BAB III
LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada kasus kelolaan dilaksanakan di Praktik Mandiri Bidan terhadap Ny. S pada tanggal 6 Februari 2026 pukul 16.00 WITA dan terhadap Ny. T pada tanggal 7 Februari 2026 pukul 15.00 WITA. Data dikumpulkan melalui wawancara, pemeriksaan fisik, observasi langsung, serta telaah terhadap rekam medis pasien. Adapun data yang diperoleh dari hasil pengkajian keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Identitas Pasien

Tabel 3
Pengkajian Keperawatan Ny. S dan Ny. T Asuhan Keperawatan Ansietas pada Ibu Hamil dengan Preeklampsia Melalui Pemberian Terapi *Butterfly Hug* di Praktik Mandiri Bidan Tahun 2026

Pengkajian	Ny. S	Ny. T
1	2	3
Identitas pasien		
Nama	Ny. S	Ny. T
Umur	25 Tahun	28 Tahun
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	IRT	IRT
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Agama	Hindu	Hindu
Suku	Bali	Bali
Alamat	Desa Menange, Rendang, Karangasem	Desa Besakih, Rendang, Karangasem
Nama suami	Tn. D	Tn. W
Umur	26 Tahun	29 Tahun
Pendidikan	Diploma III	SMA
Pekerjaan	Swasta	Swasta
Alamat	Desa Menange, Rendang, Karangasem	Desa Besakih, Rendang, Karangasem
Tanggal Pengkajian	6 Februari 2026	7 Februari 2026
Alasan Kunjungan		

1	2	3
Keluhan Utama	Ibu mengatakan cemas dan khawatir.	Ibu mengatakan bingung dan cemas.
Keluhan saat dikaji	Saat dilakukan pengkajian, ibu tampak tegang dan gelisah, serta hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah berada di atas batas normal, hasil pemeriksaan menunjukkan TD : 150/95 mmHg. Ibu mengeluh khawatir karena tekanan darahnya selalu tinggi.	Ibu mengatakan merasa bingung dan cemas karena ini merupakan kehamilan pertamanya, sehingga belum memiliki pengalaman dan sering memikirkan proses persalinan yang akan dihadapi. Saat dilakukan pengkajian, ibu tampak tegang dan gelisah. Hasil pemeriksaan menunjukkan TD : 160/90 mmHg frekuensi pernapasan 22 x/menit dan nadi 105 x/menit.
Riwayat Obstetri dan Ginekologi		
Riwayat menstruasi	Haid pertama sekitar umur 11 tahun, siklus haid teratur setiap bulan, lama haid 4-5 hari, tidak ada keluhan. HPHT: 23 Juli 2025	Haid pertama sekitar umur 12 tahun, siklus haid teratur, datang setiap bulan, lama haid 5-6 hari, tidak ada keluhan. HPHT: 14 Mei 2025
Riwayat pernikahan	Pernikahan ini merupakan pernikahan pertama dan ini kehamilan yang kedua dan pernah keguguran di hamil pertama.	Pernikahan ini yang pertama dan belum pernah melahirkan dan keguguran.
Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas lalu	Status obstretikus: G2 A1 P0 A0 H0 UK: 38 minggu TP: 30 April 2026 Pada kehamilan pertama mengalami abortus di usia kehamilan 5 minggu. ANC Trimester I: Tanggal 18-9-2025 dengan usia kehamilan 8-9 minggu, mengeluh mual. TD: 135/80 mmHg, BB: 65 Kg. ANC Trimester II:	Status obstretikus: G1 A0 P0 A0 H0 UK: 38 minggu 3 hari TP: 21 Februari 2026 ANC Trimester I Tanggal 14-7-2025 dengan usia kehamilan 8 minggu 5 hari, mengeluh mual. TD: 130/85 mmHg, BB: 68 Kg. ANC Trimester II:

1	2	3
	Tanggal 11-12-2025 dengan usia kehamilan 19-20 minggu, mengeluh pusing, sakit kepala, cemas dan khawatir. TD: 150/90 mmHg. Ibu mendapatkan KIE cara mengatasi keluhan fisiologis pada Trimester II DJJ (+) 147x/menit. ANC Trimester III: Pada tanggal 20-1-2026 UK: 35 minggu 4 hari dengan keluhan nyeri sympisis dan merasa cemas. TD: 150/95 mmHg. Ibu mendapatkan KIE Ibu cara mengatasi keluhan fisiologis pada Trimester III.	Tanggal 22-10-2025 dengan usia kehamilan 23 minggu, mengeluh cemas dan bingung. TD: 160/85 mmHg. Ibu mendapatkan KIE cara mengatasi keluhan fisiologis pada Trimester II DJJ (+) 140x/menit. ANC Trimester III: Pada tanggal 17-1-2025 UK: 35 minggu 3 hari keluhan merasa cemas. TD: 160/90 mmHg. Ibu mendapatkan KIE cara mengatasi keluhan fisiologis pada Trimester III.
Riwayat KB	Ibu mengatakan bahwa saat ini belum menggunakan metode kontrasepsi dan berencana memilih KB IUD sebagai alat kontrasepsi yang akan digunakan.	Ibu menyampaikan bahwa saat ini belum menggunakan metode kontrasepsi dan berencana memilih KB suntik sebagai alat kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan.
Riwayat penyakit	Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit berisiko atau keturunan.	Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular atau keturunan.
Pola Fungsional Kesehatan		
Pola manajemen kesehatan-persepsi	Ny. S memandang kehamilan sebagai kondisi yang memerlukan perhatian khusus, terutama karena pada trimester II mengalami peningkatan tekanan darah dan memiliki riwayat abortus 1 kali. Ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan serta berupaya mengikuti	Ny. T memandang kehamilan sebagai kondisi yang perlu mendapatkan perhatian khusus, terutama setelah diketahui mengalami peningkatan tekanan darah pada trimester II. Ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan, namun merasa khawatir terhadap kondisinya karena ini merupakan kehamilan

