

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan pembangunan kesehatan dapat dilihat salah satunya dengan menilai derajat kesehatan yaitu Angka kematian Ibu (AKI). Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) sebanyak 99% kematian ibu terjadi di negara berkembang (WHO, 2018). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia menempati urutan pertama yakni mencapai 214 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014). Berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, AKI di Indonesia mencapai 305 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Target *Millenium Development Goals* (MDG's) Indonesia pada tahun 2015, untuk AKI yaitu 105/100.000 kelahiran hidup. Selanjutnya, berdasarkan *Sustainable Development Goals* (SDG's) pada tahun 2030 AKI di Indonesia dapat diturunkan menjadi 70 kematian/100.000 kelahiran hidup (Osborn et al., 2015).

Penyebab kematian menurut Lale et al (2014) adalah komplikasi yang terjadi baik secara global maupun di Asia Tenggara, yaitu perdarahan sebesar 29,9% (15-51,3%), penyebab tidak langsung sebesar 16,8% (7,8%-34,2%). Penyebab AKI di Indonesia adalah penyebab tidak langsung sebesar 27% dan penyebab langsung sebesar 73% yang disebabkan komplikasi kehamilan. Komplikasi berupa perdarahan (30,3%), hipertensi dalam kehamilan (27,1%), infeksi (7,3%), partus lama (1,8%), lain-lain (40%) (Kemenkes, 2015).

Kematian ibu terjadi disaat persalinan sebesar 90%, penyebab kematian 95% adalah komplikasi obstetrik (Kemenkes RI, 2011). Semua penyebab utama tersebut digolongkan sebagai penyulit atau komplikasi yang sebenarnya dapat dihindarkan apabila kehamilan dan persalinan direncanakan, diasuh dan dikelola secara benar. Kehamilan/persalinan patologis hanya terjadi pada sekitar 15-20 % dari keseluruhan kehamilan dan persalinan. Sebagian besar (88-90%) kehamilan/ persalinan akan berlangsung secara normal (Kemenkes RI, 2008).

Provinsi Sumatera Barat tercatat sebagai salah satu provinsi dengan AKI yang cukup tinggi 121 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2017. Sedangkan untuk Kota Padang, AKI tahun 2017 yaitu sebesar 94,37 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, 2017, Dinas Kesehatan Kota Padang, 2017).

Penyebab kematian ibu di Provinsi Sumatera Barat disebabkan oleh 33,6% perdarahan, 23,9% karena hipertensi dalam kehamilan dan faktor lainnya (Dinas Provinsi Sumatera Barat, 2017). Di Kota Padang penyebab kematian ibu yang terbesar yaitu 31,3% karena hipertensi dan 25% karena perdarahan dan faktor lainnya (Dinas Kesehatan Kota Padang, 2017).

Berdasarkan teori *determinan of maternal mortality and morbidity* (Mc Carthy & Maine, 1992), penyebab AKI dikelompokkan menjadi tiga determinan, yaitu determinan kontekstual, determinan antara dan determinan langsung. Determinan kontekstual diantaranya pendidikan wanita, status kesehatan, status masyarakat, sedangkan determinan antara adalah status kesehatan ibu, status reproduksi, akses ke pelayanan kesehatan dan perilaku sehat. Sedangkan determinan langsung adalah komplikasi kehamilan. Selain faktor tersebut, kejadian AKI diperberat oleh faktor tiga terlambat, yaitu terlambat menentukan diagnosa, terlambat merujuk dan terlambat mendapatkan penanganan (Kemenkes RI, 2015). Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa penyebab kematian ibu sangat kompleks dan saling berkaitan, akan tetapi penyebab utama kematian ibu adalah komplikasi obstetri. Diperkirakan kejadian komplikasi obstetri terjadi sekitar 15-20% dari seluruh kehamilan dan dapat menimbulkan kematian sebesar 80% (WHO, 2018), diperkirakan setiap tahunnya 350.000 wanita mengalami kematian akibat komplikasi kehamilan (WHO, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian Akademi Ilmu Pengetahuan Indonesia (AIPI), yang dilakukan sejak Juni 2016 sampai Maret 2018, penyebab utama AKI di Indonesia masih tinggi karena enam faktor. Faktor tersebut diantaranya: kesenjangan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas; terlambat mendapatkan pertolongan pada kasus darurat karena letak geografis dan pengambil keputusan; pengetahuan dan pendidikan kesehatan reproduksi yang belum memadai; deteksi awal dan upaya pencegahan komplikasi kehamilan belum optimal; belum terpadunya data dan sistem informasi kesehatan; serta sistem regulasi yang tumpang tindih (AIPI, 2018).

