



TAKDIR ILAHI DAN IKHTIAR PENGOBATAN: KEBEBASAN MANUSIA, TAWAKAL, DAN TANGGUNG JAWAB MORAL DALAM BIOETIKA ISLAM

DIVINE DECREE AND MEDICAL ENDEAVOR: HUMAN FREEDOM, TAWAKKUL, AND MORAL RESPONSIBILITY IN ISLAMIC BIOETHICS

Andik Isdianto^{1*}, Novariza Fitrianti², Abdul Hamid Arif³, Yugi Hari Chandra Purnama⁴, Wahyudi Widada⁵

^{1*}Universitas Brawijaya, Email : andik.isdianto@ub.ac.id

²Rehab Hati Malang Kota, Email : novarizza.sda@gmail.com

³Ikatan Praktisi Thibb Nabawi Indonesia, Email : mugibarokah@gmail.com

⁴Universitas dr. Soebandi Jember, Email : yugi.hep@uds.ac.id

⁵Universitas Muhammadiyah Jember, Email : wahyudiwidada@unmuhjember.ac.id

*email koresponden: andik.isdianto@ub.ac.id

DOI: <https://doi.org/10.62567/ijis.v2i2.3060>

Abstract

The relationship between divine decree, human freedom, and medical treatment remains a fundamental issue in Islamic thought and Islamic bioethics. This study examines why humans remain morally responsible for seeking medical treatment when illness, recovery, life, and death occur within Allah's knowledge and decree. A qualitative library research design was employed using philosophical-theological and conceptual-comparative approaches. The Qur'an, Hadith, Islamic theological thought, and contemporary literature on Islamic bioethics, tawakkul, religious health fatalism, and Muslim health-seeking behavior were analyzed through conceptual synthesis. The study shows that divine decree does not negate human agency. Medical endeavor (ikhtiar) represents the responsible use of available causal means within divine order, while tawakkul complements rather than replaces human effort. The study proposes a Three-Domain Model of Human Agency in Medical Treatment, consisting of conditions experienced, responses and actions, and outcomes received. Moral responsibility is concentrated primarily in the domain of response and action, including the capacity to obtain information, consider alternatives, make decisions, and undertake reasonable treatment, whereas therapeutic outcomes remain only partially under human control. Therefore, treatment failure should not automatically be interpreted as moral failure or weak tawakkul. This framework integrates divine decree, human agency, medical causality, and moral responsibility and



provides a theological foundation for responsible health-seeking behavior, with conceptual relevance to Sustainable Development Goal 3 on health and well-being.

Keywords : *Human Agency, Health-Seeking Behavior, Maqasid al-Shariah, Patient Autonomy, Religious Health Fatalism.*

Abstrak

Hubungan antara takdir ilahi, kebebasan manusia, dan pengobatan merupakan persoalan penting dalam pemikiran Islam dan bioetika Islam. Penelitian ini mengkaji mengapa manusia tetap memiliki tanggung jawab moral untuk melakukan pengobatan ketika sakit, sembuh, hidup, dan mati berada dalam pengetahuan dan ketetapan Allah. Penelitian menggunakan studi pustaka kualitatif dengan pendekatan filosofis-teologis dan komparatif-konseptual. Al-Qur'an, hadis, pemikiran teologi Islam, serta literatur kontemporer mengenai bioetika Islam, tawakal, fatalisme kesehatan religius, dan perilaku pencarian kesehatan Muslim dianalisis melalui sintesis konseptual. Hasil kajian menunjukkan bahwa takdir ilahi tidak meniadakan agensi manusia. Ikhtiar pengobatan merupakan penggunaan sebab-sebab yang tersedia secara sadar dan bertanggung jawab di dalam tatanan ilahi, sedangkan tawakal melengkapi, bukan menggantikan, ikhtiar. Penelitian ini mengusulkan Model Tiga Ranah Agensi Manusia dalam Pengobatan, yang terdiri atas kondisi yang dialami, respons dan tindakan, serta hasil yang diterima. Tanggung jawab moral terutama berada pada ranah respons dan tindakan, meliputi kemampuan memperoleh informasi, mempertimbangkan alternatif, menentukan pilihan, dan menjalankan pengobatan secara wajar, sedangkan hasil terapi hanya sebagian berada dalam kontrol manusia. Karena itu, kegagalan terapi tidak dapat secara otomatis dipandang sebagai kegagalan moral atau lemahnya tawakal. Kerangka ini mengintegrasikan takdir, agensi manusia, sebab medis, dan tanggung jawab moral serta memberikan dasar teologis bagi perilaku pencarian kesehatan yang bertanggung jawab, dengan relevansi konseptual terhadap *Sustainable Development Goal 3*.

Kata Kunci : Agensi Manusia, Fatalisme Kesehatan Religius, Maqasid al-Shari'ah, Otonomi Pasien, Perilaku Pencarian Kesehatan.

1. PENDAHULUAN

Penyakit merupakan pengalaman manusia yang mempertemukan keterbatasan biologis, kemampuan rasional, keyakinan keagamaan, dan ketidakpastian mengenai hasil. Dalam perspektif Islam, sakit dan sembuh berada dalam pengetahuan dan kehendak Allah. Al-Qur'an melalui perkataan Nabi Ibrahim menegaskan, "dan apabila aku sakit, Dialah yang menyembuhkan aku" (QS. al-Syu'ara [26]: 80). Namun, pengakuan bahwa Allah merupakan sumber akhir kesembuhan tidak dengan sendirinya meniadakan penggunaan sebab dan usaha manusia. Tradisi pengobatan berdasarkan hadis menunjukkan adanya tindakan penyembuhan sebagai bagian dari respons terhadap penyakit, sedangkan terapi berbasis Al-Qur'an juga berkembang dalam diskursus pengobatan komplementer yang membutuhkan integrasi secara tepat dengan pelayanan kesehatan kontemporer (Isdianto et al., 2025a; Al Indunissy et al., 2025). Persoalan menjadi lebih kompleks ketika tindakan berobat ditempatkan dalam hubungan antara takdir ilahi dan kebebasan manusia: jika penyakit, kesembuhan, hidup, dan mati telah tercakup dalam pengetahuan Allah, dalam pengertian apa manusia masih memiliki ruang untuk memilih, bertindak, dan bertanggung jawab terhadap keputusan pengobatannya?

