



Kelas Sosial, Kemiskinan, Dan Eksklusi Sosial Dalam Ketimpangan Kesehatan: Tinjauan Sosiologi Kesehatan

Akhiruddin¹, Muhammad Syukur², Firdaus W Suhaeb³

¹Program Studi Pendidikan Sosiologi, Universitas Megarezky

^{2,3}Program Studi Pendidikan Sosiologi, Universitas Negeri Makassar

akhiruddin14@unimerz.ac.id / muh.syukur@unm.ac.id / firdaus.w.suhaeb@unm.ac.id

Abstrak

Ketimpangan kesehatan merupakan isu global yang tidak hanya berkaitan dengan faktor biologis, tetapi juga dipengaruhi oleh struktur sosial. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara kelas sosial, kemiskinan, dan eksklusi sosial dalam membentuk ketimpangan kesehatan melalui perspektif sosiologi kesehatan. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi literatur terhadap berbagai sumber ilmiah, termasuk jurnal internasional, buku teori sosiologi, serta laporan lembaga global. Hasil kajian menunjukkan bahwa kelas sosial merupakan determinan struktural utama yang memengaruhi distribusi sumber daya kesehatan, baik dalam bentuk akses terhadap layanan medis, kondisi lingkungan, maupun gaya hidup. Kemiskinan memperkuat ketimpangan tersebut melalui keterbatasan kapabilitas individu dalam memenuhi kebutuhan dasar, seperti gizi, sanitasi, dan pendidikan. Sementara itu, eksklusi sosial memperdalam ketimpangan melalui mekanisme marginalisasi, diskriminasi, serta hambatan administratif dan geografis dalam akses layanan kesehatan. Ketiga faktor tersebut saling berinteraksi dan membentuk siklus ketimpangan kesehatan yang bersifat sistemik dan berkelanjutan. Penelitian ini juga menemukan bahwa ketimpangan kesehatan tidak dapat dijelaskan hanya melalui faktor individu, tetapi harus dipahami sebagai hasil dari struktur sosial dan distribusi kekuasaan dalam masyarakat. Oleh karena itu, upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat memerlukan pendekatan struktural yang mencakup reformasi kebijakan sosial, penguatan jaminan kesehatan universal, peningkatan literasi kesehatan, serta pengurangan kemiskinan. Penelitian ini memberikan kontribusi teoretis dalam pengembangan kajian sosiologi kesehatan serta implikasi praktis bagi perumusan kebijakan kesehatan yang lebih adil dan inklusif, khususnya di negara berkembang.

Kata Kunci: Kelas Sosial; Kemiskinan; Eksklusi Sosial; Ketimpangan Kesehatan; Determinan Sosial Kesehatan

1. Pendahuluan

Ketimpangan kesehatan tetap menjadi persoalan mendasar dalam pembangunan global maupun nasional, meskipun berbagai intervensi kebijakan telah dilakukan untuk memperluas akses layanan kesehatan. Berbagai studi menunjukkan bahwa peningkatan cakupan layanan kesehatan tidak secara otomatis menghilangkan kesenjangan kesehatan antar kelompok sosial. Hal ini mengindikasikan bahwa akar persoalan ketimpangan kesehatan tidak hanya terletak pada aspek medis, tetapi juga pada struktur sosial yang mengatur distribusi sumber daya dan peluang dalam masyarakat (World Health Organization [WHO], 2008). Dengan demikian, ketimpangan kesehatan perlu dipahami sebagai fenomena struktural yang berakar pada relasi sosial-ekonomi yang tidak setara. Sejumlah penelitian terdahulu telah mengkaji hubungan antara kelas sosial dan kesehatan dengan menunjukkan adanya pola *social gradient in health*, yaitu hubungan sistematis antara posisi sosial dan status kesehatan (Marmot, 2004). Studi-studi tersebut menegaskan bahwa individu dengan posisi sosial lebih rendah memiliki risiko kesehatan yang lebih tinggi, bahkan dalam konteks sistem kesehatan yang relatif merata. Selain itu, kajian berbasis teori konflik menyoroti bahwa ketimpangan kesehatan merupakan konsekuensi dari distribusi sumber daya yang tidak merata dalam sistem ekonomi (Navarro, 2009). Sementara itu, pendekatan berbasis modal sosial dan budaya menunjukkan bahwa akses terhadap kesehatan juga dipengaruhi oleh kemampuan individu dalam memanfaatkan pengetahuan dan jaringan sosial (Bourdieu, 1986).

Di sisi lain, penelitian mengenai kemiskinan dan kesehatan cenderung menekankan pada keterbatasan akses terhadap kebutuhan dasar dan layanan kesehatan (World Bank, 2020). Pendekatan kapabilitas yang dikembangkan oleh Sen (1999) memperluas perspektif ini dengan menekankan bahwa kemiskinan merupakan keterbatasan kebebasan substantif untuk mencapai kondisi hidup yang sehat. Namun demikian, sebagian besar penelitian tersebut masih melihat kemiskinan sebagai variabel tunggal tanpa mengintegrasikannya secara sistematis dengan dimensi kelas sosial dan eksklusi sosial dalam satu kerangka analisis yang komprehensif, (Syahird, et al., 2025).