Pemerintah telah melakukan berbagai upaya dalam menurunkan angka kematian ibu diantaranya adalah pertama *safe motherhood* yang menitikberatkan pada konsep pencegahan kematian, dengan memberikan pelayanan antenatal, persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, keluarga berencana dan penanggulangan komplikasi. Dalam melakukan akselerasi penurunan AKI, upaya yang harus difokuskan adalah dengan mengenali risiko tinggi terjadinya komplikasi kehamilan dengan mendeteksinya melalui faktor-faktor prediktifnya (UNFPA, 2015).

Beberapa kelemahan dalam berjalannya program *safe motherhood* adalah masih terdapatnya beberapa wilayah di Indonesia dengan akses masyarakat terhadap persalinan sehat yang sulit, penyebabnya dapat berupa unsur geografis dan pemerataan tenaga kesehatan. Selain daripada itu pelayanan antenatal yang baik dan teratur belum mencakup seluruh wilayah Indonesia pada topografi geografis secara menyeluruh, padahal salah satu masalah kesehatan yang spesifik dari ibu hamil adalah pemeriksaan kehamilan melalui pelayanan antenatal. Fasilitas untuk pelayanan antenatal yang masih ditemukan tidak memadai ini dan tidak berfungsi sebagaimana mestinya, serta harus menunggu lama atau perlakuan petugas yang kurang memuaskan menjadi penyebab pelayanan antenatal belum optimal. Faktor lainnya yang menjadi kelemahan adalah beberapa ibu tidak mengetahui mereka harus memeriksakan kehamilannya, sehingga ibu tidak melakukannya, transportasi yang sulit, baik bagi ibu untuk memeriksakan kehamilan maupun bagi bidan untuk mendatangi mereka dan kurangnya dukungan tradisi dan keluarga yang tidak mengizinkan seorang wanita meninggalkan rumah untuk memeriksakan kehamilannya.

Kedua, adalah Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang merupakan upaya terobosan dalam rangka percepatan penurunan Angka Kematian Ibu dan bayi baru lahir melalui kegiatan peningkatan akses dan kualitas pelayanan, sekaligus merupakan kegiatan membangun potensi masyarakat, khususnya kepedulian masyarakat untuk persiapan dan tindakan dalam menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir (Depkes, 2009).

Dasar hukum dalam pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yakni Surat Edaran Menteri Kesehatan No.295 tahun 2008 tentang percepatan pelaksanaan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker (Depkes, 2009). P4K dengan stiker yang ditempelkan di rumah ibu hamil, maka setiap ibu hamil akan tercatat, terdata dan terpantau secara tepat. Data-data yang ada pada stiker P4K digunakan suami, keluarga, kader, dukun, bersama bidan di desa untuk memantau secara intensif keadaan dan perkembangan kesehatan ibu hamil. Hal-hal yang menjadi fokus kegiatan P4K oleh masyarakat terdiri dari notifikasi (penandaan), penggalangan donor darah, mempersiapkan tabungan ibu bersalin (tabulin) dan dana sosial bersalin (dasolin), serta persiapan ambulance desa (Depkes, 2009).

Kelemahan program P4K ini berdasarkan pengamatan peneliti adalah rendahnya pada pelaksanaan tingkat puskesmas yang kurang mendapatkan sosialisasi hingga ke masyarakat.

