



# LAPORAN PENELITIAN

**Penyusun:**

**PROGRAM STUDI S1 KEBIDANAN DAN  
PENDIDIKAN PROFESI BIDAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA**

**LAPORAN PENELITIAN HIBAH INTERNAL**



**PENGARUH TEKNIK REBOZO TERHADAP TINGKAT NYERI KALA I  
PADA IBU BERSALIN PRIMIPARA**

**TIM PENGUSUL**

<b>Awwalul Wiladatil Q., S.Tr.Keb</b>	<b>0714059302</b>
<b>Nova Elok M., S.ST., M.Keb</b>	<b>0708118702</b>
<b>Siti Nurul Aini, Amd.Keb</b>	

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA**

**2020/2021**

## HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Pengaruh teknik rebozo terhadap tingkat nyeri Kala I pada ibu bersalin primipara  
Skema :  
Jumlah Dana : Rp. 5.000.000  
Ketua Peneliti :  
Nama Lengkap : Awwalul Wiladatil Q., S.Tr.Keb., M.Keb  
a. NIDN : 0714059302  
b. Jabatan Fungsional : Tenaga Pendidik  
c. Program Studi : S1 Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan  
d. Nomor Hp : 085784318461  
e. Alamat email : awwalulwiladatil@um-surabaya.ac.id  
Anggota Peneliti (1)  
a. Nama Lengkap : Nova Elok M., S.ST., M.Keb  
b. NIDN : 0708118702  
c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya  
Anggota Peneliti (2)  
a. Nama Lengkap : Siti Nurul Aini, A.Md., Keb  
b. Instansi : PMB Siti Nurul Aini  
Anggota Mahasiswa (1)  
a. Nama Lengkap : Adelia Septania Widyanti  
b. NIM : 20191664006  
c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya  
Anggota Mahasiswa (2)  
a. Nama Lengkap : Gusti Maharani  
b. NIM : 20191664005  
c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Surabaya, 27 September 2020

Mengetahui,  
Dekan FIK UMSurabaya



Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIDN. 0023037401

Ketua Peneliti



Awwalul Wiladatil Q., S.Tr.Keb., M.Keb  
NIDN. 0714059302

Menyetujui,  
Ketua LPPM UMSurabaya



Dr. Dra. Stijnah, M.Pd.  
NIDN. 0730016501

## PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat, taufiq dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan perkembangan laporan kemajuan penelitian ini dengan judul **“Pengaruh Teknik Rebozo terhadap tingkat nyeri Kala I pada ibu bersalin primipara”**

Laporan akhir penelitian ini disusun dengan melibatkan banyak pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak atas kerjasamanya mulai dari awal sampai dengan selesainya laporan akhir penelitian nanti, yaitu :

1. Dr. dr. Sukadiono, M.M., selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya, yang telah memberikan persetujuan dan fasilitas kegiatan penelitian melalui LPPM yang terus semakin berkembang.
2. Dr. Sujinah, M.Pd, sebagai Ketua LPPM Universitas Muhammadiyah Surabaya yang telah mengkoordinasi dan sebagai penanggungjawab kegiatan penelitian ini.
3. Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya yang telah memberikan persetujuan penelitian ini.
4. Semua pihak yang terlibat dalam penyelesaian penulisan laporan hasil penelitian ini.

Semua bantuan baik secara materi maupun dukungan moril semoga diterima sebagai amal shalih.

Penulis menyadari bahwa penulisan laporan akhir penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan, maka segala saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak sangat penulis harapkan.

Penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat untuk semua pihak. Penulis mohon ma'af yang sebesar-besarnya jika ada kesalahan selama penyusunan laporan ini.

Surabaya, September 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN SAMBUNG DEPAN .....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	v
INTISARI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN .....	1
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	3
BAB III TUJUAN DAN MANFAAT .....	24
BAB IV METODE PENELITIAN .....	25
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....	27
KESIMPULAN.....	35
DAFTAR PUSTAKA	

## **ABSTRACT**

*Objective: Labor is a natural condition that occurs in women and, in the process, can cause severe pain, and some women can also experience excruciating pain. Pain that maternity mothers cannot overcome can affect the mother's condition in the form of fatigue, frustration, hopelessness, and cause stress. Stress can cause the weakening of uterine contractions and result in prolonged labor. The Rebozo technique is a distraction technique that poses less risk or harmful side effects than pharmacological therapy. This study aimed to determine the effect of the rebozo technique on the length of the first stage and the pain level during labor at Practice Midwife Siti Nurul Aini.*

*Methods: This study uses a pre-experimental research design. This study consisted of 2 groups: the treatment and control groups. The research was conducted from November 2019 to June 2020 at Practice Midwife Siti Nurul Aini. The population in this study were primigravida maternity mothers. The sample of this research was selected by using the purposive sampling technique. In this study, there were 16 respondents in the intervention group and 16 in the control group. The rebozo technique is given as long as there are contractions during the first stage of labor. The Verbal Descriptor Scale (VDS) measures the pain level. This study used an independent T-Test data analysis technique.*

*Results: Based on the independent T-test, the P-value was 0.002, and less than 0.05,  $H_a$  was accepted, so it was concluded that the rebozo technique's effect on the length of the first stage of labor. Statistical tests using the Independent T-test obtained a P-value of 0.000, less than 0.05, then  $H_a$  was accepted, concluding that the rebozo technique had affected the pain level in labor.*

*Conclusion: primigravida maternity who used the rebozo technique progressed faster than the control group. Meanwhile, the pain level of primigravida mothers who used the rebozo technique was lower than the control group. Therefore, the rebozo technique statistically affects the length of labor and the pain level in the first stage of labor in primiparous mothers. The results of this study can be used as an alternative non-pharmacological method in midwifery services to overcome labor pain.*



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

Persalinan merupakan proses di mana janin dan plasenta dikeluarkan dari rahim melalui vagina. Keberhasilan persalinan melibatkan tiga faktor: upaya ibu dan kontraksi rahim (power), karakteristik janin (passenger), dan anatomi panggul (passage). Pada umumnya tenaga kesehatan menggunakan beberapa modalitas untuk memantau persalinan. (Smith et al., 2018).

Sebagian besar (90%) ibu bersalin mengalami nyeri pada proses persalinannya (Rejeki et al., 2013). Salah satu nyeri terparah yang dialami hampir semua wanita adalah nyeri persalinan (Hamdamian et al., 2018; Ranjbaran et al., 2017). Persalinan merupakan proses keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalah lahir. Proses ini dimulai dari pembukaan dan dilatasi serviks yang diakibatkan kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan penyulit (Hamdamian et al., 2018; Ranjbaran et al., 2017).

Menurut UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (2016), sekitar 830 perempuan di seluruh dunia meninggal dikarenakan komplikasi kehamilan dan kelahiran. Pada tahun 2015 terdapat 303.000 perempuan meninggal karena kehamilan dan kelahiran. Dibandingkan dengan negara-negara ASEAN, Angka Kematian Ibu (AKI) Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi. Salah satu penyebab dari AKI yaitu dalam proses penanganan persalinan dimulai dari kala I sampai kala IV. Hal ini dipengaruhi oleh kemampuan dan keterampilan penolong persalinan. Jenis asuhan yang akan diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi dan tempat persalinan sepanjang dapat memenuhi kebutuhan spesifik.

Kebijakan pemerintah melalui organisasi profesi bidan dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan kompetensi tenaga kesehatan khususnya bidan dalam pertolongan persalinan dengan peningkatan ilmu terbaru dalam kebidanan yaitu pertolongan persalinan dengan gentle birth salah satunya teknik

rebozo (Yuningsih, 2016). Rebozo adalah teknik untuk memberikan ruang pada bayi dengan cara yang menyenangkan bagi ibu. Rebozo dapat digunakan selama persalinan untuk membantu otot-otot dan serat otot dalam ligamen uterus rileks sehingga mampu mengurangi rasa sakit ketika adanya kontraksi. Rebozo telah populer digunakan di negara maju oleh tenaga kesehatan dalam melakukan pertolongan persalinan sebagai metode non-farmakologis. Teknik rebozo bersifat teknik noninvasif, praktis yang dilakukan ketika ibu bersalin dalam posisi berdiri, berbaring atau posisi lutut dan kedua telapak tangan menyentuh lantai. Hal ini melibatkan gerakan pinggul ibu yang dikontrol dengan lembut dari sisi ke sisi menggunakan syal tenun khusus, dan dilakukan oleh bidan atau pendamping persalinan (Yuriati & Sartika, 2022).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh teknik rebozo terhadap lamanya kala 1 dan tingkat nyeri pada proses persalinan di TPMB Siti Nurul Aini. Tujuan khusus dari penelitian ini adalah mengetahui lamanya kala 1 pada proses persalinan, untuk mengetahui tingkat nyeri pada proses persalinan, dan untuk mengetahui pengaruh teknik rebozo dengan lamanya kala 1 dan tingkat nyeri pada proses persalinan di TPMB Siti Nurul Aini. Manfaat dari penelitian ini adalah dapat mengatasi/mengurangi rasa nyeri ketika ada kontraksi selama proses pembukaan/ persalinan pada ibu bersalin dengan cara yang aman tanpa pemberian obat – obatan serta menjadikan proses persalinan menjadi lebih cepat dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Persalinan

##### 2.1.1 Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Bandiyah, 2012).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan *presentasi* belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Saifuddin, 2013)

##### 2.1.2 Tahap Persalinan

Tahap persalinan menurut Prawirohardjo (2012) antara lain :

###### 1) Kala I (kala pembukaan)

Kala I persalinan adalah permulaan *kontraksi* persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan *serviks* yang *progresif* yang diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm) pada *primigravida* kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada *multigravida* kira-kira 7 jam. Terdapat 2 *fase* pada kala satu, yaitu :

###### a) Fase *laten*

Merupakan periode waktu dari awal persalinan pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak *kontraksi* mulai muncul hingga pembukaan 3-4 cm atau permulaan fase aktif berlangsung dalam 7-8 jam. Selama fase ini *presentasi* mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.

