

## Perencanaan Memiliki Anak pada Wanita dengan HIV Positif di Kota Semarang

Nastiti Bandari Pratiwi<sup>\*)</sup>, Zahroh Shaluhiah<sup>\*\*)</sup>, Antono Suryoputro<sup>\*\*)</sup>

<sup>\*)</sup> Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Provinsi Jawa Tengah

<sup>\*\*)</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

Korespondensi: laurensianastiti@gmail.com

### ABSTRACT

**Background:** Pregnant women with HIV positive is potential risk to transmit the virus to their infants. Prevention Mother to Child Transmittion (PMTCT) program is a solution for HIV women if they want to have children. However, most pregnant women detected HIV positive when they have been pregnant for more than 6 months through Provider initiated test and counselling (PITC). On the other hand, the data shows that the increasing number of HIV positive women who have been willing to have children. This research aims to identify and examine the factors influence the plan of having children among HIV-positive women who access HIV treatment in Kariadi Hospital Semarang.

**Method:** This study employs a quantitative research design with cross sectional approach, followed by qualitative study to explore the feeling and attitudes of women with HIV positive to plan of having children. There were 31 women involved in this study, selected with the criteria of fertile women HIV positive who have been taking antiretroviral therapy in Kariadi Hospital and willing to participate in this study. Qualitative data collected from two women who has been planning to have children. Quantitative data were analyzed by univariate, Chi-Square and multiple logistic regression. Whilst, qualitative data employ content analysis.

**Results:** There were 16% of women with HIV positive who have been intending to have children in this study. The rest have not planned it because they worried if their pregnancy and delivery could transmit HIV to their infants. CD4 cell count, ARV access and women's attitudes have significant correlation to the intention of having children among women with HIV positive. Comprehensive information about PMTCT and ARV were needed to deliver to fertile women with HIV positive.

**Keywords:** HIV/AIDS, PLWH, PMTCT, child, women

### PENDAHULUAN

Profil kesehatan Indonesia tahun 2015, menyatakan bahwa estimasi dan proyeksi jumlah orang dengan HIV/AIDS sebanyak 735.256 orang dengan jumlah infeksi baru 85.523 orang. Menurut jenis kelamin, persentase kasus HIV pada laki-laki lebih besar (55%) dibandingkan perempuan (32%). Sebagian besar kasus AIDS banyak ditemukan pada usia 20-49 tahun yang merupakan kelompok umur

produktif yang aktif secara seksual. Berdasarkan orientasi seksual, proporsi kasus HIV terbanyak pada kaum heteroseksual (82,8%), homoseksual (7,4%) dan ibu rumah tangga/perinatal (4,0%).<sup>(1)</sup>

Berdasarkan informasi dari Buku Saku Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015, disebutkan bahwa jumlah kasus baru HIV/AIDS dari tahun 2010 sampai dengan 2015 selalu mengalami kenaikan yang fluktuatif. Pada tahun 2013

data kasus baru HIV/AIDS sebesar 1045/993, lalu pada tahun 2014 data menunjukkan 1399/1081 berlanjut turun menjadi 1074/936 pada tahun 2015. Kota Semarang menjadi peringkat pertama untuk kasus baru HIV yaitu 94 kasus disusul kabupaten Batang, Jepara, Demak dan Pemalang. Sedangkan Kabupaten Sragen menjadi kota tertinggi untuk jumlah kasus baru AIDS yaitu 97 kasus, disusul dengan kabupaten Banyumas, Karanganyar, Pati dan Grobogan. Pelayanan kesehatan untuk pasien dengan HIV/AIDS difasilitasi oleh 50 rumah sakit di Jawa Tengah yang salah satunya adalah Rumah Sakit Umum Pemerintah Dr. Kariadi Semarang sebagai tempat rujukan.<sup>(2)</sup>

Fenomena pergeseran kasus AIDS yang awalnya banyak diderita kaum awam saat ini telah bergeser kepada ibu rumah tangga. Berdasarkan distribusi kasus AIDS menurut jenis pekerjaan di Provinsi Jawa Tengah pada September 2014, urutan pertama adalah ibu rumah tangga (6.539), wiraswasta (6.203), karyawan (5.638) dan penjaja seks (2.052).<sup>(3)</sup>

Pada umumnya setiap pasangan yang menikah berencana memiliki anak. Demikian juga orang dengan HIV dan AIDS (ODHA). Setelah menikah, pasangan ODHA juga menginginkan mempunyai keturunan. Berdasarkan penelitian terdahulu di Makasar mengenai hambatan terhadap perilaku pencegahan HIV dan

