



**ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) KATEGORI PASIEN OBSTETRI DI ICU  
DAN HCU RUMAH SAKIT KARYADI SEMARANG PERIODE  
FEBRUARI 2010 – FEBRUARI 2012**

**LAPORAN HASIL  
KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai syarat untuk mengikuti ujian hasil Karya Tulis  
Ilmiah mahasiswa program strata-1 kedokteran umum**

**VITRICYA PURNAMA SARI  
G2A008192**

**PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
TAHUN 2012**

**LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN HASIL KTI**

**ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) KATEGORI PASIEN OBSTETRI DI ICU  
DAN HCU RSUP KARYADI SEMARANG  
PERIODE FEBRUARI 2010 – FEBRUARI 2012**

Disusun oleh:

**VITRICYA PURNAMA SARI**

**G2A008192**

**Telah disetujui**

Semarang, 26 Juli 2012

**Penguji**

**Pembimbing**

**Dr. Heru Dwi Jatmiko, Sp.An. KAKV  
19620718 19891 1 100**

**Dr. Jati Listiyanto Pujo. Sp.An. KIC  
19610915 19891 2 001**

**Ketua penguji**

**dr . Akhmad Ismail , Msi.Med  
197108281 99702 1 001**

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama mahasiswa : Vitricya Purnama Sari  
Nim : G2A008192  
Alamat : Jalan Gergaji 1 no 1169 B Semarang  
Program Studi : Program Pendidikan Sarjana Program Studi  
Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran  
Universitas Diponegoro

Judul KTI : Angka Kematian Ibu (AKI) Kategori Pasien  
Obstetri di ICU DAN HCU Rumah sakit Sakit  
Karyadi Semarang Periode Februari 2010 –  
Februari 2012

Dengan ini menyatakan bahwa .

- 1) KTI ini ditulis sendiri tulisan asli saya sediri tanpa bantuan orang lain selain pembimbing dan narasumber yang diketahui oleh pembimbing
- 2) KTI ini sebagian atau seluruhnya belum pernah dipublikasi dalam bentuk artikel ataupun tugas ilmiah lain di Universitas Diponegoro maupun di perguruan tinggi lain
- 3) Dalam KTI ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai rujukan dalam naskah dan tercantum pada daftar kepustakaan

Semarang, 15 juli 2012  
Yang membuat pernyataan,

Vitricya Purnama Sari

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan tugas Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “*angka kematian ibu (AKI) kategori pasien obstetri di ICU dan HCU RSUP Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012*”. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Saya menyadari sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak penyusunan proposal sampai dengan terselesaikannya laporan hasil Karya Tulis Ilmiah ini. Bersama ini saya menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada

1. Prof . Sudharto P. Hadi, MES,Ph. D , Rektor Universitas Diponegoro Semarang.
2. Dr. Endang Ambarwati,Sp.RM , Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
3. Dr. Jati Listiyanto Pujo, Sp An, KIC, dosen pembimbing yang telah berjasa memberikan bimbingan, petunjuk , dan saran-saran dengan penuh bijaksana dan tanggung jawab sehingga penyusunan Laporan Hasil Penelitian ini dapat diselesaikan.
4. Dr. Akhmad ismail M. Si. Med , selaku ketua penguji laporan hasil penelitian.
5. Dr. Heru Dwi Jatmiko, Sp.An. KAKV, selaku penguji Laporan Hasil Penelitian.
6. Staf bagian instalasi rekam medik dan HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang, atas bantuannya dalam pelaksanaan penelitian di bagian Rekam medik RSUP Dr.Karyadi Semarang

Rasa terimakasih ini juga saya sampaikan kepada para sahabat yang selalu memberikan dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Serta berbagai pihak yang secara langsung maupun tidak langsung yang ikut mendukung jalannya penelitian yang saya lakukan.

Rasa hormat yang sedalam-dalamnya dan rasa terimakasih yang setulus-tulusnya saya sampaikan kepada Ayahanda tercinta ( Zulfikar Z. ST) dan Ibunda tercinta (Adinar Syukur. S,pd ) atas dorongan dan doa beliaulah saya dapat menyelesaikan KaryaTulis Ilmiah ini dan keluarga tercinta yang selalu memberi dukungan dan doanya untuk saya.

Akhir kata, kami berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Semarang , 15 Juli 2012

Vitricya Purnama Sari

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABLE.....	ix
DAFTAR GRAFIK.....	x
ABSTRAK .....	xi
ABSTRACT.....	xii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar belakang masalah.....	1
1.2 Perumusan masalah.....	6
1.3 Tujuan penelitian .....	6
1.4 Manfaat penelitian .....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	9
2.1 Intensive unit care (ICU) .....	9
2.1.1 Definisi ICU.....	9
2.1.2 Beberapa hal yang harus diketahui tentang ICU .....	9
2.1.3 Pelayanan intensive care.....	11
2.1.4 Standar minimum pelayanan intensive care unit .....	12
2.2 High Unit care (HCU).....	17
2.2.1 Pelayanan HCU .....	18
2.2.2 Alur pelayanan .....	19
2.2.3 Indikasi masuk dan indikasi keluar.....	20
2.3 KEMATIAN MATERNAL.....	21
2.3.1 Batasan Kematian Maternal .....	21
2.3.2 Epidemiologi Kematian Maternal .....	22
2.4 OBSTETRI .....	23
BAB III KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP .....	26

3.1	Kerangka teori.....	26
3.2	Kerangka konsep.....	27
BAB IV DESAIN PENELITIAN.....		28
4.1	Ruang Lingkup Penelitian .....	28
4.2	Tempat dan waktu penelitian .....	28
4.3	Jenis Penelitian.....	28
4.4	Populasi dan Data Penelitian .....	29
4.5	Cara pengumpulan data dan jenis data.....	29
4.6	Definisi operasional .....	30
4.7	Cara Pengolahan dan Analisis Data.....	32
BAB V HASIL PENELITIAN .....		33
5.1	Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan Diagnosis penyakit .....	34
5.2	Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan indikasi masuk.....	37
5.3	Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan umur .....	40
5.4	Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan alamat .....	41
5.5	Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan penggunaan ventilator .....	42
5.6	Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan lama penggunaan ventilator .....	43
5.7	Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan lama hari rawat .....	44
5.8	Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan jenis pembiayaan.....	45
5.9	Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan skor APACHE II .....	46
BAB VI PEMBAHASAN.....		48
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....		54
6.1	Kesimpulan .....	54
6.2	Saran .....	54

DAFTAR PUSTAKA..... 56

LAMPIRAN ..... 58

- Surat permohonan Ethical Clearance
- Ethical Clearance
- Surat permohonan ijin penelitian
- Surat permohonan ijin peminjaman rekam medik (dari fakultas)
- Surat permohonan ijin peminjaman rekam medik (dari Rumah sakit)
- Dokumentasi
- Form survei penelitian
- Biodata mahasiswa



## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Distribusi umum pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 .....	33
Tabel 2. Distribusi pasien obstetri menurut diagnosis penyakit di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 .....	34
Tabel 3. Distribusi pasien obstetri menurut indikasi penyakit di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 .....	37
Tabel 4. Distribusi pasien obstetri menurut umur di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 .....	40
Tabel 5. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan alamat asal. ....	41
Tabel 6. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan penggunaan ventilator. ....	42
Tabel 7. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan lama penggunaan ventilator. ....	43
Tabel 8. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan lama hari rawat.....	44
Tabel 9. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan jenis pembiayaan.....	45
Tabel 10. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan skor APACHE II. ....	46

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Distribusi jumlah pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang februari 2010-februari 2012 .....	33
Grafik 2. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi februari 2010-februari 2012 berdasarkan diagnosis penyakit .....	35
Grafik 3. Distribusi pasien obstetri yang keluar mati menurut diagnosis penyakit di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 .....	36
Grafik 4. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang berdasarkan indikasi masuk februari 2010-februari 2012 .....	38
Grafik 5. Distribusi pasien obstetri yang keluar mati menurut indikasi masuk di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 .....	39
Grafik 6. Distribusi pasien obstetri (jumlah pasien dan pasien keluar mati )di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan umur .....	40
Grafik 7. Distribusi pasien obstetri (jumlah pasien dan pasien yang keluar mati) di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan alamat asal .....	41
Grafik 8. Distribusi pasien obstetri (jumlah pasien dan pasien keluar mati) di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan penggunaan ventilator .....	42
Grafik 9. Distribusi pasien obstetri (jumlah pasien dan pasien keluar mati) di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan lama penggunaan ventilator .....	43
Grafik10 Distribusi pasien obstetri (jumlah pasien dan pasien keluar mati) di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan lama hari rawat.....	44
Grafik 11. Pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan jenis pembiayaan .....	45
Grafik 12. Pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan skor APACHE II.....	47

## ABSTRAK

**Latar belakang :** Pemerintah sangat mengharapkan adanya penurunan yang bermakna dari angka kematian ibu yaitu untuk mengetahui pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) tahun 2015. Maka Angka Kematian Ibu dan hal-hal yang diperkirakan berpengaruh terhadapnya sangat diperlukan disetiap rumah sakit agar lebih mempermudah dalam evaluasi target pencapain.

**Tujuan :** Mengetahui atau mendapatkan data mengenai angka kematian ibu (AKI) kategori pasien obstetri yang dirawat di HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012 dan mendeskripsikan distribusi hal-hal yang diperkirakan berpengaruh terhadap angka kematian ibu (AKI).

**Metode penelitian :** Penelitian ini merupakan penelitian *deskriptif* dengan menggunakan data sekunder dari rekam medik HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012. Jenis penelitian ini adalah penelitian *Observasional*. Analisis data menggunakan cara deskriptif. Pada penelitian ini dipakai Penelitian deskriptif karena ingin didapatkan deskripsi atau gambaran mengenai fenomena penelitian.

**Hasil :** Pasien yang termasuk kriteria obstetri di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang pada Februari 2010-Februari 2012 didapatkan sebanyak 126 orang. Yang keluar mati 23 orang (18,25%). Hal-hal yang diperkirakan berpengaruh terhadap angka kematian tersebut adalah diagnosis penyakit, paling banyak terjadi dengan diagnosis hipertensi 60 Orang (47,63%), yaitu sebanyak 11 orang keluar mati. Indikasi masuk, paling banyak dengan Post SCTP+hipertensi 56 orang (44,44%) orang, yaitu yang keluar mati sebanyak 11 orang. Umur, paling banyak pada kelompok umur 21-30 tahun, yaitu sebanyak 57 orang (45,2%) dan 11 orang keluar mati pada kelompok umur yang sama. Alamat, paling banyak berasal dari luar semarang, dengan jumlah pasien 74 orang ( 58,7%) dan yang keluar mati 14 orang dari seluruh pasien yang keluar mati. Penggunaan ventilator, paling banyak pasien keluar mati adalah pasien yang menggunakan ventilator, yaitu berjumlah 17 orang dari 29 orang pengguna ventilator. Lama penggunaan ventilator, terbanyak pasien yang keluar mati dengan lama penggunaan ventilator  $\leq 2$  hari,yaitu berjumlah 9 orang . Lama hari rawat, pasien keluar mati paling banyak yaitu  $> 2$  hari perawatan, dengan jumlah 12 orang. Jenis pembiayaannya, paling banyak memakai pembiayaan pribadi, yaitu sebanyak 47 orang (37,3%) . Dan skor APACHE II, terbanyak berkisar 10-14 sebanyak 45 orang (35,71%).

**Kesimpulan :** Selama 2 tahun terakhir ini dari february 2010 – february 2012 Berdasarkan catatan medik di RSUP Dr. Karyadi Semarang didapatkan 126 kasus obstetri yang dirawat di HCU / ICU. Dari sejumlah tersebut terdapat 23 orang (18,25%) meninggal dunia pada saat perawatannya. dan hipertensi adalah penyebab terbanyak.

**Kata kunci :** Angka kematian ibu, pasien Obstetri, HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi.

## ABSTRACT

**Research Background:** The government's expectation was the decrease of mother death it was to know Millennium Development Goals (MDGs) achievement in 2015. So, mother death numbers and all things that could be influenced were very needed in every hospital so that the achievement target of evaluation was easier.

**Aim:** Knew or got the data concerning the mother's death rate (MDR) the category of the obstetrics patient who was treated in HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang the period in February 2010 in February 2012 and described the distribution of matters that it was estimated were influential towards the mother's death rate (MDR)

**Method:** This research was descriptive research used secondary data from medical recording after in HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang February 2010 – February 2012 periode. It was Observational research. Data analysis used descriptive method. In this research, the researcher conducted by using descriptive research to get description or the picture concerning the phenomenon of the research.

**Results:** Patients who were obstetrics category after in HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang February 2010 – February 2012 periode was about 126 patients. Death came out were 23 patients (18,25%). Matters that it was estimated were influential towards this death rate were the illness diagnosis, often happened to the hypertension diagnosis 60 people (47.63%), that is as many as 11 people went out died. The indication entered, most with Post SCTP+hipertensi 56 people (44.44%) the person, that is that went out died totalling 11 people. The age, most to the age group 21-30 years, that is as many as 57 people (45.2%) and 11 people went out died to the same age group. The address, often came from outside Semarang, with the number of patients 74 people (58.7%) and that went out died 14 people from all over the patient who went out died. The use of the ventilator, most patients went out died was the patient who used the ventilator, that is numbering 17 people from 29 users of the ventilator. For a long time the use of the ventilator, most the patient who went out died for a long time the use of the ventilator 2 days it means numbering 9 people. For a long time the day treated, the patient went out died most that is > 2 maintenance days, with the number 12 people. And his funding kind, often used personal funding, that is as many as 47 people (37,3%). And the score of Apache II, most revolving 10-14 totalling 45 people (35.71%).

**Conclusions :** For 2 years later in February 2010-2012 based on medical recording in RSUP Dr. Karyadi Semarang was gotten 126 obstetrics cases who cared in HCU/ICU. From that number gotten 23 patients who has been died. And hypertension was the most cause.

**keyword:** the mother's Death Rate, the patient Obstetrics, HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi.

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar belakang masalah**

Obstetrik adalah ilmu bedah kedokteran yang khusus mempelajari cara memperlakukan wanita dan bayi selama masa kehamilan, proses kelahiran dan puerperium (periode setelah kelahiran).<sup>1</sup> Tetapi tentu saja dalam semua proses tersebut tidak semua berjalan dengan mulus. Banyak kasus kedaruratan obstetri yang terjadi yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kesakitan yang berat, bahkan kematian ibu, janin dan bayi baru lahir. Dari sisi obstetri ada empat penyebab utama kematian ibu, janin dan bayi baru lahir ialah (1) perdarahan, (2) infeksi dan sepsis, (3) hipertensi dan preeklampsia/eklampsia, serta (4) persalinan macet (distosia). Persalinan macet hanya terjadi saat persalinan berlangsung, sedangkan ketiga penyebab yang lain dapat terjadi dalam kehamilan, persalinan, dan dalam masa nifas. Selain empat penyebab kematian utama tersebut, masih b

Banyak jenis kasus gawatdarurat obstetri baik yang terkait langsung dengan kehamilan dan persalinan misalnya emboli air ketuban, maupun yang tidak terkait langsung dengan kehamilan dan persalinan, misalnya luka bakar, syok anafilaktik karena obat, dan cedera akibat kecelakaan lalu lintas.

