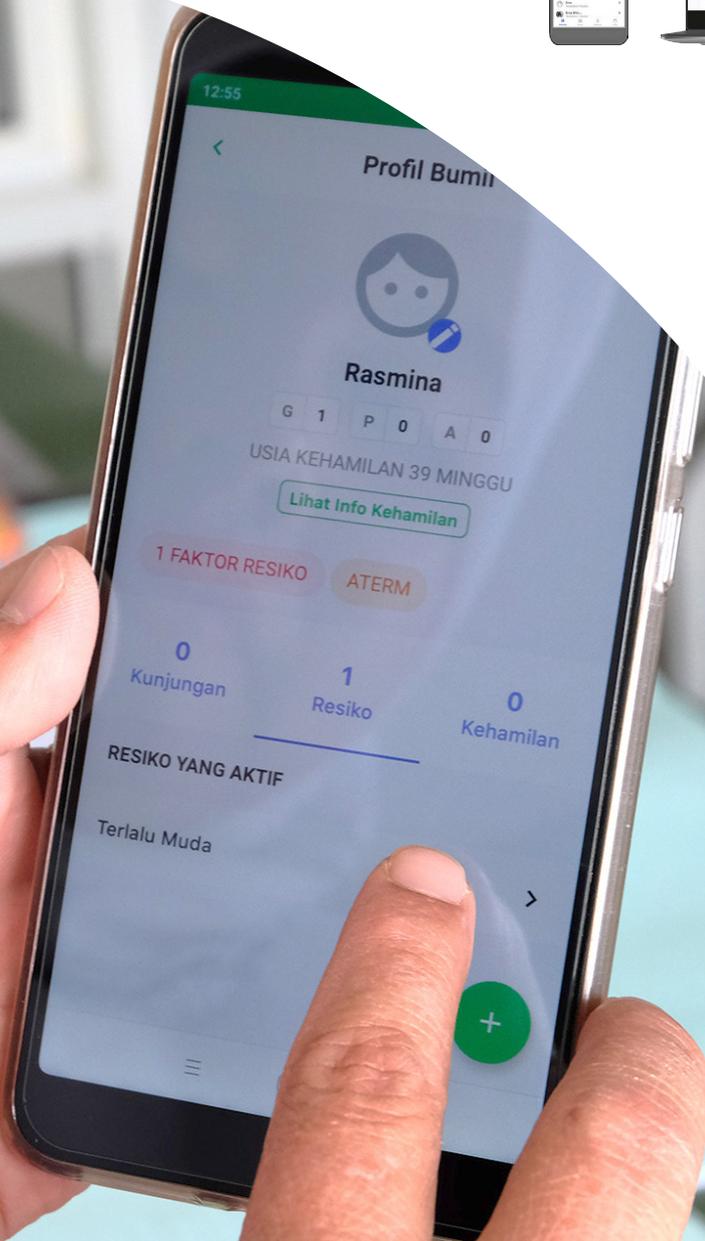
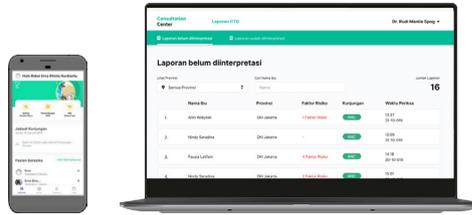


# LAPORAN PENILAIAN UJI COBA APLIKASI BIDAN DAN DASHBOARD SEHATI





# Laporan Penilaian Uji Coba Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati

## Penulis

Aang Sutrisna

## Kontributor

Sentot Pambudi Prakoso

Maria Aruan

Nony Parmawaty

Hardini Utami

Ancilla Irwan

Nastain Gasba

Muhammad Very

**KOMPAK**

Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan  
Kemitraan Pemerintah Australia - Indonesia

## DAFTAR ISI

<b>DAFTAR ISI</b>	<b>1</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b>	<b>2</b>
<b>DAFTAR TABEL</b>	<b>2</b>
<b>DAFTAR ISTILAH</b>	<b>3</b>
<b>RINGKASAN EKSEKUTIF</b>	<b>4</b>
<b>PENDAHULUAN</b>	<b>6</b>
A. Latar Belakang	6
B. Tujuan	7
<b>METODOLOGI</b>	<b>9</b>
A. Metodologi Studi	9
B. Metode Pengumpulan Data	9
C. Analisis Data	10
D. Lokasi	10
E. Kerangka Analisis	11
F. Ruang Lingkup Studi	13
<b>KAJIAN LITERATUR</b>	<b>14</b>
A. Karakteristik Lokasi	14
B. PWS-KIA	16
C. Pendataan KIA Secara Digital	18
D. Platform Sehati	19
E. Peran Sektor Swasta	22
<b>HASIL</b>	<b>25</b>
A. Penerimaan Aplikasi Bidan Sehati	25
B. Penerimaan <i>Dashboard</i> Sehati	35
C. Penerimaan Aplikasi Bidan dan <i>Dashboard</i> Sehati dari Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan	43
<b>KESIMPULAN, DISKUSI DAN REKOMENDASI</b>	<b>48</b>
A. Kesimpulan	48
B. Diskusi	50
C. Rekomendasi	52
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>54</b>
<b>LAMPIRAN</b>	<b>58</b>
<b>Lampiran 1.</b> Penerimaan Aplikasi Bidan Sehati berdasarkan model TAM pada Kuesioner 1	58
<b>Lampiran 2.</b> Penerimaan terhadap <i>Dashboard</i> Sehati yang akan dihitung berdasarkan model TAM pada Kuesioner 2	60
<b>Lampiran 3.</b> Penerimaan Aplikasi Bidan Sehati dan <i>Dashboard</i> Sehati pada Kuesioner 3	62

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	<i>Framework Technology Acceptance Model</i> (Davis, 1998)	11
Gambar 2	Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran di Kabupaten Bener Meriah Tahun 2017-2019	14
Gambar 3	<i>Platform</i> Sehati	20
Gambar 4	Cara kerja Alat TeleCTG	21
Gambar 5	Tampilan <i>Dashboard</i> Sehati	22
Gambar 6	Persentase Perbedaan Aspek Sikap Terhadap Aplikasi Bidan Sehati pada 2 Kabupaten	30
Gambar 7	Persentase Perbedaan Aspek Keinginan untuk Terus Menggunakan Aplikasi Bidan Sehati pada 2 Kabupaten	31
Gambar 8	Alasan terus ingin Menggunakan Aplikasi Bidan Sehati pada Kabupaten Bener Meriah	32
Gambar 9	Alasan ingin Menggunakan Aplikasi Bidan Sehati pada Kabupaten Pangkep	33
Gambar 10	Jumlah Puskesmas yang Menggunakan Aplikasi Bidan Sehati	34
Gambar 11	Persentase Perbedaan Aspek Sikap Terhadap <i>Dashboard</i> Sehati pada 2 Kabupaten	39
Gambar 12	Persentase Perbedaan Aspek Keinginan untuk Terus Menggunakan <i>Dashboard</i> Sehati pada 2 Kabupaten	40
Gambar 13	Alasan terus ingin Menggunakan <i>Dashboard</i> Sehati pada Kabupaten Bener Meriah	40
Gambar 14	Alasan ingin Menggunakan <i>Dashboard</i> Sehati pada Kabupaten Pangkep	41
Gambar 15	<i>Tag Cloud</i> Catatan Wawancara Tentang Hambatan Aspek Kemudahan Penggunaan	45
Gambar 16	Distribusi Responden pada Aspek Sikap Terhadap <i>Dashboard</i> dan Aplikasi Bidan Sehati	46

## DAFTAR TABEL

Tabel 1	Responden Studi Semi-Kualitatif	9
Tabel 2	Daftar Puskesmas Lokasi Uji coba Aplikasi dan <i>Dashboard</i> Sehati	10
Tabel 3	Perbedaan Faktor Eksternal Penerimaan Aplikasi Bidan Sehati pada 2 Kabupaten	25
Tabel 4	Perbedaan Aspek Kegunaan yang Dirasakan pada 2 Kabupaten	26
Tabel 5	Hubungan Faktor Eksternal dengan Kenggunaan Aplikasi Bidan Sehati	27
Tabel 6	Perbedaan Aspek Kemudahan yang Dirasakan pada 2 Kabupaten	28
Tabel 7	Hubungan Faktor Eksternal dengan Kemudahan Aplikasi Bidan Sehati	29
Tabel 8	Perbedaan Penggunaan Aplikasi Bidan Sehati pada 2 Kabupaten	34
Tabel 9	Perbedaan Faktor Eksternal Penerimaan <i>Dashboard</i> Sehati pada 2 Kabupaten	35
Tabel 10	Perbedaan Aspek Kegunaan <i>Dashboard</i> Sehati pada 2 Kabupaten	36
Tabel 11	Perbedaan Aspek Kemudahan Penggunaan <i>Dashboard</i> Sehati pada 2 Kabupaten	38
Tabel 12	Perbedaan Penggunaan <i>Dashboard</i> Sehati pada 2 Kabupaten	42

## DAFTAR ISTILAH

<b>AKB</b>	Angka Kematian Bayi
<b>AKI</b>	Angka Kematian Ibu
<b>ANC</b>	Antenatal Care
<b>APBD</b>	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
<b>CTG</b>	Kardiotokografi
<b>EPPGBM</b>	Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat
<b>GIS</b>	<i>Geographic Information System</i>
<b>JKN</b>	Jaminan Kesehatan Nasional
<b>Kemendes RI</b>	Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
<b>Kemkominfo RI</b>	Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia
<b>KF</b>	Kunjungan Pasca Bersalin
<b>KN</b>	Kunjungan Neonatus
<b>KOMPAK</b>	Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan Untuk Kesejahteraan
<b>KTP</b>	Kartu Tanda Penduduk
<b>MDGs</b>	<i>Millenium Development Goals</i>
<b>PASH</b>	Penguatan Administrasi Kependudukan dan Statistik Hayati
<b>PK</b>	Penanganan Komplikasi Obstetri
<b>PPP</b>	<i>Public Private Partnership</i>
<b>PWS-KIA</b>	Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak
<b>RPJMN</b>	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
<b>RSIA</b>	Rumah Sakit Ibu dan Anak
<b>RSUD</b>	Rumah Sakit Umum Daerah
<b>SDGs</b>	<i>Sustainable Development Goals</i>
<b>SDM</b>	Sumber Daya Manusia
<b>SIBUBA</b>	Sistem Informasi Ibu dan Anak
<b>Sjarimas</b>	Sistem Informasi Dan Komunikasi Jejaring Rujukan Pelayanan Kesehatan
<b>SIMPUSKESMAS</b>	Sistem Informasi Manajemen Puskesmas
<b>SUPAS</b>	Survei Penduduk Antar Sensus
<b>TAM</b>	<i>Technology Acceptance Model</i>
<b>THL</b>	Tenaga Harian Lepas
<b>ToT</b>	<i>Training Of Trainer</i>
<b>UKM</b>	Upaya Kesehatan Masyarakat

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Kecepatan dan keakuratan data dalam menjalankan program kesehatan dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Kerja sama lintas sektoral, terutama dengan sektor swasta, menjadi salah satu upaya yang saat ini dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan serta mempercepat proses digitalisasi kesehatan. Sesuai dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) tahun 2020-2024, pemerintah mendorong pelayanan kesehatan di daerah hingga di Puskesmas untuk meningkatkan kerja sama dengan sektor swasta, salah satunya dalam mendukung peningkatan upaya promotif dan preventif melalui inovasi teknologi.

Sejak tahun 2019, Pemerintah Indonesia bekerja sama dengan Pemerintah Australia melalui program Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan (KOMPAK) untuk meningkatkan tata kelola pelayanan kesehatan yang berkualitas. KOMPAK mendukung penguatan layanan kesehatan ibu dan anak yang bertujuan untuk memaksimalkan kegiatan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) di tingkat kabupaten melalui uji coba penggunaan teknologi digital (Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati), pengembangan kapasitas melalui *training of trainer* (ToT) penggunaan teknologi digital tersebut dan pelatihan terkait ilmu kebidanan secara daring. KOMPAK bersama Sehati Group/Zetta Sehati Nusantara<sup>1</sup> melakukan kerjasama pengembangan PWS Sehati untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui peningkatan deteksi risiko kehamilan, penyusunan laporan rutin dan penyediaan data/informasi di setiap tingkatan (bidan, Puskesmas dan dinas kesehatan) secara cepat dan akurat melalui teknologi digital.

Tujuan laporan ini adalah menyampaikan hasil uji coba penggunaan dan pemanfaatan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati di Kabupaten Bener Meriah, Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam dan Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan (Pangkep), Provinsi Sulawesi Selatan. Pengguna Aplikasi Bidan Sehati adalah bidan desa/Puskesmas, sedangkan pengguna *Dashboard* adalah Puskesmas dan dinas kesehatan. Lokasi intervensi adalah 23 wilayah Puskesmas, yaitu 13 Puskesmas di Kabupaten Bener Meriah dan 10 Puskesmas di Kabupaten Pangkep. Hasil uji coba dinilai dengan melihat kelengkapan formulir aplikasi untuk PWS-KIA dan juga melalui metode semi-kualitatif melalui wawancara terstruktur dengan tiga kuesioner pada aktor kunci pengguna Aplikasi Bidan Sehati dan *Dashboard* Sehati. Hasil semi-kualitatif tersebut disusun menggunakan teori *Technology Acceptance Model* (TAM)<sup>2</sup>, untuk melihat bagaimana respon penerimaan bidan dan dinas kesehatan terhadap Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati.

Secara deskriptif kelengkapan pengisian indikator PWS-KIA pada Kabupaten Bener Meriah dan Pangkep sama, dan jika dilihat berdasarkan aspek TAM maka Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati secara umum sudah diterima dengan baik oleh bidan desa, bidan koordinator, kepala puskesmas, hingga staf di dinas kesehatan yang menjadi responden. Hal ini tercermin dari penggunaan Aplikasi Bidan Sehati yang sebagian besar sudah membantu pekerjaan bidan, seperti dalam proses manajemen data kesehatan ibu hamil pada program PWS KIA, pemantauan risiko kehamilan dan kesehatan ibu hamil, pembuatan laporan, hingga dalam mengoptimalkan pelayanan kepada ibu hamil sesuai dengan sasaran di wilayah kerja masing-masing.

1 *Startup* penyedia layanan kesehatan terpadu berbasis inovasi dan teknologi tepat guna untuk mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan ibu dan anak se-Indonesia

2 TAM adalah model penerimaan terhadap penggunaan suatu teknologi

Namun, masih ada beberapa kendala dalam menggunakan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati. Kendala yang ditemukan dari sisi pengguna adalah lupa akun yang digunakan ataupun sering lupa cara penggunaan *dashboard*. Sedangkan dari sisi perangkat pendukung seperti kebutuhan akan jaringan internet yang terkadang kurang mendukung/tidak stabil. Hal lain yang perlu dipertimbangkan adalah keberlanjutan penggunaan aplikasi di tahun 2021, dimana >90% bidan dan staf dinas kesehatan di Kabupaten Bener Meriah mengakui sudah tidak menggunakan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati. Hal ini berbeda dengan Kabupaten Pangkep, dimana >80% bidan dan staf Dinas Kesehatan masih menggunakan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati.

Rekomendasi yang diberikan adalah perlunya dukungan, komitmen dan kebijakan bersama antara Puskesmas, Dinas Kesehatan, dan pihak swasta sebagai penyedia dalam pelaksanaan inovasi teknologi untuk meningkatkan layanan kesehatan. Penyempurnaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati juga diperlukan agar ringan diakses dalam kondisi internet yang tidak stabil serta dapat diakses secara *offline* menjadi pilihan yang mungkin untuk dilakukan. Hal lain yang dapat dilakukan yaitu mencoba kolaborasi untuk integrasi dengan sistem informasi yang sudah ada di Puskesmas, terutama yang menjadi aplikasi "wajib" bagi Puskesmas berdasarkan kebijakan dari Dinas Kesehatan maupun Kemenkes, diperlukan pihak yang siap siaga memberikan pendampingan kepada pengguna, terutama dalam mendukung pengguna agar terbiasa dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati. Pertemuan dan pelatihan secara rutin sebulan atau tiga bulan sekali untuk kegiatan pendampingan penggunaan Aplikasi Bidan Sehati juga sangat penting untuk dilakukan dalam mendukung penggunaan aplikasi yang berkelanjutan.

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Dalam upaya mencapai target *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030, Pemerintah Indonesia telah menyusun Kebijakan Pembangunan Nasional yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. Salah satu kebijakan tersebut adalah memfokuskan pada penyediaan akses pelayanan kesehatan dasar untuk ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas. Secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991- 2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, namun tidak berhasil mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 memperlihatkan angka kematian ibu tiga kali lipat dibandingkan target MDGs. Berdasarkan laporan (Kemenkes RI, 2019), jumlah kematian ibu menurut provinsi tahun 2018-2019 terdapat penurunan dari 4.226 menjadi 4.221 kematian ibu di Indonesia.

Target yang ingin dicapai adalah mengurangi risiko kematian ibu hingga mencapai 70 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017, Indonesia masih menghadapi permasalahan kesehatan ibu dan anak, di antaranya adalah masih terdapatnya persalinan yang ditolong oleh penolong persalinan yang tidak kompeten (22.8%) dan persalinan yang terjadi di luar fasilitas pelayanan kesehatan (26.3%), yang selanjutnya akan mempengaruhi angka kematian ibu dan bayi.

Kecepatan dan keakuratan data dalam menjalankan program kesehatan dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Apalagi, Indonesia sudah mengadopsi pemanfaatan *big data* dan *big data analytics* selama pandemi COVID-19 (Mutiara, 2021). Upaya ini menunjukkan bahwa pesatnya perkembangan teknologi informasi dapat mendorong upaya percepatan digitalisasi pembangunan kesehatan di Indonesia. Digitalisasi sektor kesehatan diharapkan mampu meningkatkan kualitas serta efisiensi dari pelayanan kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu, pemerintah melalui Kemenkes juga sudah mulai mengarah pada kebijakan transformasi digital di bidang kesehatan, terutama dalam prioritas untuk menciptakan satu data kesehatan nasional, integrasi sistem data kesehatan, pembangunan sistem analisa dan *big data* kesehatan, aplikasi kesehatan terintegrasi, integrasi proses bisnis dan peningkatan sumber daya manusia (SDM), *helpdesk* aplikasi kesehatan, perluasan teknologi *telemedicine*, dan menciptakan ekosistem untuk teknologi informasi kesehatan dan bioteknologi kesehatan (Setiaji, 2020).

Pemerintah Indonesia bekerja sama dengan Pemerintah Australia melalui program Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan (KOMPAK). Kegiatan KOMPAK berfokus pada pemberian layanan dasar dan meningkatkan peluang kerja, melalui penguatan pemerintah di tingkat kabupaten dan desa, serta manajemen keuangan publik. Secara lebih khusus, KOMPAK bertujuan untuk berkontribusi pada tujuh prioritas pembangunan, yaitu: (1) penguatan tata kelola kecamatan dan desa, (2) akuntabilitas sosial, (3) desentralisasi fiskal dan pengelolaan keuangan publik, (4) penguatan administrasi kependudukan dan statistik hayati (PASH), (5) kesehatan dan gizi, (6) pendidikan, dan (7) pengembangan ekonomi lokal (KOMPAK, 2015).

Untuk meningkatkan tata kelola pelayanan kesehatan yang berkualitas, KOMPAK mendukung penguatan kesehatan ibu dan anak yang bertujuan untuk memaksimalkan kegiatan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) di tingkat kabupaten melalui penggunaan

Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati. Sejak Mei 2019, KOMPAK bersama Sehati Group/Zetta Sehati Nusantara melakukan uji coba teknologi informasi dan digitalisasi dalam pengembangan aplikasi Bidan Sehati yang terdiri dari Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati dengan tujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui peningkatan deteksi risiko kehamilan, penyusunan laporan rutin dan penyediaan data/informasi di setiap tingkatan (bidan, Puskesmas dan dinas) secara cepat dan akurat. Sebagaimana diketahui kegiatan pendataan dan pelaporan untuk kegiatan PWS KIA di beberapa daerah masih dilakukan secara manual dan berjenjang. Kegiatan tersebut menyita waktu para bidan dalam memberikan layanan. Selain itu kebutuhan konsolidasi data dari di tingkat puskesmas dan dinas membutuhkan waktu yang cukup lama, sehingga pengambilan keputusan dan kebijakan kadang tidak bisa dilakukan dengan cepat berdasarkan data yang akurat.

Kerjasama lintas sektoral, terutama dengan sektor swasta, menjadi salah satu upaya yang saat ini dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan serta mempercepat proses digitalisasi kesehatan. Sesuai dengan rencana strategis dalam RPJMN dan rencana strategis Kemenkes 2020-2024, pemerintah mendorong pelayanan kesehatan di daerah hingga di Puskesmas untuk meningkatkan kerjasama dengan sektor swasta, salah satunya dalam mendukung peningkatan upaya promotif dan preventif, serta didukung oleh inovasi teknologi (Kemenkes, 2020). Terkait dengan hal tersebut, KOMPAK bersama Sehati Group/Zetta Sehati Nusantara melakukan uji coba Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati di 2 kabupaten, yaitu Kabupaten Bener Meriah, Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) dan Kabupaten Pangkep, Provinsi Sulawesi Selatan. Aplikasi Bidan Sehati ini juga merupakan bentuk digitalisasi buku KIA, dengan harapan dapat memberikan informasi terkini terkait dengan kondisi kesehatan ibu dan anak, sehingga penanganan segera dapat dilakukan jika terjadi permasalahan kesehatan ibu dan anak.

Penilaian terhadap uji coba penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati ini penting dilakukan untuk memberikan masukan mengenai sistem pencatatan dan pelaporan dalam meningkatkan efektivitas program kesehatan ibu dan anak, khususnya dalam mendukung kegiatan PWS-KIA. Selain itu penilaian ini dapat melihat tingkat kepuasan pemerintah (Puskesmas dan Dinas Kesehatan) ketika bekerja sama dengan sektor swasta dalam hal penyediaan layanan. Selain itu, informasi terkait dengan potensi penerapan dan kendala yang ditemukan di lapangan dapat dijadikan pertimbangan oleh stakeholder dalam perencanaan penerapan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati ini dapat dilakukan secara berkesinambungan untuk mencapai tujuan terciptanya layanan kesehatan ibu dan anak yang berkualitas.

## B. Tujuan

Penilaian bertujuan untuk mendokumentasikan hasil, pembelajaran dan praktik baik dari uji coba Aplikasi Bidan Sehati dan *Dashboard* Sehati di Kabupaten Bener Meriah dan Kabupaten Pangkep. Penilaian akan berfokus pada penggunaan aplikasi dan *dashboard* oleh aktor kunci pada tingkat desa, Puskesmas dan kabupaten. Adapun tujuan penilaian secara khusus adalah:

1. Menilai sejauh mana penggunaan dan manfaat aplikasi PWS-KIA, termasuk :
  - Penggunaan dan manfaat Aplikasi Bidan dalam membantu mendeteksi resiko kehamilan, bersalin, nifas sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan neonatal di tingkat desa, Puskesmas dan kabupaten.

- Penggunaan dan manfaat Aplikasi Bidan dalam membantu pelaporan Kohort ibu dan bayi di tingkat desa, Puskesmas dan kabupaten.
  - Penggunaan dan manfaat *Dashboard* Sehati oleh pengambil keputusan di tingkat desa, Puskesmas dan kabupaten untuk perbaikan pelayanan kesehatan ibu dan bayi.
2. Mengidentifikasi efektifitas Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, termasuk hambatan dan tantangan dalam implementasinya sehingga dapat memberikan rekomendasi kepada pengambil keputusan tingkat desa, Puskesmas dan kabupaten terhadap keberlangsungan penggunaan aplikasi di kedua kabupaten.

## METODOLOGI

### A. Metodologi Studi

Studi ini menggunakan desain *cross-sectional study* dengan pendekatan *mixed-methods*. **Pengumpulan data kuantitatif** yaitu pengumpulan formulir data terkait pelayanan ibu dan neonatal yang tercatat di dalam Aplikasi Sehati setiap kabupaten. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data ini adalah matriks Microsoft Excel. **Pengumpulan data kualitatif** melalui wawancara dengan aktor kunci yang menggunakan dan memanfaatkan Aplikasi Bidan dan *dashboard* Sehati. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner wawancara terstruktur. Wawancara dilakukan via telepon pada bulan Juli-awal Agustus 2021. **Pengumpulan dokumen sekunder** lainnya dilakukan untuk melengkapi hasil temuan data kuantitatif dan hasil wawancara.