Pertanyaan tersebut bersentuhan dengan persoalan klasik mengenai hubungan antara kehendak Allah dan perbuatan manusia. Mu'tazilah, Asy'ariyah, dan Maturidiyah memberikan tekanan berbeda terhadap kebebasan manusia, kekuasaan Allah, keadilan ilahi, dan pertanggungjawaban moral (Izzah et al., 2025). Perbedaan itu menunjukkan bahwa pengakuan terhadap takdir tidak secara otomatis menghapus seluruh kapasitas manusia untuk memilih dan bertindak. Dalam konteks kesehatan, cara memahami hubungan ini mempunyai konsekuensi praktis. Keyakinan bahwa kesembuhan berada dalam kekuasaan Allah dapat menjadi sumber ketenangan spiritual, tetapi interpretasi yang terlalu



deterministik berpotensi menggeser tawakal menjadi fatalisme. Nageeb et al. (2018) menunjukkan bahwa *religious health fatalism* relevan untuk memahami bagaimana keyakinan mengenai kontrol ilahi dapat memengaruhi persepsi terhadap kesehatan. Pada saat yang sama, kajian *healthcare-seeking behaviour* memperlihatkan bahwa keputusan kesehatan Muslim tidak hanya dibentuk oleh agama, tetapi juga oleh pengetahuan, pengalaman sakit, faktor sosial-budaya, kepercayaan terhadap tenaga kesehatan, dan akses terhadap pelayanan (Kohno et al., 2022). Karena itu, persoalan utama bukan sekadar apakah seseorang meyakini takdir, tetapi bagaimana takdir, ikhtiar, dan tawakal ditafsirkan ketika keputusan kesehatan harus diambil.

Literatur mengenai pengobatan Islam telah menunjukkan bahwa spiritualitas dan tindakan penyembuhan dapat berjalan beriringan. Isdianto et al. (2025a) membahas praktik pengobatan berdasarkan hadis dalam konteks kesehatan modern, Al Indunissy et al. (2025) menelaah terapi Al-Qur'an sebagai pendekatan komplementer, sedangkan Isdianto et al. (2026) mengkaji *ruqyah syar'iyah* dalam kaitannya dengan kesehatan fisik, mental, dan *spiritual coping*. Kajian mengenai tawakal juga menunjukkan bahwa kepercayaan kepada Allah tidak harus identik dengan kepasifan. Isdianto et al. (2025b) menempatkan tawakal dalam diskursus kesehatan mental dan pengelolaan stres, sementara Wicaksono et al. (2024) menunjukkan dalam konteks perawatan paliatif Muslim Jawa bahwa ikhtiar dapat tetap diwujudkan melalui usaha mengurangi penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup meskipun hasil akhir tidak sepenuhnya dapat dikendalikan. Kajian-kajian tersebut penting karena memperlihatkan bahwa penggunaan tindakan kesehatan tidak harus dipertentangkan dengan keyakinan religius, tetapi belum secara khusus menjelaskan bagaimana agensi manusia dalam keputusan pengobatan dapat dipertahankan secara konseptual ketika penyakit dan kesembuhan berada dalam takdir Allah.

Perspektif bioetika Islam memperkuat urgensi persoalan tersebut. Keputusan untuk mencari atau menjalani pengobatan tidak hanya merupakan persoalan teknis kedokteran, tetapi juga melibatkan manfaat, risiko, prognosis, niat, kemaslahatan, dan konsekuensi moral. Qureshi dan Padela (2016) menunjukkan bahwa pertanyaan mengenai kapan seseorang perlu mencari pelayanan kesehatan membutuhkan dialog antara penalaran klinis dan hukum Islam. Ibrahim et al. (2019) menempatkan niat, metode, dan hasil sebagai unsur penting dalam analisis bioetika berbasis *maqasid al-shari'ah*, sedangkan Dabbagh et al. (2023) menunjukkan bahwa bioetika Muslim kontemporer berkembang melalui interaksi antara teks, konteks, dan penalaran moral. Meskipun demikian, masih terdapat kesenjangan konseptual dalam menghubungkan takdir ilahi, kebebasan memilih pengobatan, dan tanggung jawab moral sebagai satu rangkaian argumentasi. Kajian teologi cenderung membahas kebebasan manusia pada tingkat abstrak, kajian pengobatan Islam lebih banyak berfokus pada sumber dan praktik penyembuhan, sedangkan kajian bioetika menekankan penilaian keputusan klinis. Belum cukup dijelaskan bagaimana tindakan berobat dapat digunakan sebagai kasus konkret untuk menjawab pertanyaan: jika penyakit dan kesembuhan berada dalam pengetahuan dan takdir Allah, dalam pengertian apa manusia tetap memiliki agensi dan tanggung jawab moral untuk melakukan pengobatan?

Penelitian ini menawarkan kebaruan dengan memosisikan keputusan pengobatan sebagai kasus analitis untuk menjelaskan bagaimana agensi manusia bekerja di dalam, bukan di luar, takdir ilahi. Kerangka yang dikembangkan membedakan tiga ranah pengalaman manusia: kondisi yang tidak sepenuhnya dipilih, respons dan tindakan yang membuka ruang bagi ikhtiar, serta hasil yang tidak sepenuhnya dapat dikontrol. Perbedaan tersebut memungkinkan tanggung jawab moral ditempatkan terutama pada niat, pertimbangan, pilihan, dan usaha yang berada dalam kapasitas manusia, bukan pada hasil akhir semata. Dengan kerangka ini, pengobatan dapat dipahami sebagai penggunaan sebab yang tersedia dalam tatanan ilahi, sementara tawakal diposisikan sebagai kesadaran terhadap keterbatasan manusia dalam menentukan hasil. Model tersebut juga menghindari dua ekstrem, yaitu fatalisme yang meniadakan arti tindakan dan pandangan bahwa manusia atau teknologi medis dapat menguasai hasil secara absolut.

Berdasarkan kerangka tersebut, penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan antara takdir ilahi dan kebebasan manusia melalui konteks keputusan pengobatan serta merumuskan hubungan konseptual antara ikhtiar, tawakal, penggunaan sebab medis, hasil pengobatan, dan tanggung jawab moral.



Penelitian ini mengajukan proposisi bahwa pengobatan merupakan aktualisasi ikhtiar manusia di dalam takdir ilahi; karena itu, tanggung jawab moral terutama melekat pada niat, pertimbangan, pilihan, dan usaha yang berada dalam kapasitas manusia, sedangkan hasil akhir tidak sepenuhnya berada dalam kontrol manusia. Secara kontemporer, kerangka tersebut juga memiliki relevansi konseptual terhadap *Sustainable Development Goal 3*, khususnya Target 3.8 mengenai *Universal Health Coverage*, karena memberikan dasar normatif bagi perilaku mencari pelayanan kesehatan tanpa mempertanyakannya dengan keyakinan terhadap takdir Allah.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif berbasis kepastakaan (*library research*) dengan desain analisis konseptual. Pendekatan ini digunakan untuk menganalisis dan merekonstruksi hubungan antara takdir ilahi, kebebasan manusia, ikhtiar pengobatan, tawakal, dan tanggung jawab moral, bukan untuk menguji efektivitas terapi atau mengukur perilaku pasien secara empiris. Studi literatur dapat digunakan sebagai metodologi ketika penelusuran, pemilihan, analisis, dan sintesis sumber dilakukan secara terstruktur untuk menghasilkan pemahaman atau kerangka konseptual baru (Snyder, 2019), sedangkan penelitian konseptual menuntut kejelasan fungsi teori dan konsep dalam membangun kontribusi analitis (Jaakkola, 2020).