Sumber daya manusia untuk pelaksanaan program P4K dikoordinir oleh bidan koordinator, namun dalam pelaksanaan peran ini belum semua terlaksana optimal. Dilihat dari dukungan pendanaan, kurangnya pemberdayaan masyarakat yang dihadapkan pada kurang proaktifnya masyarakat. Hambatan pelaksanaan dilapangan yaitu kurang aktifnya tokoh masyarakat dan stakeholder terkait dalam pelaksanaan pertemuan bulanan di tingkat desa, masih adanya ibu hamil yang tidak terdata karena akses lokasi yang sulit, serta belum terlaksananya dengan baik pengelolaan tabungan bersalin dan dana sosial bersalin serta komitmen amanat persalinan.

Berdasarkan fenomena yang ada tersebut maka perlu adanya upaya deteksi dini kehamilan yang mengalami risiko tinggi. Salah satu upaya yang ada dalam mendeteksi dini terhadap faktor resiko kehamilan yaitu menggunakan metode Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) yang dikeluarkan oleh *Departement Save Motherhood* Rumah Sakit Umum Dokter Soetomo Surabaya yang masih digunakan secara manual. Pada mulanya kartu ini diciptakan oleh Poedji Rochjati pada tahun 1992 pada proyek penelitian di Kabupaten Probolinggo. KSPR disusun dengan format yang sederhana dengan tujuan agar mudah dalam proses pengisian oleh tenaga kesehatan dalam rangka melakukan skrining terhadap ibu hamil dan mengelompokkan ibu kedalam kategori sesuai dengan masalahnya sehingga dapat menentukan dalam proses pengambilan keputusan dan intervensi yang tepat terhadap ibu hamil berdasarkan kartu tersebut (Manuaba, 2009).

Kartu Skor Poedji Rochjati digunakan pertama kali pada tahun 1992-pada proyek penelitian di Kabupaten Probolinggo. Sejak saat itu Kartu Skor Poedji Rochjati digunakan untuk skrining antenatal yang diharapkan dapat mendeteksi sejak dini adanya tingkat risiko kehamilan yang dialami ibu hamil, sehingga dari hasil pengamatan tersebut diharapkan dapat membantu meminimalkan tingkat kematian bayi lahir (Rochjati, 1992; Manuaba, 2009).

Metode ini sudah banyak digunakan di Provinsi Jawa Timur walaupun tidak diterapkan secara nasional tetapi metode Kartu Skor Poedji Rochjati ini sangat bermanfaat bagi petugas kesehatan untuk mengenali risiko – risiko yang mungkin terjadi pada ibu hamil (Manuaba, 2009). Penilaian awal dari penggunaan kartu skor ini dapat berguna dalam melakukan sistem rujukan secara dini yang akan dan harus dilakukan bilamana terjadi komplikasi.

Penggunaan skor Poedji Rochjati berdasarkan penelitian sebelumnya oleh Rulihari (2014) menyatakan secara keseluruhan diketahui 41,1% mempunyai sikap kurang baik dengan penggunaan skor Poedji Rochjati. Berdasarkan tingkatan kategori (menggunakan kriteria

mean/SD) hanya 56,7% BPS yang mempunyai kinerja baik dalam penggunaan skor “Poedji Rochjati” dan 43,3% lainnya mempunyai kinerja kurang baik.

Berdasarkan telaah yang dilakukan terkait penyebab belum optimalnya penerapan skor Poedji Rochjati adalah sebanyak 61,2% Bidan Praktek Mandiri (BPM) menyatakan penggunaan skor Poedji Rochjati tidak menantang dalam mereka melakukan layanan. Hal ini disebabkan masih terdapat 73,34% BPS yang tidak setuju bila melakukan rujukan tepat waktu merupakan hal yang lebih baik dilakukan bila menjumpai ibu hamil resiko tinggi daripada ditangani sendiri. Selain daripada itu ditemui sebanyak 18,89% BPS berpendapat bahwa melakukan deteksi ibu hamil resti dengan skor “Poedji Rochjati” membuatnya merasa jenuh/bosan (Rulihari, 2014; Prasetyo, 2018).

