

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan terhadap kasus kelolaan dilakukan di Ruang Tunjung RSUD Bali Mandara. Pengkajian pada pasien yaitu Ny. M dilakukan pada tanggal 6 April 2026 pukul 16.00 Wita.

1. Identitas pasien

Nama : Ny. M
Umur : 27 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : ART
Status perkawinan : Kawin
Agama : Kristen
Suku : NTT
Alamat : Jl. Batur Sari Gg.8 No.16
No. CM : 2097**
Tanggal MRS : 6 April 2026, pukul 08.00 Wita
Tanggal Pengkajian : 6 April 2026, pukul 16.00 Wita
Sumber informasi : Pasien, rekam medis

Penanggung Jawab

Nama : Tn. T
Umur : 30 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Karyawan Swasta
Alamat : Jl. Batur Sari Gg.8 No.16

2. Alasan dirawat

a. Keluhan utama

Pasien datang ke UGD RSUD Bali Mandara pada Senin, 6 April 2026 pukul 08.00 Wita dengan keluhan air ketuban merembes, dirasakan sejak dini hari pukul 03.00 Wita.

b. Riwayat persalinan

Pasien datang ke UGD RSUD Bali Mandara pada Senin, 6 April 2026 pukul 08.00 WITA dengan keluhan air ketuban merembes sejak dini hari pukul 03.00 WITA. Gerakan janin dirasakan (+). Keadaan umum pasien baik, kesadaran *compos mentis*, dengan tanda-tanda vital yaitu TD: 130/90 mmHg, N: 102 x/menit, RR: 18 x/menit, S: 36,5°C, dan SpO₂: 99%.

Setelah dilakukan pemeriksaan lanjutan, pasien disarankan untuk segera dilakukan tindakan seksio sesarea atas indikasi medis. Pasien kemudian dibawa ke ruang operasi pada pukul 10.00 WITA. Pada pukul 11.30 WITA bayi lahir spontan melalui tindakan seksio sesarea, segera menangis, jenis kelamin perempuan, berat badan 2800 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 32, lingkar dada 30 cm, tanpa kelainan, dengan nilai Apgar Score 8–10. Plasenta lahir lengkap dan tidak terdapat komplikasi selama proses persalinan. Pasien terpasang infus Ringer Laktat (RL) dengan tambahan oksitosin 20 iu sebanyak 28 tetes per menit untuk membantu kontraksi uterus serta mencegah perdarahan. Untuk manajemen nyeri, pasien diberikan terapi analgetik berupa drip fentanyl 200mcg secara intravena dan terpasang kateter urin. Setelah tindakan, luka operasi dibersihkan menggunakan NaCl dan dilakukan penjahitan. Operasi selesai pada pukul 12.15 WITA. Tanda-tanda vital *post* operasi dalam batas normal, yaitu TD: 138/90 mmHg, N: 104 x/menit, RR: 18 x/menit, dan SpO₂: 97%.

Selanjutnya pasien dipindahkan ke ruang rawat inap Tunjung pada pukul 15.00 Wita untuk mendapatkan perawatan lanjutan serta dilakukan rawat gabung dengan bayi. Keadaan umum pasien baik, kesadaran *compos mentis*,

b. Pola metabolik-nutrisi

Sebelum dirawat Ny. M mengatakan makan tiga kali sehari, dan tidak ada masalah saat makan. Saat dirawat pasien makan sesuai dengan porsi yang sudah disiapkan dan mampu menghabiskan.

c. Pola eliminasi

Ny. M mengatakan tidak memiliki masalah pada saat BAB dan BAK. Sebelum dirawat Ny. M mengatakan BAB setiap dua hari sekali dan BAK 6 – 7 kali sehari. Saat dirawat Ny. M belum ada BAB dan BAK masih menggunakan kateter dengan produksi urine (+) 250 cc.

d. Pola aktivitas-latihan

Sebelum dirawat Ny. M mengatakan tidak memiliki masalah saat beraktivitas. Namun saat dirawat Ny. M mengatakan belum mampu beraktivitas dengan baik dan memerlukan bantuan orang lain.

