

**LAPORAN PENELITIAN PENGEMBANGAN BIDANG ILMU
TAHUN ANGGARAN 2017**

JUDUL PENELITIAN
POLITIK AGAMA DALAM PELAYANAN KESEHATAN: STUDI TERHADAP
AKOMODASI TRADISI KEAGAMAAN DALAM KEHIDUPAN SOSIAL RUMAH
SAKIT DI YOGYAKARTA



Oleh

Amika Wardana, S.Sos., M.A., Ph.D.

Dr. Nasiwan, M.Si.

Saefur Rochmat, S.Pd., M.IR., Ph.D.

Anita

Muhammad Agus Hardiansyah

Yohanes Fisher Meo

**PENELITIAN INI DIBIYAI DENGAN DANA DIPA
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA
KEPUTUSAN DIREKTUR PPS UNY NO. 350 TANGGAL 17 APRIL 2017**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Politik Agama dalam Pelayanan Kesehatan: Studi terhadap Akomodasi Tradisi Keagamaan dalam Kehidupan Sosial Rumah Sakit di Yogyakarta

Peneliti/Pelaksana
Nama lengkap : Amika Wardana, S.Sos., M.A., Ph.D.
Perguruan Tinggi : Universitas Negeri Yogyakarta
NIDN : 0007118001
Jabatan Fungsional : Lektor
Program Studi : Pend. Ilmu Pengetahuan Sosial - S2
Nomor HP : +6281393471345
Alamat surel (e-mail) : a.wardana@uny.ac.id

Anggota (1)
Nama Lengkap : Dr. Nasiwan, M.Si.
NIDN : 0017046505
Perguruan Tinggi : Universitas Negeri Yogyakarta

Anggota (1)
Nama Lengkap : Saefur Rochmat, S.Pd., M.IR., Ph.D.
NIDN : 0022116804
Perguruan Tinggi : Universitas Negeri Yogyakarta

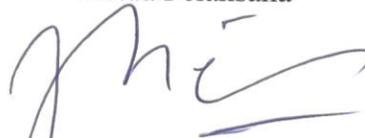
Institusi Mitra (jika ada)
Nama Institusi Mitra : -
Alamat Institusi Mitra : -
Penanggung Jawab : -
Tahun Pelaksanaan : 2017
Biaya Tahun Berjalan : Rp. 20.000.000,00

Mengetahui,
Kaprosdi PIPS



Prof. Zamroni, Ph.D.
NIP 19471010 197503 1 001

Yogyakarta, 28 September 2017
Ketua Pelaksana



Amika Wardana, S.Sos., M.A., Ph.D.
NIP 19801107 200501 1 001

Menyetujui,
Direktur,

Dr. Moch. Bruri Triyono, M.Pd.
NIP 19560216 198603 1 003

Ringkasan Hasil Penelitian

Penelitian bermaksud mengelaborasi pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama di lembaga pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit di wilayah Kota Yogyakarta baik yang berfiliasi dengan organisasi keagamaan Islam, Kristen dan Katolik maupun yang berstatus publik dimiliki oleh pemerintah. Ide penelitian dilatarbelakangi pandangan umum bahwa pelayanan kesehatan modern telah tumbuh dan berkembang pesat sebagai lembaga publik yang netral (baca: sekuler) diluar wilayah kewenangan lembaga keagamaan. Namun dengan masih kuatnya vitalitas beragama/religiuitas di dalam masyarakat modern dan keberadaan aktif rumah sakit dan berbagai pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh organisasi keagamaan, netralitas rumah sakit menjadi tidak relevan. Lebih jauh, berkembangnya pelayanan spiritualitas-agama sebagai bagian integral dari pelayanan medis di rumah sakit dalam 30 tahun terakhir menunjukkan bentuk pengakuan, akomodasi dan upaya awal pengintegrasian nilai-nilai spiritualitas agama dalam pengobatan medis/klinis yang dilakukan oleh dokter dan perawat.

Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif; berlokasi di 6 rumah sakit di Yogyakarta; terdiri dari 2 RSUD pemerintah/swasta netral; 2 RSUD Islam; dan 2 RSUD Kristen/Katolik; dengan melibatkan pimpinan, dokter, perawat, bagian Bina Ruhani dan pasien sebagai informan. Pengumpulan data dilakukan dengan mengkombinasi 3 teknik; observasi; wawancara; dan kajian dokumen terkait kebijakan rumah sakit dalam melembagakan pelayanan spiritualitas-agama melengkapi pelayanan pengobatan medis/klinis yang ada. Keseluruhan proses penelitian lapangan telah diselesaikan; yang dilakukan beriringan dengan analisis data dengan pendekatan grounded theory.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan penelitian lapangan di beberapa rumah sakit di Yogyakarta, terdapat latar belakang, alasan dan tujuan yang berbeda dalam pelembagaan pelayanan rohani ini menimbang perbedaan status rumah sakit baik yang berafiliasi dengan lembaga keagamaan (Islam, Kristen dan Katolik) maupun yang bestatus public milik pemerintah. Pada mulanya, pelayanan rohani ini dipahami sebagai bagian tak terpisahkan dari misi rumah sakit yang berafiliasi dengan lembaga keagamaan untuk memberikan pengajaran/pembimbingan agama kepada orang sakit, khususnya di RS Kristen Bethesda, RS Katolik Panti Rapih dan RS Islam PKU MUhammadiyah. Pelayanan ini kemudian diikuti oleh rumah sakit milik pemerintah RS. Dr. Sardjito yang kemudian dipahami sebagai salah satu hak pasien yang harus dipenuhi dalam Standar Akreditasi Nasional Rumah Sakit Indonesia tahun 2012. Dipengaruhi oleh tren pengobatan holistik, hampir semua rumah sakit yang diteliti melembagakan pelayanan rohani sebagai unit mandiri dalam struktur organisasinya. Perkembangan ini menuntut standardisasi pelayanan rohani, kualifikasi khusus bagi petugasnya dan penegasan peran dan wewenanganya terlibat dalam pengobatan pasien bersama dokter dan perawat, yang sayangnya belum semuanya terpenuhi dengan baik.

Kata Kunci: Pelayanan Rohani Rumah Sakit, Spiritualitas dan Pengobatan Holistik.

Daftar Isi

Halaman Judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Abstrak.....	iii
Daftar Isi.....	iv
Bab I: Pendahuluan.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Identifikasi Masalah Penelitian	4
C. Rumusan Masalah Penelitian	5
D. Tujuan dan Manfaat Penelitian.....	5
Bab II: Kajian Pustaka	7
A. Agama dan Pelayanan Kesehatan: Tinjauan Umum	7
B. Politik Agama di Rumah Sakit: Akomodasi, Kontribusi dan Tantangannya	11
C. Agama di Rumah Sakit Indonesia: Peran dan Pengaruhnya	14
Bab III: Metode Penelitian	17
A. Pendekatan Penelitian	17
B. Metode Pengumpulan Data	18
C. Metode Analisis	18
Bab IV: Temuan dan Pembahasan Penelitian	20
A. Pelembagaan Pelayanan Spiritualitas-Agama di Rumah Sakit: Pemenuhan Hak Pasien dan Gagasan Pengobatan Menyeluruh (<i>Holistic Care</i>)	20
B. Upaya Standardisasi Pelayanan Spiritualitas-Agama: Kebutuhan terhadap Pendidikan Agama Klinis	27
Bab V: Simpulan Penelitian	34
Daftar Pustaka	36

Bab I

Pendahuluan

A. Latar Belakang

Pengakuan kembali terhadap makna penting tradisi dan nilai keagamaan – sebagai rujukan dalam bersikap dan berperilaku dalam kehidupan sehari-hari – dalam kehidupan masyarakat modern yang secara umum disebut sebagai de-sekularisasi (Berger, 1999; 2002) atau re-sakralisasi (Davie, 2010) turut mendorong berkembangnya pemahaman baru terkait kontribusinya dalam pengelolaan layanan kedokteran dan kesehatan. Agama – dalam arti kepercayaan dan perilaku yang diyakini dan dilakukan oleh anggota masyarakat – memiliki dampak langsung dan tidak langsung dengan berbagai isu kesehatan dan kedokteran, seperti kesehatan fisik, kesehatan mental, angka kematian dan sikap dan perilaku pasien dalam menghadapi penyakitnya dan menerima/menolak terapi pengobatan dari dokter dan perawat (McCullough & Smith, 2003; lihat juga Jones & Pattison, 2013; Ammerman, 2014). Dengan kata lain, dikarenakan masyarakat modern tidak serta merta meninggalkan tradisi keagamaannya, proses promosi/pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit, perawatan pasien dan berbagai inovasi baru di bidang kedokteran tidak selayaknya mengabaikan isu-isu keagamaan untuk memastikan ketepatannya dan menghindari timbulnya masalah-masalah sosial baru (Koenig, et.al., 2001; Idler, 2010; Golden & Abel, 2014).

Pemahaman ini ditengarai dengan kontribusi positif keyakinan, kepatuhan pada nilai dan ritual keagamaan dalam pembentukan, penguatan dan pemeliharaan kesehatan mental/jiwa dan/atau spiritualitas/ruhani individu (dan pasien) yang pada gilirannya berpengaruh pada kesehatan fisik dan sangat membantu kelancaran dan mempermudah

terapi medis yang dilakukan oleh dokter dan perawat (Koenig, et.al., 2001; Koenig, 2008; 2015; Cobb, et.al., 2012; Swinton, 2014; King; 2014). Sebagai kelanjutannya, terdapat upaya untuk mengintegrasikan terapi spiritualitas/ruhani dan medis bersamaan; dimana terapi pertama bertujuan untuk membantu pasien memiliki pandangan positif dan optimis terhadap penyakit dan kondisi fisiknya sehingga memudahkan pelaksanaan terapi kedua (Mills, 2002; Carey & Cohen, 2009; Balboni, M. et.al., 2014; Franzen, 2016). Sebagai contoh, pemberian terapi spiritualitas/ruhani pada pengobatan kanker (Salsman, et.al., 2015); pengobatan diabetes (Heidari, et.al., 2017), pelayanan pasien meninggal dan perawatan jenazah (Richardson, 2014) dan pengobatan-pengobatan medis-klinis lainnya.

Pengakuan terhadap relevansi tradisi keagamaan dalam pengobatan medis di rumah sakit diakomodasi dengan keberadaan Pelayanan Spiritualitas-Agama (*chaplaincy*); beranggotakan para pembimbing spiritualitas/ruhani yang siap melayani kebutuhan spiritualitas pasien dalam menjalani terapi medis (Cadge, et.al., 2011; Balboni, M. et.al., 2014; Fitchett, et.al., 2011; 2014; Swift, 2016). Merujuk kepada kajian yang dilakukan oleh Wendy Cadge (2012) di Amerika Serikat dan Christopher Swift (2016) di Inggris, keberadaan Bagian Bina Ruhani dan Pembimbing Ruhani di rumah sakit mengalami fluktuasi pada masa sesudah Perang Dunia Kedua hingga dasawarsa 1970an; namun perannya mulai diakui dan diperlukan dalam berbagai aktifitas medis – seperti terapi medis kepada pasien, perdebatan tentang etika dalam inovasi kedokteran dan perawatan pasien meninggal – dalam 25-30 tahun terakhir (BK Smeets, 2006 di Belanda; Carey & Cohen, 2010 di Australia). Peran pembimbing spiritualitas/ruhani – yang tugas utamanya membimbing pelaksanaan ritual, ibadah, mendoakan dan memberikan justifikasi agama dalam pengobatan medis pasien – menjadi semakin penting dengan mulai tumbuh kemauan para dokter (dan perawat) untuk memasukkan pelayanan spiritual/ruhani-keagamaan dalam prosedur baku praktik pekerjaannya dan melibatkan mereka dalam

melayani pasien (Galek, et.al., 2007; Dormois, 2014; Voltmer, et.al., 2014; Schouten, 2016).

Pada konteks Indonesia, kebijakan akomodasi tradisi keagamaan di rumah sakit belum banyak mendapatkan perhatian akademik. Fokus kajian lebih kepada keberadaan dan pelebagaan pelayanan spiritualitas-agama yang umum ditemui di rumah sakit yang berafiliasi dengan lembaga keagamaan baik Islam, Kristen maupun Katholik (dalam Islam biasanya disebut Bina Ruhani Islam; sedangkan pada Kristen Katholik disebut Pelayanan Pastoral), namun keberadaannya tidak terlalu tampak di rumah sakit umum milik pemerintah atau swasta tanpa afiliasi keagamaan (Ramadhani, 2013; Kastolani, 2008; Iskandar & Sardiman, 2016; Wulanadha & Dwikurniarini, 2017; Wardana, akan datang). Lebih jauh, berbagai upaya akademik mendokumentasikan peran, kerja dan kontribusi pembimbing ruhani di rumah sakit di Indonesia telah mulai dilakukan dalam karya ilmiah setingkat Skripsi S-1 dan beberapa publikasi di jurnal ilmiah yang belum terakreditasi (lihat Maghfiroh, 2014; Arifatun, 2015; Riyadi, 2015; Saputra, 2015; Isnaini, 2016; Khofifah, 2016 dan masih banyak lagi). Dengan kata lain, meskipun kajian terkait akomodasi tradisi keagamaan dalam dunia medis termasuk dalam pengelolaan rumah sakit telah mulai banyak dan mendalam di level internasional, kajian sejenis masih sangat jarang di Indonesia.

Kondisi masyarakat Indonesia yang secara umum tergolong religius (lihat Norris & Inglehart, 2011) tentunya memiliki pengaruh dalam kebutuhan beragamanya termasuk ketika menjalani pengobatan medis di rumah sakit umum. Berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tersebut, peneliti bermaksud mengeksplorasi, mengelaborasi dan mengevaluasi pelebagaan pelayanan spiritualitas-agama dan konsekuensi perubahan kebijakan yang dilakukan oleh rumah sakit untuk melakukan standardisasi dan

mengintegrasikannya dalam pengobatan medis/klinis kepada pasien yang selama ini dilakukan oleh dokter dan perawat. Penelitian dilakukan dengan membandingkan pelebagaan dan perkembangannya di rumah sakit milik pemerintah/swasta yang netral dengan rumah sakit yang beafiliasi dengan lembaga keagamaan baik Islam, Kristen dan Katholik di Daerah Istimewa Yogyakarta.

