

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Faktor Resiko Penyebab Kekambuhan

Kekambuhan adalah peristiwa timbulnya kembali gejala-gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan (Stuart & Laraia, 2001). Menurut Murphy & Moller (1993) faktor resiko yang dapat menimbulkan kekambuhan adalah; faktor resiko kesehatan, faktor resiko lingkungan dan faktor resiko perilaku dan emosional. Beberapa faktor resiko kekambuhan juga dijelaskan oleh Keliat (1996), diantaranya; penderita yang tidak teratur dalam perawatan dan pengobatan, pentingnya peran pendamping/penanggung jawab pasien, dukungan keluarga dan faktor masyarakat. Selain itu, kepatuhan pengobatan juga merupakan pendekatan yang efektif untuk mencegah penularan HIV (Dawson-Rose et al., 2016).

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian ini, peneliti mencoba melakukan evaluasi terhadap beberapa faktor yang beresiko terhadap kekambuhan. Berdasarkan hasil analisis pengisian kuisioner oleh responden dan FGD bersama petugas didapatkan ada beberapa faktor yang kemungkinan beresiko terhadap munculnya kekambuhan, yakni; tingkat pendidikan dan pengetahuan pasien yang rendah, status fungsional dan nutrisi yang buruk, respon psikologis disfungsi (*denial, anger, dan depression*) dan kecemasan, perubahan kondisi yang menimbulkan stress, kesulitan keuangan, tempat tinggal dan transportasi, dukungan sosial yang buruk, kurangnya kontrol dan monitor dari penyedia layanan kesehatan, serta dampak pengobatan dan penatalaksanaan gejala yang belum maksimal.

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang rendah dengan respon kecemasan cukup. Pengetahuan tersebut meliputi pengetahuan tentang HIV AIDS, pencegahan penularan, perawatan dan pengobatan ARV. Rendahnya tingkat pengetahuan ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya tingkat pendidikan yang berkaitan dengan kemampuan responden dalam memahami informasi-informasi yang diberikan oleh petugas. Distribusi tingkat pendidikan responden menunjukkan sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan SD dan SMP, menyebabkan kemampuan mereka dalam memahami informasi menjadi kurang dan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan dan kecemasan.

Meskipun sebagian besar responden menilai aspek dukungan keluarga sudah cukup baik, namun responden masih merasakan bahwa respon interaksi sosial masyarakat pada ODHA masih kurang. Hal ini juga dapat mempengaruhi respon psikologis dan kecemasan responden yang secara tidak langsung dapat berdampak pada kepatuhan. Evaluasi terhadap kepatuhan pengobatan dan kepatuhan kontrol diperoleh bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat kepatuhan yang baik, meskipun masih ada sebagian yang menunjukkan sebaliknya. Sebagian besar responden berada pada tingkat kepatuhan cukup, dan hampir setengahnya responden tidak disiplin kontrol. Ini menunjukkan bahwa masih diperlukan suatu upaya untuk meningkatkan kepatuhan responden terhadap program perawatan dan pengobatan guna mencegah kekambuhan.

Selain itu, hasil evaluasi faktor resiko kekambuhan pada tabel 5.3 menginformasikan bahwa hampir separuh responden menunjukkan respon adaptif

psikologis pada tahapan *denial*/penyangkalan. Secara sadar maupun tidak sadar seseorang yang berada pada tahap ini menolak semua fakta, informasi dan segala sesuatu yang berhubungan dengan hal yang dialaminya. Pada saat itu individu dalam keadaan terguncang, merasa hidupnya menjadi tidak berarti lagi, pengingkaran, dan merasa ingin mati saja. Individu tersebut tidak mampu berpikir apa yang seharusnya dia lakukan untuk keluar dari masalahnya, dan tidak siap menerima kondisinya (Berman & Synder, 2010). Hal ini dapat berdampak pada reaksi fisiologis tubuh, nafsu makan menurun, susah tidur, letih dan menurunkan imunitas sehingga individu akan rentan sakit berulang dan kambuh (Stuart & Sundeen, 1991).

