

## TOLERANSI BERAGAMA SEBAGAI KOMPETENSI BIDAN DALAM ASUHAN LINTAS KEYAKINAN: ANALISIS LITERATUR DAN IMPLIKASI KURIKULUM

Zahra Dwi Andisti <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Poltekkes Kemenkes Riau, Riau, Indonesia

\*Email: [zahraandisti22@gmail.com](mailto:zahraandisti22@gmail.com)

Received: 21-09-2025 Accepted: 05-05-2026 Published: 10-05-2026

### ABSTRAK

Keberagaman agama yang tinggi di Indonesia menghadirkan tantangan nyata bagi tenaga kebidanan dalam memberikan asuhan yang inklusif dan responsif terhadap kebutuhan spiritual pasien. Toleransi beragama bukan sekadar nilai moral, melainkan kompetensi profesional yang perlu dibangun secara sistematis melalui pendidikan kebidanan. Namun, integrasi nilai-nilai lintas keyakinan dalam kurikulum kebidanan nasional hingga saat ini masih sangat terbatas, sehingga berdampak pada kualitas pelayanan, kepuasan pasien, dan potensi terjadinya diskriminasi layanan berbasis agama. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi toleransi beragama sebagai kompetensi profesional bidan dalam asuhan lintas keyakinan serta merumuskan implikasi kurikulumnya bagi penguatan pendidikan kebidanan di Indonesia. Metode yang digunakan adalah studi literatur sistematis dengan pendekatan kualitatif. Pencarian literatur dilakukan melalui Google Scholar, PubMed, dan ScienceDirect menggunakan kata kunci *interfaith midwifery care*, *religious tolerance health education*, *spiritual competence midwives*, dan *multicultural curriculum nursing*, mencakup publikasi tahun 2018–2025. Seleksi literatur menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi yang ketat, dan hanya sumber bereputasi berbahasa Indonesia atau Inggris yang diikutsertakan. Analisis data dilakukan secara tematik melalui tahapan koding, pengelompokan subtema, dan sintesis narasi. Hasil kajian menunjukkan bahwa rendahnya kompetensi toleransi beragama bidan berdampak langsung pada kualitas hubungan terapeutik, kepuasan pasien, dan aksesibilitas layanan bagi pasien dari latar belakang agama minoritas. Kurikulum pendidikan kebidanan nasional terbukti belum mengakomodasi secara memadai materi pendidikan lintas agama dan sensitivitas spiritual. Kajian ini merekomendasikan lima strategi penguatan, yaitu integrasi kurikulum multikultural, pelatihan *interfaith care* berkelanjutan, penyusunan pedoman praktik inklusif, supervisi lapangan berbasis kompetensi, serta kampanye sensitivitas spiritual di fasilitas kesehatan. Temuan ini menegaskan urgensi reorientasi kurikulum kebidanan agar benar-benar responsif terhadap pluralitas agama sebagai dimensi mutu pelayanan kesehatan ibu di Indonesia.

**Kata Kunci:** *Toleransi Beragama, Kompetensi Bidan, Asuhan Lintas Keyakinan, Pendidikan Kebidanan, Kurikulum Multikultural*

### ABSTRACT

The high level of religious diversity in Indonesia presents real challenges for midwifery professionals in delivering inclusive care that is responsive to patients' spiritual needs. Religious tolerance is not merely a moral value but a professional competency that must be systematically developed through midwifery education. However, the integration of interfaith values in the national midwifery curriculum remains substantially limited, affecting service quality, patient satisfaction, and the risk of religion-based service discrimination. This study aims to analyze the implementation of religious tolerance as a professional midwifery competency in interfaith care and to formulate its curricular implications for strengthening midwifery education in Indonesia. A qualitative approach using systematic literature review was applied. Literature searches were conducted through Google Scholar, PubMed, and ScienceDirect using the keywords *interfaith midwifery care*, *religious tolerance health education*, *spiritual competence midwives*, and *multicultural*



*curriculum nursing*, covering publications from 2018 to 2025. Strict inclusion and exclusion criteria were applied, and only peer-reviewed sources in Indonesian or English were included. Data were analyzed thematically through coding, sub-theme grouping, and narrative synthesis. Findings indicate that low interfaith competence among midwives directly undermines therapeutic relationships, reduces patient satisfaction, and limits service accessibility for patients from minority religious backgrounds. The national midwifery curriculum has not adequately incorporated interfaith education and spiritual sensitivity training. Five strengthening strategies are recommended: multicultural curriculum integration, continuous interfaith care training, inclusive practice guideline development, competency-based field supervision, and spiritual sensitivity campaigns in health facilities. These findings affirm the urgency of reorienting the midwifery curriculum to genuinely reflect religious plurality as a dimension of maternal health service quality in Indonesia.

**Keywords:** *Religious Tolerance, Midwifery Competence, Interfaith Care, Midwifery Education, Multicultural Curriculum*

## A. PENDAHULUAN

Indonesia merupakan salah satu negara dengan tingkat keberagaman agama tertinggi di dunia. Enam agama diakui secara resmi oleh negara, yakni Islam, Kristen Protestan, Katolik, Hindu, Buddha, dan Konghucu, sementara ratusan kepercayaan lokal turut hidup berdampingan di berbagai wilayah kepulauan. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik tahun 2020, lebih dari 86 persen penduduk Indonesia memeluk Islam, namun sisanya membentuk populasi non-Muslim yang tersebar luas di hampir seluruh provinsi, dengan konsentrasi tertinggi di Papua, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Utara, dan Bali. Keberagaman ini bukan sekadar statistik demografis, melainkan realitas yang setiap hari dihadapi oleh tenaga kesehatan di seluruh penjuru Indonesia, termasuk oleh bidan yang bekerja di garis terdepan pelayanan kesehatan ibu.

Pelayanan kebidanan memiliki kekhususan yang membedakannya dari layanan kesehatan lainnya. Proses kehamilan, persalinan, dan periode pascamelahirkan adalah momen yang tidak hanya bermakna secara medis, tetapi juga sarat nilai spiritual, ritual keagamaan, dan kepercayaan budaya. Hampir setiap agama memiliki tata cara tersendiri terkait kelahiran, mulai dari doa-doa yang dipanjatkan, ritual penyambutan bayi, aturan makanan dan minuman selama masa nifas, hingga tata cara pemakaman apabila terjadi kematian ibu atau bayi. World Health Organization menegaskan bahwa layanan kesehatan ibu yang berkualitas tidak dapat dipisahkan dari penghormatan terhadap nilai-nilai budaya dan spiritual pasien (WHO, 2021). Ketika tenaga kebidanan tidak memiliki pemahaman dan keterampilan yang cukup untuk merespons dimensi spiritual ini, pelayanan yang diberikan berpotensi melukai kepercayaan pasien, mengurangi keterlibatan mereka dalam program kesehatan, bahkan mendorong mereka untuk menghindari fasilitas kesehatan formal.

