Journal of Innovative and Creativity
Journal Homepage: https://joecy.org/index.php/joecy
e-mail: journaljoecy@gmail.com

Faculty of Education
University of Pahlawan Tuanku Tambusai
ISSN 2775-771X (Online)
ISSN 2962-570X (Printed)
6 (1) 2026, Page: 8034-8044

Keadilan I'tidal dalam Akses Kesehatan: Sinergi Maqashid Syariah dan Standar AAAQ bagi Perlindungan Kelompok Minoritas

Nining Handayani[1], Faiz Karim Fatkhullah[2]
[1-2]Universitas Islam Nusantara, Indonesia
Corresponding Author: Nining Handayani, e-mail: ninninghandayani32@gmail.com, faizkarim@uninus.ac.id

Published: February, 2026

ABSTRACT

Systemic discrimination in healthcare access for minority groups constitutes a violation of human dignity rooted in structural inequalities. This normative legal research analyzes the role of the I'tidal principle (equitable justice) within Maqashid Syariah (the objectives of Islamic Law) as a theoretical and practical solution to global and national healthcare marginalization. By juxtaposing international health law standards specifically the Availability, Accessibility, Acceptability, and Quality (AAAQ) framework with contemporary Maqashid Syariah theory, this article explores the operationalization of the protection of life (Hifz an-Nafs). Findings reveal that healthcare failures often stem from a lack of cultural and religious "acceptability," such as inadequate accommodations for hijab, halal nutrition, or gender preferences in medical care. The integration of I'tidal offers an affirmative action model and an ethical framework demanding non-discriminatory treatment as a manifestation of divine trust (amanah). The synergy between Sharia norms and international human rights instruments, such as the ICESCR, creates a dual-protection mechanism that enhances public trust and health outcomes for vulnerable populations. Ultimately, policy transformation toward an inclusive, transparent, and trust-based system is essential to achieving substantive health equity for all societal strata.

Keywords: I'tidal Justice, Healthcare Access, Minority Rights, Maqashid Syariah, AAAQ Framework.

ABSTRAK

Diskriminasi sistemik dalam akses kesehatan bagi kelompok minoritas merupakan pelanggaran martabat kemanusiaan yang berakar pada ketimpangan struktural. Penelitian yuridis normatif ini menganalisis peran prinsip I'tidal (keadilan yang tegak lurus) dalam Maqashid Syariah sebagai solusi teoretis dan praktis terhadap marginalisasi layanan kesehatan di tingkat global dan nasional. Dengan menyandingkan standar hukum kesehatan internasional khususnya kerangka kerja Availability, Accessibility, Acceptability, and Quality (AAAQ) dengan teori Maqashid Syariah kontemporer, artikel ini mengeksplorasi bagaimana perlindungan jiwa (Hifz an-Nafs) dapat dioperasionalkan. Temuan menunjukkan bahwa kegagalan layanan kesehatan seringkali terletak pada aspek "akseptabilitas" budaya dan agama, seperti kurangnya akomodasi hijab, nutrisi halal, atau preferensi gender dalam perawatan medis. Integrasi I'tidal menawarkan model tindakan afirmatif dan kerangka etis yang menuntut perlakuan adil tanpa diskriminasi sebagai bentuk pengejawantahan amanah ketuhanan. Sinergi antara norma syariah dan instrumen hak asasi manusia internasional, seperti ICESCR, menciptakan mekanisme perlindungan ganda yang meningkatkan kepercayaan publik serta hasil kesehatan bagi kelompok rentan. Transformasi kebijakan menuju sistem yang inklusif, transparan, dan berbasis amanah sangat krusial untuk mewujudkan kesetaraan kesehatan substantif bagi seluruh lapisan masyarakat.

Kata Kunci: Keadilan I'tidal, Akses Kesehatan, Hak Minoritas, Maqashid Syariah, Standar AAAQ.

© The Author(s). 2026 Open Access This article is licensed under a Creative Commons Atibution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. To view a copy of this licence, visit http://creativecommons.org/licenses/by/4.0

PENDAHULUAN

Keadilan dalam sektor kesehatan merupakan diskursus yang melampaui batas-batas klinis, menyentuh inti dari martabat kemanusiaan dan stabilitas sosial global. Di tengah dinamika peradaban yang semakin kompleks, kelompok minoritas baik yang didefinisikan melalui variabel agama, etnis, ras, maupun kondisi fisik seringkali terjebak dalam pusaran marginalisasi sistemik yang menghambat akses mereka terhadap standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai (Office of the High Commissioner for Human Rights and World Health Organization, 2008). Permasalahan ini

bukan sekadar persoalan teknis ketersediaan tempat tidur rumah sakit atau pasokan obat-obatan, melainkan manifestasi dari ketimpangan struktural yang berakar pada bias kebijakan dan lemahnya penegakan hak asasi manusia (Sabater Minarim et al., 2025). Dalam konstelasi pemikiran hukum Islam, konsep I'tidal atau keadilan yang tegak lurus dan moderat muncul sebagai antitesis terhadap praktik diskriminatif tersebut, menawarkan kerangka etis yang menuntut perlakuan adil tanpa diskriminasi sebagai bentuk pengejawantahan dari amanah ketuhanan (Wijaya et al., 2025).