Sumber penelitian terdiri atas tiga kelompok: (1) sumber normatif primer berupa Al-Qur'an dan hadis yang berkaitan dengan penyakit, kesembuhan, ikhtiar, penggunaan sebab, kemampuan manusia, dan tawakal; (2) literatur teologi mengenai kehendak Allah, takdir, kebebasan manusia, *kasb*, keadilan ilahi, dan pertanggungjawaban moral, terutama dalam diskursus Mu'tazilah, Asy'ariyah, dan Maturidiyah; serta (3) literatur akademik mengenai bioetika Islam, *health-seeking behaviour*, *religious health fatalism*, tawakal, keputusan pasien Muslim, dan *maqasid al-shari'ah*. Literatur dipilih secara purposif berdasarkan relevansinya terhadap sekurang-kurangnya salah satu konsep utama penelitian. Literatur kesehatan diprioritaskan apabila membahas pengambilan keputusan medis, perilaku mencari pelayanan kesehatan, atau hubungan keyakinan Islam dengan keputusan pengobatan, sedangkan sumber yang hanya membahas aspek teknis klinis tanpa hubungan dengan persoalan etika, teologi, atau agensi manusia tidak dijadikan rujukan utama. Pemilihan tersebut mengikuti prinsip analisis dokumen kualitatif yang menekankan relevansi dokumen terhadap pertanyaan penelitian (Bowen, 2009). Literatur kontemporer terutama diprioritaskan pada periode 2016–2026, sementara karya yang lebih lama digunakan apabila bersifat fondasional.

Analisis dilakukan melalui empat tahap: identifikasi konseptual, untuk mengenali makna dan hubungan antara takdir, ikhtiar, tawakal, sebab medis, agensi, dan tanggung jawab moral; analisis komparatif, untuk membandingkan cara berbagai perspektif teologi Islam menjelaskan kehendak Allah dan kemampuan manusia; analisis kontekstual, untuk mempertemukan proposisi teologis dengan literatur bioetika dan perilaku kesehatan Muslim; serta sintesis konseptual, untuk merumuskan hubungan antara kondisi yang tidak sepenuhnya dipilih, wilayah respons dan tindakan, serta hasil pengobatan yang tidak sepenuhnya dapat dikontrol. Tahap sintesis mengikuti prinsip *conceptual framework analysis* yang menghubungkan konsep-konsep secara sistematis menjadi suatu kerangka analitis (Jabareen, 2009). Penelitian ini merupakan kajian konseptual, bukan *systematic review*, penelitian klinis, atau formulasi fatwa; karena itu, hasilnya diarahkan pada argumentasi filosofis-teologis dan pembentukan model konseptual, bukan generalisasi empiris terhadap perilaku pasien.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Takdir Ilahi dan Ruang Agensi Manusia

Persoalan mengenai takdir ilahi dan kebebasan manusia berangkat dari dua prinsip yang sama-sama penting dalam pemikiran Islam. Di satu sisi, Allah dipahami memiliki pengetahuan, kehendak, dan kekuasaan yang meliputi seluruh realitas; di sisi lain, manusia diperlakukan sebagai subjek yang memilih, bertindak, menerima perintah dan larangan, serta mempertanggungjawabkan tindakannya. Karena itu, persoalan *free will* tidak cukup dirumuskan sebagai pilihan antara determinisme absolut dan



kebebasan manusia yang sepenuhnya independen dari Allah (De Cillis, 2014; Sayilgan, 2023). Al-Qur'an sendiri menempatkan kedua dimensi tersebut secara berdampingan. QS. al-Najm [53]: 39 menghubungkan apa yang diperoleh manusia dengan usahanya, QS. al-Ra'd [13]: 11 mengaitkan perubahan keadaan dengan tindakan manusia, sedangkan QS. al-Insan [76]: 30 menegaskan bahwa kehendak manusia tetap berada dalam cakupan kehendak Allah. Ketegangan antara kemahakuasaan ilahi dan tanggung jawab manusia inilah yang kemudian menjadi salah satu sumber perdebatan mengenai qadar dalam teologi Islam (Watt, 1948).

Perbedaan teologis terutama terletak pada cara menjelaskan hubungan tersebut. Mu'tazilah memberi tekanan kuat pada kemampuan manusia untuk memilih sebagai dasar keadilan dan pertanggungjawaban moral. Asy'ariyah lebih menekankan kemutlakan penciptaan dan kehendak Allah, tetapi tetap mempertahankan pertanggungjawaban manusia melalui konsep kasb, sedangkan Maturidiyah memberi ruang yang relatif lebih nyata bagi kapasitas memilih manusia di dalam kehendak ilahi (Izzah et al., 2025; Sayilgan, 2023). Pemikiran al-Ghazali juga memperlihatkan bahwa pengakuan kuat terhadap providensi dan predestinasi tidak harus direduksi menjadi fatalisme. Levering (2011) dan De Cillis (2014) menunjukkan adanya upaya untuk mempertahankan keterlibatan kehendak dan tindakan manusia tanpa mengeluarkannya dari cakupan kehendak Allah.

Dari perspektif tersebut, pengetahuan ilahi tidak identik secara konseptual dengan paksaan terhadap tindakan manusia. Jika manusia dipahami sepenuhnya terpaksa, maka pertanggungjawaban atas perintah, larangan, pahala, dan dosa kehilangan dasar moralnya. Sebaliknya, kebebasan absolut yang terlepas dari kehendak Allah juga tidak sesuai dengan kerangka teologis yang menempatkan seluruh realitas dalam kekuasaan ilahi. Penelitian ini karena itu menggunakan istilah *agensi terbatas* (*bounded human agency*) sebagai formulasi analitis: manusia tidak menentukan seluruh keadaan yang dialaminya dan tidak menguasai seluruh konsekuensi tindakannya, tetapi tetap mempunyai kapasitas relatif untuk berniat, mempertimbangkan alternatif, memilih, dan bertindak. Istilah tersebut digunakan sebagai kerangka analitis penelitian, bukan sebagai nama mazhab teologi tertentu.

Dalam konteks penyakit, agensi terbatas tersebut menjadi lebih konkret. Manusia tidak selalu memilih munculnya penyakit, predisposisi biologis, kecelakaan, atau kondisi awal kesehatannya. Namun, keterbatasan terhadap kondisi yang dialami tidak berarti bahwa respons berikutnya kehilangan makna sebagai tindakan manusia. Setelah mengalami sakit, seseorang masih dapat mencari informasi, berkonsultasi dengan tenaga kesehatan, mempertimbangkan alternatif, menerima atau menolak suatu terapi, serta menjalankan tindakan pengobatan. Tradisi pengobatan berdasarkan hadis juga menunjukkan pada tataran praksis bahwa pengakuan terhadap Allah sebagai sumber kesembuhan dapat berjalan bersama tindakan manusia untuk mencari penyembuhan (Isdianto et al., 2025a). Dengan demikian, ruang antara kondisi yang diterima dan hasil yang belum diketahui merupakan wilayah utama berlangsungnya agensi manusia dalam pengobatan.

