

Harvest Theology sebagai Teologi Kehadiran: Teologisasi Inkarnasi sebagai Fondasi Pelayanan bagi Orang Sakit dalam Kerangka *Missio Dei*

Lie Kwet Yun¹, Linda Arih Ersada²

Program Studi Doktor Teologi, Sekolah Tinggi Teologi Internasional Harvest, Tangerang

Correspondence: psrobertlie.ifgf@gmail.com

Abstract: The rising burden of chronic illness has made the hospital ward one of the most concrete sites of human vulnerability, while Indonesian health regulation now formally recognizes the spiritual dimension as a component of palliative service. This development exposes a gap on the ecclesial side: ministry to the sick is generally placed within a charitable pastoral frame and separated from the framework of mission, while harvest theology tends to be narrowed into a paradigm of harvest measured quantitatively. This article aims to define Harvest Theology as an Indonesian evangelical-Pentecostal theological paradigm that emphasizes the urgency of evangelistic reaping, reconstruct it as a theology of presence, and propose the theologization of the incarnation as a foundation for ministry to the sick. It employs library research with a constructive-theological approach through critical correlation among sources in missiology, pastoral theology, and spiritual care studies. The findings show that the theologization of the incarnation, understood as participation rather than imitation, yields four axioms of ministry: the priority of presence, vulnerability as mode, the solidarity of the cross, and hospitality. Ministry to the sick is read as the praxis of these four axioms within the framework of *missio Dei*.

Abstrak: Meningkatnya beban penyakit kronis menjadikan ruang rawat sebagai salah satu lokus kerentanan manusia yang paling nyata, sementara sistem kesehatan Indonesia kini secara regulatif mengakui dimensi spiritual sebagai komponen dalam pelayanan paliatif. Perkembangan ini justru memperlihatkan kesenjangan pada sisi gereja: pelayanan kepada orang sakit umumnya ditempatkan dalam kerangka pastoral karitatif dan terpisah dari kerangka misi, sementara *Harvest Theology* cenderung dipersempit menjadi paradigma penuaian yang diukur secara kuantitatif. Artikel ini bertujuan untuk mendefinisikan *harvest theology* sebagai paradigma teologis evangelikal-Pentakostal Indonesia yang menekankan urgensi penuaian jiwa, merekonstruksinya sebagai teologi kehadiran, dan mengusulkan teologisasi inkarnasi sebagai fondasi pelayanan bagi orang sakit. Penelitian ini menggunakan metode studi kepustakaan dengan pendekatan teologi konstruktif melalui korelasi kritis antarsumber misiologi, teologi pastoral, dan kajian spiritual care. Hasil penelitian menunjukkan bahwa teologisasi inkarnasi, yang dipahami sebagai partisipasi dan bukan peniruan, menghasilkan empat *aksioma* pelayanan: prioritas kehadiran, kerentanan sebagai modus, solidaritas salib, dan hospitalitas. Pelayanan kepada orang sakit dibaca sebagai praksis *aksioma* keempat tersebut dalam kerangka *missio Dei*.

Keywords: harvest theology, incarnational ministry, ministry to the sick, *missio Dei*, theology (Kata kunci) of presence, pelayanan inkarnasional, pelayanan orang sakit, teologi kehadiran



DOI: <https://doi.org/10.46929/graciadeo.v9i2.274>

PENDAHULUAN

Penderitaan akibat penyakit telah berubah bentuk secara mendasar dalam satu abad terakhir. Organisasi Kesehatan Dunia mencatat bahwa penyakit tidak menular merenggut sedikitnya 43 juta jiwa pada tahun 2021, setara dengan tujuh puluh lima persen kematian global di luar kematian yang berkaitan dengan pandemi.¹ Di Indonesia, laporan resmi Kementerian Kesehatan menempatkan kelompok penyakit yang sama sebagai penyebab kematian terbanyak sekaligus sebagai beban pembiayaan terbesar dalam sistem jaminan kesehatan nasional.² Angka-angka tersebut menyimpan pergeseran yang jarang dibaca secara teologis. Penderitaan akibat penyakit tidak lagi berbentuk peristiwa akut yang singkat dan berakhir dengan kesembuhan atau kematian, melainkan berupa durasi panjang yang dijalani selama bertahun-tahun. Pasien penyakit kronis tidak sekadar menanggung rasa sakit; mereka menjalani kehidupan yang direstrukturisasi oleh jadwal kontrol, hemodialisis, kemoterapi, dan ketergantungan pada orang lain. Ruang rawat, dengan demikian, bukan sekadar tempat pengobatan, melainkan salah satu locus palintempat di mana manusia berjumpa dengan batas keberadaannya sendiri.

Ilmu kesehatan sendiri telah lebih dahulu mengakui bahwa penderitaan semacam ini tidak dapat ditangani secara biomedis semata. Model biopsikososial-spiritual yang diajukan Sulmasy menegaskan bahwa penyakit menyerang manusia sebagai keseluruhan yang relasional, sehingga penanganannya menuntut perhatian pada dimensi makna dan relasi, bukan hanya pada organ yang rusak.³ Tinjauan sistematis berskala besar yang dipublikasikan dalam *JAMA* pada tahun 2022 menyimpulkan bahwa spiritualitas merupakan faktor yang secara konsisten berhubungan dengan luaran kesehatan, dan bahwa perhatian terhadapnya merupakan bagian dari perawatan yang berpusat pada pasien.⁴ Konsensus internasional sebelumnya bahkan telah merumuskan perawatan spiritual sebagai komponen mutu layanan, bukan pelengkap yang bersifat opsional.⁵ Di Indonesia, pengakuan itu telah memasuki ranah regulasi melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan⁶ dan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif, yang menempatkan aspek spiritual sebagai bagian integral dari pelayanan paliatif.⁷ Kajian di lapangan, sebaliknya, memperlihatkan bahwa pelaksanaannya masih terkendala oleh keterbatasan tenaga, pemahaman, dan sistem rujukan.⁸

Perkembangan ini menciptakan situasi yang ironis bagi gereja. Sistem kesehatan justru sedang membuka ruang bagi pendampingan spiritual, sementara gereja belum menye-

¹ World Health Organization, "Noncommunicable Diseases," Fact Sheet, diakses 5 Agustus 2026, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

² Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia 2023* (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2024).

³ Daniel P. Sulmasy, "A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life," *The Gerontologist* 42, suppl. 3 (2002): 24-33.

⁴ Tracy A. Balboni et al., "Spirituality in Serious Illness and Health," *JAMA* 328, no. 2 (2022): 184-197.

⁵ Christina M. Puchalski et al., "Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus," *Journal of Palliative Medicine* 17, no. 6 (2014): 642-656.

⁶ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

⁷ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2180/2023 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2023).

⁸ Fiona Wilson et al., "Barriers and Mechanisms to the Development of Palliative Care in Aceh, Indonesia," *Progress in Palliative Care* 32, no. 1 (2024): 22-28.

diakan kerangka teologis yang memadai untuk menerimanya. Dalam praktik kehidupan gereja kontemporer, pelayanan kepada orang sakit umumnya diposisikan sebagai kegiatan pastoral yang bersifat karitatif dan personal, dilakukan sebagai bentuk kepedulian tanpa dikaitkan dengan kerangka misi gereja.⁹ Sementara itu, paradigma misi yang dominan di banyak gereja Injili dan Pentakostal masih mewarisi logika pertumbuhan gereja yang menjadikan keterukuran sebagai prinsip metodologis.¹⁰ Akibatnya, muncul pembagian kerja yang tidak disadari: penginjilan dipandang strategis karena hasilnya dapat dihitung, sedangkan pendampingan orang sakit dipandang mulia tetapi marjinal karena hasilnya tidak dapat diukur.