Jika dilihat berdasarkan variabel prediktor kehamilan menurut skor Poedji Rohayati terdapat beberapa variabel yang tidak menjadi variabel prediktor diantaranya adalah keterlambatan dalam mengenali tanda bahaya atau kegawat daruratan kebidanan yang dapat berlanjut terhadap keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan. Keterlambatan tersebut dapat terjadi pada penolong persalinan (bidan) dan keluarga ibu (Febriana and Azam, 2010). Disamping itu, keterlambatan dalam pengambilan keputusan kemungkinan dapat disebabkan karena pengaruh budaya yang ada di Sumatera Barat, yaitu pengambilan keputusan berada di tangan keluarga sehingga ibu tidak memiliki kekuatan untuk mengambil keputusan sendiri terhadap status kesehatan dan keselamatan dirinya (Rahmawati, 2013).

Skor Poedji Rochjati berdasarkan nilai akurasi dalam memprediksi kehamilan risiko tinggi mempunyai sensitifitas dan spesifisitas yaitu 60-70% (Prasetyo, 2018; Fransiska, 2017). Jika dilihat berdasarkan nilai klasifikasi sensitifitas dan spesifisitas nilai ini masih berada dalam kategori lemah. Secara keseluruhan nilai sensitifitas dan spesifisitas digambarkan sebagai berikut: >90% (sangat baik), 80-89% (baik), 70-79% (kurang baik), 60-69% (lemah) dan 50-59% (gagal) (Stayerberg, 2009). Berdasarkan hal ini maka perlu adanya penelitian lanjutan dengan mengembangkan skoring menurut fenomena dan penyesuaian dengan karakteristik kelompok sasaran pada suatu wilayah. Teori “*Clinical Prediction Rules*” menyatakan bahwa perbedaan wilayah, karakteristik kelompok sasaran dan fasilitas kesehatan dapat menjadi pembeda dalam pembobotan risiko dan hasil kalkulasi yang didapatkan, sehingga dalam penentuan skoring perlu adanya pertimbangan hal-hal tersebut (Toll, 2008; Adams, 2012).

Berdasarkan fenomena yang ada terdapat perbedaan karakteristik antara kelompok sasaran penentuan Skor Poedji Rochjati yang dilakukan di Surabaya dengan penelitian yang akan peneliti lakukan. Pada penelitian ini menggambarkan masyarakat Sumatera Barat yang menganut pola keturunan matrilinear, proses pengambilan keputusan menjunjung musyawarah untuk mencapai mufakat. Suami dalam membuat keputusan merujuk ibu ke rumah sakit harus melalui tahapan berunding dahulu dengan orang tua, mertua, mamak dan sanak saudara lainnya. Semua keputusan berada di tangan suami dan mamak serta orang tua. Sehingga membutuhkan waktu lama untuk memberikan keputusan merujuk (Navis, 1984).

Suami sebagai pengambil keputusan kurang mengenali tanda bahaya dan transportasi serta biaya di tempat rujukan mempengaruhi keterlambatan keluarga dalam mengambil keputusan untuk merujuk ibu (Febriana and Azam, 2010). Ekonomi juga mempengaruhi pengambilan keputusan keluarga. Kemampuan keluarga membayar berpengaruh terhadap pemanfaatan penolong persalinan, keluarga dengan kemampuan bayar rendah memiliki kecenderungan untuk memilih penolong persalinan non tenaga kesehatan (Manueke, Mukti, and Emilia, 2008). Biaya persalinan merupakan alasan utama yang membuat ibu dan keltidak mau dirujuk di Zahedan, Iran (Ghazi et al., 2012).

Selain faktor budaya, ekonomi, anjuran dari penolong persalinan mempengaruhi keputusan keluarga dalam merujuk ibu. Ada hubungan antara penolong persalinan dengan keterlambatan rujukan (Zebua, Lubis, and Amma, 2014). Penelitian Dwikhanti (2015) menunjukkan bahwa kompetensi (pengetahuan, sikap dan keterampilan) bidan memiliki hubungan terhadap ketepatan rujukan pada kasus kegawat daruratan maternal. Selain kompetensi tersebut, dukungan sosial dan akses pelayanan kesehatan berkontribusi terhadap ketepatan rujukan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan kuesioner otopsi verbal maternal di Dinas Kesehatan Kota Padang dari bulan Januari-Desember 2018 diketahui bahwa terdapat 23 kematian ibu selama periode tersebut di Kota Padang (Tabel 1.1 lampiran).