e. Pola istirahat-tidur

Sebelum dirawat Ny. M mengatakan tidak memiliki gangguan tidur. Namun, saat dirawat Ny. M mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan seperti berdenyut membuat kesulitan mencari posisi tidur yang nyaman, pasien tidur hanya miring kiri.

f. Pola persepsi-kognitif

Ny. M mengeluh nyeri pada area luka bekas operasi di perut bagian bawah dengan sensasi berdenyut, skala nyeri 7 (0–10), dirasakan meningkat saat bergerak atau berubah posisi.

g. Pola hubungan-peran

Sebelum dirawat Ny.M berinteraksi dengan keluarga dan masyarakat sekitar rumahnya. Sedangkan, saat dirawat Ny. M berinteraksi dengan suami dan ibunya.

h. Pola reproduksi-seksualitas

Ny. M mengatakan selama hamil pasien mengatakan lebih jarang berhubungan seksual dengan suaminya.

i. Pola toleransi terhadap stress-koping

Ny. M mengatakan jika memiliki masalah, ia akan menceritakan masalahnya kepada suami dan ibunya.

j. Pola keyakinan-nilai

Ny. M beragama Kristen dan percaya kepada Tuhan Yesus Kristus dalam menghadapi kondisi kesehatannya.

5. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

- 1) GCS : E4V5M6
- 2) Tingkat kesadaran : *Compos mentis*
- 3) Tanda-tanda vital : TD : 136/90 mmHg N : 102 x/menit
T : 36°C RR : 20 x/menit
- 4) BB : 58 kg TB : 151 cm LILA : 28 cm

b. *Head to toe*

1) Kepala

Wajah tampak normal, pucat tidak ada, cloasma tidak ada, sklera putih dan tidak ikterik, konjungtiva tampak merah muda, pembesaran limphe node

tidak ada, pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, telinga simetris dan bersih, tidak ada kelainan.

2) Dada

Payudara tampak simetris, areola mengalami hiperpigmentasi (warna gelap), puting tampak menonjol, pengeluaran ASI berupa kolostrum pada payudara kiri dan payudara kanan belum mengeluarkan kolostrum. Irama jantung normal dan tidak ada murmur, paru tidak ada bunyi nafas tambahan.

3) Abdomen

Linea tidak nampak, striae terlihat, terdapat luka sayatan seksio sesarea yang tertutup kasa dan hepapix, bising usus normal 10 x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, dan kontraksi uterus baik (hasil pemeriksaan oleh bidan).

4) Genitalia

Kebersihan terjaga, lokhea rubra berwarna merah \pm 50 cc, dengan karakteristik merah.

5) Perineum dan anus

Kebersihan cukup, hemoroid tidak ada.

6) Ekstremitas

Atas : oedema tidak ada, varises tidak ada, CRT < 2 detik

Bawah : oedema tidak ada, varises tidak ada, CRT < 2 detik, tanda homan (-/-),

pemeriksaan reflek : ada

+	+
+	+

6. Data penunjang

Tabel 3
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 6 April 2026

No	Nama Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Nilai Normal
1	PLT	210	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 440
2	HGB	11,8	g/dL	11,7 - 15,5
3	HCT	36,5	%	35,0 - 47,0
4	WBC	9,20	$10^3/\mu\text{L}$	3,60 - 11,00
5	MPV	9,5	fL	7,5 - 11,0

Sumber : Rekam medis pasien

7. Diagnosa medis

P1001 *post* seksio sesarea Hr-0 + IUD PP

8. Pengobatan

IVFD RL	500	ml	
Fentanyl	0,05	mg	1 x 1
Metilergometrin	0,125	mg	1 x 1
Cefadroxil	500	mg	3 x 1
Vitamin A	200	iu	1 x 1
Paracetamol	500	mg	3 x 1
Natrium diklofenak	50	mg	2 x 1

B. Diagnosa Keperawatan

Penegakan diagnosis keperawatan yang sistematis dilakukan berdasarkan tiga tahapan, meliputi analisa data, identifikasi masalah, serta perumusan diagnosis pada kasus kelolaan.