1	2	3
	anjuran tenaga kesehatan untuk mengontrol tekanan darah.	pertama dan belum memiliki pengalaman.
Pola metabolik dan nutrisi	Ibu makan 3 kali sehari dengan menu nasi, lauk, sayur, dan buah. Ibu berusaha mengurangi makanan tinggi garam sejak diketahui mengalami peningkatan tekanan darah. Asupan cairan ±6–8 gelas per hari. Tidak ada mual muntah berlebihan.	Ibu makan 3 kali sehari dengan menu nasi, lauk, sayur, dan buah. Sejak mengalami peningkatan tekanan darah, ibu berusaha mengurangi makanan tinggi garam dan berlemak. Asupan cairan sekitar 6–8 gelas per hari. Tidak ada mual muntah berlebihan.
Pola eliminasi	BAK 6–8 kali per hari, warna kuning jernih, tidak ada nyeri. BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak. Tidak ada keluhan gangguan eliminasi.	BAK 8 kali per hari, warna kuning jernih, tidak ada nyeri. BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak. Tidak ada keluhan konstipasi maupun diare.
Pola istirahat tidur	Ibu tidur malam sekitar 5–6 jam, namun sering terbangun karena rasa cemas memikirkan kondisi tekanan darah dan riwayat keguguran sebelumnya. Ibu jarang tidur siang dan terkadang merasa kurang segar saat bangun.	Ibu mengeluhkan sulit tidur pada malam hari karena memikirkan kondisi kehamilan dan tekanan darahnya. Waktu tidur sekitar 4–5 jam per malam dan sering terbangun.
Pola aktivitas latihan	Ibu mampu melakukan aktivitas ringan sehari-hari, namun mengurangi aktivitas berat sejak mengalami peningkatan tekanan darah. Ibu lebih banyak beristirahat untuk menjaga kondisi kehamilan.	Ibu mampu melakukan aktivitas ringan sehari-hari, namun membatasi aktivitas berat sejak tekanan darah meningkat. Ibu lebih banyak beristirahat untuk menjaga kondisi kesehatannya.
Pola persepsi-kognitif	Ibu dapat berkomunikasi dengan baik dan memahami informasi yang diberikan. Ibu mengeluhkan pusing saat tekanan darah meningkat, namun tidak ada gangguan orientasi.	Ibu mengeluhkan pusing saat tekanan darah meningkat. Ibu tampak sulit berkonsentrasi karena rasa cemas yang dialami. Orientasi baik dan mampu menjawab pertanyaan dengan jelas.

1	2	3
Pola konsep diri-persepsi diri	Ibu mengatakan merasa khawatir dan cemas terhadap kondisi kehamilan serta tekanan darahnya yang meningkat. Ibu mengatakan takut terjadi komplikasi pada diri dan bayinya menjelang persalinan.	Ibu mengatakan merasa bingung dan takut menghadapi proses persalinan karena ini merupakan kehamilan pertama. Ibu juga mengatakan khawatir terhadap kondisi diri dan janinnya akibat tekanan darah yang tinggi.
Pola hubungan-peran	Hubungan ibu dengan suami dan keluarga baik. Suami memberikan dukungan emosional dan membantu mengingatkan kontrol rutin serta menjaga pola makan ibu.	Hubungan ibu dengan suami dan keluarga baik. Suami memberikan dukungan emosional dan membantu mengingatkan kontrol rutin ke fasilitas kesehatan.
Pola seksualitas	Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada organ reproduksi. Ibu berencana menggunakan KB IUD setelah masa nifas.	Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada organ reproduksi. Ibu berencana menggunakan KB IUD setelah masa nifas.
Pola toleransi terhadap stress-koping	Ibu cenderung merasa cemas terutama saat memikirkan tekanan darah dan pengalaman keguguran sebelumnya. Untuk mengatasi stres, ibu berbicara dengan suami dan beristirahat.	Ibu cenderung memikirkan kondisinya secara berlebihan sehingga menimbulkan kecemasan. Mekanisme koping yang digunakan adalah berbicara dengan suami dan beristirahat, namun belum sepenuhnya efektif.
Pola keyakinan nilai	Ibu beragama hindu dan meyakini bahwa kehamilan merupakan anugerah. Ibu rutin beribadah dan percaya bahwa doa dapat membantu memberikan ketenangan selama menjalani kehamilan.	Ibu meyakini bahwa kehamilan adalah anugerah dan berusaha menjaga kesehatan dengan mengikuti anjuran tenaga kesehatan serta berdoa untuk kelancaran kehamilan dan persalinan.
Pemeriksaan Fisik		
Keadaan umum	GCS: E4 V5 M6 = 15 Tingkat kesadaran: *compos mentis* Tanda-tanda vital:	GCS: E4 V5 M6 = 15 Tingkat kesadaran: *compos mentis* Tanda-tanda vital:

1	2	3
	Tekanan darah: 150/95 mmHg Nadi: 107x/menit Suhu: 36,3ºC Respirasi: 22 x/menit BB sebelum hamil: 60 kg BB setelah hamil: 74 kg Tinggi badan: 163 cm LILA: 27 cm	Tekanan darah: 160/90 mmHg Nadi: 105 x/menit Suhu: 36,2ºC Respirasi: 22 x/menit BB sebelum hamil: 55 kg BB setelah hamil: 69 kg Tinggi badan: 159 cm LILA: 26 cm
Kepala dan muka	Rambut ibu tampak bersih dan tidak ada lesi diarea kepala. Bentuk wajah simetris, tidak ada edema, tidak terdapat cloasma, sklera putih, konjungtiva merah muda. Bibir kering, lembab dan terdapat karies beberapa gigi, rambut berwarna hitam dan tidak ada benjolan. Tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tiroid, tidak ada pelebaran vena jugularis. Telinga bentuk simetris, bersih dan tidak terdapat cairan.	Rambut ibu tampak bersih dan tidak ada lesi diarea kepala. Bentuk wajah tampak simetris tanpa adanya edema maupun cloasma. Sklera berwarna putih dan konjungtiva tampak merah muda. Bibir terlihat kering namun lembab, serta terdapat beberapa gigi yang mengalami karies. Rambut berwarna hitam dan tidak ditemukan adanya benjolan. Tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe maupun kelenjar tiroid, serta tidak tampak distensi vena jugularis. Kedua telinga berbentuk simetris, dalam keadaan bersih, dan tidak ditemukan adanya sekret atau cairan.
Dada	Payudara tampak simetris, aerola berwarna gelap, putting menonjol, ada pengluaran kolostrum, tidak ada masa atau benjolan. Irama jantung 105x/menit. Bunyi napas vesikuler dengan frekuensi 22x/menit. Irama jantung reguler.	Payudara tampak simetris dengan areola berwarna lebih gelap dan puting menonjol, disertai pengeluaran kolostrum tanpa adanya massa atau benjolan. Frekuensi denyut jantung 100 x/menit. Bunyi napas vesikuler dengan frekuensi 22 x/menit. Irama jantung reguler.
Abdomen	Pada pengkajian abdomen yang dikolaborasikan	Pada pengkajian abdomen yang dikolaborasikan

