

Pendampingan Pastoral Gereja bagi Keluarga yang Hidup Bersama Orang Dengan Gangguan Jiwa

The Church's Pastoral Care for Families Living with Someone with Mental Illness

Mona Friska Hutahaean

Sekolah Tinggi Teologi HKBP

ARTICLE INFO

Article history:

Received 05 Auguts 2026

Revised 08 Auguts 2026

Accepted 15 August 2026

Available online 24 August 2026

Keywords

Pastoral Assistance, Family, Living Together, People with Mental Disorders.



This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.

Copyright © 2026 by Author. Published by Yayasan Daarul Huda

ABSTRACT

This study aims to examine the Church's pastoral care for families living with individuals suffering from mental disorders (hereinafter referred to as "patients"). The research focuses on the Church's holistic role in providing support to families who share a home with a patient. The study seeks to make a theological contribution to the development of Church pastoral care practices, specifically regarding families living with patients. A qualitative method was employed, utilizing a case study approach focused on the Polan family, who live with three patients in Simatibung village. The findings reveal that the patients' families—particularly those living in the same household—are the most significantly affected by the patient's condition and the stigma associated with mental disorders. However, families generally do not prepare themselves to act as caregivers, resulting in limited knowledge and experience. These limitations cause stigma to heavily influence the family's reactions toward the patient. Feelings of shame, distress, and confusion leave families feeling powerless and vulnerable to both internal and external conflicts. Consequently, there is a clear need for families living with patients to receive pastoral care from the Church to sustain

and foster hope. Church pastoral care provides a space for families to gain an accurate understanding of mental disorders, guiding them to seek appropriate psychiatric treatment for the patient. The presence of a pastoral caregiver is invaluable to these families, empowering them to take the right steps regarding the patient's treatment.

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan mengkaji pendampingan pastoral Gereja bagi keluarga yang hidup bersama dengan Orang Dengan Gangguan Jiwa. Orang Dengan Gangguan Jiwa selanjutnya disebut dengan istilah pasien. Fokus penelitian adalah peranan holistik Gereja untuk memberikan pendampingan kepada keluarga yang hidup bersama dengan pasien dalam satu rumah. Manfaat penelitian ini adalah memberikan kontribusi teologis dalam pengembangan kajian pelayanan pastoral Gereja khususnya bagi keluarga yang hidup bersama dengan pasien. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus kepada keluarga Polan yang hidup bersama tiga pasien di desa Simatibung. Penelitian menemukan keluarga dari pasien adalah pihak paling terdampak atas keadaan pasien dan stigma gangguan jiwa secara khusus mereka yang hidup bersama pasien. Namun secara umum keluarga tidak pernah mempersiapkan dirinya untuk jadi caregiver sehingga wawasan dan pengalaman mereka sangat terbatas. Keterbatasan tersebut membuat stigma sangat memengaruhi reaksi keluarga terhadap pasien. Rasa malu, tertekan, dan kebingungan membuat keluarga jadi tidak berdaya serta rentan terhadap konflik internal keluarga maupun eksternal. Oleh karena itu ditemukan adanya kebutuhan anggota keluarga yang hidup bersama dengan pasien untuk mendapatkan pendampingan pastoral dari Gereja untuk menopang dan menumbuhkan pengharapan keluarga. Pendampingan pastoral Gereja jadi ruang bagi keluarga memperoleh wawasan yang benar tentang gangguan jiwa sehingga mereka dapat diarahkan untuk membawa pasien ke pengobatan psikiatri yang tepat. Kehadiran pendamping sangat berarti bagi keluarga yang hidup bersama pasien supaya mereka berdaya dan mampu mengambil langkah pengobatan yang tepat bagi pasien.

PENDAHULUAN

Secara umum pengalaman hidup seseorang berdampak kepada keluarganya, salah satunya yaitu ketika seseorang mengalami gangguan jiwa. Keluarga yang hidup bersama Orang Dengan

Gangguan Jiwa menghadapi berbagai dilema, tekanan, dan kebingungan untuk mengatasi permasalahan dalam keluarga mereka. Dalam penelitian ini Orang Dengan Gangguan Jiwa selanjutnya disebut dengan istilah pasien. Keluarga yang hidup bersama dengan pasien adalah bagian dari realitas hidup berjemaat yang harus diketahui dan direspon oleh Gereja. Stigma memengaruhi masyarakat untuk menyalahkan keluarga atas keadaan pasien dan memandang gangguan jiwa sebagai aib keluarga dari pasien. Keluarga mengemban tanggung jawab besar terhadap pasien, sedangkan mereka tidak pernah mempersiapkan diri menjadi *caregiver*. Mereka dilanda dilema untuk menentukan pengobatan seperti apa yang harus ditempuh dan perawatan seperti apa yang harus diberikan kepada pasien. Keluarga yang hidup bersama dengan pasien memiliki tingkat permasalahan yang lebih kompleks karena mereka berhadapan langsung dengan realitas gangguan jiwa pasien dan berinteraksi langsung dengan pasien yang telah banyak berubah. Tanpa adanya wawasan dan pengalaman yang memadai maka keluarga menghadapi banyak kebingungan dan permasalahan. Penyebab kebingungan dan masalah tersebut salah satunya adalah stigma sehingga keluarga menempuh cara pengobatan yang keliru dan didasarkan pada keyakinan saja bukan prosedur medis yang memadai.

Donald R. Pattiwael melakukan penelitian peran pastoral Gereja terhadap keluarga dari penderita gangguan jiwa di Gereja Protestan Maluku Passo Ambon pada tahun 2015. Pattiwael berfokus pendampingan pastoral yang dilakukan Gereja kepada keluarga dari pasien dan pasien yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa. Berdasarkan penelitian tersebut ditemukan bahwa stigma gangguan jiwa berpengaruh kepada keluarga dari pasien dan keberhasilan pengobatan. Pattiwael menemukan realitas keluarga dari pasien yang sangat terbatas dalam merawat pasien karena kesibukan, jarak jauh, dan keterbatasan ekonomi. Dukungan keluarga terhadap pasien terbatas pada makanan dan pakaian bersih tanpa ada interaksi langsung. Dalam penelitiannya Pattiwael mengungkapkan pelayanan pastoral yang sangat minim terhadap keluarga dari pasien yang disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut: pertama, kurangnya pemahaman pendeta terkait pelayanan pastoral holistik, kedua: minimnya pendeta yang mendalami bidang konseling pastoral. Penelitian terhadap stigma kepada orang-orang yang mengalami masalah kesehatan mental di Indonesia telah dilakukan oleh Nurul Hartini, et al pada tahun 2018. Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya pengetahuan yang baik tentang kesehatan mental berkaitan dengan rendahnya tingkat stigma masyarakat. Penelitian tersebut merekomendasikan perlunya mengembangkan sikap yang lebih positif atau toleran terhadap orang dengan gangguan jiwa (Nurul Hartini, et al, 2018). Penelitian ini berbeda dari penelitian sebelumnya karena akan memfokuskan pembahasan pada pendampingan pastoral kepada keluarga yang hidup bersama dengan pasien.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif bertujuan menghasilkan data deskriptif berbentuk tulisan, lisan, dan tingkah laku yang dapat diamati dari subjek yang diteliti.¹ Seorang peneliti terjun langsung ke lapangan dan membangun interaksi dengan orang-orang yang terlibat dengan subjek yang diteliti sehingga dapat menangkap makna realitas yang sebenarnya. Keterlibatan langsung peneliti bertujuan mengamati bagaimana seseorang hidup, berpikir, bertindak sehari-hari, makna yang dilekatkan seseorang pada sesuatu dalam hidupnya.² Peneliti yang berada dekat dengan subjek penelitian memungkinkan adanya

¹ Emy Susanti Hendrarso, "Penelitian Kualitatif Sebuah Pengantar", Bagong Suyanto, Sutinah, (peny.), *Metode Penelitian Sosial Berbagai Alternatif Pendekatan Edisi Ketiga*, (Jakarta: Kencana, 2005), 166.

² Steven J. Taylor, Robert Bogdan, and Marjorie L. DeVault, *Introduction to Qualitative Research Methods A Guidebook and Resource Fourth Edition*, (USA: John Wiley and Sons, Inc, 2016), 9.

pengenalan yang baik dan kesempatan merasakan langsung pengalaman subjek yang diteliti. Dengan demikian metode kualitatif dapat mengungkap makna kehidupan manusia secara kontekstual dan menyeluruh.³

Dalam penelitian ini digunakan metode penelitian dengan pendekatan studi kasus (*Case Study Research*). Studi kasus adalah metode penelitian kualitatif yang melakukan penyelidikan terhadap fenomena dalam masyarakat secara mendetail.⁴ Fenomena yang diteliti adalah realitas kontekstual seperti insiden, peristiwa, dan pengalaman yang dialami seseorang. Penelitian studi kasus memiliki fleksibilitas waktu karena mengkaji fenomena yang kontemporer.⁵ Kajian studi kasus berfokus kepada kompleksitas dalam kehidupan sehari-hari subjek yang diteliti sehingga mendapatkan informasi yang rinci dan mendalam. Teknik pengambilan data dalam pendekatan studi kasus di antaranya adalah wawancara, observasi, dan studi literatur atau dokumen. Pada penelitian ini teknik pengambilan data yang dipakai adalah observasi, wawancara gabungan dan studi literatur. Pengumpulan data dilakukan sejak November 2021 - Juni 2022.

