



PEMAHAMAN KONSEP SAKIT MENURUT AJARAN AGAMA SEBAGAI DASAR EMPATI BIDAN TERHADAP PASIEN: STUDI LITERATUR TENTANG SPIRITUALITAS DAN PROFESIONALISME KEBIDANAN

1* Muthia Khairunnisa

¹ Poltekkes Kemenkes Riau, Indonesia

*E-mail: muthiakhairunnisa737@gmail.com

Received: 21-09-2025

Accepted: 16-05-2026

Published: 17-05-2026

Abstract

Understanding illness cannot be separated from the dimensions of religion and spirituality, as both provide a framework of meaning that helps individuals cope with suffering. This study aims to examine the concept of illness according to religious teachings and its relevance in developing midwives' empathy for patients. Using a systematic literature review with thematic analysis, 20 studies were selected from 189 records identified across five databases (PubMed, ScienceDirect, JSTOR, SpringerLink, and Google Scholar) after applying inclusion and exclusion criteria. Four major themes were identified: (1) the concept of illness across Islamic, Christian, Hindu, and Buddhist traditions, each offering unique frameworks of meaning; (2) spirituality as a multidimensional coping mechanism in illness experience; (3) empathy as a core midwifery competency that bridges spiritual understanding and clinical care; and (4) the integration of spirituality, empathy, and professionalism as the foundation of holistic midwifery practice. Findings show that Islamic teaching views illness as a test (ujian) and means of purification, while Christian tradition understands it as participation in suffering that strengthens faith, and Hindu-Buddhist traditions interpret it through karma and dukkha as paths toward spiritual liberation. Three illustrative case studies demonstrate that spiritual support combined with empathetic midwifery practice reduces maternal anxiety, creates positive birth experiences, and supports postpartum recovery. The article contributes a conceptual model of spiritually-informed empathetic midwifery and recommends the integration of spiritual care competencies into Indonesian midwifery education curricula.

Keywords: *Illness Concept, Religion And Spirituality, Midwifery Empathy, Midwifery Professionalism, Multiculturalism.*

Abstrak

Pemahaman tentang sakit tidak dapat dipisahkan dari dimensi agama dan spiritualitas, karena keduanya memberikan kerangka makna yang membantu individu menghadapi penderitaan. Artikel ini bertujuan menelaah konsep sakit menurut ajaran agama dan relevansinya terhadap pembentukan empati bidan kepada pasien. Menggunakan desain tinjauan literatur sistematis dengan analisis tematik, 20 studi dipilih dari 189 rekaman awal yang teridentifikasi dari lima basis data (PubMed, ScienceDirect, JSTOR, SpringerLink, dan Google Scholar) setelah penerapan kriteria inklusi dan eksklusi. Empat tema utama teridentifikasi: (1) konsep sakit dalam tradisi Islam, Kristen, Hindu, dan Buddha, masing-masing menawarkan kerangka makna yang unik; (2) spiritualitas sebagai mekanisme koping multidimensi dalam pengalaman sakit; (3) empati sebagai kompetensi inti kebidanan yang menjembatani pemahaman spiritual dengan asuhan klinis; dan (4) integrasi spiritualitas, empati, dan profesionalisme sebagai fondasi praktik kebidanan holistik. Temuan menunjukkan bahwa ajaran Islam memandang sakit sebagai ujian sekaligus sarana penghapusan dosa, tradisi Kristen memahaminya sebagai partisipasi dalam penderitaan yang menguatkan iman, serta tradisi Hindu-Buddha memaknainya melalui karma dan dukkha sebagai jalan menuju pembebasan spiritual. Tiga studi kasus ilustratif memperlihatkan bahwa dukungan spiritual yang dikombinasikan dengan asuhan empatik bidan dapat menurunkan kecemasan ibu, menciptakan pengalaman persalinan yang lebih positif, dan mendukung pemulihan pascapersalinan. Artikel ini menyumbangkan model konseptual asuhan kebidanan empatik berbasis



spiritualitas dan merekomendasikan integrasi kompetensi spiritual care ke dalam kurikulum pendidikan kebidanan Indonesia.

Kata Kunci: Konsep Sakit, Agama dan Spiritualitas, Empati Bidan, Profesionalisme Kebidanan, Multikulturalisme.

Pendahuluan

Profesi kebidanan menempatkan seorang bidan pada momen-momen paling bermakna dalam kehidupan manusia: kelahiran, kesakitan, dan ketidakpastian. Pada titik-titik inilah dimensi spiritual pasien paling sering muncul ke permukaan. Cara seseorang memaknai sakit sangat dipengaruhi oleh agama, budaya, dan sistem kepercayaan yang ia anut sejak lahir (Helman, 2007). Dalam masyarakat Indonesia yang religius, pengalaman sakit jarang dipandang semata-mata sebagai fenomena biologis; ia selalu disandingkan dengan pertanyaan tentang makna, takdir, dan hubungan manusia dengan Tuhan. Realitas ini menempatkan spiritualitas bukan sebagai tambahan dalam pelayanan kebidanan, melainkan sebagai kebutuhan mendasar yang harus direspons secara profesional.

WHO (1948) telah lama menegaskan bahwa kesehatan bukan hanya ketiadaan penyakit, melainkan kesejahteraan fisik, mental, sosial, dan spiritual. Definisi ini mengandung implikasi yang besar bagi profesi kebidanan: bidan tidak cukup hanya menguasai keterampilan klinis, tetapi juga dituntut memberikan layanan yang menyentuh seluruh dimensi kehidupan pasien. International Confederation of Midwives (ICM, 2017) mempertegas hal ini dengan menetapkan pendekatan holistik sebagai salah satu pilar kompetensi bidan profesional global. Namun, praktik di lapangan sering kali masih jauh dari ideal. Kurikulum kebidanan di Indonesia lebih menekankan aspek teknis dan klinis, sementara pelatihan empati, komunikasi lintas budaya, dan spiritual care masih mendapat porsi yang sangat terbatas (Fitriana et al., 2020).