Sementara itu, kajian tentang eksklusi sosial dalam kesehatan menunjukkan bahwa kelompok marginal sering kali menghadapi hambatan non-ekonomi dalam mengakses layanan kesehatan, seperti diskriminasi, stigma, serta kendala administratif dan geografis (Silver, 1994; Bamba, 2011). Perspektif ini menekankan bahwa ketimpangan kesehatan tidak hanya disebabkan oleh kekurangan sumber daya, tetapi juga oleh mekanisme sosial yang secara aktif mengucilkan kelompok tertentu dari sistem pelayanan kesehatan. Meskipun demikian, kajian eksklusi sosial sering berkembang secara terpisah dari analisis kelas sosial dan kemiskinan, sehingga belum sepenuhnya menjelaskan interaksi antar ketiga faktor tersebut, (Akhiruddin, et al., 2025).

Berdasarkan telaah terhadap penelitian terdahulu, terdapat celah kajian (research gap) yang cukup signifikan. Pertama, sebagian besar studi masih bersifat parsial dengan memisahkan analisis kelas sosial, kemiskinan, dan eksklusi sosial, sehingga belum mampu menjelaskan hubungan interdependen antar ketiganya dalam membentuk ketimpangan kesehatan. Kedua, penelitian yang mengintegrasikan ketiga variabel tersebut dalam perspektif sosiologi kesehatan masih terbatas, khususnya dalam konteks negara berkembang. Ketiga, pendekatan yang digunakan dalam banyak studi cenderung berfokus pada aspek empiris tanpa memberikan sintesis teoretis yang komprehensif untuk menjelaskan mekanisme struktural yang mendasari ketimpangan kesehatan.

Berangkat dari gap tersebut, penelitian ini menawarkan kebaruan (novelty) berupa integrasi tiga dimensi utama—kelas sosial, kemiskinan, dan eksklusi sosial—dalam satu kerangka analisis sosiologi kesehatan yang bersifat holistik. Penelitian ini tidak hanya mengidentifikasi masing-masing faktor sebagai determinan kesehatan, tetapi juga menganalisis bagaimana ketiganya saling berinteraksi dan memperkuat ketimpangan kesehatan secara sistemik. Dengan demikian, penelitian ini berupaya mengisi kekosongan dalam literatur dengan menghadirkan sintesis teoretis yang menghubungkan perspektif konflik, stratifikasi sosial, kapabilitas, dan eksklusi sosial dalam satu kerangka konseptual yang terintegrasi.

Selain itu, dalam konteks Indonesia, kajian mengenai ketimpangan kesehatan masih didominasi oleh pendekatan kebijakan dan epidemiologis, sementara pendekatan sosiologis yang menekankan struktur sosial dan relasi kekuasaan relatif kurang berkembang. Padahal, ketimpangan kesehatan di Indonesia menunjukkan pola yang kompleks, ditandai oleh perbedaan akses layanan antara wilayah, kelompok sosial ekonomi, serta kelompok rentan lainnya. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan analitis yang mampu menjelaskan ketimpangan tersebut tidak hanya sebagai persoalan teknis pelayanan kesehatan, tetapi sebagai hasil dari struktur sosial yang lebih luas, (Akhiruddin, et al., 2026).

Berdasarkan latar belakang dan celah penelitian tersebut, pertanyaan utama dalam penelitian ini adalah: bagaimana interaksi antara kelas sosial, kemiskinan, dan eksklusi sosial dalam membentuk ketimpangan kesehatan dalam perspektif sosiologi kesehatan. Sejalan dengan pertanyaan tersebut, tujuan penelitian ini adalah untuk: (a) Menganalisis peran kelas sosial dalam membentuk distribusi kesehatan; (b) Mengkaji pengaruh kemiskinan terhadap keterbatasan kapabilitas kesehatan; (c) Mengidentifikasi mekanisme eksklusi sosial dalam akses layanan kesehatan; (d) Mensintesis hubungan interdependen antara kelas sosial, kemiskinan, dan eksklusi sosial dalam membentuk ketimpangan kesehatan. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi teoretis dalam pengembangan kajian sosiologi kesehatan, sekaligus memberikan dasar konseptual bagi perumusan kebijakan kesehatan yang lebih adil dan inklusif.

2. Metode Penelitian

2.1 Jenis dan Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi literatur (*library research*). Pendekatan kualitatif dipilih karena penelitian ini berfokus pada eksplorasi konseptual dan analisis mendalam terhadap hubungan antara kelas sosial, kemiskinan, dan eksklusi sosial dalam ketimpangan kesehatan. Dalam paradigma kualitatif, realitas sosial dipahami sebagai konstruksi yang kompleks dan dinamis, sehingga memerlukan interpretasi yang komprehensif terhadap berbagai fenomena sosial yang saling berkaitan (Creswell, 2014). Metode studi literatur memungkinkan peneliti untuk mengkaji, membandingkan, dan mensintesis berbagai teori serta temuan empiris yang telah ada, sehingga menghasilkan pemahaman yang lebih utuh mengenai topik penelitian (Snyder, 2019).