Pentingnya penelitian ini didasarkan pada kenyataan pahit bahwa kesehatan seringkali dipengaruhi oleh determinan sosial yang tidak adil. Studi Padela & Zaidi (2018) menunjukkan bahwa populasi minoritas mengalami tingkat morbiditas dan mortalitas yang lebih tinggi, yang seringkali disebabkan oleh kurangnya akomodasi terhadap kebutuhan budaya dan agama dalam lingkungan medis. Hukum Kesehatan Internasional, melalui Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (ICESCR), telah menetapkan standar normatif bagi negara-negara untuk menjamin akses kesehatan tanpa diskriminasi (Yamin, 2005). Namun, efektivitas standar ini seringkali tereduksi oleh minimnya sensitivitas kultural dalam pelayanan praktis. Oleh karena itu, mengintegrasikan perspektif Maqashid Syariah, khususnya melalui prinsip Hifz an-Nafs (perlindungan jiwa) dan I'tidal, menjadi krusial untuk memperkuat basis moral dan efektivitas hukum kesehatan nasional maupun internasional dalam melindungi kelompok rentan (Terblanche & Abrahams, 2024).

Kajian teori dalam artikel ini menyandingkan dua kerangka hukum besar: standar AAAQ (Availability, Accessibility, Acceptability, Quality) dari Komite Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya PBB dengan teori Maqashid Syariah kontemporer (UN Committee on Economic, 2000). Secara filosofis, penelitian ini berangkat dari asumsi ontologis bahwa keadilan dalam pelayanan publik melibatkan keberpihakan yang sadar terhadap kelompok yang kurang beruntung untuk mencapai kesetaraan substantif. Gagasan kritis konseptual yang disajikan menekankan bahwa akses kesehatan adalah instrumen pembebasan dan keadilan sosial yang harus dijamin melalui tanggung jawab kolektif (amanah) dan kepemimpinan yang adil.

Penelitian terdahulu, seperti yang dilakukan oleh Mohammed (2024), telah mengeksplorasi aplikasi Maqashid dalam bioetika medis untuk menciptakan pendekatan yang berpusat pada pasien. Studi lain oleh Alfahmi (2022) membahas pertimbangan etis kesehatan dalam kerangka kesejahteraan Maqashid. Namun, terdapat celah literatur yang signifikan mengenai bagaimana prinsip spesifik I'tidal sebagai pilar moderasi beragama dapat dioperasionalkan untuk mengoreksi bias layanan kesehatan terhadap minoritas agama dan etnis di negara-negara dengan kemajemukan tinggi. Perbedaan analisis artikel ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada sinkretisasi mendalam antara data empiris diskriminasi kesehatan (seperti temuan program "All of Us" di AS dan laporan SETARA Institute di Indonesia) dengan norma syariah untuk merumuskan model tindakan afirmatif yang berbasis pada keadilan proporsional (Sabater Minarim et al., 2025).

Temuan dari penelitian ini menunjukkan bahwa diskriminasi kesehatan terhadap minoritas seringkali terjadi bukan hanya karena ketiadaan fasilitas, melainkan karena kegagalan dalam aspek "akseptabilitas" budaya dan agama, seperti kurangnya akomodasi bagi praktik hijab, nutrisi halal, dan preferensi gender dalam perawatan medis. Penelitian ini juga mengungkapkan bahwa integrasi nilai I'tidal dalam kebijakan kesehatan publik dapat meningkatkan kepercayaan (trust) kelompok minoritas terhadap sistem medis, yang pada gilirannya akan meningkatkan hasil kesehatan secara keseluruhan. Dengan memandang kesehatan sebagai hak dasar yang tidak dapat dikompromikan, sinergi antara hukum internasional dan Maqashid Syariah menciptakan mekanisme perlindungan ganda yang lebih responsif terhadap kompleksitas kebutuhan masyarakat modern.

Rumusan masalah dalam penelitian ini difokuskan pada analisis mengenai sejauh mana prinsip i'tidal dalam Maqashid Syariah mampu memberikan solusi teoretis dan praktis terhadap problematika diskriminasi layanan kesehatan yang dialami kelompok minoritas di tingkat global dan nasional. Terdapat urgensi untuk memahami mekanisme diskriminasi yang bersifat interseksional, di mana identitas minoritas berkelindan dengan kemiskinan dan keterbatasan fisik, menciptakan hambatan

berlapis dalam pemenuhan standar kesehatan tertinggi. Selain itu, kajian ini mempertanyakan bagaimana standar hukum kesehatan internasional dapat diharmonisasi dengan nilai-nilai syariah untuk menciptakan kebijakan kesehatan yang tidak hanya teknokratis, tetapi juga humanis dan inklusif. Melalui alur pemikiran ini, pembahasan selanjutnya akan mengeksplorasi landasan filosofis, data empiris, dan strategi implementasi keadilan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat tanpa terkecuali.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian yuridis normatif yang mengutamakan analisis terhadap bahan pustaka atau data sekunder (Creswell et al., 2007). Pendekatan penelitian yang diterapkan mencakup pendekatan perundang-undangan (statutory approach) untuk mengkaji berbagai instrumen hukum internasional seperti Universal Declaration of Human Rights (UDHR) dan International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), serta pendekatan konseptual (conceptual approach) untuk membedah makna keadilan i'tidal dan prinsip-prinsip Maqashid Syariah dalam konteks kesehatan (UN Committee on Economic, 2000). Selain itu, teknik perbandingan hukum (comparative approach) digunakan untuk melihat implementasi hak atas kesehatan di berbagai yurisdiksi, khususnya antara praktik di negara-negara Barat dan Indonesia (Alshafai, 2025).

