

OPINI

Kedokteran Keluarga *(Family Medicine)*

Willy F. Maramis

Pendahuluan

Mengapa profesi kedokteran dikatakan profesi yang mulia? Karena profesi kedokteran menolong manusia yang sakit dan menderita. Dan menolong sesama manusia karena kasih adalah rahmat dan karunia Tuhan bagi yang menolong dan yang ditolong. Mungkin pula karena dahulu pengobatan orang sakit dilakukan juga oleh para imam dan dukun yang melayani masyarakat dalam hal spiritual dan keagamaan. Banyak penyakit dipercaya karena pengaruh roh jahat, sehingga pantas kalau para imam dan dukun yang menangani mereka.

Sejak Hippokrates (460 – 370 BC) ilmu pengobatan mulai dipelajari secara ilmiah sehingga perlahan-lahan mulai dipisahkan dari tugas para imam. Sekarang telah terpisah sama sekali sebagai ilmu kedokteran modern. Namun kita melihat banyak cara pengobatan tradisional yang masih erat hubungannya dengan hal-hal spiritual, dengan roh-roh, bahkan dengan agama. Tidak sedikit dokter jaman sekarang pun masih tertarik pada hal-hal paranormal dalam kesehatan.

Dalam pengobatan tradisional sejak dahulu kala sampai sekarang, dan dalam

ilmu kedokteran pun sampai dengan perang dunia ke-2, pertolongan manusia yang sakit adalah individual. Tidak dapat disangka, kedokteran individual (*individual medicine*) atau kedokteran klinik (*clinical medicine*) adalah penting. Namun makin lama makin disadari bahwa untuk melayani kesehatan seluruh masyarakat, kedokteran klinik saja tidak cukup.

Bila diteliti betul, kalau masyarakat sudah lebih sehat, itu bukan karena ilmu kedokteran, melainkan karena ekonomi dan pendidikan sudah lebih baik. Dengan demikian ilmu kedokteran maju juga dan memberi andil kepada perbaikan kesehatan masyarakat, namun tetap dipraktekkan sebagai *clinical* atau *hospital based medicine*. Bayangkan kalau keadaan ekonomi dan pendidikan tidak maju, bagaimana dengan kesehatan masyarakat. Lihat saja, misalnya Afrika, atau tidak usah jauh-jauh, lihat saja pada beberapa bagian negara kita sendiri, misalnya Papua.

Sejak akhir perang dunia ke-2 dan terutama sejak Deklarasi Alma Ata, Kazakhstan, 6-12 September 1978, mengenai *Primary Health Care (PHC)*, studi dan

pendidikan kesehatan masyarakat mulai berkembang sampai sekarang, dengan berbagai istilah: misalnya kesehatan masyarakat (*community health*), kedokteran masyarakat (*community medicine*), *community based medicine*, *community oriented medicine*, dsb., tergantung pada aspek mana yang mau diberi tekanan, sehingga ontologi, epistemologi dan aksiologinya berbeda.

Sekarang KKI dan Dikti serta Depkes menganjurkan kedokteran keluarga (*family medicine*) dan kedokteran primer (*primary health care*, seruan deklarasi Alma Ata 36 tahun yang lalu). Kedokteran klinik terlalu mahal, sebagian besar masyarakat tidak dapat menjangkaunya. Negara maju pun merasa terlalu berat, sampai ada yang sedikit atau banyak sudah menerapkan “*socialized medicine*”. Pemerintah dan para pendidik juga ingin mencegah, jangan sampai terjadi “*defensive medicine*”, bukan “*preventive medicine*”, atau “*commodity oriented doctors*” dan bukan “*community oriented doctors*”, dsb. Anjuran WHO adalah agar dalam sistem kesehatan suatu negara, sarana kesehatan harus *dapat diperoleh, dapat dicapai dan dapat diterima (available-accessable and acceptable)* oleh masyarakat. Kalau boleh saya tambah, harus juga *affordable (mampu dibayar atau dibeli)*.

