

PENDAHULUAN

Tidak dapat dipungkiri bahwa kebahagiaan menjadi satu hal yang ingin diraih oleh semua orang, baik oleh kaum laki-laki maupun perempuan. Jika ditanya tentang tujuan hidupnya, kebahagiaan mungkin akan menjadi jawaban bagi sebagian besar orang. Berbagai upaya dilakukan oleh manusia untuk mencapai kondisi bahagia (Patnani. M, 2012). Schimmel (2009) menjelaskan bahwa kebahagiaan merupakan penilaian individu terhadap keseluruhan kualitas hidupnya, kebahagiaan terkadang juga disebut sebagai kesejahteraan subyektif. Pada sebagian besar wanita, kebahagiaan dicirikan dengan memperolehnya keturunan. Wanita juga tidak lepas dari persepsi sosial bahwa wanita sejati adalah wanita yang mampu mengandung dan melahirkan (Ulfah & Mulyana, 2014).

Masa kehamilan diyakini mampu mempengaruhi kepuasan seorang wanita akan perannya sebagai perempuan sejati. Pada saat kehamilan, wanita telah mempunyai harapan-harapan tentang kesejahteraan dirinya secara personal dan bayinya, mendapatkan sikap penerimaan dari masyarakat terhadap kehamilannya, memberi dampak terhadap identitas dirinya, dan dapat mengajarkan pemahaman tentang sikap memberi dan menerima (Janiwarty & Zan Pieter, 2013). Secara psikologis, pada saat kehamilan ibu memahami peran barunya, oleh karenanya banyak perempuan hamil yang mengalami konflik batin. Jika kehamilan itu telah lama ditunggu-tunggu, maka limpahan perhatian dan kebahagiaan individu terhadap kehamilannya begitu besar, namun kadang-kadang juga sebaliknya ketika dokter atau bidan mendiagnosa adanya suatu kelainan pada kehamilannya maka reaksi yang muncul adalah rasa kecemasan yang berlebihan (Kasturi, 2011).

Pada kasus-kasus tertentu kehamilan sering terjadi bersamaan dengan penyakit penyerta yang dapat mempengaruhi kehamilan atau sebaliknya memberatkan penyakit. Ada beberapa penyakit penyerta pada kehamilan, tetapi penyakit menular seksual pada kehamilan memiliki dampak yang serius pada ibu secara psikologis maupun fisik dan bagi janin yang dikandungnya (Manuaba, 2010). Pengaruhnya pada kehamilan maupun bayi yang akan dilahirkannya dapat dalam bentuk *abortus*, gangguan pertumbuhan janin, BBLR (berat badan bayi lahir rendah) maupun *partus prematurus* (Nyoman, Agustini, Luh, & Alit, 2013). Pada ibu hamil dengan HIV/AIDS risiko transmisi perinatal yaitu 20-40%, transmisi dapat terjadi melalui plasenta, perlukaan dalam proses persalinan, atau melalui ASI (Marmi & Ery, 2011).

Data Kemenkes RI pada tahun 2015 menunjukkan bahwa sebagian besar kasus baru HIV/AIDS terdapat pada usia produktif yang aktif secara seksual. Penularannya melalui beberapa cara yaitu: hubungan seksual lawan jenis (*heteroseksual*), hubungan sejenis *homoseksual/biseksual*, penggunaan alat suntik (*penasun*) secara bergantian, transfusi darah, dan penularan dari ibu ke anak (*perinatal*). Dilaporkan sebanyak 2,1% pada kelompok umur < 4 tahun, yang penularannya melalui perinatal.

Penularan infeksi HIV/AIDS dari ibu ke bayi merupakan penyebab utama infeksi HIV/AIDS pada bayi usia di bawah 5 tahun. Sejak HIV/AIDS menjadi pandemi di dunia, diperkirakan 5,1 juta balita di dunia terinfeksi HIV/AIDS. Hampir sebagian besar penderita tersebut tertular melalui penularan dari ibu ke bayi, penularan dari ibu ke bayi ini terjadi melalui proses persalinan. Selama

persalinan bayi dapat tertular darah atau cairan vagina yang mengandung HIV/AIDS melalui paparan virus yang tertelan pada jalan lahir. Selain proses persalinan, menyusui bayi juga salah satu faktor pendukung bayi terinfeksi dikarenakan pada ASI terkandung virus HIV/AIDS (Depkes RI, 2006)

