

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Pada tahun 2010, Hossein Askari dan Scheherazade S. Rehman merilis sebuah hasil penelitian terkait permasalahan *How Islamic are Islamic countries* (Bagaimana keislaman negara-negara Islam). Hasil penelitiannya, yang dipublikasikan dalam *Global Economy Journal*, menunjukkan bahwa negara yang banyak mencerminkan mempraktikkan nilai-nilai Islami adalah negara-negara non-Muslim, yakni Irlandia, Denmark, Swedia, dan Inggris. Menurut Askari dan Rehman, negara yang islami adalah negara yang menerapkan ajaran islam di segala bidang tak terkecuali.¹ Hasil penelitian Askari dan Rehman menunjukkan bahwa negara-negara muslim atau negara dengan berpenduduk muslim, belum tentu mencerminkan nilai-nilai keislaman yang baik. Keberislaman (*Islamicity*) tidak similar dan sekuensial dengan “memeluk Islam”, atau meminjam pandangan Erich Fromm, adanya perbedaan kualitas beragama antara “To Have” (memiliki atau memeluk agama) dan “To Be” (menjadi beragama).² Dengan kata lain, ada perbedaan antara religiusitas Islam (*Islamicity*) dengan kepeleukan aspek formal agama Islam.

Setiap individu beragama dan beriman meyakini (*âmana*) dan mengalami kedekatan (*muqârabah*) dengan Allah swt., sekalipun dengan kualitas dan kuantitas yang berbeda. Oleh karena itu, orang beriman akan senantiasa berusaha mengenali, memahami, menyadari, dan merasakan kehadiran Allah dalam kehidupan kesehariannya (*berihshân*). Keyakinan yang tertanam akan terefleksi dalam setiap dimensi kehidupan setiap orang, baik pada aspek fisik, psikis, maupun rohani. Refleksinya terkait dengan peningkatan kualitas ritual, pengendalian diri (*self-regulation*), mawas diri, tanggung jawab, serta berkomunikasi yang inklusif,

¹ Schreherazade S. Rehman dan Hossein Askari, “How Islamic are Islamic Coutries?”, dalam *Journal Global Economy Journal*, vloume 10, Issue 2, Tahun 2010,

²Tesis Fromm menginterpolasi dua bentuk pencapaian eksistensial spirit manusia. Pertama, “To Have” atau “the having mode” sebagai “which concentrates on material possessions, power, and aggression, the basis of the universal evils of greed, envy, and violence.” *Kedua*, “To Be” atau “the being mode” sebagai “which is based on love, the pleasure of sharing, and in productive activity.” Erich Fromm, *To Have or Tobe*, (A & amp; C Black, 2013), h. 11 dst.

toleran, dan plural ketika berinteraksi dengan semua orang beriman lintas religi dan budaya.

Salah satu, refleksi keyakinan tersebut akan terkait dengan kesehatan, karena konsep sehat menurut Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 adalah “Keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan seseorang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis”. Definisi ini memperlihatkan pentingnya hubungan antara spiritualitas dengan aspek kesehatan. Pada bulan Maret 2016, PBB *melaunching* sebuah hasil survei terbaru tentang “daftar negara-negara bahagia di dunia”, yang memasukkan unsur kesehatan sebagai salah satu indikator kebahagiaan. Hasil surveinya memosisikan negara-negara Barat pada posisi 10 peringkat teratas negara-negara paling bahagia, yakni Denmark, Swiss, Islandia, Norwegia, Finlandia, Kanada, Belanda, Selandia Baru, Australia, dan Swedia. Dalam daftar tahun 2016 ini, Indonesia berada pada posisi ke-79, di bawah negara jiran seperti Malaysia (49), Thailand (33), dan Singapura (22). Tolak ukur penilaian yang digunakan penelitian terdiri dari enam faktor, yaitu pendapatan per-kapita, dukungan sosial, hidup yang sehat, kebebasan sosial, kedermawanan, dan level korupsi.³

Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa seseorang yang mempraktikkan ajaran agama dengan benar, usia harapan hidup lebih panjang, lebih sedikit terkena *stress* dan *stroke*, fungsi kekebalan yang lebih baik dan tekanan darah yang lebih rendah dibandingkan kebanyakan populasi. Penelitian pun membuktikan bahwa ada pengaruh kuat dari agama terhadap ketahanan daya tubuh manusia. Dengan demikian, beragama yang berkualitas tidak saja bermanfaat untuk kesehatan fisik, tetapi juga bagi kesehatan mental.⁴

Hubungan antara agama dengan kesehatan tidak hanya bersifat asimetris, tetapi juga bersifat simetris, yakni terkait dengan persepsi dan aktualisasi individu dan masyarakat tentang sehat dan sakit. Pada masyarakat primitif, di saat ilmu dan teknologi pengobatan ilmiah belum dikenal oleh masyarakat umum secara luas, setiap penyakit yang diderita oleh manusia sering kali dihubungkan dengan hal-hal

³ <http://internasional.kompas.com/read/2016/03/17/10252831/Denmark.Negara.Paling.Bahagia.di.Dunia.Indonesia.Peringkat.Ke-79>

⁴ Harold G. Koenig, “Religion, Spirituality, and Medicine: Research Finding and Implications for Clinical Practice” dalam Featured CME Topic: Spirituality, (Southern Medical Association, 2004), h. 1194.

yang bersifat spiritual atau gaib, misalnya penyakit tersebut dikaitkan dengan gangguan dari “makhluk halus” atau “dikirim” dari orang lain. Oleh karena itu, saat itu masyarakat yang sakit lebih akan dibawa berobat ke dukun atau “orang pintar” yang dianggap mampu berkomunikasi langsung dengan makhluk halus, daripada berobat ke tabib (dokter) yang mempunyai pengetahuan ilmiah tentang jenis penyakit berdasarkan ilmu pengobatan atau medis. Seiring dengan berkembangnya teknologi dan ilmu pengobatan ilmiah, dan ekuivalen dengan perubahan *mindset* manusia tentang penyakit, maka diagnosa suatu penyakit dapat dilakukan dengan metode yang lebih ilmiah, manusia pun juga dapat melakukan pemberian obat-obatan sesuai dengan penyakit yang diderita. Penyebab penyakit manusia juga dapat didiagnosis secara baik.

Pada perkembangannya, perkembangan ilmu dan teknologi pengobatan telah mendorong berbagai perubahan pada perkembangan tenaga kesehatan⁵ dan lembaga pelayanan kesehatan masyarakat, termasuk Rumah Sakit. Dalam perspektif ini, rumah sakit dimaknai sebagai salah satu sarana dan instrumen kesehatan sebagai sarana penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut dilakukan melalui beberapa pendekatan, yakni *promotif* (pemeliharaan dan peningkatan kesehatan), *preventif* (pencegahan penyakit), *kreatif* (penyembuhan penyakit), dan *rehabilitatif* (pemeliharaan kesehatan pasca-sakit). Berbagai bentuk pendekatan tersebut seharusnya diaplikasikan secara integratif, sinergis, dan simultan untuk peningkatan kualitas kesehatan individu dan masyarakat.