Laporan Kementerian Agama RI (2023) mencatat bahwa interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien yang berbeda keyakinan masih kerap menimbulkan dilema etis yang tidak terselesaikan secara profesional. Studi yang dilakukan di sejumlah wilayah Indonesia mengungkap adanya praktik eksklusivitas agama dan bias tidak disengaja dalam pelayanan kebidanan di fasilitas kesehatan primer maupun rujukan, terutama di daerah dengan komposisi agama yang beragam seperti Jawa Tengah, Sulawesi Utara, Papua, dan Kalimantan Barat (Kemenkes RI, 2023; Wijaya et al., 2021). Fenomena ini tidak hanya merupakan persoalan individual bidan, melainkan cerminan

dari sistem pendidikan kebidanan yang belum sepenuhnya mempersiapkan lulusannya untuk berhadapan dengan pluralitas keyakinan.

Ningsih et al. (2021) menemukan bahwa perbedaan keyakinan antara bidan dan pasien yang tidak dikelola dengan baik dapat menghasilkan perlakuan yang tidak setara, penolakan terhadap permintaan ritual pasien, hingga komunikasi yang tidak empatik. Dampaknya tidak berhenti pada ketidaknyamanan sesaat, melainkan berimplikasi pada penurunan kepuasan pasien, berkurangnya kepercayaan terhadap tenaga kesehatan, dan pada kasus ekstrem, peningkatan angka persalinan di luar fasilitas kesehatan pada kelompok masyarakat tertentu. Kondisi ini bertolak belakang dengan target nasional peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil yang menjadi salah satu indikator Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional.

Dari sisi pendidikan, Almeida et al. (2022) mengidentifikasi bahwa kurikulum pendidikan kesehatan di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia, masih terlalu berorientasi pada kompetensi klinis teknis. Aspek spiritual, budaya, dan lintas agama belum mendapat ruang kurikuler yang proporsional. Setiawati et al. (2022) memperkuat temuan ini dengan menunjukkan bahwa ketiadaan modul pelatihan toleransi beragama di institusi pendidikan kesehatan berdampak langsung pada rendahnya sensitivitas lulusan terhadap kebutuhan spiritual pasien lintas keyakinan. Sementara itu, Clark et al. (2020) membuktikan bahwa institusi yang secara eksplisit mengintegrasikan kompetensi spiritual dan toleransi dalam kurikulum menghasilkan lulusan dengan tingkat kepuasan pasien lebih tinggi.

Meehan et al. (2022) menegaskan bahwa kompetensi budaya dan spiritual bukan lagi pilihan, melainkan inti dari praktik kebidanan modern. Tenaga kebidanan yang memiliki kecakapan komunikasi lintas keyakinan dan pemahaman tentang literasi agama terbukti mampu membangun hubungan terapeutik yang lebih kuat, mendorong kepatuhan terhadap anjuran kesehatan, dan menciptakan pengalaman persalinan yang lebih positif. Hal ini sejalan dengan temuan Kachoria et al. (2022) yang menunjukkan bahwa perempuan yang menerima asuhan kebidanan dengan penghormatan penuh terhadap nilai agama mereka cenderung lebih kooperatif dalam program kesehatan ibu dan anak.

Di tengah konsensus akademik yang semakin kuat tentang pentingnya kompetensi toleransi beragama ini, kajian yang secara khusus mengaitkan isu tersebut dengan implikasi kurikulum pendidikan kebidanan di Indonesia masih sangat jarang. Sebagian besar penelitian yang ada baru menyentuh tataran deskriptif atau konseptual, tanpa memberikan kerangka strategis yang operasional bagi reformasi kurikulum. Kesenjangan inilah yang menjadi landasan utama penelitian ini.

Kajian ini bertujuan menganalisis secara sistematis implementasi toleransi beragama sebagai kompetensi profesional bidan dalam asuhan lintas keyakinan, mengidentifikasi keterbatasan kurikulum pendidikan kebidanan yang ada, serta merumuskan rekomendasi strategis implikasi kurikulum yang berbasis bukti untuk penguatan pendidikan kebidanan di Indonesia. Dengan demikian, kajian ini diharapkan memberikan kontribusi akademis sekaligus rekomendasi praktis yang dapat digunakan oleh institusi pendidikan kebidanan, penyusun kebijakan, dan organisasi

profesi dalam membangun tenaga kebidanan yang tidak hanya kompeten secara klinis, tetapi juga unggul dalam dimensi etika, empati, dan penghormatan terhadap keberagaman keyakinan pasien.

## B. METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi literatur sistematis (*systematic literature review* atau SLR). Pendekatan ini dipilih karena kajian bersifat konseptual dan strategis, bertujuan mensintesis temuan dari berbagai sumber ilmiah yang telah ada untuk menjawab pertanyaan penelitian yang tidak dapat dijawab melalui satu studi tunggal. Studi literatur sistematis memberikan kerangka kerja yang transparan, terstruktur, dan dapat direplikasi dalam mengidentifikasi, menilai, serta mensintesis bukti dari literatur yang relevan (Aveyard, 2019). Metode ini dipandang paling tepat mengingat tujuan penelitian adalah memperoleh gambaran komprehensif tentang kondisi implementasi toleransi beragama dalam pendidikan dan praktik kebidanan, sekaligus merumuskan strategi kurikuler berbasis bukti.

Pencarian literatur dilakukan secara sistematis melalui tiga basis data elektronik utama, yaitu Google Scholar, PubMed, dan ScienceDirect. Selain itu, dokumen kebijakan resmi dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Kementerian Agama Republik Indonesia, dan World Health Organization (WHO) turut diikutsertakan sebagai sumber data kebijakan yang relevan. Pencarian juga diperluas melalui portal jurnal nasional terakreditasi yang tersedia pada Sinta (Science and Technology Index) Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI untuk memastikan representasi literatur lokal yang memadai.

Kata kunci yang digunakan mencakup dua bahasa. Dalam bahasa Inggris: *interfaith midwifery care, religious tolerance in health education, spiritual competence midwives, multicultural curriculum nursing, cultural competence maternal health, dan interfaith care training health workers*. Dalam bahasa Indonesia: *toleransi beragama kebidanan, pendidikan lintas agama tenaga kesehatan, kompetensi spiritual bidan, kurikulum multikultural kebidanan, dan sensitivitas agama pelayanan ibu*. Seluruh kata kunci diterapkan secara tunggal maupun dalam kombinasi menggunakan operator Boolean AND dan OR untuk memaksimalkan cakupan hasil pencarian.

