

FAKTOR PENDUKUNG DAN KENDALA PELAKSANAAN PELAKSANAAN MODEL SKRINING PREEKLAMPSIA BERBASIS KOMUNITAS : STUDI KUALITATIF

Supporting Factors and Constrains In Implementation Of The Community-Based Preeclampsia Screening Model: Qualitative Study

Johariyah, Detty Siti Nurdiati, Widyawati³

Prodi S1 Kebidanan, Universitas Al-Irsyad Cilacap

²Departemen Obstetri Ginekologi Sosial, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

³Departemen Keperawatan Maternitas Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

(Johariyah1978@gmail.com, 0812)

ABSTRAK

Preeklamsia/eklamsia merupakan salah satu penyebab kematian ibu tertinggi saat ini. Tingginya kematian ini disebabkan keterlambatan identifikasi terhadap preeklamsia. Pelaksanaan model skrining preeklamsia yang dilakukan pada level komunitas, terbukti memiliki sensitivitas 64,1 dan spesifisitas 85,5 (CI 95). Penggunaan teknologi dalam skrining dapat mempermudah bidan dalam melakukan skrining preeklamsia di level komunitas. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor pendukung dan kendala yang dihadapi dalam melaksanakan model skrining preeklamsia berbasis komunitas. Metode penelitian yang dilakukan adalah dengan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologis. Partisipan dalam penelitian ini adalah Bidan dan kader yang melaksanakan model minimal telah melakukan skrining dan pemantauan 10 ibu hamil, dengan teknik pengambilan sampling berupa purposive sampling, sebanyak 5 orang bidan dan 5 orang kader. Hasil penelitian ini didapatkan 3 tema yaitu: Model skrining preeklamsia berbasis komunitas meningkatkan kualitas pelayanan dalam skrining dan pemantauan, Pelaksanaan model dan penggunaan aplikasi masih perlu ditingkatkan dan Adanya harapan perluasan penggunaan aplikasi dan model. kepada bidan, kader dapat meneruskan pelaksanaan model skrining preeklamsia berbasis komunitas.

Kata kunci: Pendukung, kendala, skrining, preeklamsia, komunitas

ABSTRACT

Preeclampsia/eclampsia is one of the leading causes of maternal death today. The high mortality rate is due to the delay in the identification of preeclampsia. The implementation of the preeclampsia screening model, which was carried out at the community level, was shown to have a sensitivity of 64.1 and a specificity of 85.5 (CI 95). The use of technology in screening can make it easier for midwives to screen for preeclampsia at the community level. The purpose of this study was to determine the supporting factors and obstacles faced in implementing the community-based preeclampsia screening model. The research method used is a qualitative method with a phenomenological approach. The participants in this study were midwives and cadres who carried out a minimum model of screening and monitoring 10 pregnant women, with a sampling technique in the form of purposive sampling, as many as 5 midwives and 5 cadres. The results of this study obtained 3 themes, namely: The community-based preeclampsia screening model improves the quality of services in screening and monitoring, the implementation of the model and the use of applications still need to be improved and there is hope for the expansion of the use of applications and models. to midwives, cadres can continue the implementation of the community-based preeclampsia screening model.

Keywords: Support factors, constraints, screening, preeclampsia, community

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) memperkirakan 16% kematian ibu terjadi akibat gangguan hipertensi pada kehamilan, dimana eklampsia menjadi penyebab terbanyak (Firoz *et al.*, 2011). Angka kematian ibu karena komplikasi eklamsia empat belas tahun terakhir adalah 19,6% - 46% dan sedangkan kematian janin sekitar 65% (Milne, F. Redman C, Walker, JM, 2005; Thangaratinam, Allotey and Marlin, 2017)

Kematian ibu di Indonesia pada tahun 2012, 32,5% disebabkan oleh hipertensi, preeklamsia dan eklamsia, sedangkan tahun 2015 sebesar 24,22 % dan pada tahun 2016 sebanyak 26% (Kemenkes RI 2017). Kematian ibu di Jawa Tengah pada tahun 2015 sebanyak 26,34% disebabkan hipertensi. Saat ini propinsi Jawa Tengah termasuk propinsi dengan kematian ibu tertinggi kedua setelah Jawa Barat (Central Java Health office, 2015). Salah satu penyebab tingginya kematian akibat hipertensi adalah rendahnya pemahaman yang membahayakan kesehatan ibu dan janin (Ouasmani, Engeltjes, Rahou, *et al.*, 2018).

Keterlibatan komunitas dalam penanganan preeklamsia termasuk perempuan dari komunitas (kader), dalam hal pemahaman tentang penyebab preeklamsia, tanda gejala,

risiko dan persiapan untuk melakukan rujukan termasuk penyediaan dana untuk perawatan (Khowaja *et al.*, 2016). Untuk itu, kader dapat dilibatkan dalam pemantauan terhadap ibu dengan risiko preeklamsia di komunitas.

Pelaksanaan model skrining preeklamsia yang dilakukan pada level komunitas, terbukti memiliki sensitivitas 64,1 dan spesifisitas 85,5 (CI 95). Akan tetapi pelaksanaan tersebut perlu dilakukan evaluasi agar dapat dilakukan perbaikan terhadap model tersebut.

