

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. HIV-AIDS

1. Definisi HIV-AIDS

Penyakit *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah virus yang menyerang sel darah putih di dalam tubuh (limfosit) yang mengakibatkan turunnya kekebalan tubuh manusia dan membuatnya lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sulit sembuh dari berbagai penyakit infeksi oportunistik dan bisa menyebabkan kematian, sedangkan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat virus HIV (Kemenkes RI, 2020:2). *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah jenis virus yang tergolong familia retrovirus, sel-sel darah putih yang diserang oleh HIV pada penderita yang terinfeksi adalah sel-sel limfosit T (CD4) yang berfungsi dalam sistem imun (kekebalan) tubuh. HIV memperbanyak diri dalam sel limfosit yang diinfeksi dan merusak sel-sel tersebut, sehingga mengakibatkan sistem imun terganggu dan daya tahan tubuh berangsur-angsur menurun. Sedangkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah suatu kumpulan gejala penyakit kerusakan sistem kekebalan tubuh, bukan penyakit bawaan tetapi dibuat dari hasil penularan. Penyakit ini disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (Ovany; et all., 2020:291).

Human immunodeficiency virus (HIV) merupakan patogen yang menyerang sistem imun manusia, terutama semua sel yang memiliki penanda CD4+ di permukaannya seperti makrofag dan limfosit T, sementara *Acquired-Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) merupakan suatu kondisi (sindrom) immunosupresif yang berkaitan erat dengan berbagai infeksi oportunistik, neoplasma sekunder, serta manifestasi neurologik tertentu akibat infeksi HIV (Tanto; dkk. 2014:573).

2. Etiologi

HIV merupakan *virus ribonucleic acid* (RNA) yang termasuk dalam subfamili Lentivirus dari famili Retrovirus. Struktur HIV dapat dibedakan menjadi 2 tipe HIV-I yang menyebar luas ke seluruh dunia; dan HIV-2 yang hanya ada di Afrika Barat dan beberapa negara Eropa.

Penyebab adalah golongan virus retro yang disebut *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Transmisi infeksi HIV dan AIDS terdiri dari lima fase yaitu:

a. Periode jendela

Lamanya 4 sampai 6 bulan setelah terinfeksi. Tidak adanya gejala.

b. Fase infeksi HIV primer akut

Lamanya 1 sampai 2 minggu. Gejala flu like illness.

c. Infeksi asimtomatik

Lamanya 1 sampai 15 tahun. Tidak ada gejala.

d. Supresi imun simtomatik

Diatas 3 tahun dengan gejala demam, keringat malam hari, berat badan menurun, diare, neuropati, lemah, rash, limfadenopati, lesi mulut.

e. AIDS

Bervariasi tiap individu antara 1 sampai 5 tahun dari kondisi AIDS pertama kali ditegakkan. Didapatkan infeksi oportunistik berat dan tumor pada berbagai sistem tubuh, dan manifestasi neurologis (Tanto; dkk, 2014:573).

3. Kelompok Risiko

Menurut UNAIDS (2020), kelompok risiko tertular HIV/AIDS sebagai berikut:

a. Pengguna napza suntik.

b. Menggunakan jarum secara bergantian.

c. Pekerja seks dan pelanggannya keterbatasan pendidikan dan peluang untuk kehidupan yang layak memaksa mereka menjadi pekerja seks.

d. Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (*Homoseksual*).

e. Narapidana.

f. Pelaut dan pekerja di sektor transportasi.

g. Pekerja boro (*migrant worker*).

AIDS dapat menyerang semua golongan umur, termasuk bayi, pria maupun wanita. Yang termasuk kelompok resiko tinggi adalah:

- a. Lelaki homoseksual atau biseks.
- b. Bayi dari ibu/bapak terinfeksi.
- c. Orang yang ketagihan obat intravena.
- d. Partner seks dari penderita AIDS.
- e. Penerima darah atau produk (transfusi) (Susanto & Ari, 2013).

