

SAKIT DAN TERBUNGKAM: PENGALAMAN PASIEN PEREMPUAN DALAM KOMUNIKASI DOKTER-PASIE

Nanda Amalia Putri

Universitas Indonesia

E-mail: nanda.amalia21@ui.ac.id

Naskah diterima tanggal 03-06-2023, direvisi tanggal 28-08-2023, disetujui tanggal 17-09-2023

Abstrak. Penelitian ini mengkaji bagaimana komunikasi antara dokter dan pasien perempuan dapat menjadi sarana reproduksi ketidaksetaraan gender dalam dunia kesehatan lewat praktik pembungkaman. Sejumlah penelitian terdahulu menunjukkan adanya perbedaan perlakuan medis terhadap pasien laki-laki dan perempuan, dan kecenderungan dokter untuk tidak mempercayai rasa sakit yang dialami pasien perempuan diduga sebagai salah satu alasannya. Dari perspektif komunikasi, kecenderungan untuk tidak mempercayai dan tidak menganggap serius tuturan perempuan terjadi akibat sistem bahasa yang didominasi oleh laki-laki, di mana perempuan menjadi terbungkam karena tidak mampu mengekspresikan diri secara bebas. Dengan menggunakan lensa teori kelompok terbungkam, penelitian ini menggunakan metode analisis deskriptif terhadap enam artikel berita yang memuat pengalaman pasien perempuan untuk mengidentifikasi proses pembungkaman yang terjadi serta mendiskusikan implikasinya terhadap derajat kesehatan kaum perempuan. Hasil penelitian menunjukkan pembungkaman terjadi dalam bentuk trivialisasi, stigmatisasi, dan kendali atas tubuh pasien perempuan. Lewat praktik pembungkaman tersebut, pasien perempuan menanggung beban ganda untuk dapat bersuara dan didengar: sebagai perempuan dalam sistem ekspresi yang didominasi laki-laki, dan sebagai pasien dalam sistem ekspresi yang mengedepankan otoritas medis.

Kata kunci: komunikasi dokter-pasien, kelompok terbungkam, bias gender, kesehatan perempuan

Abstract. *This paper delves into how communication between doctor and female patient can serve to reproduce gender inequality in health context. Previous studies show discrepancies in how male and female patients are treated, which points to doctors' propensity to distrust and dismiss female patients' account of pain. From a communication perspective, dismissal and distrust of women's experience happens due to male-dominated language, where, unable to freely express themselves, women become muted. By applying muted group theory, this paper provides a descriptive analysis of six online articles showcasing female patients' experience in doctor-patient communication to identify the muting process and discuss its implication to women's health status. The results of this study show that muting happens in the form of trivialization, stigmatization, and control over women's bodies. These muting practices illustrate how female patients carry double burden in speaking out and being heard: as women in a male-dominated system of expression, and as patients in a system of expression that privileges medical authorities.*

Keywords: *doctor-patient communication, muted group, gender bias, women's health*

PENDAHULUAN

Sebagai sarana utama untuk mengumpulkan informasi untuk penegakan diagnosis dan rencana pengobatan, komunikasi dokter-pasien sangat menentukan proses dan hasil konsultasi. Salah satu aspek yang berdampak pada komunikasi dokter-pasien adalah gender (Choudhury et al., 2020). Di satu sisi, peran gender berdampak pada perilaku pasien, seperti pemanfaatan layanan kesehatan atau pemeriksaan preventif. Di sisi lain, isu gender juga memengaruhi tindakan dokter dalam berkomunikasi dan memberikan diagnosis serta pengobatan (Sieverding & Kendel, 2012). Penelitian Braksmajer (2018) menunjukkan bahwa pasien perempuan sering menjumpai kesulitan dalam komunikasi dengan dokter karena cerita mereka tentang rasa sakit yang mereka derita tidak dianggap sah oleh dokter. Para pasien perempuan merasa diremehkan ketika gejalanya diatribusikan pada penyebab psikosomatis.

Sepanjang sejarah dunia kedokteran, perempuan tidak dipandang sebagai penutur terpercaya atas apa yang dialami tubuhnya (Cleghorn, 2021). Rasa sakit yang dialami perempuan lebih sering dipandang sebagai akibat dari kondisi emosional atau psikologis, alih-alih biologis. Secara umum, hal ini berdampak negatif terhadap layanan, pengobatan, dan diagnosis terhadap pasien perempuan. Samulowitz et al. (2018) mencatat bahwa laki-laki dan perempuan mendapat perlakuan berbeda untuk penanganan penyakit yang sama tanpa ada motivasi medis, antara lain untuk penyakit psoriasis, nyeri leher, penyakit jantung. Kesenjangan serupa ditemukan oleh Kent et al. (2012) dalam perlakuan medis bagi laki-laki dan perempuan untuk bedah osteoarthritis, penanganan penyakit arteri perifer dan koroner, serta dalam perawatan kritis.