Respon psikologis yang dialami seseorang karena kehilangan oleh Kubler-Ross (1969) dikemukakan dalam teori yang disebut "*The Five Stage of Grief*". Teori ini kemudian berkembang tidak hanya digunakan untuk mengidentifikasi respon psikologis individu yang disebabkan oleh proses kematian atau kehilangan saja, namun dapat juga digunakan untuk memahami reaksi pasca kejadian traumatik yang dialami oleh seseorang, termasuk salah satunya adalah kejadian seseorang divonis terinfeksi virus HIV dan AIDS. Inilah mengapa respon psikologis seseorang dapat dihubungkan dengan kejadian stres dan kekambuhan.

Selain tahapan *denial*, keempat tahapan respon psikologis lainnya juga dapat menimbulkan reaksi fisik pada individu yang bersangkutan. Kecuali tahapan *bargaining*, seperti yang ditunjukkan oleh sebagian besar responden yang berada pada tahapan *bargaining*, sesungguhnya tawar-menawar yang dilakukan pada diri

seseorang tidak memberikan solusi apapun bagi permasalahan yang dia hadapi sampai dengan dia mencapai tahapan respon psikologis *acceptance*.

6.2 Pengembangan Model Pencegahan Kekambuhan

Hasil FGD yang ditunjukkan oleh tabel 5.4 menunjukkan bahwa terdapat 3 isu strategis pada evaluasi faktor resiko penyebab kekambuhan, yaitu; pengetahuan pasien masih kurang, masih ada sebagian pasien yang menunjukkan respon psikologis disfungsional (*denial* dan *anger*), dan sebagian pasien masih menunjukkan kepatuhan yang rendah. Selain itu, pada FGD tahap 1 dibahas juga upaya yang sudah dilakukan Klinik Aster dalam mencegah kekambuhan dan materi edukasi yang dibutuhkan pasien guna meningkatkan kepatuhan dan mencegah kekambuhan.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan pasien guna meningkatkan kepatuhan mereka terhadap perawatan dan pengobatan, namun belum semua pasien menyadari pentingnya kepatuhan dalam menurunkan angka kekambuhan dan meningkatkan derajat kesehatan pasien dengan HIV AIDS (Mulyati, 2018). Beberapa upaya yang sudah dilakukan oleh Klinik Aster diantaranya; 1) Mengoptimalkan peran *caregiver*, dalam hal ini mereka menyebutkan tenaga Manajer Kasus (MK) yang diperbantukan dari KPA Dinkes Kab.Probolinggo sesuai wilayah kerja masing-masing, dan 2) Melakukan *homevisit* ke rumah pasien yang telah *lost follow up* setiap 3 bulan sekali.

Meskipun demikian, upaya tersebut belum mencapai keberhasilan 100% dalam menurunkan angka ketidakpatuhan dan pasien *drop out* atau *lost to follow-*

up. Sebagian pasien masih enggan untuk melanjutkan pengobatan dengan berbagai alasan masing-masing. Berdasarkan hasil FGD, beberapa alasan penyebab pasien *drop out* yaitu; 1) Kesulitan ekonomi, 2) Kesulitan fasilitas transportasi, 3) Akses terhadap layanan kesehatan yang jauh, 4) Kurangnya dukungan keluarga, 5) Pasien merasa sehat atau lebih cenderung pada pengobatan alternatif, dan 6) Masih tingginya stigma pada masyarakat.

Herz dan Menville (1980) dalam Keliat (1996) mengkaji gejala kambuh yang dapat diidentifikasi oleh pasien diantaranya, tidak nafsu makan dan sulit tidur. Terdapat 4 strategi pencegahan kekambuhan; 1) Mengenali tanda-tanda kambuh/penurunan kondisi sedini mungkin, 2) Disiplin menjalani pengobatan yang sesuai, 3) Menghindari keadaan yang memicu timbulnya gejala, 4) Mempelajari sakit yang diderita, 5) Melaksanakan teknik manajemen stres saat timbul keluhan, 6) Melaksanakan aktivitas secara teratur.

