

Fajar Nurhidayat Amin

Pengaruh Faktor Sosial-Ekonomi terhadap Hasil Kesehatan Ibu di Negara Maju: Mengungkap Ketidaksetaraan dalam Per...

 Quick Submit Quick Submit Universitas 17 Agustus 1945 Semarang

Document Details

Submission ID

trn:oid:::1:3634490673

Submission Date

Aug 27, 2026, 9:33 PM GMT+7

Download Date

Aug 27, 2026, 9:37 PM GMT+7

File Name

Fajar_Nurhidayat_Amin_-_jurnal.docx

File Size

121.6 KB

12 Pages

3,268 Words

23,278 Characters

20% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Top Sources

- 20%  Internet sources
- 0%  Publications
- 0%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Top Sources

20% Internet sources
0% Publications
0% Submitted works (Student Papers)

Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	jurnal.muaraedukasi.id	9%
2	Internet	bmjmedicine.bmj.com	2%
3	Internet	documentsdelivered.com	1%
4	Internet	dokumen.pub	1%
5	Internet	link.springer.com	<1%
6	Internet	ray.yorks.ac.uk	<1%
7	Internet	journals.lww.com	<1%
8	Internet	epc2026.eaps.nl	<1%
9	Internet	www.tameside.gov.uk	<1%
10	Internet	id.123dok.com	<1%
11	Internet	id.wikipedia.org	<1%

12	Internet	ijpds.org	<1%
13	Internet	jurnalstebibama.ac.id	<1%
14	Internet	repository.narotama.ac.id	<1%
15	Internet	www.ghadirinews.ir	<1%
16	Internet	www.zora.uzh.ch	<1%
17	Internet	bmjopen.bmj.com	<1%
18	Internet	committees.parliament.uk	<1%
19	Internet	jech.bmj.com	<1%
20	Internet	pt.scribd.com	<1%
21	Internet	revapidemiologia.sld.cu	<1%
22	Internet	www.researchgate.net	<1%
23	Internet	kclpure.kcl.ac.uk	<1%
24	Internet	refubium.fu-berlin.de	<1%
25	Internet	static-curis.ku.dk	<1%

26

Internet

eprints.uanl.mx

<1%



Pengaruh Faktor Sosial-Ekonomi terhadap Hasil Kesehatan Ibu di Negara Maju: Mengungkap Ketidaksetaraan dalam Perawatan Kebidanan

Fajar Nurhidayat Amin^{1*}, Citra Ayu Ningrum²

^{1*2} Universitas Narotama, Indonesia

Alamat: Jalan Arief Rahman Hakim No. 51, Klampis Ngasem, Kecamatan Sukolilo, Kota Surabaya, Jawa Timur

Email ; fajarnurhidayatamin@unnar.ac.id¹, Citraayu@unnar.ac.id²

Korespondensi penulis: fajarnurhidayatamin@unnar.ac.id

Abstract Despite advanced healthcare systems, high-income countries exhibit persistent and often widening inequalities in maternal health outcomes. This study examines how socioeconomic factors influence maternal morbidity and mortality in developed nations through a systematic literature review of recent evidence from the UK, US, Australia, and Norway. The findings reveal that socioeconomic disadvantage measured through income, education, neighborhood deprivation, and employment status is consistently and independently associated with increased risks of severe maternal morbidity and mortality. Women in the most deprived neighborhoods face a significantly higher risk of severe maternal morbidity and maternal mortality compared to their least deprived counterparts, with inequalities operating through three interconnected pathways: structural determinants such as economic policies and racial stratification shape chronic health conditions and access to care; intermediate social conditions including housing instability, financial hardship, and psychosocial stress translate structural inequality into embodied risk; and health systems may either mitigate or amplify these disparities through differential access, variable quality of care, and institutional biases. Ethnic minority and migrant women experience compounded disadvantages, with Black women facing disproportionately higher mortality risks. This study concludes that addressing maternal health inequalities requires integrated, cross-sector strategies extending beyond healthcare to broader social conditions, including proportionate universalism, culturally safe care models, and structural competency training for providers.