4. Patofisiologi

Pada individu dewasa, masa jendela infeksi HIV sekitar 3 bulan. Seiring pertambahan replikasi virus dan perjalanan penyakit, jumlah sel limfosit CD 4+ akan terus menurun. Umumnya, jarak antara infeksi HIV dan timbulnya gejala klinis pada AIDS berkisar antara 5 – 10 tahun. Infeksi primer HIV dapat memicu gejala infeksi akut yang spesifik, seperti demam, nyeri kepala, faringitis dan nyeri tenggorokan, limfadenopati, dan ruam kulit. Fase akut tersebut dilanjutkan dengan periode laten yang asimtomatis, tetapi pada fase inilah terjadi penurunan jumlah sel limfosit CD 4+ selama bertahun – tahun hingga terjadi manifestasi klinis AIDS akibat defisiensi imun (berupa infeksi oportunistik). Berbagai manifestasi klinis lain dapat timbul akibat reaksi autoimun, reaksi hipersensitivitas, dan potensi keganasan (Tanto; dkk, 2014;574).

Sel T dan makrofag serta sel dendritik/langerhans (sel imun) adalah sel-sel yang terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan terkonsentrasi dikelenjar limfe, limpa dan sumsum tulang. Dengan menurunnya jumlah sel T4, maka sistem imun seluler makin lemah secara progresif. Diikuti berkurangnya fungsi sel B dan makrofag dan menurunnya fungsi sel T penolong (Susanto & Ari, 2013).

Seseorang yang terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dapat tetap tidak memperlihatkan gejala (asimptomatik) selama bertahun-tahun. Selama waktu ini, jumlah sel T4 dapat berkurang dari sekitar 1000 sel per ml darah sebelum infeksi mencapai sekitar 200 – 300 per ml darah, 2 – 3 tahun setelah infeksi. Sewaktu sel T4 mencapai kadar ini, gejala – gejala infeksi (herpes zoster dan jamur oportunistik) (Susanto & Ari, 2013).

5. Cara Penularan

HIV dapat ditularkan melalui pertukaran berbagai cairan tubuh dari orang yang terinfeksi, seperti darah, ASI (Air Susu Ibu), semen dan cairan vagina. HIV juga dapat ditularkan dari seorang ibu ke anaknya selama kehamilan dan persalinan. Orang tidak dapat terinfeksi melalui kontak sehari-hari seperti mencium, berpelukan, berjabat tangan, atau berbagi benda pribadi, makanan, atau air (WHO, 2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>).

6. Pencegahan Penularan

Secara umum pencegahan penularan penyakit HIV-AIDS ini terdapat 5 pokok (A,B,C,D,E) yang harus dijalankan yaitu :

- a. A (*Abstinence*) : Memilih untuk tidak melakukan hubungan seks berisiko tinggi, terutama seks pranikah.
- b. B (*Be faithful*) : Bersikap saling setia.
- c. C (*Condom*) : Menggunakan kondom secara konsisten dan benar.
- d. D (*Drugs*) : Jauhi penggunaan NAPZA.
- e. E (*Education*) : Pemberian edukasi dan informasi yang valid tentang HIV, cara penularan, pencegahan, dan pengobatannya (Kemenkes RI, 2015:9).

Untuk pengguna Napza dapat terbebas dari penularan HIV-AIDS jika mulai berhenti menggunakan Napza sebelum terinfeksi, tidak memakai jarum suntik bersama.

Untuk remaja tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah, menghindari penggunaan obat-obatan terlarang dan jarum suntik, tato dan tindik, tidak melakukan kontak langsung percampuran darah dengan orang yang sudah terpapar HIV, menghindari perilaku yang dapat mengarah pada perilaku yang tidak sehat dan tidak bertanggung jawab (Hasdianah & Dewi,2014).