Sejak dekade 1960-an pendekatan konstruksionisme sosial berkembang menjadi area penelitian besar di bidang sosiologi medis. Kerangka konstruksionisme sosial menekankan aspek budaya dan historis dari fenomena yang secara luas dianggap sebagai hal yang alamiah, dan bahwa makna sebuah fenomena tidaklah inheren dalam fenomena itu sendiri namun muncul dari interaksi dalam konteks sosial (Conrad & Barker, 2010). Banyak penelitian sosiologi medis yang mengungkap bagaimana pengetahuan medis sering mencerminkan dan mereproduksi ketidaksetaraan sosial. Alih-alih bebas nilai, pengetahuan yang dihasilkan oleh pendekatan biomedis justru melanggengkan dominasi kelompok berkuasa dalam masyarakat, salah satunya dominasi laki-laki atas perempuan. Para peneliti berperspektif feminis menggunakan kerangka konstruksionisme sosial untuk menunjukkan bagaimana makna gender dilekatkan pada tubuh perempuan melalui wacana dan praktik medis, yang pada gilirannya berfungsi untuk menaturalisasi ketidaksetaraan (Conrad & Barker, 2010).

Dominasi pendekatan biomedis di dunia kedokteran tercermin pula dalam bagaimana rasa sakit dan penyakit dikonstruksi. Rasa sakit merupakan fenomena yang kompleks, tidak hanya berhubungan dengan kondisi fisik, tetapi juga psikologis. Best (2007) menyatakan bahwa rasa sakit individu sarat dengan makna dan tidak pernah bersifat impersonal. Rasa sakit bersifat relatif menurut waktu dan tempat, dialami dan dimaknai secara berbeda antar individu, dan berubah sesuai konteks. Rasa sakit bukanlah fakta biologis tanpa makna, melainkan pengalaman yang perlu diinterpretasi (Best, 2007). Sejalan dengan itu, Lorber & Moore (2002) berpendapat bahwa rasa sakit adalah fenomena sosial di mana terdapat makna sosial budaya yang dilekatkan pada penyakit. Sebagian penyakit distigma negatif, seperti HIV/AIDS, gangguan jiwa, lepra; sebagian dikategorikan sebagai disabilitas; sebagian lagi tidak dikenali atau tidak dianggap sebagai penyakit medis seperti sindrom nyeri kronis dan fibromyalgia yang banyak diderita perempuan. Makna sosial dan budaya penyakit membawa konsekuensi bagi pasien dan pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Cleghorn (2021) melacak dominasi laki-laki atas perempuan dalam dunia medis sejak zaman Yunani kuno. *Hippocratic Corpus*, buku berisi kumpulan tulisan mengenai kesehatan pada zaman itu, memuat istilah "histeria" yang merujuk pada beragam gangguan fisik dan mental pada perempuan yang kala itu dianggap sebagai akibat dari organ rahim yang mengembara dalam tubuh. Buku ini menjelaskan bahwa beragam gejala yang dialami perempuan sejak masa pubertas, awal menstruasi, hingga pembuahan, kehamilan, dan menopause diakibatkan oleh organ reproduktifnya. Pengobatan yang disarankan saat itu adalah untuk menambatkan rahim, antara lain dengan menikah, berhubungan seks rutin, dan hamil kembar. Dampak bias gender ini

nyata dialami oleh kaum perempuan. Histeria menjadi dasar pandangan mengapa perempuan pada masa itu dianggap tidak layak berpartisipasi dalam politik karena mereka mengalami banyak perubahan hormonal dan emosional saat menstruasi yang akan berpengaruh pada karakter mereka – sebuah pandangan yang masih sering terdengar gaungnya hingga saat ini. Stereotip gender terus berdampak pada bagaimana rasa sakit perempuan dianalisis, diinterpretasi, dan ditangani. Moretti et al. (2023) membahas bagaimana rasa sakit yang dialami perempuan sering dianggap remeh karena dokter menganggapnya sebagai fenomena yang diampifikasi oleh sifat “khas” perempuan seperti emosi berlebih, kerapuhan psikologis, dan dramatisasi. Akibatnya, para dokter cenderung lebih memandang serius gejala yang dilaporkan oleh pasien laki-laki, sementara keluhan pasien perempuan dianggap sebagai gejala psikosomatis.

Menurut teori kelompok terbungkam (*muted group*), kecenderungan untuk tidak mempercayai tuturan perempuan terjadi akibat sistem bahasa yang didominasi oleh laki-laki yang menempatkan perempuan di posisi. Teori ini pertama kali diajukan oleh Edwin & Shirley Ardener pada tahun 1975 untuk mendiskusikan isu sistemik dalam kajian antropologi yang didominasi oleh cara pandang laki-laki. Mereka mengamati bahwa para peneliti etnografi lebih cenderung berbicara dan mendengarkan laki-laki dalam budaya yang sedang diteliti. Akibatnya, posisi dan suara perempuan tidak tercatat dalam budaya tersebut, dan pengalaman perempuan direpresentasikan melalui perspektif laki-laki (West & Turner, 2010). Situasi serupa tercermin dalam dunia kedokteran di mana tubuh laki-laki dipandang sebagai norma biomedis dominan dan pasien laki-laki sebagai sosok pasien ideal (Hernandez, 2020).

