

**Pengaruh Implementasi Tehnik Rebozo oleh Suami
Terhadap Nyeri dan Lama Persalinan Kala I Fase Aktif
di Tempat Praktik Mandiri Bidan J
Cimanggis-Depok**

*The Effect of Implementing the Rebozo Technique by Husbands
on Pain and Length of Labour in the Active Phase of Stage I
at an Independent Midwifery Practice J
in Cimanggis-Depok*

TESIS

Diajukan untuk Memperoleh Gelar Magister

**Nurul Azmi Aprianti
131020230004**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KEBIDANAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS PADJADJARAN
BANDUNG
2025**

LEMBAR PENGESAHAN

**PENGARUH IMPLEMENTASI TEHNIK REBOZO OLEH
SUAMI TERHADAP NYERI DAN LAMA PERSALINAN
KALA I FASE AKTIF DI TEMPAT PRAKTIK
MANDIRI BIDAN J CIMANGGIS-DEPOK**

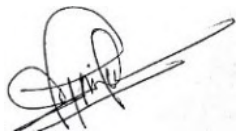
**Oleh:
Nurul Azmi Aprianti
NPM 131020230004**

TESIS

**Untuk memenuhi salah satu syarat ujian
Guna memperoleh gelar Magister Kebidanan
Program Studi Magister Kebidanan**

Telah disetujui oleh Tim Pembimbing pada tanggal

Bandung, 3 Juli 2025



**Prof. Dr. Johanes Cornelius Mose, dr., Sp. OG(K), K.FM
Ketua Pembimbing**



**Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO
Anggota Tim Pembimbing**

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya tulis saya, tesis ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Padjadjaran maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan riset saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan masukan Tim Penguji.
3. Karya tulis ini tidak mengandung karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini

Bandung, 27 Desember 2024
Yang membuat pernyataan,



- (Signature) -

Nurul Azmi Aprianti
NPM. 131020230004

KATA PENGANTAR

Dengan rasa syukur yang mendalam dari setiap proses pembelajaran yang merupakan perjalanan dengan tantangan dan peluang untuk terus berkembang. Penulis mempersembahkan tesis berjudul **“Pengaruh Implementasi Teknik Rebozo oleh Suami Terhadap Nyeri dan Lama Persalinan Kala I Fase Aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan J Cimanggis-Depok”**. Penelitian ini merupakan salah satu langkah dalam memenuhi syarat untuk memperoleh gelar Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran.

Penyusunan tesis ini tidak terlepas dari dukungan, arahan, dan kontribusi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis dengan tulus menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. Prof. dr. Arief S. Kartasmita, Sp.M(K)., M.Kes., Ph.D, selaku Rektor Universitas Padjadjaran, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Universitas Padjadjaran.
2. Prof. Dr. Yudi Mulyana Hidayat, dr., Sp.OG., Subsp.Onk., DMAS, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, atas dukungan dan fasilitas yang memadai selama masa studi.
3. Dr. Hadi Susiarno, dr., Sp.OG., Subsp.Obginsos., M.Kes., MH.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Kebidanan, atas motivasi, arahan, dan dukungan yang sangat membantu selama proses pendidikan.
4. Prof. Dr. Johanes Cornelius Mose, dr., Sp.OG, Subsp KFM, selaku Ketua Pembimbing, yang dengan penuh kesabaran telah memberikan arahan, masukan, dan motivasi selama penyusunan tesis ini.
5. Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO, selaku Pembimbing Pendamping, atas kesabaran, bimbingan, dan masukan yang sangat berarti selama proses penelitian.
6. Prof. Dr. Dany Hilmanto, dr., Sp.A(K) dan Dr. Setyorini Irianti, dr., Sp.OG, Subsp. K.Fm., M.Kes selaku Penguji Akademik Seminar Usulan Riset yang berkenan meluangkan waktu untuk menguji serta memberikan saran dan masukan dalam menilai riset ini.

7. Bapak/Ibu dosen Program Studi Magister Kebidanan Universitas Padjadjaran yang telah memberikan ilmu dan pengalaman yang sangat berharga.
8. Seluruh staf dan civitas akademik Program Magister Kebidanan Universitas Padjadjaran atas bantuan dalam mengurus keperluan akademik dan administrasi selama peneliti melakukan studi.
9. Bidan Jeanne, S.SiT., M.Kes, atas izin, dukungan, dan fasilitas yang diberikan selama pelaksanaan penelitian.
10. Bidan Haryanti, S.Tr.Keb, atas bantuan, dukungan, dan kemudahan yang diberikan kepada penulis selama penelitian berlangsung.
11. Suami yang penuh pengertian, Irwan Sofyan, terima kasih atas cinta, kesabaran, dan dukungan yang tak ternilai dalam segala aspek kehidupan. Kehadiranmu selalu menjadi motivasi terbesar untuk meraih mimpi ini.
12. Papah H.Edy Hermanto dan Mamah (alm.) Hj. Maesaroh, terima kasih atas cinta dan doa yang telah menjadi sumber kekuatan dalam setiap langkah. Semoga setiap ilmu yang dipelajari dan manfaat dari penelitian ini menjadi wujud rasa bakti dan penghormatan yang abadi, serta membawa keberkahan dan pahala yang terus mengalir.
13. Anak-anak tersayang, Mosi, Nuna, dan Bia yang menjadi cahaya inspirasi dan sumber kekuatan dalam setiap perjalanan kehidupan.
14. Adik-adik yang selalu mendukung, terima kasih atas kasih sayang dan doa yang tak pernah putus, yang telah menjadi penyemangat dalam setiap langkah.
15. Teman-teman Magister Kebidanan Angkatan 27 atas kebersamaan, motivasi, kerja sama, dan semangat dalam belajar bersama yang sangat berkesan

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih memiliki kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan di masa mendatang. Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca dan perkembangan dunia kebidanan secara luas.

Bandung, 27 Desember 2024

Penulis

ABSTRAK

Nyeri persalinan dan lama persalinan merupakan masalah yang umum dialami oleh ibu dan berdampak pada kenyamanan serta proses kelahiran. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh implementasi teknik rebozo oleh suami terhadap nyeri dan lama persalinan kala I fase aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan.

Penelitian menggunakan desain *quasi-eksperimental* dengan 30 responden pada kelompok intervensi yang menerima teknik rebozo oleh suami dan 30 responden pada kelompok kontrol tanpa intervensi. Pengukuran nyeri dilakukan sebelum dan sesudah intervensi menggunakan skala *Numerik Rating Scale* (NRS), sedangkan lama persalinan dicatat secara objektif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa besarnya penurunan skor nyeri pada kelompok intervensi median 2, sedangkan pada kelompok kontrol median -1. Perbedaan besarnya penurunan skor nyeri persalinan ini secara statistik bermakna dengan uji *Mann-Whitney* memperoleh nilai $p < 0,001$. Kelompok intervensi mengalami penurunan nyeri yang signifikan setelah diberikan teknik rebozo oleh suami, sementara kelompok kontrol mengalami peningkatan nyeri. Selain itu, Perbedaan lama persalinan pada kedua kelompok penelitian secara statistik bermakna berdasarkan uji *t* tidak berpasangan dengan $p = 0,002$. Lama persalinan pada kelompok intervensi antara 2-4 jam sebanyak 86,7%, sedangkan pada kelompok kontrol 66,7% yang berarti lama persalinan pada kelompok intervensi lebih singkat dibandingkan kelompok kontrol.

Penelitian ini membuktikan bahwa implementasi teknik rebozo yang dilakukan oleh suami memberikan pengaruh dalam mengurangi nyeri dan menurunkan lama persalinan kala I fase aktif.

Oleh karena itu, implementasi teknik rebozo oleh suami dapat menjadi alternatif non-farmakologis yang direkomendasikan dalam praktik kebidanan dan pendampingan persalinan untuk meningkatkan kenyamanan dan kualitas persalinan ibu.

Kata Kunci: Lama Persalinan, Nyeri Persalinan, Pendamping Persalinan, Suami, Teknik Rebozo.

ABSTRACT

Labour pain and labour length are common challenges faced by mothers during childbirth, significantly affecting comfort and the overall birthing experience. This study aims to assess the effect of implementing the rebozo technique by husbands on pain and length of labour in the active phase of stage I at an Independent Midwifery Practice.

A quasi-experimental design was utilized, with 30 participants in the intervention group who received the rebozo technique from their husbands, and 30 participants in the control group who did not receive the intervention. Pain levels were measured before and after the intervention using the Numerical Rating Scale (NRS), while labour length was objectively recorded.

The results indicated that the intervention group experienced a median pain score reduction of 2, while the control group exhibited a median score reduction of -1. The difference in pain score reduction between the groups was statistically significant, with a Mann-Whitney test yielding a $P < 0.001$. The intervention group showed a significant reduction in pain after receiving the implementation of the rebozo technique by their husbands, while the control group experienced an increase in pain. Additionally, the difference in length of labour between the two groups was statistically significant, as determined by an independent t-test ($p = 0.002$). Among the intervention group, 86.7% of participants had a length of labour between 2-4 hours, compared to 66.7% in the control group, indicating a significantly shorter length of labour in the intervention group.

This study demonstrates that the implementation of the rebozo technique by the husband has an effect on reducing labour pain and shortening the length of labour during the active phase of stage I.

Thus, the rebozo technique can serve as a recommended non-pharmacological alternative in obstetric practice and labour companionship, enhancing maternal comfort and improving the quality of the childbirth experience.

Keywords: *Labour Length, Labour Pain, Labour Companion, Husband, Rebozo Technique.*

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Masalah Riset	6
1.3 Rumusan Masalah.....	7
1.4 Tujuan Riset	7
1.5 Manfaat Riset	8
1.6 Luaran riset dan tingkat kesiapterapan teknologi (TKT)	9
BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, HIPOTESIS	10
2.1 Kajian Pustaka	10
2.2 Kerangka Pemikiran.....	81
2.3 Diagram Kerangka Pemikiran	84
2.4 Hipotesis.....	85
BAB III METODE Riset	87
3.1 Desain Riset	87
3.2 Populasi, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel.....	88
3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	92
3.4 Instrumen Riset	94
3.5 Lokasi dan Waktu Riset	95
3.6 Teknik Pengumpulan Data	96
3.7 Analisis Data.....	103
3.8 Etik Riset.....	105

HASIL DAN PEMBAHASAN	109
4.1 Hasil Riset.....	109
4.2 Pengujian Hipotesis	113
4.3 Pembahasan Hasil Penelitian.....	115
4.4 Keterbatasan Penelitian	119
BAB V.....	120
KESIMPULAN DAN SARAN	120

DAFTAR TABEL

2.1 Lama Persalinan	18
2.2. Tingkat Nyeri Berdasarkan <i>Verbal Rating Scale</i>	42
3.1 Standar Deviasi	90
3.2 Definisi Operasional.....	93
3.3 <i>Gantt Chart</i>	96
4.1 Karakteristik Subjek Riset	109
4.2 Uji Normalitas	110
4.3 Perbandingan Nyeri Persalinan	111
4.4 Kategori Tingkat Nyeri Persalinan	112
4.5 Lama Persalinan	112

DAFTAR GAMBAR

2.1 Skala <i>Wong-Baker FACES Pain Rating Scale</i>	39
2.2 Skala Nyeri NRS	44
2.3 Teknik Rebozo	77
2.4 Kerangka Pemikiran.....	84
3.1 Skala Nyeri NRS	95
3.2 Alur Penelitian	102
4.1 Lama Persalinan Pada Kedua Kelompok Penelitian	113

DAFTAR SINGKATAN

IASP	: <i>International Association for The Study of Pain</i>
NRS	: <i>Numerical Rating Scale</i>
TPMB	: Tempat Praktik Mandiri Bidan
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
AKI	: Angka Kematian Ibu
WHO	: <i>World Health Organization</i>
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
TKT	: Tingkat Kesiap-Terapan Teknologi

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 2 Surat Izin Pendahuluan
- Lampiran 3 Surat Balasan Izin Pendahuluan
- Lampiran 4 Etik Penelitian
- Lampiran 5 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 6 Surat Balasan Penelitian
- Lampiran 7 Informasi Penelitian
- Lampiran 8 *Informed Consent*
- Lampiran 9 Skala *Numeric Rating Scale* (NRS)
- Lampiran 10 *Action Plan*
- Lampiran 11 *Logbook* Bimbingan
- Lampiran 12 Biodata Tim Enumerator
- Lampiran 13 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 14 Hasil Statistik

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah proses bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan normal terjadi pada usia kehamilan cukup bulan atau setelah 37 minggu tanpa komplikasi.¹ Selama proses persalinan, kontraksi rahim dan dilatasi serviks dapat menimbulkan respons nyeri.² Menurut *International Association for The Study of Pain (IASP)* nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dan bersifat subjektif karena intensitasnya hanya dapat dirasakan dan dinilai oleh individu yang mengalaminya. Sebanyak 10% ibu merasakan nyeri dengan tingkat sedang, sedangkan 90% lainnya merasakan nyeri berat. Sementara itu, ditemukan bahwa sekitar 68,3% ibu bersalin mengalami nyeri hebat, dan 86% dari mereka menginginkan tindakan untuk mengurangi nyeri selama persalinan.³

Penilaian nyeri secara objektif membantu memahami intensitas yang dirasakan individu, mengingat sifatnya yang subjektif. *Numerical Rating Scale (NRS)* adalah metode sederhana dalam penilaian nyeri karena kemudahannya. Pemantauan nyeri selama persalinan menjadi penting, karena fase ini merupakan penentu keberhasilan persalinan normal. Jika nyeri berlangsung terlalu lama dan tidak segera diatasi, ibu berisiko mengalami kecemasan yang dapat menyebabkan otak mengeluarkan zat yang menghambat produksi

endorfin, yang memperburuk rasa sakit dan meningkatkan stres ibu, sehingga impuls nyeri semakin kuat dan kontraksi otot rahim menjadi lebih lemah.²

Nyeri yang intens bisa menyebabkan kelelahan, kehilangan energi, meningkatkan frekuensi napas dan detak jantung yang mengganggu aliran darah dan oksigen ke plasenta, gangguan pada motilitas usus dan fungsi kandung kemih, serta dapat mendorong ibu untuk mengejan sebelum dilatasi serviks mencapai maksimum, sehingga berisiko menyebabkan pembengkakan serviks dan distosia.^{4,5}

Persalinan yang berlangsung terlalu lama dapat memperparah kondisi tersebut dengan menyebabkan kelelahan otot rahim (*uterine fatigue*). Hal ini berdampak pada menurunnya kemampuan rahim untuk berkontraksi secara efektif setelah persalinan, yang dikenal sebagai hipotonia uteri. Hipotonia uteri merupakan salah satu faktor utama peningkatan risiko perdarahan *postpartum*, Kondisi ini menambah risiko komplikasi serius yang dapat menyebabkan kematian pada ibu dan bayi.⁶

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan tantangan kesehatan global, hampir 95% dari seluruh kematian ibu terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah, penyebab utamanya adalah perdarahan *postpartum*. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), AKI mencapai 223/100.000 kelahiran hidup pada 2020. PBB menetapkan target SDGs menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada 2030.⁷ Di Indonesia, AKI mencapai 189/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2020, sedangkan pada tahun 2022 jumlah kematian Ibu yaitu 3.572 kasus, dengan 571 kasus di Jawa Barat,

dan 131 dari kematian ibu disebabkan oleh perdarahan.⁸⁻¹⁰ Rasio AKI di Kota Depok tercatat sebesar 56,14 per 100.000 kelahiran hidup, dengan 24 kasus kematian ibu.¹¹

Pelayanan kesehatan ibu bersalin merupakan salah satu indikator standar pelayanan minimal yang wajib diselenggarakan oleh pemerintah, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019. Kedua regulasi ini menekankan bahwa pelayanan persalinan sesuai standar harus dilaksanakan di fasilitas kesehatan.^{12,13} Perawatan oleh tenaga kesehatan profesional sebelum, selama, dan setelah melahirkan dapat menyelamatkan nyawa wanita dan bayi baru lahir.⁷

Berbagai metode telah dikembangkan, baik farmakologis maupun non-farmakologis dalam upaya meningkatkan kenyamanan dan mengurangi komplikasi persalinan. Salah satu metode non-farmakologis yaitu teknik rebozo yang berasal dari tradisi Meksiko. Teknik ini menggunakan kain panjang untuk menggoyangkan panggul ibu, yang membantu memperbaiki posisi janin, mempercepat proses persalinan, serta mengurangi intensitas nyeri. Teknik ini juga terbukti dapat mengurangi risiko intervensi medis seperti operasi *caesar* dan penggunaan epidural.^{1,14} Penelitian yang dilakukan oleh Widiatrilupi (2023) menunjukkan bahwa teknik ini tidak hanya mengurangi intensitas nyeri, tetapi juga mempercepat fase aktif persalinan tanpa risiko efek samping farmakologis.¹⁵

Teori yang mendasari teknik rebozo adalah *Gate Control Theory*, yang menjelaskan bahwa stimulasi serabut saraf besar dapat menghambat sinyal nyeri dari serabut kecil. Gerakan dalam teknik rebozo, seperti menggoyangkan panggul, membantu menstimulasi saraf sensorik di area lumbal, sakrum, dan koksigidis (lumbosakral), sehingga mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan.^{16,17} Penelitian Fitriyaningsih, Sinurat, dan Simanihuruk (2023) menunjukkan bahwa teknik ini efektif memperpendek fase aktif persalinan hingga beberapa jam, terutama pada ibu primipara.¹

Teknik rebozo bisa dilakukan mulai dari usia kehamilan 28 minggu sampai persalinan baik dalam posisi berdiri, berbaring, atau posisi lutut dan kedua telapak tangan menyentuh lantai.¹⁸ Selain efektivitasnya dalam manajemen nyeri, teknik rebozo juga tidak membutuhkan biaya yang tinggi, aman, mudah diterapkan, dan dapat melibatkan pasangan sebagai bagian dari proses persalinan, sehingga dapat menciptakan pengalaman melahirkan yang lebih positif.^{19,20}

Peran suami dalam mendukung proses persalinan, baik secara emosional maupun fisik, memiliki dampak signifikan terhadap pengurangan nyeri dan peningkatan kualitas persalinan. Keterlibatan suami dapat mengurangi kecemasan ibu, meningkatkan rasa percaya diri, serta membantu dalam pengelolaan rasa sakit selama persalinan. Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang mendapat dukungan aktif dari suami atau pendamping persalinan mengalami penurunan intensitas nyeri dan peningkatan kepuasan terhadap pengalaman persalinan.^{21,22}

Keterlibatan suami sebagai pendamping aktif dalam persalinan menjadi alternatif untuk mendukung ibu, baik secara fisik maupun emosional. Sehingga, keterlibatan ini dapat ditingkatkan melalui pemberian edukasi yang dapat meningkatkan pemahaman tentang peran aktif mereka. Edukasi persalinan berbasis keterampilan seperti demonstrasi dan praktik dapat dilakukan sebanyak 4 kali dengan frekuensi 1 kali seminggu dalam waktu 60 menit. Program ini juga meningkatkan kesiapan fisik dan psikologis pasangan, memperkuat dukungan emosional ibu dari suami, mengurangi rasa takut, stres, dan trauma, serta meningkatkan kepuasan ibu terhadap persalinan, sehingga pasangan dapat menyambut kelahiran dengan lebih nyaman dan aman.²³

Sebagian besar penelitian sebelumnya tentang teknik rebozo berfokus pada penerapannya oleh tenaga medis, dengan sedikit perhatian terhadap implementasi oleh suami. Padahal, dukungan suami dalam persalinan memiliki potensi signifikan dalam membantu ibu mengelola nyeri dan mempercepat proses persalinan. Fokus penelitian ini pada fase aktif persalinan didasarkan pada pertimbangan bahwa pada tahap ini ibu biasanya sudah berada di fasilitas kesehatan seperti Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB), sehingga pemantauan lebih intensif dapat dilakukan.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh implementasi teknik rebozo oleh suami pada nyeri dan lama persalinan, dengan harapan memberikan perspektif baru tentang peran suami dalam meningkatkan kualitas persalinan dan pengalaman melahirkan ibu yang lebih positif.

1.2 Masalah Riset

Berdasarkan latar belakang di atas, suami sebagai pendamping persalinan memiliki peran penting untuk mendukung ibu. Namun, implementasi teknik rebozo oleh suami masih terbatas, walaupun penelitian terdahulu telah menunjukkan efektivitasnya dalam membantu mengurangi intensitas nyeri dan mempercepat proses persalinan, tetapi implementasi teknik rebozo dilakukan oleh bidan.

Kehadiran suami sudah menjadi hal yang umum, namun keterlibatan dalam memberikan dukungan fisik terutama melalui metode seperti teknik rebozo, masih belum banyak diimplementasikan. Selain itu, penelitian yang mengkaji peran suami dalam mendukung metode non-farmakologis ini masih minim dieksplorasi, sehingga penerapannya di lapangan juga belum berkembang secara luas. Padahal, kehadiran suami selama persalinan telah terbukti membantu ibu mengelola nyeri, mengurangi kecemasan, dan meningkatkan rasa aman. Hal ini menunjukkan bahwa peran suami memiliki potensi untuk ditingkatkan dalam mendukung kelancaran proses persalinan.

Penelitian ini menitikberatkan pada fase aktif persalinan karena pada fase aktif, ibu bersalin sudah berada di Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB), sehingga pengawasan dan intervensi dapat dilakukan secara lebih intensif. Dengan meneliti pengaruh implementasi teknik rebozo oleh suami terhadap nyeri dan lama persalinan, penelitian ini bertujuan untuk mengisi kesenjangan dalam kajian sebelumnya. Selain itu, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi praktis bagi pengembangan strategi pelayanan

kesehatan yang lebih inovatif dan melibatkan pasangan sebagai pendukung aktif dalam proses persalinan.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah terdapat pengaruh implementasi teknik rebozo oleh suami terhadap nyeri persalinan di Tempat Praktik Mandiri Bidan?
2. Apakah terdapat pengaruh implementasi teknik rebozo oleh suami terhadap lama persalinan kala 1 fase aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan?

1.4 Tujuan Riset

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis pengaruh implementasi teknik rebozo oleh suami terhadap nyeri dan lama persalinan kala I fase aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh implementasi teknik rebozo oleh suami terhadap nyeri persalinan di Tempat Praktik Mandiri Bidan.
2. Menganalisis pengaruh implementasi teknik rebozo oleh suami terhadap lama persalinan kala I fase aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan.

1.5 Manfaat Riset

1.5.1 Manfaat Teoretis

Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya wawasan ilmiah dalam kebidanan, khususnya mengenai implementasi teknik rebozo oleh suami sebagai metode non-farmakologis untuk mengurangi nyeri dan lama persalinan kala I fase aktif.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Ibu Bersalin

Edukasi yang diberikan kepada suami tentang teknik rebozo meningkatkan kesadaran akan pentingnya dukungan fisik dan emosional serta bermanfaat untuk pengurangan nyeri yang dirasakan oleh ibu selama persalinan, mempercepat proses kala I fase aktif, meningkatkan kenyamanan, serta meningkatkan pengalaman dan kepuasan ibu dan suami.

2. Bagi Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB)

Implementasi teknik rebozo yang melibatkan suami di TPMB dapat meningkatkan kualitas layanan persalinan yang berpotensi mendorong rekomendasi positif terhadap layanan TPMB. Selain itu, penelitian ini dapat menjadi dasar untuk penyusunan kelas persiapan ibu bersalin bagi pasangan suami istri, mendukung pendekatan fisiologis dalam persalinan yang lebih alami.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Menyediakan data berbasis bukti yang dapat dimanfaatkan sebagai materi pengajaran untuk meningkatkan kompetensi mahasiswa kebidanan dalam pengelolaan nyeri persalinan dan lama persalinan menggunakan metode non-farmakologis.

1.6 Luaran riset dan tingkat kesiapterapan teknologi (TKT)

Luaran utama yang dihasilkan dari penelitian ini dipublikasikan di jurnal terindeks *Quartile/SINTA*, yang akan memperluas akses informasi bagi praktisi dan akademisi kebidanan di Indonesia. Berdasarkan tingkat kesiapterapan teknologi (TKT), penelitian ini berada pada TKT 2–3 yaitu tahap di mana konsep dan kajian ilmiah yang mendasari teknik rebozo telah dikembangkan, dan penelitian ini bertujuan untuk memvalidasi teori tersebut melalui analisis empiris untuk diterapkan lebih lanjut.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, HIPOTESIS

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan normal terjadi pada usia kehamilan cukup bulan yaitu antara 37 hingga 42 minggu, atau ketika berat badan janin mencapai 2500-gram atau lebih.^{1,24} Persalinan adalah proses fisiologis yang menandai akhir dari masa kehamilan, di mana janin, plasenta, dan membran dikeluarkan dari rahim ibu melalui jalan lahir secara alami atau dengan bantuan medis, seperti operasi sesar.²⁵

2.1.2 Teori Penyebab Persalinan

Proses persalinan dipicu oleh berbagai faktor yang melibatkan interaksi hormon, otot rahim, dan kondisi janin. Beberapa teori yang menjelaskan penyebab persalinan adalah sebagai berikut:

1. Teori Oksitosin

Oksitosin, hormon yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis posterior, berperan penting dalam memicu kontraksi rahim. Oksitosin merangsang otot-otot rahim untuk berkontraksi secara teratur dan berkelanjutan. Peningkatan sensitivitas rahim terhadap oksitosin, terutama setelah penurunan progesteron, menyebabkan terjadinya

kontraksi yang lebih kuat, yang pada akhirnya memicu tanda-tanda awal persalinan.

2. Teori Prostaglandin

Peningkatan kadar prostaglandin selama kehamilan, terutama menjelang akhir, membantu melembutkan dan mematangkan serviks serta meningkatkan sensitivitas rahim terhadap oksitosin. Prostaglandin, yang diproduksi oleh desidua, merangsang kontraksi miometrium sehingga mempercepat proses persalinan. Pemberian prostaglandin secara klinis juga dapat digunakan untuk merangsang kontraksi.

3. Penurunan Kadar Progesteron

Progesteron memainkan peran dalam menjaga relaksasi otot-otot uterus. Saat mendekati persalinan, kadar progesteron menurun, yang menyebabkan rahim berkontraksi. Sebaliknya, hormon estrogen meningkat dan merangsang kontraksi otot rahim. Penurunan progesteron dan peningkatan estrogen ini menyebabkan rahim yang semula berelaksasi menjadi aktif berkontraksi.

4. Keregangan Otot-Otot

Rahim memiliki kemampuan untuk menampung janin hingga batas tertentu. Ketika rahim telah meregang maksimal, kontraksi pun dimulai untuk mengeluarkan janin. Persalinan ditandai oleh serangkaian kontraksi otot rahim yang semakin kuat

dan sering, yang mengakibatkan dilatasi serviks dan ekspulsi janin serta plasenta.²⁵

5. Pengaruh Janin

Hipofisis dan kelenjar adrenal pada janin juga berperan dalam memengaruhi waktu persalinan.

6. Teori Janin

Janin menghasilkan hormon dari kelenjar hipofisis dan adrenal yang memberi sinyal kepada tubuh ibu untuk memulai persalinan. Hormon ini dianggap memicu serangkaian reaksi hormonal pada ibu yang menyebabkan dimulainya kontraksi rahim.

7. Teori Berkurangnya Nutrisi

Teori ini menyatakan bahwa berkurangnya nutrisi yang diterima oleh janin seiring bertambahnya usia kehamilan dapat memicu persalinan. Hal ini sesuai dengan hipotesis *Hippocrates* yang pertama kali menyatakan bahwa persalinan terjadi ketika nutrisi untuk janin berkurang.

8. Teori Plasenta Menjadi Tua

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, plasenta akan mengalami penuaan. Plasenta yang semakin tua menyebabkan penurunan kadar estrogen dan progesteron, yang akhirnya memicu kontraksi rahim dan memulai persalinan.²⁵⁻²⁸

2.1.3 Tahapan Persalinan

1. Kala I: Pembukaan Serviks

Pendataran serviks adalah proses pemendekan kanalis servikalis yang sebelumnya berbentuk saluran sepanjang 1-2 cm, menjadi satu lubang dengan tepi yang semakin menipis. Proses pembukaan serviks ini melibatkan pelebaran *ostium eksternum*, yang tadinya berbentuk lubang kecil berdiameter beberapa milimeter, hingga membentuk lubang berdiameter sekitar 10 cm, yang cukup untuk dilalui bayi. Setelah pembukaan serviks penuh, bibir portio, segmen bawah rahim, serviks, dan vagina bergabung membentuk satu saluran.²⁹

Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, *ostium uteri internum* biasanya membuka terlebih dahulu, menyebabkan serviks menjadi lebih rata dan tipis sebelum *ostium uteri eksternum* terbuka. Sebaliknya, pada multigravida, *ostium uteri internum* sering kali sudah sedikit terbuka saat persalinan dimulai, sehingga proses pembukaan *ostium uteri eksternum* dan penipisan serviks berlangsung bersamaan. Terdapat dua fase penting dalam tahap ini yang menentukan kecepatan dilatasi dan intensitas kontraksi:

1) Fase Laten:

Fase laten dimulai ketika kontraksi rahim pertama kali muncul, menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara perlahan. Fase ini berlangsung sampai pembukaan serviks mencapai kurang dari 4 cm. Pada umumnya, fase laten berlangsung selama sekitar 8 jam. Intensitas kontraksi masih ringan, sehingga ibu biasanya dapat mentoleransi nyeri yang terjadi.³⁰

2) Fase Aktif:

Frekuensi dan durasi kontraksi rahim meningkat secara bertahap. Kontraksi dinilai memadai jika terjadi setidaknya tiga kali dalam 10 menit dan berlangsung lebih dari 40 detik. Ibu mulai merasakan nyeri yang lebih intens akibat kontraksi yang semakin kuat.