Dalam pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien perlu memperhatikan metode dan materi edukasi, melakukan evaluasi tingkat pemahaman pasien terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan, dan menentukan dengan tepat siapa penerima edukasi. Pelaksanaan pemberian kesehatan dapat dilakukan selama pasien dirawat di rumah sakit sampai dengan hari pemulangan pasien. Selama ini pelaksanaan edukasi kesehatan di rawat jalan, khususnya di Klinik Aster RSUD Waluyo Jati Kraksaan hanya dilakukan oleh dokter pada saat anamnesa dan materi edukasi yang disampaikan hanya diberikan sekilas dalam waktu yang singkat. Sebagian besar dokter menyatakan bahwa mereka hanya mampu menyampaikan sedikit informasi tentang gejala penyakit dan pentingnya

pengobatan rutin. Hal ini dikarenakan keterbatasan waktu pada jam layanan yang tidak memungkinkan untuk memberikan edukasi yang maksimal.

Salah satu metode edukasi yang saat ini sedang marak dikembangkan dalam meningkatkan kepatuhan dan memudahkan akses pelayanan kesehatan HIV AIDS adalah metode *telehealth* atau *telenursing*. *Telenursing* didefinisikan sebagai suatu proses pemberian manajemen dan koordinasi asuhan serta pemberian pelayanan kesehatan dengan menggunakan fasilitas teknologi informasi dan telekomunikasi (CNA, 2016). *Telenursing* memungkinkan perawat untuk mengontrol pasien, tanpa harus bertatap muka setiap hari. Teknologi yang dapat digunakan dalam *telenursing* sangat bervariasi, salah satunya adalah melalui telepon genggam, baik via panggilan suara, panggilan video, ataupun pesan teks (Scotia, 2008).

Peneliti mengembangkan model pencegahan kekambuhan berlandaskan hasil FGD, diskusi pakar dan studi literatur. Rekomendasi dari FGD tentang bentuk pengembangan model pencegahan kekambuhan berbasis *telenursing* adalah dengan menggunakan pendekatan SMS edukasi yang akan diaplikasikan oleh petugas kepada pasien HIV AIDS di Klinik Aster RSUD Waluyo Jati Kraksaan. Hal ini sejalan dengan penelitian Roux et al. (2011) yang menyatakan bahwa penggunaan aplikasi layanan pesan singkat pengingat lebih mudah untuk meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan. Selain itu penggunaan layanan pesan singkat untuk meningkatkan kepatuhan dianggap lebih inovatif dan memiliki efektifitas biaya (Wells, Forde, & Forde, 2011).

Instrumen yang dirancang oleh peneliti dipaparkan dan ditawarkan kepada partisipan dan responden sesuai dengan level pencegahan masing-masing. Model

intervensi ini berbasis *telenursing* dengan memanfaatkan fasilitas aplikasi SMS di masing-masing *handphone* yang dimiliki oleh responden. Peneliti menggunakan aplikasi SMS untuk mengirimkan pesan singkat berupa edukasi tentang pentingnya disiplin minum obat, kontrol dan pemenuhan nutrisi seimbang, serta beberapa motivasi untuk mencegah perilaku beresiko.

6.3 Sosialisasi dan Pelatihan Penggunaan *Telenursing* Berbasis Pesan

Singkat/SMS (*Short Message Service*)

Sosialisasi dan pelatihan penggunaan *telenursing* berbasis pesan singkat/SMS di RSUD Waluyo Jati berjalan lancar pada tanggal 19 dan 20 September 2018. Kegiatan sosialisasi dilaksanakan dengan sasaran peserta adalah responden pasien HIV AIDS yang telah dipilih secara acak dan ditetapkan sebagai kelompok perlakuan. Peserta antusias dengan materi yang disampaikan selama kegiatan berlangsung, hal ini dikarenakan materi tersebut sangat sesuai dengan kondisi yang mereka alami saat ini, dan sebagian materi yang disampaikan berisi tentang informasi kesehatan yang mereka butuhkan. Peserta sosialisasi dijelaskan tentang maksud dan tujuan peneliti dalam mengembangkan model pencegahan kekambuhan berbasis *telenursing*, kemudian peneliti menjelaskan beberapa prosedur yang dapat diikuti oleh peserta sebagai responden penelitian yang akan menerima pesan singkat/SMS edukasi selama beberapa waktu kemudian.

