



Pengalaman Eksistensial Lansia Penderita Hipertensi: Studi Fenomenologis-Teologis di Jemaat GMIM Betlehem Lansot

Chenny Faliyani Wurangian ¹ Fakultas Teologi Universitas Kristen Indonesia Tomohon Tomohon, Indonesia chennywurangian@gmail.com	Ineke Marlien Tombeng ² Fakultas Teologi Universitas Kristen Indonesia Tomohon Tomohon, Indonesia ineketombeng@gmail.com	Marhaeni Luciana Mawuntu ³ Fakultas Teologi Universitas Kristen Indonesia Tomohon Tomohon, Indonesia marhaenimawuntu2005@gmail.com
---	---	--

ABSTRACT

This study aims to understand and describe the lived experiences of older adults with hypertension in interpreting spirituality, illness, and medication adherence at the GMIM Betlehem Lansot Congregation, and to formulate contextual pastoral implications based on these experiences. The study is theoretically significant for the development of pastoral theology and phenomenological studies and practically relevant for churches seeking to develop elderly care that integrates spiritual, medical, familial, and cultural dimensions. This study used a qualitative, phenomenological approach. Participants were purposively selected and consisted of eight older adults with hypertension and two key informants, namely a pastor and an elder. Data were collected through participant observation and in-depth interviews and analyzed through epoché/bracketing, identification of significant statements, clustering of meaning units, and the construction of textual and structural descriptions to identify the essence of the participants' experiences. The findings revealed three main essences: illness as an existential experience understood through Calvin's doctrine of providence; medication adherence as a dialectic between faith and reason in light of Bonhoeffer's concept of costly grace; and culture and social relationships as horizons of meaning through mapalus and semali/masaali in dialogue with Niebuhr's theology of Christ and culture. The study concludes that pastoral care should begin with the lived experiences of older adults through listening, theological reflection, strengthening family and community networks, and supporting responsible treatment practices. Churches therefore need to develop pastoral care models that are personal, contextual, and sustainable.

Keywords: Spirituality, Medication Adherence, Older Adults, Hypertension, Pastoral Care.

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk memahami dan mendeskripsikan pengalaman hidup lansia penderita hipertensi dalam memaknai spiritualitas, sakit, dan ketaatan pengobatan di Jemaat GMIM Betlehem Lansot, serta merumuskan implikasi pastoral yang kontekstual berdasarkan pengalaman tersebut. Penelitian ini bermanfaat secara teoretis bagi pengembangan kajian teologi pastoral dan fenomenologi, serta secara praktis bagi gereja dalam mengembangkan pendampingan lansia yang mengintegrasikan dimensi spiritual, medis, keluarga, dan budaya. Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Informan dipilih secara purposif, terdiri atas delapan lansia penderita hipertensi dan dua informan kunci, yaitu pendeta dan penatua. Data dikumpulkan melalui observasi partisipatif dan wawancara mendalam, kemudian dianalisis melalui epoché/bracketing, identifikasi pernyataan signifikan, pengelompokan unit makna, serta penyusunan deskripsi tekstural dan struktural untuk menemukan esensi pengalaman. Hasil penelitian menemukan tiga esensi utama, yaitu sakit sebagai pengalaman eksistensial dalam perspektif providensia Calvin, ketaatan pengobatan sebagai dialektika iman dan akal dalam terang costly grace Bonhoeffer, serta budaya dan relasi sosial sebagai horizon makna melalui mapalus dan semali/masaali dalam dialog dengan Niebuhr. Penelitian menyimpulkan bahwa pendampingan pastoral perlu berangkat dari pengalaman lansia melalui proses mendengarkan, refleksi teologis, penguatan jejaring keluarga dan komunitas, serta dukungan terhadap tindakan pengobatan yang bertanggung jawab. Gereja perlu mengembangkan model pendampingan pastoral yang personal, kontekstual, dan berkelanjutan.

Kata Kunci: Spiritualitas, Ketaatan Pengobatan, Lansia, Hipertensi, Pendampingan Pastoral.

ARTICLE HISTORY

Submitted: 26-08-2026 | Accepted: 29-08-2026 | Publication: 31-08-2026

© 2026 The Author(s). Published by PT GKN. THEOSEBIA: Journal of Theology, Christian Religious Education and Psychospiritual
This is an open-access article distributed under the CC BY-SA 4.0 license (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>)

A. PENDAHULUAN

Populasi lanjut usia (lansia) di Indonesia terus mengalami peningkatan dan pada tahun 2024 tercatat sebanyak 32.424.300 jiwa atau 11,51 persen dari total penduduk (BPS, 2024). Kondisi tersebut menunjukkan bahwa Indonesia telah memasuki struktur penduduk tua (*aging population*). Peningkatan jumlah lansia sekaligus menghadirkan persoalan kesehatan yang semakin kompleks karena proses penuaan berkaitan dengan meningkatnya risiko berbagai penyakit tidak menular (PTM), termasuk hipertensi. Hipertensi menjadi salah satu persoalan kesehatan yang penting karena berkaitan dengan berbagai komplikasi dan membutuhkan pengelolaan kesehatan dalam jangka panjang. Dokumen Rencana Aksi Kerja Kegiatan Direktorat P2PTM menyebutkan besarnya kontribusi penyakit tidak menular terhadap kematian secara global dan memproyeksikan peningkatan jumlah kematian akibat PTM hingga tahun 2030 (Rencana Aksi Kerja Kegiatan Direktorat P2PTM 2021-2024 [Revisi 1], 2023). Pada tingkat lokal, data lapangan Puskesmas Tareran juga menunjukkan tingginya persoalan penyakit kronis pada lansia, dengan prevalensi hipertensi sebesar 37,47 persen dan diabetes mellitus sebesar 56,96 persen di antara lansia yang diskriminasi (*Catatan Lapangan Awal: Data Dokumen Puskesmas Tareran [2023-2024] tentang Prevalensi Penyakit Kronis dan Data BPJS Lansia Penderita Penyakit Kronis [Buku Kronis], 2025*).

Permasalahan hipertensi pada lansia tidak berhenti pada aspek diagnosis, tetapi berlanjut pada kemampuan lansia untuk menjalani pengobatan secara konsisten. Pengobatan hipertensi pada umumnya membutuhkan kedisiplinan dan keberlanjutan karena lansia harus menjalani rejimen pengobatan dalam jangka panjang, disertai perubahan pola makan, aktivitas, istirahat, dan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Kondisi tersebut dapat menjadi semakin kompleks ketika lansia mengalami keterbatasan fisik, kejenuhan terhadap pengobatan, kekhawatiran terhadap efek obat, kesulitan mengingat jadwal minum obat, maupun pengalaman negatif selama menjalani perawatan. Dengan demikian, ketaatan pengobatan tidak dapat dipahami hanya sebagai persoalan apakah seseorang meminum obat atau tidak, tetapi berkaitan dengan bagaimana lansia mengalami, memahami, dan memberi makna terhadap sakit serta pengobatan yang dijalannya. WHO juga menegaskan pentingnya memahami hubungan antara proses penuaan dan penyakit kronis sebagai dasar pengembangan intervensi kesehatan yang efektif bagi lansia (WHO, 2017).

Persoalan tersebut dapat menimbulkan berbagai akibat apabila tidak dipahami secara menyeluruh. Ketidakteraturan dalam menjalani pengobatan dapat menyebabkan pengelolaan penyakit kronis menjadi kurang optimal, sementara pengalaman sakit yang berlangsung lama dapat menimbulkan pergumulan emosional dan spiritual. Pada lansia yang memiliki kehidupan keagamaan yang kuat, penyakit dapat dimaknai bukan hanya sebagai persoalan medis, tetapi juga berkaitan dengan relasi seseorang dengan Tuhan, doa, harapan, rasa bersalah, penerimaan

terhadap keterbatasan, bahkan kesadaran akan kematian. Dalam kondisi tertentu, pergumulan tersebut dapat mendorong lansia mencari berbagai bentuk pertolongan, termasuk pengobatan nonmedis atau praktik tradisional. Karena itu, apabila pengalaman spiritual dan eksistensial lansia diabaikan, pendampingan terhadap mereka berisiko hanya berfokus pada aspek medis tanpa memahami dunia pengalaman yang sesungguhnya memengaruhi keputusan dan perilaku pengobatan.