Pada masa kehamilan, ibu hamil dengan penyakit menular seksual ini harus mengonsumsi obat untuk keberlangsungan kehamilannya. Tak jarang ibu hamil ini mengalami bentuk kekhawatiran dan kegelisahan akan dampak dari efek obat tersebut. Terlebih pada kasus ibu hamil dengan HIV/AIDS yang diwajibkan mengonsumsi obat ARV 2 kali sehari, untuk meningkatkan CD4 (kekebalan tubuh). Psikis yang baik berperan penting pada peningkatan CD4, terbukti dari kisah nyata seorang survivor HIV/AIDS yang nilai CD4 nya meningkat karena memiliki daya juang yang tinggi atau sifat optimisme untuk melanjutkan hidup menjadi lebih baik dan melawan rasa kecewaannya akan penyakit yang dialaminya (Sujatmoko & Sofro, 2015).

Sikap optimisme yang terdapat pada survivor HIV/AIDS tersebut merupakan salah satu unsur komponen afek positif pada kesejahteraan subjektif. Kesejahteraan subjektif atau kebahagiaan saat ini merupakan topik yang cukup hangat dibicarakan para ahli psikologi dengan label *subjective well-being*. Istilah kesejahteraan subjektif menurut Diener (2000) merupakan istilah ilmiah dari kebahagiaan. Penggunaan istilah kesejahteraan subjektif bukan kebahagiaan untuk menghindari kerancuan, karena kebahagiaan dapat bermakna ganda. Kesejahteraan subjektif merupakan persepsi seseorang terhadap pengalaman hidupnya, yang terdiri dari evaluasi kognitif dan afeksi terhadap hidup dan

direpresentasikan dalam kesejahteraan psikologis (Compton, 2005). Carr (2004) memberikan definisi kesejahteraan subjektif sebagai sebuah keadaan psikologis positif yang dicirikan dengan tingginya tingkat kepuasan hidup, tingginya tingkat emosi positif dan rendahnya tingkat emosi negatif.

Emosi negatif yang paling umum dirasakan adalah kesedihan, kemarahan, kecemasan, kekhawatiran, stres, frustrasi, rasa malu, dan bersalah (Diener, Seligman & Oishi, 2005). Kecemasan pada ibu hamil dengan HIV/AIDS ini juga dapat mempengaruhi keputusan mereka untuk memilih hamil atau mengakhirinya, Pernyataan tersebut termanifestasi melalui hasil penelitian awal yang dilakukan oleh peneliti pada ibu hamil dengan HIV/AIDS seperti berikut ini:

"...Aku ini juga kemarin sempet galau, bingung mau tak akhiri atau tetep tak pertahanin soalnya lihat aktivitasku sekarang takut nggak kuat.." (Wawancara dengan E, 03Mei 2016).

Hasil penelitian awal tersebut selaras dengan hasil penelitian Shonda, dkk (2007) bahwa salah satu sumber stres paling signifikan yang dirasakan oleh ibu hamil dengan HIV/AIDS positif yaitu apakah keputusannya untuk mempertahankan atau mengakhiri kehamilannya. Wanita yang memilih untuk mengakhiri kehamilannya mungkin memiliki pengalaman ambivalensi, perasaan bersalah, kehilangan, marah, dan takut menularkan HIV/AIDS ke anaknya. Faktor yang juga mempengaruhi yaitu termasuk pengalaman kehamilan sebelumnya, pengaruh pandangan negatif dari masyarakat, dan dukungan sosial yang lemah.

Bentuk kecemasan dan kekhawatiran ibu dengan HIV/AIDS positif tidak hanya dirasakan pada saat kehamilan saja, melainkan sampai dengan pasca melahirkan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Sanders (2008) yang

menyatakan bahwa ibu yang positif HIV/AIDS takut akan menularkan virusnya pada bayinya, cemas tentang pengobatan ARV dan efek kehamilan terhadap kesehatannya. Kecemasan tentang penularan HIV/AIDS ke bayinya tetap ada sampai dengan mereka mendapatkan kepastian bahwa bayinya tidak tertular dan ini bisa berlangsung sampai dengan usia bayi 2 tahun.