Kecepatan dilatasi serviks dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan penuh (10 cm) umumnya adalah 1 cm per jam pada primigravida dan lebih dari 1 cm hingga 2 cm per jam pada multipara. Selama fase ini, terjadi penurunan bagian terbawah janin menuju jalan lahir.³¹

2. Kala II: Ekspulsi Janin

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Beberapa gejala utama pada tahap ini meliputi:

- 1) Kontraksi rahim yang terkoordinasi, kuat, dan cepat, terjadi setiap 2-3 menit sekali.
 - 2) Kepala janin telah berada di dasar panggul.
 - 3) Ibu merasakan dorongan kuat untuk meneran seperti ingin buang air besar.
 - 4) Terdapat tekanan pada anus.
 - 5) Perineum menonjol karena tekanan dari bagian bawah janin yang semakin turun.
 - 6) Vulva mulai terbuka akibat tekanan dari kepala janin.
 - 7) Pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa serviks sudah mencapai pembukaan lengkap.^{30,32}
3. Kala III: Pengeluaran Plasenta

Tahap persalinan pada kala III dimulai setelah bayi lahir dan berakhir dengan keluarnya plasenta, yang biasanya berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tanda-tanda klinis yang menunjukkan pelepasan plasenta meliputi:

- 1) Semburan darah yang keluar dari vagina.
- 2) Pemanjangan tali pusat yang terlihat.
- 3) Perubahan bentuk uterus dari bentuk *diskoid* menjadi bulat (*globular*).
- 4) Perubahan posisi uterus, di mana uterus naik ke bagian atas abdomen.³²

3. Kala IV: Pemulihan Awal

Kala IV adalah periode yang berlangsung selama 1-2 jam setelah lahirnya plasenta. Kala IV ini dianggap penting karena pada tahap ini sering terjadi perdarahan dan merupakan awal dari masa nifas (*puerperium*).³²

2.1.4 Lama Persalinan

Lama persalinan adalah periode waktu yang diukur sejak awal pembukaan hingga kelahiran bayi dan plasenta. Persalinan umumnya dibagi menjadi empat tahap (kala), masing-masing dengan durasi yang bervariasi tergantung pada berbagai faktor seperti paritas (jumlah kelahiran sebelumnya), ukuran janin, posisi janin, dan efektivitas kontraksi rahim.³³

1. Lama Kala I: Tahap Pembukaan

Kala I dimulai dari awal pembukaan hingga pembukaan serviks lengkap (10 cm). Kala ini biasanya dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif:

- 1) Fase Laten: Pada fase ini, kontraksi masih tidak teratur dan serviks membuka secara perlahan hingga mencapai 4 cm. Lamanya fase ini bervariasi, dengan rata-rata 8–12 jam untuk primipara, dan 6–8 jam untuk multipara.³³
- 2) Fase Aktif: Dilatasi serviks terjadi lebih cepat, dari 4 cm hingga 10 cm. Pada fase ini, kontraksi lebih kuat dan teratur. Lama fase aktif rata-rata sekitar 5–6 jam untuk primipara dan 2–3 jam

untuk multipara.³² Kecepatan dilatasi serviks pada primipara adalah sekitar 1.54 cm/jam, sedangkan pada multipara kecepatan rata-rata lebih tinggi yaitu sekitar 2.00 cm/jam.³⁴

Berdasarkan kurva *Friedman*, pembukaan serviks pada primipara umumnya mencapai sekitar 1 cm per jam, sedangkan pada multipara pembukaan dapat mencapai 2 cm per jam. Kala I persalinan dinyatakan selesai ketika pembukaan serviks mencapai penuh. Pada primipara, fase ini biasanya berlangsung sekitar 12-13 jam, sedangkan pada multipara, durasinya lebih singkat, sekitar 7 jam.³⁵

2. Lama Kala II: Tahap Ekspulsi

Saat kepala janin mulai terlihat, vulva akan membuka dan perineum meregang. Dengan adanya his dan dorongan mengejan, kepala bayi akan keluar terlebih dahulu, diikuti oleh seluruh tubuhnya. Lama kala II dipengaruhi oleh posisi janin dan efektivitas usaha mengejan ibu dan berbeda antara primipara dan multipara:

- 1) Pada primipara, kala II rata-rata berlangsung sekitar 1–2 jam.
- 2) Pada multipara, kala II biasanya lebih singkat, yaitu sekitar 30 menit hingga 1 jam.^{35,36}

3. Lama Kala III: Pengeluaran Plasenta

Kala III dimulai setelah kelahiran bayi dan berakhir dengan keluarnya plasenta. Proses ini biasanya memakan waktu 5–30 menit. Apabila proses pengeluaran plasenta berlangsung lebih dari 30

menit, risiko komplikasi seperti perdarahan pascapersalinan meningkat.³³

4. Lama Kala IV

Kala IV dimulai setelah pengeluaran plasenta dan berlangsung selama 1–2 jam setelah persalinan. Kala ini penting untuk memastikan bahwa kontraksi rahim terus berlanjut dan mencegah perdarahan berlebih. Pemantauan pada kala ini melibatkan pengawasan ketat terhadap tanda-tanda vital ibu dan evaluasi kontraksi uterus.³²

Tabel 2.1 Lama Persalinan

Tahap Persalinan	Nulipara	Multipara
Kala I (Fase Laten)	8–12 jam	6–8 jam
Kala I (Fase Aktif)	5–6 jam	2–3 jam
Kala II (Ekspulsi)	1–2 jam	30 menit–1 jam
Kala III (Plasenta)	5–30 menit	5–30 menit
Kala IV (Pemulihan)	1–2 jam	1–2 jam
Total	15–22 jam	10–14,5 jam

2.1.5 Partograf

Partograf pertama kali diperkenalkan pada tahun 1972 sebagai alat pemantauan persalinan yang dirancang untuk membantu bidan dan tenaga kesehatan dalam mendeteksi dan mengelola komplikasi persalinan secara lebih cepat. *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan penggunaan partograf ini secara global pada tahun 1990-an untuk memastikan bahwa semua tenaga kesehatan memiliki alat yang dapat membantu mereka mendeteksi persalinan abnormal atau macet lebih cepat.³⁷

Partograf adalah alat grafis yang digunakan untuk mencatat perkembangan persalinan, kondisi ibu, dan janin secara sistematis. Partograf ini digunakan oleh bidan dan tenaga kesehatan lain selama proses persalinan untuk membantu memantau kemajuan persalinan secara tepat dan mengambil tindakan jika terjadi komplikasi. Melalui pencatatan secara visual, partograf membantu tenaga kesehatan dalam mendeteksi secara dini jika persalinan berjalan tidak sesuai dengan harapan, seperti distosia atau persalinan lama. Alat ini memainkan peran penting dalam upaya mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu serta bayi selama persalinan.³⁸

Partograf memiliki beberapa manfaat dalam manajemen persalinan, yaitu:

1. Memantau Kemajuan Persalinan

Partograf mencatat perkembangan dilatasi serviks dan penurunan kepala janin terhadap waktu, yang memungkinkan tenaga kesehatan untuk mengetahui apakah persalinan berjalan normal atau memerlukan intervensi.³⁹

2. Mendeteksi Komplikasi Dini

Dengan partograf, komplikasi seperti persalinan macet atau gagal progres bisa dideteksi lebih dini, sehingga tindakan medis yang diperlukan, seperti *augmentasi* dengan oksitosin atau operasi caesar, dapat dilakukan lebih cepat.⁴⁰

3. Memonitor Kondisi Ibu dan Janin

Kondisi ibu dan janin, seperti denyut jantung janin, suhu tubuh ibu, dan frekuensi kontraksi uterus, juga dicatat untuk memastikan tidak ada tanda-tanda bahaya selama persalinan berlangsung.⁴¹

Pada fase aktif persalinan, halaman depan partograf menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil pemeriksaan secara berkala. Beberapa aspek yang dicatat selama fase aktif meliputi:

1. Informasi tentang ibu:

- 1) Nama dan umur ibu.
- 2) *Gravida*, para, abortus (riwayat kehamilan, kelahiran, dan keguguran).
- 3) Nomor catatan medis.
- 4) Tanggal dan waktu mulai dirawat atau mulai persalinan.

2. Waktu pecahnya selaput ketuban: Dicatat untuk memantau kapan ketuban pecah dan kondisi air ketuban.

3. Kondisi janin: Pemantauan denyut jantung janin (DJJ), warna dan kondisi air ketuban, serta penyusupan kepala janin (*moulage*) dicatat secara teratur.

- 1) Denyut jantung janin (DJJ): DJJ dicatat setiap 30 menit atau lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin. DJJ diukur dan dicatat pada grafik, dengan nilai normal berkisar antara 120 hingga 160 denyut per menit⁴⁰.

2) Warna dan adanya air ketuban: Setiap kali selaput ketuban pecah, kondisi air ketuban dicatat menggunakan simbol:

- a. "U" untuk selaput ketuban yang masih utuh.
- b. "J" untuk air ketuban yang jernih.
- c. "M" untuk air ketuban yang bercampur mekonium.
- d. "D" untuk air ketuban yang bercampur darah.
- e. "K" untuk air ketuban yang sudah kering.

Cairan ketuban yang normal umumnya berwarna jernih, namun jika terdapat tanda-tanda mekonium (cairan yang berwarna hijau atau coklat) atau darah dalam cairan ketuban, ini bisa menjadi indikator bahwa janin mengalami *distress* atau terdapat masalah lain yang memerlukan penanganan segera.³⁷

3) Molase atau penyusupan tulang kepala janin merupakan indikator penting dalam menilai seberapa jauh kepala janin dapat menyesuaikan diri terhadap tulang panggul ibu. Molase harus dinilai setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam. Hasil dari penilaian molase dicatat di bagian depan partograf di bawah lajur air ketuban. Kondisi ini sangat membantu dalam mendeteksi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD), yang dicurigai jika tulang kepala janin tumpang tindih. Lambang yang digunakan untuk penilaian molase meliputi:

- a. 0 = Sutura terpisah.
- b. 1 = Sutura bersentuhan.

- c. 2 = Sutura tumpang tindih tetapi masih bisa dipisahkan.
- d. 3 = Sutura tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

4. Kemajuan persalinan:

- 1) Pembukaan serviks: Pencatatan dilatasi serviks dimulai ketika serviks mencapai pembukaan 4 cm, menandai awal fase aktif persalinan. Kecepatan normal dilatasi serviks diharapkan minimal 1 cm per jam. Jika dilatasi tidak mencapai kecepatan ini, atau jika ada stagnasi, garis “waspada” dalam partograf akan menunjukkan potensi masalah, dan intervensi medis mungkin diperlukan untuk membantu kemajuan persalinan.⁴²

Pembukaan serviks dicatat setiap 4 jam dan ditandai dengan angka 0-10. Setiap kali ada pembukaan, tanda "X" digunakan dan dihubungkan dengan garis lurus tidak terputus untuk memantau perkembangan.⁴²

- 2) Penurunan bagian terbawah janin atau persen penurunan janin: Penurunan kepala janin juga dicatat pada angka 0-5 yang sejajar dengan pembukaan serviks. Pemeriksaan dilakukan untuk mengevaluasi apakah kepala janin turun sesuai dengan perkembangan kontraksi dan pembukaan serviks. Jika penurunan kepala janin tidak sesuai dengan kemajuan persalinan, terutama setelah kontraksi yang kuat, hal ini dapat menjadi tanda adanya masalah seperti *cephalopelvic*

disproportion (CPD), di mana ukuran kepala janin lebih besar dari kapasitas panggul ibu.^{42,43}

- 3) Garis waspada dan garis bertindak pada partograf: Garis waspada dimulai saat fase aktif persalinan dan diakhiri pada pembukaan lengkap 10 cm.
5. Jam dan waktu: Waktu dimulainya fase aktif persalinan dan waktu pemeriksaan dicatat dengan teliti dan aktual.
6. Kontraksi uterus: Kontraksi uterus dicatat setiap 30 menit untuk melihat frekuensi, durasi, dan intensitasnya. Setiap kotak pada grafik kontraksi mewakili durasi kontraksi (misalnya, kotak penuh menunjukkan kontraksi yang berlangsung 60 detik). Kondisi cairan ketuban juga dicatat, terutama jika ketuban pecah. Warna dan bau cairan amnion dapat memberikan indikasi penting tentang kondisi janin, misalnya, cairan yang berwarna hijau menandakan adanya mekonium, yang bisa berarti janin mengalami stress.⁴⁴
7. Obat-obatan dan cairan yang diberikan dicatat secara rinci, termasuk jumlah tetesan.
8. Kondisi ibu:
 - a. Nadi, tekanan darah, dan suhu tubuh dicatat secara berkala, pemeriksaan nadi (dicatat setiap 30 menit), suhu, dan tekanan darah (dicatat setiap 4 jam)
 - b. Volume urin serta kadar aseton dan protein dalam urin dilakukan setiap 4 jam jika memungkinkan.

9. Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinis: Semua intervensi medis, asuhan, dan keputusan klinis dicatat secara rinci untuk memastikan persalinan berjalan dengan baik dan aman.^{39,45}

2.1.6 Tujuan Asuhan Persalinan

Asuhan persalinan bertujuan memastikan kelahiran yang aman bagi ibu dan bayi serta mencegah komplikasi. Keselamatan dan kebersihan selama persalinan menjadi prioritas untuk menghindari risiko yang dapat membahayakan.⁴⁶ Pendekatan yang menyeluruh dalam penatalaksanaan membantu memastikan ibu dan bayi tetap dalam kondisi sehat.^{32,47}

Pemantauan ketat memungkinkan deteksi dini komplikasi, sehingga intervensi dapat dilakukan lebih cepat dan efektif. Jika diperlukan, rujukan ke tenaga spesialis dilakukan agar ibu dan bayi mendapatkan perawatan yang optimal. Asuhan persalinan juga mengutamakan intervensi minimal untuk menjaga proses persalinan tetap alami, namun tetap memperhatikan keselamatan. Pencegahan infeksi diterapkan melalui prosedur yang aman, sementara edukasi dan komunikasi yang baik dengan ibu serta keluarga membantu meningkatkan kenyamanan dan kepercayaan diri selama persalinan. Setelah kelahiran, perawatan bayi baru lahir, termasuk inisiasi menyusui dini, diberikan untuk mendukung kesehatan bayi dan memperkuat ikatan dengan ibu.³²

2.1.7 Suami SIAGA (Siap Antar Jaga)

Suami SIAGA merupakan peran suami yang secara aktif terlibat, siap memberikan dukungan, dan memahami berbagai kebutuhan fisik serta emosional istri sepanjang kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Adapun beberapa aspek penting yang mencirikan suami SIAGA adalah sebagai berikut:

1. Keterlibatan Aktif

Suami SIAGA berkomitmen untuk terlibat aktif dalam seluruh perjalanan kehamilan dan kelahiran, termasuk berpartisipasi dalam kunjungan medis, membantu merencanakan persiapan kehamilan dan persalinan, serta memberikan dukungan fisik dan emosional yang dibutuhkan oleh istri.

2. Pemahaman Terhadap Perubahan Yang Terjadi

Suami SIAGA berusaha memahami berbagai perubahan fisik dan emosional yang dialami oleh istri selama kehamilan. Mereka juga aktif mencari informasi mengenai perkembangan janin, perawatan kehamilan, serta proses persalinan untuk memberikan dukungan yang sesuai.

3. Dukungan Emosional

Suami SIAGA memberikan dukungan emosional yang kuat dengan cara mendengarkan dengan penuh perhatian, memahami kekhawatiran dan perasaan istri, serta memberikan semangat dan

dorongan saat istri menghadapi tantangan emosional selama kehamilan.

4. Keterlibatan Dalam Persiapan Dan Perawatan Bayi

Suami SIAGA terlibat aktif dalam persiapan persalinan, merencanakan kebutuhan bayi, serta memberikan kontribusi dalam perawatan dan pengasuhan bayi setelah kelahiran, dengan tujuan menjadi ayah yang terlibat sejak awal.

5. Mendukung Kesehatan Dan Kenyamanan Istri

Suami SIAGA memperhatikan kesehatan dan kenyamanan istri dengan membantu mengurangi beban fisik, melakukan tugas rumah tangga tambahan, memberikan pijatan atau relaksasi, serta memastikan istri mendapatkan waktu istirahat yang cukup.

Suami SIAGA penting untuk memiliki pemahaman mengenai kehamilan dan persalinan. Pengetahuan ini mencakup berbagai aspek, seperti perkembangan janin, perubahan fisik dan emosional pada istri, serta proses persalinan. Suami juga harus memahami berbagai opsi yang tersedia terkait persalinan, serta perawatan yang dibutuhkan. Komunikasi terbuka dengan istri diperkukan agar suami dapat mendengarkan serta memahami kebutuhan dan kekhawatirannya. Dengan demikian, suami dapat memberikan dukungan yang tepat, memastikan istri mendapatkan perawatan yang diperlukan, dan ikut serta dalam setiap tahap kehamilan dan persalinan.⁴⁸

2.1.8 Peran Suami dalam Persalinan

Persalinan tidak hanya melibatkan proses fisik, tetapi juga memengaruhi kondisi emosional dan psikologis ibu. Sebagai puncak dari perjalanan kehamilan yang panjang, persalinan dapat menjadi momen yang penuh harapan, namun sering kali juga diwarnai oleh perasaan cemas dan ketidakpastian.²⁶ Ketakutan terhadap persalinan, atau yang dikenal sebagai "*childbirth fear*" merupakan salah satu faktor utama yang menyebabkan kecemasan dan ketidakpercayaan diri pada ibu selama proses kelahiran.^{27,49}

Dukungan yang diterima oleh ibu selama persalinan, memiliki pengaruh terhadap kondisi psikologis, terutama ketika berada dalam keadaan rentan, seperti saat kontraksi atau nyeri yang terus-menerus muncul. Suami memiliki peran penting dalam memberikan perhatian dan menjadi tempat untuk berbagi perasaan. Faktor-faktor seperti status sosial dan *gender* memengaruhi cara suami memberikan perhatian, namun banyak ibu yang dapat melewati proses persalinan dengan lebih kuat berkat dukungan dari suami.⁵⁰

Peran suami dalam mendukung proses persalinan, baik secara emosional maupun fisik, memiliki dampak signifikan terhadap peningkatan kualitas persalinan. Keterlibatan suami dapat mengurangi kecemasan ibu, meningkatkan rasa percaya diri, serta membantu dalam pengelolaan rasa sakit selama persalinan. Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang mendapat dukungan aktif dari suami atau pendamping

persalinan mengalami penurunan intensitas nyeri dan peningkatan kepuasan terhadap pengalaman persalinan.^{21,22}

Kehadiran suami saat persalinan juga dapat memberikan kenyamanan, dan kesabaran kepada ibu yang memungkinkan proses kelahiran berjalan lebih lancar dan normal, serta mempererat hubungan keluarga. Selain itu, ibu yang menerima dukungan emosional selama persalinan cenderung mengalami waktu persalinan yang lebih singkat, memerlukan lebih sedikit intervensi medis, dan memperoleh hasil persalinan yang lebih baik.⁵⁰

Dukungan suami berkontribusi dalam meningkatkan rasa percaya diri ibu yang dapat memperkuat kondisi mentalnya, suatu dukungan yang tidak selalu dapat diberikan oleh tenaga kesehatan. Dukungan tersebut yaitu motivasi, baik secara moral maupun material termasuk dukungan fisik, psikologis, emosional, informasi, penilaian, dan finansial.^{51,52}

Dukungan emosional yang dapat diberikan oleh suami seperti kasih sayang dan perhatian dapat menciptakan suasana yang nyaman, rileks, dan tenang selama proses persalinan. Dukungan lainnya yaitu dukungan mental dengan berbagi pengalaman, atau memberikan hal-hal positif lainnya yang dapat meningkatkan kekuatan ibu dalam menjalani persalinan.⁵³ Pengalaman positif selama persalinan ini dapat memberikan dampak jangka panjang yang signifikan terhadap

kesejahteraan psikososial ibu, termasuk kepercayaan diri dan kesehatan mental setelah kelahiran.²⁶

Dukungan emosional dari suami juga berpengaruh untuk membantu ibu merasa lebih tenang dan dihargai, sehingga merangsang pelepasan hormon oksitosin yang berperan dalam meningkatkan kontraksi rahim pada proses persalinan. Selain itu, dukungan fisik yang diberikan suami juga penting untuk meningkatkan kenyamanan ibu. Bentuk dukungan fisik ini termasuk pijatan, mengelus wajah, menggenggam tangan, membantu mengatur pernapasan, mengubah posisi, atau bahkan hanya dengan memberikan kontak mata dan kata-kata pujian yang dapat meredakan ketegangan otot dan memperbaiki relaksasi tubuh ibu.⁵³

Pemberian dukungan yang optimal oleh suami dalam proses kehamilan dan persalinan memerlukan keterlibatan aktif dalam edukasi yang relevan. Banyak suami merasa bingung karena kurangnya kesempatan untuk mempersiapkan diri. Sebagian besar edukasi selama kehamilan berfokus pada peningkatan pengetahuan ibu, tanpa melibatkan suami secara penuh, sehingga menghambat kemampuan suami dalam memberikan dukungan yang maksimal. Suami yang dilibatkan dalam kelas edukasi mengenai kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi lebih siap memberikan dukungan fisik dan emosional, serta memperkuat hubungan pasangan dan rasa percaya diri, yang membantu ibu menghadapi tantangan selama proses tersebut.⁵⁴

Edukasi persalinan berbasis keterampilan seperti demonstrasi dan praktik dapat dilakukan sebanyak 4 kali dengan frekuensi 1 kali seminggu dalam waktu 60 menit. Program ini juga meningkatkan kesiapan fisik dan psikologis pasangan, memperkuat dukungan emosional ibu dari suami, mengurangi rasa takut, stres, dan trauma, serta meningkatkan kepuasan ibu terhadap persalinan, sehingga pasangan dapat menyambut kelahiran dengan lebih nyaman dan aman.²³

2.1.9 Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri adalah sensasi subjektif yang disebabkan oleh stimulus spesifik dan dapat berbeda antara individu, dipengaruhi oleh faktor psikososial, budaya, serta sistem endorfin tubuh. Nyeri dapat muncul akibat kerusakan jaringan yang nyata atau potensial.⁵⁵

International Association for the Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman emosional dan sensorik yang tidak menyenangkan. Nyeri berfungsi sebagai mekanisme protektif tubuh yang memicu individu untuk bereaksi guna menghentikan atau mengurangi rasa sakit tersebut. Melzack dan Wall mendeskripsikan nyeri sebagai pengalaman yang subjektif dan personal, dipengaruhi oleh faktor budaya, persepsi individu, serta elemen psikologis lainnya. Pengalaman ini mengganggu aktivitas dan mendorongnya untuk mencari cara agar rasa sakit tersebut hilang.⁵⁶

2. Fisiologis Nyeri

Pada mekanisme fisiologis, nyeri timbul akibat aktivasi nosiseptor, reseptor saraf yang mendeteksi stimulus berpotensi merusak jaringan. Stimulus ini bisa berupa rangsangan mekanis, kimia, atau suhu ekstrem, yang kemudian dikirimkan oleh serabut saraf tipe A δ (bermielin tipis) dan serabut saraf tipe C (tidak bermielin) menuju sistem saraf pusat untuk dipersepsikan sebagai nyeri.⁵⁵ Proses fisiologis yang berhubungan dengan nyeri dikenal sebagai nosisepsi, yang terdiri dari empat fase utama:

- 1) Transduksi: Pada fase ini, rangsangan yang berbahaya seperti bahan kimia, suhu ekstrem, listrik, atau rangsangan mekanis memicu pelepasan mediator biokimia, seperti prostaglandin, bradikinin, histamin, dan substansi P. Mediator-mediator ini berfungsi untuk mensensitisasi nosiseptor.
- 2) Transmisi: Fase transmisi adalah proses perpindahan impuls dari saraf sensoris menuju sistem saraf pusat melalui serabut A-delta dan serabut C yang membawa informasi nyeri ke medula spinalis. Impuls ini kemudian diteruskan ke thalamus melalui jalur traktus spinotalamikus, di mana pesan nyeri diproses lebih lanjut di korteks somatosensorik dan sistem limbik. Jalur ini memungkinkan individu untuk merasakan aspek sensorik nyeri, seperti lokasi dan intensitas, serta aspek emosional, seperti kecemasan dan ketakutan.

- 3) Modulasi: Pada fase ini, neuron di batang otak mengirimkan sinyal kembali ke medula spinalis untuk melepaskan zat seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang berfungsi menghambat impuls nyeri yang datang melalui jalur asenden.
- 4) Persepsi: Fase ini mencakup kesadaran individu akan nyeri. Proses persepsi melibatkan aktivasi struktur korteks yang memungkinkan terjadinya interpretasi kognitif dan emosional terhadap rasa sakit, serta memungkinkan individu untuk berusaha mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan.⁵⁷

3. Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri adalah proses di mana stimulus nyeri dikirimkan dari sumber stimulus menuju sistem saraf pusat.⁵⁶ Persepsi nyeri individu dipengaruhi oleh faktor-faktor antara lain:

1) Kelelahan

Kelelahan dapat meningkatkan persepsi nyeri dan menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi rasa sakit. Nyeri biasanya lebih terasa ketika seseorang kurang istirahat.

2) Jenis Kelamin

Wanita cenderung merasakan nyeri lebih kuat dibandingkan pria. Hormon estrogen dan progesteron berperan dalam meningkatkan sensitivitas nyeri pada wanita, di mana estrogen memperkuat proses nosiseptif dan progesteron menurunkan ambang batas nyeri.

3) Usia

Persepsi nyeri dipengaruhi oleh usia. Anak-anak dan lansia biasanya lebih sulit dalam mengekspresikan nyeri atau memahami sensasi yang mereka alami.

4) Genetik

Faktor genetik yang diwariskan dapat memengaruhi sensitivitas seseorang terhadap nyeri. Gen yang dominan dari orang tua dapat menentukan respon terhadap nyeri.

5) Faktor Psikologis

Tingkat kecemasan, depresi, dan gangguan emosional memengaruhi persepsi nyeri. Kecemasan bisa memperburuk rasa sakit dan memengaruhi bagaimana seseorang merespons pengobatan nyeri.

6) Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman nyeri di masa lalu dapat memengaruhi reaksi terhadap nyeri yang baru. Individu yang pernah mengalami nyeri cenderung lebih memahami bagaimana menghadapinya dibandingkan mereka yang belum.

7) Budaya

Budaya dan latar belakang etnis turut membentuk cara seseorang dalam merespons dan memahami nyeri, yang dipelajari melalui norma dan nilai yang diterima dalam masyarakat.⁵⁷

4. Klasifikasi Nyeri:

Nyeri memiliki karakteristik yang berbeda-beda pada setiap individu. Emosi seperti takut, marah, cemas, depresi, serta kondisi fisik seperti kelelahan dapat memengaruhi bagaimana seseorang merasakan nyeri, karena sifatnya yang subjektif, nyeri sulit untuk diklasifikasikan dan dipahami secara mendalam. Menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)*, nyeri dapat dibagi ke dalam beberapa kategori, yaitu:

1) Berdasarkan jenis nyeri

- a. Nyeri nosiseptik: Disebabkan oleh stimulasi langsung nosiseptor akibat trauma fisik atau luka jaringan. Aktivasi nosiseptor ini bisa dipicu oleh rangsangan mekanis, kimia, suhu, atau listrik.
- b. Nyeri neuropatik: Terjadi akibat kerusakan atau disfungsi pada sistem saraf, baik di tingkat perifer maupun sentral. Nyeri ini sering dikaitkan dengan kondisi kronis atau cedera saraf.
- c. Nyeri inflamatorik: Terjadi karena adanya proses inflamasi yang mengaktivasi nosiseptor, seperti yang terjadi pada luka atau infeksi.
- d. Nyeri campuran: Merupakan kombinasi dari nyeri nosiseptik dan neuropatik, di mana terdapat kerusakan jaringan disertai dengan disfungsi saraf.⁵⁵

2) Berdasarkan Waktu

- a. Nyeri Akut: Nyeri yang dirasakan akibat kerusakan jaringan secara tiba-tiba dengan intensitas ringan hingga berat, dan berlangsung kurang dari 3 bulan.
- b. Nyeri Kronis: Nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan dengan intensitas bervariasi, disebabkan oleh kerusakan jaringan yang mendadak atau lambat.

3) Berdasarkan Lokasi Nyeri

- a. Nyeri Somatik: Nyeri tajam yang mudah dilokalisasi dan berasal dari otot, tulang, atau sendi.
- b. Nyeri Superfisial: Nyeri yang terasa tajam dan berasal dari kulit atau jaringan subkutan, seperti cedera tertusuk jarum.
- c. Nyeri Visceral: Nyeri yang timbul akibat gangguan organ dalam dan sering kali terasa menyebar ke area lain.

4) Berdasarkan Derajat Nyeri

- a. Nyeri Ringan: Nyeri yang terjadi sewaktu-waktu dan tidak mengganggu aktivitas sehari-hari.
- b. Nyeri Sedang: Nyeri yang menetap dan mengganggu aktivitas, tapi masih memungkinkan istirahat.
- c. Nyeri Berat: Nyeri yang terus-menerus dan menyebabkan penderitaan signifikan, mengganggu istirahat.

5) Berdasarkan Anatomi

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan lokasi tubuh seperti nyeri punggung, nyeri pinggul, sakit kepala, dan lainnya sesuai dengan bagian tubuh yang terdampak.⁵⁷

6. Pengkajian Persepsi Nyeri

Nyeri atau rasa sakit adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan. Karena sifatnya yang subjektif, persepsi nyeri bervariasi antara individu, dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti usia, jenis kelamin, ras, dan kondisi kesehatan. Oleh karena itu, penilaian nyeri perlu disesuaikan dengan kondisi pasien dan lingkungan yang berbeda.⁵⁶

Penelitian menunjukkan adanya bias rasial dalam penanganan nyeri persalinan, di mana perempuan kulit berwarna seperti Afrika-Amerika, Asia-Amerika, dan Hispanik sering dianggap merasakan nyeri yang lebih ringan dibandingkan perempuan kulit putih. Akibatnya, mereka cenderung menerima perawatan medis yang kurang intensif, seperti analgesik atau epidural. Bias ini tidak hanya memengaruhi persepsi individu, tetapi juga keputusan klinis, dengan stereotip bahwa perempuan kulit berwarna memiliki toleransi nyeri lebih tinggi, yang mengarah pada pengabaian keluhan nyeri mereka dan mengurangi akses terhadap manajemen nyeri yang memadai, memperburuk ketidakadilan dalam hasil kesehatan maternal.⁵⁸

Ada beberapa metode yang digunakan untuk mengukur persepsi nyeri, di antaranya:

1) Pengkajian Nyeri Berdasarkan PQRST

Akrionim PQRST digunakan sebagai panduan untuk menilai keluhan nyeri yang dialami pasien, meliputi:

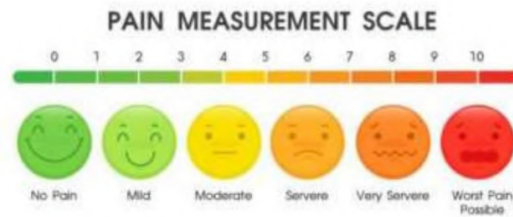
- a. *Provokes/Palliates*: Mengeksplorasi faktor-faktor yang dapat memicu atau meredakan nyeri. Pertanyaan yang dapat diajukan antara lain, apa yang memulai rasa nyeri tersebut? Apa yang bisa memperburuk atau memperbaikinya? Apakah aktivitas tertentu, seperti tidur, terganggu akibat rasa sakit ini?
- b. *Quality*: Menggali sifat nyeri yang dialami. Pasien diminta menggambarkan sensasi yang dirasakan, seperti apakah nyeri tersebut tajam, menusuk, terbakar, atau tekanan, menggunakan kata-kata mereka sendiri.
- c. *Region and Radiates*: Menanyakan lokasi awal dari nyeri dan apakah rasa sakit ini menyebar ke bagian lain dari tubuh. Juga, pasien dapat ditanya apakah nyeri terasa hanya di satu titik atau bergerak ke area lain.
- d. *Severity*: Mengukur tingkat keparahan nyeri dengan menggunakan skala, seperti skala nyeri 0-10, di mana angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 10 menggambarkan nyeri yang sangat hebat.

e. *Time*: Menilai durasi dan pola munculnya nyeri. Pertanyaan dapat mencakup kapan nyeri mulai muncul, apakah terjadi secara tiba-tiba atau bertahap, serta seberapa sering nyeri itu dirasakan. Pasien juga diminta untuk mengidentifikasi apakah nyeri berlangsung terus-menerus atau datang dan pergi, serta membandingkan dengan pengalaman nyeri sebelumnya.⁵⁶

2) Skala *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*

Penilaian nyeri menggunakan Skala *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* sangat mudah dilakukan. Penilaian ini berdasarkan ekspresi wajah penderita yang dapat diamati tanpa harus menanyakan keluhannya. Skala ini menunjukkan enam tingkat ekspresi wajah yang menggambarkan tingkat keparahan nyeri, sebagai berikut:

- a. Ekspresi wajah 1: Tidak merasakan nyeri sama sekali.
- b. Ekspresi wajah 2: Merasakan sedikit nyeri.
- c. Ekspresi wajah 3: Nyeri terasa sedikit lebih parah.
- d. Ekspresi wajah 4: Nyeri jauh lebih terasa.
- e. Ekspresi wajah 5: Nyeri sangat parah.
- f. Ekspresi wajah 6: Nyeri luar biasa, hingga menyebabkan penderita menangis.⁵⁷



Gambar 2.1 Skala Wong-Baker *FACES Pain Rating Scale*⁵⁷

3) Skala Nyeri 0-10 (*Comparative Pain Scale*)

Tingkat rasa nyeri yang dirasakan oleh setiap orang bervariasi, dan dapat dikategorikan mulai dari nyeri ringan hingga nyeri berat. Penggunaan Skala Nyeri 0-10 membantu praktisi kesehatan dalam menilai dan memahami intensitas nyeri yang dialami pasien. Skala ini memberikan panduan bagi tenaga kesehatan untuk menilai derajat nyeri, membedakan beratnya kondisi, serta membantu dalam menentukan intervensi yang tepat. Berikut penjelasan Tingkat Nyeri pada Skala 0-10:

- a. 0: Tidak ada rasa sakit sama sekali. Kondisi normal.
- b. 1: Nyeri sangat ringan, hampir tidak terasa. Nyeri ini biasanya tidak mengganggu aktivitas sehari-hari.
- c. 2: Nyeri tidak menyenangkan, seperti cubitan ringan, tetapi masih dapat ditoleransi.
- d. 3: Nyeri terasa, tetapi bisa ditahan. Seperti suntikan atau rasa sakit yang tajam namun bisa diabaikan.
- e. 4: Nyeri yang menyedihkan, misalnya sakit gigi atau sengatan lebah. Pasien mulai memikirkan tentang rasa sakit tersebut.

- f. 5: Nyeri yang lebih dalam, intensitasnya lebih tinggi, dan memengaruhi konsentrasi. Misalnya, cedera pergelangan kaki.
- g. 6: Nyeri sangat kuat hingga mulai mengganggu komunikasi dan aktivitas sehari-hari.
- h. 7: Nyeri yang lebih parah, dominasi rasa sakit pada pasien menyebabkan kesulitan dalam beraktivitas normal.
- i. 8: Nyeri begitu kuat hingga menyebabkan perubahan perilaku, pasien tidak bisa berpikir jernih, dan aktivitas sehari-hari sangat terganggu.
- j. 9: Nyeri yang sangat kuat, tak tertahankan, hingga pasien meminta tindakan segera.
- k. 10: Nyeri yang luar biasa, menyebabkan pasien kehilangan kesadaran atau bahkan pingsan.

Pengelompokan Skala Nyeri:

- a. 1-3: Nyeri ringan, tidak mengganggu aktivitas sehari-hari.
- b. 4-6: Nyeri sedang, yang dapat mengganggu aktivitas fisik.
- c. 7-10: Nyeri berat, pasien tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri.⁵⁶

4) *Self-report measure*

Self-report measure merupakan metode untuk mengukur tingkat nyeri dengan meminta pasien menilai sendiri rasa nyeri yang dialami. Pasien mencatat apakah nyeri yang dirasakan

termasuk nyeri berat, nyeri sedang, atau kurang nyeri. Pasien kemudian diminta mencatat penilaiannya dalam bentuk buku harian nyeri.

Penggunaan buku harian ini membantu memperoleh informasi yang lebih jelas mengenai pola nyeri, terutama untuk mengetahui apakah nyeri tersebut bersifat terus-menerus atau kronis. Metode ini sangat berguna untuk menilai dampak nyeri pada kehidupan pasien sehari-hari, serta untuk mencatat intensitas nyeri, kondisi psikologis, dan faktor emosional yang memengaruhi nyeri.⁵⁹

5) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Verbal Rating Scale (VRS) adalah metode penilaian nyeri yang menggunakan deskripsi verbal untuk menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Skala ini memungkinkan pasien untuk memilih kategori kata yang paling sesuai dengan kondisi nyeri mereka, seperti "tanpa nyeri", "nyeri ringan", "nyeri sedang", "nyeri berat", hingga "nyeri sangat berat". VRS sering digunakan karena kemudahannya dalam memberikan gambaran tentang nyeri, terutama bagi pasien yang mungkin kesulitan menggunakan skala numerik. Berikut adalah tabel penilaian nyeri menggunakan VRS:

Tabel 2.2 Tingkat Nyeri Berdasarkan *Verbal Rating Scale*

Tingkat Nyeri	Deskripsi	Skor
Tidak ada nyeri	Tidak merasakan nyeri sama sekali	0
Nyeri ringan	Nyeri sedikit, tetapi tidak mengganggu	1
Nyeri sedang	Nyeri terasa, mengganggu aktivitas	2
Nyeri berat	Nyeri menghambat aktivitas	3
Nyeri sangat berat	Nyeri sangat mengganggu hingga tidak mampu melakukan aktivitas	4

Keuntungan dari VRS adalah kemudahan penggunaannya di kalangan pasien, terutama yang memiliki kesulitan dalam menilai nyeri secara numerik. Namun, salah satu kelemahannya adalah keterbatasan dalam menyelaraskan deskripsi nyeri verbal dengan intensitas yang tepat, terutama pada pasien dengan keterbatasan dalam memilih kata yang sesuai.⁶⁰

6) *Visual Analogue Scale* (VAS)

Visual Analogue Scale (VAS) adalah metode yang sering digunakan untuk mengukur intensitas nyeri. Skala ini berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm, di mana satu ujungnya menunjukkan "tidak ada nyeri" (nilai 0), dan ujung lainnya menunjukkan "nyeri paling hebat yang mungkin" (nilai 10). Pasien diminta untuk menandai titik di sepanjang garis tersebut yang sesuai dengan intensitas nyeri yang mereka rasakan pada saat itu.