Lebih lanjut, studi literatur tidak hanya berfungsi sebagai sarana pengumpulan informasi, tetapi juga sebagai metode analisis yang memungkinkan peneliti mengidentifikasi pola, hubungan, dan kesenjangan dalam kajian ilmiah sebelumnya. Dengan demikian, pendekatan ini sangat relevan untuk penelitian yang bertujuan membangun kerangka teoretis integratif dalam bidang sosiologi kesehatan, khususnya terkait determinan sosial kesehatan dan ketimpangan struktural (Booth et al., 2016).

2.2 Sumber dan Kriteria Data

Sumber data dalam penelitian ini bersifat sekunder, yang diperoleh dari berbagai literatur ilmiah yang kredibel dan relevan dengan topik penelitian. Literatur yang digunakan meliputi jurnal ilmiah internasional terindeks Scopus dan Web of Science, buku teori sosiologi klasik dan kontemporer, serta laporan resmi dari lembaga internasional seperti World Health Organization (WHO) dan World Bank. Penggunaan sumber-sumber tersebut bertujuan untuk

memastikan bahwa analisis yang dilakukan didasarkan pada pengetahuan ilmiah yang telah teruji dan diakui secara akademik (Hart, 2018).

Pemilihan literatur dilakukan berdasarkan kriteria inklusi yang ketat, yaitu relevansi langsung dengan tema penelitian, kualitas publikasi (peer-reviewed), kejelasan metodologi, serta kontribusi terhadap pengembangan teori atau pemahaman empiris mengenai ketimpangan kesehatan. Selain itu, literatur yang digunakan diutamakan berasal dari rentang waktu 1990 hingga 2023 untuk menjaga keseimbangan antara landasan teori klasik dan perkembangan penelitian terbaru. Pendekatan ini penting untuk memastikan bahwa kajian yang dilakukan tidak hanya bersifat historis, tetapi juga kontekstual dan aktual (Petticrew & Roberts, 2006).

2.3 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan melalui penelusuran literatur secara sistematis menggunakan berbagai basis data akademik, seperti Google Scholar, Scopus, Web of Science, dan PubMed. Proses penelusuran dilakukan dengan menggunakan kata kunci yang relevan dengan topik penelitian, antara lain *social determinants of health*, *social class and health inequality*, *poverty and health outcomes*, serta *social exclusion in healthcare*. Penggunaan kata kunci ini bertujuan untuk memperoleh literatur yang spesifik dan sesuai dengan fokus penelitian (Xiao & Watson, 2019).

Tahapan pengumpulan data dilakukan secara bertahap, dimulai dari identifikasi judul dan abstrak yang relevan, kemudian dilanjutkan dengan pembacaan teks penuh (*full-text review*) untuk memastikan kesesuaian isi dengan tujuan penelitian. Selanjutnya, dilakukan proses seleksi dan penyaringan literatur berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Literatur yang terpilih kemudian diklasifikasikan berdasarkan tema, pendekatan teoretis, dan temuan empiris. Proses ini dilakukan secara sistematis untuk meminimalkan bias seleksi dan memastikan bahwa data yang digunakan representatif terhadap kajian yang ada (Tranfield et al., 2003).

2.4 Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan melalui kombinasi analisis isi (*content analysis*) dan analisis tematik (*thematic analysis*). Analisis isi digunakan untuk mengidentifikasi konsep-konsep utama, kategori, serta pola argumentasi yang terdapat dalam literatur yang dikaji. Metode ini memungkinkan peneliti untuk mengekstraksi makna dari teks secara sistematis dan objektif (Krippendorff, 2018).

Selanjutnya, analisis tematik digunakan untuk mengelompokkan temuan ke dalam tema-tema utama yang relevan dengan fokus penelitian, seperti kelas sosial dan stratifikasi kesehatan, kemiskinan sebagai determinan struktural, serta eksklusi sosial dalam akses layanan kesehatan. Analisis tematik membantu peneliti dalam memahami hubungan antarvariabel serta mengidentifikasi pola-pola yang muncul dalam berbagai konteks penelitian (Braun & Clarke, 2006).

Tahap akhir analisis dilakukan melalui sintesis teoretis, yaitu mengintegrasikan berbagai perspektif teori yang telah diidentifikasi ke dalam kerangka analisis yang koheren. Sintesis ini mencakup penggabungan teori Marxian, Weberian, determinan sosial kesehatan, *capability approach*, serta *fundamental cause theory* untuk menjelaskan secara komprehensif ketimpangan kesehatan. Proses ini memungkinkan penelitian menghasilkan kontribusi konseptual yang lebih mendalam dibandingkan sekadar ringkasan literatur (Snyder, 2019).

2.5 Validitas dan Keabsahan Data

Untuk memastikan validitas dan keabsahan data, penelitian ini menggunakan beberapa strategi, yaitu triangulasi sumber, konsistensi teoretis, dan evaluasi kritis terhadap literatur. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan berbagai jenis sumber data, seperti jurnal ilmiah, buku teori, dan laporan lembaga internasional, untuk memperoleh gambaran yang lebih komprehensif dan mengurangi bias perspektif tunggal (Creswell, 2014). Selain itu, konsistensi teoretis dijaga dengan memastikan bahwa seluruh konsep dan kerangka analisis yang digunakan selaras dengan teori-teori yang telah diakui dalam bidang sosiologi kesehatan. Evaluasi kritis terhadap literatur juga dilakukan untuk menilai kekuatan dan keterbatasan masing-masing sumber, sehingga analisis yang dihasilkan tidak bersifat normatif, melainkan reflektif dan argumentatif (Hart, 2018).