Vicki, Rose Anne & Francesca (2012) menyatakan bahwa Infeksi HIV/AIDS menimbulkan dampak yang kompleks terhadap penderitanya selain menurunkan daya tahan tubuh dan infeksi *oportunitis* yang mengikutinya, masalah psikologi maupun sosial juga dialami oleh orang yang terdeteksi HIV/AIDS. Secara psikologis orang dengan HIV/AIDS dapat mengalami *distress* psikologi, termasuk harga diri yang rendah, kecemasan, ketakutan, dan bahkan berkurangnya rasa kepuasan terhadap hidupnya. Dari berbagai faktor itulah penderita HIV/AIDS rentan mengalami stres dan depresi yang dapat berdampak pada kesejahteraan subjektif mereka.

Pandangan dari sisi sosial, adanya label yang buruk dan diskriminasi juga dialami oleh penderita HIV/AIDS seperti anggapan bahwa mereka adalah *social evils*, orang jahat, orang yang tidak bermoral, sehingga membuat mereka cenderung merahasiakan status kesehatannya dari masyarakat dan keluarga (Brickley,dkk., 2009). Pendapat tersebut selaras dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Elisa, Made, & Sriningsih (2012) yang menyatakan bahwa sebagian besar ibu yang melahirkan dengan HIV/AIDS positif enggan mengungkapkan statusnya kepada keluarga dan masyarakat. Hal ini dikarenakan

mereka tidak ingin kehilangan sumber kasih sayang, perhatian, dan kebutuhan untuk diakui.

Berdasarkan latar belakang permasalahan dan beberapa hasil penelitian terdahulu yang sudah dipaparkan diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti "*Bagaimana Kesejahteraan subjektif pada ibu dengan HIV/AIDS ketika hamil dan pasca melahirkan?*". Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan kesejahteraan subjektif pada ibu dengan HIV/AIDS ketika hamil dan pasca melahirkan, serta mengungkap faktor-faktor yang mempengaruhi dinamika kesejahteraan subjektif pada ibu dengan HIV/AIDS ketika hamil dan pasca melahirkan.

Kesejahteraan Subjektif

Kesejahteraan subjektif merupakan evaluasi subyektif seseorang mengenai kehidupan termasuk kepuasan hidup, emosi menyenangkan, *fulfilment*, kepuasan terhadap area-area seperti pekerjaan, kesehatan, dan tingkat emosi tidak menyenangkan yang rendah (Diener, 2008). Menurut Diener, Oishi & Compton (2005) terdapat dua komponen dasar kesejahteraan subjektif yaitu kepuasan hidup (*life satisfaction*) sebagai komponen kognitif dan kebahagiaan (*happiness*) sebagai komponen afektif. Kepuasan hidup merupakan penilaian individu terhadap kualitas kehidupannya secara menyeluruh atau penilaian evaluasi mengenai aspek-aspek khusus dalam kehidupan, seperti kesehatan, kerja, minat, dan hubungan sosial (Diener & Oishi, 2005). Pada komponen afektif yaitu kebahagiaan adalah reaksi individu terhadap kejadian-kejadian dalam hidup yang meliputi afek positif maupun negatif.

Afek positif atau emosi yang menyenangkan, dialami oleh individu sebagai reaksi yang muncul pada diri individu karena hidupnya berjalan sesuai dengan apa yang diinginkan. Afek positif berupa : adanya perasaan optimisme, harapan, keyakinan, kegembiraan, kebanggaan, kedamaian, rasa kasih sayang, kepuasan dan harga diri. Sedangkan afek negatif yaitu suasana hati atau emosi yang tidak menyenangkan yang muncul sebagai reaksi negatif dari kejadian yang dialami oleh individu dalam hidup mereka, kesehatan serta lingkungan mereka. Emosi negatif disini seperti kemarahan, kesedihan, kecemasan, kekhawatiran, rasa bersalah, rasa malu, tekanan dan ketakutan (Diener, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian Arriza, Dewi, & Sakti Kaloeti (2011) diketahui bahwa ODHA mengalami ketakutan dan keputusasaan ketika mengetahui bahwa dirinya terinfeksi HIV/AIDS. Ketakutan tersebut biasanya dikaitkan dengan kondisi kesehatan mereka selanjutnya dan muncul karena kurangnya informasi mengenai HIV/AIDS itu sendiri. Namun demikian, di lapangan ditemukan bahwa terdapat ODHA yang meskipun mengalami gangguan psikologis seperti ketakutan dan kecemasan di awal diagnosa HIV, seiring dengan penerimaan diri dan penyesuaian yang dilakukan, dapat kembali merasakan kebahagiaan.