B. Identifikasi Masalah Penelitian

Sebagaimana dipaparkan pada latar belakang, kajian terkait akomodasi tradisi keagamaan dalam pelayanan kesehatan telah berkembang di level internasional meskipun belum banyak mendapatkan perhatian akademik di tingkat nasional Indonesia. Beberapa tema kajian terkait yang perlu dieksplorasi dan elaborasi lebih lanjut, berikut tema-tema tersebut, meliputi:

- Kebijakan Nasional umum terkait akomodasi tradisi keagamaan dalam pelayanan kesehatan di Indonesia;
- Pelebagaan pelayanan spiritualitas-agama di lembaga penyedia pelayanan kesehatan (seperti tempat ibadah, waktu melakukan ritual sebelum terapi medis, konsultasi agama/spiritual, pelayanan doa dan sebagainya);
- Perbandingan pelebagaan dan perkembangan pelayanan spiritualitas-agama di rumah sakit yang netral dimiliki oleh pemerintah/swasta dan rumah sakit berafiliasi dengan lembaga keagamaan Islam, Kristen dan Katholik;
- Sikap dan Tanggapan Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan dan pasien (dan keluarganya) terhadap akomodasi tradisi keagamaan dalam pelayanan kesehatan termasuk peran dan kontribusi pelayanan spiritualitas-agama;

- Pengintegrasian peran pelayanan rohani dengan memberikan pembimbingan ruhani/spiritual dalam pengobatan medis/klinis kepada pasien bersama dengan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

C. Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan identifikasi tema-tema penelitian relevan, peneliti membatasi fokus penelitian sebagaimana terumuskan dalam 3 rumusan masalah dibawah ini:

- a. Bagaimana pelebagaan pelayanan spiritualitas-agama diselenggarakan di rumah sakit, baik yang netral milik pemerintah/swasta maupun yang berafiliasi dengan lembaga Islam, Kristen dan Katholik di wilayah Yogyakarta?
- b. Bagaimana perubahan kebijakan rumah sakit dalam rangka melembagakan pelayanan spiritualitas-agama dan mengintegrasikannya dengan pengobatan medis/klinis baik yang netral milik pemerintah/swasta maupun yang berafiliasi dengan lembaga Islam, Kristen dan Katholik di wilayah Yogyakarta?

D. Tujuan dan Manfaat Penelitian

Penelitian tentang politik agama dalam pelayanan kesehatan untuk mengakomodasi tradisi agama dalam kehidupan sosial dalam pengelolaan rumah sakit memiliki beberapa tujuan berikut:

- a. Penelitian bertujuan mengelaborasi pelebagaan pelayanan spiritualitas-agama pelayanan spiritualitas-agama diselenggarakan di rumah sakit, baik yang netral milik pemerintah/swasta maupun yang berafiliasi dengan lembaga Islam, Kristen dan Katholik di wilayah Yogyakarta.

- b. Penelitian bertujuan untuk mengkesplorasi perubahan kebijakan rumah sakit dalam rangka melembagakan pelayanan spiritualitas-agama dan mengintegrasikannya dengan pengobatan medis/klinis baik yang netral milik pemerintah/swasta maupun yang berafiliasi dengan lembaga Islam, Kristen dan Katholik di wilayah Yogyakarta
- c. Penelitian Politik Agama di rumah sakit ini merupakan perincian tema penelitian payung Relasi Sosial pada Masyarakat dalam Rencana Induk Penelitian (RIP) LPPM UNY 2016-2020; yang secara khusus bertujuan untuk memahami pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama dan pelayanan kesehatan yang melibatkan Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, staf pelayan rohani dan pasien di rumah sakit.
- d. Penelitian bertujuan untuk memberikan kontribusi akademik di level nasional dan internasional dalam bidang kajian Agama dan Kesehatan yang belum banyak didokumentasikan dan dielaborasi pada konteks pelayanan kesehatan dan kehidupan sosial-keagamaan di rumah sakit umum di Indonesia.

Bab II

Kajian Pustaka

A. Agama dan Pelayanan Kesehatan: Tinjauan Umum

Kajian tentang peran dan posisi agama dalam masyarakat modern – termasuk hubungannya dengan dunia medis – merupakan tema yang menjadi pokok bahasan dalam teori-teori Sosiologi dari era klasik – dikemukakan oleh Marx, Weber dan Durkheim hingga ke era kontemporer dimana Sosiolog Agama seperti Berger, Martin, Wilson dan Bruce memaparkan perhatian akademiknya (lihat Turner, 2010; 2011; 2014; Wilson & Bruce, 2016). Perdebatan berkisar pada bahasan tentang pudarnya relevansi Agama dalam masyarakat modern yang ditandai dengan differensiasi lembaga sosial, rasionalisasi, individualisasi dan privatisasi dimana lembaga keagamaan kehilangan legitimasi dan pengaruhnya dalam mengatur kehidupan sosial dan individu; sebagai proses sosial yang terkenal namun kontroversial, sekularisasi (lihat Bruce, 2011). Dengan kata lain, berbagai lembaga sosial termasuk di dalamnya meliputi: pendidikan, politik ekonomi, keluarga dan juga medis melepaskan diri dan bertransformasi menjadi mandiri dan otonom dari pengaruh dan intervensi lembaga keagamaan dalam masyarakat modern. Terkait dengan tema penelitian ini, bidang medis baik kesehatan dan kedokteran dipahami sebagai wilayah kerja Tenaga Medis (dokter) dan Kesehatan (perawat, apoteker, teknisi medis) yang bekerja dalam prosedur ilmiah, empirik dan rasional, terpisah dari pengaruh nilai dan tradisi keagamaan dan juga tanpa melibatkan tokoh-tokoh agama sebagaimana di masa sebelumnya (Koenig, 2000; Cockerham, 2016).

Merujuk kepada Brown (2005), pemisahan lembaga pelayanan medis dari tradisi keagamaan diawali dengan berkembangnya ilmu kedokteran dan kesehatan modern dan

disertai dengan semakin diakui dan dewasanya profesi dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang secara perlahan namun pasti menggantikan peran pendeta/pemimpin agama dalam merawat dan menyembuhkan orang sakit (BK Koenig, 2000). Perkembangan ini beriringan dengan semakin tingginya perhatian masyarakat modern terhadap kesehatan – baik mental maupun fisik – dan menuntut tersedianya pelayanan pengobatan yang lebih baik. Sebagai jawabannya, kebijakan pemerintah di Inggris, Jerman hingga Amerika Serikat membangun rumah sakit umum dan berbagai bentuk pelayanan kesehatan lainnya; yang kemudian secara perlahan menyingkirkan peran lembaga keagamaan yang sebelumnya menjadi pengelolanya (Philips, 1988; Risse, 1999). Sebagai kesimpulan, dalam masyarakat modern sudah lazim bahwa berbagai pekerjaan di bidang medis, yang melibatkan dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya dan dilakukan di rumah sakit, apotek, dan klinik, berjalan dalam tradisi tertentu tanpa melibatkan pertimbangan nilai dan tradisi keagamaan maupun tokoh agama tertentu (Cadge & Fair, 2010).

Namun, nasib tradisi dan nilai keagamaan tidak sepenuhnya pudar dan terpinggirkan dalam kehidupan masyarakat modern; sebagaimana diprediksi oleh teori sekularisasi. Malah sebaliknya, masyarakat modern masih berpaling kepada tradisi dan tokoh keagamaan ketika menghadapi masalah-masalah yang tidak terselesaikan; dan lembaga keagamaan tidak menyerah begitu saja dan tetap berusaha untuk memiliki peran sosial dalam kehidupan masyarakat dan individu; sebuah proses yang dikenal sebagai de-sekularisasi (Berger, 1999; 2002) dan/atau re-sakralisasi (Davie, 2010). Perkembangan ini berdampak dalam melahirkan pemahaman baru terhadap posisi dan juga peran tradisi dan nilai keagamaan dalam praktik kedokteran dan kesehatan modern. McCullough dan Smith (2003) menegaskan adanya keterkaitan antara agama – dalam arti kepercayaan dan perilaku yang diyakini dan dilakukan oleh anggota masyarakat – dengan berbagai isu

kesehatan dan kedokteran, seperti kesehatan fisik, kesehatan mental, angka kematian dan sikap dan perilaku pasien dalam menghadapi penyakitnya dan menerima/menolak terapi pengobatan dari dokter dan perawat (lihat juga Jones & Pattison, 2013; Ammerman, 2014). Dengan kata lain, dikarenakan masyarakat modern tidak serta merta meninggalkan tradisi keagamaannya, proses promosi/pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit, perawatan pasien dan berbagai inovasi baru di bidang kedokteran tidak selayaknya mengabaikan isu-isu keagamaan untuk memastikan ketepatannya dan menghindari timbulnya masalah-masalah sosial baru dalam kehidupan masyarakat modern (Koenig, et.al., 2001; Idler, 2010; Golden & Abel, 2014).

Perkembangan ini menumbuhkan perhatian besar terhadap kajian tentang hubungan antara agama dan medis – baik secara umum terkait kesehatan maupun perawatan/pengobatan penyakit tertentu – dalam 25 tahun terakhir. Hubungan agama dan medis terkait erat dengan kebutuhan emosional dan spiritual atau ruhani pasien ketika menghadapi penyakitnya (khususnya yang akut, menahun dan tidak mungkin sembuh) dan ketika mereka menjalani pengobatan medis yang menyakitkan dan melelahkan. Harould Koenig (2008; 2015) bersama dengan para pengkaji bidang ini menyatakan bahwa dalam tema ini agama menjadi penting dan bahkan sangat diperlukan sebagai salah satu pertimbangan dan rujukan dalam terapi medis kepada pasien (lihat Puchalski, 2001; 2008; Fosareli, 2008; Pesut, et.al., 2008; Cobb, et.al., 2012; Swinton, 2014). Pada satu sisi, kepercayaan dan kepatuhan terhadap nilai dan ajaran keagamaan diyakini memberikan ketenangan dan makna/tujuan hidup kepada pasien (dan individu secara umum) yang berdampak positif kepada kesehatan jiwa/ruhani dan kebahagiaannya (*well-being*) meskipun fisiknya menderita penyakit (Koenig, et.al., 2001; Rosmarin & Wachholtz, 2012; Abu-Raisya & Pargament, 2012; Hayward & Krause, 2014; Nadi & Ghahremani, 2014). Untuk itu, pasien perlu mendapatkan pelayanan spiritualitas/ruhani sebagai bagian integral dari terapi medis

yang diterimanya dari dokter dan perawat (Koenig, 2002; Hummel, et.al., 2008) yang biasanya dilakukan dengan melibatkan pembimbing rohani (*chaplain*) untuk turut merawatnya (Cadge, et.al., 2011; Balboni, M. et.al., 2014; Fitchett, et.al., 2011; 2014; Swift, 2016).

Pada sisi lain, pengakuan terhadap agama dalam bentuk pelayanan spiritual/ruhani kepada pasien mendorong inovasi lebih jauh untuk mengintegrasikannya dalam terapi klinis yang dilakukan oleh dokter dan perawat. Dokter dan perawat diharapkan untuk memasukkan pelayanan spiritualitas/ruhani dalam terapi pengobatan klinis yang diberikan kepada pasien dalam rangka pengobatan/perawatan penyakitnya (Mills, 2002; Franzen, 2016). Michael Balboni et.al. (2014) menjelaskan beberapa model dalam upaya mengintegrasikan antara pelayanan medis dan spiritualitas/ruhani kepada pasien, yang secara umum dilakukan dengan (i) melengkapi dokter dan perawat dengan pengetahuan umum dan ketrampilan untuk memberikan pelayanan spiritualitas/ruhani sebagai bagian dari profesi dan pekerjaannya sehingga bisa melakukannya; dan/atau (ii) melibatkan pembimbing rohani untuk memberikan pelayanan spiritual/ruhani dan mendampingi pasien ketika menjalani terapi medis klinis dari dokter dan perawat (BK Carey & Cohen, 2009). Sejauh ini, upaya mengintegrasikan tradisi keagamaan dalam terapi klinis telah banyak dan terus dikembangkan, seperti dalam pengobatan kanker (Salsman, et.al., 2015); pengobatan diabetes (Heidari, et.al., 2017), pelayanan pasien meninggal dan perawatan jenazah (Richardson, 2014) dan pengobatan-pengobatan medis-klinis lainnya. Perkembangan ini didukung dengan mulai adanya kemauan para dokter (dan perawat) untuk memasukkan pelayanan spiritual/ruhani-keagamaan dalam prosedur baku praktik pekerjaannya untuk kepentingan pasien (Dormois, 2014; Voltmer, et.al., 2014; Schouten, 2016).

Kesimpulan sementara yang bisa dirumuskan adalah bahwa tradisi dan nilai keagamaan dalam bentuk pembimbingan spiritualitas/ruhani kembali diakui peran dan kontribusinya dalam dunia kesehatan dan kedokteran modern. Namun, merujuk kepada catatan dari Michael King (2014), pengakuan ilmiah tentang hubungan agama, spiritualitas dan medis seringkali dinyatakan dalam jargon dan hanya didukung oleh hasil penelitian-eksperimen yang kurang berkualitas, kurang empiris dan kurang mendalam. Oleh karena itu, diperlukan lebih banyak lagi penelitian eksploratif, elaboratif hingga eksperimen yang menguji dengan lebih mendalam peran dan posisi tradisi dan nilai keagamaan dalam praktik medis modern (Timmins, et.al., 2016).