Dari 23 kematian ibu tersebut diketahui 12 (52,2%) kematian ibu disebabkan oleh faktor klinis (eklamsia, preeklamsia berat, anemia, plasenta previa, asma bronchial, perdarahan dan retensio plasenta), sedangkan 11 (47,8%) kematian ibu lainnya disebabkan oleh faktor non medis, dimana ditemui 3 kematian ibu (27,3%) disebabkan oleh keterlambatan merujuk oleh

BPM disebabkan karena BPS yang tidak melakukan rujukan tepat waktu karena berusaha untuk menangani dan melakukan tindakan sendiri. Dua orang (18,2%) kematian ibu disebabkan keterlambatan pengambilan keputusan keluarga dalam mengambil keputusan bagi ibu disebabkan melalui proses musyawarah antara anggota keluarga maupun ketidaksetujuan untuk merujuk dan kepercayaan keluarga yang masih percaya pada dukun serta 2 orang (18,4%) lainnya disebabkan faktor ekonomi keluarga yang rendah. Selain daripada itu 4 orang (36,4%) kematian ibu disebabkan akses ke fasilitas kesehatan yang cukup jauh beberapa daerah domisili ibu hamil tersebut adalah Teluk Kabung, Padang Sarai dan Koto Tangah.

Oleh karena itu dalam menjawab fenomena yang terjadi akibat kematian ibu hamil sebagai akibat kehamilan risiko tinggi maka peneliti mencoba untuk melakukan konstruksi model Skoring Dewi Arita (SDA) dalam deteksi dini kehamilan risiko tinggi di Kota Padang dengan mengkalkulasi risiko kehamilan risiko tinggi berdasarkan faktor medis dan non medis serta disesuaikan berdasarkan karakteristik wilayah yang ada. Dalam melakukan konstruksi model ini peneliti menggunakan model *Analysis, Design, Development, Implementation* dan *Evaluation* (ADDIE) yang merupakan model penelitian dan pengembangan yang dilakukan melalui tahapan analisis, desain, *development*, implementasi, dan evaluasi (Mudjiran, 2011; Tegeh dan Kirna, 2010). Pemilihan penggunaan model ini disebabkan tahapan pada ADDIE memakai dasar-dasar bersifat umum, sistematis dan kerangka kerjanya bertahap, sehingga setiap elemen memiliki keterkaitan satu dengan yang lain. Pada tahapan *Analysis* (A) peneliti melakukan penggalian informasi mendalam terkait fenomena dan permasalahan yang terjadi mengenai penyebab kehamilan risiko tinggi yang dapat terjadi kepada ibu hamil yang pernah mengalami kehamilan risiko tinggi dan bidan sebagai penolong persalinan. Informasi yang didapatkan dari tahapan ini akan bermanfaat dalam identifikasi variabel prediktor kehamilan risiko tinggi yang sesuai dengan fenomena yang terjadi. Tahapan *Development* (D) pada penelitian ini dimana peneliti menyusun variabel prediktor yang menjadi penentu kehamilan risiko tinggi berdasarkan telaah sistematis dari penelitian sebelumnya. Pada tahapan *Design* (D) peneliti menggunakan penelitian diagnostik dengan menggunakan pendekatan case control untuk mengkalkulasi faktor risiko dari kehamilan risiko tinggi, penentuan skor beserta cut off point dalam mengklasifikasi kehamilan risiko tinggi dan tidak berisiko tinggi serta keakuratan skor dengan pembuktian nilai akurasi, sensitifitas dan spesifisitas. Pada tahapan *Implementation* (I) peneliti menerapkan skor yang telah ditemukan kepada kelompok sasaran penelitian dan menguji

keakuratannya dalam memprediksi kehamilan risiko tinggi. Selanjutnya pada tahapan *Evaluation* (E) peneliti mengevaluasi kebermanfaatan dari skor dalam memprediksi kehamilan risiko tinggi oleh tenaga kesehatan.