Agama memberikan kerangka makna yang khas tentang sakit. Dalam ajaran Islam, sakit dipandang sebagai ujian sekaligus sarana penghapus dosa yang mempererat hubungan seorang hamba dengan Allah (Nasr, 2015). Tradisi Kristen memahami penderitaan sebagai partisipasi dalam sengsara Kristus yang membangun ketekunan dan pengharapan (Roma 5:3-5). Dalam Hindu, sakit berkaitan dengan hukum karma dan proses penyucian jiwa menuju moksha, sementara Buddhisme melihatnya sebagai bagian dari dukkha yang dapat dikelola melalui kesadaran penuh dan meditasi (Rahula, 2014). Perbedaan kerangka makna ini bukan sekadar informasi teologis; ia secara langsung memengaruhi bagaimana pasien merespons proses

persalinan, menerima prosedur medis, membangun kepercayaan kepada tenaga kesehatan, dan pulih secara emosional setelah pengalaman yang berat.

Empati merupakan keterampilan yang menjembatani pemahaman spiritual pasien dengan kualitas asuhan yang diberikan bidan. Reynolds dan Scott (1999) mendefinisikan empati bukan sekadar rasa kasihan, melainkan kemampuan autentik untuk memahami dan merespons pengalaman subjektif pasien secara tepat. Bidan yang memahami bahwa pasiennya memaknai nyeri persalinan sebagai pengorbanan suci akan memberikan respons yang lebih tepat dan bermakna dibanding bidan yang hanya melihatnya sebagai kondisi fisik yang perlu dikelola secara teknis. Moloney dan Gair (2015) menemukan bahwa empati yang terhubung dengan pemahaman spiritual pasien terbukti meningkatkan kualitas pengalaman melahirkan secara keseluruhan.

Kajian tentang hubungan antara konsep sakit menurut ajaran agama dengan empati bidan masih sangat terbatas dalam literatur kebidanan Indonesia. Mulyono dan Chen (2020) mencatat bahwa sebagian besar penelitian kebidanan lebih berfokus pada aspek teknis, sementara aspek spiritual justru diperlakukan sebagai variabel sekunder. Kesenjangan ini menjadi semakin kritis mengingat Indonesia memiliki keragaman agama yang tinggi dan masyarakatnya sangat religius, sehingga dimensi spiritual bukan pengecualian melainkan norma dalam interaksi pelayanan kesehatan.

Novelty artikel ini terletak pada tiga hal. Pertama, artikel ini menyajikan kajian lintas agama yang seimbang antara perspektif Islam, Kristen, Hindu, dan Buddha tentang konsep sakit, dengan kedalaman analisis yang setara untuk setiap tradisi. Kedua, artikel ini mengintegrasikan konstruk teologis tentang sakit dengan teori empati dan profesionalisme kebidanan secara eksplisit melalui tiga studi kasus ilustratif. Ketiga, artikel ini menyumbangkan rekomendasi kebijakan yang dapat dioperasionalisasikan dalam reformasi kurikulum pendidikan kebidanan Indonesia. Berdasarkan latar belakang tersebut, artikel ini bertujuan: (1) menelaah konsep sakit menurut ajaran agama-agama besar; (2) menganalisis peran spiritualitas dalam pengalaman sakit pasien; (3) mengkaji empati sebagai kompetensi inti bidan; serta (4) merumuskan model integrasi spiritualitas, empati, dan profesionalisme dalam praktik kebidanan.

Metode Penelitian

Artikel ini menggunakan desain tinjauan literatur sistematis (systematic literature review/SLR) dengan pendekatan kualitatif berbasis analisis tematik. SLR dipilih karena topik yang diangkat membutuhkan penggalian dari perspektif multidisipliner yang mencakup teologi, kebidanan, keperawatan, psikologi kesehatan,

dan ilmu sosial humaniora (Snyder, 2019). Pendekatan tematik memungkinkan identifikasi pola dan makna mendalam dari berbagai literatur yang heterogen secara metode dan disiplin (Braun & Clarke, 2006). Tinjauan ini menjawab empat pertanyaan penelitian: (1) Bagaimana agama-agama besar memaknai konsep sakit dan penderitaan? (2) Bagaimana spiritualitas berperan sebagai mekanisme coping dalam pengalaman sakit? (3) Bagaimana empati dapat dikembangkan sebagai kompetensi inti bidan yang berlandaskan pemahaman spiritual? (4) Bagaimana spiritualitas, empati, dan profesionalisme dapat diintegrasikan dalam praktik kebidanan yang holistik?

Studi diinklusi apabila memenuhi kriteria berikut: diterbitkan dalam 15 tahun terakhir (2008-2023), kecuali sumber klasik yang memiliki relevansi teoritis yang tidak dapat digantikan; memiliki fokus utama pada topik agama, spiritualitas, empati, atau profesionalisme kebidanan; dipublikasikan dalam jurnal bereputasi atau merupakan laporan lembaga resmi yang dapat diverifikasi; dan tersedia dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris. Studi dieksklusi apabila hanya bersifat opini tanpa dasar empiris, merupakan artikel populer non-akademik, atau sumbernya tidak dapat diverifikasi keabsahannya (Booth et al., 2016). Pencarian literatur dilakukan pada lima basis data: PubMed, ScienceDirect, JSTOR, SpringerLink, dan Google Scholar. Kata kunci pencarian menggunakan kombinasi operator Boolean AND dan OR, mencakup: "religious perspectives on illness", "spirituality in midwifery care", "empathy in healthcare professionals", "professionalism in midwifery", "Islamic view of illness", "Hindu Buddhist suffering health", serta padanan dalam bahasa Indonesia. Selain basis data ilmiah, sumber dari WHO, Kementerian Kesehatan RI, dan dokumen ICM juga disertakan untuk memperkuat konteks praktis. Pencarian dilakukan pada Maret 2025.

