

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan dengan mengambil data rekam medik pasien HIV/AIDS di Instalasi Catatan Medik Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta periode Januari – Desember 2014. Populasi penelitian ini terdapat 18 pasien HIV/AIDS, 13 pasien diantaranya masuk kriteria inklusi. Dari 13 pasien tersebut dianalisis dari berbagai karakteristik berupa gejala klinik dan stadium klinis, jenis kelamin, umur, pekerjaan, pendidikan terakhir, dan faktor resiko. Sedangkan 5 pasien termasuk ke dalam kriteria eksklusi yang terdiri dari 3 pasien dengan data rekam medik tidak lengkap dan 2 pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain.

A. Karakteristik Pasien

1. Gejala Klinis dan Stadium Klinis

Pada penelitian ini, untuk mengetahui bagaimana kondisi pasien yang HIV/AIDS di tahun 2014, pasien dikelompokkan berdasarkan gejala klinis dan stadium akhir. Gejala-gejala klinis pada pasien HIV/AIDS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta secara menyeluruh bisa dilihat pada tabel 7

Tabel 7. Distribusi Gejala Klinis Pasien HIV/AIDS di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Periode Januari – Desember 2014

No	Gejala Klinis	Jumlah Pasien	Persentase
1	Demam	7	53,84
2	Batuk	8	61,53
3	Penurunan berat badan	11	84,61
4	Nyeri	4	30,76
5	Mual muntah	5	38,46
6	Sesak napas	4	30,76
7	Diare	6	46,15
8	Bercak putih di mulut	6	46,15
9	Lemas	4	30,76

Tabel 7 menunjukkan bahwa gejala klinis yang paling banyak dialami pasien terdiagnosis HIV/AIDS adalah penurunan berat badan yang dialami 84,61% dari total 13 pasien. Dalam penelitian di Tanzania oleh Leach (2012), sebelum mendapatkan ART, kehilangan berat badan menjadi predictor tersering digunakan terhadap kondisi AIDS dan juga berkaitan dengan kematian. Beberapa faktor yang menyebabkan penurunan berat badan pada pasien HIV/AIDS adalah ketidakmampuan untuk mencerna dan mengabsorpsi makanan (malabsorpsi gastrointestinal) yang sering dikaitkan dengan diare.

Kondisi pasien HIV/AIDS juga dapat dilihat dari stadium WHO pasien. Gambaran distribusi stadium pasien HIV/AIDS yang didiagnosis di tahun 2014 dapat dilihat di tabel 8.

Tabel 8. Distribusi Stadium WHO Pasien HIV/AIDS di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Periode Januari - Desember 2014

No	Stadium WHO	Jumlah	Persentase
1	Stadium I	4	30,76
2	Stadium II	9	69,24
3	Stadium III	0	0
4	Stadium IV	0	0
	Total	13	100

Tabel 8 menunjukkan bahwa pasien HIV/AIDS di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2014 terbanyak adalah stadium II (69,24%). Kondisi ini menggambarkan bahwa kebanyakan pasien yang diterapi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah pada kondisi lanjut.

2. Distribusi Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin

Hasil perhitungan distribusi pasien berdasarkan jenis kelamin pada penelitian dapat dilihat pada Tabel 9.

Tabel 9. Distribusi Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Laki-Laki	9	69,23
Perempuan	4	30,77
Total	13	100

Tabel 9 menunjukkan bahwa prevalensi HIV/AIDS pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan pada perempuan dengan presentase 69,23% sebanyak 9 pasien pada laki-laki dan sebanyak 4 pasien atau 30,77% pada perempuan. Hasil persentase penderita HIV berdasarkan jenis kelamin menurut Depkes tahun 2017 antara laki-laki dan perempuan memiliki rasio 2:1. Hasil penelitian menunjukkan kesamaan dengan data yang terdapat pada Depkes tahun 2017. Data ini juga didukung dengan fakta yang dilaporkan oleh Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI yang menyatakan bahwa untuk Provinsi Yogyakarta jumlah penderita HIV/AIDS pada laki-laki (58%) dibandingkan penderita perempuan (42%) (Ditjen PP&PL, 2014).