Upaya deteksi dini kehamilan risiko tinggi melalui kalkulasi skor yang disusun berdasarkan variabel determinannya pada penelitian ini dapat menjadi alat/ *tool* yang dimanfaatkan oleh bidan yang merupakan petugas pada lini terdepan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Pemanfaatannya pertama, dapat meningkatkan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) terhadap ibu hamil dan keluarganya tentang kehamilan resiko dengan cara deteksi dini menggunakan kartu skor untuk mengetahui kondisi ibu hamil dan masalah yang terjadi. Kedua, dengan mengenali risiko lebih dini maka upaya-upaya yang ada dapat segera dilakukan dalam mencegah luaran komplikasi dalam kehamilan yang dapat membahayakan baik bagi ibu dan bayi sehingga dapat membantu dalam akselerasi penurunan AKI dan AKB. Ketiga, pemanfaatan kartu skor ini dapat menjadi alternatif dalam membantu deteksi dini kehamilan risiko tinggi pada daerah dengan fasilitas kesehatan terbatas, sehingga skor yang ada dapat menjadi upaya pengenalan risiko bahaya kehamilan yang membantu dalam ketepatan dan kecepatan rujukan kepada pasien sehingga keterlambatan merujuk dapat dihindari.

Berdasarkan penjelasan tersebut diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul model skoring pengembangan deteksi dini pasien kehamilan risiko tinggi di Kota Padang.

B. Rumusan Masalah

Angka Kematian Ibu di Provinsi Sumatera Barat pada umumnya dan khususnya Kota Padang masih cukup tinggi. Penyebab kematian ibu sangat kompleks, merujuk pada teori *determinan of maternal mortality and morbidity* (Mc Carthy & Maine, 1992), permasalahan kematian ibu disebabkan oleh banyak faktor yang saling berkaitan yaitu antara faktor determinan jauh, determinan antara dan determinan proxy. Determinan jauh terdiri dari status wanita dalam keluarga, status keluarga dalam masyarakat dan status kesehatan masyarakat. Sedangkan determinan antara terdiri dari status kesehatan, status reproduksi, akses pelayanan kesehatan dan perilaku sehat, serta determinan proxy yaitu komplikasi kehamilan.

Upaya peningkatan kemampuan ibu hamil dalam pengenalan komplikasi dan peningkatan kesehatan ibu hamil Sesuai dengan konsep SKN, bahwa upaya kesehatan lebih

dititikberatkan pada konsep Preventif dan promotif, maka diperlukan suatu upaya peningkatan kesehatan ibu melalui peningkatan deteksi dini kehamilan risiko tinggi dalam upaya preventif.

Upaya dalam melakukan deteksi dini kehamilan risiko tinggi dapat dilakukan dengan pemanfaatan skor Poedji Rochayati yang dimodifikasi berdasarkan karakteristik dan variabel prediktor yang berkaitan dengan masyarakat Sumatera Barat. Variabel prediktor yang dapat menjadi tambahan dalam memprediksi kehamilan risiko tinggi tersebut adalah keterlambatan rujukan, dukungan keluarga dalam pengambilan keputusan, akses ke pelayanan kesehatan, status ekonomi dan anjuran dari penolong persalinan. Oleh karena itu rumusan masalah penelitian ini adalah ?