METODE

Rancangan penelitian pada tahap ini adalah metode kualitatif dengan cara *in-depth interview* untuk menggali pendapat / ide bidan dan kader pelaksana model tentang faktor pendukung dan hambatan/kendala dalam pelaksanaan metode ini.

Instrumen penelitian yang digunakan adalah panduan *in-depth interveiw*. Instrumen ini dilakukan uji validitas kontruk oleh pembimbing. Uji validitas ini dilakukan dengan cara pembimbing memeriksa panduan wawancara yang digunakan oleh peneliti, kemudian pembimbing mengukur sejauh mana pertanyaan yang disusun dapat mengukur tentang pengalaman bidan dalam penerapan model skrining preeklamsia berbasis komunitas, faktor-faktor yang

mendukung penerapan model, serta kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan model.

Hasil dari uji validitas konstruk ini adalah masukan dari pembimbing untuk menyiapkan probing ketika melakukan *in-depth interview* dan ketika menanyakan faktor pendukung, diawali dengan menanyakan perasaan bidan dan kader dalam pelaksanaan model. Selanjutnya peneliti melakukan perbaikan panduan wawancara sesuai dengan arahan pembimbing.

Instrumen penelitian yang digunakan adalah panduan *in-depth interview*. Instrumen ini dilakukan uji validitas konstruk. Beberapa hal dilakukan untuk meningkatkan derajat kepercayaan dalam penelitian ini. Kredibilitas dilakukan dengan cara *member checking*, dimana hasil transkripsi dilakukan penelaahan kembali oleh partisipan, untuk memastikan bahwa transkripsi sudah sesuai dengan yang disampaikan pada saat wawancara. Untuk efektivitas waktu, *member checking* ini dilakukan kepada perwakilan partisipan, yaitu 2 orang bidan koordinator dan 2 orang kader. Perwakilan tersebut diminta untuk mendengarkan rekaman wawancara serta membaca transkrip wawancara yang telah disusun, sehingga dapat memastikan transkrip sudah sesuai dengan hasil wawancara. *Triangulasi* sumber dilakukan sebagai strategi meningkatkan kredibilitas dalam penelitian ini. *Triangulasi* sumber untuk hasil data dari bidan dan kader dilakukan kepada satu orang kepala seksi kesehatan keluarga sebagai

penanggung jawab pelayanan kesehatan ibu dan anak di kabupaten Cilacap dan satu orang ibu dengan riwayat preeklamsia pada kehamilan sebelumnya. Pengujian *transferability* dilakukan dengan cara pembuatan laporan penelitian dengan cara sistematis, rinci, jelas dan dapat dipercaya. Dependensi dan *confirmability* dilakukan melalui *peer review* oleh tim peneliti mulai dari proses penelitian sampai dengan analisis data.

Partisipan dalam penelitian ini adalah bidan dan kader yang telah menerapkan model deteksi dini preeklamsia berbasis komunitas. Pemilihan partisipan didasarkan pada kriteria inklusi berupa bidan dan kader yang menerapkan model ini pada minimal 10 ibu hamil dengan kategori risiko dengan melihat catatan asuhan selama menerapkan model. Alasan pemilihan partisipan ini karena pelaksanaan model berbeda pada ibu yang memiliki risiko, sedangkan ibu yang tidak mengalami risiko dilakukan asuhan secara rutin sesuai prosedur yang sudah ada. Bidan yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 14 orang. Penetapan calon partisipan dengan cara memilih perolehan pasien terbanyak sampai dengan data saturasi. Pemilihan kader disesuaikan dengan pemilihan bidannya. Hal ini dimaksudkan agar mendapatkan informasi yang lengkap dari sudut pandang bidan dan kader selaku pelaksana model skrining. Setelah dilakukan wawancara mendalam,

data saturasi pada partisipan ke-5 pada bidan, begitu juga pada kader data saturasi pada partisipan ke-5. Sehingga jumlah partisipan dalam tahap ini adalah 10 orang.

HASIL

Karakteristik partisipan dalam tahap ini seperti terlihat pada tabel 4.24 di bawah ini:

Tabel 4. 1 Karakteristik Bidan Pelaksana Model Skrining Preeklamsia Berbasis Komunitas

Variabel	N:5 (%)	Mean	SD
Usia (tahun)			
< 35	3 (60)		
35-44	1(20)	36,6	6,1
≥45	1(20)		
Pengalaman Kerja (Tahun)	3 (60)		
< 15	1 (20)	13,4	5,1
15-20	1(20)		
>20			
Jumlah Kasus kelolaan	1(20)	58,2	18,86
<50	3 (60)		
50-80	1(20)		
>80			

Sumber: data primer

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa rata-rata usia bidan pelaksana Model Skrining Preeklamsia Berbasis Komunitas adalah 36,6 tahun, dengan pengalaman kerja rata-rata 13,4 tahun.

