

Pelayanan Kesehatan-Keperawatan Jiwa pada Keluarga dan Komunitas: Refleksi dan Pembelajaran dari Manila-Filipina dan Indonesia*

Maria Frani Ayu Andari Dias

Departemen Keluarga, Komunitas dan Keperawatan Jiwa STIKES Suaka Insan

Mariafrani10@gmail.com

Ketimpangan antara si kaya dan si miskin, sangat terasa sekali di Manila-Filipina. Selama beberapa tahun hidup dan tinggal di sana, saya menyecap hidup di dunia yang berbeda. Dunia yang dapat digolongkan sebagai dunia mereka yang hidup “menengah ke atas,” dan dunia mereka yang hidup “menengah ke bawah,” bahkan ada pula golongan mereka yang sangat-sangat miskin. Mungkin, seperti halnya di kota Jakarta-Indonesia, dua bahkan tiga dunia yang kontras perbedaannya ini tergambar sangat jelas dan nyata.

Urbanisasi atau perpindahan masyarakat dari desa ke kota, disinyalir menjadi penyebab utama mengapa ketimpangan begitu sangat terasa. Urbanisasi ini bahkan menyumbang hingga 300% ketimpangan antara si kaya dan si miskin yang ada di kota Manila secara khusus, dan Filipina secara umum (Hechanova, 2019). Ketimpangan ini, jelas menimbulkan masalah-masalah yang tak dapat dihindarkan, seperti kemiskinan, kejahatan dan bahkan masalah-masalah kesehatan-keperawatan jiwa, yang seperti di Indonesia kita kenal dan temukan dalam Asuhan keperawatan kepada pasien dengan masalah “Psikotik Gelandangan.” (Dias, 2020).

Filipina, yang merupakan negara dengan terkenal dengan keindahan alamnya, juga harus berhadapan dengan masalah penggunaan obat-obat terlarang yang beritanya sungguh sangat menghebohkan dunia. Saya rasa, banyak diantara kita yang mengetahui kebijakan yang dilahirkan oleh Presiden Filipina yang sangat terkenal pada masa itu. Tembak mati di tempat. Kebijakan ini sungguh menghebohkan dunia, dan dilawan oleh banyak pihak dengan alasan sangat-sangat tidak manusiawi dan melanggar hak asasi manusia. Keadaan seperti ini sungguh berbeda dengan yang terjadi di Indonesia tentunya. Kita masih percaya pada kesempatan kedua-ketiga dan, kekuatan rehabilitasi bagi pengguna. Ini adalah sesuatu yang sungguh harus kita pertahankan dan terus dukung.

Filipina, sama seperti Indonesia dan banyak negara di Dunia yang masih saja berperang melawan stigma terhadap masalah kesehatan mental. Gangguan jiwa adalah masalah yang masih dipandang “memalukan” bagi keluarga dan komunitas. Diagnosa “Defisit Pengetahuan” yang ada hubungannya dengan pengetahuan akan apapun yang ada kaitannya dengan masalah gangguan mental-emosional juga masih menjadi masalah yang sama dihadapi oleh mereka di sana. Masalah pengetahuan ini, tentu saja akan sangat berdampak pada cara pandang dan bahkan penanganan yang diberikan kepada penderita atau pasien. Hal ini sesuai dan serupa seperti yang dilaporkan oleh Hernawaty et al., (2020) dalam penelitiannya baru-baru ini.

Namun, selama saya berada di Manila-Filipina, dan mungkin karena saya berada di lingkungan akademik, rasanya masalah kesehatan mental adalah masalah yang diletakkan sama pentingnya dengan masalah kesehatan fisik. Beberapa kebijakan yang saya rasakan di lingkungan sekolah, sungguh adalah kebijakan yang pro dengan masalah kesehatan dan kestabilan mental dari siswanya. Tidak hanya itu, bahkan ketika saya berada di rumah sakit dan menjadi praktikan, pembimbing klinik dan bahkan *psychiatric nurses* di sana terus menerus mengupayakan agar keadaan mental-emosional saya tetap berada pada keadaan yang stabil dan dapat beradaptasi dengan baik. Tantangan pasti selalu ada, dan tantangan itu sangat diperlukan agar saya dapat belajar, dan lingkungan belajar saya pada saat itu, memastikan agar saya dapat belajar semaksimal mungkin, menyerap semaksimal mungkin dan tetap mempertahankan kestabilan keadaan mental-emosional saya. Ini tentu saja adalah sebuah anugerah yang sangat saya syukuri.

Sulit bagi saya untuk mengabaikan begitu saja kedua perbedaan ini, demikian juga sulit sekali untuk dapat hidup dengan terus menerus mengupayakan beradaptasi pada dunia yang jelas berbeda kontras dan rupanya. Tapi, pembelajaran dari dua dunia ini mengajarkan saya pengalaman yang luar biasa, yang pada kesempatan ini akan saya bagikan. Semoga dapat menjadi bahan pembelajaran bagi kita semua.