Dalam konteks gereja evangelikal-Pentakostal di Indonesia, paradigma yang dimaksud lazim disebut sebagai "Harvest Theology," yakni kerangka teologis yang menekankan urgensi penuaian jiwa secara masif berdasarkan amanat agung Kristus. Paradigma ini memiliki sumbangan nyata dalam membangkitkan semangat misi, tetapi juga membawa kecenderungan reduktif: keberhasilan pelayanan diukur dari pertambahan jumlah yang dapat dikuantifikasi, sehingga pelayanan yang tidak menghasilkan angka terlihat kehilangan legitimasi misiologisnya. Kesenjangan itu tercermin dalam peta literatur. Kajian mengenai *Harvest Theology* dan teologi misi umumnya berfokus pada strategi penginjilan, pemuridan, dan pertumbuhan jemaat, dengan kritik mendasar yang telah lama diajukan Bosch mengenai reduksi misi menjadi ekspansi institusional¹¹ dan Guder mengenai reduksionisme Injil dalam tradisi pertumbuhan gereja.¹² Sebaliknya, kajian mengenai pelayanan orang sakit hampir selalu ditempatkan dalam ranah teologi pastoral dan konseling. Di antara keduanya terdapat literatur pelayanan inkarnasional yang justru sedang mengalami koreksi internal: Billings mempersoalkan pemakaian inkarnasi sebagai model pelayanan karena berisiko mengaburkan keunikan inkarnasi Kristus,¹³ sementara Langmead menawarkan rumusan yang lebih hati-hati mengenai apa yang sah disebut misi inkarnasional.¹⁴ Ketiga percakapan itu belum dipertemukan, dan belum ada upaya yang secara eksplisit merekonstruksi *Harvest Theology* sebagai teologi kehadiran dengan menyerap koreksi kristologis atas konsep inkarnasional sekaligus menempatkan pelayanan orang sakit sebagai praktisnya.

Berangkat dari kesenjangan tersebut, penelitian ini mengajukan tiga tujuan. Pertama, mendefinisikan *Harvest Theology* secara konseptual dan memetakan kecenderungan reduksi kuantitatif yang melekat padanya. Kedua, menguji secara kritis kecenderungan tersebut dan memulihkan subjek penuaian sebagaimana ditegaskan tradisi biblikal dan misiologi *missio Dei*. Ketiga, mengusulkan teologisasi inkarnasi sebagai fondasi teologis pelayanan kepada orang sakit, lalu membaca pelayanan bagi orang sakit sebagai praksis dari fondasi tersebut dalam kerangka *missio Dei*. Kebaruan penelitian terletak pada usulan konstruk-

⁹ Carrie Doehring, *The Practice of Pastoral Care: A Postmodern Approach*, rev. and exp. ed. (Louisville: Westminster John Knox Press, 2015), 12.

¹⁰ Donald A. McGavran, *Understanding Church Growth*, 3rd ed., rev. C. Peter Wagner (Grand Rapids: Eerdmans, 1990), 23.

¹¹ David J. Bosch, *Transforming Mission: Paradigm Shifts in Theology of Mission*, 20th anniversary ed. (Maryknoll, NY: Orbis Books, 2011), 519.

¹² Darrell L. Guder, *The Continuing Conversion of the Church* (Grand Rapids: Eerdmans, 2000), 47.

¹³ J. Todd Billings, "Incarnational Ministry and Christology: A Reappropriation of the Way of Lowliness," *Missiology: An International Review* 32, no. 2 (2004): 190.

¹⁴ Ross Langmead, *The Word Made Flesh: Towards an Incarnational Missiology* (Lanham, MD: University Press of America, 2004), 67.

tifnya: *Harvest Theology* tidak ditinggalkan, melainkan dirumuskan ulang sebagai teologi kehadiran, dengan empat *aksioma* pelayanan yang diturunkan dari teologisasi inkarnasi dan diperiksa melalui kritik kristologis terhadap model inkarnasional. Diskursus hospitalitas dalam teologi Indonesia turut dijadikan mitra bicara agar rumusan ini berakar pada konteks lokal.¹⁵

Pembahasan disusun dalam empat bagian yang saling menopang. Bagian pertama memetakan lanskap baru penderitaan dan pergeseran paradigma perawatan kesehatan, guna menunjukkan bahwa ruang bagi kehadiran teologis justru terbuka dari sisi sistem kesehatan. Bagian kedua menelusuri akar biblikal dan misiologis metafora penuaian serta menguji godaan reduksi kuantitatif yang melekat padanya. Bagian ketiga merumuskan teologisasi inkarnasi sebagai fondasi pelayanan, lengkap dengan batas-batas kristologis yang harus dijaga. Bagian keempat membahas pelayanan Sahabat Orang Sakit sebagai praksis teologi kehadiran dalam kerangka *missio Dei*, sekaligus menarik implikasinya bagi eklesiologi, formasi pelayanan, dan cara gereja mengevaluasi pelayanannya.¹⁶

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif berbasis studi kepustakaan dengan pendekatan teologi konstruktif. Pilihan metode ini mengikuti kaidah bahwa jenis penelitian ditentukan oleh sifat pertanyaan yang diajukan, bukan oleh preferensi peneliti.¹⁷ Pertanyaan yang diajukan di sini bersifat konseptual dan normatif, yakni bagaimana suatu paradigma teologis sebaiknya dirumuskan, sehingga yang dibutuhkan adalah analisis dan sintesis atas korpus teologis, bukan pengukuran atas praktik.

Prosedur penelitian ditempuh dalam empat tahap. Tahap pertama adalah inventarisasi sumber, dengan kriteria seleksi berupa buku rujukan standar dalam misiologi dan teologi pastoral, artikel jurnal terindeks, serta dokumen kebijakan resmi. Tahap kedua adalah klasifikasi tematik sumber ke dalam empat gugus: konteks kesehatan dan spiritualitas, teologi misi, teologi inkarnasi, dan teologi pastoral penderitaan. Tahap ketiga adalah analisis kritis, yaitu menguji koherensi internal setiap gugus dan mengidentifikasi ketegangan antargugus. Tahap keempat adalah sintesis konstruktif melalui korelasi kritis, yakni menemukan temuan lintas gugus untuk menghasilkan rumusan teologis yang baru.¹⁸

Dua batasan perlu ditegaskan agar klaim penelitian ini dapat diukur. Pertama, penelitian ini tidak melakukan pengumpulan data lapangan, wawancara, maupun pengukuran efektivitas pelayanan. Karena itu, pelayanan Sahabat Orang Sakit tidak diperlakukan sebagai objek penelitian empiris, melainkan sebagai model praksis yang dibaca dan direfleksikan secara teologis berdasarkan ciri-ciri pelayanannya yang bersifat umum, yaitu kunjungan, mendengarkan, doa, dan pendampingan keluarga. Klaim mengenai jangkauan, skala, maupun dampak pelayanan tersebut berada di luar cakupan penelitian ini dan memerlukan studi lapangan tersendiri. Kedua, refleksi normatif yang

¹⁵ Johannis Siahaya dan Harls Evan R. Siahaan, "Menggagas Hospitalitas Pentakostal: Membaca Ulang Kisah Para Rasul 2:44-47 di Masa Pandemi," *DUNAMIS: Jurnal Teologi dan Pendidikan Kristiani* 5, no. 2 (2021): 426-439.

¹⁶ Richard R. Osmer, *Practical Theology: An Introduction* (Grand Rapids: Eerdmans, 2008), 4.

¹⁷ Sonny Eli Zaluchu, "Strategi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif di dalam Penelitian Agama," *Evangelikal: Jurnal Teologi Injili dan Pembinaan Warga Jemaat* 4, no. 1 (2020): 28-38.