Kasus yang diteliti adalah satu keluarga yang hidup bersama dengan tiga pasien di dalam satu rumah di Desa Simatibung Kabupaten Toba. Ketiga pasien terdiri dari satu orang ibu dan dua orang anak perempuan. Ketiga pasien tinggal bersama dengan satu orang *caregiver* yaitu anak perempuan kandung dari pasien sekaligus saudara perempuan dari kedua pasien lainnya. Selanjutnya keluarga dari pasien akan disebut keluarga Polan, pasien pertama (ibu) disebut Polan, pasien kedua (anak perempuan bungsu) disebut Kasih, pasien ketiga (anak perempuan) disebut Kris, dan *caregiver* (anak perempuan) disebut Nura. Pendekatan studi kasus memungkinkan semua aspek penting untuk diperhatikan sehingga data didapatkan secara terperinci.⁶ Penelitian berangkat dari tiga rumusan masalah yakni pertama, problematika keluarga yang hidup bersama dengan pasien; kedua, pengaruh stigma gangguan jiwa terhadap keluarga yang hidup bersama dengan pasien; dan ketiga, kebutuhan pendampingan pastoral bagi keluarga yang hidup bersama dengan pasien. Penelitian ini melibatkan dua puluh satu orang informan di antaranya adalah anggota keluarga dari pasien, tokoh Gereja, masyarakat sekitar, dan tenaga kesehatan. Rentang usia para informan adalah 25-68 tahun dengan persentase 71,5% perempuan dan 28,5% laki-laki.

HASIL PENELITIAN

Problematika Keluarga yang Hidup Bersama Pasien

Keluarga yang hidup bersama dengan pasien menghadapi berbagai problematika yang dipicu oleh banyak faktor baik dari pasien, internal keluarga, dan eksternal keluarga. Ketiga pasien telah hidup tanpa kehadiran *caregiver* yang konsisten dalam waktu yang lama hingga bulan Oktober 2020. Sang ibu, Polan yang berstatus pasien diketahui sudah mengalami gangguan jiwa sejak masih gadis namun sesekali tampak normal. Pascakematian suaminya Polan jadi orang tua tunggal yang mengasuh dua anak yakni satu anak laki-laki dan satu anak perempuan bungsu, sedangkan tiga anak lainnya yakni satu anak laki-laki dan dua anak perempuan diasuh oleh kerabat mereka. Pada saat penelitian berlangsung dua anak laki-laki keluarga Polan sudah menikah dan tinggal bersama keluarga masing-masing, sedangkan tiga anak perempuannya termasuk dua pasien tinggal bersama ibunya.

Ketiadaan *Caregiver* dalam Waktu yang Lama

³ A. Muri Yusuf, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Penelitian Gabungan*, (Jakarta:Kencana, 2014), 328.

⁴ Robert K. Yin, *Case Study Research Design and Methods Fourth Edition*, (USA: SAGE Publications, 2009), 48.

⁵ Helen Simons, "Case Study Research: In-Depth Understanding in Context" dalam Patricia Leavy, (Ed), *The Oxford Handbook of Qualitative Research*, (New York: Oxford Press, 2014), 458.

⁶ Andreas B. Subagyo, *Pengantar Riset Kuantitatif dan Kualitatif Termasuk Riset Teologi dan Keagamaan*, (Bandung: Yayasan Kalam Hidup, 2014), 114.

Dalam waktu yang lama Polan mengasuh dan menetapkan aturan hidup bersama Kasih dan Kris sebelum kehadiran Nura sebagai *caregiver*. Realitas tersebut dihadapi Nura di mana ketiga pasien telah punya berbagai kebiasaan buruk yang sulit diubah. Mereka tidak mementingkan kebersihan diri, rumah, dan makanan mereka, bahkan kedua anak perempuan Polan mengalami keterbatasan fisik dan kemandirian mereka sangat menurun dari orang seusianya. Ketiadaan *caregiver* berdampak pada timbulnya keyakinan yang salah sehingga tidak dapat membedakan pola hidup yang benar dan salah. Dalam waktu yang lama ketiga pasien terbiasa makan, buang air kecil di kamar dan buang air besar di kamar, menyimpan peralatan masak kotor di kamar dan mengisolasi diri, sehingga usaha Nura merubah kebiasaan tersebut menerima perlawanan keras dari Polan bahkan menyebutnya sebagai anak durhaka dan gila.

Berdasarkan diagnosa medis ketiga pasien mengalami skizofrenia yang dipengaruhi potensi genetik dan pola pengasuhan dalam keluarga. Namun ketiadaan *caregiver* menimbulkan pengobatan yang tidak sesuai kebutuhan pasien. Polan sendiri berstatus pasien dan harus menjalankan perannya sebagai ibu bagi kedua anaknya. Tentu perannya sebagai ibu tidak berjalan maksimal bahkan tidak menyadari bahwa dirinya adalah pasien. Polan berpegang teguh bahwa anaknya jadi pasien karena perbuatan mistis seseorang. Kasih yaitu anak bungsu perempuan diasuh oleh ibunya sejak kecil, sedangkan Kris turut jadi pasien setelah pulang kampung untuk merawat ibu dan adik bungsunya. Keluarga Polan menunjukkan bahwa ketiadaan *caregiver* dalam jangka waktu yang lama berdampak pada pemburukan keadaan pasien secara fisik, psikis, dan spiritual.

Konflik Internal Keluarga

Penelitian ini juga menemukan problematika keluarga Polan yakni keyakinan anak pasien bahwa ibu mereka bersalah atas sakit yang dialami Kasih dan Kris. Polan disebut sebagai pintu masuk gangguan jiwa dan Polan tidak tahu mengurus anak sehingga Kris dan Kasih jadi pasien seperti dirinya. Keyakinan tersebut dipegang sampai akhir penelitian ini. Fakta mendasar yang perlu diterima keluarga Polan adalah ibu mereka adalah pasien mengalami skizofrenia dan tetap menjalankan perannya sebagai ibu walaupun tidak maksimal. Tindakan menyalahkan Polan tidak memperbaiki apa pun sebaliknya memperkeruh. Ketiadaan peranan *caregiver* membuat pasien kesulitan menjaga kualitas hidupnya sebagaimana cara pandang Polan melihat dunia yang sepenuhnya diyakini dan diikuti dua pasien lainnya. Oleh karena itu kehadiran keluarga sebagai *caregiver* adalah salah satu urgensi penelitian ini.

Pengaruh Stigma terhadap Keluarga yang Hidup Bersama Pasien

Dalam penelitian ini ditemukan pengaruh stigma gangguan jiwa sangat kuat di dalam keluarga dan masyarakat sekitar. Keluarga Polan percaya stigma di kalangan orang Kristen yang mengaitkan gangguan jiwa dengan iman yang lemah, pengaruh roh jahat, dan membutuhkan pelepasan. Keyakinan tersebut jadi dasar Nura berusaha melakukan sendiri pelepasan roh jahat dari pasien dan karena tidak berhasil dirinya meminta bantuan dari rekannya di salah satu denominasi Gereja. Stigma gangguan jiwa dalam budaya Batak juga memengaruhi keluarga yaitu pengaruh roh jahat (*begu*) dan diguna-guna sehingga Polan membawa Kris ke dukun. Pengobatan ke dukun tersebut menuding pasien mengalami gangguan jiwa karena perilakunya yang tinggi hati sehingga ada orang yang melakukan guna-guna terhadap Kris. Stigma juga mengaitkan gangguan jiwa dengan kemalasan seseorang di mana Nura juga berpegang pada keyakinan tersebut. Ditemukan sikap masyarakat yang menjaga jarak dengan keluarga Polan karena menganggap pasien berbahaya dan menular. Ada juga yang meyakini pasien adalah orang yang pintar tetapi malas bekerja namun ada juga yang prihatin melihat Polan yang sakit tapi harus mengurus sendiri kedua pasien.

Kuatnya stigma juga menimbulkan konflik dalam internal keluarga Polan antara anak dengan ibu, antara saudara, dan kerabat mereka. Stigma yang menempatkan orang tua bersalah dan tidak becus dalam mengasuh anak menimbulkan kemarahan anak terhadap ibu mereka. Penelitian ini menemukan kemarahan anak tersebut (Deli) sudah berakar sejak masih anak-anak karena semasa sekolah mereka sering diejek sebagai anak orang gila. Deli mengaku mental mereka bersaudara sudah hancur dan sejak SD sampai SMP selalu tertekan. Situasi itu mendorong anak laki-laki tertua keluarga mereka pergi merantau dan sempat mengajak Deli karena merasa kasihan. Masa kecil anak-anak keluarga Polan dipenuhi rasa malu dan tumbuh keyakinan bahwa ibu adalah aib keluarga karena dimana-mana orang menyebut ibu mereka orang gila. Stigma gangguan jiwa dapat menular juga memengaruhi keluarga melihat ibu mereka sebagai pintu ke dua pasien lainnya dan meyakini satu rusak semua jadi rusak. Pengaruh stigma bahkan membuat ada orang-orang di sekitar keluarga menyarankan Nura untuk menyelamatkan diri sendiri saja dari pada mengurus ketiga pasien. Mereka menyarankan Nura berumah tangga dan mengurus keluarganya sendiri sedangkan ketiga pasien biarlah Tuhan yang mengetahui ujungnya. Saran itu didasarkan pada narasi yang beredar tentang Polan yang sudah sakit sejak lahir, sudah sejak dulu dibawa berobat, dan disebabkan oleh mahluk penunggu di belakang rumah mereka.