Salah satu tawaran untuk memahami persoalan tersebut adalah melihat pengalaman sakit dan ketaatan pengobatan dari perspektif lansia sendiri melalui pendekatan fenomenologis. Pendekatan ini memungkinkan peneliti memahami bagaimana lansia mengalami sakit, doa, obat, harapan, ketakutan, dukungan keluarga, dan kematian sebagai bagian dari *lived experience*. Dalam konteks penelitian ini, pengalaman tersebut selanjutnya didialogkan dengan refleksi teologis sehingga pengalaman iman lansia tidak langsung ditempatkan di bawah doktrin tertentu, tetapi terlebih dahulu didengarkan dan dipahami. Pendekatan semacam ini juga relevan bagi pendampingan pastoral karena pelayanan gereja dapat dimulai dari pengalaman konkret jemaat sebelum memberikan penafsiran teologis. Dengan demikian, gereja tidak hanya hadir untuk memberikan nasihat, tetapi juga menjadi ruang bagi lansia untuk mengungkapkan pergumulan, menemukan makna, dan memperoleh penguatan dalam menjalani pengobatan.

Solusi tersebut memiliki manfaat penting baik secara teoretis maupun praktis. Secara teoretis, penelitian fenomenologis dapat memperlihatkan bahwa pengalaman kesehatan lansia memiliki dimensi yang melampaui aspek biologis dan perlu dipahami dalam hubungan antara tubuh, spiritualitas, relasi sosial, dan kebudayaan. Secara praktis, pemahaman terhadap pengalaman lansia dapat membantu pendeta, penatua, dan pelayan pastoral mengembangkan pendampingan yang lebih kontekstual, empatik, dan tidak menghakimi. Pendampingan juga dapat diarahkan untuk memperkuat hubungan antara iman dan tindakan kesehatan, sehingga penggunaan obat dan perawatan medis tidak dipersepsikan sebagai pertentangan dengan iman kepada Tuhan. Dalam konteks Jemaat GMIM Betlehem Lansot, pendekatan tersebut juga membuka ruang untuk memahami peran keluarga dan nilai budaya Minahasa seperti mapalus serta masaali/semali sebagai bagian dari lingkungan sosial yang dapat menopang kehidupan dan pengobatan lansia.

Dalam penelitian ini, pengalaman eksistensial dipahami sebagai pengalaman hidup lansia dalam menghadapi sakit, keterbatasan, harapan, penderitaan, relasi dengan Tuhan, dan kesadaran akan kefanaan yang diberi makna secara personal. Spiritualitas merujuk pada bagaimana lansia menghayati relasinya dengan Tuhan melalui doa, iman, pengharapan, penerimaan, dan praktik kehidupan sehari-hari. Sementara itu, ketaatan pengobatan merujuk pada keterlibatan lansia dalam menjalani pengobatan dan perawatan medis secara konsisten sesuai kebutuhan atau anjuran yang diterima. Ketiga konsep tersebut tidak diposisikan sebagai

variabel yang berdiri sendiri, melainkan sebagai dimensi pengalaman yang saling berhubungan dalam kehidupan lansia penderita hipertensi. Oleh karena itu, pendekatan fenomenologi digunakan untuk menemukan makna pengalaman tersebut sebagaimana dituturkan oleh lansia, kemudian dilakukan refleksi teologis terhadap makna yang ditemukan.

Sejumlah penelitian sebelumnya memberikan dasar penting bagi penelitian ini. Pertama, penelitian Farida dkk. (2025) mengenai lansia Indonesia dengan penyakit kronis menunjukkan bahwa beban dan pengalaman menggunakan obat dalam jangka panjang membentuk sikap lansia terhadap regimen pengobatan mereka. Temuan ini menunjukkan bahwa pengalaman subjektif perlu diperhatikan dalam memahami ketaatan pengobatan. Kedua, kajian global Zimmer dkk. (2016) mengenai spiritualitas, religiositas, penuaan, dan kesehatan menunjukkan bahwa dimensi transenden merupakan salah satu sumber ketahanan yang muncul dalam kehidupan lansia di berbagai konteks budaya. Ketiga, penelitian Kütmeç Yılmaz dan Kara (2021) menunjukkan bahwa kesejahteraan spiritual memiliki hubungan dengan kemampuan individu beradaptasi terhadap penyakit kronis. Ketiga penelitian tersebut memperlihatkan pentingnya pengalaman pengobatan, spiritualitas, dan kemampuan adaptasi dalam kehidupan penderita penyakit kronis, tetapi belum secara khusus menjelaskan bagaimana lansia Kristen memaknai pengalaman hipertensi mereka dalam konteks kehidupan jemaat dan kebudayaan lokal.

Berdasarkan penelitian terdahulu tersebut, terdapat gap of knowledge yang perlu dikaji lebih lanjut. Penelitian mengenai lansia dan penyakit kronis telah banyak memberikan perhatian pada aspek medis, pengalaman pengobatan, kesejahteraan spiritual, dan adaptasi terhadap penyakit, tetapi masih terbatas penelitian yang menggali secara mendalam bagaimana lansia penderita hipertensi mengalami dan memaknai relasi antara iman, spiritualitas, pengobatan medis, pengalaman sakit, dan dukungan budaya dalam konteks komunitas gereja lokal. Selain itu, masih diperlukan kajian yang mempertemukan pengalaman empiris lansia dengan refleksi teologis secara kritis, bukan sekadar menggunakan teori teologi untuk menjelaskan pengalaman dari luar. Dalam konteks Jemaat GMIM Betlehem Lansot, pengalaman lansia menjadi semakin menarik karena berlangsung dalam lingkungan budaya Minahasa yang memiliki nilai solidaritas seperti *mapalus* dan *masaali/semali*, sekaligus berhadapan dengan kemungkinan praktik pengobatan nonmedis. Celah inilah yang menjadi ruang kontribusi penelitian, yaitu menghadirkan pembacaan fenomenologis-teologis yang berangkat dari suara dan pengalaman lansia sendiri.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan mendeskripsikan dan memahami esensi pengalaman eksistensial lansia penderita hipertensi di Jemaat GMIM Betlehem Lansot dalam memaknai relasi antara spiritualitas dan ketaatan pengobatan, serta mendialogkan pengalaman tersebut dengan tiga kerangka teologis, yaitu doktrin providensia dan iman aktif Yohanes Calvin, konsep anugerah mahal (*costly grace*) dan ketaatan Dietrich Bonhoeffer, serta tipologi Kristus dan budaya Richard Niebuhr. Dialog tersebut diharapkan dapat menghasilkan

pemahaman teologis yang lebih kontekstual mengenai pengalaman sakit lansia sekaligus merumuskan implikasi pastoral bagi pendampingan mereka. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya berupaya memahami lansia sebagai penerima pelayanan gereja, tetapi menempatkan pengalaman mereka sebagai sumber penting bagi pengembangan pendampingan pastoral yang mendengarkan, menghargai konteks budaya, memperkuat spiritualitas, dan mendukung ketaatan pengobatan.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi untuk mengeksplorasi dan memahami pengalaman hidup (*lived experience*) lansia penderita hipertensi dalam memaknai sakit, spiritualitas, pengobatan, dan keterbatasan hidup di Jemaat GMIM Betlehem Lansot (Moran, 2002). Pendekatan fenomenologi dipilih karena berfokus pada pengalaman subjektif sebagaimana dialami dan dimaknai oleh individu (Husserl, 2012). Partisipan utama dipilih secara purposif berdasarkan kriteria: anggota Jemaat GMIM Betlehem Lansot berusia ≥ 60 tahun, telah didiagnosis hipertensi, sedang atau pernah menjalani pengobatan medis jangka panjang, baik dengan maupun tanpa komorbiditas. Penelitian melibatkan delapan lansia penderita hipertensi (P-01–P-08) berusia 60–82 tahun sebagai partisipan utama serta dua partisipan kunci, yaitu seorang pendeta dan seorang penatua (P-09–P-10), untuk memperkaya pemahaman mengenai konteks pastoral dan melakukan triangulasi sumber. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi partisipatif awal dalam kegiatan ibadah lansia dan kunjungan Posyandu sejak Desember 2025, kemudian dilanjutkan dengan wawancara mendalam fenomenologis terhadap partisipan utama dan partisipan kunci pada Februari–April 2026. Wawancara diarahkan pada pengalaman subjektif partisipan mengenai sakit, doa, penggunaan obat, ketaatan pengobatan, dukungan keluarga dan komunitas, serta pengalaman menghadapi keterbatasan dan kefanaan. Seluruh proses penelitian dilakukan dengan menjaga kerahasiaan identitas partisipan, menggunakan kode P-01–P-10, serta memperoleh *informed consent* tertulis.

