

Aspek-Aspek Bioetis dalam Pelayanan *Pastoral Care* Lintas Agama

Bioethical Aspects of Interreligious Pastoral Care Services

¹Teresia Sri Sumiyati, ²Retna Siwi Padmawati, ³Kusmaryanto

¹Universitas Katolik Musi Charitas, Indonesia

^{1,2,3}Universitas Gadjah Mada, Indonesia

E-mail: teresia_sri@ukmc.ac.id

Submisi: 04 Maret 2026; penerimaan: 30 Mei 2026; publikasi: 30 Juni 2026

Abstrak

Pelayanan *pastoral care* sebagai bentuk pelayanan kerohanian di Charitas Hospital Palembang dilaksanakan secara holistik, dengan memperhatikan seluruh aspek kehidupan pasien tanpa memandang latar belakang agama, suku, ras, atau status sosial. Penelitian bertujuan untuk mengeksplorasi dan menganalisis aspek-aspek bioetis yang muncul dalam pelayanan *pastoral care* lintas agama, khususnya dalam konteks rumah sakit Katolik yang melayani masyarakat pluralistik. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif deskriptif dengan melibatkan 24 informan yang terdiri dari petugas *pastoral care* rumah sakit, pemuka agama lintas agama, tenaga kesehatan (dokter dan perawat), direksi rumah sakit, serta pasien rawat inap. Teknik pengumpulan data mencakup wawancara semi-terstruktur, observasi, dan dokumentasi, yang kemudian dianalisis secara tematik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa aspek-aspek bioetis seperti *respect for autonomy*, *non-maleficence*, *beneficence*, dan *justice*, telah diterapkan dalam pelayanan *pastoral care*, meskipun masih dihadapkan pada tantangan keberagaman agama, keterbatasan pelatihan, dan persepsi publik. Kombinasi prinsip-prinsip bioetika Beauchamp dan Childress dengan etika perawatan rohani menurut Sulmasy terbukti sangat relevan, karena mengutamakan pendekatan holistik dan berpusat pada pasien. Pelayanan *pastoral care* lintas agama yang mengindahkan etika dan bersifat inklusif mendukung perawatan kesehatan yang lebih bermakna, manusiawi dan bermartabat.

Kata kunci: Bioetika, Holistik, Lintas agama, *Pastoral care*, Rumah sakit

Abstract

Pastoral care as a form of spiritual care at Charitas Hospital Palembang is carried out holistically, taking into account all aspects of patients' lives regardless of their religious background, ethnicity, race, or social status. The study aims to explore and analyse the bioethical aspects that arise in interfaith pastoral care, particularly in the context of a Catholic hospital serving a pluralistic community. This study used a descriptive qualitative design involving 24 informants consisting of hospital pastoral care officers, interfaith religious leaders, health workers (doctors and nurses), hospital directors, and inpatients. Data collection techniques included semi-structured interviews, observation, and documentation, which were then analysed thematically. The results showed that bioethical aspects such as respect for autonomy, non-maleficence, beneficence, and justice have been applied in pastoral care services, despite challenges related to religious diversity, limited training, and public perception. The combination of Beauchamp and Childress' bioethical principles with Sulmasy's spiritual care ethics proved to be highly relevant, as it prioritises a holistic and patient-centred approach. Interfaith pastoral care services that respect ethics and are inclusive support more meaningful, humane and dignified healthcare.

Keywords: Bioethics, Holistic, Interfaith, Pastoral care, Hospital

Pendahuluan

Pelayanan *pastoral care* merupakan salah satu komponen penting dalam pelayanan holistik di bidang kesehatan, yang menekankan pendekatan menyeluruh terhadap perawatan pasien, mencakup dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Penelitian oleh Fawcett & Noble,

(2004) menunjukkan bahwa aspek spiritual memiliki peran penting dalam meningkatkan kesejahteraan pasien, namun aspek ini sering kali belum mendapat perhatian yang proporsional dalam praktik pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan temuan Ali *et al* (2018) yang mengungkap adanya kesenjangan

antara teori dan praktik pelayanan holistik, terutama dalam implementasi aspek spiritual yang masih belum maksimal.

Manfaat pelayanan *pastoral care* tercermin dari kemampuannya dalam meningkatkan kesejahteraan spiritual, kualitas hidup, serta membantu pengambilan keputusan sesuai nilai pribadi pasien Rego *et al* (2020). Sebaliknya, ketidakpenuhan aspek spiritual dapat mengganggu aktivitas pasien (Newshan, 2004). Pemenuhan holistik secara menyeluruh dapat memulihkan keseimbangan dan meningkatkan kualitas hidup (Tjale & Bruce, (2007). Fleming & Hagan, (2010) menyatakan bahwa pasien dengan kondisi terminal membutuhkan pelayanan kerohanian sebagai dukungan eksistensial. Jane (2017) menambahkan bahwa bahkan individu yang ateis tetap memerlukan kehadiran seseorang untuk mendengarkan dan menyaksikan penderitaan mereka. Ini menunjukkan bahwa kebutuhan akan pelayanan *pastoral care* bersifat universal dan melampaui batas agama.