1	2	3
	dengan bidan pendamping dalam melakukan tindakan keperawatan yang dimana tidak ditemukan bekas luka SC. Pembesaran abdomen mengikuti sumbu panjang ibu, tampak linea nigra dan striae livide. Ukuran pembesaran sesuai usia kehamilan. Gerakan janin aktif dan belum terdapat kontraksi. Leopold I: Tinggi Fundus Uteri dengan meteran 34 cm dan Tinggi Fundus Uteri 3 jari dibawah prosesus xiphoid dan pada bagian fundus teraba teraba satu bagian besar, agak lunak, dan tidak melenting (bokong) Leopold II: Pada bagian kiri perut ibu teraba satu tahanan yang datar, memanjang (puki). Pada bagian kanan perut ibu teraba bagian-bagian kecil (ekstremitas janin) Leopold III: Pada bagian bawah perut ibu teraba satu bagian bulat, keras (kepala) Leopold IV: Belum masuk PAP, Posisi tangan pemeriksa bertemu (Konvergen) DJJ: 147x/menit	dengan bidan pendamping dalam melakukan tindakan keperawatan yang dimana tidak terdapat bekas SC, arah pembesaran searah sumbu Panjang ibu, terdapat linea nigra, terdapat striae livide, pembesaran sesuai usia kehamilan, Gerakan janin aktif, belum ada kontraksi. Leopold I: Tinggi Fundus Uteri dengan meteran 33 cm dan Tinggi Fundus Uteri 3 jari dibawah prosesus xiphoid dan pada bagian fundus teraba teraba satu bagian besar, agak lunak, dan tidak melenting (bokong) Leopold II: Pada bagian kiri perut ibu teraba satu tahanan yang datar, memanjang (puka). Pada bagian kanan perut ibu teraba bagian-bagian kecil (ekstremitas janin Leopold III: Pada bagian bawah perut ibu teraba satu bagian bulat, keras (kepala) Leopold IV: Sudah masuk PAP, Posisi tangan pemeriksa tidak bertemu (Divergen) DJJ: 140x/menit.
Genetalia dan perinium	Bersih, tidak ada keputihan dan tidak ada hemoroid.	Bersih, tidak ada hemoroid dan keputihan.
Esktremitas	Atas: tidak ada edema, tidak ada varises, CRT<2 detik.	Atas: tidak terdapat edema dan varises, CRT<2 detik. Bawah: tidak terdapat edema dan varises, CRT<2 detik, refleks patella +/+

1	2	3
	Bawah: tidak ada edema, tidak ada varises, CRT<2 detik, refleks patella +/+	
Data Penunjang		
Pemeriksaan laboratorium	Tanggal: 27 April 2026 Hemoglobin: 12.9 gr/dl GDS: 114 mg/dl HIV: nonreaktif Sifilis: nonreaktif Hepatitis B: nonreaktif	Tanggal: 27 April 2026 Hemoglobin: 13 gr/dl GDS: 120 mg/dl HIV: nonreaktif Sifilis: nonreaktif Hepatitis B: nonreaktif
Pemeriksaan USG	Janin T/H, presentasi kepala, ketuban cukup, plasenta corpus uteri, TTBJ: 3.200 gr, DJJ (+) 147x/menit	Janin T/H, presentasi kepala, ketuban cukup, plasenta corpus uteri, TTBJ: 3.000 gr, DJJ (+) 140x/menit.
Diagnosa Medis		
Diagnosa medis	G2P0A1H0 UK 38 minggu Preskep U PUKI Janin T/H Intra Uteri	G1P0A0H0 UK 38 minggu 3 hari Preskep U PUKA Janin T/H Intra Uteri
Terapi		
Pengobatan	*Sf* (1x200 mg) Nifedipine 2x20 mg Kalk 2x1 tab	*Sf* (1x200 mg) Nifedipine 2x10 mg Kalk 2x1 tab

B. Diagnosis Keperawatan

1. Analisis Data

Tabel 4
Analisis Data Ny. S dan Ny. T Dengan Preeklampsia Melalui Pemberian Terapi *Butterfly Hug* di Praktik Mandiri Bidan Tahun 2026

Kasus kelolaan	Data fokus	Etiologi	Rumusan masalah
1	2	3	4
Ny. S	Data Subjektif (DS): - Ibu mengatakan merasakan bingung - Ibu mengatakan merasa khawatir dan cemas terhadap kondisi yang dihadapi - Ibu mengatakan sulit berkonsentrasi - Ibu mengatakan sulit tidur	Ibu hamil dengan preeklamsia ↓ Tekanan darah meningkat ↓ Kekhawatiran mengalami kegagalan	**Ansietas (D.0080)**