Data dianalisis secara fenomenologis dengan mengikuti prosedur Moustakas (1994), yang meliputi *epoché/bracketing*, identifikasi pernyataan signifikan (*significant statements*), pengelompokan pernyataan ke dalam unit-unit makna (*meaning units*), serta penyusunan deskripsi tekstural dan struktural untuk merumuskan esensi pengalaman (*essence of lived experience*). Pada tahap *epoché*, peneliti secara reflektif menanggukkan asumsi dan pengetahuan teologis yang telah dimiliki agar pengalaman partisipan dapat dipahami berdasarkan perspektif mereka sendiri. Transkrip wawancara kemudian dibaca secara menyeluruh, pernyataan-pernyataan signifikan diidentifikasi, dan dikelompokkan berdasarkan kesamaan makna hingga terbentuk tema-tema pengalaman yang selanjutnya disintesis

menjadi esensi fenomenologis. Esensi yang diperoleh kemudian didialogkan secara kritis dengan tiga kerangka teologis, yaitu providensia Yohanes Calvin, konsep *costly grace* Dietrich Bonhoeffer, dan tipologi Kristus dan budaya Richard Niebuhr. Keabsahan temuan diperkuat melalui *member checking*, triangulasi sumber antara partisipan utama dan partisipan kunci, reflektivitas peneliti, dan *thick description* untuk mendukung kredibilitas, konfirmabilitas, dan transferabilitas hasil penelitian.

C. TEMUAN DAN PEMBAHASAN

1. Esensi Pengalaman: Sakit sebagai Peristiwa Eksistensial, Dialog dengan Providensia Calvin

Hasil reduksi fenomenologis menunjukkan bahwa pengalaman sakit pada lansia penderita hipertensi tidak dipahami semata-mata sebagai gangguan biologis, tetapi sebagai pengalaman yang memiliki makna personal, spiritual, dan eksistensial. Sakit menghadapkan lansia pada pertanyaan mengenai keterbatasan diri, tanggung jawab terhadap kesehatan, relasi dengan Tuhan, serta kesadaran akan kefanaan. Pengalaman tersebut tampak dalam kesaksian P-07 yang menghubungkan iman dengan tanggung jawab menjalani kehidupan dan menjaga kondisi tubuh: *"Saya hanya ingat Firman: kita menanam, yang menumbuhkan dan memberi buah itu Tuhan. Jadi saya hanya bekerja saja. Soal berkat, itu Tuhan yang punya. Banyak atau sedikit, saya bekerja saja. Kadang sudah lelah, tapi dokter bilang tidak boleh terlalu lelah. Jadi kalau sudah berlebihan, saya istirahat. Di sela itu, dalam hati saya memuji Tuhan, 'Makase Tuhan, sehatkan saya untuk menyelesaikan ini.' Seakan-akan saya bercakap dengan Dia!"* Pengalaman ini memperlihatkan bahwa iman tidak ditempatkan berlawanan dengan tindakan medis. Sebaliknya, keyakinan kepada Tuhan justru menjadi sumber motivasi untuk mengenali keterbatasan tubuh, mengikuti anjuran dokter, beristirahat, dan tetap menjalani tanggung jawab kehidupan sehari-hari.

Pengalaman P-02 menunjukkan dimensi lain dari sakit, yaitu munculnya refleksi dan penyesalan terhadap perilaku kesehatan pada masa lalu. Sebagai lansia yang menjalani hemodialisis secara rutin, ia mengungkapkan, *"Noh itu noh katu Ibu pe salah, dulu malas ja minum aer...! Ternyata garam musti imbangi deng minum banyak. Cuma kalo so saki, so nimbole minum banyak."* Pengalaman tersebut memperlihatkan bahwa penyakit kronis dapat menjadi ruang evaluasi eksistensial, ketika seseorang meninjau kembali keputusan dan kebiasaan masa lalu dalam terang kondisi kesehatan yang sedang dialaminya. Sementara itu, P-06 menghadirkan dimensi kefanaan melalui ungkapan, *"So tua kua, apa tare ja inga. Samua mo kasana,"* yang berarti bahwa pada usia lanjut seseorang semakin menyadari bahwa kehidupan pada akhirnya menuju kematian. Dalam perspektif fenomenologis, ketiga pengalaman tersebut tidak tepat direduksi menjadi sikap pasrah atau fatalistik. Sebaliknya, pengalaman P-07, P-02, dan P-06

memperlihatkan tiga orientasi makna: sakit sebagai perjalanan iman yang dijalani dengan tenang, sakit sebagai momentum evaluasi dan pendisiplinan diri, serta sakit sebagai pengalaman yang memperdalam kesadaran akan keterbatasan dan kefanaan.

Ketiga pengalaman tersebut memperlihatkan bahwa kesadaran terhadap kematian tidak selalu menghasilkan penolakan terhadap kehidupan. Pada P-06, kesadaran bahwa "*samua mo kasana*" justru dapat dipahami sebagai bentuk penerimaan terhadap keterbatasan eksistensial. Dalam kerangka Paul Tillich, keberanian menghadapi keterbatasan dan ancaman kefanaan berkaitan dengan *courage to be*, yakni keberanian untuk tetap mengafirmasi keberadaan meskipun manusia menyadari keterbatasan dan ancaman terhadap eksistensinya (Tillich, 1952). Dalam konteks penelitian ini, penerimaan terhadap kefanaan tidak identik dengan menyerah terhadap penyakit. Justru, penerimaan tersebut dapat memberikan ruang bagi lansia untuk menjalani kehidupan secara lebih realistis: menerima kondisi tubuh, mengikuti kemampuan yang tersedia, menjalani pengobatan, serta mempertahankan relasi dengan Tuhan dan orang-orang di sekitarnya. Dengan demikian, esensi pengalaman sakit yang muncul bukanlah "menyerah kepada penyakit", melainkan menata kembali kehidupan di tengah keterbatasan tubuh dan kesadaran akan kematian.

Esensi tersebut kemudian dapat didialogkan dengan doktrin providensia Yohanes Calvin. Bagi Calvin, providensia menunjuk pada pemeliharaan dan pemerintahan Allah atas ciptaan, termasuk seluruh dinamika kehidupan manusia, kesehatan, dan penyakit (Calvin, 2015). Calvin juga menegaskan bahwa tidak ada peristiwa dalam kehidupan yang berada di luar perhatian dan pemerintahan Allah, sebagaimana tampak dalam tafsirannya atas Matius 19 (Calvin & Haroutunian [editor/trans.], t.t.). Dalam kerangka tersebut, pengalaman sakit tidak harus dimaknai sebagai absennya Allah atau sebagai bukti kegagalan iman. Sebaliknya, penderitaan dapat menjadi ruang bagi manusia untuk menyadari keterbatasannya dan memperdalam ketergantungan kepada Allah. Hal ini memiliki relevansi kuat dengan pengalaman para informan yang tidak hanya berbicara mengenai tekanan penyakit, tetapi juga menghubungkannya dengan doa, rasa syukur, tanggung jawab, dan penerimaan terhadap kehidupan.

Namun demikian, dialog dengan Calvin perlu ditempatkan secara kritis. Providensia tidak seharusnya digunakan untuk menyimpulkan bahwa setiap penyakit merupakan kehendak Allah secara langsung atau bahwa seseorang cukup menerima penyakit tanpa melakukan tindakan. Calvin justru menempatkan iman dan penggunaan sarana yang tersedia dalam hubungan yang tidak bertentangan. Providensia dimaksudkan untuk memperkuat iman, menghasilkan syukur, dan memberikan penghiburan dalam penderitaan, bukan menjadi dasar bagi kepasifan atau kelambanan manusia (Calvin, 2015). Karena itu, pengalaman P-07 yang tetap bekerja sesuai kemampuan, beristirahat ketika tubuh mulai lelah, dan berdoa agar Tuhan memberikan kekuatan menunjukkan bentuk iman yang bersifat aktif. Demikian pula, keputusan untuk menjalani

pengobatan dapat dipahami sebagai penggunaan sarana yang tersedia dalam kehidupan, bukan sebagai tanda kurangnya kepercayaan kepada Tuhan. Dengan perspektif ini, iman kepada providensia justru dapat membangun pemahaman bahwa menjaga kesehatan dan menjalani pengobatan merupakan bagian dari tanggung jawab manusia di hadapan Allah.

Temuan tersebut juga memperlihatkan pentingnya membedakan antara penerimaan iman dan fatalisme religius dalam kehidupan lansia. Keduanya dapat tampak serupa karena sama-sama menggunakan bahasa tentang kehendak Tuhan, tetapi memiliki konsekuensi praksis yang berbeda. Fatalisme dapat mendorong seseorang untuk menganggap tindakan medis tidak diperlukan karena segala sesuatu telah ditentukan, sedangkan penerimaan iman memungkinkan seseorang mengakui keterbatasan sekaligus tetap menggunakan sarana yang tersedia. Dalam konteks penelitian ini, pengalaman P-07 menunjukkan pola yang kedua: ia mengakui Tuhan sebagai sumber berkat dan kesehatan, tetapi pada saat yang sama menerima nasihat dokter untuk tidak bekerja terlalu keras. Temuan ini sejalan dengan penelitian Kütmeç Yılmaz dan Kara (2021) yang menunjukkan adanya hubungan antara kesejahteraan spiritual dan kemampuan individu beradaptasi secara konstruktif terhadap penyakit kronis. Sebaliknya, Kasahun dkk. (2022) menunjukkan bahwa keyakinan religius yang tidak disertai pemahaman yang memadai berpotensi menjadi hambatan terhadap ketaatan pengobatan pada pasien dengan penyakit kronis.