B. Penatalaksanaan HIV-AIDS

1. Indikasi memulai terapi ARV

Tanpa terapi ARV, sebagian besar ODHA akan menuju imunodefisiensi secara progresif yang ditandai dengan menurunnya kadar CD4, kemudian berlanjut hingga kondisi AIDS dan dapat berakhir kematian. Tujuan utama pemberian ARV adalah untuk mencegah morbiditas dan mortalitas yang berhubungan dengan HIV. Tujuan ini dapat dicapai melalui pemberian terapi ARV yang efektif sehingga kadar viral load tidak terdeteksi. Lamanya supresi virus HIV dapat meningkatkan fungsi imun dan kualitas hidup secara keseluruhan, menurunkan risiko komplikasi AIDS dan non-AIDS dan memperpanjang kesintasan. Tujuan kedua dari pemberian terapi ARV adalah untuk mengurangi risiko penularan HIV.

Inisiasi ARV dini terbukti berguna untuk pencegahan, bermanfaat secara klinis, meningkatkan harapan hidup, dan menurunkan insidens infeksi terkait HIV dalam populasi. Pemulihan kadar CD4 berhubungan langsung dengan kadar CD4 saat memulai ARV (Kepmenkes RI No. HK.01.07/2019:III:D(1)).

2. Panduan terapi ARV lini pertama

Paduan ARV lini pertama harus terdiri dari dua *nucleoside reverse-transcriptase inhibitors* (NRTI) ditambah *non-nucleoside reverse-transcriptase inhibitor* (NNRTI) atau *protease inhibitor* (PI). Pilihan paduan ARV lini pertama berikut ini berlaku pada pasien yang belum pernah mendapatkan ARV sebelumnya (naif ARV). Sedangkan bagi pasien lama yang sedang dalam pengobatan ARV, tetap menggunakan panduan yang sebelumnya.

World Health Organization mendorong penggunaan terapi ARV yang mempunyai sedikit efek samping, lebih nyaman, dan paduan yang lebih sederhana. Terapi ARV pilihan juga harus dapat digunakan bersama obat yang digunakan untuk berbagai ko-infeksi dan komorbiditas yang umumnya ditemukan pada ODHA.

Berdasarkan telaah sistematis, kombinasi dosis tetap sekali sehari TDF+3TC(atau FTC)+EFV lebih jarang menimbulkan efek samping berat, menunjukkan respons terapi dan virologis yang lebih baik dibandingkan

dengan NNRTI sekali atau dua kali sehari atau paduan yang mengandung protease inhibitor (PI). EFV juga merupakan pilihan ARV jika digunakan bersamaan dengan rifampisin pada ko-infeksi TB, dan dapat digunakan pada ibu hamil atau perempuan usia subur. Meta-analisis dan beberapa laporan studi sesudahnya yang membandingkan penggunaan EFV dengan obat ARV lain pada trimester pertama kehamilan menunjukkan EFV tidak meningkatkan risiko kelainan kongenital seperti neural tube defect pada bayi. Demikian juga dengan penggunaan TDF. Kombinasi dosis tetap yang tersedia di Indonesia adalah TDF+3TC+EFV, sehingga kombinasi ini yang menjadi pilihan utama paduan ARV lini pertama di Indonesia. Kombinasi TDF+3TC atau TDF+FTC juga merupakan pilihan utama kombinasi NRTI pada ko-infeksi HIV-VHB karena juga mempunyai efek antivirus VHB.

Efavirenz dapat menyebabkan efek samping neuropsikiatrik (seperti mimpi buruk, sakit kepala, depresi) yang umumnya membaik setelah beberapa minggu pengobatan, namun dapat bertahan dalam jangka waktu lama pada beberapa ODHA. Analisis dari 4 studi ACTG menunjukkan keinginan atau percobaan bunuh diri atau bunuh diri yang dua kali lebih besar pada pengguna EFV dibandingkan obat lain. Namun, tiga kohort observasional besar lainnya tidak menunjukkan data yang sama. Tenofovir dapat menyebabkan perburukan fungsi ginjal, terutama pada stadium AIDS, berat badan kurang, pemakaian lama, dan gangguan ginjal yang sudah ada sebelumnya, serta osteoporosis.

