

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kitab Kej. 1:26-27 menyatakan manusia sebagai ciptaan yang istimewa. Keistimewaan manusia tampak dalam kenyataan bahwa manusia diciptakan sebagai citra atau gambar Allah (*imago Dei*). Dalam kedaulatan-Nya, Allah menciptakan manusia dalam keadaan baik, bahkan sungguh amat baik (Kej. 1:31). Allah menciptakan manusia sebagai seorang pribadi (*persona*) yang berbadan dan berjiwa (Kej. 2:7). Badan bertalian dengan aspek fisik atau jasmaniah yang eksis secara empiris, sedangkan jiwa bertalian dengan aspek mental atau rohaniah yang metafisik. Badan merupakan tempat jiwa berada dan berinteraksi dengan dunia luar. Jiwa memberikan kesadaran pada badan; serta memungkinkan manusia untuk berpikir, merasa, dan berperilaku. Kedua aspek tersebut, badan dan jiwa, merupakan bagian utuh dari diri manusia sebagai seorang individu.¹

Manusia sebagai individu yang berbadan dan berjiwa merupakan makhluk yang rapuh (*vulnerable being*). Kerapuhan merupakan hakikat manusia sebagai makhluk ciptaan. Salah satu tanda kerapuhan manusia adalah dia tidak bisa lari atau terluput dari sakit dan penyakit. Sakit menjadi salah satu pengalaman eksistensial manusia. Hal itu berarti bahwa sakit senantiasa melingkupi dan menandai kehidupan manusia. Maurice Merleau-Ponty² bahkan menekankan sakit sebagai fakta yang tak tersangkal dalam hidup manusia. Sakit merupakan sesuatu

¹A. H. Yusuf, Rizky Fitryasari, dan Nanik E. Nihayati, *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa* (Jakarta: Salemba Medika, 2014), hlm. 5; Dedi Hantono dan Diananta Pramitasari, "Aspek Perilaku Manusia sebagai Makhluk Individu dan Sosial pada Ruang Terbuka Publik", *Nature: National Academic Journal of Architecture*, 5:2 (2018), hlm. 86.

²Merleau-Ponty adalah seorang filsuf fenomenologi dari Prancis yang lahir pada 14 Maret 1908 dan meninggal pada 4 Mei 1961. Dia dikenal karena kontribusinya dalam bidang fenomenologi dan filosofi, terutama dalam teori perilaku tubuh dan persepsi manusia. Dia menempuh pendidikan di *École Normale Supérieure*, Paris dan mengajar di beberapa universitas, termasuk *University of Lyon* dan *Sorbonne University*, Paris (Ali Mursyid Azisi, "Maurice Merleau-Ponty dan Hasil Pemikirannya", *Jurnal Yaqzhan*, 6:2 (2020), hlm. 190).

yang melekat dalam diri manusia karena ketubuhannya, sehingga dapat dipandang juga sebagai cara berada manusia itu sendiri.³

Sakit merupakan suatu peristiwa yang acap kali mengguncangkan hidup manusia sekaligus mengacaukan keutuhan diri manusia sebagai seorang individu yang berbadan dan berjiwa. Sakit bisa dialami oleh manusia, baik pada aspek tubuh maupun aspek jiwanya. Sakit pada aspek tubuh atau secara fisik menyebabkan kerusakan atau gangguan pada fungsi organ-organ tubuh manusia. Selain itu, sakit juga dapat menyebabkan guncangan dan gangguan pada jiwa manusia. Sakit pada aspek jiwa dikenal dengan gangguan atau sakit jiwa atau mental. Gangguan jiwa dapat mengganggu suasana hati, memengaruhi emosi, mengurangi kesadaran diri, serta memengaruhi cara berpikir dan berperilaku manusia.

Kasus gangguan jiwa merupakan salah satu fenomena sosial yang dapat ditemukan dalam kehidupan sehari-hari. Term ‘gangguan jiwa’ secara etimologis berasal dari dua kata dasar, yakni gangguan dan jiwa. *Kamus Besar Bahasa Indonesia* (KBBI) mendefinisikan gangguan sebagai suatu hal yang menyebabkan ketidakwarasan atau tidaknormalan (jiwa, kesehatan, dan pikiran).⁴ Jiwa adalah roh atau nyawa manusia yang berada dalam tubuh dan menyebabkan manusia hidup. Roh yang menghidupkan itu berkaitan dengan seluruh kehidupan batin manusia yang menyangkut perasaan, pikiran, angan-angan, dan sebagainya. Roh itu juga menjadi sumber tenaga dan semangat.⁵ KBBI pun mendefinisikan gangguan jiwa sebagai ketidakseimbangan jiwa yang mengakibatkan tidaknormalan sikap dan tingkah laku sehingga menghambat penyesuaian diri.⁶

Gangguan jiwa juga dapat dipahami sebagai suatu penyakit psikis yang dapat menyebabkan sikap dan tingkah laku seseorang tidak seimbang dan tidak normal, sehingga dapat mengganggu perkembangan kepribadian individu dan penyesuaian dirinya dengan dunia luar. Gangguan jiwa ditandai dengan

³F. Budi Hardiman, *Massa, Teror, dan Trauma, Mengeledah Negativitas Masyarakat Kita* (Yogyakarta dan Maumere: Penerbit Lameran dan Ledalero, 2011), hlm. xxviii.

⁴Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, edisi V, cet. I (Jakarta: Balai Pustaka, 2016), hlm. 492.

⁵*Ibid.*, hlm. 702.

⁶*Ibid.*, hlm. 492.

ketidakmampuan atau disfungsi otak secara normal dan menyata dalam disorganisasi (kekacauan) perilaku. Gangguan jiwa merupakan gangguan fungsi otak yang ditandai dengan terganggunya emosi, proses atau cara berpikir, perilaku, dan persepsi atau interpretasi individu terhadap sesuatu (penangkapan panca indera) yang dapat mengganggu perkembangan kepribadian individu dan relasi sosialnya.⁷

Orang yang menderita gangguan jiwa secara medis disebut sebagai orang dengan gangguan jiwa atau disingkat ODGJ. Dalam bahasa umum, ODGJ sering kali disebut sebagai orang gila. Istilah ODGJ harus dibedakan dengan istilah ODGM atau orang dengan gangguan mental. ODGM merujuk pada individu yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup, sehingga memiliki risiko untuk mengalami gangguan jiwa; sedangkan ODGJ merujuk pada individu yang menderita gangguan jiwa berat.⁸ Peraturan Menteri Kesehatan No. 54 Tahun 2017 memberikan sebuah definisi yang lebih tepat atas istilah ODGJ. ODGJ didefinisikan sebagai “orang-orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala (sindrom) dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi mereka sebagai manusia”.⁹

Kasus gangguan jiwa pada saat ini masih menjadi permasalahan, baik di tingkat global maupun di tingkat nasional. Data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2017 menyatakan jumlah penderita gangguan jiwa telah mencapai 450 juta jiwa.¹⁰ WHO memperkirakan jumlah penderita gangguan jiwa

⁷Sutejo, *Keperawatan Kesehatan Jiwa* (Yogyakarta: PT. Pustaka Baru, 2017), hlm. 3; Dedi Kurniawan, Galuh Kumalasari, dan Frastika Fahrany, *Keperawatan Jiwa Keluarga: Terapi Psikoedukasi Keluarga* (Malang: Literasi Nusantara, 2020), hlm. 1; Pratiwi Gasril dan Yeni Devita, *Terapi Psikoreligious pada Pasien Gangguan Jiwa: Halusinasi Pendengaran* (Malang: Literasi Nusantara, 2021), hlm. 1.

⁸Republik Indonesia, “Undang-Undang RI Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa”, bab 1, pasal 1, ayat 2 dan 3, dalam <https://www.persi.or.id/images/regulasi/uu/uu182014.pdf>, diakses pada 28 Mei 2024.

⁹Republik Indonesia, “Peraturan Menteri Kesehatan No. 54 Tahun 2017 tentang Penanggulangan Pemasangan pada Orang Dengan Gangguan Jiwa”, bab 1, pasal 1, ayat 2, dalam <https://peraturan-pedia.id/preview-pdf>, diakses pada 28 Mei 2024.