Secara teologis-pastoral, temuan ini memberikan implikasi bahwa pendampingan terhadap lansia penderita hipertensi tidak cukup dilakukan melalui pemberian nasihat medis atau anjuran untuk “lebih beriman”. Pelayanan pastoral perlu membantu lansia membangun pemahaman iman yang mengintegrasikan doa, penerimaan, tanggung jawab terhadap tubuh, dan penggunaan sarana pengobatan. Pendeta dan penatua dapat menyediakan ruang percakapan pastoral yang memungkinkan lansia menceritakan pengalaman sakit, rasa bersalah terhadap perilaku masa lalu, ketakutan terhadap kematian, maupun keraguan terhadap pengobatan tanpa segera menghakimi pengalaman tersebut. Dalam percakapan tersebut, konsep providensia dapat digunakan untuk menegaskan bahwa mengandalkan Tuhan tidak berarti menolak pertolongan medis. Sebaliknya, dokter, obat, keluarga, dan pelayanan kesehatan dapat dipahami sebagai sarana yang dapat digunakan dalam proses pemeliharaan kehidupan. Pendekatan ini juga penting untuk mencegah munculnya pemahaman teologis yang secara tidak sengaja mendorong penghentian pengobatan atau ketergantungan semata pada praktik nonmedis.

Implikasi praktis lainnya adalah perlunya membangun pendampingan pastoral yang integratif dan berkelanjutan bagi lansia penderita hipertensi. Gereja dapat mengembangkan kunjungan pastoral secara berkala, kelompok percakapan lansia, pendampingan doa yang disertai edukasi kesehatan, serta kerja sama dengan Posyandu dan tenaga kesehatan setempat. Pendampingan tersebut dapat diarahkan pada tiga kebutuhan yang tampak dari pengalaman

informan: membantu lansia menerima keterbatasan tubuh tanpa kehilangan harapan, membantu mereka mengintegrasikan iman dengan tanggung jawab menjalani pengobatan, dan membantu mereka menghadapi kesadaran akan kematian secara konstruktif. Dengan demikian, esensi pengalaman sakit yang ditemukan dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai pengalaman perjumpaan dengan keterbatasan yang mendorong lansia menata kembali relasi dengan Tuhan, diri sendiri, pengobatan, dan kehidupan. Dalam terang providensia Calvin, pengalaman tersebut menunjukkan bahwa iman tidak seharusnya menggantikan tindakan manusia, melainkan memberi orientasi dan makna bagi tindakan tersebut. Karena itu, pendampingan pastoral yang kontekstual perlu bergerak dari pola pelayanan yang hanya menghibur menuju pendampingan yang membantu lansia menerima, memahami, dan menjalani pengobatan sebagai bagian dari kehidupan iman yang aktif dan bertanggung jawab.

2. Esensi Pengalaman: Dialektika “Torang Sehat karena Tuhan, Torang Minum Obat karena Akal”, Dialog dengan Costly Grace Bonhoeffer

Hasil analisis fenomenologis menunjukkan bahwa salah satu struktur makna yang paling kuat dalam pengalaman para informan adalah hubungan dialektis antara iman dan akal dalam menghadapi penyakit dan pengobatan. Struktur pengalaman tersebut secara eksplisit dirumuskan oleh P-03 melalui ungkapan, *“Torang sehat karena Tuhan, torang minum obat karena akal. Jaga keseimbangan. Iman dan akal sehat harus berjalan bersama. ... Kalau torang sehat, obat torang bantu deng doa. Torang pe iman bekerja dan dibarengi dengan tindakan untuk melakukan yang sehat, jaga makan, tidur cukup, dan rileks.”* Pernyataan ini memperlihatkan bahwa bagi informan, iman kepada Tuhan dan tindakan medis bukan dua pilihan yang harus dipertentangkan. Keduanya justru membentuk satu kesatuan pengalaman dalam menghadapi penyakit kronis. Obat dipahami sebagai sarana yang digunakan dalam proses pemeliharaan kehidupan, sedangkan doa menjadi ekspresi penyerahan dan pengharapan kepada Tuhan. Dengan demikian, pengalaman sakit tidak menghasilkan dikotomi antara “iman” dan “akal”, tetapi memperlihatkan kesadaran bahwa keduanya dapat bekerja secara bersamaan dalam kehidupan sehari-hari.

Pemaknaan tersebut diperkuat oleh pengalaman P-04 yang mengatakan, *“Kalo ada sakit, berdoa sendiri sebelum minum obat, percaya Tuhan akan berikan kesembuhan dengan memakai obat.”* Bagi P-04, tindakan berdoa sebelum minum obat menunjukkan bahwa penggunaan obat tidak dipandang sebagai pengganti kepercayaan kepada Tuhan, melainkan sebagai salah satu sarana yang dapat digunakan Tuhan dalam proses kesembuhan. Sikap kritis terhadap praktik pengobatan nonmedis juga tampak dalam pernyataannya mengenai kemungkinan mencari kekuatan adikodrati di luar pengobatan yang dipahaminya. Sementara itu, P-02 mengungkapkan pengalaman yang berbeda, yaitu munculnya rasa bersalah karena pernah mengabaikan

pengobatan: *"Ibu merasa bersalah karena dulu abaikan obat hipertensi. Minumnya hanya sekali-sekali, kalau merasa perlu saja. ... Hanya pada Tuhan pengharapan Ibu. Ibu percaya Tuhan punya kuasa."* Pengalaman ini memperlihatkan bahwa ketaatan pengobatan tidak hanya berhubungan dengan pengetahuan medis, tetapi juga dengan proses refleksi moral dan spiritual. Kesadaran terhadap kelalaian masa lalu mendorong informan untuk menata kembali sikapnya terhadap pengobatan dan memperbarui pengharapannya kepada Tuhan.

Pengalaman P-01 memperlihatkan dimensi yang lebih kompleks karena terdapat fase ambivalensi sebelum kembali mencapai keyakinan terhadap pengobatan medis. P-01 mengakui bahwa dirinya sempat mencari pertolongan kepada seorang *"Orang yang Mangarti"* yang dipercaya dapat menyembuhkan melalui praktik yang disertai doa dan penyebutan nama Yesus. Pengalaman tersebut kemudian menghasilkan ketakutan, pertobatan, dan kesadaran bahwa dirinya telah mengambil keputusan yang keliru. Ia akhirnya kembali kepada dokter dan memaknai pengalaman sakitnya sebagai kemungkinan cara Tuhan mengingatkannya untuk semakin dekat kepada-Nya. Secara fenomenologis, pengalaman P-01 menunjukkan bahwa ketaatan pengobatan bukanlah kondisi yang selalu linear dan stabil. Ia dapat mengalami keraguan, pencarian, ketakutan, refleksi, dan akhirnya mengambil keputusan kembali kepada pengobatan medis. Karena itu, fenomena ketaatan perlu dipahami sebagai proses pengambilan keputusan yang berlangsung dalam ruang pengalaman personal, spiritual, keluarga, dan budaya. Dalam konteks ini, dukungan doa dari istri dan anak juga menjadi bagian penting dari proses P-01 dalam mengonstruksi kembali makna sakit dan pengobatan.

Jika keempat pengalaman tersebut dibaca melalui reduksi fenomenologis, terlihat bahwa dialektika iman dan akal bukan dua sikap yang saling berlawanan, melainkan satu struktur pengalaman yang utuh. Kesadaran informan terhadap "obat" tidak berhenti pada obat sebagai objek fisik, tetapi terarah kepada makna yang lebih luas: tanggung jawab terhadap kehidupan, bentuk penghargaan terhadap tubuh, sarana pertolongan Tuhan, sekaligus keputusan konkret untuk mempertahankan kehidupan. Dalam kerangka *intentionality*, objek pengalaman selalu hadir melalui makna yang diberikan oleh kesadaran. Karena itu, bagi P-03, obat merupakan bagian dari tindakan rasional yang berjalan bersama iman; bagi P-04, obat menjadi sarana yang ditempatkan dalam kerangka doa; bagi P-02, pengobatan menjadi ruang pertobatan dan pembelajaran; sedangkan bagi P-01, pengobatan menjadi bagian dari proses menemukan kembali arah iman. Esensi pengalaman yang muncul adalah bahwa ketaatan pengobatan dimaknai sebagai tindakan bertanggung jawab yang tidak mengurangi iman kepada Tuhan, tetapi justru dapat menjadi ekspresi iman yang diwujudkan dalam tindakan konkret.

