

<https://journal.unisza.edu.my/mjis>

**[THE SHARIAH-DERIVED MODELS OF MEDICAL INTERACTIONS BETWEEN  
HEALTHCARE PROFESSIONALS AND PATIENTS]**

**MODEL INTERAKSI PERUBATAN PATUH SYARIAH ANTARA  
PETUGAS KESIHATAN DAN PESAKIT**

<sup>1</sup>MAI NURUL ASHIKIN TAIB

<sup>1</sup>MOHD ARIFF SHARIFUDIN\*

<sup>1</sup>SALMAN AMIRUDDIN

<sup>2</sup>SUMAYYAH ABDUL AZIZ

<sup>3</sup>WAN RUMAIZI W.HUSIN

<sup>1</sup>Fakulti Perubatan, Universiti Sultan Zainal Abidin, 20400 Kuala Terengganu, Malaysia

<sup>2</sup>Fakulti Kontemporari Islam, Universiti Sultan Zainal Abidin, 21300 Kuala Terengganu,  
Malaysia

<sup>3</sup>Fikir Solusi (Shariah) Advisory and Consultancy, 40000 Shah Alam, Malaysia

\*Corresponding author: [ariffsharifudin@unisza.edu.my](mailto:ariffsharifudin@unisza.edu.my)

Received Date: 19 February 2022 • Accepted Date: 22 March 2022

**Abstract**

*The Shariah-Derived Models of Medical Interactions between Healthcare Professionals and Patients are interaction/ relationship models constructed and reviewed from the religious perspective, Islamic jurisprudence in particular. The models were constructed based on various aspects pertaining to the healthcare professionals who provide the medical services or treatment, the patient-client who seeks for the treatment or consultations, involvement of a third party, the form of agreement involving all related parties, and the related Islamic rulings. The rulings were derived from the five basic rules pertaining to the actions and interactions of a person (al-ahkam ash-shar'iyah al-taklifiyyah). The models were classified based on types of contracts involved, the profitability of the service rendered, as well as the related Islamic rulings. The interactions/ relationships are summarized into four models; Model A - Charitable Work/ Non-Profit Based, Model B - Profit Based, Model C - Civil Servant, and Model D - Private Employee/ Practice. Providing medical services is indeed a noble obligation. It involves certain requirements and principles in relation to the religious rulings that may differ from what are commonly practiced or understood.*

**Keywords:** *fiqh muamalat, medical ethics, medical interactions, public interest, shariah-compliance.*

## Abstrak

Model Interaksi Perubatan Patuh Syari'ah Antara Petugas Kesihatan dan Pesakit adalah model interaksi/ hubungan yang dirujuk dan dibina daripada sudut perspektif perundangan Islam. Model-model ini dibina berdasarkan pelbagai aspek yang berkaitan dengan petugas kesihatan yang menyediakan perkhidmatan perubatan, pesakit-klien yang memerlukan rawatan atau konsultasi, keterlibatan pihak ketiga, bentuk perjanjian/ kontrak yang melibatkan pihak-pihak yang terkait, dan ketetapan perundangan Islam yang berkaitan. Ketetapan-ketetapan tersebut berasal daripada lima peraturan dasar yang berkaitan dengan tindakan dan interaksi seseorang (al-ahkam asy-syar'iyah al-taklifiyyah). Model diklasifikasikan berdasarkan keuntungan perkhidmatan yang diberikan, jenis perjanjian/ kontrak yang terlibat, dan juga perundangan-perundangan Islam yang berkaitan. Interaksi/ hubungan tersebut diringkaskan menjadi empat model; Model A - Kerja Amal / Tidak Berasaskan Keuntungan, Model B - Berasaskan Keuntungan, Model C - Penjawat Awam, dan Model D - Pekerja / Perkhidmatan Swasta. Perawatan dan perkhidmatan perubatan merupakan kewajipan yang mulia. Ia melibatkan syarat dan prinsip tertentu yang berkaitan dengan peraturan agama yang mungkin berbeza dari apa yang biasa diamalkan atau difahami.