Pilihan lain pada paduan lini pertama adalah AZT+3TC+EFV, AZT+3TC+NVP, atau TDF+3TC(atau FTC)+NVP. Telaah sistematis dan meta-analisis yang ada menunjukkan substitusi karena efek samping penggunaan NVP lebih sering terjadi dibandingkan EFV, antara lain karena hepatotoksitas dan reaksi hipersensitivitas obat. Beberapa studi menunjukkan efek samping NVP tersebut lebih sering muncul pada ibu hamil, namun tidak terbukti pada studi-studi lainnya. Namun demikian, NVP tetap dapat digunakan secara hati-hati terutama pada ODHA dengan CD4 yang tinggi dan ibu hamil.

Alternatif lain adalah penggunaan EFV 400 mg (EFV400) yang pada penelitian ENCORE 1 menunjukkan efektivitas yang sama dengan EFV 600 mg dengan efek samping neuropsikiatrik yang lebih rendah dan penghentian

obat yang lebih jarang. Pada ibu hamil dan ODHA dengan tuberkulosis yang menggunakan rifampisin, efektivitas penggunaan EFV 400 mg ini belum diketahui, sehingga belum dapat direkomendasikan. Kehamilan dan penggunaan bersama dengan EFV diketahui dapat mengurangi konsentrasi plasma EFV.

Tabel 2.1 Lini Pertama Terapi ARV

Rekomendasi	
Paduan terapi ARV lini pertama pada orang dewasa, termasuk ibu hamil dan menyusui, terdiri atas 3 paduan ARV. Paduan tersebut harus terdiri dari 2 obat kelompok NRTI+1 obat kelompok NNRTI:	
<ul style="list-style-type: none"> • TDF+3TC(atau FTC)+EFV dalam bentuk kombinasi dosis tetap merupakan pilihan paduan terapi ARV lini pertama (<i>sangat direkomendasikan, kualitas bukti sedang</i>). • Jika TDF+3TC(atau FTC)+EFV dikontraindikasikan atau tidak tersedia, pilihannya adalah: <ul style="list-style-type: none"> ▪ AZT+3TC+EFV ▪ AZT+3TC+NVP ▪ TDF+3TC(atau FTC)+NVP (<i>sangat direkomendasikan, kualitas bukti sedang</i>) • TDF+3TC(atau FTC)+EFV dapat digunakan sebagai alternatif paduan terapi ARV lini pertama (<i>rekomendasi sesuai kondisi, kualitas bukti sedang</i>) 	
Rangkuman paduan terapi ARV lini pertama pada orang dewasa	
Paduan pilihan	TDF + 3TC (atau FTC) + EFV dalam bentuk KDT
Paduan	AZT + 3TC + NVP
	AZT + 3TC + EFV
	TDF + 3TC (atau FTC) + EFV
^a Belum direkomendasikan pada pengguna rifampisin dan ibu hamil	

Sumber : (Kepmenkes RI No. HK.01.07/2019:III:D(2)).

C. Kepatuhan Minum Obat

1. Pengertian Kepatuhan

Patuh menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) berarti suka menurut perintah, taat kepada perintah atau aturan dan disiplin. Kepatuhan adalah perilaku individu misalnya minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup sesuai anjuran terapi dan kesehatan. Tingkat kepatuhan

dapat dimulai dari tidak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana (Kozier, 2010).

2. Faktor yang Memengaruhi Kepatuhan

Berikut faktor yang dapat memengaruhi kepatuhan minum obat menurut Kozier (2010):

- a. Motivasi klien untuk sembuh.
- b. Tingkat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan.
- c. Persepsi keparahan masalah kesehatan.
- d. Nilai upaya mengurangi ancaman penyakit.
- e. Kesulitan memahami dan melakukan perilaku khusus.
- f. Tingkat gangguan penyakit atau rangkaian terapi.
- g. Keyakinan bahwa terapi yang diprogramkan akan membantu atau tidak membantu.
- h. Kerumitan, efek samping yang diajukan.
- i. Warisan budaya tertentu yang membuat kepatuhan menjadi sulit dilakukan.
- j. Tingkat kepuasan dan kualitas serta jenis hubungan dengan penyediaan layanan kesehatan.