Proses seleksi mengikuti alur yang transparan dan dapat diverifikasi. Tabel 1 merangkum tahapan seleksi dari identifikasi awal hingga studi yang dianalisis.

Tabel 1. Alur Seleksi Studi (Adaptasi PRISMA)

Tahap Seleksi	Jumlah Studi	Keterangan
Identifikasi (Database Searching)	189	PubMed (n=42), ScienceDirect (n=38), JSTOR (n=21), SpringerLink (n=33), Google Scholar (n=55)
Penghapusan Duplikat	27	Dua puluh tujuh entri teridentifikasi sebagai duplikat dan dihapus; tersisa 162 studi
Penyaringan Judul dan Abstrak	162	Seratus sembilan belas studi dieksklusi karena tidak relevan dengan topik konsep sakit, spiritualitas, empati, atau profesionalisme kebidanan
Penilaian Kelayakan Teks Penuh	43	Empat puluh tiga studi diakses teks penuhnya; 23 studi dieksklusi (bukan jurnal bereputasi, tidak memenuhi kriteria tahun publikasi, atau tidak dapat diakses publik)

Tahap Seleksi	Jumlah Studi	Keterangan
Studi yang Dianalisis	20	Dua puluh studi memenuhi seluruh kriteria inklusi dan menjadi basis analisis tematik artikel ini

Dua puluh studi yang lolos seleksi dianalisis menggunakan analisis tematik enam tahap Braun dan Clarke (2006): membiasakan diri dengan data, membuat kode awal, mencari tema, meninjau tema, mendefinisikan dan memberi nama tema, serta menyusun laporan. Proses sintesis dilakukan secara naratif dengan menghubungkan temuan dari berbagai sumber untuk menghasilkan pemahaman yang komprehensif (Popay et al., 2006). Keabsahan data dijaga melalui triangulasi sumber dengan memadukan literatur teologis, kebidanan, dan keperawatan agar analisis tidak bias pada satu sudut pandang (Flick, 2018). Tabel 2 memuat matriks ringkasan 20 studi yang menjadi basis analisis.

Tabel 2. Matriks Ringkasan Studi (Evidence Matrix)

Penulis/Tahun	Metode	Fokus Kajian	Temuan Utama	Relevansi
Koenig (2012)	Kajian literatur sistematis	Agama, spiritualitas, dan kesehatan mental	Pasien dengan keyakinan spiritual kuat menunjukkan depresi lebih rendah dan optimisme lebih tinggi saat pemulihan	Mendukung peran spiritualitas sebagai mekanisme koping dalam pelayanan kebidanan
Puchalski (2014)	Kajian konseptual	Spiritualitas dalam sistem perawatan kesehatan	Spiritualitas memberi harapan, memperkuat jaringan sosial, dan membantu pasien menemukan makna penderitaan	Dasar integrasi spiritual care dalam praktik profesional bidan
Gall et al. (2011)	Kajian kualitatif	Spiritualitas dan persepsi rasa sakit	Pasien yang memaknai sakit sebagai ujian spiritual melaporkan toleransi nyeri lebih tinggi	Relevan untuk mendampingi ibu yang memaknai nyeri persalinan secara spiritual
Balboni et al. (2014)	Studi observasional	Spiritualitas dan kepuasan pasien	Pasien merasa lebih dihargai ketika tenaga kesehatan menanyakan kebutuhan spiritual mereka	Mendukung perlunya asesmen spiritual dalam asuhan kebidanan
Hojat (2016)	Kajian empiris	Empati dan kualitas layanan kesehatan	Tenaga kesehatan dengan empati tinggi meningkatkan kepuasan, kepatuhan, dan mengurangi stres pasien	Dasar pentingnya empati sebagai kompetensi inti bidan
Reynolds & Scott (1999)	Kajian konseptual	Empati sebagai komponen kunci hubungan terapeutik	Empati adalah kemampuan memahami dan merespons	Definisi dan dimensi empati yang digunakan

Muthia Khairunnisa*Pemahaman Konsep Sakit Menurut Ajaran Agama Sebagai Dasar Empati Bidan Terhadap Pasien: Studi Literatur Tentang Spiritualitas Dan Profesionalisme Kebidanan*