Kedokteran Individual, Kedokteran Masyarakat dan Kedokteran Keluarga

Apa perbedaan antara Kedokteran Individual atau Kedokteran Klinik (*Individual Medicine* atau *Clinical Medicine*), Kedokteran Masyarakat (*Community Medicine*) dan Kedokteran Keluarga (*Family Medicine*)? Bila

dilihat dari sudut ontologi dan aksiologinya, maka menurut saya adalah sebagai berikut:

Kedokteran Individual atau Kedokteran Klinik berfokus pada individu, ontologinya adalah individu. Semua usaha ditujukan kepada individu perorangan, agar ia sehat kembali atau sembuh dari penyakit (aksiologi). Dan biasanya cara ini adalah *hospital based*, karena itu dinamakan juga *clinical medicine*. Cara ini tentu sangat penting, namun ternyata sangat mahal. Sebagian besar masyarakat tidak mampu memperolehnya. Kedokteran klinik pada akhirnya akan menghasilkan kedokteran regeneratif misalnya dengan sel punca (*stem cell*) dan *tailor-made medicine*, misalnya dengan terapi gen atau bahkan dengan kloning dan rekayasa genetik. Kedokteran individual yang ekstrim akan menyeleksi masyarakat, yang finansial tidak mampu akan punah, yang bertahan adalah yang kaya, atau yang mempunyai gen (genom) yang superior dengan ciri-ciri yang diinginkan. Namun yang diinginkan itu yang bagaimana dan menurut siapa?.

Pendidikan di FK seperti dilakukan sekarang adalah terutama untuk pengetahuan klinik dan ketrampilan klinik dengan *student centered learning*. Teknologi kedokteran telah maju dengan pesat, dan telah mempersembahkan aparat-aparat serta mesin-mesin kesehatan dan kedokteran yang menakjubkan dan menyilaukan serta dengan spesialisasi kedokteran yang tak kunjung berhenti. Industri kesehatan (*health industry*) menurut laporan beberapa tahun yang lalu, setahun menghasilkan trilyunan US Dollar dengan penjualan obat-obat kedokteran

modern dan tradisional, alat, aparat dan mesin kedokteran modern, serta *health food*, *health machines* dan *gadgets* yang efektivitas masih spekulatif. Ini semua memperkokoh kedokteran individual. Ditambah lagi dengan majunya bioteknologi, misalnya rekayasa genetik, kloning, kedokteran regeneratif dan terapi gen, sehingga betul-betul akan terjadi *tailor-made medicine*, yaitu kedokteran sesuai dengan individu tertentu, sesuai dengan segala keunikannya. Sering dilupakan bahwa manusia itu makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual.

Banyak orang menjadi cemas. Mau dibawa kemana umat manusia. Dengan ilmu dan teknologi, maka semua yang disinggung di atas ini, dapat saja kita lakukan, tetapi haruskah kita? Ilmu dan teknologi dapat membuat hidup kita lebih nyaman (*comfortable*), tetapi yang menentukan *tujuan hidup* kita, hidup yang bagaimana yang mau kita jalani dan anak yang bagaimana yang mau kita besarkan, adalah nilai-nilai kita, bukan ilmu dan teknologi. Dan nilai-nilai itu terdapat dalam agama-agama besar di dunia ini. Tidak ada teknologi yang netral, tetapi tergantung pada yang memakainya, dapat menjadi berkat atau malapetaka bagi manusia. Etika dan moral, khususnya bioetika, dapat memberi pencerahan dan menunjuk jalan dalam hal ini. Karena itu menurut saya, etika dan moral, khususnya bioetika harus dipelajari dalam semua program studi ilmu-ilmu kehidupan (*life sciences*), termasuk program studi pendidikan dokter.

Dalam pendidikan S-1 kedokteran, untuk meluluskan dokter yang komprehensif yang mempraktekkan kedokteran

komprehensif (*comprehensive medicine*) dan untuk menghadapi pasien yang bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, seorang dokter harus mengembangkan aspek-aspek bio-psiko-sosio-kultural-spiritualnya sendiri juga. Untuk ini perlu pengembangan *soft skills* (*life skills* atau *social skills* dalam masyarakat luas), serta reflexi-reflexi berkala dan pengembangan spiritualitas. Di samping ini di FK WM para mahasiswa diberi kesempatan untuk berkembang dalam penalaran etika moral melalui DDM (diskusi dilema moral) seminggu sekali 10x per semester, kuliah etika moral 2x per semester, kuliah bioetika 2 sks, kuliah etika sosial 2 sks, filsafat manusia 2 sks, agama 2 sks dan pancasila 2 sks. Untuk dapat diwisuda mahasiswa harus mengumpulkan paling sedikit 100 PK2 (Poin Kegiatan Kemahasiswaan) untuk pengembangan *soft skills* dan 70 PK3 (Poin Kegiatan Kemahasiswaan Kedokteran) untuk pengembangan penalaran etika moral. Para mahasiswa juga diminta setiap semester untuk menulis reflexi diri mengenai kejadian-kejadian dalam 3 bulan terakhir: hubungan antar manusia dalam keluarga, dengan teman-teman, di fakultas, dengan Tuhan, dan mengenai studinya, mengenai jatuh-bangun dan harapan-harapannya.

