Pancasila Spectrum: Jurnal Multidisiplin
Volume:1, Nomor: 2, 2026, 132-144
Website: https://ejournal.pancapublishing.com/index.php/jurnalmultidisiplin
E-ISSN: 3124-601X
DOI: 10.67315

Kerukunan Antar Umat Beragama dan Penguatan Kolaborasi Mahasiswa Kesehatan

Vera Oktariana[1]*, Rossa Meilindah[2], Annisa Fitri Ramadhani[3]
[1,2,3] Program Studi D-III Farmasi, Poltekkes Kemenkes Palembang, Palembang, Indonesia

Corresponding Author: okta46980@gmail.com[1]*, rossameilindah@gmail.com[2], annisafitriramadhani27@gmail.com[3]

Info Artikel
Received: 05 Juli 2026
Revised: 11 Juli 2026
Accepted: 22 Juli 2026
Published: 27 Juli 2026

Keywords:
interreligious harmony, religious moderation, health students, interprofessional collaboration, health education.

Abstract
Interreligious harmony is an important value in creating an inclusive health education environment that supports interprofessional collaboration. Health students need not only professional competencies but also the ability to respect differences in religious beliefs, cultures, and perspectives when working together to achieve common healthcare goals. This study aims to analyze the relevance of interreligious harmony to strengthening collaboration among health students and to identify strategies for integrating the values of harmony with interprofessional collaborative competencies. A qualitative approach was employed through a literature review of relevant academic literature, policy documents, and publications from international organizations. The data were analyzed descriptively and qualitatively through data condensation, data display, and conclusion drawing. The findings indicate that the indicators of religious moderation, including tolerance, national commitment, nonviolence, and accommodation of local culture, are conceptually related to interprofessional collaborative competencies, namely values and ethics, roles and responsibilities, communication, and teamwork. These values can be integrated into health education through collaborative learning, case discussions, community service, and health education that takes sociocultural diversity into account. This study concludes that interreligious harmony has the potential to serve as an ethical foundation for strengthening collaboration among health students and supporting inclusive healthcare services. However, this conceptual relationship requires empirical investigation to assess its implementation and implications in health education practice.

Kata Kunci:
kerukunan antarumat beragama, moderasi beragama, mahasiswa kesehatan, kolaborasi interprofesional, pendidikan kesehatan.

Abstrak
Kerukunan antarumat beragama merupakan nilai penting dalam membangun lingkungan pendidikan kesehatan yang inklusif dan mendukung kolaborasi interprofesional. Mahasiswa kesehatan perlu memiliki kompetensi profesional sekaligus kemampuan menghargai perbedaan keyakinan, budaya, dan perspektif dalam bekerja sama untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan menganalisis relevansi kerukunan antarumat beragama dalam penguatan kolaborasi mahasiswa kesehatan serta mengidentifikasi strategi integrasi nilai kerukunan

dengan kompetensi kolaborasi interprofesional. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif melalui studi kepustakaan dengan menelaah literatur akademik, dokumen kebijakan, serta publikasi organisasi internasional yang relevan. Data dianalisis secara deskriptif-kualitatif melalui proses reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Hasil kajian menunjukkan bahwa indikator moderasi beragama, meliputi toleransi, komitmen kebangsaan, antikekerasan, dan sikap akomodatif terhadap budaya lokal, memiliki keterkaitan konseptual dengan kompetensi kolaborasi interprofesional, yaitu nilai dan etika, peran dan tanggung jawab, komunikasi, serta kerja tim. Integrasi nilai tersebut dapat dikembangkan melalui pembelajaran kolaboratif, diskusi kasus, pengabdian masyarakat, dan edukasi kesehatan yang memperhatikan keberagaman sosial budaya. Penelitian ini menyimpulkan bahwa kerukunan antarumat beragama berpotensi menjadi landasan etis untuk memperkuat kolaborasi mahasiswa kesehatan dan mendukung pelayanan yang inklusif. Namun, hubungan tersebut masih memerlukan pengujian empiris untuk menilai penerapannya dalam praktik pendidikan kesehatan.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan masyarakat majemuk yang ditandai oleh keberagaman agama, budaya, bahasa, dan latar belakang sosial. Keragaman tersebut menjadi bagian penting dalam kehidupan pendidikan tinggi karena perguruan tinggi mempertemukan individu dengan pengalaman, identitas, dan pandangan hidup yang berbeda. Dalam lingkungan pendidikan kesehatan, kondisi ini memiliki arti strategis karena mahasiswa tidak hanya mempelajari pengetahuan dan keterampilan sesuai bidang profesinya, tetapi juga dipersiapkan untuk bekerja bersama dalam sistem pelayanan yang melibatkan berbagai disiplin ilmu. Oleh karena itu, kemampuan menghargai perbedaan dan membangun hubungan yang konstruktif menjadi bagian penting dari pembentukan calon tenaga kesehatan yang profesional. Kerukunan antarumat beragama dalam konteks ini tidak semata-mata dipahami sebagai keadaan tanpa konflik, tetapi juga sebagai kemampuan membangun interaksi yang saling menghormati, mengakui kesetaraan, dan bekerja sama untuk mencapai kepentingan bersama (Kementerian Agama Republik Indonesia, 2019; Widyawati et al., 2024).

