

# Survei Komparatif Manfaat Revolusi Taqwa 7.0 terhadap Kesehatan Holistik 7R Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia

Syaefudin Ali Akhmad,<sup>1\*</sup>Tri Suwarno,<sup>2</sup> Endra Prihermansyah,<sup>3</sup> Muhammad Arfan Maulana<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Departemen Biokimia, Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta, Indonesia

<sup>2</sup>Politeknik *Artificial Intelligence* Budi Mulia Dua, Yogyakarta, Indonesia

<sup>3</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta, Indonesia

| *Korespondensi Penulis:                  | Riwayat Artikel: |                                     |
|------------------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| email penulis yang menjadi korespondensi | Dikirim:         | diisi sesuai tanggal pertama submit |
|                                          | Diterima:        |                                     |
|                                          | Terbit:          |                                     |

## Artikel Penelitian

### Abstrak

**Latar Belakang:** Program taklim berbasis mentoring agama Islam telah dilaksanakan di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia (FK UII) sebagai kurikulum tersembunyi untuk membina perkembangan spiritual mahasiswa. Sejak tahun 2022, ditambahkan kegiatan intensif Revolusi Taqwa 7.0 berupa i'tikaf di masjid selama 1–3 hari yang bertujuan memperkuat tujuh dimensi kesehatan holistik (7R). Bukti empiris mengenai manfaat tambahan kegiatan tersebut masih terbatas. **Tujuan:** Mengevaluasi manfaat tambahan kegiatan Revolusi Taqwa 7.0 terhadap capaian kesehatan holistik 7R mahasiswa FK UII dibandingkan dengan mahasiswa yang hanya mengikuti taklim rutin. **Metode:** Survei kuantitatif dengan desain komparatif dua kelompok pada 14 mahasiswa pre-klinik FK UII (kelompok intervensi, n=9; kelompok kontrol, n=5). Instrumen Kuesioner Sehat 7R (49 butir, skala Likert 1–4; Cronbach  $\alpha=0,82$ ) mengukur tujuh dimensi kesehatan. Perbandingan proporsi kategori sehat menggunakan uji eksak Fisher; perbandingan skor dimensi dilaporkan secara deskriptif. **Hasil:** Proporsi kategori sehat 7R “baik” pada kelompok intervensi sebesar 88,9% dibandingkan 80,0% pada kelompok kontrol (beda risiko 8,9 poin; IK95% –31,7 hingga 49,5; p=1,00). Skor dimensi Ruhani (88 vs 83) dan Relasi (85 vs 80) lebih tinggi pada kelompok intervensi (Cohen d=0,83), diikuti dimensi lain yang meningkat 2–4 poin; dimensi Rezeki tidak berbeda (75 vs 75). **Kesimpulan:** Kegiatan Revolusi Taqwa 7.0 menunjukkan kecenderungan manfaat tambahan terhadap kesehatan holistik, terutama dimensi spiritual dan sosial, meskipun belum signifikan secara statistik karena ukuran sampel kecil. Diperlukan studi lanjutan dengan sampel lebih besar, pengukuran baseline, dan evaluasi jangka panjang.

Kata kunci: Taklim; revolusi taqwa; dimensi 7R; kesehatan holistik; mahasiswa kedokteran; rihlah spiritual

### Abstract

**Background:** A weekly Islamic mentoring program (taklim) has been implemented at the Faculty of Medicine, Universitas Islam Indonesia (FK UII) as a hidden curriculum to foster students' spiritual development. Since 2022, an intensive spiritual retreat, the Taqwa Revolution 7.0 (1–3 days of i'tikaf in the mosque), was added to reinforce seven holistic health dimensions (7R). Empirical evidence on its added benefit remains limited. **Objective:** To evaluate the added benefit of the Taqwa Revolution 7.0 on the 7R holistic health of FK UII medical students compared with those attending only the routine taklim. **Methods:** A quantitative survey with a two-group comparative design involving 14 preclinical medical students (intervention group, n=9; control group, n=5). The Healthy 7R Questionnaire (49 items, Likert 1–4; Cronbach  $\alpha=0.82$ ) assessed seven health dimensions. Proportions of healthy categories were compared using Fisher's exact test; dimension scores were compared descriptively. **Results:** The proportion of “good” 7R health in the intervention group was 88.9% versus 80.0% in the control group (risk difference 8.9 points; 95% CI –31.7 to 49.5; p=1.00). Spiritual (88 vs 83) and relational (85 vs 80) dimension scores were higher in the intervention group (Cohen d=0.83), followed by 2–4-point increases in other dimensions; the financial dimension did not differ (75 vs 75). **Conclusion:** The Taqwa Revolution 7.0 showed a tendency toward additional holistic health benefits, particularly in spiritual and social dimensions, although not statistically significant due to the small sample size. Larger studies with baseline measurement and long-term follow-up are needed. **Keywords:** Taklim; taqwa revolution; 7R dimensions; holistic health; medical students; spiritual retreat

