

“Kalau Nabi ﷺ sendiri pernah merasa ditinggalkan, kenapa kita masih anggap depresi sebagai kekurangan iman?”

Diskusi terbuka. Boleh kamu setuju, boleh kamu bantah — yang penting kamu pikir.

Pekan ini di feed mahasiswa muslim Indonesia, dua narasi bertabrakan tanpa pernah duduk bersama. Satu narasi menampilkan iman sebagai obat universal — cukup sholat, cukup tilawah, cukup dzikir, semua penyakit jiwa akan sembuh. Narasi lain — yang muncul dari helpline 119 yang dibagikan, dari kanal kajian yang berani bicara mental health, dari mahasiswa yang akhirnya berani ke psikolog

kampus — menampilkan bahwa derita jiwa adalah pengalaman yang nyata, layak ditangani dengan kombinasi spiritual + komunal + profesional. Bagi mahasiswa, terutama yang tinggal di kos jauh dari keluarga, narasi pertama sering menjadi penjara: setiap kelelahan emosional ditafsirkan sebagai kekurangan iman, setiap gejala depresi sebagai kurang sholat. Akibatnya: pelaporan terlambat, intervensi terlewat, dan rasa malu yang bertumpuk di atas penderitaan yang sudah ada.

Lensa pertama — psikologi klinis. Depresi mayor, gangguan kecemasan menyeluruh, dan PTSD adalah kondisi neurokimia plus psikososial dengan etiologi biologis (genetik, neurotransmitter), psikologis (skema kognitif, trauma masa kanak), dan sosial (isolasi, tekanan ekonomi). Intervensi yang efektif adalah kombinasi psikoedukasi, terapi kognitif-perilaku, medikasi bila perlu, dan dukungan sosial. Implikasinya: intervensi religius tunggal sering tidak cukup untuk kondisi klinis; itu bukan kekurangan agama, melainkan sifat penyakitnya. Celah lensa ini: ia kadang melewatkan dimensi makna eksistensial yang dimainkan tradisi — terutama bagi mereka yang penderitaannya tidak sepenuhnya bisa direduksi ke kategori DSM. Pertanyaan yang muncul: bagaimana intervensi klinis terintegrasi dengan kerangka makna yang sudah dimiliki pasien?

Lensa kedua — sosiologi stigma. Stigma kesehatan mental di Indonesia masih tinggi, terutama dalam komunitas religius. Survei lapangan menunjukkan sebagian besar muslim urban masih percaya depresi disebabkan "kurang iman" atau gangguan dari luar. Akibatnya: pelaporan tertunda berbulan-bulan, intervensi menjadi lebih mahal dan lebih sulit. Implikasinya: stigma bukan sikap individu — ia disosialisasikan oleh narasi komunal di mimbar, di grup WhatsApp, di akun motivasi. Mengubahnya butuh narasi alternatif yang masih dalam kerangka tradisi, bukan dari luar. Celah lensa ini: ia bisa terlalu cepat

membaca semua keyakinan religius sebagai stigma. Pertanyaan yang muncul: di mana garis antara kerangka religius yang sehat dan stigma yang merusak?

Lensa ketiga — sejarah tradisi Islam tentang jiwa. Tradisi klasik memuat kategori-kategori psikologis yang sangat halus: *nafs* (al-ammārah, al-lawwāmah, al-muthma'innah), *qalb* yang bisa sehat atau sakit, *khauf*, *huzn*. Semua diperlakukan sebagai dimensi nyata, bukan sebagai dosa. Al-Ghazali dalam *Ihya' Ulumiddin* membahas *amrad al-qulub* (penyakit hati) sebagai topik serius. Al-Razi, filsuf-dokter abad ke-10, menulis tentang melankoli sebagai kondisi medis yang butuh penanganan klinis. Implikasinya: kerangka tradisi tidak menafikan psikologi — ia memberi nama dan kategorisasi. Stigma modern yang menyamakan derita jiwa dengan lemah iman adalah penyimpangan dari tradisi, bukan kepatuhan padanya. Celah lensa ini: tradisi klasik kadang menggabungkan dimensi medis dan spiritual dengan cara yang sulit diterapkan langsung di klinik modern. Pertanyaan yang muncul: bagaimana memilah keduanya tanpa kehilangan integrasi yang menjadi kekuatan tradisi?

Lensa keempat — teologi *rahma*. Surah Adh-Dhuha turun kepada Nabi ﷺ ketika beliau merasa ditinggalkan, ketika wahyu seakan jeda dan kabar-kabar miring datang dari sekitarnya.

وَالضُّحَىٰ وَاللَّيْلِ إِذَا سَجَىٰ مَا وَدَّعَكَ رَبُّكَ وَمَا قَلَىٰ

"Demi waktu duha dan demi malam apabila telah sunyi, Tuhanmu tidak meninggalkanmu dan tidak (pula) membencimu." (QS. Adh-Dhuha: 1-3). Implikasinya: tradisi memberi *precedent* — Rasulullah ﷺ sendiri pernah merasakan apa yang kadang dirasakan jamaah hari ini, dan respons Allah bukanlah "imanmu lemah", melainkan konfirmasi bahwa rasa itu nyata dan janji bahwa hubungan tidak terputus. Bahkan tradisi membahas hidup setelah mati dan keadaan-keadaan yang menggetarkan di sana — bukan untuk menakut-nakuti, melainkan agar umat merawat sesama dengan lebih lembut hari ini, karena setiap jiwa berharga dan setiap penderitaan dunia layak diringankan. Celah lensa ini: tidak semua mahasiswa muslim menginginkan kerangka religius

sebagai pintu masuk; kerangka klinis yang berdiri sendiri tetap valid dan halal. Pertanyaan yang muncul: bagaimana kerangka religius ditawarkan sebagai sumber daya, bukan sebagai syarat?