¹⁰Darmiati dan Isma Wati, “Gambaran Stigma Masyarakat terhadap Pasien Gangguan Jiwa di Desa Buku”, *Jurnal Perawat Indonesia*, 4:3 (2020), hlm. 447.

akan terus meningkat, terutama di negara-negara dengan tingkat pendapatan yang rendah (*low-income*) dengan pertumbuhan penduduk yang tinggi,¹¹ sedangkan di negara maju, selain penyakit degeneratif, penyakit kanker, dan kecelakaan, gangguan jiwa juga menjadi salah satu masalah kesehatan utama.¹²

Kasus ODGJ juga dapat ditemukan hampir di semua kabupaten di Indonesia, termasuk di Kabupaten Sikka. Data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 Kementerian Kesehatan Indonesia menyatakan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia yang berusia 15 tahun ke atas mencapai 9,8% atau sekitar lebih dari 20 juta orang; prevalensi gangguan depresi mencapai 6,1% atau sekitar 12 juta orang; dan prevalensi gangguan skizofrenia/psikosis mencapai 6,7% atau sekitar 450.000 orang.¹³ Untuk Provinsi NTT dengan jumlah penduduk 5.371.519 jiwa, prevalensi gangguan mental emosional mencapai 15,72%; prevalensi gangguan depresi mencapai 9,65%; dan prevalensi gangguan skizofrenia/psikosis mencapai 3,59%. Untuk Kabupaten Sikka dengan jumlah penduduk 318.920 jiwa, prevalensi gangguan mental emosional mencapai 10,27%; prevalensi gangguan depresi mencapai 6,69%; dan prevalensi gangguan skizofrenia/psikosis mencapai 4,09%.¹⁴ Jumlah kasus gangguan jiwa di Kabupaten Sikka cenderung mengalami peningkatan. Pemerintah Kabupaten Sikka juga belum bisa mengatasi kasus gangguan jiwa secara optimal.¹⁵

Banyak ODGJ di Kabupaten Sikka kurang mendapatkan perhatian dari berbagai pihak, baik dari pihak keluarga dan masyarakat maupun dari pihak pemerintah serta dari lembaga keagamaan seperti Gereja. Mereka berkeliaran di wilayah kota dan di kampung-kampung dengan keadaan yang sungguh

¹¹Syarifah N. Fadilla dan Fathra A. Nauli, “Gambaran Dukungan Sosial Masyarakat terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa”, *Health Care: Jurnal Kesehatan*, 10:2 (2021), hlm. 279.

¹²Dina Risnawati dan Idris Y. Pamungkas, “Hubungan Peran Serta Keluarga Pasien Gangguan Jiwa dengan Perawatan Pasca Hospitalisasi di Desa Gedangan Grogol Sukoharjo”, *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia (JIKI)*, 7:2 (2014), hlm. 104.

¹³Kementerian Kesehatan RI, *Laporan Nasional Riskesdas 2018* (Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018), hlm. 221-230.

¹⁴Kementerian Kesehatan RI, *Laporan Provinsi Nusa Tenggara Timur Riskesdas 2018* (Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2019), hlm. 166-170.

¹⁵Hasil wawancara dengan Agustinus Seda Sega, Dokter Spesialis Jiwa di RSUD dr. T. C. Hillers Maumere, pada 7 November 2024 di Waiklau.

memprihatinkan. Mereka diterlantarkan dan tidak mendapatkan pelayanan kesehatan. Mereka bertahan hidup hanya dengan mengharapkan belas kasihan orang lain yang memiliki hati untuk memberikan makan kepada mereka. ODGJ yang berkeliaran sering kali dijauhi dan ditolak oleh masyarakat. Namun, kondisi mereka masih lebih baik daripada ODGJ yang dipasung, karena kebebasan mereka tidak dibelenggu. Banyak ODGJ di Kabupaten Sikka juga dipasung selama bertahun-tahun dengan kondisi yang sangat buruk.¹⁶

Penelantaran dan pengabaian terhadap ODGJ merupakan salah satu wujud nyata dari pelecehan terhadap kesucian hidup manusia. Paus Fransiskus dalam Ensiklik *Fratelli Tutti*¹⁷ art. 283 menekankan pentingnya menghormati kesucian hidup. Pada era sekarang, relasi manusia dipengaruhi oleh budaya globalisasi ketidakpedulian. Budaya tersebut tampak jelas dalam ‘mental membuang’ yang terjadi tidak hanya pada barang, tetapi juga pada manusia (art. 18). Beberapa bagian dari keluarga manusia dikorbankan, diabaikan, dan diterlantarkan, seperti orang yang dianggap tidak berguna dan tidak dibutuhkan lagi (orang miskin, orang cacat, dan orang tua). Paus sungguh menyadari akibat dari ‘mental membuang’ tersebut, yakni pengabaian terhadap orang-orang yang dianggap tidak berguna, termasuk para ODGJ. Mental membuang sungguh melukai dan menodai

¹⁶Hasil wawancara dengan Wilfrida Ina Kaka, mantan Pengelola Kesehatan Jiwa di Puskesmas Nanga (2015-2022), pada 1 Juli 2024 di Nanga.

¹⁷Ensiklik *Fratelli Tutti* (Saudara Sekalian) adalah ensiklik ketiga Paus Fransiskus setelah *Lumen Fidei* (Terang Iman) dan *Laudato Si'* (Terpujilah Engkau) yang diterbitkan pada 4 Oktober 2020, pada hari peringatan St. Fransiskus dari Asisi. Ensiklik ini berbicara tentang persaudaraan dan persahabatan sosial yang ditanda tangan pada 3 Oktober 2020 di Assisi, Italia. Judul ensiklik ini, *Fratelli Tutti*, diadaptasi dari salah satu wejangan St. Fransiskus yang dikenal di kalangan para Fransiskan sebagai petuah. Petuah itu berbunyi demikian, “Marilah saudara sekalian, kita memandang Gembala Baik yang telah menanggung sengsara salib untuk menanggung dosa domba-domba-Nya”. Sapaan ‘saudara sekalian’ adalah panggilan bagi umat Kristiani, baik pria maupun wanita, yang mengikuti jejak Kristus sebagai Gembala Baik. Ensiklik ini merupakan surat yang diterbitkan Sri Paus yang ditujukan pertama-tama bagi umat Kristiani, tetapi juga memiliki pesan-pesan universal bagi dunia. Sri Paus menghayati pesan kasih persaudaraan ini berciri universal karena mengatasi sekat-sekat pembatas suku, ras, agama, dan lain sebagainya. Ensiklik ini bertujuan untuk mendorong keinginan akan persaudaraan dan persahabatan sosial. Pandemi Covid-19 menjadi latar belakang dari kemunculan ensiklik ini. Kedaruratan kesehatan global telah membantu untuk menunjukkan satu fakta yang tak terbantahkan bahwa setiap orang tidak bisa menghadapi hidup sendirian. Oleh karena itu, waktunya sungguh-sungguh telah tiba untuk mewujudkan mimpi sebagai satu keluarga umat manusia, yakni sebagai saudara dan saudari semua (Komisi Waligereja Indonesia, “Ringkasan Ensiklik *Fratelli Tutti*”, *Dokpenkwi*, <https://www.dokpenkwi.org/ringkasan-ensiklik-fratelli-tutti/>, diakses pada 28 Mei 2024).

kesucian hidup mereka. Pribadi mereka tidak lagi dilihat dalam nilai keluhuran martabat mereka sebagai citra Allah yang harus dihargai dan dihormati.¹⁸

Ensiklik *Fratelli Tutti* menekankan pentingnya menghargai martabat setiap manusia, terlepas dari kondisinya. Semua orang adalah bagian dari keluarga besar umat manusia, termasuk orang-orang yang mengalami cacat atau gangguan jiwa. ODGJ memiliki hak penghormatan atas kesucian hidup atau nilai luhur martabat mereka. Penghormatan terhadap kesucian hidup mereka mesti termanifestasi dalam berbagai usaha untuk menjamin dan melindungi hak-hak mereka, seperti hak untuk mendapatkan perawatan dan pelayanan kesehatan serta perlakuan yang layak dan manusiawi. Tindakan penelantaran terhadap ODGJ tidak hanya melanggar hak asasi mereka, tetapi juga melecehkan kesucian hidup atau keluhuran martabat mereka.

Kasus pemasangan ODGJ di Keuskupan Maumere, Kabupaten Sikka,¹⁹ sungguh memprihatinkan. Perhatian terhadap mereka hanya sebatas pada pemberian makanan dan minuman. Mereka bahkan hanya diberi makan sekali dalam sehari. Aspek kesehatan dan higienitas, baik diri mereka maupun tempat pemasangan, sama sekali diabaikan. Mereka dipasung tanpa diberikan perhatian penuh. Dengan kata lain, mereka diperlakukan secara tidak manusiawi. Masyarakat juga semacam memberikan stigma terhadap mereka. Mereka pun dijauhi dan diabaikan oleh masyarakat. Fenomena pengabaian dan pemasangan ODGJ di Keuskupan Maumere menarik perhatian Ordo Kamilian atau Ordo Para Pelayan Orang Sakit. Ordo tersebut sudah berada dan berkarya di Indonesia sejak tahun 2009 silam. Salah satu ladang Tuhan yang dikerjakan oleh Ordo Kamilian adalah pelayanan terhadap ODGJ. Dalam konteks Keuskupan Maumere, ordo tersebut terlibat dalam menangani ODGJ, khususnya yang dipasung. Program

¹⁸Paus Fransiskus, *Fratelli Tutti (Saudara Sekalian)*, penerj. Martin Harun (Jakarta: DokPenKWI, 2021), hlm. 19 dan 173.

