



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Program Studi : Keperawatan S1 dan D3 - Analis Kesehatan D3 - Kebidanan D3
Jln. Sutorejo No. 59 Surabaya 60113, Telp. (031) 3811966 - 3890175 Fax. (031) 3811967

Nomor : 668 /IL.3.AU/F/FIK/2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin Pengambilan Data Awal

Kepada Yth.
Direktur RS. Muhammadiyah Surabaya
Di Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir berupa Karya Tulis Ilmiah (KTI), Mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya tahun akademik 2017/2018 :

Nama : **ADE VERDIANTI PUTRI**
NIM : 20164663001
Judul KTI : Studi Kasus Identifikasi Diagnosa Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Pada Pasien Dengan Hemoragic Post Partuna Di RS. Muhammadiyah Surabaya.

Bermaksud untuk mengambil data / observasi di **RS. Muhammadiyah Muhammadiyah**. Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat agar Bapak / Ibu berkenan memberikan ijin pengambilan data / Observasi yang dimaksud.

Demikian permohonan ijin, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Surabaya, 20 September 2017



Dr. Mundakir, S. Kep Ns., M Kep
NIP : 197403232005011002

Tembusan ;
1 Kabid Diklat



Nomor : 255/III.5.RSMS/F/IX/2017
Lampiran : -
Perihal : Surat Jawaban

Surabaya, 25 September 2017

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
UMSurabaya
di
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Menjawab surat Saudara nomor 668/II.3.AU/F/FIK/2017 tanggal 20 September 2017 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal bagi mahasiswi :

Nama : Ade Verdianti Putri
NIM : 20164663001
Judul : Studi Kasus Identifikasi Diagnose Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Pada Pasien Dengan Hemoragic Post Partuna di RS Muhammadiyah Surabaya

Dengan ini kami sampaikan bahwa kami tidak keberatan dengan permohonan tersebut. Untuk teknis pelaksanaan penelitian silahkan berkoordinasi langsung dengan Kepala Sub Bagian Diklat Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya.

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Direktur,



[Signature]
Dr. Achmad Aziz
NBM : 1088582



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Program Studi : Keperawatan S1 dan D3 - Analisis Kesehatan D3 - Kebidanan D3
Jln. Sutorejo No. 59 Surabaya 60113, Telp. (031) 3811966 - 3890175 Fax. (031) 3811967

Nomor : 696 /IL.3.AU/F/FIK/2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RS. Muhammadiyah Surabaya
Di Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir berupa Karya Tulis Ilmiah (KTI), Mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya tahun akademik 2017/2018 :

Nama : **ADE VERDIANTI PUTRI, S.Kep**
NIM : 20164663001
Judul KTI : Studi Kasus. Identifikasi Diagnosa Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Pada Pasien Hemoragic Post Partum Di Ruang Bersalin RS. Muhammadiyah Surabaya.

Bermaksud untuk melakukan Penelitian selama 3 Hari di **RS. Muhammadiyah Surabaya**. Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat agar Bapak / Ibu berkenan memberikan ijin penelitian yang dimaksud.

Demikian Permohonan ijin, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Surabaya, 06 Oktober 2017


Dr. Mundakir, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP. 197403232005011002

Tembusan :
1. Kabid Diklat



Nomor : 281/III.5.RSMS/F/XI/2017
Lampiran : -
Perihal : Surat Jawaban

Surabaya, 14 November 2017

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surabaya

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Menjawab surat Saudara nomor 696/IL.3.AU/F/FIK/2017 tanggal 06 Oktober 2017 perihal Permohonan Ijin Penelitian bagi mahasiswi :

Nama : Ade Verdianti Putri, S.Kep.

NIM : 20164663001

Judul : Studi Kasus Identifikasi Diagnosa Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Pada Pasien Hemoragic Post Partum di Ruang Bersalin RS. Muhammadiyah Surabaya

Dengan ini kami sampaikan bahwa kami tidak keberatan dengan permohonan tersebut. Untuk teknis pelaksanaan penelitian silahkan berkoordinasi langsung dengan Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Seksi Diklat Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya.

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.



Direktur,

[Signature]
Dr. Achmad Aziz
NBM : 1088582



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA
PUSAT BAHASA

Jl. Sutorejo 59 Surabaya 60113 Telp. 031-3811966, 3811967 Ext (130) Gd. A Lt 2
Email: pusba.umsby@gmail.com

ENDORSEMENT LETTER

102/PB-UMS/EL/III/2018

This letter is to certify that the abstract of the thesis below

Title : A Case Study The Hypovolemia Levels Of Patients With Hemoragic Post
Partum In Delivery Room In The Muhammadiyah Hospital Of Surabaya.
Student's name : Ade Verdianti Putri
Reg. Number : 20164663001
Department : Profesi Ners

has been endorsed by Pusat Bahasa *UMSurabaya* for further approval by the examining committee of the faculty.

Surabaya, 16 March 2018

Chair

Maode Hamsia, M.Pd.

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth. Saudara/Saudari

Ditempat

Dengan hormat,

Nama saya Ade Verdianti Putri mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya. Saat ini saya dalam tahap penyelesaian tugas akhir, oleh karena itu mohon kesediaan Saudara/Saudari untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui “Diagnosa Keperawatan Hipovolemi Pasien *Hemoragic Post Partum* Di Ruang Bersalin rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya”.

Partisipasi Saudara/Saudari dalam penelitian ini bersifat bebas, Saudara/Saudari bebas untuk ikut tanpa adanya sanksi apapun. Partisipasi Saudara/Saudari dalam penelitian ini membawa dampak positif dalam upaya peningkatan dan pengembangan ilmu keperawatan.

Jika Saudara/Saudari bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, silahkan Saudara/Saudari menandatangani lembar kesediaan responden.

Atas partisipasi Saudara/Saudari, saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, 28 November 2017

Ade Verdianti Putri
NIM. 20164663001

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini, menyatakan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Ade Verdianti Putri Program Studi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya yang berjudul “Studi Kasus Diagnosa Keperawatan Hipovolemi Pasien *Hemoragic Post Partum* Di Ruang Bersalin Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya” atas responden :

Nama :

Alamat:

Umur :

Dengan menandatangani lembar persetujuan ini, menunjukkan bahwa saya telah diberikan informasi tentang penelitian.