Kepatuhan minum obat menurut Yulistiana (2020) dipengaruhi oleh faktor demografi, faktor pasien, faktor terapi dan hubungan pasien dengan tenaga kesehatan.

Terdapat 4 faktor yang dapat meningkatkan kepatuhan minum obat HIV-AIDS berdasar studi yang dilakukan Koole *et all* (2015) yaitu :

- a. Faktor individu pasien (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengetahuan pengobatan).
- b. Faktor dukungan keluarga.
- c. Faktor pengobatan rejimen terapi.
- d. Faktor pendukung yaitu jaminan kesehatan (Debby; dkk, 2019:17).

D. Kuesioner MMAS-8

MMAS-8 (*Morisky Medication Adherence Scale*) merupakan skala kuesioner dengan butir pertanyaan sebanyak 8 butir menyangkut dengan kepatuhan minum obat. Kuesioner ini telah tervalidasi pada hipertensi tetapi

dapat digunakan pada pengobatan lain secara luas.

- a. Kepatuhan tinggi memiliki nilai 8
- b. Kepatuhan sedang memiliki nilai <8-6
- c. Kepatuhan rendah memiliki nilai ≤ 6

Tabel 2.2 Kuesioner MMAS-8 (*The Item Morisky Medication Adherence Scale*)

<i>The 8-Item Medication Adherence Scale</i>	<i>ANSWER</i>
1. <i>Do you sometimes forget to take your diabetes medications?</i>	<i>YES/NO</i>
2. <i>Over the past 2 weeks, were there any days when you did not take your diabetes medicine?</i>	<i>YES/NO</i>
3. <i>Have you ever cut back or stopped taking your diabetes medicine medication without telling your doctor because you felt worse when you took it?</i>	<i>YES/NO</i>
4. <i>When you travel or leave home, do you sometimes forget to bring along your diabetes medications?</i>	<i>YES/NO</i>
5. <i>Did you take your diabetes medicine yesterday?</i>	<i>YES/NO</i>
6. <i>When you feel like your blood glucose is under control, do you sometimes stop taking your diabetes medicine?</i>	<i>YES/NO</i>
7. <i>Taking medication everyday is a real inconvenience for some people. Do you ever feel hassled about sticking to your diabetes treatment regimen?</i>	<i>YES/NO</i>
8. <i>How often do you have difficulty remembering to take all your blood pressure medication?</i>	
a. <i>Never</i>	
b. <i>Rarely</i>	
c. <i>Sometimes</i>	
d. <i>Often</i>	
e. <i>Always</i>	

Sumber : (Morisky; *et al*, 2008).