¹⁹Wilayah Kabupaten Sikka, secara administrasi gerejawi, termasuk dalam yurisdiksi Keuskupan Maumere; sebaliknya Keuskupan Maumere, secara administrasi pemerintah, termasuk dalam wilayah Kabupaten Sikka. Dalam konteks tulisan ini, penggunaan frasa 'Keuskupan Maumere' juga merujuk kepada wilayah Kabupaten Sikka, karena data atau informasi terkait kasus ODGJ dalam tulisan ini diperoleh dari pihak Pemerintah Kabupaten Sikka yang lebih banyak menangani kasus ODGJ dibandingkan pihak Gereja (Keuskupan Maumere), seperti pihak Dinkes, rumah sakit, dan puskesmas. Selain itu, penggunaan frasa 'Keuskupan Maumere' bertujuan supaya ada kesesuaian dengan frasa 'pelayanan pastoral' pada judul tulisan ini.

utama pelayanan Ordo Kamilian terhadap mereka adalah pembangunan rumah bebas pasung (selanjutnya disingkat RBP).

St. Kamilus de Lellis, pendiri Ordo Kamilian, sejak awal panggilannya untuk melayani orang sakit dan miskin, sangat terkesan dan terinspirasi oleh figur orang Samaria dalam perikop Luk. 10:25-37. Baginya, orang Samaria tersebut adalah teladan ideal dalam melayani sesama yang sakit dan miskin. Dia melihat orang Samaria itu sebagai diri Yesus sendiri. Yesus adalah Orang Samaria yang baik hati pertama yang dikirim oleh Allah kepada orang sakit. Dia melayani, merawat, dan menyembuhkan orang sakit secara total dengan pemberian diri seutuhnya. St. Kamilus menjadikan semangat pelayanan Yesus, Orang Samaria yang penuh kasih, sebagai semangat pelayanan dirinya dan para pengikutnya kepada orang sakit. Teladan orang Samaria yang baik hati itu menjiwai seluruh semangat pelayanan Kamilus dan para pengikutnya. Spiritualitas orang Samaria mendorong Ordo Kamilian untuk menerjemahkan atau mewujudkan pelayanan kasih kepada orang sakit dan miskin dalam bentuk-bentuk yang konkret. Dalam konteks Keuskupan Maumere, pelayanan Ordo Kamilian kepada ODGJ melalui program RBP tersebut merupakan salah satu bentuk implementasi konkret dari spiritualitas Ordo Kamilian, yakni menjadi orang Samaria yang baik hati bagi orang sakit.

Program RBP adalah sebuah program yang bertujuan untuk membebaskan para ODGJ yang dipasung dari praktik pemasungan, baik secara fisik maupun sosial. RBP merupakan bangunan atau rumah yang dibangun secara khusus untuk menolong dan membebaskan ODGJ dari tindakan pemasungan yang tidak manusiawi dan mengembalikan martabat mereka sebagai *imago Dei* atau citra Allah yang patut dihormati dan dicintai. RBP merupakan sebuah rumah yang layak untuk memberikan pelayanan, perawatan medis, dukungan psikososial, dan pendampingan rohani bagi ODGJ agar mereka dapat menjadi pulih kembali secara holistik. Program RBP berfokus pada upaya perawatan, pemulihan, pendampingan, dan reintegrasi ODGJ ke dalam lingkungan keluarga dan masyarakat. Program RBP hendak mendukung proses kesembuhan para ODGJ

yang dipasung agar mereka dapat hidup dengan layak dan bermartabat sebagai seorang manusia.²⁰

Program RBP diadakan untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien dan rasa aman kepada keluarga dan masyarakat di sekitarnya. Program tersebut diharapkan untuk bisa membantu dan mendukung proses perawatan dan kesembuhan para pasien ODGJ yang dipasung. Sebagian besar dari mereka sudah mengalami perubahan yang lebih baik, tetapi masih harus tetap menjalankan proses perawatan dan penyembuhan. Beberapa orang bahkan dapat dikatakan sudah sembuh dan sudah bisa menjalankan rutinitas seperti sebelumnya. Namun, beberapa orang juga mengalami perubahan yang tidak signifikan atau bahkan tidak sama sekali. Beberapa orang pasien juga pernah mengalami perubahan yang sangat baik, tetapi kondisi mereka kemudian kembali seperti keadaan semula karena proses perawatannya tidak dilanjutkan.

Perjumpaan langsung dan menyaksikan kondisi yang memprihatinkan dari beberapa pasien ODGJ yang belum mengalami perubahan atau yang kondisinya semakin parah menarik perhatian penulis. Kondisi mereka yang sangat memprihatinkan tersebut mendorong penulis untuk mencari tahu akar penyebab atau faktor-faktor yang bisa dianggap sebagai penghambat proses perawatan dan kesembuhan mereka. Kondisi mereka yang sangat memprihatinkan itu mengungkapkan satu kenyataan bahwa mereka masih diabaikan dan diterlantarkan kendati sudah diberi bantuan RBP. Kenyataan itu perlu disoroti dan diteliti untuk mencari tahu akar penyebabnya dan menemukan solusi untuk mengatasi persoalan itu.

Kesembuhan pasien ODGJ tidak dapat ditopang hanya oleh satu faktor pendukung tunggal, melainkan harus oleh beberapa faktor pendukung sekaligus. Menurut George L. Engel, kesehatan dan juga kondisi sakit seorang individu merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Model pendekatan itu disebut sebagai teori model biopsikososial. Faktor biologis terkait dengan obat, faktor psikologis terkait dengan psikoterapi, dan faktor sosial

²⁰Hasil wawancara dengan Cyrelus Suparman Andi, formatur aspiran Kamilian, pada 11 Oktober 2024 di Seminari St. Kamilus Nita, Maumere.

terkait dengan dukungan sosial.²¹ Ketiga faktor tersebut saling berhubungan dan memengaruhi dalam proses perawatan dan pemulihan pasien ODGJ.

Persoalan ODGJ merupakan persoalan universal. Dengan demikian, persoalan ODGJ juga menjadi persoalan Gereja. Kepedulian terhadap para ODGJ sudah semestinya juga menjadi perhatian dan tugas Gereja sebagai salah satu institusi sosial.²² Gereja bertugas untuk merumuskan satu model atau bentuk karya pastoral yang lebih spesifik dan nyata bagi para ODGJ. Tugas tersebut didasarkan pada tugas perutusan Gereja sendiri. Gereja sejak semula dipanggil untuk selalu belajar dan meneladani Yesus yang selalu peduli dan berpihak kepada orang-orang kecil, miskin, dan terlantar. Yesus sendiri telah mengutus Gereja untuk meneruskan karya pewartaan Kabar Sukacita kepada semua orang, terutama kepada orang-orang yang diabaikan dalam kehidupan sosial (Yoh. 20:21).

Gereja hendaknya membuka mata dan hati agar lebih peka dengan orang-orang kecil, seperti ODGJ. Gereja sesungguhnya bukan saja sebuah institusi yang semata-mata hanya bergelut dengan persoalan rohani umat, melainkan juga harus berkontribusi langsung terhadap kehidupan umat. Pelayanan Gereja tidak saja bersifat liturgis-sakramental, tetapi juga mesti terlibat proaktif dan langsung dalam kehidupan umat. Gereja harus menjadi salah satu institusi yang bisa membawa perubahan dalam kehidupan masyarakat. Oleh karena itu, Gereja dituntut supaya mampu merumuskan model-model pelayanan pastoral yang kontekstual untuk menjawab persoalan konkret dalam kehidupan umat manusia.

Setiap model pelayanan pastoral yang dikembangkan untuk menanggapi persoalan konkret yang sedang terjadi seyogianya diinspirasi dan dijiwai oleh Firman Allah sendiri yang termaktub dalam Kitab Suci. Penulis sendiri hendak mengangkat inspirasi dari tokoh orang Samaria dalam perikop Injil Luk. 10:25-37 untuk merumuskan model pelayanan pastoral bagi ODGJ. Teladan yang

²¹George L. Engel, "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine", *Science*, 196:4286 (1977), hlm. 129-136; Robert J. Gatchel, et al., "The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions", *Psychological Bulletin*, 133:4 (2007), hlm. 581.