Surabaya, 28 November 2017

Responden

KASUS 1

Tanggal pengkajian : 28 November 2017

1. Data Demografi

No. Rekam Medik : 518XXX
Ruangan : Bersalin
Nama Pasien : Ny. H
Usia : 22 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Swasta
Agama : Islam
Alamat : Pegirian, Semampir, Surabaya
Tanggal Masuk : 28 November 2017 Jam : 13.15 WIB
Alasan Masuk : Retensio placenta dengan perdarahan aktif
Diagnosa Awal : Retensio Placenta
Diagnosa Saat ini : Retensio Placenta dan Anemia

2. Status Kesehatan Saat Ini

- a. Keluhan utama :
keluar darah dari kemaluan setelah melahirkan
- b. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi :
Terpasang Infus ditangan tangan kiri menggunakan cairan RL.
- c. Riwayat Penyakit Sekarang :
Pasien datang ke RS. Muhammadiyah Surabaya tanggal 28 November 2017 jam 13.15 WIB. Sejak 8 jam sebelum masuk rumah sakit, pasien melahirkan anak pertamanya di dukun, bayi lahir spontan dengan menangis, jenis kelamin perempuan, berat badan tidak di timbang, tidak diikuti dengan lahirnya plasenta, kemudian dukun tsb memaksa untuk menarik plasenta agar terlepas dari rahim. Plasenta terlepas namun diikuti dengan perdarahan dari kemaluan yang terus menerus dan berwarna merah segar. Pasien lalu dibawa ke RS Muhammadiyah Surabaya.
Riwayat Penyakit Dahulu :
Ny. H mengatakan tidak memiliki riwayat kehamilan dan persalinan seperti yang dialami saat ini karena saat ini adalah kehamilan dan persalinan yang pertama. Pasien tidak pernah menderita penyakit menular seperti HIV/AIDS, penyakit menahun seperti asma dan penyakit genetik seperti diabetes melitus dan hipertensi.
- d. Riwayat Pengobatan Yang Pernah Dikonsumsi :
Ny. H mengatakan tidak pernah mendapatkan suntikan imunisasi selama kehamilan.
- e. Alergi :
Ny. H mengatakan tidak memiliki alergi obat, makanan dan kosmetik.
- f. Keadaan Umum :
Pasien tampak terbaring lemah dengan kesadaran kompos mentis GCS 4-5-6
- g. Tanda-tanda Vital :
Tekanan Darah : 80/40 mmHg
Nadi : 110 kali/menit, nadi teraba lemah

Suhu : 37,9°C
RR : 22 kali/menit

3. Riwayat Obstetrik

a. Riwayat Menstruasi

Menarche Umur : 12 tahun
Siklus : 28 hari
Lamanya : 7 hari
Banyaknya : Hari ke 1-3 = 3-4x ganti pembalut/hari, hari ke 4-7 = 2x ganti pembalut/hari
Disminorea : Iya
Flour albus : Sebelum haid, tidak gatal dan tidak berbau
HPHT : Pasien Lupa

b. Riwayat Keluarga Berencana

Melaksanakan KB : Tidak

c. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

Saat ini adalah kehamilan dan persalinan yang pertama

4. Pengkajian Pola Fungsional Kesehatan

a. Pola manajemen kesehatan - persepsi kesehatan

SMR : Pasien mengatakan setiap hari mandi 3 kali sehari, pasien tidak pernah berolahraga hanya setiap pagi jalan-jalan disekitar rumah bersama suaminya dan setiap 1 bulan sekali pasien rutin memeriksakan kehamilannya ke bidan terdekat dirumahnya.

MRS : Pasien diseka oleh suaminya 2 kali sehari, dalam sehari pasien mengganti doek setiap 2 jam sekali, pasien rutin meminum obat yang disediakan oleh petugas rumah sakit.

b. Pola nutrisi – metabolik

SMR : Selama hamil, pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan menu nasi, lauk pauk dan sayur satu porsi dihabiskan. Minum 6-8 gelas/hari, air putih dan susu.

MRS : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan menu yang disediakan oleh rumah sakit (nasi, sayur, lauk dan buah) terkadang dihabiskan dan terkadang tidak. Minum air putih 3-4 gelas/hari.

c. Pola eliminasi

Eliminasi Urine :

SMR : Pasien mengatakan setiap hari BAK kurang lebih 7-8 kali dengan warna kuning jernih.

MRS : Pasien terpasang kateter, selama kurang lebih 8 jam urine terbuang 200cc dengan warna kuning pekat.

Eliminasi Alvi :

SMR : Pasien mengatakan setiap hari BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek.

MRS : Pasien selama di rumah sakit belum BAB karena pasien merasa terganggu oleh selang kateter.

- d. Pola aktivitas – latihan
 - SMR : Pasien mengatakan setiap hari bekerja sebagai karyawan toko, saat dirumah pasien melakukan aktivitas seperti ibu rumah tangga seperti menyapu, mengepel dan membersihkan rumahnya.
 - MRS : Pasien mengatakan saat dirawat hanya berbaring diatas tempat tidur rumah sakit.pasien mengatakan tubuhnya lemas
 - e. Pola istirahat tidur
 - SMR : Pasien mengatakan tidur dirumah selama kurang lebih 6 jam dan tidak pernah tidur siang.
 - MRS : Pasien mengatakan lebih banyak beristirahat, karena kondisi yang lemah dan pasien mengatakan kepalanya pusing
 - f. Pola persepsi kognitif
 - Pasien mengatakan mampu melihat, mendengar, berbicara dengan baik dengan benar dan pasien mengetahui tentang kondisi yang dialaminya.
 - g. Pola konsep diri – persepsi diri
 - Pasien mengatakan ingin segera pulang agar dapat beraktivitas kembali dan ingin bertemu dengan bayi yang telah dilahirkan.
 - h. Pola hubungan peran
 - Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga sangat baik karena saat ini banyak keluarga yang berkunjung untuk mengetahui kondisinya.
 - i. Pola reproduksi seksual
 - Pasien berjenis kelamin perempuan dan menikah memiliki satu orang anak.
 - j. Pola toleransi terhadap stress – coping
 - Pasien sering khawatir dengan kondisi yang dialaminya karena masih merasa lemah dan kepikiran ingin bertemu bayinya.
 - k. Pola keyakinan – nilai
 - Pasien mengatakan beragama islam dan pasien sholat 5 waktu dan pasien yakin bahwa kondisinya saat ini akan segera pulih. Selama di RS pasien tidak melaksanakan sholat 5 waktu.
5. Pemeriksaan fisik
- a. Kepala
 - Inspeksi :Tidak ada benjolan kepala tidak terlihat kotor, rambut tidak beruban, distribusi rambut merata, warna rambut hitam.
 - Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
 - b. Mata
 - Inspeksi : Kornea hitam, sklera putih, konjungtiva anemis.
 - Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
 - c. Hidung
 - Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak mengeluarkan secret, tidak ada pernafasan cuping hidung
 - Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
 - d. Mulut dan tenggorokan
 - Inspeksi : Membran mukosa kering, gigi bersih, tidak ada pembesaran pada thyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, membran mukosa kering.
 - Palpasi : Tidak terdapat nyeri telan saat makan dan minum.