## LATAR BELAKANG

Pendidikan kedokteran di lingkungan perguruan tinggi Islam memiliki tanggung jawab ganda: menghasilkan lulusan yang kompeten secara akademis sekaligus berkarakter mulia dan taat beragama. Hal ini sejalan dengan tujuan pendidikan nasional Indonesia yang menekankan pembentukan peserta didik yang beriman, bertakwa, berakhlak mulia, sehat, berpengetahuan, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang bertanggung jawab [1]. Pendidikan agama pada hakikatnya merupakan pendidikan nilai yang berfokus pada pembentukan kebiasaan sesuai tuntunan agama [1]. Di Universitas Islam Indonesia (UII), internalisasi nilai agama diwujudkan melalui program mentoring keislaman (taklim) mingguan, di mana mahasiswa dibimbing mentor dalam kelompok kecil untuk mempelajari sirah Nabi, kisah para sahabat, tilawah Al-Qur'an, fikih, adab, dan akhlak.

Beban psikologis pendidikan kedokteran semakin memperkuat urgensi pembinaan spiritual. Meta-analisis menunjukkan prevalensi depresi sekitar 27–28% pada mahasiswa kedokteran [1,2], kecemasan hingga 33,8% [3], serta burnout yang tinggi pada masa sebelum residensi [4,5], yang berisiko menurunkan profesionalisme dan kesejahteraan calon dokter [6]. Religiusitas dan kesehatan spiritual terbukti menjadi faktor protektif terhadap gangguan mental [7,8], termasuk menurunkan risiko depresi pada populasi dewasa muda [10,11]. Kehadiran religius juga dikaitkan dengan penurunan depresi pada perempuan [10] dan mortalitas yang lebih rendah pada studi kohort [12]. Kerangka kesehatan dan spiritualitas menekankan perlunya integrasi dimensi ini dalam pelayanan [9,13], dan kesejahteraan psikologis kini dipandang sebagai bagian dari agenda kesehatan masyarakat [14,15]. Integrasi nilai spiritual dalam kurikulum kedokteran juga meningkatkan orientasi pelayanan yang humanis dan berpusat pada pasien [30]. Karena itu, program seperti taklim dan Revolusi Taqwa 7.0 relevan tidak hanya untuk pembinaan akhlak, tetapi juga bagi kesehatan mental mahasiswa.

Fakultas Kedokteran UII mengembangkan program taklim sebagai kurikulum tersembunyi untuk membentuk dokter muslim yang holistik. Sejak tahun 2022, diperkenalkan Revolusi Taqwa 7.0, kegiatan intensif di masjid selama 1–3 hari (i'tikaf) yang dicetuskan Pusat Studi Bioetika dan Hukum Kedokteran Islam (BIOHUKI) FK UII. Program ini memiliki tujuh tahap: revolusi akidah, revolusi salat, revolusi ilmu dan zikir, revolusi muhasabah dan tobat, revolusi akhlak dan ukhuwah, revolusi niat, serta revolusi mujahadah [31]. Konsep sehat 7R yang diusungnya merupakan perluasan definisi sehat WHO (fisik, mental, dan sosial) dengan menambahkan dimensi spiritual, finansial, dan gaya hidup berorganisasi, sehingga mencakup Raga, Rasa, Rasio, Ruhani, Relasi, Rezeki, dan Rezim [31,35].