²²Bernardus Renwarin, "Gereja sebagai Institusi Sosial: Perspektif Sosiologis", *Limen: Jurnal Agama dan Kebudayaan*, 4:2 (April 2008), hlm. 26.

ditunjukkan oleh orang Samaria dalam perikop Injil tersebut sangat relevan untuk menanggapi persoalan ODGJ. Kisah orang Samaria dalam perikop tersebut mengandung pesan yang sangat mendalam tentang nilai kemanusiaan. Kisah itu menampilkan ungkapan kasih yang tak terbatas dan merangkul keseluruhan nilai pribadi manusia.²³ Orang Samaria dalam perikop tersebut memberikan bantuan dan pelayanan menyeluruh yang mencakupi aspek biologis, psikologis, dan sosial kepada korban perampokan (orang sakit). Dia menunjukkan suatu kepedulian sejati terhadap sesama yang membutuhkan uluran tangan kasihnya dengan memperhatikan seluruh aspek keutuhan diri manusia. Oleh karena itu, penulis merumuskan kajian ini dengan judul “INSPIRASI DARI ORANG SAMARIA DALAM LUKAS 10:25-37 BAGI PELAYANAN PASTORAL UNTUK ODGJ OLEH ORDO KAMILIAN DI KEUSKUPAN MAUMERE”.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah utama kajian ini adalah bagaimana orang Samaria dalam Injil Luk. 10:25-37 memberikan inspirasi bagi pelayanan pastoral untuk ODGJ oleh Ordo Kamilian di Keuskupan Maumere? Rumusan masalah utama tersebut dapat dirinci menjadi beberapa rumusan masalah turunan antara lain sebagai berikut. *Pertama*, apa saja teladan atau nilai-nilai yang ditampilkan oleh tokoh orang Samaria dalam Injil Luk. 10:25-37? *Kedua*, apa saja faktor-faktor penghambat penyembuhan ODGJ program RBP dari Ordo Kamilian di Keuskupan Maumere? *Ketiga*, bagaimana pelayanan pastoral untuk ODGJ berdasarkan inspirasi dari orang Samaria dalam Injil Luk. 10:25-37? Beberapa pertanyaan tersebut merupakan representasi dari isi seluruh kajian ini.

1.3 Tujuan Penelitian

Kajian ini mempunyai tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum penelitian ini meliputi tiga hal. *Pertama*, kajian ini bertujuan untuk mendalami perumpamaan tentang orang Samaria yang baik hati dalam Injil Luk. 10:25-37.

²³Andreas M. Putra, “Telaah Atas Lukas 10:25-37 dan Relevansinya terhadap Kemanusiaan Setelah Pandemi Covid-19”, *Sapientia Humana*, 2:1 (Januari 2022), hlm. 47.

Kedua, kajian ini bertujuan untuk mencari tahu, menganalisis, memahami, dan menjelaskan faktor-faktor penghambat penyembuhan ODGJ Program RBP dari Ordo Kamilian di Keuskupan Maumere. *Ketiga*, kajian ini hendak merumuskan model pelayanan pastoral untuk ODGJ berdasarkan inspirasi dari orang Samaria dalam Injil Luk. 10:25-37 sebagai satu sumbangan bagi pengembangan Teologi Kontekstual di IFTK Ledalero. Tujuan khusus dari kajian ini mempunyai arti penting bagi penulis sendiri. Kajian ini disusun pertama-tama untuk memenuhi tuntutan akademis, yakni memenuhi sebagian syarat untuk memperoleh gelar Magister Teologi di lembaga pendidikan pascasarjana Institut Filsafat dan Teknologi Kreatif (IFTK) Ledalero.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini mempunyai beberapa manfaat. *Pertama*, kajian ini membantu untuk membangun kesadaran setiap orang akan pentingnya sikap peduli dan solidaritas sosial terhadap sesama, terutama orang-orang yang membutuhkan perhatian khusus, seperti para ODGJ. *Kedua*, setiap pihak yang bertanggung jawab untuk memperhatikan dan melayani ODGJ semakin disadarkan akan komitmennya untuk melayani dan memperhatikan ODGJ dengan pelayanan yang penuh kasih dan kepedulian. *Ketiga*, kajian ini bermanfaat sebagai bahan evaluasi bagi semua pihak yang bertanggung jawab dan terlibat dalam memperhatikan dan melayani ODGJ, terutama untuk konteks Keuskupan Maumere. *Keempat*, kajian ini juga bermanfaat bagi pengembangan Teologi Kontekstual, khususnya dalam lingkup pastoral untuk ODGJ, yang lebih sesuai dengan situasi umat di Keuskupan Maumere. *Kelima*, kajian ini secara inklusif bermanfaat bagi setiap orang yang mengabdikan diri dalam pelayanan terhadap ODGJ. Mereka bisa menjadikan model pelayanan pastoral berdasarkan teladan orang Samaria dalam Injil Luk. 10:25-37 sebagai model pelayanan mereka terhadap ODGJ.

1.5 Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan teologi kontekstual. Model teologi kontekstual yang akan digunakan adalah model praksis dari Stephen B. Bevans. Model Praksis adalah suatu pendekatan yang secara

intensif dibentuk oleh pengetahuan yang berasal dari aksi dan refleksi. Model ini, sebagaimana ditegaskan oleh Virginia Fabella, merupakan suatu proses yang dinamis, yakni upaya yang menggabungkan kata-kata dan tindakan-tindakan yang terbuka kepada perubahan dan memandang ke depan. Model ini dapat memberikan sumbangsih bagi perubahan sosial. Model praksis merupakan suatu cara berteologi yang dibentuk oleh pengetahuan pada tingkat yang paling intensif, yakni tingkat aksi berdasarkan refleksi. Dalam model ini, pengetahuan tidak hanya berasal dari teks-teks klasik atau perilaku klasik, tetapi juga memperhatikan realitas-realitas masa kini dan kemungkinan yang terjadi di masa depan. Model praksis ini didasarkan pada tradisi para nabi yang tidak hanya menekankan kata-kata tetapi juga pada tindakan (bdk. Yesaya, Amos) serta ajaran Perjanjian Baru, terutama Yak. 1:22 tentang pentingnya menjadi pelaku Firman Tuhan dan tidak hanya berhenti pada titik menjadi pendengar Firman itu. Firman Tuhan harus dilaksanakan dalam tindakan konkret sehari-hari.²⁴

Metode pengumpulan data dalam kajian ini menggunakan tiga cara atau teknik. *Pertama*, observasi lapangan. Peneliti turun ke lapangan untuk melihat langsung kondisi objek penelitian (ODGJ program RBP), pelayanan, dan perawatan yang diberikan kepada mereka. *Kedua*, wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan model semi-terstruktur.²⁵ Wawancara dilakukan melalui dialog informal dengan subjek penelitian, yakni para pasien ODGJ (yang sudah sembuh), keluarga pasien (pengasuh pasien), tetangga pasien (masyarakat di sekitar), dan tenaga kesehatan (pihak puskesmas setempat). *Ketiga*, studi atau telaah dokumen (studi kepustakaan). Studi dokumen dilakukan untuk melengkapi, mengonfirmasi, dan membandingkan data lapangan yang diperoleh melalui metode wawancara dan observasi. Selain itu, studi dokumen dibutuhkan untuk mengumpulkan dan

²⁴Stephen B. Bevans, *Model-model Teologi Kontekstual*, penerj. Yosef Maria Florisan (Maumere: Ledalero, 2002), hlm. 127-160.

²⁵Wawancara semi-terstruktur merupakan metode wawancara dengan menyiapkan sejumlah pertanyaan yang sudah ditentukan sebelumnya. Namun, pewawancara tidak hanya terpaku secara kaku pada daftar pertanyaan yang sudah ada. Pewawancara bisa memberikan pertanyaan tambahan untuk menggali informasi yang lebih dalam lagi dengan bertolak dari jawaban yang diberikan oleh informan atau narasumber.

menambah informasi penting yang berkaitan dengan konsep-konsep teoritis tentang ODGJ, pelayanan pastoral, dan perikop Injil Luk. 10:25-37.

1.6 Landasan Teori Analisis

Penelitian ini memiliki fokus pada dua poin utama. *Pertama*, kajian terhadap faktor-faktor penghambat penyembuhan ODGJ program RBP di Keuskupan Maumere. *Kedua*, upaya merumuskan model pelayanan pastoral untuk ODGJ berdasarkan inspirasi dari orang Samaria dalam Luk. 10:25-37. Faktor-faktor penghambat penyembuhan ODGJ di Keuskupan Maumere akan dianalisis dengan menggunakan teori model biopsikososial dari George L. Engel. Perikop Injil Luk. 10:25-37 akan dikaji dengan teknik eksegesi, yakni teknik analisis naratif, terutama dengan metode analisis penokohan.

1.6.1 Teori Model Biopsikososial (*Biopsychosocial Model*) dari George Libman Engel²⁶

Teori model biopsikososial (BPS) pertama kali dikemukakan dan dikembangkan dalam dunia kedokteran oleh George Libman Engel (1913-1999) pada tahun 1977. Dia adalah seorang psikiater dan internis (dokter spesialis penyakit dalam) Amerika Serikat. Dia dikenal karena cara berpikirnya yang inovatif dan kontribusinya terhadap pengembangan pengajaran medis yang lebih humanistik. Dia dianggap sebagai salah satu tokoh kunci dalam pergeseran paradigma dari model biomedis yang kaku menuju pendekatan multidimensi terhadap kesehatan dan penyakit.