Esensi tersebut memperoleh kedalaman teologis ketika didialogkan dengan konsep *costly grace* Dietrich Bonhoeffer. Bonhoeffer membedakan *cheap grace*, yaitu anugerah yang dipahami tanpa pertobatan dan tanpa konsekuensi ketaatan, dari *costly grace*, yaitu anugerah yang

memanggil manusia untuk mengikuti Kristus dalam ketaatan nyata (Bonhoeffer, 1959). Dalam perspektif ini, pengalaman P-03, P-04, P-02, dan P-01 memperlihatkan bahwa iman tidak berhenti pada pengakuan verbal tentang kuasa Tuhan, tetapi diwujudkan melalui tindakan konkret dalam menghadapi penyakit. Ungkapan P-03 tentang keseimbangan antara iman dan akal menunjukkan bentuk iman yang tidak pasif. Demikian pula keputusan P-04 untuk berdoa sekaligus menggunakan obat memperlihatkan bahwa pengharapan kepada Tuhan tidak meniadakan tanggung jawab manusia. Dengan demikian, konsep *costly grace* dapat membantu menjelaskan bahwa iman yang dihayati secara konkret menuntut respons berupa tindakan, termasuk tanggung jawab terhadap kehidupan dan kesehatan.

Namun demikian, hubungan antara *costly grace* dan ketaatan pengobatan perlu ditempatkan secara proporsional. Penelitian ini tidak dimaksudkan untuk menyatakan bahwa Bonhoeffer secara langsung berbicara tentang kepatuhan minum obat atau bahwa minum obat dengan sendirinya merupakan bentuk *costly grace*. Hubungannya bersifat interpretatif: prinsip Bonhoeffer mengenai keterkaitan iman dan ketaatan dapat digunakan untuk membaca bagaimana para informan mengintegrasikan keyakinan kepada Tuhan dengan tindakan konkret dalam menghadapi penyakit. Bonhoeffer menegaskan hubungan erat antara iman dan ketaatan—bahwa percaya dan taat tidak dapat dipisahkan (Bonhoeffer, 1959). Dalam konteks penelitian ini, prinsip tersebut membantu memperlihatkan bahwa iman yang matang tidak harus diwujudkan melalui penolakan terhadap sarana medis. Sebaliknya, penggunaan sarana medis dapat ditempatkan dalam kerangka tanggung jawab iman selama tidak menggantikan posisi Tuhan sebagai sumber pengharapan. Dengan demikian, pembacaan Bonhoeffer memberikan koreksi terhadap dua ekstrem sekaligus: spiritualitas yang memandang pengobatan medis sebagai tanda kurang iman dan rasionalitas medis yang mengabaikan kebutuhan spiritual lansia.

Temuan penelitian juga memperoleh dukungan dari penelitian empiris mengenai hubungan spiritualitas dan ketaatan pengobatan. Penelitian biopsikososial-spiritual di Turki menunjukkan bahwa kondisi spiritual yang baik berkorelasi signifikan dengan ketaatan pengobatan pada pasien penyakit kronis (Bilgin dkk., 2025). Sementara itu, penelitian terhadap pasien hipertensi di Cimahi, Indonesia, menunjukkan bahwa keyakinan mengenai manfaat pengobatan merupakan salah satu prediktor penting dalam ketaatan berobat (Suhat dkk., 2022). Kedua temuan tersebut memperkuat hasil penelitian ini bahwa keputusan menjalani pengobatan tidak hanya dibentuk oleh instruksi tenaga kesehatan, tetapi juga oleh keyakinan dan cara pasien memberikan makna terhadap pengobatan. Lebih lanjut, pendekatan intervensi berbasis dialog motivasional maupun teknologi pendukung kepatuhan menunjukkan potensi dalam meningkatkan ketaatan pengobatan pasien dengan penyakit kronis (Dilorio & Morisky, 2008; Worrall dkk., 2025). Temuan tersebut memperlihatkan bahwa ketaatan bukanlah keadaan yang statis, tetapi proses yang perlu

terus didukung melalui komunikasi, penguatan motivasi, dan pendampingan yang sesuai dengan pengalaman pasien.

Secara praktis, temuan ini memberikan implikasi penting bagi pelayanan pastoral di Jemaat GMIM Betlehem Lansot. Pendeta, penatua, dan pelayan gereja perlu mengembangkan pendampingan yang tidak mempertentangkan iman dengan pengobatan medis, tetapi membantu lansia menemukan hubungan yang konstruktif antara keduanya. Pendampingan dapat dilakukan melalui percakapan pastoral yang dimulai dengan mendengarkan pengalaman lansia sebelum memberikan nasihat, sehingga pergumulan mengenai obat, rasa bersalah, ketakutan, pengobatan tradisional, dan kematian dapat dipahami secara utuh. Prinsip ini sejalan dengan pentingnya mendengarkan sebagai bentuk pelayanan dalam persekutuan sebagaimana ditekankan dalam refleksi Bonhoeffer. Secara konkret, gereja dapat membangun kelompok pendampingan lansia, kunjungan pastoral berkala, doa bersama yang disertai edukasi kesehatan, serta kolaborasi dengan tenaga kesehatan dan Posyandu. Pendampingan semacam ini dapat membantu lansia memahami bahwa berdoa bukan pengganti berobat dan berobat bukan penyangkalan terhadap iman. Dengan demikian, ungkapan P-03—*"Torang sehat karena Tuhan, torang minum obat karena akal"*—dapat dirumuskan sebagai inti temuan penelitian: iman memberikan orientasi dan pengharapan, sedangkan akal dan tindakan konkret menjadi sarana untuk merawat kehidupan. Dalam perspektif *costly grace*, integrasi tersebut menunjukkan iman yang bergerak dari pengakuan menuju ketaatan nyata dan tanggung jawab terhadap kehidupan yang dipercayakan Tuhan.

3. Esensi Pengalaman: Budaya dan Relasi sebagai Horizon Makna, Dialog dengan Niebuhr tentang Kristus dan Budaya

Pengalaman sakit dan pengobatan yang dialami lansia tidak berlangsung dalam ruang individual yang terpisah dari lingkungan sosial, melainkan selalu dibentuk oleh relasi keluarga, komunitas, dan nilai-nilai budaya yang menjadi horizon kehidupan mereka. Hasil analisis fenomenologis menunjukkan bahwa pengalaman para informan tidak hanya memperlihatkan hubungan personal antara individu dan Tuhan, tetapi juga memperlihatkan bagaimana orang lain hadir secara konkret dalam proses menjalani sakit dan pengobatan. Dalam konteks Jemaat GMIM Betlehem Lansot, budaya Minahasa menjadi salah satu horizon makna yang memberi bentuk pada pengalaman tersebut, khususnya melalui nilai *mapalus* dan *semali/masaali*. P-07 menjelaskan *mapalus* sebagai praktik saling membantu yang pada prinsipnya mengandung nilai bahwa "yang kuat membantu yang lemah dan yang lemah menghargai yang lebih." Pernyataan ini memperlihatkan bahwa *mapalus* tidak hanya merupakan warisan budaya, tetapi juga mengandung prinsip relasional yang menempatkan kehidupan seseorang dalam jaringan tanggung jawab bersama. Bagi lansia yang menghadapi penyakit kronis, jaringan tersebut dapat

menjadi sumber dukungan praktis maupun psikologis ketika kemampuan fisik mulai mengalami keterbatasan.

Makna relasional tersebut semakin terlihat dalam pemaknaan P-07 mengenai *semali*, yang dipahaminya sebagai kewajiban untuk menjaga orang tua atau saudara yang telah memasuki usia lanjut. Ia menegaskan bahwa kebutuhan dalam *semali* bukan semata-mata pemenuhan kewajiban formal, tetapi terutama “kekerabatan dan hubungan psikologis, darah, antara saudara dan saudara.” Pemaknaan tersebut memperlihatkan bahwa perawatan lansia dalam konteks budaya lokal tidak hanya dipahami sebagai layanan instrumental, tetapi juga sebagai ekspresi hubungan kekerabatan dan tanggung jawab moral. Pengalaman keluarga P-03 dan P-04 yang menjadi jaringan pendukung dalam kehidupan sehari-hari juga menunjukkan bahwa keberlangsungan pengobatan tidak terlepas dari relasi sosial. Dengan demikian, ketaatan pengobatan pada lansia perlu dipahami dalam konteks ekologis kehidupan mereka. Lansia tidak mengambil keputusan kesehatan secara sepenuhnya individual, tetapi berada dalam jaringan keluarga dan komunitas yang dapat membantu mengingatkan pengobatan, menemani pemeriksaan, menyediakan kebutuhan sehari-hari, serta memberikan penguatan emosional dan spiritual.