### B. Metode Pengumpulan Data

Responden studi untuk data kuantitatif adalah data terkait pelayanan ibu dan neonatal yang tercatat di dalam Aplikasi Bidan Sehati yang berupa matriks Microsoft Excel. Responden studi semi-kualitatif adalah seluruh aktor kunci yang terlibat di program Aplikasi Bidan Sehati di seluruh wilayah kerja. Adapun jumlah responden menurut pembagian yang dilatih ToT atau teman sejawat dalam penilaian Aplikasi Bidan Sehati dan *Dashboard* Sehati seperti di bawah ini.

**Tabel 1 Responden Studi Semi-Kualitatif**

No.	Aktor Kunci	Bener Meriah	Pangkep
1.	Bidan Pengguna yang dilatih Aplikasi melalui ToT	11 Orang	10 Orang
2.	Bidan Pengguna yang dilatih oleh Bidan yang menerima ToT	11 Orang	9 Orang
3.	Bidan Pengguna yang dilatih <i>Dashboard</i>	11 Orang	19 Orang
4.	Pengambil Kebijakan: - Kepala Puskesmas - Kepala Seksi Kesehatan Keluarga - Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat	9 Orang - 1 Orang	10 Orang 1 Orang -
<b>Total</b>		<b>43 Orang</b>	<b>49 Orang</b>
<b>Responden perempuan</b>		<b>39 Orang</b>	<b>43 Orang</b>
<b>Responden laki-laki</b>		<b>4 Orang</b>	<b>6 Orang</b>

Sedangkan menurut pengisian kuesioner 1-3, maka jumlah responden yang berhasil diwawancarai adalah sebagai berikut:

1. Responden untuk penilaian Aplikasi Bidan Sehat (Kuesioner 1) dari kedua kabupaten adalah sebanyak 41 orang bidan/Dinas Kesehatan
2. Responden untuk penilaian *Dashboard* Sehat (Kuesioner 2) dari kedua kabupaten sebanyak 34 orang bidan.
3. Responden untuk penilaian pemanfaatan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehat (Kuesioner 3) dari kedua kabupaten adalah 21 orang kepala puskesmas dan Kasie/Kabid Kesehatan Keluarga (Kesga) Dinkes.

Adapun alasan responden target ada yang tidak bisa diwawancarai, disebabkan oleh beberapa hal:

- a) Sulit dihubungi, karena lokasi yang belum memiliki signal telepon yang baik
- b) Tidak bersedia diwawancara, karena sudah tidak bertugas di puskesmas terkait
- c) Sakit

## C. Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan disesuaikan dengan pertanyaan studi yang akan dijawab dan ketersediaan data sekunder dari Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehat serta data primer hasil wawancara. Metode tersebut adalah:

- a) **Metode kajian literatur:** Untuk memperoleh peran dari sektor swasta dalam mendukung upaya peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan ibu dan anak.
- b) **Metode Kuantitatif:** Ditampilkan berupa kecenderungan jumlah Puskesmas di dua kabupaten yang menggunakan Aplikasi Bidan Sehat dari tahun 2019-2021.
- c) **Metode Semi-Kualitatif:** Dianalisis untuk mendapatkan tema besar teori TAM untuk melihat gambaran uji coba Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehat di dua kabupaten. Dilanjutkan dengan analisis bivariat menggunakan Chi-Square untuk melihat adanya perbedaan antar kabupaten serta melihat hubungan faktor eksternal terhadap penggunaan, kemudahan, sikap, keberlanjutan, serta penggunaan saat ini.

## D. Lokasi

Penilaian Aplikasi Bidan Sehat dan *Dashboard* Sehat dilakukan di seluruh wilayah Puskesmas uji coba, yaitu di 23 Puskesmas di dua kabupaten, dengan distribusi 13 Puskesmas di Kabupaten Bener Meriah dan 10 Puskesmas di Kabupaten Pangkep.

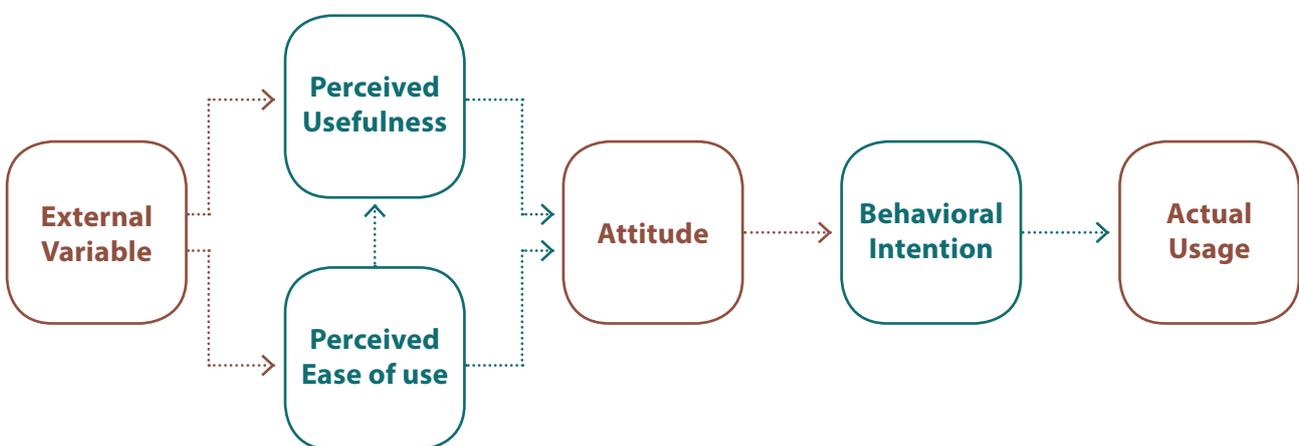
**Tabel 2 Daftar Puskesmas Lokasi Uji coba Aplikasi dan *Dashboard* Sehat**

Kabupaten Bener Meriah	Kabupaten Pangkep
Puskesmas Bandar	Puskesmas Baring
Puskesmas Blang Rangkal	Puskesmas Bonto Perak

Kabupaten Bener Meriah	Kabupaten Pangkep
Puskesmas Bener Kelipah	Puskesmas Bowong Cindea
Puskesmas Buntul Kemumu	Puskesmas Bungoro
Puskesmas Lampahan	Puskesmas Labbakkang
Puskesmas Mesidah	Puskesmas Mandalle
Puskesmas Pante Raya	Puskesmas Minasa Te'ne
Puskesmas Ramung	Puskesmas Ma'rang
Puskesmas Ronga – ronga	Puskesmas Sabutung
Puskesmas Samar Kilang	Puskesmas Taraweang
Puskesmas Simpang Tiga	
Puskesmas Simpang Teritit	
Puskesmas Singah Mulo	

### E. Kerangka Analisis

Model penerimaan terhadap penggunaan suatu teknologi biasanya diukur menggunakan *framework Technology Acceptance Model (TAM)*. Pada laporan ini, *framework TAM* yang digunakan adalah berdasarkan *framework* yang dikembangkan oleh Davis (1989), yang terdiri dari 5 konstruk yaitu kegunaan yang dirasakan (*perceived usefulness*), kemudahan penggunaan yang dirasakan (*perceived ease of use*), sikap terhadap penggunaan (*attitude*), keinginan untuk terus menggunakan (*behavioural intention*), dan penggunaan yang sebenarnya (*actual usage*). Selain 5 konstruk tersebut, terdapat faktor eksternal (*external variable*) yang dapat mempengaruhi kegunaan dan kemudahan yang dirasakan, yaitu karakteristik responden serta riwayat memperoleh pelatihan terkait Aplikasi Bidan Sehat.



Gambar 1 *Framework Technology Acceptance Model (Davis, 1989)*

Penggunaan *Framework Technology Acceptance Model* memungkinkan evaluator untuk menjelaskan apa saja yang berpengaruh terhadap penerimaan pengguna terkait dengan teknologi yang dikembangkan, terutama teknologi komputer. Elemen yang dinilai dalam *Framework Technology Acceptance Model* seperti persepsi manfaat dan kemudahan yang dirasakan menjadi elemen mendasar yang menentukan penerimaan pengguna terhadap suatu teknologi yang dikembangkan, sehingga akan memudahkan peneliti maupun organisasi yang mengembangkan suatu teknologi komputer untuk mengetahui langkah apa yang harus dilakukan untuk meningkatkan penerimaan pada pengguna (Nugroho et al., 2017).

Pada prinsipnya, pengguna baru memerlukan proses belajar dalam menggunakan suatu teknologi yang dikembangkan, terutama berupa aplikasi atau program komputer. Hal ini juga berlaku pada petugas kesehatan dalam penggunaan teknologi kesehatan, baik berupa alat maupun program komputer (Rahimi et al., 2018). Dalam menilai proses belajar pengguna baru terhadap bagaimana suatu sistem informasi kesehatan itu dijalankan, maka aspek kemudahan yang dirasakan dan manfaat yang diperoleh pengguna akan mempengaruhi penerimaan. Beberapa studi yang menggunakan *Framework Technology Acceptance Model* menemukan bahwa semakin mudah proses belajar dan semakin cepat penguasaan pengguna terhadap suatu sistem informasi yang dikembangkan, maka kecenderungan untuk terus menggunakan sistem yang ada akan semakin meningkat (Seth et al., 2019; Zhu dan Zhang, 2021).

Pada proses pengembangan aplikasi untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan, keunggulan menggunakan *Framework Technology Acceptance Model* adalah dapat melihat kecepatan, ketepatan, dan kelengkapan sistem pelaporan (Diop et al., 2019). Hal ini secara tidak langsung akan berkaitan dengan aspek manfaat yang dirasakan oleh pengguna. Apabila sistem yang dikembangkan mampu memberikan kecepatan, ketepatan, dan kelengkapan dalam sistem pencatatan dan pelaporan, maka dapat meningkatkan efisiensi pengguna dalam bekerja, sehingga memberikan banyak manfaat kepada pengguna. Sebaliknya, jika sistem yang dikembangkan malah lebih kompleks dan tidak bisa membantu pengguna dalam mempercepat proses pencatatan dan pelaporan, maka sistem informasi yang dikembangkan tidak akan digunakan oleh pengguna karena tidak efisien, tidak hanya dari sisi waktu dan tenaga tetapi juga dari sisi biaya yang dikeluarkan (Gangnon et al, 2012).

Selain manfaat di atas, penggunaan *Framework Technology Acceptance Model* juga dapat diadopsi menjadi pertanyaan tertutup untuk survei kuantitatif maupun pertanyaan terbuka untuk studi kualitatif. Jika ingin melihat penerimaan secara menyeluruh pada target populasi umum, maka survei secara kuantitatif dapat dipilih untuk mengukur aspek penerimaan sesuai *Framework Technology Acceptance Model* (Abduljalil dan Zainuddin, 2015). Sedangkan jika ingin melihat proses belajar dari pengguna serta kendala yang dihadapi, maka penggunaan *Framework Technology Acceptance Model* dapat diadopsi ke dalam bentuk studi kualitatif, seperti wawancara mendalam serta diskusi kelompok terarah (Middlemass et al., 2017).

Penggunaan *Framework Technology Acceptance Model* pada laporan ini difokuskan pada penilaian terhadap Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehat tersebut. Penilaian dilakukan dengan menggunakan tiga kuesioner yang saling mendukung, yaitu Kuesioner 1 untuk menilai Aplikasi Sehat oleh bidan pengguna di Puskesmas, Kuesioner 2 untuk menilai *Dashboard* Sehat oleh bidan pengguna di puskesmas dan Kabupaten, serta Kuesioner 3 untuk menilai pemanfaatan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehat oleh kepala Puskesmas dan Kabid Kesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten.

## F. Ruang Lingkup Studi

Pada studi ini, elemen yang menjadi fokus penilaian adalah penggunaan, aspek kemudahan, aspek sikap pengguna, aspek keberlanjutan, dan aspek penggunaan saat ini terhadap Aplikasi Bidan Sehati serta *Dashboard* Sehati yang digunakan oleh bidan di Puskesmas maupun oleh dinas kesehatan di Kabupaten Bener Meriah dan Kabupaten Pangkep.

## KAJIAN LITERATUR

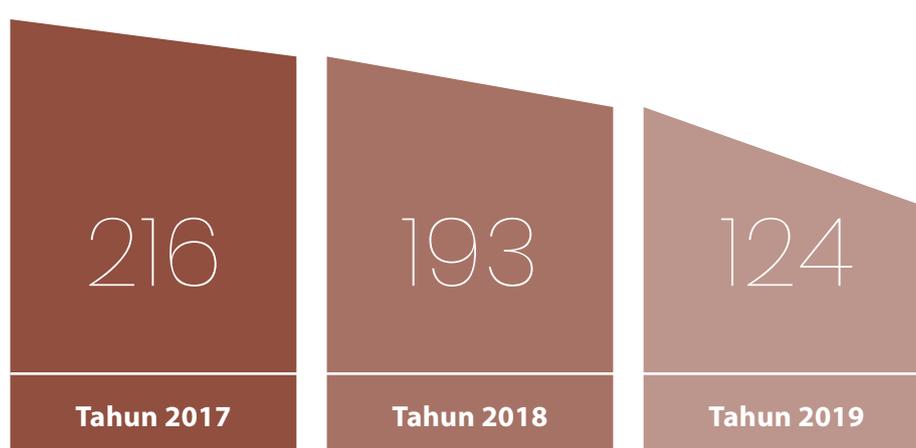
### A. Karakteristik Lokasi

Studi ini menggunakan desain *cross-sectional study* dengan pendekatan *mixed-methods*. **Pengumpulan data kuantitatif** yaitu pengumpulan formulir data terkait pelayanan ibu dan neonatal yang tercatat di dalam Aplikasi Sehati setiap kabupaten. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data ini adalah matriks Microsoft Excel. **Pengumpulan data kualitatif** melalui wawancara dengan aktor kunci yang menggunakan dan memanfaatkan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner wawancara terstruktur. Wawancara dilakukan via telepon pada bulan Juli-awal Agustus 2021. **Pengumpulan dokumen sekunder** lainnya dilakukan untuk melengkapi hasil temuan data kuantitatif dan hasil wawancara.

#### 1. Kabupaten Bener Meriah

Kabupaten Bener Meriah terdiri dari 10 kecamatan, 27 mukim,<sup>3</sup> dan 233 desa. Berdasarkan data tahun 2019, jumlah penduduk di Kabupaten Bener Meriah diperkirakan mencapai 148.175 jiwa, dengan jumlah penduduk laki-laki sedikit lebih banyak (50,69%) dibandingkan dengan penduduk perempuan (49,31%). Kabupaten Bener Meriah memiliki 13 Puskesmas yang sudah terakreditasi di tahun 2019, yaitu sebanyak 5 Puskesmas berstatus Dasar, 7 Puskesmas berstatus Madya, dan 1 Puskesmas berstatus Utama. Selain Puskesmas, Kabupaten Bener Meriah juga memiliki 2 rumah sakit, yaitu 1 Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dan 1 Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA).

Angka Kematian Ibu (AKI) yang dilaporkan pada tahun 2019 jauh lebih rendah dibandingkan tahun 2017 dan 2018. Faktor penyebab dari kematian ibu di Kabupaten Bener Meriah pada tahun 2019 adalah akibat terjadinya perdarahan, gangguan pernapasan, *cardiac arrest*, dan *hemiparase sinistra*.



**Gambar 2 Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran di Kabupaten Bener Meriah Tahun 2017-2019**

<sup>3</sup> Mukim adalah sebuah tingkatan dalam pembagian daerah administrative yang terdiri dari beberapa kampung. Di Indonesia istilah **mukim** digunakan di provinsi Aceh.

Selain itu, indikator pelayanan kesehatan ibu hamil berdasarkan persentase cakupan pelayanan K-1 dan K-4 menunjukkan bahwa jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun (K-1) pada tahun 2019 sedikit meningkat (97%) jika dibandingkan tahun 2018 (89%). Sedangkan jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun (K-4) pada tahun 2019 juga sedikit lebih tinggi (86%) jika dibandingkan dengan tahun 2018 (83%).

Persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan pada tahun 2019 sebanyak 90%, yaitu sedikit lebih tinggi dibandingkan tahun 2018 (87%). Di sisi lain, jika dilihat dari indikator kesehatan anak, jumlah angka kematian neonatal tahun 2019 adalah sebesar 29 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bener Meriah menunjukkan bahwa jumlah kematian bayi adalah 36 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2019.

Sejak bulan Juni 2019, Dinas Kesehatan Kabupaten Bener Meriah bersama KOMPAK melakukan kerja sama pelatihan penggunaan Aplikasi Bidan Sehati dan *Dashboard* Sehati untuk mendukung upaya peningkatan kualitas layanan kesehatan ibu dan bayi.

## 2. Kabupaten Pangkep

Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan atau sering disebut Kabupaten Pangkep terdiri dari 13 kecamatan, dimana 9 kecamatan berada di wilayah daratan dan 4 kecamatan lainnya terletak di wilayah kepulauan/pesisir barat Sulawesi Selatan . Berdasarkan data tahun 2019, jumlah penduduk di Kabupaten Pangkep adalah sekitar 350.208 jiwa, dengan jumlah penduduk perempuan lebih banyak dibandingkan dengan penduduk berjenis kelamin laki-laki. Hal ini tercermin dari angka rasio jenis kelamin yang lebih kecil dari 100, sesuai dengan Profil Kabupaten Pangkep 2019. Jika dilihat dari ketersediaan fasilitas kesehatan, Kabupaten Pangkep memiliki 23 Puskesmas dan 2 rumah sakit. Dari 23 Puskesmas berdasarkan data tahun 2019 hanya 13 Puskesmas yang sudah terakreditasi sedangkan 10 lainnya masih proses pengurusan administrasi (Kemenkes RI, 2019).

Jika dilihat dari indikator kesehatan, AKI pada tahun 2019 adalah sebesar 2,25 per 1.000 kelahiran hidup. Jumlah ini sedikit lebih tinggi dibandingkan tahun 2018, yaitu sebanyak 2,24 per 1.000 kelahiran hidup. Selain itu, indikator pelayanan kesehatan ibu hamil berdasarkan persentase cakupan pelayanan K-1 dan K-4 menunjukkan bahwa jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun (K-1) pada tahun 2019 sedikit meningkat (96,5%) jika dibandingkan tahun 2018 (93,2%). Sedangkan jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun (K-4) pada tahun 2019 juga sedikit lebih tinggi (91,3%) jika dibandingkan dengan tahun 2018 (86,6%). Selain itu, persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan pada tahun 2019 sebanyak 93%, yaitu sedikit lebih tinggi dibandingkan tahun 2018 (85,8%).

Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2019 adalah sebanyak 2,10 per 1.000 kelahiran hidup. Jumlah ini jauh lebih rendah jika dibandingkan dengan AKB pada tahun 2018, yaitu sebanyak

3,10 per 1.000 kelahiran. Sedangkan jika dilihat dari Angka Kematian Balita pada tahun 2019 di Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan adalah sebesar 1,2 per 1.000 balita. Nilai ini sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan Angka Kematian Balita pada tahun 2018, yaitu sebesar 0,19 per 1.000 balita.

Sejak Bulan Oktober 2019, Pemerintah Kabupaten Pangkep telah bekerja sama dengan KOMPAK serta Sehati Group untuk berkolaborasi dalam mengatasi kesenjangan akses pelayanan kesehatan ibu dan anak, yaitu dengan melakukan uji coba inovatif yang memanfaatkan teknologi dan digitalisasi buku KIA untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak.

## B. PWS-KIA

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 1985. Pada saat itu pimpinan puskesmas maupun pemegang program di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota belum mempunyai alat untuk memantau yang dapat memberikan data yang cepat sehingga pimpinan dapat memberikan respons atau tindakan yang cepat dalam wilayah kerjanya. PWS dimulai dengan program imunisasi yang dalam perjalanannya berkembang menjadi PWS-PWS lain seperti PWS Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) dan PWS Gizi.

Secara lebih spesifik, PWS KIA adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat. Program KIA yang dimaksud meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Kegiatan PWS KIA terdiri dari pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data serta penyebarluasan informasi ke penyelenggara program dan pihak/instansi terkait untuk tindak lanjut. Pelaksanaan kegiatan PWS KIA diharapkan dapat meningkatkan cakupan layanan, terutama dengan menjangkau seluruh sasaran di suatu wilayah kerja. Dengan terjangkaunya seluruh sasaran maka diharapkan seluruh kasus dengan faktor risiko atau komplikasi dapat ditemukan sedini mungkin agar dapat memperoleh penanganan yang memadai.

Hasil dari laporan kegiatan PWS KIA juga dapat dipakai sebagai alat advokasi, informasi dan komunikasi kepada sektor terkait, khususnya aparat setempat yang berperan dalam pendataan dan penggerakan sasaran program. Dengan demikian PWS KIA dapat digunakan untuk memecahkan masalah teknis dan non teknis. Pelaksanaan PWS KIA akan lebih bermakna bila ditindaklanjuti dengan upaya perbaikan dalam pelaksanaan pelayanan KIA, intensifikasi manajemen program, penggerakan sasaran dan sumber daya yang diperlukan dalam rangka meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA. Hasil analisis PWS KIA di tingkat puskesmas dan kabupaten/kota dapat digunakan untuk menentukan puskesmas dan desa/kelurahan yang rawan. Demikian pula hasil analisis PWS KIA di tingkat provinsi dapat digunakan untuk menentukan kabupaten/kota yang rawan.

Terdapat beberapa indikator dari program pemantauan wilayah setempat untuk kesehatan ibu dan anak sesuai dengan yang dikeluarkan oleh Kemenkes RI tahun 2010. Beberapa indikator tersebut meliputi:

- 1. Akses Pelayanan Antenatal (Cakupan K1):** Adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun

waktu tertentu. Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat. Pelayanan Antenatal adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan profesional kepada setiap wanita hamil yang bertujuan untuk memastikan agar kondisi ibu dan janin sehat selama kehamilan. Pelayanan antenatal ini terdiri dari: identifikasi risiko, pencegahan dan penatalaksanaan kehamilan yang disertai dengan penyakit; dan pendidikan dan promosi kesehatan

2. **Cakupan Pelayanan Ibu Hamil (Cakupan K4):** Adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2 dan 2 kali pada trimester ke-3 di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah, di samping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.
3. **Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (Pn):** Adalah cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan, di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan sesuai standar.
4. **Cakupan Pelayanan Nifas oleh Tenaga Kesehatan (KF3):** Adalah cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam s/d hari ke-3 (KF1), hari ke-4 s/d hari ke-28 (KF2) dan hari ke-29 s/d hari ke-42 (KF3) setelah bersalin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan nifas secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan serta untuk menjaring KB pasca persalinan), yang menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu nifas dan Keluarga Berencana di samping menggambarkan kemampuan dari manajemen maupun pengelola program KIA.
5. **Cakupan Pelayanan Neonatus Pertama (KN 1):** Adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6 - 48 jam setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui akses/jangkauan pelayanan kesehatan neonatal.
6. **Cakupan Pelayanan Kesehatan Neonatus 0 sampai 28 hari (KN Lengkap):** Adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar paling sedikit tiga kali dengan distribusi waktu 1 kali pada 6 - 48 jam, 1 kali pada hari ke 3 - hari ke 7 dan 1 kali pada hari ke 8 - hari ke 28 setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui efektivitas dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal.
7. **Deteksi Faktor Risiko dan Komplikasi oleh Masyarakat:** Adalah cakupan ibu hamil dengan faktor risiko atau komplikasi yang ditemukan oleh kader atau dukun bayi atau masyarakat serta dirujuk ke tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Masyarakat dalam hal ini bisa keluarga ataupun ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas itu sendiri. Indikator ini menggambarkan peran serta dan keterlibatan masyarakat dalam mendukung upaya peningkatan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas.
8. **Cakupan Penanganan Komplikasi Obstetri (PK):** Adalah cakupan ibu dengan komplikasi kebidanan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani secara definitif sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Penanganan definitif adalah penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap kasus komplikasi kebidanan. Indikator ini mengukur

kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu hamil bersalin dan nifas dengan komplikasi.

9. **Cakupan Penanganan Komplikasi Neonatus:** Adalah cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani secara definitif oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatus yang pelaporannya dihitung 1 kali pada masa neonatal. Kasus komplikasi yang ditangani adalah seluruh kasus yang ditangani tanpa melihat hasilnya hidup atau mati. Indikator ini menunjukkan kemampuan sarana pelayanan kesehatan dalam menangani kasus-kasus kegawatdaruratan neonatal, yang kemudian ditindaklanjuti sesuai dengan kewenangannya, atau dapat dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.
10. **Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi 29 hari sampai 12 bulan (Kunjungan Bayi):** Adalah cakupan bayi yang mendapatkan pelayanan paripurna minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 29 hari 2 bulan, 1 kali pada umur 3 s/d 5 bulan, satu kali pada umur 6 s/d 8 bulan dan 1 kali pada umur 9 s/d 11 bulan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui efektivitas, continuum of care dan kualitas pelayanan kesehatan bayi.
11. **Cakupan Pelayanan Anak Balita (12 s/d 59 bulan):** Adalah cakupan anak balita (12 s/d 59 bulan) yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali dalam setahun, pemantauan perkembangan minimal 2 kali dalam setahun, dan pemberian vitamin A sebanyak 2 kali dalam setahun.