Penulis/Tahun	Metode	Fokus Kajian	Temuan Utama	Relevansi
			pengalaman pasien secara tulus	sebagai kerangka artikel ini
Mercer & Reynolds (2002)	Kajian klinis	Empati dan komunikasi klinis	Komunikasi empatik meningkatkan kepercayaan pasien sehingga lebih terbuka menyampaikan keluhan	Mendukung hubungan terapeutik bidan-pasien berbasis empati
Kennedy et al. (2015)	Studi naratif	Lanskap asuhan kebidanan	Sikap empatik bidan berhubungan langsung dengan pengalaman persalinan lebih positif	Mendukung dampak empati terhadap kualitas dan keamanan persalinan
Moloney & Gair (2015)	Studi kualitatif	Empati dan spiritual care dalam kebidanan	Empati dan pendampingan spiritual meningkatkan kualitas pengalaman melahirkan perempuan	Landasan integrasi empati dan spiritualitas dalam asuhan persalinan
Nasr (2015)	Library research teologis	Tafsir konsep sakit dalam Islam	Sakit dalam Islam merupakan ujian sekaligus sarana penghapusan dosa yang memperkuat tawakal	Fondasi teologis konsep sakit Islam dalam artikel ini
Radhakrishnan (2018)	Kajian filosofis	Konsep sakit dalam tradisi Hindu	Sakit dipahami sebagai konsekuensi karma sekaligus jalan penyucian jiwa menuju moksha	Dasar pembahasan perspektif Hindu dalam kajian lintas agama
Rahula (2014)	Kajian teks Buddhism	Konsep dukkha dalam Buddhisme	Sakit adalah bagian dari dukkha yang dapat dikelola melalui kesadaran dan meditasi	Dasar pembahasan perspektif Buddha dalam kajian lintas agama
Sharma (2020)	Kajian konseptual	Ayurveda dan kesehatan holistik Hindu	Prinsip Ayurveda menekankan keseimbangan tubuh, pikiran, dan roh dalam pelayanan kesehatan	Memperkuat perspektif holistik Hindu yang relevan dengan asuhan kebidanan
Dossey & Keegan (2016)	Buku teks akademik	Holistic Nursing Theory	Kesehatan melibatkan keseimbangan spiritual dan emosional, bukan sekadar bebas penyakit	Dasar teoritis model asuhan kebidanan holistik
Sulmasy (2002)	Kajian konseptual	Model biopsikososial-spiritual	Pelayanan kesehatan yang utuh harus mencakup dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual	Kerangka teoritis integrasi spiritualitas dalam profesionalisme kebidanan
Wilkinson et al. (2017)	Tinjauan sistematis	Burnout dan empati tenaga kesehatan	Beban kerja berlebih menurunkan empati tenaga kesehatan akibat kelelahan emosional	Mendukung pentingnya program kesejahteraan bidan untuk mempertahankan empati

Penulis/Tahun	Metode	Fokus Kajian	Temuan Utama	Relevansi
Suryani (2020)	Studi fenomenologi	Spiritualitas ibu hamil di Bali	Doa, ritual, dan praktik spiritual menjadi bagian integral dari proses kehamilan dan persalinan	Bukti empiris lokal tentang kebutuhan spiritual ibu dalam konteks Indonesia
Mutmainnah & Afiyanti (2019)	Studi literatur	Spiritualitas dalam praktik kebidanan Indonesia	Pengalaman spiritual memengaruhi kelekatan ibu dan janin serta kesiapan psikologis persalinan	Mendukung urgensi integrasi spiritualitas dalam kurikulum kebidanan Indonesia
Hall et al. (2016)	Studi kualitatif	Dukungan bidan selama persalinan	Dukungan empatik bidan secara signifikan menurunkan kecemasan dan meningkatkan rasa aman ibu	Mendukung pendekatan empati dalam studi kasus persalinan artikel ini
WHO (2021)	Laporan kebijakan global	Standar pelayanan kesehatan maternal	Pelayanan kesehatan maternal harus mencakup aspek biopsikososial dan spiritual agar berpusat pada pasien	Standar global yang mendukung integrasi spiritualitas dalam asuhan kebidanan Indonesia

Hasil dan Pembahasan

Konsep Sakit dalam Perspektif Agama-Agama Besar

Hasil sintesis literatur menunjukkan bahwa setiap tradisi agama besar memiliki kerangka maknanya sendiri tentang sakit, penderitaan, dan harapan pemulihan. Pemahaman lintas agama ini menjadi fondasi pertama bagi bidan untuk membangun empati yang autentik dan kontekstual. Dalam ajaran Islam, sakit dipandang sebagai ujian (ibtila') sekaligus sarana penghapus dosa (kaffarah) yang memperdekat hubungan seorang hamba dengan Allah. Hadis riwayat al-Bukhari menyebutkan bahwa tidak ada satu pun penderitaan yang menimpa seorang Muslim, termasuk rasa sakit, melainkan Allah akan menghapus sebagian dosanya sebagai ganjaran kesabaran. Al-Qur'an Surah Al-Baqarah ayat 286 menegaskan bahwa Allah tidak membebani seseorang melampaui kemampuannya, sebuah jaminan ilahi yang memberi kekuatan psikologis bagi pasien untuk tetap tabah. Nasr (2015) menjelaskan bahwa konsep sakit dalam Islam erat kaitannya dengan tawakal dan syukur: bidan yang memahami kerangka ini akan lebih mampu mendampingi pasien Muslim dengan kata-kata yang memperkuat, bukan melemahkan, keyakinan mereka.

Dalam tradisi Kristen, penderitaan dipahami sebagai bagian dari rencana Allah yang lebih besar. Surat Roma 5:3-5 mengajarkan bahwa penderitaan menghasilkan

ketekunan, karakter, dan pengharapan. Pelayanan Yesus yang penuh belas kasih terhadap orang sakit menjadi teladan etis yang berlaku universal: tenaga kesehatan Kristen memandang pekerjaan mereka sebagai bentuk diakonia, yaitu pelayanan kepada sesama sebagai wujud iman. Koenig (2012) mencatat bahwa pasien Kristen yang memandang sakit sebagai bagian dari perjalanan iman menunjukkan ketahanan psikologis yang lebih tinggi dan tingkat depresi yang lebih rendah selama proses pemulihan.