Pada saat ini tidak ada angka yang tepat mengenai kematian ibu untuk Indonesia atau untuk suatu wilayah di Indonesia. Hal ini disebabkan oleh belum adanya sistem pendaftaran wajib untuk kelahiran dan kematian di negara kita. Menurut taksiran kasar, angka kematian ibu ialah 6-8 per 1000 kelahiran. Angka

ini sangat tinggi apabila dibandingkan dengan dinegara-negara maju, yang berkisar antara 1,5 dan 3 per 10.000 kelahiran hidup. Angka-angka yang dewasa ini tersedia adalah angka-angka dari beberapa rumah sakit di beberapa daerah , yang selain menerima wanita untuk persalinan,yang telah mendaftarkan diri lebih dahulu (booked cases), menerima penderita-pendrita yang dikirim dari daerah disekitarnya karena kesukaran dalam persalinan.<sup>2</sup>

Perbedaan dari angka-angka disejumlah rumah sakit untuk sebagian besar disebabkan oleh perbedaan jumlah dalam persen antara booked cases dan kasus-kasus darurat. Kasus-kasus darurat umumnya terdiri atas mereka yang mula-mula persalinan dihadiri oleh dukun , akan tetapi karena kesulitan ,dikirim kerumah sakit. Tidak jarang mereka itu terlambat dibawa, malahan kadang-kadang mereka datang kerumah sakit hanya untuk meninggal. Berdasarkan Journal of Emergencies, Trauma, and Shock yang berjudul “Is intensive care the only answer for high risk pregnancies in developing nations?” menyatakan bahwa *dinegara berkembang, kehamilan resiko tinggi harus dikelola di pusat fasilitas yang tepat, antenatal dan tepat waktu. Bantuan perawatan yang intensif harus disediakan untuk kehamilan dengan resiko yang sangat tinggi.*<sup>3</sup> Yang mengalami kegawatdaruratan tersebut dimasukkan di ruang *high care unit* (HCU) atau *Intensive Care Unit* (ICU) untuk dirawat intensif. Pasien obstetri yang masuk ke *Intensive Care Unit* (ICU) dapat berasal dari Unit Gawat Darurat, Kamar Operasi, Ruang Perawatan, ataupun kiriman dari Rumah Sakit lain.

*Intensive Care Unit* (ICU) adalah suatu tempat atau unit tersendiri didalam rumah sakit, memiliki staf khusus, peralatan khusus yang ditujukan untuk

menanggulangi pasien gawat karena penyakit, trauma atau komplikasi-komplikasi. Staf khusus adalah dokter, perawat terlatih atau berpengalaman (intensivis) sebagai kepala *Intensive Care Unit* (ICU), tenaga ahli laboratorium diagnostik, teknisi alat-alat pemantauan, alat untuk menopang fungsi vital dan alat untuk produser diagnostik. Sedangkan *High Care Unit* (HCU) adalah ruang perawatan pasien *Intensive Care Unit* (ICU) yang dianggap sudah menunjukkan perbaikan tetapi masih dalam pengawasan ketat. Pasien obsetri yang memiliki kegawatan dan komplikasi-komplikasi dimasukkan kedalam ruangan *high Care Unit* (HCU) atau *Intensive Care Unit* (ICU) untuk diberikan perawatan dan penanganan yang intensive (Tentunya ada kriteria-kriteria khusus pasien yang dirawat intensif tersebut) terhadap kegawatan dan komplikasi-komplikasi yang terjadi, Sehingga dapat membantu mempertahankan kehidupan.<sup>13</sup> Dengan adanya ruang rawat intensive tersebut, dapat lebih membantu untuk mempercepat pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015 khususnya menurunkan angka kematian ibu.

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Angka kematian ibu juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan pembangunan millenium yaitu tujuan ke 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu dimana target yang akan dicapai dalam kurun waktu dari tahun 1990 sampai tahun 2015 adalah mengurangi sampai  $\frac{3}{4}$  resiko jumlah kematian ibu.<sup>4</sup> Dari semua target MDGs, *kinerja penurunan angka kematian ibu secara global masih rendah*. Di Indonesia, angka kematian ibu melahirkan (MMR/*Maternal Mortality Ratio*) menurun dari 390 pada tahun 1991

menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Target pencapaian MDG pada tahun 2015 adalah sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup, sehingga diperlukan kerja keras untuk mencapai target tersebut.<sup>5</sup>

Kementerian Kesehatan meluncurkan program Jaminan Persalinan (Jampersal) untuk mempercepat pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) tahun 2015 khususnya menurunkan angka kematian ibu dan bayi.. Tujuannya untuk meningkatkan cakupan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, dan pelayanan nifas ibu oleh tenaga kesehatan, meningkatkan cakupan pelayanan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan, meningkatkan cakupan pelayanan KB pasca persalinan, meningkatkan cakupan penanganan komplikasi ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir, serta terselenggaranya pengelolaan keuangan yang efisien, efektif, transparan, dan akuntabel. Peserta program Jampersal adalah ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas (pasca melahirkan sampai 42 hari) dan bayi baru lahir (0-28 hari) yang belum memiliki jaminan biaya kesehatan. Peserta program dapat memanfaatkan pelayanan di seluruh jaringan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan (RS) di kelas III yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota.<sup>6</sup>

Peluncuran Jampersal ini, pemerintah sangat mengharapkan adanya penurunan yang bermakna dari angka kematian ibu di Indonesia. Tetapi dari berbagai data di beberapa daerah masih ada angka kematian ibu yang tetap bahkan meningkat dari sebelumnya. Ini merupakan masalah yang ada di realita masyarakat sekarang. Apakah program tersebut belum terlaksana, ataukah



memang ada sesuatu yang lain yang menyebabkan angka kematian ibu khususnya di obstetri meningkat. Oleh sebab itu sangat diperlukan data angka kematian ibu kategori pasien obstetri ditiap-tiap rumah sakit yang bekerjasama dengan program pemerintah (jampersal), untuk membuktikan keefektifan dari sebuah program tersebut.

Dalam penelitian ini, penulis ingin mengetahui angka kematian ibu kategori pasien obstetri yang dirawat intensif di *High Care Unit* (HCU) dan *Intensive Care Unit* (ICU) RS Karyadi pada khususnya. Karena belum ada penelitian mengenai perhitungan angka kematian ibu kategori obstetri di rumah sakit karyadi semarang di *High Care Unit* (HCU) dan *Intensive Care Unit* (ICU). Dengan demikian, dalam penelitian ini, penulis memfokuskan mengukur angka kematian ibu kategori pasien obstetri yang dirawat di ruang *High Care Unit* (HCU) dan *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah sakit Karyadi semarang. Sehingga akan didapatkan data valid yang berguna sebagai indikator untuk perhitungan AKI, serta membuktikan dan menilai apakah pelayanan kesehatan di ICU dan HCU RS Karyadi Semarang sudah efektif dan efisien. Karena baik buruknya pelayanan kesehatan di ICU dan HCU secara tidak langsung akan menggambarkan bagaimana sebenarnya mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut. Dan juga sebagai data untuk penelitian lebih lanjut.

## 1.2 Perumusan masalah

Perumusan masalah berdasarkan latar belakang diatas adalah sebagai berikut :

“Berapa angka kematian ibu kategori pasien obstetri yang dirawat di ruang *High Care Unit* (HCU) dan *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah sakit Karyadi semarang?”

## 1.3 Tujuan penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui atau mendapatkan data mengenai angka kematian ibu (AKI) kategori pasien obstetri yang dirawat di Rumah sakit Karyadi Semarang periode Februari 2010 – Februari 2012.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui dan mendapatkan data mengenai indikasi masuk pada pasien obstetri di ICU/HCU RSUP Dr.Karyadi semarang periode february 2010 – february 2012.
- 2) Mengetahui dan mendapatkan data mengenai diagnosis penyakit pada pasien obstetri di ICU/HCU RSUP Dr.Karyadi semarang periode february 2010 – february 2012.
- 3) Mengetahui dan mendapatkan data mengenai umur pada pasien obstetri di ICU/HCU RSUP Dr.Karyadi semarang periode february 2010 – february 2012.

- 4) Mengetahui dan mendapatkan data mengenai penggunaan ventilator pada pasien obstetri di ICU/HCU RSUP Dr.Karyadi semarang periode februari 2010 – februari 2012.
- 5) Mengetahui dan mendapatkan data mengenai lama penggunaan ventilator pada pasien obstetri di ICU/HCU RSUP Dr.Karyadi semarang periode februari 2010 – februari 2012.
- 6) Mengetahui dan mendapatkan data mengenai lama hari perawatan pada pasien obstetri di ICU/HCU RSUP Dr.Karyadi semarang periode februari 2010 – februari 2012.
- 7) Mengetahui dan mendapatkan data mengenai alamat asal pada pasien obstetri di ICU/HCU RSUP Dr.Karyadi semarang periode februari 2010 – februari 2012.
- 8) Mengetahui dan mendapatkan data mengenai status pembiayaan pada pasien obstetri di ICU/HCU RSUP Dr.Karyadi semarang periode februari 2010 – februari 2012.
- 9) Mengetahui dan mendapatkan data mengenai APACHE score pada pasien obstetri di ICU/HCU RSUP Dr.Karyadi semarang periode februari 2010 – februari 2012.

#### **1.4 Manfaat penelitian**

- 1) Sebagai data di RS Karyadi khususnya di ruang *High Care Unit* (HCU) dan *Intensive Care Unit* (ICU).
- 2) Sebagai acuan evaluasi Rumah sakit Dr. Karyadi Semarang dengan meningkatkan pelayanan khususnya di ruang *High Care Unit* (HCU) dan *Intensive Care Unit* (ICU) yang bertujuan mengurangi angka kematian ibu yang terjadi.
- 3) Dengan data angka kematian ibu yang diperoleh, dapat dijadikan perwakilan data sebagai indikator untuk menilai kebijakan penurunan angka kematian ibu dalam mencapai MDGs 2015.
- 4) Dapat menjadi data acuan untuk penelitian yang lebih lanjut.

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Intensive Unite Care (ICU)**

#### **2.1.1 Definisi ICU**

*Intensive Care Unit* (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang terpisah, dengan staf khusus dan perlengkapan yang khusus, yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit,cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam jiwa atau potensial mengancam jiwa dengan prognosis dubia. *Intensive Care Unit* (ICU) menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut.<sup>13</sup>

#### **2.1.2 Beberapa hal yang harus diketahui tentang *Intensive Care Unit* (ICU)**

Berdasarkan falsafah dasar “*Saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan pasien*” maka semua kegiatan *Intensive Care Unit* (ICU) bertujuan dan berorientasi untuk dapat secara optimal, memperbaiki kesehatan pasien.

##### 1) Indikasi yang Benar

Pasien yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU) adalah yang memerlukan:

- a. Pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan, sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan terapi titrasi.
- b. Pemantauan kontinu terhadap pasien-pasien dalam keadaan kritis yang dapat mengakibatkan terjadinya dekompensasi fisiologis.
- c. Intervensi medis segera oleh tim *intensive care*.

## 2) Kerja Sama Multidisipliner dalam Masalah Medis Kompleks

Dasar pengelolaan pasien *Intensive Care Unit* (ICU) adalah pendekatan multidisiplin dengan tenaga kesehatan dari beberapa disiplin ilmu terkait yang dapat memberikan kontribusinya sesuai dengan bidang keahliannya dan bekerja sama dalam tim, dengan dipimpin dengan seorang *intensivist* sebagai ketua tim.<sup>17</sup>

## 3) Kebutuhan Pelayanan Kesehatan Pasien

Kebutuhan pasien *Intensive Care Unit* (ICU) adalah tindakan resusitasi yang meliputi dukungan hidup untuk fungsi-fungsi vital seperti *airway* (fungsi jalan pernafasan), *breathing* (fungsi pernafasan), *circulation* (fungsi sirkulasi), *brain* (fungsi otak), dan fungsi organ lain, dilanjutkan dengan diagnosis dan terapi definitif.<sup>13</sup>

## 4) Kontinuitas Pelayanan

Untuk efektivitas, keselamatan dan ekonomisnya pelayanan ICU, maka perlu dikembangkan unit pelayanan tingkat tinggi (*High Care Unit = HCU*). HCU fungsi utamanya menjadi unit perawatan-antara bangsal rawat dan ICU. Di HCU tidak diperlukan peralatan canggih seperti ICU, yang diperlukan utamanya adalah kewaspadaan yang lebih tinggi.<sup>13</sup>

### 2.1.3 Pelayanan intensive care

#### 1) Praktik Kedokteran *Intensive Care*

Tujuan dari pelayanan *intensive care* adalah memberikan pelayanan medik tertitiasi dan berkelanjutan serta mencegah fragmentasi pengelolaan pasien sakit kritis, meliputi:

- Pasien-pasien yang secara fisiologis tidak stabil dan memerlukan dokter, perawat, perawatan napas yang terkoordinasi dan berkelanjutan, sehingga memerlukan perhatian yang teliti, agar dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan titrasi terapi.<sup>13</sup>
- Pasien-pasien yang dalam keadaan bahaya mengalami dekompensasi fisiologis dan karena itu memerlukan pemantauan yang terus menerus dan kemampuan **tim intensive care** untuk melakukan intervensi segera untuk mencegah timbulnya penyulit yang merugikan.<sup>13</sup>

#### 2) Pelayanan *Intensive Care*

Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) harus dilakukan oleh *intensivist*, yang terlatih secara formal dan mampu memberikan pelayanan tersebut, dan yang terbebas dari tugas-tugas lain yang membebani, seperti kamar operasi, praktik atau tugas-tugas kantor. *Intensivist* yang bekerja harus berpartisipasi dalam suatu sistem yang menjamin kelangsungan pelayanan *intensive care* 24 jam.<sup>13</sup>

Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) dimaksud untuk memastikan suatu lingkungan yang menjamin pelayanan yang aman, tepat waktu, dan efektif. Untuk tercapainya tugas ini diperlukan partisipasi dari *intensivist* pada aktivitas manajemen<sup>13</sup>

#### **2.1.4 Standar pelayanan intensive care unit**

Tingkat pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) harus disesuaikan dengan kelas rumah sakit. Tingkat pelayanan ini ditentukan oleh jumlah staf, fasilitas, pelayanan penunjang, jumlah, dan macam pasien yang dirawat.<sup>13</sup>