¹⁸ John Swinton dan Harriet Mowat, *Practical Theology and Qualitative Research*, 2nd ed. (London: SCM Press, 2016), 30.

dihasilkan bersifat proposal teologis yang terbuka bagi pengujian lanjutan, baik melalui penelitian empiris maupun melalui tugas pragmatis dalam kerangka teologi praktis.¹⁹ Dengan pembatasan ini, kontribusi penelitian terletak pada bidang perumusan konseptual, yakni menyediakan kerangka teologis yang dapat dipakai gereja untuk menempatkan pelayanan kepada orang sakit di dalam, dan bukan di pinggir, pemahamannya tentang misi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Lanskap Baru Penderitaan dan Pergeseran Paradigma Perawatan Kesehatan

Perubahan paling mendasar dalam lanskap penderitaan kontemporer adalah pergeseran dari penyakit menular ke penyakit kronis. Data global menunjukkan bahwa penyakit tidak menular kini menyumbang tiga perempat kematian dunia, dengan penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit pernapasan kronis, dan diabetes sebagai 4 kelompok terbesar.²⁰ Di Indonesia, pola yang sama telah lama tercatat dalam laporan kesehatan nasional.²¹ Konsekuensi teologisnya sering luput diperhatikan. Penyakit kronis mengubah struktur waktu penderitaan: yang dihadapi bukan krisis yang memuncak lalu selesai, melainkan penderitaan yang berlangsung sebagai keseharian. Pertanyaan pastoral yang muncul karenanya juga bergeser, dari "bagaimana melewati krisis ini" menjadi "bagaimana hidup dalam kondisi yang tidak akan berubah." Pergeseran ini menuntut bentuk pendampingan yang berbeda, yang lebih menyerupai penyertaan berkelanjutan daripada intervensi sesaat.

Dunia medis merespons pergeseran itu dengan memperluas kerangka perawatan. Model biopsikososial-spiritual menolak reduksi pasien menjadi kumpulan gejala dan menegaskan bahwa penyakit mengganggu relasi manusia dengan dirinya, sesamanya, dan yang transenden.²² Pergeseran konseptual ini kemudian didukung oleh bukti empiris yang kuat. Tinjauan sistematis atas ribuan studi yang dipublikasikan dalam *JAMA* menyimpulkan bahwa kebutuhan spiritual pasien dengan penyakit serius lazim ditemukan, sering kali tidak tertangani, dan bahwa keterlibatan komunitas spiritual berhubungan dengan luaran kesehatan yang lebih baik.²³ Bahkan, konsensus internasional juga telah merumuskan perawatan spiritual sebagai dimensi mutu layanan yang harus diintegrasikan ke dalam praktik klinis.²⁴ Tinjauan oleh Koenig atas literatur agama dan kesehatan memperkuat gambaran ini dengan menunjukkan asosiasi yang konsisten antara keterlibatan religius dan kesejahteraan psikologis.²⁵

Di Indonesia, pengakuan tersebut telah memperoleh landasan hukum. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif yang ditetapkan Kementerian Kesehatan menempatkan aspek psikologis, sosial, dan spiritual sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan paliatif dan mengaturnya secara berjenjang dari fasilitas kesehatan tingkat pertama hingga rumah sakit rujukan.²⁶ Ini berarti, negara telah secara formal menyediakan ruang bagi

¹⁹ Osmer, *Practical Theology*, 4.

²⁰ World Health Organization, "Noncommunicable Diseases."

²¹ Kementerian Kesehatan RI, *Profil Kesehatan Indonesia 2023*.

²² Sulmasy, "A Biopsychosocial-Spiritual Model."

²³ Balboni et al., "Spirituality in Serious Illness and Health."

²⁴ Puchalski et al., "Improving the Spiritual Dimension."

²⁵ Harold G. Koenig, "Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications," *ISRN Psychiatry* (2012): 278730.

²⁶ Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2180/2023*.

pendampingan spiritual di dalam sistem pelayanan kesehatan. Namun, kajian lapangan menunjukkan bahwa antara kebijakan dan pelaksanaan masih terdapat jarak yang lebar, antara lain karena keterbatasan tenaga terlatih, rendahnya pemahaman tenaga kesehatan terhadap konsep paliatif, serta lemahnya mekanisme rujukan.²⁷ Jarak itu adalah ruang yang, secara prinsip, dapat diisi oleh komunitas iman.

Persoalannya, gereja memasuki ruang tersebut tanpa perangkat teologis yang memadai. Pendampingan pastoral di ruang rawat menuntut kepekaan yang tidak selalu dimiliki: kesediaan untuk tidak menjelaskan, kesabaran untuk tinggal dalam ketidakpastian, dan kemampuan untuk membedakan antara menghibur dan membungkam. Brunsdon menunjukkan bahwa pendampingan pastoral paliatif yang efektif harus peka terhadap konteks budaya setempat, sebab cara masyarakat memaknai sakit, kematian, dan peran keluarga sangat menentukan bentuk pendampingan yang dapat diterima.²⁸ Dalam konteks Indonesia, hal ini berarti pendampingan tidak dapat dirancang sebagai penerapan model impor, melainkan harus tumbuh dari pembacaan terhadap cara masyarakat setempat menjalani sakit bersama keluarga besar dan komunitasnya.

Ada pula godaan yang khas religius di ruang rawat, yakni godaan untuk menjadikan penderitaan sebagai bahan penjelasan. Hauerwas memperingatkan bahwa upaya menjelaskan penderitaan secara teologis kerap berfungsi melindungi si penjas, bukan menolong yang menderita, dan bahwa kedekatan kedokteran modern dengan penderitaan justru menyingkapkan keterbatasan semua penjelasan.²⁹ Peringatan ini penting karena kunjungan pastoral yang tergesa-gesa memberi makna, mengaitkan penyakit dengan dosa, atau menjanjikan kesembuhan sebagai imbalan iman, dapat menambah beban yang telah ditanggung pasien. Kehadiran yang jujur, yang berani mengakui bahwa tidak semua hal dapat dijelaskan, justru lebih setia pada kesaksian Alkitab tentang Allah yang tidak selalu memberi jawaban, tetapi selalu menyertai.

Dimensi lain yang menuntut kepekaan adalah kemajemukan. Ruang rawat di Indonesia adalah ruang publik yang dihuni oleh pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan dari berbagai latar keagamaan. Lartey menegaskan bahwa pendampingan pastoral yang bertanggung jawab harus bersifat interkultural, yakni menghormati keunikan setiap pribadi sekaligus menyadari bahwa setiap orang dibentuk oleh budaya dan komunitasnya.³⁰ Prinsip ini melarang pendampingan yang memanfaatkan kerentanan pasien sebagai peluang untuk memengaruhi. Kehadiran gereja di ruang rawat harus dapat dibedakan dengan jelas dari strategi rekrutmen, bukan hanya demi etika publik, melainkan demi kesetiaan pada karakter Allah yang tidak memaksa.

Dari pemetaan ini dapat ditarik tiga temuan awal. Pertama, penderitaan akibat penyakit kronis menuntut bentuk pendampingan yang berorientasi pada durasi, bukan pada penyelesaian. Kedua, sistem kesehatan, baik pada tataran ilmiah maupun regulatif, telah mengakui dan bahkan mengundang keterlibatan dimensi spiritual. Ketiga, kesenjangan implementasi menciptakan ruang yang secara faktual terbuka bagi komunitas iman. Ketiga

²⁷ Wilson et al., "Barriers and Mechanisms."

²⁸ Alfred R. Brunsdon, "A Culture-Sensitive Palliative Pastoral Care with a Focus on the African Context," *In die Skriflig* 53, no. 1 (2019):1-8.

²⁹ Stanley Hauerwas, *Naming the Silences: God, Medicine, and the Problem of Suffering* (Grand Rapids: Eerdmans, 1990), 53.