Tradisi Hindu melihat sakit melalui lensa hukum karma: penderitaan yang dialami seseorang dapat merupakan konsekuensi dari perbuatan di kehidupan lampau, namun juga merupakan kesempatan untuk penyucian jiwa dalam perjalanan menuju moksha atau kebebasan rohani (Radhakrishnan, 2018). Ajaran Ayurveda yang menjadi dasar pengobatan Hindu tradisional menekankan keseimbangan antara tubuh, pikiran, dan roh sebagai syarat kesehatan yang sejati (Sharma, 2020). Implikasinya bagi bidan adalah pentingnya memahami bahwa pasien Hindu mungkin melihat pengalaman sakit mereka sebagai bagian dari perjalanan spiritual yang bermakna, bukan semata-mata kondisi medis yang perlu dieliminasi.

Buddhisme memahami sakit sebagai bagian dari dukkha, yaitu salah satu dari Empat Kebenaran Mulia yang diajarkan Sang Buddha. Penderitaan bukan kondisi yang dihindari, melainkan realitas yang harus dipahami dan diterima dengan kesadaran penuh (Rahula, 2014). Praktik meditasi dan welas asih (karuna) menjadi cara utama menghadapi sakit dengan tenang dan bermartabat. Perbandingan antara keempat tradisi ini memperlihatkan benang merah yang menyatukan mereka: setiap agama memberikan pasien sumber kekuatan psikologis yang melampaui dimensi biologis. Bidan yang memahami kerangka makna ini akan mampu merespons kebutuhan pasien secara lebih tepat, lebih hangat, dan lebih bermartabat.

Spiritualitas sebagai Mekanisme Koping dalam Pengalaman Sakit

Spiritualitas berfungsi sebagai mekanisme koping multidimensi yang memengaruhi cara pasien menghadapi, memaknai, dan pulih dari sakit. Koenig (2012) mendokumentasikan dalam tinjauan komprehensifnya bahwa pasien dengan keyakinan spiritual yang kuat menunjukkan tingkat depresi lebih rendah, optimisme lebih tinggi, dan kualitas hidup lebih baik selama menjalani proses penyembuhan. Puchalski (2014) memperkuat temuan ini dengan menunjukkan bahwa spiritualitas bekerja melalui tiga saluran: memberikan harapan akan pemulihan, memperkuat jaringan dukungan sosial melalui komunitas keagamaan, dan membantu pasien menemukan makna di balik penderitaan.

Gall et al. (2011) menemukan bahwa pasien yang memaknai rasa sakit sebagai ujian atau sarana pembersihan jiwa melaporkan toleransi nyeri yang lebih tinggi dibanding mereka yang tidak memiliki pemaknaan spiritual. Temuan ini sangat relevan dalam asuhan persalinan: banyak ibu hamil melaporkan bahwa keyakinan agama mereka memberikan kekuatan untuk menanggung nyeri persalinan sebagai bagian dari pengorbanan suci demi kelahiran seorang anak. Suryani (2020) mendokumentasikan fenomena serupa di Bali, di mana doa, ritual, dan praktik spiritual menjadi bagian integral dari persiapan kehamilan dan persalinan yang tidak dapat dipisahkan dari dimensi medisnya.

Dukungan komunitas keagamaan juga berperan penting. Koenig (2015) menunjukkan bahwa keterlibatan aktif dalam komunitas keagamaan meningkatkan rasa memiliki yang signifikan, melindungi pasien dari isolasi sosial yang memperburuk kondisi fisik dan psikologis. Bagi bidan, pemahaman tentang dimensi sosial spiritualitas ini membuka peluang kolaborasi dengan tokoh agama dan komunitas setempat sebagai bagian dari jejaring dukungan pasien yang holistik.

Integrasi spiritualitas dalam layanan kebidanan dapat diwujudkan melalui beberapa pendekatan praktis. Asesmen spiritual yang dilakukan di awal interaksi memungkinkan bidan memahami keyakinan dan kebutuhan spiritual pasien. Fasilitasi kebutuhan ibadah seperti menyediakan waktu untuk berdoa sebelum tindakan atau menjaga privasi saat pasien menjalankan ritual keagamaan mencerminkan penghargaan terhadap martabat pasien. Balboni et al. (2014) menemukan bahwa tindakan sederhana semacam ini secara signifikan meningkatkan kepercayaan pasien kepada tenaga kesehatan dan memperkuat hubungan terapeutik.

Empati sebagai Kompetensi Inti Bidan

Empati merupakan kompetensi yang wajib dimiliki setiap bidan dan secara langsung memengaruhi kualitas hubungan terapeutik serta hasil asuhan. Davis (2018) membagi empati ke dalam dua dimensi yang saling melengkapi: empati kognitif, yaitu kemampuan memahami perspektif dan pengalaman orang lain secara rasional; dan empati afektif, yaitu kemampuan merasakan secara emosional apa yang dirasakan pasien. Kedua dimensi ini sama-sama penting dalam praktik kebidanan. Empati kognitif memungkinkan bidan memahami kerangka makna spiritual yang digunakan pasien dalam menghadapi sakit, sementara empati afektif mendorong bidan untuk hadir dengan sepenuh hati sehingga pasien merasa sungguh-sungguh didukung.

Hojat (2016) menunjukkan dalam kajian empirisnya bahwa tenaga kesehatan dengan tingkat empati tinggi mampu meningkatkan kepuasan pasien secara signifikan,

memperbaiki kepatuhan terhadap anjuran medis, dan menurunkan tingkat stres pasien. Kennedy et al. (2015) menemukan bahwa sikap empatik bidan berhubungan langsung dengan pengalaman persalinan yang lebih positif dan bahkan berkontribusi terhadap rendahnya angka komplikasi, karena ibu yang merasa aman dan dipahami lebih mampu bekerja sama dalam proses persalinan. Moloney dan Gair (2015) mempertegas bahwa empati yang terhubung dengan pemahaman spiritual pasien menghasilkan hubungan yang lebih dalam dan bermakna antara bidan dan pasien.