**Kata Kunci:** fiqh muamalat, etika perubatan, interaksi perubatan, kepentingan awam, patuh syariah.

**Cite as:** Mai Nurul Ashikin Taib, Mohd Ariff Sharifudin, Salman Amiruddin, Sumayyah Abdul Aziz & Wan Rumaizi W. Husin. 2021. [The shariah-derived models of medical interactions between healthcare professionals and patients] Model interaksi perubatan patuh syariah antara petugas kesihatan dan pesakit. *Malaysian Journal for Islamic Studies* 6(1): 1-9.

## PENGENALAN

Kebangkitan beragama (*religious revivalism*) memainkan peranan yang penting di dalam pembangunan sosial dan kemasyarakatan (McGuire 2008; Rahman 1999). Walaupun peningkatan minat terhadap agama mendorong masyarakat ke arah mengharmonikan budaya moden dan kehidupan beragama (Amiruddin dan Abdul Aziz 2017), fenomena sosial ini tidak semestinya positif tanpa bimbingan yang sewajarnya (Hunter 2002; Ismail and Ahmad 2017; Ismail et al. 2018). Sejak kebelakangan ini, terdapat suara di kalangan orang ramai yang mula mempersoal kewajaran pelbagai rawatan perubatan khususnya berkaitan perubatan moden. Mengambil isu kaedah kelahiran *lotus birth* dan penentangan terhadap vaksinasi sebagai contoh, salah satu faktor yang diketengahkan adalah peningkatan tuntutan sosial yang dipengaruhi oleh idea-idea yang dikaitkan dengan pegangan atau pendirian beragama (Ismail et al. 2018; Wolfe dan Sharp 2002). Walaupun pengamal perubatan dianggap sebagai salah satu profesion yang mulia di dalam masyarakat, pendapat profesional mereka mula dipersoalkan.

## OBJEKTIF

Kertas kerja ini cuba mengkaji semula interaksi perubatan antara petugas kesihatan dan pesakit dari perspektif sosio-agama. Ia merangkumi isu tanggungjawab mendapatkan rawatan ketika

sakit, rasional yang membina hubungan antara perawat dan pesakit yang mendapatkan rawatan, dan model hubungan yang berdasarkan jenis perkhidmatan yang ditawarkan.

## **METODOLOGI**

Model-model interaksi perubatan ini dibina berdasarkan pelbagai aspek yang berkaitan dengan petugas kesihatan yang menyediakan perkhidmatan perubatan, pesakit-klien yang memerlukan rawatan atau konsultasi, keterlibatan pihak ketiga, bentuk perjanjian/ kontrak yang melibatkan pihak-pihak yang terkait, dan ketetapan perundangan Islam yang berkaitan. Ketetapan-ketetapan tersebut berasal daripada lima peraturan dasar yang berkaitan dengan tindakan dan interaksi seseorang individu (*al-ahkam asy-syar'iyyah al-taklifiyyah*).

### **Hukum dan Ketetapan di dalam Profesion Perubatan dan Perawatan**

Setiap tindakan manusia dan interaksinya dengan orang lain adalah didasarkan kepada lima hukum (*al-ahkam at-taklifiyyah*): (1) *wajib*, (2) *mandub* atau *mustahab* (dianjurkan/ disyorkan), (3) *haram* (dilarang), (4) *makruh* (dicela atau tidak disukai), dan (5) *mubah* atau *harus* (berkecuali atau dibenarkan). Seperkara lagi yang perlu difahami tujuan perundangan Islam dan hukum-hukum syarak (*maqasid asy-syari'ah*) adalah untuk membawa kesejahteraan dan kebajikan kepada manusia (*tahqiq masalih al-'ibad*) (Bussani 2012; Che Mohamad et al. 2015; Mohamad et al. 2015; Sharifudin et al. 2015, 2018). Setiap pengamal perubatan Muslim adalah terikat dengan ketetapan-ketetapan ini, walaupun di dalam menyediakan perkhidmatan kesihatan.