³⁰ Emmanuel Y. Lartey, *In Living Color: An Intercultural Approach to Pastoral Care and Counseling*, 2nd ed. (London: Jessica Kingsley Publishers, 2003), 171.

temuan itu bersama-sama menunjukkan bahwa pelayanan gereja kepada orang sakit bukan lagi persoalan apakah relevan, melainkan persoalan kerangka teologis apa yang memungkinkan gereja memasuki ruang itu secara bertanggung jawab. Kerangka itulah yang belum tersedia, dan justru pada titik inilah pemahaman *Harvest Theology* yang berlaku turut menjadi penghambat.

Harvest Theology dan Godaan Reduksi Kuantitatif dalam Paradigma Misi

Harvest Theology, sebagaimana dipraktikkan dalam konteks gereja evangelikal-Pentakostal Indonesia, merujuk pada paradigma misi yang menekankan urgensi penuaian jiwa secara masif dan terorganisasi berdasarkan pembacaan atas amanat agung Kristus dan metafora tuaian dalam Injil. Paradigma ini memiliki akar biblika yang sah dan sumbangan historis yang nyata: ia mengembalikan kesadaran akan urgensi misi, menolak kepasifan pastoral, dan memperkenalkan disiplin evaluatif dalam kehidupan gereja. Namun, pada saat yang sama, ia menyimpan kecenderungan reduktif yang perlu diuji secara kritis.

Metafora penuaian berakar kuat dalam tradisi Injil. Perkataan Yesus bahwa tuaian memang banyak tetapi pekerjanya sedikit dicatat oleh Matius dalam konteks yang sangat spesifik. Rangkuman pelayanan pada Matius 9:35 menutup dengan keterangan bahwa Yesus menyembuhkan segala penyakit dan kelemahan; ayat berikutnya menyatakan bahwa Ia tergerak oleh belas kasihan melihat orang banyak yang lelah dan terlantar seperti domba tanpa gembala; barulah sesudah itu muncul perkataan tentang tuaian. Luz menunjukkan bahwa rangkuman pelayanan ini berfungsi sebagai bingkai struktural yang mengikat pengajaran, pemberitaan, dan penyembuhan menjadi satu kesatuan pelayanan mesianis.³¹ France menegaskan bahwa belas kasihan pada ayat 36 bukan sekadar suasana hati, melainkan alasan yang menggerakkan seluruh rangkaian tindakan berikutnya, termasuk pengutusan para murid pada pasal sepuluh yang segera disusul pemberian kuasa untuk menyembuhkan.³² Dengan kata lain, dalam Matius, amanat penuaian lahir dari perjumpaan dengan penderitaan, bukan terpisah darinya.

Gerakan pertumbuhan gereja yang dirintis McGavran menjadikan keterukuran sebagai prinsip metodologis, dengan argumen bahwa gereja bertanggung jawab mengetahui apakah pekerjaannya berbuah dan karena itu perlu menghitungnya.³³ Persoalannya bukan pada evaluasi itu sendiri, melainkan pada apa yang terjadi ketika alat ukur berubah menjadi definisi. Ketika keberhasilan misi didefinisikan oleh apa yang dapat dihitung, maka pelayanan yang tidak dapat dihitung dengan sendirinya kehilangan status misiologisnya.

Kritik paling berpengaruh atas kecenderungan ini datang dari Bosch, yang menunjukkan bahwa sepanjang sejarah gereja pemahaman tentang misi mengalami pergeseran paradigmatis, dan bahwa misi pada akhirnya harus dipahami sebagai *missio Dei*, yaitu karya Allah sendiri yang di dalamnya gereja diundang berpartisipasi.³⁴ Implikasinya bersifat mendasar: gereja bukan pemilik misi melainkan peserta, sehingga ukuran keberhasilan tidak dapat ditetapkan oleh gereja sendiri. Guder melanjutkan kritik ini dengan menunjukkan bahwa gereja yang menempatkan dirinya sebagai pusat misi cenderung mereduksi Injil

³¹ Ulrich Luz, *Matthew 8-20: A Commentary*, terj. James E. Crouch, Hermeneia (Minneapolis: Fortress Press, 2001), 56.

³² R. T. France, *The Gospel of Matthew*, New International Commentary on the New Testament (Grand Rapids: Eerdmans, 2007), 369.

³³ McGavran, *Understanding Church Growth*, 23.

³⁴ Bosch, *Transforming Mission*, 390.

menjadi tawaran keselamatan individual yang berujung pada keanggotaan, sehingga panggilan gereja untuk menjadi komunitas yang diutus menjadi kabur.³⁵ Dalam karyanya, ia menegaskan bahwa gereja sendiri terus-menerus membutuhkan pertobatan, termasuk pertobatan dari cara berpikir yang menjadikan pertumbuhannya sendiri sebagai tujuan.³⁶

Arah yang sama juga tercermin dalam dokumen misi ekumenis mutakhir. *Together towards Life* menegaskan bahwa misi bergerak dari pinggiran, bahwa mereka yang berada dalam posisi rentan bukan sekadar objek pelayanan melainkan tempat di mana Roh bekerja dan di mana gereja belajar.³⁷ Pernyataan ini memiliki konsekuensi langsung bagi pelayanan kepada orang sakit. Jika misi bergerak dari pinggiran, maka ruang rawat bukan wilayah pinggiran misi, melainkan salah satu pusatnya. Wright memperkuat cakupan ini dengan menunjukkan bahwa umat Allah dipanggil untuk misi yang mencakup seluruh kehidupan, sehingga tindakan belas kasih dan pemberitaan tidak dapat dipisahkan sebagai dua kategori yang berjenjang.³⁸ Bevans dan Schroeder merangkum keseluruhan tradisi ini dalam rumusan misi sebagai pemberitaan, pelayanan, dan kesaksian yang saling melengkapi.³⁹

Dalam konteks Indonesia, kritik semacam ini telah lama disuarakan. Artanto menegaskan bahwa gereja misioner di Indonesia harus melepaskan diri dari orientasi pemeliharaan diri dan mengarahkan keberadaannya kepada masyarakat di sekitarnya, sebab gereja yang sibuk mengurus dirinya sendiri kehilangan alasan keberadaannya.⁴⁰ Dalam kerangka ini, kecenderungan mengukur pelayanan melalui penambahan jemaat bukan hanya persoalan metodologis, melainkan gejala eklesiologis: gereja yang menjadikan dirinya sebagai pusat perhatian. Pelayanan kepada orang sakit menjadi ujian yang jujur bagi eklesiologi semacam itu. Pelayanan ini jarang menghasilkan pertumbuhan yang terlihat dan karena itu, hanya akan dipertahankan oleh gereja yang motifnya bukan pertumbuhannya sendiri.

Perlu ditegaskan bahwa kritik ini tidak bermaksud menghapus konsep penuaian. Persoalannya bukan metafora, melainkan pergeseran subjek. Dalam teks Injil, penuaian selalu memiliki tuannya sendiri; para murid diperintahkan untuk berdoa kepada Tuan yang empunya tuaian, bukan untuk menghasilkan tuaian. Ketika gereja mengambil alih posisi tuan penuaian, ia sekaligus mengambil alih beban yang tidak dapat dipikulnya, dan dari situ lahir kegelisahan yang menjelaskan mengapa banyak gereja begitu cemas terhadap angka. Pemulihan subjek penuaian sekaligus merupakan pembebasan: gereja dikembalikan kepada tugas yang memang menjadi bagiannya, yaitu menabur, merawat, dan setia.