- e. Dada dan axilla
 - Inspeksi : bentuk dada simetris, mammae simetris dan membesar, papila mammae menonjol, ASI keluar, kebersihan cukup, areola mengalami hiperpigmentasi.
 - Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada striae pada payudara.
 - Perkusi : Terdengar suara sonor
 - Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan
 - f. Abdomen (Pemeriksaan Fisik Reproduksi)
 - Abdomen cembung, TFU tidak teraba, kontraksi (-), perdarahan (+) sebanyak 1250cc. Pada pemeriksaan inspekulo didapatkan massa di liang vagina, flour (-), fluksus (+), darah tidak aktif. Tidak ada pembesaran kelenjar bartholini, anus tidak hemoroid.
 - g. Pemeriksaan Khusus : Ekstremitas (Integumen)
 - Turgor kulit menurun
 - h. Pemeriksaan Khusus : Muskuloskeletal
 - Kekuatan otot : 5 = kekuatan otot utuh, pasien mampu melawan gravitasi
 - Refleks patela : positif ++
6. Data penunjang
- a. Terapi medikasi
 - Oksigen 10L/menit, resusitasi cairan dengan RL 40 tetes/menit, drip 20 IU oksitosin dalam 500cc RL 20 tetes/menit, transfusi 800cc PRC, ceftriaxone 1gram/12jam IV, asam traneksamat 500mg/8jam IV.
 - b. Laboratorium
 - Pemeriksaan tanggal 28-11-2017
 - Hb : 4,1g/dl
 - Hematokrit : 12%,
 - Leukosit : 25.500/ mm³
 - Trombosit : 205.000/mm³.
 - Pemeriksaan tanggal 30-11-2017
 - Hgb 9.8 (11.5 – 16.5)

ANALISA DATA

Nama Pasien : Ny. H
 Umur : 22 tahun
 No. RM : 518XXX

Diagnosa medis :
 Tanggal MRS :
 Jam :

Data	Masalah	Penyebab
<p>Data Subyektif : Pasien mengatakan keluar darah dari kemaluan setelah melahirkan, pasien merasa lemah dan pusing</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>a. Pasien tampak terbaring lemah, dan perdarahan kurang lebih 1250 cc.</p> <p>b. Tanda-tanda Vital : TD : 80/40 mmHg Nadi : 110 kali/menit, nadi teraba lemah Suhu : 37,9°C RR : 22 kali/menit</p> <p>c. Pemeriksaan Laboratorium : Hb : 4,1g/dl Hematokrit : 12%, Leukosit : 25.500/ mm³ Trombosit : 205.000/mm³.</p> <p>d. Urine keluar 8 jam kurang lebih 200cc dengan konsentrasi kuning pekat</p> <p>e. Membran mukosa kering dan turgor kulit menurun.</p>	<p>Hipovolemi</p>	<p>Retensi plasenta</p> <p>↓</p> <p>Kontraksi uterus menurun</p> <p>↓</p> <p>Kontraksi uterus lembek</p> <p>↓</p> <p>Pembuluh darah tidak menutup sempurna</p> <p>↓</p> <p><i>Hemoragic Post Partum</i></p> <p>↓</p> <p>Banyak darah yang keluar > 1000 ml</p> <p>↓</p> <p>Kehilangan cairan aktif</p> <p>↓</p> <p>Kekurangan volume cairan</p>

Diagnosa Keperawatan :

1. Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
<p>Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan), yang ditandai dengan :</p> <p>Data Subyektif : Pasien mengatakan keluar darah dari kemaluan setelah melahirkan, pasien merasa lemah dan pusing.</p> <p>Data Obyektif : a. Pasien tampak terbaring lemah, dan perdarahan kurang lebih 1250 cc. b. Tanda-tanda Vital : TD : 80/40 mmHg Nadi : 110 kali/menit, nadi teraba lemah Suhu : 37,9°C RR : 22 kali/menit c. Pemeriksaan Laboratorium :</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x 24 jam, diharapkan masalah hipovolemi dapat teratasi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keseimbangan cairan <ol style="list-style-type: none"> a. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam b. Berat badan stabil c. Turgor kulit d. Hematokrit dalam batas normal e. Tidak pusing. 2. Status maternal post partum <ol style="list-style-type: none"> a. Kenyamanan b. Asupan makanan dan cairan tercukupi c. Tidak ada hambatan aktivitas d. Daya tahan fisik baik e. Hemoglobin dalam batas normal f. Tidak ada perdarahan vagina. 3. Status tanda vital <ol style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah dalam batas normal b. Nadi dalam batas normal c. Pernapasan dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Hipovolemi <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor adanya tanda-tanda dehidrasi(misalnya., turgor kulit buruk, capillary refill terlambat, nadi lemah, sangat haus, mukosa bibir kering, dan penurunan output urine). b. Monitor adanya hipotensi ortostatik dan pusing saat berdiri. c. Monitor adanya sumber kehilangan cairan d. Monitor adanya bukti laboratorium terkait dengan kehilangan cairan (hemoglobin, hematokrit, tes fekal adanya gumpalan darah) e. Tingkatkan <i>intake</i> cairan dan nutrisi secara adekuat f. Berikan produk darah yang diresepkan untuk meningkatkan tekanan plasma onkotik dan mengganti volume darah, dengan tepat. g. Monitor adanya tanda reaksi transfusi darah, dengan tepat h. Instruksikan pada pasien untuk menghindari posisi yang berubah cepat, khususnya dari posisi terlentang pada posisi duduk atau berdiri.

