

PENDEKATAN PSIKOLOGI PADA BEBERAPA PROBLEM KEDOKTERAN

dr Makmuri Ms
Bagian Psikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada
Yogyakarta.

SUMMARY

With the right psychological approach many medical problems can be overcome. The doctor should be aware of his own limitations and should treat the patient as a whole human being and not merely as a case of a certain disease. Finding the psychological basis of the patients complaints followed by the appropriate therapeutic measures cannot be considered a waste of time.

Therefore practical knowledge of some psychological factors in certain medical and surgical cases mastered by the general practioner will be very useful.

Jika kita membicarakan pendekatan psikologis dari berbagai problema Kedokteran, kita harus menyadari adanya pengertian dasar bahwa :

- I Antara psyche dan fisik itu merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisah-pisahkan, sehingga setiap terjadi problema mental pada individu pasti akan mempengaruhi efektifitas dari fisik dan juga sebaliknya setiap terjadi perubahan kondisi fisik akan mempengaruhi pula kondisi mentalnya walaupun tidak selalu dapat terlihat dari luar.
- II Dokter sebagai individu dengan unsur-unsur kemanusiaan juga tidak dapat membebaskan diri dari berbagai problema psikologis dalam menghadapi pasien-pasiennya.
- III. Perlu dibina komunikasi yang lebih baik antara dokter dengan penderita (memperhatikan faktor-faktor psikologisnya) dalam menghadapi setiap kasus kedokteran.

Dengan ketiga dasar pengertian yang harus dimiliki oleh setiap dokter secara hati nurani (tidak hanya sekedar diketahui saja) dapatlah diharapkan hasil yang semaksimal mungkin dalam menangani kasus-kasus kedokteran, sehingga timbulnya side effects yang merugikan kedua belah pihak dapat diperkecil.

Dokter harus menyadari batas-batas kemampuannya disamping harus memperlakukan pasien sebagai manusia secara keseluruhan yang harus ditolong, tidak hanya menolong penyakitnya saja.

Marilah kita bahas masalah-masalah tersebut diatas satu persatu agar kita bisa mendapatkan gambaran yang lebih jelas.

Kerap kali dirasakan lebih sukar menyembuhkan penyakit dengan latar belakang psikologis (Neurosa ataupun gangguan psikosomatik) daripada penyakit fisik yang murni.

Orang dengan penyakit fisik/organik biasanya merasa sedih memikirkan penyakitnya, sehingga ia ingin lekas sembuh dan membantu sepenuhnya nasehat-nasehat dokter.

Pada penyakit dengan latar belakang psikologis, bukanlah penyakit dalam arti sesungguhnya, yang timbulnya setiap kali penderita dihadapkan dengan beberapa problem/konflik yang menekan dan gejala-gejalanya disini justru sebagai usaha penyesuaian diri, sehingga secara tidak langsung .penderita seolah-olah mendapatkan keuntungan dari penyakitnya.

Penyakit ini justru melindungi penderita dari kesulitan-kesulitannya, bahkan mendapatkan keuntungan sekunder (secondary gain) berupa perhatian, pelayanan istimewa dari famili, dimaafkan kegagalannya dan dapat menghindari tanggung jawabnya, sehingga secara tidak sadar sebetulnya penderita tidak ingin disembuhkan dan akibatnya hanya sedikit saja dia membantu perawatan dokter. Rupanya perawatan disini merupakan perjuangan yang terus menerus antara dokter dan penderita.

Jadi kelihatannya lebih mudah merawat penderita penyakit fisik yang murni, asal jangan dilupakan saja bahwa penyakit fisikpun diagnose dan penyembuhannya bisa diperlama oleh faktor-faktor psikologis.

Maka disini dokter harus mengenal betul adanya fenomena ini yang biasanya dapat dikategorikan sebagai berikut :

- Penderita dengan gejala-gejala fisik (keluhan-keluhan somatik) tapi penyebabnya adalah psikis.
- Penderita penyakit fisik yang gejala-gejalanya tertutup oleh berbagai keluhan somatik yang berlatar belakang psikis (dan hal ini akan menyulitkan diagnose).
- Penderita penyakit fisik yang penyembuhannya diperlama oleh faktor psikis.