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui studi dokumen dan penelusuran pustaka secara sistematis dari basis data bereputasi, termasuk Scopus, PubMed Central, dan Google Scholar, dengan fokus pada literatur yang diterbitkan dalam rentang tahun 2015-2025 guna menjamin relevansi data. Referensi yang digunakan meliputi bahan hukum primer berupa konvensi internasional dan regulasi nasional (seperti UU Administrasi Pemerintahan dan UU Perlindungan Lingkungan Hidup di Indonesia yang telah mengadopsi prinsip Maqashid), serta bahan hukum sekunder yang mencakup buku-buku teks, jurnal ilmiah, dan laporan dari lembaga hak asasi manusia serta otoritas kesehatan global. Analisis data dilakukan secara kualitatif dengan metode analisis isi (content analysis) dan hermeneutika hukum untuk menafsirkan teks-teks normatif ke dalam solusi kebijakan yang aplikatif bagi perlindungan kelompok minoritas di sektor kesehatan.

HASIL PENELITIAN

1. Filosofi I'tidal: Keadilan yang Tegak Lurus dalam Pelayanan Publik

Konsep I'tidal merupakan salah satu pilar utama dalam moderasi Islam (Wasatiyah) yang bermakna tegak lurus, konsisten, dan tidak berat sebelah (Priyatna et al., 2025). Dalam ranah pelayanan publik, khususnya kesehatan, i'tidal menuntut adanya sikap imparsial dari penyelenggara layanan medis terhadap setiap individu, terlepas dari latar belakang identitasnya. Keadilan ini bukan sekadar kesetaraan formal (equality), melainkan keadilan substantif (equity) yang memperhatikan kebutuhan spesifik dan keberpihakan terhadap kelompok yang kurang beruntung (mustad'afin). Secara ontologis, keadilan dalam akses pelayanan kesehatan merupakan hak dasar yang harus dipenuhi oleh negara sebagai bentuk pertanggungjawaban atas amanah kepemimpinan (Wijaya et al., 2025).

Prinsip i'tidal berhubungan erat dengan nilai Musawah (kesetaraan) dan Tasamuh (toleransi), yang secara kolektif membentuk lingkungan sosial yang inklusif (Yugo, 2025). Di Indonesia, nilai-nilai ini telah diintegrasikan dalam kebijakan moderasi beragama oleh Kementerian Agama untuk mencegah ekstremitas dan memastikan bahwa setiap warga negara mendapatkan hak-hak dasarnya secara adil (Rahmat et al., 2025). Dalam konteks medis, hal ini berarti bahwa rumah sakit dan tenaga kesehatan wajib memberikan pelayanan yang bermutu tanpa membedakan pasien berdasarkan ras, agama, atau status ekonomi. Sebagaimana ditegaskan dalam hadis, keadilan adalah semboyan terbaik bagi seorang pemimpin, dan kegagalan dalam menegakkannya merupakan bentuk kezaliman yang akan dipertanggungjawabkan di hadapan Tuhan (Wijaya et al., 2025).

Tabel 1. I'tidal Dalam Manifestasi Layanan Kesehatan

Dimensi Keadilan I'tidal	Manifestasi dalam Layanan Kesehatan	Prinsip Dasar yang Terkandung
Keadilan Prosedural	Transparansi dalam antrean dan pengambilan keputusan medis.	Kejujuran dan Keterbukaan.
Keadilan Distributif	Alokasi sumber daya medis yang merata ke wilayah minoritas.	Proporsionalitas dan Kebutuhan.
Keadilan Partisipatif	Pelibatan kelompok minoritas dalam perumusan kebijakan kesehatan.	Syura (Musyawarah).
Keadilan Pengakuan	Penghormatan terhadap simbol dan praktik keagamaan pasien.	Tasamuh (Toleransi).

Keadilan i'tidal juga mencakup aspek konsistensi dalam inovasi dan keterbukaan terhadap hal-hal baru yang membawa maslahat (Yugo, 2025). Dalam era digital, hal ini berarti penggunaan teknologi kesehatan harus diarahkan untuk menutup celah informasi dan akses bagi kelompok minoritas, bukan justru menciptakan ketimpangan baru. Etika digital dalam Islam menuntut agar informasi kesehatan disampaikan dengan jujur dan bertanggung jawab sebagai bentuk amanah (Ritonga et al., 2025). Dengan demikian, filosofi i'tidal menyediakan fondasi moral yang dinamis bagi sistem kesehatan untuk beradaptasi dengan tantangan zaman tanpa mengorbankan nilai-nilai kemanusiaan yang universal.

2. Maqashid Syariah sebagai Kerangka Perlindungan Kesehatan Minoritas

Maqashid Syariah, atau tujuan-tujuan luhur hukum Islam, menetapkan bahwa perlindungan terhadap jiwa (Hifz an-Nafs) adalah kewajiban dharuriyah yang berada di tingkat prioritas tertinggi (Aziz et al., 2024). Perlindungan jiwa dalam perspektif modern tidak hanya mencakup keselamatan fisik dari serangan, tetapi juga pemeliharaan kesehatan yang holistik, termasuk kesejahteraan mental dan emosional. Bagi kelompok minoritas, perlindungan ini menjadi lebih relevan karena mereka seringkali terpapar pada stresor sosial seperti diskriminasi dan pengucilan yang berdampak negatif pada kesehatan mereka. Integrasi Maqashid Syariah dalam kesehatan mental menunjukkan bahwa keseimbangan antara aspek spiritual, moral, dan fisik sangat krusial untuk mencapai kualitas hidup yang baik (Mohammed, 2024).