<p>Hb : 4,1g/dl Hematokrit : 12%, Leukosit : 25.500/mm³ Trombosit : 205.000/mm³.</p> <p>d. Urine keluar 8 jam kurang lebih 200cc dengan konsentrasi kuning pekat</p> <p>e. Membran mukosa kering dan turgor kulit menurun</p>		<p>d. Suhu dalam batas normal</p>	<p>i. Instruksikan pada keluarga atau pasien untuk mencatat intake dan output dengan tepat</p> <p>2. Pengurangan Perdarahan : Uterus Post Partum</p> <p>a. Kaji riwayat obstetrik dan catatan persalinan terkait dengan faktor resiko perdarahan post partum</p> <p>b. Pasang infus IV</p> <p>c. Berikan oksitoksin IV atau IM sesuai advise</p> <p>d. Berikan produk darah jika diperlukan</p> <p>3. Monitoring tanda-tanda vital</p> <p>a. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan, secara tepat</p> <p>b. Monitor dan laporkan tanda dan gejala hipotermi dan hipertermi</p> <p>c. Monitor tekanan darah, nadi, dan pernafasan, sebelum, selama dan setelah beraktifitas, secara tepat</p> <p>d. Monitor tekanan darah sementara pasien berbaring, duduk, dan berdiri, secara tepat</p>
---	--	-----------------------------------	---

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama Pasien : Ny. H
 Umur : 22 tahun
 No. RM : 518XXX

Diagnosa medis :
 Tanggal MRS :
 Jam :

Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
28-11-2017	09.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan komunikasi terapeutik kepada ibu dengan bahasa yang sopan R/pasien kooperatif dan senang bertemu perawat 2. Menjelaskan tentang keadaan pasien saat ini R/pasien kooperatif 3. Memonitor adanya tanda-tanda dehidrasi R/ turgor kulit menurun, membran mukosa kering, konjungtiva anemis, nadi teraba lemah dan output urine 200cc/8jam. 4. Monitor adanya hipotensi ortostatik R/ pasien mengatakan kepala pusing, TD 80/40 mmHg. 5. Monitor adanya sumber kehilangan cairan R/ perdarahan aktif 1250cc. 6. Monitor adanya bukti laboratorium terkait dengan kehilangan cairan Hb : 4,1g/dl Hematokrit : 12%, Leukosit : 25.500/ mm³ Trombosit : 205.000/mm³. 7. Memasang infus IV R/ terpasang infus pada tangan kiri dengan cairan Ringer Laktat. 8. Memberikan oksitoksin IV sesuai advise R/ drip oksitoksin 2 amp ke I R/ pasien mengerti tujuan yang telah dijelaskan oleh perawat. 9. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan cairan dan nutrisinya untuk membantu mempertahankan kondisi pasien dan meningkatkan produksi ASI R/pasien makan 3x/hari (nasi, lauk, sayur dan buah) dan air putih 5-6 gelas/hari. 10. Menganjurkan keluarga dan pasien untuk 	<p>S : Pasien mengatakan kepala pusing.</p> <p>O : Pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, TD 80/40 mmHg, perdarahan aktif 1250 cc, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, nadi teraba lemah, output urine 200cc/8jam dan Hb 4,1g/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi manajemen hipovolemi, Pengurangan perdarahan : Uterus post partum, monitoring tanda-tanda vital.</p>

		<p>mencatat output yang keluar R/output yang keluar 200cc/8jam dengan konsistensi kuning pekat</p> <p>11. Anjurkan ibu menjaga kebersihan diri, khususnya daerah genetalia dengan cara melakukan cebok yang benar dari depan ke belakang dan mengganti pembalut jika sudah terasa penuh R/pasien mengerti dengan penjelasan perawat dan pasien mengganti pembalut setiap 2 jam.</p>	
	16.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor adanya tanda-tanda dehidrasi R/ turgor kulit menurun, membran mukosa kering, output urine 2800cc, dan nadi teraba lemah 2. Memonitor adanya hipotensi ortostatik R/ pasien mengatakan kepala pusing, TD 90/60 mmHg. 3. Memonitor TTV TD 90/60 mmHg, S 37.8°C, N 100 x/mnt 4. Memonitor infus IV R/ terpasang infus pada tangan kiri dengan cairan Ringer Laktat 5. Memberikan oksitoksin IV sesuai advise R/ drip oksitoksin 2 amp ke-II 6. Monitor adanya sumber kehilangan cairan R/ perdarahan aktif 500 cc. 	<p>S : Pasien mengatakan kepala pusing.</p> <p>O : Pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, turgor kulit turun, membran mukosa kering, nadi teraba lemah, TD 90/60 mmHg, S 37.8°C, N 100 x/mnt, Perdarahan aktif 500cc.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan intervensi manajemen hipovolemi, Pengurangan perdarahan : Uterus post partum, monitoring tanda-tanda vital.</p>
29-11-2017	06.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor adanya tanda-tanda dehidrasi R/ turgor kulit turun, mukosa bibir lembab, konjungtiva anemis. 2. Memonitor adanya hipotensi ortostatik R/ pasien mengatakan kepala pusing, TD 100/70 mmHg. 3. Memonitor TTV TD 100/70 mmHg, S 36.4°C, N 88 x/mnt 4. Memberikan produk darah yang diresepkan untuk meningkatkan tekanan plasma onkotik dan mengganti volume darah, dengan tepat. R/ tranfusi WB 1 kolf (Ke-I) 5. Monitor adanya tanda reaksi transfusi darah, dengan tepat R/ tidak tampak adanya alergi. 	<p>S : Pasien mengatakan kepala pusing.</p> <p>O : Pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, turgor kulit turun mukosa bibir lembab, TD 100/70 mmHg, S 36.4°C, N 88 x/mnt</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan intervensi manajemen hipovolemi, Pengurangan perdarahan : Uterus post partum, monitoring tanda-tanda vital.</p>