### **Hukum dan Ketetapan Menjadi Seorang Pengamal Perubatan**

Dengan memahami bahawa maksud hukum dan ketetapan yang disebutkan di atas adalah untuk membawa kepada manfaat dan kebajikan manusia, maka tidak sukar juga untuk difahami bahawa di dalam Islam, melahirkan pakar-pakar di dalam perkhidmatan kesihatan di kalangan sesebuah masyarakat adalah wajib. Dalam hal ini, para cendekiawan Islam telah bersetuju bahawa pengajian dan amalan perubatan adalah termasuk di bawah urusan *fardhu kifayah*. Adalah menjadi suatu bentuk kewajipan yang ditanggung oleh umat Islam untuk memastikan sebilangan ahli masyarakat belajar dan mengamalkan perubatan bagi memenuhi keperluan masyarakat (Adul 2001; Chamsi-Pasha dan Albar 2016; Sharifudin et al. 2015). Perubatan dianggap sebagai salah satu profesion yang mulia dari sudut pandangan agama (Mossensohn 2009; Rahman 1998; Sharifudin et al. 2015).

### **Hukum dan Ketetapan Mencari dan Mendapatkan Rawatan**

Hukum asal mencari dan mendapatkan rawatan perubatan adalah harus. Akan tetapi, hukum ini mungkin berbeza dan berubah mengikut situasi dan kes yang berkaitan. Hukum akan berubah menjadi wajib sekiranya terdapat keyakinan bahawa keadaan tersebut boleh memudaratkan diri, kehilangan atau kecacatan pada anggota badan, atau penyakit yang berisiko ditularkan kepada orang lain (penyakit berjangkit). Walau bagaimanapun, sekiranya terdapat risiko bahawa

rawatan yang akan diberikan menimbulkan komplikasi atau kesan yang lebih mudarat daripada penyakit yang ingin dirawat maka hukum menerima rawatan tersebut adalah makruh, bergantung kepada tahap kesan atau komplikasi yang dijangkakan (International Fiqh Academy 1992; Ismail and Ahmad 2017).

Mendapatkan kebenaran pesakit sebelum memulakan rawatan perubatan adalah wajib sekiranya pesakit mempunyai kemampuan penuh berdasarkan undang-undang atau mempunyai penjaga yang sah jika pesakit tersebut di bawah umur (Rathor et al. 2011). Ini hanya jika rawatan yang ditetapkan berada dalam tahap yang dibenarkan atau tercela. Namun, menurut sesetengah pandangan, persetujuan tidak diperlukan sekiranya rawatan dan prosedur perubatan wajib dilakukan, terutamanya berkaitan dengan penyakit berjangkit dan pencegahan penularannya. Begitu juga, persetujuan tidak diperlukan sekiranya penjaga sah anak di bawah umur enggan memberikan kebenaran untuk menerima rawatan walaupun boleh membahayakan diri anak di bawah jagaannya (International Fiqh Academy 1992).

Walaupun ini mungkin berbeza dengan perundangan konvensional di dalam amalan perubatan, ketetapan ini didasarkan kepada beberapa kaedah di dalam fiqh (*qawaid al-fiqhiyyah*), "jangan membahayakan dan jangan menimbulkan bahaya" (*laa dharara walaa dhiraar*), dan "kepentingan umum harus diutamakan daripada kepentingan peribadi" (*al-maslahah al-'am tuqaddam 'alaa al-maslahah al-khassah*). Oleh itu, menahan diri daripada menerima rawatan adalah suatu tindakan yang salah dan merugikan sekiranya rawatan tersebut termasuk di bawah kategori yang diwajibkan, dan mencegah sesuatu salah laku adalah kewajipan ke atas semua umat Islam (International Fiqh Academy 1992; Mohamad dan Arizan 2021).