Kedokteran Masyarakat berfokus pada masyarakat, ontologinya adalah masyarakat. Orang yang sakit akan diobati, namun dipandang sebagai *representative* dari masyarakatnya. Tujuannya adalah agar kesehatan masyarakat meningkat (axiologi). Pada dokter yang berorientasi pada masyarakat, bila ada pasien, akan timbul pertanyaan-pertanyaan, antara lain misalnya

ada berapa orang yang sakit seperti itu di masyarakatnya, mengapa ia menjadi sakit dan ada orang lain di situ yang tidak sakit, mengapa dia tidak sakit, apa sebabnya dia tidak sakit, di mana sumber penyakitnya, bagaimana cara penyebarannya, adakah kebiasaan atau adat serta kepercayaan yang mempengaruhinya, bagaimana Puskesmas dan dokter pelayanan primer dapat mengatasinya, dan dapat berperan dalam promosi, prevensi, terapi dan rehabilitasi para pasien, dan sebagainya.

Bagaimana dengan pendidikan kedokteran masyarakat dalam program studi pendidikan dokter (S-1). Dalam tahun 60-an mulai diperkenalkan pendidikan yang berorientasi pada masyarakat. Kesehatan masyarakat merupakan kerangka teori yang luas, dan penerapannya dilakukan melalui kedokteran masyarakat. Pendidikan kedokteran masyarakat untuk dokter umum di fakultas kedokteran sebaiknya diutamakan tentang sistem pelayanan kesehatan kita, prinsip-prinsip kesehatan masyarakat, *dasar-dasar* epidemiologi, promosi, prevensi dan rehabilitasi di masyarakat, kedokteran bencana dan psikiatri bencana (*disaster medicine* dan *disaster psychiatry*), bukan kedokteran darurat dan psikiatri darurat (*emergency medicine* dan *emergency psychiatry*), psikiatri masyarakat (*community psychiatry*), psikiatri sosial merupakan kerangka teori, dan penerapannya melalui psikiatri masyarakat), ilmu perilaku atau dinamika dalam masyarakat, misalnya pengaruh peran, komunikasi masa, dinamika kelompok, pengaruh sosial, kelompok-kelompok dalam masyarakat, sosiologi kedokteran, masalah sosial HIV/AIDS, lansia, keperawatan paliatif, dan lain-lain,

semua berfokus pada masyarakat, bukan pada individu yang dipelajari dalam kedokteran individual. Hal-hal yang telah dipelajari dalam kedokteran klinik tidak perlu diulangi, PBL (*Problem Based Learning*) adalah tentang skenario-skenario masalah kedokteran masyarakat, bukan skenario kedokteran individual, atau tentang penyakit-penyakit individual.

Kedokteran keluarga berfokus pada keluarga; ontologinya adalah keluarga. Axiologinya adalah supaya keluarga menjadi sehat. Jadi yang perlu dipelajari oleh mahasiswa S-1 mengenai kedokteran keluarga, seperti pada kedokteran masyarakat, bukan penyakit-penyakit individual, tetapi dinamika dalam keluarga. Bila ada anggota keluarga yang sakit, ia tentu diobati, tetapi ia dilihat sebagai *representative* dari keluarga itu. Timbul pertanyaan antara lain misalnya: mengapa dia sakit, mengapa ada yang tidak sakit, apa kekuatannya, bagaimana pengaruh keadaan sakit itu pada interaksi dalam keluarga, bila yang sakit itu pencari nafkah, bagaimana pergeseran peran, bagaimana relasi antar anggota keluarga, adakah yang dominan, bagaimana pengambilan keputusan, autoriter atau demokratis, adakah KDRT atau penyalah-gunaan kekuasaan biarpun ringan saja, bagaimana pola komunikasi, dsb., adakah kepercayaan atau tabu serta faktor kebudayaan yang mempengaruhi penyakit, terapi, promosi prevensi, rehabilitasi, apakah keluarga itu keluarga besar atau keluarga inti, dsb, dsb. Jadi, axiologi adalah agar keluarga itu sehat.

Pendidikan kedokteran keluarga belum begitu mantap, masih mencari-cari bentuk.

