

BEBERAPA PENDEKATAN PSIKOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI

Faturochman

PENGANTAR

Ada beberapa istilah yang mengaitkan antara psikologi dan kesehatan. Di antaranya perilaku medis (*behavioral medicine*), psikologi kesehatan (*health psychology*), dan psikologi perawatan kesehatan (*health care psychology*). Beberapa konsep tersebut sebenarnya memiliki spesifikasi tersendiri, namun di sini tidak akan dipermasalahkan. Satu hal perlu dicatat adalah *concern* psikologi pada masalah kesehatan sudah cukup lama dan kajian-kajiannya cukup banyak.

Salah satu masalah kesehatan yang juga telah dikaji dalam psikologi adalah hal-hal yang berkaitan dengan masalah reproduksi. Misalnya, psikologi dapat berperan dalam menjelaskan perilaku yang berkaitan dengan reproduksi seperti:

1. Sexually Transmitted Diseases (STDs), yang meliputi berbagai penyakit kelamin termasuk AIDS.
2. Masalah reproduksi yang spesifik gender, seperti sindrom menjelang menstruasi.
3. Kelainan yang terkait dengan organ seks, diantaranya adalah impotensi, ejakulasi prematur pada pria dan *vaginismus* pada wanita.

Sejauh manakah psikologi dapat berperan untuk menanggulangi berbagai masalah yang muncul berkaitan dengan kesehatan reproduksi? Tulisan ini adalah sebagian dari pemikiran dalam psikologi yang diupayakan untuk menjelaskan masalah-masalah tersebut.

PSIKOANALISIS

Dari sejumlah pemikiran dalam psikologi, tiga diantaranya termasuk teori-teori yang paling sering digunakan untuk menjelaskan berbagai masalah sosial. Pertama adalah Psikoanalisis atau Freudian. Salah satu dasar pemikiran teori ini menyebutkan bahwa perilaku manusia antara lain didorong dan kadang dikendalikan oleh alam bawah sadar. Philip Strong (1990) adalah salah seorang yang berupaya menjelaskan epidemi dari sisi psikologi. Pemikirannya banyak dipengaruhi dan menggunakan kerangka pemikiran psikoanalisis. Dijelaskan di sana bahwa psikologi epidemi tidak hanya sekedar psikologi yang menjelaskan epidemi tetapi psikologi itu sendiri memiliki sifat epidemik (*epidemic nature*). Maksudnya,

banyak masalah psikologis yang memiliki karakteristik epidemik, misalnya mudah menyebar dan memiliki dampak kolektif.

Sedikitnya ada tiga tipe epidemik psikosial. Pertama adalah epidemi ketakutan atau kekhawatiran, kedua epidemi moralisasi atau penjelasan, dan ketiga epidemi tindakan. Pada fenomena HIV dan AIDS, misalnya, epidemi kekhawatiran tampak paling mudah dijelaskan. Pada awalnya orang mungkin ingin tahu atau curiga bahwa ada orang lain di sekitarnya yang telah terinfeksi HIV. Ketakutan dan kecurigaan ini sering mengarah pada kesimpulan bahwa orang tersebut memang sudah benar-benar kena virus. Kesimpulan ini adalah jalan yang paling aman. Secara egoistis akan lebih mudah menganggap dia telah terinfeksi HIV. Sebaliknya bila berkesimpulan dia belum terkena virus HIV, maka risiko yang ditanggung berinteraksi normal akan menjadi sangat besar. Kesimpulan ini mengarah pada indakan untuk menghindari dari kemungkinan kontak dalam berbagai kesempatan. Tidak mengherankan bila sampai saat ini masih banyak orang yang sangat takut bersentuhan dengan penderita AIDS. Mereka tidak mau bersalaman, bahkan mungkin duduk dalam satu ruangan.

Tentu saja epidemi seperti itu tidak rasional, namun itulah fakta. Begitu banyak orang yang berperilaku tanpa dasar rasionalitas yang kuat. Dalam kehidupan sehari-hari banyak perilaku yang dikendalikan secara otomatis, tanpa pemikiran ulang. Keotomatisan ini dapat berawal dari kebiasaan. Di samping itu, banyak hal yang sebenarnya tidak dikuasai manusia pada waktu tertentu. Secara kognitif manusia hanya dapat memikirkan satu saja untuk satu waktu tertentu. Karenanya, hal lain sering tidak dapat dipikirkan. Karena faktor kesempatan inilah, bawah sadar dan kebiasaan urut diandalkan untuk menghadapi beberapa masalah.