---

Konsep kesehatan spiritual telah diakui sebagai dimensi penting yang melengkapi dimensi fisik, mental, dan sosial [35]. Kesehatan spiritual yang baik berkaitan dengan rendahnya kecemasan dan depresi serta persepsi nyeri yang lebih ringan [7,8,35]. Konsep ini memiliki beragam kerangka pengukuran dan definisi [16,20], dengan pengaruh yang konsisten terhadap penuaan dan kesehatan lintas negara [21,22] serta terhadap perubahan gejala depresi dari waktu ke waktu [23]. Batas-batas konseptual spiritualitas, agama, dan kesehatan mental terus diperdebatkan secara aktif [24]. Di bidang pendidikan kedokteran, berbagai negara mulai mengintegrasikan kompetensi spiritual-religius dalam kurikulum [25,26,30], misalnya melalui model pengembangan kompetensi spiritual yang menekankan kolaborasi lintas disiplin dan pendidikan berbasis nilai [30]. Pelatihan kesadaran diri spiritual dan kesadaran penuh (*mindfulness*) bagi mahasiswa profesi kesehatan juga menunjukkan manfaat terhadap kesejahteraan psikologis dan kinerja klinis [27,28], sejalan dengan model biopsikososial-spiritual [29]. Namun, penelitian spesifik mengenai efek retreat spiritual intensif pada mahasiswa kedokteran masih terbatas, dan belum ada studi kuantitatif di Indonesia yang mengevaluasi program sejenis dalam kerangka kesehatan holistik 7R. Kesenjangan inilah yang menjadi dasar penelitian ini.

Penelitian ini bertujuan mengevaluasi apakah tambahan kegiatan Revolusi Taqwa 7.0 (selain mentoring rutin) memberikan perbedaan capaian kesehatan 7R mahasiswa FK UII dibandingkan dengan mentoring rutin saja. Hasil survei diharapkan memberikan bukti empiris awal (*pilot*) mengenai manfaat integrasi program penguatan takwa dalam pendidikan kedokteran sekaligus menjadi bahan evaluasi pengembangan program.

## METODE

Desain, tempat, dan waktu. Penelitian ini merupakan survei kuantitatif dengan desain komparatif dua kelompok (*kontrol vs intervensi*) yang dilaksanakan setelah program taklim semester genap 2024/2025 selesai, tepatnya setelah pelaksanaan Revolusi Taqwa 7.0 di FK UII. Populasi dan sampel. Populasi sasaran adalah mahasiswa pre-klinik FK UII (tahun pertama dan kedua) yang mengikuti program taklim rutin satu semester. Sebanyak 32 mahasiswa diundang; 30 mengembalikan kuesioner (*respons rate* 94%). Dua kuesioner dikeluarkan karena tidak lengkap, sehingga 28 responden dianalisis. Namun, karena penelitian ini merupakan studi *pilot*, analisis utama dilakukan pada 14 responden yang memiliki data karakteristik lengkap dan terbagi dalam kelompok intervensi ( $n=9$ ; taklim + Revolusi Taqwa 7.0) dan kelompok kontrol ( $n=5$ ; taklim tanpa revolusi). Pengelompokan didasarkan pada partisipasi sukarela mahasiswa. Karakteristik demografis disajikan pada Tabel 1.

---

Instrumen. Kuesioner Sehat 7R dikembangkan berdasarkan konsep Healthy 7R dari BIOHUKI UII, terdiri atas 49 butir (7 butir per dimensi) dengan skala Likert 1–4 (1=sangat tidak setuju; 4=sangat setuju). Kuesioner telah melalui uji validitas isi oleh pakar BIOHUKI dan uji coba terbatas pada 10 responden. Reliabilitas internal diukur dengan Cronbach  $\alpha$  keseluruhan 0,82, dengan seluruh subskala  $\alpha > 0,70$ . Kuesioner diadministrasikan secara daring (Google Form) satu minggu setelah sesi taklim terakhir.

Variabel dan pengukuran. Skor tiap dimensi dihitung dengan menjumlahkan skor butir, lalu ditransformasikan ke skala 0–100. Kategori kesehatan 7R keseluruhan ditetapkan berdasarkan rata-rata tujuh dimensi:  $\geq 80$  = baik,  $60 < 80$  = cukup, dan  $< 60$  = kurang, mengacu pada kriteria monitoring BIOHUKI [31].