Meskipun berbagai penelitian telah menekankan pentingnya pendekatan holistik, aspek spiritual masih belum sepenuhnya diakomodasi dalam praktik kesehatan sehari-hari (Fawcett & Noble, 2004). Menurut Koper *et al* (2019), hambatan utama terletak pada keterbatasan tenaga kerja, tingginya beban kerja, serta kurangnya pelatihan dalam menangani isu spiritual, terutama bagi pasien yang memiliki keyakinan berbeda. Akibatnya, tanggung jawab ini kerap dialihkan kepada tokoh agama atau pelayan *pastoral care*. Barletta & Witteveen, (2007) menegaskan bahwa kehadiran pelayanan *pastoral care* dalam sistem kesehatan berkontribusi positif terhadap mutu perawatan. Pelayanan ini melengkapi dimensi holistik yang sering terabaikan, khususnya dalam ranah spiritual dan eksistensial. WHO pun telah merilis *Pastoral Intervention Codings* (WHO-PICs) pada tahun 2002 untuk mencatat dan memperhitungkan tindakan pelayanan spiritual atau

kerohanian oleh pelayan *pastoral care* atau relawan yang mendampingi pasien dalam pelayanan kesehatan dalam menghadapi persoalan keagamaan dan kesejahteraan spiritual. Namun, implementasi WHO-PICs ini masih terbatas di tingkat global (Carey & Cohen, 2015).

Dalam pelayanan kesehatan multikultural, keberagaman agama menjadi tantangan utama bagi pelayan *pastoral care*. Terdapat anggapan bahwa mereka hanya melayani pasien seagama, sementara sebagian pasien merasa lebih nyaman dengan pelayan yang satu keyakinan. Hal ini menimbulkan kekhawatiran akan penolakan atau pelanggaran etika. Advocat *et al* (2023) dan Barletta & Witteveen, (2007) menegaskan bahwa perbedaan keyakinan merupakan tantangan nyata dalam pelayanan spiritual di masyarakat pluralistik. Tantangan tersebut semakin kompleks ketika pelayan *pastoral care* harus berhadapan dengan persoalan bioetika, terutama terkait isu spiritual dan moral yang muncul saat pasien menghadapi akhir kehidupan dan penyakit terminal. Dalam konteks ini, pelayanan *pastoral care* diharapkan mampu membantu menyelesaikan kesulitan yang dialami pasien secara etis. Pendekatan ini sebagai bagian integral dari pendekatan holistik yang berpusat pada pasien (Carey & Cohen, 2014).

Walau kontribusi pelayanan *pastoral care* telah banyak dibuktikan, masih ada kritik yang menyatakan bahwa mereka kurang responsif terhadap kebutuhan spiritual pasien, terlalu banyak menasihati, atau terlalu cepat mengaitkan penderitaan dengan ajaran agama. Beberapa pasien merasa tidak nyaman ketika pelayanan spiritual dilakukan dengan pendekatan yang menghakimi atau kurang menjaga kerahasiaan medis. Kritik-kritik inilah yang menjadi dasar ketertarikan peneliti untuk mengeksplorasi lebih dalam praktik pelayanan *pastoral care* lintas agama, khususnya dalam perspektif bioetika. Peneliti berencana menggunakan prinsip-

prinsip bioetika dari Beauchamp dan Childress yakni *respect for autonomy*, *beneficence*, *non-maleficence*, dan *justice* sebagai kerangka evaluatif atau menilai terhadap pelaksanaan layanan *pastoral care* lintas agama ini.

Kerangka tersebut akan diperkaya dengan lima prinsip etika pelayanan spiritual menurut Sulmasy, (2012), yaitu: (1) perawatan yang berpusat pada pasien, (2) penghormatan terhadap totalitas kebutuhan pasien (holisme), (3) kebijaksanaan dalam rujukan, (4) pendampingan, dan (5) toleransi terhadap keyakinan yang berbeda. Prinsip-prinsip ini akan digunakan sebagai tolok ukur untuk menilai efektivitas pelayanan *pastoral care* lintas agama. Sebagai lokasi penelitian, peneliti memilih Charitas Hospital Palembang yang dikenal memiliki praktik *pastoral care* lintas agama sebagai layanan unggulan. Pemilihan ini dilatarbelakangi oleh keunikan rumah sakit tersebut yang belum banyak diteliti, khususnya dalam konteks pelayanan *pastoral care* kepada pasien dengan latar belakang agama yang beragam.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif untuk mengeksplorasi aspek-aspek bioetis dalam pelayanan *pastoral care* lintas agama di Charitas Hospital Palembang. Pendekatan ini dipilih karena mampu mengungkap makna, penghayatan, dan pengalaman subjektif para pelayan *pastoral care* pasien, tenaga kesehatan, dan pihak manajemen rumah sakit secara mendalam dan menyeluruh (Creswell, 2014). Populasi dalam penelitian ini mencakup seluruh pihak yang terlibat langsung dalam pelayanan *pastoral care* lintas agama di Charitas Hospital Palembang, termasuk petugas *pastoral care*, ulama agama, tenaga kesehatan, manajemen rumah sakit, dan pasien penerima layanan. Sampel ditentukan secara *purposive sampling* berjumlah 24 orang, terdiri dari empat

petugas *pastoral care* internal, enam pelayan lintas agama dengan perjanjian kerja sama, dua dokter, dua perawat, tiga unsur manajemen rumah sakit, dan tujuh pasien rawat inap dari berbagai latar belakang agama. Pemilihan informan dilakukan dengan mengacu pada relevansi posisi atau peran mereka terhadap fokus penelitian. Di mana *purposive sampling* digunakan untuk memperoleh data secara mendalam dari individu yang dianggap memahami masalah yang diteliti (Sugiyono, 2013).