Apapun yang saya tulis atau bagikan di sini, adalah berdasarkan pengalaman pribadi saya sendiri yang hidup dan berada di Manila-Filipina dari tahun 2015-2019. Saya berupaya agar pengalaman ini pun dapat dilihat sebagai sebuah pengalaman yang tidak hanya personal, tapi juga objektif dan berimbang dengan didukung oleh data dan fakta. Beberapa hal, terutama yang terkait dengan data dan fakta untuk meyakinkan pembaca sekalian, akan saya tuliskan dengan dukungan dari sumber-sumber yang dapat pembaca sekalian rujuk. Tentu saja sebagai bahan belajar untuk semua.

Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa-Keluarga

Masyarakat Filipina, hampir sama seperti masyarakat di Indonesia, yang masih bersifat sangat “sungkan” untuk mencari pertolongan untuk masalah kesehatan mental (Hechanova, 2019). Masalah stigma, dan keinginan untuk tidak mempermalukan keluarga mereka adalah beberapa alasan dibalik mengapa hal seperti ini dapat terjadi.

Namun, keadaan ini perlahan-lahan sudah mulai berubah. Ketika saya menjalani masa-masa praktik di rumah sakit, klinik dan bahkan komunitas, saya dapat melihat bahwa semakin banyak orang terbuka dengan masalah-masalah kesehatan mental mereka. Terutama dikalangan akademisi seperti mahasiswa. Pada saat itu, mayoritas dari pasien-pasien yang saya rawat adalah mahasiswa/I, yang juga menjadi alasan dibalik mengapa saya memilih sub spesialis saya sebagai kesehatan jiwa untuk anak remaja dan dewasa awal (*Young Adults*) terutama pada level perguruan tinggi.

Dari sekian banyak pasien yang saya rawat, ada setidaknya dua orang pasien yang sangat-sangat berkesan bagi saya. Satu diantaranya adalah seorang pasien berjenis kelamin perempuan yang kemudian saya lanjutkan sebagai pasien kelolaan untuk asuhan keperawatan keluarga.

Sedikit gambaran, pasien saya ini adalah anak pertama dari dua bersaudara (berusia diantara 16-17 tahun saat itu). Ibunya adalah seorang pekerja lepas, dan ayahnya adalah seorang narapidana yang saat itu sedang berada di Lembaga pemasyarakatan karena masalah kasus sebagai pengedar obat terlarang. Pasien saya ini datang dan mendapatkan perawatan di *Psychiatric Room* karena masalah awal mengamuk. Diagnosis terakhir dokter, yang sempat saya catat adalah Bipolar Disorder.

Kemiskinan adalah penyebab utama dari masalah kesehatan mental yang tidak dapat terelakkan. Ini adalah sumber dari segala masalah, dan dalam kasus pasien yang saya rawat, masalah ini sangat jelas nampak dan sulit untuk ditemukan pemecahannya. Belum lagi, masalah kesehatan mental yang diderita oleh salah seorang anggota keluarga, yang pasti menambah beban bagi anggota keluarga yang lain (Fitryasari et al., 2018), (Nenobais et al., 2019).

Selain bekerja untuk melakukan konsultasi keluarga selama beberapa waktu untuk pasien dan keluarga kelolaan ini (kurang lebih dalam waktu 3 minggu, untuk enam kali pertemuan), saya dan para praktikan lain pun mengusahakan untuk mendapatkan dukungan dana untuk pelayanan kesehatan lanjutan. Tidak mudah, apalagi bagi saya yang bukan merupakan penduduk asli. Tapi, berkat bantuan dari berbagai pihak, kami berhasil mendapatkan bantuan, yang tidak saja datang dari pemerintah, yang jika dalam pelayanan kesehatan di Indonesia seperti jaminan kesehatan (BPJS Kesehatan), tapi juga dari pihak swasta. Sebuah perjuangan, yang selain membutuhkan keterampilan negosiasi juga kesabaran dan cukup pengetahuan tentang sistem pelayanan kesehatan. Situasi ini, sama seperti yang kita rasakan dan alami di negeri sendiri (Hamid et al., 2011), yang untungnya saat ini sudah semakin baik dan kita pun dapat berharap menjadi lebih baik setiap tambahan tahun kedepannya.

Dalam praktik asuhan keperawatan jiwa-keluarga, selain membantu untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang memadai, tidak hanya saat pemberian terapi (praktik) tapi juga setelah asuhan keperawatan jiwa-keluarga selesai dilakukan. Perawat harus dapat memastikan bahwa ketika pulang nanti, pasien dan keluarga tahu apa yang harus dilakukan dan siapa yang harus dihubungi ketika mengalami atau berhadapan dengan masalah kesehatan-keperawatan jiwa-nya.