Rumusan ulang inilah yang membuka jalan bagi pembacaan *Harvest Theology* sebagai teologi kehadiran. Jika penuaian adalah karya Allah, maka apa yang dituntut dari gereja adalah kesetiaan dalam mempersiapkan ladang, dan kehadiran di tengah penderitaan manusia merupakan salah satu bentuk paling nyata dari persiapan itu. Pelayanan yang tidak menghasilkan angka tidak dengan sendirinya merupakan pelayanan yang tidak berbuah; ia hanya merupakan pelayanan yang buahnya tidak berada dalam kewenangan gereja un-

³⁵ Darrell L. Guder, ed., *Missional Church: A Vision for the Sending of the Church in North America* (Grand Rapids: Eerdmans, 1998), 81.

³⁶ Guder, *The Continuing Conversion of the Church*, 148.

³⁷ World Council of Churches, *Together towards Life: Mission and Evangelism in Changing Landscapes* (Geneva: WCC Publications, 2013), 23.

³⁸ Christopher J. H. Wright, *The Mission of God's People: A Biblical Theology of the Church's Mission* (Grand Rapids: Zondervan, 2010), 26.

³⁹ Stephen B. Bevans dan Roger P. Schroeder, *Constants in Context: A Theology of Mission for Today* (Maryknoll, NY: Orbis Books, 2004), 348.

⁴⁰ Widi Artanto, *Menjadi Gereja Misioner dalam Konteks Indonesia* (Yogyakarta: Kanisius, 2002), 79.

tuk dihitung. Namun rumusan ini masih memerlukan fondasi kristologis yang eksplisit, sebab tanpa fondasi tersebut, teologi kehadiran mudah merosot menjadi sekadar imbauan moral untuk bersikap peduli.

Teologisasi Inkarnasi sebagai Fondasi Pelayanan kepada Orang Sakit

Istilah pelayanan inkarnasional telah menjadi kosakata umum dalam literatur misi, tetapi pemakaiannya sering kali longgar. Dalam banyak tulisan, inkarnasional hanya berarti hadir secara fisik, bergaul dengan masyarakat, atau memahami budaya setempat. Pemakaian longgar semacam ini mengundang keberatan kristologis yang serius. Billings mempersoalkan bahwa menjadikan inkarnasi sebagai model pelayanan berisiko mengaburkan keunikan peristiwa inkarnasi, seolah-olah apa yang dilakukan Allah dalam Kristus dapat diulang oleh para pelayan-Nya, dan pada gilirannya melahirkan beban mesianis pada diri pelayan yang merasa harus menjadi Kristus bagi orang lain.⁴¹ Ia juga mengusulkan bahwa kategori persatuan dengan Kristus lebih diutamakan daripada peniruan inkarnasi, sebab persatuan menempatkan pelayan sebagai penerima anugerah, bukan sebagai pengulang karya keselamatan.⁴²

Keberatan itu tidak dengan sendirinya menutup jalan bagi teologi inkarnasional. Langmead menunjukkan bahwa misi inkarnasional dapat dipertanggungjawabkan apabila dirumuskan pada tiga tingkat sekaligus: mengikuti jalan Yesus, mengalami kehadiran Kristus dalam pelayanan, dan turut serta dalam gerak Allah yang menubuh dalam sejarah.⁴³ Rumusan bertingkat ini menempatkan pelayanan bukan sebagai pengulangan inkarnasi, melainkan sebagai partisipasi dalam gerak yang telah dan sedang dikerjakan oleh Allah. Justru di sinilah letak usulan penelitian ini. Apa yang dibutuhkan bukan penerapan inkarnasi sebagai metode, melainkan teologisasi inkarnasi, yaitu proses menjadikan doktrin inkarnasi sebagai kerangka teologis yang membentuk cara gereja memahami kehadirannya, bukan sekadar sebagai analogi yang menghias praktik yang sudah ada.

Teologisasi inkarnasi yang dimaksud bertumpu pada perbedaan antara peniruan dan partisipasi. Peniruan menempatkan pelayan sebagai subjek yang meniru tindakan Allah, dengan segala risiko kesombongan rohani yang menyertainya. Partisipasi menempatkan pelayan sebagai orang yang telah lebih dahulu dijumpai oleh Allah dan, karena itu, turut serta dalam gerak-Nya. Dari perbedaan ini dapat diturunkan empat *aksioma* yang secara khusus relevan bagi pelayanan kepada orang sakit. Keempat *aksioma* tersebut tidak dimaksudkan sebagai teknik pelayanan, melainkan sebagai kerangka normatif yang menentukan bentuk mana yang sah dan bentuk mana yang menyimpang.

Aksioma pertama adalah prioritas kehadiran daripada penyelesaian. Inkarnasi menyatakan bahwa Allah memilih memasuki keadaan manusia sebelum mengubahnya, dan bahwa penyertaan mendahului pemulihan. Dalam pelayanan kepada orang sakit, *aksioma* ini berarti bahwa nilai kunjungan tidak ditentukan oleh apakah pasien membaik, melainkan oleh kenyataan bahwa ia tidak ditinggalkan sendirian. Nouwen merumuskan hal ini dalam gambaran pelayan yang tersembuhkan, yakni pelayan yang tidak menyembunyikan lukanya sendiri dan justru karena itu mampu menjadi tempat perlindungan bagi orang

⁴¹ Billings, "Incarnational Ministry and Christology."

⁴² J. Todd Billings, *Union with Christ: Reframing Theology and Ministry for the Church* (Grand Rapids: Baker Academic, 2011), 18.

⁴³ Langmead, *The Word Made Flesh*, 82.

lain.⁴⁴ Kehadiran semacam ini menuntut pengendalian diri yang tidak ringan, sebab dorongan untuk berbuat sesuatu, mengatakan sesuatu, atau memperbaiki sesuatu justru sering merupakan cara pelayan meredakan ketidaknyamanannya sendiri.

Aksioma kedua adalah kerentanan sebagai modus, bukan sebagai kelemahan. Kristus tidak memasuki dunia dari posisi yang aman, dan pengosongan diri merupakan cara Allah menyatakan kasih-Nya, bukan penyimpangan dari keilahian-Nya. Bagi pelayanan orang sakit, *aksioma* ini berarti bahwa pelayan tidak datang sebagai pihak yang sehat kepada pihak yang sakit, melainkan sebagai sesama manusia yang sama-sama fana dan kebetulan sedang tidak sakit. Kesadaran ini mengubah struktur relasi pelayanan, dari relasi penolong dan yang ditolong menjadi relasi persekutuan dalam kerentanan bersama. Tanpa kesadaran ini, kunjungan pastoral mudah berubah menjadi peneguhan atas keunggulan pihak yang menjenguk.

Aksioma ketiga adalah solidaritas salib. Moltmann menegaskan bahwa salib bukan peristiwa yang di dalamnya Allah menonton penderitaan manusia dari kejauhan, melainkan peristiwa yang di dalamnya Allah sendiri menanggung penderitaan, sehingga penderitaan manusia tidak berada di luar pengalaman Allah.⁴⁵ Konsekuensi pastoralnya sangat praktis: gereja tidak datang kepada orang sakit sebagai pembawa penjelasan tentang penderitaan, melainkan sebagai saksi tentang Allah yang telah lebih dahulu berada di dalamnya. Swinton memperkuat arah ini dengan menunjukkan bahwa tanggapan Kristen terhadap kejahatan dan penderitaan bukanlah teodise teoretis, melainkan praktik-praktik komunitas seperti ratapan, persahabatan, dan pemeliharaan, yang membuat penderitaan tidak berhasil memutuskan relasi.⁴⁶ Stump menambahkan bahwa pengetahuan yang diperoleh melalui relasi personal memiliki karakter yang berbeda dari pengetahuan proposisional, sehingga narasi dan kehadiran memiliki daya yang tidak dimiliki oleh argumen.⁴⁷

Aksioma keempat adalah hospitalitas sebagai bentuk sosial inkarnasi. Pohl menunjukkan bahwa hospitalitas dalam tradisi Kristen bukan keramahan sopan, melainkan praktik konkret berupa penyediaan tempat bagi mereka yang tidak memiliki tempat, dan bahwa praktik ini selalu melibatkan biaya dan risiko.⁴⁸ Dalam konteks Pentakostal, Yong menempatkan hospitalitas sebagai karya Roh yang memungkinkan perjumpaan dengan yang lain tanpa harus meniadakan perbedaan.⁴⁹ Diskursus ini telah mendapat perumusan kontekstual dalam teologi Indonesia, ketika hospitalitas dibaca bukan sekadar sebagai kebaikan Kristen melainkan sebagai tindakan liturgis, yakni bentuk ibadah yang dijalankan di luar tembok gereja.⁵⁰ Bagi pelayanan di ruang rawat, rumusan ini sangat menolong: menemani pasien adalah ibadah, bukan persiapan untuk ibadah. Newbiggin telah lebih dahulu mene-

⁴⁴ Henri J. M. Nouwen, *The Wounded Healer: Ministry in Contemporary Society* (New York: Doubleday, 1972), 72.