AIDS pada pasangan ODHA serodiskordan adalah pasangan lebih memilih untuk berisiko terinfeksi HIV dibandingkan harus memperoleh label sebagai pasangan mandul. Walaupun ada beberapa pasangan yang menikah memutuskan berkomitmen untuk tidak memiliki anak agar terhindar dari risiko menularkan kepada keturunannya. Namun, hal tersebut tidak bisa dipertahankan bila terdapat tuntutan dari orang tua dan keluarga yang menginginkan keturunan dari pasangan tersebut. Label sosial yang diberikan pasangan tanpa keturunan sering diidentikkan dengan seseorang yang tidak memiliki rezeki atau tidak beruntung.<sup>(4)</sup>

Penelitian yang dilakukan di beberapa provinsi yaitu Sumatera Utara, Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Sulawesi Selatan, Bali, NTB, NTT dan Papua menemukan bahwa sebagian besar ODHA memiliki rencana untuk menikah sebesar 66,7% dan sebagian ODHA juga memiliki rencana untuk memiliki anak sebesar 56%.<sup>(5)</sup>

Penelitian lain mengenai Perempuan, Keluarga, dan HIV dalam Studi Konstruksi Sosial Hidup Berkeluarga bagi Perempuan Penderita HIV/AIDS di Kota Surabaya mengungkapkan bahwa perempuan ODHA terlihat semakin bahagia ketika dirinya berhasil dalam melaksanakan fungsi pokok keluarga secara maksimal meskipun harus menghadapi berbagai risiko. Interaksi antar

ODHA dalam berbagi pengalaman melakukan pengobatan di rumah sakit memberikan kontribusi dalam menambah pengetahuan mengenai hidup berkeluarga untuk mempunyai keturunan. Keluarga menjadi semangat menjalani hidup, sehingga mempunyai anak menjadi kebutuhan utama bagi mereka. Kehadiran anak dalam keluarga ODHA menjadi kebahagiaan yang tidak dapat tergantikan bahkan dengan risiko tertular HIV.<sup>(6)</sup>

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis tentang perencanaan memiliki anak pada wanita dengan HIV positif di Kota Semarang dan faktor yang mempengaruhinya. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang situasi dan kondisi ODHA dalam merencanakan keturunan dengan meminimalkan risiko penularan HIV pada pasangan maupun anaknya.

## **METODE**

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* diikuti dengan eksplorasi secara kualitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah wanita dengan HIV positif yang datang ke klinik *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) Rumah Sakit Dr. Kariadi pada bulan Maret sampai dengan Juni 2016 yang berada pada rentang usia reproduktif sehat (20-35 tahun). Terdapat sejumlah 31 orang dari 50 orang yang menyatakan kesediaannya

untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang telah diujikan validitas dan reliabilitasnya di klinik Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Semarang dan dilakukan dengan wawancara tatap muka oleh enumerator yang telah dilatih sebelumnya.

Pemilihan informan kualitatif sebanyak 2 orang dipilih berdasarkan kriteria yaitu seorang wanita yang tidak berencana memiliki anak walaupun belum mempunyai keturunan dan seorang lagi wanita yang pernah mengalami trauma/kehilangan anak akibat HIV/AIDS tetapi masih berencana ingin mempunyai anak kembali. Variabel penelitian terdiri dari faktor sosial demografi yang terdiri dari umur, pekerjaan, pendidikan, asal daerah dan faktor personal seperti lama menderita HIV, jumlah CD4 terakhir, *open status* kepada pasangan, informasi pengobatan Antiretroviral virus (ARV), sikap responden, sikap pasangan serta perencanaan memiliki anak. Responden diberikan *informed consent* terlebih dahulu sebelum diwawancarai. Penelitian ini telah lolos uji etik dari Lembaga Komisi Etik FK-UNDIP no. 597/EC/FK-RSDK/2016.

Analisis data dilakukan dengan univariat untuk deskripsi frekuensi distribusi, bivariat dengan uji *Chi-Square* dan multivariat dengan uji *multiple logistic*

regression. Sedangkan data kualitatif dianalisis melalui *thematic content analysis*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 menunjukkan bahwa seluruh responden berasal dari Jawa Tengah, dengan proporsi terbanyak berasal dari Kudus (45,2%) dan 35,5% berasal dari Semarang, sedangkan sisanya berasal dari daerah lain sekitar Semarang seperti Demak, Pati, Grobogan dan Blora. Usia terbanyak adalah usia 31-35 tahun (48,4%) dan 26-30 tahun (35,3%). Kebanyakan responden sebagai ibu rumah tangga (45,2%) dan 29% sebagai pegawai dengan rata-rata pendidikan SMA (35,5%) dan SMP (32,3%). Pendapatan responden sebagian besar (67,7%) berada pada rentang Rp. 500.000,- hingga Rp. 1.000.000,- per bulan. Bila dilihat dari karakteristik sosial demografi, responden termasuk kategori yang berpendidikan rendah dan berpenghasilan rendah, serta kebanyakan ibu rumah tangga yang tertular HIV dari suaminya.