Kebutuhan Pendampingan Pastoral bagi Keluarga yang Hidup Bersama Pasien

Pada penelitian ini ditemukan adanya kebutuhan pendampingan bagi keluarga yang hidup bersama pasien. Keluarga Polan yang hidup bersama tiga pasien mengalami gejolak berhadapan dengan ibu dan kedua adiknya. Nura sebagai *caregiver* mengakui dirinya lelah, sering menangis, merasa tidak sanggup, dan sering tersulut emosi. Penelitian ini menemukan adanya kekhawatiran Nura sebagai keluarga yang hidup bersama dengan pasien yaitu dirinya akan ikut sakit jika terus-menerus bersama orang sakit. Nura mengaku bahwa selama ini dia berusaha menguatkan diri untuk mengasuh ketiga pasien dalam keluarga Polan. Adanya kebutuhan pendampingan pastoral karena keluarga yang hidup bersama pasien tidak mempersiapkan dirinya jadi *caregiver*. Keluarga Polan tidak punya pengetahuan dan keterampilan memadai dalam merawat pasien sehingga Nura terjun langsung sebagai orang awam. Peranan *caregiver* yang dijalankannya bermodal inisiatif dan tutorial dari internet. Metode yang dipakai keluarga Polan adalah mencari solusi di YouTube ketika masalah muncul pada ketiga pasien. Keterbatasan tersebut membuat Nura hanya bisa mengembalikan pola hidup normal, keterampilan mengurus diri sendiri, dan nasihat seadanya.

Pada penelitian ini keluarga membutuhkan pendampingan pastoral karena ditemukan upaya keluarga menghentikan obat rutin yang diwajibkan dokter untuk melihat kondisi pasien tanpa obat penenang. Sementara dokter menerangkan obat pada pasien *skizofrenia* tidak boleh putus agar saraf-sarafnya dapat dilemahkan, pasien tenang, dan tidak berhalusinasi. Dengan demikian keluarga yang hidup bersama pasien harus didampingi agar dapat memastikan pasien mengikuti pola perawatan yang dianjurkan dokter. Pendampingan pastoral kepada keluarga yang hidup bersama pasien supaya dapat mengarahkan keluarga untuk membawa pasien ke fasilitas psikiatri bukan ke dukun dan pengusiran roh. Pendampingan pastoral sangat berperan meyakinkan keluarga tidak dipengaruhi stigma yang melabeli pasien kurang iman dan kurang bergaul.

Problematika Keluarga yang Hidup Bersama dengan Pasien

Keluarga adalah sebuah hubungan di mana orang di dalamnya saling bergantung sehingga terjadi proses memengaruhi dan dipengaruhi.⁷ Pengalaman hidup salah satu anggota keluarga

⁷ Nani Triani dan Amir, *Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus Lamban Belajar (Slow Learner)*, (Jakarta: Luxima Metro Media, 2013), 58.

turut memengaruhi pengalaman anggota keluarga lainnya sebagaimana terjadi pada keluarga dalam penelitian ini. Ada ikatan dalam keluarga yang memengaruhi perkembangan fisik, mental, emosi, dan sosial anggotanya.⁸ Oleh karena itu keluarga yang hidup bersama dengan pasien turut mengalami problematika yang berhubungan erat dengan pengalaman pasien. Keseimbangan antarpribadi di dalam keluarga akan terdampak dengan adanya anggota keluarga yang sakit sehingga umumnya keluarga bereaksi dengan berusaha mengelola kekacauan dan ketidakseimbangan kemudian muncul. Pada saat berusaha mengelola kekacauan dan ketidakseimbangan inilah acapkali tanpa sadar keluarga menciptakan perjanjian bersama. Salah satunya adalah “Kami tahu bahwa ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa tetapi yang lain tetap dapat berfungsi memadai atau sehat” (Clinebell, 2002).⁹ Perjanjian itu menyiratkan harapan keluarga untuk tetap sehat dan hidup dengan baik meskipun mereka hidup bersama dengan pasien.

Sejarah perkembangan psikiatri abad ke-19 sampai ke-20 menyorot keluarga yang disfungsi sebagai penyebab seseorang mengalami gangguan jiwa.¹⁰ Seorang ibu yang skizofrenia pernah disebut sebagai pemicu skizofrenia pada anaknya karena pola pengasuhan dan sikapnya yang dingin.¹¹ Hal tersebut adalah realitas yang ditemukan dalam penelitian ini di mana Polan dianggap ibu yang tidak dapat mengasuh anak dengan benar dan penyebab dua orang anak perempuannya turut menjadi pasien. Temuan penelitian menunjukkan adanya konflik yang berjaln berkelindan dalam keluarga yang hidup bersama pasien. Keluarga berkonflik dengan pasien, sesama anggota keluarga, dan masyarakat yang berpegang pada stigma. Oleh karena itu keluarga harus memiliki komitmen dalam merawat pasien¹² demi menjaga keutuhan keluarga, merawat pasien, dan menjaga kesehatan mereka sendiri.

Keluarga yang hidup bersama dengan pasien memikul tanggung jawab besar khususnya dalam peranan *caregiver*. Memenuhi kebutuhan hidup mendasar pasien adalah tantangan besar bagi keluarga karena pasien terganggu dalam pikiran, perasaan, kemampuan bersosialisasi, dan kemampuannya untuk memenuhi tuntutan hidup.¹³ Seseorang yang berperan sebagai *caregiver* berarti melakukan pengorbanan pribadi dengan komitmen yang mendalam.¹⁴ Tanggung jawab *caregiver* bukan sebatas memperhatikan kehidupan pasien namun turut bertanggung jawab atas keberadaan pasien di tengah masyarakat. Peranan *caregiver* umumnya dipikul oleh keluarga yang hidup bersama dengan pasien sehingga mereka membutuhkan kesehatan yang prima secara fisik, psikis, dan rohani. Tantangan yang dihadapi *caregiver* adalah hal yang kompleks dan tidak terduga karena seorang pasien mengalami gangguan pada pikirannya, perasaannya, dan kemampuan bersosialisasi. Tidak semua keluarga langsung menerima keadaan pasien meskipun telah melihat keadaan pasien yang tidak stabil, fungsi fisik yang menurun, bahkan ada pasien yang disfungsi fisik maupun sosial. Ada keluarga yang berusaha menyangkal (*denial*) dan menganggap pasien baik-baik saja sehingga tidak mencari pertolongan dan perawatan bagi pasien. Penyangkalan juga dapat dilakukan pasien sendiri bahkan marah ketika disarankan untuk menjalani pengobatan.¹⁵ Pada umumnya penyangkalan dilakukan karena kekhawatiran dianggap gila, menakutkan dan membahayakan. Ada juga keluarga yang tidak menerima keadaan pasien karena besarnya tekanan stigma dalam masyarakat sehingga mereka memilih menyembunyikan pasien. Namun ada juga keluarga yang menerima keadaan pasien tetapi tidak tahu apa yang harus

⁸ Iva Milia Hani Rahmawati dan Inayatur Rosyidah, *Modul Terapi Family Psychoeducatio (FPE) untuk Keluarga*, (Malang: Media Nusa Creative, 2020), 47

⁹ Howard Clinebell, *Tipe-tipe Dasar Pendampingan dan Konseling Pastoral*, 374.

¹⁰ David W. Jones, *Myths, Madness and the Family the Impact of Mental Illness on Families*, 13.

¹¹ David W. Jones, *Myth Madness and the Family the Impact of Mental Illness on Families*, 18.

¹² David W. Jones, *Myths, Madness and the Family the Impact of Mental Illness on Families*, (New York: Palgrave, 2002), 126-127.

¹³ Marie L. Thompson, *Mental Illness*, (USA: Greenwood Press, 2007), 5.

¹⁴ Ronda C. Talley, Gregory L. Frichione, dan Benjamin G. Druss, *The Challenges of Mental Helth Caregiving Research Practice Policy An Official Publication of The Rosalynn Carter Institute for Caregiving*, (New York: Springer, 2014), 1.

¹⁵ Norman Autton, *The Church and Mental Illness*, (London:SPCK,1963),7.

dilakukan karena wawasan dan pengalaman yang tidak memadai. Wawasan yang tidak memadai menimbulkan penanganan yang tidak tepat dan dipengaruhi oleh stigma seperti pengobatan ke dukun dan pengusiran roh. Pada penelitian ini ditemukan realitas keluarga Polan yang mengakui bahwa mereka tidak memiliki wawasan dan pengalaman dalam merawat pasien. Langkah pengobatan yang ditempuh keluarga adalah membawa pasien ke dukun, melakukan pengusiran roh, perawatan berdasarkan tutorial dari internet dan *YouTube*, serta inisiatif keluarga. Penelitian menunjukkan keluarga kewalahan karena terjadi pemburukan keadaan pasien dari hari ke hari, konflik dengan pasien, konflik dengan sesama anggota keluarga, dan tekanan dari masyarakat. Dengan demikian diketahui bahwa penerimaan keluarga dan wawasan memadai, keduanya adalah hal yang sangat penting untuk memberikan pengobatan yang tepat dan menjaga stabilitas hidup keluarga.

