

PERAN KONSELING PASTORAL DALAM ERA HIV/AIDS

Totok S. Wiryasaputra

Abstrak

Sejak awal 1980-an kita mengalami perubahan supercepat yang terjadi secara diam-diam: *quiet revolution*. Salah satu gejala utama *quiet revolution* adalah HIV/AIDS. Karena dunia medis belum menemukan obat yang menyembuhkan, jutaan orang meninggal dunia. Mereka meninggal bukan karena virus HIV melainkan karena penyakit oportunistiknya (ikutannya). Dunia medis telah menemukan alat tes untuk menentukan apakah seseorang terinfeksi HIV atau tidak, namun kita tetap mengalami kesulitan menentukan jumlah orang yang terinfeksi HIV secara tepat dan jumlah ODHA terus melambung tak terbendungkan. HIV/AIDS tidak hanya terkait dengan persoalan fisik-biologis-medis tetapi juga psikologis, sosial, dan spiritual. Konseling pastoral yang lahir pada awal Abad XX merupakan layanan profesional yang mengintegrasikan teologi terapan (*cura animarum, pastoral care*) dengan psikologi terapan (konseling psikologi). Sebagaimana kelahiran konseling pastoral merupakan tanggapan terhadap krisis multidimensional yang dialami oleh masyarakat Amerika Serikat pada awal Abad XX, konseling pastoral dapat menjadi salah satu pilar utama penanganan HIV/AIDS melalui upaya *prevention* (sebelum terjadi untuk pencegahan), *intervention* (setelah terjadi untuk penyembuhan), dan *postvention* (setelah sembuh untuk pemberdayaan).

Kata Kunci: quiet revolution, HIV/AIDS, inkarnasional, pendampingan dan konseling pastoral.

Era Quiet Revolution Era HIV/AIDS

Sejak 1980-an kita mengalami perubahan supercepat yang belum pernah terjadi dalam sejarah peradaban manusia. Perubahan supercepat demikian dapat disebut sebagai revolusi. Berbeda dengan revolusi lain yang gegap-gempita, revolusi yang kita alami sejak 1980-an berlangsung secara diam-diam (*quiet*). Oleh karena terjadi secara diam-diam, kita tidak menyadari bahwa sedang terjadi sebuah revolusi superdahsyat. Dalam buku *Revolution*, Barna menyebut perubahan supercepat tersebut sebagai *quiet revolution*.¹ Menarik untuk dicatat bahwa isu *Human Immunodeficiency Virus* (HIV atau virus yang menyerang sistem kekebalan manusia) dan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS atau gabungan sindrom atau gabungan gejala penyakit sebagai akibat dari penurunan kekebalan tubuh karena terinfeksi HIV) mulai dikenal pada awal 1980-an² dan merupakan salah satu tanda utama *quiet revolution* yang paling mengejutkan. HIV/AIDS dimulai ketika dr. Michael Gottlieb pada tahun 1981 menemukan beberapa pasiennya yang menderita *pneumocystis carinii pneumonia* (PCP) di California, Amerika Serikat meninggal (Hutapea 30).³ Sampai saat ini dunia medis belum menemukan vaksin yang dapat mencegah HIV dan obat yang dapat menyembuhkan penyakit AIDS. Satu-satunya cara yang dilakukan oleh dunia medis adalah menangani penyakit oportunistiknya (ikutannya) dan memberi obat *antiretroviral* (ARV) untuk mencegah

¹ George Barna, *Revolution: Worn-Out Church? Finding Vibrant Faith Beyond the Walls of the Sanctuary* (Carol Stream: Tyndale House, 2005), 9.

²Ronald Hutapea, *Aids & PMS dan Perkosaan* (Jakarta: Rineka Cipta, 2011), 22.

³ Ibid, 30.

pengembangan virus HIV dan meningkatkan imunitas penderita AIDS sehingga tidak mudah terserang oleh infeksi lain yang mematikan.

Sejak saat itu jumlah orang yang terinfeksi HIV dan hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) mengalami peningkatan yang tak terkendalikan. Berbagai upaya pencegahan telah dilakukan, namun belum mencapai hasil yang diharapkan. Pada tahun 2013, 35 juta orang di seluruh dunia terinfeksi HIV/AIDS, 4.8 juta diantaranya tinggal di negara-negara Asia Pasifik, dan 1.5 juta meninggal. Sedangkan di Asia Tenggara pada tahun yang sama kurang lebih 3.5 juta orang terinfeksi HIV/AIDS dan 230.000 diantaranya meninggal. Sesuai dengan catatan Ditjen PP & PL Kementerian Kesehatan sampai September 2014 terlapor 150.296 orang Indonesia terinfeksi HIV dan 55.799 orang Indonesia mengidap AIDS. Orang yang tercatat meninggal dunia karena HIV/AIDS pada tahun 2013 adalah sekitar 150 orang. Pada tahun 2014 hampir seluruh kabupaten/kota melaporkan adanya penderita HIV/AIDS. Ini berarti tidak ada satu jengkal wilayah Indonesia pun sama sekali bebas dari HIV/AIDS. Karena konteks kehidupan global demikian, Strong dkk berpendapat bahwa sejak tahun 1980-an manusia mengalami era HIV/AIDS.⁴ Konteks hidup masa kini adalah era *quiet revolution* dan HIV/AIDS. Ini berarti HIV/AIDS bukan “masalah mereka yang berada jauh di sana” melainkan menjadi masalah “kita bersama yang berada di sini dan sekarang ini”.

⁴Strong, Bryan, Christine DeVault, dan Theodore F. Cohen. *The Marriage and Family Experience Intimate Relationship in A Changing Society, Instructor's Edition* (Belmont: Wadsworth, 2011) , 212.

Saya ingin menyebutkan sepuluh (10) gejala utama *quiet revolution* lain yang secara langsung atau tidak mempermudah penularan HIV. Pertama, berbeda dengan pandangan klasik, sejak 1980-an muncul raksasa ekonomi global baru di negara yang secara konvensional dianggap tidak demokratis (China dan beberapa negara di Timur Tengah). Kemajuan demikian dapat berdampak negatif, seperti perubahan nilai dan perilaku masyarakat, khususnya perilaku seks yang secara langsung atau tidak berkaitan dengan penularan HIV. Kedua, berbeda dengan era sebelumnya, sejak 1980-an negara-negara di Benua Asia, seperti Jepang, Taiwan, China, Hongkong, UEA, dan Arab Saudi mendirikan gedung pencakar langit yang lebih tinggi daripada gedung semacam di Eropa, Amerika Serikat, dan Australia. Para pekerja yang datang dari berbagai negara dan hidup terpisah dari komunitas dan keluarganya cenderung mengalami perubahan nilai dan perilaku. Dalam hal ini termasuk perilaku seks yang rentan terhadap penulaan HIV. Ketiga, sejak 1980-an terjadi perkembangan teknologi informasi dan komunikasi yang sangat pesat. Kemajuan demikian dapat memiliki dampak negatif, misalnya pemanfaatan alat komunikasi canggih untuk melakukan perdagangan seks secara *online* yang secara langsung atau tidak berkaitan dengan penularan virus HIV. Keempat, sejak 1980-an kita menyaksikan berdirinya *mall*, pusat perbelanjaan, pertokoan, dan pasar swalayan baru bagai banjir yang tak terbendungkan. Khususnya di kota-kota besar. Munculnya wahana perbelanjaan dapat berdampak membanjirnya migrasi penduduk ke pusat-pusat kegiatan ekonomi baru. Begitu pula menjamurnya wahana perbelanjaan dapat memancing sikap hidup kompulsif konsumeristik. Apabila kelompok penduduk tertentu tidak memiliki uang untuk memenuhi kompulsi konsumeristiknya, mungkin mereka menjual apa saya – termasuk

“barang miliknya yang berharga” untuk mendapatkan kenikmatan seks dan sekaligus mendapatkan uang. Migrasi, urbanisasi, dan pemenuhan sikap dan perilaku kompulsif konsumeristik dapat menyebabkan perubahan perilaku, termasuk perilaku seks khususnya, dan ujungnya mempermudah penularan HIV. Kelima, sejak 1980-an *cafe*, *nightclub*, restoran cepat saji, dan sejenisnya berdiri di seluruh dunia tak terhitung. Dapat diduga sebagian masyarakat yang memanfaatkan fasilitas demikian rentan terhadap penularan HIV. Keenam, sejak 1980-an hotel baru dengan segala kelasnya dibangun. Dapat diduga sebagian masyarakat yang memanfaatkan fasilitas hotel tersebut rentan terhadap penularan HIV. Ketujuh, sejak 1980-an pertumbuhan industri moda transportasi darat, air/laut, dan udara mengalami pertumbuhan yang sangat mencengangkan. Jumlah pesawat komersial pada tahun 1970 diperkirakan berjumlah 7,600 dan meningkat menjadi 17,000 pada tahun 2010. Apabila kecenderungan perkembangan itu terus berlanjut, diperkirakan pesawat komersial pada tahun 2030 akan berjumlah sekitar 35,000. Dapat diduga sebagian masyarakat yang memanfaatkan pertumbuhan moda transportasi tersebut rentan terhadap penularan HIV. Kedelapan, sejak 1980-an migrasi dan pergerakan manusia secara global meningkat drastis dari waktu ke waktu. Setiap hari kita dapat melihat jutaan orang melakukan perjalanan melalui darat, air, dan udara untuk berbagai kepentingan, seperti bisnis, pekerjaan, pendidikan, wisata (sebagian dari mereka berwisata seks antar kota/kabupaten, provinsi, dan negara), dan keluarga. Dapat diduga peningkatan pergerakan penduduk demikian mempermudah penularan HIV. Kesembilan, perubahan nilai, cara hidup, dan perilaku sebuah komunitas. Mardimin dkk memberi contoh dampak negatif *quiet revolution* terhadap nilai, cara hidup, dan

perilaku orang Jawa. Secara perlahan-lahan mulai dari kaum muda sampai kaum tua Jawa kehilangan nilai, cara hidup, dan perilaku luhur kejawaannya.⁵ Dalam konteks perubahan nilai, cara hidup, dan perilaku luhur demikian, kita dapat memahami apabila mayoritas teroris dan relawan/wati ISIS Indonesia adalah orang Jawa. Di samping itu krisis nilai, cara hidup, dan perilaku berbudi luhur orang Jawa dapat menyebabkan perubahan perilaku seks. Pengalaman saya selama enam tahun terakhir ini membuktikan bahwa di pelosok terpencil pun telah ada orang Jawa yang terinfeksi HIV/AIDS. Kesepuluh, di tengah-tengah hiruk-pikuk dunia tadi kita mencatat jumlah orang yang mengalami “*lonely in the crowd*” (kesepian dalam kerumunan orang banyak), kekosongan spiritual, menderita gangguan jiwa, menganggur, menjadi pengguna nafza/nafsun, terlibat dalam *human/drug trafficking*, dan miskin meningkat tak terbendungkan. Konteks hidup demikian dapat mempermudah penularan HIV.