Engel dilahirkan pada 10 Desember 1913 di New York City dan dalam keluarga yang sangat mementingkan pendidikan dan intelektualitas. Pamannya, John Dewey, adalah seorang psikolog ternama yang dikenal sebagai tokoh penting dalam gerakan pendidikan progresif dan teori pragmatisme. Engel dibesarkan di

²⁶Edward G. Miner Library, "George Libman Engel, M. D.", *URMC*, <https://www.urmc.rochester.edu/libraries/miner/rare-books-and-manuscripts/archives-and-manuscripts/faculty-collections/the-papers-of-george-allen-papers-engel.aspx>; Wikipedia, "George L. Engel", https://en.wikipedia.org/wiki/George_L._Engel, diakses pada 7 September 2024.

Manhattan dalam rumah paman ibunya, Emanuel Libman, yang merupakan seorang klinisi dan ilmuwan medis terkemuka.

Engel menempuh pendidikan tinggi di *Dartmouth College* dan lulus dengan gelar sarjana di bidang kimia pada tahun 1934. Dia kemudian melanjutkan pendidikannya di *Johns Hopkins University School of Medicine* di Baltimore, Maryland, dan meraih gelar dokter pada tahun 1938. Dia mempelajari tidak hanya ilmu kedokteran klinis, tetapi juga tertarik pada peran psikologis dalam kesehatan dan penyakit.

Engel, setelah lulus, memulai pendidikan spesialisasi penyakit dalam di *Mount Sinai Hospital*, New York. Di sana, dia bekerja dengan dokter Eli Moschowitz dan Lawrence Kubie yang sedang memperkenalkan studi medis-psikosomatik dalam pelayanan klinis. Pada saat itu, dia masih bersikap skeptis terhadap psikoterapi dan studi medis-psikosomatik, serta lebih memilih untuk menjelaskan penyakit secara fisik. Pada tahun 1941, dia mendapatkan beasiswa penelitian di *Harvard Medical School* dan menjadi asisten medis di *Peter Bent Brigham Hospital* (sekarang *Brigham and Women's Hospital*). Di bawah bimbingan supervisornya, Soma Weiss yang tertarik pada studi medis-psikosomatik, Engel bertemu dengan psikiater John Romano. Mereka kemudian bekerja sama dalam penelitian tentang pasien yang menderita delusi. Ketika menjadi ketua departemen psikiatri di Universitas Cincinnati pada tahun 1942, John Romano mengundang Engel untuk bergabung. Di Cincinnati, Engel mengubah pandangannya tentang studi medis-psikosomatik dan mulai terlibat dalam pendidikan psikiatri di universitas. Pada tahun 1946, Romano mendapatkan kesempatan untuk membentuk departemen psikiatri baru di *University of Rochester Medical Center*. Engel pun mengikuti Romano ke Rochester dan mendapatkan posisi ganda di departemen psikiatri dan medis. Dia bertanggung jawab untuk membentuk layanan medis-psikiatri yang dipimpin oleh internis. Di Rochester, Engel terus mengembangkan minatnya dalam pendidikan psikiatri dan mulai belajar psikoterapi.

Engel menjadi salah satu tokoh utama dalam bidang studi psikosomatik pada tahun 1950-an. Dia aktif dalam *American Psychosomatic Society* dan menjadi editor jurnal *Psychosomatic Medicine*. Dia menerbitkan banyak buku dan

artikel tentang hubungan antara emosi dan penyakit serta integrasi ide tersebut dalam pelatihan medis dan praktik klinis. Pada akhir 1970-an, dia memperkenalkan teori model biopsikososial (BPS) yang menggambarkan pendekatan yang lebih holistik terhadap bidang kedokteran. Engel melalui teori model BPS menyatakan kesehatan dan penyakit adalah hasil interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Model BPS tetap dikembangkan oleh Engel sebagai tanggapan atas ketidakpuasannya dengan pendekatan biomedis tradisional yang dipandang terlalu reduksionis dan sempit oleh dirinya.

Dia berargumen bahwa penyakit tidak bisa dijelaskan sepenuhnya hanya dengan faktor biologis, karena diri manusia juga dipengaruhi oleh faktor psikologis dan sosial. Model BPS Engel menjadi salah satu pendekatan yang paling berpengaruh dalam dunia kedokteran modern, terutama dalam menangani penyakit kronis dan kesehatan mental. Sebelum teori model BPS Engel muncul, pendekatan medis cenderung sangat terfokus hanya pada aspek biologis, tanpa banyak mempertimbangkan peran dari faktor-faktor lain.

Model BPS Engel merupakan pendekatan holistik dalam memahami kesehatan dan penyakit dengan mempertimbangkan tiga aspek utama, yaitu aspek biologis, psikologis, dan sosial. Model BPS diusulkan oleh Engel sebagai alternatif dari pendekatan medis tradisional yang hanya berfokus pada aspek biologis dari penyakit. Dia memublikasikan artikel tentang teori model BPS pada tahun 1977. Model tersebut berfokus pada interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan sosial dalam memahami penyakit dan kesehatan. Model itu dikembangkan untuk mengintegrasikan pendekatan biomedis dengan psikoterapi dan sosial, sehingga memberikan gambaran yang lebih holistik tentang penyakit dan kesehatan individu. Tesis utama teori tersebut menegaskan kesehatan dan penyakit adalah hasil dari interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Dengan kata lain, kesehatan dan penyakit disebabkan tidak hanya oleh faktor biologis, tetapi juga melibatkan faktor psikologis (seperti emosi dan perilaku) dan faktor sosial (seperti lingkungan sosial dan budaya).

Faktor-faktor tersebut saling terkait dan memengaruhi; satu faktor tunggal tidak dapat menjelaskan kesehatan atau penyakit secara keseluruhan. Faktor biologis mengacu pada aspek fisik-tubuh, seperti gen, hormon, struktur otak,

infeksi, penyakit, dan cedera. Hal-hal tersebut dapat memengaruhi kerentanan seseorang terhadap penyakit mental, serta cara merespons stres dan trauma. Faktor psikologis mengacu pada pikiran, perasaan, kepercayaan, stres, perilaku, dan kondisi mental lainnya. Hal-hal tersebut dapat memengaruhi cara seseorang memandang dunia, berinteraksi dengan orang lain, dan mengatasi stres dan trauma. Faktor sosial mengacu pada lingkungan dan dukungan sosial, hubungan interpersonal, status ekonomi, dan budaya. Hal-hal tersebut dapat memengaruhi akses seseorang terhadap sumber daya dan dukungan serta cara dirinya diperlakukan oleh orang lain. Hal-hal itu juga dapat memengaruhi cara seseorang memandang kesehatan dan penyakit mental. Teori model BPS telah banyak digunakan dalam berbagai bidang, termasuk kesehatan mental atau psikologi klinis, kedokteran umum, kedokteran keluarga, kesehatan masyarakat, dan pekerjaan sosial. Teori tersebut membantu para profesional untuk memahami kesehatan dan penyakit secara lebih holistik dan untuk mengembangkan intervensi yang lebih efektif dalam membantu orang-orang yang mengalami masalah kesehatan mental.²⁷

Engel menerima banyak penghargaan dari *American College of Physicians* dan *American Psychiatric Association*. Penghargaan-penghargaan itu diberikan kepada dirinya karena karya dan kepeduliannya yang tinggi terhadap kesehatan mental dan fisik, terutama kontribusinya yang signifikan dalam mengembangkan teori model BPS yang masih digunakan hingga sekarang. Engel meninggal secara tiba-tiba karena gagal jantung pada 26 November 1999.

Teori model BPS Engel memiliki beberapa kelebihan.²⁸ *Pertama*, pendekatan holistik terhadap kesehatan. Salah satu kelebihan terbesar dari model

²⁷Amy Marschall, "Understanding the Biopsychosocial Model of Health and Wellness", <https://www.verywellmind.com/understanding-the-biopsychosocial-model-7549226#citation-1>, diakses pada 7 September 2024; George L. Engel, *loc. cit.*; Robert J. Gatchel, et al., *loc. cit.*

²⁸Amy Marschall, *loc. cit.*; Robert Ader and Arthur H. Schmale, "George Libman Engel: On the Occasion of His Retirement", *Psychosomatic Medicine*, 42:1 (1980), hlm. 79-101; Maryse Siskou, "Georges Libman Engel (1913-1999): Le Modèle Biopsychosocial Et La Critique Du Réductionnisme Biomédical", *Journal des psychologues*, 260:7 (2008), hlm. 52-55; Franky Febryanto Banfatin, "Identifikasi Peningkatan Keberfungsian Sosial dan Penurunan Risiko Bunuh Diri bagi Penderita Gangguan Kesehatan Mental Bipolar Disorder di Kota Medan melalui Terapi Pendampingan Psikososial", *Welfare State*, 2:3 (2013), hlm. 222038; Donald E. Greydanus, Ruqiya S. Tareen, and Joav Merrick, "The Mind, Body, and Spirit in Psychodermatology: The

BPS adalah pendekatannya yang holistik. Model tersebut berfokus tidak hanya pada aspek biologis dari penyakit, tetapi juga mempertimbangkan faktor psikologis (pikiran, emosi, dan perilaku) serta faktor sosial (lingkungan sosial, budaya, dan ekonomi). Pendekatan BPS lebih realistis dalam mencerminkan kompleksitas kesehatan manusia yang tidak bisa dijelaskan secara sederhana oleh satu faktor saja.