1. Analisa data

Tabel 4
Analisis Data Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Terapi
Relaksasi *Guided Imagery* pada Ibu Post Seksio Sesarea
di Ruang Tunjung RSUD Bali Mandara

Data Fokus	Analisis	Masalah Keperawatan
1	2	3
DS : a. Ny. M mengatakan nyeri pada bekas luka bekas operasi seksio sesarea b. Pengkajian PQRST P : nyeri luka jahitan pasca melahirkan <i>post</i> seksio sesarea Q : nyeri terasa seperti berdenyut R : nyeri dirasakan pada perut bagian bawah S : skala nyeri 7 (0-10) dengan <i>Numeric Rating Scale</i> T : nyeri dirasakan meningkat saat bergerak atau berubah posisi	Tindakan pembedahan (seksio sesarea) ↓ Insisi pada dinding abdomen dan uterus ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Stimulasi reseptor nyeri ↓ Impuls ke sistem saraf pusat ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut
DO : c. Ny. M meringis menahan nyeri dan bersikap protektif (melindungi area nyeri dengan memegang perutnya saat bergerak atau mencari posisi miring di tempat tidur) d. TFU 2 jari di bawah pusat		

	1	2	3
e.	Kontraksi uterus baik		
f.	Luka <i>post</i> operasi kering tertutup perban dan tidak ada rembesan		
g.	Hasil pemeriksaan TTV TD : 136/90 mmHg N : 102 x/menit T : 36,3° C RR : 20 x/menit SpO ₂ : 99%		

2. Rumusan diagnosis keperawatan

Berdasarkan hasil tabel analisis data di atas, maka diagnosis keperawatan yang dapat dirumuskan adalah nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post* seksio sesarea) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi seksio sesarea, nyeri terasa seperti berdenyut, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah, skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakan meningkat saat bergerak atau berubah posisi secara tiba-tiba, pasien meringis dan bersikap protektif (melindungi area nyeri dengan memegang perutnya saat bergerak atau mencari posisi miring di tempat tidur), tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, luka *post* operasi kering tertutup perban dan tidak ada rembesan, hasil pemeriksaan TD : 136/90 mmHg, N : 102 x/menit, T : 36,3°C, RR : 20 x/menit, SpO₂ : 99%.

C. Rencana keperawatan

Berikut merupakan rencana keperawatan yang ditetapkan pada kasus kelolaan yang menggunakan SIKI sebagai pedoman atau acuan dalam

menyusun rencana keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien *post* seksio sesarea dengan menambahkan intervensi inovasi berdasarkan *evidence based practice*.

Tabel 5
Rencana Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Terapi Relaksasi *Guided Imagery* pada Ibu *Post* Seksio Sesarea di Ruang Tunjung RSUD Bali Mandara

Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	2	3	4	5
6 April 2026 16.30 Wita	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (<i>post</i> seksio sesarea) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi seksio sesarea, nyeri terasa seperti berdenyut, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah, skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakan meningkat saat bergerak atau berubah posisi secara tiba-tiba, pasien	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun (5) b. Meringis menurun (5) c. Sikap protektif menurun (5) d. Frekuensi nadi membaik (5) e. Tekanan darah membaik (5)	Intervensi Utama Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup	Intervensi Utama Manajemen Nyeri Observasi 1. Mengetahui gambaran menyeluruh mengenai nyeri yang dialami pasien 2. Mengetahui tingkat keparahan nyeri secara objektif dari pasien Mengetahui adanya tanda-tanda nyeri melalui ekspresi wajah, perubahan perilaku, atau respons fisiologis pada pasien 3. Mengetahui faktor yang dapat mengurangi nyeri

1	2	3	4	5
	<p>meringis dan bersikap protektif (melindungi area nyeri dengan memegang perutnya saat bergerak atau mencari posisi miring di tempat tidur), tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, luka <i>post</i> operasi kering tertutup perban dan tidak ada rembesan</p>		<p>Terapeutik</p> <p>6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi <i>guided imagery</i>)</p> <p>7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</p> <p>8. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>9. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10. Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>4. Mengetahui dampak nyeri terhadap aktivitas sehari-hari, pola tidur, dan kondisi psikologis</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Membantu menurunkan persepsi nyeri, meningkatkan relaksasi, mengurangi ketegangan</p> <p>6. Menciptakan lingkungan yang nyaman untuk pasien</p> <p>7. Membantu mengurangi kelelahan, meningkatkan relaksasi, dan menurunkan persepsi nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Meningkatkan pemahaman pasien mengenai kondisi nyeri yang dialami</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Membantu mengurangi intensitas nyeri secara efektif melalui pemberian obat sesuai indikasi medis</p>