Gejala-gejala di atas membuktikan bahwa persoalan HIV/AIDS itu kompleks dan multidimensional. Dube dalam *The HIV/AIDS Bible* berpendapat bahwa masalah HIV/AIDS selama hampir empat dekade ini tidak hanya terkait dengan aspek kesehatan-medis melainkan juga terkait juga dengan aspek sosial, kultural, psikologis, spiritual, politik, ekonomi, kemiskinan, keadilan sosial, keadilan gender, perdagangan manusia perempuan, perdagangan seks, perdagangan obat, perilaku seksual, dan sebagainya.⁶ Mengingat penanganan HIV/AIDS terkait dengan persoalan psikologis-sosial-

⁵ J. Mardimin, (Penyunting), *Budi Pekerti Orang Jawa Abad XXI & Problematikanya* (Salatiga: Sinode GKJ TU, 2010), vii, x.

⁶ Ibid, 3, 48.

spiritual hidup manusia, tentu tidak akan memadai apabila gereja hanya memakai intervensi teologis-gerejawi, misalnya melalui liturgi, ibadah, khotbah, katekisasi, pembinaan (berupa ceramah pemberian informasi, dan acara atau upacara lain). Penanganan HIV/AIDS harus menyangkut aspek psikologis-sosial-spiritual dan intervensi perubahan perilaku. Dibandingkan dengan intervensi teologis/gerejawi di atas tadi, secara teoritis dan praktis pendampingan dan konseling pastoral (*pastoral care and counseling*) lebih berpengalaman dalam melakukan intervensi secara integratif antara aspek psikologis, sosial, dan spiritual. Belajar dari pendekatan behavioral (yang menekankan perubahan kognisi, pola pikir, dan perilaku) dari konseling psikologi, konseling pastoral tidak hanya terpaku pada pemberian informasi tentang perilaku yang sehat melainkan juga dapat melatih ODHA menemukan makna baru hidupnya, mengambil keputusan baru, dan belajar tingkah laku baru yang sehat.

Sebagaimana kita ketahui bersama, konseling pastoral merupakan integrasi teologi terapan dengan psikologi terapan. Dalam hal ini termasuk *community counseling* yang berupaya mengintegrasikan intervensi individu dan sistem-komunitas yang lebih luas. Demi keberhasilan pertolongannya kepada ODHA, konselor pastoral dapat melakukan pertolongan kepada individu, pasangan, keluarga, kelompok, komunitas, dan gabungannya secara terintegrasi. Ini berarti layanan konseling pastoral di era HIV/AIDS tidak hanya menunggu orang datang ke *counseling center* (klinik konseling, graha konseling) melainkan juga *reach out* (pergi keluar) menjangkau semua lapisan masyarakat dan bekerja dengan (*work with*) dan untuk mereka (*work for*), terutama kelompok populasi

rentan terhadap paparan HIV/AIDS. Pengalaman selama ini menunjukkan bahwa dalam teori dan praktik layanan konseling pastoral tidak pernah “*stand alone*”. Untuk melakukan intervensi, seorang konselor pastoral tidak pernah bekerja sendirian. Praktik layanan konseling pastoral terkait secara proporsional dengan layanan pertolongan lain, seperti kedokteran, psikiatri, psikologi, keperawatan atau *nursing*, pekerjaan sosial, dan lainnya. Seorang konselor pastoral menempatkan dirinya sebagai sebuah bagian dari sistem profesi pertolongan (*helping profesion system*) yang lebih luas, misalnya dokter, psikiter, psikolog, perawat, pekerja sosial, dan lain sebagainya. Dalam kodrat profesionalnya, konselor pastoral pasti melibatkan pemangku kepentingan yang lebih luas. Sesuai dengan *standard operating procedure*, agar seorang konseli dapat dilayani dengan baik, seorang konselor yang tidak memiliki kapasitas untuk menolong ODHA harus merujuknya ke konselor pastoral lain yang memiliki kompetensi yang diperlukan. Untuk melakukan pemeriksaan apakah seseorang terinfeksi atau tidak, seorang konselor pastoral harus merujuknya ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan lain yang dapat melakukan tes. Untuk melakukan tes kepibadian ODHA, seorang konselor pastoral harus merujuknya ke psikolog atau psikiater yang memiliki lisensi untuk melakukan tes psikologi. Ketika seorang konselor pastoral menemukan kasus HIV/AIDS yang berkaitan dengan nilai, sistem sosial kemasyarakatan yang lebih luas, konselor pastoral harus bekerjasama dengan pekerja sosial atau pihak lain yang terkait untuk melakukan intervensi sosial. Bahkan apabila perlu seorang konselor pastoral melakukan upaya pertolongan sistemik, misalnya bekerjasama dengan pihak legislatif dan eksekutif untuk melakukan perubahan peraturan dan perundangan yang ada. Dalam era HIV/AIDS Abad

XXI konseling pastoral memiliki peran yang lebih luas daripada yang dibayangkan oleh banyak orang selama ini.

Meskipun hidup dalam era *quiet revolution* dan HIV/AIDS sejak 1980-an, karena berbagai sebab seperti kurang-akuratan dan kurang-lengkapan informasi tentang HIV/AIDS yang dimilikinya, perbedaan sejarah, model tata kelola, dan tradisi teologinya rupanya gereja-gereja sibuk dengan diri sendiri dan tidak mengarusutamakan *churchministry*-nya kepada kelompok-kelompok populasi rentan, khususnya ODHA. Begitu pula pendidikan teologi dan pendidikan tinggi agama sebagai tempat penggemblengan calon pemimpin gereja dan masyarakat karena kurang-akuratan dan kurang-lengkapan informasi tentang HIV/AIDS yang dimiliki oleh para pendiri dan pengajarnya, perbedaan sejarah, ijin operasional, akreditasinya, program studi, jenjang pendidikan, model tata kelola, dan tradisi teologi rupanya tidak mengarusutamakan HIV/AIDS dalam kurikulumnya. Bahkan dapat terjadi gereja dan pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama yang basis pelayanannya di wilayah yang memiliki prevalensi HIV/AIDS tinggi pun mungkin “*adem ayem*” (Jawa: tenang-tenang saja). Seharusnya bersama dengan semua pemangku kepentingan, gereja dan pendidikan teologi dan pendidikan tinggi agama ambil bagian dalam menangani HIV/AIDS. Persoalan ODHA yang kompleks dan multidimensional dapat menjadi salah satu sarana yang tepat untuk praktikum mahasiswa/wi teologi dan pendidikan tinggi agama. Melalui kehadiran dan perjumpaan dengan ODHA, mahasiswa/wi teologi dan pendidikan tinggi agama sebagai calon pemimpin gereja dan masyarakat bukan hanya berteori tentang kasih melainkan juga melaksanakan kasih. Mereka tidak hanya berlatih menjadi pewarta kabar baik tetapi juga

menjadi kabar baik. Pengarusutamaan HIV/AIDS dalam seluruh gerak *church ministry* dan pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama adalah keniscayaan – *sine qua non*.

Tempat Konseling Pastoral Dalam Pelayanan Gereja dan Pendidikan Teologi

Seperti telah disinggung sebelumnya, konseling pastoral dapat menjadi salah satu pilar utama dalam penanganan HIV/AIDS. Akan tetapi, menurut pengalaman pelayanan saya selama lebih dari 30 tahun di berbagai seting kehidupan menunjukkan gereja dan pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama tidak memberi perhatian penuh pada layanan konseling pastoral. Dengan kata lain, konseling pastoral merupakan kelas dua (*second class*) dalam *church ministry and theological education enterprise*. Di tengah konteks kehidupan anggota gereja dan masyarakat pada era *quiet revolution* yang makin kompleks dan multidimensional, agaknya gereja dan pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama tetap saja menomerduakan konseling pastoral. Agar konseling pastoral dapat ditempatkan secara proporsional dalam pelayanan gereja/jemaat dan pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama, mari kita secara selintas mengenal lebih jauh sejarah konseling pastoral. Setelah itu saya akan mengulas peran konseling pastoral pada penanganan HIV/AIDS.