	Data Objektif (DO): - Ibu tampak gelisah - Ibu tampak tegang - Tekanan Darah: 150/95 mmHg - Nadi: 107x/menit - Suhu: 36,3ºC - Respirasi: 22 x/menit	↓ Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi ↓ Tampak gelisah dan tegang ↓ Ansietas	
Ny. T	Data Subjektif (DS): - Ibu mengatakan merasa bingung dan khawatir karena ini merupakan hamil anak pertamanya selain itu ibu juga belum mempunyai pengalaman dan selalu memikirkan proses persalinannya nanti - Ibu mengatakan sulit tidur dan kadang sulit berkonsentrasi Data Objektif (DO): - Ibu tampak tegang - Ibu tampak gelisah - Tekanan Darah: 160/90 mmHg - Nadi: 105 x/menit - Suhu: 36,2ºC - Respirasi: 22 x/menit	Ibu hamil dengan preeklamsia ↓ Tekanan darah meningkat ↓ Persepsi adanya ancaman terhadap keselamatan diri dan janin ↓ Kekhawatiran mengalami kegagalan dan komplikasi persalinan ↓ Khawatir dan bingung karena belum memiliki pengalaman (primigravida) ↓ Tampak tegang dan gelisah ↓ Ansietas	**Ansietas (D.0080)**

2. Rumusan Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditetapkan berdasarkan hasil analisis data pada Ny. S dan Ny. T dalam kasus kelolaan dapat dirumuskan sebagai berikut:

a. Ny. S: Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan merasakan bingung, merasa khawatir dan cemas terhadap kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, sulit tidur, tampak gelisah, tampak tegang, tekanan darah 150/95 mmHg, nadi: 107x/menit, respirasi: 22 x/menit.

b. Ny. T: Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan merasa khawatir dan bingung dengan kondisi anaknya karena ini merupakan kehamilan anak pertama, sulit berkonsentrasi, dan sulit tidur, tampak tegang, tampak gelisah, tekanan darah 160/90 mmHg, nadi: 105x/menit, respirasi: 22 x/menit.

C. Perencanaan Keperawatan

Pada studi kasus ini telah disusun rencana asuhan keperawatan untuk mengatasi ansietas pada ibu hamil dengan preeklamsia. Perencanaan keperawatan pada subjek Ny. S dan Ny. T dibuat mengacu pada SLKI dan SIKI, yang selanjutnya dijelaskan dalam tabel berikut.

Tabel 5
Rencana Keperawatan Ny. S dan Ny. T dengan Preeklampsia Melalui Pemberian Terapi *Butterfly Hug* di Praktik Mandiri Bidan Tahun 2026

Waktu	Diagnosis keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)	Rasional
1	2	3	4	5
Ny. S/ 6 Februari 2026 Jam 16.00 WITA	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan merasakan bingung, merasa khawatir dan cemas terhadap kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi,	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 1 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun	**Intervensi utama reduksi ansietas (I.09314)** Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, dan stressor) 2. Monitor tanda ansietas (verbal dan noverbal) Terapeutik	**Intervensi utama reduksi ansietas (I.09314)** Observasi 1. Untuk mengetahui saat tingkat ansietas berubah 2. Untuk memantau tanda nasietas Terapeutik

1	2	3	4	5
	sulit tidur, tampak gelisah, tampak tegang, tekanan darah 150/95 mmHg, nadi: 107x/menit, respirasi: 22 x/menit.	3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik	1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Gunakan pendekatan tenang dan meyakinkan Edukasi 1. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang dialami 2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien **Terapi relaksasi (I.09326)** Observasi 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 4. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan	1. Agar pasien merasa aman dan percaya 2. Agar pasien merasa nyaman Edukasi 1. Agar pasien mengetahui sensasi yang dialami 2. Agar pasien ada yang menemani **Terapi relaksasi (I.09326)** Observasi 1. Untuk mengetahui terapi rileksasi pernah yang digunakan 2. Untuk mengetahui kemampuan penggunaan teknik sebelumnya 3. Untuk mengetahui frekuensi nadi, tekanan darah, pernapasan dan suhu sebelum dan sesudah latihan 4. Untuk mengetahui respon terhadap rileksasi Terapeutik 1. Agar pasien merasa nyaman dan tenang 2. Agar pasien mengetahui

1	2	3	4	5
			prosedur teknik relaksasi Edukasi 1. Jelaskan tujuan, dan manfaat terapi relaksasi 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman 3. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih **Intervensi pendukung edukasi proses kehamilan/ persalinan** Observasi 1. Identifikasi pengetahuan ibu tentang kehamilan dan persalinan 2. Identifikasi kesiapan fisik dan psikologis ibu Terapeutik 1. Libatkan keluarga dalam edukasi Edukasi 1. Jelaskan tanda bahaya kehamilan dan persalinan 2. Anjurkan ibu melahirkan di fasilitas pelayanan Kesehatan atau rumah sakit 3. Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan napas 4. Edukasi pentinngnya kepatuhan minum obat sesuai anjuran tenaga kesehatan.	prosedur yang digunakan Edukasi 1. Agar pasien mengetahui tujuan dan manfaat teknik relaksasi 2. Agar pasien merasa nyaman 3. Agar perasaan cemas berkurang **Intervensi pendukung edukasi proses kehamilan/ persalinan** Observasi 1. Untuk mengetahui pengetahuan ibu untuk menentukan kebutuhan edukasi 2. Untuk mengetahui kesiapan fisik dan psikologis ibu untuk mengetahui kondisi ibu dalam menghadapi persalinan Terapeutik 1. Melibatkan keluarga untuk meningkatkan dukungan emosional dan rasa aman pada ibu Edukasi 1. Menjelaskan tanda bahaya agar ibu

1	2	3	4	5
				mampu mengenali komplikasi sejak dini 2. Menganjurkan persalinan di fasilitas kesehatan untuk mencegah komplikasi ibu dan janin 3. Mengajarkan teknik relaksasi dan napas untuk membantu mengurangi kecemasan 4. Mengedukasi kepatuhan minum obat untuk membantu mengontrol tekanan darah dan mencegah komplikasi.
Ny. T/ 7 februari 2025 Jam 15.00 WITA	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan merasa khawatir dan bingung dengan kondisi anaknya karena ini merupakan kehamilan anak pertama, sulit berkonsentrasi, dan sulit tidur, tampak tegang, tampak gelisah, tekanan darah 160/90 mmHg, nadi: 105x/menit, respirasi: 22 x/menit.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 1 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik	**Intervensi utama reduksi ansietas (I.09314)** Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, dan stressor) 2. Monitor tanda ansietas (verbal dan noverbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Gunakan pendekatan tenang dan meyakinkan Edukasi	**Intervensi utama reduksi ansietas (I.09314)** Observasi 1. Untuk mengetahui saat tingkat ansietas berubah 2. Untuk memantau tanda nasietas Terapeutik 1. Agar pasien merasa aman dan percaya 2. Agar pasien merasa nyaman Edukasi 1. Agar pasien mengetahui