		<p>6. Menginstruksikan pada pasien untuk menghindari posisi yang berubah cepat, khususnya dari posisi terlentang pada posisi duduk atau berdiri. R/ pasien mengerti tujuan yang telah dijelaskan oleh perawat.</p>	
	09.00	<p>1. Monitor adanya tanda reaksi transfusi darah, dengan tepat R/ tidak tampak adanya alergi.</p> <p>2. Memonitor TTV TD 100/70 mmHg, S 36.8°C, N 88 x/mnt</p> <p>3. Menginstruksikan pada pasien untuk menghindari posisi yang berubah cepat, khususnya dari posisi terlentang pada posisi duduk atau berdiri. R/ pasien mengerti tujuan yang telah dijelaskan oleh perawat.</p>	
	16.00	<p>1. Memonitor adanya tanda-tanda dehidrasi R/ turgor kulit 2 detik dengan kulit lembab, mukosa bibir lembab, konjungtiva anemis.</p> <p>2. Memonitor adanya hipotensi ortostatik R/ pasien mengatakan kepala pusing, TD 120/70 mmHg.</p> <p>3. Memonitor TTV TD 120/70 mmHg, S 36.8°C, N 88 x/mnt</p> <p>4. Memberikan produk darah yang diresepkan untuk meningkatkan tekanan plasma onkotik dan mengganti volume darah, dengan tepat. R/ tranfusi WB 1 kolf (Ke-II)</p> <p>5. Monitor adanya tanda reaksi transfusi darah, dengan tepat R/ tidak tampak adanya alergi.</p> <p>6. Menginstruksikan pada pasien untuk menghindari posisi yang berubah cepat, khususnya dari posisi terlentang pada posisi duduk atau berdiri. R/ pasien mengerti tujuan yang telah dijelaskan oleh perawat.</p>	<p>S : Pasien mengatakan pusing berkurang.</p> <p>O : Pasien tampak membaik, konjungtiva anemis. Memonitor TTV TD 120/70 mmHg, S 36.8°C, N 88 x/mnt</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan intervensi manajemen hipovolemi, Pengurangan perdarahan : Uterus post partum, monitoring tanda-tanda vital.</p>
30-11-2017	09.00	<p>1. Memonitor TTV TD 120/80 mmHg, S 36.8°C, N 90 x/mnt</p> <p>2. Memonitor ulang adanya bukti laboratorium terkait dengan kehilangan cairan</p>	<p>S : Pasien mengatakan pusing berkurang.</p> <p>O : Kondisi pasien membaik, konjungtiva anemis. Memonitor TTV TD 120/70</p>

		R/ Hgb 9.8 (11.5 – 16.5)	mmHg, S 36.8°C, N 88 x/mnt A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
--	--	--------------------------	---

KASUS 2

Tanggal pengkajian : 5 Desember 2017

1. Data Demografi

No. Rekam Medik : 160XXX

Ruangan : Bersalin

Nama Pasien : Ny. D

Usia : 32 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Agama : Islam

Alamat : Songoyudan, Pabean Cantian, Surabaya

Tanggal Masuk : 5 Desember 2017 Jam : 20.00 WIB

Alasan Masuk : perdarahan pervaginam sejak 11 jam yang lalu setelah pasien melahirkan

Diagnosa Awal : -

Diagnosa Saat ini : -

2. Status Kesehatan Saat Ini

a. Keluhan utama :

Perdarahan pervaginam sejak 11 jam yang lalu setelah pasien melahirkan

b. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi :

Terpasang Infus ditangan tangan kiri menggunakan cairan RL.

c. Riwayat Penyakit Sekarang :

Pasien datang ke RS Muhammadiyah Surabaya tanggal 5 Desember 2017 jam 20.00 WIB bersama seorang bidan dengan keluhan perdarahan pervaginam sejak 11 jam yang lalu setelah pasien melahirkan dan ditolong oleh bidan. Bayi lahir spontan, langsung menangis dengan kuat, jenis kelamin perempuan, hidup, cukup bulan, BB 3.800gram, diikuti lahirnya plasenta, tetapi disertai dengan perdarahan pervaginam terus menerus sebanyak 8 kali ganti pembalut (perdarahan 1000cc) post partum.

d. Riwayat Penyakit Dahulu :

Ny. D mengatakan tidak memiliki riwayat kehamilan dan persalinan seperti yang dialami saat ini. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit seperti asma, diabetes melitus dan hipertensi.

e. Riwayat Pengobatan Yang Pernah Dikonsumsi :

Ny. D mengatakan selama hamil tidak mengkonsumsi obat.

f. Alergi :

Ny. D mengatakan tidak memiliki alergi obat, makanan dan kosmetik.

g. Keadaan Umum :

Pasien tampak terbaring lemah dengan kesadaran kompos mentis GCS 4-5-6

h. Tanda-tanda Vital :

Tekanan Darah : 110//70 mmHg

Nadi : 120 kali/menit, nadi teraba lemah

Suhu : 37,7°C

RR : 24 kali/menit

3. Riwayat Obstetrik

a. Riwayat Menstruasi

Menarche Umur : 12 tahun

Siklus : Teratur 28 hari

Lamanya : 7 hari

HPHT : -

b. Riwayat Keluarga Berencana

Melaksanakan KB : Iya

Jenis Kontrasepsi yang digunakan : pil KB

Sejak Kapan menggunakan kontrasepsi : 4 tahun yang lalu.

Masalah yang terjadi : tidak ada masalah

c. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

Anak Ke		Kehamilan		Persalinan		Komplikasi nifas			Anak
No	tahun	Umur kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	jenis
1	2014	aterm	-	N	Bidan	-	-	-	L

4. Pengkajian Pola Fungsional Kesehatan

a. Pola manajemen kesehatan - persepsi kesehatan

SMR : pasien mengatakan setiap hari mandi 3 kali sehari, pasien berjalan kaki di pagi hari setiap hari dan selama hamil pasien rutin memeriksakan kehamilannya ke bidan dekat rumahnya.