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi non-partisipatif, dan telaah dokumen. Wawancara dilakukan secara individual dan kelompok kecil, berdurasi 25 – 60 menit, menggunakan pedoman semi-terstruktur yang telah disederhanakan untuk meningkatkan kenyamanan informan. Peneliti memastikan semua wawancara dilakukan setelah memperoleh persetujuan dari setiap informan, sesuai dengan prinsip-prinsip etika penelitian (Sugiyono, 2013). Seluruh wawancara direkam, ditranskrip secara verbatim, dan divalidasi melalui prosedur *member checking*. Observasi non-partisipatif dilakukan secara sistematis dengan lembar observasi terstruktur untuk menangkap perilaku, interaksi, dan penerapan prinsip bioetika dalam praktik *pastoral care*. Validitas data diperkuat melalui triangulasi sumber (informan lintas profesi) dan triangulasi dokumen (standar operasional prosedur/SOP, pedoman pengorganisasian unit *pastoral care*, laporan kegiatan, dan arsip rumah sakit).

Instrumen utama dalam penelitian ini adalah panduan wawancara mendalam semi-terstruktur yang disusun berdasarkan kisi-kisi tematik terkait aspek-aspek bioetis dalam pelayanan *pastoral care* lintas agama. Penekanan dalam pendekatan ini terletak pada penghayatan terhadap realitas sosial sebagaimana ditafsirkan oleh informan, melalui sikap, cara pandang, dan perasaan mereka. Oleh karena itu, wawancara mendalam menjadi

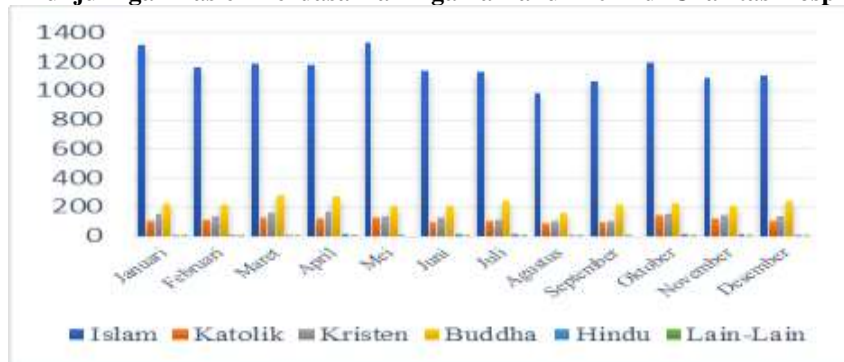
instrumen sentral dalam pengumpulan data (Moleong & Surjaman, 2014). Instrumen tambahan meliputi pedoman observasi terstruktur, catatan lapangan (*field notes*), serta dokumen-dokumen pendukung seperti SOP dan arsip kegiatan *pastoral care*. Untuk menunjang akurasi data, digunakan alat perekam suara, laptop untuk transkripsi, serta aplikasi perangkat lunak NVivo 12 untuk membantu proses pengorganisasian dan analisis data kualitatif. Triangulasi dilakukan melalui kombinasi data hasil wawancara, observasi, dan dokumen tertulis

Analisis data dilakukan secara tematik melalui proses identifikasi, kategorisasi, dan interpretasi terhadap hasil wawancara, observasi, serta dokumen pendukung. Setiap rekaman wawancara ditranskrip secara verbatim, dibaca berulang, lalu dikelompokkan berdasarkan tema-tema utama yang berkaitan dengan praktik pelayanan *pastoral care* lintas agama dan penerapan aspek bioetika. Data dari wawancara dibandingkan dengan hasil observasi dan dokumen rumah sakit untuk memperkuat validitas temuan. Analisis dilakukan secara reflektif, dengan mempertimbangkan konteks budaya, agama, dan nilai etis yang muncul dari pengalaman para informan. Penggunaan aplikasi perangkat lunak NVivo12 membantu dalam proses pengorganisasian data dan pemetaan hubungan antartema secara sistematis.

Hasil dan Pembahasan

Gambaran umum pelaksanaan pelayanan *pastoral care* lintas agama di Charitas Hospital Palembang diimplementasikan dalam melalui kunjungan pasien berdasarkan agama. Latar belakang ini memberikan konteks empiris mengenai bagaimana pelayanan dijalankan dalam kerangka pluralisme agama pasien. Data kuantitatif kunjungan menjadi pijakan awal untuk menilai sejauh mana unit *pastoral care* merespon kebutuhan rohani pasien dari beragam agama, serta menjadi indikator awal terhadap relevansi penerapan nilai-nilai etis dalam praktik pelayanan tersebut. Berdasarkan data dari sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM RS), pelayanan *pastoral care* lintas agama di Charitas Hospital Palembang sepanjang tahun 2024 menunjukkan intensitas yang tinggi dengan total 19.740 kunjungan pasien. Mayoritas kunjungan diberikan kepada pasien beragama Islam sebanyak 13.872 kunjungan (70,28%), disusul Buddha 2.686 (13,61%), Kristen 1.619 (8,20%), Katolik 1.332 (6,75%), Hindu 109 (0,55%), dan kelompok lain-lain 33 kunjungan (0,17%). Rata-rata kunjungan mencapai 1.645 pasien per bulan. Temuan ini menunjukkan keberagaman agama pasien seperti tampak pada grafik 1 berikut.

Grafik 1. Grafik Kunjungan Pasien Berdasarkan Agama Tahun 2024 di Charitas Hospital Palembang



Landasan etis dalam praktik pelayanan kesehatan, prinsip-prinsip bioetika menjadi kerangka penting dalam menilai dan mengembangkan pendekatan

pastoral care lintas agama di lingkungan rumah sakit. Penelitian ini mengkaji secara mendalam empat prinsip utama bioetika menurut Beauchamp & Childress, (2013),

yaitu *respect for autonomy*, *beneficence*, *non-maleficence*, dan *justice*, dalam konteks penerapannya di Charitas Hospital Palembang. Setiap prinsip dianalisis berdasarkan data empiris yang diperoleh dari wawancara, observasi, dan refleksi praktisi lintas agama, guna mengeksplorasi dinamika dan tantangan etis yang muncul dalam pelayanan *pastoral care* yang inklusif dan holistik. Berikut adalah uraian tematik berdasarkan keempat prinsip tersebut.