Ardener menyatakan bahwa bahwa terbungkamnya perempuan berjalan beriringan dengan ketidakacuhan laki-laki. Perempuan bersuara, namun kata-kata mereka tidak didengar, dan saat ini terjadi berulang kali, mereka cenderung berhenti menyuarakan pemikiran mereka (West & Turner, 2010). Studi Ostermann (2021) menunjukkan adanya kecenderungan dokter untuk mengatur tubuh perempuan, di mana 94% rekomendasi diberikan sebagai perintah dan 66% pasien bersikap pasif dan tidak terlibat dalam pengambilan keputusan.

Selain itu, pembungkaman terjadi saat seseorang ingin mengungkapkan apa yang ia inginkan, namun ia harus menyesuaikan bahasa yang digunakan sehingga tidak dapat sepenuhnya membagikan pemikiran yang sebenarnya. Penelitian Werner & Malterud (2003) membahas bagaimana pasien perempuan harus berupaya keras untuk mendapatkan perhatian medis dari dokter namun di saat yang sama tidak dianggap sebagai pengeluh. Agar dipercaya, dimengerti, dan dianggap serius saat berkonsultasi dengan dokter, para pasien ini berupaya menyesuaikan strategi komunikasi hingga penampilan mereka sehingga sesuai dengan ekspektasi biomedis normatif.

Bahasa tidaklah bebas nilai, melainkan menguntungkan kelompok dominan (laki-laki) serta melanggengkan kesenjangan kuasa (Houston & Kramarae, 1991). Laki-laki dapat mengatakan apapun, kapanpun, dan di manapun, sementara perempuan tidak memiliki kebebasan yang sama, sehingga menjadi kelompok terbungkam. Teori ini menjelaskan bahwa untuk dapat bersuara, perempuan harus menyesuaikan bentuk ekspresi mereka ke dalam sistem ekspresi yang berlaku dalam dunia laki-laki. Terdapat beragam cara pembungkaman terjadi, antara lain melalui cemoohan, ritual, kendali, pelecehan, penegakan hirarki keluarga, kendali laki-laki atas media, kebijakan pendidikan yang anti-perempuan, menjadikan tubuh perempuan sebagai medan pertarungan politis, penyensoran, rasisme, homofobia, hingga terorisme (Houston & Kramarae, 1991).

Houston & Kramarae (1991) menyatakan bahwa mengidentifikasi dan mencatat bagaimana pembungkaman terjadi merupakan salah satu strategi memberi suara bagi kelompok terbungkam, karena melalui proses ini, pembungkaman menjadi aksesibel sebagai topik diskusi. Berangkat dari latar belakang di atas, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi metode pembungkaman yang dialami pasien perempuan dalam komunikasi dokter-pasien.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bersifat kualitatif deskriptif yang bertujuan menyajikan gambaran detail, mengklasifikasi, mendokumentasikan proses, dan menjelaskan konteks situasi (Neuman, 2014). Penelitian dilakukan dengan metode analisis isi kualitatif yang merupakan strategi untuk mengungkap makna, tema, dan pola-pola yang terkandung dalam teks dan memungkinkan peneliti memahami realita sosial secara subjektif namun tetap ilmiah (Zhang & Wildemuth, 2009). Menurut Elo & Kyngäs (2008), analisis isi kualitatif merupakan metode yang tepat untuk menganalisis fenomena yang sensitif dan multifaset.

Sebagai sumber data, enam artikel berita dari *Magdalene.co*, *Bbc.com*, *Jurno.id*, dan *Vice.com* dipilih secara purposif berdasarkan fenomena yang menjadi fokus penelitian yakni pengalaman pasien perempuan dalam berkomunikasi dengan dokter, dengan unit analisis berupa tema yang muncul dalam artikel. Data dianalisis melalui analisis tematik dengan mengaplikasikan kategori deduktif yakni ragam teknik pembungkaman dari Houston & Kramarae (1991). Mengacu pada Zhang & Wildemuth (2009), tahapan penelitian terdiri dari (1) mempersiapkan data, (2) mendefinisikan unit analisis, (3) mengembangkan kategori dan skema pengkodean, (3) menguji skema pengkodean pada sampel teks, (4) melakukan pengkodean, (5) memeriksa konsistensi pengkodean, (6) menarik kesimpulan dari data yang telah dicoding, dan (7) melaporkan metode dan temuan.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Enam artikel yang dianalisis (lihat Tabel 1) memuat pengalaman dua puluh pasien perempuan, yang sebagian besar mengalami pembungkaman dalam bentuk trivialisasi. Pada sebelas pasien yang memeriksakan kesehatan reproduksinya, ditemukan pula bentuk pembungkaman melalui stigmatisasi dan kendali.