Berdasarkan sintesis tersebut, takdir ilahi tidak perlu dipahami sebagai penghapusan pilihan manusia, melainkan sebagai horizon tempat pilihan dan tindakan manusia berlangsung. Manusia tidak bertanggung jawab karena mampu menjamin kesembuhan, tetapi karena mempunyai kapasitas untuk merespons penyakit melalui niat, pertimbangan, pilihan, dan usaha yang berada dalam ruang agensinya. Sebaliknya, keberhasilan atau kegagalan terapi tidak sepenuhnya berada dalam kontrol manusia. Perbedaan inilah yang menjadi dasar bagi pembahasan selanjutnya mengenai pengobatan sebagai aktualisasi ikhtiar di dalam takdir ilahi.

2. Pengobatan sebagai Aktualisasi Ikhtiar di Dalam Takdir

Jika manusia memiliki ruang agensi dalam merespons kondisi yang tidak sepenuhnya dipilihnya, maka pengobatan merupakan salah satu bentuk konkret aktualisasi agensi tersebut. Dalam perspektif Islam, pengakuan bahwa Allah merupakan sumber kesembuhan tidak meniadakan penggunaan sebab-sebab pengobatan. QS. al-Syu'ara [26]: 80 menegaskan bahwa Allah-lah yang menyembuhkan, sementara hadis Nabi mendorong manusia untuk berobat. Dalam riwayat Usamah bin Syarik, Nabi menganjurkan pengobatan karena Allah tidak menciptakan penyakit tanpa menyediakan obatnya, kecuali usia tua (Sunan Abi Dawud No. 3855; Jami' al-Tirmidhi No. 2038). Dengan demikian,



pengakuan terhadap Allah sebagai sumber akhir kesembuhan dan tindakan manusia untuk mencari pengobatan tidak merupakan dua prinsip yang saling bertentangan.

Relasi tersebut dapat dipahami melalui perbedaan antara sumber akhir kesembuhan dan sebab yang digunakan manusia. Pengetahuan medis, obat, prosedur terapeutik, dan perubahan perilaku merupakan bagian dari *asbāb* yang digunakan untuk menjaga atau memulihkan kesehatan, tetapi keberadaan sebab tidak memberikan kontrol mutlak terhadap hasil. Sebab medis bekerja pada ranah empiris, sedangkan keyakinan kepada Allah menempatkan proses tersebut dalam tatanan ilahi yang lebih luas. Karena itu, menggunakan obat tidak harus dipahami sebagai pengalihan kepercayaan dari Allah kepada sarana medis. Dalam bioetika Islam, upaya menjaga kesehatan dan mengobati penyakit justru memperoleh landasan karena kehidupan merupakan nilai yang harus dijaga dan dihormati (Daar & Al Khitamy, 2001; Shomali, 2008). Dari perspektif ini, pertanyaan “jika kesembuhan telah ditakdirkan, mengapa manusia perlu berobat?” muncul dari pemisahan yang terlalu tegas antara takdir dan sebab. Penyakit, keberadaan dokter dan obat, keputusan pasien, proses pengobatan, serta hasil akhirnya dapat seluruhnya dipahami berlangsung dalam tatanan ilahi.

Literatur pengobatan Islam menunjukkan bentuk praktis hubungan tersebut. Isdianto et al. (2025a) memperlihatkan bahwa tradisi hadis memuat berbagai tindakan penyembuhan sebagai respons manusia terhadap penyakit, sedangkan Al Indunissy et al. (2025) menunjukkan kemungkinan integrasi terapi berbasis Al-Qur'an dengan praktik kesehatan kontemporer dengan tetap mempertimbangkan bukti ilmiah, keamanan, dan kedudukannya sebagai terapi komplementer. Kedua perspektif tersebut memperlihatkan bahwa keyakinan religius dan penggunaan tindakan penyembuhan dapat ditempatkan dalam satu kerangka ikhtiar. Namun, ikhtiar tidak berarti bahwa setiap intervensi harus diterima tanpa pertimbangan. Qureshi dan Padela (2016) menunjukkan bahwa kebutuhan mencari atau menjalani pengobatan dipengaruhi oleh manfaat yang diharapkan, tingkat bahaya penyakit, prognosis, risiko terapi, dan konsekuensi apabila intervensi tidak dilakukan. Karena itu, ikhtiar lebih tepat dipahami sebagai penggunaan pilihan dan sebab yang tersedia secara bertanggung jawab sesuai konteks penyakit, bukan kewajiban menerima setiap tindakan medis secara tanpa syarat.

Perspektif *maqasid al-shari'ah* memperkuat prinsip tersebut. Ibrahim et al. (2019) menempatkan niat, metode, dan hasil atau tujuan sebagai unsur yang perlu dinilai dalam persoalan bioetika. Dalam keputusan pengobatan, tujuan untuk memperoleh kesembuhan tidak cukup berdiri sendiri; cara yang digunakan, manfaat yang diharapkan, risiko, serta konsekuensi tindakan juga perlu dipertimbangkan. Perlindungan kehidupan (*hifz al-nafs*) memberikan orientasi moral yang penting, tetapi penerapannya tetap membutuhkan pertimbangan yang rasional dan proporsional terhadap kondisi pasien. Al-Bar dan Chamsi-Pasha (2015) juga menunjukkan bahwa bioetika Islam mempertemukan sumber normatif Islam dengan informasi medis dan penalaran etis dalam menghadapi persoalan klinis kontemporer. Dengan demikian, ikhtiar pengobatan dapat mencakup pencarian informasi yang dapat dipercaya, konsultasi dengan tenaga kesehatan yang kompeten, pertimbangan manfaat dan risiko, pemilihan terapi, kepatuhan terhadap pengobatan, maupun upaya menghindari bahaya yang tidak sebanding dengan manfaatnya.

Berdasarkan sintesis tersebut, penelitian ini mendefinisikan ikhtiar pengobatan sebagai penggunaan secara sadar dan bertanggung jawab atas sebab-sebab yang secara wajar tersedia untuk menjaga atau memulihkan kesehatan, tanpa menganggap bahwa penggunaan sebab tersebut memberikan kontrol absolut terhadap hasil akhir. Keputusan untuk mencari dan menjalani pengobatan berada relatif dekat dengan ruang agensi manusia, sedangkan respons biologis tubuh, keberhasilan terapi, efek samping, kekambuhan, atau kematian hanya sebagian berada dalam kontrolnya. Karena itu, pengobatan tidak dipahami sebagai upaya keluar dari takdir, melainkan sebagai ekspresi agensi manusia di dalam tatanan ilahi. Ketika sebab telah digunakan tetapi hasil tetap tidak dapat dipastikan, pembahasan kemudian bergeser dari pertanyaan mengenai apa yang dapat dilakukan manusia menuju bagaimana manusia bersikap terhadap hasil yang tidak sepenuhnya dapat dikontrol. Pada titik inilah tawakal menjadi kelanjutan konseptual dari ikhtiar. Hubungan antara kondisi yang dialami, pertimbangan manusia, penggunaan sebab medis, tindakan pengobatan, dan keterbatasan kontrol terhadap hasil diringkas pada Gambar 1.