Selain masalah-masalah dasar tadi, dosen pembimbing praktik, Prof. Merle F. Mejico pada saat itu sangat menekankan pada pentingnya hubungan terapeutik yang “berkembang” dalam interaksi antara perawat dan keluarga. Ini adalah sesuatu yang cukup asing bagi saya. Sebagai orang Indonesia, yang tentu saja memiliki set asuhan keperawatan jiwa-keluarga yang dipelajari dengan cukup berbeda, saya terus saja dilanda kebingungan. Ketika praktik, saya diajarkan bukan hanya sebagai seorang perawat, tapi juga adalah seorang konselor dan *therapist* yang bekerja secara keseluruhan dan berkesinambungan dengan keluarga. Dalam teori, kita mengenal model praktik ini sebagai model praktik yang dilandasi oleh *Family-Centered Nursing* teori.

Sebelum datang ke Manila, saya belajar mengenai terapi modalitas yaitu, Terapi Aktivitas Kelompok (TAK), ini adalah terapi modalitas kelompok yang sudah dirancang sedemikian rupa dengan standar dan prosedur yang harus diikuti secara runut dan teratur. Saya cukup dibuat kaget ketika harus melakukan terapi kelompok (atau terapi keluarga) dengan menggunakan teknik atau intervensi yang rasanya lebih pada metode konseling keluarga. Rasa tidak percaya diri sungguh menjadi tantangan terbesar, dan tentu saja diagnosis “Defisit Pengetahuan” terus menjadi

diagnosis andalan untuk diri saya sendiri. Untungnya saya masih berstatus siswa, dan untuk alasan inilah saya belajar. Saya sungguh belajar bagaimana berproses dalam keluarga, untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga yang dalam bahasa teori sebagai, “bersama-sama” antara perawat-keluarga.

Urut-urutan terapi keluarga sama seperti “hukum” proses asuhan keperawatan yang sangat kita kenal. Kita mulai dari pengkajian, analisis masalah, penegakkan diagnosis keperawatan, merancang intervensi, implementasi dan kemudian evaluasi. Mengatakan atau menulis hal ini di sini, sungguh adalah hal yang mudah. Tapi, pada kenyataannya “sulit”!

Ketika praktik, keterbatasan bahasa, tentu saja menjadi penghalang bagi saya. Namun, dalam praktik asuhan keperawatan jiwa-keluarga, saya tidak seorang diri. Selain dibimbing oleh seorang pembimbing yang sangat sabar, saya pun mengerjakan asuhan keperawatan jiwa-keluarga dan terapi ini dengan seorang *partner* yang sangat berjasa untuk membantu saya menyelesaikan tantangan pembelajaran ini dengan baik.

Dalam praktik asuhan keperawatan jiwa keluarga, kita dituntut untuk berjalan bersama keluarga untuk mendeskripsikan masalah yang sedang mereka alami sekarang. Seumpama membangun sebuah rumah, maka baik perawat dan keluarga sama-sama merekonstruksi “ada apa” dengan keluarga ini. Lalu, bersama-sama mencari alasan “mengapa semua ini dapat terjadi.” Lalu, bersama keluarga pula, perawat berupaya untuk menemukan kekuatan dalam bentuk sumber daya, baik dari dalam dan dari luar untuk dapat membantu keluarga menemukan secara bersama-sama solusi dari masalahnya. Untuk alasan ini, semua anggota keluarga yang ada, harus dan wajib datang atau ada ke sesi praktik. Tidak boleh ada yang ditinggalkan atau sengaja untuk ditinggalkan.

Apa yang dipraktikkan selama saya berada di Manila ini, masih sejalan dengan penelitian yang sudah dipublikasikan beberapa tahun yang lalu oleh Fitriyarsi et al., (2018) di Indonesia. Praktik asuhan keperawatan jiwa keluarga yang menggunakan landasan teori, keluarga sebagai pusat dari asuhan keperawatan dan juga sebagai sistem yang saling terkait satu dengan yang lainnya.

Dalam praktik, konflik adalah sesuatu yang sangat kami jaga, jangan sampai hal ini terjadi. Kalau pun terjadi, kami sungguh berdoa dalam hati agar konflik ini melahirkan sesuatu yang baik, dan ini cukup sulit untuk dilakukan atau dipraktikkan. Peran pembimbing sungguh sangat-sangat penting dalam membantu agar asuhan keperawatan jiwa-keluarga dapat diberikan dengan aman dan lancar.

Setelah pengalaman ini, beberapa asuhan keperawatan keluarga lainnya dapat dilakukan dan dilanjutkan dengan nyaman dan lebih percaya diri. Langkah pertama memang sangat sulit, tapi langkah selanjutnya ringan.

Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa-Komunitas

Dalam praktik keperawatan jiwa di komunitas, pemerintah dan masyarakat Filipina sudah melakukan dan bahkan mengimplementasikan apa yang sudah dianjurkan oleh World Health Organization (WHO). Ketika saya berada di Manila, kantor koordinasi WHO berada tidak jauh

dari tempat saya tinggal dan oleh masyarakat akademik, kebijakan yang dilahirkan oleh WHO sungguh dijadikan pedoman dan bahkan sering menjadi bahan kritik juga. Tapi, sejauh yang saya amati, pengaruh WHO dalam menentukan kebijakan pelayanan kesehatan-keperawatan jiwa di komunitas dan bahkan negara ini sungguh luar biasa.