Aspek *respect for autonomy* menekankan pentingnya penghormatan terhadap kebebasan individu dalam membuat keputusan yang selaras dengan nilai-nilai, keyakinan, dan kesadaran diri mereka. Dalam konteks Charitas Hospital Palembang, prinsip ini tidak hanya tercermin dalam pemberian pilihan kepada pasien untuk menerima atau menolak pelayanan *pastoral care*, tetapi juga dalam praktik kerohanian yang memperhatikan integritas personal dan pluralitas keyakinan pasien. Ini sesuai dengan kerangka bioetika yang menempatkan penghormatan terhadap otonomi individu sebagai prinsip etis (Beauchamp & Childress, 2013). Temuan penelitian memperlihatkan tujuh elemen utama: Kesadaran bahwa pelayanan bagian dari pelayanan holistik. Pelayan *pastoral care* dari berbagai agama memandang *pastoral care* bukan hanya sebagai aktivitas religius, melainkan sebagai bagian dari perawatan holistik yang mengintegrasikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Pendekatan holistik dalam pelayanan *pastoral care* ini sejalan dengan gagasan *patient-centered care* dalam perawatan kerohanian yang dikembangkan oleh Sulmasy (2006), di mana pasien tidak dipandang semata sebagai objek medis, melainkan sebagai pribadi utuh.

Komunikasi etis dan spiritual *informed consent*: Pelayan *pastoral care* dari berbagai latar belakang agama menunjukkan kesadaran untuk selalu meminta persetujuan pasien sebelum melakukan pelayanan. Pendekatan ini

bukan hanya menyampaikan doa atau dukungan, melainkan juga membangun komunikasi etis, relasi dialogis yang menghormati martabat dan batas-batas pribadi pasien (Delaney, 2005).

Narasi pasien sebagai penghormatan terhadap *respect for autonomy*: Pendekatan ini menempatkan pengalaman pasien sebagai pusat dialog klinis dan spiritual, memungkinkan mereka untuk tidak hanya diperlakukan sebagai objek intervensi, tetapi sebagai subjek dengan suara dan nilai yang harus dihormati. Pengalaman dan cerita pasien dianggap sebagai sumber valid dalam proses pengambilan keputusan spiritual atau kerohanian, mencerminkan pentingnya *relational autonomy* (Mackenzie & Stoljar, 2000).

Inklusivitas terhadap keragaman pasien: Pelayanan yang tersedia bukan hanya netral secara spiritual, tetapi aktif menciptakan ruang partisipatif untuk semua identitas keagamaan, sebuah realisasi konkret dari prinsip *respect for autonomy* dalam konteks pluralisme. Pelayanan disampaikan secara terbuka dan menghargai keberagaman keyakinan pasien, selaras dengan prinsip pluralisme (Puchalski *et al.*, 2009).

Pendampingan doa sebagai penguatan dan pemberdayaan: Pendekatan ini sejalan dengan konsep *substitutional intercession* (doa pengantaraan substitutif), di mana pelayan *pastoral care* secara aktif menyampaikan doa sebagai wujud empati dan solidaritas spiritual, sebagaimana dijelaskan oleh (Swinton & Pattison, 2010). Dalam konteks ini, relasi antara pasien dan pelayan bersifat lebih vertikal, di mana pelayan *pastoral care* mengambil peran aktif sebagai pemberi penguatan spiritual dan simbol kehadiran ilahi di tengah penderitaan pasien. Menariknya, selain pendampingan dalam bentuk mendoakan, temuan lain justru memperlihatkan di mana beberapa informan memilih pendekatan yang memberdayakan pasien secara spiritual, dengan membimbing pasien untuk

menyampaikan doa dengan kata-kata mereka sendiri. Pendekatan ini bukan hanya sejalan dengan prinsip *respect for autonomy*, tetapi juga memperkuat dimensi *spiritual empowerment*, sebagaimana ditekankan dalam teori Pesut & Reimer-Kirkham, (2010), yang menggarisbawahi pentingnya ruang bagi pasien untuk mengalami dan mengekspresikan spiritualitas mereka secara mandiri dan bermakna.

Ketidaksesuaian pelaksanaan pelayanan terhadap *respect for autonomy*: Ketidaksesuaian dalam implementasi prinsip *respect for autonomy* tidak hanya berdampak pada aspek prosedural, tetapi juga memunculkan implikasi psikologis dan etis yang berpotensi mengganggu kenyamanan spiritual pasien. Reaksi ini, meskipun kerap tidak diungkapkan secara eksplisit oleh pasien, berisiko mengurangi efektivitas pelayanan *pastoral care* sebagai ruang pendampingan yang seharusnya bersifat menenteramkan dan memberdayakan. Masih ditemukan tindakan tanpa persetujuan eksplisit pasien yang berpotensi menciptakan *autonomy gap* (Kuhse *et al.*, 2009).

Tantangan dan strategi etik: pelayan *pastoral care* mengungkapkan bahwa tantangan atau kesulitan ketika pasien menolak didampingi, terutama ketika pendekatan awal terasa kurang peka terhadap latar belakang agama atau budaya mereka. Menghadapi situasi ini, para pelayan *pastoral care* memilih strategi yang tidak memaksa dan lebih adaptif, dengan membuka ruang komunikasi yang aman dan menghargai batasan spiritual pasien. Pendekatan ini mencerminkan standar praktik spiritual modern sebagaimana dikembangkan oleh Puchalski *et al* (2009), yang menyarankan penggunaan komunikasi empatik, terbuka, dan tidak menilai, sebagai bagian integral dari kompetensi pelayanan spiritual lintas agama. Sejalan juga dengan pendekatan empatik dan netral, tanpa memaksakan pelayanan (Carey, 2012).