Tidak bisa dipungkiri bahwa setiap dokter waktu menghadapi pasiennya sangat dipengaruhi oleh kondisi mentalnya sendiri pada waktu itu.

Dan biasanya yang terjadi adalah keadaan anxiety (= cemas) yang berusaha ditekan begitu kuat oleh dokter yang bersangkutan dengan berbagai cara defence mechanism (= daya pertahanan jiwa).

Contoh yang paling umum ialah pengalaman dokter baru yang merasa tidak yakin akan ilmu dan latihan-latihan yang telah diperolehnya, sehingga pada pengalaman prakteknya dia lebih merasa cemas pada pasien pertama yang datang berobat kepadanya.

Dan perasaan cemas itu tidak lain karena takut akan kegagalan. Biasanya perasaan ini akan hilang secara berangsur-angsur

tergantung kemampuan adaptasinya.

Perasaan takut akan kegagalan ini ternyata menimbulkan sikap yang bermacam-macam terhadap pasiennya.

Bisa berupa keragu-raguan, tapi juga bisa berupa ambisi yang berlebihan untuk bisa menyembuhkan pasiennya secara cepat.

Makin besar ambisinya ini, sudah tentu akan makin besar pula perasaan cemasnya. Akibatnya ia akan bersikap kaku, membikin jarak dengan pasien supaya dirinya tetap dianggap penting, menunjukkan perasaan tidak senang kalau pasien banyak bertanya dan dia akan merasa malu untuk mengatakan "Saya belum yakin atau belum tahu diagnosenya/prognosenya". Akibatnya dia akan mudah membuat keputusan yang salah. Umpamanya saja, dia akan menahan pasien begitu lama, untuk membuktikan "kebesarannya dan kemampuannya", sehingga terlambat mengkonsultasikan kepada Spesialist yang bersangkutan, jika pasien seharusnya memerlukan hal itu. Ada lagi sikap lain dari dokter yang takut akan kegagalan ini misalnya secara sadar dia mengintimidasi pasien dan keluarganya, pada kasus-kasus yang sukar, dengan mengatakan bahwa penyakitnya termasuk berat dan fatal, "harapannya tipis, tapi saya akan berusaha menyembuhkannya".

Hal ini ia lakukan untuk mempertahankan "kehebatannya", artinya kalau ia berhasil menyembuhkan, dia akan mendapatkan pujian selangit dengan ucapan terima kasih dari pasien dan seluruh familinya untuk "miracle" yang telah dilakukannya.

Tapi kalau pasien betul-betul meninggal, maka dia akan tetap juga dimengerti oleh keluarga penderita, karena semula memang telah "diramalkan" demikian.

Jelaslah keadaan semacam itu akan merugikan pasien, walaupun dokter sendiri merasa tidak sengaja telah berbuat demikian.

Maka program pendidikan dokter di masyarakat dengan bimbingan dokter-dokter Puskesmas teladan ini akan besar sekali sumbangannya untuk menghindari kejadian tersebut diatas, karena semua calon dokter telah dilatih terjun langsung di masyarakat untuk "beracting" sebagai "dokter penuh". Jadi program pendidikan di masyarakat ini disamping dirasakan langsung manfaatnya oleh masyarakat setempat proyek ini dilaksanakan, juga yang lebih penting dari itu untuk melatih "sikap dokter yang benar" dikemudian hari.

Sumber kecemasan lain yang sering dirasakan dokter ialah takut menangani problema pasien diluar penyakitnya (padahal tindakan ini merupakan pendekatan manusiawi yang paling berharga nilai terapeutikanya).

Misalnya menanyakan tentang problem rumah tangga, problem hubungan extra-marital, perbedaan pendapat dalam mendidik anak-anak, dan lain-lain.

Dokter merasa cemas untuk menanyakan hal-hal semacam itu kalau-kalau ada problema yang mirip dengan pengalamannya sendiri yang telah dengan susah payah berusaha dilupakan atau mirip dengan problemnya sendiri yang belum terselesaikan. Dan kalau kebetulan ada pasien yang menyampaikan problem tersebut biasanya dokter merasa tidak senang menanggapi.