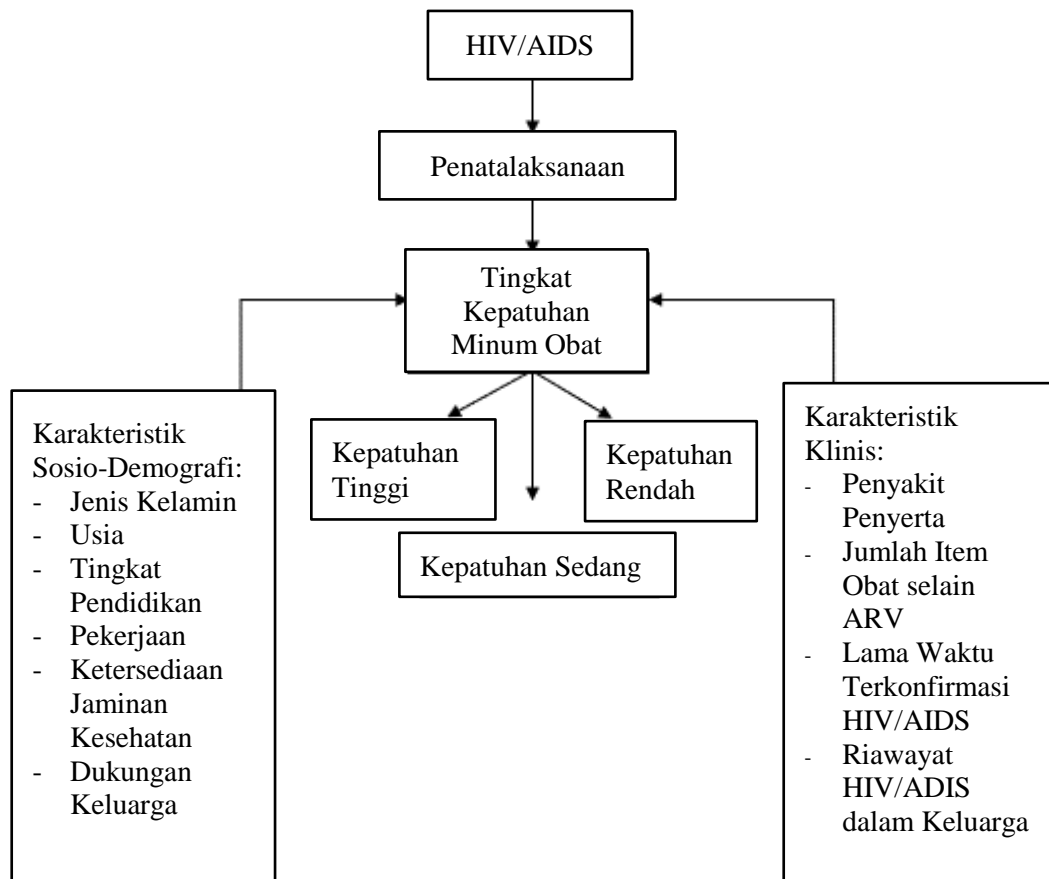
Keterangan: pertanyaan 1-7 memiliki jawaban “ya” atau “tidak”. Sedangkan pertanyaan nomer 8 memiliki 5 poin skala Likert. Setiap jawaban “tidak” memiliki nilai “1” dan “ya” memiliki nilai “0”, kecuali untuk pertanyaan nomer 5 dimana setiap jawaban “ya” memiliki nilai “1” dan setiap jawaban “tidak” memiliki nilai “0” (Okello; *et all*, 2016:3).

Tabel 2.3 Kuesioner MMAS-8 Bahasa Indonesia

<i>The 8-Item Medication Adherence Scale</i>	JAWAB
1. Apakah Anda kadang-kadang/pernah lupa minum obat antidiabetes?	YA/TIDAK
2. Kadang-kadang orang lupa minum obat karena alasan tertentu (selain lupa). Coba diingat-ingat lagi, apakah dalam 2 minggu, terdapat hari dimana Anda tidak minum obat antidiabetes?	YA/TIDAK
3. Jika Anda merasa keadaan Anda bertambah buruk/tidak baik dengan meminum obat-obat antidiabetes, apakah Anda berhenti meminum obat tersebut?	YA/TIDAK
4. Ketika Anda bepergian/meninggalkan rumah, apakah kadang-kadang Anda lupa membawa obat?	YA/TIDAK
5. Apakah kemarin Anda minum obat antidiabetes?	YA/TIDAK
6. Jika Anda merasa kondisi Anda lebih baik, Apakah Anda pernah menghentikan/tidak menggunakan obat antidiabetes?	YA/TIDAK
7. Minum obat setiap hari kadang membuat orang tidak nyaman. Apakah Anda pernah merasa terganggu memiliki masalah dalam mematuhi rencana pengobatan Anda?	YA/TIDAK
8. Seberapa sering anda mengalami kesulitan dalam mengingat penggunaan obat?	
a. Tidak pernah/sangat jarang	
b. Sese kali	
c. Kadang-kadang	
d. Biasanya	
e. Selalu/sering	

Sumber : (Puspitasari, 2012).