MRS : pasien diseka oleh keluarga 2 kali sehari dan pasien meminum obat yang disediakan oleh petugas rumah sakit.

b. Pola nutrisi – metabolik

SMR : pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan menu nasi, lauk pauk dan sayur satu porsi dihabiskan, konsumsi buah jarang-jarang dan minum air putih 7-8 gelas/hari. Pasien tidak suka mengkonsumsi susu ibu hamil.

MRS : pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan menu yang disediakan oleh rumah sakit terkadang dihabiskan dan terkadang tidak. Selama di RS pasien minum sekitar 4 gelas/hari.

c. Pola eliminasi

Eliminasi Urine :

SMR : pasien mengatakan setiap hari BAK kurang lebih 7-8 kali dengan warna kuning jernih.

MRS : pasien terpasang kateter, selama kurang lebih 8 jam urine terbuang 240cc dengan warna kuning pekat.

Eliminasi Alvi :

SMR : pasien mengatakan setiap hari BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek.

MRS : pasien selama di rumah sakit belum BAB karena pasien merasa terganggu oleh selang kateter.

d. Pola aktivitas – latihan

SMR : pasien mengatakan setiap hari melakukan aktivitas ibu rumah tangga yang selalu seperti menyapu, mengepel dan membersihkan rumahnya.

MRS : pasien mengatakan saat dirawat hanya berbaring diatas tempat tidur rumah sakit karena kondisinya yang lemah

e. Pola istirahat tidur

SMR : pasien mengatakan tidur dirumah selama kurang lebih 6 jam dan terkadang tidur siang.

MRS : pasien mengatakan lebih banyak beristirahat, karena kondisi yang lemah dan pasien merasakan pusing.

f. Pola persepsi kognitif

Pasien mengatakan mampu melihat, mendengar, berbicara dengan baik dengan benar dan pasien mengetahui tentang kondisi yang dialaminya.

g. Pola konsep diri – persepsi diri

Pasien mengatakan ingin segera pulang agar dapat beraktivitas kembali dan ingin bertemu dengan bayi yang telah dilahirkan.

h. Pola hubungan peran

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga sangat baik karena saat ini banyak keluarga yang berkunjung untuk mengetahui kondisinya.

i. Pola reproduksi seksual

Pasien berjenis kelamin perempuan dan menikah memiliki satu orang anak.

j. Pola toleransi terhadap stress – coping

Pasien sering khawatir dengan kondisi yang dialaminya karena masih merasa lemah dan kefikiran ingin bertemu bayinya.

k. Pola keyakinan – nilai

Pasien mengatakan beragama islam dan pasien sholat 5 waktu dan pasien yakin bahwa kondisinya saat ini akan segera pulih.

5. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Inspeksi : Tidak ada benjolan kepala tidak terlihat kotor, rambut tidak beruban, distribusi rambut merata, warna rambut hitam.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

b. Mata

Inspeksi : Kornea hitam, sklera putih, konjungtiva anemis.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

c. Hidung

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak mengeluarkan secret, tidak ada pernafasan cuping hidung

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

d. Mulut dan tenggorokan

Inspeksi : Membran mukosa kering, gigi bersih, tidak ada pembesaran pada thyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri telan saat makan dan minum.

e. Dada dan axilla

Inspeksi : bentuk dada simetris, mammae simetris dan membesar, papila mammae menonjol, ASI keluar, kebersihan cukup

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada striae pada payudara.

Perkusi : Terdengar suara sonor

Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, S1 S2 tunggal

f. Abdomen (Pemeriksaan Fisik Reproduksi)

TFU setinggi umbilikus, kontraksi sedang, tidak ada nyeri tekan, pemeriksaan dalam ditemukan portio lividae, OUE terbuka, perdarahan aktif, laserasi positif, *heacting* positif.

g. Genitourinary

Vulva merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini, anus tidak hemoroid.

h. Pemeriksaan Khusus : Ekstremitas (Integumen)

Turgor kulit menurun, akral dingin, oedem (-), parese (-)

i. Pemeriksaan Khusus : Muskuloskeletal

Kekuatan otot : 5 = kekuatan otot utuh, pasien mampu melawan gravitasi

Refleks patela : positif +/+

6. Data penunjang

a. Terapi medikasi

Pemberian IVFD RL 2 jalur guyur dan salah satu flabot didrip oksitosin dilanjutkan dengan *Packed Red Cell* (PRC) dan pemberian antibiotik amoksisilin.

b. Laboratorium

Hb : 6,2g/dl

Leukosit : 13.800/ul

Trombosit : 177.000/mm³

Hematokrit : 19%.

Pemeriksaan tanggal 7-12-2017

Hgb 8.9 (11.5 – 16.5)

ANALISA DATA

Nama Pasien : Ny. D
 Umur : 32 tahun
 No. RM : 160XXX

Diagnosa medis :
 Tanggal MRS :
 Jam :

Data	Masalah	Penyebab
<p>Data Subyektif : Pasien mengatakan pusing, badan terasa lemah Data Obyektif :</p> <p>a. Pasien tampak terbaring lemah, konjungtiva anemis, dan terdapat perdarahan 1000 cc. b. Tanda-tanda Vital : TD : 110/70 mmHg Nadi: 120 kali/menit Suhu : 37,7°C RR : 24 kali/menit c. Pemeriksaan Laboratorium : Hb : 6,2g/dl Leukosit :13.800/ul Trombosit : 177.000/mm³ Hematokrit : 19%. d. Membran mukosa kering, turgor kulit turun, akral dingin, urine output/8jam 240cc.</p>	<p>Hipovolemi</p>	<p>Retensi plasenta ↓ Kontraksi uterus menurun ↓ Kontraksi uterus lembek ↓ Pembuluh darah tidak menutup sempurna ↓ <i>Hemoragic Post Partum</i> ↓ Banyak darah yang keluar > 1000 ml ↓ Kehilangan cairan aktif ↓ Kekurangan volume cairan</p>

Diagnosa Keperawatan :

1. Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan).