Pelayanan kesehatan dimaksud bersifat menyeluruh, baik fisik dan psikis. Hal ini disebabkan tidak semua penyakit disebabkan oleh bakteri dan virus, namun dapat juga bersumber dari persoalan psikis (kejiwaan) manusia. Hal ini disadari oleh para ahli kedokteran abad pertengahan dan awal modern tentang adanya

⁵Yang dimaksud sebagai Tenaga kesehatan di sini merujuk pada Pasal 2 ayat (2) sampai dengan ayat (8) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Mereka terdiri dari: 1) Tenaga medis, yang terdiri dari dokter dan dokter gigi; 2) Tenaga keperawatan terdiri dari perawat dan bidan; 3) Tenaga kefarmasian terdiri dari apoteker, analis farmasi, dan asisten apoteker; 4) Tenaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian; 5) Tenaga gizi meliputi nutrisisionis dan dietisien; 6) Tenaga keterampilan fisik meliputi fisioterapis, okupasiterapis dan terapis wicara; 7) Tenaga keteknisian medis meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, othotik prostetik, teknisi tranfusi dan perekam medis.

hubungan antara penyakit dengan kondisi psikis (kejiwaan) manusia atau sebaliknya. Hubungan resiprokal (timbang balik) ini menyebabkan manusia dapat menderita gangguan fisik yang disebabkan oleh gangguan mental (*somapsikotis*). Begitu pula sebaliknya, gangguan mental juga dapat menyebabkan penyakit fisik (psikosomatik). Di antara faktor-faktor mental yang diidentifikasi sebagai faktor yang berpotensi dapat menimbulkan gejala-gejala dari gangguan tersebut adalah keyakinan agama (*religious belief, aqîdah*, atau *îman*). Hal ini, antara lain disebabkan karena sebagian besar ahli kedokteran melihat bahwa penyakit mental (*mental illness*) tidak selalu terkait dengan penyembuhan secara medis, namun penderita penyakit mental dapat juga disembuhkan dengan menggunakan pendekatan agama. Pada sisi inilah, agama mampu menjadi paradigma, dasar (*basic*), dan medium untuk membangun kesehatan fisik, mentalitas, dan spiritual.⁶

Dalam upaya pelayanan, pengobatan, dan penyembuhan kesehatan, aspek religiusitas-spiritualitas mempunyai pengaruh cukup besar, baik dari sisi pasien maupun sisi tenaga medisnya. Sehat dan sakit, sekalipun memiliki relasi oposisi biner (*binary oposition*), sama-sama memiliki nilai kebaikan tertentu yang bersifat universal dari Allah swt (*sunnatullah*). Dalam term lainnya, sehat dan sakit sama-sama memiliki nilai religiusitasnya sendiri, tergantung pada bagaimana seseorang meresponnya. Dari dua sisi subjek kesehatan pun, yakni tenaga medis dan pasien pun, masing-masing memiliki perspektifnya masing-masing, tergantung pada aspek religiusitasnya masing-masing.

Salah satu bidang profesi yang cukup signifikan dan berperan penting dalam penyelenggaraan dan pelayanan mutu di lembaga pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, klinik, Puskesmas, dan lain-lain) adalah dokter. Pada dimensi profesinya, dokter memiliki otoritas untuk mendiagnosis, merekomendasi tindakan, dan melakukan tindakan medis terhadap pasien yang ditanganinya. Sedangkan dalam dimensi sosial di Indonesia, keberadaan dokter memiliki prestise dan prestasi tersendiri dalam struktur keprofesian maupun dalam struktur masyarakat.

⁶ Hal ini juga terkait dengan *psychological well-being* individu masing-masing, yang terdiri dari a) Penerimaan diri (*self acceptance*), b) hubungan positif dengan orang lain (*positive relation with others*), c) kemandirian (*autonomy*), d) penguasaan lingkungan (*environmental mastery*), dan e) Tujuan hidup (*Purpose in life*) (Ryff dalam Sukma Adi Galuh dan Muhana Sofiatu Utami, "Religiusitas dan Psychological Well-Being Pada Korban Gempa", *Jurnal Psikologi*, Volume 34, Nomor 2, h. 164-176.

Jumlahnya sendiri mencapai jumlah 175.410 orang, yang terbagi ke dalam empat kelompok yakni dokter (113.144 orang), dokter gigi (27.830 orang), dokter spesialis (31.428 orang), dan dokter gigi spesialis (3.008 orang).⁷ Sekalipun secara kuantitatif jumlahnya cukup banyak, namun rasio dokter terhadap jumlah penduduk⁸ dan sebaran wilayah di Indonesia belum ideal.⁹ Pada sisi ini, dapat dimengerti mengapa keberadaan paramedis (orang pintar) masih memiliki posisi signifikan di masyarakat Indonesia, sekalipun kesenjangan rasio kualitatif ini bukan merupakan satu-satunya alasan terkait kecenderungan sebagian masyarakat Indonesia berobat kepada paramedis.

Keberadaan dokter ini merupakan *elan vital* atau *ruh* utama dalam pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Oleh karena signifikannya peran dokter, maka penelitian ini difokuskan pada kelompok dokter ini. Terdapat sejumlah alasan mengapa dokter yang dipilih untuk menjadi subjek penelitian. Bagi sebagian kalangan, dokter merupakan penolong di kala sakit. Pandangan di bawah ini mewakili hal tersebut:

Bagi awam yang sama sekali buta tentang kesehatan dan proses pengobatan penyakit, ada kalanya Dokter dipandang sebagai "manusia setengah Dewa", karena siapa pun dia kalau disebut Dokter tentu mampu menyembuhkan segala penyakit. Dan yang disebut penyakit, itu mesti berupa keluhan rasa tidak nyaman tubuh dalam kesehariannya. Bagi mereka Dokter yang pintar adalah yang bisa "menyembuhkan atau menghilangkan rasa sakit" itu, apakah itu dengan obat simtomatis, atau obat yang menyembuhkan penyebab rasa sakit, atau hanya dengan mengajak omong-omong tentang keluhannya, kemudian memberi obat *placebo*, atau vitamin sederhana untuk memuaskan si pasien. Yang penting kenyataannya rasa sakitnya sudah bisa hilang.¹⁰

⁷ <http://www.kki.go.id/>; diunduh tanggal 5 September 2016, jam 04.48.

⁸ Pada tahun 2018, pemerintah menetapkan rasio satu dokter untuk 2.500 penduduk. Target ini dapat terlampaui. Rasio itu diestimasi berdasarkan jumlah penduduk dengan asumsi 20 %nya sakit, luas wilayah, beban kerja, dan waktu layanan. Menurut data Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) per 9 Mei 2016, jumlah dokter 110.720 orang, artinya satu dokter melayani 2.270 penduduk. Kemenristekdikti merencanakan rasio dokter Indonesia menjadi satu dokter untuk 1.100 warga, seperti di Malaysia. Sesuai data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), rasio dokter di Malaysia pada 2010 mencapai satu dokter untuk 835 penduduk. Di Singapura pada 2013, satu dokter untuk 513 penduduk.

⁹ Lihat <http://health.kompas.com/read/2016/05/10/093908423/Jumlah.Dokter.di.Indonesia.Cukup.tetapi.Menumpuk.di.Kota.Besar>

¹⁰ http://www.kompasiana.com/ganyong/dokter-dan-dokter-di-mata-masyarakat-awam_54ff9bd1a33311894c5109e4

Sejalan dengan pandangan di atas, Shadiq Sahil mengungkapkan bahwa dokter juga menempati status sosial (*high social class*) yang prestisius di masyarakat. Mereka diposisikan sebagai masyarakat terdidik tertinggi (*high educated people*) dan atau kelas profesional kelas atas (*high professional*), sebagaimana tercermin dalam kutipan sebagai berikut.