Dengan menerapkan strategi tersebut, penelitian ini diharapkan memiliki tingkat kredibilitas dan reliabilitas yang tinggi, serta mampu memberikan kontribusi ilmiah yang signifikan dalam memahami ketimpangan kesehatan dari perspektif sosiologi.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Kelas Sosial dan Ketimpangan Kesehatan

Hasil kajian literatur menunjukkan bahwa kelas sosial merupakan determinan struktural yang sangat kuat dalam menjelaskan ketimpangan kesehatan. Dalam perspektif klasik, Karl Marx menempatkan kelas sosial sebagai hasil relasi produksi dalam sistem kapitalisme, yang menghasilkan distribusi sumber daya yang timpang antara kelas pemilik modal dan kelas pekerja (Marx, 1976). Ketimpangan ini berdampak langsung pada akses terhadap determinan kesehatan seperti perumahan, nutrisi, dan layanan medis.

Pendekatan ini diperkuat oleh perspektif Max Weber yang melihat stratifikasi sosial tidak hanya berdasarkan ekonomi, tetapi juga status dan kekuasaan. Dalam konteks kesehatan, status sosial memengaruhi gaya hidup, pola konsumsi, serta kemampuan individu dalam mengakses layanan kesehatan (Weber, 1978). Lebih lanjut, Pierre Bourdieu melalui konsep modal ekonomi, sosial, dan budaya menjelaskan bahwa ketimpangan kesehatan juga dipengaruhi oleh distribusi pengetahuan dan jaringan sosial (Bourdieu, 1986).

Studi empiris yang dilakukan oleh Michael Marmot melalui *Whitehall Studies* menunjukkan adanya gradien sosial dalam kesehatan, di mana individu dengan posisi sosial lebih rendah memiliki risiko kematian lebih tinggi, bahkan dalam sistem kesehatan yang relatif merata (Marmot, 2004). Temuan ini menegaskan bahwa ketimpangan kesehatan bersifat sistemik dan tidak semata-mata disebabkan oleh perbedaan akses layanan medis.

Selain itu, penelitian oleh Wilkinson dan Pickett (2009) menunjukkan bahwa ketimpangan pendapatan dalam suatu masyarakat berhubungan dengan meningkatnya prevalensi penyakit kronis, gangguan mental, dan rendahnya harapan hidup. Dengan demikian, kelas sosial berfungsi sebagai mekanisme distribusi risiko kesehatan yang bekerja secara konsisten dalam berbagai konteks sosial.

3.2 Kemiskinan sebagai Determinan Kesehatan

Kemiskinan merupakan determinan kunci yang memperkuat ketimpangan kesehatan melalui berbagai mekanisme. Individu yang hidup dalam kemiskinan menghadapi keterbatasan akses terhadap kebutuhan dasar seperti makanan bergizi, air bersih, sanitasi, dan layanan kesehatan (World Bank, 2020). Kondisi ini meningkatkan kerentanan terhadap penyakit menular, malnutrisi, serta gangguan kesehatan mental.

Dalam pendekatan kapabilitas, Amartya Sen menekankan bahwa kemiskinan adalah keterbatasan kemampuan untuk menjalani kehidupan yang sehat dan bermakna (Sen, 1999). Perspektif ini memperluas pemahaman kemiskinan dari sekadar kekurangan pendapatan menjadi keterbatasan kebebasan substantif.

Konsep *structural violence* yang dikemukakan oleh Paul Farmer menjelaskan bahwa struktur sosial yang tidak adil dapat menyebabkan penderitaan kesehatan secara sistematis (Farmer, 2004). Misalnya, individu miskin sering kali terpapar lingkungan yang tidak sehat, bekerja dalam kondisi berisiko tinggi, dan memiliki akses terbatas terhadap layanan kesehatan berkualitas.

Penelitian terbaru menunjukkan bahwa kemiskinan juga berkorelasi dengan peningkatan penyakit tidak menular seperti diabetes dan hipertensi, yang disebabkan oleh pola konsumsi yang tidak sehat dan keterbatasan akses terhadap layanan pencegahan (Braveman & Gottlieb, 2014). Oleh karena itu, kemiskinan berfungsi sebagai determinan multipel yang memengaruhi kesehatan melalui jalur ekonomi, sosial, dan lingkungan.

3.3 Eksklusi Sosial dalam Akses Kesehatan

Eksklusi sosial merupakan proses multidimensional yang menyebabkan individu atau kelompok terpinggirkan dari akses terhadap sumber daya kesehatan (Silver, 1994). Dalam konteks kesehatan, eksklusi dapat terjadi dalam bentuk diskriminasi, hambatan administratif, serta keterbatasan geografis.

Pendekatan Michel Foucault melalui konsep biopolitik menunjukkan bahwa sistem kesehatan tidak netral, melainkan dipengaruhi oleh relasi kekuasaan yang menentukan siapa yang mendapatkan akses dan siapa yang dikecualikan (Foucault, 1978). Dalam praktiknya, kelompok marginal seperti masyarakat adat, penyandang disabilitas, dan pekerja informal sering kali mengalami hambatan dalam mengakses layanan kesehatan.