1. Variable-variabel determinan apa sajakah yang berhubungan dengan kehamilan risiko tinggi ?
2. Bagaimanakah konstruksi model *skoring* Dewi Arita (SDA) dalam melakukan deteksi dini kehamilan risiko tinggi ?
3. Bagaimanakah pengaruh model *skoring* Dewi Arita (SDA) dalam melakukan deteksi dini kehamilan risiko tinggi ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menemukan model *skoring* pengembangan deteksi dini pasien kehamilan risiko tinggi di Kota Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Menemukan komponen variabel dan indikator kehamilan risiko tinggi.
- b. Mendesain model *skoring* Dewi Arita (SDA) dalam melakukan deteksi dini kehamilan risiko tinggi.
- c. Mengevaluasi pengaruh model *skoring* Dewi Arita (SDA) dalam melakukan deteksi dini kehamilan risiko tinggi.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan akan memberikan manfaat antara lain:

1. Manfaat Teori

Hasil penelitian ini diharapkan menemukan teori dalam melakukan deteksi dini kehamilan risiko tinggi. Selain itu dapat memberikan informasi ilmiah dan landasan teori bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan maternal.

2. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pembuat kebijakan dalam hal ini Kementerian Kesehatan dan jajaran dinas kesehatan dalam pengambilan kebijakan untuk melakukan intervensi, khususnya dalam upaya deteksi dini kehamilan risiko tinggi.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi praktisi/ petugas kesehatan dalam upaya pemecahan masalah untuk menurunkan angka kematian

E. Potensi Kebaharuan

Model skoring pengembangan deteksi dini pasien kehamilan risiko tinggi di Kota Padang

F. Karya Cipta

Adapun karya cipta yang akan dihasilkan melalui penelitian ini adalah berupa Hak Atas Kekayaan Intelektual (HAKI), meliputi: 1) HAKI pertama variabel determinan dalam mengidentifikasi kehamilan risiko tinggi, 2) model skoring pengembangan deteksi dini pasien kehamilan risiko tinggi di Kota Padang.

G. Keaslian Penelitian

Kebaruan pada penelitian ini ditampilkan pada tabel keaslian penelitian berikut ini:

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Peneliti, Tahun	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
Londero et al.,	Maternal age and	Kohort	Temuan ini mengkonfirmasi

2020	the risk of adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort study	retrospektif	dampak negatif dari usia ibu yang terlalu tua atau terlalu muda terhadap kehamilan. Hasil ini harus dipertimbangkan dengan hati-hati oleh penyedia perawatan ibu untuk memberi informasi kepada wanita secara memadai, mendukung mereka dalam memahami potensi risiko yang terkait dengan pilihan persalinan mereka, dan untuk meningkatkan pengawasan klinis.
Majella et al., 2019	A longitudinal study on high risk pregnancy and its outcome among antenatal women attending rural primary health centre in Puducherry, South India	Studi longitudinal	Prevalensi kehamilan berisiko tinggi yaitu 18,3%. Mengenai hasil kebidanan dan neonatal, sebagian besar mengalami persalinan pervaginam spontan (73,9%); sekitar 10,4% melahirkan bayi berat lahir rendah, dan hanya 1,7% yang lahir mati. Paritas, status sosial ekonomi, dan hasil yang tidak diinginkan seperti berat lahir rendah, kelahiran prematur, dan postterm dikaitkan dengan kehamilan berisiko tinggi.
Singh et al., 2019	Management and referral for high-risk conditions and complications during the antenatal period: knowledge, practice and attitude survey of providers in rural public healthcare in two states of India	Survey	Sistem kesehatan India harus meningkatkan penyediaan perawatan kebidanan dengan standarisasi layanan di setiap tingkat perawatan kesehatan dan meningkatkan fokus pada perawatan darurat untuk komplikasi, pengambilan keputusan yang tepat untuk rujukan, dan meningkatkan komunikasi rujukan dan dukungan staf.
Demitto et al., 2017	High risk pregnancies and factors associated with neonatal death	Cross sectional	Persalinan prematur, malformasi janin dan kehamilan ganda dikaitkan dengan kematian neonatal. Bayi baru lahir prematur, berat lahir sangat rendah dan mereka dengan skor Apgar kurang dari tujuh, lima menit setelah lahir memiliki risiko kematian yang tinggi.
Shapla et al., 2015	Maternal and foetal outcome of 206 high risk pregnancy cases in border guard hospital, Dhaka	Studi observasional	Dari 206 kasus kehamilan berisiko tinggi mayoritas 47,57% wanita mengalami kondisi medis selama hamil, 31,55% pasien mengalami kondisi medis sebelum hamil. Diantaranya mayoritas 30,58%