### C. Pendataan KIA Secara Digital

Pesatnya perkembangan teknologi informasi seperti saat ini juga berdampak pada sektor kesehatan, salah satunya adalah dengan mulainya upaya digitalisasi berbagai program kesehatan. Bentuk digitalisasi yang dilakukan mulai dari proses pencatatan, pelaporan, hingga menghasilkan aplikasi yang menunjang pelayanan kesehatan melalui pemanfaatan *telemedicine* (Pasaribu et al., 2018). Selain berupaya untuk mengikuti perkembangan jaman, upaya digitalisasi program kesehatan juga diharapkan mampu meningkatkan efektivitas dan efisiensi layanan yang sesuai dengan kebutuhan dari masyarakat era digital (Saputro et al., 2021).

Upaya digitalisasi juga dilakukan pada program kesehatan ibu dan anak, salah satunya melalui inisiasi Program PWS-KIA Kartini yang diinisiasi oleh Kemenkes RI sejak tahun 2008, yaitu dengan menciptakan *software* penyimpanan data dan sebagai alat bantu analisis. Program PWS-KIA Kartini dipublikasikan secara resmi pada tahun 2009. Meskipun demikian, *software* tersebut juga belum mencakup indikator Keluarga Berencana (KB), variabel neonatus, bayi/balita, gizi serta imunisasi (Zainal et al., 2013).

Seiring dengan berkembangnya kebutuhan terhadap fitur dari Program PWS-KIA Kartini, maka upaya perbaikan terus dilakukan. Pada tahun 2010 dilakukan perbaikan dan penyempurnaan *software* Kartini versi 1.2. Hasil dari penyempurnaan tersebut adalah *software* Kartini versi 2.1. Selanjutnya, pada pertengahan 2012, dengan dukungan *Australia Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health* dilakukan Integrasi Kartini versi 2.1 *online* dengan *Geographic Information System* (GIS). Hasil dari integrasi tersebut adalah *software* Kartini versi 3.0. *Software* ini diharapkan akan digunakan oleh Puskesmas guna meningkatkan Kesehatan Ibu dan Anak (Abdulah et al., 2016).

Upaya digitalisasi di bidang kesehatan ibu dan anak lainnya adalah dengan peluncuran Aplikasi

e-Kohort KIA pada September 2019 oleh Kemenkes, yaitu aplikasi berbasis web dan *mobile* yang memiliki fungsi untuk pencatatan pelayanan kesehatan ibu, bayi, dan balita yang menghasilkan kohort<sup>4</sup> untuk keperluan pemantauan kesehatan ibu, bayi, dan balita tersebut. Aplikasi e-Kohort-KIA merupakan digitalisasi kohort pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA). Wujudnya adalah kohort KIA elektronik yang mencakup data pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus (bayi baru lahir), bayi, dan balita (anak bawah lima tahun). Kohort KIA merupakan basis data yang sangat penting karena berisi informasi lengkap terkait data dasar, catatan hasil pemeriksaan, dan pelayanan kesehatan yang diberikan dari fase kehamilan ibu sampai si anak mencapai usia lima tahun (Sjarimas, 2021).

Selain inovasi berupa digitalisasi program kesehatan ibu dan anak yang dikeluarkan oleh Kemenkes RI, berbagai inovasi juga muncul di tingkat daerah kabupaten/kota. Salah satu inovasi digital yang mendukung program kesehatan ibu dan anak adalah aplikasi SIBUBA, yaitu Aplikasi PWS-KIA *Online* yang dikembangkan oleh Kabupaten Bondowoso. Aplikasi SIBUBA ini adalah singkatan dari "Sistem Informasi Ibu dan Bayi", yaitu aplikasi yang membantu proses pencatatan dan pelaporan data-data program PWS KIA (Dinkes Bondowoso, 2019). Selain membantu proses pencatatan dan pelaporan, aplikasi SIBUBA ini juga dimanfaatkan untuk memantau capaian program PWS KIA, sehingga memudahkan dalam kegiatan *monitoring* dan evaluasi pelaksanaan program PWS KIA di Kabupaten Bondowoso.

Inovasi-inovasi dalam mendukung upaya digitalisasi program kesehatan ibu dan anak juga dilakukan oleh private sector, salah satunya oleh Sehati Group melalui lima produk dalam satu *platform* Sehati, yang terdiri dari Aplikasi Bidan Sehati, Aplikasi Ibu Sehati, TeleCTG, *Dashboard* Sehati, dan Pusat Konsultasi. Hingga Januari 2020, Sehati TeleCTG telah digunakan oleh 20.000 ibu hamil dan lebih dari 10.500 bidan di 11 provinsi dan 27 Kabupaten Indonesia (Handayani, 2020). Inovasi ini diharapkan mampu mendukung upaya peningkatan akses dan kualitas kesehatan ibu dan anak, terutama dalam mencegah kematian ibu dan bayi.

## D. Platform Sehati

Secara keseluruhan, *platform* Sehati terdiri dari 5 komponen yang terintegrasi, yaitu Aplikasi Ibu Sehati, Aplikasi Bidan Sehati, Alat TeleCTG, Pusat Konsultasi, dan *Dashboard* Sehati. Berikut adalah gambaran dari masing-masing komponen pada *platform* Sehati:

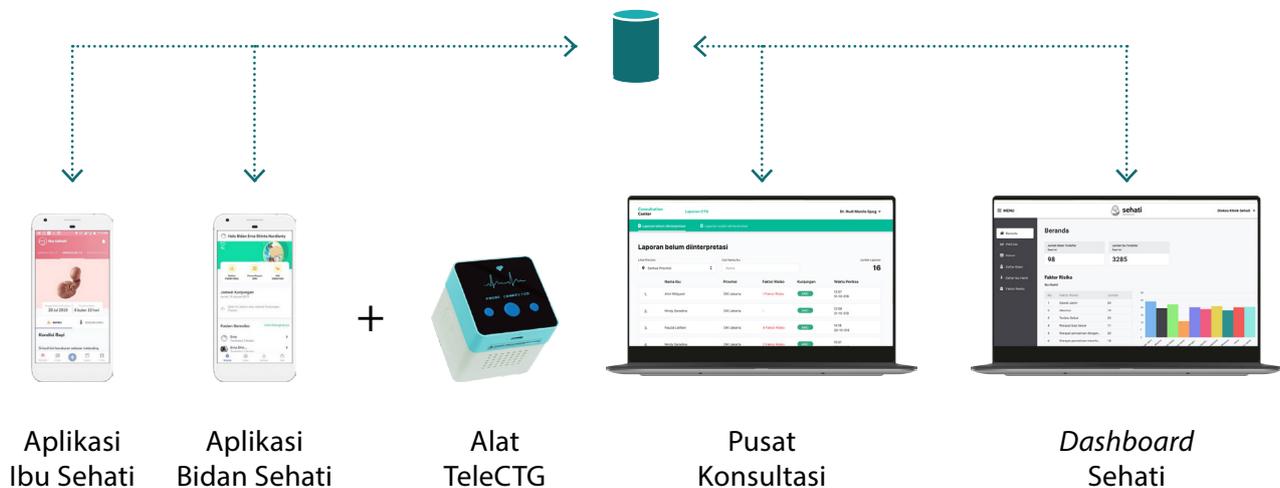
### 1. Aplikasi Ibu Sehati

Sehati adalah aplikasi pendamping ibu hamil berbahasa Indonesia. Aplikasi ini berisi panduan umum dan informasi berkaitan dengan kehamilan. Aplikasi ini memberikan pedoman kepada ibu hamil dalam menjalani kehamilan serta memberikan informasi yang bermanfaat berkaitan dengan kehamilan. Aplikasi Ibu Sehati ini memiliki empat fitur utama, yaitu:

- a) **Informasi dan tip kehamilan mingguan:** Berisi informasi dan tips seputar kehamilan sesuai dengan minggu kehamilan yang sedang dijalani oleh ibu.
- b) **Jadwal kunjungan ke dokter dan laboratorium:** Berisi fitur jadwal dan fitur *booking* pemeriksaan di rumah sakit maupun puskesmas. Fitur ini juga tersedia untuk layanan cek laboratorium sesuai dengan kebutuhan ibu hamil.

<sup>4</sup> Kohort KIA merupakan basis **data** yang sangat penting karena berisi informasi lengkap terkait **data** dasar, catatan hasil pemeriksaan, dan pelayanan kesehatan yang diberikan dari fase kehamilan ibu sampai si anak mencapai usia lima tahun.

- c) **Jurnal elektronik kesehatan ibu:** Fitur ini berisi pencatatan hasil kunjungan ibu ke rumah sakit atau puskesmas, yang datanya terintegrasi dengan Aplikasi Bidan Sehat.
- d) **Hitung kontraksi dan hitung tendangan:** Fitur ini memungkinkan ibu dapat menghitung tendangan dan kontraksi sebagai langkah awal dalam mengetahui kondisi kehamilannya.



**Gambar 3 Platform Sehat**

## 2. Aplikasi Bidan Sehat

Aplikasi Bidan Sehat ditujukan kepada bidan di tingkat desa hingga Puskesmas, yang bertujuan untuk membantu bidan untuk menyediakan layanan kesehatan pada ibu hamil, ibu melahirkan, dan kesehatan anak. Selain membantu bidan dalam pemantauan status kesehatan ibu dan anak pada kegiatan pemantauan wilayah setempat (PWS), aplikasi Bidan Sehat ini juga bertujuan untuk digitalisasi Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA), sehingga pemanfaatan Buku KIA bisa menjadi lebih optimal dalam mendukung layanan kesehatan pada ibu dan anak.

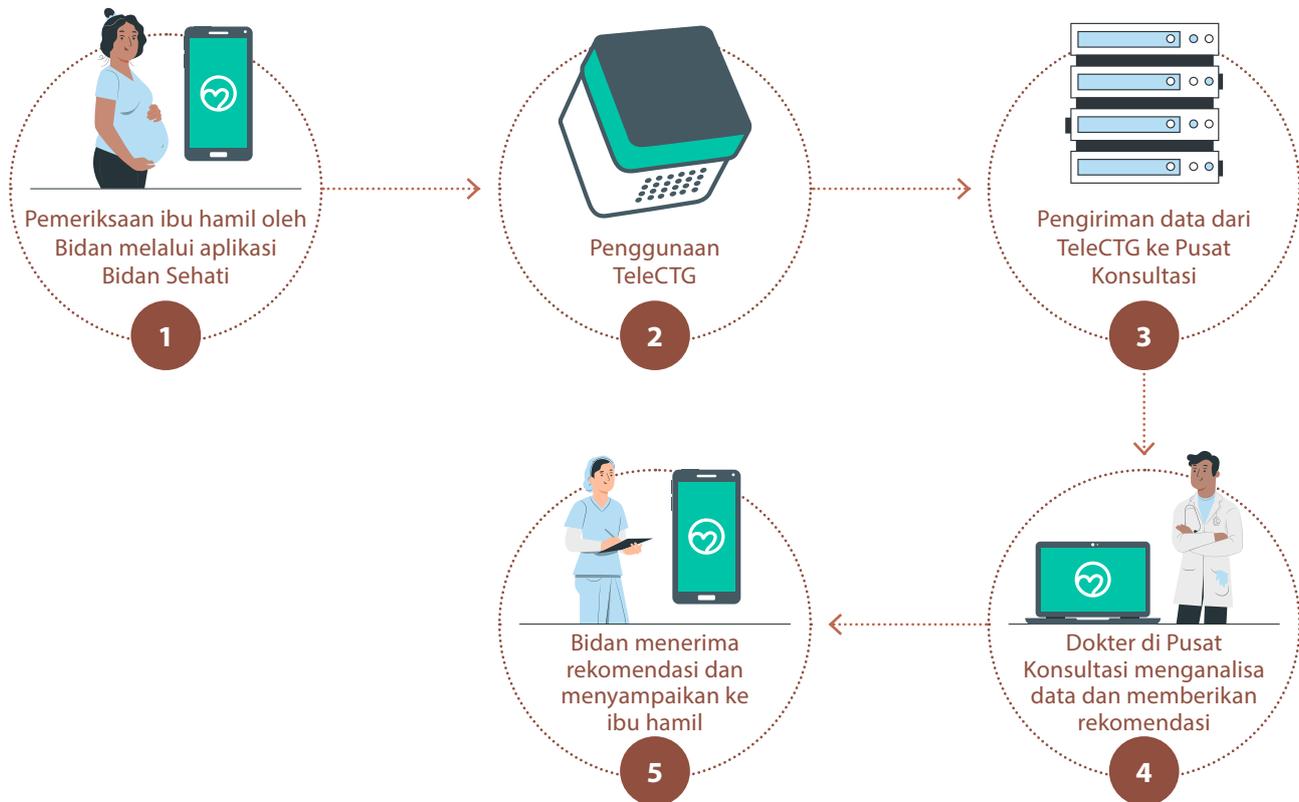
Secara umum, tujuan dari aplikasi Bidan Sehat ini adalah sebagai berikut:

- Memudahkan tugas administrasi bidan dengan penyimpanan data kesehatan ibu dan anak secara digital, yang memungkinkan semua data dapat diakses dari mana saja dan kapan pun oleh ibu maupun oleh bidan.
- Penggunaan berbagai fitur Bidan Sehat dapat memudahkan upaya pencegahan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi melalui deteksi faktor risiko tinggi.
- Akses ke alat TeleCTG, yang memungkinkan bidan memantau kesehatan janin dan melakukan konsultasi jarak jauh dengan dokter di Layanan Konsultasi.
- Menyediakan laporan bulanan yang dapat diunduh dan siap untuk dicetak oleh bidan, terutama untuk proses pelaporan dan administrasi kesehatan ibu dan anak.
- Sinkronisasi data kesehatan ibu dan anak dengan aplikasi Ibu Sehat.
- Menyediakan kelas dan pelatihan secara *online* dan *offline* kepada bidan untuk mendukung kompetensi bidan.

## 3. Alat TeleCTG

TeleCTG adalah evolusi dari perangkat kardiotokografi konvensional (CTG) dengan ukuran yang lebih kecil, sehingga harganya lebih terjangkau, portable atau bisa dibawa kemana-mana, dan

bisa terhubung langsung dengan dokter di Pusat Konsultasi. Secara prinsip, TeleCTG memiliki tiga fungsi utama, yaitu (1) mencatat detak dan irama jantung bayi, (2) memonitor gerakan janin, (3) mencatat kontraksi ibu hamil. Berikut adalah alur penggunaan alat TeleCTG:



**Gambar 4** Cara kerja Alat TeleCTG

#### 4. Pusat Konsultasi

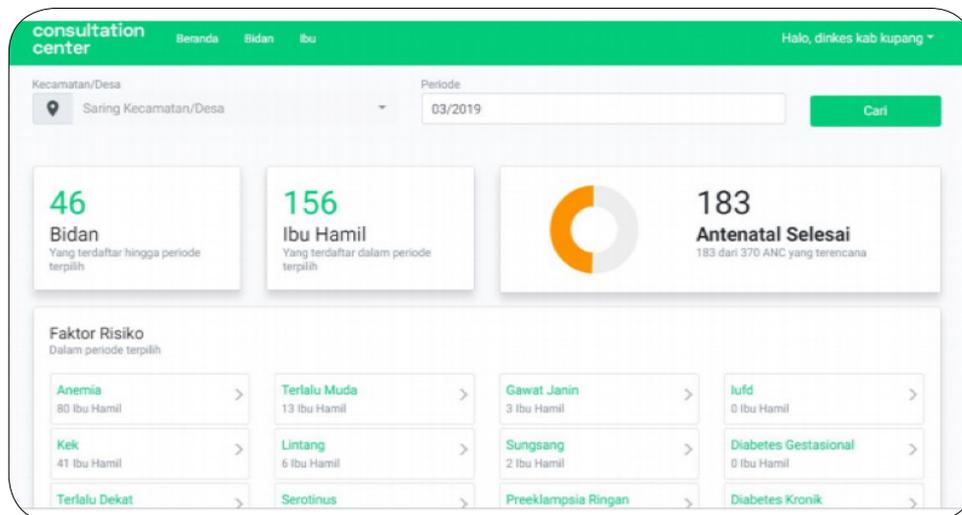
Setelah data pemeriksaan melalui Alat TeleCTG dimasukkan dan dikirim melalui aplikasi Bidan Sehati, maka data hasil pemeriksaan ibu hamil tersebut akan masuk dan diolah pada Pusat Konsultasi, yang diakses oleh dokter maupun dokter spesialis kandungan. Hasil pemeriksaan tersebut dapat dikonsultasikan dengan dokter maupun dokter spesialis, sehingga bidan dapat memberikan penjelasan kepada ibu hamil saat pemeriksaan. Saat ini, Pusat Konsultasi dikelola oleh IMERI FKUI dan Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung.

#### 5. Dashboard Sehati

*Dashboard* ini menyajikan rekap data berupa tabel frekuensi, diagram, dan grafik terkait dengan data hasil pemeriksaan ibu hamil serta status kesehatan ibu dan anak yang dikumpulkan melalui kegiatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). *Dashboard* ini dapat digunakan oleh pemerintah atau instansi terkait dalam memantau mengenai pergerakan bidan, ibu hamil dan faktor risiko, serta data-data terkait untuk kebutuhan pembuatan kebijakan dan program. Selain itu, akses terhadap *dashboard* ini juga tersedia di bidan Puskesmas, sehingga proses (PWS-KIA) dapat berjalan dengan efektif dan berkesinambungan. Berikut adalah beberapa jenis informasi yang tersedia pada *Dashboard* Sehati:

- Jumlah bidan per bulan yang aktif.
- Jumlah ibu yang tercatat.

- c) Jumlah ibu yang seharusnya mengikuti *antenatal care* (ANC) dan jumlah ibu yang tidak mengikuti ANC.
- d) Riwayat faktor risiko kehamilan.
- e) Lima faktor risiko tertinggi pada bulan terpilih.
- f) Daftar bidan dan daftar ibu.
- g) Fitur filter berdasarkan bulan serta wilayah kerja.
- h) Fitur download laporan.



**Gambar 5 Tampilan Dashboard Sehati**

## E. Peran Sektor Swasta

Sektor swasta dapat didefinisikan sebagai pihak-pihak di luar lembaga pemerintahan, meliputi perseorangan maupun perusahaan-perusahaan, lembaga swadaya masyarakat, komunitas sosial, dan organisasi kemanusiaan. Dalam konteks pelayanan kesehatan ibu dan anak, pihak swasta dapat berupa pemangku kepentingan yang bergerak dalam sektor formal dan informal. Madhavan et al (2010) mengklasifikasikan sektor swasta menjadi tiga kelompok berdasarkan tingkat layanan yang diberikan dalam mendukung upaya kesehatan ibu dan anak, yaitu tingkat rumah tangga, tingkat komunitas, dan tingkat fasilitas kesehatan. Di tingkat rumah tangga, contoh aktor dari sektor swasta adalah dukun dan dukun bersalin. Di tingkat komunitas, contoh aktor dari sektor swasta adalah bidan praktik mandiri, apoteker, dan fisioterapis. Sedangkan di tingkat fasilitas kesehatan, contoh aktor dari sektor swasta adalah dokter kandungan dan bidan yang melakukan praktik mandiri, maupun yang melakukan praktik di klinik atau rumah sakit swasta. Dalam lingkup yang lebih luas, sektor swasta ini tidak terikat pada kebijakan yang ditetapkan oleh pemerintah. Terkadang, layanan yang diberikan juga lebih mengarah pada upaya untuk menghasilkan keuntungan bagi sektor swasta itu sendiri (Prawani dan Heridansyah, 2015).

Pada daerah-daerah pedesaan dan terpencil, sektor swasta yang terlibat dalam penyediaan layanan kesehatan ibu dan anak, seperti dukun bersalin dan bidan praktik mandiri, masih banyak yang belum terlatih (Mumtaz, 2021). Selain itu, belum adanya akreditasi dan metode standardisasi pada penyedia layanan kesehatan dari sektor swasta juga menyebabkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan menjadi sulit untuk dipantau (Parkhurs et al., 2005). Hal ini tentu berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Bahkan, sebuah studi di

India menemukan bahwa sebagian besar kasus aborsi dan malpraktik yang meningkatkan risiko kematian ibu dan bayi juga terjadi akibat lemahnya pengawasan dan penerapan regulasi terhadap praktik layanan dari sektor swasta (Banarjee et al., 2015). Studi lainnya di Ghana menemukan bahwa pelibatan sektor swasta oleh lembaga pemerintah melalui akreditasi dan sinergitas layanan terbukti dapat menurunkan angka kematian ibu yang disebabkan oleh aborsi ilegal dan persalinan yang berisiko (Ahinkorah et al., 2021). Selain dapat mencegah kematian ibu, pelibatan sektor swasta melalui upaya pencegahan penyakit berbasis masyarakat juga terbukti mampu meningkatkan status gizi dan kualitas kesehatan anak (Martin, 2017). Studi lain di Indonesia oleh Mastina (2021) menemukan bahwa kerjasama antara sektor swasta dengan masyarakat dalam penyediaan sarana dan prasarana sanitasi dapat mendukung upaya percepatan penurunan stunting pada balita. Berdasarkan hal tersebut, pelibatan sektor swasta sangat penting dilakukan untuk mendukung peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Selain melibatkan sektor swasta yang secara langsung bergerak pada penyedia jasa dan layanan kesehatan ibu dan anak (seperti dukun bersalin dan bidan praktik mandiri), pelibatan sektor swasta dari perusahaan-perusahaan maupun tingkat organisasi juga dapat dilakukan. Meskipun pada prinsipnya organisasi-organisasi swasta lebih berorientasi pada menghasilkan keuntungan ekonomi, mereka juga memiliki tanggung jawab moral dan sosial untuk ikut berpartisipasi dalam pembangunan di masyarakat. Melalui kegiatan *corporate social responsibility* (CSR), sektor swasta dapat berpartisipasi dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat, salah satunya adalah dalam mendukung upaya kesehatan ibu dan anak. Beberapa studi menemukan bahwa program CSR dari pihak swasta mampu memberikan manfaat, seperti meningkatkan upaya pemberdayaan perempuan dalam meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu dan bayi (Derajat, 2016; Kaur, 2019; Mohapatra dan Gomare, 2019). Manfaat pada layanan kesehatan ibu dan anak ini menyebabkan peran sektor swasta sangat penting dalam upaya meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

Sektor swasta juga berperan dalam membantu penyediaan sarana dan prasarana pendukung pada layanan kesehatan ibu dan anak. Sebuah studi di Bangladesh menemukan bahwa kesenjangan sarana dan prasarana layanan persalinan antara daerah pedesaan dan perkotaan terbukti meningkatkan beban ekonomi bagi masyarakat di daerah pedesaan (Kamal et al., 2016). Selain menimbulkan beban ekonomi, kesenjangan akibat terbatasnya fasilitas pendukung persalinan di daerah pedesaan meningkatkan risiko kematian ibu dan bayi, karena kehamilan dan persalinan yang memiliki komplikasi tidak bisa ditangani dengan baik (Doctor et al., 2019). Berdasarkan hal tersebut, maka kerja sama dengan sektor swasta dalam menyediakan sarana dan prasarana pendukung layanan kesehatan ibu dan anak sangat penting untuk mengurangi kesenjangan layanan, terutama antara daerah pedesaan dengan daerah perkotaan. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan memprioritaskan program CSR dari sektor swasta pada daerah-daerah dengan fasilitas yang kurang, baik untuk mendukung upaya deteksi dini risiko kehamilan, menolong persalinan, dan pengobatan komplikasi.