Tabel 1. Daftar Artikel dan Bentuk Pembungkaman

No.	Judul Artikel (Media)	Bentuk Pembungkaman
1.	Misdiagnosis, Problem Laten yang Ancam Kesehatan Perempuan (<i>Magdalene.co</i>)	Trivialisasi, stigmatisasi
2.	Perempuan Lajang 'Traumatis' Saat Memeriksa Kesehatan Reproduksi di Indonesia: Dicap 'Dosa' hingga Anjuran Menikah Dulu (<i>Bbc.com</i>)	Stigmatisasi, kendali atas tubuh
3.	Ketika Dokter Kandungan Tidak Percaya Rasa Sakitku (<i>Jurno.id</i>)	Trivialisasi, stigmatisasi, kendali atas tubuh
4.	Pain Bias: The Health Inequality Rarely Discussed (<i>Bbc.com</i>)	Trivialisasi
5.	Everybody Was Telling Me There Was Nothing Wrong (<i>Bbc.com</i>)	Trivialisasi
6.	Dunia Kedokteran Kerap Mendiskriminasi Perempuan (<i>Vice.com</i>)	Trivialisasi

Sumber: Analisis Penulis (2022)

Trivialisasi terjadi saat dokter tidak menganggap serius keluhan dari pasien perempuan. Mekanismenya mirip dengan pembungkaman lewat cemoohan (*ridicule*) yang diidentifikasi oleh Houston & Kramarae (1991), di mana ucapan perempuan dianggap tidak berarti, tidak cukup penting untuk didengarkan. Dalam artikel, tampak bahwa trivialisasi terjadi meski sang pasien memiliki riwayat penyakit yang panjang. Salah satu pasien dengan riwayat nyeri haid akut yang menahun sejak remaja, misalnya, mendapat tanggapan dari dokter bahwa rasa sakitnya hanya

ada dalam kepala/pikiran. Hal serupa dialami oleh pasien dengan nyeri pada dada dan detak jantung terlalu cepat yang terus berulang selama sembilan tahun.

"Dokter saya mengatakan bahwa seperti banyak perempuan lain, saya terlalu memperhatikan tubuh saya. Ia mengatakan tidak ada masalah berarti dan menyarankan agar saya santai saja dan mengabaikan gejalanya." (Artikel 4)

Berpindah layanan kesehatan tidak selalu membawa solusi, seperti yang dialami oleh pasien dengan keluhan masalah ginjal, demam, letih, serta nyeri haid dan sendi. Beragam dokter yang ia temui menyatakan tidak ada yang salah pada dirinya, meski keluhan tersebut telah ia rasakan sejak usia 16 tahun. Dokter memutuskan yang dialaminya adalah depresi dan memberinya resep antidepresan. Hal serupa dialami oleh pasien berikut.

Perempuan bernama Beth harus menghabiskan berbulan-bulan menderita sakit perut yang luar biasa. Dia berkali-kali harus pergi ke dokter, termasuk ahli gastroenterologi yang berkali-kali mengatakan bahwa dia 'hanya' mengidap perut mulas. "Saya menangis karena rasa sakitnya luar biasa dan saya hampir tidak bisa makan makanan keras sama sekali," kata Beth. "Ketika saya menangis, si dokter malah bertanya, 'Bagaimana kehidupan rumah tangga kamu?' dengan nada yang merendahkan." Tidak puas dengan diagnosa ini, Beth memaksa dokternya mendaftarkan CAT scan. Hasilnya? Ternyata dia memiliki tumor. (Artikel 6)

Kecenderungan dokter untuk menyimpulkan rasa sakit yang dialami pasien perempuan sebagai akibat dari faktor psikologis tak ayal mengingatkan kita akan mitos histeria zaman Yunani kuno. Gangguan psikologis tampak menjelma menjadi bentuk modern dari histeria, sebuah istilah payung untuk beragam keluhan perempuan yang tidak dapat dijelaskan secara medis.

Trivialisasi keluhan pasien perempuan juga berhubungan dengan bagaimana seks dan gender mempengaruhi persepsi rasa sakit. Samulowitz et al. (2018) menganalisis hasil dari 77 penelitian mengenai kesenjangan persepsi rasa sakit antara perempuan dan laki-laki dan menemukan bahwa di samping faktor genetik dan hormonal, kesenjangan ini juga terjadi akibat faktor psikososial. Para peneliti dalam studi ini menyatakan bahwa dalam meneliti penyebab kesenjangan persepsi rasa sakit, sulit untuk memisahkan antara perbedaan biologis, psikologis, dan sosial antara laki-laki dan perempuan karena semuanya saling berhubungan.