Pentingnya kerukunan semakin relevan ketika pendidikan kesehatan diarahkan pada penguatan kolaborasi interprofesional. World Health Organization (WHO, 2010) menjelaskan bahwa pendidikan interprofesional berlangsung ketika mahasiswa dari dua atau lebih profesi belajar tentang, dari, dan bersama satu sama lain untuk meningkatkan kolaborasi dan kualitas pelayanan kesehatan.

Pendekatan tersebut mengakui bahwa kebutuhan pasien dan masyarakat sering kali tidak dapat ditangani secara optimal oleh satu profesi saja. Tenaga keperawatan, kebidanan, farmasi, gizi, kesehatan masyarakat, kedokteran, dan profesi terkait memiliki kompetensi serta tanggung jawab yang saling melengkapi. Frenk et al. (2010) menekankan perlunya transformasi pendidikan tenaga kesehatan agar mampu menjawab kebutuhan sistem kesehatan yang semakin saling bergantung. Dengan demikian, pendidikan kesehatan perlu mengembangkan kemampuan bekerja lintas profesi sekaligus membangun sikap menghormati perbedaan identitas dan pandangan di antara anggota tim.

Kerangka kompetensi yang dikembangkan oleh Interprofessional Education Collaborative (IPEC, 2016) menempatkan nilai dan etika, peran dan tanggung jawab, komunikasi interprofesional, serta kerja tim sebagai empat domain utama kolaborasi. Keempat domain tersebut menunjukkan bahwa kolaborasi tidak cukup dibangun melalui penguasaan keterampilan teknis, tetapi juga memerlukan sikap saling menghargai, pemahaman terhadap kontribusi profesi lain, komunikasi yang bertanggung jawab, dan kemampuan menyelesaikan pekerjaan secara kolektif. Pembaruan kerangka kompetensi IPEC pada 2023 juga mempertahankan pentingnya nilai dan etika, kejelasan peran, komunikasi, serta kerja tim dalam praktik kolaboratif (Interprofessional Education Collaborative, 2023). Jika diterapkan dalam pendidikan kesehatan yang mahasiswanya memiliki latar belakang agama

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi pustaka (*library research*) untuk menyusun kerangka konseptual mengenai hubungan antara kerukunan antarumat beragama dan penguatan kolaborasi mahasiswa kesehatan. Pendekatan kualitatif dipilih karena penelitian berfokus pada pemahaman, interpretasi, dan sintesis gagasan dari berbagai sumber tertulis, bukan pada pengukuran variabel secara langsung di lapangan (Sugiyono, 2019). Penelitian dilaksanakan pada Oktober 2026 oleh tiga orang penulis dengan arahan dosen pembimbing.

Sumber data penelitian mencakup buku akademik, artikel jurnal ilmiah, laporan organisasi internasional, dan dokumen kebijakan yang relevan dengan moderasi beragama, kerukunan antarumat beragama, pendidikan interprofesional, serta kolaborasi tenaga kesehatan. Pemilihan sumber dilakukan secara purposif dengan mempertimbangkan relevansi terhadap fokus kajian, kredibilitas penerbit atau lembaga, dan kebaruan publikasi. Penelusuran literatur menggunakan kata kunci “kerukunan antarumat beragama”, “moderasi beragama”, “kolaborasi interprofesional”, “pendidikan interprofesional”, dan “mahasiswa kesehatan”. Kerangka moderasi beragama dari

Kementerian Agama Republik Indonesia (2019) serta kerangka pendidikan interprofesional dari World Health Organization (2010) dan Interprofessional Education Collaborative (2016) digunakan sebagai landasan utama analisis.