Jumlah penderita laki-laki yang lebih banyak dibandingkan penderita perempuan disebabkan laki-laki lebih cenderung melakukan hubungan seks tidak aman dan berganti-ganti pasangan. Selain itu, tingginya persentase homoseksual dan laki-laki biseksual meningkatkan jumlah penderita laki-laki dibanding perempuan (CDC, 2012). Dalam

AIDS Indonesia Watch (2014) menyatakan bahwa laki-laki banyak yang melakukan hubungan seksual tidak aman karena tidak menggunakan kondom dan melakukannya dengan wanita yang sering berganti-ganti pasangan seperti PSK (Pekerja Seks Komersial).

3. Distribusi Pasien Berdasarkan Umur

Pembagian umur berdasarkan psikologi perkembangan masa dewasa terbagi atas (Hurlock, 2002):

- a. Masa dewasa dini, berlangsung antara usia 18-40 tahun
- b. Masa dewasa madya, berlangsung antara usia 41-60 tahun
- c. Masa lanjut usia, berlangsung antara usia >60 tahun

Mengacu pada pembagian umur berdasarkan psikologi perkembangan, maka karakteristik umur pasien pada penelitian ini dibagi menjadi 3 kelompok umur, yaitu kelompok umur 18-40 tahun, kelompok 41-60 tahun, dan >60 tahun.

Hasil penelitian pada Tabel 8 menunjukkan kelompok usia 18-40 tahun merupakan kelompok usia yang paling banyak mengalami HIV/AIDS dengan presentase 92,30%, kemudian urutan kedua kelompok 41-60 tahun dengan presentase 7,70%, dan terakhir kelompok >60 tahun dengan presentase 0%.

Tabel 10. Disribusi Pasien Berdasarkan Umur

Umur (Tahun)	Jumlah (Orang)	Persentase (%)
20-40	12	92,30
41-60	1	7,70
>60	0	0
Total	13	100

Persentase penderita HIV di Indonesia menurut Depkes 2017 persentase infeksi HIV tertinggi pada kelompok usia 25-49 tahun. Hasil penelitian menunjukkan kesamaan dengan data yang terdapat pada Depkes tahun 2017. Data ini juga didukung oleh adanya fakta yang dilaporkan oleh Ditjen PP&PL 2014 bahwa penderita HIV/AIDS terbanyak di Indonesia berusia antara 20-29 tahun yang presentase sebesar (32,89%) (Ditjen PP&PL, 2014).

4. Distribusi Pasien Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Data penelitian yang didapat dari rekam medik pasien di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan bahwa pasien yang mengidap HIV/AIDS sebagian besar lulusan SMA/ sederajat. Distribusi pasien berdasarkan pendidikan terakhir terdapat pada tabel 9.

Tabel 11. Distribusi Pasien Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Pendidikan	Jumlah (Orang)	Presentase (%)
SMA	6	46,15
Sarjana	3	23,08
Diploma	3	23,08
Mahasiswa	1	7,69
Total	13	100

Tabel 11 presentase jumlah pasien HIV/AIDS yang ada di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berdasarkan pendidikan terakhir didapatkan jumlah terbanyak adalah sekolah menengah atas (SMA) yaitu sebanyak 6 orang (46,15%).

Salah satu hal penting dalam penanganan HIV/AIDS adalah tingkat pengetahuan terutama pada remaja, tingginya tingkat pergaulan pada remaja menjadi salah satu penyebab terjadinya kasus-kasus HIV/AIDS.

Banyaknya pasien dengan latar belakang SMA dikarenakan ada kemungkinan pasien melakukan perilaku beresiko saat SMA, tetapi belum tentu pasien terinfeksi HIV saat SMA. Virus HIV membutuhkan waktu 8-10 tahun sampai menimbulkan gejala sehingga HIV baru dapat terdiagnosis walaupun perilaku beresiko pasien telah dilakukan saat pasien masih remaja (Dianti, 2014). Departemen Kesehatan Amerika dalam Centre of Disease (2012) menyakan bahwa adanya sosialisasi program kesehatan di sekolah dapat mengurangi perilaku beresiko pada remaja. Faktor lingkungan juga mempengaruhi perilaku beresiko pada remaja seperti keluarga, kelompok, sekolah, dan komunitas.