Peranan keluarga yang hidup bersama dengan pasien sangat penting karena mereka yang diharapkan membantu kehidupan pasien dan mendampingi pasien dalam situasi tersulit sekalipun. Problematika keluarga yang hidup bersama pasien akan semakin rumit jika pandangan keluarga dipengaruhi oleh stigma. Masyarakat yang berpegang pada stigma yakin bahwa pasien tidak butuh belas kasihan karena gangguan jiwa itu disebabkan kemalasan dan hanya alibi untuk tidak memberikan kontribusi hidup. Keyakinan tersebut juga ditemukan pada penelitian ini yaitu orang-orang di sekitar pasien melihat Polan sebagai orang yang malas bekerja. Stigma menempatkan pasien sebagai orang-orang yang menyimpang.¹⁶ Jika keluarga sepakat dengan stigma tersebut maka mereka akan berkonflik dengan pasien dan mengabaikan gejala-gejala gangguan jiwa yang benar-benar dialami pasien. Namun dari penelitian ini diketahui ada realitas keluarga yang tidak boleh diabaikan. Realitas tersebut yaitu keluarga yang hidup bersama pasien secara umum tidak mempersiapkan dirinya berhadapan dengan realitas dan dampak dari gangguan jiwa. Ikatan keluarga bisa jadi alasan kuat mereka untuk tetap merawat pasien tetapi pada saat yang sama mereka tertekan, rapuh, dan terpecah karena dinamika hidup bersama pasien. Pada penelitian ini Nura sebagai *caregiver* mengalaminya secara langsung dan mengaku khawatir atas dirinya sendiri yang berpotensi sakit. Orang di sekitar keluarga Polan juga menyarankan kepada Nura untuk menyelamatkan dirinya sendiri dan meninggalkan tiga pasien yang sedang dirawatnya. Peran Nura bagi tiga orang pasien di keluarganya menyangkut segala aspek baik fisik, psikis, rohani, sosial, dan ekonomi, sehingga tekanan dan kelelahannya sangat kompleks. Temuan penelitian ini menunjukkan pengaruh stigma terhadap keluarga dari pasien sangat menentukan jenis problematika yang muncul di antaranya menyalahkan satu sama lain, pembiaran, dan tidak sepakat dalam langkah pengobatan. Pengalaman pahit anak-anak Polan sejak kecil menimbulkan keyakinan kuat bahwa Polan adalah ibu yang tidak becus dan penyebab dari dua anak perempuannya turut jadi pasien. Sebelum kedatangan Nura, salah satu anak laki-laki bersama istri dan anak-anaknya, merekalah yang merawat Polan dan Kasih tetapi tidak berlangsung lama lalu mereka tinggal terpisah. Kemudian salah seorang anak perempuan yaitu Kris pulang dari perantauan untuk merawat keduanya, tetapi setelahnya Kris pun turut menjadi pasien. Realitas itulah yang menimbulkan kemarahan terhadap ibu mereka yang dianggap sebagai pintu gangguan jiwa meskipun diagnosa medis jelas menyatakan ketiganya mengalami skizofrenia.

Temuan penelitian ini menyingkap realitas bahwa problematika akibat gangguan jiwa dialami langsung oleh keluarga yang hidup bersama dengan pasien dan berdampak pada kehidupan mereka. Keluarga yang hidup bersama pasien dekat dengan keputusan karena setiap hari harus menghadapi situasi sulit setelah gangguan jiwa jadi bagian dari pengalaman

¹⁶ Julio Arboleda-Florez dan Norman Sartorius, *Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions*, (England: John Wiley & Sons, Ltd, 2008),1.

hidup keluarga. Keluarga yang jadi *caregiver* mengalami tekanan terbesar karena berinteraksi langsung dengan pasien.¹⁷ Mereka berhadapan dengan pasien yang sewaktu-waktu bisa marah, tertawa, emosional, agresif, dan pasif. Dinamika emosi tersebut dihadapi oleh Nura setiap harinya dari ketiga pasien yang hidup bersama dengannya. Pada penelitian ini ketiga pasien di keluarga Polan masing-masing memiliki pola perilaku yang berbeda di antaranya: pertama, Polan sebagai ibu merasa dirinya bukan pasien, berhalusinasi, mengaku tertekan dan kesusahan merawat kedua anaknya yang sakit, dan merasa selalu dimarahi Nura; kedua, Kasih sebagai pasien kedua, aktif secara fisik, terkesan stabil, dan mengaku sangat terganggu karena Kris yang sering berteriak-teriak di malam hari; dan ketiga, Kris sebagai pasien ketiga yang lebih pasif, fungsi fisik menurun, tidak komunikatif. Perilaku ketiga pasien itulah yang dihadapi Nura sambil menjaga kesehatan fisik dan jiwanya sendiri.

Keluarga yang hidup bersama pasien membutuhkan dukungan yang konsisten dari internal maupun eksternal keluarga. Dinamika dan tekanan menjalankan mengasuh pasien memengaruhi kesehatan dan kekebalan tubuh keluarga yang hidup bersama pasien.¹⁸ Keluarga berpotensi kebingungan, kelelahan fisik, dan kelelahan emosional berhadapan dengan pasien dan orang-orang di sekitar mereka. Keluarga membutuhkan keterampilan memecahkan masalah dan keterampilan berhadapan dengan pasien.¹⁹ Temuan penelitian menunjukkan keterampilan tersebut diperoleh Nura dari internet, bertanya kepada teman-temannya, dan inisiatif sendiri. Hal tersebut adalah konsekuensi nyata dari realitas keluarga yang tidak mempersiapkan dirinya sebagai *caregiver* bagi gangguan jiwa. Nura mengaku mencoba menghentikan obat rutin ketiga pasien agar mereka tidak ketergantungan dengan obat. Pada penelitian ini petugas Puskesmas menyebutkan bahwa tindakan tersebut adalah salah satu penyebab pemburukan keadaan pasien karena ketiga pasien di keluarga Polan didiagnosa skizofrenia seharusnya tidak boleh putus makan obat agar emosi mereka stabil.

Jadi keluarga yang hidup bersama dengan pasien berhadapan dengan problematika yang kompleks untuk merawat pasien sembari menjaga stabilitas kehidupan mereka. Keluarga dituntut punya komitmen dan pengorbanan besar untuk dapat hidup bersama pasien. Mereka harus belajar mengatasi delusi, halusinasi, perilaku berbahaya, kekerasan verbal, percobaan bunuh diri yang dilakukan pasien.²⁰ Meskipun manifestasi gangguan jiwa diperlihatkan dalam perilaku yang berbeda-beda sesuai dengan tingkat keparahannya, namun tekanannya tetap besar dan berdampak.

Pengaruh Stigma Gangguan Jiwa terhadap Keluarga yang Hidup Bersama dengan Pasien

Terdapat kecenderungan di negara-negara yaitu mengaitkan gejala psikologis ke hal-hal supernatural dan magis.²¹ Kecenderungan tersebut dinyatakan pada tindakan membawa pasien ke dukun karena yakin keadaan pasien disebabkan roh jahat, guna-guna, dan kesalahan terhadap leluhur. Pasien biasanya diberi ramuan, jimat, dan ada yang menjalani ritual pengusiran roha. Beberapa kelompok masyarakat di negara Asia juga menyikapi keadaan gangguan jiwa menggunakan stigma yang mengaitkan roh jahat dan magis, di antaranya Cina, Hong Kong, Jepang, Korea, Singapura, dan Thailand, di mana stigma turut berdampak kepada keluarga dari pasien (Zhisong Zhang, et al, 2019). Realitas di keenam negara Asia tersebut adalah juga realitas di negara Indonesia khususnya di daerah-daerah rural di mana wawasan masyarakat tentang gangguan jiwa sangat terbatas. Kelekatan masyarakat akan tradisi, adat istiadat, dan agama (Koentjaraningrat, 2009) turut mendorong laju stigmatisasi gangguan jiwa. Stigma jadi tantangan

¹⁷ Iva Milia Hani.R dan Inayatur Rosyidah, *Modul Terapi Family Psychoeducation (FPE) untuk Keluarga*, (Malang: Media Nusa Kreatif), 33.

¹⁸ Karl Pillemer dan Jill Sutor, 468.

¹⁹ Harriet P. Lefley and Mona Wasow, *Helping Families Cope with Mental Illness*, (Switzerland: Harwood Academic Publishers, 1994), 68.

²⁰ Richard C. Tesler dan Gail Gamache, *Family Experiences with Mental Illness*, (Greenwood Publishing Group, Inc, 2008), 8.