#### **Indikasi Masuk dan Keluar *Intensive Care Unit* (ICU)**

Suatu *Intensive Care Unit* (ICU) harus mampu menggabungkan teknologi tinggi dan keahlian khusus dalam bidang kedokteran dan keperawatan gawat darurat yang dibutuhkan untuk merawat pasien sakit kritis. Keadaan ini memaksa diperlukannya mekanisme untuk membuat prioritas pada sarana yang terbatas ini apabila kebutuhannya ternyata melebihi jumlah tempat tidur yang tersedia di *Intensive Care Unit* (ICU).<sup>13</sup>

Dokter yang merawat pasien yang mempunyai tugas untuk meminta pasiennya dimasukkan ke *Intensive Care Unit* (ICU) bila ada indikasi dan segera memindahkannya ke unit yang lebih rendah bila kondisi kesehatan pasien telah memungkinkan. Kepala *Intensive Care Unit* (ICU) menentukan berdasarkan prioritas kondisi medik, pasien mana yang akan dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU). Prosedur untuk melaksanakan kebijakan ini harus dijelaskan secara rinci untuk tiap *Intensive Care Unit* (ICU). Harus tersedia mekanisme untuk mengkaji ulang secara retrospektif kasus-kasus di mana dokter yang merawat tidak setuju dengan keputusan kepala *Intensive Care Unit* (ICU).<sup>13</sup>



## **Kriteria Masuk**

*Intensive Care Unit (ICU)* memberikan pelayanan antara lain pemantauan yang canggih dan terapi yang intensif. Dalam keadaan penggunaan tempat tidur yang tinggi, pasien yang memerlukan terapi intensif (prioritas satu -1) didahulukan dirawat di *Intensive Care Unit (ICU)*, dibandingkan pasien yang memerlukan pemantauan intensif (prioritas dua-2) dan pasien sakit kritis atau terminal dengan prognosis yang jelek untuk sembuh (prioritas tiga-3). Penilaian objektif atas beratnya penyakit dan prognosis hendaknya digunakan untuk menentukan prioritas masuk pasien.<sup>13</sup>

### *Pasien Prioritas 1 (Satu)*

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif seperti dukungan/bantuan ventilasi, infus obat-obat vasoaktif kontinu, dan lain-lainnya. Contoh pasien kelompok ini antara lain pascabedah kardiotoraksik, atau pasien *shock septic*. Mungkin ada baiknya beberapa institusi membuat kriteria spesifik untuk masuk *Intensive Care Unit (ICU)*, seperti derajat hipoksemia, hipotensi di bawah tekanan darah tertentu. Pasien prioritas 1 (satu) umumnya tidak mempunyai batas ditinjau dari macam terapi yang diterimanya.<sup>13</sup>

### *Pasien Prioritas 2 (Dua)*

Pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih dari *Intensive Care Unit (ICU)*. Jenis pasien ini berisiko sehingga memerlukan terapi intensif segera, karenanya pemantauan intensif menggunakan metode seperti *pulmonary arterial catheter* sangat menolong. Contoh jenis pasien ini antara lain mereka yang menderita penyakit dasar jantung, paru, atau ginjal akut dan berat atau yang telah

mengalami pembedahan major. Pasien prioritas 2 umumnya tidak terbatas macam terapi yang diterimanya mengingat kondisi mediknya senantiasa berubah.<sup>13</sup>

#### *Pasien Prioritas 3 (Tiga)*

Pasien jenis ini sakit kritis, dan tidak stabil di mana status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, baik masing-masing atau kombinasinya, sangat mengurangi kemungkinan kesembuhan dan atau mendapat manfaat dari terapi di *Intensive Care Unit* (ICU). Contoh pasien ini antara lain pasien dengan keganasan metastase disertai penyulit infeksi, *pericardial tamponade*, atau sumbatan jalan napas, atau pasien menderita penyakit jantung atau paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pasien-pasien prioritas 3 (tiga) mungkin mendapat terapi intensif untuk mengatasi penyakit akut, tetapi usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi kardiopulmoner.<sup>13</sup>

#### *Pengecualian*

Jenis pasien berikut umumnya tidak mempunyai kriteria yang sesuai untuk masuk *Intensive Care Unit* (ICU), dan hanya dapat masuk dengan pertimbangan seperti pada keadaan luar biasa, atas persetujuan kepala *Intensive Care Unit* (ICU). Lagi pula pasien-asien tersebut bila perlu harus dikeluarkan dari *Intensive Care Unit* (ICU) agar fasilitas yang terbatas tersebut dapat digunakan untuk pasien prioritas 1, 2, 3 (satu, dua, tiga).<sup>13</sup>

- i. Pasien yang telah dipastikan mengalami *brain death*. Pasien-pasien seperti itu dapat dimasukkan ke *Intensive Care Unit* (ICU) bila mereka potensial

donor organ, tetapi hanya untuk tujuan menunjang fungsi-fungsi organ sementara menunggu donasi organ.

- ii. Pasien-pasien yang kompeten tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi ”perawatan yang nyaman” saja. Ini tidak menyingkirkan pasien dengan perintah ”DNR”. Sesungguhnya, pasien-pasien ini mungkin mendapat manfaat dari tunjangan canggih yang tersedia di *Intensive Care Unit* (ICU) untuk meningkatkan kemungkinan survivalnya.
- iii. Pasien dalam keadaan vegetatif permanen.
- iv. Pasien yang secara fisiologis stabil yang secara statistik risikonya rendah untuk memerlukan terapi *Intensive Care Unit* (ICU). Contoh pasien kelompok ini antara lain, pasien pascabedah vaskuler yang stabil, pasien *diabetic ketoacidosis* tanpa komplikasi, keracunan obat tetapi sadar, *concussion*, atau payah jantung kongestif ringan. Pasien-pasien semacam ini lebih disukai dimasukkan ke suatu unit intermediet untuk terapi definitif dan atau observasi.

### **Kriteria Keluar**

#### *Pasien Prioritas 1 (Satu)*

Pasien prioritas 1 (satu) dikeluarkan dari *Intensive Care Unit* (ICU) bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, atau bila terapi telah gagal dan prognosis jangka pendek jelek dengan kemungkinan kesembuhan atau manfaat dari terapi intensif kontinu kecil. Contoh hal terakhir adalah pasien

dengan tiga atau lebih gagal sistem organ yang tidak berespons terhadap pengelolaan agresif dan meninggal dunia.<sup>13</sup>

*Pasien Prioritas 2 (Dua)*

Pasien prioritas 2 (dua) dikeluarkan bila kemungkinan untuk mendadak memerlukan terapi intensif telah berkurang.

*Pasien Prioritas 3 (Tiga)*

Pasien prioritas 3 (tiga) dikeluarkan dari *Intensive Care Unit* (ICU) bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, tetapi mereka mungkin dikeluarkan lebih dini bila kemungkinan kesembuhannya atau manfaat dari terapi intensif kontinu kecil. Contoh dari hal terakhir antara lain adalah pasien dengan penyakit lanjut (penyakit paru kronis, penyakit jantung atau liver terminal, karsinoma yang telah menyebar luas dan lain-lainnya yang telah tidak berespons terhadap terapi *Intensive Care Unit* (ICU) untuk penyakit akutnya, yang prognosis jangka pendeknya secara statistik rendah, dan yang tidak ada terapi yang potensial untuk memperbaiki prognosisnya.<sup>13</sup>

Mempertimbangkan perawatannya tetap berlanjut dan sering merupakan perawatan khusus setara pasien *Intensive Care Unit* (ICU), pengaturan untuk perawatan non-ICU yang sesuai harus dilakukan sebelum pengeluaran dari *Intensive Care Unit* (ICU).

Banyak dokter-dokter yang kurang memahami mengenai indikasi merujuk pasien ke *Intensive Care Unit* (ICU), sehingga banyak pasien yang sudah tidak ada harapan hidup pun dirujuk ke *Intensive Care Unit* (ICU). *Harus ditekankan bahwa Intensive Care Unit (ICU) bukan tempat merawat pasien-pasien kasus*

*terminal, atau dengan kata lain bukan bandar udara untuk memberangkatkan pasien ke alam baka. Angka mortalitas di Intensive Care Unit (ICU) memang banyak ditentukan oleh seleksi pasien triase seperti di atas, selain jenis penyakit, penatalaksanaan, dan fasilitas yang baik. Mengingat biaya perawatan Intensive Care Unit (ICU) cukup mahal, dokter-dokter di Indonesia perlu lebih cermat dan mengetahui lebih dalam mengenai syarat-syarat merujuk pasien ke Intensive Care Unit (ICU)* <sup>20</sup>.

## **2.2 High Unit Care (HCU)**

*High Care Unit (HCU) adalah unit pelayanan rumah sakit bagi pasien dengan kondisi stabil dari fungsi respirasi, hemodinamik, dan kesadaran namun masih memerlukan pengobatan, perawatan dan pemantauan secara ketat Tujuannya ialah agar bisa diketahui secara dini perubahan yang membahayakan, hingga bisa dengan segera dipindah ke Intensive Care Unit (ICU) untuk dikelola lebih baik lagi.* <sup>13</sup>

Ada 3 (tiga ) tipe *High Care Unit (HCU)*, yaitu:

- a Separated / conventional / reestanding *High Care Unit (HCU)* adalah *High Care Unit (HCU)* yang berdiri sendiri (independen) terpisah dari *Intensive Care Unit (ICU)*
- b Integrated *Intensive Care Unit (ICU)* adalah *High Care Unit (HCU)* yang menjadi satu dengan *Intensive Care Unit (ICU)*

- c Paralel *High Care Unit* (HCU) adalah *High Care Unit* (HCU) yang terletak berdekatan (bersebelahan) dengan *Intensive Care Unit* (ICU).

### 2.2.1 Pelayanan *High Care Unit* (HCU)

Pelayanan *High Care Unit* (HCU) adalah tindakan medis yang dilaksanakan melalui pendekatan multi disiplin yang dipimpin oleh dokter spesialis yang telah mengikuti pelatihan dasar-dasar *Intensive Care Unit* (ICU). anggota tim terdiri dari dokter spesialis dan dokter serta perawat yang bekerja secara interdisiplin dengan fokus pelayanan pengutamaan pada pasien yang membutuhkan pengobatan, perawatan dan pemantauan secara ketat sesuai dengan standar prosedur operasional yang berlaku dirumah sakit.<sup>13</sup>

Pelayanan *High Care Unit* (HCU) meliputi pemantauan. Pasien secara ketat menganalisis hasil pemantauan dan melakukan tindakan medik dan asuhan keperawatan yang diperlukan.

Ruang lingkup pemantauan yang harus dilakukan antaralain:

- a. Tingkat kesadaran
- b. Fungsi pernapasan dan sirkulasi dengan interval waktu minimal empat jam atau disesuaikan dengan keadaan pasien
- c. Oksigen dengan menggunakan oksimeter secara terus menerus
- d. Keseimbangan cairan dengan interval waktu minimal delapan jam atau disesuaikan dengan keadaan pasien

Tindakan medik dan asuhan keperawatan yang dilakukan:

- i) Bantuan Hidup Dasar/ Basic Life support (BHD/ BLS) dan Bantuan Hidup Lanjut Advanced Life Support( BHD/ALS)

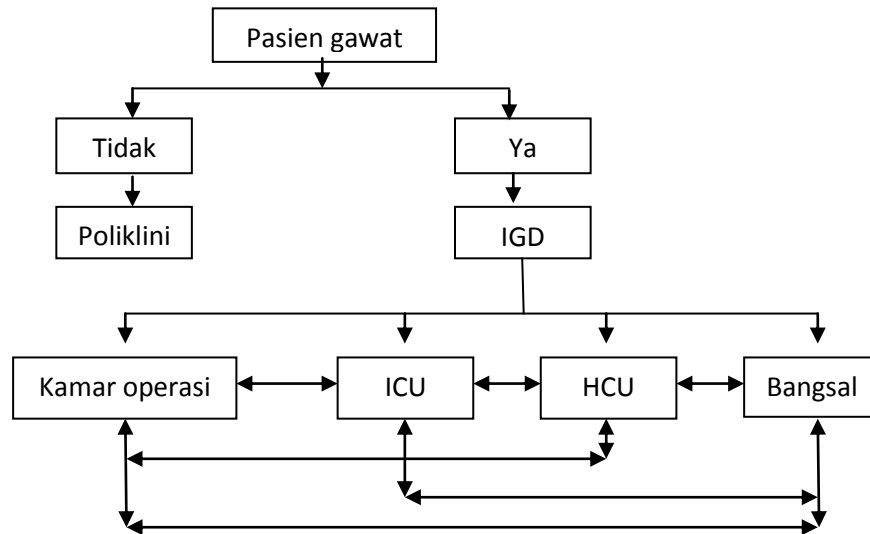
- a. Jalan nafas (Airway) : membebaskan jalan nafas, bila perlu menggunakan alat bantu jalan nafas seperti pipa oropharingeal atau pipa nasopharingeal. Dokter *High Care Unit* (HCU) juga harus mampu melakukan intubasi endotrakea bila diindikasikan dan segera memindahkan atau merujuk pasien ke *Intensive Care Unit* (ICU).
  - b. Pernafasan /ventilais (Breathing), Mampu melakukan bantuan nafas (breathing support) dengan bag-mask-valve
  - c. Sirkulasi (Circulation) resusitasi cairan tindakan defibrilasi, tindakan kompresi jantung luar
- ii) Terapi oksigen  
Memberikan oksigen sesuai dengan kebutuhan pasien dengan berbagai alat pengalir oksigen, seperti: kanul nasal, sungkup muka sederhana, sungkup muka dengan reservoir, sungkup muka dengan katup dan sebagainya.
  - iii) Penggunaan obat-obatan untuk pemeliharaan stabilisasi (obat inotropik, obat anti nyeri, obat aritmia jantung, obat vasoaktif, dan lain-lain).
  - iv) Nutris enteral atau parenteral campuran
  - v) Fisioterapi sesuai dengan keadaan pasien
  - vi) Evaluasi seluruh tindakan yang telah diberikan

### **2.2.2 Alur pelayanan**

Pasien yang memerlukan pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) sesuai indikasi adalah:

1. Pasien dari *Intensive Care Unit* (ICU)

2. Pasien dari IGD
3. Pasien dari kamar operasi atau kamar tindakan lain, seperti : kamar bersalin, ruangan endoskopi, ruang dialisis, dan sebagainya.
4. Pasien dari bangsal (Ruang Rawat Inap)



### 2.2.3 Indikasi masuk dan indikasi keluar

Penentuan indikasi pasien masuk ke *High Care Unit* (HCU) dan keluar dari *High Care Unit* (HCU) serta pasien yang tidak dianjurkan untuk dirawat di *High Care Unit* (HCU) ditentukan berdasarkan kriteria sebagai berikut:

1. *Indikasi masuk*
  - a Pasien gagal organ yang berpotensi mempunyai resiko tinggi untuk terjadi komplikasi dan tidak memerlukan monitor dan alat bantu invasif
  - b Pasien yang memerlukan perawatan dan pengawasan perioperatif.
2. *Idikasi keluar*
  - a Pasien yang tidak lagi membutuhkan pemantauan yang ketat



- b Pasien yang cenderung memburuk dan/atau memerlukan pemantauan dan alat bantu invasif sehingga perlu pindah ke *Intensive Care Unit* (ICU)
- 3. *Yang tidak perlu masuk High Care Unit (HCU)*
  - a Pasien dengan fase terminal suatu penyakit (seperti : kanker stadium akhir).
  - b Pasien / keluarga yang menolak untuk dirawat di *High Care Unit* (HCU) (atas dasar “*inform consent*”)

## **2.3 KEMATIAN MATERNAL**

### **2.3.1 Batasan Kematian maternal**

Mortalitas adalah kematian, catatan kematian disuatu daerah menunjukkan adanya sejumlah orang meninggal didaerah tersebut. Pengukuran status kematian dapat menggambarkan kualitas pelayanan di suatu institusi pelayanan kesehatan atau gambaran tentang derajat kesehatan masyarakat disuatu wilayah tertentu. Angka kematian adalah proporsi orang yang meninggal terhadap jumlah populasi dalam wilayah tertentu.<sup>8</sup>

Kematian maternal menurut batasan dari *The Tenth Revision of The International Classification of Diseases* (ICD – 10) adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut atau penanganannya, tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan<sup>11</sup>.