Tabel 2 menunjukkan kebanyakan responden baru mengetahui positif HIV sejak 2-3 tahun yang lalu, sejak suaminya meninggal atau sakit-sakitan dan diperiksa di rumah sakit dan istri harus dicek kesehatan juga. Hampir separuh responden (45,2%) mempunyai CD4 < 350, dan 74,2% telah terbuka dengan pasangannya, 38,7% yang positif HIV dan 32,3% mempunyai

anak HIV positif. Sebanyak 32,2% sudah memasuki HIV stadium 3 dan 4 yaitu sudah terjadi infeksi oportunistik dan memasuki fase AIDS. Hampir separuh responden masih berada di stadium 1 (45,2). Dari pasangan yang positif HIV, hanya 22,6% akses pengobatan ARV, dan kebanyakan akses ke program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) dengan baik.

**Tabel 1.** Distribusi frekuensi karakteristik sosial demografi responden

Variabel	f	%
Usia		
20-25 tahun	5	6,1
26-30 tahun	11	35,3
31-35 tahun	15	48,4
Asal		
Semarang	11	35,5
Blora	1	3,2
Demak	3	9,7
Grobogan	1	3,2
Kudus	14	45,2
Pati	1	3,2
Etnis		
Jawa	30	96,8
Sumatera	1	3,2
Agama		
Islam	30	96,8
Kristen	1	3,2
Jenis pekerjaan		
Ibu rumah tangga	14	45,2
Wiraswasta	6	19,4
Pegawai	9	29
Lain-lain	2	6,5
Tingkat pendidikan		
SD	9	29
SMP	10	32,3
SMA	11	35,5
S1	1	3,2
Pendapatan		
500.000 - 1.000.000	21	67,7
1.100.000 - 1.500.000	6	19,4
1.600.000 - 2.000.000	3	9,7
> 2.000.000	1	3,2

**Tabel 2.** Distribusi frekuensi karakteristik personal responden

Variabel	f	%
Durasi HIV Positif		
6 bulan-1 tahun	4	12,9
2-3 tahun	18	58,1
>4 tahun	9	29
Jumlah CD4		
< 350	14	45,2
≥ 350	17	54,8
Keterbukaan pada pasangan		
Terbuka	23	74,2
Tidak terbuka	8	25,8
Status pasangan		
Positif	12	38,7
Negatif	19	61,3
Keterbukaan pada keluarga		
Terbuka	21	67,7
Tidak terbuka	10	32,3
Jumlah kehamilan		
< 2 anak	18	58,1
≥ 2 anak	13	41,9
Jumlah anak meninggal		
< 2 anak	29	93,5
≥ 2 anak	2	6,4
Jumlah anak hidup		
< 2 anak	23	74,2
≥ 2 anak	8	25,8
Status anak		
Positif	10	32,3
Negatif	21	67,7
Durasi ARV		
6 bulan-1 tahun	7	22,6
2-3 tahun	14	45,2
>4 tahun	10	32,3
Fase Klinis (WHO)		
Fase klinis 1	14	45,2
Fase klinis 2	7	22,6
Fase klinis 3	5	16,1
Fase klinis 4	5	16,1
Akses ARV pasangan		
Mengakses ARV	7	22,6
Tidak mengakses ARV	24	77,4
Akses informasi PPIA		
Kurang baik	7	22,6
Baik	24	77,4

**Tabel 2.** Lanjutan

Variabel	f	%
Akses informasi PPIA pasangan		
Pernah	15	48,4
Tidak pernah	16	51,6
Tekanan keluarga		
Mendapat tekanan untuk punya anak	7	22,6
Tidak mendapat tekanan	24	77,4
Tekanan masyarakat		
Mendapat tekanan	4	12,9
Tidak mendapat tekanan	27	87,1