²¹ Richard Warner, 92.

besar bagi keluarga yang hidup bersama pasien dan untuk jadi *caregiver*. Keberadaan pasien di masyarakat sontak membuat masyarakat mempertanyakan keadaan di dalam keluarganya, kehidupan rohani keluarga, dan cara orang tua mendidik. Keluarga terutama jadi pihak yang disorot atas keadaan gangguan jiwa. Umumnya orang tua dianggap gagal mendidik, tidak beriman, dihukum, dan menularkan. Keadaan pasien dianggap sebagai kesalahan keluarganya yang tidak mampu memberikan pengasuhan yang tidak memadai.²² Temuan pada penelitian ini menunjukkan realitas bahwa Polan sebagai orang tua atau ibu disebut tidak tahu mengurus anak dan menularkan gangguan jiwa kepada anak-anaknya. Anjuran masyarakat kepada Nura untuk menyelamatkan diri sendiri dari pada hidup bersama para pasien. Pelabelan negatif terhadap keluarga adalah salah satu manifestasi dampak stigma terhadap keluarga dari pasien. Sementara pasien disebut beriman lemah, dirasuki roh jahat atau iblis, dihukum atau dikutuk, dianggap orang berbahaya, dan bisa menularkan kepada orang lain. Polan disebut telah menjadi pasien sejak anak-anak karena kemarahan roh leluhur di belakang rumah mereka sedangkan Kris jadi pasien karena diguna-guna orang. Penelitian ini menemukan dampak stigma terhadap cara pandang keluarga terhadap pasien seperti Nura yang memandang bahwa iman ketiga pasien lemah sehingga mereka mudah dipengaruhi roh jahat.

Besarnya dampak stigma terhadap keluarga yang hidup bersama dengan pasien menunjukkan konsekuensi dari keterbatasan wawasan dan pengalaman tentang gangguan jiwa di tengah masyarakat. Reaksi dan aksi keluarga terhadap gejala dan perubahan pasien juga tidak sama di mana ada keluarga yang tidak menyadari, memilih mengabaikan, dan ada yang salah memahami keadaan pasien. Dampak stigma dapat membuat keluarga meyakini bahwa gangguan jiwa tidak sama dengan gangguan kesehatan lain seperti kanker. Secara khusus pada penelitian ini yaitu konteks masyarakat rural berbudaya Batak dan beragama Kristen. Meskipun stigma tidak tertulis namun pengaruhnya besar dan persebarannya cepat di masyarakat rural karena hubungan sosial dan kekeluargaan yang kuat. Proses sosial yang menciptakan aturan hidup,²³ di masyarakat rural memungkinkan stigma tersebar massif. Pada konteks masyarakat Batak gangguan jiwa dikaitkan dengan roh orang mati yang datang mengganggu,²⁴ sehingga pasien akan dibawa berobat kepada dukun. Secara tradisional masyarakat Batak mempercayai adanya keterikatan roh-roh leluhur dengan manusia yang masih hidup. Oleh karena itu orang yang mengalami gangguan jiwa juga dikerap dikaitkan dengan kemarahan leluhur atas suatu pelanggaran. Konteks tersebut dapat dilihat pada penelitian keluarga Polan di mana dalam masyarakat beredar keyakinan bahwa Polan mengalami gangguan jiwa karena roh leluhur yang marah. Dalam masyarakat Kristen juga terdapat stigma yang mengaitkan gangguan jiwa sebagai akibat dari iman yang lemah, hukuman atas dosa, dan akibat kemalasan.²⁵ Ada juga masyarakat Kristen yang mengaitkan keadaan pasien dengan pengaruh roh jahat dan mendorong pasien untuk melakukan pengusiran roh atau eksorsisme.²⁶ Berbagai stigma tersebut memengaruhi sikap keluarga terhadap pasien dan langkah yang ditempuh keluarga dalam pengobatan. Kekeliruan keluarga Kristen dalam memahami gangguan jiwa dapat menimbulkan penolakan diagnosis dan berharap bahwa dengan berdoa saja pasien akan sembuh.²⁷

Dukungan keluarga sangat memengaruhi situasi pengasuhan pasien²⁸ dan keluarga adalah garda terdepan bagi seseorang pasien. Namun penelitian ini menemukan adanya realitas keluarga yang kesulitan melakukan perawatan terhadap pasien karena pengalaman hidup yang

²² Paul Jay Fink, *Mental Illness*, 4.

²³ Ida Bagus Wirawan, *Teori-teori Sosial dalam Tiga Paradigma Fakta Sosial, Definisi Sosial, dan Perilaku Sosial*, (Jakarta: Kencana, 2012), 129.

²⁴ Julianto Simanjuntak, *Konseling Gangguan Jiwa dan Okultisme*, (Jakarta: Gramedia Pustaka, 2013), 72.

²⁵ Leslie Lim and Douglas Koh, 38.

²⁶ Leslie Lim and Douglas Koh, 36.

²⁷ Leslie Lim and Douglas Koh, 38.

²⁸ Ronda C. Talley, Gregory L. Fricchione dan Benjamin G. Druss, 1.

terdampak oleh stigma sejak masih kecil. Anak-anak keluarga Polan mengungkapkan besarnya rasa malu dan tekanan yang mereka alami sehari-hari karena ibu mereka disebut orang gila. Sejak kecil anak-anak keluarga Pola meyakini bahwa “ibu yang gila” jadi aib dan penyebab ejekan-ejekan orang-orang di sekitar mereka. Sebutan orang gila adalah stigma paling sering dilekatkan pada pasien. Realitasnya tidak semua pasien memiliki kondisi fisik dan perilaku yang buruk atau tidak seperti manusia yang sehat pada umumnya. Meskipun larangan penyebutan “orang gila” terhadap pasien gangguan jiwa telah digalakkan sejak tahun 2011 dan disahkan 2014 dalam UU No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, namun tidak serta-merta menghentikan masyarakat menggunakannya. Stigma mengakar sangat kuat pada keyakinan tradisional bahwa gangguan jiwa kegagalan moral sehingga menimbulkan rasa malu bahkan pengucilan. Ketidadaan wawasan yang benar tentang gangguan jiwa dan perawatannya juga jadi penunjang eksistensi stigma sangat melekat di masyarakat. Oleh karena itu bagi masyarakat Asia gangguan jiwa adalah masalah kompleks karena berkaitan dengan budaya, sosial, ekonomi, dan politik (Shawn Yong-Shian Goh, 2024). Beberapa di antaranya yakni Cina, Korea, Thailand di mana gangguan jiwa tidak dibicarakan secara terbuka (Lum and Sun, 2014, Zhang et al, 2019) dan situasi tersebut juga terjadi di Indonesia. Pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia sangat terbatas di mana hanya terdapat 1200 psikiater untuk 270.000.000 penduduk (Rayda, 2023). Pada tahun 2026 portal Kementerian Kesehatan Indonesia merilis data perawat kesehatan jiwa berdasarkan data BPS 2024,²⁹ diketahui ada 5.330 perawat kesehatan jiwa untuk 284.438.782 penduduk Indonesia sedangkan provinsi Sumatera Utara ada 222 untuk 15.785.839 penduduk. Jadi rasio jumlah perawat kesehatan jiwa terhadap jumlah penduduk untuk Indonesia adalah 0,02 per 1000 penduduk sedangkan untuk provinsi Sumatera Utara adalah 0,01 per seribu penduduk. Fasilitas kesehatan jiwa dan tenaga profesional yang terbatas membuat kebutuhan akan bantuan tenaga kesehatan jiwa yang profesional tidak mudah didapatkan. Situasi inilah yang menyuburkan stigma sehingga mengakar begitu kuat dan wawasan tentang gangguan jiwa yang terus menerus keliru. Ketidadaan wawasan yang benar menimbulkan keengganan bahkan perasaan tabuh untuk memicarakan gangguan jiwa. Realitas di atas terjadi di banyak daerah rural di Indonesia di mana masyarakat berpegang bahwa gangguan jiwa sebagai aib sehingga berusaha menyembunyikannya, salah satunya masyarakat desa Simatibung pada penelitian ini. Meskipun per 2025 terdapat hampir satu millar orang di seluruh dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa,³⁰ namun banyak orang tetap memilih menyangkal keadaan itu dengan berbagai alasan. Topik gangguan jiwa tidak dianggap sebagai hal wajar untuk didiskusikan di lingkungan publik.

Kebutuhan Pendampingan Pastoral Gereja bagi Keluarga yang Hidup Bersama dengan Pasien

Keberadaan orang dengan gangguan jiwa adalah salah satu realitas kehidupan berjemaat sehingga Gereja tidak dapat mengabaikannya. Gereja diperhadapkan kepada realitas bahwa ada keluarga Kristen yang hidup bersama dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Penelitian akan dibatasi pada pendampingan pastoral Gereja bagi keluarga yang hidup bersama dengan pasien. Temuan penelitian ini menyingkap realitas keluarga yang kesulitan melakukan perawatan terhadap pasien karena pengalaman hidup yang terdampak oleh stigma sejak masih kecil. Keluarga yang hidup bersama pasien berhadapan dengan rasa malu, tekanan, dan kebingungan sehingga mereka tidak berdaya serta rentan terhadap konflik internal keluarga

²⁹ Kementerian Kesehatan, Indikator SDM Kesehatan, diakses dalam https://eplanning.ditjennakes.kemkes.go.id/indikator/user/rasio_sdgs/?nakes=Perawat+Kesehatan+jiwa.