Pengalaman P-05 memperlihatkan secara lebih jelas bagaimana relasi sosial menjadi sumber daya eksistensial ketika struktur keluarga inti tidak tersedia. P-05 yang tidak memiliki anak kandung mengungkapkan, “*Untung ada saudara deng ipar, ponakan bae-bae yang mo suka jaga. Terima Ibu dengan senang hati saat so janda, hidup di kampung orang.*” Ia juga mengungkapkan rasa syukur karena masih memiliki kesehatan, dapat beribadah, dan hidup dalam komunitas yang “*masih baku pangge deng samua masih saling baku bantu.*” Pengalaman ini menunjukkan bahwa kebermaknaan hidup pada masa lanjut usia tidak hanya dibentuk oleh kondisi kesehatan, tetapi juga oleh pengalaman diterima, diperhatikan, dan memiliki tempat dalam komunitas. Secara fenomenologis, dukungan sosial tersebut bukan sekadar faktor eksternal yang memengaruhi perilaku pengobatan, melainkan bagian dari dunia kehidupan (*lifeworld*) yang memungkinkan lansia mengalami dirinya sebagai pribadi yang masih memiliki relasi, nilai, dan tempat dalam komunitas. Karena itu, budaya solidaritas dapat berfungsi sebagai sumber daya yang membantu lansia mempertahankan harapan dan menjalani keterbatasan secara lebih konstruktif.

Akan tetapi, pengalaman P-01 menunjukkan bahwa budaya dan praktik lokal tidak selalu menghasilkan pengalaman yang positif atau sejalan dengan pemaknaan iman Kristen. Pengalaman mencari pertolongan kepada “*Orang yang Mangarti*” memperlihatkan adanya ruang ambivalensi ketika praktik pengobatan tradisional beririsan dengan simbol-simbol keagamaan. P-01 mengaku tertarik karena praktik tersebut disertai doa dan penyebutan nama Yesus, tetapi kemudian mengalami ketakutan dan konflik batin setelah menyadari bahwa praktik tersebut

menurut pemahamannya merupakan perdukunan. Temuan ini penting karena menunjukkan bahwa hubungan antara iman, budaya, dan pengobatan tidak dapat disederhanakan menjadi penerimaan atau penolakan terhadap budaya. Dalam pengalaman konkret lansia, batas antara praktik budaya, pengobatan tradisional, spiritualitas, dan keyakinan keagamaan dapat menjadi kompleks. Oleh sebab itu, pendampingan pastoral perlu menghindari sikap yang langsung memberi label negatif terhadap seluruh bentuk budaya lokal, tetapi juga tidak dapat menerima semua praktik budaya tanpa evaluasi kritis terhadap kesesuaiannya dengan iman dan keselamatan lansia.

Dalam konteks tersebut, tipologi Kristus Sang Transformator Budaya (*Christ the Transformer of Culture*) dari Richard Niebuhr memberikan kerangka yang relevan untuk membaca pengalaman para informan. Dalam tipologi ini, budaya tidak dipandang sebagai sesuatu yang sepenuhnya harus ditolak maupun diterima tanpa kritik. Budaya dipahami sebagai realitas kehidupan manusia yang memiliki nilai kebaikan, tetapi juga berada dalam kondisi yang membutuhkan pembaruan. Karena itu, transformasi budaya berlangsung dengan membawa nilai-nilai iman ke dalam kehidupan konkret masyarakat (Niebuhr, 1951). Perspektif ini membantu membaca *mapalus* dan *semali/masaali* bukan hanya sebagai tradisi sosial, tetapi sebagai ruang relasional yang dapat mendukung kehidupan, solidaritas, dan perawatan terhadap lansia. Namun, pembacaan tersebut tetap harus bersifat kritis. Pengalaman P-01 menunjukkan bahwa tidak semua praktik yang hadir dalam lingkungan budaya secara otomatis dapat dipahami sebagai bentuk solidaritas atau sarana pemeliharaan kehidupan.

Dengan demikian, dialog dengan Niebuhr sebaiknya tidak berhenti pada klaim bahwa *mapalus* dan *semali* merupakan “medan tempat anugerah Allah bekerja”, tetapi perlu menunjukkan proses transformasi dan kriteria kritisnya. Nilai budaya dapat menjadi sumber kebaikan ketika menghasilkan kepedulian, solidaritas, penghormatan terhadap martabat lansia, dan dukungan terhadap kehidupan; sebaliknya, praktik yang mendorong ketergantungan pada kekuatan adikodrati yang bertentangan dengan keyakinan informan atau berpotensi menghambat pengobatan perlu dikaji secara kritis. Pemahaman ini sejalan dengan penegasan bahwa anugerah tidak sekadar membiarkan realitas budaya dalam bentuknya, tetapi mengarah pada penyempurnaan dan pembaruan (McGrath, 1999). Dengan demikian, budaya bukan musuh yang harus disingkirkan dari pelayanan pastoral, melainkan ruang dialog yang perlu dipahami, dihargai, dan sekaligus ditransformasikan agar semakin mendukung kehidupan dan kesejahteraan lansia.

Temuan tersebut memiliki dukungan dari penelitian mengenai spiritualitas dan kehidupan sosial lansia. Penelitian tentang kesehatan spiritual lansia di Indonesia menunjukkan bahwa kesiapan menghadapi keterbatasan hidup berkaitan dengan kualitas relasi spiritual dan dukungan komunitas iman, sehingga spiritualitas tidak dapat direduksi menjadi keyakinan

individual semata. Pada sisi lain, penelitian J. Lu dkk. (2020) menunjukkan bahwa isolasi sosial dan kesepian merupakan faktor yang dapat menurunkan ketaatan pengobatan pada lansia dengan penyakit kronis. Temuan tersebut memperkuat hasil penelitian ini bahwa dukungan sosial memiliki posisi penting dalam kehidupan lansia penderita penyakit kronis. Dalam konteks Jemaat GMIM Betlehem Lansot, *mapalus*, *semali/masaali*, keluarga besar, tetangga, dan komunitas gereja dapat menjadi jaringan sosial yang membantu lansia mempertahankan keberlangsungan hidup dan pengobatannya (J. Lu dkk., 2020). Dengan demikian, ketaatan pengobatan tidak hanya merupakan persoalan keputusan individual, tetapi juga berkaitan dengan apakah lansia hidup dalam lingkungan yang memungkinkan mereka merasa diperhatikan dan didukung.

Secara praktis, temuan ini mengarah pada kebutuhan pengembangan model pendampingan pastoral berbasis komunitas dan budaya lokal. Gereja dapat mengintegrasikan nilai *mapalus* dan *semali/masaali* ke dalam pelayanan lansia dengan menjadikannya dasar untuk membangun jejaring kunjungan, pendampingan keluarga, pengingat pengobatan, bantuan transportasi ketika melakukan pemeriksaan, serta dukungan doa dan percakapan pastoral. Pendeta, penatua, keluarga, dan pelayan lansia dapat berfungsi sebagai jaringan yang membantu lansia menjalani pengobatan tanpa kehilangan identitas budaya dan spiritualnya. Pada saat yang sama, gereja perlu menyediakan ruang edukasi yang dialogis mengenai perbedaan antara praktik pengobatan yang dapat dipertanggungjawabkan dan praktik yang berpotensi membahayakan atau menghambat pengobatan medis. Dengan pendekatan tersebut, budaya tidak diposisikan sebagai hambatan, tetapi sebagai horizon makna yang dapat ditransformasikan menjadi sumber solidaritas dan kesehatan. Esensi pengalaman yang ditemukan dalam penelitian ini dengan demikian dapat dirumuskan bahwa lansia mengalami sakit dan pengobatan di dalam jaringan relasi yang memberi makna, dukungan, dan identitas; sementara iman Kristen dipanggil untuk berdialog secara kritis dengan budaya sehingga nilai-nilai solidaritas yang mendukung kehidupan dapat dipelihara dan praktik yang berpotensi merugikan dapat ditransformasikan.

4. Sintesis: Menuju Model Pendampingan Pastoral yang Berangkat dari Pengalaman

Hasil dialog antara ketiga esensi pengalaman lansia dengan kerangka teologis Calvin, Bonhoeffer, dan Niebuhr menunjukkan bahwa pendampingan pastoral yang relevan bagi lansia penderita hipertensi perlu berangkat dari pengalaman konkret mereka, bukan semata-mata dari penerapan doktrin secara deduktif. Ketiga dialog tersebut menghasilkan tiga prinsip yang saling melengkapi. Pertama, dialog dengan Calvin menunjukkan bahwa pengalaman menerima sakit, keterbatasan tubuh, dan kefanaan dapat dibaca dalam horizon providensia, tetapi pendampingan pastoral tidak perlu menggantikan pengalaman tersebut dengan rumusan doktrinal yang abstrak. Tugas pastoral adalah membantu lansia mengenali dan meneguhkan makna iman yang telah

mereka hayati dalam pengalaman sehari-hari. Kedua, dialog dengan Bonhoeffer menunjukkan bahwa iman yang diwujudkan dalam tindakan konkret, termasuk menjalani pengobatan, dapat dipahami sebagai bentuk ketaatan yang tidak memisahkan kepercayaan kepada Tuhan dari tanggung jawab manusia. Ketiga, dialog dengan Niebuhr menunjukkan bahwa budaya dan relasi sosial, khususnya *mapalus* dan *semali/masaali*, dapat menjadi ruang konkret bagi hadirnya solidaritas dan kepedulian, sekaligus membutuhkan penilaian kritis ketika berhadapan dengan praktik budaya yang berpotensi menimbulkan ambivalensi dalam kehidupan iman. Ketiga prinsip tersebut membentuk dasar konseptual bagi model pendampingan pastoral yang integratif: menerima pengalaman, mendengarkan pergumulan iman, dan menghubungkan pengalaman personal dengan komunitas serta konteks budaya.