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebesar 25,8% responden merencanakan memiliki anak, sedangkan sebesar 74,2% responden lebih banyak yang tidak merencanakan memiliki anak ataupun menambah anak lagi. Hal ini tidak jauh berbeda dengan hasil dari beberapa penelitian lain yang menyatakan hasil bahwa responden yang menginginkan anak di masa depan lebih sedikit dibandingkan dengan yang tidak menginginkan anak setelah terdiagnosis HIV.<sup>(7)</sup>

Penelitian tersebut juga memperlihatkan bahwa wanita dengan HIV positif lebih sedikit yang merencanakan ingin mempunyai anak dibandingkan dengan yang tidak merencanakan, antara lain penelitian yang pernah dilakukan di Rumah Sakit Fitch Ethiopia, yang menunjukkan sebesar 39% ODHA merencanakan ingin mempunyai anak. Demikian juga dengan penelitian di Uganda sebesar 28,6%, Papua New Guinea sebesar 34%, dan Tigray sebesar 45,5% dari ODHA

wanita yang merencanakan memiliki anak.<sup>(7)</sup>

**Tabel 3.** Distribusi frekuensi sikap dan perencanaan memiliki anak

Variabel	f	%
Sikap responden		
Kurang mendukung	16	51,6
Mendukung	15	48,4
Sikap pasangan responden		
Kurang mendukung	15	48,4
Mendukung	16	51,6
Perencanaan memiliki anak		
Berencana	8	25,8
Tidak berencana	23	74,2

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa sikap responden lebih banyak yang tidak mendukung untuk mempunyai anak dibandingkan dengan yang menginginkan memiliki anak. Sedangkan sikap pasangan justru lebih banyak yang mendukung untuk mempunyai anak dibandingkan yang tidak mendukung. Hal ini wajar karena pasangan yang mendukung adalah pasangan baru dari responden yang belum mempunyai anak pada pernikahan tersebut (lihat tabel 3).

**Tabel 4.** Distribusi hasil analisis bivariat

Variabel	Perencanaan memiliki anak				<i>p-value</i>
	Berencana		Tidak berencana		
	f	%	f	%	
Usia					
Usia reproduktif I	6	37,5	10	62,5	0,220
Usia reproduktif II	2	13,3	13	86,7	
Jenis pekerjaan					
IRT	3	21,4	11	78,6	0,698
Bekerja	5	29,4	12	70,6	
Tingkat pendidikan					
Dasar	4	21,1	15	79,8	0,676
Menengah	4	33,3	8	66,7	
Tingkat pendapatan					
< 1.500.000	7	25,9	20	74,1	1,000

Hasil analisis bivariat menunjukkan hanya variabel jumlah CD4 dan sikap responden yang ingin memiliki anak berhubungan secara signifikan terhadap perencanaan memiliki anak dengan *p value* berturut-turut 0,045 dan 0,015 (lihat tabel 4).

Tabulasi silang menunjukkan bahwa responden dengan jumlah CD4  $\geq$  350 mempunyai keinginan memiliki anak lebih besar dibandingkan yang mempunyai CD4 < 350. Hal ini memang menjadi persyaratan dalam program PPIA bahwa pasangan ODHA yang ingin memiliki anak harus mempunyai *viral load* yang rendah atau tidak terdeteksi dan CD4 yang tinggi agar risiko penularan HIV ke calon bayi menjadi minimal. Responden yang berencana memiliki anak lebih banyak pada responden yang bersikap mendukung dibandingkan dengan yang tidak mendukung.

**Tabel 4.** Lanjutan

Variabel	Perencanaan memiliki anak				<i>p-value</i>
	Berencana		Tidak berencana		
	f	%	f	%	
≥ 1.500.000	1	25,0	3	75,0	
Status marital					
Menikah	5	35,7	9	64,3	0,412
Cerai	3	17,6	14	82,4	
Lama hidup bersama					
< 4 tahun	6	35,3	11	64,7	0,240
≥ 4 tahun	2	14,3	12	85,7	
Durasi HIV positif					
< 4 tahun	5	22,7	17	77,3	0,660
≥ 4 tahun	3	33,3	6	66,7	
Jumlah CD4					
< 350	1	12,5	13	56,5	0,045
≥ 350	7	87,5	10	43,5	
Terbuka pada pasangan					
Terbuka	8	34,8	15	65,2	0,076
Tidak terbuka	0	0	8	100	
Status pasangan					
Positif	5	58,3	7	41,7	0,206
Negatif	3	15,8	16	84,2	
Terbuka pada keluarga					
Terbuka	6	28,6	15	71,4	1,000
Tidak terbuka	2	20,0	8	80,0	
Jumlah kehamilan					
< 2 kali	7	38,9	11	61,1	0,095
≥ 2 kali	1	7,7	12	92,3	
Jumlah anak meninggal					
< 2 anak	8	27,6	21	72,4	1,000
≥ 2 anak	0	0	2	100	
Jumlah anak hidup					
< 2 anak	7	29,2	17	70,8	0,642
≥ 2 anak	1	14,3	6	85,7	
Status anak					
Positif	2	20,0	8	80,0	1,000
Negatif	6	28,6	15	71,4	
Lama akses ARV					
< 4 tahun	5	23,8	16	76,2	1,000
≥ 4 tahun	3	30,0	7	70,0	
Fase klinis					
Fase 1-2	5	23,8	16	76,2	1,000
Fase 3-4	3	30,0	7	70,0	
Akses ARV pasangan					
Mengakses	4	57,1	3	42,9	0,053
Tidak mengakses	4	16,7	20	83,3	