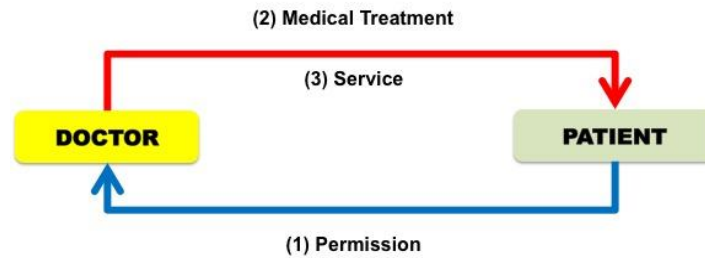
## DAPATAN KAJIAN

Setelah memahami tanggungjawab semua pihak yang terlibat di dalam sesebuah interaksi perubatan di antara petugas kesihatan dan pesakit serta ketetapan-ketetapan yang berkaitan, model-model interaksi ini dapat dibina di atas perspektif yang lebih baik dan jelas. Walaupun kebanyakan perbincangan konvensional yang berkaitan dengan interaksi perubatan lebih tertumpu kepada kod tingkah laku, profesionalisme, etika perubatan dan kerahsiaan, kajian ini lebih menekankan kepada jenis kontrak sosial yang terlibat (Amiruddin dan Abdul Aziz 2017; Haque et al. 2016). Model-model interaksi perubatan diklasifikasikan berdasarkan keuntungan perkhidmatan yang diberikan, jenis perjanjian/ kontrak yang terlibat, dan juga perundangan-perundangan Islam yang berkaitan. Interaksi-interaksi ini diringkaskan menjadi empat model:

### Model A: Kerja Amal / Tidak Berasaskan Keuntungan

Dalam bentuk perkhidmatan perubatan amal, hanya dua pihak yang terlibat: pesakit dan juga perawat (Rajah 1). Persetujuan bersama (*al-taraddhi*) diperlukan daripada kedua-dua pihak tetapi hanya melibatkan perkhidmatan sebelah pihak (*unilateral*) di mana interaksi ini tidak memerlukan pertukaran kontrak seperti yuran atau caj. Walaupun perkhidmatan di bawah model ini bersifat kerja-kerja amal, prinsip umum "jangan membahayakan dan jangan menimbulkan bahaya" (*laa dharara walaa dhiraar*) tetap terpakai. Oleh itu, pelaksanaan perkhidmatan yang terbaik masih wajib dan diperlukan. Perawat yang menawarkan

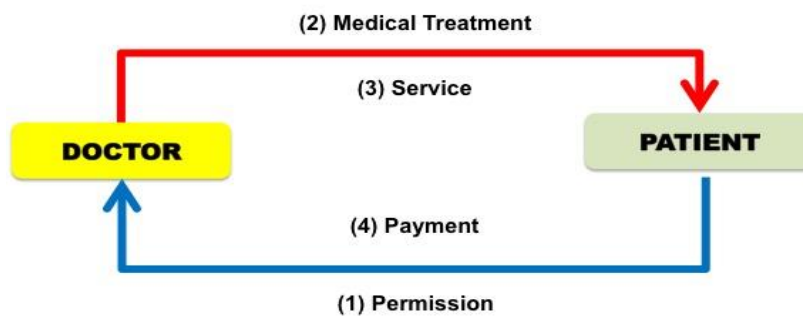
perkhidmatan rawatan atau perundingan perlulah daripada kalangan mereka yang berkelayakan ataupun perkhidmatan diberikan di bawah pengawasan dan penyeliaan mereka yang berkelayakan (Chamsi-Pasha dan Albar 2016; Ismail and Ahmad 2017; Rathor et al. 2011).



Rajah 1: Model interaksi berasaskan kerja amal atau tidak berasaskan keuntungan (Sharifudin et al. 2021)

### Model B: Berasaskan Keuntungan

Dalam model interaksi yang berasaskan keuntungan (Rajah 2), perkhidmatan dan perundingan melibatkan pembayaran atau caj. Ia melibatkan bentuk kontrak pertukaran (*'uqud al-mu'awadah*). Perundingan dan perkhidmatan yang diberikan oleh perawat ditukar dengan bentuk pembayaran dari pesakit yang menerima perkhidmatan tersebut (*ijarah al-abdan*). Apa yang ditawarkan oleh perawat mestilah perkhidmatan yang sah dari segi undang-undang. Sebagai balasannya, pesakit diminta membayar konsultasi dan ubat-ubatan yang diterima. Adalah menjadi kewajipan bagi setiap perawat untuk memaklumkan kepada pesakit kadar pembayaran sebelum rawatan diberikan.