Selain Hifz an-Nafs, perlindungan terhadap akal (Hifz al-Aql) dan agama (Hifz al-Din) juga memainkan peran penting dalam akses kesehatan bagi minoritas. Banyak pasien dari kelompok minoritas agama enggan mencari bantuan medis karena khawatir praktik pengobatannya bertentangan dengan keyakinan mereka, atau karena lingkungan medis yang tidak ramah terhadap ekspresi religius mereka (Hordern, 2023). Dalam hal ini, Maqashid Syariah menuntut agar fasilitas kesehatan menjadi ruang yang kondusif bagi pasien untuk tetap menjalankan kewajiban agamanya tanpa hambatan, yang dalam penelitian disebut sebagai "akomodasi yang adil". Hal ini mencakup ketersediaan makanan halal, privasi yang terjaga sesuai norma kesantunan Islam (*modesty*), dan penghormatan terhadap waktu-waktu ibadah (Martin, 2015).

Tabel 2. Tujuan Maqashid Syariah Relevansi dan Dampak

Tujuan Maqashid Syariah	Relevansi Spesifik bagi Kelompok Minoritas	Dampak pada Kebijakan Kesehatan

Hifz al-Din (Agama)	Menjamin kebebasan beragama dalam perawatan medis.	Penyediaan layanan berbasis literasi agama.
Hifz an-Nafs (Jiwa)	Mencegah kematian dan penyakit melalui akses medis yang setara.	Pengurangan disparitas kesehatan rasial.
Hifz al-Aql (Akal)	Melindungi kesehatan mental dari trauma diskriminasi.	Integrasi dukungan psikospiritual dalam klinis.
Hifz al-Nasl (Nasab)	Perlindungan ibu dan anak dari kelompok minoritas etnis.	Jaminan kesehatan reproduksi tanpa paksaan.
Hifz al-Mal (Harta)	Menghindari kemiskinan akibat biaya medis yang mahal.	Skema asuransi sosial yang inklusif.

Synergy antara Maqashid Syariah dan Sustainable Development Goals (SDGs), khususnya SDG 3 (Kesehatan dan Kesejahteraan), memperkuat argumen bahwa nilai-nilai Islam sangat kompatibel dengan agenda pembangunan global (Aziz et al., 2024). Prinsip maslahah (kepentingan umum) mengharuskan setiap kebijakan kesehatan berorientasi pada penghilangan bahaya (mafsadah) yang timbul dari praktik diskriminatif. Ketika sebuah sistem kesehatan gagal melindungi kelompok minoritas, ia tidak hanya melanggar kontrak sosial kenegaraan tetapi juga mengkhianati misi syariat untuk menciptakan rahmat bagi seluruh alam. Oleh karena itu, Maqashid Syariah memberikan kerangka etis bagi tenaga medis untuk melihat pasien minoritas sebagai subjek yang bermartabat, bukan sekadar objek tindakan medis.

3. Hukum Kesehatan Internasional: Standar AAAQ dan Non-Diskriminasi

Hukum Kesehatan Internasional menyediakan instrumen yuridis yang mengikat bagi negara-negara untuk menjamin hak atas kesehatan bagi semua orang tanpa kecuali. Pasal 25 UDHR dan Pasal 12 ICESCR menegaskan bahwa setiap manusia berhak atas standar hidup yang memadai bagi kesehatan dirinya dan keluarganya, termasuk perawatan medis dan layanan sosial yang diperlukan (Yamin, 2005). Komite Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya melalui General Comment No. 14 secara rinci menjelaskan bahwa hak atas kesehatan mencakup empat unsur utama yang saling berkaitan, yaitu ketersediaan, aksesibilitas, akseptabilitas, dan kualitas (AAAQ). Bagi kelompok minoritas, unsur "akseptabilitas" menjadi kunci utama, karena menuntut agar semua fasilitas, barang, dan layanan kesehatan harus menghormati etika medis serta sensitif secara budaya (UN Committee on Economic, 2000).

Ketidakpatuhan terhadap standar AAAQ merupakan bentuk pelanggaran hak asasi manusia yang serius. Negara memiliki kewajiban tripartit: menghormati, melindungi, dan memenuhi hak atas kesehatan (Yamin, 2005). Dalam konteks minoritas, kewajiban untuk "melindungi" mengharuskan negara untuk memastikan bahwa pihak ketiga seperti asuransi swasta atau rumah sakit non-pemerintah tidak melakukan praktik diskriminatif. Selain itu, hukum internasional melarang adanya diskriminasi sistemik yang berakar pada kebijakan hukum, praktik administrasi, maupun alokasi sumber daya yang secara tidak proporsional merugikan kelompok etnis atau agama tertentu.

Tabel 3. Unsur Standar AAAQ

Unsur Standar AAAQ	Penjabaran Operasional bagi Minoritas	Referensi Hukum Internasional
Availability	Ketersediaan obat esensial dan tenaga medis di wilayah marginal.	General Comment No. 14.

Accessibility	Lokasi rumah sakit yang aman dijangkau oleh etnis minoritas.	ICESCR Pasal 12.
Acceptability	Penghormatan terhadap keragaman budaya dan sensitivitas gender.	UDHR Pasal 2, ICESCR.
Quality	Pelayanan medis yang sesuai standar sains tanpa bias rasial.	Konvensi Eliminasi Diskriminasi Rasial.