Batasan 42 hari ini dapat berubah, karena seperti telah diketahui bahwa dengan adanya prosedur – prosedur dan teknologi baru maka terjadinya kematian dapat diperlama dan ditunda, sehingga ICD – 10 juga memasukkan suatu kategori baru yang disebut kematian maternal lambat (*late maternal death*) yaitu kematian wanita akibat penyebab obstetrik langsung atau tidak langsung yang terjadi lebih dari 42 hari tetapi kurang dari satu tahun setelah berakhirnya kehamilan.

Kematian – kematian yang terjadi akibat kecelakaan atau kebetulan tidak dimasukkan ke dalam kematian maternal. Meskipun demikian, dalam praktiknya, perbedaan antara kematian yang terjadi karena kebetulan dan kematian karena sebab tidak langsung sulit dilakukan. Untuk memudahkan identifikasi kematian maternal pada keadaan – keadaan dimana sebab – sebab yang dihubungkan dengan kematian tersebut tidak adekuat, maka ICD – 10 memperkenalkan kategori baru yang disebut *pregnancy – related death* (kematian yang dihubungkan dengan kehamilan) yaitu kematian wanita selama hamil atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari penyebab kematian.

### **2.3.2 Epidemiologi Kematian Maternal**

Kematian maternal merupakan suatu fenomena puncak gunung es karena kasusnya cukup banyak namun yang nampak di permukaan hanya sebagian kecil. Diperkirakan 50.000.000 wanita setiap tahunnya mengalami masalah kesehatan berhubungan dengan kehamilan dan persalinan. Komplikasi yang ada kaitannya dengan kehamilan berjumlah sekitar 18 persen dari jumlah global penyakit yang diderita wanita pada usia reproduksi. Diperkirakan 40 persen wanita hamil akan

mengalami komplikasi sepanjang kehamilannya. Disamping itu 15 persen wanita hamil akan mengalami komplikasi yang bisa mengancam jiwanya dan memerlukan perawatan obstetri darurat, dan perawatan tersebut biasanya masih belum tersedia.<sup>12</sup>

Negara – negara tertentu, Perdarahan mempunyai kontribusi sekitar 50% dari keseluruhan kematian ibu yang berkaitan dengan kehamilan terutama kasus abortus dan dari hasil laporan WHO.<sup>9</sup>

Angka kematian maternal di seluruh dunia diperkirakan sebesar 400 per 100.000 KH dan 98% terjadi di negara – negara berkembang. Kematian maternal ini hampir 95% terjadi di Afrika (251.000 kematian maternal) dan Asia (253.000 kematian maternal) dan hanya 4% (22.000 kematian maternal) terjadi di Amerika Latin dan Karibia, serta kurang dari 1% (2500 kematian maternal) terjadi di negara – negara yang lebih maju. Angka kematian maternal tertinggi di Afrika (830 kematian maternal per 100.000 KH), diikuti oleh Asia (330), Oceania (240), Amerika Latin dan Karibia (190).<sup>9</sup>

## **2.4 OBSTETRI**

Obstetri merupakan cabang ilmu kedokteran yang berhubungan dengan persalinan, hal-hal yang mendahuluinya dan gejala-gejala sisanya (Oxford English Dictionary, 1933). *Obstetri terutama membahas tentang fenomena dan penatalaksanaan kehamilan, persalinan puerperium baik pada keadaan normal maupun abnormal. Nama lain obstetri adalah mid wifery. Tujuan obstetri yaitu*

*agar supaya setiap kehamilan yang diharapkan dan berpuncak pada ibu dan bayi yang sehat. Juga berusaha keras mengecilkan jumlah kematian wanita dan bayi sebagai akibat proses reproduksi atau jumlah kecacatan fisik, intelektual dan emosional yang diakibatkannya.*

- ***Angka kematian ibu atau mortalitas ibu (maternal death rate atau maternal mortality).***

*Angka kematian ibu adalah jumlah kematian ibu akibat proses reproduktif per 100.000 kelahiran hidup.*

Hampir dua pertiga kematian maternal di Indonesia disebabkan oleh penyebab langsung yaitu perdarahan (25%), infeksi / sepsis (15%), eklamsia (12%), abortus yang tidak aman(13%), partus macet (8%).<sup>11</sup>

Di negara lain, yaitu di Australia komplikasi obstetrik menyumbang 38,2% dari kematian; perdarahan merupakan penyebab paling sering (16,6%). Kondisi Nonobstetric menyumbang 56,1% dari kematian; HIV / AIDS, piogenik bronkopneumonia, malaria berat dan meningitis piogenik adalah penyebab paling umum (12,9%, 12,2%, 10,1% dan 7,2% masing-masing). Infeksi mikobakteri ditemukan pada 12 (8,6%) kematian ibu.<sup>19</sup>

*Sebab-sebab umum kematian ibu (kedaruratan obstetri) yaitu :*

#### *1. Perdarahan*

*Perdarahan yang dapat menyebabkan kematian ibu terdiri atas perdarahan post partum, perdarahan berkaitan abortus, perdarahan akibat kehamilan ektopik, perdarahan akibat lokasi plasenta abnormal atau ablasio plasenta (plasenta previa dan absupsio plasenta), dan perdarahan karena ruptur uteri.*

## 2. *Hipertensi*

*Hipertensi yang dapat menyebabkan kematian ibu terdiri atas hipertensi yang diinduksi kehamilan dan hipertensi yang diperberat kehamilan. Hipertensi umumnya disertai edema dan proteinuria (pre eklamsia). Pada kasus berat disertai oleh kejang-kejang dan koma (eklamsia).*

Hipertensi pada kehamilan yang sering dijumpai adalah preeklamsia dan eklamsia. Preeklamsia berat dan khususnya eklamsia merupakan keadaan gawat karena dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin.<sup>11</sup>

## 3. *Infeksi*

*Infeksi nifas atau infeksi panggul post partum biasanya dimulai oleh infeksi uterus atau parametrium tetapi kadang-kadang meluas dan menyebabkan peritonitis, tromboflebitis dan bakteriem.*

## 4. *Sepsis*

Sepsis adalah adanya mikroorganisme patogen atau toksinnya di dalam darah atau jaringan lain atau dapat dikatakan suatu keadaan yang berhubungan dengan keadaan tersebut. Septikemia adalah penyakit sistemik yang berhubungan dengan adanya dan bertahannya mikroorganisme patogen atau toksinnya di dalam darah. Bakteremia adalah adanya bakteri di dalam darah. Viremia adalah adanya virus di dalam darah.<sup>10</sup>

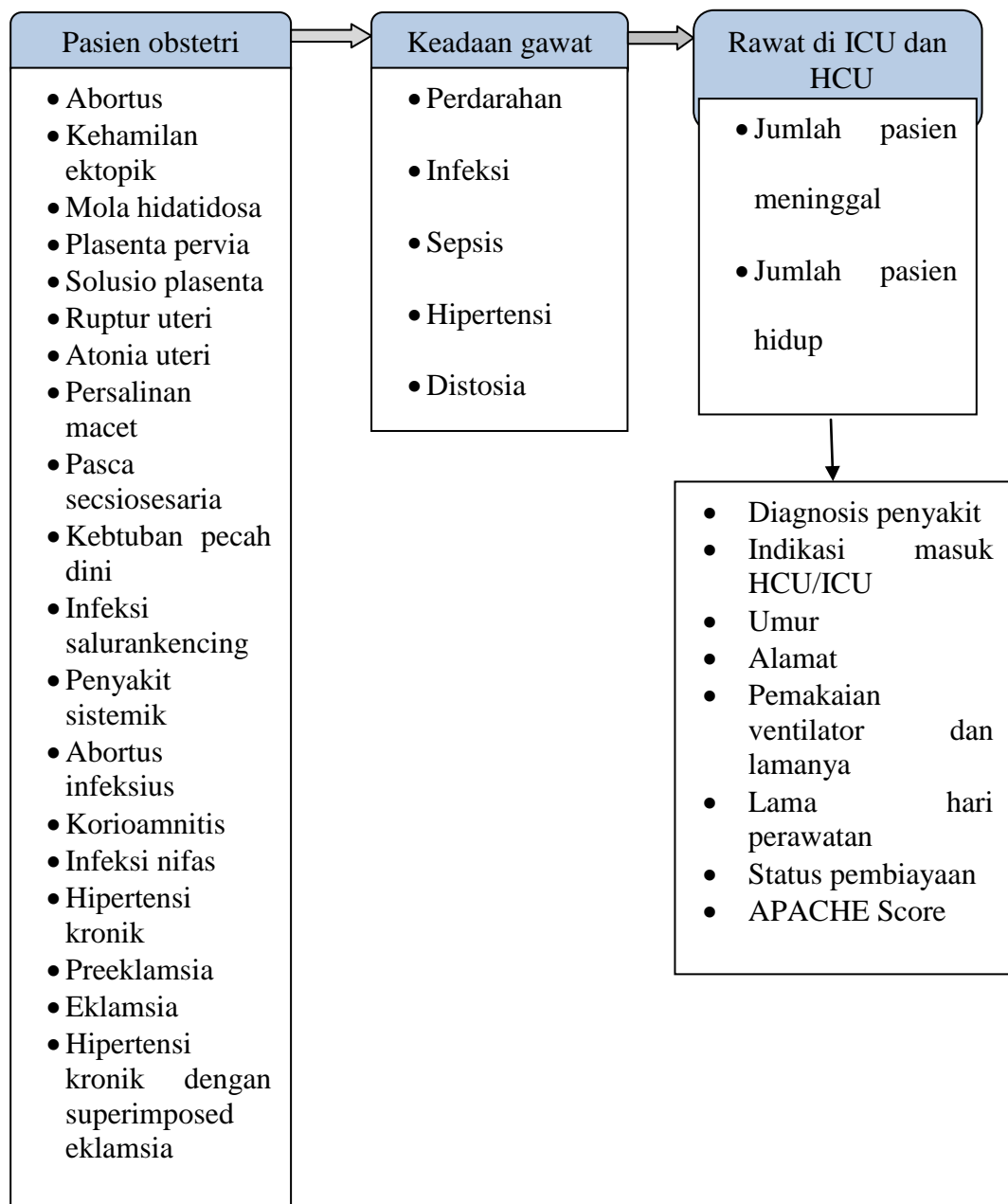
## 5. *Persalinan macet (distosia)*

*Distosia adalah kelambatan atau kesulitan persalinan. Dapat dibedakan kelainan tenaga (his) kelainan letak dan bentuk janin, serta kelainan jalan lahir / kelainan tulang panggul.*

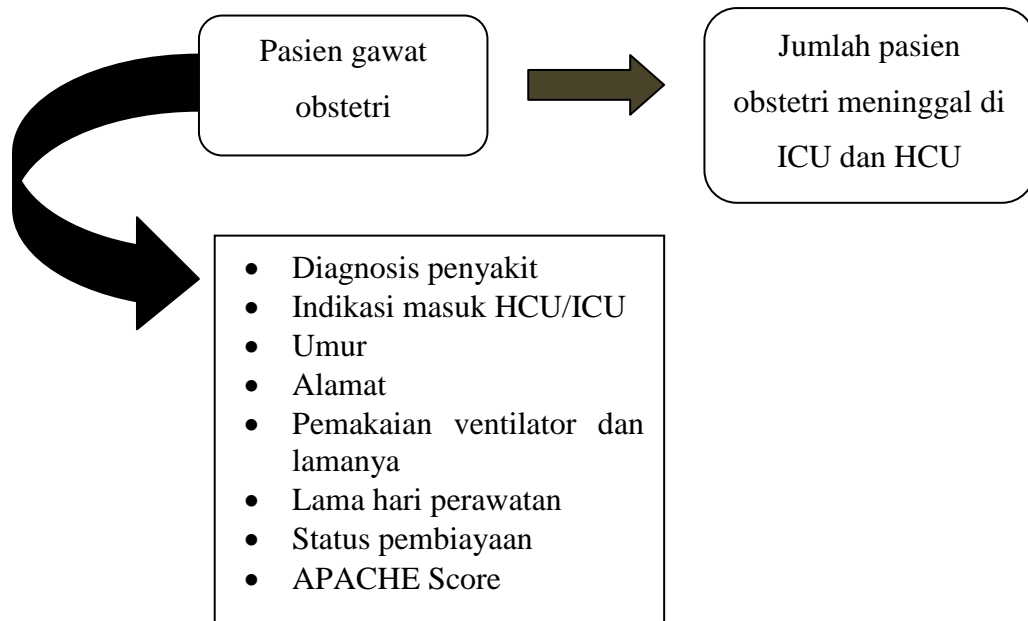
### BAB III

## KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP

### 3.1 Kerangka teori



### 3.2 Kerangka konsep



## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.8 Ruang Lingkup Penelitian**

- Ruang lingkup keilmuan : Anestesiologi dan Obstetri

#### **4.9 Tempat dan waktu penelitian**

- Tempat penelitian:

Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan *High Care Unit* (HCU) RSUP

Dr.Kariadi Semarang

- Waktu penelitian :

Penelitian dimulai langsung setelah proposal disetujui

#### **4.10 Jenis Penelitian**

penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan data sekunder dari rekamedik. Pada penelitian ini dipakai Penelitian deskriptif karena ingin didapatkan deskripsi atau gambaran mengenai fenomena penelitian. Jenis penelitian ini adalah penelitian *Observasional*. Pada studi Observasional, peneliti tidak melakukan intervensi terhadap subjek penelitian<sup>21</sup>.