Sejarah Konseling Pastoral

Konseling pastoral lahir pada awal Abad XX ketika masyarakat Amerika Serikat menghadapi krisis yang sangat kompleks dan multidimensional. Setelah mengalami konflik sosial berdarah-darah karena perang sipil, pada awal Abad XX masyarakat Amerika Serikat mengalami depresi ekonomi berkepanjangan dan iklim yang tidak

bersahabat (kekeringan berkepanjangan) yang menyebabkan kegagalan panen gandum dan kapas. Krisis ekonomi belum usai, negara Amerika Serikat terlibat dalam Perang Dunia I yang menyebabkan 8 juta orang meninggal dan cacat dalam waktu relatif pendek (kurang lebih 4 tahun) yang meninggalkan jutaan janda dan yatim/piatu, jutaan pensiunan perang mengalami cacat tanpa pekerjaan, pengangguran pendeta tentara Perang Dunia I, trauma psikologis akibat perang, dan peningkatan orang yang mengalami gangguan jiwa. Pada masa itu juga muncul masalah kesenjangan ekonomi karena industrialisasi dan kapitalisasi modal. Migrasi dan urbanisasi penduduk ke pusat-pusat industri baru menyebabkan orang kehilangan akar budayanya (termasuk komunitas berimannya), tanpa jaminan sosial dan kesehatan yang memadai, dan demonstrasi/konflik sosial yang berdarah-darah.

Di lain sisi lain masyarakat Amerika Serikat mengalami perkembangan pesat dalam ilmu pengetahuan dan terapannya, seperti ilmu kedokteran, psikologi, ilmu sosiologi, psikiatri, psikologi klinis, konsultasi psikologi, konseling psikologi, pekerjaan sosial, dan psikoterapi/konseling psikologi. Perlu kita catat bahwa sampai akhir Abad XIX pendeta dan penginjil keliling memiliki kedudukan istimewa. Mereka tidak hanyaewartakan Injil melainkan juga menjadi penolong utama ketika orang mengalami berbagai persoalan, termasuk persoalan fisik-medis dan psikologis. Dengan perkembangan pesat ilmu pengetahuan dan terapannya pada awal Abad XX, masyarakat Amerika Serikat beranggapan bahwa ilmu sekuler dapat menjadi penyelamat baru. Ketika memiliki persoalan, mereka lebih suka pergi ke penolong sekuler daripada ke pendeta, *pastor, minister, preacher* atau *evangelist*.

Pendampingan dan konseling pastoral modern (*modern pastoral care and counseling*) lahir dari, dalam, dan untuk menanggapi krisis yang kompleks dan multidimensional jamannya. Sebagian tokoh komunitas Kristen Protestan (khususnya ahli dan praktisi sekuler seperti kedokteran, ahli jiwa dan syaraf) merasa bahwa pola intervensi konvensional para pastor/pendeta tidak mampu lagi menangani persoalan warga gereja dan masyarakat yang kompleks dan multidimensional. Sebagai tanggapannya beberapa tokoh-praktisi pertolongan sekuler dan pendeta protestan seperti Richard Cabot, Anton Boisen, Helen Flanders Dunbar, dan Philip Guiles berusaha memperbarui pola kuliah calon pastor/pendeta (khususnya teologi pastoral dan *pastoral care*), yakni tidak hanya belajar di kelas dan membaca buku seperti yang secara tradisional dilakukan oleh pendidikan teologi pada masa itu melainkan juga belajar di lapangan pelayanan (*ministry field* atau *clinic*) konkret seperti klinik (rumah sakit), penjara, panti wredha, pabrik (industri), dan sebagainya untuk belajar cara memedulikan dan menolong (*caring ministry*) warga jemaat dan masyarakat secara bertanggungjawab dalam era baru, era perkembangan ilmu sekuler dan terapannya. Dengan harapan kualitas pelayanan pendampingan pendeta/pastor lebih berkualitas dan memenuhi kebutuhan warga gereja dan masyarakat yang telah berubah. Akhirnya berbagai usaha pembaruan pola pendidikan teologi mengristal dan mulai bersatu pada tahun 1950-an dan disebut sebagai *clinical pastoral education* (CPE). Puncak perkembangannya ditandai dengan berdirinya Association of Clinical Pastoral Education (ACPE) tahun 1967.

Pada waktu yang sama beberapa tokoh-praktisi pertolongan dan pendeta protestan, misalnya Horace Bushnell, Bonnell, Russell

Dicks, dan Carol Wise berusaha memperbarui pola layanan pertolongan kepada warga gereja dan masyarakat, tidak hanya dengan intervensi teologis atau *pastoral care* tradisional tetapi juga dengan menggunakan kearifan ilmu terapan yang sedang populer, khususnya psikoterapi dan konseling psikologi. Mereka berusaha mengintegrasikan teologi terapan (*pastoral care, cura animarum*) dengan psikologi terapan (psikoterapi dan konseling psikologi) menjadi **konseling pastoral** (*pastoral counseling*). Pada pertengahan 1950-an konseling pastoral telah bertumbuh menjadi disiplin tersendiri dan memiliki standar pendidikan profesi konselor pastoral. Di beberapa negara bagian AS, konselor pastoral sudah diakui sebagai profesi pertolongan otonom dan mendapat *license* (ijin praktik) praktik mandiri. Puncak perkembangannya ditandai dengan berdirinya American Association of Pastoral Counselors (AAPC) tahun 1963. Kini AAPC menjadi asosiasi konselor pastoral tertua, terbesar, terkenal, dan menjadi acuan layanan konseling pastoral dan pendidikan profesi konselor pastoral di berbagai wilayah dunia. Dalam hal ini pendidikan profesi konselor pastoral (atau disebut sebagai *pastoral counselor formation - PCF*) Asosiasi Konselor Pastoral Indonesia (AKPI) mengacu pada model AAPC.

Gerakan konseling pastoral terus berkembang, merebak ke seluruh dunia dan masuk ke Indonesia pada awal 1980-an, khususnya melalui pelayanan Pdt. Dr. Aart van Beek Th.D. di RS Bethesda, Yogyakarta. Meskipun sudah masuk di Indonesia pada awal 1980-an konseling pastoral masih belum memiliki format baku di dunia pelayanan gereja dan pendidikan teologi dan pendidikan tinggi agama. Secara jujur saya mengakui bahwa konseling pastoral masih dianggap *second class* dalam pelayanan gereja dan pendidikan

teologi atau pendidikan tinggi agama. Menurut pengamatan saya, kuantitas dan kualitas konselor pastoral yang benar-benar dipersiapkan untuk melakukan layanan konseling pastoral secara profesional masih jauh dari harapan. Rupanya ada anggapan bahwa semua orang dapat melakukan konseling pastoral. Tampaknya juga belum ada gereja yang menempatkan pelayanan konseling pastoral sebagai pelayanan kategorial seperti PAK, sekolah minggu, teruna, kaum muda, kaum perempuan, kaum bapak, kaum dewasa, ibadah, dan musik. Sebaiknya pelayanan kategorial tidak hanya dilihat dari sisi usia dan melainkan juga isu kehidupan, seperti HIV/AIDS. Saya mengusulkan agar gereja/jemaat mulai memikirkan cara mengarusutamakan pelayanan konseling pastoral menjadi bagian utuh dari pelayanannya dan ditangani oleh tenaga profesional. Apabila kondisi memungkinkan dan kebutuhan sudah mendesak, gereja dapat menempatkan konseling pastoral sebagai pelayanan kategorial sejajar dengan pelayanan kategorial lain. Ini berarti gereja mempersiapkan tenaga yang sudah ada dan/atau merekrut pelayan baru sebagai konselor pastoral profesional penuh waktu.

Apabila kita ingin mengarusutamakan pelayanan konseling pastoral HIV/AIDS, tampaknya dunia pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama harus membuang anggapan bahwa matakuliah konseling pastoral dan berbagai spesialisasinya dapat diajar oleh siapa pun. Pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama harus meningkatkan kuantitas dan mengembangkan kualitas pengajar matakuliah konseling pastoral umum dan spesialisasi-spesialisasinya (termasuk konseling pastoral HIV/AIDS). Semua pihak yang berkepentingan harus bergandengan tangan untuk mengembangkan *textbook*, penelitian konseling pastoral, publikasi,

standard prodi S1, S2, S3 konseling pastoral (kalau sudah ada), pendidikan profesi konselor pastoral (*pastoral counselor formation - PCF*), dan lainnya. Semoga upaya AKPI yang didirikan pada tahun 2012 di Salatiga dapat menjadi rintisan kemajuan layanan konseling pastoral dan pendidikan profesi konselor pastoral. Bekerjasama dengan Graha Konseling Salatiga, AKPI menyelenggarakan kuliah intensif PCF pada minggu ketiga dan keempat bulan Agustus dan Sekolah Tinggi Diakones HKBP Balige menyelenggarakan PCF pada minggu ketiga dan keempat bulan Juni. Setelah kuliah intensif selama 2 – 3 minggu peserta (*pastoral counselor in training*) menjalani praktikum selama 10 – 12 bulan. Semoga pihak-pihak yang terkait dapat mendorong dan memfasilitasi upaya-upaya strategis tersebut. Bahkan saya mengusulkan sebagaimana profesi pertolongan lain seperti psikolog, pekerja sosial, nursing/keperawatan, konselor sekolah (BP/BK), pendidikan teologi juga mengembangkan Prodi S2 konseling pastoral. Mengacu pada model pendidikan profesi konselor pastoral di berbagai negara lain, pendidikan teologi perlu bekerjasama dengan asosiasi konselor pastoral yang ada dan pemangku kepentingan lain yang relevan untuk menyelenggarakan pendidikan profesi konselor pastoral praktisi umum dan spesialisasinya.

Peran Konseling Pastoral Dalam Era HIV/AIDS

Untuk memperjelas peran konseling pastoral dalam era HIV/AIDS, dalam bagian berikut ini terlebih dahulu saya akan mendiskusikan pengertian konseling pastoral dan skopa layanan konseling pastoral dalam menangani HIV/AIDS.