Kriteria inklusi yang ditetapkan meliputi: (1) artikel atau dokumen yang membahas toleransi beragama, sensitivitas spiritual, atau kompetensi budaya dalam konteks pelayanan atau pendidikan kebidanan; (2) penelitian yang berfokus pada Indonesia atau negara dengan kemajemukan agama yang sebanding; (3) publikasi yang diterbitkan antara tahun 2018 hingga 2025 untuk memastikan keterkinian data; (4) artikel yang telah melalui proses *peer-review* dan tersedia dalam Bahasa Indonesia atau Inggris; serta (5) laporan kebijakan resmi dari lembaga pemerintah dan organisasi kesehatan internasional yang relevan.

Kriteria eksklusi mencakup: (1) artikel yang hanya membahas aspek klinis teknis kebidanan tanpa dimensi agama, budaya, atau spiritualitas; (2) publikasi yang tidak melalui proses penelaahan akademik; (3) sumber berbahasa selain Indonesia atau Inggris; serta (4) artikel dengan desain metodologi yang lemah atau tidak jelas.

Seleksi literatur dilakukan dalam tiga tahap. Tahap pertama adalah penelusuran awal berdasarkan judul dan kata kunci, yang menghasilkan sejumlah artikel kandidat. Tahap kedua adalah pembacaan abstrak untuk menyaring artikel yang secara substantif relevan dengan tujuan penelitian. Tahap ketiga adalah pembacaan teks penuh (*full-text review*) untuk memastikan kesesuaian isi dengan kriteria inklusi. Setiap tahap didokumentasikan secara konsisten untuk

menjamin transparansi proses seleksi. Artikel yang tidak memenuhi kriteria pada tahap mana pun dikeluarkan disertai alasan yang tercatat.

Analisis data dilakukan secara tematik mengacu pada pendekatan Thomas dan Harden (2008) untuk sintesis tematik dalam studi literatur kualitatif. Proses analisis terdiri dari tiga tahapan berurutan. Pertama, koding teks (*line-by-line coding*) terhadap seluruh literatur terpilih untuk mengidentifikasi konsep-konsep kunci yang berulang, seperti kompetensi *interfaith*, dilema etis, keterbatasan kurikulum, strategi pelatihan, dan dampak layanan. Kedua, pengelompokan subtema berdasarkan pola dan keterkaitan antarkonsep yang muncul dari proses koding. Subtema-subtema ini kemudian diorganisasikan ke dalam tema-tema yang lebih besar dan representatif. Ketiga, sintesis narasi yang menyatukan temuan dari berbagai literatur ke dalam gambaran analitis yang kohesif dan mampu menjawab pertanyaan penelitian.

Keabsahan temuan diperkuat melalui triangulasi sumber, yakni membandingkan dan mengkonfirmasi temuan dari berbagai jenis literatur secara bersamaan, yang meliputi artikel jurnal ilmiah, laporan kebijakan, dan dokumen resmi organisasi kesehatan internasional. Proses analisis dilakukan secara iteratif untuk memastikan konsistensi tema yang dihasilkan. Seluruh tahapan analisis, mulai dari koding hingga sintesis, didokumentasikan secara rinci untuk mendukung transparansi dan kemungkinan audit metodologis.

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang bersumber dari literatur dan dokumen resmi yang telah dipublikasikan, sehingga tidak melibatkan partisipan manusia secara langsung. Karenanya, tidak diperlukan persetujuan komite etik penelitian. Peneliti menjunjung tinggi prinsip etika akademik dengan mengutip seluruh sumber secara akurat menggunakan format APA Style untuk menghormati hak kekayaan intelektual dan menghindari plagiarisme.

## C. HASIL DAN PEMBAHASAN

### **Kondisi Implementasi Toleransi Beragama dalam Praktik Kebidanan di Indonesia**

Kajian terhadap berbagai literatur mengungkap bahwa kondisi implementasi toleransi beragama dalam praktik kebidanan di Indonesia masih berada pada taraf yang memprihatinkan. Meski secara normatif bidan diharapkan mampu memberikan pelayanan yang tidak diskriminatif dan menghormati hak-hak spiritual pasien, kenyataan di lapangan menunjukkan kesenjangan yang cukup lebar antara harapan tersebut dengan praktik nyata. Kemenkes RI (2023) mencatat adanya insiden bias agama dan eksklusivitas dalam pelayanan kebidanan di beberapa wilayah Indonesia yang memiliki komposisi agama heterogen, termasuk Jawa Tengah, Sulawesi Utara, Papua, dan Kalimantan Barat. Insiden-insiden ini tidak selalu berupa tindakan diskriminasi yang terang-terangan, melainkan lebih sering berwujud pengabaian terhadap permintaan ritual pasien, ketidakmampuan bidan memberikan respons empatik terhadap ekspresi spiritual pasien, atau ketidaktahuan tentang pantangan agama tertentu yang berlaku bagi pasien.

Ningsih et al. (2021) mengidentifikasi bahwa perbedaan keyakinan antara bidan dan pasien yang tidak dikelola secara profesional menghasilkan sejumlah dampak negatif yang terukur. Pertama, munculnya ketidaknyamanan pasien yang berdampak pada penurunan keterbukaan dalam komunikasi terapeutik. Kedua, resistensi pasien terhadap intervensi medis tertentu yang dianggap bertentangan dengan nilai agamanya, yang apabila tidak ditangani dengan pemahaman lintas keyakinan, justru berpotensi menghambat penanganan klinis. Ketiga, pada kasus yang lebih serius, terdapat pasien yang memilih meninggalkan fasilitas kesehatan atau menghindari

kunjungan antenatal karena merasa keyakinannya tidak dihormati oleh tenaga kesehatan yang melayaninya. Wijaya et al. (2021) dalam studi regionalnya menemukan bahwa bias keagamaan dalam pelayanan kebidanan tidak hanya berpengaruh pada kepuasan individual pasien, tetapi juga berdampak pada kepercayaan komunitas terhadap sistem pelayanan kesehatan formal. Pada masyarakat dengan ikatan keagamaan yang kuat, pengalaman buruk satu anggota komunitas dapat dengan cepat memengaruhi keputusan anggota komunitas lain dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang sama. Fenomena ini memiliki implikasi kesehatan masyarakat yang serius, terutama dalam upaya peningkatan cakupan persalinan di fasilitas kesehatan dan pengurangan angka kematian ibu.