Tabel 4. 2 Karakteristik Kader Pelaksana Model Skrining Preeklamsia Berbasis Komunitas

Variabel	N:5 (%)	Mean	SD
Usia (tahun)			
< 35	1 (20)	41,4	6,5

35-44	2(50)		
≥45	2(25)		
Pengalaman			
Menjadi kader (Tahun)	1(20)	9	3,1
< 5	2(40)		
5-10			
>10			
Status Kader			
Kader Ibu dan Balita	4 (75)		
Kader Lansia	1 (25)		

Sumber: data primer

Berdasarkan tabel di atas didapatkan bahwa rata-rata usia kader pelaksana Model Skrining Preeklamsia Berbasis Komunitas adalah 41,4 tahun dengan rata-rata pengalaman menjadi kader 9 tahun.

Indepth- interview dilakukan sesuai dengan perjanjian antara peneliti dengan partisipan. *In-depth interview* dilakukan diluar jam kerja, sehingga tidak mengganggu kegiatan bidan dan kader, dan partisipan dapat memiliki waktu cukup untuk menjawab pertanyaan yang ada. *In-depth interview* dilakukan rata-rata selama 30 menit. Adapun hasil *indepth- interview* dapat dilihat pada tabel. 4.23.

Tabel Tema dan Subtema

Kode	Kategori	Subtema	Tema
• Fitur mudah		Aplikasi membantu tugas bidan	Model skrining preeklamsia berbasis komunitas
• Lengkap			meningkatkan kualitas pelayanan dalam skrining dan pemantauan
• Tidak perlu sinyal			
• Membantu	Pendukung		
• Memudahkan			
• Sesuai jaman			
• Pemantau		Pemantau	

<ul style="list-style-type: none"> an kader lebih terarah • Penggunaan kartu pantau lebih memudahkan pelaporan • Pasien lebih waspada • Pasien lebih siap untuk dirujuk ke RS pada saat persalinan • Pasien puas • Lebih percaya diri • Kader lebih percaya diri • Era industri • Bagus • Kekinian • Up to date • Keren • Modern • Faktor yang dikaji banyak • K1 mengkaji risiko lain 	<p>an ibu hamil oleh kader lebih terstruktur</p> <hr/> <p>Rujukan pada saat persalinan lebih mudah</p> <hr/> <p>Bidan dan kader lebih percaya diri</p> <hr/> <p>Banyaknya faktor yang dikaji</p> <hr/> <p>Kendala penggunaan aplikasi</p>	<p>Belum jadi program DKK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Belum jadi prioritas pekerjaan Bidan <hr/> <p>Rujukan masih belum semua mau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rujuk hanya pada saat ada dokter • Ibu hamil tidak bisa akses • Tidak semua ibu hamil punya android • Kader kurang memotivasi ibu hamil • Kader pada saat kunjungan ibu hamil tidak ada <hr/> <p>Dijadikan program DKK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan setiap puskesmas • Integrasi dengan pencatatan pelaporan • Jangan hanya preklamsia • Fitur lebih dibuat lebih menarik • Ditambah gambar/vi 	<p>Belum menjadi program DKK</p> <hr/> <p>Kendala pelaksanaan model</p> <hr/> <p>Model dijadikan program DKK</p> <hr/> <p>Adanya harapan perluasan penggunaan aplikasi dan model</p> <hr/> <p>Adanya perbaikan fitur dalam aplikasi</p>
	Penghambat	Harapan	
			Adanya harapan perluasan penggunaan aplikasi dan model

deo	
<ul style="list-style-type: none"> • Disebar kan ke ibu hamil • Ibu hamil dapat menskrining dirinya 	Pemanfaatan diperluas ke ibu hamil
<ul style="list-style-type: none"> • Dokter di hubun gkan dengan aplikasi • Dokter ikut dalam rute aplikasi 	Dokter terhubung dalam aplikasi

Sumber: Data primer

Pelaksana model skrining preelampsia berbasis komunitas adalah bidan desa dan kader pada desa tersebut. Sebanyak 17 bidan desa dan 34 kader kesehatan yang terlibat dalam penelitian ini. Berdasarkan hasil *in-depth interview* tentang evaluasi pelaksanaan model didapatkan tema seperti di bawah ini:

a. Model skrining preeklamsia berbasis komunitas meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan pada ibu dengan risiko preeklamsia

Pernyataan bidan dan kader bahwa model skrining ini meningkatkan kualitas pelayanan dalam skrining dan pemantauan preeklamsia dapat disimpulkan berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan bidan dan kader. Beberapa bidan mengatakan bahwa dengan model ini, mereka melakukan skrining faktor risikonya

lebih lengkap, sehingga dapat lebih yakin dalam penentuan diagnose dan pemantauannya. Hal ini sesuai dengan pernyataan di bawah ini:

.... yang di skrining cukup lengkap kan bu, jadi ya menurut saya si bagus,, tapi kalau pas nggak banyak pasien atau pas waktu kita banyak, lhaa ini ada 11 faktor yang di tanya,, hanya untuk preeklamsia kan.... (Bidan E, 41 th)

Selain itu bidan dan kader merasa bahwa dengan menggunakan bantuan aplikasi, memudahkan mereka dalam melakukan skrining preeklamsia.