Dokter merupakan profesi yang hadir dalam ranah memberikan pelayanan untuk membantu si penderita untuk menjadi sehat. Karena peran dokter dalam upaya menyelamatkan pasien, maka dokter selalu dihormati dan diberi tempat tertinggi dalam strata manusia, bahkan dalam sejarahnya, dokter bagai sang dewa. Dulu masyarakat bersifat *paternalistic*, artinya sangat mengharapkan dan menyerahkan sepenuhnya keluhan gangguan kesehatannya kepada seorang dokter, sehingga apa pun yang dilakukan oleh seorang dokter dalam rangka pengobatannya dapat diterima dan dipercaya olehnya. Bukan hanya itu, profesi dokter merupakan profesi yang digolongkan strata tertinggi dalam masyarakat. Dokter menjadi cita-cita dan impian bagi sebagian masyarakat. Tidak sedikit orang tua sangat mendambakan anak-anaknya menjadi dokter, bukan hanya itu kalau anaknya tidak bisa jadi dokter, paling tidak punya anak menantu yang dokter. Pokoknya jadi dokter, pasti kehidupannya sangat menjanjikan, tidak ada dokter yang melarat namun pasti kaya. Tidak heran pendidikan dokter begitu banyak diminati meskipun biayanya sangat mahal, bahkan terkadang orang memaksakan diri untuk masuk ke fakultas Kedokteran untuk meraih gelar itu, meskipun kemampuannya tidak memenuhi untuk jenjang pendidikan itu dan pada akhirnya menjadi *drop out* dari Fakultas.¹¹

Di balik pandangan positif terhadap dokter, beberapa pandangan pejoratif (negatif) pun tidak dapat dipisahkan dari dokter. *Pertama*, terdapat persepsi di kalangan masyarakat bahwa dokter merupakan tenaga kesehatan (medis) elit, kurang ramah,¹² dan sulit disentuh (*untouchable*).¹³ *Kedua*, dokter disebut pula sebagai kelompok yang a-sosial atau kurang memiliki perilaku prososial,¹⁴ karena a) jarang bersosialisasi dengan masyarakat, b) berhubungan dengan pihak lain,

¹¹ Sahil Shiddiq, *Wawancara* (Bandung, 2016), tanggal 08 Juli 2016.

¹² <http://print.kompas.com/baca/gaya-hidup/kehidupan/2015/03/29/KESEHATAN/Mengharapkan-Dokter-yang-Tegas-dan-Ramah?>

¹³ SN, 27 Tahun salah satu tenaga administrasi, (Bandung: *Wawancara*, 12 Juni 2016).

¹⁴ Perilaku prososial merupakan bentuk perilaku sosial yang ditunjukkan dengan tingkat pengorbanan tertentu yang dilakukan berdasarkan inisiatif sendiri tanpa paksaan dari pihak lain. Tujuan perilaku tersebut lebih untuk memberi keuntungan bagi orang lain, baik fisik maupun psikologis, menciptakan perdamaian dan meningkatkan toleransi hidup terhadap sesama. Perilaku tersebut tidak diorientasikan untuk keuntungan yang jelas bagi individu yang melakukannya, hanya perasaan puas, bangga, dan bahagia yang dirasakan oleh individu yang melakukan tindakan tersebut (Baron and Byrne, 2003). Perilaku prososial dapat diidentikkan dengan altruistik, yang dapat meliputi murah hati, persahabatan, kerja sama, menolong, dan penyelamatan (*rescuing*).

seperti tenaga kesehatan lainnya dan pasien sering kali dimaknai sebagai hubungan profesional saja atau bersifat mekanik. Persepsi demikian, misalnya terungkap dalam hasil wawancara di bawah ini:

Dunia kesehatan sering menjadi sorotan dan kritikan dari masyarakat, baik dari institusi pelayanannya termasuk sarana dan prasarana (Rumah sakit, Puskesmas, Klinik dan sebagainya) maupun sumber daya manusianya (dokter, perawat, bidan, dan lain-lain). Sorotan dan kritikan tersebut bermuara pada pelayanan yang diterima oleh masyarakat atau pasien yang merasa tidak puas atas layanan yang diberikan. Bukan hanya itu, terkadang persepsi masyarakat menganggap biaya pengobatan semakin mahal, sehingga terjadi ketidakseimbangan antara biaya yang harus dikeluarkan melebihi dengan kepuasan layanan yang diterima.¹⁵

Dalam studi pendahuluan yang dilakukan melalui kegiatan pra-observasi dan wawancara ditemukan adanya keberagaman perilaku dari dua dokter yang dijadikan informan atau subjek pengamatan. Keberagaman perilaku keduanya diasumsikan bersumber dari pengetahuan dan penghayatan mereka terhadap norma profesional, religius, dan sosial. Untuk menjelaskan hal tersebut, maka peneliti akan mendeskripsikan dua hasil pra-observasi berikut.

Pra-observasi pertama dilakukan terhadap seorang dokter yang berada di Rumah Sakit al-Islam Kota Bandung. Sebutlah namanya adalah Dokter Dafa (nama bukan sebenarnya). Dokter tersebut telah dikenal oleh peneliti sebelumnya, karena pernah berjumpa dan berkomunikasi sebelumnya, sekalipun tidak terlalu akrab. Demikian pula, peneliti telah dikenal oleh dokter tersebut. Hubungan kami bukan hanya hubungan profesional sebagai dokter, tetapi juga sebagai teman. Pada mulanya, ia dikenalkan oleh teman peneliti, yang sama-sama bekerja pada rumah sakit yang sama. Dokter ini pun dikenal sebagai ketua organisasi rumah sakit-rumah sakit Islam dan sering memberikan ceramah tentang keagamaan yang dikaitkan dengan kesehatan. Peneliti pernah beberapa kali mendengar ceramahnya ketika mengikuti kegiatan di Mesjid Salman Institut Teknologi Bandung (ITB).

Ketika peneliti memilih untuk mengambil tema “Religiusitas Para Dokter”, peneliti memutuskan untuk meneliti sang dokter pertama ini sebagai salah satu informan utama. Untuk hal tersebut, peneliti mencoba untuk menjalin komunikasi

¹⁵Sulaeman, dokter 56 tahun, (Bandung: *Wawancara*, 2016).

terlebih dahulu agar ia berkenan untuk menjadi informan utama melalui SMS dan telepon. Beberapa kali, ia dicoba ditelepon, namun beberapa kali pula ia tidak mengangkat telepon tersebut, mungkin karena nomor peneliti tidak *disave*. Beberapa kali pula, ia dikirim SMS dengan memperkenalkan diri peneliti terlebih dahulu, namun hanya sekali saja dibalas, yakni ketika ia berada di Korea.