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
<p>Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan), ditandai dengan :</p> <p>Data Subyektif :</p> <p>Pasien mengatakan pusing, badan terasa lemah</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>a. Pasien tampak terbaring lemah, konjungtiva anemis, dan terdapat perdarahan 1000 cc.</p> <p>b. Tanda-tanda Vital : TD : 110/70 mmHg Nadi: 120 kali/menit Suhu : 37,7°C RR : 24 kali/menit</p> <p>c. Pemeriksaan Laboratorium : Hb : 6,2g/dl Leukosit :13.800/ul Trombosit :</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x 24 jam, diharapkan masalah hipovolemi dapat teratasi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Keseimbangan cairan <ol style="list-style-type: none"> a. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam b. Berat badan stabil c. Turgor kulit d. Hematokrit dalam batas normal e. Tidak pusing. 2) Status maternal post partum <ol style="list-style-type: none"> a. Kenyamanan b. Asupan makanan dan cairan tercukupi c. Tidak ada hambatan aktivitas d. Daya tahan fisik baik e. Hemoglobin dalam batas normal f. Tidak ada perdarahan vagina. 3) Status tanda vital <ol style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah dalam batas normal b. Nadi dalam batas normal c. Pernapasan dalam batas normal d. Suhu dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Manajemen Hipovolemi <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor adanya tanda-tanda dehidrasi(misalnya., turgor kulit buruk, capillary refill terlambat, nadi lemah, sangat haus, mukosa bibir kering, dan penurunan output urine). b. Monitor adanya hipotensi ortostatik dan pusing saat berdiri. c. Monitor adanya sumber kehilangan cairan d. Monitor adanya bukti laboratorium terkait dengan kehilangan cairan (hemoglobin, hematokrit, tes fekal adanya gumpalan darah) e. Tingkatkan <i>intake</i> cairan dan nutrisi secara adekuat f. Berikan produk darah yang diresepkan untuk meningkatkan tekanan plasma onkotik dan mengganti volume darah, dengan tepat. g. Monitor adanya tanda reaksi transfusi darah, dengan tepat h. Instruksikan pada pasien untuk menghindari posisi yang berubah cepat, khususnya dari posisi terlentang pada posisi duduk atau berdiri. i. Instruksikan pada keluarga atau pasien

<p>177.000/mm³ Hematokrit : 19%.</p> <p>a. Membran mukosa kering, turgor kulit turun, akral dingin, urine output/8jam 240cc.</p>			<p>untuk mencatat intake dan output dengan tepat</p> <p>2) Pengurangan Perdarahan : Uterus Post Partum</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kaji riwayat obstetrik dan catatan persalinan terkait dengan faktor resiko perdarahan post partum b. Pasang infus IV c. Berikan oksitoksin IV atau IM sesuai advise d. Berikan produk darah jika diperlukan <p>3) Monitoring tanda-tanda vital</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan, secara tepat b. Monitor dan laporkan tanda dan gejala hipotermi dan hipertermi c. Monitor tekanan darah, nadi, dan pernafasan, sebelum, selama dan setelah beraktifitas, secara tepat d. Monitor tekanan darah sementara pasien berbaring, duduk, dan berdiri, secara tepat.
---	--	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama Pasien : Ny. D
 Umur : 32 tahun
 No. RM : 160XXX

Diagnosa medis :
 Tanggal MRS :
 Jam :

Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
5-12-2017	20.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor adanya tanda-tanda dehidrasi R/ turgor kulit turun dengan akral dingin, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis dan urine output 240cc/8jam 2. Monitor adanya hipotensi ortostatik R/ pasien mengatakan kepala pusing, TD 110/70 mmHg. 3. Monitor adanya sumber kehilangan cairan R/ perdarahan aktif 1000 cc. 4. Monitor adanya bukti laboratorium terkait dengan kehilangan cairan Hb : 6,2g/dl Leukosit : 13.800/ul Trombosit : 177.000/mm³ Hematokrit : 19%. 5. Memasang infus IV R/ terpasang infus pada tangan kiri dengan cairan Ringer Laktat. 6. Memberikan produk darah yang diresepkan untuk meningkatkan tekanan plasma onkotik dan mengganti volume darah, dengan tepat. R/ tranfusi WB 1 kolf (Ke-I) 7. Monitor adanya tanda reaksi transfusi darah, dengan tepat R/ tidak tampak adanya alergi. 8. Menginstruksikan pada pasien untuk menghindari posisi yang berubah cepat, khususnya dari posisi terlentang pada posisi duduk atau berdiri. R/ pasien mengerti tujuan yang telah dijelaskan oleh perawat. 	<p>S : Pasien mengatakan pusing badannya terasa lemah.</p> <p>O : Pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, TD 110/70 mmHg, Perdarahan aktif 1000 cc.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi manajemen hipovolemi, Pengurangan perdarahan : Uterus post partum, monitoring tanda-tanda vital.</p>

6-12-2017	06.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor adanya tanda-tanda dehidrasi R/ turgor kulit turun, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis 2. Memonitor adanya hipotensi ortostatik R/ pasien mengatakan kepala pusing, TD 100/60 mmHg. 3. Memonitor TTV TD 100/60 mmHg, S 37.5°C, N 100 x/mnt 4. Memberikan produk darah yang diresepkan untuk meningkatkan tekanan plasma onkotik dan mengganti volume darah, dengan tepat. R/ tranfusi WB 1 kolf (Ke-II) 5. Monitor adanya tanda reaksi transfusi darah, dengan tepat R/ tidak tampak adanya alergi. 6. Menginstruksikan pada pasien untuk menghindari posisi yang berubah cepat, khususnya dari posisi terlentang pada posisi duduk atau berdiri. R/ pasien mengerti tujuan yang telah dijelaskan oleh perawat. 	<p>S : Pasien mengatakan merasa pusing</p> <p>O : Pasien tampak lemas, konjungtiva anemis. TD 100/60 mmHg, S 37.5°C, N 100 x/mnt, Perdarahan aktif 1000 cc.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan intervensi manajemen hipovolemi, Pengurangan perdarahan : Uterus post partum, monitoring tanda-tanda vital.monitoring tanda-tanda vital.</p>
7-12-2017	09.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV TD 120/80 mmHg, S 36.8°C, N 90 x/mnt 2. Memonitor ulang adanya bukti laboratorium terkait dengan kehilangan cairan R/ Hgb 8.9 (11.5 – 16.5) 	<p>S : Pasien mengatakan pusing berkurang.</p> <p>O : Kondisi pasien membaik, konjungtiva anemis. Memonitor TTV TD 120/80 mmHg, S 36.8°C, N 90 x/mnt</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