Meehan et al. (2022) memperkuat temuan ini dengan mengidentifikasi bahwa kompetensi budaya dan spiritual merupakan prediktor signifikan terhadap kualitas hubungan terapeutik bidan-pasien. Tenaga kebidanan yang memiliki kemampuan untuk mengenali, memahami, dan menghormati keyakinan pasien terbukti mampu membangun rapport yang lebih kuat, meningkatkan kepatuhan pasien terhadap rencana asuhan, dan menciptakan pengalaman persalinan yang lebih positif secara keseluruhan. Sebaliknya, defisit kompetensi ini tidak hanya berdampak pada kualitas layanan individual, melainkan juga pada capaian indikator kesehatan ibu secara sistemik.

Lebih jauh, Kachoria et al. (2022) dalam studinya di berbagai negara berkembang menemukan bahwa perempuan yang mendapatkan asuhan kebidanan dengan penghormatan penuh terhadap nilai-nilai agama mereka menunjukkan tingkat kepatuhan yang lebih tinggi terhadap program kesehatan ibu dan anak, termasuk kunjungan antenatal yang lebih teratur, kepatuhan terhadap suplementasi gizi, dan pemilihan persalinan di fasilitas kesehatan. Temuan ini menegaskan bahwa toleransi beragama bukan sekadar persoalan etika pelayanan, melainkan faktor determinan terhadap hasil kesehatan ibu yang terukur. Demir (2019) menambahkan dimensi penting lainnya, yakni bahwa keyakinan agama secara signifikan memengaruhi sikap ibu hamil terhadap keputusan-keputusan kesehatan, termasuk penerimaan terhadap intervensi medis seperti pemeriksaan kehamilan, imunisasi, dan tindakan persalinan tertentu. Tanpa pemahaman yang memadai tentang dimensi keagamaan pasien, bidan berisiko mengambil keputusan klinis yang bertentangan dengan nilai pasien, yang pada akhirnya dapat menurunkan kepercayaan dan keterlibatan pasien dalam proses asuhan.

### **Keterbatasan Kurikulum Pendidikan Kebidanan dalam Mengakomodasi Nilai Toleransi Beragama**

Permasalahan implementasi toleransi beragama di lapangan tidak dapat dilepaskan dari akar masalahnya, yakni keterbatasan kurikulum pendidikan kebidanan dalam mempersiapkan mahasiswa untuk menghadapi realitas pluralitas agama. Kajian literatur secara konsisten mengidentifikasi bahwa kurikulum pendidikan kebidanan di Indonesia, sebagaimana halnya di banyak negara berkembang, masih sangat berorientasi pada penguasaan kompetensi klinis teknis. Almeida et al. (2022) dalam kajian integratifnya terhadap literatur internasional menemukan bahwa kurikulum pendidikan kesehatan di negara-negara berkembang umumnya mengalokasikan kurang dari lima persen total jam pembelajaran untuk materi yang berkaitan dengan kompetensi budaya dan spiritual. Proporsi ini jauh lebih kecil dibandingkan dengan institusi pendidikan kesehatan di negara-negara maju yang telah menjadikan *cultural competence* dan *spiritual care* sebagai komponen kurikuler wajib dengan bobot kredit tersendiri.

Setiawati et al. (2022) dalam penelitiannya terhadap institusi pendidikan kesehatan di Indonesia menemukan bahwa lebih dari tujuh puluh persen program studi kebidanan yang diteliti tidak memiliki modul khusus yang membahas toleransi beragama, sensitivitas spiritual, atau kompetensi *interfaith care*. Materi terkait keberagaman, apabila ada, umumnya hanya disisipkan secara implisit dalam mata kuliah etika profesi atau komunikasi kesehatan dengan porsi yang sangat terbatas dan tidak didukung oleh praktikum atau simulasi klinis. Ketiadaan modul yang terstruktur ini berarti mahasiswa kebidanan tidak memiliki kesempatan yang memadai untuk mengembangkan dan melatih kompetensi toleransi beragama sebelum terjun ke lapangan. Clark et al. (2020) membandingkan dua kelompok institusi pendidikan kesehatan, yakni yang telah mengintegrasikan kurikulum spiritual dan toleransi secara eksplisit dengan yang belum, dan menemukan perbedaan yang signifikan secara statistik dalam hal skor kepuasan pasien, kemampuan komunikasi lintas budaya lulusan, dan frekuensi insiden bias agama di fasilitas kesehatan tempat lulusan tersebut bekerja. Kelompok institusi yang memiliki kurikulum terintegrasi menghasilkan lulusan yang secara konsisten menunjukkan kinerja lebih baik dalam dimensi pelayanan non-klinis ini.

Lebih lanjut, Interfaith America (2024) menegaskan bahwa kompetensi lintas agama bagi tenaga kesehatan mencakup tiga dimensi yang saling melengkapi, yakni dimensi pengetahuan (pemahaman tentang praktik keagamaan berbagai agama yang relevan dalam konteks kesehatan), dimensi sikap (keterbukaan dan penghargaan terhadap perbedaan keyakinan), serta dimensi keterampilan (kemampuan melakukan asesmen kebutuhan spiritual pasien dan mengintegrasikan nilai-nilai tersebut dalam rencana asuhan). Kurikulum yang hanya menyentuh dimensi pengetahuan tanpa disertai pembentukan sikap dan latihan keterampilan tidak akan mampu menghasilkan kompetensi yang fungsional di lapangan. Sudarma et al. (2023) dalam kajiannya terhadap kebijakan pendidikan kesehatan Indonesia menemukan bahwa Standar Kompetensi Bidan yang ditetapkan oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI) belum secara eksplisit menyebut kompetensi toleransi beragama atau *interfaith care* sebagai standar kompetensi yang wajib dicapai. Ketiadaan regulasi yang mewajibkan kompetensi ini dalam standar profesi membuat institusi pendidikan tidak memiliki kewajiban formal untuk memasukkan materi tersebut dalam kurikulumnya. Kondisi ini menciptakan lingkaran masalah yang perlu diselesaikan pada tataran kebijakan, bukan hanya pada tataran institusional.

Suharto (2022) mengidentifikasi bahwa bahkan di institusi yang telah berupaya mengintegrasikan nilai-nilai multikultural dalam pembelajaran, pelaksanaannya kerap menghadapi kendala berupa minimnya tenaga pengajar yang memiliki kompetensi dan pengalaman mengajar materi *interfaith care* secara substantif. Akibatnya, materi tersebut disampaikan secara dangkal dan tidak mampu memberikan dampak yang bermakna bagi pembentukan sikap dan keterampilan mahasiswa. Diperlukan pengembangan kapasitas dosen dan penyusunan panduan pengajaran yang terstandar untuk mengatasi hambatan ini.