⁴⁵ Jürgen Moltmann, *The Crucified God: The Cross of Christ as the Foundation and Criticism of Christian Theology*, terj. R. A. Wilson dan John Bowden (Minneapolis: Fortress Press, 1993), 276.

⁴⁶ John Swinton, *Raging with Compassion: Pastoral Responses to the Problem of Evil* (Grand Rapids: Eerdmans, 2007), 101.

⁴⁷ Eleonore Stump, *Wandering in Darkness: Narrative and the Problem of Suffering* (Oxford: Oxford University Press, 2010), 25.

⁴⁸ Christine D. Pohl, *Making Room: Recovering Hospitality as a Christian Tradition* (Grand Rapids: Eerdmans, 1999), 6.

⁴⁹ Amos Yong, "The Spirit of Hospitality: Pentecostal Perspectives toward a Performative Theology of Interreligious Encounter," *Missiology: An International Review* 35, no. 1 (2007): 60.

⁵⁰ Siahaya dan Siahaan, "Menggagas Hospitalitas Pentakostal."

gaskan bahwa gereja dipanggil menjadi tanda dan sarana kerajaan Allah, sehingga keberadaannya sendiri merupakan bagian dari kesaksian.⁵¹

Keempat *aksioma* ini harus dijaga oleh satu batas pneumatologis yang tidak boleh dilepas sejak awal hingga akhir pembahasan. Teologisasi inkarnasi hanya sah apabila diikat pada pengakuan bahwa yang bekerja dalam pelayanan adalah Roh Kudus, bukan pelayan. Tanpa batas ini, *aksioma* kehadiran dapat berubah menjadi kepercayaan bahwa kehadiran pelayan itu sendiri yang menyelamatkan, dan justru pada titik itulah keberatan Billings menjadi benar. Kabongo menunjukkan hal serupa dalam refleksinya atas gangguan pandemi terhadap pelayanan inkarnasional: ketika kehadiran fisik menjadi mustahil, yang tersingkap adalah bahwa pelayanan tidak pernah bertumpu pada kemampuan pelayan untuk hadir, melainkan pada kesetiaan Allah yang tetap hadir.⁵² Dengan batas ini, teologisasi inkarnasi menghasilkan pelayan yang serius tetapi tidak megalomaniak, yang hadir sepenuh hati tetapi tahu bahwa ia bukan penyelamat. Batas pneumatologis ini bukan tambahan di akhir argumen, melainkan prasyarat yang menopang seluruh bangunan teologis yang diusulkan.

Sahabat Orang Sakit sebagai Praksis Teologi Kehadiran dalam Kerangka *Missio Dei*

Pelayanan Sahabat Orang Sakit adalah bentuk pelayanan gereja yang memusatkan diri pada pendampingan bagi pasien dan keluarga yang sedang menghadapi penyakit, baik akut maupun kronis. Pelayanan ini beroperasi melalui kunjungan terjadwal ke ruang rawat, mendengarkan keluhan dan pergumulan pasien, mendoakan, serta menemani anggota keluarga yang sedang berjaga. Ciri pelayanannya sederhana dan berulang tanpa janji hasil yang terukur: tidak ada angka kesembuhan, tidak ada statistik pertobatan, tidak ada grafik pertumbuhan. Kesederhanaan itu justru menjadikannya contoh yang tepat untuk menguji kerangka teologis yang telah dirumuskan, sebab pelayanan ini tidak menawarkan apa pun yang dapat dihitung sebagai hasil misi dalam pengertian kuantitatif.

Dibaca melalui *aksioma* pertama, kunjungan berulang kepada pasien yang kondisinya tidak berubah atau bahkan memburuk bukanlah pelayanan yang gagal, melainkan pelayanan yang justru sedang menjalankan intinya, yaitu memastikan bahwa penderitaan tidak dijalani seorang diri. Nilai kehadiran tidak bergantung pada perubahan kondisi; ia bergantung pada kenyataan relasional bahwa seseorang dipilih untuk ditemani. Dalam konteks penyakit kronis yang berlangsung bertahun-tahun, komitmen untuk terus hadir menjadi kesaksian paling konkret tentang Allah yang tidak meninggalkan umat-Nya dalam penderitaan.

Dibaca melalui *aksioma* kedua, pelayan yang datang tanpa jawaban dan mengakui keterbatasannya tidak sedang menunjukkan ketidaksiapan, melainkan sedang menempatkan diri pada posisi yang secara teologis benar. Pengakuan atas kerentanan bersama membuka ruang bagi percakapan yang jujur, di mana pasien tidak perlu menyembunyikan rasa takut atau kekecewaannya terhadap Allah demi menjaga perasaan pengunjung. Kerentanan yang disadari pelayan memungkinkan pasien merasa didengar sebagai manusia, bukan hanya didampingi sebagai objek pelayanan.

Dibaca melalui *aksioma* ketiga, doa yang diucapkan di samping tempat tidur memperoleh maknanya bukan sebagai permohonan yang harus dikabulkan agar bernilai, mela-

⁵¹ Lesslie Newbigin, *The Gospel in a Pluralist Society* (Grand Rapids: Eerdmans, 1989), 119.

⁵² Kasebwe T. L. Kabongo, "Making Sense of the COVID-19 Disruptions in Incarnational Ministry Using Micah 6:8 as an Interpretive Framework," *Verbum et Ecclesia* 42, no. 1 (2021): 1-6.

inkan sebagai tindakan yang menempatkan penderitaan pasien ke dalam hadirat Allah yang telah lebih dahulu menanggung penderitaan. Doa dalam kerangka ini menjadi bentuk ratapan bersama, bukan transaksi rohani. Gereja yang mendoakan orang sakit bukan sedang mencoba meyakinkan Allah yang enggan bergerak; ia sedang menyertai pasien masuk ke hadirat Allah yang sudah lebih dahulu bergerak.

Dibaca melalui *aksioma* keempat, pendampingan terhadap keluarga yang menunggu di lorong atau ruang tunggu rumah sakit merupakan praktik hospitalitas yang sesungguhnya, sebab yang diberikan adalah tempat dan waktu, dua hal yang paling langka bagi keluarga pasien yang kelelahan. Dengan pembacaan ini, unsur-unsur pelayanan yang tampak biasa memperoleh dasar teologis yang eksplisit, dan gereja memiliki alasan untuk mempertahankannya bukan karena pelayanan itu menghasilkan sesuatu, melainkan karena pelayanan itu benar.