**HALAMAN PERNYATAAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK
KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademika Universitas Muhammadiyah Surabaya, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ade Verdianti Putri

NIM : 20164663001

Program Studi : Ners

Fakultas : Ilmu Kesehatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Program Studi Ners Universitas Muhammadiyah Surabaya Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalti Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Studi Kasus Hipovolemi Pasien *Hemoragic Post Partum* Di Ruang Bersalin RS.
Muhamadiyah Surabaya”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti non-eksklusif ini, Program Studi Ners Universitas Muhammadiyah Surabaya berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pecipta dan atau dengan pembimbing saya sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : 12 februari 2018
Yang menyatakan,

Ade Verdianti Putri
NIM: 20164663001

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama Mahasiswa : Ade Verdianti Putri

Judul KTI : Studi Kasus Hipovolemi Pasien *Hemoragic Post Partum* Di Ruang Bersalin Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya

Dosen Penguji : Supatmi,S.Kep.,Ns.,M.kes

No.	Hari/Tanggal	Catatan bimbingan/revisian	Paraf dosen
1	Senin, 12 Februari 2018	Penulisan kekurangan volume cairan diganti hipovolemi sesuai di SDKI, judul melebihi 16 kata, spasi kurang tepat, solusi di BAB 1 aplikatif, di BAB 1 dijelaskan kegawatan maternal, desain penelitian bukan terdiri dari unit tunggal karena terdapat 2 responden, pada hasil dituliskan faktor penyebab perdarahan, dan etika penelitian dituliskan berdasarkan penelitian sendiri.	1. 
2	Jum'at, 16 Maret 2018	Bab 3 Deskripsi kasus diperbaiki dan penulisan pada awal kata tidak perlu menggunakan huruf besar	2. 
3			3.
4			4.
5			5.
6			6.
7			7.
8			8.
9			9.
10			10.
11			11.
12			12.
13			13.

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama Mahasiswa : Ade Verdianti Putri

Judul KTI : Studi Kasus Hipovolemi Pasien *Hemoragic Post Partum* Di Ruang Bersalin Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya

Dosen Pembimbing I : Yuanita Wulandari, S.Kep.,Ns.,MS

No.	Hari/Tanggal	Catatan bimbingan/revisian	Paraf dosen
1	Senin, 25 September 2017	Konsul judul	1.
2	Senin, 2 Oktober 2017	Konsul Bab 1	2.
3	Kamis, 5 Oktober 2017	Konsul revisian Bab 1 dan revisian judul	3.
4	Rabu, 18 Oktober 2017	Konsul judul, bab 1, bab 2 dan bab 3	4.
5	Selasa, 14 November 2017	Konsul revisian bab 1, bab 2 dan bab 3	5.
6	Jumat, 24 November 2017	Konsul revisian bab 1, bab 2 dan bab 3	6.
7	Kamis, 29 November 2017	Konsul revisian WOC dan bab 3	7.
8	Rabu, 6 Desember 2017	ACC bab 1, bab 2, bab 3 dan penelitian	8.
9	Jumat, 5 Januari 2018	Konsul bab 4 dan bab 5	9.
10	Jumat, 12 Januari 2018	Konsul revisian bab 4 dan bab 5	10.
11	Rabu, 24 Januari 2018	Konsul revisian bab 4 dan bab 5	11.
12	Jumat, 26 Januari 2018	Konsul revisian bab 4 dan bab 5	12.
13	Selasa, 6 Februari 2018	ACC bab 4 dan bab 5	13.
14	Senin, 12 Februari 2018	Tulisan kekurangan volume cairan diganti hipovolemi, pada hasil point ketiga dijelaskan faktor penyebab perdarahan, kerangka konsep diperbaiki, pada hasil tanda mayor dan minor yang muncul dituliskan (%) per pasien dan etika penelitian sesuai dengan penelitian.	14.
15			15.

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama Mahasiswa : Ade Verdianti Putri

Judul KTI : Studi Kasus Hipovolemi Pasien *Hemoragic Post Partum* Di Ruang Bersalin Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya

Dosen Pembimbing II : Fatin Lailatul Badriyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No.	Hari/Tanggal	Catatan bimbingan/revisian	Paraf dosen
1	Senin, 9 Oktober 2017	Konsul judul	1. 
2	Rabu, 18 Oktober 2017	Konsul bab 1, bab 2 dan bab 3	2. 
3	Selasa, 24 Oktober 2017	Konsul revisian judul, revisian bab 1, bab 2 dan bab 3	3. 
4	Kamis, 16 November 2017	Konsul revisian bab 1, bab 2 dan bab 3	4. 
5	Jumat, 8 Desember 2017	ACC bab 1, bab 2, bab 3 dan penelitian	5. 
6	Jumat, 5 Januari 2018	Konsul bab 4 dan bab 5	6. 
7	Selasa, 9 Januari 2018	Konsul revisian bab 4 dan bab 5	7. 
8	Senin, 15 Januari 2018	Konsul revisian bab 4 dan bab 5	8. 
9	Selasa, 23 Januari 2018	Konsul revisian bab 4 dan bab 5	9. 
10	Kamis, 25 Januari 2018	ACC bab 4 dan 5	10. 
11	Senin, 12 Februari 2018	Penulisan kekurangan volume cairan diganti hipovolemi, judul melebihi 16 kata, awal kata jangan dimulai dengan kata sambung, desain penelitian bukan unit tunggal karena ada 2 responden, dan etika penelitian ditulis berdasarkan penelitian.	11. 
12			12.
13			13.
14			14.