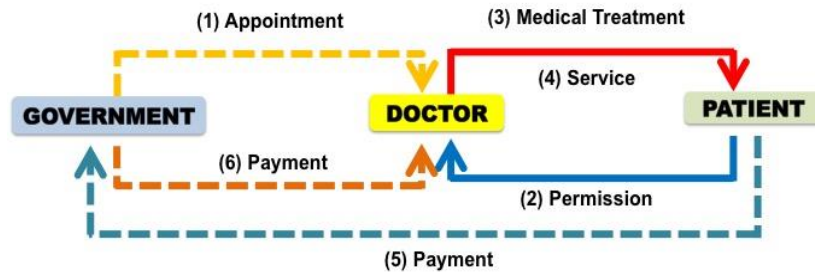


Rajah 2: Model interaksi berasaskan kerja amal atau tidak berasaskan keuntungan (Sharifudin et al. 2021)

### Model C: Penjawat Awam

Model yang ketiga (Rajah 3) melibatkan interaksi antara tiga pihak. Selain mematuhi syarat dan ketentuan umum yang dinyatakan dalam model-model terdahulu, perawat yang memberikan perkhidmatan berkewajipan untuk mematuhi peraturan yang digariskan oleh kerajaan atau

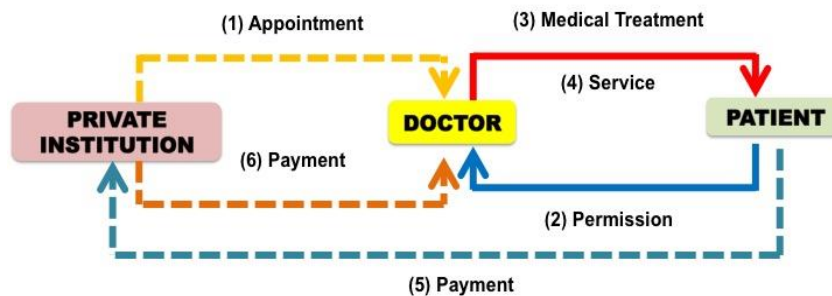
pemerintah sebagai majikan mereka. Perkhidmatan yang diberikan mestilah mengikut terma dan syarat selaras dengan tahap kelayakan perawat tersebut. Bayaran atau caj perkhidmatan ke atas pesakit mestilah minimum, sesuai dengan prinsip *fiqh*, "tindakan dan perbuatan penguasa terikat dengan kepentingan warganegara".



Rajah 3: Model interaksi yang melibatkan perawat di kalangan penjawat awam (Sharifudin et al. 2021)

#### Model D: Pekerja / Perkhidmatan Swasta.

Walaupun terma dan syarat yang dijelaskan di dalam dua model sebelum ini masih terpakai, terdapat beberapa perkara penting mengenai caj pembayaran yang dikenakan ke atas pesakit yang menerima rawatan perlu diteliti dan dipatuhi. Ini dapat digambarkan di dalam Rajah 4.



Rajah 4: Model interaksi yang melibatkan perawat yang berada di dalam perkhidmatan swasta (Sharifudin et al. 2021)

Keuntungan yang diperoleh adalah ganjaran untuk perkhidmatan usahawan (*entrepreneur services*). Dengan kata lain, ini adalah lebih pendapatan perniagaan daripada jumlah kos. Islam mengiktiraf sifat produktif modal (*productive attribute of capital*), maka dengan itu ia tidak menghalang daripada ganjaran yang sewajarnya. Walau bagaimanapun, isu memaksimumkan keuntungan atau caj siling sering ditimbulkan pelbagai pihak. Sebagai penyedia perkhidmatan, institusi perubatan yang berkaitan harus selalu memperoleh keuntungan yang sah dan bukan yang maksimum, walaupun jumlahnya kecil. Kesederhanaan dalam usaha untuk mendapatkan keuntungan dan memperolehnya dengan betul adalah lebih penting. Bayaran harus sesuai dengan standard dan nilai perkhidmatan yang diberikan.