B. Agama di Rumah Sakit: Akomodasi, Kontribusi dan Tantangannya

Keberadaan agama – dalam arti tradisi, ritual hingga simbol – dalam rumah sakit bukanlah hal baru. Beberapa kajian sejarah menekankan bahwa rumah sakit sebagai tempat perawatan orang sakit yang menderita secara mental dan fisik dipahami sebagai salah satu tanggungjawab kemanusiaan yang diharapkan dilakukan oleh mereka yang beragama (Philips, 1988). Merujuk kepada sejarah kelahiran rumah sakit Eropa, tersebut tentang kegiatan karitas yang diinisiasi oleh pemuka dan komunitas Kristen untuk memberikan tempat berlindung, makanan dan pakaian bagi orang-orang miskin yang sakit; dimana dokter-dokter yang juga pendeta dilatih di lembaga pendidikan milik gereja untuk bisa mengobati orang-orang sakit dengan tujuan utama menyebarkan pesan dan keselamatan Tuhan (*salvation*) (Risse, 1999; Brodman, 2007). Dengan kata lain, kelahiran rumah sakit merupakan bagian penting yang tak terpisahkan dalam perkembangan Agama Kristen; yang berakar pada tradisi monastik yang menempatkan pendeta-pendeta untuk menjalankan dan menyebarkan tradisi agamanya dengan memberikan perawatan dan

pelayan kepada yang memerlukan (orang miskin, tunawisma, orang sakit, orang cacat dan sejenisnya) (Crislip, 2005; Ferngren, 2009). Sebagai perbandingan, kelahiran rumah sakit dengan tujuan yang relatif sama juga berkembang dalam tradisi agama lain, khususnya Islam (lihat Dols, 1987; Ragab, 2015).

Setelah terjadi pemisahan antara agama dan dunia medis dalam masyarakat modern (Koenig, 2000; Brown, 2005; Cadge & Fair, 2010), rumah sakit telah bertransformasi sebagai lembaga publik yang cenderung sekuler – tanpa ada hubungan khusus atau hierarki dengan tradisi keagamaan atau lembaga keagamaan (Risse, 1999; BK Griffin, 2011; Marcinko & Hetico, 2012). Namun, penelitian mendalam Wendy Cadge (2012) tentang disain arsitektur, dekorasi, tata ruang dan berbagai aspek rutin dalam pengelolaan rumah sakit di Amerika Serikat menunjukkan masih kuatnya warisan tradisi keagamaan di dalamnya. Cadge menambahkan bahwa warisan ini tidak lepas dari akar sejarah rumah sakit yang pada mulanya didirikan oleh lembaga keagamaan dalam rangka menjalankan dan menyebarkan ajarannya. Oleh karena itu, tidaklah mengherankan bahwa rumah sakit yang dalam masyarakat modern berada dalam dibawah aturan sekuler tetap memiliki dan mengakomodasi tradisi, simbol, ritual dan perilaku keagamaan (Cadge & Konieczny, 2014; Balboni, T. Et.al., 2015). Seluruh aktor dalam rumah sakit – termasuk dokter, perawat, pegawai kebersihan hingga pasien dan penunggunya – memiliki kesadaran kolektif bersama tentang makna penting tradisi dan nilai keagamaan dalam lembaga ini (Balboni, T. Et.al., 2015).

Akar sejarah kelahiran rumah sakit dalam tradisi keagamaan juga masih bisa ditengarai dari adanya rumah sakit – rumah sakit yang berafiliasi dengan atau dikelola langsung oleh lembaga keagamaan hingga sekarang ini (Cadge, 2012). Pada satu sisi, keberadaan rumah sakit ini menunjukkan anomali dalam perkembangan pelayanan medis

dalam masyarakat modern; yang berpotensi menciptakan perbedaan, pertentangan maupun dilema dalam perawatan dan pengobatan pasien khususnya prioritas rujukan antara tradisi dan nilai keagamaan dengan standar baku dalam terapi medis modern (Stulberg, et.al., 2010). Namun pada sisi lain, ternyata kekhawatiran tersebut tidak terjadi; ditunjukkan dengan perkembangan jumlah dan kontribusi positif rumah sakit yang berafiliasi dengan lembaga keagamaan memberikan pelayanan medis kepada masyarakat umum khususnya di negara berkembang (Antwi, et.al., 2014; Olivier, et.al., 2015). Sebagai tambahan, survei di Jerman menunjukkan bahwa rumah sakit yang berafiliasi dengan lembaga keagamaan lebih dipilih oleh pasien karena dianggap lebih bisa dipercaya dibandingkan rumah sakit umum milik pemerintah dan/atau lembaga swasta lainnya (Seemann, et.al., 2015).

Bagian penting lainnya dalam kajian tentang agama di rumah sakit adalah adanya pembimbing ruhani (*chaplain*); aspek yang seiring dengan isu pengakuan peran dan kontribusi agama dalam bentuk pembimbingan spiritualitas/ruhani bagi pasien untuk menenangkan dan memperkuat mental dalam menjalani pengobatan medis (Saad & Medeiros, 2016). Meskipun perannya sempat menurun, namun kajian Wendy Cadge (2012) di Amerika Serikat dan Christopher Swift (2016) di Inggris menunjukkan perkembangan positif keberadaan bagian pembimbingan spiritualitas/ruhani di rumah sakit dalam 20-30 tahun terakhir. Perkembangan ini meliputi standarisasi kualifikasi pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan, profesi dan pekerjaannya, gaji hingga posisinya yang secara perlahan diakui sebagai bagian dari tim medis di rumah sakit (BK Carey & Cohen, 2010 di Australia; dan Winter-Pfandler & Flannelly, 2013 di Jerman). Selanjutnya, Megan Best et.al. (2016) menyatakan bahwa para dokter dan perawat mulai mengakui kontribusi penting tradisi keagamaan dan pembimbingan spiritual/ruhani dalam memperlancar, mempercepat dan mempermudah prosesi pengobatan medis modern kepada pasien. Peran pembimbing ruhani juga menjadi semakin penting di rumah sakit yang tidak hanya terbatas

memberikan pelayanan spiritualitas/ruhani kepada pasien; namun juga untuk memberikan jawaban etik-keagamaan terkait berbagai temuan dan inovasi dalam dunia medis modern, seperti vaksinasi, alat kontrasepsi, bayi tabung hingga terapi sel punca dan transplantasi organ (Swift, 2016).

Dari semua perkembangan positif keberadaan agama di rumah sakit, terdapat beberapa tantangan yang berpotensi menghambat kontribusinya lebih jauh dalam perawatan medis pasien. *Pertama*, tantangan ini terkait kenyataan bahwa kebanyakan tenaga medis dan kesehatan tidak memiliki pengetahuan tentang tradisi dan nilai keagamaan dan tidak terdidik untuk memasukkan terapi spiritualitas/ruhani bersama dengan terapi medis yang diberikan kepada pasien (Austin, et.al., 2016). Untuk mengantisipasi, dalam beberapa tahun terakhir ini telah ada upaya – meskipun belum sepenuhnya berhasil – untuk memasukkan materi tentang agama dan pembimbingan spiritualitas/ruhani dalam kurikulum pendidikan dokter dan perawat ((Puchalski, et.al., 2014; Paal, 2015). Sedangkan tantangan *kedua* terkait pluralitas latar belakang tradisi keagamaan pasien dan tuntutan untuk mendapatkan pelayanan spiritualitas/ruhani yang sama (Martínez-Ariño & Griera, 2016; Giumbelli, 2016). Oleh karena itu, berbagai upaya telah dilakukan untuk mentransformasikan bagian pembimbingan spiritualitas/ruhani ini meliputi berbagai kepercayaan agama yang berbeda (Eccles, 2014; Swift, 2016).

C. Agama di Rumah Sakit di Indonesia: Peran dan Pengaruhnya

Serupa dengan perkembangan terkini, tema agama dalam kajian tentang medis dan rumah sakit di Indonesia juga tumbuh dalam beberapa tahun terakhir meskipun masih terbatas. Tema umum yang banyak mendapatkan perhatian adalah akar sejarah pendirian rumah sakit di Indonesia khususnya di masa akhir penjajahan Belanda dan fase awal pasca

kemerdekaan negeri ini. Bahauddin (2010) menyinggung keberadaan rumah sakit – rumah sakit swasta yang didirikan oleh lembaga keagamaan Kristen, Katolik dan Islam yang berperan besar dalam pengembangan pelayanan medis di kota-kota besar khususnya di Pulau Jawa (BK Loedin, 2005; Depkes RI, 2009). Sebagai contoh, Misi Zending Kristen di Yogyakarta pada awal abad ke-20 identik dengan upayanya dalam memberikan pelayanan kesehatan dan pengobatan kepada masyarakat miskin dengan mendirikan klinik yang kemudian berkembang menjadi RS Bethesda di masa sekarang (Wulanadha & Dwikurniarini, 2017). Pendirian layanan kesehatan yang bermotif penyebaran Agama Kristen ini direspon serius oleh pergerakan Islam Muhammadiyah dengan mendirikan Rumah Sakit PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) (Kastolani, 2008; Iskandar & Sardiman, 2016). Temuan ini mempertegas pemahaman umum dalam kajian sebelumnya bahwa agama memiliki peran yang sentral dalam pengembangan layanan kesehatan khususnya pendirian rumah sakit sebagai salah satu cara untuk menyebarkan agamanya.

Peran penting lainnya terkait agama di rumah sakit berkenaan dengan tugas profesi perawat yang bertanggungjawab mengurus kebutuhan sehari-hari, merawat dan mendampingi pasien menjalani terapi medis untuk penyakit yang dideritanya. Achir Yani Hamid (2008) menyatakan bahwa peran perawat sebagai tenaga kesehatan yang berhubungan langsung secara intens dengan pasien menuntutnya memiliki pengetahuan tentang tradisi keagamaan dan ketrampilan pembimbingan spiritualitas/ruhani. Pendapat ini mengasumsikan bahwa pasien yang sedang menderita secara fisik perlu ketenangan jiwa, berpikir positif tentang penyakitnya dan tetap optimis dengan proses pengobatan dan penyembuhannya yang dilakukan dengan pembimbingan ruhani (BK Pesut, 2016). Pemahaman ini telah mendorong praktik asuhan keperawatan holistik dengan memadukan perawatan fisik dan penyakit pasien dengan kesehatan mental-jiwanya; dilakukan oleh perawat-perawat di rumah sakit (Setiawan, 2015; Khoiriyati, 2016; Sari & Wijayanti,

2017). Lebih jauh, agar mampu memberikan asuhan keperawatan berbasis tradisi keagamaan dan spiritualitas/ruhani, perawat-perawat dituntut untuk menginternalisasinya dalam kehidupan kesehariannya dan dalam menjalankan profesinya (Arini, 2015; Bakar, et.al., 2017).

Seiring dengan upaya mengintegrasikan tradisi keagamaan dan spiritualitas/ruhani dalam tugas perawat, keberadaan agama di rumah sakit ditengarai dengan berfungsinya bagian bina ruhani. Bagian bina ruhani rumah sakit ini memiliki peran ganda, (i) sebagai upaya penyebaran agama khususnya di rumah sakit berafiliasi dengan lembaga keagamaan; dan (ii) yang lebih utama, memberikan pelayanan/pembimbingan spiritualitas/ruhani kepada pasien (Arifin, 2014). Pelayanan spiritual/ruhani kepada pasien ini umum di rumah sakit yang berafiliasi dengan lembaga keagamaan baik Islam, Kristen maupun Katholik (dalam Islam biasanya disebut Bina Ruhani Islam; sedangkan pada Kristen Katolik disebut Layanan Pastoral); namun keberadaannya tidak terlalu tampak di rumah sakit umum milik pemerintah atau swasta tanpa afiliasi keagamaan (Ramadhani, 2013; Wardana, akan datang). Dalam beberapa tahun terakhir, upaya untuk mendokumentasikan peran, kerja dan kontribusi pembimbing ruhani di rumah sakit di Indonesia telah mulai dilakukan (lihat Maghfiroh, 2014; Arifatun, 2015; Riyadi, 2015; Saputra, 2015; Isnaini, 2016; Khofifah, 2016 dan masih banyak lagi). Namun, kebanyakan merupakan penelitian sarjana Strata-1, Skripsi sehingga belum cukup mendalam mendokumentasikan dalam menganalisis peran pembimbing ruhani ini dan kurang melahirkan teorisasi tentang kontribusi tradisi dan nilai keagamaan dalam praktik medis di rumah sakit di Indonesia.

Bab III

Metode Penelitian

A. Pendekatan Penelitian

Penelitian tentang politik agama dalam pelayanan kesehatan ini dirancang untuk menggunakan pendekatan kualitatif yang memiliki keluwesan untuk mengeksplorasi dan mengelaborasi fenomena sosial dan mendapatkan pemahaman mendalam sekaligus variasi maknanya (Ragin & Amoroso, 2011). Dalam analisis data dan perumusan temuan penelitian, peneliti mengadopsi pendekatan *Grounded Theory* (dalam versi awal dari Glazer & Strauss, 1967; dan Strauss & Corbin, 1990) dimana temuan terkait pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama pada 3 model rumah sakit diperbandingkan dan dipersamakan untuk menemukan pola yang konsisten.

Penelitian Lapangan telah dilakukan dilakukan di 6 rumah sakit dalam kuran waktu 3-4 bulan dari akhir Juli sampai dengan Oktober 2017. Rumah sakit yang menjadi lokasi penelitian terbagi dalam 3 kategori, yaitu RS Netral, RS Islam dan RS Kristen/Katolik. RS netral meliputi RSU Sardjito dan RSUD Kota Yogyakarta; RS Islam diwakili oleh RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan RS Islam Hidayatullah; sedangkan RS Kristen/Katolik diwakili oleh RS Bethesda dan RS Panti Rapih. Penelitian melibatkan 11 informan penelitian yang 6 orang merupakan kepala unit pelayanan spiritualitas-agama di masing-masing rumah sakit, 2 pimpinan dan sisanya merupakan petugas pelayanan rohani aktif.

B. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam rangka menjawab dan mengelaborasi rumusan pertanyaan penelitian dilakukan dengan mengkombinasikan 3 metode, yaitu: observasi, wawancara dan kajian dokumen. Metode observasi dipilih untuk mendapatkan gambaran umum praktik pelayanan spiritualitas-agama yang diselenggarakan di rumah sakit sampel. Dalam pelaksanaannya, observasi ditujukan untuk mengamati keberadaan unit pelayanan spiritualitas-agama yang terlembagakan dengan nama-nama yang berbeda; kegiatan petugas pelayanan spiritualitas-keagamaan ini; dan sekilas menilai pola interaksi yang dibangun antara petugas pelayanan rohani dengan tenaga medis dan kesehatan yang bekerja di rumah sakit sampel.

Metode wawancara dipahami sebagai metode utama untuk mengumpulkan data yang relevan dan diperlukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Dalam pelaksanaannya, wawancara dengan kepala unit pelayanan spiritualitas-agama berhasil mengumpulkan data yang paling banyak, relevan dan informasi-informasi baru yang belum terumuskan dalam rencana penelitian. Prosesi wawancara juga menjadi jembatan untuk membangun jaringan dan kedekatan dengan informan kunci; yang dilanjutkan dengan permohonan untuk mendapatkan dokumen dan arsip terkait kebijakan rumah sakit terhadap pelayanan spiritualitas-agama dan administrasinya.

C. Metode Analisis

Analisis data di dalam penelitian ini mengikuti prinsip iterative yang dilakukan berkesinambungan hingga mencapai derajat saturatif secara teoretikal meski itu dibatasi dengan waktu untuk menyelesaikan penelitian ini (Bryman, 2012). Prinsip iterative artinya

proses analisis dilakukan bersamaan dengan pengambilan data. Teknisnya, hasil analisis data dari informan pertama digunakan untuk mengoreksi panduan wawancara dan juga klarifikasi yang biasa disebut sebagai triangulasi sumber data, membandingkan satu data dengan data lainnya. Dengan triangulasi ini diharapkan proses pengumpulan dan analisis data mendapatkan gambaran yang sebenarnya tentang fenomena sosial, dalam hal ini pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama di beberapa rumah sakit sampel di wilayah Yogyakarta.

Strategi lain dalam analisis data juga mengikuti prinsip ‘perbandingan yang konstan’, yang diadopsi dari tradisi *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967; Straus & Corbin, 1998). Untuk melakukannya, data dari masing-masing informan diperbandingkan satu sama lain dan juga dengan pustaka-pustaka yang relevan. Proses analisis ini menghasilkan sebuah elaborasi tentang persamaan-persamaan dan juga perbedaan-perbedaan dalam pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama pada beberapa rumah sakit di wilayah Yogyakarta. Proses analisis-pengumpulan data iteratif dengan strategi perbandingan konstan ini berlangsung hingga tidak ada temuan baru dari informan yang biasanya disebut derajat saturasi teori, atau fakta-fakta yang ditemukan saling melengkapi satu sama lain. Dalam penelitian ini, saturasi ini menjadi tujuan utama proses penelitian namun diikuti dengan pertimbangan waktu dan biasa penelitian. Pada tahap akhir, temuan data penelitian disusun dan narasi cerita yang menjelaskan realitas yang diteliti; yang dalam hal ini pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama di rumah sakit yang berbeda menimbang perbedaan kebijakannya terhadap agama dan berbagai perubahan kebijakan dan implementasinya sebagai konsekuensi logis dari tahapan tersebut.

Bab IV

Hasil dan Pembahasan Penelitian

A. Pelembagaan Pelayanan Spiritualitas-Agama di Rumah Sakit: Pemenuhan Hak Pasien dan Gagasan Pengobatan Menyeluruh (*Holistic Care*)

Penelitian lapangan yang telah dilaksanakan pada bulan Juli hingga Oktober 2017 mengkonfirmasi adanya dan terlembagakannya Pelayanan Spiritualitas-Agama di 6 (enam) rumah sakit umum - baik milik pemerintah dan swasta berafiliasi lembaga keagamaan - di Kota Yogyakarta. Pada masing-masing rumah sakit, telah berdiri dan berfungsi dengan baik unit pelayanan spiritualitas-agama kepada pasien (dan keluarganya) meskipun dengan nama unit/bagian yang berbeda; di RS Dr. Sardjito dan RSUD Kota Yogyakarta dengan nama 'Unit Pelayanan Rohani', di RS PKU Muhammadiyah dan RSI Hidayatullah dengan nama 'Bagian Bina Ruhani Islam', di RS Bethesda dengan nama 'Unit Pelayanan Pastoral'; dan di RS Panti Rapih bernama 'Unit Pastoral Sosio Medik'. Secara umum, masing-masing unit/bagian ini bertanggungjawab untuk memberikan layanan spiritualitas-agama kepada pasien rawat inap (termasuk keluarganya) dalam bentuk kunjungan rutin, pelayanan doa, tuntunan ritual-ibadah, konsultasi spiritualitas-agama hingga layanan perawatan jenazah bagi pasien yang meninggal dunia.

Pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama sebagai unit pelayanan khusus menunjukkan pengakuan dan akomodasi dalam manajemen rumah sakit terhadap aspek spiritualitas-agama pasien. Perlu dicatat sebelumnya bahwa hampir di seluruh rumah sakit sampel, unit layanan spiritualitas-agama ini berada langsung dibawah direktur rumah sakit bukan dibawah unit layanan lainnya. Implikasi dari posisinya yang khusus dalam struktur organisasi rumah sakit adalah layanan spiritualitas-agama ini memiliki kuasa untuk

mengjangkau seluruh pasien dan terlibat (baca: mengintervensi) dalam seluruh pelayanan medis yang tersedia selama itu perlu dan membutuhkan pertimbangan spiritualitas-agama pasien. Mempertimbangkan posisinya yang khusus tersebut, unit/bagian layanan spiritualitas-agama ini telah mengalami perkembangan yang pesat dengan konsekuensi kebijakan-kebijakan baru dalam pengelolaan rumah sakit; seperti kualifikasi dan profesionalisasi petugasnya dan wewenang dan batasan perannya terlibat dalam pelayanan medis pasien (dibahas pada sub-bab ke-2 tentang pelembagaan unit pelayanan spiritualitas-agama); dan tanggung jawab tambahan untuk menciptakan dan menjaga suasana religius dalam kehidupan sosial rumah sakit (dibahas pada sub-bab ke-4 tentang berbagai upaya internalisasi nilai-nilai agama di rumah sakit).

Temuan utama dalam penelitian tentang pelembagaan unit layanan spiritualitas-agama - khususnya di 6 (enam) rumah sakit sampel di Yogyakarta - didorong dan didukung dengan latar belakang, tujuan dan justifikasi yang berbeda dan berkembang. *Pertama*, pelayanan spiritualitas-agama dipahami sebagai perwujudan misi keagamaan kepada masyarakat khususnya pasien. Pemahaman ini melatarbelakangi penyediaan pelayanan agama khususnya di rumah sakit yang berafiliasi dengan lembaga keagamaan Islam, Kristen dan Katolik. *Kedua*, pelayanan spiritualitas-agama diberikan sebagai bagian dari upaya pemenuhan hak pasien disamping pelayanan medis yang diterimanya. Pemahaman ini tidak lepas dari upaya pemerintah Indonesia khususnya Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan dan menstandarisasi kualitas pelayanan kesehatan di seluruh rumah sakit di negeri ini dengan memenuhi hak-hak dasar pasien termasuk beribadah sesuai dengan agama dan keyakinannya. *Ketiga*, pelembagaan unit pelayanan spiritualitas-agama ini dilandasi oleh perkembangan dalam dunia medis tentang pengobatan holistik (Holistic Care) kepada pasien baik secara fisik, psikologis dan spiritual. Pemahaman ini menuntut rumah sakit tidak hanya menyediakan pelayanan medis

untuk mengobati penyakit pasien namun melengkapinya dengan pelayanan psikologis dan spiritual untuk mempercepat, memperlancar dan mengobati secara menyeluruh (baca: holistik).

Sebagaimana telah disebutkan, pelayanan spiritualitas-agama di rumah sakit berafiliasi dengan lembaga keagamaan tidak bisa dilepaskan dari misinya untuk menyebarkan ajaran dan keyakinan agamanya kepada masyarakat. Oleh karena itu, tidaklah mengherankan bahwa pelayanan (spiritualitas-)agama ini lebih dahulu terlembagakan dibanding di rumah sakit umum milik pemerintah khususnya di Yogyakarta. RS Kristen Bethesda, yang berdiri dengan nama *Patronella Zienkenhuis* (namun lebih dikenal dengan nama RS Toeloeng/ Pitoelong) pada tahun 1899, pelayanan agama Kristen - disebut dengan pelayanan Pastoral - telah diberikan kepada pasien sejak masa-masa awal yang kemudian berkembang lebih sistematis dengan pendirian YAKKUM (Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum) pada tahun 1950 sebagai induk organisasi keagamaannya. Perkembangan yang relatif serupa terjadi juga di RS Katolik Panti Rapih - yang berdiri dengan nama RS Onder de Bogen pada tahun 1929 - yang telah menyelenggarakan Pelayanan Pastoral Katolik sebelum tahun 1980an. Perlu dicatat disini bahwa Pelayanan Pastoral merupakan komponen integral dalam pelayanan kesehatan pada kedua rumah sakit Kristen dan Katolik ini sejak periode awal pendiriannya. Seluruh warga rumah sakit yang terdiri dari pasien, perawat, dokter dan karyawan administratif merupakan komunitas beragama (jemaat) yang harus dituntun (baca: digembalakan sebagai terjemahan dari kata pastoral seperti menggembalakan ternak) menuju jalan keselamatan dibawah lindungan Kristus. Maka tidak mengherankan bahwa pada periode awal hingga tahun 1980an, Pelayanan Pastoral ini dilaksanakan oleh Pendeta/Pastur dari gereja terdekat yang ditugaskan di kedua rumah sakit tersebut.

Pelayanan Spiritualitas-Agama di Rumah Sakit berafiliasi dengan lembaga Islam juga lahir dan berkembang dengan tujuan yang serupa meskipun tidak sama sebagaimana di rumah sakit Kristen dan Katolik. Pelayanan Agama di RS PKU Muhammadiyah yang berafiliasi dengan Organisasi Islam Muhammadiyah dengan tujuan untuk menyebarkan ajaran Islamnya. Rumah Sakit ini berdiri pada tahun 1938 yang ditandai dengan pembentukan Bagian PKO (Penoloeng Kesengsaraan Oemoem) sebagai pengembangan misi Dakwah Islam Muhammadiyah melalui pelayanan bidang kesehatan (sebagai tambahan dari bidang Pendidikan Dasar yang sudah ada) (lihat Alfian, 1989). Dengan kata lain, Pelayanan Agama di rumah sakit ini merupakan keniscayaan yang diselenggarakan sebagai perwujudan misi Dakwah Islamnya kepada masyarakat khususnya kepada pasien-pasien yang berobat. Lebih jauh, serupa dengan Pelayanan Pastoral di kedua rumah sakit Kristen dan Katolik sebelumnya, pelayanan agama di RS PKU Muhammadiyah - yang kemudian terlembagakan sebagai Bagian Bina Ruhani Islam - dilaksanakan oleh para muballigh/dai (penyebarkan agama) Muhammadiyah khususnya yang tergabung di dalam bagian Dakwah Islamnya, Majelis Tabligh. Sedangkan di RSI Hidayatullah, Pelayanan Bina Ruhani Islam juga dipahami sebagai bagian penting dari misi Dakwah Islam melalui pelayanan bidang kesehatan meskipun tidak memiliki afiliasi dengan organisasi Islam seperti dan sebesar Muhammadiyah.

Sedangkan Pelayanan Spiritualitas-Agama di rumah sakit umum milik pemerintah seperti RS Dr. Sardjito dan RSUD Kota Yogyakarta bisa dipahami sebagai tanggapan terhadap peningkatan religiusitas masyarakat secara umum yang sudah seharusnya dipertimbangkan sebagai pelengkap dalam pelayanan kesehatan. Di RS Dr. Sardjito, pelayanan spiritualitas-agama - yang saat ini terlembagakan dengan nama Pelayanan Rohani -mulai diberikan pada akhir tahun 1986 dibawah unit Keperawatan. Dengan kata lain, pelembagaan Unit Pelayanan Rohani di rumah sakit pemerintah ini tidak lepas dari

upaya untuk memenuhi hak dan kebutuhan pasien terhadap bimbingan agama selama menjalani pengobatan medis. Oleh karena itu, RS. Dr. Sardjito berkomitmen untuk menyediakan pelayanan agama kepada pasien sesuai dengan agama dan keyakinan pasien, bukan hanya agama tertentu. Untuk memenuhi komitmen ini, dibangun bekerjasama dengan Kantor Wilayah Kementerian Agama DI Yogyakarta untuk menugaskan penyuluh-penyuluh agama - baik Islam, Kristen, Katolik, Budha dan Hindu - untuk melayani kebutuhan bimbingan rohani/agama kepada pasien bersama dengan para rohaniawan yang dimiliki oleh rumah sakit ini.

Dalam perkembangan terakhir, pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama di RSU Dr. Sardjito ini mendapatkan justifikasi kebijakan dari pemerintah dan juga komunitas rumah sakit internasional. Meskipun regulasi dan standardisasi pelayanan spiritualitas-agama di rumah sakit belum terumuskan dengan baik secara nasional, Standar Akreditasi Rumah Sakit mulai dikenalkan oleh Kemenkes RI dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada tahun 2011-2012 menuntut rumah sakit untuk memiliki unit yang bertanggungjawab memenuhi hak dan kebutuhan rohani/agama pasien selama dalam asuhan (lihat Kemenkes RI & KARS, 2011; KARS, 2017). Tuntutan serupa juga termuat dalam standar akreditasi internasional rumah sakit yang dikeluarkan oleh Joint Commission International khususnya yang edisi ke-5 (lihat JCI, 2014). Sebagai rumah sakit yang telah terakreditasi nasional sebagai Rumah Sakit Paripurna dan juga telah terakreditasi internasional dari JCI, keberdayaan pelayanan spiritual-agama kepada pasien rawat inap sesuai dengan agama dan keyakinannya menjadi keharusan di rumah sakit pemerintah di Yogyakarta ini.