VAS sering dipilih karena mampu memberikan gambaran yang lebih subjektif mengenai nyeri yang dialami dan sederhana dalam penggunaannya. Skala ini dapat diterapkan pada berbagai kondisi seperti nyeri kronis, nyeri pasca operasi, dan persalinan. Namun, VAS memiliki keterbatasan bagi pasien yang mungkin mengalami kesulitan dalam memahami cara menggunakannya, seperti anak-anak atau pasien dengan gangguan kognitif. VAS juga sering digunakan untuk mempermudah pengumpulan dan analisis data terkait intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien.⁶¹

6) *Numerical Rating Scale* (NRS)

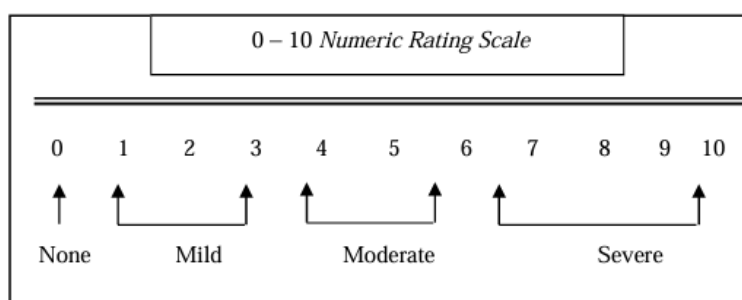
Numerical Rating Scale (NRS) adalah metode yang sederhana dan sering digunakan dalam penilaian nyeri. Kepraktisannya membuat NRS mudah diaplikasikan oleh berbagai kelompok tanpa memerlukan banyak instruksi tambahan. Skala NRS memungkinkan pasien untuk menilai nyeri secara verbal atau numerik, tanpa harus menandai garis, sehingga skala NRS lebih mudah dipahami dan digunakan oleh berbagai kelompok usia.⁵⁶

Pada skala ini, pasien diminta untuk memberikan nilai nyeri mereka pada skala numerik, biasanya dari 0 hingga 10, di mana 0 berarti "tidak ada nyeri" dan 10 menunjukkan "nyeri terparah yang dapat dibayangkan." NRS lebih mudah digunakan

oleh pasien dibandingkan dengan VAS karena hanya memerlukan verbal atau numerik penilaian tanpa menandai garis fisik. Oleh karena itu, NRS sering digunakan dalam situasi klinis atau oleh pasien yang mungkin kesulitan dengan skala visual.⁶²

Numerical Rating Scale (NRS) adalah alat ukur yang digunakan untuk menilai intensitas nyeri dengan meminta pasien menilai nyeri yang mereka rasakan pada skala angka. Pasien diminta untuk memilih angka yang paling sesuai dengan tingkat nyeri yang dirasakan pada saat itu. Skala ini menggunakan rentang nilai dari 0 hingga 10, di mana 0 berarti "tidak ada nyeri," dan 10 menunjukkan "nyeri yang sangat hebat". Penilaian dengan NRS dapat dikategorikan sebagai berikut:

- 1) 0: Tidak ada nyeri (*None*)
- 2) 1-3: Nyeri ringan (*Mild*)
- 3) 4-6: Nyeri sedang (*Moderate*)
- 4) 7-10: Nyeri berat (*Severe*)



Gambar 2.2 Skala Nyeri NRS⁵⁶

2.1.10 Nyeri Persalinan

Selama proses persalinan, kontraksi rahim dan dilatasi serviks dapat menimbulkan respons nyeri yang disalurkan melalui serabut aferen simpatis yang mentransmisikan sinyal ke medula spinalis melalui saraf delta dan serabut saraf C, yang berasal dari dinding lateral dan fundus uteri. Intensitas nyeri akan semakin meningkat dengan kontraksi isometrik pada rahim yang melawan hambatan dari leher rahim dan perineum.²

Nyeri persalinan digambarkan sebagai suatu proses yang sangat menyakitkan dan kompleks mencakup kontraksi uterus yang menyebabkan rasa sakit, kecemasan, dan stres pada ibu. Nyeri ini sering kali menimbulkan respons hiperventilasi pada ibu, yang dapat memicu hipoksia baik pada ibu maupun janin karena peningkatan konsentrasi katekolamin. Pengelolaan nyeri yang efektif sangat penting untuk memastikan kesehatan ibu dan janin selama persalinan, karena nyeri yang tidak terkontrol dapat memengaruhi proses persalinan secara negatif, baik dari sisi fisik maupun emosional.⁶³

Nyeri persalinan adalah hasil dari interaksi antara komponen objektif, yaitu aspek fisiologis sensorik, dan komponen subjektif yang melibatkan aspek emosional serta psikologis. Nyeri ini disebabkan oleh rangsangan dari berbagai zat algogenik, seperti prostaglandin, serotonin, dan bradikinin, yang mengaktifkan reseptor-reseptor nyeri. Reseptor-reseptor ini tersebar di lapisan superfisial kulit dan berbagai jaringan

tubuh yang lebih dalam, termasuk periosteum, sendi, serta otot rangka, yang semuanya berperan dalam memproses persepsi nyeri selama proses persalinan.⁵⁵

Nyeri persalinan sering kali dipersepsikan sebagai pengalaman yang dianggap sebagai bagian alami dari proses melahirkan yang harus dirasakan oleh setiap wanita. Secara umum, masyarakat memahami aspek fisiologis nyeri persalinan, terutama pada tahap pertama dan kedua yang melibatkan kontraksi uterus dan keluarnya bayi. Namun, kesadaran akan pentingnya aspek psikologis sering kali kurang. Faktor emosional, seperti rasa takut, dapat memperburuk intensitas nyeri yang dirasakan. Selain itu, banyak orang meyakini bahwa nyeri persalinan memiliki nilai emosional, seperti memperkuat ikatan antara ibu dan bayi, yang turut memengaruhi persepsi terhadap pengalaman nyeri tersebut.⁵⁸

Penelitian Rantala et al. dalam *European Journal of Midwifery*, persepsi nyeri persalinan tidak ditentukan semata oleh paritas, melainkan oleh interaksi kompleks antara faktor fisiologis dan psikososial seperti kecemasan, dukungan emosional, dan kesiapan mental. Dengan demikian, nyeri bersifat subjektif dan bervariasi pada setiap individu, terlepas dari pengalaman persalinan sebelumnya.⁶⁴

Nyeri persalinan dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu nyeri visceral dan somatik, yang masing-masing terjadi pada tahapan persalinan yang berbeda. Pada tahap awal persalinan, nyeri visceral

dominan akibat peregangan serviks dan segmen bawah uterus, sedangkan pada tahap akhir persalinan, nyeri somatik lebih dominan akibat peregangan perineum dan distensi jaringan yang terjadi selama proses kelahiran.⁶³

2.1.11 Patomekanisme Nyeri Persalinan

Nyeri persalinan disebabkan oleh nyeri viseral dan somatik. Pada tahap pertama persalinan, impuls nyeri ditransmisikan melalui segmen saraf spinal T11-T12 dan saraf simpatis lumbal atas, yang terhubung dengan korpus uteri dan serviks. Nyeri viseral ini timbul akibat iskemia pada rahim serta dilatasi serviks, dan dirasakan terutama di perut bawah, menjalar ke punggung dan paha atas. Impuls nyeri dari kontraksi uterus dan dilatasi serviks disalurkan melalui saraf aferen yang terhubung dengan segmen T10-L1 pada tahap pertama persalinan, dan segmen T12-L1 pada tahap kedua persalinan.

Serabut saraf aferen melewati pleksus uterovaginal, termasuk pleksus hipogastrik inferior, yang kemudian menuju saraf spinal. Biasanya, ibu merasakan nyeri ini selama kontraksi aktif, tetapi akan ada jeda di antara kontraksi di mana nyeri berkurang. Nyeri somatik terjadi pada fase aktif persalinan, terutama saat janin mulai turun, dengan intensitas yang meningkat akibat peregangan, distensi, iskemia, serta tekanan pada serviks, vagina, dan perineum.⁶⁵

Nyeri persalinan juga disebabkan oleh kombinasi faktor fisiologis dan psikologis yang memengaruhi ibu selama proses

kelahiran. Pada tahap awal persalinan, nyeri umumnya disebabkan oleh kontraksi otot-otot myometrium yang menghasilkan tekanan pada segmen bawah uterus dan serviks. Kontraksi ini merangsang reseptor nosiseptif yang terletak di daerah tersebut, yang kemudian mengirimkan sinyal ke sistem saraf pusat melalui serabut saraf simpatik. Selain itu, dilatasi serviks yang progresif menyebabkan peningkatan intensitas nyeri. Saat serviks terbuka dari 0 cm hingga 10 cm, jaringan mengalami peregangan yang signifikan, memicu aktivasi lebih lanjut dari reseptor nyeri, yang menyebabkan nyeri tajam dan menyebar ke daerah perut bagian bawah dan punggung.⁶³

Nyeri persalinan merupakan hasil dari proses fisiologis yang melibatkan kontraksi otot-otot uterus. Kontraksi ini menimbulkan tekanan pada segmen bawah rahim dan serviks, yang mengakibatkan aktivasi reseptor nyeri atau nosiseptor yang terletak di area tersebut. Aktivasi reseptor nyeri ini mengirimkan sinyal ke sistem saraf pusat, yang memicu persepsi nyeri oleh ibu. Selain kontraksi, peregangan jaringan serviks selama dilatasi juga berperan penting dalam meningkatkan intensitas nyeri. Proses dilatasi serviks dari 0 cm hingga 10 cm menyebabkan peregangan yang signifikan pada jaringan serviks dan uterus, yang semakin memicu rasa nyeri tajam dan menyebar ke area perut bagian bawah dan punggung.⁶⁶

Pada tahap kedua persalinan, nyeri persalinan berubah dari visceral menjadi nyeri somatik yang lebih intensif. Nyeri ini disebabkan

oleh distensi dan peregangan otot-otot perineum, vagina, dan lantai panggul akibat penurunan kepala janin menuju jalan lahir.⁶²

Selain aspek fisiologis, faktor psikologis seperti kecemasan dan ketakutan juga memainkan peran penting dalam meningkatkan intensitas nyeri selama persalinan. Respon emosional ibu terhadap proses persalinan dapat meningkatkan pelepasan hormon stres, seperti katekolamin, yang pada gilirannya memperkuat persepsi nyeri. Hormon-hormon stres ini berperan dalam memperkuat mekanisme nyeri dengan meningkatkan sensitivitas sistem saraf terhadap rangsangan nyeri.⁶⁷

Mekanisme ini juga melibatkan pelepasan zat-zat kimia seperti prostaglandin dan bradikinin, yang memperkuat sensasi nyeri selama peregangan jaringan uterus dan serviks. Hal ini menunjukkan bahwa pengelolaan nyeri persalinan tidak hanya melibatkan intervensi fisik, tetapi juga dukungan psikologis untuk meminimalkan efek kecemasan dan stres, sehingga dapat mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan ibu.⁶³

2.1.12 Pendekatan Manajemen Nyeri Persalinan

Penatalaksanaan nyeri persalinan telah berkembang dengan memanfaatkan berbagai pendekatan, baik melalui metode farmakologis maupun non-farmakologis, yang bertujuan untuk mengurangi nyeri selama proses persalinan. Kedua metode ini dirancang untuk memberikan kenyamanan dan mengurangi rasa sakit yang dirasakan

oleh ibu selama persalinan, serta mendukung keselamatan ibu dan bayi.⁶⁸

Pendekatan non-farmakologis dalam manajemen nyeri persalinan yaitu metode alami tanpa memerlukan obat-obatan. Studi di fasilitas kesehatan publik di Ethiopia menunjukkan bahwa pijatan punggung dan teknik relaksasi/pernapasan digunakan secara luas untuk mengurangi nyeri persalinan. Selain itu, dukungan psikologis, seperti pendampingan selama persalinan, juga diterapkan oleh 56,6% tenaga kesehatan, yang tidak hanya mengurangi nyeri tetapi juga meningkatkan kepuasan ibu. Kombinasi pendekatan ini membantu menciptakan pengalaman persalinan yang lebih positif dan nyaman.⁶⁹

1. Pendekatan Farmakologis

Pendekatan farmakologis dalam manajemen nyeri persalinan sangat bergantung pada kondisi kesehatan ibu, preferensi klinis, dan ketersediaan fasilitas di tempat persalinan. Pemantauan yang ketat diperlukan untuk mengoptimalkan manfaat pereda nyeri, sehingga dapat meminimalkan risiko komplikasi bagi ibu dan bayi.⁷⁰ Metode farmakologis adalah pendekatan menggunakan obat-obatan untuk mengurangi nyeri selama persalinan. Teknik ini sering kali dipilih karena efektif dalam memberikan pereda nyeri yang cepat dan terkontrol.⁷¹ Beberapa obat yang sering digunakan dalam metode ini diantaranya opioid dan analgesik non-opioid yang masing-masing memiliki efektivitas dan risiko tersendiri.⁷⁰

1) Penggunaan Opioid

Opioid seperti pethidine, tramadol, dan fentanyl dapat diberikan melalui injeksi intramuskular atau intravena untuk meredakan nyeri secara efektif selama kontraksi persalinan. Pethidine adalah salah satu yang paling umum digunakan, dengan dosis rendah (25-50 mg) secara intravena yang terbukti aman dan efektif. Namun, penggunaan opioid memerlukan pemantauan yang ketat karena potensi efek sampingnya, seperti mual, muntah, dan risiko depresi pernapasan, terutama pada ibu dan bayi baru lahir jika tidak dikelola dengan baik.⁷⁰

Selain memberikan pereda nyeri yang cepat, opioid juga memiliki beberapa risiko yang harus diperhatikan. Meskipun obat-obatan ini, seperti tramadol dan fentanyl, efektif dalam mengurangi intensitas nyeri persalinan, efek samping lain yang mungkin terjadi termasuk pusing, serta pada beberapa kasus, depresi pernapasan pada ibu dan bayi. Penggunaan opioid dalam dosis rendah, terutama pethidine, umumnya dianggap aman jika disertai dengan pemantauan ketat, untuk memastikan efek samping dapat dicegah dan komplikasi diminimalkan selama persalinan berlangsung.⁷¹

2) Non-Opioid dan Analgesik Lainnya

Analgesik non-opioid seperti paracetamol dan obat anti-inflamasi non-steroid (OAINS) juga digunakan dalam

manajemen nyeri persalinan. Paracetamol intravena sering kali dipilih karena memiliki efek samping yang lebih sedikit dibandingkan opioid, terutama dalam hal depresi pernapasan. Namun, efektivitas paracetamol terbatas pada pengelolaan nyeri ringan hingga sedang. Penelitian menunjukkan bahwa kombinasi antara paracetamol dan opioid seperti tramadol atau pethidine dapat memberikan pengurangan nyeri yang lebih signifikan dengan risiko efek samping yang lebih rendah dibandingkan penggunaan opioid saja.⁷⁰

Penggunaan obat anti-inflamasi non-steroid (OAINS), seperti ibuprofen atau diclofenac, juga dianggap sebagai alternatif dalam manajemen nyeri persalinan. Meskipun OAINS efektif dalam mengurangi peradangan dan nyeri, penggunaannya harus dilakukan dengan hati-hati, terutama pada dosis tinggi atau jangka panjang, karena dapat memengaruhi fungsi ginjal janin dan sirkulasi darah uteroplasenta. Oleh karena itu, OAINS lebih sering digunakan untuk nyeri ringan hingga sedang, dan pemantauan ketat diperlukan untuk menghindari komplikasi potensial yang berkaitan dengan fungsi ginjal janin.⁷¹

2. Pendekatan Non Farmakologis

Pendekatan non-farmakologis dalam manajemen nyeri persalinan menawarkan alternatif yang aman dan efektif untuk

mengurangi nyeri selama persalinan tanpa intervensi obat-obatan. Berbagai metode non-farmakologis telah terbukti membantu ibu menghadapi nyeri persalinan dengan cara yang lebih alami dan mendukung kesejahteraan fisik serta psikologis ibu.⁷²

1) Aromaterapi

Aromaterapi adalah metode non-farmakologis yang menggunakan minyak esensial seperti lavender dan mawar (*Rosa damascena*). Minyak lavender sering digunakan dalam inhalasi, terbukti dapat mengurangi nyeri dalam fase aktif persalinan, sementara minyak mawar digunakan melalui inhalasi atau *footbath*, efektif meredakan nyeri saat dilatasi serviks mencapai 8-10 cm. Kedua minyak ini memberikan efek relaksasi yang membantu menenangkan ibu dan mengurangi ketegangan otot selama proses persalinan.⁶⁷

2) Teknik Relaksasi dan Pernapasan

Teknik relaksasi dan pernapasan adalah pendekatan non-farmakologis yang melibatkan latihan pernapasan terkontrol dan relaksasi otot.⁷² Teknik relaksasi dan pernapasan diajarkan untuk membantu ibu memfokuskan diri pada pengendalian napas, sehingga dapat menenangkan diri dan mengurangi ketegangan otot selama kontraksi. Penelitian di Ethiopia menunjukkan bahwa sekitar 66,9% tenaga kesehatan menggunakan teknik ini dalam manajemen nyeri persalinan, dengan hasil yang signifikan

dapat mengurangi nyeri serta meningkatkan pengalaman positif selama persalinan.⁶⁹

3) Pijatan dengan Aromaterapi

Kombinasi minyak esensial, seperti lavender dan geranium, memberikan efek relaksasi melalui teknik pijatan yang tepat.⁶⁷ Pijatan pada daerah punggung dan bahu, dikombinasikan dengan aromaterapi dapat membantu merangsang pelepasan endorfin, yang berperan sebagai pereda nyeri alami dan menciptakan suasana menenangkan yang terbukti mengurangi nyeri serta meningkatkan skor APGAR bayi, yang menunjukkan terdapat manfaat untuk ibu dan bayi.⁷²

4) Distraksi Pendengaran

Distraksi pendengaran dengan musik atau murottal bekerja dengan memengaruhi sistem saraf pusat dan otonom, memberikan efek relaksasi yang dapat mengurangi persepsi nyeri. Jenis musik yang digunakan bisa berupa jazz, klasik, atau murottal.⁷³

Penelitian menunjukkan bahwa murottal membantu menstabilkan detak jantung, menurunkan tekanan darah, dan memperbaiki pola pernapasan. Efek ini didukung oleh pelepasan endorfin alami yang mengurangi kecemasan, memberikan ketenangan bagi ibu, menurunkan intensitas nyeri selama fase

aktif persalinan, sehingga menciptakan pengalaman persalinan yang lebih nyaman.⁴⁵

5) TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) adalah teknik yang bekerja dengan memberikan stimulasi listrik ringan pada kulit yang menghambat transmisi sinyal nyeri ke otak. Dalam penelitian, TENS terbukti mampu mengurangi intensitas nyeri selama persalinan dan menjadi alternatif yang aman untuk mengurangi ketergantungan pada analgesik farmakologi.⁷²

6) Hipnoterapi

Hipnoterapi adalah teknik yang dilakukan oleh tenaga terlatih dengan tahapan seperti menutup mata dan mengatur napas untuk mengurangi rasa sakit, ketakutan, dan kecemasan melalui metode relaksasi, afirmasi positif, dan visualisasi, sehingga ibu merasa lebih tenang, yang mendorong pelepasan endorfin guna meredakan nyeri. Namun, hipnoterapi tidak dianjurkan untuk ibu yang memiliki gangguan pendengaran, kesulitan berkomunikasi, atau riwayat gangguan psikologis seperti skizofrenia.⁷⁴

7) *Virtual Reality*

Virtual reality (VR) merupakan teknologi yang menciptakan lingkungan simulasi untuk mengalihkan perhatian

ibu dari rasa sakit selama proses persalinan. Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan VR secara signifikan mengurangi intensitas nyeri, menurunkan tingkat kecemasan selama persalinan, serta meningkatkan kepuasan ibu terhadap pengalaman persalinan tanpa menimbulkan efek samping pada ibu maupun bayi. Meskipun demikian, tidak ditemukan perbedaan yang signifikan terkait durasi kala 1 dan 2 persalinan antara kelompok yang menggunakan VR dan kelompok kontrol.⁷⁵

8) *Immersion in water*

Immersion in water merupakan metode dengan berendam dalam air hangat. Air hangat dapat membantu meredakan ketegangan otot dan mendorong pelepasan endorfin yang secara alami berfungsi sebagai pereda nyeri, sehingga ibu merasa lebih rileks. Metode ini juga mampu mengurangi kecemasan dan rasa takut, yang dapat memperburuk intensitas nyeri saat persalinan. Penelitian menunjukkan bahwa *water birth* juga dapat mengurangi kebutuhan akan intervensi medis, seperti epidural, serta menurunkan risiko robekan perineum dan perdarahan pascapersalinan.⁷⁶

9) *Biofeedback*

Teknik *biofeedback* adalah pendekatan non-farmakologis yang membantu ibu mengontrol dan mengurangi

nyeri selama persalinan, khususnya pada kala dua. Dalam metode ini, ibu dapat melihat proses persalinan melalui kamera yang menampilkan perineum saat mendorong. Biofeedback memberikan dorongan emosional dan fisik, meningkatkan kepuasan ibu, dan mengurangi cedera perineum. Meskipun tidak memperpendek durasi persalinan, teknik ini memberikan pengalaman yang lebih positif dan meningkatkan rasa kendali ibu terhadap proses persalinan.⁷⁷

10) Akupresur

Akupresur adalah pendekatan non-farmakologis untuk mengurangi nyeri persalinan dengan merangsang aliran energi dalam tubuh dan memberikan tekanan pada titik seperti LI4 dan SP6. Penelitian menunjukkan bahwa teknik ini efektif dalam mengurangi intensitas nyeri dan meningkatkan kepuasan ibu selama persalinan.⁷⁸ Akupresur juga dianggap sebagai intervensi yang mudah diterapkan dan lebih terjangkau, terutama di wilayah dengan keterbatasan sumber daya.⁷⁹

11) *Birthball*

Penggunaan *birthball* efektif mengurangi nyeri selama fase laten persalinan, meningkatkan kepuasan ibu, dan mengurangi kebutuhan intervensi medis seperti epidural dan operasi *caesar*.⁸⁰ Gerakan duduk di atas bola meningkatkan aliran darah ke rahim dan plasenta, serta mengurangi tekanan

pada panggul dan punggung bawah. Metode ini juga memanfaatkan gravitasi untuk mempercepat pembukaan serviks dan penurunan bayi.⁸¹ Selama fase aktif, *birthball* meredakan nyeri dengan meningkatkan aliran darah dan pelepasan endorfin, membuat ibu merasa lebih rileks dan kontraksi dapat dikelola lebih baik, sehingga memperlancar persalinan.⁸²

12) Pijatan Perineum dan Kompres Hangat

Pijatan perineum dan kompres hangat adalah metode non-farmakologis yang digunakan untuk mengurangi trauma perineum pada kala dua persalinan. Kedua teknik ini membantu mencegah episiotomi dan robekan derajat kedua, serta lebih efektif dibandingkan teknik *hands-on* dalam mengurangi cedera perineum dan meningkatkan kepuasan ibu.⁸³

13) Teknik rebozo

Teknik rebozo adalah metode non-farmakologis menggunakan kain panjang untuk menggoyangkan panggul ibu yang bertujuan merilekskan otot panggul dan mempermudah bayi turun ke jalan lahir. Penelitian menunjukkan bahwa rebozo mempercepat dilatasi serviks, mengurangi intensitas nyeri, dan memberikan ibu lebih banyak kendali selama persalinan.⁸⁴

Teknik ini juga mempercepat penurunan kepala janin, memperpendek durasi persalinan, dan meningkatkan kenyamanan serta kepuasan ibu, tanpa memerlukan peralatan

khusus, menjadikannya metode yang praktis dan aman, terutama bagi ibu yang menginginkan persalinan alami tanpa intervensi medis.⁸⁵

2.1.13 Teknik Rebozo

1. Pengertian rebozo

Teknik rebozo adalah metode tradisional yang berasal dari budaya perempuan di Meksiko dan Guatemala, dengan menggunakan kain tenun lebar untuk berbagai keperluan.¹⁷ Rebozo biasanya berukuran panjang sekitar 70 cm dengan lebar yang cukup besar dan terbuat dari bahan tenun. Bila kain rebozo tidak tersedia, kain panjang lain seperti seprai rumah sakit dapat digunakan sebagai alternatif, meskipun penggunaannya belum sepenuhnya dikenal luas di semua tempat.⁸⁶

Kain ini biasa digunakan untuk berbagai keperluan sebagai selimut, alat untuk menggendong bayi, atau membawa barang, menjaga kehangatan, menggendong anak, hingga mendukung proses persalinan yang memiliki fungsi unik yaitu kain dililitkan di sekitar panggul dan bokong ibu, lalu digerakkan dengan lembut untuk membantu memperlancar proses persalinan.^{17,86}

Kain yang digunakan dalam teknik rebozo sebaiknya memiliki ukuran antara 200-300 cm x 70-100 cm. Ukuran kain tidak harus presisi, namun harus cukup panjang dan lebar untuk melilit perut ibu dengan efektif. Pemilihan bahan kain atau selendang harus

memperhatikan kenyamanan dan sirkulasi udara, sehingga bahan seperti katun yang bersifat *breathable* (memungkinkan pernapasan kulit) sangat dianjurkan. Kain harus memiliki ketahanan yang cukup untuk menjaga bentuknya serta memberikan dukungan yang diperlukan. Selain itu, kain selendang atau rebozo harus nyaman di kulit dan memungkinkan pergerakan yang bebas serta fleksibilitas saat digunakan dalam pelaksanaan teknik ini.⁸⁷

Penggunaan teknik ini mulai diperkenalkan secara global oleh tokoh-tokoh seperti Naoli Vinaver, Debra Pascali Bonaro, dan Gail Tully, yang memasukkannya ke dalam pelatihan bidan dan *doula*. Mereka mempromosikan rebozo sebagai teknik yang mendukung persalinan fisiologis dan nyaman, sekaligus sebagai metode yang aman dan efektif untuk memberikan pengalaman persalinan yang positif.⁸⁸

Sebagai metode yang non-invasif, teknik rebozo memungkinkan bayi mendapatkan ruang lebih di jalan lahir tanpa menyebabkan ketidaknyamanan bagi ibu.⁸⁹ Teknik ini dapat dilakukan dalam berbagai posisi, termasuk berdiri, berbaring, atau dalam posisi lutut dengan tangan menyentuh lantai. Dengan bantuan bidan atau pendamping persalinan, panggul ibu digerakkan secara lembut dari sisi ke sisi menggunakan kain rebozo. Gerakan ini tidak hanya membantu bayi mencapai posisi optimal untuk lahir tetapi

juga memberikan rasa rileks bagi ibu dan mengurangi ketegangan otot selama persalinan.⁹⁰

2. Patomekanisme Teknik Rebozo

Teori yang mendasari teknik rebozo adalah *Gate Control Theory*, yang dikembangkan oleh Ronald Melzack dan Patrick Wall pada 1965, menjelaskan bahwa di *dorsal horn* sumsum tulang belakang terdapat mekanisme "gerbang" yang mengatur sinyal nyeri dari saraf perifer. Di *substantia gelatinosa*, serabut saraf besar (A β) yang membawa informasi non-nyeri dapat menghambat aktivitas serabut kecil (A δ dan C) yang mengirim sinyal nyeri, sehingga stimulasi serabut besar ini dapat "menutup gerbang" dan mengurangi persepsi nyeri.¹⁶

Teori ini awalnya lebih banyak diterapkan pada pengelolaan nyeri kronis, namun prinsip dasar dari *Gate Control Theory* juga relevan dalam penanganan nyeri akut. Sebuah studi menunjukkan bahwa penerapan prinsip dasar *Gate Control Theory* dapat mengurangi intensitas nyeri pada pasien yang menerima stimulasi fisik, yang efektif dalam mengurangi persepsi nyeri. Hal ini terjadi melalui pengaktifan mekanisme modifikasi sinyal rasa sakit di sumsum tulang belakang, yang berfungsi sebagai "gerbang" untuk mengatur aliran sinyal nyeri ke otak, sebuah proses yang dapat dimanfaatkan dalam terapi nyeri akut.⁹¹

Pada teknik rebozo, gerakan goyangan atau guncangan di area panggul, khususnya pada tulang lumbal, sakrum, dan koksigis (lumbosakral), memberikan tekanan yang menargetkan saraf sensorik di sekitar rahim dan leher rahim. Stimulasi ini membantu mengalihkan sinyal nyeri dengan memblokir aliran impuls nyeri dari serabut *C-fiber* dan memproyeksikan sinyal berlawanan melalui serabut *A-delta*, yang menyebabkan gerbang nyeri tertutup. Dengan tertutupnya gerbang ini, rangsangan nyeri tidak diteruskan ke korteks serebral, sehingga persepsi nyeri berkurang. Sehingga, ibu bersalin merasakan kenyamanan yang lebih selama kontraksi, dengan efek mengalihkan perhatian dari nyeri yang dirasakan.¹⁷

Gerakan ritmis yang dilakukan dengan kain panjang pada panggul ibu selama 5-10 menit memberikan rangsangan yang menenangkan, membantu mengurangi sensasi nyeri melalui mekanisme "*gate control*".^{16,17} Rangsangan tersebut bekerja lebih cepat di otak, sehingga nyeri berkurang secara signifikan. Selain itu, penggunaan teknik Rebozo terbukti memperbaiki sirkulasi oksigen dalam tubuh, membantu mengurangi transmisi sensasi nyeri, dan membuat tubuh ibu lebih rileks.⁸⁹ Kenyamanan yang dihasilkan oleh teknik ini membantu ibu menghadapi proses persalinan dengan lebih rileks, yang pada akhirnya memodulasi rasa nyeri dan meningkatkan pengalaman persalinan yang lebih nyaman dan positif.⁶

Teknik rebozo bisa dilakukan setiap minggu, setiap hari, dan pada fase awal persalinan di antara kontraksi. Teknik ini dapat diterapkan sesering mungkin untuk memberikan kenyamanan lebih bagi ibu. Adapun indikasi penggunaan Teknik rebozo adalah pada ibu dengan kehamilan normal, proses persalinan normal, dan masa nifas. Teknik rebozo tidak boleh dilakukan pada ibu dengan kontraindikasi yang menunjukkan tanda atau risiko keguguran, seperti adanya perdarahan, kram atau kontraksi yang terjadi di tengah kehamilan. Selain itu, jika plasenta berada di bagian depan (anterior), detak jantung janin tidak stabil, atau janin berada dalam posisi sungsang.¹⁴

Teknik rebozo juga memberikan tekanan lembut yang diterapkan mulai dari area tulang torakal hingga ke sakrum. Tekanan ini memiliki efek merangsang pelepasan hormon endorfin dalam jumlah yang lebih besar, hingga tiga kali lipat dari biasanya. Hormon endorfin, yang dikenal sebagai "hormon kebahagiaan," berfungsi sebagai analgesik alami dalam tubuh, sehingga mampu mengurangi persepsi nyeri secara signifikan. Dengan peningkatan hormon ini, ibu yang sedang dalam proses persalinan merasakan rasa nyaman yang lebih baik, mengurangi ketegangan otot, serta membantu ibu menghadapi kontraksi dengan lebih tenang dan terkendali.⁹²

Teknik rebozo dapat membantu mengalihkan fokus dan mengurangi sensasi nyeri dengan memberikan rangsangan pada area yang mengalami ketidaknyamanan. Penelitian Wahyuni (2023) menunjukkan bahwa teknik ini mampu merelaksasi tubuh ibu, mengontrol emosi, dan meringankan nyeri akibat kontraksi, terutama di daerah pinggul. Ketika terjadi tekanan akibat kepala janin, teknik ini merangsang serat *non-nociceptor* yang membantu menutup "gate" rasa nyeri di sumsum tulang belakang, sehingga sinyal nyeri yang dikirimkan ke otak berkurang, memungkinkan intensitas nyeri menurun.⁵

Teknik rebozo umumnya diterapkan pada ibu hamil yang telah memasuki usia kehamilan 28 minggu dan bisa juga digunakan selama proses persalinan. Pada tahap awal persalinan hingga memasuki fase aktif, teknik *Shake the Apple Tree* sering digunakan, yang merupakan salah satu gerakan paling umum yang dilakukan di area pinggul ibu yang akan melahirkan. Teknik ini dilakukan dengan gerakan terkontrol yang membantu mengayunkan tubuh dari sisi ke sisi secara perlahan. Para praktisi biasanya menggunakan posisi jongkok atau berdiri dengan sedikit membungkuk saat membantu ibu melakukan teknik rebozo ini.¹⁴

Menurut penelitian yang dilakukan di TPMB Lina Maryati tahun 2022, teknik rebozo yang dikombinasikan dengan teknik *effleurage* secara signifikan mampu mengurangi skala nyeri

kontraksi pada ibu bersalin. Sebelum penerapan teknik ini, 53,3% ibu melaporkan mengalami nyeri sedang, namun setelah penerapan teknik rebozo, 60% ibu melaporkan hanya mengalami nyeri ringan, dan 26,7% tidak merasakan nyeri sama sekali. Hal ini menunjukkan adanya pengurangan nyeri yang signifikan sebelum dan sesudah penerapan teknik rebozo.⁹³

Penelitian yang dilakukan oleh Afrilia dan Suksesty (2021) menunjukkan bahwa teknik rebozo efektif dalam mempercepat proses persalinan kala I dan mengurangi nyeri pada ibu bersalin. Dengan menggunakan desain *pra eksperiment* dan pendekatan *satisfic group comparison*, hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata waktu persalinan pada kelompok yang menggunakan teknik rebozo lebih cepat dibandingkan dengan kelompok kontrol. Selain itu, tingkat nyeri pada kelompok perlakuan juga lebih rendah. Sehingga metode ini aman dan efektif, serta dapat diterapkan dalam mendukung proses persalinan normal.⁹⁴

Beberapa kendala dapat muncul dalam pelaksanaan teknik rebozo, terutama ketika ibu berada dalam posisi yang nyaman namun tetap merasakan nyeri. Hal ini disebabkan oleh ketidakpastian terkait waktu dan durasi kontraksi, ditambah dengan kurangnya fasilitas lingkungan yang mendukung, yang dapat menyebabkan kepanikan dan kekhawatiran pada ibu. Minimnya

dukungan dari keluarga atau kurangnya pengetahuan tentang pemberdayaan diri juga dapat menjadi hambatan.⁵

3. Teknik dan Langkah Rebozo

Rebozo terdiri dari beberapa teknik dan langkah yang dapat dilakukan oleh bidan atau pendamping persalinan untuk meningkatkan kenyamanan ibu selama proses persalinan. Berikut adalah teknik-teknik dan langkah-langkah rebozo dalam membantu proses persalinan:

1) Rebozo *Shifting*

Teknik *rebozo shifting* berfungsi untuk membantu melemaskan otot-otot ligamen di dalam rahim.⁹⁴ Teknik ini umumnya digunakan ketika terdapat masalah dengan posisi rahim atau janin yang belum ideal, dan membantu mempersiapkan jalan lahir dengan lebih baik.