###### b) Fase Aktif

Merupakan periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan menjadi komplit dan mencakup *fase transisi*, pembukaan pada umumnya dimulai dari 3-4 cm hingga 10 cm dan berlangsung selama 6 jam. Penurunan bagian *presentasi* janin

yang *progresif* terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan. Fase aktif dibagi dalam 3 fase, antara lain :

- (1) Fase *Akselerasi*, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- (2) Fase *Dilatasi*, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- (3) Fase *Deselerasi*, yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

## **2) Kala II (kala pengeluaran janin)**

Menurut Prawirohardjo (2012), beberapa tanda dan gejala persalinan kala II yaitu : a) Ibu merasakan ingin mengejan bersamaan terjadinya kontraksi; b) Ibu merasakan peningkatan tekanan pada *rectum* atau vaginanya, c) Perineum terlihat menonjol; d) Vulva vagina dan *sphincter ani* terlihat membuka; e) Peningkatan pengeluaran lendir darah.

Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek timbul rasa mencedan. Karena tekanan pada *rectum*, ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda *anus* terbuka. Pada waktu *his* kepala janin mulai terlihat, *vulva* membuka dan *perineum* meregang. Dengan *his* mencedan yang terpimpin akan lahir kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada *primi*: 1 ½ - 2 jam, pada *multi* ½ - 1 jam (Mochtar, 2012)

## **3) Kala III (kala pengeluaran plasenta)**

Menurut Prawirohardjo (2012) tanda-tanda lepasnya *plasenta* mencakup beberapa atau semua hal dibawah ini :

a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.

Sebelum bayi lahir dan *miometrium* mulai *berkontraksi*, *uterus* berbentuk bulat penuh (*discoit*) dan tinggi *fundus* biasanya turun sampai dibawah pusat. Setelah

*uterus* berkontraksi dan *uterus* terdorong ke bawah, *uterus* menjadi bulat dan *fundus* berada di atas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat keluar memanjang atau terjulur melalui *vulva* dan *vagina* (tanda *Ahfeld*).

c) Semburan darah tiba-tiba

Darah yang terkumpul di belakang *plasenta* akan membantu mendorong *plasenta* keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Semburan darah yang secara tiba-tiba menandakan darah yang terkumpul diantara melekatnya *plasenta* dan permukaan *maternal plasenta (maternal portion)* keluar dari tepi *plasenta* yang terlepas.

Setelah bayi lahir *kontraksi rahim* istirahat sebentar. *Uterus* teraba keras dengan *fundus uteri* setinggi pusat, dan berisi *plasenta* yang menjadi tebal 2x sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul *his* pelepasan dan pengeluaran *plasenta*. Dalam waktu 5-10 menit *plasenta* terlepas, terdorong ke dalam *vagina* akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas *simfisis* atau *fundus uteri*. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran *plasenta* disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2012).

#### **4) Kala IV**

Kala pengawasan selama 2 jam setelah plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama bahaya perdarahan *postpartum*. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 cc sampai 500 cc. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV antara lain :

a) Intensitas kesadaran penderita

b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernafasan

c) Kontraksi uterus

d) Terjadinya perdarahan

c. Jenis persalinan yang aman dilakukan

Jenis persalinan yang aman tentu menjadi pertimbangan untuk ibu hamil tua, apalagi bagi mereka yang menginginkan untuk persalinan normal (Prawirohardjo, 2012).

#### 1) Persalinan normal

Persalinan normal adalah jenis persalinan dimana bayi lahir melalui vagina, tanpa memakai alat bantu, tidak melukai ibu maupun bayi (kecuali episiotomi), dan biasanya dalam waktu kurang dari 24 jam. Kekuatan mengejan ibu, akan mendorong janin kebawah masuk ke rongga panggul. Saat kepala janin memasuki ruang panggul, maka posisi kepala sedikit menekuk menyebabkan dagu dekat dengan dada janin. Posisi janin ini akan memudahkan kepala lolos melalui jalan lahir, yang diikuti dengan beberapa gerakan proses persalinan selanjutnya. Setelah kepala janin keluar, bagian tubuh yang lain akan mengikuti, mulai dari bahu, badan, dan kedua kaki buah hati anda.

#### 2) Persalinan dengan vakum (*ekstrasi vakum*)

Proses persalinan dengan alat bantu vakum adalah dengan meletakkan alat di kepala janin dan dimungkinkan untuk dilakukan penarikan, tentu dengan sangat hati-hati. Persalinan ini juga disarankan untuk ibu hamil yang mengalami hipertensi. Persalinan vakum bisa dilakukan apabila panggul ibu cukup lebar, ukuran janin tidak terlalu besar, pembukaan sudah sempurna, dan kepala janin sudah masuk ke dalam dasar panggul.

#### 3) Persalinan Dibantu forsep (*ekstrasi forsep*)

Persalinan forsep adalah persalinan yang menggunakan alat bantu yang terbuat dari logam dengan bentuk mirip sendok. Persalinan ini bisa dilakukan pada ibu yang tidak bisa mengejan karena keracunan kehamilan, asma, penyakit jantung atau ibu hamil mengalami darah tinggi. Memang persalinan ini lebih berisiko apabila dibandingkan persalinan dengan bantuan vakum. Namun bisa menjadi alternatif apabila persalinan vakum tidak bisa dilakukan, dan anda tidak ingin melakukan persalinan caesar.

#### 4) Persalinan dengan operasi *sectio caesarea*

Persalinan *sectio caesarea* adalah jenis persalinan yang menjadi solusi akhir, apabila proses persalinan normal dan penggunaan alat bantu sudah tidak lagi bisa dilakukan untuk mengeluarkan janin dari dalam kandungan. Persalinan ini adalah dengan cara mengeluarkan janin dengan cara merobek perut dan rahim, sehingga memungkinkan dilakukan pengambilan janin dari robekan tersebut.

#### 5) Persalinan di dalam air (*water birth*)

Melahirkan di dalam air (*water birth*) adalah jenis persalinan dengan menggunakan bantuan air saat proses persalinan. Ketika sudah mengalami pembukaan sempurna, maka ibu hamil masuk ke dalam bak yang berisi air dengan suhu 36-37 Celcius. Setelah bayi lahir, maka secara pelan-pelan diangkat dengan tujuan agar tidak merasakan perubahan suhu yang ekstrem.

## 2.2 Section Caesarea

### 2.2.1 Pengertian

Istilah *sectio caesarea* berasal dari perkataan latin *caedere* yang artinya memotong. Pengertian ini sering dijumpai dalam *roman law (lex regia)* dan *emperor's law (lex caesarea)* yaitu undang-undang yang menghendaki supaya janin dalam kandungan ibu-ibu yang meninggal harus dikeluarkan dari dalam rahim (Mochtar, 2012).

*Sectio caesaria* adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn, 2012). Mochtar (2012) menyatakan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina.

### 2.2.2 Jenis-jenis *sectio caesare*

Jenis-jenis *sectio caesarea* menurut Oxorn (2012) antara lain :

#### 1) *Sectio caesarea transperitoneal*

*Sectio caesarea* klasik atau korporal yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih baik untuk jalan keluar bayi.

#### 2) *Sectio caesarea ekstraperitonealis*

Yaitu tanpa membuka peritonium parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal.

c. Indikasi *sectio caesarea*

Indikasi dilakukannya *sectio caesarea* menurut Farrer (2013), antara lain :

1) *Plasenta previa* terutama plasenta previa totalis dan subtotalis

*Plasenta previa* sendiri adalah perlekatan plasenta pada dinding rahim sehingga menyumbat jalan lahir bagi janin.

2) Panggul sempit (*Cephalo Pelvic Dispoortion*)

Panggul disebut sempit apabila ukurannya 1-2 cm kurang dari ukuran yang normal.

Klasifikasi Panggul Sempit (*Disproporsi Sefalo Pelvic*) menurut Prawirohardjo (2012) antara lain :

a) Kesempitan pintu atas panggul (*pelvic outlet*)

(1) Pembagian intensitasan panggul sempit

(a) Intensitas I : Conjugata Vera 9-10 cm = *borderline*

(b) Intensitas II : Conjugata Vera 8-9 cm = relatif

(c) Intensitas III : Conjugata Vera 6-8 cm = ekstrim

(d) Intensitas IV : Conjugata Vera 6 cm = mutlak (*absolut*)

(2) Pembagian menurut tindakan

(a) Conjugata Vera 8-10 cm = partus percobaan

(b) Conjugata Vera 6-8 cm = SC primer

(c) Conjugata Vera 6 cm = SC mutlak (*absolut*)

(d) Inlet dianggap sempit bila Conjugata Vera <6

b) Kesempitan *mid pelvis*

Terjadi bila diameter *interspinorum* 9 cm. Kesempitan *midpelvis* hanya dapat dipastikan dengan *rontgen pelvinometri*. Dengan *pelvimetri* klinik, hanya dapat dipikirkan kesempitan *midpelvis* apabila :

(1) *Spina* menonjol yang menyebabkan *mid pelvis arrest*

(2) *Side walls konvergen*

(3) Ada kesempitan *outlet*

### 3) Ketuban Pecah Dini (KPD)

KPD yaitu apabila ketuban pecah spontan dan tidak diikuti tanda-tanda persalinan, ada teori yang menghitung beberapa jam sebelum inpartu, misalnya 1 jam atau 6 jam sebelum inpartu. Ada juga yang menyatakan dalam ukuran pembukaan servik pada kala I, misalnya ketuban pecah sebelum pembukaan servik pada primigravida 3 cm dan pada multigravida kurang dari 5 cm (Manuaba, 2012).