Bagi rumah sakit swasta berafiliasi dengan lembaga keagamaan dan telah terakreditasi nasional paripurna, termasuk RS Bethesda, RS Panti Rapih dan RS PKU

Muhammadiyah, tuntutan pelayanan spiritualitas-agama kepada pasien sesuai dengan agama dan keyakinannya memberikan konsekuensi penting. *Pertama*, Pelayanan Pastoral dan pembimbingan Ruhani Islam yang telah ada perlu dirumuskan dengan lebih sistematis; disertai dengan Standar Operisonal Baku, administrasi pelayanan pasien termasuk catatan perkembangan jiwa/spiritualitasnya dan kualifikasi akademik dan profesional staf yang melakukan pelayanan (topik ini akan dibahas pada sub-bab ke-2 tentang pelembagaan unit layanan spiritualitas-agama). *Kedua*, unit pelayanan spiritualitas-agama di masing-masing rumah sakit dituntut menyediakan pembimbingan ruhani sesuai dengan agama dan keyakinan pasien yang berbeda dengan pelayanan tradisionalnya. Dengan kata lain, rumah sakit Kristen dan Katolik menyediakan pelayanan Pastoral sebagaimana biasanya dan pelayanan spiritualitas-agama agama lain - baik Islam, Hindu dan Budha - kepada pasien yang memintanya. Rumah sakit Islam seperti RS PKU Muhammadiyah dan Hidayatullah juga melangsungkan pelayanan Bina Ruhani Islam dan pelayanan ruhani agama lain yang diminta oleh pasien. Berdasarkan observasi, wawancara dan kajian dokumen selama penelitian, masing-masing rumah sakit ini telah memiliki jaringan informal dan formal dengan pembimbing ruhani agama lain yang tidak dimilikinya atau seringkali bekerjasama antar rumah sakit untuk memenuhinya. RS Bethesda dan Panti Rapih memiliki mekanisme bagi pasien Muslim untuk meminta dan mendapatkan pelayanan spiritualitas-agama Islam dari ustad yang diminta oleh rumah sakit. Kebijakan serupa terdapat dalam Pelayanan Bina Ruhani di RS PKU Muhammadiyah dengan bekerjasama dengan bagian penyuluhan agama Kristen, Katolik, Budha dan Hindu dari Kantor Wilayah Kementerian Agama di DI Yogyakarta.

Perkembangan mutakhir pelayanan spiritualitas-agama di rumah sakit selaras dengan perkembangan pemikiran tentang penyediaan pengobatan medis yang menyeluruh (*Holistic Care*) kepada pasien. Dalam pandangan ini, definisi sehat tidak hanya pada aspek

fisik individu namun juga meliputi aspek psikologis/kejiwaan, sosial dan spiritualnya. Sebagai konsekuensinya, pengobatan medis yang fokus pada penyembuhan fisik pasien dilengkapi dengan terapi psikologis/kejiwaan, sosial dan juga pembimbingan spiritualitas-agamanya. Selama penelitian lapangan yang telah dilakukan, informan-informan penelitian di RS Dr. Sardjito, RS Panti Rapih, RS Bethesda dan RS PKU Muhammadiyah mengungkapkan pemahaman serupa. Dengan kata lain, gagasan tentang *Holistic Care* yang menyeimbangkan antara terapi fisik pada pengobatan medis yang dilakukan oleh dokter dan perawat dengan terapi non-fisik seperti kejiwaan/psikologis, sosial dan spiritualitas pasien yang dilakukan oleh konselor psikologis, konselor sosial dan pembimbing ruhani, rohaniawan atau petugas pelayanan pastoral. Pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama merupakan salah satu aspek penting untuk menyelenggarakan pengobatan secara menyeluruh atau *Holistic Care* ditujukan untuk menjaga dan meningkatkan ketenangan jiwa dan sikap optimisme pasien yang menjalaninya (untuk penjelasan tentang spiritualitas dalam kesehatan/pengobatan medis, lihat Koenig, 2002).

Konsekuensi logis dari adaptasi gagasan ini dalam pengelolaan ruma sakit meliputi dua aspek penting, yaitu: (i) pelembagaan pelayanan pendukung non-medis yang ditujukan untuk memelihara dan/atau meningkatkan /kesejahteraan ketenangan jiwa pasien (*well-being*); dan (ii) terkait dengan fokus penelitian ini, terdapat pemahaman baru tentang pentingnya pelayanan spiritualitas-agama yang tidak hanya berkisar pada doa, bimbingan ibadah dan aspek keagamaan lainnya. Sebagaimana terlihat di RS. Dr. Sardjito, bersama dengan pelembagaan pelayanan rohani, terdapat pelayanan konseling psikologis terkait perkembangan kejiwaan pasien dan juga pelayanan rehabilitasi sosial-medik khususnya untuk pasien cacat permanen sebelum kembali ke keluarga dan masyarakatnya. Perkembangan serupa, meskipun dengan tingkat differensiasi dan pelembagaan yang berbeda, juga terjadi di rumah sakit lainnya yang diteliti.

Namun temuan penting yang perlu dicatat adalah bahwa terjadi perkembangan dalam hal isi dan tujuan pelayanan (spiritualitas-) agama kepada pasien di rumah sakit berafiliasi dengan lembaga keagamaan yang diteliti. Apabila sebelumnya pelayanan ini lebih sebagai misi penyebaran dan pengajaran agama kepada masyarakat khususnya pasien di rumah sakit (di RS Panti Rapih untuk mengajarkan dan memberikan sakramen kepada pasien Katolik; di RS Bethesda untuk mengajarkan dan menuntut ibadah pasien Kristen; dan di RS PKU Muhammadiyah sebagai misi Dakwah Islam kepada pasien Muslim); pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama ini ditujukan untuk memelihara kesejahteraan/ ketenangan jiwa (well-being) pasien yang dilakukan melalui pendalaman pemahaman, praktik dan tradisi agama yang dianutnya. Dengan kata lain, spiritualitas yang memiliki konotasi netral (baca: sekuler) menjadi aspek yang dominan dalam pelayanan ini yang sebelumnya dipahami sebagai aktifitas pembimbingan rohani/agama pasien. Perkembangan ini menuntut perubahan-perubahan mendasar dan teknis dalam pelaksanaan pelayanan spiritualitas-agama di rumah sakit, meliputi mekanisme pelayanan yang fokus pada spiritualitas pasien disamping bimbingan agama (doa, ibadah) kepada pasien dan juga terkait kualifikasi petugas yang menyelenggarakan pelayanan untuk memiliki keahlian dalam spiritual-klinis dari sebelumnya adalah ahli agama/teologi (seperti ustads/dai, pendeta, pastur). Tuntutan-tuntutan perubahan ini akan dibahas pada sub-bab bahasan selanjutnya.

B. Upaya Standardisasi Pelayanan Spiritualitas-Agama: Kebutuhan terhadap Pendidikan Agama Klinis

Pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama di rumah sakit mendorong berbagai perubahan kebijakan dan implementasi sebagai konsekuensi logisnya. Berdasarkan

penelitian lapangan yang sudah dilakukan, teridentifikasi 3 (tiga) temuan utama terakut perubahan dan adaptasi kebijakan dalam pengelolaan rumah sakit dengan tujuan untuk mengakui dan mengakomodasi pelayanan ini. *Pertama*, sebagaimana telah disinggung pada sub-bab sebelumnya, semua rumah sakit sampel telah melembagakan pelayanan ini dalam unit mandiri yang langsung dibawah direktur dan memiliki wewenang untuk dilibatkan dalam berbagai tindakan/keputusan medis yang memerlukan pertimbangan spiritualitas-agama. *Kedua*, pelembagaan terhadap unit pelayanan ini menuntut standardisasi keahlian/keilmuan pelayan/pembimbing ruhani dengan kualifikasi akademik dan/atau pelatihan pendukung yang sesuai dengan tuntutan profesinya. *Ketiga*, pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama juga menuntut standardisasi kegiatan pelayanannya dengan SOP (standar operasional prosidur) yang jelas, apa yang harus, boleh dan tidak dibolehkan dalam pelayanan hingga mekanisme keterlibatan petugas pelayanan ruhani/spiritualitas dalam keputusan/tindakan medis terhadap pasien bersama dengan dokter dan perawat.

Konsekuensi paling mendasar dalam pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama sebagai unit mandiri terkait erat dengan petugas/pegawai yang bertanggungjawab untuk melaksanakannya. Sebelumnya, pelaksanaan pembimbingan agama kepada pasien yang diselenggarakan selalu melibatkan personal dari pihak ketiga atau tidak secara langsung berada dibawah struktur kepegawaian rumah sakit. Di rumah sakit yang berafiliasi dengan lembaga keagamaan termasuk RS Panti Rapih, RS Bethesda dan RS PKU Muhammadiyah, pelayanan (spiritualitas-) agama ini diberikan oleh pastur/suster dari gereja Katolik terdekat, oleh pendeta dari gereja Kristen yang telah memiliki jaringan kerja sama atau oleh ustadz/dai dari Majelis Tabligh (bagian Dakwah Islam) pimpinan Muhammadiyah yang menaunginya. Sedangkan di RS Dr. Sardjito, pelayanan (spiritualitas-) agama ini

diselenggarakan oleh penyuluh-penyuluh agama yang ditugaskan di rumah sakit melalui kerjasama dengan Kantor Wilayah Kementerian Agama DI Yogyakarta.

Setelah pelembagaan pelayanan ini, semua rumah sakit sampel telah memiliki pegawai tetap yang bekerja pada unit. Rumah sakit berafiliasi keagamaan yang terlebih dahulu memiliki pegawai tetap sejak akhir 1980an dan awal 1990an; meskipun tetap bekerjasama dengan gereja terdekat dan/atau organisasi induknya hingga sekarang. Sedangkan di RS Dr. Sardjito, pengangkatan pegawai tetap baru dilakukan pada akhir 1990an dan baru menjelang tahun 2010 pelayanan ini menjadi unit mandiri dan tetap mempertahankan kerjasama dengan bagian penyuluhan agama Kantor Wilayah Kementerian Agama Di Yogyakarta untuk melengkapi dan memenuhi kebutuhan pelayanan spiritualitas-agama pasien yang terus meningkat. Pada kedua rumah sakit lainnya, di RSUD Kota Yogyakarta dan RSI Hidayatullah, pelembagaan unit pelayanan spiritualitas-agama belum berkembang sepesat keempat rumah sakit yang disebutkan sebelumnya; meskipun keduanya telah memiliki pegawai tetap untuk menyelenggarakannya.

Seiring dengan kebijakan pengangkatan pegawai tetap yang bertugas melaksanakan pelayanan spiritualitas-agama ini di rumah sakit, muncul pertanyaan atau tuntutan terkait kualifikasi akademik dan keahlian profesional tertentu yang harus dimilikinya. Masing-masing rumah sakit memiliki kebijakan yang berbeda-beda dalam hal ini; yang menunjukkan perbedaan tingkat pengakuan dan akomodasi pelayanan spiritualitas-keagamaan bersama dengan pelayanan medis yang menjadi bisnis utamanya. RS Dr. Sardjito yang pada tahun ini membuka lowongan dan mengangkat pegawai baru untuk bekerja pada unit pelayanan ini menetapkan minimal kualifikasi diploma III dan/atau sarjana strata-1 dari prodi kajian dakwah keislaman (seperti Prodi Bimbingan dan Penyuluhan Islam dan Prodi Komunikasi dan Penyiaran Islam). Kebijakan ini selaras

dengan spesifikasi pelayanan spiritualitas-agama di rumah sakit yang diselenggarakan oleh Unit Pelayanan Rohani dan dilakukan oleh Rohaniawan; yang kemudian dipahami harus memiliki kualifikasi diploma/sarjana agama/ teologi Islam sesuai dengan kebutuhan mayoritas pasien. Catatan penting yang perlu dicatat, dengan tujuan mengembangkan pelayanan spiritualitas-agama ini, direksi rumah sakit berkomitmen bahkan menuntut pegawai pada unit ini untuk melanjutkan studi ke jenjang pendidikan lanjut strata-2 dan strata-3 di bidang yang relevan dengan tugas pelayanannya.

Kebijakan serupa didapati pada ketiga rumah sakit lainnya termasuk RSUD Kota Yogyakarta, RS PKU Muhammadiyah dan RSI Hidayatullah. Di RS PKU Muhammadiyah yang telah memiliki Bagian Bina Ruhani Islam sejak tahun 1990an, pegawai pelayanan ini pada mulanya adalah para ustadz/dai di lingkungan Muhammadiyah yang diangkat sebagai pegawai tetap maupun kontrak dalam kurun waktu tertentu. Pada perkembangannya, beberapa pengangkatan pegawai terakhir mensyaratkan kualifikasi akademik sarjana strata-1 dari bidang kajian Islam secara umum. Berdasarkan wawancara dengan pimpinan rumah sakit dan kepala unit, sebenarnya kualifikasi akademik ini sudah tidak lagi memenuhi tuntutan kebutuhan keahlian/ketrampilan pelayanan spiritualitas-agama khusus dalam skema pengobatan medis menyeluruh (*Holistic Care*). Prodi-prodi kajian keislaman tersebut menyiapkan sarjana dengan kompetensi menguasai ajaran-ajaran Islam yang mendalam disertai dengan kompetensi menyampaikan dan membimbing kepada masyarakat umum dan khusus dalam berbagai media. Namun, prodi-prodi ini tidak membekali alumnusnya dengan kompetensi kajian, penyuluhan dan pembimbingan Islam dalam bidang medis/klinis secara khusus. Ketiadaan prodi kajian pembimbingan Islam klinis/medis ini merupakan salah satu hambatan yang belum akan terselesaikan dalam waktu dekat dalam rangka pengembangan lanjut pelayanan spiritualitas-agama sebagai

aspek penting dalam implementasi pengobatan medis menyeluruh (*Holistic Care*) di rumah sakit berafiliasi Islam dan umum milik pemerintah.