Strategi yang dapat membantu proses edukasi kesehatan yaitu penggunaan bahasa, penggunaan leaflet atau gambar untuk menambah pemahaman, membatasi pemberian informasi kesehatan pada satu waktu, mengulang instruksi,

menggunakan metode “teach back”, dan memiliki sikap yang respek dan peka terhadap kebutuhan pasien (Safeer 2005; Reddick 2015). Oleh karena itu, dibutuhkan proses sosialisasi dan pelatihan sebelum dilakukannya ujicoba kepada pasien. Hal ini ditujukan agar supaya setiap responden paham dengan maksud dan tujuan penelitian, dan memudahkan peneliti untuk mencapai tujuan yg diharapkan. Selain itu, proses sosialisasi juga menjadi salah satu strategi untuk meningkatkan pengetahuan pasien sehingga secara tidak langsung dapat berdampak pada perilaku kepatuhan dan pencegahan kekambuhan.

Peneliti juga tak lupa untuk menjelaskan bahwa setiap responden yang menerima SMS boleh memilih untuk membalas, menyimpan, atau bahkan menghapus pesan yang telah mereka terima. Responden juga tidak akan dipaksa untuk melanjutkan penelitian jika mereka mulai merasa tidak nyaman dengan SMS yang diterima, mereka berhak mengundurkan diri sewaktu-waktu jika memang tidak berkenan untuk melanjutkan keikutsertaan.

6.4 Model Pencegahan Kekambuhan Berbasis *Telenursing*

Dalam penelitian ini peneliti mengembangkan metode *telenursing* berbasis SMS untuk mengevaluasi penggunaan teknologi informasi terhadap kepatuhan dan kekambuhan pasien HIV AIDS. Kebaruan penelitian ini terletak pada metode dan konten materi pencegahan kekambuhan yang akan dikembangkan, dimana sebelumnya pengaruh SMS terhadap kekambuhan HIV AIDS belum pernah dievaluasi. Dalam penelitian terdahulu, peneliti lebih banyak mengevaluasi pengaruh SMS terhadap perilaku pencegahan penyakit HIV (masa sebelum sakit)

dan kepatuhan pasien terhadap pengobatan (pada masa sakit) (Forrest et al, 2015). Pada penelitian ini peneliti akan berfokus pada pencegahan kekambuhan HIV AIDS (pada masa sakit) selain mengevaluasi pengaruh *telenursing* dengan metode SMS terhadap kepatuhan.

Pencegahan kekambuhan dimodifikasi dari teori model pencegahan primer milik Caplan & Caplan (2000) dan tingkatan tahapan pencegahan Leavell & Clark (1965) yang meliputi pencegahan pada masa sebelum sakit dan pada masa sakit. Terdapat tiga tahapan pencegahan terdiri dari pencegahan primer, sekunder dan tersier, dengan konten pencegahan didasarkan pada respon perawatan pasien HIV AIDS meliputi; respon biologis (penambahan BB, hasil lab, CD4/VL, dan klinis); respon psikologis (koping adaptif); respon sosial (stigma & dukungan keluarga) dan spiritual (kebutuhan ibadah) (Nursalam dkk., 2018). Pengembangan model pencegahan berbasis SMS ini dapat digambarkan dalam tabel sebagai berikut;

Tabel 6.1 Model Pencegahan Penyakit dan Kekambuhan HIV, dimodifikasi dari teori Caplan & Caplan (2000) dan Leavell & Clark (1965)

Periode sebelum sakit (Pencegahan primer)		Periode masa sakit		
		Pencegahan sekunder		Pencegahan tersier
Promosi Kesehatan	Perlindungan Khusus	Diagnosis Dini dan Penanganan Awal	Pembatasan Kecacatan/ Komplikasi	Rehabilitasi
- Edukasi kesehatan tentang gejala dan penyebab penularan - Edukasi kesehatan tentang gaya	- Konseling sukarela bagi pasangan dan keluarga - Skrining dan tes HIV bagi pasangan dan bayi	Biologis; 1. Edukasi tentang stadium klinis dan skrining gejala IO Psikososial; 2. Edukasi tentang	Biologis; 1. Informasi dan Peningat jadwal kontrol 2. Informasi dan Peningat jadwal minum obat 3. Informasi tentang nutrisi	Biologis; 1. Informasi dan Peningat jadwal kontrol 2. Informasi dan Peningat jadwal minum obat 3. Informasi tentang nutrisi