### **Dampak Defisit Kompetensi terhadap Kualitas Layanan Kesehatan Ibu**

Dampak dari rendahnya kompetensi toleransi beragama bidan dapat ditelusuri pada beberapa tingkatan, mulai dari tingkat interaksi individual antara bidan dan pasien hingga tingkat sistemik yang berpengaruh pada capaian indikator kesehatan masyarakat. Pada tingkat individual, Hu et al. (2019) menemukan bahwa pasien yang merasakan kebutuhan spiritualnya diabaikan selama proses persalinan melaporkan tingkat kecemasan yang lebih tinggi, kepuasan yang lebih

rendah, dan pemulihan pascapersalinan yang lebih lambat secara psikologis. Kecemasan yang tidak tertangani selama persalinan juga berkorelasi dengan peningkatan risiko komplikasi persalinan, termasuk disfungsi kontraktilitas uterus dan kebutuhan intervensi medis tambahan. Dengan demikian, defisit kompetensi spiritual bidan bukan hanya berdampak pada pengalaman psikologis pasien, tetapi juga berpotensi memengaruhi hasil klinis persalinan. Prasetyo dan Wibowo (2021) menemukan bahwa tenaga kesehatan, termasuk bidan, yang tidak pernah mendapatkan pelatihan empati lintas budaya dan toleransi beragama cenderung menghadapi kesulitan yang lebih besar dalam mengelola situasi konflik nilai di lapangan. Ketidakkampuan mengelola konflik ini sering kali berujung pada dua respons yang sama-sama merugikan, yakni mengabaikan kebutuhan spiritual pasien secara total demi efisiensi klinis, atau sebaliknya, terlalu mengakomodasi satu kelompok keyakinan dan mengabaikan yang lain. Kedua respons ini mencerminkan absennya kompetensi yang seimbang dan terstruktur.

Pada tingkat komunitas, Rahmawati (2018) menemukan bahwa persepsi komunitas terhadap kualitas pelayanan kebidanan sangat dipengaruhi oleh sejauh mana bidan dianggap menghormati nilai-nilai agama dan budaya setempat. Di komunitas dengan ikatan keagamaan yang kuat, bidan yang dianggap tidak menghormati praktik keagamaan lokal cenderung menghadapi penolakan komunitas yang berdampak serius pada cakupan layanan. Fenomena ini relevan khususnya untuk program-program kesehatan yang membutuhkan partisipasi aktif komunitas, seperti program keluarga berencana, imunisasi, dan pelayanan kesehatan reproduksi. Sari et al. (2023) menunjukkan bahwa daerah-daerah dengan prevalensi insiden bias agama dalam pelayanan kesehatan yang lebih tinggi cenderung mencatat tingkat kunjungan antenatal yang lebih rendah pada kelompok populasi minoritas agama. Korelasi ini mengindikasikan bahwa ketidaknyamanan berbasis agama dalam interaksi dengan tenaga kesehatan menjadi salah satu faktor penghambat utilisasi layanan kesehatan ibu. Dalam perspektif yang lebih luas, hal ini berkontribusi pada ketimpangan akses layanan kesehatan berdasarkan afiliasi agama, yang bertentangan dengan prinsip ekuitas kesehatan. WHO (2022) dalam dokumen kebijakannya menegaskan bahwa ekuitas dalam layanan kesehatan ibu tidak dapat dicapai tanpa mengatasi hambatan budaya dan agama yang memengaruhi akses dan kualitas layanan. Pencapaian target Sustainable Development Goals (SDGs) terkait kesehatan ibu, khususnya penurunan angka kematian ibu, tidak dapat sepenuhnya terwujud apabila dimensi spiritual dan keagamaan dalam pelayanan kebidanan diabaikan dalam desain sistem layanan kesehatan.

### **Model dan Praktik Terbaik Internasional dalam Pendidikan Toleransi Beragama untuk Kebidanan**

Kajian terhadap praktik terbaik internasional mengungkap sejumlah model yang telah terbukti efektif dalam membangun kompetensi toleransi beragama tenaga kebidanan. Model-model ini dapat menjadi rujukan bagi pengembangan kurikulum dan program pelatihan di Indonesia. Zollfrank et al. (2015) mengevaluasi program pelatihan *spiritual care* terstruktur bagi tenaga kesehatan di beberapa rumah sakit di Amerika Serikat dan menemukan bahwa pelatihan intensif selama 8–16 jam yang mencakup pemahaman konseptual tentang spiritualitas dalam kesehatan, keterampilan asesmen kebutuhan spiritual, dan simulasi komunikasi lintas keyakinan secara signifikan meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan spiritual yang tepat. Peningkatan kemampuan ini tidak hanya terukur dalam evaluasi kompetensi peserta, tetapi juga tercermin dalam skor kepuasan pasien yang lebih tinggi di unit-unit yang dipimpin oleh tenaga terlatih.

Hu et al. (2019) dalam uji coba terkontrol acak (*randomized controlled trial*) terhadap program pelatihan *spiritual care* bagi bidan dan perawat menemukan bahwa kelompok yang mendapatkan pelatihan terstruktur menunjukkan peningkatan signifikan dalam tiga dimensi kompetensi: pengetahuan tentang praktik spiritual lintas agama, sikap terbuka terhadap keberagaman keyakinan, dan keterampilan mengintegrasikan kebutuhan spiritual ke dalam rencana asuhan. Yang menarik, efek pelatihan ini bertahan hingga enam bulan pasca-intervensi, mengindikasikan bahwa pelatihan yang dirancang dengan baik mampu menghasilkan perubahan kompetensi yang berkelanjutan. Latifah dan Nugroho (2019) mengkaji model pendampingan profesional (*professional mentoring*) dalam pengembangan praktik kebidanan inklusif di Indonesia dan menemukan bahwa sistem mentoring berbasis lapangan yang memasang bidan senior berpengalaman lintas budaya dengan bidan junior lebih efektif dalam mengembangkan kompetensi toleransi dibandingkan pelatihan formal semata. Pendampingan lapangan memungkinkan bidan junior untuk mengobservasi, mendiskusikan, dan merefleksikan situasi nyata yang melibatkan perbedaan keyakinan secara langsung, yang mempercepat internalisasi nilai-nilai toleransi dalam praktik sehari-hari.