1	2	3	4	5
			1. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang dialami 2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien **Terapi relaksasi (I.09326)** Observasi 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 4. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi Edukasi 1. Jelaskan tujuan, dan manfaat terapi relaksasi 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman	sensasi yang dialami 2. Agar pasien ada yang menemani **Terapi relaksasi (I.09326)** Observasi 1. Untuk mengetahui terapi rileksasi pernah yang digunakan 2. Untuk mengetahui kemampuan penggunaan teknik sebelumnya 3. Untuk mengetahui frekuensi nadi, tekanan darah, pernapasan dan suhu sebelum dan sesudah latihan 4. Untuk mengetahui respon terhadap rileksasi Terapeutik 1. Agar pasien merasa nyaman dan tenang 2. Agar pasien mengetahui prosedur yang digunakan Edukasi 1. Agar pasien mengetahui tujuan dan manfaat teknik relaksasi

1	2	3	4	5
			3. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih **Intervensi pendukung edukasi proses kehamilan/ persalinan** Observasi 3. Identifikasi pengetahuan ibu tentang kehamilan dan persalinan 4. Identifikasi kesiapan fisik dan psikologis ibu Terapeutik 2. Libatkan keluarga dalam edukasi Edukasi 5. Jelaskan tanda bahaya kehamilan dan persalinan 6. Anjurkan ibu melahirkan di fasilitas pelayanan Kesehatan atau rumah sakit 7. Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan napas 8. Edukasi pentinngnya kepatuhan minum obat sesuai anjuran tenaga kesehatan.	2. Agar pasien merasa nyaman 3. Agar perasaan cemas berkurang **Intervensi pendukung edukasi proses kehamilan/ persalinan** Observasi 3. Untuk mengetahui pengetahuan ibu untuk menentukan kebutuhan edukasi 4. Untuk mengetahui kesiapan fisik dan psikologis ibu untuk mengetahui kondisi ibu dalam menghadapi persalinan Terapeutik 2. Melibatkan keluarga untuk meningkatkan dukungan emosional dan rasa aman pada ibu Edukasi 5. Menjelaskan tanda bahaya agar ibu mampu mengenali komplikasi sejak dini 6. Menganjurkan persalinan di fasilitas kesehatan untuk mencegah

1	2	3	4	5
				komplikasi ibu dan janin 7. Mengajarkan teknik relaksasi dan napas untuk membantu mengurangi kecemasan 8. Mengedukasi kepatuhan minum obat untuk membantu mengontrol tekanan darah dan mencegah komplikasi.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan dalam rencana asuhan keperawatan. Tabel berikut menggambarkan pelaksanaan tindakan keperawatan untuk mengatasi ansietas pada Ny. S dan Ny. T, yang meliputi tanggal dan waktu pelaksanaan, uraian tindakan yang diberikan, evaluasi formatif yang diperoleh setelah tindakan keperawatan dilakukan, serta paraf perawat yang melaksanakan intervensi tersebut.

Tabel 6
Implementasi Keperawatan Ny. S Dengan Preeklampsia Melalui Pemberian Terapi *Butterfly Hug* di Praktik Mandiri Bidan Tahun 2026

Tanggal/ Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4
6 Februari 2025 17.00 WITA	- Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan teknik *butterfly hug* - Menandatangani informend consent	DS: - Ibu mengatakan memahami penjelasan perawat dan bersedia menjadi responden DO:	Sri

1	2	3	4
		- Ibu tampak kooperatif dan menandatangani inform consent	
17.10 WITA	- Menanyakan kapan ibu merasakan cemas - Mengamati dan mencatat tanda ansietas verbal dan nonverbal	DS: - Ibu mengatakan merasa khawatir, gelisah, dan tegang akibat kondisinya yang dialami sekarang. DO: - Pasien tampak tegang dan gelisah	 Sri
17.15 WITA	- Mengidentifikasi pengetahuan ibu tentang kehamilan dan persalinan - kesiapan fisik dan psikologis ibu	DS: - Ibu mengatakan masih kurang memahami tanda bahaya kehamilan dan persalinan - Ibu mengatakan merasa cemas menghadapi persalinan DO: - Ibu tampak kooperatif - Ibu tampak mampu mempertahankan posisi duduk dengan nyaman	 Sri
17.20 WITA	- Memeriksa Tanda tanda vital - Menanyakan kesiapan terhadap tindakan teknik *butterfly hug*	DS: - Ibu mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan DO: - Ibu tampak gelisah. - Hasil TTV: - TD:160/90 mmHg - N: 100x/menit - Suhu: 36 C - RR:22x/menit	 Sri
17.30 WITA	- Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan (Tanyakan dan dengarkan terkait situasi yang dialami pasien) - Melibatkan keluarga dalam edukasi kesehatan ibu hamil - Meminta ibu mengambil posisi nyaman - Memberikan terapi *butterfly hug* selama 15 menit - Kontrak waktu pertemuan selanjutnya untuk melakukan terapi *butterfly hug* selama 15 menit	DS: - Ibu mengatakan cemasnya menurun apabila keluarganya terutama suaminya berada didekatnya - Ibu mengatakan merasa lebih tenang saat didampingi keluarga - Ibu mengatakan posisinya sekarang sudah dirasakan nyaman - Ibu mengatakan terapi yang diberikan memberikan dirinya ketenangan dan kesejukan sehingga dirinya merasa	 Sri