Dalam rekomendasinya, WHO sudah menganjurkan agar pelayanan kesehatan jiwa-komunitas dilakukan dengan mengacu pada empat tahapan. Tahapan pertama adalah berfokus pada pelayanan yang diberikan oleh professional kesehatan, tahapan kedua adalah pelayanan yang diberikan oleh mereka yang bukan professional kesehatan tapi dilatih untuk dapat memberikan pelayanan yang dibutuhkan. Tahapan ketiga adalah menguatkan fungsi keluarga dan komunitas serta yang keempat adalah memberikan dan memenuhi kebutuhan pokok masyarakat (Hechanova, 2019). Untuk Manila, atau Filipina sendiri, meskipun mereka adalah negara yang terkenal sebagai pemasok tenaga perawat terbesar di Kawasan Asia Tenggara, di dalam negeri, mereka juga mengalami dan bahkan sering mengalami keterbatasan jumlah professional kesehatan yang dapat memberikan pelayanan yang dibutuhkan. Sehingga, fokus pemerintah adalah pada tahap kedua, ketiga dan keempat. Langkah ini saya nilai cukup berhasil, karena hal ini yang sangat banyak saya rasakan terjadi di lingkungan masyarakat di Manila-Filipina.

Salah satu program yang sering disebut-sebut adalah *Community-based Intervention* (CBI) (Hechanova, 2019) yang memang sukses dilaksanakan karena masyarakat Filipina pada umumnya adalah masyarakat yang sangat menyukai hidup berkomunitas dan berkumpul dalam kelompok dan sangat terkenal sebagai bangsa yang menyayangi dan dekat dengan keluarga. Sifat kekeluargaan adalah sifat yang sangat dan sungguh unik, mendarah daging dalam hidup seorang *pinoy*.

Selain sifat kekeluargaan, masyarakat Filipina adalah mereka yang sangat terkenal dengan daya resiliensinya. Hampir sama seperti masyarakat Indonesia yang sering dilanda oleh masalah bencana alam, masyarakat Filipina sudah membentuk sistem “biasa” dengan masalah-masalah yang ada hubungannya dengan bencana alam seperti gempa bumi, badai topan, banjir, longsor dan seterusnya. Sistem yang ada di pemerintah dan masyarakat sudah cukup untuk mengakomodir masalah-masalah yang timbul di masyarakat.

Keadaan demografis ini pula yang membentuk masyarakat untuk belajar secara mandiri dan bahkan menjadi sangat terkenal dengan sistem penanganan bencana cepat-tanggap di negara mereka. Belajar dari pengalaman-pengalaman sebelumnya, masyarakat Filipina sudah cukup waspada, tahu dan mengerti apa yang harus dilakukan ketika masalah atau bencana datang. Dalam praktik keperawatan jiwa, *Psychological First Aid* (PFA) adalah mata ajar wajib yang harus dikuasai oleh siapapun, agar dapat membantu dan memberikan asuhan keperawatan jiwa cepat sasaran di tempat kejadian.

Selain masalah bencana alam, Filipina juga adalah negara di Asia Tenggara yang sangat terkenal dengan usaha ekstremnya untuk memerangi peredaran obat-obat terlarang (narkotika) di masyarakatnya. Rumah tahanan penuh dengan kasus-kasus yang berhubungan dengan peredaran obat-obat terlarang, dan jangan ditanya soal pelanggaran hak asasi manusia (HAM) yang menjadi langkah ekstrem yang dilakukan oleh pemimpin di negara ini.

Pernah pada suatu ketika, pada petang hari, saya dan banyak masyarakat dikagetkan dengan mayat seseorang yang tergeletak begitu saja di pinggir jalan. Setelah diusut, ini adalah seorang korban tembak di tempat, yang sudah diincar oleh intel karena melakukan penyebaran atau penjualan obat-obat terlarang. Saya tercengang dan terdiam melihat dan menyaksikan dengan mata-kepala saya sendiri, seorang manusia yang sudah tidak bernyawa lagi, yang tergeletak tidak lebih dari sepuluh langkah dari saya.

Masalah penanggulangan dan juga rehabilitasi karena penggunaan obat-obat terlarang adalah fokus kedua dari masalah kesehatan dan keperawatan mental yang berada di negara ini. Segala upaya sudah dilakukan, modul sudah disusun dan bahkan banyak pelatihan yang sudah diselenggarakan. Ada harapan, dan sampai saat ini proses tersebut masih terus saja berjalan.

Selain kekuatan yang terletak dari hubungan keluarga yang erat dan kuat, salah satu kekuatan yang dimiliki oleh masyarakat Filipina, yang hampir sama dengan yang dimiliki oleh masyarakat Indonesia adalah kekuatan yang bersumber dari hal spiritual. Agama dan kepercayaan.