Pengumpulan data dilakukan melalui dokumentasi dengan cara mengidentifikasi, membaca, mencatat, dan mengelompokkan informasi yang sesuai dengan tujuan penelitian. Data selanjutnya dianalisis menggunakan model analisis interaktif Miles et al. (2014), yang meliputi kondensasi data, penyajian data, serta penarikan dan verifikasi kesimpulan. Informasi yang terkumpul dikelompokkan berdasarkan indikator kerukunan beragama dan domain kompetensi kolaborasi interprofesional, kemudian disintesiskan untuk mengidentifikasi hubungan konseptual serta strategi penguatan kolaborasi mahasiswa kesehatan. Keabsahan interpretasi dijaga melalui triangulasi sumber dengan membandingkan informasi dari literatur akademik, dokumen kebijakan, dan publikasi organisasi internasional. Karena penelitian ini berbasis studi pustaka, hasilnya bersifat konseptual dan belum dimaksudkan untuk membuktikan hubungan sebab-akibat melalui data empiris.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Hasil studi kepustakaan menunjukkan bahwa kerukunan antarumat beragama memiliki relevansi konseptual dengan penguatan kolaborasi mahasiswa kesehatan, terutama dalam pembentukan sikap saling menghormati, komunikasi terbuka, pembagian tanggung jawab, dan kerja sama dalam memberikan pelayanan kesehatan yang inklusif. Sintesis literatur memperlihatkan bahwa kerukunan tidak hanya berkaitan dengan kemampuan individu menerima perbedaan keyakinan, tetapi juga dapat menjadi landasan etis dalam berinteraksi dengan orang lain yang memiliki latar belakang agama, budaya, dan profesi yang berbeda. Temuan ini sejalan dengan kerangka World Health Organization (WHO, 2010), yang menempatkan pendidikan interprofesional dan praktik kolaboratif sebagai pendekatan penting dalam mempersiapkan tenaga kesehatan untuk bekerja sama secara efektif.

Temuan pertama berkaitan dengan pemahaman kerukunan antarumat beragama dalam lingkungan pendidikan kesehatan. Kerukunan dapat dipahami melalui penerimaan terhadap perbedaan, penghormatan terhadap kebebasan beragama, penolakan terhadap kekerasan, serta kesediaan membangun hubungan sosial secara damai. Dalam konteks pendidikan, nilai-nilai tersebut perlu diwujudkan melalui pengalaman belajar dan interaksi nyata, bukan hanya melalui penyampaian konsep normatif. Mahasiswa kesehatan dapat belajar menghargai perbedaan dengan memberikan

ruang bagi pelaksanaan ibadah, menghindari stereotip terhadap kelompok tertentu, dan mempertimbangkan latar belakang sosial budaya ketika berinteraksi dengan pasien maupun rekan sejawat. Dengan demikian, kerukunan menjadi bagian dari pembentukan etika profesional dan kesiapan mahasiswa untuk bekerja dalam lingkungan pelayanan yang beragam.

Temuan kedua menunjukkan adanya titik temu antara nilai kerukunan dan kompetensi kolaborasi interprofesional. Interprofessional Education Collaborative (IPEC, 2016) mengidentifikasi empat ranah kompetensi utama, yaitu nilai dan etika, peran dan tanggung jawab, komunikasi interprofesional, serta kerja tim. Keempat ranah tersebut dapat dihubungkan secara konseptual dengan indikator moderasi beragama yang dijelaskan oleh Kementerian Agama Republik Indonesia (2019). Pemetaan hubungan tersebut disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Pemetaan Nilai Kerukunan dan Kompetensi Kolaborasi Interprofesional Mahasiswa Kesehatan

Indikator moderasi beragama	Contoh penerapan dalam pendidikan kesehatan	Ranah kompetensi kolaborasi
Toleransi	Menghormati waktu dan pelaksanaan ibadah rekan mahasiswa	Nilai dan etika
Komitmen kebangsaan	Mengikuti kegiatan pengabdian masyarakat lintas agama	Peran dan tanggung jawab
Antikekerasan	Menyelesaikan perbedaan pendapat dalam tim melalui musyawarah	Komunikasi interprofesional
Akomodatif terhadap budaya lokal	Menyesuaikan edukasi kesehatan dengan konteks sosial budaya masyarakat	Kerja tim

Sumber: Sintesis konseptual berdasarkan Kementerian Agama Republik Indonesia (2019) dan IPEC (2016).