Selain itu, rendahnya literasi kesehatan juga menjadi faktor yang memperkuat eksklusi sosial. Individu dengan tingkat pendidikan rendah cenderung kesulitan memahami informasi kesehatan dan prosedur administratif, sehingga tidak dapat memanfaatkan layanan yang tersedia (Nutbeam, 2008).

Penelitian oleh Bambra (2011) menunjukkan bahwa negara dengan sistem kesejahteraan yang lemah cenderung memiliki tingkat eksklusi sosial yang lebih tinggi, yang berdampak pada ketimpangan kesehatan yang lebih besar. Hal ini menunjukkan pentingnya peran kebijakan publik dalam mengurangi eksklusi sosial.

3.4 Interaksi Kelas Sosial, Kemiskinan, dan Eksklusi Sosial

Hasil analisis menunjukkan bahwa kelas sosial, kemiskinan, dan eksklusi sosial tidak berdiri sendiri, melainkan saling berinteraksi dalam membentuk ketimpangan kesehatan. Kelas sosial rendah meningkatkan risiko kemiskinan, kemiskinan memperbesar kemungkinan eksklusi sosial, dan eksklusi sosial memperburuk akses terhadap layanan kesehatan.

Pendekatan *intersectionality* menjelaskan bahwa ketimpangan kesehatan dapat bersifat berlapis, di mana individu mengalami berbagai bentuk ketidakadilan secara simultan (Crenshaw, 1989). Misalnya, perempuan miskin di daerah terpencil menghadapi hambatan ekonomi, geografis, dan sosial dalam mengakses layanan kesehatan.

Teori *fundamental cause* dari Link dan Phelan (1995) menegaskan bahwa status sosial merupakan penyebab utama penyakit karena menentukan akses terhadap sumber daya yang dapat melindungi kesehatan. Dengan demikian, selama ketimpangan sosial masih ada, ketimpangan kesehatan akan terus berlanjut.

3.5 Temuan Hasil Penelitian

Sebelum menyajikan tabel temuan penelitian, penting ditegaskan bahwa hasil kajian literatur dalam penelitian ini menunjukkan adanya pola konsistensi yang kuat terkait faktor-faktor struktural yang membentuk ketimpangan kesehatan. Berbagai penelitian lintas disiplin—mulai dari sosiologi, epidemiologi sosial, hingga kebijakan

publik—mengindikasikan bahwa kesehatan tidak hanya ditentukan oleh faktor individu, tetapi sangat dipengaruhi oleh posisi sosial, distribusi sumber daya, serta relasi kekuasaan dalam masyarakat. Kelas sosial, kemiskinan, dan eksklusi sosial muncul sebagai variabel kunci yang secara simultan memengaruhi akses, kualitas, dan hasil layanan kesehatan. Temuan-temuan ini juga memperkuat argumen bahwa ketimpangan kesehatan bersifat sistemik dan reproduktif, artinya terus berulang dari satu generasi ke generasi berikutnya apabila tidak diintervensi secara struktural.

Lebih lanjut, sintesis terhadap berbagai sumber menunjukkan bahwa masing-masing konsep—seperti *social gradient*, kapabilitas, *structural violence*, hingga *intersectionality*—memberikan kontribusi analitis yang saling melengkapi dalam menjelaskan kompleksitas ketimpangan kesehatan. Tidak ada satu teori tunggal yang mampu menjelaskan fenomena ini secara utuh; sebaliknya, diperlukan pendekatan integratif untuk memahami bagaimana faktor ekonomi, sosial, budaya, dan politik saling berinteraksi. Oleh karena itu, tabel berikut disusun untuk merangkum temuan utama dari literatur yang dikaji, sekaligus menunjukkan bagaimana berbagai perspektif teoretis tersebut berkontribusi dalam membangun pemahaman komprehensif mengenai ketimpangan kesehatan.

Tabel Temuan Penelitian

No	Tema	Temuan Utama	Sumber
1	Kelas Sosial	Gradien sosial memengaruhi kesehatan	Marmot (2004)
2	Kelas Sosial	Ketimpangan akibat kapitalisme	Marx (1976)
3	Stratifikasi	Status & kekuasaan memengaruhi akses	Weber (1978)
4	Modal Sosial	Literasi kesehatan dipengaruhi pendidikan	Bourdieu (1986)
5	Kemiskinan	Risiko penyakit meningkat	World Bank (2020)
6	Kapabilitas	Kemiskinan = keterbatasan hidup sehat	Sen (1999)
7	Structural Violence	Ketidakadilan sosial sebab penyakit	Farmer (2004)
8	Lingkungan	Sanitasi buruk → penyakit	WHO (2008)
9	Eksklusi	Diskriminasi akses layanan	Silver (1994)
10	Biopolitik	Kekuasaan menentukan akses	Foucault (1978)
11	Literasi	Pendidikan rendah → akses rendah	Nutbeam (2008)
12	Welfare State	Negara memengaruhi kesehatan	Bambra (2011)
13	Ketimpangan	Pendapatan memengaruhi kesehatan	Wilkinson & Pickett (2009)
14	Fundamental Cause	Status sosial penyebab utama	Link & Phelan (1995)
15	Intersectionality	Ketimpangan berlapis	Crenshaw (1989)

Hasil kajian literatur menunjukkan bahwa ketimpangan kesehatan merupakan fenomena multidimensional yang tidak dapat dijelaskan oleh satu faktor tunggal. Berbagai teori dan penelitian empiris dari sosiologi kesehatan, ekonomi politik, dan ilmu kesehatan masyarakat secara konsisten menegaskan bahwa ketimpangan kesehatan terbentuk melalui interaksi kompleks antara struktur sosial, distribusi sumber daya, serta relasi kekuasaan dalam masyarakat. Oleh karena itu, temuan-temuan penelitian yang dirangkum berikut ini disusun untuk menunjukkan bagaimana masing-masing konsep teoritis berkontribusi dalam menjelaskan mekanisme pembentukan ketimpangan kesehatan secara sistematis dan saling terkait.