### 4) Serotinus

Prawirohardjo (2012) serotinus yaitu usia kehamilan diatas 42 minggu. Serotinus atau kehamilan lewat minggu memiliki resiko yang lebih tinggi dibanding dengan kehamilan *aterm*. Resiko ini terutama berkaitan dengan kematian perinatal (*anteartum, intrapartum* dan *postpartum*) berkaitan dengan aspirasi mekonium dan asfiksia.

#### d. Komplikasi *sectio caesaria*

Komplikasi *sectio caesaria* menurut Moya (2012), antara lain :

##### 1) Infeksi *puerperal* (nifas)

Demam *puerperalis* didefinisikan sebagai peningkatan suhu mencapai 38o C pasca bedah. Demam pasca bedah hanya merupakan sebuah gejala bukan sebuah diagnosis, yang menandakan adanya suatu komplikasi serius.

##### 2) Perdarahan masa nifas

Kehilangan darah lebih dari 1000 ml. Dalam hal ini perdarahan terjadi akibat kegagalan mencapai *hemoestasis* di tempat insisi uterus maupun pada placenta.

##### 3) Atonia uteri

*Atonia uteri* merupakan sebagian besar penyebab terjadinya perdarahan pasca bedah. Ada beberapa keadaan yang menjadi predisposisi terjadinya *atoni uteri*, yaitu distensi dinding rahim yang berlebihan (kehamilan ganda, *polihidramnion* atau *makrosomia* janin), pemanjangan masa persalinan dan *grande multiparitas*.

e. Penatalaksanaan *post sectio caesaria*

Penatalaksanaan medis *post sectio caesaria* secara singkat menurut Moya (2012) antara lain :

1) Awasi sampai pasien sadar

Pasien *post sectio caesar* diobservasi tiap 3 jam sekali dalam 24 jam untuk memantau kestabilan keadaan umum pasien.

2) Pemberian cairan dan diit

Pasien *post sectio caesaria* dipuaskan selama 4 sampai dengan 6 jam *post sectio caesaria* untuk mengembalikan fungsi peristaltik usus. Setelah 6 jam *post sectio caesaria* sebaiknya pasien diberikan diet bubur atau lunak dan diet cair selama 24 jam.

3) Managemen nyeri

Tipe nyeri yang muncul dapat diramalkan berdasarkan tanda dan gejalanya. Kadang-kadang hanya bisa mengkaji nyeri dengan berpatokan pada ucapan dan perilaku klien. Klien kadang-kadang diminta untuk menggambarkan nyeri yang dialaminya tersebut sebagai nyeri ringan, nyeri sedang, atau berat. Bagaimanapun makna dari istilah tersebut berbeda. Tipe nyeri tersebut berbeda pada setiap waktu. Gambaran skala nyeri tidak hanya berguna dalam mengkaji beratnya nyeri, tetapi juga dapat mengevaluasi perubahan kondisi klien.

4) Jaga kebersihan luka operasi

Untuk mencegah infeksi pada luka *post sectio caesaria* dianjurkan pada pasien untuk menjaga kebersihan dari luka tersebut. Dalam masa perawatan tugas perawat mengganti balutan pada luka *post sectio caesaria* mulai hari ketiga selama 2 hari sekali.

## **2.3 Nyeri Persalinan**

### **2.3.1 Pengertian**

Nyeri adalah rasa tidak enak akibat perangsangan ujung-ujung saraf khusus. Selama persalinan dan kelahiran pervaginam, nyeri disebabkan oleh kontraksi

rahim, dilatasi *serviks*, dan distensi perineum. Serat saraf *afere viseral* yang membawa impuls sensorik dari rahim memasuki *medulla spinalis* pada segmen torakal kesepuluh, kesebelas dan keduabelas serta *segmen lumbal* yang pertama (T10 sampai L1) (Asmadi, 2012).

Nyeri persalinan suatu perasaan tidak menyenangkan yang merupakan respon individu yang menyertai dalam proses persalinan oleh karena adanya perubahan fisiologis dari jalan lahir dan rahim. Nyeri persalinan disebabkan oleh proses dilatasi servik, hipoksia otot uterus saat kontraksi, iskemia korpus uteri dan peregangan segmen bawah rahim dan kompresi saraf di servik (Bandiyah, 2012).

### **2.3.2 Fisiologi Nyeri Persalinan**

Sensasi nyeri dihasilkan oleh jaringan serat saraf kompleks yang melibatkan sistem saraf *perifer* dan *sentral*. Nyeri persalinan, sistem saraf *otonom* dan terutama *komponen simpatis* juga berperan dalam sensasi nyeri (Mander, 2012)

#### **1) Sistem saraf otonom**

a) Sistem *saraf otonom* mengontrol aktifitas otot polos dan *viseral*, *uterus* yang dikenal sebagai sistem saraf *involunter* karena organ ini berfungsi tanpa kontrol kesadaran. Terdapat dua komponen yaitu sistem *simpatis* dan *parasimpatis*. *Saraf simpatis* menyuplai *uterus* dan membentuk bagian yang sangat penting dari *neuroanatomi* nyeri persalinan.

b) *Neuron aferen mentransmisikan* informasi dari rangsang nyeri dari sistem saraf *otonom* menuju sistem saraf pusat dari *visera* terutama melalui serat saraf *simpatis*. *Neuron aferen somatik* dan *otonom bersinaps* dalam *region kornu dorsalis* dan saling mempengaruhi, menyebabkan fenomena yang disebut nyeri alih.

c) *Neuron aferen otonom* berjalan ke atas melalui *medulla spinalis* dan batang otak berdampingan dengan *neuron aferen somatik*, tetapi walaupun sebagian besar serat *afere somatik* akhirnya menuju *thalamus*, banyak *afere otonom* berjalan menuju *hipotalamus* sebelum menyebar ke *thalamus* dan kemudian terakhir pada *kortek serebri*.

d) Gambaran yang berada lebih lanjut dari sistem saraf *otonom* adalah fakta bahwa *neuron aferen* yang keluar dari sistem saraf pusat hanya melalui tiga *region*, yaitu

: 1) Dalam otak (*nervus kranialis* III, VII, IX dan X); 2) Dalam *region torasika* (T1 sampai T12, L1 dan L2); 3) *segmen sakralis* kedua dan ketiga *medulla spinalis*.

## **2) Saraf perifer nyeri persalinan**

Selama kala I persalinan, nyeri diakibatkan oleh *dilatasi servik* dan *segmen* bawah uterus dan *distensi korpus uteri*. *Intensitas* nyeri selama kala ini diakibatkan oleh kekuatan *kontraksi* dan tekanan yang dibangkitkan. Hasil temuan bahwa tekanan cairan *amnion* lebih dari 15 mmHg di atas *tonus* yang dibutuhkan untuk meregangkan *segmen* bawah uterus dan *servik* dan dengan demikian menghasilkan nyeri. Nyeri ini dilanjutkan ke *dermaton* yang *disuplai* oleh *segmen medulla spinalis* yang sama dengan *segmen* yang menerima *input nosiseptif* dari uterus dan *serviks*. Pada kala II persalinan, nyeri tambahan disebabkan oleh regangan dan robekan jaringan misalnya pada perineum dan tekanan pada otot *skelet* perineum. Nyeri diakibatkan oleh rangsangan struktur *somatik superfisial* dan digambarkan sebagai nyeri yang tajam dan terlokalisasi, terutama pada daerah yang disuplai oleh saraf *pudendus*.

## **3) Nyeri Alih**

Nyeri alih menjelaskan bagaimana nyeri pada suatu organ yang disebabkan oleh kerusakan jaringan dirasakan seolah-olah nyeri ini terjadi pada organ yang letaknya jauh. Serat *nosiseptif* dari organ *viseral* memasuki *medulla spinalis* pada intensitas yang sama dengan saraf *aferan* dari daerah tubuh yang dialihkan sehingga serta *nosiseptif* dari uterus berjalan menuju *segmen medulla spinalis* yang sama dengan *aferen somatik* dari *abdomen*, punggung bawah, dan *rektum*.

### **2.3.3 Dampak Nyeri Persalinan**

Persalinan umumnya disertai dengan adanya nyeri akibat *kontraksi uterus*. Intensitas nyeri selama persalinan dapat mempengaruhi proses persalinan, dan kesejahteraan janin. Nyeri persalinan dapat merangsang pelepasan *mediator kimiawi* seperti *prostaglandin*, *leukotrien*, *tromboksan*, *histamin*, *bradikinin*, *substansi p*, dan *serotonin*, akan membangkitkan stres yang menimbulkan *sekresi*

*hormon* seperti *katekolamin* dan *steroid* dengan akibat *vasokonstriksi* pembuluh darah sehingga *kontraksi uterus* melemah. *Sekresi hormon* tersebut yang berlebihan akan menimbulkan gangguan *sirkulasi uteroplasenta* sehingga terjadi *hipoksia janin* (Farrer, 2013).