Cavazos-Rehg et al., 2015	Maternal age and risk of labor and delivery complications	Analisis rekam medis	<p>pasien menderita hipertensi akibat kehamilan, 15,04% pasien menderita Diabetes Mellitus gestasional dan ketuban pecah dini sebanyak 12,13%. Pada penelitian ini mayoritas 43,68% pasien hamil risiko tinggi berada pada kelompok umur 30-35 tahun, 19,90% ibu hamil berada pada kelompok umur > 35 tahun dan 19,40% pada kelompok umur diatas 20 tahun. Di antara kelompok studi, maksimum 65,04% pasien multipara. Di antara 206 populasi penelitian, 60,19% wanita hamil berisiko tinggi sedang melahirkan pada saat persalinan dan 39,8% wanita melahirkan bayi mereka prematur. Operasi caesar dilakukan pada 69,41% wanita hamil yang berisiko tinggi. Setelah melahirkan mayoritas 77,66% ibu tidak mengalami komplikasi, hanya 10,19%, 8,25%, 2,91% dan 0,97% ibu hamil berisiko tinggi menderita demam, ISK, infeksi luka perut dan perdarahan post partum. Dalam penelitian ini, di antara 206 kasus kehamilan, 91,31% neonatus memiliki skor Apgar > 7 dan 8,61% neonatus memiliki skor Apgar < 7%, bayi berat lahir rendah 33,49%, dan neonatus prematur 39,80%.</p> <p>Penelitian ini menemukan bahwa komplikasi dengan kemungkinan tertinggi di antara wanita, usia 11-18 tahun, dibandingkan dengan wanita berusia 25-29 tahun, termasuk persalinan prematur, korioamnionitis, endometritis, dan preeklamsia ringan. Wanita hamil yang berusia 15-19 tahun memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami preeklamsia berat, eklamsia, perdarahan postpartum, pertumbuhan janin yang buruk, dan gawat janin. Wanita hamil yang berusia ≥ 35 tahun memiliki peluang lebih besar untuk melahirkan prematur, hipertensi, preeklamsia superimposed, preeklamsia berat,</p>
---------------------------	-----------------------------------------------------------	----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tandu-Umba et al., 2014	Pre-pregnancy high-risk factors at first antenatal visit: how predictive are these of pregnancy outcomes?	Cross sectional	dan penurunan risiko korioamnionitis. Wanita yang lebih tua (≥ 40 tahun) memiliki peningkatan kemungkinan mengalami preeklamsia ringan, gawat janin, dan pertumbuhan janin yang buruk.
Sittner et al., 2005	Effects of high-risk pregnancies on families	Studi deskriptif dan kualitatif	Sampel penelitian terdiri dari 2.086 wanita. Primiparitas (36,5%), tidak memiliki pasangan (26,4%), dan usia ibu ≥ 35 tahun (18,3%) merupakan faktor risiko non-patologis terpenting, sedangkan hipertensi dalam keluarga (34,3%), keguguran sebelumnya (33,2%), kelebihan berat badan / obesitas (21,9%), diabetes dalam keluarga (21,1%), operasi caesar sebelumnya (15,7%), perdarahan postpartum sebelumnya (13,1%), berat badan lahir rendah (10%), makrosomia sebelumnya (10%), dan sebelumnya ketuban pecah dini (6,2%) didominasi di antara faktor risiko patologis. Hasil yang secara signifikan dipengaruhi oleh faktor risiko non patologis juga dipengaruhi secara signifikan oleh faktor risiko patologis. Kehamilan berisiko tinggi tidak hanya memengaruhi wanita, tetapi juga menyebabkan perubahan fungsi keluarga. Tenaga medis perlu mengenal kekuatan keluarga dan membantu keluarga mengenali kekuatan mereka ketika menghadapi peristiwa kehidupan yang signifikan