Aspek *beneficence* dalam pelayanan *pastoral care* lintas agama di Charitas Hospital Palembang mengacu pada kewajiban moral untuk berbuat baik dan menghadirkan manfaat holistik bagi pasien, sebagaimana prinsip utama bioetika yang menekankan untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi pasien sebagaimana dikemukakan oleh Beauchamp & Childress, (2013). Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa prinsip ini tidak hanya dipraktikkan dalam bentuk tindakan rohani atau ritual, tetapi juga termanifestasi melalui kehadiran empatik, komunikasi etis, dan relasi spiritual yang memberi daya pemulihan secara psikologis dan emosional.

Pelayanan yang digerakkan oleh nilai-nilai kebaikan: Orientasi pelayanan *pastoral care* yang diberikan ini menjadi cerminan nilai *compassion* dalam etika pelayanan kesehatan yakni kepekaan terhadap penderitaan orang lain yang disertai keinginan tulus untuk membantu (Sulmasy, 2006). Pendekatan pelayanan dilakukan berdasarkan panggilan batin dan belas kasih, selaras dengan konsep *presencing* (Mount *et al.*, 2007). Relasi penuh kenyamanan dan kepercayaan: Pelayanan *pastoral care* lintas agama, kualitas relasi antara pelayan dan pasien menjadi komponen utama dalam menciptakan rasa aman dan nyaman bagi pasien. Para pelayan *pastoral care* menunjukkan sensitivitas tinggi terhadap kebutuhan emosional pasien melalui pemilihan waktu kunjungan yang tepat, penyesuaian durasi interaksi, serta kesediaan untuk menciptakan ruang percakapan yang tidak menghakimi. Interaksi dibangun secara tidak menghakimi dan disesuaikan dengan kebutuhan pasien, memperhatikan prinsip *compassionate presence* (Puchalski *et al.*, 2009). Dampak terapeutik dari pelayanan *pastoral care* yang memberdayakan: Pelayanan *pastoral care* lintas agama juga memberi kontribusi signifikan terhadap ketahanan psikis pasien. Pasien yang

merasa dihargai dan tidak sendirian cenderung menunjukkan semangat hidup yang lebih kuat. Pelayanan memperkuat ketahanan psikis pasien, memperkuat koping dan daya sembuh (Koenig, 2012). Tantangan dan strategi etis terhadap aspek *beneficence*: menjadi tantangan bagi pelayan *pastoral care* ketika berhadapan dengan kesadaran dirinya akan ketidakmampuannya dalam mendampingi pasien yang menyatakan keputusan atas hidupnya. Dalam situasi emosional yang sangat berat ini, ia memilih untuk tidak memaksakan diri, dan meminta bantuan dari rekan seprofesi yang lebih siap menghadapi kondisi tersebut. Pendekatan yang diambil dalam situasi kompleks, pelayan *pastoral care* mengembangkan strategi kehadiran empatik reflektif, yakni memilih untuk hadir mendampingi pasien dalam diam atau doa hening ketika kata-kata tidak cukup. Pendekatan ini sesuai dengan pemikiran Nouwen (2023) melalui pandangannya, bahwa kehadiran spiritual yang otentik sering kali lebih menyembuhkan dibanding sekadar nasihat atau dogma.

Aspek *non-maleficence*, yakni menghindari tindakan yang dapat merugikan atau menyakiti pasien merupakan landasan penting dalam praktik etika pelayanan kesehatan dan kerohanian (Beauchamp & Childress, 2013). Dalam pelayanan *pastoral care* lintas agama di Charitas Hospital Palembang, prinsip ini tidak sekadar dipahami sebagai bentuk tidakan larangan terhadap kekerasan atau kesalahan prosedur, tetapi lebih jauh dimaknai dan dihayati sebagai sikap kehati-hatian profesional, pembatasan diri, dan penghormatan terhadap batas kompetensi dalam pelayanan spiritual yang mengutamakan keselamatan pasien. Temuan mencakup lima poin

Pembatasan diri sebagai tanggung jawab moral: Pernyataan ini mencerminkan bentuk konkret dari prinsip *non-maleficence* yang telah diperluas dalam teori etika kontemporer, yaitu bahwa “*not doing harm*” kesadaran

pelayan *pastoral care* kapan harus mundur dan menyerahkan kepada petugas yang lebih kompeten (Gillon, 1994). Sejalan dengan Sulmasy (2012) salah satu kerangka kerja yang dikembangkan dalam etika perawatan spiritual yakni dengan merujuk secara bijak kepada yang memiliki kompetensi yang tepat dalam melakukan tindakan. Dengan demikian, batas antara perhatian spiritual dari pelayanan *pastoral care* dan klinis dijaga agar tidak terjadi tumpang tindih yang berpotensi membahayakan pasien.

Kerja sama lintas profesi: Pendekatan ini menunjukkan penghayatan terhadap prinsip interprofessional ethics, di mana pelayanan kepada pasien melibatkan kerja sama lintas profesi yang mengedepankan komunikasi terbuka, saling menghargai, dan pengambilan keputusan bersama demi kebaikan dan keamanan (Schmitt *et al.*, 2011). Pendekatan ini bukan sekadar kolaborasi teknis, melainkan etika kerja kolektif yang menjamin tidak ada pihak yang bekerja di luar kompetensi dan tidak ada pasien yang menjadi objek intervensi sepihak.