³⁰ Global Health and Foreign Policy, *Political Declaration Of The Fourth High-Level Meeting Of The General Assembly On The Prevention And Control Of Noncommunicable Diseases And The Promotion Of Mental Health and Well-Being*, 2025, diakses di <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/on-the-road-to-2025>.

maupun eksternal. Berbagai problematika yang dihadapi Nura sebagai *caregiver* yang hidup bersama dengan tiga orang pasien membuatnya lelah, sering menangis, merasa tidak sanggup, dan sering tersulut emosi. Konsekuensi hidup bersama dengan pasien terlihat jelas pada penelitian ini sebagaimana kekhawatiran Nura akan dirinya yang akan ikut sakit. Realitas di ataslah yang harus direspon oleh Gereja melalui pendampingan pastoral. Pada hakikatnya Gereja hadir bagi setiap orang yang membutuhkan pertolongan dan memampukan mereka merasakan kehadiran Allah dalam kelemahannya.³¹

Kebutuhan pendampingan pastoral bagi keluarga yang hidup bersama dengan pasien tidak akan sama dengan mereka yang tinggal bersama pasien. Mereka yang tinggal bersama pasien merasakan dampak yang lebih besar dan konsisten dari perilaku pasien maupun stigma masyarakat. Stigma memengaruhi masyarakat untuk melihat pasien sebagai orang yang menyimpang.³² Oleh karena itu sedini mungkin keluarga yang hidup bersama pasien harus didampingi agar mereka tidak dipandu oleh stigma masyarakat. Pendampingan pastoral bagi keluarga bertujuan memberikan wawasan yang tepat sehingga dapat mengambil langkah perawatan yang tepat. Kehadiran pelayan Gereja sangat berarti bagi anggota keluarga yang hidup bersama pasien karena pada umumnya orang-orang tidak mempersiapkan dirinya berhadapan dengan gangguan jiwa. Kehadiran Gereja memang tidak serta-merta memulihkan keadaan keluarga tetapi melalui pendampingan pastoral keluarga dapat dihindarkan dari langkah perawatan yang berorientasi pada stigma seperti pengusiran roh, praktik dukun, pemasungan, dan pembiaran. Pada penelitian ini ditemukan bahwa ketiadaan pendampingan Gereja terhadap keluarga yang hidup bersama tiga pasien menimbulkan langkah perawatan yang dipengaruhi stigma.

Dalam pelayanan pastoral, seorang pendamping perlu memperhatikan konteks kehidupan sosial, ekonomi, budaya, dan kerohanian dari keluarga yang didampingi. Tujuannya agar pendampingan pastoral yang dilakukan Gereja dapat menjawab kebutuhan pendampingan keluarga yang hidup bersama dengan pasien. Keberagaman konteks keluarga merupakan tantangan bagi Gereja. Seorang pendamping harus memahami konteks dan kebutuhan anggota keluarga supaya mereka memperoleh pendampingan tepat guna.³³ Jadi dibutuhkan pendekatan dan pengamatan terhadap keluarga dan konteks di sekitarnya untuk memahami pengalaman dan penderitaan keluarga. Kepercayaan keluarga terhadap pendamping sangat memengaruhi keterbukaan tentang pengalaman dan pergumulan anggota keluarga dari pasien. Seorang pendamping juga perlu memperhatikan status dan peranan pasien di dalam keluarga juga memengaruhi perbedaan kebutuhan pendampingan pastoral. Jika pasien berstatus orang tua yaitu ayah atau ibu dan berperan sebagai penopang utama kebutuhan ekonomi keluarga maka kebutuhan pendampingan anak-anaknya lebih kompleks. Anak-anaknya yang hidup bersama dengan pasien kehilangan peran penopang ekonomi, pemberi afeksi, perlindungan, pendidik, dan bahkan kepercayaan diri di masyarakat. Selanjutnya, jika pasien berstatus anak dan berperan sebagai saudara bagi anak lain maka kebutuhan pendampingan orang tuanya dan saudara-saudaranya juga kompleks. Pada umumnya orang tua dari pasien akan jadi pihak yang paling disalahkan dan dianggap tidak cakap dalam mengasuh anak. Saudara-saudari dari pasien berpotensi mengalami ketegangan dan konflik satu sama lain atas keadaan pasien. Mereka bisa saja kesal dan tidak setuju atas perlakuan orang tua mereka terhadap saudara mereka yang gangguan jiwa. Hal-hal tersebut di atas ditemukan pada realitas keluarga Polan yaitu masing-

³¹ Alastair Campbell, *Profesionalisme dan Pendampingan Pastoral*, (Yogyakarta: Kanisius, Jakarta: BPK Gunung Mulia, 1994), 132.

³² Julio Arboleda-Florez dan Norman Sartorius, *Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions*, (England: John Wiley & Sons, Ltd, 2008), 1.

³³ Brian S. Canfield, "Diversity and Intercultural Work in Family Counseling", dalam David Capuzzi and Mark D. Stauffer, *Foundations of Couples, Marriage, and Family Counseling*, (USA: John Wiley & Sons, Inc, 2021), 132.

masing anggota keluarga pasien memiliki kebutuhan pendampingan pastoral yang berbeda. Ketiga pasien masing-masing memiliki status dan peranan namun tidak lagi dapat menjalankannya. Peranan ibu bagi anak-anak Polan telah terganggu sangat lama sehingga orang yang idealnya memberi afeksi, jadi penopang ekonomi, tempat perlindungan, pendidik, dan pemberi kepercayaan diri, sudah tidak berperan maksimal. Kedua pasien perempuan dalam keluarga Polan adalah pergumulan bagi saudara-saudarinya. Perasaan kesal cenderung timbul dalam hati anak karena tidak setuju dengan cara orang tua merawat pasien³⁴ sebagaimana pandangan anak-anak Polan terhadap ibunya. Namun situasi keluarga yang hidup bersama dengan pasien tentu lebih kompleks karena mereka memikul penderitaan yang berjaln berkelindan karena harus merawat pasien sambil menjaga hidupnya tetap stabil sebagaimana dialami Nura.

Konteks umum pada keluarga yang hidup bersama pasien adalah kekacauan pasti timbul dan keluarga berusaha mengelolanya.³⁵ Itu sebabnya kehadiran Gereja sebagai pendamping pastoral akan sangat berarti untuk memberikan dukungan spiritual bagi mereka yang bergumul setiap harinya. Kehadiran Gereja untuk memampukan seseorang untuk menghadapi dan mengalahkannya kesulitan³⁶ adalah urgensi pada setiap pendampingan pastoral kepada keluarga yang hidup bersama dengan pasien. Tujuannya jelas yaitu mereka mereka dapat bertahan, tetap berpengharapan, dan tidak ragu-ragu mencari bantuan tenaga kesehatan jiwa.³⁷ Dasar Gereja melakukan pendampingan pastoral adalah Yesus yang prihatin kepada orang sakit dan berbeban berat. Yesus datang memberikan kesembuhan fisik dan spiritual bagi orang-orang yang membutuhkannya.³⁸ Ketegangan bahkan konflik dengan pasien adalah konsekuensi pasti karena keluarga berhadapan dengan orang yang tidak stabil secara emosi dan cenderung berhalusinasi. Keberadaan pasien juga berpotensi menimbulkan konflik di dalam keluarga tentang siapa yang harus merawat pasien dan memenuhi kebutuhan hidupnya. Oleh karena itu keluarga yang hidup bersama dengan pasien membutuhkan lebih banyak waktu memahami keadaan mereka, banyak keterampilan untuk hidup bersama pasien,³⁹ dan butuh ketahanan fisik, psikis, dan ekonomi agar tidak ikut sakit. Namun kekacauan yang dialami keluarga tidak hanya berasal dari konflik dengan pasien dan internal keluarga karena konteks hidup bermasyarakat tidak kalah rumit. Keluarga yang hidup bersama adalah sasaran stigma gangguan jiwa sehingga kehadiran Gereja harus disegerakan untuk mendampingi mereka. Reaksi umum keluarga terhadap diagnosa gangguan jiwa adalah sangat terkejut dan ketakutan seolah sudah akhir dunia.⁴⁰ Keluarga berada dalam situasi dilematis dan pergumulan yang berat sehingga membutuhkan dukungan moral dan spiritual dari orang di luar keluarga mereka. Dukungan spiritual jadi sumber kekuatan yang berarti untuk membantu seseorang memahami kesulitan hidup yang sedang dihadapi (S. P. I. Duha, N. B. Marpaung, 2024).

Pada penelitian ini keluarga Polan adalah jemaat HKBP dan ditemukan bahwa keluarga belum mendapatkan pendampingan pastoral Gereja secara maksimal. Tokoh Gereja pada penelitian ini menyebutkan bahwa pengetahuan dan pengalaman mereka terkait gangguan jiwa serta langkah pendampingannya tidak memadai. Oleh karena itu pendampingan pastoral kepada keluarga Polan yang hidup bersama pasien belum dapat dilakukan secara maksimal. Gereja HKBP mengakui adanya realitas gangguan jiwa dalam jemaat HKBP dan terdapat pelayanan bagi pasien serta keluarga dari pasien. Persebaran Gereja HKBP di berbagai wilayah Indonesia bahkan luar

³⁴ Yuko Kawanishi, 9.

³⁵ Yuko Kawanishi, *Families Coping with Mental Illness Stories from the US and Japan*, (New York: Routledge, 2006), xii.