Periode sebelum sakit (Pencegahan primer)		Periode masa sakit		
		Pencegahan sekunder		Pencegahan tersier
hidup sehat	dari Ibu dengan HIV (+) - Edukasi tentang kondom dan seks aman	stigma dan dukungan keluarga	Psikososiospritual; 4. Informasi tentang perilaku pencegahan penularan 5. Kalimat motivasi dukungan psikososiospiritual	Psikososiospiritual; 4. Informasi tentang perilaku pencegahan penularan 5. Kalimat motivasi dukungan psikososiospiritual

Upaya pencegahan kekambuhan HIV AIDS berkaitan erat dengan level pencegahan penyakit, terutama level pencegahan sekunder dan tersier (Caplan & Caplan, 2000; Leavell & Clark, 1965). Dalam penelitian ini, peneliti akan mengembangkan model pencegahan kekambuhan HIV AIDS berbasis *telenursing* dengan berfokus pada kegiatan edukasi, konseling atau bahkan monitoring berkelanjutan melalui pesan singkat/SMS kepada ODHA yang berobat di Klinik Aster RSUD Waluyo Jati Kraksaan.

Kegiatan edukasi, konseling dan pelayanan berkelanjutan ini akan disesuaikan dengan setiap level pencegahan. Dalam hal ini, edukasi dan konseling kesehatan merupakan bagian dari proses *discharge planning* (perencanaan pulang) yang meliputi perencanaan sistematis yang dipersiapkan bagi pasien untuk meninggalkan instansi perawatan (rumah sakit) dan untuk mempertahankan kontinuitas perawatan (Nursalam, 2016a). Tindak lanjut berikutnya akan disesuaikan dengan level pencegahan, baik pencegahan primer pada periode masa sebelum sakit, maupun pencegahan sekunder dan tersier selama periode masa sakit

sehingga pasien dan keluarga dapat terus mendapatkan kontinuitas perawatan meskipun mereka tidak sedang berada di RS.

Petugas kesehatan, dalam hal ini dokter dan perawat di layanan kesehatan berperan penting dalam mempromosikan kepatuhan ART sebagai salah satu aspek pengelolaan infeksi HIV. Kepatuhan pasien dalam perawatan dan pengobatan, memainkan peran penting dalam menurunkan morbiditas dan memperpanjang hidup, sehingga memberikan kesempatan pada pasien untuk melanjutkan perawatan (Smillie et al., 2014). Agar kepatuhan terhadap perawatan dan pengobatan ini dapat berdampak maksimal, harus didukung pula oleh ketersediaan pangan yang aman, sehat dan bergizi. Sehingga pasien tetap berada pada status kesehatan yang optimal, mencegah kekambuhan dan meningkatkan retensi perawatan.

Kondisi kemiskinan dan keamanan pangan yang buruk sangat terkait dengan kepatuhan ART yang buruk, penurunan supresi VL, dan kematian lebih dini. Penelitian di Zambia menunjukkan hasil kepatuhan yang lebih baik pada ODHA yang menerima suplementasi makanan dibandingkan yang tidak mendapat suplementasi makanan (Dawson-Rose et al., 2016). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat saling keterkaitan yang saling mendukung antara pengobatan ART dan pemenuhan nutrisi. Kekurangan pangan dapat menghambat kemampuan ODHA untuk tetap patuh pada ART, demikian pula sebaiknya ketidakpatuhan terhadap terapi ARV akan berdampak pada usaha dan kemampuan pasien dalam pemenuhan sumber nutrisi yang seimbang.

Oleh karena itu, dalam penelitian ini peneliti menggunakan beberapa indikator kepatuhan untuk menilai keberhasilan model intervensi yang dikembangkan, indikator tersebut terdiri dari kepatuhan dalam menjalankan pengobatan, kepatuhan kontrol sesuai jadwal yang telah disepakati bersama dengan petugas RS, dan kepatuhan diet atau nutrisi. Adapun intervensi yang diberikan adalah berupa pengiriman pesan teks/SMS rutin dengan konten edukasi, meliputi edukasi tentang skrining dan tes HIV, nutrisi lengkap dan seimbang bagi ODHA, penggunaan kondom, serta pengingat jadwal minum obat dan jadwal kontrol.