Hal lain yang menjadi perhatian psikoanalisis adalah masalah-masalah psikologis yang terkait dengan emosi seperti depresi dan keamanan. Keterkaitan antara kedua masalah tersebut dengan kesehatan reproduksi sangat erat. Masalah psikologis tersebut bisa mengawali masalah kesehatan reproduksi, bersamaan, maupun akibat dari masalah kesehatan reproduksi. Pada kasus-kasus kehamilan bermasalah ditemukan bahwa depresi dan kecemasan berperan sebagai antesenden, setidaknya berbarengan. Sementara itu penderita AIDS sekarang ini lebih berat masalahnya karena ditambah oleh masalah psikologis dan sosial. Kenyataan bahwa belum ditemukannya obat dan banyaknya anggota masyarakat yang belum bisa menerima penderita secara baik menyebabkan depresi yang berat pada penderita. Kenyataan ini dapat membawa penderita pada tindakan impulsif yang berarti dikendalikan oleh unsur bawah sadarnya.

PENDEKATAN STIMULUS-RESPON

Berbeda dengan pendekatan psikoanalisis yang menekankan pada pentingnya alam bawah sadar, pendekatan stimulus-respon justru mengabaikannya. Meskipun awal pijakan berpikir keduanya cenderung non kognitif, pendekatan stimulus respon memfokuskan analisis pada perilaku nyata yang tampak daripada determinan psikologisnya. Teori yang masuk dalam kategori ini berkembang sangat cepat di Rusia dengan Pavlov sebagai tokohnya dan Amerika Serikat yang dimotori oleh BF Skinner pada awal tahun 20-an hingga sesudah PD II. Namun demikian pemikirannya sampai sekarang masih berpengaruh. Konon, kekuatan dua negara yang pernah mendominasi dunia itu tidak lepas dari pemikiran teori-teori ini.

Secara umum teori ini menyebutkan bahwa perilaku manusia dapat dibiasakan atau dikondisikan (*conditioning*) sesuai dengan tujuan atau keinginan. Caranya adalah dengan memberi stimulus tertentu agar seseorang berperilaku atau bertindak dan diberi juga konsekuensi pada setiap tindakan atau perilaku. Konsekuensi tersebut bisa negatif maupun positif. Diasumsikan bahwa konsekuensi negatif akan membuat pelaku kapok, sedangkan konsekuensi positif akan menyebabkan pelakunya *tuman*. Dengan demikian maka akan terjadi mata rantai yang terus menerus yang terdiri dari stimulus dan respon bila konsekuensinya positif. Untuk membuat kapok atau menghentikan kebiasaan maka konsekuensinya harus negatif agar rantai tersebut terputus.

Penerapan konsep di atas telah banyak dicoba. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional antara lain menerapkannya dengan istilah *insentif* dan *disinsentif* (lihat Ancok, 1984). Untuk merangsang dan meningkatkan penggunaan alat-alat kontrasepsi maka bagi akseptor diberi insentif dalam berbagai bentuk. Diantaranya adalah mendapatkan bibit pohon, kemudahan dalam pelayanan birokrasi mendapatkan kredit atau pinjaman uang, dan sebagainya. Disinsentif yang diterapkan antara lain adalah memperlambat pelayanan birokrasi bagi non akseptor dan pengurangan kredit poin bagi pejabat setempat.