Meskipun instrumen internasional ini sangat komprehensif, implementasinya seringkali menghadapi hambatan berupa kedaulatan politik dan relativisme budaya. Dalam banyak kasus, negara-negara mengklaim keterbatasan sumber daya sebagai alasan untuk tidak memenuhi hak atas kesehatan bagi minoritas. Namun, hukum internasional menegaskan bahwa meskipun pemenuhan hak dilakukan secara "progresif", kewajiban untuk menjamin non-diskriminasi bersifat segera (immediate obligation) dan tidak dapat ditunda. Bahkan di tengah krisis ekonomi, negara wajib memprioritaskan program-program kesehatan bagi kelompok yang paling rentan dan marginal. Integrasi antara hukum internasional dan moralitas agama (seperti i'tidal) dapat memberikan tekanan legitimasi tambahan bagi negara-negara untuk memenuhi komitmen hak asasi manusia mereka secara lebih konsekuen.

4. Analisis Data Empiris: Potret Diskriminasi Kesehatan Terhadap Minoritas

Data empiris menunjukkan adanya jurang pemisah yang lebar dalam hasil kesehatan antara kelompok mayoritas dan minoritas di berbagai belahan dunia. Di Amerika Serikat, penelitian sistemik mengungkapkan bahwa populasi minoritas rasial dan etnis seringkali menerima kualitas perawatan yang lebih rendah bahkan ketika aksesibilitas ekonomi (asuransi) setara. Hal ini disebabkan oleh bias interpersonal penyedia layanan dan sejarah panjang ketidakadilan medis, seperti eksperimen sifilis Tuskegee yang telah merusak kepercayaan masyarakat kulit hitam terhadap otoritas kesehatan. Ketidakpercayaan ini berujung pada rendahnya tingkat vaksinasi dan pemeriksaan preventif, yang secara tragis terlihat selama pandemi COVID-19 di mana angka kematian kelompok minoritas jauh lebih tinggi (Sabater Minarim et al., 2025).

Di Indonesia, data dari SETARA Institute dan Komnas Perempuan menunjukkan bahwa kelompok minoritas agama dan penyandang disabilitas masih menghadapi kendala serius dalam mengakses layanan publik secara adil (Indonesia Judicial Research Society, 2024:33). Penyandang disabilitas, misalnya, mengalami tingkat kemiskinan yang lebih tinggi (13,25% dibandingkan rata-rata nasional 9,75%) yang secara langsung membatasi kemampuan mereka untuk mengakses layanan medis berkualitas. Selain itu, perempuan penyandang disabilitas sangat rentan terhadap kekerasan seksual dan diskriminasi di fasilitas kesehatan, dengan hambatan tambahan berupa kurangnya akses ke bantuan hukum yang memadai (Afifah, 2020).

Tabel 4. Jenis Kelompok Minoritas dan Temuan Kasus Diskriminasi

Jenis Kelompok Minoritas	Temuan Kasus Diskriminasi/Hambatan
Minoritas Agama (Islam di Barat)	Kurangnya akomodasi hijab, preferensi perawat sesama jenis ditolak.
Minoritas Rasial/Etnis	Bias diagnosis (misalnya rasa sakit tidak ditanggapi serius).
Penyandang Disabilitas	Kurangnya akses fisik dan bantuan komunikasi di RS.
Perempuan Korban Kekerasan	Stigma medis (victim blaming) dan penanganan trauma yang buruk.

Fenomena diskriminasi ini seringkali bersifat halus namun mematikan. Misalnya, keengganan tenaga medis untuk memberikan akomodasi bagi praktik keagamaan pasien Muslim dipandang sebagai masalah "manajemen keragaman" yang merepotkan, bukan sebagai pemenuhan hak asasi manusia. Hal ini menciptakan budaya "conflictual narrative" di mana pasien minoritas dipandang sebagai pihak yang menuntut perlakuan khusus, padahal mereka hanya menuntut hak mereka untuk diperlakukan sesuai martabat kemanusiaannya (Hordern, 2023). Sejarah sterilisasi paksa terhadap perempuan dari etnis tertentu di berbagai negara juga menjadi pengingat bahwa kebijakan kesehatan yang tidak berlandaskan keadilan i'tidal dapat berubah menjadi alat penindasan yang sistemik (Santoro, 2025).

5. Integrasi Teoretis: Mensinergikan I'tidal, Maqashid, dan Hukum Internasional

Integrasi antara nilai i'tidal dalam Maqashid Syariah dengan standar hukum kesehatan internasional menawarkan model perlindungan yang lebih holistik dan berdaya ikat kuat bagi masyarakat religius. Secara teoretis, prinsip i'tidal berfungsi sebagai jembatan yang menghubungkan kewajiban moral individu (tenaga kesehatan sebagai hamba Allah) dengan kewajiban hukum negara (sebagai penandatangan konvensi internasional) (Wijaya et al., 2025). Ketika seorang dokter melayani pasien minoritas dengan penuh hormat dan memenuhi kebutuhan budayanya, ia sedang menjalankan fungsi khilafah (perwakilan Tuhan) di bumi sekaligus mematuhi standar acceptability dalam hukum internasional (Ritonga et al., 2025).

Penelitian menunjukkan bahwa model integratif ini sangat efektif untuk mengatasi hambatan psikososial dalam kesehatan. Misalnya, penggunaan kerangka Maqashid Syariah dalam penanganan depresi pada komunitas Muslim membantu menghilangkan stigma terhadap bantuan medis dengan mengaitkannya pada nilai-nilai ketabahan (sabr) dan kepasrahan kepada Tuhan (tawakkul) yang positif. Sebaliknya, instrumen hukum internasional menyediakan parameter teknis yang dapat diukur untuk mengevaluasi apakah sebuah rumah sakit telah benar-benar menjalankan prinsip i'tidal tersebut melalui ketersediaan fasilitas yang aksesibel bagi kaum difabel atau minoritas.