- 1. Kelas Sosial → Gradien Sosial dalam Kesehatan;** Temuan menunjukkan bahwa terdapat hubungan linier antara posisi sosial dan kondisi kesehatan, yang dikenal sebagai *social gradient in health*. Individu pada posisi sosial lebih rendah cenderung memiliki tingkat morbiditas dan mortalitas lebih tinggi. Hal ini terjadi karena keterbatasan akses terhadap sumber daya kesehatan serta tekanan sosial yang lebih besar. Studi longitudinal Whitehall oleh Michael Marmot membuktikan bahwa bahkan dalam sistem kesehatan yang relatif merata, perbedaan status sosial tetap menghasilkan ketimpangan kesehatan (Marmot, 2004).
- 2. Kelas Sosial → Ketimpangan akibat Kapitalisme;** Dalam perspektif Karl Marx, sistem kapitalisme menciptakan distribusi sumber daya yang tidak merata antara kelas borjuis dan proletariat. Ketimpangan ekonomi ini berdampak pada akses terhadap kondisi hidup sehat, seperti perumahan layak, nutrisi, dan layanan kesehatan. Dengan demikian, kesehatan menjadi refleksi dari relasi produksi dalam masyarakat (Marx, 1976).
- 3. Stratifikasi Sosial → Status dan Kekuasaan;** Menurut Max Weber, stratifikasi sosial tidak hanya ditentukan oleh ekonomi, tetapi juga oleh status dan kekuasaan. Individu dengan status sosial tinggi cenderung memiliki gaya hidup lebih sehat serta akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa dimensi non-ekonomi juga berperan dalam menentukan derajat kesehatan (Weber, 1978).
- 4. Modal Sosial → Literasi Kesehatan;** Pierre Bourdieu menjelaskan bahwa modal budaya (pendidikan dan pengetahuan) serta modal sosial (jaringan relasi) memengaruhi kemampuan individu dalam memahami informasi kesehatan. Individu dengan modal tinggi memiliki literasi kesehatan lebih baik dan mampu memanfaatkan layanan kesehatan secara optimal (Bourdieu, 1986).

5. **Kemiskinan** → **Risiko Penyakit**; Kemiskinan meningkatkan kerentanan terhadap penyakit karena keterbatasan akses terhadap kebutuhan dasar seperti makanan bergizi, air bersih, dan layanan kesehatan. Laporan World Bank menunjukkan bahwa kelompok miskin memiliki risiko lebih tinggi terhadap penyakit menular dan tidak menular (World Bank, 2020).
6. **Kapabilitas** → **Kemiskinan sebagai Keterbatasan Hidup Sehat**; Menurut Amartya Sen, kemiskinan bukan hanya kekurangan pendapatan, tetapi keterbatasan kapabilitas untuk menjalani kehidupan sehat. Individu yang tidak memiliki akses terhadap pendidikan dan kesehatan kehilangan kebebasan dasar untuk hidup secara optimal (Sen, 1999).
7. **Structural Violence** → **Ketidakadilan Sosial**; Paul Farmer menjelaskan bahwa ketimpangan kesehatan merupakan hasil dari *structural violence*, yaitu struktur sosial yang secara sistematis merugikan kelompok tertentu. Misalnya, kemiskinan dan diskriminasi menyebabkan akses layanan kesehatan yang tidak merata (Farmer, 2004).
8. **Lingkungan** → **Sanitasi dan Penyakit**; Lingkungan yang tidak sehat, seperti sanitasi buruk dan air tidak bersih, berkontribusi terhadap penyakit menular. Laporan World Health Organization menegaskan bahwa determinan lingkungan merupakan faktor utama dalam ketimpangan kesehatan global (WHO, 2008).
9. **Eksklusi Sosial** → **Diskriminasi Akses**; Eksklusi sosial menyebabkan kelompok tertentu tidak dapat mengakses layanan kesehatan secara penuh. Menurut Silver (1994), eksklusi terjadi melalui proses marginalisasi sosial, ekonomi, dan politik yang menghambat partisipasi individu dalam sistem kesehatan.
10. **Biopolitik** → **Kekuasaan dalam Kesehatan**; Michel Foucault menjelaskan bahwa sistem kesehatan merupakan bagian dari mekanisme kekuasaan yang mengatur populasi. Kebijakan kesehatan dapat menentukan siapa yang mendapatkan layanan dan siapa yang terpinggirkan (Foucault, 1978).
11. **Literasi Kesehatan** → **Akses Layanan**; Literasi kesehatan yang rendah menghambat individu dalam memahami informasi medis dan prosedur layanan kesehatan. Nutbeam (2008) menekankan bahwa literasi kesehatan merupakan determinan penting dalam meningkatkan akses dan kualitas kesehatan masyarakat.
12. **Welfare State** → **Peran Negara**; Bambra (2011) menunjukkan bahwa negara dengan sistem kesejahteraan kuat memiliki ketimpangan kesehatan lebih rendah. Kebijakan publik berperan penting dalam mendistribusikan sumber daya kesehatan secara adil.
13. **Ketimpangan Pendapatan** → **Dampak Kesehatan**; Wilkinson dan Pickett (2009) menemukan bahwa ketimpangan pendapatan berhubungan dengan meningkatnya penyakit kronis dan gangguan mental. Ketimpangan sosial menciptakan stres sosial yang berdampak pada kesehatan populasi.
14. **Fundamental Cause** → **Status Sosial sebagai Penyebab Utama**; Link dan Phelan (1995) menjelaskan bahwa status sosial merupakan penyebab fundamental penyakit karena menentukan akses terhadap sumber daya yang melindungi kesehatan.
15. **Intersectionality** → **Ketimpangan Berlapis**; Crenshaw (1989) menunjukkan bahwa ketimpangan kesehatan dapat terjadi secara berlapis, misalnya berdasarkan kelas, gender, dan etnisitas. Individu dengan identitas ganda yang rentan menghadapi hambatan lebih besar dalam akses kesehatan.