1	2	3	4
		rileks dan mengantuk saat ini - Ibu mengatakan besok ia siap untuk dikunjungi melakukan terapi DO: - Ibu tampak kooperatif - Ibu tampak telah ditemani oleh suaminya - Ibu tampak menyukai terapi yang diberikan dan mendapatkan manfaat dari terapi	
17.50 WITA	- Menjelaskan tanda bahaya kehamilan dan persalinan - Menganjurkan ibu melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan atau rumah sakit	DS: - Ibu mengatakan memahami tanda bahaya kehamilan seperti nyeri kepala hebat, pandangan kabur, dan tekanan darah tinggi - Ibu mengatakan bersedia melahirkan di fasilitas kesehatan DO: - Ibu tampak memperhatikan penjelasan - Ibu tampak memahami anjuran yang diberikan - Ibu tampak kooperatif	Sri
17.55 WITA	- Memberikan edukasi mengenai tujuan dan manfaat terapi obat (SF, Nifedipine, dan Kalsium) - Memberikan obat sesuai program terapi sf 1x 200 mg, nefedipine 2 x 20 mg, kalsium 2x1 tab	DS: - Ibu mengatakan memahami penjelasan mengenai obat yang diberikan - Ibu mengatakan bersedia minum obat secara teratur - Ibu mengatakan masih merasa sedikit pusing dan khawatir dengan tekanan darahnya DO: - Ibu tampak kooperatif saat diberikan edukasi - Ibu meminum obat sesuai anjuran - Tekanan darah masih dalam kategori meningkat - Ibu tampak sedikit tegang namun mampu mengikuti instruksi	Sri
18.00 WITA	- menjelaskan tanda bahaya kehamilan	DS:	

1	2	3	4
	- menjelaskan persiapan persalinan	- Ibu mengatakan memahami tanda bahaya kehamilan - Ibu mengatakan bersedia mempersiapkan kebutuhan persalinan dan berencana melahirkan di fasilitas kesehatan/rumah sakit sesuai anjuran tenaga kesehatan DO: - Ibu tampak kooperatif dan memperhatikan saat diberikan edukasi - Ibu mampu mengulangi beberapa tanda bahaya kehamilan yang telah dijelaskan - Ibu dan keluarga tampak aktif bertanya mengenai persiapan persalinan	Sri
7 Februari 2025 15.00 WITA	- Menanyakan keadaan ibu - Menanyakan saat ibu merasa cemas - Memantau tanda ansietas - Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	DS: - Ibu mengatakan merasa khawatir dengan kehamilannya yang disertai peningkatan tekanan darah DO: - Ibu tampak cemas	Sri
15.15 WITA	- Meminta ibu mengambil posisi nyaman - Meminta ibu rileks dan merasakan sensasi rileksasi - Mempertahankan postur tubuh yang benar	DS: - Ibu mengatakan sudah merasa nyaman dengan posisinya DO: - Ibu tampak nyaman dengan posisinya	Sri
15.25 WITA	- Memberikan kompres hangat di punggung - Meninggikan kaki saat istirahat	DS: - Ibu mengatakan merasa rileks saat di kompres DO: - Ibu tampak nyaman - Ibu tampak meninggikan kakinya	Sri
15.35 WITA	- Memberikan posisi yang nyaman dan lingkungan yang nyaman - Memberikan terapi *butterfly hug* selama 15 menit	DS: - Ibu mengatakan merasa lebih tenang dan nyaman setelah diberikan terapi pada hari kedua ini memberikan dirinya ketenangan lebih dalam dan perasaannya mulai	Sri

1	2	3	4
		membaik sehingga dirinya merasa rileks DO: - Ibu tampak rileks dan menyukai terapi yang diberikan serta merasakan manfaat dari terapi tersebut	
15.50 WITA	- Memberikan obat sesuai terapi sf 1x 200 mg, nefedipine 2 x 20 mg, kalsium 2x1 tab - Mengevaluasi tingkat kecemasan pasien - Mengedukasi ibu agar patuh mengonsumsi obat sesuai anjuran untuk membantu mengontrol tekanan darah dan mencegah komplikasi kehamilan	DS: - Ibu mengatakan masih merasa cemas namun sudah berkurang - Ibu mengatakan pusing mulai berkurang - Ibu mengatakan berusaha rutin minum obat DO: - Ibu tampak lebih tenang dibanding sebelumnya - Ibu kooperatif dalam minum obat - Tekanan darah mulai menurun - Ibu tampak tidak terlalu tegan	 Sri
16.00 WITA	- Mengukur tanda tanda vital pasien - Mengidentifikasi masalah atau keluhan lain yang dialami oleh pasien	DS: - Pasien kooperatif - Pasien mengatakan tidak ada keluhan atau masalah lain DO: - Pasien tampak tidak ada keluhan - TTV pasien : TD = 135/85 mmHg, Nadi = 101x/menit, S = 36 C, RR=20x/menit	 Sri
8 Februari 2025 16.30 WITA	- Menanyakan keadaan pasien - Memantau tanda cemas verbal dan nonverbal	DS: - Ibu mengatakan rasa khawatirnya berkurang DO: - Ibu tampak rileks	 Sri
16.40 WITA	- Memberikan terapi *butterfly hug* selama 15 menit - Mengevaluasi perasaan pasien setelah diberikan terapi selama 3 kali kunjungan	DS: - Ibu mengatakan terapi yang diberikan pada hari ketiga ini memberikan dirinya ketenangan lebih baik sehingga kepercayaan dirinya untuk sembuh dan semuanya akan baik-baik saja meningkat - Ibu mengatakan selanjutnya akan	 Sri