Tabel 1 memperlihatkan bahwa nilai kerukunan dapat diterjemahkan menjadi perilaku yang relevan dengan pembelajaran kolaboratif. Toleransi mendukung penghormatan terhadap nilai dan keyakinan anggota tim, sedangkan komitmen kebangsaan dapat diwujudkan melalui kegiatan sosial yang berorientasi pada kepentingan bersama. Sikap antikekerasan relevan dengan penyelesaian konflik secara konstruktif, sementara penghargaan terhadap budaya lokal membantu mahasiswa menyesuaikan komunikasi dan edukasi kesehatan dengan kebutuhan masyarakat. Pemetaan ini merupakan kerangka analitis untuk merancang pembelajaran, bukan instrumen yang telah diuji untuk mengukur kompetensi mahasiswa.

Temuan ketiga berkaitan dengan alur konseptual yang menghubungkan kerukunan dengan pelayanan kesehatan yang inklusif. Gambar 1 dalam draft menggambarkan hubungan berurutan antara kerukunan antarumat beragama, komunikasi terbuka, pembagian peran dan kerja sama, hingga pelayanan kesehatan inklusif. Alur tersebut menunjukkan bahwa nilai kerukunan berpotensi mendukung kolaborasi ketika diterjemahkan menjadi praktik komunikasi dan koordinasi yang nyata.

Komunikasi terbuka memungkinkan anggota tim menyampaikan pandangan dan kebutuhan tanpa rasa takut terhadap diskriminasi. Pembagian peran selanjutnya membantu memperjelas tanggung jawab setiap anggota, sedangkan kerja sama memungkinkan keahlian yang berbeda digunakan untuk mencapai tujuan pelayanan bersama. Arah konseptual ini selaras dengan penekanan WHO (2010) dan IPEC (2016) pada pentingnya komunikasi, kejelasan peran, dan kerja tim dalam praktik kolaboratif.

Secara keseluruhan, hasil kajian menunjukkan bahwa kerukunan antarumat beragama dapat diposisikan sebagai landasan nilai untuk memperkuat pembelajaran kolaboratif mahasiswa kesehatan. Namun, hubungan tersebut masih bersifat konseptual karena penelitian ini tidak melibatkan observasi lapangan atau pengukuran langsung terhadap perilaku mahasiswa. Oleh sebab itu, pemetaan dan alur yang disajikan perlu dipahami sebagai hasil sintesis literatur yang dapat menjadi dasar bagi penelitian empiris selanjutnya.



Gambar 1 menunjukkan alur konseptual yang menempatkan kerukunan sebagai landasan nilai, komunikasi sebagai proses interaksi, dan kerja sama sebagai mekanisme untuk mendukung pelayanan kesehatan yang inklusif. Alur tersebut tidak menyatakan bahwa setiap tahap pasti menghasilkan tahap berikutnya, tetapi menggambarkan hubungan konseptual yang dapat dikaji lebih lanjut melalui penelitian empiris.

Pembahasan

Hasil kajian menunjukkan bahwa kerukunan antarumat beragama dapat dipahami sebagai landasan nilai yang relevan bagi penguatan kolaborasi mahasiswa kesehatan. Relevansi ini terletak pada kesamaan orientasi antara kerukunan dan praktik kolaboratif, yaitu penghormatan terhadap perbedaan, komunikasi yang konstruktif, tanggung jawab bersama, serta pencapaian tujuan yang berorientasi pada kepentingan orang lain. Dalam konteks pelayanan kesehatan, tujuan bersama tersebut diwujudkan melalui upaya memenuhi kebutuhan pasien secara aman dan menyeluruh. World Health Organization (WHO, 2010) menegaskan pentingnya pendidikan interprofesional sebagai pendekatan yang mempersiapkan mahasiswa dari berbagai profesi kesehatan untuk belajar bersama dan mengembangkan kemampuan berkolaborasi. Namun, kerukunan tidak dengan sendirinya menjamin efektivitas kerja tim. Nilai tersebut perlu diterjemahkan menjadi kompetensi, perilaku, dan mekanisme pembelajaran yang dapat diamati.