Nyeri persalinan dapat menimbulkan stres yang menyebabkan pelepasan hormon yang berlebihan seperti *katekolamin* dan *steroid*. Hormon ini dapat menyebabkan terjadinya ketegangan otot polos dan *vasokonstriksi* pembuluh darah. Hal ini dapat mengakibatkan penurunan *kontraksi uterus*, penurunan *sirkulasi uteroplasenta*, pengurangan aliran darah dan oksigen ke *uterus*, serta timbulnya *iskemia uterus* yang membuat *impuls* nyeri bertambah banyak (Farrer, 2013).

Nyeri persalinan juga dapat, menyebabkan timbulnya *hiperventilasi* sehingga kebutuhan oksigen meningkat, kenaikan tekanan darah, dan berkurangnya *motilitas usus* serta *vesika urinaria*. Keadaan ini akan merangsang peningkatan *katekolamin* yang dapat menyebabkan gangguan pada kekuatan *kontraksi uterus* sehingga terjadi *inersia uteri* (Llewlyn, 2012).

#### **2.3.4 Skala Nyeri**

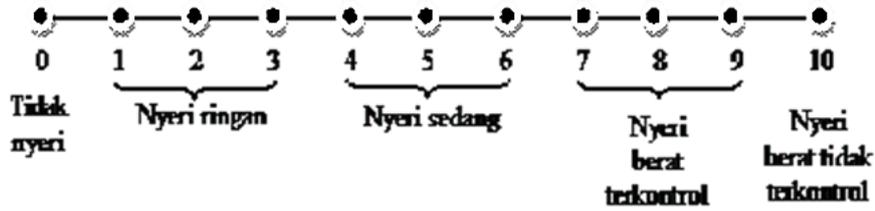
Terdapat beberapa skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui intensitas nyeri antara lain :

##### 1) Verbal descriptor scale

Skala deskriptif merupakan sebuah garis yang terdiri tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama di panjang garis. Alat pengukuran intensitas keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsian verbal (*verbal descriptor scale/ VDS*) diranking dari tidak nyeri sampai nyeri tidak tertahankan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategorik untuk mendeskripsi nyeri (Potter & Perry, 2012).

##### 2) Skala penilaian numerik (*Numerik Rating Scale / NRS*)

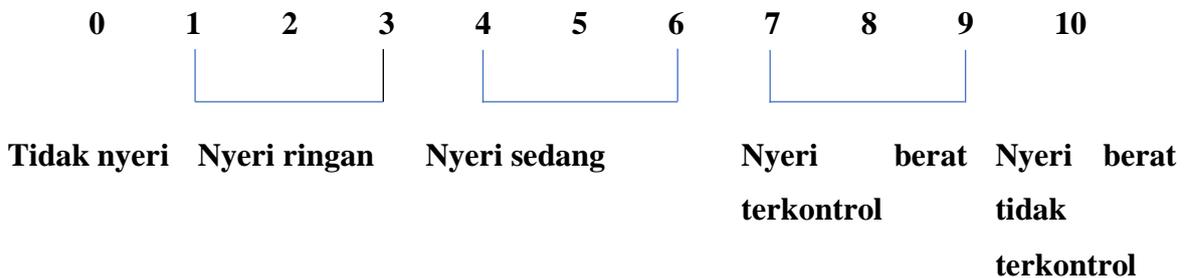
Lebih sering digunakan sebagai alat pendeskripsi kata. Klien menilai menggunakan skala 0-10 dan skala ini paling efektif untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik dengan nilai 0= tidak nyeri, 1-3=tipe nyeri ringan, 4-6= tipe nyeri sedang, 7-10= parah.



**Bagan 2.2 Numerik Rating Scale / NRS**

### 3) Skala *Visual Analog Scale* (VAS)

Menurut Potter dan Perry (2010), ada beberapa cara untuk mengetahui akibat nyeri, salah satunya menggunakan *Visual Analog Scale* (VAS). VAS adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10-cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap centimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Rentang intensitas nyeri dapat ditentukan dengan 4 cara yaitu dengan menggunakan skala intensitas nyeri baik yang berupa skala intensitas nyeri deskriptif sederhana, skala intensitas nyeri numerik 0 sampai dengan 10, dengan skala analog visual (Perry & Potter, 2012). Skala intensitas nyeri numerik yaitu



**Bagan 2.3 *Visual Analog Scale* / VAS**

Sumber : Potter & Perry (2012)

Keterangan :

0 : Tidak nyeri.

1-3 : Nyeri ringan (secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik).

4-6 : Nyeri sedang (secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik).

7-9 : Nyeri berat terkontrol (secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi).

10 : Nyeri berat tidak terkontrol (pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul).

#### 4) Wong Baker FACES pain ranting scale

Skala ini terdiri enam wajah yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum hal ini tidak menunjukkan adanya nyeri, kemudian secara berintensitas menunjukkan wajah yang kurang bahagia, wajah sangat sedih sampai wajah yang ketakutan hal ini menunjukkan nyeri yang sangat hebat (Price & Wilson, 2012).



Gambar 2.1 Wong Baker FACES pain ranting scale

Keterangan :

0 = Ekspresi rileks, tidak merasa nyeri

1 = Sedikit nyeri

2 = Cukup nyeri

3 = Lumayan nyeri

4 = Sangat nyeri

5 = Amat sangat nyeri (tak tertahankan)

### 2.3.5 Penyebab Nyeri Persalinan

Menurut Henderson (2012) penyebab nyeri persalinan ada dua yaitu penyebab fisik dan penyebab psikologis, antara lain :

1) Penyebab Fisik

a) Luka parut *servik* dari pembedahan sebelumnya dapat meningkatkan *resistensi servik* untuk penipisan dan pembukaan awal beberapa *centimeter*. *Kontraksi* dan *intensitas* besar selama berjam-jam atau sehari-hari diperlukan untuk mengatasi *resistensi* ini kemudian pembukaan baru bisa terjadi.

b) Ukuran janin. Persalinan dengan ukuran janin yang besar akan menimbulkan rasa nyeri yang lebih kuat dari persalinan dengan ukuran janin normal. Karena itu dapat disimpulkan bahwa semakin besar ukuran janin semakin lebar diperlukan peregangan jalan lahir sehingga nyeri yang dirasakan semakin kuat.

2) Penyebab Psikologis

a) Ketakutan, kecemasan, dan stress yang berlebihan

Dapat menyebabkan pembentukan *katekolamin* dan menimbulkan kemajuan persalinan melambat. Ibu yang tidak didukung secara emosional akan mengalami kesulitan dalam persalinan yang lalu dapat meningkatkan nyeri.

b) Kelelahan dan perasaan putus asa

Merupakan akibat dari pra-persalinan atau fase *laten* yang panjang.

### **2.3.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan**

Menurut Hidayat (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi respon nyeri adalah sebagai berikut :

1) Faktor fisiologis

a) Keadaan umum

Kondisi fisik yang menurun seperti kelelahan dan malnutrisi dapat meningkatkan intensitas nyeri yang dirasakan. Dengan demikian dapat dikatakan di dalam proses persalinan diperlukan kekuatan atau energi yang cukup besar, karena jika ibu mengalami kelelahan dalam persalinan tidak cukup toleran dalam menghadapi rasa nyeri yang timbul sehingga intensitas nyeri yang dirasakan semakin tinggi.

## b) Usia

Ibu yang melahirkan pertama kali pada usia tua umumnya akan mengalami persalinan yang lebih lama dan merasakan lebih nyeri dibandingkan ibu yang masih muda. Sehingga dapat dikatakan pada primipara dengan usia tua akan merasakan intensitas nyeri yang lebih tinggi dan persalinan yang lebih lama dari primipara usia muda.

## c) Ukuran janin

Dikatakan bahwa persalinan dengan ukuran janin yang besar akan menimbulkan rasa nyeri yang lebih kuat dari persalinan dengan ukuran janin normal.

## d) Endorphin

Efek *opioid* endogen atau *endorphin* adalah zat seperti *opiate* yang berasal dari dalam tubuh yang disekresi oleh *medulla adrenal*. *Endorphin* adalah neurotransmitter yang menghambat pengiriman rangsang nyeri sehingga dapat menurunkan sensasi nyeri. Intensitas *endorphin* berbeda antara satu orang dengan orang lainnya. Hal ini yang menyebabkan rasa nyeri seseorang dengan yang lain berbeda.

## 2) Faktor psikologi

### a) Takut dan cemas

Cemas dapat mengakibatkan perubahan fisiologis seperti spasme otot, vasokonstriksi dan mengakibatkan pengeluaran substansi penyebab nyeri (*kotekolamin*), sehingga cemas dapat meningkatkan intensitas nyeri yang dirasakan. Sementara perasaan takut dalam menghadapi persalinan akan menyebabkan timbulnya ketegangan dalam otot polos dan pembuluh darah seperti kekakuan leher rahim dan hipoksia rahim.