Kedua, lebih efektif untuk penyakit kronis dan psikososial. Model BPS sangat bermanfaat dalam menangani penyakit kronis dan kondisi kesehatan mental, seperti depresi, kecemasan, dan gangguan psikosomatik. Kondisi-kondisi tersebut sulit dijelaskan hanya dengan pendekatan biomedis tradisional karena sering kali melibatkan interaksi yang kompleks antara aspek biologis dan psikologis. Dengan memasukkan faktor psikososial, dokter dan tenaga kesehatan dapat memahami masalah pasien dengan lebih baik.

Ketiga, meningkatkan kualitas perawatan pasien. Pendekatan BPS menekankan pentingnya hubungan antara pasien dan pelayan kesehatan. Dengan mempertimbangkan kebutuhan psikologis dan sosial, perawatan diberikan kepada pasien secara lebih personal dan empatik. Hal itu dapat meningkatkan kualitas hubungan terapeutik yang penting dalam penyembuhan dan kesejahteraan jangka panjang.

Keempat, fleksibel dan dapat diadaptasi. Model BPS bersifat fleksibel dan dapat diterapkan dalam berbagai bidang kesehatan; mulai dari psikiatri dan psikologi klinis hingga kedokteran umum dan kesehatan masyarakat. Pendekatan tersebut memungkinkan dokter untuk merancang rencana perawatan yang lebih adaptif dan spesifik terhadap kebutuhan pasien, menggabungkan pengobatan fisik, terapi psikologis, dan dukungan sosial.

Legacy of George L. Engel, MD”, *International Journal of Child Health and Human Development*, 8:1 (2015), hlm 3-10; Hetti Rahmawati, “Model Biopsikososial Perilaku Adiksi NAPZA pada Remaja”, *Prosiding Seminar Nasional Psikologi Klinis UNM* (Agustus 2018), hlm. 17-29; Rian R. Hidayat, “Layanan Bimbingan dan Konseling Model Biopsikososial”, *IJGC*, 11:1 (Juni 2022), hlm. 81-87; Lina Alfiyani, “Literatur Review Determinan Biopsikososial Multidrug Resistant Tuberculosis”, *Joubash*, 3:2 (Agustus 2023), hlm. 109-115; Adi Fahrudin, “Memahami Manusia dari Perspektif Biopsikososial-Spiritual”, *Prosiding Kesehatan Universitas Bhayangkara Jakarta Raya* (September 2023), hlm. 9-17.

Kelima, dapat mengurangi stigma penyakit mental. Dengan model BPS, penyakit mental tidak lagi dilihat sebagai masalah yang murni psikologis atau biologis, tetapi sebagai hasil dari kombinasi berbagai faktor, termasuk faktor sosial. Hal itu dapat membantu mengurangi stigma terhadap penyakit mental, karena penyakit mental dapat dipahami bukan sekadar kelemahan karakter, tetapi juga melibatkan faktor biologis dan sosial yang kompleks.

Keenam, mendorong kolaborasi multidisiplin. Model BPS mendorong kerja sama antara berbagai disiplin ilmu, seperti dokter umum, psikiater, psikolog, pekerja sosial, dan terapis, sehingga perawatan kesehatan menjadi lebih komprehensif. Pendekatan multidisiplin itu memungkinkan berbagai sudut pandang untuk digabungkan dalam satu rencana perawatan yang sering kali lebih efektif dibandingkan dengan pendekatan tunggal.

Ketujuh, relevan untuk isu sosial dan kesehatan masyarakat. Model BPS dapat diterapkan dalam kesehatan masyarakat untuk memahami dampak sosial-ekonomi terhadap kesehatan individu dan masyarakat. Faktor-faktor, seperti status ekonomi, pendidikan, lingkungan sosial, dan akses ke pelayanan kesehatan, diperhitungkan dalam memahami kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Kedelapan, penelitian yang lebih luas dan komprehensif. Dalam penelitian medis, model BPS membuka jalan untuk melakukan studi yang lebih luas dan mencakup pengaruh lingkungan psikososial selain uji klinis biomedis. Dengan demikian, para peneliti dapat lebih memahami kondisi kesehatan dari berbagai dimensi dan menghasilkan solusi yang lebih beragam.

Teori model BPS yang dikembangkan oleh George Engel tersebut memiliki beberapa kelemahan. *Pertama*, terlalu kompleks dan tidak spesifik. Salah satu kritik utama yang disampaikan oleh Gregg Henriques²⁹ adalah model BPS terlalu

²⁹Gregg Henriques adalah seorang profesor psikologi di *James Madison University* (JMU), Amerika Serikat. Dia dikenal luas sebagai penggagas *Unified Theory of Knowledge* (UTOK), yakni sebuah pendekatan meta-teoretis yang bertujuan untuk menyatukan berbagai cabang ilmu psikologi, ilmu pengetahuan, dan filsafat menjadi kerangka yang lebih terpadu. Henriques memperoleh gelar Ph.D. dalam bidang Psikologi Klinis dari *University of Vermont*, serta menyelesaikan pelatihan post-doktoral di *University of Pennsylvania* di bawah bimbingan Aaron T. Beck, pelopor terapi kognitif (Department of Graduate Psychology JMU, “Gregg Henriques” <https://www.jmu.edu/chbs/gradpsyc/people/henriques-gregg.shtml>; Wikipedia, “Gregg Henriques” https://en.wikipedia.org/wiki/Gregg_Henriques, diakses pada 18 Mei 2025).

luas dan tidak spesifik. Dengan memasukkan faktor biologis, psikologis, dan sosial, model itu sering kali dianggap kehilangan kejelasan tentang cara ketiga faktor tersebut berinteraksi. Hal itu membuat penerapan model BPS dalam praktik klinis menjadi tidak konsisten dan kurang terstruktur. Tanpa kerangka kerja yang jelas, dokter akan mengalami kesulitan untuk menentukan faktor mana yang harus lebih diperhatikan dalam diagnosis dan pengobatan. *Kedua*, kesulitan dalam penerapan praktis. Model BPS sangat ideal secara teoritis, tetapi penerapannya dalam praktik sehari-hari sering kali dianggap sulit. Banyak tenaga medis merasa terbebani karena harus mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, dan sosial secara bersamaan. Dalam konteks sistem pelayanan kesehatan modern yang sering kali berfokus pada pengobatan cepat dan efisiensi, waktu dan sumber daya yang diperlukan untuk menerapkan model BPS sering kali terbatas. *Ketiga*, tidak selalu cocok untuk semua penyakit. Beberapa kondisi kesehatan, terutama penyakit mental seperti skizofrenia, mungkin tidak dapat dijelaskan secara sempurna oleh model BPS. Sejumlah penyakit tertentu lebih membutuhkan pendekatan biomedis daripada pendekatan holistik yang ditawarkan oleh model BPS.³⁰

Keempat, tidak memperhitungkan aspek spiritual atau kerohanian. Manusia adalah makhluk yang kompleks dan multidimensi. Banyak aspek melekat dalam diri manusia. Totok Wiryasaputra menyebutkan 4 aspek utama dalam diri manusia, yakni aspek fisik, aspek mental atau psikis, aspek sosial atau relasional, dan aspek spiritual atau religius. Setiap aspek tersebut mempunyai keunikan masing-masing, tetapi tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Keempat aspek tersebut saling berhubungan, memengaruhi, dan melengkapi satu sama lain.³¹ Dalam konteks masyarakat beragama atau yang percaya pada Tuhan, aspek

³⁰H. Russell Searight, "The Biopsychosocial Model: Reports of My Death Have Been Greatly Exaggerate", *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 40 (2016), hlm. 289-298; Gregg Henriques, "The Biopsychosocial Model and Its Limitations", *Psychology Today*, Oktober 2015, <https://www.psychologytoday.com/us/blog/theory-knowledge/201510/the-biopsychosocial-model-and-its-limitations>, diakses pada 7 September 2024; Psycholo Genie, "Advantages and Disadvantages of the Biopsychosocial Model", <https://psychologenie.com/-advantages-disadvantages-of-biopsychosocial-model>, diakses pada 7 September 2024.