Menurut Compton (2005) terdapat dua pendekatan teori yang digunakan oleh kesejahteraan subjektif yaitu *bottom up theories* dan *top down theories*. *Bottom up theories* ini memandang bahwa kebahagiaan dan kepuasan hidup dirasakan dan dialami seseorang tergantung dari banyaknya kebahagiaan kecil serta kumpulan peristiwa yang membuat individu bahagia. *Top down theories* ini adalah kesejahteraan subjektif yang dialami seseorang tergantung dari cara individu tersebut memandang dan menginterpretasi suatu peristiwa dalam sudut pandang positif.

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kesejahteraan subjektif, yang terdiri dari faktor eksternal maupun internal. Penjelasannya sebagai berikut: (1) Genetik, (2) Kepribadian (*ekstrovet/neorotics*), (3) Tujuan dalam hidup, (4) Agama (spiritual), (5) Hubungan sosial dan (6) Demografis (pendapatan, status pernikahan, usia dan jenis kelamin, ras, pekerjaan, pendidikan) (Diener, 2009).

Berdasarkan beberapa pengertian kesejahteraan subjektif yang dijelaskan, peneliti menyimpulkan bahwa kesejahteraan subjektif merupakan persepsi

individu terkait dengan kebahagiaan yang utuh yang dialami individu, dimana individu dapat memiliki perasaan yang positif mengenai hidupnya, sebagai hasil evaluasi afektif (*mood* dan emosi-emosi) dan memiliki kepuasan hidup atas apa yang sudah dicapai, yang merupakan penilaian kepuasan hidup secara global mengenai ranah-ranah kehidupan tertentu sebagai hasil evaluasi kognitifnya.

Kondisi Psikologis Dalam Masa Kehamilan dan Pasca Melahirkan

Perubahan dan adaptasi psikologi ibu hamil dalam masa kehamilan menurut Janiwarty dan Zan Pieter (2013), adalah *Trimester* pertama ini sering dirujuk pada masa penentuan yang membuat fakta bahwa wanita itu hamil, kebanyakan wanita bingung tentang kehamilannya, hampir 80% wanita kecewa, menolak, gelisah, depresi dan murung. Ibu hamil *trimester* I akan merenungkan dirinya. Beberapa ketidaknyamanan pada trimester pertama mual, sensitivitas pada penginderaan, lelah, perubahan selera, dan emosional.

Trimester kedua kondisi fisik ibu sudah mulai nyaman atau sering dikatakan periode pancaran kesehatan. Hal ini disebabkan selama TM II ini, wanita umumnya merasa baik dan terbatas dari ketidaknyamanan kehamilan. Namun perlu diwaspadai, adanya kecenderungan ibu hamil mengalami kemunduran psikologis, seperti depresi dan stres. *Trimester* ketiga sering disebut sebagai periode panantian. Wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, wanita hamil tidak sabar untuk segera melihat bayinya. *Trimester* ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi.

Menurut Janiwarty dan Zan Pieter (2013) terdapat dampak perubahan psikologis dan bentuk-bentuk gangguan psikologis pada masa kehamilan yaitu: a) Sensitif, b) Cenderung malas, c) Minta perhatian, d) Gampang cemburu, e) *Anxietas*/ kecemasan itu semua merupakan dampak dari perubahan psikologis masa kehamilan. Adapun bentuk-bentuk gangguan psikologis pada masa kehamilan yaitu: 1) *Insomnia*/ sulit tidur, 2) Perasaan tidak berarti “Tidak ada tujuan”, 3) Perasaan malu “Bersalah”, 4) Perasaan kecewa, 5) Tekanan batin. Kondisi- kondisi gangguan ini apabila tidak ditangani dengan baik akan berakibat menjadi 6) Depresi dan 7) Stres. Dampak buruk dari ibu yang depresi ialah timbulnya gangguan perkembangan dan pertumbuhan janin dan gangguan kesehatan mental pada anak yang dikandungnya. Sebagaimana yang disampaikan Tiffani Field, Ph.D dari Universitas of Miami Medical School, berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan selama 20 tahun, menemukan bahwa anak yang dilahirkan dari ibu yang mengalami depresi berat selama kehamilan akan memiliki kadar hormon stres tinggi, aktivitas otak yang peka pada depresi, menunjukkan sedikit ekspresi, mengalami gejala depresi lain, seperti sulit makan dan tidur.