Langkah-langkah:

- a. Bidan atau pendamping persalinan melilitkan kain di sekitar panggul ibu.
- b. Kain digoyangkan dengan lembut di sekitar panggul ibu dalam gerakan ritmis untuk mengurangi ketegangan ligamen rahim di sekitar panggul ibu untuk mengurangi ketegangan otot ligamen dan memfasilitasi pergerakan janin ke posisi yang lebih optimal.¹⁵

2) Teknik *shake the apple tree*

Shake the apple tree lebih berfokus pada ligamen otot panggul. Ketegangan pada otot-otot ini dapat menghambat penurunan kepala janin ke panggul, sehingga gerakan ini membantu melonggarkan otot-otot panggul agar janin dapat turun lebih mudah ke jalan lahir. Teknik ini sangat membantu terutama pada kehamilan lanjut ketika janin seharusnya sudah berada di panggul, tetapi belum mencapai posisi optimal.

Langkah-langkah:

- a. Kain dililitkan di sekitar panggul ibu.
- b. Kain kemudian digoyangkan dengan ritme yang sedikit lebih kuat dibandingkan dengan *Rebozo Shifting* untuk memberikan tekanan tambahan pada otot panggul.⁹⁴

3) *Rebozo Shifting While Lying Down*

Teknik ini merupakan variasi dari *rebozo Shifting* yang dilakukan saat ibu berada dalam posisi berbaring. Gerakan ini menargetkan area tulang lumbal, sakrum, dan koksigis untuk meredakan nyeri di punggung bawah dan panggul.

Langkah-langkah:

- a. Baringkan ibu pada posisi nyaman, lalu letakkan kain di bawah panggulnya.
- b. Goyangkan kain dengan gerakan lembut untuk memberikan tekanan pada area punggung bawah.

Teknik ini dapat dilakukan selama 5-10 menit untuk mengurangi nyeri dan memberikan kenyamanan.⁸⁴

4) Teknik Rebozo Berbaring

a. Manuver 1 - Tarikan Cepat (*Quick Tug*)

- a) Pendamping persalinan berada di salah satu sisi tempat tidur, sejajar dengan perut ibu. Pegang perut ibu serta salah satu ujung kain yang dekat dengan perut, kemudian tarik kain ke atas dan ke arah janin dengan gerakan cepat sebanyak dua kali.
- b) Lakukan hal yang sama di sisi lainnya, pegang ujung kain terdekat dan angkat ke atas serta ke arah janin dengan dua tarikan cepat. Ulangi gerakan ini sebanyak 3-4 kali di masing-masing sisi.
- c) Selanjutnya, berdiri di kedua sisi ibu. Dengan bantuan pendamping, pegang salah satu ujung kain yang dekat dengan perut ibu, kemudian tarik kain ke atas dan ke arah janin dengan cepat sebanyak dua kali.
- d) Pendamping atau asisten lainnya bisa mengulangi gerakan ini di sisi berlawanan, dengan melakukan 3-4 kali pengulangan di setiap sisi.
- e) Setelah selesai, letakkan tangan pendamping di perut ibu dan satu tangan di atas janin untuk memastikan janin tetap tenang.

b. Manuver 2: *Rocking*

- a) Gerakan ini dilakukan di atas tempat tidur, dengan pendamping persalinan berdiri di atas ibu dalam posisi kaki terbuka lebar untuk memberikan ruang. Kedua ujung kain diangkat setinggi pinggul pendamping.
- b) Ambil posisi yang seimbang di kedua sisi. Mulailah menarik kain perlahan ke atas dan ke dalam di satu sisi, lalu lepaskan dan ulangi gerakan ke atas dan ke dalam di sisi lainnya.
- c) Gerakan ini harus dilakukan secara harmonis sehingga ibu bergoyang dari sisi ke sisi, merasakan getaran lembut di punggung bawah dan bokongnya.
- d) Pendamping berada di kedua sisi ibu, menarik kain dengan lembut ke atas dan ke arah ibu. Jika diperlukan, pendamping lain dapat membantu dari sisi berlawanan, sehingga ibu bergoyang secara terkoordinasi dari sisi ke sisi.⁹⁵

c. Manuver 3: *Knee Bounce*

- a) Minta ibu untuk menekuk lutut dan mengistirahatkan kakinya di tempat tidur. Letakkan telapak tangan pendamping di atas lutut ibu dan lakukan dorongan cepat ke belakang.

- b) Gerakan ini menciptakan efek pantulan di lutut ibu, membantu membuka panggul dan memberikan ruang lebih besar bagi pergerakan janin.

Setelah ibu melakukan ketiga manuver, dianjurkan agar pendamping berkomunikasi dengan janin dengan menyentuh atau meletakkan tangan di perut ibu. Keberhasilan manuver ini tergantung pada kenyamanan ibu dan posisi punggung janin. Pendamping dapat mempertimbangkan untuk meminta ibu berdiri atau bergerak, atau mengatur ibu dalam posisi miring jika diperlukan.⁹⁵

2) Teknik Rebozo *Hands-and-Knees*

- a. Rentangkan kain yang akan digunakan.
- b. Bantu ibu untuk berada pada posisi tangan dan lutut, dengan lutut sejajar dengan pinggul dan cukup lebar agar perut bisa menggantung dengan nyaman.
- c. Posisikan ibu bersandar pada *birth ball*, bantal, atau kursi agar lengan dan tubuh bagian atasnya lebih rileks.
- d. Tempatkan bagian tengah kain di bawah perut bagian bawah ibu, memastikan kain juga mencakup tulang pinggulnya sehingga membentuk seperti ayunan.
- e. Pastikan ibu tidak merasa sakit atau tidak nyaman sebelum melanjutkan.

- f. Mulai gerakan dengan lembut, menarik kain ke atas dan ke belakang secara bergantian dengan tangan kanan dan kiri, menciptakan gerakan ritmis yang lembut pada panggul. Hentikan manuver saat kontraksi terjadi, lalu berikan tekanan kuat pada area sakrum ibu selama kontraksi berlangsung.
 - g. Lanjutkan gerakan setelah kontraksi selesai.
 - h. Berdasarkan kenyamanan ibu dan posisi janin, pendamping persalinan dapat menyarankan ibu untuk berdiri dan bergerak, atau mengambil posisi miring ke samping. Manuver ini juga bisa dilakukan saat ibu berdiri di samping tempat tidur dan bersandar di atasnya untuk dukungan tambahan.⁹⁵
- 3) Teknik *Child's Pose*
- a. Pendamping membantu ibu untuk berlutut dengan posisi yang tepat dan mencondongkan tubuh ke depan, bertumpu pada lengan bawah atau bantal. Posisi lutut ibu sebaiknya terbuka selebar pinggul, sejajar dengan pinggul, mirip dengan posisi yoga.
 - b. Letakkan kain di atas bokong ibu, lalu pegang kain tersebut dengan erat di kedua sisi pinggul sambil duduk di belakangnya.

- c. Goyangkan pinggul ibu dengan gerakan pendek, baik dari sisi ke sisi atau ke depan dan ke belakang.
- d. Saat terjadi kontraksi, hentikan gerakan dan berikan tekanan kuat pada sakrum ibu. Lanjutkan kembali gerakan setelah kontraksi berakhir.
- e. Pendamping dapat meminta ibu berdiri dan bergerak, atau merekomendasikan posisi miring jika perlu untuk mengevaluasi kenyamanan ibu dan posisi punggung janin.
- f. Pastikan pergelangan tangan tetap lurus dan hindari membengkokkan atau menekuknya secara berlebihan.
- g. Pegang kain dengan cara seperti pemerah susu sapi, dengan lutut sedikit menekuk dan punggung tetap lurus.
- h. Hindari membungkuk di pinggang untuk mencegah ketegangan pada punggung bawah, dan gunakan berat badan sebagai penyangga untuk membantu mengangkat kain ke atas dan ke belakang, terutama saat menerapkan teknik dengan posisi tangan dan lutut.
- i. Jika pendamping atau ibu merasa lelah, disarankan untuk beristirahat. Ibu dapat melakukan relaksasi sambil beristirahat. Jika sudah merasa nyaman dan siap, ibu dapat mencoba latihan ringan menggunakan *birth ball*.⁹⁵

4) *Rebozo Pelvic Tilt*

Teknik ini bertujuan untuk membantu janin masuk ke posisi optimal dengan cara memiringkan panggul ibu menggunakan kain, yang memberikan dukungan pada area panggul untuk membantu menurunkan kepala janin dan mempersiapkan jalan lahir.

Langkah-langkah:

- a) Letakkan kain di bawah panggul ibu, dengan ibu dalam posisi merangkak.
- b) Pegang ujung kain dan tarik ke atas dengan lembut untuk memberikan sudut miring pada panggul.⁹⁶

5) *Rebozo Hip Squeeze*

Teknik ini memberikan tekanan lembut pada pinggul ibu untuk membantu mengurangi nyeri punggung yang umum terjadi selama kontraksi persalinan. Teknik ini menggunakan kain untuk menekan kedua sisi panggul dengan kompresi lembut.

Langkah-langkah:

- a. Letakkan kain di sekitar pinggul ibu dalam posisi yang nyaman.
- b. Tarik ujung kain ke arah dalam untuk memberikan tekanan pada pinggul.

- c. Lakukan kompresi selama beberapa detik di setiap kontraksi untuk membantu mengurangi ketidaknyamanan.⁹⁶

6) *Rebozo Abdominal Lift and Tuck*

Teknik ini dilakukan dengan mengangkat perut ibu menggunakan kain untuk membantu mengurangi tekanan di bagian bawah perut, mendukung pergerakan janin ke posisi optimal, dan mengurangi rasa nyeri.

Langkah-langkah:

- a. Letakkan kain di bawah perut ibu, dengan ibu dalam posisi berdiri atau merangkak.
- b. Angkat kain dengan lembut ke atas untuk memberikan dukungan pada area perut.
- c. Lakukan pengangkatan beberapa kali untuk membantu mengurangi ketegangan dan memperlancar penurunan kepala janin.⁹⁷

7) *Rebozo Wrapping*

Teknik ini melibatkan pembungkusan kain di sekitar area perut atau panggul untuk memberikan dukungan tambahan, yang dapat menstabilkan posisi panggul dan membantu mengurangi ketegangan.

Langkah-langkah:

- a. Bungkus kain di sekitar panggul atau perut ibu dengan rapat namun nyaman.

- b. Pastikan tekanan kain cukup untuk memberikan dukungan namun tetap memungkinkan gerakan.⁹⁷

4. Manfaat Teknik Rebozo

Berikut beberapa manfaat yang ditemukan dari penerapan teknik rebozo dalam persalinan:

1) Mengurangi Intensitas Nyeri Persalinan

Teknik rebozo membantu mengurangi nyeri persalinan dengan memberikan tekanan lembut dan gerakan ritmis pada area panggul, yang bertujuan merelaksasi otot dan ligamen di sekitar rahim dan panggul, sehingga ibu merasa lebih nyaman. Penelitian oleh Eka Sri Wahyuni et al. (2021) menunjukkan bahwa teknik rebozo menurunkan intensitas nyeri selama persalinan, dengan sebagian besar ibu yang menerima intervensi melaporkan penurunan tingkat nyeri dari kategori sedang hingga berat menjadi lebih ringan.⁹⁸

2) Mempercepat Penurunan Kepala Janin dan Durasi Persalinan

Teknik rebozo bekerja dengan melemaskan otot dan ligamen panggul serta rahim yang tegang, sehingga mempercepat penurunan kepala janin. Melalui teknik rebozo *shifting* dan *shake the apple tree*, ruang panggul diperluas, memungkinkan janin bergerak lebih cepat ke jalan lahir.⁹⁴ Penelitian yang dilakukan oleh Fitriyaningsih et al. (2020), ibu yang menerima teknik rebozo mengalami waktu persalinan yang

lebih singkat dibandingkan dengan mereka yang tidak menggunakan teknik ini.¹

Penelitian oleh Eka Mardiana Afrilia dan Catur Erty Suksesty (2021) menunjukkan bahwa teknik rebozo secara signifikan mempercepat pembukaan serviks dan penurunan kepala janin, yang pada akhirnya mempercepat proses persalinan.⁹⁴

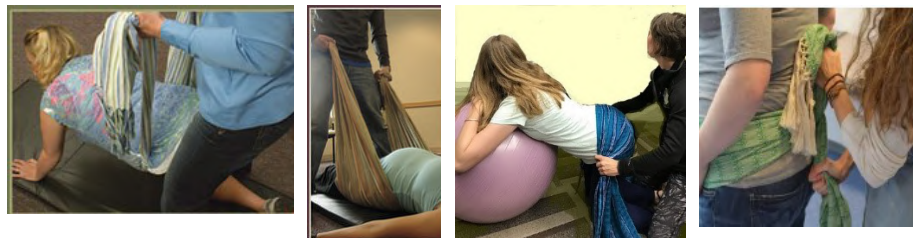
3) Mempercepat Pembukaan Serviks

Penggunaan kain yang digerakkan dengan lembut di area panggul merangsang relaksasi otot-otot sekitar serviks, membantu pembukaan terjadi lebih cepat selama fase aktif persalinan. Penelitian menunjukkan adanya perbedaan kecepatan pembukaan serviks pada ibu yang menggunakan teknik rebozo dibandingkan dengan kelompok kontrol.¹⁴

4) Mengurangi kecemasan dalam persalinan.

Gerakan lembut dan ritmis teknik rebozo membantu ibu mengurangi kecemasan yang sering muncul di tengah kontraksi persalinan. Mahmoud et al. (2023) menemukan bahwa teknik ini tidak hanya menciptakan rasa rileks, tetapi juga menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan ibu selama fase aktif persalinan. Dengan efek menenangkan ini, ibu merasa lebih terkendali dan lebih positif dalam menghadapi setiap tahapan persalinan, menjadikan pengalaman melahirkan lebih nyaman.⁹⁹

2.1.14 Implementasi Teknik Rebozo Oleh Suami



Gambar 2.3 Teknik Rebozo⁹⁹⁻¹⁰¹

Teknik rebozo telah mendapatkan perhatian yang lebih luas dalam beberapa tahun terakhir. Penggunaan kain rebozo atau kain dengan fungsi serupa dinilai efektif apabila dipadukan dengan latihan yang melibatkan pasangan atau pendamping persalinan.⁸⁶ Penggunaan Teknik rebozo digunakan sejak sebelum, selama, bahkan sesudah persalinan.⁹⁵

Selama persalinan teknik ini dimanfaatkan untuk mendukung ibu guna membantu bayi turun ke jalan lahir, membantu proses pembukaan dan pendataran serviks sehingga mempercepat kemajuan persalinan, mengurangi rasa nyeri, serta memberikan rasa nyaman selama kontraksi berlangsung. Pelaksanaannya dilakukan selama 5 hingga 10 menit dengan jeda saat kontraksi terjadi.^{95,102,103}

Perubahan posisi selama persalinan setiap 20 menit juga disarankan untuk mengurangi rasa sakit, meningkatkan kenyamanan, dan membantu ibu merasa lebih rileks selama proses persalinan. Dengan cara ini, penggunaan rebozo menjadi salah satu alat sederhana yang

dapat membuat persalinan lebih efektif dan nyaman, baik bagi ibu maupun bayi.⁸⁶

Teknik rebozo dilakukan dengan kehadiran pendamping yang berperan penting dalam proses persalinan. Suami sebagai *birth partner* tidak hanya memberikan dukungan fisik, tetapi juga menghadirkan rasa kebersamaan yang membuat ibu merasa lebih tenang dan tidak sendirian selama persalinan. Kehadiran pendamping memberikan dampak psikologis yang positif, menjadikan teknik rebozo tidak hanya sebagai metode fisik, tetapi juga pengalaman emosional yang mendukung ibu.⁹⁵

Pemberian informasi dan pelatihan bertahap kepada suami dapat meningkatkan pemahaman mereka tentang peran aktif dalam mengurangi rasa sakit selama persalinan, terutama pada fase aktif.¹⁰⁴ Penelitian oleh Amalia dkk. menunjukkan bahwa edukasi berbasis keterampilan melalui metode demonstrasi dan praktik langsung efektif dalam meningkatkan keterampilan suami dalam mendampingi istri. Edukasi ini dilaksanakan selama 4 minggu dengan frekuensi 1 kali seminggu dalam waktu 60 menit. Materi yang diberikan mencakup berbagai topik terkait persiapan persalinan, latihan pernapasan, afirmasi, dan teknik untuk mengatasi nyeri serta mengoptimalkan posisi janin.²³

Edukasi persalinan merupakan cara efektif untuk mempersiapkan fisik dan psikologis ibu dan suami. Program ini dapat meningkatkan kepuasan, mengurangi persepsi nyeri, dan meningkatkan partisipasi dalam pengambilan keputusan. Kelas edukasi juga

mengurangi rasa takut, stres, dan trauma, serta memberikan dukungan emosional melalui jejaring sosial dengan pasangan lain yang berada dalam situasi yang sama. Kelas edukasi persiapan persalinan juga dapat membantu pasangan menyambut kelahiran dengan lebih nyaman dan aman, serta meningkatkan peluang melahirkan secara normal dengan intervensi minimal.^{105,106}

Keberhasilan program edukasi sangat bergantung pada desain program yang mempertimbangkan kebutuhan individu peserta, durasi sesi, dan metode penyampaian yang menarik. Materi yang disampaikan secara menarik dan relevan akan lebih mudah diterima dan diingat oleh peserta. Program yang dirancang dengan pendekatan yang fleksibel dan berpusat pada ibu hamil terbukti lebih efektif dalam meningkatkan pengalaman persalinan yang positif.¹⁰⁷

Pelatihan khusus bagi tenaga kesehatan sangat penting untuk memastikan bahwa program ini dapat disampaikan secara profesional dan relevan bagi setiap peserta.¹⁰⁸ Adapun salah satu edukasi dalam kelas persiapan persalinan adalah teknik Rebozo untuk membantu meredakan nyeri dan mempercepat durasi persalinan.¹⁰⁵

2.1.15 Pengaruh Teknik Rebozo Terhadap Nyeri dan Lama Persalinan

1. Teknik rebozo terbukti secara signifikan menurunkan intensitas nyeri dan mempercepat proses persalinan pada seluruh fase, yaitu laten, aktif, dan transisi. Berdasarkan penelitian Tandoğan dan Oskay (2024), ibu yang menerima intervensi rebozo mencatat skor

nyeri lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol. Teknik ini juga memperpendek lamanya fase transisi dengan rata-rata waktu 46,29 menit, berbanding 68,71 menit pada kelompok kontrol.¹⁰⁹

2. Teknik rebozo adalah metode non-farmakologis yang dapat mempercepat pembukaan serviks. Berdasarkan penelitian Kusmiyati et al. (2023), teknik ini efektif mempercepat fase aktif persalinan pertama pada ibu primigravida. Dari 28 peserta, 57,1% ibu dalam kelompok Rebozo menyelesaikan fase aktif dalam waktu kurang dari 6 jam, dibandingkan dengan 21,4% pada kelompok kontrol.¹¹⁰
3. Teknik rebozo berperan dalam membuka ruang panggul lebih luas, yang memfasilitasi turunnya bayi ke area panggul dan mempercepat jalannya persalinan. Berdasarkan penelitian Widiatrilupi (2023) ditemukan bahwa dari 16 ibu primigravida yang menerima teknik rebozo, sebanyak 14 ibu mengalami lamaanya persalinan fase aktif kala I kurang dari 6 jam. Sebaliknya, pada kelompok tanpa teknik rebozo, 8 dari 16 ibu mengalami lama persalinan lebih dari 6 jam.¹⁵
4. Teknik rebozo *Shake the Apples* (RSTA) dan rebozo *Sifting While Lying Down* (RSWLD) merupakan metode yang efektif untuk menurunkan intensitas nyeri pada ibu multigravida selama fase aktif persalinan. Berdasarkan penelitian oleh Yulidian Nurpratiwi et al. (2020), ditemukan perbedaan signifikan dalam intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi.¹⁷

5. Penelitian Vivi Sari Diastuti et al. (2024), teknik ini terbukti efektif dalam mempercepat durasi persalinan tahap pertama. Hasil analisis menunjukkan bahwa 76,9% responden yang diberikan intervensi rebozo mengalami persalinan yang lebih cepat, dengan rata-rata lamanya 5 jam 47 menit dan frekuensi penerapan teknik sebanyak rata-rata 5,8 kali selama persalinan berlangsung.¹¹¹
6. Teknik rebozo melibatkan penggunaan gerakan yang bertujuan menurunkan kepala janin selama tahap pertama persalinan. Penelitian oleh Simanullang et al. (2023) dari 17 responden yang menerima teknik rebozo, 11 orang menunjukkan peningkatan signifikan pada pembukaan serviks setelah intervensi, sedangkan 6 lainnya tidak mengalami perubahan berarti.¹¹²

2.2 Kerangka Pemikiran

Persalinan merupakan proses fisiologis yang melibatkan kontraksi uterus untuk mendorong janin keluar melalui jalan lahir.²⁵ Proses ini dipengaruhi oleh perubahan hormonal, diantaranya peningkatan oksitosin dan prostaglandin selama kehamilan, terutama menjelang akhir yang membantu melembutkan dan mematangkan serviks serta meningkatkan sensitivitas rahim terhadap oksitosin. Penurunan progesteron dan peningkatan estrogen juga mengakibatkan aktivitas kontraktile uterus menjadi lebih intens.²⁵⁻²⁸

Pada fase aktif persalinan, kontraksi menjadi lebih kuat dan terkoordinasi untuk membuka serviks dan membantu turunnya kepala janin yang berpengaruh terhadap lama persalinan.²⁵ Kontraksi yang intens

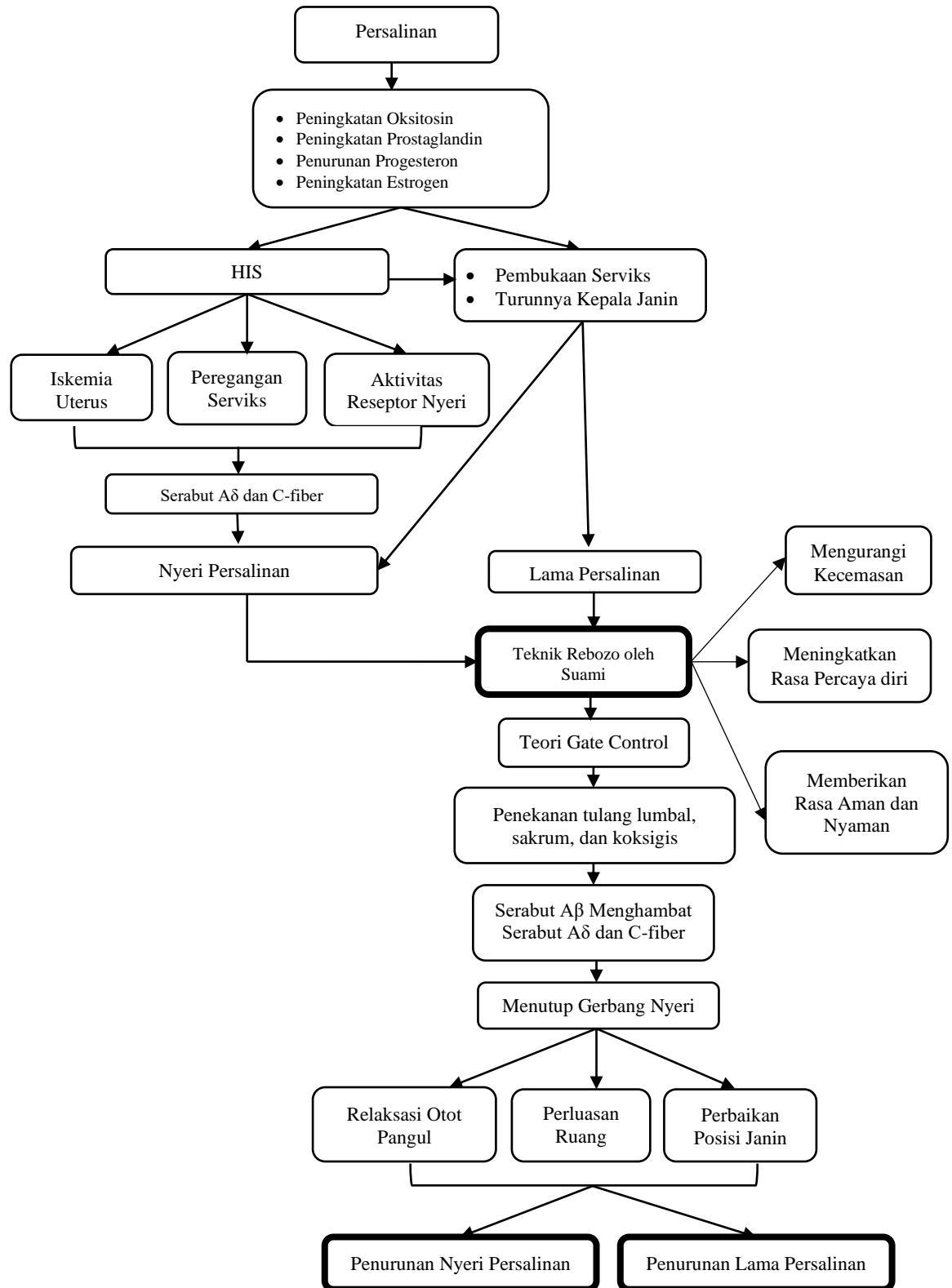
mengakibatkan terjadinya iskemia uterus, peregangan serviks, dan aktivasi reseptor nyeri di area jalan lahir. Sinyal nyeri ditransmisikan melalui serabut saraf kecil ($A\delta$ dan C -fiber) menuju otak, yang mempersepsikannya sebagai nyeri.⁵⁷ Nyeri persalinan merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan serta dapat menimbulkan komplikasi jika terlalu lama dan tidak diatasi.⁶³ Dalam upaya meningkatkan kenyamanan dan mengurangi komplikasi persalinan, maka salah satu metode non-farmakologis adalah teknik rebozo.^{19,20}

Teknik rebozo dapat dilakukan dalam waktu 5-10 menit selama kala I fase aktif, dengan kehadiran pendamping yang berperan penting dalam proses persalinan.⁹⁵ Suami sebagai *birth partner* tidak hanya memberikan dukungan fisik, tetapi juga menghadirkan rasa kebersamaan yang membuat ibu merasa lebih tenang dan tidak sendirian selama persalinan. Keterlibatan suami dalam melakukan teknik rebozo dapat mengurangi kecemasan ibu, meningkatkan rasa percaya diri, serta memberikan rasa aman dan nyaman dalam menghadapi persalinan.¹⁰⁴

Teknik rebozo didasarkan pada teori "*Gate Control*" yang dikembangkan oleh Melzack dan Wall (1965), nyeri dapat dimodulasi melalui mekanisme "gerbang" di *substantia gelatinosa*. Rangsangan pada serabut saraf besar ($A\beta$), yang membawa sensasi non-nyeri seperti tekanan atau getaran, dapat menghambat aktivitas serabut kecil ($A\delta$ dan C), sehingga menutup gerbang nyeri tersebut. Dengan tertutupnya gerbang ini, rangsangan nyeri tidak diteruskan ke korteks serebral, sehingga persepsi nyeri berkurang.^{16,17}

Teknik Rebozo memanfaatkan prinsip ini dengan gerakan goyangan atau guncangan di area panggul, khususnya pada tulang lumbal, sakrum, dan koksigis (lumbosakral), yang merangsang serabut A β dan menutup gerbang nyeri, sehingga mengurangi persepsi nyeri.¹⁸ Selain itu, teknik Rebozo juga akhirnya mempercepat proses pembukaan serviks dan mempersingkat lamanya persalinan dengan merelaksasi otot-otot panggul, memperluas ruang pelvis, dan memperbaiki posisi janin.^{16,17}

2.3 Diagram Kerangka Pemikiran



Gambar 2.4 Kerangka Pemikiran

2.4 Hipotesis

2.4.1 Premis

1. Teknik rebozo merupakan metode non-farmakologis yang aman, efektif, dan berbasis fisiologis untuk meningkatkan kenyamanan ibu selama persalinan tanpa menimbulkan efek samping.^{1,3,113}
2. Teknik rebozo merupakan metode non-farmakologis yang dapat dilakukan oleh pendamping persalinan baik tenaga kesehatan maupun keluarga atau suami,^{1,15,18,90}
3. Suami yang berperan aktif dalam proses persalinan dapat memberikan pengaruh positif terhadap persepsi ibu terhadap nyeri dan mempercepat proses kelahiran melalui kehadiran dan dukungannya.^{21,22,50,53}
4. Edukasi berbasis keterampilan melalui demonstrasi dan praktik yang dirancang secara fleksibel sesuai kebutuhan, dilakukan 4 kali dengan durasi 60 menit per sesi, efektif meningkatkan peran suami, kesiapan pasangan, dan kepuasan ibu terhadap pengalaman.^{23,105,107}
5. Teknik rebozo bekerja pada patomekanisme nyeri dengan memanfaatkan stimulasi gerakan ritmis yang memicu pelepasan hormon endorfin dan menstimulasi serabut saraf besar melalui mekanisme *Gate Control Theory*.^{1,3,4,15,113}
6. Pengaruh teknik rebozo terhadap nyeri persalinan dapat diukur melalui perubahan skala nyeri NRS sebelum dan setelah teknik diterapkan.^{4,5,17,84}

7. Lama persalinan dipengaruhi oleh efisiensi kontraksi rahim, posisi janin, dan kecepatan dilatasi serviks.^{1,14,109}
8. Teknik rebozo mempercepat lamanya persalinan dengan memperbesar ruang pada panggul, memudahkan turunnya janin, dan mempercepat dilatasi serviks.^{17,94,110,114}
9. Teknik rebozo mempercepat lamanya persalinan aktif fase I dengan memperbaiki posisi janin dan melancarkan dilatasi serviks.^{15,84,90,111}

2.4.2 Hipotesis

1. Implementasi teknik rebozo oleh suami memberikan pengaruh terhadap pengurangan rasa nyeri persalinan di Tempat Praktik Mandiri Bidan (Premis 1-6)
2. Implementasi teknik rebozo oleh suami memberikan pengaruh terhadap penurunan lama persalinan kala 1 fase aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan (Premis 3,7-9)

BAB III

METODE RISET

3.1 Desain Riset

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif inferensial, di mana kesimpulan ditarik berdasarkan uji hipotesis statistik yang menggunakan data empiris yang dikumpulkan melalui pengukuran. Dalam pendekatan kuantitatif, setiap langkah dilakukan secara sistematis, dimulai dari tahap persiapan, diikuti dengan pengajuan dan pengujian hipotesis setelah data dikumpulkan dan dianalisis sepanjang penelitian.¹¹⁵

Jenis penelitian yang digunakan adalah *quasi-experiment*, yang bertujuan mengukur intensitas nyeri dan durasi persalinan melalui desain *pretest-posttest control group*.¹¹⁶ Desain ini melibatkan dua kelompok: kelompok intervensi yang mendapat implementasi teknik rebozo oleh suami, dan kelompok kontrol yang menerima perawatan medis standar tanpa intervensi khusus.