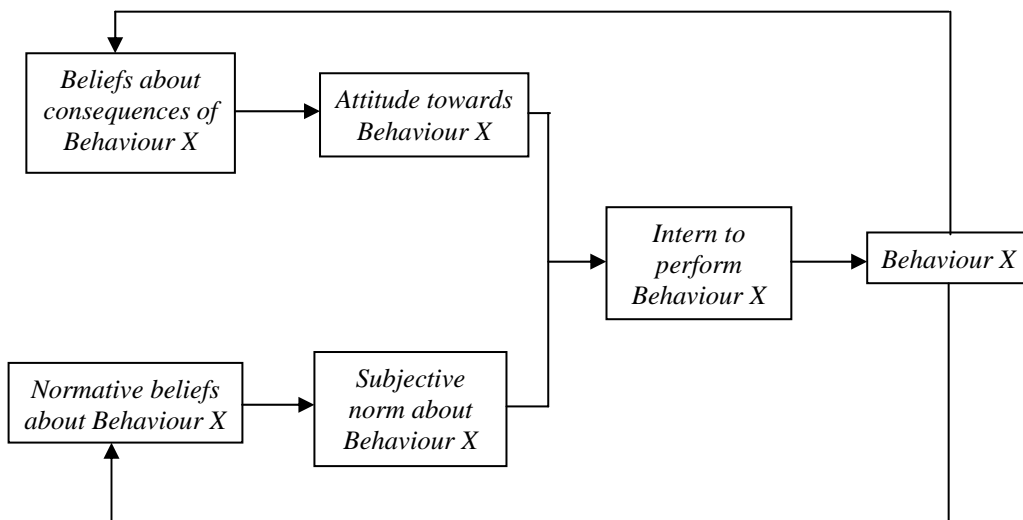
Konsep-konsep di atas tampaknya cukup mudah dipraktikkan untuk intervensi dan membantu peningkatan kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi. Dalam rangka menyebarkan informasi dan melatih masyarakat untuk memahami HIV dan AIDS yang mudah menular, teknik-teknik yang dikembangkan dari konsep tersebut dapat diterapkan. Sejauh ini telah diupayakan agar masyarakat tahu tentang AIDS secara benar, misalnya, melalui proses belajar sosial. Tokoh masyarakat yang berhubungan baik dengan penderita AIDS adalah satu contoh kongkrit untuk menyampaikan pesan bahwa penderita AIDS bukan makhluk yang harus dihindari. Lebih jauh lagi adalah penokohan penderita itu sendiri, seperti Magic Johnson, yang ternyata dapat melakukan aktivitas secara normal untuk masa yang cukup lama. Upaya-upaya seperti itu mungkin tidak memecahkan masalah pokoknya, tetapi sangat membantu menempatkan masalah pada posisi yang semestinya. Kondisi ini akan sangat bermanfaat sementara upaya kuratif belum dapat diandalkan.

Pendekatan Kognitif

Kritik yang paling tajam terhadap dua pendekatan terdahulu adalah pada lemahnya penekanan kognitif. Menurut pendekatan ini, justru proses berfikirlah yang paling mendominasi unsur psikologis manusia yang pada akhirnya akan mengendalikan perilaku manusia. Pendekatan ini tampaknya juga sudah banyak digunakan dalam bidang kesehatan reproduksi. Misalnya, wanita yang mengalami sindrom menjelang menstruasi seperti sakit perut dan pusing kepala dapat ditritmen dengan pendekatan kognitif. Dokter, paramedis, maupun klien itu sendiri dapat mengaji gejala yang dirasakan dengan memikirkan kapan rasa sakit itu muncul, berapa lama, gejala lain yang dirasakan, dan seterusnya. Melalui diagnosis akan dicoba keterkaitan berbagai hal itu dengan sindrom yang dirasakan. Bila data-data tersebut digunakan secara komprehensif bersama-sama data-data medis, maka kesimpulan bisa menjadi akurat.

Bisa jadi masalah yang dirasakan tersebut bukan masalah medis. Dapat juga dipastikan bahwa masalahnya adalah murni masalah medis.