1	2	3	4	5
			Intervensi Pendukung Perawatan Pasca Seksio Sesarea	Intervensi Pendukung Perawatan Pasca Seksio Sesarea
			Observasi	Observasi
			1. Monitor tanda-tanda vital ibu	1. Untuk mengetahui adanya perubahan kondisi fisiologis yang dapat menunjukkan komplikasi
			2. Monitor respon fisiologis (mis. nyeri, perubahan uterus dan lochea)	2. Menilai proses involusi uterus, mendeteksi adanya perdarahan atau infeksi
			3. Monitor kondisi luka dan balutan	3. Mengetahui tanda-tanda infeksi
			Terapeutik	Terapeutik
			4. Motivasi mobilisasi dini 6 jam post operasi	4. Meningkatkan sirkulasi darah, mempercepat pemulihan
			5. Fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi	5. Meningkatkan aliran darah sehingga oksigenasi jaringan lebih optimal
			6. Berikan dukungan menyusui yang memadai	6. Membantu meningkatkan keberhasilan menyusui dan memastikan teknik menyusui yang benar
			Edukasi	
			7. Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi	
			8. Ajarkan ibu cara menyusui	
			9. Anjurkan ibu mengkonsumsi nutrisi tinggi kalori tinggi protein	





1	2	3	4	5
				7. Membantu ibu dalam meningkatkan keberhasilan menyusui dan memastikan teknik menyusui yang benar
				Edukasi
				8. Meningkatkan sirkulasi darah, mencegah kekakuan sendi
				9. Memastikan teknik menyusui yang benar
				10. Memenuhi kebutuhan energi dan protein pada masa pemulihan pasca persalinan




D. Implementasi keperawatan




Berikut merupakan implementasi keperawatan yang ditetapkan pada kasus kelolaan berdasarkan rencana keperawatan yang telah dibuat. Asuhan keperawatan dilaksanakan di Ruang Tunjung RSUD Bali Mandara selama 3x24 jam perawatan. Berdasarkan acuan SLKI dan SIKI, fokus utama intervensi yang dilakukan adalah manajemen nyeri, perawatan *post* seksio sesarea, dan didukung dengan pemberian terapi relaksasi *guided imagery* sebagai intervensi inovatif :




Tabel 6
Implementasi Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Terapi
Relaksasi *Guided Imagery* pada Ibu *Post* Seksio Sesarea
di Ruang Tunjung RSUD Bali Mandara




Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1	3	4	5
Senin 6 April 2026 17.00 Wita	a. Mengkaji pemulihan sensorik dengan memberikan sentuhan dan cubitan ringan pada kedua kaki	DS: a. Pasien mengatakan mulai dapat merasakan sedikit sentuhan pada kedua kaki DO: a. Pasien mampu merasakan sentuhan ringan pada kedua kakinya	 lily
17.15 Wita	a. Mengkaji kemampuan motorik ekstremitas bawah	DS: a. Pasien mengatakan dapat menggerakkan kaki perlahan DO: a. Pasien mampu menggerakkan jari kaki secara perlahan	 lily
17.30 Wita	a. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital	DS: a. Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan DO: a. Hasil pemeriksaan TTV TD : 130/90 mmHg N : 102 x/mnt T : 36,3 ⁰ C RR : 20 x/mnt SPO ₂ : 99%	 lily
18.00 Wita	a. Memotivasi mobilisasi dini 6 jam <i>post</i> seksio sesarea (menggerakkan jari kaki, fleksi-ekstensi tungkai)	DS: - DO: a. Pasien mampu mengikuti dan melakukan gerakan aktif sederhana	 lily
18.30 Wita	a. Memotivasi mobilisasi dini 6 jam <i>post</i> seksio sesarea (menggeser bokong dan mengangkat panggul secara perlahan)	DS: a. Pasien mengatakan masih takut gerak	 lily