### b) Arti nyeri bagi individu

Arti nyeri bagi individu adalah penilaian seseorang terhadap nyeri yang dirasakan. Hal ini sangat berbeda antara satu orang dengan yang lainnya, karena nyeri merupakan pengalaman yang sangat individual dan bersifat subjektif.

c) Kemampuan kontrol diri

Kemampuan kontrol diartikan sebagai suatu kepercayaan bahwa seseorang mempunyai sistem kontrol terhadap suatu permasalahan sehingga dapat mengendalikan diri dan dapat mengambil tindakan guna menghadapi masalah yang muncul. Hal ini sangat diperlukan ibu dalam menghadapi persalinan sehingga tidak akan terjadi respon psikologis yang berlebihan seperti ketakutan dan kecemasan yang dapat mengganggu proses persalinan.

d) Fungsi kognitif

Dijelaskan bahwa perbedaan respon seseorang dalam menghadapi suatu permasalahan atau rangsang berhubungan dengan fungsi kognitif.

e) Percaya diri

Percaya diri adalah keyakinan pada diri seseorang bahwa ia akan mampu menghadapi suatu permasalahan dengan suatu tindakan atau perilaku yang akan dilakukan dikatakan pula jika ibu percaya bahwa ia dapat melakukan sesuatu untuk mengontrol persalinan maka ia akan memerlukan upaya minimal untuk mengurangi nyeri yang dirasakan.

### **2.3.6 Strategi penatalaksanaan nyeri**

Menurut Price dan Wilson (2012), menghilangkan nyeri merupakan tujuan dari penatalaksanaan nyeri yang dapat dicapai dengan dua (2) pendekatan yaitu :

1) Pendekatan farmakologi

Pendekatan farmakologi merupakan suatu pendekatan yang digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan obat-obatan. Terdapat 4 kelompok obat nyeri yaitu :

a) *Analgetik Nonopioid* (Obat Anti Inflamasi *Non Steroid/ OAINS*)

Efektif untuk penatalaksanaan nyeri ringan sampai dengan sedang terutama *asetaminofen (Tylenol)* dan *OAINS* dengan efek *anti peritik, analgetik* dan *anti inflamasi*. *Asam asetilsalisilat (Aspirin)* dan *ibuprofin (Morfin, Advil)* merupakan

OAINS yang sering digunakan untuk mengatasi nyeri akut derajat ringan. OAINS menghasilkan *analgetik* dengan bekerja ditempat cedera melalui *inhibisi* sintesis *prostaglandin* dari *prekursor asam arakidonat*. *Prostaglandin* mensintesis *nosiseptor* dan bekerja secara sinergis dengan produk *inflamatorik* lain ditempat cedera, misalnya *bradikinibin* dan *histamin* untuk menimbulkan *hiperanalgetik*. Dengan demikian Obat Anti Inflamasi *Non Steroid* (OAINS) mengganggu mekanisme *transduksi* di *nosiseptor aferen* primer dengan menghambat *sintesis prostaglandin*.

#### b) Analgetik Opioid

Merupakan analgetik yang kuat yang tersedia dan digunakan dalam penatalaksanaan nyeri dengan skala sedang sampai dengan berat. Obat-obat ini merupakan patokan dalam pengobatan nyeri pasca operasi dan nyeri terkait kanker. *Morfin* merupakan salah satu jenis obat ini yang digunakan untuk mengobati nyeri berat. Berbeda dengan OAINS yang bekerja di perifer, *morfin* menimbulkan efek analgetiknya di sentral. *Morfin* menimbulkan efek dengan mengikat *reseptor opioid* di *nukleus modulasi* nyeri di batang otak yang menghambat nyeri pada sistem *assenden*.

#### c) Antagonis dan Agonis-Antagonis Opioid

Merupakan obat yang melawan obat opioid dan menghambat pengaktifannya. *Nalacson* merupakan salah satu contoh obat jenis ini yang efektif jika diberikan tersendiri dan lebih kecil kemungkinannya menimbulkan efek samping yang tidak diinginkan dibandingkan dengan *opioid* murni.

#### d) Adjuvan atau Koanalgetik

Merupakan obat yang memiliki efek *analgetik* atau efek komplementer dalam penatalaksanaan nyeri yang semula dikembangkan untuk kepentingan lain.

### 2) Penatalaksanaan non farmakologi

Banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandang obat sebagai satu-satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Bentuk-bentuk penatalaksanaan non farmakologi menurut Smeltzer dan Bare (2012) meliputi :

a) Massage

*Massage* adalah stimulasi *kutaneus* tubuh secara umum, sering dipusatkan pada pinggang dan bahu. *Massage* menstimulasi reseptor tidak nyeri. *Massage* juga membuat pasien lebih nyaman karena membuat pasien lebih nyaman karena membuat relaksasi otot.

b) Terapi Es dan Panas

Terapi es dapat menurunkan *prostaglandin* yang memperkuat sensitifitas reseptor nyeri. Agar efektif es harus diletakkan di area sekitar pembedahan. Penggunaan panas dapat meningkatkan aliran darah yang dapat mempercepat penyembuhan dan penurunan nyeri.

c) *Stimulasi Syaraf Elektris Transkutan (TENS)*

TENS menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektrode yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan atau menggetar pada area nyeri. Mekanisme ini sesuai dengan teori *gate* kontrol dimana mekanisme ini akan menutup transmisi sinyal nyeri ke otak pada jaras *asenden* sistem syaraf pusat untuk menurunkan intensitas nyeri.

d) Distraksi ( Terapi Musik Klasik Mozart )

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal-hal lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dialami (Potter & Perry, 2012). Distraksi adalah sengaja memfokuskan perhatian pada rangsangan lain daripada rangsangan nyeri. Rasionalisasi dari penggunaan sistem ini adalah belajar tentang perilaku baru untuk mereseptor nyeri dan stress, sehingga dapat meningkatkan sistem kontrol terhadap nyeri dan mengurangi nyeri serta pikiran yang berhubungan dengan nyeri. Adapun yang

termasuk dalam sistem ini adalah pemusatan perhatian, guide imagery, dan latihan nafas dalam, musik, dukungan dan pemberian informasi secara verbal serta distraksi (Potter & Perry, 2012).

Menurut Hendra (2012) menyatakan bahwa musik klasik merupakan musik yang memiliki nilai seni dan nilai ilmiah yang tinggi. Musik klasik yang paling sering didengarkan adalah musik klasik barat karya musisi seperti Mozart, Bach, Bethoven, Handel, Hydn dan lain sebagainya. Musik berkerja pada sistem syaraf otonom yaitu bagian sistem saraf yang bertanggung jawab mengontrol tekanan darah, denyut jantung, fungsi otak, mengontrol perasaan dan emosi. Ketika seseorang sakit, dia akan merasa takut, frustasi dan marah, hal inilah yang membuat otot-otot tubuh menjadi menegang, sehingga menyebabkan rasa sakit yang semakin parah.

#### e) Teknik relaksasi nafas dalam

Teknik pernapasan dapat mengendalikan nyeri karena dapat meminimalkan fungsi *simpatis* dan meningkatkan aktifitas komponen *parasimpatik*. Teknik relaksasi nafas adalah mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, napas lambat (menahan insipirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2012).

#### f) Imajinasi Terbimbing

Dilakukan dengan menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Individu di instruksikan untuk membayangkan bahwa dengan setiap napas yang diekhalaskan (dihembuskan) secara lambat akan menurunkan ketegangan otot dan ketidaknyamanan dikeluarkan.

g) Hipnosis

Efektif untuk menurunkan nyeri akut dan kronis. Teknik ini mungkin membantu pereda nyeri terutama dalam periode sulit.

h) Terapi murottal Al-Qur'an

Terapi murottal Al-Qur'an sudah terbukti dapat menurunkan intensitas nyeri. Hal ini berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Handayani, Fajarsari, Asih dan Rohmah (2014) dengan judul : Pengaruh terapi murottal al-qur'an untuk penurunan nyeri persalinan dan kecemasan pada ibu bersalin kala I fase aktif di RSUD. Prof. Dr. Margono Soekardjo Purwokerto. Rata-rata intensitas nyeri sebelum terapi murottal adalah 6,57, rata-rata setelah dilakukan terapi murottal adalah 4,93. Rata-rata kecemasan sebelum terapi murottal adalah 26,67, rata-rata setelah dilakukan terapi murottal adalah 20,52. Surat yang dipakai dalam penelitian ini adalah Q.S Ar-Rahmaan.

i) *Teknik Rebozzo*

Berdasarkan hasil penelitian oleh Yulidian Nurpratiwi.et al (2020) yang berjudul Teknik Rebozo terhadap Intensitas Nyeri Kala I FaseAktif dan Lamanya Persalinan Pada Ibu Multigravida, Hasil penelitian analisis dependent sample t-test terlihat nilai signifikan 2-tailed < 0,05, maka terdapat perbedaan signifikan antara pre dan post pada intervensi teknik rebozo.

Adapun penanganan yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri persalinan yaitu terapi non farmakologi dengan melakukan Teknik rebozo. Teknik rebozo adalah sebuah teknik praktis non-invasif yang dilakukan pada wanita berdiri, berbaring atau bertumpu pada tangan dan lututnya. Ini melibatkan gerakan pinggul wanita yang melahirkan yang dikontrol dengan lembut berdampingan dengan menggunakan syal anyaman khusus, dan dilakukan dengan baik oleh bidan atau orang pendukung lainnya. (Iversen et al., 2017).

Rebozo merupakan kain selendang / jarik yang menggunakannya di panggul ibu bersalin, dengan gerakan terkontrol untuk membantu menggerakkan pinggul atau sedikit mengayunkannya dari sisi ke sisi. Gerakan ini yang memberikan tekanan dengan cara goyang atau goncangan di bagian panggul secara terus-menerus selama kontraksi,

dimana penekanan tersebut tepatnya diletakkan pada tulang lumbal, sakrum dan koksigis (Lumbosacral) pasien dengan kain rebozo.