3.6 Implikasi Kebijakan

Berdasarkan hasil kajian, kebijakan kesehatan perlu mengadopsi pendekatan struktural yang berfokus pada determinan sosial kesehatan. Intervensi yang hanya berfokus pada layanan medis tidak cukup untuk mengatasi ketimpangan kesehatan. Strategi kebijakan yang direkomendasikan meliputi: (a) Penguatan sistem jaminan kesehatan universal, (b) Peningkatan pendidikan dan literasi kesehatan, (c) Pengurangan kemiskinan melalui kebijakan redistributif dan (d) Pembangunan infrastruktur kesehatan di daerah terpencil. Pendekatan lintas sektor sangat penting untuk mengatasi ketimpangan kesehatan secara berkelanjutan (WHO, 2008).

4. Kesimpulan

Penelitian ini menegaskan bahwa ketimpangan kesehatan merupakan fenomena sosial yang kompleks dan tidak dapat dipisahkan dari struktur sosial yang melingkupinya. Kesehatan bukan sekadar hasil dari faktor biologis atau perilaku individu, melainkan merupakan refleksi dari distribusi kekuasaan, sumber daya, dan kesempatan dalam masyarakat. Dalam konteks ini, kelas sosial, kemiskinan, dan eksklusi sosial muncul sebagai determinan utama yang secara simultan membentuk pola ketimpangan kesehatan. Pertama, kelas sosial terbukti memiliki peran yang sangat signifikan dalam menentukan distribusi kesehatan. Individu yang berada pada posisi sosial yang lebih tinggi cenderung memiliki akses yang lebih baik terhadap sumber daya kesehatan, termasuk layanan medis, pendidikan, serta lingkungan hidup yang sehat. Sebaliknya, kelompok dengan status sosial rendah menghadapi berbagai keterbatasan yang meningkatkan risiko penyakit dan menurunkan kualitas hidup. Temuan ini menguatkan konsep *social gradient in health*, yang menunjukkan bahwa ketimpangan kesehatan tidak hanya terjadi antara kelompok kaya dan miskin secara ekstrem, tetapi juga bersifat bertingkat di seluruh lapisan sosial.