Pelibatan pihak swasta juga dapat berupa kerja sama dalam hal pembiayaan kesehatan. Terdapat beberapa faktor yang menarik minat pihak swasta dalam berinvestasi pada peningkatan layanan kesehatan, terutama kesehatan ibu dan anak. Selain karena tanggung jawab sosial, sektor swasta juga tertarik melakukan kerja sama dengan tujuan pemberdayaan masyarakat, yang tentunya dapat mendukung ekosistem usaha atau program yang dijalankan oleh pihak swasta terkait (Wong et al., 2015). Untuk menarik minat sektor swasta dalam berinvestasi mendukung pembangunan kesehatan, terdapat beberapa pendekatan yang bisa dilakukan. Salah satu pendekatan yang dapat digunakan adalah dari sisi permintaan terhadap layanan

(*demand-side motivators*). Apabila sektor swasta menyediakan produk maupun jasa yang dibutuhkan oleh masyarakat, terutama ibu hamil dan bayi, maka kerja sama dapat dilakukan melalui bantuan produk maupun subsidi pembiayaan. Contohnya dapat dilihat pada pola kerja sama antara pemerintah dengan produsen kondom dalam mendukung program HIV/AIDS (Beksinska et al., 2017); kerja sama dengan produsen/donatur yang bergerak pada menstrual hygiene management untuk mendukung sanitasi dan kesehatan reproduksi pada perempuan (Montgomery et al., 2016); serta kerja sama dengan perusahaan teknologi untuk mendukung penyediaan alat dan teknologi medis untuk pemeriksaan kehamilan dan persalinan (Benova et al., 2020). Pola kerja sama ini dapat dilakukan untuk mengurangi kesenjangan layanan kesehatan ibu dan anak, terutama antara daerah pedesaan dengan perkotaan. Dengan demikian, maka sangat penting untuk melibatkan sektor swasta dalam upaya meningkatkan kualitas layanan kesehatan ibu dan anak.

Kerja sama dalam upaya digitalisasi sektor kesehatan juga sangat potensial dilakukan dengan sektor swasta. Hal ini sejalan dengan upaya yang sedang dilakukan oleh Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia (Kemkominfo RI) dalam mendorong percepatan digitalisasi sektor kesehatan, mulai dari kerja sama membangun fasilitas pendukung seperti penyediaan infrastruktur, teknologi penunjang, hingga literasi digital (Rizkinaswara, 2021). Selain itu, kerjasama dengan pihak swasta dalam upaya digitalisasi layanan kesehatan juga dilakukan untuk mendukung terciptanya layanan kesehatan yang terintegrasi, seperti pada Sistem Informasi dan Komunikasi Jejaring Rujukan Pelayanan Kesehatan (Sijarimas, 2022). Beberapa dokumentasi non-akademis juga menyarankan model pengadaan jasa pemerintah dengan menggunakan kontrak payung sebagai bentuk kerjasama yang ideal untuk penyediaan jasa sistem informasi yang dikembangkan oleh pihak swasta. Model kontrak payung adalah kontrak yang dapat terus digunakan untuk memperoleh barang/jasa dari satu atau lebih penyedia barang/jasa selama jangka waktu tertentu jika volume barang/jasa yang diperlukan belum dapat ditentukan diawal.

## HASIL

### A. Penerimaan Aplikasi Bidan Sehati

Penerimaan terhadap Aplikasi Bidan Sehati dinilai berdasarkan Kuesioner 1. Jumlah responden yang terlibat dari Kabupaten Bener Meriah serta Kabupaten Pangkep secara keseluruhan adalah sebanyak 41 orang. Berikut adalah hasil sebaran jawaban responden berdasarkan elemen yang dinilai pada *Framework Technology Acceptance Model (TAM)*:

#### 1. Faktor Eksternal

Ada setidaknya empat pertanyaan dalam Kuesioner 1 yang dapat menjelaskan faktor eksternal terhadap penerimaan Aplikasi Bidan Sehati yaitu (1) Pernah mengikuti kegiatan TOT Aplikasi Bidan Sehati, (2) Pernah mengikuti kegiatan peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh Sehati, (3) Mengeluarkan biaya untuk dapat mengakses Aplikasi Bidan Sehati dan (4) Tidak keberatan dengan biaya yang dikeluarkan tersebut.

Lebih dari separuh responden (59%) responden menyatakan pernah mendapatkan TOT terkait Aplikasi Bidan Sehati. Tetapi, sebagian besar responden (78%) menyatakan tidak pernah mengikuti kegiatan peningkatan kompetensi bidan berupa pelatihan secara daring (*online class*) yang difasilitasi oleh Sehati. Selain itu, sebanyak 49% responden menyatakan mengeluarkan biaya dalam mengakses Aplikasi Bidan Sehati, seperti biaya untuk membeli kuota internet. Dari kelompok responden yang menyatakan bahwa mereka mengeluarkan biaya untuk mengakses Aplikasi Bidan Sehati, semua responden menyatakan tidak keberatan (100%). Tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik pada jawaban empat pertanyaan terkait dengan faktor eksternal dari kedua kabupaten.

**Tabel 3 Perbedaan Faktor Eksternal Penerimaan Aplikasi Bidan Sehati pada 2 Kabupaten**

Pertanyaan	Kab. Bener Meriah	Kab. Pangkep	nilai p
Mengikuti kegiatan TOT Aplikasi Bidan Sehati	55%	63%	0,58
Mengikuti kegiatan peningkatan kompetensi difasilitasi oleh Sehati	18%	26%	0,53
Mengeluarkan biaya untuk dapat mengakses Aplikasi Bidan Sehati	55%	42%	0,43
Tidak keberatan dengan biaya tersebut?	100%	100%	

\*Perbedaan bermakna bila nilai  $p < 0.05$

#### 2. Aspek Kegunaan yang Dirasakan (*Perceived Usefulness*)

Sebagian besar responden menggunakan Aplikasi Bidan Sehati untuk input data pasien (88%), memperbaiki data (68%), melihat data pasien untuk dikunjungi (76%), membuat laporan kohort atau PWS-KIA (54%), melakukan deteksi risiko kehamilan (85%), dan untuk penggunaan

lainnya (24%). Penggunaan lainnya yang dimaksud seperti layanan konsultasi, perkiraan waktu persalinan, memantau kondisi pasien, dan pengobatan. Di sisi lain, semua responden (100%) menyatakan bahwa mereka juga masih menggunakan formulir manual untuk pencatatan kohort dan PWS-KIA di Puskesmas, meskipun sudah menggunakan Aplikasi Bidan Sehat. Proses pencatatan yang terjadi adalah sebagian besar masih menggunakan formulir manual (41%) dan seluruh proses masih menggunakan formulir manual (46%). Hanya sebagian kecil responden yang melakukan pencatatan dari Aplikasi Bidan Sehat ke formulir manual, yaitu pada sebagian proses (24%) dan seluruh proses (10%).

Sebagian besar responden (88%) berpendapat bahwa Aplikasi Bidan Sehat membantu dan mempercepat pelaporan kohort dan PWS-KIA di tingkat desa, Puskesmas, dan Kabupaten ke tingkat selanjutnya. Meskipun demikian, sebagian responden (56%) berpendapat bahwa masih terdapat perbedaan angka dan jumlah laporan kohort ibu dan/atau PWS-KIA yang ada di Aplikasi Bidan Sehat dengan laporan pada formulir manual di tingkat Puskesmas. Hal ini sebagian besar disebabkan oleh tidak semua data ibu yang ada pada formulir manual dilakukan *entry* ke Aplikasi Bidan Sehat. Selain itu, perbedaan ini juga disebabkan oleh masih banyak data ibu di formulir manual yang belum lengkap (seperti tidak memiliki nomor induk kependudukan, alamat, dan nomor telpon seluler), sehingga tidak bisa di-*entry* di Aplikasi Bidan Sehat. Di sisi lain, ada banyak ibu yang berkunjung ke poskesdes tercatat di formulir manual tetapi tidak diinput di Aplikasi Bidan Sehat. Jika dilihat dari wilayah kerja, sebagian besar responden menyatakan bahwa data PWS-KIA yang di-*entry* ke dalam Aplikasi Bidan Sehat hanya mencakup wilayah kerja dari responden saja (90%).

**Tabel 4 Perbedaan Aspek Kegunaan yang Dirasakan pada 2 Kabupaten**

Pertanyaan	Kab. Bener Meriah	Kab. Pangkep	nilai p
Penggunaan Aplikasi Bidan Sehat untuk:			
1. Input data pasien	82%	95%	0,207
2. Memperbaiki data	55%	84%	0,042
3. Melihat data pasien untuk dikunjungi	59%	95%	<b>0,008*</b>
4. Membuat laporan kohort/PWS	50%	58%	0,613
5. Deteksi risiko kehamilan	77%	95%	0,115
6. Penggunaan lainnya	9%	42%	<b>0,014*</b>
7. Masih menggunakan formulir manual untuk pencatatan kohort dan PWS-KIA	100%	100%	-
8. Formulir manual ke Aplikasi Bidan Sehat	82%	95%	0,111
9. Aplikasi Bidan Sehat ke formulir manual	32%	37%	0,467
10. Apakah Aplikasi Bidan Sehat membantu dan mempercepat pelaporan kohort dan PWS-KIA	82%	95%	0,207

Pertanyaan	Kab. Bener Meriah	Kab. Pangkep	nilai p
11. Ada perbedaan data laporan kohort ibu dan/atau PWS-KIA yang ada di Aplikasi dengan laporan manual	41%	74%	<b>0,035*</b>
12. Jika Anda bidan desa, apakah data PWS-KIA yang Anda entry ke dalam Aplikasi Bidan Sehat hanya mencakup wilayah kerja Anda saja?	93%	83%	0,481

\*Perbedaan bermakna bila nilai  $p < 0.05$

Tabel di atas menunjukkan aspek kegunaan (*perceived usefulness*) yang dirasakan oleh responden dengan Aplikasi Bidan Sehat pada 2 kabupaten. Hal yang berbeda adalah penggunaan aplikasi untuk memperbaiki data, melihat data pasien untuk dikunjungi, penggunaan lainnya, dan adanya perbedaan data (angka, jumlah) laporan kohort ibu dan/atau PWS-KIA yang ada di Aplikasi dengan laporan manual di tingkat Puskesmas. Kabupaten Pangkep lebih banyak menjawab ya pada seluruh aspek kegunaan dibandingkan Kabupaten Bener Meriah.

Untuk mengetahui pengaruh faktor eksternal (lokasi studi, cakupan pelatihan dan biaya yang dikeluarkan dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehat) terhadap aspek kegunaan yang dirasakan, maka dilakukan skoring penggunaan Aplikasi Bidan Sehat dari 12 indikator aspek kemudahan yang dirasakan responden. Setiap pertanyaan positif dijawab ya diberikan skor 1 dan tidak diberi skor 0, namun skor dibalik apabila pertanyaan negatif. Nilai minimalnya adalah 0 dan maksimalnya adalah 12, kemudian dikategorikan berdasarkan nilai rerata = 6 (karena data berdistribusi normal), maka faktor eksternal yang mempengaruhi penggunaan Aplikasi Bidan Sehat adalah lokasi studi ( $p < 0,05$ ). Faktor eksternal pernah mengikuti pelatihan dan biaya yang dikeluarkan dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehat tidak signifikan pengaruhnya terhadap aspek kegunaan yang dirasakan.

**Tabel 5 Hubungan Faktor Eksternal dengan Penggunaan Aplikasi Bidan Sehat**

Faktor Eksternal	Sering Digunakan (Skor $\geq 6$ )	nilai p
Kabupaten:		
Pangkep	15 (79%)	<b>0,028*</b>
Bener Meriah	10 (45%)	
Pengalaman mengikuti kegiatan TOT Aplikasi Bidan Sehat	14 (58%)	0,680
Mengikuti kegiatan peningkatan kompetensi ( <i>Online Class</i> ) yang difasilitasi oleh Sehat	5 (56%)	0,706
Mengeluarkan biaya untuk mengakses Aplikasi Bidan Sehat	11 (55%)	0,444

\*Perbedaan bermakna, nilai  $p < 0.05$

### 3. Aspek Kemudahan Penggunaan yang Dirasakan (*Perceived Ease of Use*)

Aspek kemudahan penggunaan (*perceived ease of use*) yang dirasakan oleh responden terhadap Aplikasi Bidan Sehati dinilai melalui beberapa pertanyaan sebagai berikut:

- Bantuan dari orang lain dalam penggunaan Aplikasi Bidan Sehati, terutama dalam membantu *entry* data PWS-KIA, sebagian besar responden (61%) menyatakan tidak.
- Frekuensi pemutakhiran data, dimana sebagian responden melakukannya setiap bulan (29%) dan melakukan input data setiap ada kunjungan (37%).
- Permasalahan dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati, sebagian besar menyatakan ada masalah (85%). Beberapa masalah yang disebutkan di antaranya seperti kendala teknis dan jaringan, sarana perangkat *smartphone* yang tidak mendukung dan keterbatasan akses internet, kekurangan tenaga, hingga perlu bimbingan dan pendampingan lebih lanjut terkait dengan penggunaan Aplikasi Bidan Sehati.
- Penyelesaian permasalahan, dimana sebagian besar menjawab terselesaikan sebagian (66%) dan masih banyak yang belum teratasi (29%).

Uji perbedaan jawaban dari pertanyaan-pertanyaan terkait aspek kemudahan yang dirasakan dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati, tidak menemukan adanya perbedaan yang signifikan secara statistik antara dua kabupaten dimana studi dilakukan. Walaupun secara persentase beberapa pertanyaan memiliki perbedaan jawaban yang cukup besar. Hal ini, kemungkinan disebabkan oleh jumlah responden yang sedikit.

**Tabel 6 Perbedaan Aspek Kemudahan yang Dirasakan pada 2 Kabupaten**

Pertanyaan	Kab. Bener Meriah	Kab. Pangkep	nilai p
1. Ada orang lain membantu <i>entry</i> data PWS KIA ke dalam Aplikasi bidan sehati	31%	47%	0,379
2. Seberapa sering Anda melakukan pemutakhiran data Aplikasi Bidan Sehati?			
a. Tidak pernah	23%	11%	0,431
b. Di atas 1 bulan	5%	11%	
c. Setiap bulan	36%	21%	
d. Setiap minggu	5%	16%	
e. Setiap ada kunjungan	32%	42%	
3. Permasalahan dalam menggunakan Aplikasi?	82%	89%	0,489
4. Permasalahan tersebut sudah teratasi?			
a. Tidak	39%	18%	0,374
b. Ya, Sebagian	56%	76%	
c. Ya, seluruhnya	6%	6%	

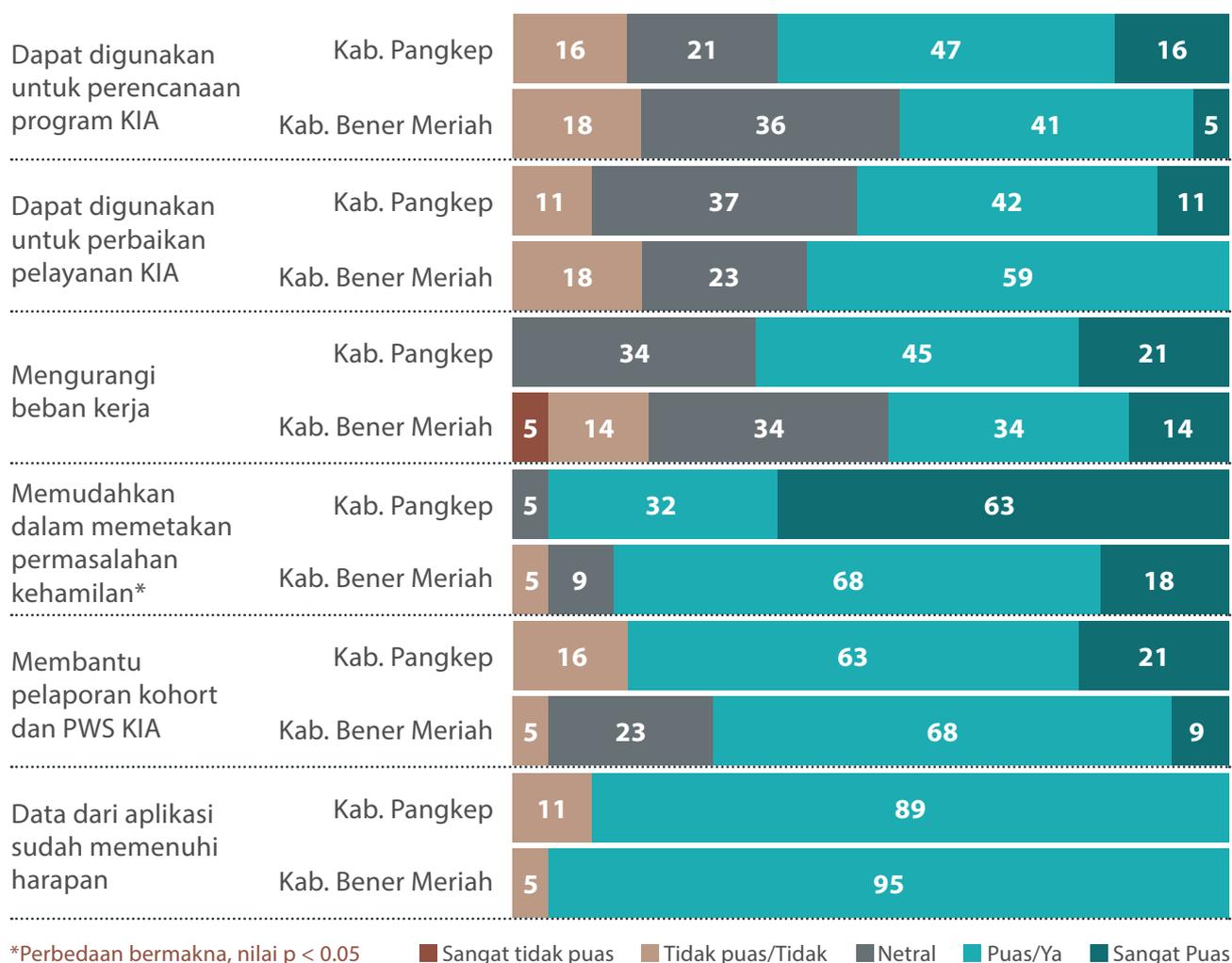
Untuk mengetahui pengaruh faktor eksternal (lokasi studi, cakupan pelatihan dan biaya yang dikeluarkan dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati) terhadap aspek kemudahan penggunaan yang dirasakan (*perceived ease of use*) oleh responden terhadap Aplikasi Bidan Sehati, maka dilakukan skoring kemudahan penggunaan dari 4 indikator diatas, Setiap dijawab positif ya diberikan skor 1 dan tidak diberi skor 0, sedangkan pernyataan negatif skoring ditukar. Permasalahan diatas diberikan skor 2 bila teratasi seluruhnya dan skor 1 bila hanya Sebagian. Nilai minimal skor kegunaan adalah 0 dan maksimalnya adalah 5, kemudian dikategorikan berdasarkan nilai rerata = 3 (karena data berdistribusi normal), maka dapat diketahui bahwa tidak ada faktor eksternal yang mempengaruhi kemudahan penggunaan Aplikasi Bidan Sehati sebagaimana tabel di bawah.

**Tabel 7 Hubungan Faktor Eksternal dengan Kemudahan Aplikasi Bidan Sehati**

Faktor Eksternal	Mudah (Skor $\geq 3$ )	nilai p
Kabupaten:		
Pangkep	8 (42%)	0,427
Bener Meriah	12 (55%)	
Pengalaman Mengikuti kegiatan TOT Aplikasi Bidan Sehati	9 (37%)	0,086
Mengikuti kegiatan peningkatan kompetensi ( <i>Online Class</i> ) yang difasilitasi oleh Sehati	4 (44%)	0,768
Terdapat biaya yang dikeluarkan untuk mengakses Aplikasi Bidan Sehati	9 (45%)	0,434

#### 4. Aspek Sikap (*Attitude*) terhadap Kegunaan Aplikasi

Sebagian besar responden (95%) menilai bahwa jenis data yang tersedia di Aplikasi Bidan Sehati sudah memenuhi harapan responden. Di sisi lain, responden juga ditanyakan terkait dengan kepuasan yang dirasakan dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati. Jika dilihat dari kepuasan terhadap manfaat Aplikasi Bidan Sehati dalam membantu dan mempercepat pelaporan kohort dan PWS-KIA, sebagian besar responden menjawab puas (63%). Sebagian responden juga merasa puas (51%) dan sangat puas (39%) terkait dengan penggunaan aplikasi untuk mengenali atau memetakan masalah kehamilan dan persalinan di wilayah kerjanya. Terkait dengan Aplikasi Bidan Sehati membantu mengurangi beban kerja bidan, sebagian besar menjawab puas (39%) dan netral (34%). Pola yang sama juga diberikan oleh responden terkait dengan manfaat bahwa data PWS-KIA yang ada di Aplikasi Bidan Sehati sudah dapat digunakan untuk perbaikan pelayanan KIA, yaitu sebagian besar menjawab netral (29%) dan puas (51%). Di sisi lain, sebagian responden juga merasa puas (44%) terkait dengan pernyataan bahwa data PWS-KIA yang ada di Aplikasi Bidan Sehati sudah dapat digunakan untuk perencanaan program KIA.



**Gambar 6 Persentase Perbedaan Aspek Sikap Terhadap Aplikasi Bidan Sehati pada 2 Kabupaten**

Gambar di atas menunjukkan hanya respon terhadap penggunaan aplikasi untuk mempermudah mengenali/memetakan permasalahan kehamilan dan persalinan di wilayah kerja (termasuk deteksi risiko kehamilan) yang memiliki perbedaan signifikan secara statistik ( $p < 0,05$ ) diantara dua kabupaten ini. Sementara respon terhadap lima pertanyaan lainnya yang terkait dengan aspek sikap terhadap kegunaan Aplikasi Bidan Sehati tidak signifikan perbedaannya walaupun persentase responden yang merasa puas dan sangat puas di Kabupaten Pangkep cenderung lebih besar dibanding responden di Kabupaten Bener Meriah pada hampir semua pertanyaan aspek sikap terhadap kegunaan aplikasi ini.

Untuk mengetahui pengaruh faktor eksternal (lokasi studi, cakupan pelatihan dan biaya yang dikeluarkan dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati) terhadap aspek sikap terhadap kegunaan aplikasi maka dilakukan skoring dari 6 indikator sikap tersebut, skor 1 diberikan bila menjawab ya data sudah sesuai dan skor 0 bila menjawab tidak, sedangkan kepuasan dinilai dengan skala likert 1 (sangat tidak puas)- 5 (sangat puas). Nilai minimal adalah 5 dan maksimal 26 kemudian dikategorikan berdasarkan nilai rerata = 20 (karena data berdistribusi normal), maka tidak ada faktor eksternal yang mempengaruhi sikap terhadap penggunaan Aplikasi Bidan Sehati ( $p > 0,05$ ).

### 5. Aspek Keinginan untuk Terus Menggunakan (*Behavioural Intention*)

Keinginan untuk terus menggunakan Aplikasi Bidan Sehat di nilai melalui satu pertanyaan dengan skala 1 yang berarti tidak ingin melanjutkan penggunaan hingga skala 5 yang berarti ingin untuk terus menggunakan Aplikasi Bidan Sehat. Sebagian besar responden memberikan skor 4 dan 5, yaitu masing-masing sebanyak 24% dan 58%. Artinya, mayoritas responden menyatakan ingin terus menggunakan Aplikasi Bidan Sehat. Jika dilihat lebih mendalam, responden yang memberikan skor 3 ke atas berpendapat bahwa Aplikasi Bidan Sehat ini memiliki banyak manfaat, seperti memudahkan bidan dalam pemantauan kesehatan ibu hamil, data akurat, data bisa dilihat kapan saja dan di mana saja, terhubung langsung dengan pasien, arsip secara digital yang praktis serta aman, fitur dan tampilan aplikasi yang lengkap sesuai kebutuhan bidan, serta memudahkan dalam membuat laporan. Secara keseluruhan, Aplikasi Bidan Sehat ini dapat membantu kinerja bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada ibu hamil.

Di sisi lain, ada responden yang memberikan skor 1 dan 2 terkait dengan keberlanjutan penggunaan Aplikasi Bidan Sehat. Terdapat beberapa alasan yang menyebabkan responden memberikan skor 1 dan 2. Beberapa alasan tersebut di antaranya seperti adanya anggapan bahwa Aplikasi Bidan Sehat ini menambah beban pekerjaan bagi bidan desa, aplikasi beberapa kali mengalami *error*, serta masih menggunakan formulir pencatatan manual di saat yang bersamaan harus menggunakan Aplikasi Bidan Sehat untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan. Meskipun hanya sebagian kecil responden yang memberikan skor 1 dan 2 terkait keberlanjutan penggunaan Aplikasi Bidan Sehat, upaya perbaikan masih diperlukan, terutama terkait dengan kebijakan untuk tidak lagi menggunakan formulir manual di saat sudah menggunakan Aplikasi Bidan Sehat. Hal ini bertujuan agar tidak menambah beban pekerjaan dari bidan desa, sehingga bidan bisa lebih fokus dalam memberikan pelayanan kepada ibu hamil.