5. Distribusi Pasien Berdasarkan Pekerjaan

Data yang didapat pada penelitian ini adalah bahwa pasien penderita HIV/AIDS pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan bahwa pekerjaan swasta. Hasil penelitian dapat dilihat pada Tabel 12.

Tabel 12. Distribusi Pasien Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah (Orang)	Presentase (%)
Swasta	6	46,15
Wiraswasta	3	23,08
Pelajar	1	7,69
Pramuniaga	1	7,69
Mahasiswa	1	7,69
IRT	1	7,69
Total	13	100

Tabel 10 menunjukkan presentase jumlah pasien HIV/AIDS terbanyak yang ada di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berdasarkan pekerjaan adalah pekerja swasta yaitu sebanyak 6 orang (46,15%). Penelitian yang

dilakukan oleh Oktarina, dkk (2009), menyatakan bahwa tidak ada sangkut pautnya antara pengetahuan masyarakat yang bekerja maupun tidak bekerja yang menunjukkan bahwa informasi HIV/AIDS tidak tergantung pada lokasi dan tempat pekerjaan seseorang. Informasi mengenai HIV/AIDS cenderung didapatkan dari media cetak maupun online.

6. Distribusi Pasien Berdasarkan Faktor Resiko

Faktor resiko diperlukan untuk mengetahui penyebab (cara penularan) pada pasien HIV/AIDS. Hasil penelitian dapat dilihat pada Tabel 13.

Tabel 13. Distribusi Pasien Berdasarkan Faktor Resiko

Faktor Resiko	Jumlah (Orang)	Presentase (%)
Heteroseksual	13	100
Total	13	100

(Sumber: Data rekam medis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Periode Januari – Desember 2014)

Tabel 13 dapat dilihat presentase faktor resiko HIV/AIDS yang ada di RS PKU Muhamaadiyah Yogyakarta yaitu heteroseksual dengan presentase sebanyak 100%. Data ini juga diperkuat dengan adanya fakta yang dilaporkan oleh Ditjen PP&PL 2014 bahwa penderita HIV/AIDS terbesar di Indonesia adalah heteroseksual (62,03%) (Ditjen PP&PL, 2014). Hal ini juga didukung dengan data Komisi penanggulangan HIV/AIDS Provinsi Yogyakarta tahun 2014 faktor resiko HIV/AIDS terbanyak di Yogyakarta adalah heteroseksual (55,47%).

B. Gambaran Pengobatan Pasien

Penelitian ini digunakan untuk mengetahui gambaran penggunaan regimen ARV yang diterima pasien HIV/AIDS yang ada di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada periode Januari – Desember 2014. Gambaran penggunaan ARV yang diteliti meliputi jenis ARV yang digunakan beserta dosis dan frekuensinya.

1. Jenis Antiretroviral

Saat ini antiretroviral terbagi kedalam dua lini. Lini pertama terdiri dari paduan golongan NRTI yang meliputi zidovudin atau tenofovir dengan lamivudin atau emtricitabin, serta NNRTI meliputi nevirapin atau efaviren. Sementara itu, paduan lini dua terdiri dari NRTI, serta *protease inhibitor* yaitu lopinavir/ritonavir. Lini satu terdiri dari kombinasi dua NRTI dan NNRTI, sedangkan lini dua terdiri dari kombinasi dua NRTI dan satu PI. Berikut adalah tabel penggunaan pengobatan lini pertama dan kedua pada pasien HIV/AIDS di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Tabel 14. Persentase Gambaran Pengobatan Pasien HIV/AIDS di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Nama Obat	Jumlah	Persentase
Efaviren + Tenofovir + Lamivudin	3	23,1
Zidovudin + Lamivudin + Nevirapin	9	69,2
Zidovudin + Lamivudin + Efaviren	1	7,7
Total	13	100