**Tabel 4.** Lanjutan

Variabel	Perencanaan memiliki anak				<i>p-value</i>
	Berencana		Tidak berencana		
	f	%	f	%	
Akses informasi					
Kurang baik	2	28,6	5	71,4	1,000
Baik	6	25	18	75	
Akses informasi					
Baik	4	26,7	11	73,3	1,000
Kurang baik	4	25,0	12	75,0	
Sikap					
Mendukung	7	46,7	8	53,3	0,015
Kurang mendukung	1	6,2	15	93,8	

**Tabel 5.** Hasil analisis multivariat

Variabel	B	<i>p-value</i>	OR	95% CI ( <i>lower-upper</i> )
Akses obat ARV pasangan (teratur)	-2.203	0.108	0.110	0.008-1.624
Sikap perempuan terhadap perencanaan mempunyai anak (mendukung)	3.468	0.025	32.083	1.561-659.574
Jumlah pengalaman Kehamilan sebelumnya ( $\leq 2$ )	-2.417	0.088	0.89	0.006-1.439

Analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik dengan metode *Backward Stepwise (Likelihood Ratio)* dengan tingkat kepercayaan 95%. Variabel yang dimasukkan untuk uji multivariat adalah variabel dengan nilai  $p \leq 0,25$  dan variabel-variabel yang dimasukkan dalam analisis adalah usia, lama hidup bersama, jumlah CD4, status HIV positif pasangan, pengalaman kehamilan, akses ARV pasangan dan sikap terhadap perencanaan memiliki anak.

Tabel 5 memperlihatkan hasil analisis multivariat yang menunjukkan bahwa variabel yang secara statistik paling

berpengaruh terhadap perencanaan memiliki anak pada level kepercayaan 95% ( $p\text{-value} < 0,05$ ) yaitu sikap terhadap perencanaan memiliki anak dengan  $p\text{-value}$  sebesar 0,025 dan *odd ratio* 32,083 yang artinya sikap responden yang mendukung perencanaan memiliki anak mempunyai kemungkinan sebesar 32 kali lebih besar dibandingkan dengan sikap responden yang tidak mendukung.

Penelitian ini juga mengeksplorasi melalui pengumpulan data kualitatif tentang perencanaan memiliki anak pada wanita HIV positif. Pada umumnya responden baru memikirkan ingin mempunyai anak sekitar



1 tahun setelah terdiagnosis HIV. Masa awal 3-6 bulan merupakan masa yang berat karena merasakan depresi akibat terdiagnosis HIV dan juga efek samping obat ARV bagi yang sudah mulai minum obat. Tindakan yang dilakukan responden untuk merencanakan memiliki anak adalah diskusi dengan dokter dan rutin minum jamu untuk meningkatkan daya tahan tubuh. Jenis kelamin anak tidak terlalu dipikirkan oleh responden karena untuk memiliki satu anak lagi di masa depan sudah merupakan anugerah dari upaya yang tidak mudah. Alasan utama responden ingin memiliki anak adalah mengganti anak yang meninggal dan bagi yang belum dikaruniai anak, karena adanya tuntutan keluarga besar mengenai generasi penerus dan yakin dapat mengikuti program PPIA setelah melewati beberapa waktu pengobatan.