.... Yaa.. dengan menggunakan aplikasi ini jadi lebih mudah ya Bu,, yaa lebih praktis laah,, kan pakai hp bu,, jadi lebih enak... (Bidan D, 33 tahun)

Pasien yang dilakukan skrining preeklamsia dengan menggunakan aplikasi juga lebih antusias. Hal ini sesuai dengan pernyataan di bawah ini:

....yang jelas pasien si kayanya lebih antusias,, karena ya memang ini kan pake hp ya,, jadi unik laah... (Bidan N, 34 th)

Penggunaan aplikasi dalam melakukan skrining ini juga membuat bidan merasa lebih *up to date* dan lebih percaya diri dalam melakukan skrining. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh bidan di bawah ini:

...yang jelas menarik bu, karena yang kekinian yaa,, jadi rasanya kita memberikan pelayanan lebih bagus gitu,, pasien datang di depan pasien sambil kita anamnesis dan pemeriksaan

terus dimasukkan dalam aplikasi,, laah terus muncul hasil dan rekomendasi,, jadi kan pasien langsung tau hasilnya,, saya biasanya tunjukin itu hasil aplikasinya,, lha ini lho mba dari hasil data mbanya ternyata ibu punya risiko tinggi, jadi diminta untuk datang pada kapan kapan gitu...(Bidan D, 33 tahun)

b. Pelaksanaan model dan penggunaan aplikasi masih perlu ditingkatkan

Pelaksanaan model dan penggunaan aplikasi “Preeclampsia.com” masih perlu ditingkatkan, hal ini dikarenakan masih ada hambatan dalam pelaksanaannya. Bidan dan kader menyatakan bahwa pelaksanaan model ini masih mengalami kendala, diantaranya banyaknya faktor yang dikaji dalam pelaksanaan skrining preeklamsia menambah waktu dalam melakukan pengkajian pada ibu K1. Hal ini sesuai dengan pernyataan di bawah ini:

....., kita dengan senang hati lho melakukan pengkajian dengan lengkap gitu,, lhaa masalahnya kadang pasiennya banyak, antri, kayane agak susah juga kalau harus terlalu lengkap. Tapi wong idealnya ya dilakukan secara lengkap supaya bisa bener-bener mendeteksi.... (Bidan Er, 46tahun)

Hambatan lain dalam pelaksanaan model adalah kader mengalami kendala dalam melakukan kunjungan rumah pasien dengan risiko tinggi. Hal ini sesuai dengan pernyataan di bawah ini:

.... Ya palingan kalau pas harusnya waktunya saya kunjungan ke rumah pasien, kan ada jadwalnya itu ya bu

yang dikasih sama Bu Bidan, lhaa pas jadwal saya datang, pas pasiennya sedang kondangan, atau pas pergia ke tempat mertua lah, atau kadang pas nggak ada laah.. (Kader M, 41 tahun)

Selain kendala pelaksanaan model, masih terdapat kendala penggunaan aplikasi “preeclampsia.com”. Seringkali karena padatnya kegiatan bidan, bidan tidak punya waktu untuk input data pasien K1 pada aplikasi. Hal ini sesuai dengan pernyataan di bawah ini:

...jadi nggih nggak bisa memasukkan semua pasien K1 dalam aplikasi ya Bu.. kadang ada saat memang yang datang untuk ANC cukup banyak Bu,, kadang saya nggak bisa mbagi waktu juga kalau harus ngisi di aplikasi dan di buku Bu, sementara yang harus saya laporkan kan yg pakai buku KIA dan kohort Bu hehe...(Bidan N, 34 tahun)

Beberapa faktor hambatan dalam pelaksanaan model dengan menggunakan aplikasi ini diantaranya adalah kurangnya pemanfaatan konsultasi off line dan on line yang telah disediakan. Hal ini disebabkan tidak semua ibu hamil memegang handphone android dan masih kurangnya kader memotivasi ibu hamil dalam memanfaatkan menu konsultasi seperti pernyataan di bawah ini:

.... yaa sebenarnya nggih itu bagus nggih bu, ibu-ibu hamil nggih sami seneng, tapi jebule nggih bu, masih ada ibu hamil sing mboten ngangge hp bagus, tesih ngangge hp jadul laah, ingklang cliring, jadi nggih mereka

nggak bisa mbukak konsultasinipun, nggih itu biasanya taken e nggih langsung teng kulo, lhaa mangke kula taken kalih bu bidan hehe...(Kader S, 47 tahun)

c. Adanya harapan perluasan penggunaan aplikasi dan model

Penerapan model dan penggunaan aplikasi skrining preeklamsia secara umum membuat bidan semakin baik dalam melakukan skrining dan pemantauan pada ibu hamil dengan risiko tinggi preeklamsia. Akan tetapi terdapat hambatan, dimana model ini menambah pekerjaan bagi bidan karena harus melakukan skrining khusus preeklamsia, hal ini dikarenakan disamping bidan melakukan tugas skrining preeklamsia, masih banyak tugas administrasi yang lain, yang menjadi kewajiban untuk dilaporkan ke dinas kesehatan. Untuk itu, beberapa bidan memberikan harapan agar aplikasi ini dapat diintegrasikan dengan pelayanan yang lain, dimana tidak hanya menskrining satu macam risiko tinggi saja, tetapi skrining semua risiko tinggi pada ibu hamil, sekaligus dapat dijadikan sebagai alat pelaporan kepada dinas kesehatan kabupaten. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan di bawah ini:

....mudah-mudahan kedepan bisa dikembangkan lagi untuk skrining ibu hamil secara keseluruhan Bu, jangan Cuma preeklamsia ya Bu,, atau mungkin bisa diusulkan untuk dijadikan

sebagai program dkk bu,, jadi bisa semua bidan di seluruh wilayah kabupaten cilacap menggunakan ini dan bisa dijadikan sebagai alat pelaporan sekalian.. (Bidan N, 34 tahun)

Pengembangan aplikasi sebagai alat skrining memudahkan bidan dalam melakukan skrining preeklamsia. Beberapa bidan mengharapkan agar program ini dapat dijadikan program unggulan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap. Seperti yang diungkapkan dibawah ini:

.... kayane nek dijadikan program keunggulan DKK bagus lho,, jadi nanti seragam untuk semua puskesmas di kab cilacap.. (Bidan C, 33 tahun)

Pembuatan aplikasi “preeklamsia.com” diharapkan lebih menarik, agar pasien atau keluarganya lebih tertarik untuk memanfaatkan menu konsultasi. Hal ini dikarenakan menu-menu tersebut masih berupa narasi, sehingga kemungkinan ibu hamil/keluarganya enggan untuk membaca. Hal ini sesuai dengan pernyataan di bawah ini:

...atau mungkin bisa jadi karena kurang menarik ya Bu? Karena itu kan cerita2nya juga naratif,, biasanya orang akan lbh seneng dengan ilustrasi gambar2 mungkin ya bu..(Bidan N, 34 tahun)

PEMBAHASAN

Salah satu penilaian kualitas pelayanan kesehatan adalah melalui penilaian

kepuasan pasien. Beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien adalah: tersedianya sumber daya yang handal, pembuatan aturan dan regulasi yang baik.(Mosadeghrad, 2014). Penggunaan aplikasi sebagai alat skrining preeklamsia merupakan bagian dari pemenuhan sumber daya yang dibutuhkan untuk meningkatkan kepuasan pasien. Penggunaan teknologi terkini dalam perawan dapat meningkatkan kepuasan pasien (Grøndahl *et al.*, 2018; Pękacz *et al.*, 2019).

Penggunaan aplikasi berbasis android untuk skrining preeklamsia memudahkan bidan dalam melakukan skrining. Hal ini meningkatkan kepuasan bidan dalam melakukan skrining preeklamsia. Kepuasan bidan tersebut meningkatkan motivasi dan performa dalam pelayanan kesehatan(World Health Organization (WHO), 2018). Faktor risiko preeklamsia yang lengkap dalam pengkajian menggunakan aplikasi “Preeclampsia.com” membuat bidan lebih yakin dan merasa lebih percaya diri dalam melakukan skrining terhadap preeklamsia. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa kelengkapan pengkajian faktor risiko preeklamsia menjadi hal yang penting dalam skrining preeklamsia (Rebahi *et al.*, 2018).

Pemantauan di komunitas pada ibu dengan risiko tinggi preeklamsia penting untuk mencegah terjadinya komplikasi. Pemantauan tersebut terdiri dari: adanya hipertensi, adanya *protein urin*, sakit kepala

hebat dan pandangan kabur, adanya nyeri epigastrium atau muntah, serta berkurangnya gerakan janin (Milne, F. Redman C, 2005). Pemantauan ini bisa dilakukan oleh bidan bekerjasama dengan kader. Pembagian tugas pemantauan antara bidan dan kader membuat pasien lebih terpantau. Pemberdayaan kader dalam pemantauan kehamilan di komunitas dapat dilakukan melalui pemilihan yang ketat dan pelatihan yang berkelanjutan.(Lehmann and Sanders, 2007)

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa penggunaan aplikasi android untuk skrining preeklamsia oleh bidan, membuat bidan merasa lebih percaya diri serta meningkatkan performa. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa digitalisasi kesehatan merupakan salah satu solusi untuk mendukung penguatan system kesehatan seperti meningkatkan kinerja tenaga kesehatan(Labrique *et al.*, 2013). Penggunaan digital dalam system kesehatan dapat meningkatkan efisiensi, meningkatkan cakupan pelayanan yang berkualitas, serta meningkatkan outcome hasil asuhan (Huang, Blaschke and Lucas, 2017). Kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien akan meningkatkan kepuasan pasien(Ahmad Zamil, Areiqat and Tailakh, 2012)

Hambatan yang dialami oleh bidan dan kader dalam menerapkan model skrining preeklamsia berbasis komunitas adalah

kesulitan menerapkan dikarenakan banyaknya beban pekerjaan bidan desa. Tingginya beban kerja disebabkan karena mayoritas bidan melaksanakan tugas-tugas lain dari puskesmas, sehingga tugas pokok tidak dapat dilaksanakan secara maksimal (Manalu Helper Sehat, 2006). Kendala waktu dalam melakukan skrining preeklamsia menjadi salah satu alasan beberapa bidan untuk tidak semua ibu hamil yang melakukan kunjungan pertama dimasukkan dalam skrining secara lengkap menggunakan model ini. Kemampuan mengelola tugas ini merupakan salah satu kendala instrinsik bidan yang berpengaruh terhadap pelaksanaan peran bidan desa (Wanarni, 2007).