## KESIMPULAN

Perawatan dan perkhidmatan perubatan merupakan kewajipan yang mulia. Ia melibatkan syarat dan prinsip tertentu yang berkaitan dengan peraturan agama yang mungkin berbeza dari apa yang biasa diamalkan atau difahami. Salah satu sebab penurunan minat atau kepentingan awam terhadap perkhidmatan perubatan dan kesihatan adalah kerana perasaan dimanipulasi atau penurunan ketersediaan perkhidmatan daripada pelbagai aspek. Perundangan Islam menyediakan garis panduan untuk semua pihak yang terlibat di dalam interaksi-interaksi perubatan. Sekiranya semua pihak bertanggungjawab terhadap peranan yang mereka mainkan, interaksi yang harmoni dapat dikembangkan dan salah faham dapat dielakkan. Setiap pihak harus memainkan peranan masing-masing dengan cekap dan amanah; institusi pemerintah atau swasta sebagai fasilitator, perawat sebagai penyedia perkhidmatan, dan pesakit sebagai penerima rawatan.

## PENGHARGAAN

Model-model hasil daripada kajian ini telah berjaya didaftarkan di bawah Perbadanan Harta Intelek Malaysia (MyIPO) pada 21 Mei 2021 bertajuk *Syari'ah-Derived Models of Medical Interactions between Healthcare Providers and Patients* (Sharifudin et al. 2021a). Satu abstrak yang terhasil daripada kertas kerja ini telah dibentangkan dalam persidangan *International Seminar on Islamic Jurisprudence in Contemporary Society (ISLAC) 2021* anjuran bersama Universiti Sultan Zainal Abidin (UniSZA) dan Universiti Islam Sultan Sharif Ali pada 8-9 Disember 2021 (Sharifudin et al. 2021b).

## RUJUKAN

- Amiruddin, S. & Abdul Aziz, S. (2017). Secularism in medicine from maqasid al-syariah. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences* 7: 615-623.
- Chamsi-Pasha, H. & Albar, M. A. (2016). Doctor-patient relationship: Islamic perspective. *Saudi Medical Journal* 37: 121-126.
- Che Anuar Che Mohamad, Rosazra Roslan, Mohd Ariff Sharifudin & Mai Nurul Ashikin Taib. (2015). A review on the applications of rukhsah in medical practice. p. 57-63. In *Revelation and Science in the 21st Century*. E. E. Mohamed Ibrahim and R. F. Fatah Yasin (eds.). IIUM Press, Kuala Lumpur. ISBN 978-967-418-391-2. 432 pp.
- Fazlur Rahman. (1998). *Health and Medicine in the Islamic Tradition: Change and Identity*. Kazi Publication Inc., Chicago, Illinois. ISBN 978-187-103-164-5. pp. 38-46.
- Fazlur Rahman. (1999). *Revival and Reform in Islam: A Study of Islamic Fundamentalism*. E. Moosa (ed.). Oneworld Publications, London. ISBN 978-185-168-204-1. 240 pp.
- Haque, M., Zulkifli, Z., Haque, S. Z., Kamal, Z. M., Salam, A., Bhagat, V., Alattracqchi, A. G. & A Rahman, N. I. (2016). Professionalism perspectives among medical students of a novel medical graduate school in Malaysia. *Advances in Medical Education and Practice* 7: 407-422.