1	2	3	4
		melakukan terapi secara mandiri dan melakukannya sesuai ajaran dari perawat untuk mendapatkan hasil yang maksimal atau digunakan saat pasien merasa cemas lagi DO: - Ibu tampak kooperatif - Tampak keberhasilan terapi yang diberikan dan mendapatkan manfaat dari terapi yakni tekanan darah stabil	
16.55 WITA	- Memberikan kompres hangat pada punggung ibu - Melibatkan suami untuk membantu kompres	DS: - Ibu mengatakan merasa nyaman - Suami mengatakan bersedia membantu DO: - Ibu dan suami tampak kooperatif	 Sri
17.10 WITA	- Mengukur tanda tanda vital pasien - Mengidentifikasi masalah atau keluhan lain yang dialami oleh pasien	DS: - Ibu kooperatif - Ibu mengatakan tidak ada keluhan atau masalah lain DO: - Pasien tampak tidak ada keluhan - TTV pasien : TD = 130/75 mmHg, Nadi = 101x/menit, S = 36 C, RR=20x/menit	 Sri
17.30 WITA	- Memberikan obat sesuai anjuran yaitu sf 1x 200 mg, nefedipine 2 x 20 mg, kalsium 2x1 tab - Memantau kondisi pasien dan tanda vital - Memberikan penguatan positif terhadap kepatuhan pasien	DS: - Ibu mengatakan sudah merasa lebih nyaman - Ibu mengatakan kecemasan berkurang banyak - Ibu mengatakan tidak terlalu khawatir seperti sebelumnya DO: - Ibu tampak rileks - Ibu kooperatif dan mandiri dalam minum obat - Tekanan darah lebih stabil - Ekspresi wajah tenang	 Sri

Tabel 7
Implementasi Keperawatan Ny. T Dengan Preeklampsia Melalui Pemberian Terapi Butterfly Hug di Praktik Mandiri Bidan Tahun 2026

Tanggal/ Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4
7 Februari 2025 15.00 WITA	- Membina hubungan saling percaya - Menciptakan suasana terapeutik - Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan teknik *butterfly hug* - Mengidentifikasi kesiapan terhadap tindakan teknik *butterfly hug* - Menandatangani informend consent	DS: - Ibu mengatakan memahami penjelasan perawat dan bersedia menjadi responden DO: - Ibu tampak kooperatif	Sri
15.10 WITA	- Menanyakan saat ibu merasakan cemas - Memantau tanda ansietas (verbal dan noverbal) - Mendengarkan dengan penuh perhatian	DS: - Ibu mengatakan merasa khawatir dengan kondisi kehamilannya karena ini merupakan kehamilan pertamanya dan memiliki riwayat tekanan darah tinggi DO: - Ibu tampak tegang - Ibu tampak gelisah	Sri
15.30 WITA	- Memeriksa tanda-tanda vital - Mengidentifikasi pengetahuan ibu tentang kehamilan dan persalinan - Mengidentifikasi kesiapan fisik dan psikologis ibu	DS: - Ibu mengatakan merasa takut karena ini kehamilan pertama dan belum memiliki pengalaman - Ibu mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan DO: - Ibu tampak gelisah dan tegang saat pengkajian.. - Hasil TTV: - TD:150/95 mmHg - Nadi: 105x/menit - Suhu: 36,2ºC - Respirasi: 22 x/menit	Sri
15.40 WITA	- Pertahankan postur tubuh yang nyaman - Memberikan intervensi terapi *butterfly hug* selama kurang lebih 15 menit - Melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya guna melaksanakan terapi *butterfly hug* selama 15 menit	DS: - Ibu mengatakan merasa nyaman dengan posisinya saat ini - Ibu mengatakan terapi yang diberikan memberikan rasa ketenangan dan kesejukan, sehingga ibu merasa rileks dan mulai mengantuk	Sri

1	2	3	4
		- Ibu mengatakan bahwa dirinya bersedia menerima kunjungan esok hari untuk pelaksanaan terapi DO: - Ibu tampak nyaman dengan posisinya - Ibu tampak mengikuti perintah - Ibu tampak menyukai terapi yang diberikan dan mendapatkan manfaat dari terapi	
15.50 WITA	- Melibatkan keluarga dalam edukasi - Menjelaskan tanda bahaya kehamilan dan persalinan - Menjelaskan persiapan persalinan dan menganjurkan persalinan di rumah sakit	DS: - Ibu mengatakan merasa lebih nyaman saat didampingi keluarga. - Ibu mengatakan memahami tanda bahaya pada kehamilan. - Ibu mengatakan bersedia melahirkan di fasilitas kesehatan DO: - Keluarga tampak aktif mendengarkan penjelasan. - Ibu tampak memperhatikan edukasi yang diberikan. - Ibu tampak memahami anjuran yang diberikan.	Sri
15.55 WITA	- Menjelaskan fungsi dan cara kerja obat (SF, Nifedipine dosis 10 mg, dan Kalsium) - Memberikan obat sesuai dosis yang dianjurkan - Memantau efek samping dan respon terapi - Mengedukasi ibu agar patuh mengonsumsi obat sesuai anjuran untuk membantu mengontrol tekanan darah dan mencegah komplikasi kehamilan	DS: - Ibu mengatakan mengerti pentingnya minum obat secara rutin - Ibu mengatakan merasa lebih tenang setelah diberikan penjelasan - Ibu mengatakan masih merasa khawatir namun lebih terkendali DO: - Ibu tampak lebih rileks dibanding sebelumnya - Ibu kooperatif dalam menerima terapi - Tekanan darah mulai menunjukkan penurunan - Ibu mengikuti instruksi dengan baik	Sri
16.00 WITA	- Meminta ibu agar tidak terlalu lelah - Meminta ibu menggunakan pakaian yang longgar dan	DS: - Ibu mengatakan akan membatasi untuk melakukan kegiatan yang berat	Sri