Pada beberapa wilayah di Afrika, pemenuhan harapan terhadap jumlah keluarga yang ideal, memiliki anak kandung secara biologis, kestabilan kesatuan ikatan pernikahan dan tekanan sosial budaya menjadi alasan penting wanita dengan HIV positif mengikuti program memiliki anak.<sup>(8)</sup> Demikian pula penelitian di Uganda dan Kenya serupa dengan hasil pada penelitian yang sama, yaitu keinginan memiliki anak tidak memandang jenis kelamin, keinginan untuk menambah anggota keluarga khususnya anak sebagai generasi penerus dan tekanan

dari keluarga serta menjadi syarat terbentuknya keluarga yang bahagia.<sup>(8)</sup> Sedangkan bagi responden yang tidak berencana memiliki anak, pada umumnya responden merasa takut menularkan HIV pada anaknya kelak, selain itu tidak ada tuntutan dari pihak pasangan atau keluarga walaupun belum memiliki anak.

Pada tahap kehidupan seorang perempuan pada usia produktif memiliki rencana untuk membangun suatu keluarga disertai dengan usaha untuk memenuhi fungsi-fungsi dalam keluarga terutama fungsi pokok dalam keluarga seperti fungsi biologik, fungsi afeksi dan fungsi sosialisasi. Perempuan di dalam keluarga memiliki peran untuk melakukan fungsi biologik salah-satunya adalah fungsi untuk melakukan reproduksi. Pada kasus wanita perempuan positif HIV ada perasaan tidak mampu menjalankan salah satu fungsi yaitu fungsi biologik (reproduksi) tersebut.<sup>(9)</sup> Penelitian lain menunjukkan bahwa dalam proses menghasilkan keturunan menjadi sumber ketakutan bagi para calon Ibu khususnya mereka yang terinfeksi HIV/AIDS karena mereka berkeyakinan kondisi tersebut dapat menularkan virus yang sama kepada bayi mereka.<sup>(10)</sup>

Penelitian lain menunjukkan bahwa wanita yang mengidap HIV sebenarnya ingin punya anak namun takut anaknya mengidap HIV. Sebagai wanita, naluri untuk memiliki anak dan menjadi Ibu tidak

dapat dihilangkan walaupun mengidap HIV/AIDS. Kesiapan fisik dan mental harus menjadi pertimbangan sesudah memutuskan untuk memiliki anak.<sup>(10)</sup>

Hal serupa dinyatakan pada penelitian di Tigray, Ethiopia yang secara khusus terdapat alasan kekurangan ekonomi dan ketakutan pada kondisi kesehatan Ibu maupun bayi kelak.<sup>(11)</sup> Penelitian di Papua New Guinea juga mengungkapkan bahwa alasan utama perempuan HIV positif tidak ingin memiliki anak adalah karena masalah kesehatan. Beberapa responden takut menularkan pada pasangan, takut menularkan pada anaknya, dan belum merasa kesehatan dirinya sudah cukup baik untuk hamil dan melahirkan.<sup>(12)</sup>

Berdasarkan hasil penelitian ini, diketahui bahwa beberapa faktor yang memiliki hubungan signifikan secara statistik terhadap perencanaan memiliki anak yaitu jumlah CD4 dan sikap responden terhadap perencanaan memiliki anak. Keyakinan diri dan sikap responden diakui dapat ditingkatkan melalui kesaksian ODHA lain yang berhasil memiliki anak dan tidak menularkan HIV. Hal itu didukung juga dengan hasil penelitian di Surabaya yang mengungkapkan bahwa ODHA akan lebih bersemangat hidup ketika mereka mampu membangun keluarga dengan kehadiran suami dan anak yang sehat meskipun harus melalui hambatan-hambatan dalam mencapainya.

Kondisi positif HIV tidak membuat pasangan ODHA menghilangkan keinginan untuk memiliki anak, asal mendapat dukungan dari pasangan, dan keluarga.<sup>(6)</sup>

### **Hubungan Jumlah CD4 dengan Perencanaan Memiliki Anak**

Kesehatan menjadi penentu utama dalam perencanaan memiliki anak, ditandai dengan jumlah CD4 yang tinggi. Bagi perempuan, perasaan sehat walaupun memiliki kondisi fisik yang kurang baik menjadi dasar keinginan memiliki anak. Pada penelitian lain, sebagian besar perempuan yang berniat memiliki anak bahkan hanya memiliki jumlah CD4 yang rendah yaitu di bawah 200 per mm<sup>3</sup> yang jauh dari syarat untuk menjadi calon ibu karena kondisi kesehatannya. Kondisi CD4 yang rendah dan *viral load* yang tinggi tersebut sering tidak disadari ibu akan risiko terjadinya transmisi perinatal.<sup>(13)</sup>