Pada tataran praktis, beberapa langkah berada dalam jangkauan mahasiswa hari ini. Di kos: nomor helpline 119 ekstensi 8 layak disimpan di kontak HP, bersama nomor psikolog kampus dan dua-tiga teman terdekat yang bisa dihubungi saat malam terasa berat. Di kelas: ketika seorang teman mendadak menghilang sehari-hari, pesan singkat lewat WhatsApp — sekadar bertanya kabar — bisa menjadi pintu yang menyelamatkan. Di organisasi LDK atau BEM, audit terhadap narasi diskusi rutin layak dilakukan: apakah ada pesan-pesan yang menyamakan iman kuat dengan tidak boleh sedih? Kisah Adh-Dhuha dan kisah Khadijah radhiyallahu 'anha yang menenangkan Nabi ﷺ setelah wahyu pertama bisa menjadi *reframe* yang lebih sehat. Di feed personal: akun-akun yang menjual janji "sembuh depresi dalam tujuh hari dengan iman saja" sebaiknya di-*unfollow*; akun yang menggabungkan tradisi dengan literatur psikologi — masih sedikit, tetapi ada — layak diikuti. Di klinik: kunjungan ke psikolog kampus tidak perlu menunggu kondisi parah; ia layak dianggap wajar kunjungan ke dokter umum.

Mental health di kampus hari ini bukan pertarungan antara iman dan psikologi — itu adalah *false dichotomy* yang merugikan kedua sisi. Tradisi yang sehat selalu mengintegrasikan keduanya, dari Al-Ghazali hingga Al-Razi. Yang penting bukanlah menemukan jawaban final antara "agama saja" atau "psikologi saja", melainkan membangun kerangka yang menempatkan keduanya sebagai mitra. Helpline 119 dan masjid kampus tidak saling meniadakan; keduanya bagian dari satu jaringan perawatan yang sama bagi jiwa yang sedang berjuang.

| Pertanyaan

Q · 01

Bukankah obat antidepresan haram karena mengubah perasaan natural manusia?

A

Ulama kontemporer umumnya menempatkan medikasi psikiatrik dalam kategori obat — sejajar dengan obat diabetes atau hipertensi. Yang menjadi keberatan syariat adalah **self-medication** tanpa indikasi medis, atau zat psikoaktif rekreasional yang mengubah persepsi realitas. SSRI dengan resep dan dosis terkontrol tidak masuk kategori itu. Mengabaikan pengobatan justru bisa lebih bermasalah karena mengabaikan amanah menjaga jiwa.

Q · 02

Kalau Nabi ﷺ pernah merasa ditinggalkan, kenapa hadits tetap menekankan sabar dan tidak ada istilah "depresi klinis"?

A

Nosologi modern memang baru muncul abad ke-20. Tetapi tradisi mencatat **huzn** Nabi ﷺ yang dalam — pada wafatnya Khadijah dan Abu Thalib (tahun yang dikenal sebagai 'Aam al-Huzn), pada wafatnya putra-putri beliau. Tradisi tidak menafikan kesedihan; ia memberi kerangka untuk merawatnya melalui sabar, doa, dukungan istri dan sahabat. Sabar bukan kebalikan dari mencari pertolongan — keduanya berjalan bersama.

Q · 03

Konten "rahasia iman kuat" terasa lebih membantu daripada terapi — apakah salah memilih itu?

A

Tidak salah sebagai pelengkap untuk kondisi ringan hingga sedang; spiritualitas yang sehat memang punya efek menenangkan. Yang perlu diwaspadai adalah konten yang menjanjikan kesembuhan total tanpa terapi atau obat untuk kondisi klinis. Itu bukan keimanan; itu marketing. Tradisi sendiri mengajarkan bahwa Allah menurunkan obat bersama setiap penyakit — mencari obat adalah bagian dari tawakal, bukan lawan dari iman.

Q · 04

Bagaimana berdialog dengan orang tua yang skeptis pada psikolog dan menganggapnya hanya "ngobrol mahal"?

A

Pintu masuk yang efektif adalah kerangka mereka sendiri. Psikolog dapat diposisikan seperti dokter dengan spesialisasi berbeda: lutut sakit ke ortopedi, jiwa sakit ke psikolog. Penting juga menyampaikan bahwa tradisi klasik — Al-Ghazali dan Al-Razi — sudah memperlakukan penyakit jiwa sebagai bidang medis. Pendekatan ini bukan inovasi sekuler; ia warisan yang sempat dilupakan.

Sebagai pengurus LDK, apa yang harus dilakukan kalau ada anggota bercerita tentang ide menyakiti diri?

A

Mendengarkan tanpa panik adalah langkah pertama, tanpa langsung memberi instruksi atau ayat. Setelah cerita selesai, sampaikan dengan jujur bahwa kasus ini perlu pendamping yang lebih ahli, lalu tawarkan untuk menghubungi helpline 119 atau psikolog kampus bersama. Untuk krisis akut, antar langsung ke IGD rumah sakit terdekat dan jangan tinggalkan sendirian. Setelahnya, konsultasi dengan pembina LDK sebagai supervisor menjadi penting agar tidak menanggung sendiri.