- International Fiqh Academy of the Organization of Islamic Conference (OIC). (1992). 7<sup>th</sup> Session, Resolutions of the International Fiqh Academy, <https://iifa-aifi.org/en/32451.html>, retrieved 30<sup>th</sup> November 2021.
- Ismail, S. K. & Ahmad, R. (2017). Analisis konflik pro-life dan pro-choice isu pengguguran terapeutik dari aspek menjaga nyawa menurut al-Quran. *Jurnal Islam dan Masyarakat Kontemporari* **14**: 56-66.
- Ismail, S. K., Ahmad, R. & Salleh, S. F. (2018). Kaedah kelahiran lotus birth menurut perubatan dan maqasid al-syariah. *Jurnal Islam dan Masyarakat Kontemporari* **19**: 180-193.
- Mahadzirah Mohamad, Nor Azman Mat Ali @ Salim, Fazida Karim. (2015). *The role of social support, maqasid syariah quality of life and impacts on health status*. Presented at *1st World Islamic Social Science Congress*. 29 November 2015, Putrajaya, Malaysia.
- Mauro Bussani & Ugo Mattei. (2012). *The Cambridge Companion to Comparative Law*. Cambridge University Press, Cambridge. ISBN 978-113-901-720-6. pp. 299-305.
- Mohd Ariff Sharifudin, Mohd Adham Shah Ayeop & Aminudin Che Ahmad. (2015). Implementation of the Islamic Input in Orthopaedics (IIIO) undergraduate medical curricula and practice: IIUM's experience (2002-2014). p. 141-148. In *Revelation and Science in the 21st Century*. E. E. Mohamed Ibrahim and R. F. Fatah Yasin (eds.). IIUM Press, Kuala Lumpur. ISBN 978-967-418-391-2. 432 pp.
- Mohd Ariff Sharifudin, Aminudin Che Ahmad & Mohd Adham Shah Ayeop. (2018). The role of research in enhancing deliverance of the Islamic Input in Orthopaedics (IIIO) Module: religious perspective among in-ward Muslim diabetic foot patients as a case study. pp. 58-68. In *Integration of Naqli & Aqli in Medical Education*. S. Sanip, N. F. Zulkifli and N. Z. Zainal (eds.). USIM Press, Nilai. ISBN 978-967-440-551-9.
- Mohd Ariff Sharifudin, Mai Nurul Ashikin Taib, Salman Amiruddin, Sumayyah Abdul Aziz & Wan Rumaizi W.Husin. (2021). [The syari'ah-derived models of medical interactions between healthcare professionals and patients]. Presented at *the International Seminar on Islamic Jurisprudence in Contemporary Society (ISLAC) 2021*. 8-9 Disember 2021, <https://anyflip.com/ueuem/zund/basic>, p. 96.
- Meredith B. McGuire. (2008). *Religion: The Social Context (Fifth Edition)*. Waveland Press, Long Grove, Illinois. ISBN 978-147-860-963-6. pp. 236-238.
- Miri Shefer-Mossensohn, (2010). Medical pluralism, prevention, and cure. pp. 21-28. In *Ottoman Medicine: Healing and Medical Institutions, 1500-1700*. State University of New York Press, New York. ISBN 978-143-842-530-6. 296 pp.
- Mohamad, N. M. & Arizan, A. T. (2021). Aplikasi kaedah fiqh 'tiada mudarat dan tidak boleh memberi mudarat' (la darar wa la dirar) dalam mendepani isu pandemic COVID-19 di Malaysia. *Malaysian Journal for Islamic Studies*. **5**: 153-166.
- Rathor, M. Y., Rani M. F., Shah A. M. & Akter, S. F. (2011). Informed consent: a socio-legal study. *Medical Journal of Malaysia* **66**: 423-428.
- Sarip Adul. (2001). *Fiqh Orang Sakit: Fiqh Ibadat Jururawat Islam*. Jabatan Kemajuan Islam Malaysia, Kuala Lumpur. ISBN 983-042-156-2. 97 pp.
- Sharifudin, M. A., Taib, M. N. A, W.Husin, W. R. & Mohd Yusof, M. N. (2021). Intellectual Property Corporation of Malaysia (MyIPO), LY2021C01913, Mei.



Shireen T. Hunter. (2002). *Islam, Europe's Second Religion: The New Social, Cultural, and Political Landscape*. Greenwood Publishing Group, Connecticut. ISBN 978-027-597-609-5. 314 pp.

Wolfe, R.M. & Sharp, L. K. (2002). Anti-vaccinationists past and present. *British Medical Journal* **325**: 430-432.