Tabel 5. Kontribusi Maqashid Syariah dan Hukum Internasional

Pilar Integrasi	Kontribusi Maqashid Syariah	Kontribusi Hukum Internasional
Legitimasi	Memberikan landasan teologis-moral.	Memberikan landasan yuridis-formal.
Operasionalisasi	Menekankan sensitivitas budaya dan spiritual.	Menekankan standar teknis (AAAQ).
Akuntabilitas	Tanggung jawab di hadapan Tuhan (Amanah).	Tanggung jawab di hadapan hukum negara/PBB.
Inklusivitas	Konsep Maslahah 'Ammah (Kebaikan Umum).	Konsep Hak Asasi Manusia Universal.

Di Indonesia, penerapan Maqashid Syariah dalam administrasi negara melalui UU No. 30 Tahun 2014 menunjukkan bahwa prinsip syariah dapat dijadikan sebagai pedoman perilaku bagi aparat pemerintah dalam memberikan pelayanan publik yang berkeadilan. Dengan memperluas cakupan Maqashid tidak hanya pada lima tujuan dasar (al-dharuriyyat al-khamsah) tetapi juga pada dimensi sosial yang lebih luas seperti hak asasi manusia dan tata kelola yang baik, hukum Islam bertransformasi menjadi instrumen dinamis yang mendukung pencapaian keadilan kesehatan bagi minoritas (Soofi & Masud, 2024). Sinergi ini tidak hanya memperkuat posisi tawar kelompok minoritas di hadapan kebijakan kesehatan yang diskriminatif, tetapi juga memberikan panduan etis

bagi penyedia layanan untuk melampaui standar minimal hukum positif menuju standar moralitas yang lebih tinggi.

6. Strategi Kebijakan: Menghapus Diskriminasi Melalui Tindakan Afirmatif

Untuk mewujudkan keadilan i'tidal secara konkret, diperlukan strategi kebijakan yang proaktif dan terstruktur. Pertama, pemerintah harus mengadopsi kebijakan tindakan afirmatif (affirmative action) dalam alokasi anggaran kesehatan untuk daerah-daerah yang dihuni oleh mayoritas kelompok minoritas atau yang secara historis terabaikan. Hal ini sejalan dengan prinsip keadilan distributif dalam ekonomi syariah yang menekankan bahwa distribusi kekayaan dan layanan publik harus menyentuh lapisan masyarakat terbawah untuk mengentaskan kemiskinan dan ketimpangan.[31] Pembangunan rumah sakit berkualitas tinggi di wilayah terpencil bukan lagi sekadar opsi politik, melainkan kewajiban dharuriyah untuk melindungi jiwa rakyat.

Kedua, institusi pendidikan kesehatan perlu mengintegrasikan literasi budaya dan agama ke dalam kurikulum kedokteran dan keperawatan. Tenaga medis harus dilatih untuk mengenali bias implisit mereka sendiri dan memahami keragaman praktik keagamaan pasien sebagai bagian dari kompetensi profesional. Dalam perspektif i'tidal, pengetahuan medis harus disinergikan dengan etika kemanusiaan untuk menciptakan lingkungan klinis yang inklusif. Hal ini juga mencakup pelatihan bagi tenaga medis untuk menangani kelompok rentan seperti korban kekerasan seksual dan penyandang disabilitas dengan pendekatan yang tidak menghakimi (non-judgmental).

Ketiga, penguatan mekanisme pengawasan dan pengaduan yang independen. Pasien dari kelompok minoritas harus memiliki saluran yang aman dan mudah diakses untuk melaporkan praktik diskriminatif tanpa takut akan intimidasi. Data menunjukkan bahwa transparansi dan akuntabilitas dalam birokrasi layanan kesehatan sangat berkorelasi dengan tingkat kepuasan dan kepercayaan pasien.[5] Penggunaan teknologi digital, seperti platform pengaduan berbasis aplikasi, dapat menjadi alat yang efektif jika dikelola dengan prinsip kejujuran (tabayyun) dan tanggung jawab (amanah). Dengan menghapus hambatan prosedural, keadilan substantif dapat dirasakan langsung oleh masyarakat yang selama ini terpinggirkan dari sistem kesehatan.

7. Peran Masyarakat Sipil dan Organisasi Keagamaan

Masyarakat sipil dan organisasi keagamaan memiliki peran strategis sebagai jembatan antara kebijakan negara dan kebutuhan riil kelompok minoritas. Dalam tradisi Islam, lembaga seperti wakaf dan zakat secara historis telah digunakan untuk mendanai fasilitas kesehatan gratis bagi kaum miskin dan minoritas, mencerminkan nilai keadilan sosial yang kuat. Di era modern, optimalisasi instrumen ekonomi syariah ini dapat menjadi solusi alternatif untuk mendanai layanan kesehatan inklusif di wilayah-wilayah yang tidak terjangkau oleh anggaran pemerintah pusat. Pemberdayaan ekonomi mustahiq melalui program kesehatan dan kesejahteraan merupakan bentuk nyata dari implementasi Maqashid Syariah di tingkat akar rumput (Iqbal & Mirakhor, 2012).