Pengertian Konseling Pastoral

Selama ini tampaknya sebagian warga Kristiani *salah kaprah* (Jawa: meskipun salah namun secara umum sudah dimengerti demikian) memahami konseling pastoral. Sebagian orang menganggap konseling pastoral sama dengan kunjungan, perlawatan, percakapan, wawancara, *wawan muruk* (Jawa: pembinaan maka muncul istilah pembinaan pastoral), bimbingan (maka muncul istilah bimbingan pastoral, menyamakan konseling pastoral dengan BK/BP di sekolah), penasihat, penguatan, penghiburan, konsultasi, pengobatan/terapi, khotbah (pelayanan firman), dan penginjilan (menobatan orang). Dalam buku Pengantar Konseling Pastoral saya telah membahas secara rinci salah pengertian tersebut.⁷ Ringkasnya, mungkin hal-hal tersebut dapat menjadi bagian dari proses konseling pastoral, namun hal-hal tersebut bukan menjadi satu-satunya bagian dari proses konseling pastoral. Karena berdasar pada paradigma inkarnasi Allah menjadi manusia dan menjumpakan diri dengan manusia sesama secara eksistensial, pada hakikatnya konseling pastoral merupakan sebuah proses perjumpaan eksistensial antara konselor dan konseli. Melalui perjumpaan eksistensial manusia mampu menghayati pengalamannya, menerima dirinya, berubah, bertumbuh, berfungsi, berguna, dan bermakna secara utuh. Perjumpaan eksistensial antar sesama manusia yang sederajat sebagai konselor dan konseli merupakan perwujudan dari kepedulian dan kependampingan antar manusia. Hal itu mengacu pada karya inkarnasi tunggal Allah dalam diri Yesus Kristus sebagai pencerminan cintakasih, kepedulian, dan kependampingan-Nya kepada krisis kehidupan dunia dan manusia.

⁷ Totok S. Wiryasaputra, *Pengantar Konseling Pastoral* (Yogyakarta: AKPI & DiandraCreative, 2014), 55-64.

Di samping itu saya akan sedikit mengulas ke-salahkaprah-an lain, yakni anggapan yang menyamakan konseling pastoral dengan penggembalaan. Tidak jarang istilah teknis pastoral dipahami sebagai kata benda dan bukan kata sifat. Padahal kalau kita perhatikan secara teliti kata *pastoral* dalam bahasa Inggris merupakan kata sifat, misalnya kita temukan dalam istilah teknis *pastoral care and counseling*. Secara *salah kaprah* tidak jarang konseling dianggap sebagai bagian dari *pastoral* atau penggembalaan. Ini berarti konseling dikaitkan dan/atau didasarkan pada jabatan gerejawi yang disebut gembala (*pastor*/pendeta) sebagai pemimpin gereja/jemaat yang bertugas untuk memelihara kehidupan warga gereja/jemaat, khususnya warga yang memiliki persoalan.⁸ Konseling pastoral didasarkan pada hubungan antara pemimpin yang digambarkan sebagai gembala (manusia) dengan umat yang digambarkan sebagai domba (hewan). Sekali lagi konseling pastoral diidentikkan dengan penggembalaan.⁹ Ketika konseling dilaksanakan oleh orang yang tidak memegang jabatan gembala gereja/jemaat akan dianggap sebagai perpanjangan tangan (*extension*) dari pelayanan gembala (*pastor*/pendeta) atau membantu *pastor*/pendeta. Seperti telah didiskusikan sebelumnya, karena HIV/AIDS sangat kompleks dan multidimensional maka konseling pastoral HIV/AIDS memanggil kita untuk terbuka, membangun jejaring, melibatkan banyak pihak (termasuk orang yang tidak ditahbiskan atau ditetapkan sebagai pejabat gerejawi atau yang mewakilinya), dan menciptakan kerjasama dengan mereka. Mengingat proses konseling pastoral HIV/AIDS merupakan sebuah

⁸ Tulus Tu'u, *Dasar-Dasar Konseling Pandung Bagi Pelayanan Konseling Gereja* (Yogyakarta: Andi, 2007), 20.

⁹ Daniel Ronda, *Pengantar Konseling Pastoral, Teori dan Kasus Dalam Jemaat* (Bandung: Kalam Hidup, 2015), 22.

perjumpaan eksistensial; ODHA merupakan sesama manusia (bukan hewan) yang harus diperlakukan secara manusiawi; tidak semua layanan konseling pastoral dilakukan oleh pastor/gembala/pendeta yang ditahbiskan; dan tidak semua sasaran konseling pastoral (konseli) adalah warga gereja, maka kita harus mencari perspektif yang lebih kuat daripada perspektif penggembalaan atau *shepherding*. Alih-alih menggunakan perspektif penggembalaan, sejak 1980-an saya telah menggunakan perspektif *mutualcaring* (kepedulian, kependampingan) antar manusia.

Di balik kekuatan saling mencurigai, membenci, memusuhi, dan membunuh yang mewarnai panggung sejarah dan peradaban manusia, kita juga menemukan sebuah gejala universal, yakni saling memedulikan, merawat, mendampingi, dan menumbuhkan dalam hidup dan relasi antarmanusia dari setiap komunitas manusia dari mana pun asal-usulnya dan di mana pun tempat tinggalnya (Wiryasaputra: *Pengantar Konseling Pastoral 2*).¹⁰ Pada dasarnya kekuatan kedua itu jauh lebih besar daripada kekuatan pertama. Kekuatan kedua (saya sebut sebagai *mutual caring*) membuat keluarga manusia tetap eksis sampai Abad XXI. Peradaban *mutual caring* universal tersebut dikembangkan sesuai dengan konteks geografis, demografis, kultur, kepercayaan, kebatinan, dan keagamaan suatu komunitas manusia. Ini berarti komunitas Kristiani yang lahir pada Abad I mengembangkan *mutual caring*-nya sesuai dengankultur, kepercayaan, kebatinan, dan keagamaan jamannya. Berdasar pada kepercayaan pada Tuhan Allah Yang Esa dan Yesus sebagai inkarnasi tunggal dan sempurna Tuhan Allah, komunitas Kristiani membangun *mutual caringnya* dan secara tradisional disebut *cura*

¹⁰ Wiryasaputra: *Pengantar Konseling Pastoral, 2*.

animarum. *Cura animarum* diwariskan dari generasi ke generasi dan diintegrasikan dengan konteks geografis, demografis, kultur, kepercayaan, dan keagamaan setiap generasi. Di Amerika Serikat pada awal Abad XX *cura animarum* disebut sebagai *pastoral care*. *Cura animarum* semula berbasis pada *mutual caring* semua warga komunitas Kristiani (Townsend 3–32).¹¹ Pada Abad I sampai III komunitas Kristiani tetap eksis menjalani masa-masa sulit meniti jalan menuju puncak karena adanya *mutual caring* antarwarga komunitas Kristiani.

Ketika gereja mulai berjaya pada Abad IV dan perlahan-lahan menguasai hampir seluruh aspek hidup masyarakat pada Abad VII, *caring ministry* yang semula berbasis pada *mutual caring* semua warga bergeser menjadi pelayanan pejabat gerejawi (pastor/imam). Tampaknya kecenderungan ini mengristal pada era the Great Gregory Abad VII. Ketika itu kekuasaan gereja/Paus/Uskup Roma mencapai puncaknya dan telah sejajar dengan kekuasaan kaisar dan siap menggantikannya ketika kekaisaran Romawi runtuh. Sejak saat itu *caring ministry* makin berbasis pada **jabatan pastor**. Saya menduga jabatan pastor yang semula tidak muncul dalam sejarah gereja, pada era yang sama muncul dan diresmikan sebagai pejabat gerejawi yang memimpin suatu wilayah administratif tertentu dalam kekaisaran atau gereja. Akhirnya *caring ministry* dimonopoli oleh pejabat gerejawi: *pastor*. *Caring ministry* yang semula memakai perspektif hubungan kasih-kepedulian antarmanusia dan berdasar pada karya Inkarnasi Tunggal Allah dalam Yesus Kristus, diganti dengan hubungan pejabat gerejawi, yakni pastor (gembala) sebagai pemimpin (digambarkan sebagai manusia) dengan umat yang dipimpin dan

¹¹ Loren Townsend, *Introduction to Pastoral Counseling* (Nashville: Abingdon, 2009), 3-32.

digambarkan sebagai domba (hewan). Para pejabat kuatir apabila domba sebagai hewan tidak dipimpin oleh gembala (manusia) mereka akan liar, tersesat, tidak mengikuti para pemimpinnya, dan tidak masuk sorga. Kemudian menjadi *salah kaprab*, hubungan *caring ministry* menjadi hubungan antara pastor – gembala – manusia dengan orang yang dipimpin – umat - domba - hewan.

Sebagai salah satu akibatnya *caring ministry* lebih mengacu pada perumpamaan Yesus sebagai gembala dalam Yohanes 10: 1 – 8. Menurut saya perumpamaan gembala yang baik dipakai oleh Yesus untuk menggambarkan karakter pemimpin yang baik sebagai lawan pada pemimpin yang jahat. Karakter pemimpin yang baik adalah pemimpin yang dekat dengan bawahannya, mengenal, mendengarkan, dan berjuang demi kesejahteraan umat atau orang yang dipimpin. Sedangkan karakter pemimpin yang jahat adalah pemimpin yang jauh dari bawahan, tidak mengenal, tidak mendengarkan, menindas orang yang dipimpin, dan hanya mengabdikan kepada kepentingannya sendiri. Yesus mengidentifikasikan dirinya sebagai pemimpin yang baik. Gambaran pemimpin sebagai gembala umat juga tampak dalam Kitab Yehezkiel 34: 1 – 31. Yehezkiel 34 memberi gambaran karakter pemimpin sebuah bangsa yang baik dan karakter pemimpin sebuah bangsa yang tidak baik. Seperti telah kita ketahui, karena hubungan konselor dengan ODHA dalam proses konseling HIV/AIDS bukan merupakan hubungan antara pemimpin (gembala) dengan yang dipimpinnya (domba), maka tidak tepat apabila kita menyamakan konseling pastoral dengan penggembalaan. Ini berarti juga tidak tepat apabila konselor pastoral dianggap sebagai gembala (pemimpin) dan ODHA dianggap sebagai bawahan, orang yang dipimpin, umat atau domba. Kalau pun Yesus itu digambarkan

sebagai gembala yang baik, itu hanya penggambaran (metafora). Yesus tidak memiliki jabatan gerejawi sebagai gembala atau pemimpin. Yesus adalah inkarnasi puncak, paling sempurna, dan inkarnasi tunggal Allah untuk mewujudkan karakter kepedulian dan kependampingan Allah kepada manusia yang sedang mengalami krisis yang kompleks dan multidimensional. *Church caring ministry* seharusnya berdasar pada Inkarnasi Tunggal Allah untuk menyelamatkan dunia dan manusia dan bukan pada jabatan pastor, gembala sebagai pemimpin komunitas Kristiani di wilayah pemerintahan gerejawi tertentu (paroki).