Tabel 14 terlihat jelas bahwa antiretroviral yang paling sering digunakan pada pengobatan HIV/AIDS rawat jalan adalah kombinasi zidovudin, lamivudin dan nevirapin dengan jumlah 9 pasien. Kombinasi antiretroviral yang paling banyak digunakan selanjutnya adalah tenofovir,

efaviren dan lamivudin dengan jumlah 3 pasien, diikuti dengan kombinasi zidovudin, lamivudin dan efaviren dengan jumlah 1 pasien.

Kombinasi tersebut paling banyak digunakan karena beberapa alasan:

- a. Zidovudin dan lamivudin tersedia dalam bentuk kombinasi tetap atau Fixed-Dose Combination (FDC), sehingga meningkatkan kepatuhan pasien, efikasi, dan dapat mengurangi terjadinya resistensi obat (WHO, 2008)
- b. ARV tersebut (AZT, 3TC, dan NVP) sudah diproduksi sendiri di Indonesia oleh PT Kimia Farma dengan merek dagang Duviral (kombinasi zidovudin 300mg dan lamivudin 150mg) dan Neviral (neviravin 200mg) sehingga harga lebih murah dan dapat dijangkau karena disubsidi oleh pemerintah, bahkan ARV lini pertama bersifat gratis sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1190/Menkes/SK/X/200 (Ditjen PP dan PL, 2013).
- c. Kombinasi AZT+3TC+NVP memiliki efikasi yang baik, ketersediaannya luas dari berbagai pemasok (WHO, 2008).
- d. Kombinasi AZT+3TC+NVP dapat memperkecil biaya untuk produksi, distribusi, penyimpanan, dan obat (WHO, 2008).
- e. Kombinasi AZT+3TC+NVP mengurangi kejadian *medication error* (WHO, 2008).

2. Dosis dan Frekuensi Antiretroviral

Terapi ARV harus memakai tiga macam kombinasi ARV yang berbeda dengan dosis dan jadwal yang tepat agar ARV bekerja dengan

efektif untuk jangka waktu yang lama (Murni dkk, 2009). Dosis dan frekuensi penggunaan ARV oleh pasien HIV/AIDS di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta periode Januari - Desember 2014 dapat dilihat pada tabel 15.

Tabel 15. Dosis dan Frekuensi ARV yang digunakan Pasien HIV/AIDS di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Periode Januari - Desember 2014

Frekuensi	Jumlah pasien yang memakai ARV				
	AZT 300mg	3TC 150mg	NVP 200mg	EFV 600mg	TDF 300mg
3X sehari	-	-	-	-	-
2X sehari	10	13	6	-	-
1X sehari	-	-	3	3	4
Total	10	13	9	3	4
Persentase	25,64	33,33	23,08	7,69	10,26

Dalam tabel 15 menunjukkan bahwa tidak ada pasien yang menggunakan d4T disebabkan d4T memiliki efek samping yang akan semakin memburuk dengan pemakaian jangka panjang. *Whorld Health Oraganization (WHO)* dalam pedoman tahun 2006 merekomendakinkan untuk mengevaluasi penggunaan d4T setelah 2 tahun dan dalam pedoman pengobatan ARV untuk dewasa tahun 2010 merekomendasikan untuk secara bertahap mengganti penggunaan d4T dengan tenofovir (TDF) (Ditjen PP dan PL, 2011).