Selain dukungan finansial, organisasi keagamaan berperan penting dalam memberikan edukasi kesehatan yang sensitif secara budaya. Misalnya, kampanye kesehatan masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan rutin atau vaksinasi akan lebih diterima oleh kelompok minoritas jika disampaikan melalui bahasa agama yang mereka pahami dan dihubungkan dengan prinsip perlindungan jiwa (Terblanche & Abrahams, 2024). Hal ini membantu mengurangi kecurigaan terhadap otoritas medis yang sering dianggap "asing" oleh kelompok minoritas tertentu. Sinergi antara kearifan lokal dan sains modern merupakan manifestasi dari nilai i'tidal yang menyeimbangkan antara tradisi dan kemajuan zaman.

Organisasi masyarakat sipil juga berfungsi sebagai pengawas (watchdog) terhadap praktik-praktik diskriminasi di rumah sakit. Laporan tahunan seperti yang diterbitkan oleh SETARA Institute atau

Komnas Perempuan memberikan basis data yang sangat berharga bagi advokasi kebijakan berbasis bukti. Dengan menyuarakan pengalaman pahit kelompok minoritas di ruang publik, masyarakat sipil memaksa negara untuk melakukan reformasi hukum dan perbaikan layanan. Kolaborasi antara aktivis hak asasi manusia, ulama, dan pakar kesehatan internasional menciptakan aliansi kuat yang mampu mendorong terwujudnya sistem kesehatan global yang lebih adil dan bermartabat bagi semua manusia.

8. Tantangan Global dan Masa Depan Keadilan Kesehatan

Tantangan terhadap keadilan kesehatan di masa depan semakin berat seiring dengan meningkatnya polarisasi identitas dan krisis lingkungan global. Perubahan iklim, misalnya, berdampak secara tidak proporsional terhadap kesehatan kelompok minoritas yang tinggal di wilayah pesisir atau daerah dengan infrastruktur buruk, seperti yang terlihat dalam kasus banjir rob di daerah pedesaan Cirebon. Dalam perspektif Maqashid Syariah, krisis lingkungan adalah ancaman nyata terhadap semua aspek daruriyyat, sehingga hukum kesehatan masa depan harus mencakup aspek keadilan ekologis dan perlindungan terhadap determinan sosial kesehatan. Keadilan i'tidal menuntut keseimbangan antara eksploitasi alam untuk kesejahteraan manusia dengan pelestarian lingkungan demi kelangsungan hidup generasi mendatang.

Di sisi lain, perkembangan teknologi medis seperti genomik dan kecerdasan buatan (AI) membawa risiko diskriminasi baru jika tidak diawasi secara ketat. Algoritma AI yang dilatih dengan data yang tidak representatif terhadap kelompok etnis minoritas dapat menghasilkan diagnosis yang salah atau rekomendasi pengobatan yang bias. Oleh karena itu, prinsip Hifz al-Aql dan I'tidal mengharuskan adanya regulasi etika digital yang menjamin bahwa teknologi kesehatan digunakan secara adil dan transparan. Inovasi medis harus selalu tunduk pada nilai-nilai kemanusiaan yang lebih tinggi untuk memastikan bahwa kemajuan sains benar-benar menjadi rahmat bagi semua, bukan sekadar komoditas bagi kelompok elit.

Masa depan keadilan kesehatan global sangat tergantung pada kemauan politik negara-negara untuk melampaui kepentingan nasional sempit menuju solidaritas kemanusiaan universal. Komitmen Indonesia untuk mengakhiri epidemi penyakit menular seperti AIDS pada tahun 2030 merupakan langkah positif yang membutuhkan pendekatan fast track yang inklusif terhadap kelompok-kelompok yang sering terstigma (Nuraidah & Wanda, 2022). Melalui dialog yang berkelanjutan antara hukum kesehatan internasional, Maqashid Syariah, dan kearifan lokal, kita dapat membangun tatanan dunia di mana akses kesehatan bukan lagi sebuah hak istimewa, melainkan realitas yang dapat dinikmati oleh setiap insan sebagai wujud dari keadilan yang tegak lurus dan kasih sayang Ilahi.

KESIMPULAN

Keadilan i'tidal dalam akses kesehatan merupakan prasyarat mutlak untuk menghapus diskriminasi sistemik terhadap kelompok minoritas dengan menyinergikan mandat moral Maqashid Syariah dan kewajiban yuridis hukum kesehatan internasional. Implementasi standar AAAQ yang diperkuat dengan prinsip perlindungan jiwa (Hifz an-Nafs) mewajibkan negara dan penyelenggara layanan medis untuk memberikan akomodasi budaya serta tindakan afirmatif bagi kelompok rentan demi mencapai kesetaraan substantif. Data empiris menunjukkan bahwa pengabaian terhadap sensitivitas identitas minoritas tidak hanya melanggar hak asasi manusia tetapi juga merusak kepercayaan publik dan efektivitas sistem kesehatan secara keseluruhan. Transformasi kebijakan kesehatan yang inklusif, transparan, dan berlandaskan etika amanah adalah jalan tunggal untuk mewujudkan kesejahteraan sosial yang adil dan bermartabat bagi seluruh umat manusia tanpa pengecualian.