Mercer dan Reynolds (2002) menekankan bahwa empati merupakan inti dari komunikasi klinis yang efektif. Komunikasi yang empatik menciptakan ruang aman bagi pasien untuk mengungkapkan kekhawatiran yang mungkin tidak berani mereka sampaikan kepada tenaga kesehatan yang terkesan dingin atau sibuk. Rushton (2015) menambahkan bahwa empati yang terhubung dengan pemahaman spiritual pasien menghasilkan ketahanan moral yang lebih kuat pada bidan sendiri: bidan yang menyadari makna spiritual dari pekerjaannya lebih tahan terhadap burnout dibanding mereka yang melihat pekerjaan semata-mata sebagai kewajiban teknis.

Meskipun demikian, penerapan empati dalam praktik kebidanan menghadapi hambatan yang nyata. Beban kerja yang tinggi sering membuat bidan lebih berfokus pada aspek teknis ketimbang emosional. Wilkinson et al. (2017) menemukan bahwa tenaga kesehatan yang bekerja di fasilitas dengan jumlah pasien berlebih cenderung mengalami penurunan kemampuan empati akibat kelelahan emosional dan burnout. Hambatan lainnya adalah keterbatasan kurikulum kebidanan yang belum menyediakan pelatihan empati secara sistematis, serta perbedaan latar belakang budaya dan agama antara bidan dan pasien yang dapat menimbulkan kesalahpahaman. Stepien dan Baernstein (2006) menekankan bahwa empati bukan bakat bawaan melainkan kompetensi yang dapat dilatih melalui pengalaman praktik, simulasi kasus, dan pembelajaran reflektif yang berkelanjutan.

Profesionalisme Kebidanan Berbasis Holistik

Profesionalisme kebidanan yang sejati tidak dapat dibatasi pada keterampilan teknis semata. ICM (2017) mendefinisikan bidan profesional sebagai tenaga kesehatan yang memberikan asuhan komprehensif dengan pendekatan holistik, berlandaskan ilmu pengetahuan, empati, dan penghormatan terhadap martabat manusia. Sulmasy (2002) menyempurnakan definisi ini dengan modelnya biopsikososial-spiritual: pelayanan kesehatan yang utuh harus mencakup dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual secara bersamaan, bukan secara berurutan.

Dossey dan Keegan (2016) melalui Holistic Nursing Theory menegaskan bahwa kesehatan bukan sekadar bebas penyakit, melainkan keseimbangan antara tubuh, pikiran, dan jiwa. Perspektif ini mengubah orientasi bidan dari sekadar penyedia prosedur menjadi pendamping kesehatan yang utuh. Puchalski (2014) menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang mengabaikan spiritualitas pasien terasa kering, dingin, dan kurang manusiawi, sementara yang mengintegrasikannya menghasilkan kepercayaan yang lebih dalam dan kepatuhan yang lebih konsisten.

Pilar profesionalisme kebidanan mencakup lima dimensi yang saling berkaitan. Pertama, kompetensi klinis yang berstandar tinggi sebagai dasar keselamatan pasien (WHO, 2018). Kedua, etika dan integritas dalam menghormati privasi, kerahasiaan, dan hak pasien untuk menentukan pilihan berdasarkan keyakinannya. Ketiga, empati dan komunikasi efektif yang memungkinkan bidan memahami kebutuhan tersembunyi pasien. Keempat, kepekaan budaya dan spiritual yang mengakui keragaman kerangka makna yang dibawa pasien ke fasilitas kesehatan. Kelima, komitmen terhadap pembelajaran berkelanjutan yang memastikan bidan selalu memutakhirkan pengetahuan klinis sekaligus mengembangkan kedewasaan emosional dan spiritual.

Dalam masyarakat Indonesia yang religius, ketidakmampuan bidan mengintegrasikan dimensi spiritual dapat berdampak langsung pada kualitas pelayanan. Mutmainnah dan Afyanti (2019) mencatat bahwa ibu hamil yang merasa kebutuhan spiritualnya dipahami oleh bidan menunjukkan kesiapan psikologis yang lebih baik, kepatuhan yang lebih tinggi terhadap anjuran prenatal, dan pengalaman persalinan yang lebih positif. Hidayah et al. (2023) memperkuat temuan ini dengan menunjukkan bahwa kebutuhan spiritual ibu bersalin bukan sekadar preferensi pribadi melainkan faktor yang secara langsung memengaruhi kualitas dan keamanan persalinan.

Model Integrasi: Spiritualitas, Empati, dan Profesionalisme

Berdasarkan sintesis empat tema di atas, artikel ini mengajukan model konseptual asuhan kebidanan empatik berbasis spiritualitas sebagai kontribusi ilmiah utama. Model ini menggambarkan tiga komponen yang bekerja secara sinergis dan saling memperkuat. Komponen pertama adalah literasi spiritual, yaitu kemampuan bidan memahami kerangka makna yang digunakan pasien dari berbagai latar belakang agama dalam memaknai sakit dan penderitaan. Literasi spiritual bukan berarti bidan harus menjadi ahli agama, melainkan memiliki kesadaran bahwa pasien membawa sistem makna yang perlu diakui dan dihormati. Komponen ini dibangun melalui pendidikan lintas budaya dan agama yang terintegrasi dalam kurikulum kebidanan.