#### **4.11 Populasi dan Data Penelitian**

##### 4.3.1 Populasi Target

Pasien Obstetri yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU) dan *High Care Unit* (HCU) RSUP Dr.Kariadi Semarang

##### 4.3.2 Populasi Terjangkau

Pasien Obstetri yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU) dan *High Care Unit* (HCU) RSUP Dr.Kariadi Semarang Periode Februari 2010 – Februari 2012.

##### 4.3.3 Data

Data dalam penelitian ini diambil dari semua pasien obstetri yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU) dan *High Care Unit* (HCU) RSUP Dr.Karyadi Semarang (tanpa memakai rumus khusus untuk mencari sample karena peneitian ini adalah penelitian deskriptif yang hanya menghitung jumlah persentase ibu yang meninggal dalam 2 tahun).

#### **4.12 Cara pengumpulan data dan jenis data**

##### 4.4.1 Cara pengumpulan data

Data sekunder diambil dengan melihat data di rekam medik dan data yang tersedia di *Intensive Care Unit* (ICU) dan *High Care Unit* (HCU) RSUP Dr.Kariadi Semarang.

##### 4.4.2 Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang meliputi nama pasien (disamarkan dengan nama lain untuk menjaga

kerahasiaan medik), nomor CM, umur, alamat kota atau kabupaten, diagnosa penyakit, penggunaan Ventilator, lama penggunaan ventilator, tanggal masuk, tanggal keluar, lama hari perawatan, status pembiayaan, status keluar dan APACHE Score.

#### **4.13 Definisi Operasional**

a Kematian ibu

adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh dll (Budi, Utomo. 1985).

b Indikasi masuk

Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan indikasi masuk adalah sesuatu yang menyebabkan pasien dirawat di HCU/ICU RSUP. Dr Karyadi Semarang.

c Diagnosa penyakit

Kesimpulan dari dokter yang didapatkan dari berbagai tanda dan gejala dari suatu penyakit. Dan hal yang menyebabkan pasien dirawat di Rumah Sakit.

d Umur

Umur adalah jumlah tahun kehidupan yang dijalani pasien di hitung sejak lahir sampai pasien keluar dari HCU/ICU, dan didalam

penelitian ini dibagi dalam empat kelompok umur. Yaitu < 21 tahun, 21-30 tahun, 31-40 tahun dan > 40 tahun.

e Alamat

Didalam penelitian ini alamat pasien adalah asal dari pasien yang meliputi kota semarang ataupun luar kota semarang

f Lama pemakaian ventilator

Pada penelitian ini di hitung jumlah hari pemakaian ventilator. Yaitu ditetapkan dengan kategori  $\leq 2$ hari dan  $> 2$ hari.

g Ventilator

Suatu alat yang digunakan untuk membantu sebagian atau seluruh proses ventilasi untuk mempertahankan oksigenasi. Indikasi Pemasangan Ventilator yaitu, pasien dengan *respiratory failure* (gagal napas), Pasien dengan operasi tehnik hemodilusi, Post Trepanasi dengan black out, dan Respiratory Arrest.

h Lama hari perawatan

Jumlah hari perawatan pasien di ruang HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang. dan di penelitian ini di bagi menjadi 2, yaitu  $\leq 2$ hari dan  $> 2$ hari .

i Status pembiayaan

Sumber biaya yang digunakan oleh pasien maupun keluarga pasien untuk keperluan kesehatannya. Ada beberapa sumber, yaitu dari biaya pribadi, pemerintah dan swasta.

j APACHE Score

Suatu metode untuk menentukan keparahan penyakit dan memprediksi mortalitas.

#### **4.14 Cara Pengolahan dan Analisa Data**

Pengolahan data digunakan dengan menggunakan komputer dengan program Microsoft office excel 2007. Pengolahan data dilakukan dengan empat tahap, yaitu:

1. Pemasukan Data (entry)

Pemasukan data agar dapat dilakukan analisa.

2. Tabulasi Data

Memasukkan data ke tabel yang telah disediakan untuk memudahkan analisa data.

3. Pengeditan Data

Bertujuan untuk mengoreksi data, meliputi kebenaran dan kelengkapan pencatatan.

4. Penghitungan Data

Penghitungan data adalah merupakan tahap akhir dalam penelitian.

Yang hasilnya dapat untuk ditarik kesimpulan yang bermakna.

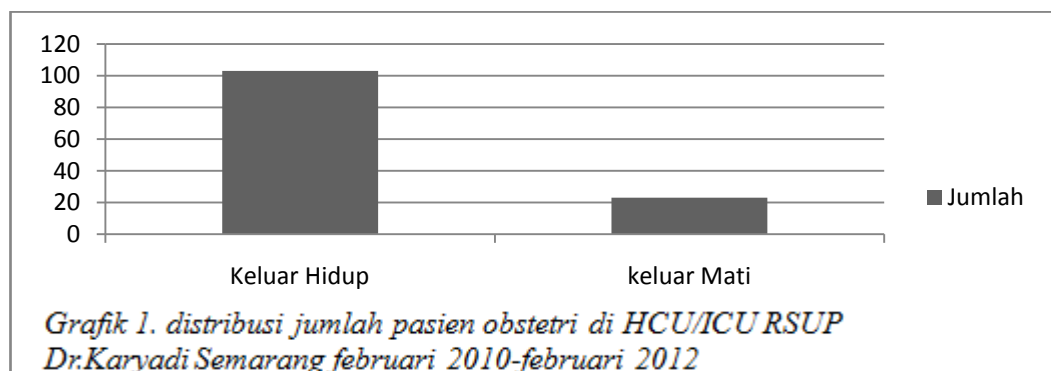
## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Berdasarkan catatan medik di RSUP Dr. Karyadi Semarang pada periode Februari 2010 – Februari 2012 didapatkan 126 kasus obstetri yang dirawat di HCU / ICU. Dari sejumlah tersebut terdapat 103 orang yang masih hidup dan 23 orang yang telah meninggal dunia. Dan jika di persentase kan, didapatkan yang meninggal dunia adalah 18,25%. Ini merupakan angka kematian ibu di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode february 2010 – february 2012.

*Tabel 1. Distribusi umum pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode february 2010 – february 2012*

	<b>Jumlah</b>	<b>%</b>
<b>Keluar Hidup</b>	103	81,75
<b>keluar Mati</b>	23	18,25
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

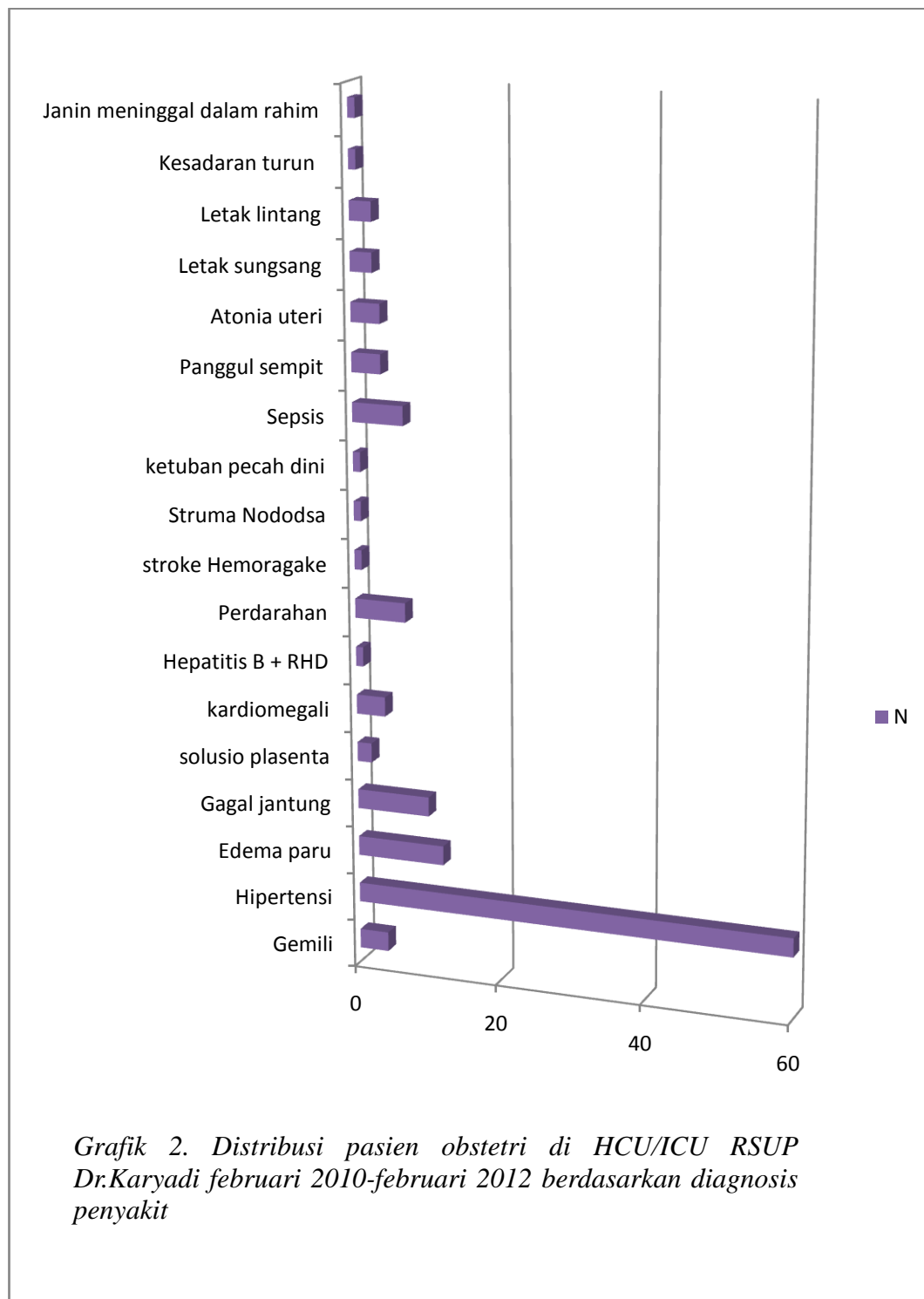


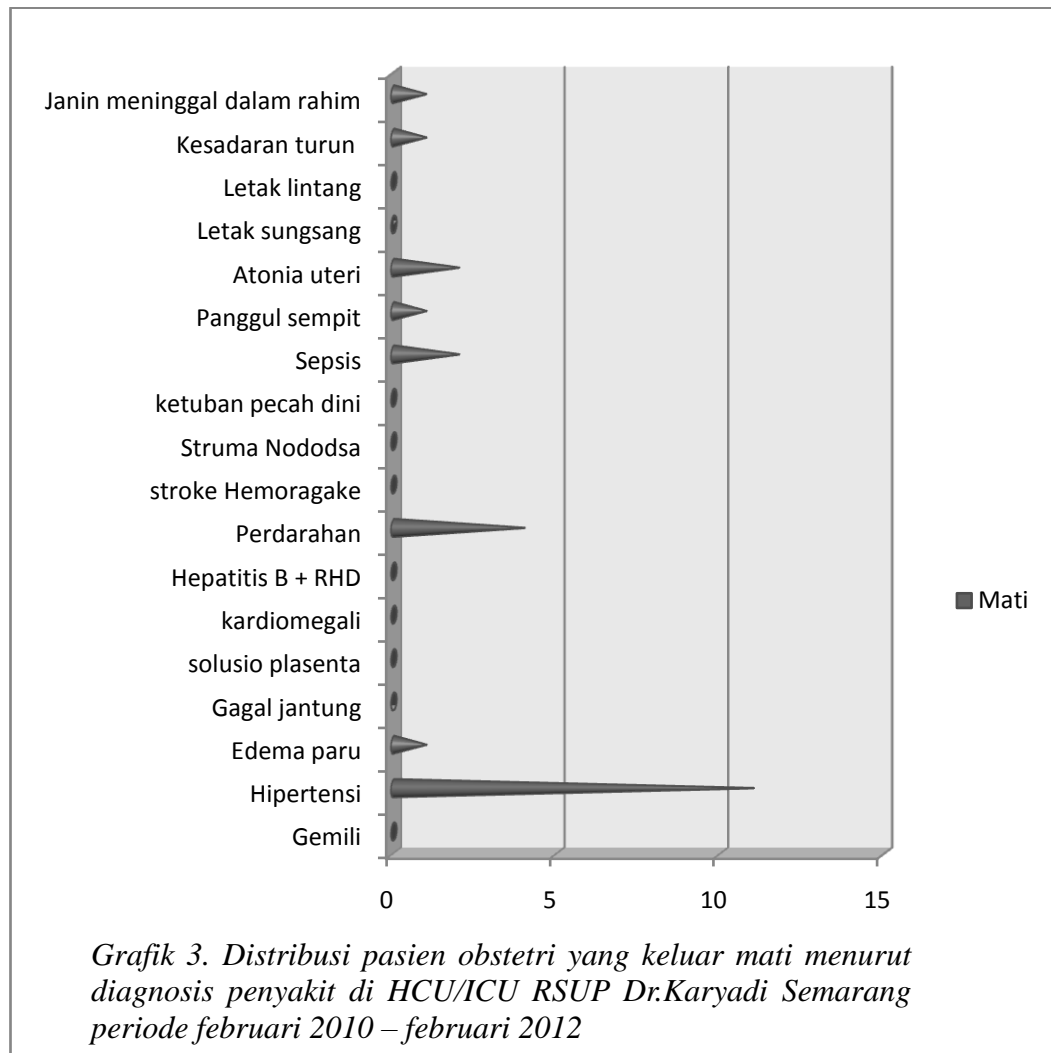
### 5.1 Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan Diagnosis penyakit.

Berdasarkan diagnosis penyakit , selama periode februari 2010 – februari 2012 di HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang didapatkan pasien kasus obstetri dengan distribusi sebagai berikut:

*Tabel 2. Distribusi pasien obstetri menurut diagnosis penyakit di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 –februari 2012*

Variabel	N	%	Keluar Mati	Keluar Hidup
Gemili	4	3,17	0	4
Hipertensi	60	47,63	11	49
Edema paru	12	9,53	1	11
Gagal jantung solusio plasenta	10	7,95	0	10
kardiomegali	2	1,59	0	2
Hepatitis B + RHD	4	3,17	0	4
Perdarahan	1	0,79	0	1
stroke Hemoragake	7	5,56	4	3
Struma Nododsa	1	0,79	0	1
ketuban pecah dini	1	0,79	0	1
Sepsis	1	0,79	0	1
Panggul sempit	7	5,56	2	5
Atonia uteri	4	3,17	1	3
Letak sungsang	4	3,17	2	2
Letak lintang	3	2,38	0	3
Kesadaran turun	3	2,38	0	3
Janin meninggal dalam rahim	1	0,79	1	0
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>103</b>





Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 - februari 2012 yang terbanyak yaitu dengan diagnosis penyakitnya adalah hipertensi, sebanyak 60 orang (47,63%). Dan yang keluar mati terbanyak pada diagnosis penyakit yang sama yaitu hipertensi, sejumlah 11 orang. Dan yang keluar mati ke 2 terbanyak adalah perdarahan dengan jumlah pasien 4 orang.