Perkembangan yang sedikit banyak lebih maju dalam profesionalisasi dan standardisasi pelayanan spiritualitas-agama berlangsung di rumah sakit berafiliasi dengan lembaga keagamaan Kristen dan Katolik. Meskipun kualifikasi akademik bidang teologi masih menjadi prasyarat dasar untuk bekerja di unit Pelayanan Pastoral, RS Bethesda dan RS Panti Rapih menambah syarat untuk mengikuti dan lulus Pendidikan Pastoral Klinis (*Clinical Pastoral Education* atau sering disebut juga dengan Pastoral Orang Sakit) yang diselenggarakan oleh YAKKUM (namun sekarang sudah tidak dilangsungkan lagi), Prodi Teologi di Universitas Kristen Satya Wacana Salatiga dan/atau Pusat Pastoral di Gereja St. Antonius Kotabaru Yogyakarta. Pendidikan Pastoral Klinis sendiri diselenggarakan selama 3 minggu intensif yang berisi perkuliahan teori dan praktik memberikan pelayanan spiritualitas-agama di rumah sakit. Fokus utama pendidikan ini adalah pada pengenalan dan pendalaman terhadap berbagai penyakit dan implikasinya pada karakter pasien yang menderitanya; berbagai bentuk terapi/pengobatan medis yang dilakukan oleh dokter dan perawat serta peluang dan ruang intervensi pelayanan spiritualitas-agama kepada pasien apabila memungkinkan; dan berbagai isu terkait etika dan doktrin keagamaan dalam inovasi dan penemuan-penemuan medis kontemporer, seperti bayi tabung, transplantasi organ dan rekayasa genetika manusia. Lebih lanjut, sejak awal tahun 1980an, telah terbentuk Asosiasi Konselor Pastoral Indonesia (AKPI) yang dalam 10 tahun terakhir berupaya melakukan standardisasi dan profesionalisasi pelayanan spiritualitas-agama di rumah sakit Kristen dan Katolik di seluruh Indonesia; melalui pengembangan pendidikan pastoral klinis yang sudah disebutkan dan kegiatan-kegiatan lain yang meningkatkan kualitas Pelayanan Pastoral di rumah sakit.

Bagian terpenting dalam proses pelebagaan pelayanan spiritualitas-agama di rumah sakit ini adalah kebutuhan untuk melakukan standardisasi bentuk dan mekanisme pemberian pelayanan kepada pasien; termasuk kewenangan, peran dan batasan kerja seorang pelayanan rohani dalam keterlibatannya mendukung pengobatan medis yang dilakukan oleh dokter dan perawat. Merujuk kepada berbagai temuan awal dalam penelitian lapangan, kebijakan rumah sakit untuk melembagakan pelayanan spiritualitas-agama sebagai bentuk pemenuhan hak pasien sebagaimana diminta dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Nasional Indonesia diawali dengan perumusan Standar Operasional Baku pelayanan. SOP ini secara umum meliputi: (i) tahapan dan bentuk tindakan pelayanan spiritualitas-agama kepada pasien yang dilakukan secara rutin harian; (ii) identifikasi aspek-aspek penurunan tingkat spiritualitas pasien dan mekanisme antisipasinya; dan (iii) pendefinisian peran, wewenang dan batasan keterlibatan pelayan rohani dalam pengobatan medis yang dilakukan oleh dokter dan pasien. Di masing-masing rumah sakit yang diteliti, SOP pelayanan spiritualitas-agama telah berkembang cukup pesat meskipun berbeda-beda pola dan fokusnya menimbang perbedaan antar rumah sakit mendefinisikan pelayanan ini baik sebagai pembimbingan rohani, pemenuhan hak pasien ataupun sebagai bagian dalam pengobatan holistik.

Proses standardisasi pelayanan spiritualitas-agama menuntut kerapian dan kelengkapan administrasi dimana seluruh aktifitas pelayan rohani memberikan bimbingan, konseling dan juga doa kepada pasien tercatat dan diketahui oleh dokter dan perawat yang mengobatinya. Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang menjadi tempat pengujian pengembangan pengobatan holistik, pelayan rohani berkewajiban melakukan penilaian spiritualitas pasien - baik pada masa awal, pertengahan dan akhir pengobatan - yang terdokumentasi dalam rekam medisnya (*medical record*). Sedangkan di rumah sakit lain termasuk RS. Dr. Sardjito, RS Panti Rapih dan RS Bethesda, evaluasi perkembangan

spiritualitas pasien dilakukan oleh pelayan rohani namun pencatatannya dalam rekam medis dilakukan oleh perawat. Selanjutnya, catatan perkembangan spiritualitas pasien menjadi salah satu rujukan dan pertimbangan bagi dokter dan perawat dalam melakukan tindakan medis kepadanya. Mekanisme untuk mempertimbangkan penilaian spiritualitas-pasien dari pelayan rohani ini menunjukkan pengakuan dan tahapan awal dalam upaya mengimplementasikan pengobatan holistik.

Bab V

Simpulan Penelitian

Pelebagaan pelayanan spiritualitas-agama yang berlangsung di beberapa rumah sakit sampel di wilayah Yogyakarta di latar belakang dengan alasan, tujuan dan justifikasi yang beragam dan terus berkembang. *Pertama*, pelayanan spiritualitas-agama dipahami sebagai perwujudan misi keagamaan kepada masyarakat khususnya pasien. Pemahaman ini melatarbelakangi penyediaan pelayanan agama khususnya di rumah sakit yang berafiliasi dengan lembaga keagamaan Islam, Kristen dan Katolik. *Kedua*, pelayanan spiritualitas-agama diberikan sebagai bagian dari upaya pemenuhan hak pasien disamping pelayanan medis yang diterimanya. Pemahaman ini tidak lepas dari upaya pemerintah Indonesia khususnya Kementrian Kesehatan untuk meningkatkan dan menstandarisasi kualitas pelayanan kesehatan di seluruh rumah sakit di negeri ini dengan memenuhi hak-hak dasar pasien termasuk beribadah sesuai dengan agama dan keyakinannya. *Ketiga*, pelembagaan unit pelayanan spiritualitas-agama ini dilandasi oleh perkembangan dalam dunia medis tentang pengobatan holistik (Holistic Care) kepada pasien baik secara fisik, psikologis dan spiritual. Pemahaman ini menuntut rumah sakit tidak hanya menyediakan pelayanan medis untuk mengobati penyakit pasien namun melengkapinya dengan pelayanan psikologis dan spiritual untuk mempercepat, memperlancar dan mengobati secara menyeluruh.

Perkembangan dalam pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama di rumah sakit mendorong berbagai perubahan kebijakan dan implementasi sebagai konsekuensi logisnya. Berdasarkan penelitian lapangan yang sudah dilakukan, teridentifikasi 3 (tiga) temuan utama terakit perubahan dan adaptasi kebijakan dalam pengelolaan rumah sakit dengan tujuan untuk mengakui dan mengakomodasi pelayanan ini. *Pertama*, sebagaimana telah disinggung pada sub-bab sebelumnya, semua rumah sakit sampel telah melembagakan pelayanan ini dalam unit mandiri yang langsung dibawah direktur dan memiliki wewenang untuk dilibatkan dalam berbagai tindakan/keputusan medis yang memerlukan pertimbangan spiritualitas-agama. *Kedua*, pelembagaan terhadap unit pelayanan ini menuntut standarisasi keahlian/keilmuan pelayan/pembimbing ruhani dengan kualifikasi akademik dan/atau pelatihan pendukung yang sesuai dengan tuntutan profesinya. *Ketiga*,

pelembagaan pelayanan spiritualitas-agama juga menuntut standardisasi kegiatan pelayanannya dengan SOP (standar operasional prosedur) yang jelas, apa yang harus, boleh dan tidak dibolehkan dalam pelayanan hingga mekanisme keterlibatan petugas pelayanan ruhani/spiritualitas dalam keputusan/tindakan medis terhadap pasien bersama dengan dokter dan perawat.

Daftar Pustaka

- Abu-Raiya, H., & Pargament, K. I. (2012). On the links between Religion and Health: What has Empirical Research Taught Us. In M. Cobb, C. M. Puchalski, & B. Rumbold (Eds.), *Oxford textbook of spirituality in healthcare* (pp. 333-340). Oxford: Oxford University Press.
- Ammerman, N. T. (2014). *Sacred Stories, Spiritual Tribes: Finding Religion in Everyday Life*. London: Oxford University Press.
- Antwi, H. A., Lulin, Z., Yiranbon, E., Maxwell, B. A., Agebase, A. J., Yaw, N. E., & Vakalalabure, T. T. (2014). The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism and Healthcare Entrepreneurship in Mission Hospitals in Ghana. *International Journal of Academic Research in Economics and Management Sciences*, 3(3), 184.
- Arifatun, S. (2015). *Profesionalisasi pembimbing rohani Islam di rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang (analisis manajemen bimbingan dan konseling)*. Skripsi di UIN Walisongo.
- Arifin, I. Z. (2014). Bimbingan dan Konseling Islam untuk Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit. *Ilmu Dakwah: Academic Journal for Homiletic Studies*, 6(1), 170-194.
- Arini, H. N., Susilowati, I., & Mulyono, W. A. (2015). Hubungan Spiritualitas Perawat Dan Kompetensi Asuhan Spiritual. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 10(2), 130-140.
- Austin, P. D., Macleod, R., Siddal, P. J., McSherry, W., & Egan, R. (2016). The Ability of Hospital Staff to Recognise and Meet Patients' Spiritual Needs: A Pilot Study. *Journal for the Study of Spirituality*, 6(1), 20-37.
- Bahauddin. (2010). Perubahan dan Keberlanjutan: Pelayanan Kesehatan Swasta di Jawa Sejak Kolonial sampai Pasca Kemerdekaan. In S. Margana & M. Nursam (Eds.), *Kota-kota di Jawa*. Yogyakarta: Ombak.
- Bakar, A., Nursalam, N., Adriani, M., Kusnanto, K., Qomariah, S. N., Hidayati, L., Ni'mah, L. (2017). Spiritual Nurses Improve Nurses Caring Behaviors. *International Journal of Evaluation and Research in Education (IJERE)*, 6(1).
- Balboni, M. J., Puchalski, C. M., & Peteet, J. R. (2014). The Relationship between Medicine, Spirituality and Religion: Three Models for Integration. *Journal of Religion and Health*, 53(5), 1586-1598.
- Balboni, T. A., Balboni, M. J., & Fitchett, G. (2015). Religion, spirituality, and the intensive care unit: The sound of silence. *JAMA Internal Medicine*, 175(10), 1669-1670.
- Berger, P. L. (1999). The Desecularization of the World: a Global Overview. In P. L. Berger (Ed.), *The desecularization of the world: Resurgent religion and world politics* (pp. 1-18). Washington DC: Ethic and Public Policy Centre.
- Berger, P. L. (2002). Secularization and de-secularization. In L. Woodhead (Ed.), *Religions in the modern world: Traditions and transformations* (Vol. 336, pp. 336-344). London: Routledge.
- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2016). Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliat Med*, 30(4), 327-337.
- Brodman, J. W. (2007). Religion and Discipline in the Hospitals of Thirteenth-century France. In B. Bowers (Ed.), *The Medieval Hospital dan Medical Practice* (pp. 123). London: Ahsgate.

- Brown, C. F. (2005). Old religion, new spirituality, and health care. In A. Meier, T. S. J. O'Connor, & P. L. VanKatwyk (Eds.), *Spirituality and Health: Multidisciplinary Explorations* (pp. 191-2009). Waterloo: Wilfrid Laurier University Press.
- Bruce, S. (2011). *Secularization: In defence of an unfashionable theory*: Oxford University Press.
- Cadge, W. (2012). *Paging God: Religion in the Halls of Medicine*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Cadge, W., Calle, K., & Dillinger, J. (2011). What do chaplains contribute to large academic hospitals? The perspectives of pediatric physicians and chaplains. *Journal of Religion and Health, 50*(2), 300-312.
- Cadge, W., & Fair, B. (2010). Religion, Spirituality, Health and Medicine: Sociological Intersection. In C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, & S. Timmermans (Eds.), *Handbook of Medical Sociology* (pp. 341-362). Tennessee: Vanderbilt University Press.
- Cadge, W., & Konieczny, M. E. (2014). "Hidden in plain sight": The significance of religion and spirituality in secular organizations. *Sociology of Religion, sru043*.
- Carey, L. B., & Cohen, J. (2009). Chaplain-physician consultancy: when chaplains and doctors meet in the clinical context. *J Relig Health, 48*(3), 353-367.
- Carey, L. B., & Cohen, J. (2010). Health care chaplains and their role on institutional ethics committees: an Australia study. *J Relig Health, 49*(2), 221-232.
- Cobb, M., Puchalski, C. M., & Rumbold, B. (Eds.). (2012). *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. Oxford: Oxford University Press.
- Cockerham, W. C. (2016). *Medical Sociology*. London: Routledge.
- Crislip, A. T. (2005). *From monastery to hospital: Christian monasticism & the transformation of health care in late antiquity*. Ann Harbor: University of Michigan Press.
- Davie, G. (2010). Resacralization. In B. S. Turner (Ed.), *The new blackwell companion to the sociology of religion* (pp. 160-177). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Dols, M. W. (1987). The origins of the Islamic hospital: myth and reality. *Bulletin of the History of Medicine, 61*(3), 367.
- Dormois, J. C. (2014). The intersection of medicine and religion. *Narrative Inquiry Bioethics, 4*(3), 196-199.
- Eccles, J. B. (2014). The Chaplaincy Experience: Negotiating (Multi-Faith) Time and Space in a Northern English General Hospital. *Journal of Pastoral Care & Counseling, 68*(3), 1-12.
- Ferngren, G. (2009). *Medicine and Health Care in Early Christianity*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Fitchett, G., Lyndes, K. A., Cadge, W., Berlinger, N., Flanagan, E., & Misasi, J. (2011). The role of professional chaplains on pediatric palliative care teams: perspectives from physicians and chaplains. *J Palliat Med, 14*(6), 704-707.
- Fitchett, G., Nieuwsma, J. A., Bates, M. J., Rhodes, J. E., & Meador, K. G. (2014). Evidence-Based Chaplaincy Care: Attitudes and Practices in Diverse Healthcare Chaplain Samples. *Journal of Health Care Chaplaincy, 20*(4), 144-160.
- Fosarelli, P. (2008). Medicine, spirituality, and patient care. *Jama, 300*(7), 836-838. doi:10.1001/jama.300.7.836