Perhatian terhadap keselamatan fisik: Praktik seperti ini mencerminkan kesadaran bersama bahwa pasien, pelayan *pastoral care*, dan tenaga medis adalah bagian dari sistem pelayanan yang saling terintegrasi dalam menjalankan perannya demi keselamatan pasien. Dalam pendekatan kerja tim interprofesional, menekankan pada kepercayaan, saling memahami peran, dan perlindungan antar anggota tim untuk hasil pasien yang lebih baik (Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, 2010).

Memahami agama dan budaya mencegah spiritualitas: Dalam pelayanan di rumah sakit multiagama, tindakan spiritual yang keliru dapat menimbulkan risiko ketidaknyamanan spiritual atau bahkan konflik nilai. Oleh karena itu, pelayan *pastoral care* selalu memastikan adanya dialog lintas agama sebelum menjalankan pelayanan, dan tidak memaksakan ritual kepada pasien berbeda

keyakinan. Sikap ini mencerminkan prinsip *non-maleficence*, yaitu menghindari tindakan yang bisa menyakiti secara spiritual baik berupa paksaan, ketidakhormatan terhadap keyakinan, maupun pengabaian. Pelayanan *pastoral care* menggambarkan praktik spiritual yang menghindari pemaksaan akan tindakan yang diberikan dan menghormati kepercayaan pasien untuk menghindari kerugian spiritual (Puchalski *et al.*, 2009).

Tantangan dan strategis dalam aspek *non-maleficence*: Tantangan yang berkaitan erat dengan prinsip ini adalah pertanyaan eksistensial pasien, situasi pelayanan yang dipaksakan, dan respon yang tidak kontekstual terhadap krisis. Pasien yang lama menderita penyakit sering kali mempertanyakan makna penderitaan dan keberlangsungan hidup mereka. Pelayan *pastoral care* mengaku tidak selalu siap menjawab pertanyaan tersebut secara langsung tanpa membahayakan kestabilan batin pasien. Dalam menghadapi situasi tersebut, pelayan *pastoral care* memilih pendekatan kehadiran yang empatik dan tidak memberikan jawaban instan. Strategi ini dikenal sebagai *ministry of presence*, yaitu hadir secara utuh tanpa niat memberi solusi cepat, melainkan menemani proses batin yang sedang berlangsung. Pendekatan ini dianjurkan untuk menghindari spiritual bypassing, yaitu penggunaan jawaban religius normatif yang justru bisa memperparah luka batin pasien (Fitchett & Risk, 2009).

Aspek *justice* atau keadilan dalam bioetika menekankan pada distribusi layanan yang adil dan tidak diskriminatif, yang memberi setiap individu hak yang setara atas perhatian dan perawatan, termasuk dalam dimensi spiritual (Beauchamp & Childress, 2013). Dalam konteks pelayanan *pastoral care* lintas agama di Charitas Hospital Palembang, prinsip ini diwujudkan melalui komitmen pelayanan yang tidak memandang latar belakang agama, budaya, status sosial,

atau kondisi klinis pasien. Temuan mengungkapkan lima poin utama:

Kesetaraan akses pelayanan: pelayan *pastoral care* dari berbagai agama menunjukkan bahwa pelayanan kerohanian diberikan atas dasar hak asasi pasien untuk didoakan, disertai, dan diperhatikan secara spiritual. Pernyataan ini menunjukkan bahwa keadilan tidak hanya bersifat prosedural (melayani semua pasien), tetapi juga moral, yaitu pengakuan atas martabat spiritual semua manusia. Dalam perspektif etika distribusi, hal ini sesuai dengan prinsip *fair equality of opportunity* yang menuntut agar semua individu, tanpa diskriminasi, memiliki peluang yang setara untuk menerima manfaat pelayanan (Rawls, 2009).

Kebijakan kunjungan yang adil: Komitmen terhadap prinsip keadilan juga terefleksi dalam kebijakan kunjungan, di mana seluruh pasien khususnya pasien baru diutamakan untuk dikunjungi dalam waktu 1x24 jam. Hal ini sejalan dengan teori kepemimpinan spiritual, yang menekankan bahwa organisasi perlu membangun budaya nilai dan keadilan agar setiap individu merasa diakui dan dilibatkan secara bermakna (Fry, 2003). Dengan kata lain, jika prosedur telah dijalankan namun pasien tetap merasa terabaikan, maka keadilan dalam perspektif etik telah mengalami deviasi makna. Ketidaksesuaian antara kebijakan dan pengalaman pasien menunjukkan pentingnya *experiential justice* (Daniels, 2001).

Non-diskriminasi dan sensitivitas terhadap lintas agama: Para pelayan *pastoral care* juga menunjukkan kesediaan untuk melayani pasien tanpa memandang agama, suku, atau latar belakang budaya. Hal ini mencerminkan bentuk keadilan relasional, yaitu keadilan yang tidak hanya memberi akses yang sama, tetapi juga menghormati keragaman secara aktif dan penuh empati (Tronto, 1993).