Reformasi pada Abad XVI dan masa-masa berikutnya ternyata tidak mengubah perspektif *shepherding* (penggembalaan) dari *church caring ministry*. Dari perspektif *theology of incarnational caring*, saya boleh mengatakan bahwa reformasi pada Abad XVI ternyata masih separoh jalan. Karena *caring ministry* pada warga gereja dan masyarakat umumnya, dan ODHA khususnya melibatkan sebanyak mungkin pemangku kepentingan yang relevan, maka *pastor-office-based caring ministry* kurang memadai. Sebaliknya *incarnation-based caring ministry*¹² dan berdasar pada pertemuan dan relasi antarmanusia lebih memungkinkan bagi kita untuk melibatkan sebanyak mungkin pemangku kepentingan dan memperlakukan sasaran *caring ministry* sebagai sesama manusia.

Teori dan praktik konseling pastoral memperoleh dasar yang kukuh apabila ditempatkan dalam perspektif *caring* Allah yang diwujudkan secara utuh dan sempurna dalam inkarnasi Yesus

¹² Andrew Purves, *Reconstructing Pastoral Theology A Christological Foundation* (Louisville: Westminster John Knox, 2004), ix-xxxv.

Kristus. *Caring and counseling ministry* kita menjadi Kristosentris-Allahsentris (*Christ-God centered caring and counseling ministry*). Dalam inkarnasi semua manusia ditempatkan oleh Allah sebagai sesama Yesus Kristus, tidak lebih tinggi atau rendah. Dengan perspektif inkarnasional, *caring and counseling* menempatkan pendamping, konselor, dan ODHA sebagai manusia yang sederajat. Semua pihak yang terlibat dalam *caring and counseling ministry* harus memperlakukan dan diperlakukan sebagai manusia secara manusiawi. ODHA pun adalah sesama manusia bagi pendamping dan konselor. Sebagaimana Yesus datang sebagai sesama manusia, menjumpai, mengenal, dan mendengarkan keluh kesah dan beban berat kelompok masyarakat yang rentan, begitu pula gereja, pendamping, dan konselor pastoral datang, menjumpai, mengenal, dan mendengarkan keluh-kesah, dan beban berat kelompok masyarakat yang rentan, khususnya ODHA. Ini berarti *caring* tanpa *counseling* mungkin, namun sebaliknya *counseling* tanpa *caring* akan kehilangan makna hakikinya. Konseling merupakan runcingan dari *caring*. Sejak awal 1980-an saya memakai istilah teknis **pendampingan** untuk menerjemahkan *caring*. Jadi istilah yang tepat adalah pelayanan **pendampingan dan konseling inkarnasional** atau pelayanan **pendampingan dan konseling** saja.

Pendampingan berbasis pada hubungan *covenantal* (sosial) antarmanusia, kurang terstruktur, informal, dilakukan oleh siapa saja, bagi siapa saja, kapan saja, dan dimana saja.¹³ Pendampingan dapat dilakukan oleh semua orang atau paling tidak oleh team relawan/wati pendampingan yang terlatih untuk melakukan pendampingan HIV/AIDS. Untuk memperlancar proses konseling bagi ODHA yang berasal dari berbagai denominasi Kristiani dan

¹³ Wiryasaputra, *Pengantar Konseling Pastoral*, 78.

non-Kristiani, sebaiknya team relawan/wati bersifat antardenominasi atau bahkan antariman. Sebaliknya konseling merupakan runcingan (spesialisasi) dari pendampingan. Hubungan konselor dengan sasaran bersifat kontraktual, formal, lebih terstruktur, dilakukan oleh orang yang terdidik dan terlatih menggunakan metode pertolongan psiko-sosial-spiritual untuk membantu sasaran menerima kenyataan, berubah, bertumbuh, dan berfungsi secara maksimal.¹⁴ Dalam praktik, konselor pastoral bersinergi dengan team relawan/wati dan semua pihak lain yang relevan dalam menangani masalah ODHA. Konselor pastoral bersinergi dengan pengemban profesi pertolongan profesional lain untuk menangani kasus ODHA yang kompleks dan bersinergi dengan team relawan/wati yang terlatih untuk menangani kasus-kasus HIV/AIDS yang tidak kompleks. Dengan demikian saya dapat menyimpulkan bahwa salah satu peran konseling pastoral dalam era HIV/AIDS Abad XXI adalah menyediakan layanan spesialisik konseling pastoral HIV/AIDS dan dalam waktu yang sama konselor pastoral merekrut, melatih, mensupervisi team pendampingan HIV/AIDS yang terlatih, dan menciptakan jaringan kerjasama yang lebih luas.

Dengan menggunakan perspektif inkarnasi Allah, pada hakikatnya kita yakin bahwa Allah sedang bekerja, melayani, dan melakukan pendampingan dan konseling kepada ODHA. Pelayanan pendampingan dan konseling bukan pelayanan kita, melainkan pelayanan Allah dalam inkarnasi-Nya pada masa kini. Secara teologis pada hakikatnya pendamping dan konselor pastoral serta semua pihak yang terlibat dalam layanan konseling pastoral HIV/AIDS ambil bagian dalam *God's - Jesus' ministry* pada masa kini. Secara

¹⁴ Ibid, 79.

korporatif – persekutuan (*koinonia*), gereja/jemaat sebagai tubuh Kristus ambil bagian dalam pelayanan Allah - dalam inkarnasi-Nya hadir, menjumpai, mengenal, dan mendengarkan, mengubah, menumbuhkan, dan memperdayakan ODHA. Dengan demikian pelayanan pendampingan dan konseling kepada ODHA juga bukan pelayanan gereja/jemaat, melainkan pelayanan Allah – pelayanan Yesus sebagai inkarnasi-Nya.

Skopa Layanan Konseling Pastoral HIV/AIDS

Belajar dari *structured family facilitation programs* yang dikembangkan oleh Hopes, Fisher, dan Barlow¹⁵ konseling pastoral seharusnya membangun tiga skopa layanannya, yakni *prevention* (sebelum terjadi kasus untuk upaya pencegahan dan peningkatan), *intervention* (kasus sedang terjadi untuk upaya penyembuhan, pengobatan, koreksi, terapi), dan *postvention* (kasus sudah selesai untuk upaya pemulihan, proses penyembuhan terus berjalan, dan pemberdayaan sehingga ODHA dapat bertahan, mandiri, berguna, dan bermakna bagi sesamanya). Ketiga skopa tadi dapat dibedakan, namun sebenarnya tidak dapat dipisahkan karena saling berhubungan dan melengkapi.

Pertama: Prevention. Tujuan upaya *prevention* adalah agar warga gereja dan masyarakat mendapat informasi akurat dan utuh tentang kehidupan secara umum, seksualitas manusia, dan hal lain yang berkaitan dengan HIV/AIDS agar orang tidak terinfeksi HIV

¹⁵ Hopes, Margaret J, Barbara L. Fisher, dan Sally H. Barlow, *Structured Family Facilitation Programs, Enrichment, Education, and Treatment* (Rockville: Aspen, 1984), 5-4.

dan/atau menderita AIDS. Pencegahan pertama-tama berkaitan dengan pemberian informasi (*education*). Di samping itu *prevention* terkait juga dengan upaya mempertahankan (*maintaining*) dan meningkatkan (*promoting, enrichment*) kualitas hidup seseorang atau sekelompok orang, misalnya berisi latihan peningkatan komunikasi suami isteri, mempertahankan/meningkatkan hidup sehat, keluarga sehat, pasangan sehat, seks sehat, perilaku sehat, *coping skills* dalam menyelesaikan masalah, *psychological resilience* (ketahanan psikologis) atas *stress*, dan *spiritual resilience* (ketahanan spiritual) atas *spiritual injury* (luka spiritual). Dalam hal upaya pencegahan ini betapa pentingnya peranan team relawan/wati antargereja/denominasi/iman, penciptaan jejaring baik dengan organisasi swadaya masyarakat maupun pemerintah untuk sosialisasi HIV/AIDS, mendorong warga gereja/masyarakat untuk Voluntary Counseling and Test (VCT), dan upaya pencegahan lain. VCT merupakan upaya dini untuk pencegahan penularan HIV. Dalam VCT seseorang melakukan konseling pra-test, test, dan pascatest HIV/AIDS secara sukarela dan rahasia. Sebagai contoh, Graha Konseling Salatiga bekerjasama dengan Program Promosi Kesehatan Rumah Sakit menyelenggarakan sarasehan kesehatan dwibulanan dan mengirim warga gereja/masyarakat untuk melakukan VCT di Rumah Sakit Paru Ario Wirawan Salatiga.