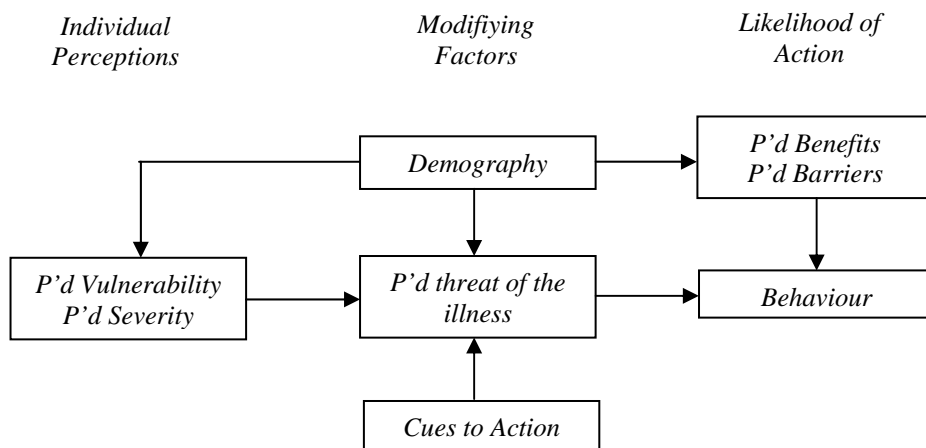
Salah satu konsep dari pendekatan ini adalah *Reasoned-Action Theory* yang dikemukakan oleh Fishbein dan Ajzen (1975; lihat juga Faturachman, 1992; Fisher dkk., 1995). Secara sederhana teori ini menyebutkan bahwa perilaku tertentu manusia dilandasi oleh intensi atau niat seseorang. Intensitas itu sendiri merupakan fungsi dari sikap dan norma subjektif orang yang bersangkutan. Masing-masing fungsi itu dipengaruhi oleh nilai-nilai atau pengetahuan tentang masalah yang dimaksud (lihat skema).



Skema 1. Theory of Reasoned Action (Fishbein & Ajzen, 1975)

Theory lain yang dapat diklasifikasikan dalam pendekatan ini adalah *Health Belief Model* yang cukup dikenal dalam kedokteran (lihat Rutter dkk., 1993) Model ini disusun dari tiga dimensi yaitu *perceived susceptibility/vulnerability*, *perceived severity*, *perceived benefits and barriers*. Model ini dapat digunakan untuk memprediksi, misalnya, seseorang akan tetap berhubungan atau tidak dengan pelacur meskipun penularan HIV makin cepat. Bila diketahui apakah orang tersebut tahu risiko tertular HIV melalui pelacur (*perceived severity*), dan apakah dia memperhitungkan untung dan ruginya atau perilaku itu untuk jangka pendek maupun jangka panjang (*perceived benefit*), maka ketepatan dalam memprediksi perilaku tersebut cukup besar.

Dari ketiga dimensi tersebut, persepsi tentang keuntungan atau hambatan mempengaruhi perilaku lebih langsung dibanding dua dimensi lainnya. Dua dimensi tersebut bahkan harus didukung oleh faktor demografik dan *cue to action* seperti kampanye media massa maupun simtom yang pernah dirasakan seperti pernah terkena penyakit menular selain virus HIV. Di samping itu beberapa variabel yang disebutkan tadi juga harus melalui persepsi tentang ancaman akan penyakit yang dimaksud (lihat Skema).



Skema 2. Health Belief Model
(diambil dari: Rutter, dkk., 1993)

Berbeda dengan model dari Fishbein dan Ajzein yang dapat mengukur perilaku melalui intensi, model ini menyaratkan pengukuran langsung terhadap perilaku sehat. Masalahnya, untuk membuktikan bahwa model ini akurat pada orang sakit tidaklah mudah karena insiden atau jumlah yang sakit adalah sesuatu yang tidak mudah diprediksi. Namun demikian, sebagai model yang telah lama dikaji, model ini memiliki kemanfaatan yang cukup tinggi. Salah satu manfaat yang dirasakan dalam penggunaan model ini adalah untuk upaya preventif. Berbagai upaya penjelasan kepada masyarakat untuk mencegah penyakit tertentu atau untuk mengkampanyekan metode pencegahan banyak didasarkan pada model ini dengan beberapa modifikasinya.

Upaya-upaya penjelasan semacam itu merupakan salah satu bidang yang paling banyak dikaji dalam psikologi. Model-model untuk mengefektifkan perilaku sehat melalui komunikasi antara klien/pasien dengan ahli medis antara lain dikembangkan oleh Levy dan Frederikson (untuk review lihat Rutter dkk., 1993). Kedua model ini tampaknya sangat cocok untuk menjelaskan kualitas pelayanan medis dan untuk melihat efektivitas perlakuan terhadap pada penderita (lihat Skema pada lampiran).