Bila dilihat gambar di bawah terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik ( $p = 0,006$ ) keinginan untuk terus menggunakan Aplikasi Bidan Sehat antara dua kabupaten dimana studi dilakukan. Dari skala 1 yang berarti tidak ingin melanjutkan penggunaan hingga skala 5 yang berarti ingin untuk terus menggunakan Aplikasi Bidan Sehat, semua responden di Kabupaten Pangkep memberikan skor 4-5 sedangkan Kabupaten Bener Meriah ada yang memberikan respons 1-3. Tabulasi silang terlihat bahwa faktor eksternal yang mempengaruhi keberlanjutan penggunaan *Dashboard* Sehat adalah kabupaten asal ( $p < 0,05$ ).



**Gambar 7 Persentase Perbedaan Aspek Keinginan untuk Terus Menggunakan Aplikasi Bidan Sehat pada 2 Kabupaten**

Alasan Keinginan untuk terus menggunakan di 2 Kabupaten disajikan dalam gambar *word cloud* dan kuotasi berikut. Alasan Terus menggunakan Aplikasi Bidan Sehat di Kabupaten Bener Meriah. Selengkapnya dapat dilihat pada gambar 8.



**Gambar 8 Alasan Keinginan untuk Terus Menggunakan Aplikasi Bidan Sehat pada Kabupaten Bener Meriah**

Sebanyak 9% responden di Kabupaten Bener Meriah menyatakan tidak berlanjut menggunakan Aplikasi Bidan Sehat. Alasan tidak digunakan lagi adalah karena beban kerja SDM dan kendala jaringan. Berikut kuotasi pendukung alasan untuk terus menggunakan Aplikasi Bidan kembali.

*"Karena banyaknya permasalahan, saya fikir Aplikasi ini sulit dilanjutkan. Selain itu juga banyaknya Tugas pokok dari Bidan desa jadi Aplikasi ini dianggap menambah beban kerja." (BM-2)*

*"Terkendala jaringan responden kurang berharap aplikasi ini dilanjutkan karena tetap tidak ada diakses." (BM-3)*

Alasan untuk terus menggunakan lagi adalah manfaat dari aplikasi yaitu membantu kinerja dan pelaporan. Beberapa pernyataan terkait alasan untuk terus menggunakan Aplikasi Bidan kembali.

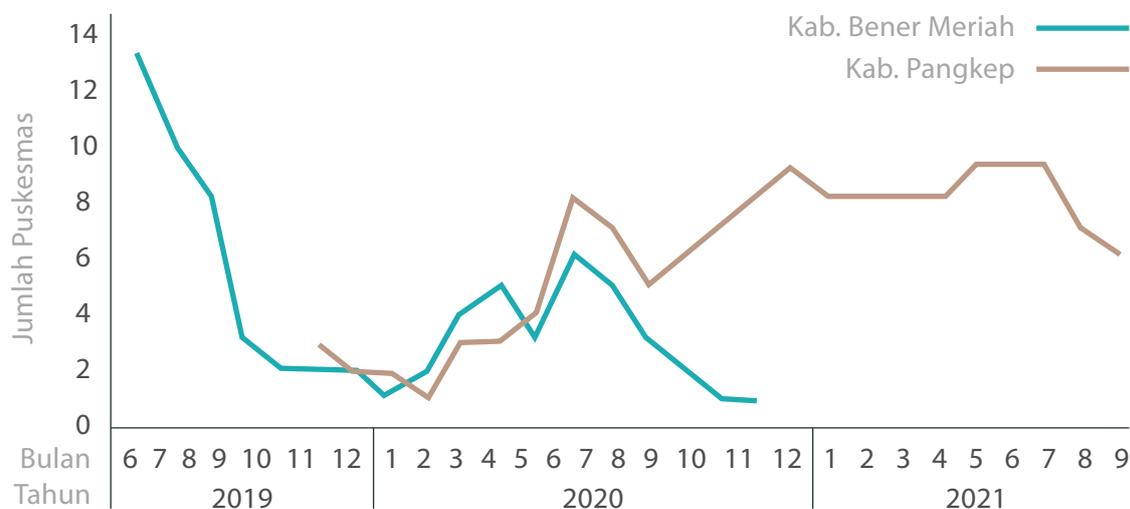
*"Membantu kinerja bidan dan Memudahkan dalam membuat laporan." (BM-1)*

*"Aplikasi sudah sangat bagus dan lengkap, jadi memudahkan Bidan dalam pelaporan." (BM-5)*

Sedangkan di Kabupaten Pangkep 100% menyatakan untuk menggunakan kembali Aplikasi Bidan karena merasakan manfaat dari penggunaan aplikasi yang sangat membantu dalam pemantauan hingga pelaporan.



dengan tahun 2020 lalu. Hal ini juga dikonfirmasi dengan jumlah puskesmas yang tercatat masih menggunakan Aplikasi Bidan Sehat dari data yang dimasukkan kedalam aplikasi tersebut sebagaimana gambar di bawah ini.



**Gambar 10 Jumlah Puskesmas Yang Menggunakan Aplikasi Bidan Sehat**

Alasan yang paling banyak disampaikan oleh responden yang tidak lagi menggunakan Aplikasi Bidan Sehat adalah terkait dengan tidak adanya tuntutan dari atasan atau instansi terkait keharusan menggunakan Aplikasi Bidan Sehat. Hal ini juga berkaitan dengan masih digunakannya formulir manual sebagai kewajiban pencatatan dan pelaporan oleh bidan, sehingga sebagian besar bidan lebih mengutamakan untuk mengisi formulir manual terlebih dahulu dari pada Aplikasi Bidan Sehat. Alasan lainnya adalah dikarenakan puskesmas tempat responden tersebut bekerja sudah tidak lagi menggunakan Aplikasi Bidan Sehat. Jika dilihat dari sisi Aplikasi Bidan Sehat, alasan responden tidak lagi menggunakannya adalah karena terkendala jaringan dan aplikasi beberapa kali mengalami *error*. Beberapa responden juga menyampaikan bahwa aplikasi tidak bisa lagi dibuka dan harus registrasi ulang, sehingga dirasa menyusahkan responden.

**Tabel 8 Perbedaan Penggunaan Aplikasi Bidan Sehat pada 2 Kabupaten**

Pertanyaan	Kab. Bener Meriah	Kab. Pangkep	nilai p
Saat ini Anda masih menggunakan Aplikasi Bidan Sehat	5%	95%	<0,001*
Frekuensi menggunakan Aplikasi Bidan Sehat saat ini dibanding tahun sebelumnya (2020)			
a. Tidak digunakan lagi	86%	5%	<0,001*
b. Sama	0%	5%	
c. Lebih jarang	9%	21%	
d. Lebih sering	5%	68%	

\*Perbedaan bermakna, nilai  $p < 0.05$

Tabel di atas menunjukkan perbedaan penggunaan yang sebenarnya dari Aplikasi Bidan Sehati di Kabupaten Bener Meriah dan Pangkep. Responden di Kabupaten Bener Meriah yang masih menggunakan Aplikasi Bidan Sehati hanya 5% dan berbeda secara signifikan dengan responden di Kabupaten Pangkep yang 95% masih menggunakan aplikasi tersebut. Responden di Kabupaten Pangkep juga 68% lebih sering digunakan dibandingkan tahun 2020.

Untuk mengetahui pengaruh faktor eksternal lainnya (cakupan pelatihan dan biaya yang dikeluarkan dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati), maka dilakukan skoring jawaban dari 2 indikator di atas, Setiap jawaban "Ya" diberikan skor 1 dan "Tidak" diberi skor 0, sedangkan frekuensi penggunaan diberikan skor 1-4 (lebih sering). Nilai minimal skor kegunaan adalah 1 dan maksimalnya adalah 5, kemudian dikategorikan berdasarkan nilai rerata = 3 (karena data berdistribusi normal), maka tidak ada faktor eksternal lainnya yang mempengaruhi penggunaan Aplikasi Bidan Sehati yang sebenarnya (saat ini) selain lokasi (kabupaten) studi.

## B. Penerimaan *Dashboard* Sehati

Responden yang diwawancarai tentang penerimaan terhadap *Dashboard* Sehati yang berasal dari Kabupaten Bener Meriah serta Kabupaten Pangkep secara keseluruhan berjumlah 34 orang, yaitu terdiri dari bidan dan staf dinas kesehatan. Berikut adalah sebaran jawaban responden berdasarkan masing-masing elemen yang dinilai dalam *Framework Technology Acceptance Model* (TAM) pada Kuesioner 2.

### 1. Faktor Eksternal

Faktor eksternal penerimaan *Dashboard* Sehati dilihat berdasarkan pengalaman mengikuti TOT penggunaan *Dashboard* Sehati (97%), pengalaman mengikuti kegiatan peningkatan kompetensi bidan (35%). Dan pernah mengikuti kegiatan lainnya seperti lanjutan dari TOT dan refreshment terkait dengan penggunaan Aplikasi dan *Dashboard* Bidan Sehati (15%). Selain itu adanya biaya yang dikeluarkan oleh responden dalam mengakses *Dashboard* Sehati juga merupakan salah satu faktor eksternal yang ditanyakan, dimana 24% responden menyatakan ada biaya yang dikeluarkan. Biaya tersebut dikeluarkan untuk keperluan membeli kuota internet. Pada kelompok responden yang menyatakan mengeluarkan biaya, semuanya menyatakan tidak keberatan atas biaya tersebut. Tidak ada perbedaan faktor eksternal penerimaan *Dashboard* Sehati yang signifikan secara statistik antara kedua kabupaten lokasi studi ini.

**Tabel 9 Perbedaan Faktor Eksternal Penerimaan *Dashboard* Sehati pada 2 Kabupaten**

Pertanyaan	Kab. Bener Meriah	Kab. Pangkep	nilai p
Mengikuti TOT <i>Dashboard</i>	100%	95%	0,425
Mengikuti kegiatan peningkatan kompetensi bidan ( <i>Online Class</i> ) yang difasilitasi oleh Sehati	38%	33%	0,761
Mengikuti kegiatan lainnya	15%	14%	0,930
Terdapat biaya yang dikeluarkan oleh responden untuk dapat mengakses <i>Dashboard</i> Sehati	23%	24%	0,961

## 2. Aspek Kegunaan yang Dirasakan (*Perceived Usefulness*)

Sebanyak 21 orang (62%) responden menggunakan data dari *Dashboard* Sehati sebagai bahan diskusi dengan tim sesama bidan di wilayah kerja (seperti rapat rutin dan kunjungan *monitoring*). Jika dilihat apakah responden menggunakan data dari *Dashboard* Sehati untuk input perencanaan dan penganggaran di wilayah kerjanya, lebih dari setengah responden (56%) menjawab tidak. Sebagian besar (68%) responden juga menyatakan menggunakan data dari *Dashboard* Sehati untuk memantau kinerja bidan. Sedangkan responden yang menggunakan data dari *Dashboard* Sehati untuk kegiatan lainnya seperti bahan untuk proses akreditasi dan pembuatan laporan bulanan ada sebanyak 23 orang (68%).

Selain itu, lebih dari setengah (56%) dan hampir tiga perempat (71%) serta 80% responden tidak menggunakan data dari *dashboard* di tingkat desa dan di tingkat kecamatan serta di tingkat kabupaten atau lintas sektor. Hal ini bertolak belakang dengan penggunaan data dari *Dashboard* Sehati di tingkat Puskesmas (82%), di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten (68%). Terkait dengan apakah data dan informasi yang disajikan dalam *Dashboard* Sehati atau laporan dari Aplikasi Bidan Sehati dapat digunakan untuk menggantikan laporan manual PWS KIA di wilayah kerja responden, lebih dari setengah responden menjawab bisa, yaitu sebanyak 20 orang (59%).

Tabel di bawah menunjukkan penilaian responden terhadap aspek kegunaan yang dirasakan terhadap *Dashboard* Sehati antara Kabupaten Bener Meriah dan Pangkep. Terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik dimana penilaian kegunaan dari menggunakan data *Dashboard* Sehati untuk bahan diskusi dengan tim di wilayah kerja (rapat rutin, kunjungan *monitoring*), untuk input perencanaan dan penganggaran di wilayah kerja, untuk memetakan deteksi risiko kehamilan dan persalinan di wilayah kerja, serta penggunaan *Dashboard* Sehati di tingkat Puskesmas, di tingkat Kecamatan, dan di tingkat Kabupaten/lintas sektor di Kabupaten Pangkep jauh lebih baik.

**Tabel 10 Perbedaan Aspek Kegunaan *Dashboard* Sehati pada 2 Kabupaten**

Pertanyaan Penggunaan <i>Dashboard</i>	Kab. Bener Meriah	Kab. Pangkep	nilai p
Untuk bahan diskusi dengan tim di wilayah kerja (rapat rutin, kunjungan <i>monitoring</i> )	38%	76%	<b>0,028*</b>
Untuk input perencanaan dan penganggaran di wilayah kerja	15%	52%	<b>0,027*</b>
Untuk memantau kinerja bidan	62%	71%	0,549
Untuk memetakan deteksi risiko kehamilan dan persalinan	46%	81%	<b>0,042*</b>
Untuk kegiatan lainnya	15%	33%	0,073
Untuk menggantikan laporan manual PWS KIA	46%	67%	0,238
Di tingkat Desa	38%	48%	0,601
Di tingkat Puskesmas	62%	95%	<b>0,012*</b>

Pertanyaan Penggunaan <i>Dashboard</i>	Kab. Bener Meriah	Kab. Pangkep	nilai p
Di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten	54%	76%	0,176
Di tingkat Kecamatan	8%	43%	<b>0,029*</b>
Di tingkat Kabupaten/lintas sektor	0%	33%	<b>0,019*</b>

\*Perbedaan bermakna, nilai  $p < 0.05$

Bila dilakukan skoring penggunaan *Dashboard* Sehati dari 11 indikator diatas, dimana setiap jawaban ya diberikan skor 1 dan tidak diberi skor 0, nilai minimalnya adalah 0 dan maksimalnya adalah 11, kemudian dikategorikan berdasarkan nilai rerata = 6 (karena data berdistribusi normal), maka faktor eksternal yang mempengaruhi penggunaan *Dashboard* Sehati adalah lokasi studi.

### 3. Aspek Kemudahan Penggunaan yang Dirasakan (*Perceived Ease of Use*)

Aspek kemudahan penggunaan yang dirasakan (*perceived ease of use*) dari *Dashboard* Sehati dilihat melalui pengalaman permasalahan dalam menggunakannya, dimana sebagian besar (74%) responden pernah mengalaminya. Beberapa permasalahan yang diungkapkan oleh responden seperti kendala teknis dan non-teknis. Kendala teknis yang dialami oleh responden dalam menggunakan *Dashboard* Sehati terdiri dari jaringan dan akses internet yang tidak mendukung, kapasitas perangkat handphone yang tidak mendukung, aplikasi sulit di-*install*, prosedur pergantian *password* yang harus melapor ke pihak Sehati, aplikasi yang *error* dan tidak bisa dibuka, tidak bisa diakses secara *offline*, keterbatasan komputer, dan data di *Dashboard* Sehati tidak selengkap formulir untuk pelaporan rutin.

Sedangkan untuk kendala non-teknis yang dihadapi oleh responden terdiri dari sumber daya manusia yang belum menguasai teknologi, kurangnya dukungan dari kepala Puskesmas, kurangnya penganggaran biaya untuk kuota internet, kebijakan yang belum mewajibkan penggunaan *Dashboard* Sehati, keluhan beban kerja karena banyak responden adalah tenaga harian lepas, serta masih sering lupa cara menggunakan dan memanfaatkan fitur *Dashboard* Sehati. Pada kelompok responden yang menyatakan pernah mengalami kendala dalam menggunakan *Dashboard* Sehati, hampir setengah responden menyatakan bahwa masalah tersebut tidak terselesaikan (44%), terselesaikan sebagian (40%), dan seluruhnya (16%). Jika dilihat dari orang atau posisi yang menjadi pengelola *Dashboard* Sehati, sebagian besar dikelola oleh bidan koordinator dan bidan desa. Hanya sebagian kecil pengelolaan *Dashboard* Sehati dilakukan oleh orang selain bidan dan lintas sektor, seperti pemegang program KIA, kepala bagian tata usaha, hingga kepala Puskesmas. Terkait dengan orang yang mengelola *Dashboard* Sehati tersebut, hampir semua responden menilai bahwa orang atau posisi tersebut sudah sesuai (91%).

**Tabel 11 Perbedaan Aspek Kemudahan Penggunaan *Dashboard* Sehati pada 2 Kabupaten**

Pertanyaan Penggunaan <i>Dashboard</i>	Kab. Bener Meriah	Kab. Pangkep	nilai p
Mengalami permasalahan dalam menggunakan <i>Dashboard</i> Sehati?	54%	86%	0,041*
Permasalahan tersebut sudah teratasi sebagian/seluruhnya	0%	78%	0,002*
Pemegang <i>Dashboard</i> Sehati yang ditunjuk sudah sesuai	77%	100%	0,021*

\*Perbedaan bermakna, nilai  $p < 0.05$

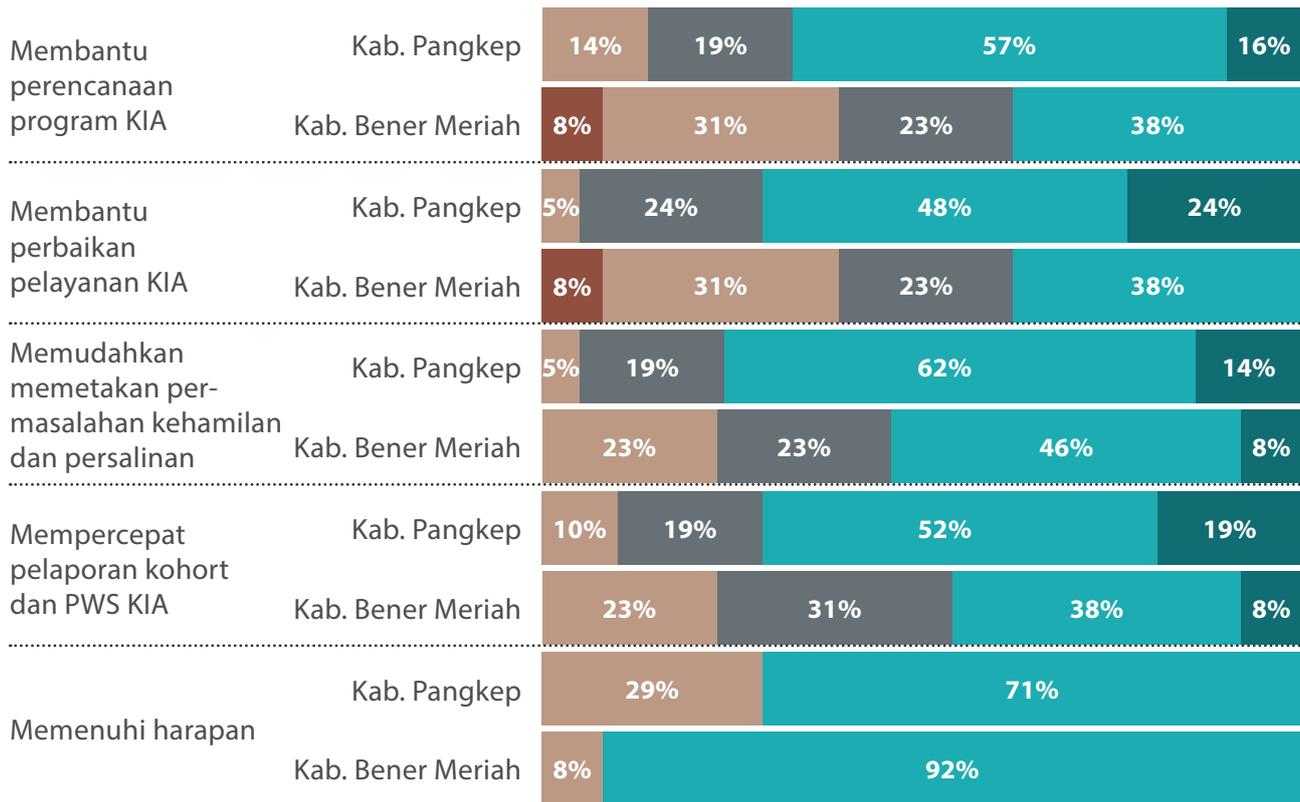
Tabel di atas menunjukkan ada perbedaan yang signifikan secara statistik tentang permasalahan yang dirasakan dalam menggunakan *Dashboard* Sehati yang mana lebih banyak dirasakan di Kabupaten Pangkep, namun hal tersebut sudah diatasi baik sebagian atau seluruhnya sedangkan di Kabupaten Bener Meriah belum teratasi.

Bila dilakukan skoring kemudahan penggunaan *Dashboard* Sehati dari 3 indikator tersebut, Setiap dijawab positif diberikan skor 1 dan tidak diberi skor 0, sedangkan apabila pernyataan negatif skoring ditukar. Permasalahan yang sudah diatasi diberikan skor 2 bila teratasi seluruhnya dan skor 1 bila hanya sebagian. Nilai minimal skor kegunaan adalah 0 dan maksimalnya adalah 4, kemudian dikategorikan berdasarkan nilai rerata = 3 (karena data berdistribusi normal), maka tidak ada faktor eksternal yang mempengaruhi kemudahan penggunaan *Dashboard* Sehati selain lokasi studi.

#### 4. Aspek Sikap terhadap Penggunaan (*Attitude*)

Setidaknya tiga dari empat responden (79%) menyatakan bahwa *Dashboard* Sehati sudah memenuhi harapan. Kelompok responden yang menyatakan bahwa data *Dashboard* Sehati tidak sesuai dengan harapannya dikarenakan beberapa alasan, seperti masih banyak data yang ada di kohort yang belum tersedia, data pasien belum tersedia per desa, dan data pasien dari luar wilayah belum dapat terakomodir.

Responden yang merasa puas dan sangat puas terhadap fungsi *Dashboard* Sehati dalam membantu mempercepat pelaporan kohort dan PWS-KIA ada 62%. Sebagian besar (68%) responden juga merasa puas dan sangat puas dengan fungsi *Dashboard* Sehati dalam memudahkan mengenali atau memetakan permasalahan kehamilan dan persalinan di wilayah kerja (termasuk deteksi risiko kehamilan). Jika dilihat dari penggunaan *Dashboard* Sehati untuk membantu perbaikan pelayanan KIA, sebagian besar (59%) responden menyatakan puas dan sangat puas. Sedangkan responden yang puas dan sangat puas dengan fungsi *Dashboard* Sehati dalam membantu perencanaan program KIA ada 50%.



**Gambar 11 Persentase Perbedaan Aspek Sikap Terhadap *Dashboard* Sehati pada 2 Kabupaten**

Gambar di atas menunjukkan tidak adanya perbedaan yang signifikan secara statistik pada aspek sikap penggunaan terhadap *Dashboard* Sehati antara kedua kabupaten walaupun proporsi responden di Kabupaten Pangkep lebih banyak yang memberi tanggapan positif di hampir semua pertanyaan. Uji pengaruh faktor eksternal kepada aspek sikap terhadap penggunaan *Dashboard* Sehati dilakukan dengan skoring dari 5 indikator di atas, kemudian dikategorikan berdasarkan nilai rerata = 15 (karena data berdistribusi normal), maka diketahui tidak ada faktor eksternal yang mempengaruhi sikap terhadap penggunaan *Dashboard* Sehati.

## 5. Aspek Keinginan untuk Terus Menggunakan (*Behavioural Intention*)

Aspek keinginan untuk terus menggunakan *Dashboard* Sehati ditanyakan dalam satu pertanyaan dengan pilihan skor 1 (tidak berlanjut) hingga 5 (berlanjut). Sebagian besar responden (71%) menyatakan bahwa *Dashboard* Sehati sebaiknya terus digunakan (skor 5). Tidak ada responden yang memberikan skor 1 atau 2. Alasan responden memberikan skor 3 ke atas adalah karena *Dashboard* Sehati sudah terbukti memberikan manfaat kepada responden, seperti dalam memudahkan pemantauan kondisi kesehatan ibu hamil, memudahkan membuat laporan, hingga manfaat dalam kemudahan akses data oleh bidan. Meskipun demikian, beberapa responden juga berharap agar kendala teknis dan non-teknis yang ada selama ini dapat diselesaikan dengan baik, sehingga *Dashboard* Sehati dapat digunakan secara berkelanjutan untuk mendukung program PWS KIA.



**Gambar 12 Persentase Perbedaan Aspek Keinginan untuk Terus Menggunakan Dashboard Sehat pada 2 Kabupaten**

Gambar di atas menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik ( $p < 0,001$ ) pada aspek keinginan untuk terus menggunakan *Dashboard Sehat* diantara kedua kabupaten. Seluruh responden di Kabupaten Pangkep memberikan skor 5 untuk keberlanjutan sedangkan pada Kabupaten Bener Meriah masih bervariasi dari 3 hingga 5. Hasil tabulasi silang untuk melihat pengaruh faktor eksternal terhadap keinginan untuk terus melanjutkan menemukan tidak ada faktor eksternal lain (cakupan pelatihan dan biaya yang dikeluarkan dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehat) yang mempengaruhi keberlanjutan penggunaan *Dashboard Sehat* selain lokasi studi.