Kedua: Intervensi. Belajar dari *community counseling*, dalam intervensi konselor pastoral dapat memakai seluruh moda konseling: individu, pasangan, keluarga, kelompok, dan komunitas secara terintegrasi. Konseling pastoral menggunakan semua skopa ekologi kehidupan manusia. Tujuan upaya *intervention* adalah membantu ODHA agar dapat menghayati pengalamannya secara utuh,

menerima kenyataan, bertahan dalam kondisi hidup barunya, berubah, menghilangkan gejala disfungsi, bertumbuh, berfungsi secara maksimal dalam kondisi barunya, berdaya, berguna, dan bermakna bagi sesamanya. Dalam *intervention*, melalui kehadiran, perjumpaan kesederajatan, sikap empati, ketrampilan mendengarkan, dan berbagai teknik konseling, konselor pastoral menjalankan 4 fungsi utamanya.

Fungsi pertama, konselor berfungsi sebagai **penyembuh** berbagai persoalan psiko-sosial-spiritual yang dirasakan oleh ODHA, mengubah pikiran, dan perilaku. Sebagai contoh, konselor pastoral Graha Konseling Salatiga menerima rujukan dari team penanggulangan HIV/AIDS rumah sakit untuk melakukan kunjungan rumah sakit dan/atau kunjungan rumah ketika pasien dirawat di rumah sakit. Persoalan-persoalan psikologis-sosial-spiritual tersebut akan diulas secara terpisah dalam bagian berikutnya.

Fungsi kedua, melalui kehadiran, perjumpaan kesederajatan, sikap empati, menerima ODHA sebagaimana adanya, dan terampil mendengarkan segala tangisan, teriakan, keluh kesah, kejengkelan, kemarahan, dan racun-racun psikologis lainnya, konselor pastoral berfungsi sebagai **penopang** agar ODHA dapat menerima dan bertahan dalam kenyataan barunya yakni hidup dengan HIV/AIDS. Konselor pastoral dapat memakai *religious resources* untuk menopang ODHA. Penggunaan *cultural, religious resources* (ibadah, homili, doa, nyanyian, musik, ziarah, meditasi) harus dilakukan secara natural, arif, dan tepat waktu. Penggunaan *cultural* dan *religious resources* tepat apabila digunakan secara alamiah, tepat waktu, bukan sebagai pengajaran dan nasihat klise dan diintegrasikan dengan intervensi

psikologis (misalnya teknik relaksasi dari pendekatan behavioral). Dalam menopang, konselor pastoral dapat membantu ODHA belajar mengampuni diri sendiri, merasakan cintakasih sesama, menemukan cintakasih Tuhan Allah, menemukan harapan, dan makna hidup dalam kondisi barunya. Secara konkret konselor pastoral membantu ODHA bersedia minum ARV secara teratur dan tepat waktu untuk mempertahankan hidupnya. Konselor pastoral dapat mendorong dan melatih orang lain yang memiliki hubungan relevan dengan ODHA agar bersedia mendengarkan, menampung cerita, memotivasi, dan mengawasi ODHA minum ARV. Tidak jarang konselor pastoral membantu relasi sosial yang relevan untuk menerima kenyataan, bersedia menerima ODHA atau bersedia melakukan VCT.

Fungsi ketiga, melalui pemberian informasi yang akurat dan pertimbangan arif (termasuk pertimbangan nilai, teologis, kultural) tanpa memaksakan kehendaknya konselor pastoral dapat berperan sebagai **pembimbing** ketika ODHA mengalami kebingungan dalam mengambil keputusan. Konselor pastoral dapat memberi pertimbangan, nasihat, informasi yang diperlukan dalam pengambilan keputusan yang tepat. Dalam hal ini termasuk penasihatannya secara teologis dan nilai kekristenan. Nasihat ini bukan sebagai pengajaran dogmatik dan moralistik (dari atas ke bawah, pemimpin dan orang yang dipimpin) melainkan sebagai pertimbangan antar sesama manusia. Misalnya kapan ODHA akan memberi informasi tentang apa yang sebenarnya terjadi pada orang lain yang memiliki kaitan relevan dengan ODHA; setelah pulang dari rumah sakit akan tinggal di mana; apakah akan berhenti dari kuliah atau pekerjaan, dan sebagainya.

Fungsi keempat, sebagai pihak yang netral, tanpa *bias* (termasuk bias pribadi, doktrinal/teologis, hukum gereja, tradisi gereja) dalam *intervention* konselor pastoral dapat menjadi *mediator* dalam upaya **memperbaiki hubungan** ketika ODHA mengalami konflik, misalnya dengan pasangan, keluarga, atasan, teman, dirinya sendiri atau bahkan Tuhan Allah.

Ketiga: Postvention. Tujuan dari upaya *postvention* adalah membantu ODHA agar bersedia meneruskan perawatan penyakit oportunistiknya dan AIDS (minum ARV secara teratur), kontrol ke rumah sakit untuk mengambil obat secara rutin dan tepat waktu, mendorong ODHA mengikuti kelompok dukungan sebaya setelah keluar dari rumah sakit (*support-group growth*), bersedia menerima kunjungan rumah apabila relevan, menyelesaikan persoalan hubungan dengan pasangan/keluarga/masyarakat (misalnya apabila mereka menolak), memberi penjelasan bagaimana hidup bersama dengan anggota keluarga yang menderita AIDS, membantu ODHA tidak *relapse* (bagi pemakai obat), melatih perilaku baru (misalnya penggunaan kondom dalam hubungan seks), membantu ODHA agar berdaya atau mandiri, dan berguna bagi sesamanya (misalnya bersedia menjadi relawan/wati dalam sosialisasi HIV/AIDS). Apabila kabupaten/kota menyediakan program pemberdayaan ODHA, kita dapat bekerjasama dengan mereka untuk pemberdayaan sosial-ekonomi ODHA.

Pengalaman selama ini menunjukkan bahwa tidak mudah melakukan upaya *postvention*. Ada berbagai persoalan yang kompleks, seperti penolakan keluarga/lingkungan, tidak dapat bekerja kembali, tempat studi menolak (akibat rumor dari mulut ke mulut), *up and down* kondisi mental-psikologis, *relapse* kembali, masuk penjara lagi

(karena penggunaan obat terlarang), menghilang, gereja menyingkirkannya (tidak boleh ikut perjamuan kudus), dan sebagainya. Upaya *postvention* membutuhkan tenaga, waktu, biaya, kesabaran, ketekunan, dan strategi jitu. Dalam mengatasi masalah yang kompleks tidak mungkin bekerja sendirian dan hanya dengan pendekatan individu. Kita perlu bekerjasama dan melibatkan pemangku kepentingan lain yang relevan dan mengintegrasikan pendekatan konseling pastoral individual dengan intervensi sistem sosial yang lebih luas. Dalam hal ini kita dapat belajar dari Lewis dan kawan-kawan¹⁶ yang mengembangkan pendekatan *community counseling* dengan mengintegrasikan pendekatan individu dengan pendekatan sistem ketika menangani kasus-kasus *vulnerable population*, termasuk orang hidup dengan HIV/AIDS. Agar ODHA mandiri, berdaya, dan berguna bagi sesamanya konselor dapat berupaya bersama pihak-pihak yang relevan (lembaga swadaya masyarakat, legislatif, eksekutif, dan yudikatif) untuk mempengaruhi, mengubah, dan menciptakan sistem politik, peraturan, perundangan yang memungkinkan individu dan komunitas hidup lebih sehat dan sejahtera secara holistik, termasuk ODHA.

Dinamika Psiko-Sosial-Spiritual HIV/AIDS

Pertama, meskipun fokus layanan konseling pastoral adalah aspek mental/psikologis dan spiritual orang hidup dengan HIV/AIDS, namun konselor pastoral harus memahami informasi dan fakta dasar klinis medis HIV/AIDS. Melalui literatur, dunia

¹⁶ Judith A. Lewis, Michael D. Lewis, Judy A. Daniels, dan Michael J. D'Andrea, *Community Counseling, Empowerment Strategies for a Diverse Society, Third Edition* (Pacific Groves: Brooks/Cole, 2003), 4-6 .

mayanya, mengikuti seminar, kursus, workshop dan sebagainya yang berkaitan HIV/AIDS konselor pastoral dapat belajar tentang informasi dan fakta dasar klinis medis HIV/AIDS. Dengan memiliki informasi klinis medis yang utuh dan akurat, konselor pastoral dapat menjelaskan secara utuh dan akurat apabila ada pertanyaan dari ODHA, relasi sosialnya yang relevan atau dari masyarakat luas. Terlebih lagi konselor pastoral juga harus memahami kaitan dan pengaruh HIV/AIDS ke seluruh aspek hidup fisik (cara seseorang terinfeksi, penyakit lain yang mungkin muncul ketika daya imunitas seseorang menurun), mental (psikologis, kognisi, afeksi, konasi, psikomotorik-perilaku atau cipta, rasa, karsa, dan karya), sosial (secara mikro dan makro), dan spiritual (kaitannya dengan makna hidup dan relasi dengan Tuhan Allah serta komunitas keagamaan). Apabila diperlukan konselor pastoral juga dapat menjelaskan kaitan HIV/AIDS dengan seluruh aspek tersebut secara holistik.