Pemikiran yang negatif dan perasaan takut selalu menjadi akar penyebab terjadinya reaksi stres. Stres selama hamil mempengaruhi perkembangan fisiologis dan psikologis bayi yang dikandungnya. Sebaiknya, ibu hamil selalu berpikiran baik dan positif sehingga membantu pembentukan janin, penyembuhan internal dan memberikan nutrisi psikis yang sehat bagi bayi. Seperti yang dikatakan oleh Dr. Thomas Verny di dalam buku yang diterbitkan

Association for Prenatal and Perinatal Psychology and Health (APPPAH) dan juga *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* mengatakan bahwa pikiran wanita hamil itu berhubungan erat dengan bayi yang dikandungnya.

Hormon stres yang tinggi di dalam darah bayi yang ada didalam rahim bisa mengaktifkan sistem endokrin. Dan sistem endokrin berpengaruh kuat terhadap perkembangan otak bayi yang ada di dalam rahim tersebut. Dari penelitian yang dilakukan terhadap bayi yang lahir tidak sesuai harapan (seperti: *Prematur*, kurang berat badannya, *hiperaktif*, mudah teriritasi, hingga mudah sakit) didapatkan hasil bahwa selama kehamilan, ibu mereka mengalami kondisi psikologis yang tidak baik/ stres. Sebaliknya, bayi yang sehat dan pintar adalah bayi yang dilahirkan dari ibu-ibu yang selama masa kehamilannya dipenuhi dengan hal-hal positif, seperti bahagia, keadaan lingkungan yang mendukung, tenang, nyaman, dan jauh dari stres (Hasan Rohan & Siyoto, 2013).

Menurut Janiwarty & Zan Pieter (2013) beberapa hal yang perlu diperhatikan keluarga untuk membantu ibu beradaptasi pada masa nifas ialah peran dan fungsi ibu menjadi orangtua, respon dan dukungan psikososial dari keluarga, riwayat dan pengalaman masa kehamilan serta persalinannya, harapan, keinginan, dan aspirasi pada saat hamil dan melahirkan. Semua hal itu saling berkaitan selama proses adaptasi nifas. Ketidakbahagian masa kehamilan akan memperburuk adaptasi fase nifas. Berikut beberapa tahapan perubahan kondisi psikologis pasca melahirkan.

Pertama, Fase *Taking In* yaitu, fase ketergantungan ibu yang berlangsung selama 1-2 hari pasca melahirkan. Dalam fase *taking in*, ibu berfokus kepada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Adaptasi terhadap ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan ialah istirahat yang cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi. Kedua, Fase *Taking Hold*, fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu selalu merasa khawatir akan ketidakmampuannya bertanggung jawab merawat anak. Perasaan ibu menjadi sensitif sehingga mudah tersinggung. Pada periode ini, ibu sangat membutuhkan dukungan dari orang lain, terutama keluarganya dan tenaga kesehatan. Relasi sosial ini sering digunakan ibu untuk melatih perawatan dirinya dan bayinya.

Ketiga, Fase *Letting Go*, fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah bisa menyesuaikan diri dari ketergantungannya. Kini keinginan merawat diri sendiri dan bayi sudah semakin meningkat, dan ibu mulai merasa lebih nyaman. Secara bertahap ibu mulai mengambil alih terhadap tugas dan tanggung jawab perawatan bayi. Ibu mulai memahami kebutuhan bayinya.

Pada saat kehamilan dan pasca melahirkan seorang ibu, sangat membutuhkan dukungan dari orang-orang sekitar yaitu dukungan psikososial. Menurut Kasturi (2011) sumber-sumber dukungan psikososial pada ibu hamil yaitu: pada (1) Suami, (2) Anggota keluarga lain/ orang-orang lain yang berada disekitarnya, (3) Lingkungan.