Alasan pemberian skor aspek Keinginan untuk terus menggunakan di 2 Kabupaten disajikan dalam gambar *word cloud* dan kuotasi berikut. Alasan aspek keinginan untuk terus menggunakan *Dashboard Sehat* di Kabupaten Bener Meriah. Selengkapnya dapat dilihat pada gambar 13.



**Gambar 13 Alasan Keinginan untuk Terus Menggunakan Dashboard Sehat pada Kabupaten Bener Meriah**

Perbedaan respon responden di Kabupaten Bener Meriah menyatakan keinginan untuk terus menggunakan *Dashboard Sehat* karena beberapa alasan yaitu kemudahan penggunaan dan perlu adanya pertimbangan penempatan SDM yang mengelolanya. Berikut kuotasi pendukung alasan terus melanjutkan penggunaan *Dashboard Sehat*.



Alasan terus digunakan lagi *Dashboard* Sehati adalah karena manfaat *Dashboard* Sehati. Berikut kuotasi pendukung alasan terus melanjutkan penggunaan *Dashboard* Sehati.

*“Berlanjut. Karena data di dashboard ini kita butuhkan untuk melihat faktor resiko Ibu hamil sehingga kita bisa melakukan pencegahan lebih dini.”* (PK-1)

*“Karena aplikasi dashboard ini bagus bisa membantu memantau Ibu Hamil yang beresiko. Kerjasama antara Dinkes, kompak dan sehati terjalin dengan baik.”* (PK-2)

*“Berlanjut karena manfaatnya sangat besar untuk bidan untuk mengakses data, mengetahui faktor resiko. Kita bidan juga bisa cepat mengatasi tidak perlu mendata ulang.”* (PK-3)

## 6. Penggunaan yang Sebenarnya (*Actual Usage*)

Lebih dari setengah (53%) responden saat ini masih menggunakan *Dashboard* Sehati sehingga hampir setengah responden sudah tidak lagi menggunakan *Dashboard* Sehati. Alasan mereka tidak lagi menggunakan *Dashboard* Sehati disebabkan oleh beberapa hal, seperti operator diganti oleh petugas lain, pindah ke daerah lain, serta tidak ada kebijakan yang mewajibkan untuk tetap menggunakan *Dashboard* Sehati dalam kegiatan pencatatan dan pelaporan data PWS-KIA. Jika dilihat dari perbandingan penggunaan *Dashboard* Sehati antara saat ini dengan tahun 2020, responden menyatakan lebih sering menggunakan ada 14 orang (41%).

**Tabel 12 Perbedaan Penggunaan *Dashboard* Sehati pada 2 Kabupaten**

Pertanyaan	Kab. Bener Meriah	Kab. Pangkep	nilai p
Masih menggunakan <i>Dashboard</i> Sehati	8%	81%	<0,001*
Frekuensi penggunaan dibandingkan tahun 2020			
a. Tidak digunakan lagi	77%	14%	<0,001*
b. Lebih jarang	23%	14%	
c. Sama		5%	
d. Lebih sering		67%	

\*Perbedaan bermakna, nilai  $p < 0.05$

Perbedaan penggunaan yang sebenarnya antara Kabupaten Bener Meriah dan Kabupaten Pangkep cukup signifikan secara statistik ( $p < 0,05$ ). Sebanyak 81% responden di Kabupaten Pangkep masih menggunakan *Dashboard* Sehati sedangkan di Kabupaten Bener Meriah hanya 8%. Bila dibandingkan dengan tahun 2020, maka sebanyak 67% responden di Kabupaten Pangkep juga lebih sering menggunakan *Dashboard* Sehati di tahun 2021, sedangkan di Kabupaten Bener Meriah penggunaan *Dashboard* Sehati tahun 2021 sudah tidak digunakan atau lebih jarang digunakan.

Uji pengaruh faktor eksternal terhadap aspek penggunaan yang sebenarnya dari *Dashoard* Sehati dilakukan dengan skoring 2 pertanyaan terkait aspek tersebut, Setiap dijawab positif/ya diberikan skor 1 dan tidak diberi skor 0, sedangkan frekuensi penggunaan diberikan skor

1-4 (lebih sering). Nilai minimal skor kegunaan adalah 1 dan maksimalnya adalah 5, kemudian dikategorikan berdasarkan nilai rerata = 3 (karena data berdistribusi normal), maka tidak ada faktor eksternal yang mempengaruhi penggunaan *Dashboard* Sehati yang sebenarnya (saat ini) selain lokasi studi.

### C. Penerimaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati dari Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan

Responden yang terlibat dalam penilaian terhadap penerimaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati (kuesioner 3) yang berasal dari Kabupaten Bener Meriah serta Kabupaten Pangkep secara keseluruhan berjumlah 21 orang, yang terdiri dari kepala puskesmas serta Kasie/Kabid Kesga di Dinas Kesehatan masing-masing kabupaten. Secara rinci, jumlah kepala Puskesmas secara keseluruhan berjumlah 19 orang, yaitu sebanyak 10 Kepala Puskesmas dari Kabupaten Bener Meriah dan sebanyak 9 orang dari Kabupaten Pangkep. Selain itu, terdapat 1 orang Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bener Meriah dan sebanyak 1 orang Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep.

#### 1. Faktor Eksternal

Pertanyaan yang digunakan dalam kuesioner 3 adalah pertanyaan terbuka yang berkaitan dengan tugas dan tanggung jawab responden dengan program PWS-KIA dan penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati. Ada beberapa jenis tugas dan tanggung jawab yang dilakukan oleh responden, seperti berkoordinasi dengan bidan dan pemegang program, pendampingan petugas dalam menjalankan program, serta melakukan kegiatan *monitoring* dan evaluasi terkait dengan kegiatan program PWS-KIA. Hal ini sejalan dengan kedudukan responden sebagai kepala Puskesmas maupun sebagai Kasie Kesga dan Kabid Kesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten.

Dari sisi anggaran di tahun 2019/2020 yang dikeluarkan oleh Puskesmas atau Dinas Kesehatan dalam menjalankan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, terdapat jawaban yang bervariasi dari kedua daerah. Secara umum, Puskesmas maupun Dinas Kesehatan tidak menyediakan anggaran khusus untuk menjalankan Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati. Jika dilihat berdasarkan hasil wawancara dengan kepala Puskesmas di Kabupaten Bener Meriah, sebanyak 8 orang kepala Puskesmas menyatakan tidak ada anggaran, sebanyak 1 orang menyatakan pernah diusulkan untuk pengadaan *smartphone* namun tidak disetujui, serta 1 orang menyatakan tidak tahu. Kepala seksi kesehatan keluarga dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bener Meriah juga menyatakan tidak ada anggaran yang dikeluarkan untuk mendukung implementasi Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati.

Berbeda halnya dengan Kabupaten Bener Meriah, terdapat 2 orang kepala Puskesmas di Kabupaten Pangkep yang menyatakan ada anggaran untuk mendukung implementasi Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, terutama anggaran untuk pengadaan *Smartphone* Android dan peningkatan akses internet. Salah satu Puskesmas yang menganggarkan secara khusus dalam mendukung implementasi Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati adalah Puskesmas Bungoro, yang meningkatkan anggaran untuk akses internet, dari yang awalnya sebesar Rp. 300.000 menjadi Rp. 1.000.000 per bulan. Meskipun demikian, terdapat 7 orang kepala Puskesmas yang menyatakan tidak ada anggaran yang disediakan untuk mendukung implementasi Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati. Hal ini juga sejalan dengan pendapat dari Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep.

Tidak adanya anggaran khusus yang disediakan oleh Puskesmas maupun Dinas Kesehatan dikarenakan anggaran terkait dengan sarana prasarana seperti komputer atau laptop dan akses internet sudah termasuk bagian dari pengadaan rutin di Puskesmas maupun Dinas Kesehatan, yang juga secara bersama-sama berbagi sumber daya dengan pemegang program lainnya selain program PWS-KIA. Terkait dengan penganggaran untuk pelatihan atau peningkatan kapasitas dari bidan dalam menggunakan Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati, hanya Puskesmas Ronga-Ronga di Kabupaten Bener Meriah saja yang pernah mengusulkan dari dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) maupun Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), namun tidak disetujui. Puskesmas maupun Dinas Kesehatan lainnya belum pernah menganggarkan secara khusus terkait dengan pelatihan atau peningkatan kapasitas bidan dalam penggunaan Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati.

Jika dilihat dari adanya kompetitor aplikasi sejenis, terdapat aplikasi yang digunakan internal puskesmas, khususnya di Puskesmas Bonto Perak di Kabupaten Pangkep, yaitu Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUSKESMAS). Aplikasi ini sudah diimplementasikan sejak 2018 secara berbayar melalui kerjasama dengan pihak swasta dari Yogyakarta dan masih digunakan sampai sekarang. Jika dilihat dari cara kerja aplikasi ini, setiap pelayanan sudah ter-*input* dan terintegrasi dengan BPJS jadi tidak perlu lagi menginput dua kali. Di puskesmas yang sama juga ditemukan Aplikasi Aisyiah tentang kepuasan pelanggan. Aplikasi digunakan sekali setahun sebagai bahan evaluasi dalam pelayanan dan penggunaannya gratis. Selain itu, ada aplikasi tahap uji coba dengan identitas tunggal, yaitu cukup penggunaan Kartu Tanda Penduduk (KTP) bisa mengolah data mulai dari pelayanan sampai evaluasi dan akses layanan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), layanan luar gedung. Inovasi tersebut dinamai Pattirokanja. Selain aplikasi yang diadakan secara mandiri oleh Puskesmas, terdapat juga beberapa aplikasi yang direkomendasikan oleh Kemenkes RI untuk mendukung pencatatan dan pelaporan program. Di tingkat Dinas Kesehatan aplikasi lain yang ada adalah berkaitan dengan sistem pelaporan yang disediakan oleh Kemenkes RI. Beberapa aplikasi yang tersedia seperti E-kohort,<sup>5</sup> Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (EPPGBM), dan Pemdak Kesga. Berdasarkan hal tersebut, keberadaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati masih memiliki peluang untuk mendukung program PWS-KIA di tingkat Puskesmas dan Dinas Kesehatan, sehingga perlu adanya upaya integrasi dengan sistem informasi kesehatan atau aplikasi yang sudah ada di Puskesmas dan Dinas Kesehatan agar penggunaannya bisa lebih optimal dalam mendukung efisiensi petugas dalam proses pencatatan maupun pelaporan data terkait program PWS-KIA.

## 2. Aspek Kegunaan yang Dirasakan (*Perceived Usefulness*)

Aspek kegunaan yang sebenarnya dari Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati dari sisi Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan diukur dengan menggunakan frekuensi penggunaan *Dashboard* Sehati. Jika dilihat penggunaan *Dashboard* Sehati oleh kepala Puskesmas di Kabupaten Bener Meriah, sebanyak 5 dari 10 kepala Puskesmas menyatakan tidak pernah menggunakan *Dashboard* Sehati. Selain itu, sebanyak 1 orang Kasie Kesehatan Keluarga dari Dinas Kesehatan menyatakan menggunakan *Dashboard* Sehati setiap bulan. Berbeda halnya dengan Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan yang menunjukkan bahwa seluruh kepala Puskesmas menggunakan *Dashboard* Sehati. Alasan tidak pernah menggunakan *Dashboard* Sehati sangat bervariasi. Alasan pertama adalah karena beberapa Kepala Puskesmas sudah diganti dengan Kepala Puskesmas yang baru ketika survei ini dilaksanakan, sehingga responden tidak mengetahui bagaimana penggunaan *Dashboard* Sehati. Alasan kedua adalah karena koordinasi yang dilakukan terkait dengan penggunaan *Dashboard* Sehati hanya melalui Kepala

<sup>5</sup> Aplikasi berbasis web dan *mobile* yang memiliki fungsi untuk pencatatan pelayanan kesehatan ibu, bayi, dan balita

Tata Usaha, bukan bersama Kepala Puskesmas. Sedangkan alasan ketiga adalah karena tidak lagi ada himbauan oleh Dinas Kesehatan untuk selalu memantau *Dashboard* Sehati.

### 3. Aspek Kemudahan Penggunaan yang Dirasakan (*Perceived Ease of Use*)

Aspek kemudahan penggunaan yang dirasakan terhadap Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati dilihat dari apa saja hambatan yang dialami oleh Kepala Puskesmas dan staf Dinas Kesehatan. Dari pertanyaan terbuka yang diajukan terdapat beberapa kendala yang disampaikan oleh responden, dimana yang paling banyak ditemukan adalah terkait dengan jaringan internet yang tidak stabil, sehingga proses untuk input data serta mengakses Aplikasi Bidan serta *Dashboard* Sehati menjadi terkendala. Meskipun akses internet sudah dianggarkan dengan rutin, tetapi koneksi yang tidak stabil dapat mengganggu proses penggunaan dari Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati. Selain masalah jaringan internet, beberapa Puskesmas juga menyampaikan bahwa tidak ada sarana komputer yang mendukung dalam pengelolaan *Dashboard* Sehati, sehingga tidak dapat diakses. Meskipun di Puskesmas sudah ada unit komputer, tetapi penggunaannya dalam pelayanan sehari-hari juga berbagi dengan program Puskesmas lainnya, sehingga kegiatan pengelolaan Aplikasi Bidan Sehati dan *Dashboard* Sehati tidak bisa berjalan dengan optimal.

Kendala berikutnya adalah proses input data ke Aplikasi Bidan Sehati dinilai memberikan pekerjaan tambahan kepada petugas di Puskesmas, dikarenakan petugas juga harus membuat laporan lainnya (formulir manual). Hal ini berdampak pada proses input data ke Aplikasi Bidan Sehati menjadi tidak berjalan dengan optimal, karena petugas di Puskesmas lebih mendahulukan proses input serta pembuatan laporan pada formulir manual. Kendala lainnya adalah berkaitan dengan penggunaan tenaga harian lepas (THL) pada beberapa Puskesmas yang ditugaskan untuk melakukan *input* data pada Aplikasi Bidan Sehati, sehingga dikhawatirkan penggunaan Aplikasi Bidan Sehati tidak bisa dilakukan secara berkesinambungan. Hal ini juga berkaitan dengan kendala beberapa Puskesmas melakukan pergantian petugas yang mengelola Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, sehingga menjadi kendala untuk terus menggunakan dan melanjutkan penggunaan oleh petugas yang baru. Tidak adanya pelatihan bagi tenaga kesehatan atau petugas yang baru ini menyebabkan kualitas SDM belum memadai dalam pengelolaan Aplikasi Bidan Sehati dan *Dashboard* Sehati.

Jika dilihat dari kebijakan dan SOP terkait, beberapa Puskesmas juga menyampaikan bahwa penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati sebagai pendukung program PWS-KIA masih belum menjadi prioritas, terutama oleh Dinas Kesehatan. Hal ini menyebabkan pembuatan laporan melalui formulir manual masih dilakukan, sehingga petugas di Puskesmas cenderung akan merasa terbebani jika harus input data di Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, ketika *output* datanya tidak digunakan untuk keperluan pelaporan ke Dinas Kesehatan.

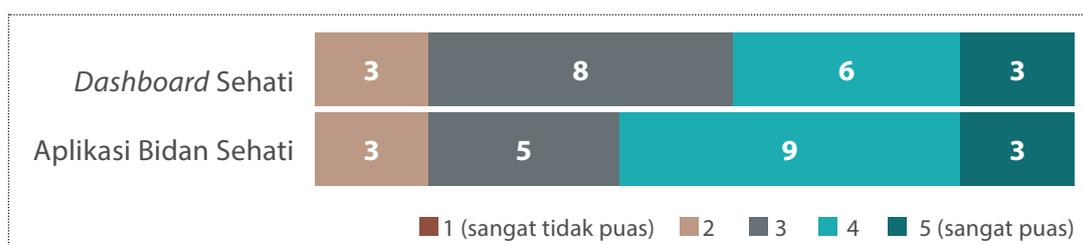


Gambar 15 Tag Cloud Catatan Wawancara Tentang Hambatan Aspek Kemudahan Penggunaan

#### 4. Aspek Sikap terhadap Penggunaan (*Attitude*)

Sikap terhadap penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati dilihat dari penilaian responden terhadap kepuasan yang dirasakan serta rekomendasi yang diberikan untuk meningkatkan penggunaan dan pemanfaatan dari Aplikasi Bidan Sehati maupun *Dashboard* Sehati untuk mendukung program PWS KIA. Jika dilihat dari skala kepuasan yang diberikan responden dari skor 1 yang berarti sangat tidak puas hingga skor 5 yang berarti sangat puas terhadap Aplikasi Bidan Sehati. Responden di Kabupaten Bener Meriah, sebagian besar (9 orang) memberikan skor 4 dan 5. Hanya 2 responden memberikan skor 2 dan 3, serta tidak ada yang memberikan skor 1. Sedangkan penilaian kepuasan terhadap *Dashboard* Sehati oleh responden di Kabupaten Bener Meriah, sebagian besar memberikan skor 3 yaitu sebanyak 5 orang, memberikan skor 4 sebanyak 4 orang, dan memberikan skor 5 sebanyak 2 orang.

Hasil yang sedikit berbeda ditemukan pada penilaian di Kabupaten Pangkep. Sebagian besar (4 orang) memberikan skor 3, hanya terdapat masing-masing 2 dan 1 orang yang memberikan penilaian skor 4 dan 5, serta 2 orang yang memberikan skor 2. Sedangkan jika dilihat dari penilaian kepuasan terhadap penggunaan *Dashboard* Sehati, terdapat masing-masing 3 responden memberikan skor 2 dan 3, serta masing-masing 2 dan 1 orang yang memberikan skor 4 dan 5.



**Gambar 16 Distribusi Responden pada Aspek Sikap Terhadap *Dashboard* dan Aplikasi Bidan Sehati**

Berdasarkan skala penilaian tersebut, dapat dilihat bahwa sebagian besar responden sudah merasa puas dan sangat puas terhadap Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati. Responden yang menyatakan tidak puas (skor 2) dan netral (skor 3) memberikan beberapa alasan, seperti karena petugas yang menjadi pengelola *Dashboard* Sehati adalah petugas honorer atau tenaga harian lepas (THL) sehingga saat diperlukan sering kali tidak ada, yang berdampak pada penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati yang tidak berjalan dengan efektif. Selain itu, beberapa responden juga berpendapat bahwa harusnya data pada *Dashboard* Sehati ini dapat digunakan sebagai bahan Lokakarya Mini kepada masyarakat dan Lintas Sektoral, supaya masyarakat juga lebih tahu keadaan kesehatan Ibu dan Anak di wilayah kerja Puskesmas. Namun, karena Aplikasi Bidan Sehati tidak lagi berjalan menyebabkan tidak ada data yang dapat kita akses pada *Dashboard* Sehati.

Saran yang diberikan responden dalam penyempurnaan serta peningkatan pemanfaatan dan penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, diantaranya:

- Terkait kendala akses internet yang kurang stabil dan terbatasnya sarana komputer di Puskesmas serta handphone pada bidan, maka responden mengusulkan agar pemerintah dapat menyediakan sarana dan prasarana pendukung ini, sehingga penerapan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati dapat berjalan dengan baik.

- Terkait sisi kelengkapan sistem, beberapa responden berharap agar Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati dapat terintegrasi dengan beberapa aplikasi yang dikeluarkan oleh Kemenkes (seperti E-kohort, EPPGBM, dan lainnya) agar proses input data hanya perlu dilakukan sekali. Hal ini juga berfungsi untuk meningkatkan efisiensi dari petugas layanan dalam proses pencatatan dan pelaporan.
- Selain membantu peningkatan sarana prasarana serta penyempurnaan sistem, responden juga berharap agar adanya dukungan untuk peningkatan kualitas SDM dalam mendukung implementasi Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati dalam mendukung program PWS-KIA. Penganggaran terhadap kegiatan pelatihan, pendampingan, serta *monitoring* dan evaluasi terhadap implementasi Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati ini sangat diharapkan oleh responden, mengingat potensi manfaat yang diberikan oleh penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati ini tidak hanya menguntungkan program kesehatan ibu dan anak, tetapi juga memudahkan petugas dalam memantau risiko kesehatan pada ibu dan anak.

## 5. Aspek Keinginan Untuk Terus Menggunakan (*Behavioral Intention*)

Keinginan untuk terus menggunakan Aplikasi Bidan Sehati dan *Dashboard* Sehati dilihat dari alasan Puskesmas maupun Dinas Kesehatan untuk melanjutkan kerja sama penggunaan sistem ini dengan Sehati, terutama dalam mendukung program PWS KIA. Alasan untuk terus menggunakan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati adalah karena sistem ini membantu bidan dalam memantau kondisi kesehatan ibu hamil di wilayah kerjanya, sehingga dapat menurunkan risiko kematian ibu dan bayi akibat kehamilan maupun persalinan yang berisiko. Selain karena manfaat dari sisi program, alat TeleCTG yang digunakan juga memudahkan bidan dalam membantu ibu hamil untuk mengetahui kondisi kehamilannya, sehingga kesehatan ibu dan janin bisa dijaga dan terus dipantau. Dari sisi *Dashboard* Sehati, luaran data yang dihasilkan juga membantu bidan dalam penyusunan laporan kegiatan PWS-KIA, sehingga dapat bermanfaat dalam proses *monitoring* dan evaluasi program PWS-KIA oleh Kepala Puskesmas maupun Dinas Kesehatan.

## KESIMPULAN, DISKUSI DAN REKOMENDASI

### A. Kesimpulan

Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati secara umum sudah diterima dengan baik oleh responden, baik oleh bidan desa, bidan koordinator, Kepala Puskesmas, hingga staf di Dinas Kesehatan. Aplikasi Bidan Sehati yang diakses melalui *Dashboard* Sehati memberikan kemudahan dalam *monitoring*, evaluasi, koordinasi, serta perencanaan program kesehatan ibu dan anak. Banyaknya manfaat yang diperoleh oleh pengguna sebagai penyedia layanan KIA dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati dan *Dashboard* Sehati menyebabkan aspek kegunaan ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan, terutama dari sisi sistem dan aplikasinya. Namun ada beberapa kendala yang dihadapi responden dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati dan *Dashboard* Sehati, kendala yang ada dapat dikelompokkan berdasarkan sisi pengguna, sistem aplikasi, dan perangkat pendukung. Hal lain yang perlu dipertimbangkan adalah penggunaan aplikasi Tahun 2021, Bidan/Dinas Kesehatan pada Kabupaten Bener Meriah >90% mengakui sudah tidak menggunakan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, namun berbeda dengan Kabupaten Pangkep >80% Bidan atau Dinas Kesehatan masih menggunakan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati. Rendahnya tingkat keberlangsungan penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati di Kabupaten Bener Meriah dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Berdasarkan hasil pertanyaan terbuka pada Kuisisioner 3 menemukan bahwa alasan tidak berjalannya penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati adalah karena tidak ada anggaran khusus untuk program Sehati. Selain itu, terdapat perubahan struktur organisasi dalam Puskesmas, terutama untuk posisi yang memiliki kewenangan akses ke aplikasi maupun *dashboard*. Hambatan yang ada antara lain kurangnya SDM, keterbatasan jaringan internet, dan ketiadaan alat kerja (komputer). Oleh sebab itu, sebaiknya KOMPAK bersama pihak Sehati melakukan perbaikan untuk meningkatkan penerimaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati hendaknya berfokus pada ketiga aspek kendala yang terjadi yaitu berdasarkan sisi pengguna, sistem aplikasi, dan perangkat pendukung.

Temuan penting dari Kuesioner 1 hingga 3 sesuai dengan elemen penilaian yang ada pada *Framework Technology Acceptance Model*, serta gambaran keseluruhan aspek penerimaan terhadap Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati dari berbagai sudut pandang pengguna, baik yang berasal dari bidan, kepala puskesmas, staf pengelola maupun Kasie/Kabid Kesga di masing-masing Dinas Kesehatan yang ada di Kabupaten Bener Meriah serta Kabupaten Pangkep, dirangkum sebagai berikut:

1. Faktor eksternal, terdapat dua hal yang dinilai dari ketiga kuesioner, yaitu pengalaman memperoleh pelatihan maupun peningkatan kapasitas dalam penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, serta biaya lain yang dikeluarkan untuk mendukung implementasi program PWS KIA melalui Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, dengan kesimpulan sebagai berikut:
  - Masih belum semua tenaga bidan memperoleh pelatihan. Hal ini disebabkan oleh terbatasnya kesempatan untuk melakukan pelatihan akibat dari belum adanya mekanisme perencanaan pelatihan secara mandiri oleh Puskesmas maupun Dinas Kesehatan.
  - Masih terdapat beberapa responden juga mengaku mengeluarkan biaya sendiri untuk mendukung pelaksanaan program PWS KIA melalui implementasi Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, terutama akibat dari tidak tersedianya sarana dan prasarana pendukung, salah satunya adalah akses internet yang tidak memadai. Meskipun semua responden

yang masih mengeluarkan biaya pribadi ini merasa tidak keberatan, tetapi upaya untuk menyediakan insentif sebagai bentuk apresiasi kepada petugas kesehatan sangat penting untuk dilakukan, selain menyediakan akses sarana dan prasarana pendukung yang memadai untuk keberlangsungan implementasi Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati.