6.5 Uji Coba Penggunaan *Telenursing* dalam Meningkatkan Kepatuhan dan Menurunkan Kekambuhan

Ujicoba atau implementasi penggunaan *telenursing* dilakukan sendiri oleh peneliti atas seijin manajemen RSUD Waluyo Jati Kraksaan. Peneliti melibatkan 50 pasien HIV AIDS yang memenuhi kriteria inklusi sebagai responden penelitian. Kegiatan ujicoba dilakukan dengan mengirimkan *template* SMS edukasi yang telah melalui proses diskusi pakar dan studi literatur. SMS edukasi dikirimkan pada seluruh responden pada kelompok perlakuan, dengan frekuensi sebanyak 3 kali seminggu pada hari Senin, Rabu dan Jum'at, tepat sesaat sebelum jadwal minum obat yakni sekitar pukul 12.00 WIB atau pukul 20.00 WIB. Peneliti kemudian mendokumentasikan setiap SMS yang mendapat respon dari responden, baik itu berupa respon positif maupun negatif.

Ujicoba dilakukan setiap minggunya selama 1 bulan. Konten SMS yang dikirimkan berbeda-beda setiap harinya. SMS yang dikirimkan berisi informasi

terkait pengingat jadwal kontrol, pengingat jadwal minum obat, informasi terkait nutrisi dan pentingnya perilaku hidup sehat dan pencegahan penularan. Dari keseluruhan SMS yang dikirimkan pada 50 responden pada kelompok perlakuan, peneliti mendapatkan beberapa *feedback* sebagai hasil ujicoba sebagai berikut; 21 responden membalas SMS dengan respon positif, 7 responden menunjukkan ketertarikan terhadap konsultasi via SMS, dan 6 responden memberikan respon positif dengan melakukan panggilan telepon. Sementara lainnya tidak membalas SMS yang dikirimkan oleh peneliti.

Selanjutnya peneliti juga melakukan observasi dan studi dokumentasi pada rekam medik rawat jalan Klinik Aster RSUD Waluyo Jati Kraksaan untuk memvalidasi data yang diperoleh langsung dari responden dan oleh petugas. Observasi difokuskan pada kepatuhan pengobatan dan kepatuhan kontrol. Dalam setiap kesempatan bertemu dengan responden saat kontrol, peneliti juga melakukan validasi data pada pasien melalui wawancara tidak terstruktur terkait tentang kepatuhan mereka dalam pemenuhan nutrisi dan aktivitas, serta perilaku seksual dan keluhan klinis yang dirasakan.

6.6 Evaluasi Rancangan Model *Telenursing* Berbasis SMS dalam Meningkatkan Kepatuhan dan Menurunkan Kekambuhan

Evaluasi merupakan penilaian secara sistemik untuk menentukan atau menilai kegunaan, keefektifan sesuatu yang didasarkan pada kriteria tertentu pada program. Evaluasi harus memiliki tujuan yang jelas sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam program (Harris, 1985). Hasil evaluasi rancangan model

menunjukkan bahwa seluruh responden sebagai pengguna (*user*) menyatakan bahwa mutu rancangan model pencegahan kekambuhan berbasis *telenursing* melalui SMS edukasi saat diujicobakan adalah baik, dilihat dari aspek fungsi, efisiensi dan kemudahan penggunaan. Hal ini dikarenakan SMS adalah metode yang mudah dan universal bagi seluruh lapisan masyarakat, hampir seluruh pengguna telepon genggam (*handphone*) familiar dengan penggunaan fasilitas aplikasi SMS atau pesan singkat.

Peneliti mengadopsi konsep karakteristik instrumen sesuai dengan karakteristik kualitas *software* menurut ISO 9126 (*International Organization for Standarization*), dalam penelitian ini didasarkan penilaiannya melalui sudut pandang pengguna (*user's view*). Aspek penilaian tersebut meliputi 5 (lima) hal antara lain : 1) *Functionality*; 2) *Reliability*; 3) *Efficiency*; 4) *Usability*; 5) *Portability*. Item penilaian yang diadopsi oleh peneliti yaitu aspek *functionallity*, *efficiency* dan *usability* sesuai dengan harapan pengguna pada saat FGD.