Kehamilan dan Pasca Melahirkan dengan HIV/AIDS

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) atau sindrom *imunodefisiensi* didapat adalah suatu penyakit *retrovirus* yang disebabkan oleh HIV (*Human Immuno Virus*) dan ditandai dengan *imunosupresi* berat yang menimbulkan infeksi *oportunistik*, *neoplasma sekunder*, dan manifestasi neurologis. Menurut Marmi & Ery (2011) cara penularan: a) Hubungan seksual, b) Darah (transfusi darah, penggunaan alat suntik), c) Air susu, d) *Saliva*/ air liur.

Tanda dan gejala pada penderita HIV/AIDS yaitu, mempunyai gejala awal yang tidak spesifik seperti (a) *Fatigue*, (b) *Anoreksia*, (c) BB menurun, (d) Menderita *candidiasis*, *orofaring* maupun vagina. Penularan dari ibu kejanin melalui: 1) *Transplasental /in utero*, 2) Perlukaan dalam proses persalinan, 3) Melalui ASI. Kematian pada ibu hamil dengan HIV positif, umumnya disebabkan oleh penyakit *oportunistik* yang menyertainya, terutama *pneumocystis carinii pneumonia*.

Beberapa efek *HIV/AIDS* pada kehamilan dan janin menurut ALARM Internasional (2004) adalah: (1) Kemungkinan peningkatan risiko *aborsi*, (2) Peningkatan risiko kematian perinatal bagi negara berkembang, (3) Peningkatan risiko *IUGR*, (4) Peningkatan risiko berat badan lahir rendah, (5) Peningkatan persalinan *preterm*, (6) Peningkatan *malformasi* pada janin, (7) Peningkatan kematian ibu hamil.

Menurut WHO, sampai dengan 30% bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV akan tertular HIV jika ibu tidak memakai terapi ARV (*antiretroviral*). Ada beberapa cara agar bayi yang dilahirkan oleh ibu HIV positif tidak terinfeksi,

yaitu : (1) Deteksi dini pada saat kehamilan, (2) Perilaku hidup sehat, (3) Terapi ARV, (4) Persalinan dengan *Sectio Caesaria*, (4) Pemberian susu formula pada bayi. Terapi ini sebaiknya dilakukan setelah kehamilan masuk pada *trimester* kedua, sebab jika obat ini diminum pada trimester pertama dengan keadaan tubuh sedang penyesuaian terhadap kehamilan seperti mual-muntah, obat akan menjadi resisten terhadap virus (Yayasan Spiritia, 2014).

Ibu dengan *viral load* HIV yang tinggi lebih mungkin menularkan infeksi pada bayinya. Kebanyakan ahli menganggap bahwa risiko penularan pada bayi sangat rendah bila *viral load* ibu dibawah 1000 pada saat kelahiran. Walaupun janin dalam kandungan dapat terinfeksi, sebagian besar penularan terjadi dalam proses kelahiran. Bayi lebih mungkin tertular jika persalinan berlangsung lama. Selama persalinan, bayi dalam keadaan berisiko tertular oleh darah ibu. Tetapi risiko ini dapat dikurangi, jika ibu dan bayi baru lahir memakai terapi jangka pendek selama persalinan dan sebaiknya persalinan dilakukan dengan SC (*Sectio Ceasaria*). Jumlah kasus ibu hamil dan melahirkan dengan HIV/AIDS dari tahun ke tahun semakin meningkat baik di dunia maupun di Indonesia. Memperoleh keturunan adalah HAK semua wanita, menjadi terinfeksi HIV/AIDS tidak mengubah/menghapus hak ini.

Pengalaman hamil dan melahirkan adalah tugas perkembangan seorang wanita. Seorang wanita yang telah merencanakan kehamilannya, secara naluri akan melindungi si buah hati dengan cara apapun (naluri sebagai ibu). Ibu yang terdeteksi HIV/AIDS tidak sepenuhnya merasakan kegembiraan terhadap kehamilan dan kelahiran bayinya, karena akan timbul berbagai kecemasan pada

ibu seperti: ibu yang takut jika bayi akan tertular oleh penyakit ibu, cemas akan kesehatan dirinya dan bayinya, serta kekhawatiran akan stigma negatif dari masyarakat pada dirinya.

Sesuai dengan teori-teori dan hasil temuan di atas maka, peneliti tertarik untuk mengambil subjek penelitian ibu dengan HIV/AIDS ketika hamil dan pasca melahirkan yang memiliki tekad untuk memiliki anak.