E. Kerangka Teori

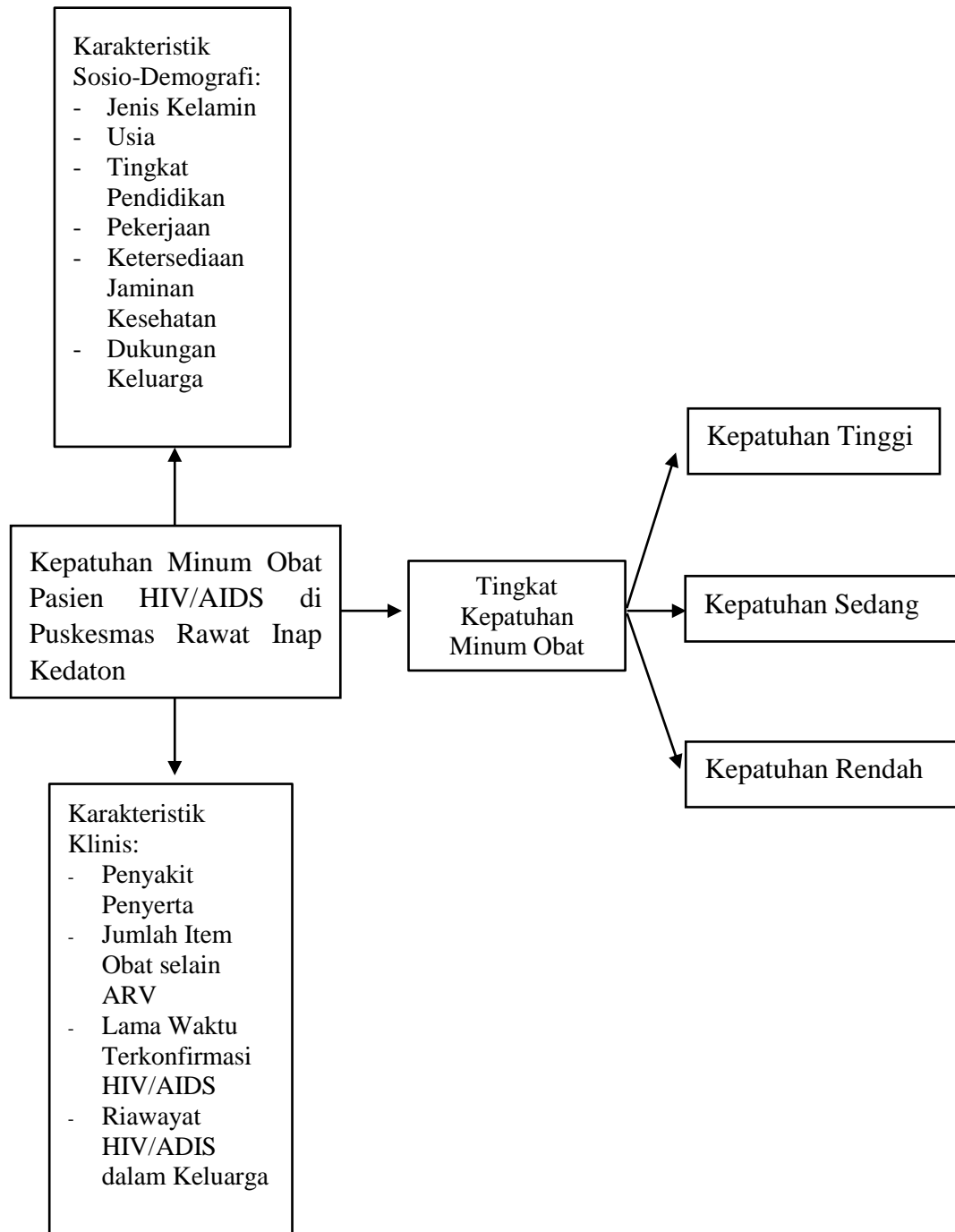


Sumber: Kemenkes RI No. HK.01.07/MENKES/90/2019

Koole et all (2015).