Keterkaitan tersebut dapat dijelaskan melalui konsep moderasi beragama yang mencakup toleransi, komitmen kebangsaan, penolakan terhadap kekerasan, dan akomodatif terhadap budaya lokal (Kementerian Agama Republik Indonesia, 2019). Keempat indikator ini menyediakan kerangka untuk memahami bagaimana penghormatan terhadap keberagaman dapat diterapkan dalam pendidikan kesehatan. Toleransi, misalnya, dapat diwujudkan melalui penghormatan terhadap keyakinan dan kebutuhan ibadah rekan mahasiswa maupun pasien. Komitmen kebangsaan dapat mendorong kerja sama lintas kelompok dalam kegiatan kesehatan masyarakat, sedangkan sikap antikekerasan mendukung penyelesaian perbedaan secara damai. Adapun sikap akomodatif terhadap budaya lokal relevan dengan penyesuaian komunikasi kesehatan terhadap nilai dan kebiasaan masyarakat. Meskipun demikian, indikator moderasi beragama tersebut tidak identik dengan kompetensi profesional; keduanya perlu dihubungkan secara hati-hati melalui tujuan dan pengalaman pembelajaran yang jelas.

Pemetaan dalam Tabel 1 memperlihatkan titik temu konseptual antara indikator moderasi beragama dan empat ranah kompetensi dalam kerangka Interprofessional Education Collaborative (IPEC, 2016), yaitu nilai dan etika, peran dan tanggung jawab, komunikasi interprofesional, serta kerja tim. Kesamaan ini mendukung gagasan bahwa pendidikan karakter dan pendidikan kolaboratif dapat dirancang secara saling melengkapi. Barr (2002) menjelaskan pentingnya pendidikan interprofesional dalam mempersiapkan tenaga kesehatan untuk bekerja melintasi batas profesi. Oandasan dan Reeves (2005) juga membahas hubungan antara pendidikan interprofesional dan

praktik kolaboratif, termasuk perlunya memperhatikan faktor individu, organisasi, serta lingkungan pembelajaran. Dengan demikian, penguatan kerukunan sebaiknya tidak berhenti pada penyampaian materi tentang toleransi, tetapi dimasukkan ke dalam kegiatan yang mengharuskan mahasiswa bekerja bersama, memahami peran masing-masing, dan menyelesaikan masalah secara kolektif.

Secara teoretis, hubungan kerukunan dengan interaksi lintas kelompok dapat dijelaskan melalui teori kontak antarkelompok. Allport (1954) mengemukakan bahwa interaksi antarkelompok berpotensi mengurangi prasangka apabila berlangsung dalam kondisi yang mendukung hubungan positif. Berdasarkan meta-analisis terhadap 713 sampel independen dari 515 penelitian, Pettigrew dan Tropp (2006) menemukan bahwa kontak antarkelompok pada umumnya berkaitan dengan penurunan prasangka. Pettigrew dan Tropp (2008) selanjutnya mengidentifikasi pengetahuan mengenai kelompok lain, penurunan kecemasan dalam interaksi, serta peningkatan empati dan pengambilan perspektif sebagai mekanisme yang dapat menjelaskan hubungan tersebut. Dalam pendidikan kesehatan, temuan ini memberi dasar untuk mengembangkan proyek lintas program studi, simulasi pelayanan, dan pengabdian masyarakat yang mempertemukan mahasiswa dengan latar belakang berbeda. Kendati demikian, interaksi saja tidak selalu menghasilkan kerukunan; pengalaman diskriminatif atau ketimpangan status justru dapat menghambat terbentuknya hubungan positif.