Gambar 1. Alur Ikhtiar Pengobatan dalam Tatanan Takdir Ilahi

3. Tawakal sebagai Kelanjutan Ikhtiar, Bukan Fatalisme

Ketika manusia telah menggunakan pengetahuan, pertimbangan, dan sebab-sebab pengobatan, masih terdapat wilayah yang tidak sepenuhnya dapat dikuasai, yaitu hasil. Pada titik inilah tawakal memperoleh fungsi konseptualnya. Tawakal bukan mekanisme untuk menggantikan tindakan manusia, tetapi sikap terhadap hasil setelah manusia menggunakan kapasitas yang tersedia baginya. Struktur tersebut sejalan dengan QS. Ali ‘Imran [3]: 159 yang menempatkan tawakal setelah keputusan diambil. Dengan demikian, tawakal tidak menjadi alasan untuk menghindari keputusan atau pengobatan, melainkan menyertai ikhtiar sekaligus mengakui keterbatasan manusia dalam menentukan hasil akhirnya.

Pembedaan antara tawakal dan fatalisme penting dalam konteks kesehatan. Fatalisme muncul ketika kesehatan dan penyakit dipahami sepenuhnya berada di luar kendali manusia sehingga tindakan individual dianggap kehilangan makna. Nageeb et al. (2018) menunjukkan bahwa *religious health fatalism* dapat ditemukan dalam populasi Muslim, tetapi keyakinan terhadap kontrol ilahi tidak dengan sendirinya identik dengan kepasifan. Hamdy (2009) juga menunjukkan bahwa konsep *sabr* dan *tawakkul* dalam keputusan medis tidak dapat direduksi menjadi penolakan terhadap intervensi kesehatan. Penerimaan terhadap kehendak Allah dapat berlangsung bersamaan dengan pertimbangan aktif mengenai kondisi tubuh, manfaat terapi, penderitaan, dan pilihan pengobatan.

Temuan Wicaksono et al. (2024) pada perawatan paliatif Muslim Jawa memperkuat pembedaan tersebut. Ikhtiar tetap dipahami sebagai usaha aktif, baik untuk memperoleh kesembuhan, memperbaiki kondisi, mengurangi penderitaan, maupun mempertahankan kualitas hidup. Dalam konteks tersebut, tawakal lebih tepat menggambarkan ketergantungan kepada Allah setelah atau selama usaha dilakukan daripada pasrah yang dapat pula dimaknai sebagai menyerah. Artinya, perubahan tujuan terapi dari kesembuhan menuju pengurangan penderitaan tidak dengan sendirinya berarti penghentian ikhtiar. Hal serupa terlihat pada Nazar et al. (2025), yang menunjukkan bahwa pasien Muslim dapat menyelaraskan pertimbangan religius dengan kebutuhan medis melalui keputusan yang terinformasi, termasuk ketika menghadapi persoalan obat yang secara agama dipandang problematis.

Dimensi psikologis tawakal juga relevan. Isdianto et al. (2025b) menempatkan tawakal sebagai mekanisme spiritual yang membantu individu menghadapi stres dan ketidakpastian dengan melepaskan tuntutan untuk mengontrol seluruh hasil. Dalam kerangka penelitian ini, pelepasan kontrol tersebut tidak berarti pelepasan tanggung jawab. Manusia tetap bertanggung jawab mencari informasi, mempertimbangkan alternatif, dan menjalankan ikhtiar yang wajar, tetapi tidak dituntut menjamin keberhasilan terapi. Atas dasar itu, tawakal dalam keputusan pengobatan memiliki tiga fungsi yang saling berkaitan: teologis, dengan mengakui bahwa hasil akhir berada dalam kehendak Allah; psikologis, dengan membantu menghadapi ketidakpastian; dan etis, dengan mencegah dua ekstrem berupa pasivitas fatalistik dan klaim bahwa manusia atau teknologi medis menguasai hasil secara absolut.

Hubungan antara ikhtiar dan tawakal karena itu dapat dipahami sebagai satu rangkaian: ikhtiar mengarahkan manusia pada penggunaan sebab secara bertanggung jawab, sedangkan tawakal menata sikap terhadap hasil yang tidak sepenuhnya dapat dikontrol. Kepercayaan kepada Allah dapat menyertai seluruh proses pengobatan, tetapi secara analitis tawakal menjadi sangat penting ketika manusia berhadapan dengan batas kemampuannya. Dengan demikian, manusia dapat dimintai



pertanggungjawaban atas niat, pertimbangan, pilihan, dan usaha yang berada dalam kapasitasnya, tetapi tidak secara otomatis dipersalahkan atas hasil terapi yang berada di luar kontrolnya. Perbedaan ini menjadi dasar bagi pembahasan berikutnya mengenai tanggung jawab moral dalam keputusan pengobatan. Hubungan antara ikhtiar, penggunaan sebab, tawakal, dan penerimaan terhadap hasil diringkas pada Gambar 2.



Gambar 2. Alur Ikhtiar, Tawakal, dan Penerimaan terhadap Hasil Pengobatan

4. Tanggung Jawab Moral dalam Keputusan Pengobatan

Pengakuan terhadap agensi manusia membawa konsekuensi bahwa keputusan pengobatan mempunyai dimensi moral. Namun, tanggung jawab tersebut tidak dapat disamakan dengan kemampuan menjamin kesembuhan. Manusia dapat bertanggung jawab atas cara ia memahami kondisi, mempertimbangkan pilihan, dan menjalankan usaha, tetapi tidak mempunyai kontrol penuh terhadap respons biologis tubuh maupun hasil akhir terapi. Prinsip ini sejalan dengan QS. al-Baqarah [2]: 286 yang menegaskan bahwa beban manusia berkaitan dengan kapasitasnya. Karena itu, pertanggungjawaban dalam keputusan pengobatan perlu mempertimbangkan kemampuan memahami informasi, kondisi fisik dan psikologis, akses terhadap pelayanan kesehatan, alternatif yang tersedia, serta tingkat kebebasan seseorang dalam menentukan pilihan.

Informasi menjadi bagian penting dari agensi moral karena suatu keputusan hanya dapat dipertanggungjawabkan secara memadai apabila pasien mempunyai kesempatan yang wajar untuk mengetahui manfaat, risiko, alternatif, dan konsekuensi tindakannya. Literatur mengenai *informed consent* dalam perspektif Islam menunjukkan bahwa penghormatan terhadap keputusan pasien dapat berjalan bersama komitmen religius dan tanggung jawab sosial (Packer, 2012). Alfahmi (2022) juga menunjukkan bahwa penghormatan terhadap otonomi pasien dapat dipertahankan dalam kerangka *maqasid al-shari'ah*, meskipun keputusan individu tetap berinteraksi dengan nilai keluarga, masyarakat, dan kepentingan publik. Dengan demikian, agensi moral tidak hanya mensyaratkan adanya pilihan, tetapi juga pilihan yang cukup terinformasi dan sebisa mungkin bebas dari pemaksaan yang tidak dapat dibenarkan.