Tentunya di daerah lumbosacra lini dimana saraf sensorik rahim dan mulut rahim berjalan bersama saraf simpatis rahim memasuki sumsum tulang belakang melalui saraf torakal 10,11,12 sampai lumbal 1, impuls nyeri ini dapat diblok dengan memberikan rangsangan pada saraf yang berdiameter besar dengan teknik rebozo shake the apples atau rebozo sifting while lying down, sehingga impuls nyeri berjalan dari uterus sepanjang serat-serat saraf c-fiber menuju ke substansia gelatinosa didalam spinal colum, lalu sel-sel tersebut memproyeksikan pesan nyeri yang berlawanan sepanjang serat-serat saraf a-delta fibers yang menyebabkan gate control akan tertutup dan rangsangan nyeri tidak dapat diteruskan ke korteks serebral, maka persepsi di otak nyeri menjadi berkurang. Mekanisme rebozo inilah yang dapat membantu mengalihkan nyeri persalinan. Teknik Rebozo lamanya dilakukan tindakan selama 5-10 menit. Dan dilakukan observasi pengukuran intensitas nyeri dilakukan pada kala I fase aktif pada ibu multigravida dimana observasi yang akan dilakukan 4 kali pengukuran pada saat kontraksi setiap 30 menit.

## **BAB 3**

### **TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN**

#### **3.1 Tujuan**

##### **3.1.1 Tujuan Umum**

Untuk mengidentifikasi pengaruh Teknik rebozo terhadap nyeri kala I pada ibu bersalin primipara

##### **3.1.2 Tujuan Khusus**

1. Untuk mengidentifikasi pelaksanaan Teknik rebozo
2. Untuk mengidentifikasi perubahan nyeri Kala I pada ibu bersalin primipara
3. Untuk mengidentifikasi pengaruh Teknik rebozo terhadap nyeri kala I pada ibu bersalin primipara

#### **3.2 Manfaat**

##### **3.2.1 Manfaat Teoritis**

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi dan sebagai referensi untuk mengetahui pengaruh Teknik rebozo terhadap nyeri Kala I pada ibu bersalin primipara
2. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan sekaligus menambah wawasan mengenai pengaruh Teknik rebozo terhadap nyeri Kala I pada ibu bersalin primipara

## **BAB 4**

### **METODE**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *pra* eksperimen. Penelitian ini terdiri dari 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kelompok perlakuan bertujuan untuk mengetahui pengaruh teknik rebozo terhadap pengurangan rasa nyeri dan lamanya kala I persalinan. Sedangkan kelompok kontrol dan untuk mengetahui tingkat nyeri dan lamanya kala I persalinan. Teknik rebozo diberikan selama ada kontraksi sepanjang proses persalinan kala I. Penelitian dilakukan pada November 2019 sampai Juni 2020 di RS TPMB Siti Nurul Aini. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu bersalin primigravida. Sampel penelitian ini dipilih dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, dengan kriteria inklusi ibu bersalin primigravida yang tidak ada riwayat keguguran, bersedia menjadi informan, presentasi janin yaitu kepala, tidak ada riwayat solusio plasenta, kehamilan cukup bulan. Pada penelitian ini terdapat 16 responden dalam kelompok intervensi, dan 16 responden dalam kelompok kontrol.

Peneliti mendatangi ibu hamil primigravida untuk meminta kesediaan ibu menjadi responden penelitian saat persalinannya, dan memberikan informasi terkait teknik rebozo pada ibu dan keluarga (suami), serta mengajarkan tentang teknik Rebozo kepada keluarga (suami) agar dapat dipraktikkan langsung saat persalinan nanti. Apabila ibu dan keluarga menyetujui perlakuan teknik rebozo, maka ibu ditetapkan sebagai kelompok eksperimen. Namun, apabila ibu hamil primigravida tidak bersedia dilakukan teknik rebozo saat persalinannya nanti akan dijadikan sebagai kelompok kontrol.

Pengumpulan data dimulai saat ibu mulai merasakan adanya tanda-tanda persalinan (mules yang semakin sering, keluar lendir bercampur darah atau keluar air-air dari jalan lahir). Kelompok eksperimen dan kelompok kontrol mengisi *informed consent* dan mendapatkan penjelasan terkait prosedur penelitian. Apabila ibu memasuki fase aktif (pembukaan sudah 4 cm), dilakukan pengukuran untuk mengetahui lama persalinan. Teknik rebozo dilakukan selama 2-5 menit saat pembukaan serviks sudah diatas 6 cm. perlakuan ini awalnya dilaksanakan oleh

peneliti, selanjutnya dilakukan oleh suami saat terjadi kontraksi atau sesuai dengan keinginan ibu hingga pembukaan 10 cm (lengkap).

Instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat nyeri adalah Verbal Descriptor Scale (VDS) dengan rentang 0 sampai dengan 10. Dimana angka 0 menunjukkan tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri ringan, angka 4-6 menunjukkan nyeri sedang, angka 7-9 menunjukkan nyeri berat dan angka 10 menunjukkan nyeri sangat berat (Potter & Perry, 2006). Penelitian ini menggunakan teknik analisa data *independent T-Test*

**BAB 5**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

Karakteristik responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan umur, tingkat pendidikan, dan jenis pekerjaan

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	Jumlah	%	Jumlah	%
<b>Umur (Tahun)</b>				
<20	0	0	1	6,2
20-35	14	87,5	13	81,2
>35	2	12,5	2	12,5
<b>Tingkat Pendidikan</b>				
SD	1	6,2	0	0
SMP	2	12,5	1	6,2
SMA	9	56,2	13	81,2
PT	4	25	3	18,7
<b>Jenis Pekerjaan</b>				
PNS	9	56,2	2	12,5
Honorar	2	12,5	0	0
Swasta	1	6,2	2	12,5
Petani	1	6,2	2	12,5
Ibu Rumah Tangga	3	18,7	10	62,5

Dari hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar responden pada kelompok intervensi (87,5%) maupun kelompok kontrol (81,2%) berada pada usia reproduksi sehat yaitu 20 – 35 tahun. Sedangkan lainnya pada kategori usia > 35 tahun sebesar 12,5 % pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, serta pada kelompok kontrol sebanyak 6,2% pada kategori usia < 20 tahun. Responden mayoritas memiliki tingkat pendidikan SMA pada kelompok intervensi sebanyak 9 orang (56,2%) dan pada kelompok kontrol 13 orang (81,2%). Berdasarkan jenis pekerjaan, kelompok intervensi mayoritas bekerja sebagai PNS yaitu 9 orang (56,2%) dan pada kelompok kontrol mayoritas pekerjaan sebagai ibu rumah tangga 10 orang (62,5%).

Tabel 2. Lamanya Persalinan dan Tingkat Nyeri Persalinan Kala I pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Variable	Kelompok perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Frekuensi	Presentase (%)	Frekuensi	Presentase (%)
<b>Lama Kala I</b>				
Cepat	13	81,25%	5	31,25%
Lama	3	18,75%	11	68,75%
<b>Nyeri</b>				
Tidak nyeri	0	0,00%	0	0,00%
Nyeri Ringan	11	68,75%	2	2,00%
Nyeri Sedang	5	31,25%	7	43,75%
Nyeri Berat	0	0,00%	6	37,50%
Nyeri Sangat Berat	0	0,00%	1	12,5%

Tabel 2 menunjukkan bahwa lamanya kala I persalinan pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar responden berlangsung cepat yaitu sebesar 81,25% (13 responden), sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar berlangsung lama yaitu sebesar 68,75% (11 responden).

Berdasarkan hasil penelitian, tingkat nyeri persalinan pada kelompok perlakuan sebagian besar responden mengalami nyeri ringan yaitu sebesar 68,75% (11 responden) , dan untuk kelompok kontrol sebagian besar mengalami nyeri sedang sebanyak 43,75% dan sebanyak 2,00% mengalami nyeri ringan.

**Tabel 3.** Perbedaan Lama Kala I Pada Kelompok Perlakuan Dan Kontrol

Kelompok	Jumlah	Mean	SD	SE	p-value
Perlakuan	16	1,30	0,516	0,192	0,002
Kontrol	16	1,85	0,582	0,210	

Tabel 3 menjelaskan bahwa mean lama kala I persalinan pada kelompok perlakuan sebesar 1,30, sedangkan mean kelompok kontrol sebesar 1,85. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan mean kala I persalinan pada responden kelompok perlakuan dan responden kelompok kontrol. Berdasarkan uji independent T-test didapatkan *P-value* 0,002, dan kurang dari 0,05 maka  $H_a$  diterima sehingga disimpulkan terdapat pengaruh dilakukan teknik rebozo terhadap lama kala I pada persalinan.

Kelompok	Jumlah	Mean	SD	SE	p-value
Perlakuan	16	1,30	0,516	0,192	0,001
Kontrol	16	2,26	0,820	0,184	

Berdasarkan tabel 4, diketahui nilai median pada kelompok perlakuan sebesar 1,30 dan kontrol sebesar 2,26. Uji statistik menggunakan uji Independen *T-test* diperoleh *P-value* sebesar 0,000, lebih kecil dari 0,05 maka  $H_a$  diterima, sehingga disimpulkan bahwa ada pengaruh teknik rebozo terhadap tingkat nyeri pada persalinan.