Kelompok intervensi dan kelompok kontrol berada di dua lokasi yang tidak memungkinkan mereka saling membandingkan pengalaman selama persalinan. Pengukuran dilakukan secara seragam dengan menggunakan skala nyeri dan prosedur yang konsisten. Keputusan untuk tidak memberikan intervensi kepada kelompok kontrol bertujuan untuk membandingkan efek teknik rebozo pada nyeri dan durasi persalinan dengan kondisi persalinan tanpa

teknik tersebut. Kedua kelompok diberikan *pretest* untuk mengetahui kondisi awal dan melihat apakah ada perbedaan setelah intervensi.^{115,117}

3.2 Populasi, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

3.2.1 Populasi

Populasi terdiri dari ibu melahirkan di dua tempat praktik mandiri bidan (TPMB) di wilayah Depok, dengan karakteristik sebagai berikut:

1. TPMB J: Populasi di TPMB J adalah ibu hamil trimester tiga dan suami dalam periode pengumpulan data.

Pemilihan tempat ini didasarkan pada teknik rebozo yang sudah diterapkan sebagai metode manajemen nyeri non-farmakologis selama persalinan, namun mengingat keterbatasan rasio bidan dan tingginya beban kerja bidan setempat, sehingga menghambat pelaksanaan teknik secara langsung oleh bidan. Oleh karena itu, peran suami sebagai pendamping dalam penerapan teknik rebozo menjadi alternatif.

2. TPMB H: Populasi di TPMB H adalah ibu bersalin yang mendapat perawatan medis standar tanpa adanya intervensi khusus pada periode yang sama.

Penelitian ini menetapkan dua jenis populasi untuk memfokuskan pengamatan terhadap penggunaan teknik rebozo:

1. Populasi Target: Ibu hamil trimester tiga dan suami di Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB) yaitu TPMB J dan ibu bersalin

TPMB H. Populasi target dibagi menjadi dua kelompok: kelompok yang menerima intervensi teknik rebozo oleh suami dan kelompok kontrol yang tidak menerima intervensi apapun.

2. Populasi Terjangkau: Ibu hamil trimester tiga dan suami di TPMB J yang menjadi lokasi utama penelitian dan memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan untuk menerima implementasi teknik Rebozo oleh suami selama proses persalinan.

3.2.2 Sample

Besar sampel ditentukan berdasarkan tujuan penelitian yaitu menganalisis pengaruh teknik rebozo terhadap intensitas nyeri dan lama persalinan, untuk itu digunakan rumus besar sampel untuk menguji perbedaan dua rata-rata, yaitu:

$$n = \frac{2S^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(X_1 - X_2)^2}$$

Keterangan:

n = ukuran sampel per kelompok

Nilai Z_α dan Z_β diperoleh dari tabel distribusi normal standar, untuk taraf signifikansi α dan untuk *power test* $(1-\beta)$

S : standar deviasi gabungan untuk variabel yang diteliti, dihitung dari

$$\text{rumus : } \sqrt{\frac{(n_1-1) \cdot S_1^2 + (n_2-1) \cdot S_2^2}{n_1+n_2-2}}$$

$(X_1 - X_2)$: besarnya perbedaan rata-rata dari variabel yang diteliti

Pada penelitian ini dipilih taraf signifikansi 5% ($Z_{\alpha} = 1,96$), *power test* 80% ($Z_{\beta}=0,84$), besarnya S dan $(X_1 - X_2)$ diperoleh dari hasil penelitian yaitu:

Tabel 3.1 Standar Deviasi

Variabel penelitian	Kelompok Perlakuan		Ukuran sampel (n) Perkelompok
	Intervensi	Kontrol	
Nyeri ⁹⁹			
VAS setelah 1 jam	4,56 (0,76)* ¹⁾	5,61 (0,84)	11
VAS setelah 3 jam	6,47 (1,42)	9,03 (0,72)	5
Lama persalinan ¹⁰⁹	15,97 (19,17)	31,58 (19,10)	25

Keterangan: *) Nilai rata-rata (Standar deviasi)^{99,109}

1. Untuk menguji perbedaan intensitas nyeri dari hasil penelitian Hashim Mahmoud Mahmoud Saadon O dan Fouad Mohammed S (2023) pada kelompok teknik rebozo, nilai rata-rata VAS setelah 1 jam adalah 4,56 (SD 0,76), sedangkan pada kelompok kontrol adalah 5,61 (SD 0,84). Dengan menetapkan besarnya perbedaan $(X_1 - X_2)$ sebesar 1, diperoleh kebutuhan sampel sebanyak 11 orang per kelompok. Adapun nilai rata-rata VAS setelah 3 jam adalah 6,47 (SD 1,42), sedangkan pada kelompok kontrol adalah 9,03 (SD 0,72). Dengan menetapkan besarnya perbedaan $(X_1 - X_2)$ sebesar 2, diperoleh kebutuhan sampel sebanyak 5 orang per kelompok.⁹⁹
2. Untuk menguji perbedaan lama persalinan dari hasil penelitian Tandoğan Ö dan Oskay Ü (2024) rata-rata lama persalinan pada kelompok teknik rebozo adalah 15,97 jam (SD 19,17), sedangkan pada kelompok kontrol adalah 31,58 jam (SD 19,10). Dengan

menetapkan besarnya perbedaan ($X_1 - X_2$) sebesar 5, diperoleh kebutuhan sampel sebanyak 25 orang per kelompok.¹⁰⁹

Dari tiga hitungan di atas maka diperlukan sampel per kelompok sebanyak 25 orang, dengan menambah DO 10% diperlukan $n = 1 / (1 - 0,1) \times 25 = 28$. Dalam penelitian ini besar sampel akan ditingkatkan menjadi $n = 30$ per kelompok.

3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan secara *consecutive sampling* yaitu urutan pasien yang datang ke TPMB J dan TPMB H di Cimanggis-Depok.

3.2.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi, terdiri dari:

1. Kriteria Inklusi

- 1) Ibu hamil trimester tiga dan suami di TPMB J selama periode penelitian (Mei hingga Juli).
- 2) Ibu bersalin di TPMB H
- 3) Paritas primipara dan multipara.
- 4) Ibu dan suami bersedia mengikuti prosedur penelitian dan memberikan persetujuan tertulis.

2. Kriteria Eksklusi

- 1) Ibu hamil yang memiliki riwayat alergi terhadap kain yang digunakan dalam teknik rebozo.
- 2) Bayi tidak lahir di bidan

- 3) Mengalami komplikasi selama persalinan
 - 4) Tidak bersedia mengikuti prosedur penelitian atau menarik diri sebelum penelitian selesai.
 - 5) Ibu yang sudah menerima analgesik farmakologis sebelum atau selama persalinan aktif.
3. Kriteria *Dropout*: Ibu dan suami dan tidak hadir pada saat edukasi

3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.3.1 Variabel Independen

Variabel independen atau bebas pada penelitian ini adalah impelentasi teknik rebozo oleh suami.

3.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen atau terikat pada penelitian ini terdiri dari dua subvariabel yaitu nyeri persalinan dan lama persalinan kala I Fase Aktif.

3.3.3 Variabel Perancu

Variabel perancu pada penelitian ini terdiri dari Usia; paritas; usia gestasi.

3.3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Variabel Independen						
1	Implementasi Teknik rebozo oleh suami	Suami melakukan metode non-farmakologis dengan kain panjang yang diaplikasikan pada ibu setelah mendapat edukasi dari bidan terlatih	Teknik Standar rebozo	Observasi	Dilakukan/ Tidak Dilakukan	Nominal
Variabel Dependen						
2	Nyeri Persalinan	Persepsi nyeri yang dirasakan ibu selama persalinan akibat penggunaan teknik rebozo.	Skala NRS	Observasi	1: Nyeri Ringan (1-3) 2: Nyeri Sedang (4-6) 3: Nyeri Berat (7-10)	Ordinal
3	Lama Persalinan kala 1 fase aktif	Waktu yang dibutuhkan sejak fase aktif persalinan hingga pembukaan lengkap.	<i>Stopwatch</i>	Observasi	Primipara: 5-6 jam Multipara: 2-3 jam	Interval
Variabel Perancu						
1	Usia	Usia ibu dalam tahun yang dihitung sejak tanggal lahir hingga tanggal anamnesis	Catatan medis	Pencatatan dari dokumen resmi	<20 20-34 ≥ 35	Interval
2	Paritas	Jumlah kelahiran hidup yang telah dialami oleh ibu hingga saat ini	Catatan medis	Pencatatan dari rekam medis	Primipara Multipara	Ordinal
3	Usia Gestasi	Lama kehamilan ibu dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga saat penelitian dilakukan	HPHT	Anamnesis dengan ibu terkait HPHT	Dinyatakan dalam minggu kehamilan	Rasio

Pemilihan variabel nyeri dan lama persalinan dalam penelitian ini didasarkan pada pengaruh keduanya terhadap kesehatan ibu dan bayi. Nyeri yang dirasakan selama persalinan dapat menyebabkan kecemasan, kelelahan, dan gangguan fisik lainnya yang dapat memperlambat kemajuan proses persalinan. Persalinan yang terlalu lama, terutama pada fase aktif, meningkatkan risiko komplikasi seperti kelelahan otot rahim, hipotonia uteri, dan perdarahan postpartum.

Implementasi teknik rebozo oleh suami diharapkan dapat memberikan rasa aman dan nyaman yang mengurangi kecemasan ibu, merangsang pelepasan hormon oksitosin untuk mempercepat kontraksi rahim, serta meningkatkan relaksasi otot dan posisi janin. Semua faktor ini berperan dalam mengurangi intensitas nyeri dan memperpendek lama persalinan, sehingga mengurangi kebutuhan akan intervensi medis dan meningkatkan keseluruhan pengalaman persalinan.

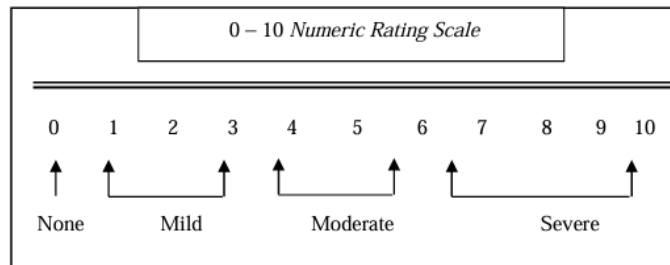
3.4 Instrumen Riset

Penelitian ini menggunakan instrumen yang dirancang khusus untuk mengukur variabel tingkat nyeri dan lama persalinan pada ibu melahirkan yang menerima intervensi teknik rebozo. Adapun rincian instrumen yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Pengukuran Tingkat Nyeri

Penelitian ini menilai intensitas nyeri persalinan menggunakan *Numerical Rating Scale* (NRS) karena kesederhanaannya, praktis digunakan, dan mudah dipahami oleh pasien tanpa memerlukan instruksi yang kompleks. Dengan meminta pasien menilai tingkat nyeri pada skala 0-10, NRS memfasilitasi penilaian nyeri secara cepat dan fleksibel, bahkan bagi pasien yang kesulitan menggunakan skala visual. Kategorisasi nyeri menjadi ringan, sedang, dan berat membuatnya relevan untuk interpretasi klinis. Sifatnya yang intuitif dan efisien menjadikan NRS alat yang andal

dalam mengevaluasi intensitas nyeri secara subjektif. Pengukuran nyeri akan dilakukan pada kedua kelompok sebanyak dua kali yaitu *pre* dan *post*.



Gambar 3.1 Skala Nyeri NRS

2. Pengukuran Lama Persalinan

Stopwatch digunakan untuk mengetahui lama persalinan dengan mencatat kemajuan persalinan. *Stopwatch* membantu bidan untuk mencatat waktu dengan jelas dan mengidentifikasi perbedaan waktu yang terjadi antara kelompok intervensi dan kontrol.

3. Kuesioner Demografi

Penelitian ini menggunakan kuesioner demografi untuk mengumpulkan data dasar ibu melahirkan yang meliputi informasi mengenai usia, HPHT, paritas (jumlah kehamilan sebelumnya), dan riwayat medis yang mungkin berpengaruh terhadap nyeri dan lama persalinan.

3.5 Lokasi dan Waktu Riset

3.5.1 Lokasi Riset

Penelitian ini telah dilaksanakan di dua Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB) di wilayah Depok, yaitu TPMB J dan TPMB Bidan H. TPMB J dipilih sebagai lokasi untuk kelompok intervensi, di mana

teknik rebozo sudah diterapkan sebagai metode manajemen nyeri non-farmakologis selama persalinan. Sementara itu, TPMB H akan berfungsi sebagai lokasi untuk kelompok kontrol, yang tidak akan menerima intervensi teknik rebozo, sehingga memungkinkan perbandingan antara kedua kelompok.

3.5.2 Waktu Riset

Waktu riset dilaksanakan berdasarkan keterangan waktu pada *gant chart* berikut ini:

Tabel 3.3 Gantt Chart

KEGIATAN	Waktu (Bulan/Tahun)											
	2024				2025							
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8
Penyusunan Usulan Riset												
Proses Penulisan Tesis												
Seminar Usulan Riset												
Revisi Usulan Riset												
Permohonan Etik Riset												
Permohonan Izin Riset												
Pengambilan dan Pengolahan Data												
Seminar Hasil Riset												
Seminar Ujian Tesis												
Penyusunan Artikel												
Submit Artikel												

3.6 Teknik Pengumpulan Data

Tahapan riset yang dilakukan meliputi:

3.6.1 Pemilihan Masalah

1. Melakukan studi literatur dari kepustakaan serta hasil riset terdahulu.

2. Menyusun proposal penelitian berdasarkan masalah yang ditemukan dan menjadi masalah yang akan diteliti.
3. Melakukan survei awal terhadap permasalahan yang dipilih pada lokasi penelitian.
4. Survei fasilitas dan mempersiapkan tim enumerator.
5. Menyiapkan media pengumpulan data untuk mengukur intensitas nyeri dengan menggunakan skala NRS dan *stopwatch* untuk mengukur lama persalinan.
6. Menyusun jadwal pengumpulan data.

3.6.2 Seleksi Sampel

1. Pemilihan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*, yaitu memilih ibu bersalin yang memenuhi kriteria inklusi secara berurutan sampai jumlah sampel terpenuhi. Teknik ini dipilih untuk mengumpulkan sampel secara sistematis selama periode penelitian di dua lokasi yaitu TPMB J untuk intervensi dan TPMB H untuk kontrol.
2. Subjek diberikan penjelasan tentang informasi penelitian yang meliputi latar belakang, tujuan, manfaat, peran responden, waktu penelitian, kesukarelaan, kerahasiaan data, serta informasi kontak yang dapat dihubungi jika diperlukan.
3. Menyediakan lembar *informed consent* yang harus ditandatangani oleh responden sebagai bukti kesediaan dan komitmen untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

3.6.3 Seleksi Enumerator

Tim enumerator dalam penelitian ini terdiri dari bidan terlatih di TPMB J yang memiliki pengalaman dalam menerapkan teknik rebozo. Di TPMB J, bidan akan berperan dalam memberikan edukasi kepada suami mengenai cara melakukan teknik rebozo dan memastikan bahwa intervensi dilakukan dengan benar. Selain itu, bersama bidan jaga bertanggung jawab untuk mengukur lama persalinan dengan menggunakan *stopwatch* dan mengumpulkan hasil penilaian intensitas nyeri menggunakan skala NRS yang diberikan oleh ibu selama proses persalinan, untuk memastikan data tercatat dengan baik dan dapat dianalisis lebih lanjut.

Di TPMB H, bidan hanya bertugas untuk mengukur lama persalinan dengan menggunakan *stopwatch* dan mengumpulkan hasil penilaian intensitas nyeri menggunakan skala NRS yang diberikan oleh ibu selama proses persalinan, karena tidak ada intervensi teknik rebozo yang diterapkan di lokasi ini. Tim enumerator di kedua lokasi akan memastikan keseragaman dalam prosedur pengukuran intensitas nyeri dan lama persalinan.

3.6.4 Pemberian Intervensi

1. Kelompok Intervensi (Implementasi Teknik Rebozo Oleh Suami)

Pada kelompok intervensi di TPMB J, ibu bersalin yang memasuki kala I fase aktif akan diberikan intervensi teknik rebozo oleh suami. Teknik rebozo dilakukan dengan menggoyangkan

panggul ibu menggunakan kain panjang, dimulai dari pembukaan 4 cm hingga pembukaan lengkap (10 cm). Durasi setiap sesi teknik rebozo adalah 5-10 menit.

- 1) Pada kunjungan ibu hamil yang telah memasuki trimester 3 ke tempat praktik mandiri bidan (TPMB), peneliti akan meminta persetujuan dari ibu dan suami untuk berpartisipasi dalam penelitian.
- 2) Setelah persetujuan diberikan, bidan memberikan edukasi kepada suami sebanyak 4 kali pertemuan selama 2 minggu sebelum persalinan, dengan durasi setiap pertemuan 60 menit. Edukasi diberikan dalam kelompok kecil yang terdiri dari 2 kelompok yang terdiri dari 15 pasangan berdasarkan waktu yang telah disepakati dengan para responden. Setiap kelompok menerima materi edukasi yang sama untuk memastikan konsistensi. Edukasi meliputi konsep, manfaat, dan implementasi teknik rebozo, serta demonstrasi teknik rebozo secara langsung yang diikuti oleh praktik atau tutor untuk memastikan pemahaman dan keterampilan responden.
- 3) Ibu dan suami yang telah mendapatkan edukasi ini kemudian diberitahukan untuk datang langsung ke TPMB jika mereka merasakan tanda-tanda persalinan.
- 4) Sebelum pemberian intervensi (*pre-test*), Ibu melakukan penilaian terhadap nyeri yang dirasakannya dengan

menggunakan menggunakan skala *Numerical Rating Scale* (NRS)

- 5) Pada saat ibu memasuki kala I fase aktif (dimulai dari pembukaan 4 cm hingga pembukaan lengkap 10 cm), suami akan melakukan intervensi teknik rebozo dengan menggoyangkan panggul ibu menggunakan kain panjang. Durasi setiap sesi teknik rebozo adalah 5-10 menit. Implementasi ini dimonitoring oleh bidan dan peneliti.
- 6) Lama persalinan (dari pembukaan 4 cm hingga pembukaan lengkap) akan diukur menggunakan stopwatch oleh bidan yang bertugas untuk memastikan pencatatan yang akurat mengenai durasi fase aktif persalinan.
- 7) Setelah pemberian intervensi, Ibu akan menilai kembali intensitas nyeri yang dirasakannya menggunakan skala NRS. Pengukuran dilakukan setelah 60 menit intervensi teknik rebozo oleh suami, agar ibu dapat menilai perubahan intensitas nyeri yang dirasakannya setelah menerima intervensi. Pengukuran nyeri dilakukan 60 menit setelah intervensi memberi waktu bagi tubuh untuk merespons efek dari teknik tersebut. Menurut beberapa penelitian, tubuh memerlukan waktu tertentu untuk merespons.¹¹⁸ Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa pengukuran nyeri yang dilakukan terlalu cepat setelah intervensi dapat memberikan hasil yang kurang

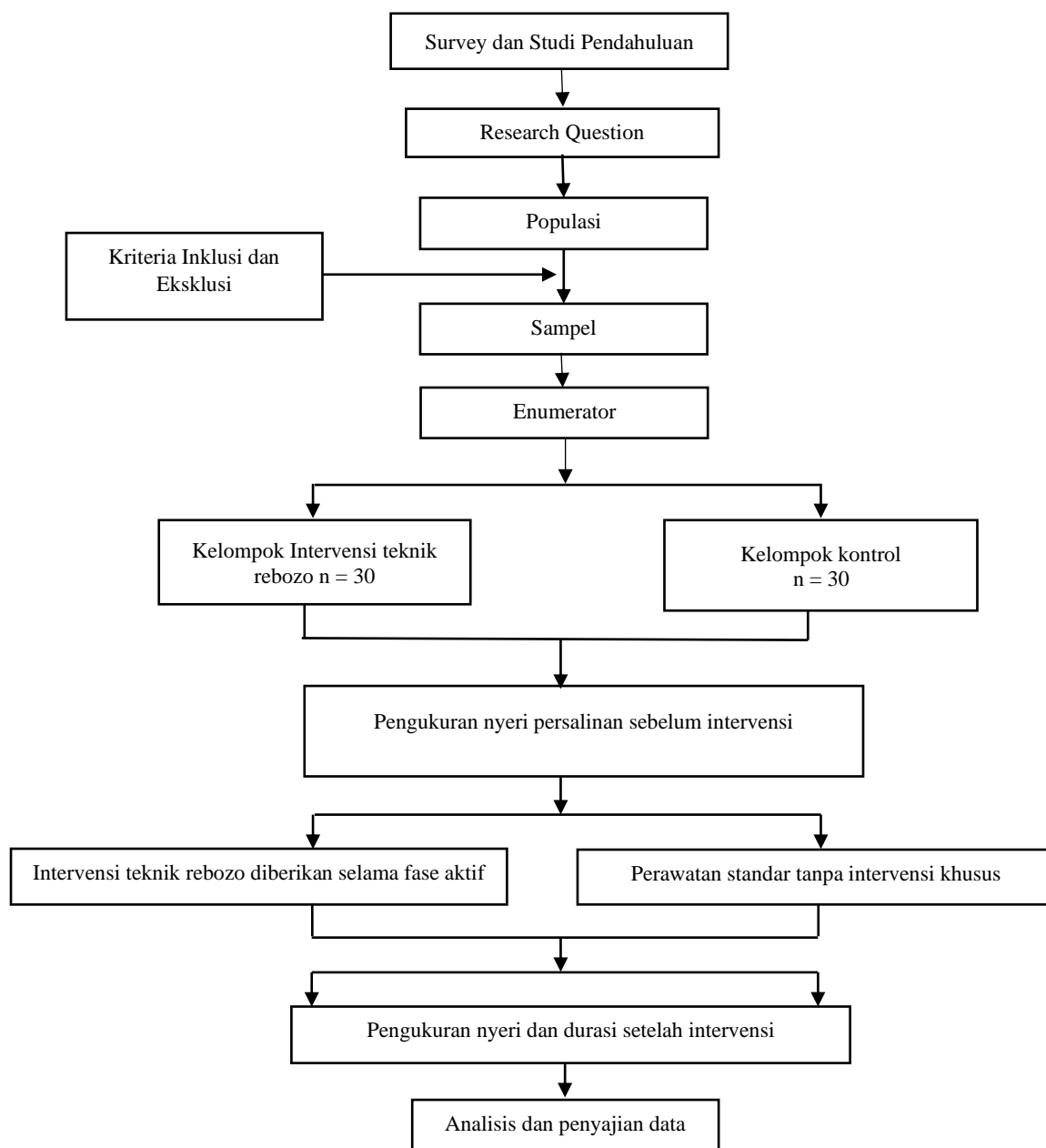
akurat karena tubuh belum sepenuhnya merespons teknik tersebut.¹¹⁹ Sebaliknya, pengukuran yang dilakukan terlalu lama setelah intervensi dapat dipengaruhi oleh perubahan fase persalinan atau faktor lain yang juga mempengaruhi persepsi nyeri, seperti tekanan psikologis dan fisik.¹²⁰ Oleh karena itu, dengan pengukuran yang dilakukan setelah 60 menit, diharapkan dapat mengukur efek langsung dari teknik rebozo terhadap pengurangan nyeri pada fase aktif persalinan.

2. Kelompok Kontrol

Kelompok kontrol di TPMB H menerima perawatan standar tanpa intervensi teknik rebozo. Sebelum dimulai, ibu menilai intensitas nyeri yang dirasakannya menggunakan skala NRS, sedangkan lama persalinan akan diukur menggunakan *stopwatch* oleh bidan dari pembukaan 4 cm hingga pembukaan lengkap.

Pengumpulan data pada kelompok kontrol dilakukan dengan cara yang sama seperti pada kelompok intervensi, yaitu dengan pengukuran nyeri menggunakan skala NRS saat ibu memasuki kala 1 fase aktif (pembukaan 4 cm) untuk *pre-test*. Sedangkan untuk *post-test* dilakukan hal yang sama yaitu pengukuran nyeri menggunakan skala NRS setelah 60 menit intervensi teknik rebozo oleh suami agar ibu dapat menilai perubahan intensitas nyeri yang dirasakan, dan pengukuran lama persalinan yang dicatat oleh bidan.

3.6.5 Alur Penelitian



Gambar 3.2 Alur Penelitian

3.7 Analisis Data

3.7.1 Proses Pengolahan Data

Data yang terkumpul dianalisis menggunakan metode statistik untuk menguji perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terkait intensitas nyeri menggunakan skala *Numeric Rating Scale* (NRS) dan lama persalinan kala I fase aktif. Proses pengolahan data meliputi tahap berikut:

1. *Editing*

Tahap editing dilakukan untuk memeriksa kelengkapan dan konsistensi data yang diperoleh dari skala NRS dan catatan lamanya persalinan.

2. *Coding*

Coding dilakukan untuk mengubah data hasil pencatatan menjadi kode numerik yang siap diolah. Skor pada skala NRS langsung digunakan sesuai angka yang dilaporkan ibu, sementara data catatan lamanya persalinan dikategorikan berdasarkan durasi waktu dari pembukaan 4 cm hingga pembukaan lengkap (10 cm).

3. *Entry*

Data yang telah dikodekan dimasukkan ke dalam perangkat lunak komputer untuk diolah lebih lanjut, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana.

4. *Cleaning*

Setelah data di-*entry*, dilakukan pembersihan data atau *cleaning* untuk memastikan tidak ada kesalahan atau ketidaklengkapan dalam catatan.

3.7.2 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik data penelitian. Data kategorik disajikan dalam bentuk jumlah dan persentase dengan menggunakan uji *Chi-square*, sedangkan data numerik disajikan dalam bentuk nilai rata-rata (*mean*), standar deviasi, median, dan rentang nilai dengan menggunakan uji t tidak berpasangan.¹²¹

3.7.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang melibatkan dua variabel, yaitu variabel bebas dan variabel terikat.

1. Sebelum menentukan jenis uji yang akan digunakan, dilakukan terlebih dahulu uji normalitas untuk memeriksa apakah data intensitas nyeri dan lama persalinan berdistribusi normal. Uji normalitas dilakukan menggunakan Uji *Shapiro-Wilk* (untuk $n < 50$). Data dianggap berdistribusi normal jika nilai p yang diperoleh lebih besar dari 0,05. Hasil uji normalitas ini akan menjadi dasar untuk menentukan jenis analisis selanjutnya, apakah menggunakan uji parametrik atau non-parametrik.¹²²

2. Untuk menganalisis perbedaan rata-rata intensitas nyeri pre dan post pada kelompok yang sama, digunakan *paired sample t-test* jika data berdistribusi normal, atau uji *Wilcoxon* jika data tidak berdistribusi normal.
3. Untuk menganalisis perbedaan rata-rata intensitas nyeri dan lama persalinan antara kelompok intervensi dan kontrol, digunakan *Independent Sample t-test* jika data berdistribusi normal, atau uji *Mann-Whitney* jika data tidak berdistribusi normal.
4. Untuk menganalisis perbedaan data kategorik antara kedua kelompok, digunakan uji *Chi-square*.

Kemaknaan hasil uji ditentukan berdasarkan nilai $p < 0,05$.¹²³

3.8 Etik Riset

Penelitian ini dilaksanakan setelah peneliti memperoleh surat kelayakan etik penelitian dari Komite Etik Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung dengan nomor: 787/UN6.KEP/EC/2022. Selanjutnya, peneliti mengajukan permohonan izin penelitian kepada tempat praktik mandiri bidan (TPMB) yang terlibat, yaitu TPMB J dan TPMB H. Penelitian ini menerapkan sembilan prinsip dasar etika penelitian, yaitu:

1. Menghormati atau Menghargai Subjek (*Respect for Persons*)
 - 1) Peneliti mempertimbangkan secara mendalam potensi bahaya dan kemungkinan penyalahgunaan dalam penelitian.
 - 2) Memberikan perlindungan khusus kepada subjek yang mungkin rentan terhadap risiko yang ada dalam penelitian.

2. Bermanfaat dan tidak merugikan (*Beneficence and non-maleficence*)

Penelitian ini dirancang untuk memberikan manfaat bagi subjek serta meminimalkan potensi risiko atau kerugian. Oleh karena itu, desain penelitian disusun dengan mengutamakan keselamatan dan kesehatan subjek. Peneliti memastikan bahwa risiko yang mungkin timbul pada kelompok intervensi telah diperkirakan dan ditangani dengan cermat untuk mencegah dampak yang merugikan.

Kelompok yang tidak menerima intervensi diberikan edukasi terkait teknik rebozo, dengan tujuan untuk meningkatkan pemahaman mereka tentang manfaat dan penerapan teknik ini, serta memberikan pengetahuan yang dapat digunakan di masa depan.

3. Keadilan (*Justice*)

Prinsip keadilan diterapkan dengan memastikan semua subjek diperlakukan secara adil tanpa diskriminasi, serta mempertimbangkan manfaat dan risiko termasuk aspek fisik, mental, dan sosial. Meskipun kelompok kontrol hanya menerima perawatan standar tanpa adanya intervensi khusus, mereka tetap diperlakukan secara adil karena tidak adanya potensi bahaya yang timbul dari tidak diterapkannya teknik intervensi ini pada kelompok tersebut, karena tetap mendapatkan perawatan medis yang sesuai dengan standar, serta dukungan emosional yang diperlukan selama proses persalinan.

Pemisahan lokasi antara kelompok intervensi dan kontrol juga bertujuan untuk mengurangi potensi bias psikologis yang dapat muncul

akibat perbedaan perlakuan, sehingga memastikan bahwa kedua kelompok diperlakukan secara setara dalam hal perhatian dan kualitas perawatan.

4. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Data yang diperoleh dalam penelitian ini akan digunakan semata-mata untuk tujuan ilmiah dan akan dijaga kerahasiaannya. Penulis tidak akan mengungkapkan hasil penelitian kepada pihak manapun tanpa izin dari responden.

5. Kemandirian (*Autonomy*)

Peneliti menjaga integritas, objektivitas, dan kebebasan dalam merancang, melaksanakan, dan menganalisis penelitian, tanpa pengaruh eksternal. Keputusan harus didasarkan pada bukti yang sahih dan metodologi yang tepat, dengan komitmen terhadap transparansi, kejujuran, dan pertanggungjawaban. Prinsip ini memastikan kredibilitas dan validitas ilmu pengetahuan serta tanggung jawab terhadap masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan.

6. Kesetiaan dan Tanggung Jawab (*Fidelity and Responsibility*)

Peneliti bertanggung jawab secara profesional dan etis terhadap individu dan masyarakat, menjaga integritas hubungan dengan peserta, rekan sejawat, dan pihak terkait. Peneliti harus mematuhi standar profesional, memperlakukan data secara objektif, menghindari penyalahgunaan informasi, dan menyampaikan hasil penelitian dengan akurat untuk kemajuan ilmu pengetahuan dan kepentingan publik.

7. Kejujuran (*Veracity*)

Peneliti menjalankan setiap tahap penelitian dengan integritas tinggi, menjaga transparansi dalam pengumpulan, analisis, dan pelaporan data. Kejujuran mencakup larangan pemalsuan data, rekayasa hasil, dan plagiasi, serta melaporkan temuan secara akurat dan objektif. Peneliti juga wajib memberikan pengakuan yang tepat atas kontribusi orang lain melalui sitasi yang sah.

8. Penghormatan terhadap Komunitas (*Respect for Community*)

Peneliti harus menghormati nilai, budaya, dan hak individu atau kelompok dalam penelitian, dengan memperhatikan konteks sosial dan budaya setempat. Mereka harus memperoleh persetujuan yang diinformasikan, menjaga kerahasiaan, dan meminimalkan risiko bagi peserta. Hasil penelitian harus bermanfaat bagi komunitas ilmiah dan sosial. Peneliti juga wajib melibatkan komunitas dalam proses penelitian secara adil dan setara.

9. Persetujuan Setelah Penjelasan/PSP (*Informed Consent*)

Subjek penelitian telah menerima penjelasan lengkap tentang tujuan, prosedur, manfaat, risiko, dan perlindungan kerahasiaan data. Setelah memahami informasi tersebut, subjek diberi kesempatan untuk bertanya dan kemudian menandatangani formulir persetujuan tertulis (*informed consent*). Subjek yang dimaksud adalah ibu hamil trimester 3 dan memberikan persetujuan untuk berpartisipasi dalam penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Riset

Penelitian pengaruh teknik rebozo terhadap nyeri dan lama persalinan telah dilakukan terhadap 30 responden di TPMB J dan TMPB H. Semua subjek dilakukan pencatatan data karakteristik yang meliputi usia, usia gestasi, dan paritas, sedangkan untuk mengukur nyeri persalinan dilakukan sebelum dan sesudah intervensi diberikan. Pada variabel lama persalinan dikarenakan datanya numerik, maka terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data dengan menggunakan uji *Shapiro-Wilk*, karena hasil uji normalitas data diperoleh nilai $p < 0,05$ artinya data tersebut berdistribusi normal, maka untuk membandingkan perbedaan dari kedua kelompok digunakan uji statistik non parametrik. Hasil penelitian selengkapnya disajikan berikut ini.

Tabel 4.1 Karakteristik Subjek Riset

Karakteristik	Kelompok		Nilai p*
	Intervensi (n = 30)	Kontrol (n = 30)	
Usia ibu (tahun):			0,615
< 20	0	1	
20 - 34	30	27	
≥ 35	0	2	
Rata-rata (SD)	26,8 (3,6)	27,3 (4,5)	
Rentang	21 – 34	19 – 36	
Usia gestasi (minggu):			0,740
34	6	6	
35	10	12	
36	14	12	
Rata-rata (SD)	35,3 (0,78)	35,2 (0,76)	
Rentang	34 – 36	34 – 36	
Paritas :			0,190
Primipara	15	10	
Multipara	15	20	

Keterangan : *) dengan uji t tidak berpasangan; kecuali paritas dengan Uji *Chi-square*.