³⁶ J. D. Engel, *Pendeta Sebagai Konselor Pastoral*, (Jakarta: BPK Gunung Mulia, 2016), 88.

³⁷ Yakub B. Susabda, 204.

³⁸ Granger E. Westberg, *Minister and Doctor Meet*, (USA: Harpers and Brothers Publishers, 1961), 161.

³⁹ C. W. Brister, *Pastoral Care in the Church*, (USA: Harper and Row Publishers, 1964), 248.

⁴⁰ Yuko Kawanishi, 43-44.

negeri semakin memperkuat potensi banyaknya keluarga-keluarga HKBP yang berhadapan dengan gangguan jiwa. Gereja HKBP melalui Departemen Diakonia melakukan pelayanan kepada orang dengan gangguan jiwa yang dimulai sejak 2017 Agustus 2021.⁴¹ Gereja HKBP melalui Departemen Diakonia melakukan pendampingan pastoral kepada keluarga dari pasien, sedangkan pelayanan kepada pasien dilakukan melalui pemberian makanan bagi pasien yang tinggal di jalanan, membuka komunikasi dengan para pasien dan mengusahakan kebersihan pasien. Pelayanan ini dilaksanakan langsung oleh *Caritas Emergency* khususnya unit pelayanan ODGJ yang bertempat di Rumah Cermin, Jln. Viyata Yuda No.52. Pelayanan Gereja HKBP bagi pasien dan anggota keluarga dari pasien saat ini masih berada di Pematangsiantar khususnya di wilayah kota dan jangkauannya masih sangat terbatas di bandingkan dengan luasnya medan persebaran jemaat HKBP. Pendampingan pastoral Gereja HKBP kepada keluarga yang hidup bersama pasien hakikatnya dapat dilaksanakan dan dikembangkan. Gereja HKBP juga menyatakan tanggung jawabnya melayani orang yang terbelakang akibat penyakit maupun kemiskinan.⁴² Dengan demikian keluarga dari pasien maupun pasien itu sendiri tidak dikecualikan di dalam pelayanan tersebut. Tantangan pelayanan pastoral berupa keterbatasan pengetahuan dan pengalaman para pelayan adalah hal yang dapat diatasi dan diperlengkapi agar Gereja dapat menjangkau keluarga-keluarga yang hidup bersama pasien dan menjawab kebutuhan mereka. Pendampingan pastoral adalah alat berharga untuk membantu Gereja tetap relevan bagi kebutuhan manusia karena dapat menjangkau mereka yang membutuhkan pertolongan⁴³ seperti keluarga yang hidup bersama dengan pasien.

Ajaran Yesus dan pelayanannya adalah pegangan utama Gereja untuk berpihak kepada keluarga yang hidup bersama pasien agar stigma tidak memengaruhi pelayanan Gereja. Pembela mereka yang menderita hanya Allah,⁴⁴ sehingga Gereja jadi perpanjangan tangan Allah mengasihi dan menguatkan mereka agar tidak putus asa berhadapan penderitaan mereka. Yesus adalah gembala yang memelihara, memberikan keamanan, memenuhi kebutuhan, membela domba lemah, dan memberikan penghiburan. Peranan gembala di tengah Gereja merujuk kepada para pelayan Gereja untuk mengajar, menuntun, dan memimpin⁴⁵ keluarga yang hidup bersama pasien yang menghadapi krisis kehidupan pribadi dan bermasyarakat. Pendampingan pastoral Gereja jadi jalan memulihkan konseli secara holistik mencakup fisik, psikis, sosial dan spiritual.⁴⁶ Dalam Gereja HKBP, peranan gembala dimuat dalam salah satu tugas jabatan pendeta poin pertama berbunyi "Peliharalah harta yang diterima dari Tuhan Yesus seperti yang dilakukan gembala memelihara yang dipercayakan kepada kepadanya agar jangan tersesat."⁴⁷ Pelayanan Yesus terhadap orang-orang yang menderita, termarginalkan, memberikan penghiburan bahkan memberikan nyawaNya, memang membuktikan bahwa Yesus sang Gembala yang baik (Yoh.10).⁴⁸ Dengan demikian para pelayan pastoral Gereja melakukan pendampingan dengan berorientasi kepada pelayanan Yesus yang terbuka bagi semua orang termasuk keluarga yang hidup bersama pasien. Injil mencatat permasalahan kesehatan jiwa adalah realitas yang direspon oleh Yesus meskipun roh jahat menjadi pemicunya (Mat.8:28-34; Mark.5:1-20; Lk.8:26-39). Seseorang yang diganggu roh jahat menunjukkan beberapa gejala yang mirip dengan orang yang mengalami gangguan jiwa.⁴⁹ Dalam Injil pengaruh roh jahat menimbulkan kekuatan destruktif yang

⁴¹ <https://www.hkbp.or.id/article/pelayanan-departemen-diakonia-kepada-odgj-diawali-dengan-doa>, dikunjungi pada 11 Mei 2024 pukul 15.01 WIB.

⁴² Konfessie HKBP 1951 dan 1996 tentang Masyarakat menyatakan pentingnya iman dan tanggung jawab dalam masyarakat Indonesia yang majemuk dalam melayani orang miskin, yang sakit, yang melarat, orang sakit, yang terbelakang, yang bodoh, korban ketidak-pastian hukum (penyelewengan hukum).

⁴³ Howard Clinebell, *Tipe-tipe Dasar Pendampingan dan Konseling Pastoral*, (Yogyakarta: Kanisius, 2002), 18.

⁴⁴ Malcolm Brownlee, *Tugas Manusia Dalam Dunia Milik Tuhan*, (Jakarta: BPK Gunung Mulia, 2004), 93.

⁴⁵ Yulian Anouw, *Pendampingan Pelayanan Pastoral*, (Sulawesi: Ruang Tentor, 2024), 29.

⁴⁶ Yohan Brek, *Konseling Pastoral Teori dan Penerapannya*, (Jawa Tengah: CV Pena Persada, 2023), 7.

⁴⁷ Agenda HKBP Bahasa Indonesia, *Tata Kebaktian Penahbisian Pendeta*, 49.

⁴⁸ Aart Van Beek, *Pendampingan Pastoral*, (Jakarta: BPK Gunung Mulia, 1999), 10.

⁴⁹ Leslie Lim and Douglas Koh, *Mental Illness or Demonisation Similarities and Differences*, (Singapore: Genesis Book, 2007), 7.

membuat seseorang tidak terkendali, dirantai, dan dianggap sebagai ancaman masyarakat.⁵⁰ Namun Yesus mendekati, menerimanya, memulihkan statusnya, bahkan mengembalikannya kepada keluarganya. Tentu saja gangguan roh jahat dan gangguan jiwa tidak dapat disamakan meskipun gejala keduanya mirip. Keperdulian Yesus adalah inti yang harus diteladani Gereja untuk memperdulikan orang yang menderita tanpa dipengaruhi stigma masyarakat.

Catatan penting dalam pendampingan pastoral adalah memastikan para *caregiver* memperoleh kekuatan supaya dapat mendampingi dan menopang kehidupan pasien. Anggota keluarga yang jadi *caregiver* bertanggungjawab memahami, menopang, merawat, dan mencari solusi bagi anggota keluarga yang sakit.⁵¹ Gereja harus sungguh-sungguh dalam pendampingan pastoral karena besarnya tanggung jawab anggota keluarga bagi kehidupan pasien. Pengambilan keputusan keliru akan membuat keluarga menempatkan pasien di tempat yang salah seperti pengobatan di dukun, disembunyikan, dipasung, dan ditelantarkan. Oleh karena itu pendampingan pastoral Gereja terhadap anggota keluarga yang hidup bersama pasien tidak sekadar perjumpaan dan kunjungan beberapa kali. Pendampingan pastoral dilakukan sebagai proses pendampingan yang berkelanjutan. Pendampingan bagi keluarga yang hidup bersama pasien akan mencegah keretakan relasi akibat gangguan jiwa dan mencegah keputusan keluarga yang keliru terhadap pasien. Kekuatan dan ketahanan ikatan keluarga diuji oleh penyakit yang berkepanjangan seperti gangguan jiwa yang menuntut empati dan tanggung jawab sosial, ekonomi, dan moral keluarga atas hidup pasien. Seorang *caregiver* pasti berhadapan dengan pasien yang bersikap buruk, kasar, meyusahkan, dan membahayakannya, namun cinta dan kasih sering kali membuat *caregiver* tetap peduli dan merawatnya.⁵² Komitmen yang didasarkan pada kasih memengaruhi pandangan keluarga dari pasien untuk melihat pengasuhan dan perawatan terhadap pasien lebih dari kewajiban. Keluarga membutuhkan pendampingan supaya mereka tidak mempercayai stigma dan memperoleh keterampilan memecahkan masalah-masalah yang timbul pada saat hidup bersama dengan pasien.⁵³

Clinebell mengutip pandangan Freud tentang memberikan konseling dan penggembalaan sebagai kontribusi yang signifikan bagi orang yang bermasalah kesehatan jiwa.⁵⁴ Gereja menjadi garda terdepan bagi para anggota keluarga Kristen yang hidup bersama dengan pasien. Secara umum jemaat meyakini Gereja tidak akan menghakimi dan menolak anggota jemaat yang berbeban berat seturut dengan pemberitaan Firman Allah yang dilakukan Gereja. Teladan bagi Gereja adalah Yesus yang memanggil datang semua yang letih lesu dan berbeban berat supaya Dia memberikan kelegaan bagi mereka (Mat.11:28). Yesus memanggil mereka yang berbeban berat untuk membuat mereka lega dan jiwa mereka beroleh ketenangan (Mat.11:29). Jadi Gereja jadi tempat aman dan nyaman untuk berbagi pengalaman, beban berat, bahkan kekhawatiran anggota keluarga dari pasien tanpa takut dihakimi. Pasien adalah tetap manusia bernilai dan berharga bagi Allah. Pelayanan Diakonia Gereja menjanjikan pelayanan kasih bagi semua orang seperti telah dilakukan Yesus Kristus yang mendekati dan menyembuhkan orang dengan gangguan jiwa. Catatan Injil menjamin bahwa Yesus tidak mengabaikan realitas hidup orang yang disebut “gila”, sebaliknya Yesus mendekati, memulihkannya, dan mengembalikannya kepada keluarganya (Mrk.5:1-20; Lk.8:26-39; Mat.8:28-34).