- Khusus faktor eksternal dari sisi kepala Puskesmas dan Kasie/Kabid Kesga Dinas Kesehatan, masih terdapat tantangan berupa adanya aplikasi sejenis yang sudah diterapkan di beberapa Puskesmas, sehingga dapat menjadi kompetitor dalam penerapan Aplikasi Bidan Sehati maupun *Dashboard* Sehati. Sebagian besar aplikasi yang ada seperti E-kohort, EPPGBM, dan Pemdak Kesga adalah aplikasi wajib yang direkomendasikan oleh Kemenkes RI, yang menjadi indikator capaian program. Oleh sebab itu, perlu adanya kemampuan integrasi dari Aplikasi Bidan Sehati maupun *Dashboard* Sehati dengan beberapa aplikasi yang sudah ada di Puskesmas, sehingga tidak menambah beban bidan dalam bekerja dan memberikan pelayanan kesehatan.

2. Aspek kegunaan yang dirasakan (*Perceived Usefulness*), sebagian besar (>80%) responden dari bidan, kepala Puskesmas, maupun staf Dinas Kesehatan menyatakan bahwa baik Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati sangat bermanfaat dalam membantu responden untuk *entry* data kesehatan ibu, pemantauan kondisi dan risiko kehamilan, pelaporan, serta untuk upaya *monitoring*, evaluasi, dan perencanaan program PWS-KIA. Namun, hampir semua (>90%) responden menyatakan masih menggunakan formulir pencatatan dan pelaporan manual selain *entry* pada Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati. Hal ini dikarenakan Dinas Kesehatan masih mewajibkan formulir manual sebagai bahan pelaporan capaian program. Di sisi lain, sebagian besar (>80%) juga responden beralasan masih menggunakan formulir manual dikarenakan belum semua variabel atau informasi yang diperlukan pada program PWS-KIA (indikator program) tersedia di Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati. Hal ini menjadi alasan masih tetap digunakannya formulir manual oleh sebagian besar bidan. Konsekuensi lainnya dari penggunaan formulir manual di saat mulai digunakannya Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati adalah petugas akan merasa terbebani karena harus mengerjakan *entry* data lebih dari satu kali agar kedua sistem (formulir manual dan aplikasi).
3. Aspek kemudahan penggunaan yang dirasakan (*Perceived Ease of Use*) oleh responden terkait dengan Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati. Jika dilihat dari penilaian berdasarkan Kuesioner 1 hingga 3, lebih dari setengah (>60%) responden memang sudah merasa mudah dalam menggunakan Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati. Hal ini tercermin dari hanya sedikit responden yang memerlukan bantuan orang lain dalam mengoperasikan sistem Sehati yang digunakan (aplikasi dan *dashboard*). Meskipun demikian, beberapa kendala yang dialami baik oleh bidan, kepala Puskesmas, maupun staf di Dinas Kesehatan adalah keterbatasan koneksi internet dan perangkat hardware (ponsel dan komputer), sehingga pelaksanaan program PWS KIA melalui Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati masih belum berjalan dengan optimal. Hal lain yang masih menjadi kendala adalah keterbatasan kapasitas petugas dalam menyelesaikan permasalahan yang ada berkaitan dengan teknologi, sehingga diperlukan pendampingan serta tim yang siap siaga dalam membantu petugas ketika terjadi kendala maupun *error* pada aplikasi.
4. Aspek sikap terhadap penggunaan (*Attitude*) berdasarkan Kuisisioner 1 hingga 3, secara umum sebagian besar responden (>90%) menilai bahwa jenis data yang tersedia di Aplikasi Bidan Sehati sudah sesuai dengan harapan responden, sedangkan sebagian besar responden (>70%) menilai bahwa jenis data yang tersedia di *Dashboard* Sehati masih belum sesuai dengan harapan. Hal ini disebabkan oleh banyak informasi yang belum tersedia, seperti data pasien per desa dan data pasien dari luar wilayah. Kepuasan terhadap Aplikasi Bidan

Sehati maupun *Dashboard* Sehati mayoritas lebih dari 3, yang artinya menunjukkan skor yang puas.

- Aspek keinginan untuk terus menggunakan (*Behavioural Intention*) berdasarkan Kuesioner 5. 1 hingga 3, sebagian besar (>70%) responden menginginkan agar Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati untuk bisa terus digunakan. Meskipun demikian, terdapat beberapa masukan agar implementasi Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati bisa terus dilakukan secara berkesinambungan. Beberapa masukan yang ada di antaranya seperti perlu adanya dukungan kebijakan maupun anggaran agar implementasi sistem Sehati (aplikasi dan *dashboard*) bisa dilakukan. Penyempurnaan pengembangan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati juga diperlukan agar bisa menyesuaikan dengan kebutuhan layanan, terutama agar bisa berintegrasi dengan aplikasi atau sistem informasi yang sudah ada di Puskesmas, agar pekerjaan bidan menjadi lebih efisien, terutama dilihat dari proses pencatatan maupun pelaporan yang terintegrasi. Selain itu, dukungan berupa penyesuaian SOP yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi pelayanan sangat diperlukan. Bentuk penyesuaian SOP yang dapat dilakukan seperti mengurangi penggunaan formulir manual untuk pencatatan dan pelaporan, agar mengurangi beban kerja bidan akibat bidan harus *entry* di banyak aplikasi.

- Aspek terakhir yang dinilai adalah penggunaan sebenarnya (*Actual Use*) yang didasarkan pada apakah responden masih menggunakan Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati ini saat survei dilakukan. Jika dilihat dari Kuesioner 1 hingga 3, hampir setengah dari responden (>50%) menyatakan tidak lagi menggunakan Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati. Alasan yang paling banyak ditemukan adalah berkaitan dengan tidak adanya kewajiban oleh instansi terkait (Puskesmas maupun Dinas Kesehatan) untuk menggunakan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati. Alasan lainnya adalah karena beberapa responden yang diwawancarai saat survei adalah petugas baru, sehingga tidak mendapat arahan maupun pelatihan terkait penggunaan Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati. Alasan-alasan tersebut konsisten dengan faktor utama yang diduga sangat berpengaruh terhadap keberlanjutan penggunaan Aplikasi dan *Dashboard* Sehati pada sebagian responden (hampir semuanya responden dari Kabupaten Pangkep) yaitu adanya komitmen dari instansi terkait dalam bentuk Surat Keputusan Fasilitator Aplikasi Sehati, anggaran dan *monitoring* serta pemanfaatan data dari penggunaan Aplikasi Bidan maupun *Dashboard* Sehati.

## B. Diskusi

Jika dilihat berdasarkan aspek *Technology Acceptance Model* (TAM) berdasarkan Kuesioner 1 dan 2 di atas, maka Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati secara umum sudah diterima dengan baik oleh responden, baik oleh bidan desa, bidan koordinator, Kepala Puskesmas, hingga staf di Dinas Kesehatan. Hal ini tercermin dari penggunaan Aplikasi Bidan Sehati yang sebagian besar sudah membantu pekerjaan bidan, seperti dalam proses manajemen data kesehatan ibu hamil pada program PWS KIA, pemantauan risiko kehamilan dan kesehatan ibu hamil, pembuatan laporan, hingga dalam mengoptimalkan pelayanan kepada ibu hamil sesuai dengan sasaran di wilayah kerja masing-masing. Bagi Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan pun (Kuesioner 3), data dari Aplikasi Bidan Sehati yang diakses melalui *Dashboard* Sehati memberikan kemudahan dalam *monitoring*, evaluasi, koordinasi, serta perencanaan program kesehatan ibu dan anak. Banyaknya manfaat yang diperoleh oleh pengguna sebagai penyedia layanan KIA dalam menggunakan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati menyebabkan aspek kegunaan ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan, terutama dari sisi sistem dan aplikasinya. Hal ini bertujuan

agar manfaat maksimal bisa diperoleh oleh pengguna, sehingga mendorong pengguna untuk terus menggunakan aplikasi dan sistem informasi yang ada untuk mendukung pekerjaannya (Odi dan Suryani, 2020).

Kemudahan dalam menggunakan suatu aplikasi dapat mendorong pengguna untuk terus menggunakan suatu aplikasi secara berkesinambungan (Shim dan Viswanathan, 2007). Jika dilihat dari aspek kemudahan yang diberikan oleh Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, hasil TAM pada Kuesioner 1 dan 2 menemukan bahwa sebagian besar pengguna sudah merasa mudah dalam menggunakan aplikasi. Hal ini dapat tercermin dari sebagian besar responden tidak memerlukan bantuan orang lain dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati. Meskipun demikian, kemudahan dalam menggunakan suatu teknologi digital seperti Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati ini dapat ditentukan oleh tiga faktor, yaitu dari sisi pengguna (*brainware*), sistem aplikasi (*software*), dan lingkungan atau perangkat pendukung (*hardware*) (Lucyanda, 2010).

Berkaca dari pertanyaan pada Kuesioner 1 dan 2 terkait dengan kendala yang dihadapi responden dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati dan *Dashboard* Sehati, kendala yang ada dapat dikelompokkan berdasarkan sisi pengguna, sistem aplikasi, dan perangkat pendukung. Oleh sebab itu, perbaikan yang dilakukan untuk meningkatkan penerimaan Aplikasi Bidan Sehati hendaknya berfokus pada ketiga aspek tersebut. Jika dilihat dari sisi perangkat pendukung, kendala yang ada berkaitan dengan ketersediaan akses koneksi internet yang tidak stabil dan kondisi perangkat *smartphone* yang tidak mendukung Aplikasi Bidan Sehati. Permasalahan terkait dengan sarana prasarana ini menjadi aspek yang esensial yang wajib dipenuhi dalam implementasi suatu teknologi digital (Caesarina dan Saubari, 2019). Berdasarkan keterangan dari responden, hampir setengahnya masih menggunakan biaya pribadi untuk akses internet. Selain itu, semua responden masih menggunakan handphone pribadi dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati. Sejauh ini, sebagian besar Puskesmas sudah memiliki akses internet yang berasal dari layanan *WiFi*, baik yang disediakan secara mandiri oleh Puskesmas maupun yang bekerja sama dengan Kominfo di daerah. Meskipun demikian, akses internet yang tidak stabil masih menjadi kendala, sehingga *Dashboard* Sehati tidak bisa diakses.

Berdasarkan keterangan dari responden yang menjadi pengelola Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, kendala lainnya yang dihadapi responden adalah proses *entry* data yang harus dilakukan lebih dari sekali, yaitu pada Aplikasi Bidan Sehati dan juga aplikasi lainnya yang diwajibkan oleh Kemenkes dan Dinas Kesehatan, seperti E-kohort, EPPGBM, dan lainnya. Penerapan suatu sistem informasi yang baru pada sistem informasi yang sudah ada memang menjadi tantangan, terutama berkaitan dengan interoperabilitas suatu sistem, yaitu sistem yang dapat mendukung satu sama lain (Zhang et al., 2017). Jika suatu sistem informasi memiliki interoperabilitas yang baik, maka kehadiran sistem informasi tersebut akan dapat mendukung sistem informasi lainnya yang sudah ada, sehingga bisa bekerja saling melengkapi dan menghasilkan kerja yang efisien. Berdasarkan beberapa kendala dari sisi pengguna, sistem aplikasi, dan perangkat pendukung yang menyebabkan rendahnya keberlanjutan penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, maka perlunya adanya dukungan, komitmen dan kebijakan bersama antara Puskesmas, Dinas Kesehatan, dan pihak swasta yang dalam hal ini adalah Sehati Group sebagai penyedia inovasi, untuk menyelesaikan beberapa kendala yang ada di lapangan. Dari sisi kebijakan, Puskesmas dan Dinas Kesehatan dapat menyisipkan rencana penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati dalam proses perencanaan program dan penganggaran kegiatan, sehingga upaya penyediaan sarana dan prasarana pendukung seperti komputer yang memadai serta akses internet yang stabil dapat dilakukan. Selain itu, kegiatan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas yang terlibat dalam penggunaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati

juga penting untuk dilakukan, termasuk penyusunan anggaran untuk pelatihan tersebut. Komitmen berupa kebijakan dan penganggaran, Puskesmas dan Dinas Kesehatan juga penting untuk menyusun mekanisme *monitoring* dan evaluasi terkait dengan pemanfaatan dari Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati, sehingga setiap kendala yang terjadi di lapangan bisa diketahui dengan segera dan ditindaklanjuti bersama pengembang aplikasi. Kerjasama antara Puskesmas, Dinas Kesehatan, dan Sehati Group sangat penting untuk dilakukan untuk memastikan bahwa Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati ini dapat dimanfaatkan dengan baik untuk menunjang pelaksanaan program.

## C. Rekomendasi

### 1. Untuk Puskesmas dan Dinas Kesehatan

- a) Perlu melakukan perencanaan terkait dengan pengadaan sarana dan prasarana pendukung berupa dukungan akses internet yang stabil serta perangkat *smartphone* yang mumpuni untuk mendukung bidan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, yaitu program PWS-KIA, terutama dengan menggunakan Aplikasi Bidan Sehati.
- b) Pemerintah (Dinas Kesehatan) dapat menyediakan alternatif lain berupa pemberian insentif kepada bidan dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati, apabila pemerintah belum mampu menyediakan sarana yang memadai bagi bidan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan asas manfaat yang dirasakan oleh pengguna aplikasi, di tengah masih belum tersedianya sarana dan prasarana yang memadai.
- c) Di tingkat Puskesmas sebagai penyedia layanan, penyediaan sarana dan prasarana pendukung dalam mengakses *Dashboard* Sehati juga perlu ditingkatkan.
- d) Melakukan upgrade perangkat komputer maupun penyedia akses internet yang ada di Puskesmas, baik dari sisi kuantitas maupun dari sisi kualitas, sehingga pelaksanaan program PWS KIA melalui pemanfaatan *Dashboard* Sehati dapat dilakukan dengan baik sesuai dengan kebutuhan layanan.
- e) Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia dengan pelatihan yang memadai untuk meningkatkan penggunaan Aplikasi Bidan Sehati agar bisa diterapkan secara berkesinambungan oleh bidan.
- f) Pertemuan dan pelatihan secara rutin sebulan atau tiga bulan sekali untuk kegiatan pendampingan penggunaan Aplikasi Bidan Sehati sangat penting untuk dilakukan dalam mendukung penggunaan aplikasi yang berkelanjutan.
- g) **Perlunya Dukungan, Komitmen dan Kebijakan** bersama antara Puskesmas, Dinas Kesehatan, dan pihak swasta yang dalam hal ini adalah Sehati Group sebagai penyedia inovasi, sangat diperlukan dalam kebijakan.
- h) Pembuatan SOP yang mengutamakan penggunaan sistem secara elektronik atau aplikasi digital guna meningkatkan efisiensi layanan, khususnya dalam kegiatan pencatatan dan pelaporan untuk keperluan pemantauan kinerja program.
- i) Melakukan pemantauan (*Monitoring* dan Evaluasi) pelaksanaan SOP untuk mengetahui apakah ada kendala selama penerapan SOP tersebut atau inovasi lain yang dapat dikembangkan untuk menyempurnakan layanan yang diberikan.

### 2. Untuk Pihak Swasta (Sehati Group)

- a) Perlunya Dukungan Komitmen dan Kebijakan bersama antara Puskesmas, Dinas Kesehatan, dan pihak swasta yang dalam hal ini adalah Sehati Group sebagai penyedia inovasi, sangat diperlukan dalam kebijakan.

- b) Penyempurnaan Aplikasi Bidan dan *Dashboard* Sehati agar ringan diakses dalam kondisi internet yang tidak stabil serta dapat diakses secara *offline* menjadi pilihan yang mungkin untuk dilakukan.
- c) Mencoba kolaborasi untuk integrasi dengan sistem informasi yang sudah ada di Puskesmas, terutama yang menjadi aplikasi “wajib” bagi Puskesmas berdasarkan kebijakan dari Dinas Kesehatan maupun Kemenkes.
- d) Diperlukan pihak yang siap siaga memberikan pendampingan kepada bidan walaupun sudah ada grup *Whatsapp*, terutama dalam mendukung bidan menjadi terbiasa dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehati.
- e) Pertemuan dan pelatihan secara rutin sebulan atau tiga bulan sekali untuk kegiatan pendampingan penggunaan Aplikasi Bidan Sehati sangat penting untuk dilakukan dalam mendukung penggunaan aplikasi yang berkelanjutan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Abdullah, A., Hort, K., Butu, Y., & Simpson, L. (2016). *Risk factors associated with neonatal deaths: a matched case-control study in Indonesia*. *Global health action*, 9(1), 30445.
2. Abduljalil, K. M., & Zainuddin, Y. (2015). *Integrating technology acceptance model and motivational model towards intention to adopt accounting information system*. *International Journal of Management, Accounting and Economics*, 2(5), 346-359.
3. Ahinkorah, B. O., Seidu, A. A., Ameyaw, E. K., Budu, E., Bonsu, F., & Mwamba, B. (2021). *Beyond counting induced abortions, miscarriages and stillbirths to understanding their risk factors: analysis of the 2017 Ghana maternal health survey*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-10.
4. Annisa, M. (2019, November 19). KOMPAK | PROGRAM KEMITRAAN AUSTRALIA DAN INDONESIA. *Kompak.or.id*. <https://www.kompak.or.id/id/article/aplikasi-bidan-sehati-pemantauan-dini-untuk-mencegah-kematian-ibu-dan-bayi>
5. Banerjee, S. K., Andersen, K. L., Navin, D., & Mathias, G. (2015). *Expanding availability of safe abortion services through private sector accreditation: a case study of the Yukti Yojana program in Bihar, India*. *Reproductive health*, 12(1), 1-11.
6. Beksinska, M., Nkosi, P., Mabude, Z., Smit, J., Zulu, B., Phungula, L., ... & Mantell, J. E. (2017). *Twenty years of the female condom programme in South Africa: past, present, and future*. *South African Health Review*, 2017(1), 147-156.
7. Benova, L., Sarkar, N. D., Fasehun, L. K. O., Semaan, A., Affun-Adegbulu, C., & MATCO Solutions and Adaptations Working Group. (2020). *A call to action: documenting and sharing solutions and adaptations in sexual, reproductive, maternal and newborn health care provision during the COVID-19 pandemic*. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 1838054.
8. Caesarina, H. M., & Saubari, N. (2019). *Peran Ruang Terbuka Hijau Dalam Perencanaan Kota Sebagai Potensi Pembentuk Smart City*. *Jukung (Jurnal Teknik Lingkungan)*, 5(1).
9. Davis, F. D. (1989). *Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and Acceptance of Information Sistem Technology*. *Management Information Systems*, 13(3).
10. Davis, F.D. 1993. *Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology*. *MIS Quarterly*, Vol.13, No.3, pp. 319-340.
11. Deradjat, S. (2016). *Pertamina Sobat Bumi: Reviving and Integrating Corporate Social Responsibility Platform to Achieve the Sustainable Development Goals (SDGS)*.
12. Dinkes Bondowoso. (2019). *Lokakarya Uji coba Pengoperasian dan Pemanfaatan Data Aplikasi PWS KIA Online Kabupaten Bondowoso – Dinkes Bondowoso*. *Bondowosokab.go.id*. <https://dinkes.bondowosokab.go.id/lokakarya-uji-coba-pengoperasian-dan-pemanfaatan-data-aplikasi-pws-kia-online-kabupaten-bondowoso/>
13. Diop, E. B., Zhao, S., & Duy, T. V. (2019). *An extension of the technology acceptance model for understanding travelers' adoption of variable message signs*. *PLoS one*, 14(4), e0216007.
14. Doctor, H. V., Radovich, E., & Benova, L. (2019). *Time trends in facility-based and private-sector childbirth care: analysis of Demographic and Health Surveys from 25 sub-Saharan African countries from 2000 to 2016*. *Journal of global health*, 9(2).
15. Gagnon, M. P., Orruño, E., Asua, J., Abdeljelil, A. B., & Emparanza, J. (2012). *Using a modified technology acceptance model to evaluate healthcare professionals' adoption of a new telemonitoring system*. *Telemedicine and e-Health*, 18(1), 54-59.
16. Gefen, E. Karahanna, and D. W. Straub. 2003. *Trust and TAM in online shopping: An Integrated Model*, *MIS Quarterly*, Igbaria M., 1994. *An Examination of the factors contributing to Micro Computer technology acceptance*. *Journal of Information system*, *Elsiever Science*, USA. vol. 27, No.1, pp. 51-90

17. Handayani, I. (2020, January 16). Dukung Program Pemerintah, Sehati Group Serahkan Bantuan TeleCTG. Beritasatu.com; BeritaSatu.com. <https://www.beritasatu.com/kesehatan/595670/dukung-program-pemerintah-sehati-group-serahkan-bantuan-telectg>
18. Hutagalung, J. (2015). BPMPKB DKI-Swasta Tingkatkan Kesehatan Ibu dan Anak. Investor.id. <https://investor.id/national/115694/bpmpkb-dki-swasta-tingkatkan-kesehatan-ibu-dan-anak>
19. Kaur, S. (2019). *Importance and awareness of corporate social reporting practices in banks-an empirical analysis in Punjab. International Journal of Business and Globalisation*, 22(2), 206-224.
20. Kamal, N., Curtis, S., Hasan, M. S., & Jamil, K. (2016). *Trends in equity in use of maternal health services in urban and rural Bangladesh. International journal for equity in health*, 15(1), 1-11.
21. Kemendagri. (2019). KEMENTERIAN DALAM NEGERI R.I. Kemendagri.go.id. <https://www.kemendagri.go.id/berita/baca/31874/dukcapil-wajibkan-lembaga-pengguna-terapkan-zero-data-sharing-policy>
22. Kemenkes RI (2019) Data Dasar Puskesmas Provinsi Sulawesi Selatan. Jakarta. Available at: <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/data-dasar-puskesmas/2019/27. Buku Data Dasar Pkm-sulsel.pdf>
23. Kemenkes RI. (2020). Indikator Kesmas Dalam RPJMN dan Resntra Kemenkes 2020-2024. Kemkes.go.id. <https://kesmas.kemkes.go.id/konten/133/0/indikator-kesmas-dalam-rpjmn-dan-resntra-kemenkes-2020-2024>
24. KOMPAK. (2015). KOMPAK | Program Kemitraan Australia dan Indonesia. Kompak.or.id. <https://www.kompak.or.id/id/about-us/index>
25. Lestari, E. S., Jati, S. P., & Widodo, A. P. (2016). Evaluasi Sistem Informasi Kesehatan di Provinsi Jawa Tengah Dalam Rangka Penguatan Sistem Informasi Kesehatan Nasional. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4(3), 222-231.
26. Lucyanda, J. (2010). Pengujian *Technology Acceptance Model* (TAM) dan *Theory Planned Behavior* (TPB). *JRAK: Jurnal Riset Akuntansi dan Komputerisasi Akuntansi*, 1(2), 1-14.
27. Madhavan, S., Bishai, D., Stanton, C., & Harding, A. (2010). *Engaging the private sector in maternal and neonatal health in low and middle income countries. Future Health Systems Innovations for Equity, Working Paper*, 12.
28. Martin, S. (2017). *Evaluating income generation, nutrition, and parenting programs on maternal and child health outcomes: A multi-program case study of a community-based organization in the Western Cape, South Africa. Rutgers The State University of New Jersey-Newark*.
29. Mastina, T. (2021). Upaya Pemerintah Kabupaten Kampar dalam Penanganan *Stunting* Balita. *Majalah Media Perencana*, 2(1), 153-164.
30. Middlemass, J. B., Vos, J., & Siriwardena, A. N. (2017). *Perceptions on use of home telemonitoring in patients with long term conditions–concordance with the Health Information Technology Acceptance Model: a qualitative collective case study. BMC medical informatics and decision making*, 17(1), 1-13.
31. Mohapatra, A., & Gomare, M. (2019). *A critical appraisal of the maternal and child health scenario in a metropolitan city in India with reference to achievements of millennium development goals. Journal of family medicine and primary care*, 8(3), 995.
32. Montgomery, P., Hennegan, J., Dolan, C., Wu, M., Steinfield, L., & Scott, L. (2016). *Menstruation and the cycle of poverty: a cluster quasi-randomised control trial of sanitary pad and puberty education provision in Uganda. Plos one*, 11(12), e0166122.
33. Mumtaz, Z. (2021). *Midwives providing maternal health services to poor women in the private sector: is it a financially feasible model?. Health Policy and Planning*.
34. Mutiara, P. (2021). Digitalisasi Layanan Kesehatan Harus Berbasis Data Cepat dan Akurat | Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. Kemenkopmk.go.id. <https://www.kemenkopmk.go.id/digitalisasi-layanan-kesehatan-harus-berbasis-data-cepat-dan-akurat>

