. Tenaga kesehatan dan kader dapat menggunakan kalimat sederhana, demonstrasi, dan pengulangan untuk menjelaskan cara membantu menyusui, menjaga kebersihan, mengenali perdarahan berlebihan, memantau kondisi bayi, serta merespons perubahan emosi ibu. Edukasi perlu diberikan kepada orang yang benar-benar tinggal bersama ibu, bukan hanya kepada ibu, karena keputusan rumah tangga sering diambil oleh pasangan atau anggota keluarga senior. Sharifipour et al. (2022) menunjukkan bahwa intervensi yang melibatkan dukungan sosial, termasuk konseling dengan laki-laki dan kunjungan rumah, dapat memperkuat dukungan ibu postpartum. Dengan demikian, pendidikan nifas sebaiknya tidak berhenti pada pemberian leaflet, melainkan dilanjutkan dengan percakapan yang memastikan keluarga memahami, menyetujui, dan mampu menjalankan peran yang dibutuhkan.

Tahap pemantauan dilakukan sepanjang 42 hari melalui gabungan kunjungan terjadwal, observasi harian, dan komunikasi cepat bila ada keluhan. Pada hari-hari awal, keluarga perlu memastikan ibu tidak sendirian terlalu lama, mendapat cukup cairan dan makanan, dapat menyusui dengan nyaman, serta tidak mengalami perdarahan yang mengkhawatirkan. Pada minggu berikutnya, perhatian dapat diperluas pada pemulihan luka, keberhasilan ASI, pola tidur, emosi ibu, dan kesiapan kontrasepsi. Dennis dan Dowswell (2021) melaporkan bahwa intervensi psikososial dan psikologis, termasuk kunjungan postpartum berbasis profesional dan dukungan sebaya melalui telepon, dapat menurunkan risiko depresi postpartum dibandingkan

perawatan biasa. Oleh karena itu, pemantauan nifas tidak boleh hanya bertanya tentang bayi, tetapi juga harus menanyakan kondisi tubuh, perasaan, dan kebutuhan ibu.

Model implementasi pada Gambar 1.1 menempatkan ibu dan bayi sebagai pusat, keluarga sebagai pendukung harian, kader dan posyandu sebagai pemantau sosial, bidan atau puskesmas sebagai penyedia asuhan klinis, serta rujukan lanjutan sebagai jalur keselamatan. Model ini dapat diterapkan secara sederhana di desa, kelurahan, maupun wilayah perkotaan dengan menyesuaikan sumber daya yang tersedia. Pada wilayah dengan akses sulit, kader dan tokoh masyarakat dapat membantu transportasi dan komunikasi rujukan. Pada wilayah perkotaan, grup komunikasi keluarga, kader, dan bidan dapat membantu pengingat jadwal serta deteksi dini keluhan. Hal terpenting adalah memastikan setiap komponen saling terhubung dan tidak bekerja sendiri-sendiri. Integrasi keluarga dan komunitas menjadi efektif ketika informasi mengalir cepat, keputusan tidak tertunda, dan ibu merasa didukung sebagai manusia utuh, bukan hanya sebagai pengasuh bayi.

Model Integrasi Perawatan Nifas



Keterangan:

Sumber: Ilustrasi penulis (2026)

Gambar 1.1 Alur Integrasi Perawatan Nifas Berbasis Keluarga dan Komunitas

F. Penutup

Perawatan masa nifas berbasis keluarga dan komunitas menegaskan bahwa keselamatan ibu dan bayi tidak selesai pada saat persalinan selesai. Empat puluh dua hari pertama merupakan periode pemulihan, pembelajaran, dan penyesuaian yang membutuhkan dukungan emosional, bantuan praktis, informasi kesehatan, serta akses cepat ke layanan klinis. Keluarga menjadi ruang pertama tempat gejala dikenali dan kebutuhan harian dipenuhi, sedangkan komunitas menjadi jembatan yang membantu keluarga tetap terhubung dengan kader,

posyandu, bidan, puskesmas, dan rujukan. Dengan kerangka tersebut, asuhan nifas tidak hanya berorientasi pada pemeriksaan medis, tetapi juga pada pengalaman pascanatal yang positif, aman, dan bermartabat. Kesimpulan utama dari bab ini adalah bahwa keluarga dan komunitas bukan pelengkap layanan nifas, melainkan bagian dari sistem perawatan yang menentukan keberlanjutan asuhan di rumah.

Rekomendasi praktis dari bab ini adalah perlunya rencana pulang yang melibatkan keluarga, edukasi tanda bahaya yang mudah dipahami, pemetaan peran anggota rumah tangga, penguatan kader dalam mengingat kunjungan dan rujukan dini, serta komunikasi aktif antara keluarga dan tenaga kesehatan. Setiap kunjungan nifas sebaiknya digunakan untuk menilai kondisi ibu dan bayi secara terpadu, termasuk kesehatan mental ibu, keberhasilan menyusui, pemulihan luka, kontrasepsi, dan kesiapan keluarga. Pendekatan ini dapat memperkecil jarak antara layanan kesehatan dan kenyataan hidup ibu di rumah. Apabila keluarga, komunitas, dan tenaga kesehatan bekerja dalam satu alur, masa nifas dapat menjadi masa pemulihan yang lebih aman sekaligus masa penguatan hubungan keluarga, kepercayaan diri ibu, dan kesehatan bayi.

Referensi

- Dennis, C.-L., & Dowswell, T. (2021). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(11), CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://kesprimkom.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Buku_KIA_2024.pdf
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Reproduksi*. <https://jdih.kemkes.go.id/documents/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-2-tahun-2025>
- McCauley, H., Lowe, K., Furtado, N., Mangiaterra, V., & van den Broek, N. (2022). Essential components of postnatal care – a systematic literature review and development of signal functions to guide monitoring and evaluation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 448. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04752-6>
- Sharifipour, F., Javadnoori, M., Behboodi Moghadam, Z., Najafian, M., Cheraghian, B., & Abbaspoor, Z. (2022). Interventions to improve social support among postpartum mothers: A systematic review. *Health Promotion Perspectives*, 12(2), 141–150.

<https://doi.org/10.34172/hpp.2022.18>

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Yonemoto, N., Nagai, S., & Mori, R. (2021). Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(7), CD009326. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.pub4>