Akhirnya, peneliti bersama seorang teman berupaya menemuinya di Rumah Sakit tempat ia bekerja. Seperti biasanya, kami mengenalkan diri dan memohon kepada petugas administrasi untuk meminta izin bertemu dengan dokter dimaksud. Bahkan, saya mengenalkan diri sebagai seorang dokter dan telah saling mengenal dengannya dengan harapan sang dokter dapat memperlakukan teman sejawat sebagaimana disebutkan dalam Pasal 14 SK PB IDI Nomor 221/PB/A.4/2002 tentang Kode Etik Kedokteran yang berbunyi “Setiap dokter memperlakukan teman sejawat sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan.”¹⁶ Ketika sang petugas mencoba menghubungkannya, sang dokter pun sempat keluar. Namun, ia menerima kami dengan hanya berdiri di pintu, tanpa mempersilahkan kami untuk masuk, sehingga kami pun bercakap-cakap sambil berdiri di pintu masuk ruangan ia bekerja. Dengan percakapan yang berlangsung tidak lebih dari lima menit saja, ia pun menolak permohonan kami untuk menjadikannya sebagai informan utama penelitian ini.¹⁷ Sikap ini menguatkan salah satu hasil wawancara sebelumnya dengan salah seorang tenaga administrasi di RS tersebut yang berpendapat, “di sini, dokter merupakan kelompok profesional yang sulit tersentuh (*untouchable*).”¹⁸

Sikap berbeda dijumpai oleh peneliti ketika melakukan pra-observasi kedua awal kedua terhadap seorang dokter yang berada di Rumah Sakit Islam Swasta di Yogyakarta. Sebutlah namanya adalah Dokter Esgeer (bukan nama sebenarnya). Sama halnya dengan dokter pertama, dokter kedua ini telah dikenal dan mengenal peneliti. Dokter ini merupakan adik kelas dari peneliti ketika sama-sama kuliah di Universitas Gadjah Mada (UGM) Yogyakarta. Ia baru dikontak oleh peneliti tiga hari menjelang wawancara, dan ia meresponnya secara terbuka dan diberi waktu

¹⁶ SK Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia Nomor 221/PB/A.4/04/2002 tentang Penerapan Kode Etik Kedokteran Indonesia Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia.

¹⁷ Observasi awal pada tanggal 29 Juli 2016 di Rumah Sakit al-Islam Kota Bandung.

¹⁸ SN, 27 Tahun salah satu tenaga administrasi, (Bandung: *Wawancara*, 12 Juni 2016).

untuk menemuinya tiga hari setelah dikontak, tepatnya hari Sabtu tanggal 06 Agustus 2016.

Ketika ditemui pada waktu yang telah disepakati, dokter tersebut menerimanya di ruang kerjanya sesuai dengan waktu yang telah diberikan yakni mulai jam 8.00 hingga jam 09.00. Ia menyapa kami selayaknya kedatangan seorang teman lama. Sesudah menjawab salam, ia pun mempersilahkan kami duduk, serta menyatakan ketidakberatannya untuk direkam proses wawancaranya ketika kami memohon izin hal tersebut. Wawancara pun berlangsung terkait dengan kesediaannya untuk menjadi informan utama dalam penelitian ini. Setelah empat puluh lima menit diskusi, ia pun memperbolehkan kami untuk mengikuti beberapa aktivitasnya, mulai dari operasi di salah satu rumah sakit, ke tempat memberi kuliah, dan ke rumah sakit yang dikelolanya. Berbagai informasi pun disampaikan kepada peneliti sesuai dengan apa yang ditanyakan oleh peneliti.¹⁹

Tabel: Variasi Perilaku Dua Dokter (Pra Observasi)

No	Aspek Perilaku	Dokter 1	Dokter 2
1.	Merespon SMS	Kurang Responsif	Responsif
2.	Merespon Telepon	Tidak merespon atau tidak mengangkat telepon	Merespon dan menjawab telepon
3.	Memberikan Jadwal Pertemuan	Tidak memberikan respon terhadap permohonan pertemuan	Merespon terhadap permohonan pertemuan dan memberikan waktu (janjian)
4.	Menerima Tamu	Diterima di luar pintu ruang kerjanya	Diterima di ruang kerjanya
5.	Menjawab Salam	Menjawab Salam	Menjawab Salam
6.	Mengajak Bicara	Sambil berdiri di luar pintu ruang kerjanya; Dokter 1 berdiri di dalam ruang kerjanya, sedangkan peneliti berdiri di luar pintu.	Duduk berhadapan di depan meja kerjanya dan berdiskusi secara terbuka dan dialogis
7.	waktu pembicara yang diberikan	5 Menit	1 Jam
8.	Respon terhadap Penelitian	Tidak memberikan respon	Merespon dan mengapresiasi penelitian
9.	Kesediaan Menjadi Informan	Tidak bersedia dengan penolakan yang eksplisit	Bersedia menjadi informan

¹⁹ Hasil pra-observasi awal pada tanggal 06 Agustus 2016 di Yogyakarta.

Gambaran di atas menunjukkan dua pola perilaku dua dokter yang diamati pada studi pra-observasi atau studi pendahuluan. Dari keduanya, terdapat keberagaman perilaku dokter, baik dari cara berkomunikasi via telepon atau sms, cara berkomunikasi *face to face*, atau cara menerima dan melayani pihak lain, termasuk peneliti yang berprofesi sesama dokter dan teman. Keberagaman respon dan perilaku tersebut diasumsikan bersumber dari perbedaan cara pemenuhan aspek normatif-etik profesi kedokteran, tetapi dapat pula bersumber dari perbedaan kualitas religiusitas dan spiritualitas masing-masing dokter.

Aspek normatif-etik profesi²⁰ kedokteran merupakan sejumlah kode etik yang harus dipahami dan ditaati oleh setiap dokter dalam menjalani profesinya di lingkungan profesional dan masyarakat. Aturan profesionalisme dokter tersebut tidak hanya menyangkut intelektual, skill, dan kompetensi saja, tetapi juga mengacu pada sejumlah refleksi nilai dan perilaku dalam menjalankan praktik sehari-hari, termasuk interaksi dengan pasien, teman sejawat, keluarga, dan masyarakat luas.

Di Indonesia, aturan etik kedokteran mengacu pada dua pedoman, yakni Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Pedoman Pelaksanaan Kode Etik Kedokteran Indonesia. Kedua pedoman ini dikeluarkan oleh Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia Ikatan Dokter Indonesia (MKEK IDI). Pelaksanaan Kode Etik Kedokteran ini diawasi oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MK DKI). Dalam hubungan kinerja dokter ini, aspek normatif-etik kedokteran diposisikan sebagai acuan normatif yang mengikat dan mengatur perilaku profesional dan sosial dari para dokter. Oleh karena itu, aspek ini diasumsikan sebagai salah satu pemicu (*motif*) dan pengatur (*regulator*) dari perilaku profesional dan sosial dari para dokter di Indonesia. Pada sisi lain, perilaku dokter pun dapat dipicu oleh tingkat pengetahuan, penghayatan, dan implementasi religiusitas dan spiritualitas dari para dokter.

²⁰ Profesi berasal dari kata *profession* yang bermakna “deklarasi secara terbuka” atau sumpah/janji yang khusus. Profesi juga memiliki pengertian suatu kelompok individual yang menyepakati aturan/disiplin tersendiri dalam hal kemampuan khusus dalam masyarakat yang diperoleh melalui jalur pendidikan atau pelatihan. Sementara itu, profesionalisme dimaknai sebagai sifat, kualitas, mutu, dan perilaku positif yang merupakan ciri suatu profesi atau ciri orang yang profesional.