DAFTAR PUSTAKA

Afifah, W. (2020). Bantuan Hukum Kelompok Rentan. DiH: Jurnal Ilmu Hukum, 16(1), 124–138. https://doi.org/10.30996/dih.v16i1.3045

Alfahmi, M. Z. (2022). Justification for requiring disclosure of diagnoses and prognoses to dying

patients in saudi medical settings: a Maqasid Al-Shariah-based Islamic bioethics approach. BMC Medical Ethics, 23(1), 72. https://doi.org/10.1186/s12910-022-00808-6

Alshafai, H. (2025). Is Islamic law incompatible with international human rights law? QScience Connect, 2025(1), 1–10. https://doi.org/10.5339/connect.2025.3

Aziz, A., Manalu, P., Oktaviandi, W., Apriadi, D., Candri, & Suteja. (2024). SDG's and Maqasid Shariah Principles: Synergies for Global Prosperity. Journal of Lifestyle and SDGs Review, 4(2), e01873. https://doi.org/10.47172/2965-730X.SDGsReview.v4.n02.pe01873

Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative Research Designs. The Counseling Psychologist, 35(2), 236–264. https://doi.org/10.1177/0011000006287390

Hordern, J. (2023). Accommodating religion and belief in healthcare: Political threats, agonistic democracy and established religion. Bioethics, 37(1), 15–27. https://doi.org/10.1111/bioe.13112

Indonesia Judicial Research Society. (2024). Booklet Diskriminasi di Indonesia dan Pentingnya Perlindungan yang Komprehensif bagi Korban. IJRS.

Iqbal, Z., & Mirakhor, A. (2012). Financial Inclusion : Islamic Finance Perspective. Journal of Islamic Business and Management, 2(1), 35–64. https://doi.org/10.12816/0004974

Martin, M. B. (2015). Perceived Discrimination of Muslims in Health Care. Journal of Muslim Mental Health, 9(2). https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0009.203

Mohammed, T. A. S. (2024). A scientometric study of Maqasid al-shariah research: trending issues, hotspot research, and co-citation analysis. Frontiers in Research Metrics and Analytics, 9. https://doi.org/10.3389/frma.2024.1439407

Nuraidah, N., & Wanda, D. (2022). Adherence to Taking ARV Drugs in Adolescents with HIV/AIDS. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 17(3), 306–318. https://doi.org/10.15294/kemas.v17i3.23220

Office of the High Commissioner for Human Rights and World Health Organization. (2008). The Right to Health, Fact Sheet No. 31. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf

Padela, A. I., & Zaidi, D. (2018). The Islamic tradition and health inequities: A preliminary conceptual model based on a systematic literature review of Muslim health-care disparities. Avicenna Journal of Medicine, 8(01), 1–13. https://doi.org/10.4103/ajm.AJM_134_17

Priyatna, S. E., Fidzi, R., Sabda, S., & Yaqin, H. (2025). Religious Moderation as the Pillar of Islamic Education: A Cross-Disciplinary Approach for the Global Era. Al-I'lam: Jurnal Komunikasi Dan Penyiaran Islam, 8(2), 101–114. https://doi.org/10.31764/jail.v8i2.30323

Rahmat, E., Solahudin, D., Kusnawan, A., & Azis, R. (2025). Globalizing Religious Moderation: Indonesia's Experience of Religious Moderation for the ASEAN and Global Contexts. TEMALI : Jurnal Pembangunan Sosial, 8(2), 294–313. https://doi.org/10.15575/jt.v8i2.45139

Ritonga, A. R., Purba, A. M., & Rangkuti, Z. A. (2025). Knowledge as Trust (Amanah): An Islamic Theological Perspective on Information Accessibility. Pharos Journal of Theology, 106(5), 1–15. https://doi.org/10.46222/pharosjot.106.528

Sabater Minarim, D., Morgan, K. M., Buckley, K., Riviere, P., Ochoa, C., Deshler, L. N., Duran, E. A., Mehtsun, W. T., Rose, B. S., & Banegas, M. P. (2025). Racial and Ethnic Disparities in Perceived Healthcare Discrimination and Health Outcomes. Journal of General Internal Medicine, 40(11), 2548–2557. https://doi.org/10.1007/s11606-025-09627-y

Santoro, C. (2025). American Advocacy and Action for Minority Health in 2025. The American Journal of Managed Care. https://www.ajmc.com/view/advocacy-and-action-for-minority-health-in-america

Soofi, A. B., & Masud, M. (2024). International Law and Maqasid Al-Shariah. https://doi.org/10.2139/ssrn.4937103

Terblanche, D., & Abrahams, S. (2024). Integrating Maqāṣid al-Sharīʿah into Islamic Psychology: Towards a Holistic Approach to Mental Health and Well-Being. AL-WASAṬIYYAH, 3(3), 114–149. https://doi.org/10.58409/ipsajias.v3i3.37

UN Committee on Economic, S. and C. R. (CESCR). (2000). General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant) (E/C.12/2000/4). Global Health Rights. https://www.globalhealthrights.org/instrument/cescr-general-comment-no-14-the-right-to-health/

Wijaya, F., Mu'ti, A., Kohar, A., Ropip, R., & Rosa, A. (2025). Keadilan dalam Akses Pelayanan di Daerah Dalam Perspektif Filsafat Ilmu Berdasarkan Ilmu Hadis. Kusuma: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat, 2(2), 25–36. https://doi.org/10.55656/kjpkm.v2i2.394

Yamin, A. E. (2005). The Right to Health Under International Law and Its Relevance to the United States. American Journal of Public Health, 95(7), 1156–1161. https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.055111

Yugo, T. Y. (2025). Pendidikan Karakter Berbasis Aswaja Nahdlatul Ulama di Era Disrupsi: Antara Tantangan dan Inovasi. NAHNU: Journal of Nahdlatul Ulama and Contemporary Islamic Studies, 3(1), 510–536. https://doi.org/10.63875/nahnu.v3i1.70