Penelitian di Tigray, Ethiopia menyatakan hubungan keterkaitan antara keyakinan subyektif seseorang tentang status kesehatannya terhadap keinginan memiliki anak di masa depan. Seseorang yang merasa sehat memiliki keinginan memiliki anak yang lebih besar dibandingkan dengan yang tidak.<sup>(14)</sup>

Jika dilihat dari hasil analisis *Chi-Square*, variabel bebas yang berhubungan dengan perencanaan memiliki anak adalah jumlah CD4. Beberapa penelitian lain

menemukan bahwa status kesehatan berpengaruh pada keputusan untuk hamil. Penelitian lain menemukan bahwa jumlah CD4 seorang ibu secara signifikan berhubungan dengan keputusannya untuk memiliki anak.<sup>(15)</sup> Namun, hasil penelitian tersebut berbeda dengan penelitian di Swiss yang mengungkapkan bahwa durasi terinfeksi HIV, rutinitas mengakses ARV, jumlah CD4 dinyatakan tidak berhubungan dengan *fertility desire* seseorang.<sup>(16)</sup>

### **Hubungan Sikap Pasangan dengan Perencanaan Memiliki Anak**

Adanya dukungan sosial dari pasangan dan keluarga dekat diungkapkan pada penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa hal tersebut membantu responden dalam memutuskan memiliki anak di masa depan. Dukungan sosial dalam penelitian tersebut misalnya dengan pasangan rutin minum ARV untuk menjaga imunitas tetap baik dan dapat melanjutkan ke program memiliki anak yang diinginkan.<sup>(17)</sup>

Ketersediaan ARV mempengaruhi kepercayaan diri responden terhadap peningkatan kesehatan dirinya ketika memulai perawatan dan pengobatan. Khususnya bagi responden maupun pasangan yang positif terinfeksi HIV, sesuai dengan upaya pencegahan reinfeksi pada pasangan maka diperlukan kerjasama

antar pasangan untuk secara rutin mengakses ARV secara rutin.<sup>(8)</sup>

### **Hubungan Sikap Responden dengan Perencanaan Memiliki Anak**

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan kondisi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Sikap merupakan tindakan atau aktivitas, merupakan *predisposisi* tindakan atau perilaku. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi tingkah laku yang terbuka. Menurut *Allport* sikap mempunyai 3 komponen pokok yaitu kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek, kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek dan kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).<sup>(18)</sup>

Sikap responden yang kurang mendukung keinginan memiliki anak sebanyak 51,6% sedangkan yang mendukung hanya 48,4%. Hal ini memperlihatkan bahwa sikap responden sejalan dengan keinginan/niat memiliki anak yang juga mempunyai persentase lebih banyak kategori tidak ingin memiliki anak dibandingkan dengan yang ingin memiliki anak. Secara rinci, sikap responden

ditunjukkan dengan kepatuhan minum obat ARV dengan rutin, dan mengikuti program PPIA. Selain itu, juga sikap terhadap perilaku pencegahan penularan HIV dengan menggunakan kondom dan sikap keharusan memiliki anak sebagai pemenuhan tugas intri untuk melahirkan.

Jika dilihat dari hasil analisis *Chi-Square*, menunjukkan variabel sikap berhubungan dengan perencanaan memiliki anak, dengan *p-value* < 0,05 yang berarti secara statistik sikap responden berhubungan signifikan dengan keinginan memiliki anak. Penelitian di Ethiopia memperlihatkan bahwa alasan utama wanita ODHA merencanakan mempunyai anak adalah karena ingin memiliki penerus keluarga, sehingga mereka setuju/bersikap positif terhadap kepatuhan minum ARV dan mengikuti program PPIA sehingga diharapkan anaknya terbebas dari penularan HIV. Demikian juga penelitian di pedesaan Malawi, Uganda, dan New Guinea yang menghasilkan hal yang sama.<sup>(7)</sup>

## **SIMPULAN**

Sebanyak 74,2% responden tidak merencanakan memiliki anak, sedangkan sisanya (25,8%) merencanakan memiliki anak. Faktor yang berhubungan dengan perencanaan memiliki anak adalah jumlah CD4 (*p-value* = 0,045), akses ARV pasangan (*p-value* = 0,053), dan sikap (*p-value* = 0,015). Jumlah CD4 berkaitan

dengan kepatuhan responden dalam hal menjaga kesehatan dan memenuhi syarat untuk mengikuti program memiliki anak. Dukungan pasangan, khususnya yang positif HIV berhubungan dengan keberlangsungan ARV bagi responden sendiri. Sikap responden terkait perencanaan memiliki anak berkaitan dengan tingkat pengetahuan responden maupun pasangan. Secara analisis multivariat hanya faktor sikap yang berpengaruh terhadap keinginan memiliki anak dengan OR 32, yang artinya wanita ODHA yang bersikap mendukung mempunyai keinginan memiliki anak sebanyak 32 kali dibandingkan yang tidak mendukung.