1	2	3	4
	katun serta sering menjaga kebersihan	DO: - Pasien tampak mengikuti anjuran	
8 Februari 2025 17.00 WITA	- Menanyakan keadaan ibu - Menganjurkan ibu agar menjaga kebersihan	DS: - Ibu mengatakan merasa khawatir dan cemas - Ibu mengatakan bingung dengan kehamilannya yang disertai peningkatan tekanan darah DO: - Ibu tampak cemas dan khawatir - Ibu tampak kooperatif	 Sri
17.15 WITA	- Menganjurkan menghindari kelelahan - Menganjurkan mengggunkan pakian katun dan tidak ketat	DS: - Ibu mengatakan akan mengikuti anjuran perawat DO: - Ibu tampak bersih dan sudah melakukan perawatan mulut, vulva dan kuku	 Sri
17.30 WITA	- Memberikan posisi yang nyaman dan lingkungan yang nyaman - Memberikan terapi *butterfly hug* selama 15 menit	DS: - Ibu mengatakan bahwa terapi yang diberikan pada hari kedua membuat dirinya merasa lebih tenang dan nyaman, memberikan ketenangan yang lebih dalam, serta membuat perasaannya membaik sehingga ibu merasa rileks DO: - Ibu tampak rileks serta menunjukkan bahwa terapi yang diberikan memberikan manfaat bagi dirinya	 Sri
17.45 WITA	- Memberikan kompres hangat di punggung ibu - Melibatkan suami untuk melakukan tindakan	DS: - Ibu mengatakan merasa nyaman - Suami mengatakan bersedia DO: - Ibu tampak nyaman dan kooperatif	 Sri
17.50 WITA	- Memberikan obat sesuai dosis (SF, Nifedipine dosis 10 mg, dan Kalsium) - Mengobservasi respon terapi - Mengevaluasi tingkat kecemasan	DS: - Ibu mengatakan kecemasan mulai berkurang - Ibu mengatakan merasa lebih tenang - Ibu mengatakan masih sedikit khawatir DO: - Ibu tampak lebih rileks - Ibu kooperatif dalam terapi	 Sri

1	2	3	4
		- Tekanan darah mulai menurun - Ibu tampak tidak terlalu gelisah	
18.00 WITA	- Mengukur tanda tanda vital pasien - Mengidentifikasi masalah atau keluhan lain yang dialami oleh pasien	DS: - Pasien kooperatif - Pasien mengatakan tidak ada keluhan atau masalah lain DO: - Pasien tampak tidak ada keluhan - TTV pasien : TD = 140/85 mmHg, Nadi = 102x/menit, S = 36 C, RR=20x/menit	 Sri
9 Februari 2025 16.00 WITA	- Menanyakan keadaan pasien - Menanyakan dan memantau cemas - Mengamati tanda ansietas (verbal dan nonverbal) - Menciptakan suasana yang nyaman	DS: - Ibu mengatakan rasa cemasnya berkurang - Ibu mengatakan sudah merasa lebih rileks DO: - Ibu tampak tenang dan kooperatif	 Sri
16.10 WITA	- Memberikan kompres hangat pada punggung ibu - Meninggikan kaki saat istirahat	DS: - Ibu mengatakan merasa nyaman DO: - Ibu tampak nyaman	 Sri
16.25 WITA	- Memberikan terapi *butterfly hug* selama 15 menit - Mengevaluasi perubahan perasaan ibu setelah terapi diberikan sebanyak 3 kali kunjungan	DS: - Ibu menyatakan bahwa terapi yang diberikan pada hari ketiga membuat dirinya merasa lebih tenang sehingga meningkatkan kepercayaan dirinya untuk sembuh dan meyakini bahwa semuanya akan baik-baik saja - Ibu menyatakan bahwa selanjutnya ia akan melakukan terapi secara mandiri dan mengikuti petunjuk yang telah diajarkan oleh perawat agar memperoleh hasil yang maksimal atau saat merasa cemas kembali DO: - Ibu tampak kooperatif - tampak keberhasilan terapi yang diberikan dan mendapatkan manfaat dari terapi yakni tekanan darah stabil	 Sri
17.40 WITA	- Mengukur tanda tanda vital pasien	DS: - Ibu kooperatif	 Sri

1	2	3	4
	- Mengidentifikasi masalah atau keluhan lain yang dialami oleh pasien	- Ibu mengatakan tidak ada keluhan atau masalah lain DO: - Pasien tampak tidak ada keluhan - TTV pasien : TD = 135/70 mmHg, Nadi = 102x/menit, S = 36 C, RR=20x/menit	
17.00 WITA	- Memberikan obat sesuai terapi SF, Nifedipine dosis 10 mg, dan Kalsium - Menganjurkan pasien tetap patuh minum obat	DS: - Ibu mengatakan sudah merasa lebih nyaman - Ibu mengatakan kecemasan hampir tidak ada - Ibu mengatakan lebih percaya diri dengan kondisinya DO: - Ibu tampak tenang dan tidak gelisah - Ibu kooperatif dan mandiri - Tekanan darah lebih stabil - Tidak tampak tanda kecemasan	 Sri

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam Ny. S dan Ny. T adalah sebagai berikut:

Tabel 8
Evaluasi Keperawatan Ny. S dan Ny. T Dengan Preeklampsia Melalui Pemberian Terapi *Butterfly Hug* di Praktik Mandiri Bidan Tahun 2026

Ny. S	Ny. T
1	2
Tanggal: 8 Februari 2025 Jam: 18.00 WITA	Tanggal: 9 Februari 2025 Jam: 17.30 WITA

S: Ibu mengatakan bahwa perasaan cemas dan khawatir yang dialaminya sudah berkurang, serta tidurnya lebih nyenyak dan kemampuan konsentrasinya membaik	S: Ibu mengatakan rasa cemas dan kekhawatirannya telah berkurang. Ibu juga mengatakan bahwa keluhan sulit tidur yang dialaminya mulai berkurang dan konsentrasinya membaik
O: Verbalisasi kebingungan menurun Khawatir menurun Gelisah menurun Sulit tidur menurun Tegang menurun Tanda-tanda vital: Tekanan darah membaik: 125/80 mmHg Nadi membaik: 87x/menit Suhu: 36ºC Pernapasan: 18x/menit	O: Kebingungan menurun Gelisah menurun Khawatir menrun Sulit tidur menurun Tanda-tanda vital: Tekanan darah membaik: 125/80 mmHg Nadi membaik: 80x/menit Suhu: 36,5ºC Pernapasan: 20x/menit
A: Masalah keperawatan ansietas teratasi	A: Masalah keperawatan ansietas teratasi
P: Pertahankan kondisi pasien Anjurkan mengulangi atau melatih teknik *butterfly hug* sampai proses persalinan	P: Pertahankan kondisi pasien Anjurkan mengulangi atau melatih teknik *butterfly hug* sampai proses persalinan