Penggunaan aplikasi android yang berisi banyak data menyebabkan bidan merasa berat untuk membuka aplikasinya, padahal pada saat melakukan skrining preeklamsia, bidan membuka aplikasi di depan ibu hamil. Hal ini yang menjadi kendala beberapa bidan akhirnya tidak secara konsisten memasukkan setiap ibu hamil K1 yang bertemu dengan mereka. Hal ini sesuai dengan pendapat bahwa penggunaan teknologi informasi dalam kesehatan memiliki beberapa kesulitan: waktu respon system yang lama, kesulitan entri data (Sheikh *et al.*, 2011; Cresswell *et al.*, 2014). Kesulitan yang dialami oleh bidan bisa jadi dikarenakan aplikasi android yang dibuat terlalu banyak data yang masuk,

sehingga beban aplikasi menjadi berat. Data yang diinput dalam aplikasi ini dimulai dari data karakteristik responden sampai dengan outcome persalinan, ditambah dengan jumlah pasien yang berjumlah 500 lebih ibu hamil, membuat seringkali aplikasi dibuka menjadi lama (*loading lama*). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa: manfaat system aplikasi melalui seluler seringkali sulit direalisasikan, karena sistem pada aplikasi seringkali tidak terintegrasi (Standing and Standing, 2008).

Kendala lain yang dihadapi dalam penggunaan aplikasi ini adalah kurangnya pemanfaatan menu konsultasi oleh ibu hamil/keluarganya. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh kurang menariknya menu tersebut. Materi yang terdapat dalam menu konsultasi *off line* dan *on line* selama ini hanya dibuat secara naratif, tanpa disertai gambar atau video yang menarik. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa: aplikasi seluler yang digunakan untuk kepentingan konsultasi, seharusnya memiliki media yang lebih bervariasi diantaranya: panggilan suara dan video, pesan teks, email, pesan multimedia dan video konferensi (Saleh *et al.*, 2012). Selain itu, aplikasi seluler dapat digunakan sebagai media untuk diskusi, konsultasi dan kolaborasi antar profesi kesehatan (Yoo, 2013). Konsultasi yang selama ini berjalan, dilakukan melalui kader yang melanjutkan bertanya kepada bidan, dan bidan akan

menjawab, apabila bidan tidak mengetahui jawaban kader, maka akan bertanya kepada peneliti melalui grup *whattsApp* yang telah dibuat. Hal ini sesuai dengan penelitian bahwa: *WhattsApp* dapat menjadi media konsultasi antar dokter, terutama yang berada di luar rumah sakit, karena kemampuannya untuk untuk mentransfer data secara cepat, termasuk didalamnya data klinis dan hasil radiologi (Gulacti *et al.*, 2016).

Hasil penelitian menyebutkan bahwa terdapat harapan bidan untuk membuat program ini menjadi program unggulan dinas kesehatan. Harapan ini terdapat agar program ini dapat dijalankan oleh setiap puskesmas di wilayah Kabupaten Cilacap. Hal ini tentu saja membutuhkan dukungan dari pihak dinas kesehatan. Dukungan pembuat kebijakan terhadap pelaksanaan program agar program berjalan dengan baik sangatlah penting. Hal ini sesuai dengan pendapat bahwa sektor kesehatan saja tidak mampu menciptakan tingkat kesehatan dan kesejahteraan yang prima bagi masyarakat; tujuan ini membutuhkan solidaritas dan kesadaran nasional serta partisipasi social (Mousavi, S. M., Jafari, M., & Vosoogh-Moghadam, A, 2020).

Beberapa bidan mengharapkan model dan aplikasi ini jangan hanya terfokus pada skrining preeklamsia, akan tetapi ke seluruh tanda bahaya kehamilan, termasuk didalamnya anemia, penyakit-penyakit

penyerta yang lain. Harapan ini muncul karena selama ini pelaporan bidan desa melalui register kohort dan PWS KIA tidak hanya menyaring skrining preeklamsia, sehingga harapannya aplikasi ini juga diintegrasikan dengan system pelaporan yang ada di dinas kesehatan, sehingga mengurangi beban pelaporan oleh bidan desa. Karena jika pelaporan melewati system aplikasi, akan langsung dapat diakses oleh pihak dinas kesehatan dan meringankan beban kerja bidan desa. Untuk meringankan beban kerja dan meningkatkan kualitas informasi PWS KIA sebagai hasil kinerja Bidan Desa, maka diperlukan Teknologi Informasi. Teknologi Informasi telah terbukti meningkatkan kualitas layanan dan riwayat kesehatan penderita HIV/AIDS di klinik pelayanan Kesehatan (Virga *et al.*, 2012).

Beberapa bidan mengharapkan agar menu konsultasi dibuat lebih menarik, agar pasien/keluarga dapat memanfaatkan menu tersebut lebih baik. Merubah menu konsultasi menjadi multimedia, jangan hanya berupa naratif menjadi usulan beberapa bidan. Penggunaan multimedia dalam pemberian informasi kepada pasien, terbukti meningkatkan derajat pengetahuan lebih baik jika dibandingkan dengan pemberian dengan metode yang lain (Cornoiu *et al.*, 2011).