Dalam term keagamaan, religiusitas diekuivalenkan dengan potensi keyakinan atau keimanan yang diperoleh oleh seseorang (atau umat manusia) dari Allah. Kualitas religiusitas berawal dan bertolak dari penghayatan dan pengamalan mendalam dari keyakinan terhadap Allah SWT yang terefleksi dalam perilaku individual, sosial, dan religius seseorang, baik di kala sendiri, menjadi anggota keluarga, anggota komunitas profesional, maupun anggota masyarakat. Dengan tingkat religius tinggi, seseorang akan memosisikan orang lain sebagai sosok multidimensi, yang terdiri dari kesatuan unsur biologis, psikologis, spiritual, dan sosio-kultural. Dalam konteks ini, maka fenomena religiusitas dari seseorang menjadi bagian asasi sebagai *basic human quality* (sifat dasar insani).²¹ Sifat dasar inilah yang akan menjadi ciri pembeda (pembeda) antara manusia dan makhluk Tuhan lainnya, termasuk hewan dan jin.²²

Berdasarkan pada fenomena di atas, penelitian bermaksud untuk menelisik “religiusitas Para Dokter”. Terdapat beberapa alasan yang mendasari peneliti untuk mengangkat tema tersebut. *Pertama*, para dokter sering kali dipersepsi sebagai pribadi elitis dan materialistik. Belum lumrah juga di lingkungan para dokter memperbincangkan agama, religiusitas, dan spiritualitas. Pewacanaan dan pengidentikkan pribadi dengan kesholehan, agamis, atau religius, sering kali diidentikkan dengan ulama, kyai, ustadz, pastur, pendeta, atau rahib. Padahal pada kenyataannya banyak dokter yang agamis, religius, islami, atau sholeh. Oleh karena itu, penelitian ini memiliki signifikannya untuk mengonstruksi dan mempublikasi dokter yang berkepribadian religius.

Kedua, penelitian religiusitas dokter memiliki nilai signifikan, disebabkan posisi signifikan dokter dalam lingkaran tenaga kesehatan, baik secara profesional, sosial, maupun spiritual, terutama ketika berhadapan dengan pasien dan keluarganya. Tingkat kereligiusan mereka akan menentukan kualitas layanan terhadap pasien dan partner, sehingga dapat meminimalisir kesan bahwa dokter itu

²¹ Sifat-sifat dasar insani (*basic human quality*) lainnya adalah kreativitas (*creativity*), kebebasan (*freedom*), tanggung jawab (*responsibility*), kesadaran diri dan pengembangan diri (*self consciousness and self development*), dimensi etika dan estetika (*ethic and aesthetic*), kasih sayang (*love*), pemaknaan nilai dan kebermaknaan hidup (*meaning of life*), serta kemampuan mengubah nasib [Bastaman, “Sebuah Rintisan Psikologi Agama” pengantar buku William James, *Perjumpaan Dengan Tuhan*, (Bandung: Mizan, 2004), h. 29]

²² Bastaman, “Sebuah Rintisan Psikologi Agama”, *Ibid*, h. 29

“tidak ramah”, elitis, “sulit tersentuh (*untouchable*)”.²³ Jika dokternya berkepribadian religius, maka ia akan mampu mengondisikan religiusitas dari para pasien, keluarga pasien, serta tenaga kesehatan di tempat ia bekerja.

Ketiga, dokter juga sering kali menjadi panutan dalam keluarga dan masyarakat, sehingga diperlukan menemukan *life model* dari seorang dokter menjadi temuan signifikan. *Keempat*, hingga proposal ini ditulis, penelitian tentang aspek religiusitas dokter setingkat disertasi belum ditemukan, terlebih yang menghubungkan antara religiusitas, profesionalisme dokter, dan nilai-nilai “lokalitas” yang dianut dan diimplementasikan. Lokalitas di sini dapat di lihat dari sisi keterpengaruhan (*space of influence*) dokter oleh lingkungan kerja masing-masing yang umumnya berhadapan dengan pasien dan teman sejawat Indonesia. Penelitian ini ingin menggambarkan kehidupan religiusitas dokter dalam interaksinya dengan dunia profesi dan sosial-masyarakat.

Untuk membatasi lokusnya, maka penelitian ini akan mengambil dua Rumah Sakit Islam Swasta yang berlokasi Bandung dan Yogyakarta, yakni Rumah Sakit al-Ihsan (Bandung) dan Rumah Sakit Nur Hidayah (Yogyakarta). Pemilihan dua lokasi ini didasarkan pada beberapa pertimbangan. *Pertama*, kedua rumah sakit ini merupakan rumah sakit yang dilabeli Islam, sehingga mewakili rumah sakit yang dikelola umat Islam (*argumentum of populum*). *Kedua*, aktivitas pelayanan kesehatan di kedua rumah sakit ini diklaim mengimplementasikan nilai-nilai keislaman dalam manajemen profesionalnya, sehingga lingkungannya kondusif untuk pembinaan religiusitas Islam bagi para tenaga pelayanan kesehatan dan pasien. *Ketiga*, aspek geografis dan demografis menjadi pertimbangan dua rumah sakit ini diambil, karena lokasi di perkotaan sehingga memudahkan akses dan memiliki tingkat “rawat inap” yang *fullbooking* bahkan melebihi kapasitas.²⁴ *Keempat*, kedua rumah sakit ini merupakan terakreditasi B dan menjadi rujukan bagi rumah sakit-rumah sakit swasta lainnya.

²³ <http://print.kompas.com/baca/2016/05/10/Distribusi-Dokter-Bermasalah>

²⁴ Hasil pra-observasi dengan Tenaga Administrasi pada kedua rumah sakit tersebut.

B. Rumusan Masalah

Pada uraian latar belakang masalah diketahui bahwa ditemukan keberagaman perilaku yang ditunjukkan oleh kedua dokter yang dijadikan informan pra-observasi, baik ketika berkomunikasi *via seluler*, komunikasi *face to face*, maupun ketika melayani pihak lain. Keberagaman perilaku ini diasumsikan bersumber dari perbedaan kualitas religiusitas keduanya. Oleh karena itu, maka penelitian ini memfokuskan diri pada penelitian tentang “Religiusitas Para Dokter”. Terkait dengan persoalan tersebut, maka identifikasi masalah dan rumusan masalah penelitian ini diformulasikan sebagai berikut.

1. Identifikasi Masalah

Dari latar belakang di atas dapat diketahui bahwa terdapat keberagaman kualitas religiusitas para dokter di rumah sakit al-Islam (Bandung) dan Nur Hidayah (Yogyakarta) yang ditunjukkan keberagaman perilaku keseharian dokter dalam aktivitasnya ketika berhubungan dengan pihak lain. Pola perilaku ini merupakan bagian dari aspek praksis dari religiusitas. Diasumsikan aspek praksis keberagaman perilaku tersebut berpangkal dari aspek idealitas (pengetahuan dan keyakinan) religiusitas mereka.

Permasalahan terkait dengan “religiusitas para dokter” tersebut dapat diidentifikasi sebagai berikut:

- a) Apa latar belakang alamiah yang mendorong keragaman perilaku para dokter sehingga setiap dokter memiliki pola perilaku religius individual dan sosial yang beragam, baik aktivitas individual, aktivitas profesional, maupun aktivitas prososial;
- b) Apa usaha yang dilakukan oleh para dokter untuk meningkatkan kualitas pengetahuan dan penghayatan keagamaan, profesional, dan sosial untuk peningkatan mutu layanan kesehatan terhadap masyarakat supaya dapat memenuhi standar pelayanan kesehatan (*etik*) yang ditetapkan maupun untuk meningkatkan tingkat kepuasan masyarakat (*user*);
- c) Bagaimana kualitas praksis religiusitas dari para dokter ketika ia berada di lingkungan profesional?
- d) Bagaimana kualitas praksis religiusitas para dokter ketika ia berada di lingkungan keluarga?