1	3	4	5
		DO: a. Pasien mampu menggeser bokong dan mengangkat panggul dengan bantuan minimal	
19.00 Wita	a. Memotivasi mobilisasi dini (mengajarkan miring kiri dan miring kanan secara bertahap)	DS: a. Pasien mengatakan merasa sedikit tidak nyaman saat bergerak DO: a. Pasien mampu miring kiri dengan bantuan minimal	 lily
20.00 Wita	a. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DS: a. Pasien mengatakan mulai merasa nyeri pada luka operasi seksio sesarea, nyeri terasa seperti berdenyut, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah, skala nyeri 6 (0-10), nyeri dirasakan saat berubah posisi DO: a. Pasien tampak memegang perut bagian bawah	 lily
20.30 Wita	a. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi <i>guided imagery</i> selama 15 menit)	DS: a. Pasien mengatakan merasa lebih tenang dan nyaman DO: a. Pasien mampu mengikuti instruksi dengan baik b. Meringis berkurang, pasien tampak lebih rileks	 lily
21.00 Wita	a. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) b. Memfasilitasi pasien untuk istirahat dan tidur	DS: a. Pasien mengatakan nyeri berkurang dan merasa lebih nyaman saat beristirahat DO: a. Lingkungan pasien tenang dengan pencahayaan redup, kebisingan minimal	 lily




1	3	4	5
		b. Pasien berbaring di tempat tidur dengan posisi nyaman miring kiri	
Selasa 7 April 2026 07.00 Wita	a. Delegasi pemberian terapi obat: IVFD RL 28 tpm Cefadroxil 500mg Paracetamol 500mg	DS: - DO: a. Infus terpasang di tangan kiri dan berjalan dengan baik b. Tidak ada reaksi alergi obat	Bdn. Titin
07.30 Wita	a. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DS: a. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi seksio sesarea di perut bagian bawah, nyeri terasa berdenyut, skala nyeri 5 (0–10), dirasakan meningkat saat bergerak atau berubah posisi DO: a. Pasien meringis menahan nyeri dan bersikap protektif (melindungi area nyeri dengan memegang perut saat mencari posisi tidur yang nyaman)	 lily
08.00 Wita	a. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi <i>guided imagery</i> selama 15 menit)	DS: a. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan nyeri sedikit berkurang DO: a. Pasien mampu mengikuti instruksi dengan baik dan melakukan teknik relaksasi sesuai arahan saat terasa nyeri	 lily
09.00 Wita	a. Memfasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi b. Mengajarkan ibu cara menyusui c. Memberikan dukungan menyusui yang memadai	DS: a. Pasien mengatakan merasa senang dan lebih dekat dengan bayinya b. Pasien mengatakan belum mengetahui cara menyusui yang benar dan asinya keluar sedikit	 lily

1	3	4	5
		DO: a. Bayi tampak tenang berada di dada ibu b. Pasien memperhatikan teknik menyusui yang dijelaskan oleh bidan c. Produksi ASI masih keluar sedikit, sehingga bidan melakukan teknik Hoffman untuk merangsang pengeluaran ASI secara bertahap	
10.00 Wita	a. Memotivasi mobilisasi dini (membantu pasien duduk di tepi tempat tidur)	DS: a. Pasien mengatakan masih takut untuk bergerak DO: a. Pasien mampu duduk secara perlahan dengan bantuan	 lily
12.00 Wita	a. Delegasi pemberian terapi obat: Paracetamol 500mg	DS: - DO: a. Tidak ada reaksi alergi obat	 lily
13.00 Wita	a. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital b. Memonitor respon fisiologis (mis. perubahan uterus, tinggi fundus uteri dan lokhea) c. Memonitor kondisi luka dan balutan	DS: a. Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan DO: a. Luka post operasi seksio sesarea tertutup perban dan bersih, rembesan (-) b. TFU 2 jari dibawah pusat c. Lokhea rubra d. Hasil pemeriksaan TTV TD : 130/90 mmHg N : 100 x/menit T : 36,6 ^o C RR : 20 x/menit SPO ₂ : 99%	Bdn. Widya
14.30 Wita	a. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DS: a. Pasien mengatakan masih terasa nyeri dengan skala nyeri 5 (0-10), nyeri dirasakan saat berubah posisi	 lily