Namun, penghormatan terhadap pilihan tidak berarti bahwa seluruh keputusan memiliki nilai moral yang sama. Qureshi dan Padela (2016) menunjukkan bahwa penilaian terhadap pencarian atau penolakan pengobatan bergantung pada kemungkinan manfaat terapi, tingkat bahaya penyakit, prognosis, risiko, serta konsekuensi apabila intervensi tidak dilakukan. Pendekatan *maqasid al-shari'ah* juga menempatkan niat, metode, dan hasil sebagai bagian dari penilaian bioetika serta menekankan pentingnya kemaslahatan dan perlindungan kehidupan (*hifz al-nafs*) (Ibrahim et al., 2019). Karena itu, tanggung jawab moral bersifat kontekstual dan proporsional: menerima terapi tidak selalu benar dalam setiap keadaan, sebagaimana menolak terapi tidak selalu dapat dinilai salah tanpa mempertimbangkan manfaat, mudarat, dan kondisi pasien.

Prinsip proporsionalitas tersebut juga relevan ketika terapi tidak lagi memberikan manfaat yang sebanding dengan bebannya. Dalam keadaan tertentu, peralihan tujuan dari terapi kuratif menuju pengendalian gejala, pengurangan penderitaan, dan peningkatan kualitas hidup tetap dapat menjadi bentuk ikhtiar yang dapat dipertanggungjawabkan. Hal ini konsisten dengan Wicaksono et al. (2024), yang menunjukkan bahwa ikhtiar dalam perawatan paliatif tidak selalu diarahkan pada kesembuhan. Dalam konteks pengobatan Islam, pertimbangan serupa berlaku terhadap pemilihan metode penyembuhan: keberadaan dasar religius suatu terapi tidak menghilangkan kebutuhan untuk



mempertimbangkan keamanan, manfaat, kompetensi pemberi layanan, dan kondisi penyakit (Isdianto et al., 2025a; Al Indunissy et al., 2025). Dengan demikian, rasionalitas kesehatan dan keyakinan religius perlu ditempatkan secara komplementer.

Berdasarkan sintesis tersebut, penelitian ini menempatkan tanggung jawab moral dalam keputusan pengobatan pada empat unsur utama: kapasitas, informasi dan pertimbangan, kebebasan memilih, serta usaha atau tindakan yang dapat dipertanggungjawabkan. Keempat unsur tersebut harus dibedakan dari hasil klinis. Seorang pasien dapat mengambil keputusan yang rasional dan bertanggung jawab tetapi tetap tidak sembuh, sementara keberhasilan terapi juga tidak dengan sendirinya membuktikan bahwa proses keputusan sebelumnya telah tepat. Oleh karena itu, hasil pengobatan tidak dapat menjadi satu-satunya ukuran kualitas moral suatu keputusan; nilai moral ikhtiar terutama terletak pada bagaimana manusia menggunakan ruang agensinya secara bertanggung jawab. Hubungan antara kapasitas, informasi, pilihan, tindakan, dan keterbatasan kontrol terhadap hasil diringkas pada Gambar 3.



Gambar 3. Kerangka Tanggung Jawab Moral dalam Keputusan Pengobatan

5. Model Tiga Ranah Agensi Manusia dalam Pengobatan

Berdasarkan sintesis pembahasan sebelumnya, hubungan antara takdir ilahi, ikhtiar, tawakal, dan tanggung jawab moral dapat dijelaskan melalui Model Tiga Ranah Agensi Manusia dalam Pengobatan. Model ini membedakan pengalaman manusia ketika menghadapi penyakit menjadi tiga ranah, yaitu kondisi yang dialami, respons dan tindakan, serta hasil yang diterima. Perbedaan tersebut diperlukan karena ketiga ranah tidak berada pada tingkat kontrol manusia yang sama. Dengan demikian, agensi manusia tidak dipahami sebagai kebebasan absolut untuk menentukan seluruh perjalanan penyakit, tetapi sebagai kemampuan yang terbatas namun bermakna untuk merespons keadaan yang dihadapinya.

Ranah pertama adalah kondisi yang dialami. Ranah ini mencakup munculnya penyakit, predisposisi biologis, kecelakaan, maupun keadaan awal tubuh ketika suatu gangguan kesehatan terjadi atau terdiagnosis. Kondisi tersebut umumnya tidak sepenuhnya merupakan hasil pilihan sadar manusia sehingga tingkat kontrol individual relatif rendah. Dalam ranah ini, konsep takdir dan keterbatasan manusia memperoleh relevansinya. Seseorang tidak tepat dibebani tanggung jawab moral semata-mata karena mengalami suatu penyakit. Namun, kondisi tersebut menjadi titik awal bagi munculnya ruang agensi ketika manusia harus menentukan bagaimana ia akan merespons penyakit tersebut.

Ranah kedua adalah respons dan tindakan, yang merupakan pusat agensi manusia dalam model ini. Ranah tersebut mencakup upaya memahami kondisi kesehatan, mencari informasi, berkonsultasi dengan tenaga kesehatan, mempertimbangkan manfaat dan risiko, memilih atau menolak suatu intervensi, serta menjalankan tindakan pengobatan. Pada wilayah inilah ikhtiar memperoleh bentuk konkretnya dan tanggung jawab moral terutama ditempatkan. Qureshi dan Padela (2016) menunjukkan



bahwa keputusan mencari pengobatan perlu mempertimbangkan kondisi penyakit, manfaat terapi, risiko, prognosis, dan konsekuensi dari melakukan maupun tidak melakukan intervensi. Sementara itu, Ibrahim et al. (2019) menegaskan pentingnya keterkaitan antara niat, metode, dan hasil dalam penalaran bioetika berbasis *maqasid al-shari'ah*. Karena itu, ruang agensi tidak sekadar berarti “bebas memilih”, tetapi kemampuan menggunakan pilihan secara terinformasi, proporsional, dan bertanggung jawab.

Ranah ketiga adalah hasil yang diterima. Ranah ini mencakup keberhasilan atau kegagalan terapi, efek samping, komplikasi, kekambuhan, perbaikan kualitas hidup, kesembuhan, maupun kematian. Berbeda dari ranah kedua, kontrol manusia terhadap hasil bersifat terbatas. Pengetahuan dan teknologi medis dapat meningkatkan peluang tercapainya hasil tertentu, tetapi tidak menjamin hasil secara absolut. Pada wilayah inilah tawakal memperoleh fungsi penting sebagai pengakuan terhadap batas kemampuan manusia. Tawakal tidak menghapus ikhtiar yang telah dilakukan, tetapi menata sikap manusia terhadap hasil yang tidak sepenuhnya dapat dikuasainya. Temuan Wicaksono et al. (2024) dalam konteks perawatan paliatif juga menunjukkan bahwa ikhtiar dapat tetap berlangsung meskipun tujuan pengobatan tidak lagi berupa kesembuhan, tetapi bergeser menuju pengurangan penderitaan dan peningkatan kualitas hidup. Perbedaan karakteristik ketiga ranah berdasarkan tingkat kontrol manusia, konsep utama, dan implikasi moral dirangkum dalam Tabel 1.