Seperti untuk kedokteran masyarakat, kiranya tidak perlu dipelajari lagi penyakit-penyakit seperti dalam kedokteran individual, kecuali mungkin penyakit yang dapat mempengaruhi banyak anggota keluarga, secara fisik dan atau emosional, misalnya penyakit kronis, infeksi yang cepat menular, masalah-masalah geriatri, dan keperawatan paliatif.

Untuk pendidikan teori dapat dilaksanakan di dalam kelas, tetapi seperti pada kedokteran masyarakat, mahasiswa harus melihat langsung di lapangan, pada kedokteran keluarga pun mahasiswa harus melihat langsung keluarga-keluarga di lapangan, di rumah-rumah mereka. Sebaiknya bila para mahasiswa kedokteran sedini mungkin sudah berinteraksi dengan keluarga-keluarga di sekeliling kampus, atau di mana pun juga. Selama semester pertama dan kedua, secara berkala (misalnya 1 – 2 x sebulan) mahasiswa mengunjungi “keluarga angkat”-nya dan melaporkan apa yang dia observasi kepada pembimbing akademiknya, sesuai panduan pada daftar observasi. Dengan demikian ia memperoleh pengalaman belajar yang sangat berguna untuk mengembangkan kemampuan empati, komunikasi dan observasi, serta belajar observasi perkembangan keluarga.

Penutup

Apakah kalau semua individu sehat, keluarga akan sehat juga? Dan apakah kalau semua keluarga sehat, masyarakat akan sehat? Apa pun pengertian sehat itu. Dan sebaliknya, apakah kalau seluruh masyarakat sehat, semua keluarga sehat, serta apakah kalau seluruh keluarga sehat, semua anggota keluarga sehat? Saya meragukan ! Karena setiap

orang unik, setiap keluarga unik dan setiap masyarakat pun unik. Bila secara sendiri-sendiri mereka sehat, tidak terdapat kelainan, namun bila mereka hidup bersama, maka mulailah perbedaan-perbedaan yang memang ada, menjadi nyata dan dapat mengakibatkan perselisihan, pertengkaran sampai dengan perpisahan dan peperangan, pada tingkat keluarga yang terdiri dari individu-individu dan pada tingkat masyarakat yang terdiri dari keluarga-keluarga, serta antar masyarakat (lihat saja peperangan antar negara atau pun perang suku di Afrika dan Papua).

Untuk menjembatani perbedaan-perbedaan itu, karena keunikan masing-masing, maka *komunikasi yang efektif dan empatik adalah mutlak perlu*, antar individu, dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena itu komunikasi ditempatkan sebagai kompetensi nomer satu oleh KKI (Konsil Kedokteran Indonesia) dalam SKDI (Standar Kompetensi Dokter Indonesia) edisi pertama, tahun 2006.

Bagaimana penting pun ilmu kedokteran, para dokter harus menyadari bahwa dunia bukan kedokteran saja, supaya menjadi lebih rendah hati, tidak kepala besar dan sombong. Saya prihatin dan juga kasihan kalau melihat kolega yang berlagak seakan-akan kalau dia tidak ada, dunia akan berhenti berputar, atau pasiennya tidak bisa hidup lebih lama lagi. Ilmu kedokteran hanya salah satu usaha di antara banyak usaha manusia untuk mengembangkan aspek-aspek manusia seutuhnya, manusia yang bio-psiko-sosio-kultural-spiritual dalam usahanya mengalami kebahagiaan.

Untuk menjadi manusia seutuhnya dan mengalami kebahagiaan di dunia ini, para dokter harus berkembang dalam sebanyak mungkin aspeknya sebagai manusia yang merupakan makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual. Berkembang bukan saja dalam pengetahuan klinik dan ketrampilan klinik, tetapi juga dalam bidang seni dan olah raga, kegiatan di lingkungan gereja dan masyarakat lain, juga dalam etika moral, *soft skills*, dan yang sangat penting dalam kemampuan berkomunikasi, sehingga ia menjadi:

***Dokter profesional
dengan spiritualitas dan integritas moral,
serta soft skills yang prima,
yang melayani dengan kasih.***

Akhirnya saya ingin bertanya: Untuk apa kita melakukan ini semua?

Mari kita renungkan bait terakhir lagu
“*Wherever you go*”:
“*When the time of our particular sunset
comes,
Our things, our accomplishments,
Won't really matter a great deal,
But the clarity and care with which we have
loved others
Will speak with vitality of the great gift of life
We have meant for each other*”.

Surabaya, Oktober 2014

Willy F. Maramis