Alasan yang sering dikemukakan biasanya dengan mengatakan "saya tidak punya waktu", "itu bidangnya psikiater" atau

"ah itu pikiran Saudara-saja", dan lain-lain.

Ada lagi kecemasan dokter yang berhubungan dengan masalah-masalah sexual. Ada dokter yang begitu cemasnya kalau-kalau sampai dituduh "tidak sopan oleh pasien, sering menghindari pemeriksaan yang seharusnya dikerjakan pada pasien lain jenis (dokter pria dengan pasien wanita).

Apalagi kalau keluhannya bersifat gynecologis, sering dokter tersebut langsung mengkonsultkannya kepada gynecoloog tanpa melihat sama sekali lokalisasi yang dikonsultkan itu. Atau terhadap pasien wanita yang menarik, begitu cepatnya memeriksa jantung dan paru penderita (pemeriksaan thorax), sehingga pemeriksaannya menjadi tidak teliti, hanya untuk menghindari intepretasi negatif dari pasiennya (yang sebetulnya dokter sendiri takut terhadap kemungkinan terjadinya skandal).

Ada juga dokter yang enggan bertanya, yang meskipun pertanyaan itu sebetulnya penting sekali buat menegakkan diagnose, hanya karena takut nanti menyinggung perasaan pasien.

Dan dokter juga kadang-kadang takut menjadi sumber berita buruk buat pasien, takut membikin pasien marah/kecewa sehingga tidak sampai hati untuk menyampaikan hal yang sebenarnya dan meminta perawat untuk menyampaikannya.

Kadang-kadang dokter juga tahu bahwa penyakit pasien sebenarnya berlatar belakang psikologis dan tahu pula sebabnya karena konflik suami istri. Tapi untuk mengundang mereka bersama hampir tidak pernah dilakukan oleh dokter umum disini. Mereka cemas kalau menimbulkan suasana permusuhan.

Belum lagi persoalan seperti pasien yang jatuh cinta kepada dokternya (sehingga sering menimbulkan kasus simulasi), persoalan-persoalan mengenai masa depan karier dokter sendiri, dan lain-lain lagi, banyak sedikitnya akan mengganggu relasi dokter dengan pasien yang baik.

Sering dikatakan bahwa untuk mencari latar belakang psikologis dari keluhan pasien, dianggap terlalu membuang waktu oleh dokter umum. Hal itu mungkin benar jika yang dimaksudkan untuk melakukan psikoterapi, tetapi jika pencarian latar belakang psikologis dari pasien itu bertujuan untuk mengambil sikap dan tindakan yang tepat selanjutnya, maka pernyataan tersebut diatas sangat tidak benar.

Sebab banyak sekali kekeliruan diagnose, perawatan dan sikap dokter justru memperlama penyembuhan penyakit. Itulah sebabnya buat semua dokter umum khususnya sangat diperlukan pengetahuan praktis tentang faktor psikologis yang berpengaruh dalam berbagai keadaan medis (atau chirurgis) yang dialami oleh penderita, misalnya :

Pada penyakit-penyakit akut dan trauma yang kebanyakan diderita oleh orang-orang yang masih relatif muda, dokter disini menghadapi problem utama berupa kesulitan untuk membuat penderita mau bekerja sama dalam terapi.

Disini penderita yang ingin segera melanjutkan ambisi perjuangan hidupnya, kadang-kadang tidak membantu dalam anamnese, takut ditahan begitu lama karena penyakitnya ataupun takut mendapatkan vonnis penyakit yang akan menghentikan/menghambat usahanya.

Tapi sebaliknya penderita yang cemas harus menghadapi kembali problem hidupnya, maka penyakit yang dideritanya se-

karang justru merupakan " anugerah " , sehingga penderita selalu bersimulasi dengan keluhan-keluhannya yang seharusnya sudah hilang.

Jadi disini dokter harus pandai membawa diri, dapat memberikan kepercayaan dan sympathy pada penderita.

Juga harus menunjukkan keseriusan merawat, memberikan keterangan dan petunjuk perawatan yang jelas, sehingga penderita dapat diharapkan memberikan kerja sama yang aktif dalam terapi.