1	3	4	5
		DO: a. Pasien meringis menahan nyeri dan memegang perutnya	
16.00 Wita	a. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi <i>guided imagery</i> selama 15 menit)	DS: a. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan nyeri sedikit berkurang DO: a. Pasien mampu mengikuti instruksi dengan baik dan melakukan teknik relaksasi sesuai arahan b. Pasien tampak tenang dan nyaman	 lily
18.00 Wita	a. Delegasi pemberian terapi obat: IVFD RL 28 tpm Cefadroxil 500mg Metilergometrin 0,125mg Paracetamol 500mg	DS: - DO: a. Infus terpasang di tangan kiri dan berjalan dengan baik b. Tidak ada reaksi alergi obat	Bdn. Ayu
20.00 Wita	a. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) b. Memfasilitasi pasien untuk istirahat dan tidur	DS: a. Pasien mengatakan nyeri berkurang dan merasa lebih nyaman saat beristirahat DO: a. Lingkungan pasien tenang dengan pencahayaan redup, kebisingan minimal b. Pasien berbaring di tempat tidur dengan posisi nyaman miring kiri	 lily
Rabu 8 April 2026 07.00 Wita	a. Delegasi pemberian terapi obat: IVFD RL 28 tpm Cefadroxil 500mg Paracetamol 500mg	DS: - DO: a. Infus masih terpasang di tangan kiri dan berjalan dengan baik b. Tidak ada reaksi alergi obat	Bdn. Ayu
08.00 Wita	a. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	DS: a. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dengan skala nyeri 4 (0-10),	 lily

1	3	4	5
	b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	nyeri dirasakan saat pasien duduk di tepi tempat tidur DO: a. Pasien tamak lebih nyaman disbanding hari sebelumnya	
09.00 Wita	a. Memotivasi mobilisasi dini (melatih pasien berjalan di sekitar tempat tidur secara bertahap)	DS: a. Pasien mengatakan masih takut untuk bergerak dan merasa nyeri saat berjalan DO: a. Pasien mampu berjalan secara perlahan dengan bantuan minimal	 lily
10.00 Wita	a. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DS: a. Pasien mengatakan nyeri meningkat saat berjalan DO: a. Pasien tampak memegang perutnya dan berhati-hati saat bergerak	 lily
12.00 Wita	a. Delegasi pemberian terapi obat: Paracetamol 500mg	DS: - DO: a. Tidak ada reaksi alergi obat	 lily
14.00 Wita	a. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital b. Memonitor pengeluaran ASI c. Memonitor respon fisiologis (mis. perubahan uterus dan lokhea) d. Memonitor kondisi luka dan balutan	DS: a. Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan DO: a. Produksi ASI mulai keluar pada kedua payudara dan pasien mulai dapat menyusui bayinya secara bertahap b. Luka post operasi tertutup perban dan bersih c. Kontraksi uterus baik, TFU 3 jari dibawah pusat d. Lokhea rubra dalam batas normal	Bdn. Sujiati

1	3	4	5
		e. Hasil pemeriksaan TTV TD : 120/70 mmHg N : 88 x/mnt T : 36,2 ^o C RR : 20 x/mnt SPO ₂ : 99%	
15.00 Wita	a. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) b. Memfasilitasi pasien untuk istirahat dan tidur	DS: a. Pasien mengatakan nyeri berkurang dan merasa lebih nyaman saat beristirahat DO: a. Lingkungan pasien tenang dengan pencahayaan redup, kebisingan minimal b. Pasien berbaring di tempat tidur dengan posisi miring kanan	 lily
17.00 Wita	a. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi <i>guided imagery</i> selama 15 menit)	DS: a. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dari sebelumnya DO: a. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi secara mandiri	 lily
18.00 Wita	a. Delegasi pemberian terapi obat: Cefadroxil 500mg Paracetamol 500mg	DS: - DO: a. Infus pasien dilepas b. Obat sudah diminum dan tidak ada reaksi alergi obat	Bdn. Sujiati
20.00 Wita	a. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) b. Memfasilitasi pasien untuk istirahat dan tidur	DS: a. Pasien mengatakan nyeri berkurang dan merasa lebih nyaman saat beristirahat DO: a. Lingkungan pasien tenang dengan pencahayaan redup, kebisingan minimal b. Pasien berbaring di tempat tidur dengan posisi nyaman	 lily