³¹Totok S. Wiryasaputra, *Pendampingan Pastoral Orang Sakit*, cet. V (Yogyakarta: Kanisius, 2020), hlm. 6.

spiritual atau kerohanian juga mempunyai peran penting. Namun, aspek tersebut tidak dimasukkan oleh Engel dalam teori model BPS-nya.³²

Model BPS Engel tetap mempunyai pengaruh besar dalam pendekatan yang lebih holistik dan terintegrasi di bidang kesehatan mental dan fisik meskipun mendapatkan beberapa kritikan. Berdasarkan teori tersebut, kesehatan atau kesembuhan ODGJ ditentukan oleh 3 faktor utama, yakni biologis, psikologis, dan sosial. Analisis terhadap masalah penyembuhan pasien ODGJ program RBP di Keuskupan Maumere akan menggunakan teori model BPS Engel. Bahan pertanyaan wawancara yang digunakan dalam kajian ini juga dirancang dengan memperhatikan 3 aspek dalam teori model BPS, yakni biologi, psikologi, dan sosial.

1.6.2 Eksegeze dengan Metode Analisis Naratif

Salah satu metode studi ilmiah terhadap Alkitab yang berkembang pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20 adalah metode kritik historis atau historis-kritis atau kritik tinggi. Metode tersebut muncul sebagai salah satu akibat samping dari modernitas. Metode kritik historis adalah pendekatan sistematis dalam studi teks-teks Alkitab yang berfokus untuk memahami konteks sejarah, sosial, dan budaya yang memengaruhi penulisan dan penerimaan teks. Metode tersebut biasanya berfokus untuk memahami maksud asli penulis dan relevansi teks dalam konteks zamannya.³³ Metode itu telah lama digunakan dalam studi Alkitab, termasuk dalam kajian ilmiah terhadap perikop Luk. 10:25-37.³⁴

Metode kritik historis memiliki sejumlah kelebihan yang dapat membantu penafsiran dan pemahaman teks Alkitab secara lebih mendalam.³⁵ *Pertama,*

³²Adi Fahrudin, *loc. cit.*

³³Riedel S. G. Dien dan Valentino R. Moku, "Metode Ilmiah dalam Sejarah Tafsir Alkitab dan Implikasinya terhadap Pendidikan Agama Kristen", *Edukatif: Jurnal Ilmu Pendidikan*, 4:2 (2022), hlm. 3063-3064.

³⁴Gunawan Y. A. Suprabowo, "Memaknai Hospitalitas di Era *New Normal*: Sebuah Tinjauan Teologis Lukas 10:25-37", *Harvester: Jurnal Teologi dan Kepemimpinan Kristen*, 5:1 (2020), hlm. 43-58; Masye V. S. Datunsolang dan Glendy S. Umboh, "Siapakah Sahabatku? Teladan Orang Samaria dalam Lukas 10: 27-35 untuk Menjaga Kesehatan Mental dari *Toxic Friendship*", *Mello: Jurnal Mahasiswa Kristen*, 3:1 (2022), hlm. 21-33.

³⁵Riedel S. G. Dien dan Valentino R. Moku, *loc. cit.*; John Barton, *Reading the Old Testament: Method in Biblical Study* (Louisville: Westminster John Knox Press, 1997), 55-60; James L.

membantu untuk memahami konteks sejarah, sosial, dan budaya dari teks Alkitab. Pembaca dapat terbantu untuk memahami maksud penulis asli dan relevansi teks bagi audiens aslinya dengan mengetahui latar belakang historis teks, seperti situasi politik, tradisi keagamaan, dan budaya pada masa itu. *Kedua*, mengidentifikasi penulis teks dan sumber-sumber yang digunakan dalam penulisan. *Ketiga*, mendeteksi perubahan dan pengaruh. Metode kritik historis membantu pembaca untuk dapat mengenal perubahan dan perkembangan gagasan teologis atau ajaran moral yang tercermin dalam Alkitab. Contohnya adalah perubahan dalam pandangan tentang hukum atau konsep Tuhan dapat ditelusuri dengan memeriksa perbedaan antara teks-teks dari periode yang berbeda.

Keempat, membantu para ahli Alkitab untuk menganalisis bahasa dan gaya penulisan teks, sehingga pembaca bisa mengetahui perkembangan Bahasa Ibrani, Aram, atau Yunani yang dapat memengaruhi makna teks. *Kelima*, sikap kritis terhadap metode penafsiran literal. Metode kritik historis mendorong pembaca untuk tidak menganggap teks Alkitab secara harfiah (literal), melainkan mempertimbangkan pengaruh kondisi historis dan budaya terhadap teks. Hal itu bisa menghindari interpretasi yang kaku dan mendukung pemahaman yang lebih fleksibel dan mendalam. *Keenam*, membuka perspektif interdisipliner. Pendekatan atau metode kritik historis sering kali melibatkan disiplin ilmu lain, seperti arkeologi, antropologi, dan studi sejarah kuno. Hal itu dapat memperkaya pemahaman teks Alkitab dengan data-data yang diperoleh dari penelitian ilmiah lain. *Ketujuh*, mengeksplorasi tujuan dan motivasi penulis. Pemahaman terhadap konteks historis dan sumber teks dapat membantu untuk mengungkapkan tujuan dan motivasi penulis asli, seperti motif teologis, politik, atau sosial yang mendorong penulisan teks.

Metode kritik historis juga memiliki beberapa kelemahan. *Pertama*, pengabaian terhadap aspek atau makna spiritual atau teologis dari teks Alkitab. Metode kritik historis cenderung berfokus pada latar belakang sejarah, budaya, dan sosio-politik, sehingga mengabaikan atau mengaburkan makna spiritual atau

Kugel, *How to Read the Bible: A Guide to Scripture, Then and Now* (New York: Free Press, 2008), hlm. 18-23.

teologis teks. *Kedua*, fragmentasi teks. Metode kritik historis sering kali memecahkan teks menjadi unit-unit kecil, misalnya dengan kritik sumber atau kritik bentuk. Akibatnya adalah makna keseluruhan atau kesatuan teks bisa terpecah dan pembacaan teks sebagai narasi yang utuh diabaikan. Metode tersebut dapat mengaburkan kesatuan narasi atau makna keseluruhan teks atau tema teologis yang ada dalam teks tersebut. *Ketiga*, kurangnya relevansi kontemporer. Metode kritik historis tidak terlalu memadai dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan atau tantangan yang dihadapi oleh pembaca modern. Metode itu sering kali tidak cukup untuk membawa relevansi teks Alkitab ke dalam konteks sosial, politik, dan teologis masa kini. Metode tersebut sangat bergantung pada rekonstruksi masa lalu, sehingga tidak selalu relevan dengan pertanyaan-pertanyaan atau kebutuhan rohani masa kini. *Keempat*, mengabaikan inspirasi Ilahi. Alkitab oleh umat beriman selalu dipandang sebagai teks yang diilhami oleh Tuhan. Namun, metode kritik historis memperlakukan Alkitab seperti buku biasa pada umumnya yang tunduk pada metode-metode rasionalitas manusiawi. Metode tersebut berfokus pada aspek manusiawi teks dan cenderung mengabaikan atau meremehkan hakikat Alkitab yang memiliki inspirasi Roh Ilahi.³⁶

Metode lain dalam studi ilmiah terhadap Alkitab yang muncul kemudian adalah metode analisis naratif, yakni metode studi Alkitab yang berfokus pada struktur dan unsur naratif dalam teks, seperti alur cerita, karakter, latar, dan sudut pandang. Metode tersebut mulai berkembang pada paruh kedua abad ke-20, terutama pada tahun 1970-an. Metode itu muncul dan berkembang sebagai respons terhadap keterbatasan metode kritik historis yang terlalu terfokus pada aspek historis dan komposisi teks, sehingga kurang memperhatikan teks Alkitab sebagai karya sastra yang utuh dengan narasi dan struktur yang kompleks. Metode analisis naratif kemudian dikembangkan karena keinginan untuk melihat teks

³⁶John Barton, *op. cit.*, hlm. 75-80; James Barr, *The Concept of Biblical Theology: An Old Testament Perspective* (Minneapolis: Fortress Press, 1999), hlm. 35-40; Walter Brueggemann, *Teologi Perjanjian Lama: Kesaksian, Tangkisan, Pembelaan*, penerj. Yosef M. Florisan, dkk., (Maumere: Ledalero, 2009), hlm. 14-22; Hendry Ongkowidjojo, "Theological Interpretation of Scripture", *Jurnal Amanat Agung*, 9:1 (2013), hlm. 53-54; Arif Wicaksono, "Pandangan Kekristenan tentang *Higher Criticism*", *Fidei: Jurnal Teologi Sistematis dan Praktika*, 1:1 (2018), hlm. 118-128.