Tabel 1. Model Tiga Ranah Agensi Manusia dalam Pengobatan Berdasarkan Tingkat Kontrol dan Implikasi Moral

Ranah	Contoh	Tingkat kontrol manusia	Konsep utama	Implikasi moral
1. Kondisi yang dialami	Penyakit, predisposisi biologis, kecelakaan, kondisi awal kesehatan	Rendah/tidak penuh	Takdir, keterbatasan manusia, sabar	Bukan pusat utama pertanggungjawaban
2. Respons dan tindakan	Informasi, konsultasi, pertimbangan manfaat-risiko, pilihan dan pelaksanaan terapi	Relatif tersedia tetapi kontekstual	Ikhtiar, niat, agensi	Pusat tanggung jawab moral
3. Hasil yang diterima	Respons terapi, efek samping, komplikasi, kekambuhan, kesembuhan, kematian	Terbatas	Tawakal, penerimaan terhadap keterbatasan kontrol	Bukan satu-satunya dasar penilaian moral

Model ini menegaskan bahwa takdir ilahi tidak hanya berkaitan dengan munculnya penyakit atau hasil akhirnya, melainkan menjadi horizon keseluruhan tempat kondisi, pilihan, tindakan, dan hasil berlangsung. Yang berbeda pada setiap ranah adalah tingkat kontrol manusia. Oleh karena itu, model ini tidak membagi realitas menjadi “wilayah Allah” dan “wilayah manusia”, tetapi menjelaskan bagaimana agensi manusia yang terbatas bekerja di dalam tatanan ilahi.

Proposisi utama yang dihasilkan adalah bahwa manusia bertanggung jawab secara moral bukan karena mampu menentukan hasil pengobatan, tetapi karena mempunyai ruang agensi yang bermakna untuk merespons penyakit melalui niat, pertimbangan, pilihan, dan ikhtiar yang berada dalam kapasitasnya. Dengan demikian, kegagalan terapi tidak otomatis menunjukkan kegagalan moral atau lemahnya tawakal, sebagaimana keberhasilan terapi tidak dapat dipahami sebagai hasil kontrol manusia semata. Kerangka ini selanjutnya memberikan dasar untuk menjelaskan bagaimana pemahaman mengenai ikhtiar dan tawakal dapat mendukung perilaku pencarian kesehatan yang bertanggung jawab.

6. Implikasi terhadap Perilaku Pencarian Kesehatan dan SDG 3

Model Tiga Ranah Agensi Manusia memberikan implikasi bahwa keyakinan terhadap takdir ilahi tidak harus mengurangi kecenderungan seseorang untuk mencari pertolongan kesehatan. Ketika penyakit dipahami sebagai kondisi yang tidak selalu dapat dipilih, sementara respons terhadap penyakit masih membuka ruang bagi pertimbangan dan tindakan, maka mencari informasi, berkonsultasi dengan tenaga kesehatan, serta menjalani pengobatan dapat dipahami sebagai bentuk ikhtiar yang berada dalam



ruang agensi manusia. Pemahaman tersebut penting untuk membedakan tawakal dari fatalisme. Fatalisme kesehatan muncul ketika keyakinan mengenai kontrol ilahi ditafsirkan sedemikian rupa sehingga tindakan manusia dianggap kehilangan relevansinya, sedangkan tawakal dalam kerangka penelitian ini justru berlangsung bersama penggunaan sebab-sebab pengobatan yang dapat dipertanggungjawabkan (Nageeb et al., 2018).

Perilaku pencarian kesehatan pada masyarakat Muslim sendiri tidak hanya ditentukan oleh keyakinan agama. Kohno et al. (2022) menunjukkan bahwa *healthcare-seeking behaviour* pada Muslim Indonesia dan Malaysia terbentuk melalui interaksi faktor individual, sosial-budaya, pengalaman kesehatan, kepercayaan terhadap tenaga kesehatan, serta akses terhadap pelayanan. Temuan Nazar et al. (2025) juga memperlihatkan bahwa pasien Muslim dapat mengintegrasikan pertimbangan religius dengan kebutuhan medis melalui proses keputusan yang terinformasi. Dalam konteks tersebut, kerangka ikhtiar-tawakal dapat berfungsi bukan sebagai pengganti pertimbangan medis, melainkan sebagai dasar normatif yang membantu individu memahami bahwa penggunaan pelayanan kesehatan tidak bertentangan dengan keyakinan bahwa kesembuhan pada akhirnya berada dalam kehendak Allah. Dengan demikian, religiusitas berpotensi mendukung perilaku pencarian kesehatan apabila konsep takdir dipahami bersama dengan tanggung jawab untuk menggunakan sebab yang tersedia.

Implikasi tersebut memiliki relevansi konseptual dengan *Sustainable Development Goal 3*, khususnya Target 3.8 mengenai *Universal Health Coverage*, yang menekankan akses terhadap pelayanan kesehatan esensial yang berkualitas serta obat dan vaksin yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau. Namun, penelitian ini tidak mengukur pencapaian SDG 3 secara empiris. Kontribusinya berada pada tingkat konseptual, yaitu memberikan landasan teologis bagi pemahaman bahwa penggunaan pelayanan kesehatan yang layak dapat ditempatkan sebagai bagian dari ikhtiar manusia. Dalam pengertian ini, keyakinan terhadap takdir, penggunaan sebab medis, tawakal, dan perilaku pencarian kesehatan tidak perlu diposisikan sebagai unsur yang saling bertentangan, tetapi sebagai bagian dari kerangka tanggung jawab manusia dalam menjaga kesehatan.

4. KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa keyakinan terhadap takdir ilahi tidak meniadakan kebebasan dan tanggung jawab manusia dalam mengambil keputusan pengobatan. Pengobatan dapat dipahami sebagai bentuk aktualisasi ikhtiar melalui penggunaan sebab-sebab yang tersedia dalam tatanan ilahi, sedangkan tawakal tidak menggantikan usaha, tetapi menata sikap manusia terhadap hasil yang tidak sepenuhnya dapat dikendalikan. Melalui Model Tiga Ranah Agensi Manusia, penelitian ini membedakan kondisi yang dialami, respons dan tindakan, serta hasil yang diterima. Tanggung jawab moral terutama berada pada ranah respons dan tindakan, yaitu pada kapasitas manusia untuk memperoleh informasi, mempertimbangkan pilihan, menentukan tindakan, dan menjalankan ikhtiar secara bertanggung jawab, bukan pada kemampuan menjamin kesembuhan. Dengan demikian, kegagalan terapi tidak dapat secara otomatis dipandang sebagai kegagalan moral atau lemahnya tawakal.