Harapan bidan untuk mengikutsertakan dokter spesialis dalam alur aplikasi menjadi

jawaban atas hambatan sulitnya koordinasi terkait rujukan pasien. Melalui integrasi dengan dokter, diharapkan proses rujukan akan berjalan lebih baik, karena dokter dapat mengetahui kondisi pasien yang memiliki risiko tinggi preeklamsia, yang akan membuat penanganan pada ibu dengan risiko preeklamsia menjadi lebih cepat. Pengembangan teknologi informasi dan komunikasi akan meningkatkan kualitas komunikasi antar tenaga kesehatan dengan dokter dan rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan(Coiera, 2003).

Beberapa bidan mengharapkan untuk memperluas penggunaan aplikasi oleh ibu hamil, agar ibu hamil dapat menskrining terhadap risiko preeklamsia sendiri. Melalui upaya itu, diharapkan akan meningkatkan kesadaran ibu hamil terhadap bahaya terhadap preeklamsia. Peningkatan kesadaran merupakan langkah yang penting dalam upaya pencegahan suatu penyakit. Aplikasi android merupakan *platform* yang dapat digunakan untuk meningkatkan keterlibatan pasien dalam pencegahan dan pengobatan penyakit(Perski *et al.*, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan, dan sesuai dengan rekomendasi skrining preeklamsia yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI pada Juni 2020, maka aplikasi “preeclampsia.com” dapat dikembangkan dengan menambahkan faktor skrining sesuai dengan panduan yang ada di Buku KIA 2020, sehingga aplikasi ini dapat

digunakan oleh dokter sebagai *tool* skrining preeklamsia. Hal ini dikarenakan faktor yang terdapat dalam aplikasi “preeclampsia.com” memiliki kemiripan dengan panduan skrining pada buku KIA 2020, sehingga aplikasi ini masih dapat digunakan untuk skrining oleh dokter, dengan melengkapi factor risiko sesuai dengan buku KIA 2020. Adapun menu pemantauan tetap dapat digunakan oleh bidan, karena pemantauan di komunitas tetap dilakukan oleh bidan penanggungjawab wilayah pasien tersebut. Selanjutnya untuk kemudahan rujukan dini pada ibu dengan risiko tinggi, perlu ditambahkan menu dokter spesialis agar komunikasi lebih mudah. Menu konsultasi diperbaiki dengan menambahkan materi-materi berupa video, gambar, tentang preeklamsia agar lebih menarik untuk dipelajari.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut: Faktor pendukung pelaksanaan model skrining preeklamsia adalah: aplikasi memudahkan tugas bidan dalam melakukan skrining preeklamsia, Pemantauan ibu hamil risiko tinggi preeklamsia lebih terstruktur, rujukan persalinan pada ibu risiko tinggi preeklamsia menjadi lebih mudah, bidan dan kader menjadi lebih percaya diri. Adapun faktor penghambat dalam pelaksanaan model adalah sebagai berikut: tugas bidan yang

banyak, sehingga tidak semua ibu hamil K1 dapat dimasukkan dalam aplikasi, kendala *handphone* batrai lemah, berat dalam membuka aplikasi, belum menjadi program dinas kesehatan, sehingga belum menjadi prioritas untuk dikerjakan, kendala sistem rujukan, konsultasi pasien dalam pelaksanaan model. Sedangkan harapan bidan terhadap model ini adalah: Model “preeclampsia.com” dapat dijadikan program unggulan Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap, untuk selanjutnya digunakan oleh setiap bidan, adanya perbaikan menu dalam aplikasi dengan menambahkan video dan gambar dalam menu konsultasi pasien, adanya perluasan pemanfaatan aplikasi oleh ibu hamil, agar ibu hamil dapat melakukan skrining terhadap dirinya

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kab Cilacap, Puskemas Kroya 1 dan Puskesmas Adipala 1 atas kesempatan yang diberikan untuk melakukan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Zamil, A. M., Areiqat, A. Y. and Tailakh, W. (2012) ‘The Impact of Health Service Quality on Patients’ Satisfaction over Private and Public Hospitals in Jordan: A Comparative Study’, *International Journal of Marketing Studies*, 4(1). doi: 10.5539/ijms.v4n1p123.
- Central Java Health office (2015) ‘Health Profile of Central Java’, *Office, Central Java Provincial Health*, pp. 48–49. Available at: dinkesjatengprov.go.id/v2015/dokumen/profil2015/Profil_2015_fix.pdf.
- Coiera, E. (2003) ‘Communication systems in healthcare’, *Guide to Health Informatics*, 2Ed, 27(May). doi: 10.1201/b13618-25.
- Cornoiu, A. *et al.* (2011) ‘Multimedia patient education to assist the informed consent process for knee arthroscopy’, *ANZ Journal of Surgery*, 81(3), pp. 176–180. doi: 10.1111/j.1445-2197.2010.05487.x.
- Cresswell, K. M. *et al.* (2014) ‘Evaluation of medium-term consequences of implementing commercial computerized physician order entry and clinical decision support prescribing systems in two “early adopter” hospitals.’, *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 21(e2). doi: 10.1136/amiainl-2013-002252.
- Firoz, T. *et al.* (2011) ‘Pre-Eclampsia in Low and Middle Income Countries’, *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 25(4), pp. 537–548. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2011.04.002.
- Grøndahl, V. A. *et al.* (2018) ‘Health care quality from the patients’ perspective: A comparative study between an old and a new, high-tech hospital’, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, pp. 591–600. doi: 10.2147/JMDH.S176630.
- Gulacti, U. *et al.* (2016) ‘An Analysis of WhatsApp Usage for Communication Between Consulting and Emergency Physicians’, *Journal of Medical Systems*, 40(6). doi: 10.1007/s10916-016-0483-8.
- Huang, F., Blaschke, S. and Lucas, H. (2017) ‘Beyond pilotitis: Taking digital health interventions to the national level in China and Uganda’, *Globalization and Health*, 13(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12992-017-0275-z.
- Khowaja, A. R. *et al.* (2016) ‘The Feasibility of Community Level Interventions for Pre-eclampsia in South Asia and Sub-Saharan Africa: A Mixed-Methods Design’, *Reproductive Health*, 13(1), pp. 1–15. doi: 10.1186/s12978-016-0133-0.
- Labrique, A. B. *et al.* (2013) ‘Mhealth innovations as health system strengthening tools: 12 common applications and a visual framework’, *Global Health Science and Practice*,