- e) Bagaimana kualitas praksis religiusitas para dokter ketika ia berada di lingkungan masyarakat?
- f) Bagaimana upaya yang dilakukan para dokter untuk memelihara dan meningkatkan tingkat religiusitas mereka ketika berada di lingkungan profesi, keluarga, dan masyarakat, bahkan ketika di lingkungan “sekuler”?
- g) Bagaimana pengaruh religiusitas para dokter terhadap dirinya sendiri, keluarga, kolega, dan masyarakat?

2. Pertanyaan Penelitian

Dari sejumlah masalah yang teridentifikasi di atas, penelitian ini akan memokuskan kajian pada permasalahan “Religiusitas Para dokter” di Rumah Sakit Nur Hidayah (Yogyakarta) dan Rumah Sakit Al-Ihsan Bandung. Dimensi religiusitasnya dipetakan menjadi dua bentuk, yakni dimensi ideal dan dimensi praksis. Kedua bentuk religiusitasnya ini terbentuk dari berbagai faktor dan mempengaruhi berbagai segi kehidupan para dokter, baik pada level individu maupun komunal. Berdasarkan hal tersebut, fokus penelitian tersebut dapat dioperasionalkan menjadi pertanyaan-pertanyaan penelitian sebagai berikut:

- a. Bagaimana latar alamiah yang membentuk keberagaman religiusitas para dokter sebagaimana tercermin dalam perilaku individual, profesional, dan sosialnya?
- b. Bagaimana dimensi *ideal* dari religiusitas yang melatarbelakangi perilaku individual, profesional, dan sosial dari para dokter, baik secara individu, anggota masyarakat maupun sebagai kelompok tenaga kesehatan?
- c. Bagaimana dimensi *praksis* dari religiusitas para dokter, baik secara individu, anggota masyarakat, maupun sebagai kelompok tenaga medis?
- d. Bagaimana efek dari religiusitas dari para dokter yang terhadap para kolega, para pasien, lembaga, dan persepsi masyarakat terhadap profesi dokter?

C. Tujuan Penelitian

Sesuai dengan pertanyaan penelitian di atas, tujuan penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi dan menganalisis latar alamiah yang membentuk keberagaman religiusitas para dokter sebagaimana tercermin dalam perilaku individual, profesional, dan sosialnya;
- b. Mengidentifikasi dan mendeskripsikan dimensi ideal dari religiusitas yang melatarbelakangi perilaku individual, profesional, dan sosial dari para dokter, baik secara individu, anggota masyarakat maupun sebagai kelompok tenaga kesehatan;
- c. Mendeskripsikan dan menganalisis dimensi praksis dari religiusitas para dokter, baik secara individu, anggota masyarakat, maupun sebagai kelompok tenaga medis;
- d. Mengonstruksi efek atau pengaruh dari keberagaman religiusitas dari para dokter yang terhadap para kolega, para pasien, dan persepsi masyarakat terhadap profesi dokter.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan memberikan manfaat penelitian secara teoritis dan praktis sebagai berikut.

1. Manfaat Teoritis

- a. Penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi teoritis dalam pengembangan kualitas religius bagi para dokter (muslim), yang diharapkan menjadi acuan normatif tentang karakteristik religiusitas dokter (muslim) di Indonesia;
- b. Memberikan kontribusi terhadap penelitian lanjutan dalam tema serupa karena langkanya penelitian tentang religiusitas dan kinerja dokter;
- c. Memberikan kontribusi pada pengembangan kajian religius (*religius studies*) di lingkungan lembaga kesehatan, baik tenaga pelayanan kesehatan maupun pasien.

2. Manfaat Praktis

- a. Konstruksi temuan penelitian ini diharapkan bermanfaat untuk mendeskripsikan tingkat religiusitas para tenaga medis yang terjadi (*das sein*) dan apa yang seharusnya (*das sollen*). Diharapkan

rumusannya dapat digunakan oleh pihak-pihak terkait, misalnya Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan pengelola rumah sakit (Islam), untuk merumuskan standar etik dan religiusitas dari para tenaga medis yang ada di Indonesia dan di rumah sakit-rumah sakit Islam;

- b. Dokter adalah salah satu profesi yang berhubungan langsung dengan manusia (pasien) sebagai lawan interaksinya. Diharapkan profesinya bukan hanya didasari oleh kekakuan prosedur profesionalisme atau bahkan bisnis, tetapi mampu berakar pada kesadaran spiritualitasnya. Oleh karena itu, seorang dokter diharapkan mampu mengetahui segala hal yang berkaitan dengan manusia, baik sebagai individu maupun sebagai makhluk sosial, selain juga memahami dan meyakini nilai-nilai spiritualitas. Diharapkan pemahaman ini terintegrasi ke dalam seluruh aktivitasnya, termasuk sejak mengenyam pendidikan kedokteran. Banyak pihak mengharapkan lahirnya dokter-dokter yang tidak saja kompeten dalam keilmuannya, tapi juga memiliki perilaku yang manusiawi, seperti mampu bersikap empati dan memperlakukan pasiennya seperti dirinya ingin diperlakukan. Tentu saja perilaku tersebut tidak akan muncul tanpa adanya pemahaman tentang hakikat sifat yang manusiawi itu dan kualitas spiritualitas yang proporsional.
- c. Secara personal, karena peneliti berprofesi sebagai dokter dan sekaligus pengelola sebuah rumah sakit swasta, maka hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk mengembangkan kualitas religiusitas para tenaga medis yang ada di rumah sakit yang dimiliki peneliti.

E. Definisi Operasional

Terkait dengan tema dan rumusan masalah penelitian, terdapat beberapa kata kunci (*key terms*) yang perlu mendapatkan penjelasan teknis-operasional, yakni sebagai berikut:

1. Religiusitas, yakni aspek ideal mendalam dan praktis keberagamaan individual dan komunitas yang melingkupi aspek pengetahuan,

penghayatan, ritual keagamaan, pengamalan keagamaan, dan pengalaman keagamaan;

2. Dokter merupakan tenaga kesehatan tenaga kesehatan yang diatur dalam Pasal 2 ayat (2) sampai dengan ayat (8) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan terdiri dari dokter dan dokter gigi;
3. Normativitas profesional, yakni perilaku kedisiplinan dan ketaatan terhadap acuan normatif profesional berupa undang-undang, peraturan pemerintah, norma hukum, kode etik, peraturan rumah sakit, dan lainnya;
4. Spiritualitas, yakni tingkat kualitas perilaku yang bersumber dari keyakinan terhadap keberadaan Tuhan SWT dan terefleksi dalam perilaku keseharian, sehingga kualitas perilaku terwujud karena keimanan dan keyakinan terhadap norma keimanan.

F. Penelitian Terdahulu Yang Relevan

Penelitian ini memiliki beberapa *key terms* (kata kunci), yakni religiusitas, Dokter, serta Rumah Sakit Nur Hidayah (Yogyakarta) dan Rumah Sakit al-Ihsan (Bandung). Namun yang *main key terms*nya berpusat pada religiusitas. Dalam penelitian ini, religiusitas mengacu pada pengetahuan, penghayatan, dan perilaku keagamaan yang diwujudkan dalam semua bentuk perilaku baik (*akhlak karimah*) yang dimotivasi atau didasari oleh norma dan keyakinan terhadap nilai-nilai agama yang dianutnya. Wujud perilakunya dapat berupa salat, berdo'a, membaca kitab suci, membantu orang lain, dan perbuatan baik lainnya. Bentuk religiusitas dalam penelitian ini mengacu pada teori Glock dan Stark, yang meliputi kepercayaan terhadap kehidupan setelah kematian, kemampuan menjalankan kewajiban ritual agamanya, penghayatan dan pengamalan nilai-nilai yang diyakininya dalam kehidupan sosial.