Saran peneliti adalah bagi ODHA, pasangan, maupun rumah sakit bekerja sama dalam peningkatan pengetahuan dengan adanya inisiatif dari ODHA dan pasangan serta penyelenggaraan perkumpulan ODHA yang didalamnya berisi materi mengenai program perencanaan memiliki anak pada ODHA.

## **KEPUSTAKAAN**

1. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia 2015. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2015.
2. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Buku Saku Kesehatan Triwulan 3 tahun 2015. Semarang:

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah; 2015.
3. Ditjen PP&PL. Laporan Kasus HIV/AIDS Triwulan III 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
  4. Ridwan ES, Syafar M, Natsir, S. Hambatan terhadap Perilaku Pencegahan HIV dan AIDS pada Pasangan ODHA Serodiskordan di Kota Makassar [skripsi]. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin; 2014.
  5. Mardhiati R. Perbandingan Mutu Hidup ODHA Berdasarkan Wilayah dengan Sistem Dukungan Sebaya di Indonesia [skripsi]. Jakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. Dr Hamka; 2012.
  6. Meitasari Y. Perempuan, Keluarga dan HIV (Studi Konstruksi Sosial Hidup Berkeluarga Bagi Perempuan Penderita HIV/AIDS Di Kota Surabaya). *Journal Universitas Airlangga*. 2015;4(2):1–10.
  7. Demissie D, Tebeje B, Tesfaye T. Fertility Desire and Associated Factors Among People Living with HIV Attending Antiretroviral Therapy Clinic in Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):382-91.
  8. Ngure K, Baeten J, Mugo N, Curran K, Vusha S, Heffron R, et al. My Intention was A Child but I was Very Afraid: Fertility Intentions and HIV Risk Perceptions Among HIV-Serodiscordant Couples Experiencing Pregnancy in Kenya. *AIDS Care*. 2014;26(10):1283–7.
  9. Maslow AH, Lowry RJ. Dominance, Self-esteem and Self-actualization: *Geminal Papers of A.H Maslow*. Boston: Brooks/Cole Pub. Co; 1973
  10. Haroen H, Juniarti N. Kualitas Hidup Wanita Penderita AIDS dan Wanita Pasangan Penderita AIDS di Kabupaten Bandung Barat. *Majalah Keperawatan Universitas Padjadjaran*. 2012;12(1):1–16.
  11. Melaku YA, Zeleke EG, Kinsman J, Abraha AK. Fertility Desire Among HIV-Positive Women in Tigray Region, Ethiopia: Implications for The Provision of Reproductive Health and Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Services. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):137-46.
  12. Aska ML. Determinants of Fertility Desires Among HIV Positive Women Living in the Western Highlands Province of Papua New Guinea. *World Journal of AIDS*. 2011;1(4):198–207.
  13. Moral JML, Palmiere PA, Cid MF, Cesario SK, Pillipe NJM, Angeles

- PNP, et al. Reproductive Decision-Making in Women Living with Human Immunodeficiency Virus: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;77:207–21.
14. Alemaheyu B, Aregay A. Desire to Procreate Among People Living with HIV/AIDS: Determinants in Ethiopia: A Cross-sectional Study. *Journal of AIDS and HIV Research*. 2012;4(5):128–35.
  15. Blackie IR, Balekang, GB. Desires, Intentions and Decisions of HIV-Positive Women in Attaining Motherhood in Botswana. *American Journal of Social Sciences*. 2016;1(1):1–17.
  16. Panozzo L, Battegay M, Friedl A, Vernazza P, Bernasconi ., Bucher H, et al. High Risk Behaviour and Fertility Desires Among Heterosexual HIV-positive Patients with A Serodiscordant Partner - Two Challenging Issues. *Swiss Med Wkly*. 2003;133(7–8):124–7.
  17. Jones DL, Cook R, Potter JE, Shatz TM, Chakhtoura N, Spence A, et al. Fertility Desires Among Women Living with HIV. *Plos One*. 2016:1-13.
  18. Allport G. *Personality Theories* Dr. C. George Boeree [Internet]. 2006;1–8. Available from: [http://www.social-psychology.de/do/pt\\_allport.pdf](http://www.social-psychology.de/do/pt_allport.pdf)