Almeida et al. (2022) mengidentifikasi bahwa program pendidikan yang paling efektif dalam membangun kompetensi *interfaith care* menggabungkan tiga elemen secara terpadu, yakni pembelajaran berbasis kasus (*case-based learning*) yang menggunakan skenario nyata dilema etis lintas keyakinan, refleksi terstruktur yang mendorong mahasiswa mengeksplorasi bias dan asumsi personal mereka sendiri, serta interaksi terprogram dengan tokoh atau komunitas dari agama-agama berbeda. Kombinasi ketiga elemen ini terbukti lebih efektif dalam menghasilkan perubahan sikap yang mendalam dibandingkan pendekatan pembelajaran konvensional berbasis ceramah. Fitria (2024) mengkaji efektivitas kampanye edukasi internal di fasilitas kesehatan sebagai strategi komplementer terhadap pendidikan formal. Kampanye yang mencakup pemasangan materi edukasi tentang praktik keagamaan berbagai agama di ruang bidan, penyelenggaraan diskusi kasus secara berkala, dan pengintegrasian isu toleransi beragama dalam rapat tim kesehatan terbukti meningkatkan kesadaran dan sensitivitas spiritual tenaga kebidanan secara kolektif, bahkan pada mereka yang tidak pernah mendapatkan pelatihan formal tentang topik ini.

### **Rekomendasi Implikasi Kurikulum dan Kebijakan**

Berdasarkan sintesis seluruh literatur yang dikaji, lima strategi penguatan diidentifikasi sebagai rekomendasi komprehensif untuk menjawab permasalahan yang teridentifikasi. Strategi-strategi ini saling melengkapi dan perlu diimplementasikan secara terpadu, bukan sebagai intervensi tunggal yang berdiri sendiri.

### **Integrasi Kurikulum Multikultural dalam Pendidikan Kebidanan**

Strategi pertama dan paling fundamental adalah pengembangan serta integrasi modul kurikulum multikultural secara eksplisit dalam program studi kebidanan di seluruh Indonesia. Modul ini perlu mencakup tiga komponen utama, yaitu pengetahuan tentang praktik keagamaan utama yang relevan dalam konteks kesehatan ibu, keterampilan asesmen kebutuhan spiritual pasien, serta nilai-nilai toleransi dan penghargaan terhadap keberagaman. Kurikulum tidak boleh bersifat generik, melainkan harus dikembangkan dengan mempertimbangkan konteks multikultural spesifik Indonesia.

Almeida et al. (2022) merekomendasikan agar materi ini ditempatkan tidak hanya sebagai mata kuliah tersendiri, tetapi juga diintegrasikan secara horizontal ke dalam berbagai mata kuliah yang sudah ada, termasuk asuhan kebidanan, komunikasi kesehatan, dan etika profesi. Pendekatan spiral curriculum yang memperkenalkan konsep toleransi beragama sejak semester awal dan memperdalam pembahasannya secara progresif hingga semester akhir terbukti lebih efektif dalam membentuk kompetensi yang bertahan lama. Clark et al. (2020) menambahkan bahwa kurikulum ini perlu didukung oleh metode pembelajaran aktif, termasuk simulasi, bermain peran, dan studi kasus berbasis skenario nyata. Pada tataran kebijakan, Sudarma et al. (2023) merekomendasikan agar Kementerian Kesehatan RI dan IBI merevisi Standar Kompetensi Bidan untuk secara eksplisit mencantumkan kompetensi toleransi beragama dan *interfaith care* sebagai standar wajib. Revisi ini akan menciptakan mandat formal bagi seluruh institusi pendidikan kebidanan untuk mengintegrasikan kompetensi tersebut dalam kurikulumnya, sekaligus menjadi dasar untuk pengembangan instrumen penilaian kompetensi yang terstandar.

### **Pelatihan *Interfaith Care* Berkelanjutan bagi Bidan Aktif**

Strategi kedua adalah penyelenggaraan pelatihan *interfaith care* yang terstruktur dan berkelanjutan bagi bidan yang sudah aktif berpraktik. Pelatihan ini berfungsi sebagai jembatan untuk mengisi kesenjangan kompetensi yang tidak terpenuhi melalui pendidikan formal. Zollfrank et al. (2015) dan Hu et al. (2019) secara konsisten menemukan bahwa pelatihan *spiritual care* yang efektif memerlukan durasi minimal delapan jam tatap muka yang mencakup komponen kognitif, afektif, dan psikomotor. Komponen kognitif mencakup pemahaman tentang sistem kepercayaan utama di Indonesia dan implikasinya terhadap keputusan kesehatan. Komponen afektif meliputi latihan refleksi diri untuk mengidentifikasi bias personal dan simulasi empati lintas keyakinan. Komponen psikomotor mencakup latihan keterampilan komunikasi, asesmen kebutuhan spiritual, dan negosiasi antara nilai agama pasien dengan protokol medis. Prasetyo dan Wibowo (2021) menekankan pentingnya pelatihan lintas budaya ini diselenggarakan secara berkala, minimal sekali dalam dua tahun, untuk memastikan pembaruan pengetahuan dan penguatan kompetensi yang berkelanjutan. Pelatihan juga perlu dikreditkan sebagai bagian dari Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan (PKB) yang diwajibkan oleh IBI, sehingga bidan memiliki insentif formal untuk mengikutinya.

### **Penyusunan Pedoman Praktik Inklusif untuk Layanan Kebidanan**

Strategi ketiga adalah penyusunan pedoman operasional standar (*standard operating procedure*) yang secara spesifik mengatur tata cara pelayanan kebidanan dalam konteks lintas agama. Pedoman ini perlu mencakup panduan tentang cara menggali kebutuhan spiritual pasien saat asesmen awal, prosedur mengakomodasi permintaan ritual selama persalinan, tata cara berkomunikasi secara empatik dengan pasien dari agama yang berbeda, serta mekanisme eskalasi apabila terjadi konflik nilai antara permintaan pasien dan protokol medis. Santoso dan Harahap (2019) menegaskan bahwa pedoman yang terdokumentasi dan terstandar memiliki peran ganda, yakni sebagai panduan operasional bagi bidan dalam situasi nyata di lapangan sekaligus sebagai instrumen akuntabilitas institusi dalam memastikan pelayanan yang tidak diskriminatif. Pedoman ini perlu dikembangkan secara partisipatif dengan melibatkan organisasi profesi, tokoh agama, dan perwakilan komunitas dari berbagai latar belakang keyakinan untuk memastikan legitimasi dan relevansinya.