Masyarakat Filipina adalah masyarakat yang cukup dan bahkan sangat religius. Jika Indonesia terkenal sebagai negara jutaan Masjid, maka Filipina adalah negara dengan jutaan gereja-nya. Mayoritas penduduk Filipina beragama Katolik dan Kristen. Hampir disetiap tempat terdapat ornament-ornamen keagamaan dan hal ini adalah sumber kekuatan yang luar biasa untuk keluarga dan masyarakat pada umumnya. Terapi atau intervensi yang ada hubungannya dengan hal spiritualitas adalah sebuah keharusan untuk menyukseskan pemberian asuhan keperawatan kepada komunitas.

Saya belajar banyak dari dan tentang komunitas masyarakat Filipina dari Komunitas asrama puteri Religious of the Virgin Mary (RVM), Persaudaraan Masyarakat Katolik Indonesia-Filipina (PMKIF) dan beberapa organisasi yang digagas oleh masyarakat Indonesia yang berada di Filipina. Perkumpulan-perkumpulan ini hadir selain untuk tujuan mengobati rasa rindu terhadap tanah air dan segala unsurnya, juga adalah sebuah tempat untuk menimba kekuatan secara lahir-batin dan berbagi dengan sesama yang membutuhkan. Kegiatan “berbagi” ini adalah sesuatu yang sungguh-sungguh menyentuh, yang juga adalah pelajaran berharga yang dapat saya rasakan dan sungguh sangat ingin saya bagikan.

Saya tidak mendapatkan cukup pembelajaran dan praktik asuhan keperawatan jiwa-komunitas selama pendidikan. Pada saat itu, kurikulum pendidikan lebih menitikberatkan pada praktik asuhan keperawatan jiwa untuk kelompok khusus saja, yang pada saat itu dititikberatkan pada anak-anak jalanan, gelandangan psikotik, korban *trafficking*, yang tentu saja adalah masalah-masalah yang paling banyak ditemukan di kota besar. Untungnya, selama saya berada di Filipina, saya cukup aktif membantu di organisasi-organisasi nonprofit seperti yang sudah saya sebutkan sebelumnya. Organisasi atau perkumpulan inilah yang secara langsung mengajarkan saya “asuhan keperawatan komunitas” kepada mereka yang membutuhkan.

Saya katakan “Asuhan keperawatan komunitas” karena saya yang terlibat di dalam kegiatan komunitas ini adalah seorang perawat, dan saya menganalisis situasi dengan bantuan ilmu keperawatan dan intervensi yang kami berikan bukan hanya intervensi milik ilmu keperawatan saja, tapi lintas sektor dan keilmuan. Bahkan, saya dapat mengatakan bahwa ketika berada di

komunitas, identitas keilmuan seseorang menjadi kabur karena membaaur menjadi satu, bekerja untuk mencapai satu tujuan yang sama, pelayanan kepada komunitas yang membutuhkan.

Dasar dari sebuah komunitas adalah rumah. Saya tinggal cukup lama di komunitas suster-suster *St. Paul of Chartres* (SPC) dan *Religious of the Virgin Mary* (RVM). Bersama komunitas-komunitas ini, saya belajar bagaimana hidup di lingkungan dengan banyak variasi dan warna. Komunitas, yang saya panggil sebagai rumah, tempat tinggal yang cukup lama adalah asrama puteri RVM yang terletak di Singalong St, Malate, Manila. Saat itu, saya tinggal satu atap dengan seorang professor emeritus dan sangat dihormati oleh komunitas perawat di University of the Philippines Manila Collage of Nursing, beliau adalah Sister Letti G. Kuan, yang merupakan seorang *theorist* keperawatan asli dari Filipina. Teori keperawatan yang Ia ajukan adalah *Retirement and Role Discontinuities*, yang banyak digunakan dalam pelayanan keperawatan gerontologi kepada mereka yang masuk dan menjalankan masa pensiun.

Meskipun tinggal di asrama, saya mendapatkan banyak kesempatan untuk terlibat dalam kegiatan komunitas, yang tidak hanya berpusat pada kegiatan relijius saja, tapi juga banyak kegiatan sosial lainnya. Bersama para penghuni asrama lainnya, yang memang banyak adalah biarawati (atau suster-suster) dari banyak negara seperti India, Vietnam, Nepal dan masih banyak lagi, saya belajar tentang toleransi dan berkoordinasi-kolaborasi dengan mereka yang berasal dari latar belakang yang berbeda. Terlebih lagi adalah, bahwa saya pun belajar tentang kerendahan hati, yang menjadi kunci penting dalam kolaborasi dengan banyak kalangan.



Gambar 1. Hidup berkomunitas di RVM's Ladies Dorm, Malate-Manila.

Sebagai orang yang masih sangat rendah diri, saya sering terkejut dengan kemampuan manusia untuk beradaptasi dengan keadaan atau lingkungan barunya, juga kemampuan untuk ikut serta untuk mencapai tujuan bersama, meskipun perbedaan nyatanya adalah penghalang utama. Sebelum saya dapat melangkah ke luar, dan hidup dalam komunitas yang lebih besar lagi,

kehidupan di asrama puteri RVM memberikan saya bekal yang cukup untuk dapat melangkah lebih jauh, tidak hanya untuk hidup di lingkungan Manila-Filipina yang keras, tapi juga untuk tempat dimana pun saya berada.