Pendekatan Internal dan Lingkungan

Hal lain yang selalu diperdebatkan dalam psikologi dalam mengaji perilaku manusia adalah peran faktor internal manusia dan faktor eksternal. Namun tidak pada tempatnya bila kesempatan ini dipaparkan tentang perdebatan itu. Justru sebaliknya, ada pendekatan ketiga yang mengintegrasikan keduanya. Bila ini yang digunakan maka pertanyaannya adalah faktor-faktor internal dan eksternal apa yang banyak berperan dalam menjelaskan perilaku produksi sehat.

Beberapa ahli (Fleishman & Fogel, 1994; Nyamathi dkk., 1995; Rutter dkk., 1993) berpendapat bahwa kontrol dan *coping*, yaitu cara-cara seseorang menanggapi dan menyesuaikan dengan masalah, merupakan faktor psikologis yang sangat penting dalam mempengaruhi perilaku reproduksi sehat. Orang-orang yang mempunyai kontrol diri/internal kuat secara umum akan lebih sehat. Di sini pengertiannya tidak sama dengan egoistis, karena orang dengan pusat kendali (*locus of control*) tinggi secara rasional dapat memahami kapan harus bertindak dan kapan harus menghindar atau tidak bertindak serta bagaimana cara melakukan itu. Efektivitas dari pengendalian ini telah terbukti untuk mencegah obesitas, kecanduan rokok dan alkohol. Diyakini pula bahwa orang-orang yang pusat kendali internalnya tinggi dapat mencegah diri sendiri dari penyakit menular yang *intended* seperti penyakit kelamin dan AIDS.

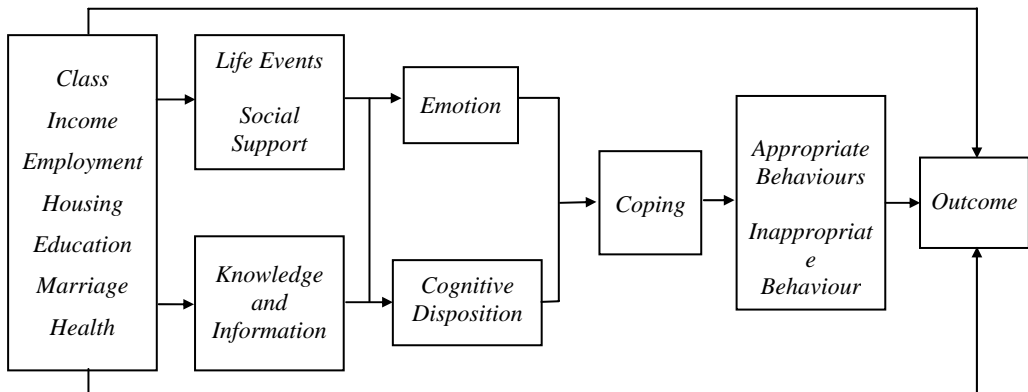
Konsep kontrol lebih besar perannya untuk menghindar dari penyakit daripada untuk mengurangi atau menyembuhkan penyakit. Untuk hal yang terakhir ini konsep tentang *coping* tampak lebih berperan. Telah diyakini betul bahwa kesembuhan dari suatu penyakit akan ditunjang oleh kemampuan seseorang dalam menghadapi masalah itu. Ketidaksiapan dan penolakan terhadap penderitaan yang dialami pada umumnya akan memperparah keadaan, sedangkan penerimaan akan memberi peluang yang besar untuk melakukan hal lain yang dapat mengarah pada kesembuhan.

Konsep *coping* memang tidak dengan sendirinya dapat dioperasionalisasikan. Untuk menerima keadaan buruk seperti sakit bukanlah hal mudah. Faktor lingkungan memiliki peran besar. Dukungan sosial bagi penderita AIDS barangkali satu-satunya obat. Merasa dicintai, dihargai, dan dilibatkan dalam aktivitas komunitas seperti dalam pendekatan stimulus-respon dapat berperan sebagai *reward* yang membangkitkan seseorang terus melakukan hal-hal yang normal. Tindakan ini, menurut pendekatan stimulus-respon pula, pada akhirnya akan menjadi perilaku normatif sehingga orang yang bersangkutan dapat merasa normal.