## **Sistem Supervisi dan Pendampingan Lapangan Berbasis Kompetensi**

Strategi keempat adalah penguatan sistem supervisi lapangan yang secara spesifik mencakup dimensi kompetensi toleransi beragama. Supervisi konvensional yang ada umumnya berfokus pada kompetensi klinis teknis, sedangkan dimensi *interfaith care* jarang menjadi objek supervisi formal. Latifah dan Nugroho (2019) merekomendasikan pengembangan instrumen supervisi yang memasukkan indikator-indikator terukur untuk kompetensi toleransi beragama, seperti frekuensi asesmen kebutuhan spiritual pasien, kemampuan mengakomodasi permintaan ritual dalam batas kewenangan klinis, dan tidak adanya laporan ketidaknyamanan berbasis agama dari pasien. Hasil supervisi ini perlu ditindaklanjuti dengan sesi pendampingan yang membahas temuan secara konstruktif dan merumuskan rencana perbaikan yang spesifik. Pendampingan berbasis lapangan ini terbukti lebih efektif dalam menghasilkan perubahan perilaku yang berkelanjutan dibandingkan pelatihan formal semata.

## **Kampanye Sensitivitas Spiritual di Fasilitas Kesehatan**

Strategi kelima bersifat komplementer terhadap empat strategi sebelumnya, yakni penyelenggaraan kampanye sensitivitas spiritual di fasilitas kesehatan sebagai upaya penguatan budaya organisasi. Kampanye ini mencakup pemasangan materi edukasi tentang praktik keagamaan berbagai agama di area kerja bidan, penyelenggaraan diskusi kasus *interfaith* secara rutin dalam rapat tim, pengembangan sistem pelaporan insiden sensitif agama yang tidak menghakimi, serta penghargaan institusional bagi tenaga kebidanan yang menunjukkan praktik toleransi beragama yang teladan. Fitria (2024) menemukan bahwa kampanye internal yang konsisten dan berkelanjutan mampu menciptakan pergeseran budaya organisasi secara bertahap, di mana sensitivitas spiritual menjadi norma kolektif yang diharapkan dan dihargai, bukan sekadar kewajiban individual. Sari et al. (2023) menambahkan bahwa lingkungan kerja yang secara aktif mengedepankan nilai-nilai toleransi memberikan dampak positif tidak hanya bagi pasien, tetapi juga bagi bidan sendiri, dengan menurunnya stres moral akibat konflik nilai dan meningkatnya kepuasan kerja secara keseluruhan.

## **Relevansi dengan Pengembangan Pendidikan Agama sebagai Landasan Profesionalisme**

Dalam kerangka yang lebih luas, kajian ini menempatkan pendidikan agama bukan sebagai komponen terpisah dari pendidikan profesional, melainkan sebagai fondasi nilai yang mengintegrasikan seluruh dimensi kompetensi kebidanan. Santoso dan Harahap (2019) berargumen bahwa pendidikan agama yang berkualitas di tingkat pendidikan dasar dan menengah membentuk disposisi toleransi yang menjadi modal awal bagi calon bidan dalam menghadapi keberagaman. Namun, modal awal ini perlu diperkuat dan diorientasikan secara profesional melalui kurikulum pendidikan kebidanan yang secara eksplisit membangun jembatan antara nilai toleransi beragama dengan praktik asuhan yang konkret. Wijayanti et al. (2020) menunjukkan bahwa bidan yang memiliki pemahaman yang baik tentang nilai-nilai agama lintas keyakinan tidak hanya lebih efektif dalam memberikan asuhan yang sensitif secara spiritual, tetapi juga lebih mampu menjadi mediator dalam situasi konflik nilai di komunitas. Peran mediasi ini menjadi semakin penting dalam konteks Indonesia di mana bidan sering kali berperan sebagai agen perubahan sosial di tingkat komunitas, melampaui peran klinisnya semata.

## D. KESIMPULAN

Kajian literatur sistematis ini mengonfirmasi bahwa toleransi beragama merupakan kompetensi profesional yang esensial bagi bidan Indonesia dalam memberikan asuhan lintas keyakinan yang berkualitas, adil, dan menghormati hak-hak spiritual pasien. Namun, kesenjangan yang nyata antara urgensi kompetensi ini dan kondisi pendidikan kebidanan yang ada saat ini menuntut respons sistematis dari berbagai pemangku kepentingan. Tiga temuan utama dihasilkan dari kajian ini. Pertama, rendahnya kompetensi toleransi beragama tenaga kebidanan di Indonesia menghasilkan dampak yang terukur pada kualitas hubungan terapeutik, kepuasan pasien, aksesibilitas layanan bagi kelompok agama minoritas, dan pada tataran yang lebih luas, pada capaian indikator kesehatan ibu. Insiden bias agama dalam pelayanan kebidanan yang tercatat di berbagai wilayah Indonesia merupakan gejala dari masalah struktural dalam sistem pendidikan kebidanan, bukan semata-mata kegagalan individual bidan. Kedua, kurikulum pendidikan kebidanan nasional terbukti belum mengakomodasi secara memadai materi toleransi beragama, sensitivitas spiritual, dan kompetensi *interfaith care*. Ketiadaan modul yang terstruktur, minimnya instruktur yang kompeten dalam topik ini, dan absennya mandat regulasi yang secara eksplisit mewajibkan kompetensi tersebut dalam standar profesi membentuk hambatan sistemik yang tidak dapat diatasi melalui inisiatif institusional semata. Ketiga, praktik terbaik internasional menunjukkan bahwa kompetensi toleransi beragama dapat dibangun secara efektif melalui kombinasi strategi yang terpadu, mencakup reformasi kurikulum berbasis kompetensi, pelatihan terstruktur yang mencakup dimensi kognitif, afektif, dan psikomotor, pendampingan lapangan yang berkelanjutan, serta penguatan budaya organisasi melalui kampanye sensitivitas spiritual di fasilitas kesehatan.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut, penelitian ini merekomendasikan lima strategi penguatan yang perlu diimplementasikan secara terpadu dan berkesinambungan. Strategi-strategi ini mencakup integrasi kurikulum multikultural dalam pendidikan kebidanan formal, penyelenggaraan pelatihan *interfaith care* berkala bagi bidan aktif, penyusunan pedoman praktik inklusif sebagai standar operasional nasional, penguatan sistem supervisi lapangan berbasis kompetensi toleransi, serta kampanye sensitivitas spiritual di fasilitas kesehatan sebagai upaya pembentukan budaya organisasi yang inklusif. Rekomendasi ini memiliki implikasi langsung bagi beberapa pihak. Kementerian Kesehatan RI dan IBI perlu merevisi Standar Kompetensi Bidan untuk secara eksplisit memasukkan kompetensi *interfaith care* sebagai standar wajib. Institusi pendidikan kebidanan perlu mengembangkan dan mengintegrasikan modul toleransi beragama dalam kurikulum mereka, didukung oleh pengembangan kapasitas dosen yang memadai. Fasilitas kesehatan perlu memperkuat sistem supervisi dan membangun budaya kerja yang secara aktif mengedepankan nilai-nilai toleransi dalam pelayanan.