Berdasarkan pada beberapa kata kunci utama di atas, maka penelitian sebelumnya yang terkait dengan ketiga kata kunci sudah cukup banyak. Beberapa di antaranya yang merepresentasikan kedua kata kunci tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut.

1. Artikel dari Yasemin El-Menouar bertajuk "The Five Dimensions of Muslim Religiosity: Result of an Empirical Study." Tulisannya dimuat

dalam Jurnal *Methods, Data, Analyses*, Volume 8, nomor 1, tahun 2014, h. 53-78. Penelitian Yasemin ini berupaya melakukan pengukuran tingkat religiusitas 228 Muslim imigran yang tinggal di Jerman. Disebutkan bahwa aspek dimensi religiusitas yang dikonstruksinya diadaptasi dari model Glock dengan sejumlah modifikasi.²⁵

2. Tutik Dwi Haryati, “Kematangan Emosi, Religiusitas, dan Perilaku Prososial Perawat di Rumah Sakit” dalam *Persona: Jurnal Psikologi Indonesia*, Volume 2, Nomor 2, Mei 2013, h. 162-172. Studinya diarahkan untuk menganalisis hubungan antara tingkat kematangan dan religiusitas dari para perawat di Rumah Sakit Bunda Surabaya serta hubungannya dengan perilaku sosial.²⁶
3. Anton Bawono, “Penerapan Aspek Spiritualitas-Religiusitas Pasien dalam Keputusan Berobat di Rumah Sakit Islam” dalam *Inferensi: Jurnal Penelitian Sosial Keagamaan*, Volume 5, Nomor 1, Juni 2011, h. 19-39. Penelitiannya diarahkan pada studi terhadap spiritualitas-religiusitas para pasien ketika mereka memutuskan untuk berobat di Rumah Sakit Kalimasada Yogyakarta.
4. Sabarina Sitepu, *Sikap Ners dan Dokter Spesialis tentang Kolaborasi Perawat-Dokter dan Kepuasan Kerja Dokter Spesialis di RSUP H. Adam Malik Medan*, Tesis di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara Medan, Tahun 2013. Penelitian ini mendeskripsikan kolaborasi kinerja antara perawat dan dokter spesialis dalam penanganan pasien di RSUP H. Adam Malik Medan.
5. Emma Aprilia, *Motivasi Dokter dalam Penulisan Resep di Rumah Sakit Risa Sentra Medika*, Tesis di Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit, Universitas Indonesia Depok, 2012. Tesis ini mendeskripsikan berbagai variasi motif dokter dalam menulis resep dokter bagi para pasien yang ditanganinya.

²⁵ Yasemin, “The Five Dimensions...”, h. 53-78.

²⁶ Tutik Dwi Haryati, “Kematangan Emosi, Religiusitas, dan Perilaku Prososial Perawat di Rumah Sakit” dalam *Persona: Jurnal Psikologi Indonesia*, Volume 2, Nomor 2, Mei 2013, h. 162-172.

6. Sagiran, *Palliative Care di Rumah Sakit Islam dengan konsep Husnul Khatimah (Hu Care) pada Pasien Gagal Ginjal*, Disertasi, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, 2012. Disertasi ini mendeskripsikan pola pengobatan dan terapis psikologis bagi para pasien gagal ginjal dengan cara keseimbangan pembinaan spiritual (*husnul khatimah care* atau *hu care*) di samping terapis medis.
7. Meris Wiryadi, *Pengaruh Kinerja dan Imbalan terhadap Kepuasan Kerja Pegawai Pada Rumah Sakit Islam Jakarta Timur*, Disertasi di Universitas Indonesia, Depok, 2005. Disertasi ini menjelaskan tentang hubungan korelatif antara pemberian *reward* (imbalan) terhadap kinerja pegawai rumah sakit Islam di Jakarta Timur.

Tabel 1: Persamaan dan Perbedaan dengan Penelitian Sebelumnya

No	Judul Penelitian Sebelumnya	Kesamaan	Perbedaan
1.	Tutik Dwi Haryati, “Kematangan Emosi, Religiusitas, dan Perilaku Prososial Perawat di Rumah Sakit” dalam <i>Persona: Jurnal Psikologi Indonesia</i> , Volume 2, Nomor 2, Mei 2013, h. 162-172.	Sama-sama menyetudi religiusitas dari tenaga kesehatan	Penelitian Tutik Dwi Haryati bersubjekkan perawat, sedangkan penelitian ini menyetudi religiusitas dokter
2.	Yasemin El-Menouar, “The Five Dimensions of Muslim Religiosity: Result of an Empirical Study” dalam <i>Methods, Data, Analyses</i> , Volume 8 (1), tahun 2014, h. 53-78.	Sama-sama menyetudi religiusitas	Konteks wilayah dan bidang yang berbeda
3.	Anton Bawono, “Penerapan Aspek Spiritualitas-Religiusitas dalam Keputusan Berobat di Rumah Sakit Islam” dalam <i>Inferensi: Jurnal Penelitian Sosial Keagamaan</i> , Volume 5, Nomor 1, Juni 2011, h. 19-39.	Sama-sama menyetudi spiritualitas-religiusitas di Rumah Sakit	Penelitian Anton Bawono bersubjekkan pasien, sedangkan penelitian ini menyetudi religiusitas dokter
4.	Sabarina Sitepu, <i>Sikap Ners dan Dokter Spesialis tentang Kolaborasi Perawat-Dokter dan Kepuasan Kerja Dokter Spesialis di RSUP H. Adam Malik Medan</i> , Tesis di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara Medan, Tahun 2013.	Sama-sama menyetudi tenaga kesehatan, yakni dokter dan perawat	Penelitian Sabarina Sitepu menyetudi hubungan kinerja perawat-dokter dengan kepuasan kerja, sedangkan penelitian ini menyetudi religiusitas dokter
5.	Emma Aprilia, <i>Motivasi Dokter dalam Penulisan Resep di Rumah Sakit Risa Sentra Medika</i> , Tesis di Fakultas Kesehatan Masyarakat	Sama-sama menyetudi dokter	Penelitian Emma Aprilia menyetudi motivasi dokter, sedangkan penelitian

No	Judul Penelitian Sebelumnya	Kesamaan	Perbedaan
	Program Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit, Universitas Indonesia Depok, 2012.		ini menyetudi aspek religiusitas dokter
6.	Sagiran, <i>Palliative Care di Rumah Sakit Islam dengan konsep Husnul Khatimah (hu Care) pada Pasien Gagal Ginjal</i> , Disertasi, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, 2012.	Sama-sama menyetudi tindakan dan pola perilaku religius	Penelitian Sagiran menyetudi pasien, sedangkan penelitian ini menyetudi religiusitas dokter
7.	Meris Wiryadi, <i>Pengaruh Kinerja dan Imbalan terhadap Kepuasan Kerja Pegawai Pada Rumah Sakit Islam Jakarta Timur</i> , Disertasi di Universitas Indonesia, Depok, 2005.	Sama-sama menyetudi Rumah Sakit	Penelitian Meris Wiryadi tenaga rumah sakit, sedangkan penelitian ini menyetudi religiusitas dokter

Berdasarkan pada hasil analisis penelitian sebelumnya, maka penelitian ini memiliki ciri pemerlain dan kebaruan sendiri (*novelty*). Dari segi waktu, penelitian ini merupakan penelitian sinkronik yang mengambil waktu tahun 2016-2017. Penelitian ini juga memotret “kebangkitan” (resurgensi) spiritualitas pada dekade awal abad ke-22, yang juga disebut sebagai era-posmodernisme atau *new age*, yakni ketika semangat spiritualisme sedang menguat kembali. Dari segi lokusnya, penelitian ini mencakup dua rumah sakit yang berafiliasi pada agama tertentu (Islam) yang berada di dua kota besar, yakni Bandung dan Yogyakarta, sehingga dapat dikatakan bahwa religiusitas dokter yang ditelitinya merepresentasikan fenomena masyarakat kota (*urban society*). Sedangkan dari segi level kajian, penelitian ini merupakan penelitian setingkat disertasi, sehingga penelitian ini memiliki *grade* yang lebih dibanding dengan skripsi dan tesis.