35. Nugroho, A. H., Bakar, A., & Ali, A. (2017). *Analysis of technology acceptance model: Case study of Traveloka*. Arthatama, 1(1), 27-34.
36. Odi, M., & Suryani, E. (2020). *Acceptance Analysis of The East Java Province E-Procurement System Using TAM Method*. IPTEK The Journal for Technology and Science, 31(2), 127-138.
37. Pais, S., Parry, D., Petrova, K., & Rowan, J. (2018). *Acceptance of using an ecosystem of mobile apps for use in diabetes clinic for self-management of gestational diabetes mellitus*. MEDINFO 2017: Precision Healthcare through Informatics, 245, 188-192.
38. Parkhurst, J. O., Penn-Kekana, L., Blaauw, D., Balabanova, D., Danishevski, K., Rahman, S. A., & Sengooba, F. (2005). *Health systems factors influencing maternal health services: a four-country comparison*. Health policy, 73(2), 127-138.
39. Pasaribu, K. F., Arisjulyanto, D., & Hikmatushaliha, B. T. (2018). Pengembangan *telemedicine* dalam mengatasi konektivitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan. Berita Kedokteran Masyarakat, 34(11), 15-1.
40. Pinem, A. A., Yeskafauzan, A., Handayani, P. W., Azzahro, F., Hidayanto, A. N., & Ayuningtyas, D. (2020). *Designing a health referral mobile application for high-mobility end users in Indonesia*. Heliyon, 6(1), e03174.
41. Prawani SR, D., & Heridiansyah, J. (2015). Model Kerja Sama Pemerintah dengan Pihak Swasta dalam Pelayanan Kesehatan. Jurnal Stie Semarang (Edisi Elektronik), 7(2), 69-84.
42. Rahimi, B., Nadri, H., Afshar, H. L., & Timpka, T. (2018). *A systematic review of the technology acceptance model in health informatics*. Applied clinical informatics, 9(03), 604-634.
43. Rigopoulos, George., and Dimitrios Askounis. 2007. *A TAM Framework to Evaluate User Perception Toward Online Electronic Payment*. Journal of Internet Banking and Commerce, Vol. 12, No. 3, pp. 1-5.
44. Rizkinaswara, L. (2021, March 23). Upaya Kominfo Perkuat Digitalisasi Sektor Kesehatan. Ditjen Aptika. <https://aptika.kominfo.go.id/2021/03/upaya-kominfo-perkuat-digitalisasi-sektor-kesehatan/>
45. Saputro, A. R., Gusnadi, A. M. A., Zanah, Z., & Simatupang, J. W. (2021). Tantangan Konektivitas dan Aksesibilitas Dalam Pengembangan Pelayanan Kesehatan Berbasis *Telemedicine* di Indonesia: Sebuah Tinjauan. Journal of Industrial Engineering, 6(1), 27-34.
46. Sehati Group. (2021, July 2). Kolaborasi Sehati TeleCTG dan KOMPAK di Kabupaten Pangkep, Sulawesi Selatan. Sehati.co. <https://blog.sehati.co/2021/07/sehati-di-pangkep/>
47. Seth, A., Coffie, A. J., Richard, A., & Stephen, S. A. (2019). *Hospital administration management technology adoption: a theoretical test of technology acceptance model and theory of planned behavior on HAMT adoption*. American Journal of Public Health, 7(1), 21-26.
48. Setiaji (2020) Arah Kebijakan Transformasi Digital Bidang Kesehatan. Jakarta.
49. Shim, S. J., & Viswanathan, V. (2007). *User assessment of personal digital assistants used in pharmaceutical detailing: system features, usefulness and ease of use*. Journal of Computer Information Systems, 48(1), 14-21.
50. Sijarimas. (2021). Penyerahan Aplikasi e-Kohort KIA kepada Kemenkes RI – PT. SIJARIMAS TEKNOLOGI INOVASI. Sijarimas.co.id. <http://sijarimas.co.id/?p=435>
51. SijariEMAS RUJUKAN – PT. SIJARIMAS TEKNOLOGI INOVASI. (2022). Sijarimas.co.id. [http://sijarimas.co.id/?page\\_id=93](http://sijarimas.co.id/?page_id=93)
52. Wibawa, D. A. (2018). Analisis User Acceptance dan Usage Atas Implementasi SPAN pada Kementerian Keuangan. Indonesian Treasury Review: Jurnal Perbendaharaan, Keuangan Negara dan Kebijakan Publik, 3(4), 330-346.
53. Wibowo, Arif. 2006. Kajian Tentang Perilaku Pengguna Sistem Informasi Dengan Pendekatan *Technology Acceptance Model (TAM)*. Jakarta Selatan : Program Studi Sistem Informasi, Fakultas Teknologi Informasi Universitas Budi Luhur.
54. Wida et.al. Aplikasi Model TAM (*Technology Acceptance Model*) Pada Perilaku Pengguna Instagram. Available at: <https://www.neliti.com/id/publications/101948/aplikasi-model-tam-technology-acceptance-modelpada-perilaku-pengguna-instagram>

55. Wong, E. L., Yeoh, E. K., Chau, P. Y., Yam, C. H., Cheung, A. W., & Fung, H. (2015). *How shall we examine and learn about public-private partnerships (PPPs) in the health sector? Realist evaluation of PPPs in Hong Kong. Social Science & Medicine*, 147, 261-269.
56. Yahyapour, Nima. 2008. *Determining Faktors Affecting Intention to Adopt Banking Recommender System, Case of Iran, Thesis, Lulea University of Technology Division of Industrial Marketing and E-commerce.*
57. Zainal, Y., Sanjaya, G. Y., & Hasanbasri, M. (2013). *Perlunya sistem informasi dalam mengelola data rutin untuk monitoring kesehatan ibu dan anak. SESINDO 2013*, 2013.
58. Zhang, H., Han, B. T., & Tang, Z. (2017). *Constructing a nationwide interoperable health information system in China: The case study of Sichuan Province. Health policy and technology*, 6(2), 142-151.
59. Zhu, M., & Zhang, Y. (2021). *Medical and public health instructors' perceptions of online teaching: A qualitative study using the Technology Acceptance Model 2. Education and Information Technologies*, 1-21.

## LAMPIRAN

## Lampiran 1. Penerimaan Aplikasi Bidan Sehati berdasarkan model TAM pada Kuesioner 1

Aspek teori TAM	Definisi Aspek	No. Pertanyaan dalam Kuesioner	Pilihan Jawaban kuesioner
<b>External Variabel</b>	Faktor eksternal ( <i>external variable</i> ) yang dapat mempengaruhi kegunaan dan kemudahan yang dirasakan	37. Apakah anda MENGIKUTI kegiatan di atas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengikuti TOT Aplikasi Bidan Sehati</li> <li>• TOT <i>Dashboard</i> untuk petugas di Puskesmas dan Dinas Kesehatan</li> <li>• Peningkatan Kompetensi Bidan (<i>Online Class</i>) yang difasilitasi oleh Sehati</li> <li>• Kegiatan lainnya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
		14. Apakah ada BIAYA yang Anda keluarkan untuk dapat mengakses Aplikasi Bidan Sehati? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
		18. Apakah keberatan dengan biaya tersebut? *	
<b>Kegunaan yang dirasakan (<i>perceived usefulness</i>)</b>	<p>Tingkat kepercayaan seseorang bahwa penggunaan teknologi akan meningkatkan kinerja.</p> <p><i>Perceived usefulness</i> dapat diukur melalui beberapa indikator seperti meningkatkan kinerja, memudahkan pekerjaan, serta merasakan keseluruhan manfaat teknologi (Davis, 1993).</p> <p>Gefen et al. (2003) dan Yahyapour (2008) juga memaparkan bahwa <i>perceived usefulness</i> dapat diukur dengan indikator meningkatkan produktivitas, membuat kerja lebih efektif, dan mempercepat suatu pekerjaan.</p>	11. Untuk KEGIATAN apa saja Anda menggunakan Aplikasi Bidan Sehati tersebut? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Input Data Pasien</li> <li>• Memperbaiki Data</li> <li>• Melihat Data pasien untuk dikunjungi</li> <li>• Membuat laporan kohort/PWS</li> <li>• Deteksi risiko kehamilan</li> <li>• Lainnya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
		26. Setelah menggunakan Aplikasi Bidan Sehati, apakah puskesmas masih menggunakan formulir MANUAL untuk pencatatan kohort dan PWS-KIA?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
		27. Jika masih menggunakan formulir manual, apakah DATA KEHAMILAN DAN PERSALINAN berasal dari: * <ul style="list-style-type: none"> <li>• Form manual ke Aplikasi Bidan Sehati</li> <li>• Aplikasi Bidan Sehati ke formulir manual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya, Seluruhnya</li> <li>• Ya, Sebagian</li> <li>• Tidak</li> </ul>

Aspek teori TAM	Definisi Aspek	No. Pertanyaan dalam Kuesioner	Pilihan Jawaban kuesioner
		31. Apakah Aplikasi Bidan Sehat membantu dan mempercepat PELAPORAN Kohort dan PWS KIA di tingkat desa, Puskesmas dan Kabupaten ke tingkat selanjutnya? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
		33. Apakah ada PERBEDAAN DATA (angka, jumlah) laporan Kohort ibu dan/atau PWS KIA yang ada di Aplikasi dengan laporan manual di tingkat Puskesmas? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
		20. Jika Anda BIDAN DESA, Apakah data PWS KIA yang Anda entry ke dalam Aplikasi Bidan Sehat hanya mencakup wilayah kerja Anda saja?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak (wilayah saya dan wilayah lain)</li> </ul>
<b>Kemudahan penggunaan yang dirasakan (perceived ease of use)</b>	Suatu ukuran di mana seseorang percaya bahwa teknologi tersebut mudah dipahami dan mudah penggunaannya. Rigopoulos dan Askounis (2007), Gefen et al. (2003), serta Yahyapour (2008) menyatakan bahwa <i>perceived of use</i> juga dapat diukur melalui indikator yang jelas dan mudah dipahami.	22. Apakah ada orang lain yang membantu Anda untuk entry data PWS KIA ke dalam Aplikasi bidan sehat yang Anda gunakan? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
		25. Seberapa sering anda melakukan PEMUTAKHIRAN DATA (update atau entry) Aplikasi Bidan Sehat? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setiap ada Kunjungan</li> <li>• Setiap Minggu</li> <li>• Setiap Bulan</li> <li>• Di atas 1 Bulan</li> <li>• Tidak Pernah</li> </ul>
		42. Secara umum, apakah ada permasalahan dalam menggunakan Aplikasi Bidan Sehat?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
		45. Apakah permasalahan tersebut sudah teratasi? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya, seluruhnya</li> <li>• Ya, Sebagian</li> <li>• Tidak</li> </ul>
<b>Sikap terhadap penggunaan (attitude)</b>	Dikonsepkan sebagai sikap terhadap penggunaan sistem yang berbentuk penerimaan atau penolakan sebagai dampak bila seseorang menggunakan teknologi dalam pekerjaannya (Davis, 1993)	29. Apakah jenis DATA yang tersedia di Aplikasi Bidan Sehat (Kesehatan Ibu hamil, melahirkan dan nifas) tersebut sudah memenuhi harapan anda? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
		46. Bagaimana tingkat kepuasan Anda dalam penggunaan Aplikasi Bidan Sehat? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membantu dan mempercepat pelaporan kohort dan PWS KIA</li> <li>• Memudahkan dalam mengenali/ memetakan permasalahan kehamilan dan persalinan di wilayah kerja (termasuk deteksi risiko kehamilan)</li> <li>• Mengurangi beban kerja bidan</li> <li>• Data PWS KIA yang ada di Aplikasi sudah dapat digunakan untuk perbaikan pelayanan KIA</li> <li>• Data PWS KIA yang ada di Aplikasi sudah dapat digunakan untuk perencanaan program KIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangat Tidak Puas</li> <li>• Tidak Puas</li> <li>• Netral</li> <li>• Puas</li> <li>• Sangat Puas</li> </ul>

Aspek teori TAM	Definisi Aspek	No. Pertanyaan dalam Kuesioner	Pilihan Jawaban kuesioner
<b>Keinginan untuk terus menggunakan (behavioural intention)</b>	Konstruksi <i>perceived usefulness</i> akan memberikan pengaruh terhadap <i>behavioral intention to use</i> . Selain itu, <i>behavioral intention to use</i> akan dipengaruhi oleh konstruksi <i>attitude toward using</i>	48. Dari skala 1 sampai 5 mengenai keberlanjutan Aplikasi Bidan Sehat, berapa nilai yang dapat Anda berikan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• 3</li> <li>• 4</li> <li>• 5</li> </ul>
<b>Penggunaan yang sebenarnya (actual usage)</b>	Bentuk respons psikomotor eksternal yang diukur oleh seseorang dengan penggunaan nyata (Davis, 1989). <i>Actual system usage</i> dikonsepsikan dalam bentuk pengukuran terhadap frekuensi dan durasi waktu penggunaan teknologi (Wibowo, 2006).	50. Apakah saat ini Anda masih menggunakan Aplikasi Bidan Sehat? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
		52. Dibandingkan dengan penggunaan di tahun 2020, Seberapa sering Anda menggunakan Aplikasi Bidan Sehat SAAT INI? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebih Sering</li> <li>• Lebih Jarang</li> <li>• Sama</li> <li>• Tidak digunakan lagi</li> </ul>

### Lampiran 2. Penerimaan terhadap *Dashboard* Sehat yang akan dihitung berdasarkan model TAM pada Kuesioner 2

Aspek teori TAM	Definisi Aspek	No. Pertanyaan dalam Kuesioner	Pilihan Jawaban kuesioner
<b>External Variabel</b>	Faktor eksternal ( <i>external variable</i> ) yang dapat mempengaruhi kegunaan dan kemudahan yang dirasakan	37. Apakah anda MENGIKUTI kegiatan di atas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengikuti TOT Aplikasi Bidan Sehat</li> <li>• TOT <i>Dashboard</i> untuk petugas di Puskesmas dan Dinas Kesehatan</li> <li>• Peningkatan Kompetensi Bidan (<i>Online Class</i>) yang difasilitasi oleh Sehat</li> <li>• Kegiatan lainnya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
		14. Apakah ada BIAYA yang Anda keluarkan untuk dapat mengakses Aplikasi Bidan Sehat? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
		18. Apakah keberatan dengan biaya tersebut? *	
<b>Kegunaan yang dirasakan (perceived usefulness)</b>	Tingkat kepercayaan seseorang bahwa penggunaan teknologi akan meningkatkan kinerja.	11. Untuk KEGIATAN apa saja Anda menggunakan <i>Dashboard</i> Sehat tersebut? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebagai bahan diskusi dengan tim Anda di wilayah kerja (rapat rutin, kunjungan <i>monitoring</i>)</li> <li>• Sebagai bahan diskusi lintas sektor di wilayah Anda (Rakorcam, Rakorkab, dll)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>

Aspek teori TAM	Definisi Aspek	No. Pertanyaan dalam Kuesioner	Pilihan Jawaban kuesioner
	<p><i>Perceived usefulness</i> dapat diukur melalui beberapa indikator seperti meningkatkan kinerja, memudahkan pekerjaan, serta merasakan keseluruhan manfaat teknologi (Davis, 1993).</p> <p>Gefen et al. (2003) dan Yahyapour (2008) juga memaparkan bahwa <i>perceived usefulness</i> dapat diukur dengan indikator meningkatkan produktivitas, membuat kerja lebih efektif, dan mempercepat suatu pekerjaan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input untuk perencanaan dan penganggaran di wilayah kerja Anda</li> <li>• Memantau kinerja bidan</li> <li>• Memetakan deteksi risiko kehamilan dan persalinan di wilayah kerja</li> <li>• Lainnya</li> </ul> <p>19. Sepengetahuan Anda, di TINGKAT apa saja data <i>Dashboard</i> Sehati digunakan *</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingkat Desa</li> <li>• Tingkat Puskesmas</li> <li>• Tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten</li> <li>• Tingkat Kecamatan</li> <li>• Tingkat Kabupaten/lintas sektor</li> </ul> <p>21. Apakah ada DATA dan INFORMASI yang disajikan dalam <i>dashboard</i>/laporan dari Aplikasi Bidan Sehati dapat menggantikan laporan manual PWS KIA di wilayah kerja Anda? *</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
<b>Kemudahan penggunaan yang dirasakan (<i>perceived ease of use</i>)</b>	<p>Suatu ukuran di mana seseorang percaya bahwa teknologi tersebut mudah dipahami dan mudah penggunaannya. Rigopoulos dan Askounis (2007), Gefen et al. (2003), serta Yahyapour (2008) menyatakan bahwa <i>perceived of use</i> juga dapat diukur melalui indikator yang jelas dan mudah dipahami.</p>	<p>38. Siapa saja (posisi apa) yang memiliki akses (membuka, membaca, menggunakan data) ke <i>Dashboard</i> Sehati? (pertanyaan terbuka)</p> <p>39. Apakah orang/posisi yang ditunjuk tersebut sudah sesuai atau tidak? *</p> <p>32. Secara umum, apakah ada permasalahan dalam menggunakan <i>Dashboard</i> Sehati?</p> <p>35. Apakah permasalahan tersebut sudah teratasi? *</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya, seluruhnya</li> <li>• Ya, Sebagian</li> <li>• Tidak</li> </ul>
<b>Sikap terhadap penggunaan (<i>attitude</i>)</b>	<p>Dikonsepkan sebagai sikap terhadap penggunaan sistem yang berbentuk penerimaan atau penolakan sebagai dampak bila seseorang menggunakan teknologi dalam pekerjaannya (Davis, 1993)</p>	<p>23. Apakah JENIS DATA yang terdapat di <i>Dashboard</i> Sehati tersebut sudah memenuhi harapan Anda? *</p> <p>36. Bagaimana tingkat kepuasan Anda dalam penggunaan <i>Dashboard</i> Sehati?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membantu dan mempercepat pelaporan kohort dan PWS KIA</li> <li>• Memudahkan dalam mengenali/memetakan permasalahan kehamilan dan persalinan di wilayah kerja (termasuk deteksi risiko kehamilan)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangat Tidak Puas</li> <li>• Tidak Puas</li> <li>• Netral</li> <li>• Puas</li> <li>• Sangat Puas</li> </ul>

Aspek teori TAM	Definisi Aspek	No. Pertanyaan dalam Kuesioner	Pilihan Jawaban kuesioner
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Data PWS KIA yang ada di Aplikasi sudah dapat digunakan untuk perbaikan pelayanan KIA</li> <li>Data PWS KIA yang ada di Aplikasi sudah dapat digunakan untuk perencanaan program KIA</li> </ul>	
<b>Keinginan untuk terus menggunakan (behavioural intention)</b>	Konstruksi <i>perceived usefulness</i> akan memberikan pengaruh terhadap <i>behavioral intention to use</i> . Selain itu, <i>behavioral intention to use</i> akan dipengaruhi oleh konstruksi <i>attitude toward using</i>	41. Dari skala 1 sampai 5 mengenai keberlanjutan <i>Dashboard</i> Sehati, berapa nilai yang dapat Anda berikan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> <li>4</li> <li>5</li> </ul>
<b>Penggunaan yang sebenarnya (actual usage)</b>	Bentuk respon psikomotor eksternal yang diukur oleh seseorang dengan penggunaan nyata (Davis, 1989). <i>Actual system usage</i> dikonsepsikan dalam bentuk pengukuran terhadap frekuensi dan durasi waktu penggunaan teknologi (Wibowo, 2006).	43. Apakah saat ini Anda masih menggunakan <i>Dashboard</i> Sehati? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ya</li> <li>Tidak</li> </ul>
		45. Dibandingkan dengan penggunaan di tahun 2020, Seberapa sering Anda menggunakan <i>Dashboard</i> Sehati SAAT INI? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lebih Sering</li> <li>Lebih Jarang</li> <li>Sama</li> <li>Tidak digunakan lagi</li> </ul>

### Lampiran 3. Penerimaan Aplikasi Bidan Sehati dan *Dashboard* Sehati pada Kuesioner 3

Aspek teori TAM	Definisi Aspek	No. Pertanyaan dalam Kuesioner	Pilihan Jawaban kuesioner
<b>External Variabel</b>	Faktor eksternal ( <i>external variable</i> ) yang dapat mempengaruhi kegunaan dan kemudahan yang dirasakan	<p>1. Apa tugas dan tanggung jawab Anda dalam program PWS KIA secara keseluruhan dan dalam penggunaan <i>Dashboard</i> Sehati?</p> <p>10. Apakah ada anggaran di tahun 2019/2020 yang dikeluarkan oleh instansi (Puskesmas/ Dinas Kesehatan) Anda dalam menjalankan Aplikasi Bidan Sehati dan <i>Dashboard</i> Sehati?</p> <p>14. SELAIN DENGAN TIM SEHATI untuk Aplikasi PWS KIA ini, apakah ada aplikasi kesehatan LAINNYA di wilayah kerja Anda yang bekerja sama dengan pihak swasta?</p>	Pertanyaan terbuka

Aspek teori TAM	Definisi Aspek	No. Pertanyaan dalam Kuesioner	Pilihan Jawaban kuesioner
<b>Kegunaan yang dirasakan (<i>perceived usefulness</i>)</b>	Tingkat kepercayaan seseorang bahwa penggunaan teknologi akan meningkatkan kinerja.	2. Seberapa sering Anda menggunakan data <i>Dashboard</i> Sehati (baik membuka aplikasi langsung atau menerima hasil unduh data)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya, setiap hari</li> <li>• Ya, setiap minggu</li> <li>• Ya, setiap bulan</li> <li>• Ya, lebih dari satu bulan</li> <li>• Tidak pernah</li> </ul>
<b>Kemudahan penggunaan yang dirasakan (<i>perceived ease of use</i>)</b>	Suatu ukuran di mana seseorang percaya bahwa teknologi tersebut mudah dipahami dan mudah penggunaannya. Rigopoulos dan Askounis (2007), Gefen et al. (2003), serta Yahyapour (2008) menyatakan bahwa <i>perceived of use</i> juga dapat diukur melalui indikator yang jelas dan mudah dipahami.	11. Apa saja hambatan dan tantangan yang dihadapi oleh instansi Anda dalam melaksanakan dan memanfaatkan Aplikasi Bidan Sehati dan <i>Dashboard</i> Sehati?	Pertanyaan terbuka
<b>Sikap terhadap penggunaan (<i>attitude</i>)</b>	Dikonsepkan sebagai sikap terhadap penggunaan sistem yang berbentuk penerimaan atau penolakan sebagai dampak bila seseorang menggunakan teknologi dalam pekerjaannya (Davis, 1993)	12. Dari skala 1 sampai 5, berapa tingkat kepuasan Anda terhadap Aplikasi Bidan Sehati dan <i>Dashboard</i> Sehati? Dan jelaskan alasannya.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 (sangat tidak puas)</li> <li>• 2 (kurang puas)</li> <li>• 3 (netral)</li> <li>• 4 (puas)</li> <li>• 5 (sangat puas)</li> </ul>
		13. Rekomendasi apa yang bisa Anda berikan untuk meningkatkan penggunaan dan pemanfaatan Aplikasi Bidan Sehati dan <i>Dashboard</i> Sehati?	Pertanyaan terbuka
<b>Keinginan untuk terus menggunakan (<i>behavioural intention</i>)</b>	Konstruksi <i>perceived usefulness</i> akan memberikan pengaruh terhadap <i>behavioral intention to use</i> . Selain itu, <i>behavioral intention to use</i> akan dipengaruhi oleh konstruksi <i>attitude toward using</i>	15. Apa yang membuat Puskesmas/Dinas Kesehatan memutuskan untuk melanjutkan kerja sama dengan Sehati untuk penggunaan Aplikasi Bidan Sehati dan <i>Dashboard</i> Sehati pada tahun 2021 ini?	Pertanyaan terbuka





**KOMPAK**  
*Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan  
Kemitraan Pemerintah Australia - Indonesia*