Berdasarkan tabel 5.9 diketahui bahwa ada pengaruh model pencegahan kekambuhan berbasis *telenursing* terhadap peningkatan kepatuhan pengobatan dan kontrol pasien HIV AIDS. Hal ini dikarenakan pasien diberikan pesan pengingat sesaat sebelum waktu minum obatnya, sehingga pasien selalu ingat waktu minum obat. Selain itu, pesan yang dikirimkan juga mengingatkan pasien tentang jadwal kontrol, sehingga pasien dapat mengantisipasi agar tidak sampai terlambat kontrol. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan yang diungkapkan oleh Mayer & Fontelo (2016) bahwa pesan teks/SMS pengingat dapat meningkatkan kepatuhan berobat dan mendorong perbaikan kondisi fisiologis pasien.

Selain itu Almborg et al. (2010) juga menyatakan bahwa pemberian informasi kesehatan dapat meningkatkan kemajuan kondisi pasien, membantu pasien untuk mencapai kualitas hidup optimal. Sebaliknya, pasien ataupun ODHA yang tidak mendapatkan edukasi kesehatan, konseling kesehatan atau penyuluhan dan panduan akses pelayanan komunitas sebelum pemulangan, terutama pasien yang memerlukan perawatan kesehatan di rumah, biasanya akan kembali ke ruang kedaruratan dalam 24-48 jam, dan kemudian pulang kembali (Swanburg, 1999). Kondisi kekambuhan pasien ini tentunya sangat merugikan pasien, keluarga dan juga rumah sakit. Rumah Sakit yang mengalami kondisi ini lambat laun akan ditinggalkan oleh pelanggan.

Mengkomunikasikan informasi kesehatan dapat menjadi tantangan karena tenaga kesehatan harus berbagi informasi yang rumit dan mencakup banyak konten. Karakteristik pasien dengan preferensi gaya bahasa yang unik, keterampilan, perbedaan budaya, fisik dan kognitif yang berkaitan dengan perubahan usia, cacat, dan emosi dapat mempengaruhi proses menerima edukasi (Knier et al. 2015). Komunikasi yang kurang sering terjadi pada keadaan ketika tenaga kesehatan tergesa-gesa atau pasien takut, sakit, dan / atau dalam berbagai hal terkait masalah penyakitnya. Dengan menggunakan *telenursing*, diharapkan dapat memudahkan proses transfer ilmu diantara perawat-pasien.

Tabel 5.10 menginformasikan bahwa terdapat perbedaan respon kekambuhan antara kelompok yang mendapatkan intervensi SMS edukasi dan kelompok yang tidak mendapatkan intervensi SMS edukasi. Hal ini menunjukkan bahwa model pencegahan kekambuhan berbasis *telenursing* memiliki pengaruh

terhadap respon kekambuhan pasien, dalam hal ini dapat dilihat dari perbaikan respon biologis dan psikoseksual pada kelompok perlakuan. Hal ini sejalan dengan penelitian Chiang (2012) menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan kombinasi *telehealth* dan *discharge planning* memiliki tingkat kemampuan penanganan masalah yang lebih tinggi, beban kerja pengasuh/pendamping keluarga berkurang, dan fungsi keluarga selama perawatan semakin baik.

Dengan adanya intervensi pencegahan kekambuhan berbasis *telenursing*, diharapkan dapat menambah alternatif upaya untuk menilai resiko kejadian kekambuhan lebih dini. Pasien dapat melakukan identifikasi secara mandiri dan lebih baik terkait tanda-tanda munculnya kekambuhan (Wallace et al. 2016). Salah satu faktor yang beresiko menyebabkan kekambuhan pasien adalah kurangnya pengetahuan, rendahnya kualitas pelayanan, rendahnya pemberian pendidikan kesehatan dan munculnya gejala persisten (Lau et al. 2016).

6.7 Rekomendasi Model Pencegahan Kekambuhan Berbasis *Telenursing*

Penyebab dari ketidakpatuhan pasien dapat meliputi usia, pendidikan, masalah ekonomi, takut akan efek samping, kurangnya pengetahuan tentang penyakit, kemudahan akses pelayanan, dukungan keluarga dan dari tenaga medis. Faktor tersebut akibat dari kurangnya informasi dan komunikasi. Biasanya karena kurangnya informasi, pasien melakukan *self-regulation* terhadap terapi obat yang diterimanya (Martoni, Arifin, & Raveinal, 2013). Selain itu, kesalahan komunikasi antara petugas dan pasien/keluarga mengenai kondisi kesehatannya, dapat

menyebabkan frustrasi, stres dan kecemasan pada pasien atau keluarga serta dapat memperpanjang *length of stay* (LOS) yang tidak perlu (New P.W. et al., 2016)