G. Kerangka Penelitian

Sebagaimana manusia lainnya, dokter, sebagaimana disebutkan oleh Hanna Djumhana Bastaman, memiliki berbagai dimensi sebagai satu kesatuan utuh yang terdiri dari dimensi biologis, psikologis, sosiologis, kultural, dan spiritual. Pada sisi ini, dimensi spiritualitas-religiusitas merupakan bagian dari *basic human quality*²⁷ (sifat dasar manusia) yang membedakan manusia dari makhluk Tuhan lainnya,

²⁷ Bastaman, Hanna Djumhana “Sebuah Rintisan Psikologi Agama” Pengantar buku William James, *Perjumpaan Dengan Tuhan*, (Bandung: Mizan, 2004), h. 29]

termasuk hewan.²⁸ Setiap perilaku manusia, termasuk para dokter, tidak lepas dari aspek idea dan aspek praksis. Aspek idea merupakan gabungan dari aspek “apa yang diketahui” (*knowledge*) dan “apa yang diyakini” (*believe*). Sedangkan aspek praksis terdiri dari “apa yang dialami (*experience*), “apa yang diamalkan” (*act out*), dan “aspek ritual” (*rites*).

Berdasarkan keragaman aspek kebersamaan, Glock dan Stark memerinci aspek-aspek keberagaman (religiusitas) tersebut sebagai berikut:²⁹

- a. Dimensi pengetahuan agama (*intellectual dimention*). Dimensi ini terkait dengan tingkat kuantitas dan kualitas individu dalam mengetahui (*knowing*) dan memahami (*understanding* atau *comprehending*) ajaran-ajaran agamanya (*religious teaching*), terutama yang bersumber dari kitab suci dan sumber otoritatif lainnya.
- b. Dimensi keyakinan (*ideological dimention*). Dimensi ini berisi idea dan keyakinan terhadap nilai, norma, atau ajaran. Tidak semua yang diketahui diyakini kebenarannya, terlebih dalam persoalan yang memiliki banyak pendapat di dalamnya. Seorang yang religius akan berpegang teguh pada pandangan (*madzhab*) tertentu, mengakui kebenaran doktrin-doktrin tersebut, serta menguatkannya dengan berbagai dalil (*nash*). Dimensi keyakinan ini ekuivalen dengan sebutan *ideologi*, yang merupakan hasil penghayatan (*interiorisasi*) atau internalisasi nilai yang diyakininya.
- c. Dimensi praktik agama (*ritualistic dimention*). Dimensi ini mencakup perilaku ibadah (*rites*), ketaatan, penghayatan, dan hal-hal yang dilakukan orang untuk menunjukkan komitmen terhadap aturan-aturan yang ada dalam agama yang dianutnya, seperti shalat, zakat, shaum, dan haji. Orang yang secara rutin melakukan ibadah dalam tata cara (*kaifiyah*), waktu, dan tempat yang sudah ditentukan akan dipandang sebagai orang yang memiliki tingkat religiusitas dan spiritualitas tinggi.
- d. Dimensi pengalaman (*experiential dimention*). Dimensi ini berkaitan dengan pengalaman-pengalaman (*experiences*), perasaan-perasaan

²⁸ Bastaman, “Sebuah Rintisan Psikologi Agama”, *Ibid*, h. 29

²⁹ Dikutip dari Barbara Holdcroft, “Religiosity” dalam *Catholic Education* edisi September 2006, h. 89.

(*feeling*), persepsi-persepsi (*perception*), dan sensasi-sensasi (*sense*) yang dialami seseorang atau dialami oleh suatu kelompok keagamaan (atau suatu masyarakat). Misalnya perasaan dekat dengan Allah, merasa dilindungi, merasa mendapatkan kasih sayang Allah, dan merasa do'anya dikabulkan.

- e. Dimensi pengamalan atau Konsekuensi (*consequential dimention*). Dimensi ini berkaitan kuantitas dan kualitas pengaruh keyakinan keagamaan memola dan memotivasi perilaku sosio-religius setiap di dalam kehidupan sosial. Misalnya, apabila seseorang senantiasa dekat dan menolong para tetangganya atau temannya, apakah dia baik dengan tetangga atau temannya tersebut dimotivasi keyakinan keagamaannya atau karena dorongan kebutuhan sosial (*social need*) semata.

Kelima aspek demikian terjadi pada individu-individu para tenaga pelayanan kesehatan, termasuk para dokter. Setiap perilaku dokter tersebut, baik sebagai individu, anggota keluarga, komunitas, maupun anggota masyarakat tidak dapat dilepaskan dari kelima unsur di atas. Kuantitas dan kualitas dari kelima aspek di atas akan menentukan kualitas perilaku seseorang dalam berbagai perannya, baik sebagai individu, tenaga medis profesional, anggota keluarga, dan anggota masyarakat.

Kelima aspek religiusitas ini dapat digunakan dalam penelitian ini disebabkan beberapa faktor. *Pertama*, kelima dimensi tersebut cukup relevan dan mewakili seluruh aspek spiritualitas keagamaan pada setiap orang dan kelompok. *Kedua*, kelima aspek tersebut dapat diterapkan dalam sistem agama Islam sebagai satu kesatuan yang sinergis dan resiprokal dalam memahami religiusitas atau keagamaan. Dalam Islam, kelimanya dapat diekuivalenkan dengan unsur *aqîdah* (keyakinan; *religijs belief*), Islam (praktek keagamaan; *religijs practice*), ihsan (pengalaman; *religijs feeling*), ilmu (pengetahuan; *religijs knowledge*), dan amal (pengamalan; *religijs effect*). *Ketiga*, kelima aspek tersebut dapat dikonstruksikan untuk menyoroti lebih jauh kondisi keagamaan dokter (muslim).

Dokter yang menunjukkan perilaku sesuai dengan norma dan nilai yang berlaku, maka ia dikatakan memiliki *moralitas* dan *religijsitas*. Sedangkan dokter yang menunjukkan perilaku bertentangan dengan norma dan nilai yang berlaku,

maka ia dikatakan melakukan tindakan *amoral*, *pelanggar kode etik*, dan atau *kurang beragama*. Dalam hal ini, sebagai individu, seorang dokter memerlukan suatu pengontrol diri dalam berpikir, bersikap, dan bertindak, yakni hukum, kode etik, dan atau agama (religiusitas). Religiusitas dapat ini mempengaruhi setiap aspek kehidupan individu, baik psikis maupun fisik.

Berdasarkan pada proposisi-proposisi di atas, maka kerangka penelitian ini dalam diskemakan sebagai berikut:

Gambar 1: Kerangka Penelitian