Kedua, ODHA biasanya mengalami stigmatisasi. Karena mengalami stigma, tidak jarang dia melakukan stigma kepada dirinya sendiri sebagai *self-indoctrination*. Ada banyak pergumulan dalam hati ODHA. Dia mengajarkan dirinya sendiri bahwa dirinya tidak akan sembuh, orang berdosa, pasti masuk neraka (sekarang atau yang akan datang), terkutuk atau dihukum Tuhan Allah, tidak berarti, lebih baik mati, ditolak/dibenci oleh semua orang, kesepian, sendirian, tidak dikasihani lagi oleh Tuhan Allah, ditinggalkan oleh Tuhan Allah, dan ditinggalkan oleh Tuhan Allah. Akibat konkretnya mungkin dia mengalami depresi dan tidak bersedia makan obat secara teratur. Mungkin dia merasa lebih baik mati atau bunuh diri. Menghadapi suasana kebatinan demikian, biasanya ODHA menutup diri dan sulit berbicara dengan orang lain, termasuk berkomunikasi

dengan konselor pastoral. Menghadapi pergumulan demikian, sebaiknya konselor pastoral hadir bersama ODHA dengan sepenuh jiwa raga secara teratur, menciptakan kepercayaan ODHA, memahami dan menerima sebagaimana ODHA menghayati dirinya, dan mendengarkan dengan penuh perhatian. Bersikaplah netral ketika masuk ke dalam dunia ODHA dan melihat dunianya sebagaimana dia melihatnya. Dalam hal ini peran konselor pastoral bukan menghibur (*entertaining*) atau menguatkan (*strengthening*) seperti dipikirkan sebagian orang selama ini. Dengan menghibur tampaknya kita ingin mendorong agar ODHA melupakan pengalaman itu dan berusaha menjadi gembira. Selanjutnya dengan menguatkan tampaknya kita ingin mendorong ODHA sekuat mungkin melawan kondisi yang sebenarnya. Dengan menghibur dan menguatkan kita terpancing untuk mengucapkan kata/ungkapan klise, bahkan mungkin kata/ungkapan klise itu sangat teologis. Sebaliknya kita lebih baik menggunakan kata meneguhkan atau menopang. Dengan meneguhkan kita bukan berupaya mendorong ODHA untuk melupakan dan melawan keadaannya melainkan mendorong ODHA agar menerima keadaan (*sumeleh*: Jawa) dan bertahan dalam keadaannya yang baru.

Ketiga, stigma yang diarahkan pada ODHA dapat berimbas pada pendamping, konselor, lembaga lain yang menangani HIV/AIDS. Stigma dapat diarahkan kepada relawan/wati, dokter, perawat, psikolog, rumah sakit, dan sebagainya. Ketika saya melakukan tes tahun 1986, teman-teman residen mencibir saya dan menganggap saya kurang kerjaan atau menuduh saya suka jajan perempuan di pinggir jalan atau kumpul kebo dengan lelaki lain. Menurut cerita, beberapa teman psikolog mengalami kesulitan

hubungan dengan pasangannya ketika suami/isteri mengetahui bahwa isteri/suami menangani ODHA. Meskipun relawan/wati mengetahui risikonya sangat kecil, namun mereka cemas ketika menunggu hasil tes. Isteri saya pernah didorong penumpang lain di stasiun KA Balapan Sala dan terjatuh ke luar KA tanpa ada yang menolong gara-gara memakai kaos di punggungnya bertuliskan “If I’m HIV positive, apakah kamu mengasihiku?” Beberapa rumah sakit Kristen menolak atau tidak mau secara terus-terang menangani pasien HIV/AIDS karena takut terkena stigma. Memprihatinkan. Apakah universitas kristiani, fakultas teologi, kampung, gereja, jemaat atau pendeta tidak ikut serta menangani HIV/AIDS karena takut terkena stigma? Bukankah kita pernah mendengar cerita beberapa *shelter* untuk orang HIV/AIDS didemo, diusir, dibongkar oleh masyarakat sekitar? Pernahkah kita mendengar orang dengan HIV/AIDS diusir dari rumah, keluarga dan tempat tinggalnya, dikeluarkan dari sekolah/tempat studi atau bekerja? Pernahkah kita mendengar ada jemaat dan/atau pendeta yang tidak bersedia mengupacarai ketika orang dengan HIV/AIDS meninggal? Stigma ada di mana-mana, mungkin diarahkan pada ODHA atau diarahkan kepada kita atau bahkan ada dalam pikiran dan perasaan kita.

Niat dan upaya kita untuk mengarusutamakan HIV/AIDS dalam pelayanan gereja dan kurikulum pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama mungkin akan menghadapi tantangan baik dari internal maupun eksternal. Oleh sebab itu kita harus bersiap-siap menghadapinya dan mencari jalan untuk mengatasinya. Salah satu cara yang dapat kita lakukan adalah memberi informasi yang lengkap dan akurat kepada semua pihak yang terkait.

Keempat, menurut pengalaman saya selama ini, stigma dapat menimbulkan kecurigaan yang berlebihan ODHA sehingga sulit mempercayai orang baru. Pada awal perjumpaan, mungkin dia ODHA bersikap terbuka dan tidak ramah pada seorang konselor pastoral. Menghadapi gejala demikian, ketika pertama kali berjumpa dengan ODHA sebaiknya konselor bersama dengan profesi yang sudah dikenal (psikolog, perawat, dokter, pekerja sosial). Konselor sebaiknya tetap bertahan di sana, sabar, tetap hadir bersamanya, dan katakan bahwa semua rahasia akan disimpan. Apabila ingin berbicara dengan anggota keluarganya (misalnya selama dia di rumah sakit, konselor akan mengunjungi rumahnya), konselor sebaiknya minta ijin dia dan jelaskan apa yang akan didiskusikan. Jangan *sneaky around* atau main petak umpet (sembunyi-sembunyi).

Kelima, ODHA menjadi rendah diri atau minder. Dia berpikir semua orang pasti sudah mengetahui penyakitnya, membenci diri sendiri, merasa lebih baik tidak dilahirkan ke dunia, merasa bodoh, merasa tidak mampu apa-apa, semua kemampuannya tidak berguna, dan takut merepotkan orang lain. Kemudian secara sosial dia mengurung diri, pindah dari satu kota ke kota lain, pindah dari satu kost ke kost lain. Menghadapi gejala-gejala demikian, konselor sebaiknya menemukan kelebihan dan *resources* yang ODHA miliki agar dapat mulai belajar menghargai dirinya sendiri. Jangan mengungkapkan hiburan murahan. Ingat konseling bukan sebuah upaya untuk menghibur, melainkan sebuah upaya untuk membantu ODHA menghayati dan menerima dirinya secara penuh.

Keenam, pengalaman selama ini menunjukkan ketika orang pertama kali mengerti bahwa dia ODHA, maka dia menyadari dan menghayati hidupnya sedang terancam. Dia sedang menderita

penyakit terminal – penyakit yang tidak tersembuhkan dan kematian ada di pelupuk matanya. Sebagai akibatnya muncullah berbagai gejala psikologis seperti menolak (tidak menerima kenyataan), marah, tawar-menawar, depresi, dan juga menerima kenyataan. Gejala-gejala tersebut dapat muncul secara berurutan, tidak berurutan, campuran, dan bolak-balik. Menghadapi gejala jiwa demikian, konselor pastoral sebaiknya menganggap bahwa semua gejala itu normal. ODHA memiliki alasan valid untuk mengalami semua pergumulan. Dalam hal ini konselor pastoral harus menyadari *bias*-nya karena kultur, sejarah hidup, pendidikan, keyakinan, ide teologis, dan mungkin jabatannya.

Ketujuh, perasaan marah dapat diarahkan kepada siapa saja. Marah mungkin diarahkan kepada diri sendiri (menjadi sebuah penyesalan yang kronis – berkepanjangan dan *subtle* - tersembunyi). Marah kepada rumah sakit dan menganggap diagnose dokter salah. Marah kepada pabrik obat yang menjual obat dengan harga mahal. Marah kepada orang yang menulari (kalau dia merasa tertular dari orang lain (suami, isteri, pasangan hidup, teman, pacar, orangtua/saudara). Kadang ODHA marah kepada Tuhan: “Mengapa saya dilahirkan begini?” “Kalau Tuhan mahakuasa, mengapa membiarkan penyakit ini ada?” “Kalau Tuhan itu mahakuasa, mengapa tidak menciptakan penawarnya?” Menghadapi gejala jiwa demikian, konselor pastoral sebaiknya menganggap semua gejala itu normal. ODHA memiliki alasan valid untuk mengalami pergumulan-pergumulan itu. Perhatikan *bias* yang Anda miliki karena kultur, sejarah hidup, pendidikan, keyakinan, ide teologis, dan mungkin juga bias jabatan Anda (misalnya *bias* jabatan suci).

Kesimpulan dan Rekomendasi

Kita hidup dalam era perubahan supercepat yang terjadi secara diam-diam alias *quiet revolution*. Salah satu tanda utama dari *quiet revolution* yang sangat mencengangkan adalah HIV/AIDS. Kegawatdaruratan HIV/AIDS makin nyata ketika kita melihat kemajuan dalam era perubahan supercepat dapat mempermudah penyebaran HIV ke seluruh ujung dunia. Saya memperkirakan pada akhir tahun 2015 ini 35 – 40 juta penduduk dunia terinfeksi HIV/AIDS dan 3.5 – 4 juta diantaranya meninggal dunia. Noviana memperkirakan 1.000.000 orang Indonesia terinfeksi HIV/AIDS dan 350.000 diantaranya meninggal pada tahun 2015.¹⁷ Ini berarti sekarang ODHA ada di sini, di sekitar kita. Tanpa upaya strategik dan sinergik dari semua pemangku kepentingan (termasuk gereja, pendidikan teologi dan pendidikan tinggi agama) untuk menanggulangnya, eksistensi bangsa-bangsa yang ada (sekaligus keberadaan Bangsa Raya Indonesia) di Tanah Nusantara terancam. Sayang karena berbagai sebab, sebagian gereja, pendidikan teologi dan pendidikan tinggi agama kurang menaruh perhatian dan ikut terlibat dalam penanganan HIV/AIDS. Tampaknya termasuk gereja dan pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama yang basis pelayanannya di wilayah Nusantara yang berprevalensi tinggi terpapar HIV. Sebenarnya keterlibatan gereja dan pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama untuk penanggulangan HIV/AIDS adalah keniscayaan. Saya merekomendasikan agar gereja mengarusutamakan HIV/AIDS dalam pelayanannya dan pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama mengarusutamakan konseling

¹⁷ Nana Noviana, *Kesehatan Reproduksi dan HIV-AIDS, Catatan Kuliah* (Jakarta: Trans Info Media (TIM), 2013), 5.

pastoral HIV/AIDS dalam kurikulumnya. Sebagai dasar pengarusutamaan dalam seluruh pelayanan gereja dan pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama, saya merekomendasikan agar gereja, pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama memikirkan ulang dan mencari dasar yang kukuh bagi *churchcaring ministry* dan *caring ministrytheology*-nya. Alih-alih kita mendasarkan pelayanan ODHA kita pada jabatan pastor/pendeta, kita menempatkan *caring ministry* kita dalam perspektif Allah-Kristosentris, *incarnation-based*.