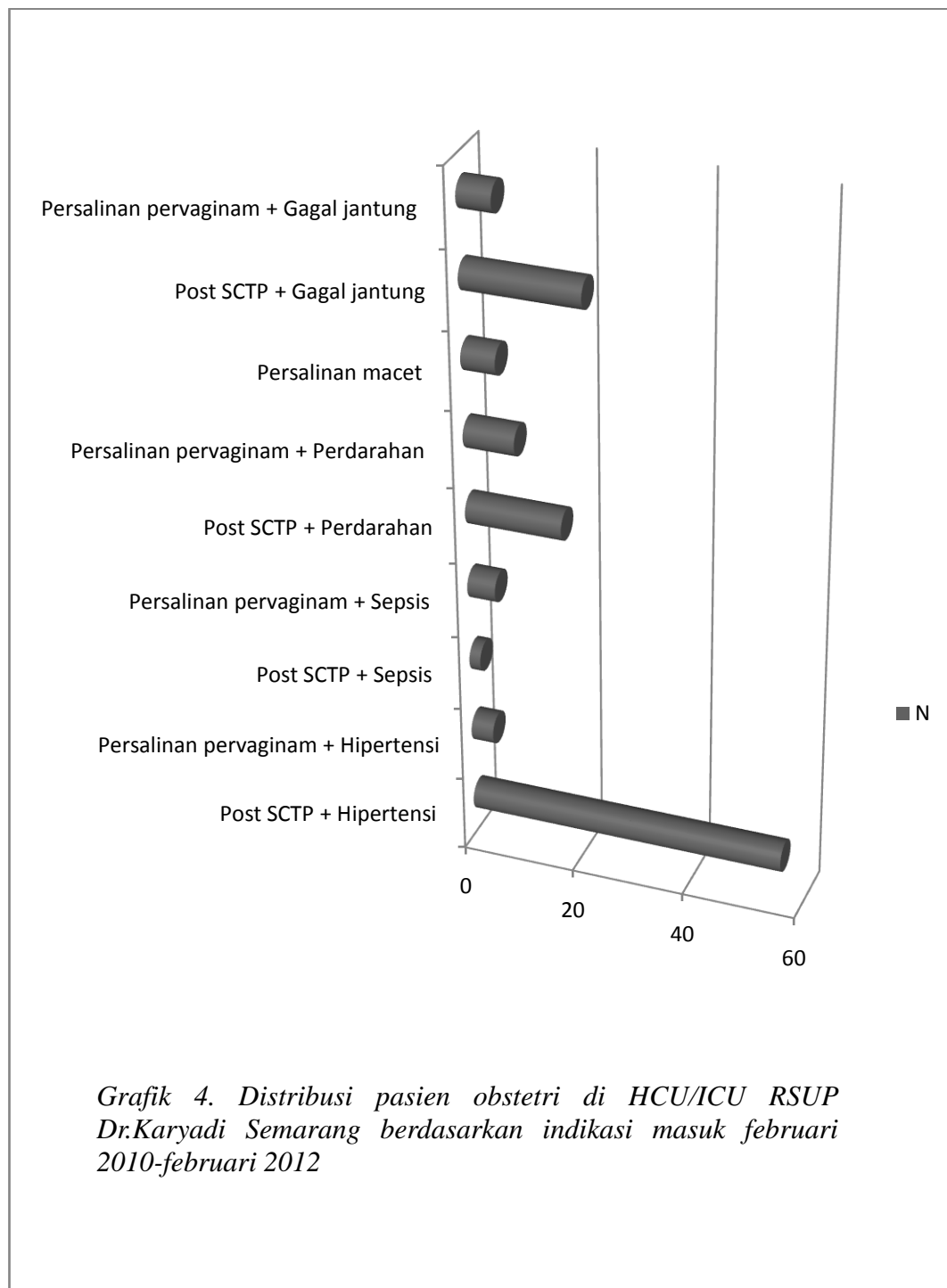


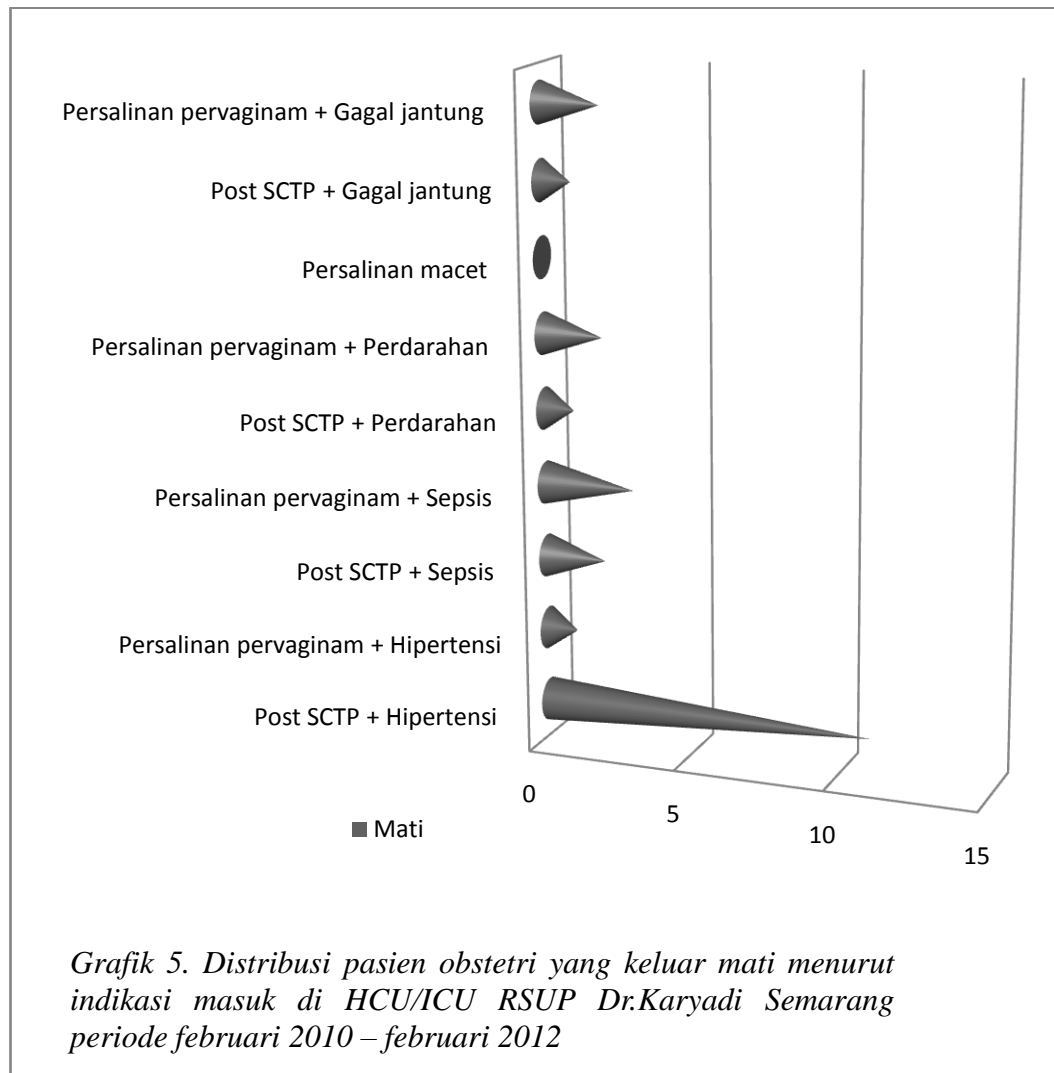
## 5.2 Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan indikasi masuk

Berdasarkan indikasi masuknya, pasien obstetri yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

*Tabel 3. Distribusi pasien obstetri menurut indikasi masuk di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012*

Variabel	N	%	Keluar	
			Mati	Hidup
Post SCTP + Hipertensi	56	44,44	11	45
Persalinan pervaginam + Hipertensi	4	3,18	1	3
Post SCTP + Sepsis	2	1,59	2	0
Persalinan pervaginam + Sepsis	5	3,97	3	2
Post SCTP + Perdarahan	17	13,49	1	16
Persalinan pervaginam + Perdarahan	9	7,14	2	7
Persalinan macet	6	4,76	0	6
Post SCTP + Gagal jantung	21	16,67	1	20
Persalinan pervaginam + Gagal jantung	6	4,76	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>103</b>





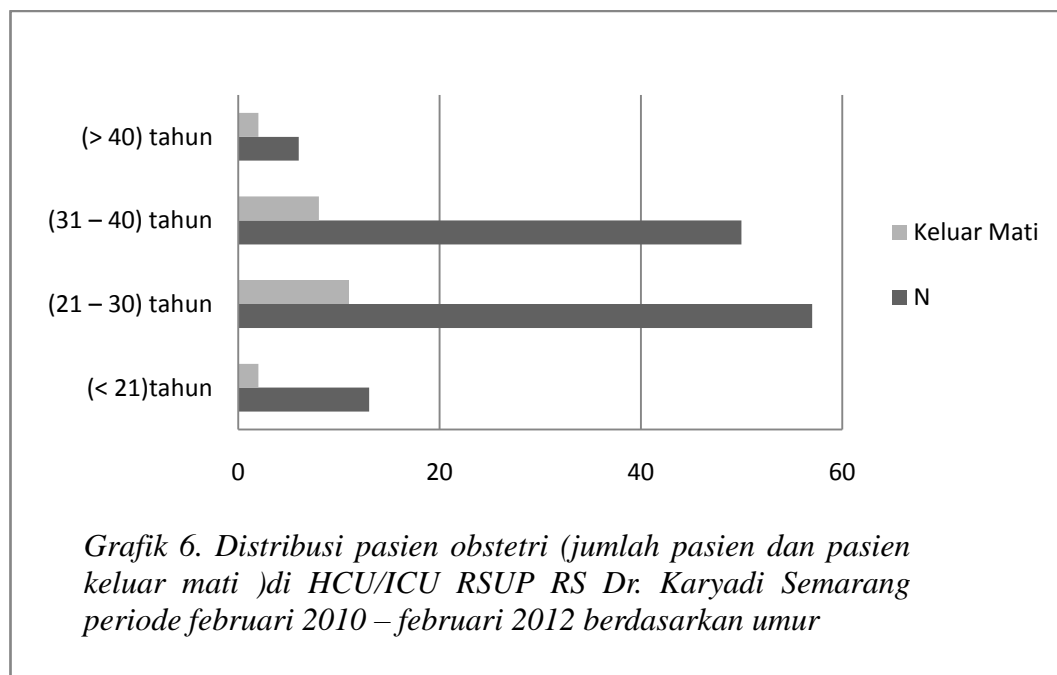
Dari tabel diatas dapat kita lihat bahwa pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 - februari 2012 yang terbanyak yaitu dengan indikasi masuk HCU/ICU adalah post SCTP dengan hipertensi. dengan jumlah pasien sebanyak 56 orang (44,44%). Dan pasien keluar mati terbanyak juga pada indikasi masuk yang sama yaitu post SCTP dengan hipertensi sebanyak 11 orang

### 5.3 Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan umur

Pasien obstetri yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 dengan jumlah totalnya adalah 126 orang di distribusikan berdasarkan umur, dapat dideskripsikan kedalam tabel dibawah ini:

*Tabel 4. Distribusi pasien obstetri menurut umur di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012*

Umur	N	%	Keluar Mati	Keluar Hidup
(< 21)tahun	13	10,3	2	11
(21 – 30) tahun	57	45,2	11	46
(31 – 40) tahun	50	39,7	8	42
(> 40) tahun	6	4,8	2	4
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>103</b>



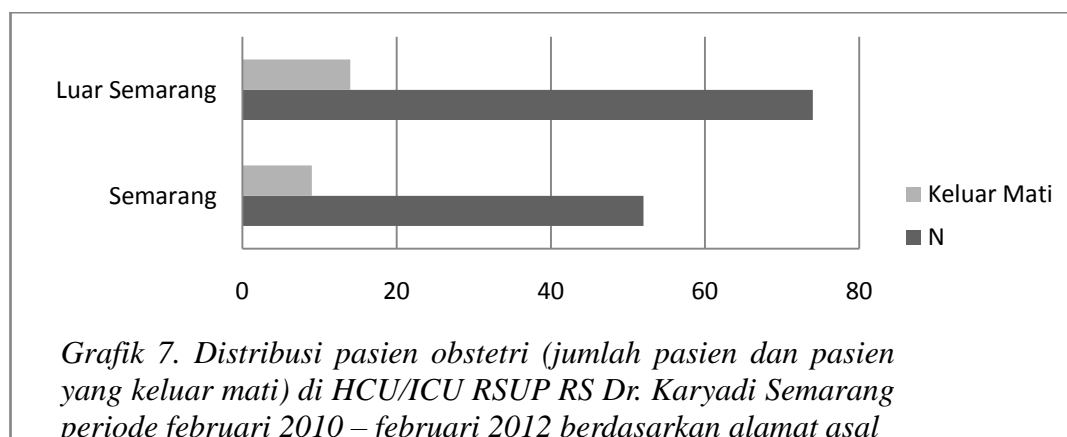
Dari tabel dan grafik diatas dapat dilihat bahwa distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang periode Februari 2010 - februari 2012 yang terbanyak adalah pada kisaran umur 21-30 tahun, yaitu sebanyak 57 orang (45,2%). Dan pasien kluar mati terbanyak pada kisaran umur 21-30 tahun, berjumlah 11 orang.

#### 5.4 Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan alamat

Berdasarkan alamatnya , pasien obstetri yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

*Tabel 5. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan alamat asal.*

Alamat	N	%	Keluar Mati	Keluar Hidup
<b>Semarang</b>	<b>52</b>	<b>41,3</b>	9	43
<b>Luar Semarang</b>	<b>74</b>	<b>58,7</b>	14	60
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>103</b>



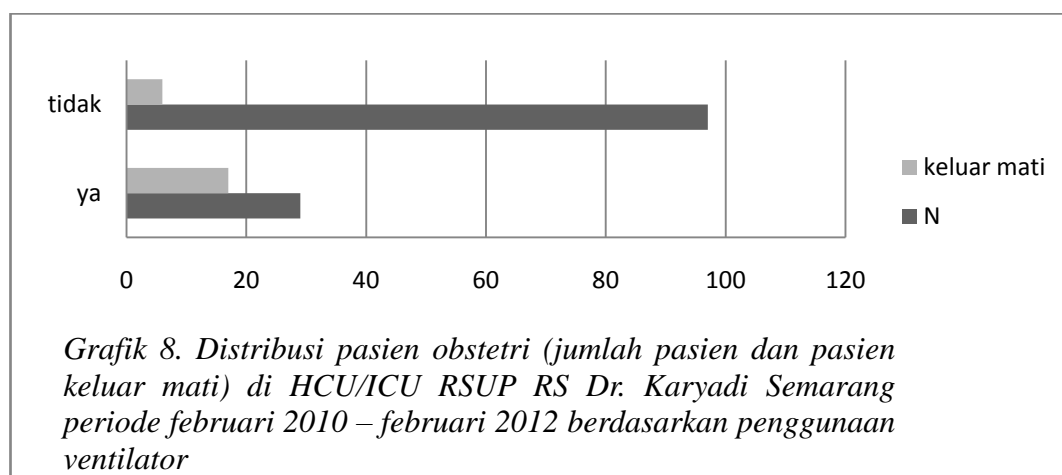
Dari tabel dan grafik diatas ini dapat dilihat bahwa pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang periode Februari 2010 - februari 2012 yang terbanyak yaitu berasal dari luar kota Semarang. yaitu dengan jumlah pasien sebanyak 74 orang (58,7%) . yang terdiri dari 14 orang yang keluar mati.