Dari tabel karakteristik usia ibu, usia gestasi, dan paritas didapatkan Pada kedua kelompok penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$), artinya ke dua kelompok homogen, atau layak diperbandingkan. Setelah mendapatkan distribusi sebaran karakteristik subjek penelitian, kemudian dilakukan uji normalitas data menggunakan uji *Shapiro-Wilk*.

Tabel 4.2 Uji Normalitas

Variabel (Skor 100)	Ukuran statistic			Uji normalitas data (Nilai p*)	
	Rata-rata	SD	Median		Rentang
Nyeri Persalinan (Intervensi):					
Pre	7,13	0,860	7,00	5 - 8	0,000
Post	5,10	0,712	5,00	4 - 6	0,000
Nyeri Persalinan (Kontrol):					
Pre	6,90	1,029	7,00	5-8	0,000
Post	7,80	0,847	8,00	6-9	0,001
Lama Persalinan:					
Intervensi	2,73	1,015	2,00	2 - 5	0,000
Kontrol	3,67	1,422	3,00	1 - 6	0,003

Keterangan: *) Uji *Shapiro-Wilk*. Data berdistribusi normal jika $p > 0,05$

Tabel 4.2 hasil uji normalitas menunjukkan nilai $p < 0,05$ untuk semua data, yang berarti data tidak terdistribusi normal. Oleh karena itu, analisis selanjutnya menggunakan uji non-parametrik, yaitu uji *Wilcoxon* untuk perbandingan pretest dan posttest, serta uji *Mann-Whitney* untuk perbandingan antar kelompok.

Tabel 4.3 Perbandingan Nyeri Persalinan

Skor nyeri persalinan	Kelompok		Nilai p*
	Intervensi (n = 30)	Kontrol (n = 30)	
Sebelum:			0,430
Median	7	7	
Rentang	5 – 8	5 – 8	
Sesudah:			<0,001
Median	5	8	
Rentang	4 – 6	6 – 9	
Perbandingan:			
Sebelum vs sesudah	p<0,001**	p<0,001**	
Penurunan Skor nyeri:			<0,001
Median	2	-1	
Rentang	1 - 4	-2 – 0	

Keterangan : *) Uji *Mann-Whitney*; **) Uji *Wilcoxon*.

Analisis data pada tabel 4.3 menggunakan dua jenis uji statistik untuk mengevaluasi perbedaan skor nyeri sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi dan kontrol. Perbedaan skor nyeri sebelum dan sesudah perlakuan dalam masing-masing kelompok menggunakan Uji *Wilcoxon*. Hasil analisis menunjukkan nilai $p < 0,001$ bahwa terdapat perubahan dalam skor nyeri sebelum dan sesudah intervensi pada kedua kelompok.

Uji *Mann-Whitney* digunakan untuk membandingkan perbedaan skor nyeri antara kelompok intervensi dan kontrol setelah perlakuan. Hasil dari uji ini menunjukkan nilai $p < 0,001$ bahwa terdapat perbedaan antara kedua kelompok tersebut. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa intervensi yang diberikan berpengaruh secara signifikan dalam mengurangi nyeri, dengan pengurangan nyeri yang lebih besar pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol.

Tabel 4.4 Kategori Tingkat Nyeri Persalinan

Tingkatan nyeri	Kelompok		Nilai p*
	Intervensi (n = 30)	Kontrol (n = 30)	
Sebelum:			0,559
Nyeri sedang	7 (23,3%)	9 (30,0%)	
Nyeri berat	23 (76,7%)	21 (70,0%)	
Sesudah:			<0,001
Nyeri sedang	30 (100,0%)	2 (6,7%)	
Nyeri berat	0	28 (93,3%)	

Keterangan: *) Uji Chi-square.

Analisis terhadap perbedaan kategori tingkatan nyeri persalinan sebelum dan sesudah intervensi pada kedua kelompok menggunakan uji *Chi-square*. Hasil analisis menunjukkan bahwa sebelum intervensi, distribusi kategori nyeri antara kedua kelompok tidak berbeda secara signifikan dengan nilai p 0,559 ($p > 0,05$). Namun, setelah intervensi nilai $p < 0,001$ menunjukkan perbedaan signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol yang berarti terdapat pengaruh dalam mengurangi nyeri pada kelompok intervensi.

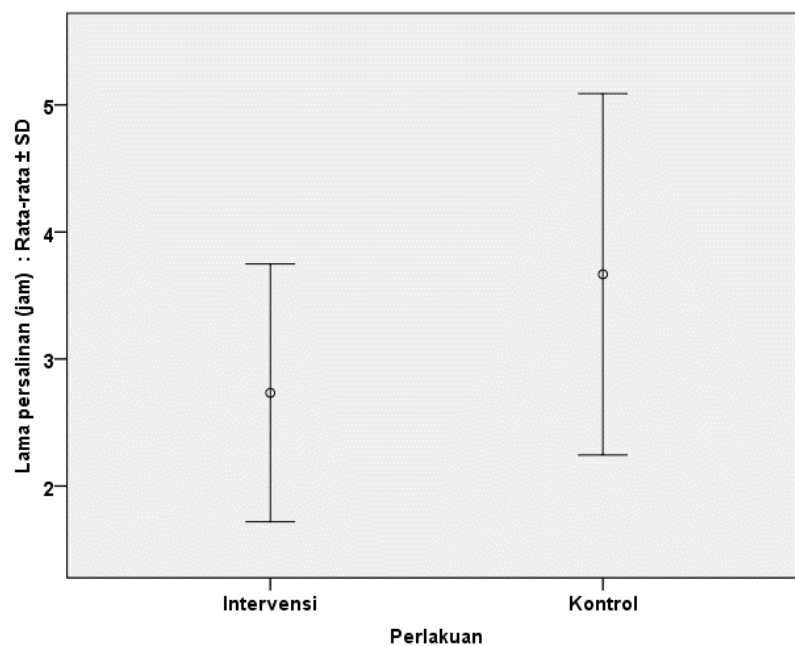
Tabel 4.5 Lama persalinan

Lama persalinan (jam)	Kelompok		Nilai p*
	Intervensi (n = 30)	Kontrol (n = 30)	
Rata-rata (SD)	2,73 (1,02)	3,67 (1,42)	0,002
Median	2	3	
Rentang	2 – 5	1 – 6	
Kategori lama persalinan:			
2 – 4 jam	26 (86,7%)	20 (66,7%)	
5 – 6 jam	4 (13,3%)	10 (33,3%)	

Keterangan : *) Uji *Mann-Whitney*.

Analisis perbedaan lama persalinan antara kedua kelompok menggunakan uji *Mann-Whitney* yang menunjukkan rata-rata lama persalinan pada kelompok intervensi lebih rendah bila dibandingkan dengan kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi melahirkan dalam waktu 2-4 jam sebanyak . 86,7%, sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 66,7%. Perbedaan lama

persalinan pada kedua kelompok penelitian ini secara statistik bermakna ($p=0,002$) yang berarti bahwa perlakuan yang diberikan secara signifikan mempercepat proses persalinan pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol



Gambar 4.1 Lama persalinan pada kedua kelompok penelitian

4.2 Pengujian Hipotesis

Hipotesis 1:

Implementasi teknik rebozo oleh suami memiliki pengaruh signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan;

Pengujian:

Dari hasil riset diperoleh besarnya skor nyeri sebelum intervensi diberikan pada kelompok intervensi dan kontrol mediannya 7, sedangkan setelah intervensi diberikan, maka diperoleh median skor nyeri persalinan pada kelompok intervensi sebesar 5 dan pada kelompok kontrol median 8, yang secara statistik

berdasarkan uji *Mann-Whiney* bermakna ($p < 0,001$). Besarnya penurunan skor nyeri pada kelompok intervensi median 2, sedangkan pada kelompok kontrol median -1 (artinya ada peningkatan skor nyeri), dan perbedaan besarnya penurunan skor nyeri persalinan ini secara statistik bermakna dengan uji *Mann-Whitney* memperoleh nilai $p < 0,001$. Tingkatan nyeri pada kelompok intervensi semua tergolong nyeri sedang, sedangkan pada kelompok kontrol 93,3% tergolong nyeri berat, dan perbedaan ini secara statistik bermakna dengan $p < 0,001$.

Simpulan:

Berdasarkan pengujian di atas, maka **hipotesis 1 diterima (teruji)**.

Hipotesis 2:

Penggunaan teknik rebozo memiliki pengaruh signifikan terhadap lama persalinan, sehingga mempercepat proses persalinan

Pengujian:

Dari hasil riset diperoleh rata-rata lama persalinan pada kelompok intervensi lebih rendah bila dibandingkan dengan kelompok kontrol. Perbedaan lama persalinan pada kedua kelompok penelitian secara statistik bermakna berdasarkan uji t tidak berpasangan dengan $p = 0,002$. Lama persalinan pada kelompok intervensi antara 2-4 jam sebanyak 86,7%, sedangkan pada kelompok kontrol 66,7%.

Simpulan:

Berdasarkan pengujian di atas, maka **hipotesis 2 diterima (teruji)**

4.3 Pembahasan Hasil Penelitian

Implementasi teknik rebozo oleh suami dalam penelitian ini bertujuan untuk melihat apakah teknik ini dapat mengurangi intensitas nyeri dan mempercepat lama persalinan pada ibu bersalin. Kedua kelompok yang dibandingkan dalam penelitian ini, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol, menunjukkan homogenitas pada usia ibu, usia gestasi, dan paritas.

Penelitian *quasi-eksperimental* oleh Uludağ dan Kocatürk (2024) pada primipara menunjukkan bahwa kedua kelompok tersebut tidak berbeda secara signifikan pada usia, usia gestasi, dan paritas. Dengan demikian, perbedaan hasil nyeri dan lama persalinan dapat diatribusikan pada intervensi teknik rebozo, yang menguatkan pentingnya pengendalian variabel dasar untuk memastikan validitas efek intervensi dan menghindari bias seleksi.⁸⁵

Penelitian serupa yang dilakukan oleh Sarli dan Putri (2024) juga menunjukkan bahwa terdapat kesetaraan karakteristik kelompok intervensi dan kontrol dalam hal usia, usia kehamilan, dan paritas. Kesetaraan untuk menunjukkan bahwa perubahan signifikan pada intensitas nyeri dan lama persalinan lebih dipengaruhi oleh penerapan teknik rebozo daripada perbedaan karakteristik subjek.¹²⁴

Penurunan nyeri persalinan terlihat pada kelompok intervensi, yang mengalami penurunan hingga tingkat nyeri sedang, sementara mayoritas ibu pada kelompok kontrol tetap mengalami nyeri dengan intensitas berat. Penurunan nyeri ini didukung oleh mekanisme *neurofisiologis* berdasarkan Teori *Gate Control*, yang menyatakan bahwa stimulasi saraf besar ($A\beta$) oleh

gerakan dan tekanan lembut kain rebozo menutup "gerbang nyeri" sehingga sinyal nyeri berkurang diteruskan ke otak. Selain itu, teknik ini merangsang pelepasan hormon endorfin yang berfungsi sebagai analgesik alami, sehingga ibu merasakan lebih nyaman dan tenang selama persalinan.^{5,17}

Hasil ini menunjukkan bahwa teknik rebozo oleh suami berpengaruh dalam mengurangi intensitas nyeri persalinan, sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa teknik rebozo dapat mengurangi ketidaknyamanan dan nyeri tanpa menimbulkan efek samping pada ibu dan bayi.^{85,113,124} Teknik ini juga terbukti lebih efektif dalam mengubah pengalaman ibu terhadap nyeri persalinan dengan memberikan pengalaman yang lebih positif dan mengurangi persepsi negatif terhadap proses persalinan.^{2,109}

Penurunan nyeri persalinan yang signifikan pada kelompok intervensi juga dipengaruhi oleh keterampilan suami dalam menerapkan teknik tersebut. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan teknik ini sangat bergantung pada kemampuan pasangan dalam melakukan gerakan yang benar. Penelitian Farida, Ismail, & Asri (2024) menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi teknik ini bergantung pada keterampilan orang yang memberikan intervensi. Jika suami tidak terlatih atau tidak cukup memahami cara penggunaan teknik ini, maka hasil yang diharapkan tidak tercapai secara optimal.¹²⁵ Penelitian Wahyuni et al. (2021) menemukan bahwa keterampilan yang kurang baik dalam penerapan teknik rebozo dapat menurunkan efektivitasnya, sehingga pelatihan yang tepat bagi suami diperlukan untuk memastikan keberhasilan teknik.¹²⁶

Faktor psikososial juga memengaruhi hasil yang diperoleh. Penelitian oleh Wijayanti et al. (2023) menunjukkan bahwa dukungan emosional dari pasangan atau tenaga medis dapat mempercepat pengurangan nyeri, terutama pada ibu yang merasa lebih relaks dan tenang selama proses persalinan. Sebaliknya, ibu yang merasa cemas atau kurang mendapat dukungan emosional cenderung merasakan nyeri yang lebih intens, meskipun teknik rebozo diterapkan dengan benar.¹²⁷ Penelitian oleh Uludağ & Kocatürk (2024) juga menunjukkan bahwa meskipun teknik rebozo dapat mengurangi nyeri, kecemasan ibu dapat memperburuk persepsi terhadap nyeri persalinan, sehingga membuat intervensi ini kurang efektif tanpa adanya dukungan psikologis yang cukup.⁸⁵

Implementasi teknik rebozo oleh suami memiliki pengaruh signifikan terhadap lama persalinan. Lama persalinan pada kelompok intervensi tercatat lebih pendek, dibandingkan dengan kelompok kontrol. Lama persalinan yang lebih cepat pada kelompok intervensi dapat mengurangi risiko persalinan yang lama, seperti kelelahan ibu dan peningkatan risiko infeksi. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi teknik rebozo oleh suami tidak hanya berperan dalam mengurangi nyeri, tetapi juga dapat mempercepat proses kelahiran, yang tentunya memiliki dampak positif terhadap kesehatan ibu dan bayi.^{1,2,109}

Teknik rebozo diyakini mempercepat proses persalinan dengan cara melemaskan otot-otot panggul dan ligamen, memperluas ruang pelvis, serta membantu posisi janin menjadi lebih optimal sehingga proses penurunan kepala janin dan pembukaan serviks berlangsung lebih lancar. Teknik ini

dilakukan dengan menggoyangkan kain secara ritmis di sekitar panggul ibu untuk mengurangi ketegangan ligamen dan otot, serta memperluas ruang panggul guna memfasilitasi pergerakan janin ke jalan lahir. Penelitian oleh Fitriyaningsih et al. (2020) dan Afrilia & Suksesty (2021) menguatkan bahwa penggunaan teknik ini mempercepat lama persalinan dan pembukaan serviks secara signifikan.^{1,94}

Hasil penelitian yang tidak sejalan dengan temuan pada penelitian ini menunjukkan bahwa beberapa faktor dapat memengaruhi hasil penggunaan teknik rebozo, termasuk keterbatasan dalam penerapan teknik, kondisi fisik ibu, atau jenis persalinan. Penelitian oleh Agustin (2023) menunjukkan bahwa teknik rebozo tidak memberikan pengaruh signifikan terhadap lama persalinan pada beberapa ibu, meskipun teknik ini efektif dalam mengurangi nyeri. Faktor-faktor seperti keterbatasan dalam penerapan teknik, kondisi fisik ibu, atau jenis persalinan dapat mempengaruhi hasil yang berbeda dalam setiap penelitian.¹²⁸

Penelitian oleh Uludağ et al. (2022) juga menunjukkan bahwa meskipun teknik rebozo efektif dalam mengurangi intensitas nyeri, lama persalinan pada ibu primipara tidak selalu berkurang secara signifikan. Mereka menemukan bahwa variabilitas pada jenis persalinan dan kondisi fisik ibu menjadi faktor yang mempengaruhi perbedaan lama persalinan meskipun teknik ini diterapkan dengan benar.¹²⁹

Penelitian oleh Azhari & Oktavia (2024) menunjukkan bahwa meskipun teknik rebozo memberikan pengaruh terhadap penurunan nyeri persalinan, tidak ada perbedaan signifikan pada lama persalinan antara

kelompok yang mendapat intervensi dengan kelompok kontrol. Penelitian ini menyarankan agar faktor-faktor lain seperti kesiapan fisik ibu dan kondisi psikologis, juga dipertimbangkan sebagai faktor yang memengaruhi keberhasilan teknik ini dalam mempercepat proses persalinan.¹³⁰

Dengan demikian, meskipun teknik rebozo terbukti efektif dalam mengurangi nyeri persalinan, variabilitas dalam lama persalinan menunjukkan bahwa faktor-faktor lain seperti keterampilan dalam menerapkan teknik dan kondisi fisik individu ibu juga memengaruhi hasil yang diperoleh.

4.4 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini yaitu tidak mempertimbangkan faktor-faktor lain yang memengaruhi proses persalinan dan partisipasi penelitian, seperti pendidikan, tingkat kecemasan ibu, hormon yang terlibat, atau faktor psikososial lainnya. Selain itu, terdapat potensi bias dimana peserta mungkin memberikan jawaban yang mengarah pada harapan peneliti terkait pengurangan nyeri.

Kendala lain yang muncul adalah ketidakhadiran suami dalam penelitian, yang mengakibatkan beberapa ibu harus dikeluarkan dari penelitian. Meskipun ibu bersedia untuk berpartisipasi, ketidakhadiran suami tidak dapat digantikan oleh anggota keluarga lain. Oleh karena itu, untuk memperkuat generalisasi temuan, penelitian lanjutan perlu mempertimbangkan variabel lain yang turut memengaruhi proses persalinan, memberikan fleksibilitas dalam memilih pendamping persalinan, dan penerapan metode *blind*.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Implementasi teknik rebozo oleh suami memberikan pengaruh terhadap pengurangan rasa nyeri persalinan di Tempat Praktik Mandiri Bidan.
2. Implementasi teknik rebozo oleh suami memberikan pengaruh terhadap penurunan lama persalinan kala I fase aktif dengan waktu persalinan yang lebih singkat di Tempat Praktik Mandiri Bidan.

5.2 Saran

1. Saran untuk Ibu Bersalin dan Pasangan

Edukasi kepada suami mengenai teknik rebozo perlu terus ditingkatkan agar suami dapat lebih aktif berperan dalam mendukung ibu. Selain itu, penelitian lanjutan sebaiknya memasukkan faktor-faktor lain yang memengaruhi proses persalinan, seperti tingkat kecemasan ibu, hormon yang terlibat, serta faktor psikososial lainnya, sehingga memberikan pemahaman yang lebih menyeluruh tentang aspek-aspek yang memengaruhi pengalaman persalinan.

2. Saran untuk Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB)

Teknik rebozo sebaiknya diperkenalkan secara lebih sistematis di TPMB, dengan memastikan suami dilatih untuk mengimplementasikan

teknik ini secara efektif. Selain itu, penelitian lanjutan sebaiknya menggunakan desain *blind study* dan mempertimbangkan variabel pendidikan ibu dan suami, karena tingkat pendidikan mungkin berpengaruh terhadap partisipasi dalam penelitian. Sehingga, hal tersebut akan memperkuat validitas dan generalisasi hasil penelitian. Untuk mengatasi kendala ketidakhadiran suami, TPMB sebaiknya memberikan fleksibilitas dalam memilih pendamping persalinan, atau mempertimbangkan keterlibatan anggota keluarga lain sebagai alternatif jika suami tidak dapat hadir, untuk memastikan keberlanjutan dan kualitas intervensi yang dilakukan.

3. Saran untuk Institusi Pendidikan Kebidanan

Penelitian ini memberikan data berbasis bukti yang dapat digunakan dalam pengajaran di institusi pendidikan kebidanan. Teknik rebozo dapat dimasukkan sebagai bagian dari kurikulum dalam pelatihan mahasiswa kebidanan untuk memperkenalkan pendekatan non-farmakologis dalam pengelolaan nyeri dan lama persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sinurat S, Simanihuruk R, Fitriyaningsih. The Effect of Rebozo Technique on the Length of Time for Active Phase I Labor in the Noemuti Health Center Area in 2023 under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0). *Jurnal eduhealth* [Internet]. 2023;14(03). Available from: <http://ejournal.seaninstitute.or.id/index.php/health>
2. Musliha I. Efektivitas Teknik Rebozo Shake the Apple (RSTA) Terhadap Intensitas Nyeri Dan Lama Kala 1 Fase Aktif Pada Persalinan Ibu Multigravida. *Dohara Publisher Open Access Journal* [Internet]. 2023 May;02(10). Available from: <http://dohara.or.id/index.php/isjnm>
3. Agustina E, Maharrani T, Usnawati N, Kusumaningtyas K. Differences in Labor Pain in the First Stage of the Active Phase Before and After Being Given Rebozo Shake the Apple Tree at TPMB Afah Fahmi, Surabaya City Area. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (The Journal of Midwifery)*. 2024 May 31;12(1):101–9.
4. Ami Damayanti, Yulia Ulfah Fatimah. The Effect of Rebozo Technique to Reducing Pain and Progress Maternity. *Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes DEPKES Bandung*. 2021 Dec;
5. Sri Wahyuni N, Tridiyawati F. Effectiveness of Rebozo Technique and Massage Counter Technique on Labor Pain in Active Phase 1 At Pmb Bd Itoh 2023. *International Journal of Health and Pharmaceutical* [Internet]. 2023; Available from: <https://ijhp.net>

6. Nishida K, Sairenchi T, Uchiyama K, Haruyama Y, Watanabe M, Hamada H, et al. Poor Uterine Contractility as Maternal Predisposition to Postpartum Hemorrhage Among Low-Risk Women: An Analysis of Large-Scale Database. *Res Sq* [Internet]. 2020 May 8; Available from: <https://www.researchsquare.com/article/rs-25707/v1>
7. World Health Organization. Maternal mortality. World Health Organization. 2024.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia. 2022.
9. Dinas Kesehatan Jawa Barat. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat. 2022.
10. Rohati E, Uly R, Siregar P. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Ibu pada Masa Kehamilan, Persalinan dan Nifas di Kota Depok Tahun 2021 Factors Related to The Incidence of Maternal Death During Pregnancy, Childbirth and Puerperium in Depok City in 2021. *Jurnal Riset Pengembangan dan Pelayanan Kesehatan*. 2023 Jun 30;2(1):2870–7976.
11. Dinas Kesehatan Kota Depok. Profil Kesehatan Kota Depok Tahun 2023 [Internet]. 2023. Available from: www.dinkes.depok.go.id
12. Kementerian Dalam Negeri. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2021. 2021.
13. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019. 2019.

14. T. Marzila Fahnawal PY. Manfaat Teknik Rebozo Terhadap Persalinan. *Zona Kebidanan*. 2022 Dec;13.
15. Maria Veronika Widiatrilupi R. The Influence of Rebozo Technique on the Duration of Active Phase of Stage I Labor in Primigravida Mothers. *Babali Nursing Research*. 2023 Jul 31;4(3):393–400.
16. Serge Marchand. *The Pain Phenomenon*. Springer International Publishing; 2024. 347.
17. Nurpratiwi Y, Hadi M, Idriani I. Teknik Rebozo terhadap Intensitas Nyeri Kala I Fase Aktif dan Lamanya Persalinan pada Ibu Multigravida. *Jurnal Keperawatan Silampari*. 2020 Dec 30;4(1):293–304.
18. Yuriati P, Khoiriyah E. Persalinan Nyaman Dengan Teknik Rebozo. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. 2021;12(2):287–91.
19. Yusniarita Y, Mahita H, Utario Y. Efektivitas Teknik Jarik Shaking the Apple Tree Terhadap Persepsi Nyeri Pada Ibu Bersalin. *Quality Jurnal Kesehatan*. 2021 Nov 30;15(2):105–11.
20. Breman RB, Low LK, Paul J, Johantgen M. Promoting active labor admission: Early labor lounge implementation barriers and facilitators from the clinician perspective. *Nurs Forum (Auckl)*. 2020 Apr 1;55(2):182–9.
21. Winarna NBA, Astuti AW. First-Time Advisory Experience of Husbands During Labor Time of Pregnancy: A Scoping Review. In: *Childhood Stunting, Wasting, and Obesity, as the Critical Global Health Issues: Forging Cross-Sectoral Solutions* [Internet]. Masters Program in Public Health, Universitas Sebelas Maret; 2020. Available from:

http://theicph.com/id_ID/2020/12/06/first-time-advisory-experience-of-husbands-during-labor-time-of-pregnancy-a-scoping-review/246-nuristy-brillian-ainindyahsari-winarna-andari-wuri-astuti/

22. Simona F, Sara B, Marta B, Arianna Z, Marzia S, Elisabetta C, et al. Coping strategies for labor pain, related outcomes and influencing factors: A systematic review. *Eur J Midwifery*. 2022;6(November).
23. Riza Amalia, Fitria Zuhriyatun, Diki Retno Yuliani. Kelas Edukasi Antenatal Persiapan Persalinan Berbasis Keterampilan Meningkatkan Efikasi Diri Ibu Menghadapi Persalinan. *Jurnal Sains Kebidanan*. 2023 Nov 29;5(2).
24. Rizky Rahayu Fenty Sari, Ninik Rochmah, Umi Rifa'ati Zahroh, Oktalia Suhartanti, Ernawati. *Metode Intrathecal Labor Analgesia untuk Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit*. Kusuma Wardani DN, editor. Malang: Rena Cipta Mandiri; 2022.
25. Lupu VV, Miron IC, Raileanu AA, Starcea IM, Lupu A, Tarca E, et al. Difficulties in Adaptation of the Mother and Newborn via Cesarean Section versus Natural Birth—A Narrative Review. Vol. 13, *Life*. MDPI; 2023.
26. Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Karlsdottir SI, Ekström-Bergström A, Nilsson C, Stramrood C, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*. 2023 Jun 1;50(2):362–83.
27. Maria Thomas CA, G. Solomon S. Impact of Midwife-Led Psychoeducation on Primigravida Mothers' Knowledge of Childbirth Fear and Childbirth

- Efficiency: A Review. *Innovational Journal of Nursing and Healthcare*. 2023;08(02):23–6.
28. Elsa Noftalina, Eka Riana, Ismaulidia Nurvembriyanti, Tilawati Aprina. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Khulul Azmi, editor. Pontianak: Polita Press; 2021.
 29. Lailatul Mustaghfiroh, Nurul Azmi Aprianti, Umi Khasanah, Ika Fitria Ayuningtyas, Dewi Zolekhah, Kumalasari, et al. *Patologi dan Fisiologi Persalinan (Distosia dan Konsep Persalinan)*. Nurul Azmi Aprianti, Yosi Meidiawati, editors. Sumedang: Mega Press; 2025.
 30. Eni Subiastutik, Syiska Atik Maryanti. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Nasrudin M, editor. Vol. 1. Nasya Expanding Management; 2022.
 31. Julia Hutchison, Heba Mahdy, Justin Hutchison. *Stages of Labor*. StatPearls Publishing LLC; 2024.
 32. Sestu Iriami Mintaningtyas, Yuni Subhi Isnaini, Dyan Puji Lestari. *Buku Ajar Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Nasrudin M, editor. Nasya Expanding Management; 2023.
 33. Dian Fitriyani, Heni Nurakilah Putu Ayu Ratna Darmayanti. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Mahakarya Citra Utama; 2024.
 34. Benmessaoud I, Jamey M, Monard B, Metz JP, Bourtembourg-Matras A, Ramanah R, et al. Analysis of spontaneous labor progression of breech presentation at term. *PLoS One*. 2022 Mar 1;17(3 March).

35. Yuanita Saiful, Lilis Fatmawati. *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Bersalin*. Lestari T, editor. Jakad Media Publishing; 2020.
36. Hadi Susiarno, Qorinah Estiningtyas Sakilah Adnani, Anisa Fitria Ayu Soraya, Aqsha Wijaya, Dessy Nur Safitri, Elly Yana Gaipyana Sembiring, et al. *Tata Laksana Persalinan dan Bayi Baru Lahir Fisiologis di Pelayanan Kesehatan Primer sesuai Kewenangan Bidan*. PT Nasya Expanding Management; 2024.
37. Hofmeyr GJ, Bernitz S, Bonet M, Bucagu M, Dao B, Downe S, et al. WHO next-generation partograph: revolutionary steps towards individualised labour care. Vol. 128, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 1658–62.
38. Lubis AUN, Lubis DH, Harahap SW. Analysis of the Relationship of the Characteristics, Knowledge and Attitude of the Midwife with Completion of Partograph Filling in Normal Delivery Care. *International Journal of Public Health Excellence (IJPHE)*. 2022 May 31;1(2):93–8.
39. Eni Subiastutik, Syiska Atik Maryanti. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Nasrudin M, editor. Pekalongan: PT Nasya Expanding Management; 2022.
40. Dr Jagriti Priya Prof Swapan Kr Kundu. Evaluation of Labour Progress and Delivery Outcome Using Modified WHO Partograph. *Journal of Medical Science and Clinical Research [Internet]*. 2022 Dec 30;10(12). Available from: <http://jmscr.igmpublication.org/v10-i12/16%20jmscr.pdf>

41. Jain P, Shah AC, Patel BS, Jani SK. Partographic analysis of labour by modified WHO partograph in tertiary care centre. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2021 Apr 23;10(5):1920.
42. Yadava PA, Gogia NN, Mehta ST, Jani SK, Mittal S. Analysis of labour by modified WHO partograph in primigravida and multigravida term patients: an observational study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2022 May 26;11(6):1762.
43. Fitria Prabandari, Nur Aliah, Desi Wildayani, Ni Wayan Noviani, Riska Susanti Pasaribu, Putu Sukma Megaputri, et al. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan dan Bayi Baru Lahir S1 Kebidanan.* Mahakarya Citra Utama; 2023.
44. Bansal S, Mandrelle K, Varughese P V. To study the clinical utility of WHO modified and paperless partograph in the management of labour and its outcome. *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research.* 2023;10(4):403–7.
45. Ayudita, Novria Hesti, Zulfita, Diah Retnoningrum, Siti Patimah. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Manajemen Nyeri dan Persalinan Kala I-IV S1 Kebidanan.* TIM MCU Grup, editor. Mahakarya Citra Utama; 2023.
46. Franchi JV de O, Pelloso SM, Ferrari RAP, Cardelli AAM. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:1–9.
47. Izudi J, Owoko HO, Bagayoko M, Kadengye D. Experiences of mothers and health workers with MomCare and SafeCare bundles in Kenya and

- Tanzania: A qualitative evaluation. *PLoS One*. 2023 Nov 1;18(11 November).
48. Dina Putri Utami Lubis, Mita Meilani, Risky Puji Wulandari. Peningkatan Quality of Life Pada Ibu Hamil. Penerbit K-Media; 2023. 128.
 49. Annisa D, Pratami E, Isfentiani D, Kusumaningtyas K, Ismath M. The Effect of the “Siaga” Website on Husband’s Behavior in Childbirth Assistance at Afah Fahmi’s TPMB Surabaya. *International Journal of Advanced Health Science and Technology Multidisciplinary [Internet]*. 2024;4(2):62–6. Available from: <https://doi.org/10.35882/ijahst.v4i2.275>
 50. Happy M, Sari N, Ramadanti S. Husband’s Knowledge Level about the Importance of Husband’s Role and Support to Wife during Pregnancy, Childbirth and Postpartum Period. 2021;3(1). Available from: <http://ejournal.poltekkessmg.ac.id/ojs/index.php/JOMISBAR>
 51. Riska Hediya Putri dkk. Intranatal Care. Penerbit NEM; 2023.
 52. Sulastri Emin W, Taqiyah Y, Ode Sri Asnaniar W. Husband’s Support for the Childbirth Process: Concept Analysis. *Idea Nursing Journal*. 2023;2:2023.
 53. Hesti N, Isra Hayati I, Ananda Putri C, Pebrina S. Peran Suami Mempercepat Proses Persalinan Istri. *Jurnal Abdi Mercusuar*. 2021;01(01).
 54. Ni Komang Erny Astiti, Ni Made Dwi Purnamayanti. *Couple Prenatal Class*. 1st ed. Khoeriyah Salis Miftahul, editor. Zahir Publishing; 2022. 1–54 p.