Gambar 2.1 Kerangka Teori

F. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

G. Definisi Operasional

Tabel 2.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Karakteristik Sosio-Demografi :					
a.	Jenis kelamin	Karakteristik biologis yang dilihat dari penampilan luar (KBBI)	Mengisi kolom lembar kuisisioner	Kuisisioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
b.	Usia	Lama hidup responden dari lahir sampai saat penelitian (Kementrian Kesehatan, 2018)	Mengisi kolom lembar kuisisioner	Kuisisioner	1. 16-25 tahun 2. 26-35 tahun 3. 37-45 tahun 4. 46-55 tahun 5. 56-65 tahun (Masturah & Nauri, 2018)	Ordinal
c.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang diselesaikan oleh responden berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki (Kementrian Kesehatan, 2018)	Mengisi kolom lembar kuisisioner	Kuisisioner	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. Diploma 1, 2, 3 5. Sarjana	Ordinal
d.	Pekerjaan	Kegiatan utama yang dilakukan responden dan mendapat penghasilan atas kegiatan tersebut serta masih dilakukan pada saat ini (Kementrian Kesehatan, 2018)	Mengisi kolom lembar kuisisioner	Kuisisioner	1. Wiraswasta 2. PNS 3. Pegawai swasta 4. Petani 5. Tidak Bekerja	Nominal
e.	Status pernikahan	Ikatan lahir batin antara seseorang pria dan seseorang wanita sebagai suami isteri dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia dan kekal berdasarkan ketuhanan yang maha esa (UU Pernikahan 1974)	Mengisi kolom lembar kuisisioner	Kuisisioner	1. Belum menikah 2. Sudah menikah	Nominal
f.	Dukungan keluarga	Pengetahuan keluarga responden mengenai penyakit yang diderita	Mengisi kolom lembar kuisisioner	Kuisisioner	1. Mengetahui 2. Tidak mengetahui	Ordinal
g.	Jaminan Kesehatan	Penggunaan jaminan kesehatan yang dipakai responden	Mengisi kolom lembar kuisisioner	Kuisisioner	1. Punya 2. Tidak punya	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
2.	Karakteristik klinis					
a.	Penyakit penyerta	Penyakit lain yang diderita responden selain HIV-AIDS	Observasi dokumen rekam medik	Kuisisioner	1. Tidak ada 2. Ada	Nominal
b.	Jumlah <i>item</i> obat selain terapi ARV	Jumlah tambahan <i>item</i> obat yang diterima responden selain terapi ARV	Observasi dokumen rekam medik	Kuisisioner	1. Tidak ada 2. 1 <i>item</i> 3. 2 <i>item</i> 4. ≥ 3 <i>item</i>	
c.	Lama waktu terkonfirmasi HIV-AIDS	Durasi responden sejak terkonfirmasi HIV-AIDS hingga sekarang	Observasi dokumen rekam medik	Kuisisioner	1. 6 bulan - 1 tahun 2. 1-2 tahun 3. >2 tahun	Nominal
d.	Riwayat HIV-AIDS dalam keluarga	Kesertaan keluarga yang juga terkonfirmasi HIV-AIDS	Mengisi kolom lembar kuisisioner	Kuisisioner	1. Tidak ada 2. Ada	Nominal
3.	Kepatuhan Minum Obat	Menggambarkan bagaimana pasien mengikuti petunjuk dan rekomendasi terapi dari perawat atau dokter (Gajski & Karlovic, 2008)	Mengisi kolom lembar kuisisioner	Kuisisioner MMAS-8	1. Kepatuhan tinggi 2. Kepatuhan sedang 3. Kepatuhan rendah	Nominal