### 5.5 Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan penggunaan ventilator

Berdasarkan penggunaan ventilator , pasien obstetri yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

*Tabel 6. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan penggunaan ventilator.*

Ventilator	N	%	keluar mati	keluar hidup
Ya	29	23,1	17	12
Tidak	97	76,9	6	91
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>103</b>



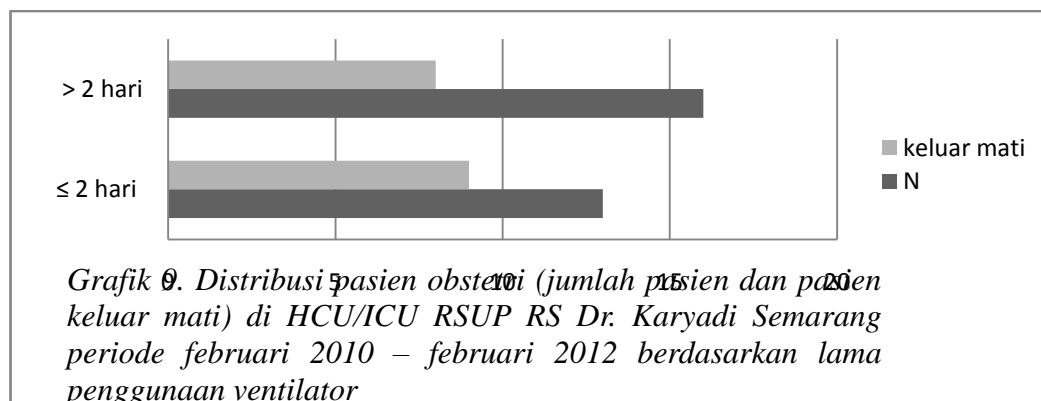
Penggunaan ventilator dapat dilihat dari tabel dan grafik diatas, yaitu pasien obstetri di HCU/ICU selama periode february 2010 sampai february 2012 terbanyak adalah tidak menggunakan ventilator , yaitu sejumlah 97 orang (23,1%). Tetapi pasien keluar mati terbanyak justru yang menggunakan ventilator, yaitu sejumlah 17 orang.

### 5.6 Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan lama penggunaan ventilator

Dilihat dari lama penggunaan ventilator , pasien obstetri yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode february 2010 – february 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

*Tabel 7. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode february 2010 – february 2012 berdasarkan lama penggunaan ventilator*

Lama Ventilator	N	%	keluar mati	keluar hidup
≤ 2 hari	13	44,8	9	4
> 2 hari	16	55,2	8	8
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>12</b>



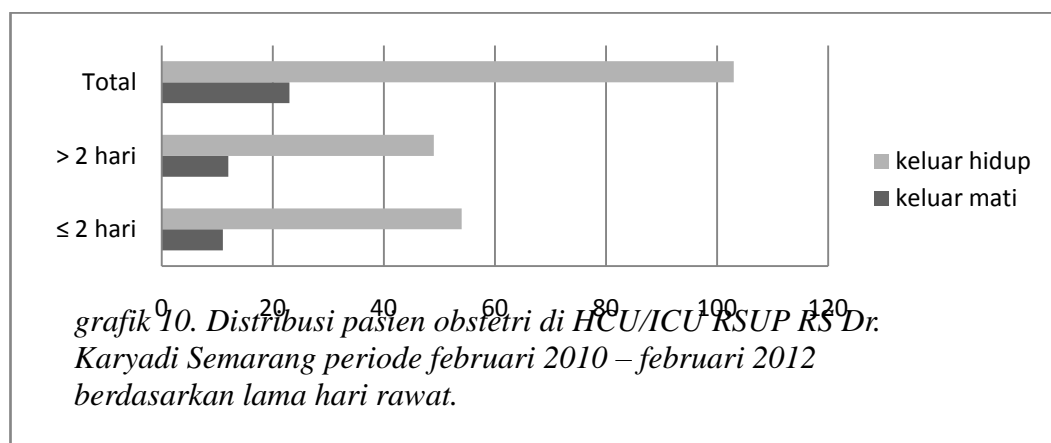
Dari tabel dan grafik diatas, dapat dilihat dari lama penggunaan ventilator, Ternyata pasien obstetri di HCU/ICU selama periode februari 2010 sampai februari 2012 banyak menggunakan ventilator >2 hari yaitu sejumlah 16 orang (55,2%). Dan yang lebih bnyak keluar mati adalah yang penggunaan ventilatornya  $\leq 2$  hari.

### 5.7 Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan lama hari rawat

Berdasarkan lama hari perawatan, pasien obstetri yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

*Tabel 8. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan lama hari rawat.*

<b>lama hari rawat</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>keluar mati</b>	<b>keluar hidup</b>
$\leq 2$ hari	<b>65</b>	<b>51,6</b>	11	54
$> 2$ hari	<b>61</b>	<b>48,4</b>	12	49
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>103</b>





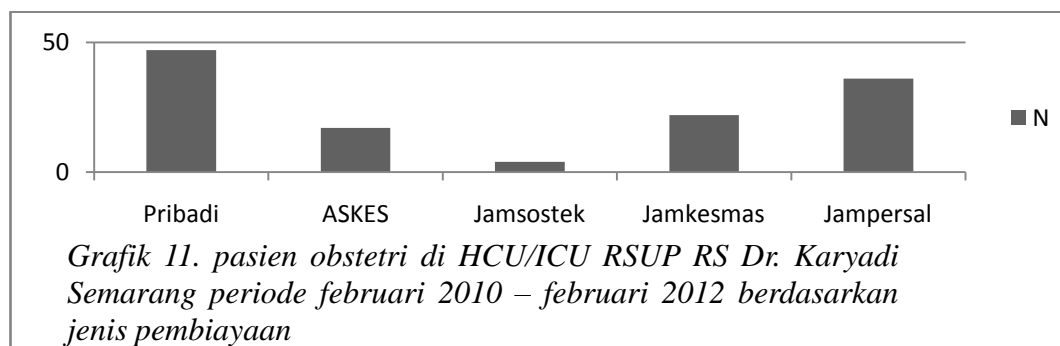
Dari tabel diatas, dapat dilihat dari lama hari perawatan, Ternyata pasien obstetri di HCU/ICU selama periode februari 2010 sampai februari 2012 terbanyak adalah dirawat  $\leq 2$  hari. Dan yang lebih banyak mati adalah pasien yang dirawat  $> 2$  hari. Dan yang hidup lebih banyak dari yang mati.

### 5.8 Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan jenis pembiayaan

Berdasarkan jenis pembiayaannya , pasien obstetri yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

*Tabel 9. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan jenis pembiayaan.*

Status pembiayaan	N	%	Keluar mati	Keluar hidup
<b>Pribadi</b>	<b>47</b>	<b>37,3</b>	9	38
<b>ASKES</b>	<b>17</b>	<b>13,5</b>	1	16
<b>Jamsostek</b>	<b>4</b>	<b>3,1</b>	0	4
<b>Jamkesmas</b>	<b>22</b>	<b>17,5</b>	3	19
<b>Jampersal</b>	<b>36</b>	<b>28,6</b>	10	26
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>103</b>



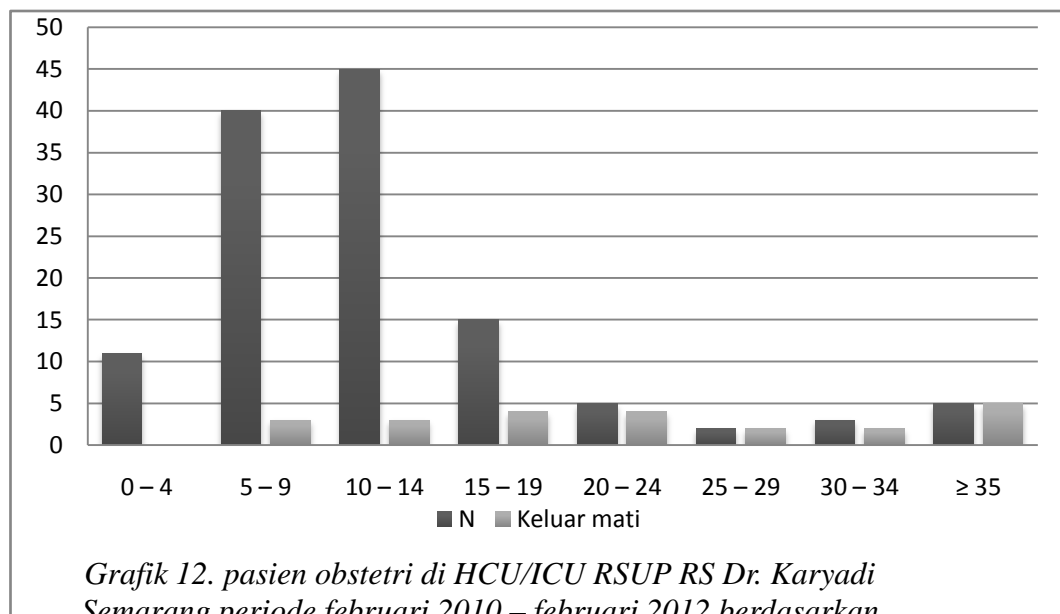
Dari tabel diatas, dapat dilihat dari jenis pembiayaan, Ternyata pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr Karyadi Semarang selama periode februari 2010 - februari 2012 terbanyak jumlahnya yaitu memakai biaya pribadi sebanyak 47 orang (37,3%).

### 5.9 Deskripsi pasien Obstetri di HCU/ICU berdasarkan Skor APACHE II

Berdasarkan Skor APACHE II , pasien obstetri yang dirawat di HCU/ICU RS. Karyadi Semarang selama periode februari 2010 – februari 2012 mempunyai distribusi sebagai berikut:

*Tabel 10. Distribusi pasien obstetri di HCU/ICU RSUP RS Dr. Karyadi Semarang periode februari 2010 – februari 2012 berdasarkan Skor APACHE II*

<b>Skor APACHE II</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Keluar mati</b>	<b>Keluar hidup</b>
<b>0 – 4</b>	<b>11</b>	<b>8,73</b>	0	11
<b>5 – 9</b>	<b>40</b>	<b>31,74</b>	3	37
<b>10 – 14</b>	<b>45</b>	<b>35,71</b>	3	42
<b>15 – 19</b>	<b>15</b>	<b>11,91</b>	4	11
<b>20 – 24</b>	<b>5</b>	<b>3,97</b>	4	1
<b>25 – 29</b>	<b>2</b>	<b>1,59</b>	2	0
<b>30 – 34</b>	<b>3</b>	<b>2,38</b>	2	1
<b>≥ 35</b>	<b>5</b>	<b>3,97</b>	5	0
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>103</b>



Dari tabel diatas, dapat dilihat dari Skor APACHE II, Ternyata pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr Karyadi Semarang selama periode february 2010 - february 2012 terbanyak pada rentang Skor APACHE II 10 – 14 sebanyak 45 orang (35,71%). Dan pasien terbanyak kedua yaitu pada rentang skor APACHE II 5 – 9 dengan jumlah pasien 40 orang (31,74%).

## BAB VI

### PEMBAHASAN

Kematian ibu adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh dan lain lain (Budi, Utomo. 1985). Sedangkan Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan.<sup>7</sup>

Penelitian ini diperoleh hasil bahwa pasien yang termasuk kriteria obstetri di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi Semarang pada Februari 2010-Februari 2012 didapatkan sebanyak 126 orang. Yang keluar mati 23 orang (18,25%).

Ada perbedaan antara penelitian yang dilakukan departemen kesehatan dan penelitian dari *Suyanto dan Hakimi* mengenai angka kematian ibu yang terjadi dengan penelitian yang kami lakukan dalam hal distribusi pasien HCU/ICU berdasarkan diagnosis penyakit.

Distribusi angka persentase angka kematian ibu di departemen kesehatan berdasarkan diagnosis penyakit yang terbanyak disebabkan oleh perdarahan.<sup>4</sup> dan Dalam jurnal penelitian yang diteliti oleh *Suyanto dan Hakimi* dikatakan bahwa “Kematian maternal berturut-turut disebabkan perdarahan 77,2 persen, pre eklamsi atau eklamsi 22 persen, infeksi 19,1 persen dan lain-lain 4,4 persen.” Dari

survey departemen kesehatan yang dapat dilihat di grafik diatas dan hasil penelitian oleh Sutyanto dan Hakimi dikatakan bahwa kematian ibu tertinggi yaitu disebabkan oleh perdarahan.<sup>7</sup> Sedangkan pada penelitian yang kami lakukan ini didapatkan bahwa kematian ibu tertinggi disebabkan oleh hipertensi pada ibu. Namun fenomena ini sangat bervariasi. Tergantung jenis penelitiannya, tempat penelitian dan waktu dilakukannya penelitian.<sup>17</sup>

Problema medis yang sering dialami pasien pasca operasi pada umumnya masalah airway – breathing dan ventilation – circulation – disability. Selain itu pasien – pasien ini bisa mengalami penyulit yang tidak satu Sebagai konsekuensinya, maka perawatan pasien bedah ini menjadi lebih kompleks dan membutuhkan monitoring secara intensif, yang mungkin tidak bisa dilakukan di ruang rawat biasa (*ward*)<sup>16</sup>. Oleh karena itu pada penelitian ini yang terbanyak pasien dengan indikasi masuk HCU/ICU adalah pasien post SCTP (Sectio Cessaria Trans Profundal). Yaitu pasien pasca operasi yang sangat membutuhkan sterilisasi dalam perawatannya dan dijaga ABCD-nya. Oleh karena itu, setelah operasi dinyatakan selesai, pasien kebanyakan di rawat di HCU/ICU .

Pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang yang terbanyak yaitu dengan diagnosis penyakitnya adalah hipertensi, sebanyak 60 orang (47,63%). Dan yang keluar mati terbanyak pada diagnosis penyakit yang sama yaitu hipertensi, sejumlah 11 orang. Dan yang keluar mati ke 2 terbanyak adalah perdarahan dengan jumlah pasien 4 orang.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh *Josst j zwart dkk* dalam jurnal kedokteran yang berjudul *obsetetric intensive care unit admission : a 2-year nationwide papulation*.<sup>16</sup> dikatakan bahwa masalah ibu tertinggi yang

diperoleh dalam penelitiannya adalah perdarahan. Dan persebaran data yang lain berdasarkan indikasi masuk kebanyakan komplikasi penyakit itulah yang menjadi indikasi masuknya. Ketika pasien tersebut dirawat di bangsal dan mengalami komplikasi, lalu tidak jarang di oper ke ruang HCU/ICU, maka komplikasi itulah yang merupakan indikasi masuk HCU/ICU.

Menurut distribusi umurnya, ada persamaan distribusi dari penelitian yang dilakukan oleh *Josst j zwart dkk* dalam jurnal kedokteran yang berjudul *obstetric intensive care unit admission : a 2-year nationwide papulation*<sup>16</sup>, ternyata yang terbanyak pasiennya di ICU /HCU adalah pada rentang umur 20-34 tahun. Jika dibandingkan dengan penelitian yang kami lakukan, ada persamaan hasil distribusi pasien obstetri yang dirawat di HCU/ICU di RSUD RS.Karyadi Semarang berdasarkan umurnya dengan penelitian yang dicantumkan diatas.

Pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr. Karyadi Semarang yang terbanyak yaitu berasal dari luar kota Semarang. yaitu dengan jumlah pasien sebanyak 74 orang (58,7%) . yang terdiri dari 14 orang yang keluar mati.

Banyaknya kematian pada pasien rujukan menggambarkan terbatasnya pelayanan kesehatan ibu , tenaga, sarana, belum optimal,terbatasnya kualitas tenaga kesehatan untuk pelaksanaan kegiatan responsif gender, antenatal yang terintegrasi, pertolongan persalinan dan penanganan kompliaksi kebidanan, keluarga berencana. Belum adanya sistem pelayanan kesehatan yang sesuai untuk daerah terpencil , belum ada regulasi untuk memberikan kewenangan yang lebih untuk tindakan medis khusus. Keterlambatan dalam merujuk penderita mencerminkan pelayanan obstetri diluar RS yang belum sempurna dalam mata rantai rujukan, yaitu mekanisme rujukan yang belum optimal , keadaan geografi,

keterlambatan mendeteksi KRT disamping keterlambatan mengambil keputusan itu sendiri.<sup>17</sup>

Pada penelitian ini ternyata pasien obstetri di HCU/ICU selama periode februari 2010 sampai februari 2012 terbanyak adalah tidak menggunakan ventilator, yaitu sebanyak 97 orang (76,9%). menggunakan ventilator >2 hari yaitu sejumlah 16 orang (55,2%). Dan yang menggunakan ventilator  $\leq$  2 hari adalah 13 orang (44,8%).

Lama hari rawat dapat dipengaruhi dari berbagai faktor, yaitu dari segi kualitas pelayanan, dari segi kualitas perawatan, dan dari segi penyakit pasien itu sendiri.<sup>13</sup> Dan pada penelitian ini didapatkan fakta bahwa lama hari rawat di HCU/ICU RSUP Dr.Karyadi terbanyak adalah  $\leq$  2 hari. Dan juga perbandingan antara yang hidup dan yang mati sangat nyata. Yang keluar hidup lebih banyak dari pada yang keluar mati.

Beralih kepada tujuan MDGs, Untuk mempercepat pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) tahun 2015 khususnya menurunkan angka kematian ibu dan bayi, tahun Kementerian Kesehatan meluncurkan program Jaminan Persalinan (Jampersal). Tujuannya untuk meningkatkan cakupan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, dan pelayanan nifas ibu oleh tenaga kesehatan, meningkatkan cakupan pelayanan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan, meningkatkan cakupan pelayanan KB pasca persalinan, meningkatkan cakupan penanganan komplikasi ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir, serta terselenggaranya pengelolaan keuangan yang efisien, efektif, transparan, dan akuntabel. Peserta program Jampersal adalah ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas

(pasca melahirkan sampai 42 hari) dan bayi baru lahir (0-28 hari) yang belum memiliki jaminan biaya kesehatan.<sup>3</sup>

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa pembiayaan pribadi masih sangat banyak dari pada yang menggunakan jampersal. Sedangkan Jampersal menempati urutan nomor 2 terbanyak. Disini dapat dilihat bahwa jampersal belum berhasil mewujudkan misinya mencapai 100%. Seharusnya penggunaan jampersal sudah harus mencapai 100%. Hal ini menunjukkan bahwa masih kurangnya jaminan kesehatan dari pemerintah untuk masyarakat luas, seperti adanya fasilitas Jampersal, Jamkesmas, ASKES yang memudahkan dan meringankan pembiayaan kesehatan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan pengetahuan masyarakat tentang jampersal belum merata, masyarakat belum seluruhnya tahu tentang jampersal dan penggunaannya.

Penelitian ini memperoleh hasil pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr Karyadi Semarang selama periode februari 2010 - februari 2012 berdasarkan skor APACHE II, terbanyak pada rentang Skor APACHE II 10 – 14 dengan jumlah 45 orang (35,71%). Dan pasien terbanyak kedua yaitu pada rentang skor APACHE II 5 – 9 dengan jumlah pasien 40 orang (31,74%). Skor APACHE II direntang  $\geq 20$  terdapat 15 orang dan hanya 2 orang yang mampu bertahan hidup, sedangkan yang lainnya meninggal dunia.

Sistem skoring Acute Physiology Chronic Health Evaluation (APACHE) telah didemonstrasikan untuk membuktikan keakuratan dan pengukuran yang memungkinkan terhadap beratnya penyakit pada pasien-pasien critically ill. Skore APACHE II mencatat nilai variabel, dalam 24 jam pertama masuk ICU. Yaitu variabel suhu, mean arterial pressure, frekwensi nadi, frekwensi napas, hantaran



oksigen (DO<sub>2</sub>), PO<sub>2</sub>, pH arteri, natriumserum, kalium serum, kreatinin serum, hematokrit dan hitung jenis lekosit usia, status pembedahan (pembedahan emergensi /elektif, bukan pembedahan), status riwayat penyakit sebelumnya yang menerangkan penyebab masuknya ke ICU, yang dianalisa secara model regresi multipel logistik yang ditransformasikan skornya untuk memprediksi kemungkinan kematian. Sistem skoring ini berkembang dengan cepat digunakan luas di seluruh dunia, telah banyak digunakan dalam bidang administrasi, perencanaan, quality assurance, membandingkan diantara ICU bahkan membandingkan terhadap grup-grup uji klinik.<sup>18</sup>

Penilaiannya adalah apabila skor semakin tinggi maka berisiko tinggi mengalami penyakit yang lebih berat serta risiko tinggi kematian. Klinisi dapat secara akurat memprediksi hasil akhir terhadap perawatan pasien-pasien berat (critical ill patients) dan mendapatkan hasil akhir prognosis yang lebih akurat. Menganalisa dan mengukur beratnya penyakit serta prognosis terhadap pasien-pasien yang dirawat di ICU/HCU sangatlah penting dikarenakan kualitas perawatan pasien di antara ICU/HCU tidak dapat dibandingkan tanpa adanya pengukuran indeks objektif dari beratnya penyakit, prediksi sistem skoring dapat menentukan suatu fondasi yang stabil untuk penelitian masalah efisiensi terapi serta memperkecil dampak perekonomian di ICU. Sistem skoring prediksi dapat memplot masalah -masalah penyakit critical ill dan membantu klinisi dalam membuat keputusan.<sup>19</sup>

## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 KESIMPULAN**

Penelitian ini didapatkan kesimpulan bahwa selama 2 tahun terakhir ini dari february 2010 – february 2012 berdasarkan catatan medik di RSUP Dr. Karyadi Semarang didapatkan 126 kasus obstetri yang dirawat di HCU / ICU. Dari sejumlah tersebut terdapat 103 orang (81,75%) yang masih hidup dan 23 orang (18,25%) yang meninggal dunia dan hipertensi adalah penyebab terbanyak.

#### **7.2 SARAN**

Adapun beberapa saran yang ingin kami berikan, antara lain:

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan untuk sebagai evaluasi dan perbaikan penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri di RSUP Dr.Karyadi Semarang.
2. Hasil penelitian ini dapat dipakai sebagai rujukan untuk penelitian yang berhubungan dengan penanganan kegawatan obstetri.
3. Perlu diperkenalkan secara merata kepada masyarakat tentang jampersal beserta misi-misinya agar masyarakat dapat menggunakan jampersal seefisien mungkin sesuai dengan hak dari masyarakat tersebut.

4. Sistem pencatatan rekam medik dari segi tulisan, dan kelengkapan isi sebaiknya di perbaiki agar lebih mempermudah dalam menunjang penelitian. Dan sebaiknya skor APACHE II dicantumkan di rekamedik agar lebih lengkap, karena skor APACHE II dapat menentukan keparahan penyakit dan memprediksikan mortalitas pasien.
5. Perlu adanya peneltian lebih lanjut agar penelitian ini menjadi lebih mendalam dan bermanfaat bagi kita semua. Yaitu mengenai banyaknya jumlah hipertensi pada pasien obstetri di HCU/ICU RSUP Dr karyadi semarang.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Prawirohardjo. S: *Ilmu Kebidanan, Ed. III, cet.II*. Jakarta, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 1992,hal.13-14.
2. Bajwa S: *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock . Is intensive care the only answer for high risk pregnancies in developing nations?* [homepage on the internet]. No date [cited 2010 october – desember]. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2966564/?tool=pmcentrez>
3. BAPPENAS: *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia* [homepage on the Internet]. c2011 [ cited 2011 ]. Available from: <http://www.bappenas.go.id>
4. Kementrian Kesehatan: *ministry of health republic of indonesia* [homepage on the internet]. c2011 [ cited 2011 june 21]. Available from : <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1454-pemerintah-luncurkan-jampersal-untuk-turunkan-angka-kematian-ibu-dan-bayi.html>
5. Dinas kesehatan : *Keputusan direktur jendral bina upaya kesehatan nomor HK.03.05/1/20063/11. Tentang petunjuk tekhnis high care unite (HCU) di rumah sakit .* Jakarta,2000
6. USU : *sepsis neonatorum .* [home page on the internet]. No date . available from : <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/21062/4/Chapter%20II.pdf>
7. Arulita Ika F : *Faktor – faktor Resiko yang mempengaruhi Kematian Maternal Tahun 2007 .* Tesis bagian Obstetri dan Gynecology Fakultas Fedokteran Universitas Diponegoro Semarang [internet] .c 2007 [ 21 januari 2012 ]. Available from: [http://eprints.undip.ac.id/16634/1/ARULITA\\_IKA\\_FIBRIANA.pdf](http://eprints.undip.ac.id/16634/1/ARULITA_IKA_FIBRIANA.pdf)
8. Jhon Napoleon T : *Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Kematian Maternal Dan Nyaris Mati Maternal di RS.DR.Pringadi Medan 1 januari 2007 – 1 desember 2001.* Tesis bagian Obstetri dan Gynecology FK USU Medan [internet]. c2008 [Juni 2011]. (<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6444/1/08E00482.pdf>)
9. FK UNPAD : *Obstetri Patologi.* Bandung, Elaster Offset, 1984.
10. Mochtar, Rustam MPH : *Sinopsis Obstetri Jilid 1 Edisi 2 .* Jakarta, EGC, 1998.
11. Mochtar, Rustam MPH : *Sinopsis Obstetri Jilid 2 Edisi 2 .* Jakarta, EGC, 1998.

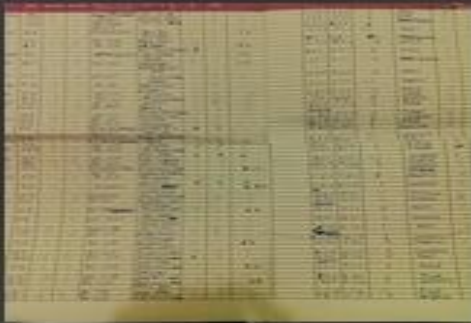
12. Triratnawati, Atik / Hasanah : *Journal Penelusuran kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri yang berakibat kematian maternal*. Makara kesehatan, december 2003
13. Hanafie Achsanuddin. Peranan Ruang Perawatan Intensif (ICU) Dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. Universitas Sumatera Utara. Medan. 2007
14. Sastroasmoro, Sudigo / Sofyan Ismael : *Dasar-dasar Metode Penelitian edisi ke-3*. Jakarta, Sagaung seto,2008.
15. Menéndez et al : *Maternal Death, Autopsy Studies, and Lessons from Pathology* [Home page on internet] c2008 [cited 2012 February 19 ]. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2245982/?tool=pmcentrez>
16. Josst j zwart et al : *obsetetric intensive care unit admission : a 2-year nationwide papulation* [Home page on internet] c2009 [ cited 2012 juni 22 ]. Available from : <http://www.springerling.com>
17. Wahyuddin, Ridwan amirudin: *studi kasus kontrol faktor biomedis terhadap anemia ibu hamil di puskesmas bantimurung tahun 2004*. [home page internet]c2012 [ cited 2012 juli 17]. Available from : <http://www.scribd.com/doc/60121799/Tugas-Epid-Kespro-Kasus-Kontrol>
18. The APACHE II Severity of Disease Classification System.[homepage on the Internet].No Date[Cited 2011 July 19]. Available from: [www.medicalcriteria.com/site/index/apache.htm](http://www.medicalcriteria.com/site/index/apache.htm)
19. USU: *sistem scoring APACHE II sebagai scoring beratnya penyakit*. [homepage on the Internet] No date [cited 2012 juli 27]. Available from: <http://www.scribd.com/doc/94824240/Chapter-II>

## FORM SURVEY PENELITIAN

### DATA PASIEN

NO	KRITERIA	DATA
1	No CM	
2	Nama	
3	Usia	
4	Alamat kota / kabupaten	Kota Semarang : Luar kota:
5	<b>Diagnosa penyakit</b>	
6	<b>Indikasi masuk</b>	
7	Menggunakan Ventilator	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya <input type="checkbox"/></li> <li>• Tidak <input type="checkbox"/></li> </ul>
8	Lama penggunaan Ventilator	
9	APACHE Score	
10	Tanggal masuk	
11	Tanggal keluar	
12	Lama hari perawatan	
13	Status pembiayaan	
14	Status keluar	Keluar hidup <input type="checkbox"/>
		Keluar mati <input type="checkbox"/>

# DOKUMENTASI



## IDENTITAS MAHASISWA



Nama : VITRICYA PURNAMA SARI  
NIM : G2A008192  
Tempat/tanggal lahir : KOTA SUNGAI PENUH / 25 APRIL1990  
Alamat : JL. GERGAJI 1 NO 1169 B SEMARANG  
No. HP : 085325010918  
E-mail : [www.vitricya\\_25@yahoo.com](mailto:www.vitricya_25@yahoo.com)  
Tahun masuk FK UNDIP : 2008

Vitricya Purnama Sari  
G2A008192