Analisis data. Perbandingan proporsi kategori kesehatan antara kelompok menggunakan uji eksak Fisher (uji alternatif yang valid untuk tabel  $2 \times 2$  dengan sel berukuran kecil). Beda risiko (risk difference) dilaporkan dengan interval kepercayaan 95%. Skor per dimensi dibandingkan secara deskriptif (tanpa uji inferensial) karena keterbatasan sampel. Tingkat signifikansi ditetapkan pada  $\alpha = 0,05$ . Analisis menggunakan SPSS versi 26. Etika. Penelitian ini telah memperoleh persetujuan Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran UII. Responden diberikan lembar informasi dan menyetujui partisipasi secara sukarela (informed consent elektronik). Identitas dan jawaban responden dijaga kerahasiaannya dan disajikan secara agregat.

## HASIL PENELITIAN

Karakteristik responden (14 subjek analisis utama) disajikan pada Tabel 1. Seluruh responden merupakan mahasiswa pre-klinik; kelompok intervensi berusia rata-rata 20 tahun dan kelompok kontrol 20,7 tahun. Komposisi berdasarkan angkatan dan tingkat kelompok taklim berbeda antarkelompok: kelompok kontrol seluruhnya angkatan 2023 (tingkat dasar dan menengah), sedangkan kelompok intervensi mencakup angkatan 2022 dan 2023 dengan sebagian berada pada tingkat lanjut.

**Tabel 1. Karakteristik Demografis Responden (Kelompok Kontrol vs Intervensi)**

| Karakteristik           | Kontrol (n=5) | Intervensi (n=9) |
|-------------------------|---------------|------------------|
| Jenis kelamin laki-laki | 5 (100%)      | 9 (100%)         |
| Usia (rata-rata)        | 20,7 tahun    | 20,0 tahun       |
| Tempat tinggal: desa    | 2             | 2                |
| Tempat tinggal: kota    | 3             | 7                |

|                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
| <b>Angkatan 2023</b>           | 5 | 4 |
| <b>Angkatan 2022</b>           | 0 | 5 |
| <b>Tingkat taklim dasar</b>    | 2 | 5 |
| <b>Tingkat taklim menengah</b> | 3 | 0 |
| <b>Tingkat taklim lanjut</b>   | 0 | 4 |

Distribusi kategori kesehatan 7R disajikan pada Tabel 2. Proporsi kategori “baik” pada kelompok intervensi adalah 88,9% (8/9) dibandingkan 80,0% (4/5) pada kelompok kontrol; tidak ada responden pada kategori “kurang” di kedua kelompok.

**Tabel 2. Proporsi Kategori Kesehatan 7R pada Kelompok Kontrol dan Intervensi**

| <b>Kategori Kesehatan 7R</b>       | <b>Kontrol (n=5)</b> | <b>Intervensi (n=9)</b> |
|------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| <b>Baik (<math>\geq 80</math>)</b> | 4 (80,0%)            | 8 (88,9%)               |
| <b>Cukup (60–&lt;80)</b>           | 1 (20,0%)            | 1 (11,1%)               |
| <b>Kurang (&lt;60)</b>             | 0 (0%)               | 0 (0%)                  |

Beda proporsi kategori baik antarkelompok adalah 8,9 poin (IK95% –31,7 hingga 49,5) dan tidak signifikan secara statistik (uji eksak Fisher dua sisi,  $p=1,00$ ). Meskipun demikian, arah perbedaan konsisten dengan hipotesis bahwa Revolusi Taqwa 7.0 memberikan manfaat tambahan; interval kepercayaan yang lebar mencerminkan presisi rendah akibat ukuran sampel kecil.

Skor rata-rata per dimensi disajikan pada Tabel 3. Kelompok intervensi mencatat skor lebih tinggi pada hampir semua dimensi. Perbedaan paling mencolok terdapat pada dimensi Ruhani (88 vs 83) dan Relasi (85 vs 80), masing-masing dengan Cohen  $d=0,83$  (efek besar). Dimensi Raga, Rasa, Rasio, dan Rezim meningkat 2–4 poin pada kelompok intervensi, sedangkan dimensi Rezeki hampir sama (75 vs 75), sesuai dugaan bahwa kegiatan spiritual jangka pendek tidak langsung mengubah kondisi finansial.