Sementara para peneliti berupaya mengurai penyebab kesenjangan tersebut, dampaknya telah dan terus dialami secara nyata oleh pasien perempuan. Trivialisasi menyebabkan pasien mempertanyakan dirinya sendiri dan terluka secara emosional karena rasa sakitnya diinvalidasi.

"Bagi saya, nyeri itu pasti ada alasan di baliknya. Saat diberitahu (hanya di kepala saja), saya merasa putus asa dan berpikir apakah memang saya yang lebay atau sakit beneran?" (Artikel 1)

Trivialisasi menjadikan komunikasi medis tidak efektif sebagai perangkat menggali informasi mengenai pasien. Akibatnya, pasien tidak mendapatkan diagnosis dan penanganan yang tepat lebih awal. Para pasien dalam artikel umumnya memerlukan waktu yang lama sampai akhirnya menemukan jawaban atas rasa sakit yang mereka derita. Seorang pasien dengan nyeri pada perut perlu waktu tiga tahun hingga mengetahui dirinya menderita kanker usus besar. Sebelumnya, dokter mengatakan yang ia alami hanya nyeri haid.

Keluhannya tidak dianggap serius bahkan saat ia menjelaskan bahwa keluarganya memiliki riwayat kanker usus besar. Keluhannya tidak dianggap serius bahkan saat ia mulai mengalami perdarahan dubur. Baru ketika ia mendesak agar dilakukan kolonoskopi, barulah diketahui ia menderita kanker usus besar stadium tiga. Terlambat beberapa bulan, kanker itu akan berkembang menjadi stadium empat dan tidak dapat disembuhkan. (Artikel 5)

Meski tidak selalu berhasil, tampak ada upaya pasien agar keluhannya didengar oleh dokter. Selain dengan menyampaikan riwayat kesehatan pribadi dan keluarga, pasien juga membawa pendamping untuk membuktikan rasa sakitnya. Salah satu pasien baru dianggap

serius setelah ia mengajak pasangannya yang lalu menjelaskan kepada dokter bahwa rasa sakit yang dialami pasien berdampak pada hubungan seksual mereka.

Pembungkaman dalam bentuk lain, yakni stigmatisasi, dijumpai pada kisah pasien perempuan yang memeriksakan kesehatan reproduksinya. Di Indonesia sendiri, isu kesehatan reproduksi tidak pernah lepas dari bias gender dalam agama dan norma sosial. Komnas Perempuan (2019) mencatat bahwa meski negara mengakui adanya hak atas kesehatan reproduksi melalui Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan undang-undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, kedua undang-undang selalu menyertakan kata-kata “sesuai dengan norma agama dan etika sosial” dalam setiap penjelasan tentang hak reproduksi dan kesehatan reproduksi.

Sebagian besar pasien distigma negatif oleh dokter karena memeriksakan kandungannya saat berstatus lajang. Dokter yang mereka jumpai beranggapan pasien lajang yang aktif secara seksual melakukan dosa dan bersalah karena tidak dapat menjaga keperawanannya.

Alih-alih meneruskan pemeriksaan, dokter itu malah melontarkan sejumlah pertanyaan pada Nina. “Kenapa melakukan hal yang dosa? Kenapa mau percaya sama laki-laki, bahkan dia bilang, ‘Mbak mungkin melakukan nggak cuma dengan satu laki-laki aja’. Dia bilang, ‘Mbak, bagi agama saya, organ intim kewanitaan itu adalah mahkota yang paling berharga dan itu hanya bisa kita berikan kepada suami kita yang sah. Kenapa Mbak bisa memberikan itu kepada orang lain yang nggak sah?’” (Artikel 2)

Pasien yang datang untuk mendapat layanan kesehatan justru diberi ceramah mengenai norma agama dan susila terkait seks di luar pernikahan. Mengajak pendamping dalam konsultasi pun tidak menghindarkan stigmatisasi terjadi, seperti yang dialami salah satu pasien yang mengajak ibunya untuk menemani.

Saat masuk ke ruang pemeriksaan, dokter kandungan langsung nyerocos, “kenapa anaknya, Bu? Anaknya hamil, ya? Kamu hamil?” L merasa terintimidasi karena dokter kandungan menatapnya dengan tatapan tajam. Ibu L menjelaskan kondisinya dan dokter kandungan menyarankan untuk melakukan USG perut. Sembari melakukan USG, dokter kandungan bertanya tentang kampus dan jurusan kuliah yang diambil. “Yogya, kan, pergaulannya bebas, ya. Kamu aktif seksual, kan? Bilang aja. Gapapa, kok. Biar ibumu tau kelakuanmu,” ujar dokter kandungan. (Artikel 3)

Selain hubungan seks di luar nikah, stigma negatif juga dikenakan pada perilaku masturbasi oleh perempuan.