55. Yusniarita, Nurun Laasara, Wenny Indah Purnama Eka Sari. *Manajemen Nyeri Persalinan: Counterpressure dan Aromaterapi Lavender*. Nasya Expanding Management; 2024.
56. Rejeki NS, Kp S, Kep M, Mat S. *Manajemen Nyeri Dalam Proses Persalinan (Non Farmaka)*. Unimus Press; 2020.
57. Ni Wayan Rahayu Ningtyas, Notesya A. Amanupunnyo, Iyam Manueke, Yusni Ainurrahmah, Despita Pramesti, Yuliana, et al. *Manajemen Nyeri*. Media Pustaka Indo; 2023.
58. Mathur VA, Morris T, McNamara K. Cultural conceptions of Women's labor pain and labor pain management: A mixed-method analysis. *Soc Sci Med*. 2020 Sep 1;261.
59. Hoot MR, Khokhar B, Walker WC. Self-report Pain Scale Reliability in Veterans and Service Members with Traumatic Brain Injuries Undergoing Inpatient Rehabilitation. In: *Military Medicine*. Oxford University Press; 2020. p. 370–6.
60. Bosdet L, Herron K, Williams AC de C. Exploration of Hospital Inpatients' Use of the Verbal Rating Scale of Pain. *Frontiers in Pain Research*. 2021;2.
61. Adler K, Rahkonen L, Kruit H. Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; A two-year cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Jul 21;20(1).
62. Bielewicz J, Daniluk B, Kamieniak P. VAS and NRS, Same or Different? Are Visual Analog Scale Values and Numerical Rating Scale Equally Viable

- Tools for Assessing Patients after Microdiscectomy? *Pain Res Manag.* 2022;2022.
63. El-Sakhawy HA, Abodonya AM, Abdelbasset WK, El-Sakhawy MA. An overview of labor pain: Components and stages of the labor process. Vol. 11, *International Journal of Biomedicine. International Medical Research and Development Corporation*; 2021. p. 315–7.
 64. Rantala A, Hakala M, Pölkki T. Women’s perceptions of the pain assessment and nonpharmacological pain relief methods used during labor: A cross-sectional survey. *Eur J Midwifery.* 2022;6(APRIL).
 65. Novi Anggraeni, Linda Yanti, Putu Irma Pratiwi, Fauziah Hanum Nur Adriyani, Dewa Ayu Agra Darmawati, Niluh Nita Silfia, et al. *Asuhan Kebidanan Komplementer.* Efitra, editor. Sonpedia Publishing Indonesia; 2024.
 66. Andrew Smith, Elise LaFlamme, Caroline Komanecky. *Pain Management in Labor.* *Am Fam Physician.* 2021;
 67. Tabatabaeichehr M, Mortazavi H. The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiop J Health Sci.* 2020 May 1;30(3):449–58.
 68. Muaningsih, Supratti, Susilawati, Mikawati, Lindriani, Ira Sukyati, et al. *Maternitas Dalam Ilmu Keperawatan.* Rizmedia; 2020.
 69. Wassihun B, Alemayehu Y, Gultie T, Tekabe B, Gebeyehu B. Non-pharmacological labor pain management practice and associated factors among skilled attendants working in public health facilities in Gamo and

- Gofa zone, Southern Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2022 Apr 1;17(4 April).
70. Suarez-Easton S, Erez O, Zafran N, Carmeli J, Garmi G, Salim R. Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: an expert review. Vol. 228, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Elsevier Inc.; 2023. p. S1246–59.
 71. Beyable AA, Bayable SD, Ashebir YG. Pharmacologic and non-pharmacologic labor pain management techniques in a resource-limited setting: A systematic review. Vol. 74, *Annals of Medicine and Surgery*. Elsevier Ltd; 2022.
 72. Kakar P, Anila M, Khan A, Sindhu S. Evaluating the Efficiency of Non-Pharmacological Pain Management Techniques During Labor and Delivery. *Biological and Clinical Sciences Research Journal*. 2023 Oct 27;2023(1):489.
 73. Santiváñez-Acosta R, Tapia-López E de las N, Santero M. Music therapy in pain and anxiety management during labor: A systematic review and meta-analysis. Vol. 56, *Medicina (Lithuania)*. MDPI AG; 2020. p. 1–11.
 74. Bdn. Nur Aliah SST, MK, Ana Rofika SST, MK, Anindhita Yudha Cahyaningtyas SST, MK. *Buku Ajar Komplementer Kebidanan*. Mahakarya Citra Utama; 2024.
 75. Baradwan S, Khadawardi K, Badghish E, Alkhamis WH, Dahi AA, Abdallah KM, et al. The impact of virtual reality on pain management during normal labor: A systematic review and meta-analysis of randomized

- controlled trials. Vol. 32, *Sexual and Reproductive Healthcare*. Elsevier B.V.; 2022.
76. Burns E, Feeley C, Hall PJ, Vanderlaan J. Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. Vol. 12, *BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2022.
77. Hamid NA, Hong JGS, Hamdan M, Vallikkannu N, Adlan AS, Tan PC. Real-time imaging as visual biofeedback in active second stage of labor among nulliparas: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2023 Oct 1;229(4):443.e1-443.e9.
78. Raana HN, Fan XN. The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. Vol. 39, *Complementary Therapies in Clinical Practice*. Churchill Livingstone; 2020.
79. Karimi L, Mahdavian M, Makvandi S. A systematic review and meta-analysis of the effect of acupressure on relieving the labor pain. Vol. 25, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. Wolters Kluwer Medknow Publications; 2020. p. 455–62.
80. Mylod DCM, Hundley V, Way S, Clark C. Using a birth ball to reduce pain perception in the latent phase of labour: a randomised controlled trial. *Women and Birth*. 2024 Mar 1;37(2):379–86.
81. Suryani L, Hardika MD. The Effectiveness of Birthing Ball Therapy On The Duration Of The First Stage Of Labor And The Intensity Of Labor Pain In

- Primigravid Mothers Giving Births. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 2020 Nov 1;9(2):981–9.
82. Zahra Silalahi A, Indrayani D, Widaningsih N, Ulfah K. The Effect of Birthball on Reducing Pain in Labour Evidence Based Case Report (EBCR). 2023;
83. Rodrigues S, Silva P, Rocha F, Monterroso L, Silva JN, de Sousa NQ, et al. Perineal massage and warm compresses – Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor. *Midwifery*. 2023 Sep 1;124.
84. Wijayanti IT, Marfu'ah S. The Effectiveness of the Rebozo Technique on the Progress of the 1st Stage of Labor. *Cendekia International Conference on Health & Technology*. 2023;436.
85. Uludağ DS, Ayar Kocatürk A. The Effect of Using Rebozo Technique during Labor on the Sensation of Labor Pain and Labor Duration. *Razi International Medical Journal*. 2024 May 30;4(1):45–54.
86. Pip Davies. *Midwife Pip's Guide to a Positive Birth: Tools to Feel Calm and Confident*. Inggris: Ebury Publishing; 2024. 1–336 p.
87. Yossi Fitria Damayanti, Nurul Azmi Aprianti, Ela Nurfitriyani, Decy Erni Nasution, Bella Riska Ayu, Dyah Puji Astuti, et al. *Buku Asuhan Bidan Komplementer*. 1st ed. Nurul Azmi Aprianti, Yossi Fitria Damayanti, editors. Bandung: Mega Press; 2025.
88. Gill Boden, Debbie and Shane, Jude Davis, Suzanne Yates, Melissa Thomas, Jenny Hallam and Chris Howard, et al. *Supporting Birth Ideas for supporting*

- women. Association for Improvements in the Maternity Journal [Internet]. 2014; Available from: www.aims.org.uk
89. Aprianti NA, Mose JC, Pratiwi YS, Susiarno H, Hilmanto D, Irianti S. Educational Approaches and Implementation Challenges of the Rebozo Technique in Midwifery Practice: A Scoping Review. *Journal Teknologi Pendidikan*. 2025 Aug;27(2).
 90. Yuriati P, Sartika W. Manfaat Persalinan Nyaman dengan Teknik Rebozo pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Mekar Baru. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Anugerah Bintang (JPMAB)*. 2022;3(01).
 91. Trachsel LA, Munakomi S, Cascella M. Pain Theory. *National Library of Medicine*; 2025.
 92. Ita Ayu Agustin. Pengaruh Teknik Rebozo Terhadap Nyeri dan Lama Persalinan Kala 1 Fase Aktif. *WOMB Midwifery Journal*. 2023;2(2):42–9. Available from: <https://jurnal.stikesbanyuwangi.ac.id/index.php/WMJ>
 93. Maryati L. The Effect of The Rebozo And Effleurage Techniques On Reducing Contraction Pain During Labor At TPMB Lina Maryati In 2022. *International Journal of Health and Pharmaceutical* [Internet]. 2022; Available from: <https://ijhp.net>
 94. Mardiana Afrilia E, Suksesty CE. Pengaruh Teknik Rebozo Terhadap Lama Kala I dalam Persalinan Pervaginam. *Indonesia Midwifery Journal*. 2021;5.
 95. Dina Raidanti, cicik Mujianti. *Birthing Ball (Alternatif Dalam Mengurangi Nyeri Persalinan)* [Internet]. Malang: Ahlimedia Press; 2021. Available from: www.ahlimediapress.com

96. Anthonissa Moger. *Holistic Hypnobirthing Mindful Practices for a Positive Pregnancy and Birth*. DK; 2021.
97. Bjarne Dam Larsen. *Mindful Birthe*. Denmark: Bjarne Dam Larsen; 2017. 117.
98. Eka Sri Wahyuni, Mutiara Dwi Yanti, Septa Dwi Insani. Pengaruh Tehnik Rebozo Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan di Klinik Erdona Batuguru Desa Pancowarno Kec. Salapian Tahun 2021. *Jurnal Penelitian Kebidanan & Kespro* [Internet]. 2021;4. Available from: <http://ejournal.delihusada.ac.id/index.php/JPK2R>
99. Hashim Mahmoud Mahmoud Saadoon O, Fouad Mohammed S. Effect of Applying Rebozo Techniques on Pain Intensity and Anxiety among Primiparous Women during the Active Phase of Labor. Vol. 14, Original Article *Egyptian Journal of Health Care*. 2023.
100. Julie Larsen. *The Rebozo Revealed*. Inggris: Little Rose Press; 2023.
101. Virginie Mandin Derobe. *L'art du rebozo*. Perancis: Hêtre Myriadis (Le); 2023.
102. Sari DY. Rebozo Technique on Pain Intensity in the First Stage of the Active Phase and Length of Labor in Multigravida Mothers, Wanayasa District, Purwakarta Regency, Indonesia. *Journal of Anesthesiology and Clinical Research*. 2024 Feb 16;5(1):548–51.
103. Michelle Murray PR, Gayle Huelsmann BR. *Labor and Delivery Nursing, Second Edition A Guide to Evidence-Based Practice*. Springer Publishing Company; 2020.

104. Ahmed U, Yousuf F, Wadani ZH, Raza A. Empowering Expecting Mothers: The Impact of Antenatal Classes on Child Birth Experience. *Cureus*. 2024 Aug 31;
105. Arlym LT, Herawati Y. Edukasi Persiapan Persalinan Pada Pasangan Hamil Dalam Menyambut Persalinan Minim Trauma. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*. 2021 Oct 1;4(5):1117–23.
106. Leutenegger V, Wieber F, Daly D, Sultan-Beyer L, Bagehorn J, Pehlke-Milde J. Study protocol of a breathing and relaxation intervention included in antenatal education: A randomised controlled trial (BreLax study). *PLoS One*. 2024 Oct 1;19(10):e0308480.
107. AlSomali Z, Bajamal E, Esheaba O. The Effect of Structured Antenatal Education on Childbirth Self-Efficacy. *Cureus*. 2023 May 21;
108. May A. The Impact of Antenatal Health Education on Healthy Pregnancy and Safe Delivery. *Journal of Social Research*. 2024 Feb;3.
109. Tandoğan Ö, Oskay Ü. The effect of Rebozo technique on perceived labour pain and childbirth experience A randomized controlled trial. *Medicine (United States)*. 2024 Aug 30;103(35).
110. Yuriati P, Khoiriyah E. Persalinan Nyaman Dengan Teknik Rebozo. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. 2021 Aug 5;12(2):287.
111. Sari Diastuti V, Hartati D, Meihartati T, Purwanti H. Effectiveness of the Rebozo Method and Zilgrei Method on the Duration of the First Stage in Vaginal Delivery. *Jurnal Kebidanan Malahayati [Internet]*. 2024;10(5):409–17. Available from: <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kebidanan>

112. Simanullang E, Panduragan SL, Pangaribuan IK, Poddar S. Differences in the Effectiveness of Pelvic Rocking and Rebozo Movements in the Lowering of the Fetal Head during First Stage of Maternity at the Clinic in Kwala Bekala Village. *Malaysian Journal of Nursing*. 2023;15(2):32–8.
113. Syswianti D, Wahyuni T. Hypnobirthing and Rebozo Affect the Duration of Labor in II and Apgar Scores. *Jurnal Kebidanan Malahayati* [Internet]. 2023 Jan;9. Available from: <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kebidanan>
114. Marini T, Hutabarat J, Afi Darti N. The Effect of Rebozo Reaction on the Length of Labor in Primiparous Mothers at PMB Deli Serdang in 2021. *International Journal of Engineering Business and Social Science* [Internet]. 2023;1(03):2980–4272. Available from: <https://ijebss.ph/index.php/ijebss>
115. Hardani MSi A, Ustiawaty J, Juliana Sukmana D. *Buku Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif* [Internet]. Pustaka Ilmu; 2020. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/340021548>
116. John W. Creswell JDC. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches Fifth Edition*. Los Angeles: SAGE; 2018.
117. Abraham I, Supriyati Y. Desain Kuasi Eksperimen dalam Pendidikan: Literatur Review. *Jurnal Ilmiah Mandala Education (JIME)*. 2022;8(3):2442–9511.
118. Kakar P, Anila M, Khan A, Sindhu S. Evaluating The Efficiency Of Non-Pharmacological Pain Management Techniques During Labor And Delivery. *Biological and Clinical Sciences Research Journal*. 2023 Oct 27;2023(1):489.

119. Sri Wahyuni N, Tridiyawati F. Effectiveness Of Rebozo Technique And Massage Counter Technique On Labor Pain In Active Phase 1 At Pmb Bd Itoh 2023. International Journal of Health and Pharmaceutical [Internet]. 2024; Available from: <https://ijhp.net>
120. Alhabardi N, Alotaibi R, Almutairi G, Alrowaitee N, Alajlan R, Alhumidan F, et al. Non-Pharmacological Approaches for Managing Labor Pain: Systematic Review. International Journal of Medicine in Developing Countries. 2025;1. Available from: <https://www.ijmdc.com/?mno=233762>
121. Juwitriani Alwi, Mega Puspa Sari Imdmamuhzar, Dewi Rahayu, Irma Febriyanti, Nurul Huriah AR, Yohanes Paulus Pati RWD. Metode Penelitian Epidemiologi. Bandung: CV. Media Sains Indonesia; 2020.
122. Selçuk Burak Haşiloğlu, Melda Hasiloglu Ciftciler. What should be the measure of conformity to normal distribution (normality) test in Likert type digital and face-to-face survey data? Journal of Internet Applications and Management. 2023 Oct 23;
123. Prof. Dr. Sugiyono. Metode Penelitian Pendidikan. Bandung: Alfabeta; 2021.
124. Sarli D, Putri AD. Rebozo technique to decrease pain intensity and length of labor. Medisains. 2024 Aug 31;22(2):82.
125. Farida S, Kartika N, Asri H. Give Birth Without Pain With The Rebozo Technique. 2024 Sep 24;551.
126. Sriwahyuni E, Lestari E, Dwiyantri M, Insani DS. Pengaruh tehnik rebozo terhadap penurunan nyeri Persalinan di klinik erdona batuguru

- desa Pancowarno kec. Salapian Tahun 2021. *Jurnal Penelitian Kebidanan & Kespro* [Internet]. 2021 Oct 10;4.
127. Wijayanti IT, Sulistyaningsih SH, Khasanah U, Marfu'ah S, Altika S, Fadlilah S. Rebozo Technique Effectively Reduces Maternal Pain during Childbirth Stage 1 Active Phase. *International Medical Journal*. 2023 Apr;30.
 128. Agustin AI. Pengaruh Teknik Rebozoterhadap Nyeri Dan Lama Persalinan Kala 1 Fase Aktif. *WOMB Midwifery Journal* [Internet]. 2023 Dec;2(2):42–9. Available from: <https://jurnal.stikesbanyuwangi.ac.id/index.php/WMJ>
 129. Uludağ DS, Ayar Kocatürk A. The Effect of Using Rebozo Technique during Labor on the Sensation of Labor Pain and Labor Duration. *Razi International Medical Journal*. 2024 May 30;4(1):45–54.
 130. Azhari AS, Oktavia SN. Effect of Rebozo and Birth Ball Techniques on Length of Active Phase for Primi Maternity Woman at Ayu Independent Practicing Midwife In 2023. *International Journal of Multidisciplinary Approach Research and Science*. 2024 Jun 1;2(03):1047–55.

Lampiran 1

Daftar Riwayat Hidup

IDENTITAS DIRI			
Nama Lengkap	:	Nurul Azmi Aprianti, S.SiT, M.Pd.	
NIM	:	131020230004	
Tempat, Tanggal Lahir	:	Bekasi, 20 Agustus 1989	
Agama	:	Islam	
Status Perkawinan	:	Menikah	
Nama Suami	:	Irwan Sofyan	
Nama Anak	:	Mosi Abdel Zahi Nuna Artanya Rinjani Tabia Asyeeqa Kalana	
Nama Orang Tua	:	Edy Hermanto Maesaroh	
Alamat Rumah	:	Jl. RTM gang H. Atab Rt 07 Rw 11 no. 132, Kelurahan Tugu, Cimanggis-Depok	
Telp / Hp	:	081291997981	
Alamat e-mail	:	nurul23009@mail.unpad.ac.id	
RIWAYAT PENDIDIKAN PERGURUAN TINGGI			
Tahun Lulus	Program Pendidikan	Perguruan Tinggi	Program Studi
2010	D-III Kebidanan	STIKes Mitra RIA Husada	Kebidanan
2015	D-IV Bidan Pendidik	STIKes Mitra RIA Husada	Bidan Pendidik
2020	Magister Pendidikan Bahasa Inggris	Universitas Indraprasta PGRI	Pendidikan Bahasa Inggris
2025	Magister Kebidanan	Universitas Padjadjaran	Kebidanan
RIWAYAT PEKERJAAN			
Tahun	Pekerjaan	Tempat	
2010-2015	Bidan Praktisi	TPMB, Rumah Sakit	
2016-2018	Administrasi Program Studi	STIKes Mitra RIA Husada Jakarta	
2019-Sekarang	Dosen	STIKes Mitra RIA Husada Jakarta	
PENGALAMAN MENULIS KARYA ILMIAH			
Tahun	Judul Penelitian	Peranan	Penerbit
2025	<i>Menstruation in Nepal: dignity without danger</i>	Penulis 2	<i>Journal of Reproductive and Infant Psychology (Q1)</i>
2025	<i>Educational Approaches and Implementation Challenges of the Rebozo</i>	Penulis 1	Jurnal Teknologi Pendidikan (SINTA 2)

	<i>Technique in Midwifery Practice: A Scoping Review</i>		
2024	Manfaat dan Tantangan Penggunaan Herbal Pada Masa Nifas: <i>Scoping Review</i>	Penulis 1	Jurnal Kesehatan Vokasional (Sinta 2)
2024	Herbal Use and Cultural Influences in Midwifery-Led Care: A Scoping Review	Penulis 1	<i>The Science Midwifery Journal</i> (Sinta 3)
2024	Harmonisasi Kurikulum Pendidikan Kebidanan: Scoping Review	Penulis 1	Edum Journal (SINTA 4)
2024	Effectiveness of Combined Use of Herbs and Physical Therapy in Reducing Dysmenorrhoe Pain in Adplescent Girls: Scoping Review	Penulis 2	<i>The Science Midwifery Journal</i> (Sinta 3)
2024	Mother Pshycology and Exclusive Breastfeeding Success: Scoping Review	Penulis 3	<i>The Science Midwifery Journal</i> (Sinta 3)
2024	Implementasi <i>Virtual Reality</i> (VR) Dalam Pendidikan Kebidanan: <i>Scoping Review</i>	Penulis 3	Edum Journal (SINTA 4)
2025	<i>Understanding and Perception of Women of Reproductive Age Towards the Use of Intrauterine Birth Control Device: Scoping Review</i>	Penulis 2	<i>International Journal of Multidisciplinary on Science and Management</i>
Tahun	Judul Buku	Peranan	Penerbit
2024	Buku “Dinamika Desain Belajar dan Pembelajaran”	Penulis 1 dan Editor	Kaizen Media Publishing
2024	Buku “Pengembangan Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir”	Penulis	PT Nasya Expanding Management
2025	Buku “Asuhan Kebidanan Komplementer”	Penulis dan Editor	Mega Press
2025	Buku “Patologi dan Fisiologi Persalinan”	Penulis dan Editor	Mega Press

SEMINAR/LOKAKARYA/PELATIHAN			
Tahun	Judul Kegiatan	Penyelenggara	Peranan
28 Oktober s/d 25 November 2023	Pelatihan dan Rekrutmen Editor Buku Ber-ISBN	Asosiasi Dosen Kolaborasi Lintas Perguruan Tinggi (DKLPT)	Peserta
26-28 November 2023	Penulisan Artikel Sistematis & Bibliometrik Berbantuan AI	Ahlimedia	Peserta
26 November 2023	Seminar “Pelayanan Keluarga Berencana Berkualitas dan Peran Bidan sebagai Konselor Kontrasepsi Darurat”	Puskesmas Batipuh dan Medical Safety Center	Peserta
28 November 2023	Webinar “Pemberdayaan Keluarga Sebagai Pendukung Kesehatan Mental Ibu dan Anak”	Poltekkes Kemenkes Bandung	Peserta
November 2023	Webinar “Tips dan Trik Menulis Buku dan Publikasi Penelitian	Universitas Padjadjaran	Peserta
31 Maret 2024	Workshop “Manajemen Terpadu Balita Sakit”	LKP Funza Medikal Sejahtera bekerja sama dengan Lentera Nakes	Peserta
16 Mei 2024	Kuliah Pakar “ <i>Complementary care in midwifery services</i> ”	SMRHJ <i>in collaboration with Mahsa University and Parkway College</i>	Panitia dan MC
18 September 2024	Penyusunan Buku Referensi	Optimal PT Nuansa Fajar Cemerlang	Peserta
9-10 Oktober 2024	Pemutakhiran Dokumen SPMI	STIKes Mitra RIA Husada Jakarta	Peserta
10-15 Februari 2025	Pendidikan dan Pelatihan Peningkatan Keterampilan Dasar Teknik Instruksional (PEKERTI)	Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA	Peserta
3-4 Maret 2025	Pelatihan Etik Dasar Penelitian dan GCP (<i>Good Clinical Practice</i>)	Universitas Hasanuddin Makasar	Peserta
6 Maret 2025	Penulisan Proposal Hibah Pendidikan Tinggi (Dikti)	STIKes Mitra RIA Husada Jakarta	Peserta
6-10 Mei 2025	Pelatihan Komplementer Kebidanan	STIKes Mitra RIA Husada Jakarta	Ketua Panitia

Lampiran 2 Surat Izin Studi Pendahuluan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS PADJADJARAN
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Ir. Soekarno Km. 21 Jatinanger, Sumedang 45363
Jl. Eykman No. 38 Bandung Telp.(022) 2032170 Fax.(022) 2037823
Laman: www.fk.unpad.ac.id

Nomor : 14508/UN6.C/PT.00/2024 14 November 2024
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin Studi Pendahuluan dan
Permohonan Data Awal Prodi S2 Kebidanan
a.n. Nurul Azmi Aprianti

Yth. **BidanTPMB**
Bidan Jeane
Jl. H. Salim Jl. Klp. Dua Raya No.89, RT.005/RW.010, Tugu
Kec. Cimanggis, Kota Depok, Jawa Barat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Program Studi S2 Kebidanan Fakultas Kedokteran Unpad :

Nama : Nurul Azmi Aprianti
Nomor Pokok Mahasiswa : 131020230004
Judul Penelitian : "Pengaruh Teknik Rebozo Terhadap Nyeri dan Durasi
Persalinan di TPMB Bidan Jeane Wilayah Depok"

Maka dengan ini kami mohon Bapak/Ibu dapat kiranya memberikan Izin Studi Pendahuluan dan Permohonan Data Awal guna mendukung proses pelaksanaan penelitian tersebut. Besar harapan kami Bapak/Ibu dapat memberikan arahan dan mendampingi mahasiswa kami dalam pelaksanaannya.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan bantuannya kami ucapkan terima kasih.

Dekan,



14508/UN6.C/PT.00/2024
Prof. Dr. Yudi Mulyana Hidayat, dr., Sp.OG(K)
NIP. 19620925 1990031002

Catatan :



1. UU ITE No. 11 Tahun 2008 Pasal 5 Ayat 1 "Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti yang sah."
2. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS PADJADJARAN
FAKULTAS KEDOKTERAN**

Jalan Ir. Soekarno Km. 21 Jatinangor, Sumedang 45363
Jl. Eykman No. 38 Bandung Telp.(022) 2032170 Fax.(022) 2037823
Laman: www.fk.unpad.ac.id

Nomor : 14644/UN6.C/PT.00/2024 14 November 2024
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin Studi Pendahuluan dan
Permohonan Data Awal Prodi S2 Kebidanan
a.n. Nurul Azmi Aprianti

**Yth. Bidan TPMB Bidan Haryanti
Jl. Kp. Areman Jl. Gotong Royong No.61, RT.06/RW.08, Tugu
Kec. Cimanggis, Kota Depok,
Jawa Barat**

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Program Studi S2
Kebidanan Fakultas Kedokteran Unpad :

Nama : Nurul Azmi Aprianti
Nomor Pokok Mahasiswa : 131020230004
Judul Penelitian : "Pengaruh Teknik Rebozo Terhadap Nyeri dan Durasi
Persalinan di TPMB Bidan Jeane Wilayah Depok"

Maka dengan ini kami mohon Bapak/Ibu dapat kiranya memberikan Izin Studi
Pendahuluan dan Permohonan Data Awal guna mendukung proses pelaksanaan
penelitian tersebut. Besar harapan kami Bapak/Ibu dapat memberikan arahan dan
mendampingi mahasiswa kami dalam pelaksanaannya.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan bantuannya kami ucapkan terima
kasih.

Dekan,



14644/UN6.C/PT.00/2024
Prof. Dr. Yudi Mulyana Hidayat, dr., Sp.OG(K)
NIP. 19620925 1990031002

Catatan :



1. UU ITE No. 11 Tahun 2008 Pasal 5 Ayat 1 "Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetakannya merupakan alat bukti yang sah."
2. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR

Lampiran 3 Surat balasan Izin Studi Pendahuluan



BIDAN PRAKTIK MANDIRI JEANNES S, SiT. M. Kes
SIPB NOMOR 446.2/14052/SDK/SIPB/XI/2017

Jl. Haji Salim No. 89 RT.005/RW.010, Kelapa Dua, Tugu Cimanggis, Depok 16451
Telp. 021 8722233

Depok, 14 November 2024

Nomor : 01/PMB/V/2024
Hal : Balasan Permohonan Izin Studi Pendahuluan
dan Permohonan Data Awal

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Padjadjaran
Di Tempat

Dengan hormat,

Menindak lanjuti surat dari Dekan Universitas Padjadjaran Fakultas Kedokteran Nomor 14508/UN6.C/PT.00/2024 berkenan dengan Permohonan Izin Studi Pendahuluan dan Permohonan Data Awal, maka dengan ini kami memberikan izin untuk melakukan Studi Pendahuluan dan Permohonan Data Awal di PMB. Bdn. Jeanne S. S.SiT, M.Kes :

Nama : **Nurul Azmi Aprianti**
NIM : **131020230004**
Topik : **Pengaruh Implementasi Teknik Rebozo Terhadap Nyeri dan Durasi Persalinan di TPMB Bidan Jeanne Wilayah Depok**

Demikian keterangan dari kami untuk dipergunakan dengan semestinya, atas perhatian dan kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Praktek Mandiri Bidan,



Bdn. Jeanne S. S, SiT. M. Kes



PRAKTIK MANDIRI BIDAN HARYANTI
Jl. Gotong Royong No.61 RT 06 RW 08, Kelurahan Tugu,
Kecamatan Cimanggis, Kota Depok
Telp. 0856 7552 275 – (021) 2232 8067



Depok, 14 November 2024

Nomor : 1/TPMB/XI/2024

Hal : Balasan Permohonan Izin Studi Pendahuluan dan Permohonan Data Awal

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Padjadjaran
Di Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan Permohonan Izin Izin Studi Pendahuluan dan Permohonan Data Awal yang diajukan melalui surat dari Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Nomor 14508/UN6.C/PT.00/2024, kami dengan ini memberikan persetujuan untuk pelaksanaan Studi Pendahuluan dan pengumpulan data awal tersebut di Pratik Mandiri Bidan Haryanti, S.Tr.Keb, CHTT, kepada:

Nama : Nurul Azmi Aprianti
NIM : 131020230004
Topik : Pengaruh Implementasi Teknik Rebozo Oleh Suami Terhadap Nyeri dan Lama Persalinan Kala I Fase Aktif di Tempat Pratik Mandiri Bidan J Cimanggis - Depok

Kami berharap hasil dari penelitian ini dapat memberikan kontribusi yang berarti bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan profesi bidan.

Demikian keterangan ini kami sampaikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja sama yang baik, kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,

Bdn. Haryanti, S.Tr.Keb, CHTT

Lampiran 4 Etik Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS,
DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS PADJADJARAN
KOMITE ETIK PENELITIAN
Jl. Prof. Eyckman No. 38 Bandung 40161
Telp. & Fax. 022-2038697 email: kep@unpad.ac.id website: kep.unpad.ac.id

No. Reg.: 2502030229

PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVAL

Nomor : 448/UN6.KEP/EC/2025

Komite Etik Penelitian Universitas Padjadjaran Bandung, dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian serta menjamin bahwa penelitian berjalan sesuai dengan pedoman *International Conference on Harmonisation – Good Clinical Practice (ICH-GCP)* dan aturan lainnya yang berlaku, telah mengkaji dengan teliti dan menyetujui proposal penelitian berjudul:

The Research Ethics Committee Universitas Padjadjaran Bandung, in an effort to protect the basic rights and welfare of the subject of the research and to assure that a research operates in accordance with International Conference on Harmonisation – Good Clinical Practice (ICH-GCP) guidelines and other applicable laws and regulations, has thoroughly reviewed and approved a research proposal entitled:

PENGARUH IMPLEMENTASI TEHNIK REBOZO OLEH SUAMI TERHADAP NYERI DAN LAMA PERSALINAN KALA I FASE AKTIF DI TEMPAT PRAKTIK MANDIRI BIDAN JEANNE CIMANGGIS-DEPOK

Nama Peneliti Utama <i>Principal Researcher</i>	:	Nurul Azmi Aprianti
Pembimbing/Peneliti Lain <i>Supervisor/Other Researcher</i>	:	Prof. Dr. Johannes C. Mose., dr. Sp. OG, Subsp. K.Fm Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO
Nama Institusi <i>Institution</i>	:	Program Pascasarjana Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran

proposal tersebut dapat disetujui pelaksanaannya.
hereby declare that the proposal is approved.

Ditetapkan di : Bandung
Issued in
Tanggal : 16-05-2025
Date



Ketua,
Chairman,

Dr. med. Muhammad Hasan Bashari, dr., M.Kes
NIP. 19821112 200912 1 003

Keterangan/notes:

Persetujuan etik ini berlaku selama satu tahun sejak tanggal ditetapkan.

This ethical clearance is effective for one year from the due date.

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan ke Komite Etik Penelitian.

In the end of the research, progress and final summary report should be submitted to the Research Ethics Committee.

Jika ada perubahan atau penyimpangan protokol dan/atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian.

If there be any protocol modification or deviation and/or extension of the study, the Principal Investigator is required to resubmit the protocol for approval.

Jika ada kejadian serius yang tidak diinginkan (KTD) harus segera dilaporkan ke Komite Etik Penelitian.

If there are Serious Adverse Events (SAE) should be immediately reported to the Research Ethics Committee

Lampiran 5 Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI
 UNIVERSITAS PADJADJARAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
 Jalan Ir. Soekarno Km. 21 Jatinangor, Sumedang 45363
 Jl. Eyckman No. 38 Bandung 40131
 Laman: www.unpad.ac.id; Laman Fakultas www.fk.unpad.ac.id; Email: humas.fk@unpad.ac.id

Nomor : 6299/UN6.C.1/PT.00/2025
 Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

26 Mei 2025

Kepada Yth. :

Pimpinan
 Praktik Mandiri Bidan Jeanne
 Jl. H. Salim. Kelapa Dua Raya No 89
 Kota Depok, Jawa Barat

Sehubungan dengan rencana kegiatan penyusunan Tesis mahasiswa Program Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Unpad, berikut ini :

Nama Mahasiswa	: Nurul Azmi Aprianti
Nomor Pokok Mahasiswa	: 131020230004
Judul Penelitian	: Pengaruh Implementasi Teknik Rebozo Oleh Suami Terhadap Nyeri dan Lama Persalinan Kala I Fase Aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan J Cimanggis - Depok

kami mohon kiranya kepada mahasiswa kami dapat diberi ijin pengumpulan data dan penelitian dalam rangka penyusunan Tesis.

Demikian surat ini kami sampaikan, Atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Wakil Dekan Bidang Pembelajaran, Kemahasiswaan dan Riset,



6299/006.C.1/PT.00/2025
 Dr. Ruswana Anwar, dr., Sp. OG(K), M.Kes
 NIP. 196112011987101002

Catatan :

1. UU ITE No. 11 Tahun 2008 Pasal 5 Ayat 1 "Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti yang sah.
2. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BsrE.





KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS PADJADJARAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Ir. Soekarno Km. 21 Jatinangor, Sumedang 45363

Jl. Eyckman No. 38 Bandung 40131

Laman: www.unpad.ac.id; Laman Fakultas www.fk.unpad.ac.id; Email: humas.fk@unpad.ac.id

Nomor : 6298/UN6.C.1/PT.00/2025

26 Mei 2025

Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.:

Pimpinan

Praktik Mandiri Bidan Haryanti

Jl. Kp. Areman Jl. Gotong royong No. 61

Kota Depok, Jawa Barat

Sehubungan dengan rencana kegiatan penyusunan Tesis mahasiswa Program Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Unpad, berikut ini :

Nama Mahasiswa	: Nurul Azmi Aprianti
Nomor Pokok Mahasiswa	: 131020230004
Judul Penelitian	: Pengaruh Implementasi Teknik Rebozo Oleh Suami Terhadap Nyeri dan Lama Persalinan Kala I Fase Aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan J Cimanggis - Depok

kami mohon kiranya kepada mahasiswa kami dapat diberi ijin pengumpulan data dan penelitian dalam rangka penyusunan Tesis.

Demikian surat ini kami sampaikan, Atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Wakil Dekan Bidang Pembelajaran, Kemahasiswaan dan Riset,



6298/UN6.C.1/PT.00/2025

Dr. Ruswana Anwar, dr., Sp. OG(K), M.Kes


NIP. 196112011987101002



Catatan :

1. UU ITE No. 11 Tahun 2008 Pasal 5 Ayat 1 "Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti yang sah.
2. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BsrE.