**Tabel 3. Skor Rata-rata per Dimensi 7R (Skala 0–100)**

| <b>Dimensi</b> | <b>Kontrol (n=5)</b> | <b>Intervensi<br/>(n=9)</b> | <b>Selisih</b> |
|----------------|----------------------|-----------------------------|----------------|
| <b>Raga</b>    | 78                   | 80                          | +2             |
| <b>Rasa</b>    | 76                   | 80                          | +4             |
| <b>Rasio</b>   | 77                   | 81                          | +4             |
| <b>Ruhani</b>  | 83                   | 88                          | +5             |
| <b>Relasi</b>  | 80                   | 85                          | +5             |

|               |    |    |    |
|---------------|----|----|----|
| <b>Rezeki</b> | 75 | 75 | 0  |
| <b>Rezim</b>  | 79 | 82 | +3 |

Tanggapan kualitatif mendukung pola tersebut. Mahasiswa intervensi antara lain menyatakan: “Setelah i’tikaf saya merasa lebih tenang dan optimis menghadapi kuliah”, “Jadi lebih semangat tilawah setiap hari”, dan “Lebih kenal dekat dengan teman-teman seangkatan, rasanya seperti keluarga”. Mahasiswa kontrol cenderung menuliskan: “Mentoringnya bermanfaat, cuma mungkin butuh kegiatan pendalaman lagi”. Analisis eksplorasi terhadap latar belakang (tempat tinggal, tingkatan taklim) tidak menemukan korelasi signifikan dengan capaian kesehatan 7R.

## PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan kecenderungan manfaat tambahan Revolusi Taqwa 7.0 terhadap kesehatan holistik 7R mahasiswa, dengan proporsi kategori baik yang lebih tinggi pada kelompok intervensi (88,9% vs 80,0%) dan skor dimensi Ruhani serta Relasi yang lebih unggul (masing-masing selisih 5 poin, Cohen  $d=0,83$ ). Meskipun perbedaan tersebut tidak signifikan secara statistik ( $p=1,00$ ), besarnya efek pada dua dimensi utama sejalan dengan hipotesis bahwa pengalaman spiritual intensif memperkuat dimensi spiritual dan sosial [31],[35]. Karena ukuran sampel sangat kecil, hasil ini harus ditafsirkan sebagai temuan eksploratori, bukan bukti konklusif.

Dampak paling menonjol pada dimensi Ruhani sejalan dengan laporan program serupa yang mencatat peningkatan ketenangan jiwa dan tawakal setelah retret spiritual intensif [31]. Selama i’tikaf 1–3 hari, peserta menjalani qiyamul lail, tilawah, zikir, dan tausiyah yang memberikan ruang refleksi dan kedekatan dengan Allah. Peningkatan kualitas spiritual ini relevan bagi resiliensi mahasiswa kedokteran: religiusitas berkorelasi positif dengan resiliensi ( $r=0,53$ ;  $p<0,001$ ) [34], dan kesehatan spiritual dikaitkan dengan rendahnya kecemasan dan depresi [7,8]. Dengan demikian, penguatan spiritual melalui program ini berpotensi menjadi faktor protektif kesehatan mental mahasiswa [1,2,3,4,5,6].

Dimensi Relasi juga meningkat sejalan dengan tahap kelima Revolusi Taqwa (revolusi akhlak dan ukhuwah) [31]. Kegiatan bersama di masjid mempererat persaudaraan dan mengubah tekanan teman sebaya menjadi pengaruh positif, konsisten dengan temuan mentoring Islam yang membentuk komunitas mahasiswa yang saling mengingatkan dalam kebaikan [32] serta modul peer-mentoring Islam yang meningkatkan kepribadian religius mahasiswa [33]. Pengalaman kolektif ini berpotensi bertahan lama karena membentuk ikatan sosial baru di antara peserta.

Dampak positif pada dimensi Rasa dan Rasio dapat dipahami melalui mekanisme refleksi dan pemulihan emosional: menjauh sejenak dari rutinitas akademik memberi ruang muhasabah dan

perspektif baru, yang menurunkan stres dan kelelahan [4,6]. Kesehatan spiritual yang baik mendominasi dan memperbaiki kesehatan mental secara menyeluruh [35]. Pada dimensi Raga, peningkatan moderat mungkin terkait aktivitas fisik ringan selama i'tikaf dan gaya hidup yang lebih disiplin, meskipun verifikasi jangka panjang masih diperlukan [21]. Dimensi Rezeki tidak berubah, konsisten dengan sifat intervensi yang tidak menyentuh kondisi finansial secara langsung; perubahan pola pikir qanaah baru dapat terlihat dalam jangka panjang [31]. Temuan ini selaras dengan psikologi Islam yang memandang manusia sebagai kesatuan jasmani, akal, nafsani, dan ruhani [17,36], serta dengan bukti bahwa intervensi religius-spiritual terstruktur efektif memperbaiki luaran kesehatan mental [37,38]. Koping religius yang positif juga dikaitkan dengan kesejahteraan lintas tradisi keagamaan [39].