Sintesa dan Operasionalisasi

Beberapa pendekatan di atas hanya sebagian dari pendekatan-pendekatan psikologi yang dapat dan sering digunakan untuk menjelaskan masalah kesehatan reproduksi. Sesungguhnya masih banyak pendekatan yang bisa digunakan untuk hal yang sama. Sementara itu, untuk keperluan penelitian dirasakan perlu adanya sintesa dari model-model yang ada sehingga pendekatan yang digunakan cukup komprehensif. Salah satu diantaranya telah dikembangkan oleh Rutter dkk., (1993).

Menurut model terakhir ini, perilaku reproduksi sehat atau sebaliknya akan membawa dampak pada status kesehatan seseorang di samping berbagai pengaruh eksternal. Faktor luar ini juga berpengaruh secara tidak langsung kepada individu. Ada dua jalur pengaruh yang dimaksudkan. Pertama melalui pengalaman dan dukungan sosial dan kedua melalui informasi dan pengetahuan. Jalur pertama akan banyak mempengaruhi emosi orang yang bersangkutan, sementara jalur kedua akan berpengaruh terhadap disposisi kognitifnya. Faktor kognisi dan emosi ini menentukan *coping* yang selanjutnya tercermin dalam perilaku kesehatan itu (lihat Skema).



Skema 3. A Model of Mediators in Health (Rutter dkk., 1993)

Untuk mengoperasionalkan model ini tampaknya tidak begitu mudah. Masalah pertama muncul pada pengukuran masing-masing variabel. Beberapa variabel memang sudah biasa diteliti, namun variabel pengetahuan, disposisi kognitif, dan *coping* tidak mudah diukur. Beberapa penelitian psikologi pernah mengukurnya namun validitas, reliabilitas dan standarisasi dari cara pengukurannya masih belum final. Masalah kedua muncul berkaitan dengan analisis. Model tersebut menuntut kemampuan dan *software* yang canggih. Ketersediaan akan kedua hal ini tampaknya tidak cukup banyak. Masalah ketiga akan muncul dalam mengimplementasikan model tersebut untuk kebijakan. Variabel-variabel psikologis yang dicantumkan perlu dijabarkan lebih sederhana agar implementasinya efektif dan efisien. Ahli-ahli psikologi tampaknya belum banyak yang mendalami upaya-upaya untuk ini (Fischhoff, 1990; Kagitcibasi, 1991), sehingga penjabaran konsep psikologis dalam bentuk kebijakan tampak kurang pas.

KEPUSTAKAAN

Ancok, D. 1984. *Incentive and Disincentive Program in the Indonesian Family Planning*. Population Studies Center, Gadjah Mada University, Yogyakarta.

Bloom L.B. 1988. *Health Psychology: A Psychosocial Approach*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Faturochman. 1992. *Sexual and Contraceptive Knowledge, Attitude, and Behaviour Among Never Married Young Adult in Yogyakarta*. MA Thesis. Flinders University Adelaide, Australia.

Fisher, W.A., Fisher, J.D. & Rye, B.J. Understanding and Promoting AIDS-Preventive Behaviour: Insight from the Theory of Reasoned Action. *Health Psychology*, 14, 3, 255-264.

- Fishschhoff, B. 1990. Psychology and Public Policy: Tool or Toolmaker? *American Psychologist*, 45, 5, 647-653.
- Fleishmen, J.A. & Fogel, B. 1994. Coping and Depressive Symptoms Among People with AIDS. *Health Psychology*, 13, 2, 156-169.
- Kagitcibashi, C. 1991. Decreasing Infant Mortality as a Global Demographic Change: A Challenge to Psychology. *International Journal of Psychology*, 26, 5, 649-664.
- Rutter, D., Quine, L. & Chesham, D.J. 1993. *Social Psychological Approach to Health*. Harvester Wheatsheaf, Singapore.
- Sheridan, C.L. & Radmacher, A.a. 1992. *Health Psychology: Challenging the Biomedical Model*. John Wiley & Sons, Singapore.
- Strong, P. 1990. Epidemic Psychology: A Model. *Sociology of Health and Illness*, 12, 3, 249-259.
- Nyamathi, A., Stein, J.A., Breth, M-L. 1995. Psychosocial Predictors of AIDS Risk Behaviour and Drug Use Behaviour in Homeless and Drug Addicted Women of Color. *Health Psychology*, 14, 3, 265-273.