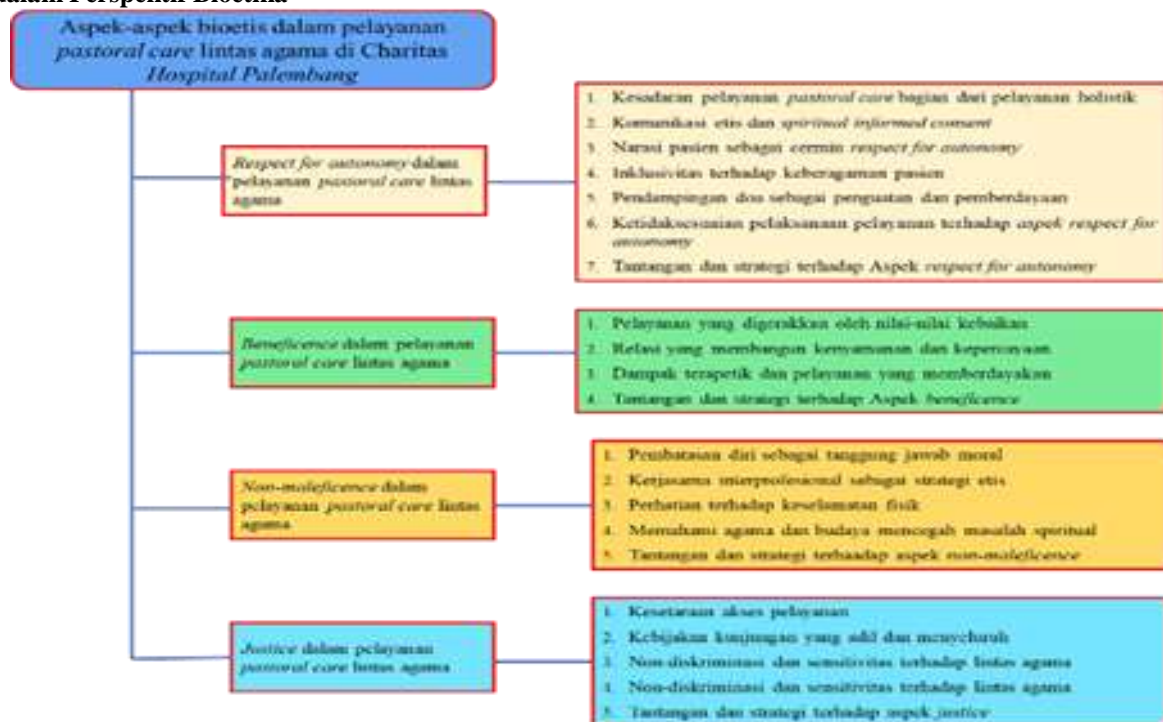
Ketidaksesuaian pelaksanaan pelayanan terhadap aspek *justice*: Konsep ini memperluas pengertian *justice* dalam

pelayanan spiritual dari sekadar akses formal menjadi bentuk evaluasi yang memperhatikan persepsi dan pengalaman individual. Daniels (2001) menegaskan bahwa keadilan dalam layanan kesehatan tidak hanya soal memberikan kesempatan yang sama kepada semua orang, tetapi juga memastikan bahwa setiap individu benar-benar bisa mengakses dan memperoleh manfaat dari layanan tersebut secara nyata dan bermakna *effective access*.

Tantangan dan strategi terhadap aspek *justice*: Salah satu tantangan nyata

muncul ketika pasien tidak mampu membayar biaya pengobatan, yang berdampak langsung pada kondisi spiritual dan emosional mereka. Dalam situasi tersebut, pelayan *pastoral care* lintas agama tidak hanya menjalankan fungsi pendampingan spiritual, tetapi juga mengambil peran sebagai penghubung antara pasien dan sistem layanan. Pelayan *pastoral care* berperan sebagai penghubung akses sosial dan responsif terhadap kebutuhan spiritual darurat, menunjukkan praktik keadilan yang aktif (Puchalski *et al.*, 2009; Sulmasy, 2006).

Gambar 2. Skema Tematik Pelayanan Pastoral Care Lintas Agama di Charitas Hospital Palembang dalam Perspektif Bioetika



Kesimpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data, dapat disimpulkan bahwa pelayanan *pastoral care* lintas agama di Charitas Hospital Palembang mencerminkan penghormatan terhadap otonomi pasien melalui komunikasi etis, pemberian ruang bagi persetujuan spiritual (*spiritual informed consent*), serta pendekatan relasional yang menempatkan pengalaman dan narasi pasien sebagai sumber valid untuk memahami kebutuhan spiritual mereka. Namun demikian, masih

ditemukan ketidakkonsistenan dalam implementasi yang berdampak pada munculnya *autonomy gap*. Pendekatan yang mendorong pasien untuk mengungkapkan doa dengan kata-kata mereka sendiri menjadi wujud konkret prinsip *respect for autonomy* yang kontekstual dan bermakna, memperluas makna *spiritual empowerment* sebagai ekspresi batin yang autentik. Prinsip *beneficence* tampak dalam kehadiran penuh empati dan relasi penguatan psikologis yang melampaui prosedur

teknis, menjadi panggilan hidup yang berdampak terapeutik.

Non-maleficence tidak hanya berkaitan dengan menghindari pelanggaran teknis atau keyakinan agama, tetapi juga menuntut kesadaran batas kompetensi, kerja sama antarprofesi, dan sensitivitas lintas iman. Adapun prinsip *justice* terwujud melalui upaya kesetaraan akses layanan spiritual bagi seluruh pasien, meski masih dijumpai kesenjangan antara keadilan prosedural dan keadilan yang dirasakan (*experiential justice*). Keseluruhan temuan menunjukkan bahwa integrasi aspek-aspek bioetis dengan dimensi spiritual mampu memperkuat kualitas pelayanan kesehatan dalam konteks multikultural secara holistik dan humanistik dengan mengindahkan etika yang bersifat inklusif dapat mendukung perawatan kesehatan yang lebih bermakna, manusiawi dan bermartabat.

Ucapan Terima Kasih

Saya mengucapkan terimakasih kepada institusi Universitas Gadjah Mada. Semua yang telah membantu mulai awal penelitian hingga selesai.