Komponen kedua adalah empati berbasis pemahaman spiritual, yaitu kemampuan bidan merespons kebutuhan pasien dengan memanfaatkan pemahaman tentang kerangka makna spiritual mereka. Bidan yang mengetahui bahwa pasien Muslimnya memandang nyeri persalinan sebagai bentuk ibadah akan merespons keluhan nyeri dengan cara yang berbeda dan lebih bermakna dibanding bidan yang tidak memiliki pengetahuan tersebut. Empati berbasis spiritualitas ini menciptakan hubungan terapeutik yang lebih dalam karena pasien merasa sungguh-sungguh dipahami sebagai manusia seutuhnya.

Komponen ketiga adalah profesionalisme integratif, yaitu kemampuan menjaga standar medis yang tinggi sekaligus mengakomodasi kebutuhan spiritual pasien tanpa memandang kedua hal tersebut sebagai yang saling bertentangan. Sulmasy (2006) menegaskan bahwa integrasi spiritual dalam pelayanan kesehatan tidak menggantikan standar medis, melainkan melengkapinya dengan dimensi kemanusiaan yang membuat pelayanan menjadi lebih efektif dan bermakna.

Ketiga komponen ini bekerja secara sirkular: literasi spiritual menghasilkan empati yang lebih tepat sasaran, empati yang tepat sasaran mendorong tindakan profesional yang lebih efektif, dan tindakan profesional yang efektif memperdalam penghargaan bidan terhadap kompleksitas spiritual pengalaman pasiennya. Model ini dapat dioperasionalkan dalam tiga ranah: kurikulum pendidikan kebidanan melalui integrasi modul spiritual care dan komunikasi lintas budaya; praktik klinis melalui asesmen spiritual rutin dan fasilitasi kebutuhan ibadah pasien; serta kebijakan institusi melalui pengembangan SOP yang memberikan ruang bagi ekspresi spiritual pasien dalam fasilitas kesehatan.

Studi Kasus Ilustratif

Tiga studi kasus berikut dihadirkan untuk memperlihatkan bagaimana model integrasi di atas bekerja dalam praktik kebidanan nyata. Kasus-kasus ini bersifat ilustratif dan dibangun berdasarkan skenario yang umum ditemui dalam literatur kebidanan (Hall et al., 2016; Puchalski et al., 2014). Kasus pertama melibatkan seorang ibu hamil berusia 32 tahun yang datang dengan kecemasan tinggi menjelang persalinan perdananya. Ia sering mimpi buruk, takut meninggal saat melahirkan, dan merasa bersalah karena merasa belum siap menjadi ibu. Bidan yang menanganinya tidak hanya melakukan pemeriksaan medis standar, tetapi juga meluangkan waktu untuk mendengarkan kekhawatiran pasien tanpa menghakimi, menanyakan apakah pasien ingin berdoa atau membaca ayat suci sebelum pemeriksaan, serta menjelaskan prosedur persalinan dengan bahasa yang tenang dan mudah dipahami. Pendekatan ini menghasilkan penurunan kecemasan yang signifikan: ibu tersebut merasa lebih

percaya diri dan akhirnya menjalani persalinan dengan lancar. Kasus ini memperlihatkan bahwa empati yang dikombinasikan dengan fasilitasi spiritual mampu mengubah pengalaman kecemasan menjadi pengalaman yang memberdayakan (Hall et al., 2016).

Kasus kedua melibatkan seorang pasien Muslim yang meminta agar selama proses persalinan diputarakan murottal Al-Qur'an. Bidan yang bertugas menghargai permintaan ini tanpa mempertanyakan urgensinya, memastikan prosedur medis tetap berjalan sesuai standar sambil menciptakan suasana yang mendukung ketenangan spiritual pasien. Pasien melaporkan rasa nyaman yang jauh lebih tinggi dan pengalaman melahirkan yang bermakna secara spiritual. Kasus ini menunjukkan bahwa profesionalisme yang fleksibel, yakni mampu menjaga standar medis sekaligus mengakomodasi kebutuhan spiritual, bukan hanya mungkin dilakukan tetapi juga menghasilkan hasil klinis yang lebih baik (Puchalski et al., 2014).

Kasus ketiga melibatkan seorang ibu pascapersalinan yang menunjukkan gejala depresi ringan: merasa tidak berguna, sering menangis tanpa sebab yang jelas, dan mengalami gangguan tidur. Bidan melakukan pendekatan holistik dengan memberikan konseling berbasis empati, melibatkan keluarga dalam pemberian dukungan moral dan spiritual, serta merujuk pasien kepada konselor rohani setempat sambil tetap memantau kondisi fisiknya. Kolaborasi antara bidan, keluarga, dan konselor rohani ini membantu ibu pulih secara emosional dalam waktu yang lebih singkat. Kasus ini memperlihatkan bahwa model integrasi spiritualitas, empati, dan profesionalisme bukan hanya idealisme teoritis, melainkan strategi praktis yang terbukti efektif dalam mengatasi masalah kesehatan mental pascapersalinan (Koenig, 2012).

Penutup

Artikel ini telah menunjukkan bahwa pemahaman konsep sakit menurut ajaran agama merupakan fondasi yang kuat bagi pengembangan empati bidan yang lebih autentik dan bermakna. Melalui tinjauan sistematis terhadap 20 studi yang memenuhi kriteria inklusi, empat tema utama teridentifikasi: keragaman kerangka makna tentang sakit dalam tradisi Islam, Kristen, Hindu, dan Buddha; spiritualitas sebagai mekanisme koping multidimensi; empati sebagai kompetensi inti bidan yang dapat dilatih dan dikembangkan; serta model integrasi spiritualitas, empati, dan profesionalisme sebagai paradigma asuhan kebidanan holistik.