## PEMBAHASAN

Ibu primipara dikatakan mengalami persalinan lama apabila persalinan terjadi lebih dari 8 jam untuk fase laten dan lebih dari 6 jam untuk fase aktif dan lebih dari 2 jam untuk kala II. Rata-rata pembukaan pada primipara adalah 1 cm/jam sedangkan pada multipara 1 cm/30 menit. Kontraksi uterus yang kuat apabila 3 x/10

menit dengan durasi 40 detik dalam 1 kontrakri (Cunningham et al., 2014). Dalam penelitian ini, lama persalinan dinilai dari 3 kriteria yaitu kontraksi uterus, pembukaan serviks dan lama persalinan kala I fase aktif.

Sesudah 36 minggu kontraksi uterus akan meningkat hingga persalinan mulai. Kontraksi uterus lebih kuat setiap sepuluh menit dan serviks membuka 2 cm. Kontraksi uterus yang sempurna mempunyai kejang otot paling tinggi di fundus uteri yang lapisan ototnya paling tebal dan puncak kontraksi terjadi simultan diseluruh bagian uterus. Setelah his, otot-otot corpus uteri menjadi lebih pendek daripada sebelumnya (retraksi), sementara serviks yang sedikit mengandung otot tertarik keatas dan terbuka, membuat pembukaan menjadi lebih cepat. Pada Kala persalinan frekuensi kontraksi menjadi 2 sampai 4 kontraksi tiap 10 menit, dengan lama yang meningkat dari 20 detik pada permulaan partus sampai 60-90 detik pada akhir kala I atau permulaan kala II.

Kala I (Kala pembukaan) yang berlangsung antara 0 sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan Kala I pada primigravida berlangsung kira-kira 12 jam. Pada penelitian ini kala I dalam persalinan kurang dari 12 jam dikelompokkan pada persalinan cepat, lebih dari 12 jam dikelompokkan persalinan lama (Mutmainnah et al., 2017). Jika dalam proses persalinan terjadi kelemahan dalam kontraksi uterus, maka akan terjadi pembukaan serviks yang memanjang yang disebabkan oleh kekuatan mengejan yang dimiliki ibu. Faktor-faktor yang berpengaruh dalam persalinan yaitu power (kekuatan), passage (jalan lahir), passanger (janin dan plasenta), psikis dan penolong. Pembukaan serviks yang memanjang akan menyebabkan perpanjangan waktu kala I yang disebut dengan kala I memanjang (Munafiah et al., 2020).

Lama Kala I dilihat dari fase pembukaan pada proses persalinan. Kelompok perlakuan yang diberikan teknik rebozo dilakukan langkah-langkah yaitu dengan meletakkan kain melebar di area panggul sampai dibawah bokong atau meletakkan kain memanjang di sekitar perut, kemudian menggerakkan kain dengan gerakan pendek secara perlahan dan meningkatkan kecepatannya. Teknik ini dilakukan ketika ada kontraksi sampai kontraksi berhenti. Menurut penelitian yang dilakukan Munafiah, dkk (2020) membandingkan teknik *rebozo* dengan *pelvic rocking*

menunjukkan bahwa teknik rebozo lebih efektif terhadap pembukaan servik ibu bersalin kala I (Munafiah et al., 2020).

Gerakan lembut pada teknik rebozo juga dapat membantu mengaktifkan sistem syaraf parasimpatis sehingga menimbulkan rasa kedamaian dan cinta. Pengalaman para wanita tentang dengan teknik rebozo ini menciptakan sensasi tubuh dan mengurangi rasa sakit mereka. Teknik rebozo persalinan menghasilkan hubungan timbal balik dan dukungan psikologis dari bidan dan pasangan (Inversen, 2017).

Teknik rebozo adalah terapi non farmakologi untuk mempercepat kala I pada ibu bersalin. Suatu penelitian membuktikan keefektifitasan teknik rebozo untuk kala I sehingga dapat mempercepat kemajuan persalinan. Teknik rebozo berfungsi sebagai optimalisasi posisi janin karena otot ligamen dalam panggul dan rahim dalam posisi tegang sehingga janin dalam rahim dalam posisi tidak optimal. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan 2 jenis teknik rebozo yaitu *shifting* dan *shake apple tree*. *Rebozo shifting* berguna untuk membantu otot-otot ligamen di dalam rahim sedangkan *apple tree* lebih ke ligamen otot panggul. Jika otot ligamen ibu tegang dan dengan posisi melahirkan yang kurang bagus akan mengakibatkan rahim dalam posisi miring sehingga bayi sulit untuk turun ke panggul. Pada umumnya, di usia kehamilan 38 minggu janin sudah turun ke panggul. Oleh karena itu, teknik rebozo sangat membantu ibu dalam proses persalinan. Peneliti melakukan penelitian dengan metode pra eksperimen yang menyimpulkan bahwa terdapat perbedaan lama kala I antara kelompok perlakuan (teknik *Rebozo*) dan kelompok kontrol. Menurut penelitian Munafiah (2020) yang meneliti tentang Manfaat Teknik Rebozo terhadap kemajuan persalianan menyimpulkan bahwa terdapat efektifitas pemberian teknik rebozo terhadap pembukaan serviks dan penurunan kepala janin pada ibu bersalinan kala I fase aktif dan teknik rebozo sangat bermanfaat terhadap kemajuan persalinan (Munafiah et al., 2020).

Proses persalinan identik dengan rasa nyeri yang dialami oleh para ibu bersalin. Secara fisiologis nyeri terjadi ketika otot-otot rahim berkontraksi sebagai upaya pembukaan servik dan mendorong pembukaan bayi ke arah panggul. Nyeri pada persalinan kala I merupakan proses fisiologis yang disebabkan oleh proses

dilatasi servik, hipoksia otot uterus saat kontraksi, iskemia korpus uteri dan peregangan sehingga membuat impuls nyeri bertambah banyak (Sumarah, 2009). Rasa sakit selama proses persalinan tidak dapat dihilangkan karena adanya rasa sakit menandakan bahwa proses kelahiran janin akan semakin dekat. Meski tidak bisa dihilangkan, setidaknya ibu bersalin bisa merasa nyaman dengan rasa sakit yang dirasakannya. Dengan perasaan nyaman ini, ibu bersalin dapat mengatasi rasa sakit dan mengurangi kecemasan yang dirasakannya sehingga persalinan normal yang menyheramkan tidak lagi dirasakan oleh ibu.

Pengalaman melahirkan sebelumnya juga dapat mempengaruhi respon ibu terhadap rasa nyeri. Pada ibu primigravida belum mempunyai pengalaman melahirkan sehingga akan merasa stres atau takut dalam persalinan. Pada ibu primigravida menyatakan tidak tahan dengan rasa nyeri yang dirasakan. Ibu merasakan nyeri dibagian pinggang, perut, punggung dan menjalar ke tulang belakang. Ibu merasakan sesak napas saat persalinan dan menghindari berbicara dengan orang lain ketika persalinan (Afifah et al., 2011).

Nyeri yang tidak bisa diatasi oleh ibu bersalin dapat mempengaruhi kondisi ibu berupa kelelahan, frustrasi, putus asa dan menimbulkan stress. Stress dapat menyebabkan melemahnya kontraksi rahim dan berakibat pada persalinan yang lama. Apabila hal ini tidak cepat teratasi maka dapat menyebabkan kematian pada ibu dan bayi. Oleh karena itu, untuk mengurangi rasa nyeri saat persalinan dapat dilakukan dengan memberikan asuhan kebidanan dalam proses persalinan salah satunya dengan teknik *rebozo*.

Gerakan yang diberikan pada ibu dengan teknik *rebozo* membuat ibu merasa lebih nyaman. Teknik *Rebozo* menggunakan alat berupa kain panjang yang dililitkan kemudian dikocok perlahan. Gerakan ini membantu ibu merasa lebih nyaman. Putaran yang tepat akan membuat ibu merasa seperti dipeluk dan memicu pelepasan hormon oksitosin yang dapat membantu proses persalinan berjalan dengan lancar Selain itu, hormon oksitosin merupakan hormon yang dapat meningkatkan rasa nyaman dan juga membantu dalam proses persalinan (Febby, 2019).

Teknik Rebozo mengalihkan impuls nyeri ke pusat respon nyeri di otak. Hal ini sesuai dengan teori *Gate Control* dari Melzack and Wall (1965) bahwa impuls nyeri dapat diatur dan dihambat oleh mekanisme pertahanan sepanjang sistem saraf dalam (Paramita et al., 2014). Teori ini menjelaskan bahwa impuls nyeri disampaikan ketika pertahanan terbuka dan impuls dihambat oleh pertahanan tertutup (Tamsuri, 2007). Oleh karena itu, ketika diberikan Teknik Rebozo, gerakan dalam Teknik Rebozo dapat menghambat impuls rasa sakit yang dikirim ke kondisi pusat otak sehingga rasa sakit yang dirasakan akan sedikit lebih ringan.

Selain memblokir impuls nyeri, Teknik Rebozo juga dapat membantu janin untuk membuka jalan lahir dengan baik karena Teknik Rebozo dapat memberikan ruang bagi bayi sehingga bayi dapat berada pada posisi yang optimal untuk melahirkan. Gerakan Teknik Rebozo akan membuat ibu menjadi lebih rileks dan membantu bayi menemukan jalan lahir (Anna, 2014).