Aspek komunikasi menjadi penghubung penting antara nilai kerukunan dan pelaksanaan kolaborasi. Mahasiswa yang mampu menghormati perbedaan perlu pula mengembangkan keterampilan menyampaikan informasi, mendengarkan pandangan profesional lain, dan menyelesaikan ketidaksepakatan tanpa merendahkan pihak lain. Reeves et al. (2017) menempatkan kerja tim interprofesional sebagai unsur penting dalam pengembangan praktik kolaboratif, sedangkan Morley dan Cashell (2017) menyoroti peran komunikasi dalam kolaborasi antarprofesi kesehatan. Hall (2005) menunjukkan bahwa perbedaan budaya profesional dapat menjadi sumber tantangan dalam kolaborasi tenaga kesehatan. Karena itu, sikap saling menghormati perlu disertai kemampuan komunikasi yang terstruktur, kejelasan peran, dan kesediaan memeriksa asumsi pribadi. Dalam hal ini, kerukunan berfungsi sebagai landasan etis, sedangkan komunikasi menjadi sarana praktis untuk mewujudkannya.

Dimensi budaya juga penting karena pelayanan kesehatan berlangsung dalam masyarakat yang memiliki beragam bahasa, kebiasaan, nilai, dan keyakinan. Seeleman et al. (2009) mengembangkan kerangka kompetensi budaya untuk pembelajaran kedokteran yang menekankan

pentingnya mengenali dan merespons keberagaman dalam pelayanan. Betancourt et al. (2003) membahas relevansi kompetensi budaya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, sementara Saha et al. (2008) menyoroti pentingnya budaya dalam hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien. Truong et al. (2014), melalui tinjauan sistematis, mengidentifikasi berbagai pendekatan untuk meningkatkan kompetensi budaya dalam pelayanan kesehatan. Literatur tersebut memperkuat interpretasi bahwa sikap akomodatif terhadap budaya lokal dapat mendukung komunikasi yang lebih sesuai dengan kebutuhan pasien. Akan tetapi, penghormatan terhadap budaya tidak berarti menerima semua praktik tanpa pertimbangan kritis; keputusan klinis tetap perlu berlandaskan bukti ilmiah, keselamatan pasien, hak individu, dan standar profesi.

Penguatan kolaborasi juga memerlukan rancangan pendidikan yang sistematis. Thistlethwaite (2012) menekankan perlunya kejelasan mengenai tujuan, metode, dan evaluasi pendidikan interprofesional. Nancarrow et al. (2013) mengidentifikasi sejumlah prinsip yang mendukung kerja tim interdisipliner, termasuk tujuan bersama, kejelasan peran, komunikasi, dan kepemimpinan yang sesuai. Temuan empiris tentang pendidikan interprofesional juga menunjukkan hasil yang menjanjikan, tetapi tidak sepenuhnya seragam. Spaulding et al. (2021) melaporkan bahwa sebagian besar studi dalam tinjauan mereka menunjukkan perbaikan sikap terhadap profesi lain, sedangkan hasil mengenai pengembangan keterampilan kolaboratif lebih bervariasi. Meta-analisis Saragih et al. (2024) menemukan peningkatan pada sikap saling menghormati dan pengetahuan interprofesional setelah intervensi pendidikan interprofesional. Sementara itu, Mattiazzi et al. (2024) menelaah luaran perilaku pendidikan interprofesional dalam konteks klinis dan menunjukkan pentingnya menilai penerapan pembelajaran dalam praktik. Keseluruhan bukti ini mendukung pengembangan kegiatan kolaboratif, tetapi tidak membuktikan secara langsung bahwa moderasi beragama menjadi penyebab peningkatan kompetensi tersebut.

Dari sisi keselamatan pasien, kolaborasi yang efektif penting karena keputusan pelayanan sering membutuhkan kontribusi dari berbagai profesi. Institute of Medicine (2001) menempatkan keselamatan pasien sebagai persoalan mendasar dalam mutu sistem kesehatan. Kohn et al. (2000) juga menekankan perlunya pendekatan sistematis untuk mengurangi kesalahan pelayanan. Edmondson (1999), dalam penelitian mengenai tim kerja, memperkenalkan konsep keamanan psikologis yang berkaitan dengan kesediaan anggota untuk berbicara, mengakui kesalahan, dan mengajukan pertanyaan tanpa takut dipermalukan. Dalam konteks mahasiswa kesehatan, lingkungan belajar yang menghormati perbedaan berpotensi mendukung keterbukaan tersebut. Namun,

keamanan psikologis harus dibangun melalui kepemimpinan, aturan interaksi, dan budaya pembelajaran yang konsisten, bukan diasumsikan muncul hanya karena mahasiswa memiliki sikap toleran.