Alkitab sebagai karya naratif yang utuh. Pendekatan tersebut menekankan pentingnya struktur cerita, pengalaman pembaca, dan cara narasi yang membentuk makna sebuah teks Alkitab. Metode tersebut membantu penafsiran makna teks Alkitab secara lebih holistik, yakni tidak hanya melihat sejarah tetapi juga melihat relevansi naratif bagi pembaca, baik dahulu maupun sekarang.³⁷

Beberapa kelebihan metode analisis naratif yang dapat melengkapi kekurangan metode historis-kritis.³⁸ *Pertama*, fokus pada teks sebagai kesatuan utuh. Metode analisis naratif memandang teks sebagai satu kesatuan yang utuh dalam menyampaikan pesan secara keseluruhan. Hal itu memungkinkan penafsiran yang lebih koheren dari sebuah narasi tanpa terpecah-pecah. *Kedua*, penekanan pada pengalaman pembaca. Metode analisis naratif mempertimbangkan relasi antara teks dan pembaca. Metode tersebut memperhatikan bagaimana narasi memengaruhi emosi, pemikiran, dan pengalaman pembaca. Dengan demikian, metode analisis naratif lebih relevan dalam membantu pembaca kontemporer memahami dampak atau pesan cerita pada zaman sekarang. *Ketiga*, penekanan pada dinamika karakter. Metode analisis naratif memberikan perhatian besar pada pengembangan tokoh atau karakter dalam cerita, interaksi di antara tokoh, dan peran masing-masing karakter dalam menyampaikan pesan.

Keempat, menghadirkan makna melalui struktur dan plot. Metode analisis naratif meneliti struktur plot, seperti pengenalan masalah, krisis, dan resolusi, untuk membantu pembaca memahami inti pesan dari narasi. *Kelima*, memahami fungsi retorika teks. Metode analisis naratif menyoroti aspek retorika teks, yaitu cara narasi dirancang untuk menghasilkan respons emosional atau intelektual tertentu dari pembaca. *Keenam*, fleksibilitas dalam interpretasi konteks

³⁷P. A. Didi Tarmidi, "Analisis Naratif: Sebuah Metode Kristiani Hermeneutika Kitab Suci", *Melintas*, 29:3 (2013), hlm. 332; Marde C. S. Mawikere dan Sudiria Hura, "Diskursus Kritik Naratif sebagai Metode Hermeneutis Biblis Menurut Kajian Teolog Biblika", *Da'at: Jurnal Teologi Kristen*, 4:1 (2023), hlm. 32-52.

³⁸Robert Alter, *The Art of Biblical Narrative* (New York: Basic Books, 1981), hlm. 12-19; David M. Gunn dan Danna Nolan Fewell, *Narrative in the Hebrew Bible* (Oxford: Oxford University Press, 1993), hlm. 10-15; Petrus Maryono, *Analisis Retoris: Suatu Teknik Studi Hermeneutik terhadap Teks Alkitab* (Yogyakarta: ANDI, 2021), hlm. 7-12; Marde C. S. Mawikere dan Sudiria Hura, *loc. cit.*

kontemporer. Metode analisis naratif lebih mudah diterapkan dalam konteks kontemporer karena berfokus pada cara pesan atau tema narasi dapat diterapkan dalam kehidupan modern. *Ketujuh*, pemahaman yang lebih dalam tentang simbolisme dan motif. Metode analisis naratif membantu untuk mengidentifikasi dan menguraikan simbolisme serta motif dalam teks yang memberi makna lebih dalam.

Rancangan model pelayanan pastoral untuk ODGJ akan dirumuskan berdasarkan karakter orang Samaria dalam Luk. 10:25-37 dengan memperhatikan ketiga aspek dalam teori model biopsikososial. Dengan kata lain, tokoh dan penokohan orang Samaria akan disinkronkan (d disesuaikan) dengan ketiga aspek dalam teori model BPS Engel untuk merancang model pelayanan pastoral bagi ODGJ.

1.7 Subjek Penelitian

Subjek penelitian dalam kajian ini meliputi para pasien ODGJ program RBP (yang sudah sembuh), keluarga pasien (pengasuh pasien), tetangga pasien (masyarakat di sekitar), dan tenaga kesehatan (pihak puskesmas setempat).

1.8 Lokasi dan Waktu Penelitian

Beberapa pasien ODGJ program RBP yang menjadi objek kajian ini tersebar di beberapa wilayah di Keuskupan Maumere. Peneliti memilih 50 orang pasien ODGJ program RBP yang lokasinya dapat dijangkau dengan mudah. Para pasien ODGJ tersebut berada di beberapa wilayah berikut, yakni Kecamatan Paga, Kecamatan Nita, Kecamatan Alok dan Alok Timur, Kecamatan Magepanda, Kecamatan Kangae, Kecamatan Kewapante, Kecamatan Hewokloang, dan Kecamatan Waigete. Penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober-Desember 2024.

1.9 Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan dalam kajian ini adalah metode deskripsi. Metode deskripsi adalah suatu metode analisis data kualitatif yang bertujuan untuk menggambarkan dan menjelaskan data secara rinci dan detail.

Metode ini digunakan untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menjelaskan data berupa kata-kata, kalimat, atau paragraf yang diperoleh dari hasil wawancara, pengamatan, atau studi dokumen (kepuustakaan). Tujuan metode deskripsi adalah untuk menggambarkan situasi, kondisi, atau fenomena yang terjadi secara akurat dan jelas.

1.10 Sistematika Penulisan

Kajian ini disusun ke dalam lima bab. Bab pertama merupakan pendahuluan. Bagian ini memuat latar belakang penelitian, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat atau signifikansi penelitian, metode penelitian, landasan teori analisis, subjek penelitian, lokasi dan waktu penelitian, metode analisis data, dan kerangka atau sistematika penulisan.

Bab kedua menguraikan pembahasan tentang masalah ODGJ dan program RBP di Keuskupan Maumere, serta hasil studi lapangan terkait berbagai faktor penghambat penyembuhan ODGJ program RBP di Keuskupan Maumere. Bagian ini membahas beberapa topik. *Pertama*, kasus gangguan jiwa di Kabupaten Sikka yang meliputi tiga hal, yakni jumlah ODGJ di Kabupaten Sikka, berbagai usaha penanganannya, dan kelemahan-kelemahan dari usaha yang ada. *Kedua*, program RBP dari Ordo Kamilian di Keuskupan Maumere. Topik tersebut mencakupi beberapa bagian, yakni sejarah Ordo Kamilian, kehadiran Ordo Kamilian di Indonesia, dan program RBP dari Ordo Kamilian bagi ODGJ di Keuskupan Maumere. *Ketiga*, kondisi para ODGJ program RBP di Keuskupan Maumere. *Keempat*, analisis berbagai faktor penghambat penyembuhan pasien ODGJ program RBP di Keuskupan Maumere. Analisis tersebut meliputi tiga aspek utama, yakni aspek biologis, psikologis, dan sosial. *Kelima*, faktor dominan yang menghambat penyembuhan ODGJ program RBP di Keuskupan Maumere. *Keenam*, akar persoalan dari berbagai faktor penghambat penyembuhan ODGJ program RBP di Keuskupan Maumere.

Bab ketiga membahas kajian biblis terhadap perikop Injil Luk. 10:25-37. Bab ini membahas dua topik utama, yakni kelompok sasaran Injil Lukas dan perikop Luk. 10:25-37. Topik tentang perikop Luk. 10:25-37 meliputi beberapa poin berikut, yakni latar belakang konteks Luk. 10:25-37, peran penting teks Luk.

10:25-37, paralelisme Luk. 10:25-37 dengan Injil Sinoptik, pembagian struktur teks Luk. 10:25-37, dan eksegeze Luk. 10:25-37.

Bab keempat membahas pelayanan pastoral untuk ODGJ berdasarkan teladan orang Samaria dalam perikop Injil Luk. 10:25-37 sebagai tanggapan atas berbagai faktor penghambat penyembuhan ODGJ program RBP di Keuskupan Maumere. Bagian ini meliputi beberapa poin, yakni sikap dan perlakuan terhadap ODGJ berdasarkan perikop Luk. 10:25-37; ODGJ sebagai sang korban yang diabaikan dan ditinggalkan pada masa ini; ODGJ sebagai sesama yang membutuhkan pertolongan ‘di sini dan sekarang’; pelayanan terhadap ODGJ sebagai wujud pelayanan orang Samaria masa kini; dan teladan orang Samaria bagi pelayanan pastoral untuk ODGJ. Topik tentang teladan orang Samaria bagi pelayanan pastoral untuk ODGJ meliputi beberapa poin, yakni tindakan-tindakan orang Samaria yang relevan bagi pelayanan pastoral untuk ODGJ; nilai-nilai yang relevan dari teladan orang Samaria bagi pelayanan pastoral untuk ODGJ; prinsip-prinsip pelayanan pastoral untuk ODGJ berdasarkan teladan orang Samaria; model-model pelayanan pastoral untuk ODGJ berdasarkan teladan orang Samaria; implementasi konkret teladan orang Samaria bagi pelayanan pastoral untuk ODGJ; dan kesimpulan.

Bab kelima berisikan kesimpulan dan saran. Kesimpulan tersebut merupakan kesimpulan umum dari seluruh isi pembahasan kajian ini. Saran ditujukan untuk pemerintah, Gereja, dan Ordo Kamilian.