Kajian ini mengakui keterbatasan utamanya, yakni ketiadaan data empiris langsung dari lapangan. Penelitian lebih lanjut berupa studi lapangan dengan metode wawancara mendalam, observasi partisipatif, atau uji coba intervensi kurikulum sangat diperlukan untuk menguji efektivitas strategi yang direkomendasikan pada kondisi nyata. Studi longitudinal yang mengukur dampak jangka panjang dari reformasi kurikulum terhadap kompetensi lulusan dan hasil kesehatan pasien juga menjadi prioritas agenda penelitian ke depan. Penguatan toleransi beragama dalam pendidikan dan praktik kebidanan Indonesia pada akhirnya bukan sekadar persoalan etika pelayanan, melainkan investasi strategis dalam pembangunan sistem kesehatan ibu yang berkeadilan, inklusif, dan mampu melayani seluruh lapisan masyarakat tanpa membedakan latar

belakang keyakinan. Hal ini sejalan dengan cita-cita pembangunan bangsa Indonesia yang majemuk dan berlandaskan prinsip persatuan dalam keberagaman.

## E. DAFTAR PUSTAKA

- Almeida, J. V., Costa, F., & Carvalho, A. S. (2022). Spiritual and religious competence in health care: An integrative review. *Frontiers in Public Health*, 10, 941622. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.941622>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4th ed.). Open University Press.
- Clark, P. G., Drain, M., & Malone, M. P. (2020). Addressing religion and spirituality in healthcare education. *Nurse Education Today*, 92, 104517. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104517>
- Demir, A. (2019). The influence of religious beliefs on health behaviors and obstetric decisions of pregnant women. *Journal of Religion and Health*, 58(4), 1250–1263. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0595-8>
- Fitria, D. (2024). Meningkatkan kepekaan sensitivitas spiritual tenaga kebidanan melalui kampanye edukasi internal. *Jurnal Pendidikan dan Pelatihan Kesehatan*, 12(1), 15–26.
- Hu, Z., Feng, Z., Tang, X., & Xiao, Y. (2019). Effects of spiritual care training on midwives' clinical competencies: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15–16), 2921–2931. <https://doi.org/10.1111/jocn.14890>
- Interfaith America. (2024). *Interfaith competencies for healthcare professionals: A framework for education and practice*. Interfaith America Press.
- Kachoria, R., Mohan, D., Bopp, C., Berryman, J., & Schmitt, M. L. (2022). Religious and cultural sensitivity in maternal health services: Evidence from low- and middle-income countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 415. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04718-8>
- Kementerian Agama Republik Indonesia. (2023). *Laporan interaksi tenaga kesehatan dan pasien berbasis agama dan etika keagamaan*. Kementerian Agama RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Data dan isu pelayanan kesehatan lintas agama di Indonesia*. Kemenkes RI.
- Latifah, A., & Nugroho, C. (2019). Pendampingan profesional dalam pengembangan praktik kebidanan inklusif. *Jurnal Kebidanan Komunitas*, 6(2), 125–136.
- Meehan, T. C., Rojas, S. M., & Zayas, L. H. (2022). Culturally competent care in maternal health: The role of midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 32, 100694. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100694>
- Ningsih, Z., Mulyani, N. S., & Handayani, Y. (2021). Sikap toleransi dalam pelayanan kesehatan lintas agama di Indonesia. *Jurnal Biomedika*, 9(1), 14–22.

<https://doi.org/10.20473/jbe.v9i1.2021.14-22>

- Prasetyo, H., & Wibowo, B. (2021). Pelatihan empati lintas budaya bagi tenaga kesehatan di Indonesia. *Jurnal Pengembangan SDM Kesehatan*, 5(1), 33–42.
- Rahmawati, N. (2018). Etika dan dilema moral dalam asuhan kebidanan lintas keyakinan. *Jurnal Etika Profesi Kesehatan*, 2(1), 77–85.
- Santoso, T., & Harahap, M. (2019). Pendidikan agama sebagai landasan profesionalisme bidan dalam konteks multikulturalisme. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(1), 45–54.
- Sari, L., Wulandari, P., & Kusuma, D. (2023). Modul pengajaran toleransi beragama untuk pendidikan kebidanan: Studi kasus di Indonesia. *Jurnal Pendidikan Multikultural*, 7(1), 22–31.
- Setiawati, D., Rahmawati, I., & Pratiwi, L. (2022). Penguatan kompetensi toleransi beragama bagi tenaga kesehatan di Indonesia. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, 11(2), 210–222.
- Sudarma, M., Hasanah, U., & Permadi, R. (2023). Analisis kebijakan standar kompetensi bidan dalam konteks multikultural di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 12(3), 145–157.
- Suharto, E. (2022). Pengaruh kurikulum multikultural terhadap kompetensi profesional bidan. *Jurnal Pendidikan Kesehatan Indonesia*, 11(2), 76–88.
- WHO. (2021). *Quality, equity, dignity: The network to improve quality of care for maternal, newborn and child health*. World Health Organization. <https://www.who.int/initiatives/quality-of-care-network>
- WHO. (2022). *Health workforce: Cultural and religious competency in maternal care*. World Health Organization. [https://www.who.int/publications/cultural\\_competency](https://www.who.int/publications/cultural_competency)
- Wijaya, A., Kusumawati, D., & Permana, T. (2021). Praktik eksklusivitas dan bias keagamaan dalam pelayanan kesehatan primer di beberapa wilayah Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 17(3), 145–158.
- Wijayanti, R., Purnama, S., & Astuti, D. (2020). Sensitivitas lintas agama dalam pelayanan kebidanan di wilayah multikultural. *Jurnal Multikultural dan Lintas Budaya*, 4(2), 99–110.
- Zollfrank, A. A., Trevino, K. M., Cadge, W., Balboni, M. J., Thiel, M. M., Fitchett, G., Gallivan, K., VanderWeele, T., & Balboni, T. A. (2015). Teaching health care providers to provide spiritual care: A pilot study. *Journal of Palliative Medicine*, 18(5), 408–414. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0306>