Alur pada Gambar 1 merangkum sintesis konseptual tersebut melalui tahapan kerukunan, komunikasi terbuka, pembagian peran dan kerja sama, hingga pelayanan kesehatan inklusif. Alur ini sejalan dengan orientasi WHO (2016) mengenai pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berpusat pada manusia. Meski demikian, hubungan antarunsur perlu dipahami sebagai model konseptual, bukan rangkaian sebab-akibat yang telah teruji. Kerukunan dapat menjadi kondisi pendukung, tetapi pelaksanaannya dipengaruhi pula oleh kurikulum, dukungan institusi, kompetensi dosen, pengalaman klinis, dan kesempatan berinteraksi lintas profesi.

Keterbatasan utama kajian ini adalah penggunaan studi kepustakaan sehingga belum tersedia data langsung mengenai sikap, perilaku, atau kompetensi kolaborasi mahasiswa kesehatan. Oleh karena itu, penelitian lanjutan dapat menguji model ini melalui studi campuran, observasi kerja tim, wawancara, atau instrumen penilaian kompetensi interprofesional yang sesuai. Pengujian tersebut diperlukan untuk mengetahui apakah pembelajaran yang mengintegrasikan nilai kerukunan benar-benar berkaitan dengan perubahan komunikasi, pemahaman peran, dan perilaku kolaboratif. Dengan demikian, kontribusi utama kajian ini adalah menawarkan kerangka konseptual untuk mempertemukan moderasi beragama dan pendidikan interprofesional, sekaligus menegaskan bahwa nilai etis perlu didukung oleh kompetensi profesional dan evaluasi empiris.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil studi kepustakaan, dapat disimpulkan bahwa kerukunan antarumat beragama memiliki relevansi konseptual dalam penguatan kolaborasi mahasiswa kesehatan. Kerukunan tidak hanya berkaitan dengan terciptanya hubungan sosial yang damai, tetapi juga mencakup penghormatan terhadap perbedaan keyakinan, penerimaan terhadap keberagaman budaya, komunikasi yang terbuka, dan kesediaan bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama. Dalam lingkungan pendidikan kesehatan, nilai-nilai tersebut dapat menjadi landasan etis bagi mahasiswa untuk membangun hubungan profesional yang saling menghormati, menghindari diskriminasi, serta mengutamakan kepentingan pasien dan masyarakat.

Kajian ini menunjukkan bahwa indikator moderasi beragama, meliputi toleransi, komitmen kebangsaan, antikekerasan, dan sikap akomodatif terhadap budaya lokal, dapat dipetakan secara konseptual dengan kompetensi kolaborasi interprofesional. Pemetaan tersebut mencakup nilai dan

etika, peran dan tanggung jawab, komunikasi interprofesional, serta kerja tim. Integrasi kedua kerangka ini berpotensi memperkaya pembelajaran mahasiswa kesehatan melalui kegiatan kolaboratif lintas latar belakang, pengabdian masyarakat, diskusi kasus, dan edukasi kesehatan yang mempertimbangkan konteks sosial budaya. Dengan demikian, pendidikan kesehatan dapat menjadi ruang untuk mengembangkan kompetensi profesional sekaligus membentuk sikap inklusif dan tanggung jawab sosial.

Meskipun demikian, hubungan antara kerukunan antarumat beragama dan peningkatan kolaborasi mahasiswa kesehatan dalam kajian ini masih bersifat konseptual. Penelitian berbasis studi kepustakaan belum dapat membuktikan bahwa penguatan nilai kerukunan secara langsung meningkatkan efektivitas kerja tim atau kualitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, penelitian selanjutnya perlu menguji kerangka konseptual tersebut melalui studi empiris pada mahasiswa dari berbagai program studi kesehatan. Pengujian dapat dilakukan dengan mengamati perilaku komunikasi, penyelesaian konflik, pembagian tanggung jawab, dan kemampuan bekerja dalam tim yang beragam. Penelitian lanjutan juga diperlukan untuk mengembangkan indikator evaluasi yang valid dan sesuai dengan konteks pendidikan kesehatan di Indonesia. Pada akhirnya, integrasi nilai kerukunan dan kompetensi kolaborasi diharapkan dapat mendukung pembentukan tenaga kesehatan yang profesional, menghargai martabat manusia, dan mampu memberikan pelayanan yang inklusif kepada seluruh lapisan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley.