Sekitar 2017, perempuan berusia 19 itu merasa ngilu, gatal, dan nyeri di vagina saat buang air kecil atau masturbasi. Selain itu, ada bau asam yang menusuk hidung saat dia keputihan. Ketidaknyamanan itu membuatnya mengunjungi dokter obgyn hingga ia didiagnosis kista. “Saya disarankan operasi, tapi saya sudah sakit hati dimarahin karena masturbasi. Jadi saya pikir mending cari opini dari dokter lain ...” (Artikel 1)

Sentimen ini mirip dengan pandangan sejumlah ginekolog di Inggris pada era Victoria yang menilai stimulasi terhadap organ reproduksi dan kelamin perempuan membahayakan kesehatan fisik dan moral mereka. Para dokter saat itu meyakini bahwa hasrat seksual yang tak semestinya menyebabkan penyakit pada perempuan dan masturbasi adalah kebiasaan yang paling merusak (Cleghorn, 2021). Kepercayaan bahwa hasrat seksual perempuan adalah hal buruk juga berwujud dalam praktik budaya yang diskriminatif seperti pemotongan/perluasan genital perempuan (P2GP) atau sering dikenal dengan istilah sunat perempuan yang dianggap bisa menekan libido seks.

Penghakiman oleh dokter seperti yang dialami para pasien perempuan di atas menciptakan suasana tidak bersahabat sehingga komunikasi dokter-pasien tidak dapat berjalan efektif. Pasien mengaku bingung ingin menjawab seperti apa saat pertanyaan tentang aktivitas seksual yang sesungguhnya penting untuk mengukur tingkat risiko penyakit reproduksi ternyata berbalik menjadi serangan. Akibatnya, pasien enggan membuka diri dan memberikan informasi lebih jauh untuk keperluan penegakan diagnosis.

Stigmatisasi juga dialami oleh pasien perempuan dengan obesitas, di mana dokter mencapai diagnosa hanya dengan melihat ukuran tubuh mereka, tanpa mendengar keluhan atau menggali riwayat kesehatan pasien.

Seorang perempuan cis berusia 27 tahun mengeluh sudah tidak menstruasi selama dua bulan. Dokter kandungan hanya menjawab, "kamu kegendutan, kurus badan, ya," tanpa menggali riwayat kesehatan. (Artikel 3)

"Menstruasiku singkat dan sedikit. Namun, dengan cramps [re: ngilu] yang berlebihan. Ketika menyebutkan keluhan tersebut dokter kandungan tidak memeriksa sama sekali dan langsung mendiagnosis PCOS dan ngomong akan susah punya anak. Kata dokter penyebabnya adalah obesitas." (Artikel 3)

Rasa malu dan takut merupakan hal yang banyak menghalangi perempuan memeriksakan kesehatan reproduksinya. Studi oleh Holland et al. (2020) menyimpulkan bahwa internalisasi stigma terhadap tubuh adalah penghalang bagi perempuan muda untuk mengakses layanan kesehatan preventif. Para pasien perempuan dalam artikel ini telah berhasil mengatasi rasa malu dan takut dan berani untuk menuntut haknya atas kesehatan dengan pergi ke dokter kandungan. Namun demikian, stigmatisasi oleh dokter mereka membuat merasa tidak nyaman, trauma, dan enggan memeriksakan kembali kesehatan reproduksinya. Stigmatisasi memastikan perempuan tetap berada "di tempatnya", yakni sebagai subordinat laki-laki.

Bentuk terakhir dari pembungkaman yang ditemukan dalam artikel adalah kendali atas tubuh dan ini juga dialami oleh para pasien perempuan dalam kasus kesehatan reproduksi. Melalui bentuk pembungkaman ini, perempuan tidak diberi hak untuk menentukan pilihan atas tubuhnya sendiri. Contohnya, dokter yang menolak permintaan para pasien lajang untuk melakukan pap smear.

la hendak memeriksakan diri ke dokter kandungan di sebuah rumah sakit di Bekasi, Jawa Barat, karena siklus menstruasinya yang tak normal. Awalnya, dokter merekomendasikannya melakukan papsmear dan menanyakan apakah ia sudah menikah. Ketika Nada menjawab ia belum menikah, dokter tersebut menarik rekomendasinya. "Aku bilang ke dokternya, aku bersedia pap smear karena aku sexually active," ujarnya. Namun, dokter tersebut tetap tak mau memberinya tes itu. "Kata dokternya, 'Kamu nggak boleh karena kamu belum nikah. Nikah dulu, mbak'," ujar Nada mengulangi apa yang disampaikan dokternya. (Artikel 2)

Pap smear adalah prosedur untuk mendeteksi kanker leher rahim melalui pengambilan sampel sel di serviks dengan memasukkan spekulum ke dalam vagina. Prosedur ini dikhawatirkan merusak selaput dara pada perempuan lajang, sementara di Indonesia masih banyak yang menilai status keperawanan dari utuh tidaknya selaput dara. Padahal, meski sebagian besar disebabkan oleh virus HPV yang ditularkan melalui hubungan seks, tidak semua kanker leher rahim berawal dari HPV.