Dari perspektif teori pendidikan, temuan ini mendukung konsep pembelajaran berbasis pengalaman (*experiential learning*) dan pembelajaran transformatif [42]. Mahasiswa mengalami pengalaman konkret (i'tikaf), melakukan refleksi (*muhasabah*), mengonseptualisasi nilai baru dari kajian, dan mengaktifkan kebiasaan baru melalui ritual ibadah [18,42]. Transformasi perspektif tentang makna sehat dan sukses turut terjadi, sejalan dengan pendidikan karakter berbasis nilai yang menekankan keteladanan dan pembiasaan [18]. Pembentukan identitas profesional mahasiswa kedokteran dalam konteks budaya kolektivistik turut diperkuat oleh pengalaman bermakna semacam ini [19]. Integrasi spiritual dalam kurikulum kedokteran juga terbukti membentuk profesional yang lebih humanis dan berpusat pada pasien [30], didukung kerangka kompetensi perawatan spiritual pada tenaga kesehatan [25,26]. Perhatian terhadap aspek spiritual pasien merupakan bagian dari kurikulum tersembunyi pendidikan kedokteran [40], dan lapangan perawatan spiritual telah berkembang menjadi disiplin tersendiri dalam pendidikan kesehatan [41].

Keterbatasan penelitian ini meliputi: (1) ukuran sampel sangat kecil (14 subjek analisis utama) sehingga presisi rendah dan generalisasi terbatas; (2) penugasan non-acak dengan partisipasi sukarela menimbulkan potensi bias seleksi dan motivasi; (3) tidak ada pengukuran baseline sehingga perubahan tidak dapat diukur langsung; (4) outcome diukur segera setelah program tanpa follow-up sehingga efek jangka panjang tidak diketahui dan fenomena “spiritual high” sementara tidak dapat dikesampingkan; (5) instrumen 7R masih baru dan belum tervalidasi konstruk pada populasi luas; serta (6) faktor perancu eksternal (kajian lain, organisasi kerohanian) diasumsikan merata tanpa verifikasi. Implikasinya, hasil ini hanya dapat diposisikan sebagai bukti awal.

Meskipun demikian, konsistensi arah temuan dengan literatur [7,8,30, [31],34,35] menunjukkan bahwa kombinasi mentoring rutin dan retreat spiritual layak dikaji lebih lanjut. Program

---

Revolusi Taqwa 7.0 dapat menjadi model unik pendidikan karakter berbasis spiritual dari Indonesia yang berpotensi direplikasi di institusi lain.

## KESIMPULAN

Kegiatan Revolusi Taqwa 7.0 sebagai tambahan program taklim menunjukkan kecenderungan manfaat terhadap kesehatan holistik 7R mahasiswa kedokteran, terutama pada dimensi spiritual (Ruhani) dan sosial (Relasi), meskipun perbedaan proporsi belum signifikan secara statistik. Temuan ini bersifat eksploratori dan perlu dikonfirmasi dengan studi berskala lebih besar.

Rekomendasi penelitian ini : (1) Perluas cakupan sampel lintas angkatan dan tingkatkan frekuensi program dengan evaluasi baseline sebelum intervensi serta follow-up 3–6 bulan setelah program; (2) integrasikan penilaian refleksi spiritual (laporan muhasabah) sebagai komponen kokurikuler dan kaitkan materi Revolusi Taqwa dengan blok humaniora atau etika kedokteran; (3) rancang pendampingan pasca-revolusi, misalnya kelompok pendukung spiritual atau mentoring lanjutan; (4) lengkapi evaluasi dengan metode kualitatif (wawancara mendalam/FGD); (5) lakukan uji validitas konstruk dan responsivitas instrumen 7R; serta (6) pertimbangkan replikasi program di institusi lain dengan adaptasi kontekstual.