Barr, H. (2002). Interprofessional education: Today, yesterday and tomorrow. *Learning and Teaching Support Network for Health Sciences and Practice*.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O., II. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports, 118*(4), 293–302. https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293

Dyess, A. L., Brown, J. S., Brown, N. D., Flautt, K. M., & Barnes, L. J. (2019). Impact of interprofessional education on students of the health professions: A systematic review. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions, 16*, Article 33. https://doi.org/10.3352/jeehp.2019.16.33

Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly, 44*(2), 350–383. https://doi.org/10.2307/2666999

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century:

Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet, 376*(9756), 1923–1958. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care, 19*(sup1), 188–196. https://doi.org/10.1080/13561820500081745

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press.

Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. https://www.ipecollaborative.org/assets/2016-Update.pdf

Interprofessional Education Collaborative. (2016). Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. https://www.ipecollaborative.org/assets/2016-Update.pdf

Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Interprofessional Education Collaborative.

Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Interprofessional Education Collaborative.

Interprofessional Education Collaborative. (2023). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Version 3*. Interprofessional Education Collaborative. https://www.ipecollaborative.org/

Junaedi, E. (2019). Inilah moderasi beragama perspektif Kementerian Agama. *Jurnal Multikultural & Multireligius, 18*(2), 391–400. https://doi.org/10.32488/harmoni.v18i2.414

Kementerian Agama Republik Indonesia. (2019). Moderasi beragama. Badan Litbang dan Diklat Kementerian Agama Republik Indonesia.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press. https://doi.org/10.17226/9728

Mattiazzi, S., Cottrell, N., Ng, N., & Beckman, E. (2024). Behavioural outcomes of interprofessional education within clinical settings for health professional students: A systematic literature review. *Journal of Interprofessional Care, 38*(2), 294–307. https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2170994

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.

Morley, L., & Cashell, A. (2017). Collaboration in health care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences, 48*(2), 207–216. https://doi.org/10.1016/j.jmir.2017.02.071

Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health, 11*, Article 19. https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19

Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care, 19*(sup1), 21–38. https://doi.org/10.1080/13561820500083550

Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 90(5), 751–783. https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751

Qomusuddin, I. F., Latifah, S., & Erihadiana, M. (2025). Determinants of students' religious moderation in Indonesian Islamic higher education: A confirmatory factor analysis approach. *Harmoni*. https://doi.org/10.32488/harmoni.v24i1.816

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD000072. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3

Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association, 100*(11), 1275–1285.

Saragih, I. D., Hsiao, C.-T., Fann, W.-C., Hsu, C.-M., Saragih, I. S., & Lee, B.-O. (2024). Impacts of interprofessional education on collaborative practice of healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today, 136*, Article 106136. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106136

Seeleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2009). Cultural competence: A conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education, 43*(3), 229–237. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x

Spaulding, E. M., Marvel, F. A., Jacob, E., Rahman, A., Hansen, B. R., Hanyok, L. A., & Martin, S. S. (2021). Interprofessional education and collaboration among healthcare students and professionals: A systematic review and call for action. *Journal of Interprofessional Care, 35*(4), 612–621. https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1697214

Sugiyono. (2019). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.

Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: A review of context, learning and the research agenda. *Medical Education, 46*(1), 58–70. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x

Tropp, L. R., & Pettigrew, T. F. (2005). Relationships between intergroup contact and prejudice among minority and majority status groups. *Psychological Science, 16*(12), 951–957. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01643.x

Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: A systematic review of reviews. *BMC Health Services Research, 14*, Article 99. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99

Widyawati, F., Lon, Y. S., Midun, H., & Ungkang, M. (2024). The model of interfaith pluralism among university communities in East Nusa Tenggara, Indonesia. *Religious: Jurnal Studi Agama-Agama dan Lintas Budaya, 8*(3). https://doi.org/10.15575/rjsalb.v8i3.30360

World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. World Health Organization.