Lebih lanjut, banyak aktivitas dan kegiatan yang dapat dilakukan di komunitas, yang melibatkan organisasi sebagai contoh adalah *medical mission*, yang beberapa kali saya ikuti, yang pada saat itu diselenggarakan oleh sebuah gereja, *Indonesian Christian Fellowship* (ICF) Makati-Manila. Pada beberapa kesempatan, saya diberikan kepercayaan membantu sebagai seorang Perawat, sesuatu dengan keahlian saya, membantu masyarakat untuk melakukan pemeriksaan kesehatan gratis yang disediakan oleh komunitas ini. Jemaat dari komunitas ini, kebetulan banyak mengambil pendidikan kedokteran dan keperawatan selama di Filipina, dan berkat koneksi yang baik dengan bagian Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) yang berada di Makati (sebuah kawasan elit perkantoran di area dekat Manila), maka banyak mahasiswa/I dan bahkan *resident* yang dapat dikerahkan untuk melaksanakan kegiatan *medical mission* ini.

Kegiatan yang dilakukan bersama dan untuk komunitas, tentu saja dijalankan dengan mula-mula adalah pemaparan atau analisis masalah. Pada satu kesempatan, kami pernah melayani di sebuah tempat yaitu Provinsi Batangas, Luzon, Filipina. Komunitas yang kami layani pada saat itu adalah suku Badjao. Sebuah suku yang sungguh masih sangat jauh dari jamahan peradaban modern dan berusaha keras untuk dapat bertahan dengan keadaan serta perkembangan zaman pada saat ini. Pada saat itu, lebih dari 100 pasien berhasil dilayani, dengan kerja keras dari banyak pihak. Catatan mengenai kegiatan ini, masih dapat dilihat pada link: <https://icfmakati.org/medical-mission-icf-makati-2016/>.



Gambar 2. Kegiatan Medical Mission di Komunitas Suku Badjao, Luzon, Filipina (Sumber: <https://icfmakati.org/medical-mission-icf-makati-2016/>)

Kegiatan pelayanan kepada komunitas ini, ternyata tidak hanya dilakukan satu kali saja, tapi merupakan kegiatan yang secara terus menerus dilakukan. Pada saat itu, saya menghadiri tahun kedua dari rangkaian kegiatan yang merupakan program dari ICF dan sebuah komunitas asli di sana. Pada saat itu, pelaksanaan *medical mission* sungguh terlaksana karena data yang menunjukkan masalah-masalah yang luar biasa. Masalah kulit (Dermatitis kontak), kutu, *stunting* adalah masalah yang mendominasi komunitas suku ini. Selain karena kesadaran yang rendah akan masalah kesehatan secara umum, mereka pun adalah suku yang banyak menikah pada usia muda. Pada kasus seperti ini, sebagai seorang perawat, dengan peminatan kesehatan-keperawatan jiwa, saya cukup kesulitan untuk menemukan tempat untuk melaksanakan intervensi. Tapi, pada saat inilah muncul kesadaran bahwa memang, asuhan keperawatan jiwa-komunitas adalah asuhan keperawatan yang dapat dilakukan di mana saja, kapan saja dan pada situasi yang bagaimana pun. Modifikasi, kolaborasi dan adaptasi yang terus menerus dengan bidang keilmuan lain, adalah apa yang membuat saya cukup dapat bekerja sama dan mencapai tujuan pelayanan pada saat itu.

Kegiatan lain, yang juga sangat berkesan bagi saya, adalah kegiatan yang dilaksanakan bersama Persaudaraan Masyarakat Katolik Indonesia di Filipina (PMKIF) yang dilaksanakan pada tahun 2018 yang lalu. Kegiatan yang catatannya dapat dilihat sampai sekarang di Website resmi Sesawi.Net, dengan penulis Romo Yohanes Kopong Tuan MSF, mengajarkan saya begitu banyak pelajaran berharga yang tidak akan dengan mudah saya lupakan. Salah satunya adalah kekuatan niat baik dan komunitas.



Gambar 3. Salah Satu Kegiatan Berkomunitas di Manila, Filipina bersama Komunitas Persaudaraan Masyarakat Katolik Indonesia di Filipina (PMKIF)

Jika dilihat, kebanyakan kegiatan komunitas dilaksanakan dan bahkan dipelopori oleh organisasi yang bersifat keagamaan. Hal ini wajar terjadi dan dilakukan di Filipina, karena selain karena

mayoritas masyarakat adalah pemeluk agama atau kepercayaan tertentu juga karena peran rohaniawan begitu sangat berpengaruh dan vital dalam masyarakat. Kegiatan-kegiatan komunitas dapat terus dilakukan dan dilaksanakan secara terus menerus dan berkesimbangan berkat kepercayaan masyarakat yang begitu besar, dan juga kebutuhan mereka yang dapat cepat-tepat ditangkap oleh para pelaksana kegiatan.