Kerangka ini menegaskan bahwa takdir, ikhtiar, penggunaan sebab medis, dan tawakal bukan konsep yang saling meniadakan, tetapi membentuk satu kesatuan dalam tanggung jawab manusia ketika menghadapi penyakit. Pemahaman tersebut juga memberikan dasar teologis bagi perilaku pencarian pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab dan memiliki relevansi konseptual terhadap SDG 3. Kajian selanjutnya diperlukan untuk menguji secara empiris bagaimana pemahaman mengenai takdir, ikhtiar, dan tawakal memengaruhi keputusan pengobatan pada masyarakat Muslim dalam konteks kesehatan yang berbeda.

5. DAFTAR PUSTAKA

Alfahmi, M. Z. (2022). Justification for requiring disclosure of diagnoses and prognoses to dying patients in Saudi medical settings: A Maqasid Al-Shariah-based Islamic bioethics approach. *BMC Medical Ethics*, 23, 72. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00808-6>.



- Al Indunissy, N., Fitrianti, N., & Isdianto, A. (2025). Integrasi terapi Al-Quran dalam pengobatan Islam: Sejarah, efektivitas, dan tantangan di dunia medis. *Indonesian Journal of Islamic Studies (IJIS)*, 1(2), 407–422. <https://doi.org/10.62567/ijis.v1i2.594>.
- Al-Bar, M. A., & Chamsi-Pasha, H. (2015). *Contemporary Bioethics: Islamic Perspective*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-18428-9>.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>.
- Daar, A. S., & Al Khitamy, A. B. (2001). Bioethics for clinicians: 21. Islamic bioethics. *CMAJ*, 164(1), 60–63.
- Dabbagh, H., Mirdamadi, S. Y., & Ajani, R. R. (2023). Approaches to Muslim biomedical ethics: A classification and critique. *Journal of Bioethical Inquiry*, 20(2), 327–339. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10239-6>.
- De Cillis, M. (2014). *Free Will and Predestination in Islamic Thought: Theoretical Compromises in the Works of Avicenna, al-Ghazālī and Ibn ‘Arabī*. Routledge.
- Hamdy, S. F. (2009). Islam, fatalism, and medical intervention: Lessons from Egypt on the cultivation of forbearance (sabr) and reliance on God (tawakkul). *Anthropological Quarterly*, 82(1), 173–196.
- Ibrahim, A. H., Abdul Rahman, N. N., Saifuddeen, S. M., & Baharuddin, M. (2019). Maqasid al-Shariah based Islamic bioethics: A comprehensive approach. *Journal of Bioethical Inquiry*, 16(3), 333–345. <https://doi.org/10.1007/s11673-019-09902-8>.
- Isdianto, A., Al Indunissy, N., & Fitrianti, N. (2025a). Pengobatan Islam berdasarkan hadis: Kajian akademik tentang metode penyembuhan Nabi Muhammad. *Indonesian Journal of Islamic Studies (IJIS)*, 1(2), 431–446. <https://doi.org/10.62567/ijis.v1i2.578>.
- Isdianto, A., Al Indunissy, N., & Fitrianti, N. (2025b). The impact of tawakal and dhikr on mental health and stress in modern life. *Multidisciplinary Indonesian Center Journal (MICJO)*, 2(2), 1538–1547. <https://doi.org/10.62567/micjo.v2i2.684>.
- Isdianto, A., Al Indunissy, N., Fitrianti, N., & Arif, A. H. (2026). Ruqyah syar’iyyah sebagai amalan harian Muslim: Tinjauan naskah keislaman dan kesehatan. *Indonesian Journal of Islamic Studies (IJIS)*, 2(1), 21–36. <https://doi.org/10.62567/ijis.v2i1.1527>.
- Izzah, N. A., Hippy, P., Annor, B., & Mahmuddin. (2025). Pendekatan aspek-aspek ketuhanan dalam teologi Islam dan kaitannya dengan kalimat tauhid. *Indonesian Journal of Islamic Studies (IJIS)*, 1(1), 444–452. <https://doi.org/10.62567/ijis.v1i1.402>.
- Jaakkola, E. (2020). Designing conceptual articles: Four approaches. *AMS Review*, 10, 18–26. <https://doi.org/10.1007/s13162-020-00161-0>.
- Jabareen, Y. (2009). Building a conceptual framework: Philosophy, definitions, and procedure. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(4), 49–62. <https://doi.org/10.1177/160940690900800406>.
- Kohno, A., Dahlui, M., Koh, D., Dhamanti, I., Rahman, H., & Nakayama, T. (2022). Factors influencing healthcare-seeking behaviour among Muslims from Southeast Asian countries (Indonesia and Malaysia) living in Japan: An exploratory qualitative study. *BMJ Open*, 12(10), e058718. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058718>.
- Levering, M. (2011). Providence and predestination in Al-Ghazali. *New Blackfriars*, 92, 55–70. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2005.2009.01341.x>.
- Nageeb, S., Vu, M., Malik, S., Quinn, M. T., Cursio, J., & Padela, A. I. (2018). Adapting a religious health fatalism measure for use in Muslim populations. *PLOS ONE*, 13(11), e0206898. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206898>.
- Nazar, Z., Ali, B., Rutter, P., et al. (2025). Islamic reasoning and the use of prohibited medicines among Muslim patients: A qualitative study. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 47, 2083–2093. <https://doi.org/10.1007/s11096-025-02046-3>.
- Packer, S. (2012). Informed Consent with a Focus on Islamic Views. *Journal of the Islamic Medical Association of North America*, 43(3). <https://doi.org/10.5915/43-3-9040>.



- Qureshi, O., & Padela, A. I. (2016). When must a patient seek healthcare? Bringing the perspectives of Islamic jurists and clinicians into dialogue. *Zygon*, 51(3), 592–625. <https://doi.org/10.1111/zygo.12273>.
- Sayilgan, S. (2023). God, Evil, and Suffering in Islam. Cambridge University Press. Khususnya Chapter 4, “Moral Evil, Freedom, and Predestination,” pp. 76–94.
- Shomali, M. A. (2008). Islamic bioethics: A general scheme. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 1, 1–8.
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>.
- Sunan Abi Dawud, Kitab al-Tibb, Hadis No. 3855; Jami‘ al-Tirmidhi, Kitab al-Tibb, Hadis No. 2038.
- United Nations. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.
- Watt, W. M. (1948). *Free Will and Predestination in Early Islam*. Luzac & Co.
- Wicaksono, R. B., Muhaimin, A., Willems, D. L., & Pols, J. (2024). “Tie your camel first, then rely on God”: Reconceptualizing Javanese Islamic values to support palliative care at home. *BMC Palliative Care*, 23, 63. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01383-w>.