Penempatan pelayanan ini dalam kerangka *missio Dei* mengubah statusnya secara mendasar. Selama misi dipahami sebagai program gereja, pelayanan orang sakit akan selalu bersaing dengan program lain yang hasilnya lebih terlihat. Namun, jika misi adalah karya Allah yang di dalamnya gereja diundang untuk berpartisipasi, maka pertanyaannya bukan program mana yang paling produktif, melainkan di mana Allah sedang bekerja dan apakah gereja hadir di sana. Widyatmadja menegaskan bahwa diakonia bukan aktivitas sampingan gereja, melainkan wujud misi itu sendiri, dan bahwa *diakonia* yang transformatif berangkat dari keberpihakan kepada mereka yang menderita.⁵³ Jacob merumuskan hal yang sejalan dengan menempatkan diakonia transformatif sebagai aktualisasi *missio Dei* dalam pembangunan jemaat.⁵⁴ Dalam garis pemikiran ini, pelayanan kepada orang sakit bukan pelengkap misi, melainkan salah satu bentuknya yang paling langsung.

Konteks Indonesia memberi kekhasan tersendiri pada pembacaan ini. Rumah sakit adalah ruang publik yang majemuk, dan sejarah pekabaran Injil di Indonesia meninggalkan kepekaan sosial terhadap segala bentuk pelayanan yang dicurigai sebagai sarana konversi. Kerangka teologi kehadiran justru menjawab kepekaan itu secara internal, bukan sekadar secara taktis. Jika kehadiran memiliki nilai teologisnya sendiri, maka pelayanan tidak memerlukan hasil konversi untuk membenarkan keberadaannya, dan dengan demikian, tekanan untuk mempersuasi pasien yang sedang rentan kehilangan dasarnya. Newbigin menegaskan bahwa kesaksian gereja bersifat mengundang dan bukan memaksa, karena Injil sendiri diberitakan dalam bentuk yang menghormati kebebasan pendengarnya.⁵⁵ Dalam konteks majemuk Indonesia, prinsip ini bukan sekadar etika publik, melainkan konsekuensi kristologis dari cara Allah mendekati manusia.

Implikasi pertama menyangkut eklesiologi. Gereja yang memposisikan pelayanan orang sakit sebagai praksis *missio Dei* tidak sedang memperluas program; ia sedang mendefinisikan ulang apa artinya menjadi gereja. Pelayanan ini mengharuskan gereja keluar dari ruang upacaranya sendiri dan memasuki ruang-ruang di mana manusia berjumpa dengan batas keberadaannya. Identitas gereja sebagai komunitas yang diutus, bukan komunitas yang mengumpulkan, menjadi konkret justru di ruang rawat.

⁵³ Yosef P. Widyatmadja, *Diakonia sebagai Misi Gereja: Praksis dan Refleksi Diakonia Transformatif* (Yogyakarta: Kanisius, 2009), 34.

⁵⁴ Yessy Kenny Jacob, "Diakonia Transformatif sebagai Aktualisasi *Missio Dei* dalam Membangun Jemaat," *KURIOS: Jurnal Teologi dan Pendidikan Agama Kristen* 8, no. 2 (2022): 574-583.

⁵⁵ Newbigin, *The Gospel in a Pluralist Society*, 182.

Implikasi kedua menyangkut formasi pelayan. Jika pelayanan kepada orang sakit bertumpu pada kehadiran, maka yang perlu dibentuk bukan terutama keterampilan berbicara, melainkan kapasitas untuk hadir. Doebling menunjukkan bahwa pendampingan pastoral menuntut kesadaran reflektif atas asumsi teologis yang dibawa pendamping, sebab teologi yang tidak disadari akan bekerja secara otomatis dalam situasi krisis, sering kali dalam bentuk yang melukai.⁵⁶ Lartey menambahkan tuntutan kompetensi interkultural agar pendampingan tidak menyeragamkan pengalaman orang lain ke dalam kerangka pendampingan yang sama.⁵⁷ Bagi gereja, ini berarti pelatihan pelayanan orang sakit tidak cukup hanya berisi teknik kunjungan dan pola doa, melainkan harus mencakup pemeriksaan atas teologi penderitaan yang dianut para pelayan, kepekaan budaya, serta latihan mendedikasikan tanpa dorongan untuk segera menanggapi. Brunsdon mengingatkan bahwa kepekaan budaya semacam ini menentukan apakah pendampingan diterima atau ditolak oleh keluarga pasien.⁵⁸

Implikasi ketiga menyangkut cara gereja mengevaluasi pelayanannya. Menolak metrik kuantitatif tidak berarti menolak evaluasi, sebab pelayanan yang tidak pernah dievaluasi akan kehilangan mutu. Hal yang dibutuhkan adalah indikator yang sesuai dengan hakikat pelayanan. Sekurang-kurangnya empat indikator dapat diusulkan: konsistensi pendampingan, yaitu apakah pasien terus dikunjungi ketika kondisinya tidak membaik; kualitas relasional, yaitu apakah pasien dan keluarga merasa didengarkan; kesehatan pelayan, yaitu apakah mereka memperoleh dukungan agar tidak mengalami kelelahan akibat belas kasih; dan integritas etis, yaitu apakah pelayanan bebas dari tekanan persuasi terhadap pasien yang rentan. Keempat indikator ini dapat dinilai tanpa mereduksi pelayanan menjadi angka dan justru mengukur hal-hal yang secara teologis memang menjadi tanggung jawab gereja.

Dengan demikian, *Harvest Theology* dapat dirumuskan kembali secara utuh. Ia tetap mempertahankan kesadaran akan ladang yang luas, urgensi panggilan, dan tanggung jawab gereja untuk bekerja. Perubahan terjadi dalam pemahaman tentang siapa yang menuai dan apa yang menjadi bagian dari gereja. Bosch telah menunjukkan bahwa pergeseran paradigma dalam misi selalu berarti pergeseran dalam cara gereja memahami dirinya,⁵⁹ dan dokumen misi ekumenis menegaskan bahwa Roh bekerja justru di tempat-tempat yang dipandang sebagai pinggiran.⁶⁰ Wright menegaskan bahwa umat Allah dipanggil untuk misi yang meliputi seluruh kehidupan.⁶¹ Dibaca bersama, ketiganya menopang satu rumusan: *Harvest Theology* sebagai teologi kehadiran adalah pemahaman bahwa gereja mempersiapkan ladang melalui kesetiaan untuk hadir, sementara penuaian tetap menjadi karya Tuhan yang mempunyai tuaian.

KESIMPULAN

Penelitian ini menempuh empat gerakan argumen. Pertama, memetakan pergeseran penderitaan dari akut ke kronis dan menunjukkan bahwa sistem kesehatan Indonesia telah membuka ruang bagi pendampingan spiritual, sementara gereja belum memiliki kerangka

⁵⁶ Doebling, *The Practice of Pastoral Care*, 27.

⁵⁷ Lartey, *In Living Color*, 34.

⁵⁸ Brunsdon, "A Culture-Sensitive Palliative Pastoral Care," 4.

⁵⁹ Bosch, *Transforming Mission*, 366.

⁶⁰ World Council of Churches, *Together towards Life*, 23.

⁶¹ Wright, *The Mission of God's People*, 26.

teologis yang memadai untuk memasukinya secara bertanggung jawab. Kedua, menelusuri akar biblika metafora penuaian: amanat penuaian lahir dari perjumpaan dengan penderitaan, bukan terpisah darinya. *Harvest Theology*, yang menjadikan keterukuran sebagai definisi keberhasilan, mewarisi pergeseran subjek, yakni gereja mengambil alih posisi tuan penuaian, padahal tuaian adalah karya Allah dan gereja bertugas menabur, merawat, dan bersedia. Ketiga, merumuskan teologisasi inkarnasi sebagai fondasi pelayanan, membedakan partisipasi dari peniruan, lalu menurunkan empat *aksioma* pelayanan: prioritas kehadiran, kerentanan sebagai modus, solidaritas salib, dan hospitalitas, dijaga oleh batas pneumatologis agar pelayan tidak menempatkan diri sebagai penyelamat. Keempat, membaca pelayanan Sahabat Orang Sakit sebagai praksis konkret dari keempat *aksioma* dalam kerangka *missio Dei*.