Data dari partisipan kunci memperlihatkan bahwa praktik pendampingan pastoral semacam itu sebenarnya telah memiliki dasar dalam kehidupan Jemaat GMIM Betlehem Lansot, khususnya melalui perkunjungan. P-09 menjelaskan bahwa kunjungan dilakukan dalam berbagai situasi, termasuk ulang tahun, sakit, maupun kunjungan pastoral sehari-hari, serta menegaskan bahwa spiritualitas seseorang tidak dapat dinilai secara utuh hanya berdasarkan apa yang tampak dari luar: *"Intinya, spiritualitas itu sulit diukur. Kita hanya bisa melihat dari luar. Tapi Tuhan yang tahu hati masing-masing."* Pernyataan ini memiliki arti penting secara metodologis sekaligus pastoral. Ia memperlihatkan kesadaran bahwa pengalaman spiritual merupakan realitas batin yang tidak sepenuhnya dapat diobservasi melalui perilaku lahiriah. Karena itu, pendampingan terhadap lansia tidak seharusnya berangkat dari asumsi bahwa pendamping telah mengetahui kondisi spiritual seseorang, tetapi dari sikap terbuka untuk mendengarkan bagaimana lansia sendiri memahami sakit, pengobatan, doa, ketakutan, harapan, dan relasinya dengan Tuhan. Prinsip ini sejalan dengan karakter fenomenologi yang menempatkan pengalaman subjektif sebagai sumber utama pemahaman.

P-10 memperlihatkan bahwa pendampingan tersebut tidak hanya merupakan inisiatif individual, tetapi telah memiliki dasar kelembagaan melalui program perkunjungan yang dilakukan oleh pendeta, guru agama, penatua, diaken, KPDP, dan UPK BIPRA. Program tersebut mencakup anggota yang berulang tahun, keluarga yang memperingati ulang tahun perkawinan, anggota yang tidak aktif beribadah, anggota yang telah lama sakit, serta lansia, dan dilaksanakan secara bulanan. Data ini menunjukkan adanya struktur pelayanan yang dapat menjadi modal awal untuk mengembangkan pendampingan pastoral bagi lansia penderita penyakit kronis. Namun, keberadaan program formal tidak dengan sendirinya menjamin bahwa seluruh kebutuhan eksistensial dan spiritual lansia telah terlayani. Temuan fenomenologis sebelumnya justru memperlihatkan bahwa pergumulan lansia sangat beragam, mulai dari penerimaan terhadap sakit dan kematian, rasa bersalah karena ketidaktaatan terhadap pengobatan, konflik antara pengobatan medis dan nonmedis, sampai kebutuhan akan dukungan keluarga dan

komunitas. Karena itu, program perkunjungan perlu bergerak dari pola kunjungan yang bersifat administratif atau seremonial menuju perjumpaan pastoral yang memberi ruang bagi lansia untuk menceritakan pengalaman hidupnya secara utuh.

Hal tersebut dipertegas oleh perspektif kritis salah seorang pendeta yang menekankan bahwa pelayanan kepada lansia tidak boleh dibatasi pada kegiatan ibadah atau program formal. Ia menjelaskan bahwa ketika terdapat anggota yang sakit atau membutuhkan pertolongan, warga jemaat, kolom, dan komisi pelayanan turut terlibat. Menurutnya, yang terpenting adalah bagaimana Firman direalisasikan melalui kehidupan sehari-hari dan kepedulian terhadap sesama. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa pendampingan pastoral pada dasarnya memiliki dimensi komunal. Gereja bukan hanya tempat lansia memperoleh penghiburan melalui ibadah, tetapi juga komunitas yang hadir ketika mereka menghadapi penderitaan konkret. Dengan demikian, *mapalus* dan *semali/masaali* dapat ditempatkan bukan sekadar sebagai konsep budaya, tetapi sebagai sumber praksis solidaritas yang dapat memperkuat pelayanan gereja. Pendampingan pastoral yang berangkat dari pengalaman karena itu perlu mempertemukan tiga ruang sekaligus, yaitu pengalaman personal lansia, komunitas gerejawi, dan sumber daya budaya lokal. Ketiganya dapat membentuk lingkungan yang mendukung keberlangsungan pengobatan dan ketahanan spiritual lansia.

Sintesis ini memperoleh dukungan dari penelitian yang menempatkan spiritualitas dan religiositas sebagai sumber resiliensi penting bagi lansia yang hidup dengan penyakit kronis dalam berbagai konteks budaya (Abu et al., 2026). Demikian pula, kajian mengenai *spiritual care* menunjukkan bahwa intervensi spiritual dapat berkontribusi terhadap peningkatan kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis serta membantu menurunkan tingkat depresi dan kecemasan (Melastuti & Wahyuningsih, 2023). Temuan-temuan tersebut memperkuat arah penelitian ini bahwa dimensi spiritual tidak seharusnya diposisikan sebagai pelengkap yang terpisah dari pengalaman sakit, melainkan sebagai salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam pendampingan pasien penyakit kronis. Namun, kontribusi penelitian ini terletak pada upaya menghubungkan dimensi tersebut dengan pengalaman konkret lansia dalam konteks jemaat lokal, termasuk cara mereka memaknai providensia, ketaatan pengobatan, relasi keluarga, dan nilai budaya Minahasa. Dengan demikian, pendampingan pastoral tidak hanya diarahkan pada penguatan spiritual secara umum, tetapi juga pada kemampuan gereja untuk memahami makna yang diberikan lansia terhadap pengalaman sakit mereka sendiri.

Dari perspektif praksis pastoral, pendekatan naratif memberikan penguatan penting terhadap model tersebut. Pendekatan ini menekankan bahwa kisah penderitaan perlu didengarkan secara utuh sebelum pendamping menawarkan interpretasi teologis (Dallas, 2023). Prinsip tersebut memiliki kesesuaian yang kuat dengan temuan fenomenologis penelitian ini. Pengalaman P-01, misalnya, menunjukkan bahwa keputusan mencari pengobatan nonmedis

tidak dapat dipahami hanya sebagai “ketidaktaatan”, karena di dalamnya terdapat rasa takut, harapan untuk sembuh, pengaruh orang lain, pergumulan iman, dan proses refleksi yang akhirnya membawanya kembali kepada pengobatan medis. Demikian pula rasa bersalah P-02 atau penerimaan P-06 terhadap kefanaan membutuhkan ruang untuk didengarkan sebelum diberi penafsiran teologis. Oleh karena itu, pendamping pastoral perlu menggunakan pertanyaan terbuka, mendengarkan secara empatik, mengidentifikasi kebutuhan spiritual dan sosial, kemudian bersama-sama dengan lansia merefleksikan pengalaman tersebut dalam terang iman Kristen. Pendekatan demikian mencegah pastoral berubah menjadi pemberian nasihat satu arah dan sekaligus menghormati lansia sebagai subjek yang memiliki pengalaman dan kemampuan memaknai kehidupannya sendiri.

Berdasarkan keseluruhan temuan tersebut, model pendampingan pastoral yang diusulkan dapat dirumuskan dalam empat gerakan praksis yang saling berkelanjutan: mendengarkan pengalaman, menafsirkan secara teologis, menghubungkan dengan komunitas, dan menguatkan tindakan. Mendengarkan berarti memberi ruang kepada lansia untuk mengungkapkan pengalaman sakit dan pengobatan tanpa penghakiman. Menafsirkan berarti mendialogkan pengalaman tersebut dengan providensia Calvin, ketaatan dalam *costly grace* Bonhoeffer, dan transformasi budaya Niebuhr. Menghubungkan berarti mengaktifkan keluarga, kolom, penatua, pendeta, komisi lansia, serta nilai solidaritas *mapalus* dan *semali/masaali*. Menguatkan tindakan berarti membantu lansia menjalani keputusan konkret yang mendukung kehidupannya, termasuk ketaatan terhadap pengobatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Model ini tidak menempatkan pendamping sebagai pihak yang paling mengetahui kebutuhan lansia, tetapi sebagai mitra yang menemani proses pemaknaan dan tindakan. Dengan demikian, fenomenologi tidak berhenti sebagai metode penelitian, tetapi memberikan inspirasi bagi cara gereja hadir di tengah pengalaman penderitaan jemaat.