Penggunaan NVP yang dianjurkan pedoman pengobatan adalah sehari 1 tablet selama 14 hari, kemudian dilanjutkan 2 kali sehari 1 tablet dengan dosis 200mg. Maksimal pemakaian adalah 400mg/hari dalam kombinasi dengan ARV lain. Hasil penelitian menemukan dua jenis frekuensi pemakaian NVP, yaitu 1 kali sehari dan 2 kali sehari. Sebagian

besar pasien menggunakan ARV 1 kali sehari untuk 14 hari pertama dilanjutkan 2 kali sehari yang sesuai dengan pedoman pengobatan. Namun terdapat beberapa pasien yang langsung menggunakan 2 kali sehari saat pemberian ARV. Dosis awal NVP dapat mengurangi terjadinya ruam dan hepatotoksik, apabila tidak ditemukan tanda toksisitas hati, dosis dapat ditingkatkan menjadi 200mg tiap 12 jam pada hari ke 15 dan selanjutnya (Ditjen PP dan PL, 2011).

Penggunaan 3TC yang dianjurkan adalah 2 kali sehari 1 tablet dengan dosis 150mg. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemakaian 3TC pada pasien telah sesuai pedoman. Penggunaan EFV yang dianjurkan adalah 1 kali sehari 3 tablet dosis 200mg atau 1 kali sehari 1 tablet 600mg dengan maksimal pemakaian 600mg/hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemakaian EFV pasien telah sesuai pedoman, yaitu 1 kali sehari 1 tablet dengan dosis 600mg. Pemakaian TDF yang dianjurkan adalah 1 kali sehari 1 tablet 300mg dan hasil penelitian telah sesuai pedoman.

C. Evaluasi Ketepatan Penggunaan Antiretroviral

Hasil penelitian mengenai pola penggunaan antiretroviral pada pasien HIV/AIDS berupa jenis kombinasi antiretroviral yang digunakan pada setiap pasien. Rasionalitas penggunaan antiretroviral yang akan dianalisis menyangkut tepat di indikasi, tepat obat, dan tepat dosis. Berdasarkan pedoman nasional terapi antiretroviral pada orang dewasa tahun 2011. Evaluasi ketepatan penggunaan antiretroviral dapat dilihat pada tabel 16.

Tabel 16. Evaluasi Ketepatan Penggunaan Antiretroviral Pada Pasien di RS PKU Muhammadiyah

No	Ketepatan	Sesuai (%)	Tidak Sesuai (%)
1	Tepat Indikasi	84,61	15,39
2	Tepat Obat	100	0
3	Tepat Dosis	76,92	23,08

1. Evaluasi Tepat Indikasi

Indikator untuk memulai terapi antiretroviral pada penderita HIV/AIDS dewasa berdasarkan pada stadium klinis dan jumlah CD4. Jika tidak ada sarana untuk pemeriksaan CD4 dapat digunakan jumlah limfosit total. Sesuai dengan rekomendasi WHO, untuk daerah dengan keterbatasan sumber daya, penderita HIV/AIDS dewasa seharusnya segera mulai terapi antiretroviral manakala infeksi HIV telah ditegakkan secara laboratorium disertai salah satu kondisi dibawah ini:

- a. Dengan gejala klinis:
 - 1) Infeksi HIV stadium III dan IV tanpa memandang jumlah CD4
 - 2) Infeksi HIV stadium I dan II dengan jumlah CD4 kurang dari $350/\text{mm}^3$.
- b. Tanpa gejala klinis:
 - 1) Infeksi HIV kurang dari $350/\text{mm}^3$.

Pemberian terapi antiretroviral pada infeksi HIV stadium III dan IV tanpa memandang jumlah limfosit total, namun pada infeksi HIV stadium II maka terapi antiretroviral diberikan bila limfosit total kurang dari $1200 \text{ sel}/\text{mm}^3$. Sedangkan pada infeksi HIV

stadium I, jumlah limfosit total tidak terkolerasi dengan jumlah CD4 (Dirjen Binfar dan Alkes, 2006)

Ketepatan indikasi dihitung dari pasien HIV/AIDS yang menjalankan terapi antiretroviral di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Tabel 16 menunjukkan bahwa 19 pasien yang dirawat di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, 11 pasien (84,61%) telah sesuai dengan rekomendasi dari WHO, 2 pasien (15,39%) tidak sesuai karena pasien dengan gejala klinis stadium II dan II memiliki CD4 masih diatas $350/\text{mm}^3$ atau tidak melakukan pemeriksaan CD4 tapi diberikan ARV. Pemeriksaan Cd4 sangat penting dilakukan untuk menentukan apakah pasien baru yang akan memulai ARV membutuhkan ARV, apabila belum memenuhi syarat untuk menggunakan ARV, perlu dilakukan pemantauan 3-6 bulan terhadap jumlah CD4 (Ditjen PP dan PL, 2011).