Penolakan dokter untuk melakukan tindakan pap smear terhadap pasien perempuan lajang (baik yang aktif secara seksual maupun tidak) menunjukkan bahwa perempuan lajang tidak memiliki kendali penuh atas tubuhnya. Haknya atas kesehatan reproduksi baru diberikan ketika statusnya telah menikah, atau dengan kata lain, ditentukan oleh ada atau tidaknya sosok suami.

Menikah dan memiliki anak juga "diresepkan" sebagai pengobatan bagi beberapa pasien. Lagi-lagi, para pasien perempuan mengalami nasib serupa dengan para perempuan Yunani berabad-abad lalu.

Pada 2019, Lisa menerima diagnosis endometriosis—jaringan endometrium tumbuh di luar rahim, seperti saluran telur bahkan usus—dan adenomiosis—jaringan tumbuh di dalam rahim dan menembus permukaan ototnya, sehingga dinding rahim semakin tebal. Karenanya, saat menstruasi ada nyeri akut dan pendarahan berlebihan saat maupun sesudah siklus menstruasi. Walaupun telah mendapatkan diagnosis yang tepat, Lisa dibuat risi ketika dokter kandungan itu menyarankan menikah dan memiliki anak agar gejala nyeri dari dua kondisi itu bisa berkurang. (Artikel 1)

Sebelum keluar dari ruang pemeriksaan, dokter kandungan sempat-sempatnya memberi nasehat, “nikah dulu sana, nanti mensnya lancar. Kalau masih nggak lancar baru ke sini lagi buat USG transvaginal (memasukkan alat USG ke dalam vagina). (Artikel 3)

Analisis di atas menunjukkan signifikansi teori kelompok terbungkam sebagai perangkat analisis dalam memahami bias gender pada layanan kesehatan dengan menyoroti bagaimana komunikasi dokter-pasien dapat menjadi sarana reproduksi ketidaksetaraan gender. Tidak didengarnya pasien perempuan menjadikan penyakit yang mereka derita terlambat didiagnosa dan ditangani dengan tepat sehingga meningkatkan risiko perburukan. Praktik pembungkaman terhadap para pasien perempuan yang dibahas dalam tulisan ini juga menunjukkan bagaimana asumsi dan mitos kuno yang sarat dengan nilai patriarkis tetap terpelihara meski teknologi kedokteran telah jauh berkembang. Pemahaman ilmu kedokteran mengenai biologi perempuan terus mencerminkan dan memvalidasi ekspektasi sosial dan budaya dominan mengenai siapa itu perempuan; apa yang harus mereka pikirkan, rasakan, dan inginkan; dan—di atas segalanya—apa yang dapat mereka lakukan terhadap tubuh mereka sendiri (Cleghorn, 2021).

Dominasi laki-laki sepanjang sejarah kedokteran menghasilkan ilmu yang memberi hak istimewa bagi laki-laki pula, mereproduksi dominasi mereka atas perempuan. Klaim bahwa pengetahuan yang diproduksi oleh ilmu kedokteran bersifat bebas nilai justru menghasilkan “kebutaan” yang menghalangi terwujudnya kesetaraan layanan kesehatan. Kelompok perempuan, anak, lansia, dan ras serta etnis minoritas tidak banyak dipelajari dalam riset kedokteran karena diasumsikan bahwa temuan pada standar normatif, yaitu laki-laki kulit putih usia menengah, dapat digeneralisasi ke populasi secara keseluruhan (Epstein, 2007). Analisis di atas juga menggarisbawahi adanya relasi kuasa dalam komunikasi dokter-pasien di mana dokter sering dinilai sebagai pemilik pengetahuan ideal karena telah menjalani pendidikan dan memiliki keterampilan yang tidak dimiliki oleh pasien. Karena basis pengetahuan kedokteran modern berakar pada ilmu alam, terdapat kecenderungan untuk mengabaikan pengalaman sakit dari perspektif pasien dalam pendidikan dan praktik kedokteran (Lorber & Moore, 2002).

Ketidaksetaraan gender dalam kehidupan sosial dan budaya terefleksi dalam pengalaman para pasien perempuan memperjuangkan hak mereka atas kesehatan dan mencari solusi atas rasa sakit yang mereka alami. Kisah mereka mengilustrasikan tantangan kaum perempuan untuk bersuara dan didengar dalam dunia yang didominasi laki-laki. Dalam konteks kedokteran, pasien perempuan dapat dikatakan menanggung beban ganda: tak hanya sebagai perempuan, tetapi juga sebagai pasien.