Kedua, kemiskinan berfungsi sebagai determinan struktural yang memperburuk kondisi kesehatan melalui berbagai mekanisme yang saling terkait. Keterbatasan akses terhadap kebutuhan dasar seperti pangan bergizi, air bersih, sanitasi, dan layanan kesehatan menyebabkan kelompok miskin lebih rentan terhadap berbagai penyakit. Selain itu, kemiskinan juga membatasi kapabilitas individu untuk menjalani kehidupan yang sehat dan produktif. Dengan demikian, kemiskinan tidak hanya berdampak pada kondisi fisik, tetapi juga pada kesejahteraan sosial dan psikologis individu. Ketiga, eksklusi sosial memperdalam ketimpangan kesehatan melalui proses marginalisasi yang menghambat partisipasi individu dalam sistem sosial, termasuk sistem kesehatan. Kelompok-kelompok rentan seperti masyarakat adat, penyandang disabilitas, pekerja informal, dan kelompok minoritas sering kali menghadapi hambatan administratif, diskriminasi, serta keterbatasan geografis dalam mengakses layanan kesehatan. Eksklusi sosial ini tidak hanya bersifat struktural, tetapi juga kultural, yang tercermin dalam rendahnya literasi kesehatan dan terbatasnya kemampuan untuk memanfaatkan layanan yang tersedia. Lebih lanjut, penelitian ini menunjukkan bahwa kelas sosial, kemiskinan, dan eksklusi sosial tidak bekerja secara terpisah, melainkan saling berinteraksi dalam membentuk siklus ketimpangan kesehatan yang berkelanjutan. Kelas sosial rendah meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami kemiskinan; kemiskinan memperbesar risiko eksklusi sosial; dan eksklusi sosial semakin memperburuk akses terhadap layanan kesehatan. Interaksi ini menciptakan kondisi ketimpangan yang bersifat kumulatif dan lintas generasi, sehingga sulit diatasi tanpa intervensi struktural yang komprehensif. Dalam perspektif teoretis, temuan penelitian ini memperkuat berbagai pendekatan dalam sosiologi kesehatan, seperti teori konflik, teori stratifikasi sosial, pendekatan kapabilitas, serta teori *fundamental cause*. Semua perspektif tersebut menekankan bahwa ketimpangan kesehatan merupakan hasil dari distribusi sumber daya yang tidak merata dalam masyarakat. Oleh karena itu, upaya untuk mengurangi ketimpangan kesehatan harus diarahkan pada perubahan struktur sosial yang mendasarinya. Dari sisi kebijakan, penelitian ini menegaskan pentingnya pendekatan yang bersifat lintas sektor dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Intervensi yang hanya berfokus pada pelayanan medis tidak cukup untuk mengatasi ketimpangan kesehatan secara menyeluruh. Diperlukan kebijakan yang mencakup penguatan sistem jaminan kesehatan universal, peningkatan kualitas pendidikan dan literasi kesehatan, pengurangan kemiskinan melalui kebijakan ekonomi yang inklusif, serta pembangunan infrastruktur kesehatan yang merata, terutama di daerah terpencil. Selain itu, penting juga untuk memperkuat kebijakan yang berorientasi pada inklusi sosial, dengan memastikan bahwa seluruh kelompok masyarakat, termasuk kelompok rentan, memiliki akses yang setara terhadap layanan kesehatan. Hal ini dapat dilakukan melalui penyederhanaan prosedur administratif, penghapusan diskriminasi dalam layanan kesehatan, serta peningkatan partisipasi masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan kebijakan kesehatan. Secara keseluruhan, penelitian ini menegaskan bahwa ketimpangan kesehatan merupakan cerminan dari ketidakadilan sosial yang lebih luas. Oleh karena itu, upaya peningkatan kesehatan masyarakat harus dipandang sebagai bagian dari agenda transformasi sosial yang lebih besar, yang bertujuan untuk menciptakan masyarakat yang lebih adil, inklusif, dan berkelanjutan. Tanpa perubahan struktural yang mendasar, ketimpangan kesehatan akan terus berlanjut dan menjadi hambatan dalam mencapai kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh.

Reference

- Akhiruddin, A., Nur, M. K., Yunus, M. Y., & Suhaeb, F. W. (2025). From Functional to Aesthetic: Capitalism, Consumerism, and the Formation of Social Identity in the Campus Environment-A Literature Review. *RIGGS: Journal of Artificial Intelligence and Digital Business*, 4(3), 7932-7941.
- Akhiruddin, A., Kamaruddin, S. A., Adam, A., & Ahmadi, A. (2026). Fenomena Sosial Masyarakat Desa Adat Legian Bali Sebagai Laboratorium Pendidikan. *RIGGS: Journal of Artificial Intelligence and Digital Business*, 5(1), 8818-8827.
- Bambra, C. (2011). Health inequalities and welfare state regimes: Theoretical insights on a public health 'puzzle'. *Social Science & Medicine*, 72(2), 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.027>
- Booth, A., Sutton, A., & Papaioannou, D. (2016). *Systematic approaches to a successful literature review* (2nd ed.). Sage.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). Greenwood Press.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health. *Annual Review of Public Health*, 35, 1-21. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182443>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167. <https://doi.org/10.4324/9780429500480-5>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Sage.
- Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305-325. <https://doi.org/10.1086/382250>
- Foucault, M. (1978). *The history of sexuality: Volume 1*. Pantheon Books.
- Hart, C. (2018). *Doing a literature review: Releasing the research imagination* (2nd ed.). Sage.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647-652. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology* (4th ed.). Sage.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80-94. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Marmot, M. (2004). *Status syndrome: How social standing affects our health and longevity*. Henry Holt.
- Marx, K. (1976). *Capital* (Vol. 1). Penguin.

- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, 39(3), 423–441. <https://doi.org/10.2190/HS.39.3.a>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences*. Blackwell.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Knopf.
- Silver, H. (1994). Social exclusion and social solidarity: Three paradigms. *International Labour Review*, 133(5–6), 531–578.
- Syahird, A., Syarif, A. M. A., Syukri, S., Syahrudin, A. N., Jalal, J., Akhiruddin, A., & Aruni, F. (2025). Sosialisasi Dampak Hukum Dan Sosial Kebijakan Administrasi Dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup. *Jubaedah: Jurnal Pengabdian dan Edukasi Sekolah (Indonesian Journal of Community Services and School Education)*, 5(3), 1463-1470.
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- Tranfield, D., Denyer, D., & Smart, P. (2003). Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge. *British Journal of Management*, 14(3), 207–222.
- Weber, M. (1978). *Economy and society*. University of California Press.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. Allen Lane.
- World Bank. (2020). *World development report 2020: Trading for development in the age of global value chains*. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1457-0>
- World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Xiao, Y., & Watson, M. (2019). Guidance on conducting a systematic literature review. *Journal of Planning Education and Research*, 39(1), 93–112.