Implikasi praktis dari sintesis ini adalah perlunya pengembangan pelayanan lansia yang lebih personal, relasional, kontekstual, dan berkelanjutan. Gereja dapat mengembangkan kunjungan pastoral berbasis kebutuhan, bukan hanya berdasarkan kalender kegiatan, dengan memberikan perhatian khusus kepada lansia yang menjalani pengobatan jangka panjang atau mengalami keterbatasan dukungan keluarga. Pendeta dan penatua dapat menggunakan perkunjungan sebagai ruang untuk mendengarkan pengalaman, sementara keluarga dan komunitas dapat dilibatkan sebagai jaringan dukungan sehari-hari. Nilai *mapalus* dapat dikembangkan menjadi praktik saling membantu dalam kunjungan, pendampingan pemeriksaan kesehatan, dan dukungan sosial, sedangkan *semali/masaali* dapat diperkuat sebagai kesadaran tanggung jawab terhadap anggota keluarga lanjut usia. Pada saat yang sama, gereja perlu membangun komunikasi dengan tenaga kesehatan agar pendampingan spiritual tidak bertentangan dengan pengobatan medis. Dengan demikian, model pastoral yang berangkat dari

pengalaman tidak sekadar menghasilkan program baru, tetapi mengubah cara gereja memandang lansia: dari objek pelayanan menjadi subjek pengalaman, kesaksian iman, dan partisipasi dalam kehidupan komunitas. Pada akhirnya, pendampingan pastoral yang demikian memungkinkan gereja hadir bukan hanya untuk “mengunjungi orang sakit”, tetapi menemani lansia menemukan makna iman, mempertahankan harapan, menjalani pengobatan, dan mengalami solidaritas komunitas di tengah keterbatasan hidup.

D. KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa pengalaman lansia penderita hipertensi di Jemaat GMIM Betlehem Lansot tidak dapat dipahami hanya sebagai persoalan medis, tetapi merupakan pengalaman eksistensial dan spiritual yang dimaknai dalam relasi dengan Tuhan, diri sendiri, keluarga, komunitas, dan budaya Minahasa. Tiga esensi pengalaman yang ditemukan memperlihatkan bahwa sakit dipahami sebagai ruang perjumpaan dengan Allah dan kesadaran akan keterbatasan hidup dalam perspektif providensia Calvin; ketaatan pengobatan dimaknai sebagai tindakan iman yang menyatukan doa, akal, dan tanggung jawab konkret dalam terang *costly grace* Bonhoeffer; serta dukungan keluarga dan komunitas melalui nilai *mapalus* dan *semali/masaali* menjadi horizon relasional yang menopang kehidupan lansia dalam perspektif Kristus sebagai Transformator Budaya menurut Niebuhr. Ketiga temuan tersebut menegaskan bahwa pendampingan pastoral yang efektif perlu berangkat dari pengalaman lansia melalui proses mendengarkan, menafsirkan pengalaman secara teologis, mengaktifkan dukungan keluarga dan komunitas, serta menguatkan tindakan yang bertanggung jawab terhadap pengobatan. Karena itu, kebutuhan mendesak bagi gereja adalah mengembangkan model pendampingan pastoral yang personal, kontekstual, dan berkelanjutan dengan mengintegrasikan perkunjungan pastoral, dukungan keluarga dan komunitas, nilai budaya lokal, serta kolaborasi dengan tenaga kesehatan, sehingga lansia tidak hanya memperoleh penghiburan spiritual, tetapi juga didampingi untuk menjalani pengobatan, mempertahankan harapan, dan menghayati iman sebagai kehidupan yang aktif di tengah keterbatasan dan kefanaan.

E. REFERENSI

- Abu, H. O., et. al. (2026). Spirituality and Religiosity as Sources of Resilience in Older Adults With Chronic Illness: A Mixed Methods Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 74(4), 1141–1162. <https://doi.org/10.1111/jgs.70293>
- Bilgin, A., Doner, A., Erdogan Yuce, G., & Muz, G. (2025). The Effect of Biopsychosocial-Spiritual Factors on Medication Adherence in Chronic Diseases in Türkiye. *Journal of Religion and Health*, 64, 383–387. <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02317-3>

- Bonhoeffer, D. (1959). *The Cost of Discipleship* (Revised and unabridged edition). Macmillan Publishing Co., Inc.
- BPS. (2024). *Statistik Indonesia 2024*. Badan Pusat Statistik.
- Calvin, Y. (2015). *Institutio: Pengajaran Agama Kristen*. BPK Gunung Mulia.
- Calvin, J., & Haroutunian, J. (editor/trans.). (t.t.). *Calvin: Commentaries*. Christian Classics Ethereal Library. Diambil <http://www.ccel.org/ccel/calvin/calcom.html>
- Catatan Lapangan Awal: Data Dokumen Puskesmas Tareran (2023-2024) tentang Pravelensi Penyakit Kronis dan Data BPJS Lansia Penderita Penyakit Kronis (Buku Kronis)*. (2025).
- Dallas, L. (2023). A Narrative Approach to Christian Pastoral Care for Chronic Illness Patients: Contemporary Forms of TV Narrative as Metaphor. *Practical Theology*, 16(3), 341–349. <https://doi.org/10.1080/1756073X.2023.2213526>
- Dilorio, C., & Morisky, D. (2008). Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A randomized controlled study. *AIDS Care*, 20(3), 273–283. <https://doi.org/10.1080/09540120701593489>
- Farida, Y., Widayanti, A. W., & Andayani, T. M. (2025). Medication-related Burden and Experience With Medications in Indonesian Older Adults With Chronic Diseases: A Mixed-method Study. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 58, 188–198. <https://doi.org/10.3961/jpmph.24.374>
- Husserl, E. (2012). *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy*. Springer Science & Business Media.
- J. Lu, N. Zhang, D. Mao, Y. Wang, & X. Wang. (2020). How Social Isolation and Loneliness Effect Medication Adherence among Elderly with Chronic Diseases: An Integrated Theory and Validated Cross-Sectional Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, 104154. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104154>
- Kasahun, A. E., Sendekie, A. K., Mekonnen, G. A., Sema, F. D., Kemal, L. K., & Abebe, R. B. (2022). Impact of Personal, Cultural and Religious Beliefs on Medication Adherence among Patients with Chronic Diseases at University Hospital in Northwest Ethiopia,. *Patient Preference and Adherence*, 16, 1787-1803. <https://doi.org/10.2147/PPA.S370178>
- Kütmeç Yılmaz, C., & Kara, F. S. (2021). The Effect of Spiritual Well-Being on Adaptation to Chronic Illness among People with Chronic Illnesses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 318–325. <https://doi.org/10.1111/ppc.12566>
- Melastuti, E., & Wahyuningsih, I. S. (2023). Terapi Psikoreligiospiritualitas (Spiritual Care) sebagai Intervensi Keperawatan Kualitas Hidup pada Pasien Penyakit Kronis. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan*, 14, 51–62. <https://doi.org/10.54630/jk2.v14i1.270>
- McGrath, A. E. (1999). *Christian Spirituality: An Introduction*. Blackwell Publishing.
- Moran, D. (2002). *Introduction to Phenomenology*. Routledge.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. Sage Publication.

Niebuhr, R., H. (1951). *Christ and Culture* (First Harper Torchbook Edition, Published 1956). Harper & Row, Publishers, Inc.

Rencana Aksi Kerja Kegiatan Direktorat P2PTM 2021-2024 (Revisi 1). (2023).

Suhat, S., Suwandono, A., Adi, M. S., Nugroho, K., Widjanarko, B., & Wahyuni, C. U. (2022). Relationship of Health Belief Model with Medication Adherence and Risk Factor Prevention in Hypertension Patients in Cimahi City, Indonesia,. *Journal of Evidence-Based Care*, 12(2), 51–56. <https://doi.org/10.22038/EBCJ.2022.64141.2664>

Tillich, P. (1952). *The Courage To Be*. Yale University Press.

WHO. (2017). *Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity*. World Health Organization.

Worrall, C., Shirley, D., Bullard, J., Dao, A., & Morrisette, T. (2025). Impact of a Clinical Pharmacist-led, Artificial Intelligence-supported Medication Adherence Program on Medication Adherence Performance, chronic Disease Control Measures, and Cost Savings. *Journal of the American Pharmacists Association*, 65, 102271.

Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C.-T., Ofstedal, M. B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, Religiosity, Aging and Health in Global Perspective: A Review. *SSM-Population Health*, 373–381. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009>