Teknik Rebozo merupakan teknik distraksi yang lebih tidak menimbulkan risiko atau efek samping yang berbahaya, jika dibandingkan dengan terapi farmakologis. Oleh karena itu, pengurangan nyeri cenderung tidak sebanyak jika diberikan obat-obatan (anastesia). Wanita yang akan melahirkan mengkhawatirkan nasib anaknya yang akan dilahirkan (Manuaba et al., 2010). Ibu juga mencemaskan diri sendiri terhadap rasa sakit saat melahirkan, melahirkan dalam keadaan patologis. Termasuk dalam kecemasan realitas bahwa Freud adalah kecemasan yang bersumber dari bahaya nyata di dunia luar. Teknik Rebozo Selain meminimalkan rasa sakit saat melahirkan di sisi lain juga dapat menimbulkan efek relaksasi sehingga dapat membuat persalinan lebih nyaman. Akibatnya kecemasan dapat dikendalikan. Karena jika nyeri tidak teratasi dapat meningkatkan tekanan darah juga menjadi cemas hingga mempengaruhi persalinan (Mander, 2012).

Kenyamanan adalah pengalaman yang diterima oleh seseorang dari suatu intervensi. Hal ini merupakan pengalaman langsung dan menyeluruh ketika kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial, dan lingkungan terpenuhi (Peterson & Bredow, 2009). Rebozo dapat digunakan selama persalinan untuk membantu otot-otot dan serat otot dalam ligamen uterus rileks sehingga mampu mengurangi rasa sakit ketika adanya kontraksi. Sebagian dari para peneliti menyatakan bahwa

rebozo dapat menciptakan efek positif psikologis dari perasaan dan dukungan yang didapatkan ibu bersalin dari tim pendukung persalinan seperti bidan, suami, dan keluarga ketika mereka menggunakan rebozo. Tindakan yang dilakukan peneliti pada kelompok perlakuan dengan teknik rebozo menunjukkan adanya pendekatan psikologis dan sosial, sehingga ibu yang melahirkan dalam keadaan rileks, semua lapisan otot dalam rahim akan bekerja sama secara harmonis sehingga persalinan berjalan lancar, mudah, dan nyaman.

## **BAB 6**

### **PENUTUP**

#### **6.1 KESIMPULAN**

Hasil penelitian mengenai pengaruh teknik rebozo di di TPMB Siti Nurul Aini pada November 2019 sampai Juni 2020 terhadap 32 responden dapat disimpulkan bahwa lama kala I pada ibu bersalin primigravida yang menggunakan tehnik rebozo berlangsung lebih cepat dibandingkan dengan kelompok kontrol. Sedangkan tingkat nyeri ibu bersalin primigravida yang menggunakan teknik rebozo lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol. Oleh karena itu, secara statistik ada pengaruh teknik rebozo terhadap lama persalinan dan tingkat nyeri persalinan kala I pada ibu bersalin primipara.

#### **6.2 SARAN**

Penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu referensi *evidence based practice* dalam ilmu kebidanan, dapat diterapkan di pelayanan kebidanan sebagai salah satu tindakan alternatif dari metode non farmakologis pada persalinan kala I fase aktif, dan adanya pengembangan riset selanjutnya khususnya terkait pelayanan kebidanan komplementer lainnya dalam mengatasi nyeri persalinan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, D., Budi, M., & Ninik, P. (2011). Perbedaan Tingkat Nyeri Persalinan Kala I pada Ibu Bersalin Normal Primigravida dan Multi Gravida. *Jurnal Universitas Muhammadiyah Semarang*, 2–7.
- Anna, L. (2014). *7 Ways to Reduce Labor Pain from Around the World*. <https://lifestyle.kompas.com/read/2014/01/09/1725219/7> How to reduce pain, labor, %0Afrom the whole world%0D
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., & Dashe, J. S. (2014). *Williams obstetrics, 24e*. Mcgraw-hill New York, NY, USA.
- Febby. (2019). *Rebozo Technique: Helping Labor More Comfortably with Cloths*. [https://en.theasianparent.com/teknik-rebozo-kain-jarik/?utm\\_source=artic%0Abottom&%0Autm\\_medium=copy&utm\\_campaign=article-share](https://en.theasianparent.com/teknik-rebozo-kain-jarik/?utm_source=artic%0Abottom&%0Autm_medium=copy&utm_campaign=article-share)
- Hamdamian, S., Nazarpour, S., Simbar, M., Hajian, S., Mojab, F., & Talebi, A. (2018). Effects of aromatherapy with *Rosa damascena* on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor. *Journal of Integrative Medicine*, 16(2), 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2018.02.005>
- Inversen. (2017). Danish Women's Experiences of the Rebozo Technique During Labour: Qualitative Explorative Study. *Sexual Reprod Healthc.*, 11, 79–85.
- Mander, R. (2012). *Labor Pain: Suportive Care and Midwifery*. EGC.
- Manuaba, I. A., Manuaba, I., & Manuaba, I. B. (2010). Buku ajar penuntun kuliah ginekologi. *Jakarta: Penerbit CV. Trans Ino Media*.
- Manuaba, I. A., Manuaba, I., & Manuaba, I. B. (2010). Buku ajar penuntun kuliah ginekologi. *Jakarta: Penerbit CV. Trans Ino Media*.
- Munafiah, D., Astuti, L. P., Parada, M. M., & Demu, M. R. M. (2020). Manfaat Teknik Rebozo Terhadap Kemajuan Persalinan. *Midwifery Care Journal*, 1(3), 23–27.
- Mutmainnah, A. U., SiT, S., Herni Johan, S. E., SKM, M. S., Llyod, S. S., SiT, S., & Mahakam, A. K. M. (2017). *Asuhan Persalinan Normal dan Bayi Baru Lahir*. Penerbit Andi.
- Paramita, I., Pramestyani, M., & Fitriannisa, F. (2014). Efektivitas perlakuan pijat effleurage pada kala i fase aktif persalinan untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu bersalin di BPM yusnaeni bulan mei tahun 2013. *Journal of Health (JoH)*, 1(1), 12–17.
- Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2009). *Middle range theories: Application to nursing research*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, & Perry. (2006). *Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik* (4th ed.). EGC.
- Ranjbaran, M., Khorsandi, M., Matourypour, P., & Shamsi, M. (2017). Effect of massage therapy on labor pain reduction in primiparous women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(4), 257.
- Rejeki, S., Nurullita, U., & Krestanti, R. (2013). Tingkat Nyeri Pinggang Kala I Persalinan melalui Teknik Back-Effluerage dan Counter-Pressure. *Jurnal Keperawatan Maternitas*, 1(2).
- Smith, C., Levett, K., Collins, C., Dahlen, H., Ee, C., & M, S. (2018). management in labour ( Review ). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub3>.[www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)

- Sumarah. (2009). *Perawatan Ibu Bersalin: Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Salemba Medika.
- Tamsuri, A. (2007). Konsep dan penatalaksanaan nyeri. *Jakarta: EGC, 212*.
- Yuningsih, R. (2016). Pengembangan Kebijakan Profesi Bidan dalam Upaya Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak. *Aspirasi: Jurnal Masalah-Masalah Sosial*, 7(1), 63–76.
- Yuriati, P., & Sartika, W. (2022). MANFAAT PERSALINAN NYAMAN DENGAN TEKNIK REBOZO PADA IBU HAMIL DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS MEKAR BARU. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Anugerah Bintang (JPMAB)*, 3(1).

## LAPORAN KEUANGAN

1. Rincian Gaji dan Upah

No	Uraian	Jam	Honor/Jam	Jumlah (Rp)
		Kerja/Minggu	(Rp)	
1.	Ketua	10 jam x 1	40.000	400.000
2.	Anggota	10 jam x 1	35.000	350.000
3.	Pembantu Teknis Lapangan	6 jam x 1	30.000	180.000
		Jumlah biaya		<b>930.000</b>

2. Bahan Habis Pakai dan Peralatan

No.	Bahan	Volume	Biaya Satuan	Biaya (Rp)
1	Kertas HVS 80 gram			
	A4	2 rim	50.000	100.000
2	Tinta Refill Printer HP 360	2 buah	120.000	240.000
3	Alat Tulis Bolpoint	1 lusin	16.000	16.000
4	Materai	7 bh	7.000	49.000
5	Bukupedoman	23 bh	25.000	575.000
6	Biaya Paket Pulsa	23	50.000	1.150.000
		Jumlah biaya		<b>2.130.000</b>

3. Rincian Pengumpulan dan Pengolahan data, laporan, publikasi seminar dan lain-lain

No	Komponen	Volume	Biaya Satuan (Rp)	Jumlah (Rp.)
1	Pengumpulan dan pengolahan data	1	100.000	100.000
2	Penyusunan laporan	3	70.000	210.000
3	Desiminasi/seminar	1	100.000	100.000
4	Publikasi/jurnal	1	230.000	230.000
		Jumlah biaya		<b>640.000</b>

4. Perjalanan

Material	Tujuan	Kuantitas	Jumlah (Rp)
Ketua	a. Pengorganisasian persiapan kegiatan	60 kali	800.000
	b. Pendampingan Pendidikan dari UM Surabaya		
	c. Evaluasi kegiatan, dll		

Anggota	a.Pengorganisasian persiapan kegiatan	50 kali	500.000
	b.Pendampingan Pendidikan dari UM Surabaya		
	c.Evaluasi kegiatan		
	<b>SUB TOTAL</b>		<b>1.300.000</b>
		Total	5.000.000