Menurut Senewe (2002), pasien yang merasakan adanya dukungan dan perhatian dari petugas kesehatan untuk pengobatannya, memberikan edukasi kesehatan, mempunyai kemungkinan 4,19 kali untuk lebih teratur atau patuh berobat dibandingkan pasien yang tidak mendapatkan perlakuan kesehatan. Salah satu tindakan keperawatan untuk merubah perilaku pasien yang tidak baik adalah melalui mekanisme kontrol. Perawat membantu pasien untuk mencapai peningkatan respon perilaku dengan secara rutin melakukan kontrol dan *monitoring* (Fawcett, 2010).

Dalam proses pengembangan model pencegahan kekambuhan berbasis *telenursing*, peneliti mengirimkan beberapa informasi terkait strategi pencegahan kekambuhan secara mandiri melalui SMS edukasi. Metode ini dipilih karena peneliti berasumsi bahwa SMS merupakan metode baru dan mudah digunakan sebagai sarana penyebaran informasi bagi setiap lapisan masyarakat. Model pencegahan kekambuhan dapat pula diklasifikasikan berdasarkan masing-masing level pencegahan.

Adanya intervensi SMS yang mengingatkan pasien untuk kontrol, minum obat dan mengkonsumsi makanan yang bergizi dapat membantu pasien untuk lebih meningkatkan kepatuhan, memperbaiki kondisi kesehatan dan mencegah timbulnya kekambuhan. Ditambah dengan edukasi kesehatan yang diberikan petugas pada saat pasien melakukan kunjungan untuk kontrol dan pengambilan obat. Sebagaimana yang telah disebutkan oleh King et al. (2017) dalam penelitiannya

bahwa intervensi SMS dapat menurunkan *viral load* dan meningkatkan kepatuhan terhadap kombinasi ART, meskipun terdapat sedikit penurunan terhadap jumlah kehadiran. Lester et al. (2010) juga menyebutkan bahwa SMS dapat dijadikan alat yang efektif untuk meningkatkan kualitas layanan terutama di wilayah terpencil.

Salah satu kendala dalam kepatuhan pengobatan adalah berhubungan dengan efek samping obat, perasaan takut orang lain akan mengetahui penyakitnya, penderita lupa akan jadwal minum obat, terganggunya aktivitas dan kekacauan pikiran yang disebabkan oleh HIV AIDS, serta perasaan depresi/marah/stress (Fu, Hu, & Lu, 2015). Metode *telenursing* ini dapat digunakan sebagai salah satu alternatif manajemen perawatan untuk pasien HIV AIDS di rumah. Keuntungan lain yang dirasakan pasien adalah, pasien mendapatkan perhatian dan dukungan dari perawat, sehingga dapat meningkatkan hubungan saling percaya dan meningkatkan komunikasi terapeutik serta membantu meningkatkan komitmen pasien untuk melanjutkan perawatan dan pengobatan seumur hidup.

Selain itu, kedepannya model intervensi SMS edukasi juga dapat digunakan sebagai alternatif manajemen depresi. Manajemen depresi berbasis *telehealth* dapat mengarah pada efektifitas perawatan dan biaya, menekan biaya operasional perawatan dengan tingkat kepuasan pasien dan penyedia layanan yang sama-sama tinggi (Drummond et al, 2016).

6.8 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah tidak semua pasien menggunakan telepon genggam secara pribadi. Sebagian responden justru menggunakan telepon genggam milik keluarga atau kerabatnya selama proses ujicoba penelitian, hal ini dikarenakan tingkat pendidikan mereka yang rendah sehingga pasien memiliki kesulitan dalam hal membaca dan menulis. Hal ini menyebabkan SMS yang dikirimkan oleh peneliti tidak langsung diterima dan dibaca oleh responden yang bersangkutan melainkan harus melalui keluarga sebagai penerima pesan pertama.

Hambatan kedua adalah dalam hal pulsa. Tidak semua SMS yang dikirimkan mendapat respon SMS balasan ataupun telepon, hal ini dikarenakan biaya pulsa ditanggung sendiri oleh responden.