2. Evaluasi Tepat Obat

Ketepatan obat dinyatakan sesuai dengan rekomendasi Depkes bila digunakan regimen terapi 3 kombinasi yang terdiri dari 2 NRTI (*Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor*) dan 1 NNRTI (*Non Nucleoside Reverse Trancriptase Inhibitor*). Regimen terapi dikatakan tidak sesuai jika menggunakan 3 jenis ARV namun berbeda dari rekomendasi Depkes atau hanya menggunakan 2 kmbinasi antiretroviral.

Tabel 16 menunjukkan bahwa seluruh pasien sudah tepat obat sesuai dengan Pedoman Tatalaksana Klinis Infeksi HIV/AIDS untuk Orang

Dewasa. Hal ini disebabkan oleh penggunaan ARV sudah ada standar baku dari pemerintah. Sejak tahun 2006, pemerintah membuat program pengobatan gratis untuk penderita HIV/AIDS sehingga untuk pengobatannya mengikuti anjuran yang diberikan dari Departemen Kesehatan RI. Pengobatan HIV/AIDS harus menggunakan 3 kombinasi sesuai anjuran untuk mencegah terjadinya resistensi akibat dari virus yang bermutasi dengan sangat cepa (Pinky and Douglas, 2009).

3. Evaluasi Tepat Dosis

Penelitian ini menganalisis ketepatan dosis dan frekuensi pemberian antiretroviral. Ketepatan dosis dihitung dari keseluruhan pasien HIV/AIDS di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2014. Berdasarkan evaluasi terhadap semua pasien HIV/AIDS yang diteliti, sebagian besar pasien yaitu 10 pasien (76,92%) menggunakan antiretroviral sesuai dosis yang direkomendasikan Depkes. Terdapat 3 pasien (23,08%) yang tidak sesuai dengan dosis rekomendasi Depkes berkaitan dengan penggunaan Nevirapine.

Pasien yang tidak tepat dosis hanya terjadi pada pengguna nevirapin. Berdasarkan rekomendasi Depkes, nevirapin memiliki aturan pakai khusus terkait dengan durasi terapi, yaitu 200mg 1 kali sehari selama 14 hari pertama, untuk selanjutnya 2 kali sehari dengan tujuan untuk mengantisipasi dan menanggulangi toksisitasnya. Aturan khusus yang tidak dilaksanakan menyebabkan penggunaan nevirapin tidak tepat dosis.

Gambaran penggunaan nevirapin yang tidak tepat dosis dari Depkes bisa dilihat pada tabel 17.

Tabel 17. Ketidaktepatan Dosis Pengobatan Nevirapine Pasien HIV/AIDS di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Periode Januari - Desember 2014

No	Kasus tidak tepat dosis	Jumlah pasien	Persentase
1	Nevirapin tetap dipertahankan dengan dosis 200mg 1 kali sehari setelah 14 hari pertama	3	100
	Total	3	100

Nevirapin dapat digunakan langsung dengan dosis 200mg 2 kali sehari dalam kasus nevirapin sebagai pengganti efavirenz akibat adanya efek samping atau intoleransi. Dosis tersebut diperlukan untuk segera mencapai kadar teraupetik yang optimal, karena evafirez menginduksi sitokrom p450 yang meningkat metabolisme nevirapin (Ditjen PP&PL, 2011). Kasus penggunaan nevirapin masih dengan dosis 1 kali sehari setelah 14 hari pertama, pada rekam medik tertulis bahwa pasien mengalami gatal-gatal pada anus sehingga dosis nevirapin masih dipertahankan 1 kali sehari.