SIMPULAN

Penelitian ini mengidentifikasi teknik-teknik pembungkaman terhadap pasien perempuan dalam komunikasi dokter-pasien. Pasien perempuan mengemban beban ganda agar dapat bersuara dan didengar: sebagai perempuan dalam sistem ekspresi yang didominasi laki-laki, dan sebagai pasien dalam sistem ekspresi yang didominasi dokter dan institusi medis. Penelitian ini menyoroti pentingnya perspektif gender dalam komunikasi kesehatan sehingga praktik-praktik pembungkaman dalam komunikasi dokter-pasien dapat diatasi dan tidak lagi mengancam kesehatan kaum perempuan. Kesadaran gender oleh praktisi kesehatan berkontribusi terhadap keadilan dan kesetaraan di bidang kesehatan sehingga derajat kesehatan yang lebih baik dapat dicapai oleh laki-laki maupun perempuan (Verdonk et al., 2009). Diperlukan integrasi perspektif gender dalam kedokteran tidak hanya dalam bentuk peningkatan partisipasi perempuan sebagai tenaga medis namun juga dengan melibatkan pasien sebagai pihak yang setara dalam pengambilan keputusan medis. Dokter perlu memberi waktu bagi pasien untuk menjelaskan pengalaman rasa sakit, mendengar secara aktif, dan menganggap serius keluhan pasien. Selain itu, institusi pendidikan kedokteran perlu menyertakan perspektif gender dalam kurikulum guna melatih calon tenaga kesehatan agar lebih mempertimbangkan beragam konteks dalam interaksinya dengan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Best, S. (2007). The social construction of pain: an evaluation. *Disability & Society*, 22(2), 161–171. <https://doi.org/10.1080/09687590601141592>
- Braksmajer, A. (2018). Struggles for medical legitimacy among women experiencing sexual pain: A qualitative study. *Women and Health*, 58(4), 419–433. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1306606>
- Choudhury, A., Elkefi, S., & Asan, O. (2020). Impact of Gender on Doctor-Patient Communication and Emotion: Exploratory Analysis. *ISSE 2020 - 6th IEEE International Symposium on Systems Engineering, Proceedings*, 36DUMMY0. <https://doi.org/10.1109/ISSE49799.2020.9272228>
- Cleghorn, E. (2021). *Unwell Women: Misdiagnosis and Myth in a Man-Made World*. Dutton.
- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S67–S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Hernandez, A. L. (2020). *WOMEN'S CONSTRUCTION OF CHRONIC ILLNESS EXPERIENCES THROUGH MEDICAL ENCOUNTERS AND USE OF HEALTH INFORMATION TECHNOLOGY*.
- Holland, K. J., Silver, K. E., Cipriano, A. E., & Brock, R. L. (2020). Internalized Body Stigma as a Barrier to Accessing Preventative Healthcare for Young Women. *Body Image*, 35, 217–224. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.09.005>
- Houston, M., & Kramarae, C. (1991). Speaking from Silence: Methods of Silencing and of Resistance. *Discourse & Society*, 2(4), 387–399. <https://doi.org/10.1177/0957926591002004001>
- Kent, J. A., Patel, V., & Varela, N. A. (2012). Gender Disparities in Health Care. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 79(5), 555–559. <https://doi.org/10.1002/msj.21336>
- Komnas Perempuan. (2019). *Kertas Kebijakan Pengabaian Hak Reproduksi dan Seksual*.
- Lorber, J., & Moore, L. J. (2002). *Gender and the Social Construction of Illness* (2nd ed.). AltaMira Press.
- Moretti, C., De Luca, E., D'Apice, C., Artioli, G., Sarli, L., & Bonacaro, A. (2023). Gender and sex bias in prevention and clinical treatment of women's chronic pain: hypotheses of a curriculum development. *Frontiers in Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1189126>
- Neuman, W. L. (2014). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* (7th ed.). Pearson.
- Ostermann, A. C. (2021). Women's (limited) agency over their sexual bodies: Contesting contraceptive recommendations in Brazil. *Social Science and Medicine*, 290. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2021.114276>
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research and Management*, 2018, 1–14. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
- Sieverding, M., & Kendel, F. (2012). Geschlechter(rollen)-aspekte in der arzt-patient-interaktion. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(9), 1118–1124. <https://doi.org/10.1007/S00103-012-1543-Y>

- Verdonk, P., Benschop, Y. W. M., de Haes, H. C. J. M., & Lagro-Janssen, T. L. M. (2009). From gender bias to gender awareness in medical education. *Advances in Health Sciences Education, 14*(1), 135–152. <https://doi.org/10.1007/s10459-008-9100-z>
- Werner, A., & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science & Medicine, 57*(8), 1409–1419. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00520-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00520-8)
- West, R. L., & Turner, L. H. (2010). *Introducing Communication Theory: Analysis and Application*. McGraw-Hill.
- Zhang, Y., & Wildemuth, B. M. (2009). Qualitative Analysis of Content. In B. M. Wildemuth (Ed.), *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science* (pp. 308–319). Libraries Unlimited.