Gereja tidak dapat mengobati pasien tapi mengobati anggota keluarga yang hidup bersamanya dengan cara menerima, mendengarkan, dan memberi kepercayaan diri. Anggota keluarga dan pasien sangat membutuhkan kekuatan untuk berani berhadapan dengan realitas

⁵⁰ Joel B. Green, *The Gospel of Luke*, (USA: Wm. B. Eerdmans Publishing Co, 1997), 338.

⁵¹ Nicko Hosea L, *Pastoral Konseling Keluarga Berdasarkan Kolose 3:18-21*, (Yogyakarta: PBMR, 2022), 17.

⁵² David A. Karp, *The Burden of Sympathy: How Families Cope With Mental Illness*, (New York: Oxford University Express, 2001), 16.

⁵³ Harriet P. Lefley and Mona Wasow, *Helping Families Cope with Mental Illness*, (Switzerland: Harwood Academic Publishers, 1994), 68.

⁵⁴ Howard J. Clinebell, *Mental Health Through Christianity*, (USA: Abingdon Press, 1965), 210.

gangguan jiwa dan keyakinan bahwa hal itu bisa dilampaui (Shawn Yong-Shian Goh, 2014). Kebutuhan tersebutlah yang direspon dan dipenuhi melalui pendampingan pastoral sehingga keluarga tidak enggan berdiskusi secara terbuka dan membawa pasien ke tenaga kesehatan jiwa profesional. Keengganan itu dipicu stigma yang memengaruhi masyarakat melihat gangguan jiwa tidak sama dengan penyakit lainnya seperti kanker sehingga banyak pasien memilih sikap *denial* sedangkan keluarganya memilih tidak membicarakannya. Tanpa edukasi yang konsisten dari profesional maupun tokoh masyarakat maka stigma gangguan jiwa sebagai aib akan terus menguat. Gereja tidak dapat bekerja sendiri melainkan berintegrasi dengan pemerintah dan tenaga kesehatan jiwa. Integrasi peranan Gereja, anggota keluarga, dan tenaga kesehatan jiwa itulah yang mendorong percepatan pulihnya pasien. Perawatan terhadap gangguan jiwa adalah perjalanan panjang karena itu dibutuhkan konsistensi dan kesabaran dalam berkolaborasi (Shawn Yong-Shian Goh, 2014). Realitas di lapangan menunjukkan ketiadaan pendampingan pastoral kepada anggota keluarga yang hidup bersama pasien disebabkan para pelayan tidak memiliki wawasan dan kompetensi dasar untuk pendampingan pastoral yang terkait dengan gangguan jiwa. Sementara Gereja tidak bisa memisahkan dirinya dari keprihatinan terhadap gangguan jiwa dan pendampingan adalah kebutuhan keluarga yang mengurus supaya mereka tidak ikut sakit. Oleh karena itu Gereja perlu mempersiapkan metode dan kecakapan dalam melakukan pelayanan dan pendampingan pastoral bagi keluarga yang hidup bersama pasien.

SIMPULAN

Keluarga yang hidup bersama dengan pasien adalah orang yang paling terdampak atas keadaan pasien. Keluarga yang berperan sebagai *caregiver* akan berhadapan dengan berbagai problematika bersumber dari pasien, internal keluarga, dan masyarakat di sekitar mereka. Keluarga dari pasien harus berkomitmen merawat pasien sembari menjaga stabilitas kehidupan mereka sendiri. Oleh karena keluarga yang hidup bersama pasien membutuhkan pendampingan pastoral Gereja supaya dapat bertahan dan melampaui masa yang berat saat mengurus pasien. Secara umum keluarga tidak pernah mempersiapkan dirinya untuk jadi *caregiver* sehingga wawasan dan pengalaman mereka sangat terbatas. Keterbatasan tersebutlah yang membuat stigma sangat memengaruhi reaksi keluarga terhadap pasien dan tindakan perawatan yang ditempuh keluarga. Rasa malu, tertekan, dan kebingungan membuat keluarga jadi tidak berdaya serta rentan terhadap konflik internal keluarga maupun eksternal. Pendampingan pastoral menjadi cara Gereja untuk menopang dan menumbuhkan pengharapan keluarga, memperoleh wawasan yang benar tentang gangguan jiwa, dan berdaya untuk mengambil langkah pengobatan yang tepat bagi pasien.

REFERENSI

- Anouw, Y. (2024). *Pendampingan pelayanan pastoral*. Ruang Tentor.
- Arboleda-Flórez, J., & Sartorius, N. (2008). *Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions*. John Wiley & Sons.
- Autton, N. (1963). *The church and mental illness*. SPCK.
- Bagus Wirawan, I. (2012). *Teori-teori sosial dalam tiga paradigma: Fakta sosial, definisi sosial, dan perilaku sosial*. Kencana.
- Brek, Y. (2023). *Konseling pastoral: Teori dan penerapannya*. CV Pena Persada.
- Brister, C. W. (1964). *Pastoral care in the church*. Harper & Row Publishers.
- Brownlee, M. (1997). *Tugas manusia dalam dunia milik Tuhan*. BPK Gunung Mulia.
- Campbell, A. (1994). *Profesionalisme dan pendampingan pastoral*. Kanisius & BPK Gunung Mulia.
- Clinebell, H. (1965). *Mental health through Christianity*. Abingdon Press.

- Clinebell, H. (2002). *Tipe-tipe dasar pendampingan dan konseling pastoral*. Kanisius.
- Engel, J. (2016). *Pendeta sebagai konselor pastoral*. BPK Gunung Mulia.
- Goh, S. Y.-S. (2024). The landscape of mental health care in Asia: Issues and challenges. *Jurnal Ners*, 19(3).
- Green, J. B. (1997). *The Gospel of Luke*. Wm. B. Eerdmans Publishing.
- Hartini, N., et al. (2018). Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychology Research and Behavior Management*, 11.
- Hosea, L. N. (2022). *Pastoral konseling keluarga berdasarkan Kolose 3:18–21*. PBMR.
- Jones, D. W. (2002). *Myths, madness and the family: The impact of mental illness on families*. Palgrave.
- Karp, D. A. (2001). *The burden of sympathy: How families cope with mental illness*. Oxford University Press.
- Kawanishi, Y. (2006). *Families coping with mental illness: Stories from the US and Japan*. Routledge.
- Koentjaraningrat. (2009). *Pengantar sosiologi*. Rineka Cipta.
- Lefley, H. P., & Wasow, M. (1994). *Helping families cope with mental illness*. Harwood Academic Publishers.
- Lim, L., & Koh, D. (2007). *Mental illness or demonisation: Similarities and differences*. Genesis Book.
- Milia Hani, R., & Inayatur Rosyidah, I. (2020). *Modul terapi family psychoeducation (FPE) untuk keluarga*. Media Nusa Kreatif.
- Simanjuntak, J. (2013). *Konseling gangguan jiwa dan okultisme*. Gramedia Pustaka.
- Simons, H. (2014). Case study research: In-depth understanding in context. In P. Leavy (Ed.), *The Oxford handbook of qualitative research*. Oxford University Press.
- Subagyo, A. B. (2014). *Pengantar riset kuantitatif dan kualitatif termasuk riset teologi dan keagamaan*. Yayasan Kalam Hidup.
- Talley, R. C., Fricchione, G. L., & Druss, B. G. (2014). *The challenges of mental health caregiving: Research, practice, policy*. Springer.
- Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. L. (2016). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource* (4th ed.). John Wiley & Sons.
- Tesler, R., & Gamache, G. (2000). *Family experiences with mental illness*. Greenwood Publishing Group.
- Thompson, M. L. (2007). *Mental illness*. Greenwood Press.
- Triani, N., & Amir, N. (2013). *Pendidikan anak berkebutuhan khusus lamban belajar (slow learner)*. Luxima Metro Media.
- Van Beek, A. (1999). *Pendampingan pastoral*. BPK Gunung Mulia.
- Westberg, G. E. (1961). *Minister and doctor meet*. Harper & Brothers Publishers.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th ed.). SAGE Publications.
- Zhang, Z., et al. (2020). Overview of stigma against psychiatric illnesses and advancements of anti-stigma activities in six Asian societies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17.