Tiga kesimpulan dapat ditarik. Pertama, *Harvest Theology* tidak perlu ditinggalkan, melainkan direkonstruksi: penuaian dikembalikan kepada Tuhan, dan gereja dikembalikan pada tugas yang lebih sederhana namun setia, yaitu hadir di ladang, dari pertambahan yang dihitung menjadi kehadiran yang dipertahankan. Kedua, teologisasi inkarnasi memberi fondasi yang lebih kokoh daripada imbauan moral untuk peduli; pelayan ditempatkan dalam gerak Allah yang sudah berjalan, bukan mencoba memantulkan Kristus. Batas pneumatologis mencegah megalomanisme mesianis dan membebaskan ketulusan pelayanan dari ketergantungan pada kehadiran fisik yang berkelanjutan. Ketiga, pelayanan kepada orang sakit adalah bentuk partisipasi gereja yang paling konkret dalam *missio Dei*, bukan aktivitas karitatif di tepi misi.

Penelitian ini bersifat konseptual-normatif, belum diuji secara empiris. Agenda lanjutan mencakup studi etnografis tentang pengalaman pasien, penelitian daya tahan pelayanan, serta evaluasi program pelatihan kunjungan. Sumbangannya: gereja yang berhenti mengukur pelayanan dari angka menemukan ukuran yang lebih sesuai dengan Injil yang diberitakan. Tidak semua pelayanan menghasilkan angka, tetapi setiap pelayanan seharusnya menghadirkan Kristus.

REFERENSI

- Balboni, Tracy A., et al. "Spirituality in Serious Illness and Health." *JAMA* 328, no. 2 (2022): 184–197.
- Bevans, Stephen B., dan Roger P. Schroeder. *Constants in Context: A Theology of Mission for Today*. Maryknoll, NY: Orbis Books, 2004.
- Billings, J. Todd. "Incarnational Ministry and Christology: A Reappropriation of the Way of Lowliness." *Missiology: An International Review* 32, no. 2 (2004): 190–199.
- — —. *Union with Christ: Reframing Theology and Ministry for the Church*. Grand Rapids: Baker Academic, 2011.
- Bosch, David J. *Transforming Mission: Paradigm Shifts in Theology of Mission*. 20th anniversary ed. Maryknoll, NY: Orbis Books, 2011.
- Brunsdon, Alfred R. "A Culture-Sensitive Palliative Pastoral Care with a Focus on the African Context." *In die Skriflig* 53, no. 1 (2019): 1–8.
- Doehring, Carrie. *The Practice of Pastoral Care: A Postmodern Approach*. Rev. and exp. ed. Louisville: Westminster John Knox Press, 2015.
- France, R. T. *The Gospel of Matthew*. New International Commentary on the New Testament. Grand Rapids: Eerdmans, 2007.
- Guder, Darrell L. *The Continuing Conversion of the Church*. Grand Rapids: Eerdmans, 2000.

- — —, ed. *Missional Church: A Vision for the Sending of the Church in North America*. Grand Rapids: Eerdmans, 1998.
- Hauerwas, Stanley. *Naming the Silences: God, Medicine, and the Problem of Suffering*. Grand Rapids: Eerdmans, 1990.
- Jacob, Yessy Kenny. "Diakonia Transformatif sebagai Aktualisasi *Missio Dei* dalam Membangun Jemaat." *KURIOS: Jurnal Teologi dan Pendidikan Agama Kristen* 8, no. 2 (2022): 574–583.
- Kabongo, Kasebwe T. L. "Making Sense of the COVID-19 Disruptions in Incarnational Ministry Using Micah 6:8 as an Interpretive Framework." *Verbum et Ecclesia* 42, no. 1 (2021): 1–6.
- Koenig, Harold G. "Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications." *ISRN Psychiatry* (2012): Article 278730.
- Langmead, Ross. *The Word Made Flesh: Towards an Incarnational Missiology*. Lanham, MD: University Press of America, 2004.
- Lartey, Emmanuel Y. *In Living Color: An Intercultural Approach to Pastoral Care and Counseling*. 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers, 2003.
- Luz, Ulrich. *Matthew 8–20: A Commentary*. Diterjemahkan oleh James E. Crouch. Hermeneia. Minneapolis: Fortress Press, 2001.
- McGavran, Donald A. *Understanding Church Growth*. 3rd ed. Rev. oleh C. Peter Wagner. Grand Rapids: Eerdmans, 1990.
- Moltmann, Jürgen. *The Crucified God: The Cross of Christ as the Foundation and Criticism of Christian Theology*. Diterjemahkan oleh R. A. Wilson dan John Bowden. Minneapolis: Fortress Press, 1993.
- Newbigin, Lesslie. *The Gospel in a Pluralist Society*. Grand Rapids: Eerdmans, 1989.
- Nouwen, Henri J. M. *The Wounded Healer: Ministry in Contemporary Society*. New York: Doubleday, 1972.
- Osmer, Richard R. *Practical Theology: An Introduction*. Grand Rapids: Eerdmans, 2008.
- Pohl, Christine D. *Making Room: Recovering Hospitality as a Christian Tradition*. Grand Rapids: Eerdmans, 1999.
- Puchalski, Christina M., et al. "Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus." *Journal of Palliative Medicine* 17, no. 6 (2014): 642–656.
- Siahaya, Johannis, dan Harls Evan R. Siahaan. "Menggagas Hospitalitas Pentakostal: Membaca Ulang Kisah Para Rasul 2:44–47 di Masa Pandemi." *DUNAMIS: Jurnal Teologi dan Pendidikan Kristiani* 5, no. 2 (2021): 426–439.
- Sulmasy, Daniel P. "A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life." *The Gerontologist* 42, suppl. 3 (2002): 24–33.
- Stump, Eleonore. *Wandering in Darkness: Narrative and the Problem of Suffering*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
- Swinton, John. *Raging with Compassion: Pastoral Responses to the Problem of Evil*. Grand Rapids: Eerdmans, 2007.
- Swinton, John, dan Harriet Mowat. *Practical Theology and Qualitative Research*. 2nd ed. London: SCM Press, 2016.
- Widyatmadja, Yosef P. *Diakonia sebagai Misi Gereja: Praksis dan Refleksi Diakonia Transformatif*. Yogyakarta: Kanisius, 2009.

- Wilson, Fiona, et al. "Barriers and Mechanisms to the Development of Palliative Care in Aceh, Indonesia." *Progress in Palliative Care* 32, no. 1 (2024): 22–28.
- Wright, Christopher J. H. *The Mission of God's People: A Biblical Theology of the Church's Mission*. Grand Rapids: Zondervan, 2010.
- Yong, Amos. "The Spirit of Hospitality: Pentecostal Perspectives toward a Performative Theology of Interreligious Encounter." *Missiology: An International Review* 35, no. 1 (2007): 55–73.
- Zaluchu, Sonny Eli. "Strategi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif di dalam Penelitian Agama." *Evangelikal: Jurnal Teologi Injili dan Pembinaan Warga Jemaat* 4, no. 1 (2020): 28–38.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2180/2023 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2023.
- — —. *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2024.
- Undang-Undang Republik Indonesia. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia, 2023.
- World Council of Churches. *Together towards Life: Mission and Evangelism in Changing Landscapes*. Geneva: WCC Publications, 2013.
- World Health Organization. "Noncommunicable Diseases." *Fact Sheet*. Diakses 5 Agustus 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.