Lampiran 6 Surat Balasan Penelitian



BIDAN PRAKTIK MANDIRI JEANNES S, SiT. M. Kes
SIPB NOMOR 446.2/14052/SDK/SIPB/XI/2017
Jl. Haji Salim No. 89 RT.005/RW.010, Kelapa Dua, Tugu Cimanggis, Depok 16451
Telp. 021 8722233

Depok, 26 Mei 2025

Nomor : 01/PMB/V/2025
Hal : Balasan Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth,
**Wakil Dekan Bidang Pembelajaran,
Kemahasiswaan dan Riset
Fakultas Kedokteran
Universitas Padjadjaran**
Di Tempat


Dengan hormat,

Menindak lanjuti surat dari Wakil Dekan Universitas Padjadjaran Fakultas Kedokteran Nomor 6299/UN6.C.1/PT.00/2025 berkenaan dengan Permohonan Izin Penelitian, maka dengan ini kami memberikan izin untuk melakukan penelitian di PMB. Bdn. Jeanne S. S.SiT, M.Kes :

Nama : **Nurul Azmi Aprianti**
NIM : **131020230004**
Topik : **Pengaruh Implementasi Teknik Rebozo Oleh Suami Terhadap Nyeri dan Lama Persalinan Kala I Fase Aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan J Cimanggis - Depok**

Demikian keterangan dari kami untuk dipergunakan dengan semestinya, atas perhatian dan kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Praktek Mandiri Bidan,



Bdn. Jeanne S. S, SiT. M. Kes



PRAKTIK MANDIRI BIDAN HARYANTI
Jl. Gotong Royong No.61 RT 06 RW 08, Kelurahan Tugu,
Kecamatan Cimanggis, Kota Depok
Telp. 0856 7552 275 – (021) 2232 8067



Depok, 26 Mei 2025

Nomor : 2/TPMB/V/2025

Hal : Balasan Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth,
Wakil Dekan Bidang Pembelajaran, Kemahasiswaan, dan Riset
Fakultas Kedokteran
Universitas Padjadjaran
Di Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan Permohonan Izin Penelitian yang diajukan melalui surat dari Wakil Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Nomor 6299/UN6.C.1/PT.00/2025, kami dengan ini memberikan persetujuan untuk pelaksanaan penelitian tersebut di Pratik Mandiri Bidan Haryanti, S.Tr.Keb, CHTT, kepada:

Nama : Nurul Azmi Aprianti
NIM : 131020230004
Topik : Pengaruh Implementasi Teknik Rebozo Oleh Suami Terhadap Nyeri dan Lama Persalinan Kala I Fase Aktif di Tempat Pratik Mandiri Bidan J Cimanggis - Depok

Kami berharap hasil dari penelitian ini dapat memberikan kontribusi yang berarti bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan profesi bidan.

Demikian keterangan ini kami sampaikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja sama yang baik, kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,

Bdn. Haryanti, S.Tr.Keb, CHTT

Lampiran 7 Informasi Penelitian

Implementasi Teknik Rebozo oleh Suami terhadap Nyeri dan Lama Persalinan Kala I Fase Aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan J Kecamatan Cimanggis-Kota Depok

Saya adalah mahasiswa yang berasal dari program studi Magister Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran, Bandung yang sedang melakukan penelitian untuk dijadikan tugas akhir sebagai syarat kelulusan saya dalam menempuh pendidikan Magister, mengundang Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, keikutsertaan Anda dalam penelitian ini bersifat sukarela, jadi Anda dapat memutuskan untuk berpartisipasi atau sebaliknya.

Tujuan Penelitian:

1. Menganalisis pengaruh implementasi teknik rebozo oleh suami terhadap nyeri persalinan di Tempat Praktik Mandiri Bidan J Kecamatan Cimanggis-Kota Depok.
2. Menganalisis pengaruh implementasi teknik rebozo oleh suami terhadap lama persalinan kala I fase aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan J Kecamatan Cimanggis-Kota Depok

Mengapa Subjek terpilih:

1. Ibu hamil 9 bulan dan suami di Tempat Praktik mandiri Bidan J
2. Ibu bersalin di Tempat Praktik mandiri Bidan H
3. Ibu yang baru pertama kali melahirkan dan Ibu yang sudah pernah melahirkan lebih dari sekali
4. Ibu dan suami bersedia mengikuti prosedur penelitian dan memberikan persetujuan tertulis

Tata Cara/Prosedur:

1. Peneliti meminta persetujuan ibu hamil 9 bulan dan suaminya untuk berpartisipasi dalam penelitian saat kunjungan ke Tempat Praktik mandiri Bidan.
2. Pada kelompok intervensi, Bidan memberikan edukasi teknik rebozo kepada suami dalam 4 sesi selama 2 minggu mencakup konsep, manfaat, dan praktik langsung. Sementara itu, ibu bersalin pada kelompok kontrol hanya mendapatkan perawatan persalinan standar.
3. Ibu dan suami yang telah menerima edukasi diminta datang ke Tempat Praktik mandiri Bidan saat merasakan tanda-tanda persalinan.
4. Ibu dalam kedua kelompok menilai nyeri menggunakan skala *Numerical Rating Scale* (NRS) saat awal kala I fase aktif (pembukaan 4).
5. Suami dalam kelompok intervensi melakukan teknik rebozo selama 5-10 menit saat ibu memasuki kala I fase aktif (pembukaan 4-10 cm), sedangkan kelompok kontrol menjalani persalinan tanpa intervensi khusus.

6. Bidan mengukur lama persalinan dengan *stopwatch* untuk mencatat lama persalinan kala I fase aktif pada kedua kelompok.
7. Ibu dalam kedua kelompok kembali menilai intensitas nyeri menggunakan skala NRS sebelum tahap mengejan untuk membandingkan pengaruh implementasi teknik rebozo oleh suami.

Risiko dan ketidaknyamanan:

Tidak ada

Manfaat (langsung untuk subjek dan umum):

Manfaat langsung ke subjek adalah memberikan metode alternatif untuk mengurangi nyeri persalinan, meningkatkan keterlibatan suami sebagai pendamping, serta mempercepat kala I fase aktif guna meningkatkan kenyamanan ibu.

Manfaat umum adalah mengurangi beban kerja tenaga medis, meningkatkan kualitas layanan persalinan, serta mendukung pendekatan fisiologis yang lebih alami dalam persalinan.

Prosedur alternatif:

Tidak ada

Kerahasiaan data:

Data saudara/saudari pada penelitian akan dijaga kerahasiaannya sepenuhnya. Informasi pribadi seperti nama, identitas, dan tanggapan kuesioner, tidak akan dicantumkan dalam laporan penelitian dan hanya digunakan untuk analisis data. Data akan disimpan dalam format yang terenkripsi dan hanya dapat diakses oleh saya selaku peneliti utama

Perkiraan jumlah subjek yang akan diikuti sertakan:

Penelitian ini melibatkan 30 responden di Tempat Praktik mandiri Bidan Jeanne (kelompok intervensi) dan 30 responden di Tempat Praktik mandiri Bidan Haryanti (kelompok kontrol)

Kesukarelaan:

Keikutsertaan saudara/saudari dalam penelitian ini bersifat sukarela. saudara/saudari akan diberikan penjelasan rinci mengenai tujuan, prosedur, manfaat, dan risiko penelitian sebelum diminta untuk memberikan persetujuan tertulis melalui informed consent. Saudara/saudari memiliki hak penuh untuk menolak atau mengundurkan diri dari penelitian kapan saja, tanpa adanya konsekuensi atau kerugian. Saya akan memastikan bahwa keputusan saudara/saudari untuk berpartisipasi diambil secara bebas tanpa paksaan atau tekanan apa pun.

Periode Keikutsertaan Subjek:

Kelompok intervensi dalam penelitian ini mendapatkan edukasi teknik rebozo sebanyak 4x selama 2 minggu masing-masing berdurasi 60 menit, sementara

kelompok kontrol hanya menerima perawatan standar. Saat merasakan tanda persalinan, ibu diminta datang ke TPMB. Sebelum intervensi, ibu menilai nyeri menggunakan skala NRS. Suami dalam kelompok intervensi mengimplementasikan teknik rebozo saat ibu memasuki kala I fase aktif, sedangkan kelompok kontrol menjalani persalinan tanpa intervensi. Bidan mengukur lama persalinan kala I fase aktif menggunakan *stopwatch*, dan ibu kembali menilai nyeri dengan NRS sebelum tahap mengejan.

Subjek dapat dikeluarkan/mengundurkan diri dari penelitian:

Penghentian studi / keikutsertaan Saudara/Saudari dalam penelitian akan dilakukan jika Saudara/Saudari tidak mengikuti penelitian hingga selesai dan tidak akan dikenakan sanksi.

Indikator kesejahteraan ibu dan bayi untuk penghentian studi meliputi identifikasi komplikasi medis yang dapat membahayakan keselamatan ibu atau bayi seperti preeklamsia, hipertensi gestasional, gangguan plasenta seperti solusio plasenta atau plasenta previa, kelainan posisi janin seperti presentasi sungsang atau presentasi lintang, atau adanya kelainan janin yang terdeteksi pada pemeriksaan USG yang berisiko mengganggu proses persalinan. Keputusan penghentian studi akan diambil berdasarkan evaluasi medis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berkompeten, dengan mempertimbangkan keselamatan ibu dan bayi sebagai prioritas utama.

Kemungkinan timbulnya pembiayaan dari perusahaan asuransi kesehatan atau peneliti:

Tidak ada

Insentif dan kompensasi:

Pemberian insentif atas waktu dan partisipasi responden berupa biaya transportasi untuk datang menerima edukasi, kain Panjang terbuat dari katun yang memiliki sifat lembut, kuat, dan lentur, memastikan kenyamanan ibu selama proses persalinan. Panjang kain berkisar antara 2,5 hingga 3meter, yang cukup untuk mendukung gerakan teknik rebozo dengan efektif. Kain ini juga bebas dari bahan yang dapat menyebabkan alergi, seperti pewarna sintetis atau bahan kimia berbahaya, sehingga aman digunakan pada kulit ibu, serta pajangan dinding “Dari Kontraksi Hingga Dekapan Pertama”

Pertanyaan:

Jika Saudara/Saudari membutuhkan informasi terkait penelitian ini silakan menghubungi Peneliti:

Nama Peneliti : Nurul Azmi Aprianti

Kontak Peneliti : +62 812 9199 7981

Lampiran 8 *Informed Consent***PSP untuk Ibu Hamil****PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN
(*INFORMED CONSENT*)**

Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaannya, maka saya **setuju/tidak setuju** *) ikut dalam penelitian ini, yang berjudul:

Pengaruh Implementasi Teknik Rebozo oleh Suami terhadap Nyeri dan Lama
Persalinan Kala I Fase Aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan J Cimanggis-
Depok

Saya dengan sukarela memilih untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju:

Ya/Tidak *)

	Tgl.:	Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol)
Nama Peserta:		
Usia:		
Alamat:		
Nama Peneliti:		
Nama Saksi:		

*) coret yang tidak perlu

PSP untuk Suami

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaannya, maka saya **setuju/tidak setuju**^{*)} ikut dalam penelitian ini, yang berjudul:

Pengaruh Implementasi Teknik Rebozo oleh Suami terhadap Nyeri dan Lama Persalinan Kala I Fase Aktif di Tempat Praktik Mandiri Bidan J Cimanggis-Depok

Saya dengan sukarela memilih untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju:

Ya/Tidak^{*)}

	Tgl.:	Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol)
Nama Peserta: Usia: Alamat:		
Nama Peneliti:		
Nama Saksi:		

*) coret yang tidak perlunt

Lampiran 9 Skala *Numeric Rating Scale* (NRS)

SKALA NUMERIC RATING SCALE (NRS)

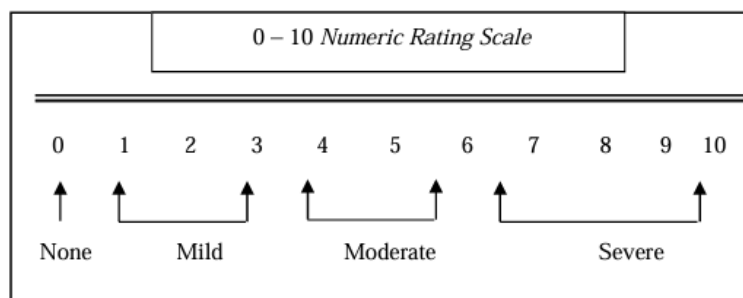
(Pengukuran Nyeri *Pre-Test* dan *Post-Test* Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol)

“Pengaruh Implementasi Tehnik Rebozo Oleh Suami Terhadap Nyeri Dan Lama Persalinan Kala I Fase Aktif Di Tempat Praktik Mandiri Bidan J Cimanggis-Depok”

Nama :
Usia :
Paritas :
Usia Kehamilan :

Petunjuk:

Dibawah ini terdapat sebuah garis lurus yang menunjukkan angka dari 0-10, angka 0 menunjukkan “tidak ada nyeri” sampai angka 10 menunjukkan nyeri berat. Lingkarilah satu titik sepanjang garis yang telah diberi nomor sesuai dengan nyeri yang saudara rasakan.



- 0 : Tidak ada nyeri (*None*)
- 1-3 : Nyeri ringan (*Mild*)
- 4-6 : Nyeri sedang (*Moderate*)
- 7-10 : Nyeri berat (*Severe*)

Lampiran 10 Action Plan

Action Plan

Pertemuan	Hari dan Waktu	Durasi	Materi dan Kegiatan	Tujuan Pertemuan	Peran
Pertemuan 1	Sabtu Kelompok 1: 09.00-10.00 Kelompok 2: 10.30-11.30	60 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian Materi (20 menit): Penjelasan tentang teknik rebozo, manfaat, dan peran suami dalam mendampingi istri pada fase aktif persalinan. 2. Demonstrasi Teknik rebozo (15 menit) oleh bidan. 3. Praktik Langsung (25 menit): Pasangan mempraktikkan teknik rebozo dengan bimbingan bidan. 	Memberikan dasar teori teknik rebozo, demonstrasi cara penerapan teknik, serta praktik langsung oleh pasangan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bidan: Menyampaikan materi, mendemonstrasikan teknik, memberikan bimbingan langsung saat praktik. 2. Peneliti: Mencatat pertanyaan, mencatat pengamatan, memastikan materi diterima dengan baik oleh peserta.
Pertemuan 2	Minggu Kelompok 1: 09.00-10.00 Kelompok 2: 10.30-11.30	60 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Review Singkat (10 menit): Penyegaran materi teknik rebozo. 2. Latihan Praktik Intensif (30 menit): Pasangan melatih kembali teknik rebozo yang telah dipelajari. 3. Koreksi Teknik (20 menit): Bidan memberikan bimbingan dan evaluasi teknik masing-masing pasangan. 	Memastikan pasangan mampu menguasai teknik rebozo dengan lebih baik dan memperbaiki kesalahan teknik melalui bimbingan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bidan: Memberikan koreksi langsung dan umpan balik terhadap teknik yang diterapkan pasangan. 2. Peneliti: Mencatat progres pasangan, mengidentifikasi kesulitan dan memberikan klarifikasi yang diperlukan.
Pertemuan 3	Sabtu Kelompok 1: 09.00-10.00 Kelompok 2: 10.30-11.30	60 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Simulasi Penerapan Teknik (35 menit): Pasangan berlatih teknik rebozo dalam situasi yang mendekati situasi persalinan fase aktif. 2. Bimbingan Bidan (15 menit): Memberikan umpan balik dan koreksi. 3. Diskusi (10 menit): Tanya jawab untuk menyelesaikan tantangan yang dihadapi 	Mengasah keterampilan pasangan dalam menggunakan teknik rebozo secara percaya diri dan terarah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bidan: Mengamati dan memberikan umpan balik mengenai penerapan teknik, memperbaiki kesalahan, serta memberikan tips praktis 2. Peneliti: Mencatat hasil simulasi, observasi teknik yang digunakan, dan membantu dalam diskusi pertanyaan serta tantangan yang dihadapi peserta
Pertemuan 4	Minggu Kelompok 1: 09.00-10.00 Kelompok 2: 10.30-11.30	60 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Akhir (10 menit): Review menyeluruh teknik rebozo yang telah dipelajari. 2. Latihan Terpandu (30 menit): Latihan final dengan koreksi langsung oleh bidan. 3. Persiapan Psikologis (20 menit): Motivasi dan refleksi kesiapan pasangan untuk menerapkan teknik pada persalinan 	Menyempurnakan penguasaan teknik rebozo dan mempersiapkan pasangan secara fisik dan mental untuk menghadapi persalinan nyata	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bidan: Menyediakan bimbingan akhir, memberikan umpan balik final, dan mendukung persiapan pasangan untuk persalinan yang sesungguhnya. 2. Peneliti: Melakukan evaluasi akhir tentang kemajuan pasangan, mencatat kesulitan dan memberikan saran untuk memperbaiki teknik jika diperlukan


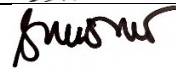

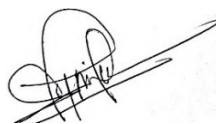


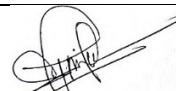

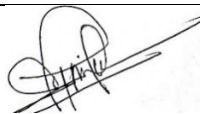


Lampiran 11 Logbook Bimbingan


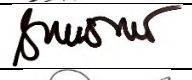

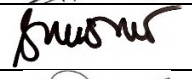

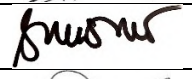

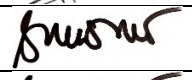
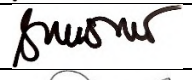

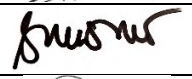
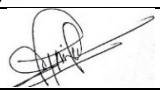
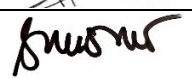
LOGBOOK

BIMBINGAN TESIS PRODI MAGISTER KEBIDANAN

Nama : Nurul Azmi Aprianti
 NPM : 131020230004
 Prodi : Magister Kebidanan (Angkatan 27)
 Pembimbing : 1. Prof. Dr. Johannes C. Mose., dr.SpOG, Subsp. K.Fm.
 2. Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO
 Contact : 081291997981

Judul Usulan Riset: Pengaruh Implementasi Tehnik Rebozo Oleh Suami Terhadap Nyeri Dan Lama Persalinan Kala I Fase Aktif Di Tempat Praktik Mandiri Bidan J Cimanggis-Depok

No	Tanggal	Judul Kegiatan	Nama Pembimbing	Paraf
1	04 Oktober 2024	Diskusi mengenai topik penelitian	Prof. Dr. Johannes C. Mose., dr.SpOG, Subsp. K.Fm.	
2	08 Oktober 2024	Konsultasi topik penelitian	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	
3	14 Oktober 2024	Diskusi topik penelitian	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	
4	14 Oktober 2024	Diskusi mengenai topik penelitian Topik Penelitian disetujui lanjut Menyusun Proposal	Prof. Dr. Johannes C. Mose., dr.SpOG, Subsp. K.Fm.	
5	15 Oktober 2024	Topik Penelitian disetujui lanjut Menyusun Proposal	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	
6	11 November 2024	Konsultasi BAB I-III	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	
7	11 November 2024	Konsultasi BAB I-III	Prof. Dr. Johannes C. Mose., dr.SpOG, Subsp. K.Fm.	
8	26 November 2024	Konsultasi BAB I-III	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	
9	29 November 2024	Konsultasi BAB I-III ACC Seminar Usulan Riset	Prof. Dr. Johannes C. Mose., dr.SpOG, Subsp. K.Fm.	
10	06 Desember 2024	Konsultasi Revisi BAB I-III	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	
11	27 Desember 2024	Konsultasi Revisi BAB I-III ACC Seminar Usulan Riset	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	

12	21 Februari 2025	Konsul Revisi hasil SUR	Prof. Dr. Johannes C. Mose., dr.SpOG, Subsp. K.Fm.	
13	21 Februari 2025	Konsul Revisi hasil SUR	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	
14	14 April 2025	Konsul literatur review	Prof. Dr. Johannes C. Mose., dr.SpOG, Subsp. K.Fm.	
15	14 April 2025	Konsul literatur review	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	
16	21 April 2025	Konsul literatur review Acc untuk submit	Prof. Dr. Johannes C. Mose., dr.SpOG, Subsp. K.Fm.	
17	21 April 2025	Konsul literatur review Acc untuk submit	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	
18	24 Juni 2025	Konsul hasil penelitian ACC untuk SHR	Prof. Dr. Johannes C. Mose., dr.SpOG, Subsp. K.Fm	
19	24 Juni 2025	Konsul hasil penelitian	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	
20	1 Juli 2025	Konsul hasil penelitian ACC untuk SHR	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	
21	3 Juli 2025	SHR dan ACC SAM (11 Juli 2025)	Prof. Dr. Johannes C. Mose., dr.SpOG, Subsp. K.Fm	
22	3 Juli 2025	SHR dan ACC SAM (11 Juli 2025)	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	
23	14 Juli 2025	Konsul Revisi hasil SAM	Prof. Dr. Johannes C. Mose., dr.SpOG, Subsp. K.Fm	
24	14 Juli 2025	Konsul Revisi hasil SAM	Dr. Yuni Susanti Pratiwi, dr., M.Kes., AIFO	

Lampiran 12 Biodata Tim Enumerator

Nama: Devia Athfah

TTL: Jakarta, 12 Februari 1990

Pendidikan: Profesi Bidan

Alamat: JL. H. SALIM NO.89, Rt 005 Rw
010, Kelurahan Tugu, Kecamatan Cimanggis,
Kota Depok, 16451

Pelatihan: Komplementer

Kontak: 085891258485



Nama: Haryanti

TTL: Bogor, 17 Mei 1980

Pendidikan: Profesi Bidan

Alamat: Kp areman jalan gotong royong no 61
RT 06 RW 8, Kelurahan Tugu, Kecamatan
Cimanggis, Kota Depok, 16451

Pelatihan: Komplementer

Kontak: 085891258485

Lampiran 13 Dokumentasi Penelitian







Lampiran 14 Uji Statistik

Deskriptif statistik Usia ibu dan usia gestasi

Report

Perlakuan		Usia_ibu	Usia_gestasi_mg
Intervensi	Mean	26.80	35.27
	N	30	30
	Std. Deviation	3.643	.785
	Median	26.00	35.00
	Minimum	21	34
	Maximum	34	36
Kontrol	Mean	27.33	35.20
	N	30	30
	Std. Deviation	4.490	.761
	Median	28.00	35.00
	Minimum	19	34
	Maximum	36	36
Total	Mean	27.07	35.23
	N	60	60
	Std. Deviation	4.063	.767
	Median	27.00	35.00
	Minimum	19	34
	Maximum	36	36

Uji normalitas data:

Tests of Normality

Perlakuan		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Usia_ibu	Intervensi	.156	30	.060	.952	30	.193
	Kontrol	.092	30	.200*	.978	30	.783
Usia_gestasi_mg	Intervensi	.292	30	.000	.773	30	.000
	Kontrol	.253	30	.000	.796	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

T-Test

Group Statistics

Perlakuan		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Usia_ibu	Intervensi	30	26.80	3.643	.665
	Kontrol	30	27.33	4.490	.820
Usia_gestasi_mg	Intervensi	30	35.27	.785	.143
	Kontrol	30	35.20	.761	.139

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Usia_ibu	Equal variances assumed	.858	.358	-.505	58	.615	-.533	1.056	-2.646	1.580
	Equal variances not assumed			-.505	55.835	.615	-.533	1.056	-2.648	1.582
Usia_gestasi_mg	Equal variances assumed	.206	.651	.334	58	.740	.067	.200	-.333	.466
	Equal variances not assumed			.334	57.945	.740	.067	.200	-.333	.466

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

Perlakuan		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Usia_gestasi_mg	Intervensi	30	31.30	939.00
	Kontrol	30	29.70	891.00
Total		60		

Test Statistics^a

	Usia_gestasi_mg
Mann-Whitney U	426.000
Wilcoxon W	891.000
Z	-.382
Asymp. Sig. (2-tailed)	.702

a. Grouping Variable: Perlakuan

Crosstabs

Kat_usia_ibu * Perlakuan

Crosstab

			Perlakuan		Total
			Intervensi	Kontrol	
Kat_usia_ibu	<20 tahun	Count	0	1	1
		% within Perlakuan	.0%	3.3%	1.7%
	20-34 tahun	Count	30	27	57
		% within Perlakuan	100.0%	90.0%	95.0%
	>= 35 tahun	Count	0	2	2
		% within Perlakuan	.0%	6.7%	3.3%
Total		Count	30	30	60
		% within Perlakuan	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.158 ^a	2	.206
Likelihood Ratio	4.317	2	.116
Linear-by-Linear Association	.330	1	.566
N of Valid Cases	60		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

Kat_usia_gestasi * Perlakuan

Crosstab

			Perlakuan		Total
			Intervensi	Kontrol	
Kat_usia_gestasi	34	Count	6	6	12
		% within Perlakuan	20.0%	20.0%	20.0%
	35	Count	10	12	22
		% within Perlakuan	33.3%	40.0%	36.7%
	36	Count	14	12	26
		% within Perlakuan	46.7%	40.0%	43.3%
Total		Count	30	30	60
		% within Perlakuan	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.336 ^a	2	.845
Likelihood Ratio	.336	2	.845
Linear-by-Linear Association	.113	1	.736
N of Valid Cases	60		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.00.

Paritas * Perlakuan

Crosstab

			Perlakuan		Total
			Intervensi	Kontrol	
Paritas	Primipara	Count	15	10	25
		% within Perlakuan	50.0%	33.3%	41.7%
	Multipara	Count	15	20	35
		% within Perlakuan	50.0%	66.7%	58.3%
Total		Count	30	30	60
		% within Perlakuan	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.714 ^a	1	.190		
Continuity Correction ^b	1.097	1	.295		
Likelihood Ratio	1.724	1	.189		
Fisher's Exact Test				.295	.147
Linear-by-Linear Association	1.686	1	.194		
N of Valid Cases	60				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Deskriptif nyeri persalinan dan lama persalinan:

Report

Perlakuan		Nyeri_persalinan_pre	Nyeri_persalinan_post	Lama_persalian_jam
Intervensi	Mean	7.13	5.10	2.73
	N	30	30	30
	Std. Deviation	.860	.712	1.015
	Median	7.00	5.00	2.00
	Minimum	5	4	2
	Maximum	8	6	5
Kontrol	Mean	6.90	7.80	3.67
	N	30	30	30
	Std. Deviation	1.029	.847	1.422
	Median	7.00	8.00	3.00
	Minimum	5	6	1
	Maximum	8	9	6
Total	Mean	7.02	6.45	3.20
	N	60	60	60
	Std. Deviation	.948	1.567	1.312
	Median	7.00	6.00	3.00
	Minimum	5	4	1
	Maximum	8	9	6

Tests of Normality

Perlakuan		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Nyeri_persalinan_pre	Intervensi	.243	30	.000	.828	30	.000
	Kontrol	.239	30	.000	.842	30	.000
Nyeri_persalinan_post	Intervensi	.256	30	.000	.807	30	.000
	Kontrol	.260	30	.000	.868	30	.001
Lama_persalian_jam	Intervensi	.298	30	.000	.693	30	.000
	Kontrol	.280	30	.000	.881	30	.003

a. Lilliefors Significance Correction

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Perlakuan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nyeri_persalinan_pre	Intervensi	30	32.18	965.50
	Kontrol	30	28.82	864.50
	Total	60		
Nyeri_persalinan_post	Intervensi	30	15.80	474.00
	Kontrol	30	45.20	1356.00
	Total	60		
Lama_persalian_jam	Intervensi	30	24.00	720.00
	Kontrol	30	37.00	1110.00
	Total	60		

Test Statistics^a

	Nyeri_persalinan_pre	Nyeri_persalinan_post	Lama_persalian_jam
Mann-Whitney U	399.500	9.000	255.000
Wilcoxon W	864.500	474.000	720.000
Z	-.789	-6.650	-3.033
Asymp. Sig. (2-tailed)	.430	.000	.002

a. Grouping Variable: Perlakuan

Crosstabs

kat_nyeri_pre * Perlakuan

Crosstab

		Perlakuan		Total	
		Intervensi	Kontrol		
kat_nyeri_pre	Nyeri sedang	Count	7	9	16
		% within Perlakuan	23.3%	30.0%	26.7%
	Nyeri berat	Count	23	21	44
		% within Perlakuan	76.7%	70.0%	73.3%
Total	Count	30	30	60	
	% within Perlakuan	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.341 ^a	1	.559		
Continuity Correction ^b	.085	1	.770		
Likelihood Ratio	.342	1	.559		
Fisher's Exact Test				.771	.386
Linear-by-Linear Association	.335	1	.563		
N of Valid Cases	60				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.00.

b. Computed only for a 2x2 table

kat_nyeri_post * Perlakuan**Crosstab**

			Perlakuan		Total
			Intervensi	Kontrol	
kat_nyeri_post	Nyeri sedang	Count	30	2	32
		% within Perlakuan	100.0%	6.7%	53.3%
	Nyeri berat	Count	0	28	28
		% within Perlakuan	.0%	93.3%	46.7%
Total		Count	30	30	60
		% within Perlakuan	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	52.500 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	48.817	1	.000		
Likelihood Ratio	68.215	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	51.625	1	.000		
N of Valid Cases	60				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.00.

b. Computed only for a 2x2 table

kat_lama_persalinan * Perlakuan**Crosstab**

			Perlakuan		Total
			Intervensi	Kontrol	
kat_lama_persalinan	5-6 jam	Count	4	10	14
		% within Perlakuan	13.3%	33.3%	23.3%
	2-3 jam	Count	26	20	46
		% within Perlakuan	86.7%	66.7%	76.7%
Total		Count	30	30	60
		% within Perlakuan	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.354 ^a	1	.067		
Continuity Correction ^b	2.329	1	.127		
Likelihood Ratio	3.441	1	.064		
Fisher's Exact Test				.125	.063
Linear-by-Linear Association	3.298	1	.069		
N of Valid Cases	60				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Kelompok Intervensi :**NPar Tests****Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nyeri_persalinan_post - Nyeri_persalinan_pre	Negative Ranks	30 ^a	15.50	465.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	0 ^c		
	Total	30		

a. Nyeri_persalinan_post < Nyeri_persalinan_pre

b. Nyeri_persalinan_post > Nyeri_persalinan_pre

c. Nyeri_persalinan_post = Nyeri_persalinan_pre

Test Statistics^b

	Nyeri_persalinan_post - Nyeri_persalinan_pre
Z	-4.849 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Kelompok Kontrol:**NPar Tests****Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nyeri_persalinan_post - Nyeri_persalinan_pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	19 ^b	10.00	190.00
	Ties	11 ^c		
	Total	30		

a. Nyeri_persalinan_post < Nyeri_persalinan_pre

b. Nyeri_persalinan_post > Nyeri_persalinan_pre

c. Nyeri_persalinan_post = Nyeri_persalinan_pre

Test Statistics^b

	Nyeri_persalinan_post - Nyeri_persalinan_pre
Z	-3.946 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Crosstabs

kat_nyeri_pre * kat_nyeri_post * Perlakuan Crosstabulation

Perlakuan				kat_nyeri_post		Total
				Nyeri sedang	Nyeri berat	
Intervensi	kat_nyeri_pre	Nyeri sedang	Count	7		7
			% within kat_nyeri_pre	100.0%		100.0%
		Nyeri berat	Count	23		23
			% within kat_nyeri_pre	100.0%		100.0%
	Total		Count	30		30
			% within kat_nyeri_pre	100.0%		100.0%
Kontrol	kat_nyeri_pre	Nyeri sedang	Count	2	7	9
			% within kat_nyeri_pre	22.2%	77.8%	100.0%
		Nyeri berat	Count	0	21	21
			% within kat_nyeri_pre	.0%	100.0%	100.0%
	Total		Count	2	28	30
			% within kat_nyeri_pre	6.7%	93.3%	100.0%

Chi-Square Tests

Perlakuan		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Intervensi	Pearson Chi-Square	. ^a				
	McNemar-Bowker Test	.	.	. ^b		
	N of Valid Cases	30				
Kontrol	Pearson Chi-Square	5.000 ^c	1	.025		
	Continuity Correction ^d	2.066	1	.151		
	Likelihood Ratio	5.161	1	.023		
	Fisher's Exact Test				.083	.083
	Linear-by-Linear Association	4.833	1	.028		
	N of Valid Cases	30				
	McNemar Test				.016 ^e	

a. No statistics are computed because kat_nyeri_post is a constant.

b. Computed only for a P x P table, where P must be greater than 1.

c. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .60.

d. Computed only for a 2x2 table

e. Binomial distribution used.

Symmetric Measures

Perlakuan			Value	Approx. Sig.
Intervensi	Nominal by Nominal	Phi	. ^a	
	N of Valid Cases		30	
Kontrol	Nominal by Nominal	Phi	.408	.025
		Cramer's V	.408	.025
	N of Valid Cases		30	

a. No statistics are computed because kat_nyeri_post is a constant.

COMPUTE delta_nyeri=Nyeri_persalinan_pre-Nyeri_persalinan_post.

Report

delta_nyeri

Perlakuan	Mean	N	Std. Deviation	Median	Minimum	Maximum
Intervensi	2.03	30	.890	2.00	1	4
Kontrol	-.90	30	.803	-1.00	-2	0
Total	.57	60	1.701	.50	-2	4

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

Perlakuan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
delta_nyeri Intervensi	30	45.50	1365.00
Kontrol	30	15.50	465.00
Total	60		

Test Statistics^a

	delta_nyeri
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	465.000
Z	-6.752
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable:
Perlakuan