Pada penyakit-penyakit kronis yang sebagian besar diderita oleh orang-orang tua, problem utama dokter disini adalah menanggulangi perawatan psikologisnya yaitu mencegah atau melawan depressinya.

Orang-orang tua ini akan mudah sekali jatuh dalam keadaan depresi, terutama kalau merasa bahwa harapan hidupnya telah menipis.

Disini dokter harus dapat memberikan sugesti yang konstruktif kepada penderita. Pokoknya dokter harus dapat menjadi sumber kekuatan, pengertian dan siap menolong penderita setiap saat.

Pada penderita yang takut untuk menjalani operasi (tindakan chirurgis), baik karena ketakutan yang realistik maupun yang hanya bersifat khayalan, maka dokter disini harus bisa meyakinkan penderita, harapan yang akan diperoleh dari operasi dan bahaya yang nyata kalau penderita menolak operasi.

Sehingga penderita tidak menyembunyikan penyakitnya untuk menghindari operasi, dan lain-lain.

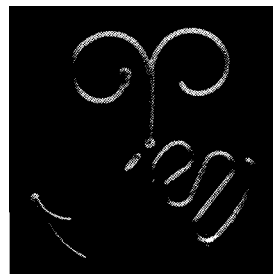
Masih banyak contoh lainnya yang memerlukan seni komunikasi tersendiri, untuk menghadapi problema kasus-kasus kedokteran.

Dengan approach psikologis yang baik, dapatlah diatasi persoalan-persoalan kedokteran ini secara tepat, yang kadangkadangkang penyelesaiannya berbeda untuk kasus yang sama.

Marilah kita bina doctor patient relationship yang lebih baik lagi di masa-masa mendatang, agar kita dapat lebih meningkatkan pengabdian kita kepada masyarakat, kepada Negara dan kepada Tuhan. Amien.

Banyolan-banyolan ini telah didengar selama Muktamar Besar Ikatan Dokter Indonesia ke XVI yang telah berlangsung di Denpasar, Bali 7 — 10 Desember 1978.

Tahukah anda ???????? bahwa



Dari penelitian-penelitian di Eropa dan Amerika didapatkan kesimpulan bahwa wanita pemakai IUD tiga sampai lima kali lebih sering menderita Pelvic Inflammatory Disease (PID) dibanding wanita yang tidak menggunakan IUD. Kejadian ini berhubungan pula dengan berbagai faktor lain seperti umur, sexual habit dan sebagainya. Dikatakan bahwa PID lebih sering dijumpai pada wanita yang berumur di bawah 25 tahun dan belum mempunyai anak, yang mempunyai partner sex lebih dari satu atau yang selalu mengganti partner mereka.

Adanya gejala-gejala seperti : gangguan dari haid, demam, sekret vaginal yang abnormal, nyeri abdomen atau pelvic serta nyeri waktu senggama pada cyclus pertama sampai ketiga sesudah pemasangan IUD merupakan tanda adanya PID.

Diagnosis dini serta pengobatan yang tepat sangat berguna untuk mencegah timbulnya penyulit dari PID seperti sub/infertility, ekstra uterin graviditas akibat perlekatan dari organ-organ di dalam pelvic dan sebagainya.

FDA Consumer Nov. 1978

Percakapan didalam kamar praktek seorang dokter petugas BKKBN.

+ Pasien :(seorang ibu) Dok, saya sudah ikut KB, kok masih hamil juga.

Dokter : Bila ibu mengikuti petunjuk-petunjuk penggunaan kondom, tak mungkin akan hamil.

+ Ibu : Betul, dok, tiap kali campur dengan suami, kondom dipakai.

— Dokter : Apa betul ?, Bagaimana cara pakainya ?

+ Ibu : Setiap kali mau campur, saya makan dulu kondomya.

Dokter : Lo, kok dimakan, kondom itu harus dipakai suaminya, tidak untuk dimakan ibu.

+ Ibu : Kalau begitu saya salah pakai dok : Pantas sekarang kalau saya kentut, keluar pelembungannya.....