Pengkajian yang dilakukan, tidak dilakukan secara formal dengan menggunakan lembar pengkajian komunitas. Tapi, menggunakan cara yang lebih dan bahkan sangat tradisional, yaitu dengan bertanya kepada tokoh masyarakat atau mereka yang dianggap sebagai pemimpin di tempat atau komunitas tersebut. Keadaan ini sama dan tentu saja mirip dengan yang terjadi dan dilakukan di Indonesia. Apalagi untuk kegiatan-kegiatan yang dilakukan hanya dalam jangka waktu yang singkat dengan tujuan yang jelas.

Tujuan kegiatan, selain membawa misi pelaksana, sebagai contoh untuk menebar kebaikan dst, juga sejalan dengan tujuan atau misi dari komunitas atau lembaga yang berada di komunitas. Jangan sampai, kegiatan yang dilaksanakan bertentangan dengan tujuan besar yang sudah disusun dan bahkan diagendakan oleh lembaga atau komunitas. Pendekatan kepada tokoh agama sangat vital dalam hal ini, karena tokoh agama memiliki jemaat atau komunitas yang dilayani, dan oleh hukum yang berada di negara seperti Filipina, kegiatan amal baik tentu saja dapat dan bisa dilaksanakan dengan baik. Belum lagi, tokoh agama biasanya dihormati dan bahkan dilindungi oleh aparat pemerintah dan bahkan polisi yang berada di lingkungan tempat pelayanannya.

Intervensi yang dilakukan untuk kegiatan komunitas sungguh tidak dapat dilaksanakan dalam waktu yang lama. Saya sungguh berharap dapat tinggal dalam waktu lama dalam sebuah komunitas lokal dan dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa-komunitas, tapi apalah daya, keadaan pada saat itu tidak memungkinkan. Jika melihat apa yang dapat diberikan kepada masyarakat pada saat itu, sungguh tidak banyak, tapi meskipun demikian ada harapan bahwa kegiatan atau aktivitas ini dapat menjadi penyulut bagi kepedulian dan juga pergerakan sosial lainnya dari berbagai pihak-pihak lain. Akan lebih baik lagi jika kegiatan-kegiatan komunitas ini dilakukan oleh, untuk dan bagi masyarakat atau komunitas itu sendiri.

Kasus-kasus atau masalah-masalah yang ada hubungannya dengan kesehatan jiwa tentu saja cukup sulit dideteksi di komunitas jika kunjungan hanya dilakukan satu atau dua kali saja. Hanya berbekal dari semacam kepala kampung/desa, data-data dapat diberikan. Penanganan kasus-kasus kesehatan jiwa di komunitas, terutama di wilayah tempat saya berada pada saat itu, sudah cukup jelas dan menjanjikan, yang sayangnya tidak saya temukan secara langsung pada saat kegiatan-kegiatan komunitas selama saya berada di Filipina.

Pelayanan kesehatan di komunitas, hampir sama seperti di Indonesia menggunakan sistem Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), atau dalam istilah yang digunakan di Filipina adalah *Barangay Health Center* (BHC). Konsep BHC sungguh mirip dengan konsep Puskesmas yang ada di Indonesia (Lagos AB, 2017). Sayangnya, ketika saya berada di Filipina, tidak banyak aktivitas yang dapat saya lakukan untuk dapat sering-sering berkunjung ke BHC, meskipun hampir sama seperti di Indonesia, BHC sangat terjangkau keberadaannya di masyarakat. Dulu, tidak jauh dari tempat saya tinggal, ada sebuah BHC yang jaraknya lumayan ditempuh dengan berjalan kaki, saya

hanya sempat mengobservasi sebentar dan tidak sempat terlibat langsung dalam program-program kesehatan yang mereka jalankan.

Kegiatan-kegiatan kesehatan yang dilakukan di masyarakat, harus sepengetahuan oleh BHC dan juga terorganisir oleh mereka. Tapi, terkadang karena terkendala dana, banyak kegiatan yang terbengkalai begitu saja. Terutama untuk daerah-daerah yang dikategorikan “sulit.” Untuk mengatasi hal ini, bantuan dari luar negeri atau dari pihak swasta adalah kesempatan yang secara terbuka diperluas oleh BHC dan managementnya (Dayrit et al., 2018), Inilah alasan mengapa, banyak warga asing yang dapat dengan bebas melakukan kegiatan sosial yang kadang vital di komunitas masyarakat, seperti yang saya ceritakan di atas.

Filipina, sama halnya seperti masyarakat Indonesia, menerapkan prinsip gotong royong-tolong menolong yang memungkinkan mereka untuk mempertahankan kesehatan dan pelayanan di komunitas mereka. Ada harapan yang besar, disertai potensi yang luar biasa juga dari negara ini, yang tentu saja sangat bisa kita pelajari untuk kebaikan bersama.