1	3	4	5
Kamis 9 April 2026 07.00 Wita	a. Delegasi pemberian terapi obat: Cefadroxil 500mg Paracetamol 500mg	DS: - DO: a. Infus sudah tidak terpasang b. Pasien meminum obat yang telah diberikan c. Tidak ada reaksi alergi obat	Bdn. Desiani
08.00 Wita	a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal c. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DS: a. Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dengan skala nyeri 3 (0-10) DO: a. Pasien tampak lebih nyaman dan rileks dari hari sebelumnya	 lily
09.00 Wita	a. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi <i>guided imagery</i> selama 15 menit) b. Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi secara mandiri	DS: a. Pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman dan nyeri sedikit berkurang dari sebelumnya DO: a. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi secara mandiri	 lily
10.00 Wita	a. Mengevaluasi kemampuan mobilisasi secara mandiri	DS: a. Pasien mengatakan sudah dapat berjalan ke kamar mandi DO: a. Pasien mampu berjalan ke kamar mandi secara mandiri	 lily
14.00 Wita	a. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital b. Memonitor kondisi luka dan balutan c. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	DS: a. Pasien mengatakan kondisinya sudah mulai membaik dan nyeri sudah berkurang DO: a. Pasien tampak sudah lebih nyaman	Bdn. Sujiati

1	3	4	5
		b. Luka post operasi tertutup perban dan bersih c. Hasil pemeriksaan TTV TD : 120/80 mmHg N : 89 x/mnt T : 36,2 ^o C RR : 20 x/mnt SPO ₂ : 99%	Bdn. Sujiati

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada kasus kelolaan dilakukan setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Berikut merupakan tabel evaluasi keperawatan pada kasus kelolaan :

Tabel 7
Evaluasi Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Terapi Relaksasi *Guided Imagery* pada Ibu Post Seksio Sesarea di Ruang Tunjung RSUD Bali Mandara

Hari/ Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
Kamis 9 April 2026 17.00 Wita	Nyeri akut S : berhubungan dengan agen pencedera fisik (<i>post seksio sesarea</i>) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi seksio sesarea, nyeri terasa seperti berdenyut, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah, skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakan meningkat saat	a. Ny. M mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang dengan skala nyeri 3 (0-10), namun nyeri dirasakan sesekali saat berjalan b. Ny. M mengatakan sudah merasa membaik dan lebih nyaman dibanding hari sebelumnya c. Ny. M mengatakan dapat beristirahat dengan lebih baik dan sudah dapat melakukan aktivitas ringan berjalan ke kamar mandi secara mandiri	 Lily

1	2	3	4
	<p>bergerak atau berubah posisi secara tiba-tiba, pasien meringis dan bersikap protektif (melindungi area nyeri dengan memegang perutnya saat bergerak atau mencari posisi miring di tempat tidur), tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, luka <i>post</i> operasi kering tertutup perban dan tidak ada rembesan</p>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ny. M tampak lebih nyaman dan rileks dibanding dengan hari sebelumnya Ekspresi meringis berkurang Sikap protektif terhadap area luka operasi berkurang Mobilisasi meningkat, pasien mampu berjalan secara mandiri dengan hati-hati Luka operasi tampak bersih dan kering Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital, yaitu : TD : 120/80 mmHg N : 89 x/mnt T : 36,2^oC RR : 20 x/mnt SPO₂ : 99% 	
		<p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> Masalah nyeri akut teratasi sebagian 	
		<p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pertahankan kondisi pasien Menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi <i>guided imagery</i> secara mandiri jika nyeri dirasakan kembali Menganjurkan meminum obat sesuai dengan dosis Kontrol kembali sesuai tanggal yang sudah ditentukan (16/5/2026) 	