Pada satu sisi HIV/AIDS merupakan persoalan yang sangat kompleks, multidimensi, dan penuh tantangan. Pada sisi lain gereja memiliki keterbatasan sumberdayanya, baik dalam kuantitas maupun kualitasnya. Boleh dikatakan panen besar akan tetapi penuainya sedikit. Mengingat hal tadi tentu gereja tidak dapat bekerja sendirian dalam menangani HIV/AIDS. Gereja harus membangun jejaring dan menciptakan kerjasama secara *interdenominational* dan *interfaith* untuk mengarusutamakan HIV/AIDS dalam pelayanannya. Dalam upaya prevensi, selain melakukan sosialisasi kedalam dan keluar, saya merekomendasikan agar gereja bekerjasama dengan pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama atau lembaga lain yang relevan, misalnya untuk membuat kurikulum, silabi, buku ajar, buku kerja, leaflet, brosur, poster, buletin, dan hal-hal lain yang relevan sebagai bahan pembinaan dan sosialisasi HIV/AIDS kepada warga gereja dan masyarakat. Dalam rangka intervensi, gereja harus menempatkan konseling pastoral sebagai layanan utama gereja dalam menangani HIV/AIDS. Menghadapi kendala seperti kelangkaan konselor pastoral praktisi umum atau konselor pastoral spesialis HIV/AIDS, saya merekomendasikan agar gereja menciptakan team relawan/wati yang terlatih dan membangun kerjasama dengan semua pemangku

kepentingan yang ada (misalnya rumah sakit, komite penanggulangan HIV/AIDS). Khususnya gereja membangun kerjasama dengan profesi pertolongan lain seperti dokter, perawan, psikolog, dan pekerja sosial untuk melakukan intervensi melalui layanan *counseling center* atau *home visit*. Untuk upaya *postvention*, saya merekomendasikan agar gereja bersedia menerima ODHA dengan hati terbuka, menyelenggarakan konseling kelompok ODHA untuk saling menumbuhkan, perkunjungan rumah, melaksanakan upaya pemberdayaan lain (pelatihan ketrampilan, pelatihan berwirausaha, bantuan dana), dan mendirikan *shelter* apabila diperlukan dan memungkinkan.

Oleh karena pendidikan profesi konselor pastoral, sertifikasi konselor pastoral, dan organisasi profesi konselor belum berkembang seperti diharapkan, saya merekomendasikan agar gereja mendorong dan bekerjasama dengan pihak-pihak yang relevan untuk ikut serta mengembangkannya. Dalam menunjang upaya pengarusutamaan HIV/AIDS dalam pelayanan gereja, saya mengusulkan agar gereja menjadikan konseling pastoral sebagai bagian utuh dari pelayanan kategorial. Ini berarti pelayanan kategorial bukan hanya berdasar pada kategori usia (anak/sekolah minggu, teruna/remaja, pemuda, orang dewasa, orang lansia) tetapi juga kategori yang berkaitan dengan isu kehidupan (misalnya HIV/AIDS, kedukaan, kecanduan, stress psikososial bencana alam) dan seting pelayanan (misalnya militer, polisi, penjara, industri, perkotaan, perdesaan). Apabila kondisi memungkinkan dan kebutuhan mendesak, gereja dapat mempekerjakan konselor pastoral praktisi umum atau bahkan konselor spesialis HIV/AIDS dalam mengarusutamaan konseling pastotal dalam pelayannya. Bagi

gereja yang memiliki lebih dari satu pendeta/pastor dan ada kebutuhan yang mendesak, sebaiknya gereja memperlengkapi dan menugasi salah satu pendeta/pastornya untuk mengkhususkan diri pada layanan konseling pastoral umumnya dan konseling pastoral HIV/AIDS khususnya. Menurut saya gereja juga dapat merekrut lulusan sarjana teologi, psikologi, pekerja sosial, kedokteran atau perawat yang telah terlatih secara profesional untuk melakukan konseling pastoral umumnya dan konseling pastoral HIV/AIDS khususnya. Tenaga penuh waktu tersebut sebaiknya tidak hanya melayani warga jemaat melainkan juga melayani masyarakat luas. Kehadiran pelayanan konseling pastoral memperluas ranah pelayanan gereja, yakni kepada masyarakat luas. Pelayanan konseling pastoral kepada ODHA yang luas dapat menjadi tempat praktikum mahasiswa/wi teologi atau pendidikan tinggi agama yang sedang praktik.

Selanjutnya cara sederhana yang dapat dilakukan oleh pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama untuk pengarusutamaan HIV/AIDS adalah dengan menyisipkan isu HIV/AIDS dalam semua matakuliah yang baik yang bersifat teoritis maupun praktis/terapan. Oleh karena kompleksitas dan kegawatan HIV/AIDS, tampaknya cara penyisipan itu tidak akan memiliki dampak yang dalam dan luas. Oleh karena itu saya merekomendasikan agar pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama menjadikan konseling pastoral HIV/AIDS sebagai matakuliah tersendiri. Pendidikan teologi dapat mengikuti model pendidikan profesi lain dimana pendidikan teologi bekerjasama dengan asosiasi profesi yang relevan menyelenggarakan Prodi S2 Profesi Konselor Pastoral. Secara lebih luas lagi saya

merekomendasikan agar pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama mengarusutamakan HIV/AIDS dalam seluruh program dan kegiatan tridharma perguruan tingginya: pendidikan dan pengajaran, penelitian dan pengembangan, dan pengabdian masyarakat. Dengan cara demikian keterlibatan pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama dalam menangani HIV/AIDS semakin komprehensif dan tampak dalam semua lini pelayanannya. Dalam menangani kekurangan tenaga mentor dan/atau supervisor lapangan profesional, sudah saatnya pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama bekerjasama dengan berbagai pihak yang terkait melakukan pendidikan/pelatihan supervisor lapangan profesional. Kita harus membuang anggapan bahwa semua praktisi (pendeta di gereja dan konselor pastoral) secara otomatis dapat menjadi mentor atau supervisor efektif bagi praktikan. Menjadi praktisi dan supervisor memang ada kaitannya, namun menjadi praktisi dan supervisor yang berkualitas merupakan dua hal berbeda. Dalam perkembangan ilmu terapan, pada masa kini supervisi telah berkembang menjadi disiplin dan profesi otonom.

Apabila pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama telah menyelenggarakan Prodi S1 Konseling Pastoral (seperti STAKPN Ambon atau Sekolah Tinggi Diakones HKBP Balige), saya merekomendasikan agar matakuliah Konseling Pastoral HIV/AIDS dan Praktikum Konseling Pastoral HIV/AIDS, masing-masing berbobot 3 sks dimasukkan dalam kurikulum dan silabi. Selanjutnya saya merekomendasikan pokok bahasan (1) informasi dasar klinis medis HIV/AIDS, (2) *theology of caring*, (3) *theology of HIV/AIDS*, (4) dinamika psiko-sosial-spiritual HIV/AIDS, (5) tiga skopa konseling, (6) empat fungsi konselor HIV/AIDS, (7) sikap dan keterampilan

dasar konselor HIV/AIDS, (8) proses konseling HIV/AIDS, (9) pendekatan dan teknik konseling HIV/AIDS – saya mengusulkan pendekatan eklektik, dan (10) membangun team relawan/wati dan jejaring penanganan HIV/AIDS dimasukkan dalam silabi matakuliah Konseling Pastoral HIV/AIDS.

Saya merekomendasikan agar Panitia Seminar Nasional STAKPN pada tanggal 27 ini melakukan tindak lanjut, misalnya dengan membentuk kelompok kerja yang bekerja secara berkelanjutan. Saya juga merekomendasikan agar asosiasi sekolah teologi (PERSETIA, PASTI) mendorong anggota-anggotanya untuk mengarusutamakan disiplin konseling pastoral dalam kurikulumnya dan bahkan menyelenggarakan Prodi S2 dan S3 profesi konseling pastoral. Dalam prodi tersebut konseling pastoral diperlakukan sebagai mata kuliah tersendiri atau bahkan dijadikan sebagai konsentrasi. Selanjutnya peningkatan kuantitas dan kualitas dosen, penelitian, dan publikasi juga perlu diupayakan.

Semoga Tuhan Allah memberkati segala upaya mengarusutamakan konseling pastoral HIV/AIDS dalam pelayanan gereja dan kurikulum pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama sehingga, gereja, pendidikan teologi atau pendidikan tinggi agama berpartisipasi dalam menanggulangi HIV/AIDS di Indonesia.

TOTOK S. WIRYASAPUTRA adalah seorang pendeta dan dosen paroh waktu Fakultas Teologi dan Psikologi UKSW Salatiga, *Grief Counselor* Graha Konseling Salatiga, *Clinical Supervisor* Pendidikan Profesi Konselor Pastoral, dan Ketua Badan Pengurus Nasional Asosiasi Konselor Pastoral Indonesia (AKPI).