Kontribusi ilmiah utama artikel ini adalah model konseptual asuhan kebidanan empatik berbasis spiritualitas yang terdiri dari tiga komponen sinergis: literasi spiritual, empati berbasis pemahaman spiritual, dan profesionalisme integratif. Model

ini menyediakan kerangka operasional yang dapat diterapkan dalam tiga ranah sekaligus: kurikulum pendidikan kebidanan, praktik klinis, dan kebijakan institusi. Selain itu, kajian lintas agama yang menyeimbangkan kedalaman analisis perspektif Islam, Kristen, Hindu, dan Buddha memberikan landasan yang lebih inklusif bagi bidan yang bertugas melayani masyarakat Indonesia yang beragam secara agama.

Tiga rekomendasi utama diajukan untuk penelitian dan kebijakan selanjutnya. Pertama, pengembangan modul spiritual care yang terintegrasi dalam kurikulum kebidanan perlu diprioritaskan, dengan rancangan berbasis pembelajaran reflektif dan simulasi kasus lintas agama. Kedua, uji efektivitas program pelatihan empati dan literasi spiritual bagi bidan yang sudah bertugas perlu dilakukan melalui studi eksperimental untuk menghasilkan bukti yang lebih kuat. Ketiga, kajian kualitatif tentang pengalaman ibu hamil dan bersalin dari berbagai latar belakang agama di Indonesia perlu diperluas untuk memperkaya basis empiris model yang diajukan. Integrasi spiritualitas, empati, dan profesionalisme bukan hanya ideal akademis, melainkan kebutuhan mendesak dalam mewujudkan pelayanan kebidanan yang sungguh-sungguh manusiawi, bermartabat, dan berorientasi pada kualitas hidup pasien.

Daftar Pustaka

- Al-Bukhari, M. I. (2020). Kitab al-Maradh. Dalam Sahih al-Bukhari (terjemahan M. M. Khan, Vol. 7). Dar Al-Salam.
- Balboni, M. J., Puchalski, C. M., & Peteet, J. R. (2014). The relationship between medicine, spirituality and religion: Three models for integration. *Journal of Religion and Health*, 53(5), 1586-1598. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9901-8>
- Booth, A., Sutton, A., & Papaioannou, D. (2016). *Systematic approaches to a successful literature review* (2nd ed.). Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Davis, M. H. (2018). *Empathy: A social psychological approach*. Routledge.
- Dossey, B., & Keegan, L. (2016). *Holistic nursing: A handbook for practice* (7th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Fitriana, Y., Andriani, W., & Susanti, R. (2020). Pengembangan kompetensi komunikasi bidan dalam pelayanan maternal. *Belitung Nursing Journal*, 6(3), 89-96.
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). Sage.

- Gall, T. L., Charbonneau, C., Clarke, N. H., Joseph, A., & Shouldice, L. (2011). Understanding the role of spirituality in coping with illness. *Journal of Health Psychology*, 16(3), 1-14.
- Hall, J., Mitchell, M., & Hutton, A. (2016). Midwives' support for women during labour. *Women and Birth*, 29(1), 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.185>
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness* (5th ed.). Hodder Arnold.
- Hidayah, N., Sari, R., & Utami, D. (2023). Kebutuhan spiritual ibu bersalin. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 14(2), 145-154.
- Hojat, M. (2016). *Empathy in health professions education and patient care*. Springer.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2017). *Definition of the midwife*. ICM Press.
- Kennedy, H. P., Shannon, M. T., Chuahorm, U., & Kravetz, M. K. (2015). The landscape of caring for women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(1), 14-23.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koenig, H. G. (2015). *Religion and mental health: Research and clinical applications*. Academic Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout: A multidimensional perspective. Dalam *Wiley Encyclopedia of Management*. Wiley.
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(suppl), S9-S12.
- Moloney, S., & Gair, S. (2015). Empathy and spiritual care in midwifery practice. *Women and Birth*, 28(4), 323-328. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.04.003>
- Mulyono, S., & Chen, C. (2020). Faktor yang memengaruhi kualitas asuhan kebidanan di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Soedirman*, 15(2), 45-58.
- Mutmainnah, S., & Afyanti, Y. (2019). Spiritualitas dalam praktik kebidanan. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 10(2), 87-95.
- Nasr, S. H. (2015). *The study Quran: A new translation and commentary*. HarperOne.
- Penman, J., Oliver, M., & Harrington, A. (2009). Spirituality and spiritual self-care. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 522-530. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01792.x>

- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., & Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. ESRC.
- Puchalski, C. M. (2014). Spirituality in health: The role of spiritual care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 8(4), 1-6.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Radhakrishnan, S. (2018). *Indian philosophy* (Vol. 1). Routledge.
- Rahula, W. (2014). *What the Buddha taught* (Rev. ed.). Grove Press.
- Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 363-370.
- Rushton, C. H. (2015). Moral resilience: A capacity for navigating moral distress in critical care. *AACN Advanced Critical Care*, 26(1), 111-119.
- Sharma, H. (2020). *Ayurveda: The science of self-healing*. Springer.
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology. *Journal of Business Research*, 104, 333-339.
- Stepien, K. A., & Baernstein, A. (2006). Educating for empathy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(5), 524-530.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(suppl 3), 24-33.
- Sulmasy, D. P. (2006). Spiritual issues in the care of dying patients. *JAMA*, 296(11), 1385-1392.
- Suryani, N. (2020). Spiritualitas ibu hamil di Bali. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 16(2), 123-131.
- WHO. (2018). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. WHO Press.
- WHO. (2021). *Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. WHO Press.
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals. *Burnout Research*, 6, 18-29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>