- 1(2), pp. 160–171. doi: 10.9745/GHSP-D-13-00031.
- Lehmann, U. and Sanders, D. (2007) *Community Health Workers: What Do We Know About Them? The State of The Evidence on Programmes, Activities, Cost and Impact on Health Outcomes of Using Community Health Workers*.
- Mackay, A. P., Berg, C. J. and Atrash, H. K. (2001) ‘Pregnancy-related mortality from preeclampsia and eclampsia’, *Obstetrics and Gynecology*, 97(4), pp. 533–538. doi: 10.1016/S0029-7844(00)01223-0.
- Manalu Helper Sehat, D. (2006) ‘Persepsi Bidan Di Desa Terhadap TUGas dan Fungsinya di Kabupaten Tangerang’, *Media Litbang Kesehatan*, XVI(I), pp. 8–13.
- Milne, F. Redman C, W. J. et al (2005) ‘The Pre-Eclampsia Community Guideline (PRECOG): How to Screen for and Detect Onset of Pre-eclampsia in the Community’, *Bmj*, 330(7491), pp. 576–580. doi: 10.1136/bmj.330.7491.576.
- Mosadeghrad, A. M. (2014) ‘Factors affecting medical service quality’, *Iranian Journal of Public Health*, 43(2), pp. 210–220.
- Ouasmani, F. et al. (2018) ‘Knowledge of hypertensive disorders in pregnancy of Moroccan women in Morocco and in the Netherlands: A qualitative interview study’, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12884-018-1980-1.
- Pękacz, A. et al. (2019) ‘Patient satisfaction as an element of healthcare quality - A single-center Polish survey’, *Reumatologia*, 57(3), pp. 135–144. doi: 10.5114/reum.2019.86423.
- Perski, O. et al. (2017) ‘Conceptualising engagement with digital behaviour change interventions: a systematic review using principles from critical interpretive synthesis’, *Translational Behavioral Medicine*, 7(2), pp. 254–267. doi: 10.1007/s13142-016-0453-1.
- Rebahi, H. et al. (2018) ‘Risk factors for eclampsia in pregnant women with preeclampsia and positive neurosensory signs’, *Turk Jinekoloji ve Obstetrik Dernegi Dergisi*, 15(4), pp. 227–234. doi: 10.4274/TJOD.22308.
- Saleh, A. et al. (2012) ‘A Systematic Review of Healthcare Applications for Smartphones’.
- Sheikh, A. et al. (2011) ‘Implementation and adoption of nationwide electronic health records in secondary care in England: Final qualitative results from prospective national evaluation in “early adopter” hospitals’, *BMJ (Online)*, 343(7829), pp. 1–14. doi: 10.1136/bmj.d6054.
- Standing, S. and Standing, C. (2008) ‘Mobile technology and healthcare: The adoption issues and systemic problems’, *International Journal of Electronic Healthcare*, 4(3–4), pp. 221–235. doi: 10.1504/IJEH.2008.022661.
- Thangaratinam, S., Allotey, J. and Marlin, at al (2017) ‘Development and Validation of Prediction Models for Risks of Complications in Early-onset Pre-eclampsia (PREP): A Prospective Cohort Study’, *Health Technology Assessment*, 21(18), pp. 1–99. doi: 10.3310/hta21180.
- Virga, P. H. et al. (2012) ‘Electronic health information technology as a tool for improving quality of care and health outcomes for HIV/AIDS patients’, *International Journal of Medical Informatics*, 81(10), pp. e39–e45. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2012.06.006.
- Wanarni, L. P. (2007) *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Peranan Bidan Desa Dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu di Kabupaten Aceh Utara Tahun 2007*.
- World Health Organization (WHO) (2018) ‘Improving health worker performance: in search of promising practices’, *WHO*, pp. 374–379. doi: 10.3969/j.issn.1008-794X.2018.04.019.
- Yoo, J. H. (2013) ‘The meaning of information technology (IT) mobile devices to me, the infectious disease physician’, *Infection and Chemotherapy*, 45(2), pp. 244–251. doi: 10.3947/ic.2013.45.2.244.