- Franzen, A. B. (2016). Is This Relevant? Physician Perceptions, Clinical Relevance, and Religious Content in Clinical Interactions. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 55(3), 438-464.
- Galek, K., Flannelly, K. J., Jankowski, K. R., & Handzo, G. F. (2011). A methodological analysis of chaplaincy research: 2000-2009. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 17(3-4), 126-145.
- Giumbelli, E. (2016). Public Policy and Religious Diversity. *Latin American Perspectives*, 43(3), 186-199.
- Glazer, N & Strauss, A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. London: Aldine Transaction
- Golden, J., & Abel, E. K. (2014). "Modern Medical Science and the Divine Providence of God": Rethinking the Place of Religion in Postwar U.S. Medical History. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 69(4), 580-603.
- Griffin, D. (2011). *Hospitals: What they are and how they work*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Hamid, A. Y. S. (2008). *Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Bunga Rampai*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hayward, R. D., & Krause, N. (2014). Religion, mental health, and well-being: Social aspects. In V. Saroglou (Ed.), *Religion, personality, and social behavior* (pp. 255-280). New York: Psychology Press.
- Heidari, S., Rezaei, M., Sajadi, M., Ajorpaz, N. M., & Koenig, H. G. (2017). Religious Practices and Self-Care in Iranian Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Religion and Health*, 56(2), 683-696.
- Idler, E., L. (2010). Health and Religion. In W. C. Cockerham (Ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (pp. 133-158). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Sejarah kesehatan nasional Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Iskandar, I., & Sardiman. (2016). Perkembangan Penolong Kesengsaraan Oemoem (Pko) Muhammadiyah Pada Masa Kolonial Belanda 1923-1942. *Risalah*, 3(10).
- Isnaini, K. (2016). *Peranan bimbingan rohani Islam dalam menurunkan stres pasien kanker payudara di Rumah Sakit Sultan Agung Semarang*. Skripsi UIN Walisongo.
- Jones, J., & Pattison, S. (2013). Editorial: Religion and Health. *Health Care Analysis*, 21(3), 189-192. doi:10.1007/s10728-013-0246-3
- Kastolani, M. (2008). *Sejarah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Yogyakarta: RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- Khofifah, K. (2016). *Peranan bimbingan rohani Islam dalam mengurangi tingkat stres pada pasien keguguran di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. Skripsi: UIN Walisongo.
- Khoiriyati, A. (2016). Perawatan Spiritual dalam Keperawatan: Sebuah Pendekatan Sistematis. *Jurnal Mutiara Medika*, 8(1), 48-51.
- King, M. (2014). The Challenge of Research into Religion and Spirituality. *Journal for the Study of Spirituality*, 4(2), 106-120.
- Koenig, H. G. (2000). Religion and medicine I: historical background and reasons for separation. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30(4), 385-398.
- Koenig, H. G. (2008). *Medicine, religion, and health: Where science and spirituality meet*. Templeton Foundation Press.

- Koenig, H. G. (2015). Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advances in mind-body medicine*, 29(3), 19-26.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford university press.
- Loedin, A. A. (2005). *Sejarah Kedokteran di Bumi Indonesia*. Jakarta: Grafiti.
- Maghfiroh, R. A. (2014). *Pengaruh kualitas pelayanan bimbingan rohani Islam terhadap motivasi kesembuhan (studi kasus pasien diabetes mellitus Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang)*. Skripsi: IAIN Walisongo.
- Marcinko, D. E., & Hetico, H. R. (Eds.). (2012). *Hospitals & Health Care Organizations: Management Strategies, Operational Techniques, Tools, Templates, and Case Studies*. London: CRC Press.
- Martínez-Ariño, J., & Grier, M. (2016). Responses to Religious Diversity in Spain: Hospitals and Prisons from a Comparative Perspective. *Interdisciplinary Journal for Religion and Transformation in Contemporary Society–J-RaT*, 2(1), 37-59.
- McCullough, M., & Smith, T. (2003). Religion and Health: Depressive Symptoms and Mortality as Case Studies. In M. Dillon (Ed.), *Handbook of the Sociology of Religion* (pp. 190-2006). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mills, P. J. (2002). Spirituality, Religiousness and Health: From Research to Clinical Practice. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1-2).
- Nadi, M. A., & Ghahremani, N. (2014). The relationship between dimensions of religiosity/spirituality with mental health and hope for future between staff of public hospitals in Shiraz. *Journal of education and health promotion*, 3(20). Retrieved from
- Norris, P. & Inglehart, R. (2011) *Sacred and Secular: Religion and Politics Worldwide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Olivier, J., Tsimpo, C., Gemignani, R., Shojo, M., Coulombe, H., Dimmock, F., . . . Wodon, Q. (2015). Understanding the roles of faith-based health-care providers in Africa: review of the evidence with a focus on magnitude, reach, cost, and satisfaction. *The lancet*, 386(10005), 1765-1775.
- Pesut, B. (2016). There be dragons: effects of unexplored religion on nurses' competence in spiritual care. *Nursing Inquiry*, 23(3), 191-199.
- Pesut, B., Fowler, M., Taylor, E. J., Reimer-Kirkham, S., & Sawatzky, R. (2008). Conceptualising spirituality and religion for healthcare. *J Clin Nurs*, 17(21), 2803-2810.
- Phipps, W. E. (1988). The origin of hospices/hospitals. *Death Studies*, 12(2), 91-99.
- Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 14(4), 352-357.
- Puchalski, C. M. (2008). Addressing the Spiritual Needs of Patients. In P. Angelos (Ed.), *Ethical Issues in Cancer Patient Care* (pp. 79-92). New York: Spinger.
- Puchalski, C. M., Blatt, B., & Kogan, M. (2014). Spirituality and Health: The Development of a Field. *Academic Medicine*, 89(1), 10-16.
- Ragab, A. (2015). *The Medieval Islamic Hospital: Medicine, Religion, and Charity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ragin, C & Amoroso, LM (2011) *Constructing Social Research*. London: Sage
- Ramadhani, N. S. (2013). *Studi komparatif bimbingan agama Islam dan bimbingan agama Kristen untuk pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa daerah dr. Amino Gondohutomo Semarang*. Skripsi: IAIN Walisongo.
- Richardson, P. (2014). Spirituality, religion and palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 3(3), 150-159.

- Risse, G. B. (1999). *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals*. Oxford: Oxford university Press.
- Riyadi, A. (2015). Dakwah Terhadap Pasien: Telaah Terhadap Model Dakwah Melalui Sistem Layanan Bimbingan Rohani Islam Di Rumah Sakit. *Konseling Religi Jurnal Bimbingan Konseling Islam*, 5(2), 245-268.
- Rosmarin, D. H., & Wachholtz, A. (2011). Beyond Descriptive Research: Advancing the Study of Spirituality and Health. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 409-413.
- Saad, M., & Medeiros, R. (2012). Religious/spiritual Coping – Health Services Empowering Patients’ Resources. In M. Saad & R. Medeiros (Eds.), *Complementary therapies for the contemporary healthcare*. Croatia: InTech Publisher.
- Salsman, J. M., Fitchett, G., Merluzzi, T. V., Sherman, A. C., & Park, C. L. (2015). Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: A case for a meta-analytic investigation. *Cancer*, 121(21), 3754-3759.
- Saputra, A. N. (2015). *Peran bimbingan rohani Islam dalam menangani kecemasan pasien cacat fisik korban kecelakaan (studi kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran, Kabupaten Semarang)*. Skripsi: UIN Walisongo.
- Sari, S. P., & Wijayanti, D. Y. (2017). Spirituality Nursing Among Patients With Schizophrenia. *Jurnal Ners*, 9(1), 126-132.
- Schouten, E. (2016). *Viewpoints and motives on religion and spirituality of professionals in perinatal medicine*. Disertasi Doktor: Ludwig Maximilians Universität
- Seemann, A.-K., Dreves, F., Gebele, C., & Tscheulin, D. K. (2015). Are Religiously Affiliated Hospitals More Than Just Nonprofits? A Study on Stereotypical Patient Perceptions and Preferences. *Journal of Religion and Health*, 54(3), 1027-1039.
- Setiawan, A. A. (2015). *Pengembangan Terapi Holistic Nursing Berbasis Islamic Spiritual Practise Dalam Mengurangi Kecemasan Pada Klien Dengan Acute Coronary Syndrome*. Paper presented at the SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN the 3rd Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care “Holistic Nursing in Emergency and Disaster : Issue and Future”. Semarang: Universitas Diponegoro
- Smeets, W. (2006). *Spiritual Care in a Hospital Setting: An Empirical-Theological Exploration*. Leiden: Brill.
- Strauss, A & Corbin, J (1990) *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oak: Sage.
- Swift, C. (2016). *Hospital chaplaincy in the twenty-first century: The crisis of spiritual care on the NHS*. London: Routledge.
- Swinton, J. (2014). Spirituality-in-Healthcare: Just Because it may Be 'Made Up' Does Not Mean That it is Not Real and Does Not Matter. *Journal for the Study of Spirituality*, 4(2), 162-173.
- Timmins, F., Calderia, S., Naughton, M. T., Plakas, S., & Koenig, H. G. (2016). A Commentary on Michael King. "The Challenge of Research into Religion and Spirituality." *Journal for the Study of Spirituality* 4 (2014) 106-120. *Religions*, 7, 39.
- Turner, B. S. (2011). *Religion and Modern Society: Citizenship, Secularization and the State*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Turner, B. S. (2014). Religion and contemporary sociological theories. *Current Sociology*, 62(6), 771-788.
- Turner, B. S. (Ed.) (2010). *The new Blackwell companion to the sociology of religion*. Oxford: Blackwell.
- Voltmer, E., Büssing, A., Koenig, H. G., & Al Zaben, F. (2014). Religiosity/Spirituality of German Doctors in Private Practice and Likelihood of Addressing R/S Issues with Patients. *Journal of Religion and Health*, 53(6), 1741-1752.
- Wardana, A. (akan datang) *Pursuing Religious Mission in Spiritual Care: Muslim Chaplaincy in PKU Muhammadiyah Hospital of Yogyakarta*
- Wilson, B. R., & Bruce, S. (2016). *Religion in Secular Society: Fifty Years On*: Oxford University Press.
- Winter-Pfandler, U., & Flannelly, K. J. (2013). Patients' expectations of healthcare chaplaincy: a cross-sectional study in the German part of Switzerland. *J Relig Health*, 52(1), 159-168.
- Wulanadha, A., & Dwikurniarini, D. (2017). Perkembangan Fasilitas Kesehatan Zending di Yogyakarta 1901-1942. *Ilmu Sejarah-SI*, 2(2).

KEPUTUSAN DIREKTUR PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA
NOMOR: 350 TAHUN 2017

PENETAPAN PEMENANG PENELITIAN DANA DIPA UNY
PROGRAM PASCASARJANA (PPs)
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA

DIREKTUR PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA

- Menimbang : a. Bahwa untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan penelitian dana DIPA PPs UNY Tahun 2017, dipandang perlu menetapkan pemenangnya.
b. bahwa untuk keperluan tersebut perlu ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Program Pascasarjana.
- Mengingat : 1. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.
2. Undang-Undang RI Nomo 1 Tahun 2004 tentang perbendaharaan Negara.
3. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2002 tentang Pedoman Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang diubah dengan Kepres RI Nomor 72 Tahun 2004.
4. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 73/PMK.05/2008 tentang Pertanggungjawaban Bendahara Kementerian Negara/Lembaga/Kantor/Satuan Kerja.
5. Peraturan Mendiknas Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2011, Tentang Organisasi dan Tata Kerja Universitas Negeri Yogyakarta.
6. Peraturan Mendiknas Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2011, tentang Statuta Universitas Negeri Yogyakarta.
7. Keputusan Rektor Universitas Negeri Yogyakarta Nomor 770/UN34/KP/2016, tentang pengangkatan Direktur Program Pascasarjana Universitas Negeri Yogyakarta.
8. DIPA Universitas Negeri Yogyakarta Nomor: SP DIPA-042.01.2.400904/2017, tanggal 7 Desember 2016.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan KEPUTUSAN DIREKTUR PPs TENTANG PENETAPAN PEMENANG PENELITIAN DANA DIPA UNY PROGRAM PASCASARJANA (PPs) UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA TAHUN 2017
- PERTAMA : Menetapkan Penelitian yang didanai Dana DIPA PPs UNY Tahun 2017, dengan susunan sebagaimana tersebut pada lampiran surat keputusan ini yang menjadi bagian tidak terpisahkan dengan keputusan ini.
- KEDUA : Peneliti Penelitian Dana DIPA UNY PPs UNY Tahun 2017 sebagaimana dimaksud dalam *dictum* pertama merencanakan, mempersiapkan, melaksanakan dan mempertanggungjawabkan pelaksanaan Penelitian.
- KETIGA : Biaya yang diperlukan dengan adanya keputusan ini dibebankan pada DIPA BLU UNY RKPT PPs Tahun Anggaran 2017
- KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : Yogyakarta
Pada Tanggal : 17 April 2017



Direktur,

Dr. Moch. Bruri Triyono
NIP. 19560216 198603 1 003

7

Lampiran Keputusan Direktur
 Program Pascasarjana
 Universitas Negeri Yogyakarta
 Nomor : Tahun 2017
 Tanggal : 17 April 2017