Referensi

- Advocat, J., Vasi, S., Karimi, L., Glenister, D., La, C., & Holmes, C. (2023). Hospital-based spiritual care: what matters to patients? *Journal of Health Care Chaplaincy*, 29(1), 30–40. <https://doi.org/10.1080/08854726.2021.1996964>
- Ali, G., Snowden, M., Wattis, J., & Rogers, M. (2018). Spirituality in Nursing education: Knowledge and practice gaps. *International Journal of Multidisciplinary Comparative Studies*, 5(3), 27–49.
- Barletta, J., & Witteveen, K. (2007). Pastoral Care in Hospital: An Overview of Issues. *Australian Journal of Primary Health*, 13(1), 97. <https://doi.org/10.1071/PY07013>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). Principles of Biomedical Ethics. In Buku. https://doi.org/10.7326/0003-4819-114-9-827_5
- Carey, L. B. (2012). Bioethical issues and health care chaplaincy in Aotearoa New Zealand. *Journal of Religion and Health*, 51. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9368-1>
- Carey, L. B., & Cohen, J. (2014). Encyclopedia of Global Bioethics. In H. ten Have (Ed.), *Encyclopedia of Global Bioethics*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-05544-2>
- Carey, L. B., & Cohen, J. (2015). The Utility of the WHO ICD-10-AM Pastoral Intervention Codings Within Religious, Pastoral and Spiritual Care Research. *Journal of Religion and Health*, 54(5), 1772–1787. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9938-8>
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications. https://books.google.co.id/books?id=4uB76IC_pOQC
- Daniels, N. (2001). Justice, Health, and Healthcare. *The American Journal of Bioethics*, 1(2), 2–16. <https://doi.org/10.1162/152651601300168834>
- Delaney, Colleen. (2005). The Spirituality Scale: Development and Psychometric Testing of a Holistic Instrument to Assess the Human Spiritual Dimension. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 145–167. <https://doi.org/10.1177/0898010105276180>
- Fawcett, T. N., & Noble, A. (2004). The challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a Christian nurse. *Journal of Clinical*

- Nursing, 13(2), 136–142.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00870.x>
- Fitchett, George, & Risk, James L. (2009). Screening for Spiritual Struggle. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 63(1–2), 1–12.
<https://doi.org/10.1177/154230500906300104>
- Fleming, D. A., & Hagan, J. C. (2010). *Care of the Dying Patient*. University of Missouri Press.
<https://books.google.co.id/books?id=0mNrWoEvqw0C>
- Fry, L. W. (2003). Toward a theory of spiritual leadership. *The Leadership Quarterly*, 14(6), 693–727.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2003.09.001>
- Gillon, R. (1994). Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*, 309(6948), 184.
<https://doi.org/10.1136/bmj.309.6948.184>
- Jane, F. (2017). Having an atheist chaplain is about patient choice. *The Guardian*.
<https://www.theguardian.com/society/2017/oct/25/jane-flint-atheist-chaplain-patient-choice-nhs>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1–33.
<https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koper, I., Pasman, H. R. W., Schweitzer, B. P. M., Kuin, A., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2019). Spiritual care at the end of life in the primary care setting: Experiences from spiritual caregivers-A mixed methods study. *BMC Palliative Care*, 18(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0484-8>
- Kuhse, H., Singer, P., & Young, R. (2009). “Informed Consent and Patient Autonomy.” *A Companion to Bioethics* (Second edition). 530–540.
- Mackenzie, C., & Stoljar, N. (2000). *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. Oxford University Press.
<https://books.google.co.id/books?id=XI7nCwAAQBAJ>
- Mount, B. M., Boston, P. H., & Cohen, S. R. (2007). Healing Connections: On Moving from Suffering to a Sense of Well-Being. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(4), 372–388.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.014>
- Newshan, G. (2004). Development and evaluation of an impatient holistic nursing care services department. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10(3), 168–174.
<https://doi.org/10.1016/j.ctnm.2004.01.003>
- Nouwen, H. J. M. (2023). *Yang Terluka, Yang Menyembuhkan: Pelayanan dalam Masyarakat Modern*. PT Kanisius.
<https://books.google.co.id/books?id=fSDOEAAAQBAJ>
- Pesut, B., & Reimer-Kirkham, S. (2010). Situated clinical encounters in the negotiation of religious and spiritual plurality: A critical ethnography. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 815–825.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.014>
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
- Puchalski, Christina, Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the Spiritual Dimension of Whole

- Person Care: Reaching National and International Consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Rawls, J. (2009). *A Theory of Justice*. Belknap Press of Harvard University Press. <https://books.google.co.id/books?id=kvpby7HtAe0C>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). Interprofessional Teamwork – The Basics. In *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care* (pp. 10–23). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781444325027.ch1>
- Rego, F., Gonçalves, F., Moutinho, S., Castro, L., & Nunes, R. (2020). The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0525-3>
- Schmitt, M., Blue, A., Aschenbrenner, C. A., & Viggiano, T. R. (2011). Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Reforming Health Care by Transforming Health Professionals' Education. *Academic Medicine*, 86(11). https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2011/11000/core_competencies_for_interprofessional.25.aspx
- Sugiyono. (2013). *Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D* (19th ed.). Alfabeta.
- Sulmasy, D. P. (2006). *The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care*. Georgetown University Press. https://books.google.co.id/books?id=TG6_ngEACAAJ
- Sulmasy, D. P. (2012). Spirituality in health-care reform. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/BF02248737>
- Swinton, J., & Pattison, S. (2010). Moving beyond clarity: towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. *Nursing Philosophy*, 11(4), 226–237.
- Tjale, A. A., & Bruce, J. (2007). A concept analysis of holistic nursing care in paediatric nursing. *Curationis*, 30(4), 45–52. <https://doi.org/10.4102/curationis.v30i4.1116>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge. https://books.google.co.id/books?id=xAvD_vr_-YEC