## Deklarasi Konflik Kepentingan

Seluruh penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan, baik finansial maupun nonfinansial, terkait penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-2236. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
  2. Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ*. 2016;50(4):456-468. <https://doi.org/10.1111/medu.12962>
  3. Quek TTC, Tam WWS, Tran BX, Zhang M, Zhang Z, Ho CSH, et al. The global prevalence of anxiety among medical students: a meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(15):2735. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152735>
  4. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: a systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2019;55:36-42. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.08.006>
  5. Zeng W, Chen R, Wang X, Zhang Q, Deng W. Prevalence of mental health problems among medical students in China: a meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(18):e15337. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000015337>
-

6. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, Ommaya A, et al. Burnout among health care professionals: a call to explore and address the underrecognized hidden danger. *NAM Perspectives*. 2017;7(7). <https://doi.org/10.31478/201707b>
  7. Koenig HG, Al Zaben F, VanderWeele TJ. Religion and psychiatry: recent developments in research. *BJPsych Adv*. 2020;26(5):262-272. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.81>
  8. Garssen B, Visser A, Pool G. Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Psychol Relig*. 2021;31(1):4-20. <https://doi.org/10.1080/10508619.2020.1729570>
  9. VanderWeele TJ, Balboni TA, Koh HK. Health and spirituality. *JAMA*. 2017;318(6):519-520. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.8136>
  10. Li S, Okereke OI, Chang SC, Kawachi I, VanderWeele TJ. Religious service attendance and lower depression among women: a prospective cohort study. *Ann Behav Med*. 2016;50(6):876-884. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9813-9>
  11. Chen Y, VanderWeele TJ. Associations of religious upbringing with subsequent health and well-being from adolescence to young adulthood: an outcome-wide analysis. *Am J Epidemiol*. 2018;187(11):2355-2364. <https://doi.org/10.1093/aje/kwy142>
  12. VanderWeele TJ, Yu J, Cozier YC, Liu L, Albert MA, Cook NR, et al. Attendance at religious services, prayer, religious coping, and religious/spiritual identity as predictors of all-cause mortality in the Black Women's Health Study. *Am J Epidemiol*. 2017;186(5):515-522. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx242>
  13. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, Long KNG, Ferrell BR, Fitchett G, et al. Spirituality in serious illness and health. *JAMA*. 2022;328(2):184-197. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>
  14. VanderWeele TJ. On the promotion of human flourishing. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2017;114(31):8148-8156. <https://doi.org/10.1073/pnas.1702996114>
  15. Trudel-Fitzgerald C, Millstein RA, von Hippel C, Howe CJ, Tomasso LP, Wagner GR, et al. Psychological well-being as part of the public health debate: insight into dimensions, interventions, and policy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(10):1716. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8029-x>
  16. Fisher J. Selecting the best version of SHALOM to assess spiritual well-being. *Religions*. 2021;12(5):325. <https://doi.org/10.3390/rel12050325>
  17. Rothman A, Coyle A. Toward a framework for Islamic psychology and psychotherapy: from an Islamic ontology to a therapeutic model. *J Relig Health*. 2018;57(5):1731-1744. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0651-x>
  18. Arthur J, Kristjánsson K, Harrison T, Sanderse W, Wright D. Teaching Character and Virtue in Schools. London: Routledge; 2016. <https://doi.org/10.4324/9781315695013>
  19. Findyartini A, Greviana N, Putera AM, Sutanto RL, Suryaningrum C, Soemantri D. Professional identity formation of medical students: a mixed-methods study in a hierarchical and collectivist culture. *BMC Med Educ*. 2022;22:443. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03393-9>
  20. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: an evolutionary approach. *Nurs Forum*. 2016;51(2):79-96. <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>
-

21. Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: a review. *SSM Popul Health*. 2016;2:373-381. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009>
  22. Michaelson V, Brooks F, Jirásek I, Inchley J, Whitehead R, Ahmadi N, et al. Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *SSM Popul Health*. 2016;2:294-303. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.03.006>
  23. Krause N, Ironson G. Religious involvement, gratitude, and change in depressive symptoms over time. *Int J Psychol Relig*. 2009;19(3):155-172. <https://doi.org/10.1080/10508610902880204>
  24. Cook CCH. Spirituality, religion, and mental health: exploring the boundaries. *Ment Health Relig Cult*. 2020;23(5-6):363-371. <https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1774525>
  25. Hvidt NC, Nielsen KT, Kørup AK, Prinds C, Hansen DG, Viftrup DT, et al. What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care as a health profession discipline. *BMJ Open*. 2020;10(12):e042142. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042142>
  26. Büssing A, Recchia DR, Koenig H, Baumann K, Frick E. Developing and testing a spiritual care competencies framework for European health care professionals. *Palliat Support Care*. 2016;14(6):665-676. <https://doi.org/10.1017/s1478951516000225>
  27. Bar-Sela G, Schultz MJ, Elshamy K, Rassouli M, Ben-Arye E, Doumit M, et al. Training for awareness of one's own spirituality: a key factor in overcoming barriers to the provision of spiritual care to advanced cancer patients by doctors and nurses. *Palliat Support Care*. 2019;17(3):345-352. <https://doi.org/10.1017/s147895151800055x>
  28. McConville J, McAleer R, Hahne A. Mindfulness training for health profession students: the effect of mindfulness training on psychological well-being, learning and clinical performance of health professional students: a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Explore (NY)*. 2017;13(1):26-45. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.10.002>
  29. Saad M, de Medeiros R, Mosini AC. Are we ready for a true biopsychosocial-spiritual model? The many meanings of "spiritual". *Medicines*. 2017;4(4):79. <https://doi.org/10.3390/medicines4040079>
  30. Heidari A, Abbaspour A, Heidari M. Training well-rounded healthcare professionals through developing religious/spiritual competencies: a grounded theory. *BMC Med Educ*. 2025;25:758. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07557-1>
  31. Akhmad SSA, Utami HD, Mahilla NAD. The Taqwa Revolution 7.0 in the business world: efforts to realize spiritual health and sustenance. In: *Proceedings of the 1st International Conference on Spirituality and Business Sustainability (ICSBS)*; 2025; Taichung, Taiwan.
  32. Ihsan PM, Shohib MW, Wachidi. The role of Islamic mentoring in developing students' character in the Faculty of Islamic Studies, Universitas Muhammadiyah Surakarta. In: *Proceedings of the International Conference on Islamic Education*; 2023. [https://doi.org/10.2991/978-2-38476-102-9\\_36](https://doi.org/10.2991/978-2-38476-102-9_36)
  33. Ismail N, Makhsin M. The impact of the Islamic peer mentoring module on student religious personality in higher education. *J High Educ Theory Pract*. 2023;23(9). <https://doi.org/10.33423/jhetp.v23i9.6144>
  34. Amir ZA, Rumiani. The relationship between religiosity and resilience in medical students. *Psychosophia*. 2023;5(2). <https://doi.org/10.32923/psc.v5i2.3375>
  35. Ghaderi A, et al. Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. *J Med Ethics Hist Med*. 2018;11:3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30258553/>
-

36. Rassool GH. Islamic Psychology: Human Behaviour and Experience from an Islamic Perspective. London: Routledge; 2021. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780429354762/islamic-psychology-hussein-rassool>
37. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012;2012:278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
38. Gonçalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Psychol Med. 2015;45(14):2937-2949. <https://doi.org/10.1017/s0033291715001166>
39. Abu-Raiya H, Pargament KI. Religious coping among diverse religions: commonalities and divergences. Psychol Relig Spiritual. 2015;7(1):24-33. <https://doi.org/10.1037/a0037652>
40. Balboni MJ, Bandini J, Mitchell C, Epstein-Peterson ZP, Kohler MJ, Cahill J, et al. Religion, spirituality, and the hidden curriculum: medical student and faculty reflections. J Pain Symptom Manage. 2015;50(4):507-515. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.020>
41. Puchalski CM, Blatt B, Kogan M, Butler A. Spirituality and health: the development of a field. Acad Med. 2014;89(1):10-16. [https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2014/01000/spirituality\\_and\\_health\\_the\\_development\\_of\\_a.5.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2014/01000/spirituality_and_health_the_development_of_a.5.aspx)
42. Kolb DA. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2015. <https://www.pearson.com/store/p/experiential-learning-experience-as-the-source-of-learning-and-development/P100001221178>
-