PENETAPAN PEMENANG PENELITIAN PENGEMBANGAN BIDANG ILMU PROGRAM PASCASARJANA (PPs)
 UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA

No.	Judul Proposal	Tim Peneliti
1.	Politik Agama dalam Pelayanan Kesehatan: Studi terhadap Akomodasi Tradisi Keagamaan dalam Kehidupan Sosial Rumah Sakit di Yogyakarta	Ketua : Amika Wardana, M.Ed., Ph.D. Anggota : Dr. Nasiwan, M.Si. Saefur Rochmat, Ph.D.
2.	Pengembangan kuliah online di prodi s2 teknologi pembelajaran program pascasarjana uny	Ketua : Prof. Herman Dwi Surjono, Ph.D. Anggota : Dr. Ali Muhtadi, M.Pd. Dian Wahyuningsih, M.Pd.
3.	Model Mekanisme Bimbingan Disertasi Bagi Mahasiswa Penelitian dan Evaluasi Pendidikan	Ketua : Prof. Dr. Badrun Kartowagiran, M.Pd. Anggota : Dra. Helmiyah Suryani, M.Pd. Dr. Harun, M.Pd.
4.	Pengetahuan dan Pendapat Pelatih Berbagai Cabang Olahraga Se-DIY Tentang Latihan Keterampilan Mental	Ketua : Dr. Ria Lumintuarso, M.Si. Anggota : Dr. Dimiyati, M.Si. Dr. Lismadiana, M.Pd.
5.	Pengembangan kurikulum fungsional bagi penyandang disabilitas berbasis keluarga	Ketua : Dr. Mumpuniarti, M.Pd. Anggota : Dr. Ishartiwi, M.Pd. Nur Azizah, S.Pd., M.Ed., Ph.D.
6.	Pengembangan Model Implementasi Program Pendidikan Kecakapan Hidup di Provinsi DIY	Ketua : Prof. Dr. Yoyon Suryono, MS. Anggota : Dr. Iis Prasetyo, S.Pd., M.M. Dr. Drs. Sugito, MA.
7.	Pengukuran kemampuan berpikir kritis dan kreatif fisika peserta didik sma	Ketua : Dr. Drs. Edi Istiyono, M.Si. Anggota : Dr. Drs. Supahar, M.Si. Dr. Widiastuti, S.Pd., M.Pd.
8.	Kesiapan belajar, iq, dan prestasi belajar pada siswa kelas 1 sekolah dasar	Ketua : Dr. Rita Eka Izzaty, M.Si. Anggota : Dr. Farida Agus Setiawati, M.Si. Yulia Ayriza, M.Si., Ph.D.
9.	Korespondensi pronomina persona bahasa arab ke bahasa indonesia dalam teks terjemahan alquran	Ketua : Prof. Dr. Drs. Suhardi, M.Pd. Anggota : Dr. Teguh Setiawan, M.Hum. Prof. Dr. Pratomo Widodo, M.Pd.
10.	Implementasi Model Pembelajaran berbasis Seni Nusantara di DIY	Ketua : Dr. Dra. Kun Setyaning Astuti, M.Pd. Anggota : Prof. Dr. Trie Hartiti Retnowati, M.Pd. Dr. Sutiyono, M.Hum. Dr. Ayu Niza Machfauzia, M.Pd.
11.	Gagasan keindonesiaan dalam novel-novel indonesia modern pascareformasi	Ketua : Dr. Drs. Anwar Efendi, M.Si. Anggota : Dr. Maman Suryaman, M.Pd. Dr. Wiyatmi, M.Hum.

PENETAPAN PEMENANG PENELITIAN INSTITUSIONAL DANA DIPA UNY
 PROGRAM PASCASARJANA (PPs)
 UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA

No.	Judul Proposal	Tim Peneliti
1.	Proses transformasi diri mahasiswa internasional pascasarjana universitas negeri yogyakarta	Ketua : Dr. Drs. Sugito, MA. Anggota : Dr. Puji Yanti Fauziah, M.Pd.
2.	Pengembangan multimedia pembelajaran geografi dengan materi kawasan parangtritis untuk mendukung praktik lapangan pendidikan geografi	Ketua : Dr. Mukminan Anggota : Dr. Dyah Respati Suryo Sumunar, M.Si. Dr. Muhsinatun Siasah Masruri, M.Pd.

3	Analisis kebutuhan pengembangan sumber daya manusia pada pendidikan smk di daerah istimewa yogyakarta	Ketua : Prof. Soenarto, MA,M.Sc.,Ph.D. Anggota : Prof. Pardjono, M.Sc., Ph.D. Dr. Putu Sudira, MP. Bonita Destiana, S.Pd., M.Pd.
4	Pengembangan kompetensi kunci program studi pendidikan teknik	Ketua : Prof. Pardjono, M.Sc., Ph.D. Anggota : Prof. Soenarto, MA,M.Sc.,Ph.D. Dr. Putu Sudira, MP. Pipit Utami, M.Pd.
5	Treacer study mahasiswa lulusan prodi S2 ilmu keolahragaan program pascasarjana universitas negeri yogyakarta	Ketua : Prof. Dr. Suharjana, M.Kes. Anggota : Prof. Dr. Djoko Pekik Irianto, M.Kes. Dr. Ria Lumintuarso, M.Si.
6	Penelitian evaluasi kinerja karyawan administrasi program pasca sarjana uny	Ketua : Prof. Dr. Nahiyah Jaidi, M.Pd. Anggota : Setyabudi Indartono, MM., Ph.D.
7	Pemahaman makna nilai-nilai visi pada sivitas akademika pps uny	Ketua : Dr. Udik Budi Wibowo, M.Pd. Anggota : Dr. Dimiyati, M.Si. Dr. Hermanto, M.Pd.

PENETAPAN PEMENANG PENELITIAN KERJASAMA INTERNASIONAL DANA DIPA UNY
PROGRAM PASCASARJANA (PPs)
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA

No.	Judul Proposal	Ketua
1	Developing an online system for diagnosing mathematics learning difficulties based on a comparative study between indonesia and japan	Ketua : Dr. Ariyadi Wijaya, S.Pd.Si., M.Sc. Anggota : Dr. Drs. Sugiman, M.Si. Wahyu Setyaningrum, M.Ed., Ph.D. Dr. Heri Retnawati, S.Pd.,M.Pd.
2	The exploration of self-efficacy factors: a comparative study on elementary school teachers in Indonesia and Malaysia	Ketua : Dr. Harun, M.Pd. Anggota : Dr. Muhammad Nur Wangid, M.Si. Dr. Ali Mustadi, M.Pd.

Direktur,



[Handwritten Signature]
Dr. Moch. Bruri Triyono
NIP. 19560216 198603 1 003



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA

PROGRAM PASCASARJANA

Jalan Colombo Nomor 1 Yogyakarta 55281

Telepon (0274) 550835, 550836 Fax. (0274) 520326

Laman: pps.uny.ac.id Email: pps@uny.ac.id, kerjasama_pasca@yahoo.com

**BERITA ACARA
PELAKSANAAN SEMINAR INSTRUMEN PENELITIAN**

Ketua Peneliti : Amika Wardana, M.Ed., Ph.D.
Judul Penelitian : Politik Agama dalam Pelayanan Kesehatan: Studi terhadap Akomodasi Tradisi Keagamaan dalam Kehidupan Sosial Rumah Sakit di Yogyakarta

Pelaksanaan
Hari , tanggal : Jumat, 19 Mei 2017
Tempat : Ruang 3.15 Program Pascasarjana

Dipimpin oleh
Ketua sidang : Dr. Udik Budi Wibowo, M.Pd.
Pembahas : Dr. Samsuri, M.Ag.

Peserta yang hadir

Peserta seminar : orang
Pembahas : 1 orang
Saran-saran :

1. Rumusan masalah dan tujuan penelitian agar di-sinkronkan.
2. Judul lebih tepat dituliskan kepada Pelayanan Kesehatan dan Keagamaan di Rumah Sakit di Yogyakarta.
3. Metode penelitian Grounded Research tidak compatible dengan tujuan dan rumusan masalah.
4. Instrumen penelitian perlu dilongkangi.
5. Sangat inspiratif.

Pembahas

Dr. Samsuri, M.Ag.

Ketua Sidang,

Dr. Udik Budi Wibowo, M.Pd.

DAFTAR HADIR
SEMINAR INSTRUMEN PENELITIAN
PROGRAM PASCASARJANA
2017

No	Nama	peserta	Tanda tangan	
1	Dr. Sugito, MA.	Ketua Peneliti	1 	
2	Dr. Harun, M.Pd.	Ketua Peneliti		2 
3	Dr. Kun Setyaning Astuti, M.Pd.	Ketua Peneliti	3 	
4	Prof. Dr. Suhardi, M.Pd.	Ketua Peneliti		4 
5	Prof. Dr. Yoyon Suryono, MS.	Ketua Peneliti	5 	
6	Dr. Rita Eka Izzaty, M.Si.	Ketua Peneliti		6 
7	Amika Wardana, M.Ed., Ph.D.	Ketua Peneliti	7 	
8				8
9			9	
10				10
11			11	
12				12

Asisten Direktur I



Dr. Sugito, MA.
NIP19600410 198503 1 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA
PROGRAM PASCASARJANA
Jalan Colombo Nomor 1 Yogyakarta 55281
Telepon (0274) 550835, 550836 Fax. (0274) 520326
Laman: pps.uny.ac.id Email: pps@uny.ac.id, kerjasama_pasca@yahoo.com

LAMPIRAN : BERITA ACARA PELAKSANAAN SEMINAR HASIL PENELITIAN

IDENTITAS :

1. Judul : Politik Agama dalam Pelayanan Kesehatan: Studi terhadap Akomodasi Tradisi Keagamaan dalam Kehidupan Sosial Rumah Sakit di Yogyakarta
2. Ketua : Amika Wardana, Ph.D.
3. Anggota: 2 orang
4. Mahasiswa (yg dilibatkan untuk TA): 3 orang
5. Prodi : IPS

HASIL TELAAH :

BAB I

Ok

BAB II

Setiap variabel kajian perlu didiskripsikan hasil sintesisnya

BAB III

Ok

BAB IV

Ditulis; Temuan dan Pembahasan (Hasil dan Pembahasan Penelitian?)

BAB V

Ok

PUSTAKA

1. Journal internasional/nasional
2. Referensi

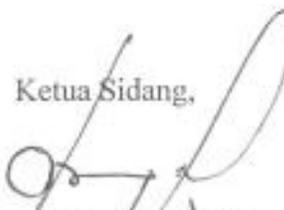
LAMPIRAN

Submitted Journal to Publish : belum tersedia

Graduate Student's Progress Report : tidak tersedia

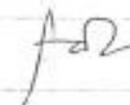
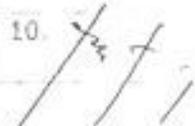
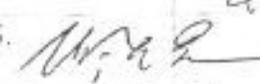
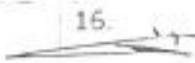
Pembahas,

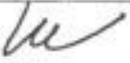
Prof. Dr. Zuhdan K Prasetyo, M.Ed.

Ketua Sidang,

Dr. Dimiyati, M.Si.

DAFTAR HADIR

Hari/tanggal : Jumat, 15 September 2017
 Pukul : 08.00 – 11.30 WIB
 Tempat : Ruang 3.15 Gedung I.01 Lantai 3 PPs UNY
 Acara : Seminar Hasil Penelitian

No.	Nama	Jabatan	Tanda Tangan
1.	Dr. Moch Bruri Triyono	Direktur	1.
2.	Dr. Sugito, MA.	Asdir I	2.
3.	Losina Purnastuti, Ph.D.	Asdir II	3.
4.	Prof. Dr. Zuhdan Kun Prasetyo, M.Ed.	Dosen	
5.	Prof. Pardjono, M.Sc., Ph.D.	Dosen	5. 
6.	Dr. Harun, M.Pd.	Dosen	6. 
7.	Dr. Kun Setyaning Astuti, M.Pd.	Dosen	7. 
8.	Prof. Dr. Suhardi, M.Pd.	Dosen	8. 
9.	Prof. Dr. Yoyon Suryono, MS.	Kaprodi PLS	9. 
10.	Dr. Rita Eka Izzaty, M.Si.	Dosen	10. 
11.	Amika Wardana, M.Ed., Ph.D.	Dosen	11. 
12.	Prof. Soenarto, M.Sc., Ph.D.	Kaprodi PTK	12.
13.	Prof. Pardjono, M.Sc., Ph.D.	Dosen	13. 
14.	Prof. Herman Dwi Surjono, Ph.D.	Kaprodi TP	14. 
15.	Dr. Udik Budi Wibowo, M.Pd.	Penjaminan Mutu	15. 
16.	Prof. Dr. Badrun Kartowagiran, M.Pd.	Kaprodi PEP	16. 
17.	Prof. Dr. Nahiyah Jaidi Faras, M.Pd.	Dosen	17.
18.	Dr. Anwar Efendi	Dosen	18. 
19.	Dr. Arlyadi Wijaya, M.Sc.	Dosen	19. 
20.	Dr. Edi Istiyono, M.Si.	Sekprodi PEP	20. 

21.	Dr. Mukminan	Kaprodi P.Geografi	21.	
22.	Prof. Dr. Suharjana, M.Kes.	Kaprodi IK		22. 
23.	Dr. Mumpuniarti, M.Pd.	Dosen	23. 	
24.	Dr. Ria Lumintuarso, M.Si.	Dosen		24. 
25.	Dr. Teguh Setiawan	Penjaminan Mutu	25. 	
26.	Dr. Dimiyati, M.Si.	Penjaminan Mutu		26. 
27.	Saefur Rochmat, Ph.D.	Penjaminan Mutu	27. 	
28.				28.
29.			29.	
30.				30.

Kasubag TU,

Joko Purwoko, M.M.

NIP 19780407 200003 1 002