Penutup

Belajar keperawatan jiwa di Manila-Filipina memberi saya pengalaman dan perspektif yang berbeda dalam hidup. Saya menyadari bahwa jurang antara si kaya dan si miskin begitu sangat jauh terbentang, demikian juga dengan pelayanan kesehatan-keperawatan, terutama pelayanan kesehatan-keperawatan jiwa. Tidak semua orang mendapatkan akses kesehatan yang dibutuhkan, belum lagi tidak meratanya pelayanan yang diberikan. Tapi, harapan selalu ada di mana pun. Harapan yang tergambar jelas dalam usaha, kerja keras dan juga perjuangan yang tak pernah berhenti dilakukan oleh semua orang. Orang-orang yang peduli dan mereka yang ingin melihat adanya perubahan. Selama harapan ini ada dan hadir, saya yakin bahwa pemerataan pelayanan kesehatan-keperawatan jiwa secara individu, keluarga dan komunitas akan tercapai suatu saat nanti.

Masyarakat Filipina banyak mengajarkan saya hal-hal yang tidak pernah saya bayangkan akan dapat saya pelajari dan alami dalam hidup. Bekal yang mereka berikan, terutama selama dan ketika saya berproses di Manila-Filipina menjadi fondasi yang selalu mengingatkan saya akan pentingnya kerja keras, kolaborasi, kerendahan hati, sukacita untuk dapat membangun komunitas dan dunia yang layak untuk dapat ditinggali.

Daftar Rujukan

Journals

Dayrit, M., Lagrada, L., Picazo, O., Pons, M., & Villaverde, M. (2018). Philippines Health System Review 2018. *Health Systems in Transition*, 8(2), 1164.

http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5438.pdf

Dias, M. F. A. A. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa pada Masalah Psikotik Gelandangan*.

<https://zenodo.org/record/4065106>

Fitryasari, R., Nursalam, N., Yusuf, A., Hargono, R., & Chan, C.-M. (2018). Predictors of

- Family Stress in Taking Care of Patients with Schizophrenia. *Jurnal Ners*, 13(1), 72.
<https://doi.org/10.20473/jn.v13i1.7762>
- Hamid, A. Y. S., Mustikasari, Panjaitan, R. U., & Purwadi. (2011). Studi Fenomenologi: Kebijakan Pemerintah Dalam Pemberian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Yang Mengalami Masalah Kesehatan Jiwa. *Jurnal Ners*. <https://e-journal.unair.ac.id/JNERS/article/view/3972>
- Hechanova, M. R. M. (2019). Development of Community-Based Mental Health Interventions in The Philippines: An Ecological Perspective. *Psychological Research on Urban Society*, 2(1), 10. <https://doi.org/10.7454/proust.v2i1.41>
- Hernawaty, T., Arifin, H. S., & Widiyanti, E. (2020). The Knowledge related to Mental Health of the People around the Coastal Areas. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 23(3), 217–223. <https://doi.org/10.7454/jki.v23i3.1234>
- Lagos AB, A.-A. L. (2017). *A Guide for the Establishment of a Barangay Health Management Council*.
- Nenobais, A., Jatimi, A., & Jufriyanto, M. (2019). Family Burden for the Caregivers of People with Mental Disorders: A Systematic Review. *Jurnal Ners*, 14(3), 26. <https://doi.org/10.20473/jn.v14i3.16971>

Websites

- <https://www.sesawi.net/persaudaraan-masyarakat-katolik-indonesia-di-filipina-pmkif-adakan-baksos-1/>
- <https://www.sesawi.net/album-baksos-persaudaraan-masyarakat-katolik-indonesia-di-filipina-pkif-2/>
- <https://icfmakati.org/medical-mission-icf-makati-2016/>.
- <https://nursingcrib.com/nursing-notes-reviewer/sister-letty-g-kuan/>.
- <https://www.slideshare.net/MaimaiTan/philippine-nursing-theorist-sister-letty-g-kuan>

***Tulisan ini dipersiapkan untuk disajikan dalam Seminar Keperawatan Dewan Pengurus Komisariat PPNI Rumah Sakit Jiwa Kalawa Atei, Sabtu 6 Agustus 2022.**



Maria Frani Ayu Andari Dias was born in Laga, on October 10th. She is a woman being interested in various areas such as humanitarian movement, books, writing, and nurturing people in need. When it comes to her skills, not only is she good at caring for people, but she is also good at understanding people and patiently enough consulting other's people problems.

In terms of her specialty as a psychiatric nurse, she can perform individual and group therapy for people with various mental and emotional problems. She has been using Cognitive Behaviour Therapy (CBT) as the main tool in her practice, and also a Tarot to help her assess people's mental conditions. Maria is hard-working, patient, and studious. She just published a book entitled "Agnosthesia" with EABooks Publisher in 2021, an simply accumulation of her experiences in the mental health-related field. Currently, she is employed as a staff in one of the private nursing schools in South Kalimantan-Indonesia, working in the various organization across the country, while diligently improving her personal qualities. In addition, she is keeping track and sharing her thought on her personal website.

Email: mariafrani10@gmail.com

Website: Mariafraniayu.com