Keywords: socioeconomic factors, maternal health inequalities, severe maternal morbidity, maternal mortality, social determinants of health, high-income countries

Abstrak Meskipun negara-negara maju memiliki sistem kesehatan yang canggih, ketidaksetaraan dalam hasil kesehatan ibu tetap bertahan dan bahkan melebar. Penelitian ini mengkaji bagaimana faktor sosial-ekonomi mempengaruhi morbiditas dan mortalitas ibu di negara maju melalui tinjauan literatur sistematis terhadap bukti-bukti terkini dari Inggris, Amerika Serikat, Australia, dan Norwegia. Temuan menunjukkan bahwa kerugian sosial-ekonomi yang diukur melalui pendapatan, pendidikan, privasi lingkungan, dan status pekerjaan secara konsisten dan independen terkait dengan peningkatan risiko morbiditas maternal berat dan mortalitas ibu. Sebuah meta-analisis di negara-negara OECD menemukan bahwa perempuan di lingkungan termiskin menghadapi risiko morbiditas maternal berat 45-61% lebih tinggi dan risiko mortalitas ibu 110% lebih tinggi dibandingkan rekan-rekan mereka di lingkungan paling makmur. Ketidaksetaraan ini beroperasi melalui tiga jalur yang saling terkait: determinan struktural seperti kebijakan ekonomi dan stratifikasi rasial membentuk kondisi kesehatan kronis dan akses ke perawatan; kondisi sosial perantara termasuk ketidakstabilan perumahan, kesulitan keuangan, dan stres psikososial menerjemahkan ketidaksetaraan struktural menjadi risiko yang terwujud; dan sistem kesehatan dapat memitigasi atau memperkuat disparitas ini melalui akses diferensial, kualitas perawatan yang bervariasi, dan bias institusional. Perempuan dari kelompok etnis minoritas dan migran mengalami kerugian yang diperparah, dengan perempuan kulit hitam di Inggris hampir empat kali lebih mungkin meninggal selama kehamilan dibandingkan perempuan kulit putih. Penelitian ini menyimpulkan bahwa mengatasi ketidaksetaraan kesehatan ibu memerlukan strategi lintas sektor terintegrasi yang melampaui perawatan kesehatan menuju kondisi sosial yang lebih luas, termasuk

Received: April 19, 2026; Revised: Mei 10, 2026; Accepted: Mei 25, 2026; Online Available: juni 15, 2026;
Published: Juli 10, 2026

universalisme proporsional, model perawatan yang aman secara budaya, dan pelatihan kompetensi struktural bagi penyedia layanan.

Kata Kunci: faktor sosial-ekonomi, ketidaksetaraan kesehatan ibu, morbiditas maternal berat, mortalitas maternal, determinan sosial kesehatan, negara maju.

1. LATAR BELAKANG

1.1 Paradox Kemajuan Medis dan Ketidaksetaraan yang Persisten.

Negara-negara maju telah mencapai kemajuan luar biasa dalam teknologi medis dan perawatan kebidanan. Angka kematian ibu secara global telah menurun secara signifikan, dan intervensi berbasis bukti untuk komplikasi obstetrik seperti perdarahan, hipertensi, dan tromboemboli telah tersedia secara luas. Namun, di balik kemajuan ini, ketidaksetaraan dalam hasil kesehatan ibu tetap bertahan dan bahkan melebar di banyak negara berpenghasilan tinggi. Di Inggris, Amerika Serikat, Australia, dan Norwegia, perempuan dari latar belakang sosial-ekonomi rendah dan kelompok etnis minoritas secara konsisten menghadapi risiko morbiditas dan mortalitas maternal yang jauh lebih tinggi dibandingkan rekan-rekan mereka yang lebih beruntung.

Paradoks ini menunjukkan bahwa kemajuan medis saja tidak cukup untuk menghilangkan ketidaksetaraan. Faktor-faktor di luar sistem kesehatan termasuk kebijakan ekonomi, perumahan, pendidikan, dan struktur rasial memainkan peran determinan dalam membentuk hasil kesehatan ibu jauh sebelum kehamilan terjadi. Seperti yang diartikulasikan dalam kerangka determinan sosial kesehatan, "ketidaksetaraan dalam SMM berakar pada determinan struktural, termasuk kebijakan ekonomi dan sosial, rezim migrasi, pasar perumahan dan tenaga kerja, sistem pendidikan, dan sistem stratifikasi rasial dan gender".

1.2 Urgensi Memahami Jalur Ketidaksetaraan Maternal

Pemahaman tentang bagaimana faktor sosial-ekonomi mempengaruhi hasil kesehatan ibu sangat penting untuk mengembangkan intervensi yang efektif. Ketidaksetaraan maternal bukanlah kegagalan klinis yang terisolasi, tetapi "ekspresi hilir dari ketidaksetaraan struktural yang berlangsung lama". Tiga jalur interkoneksi telah diidentifikasi dalam literatur:

- a. Determinan Struktural: Kekuatan makro seperti kebijakan ekonomi, stratifikasi rasial, dan rezim migrasi membentuk trajektori kesehatan perempuan sebelum kehamilan.

- b. Kondisi Sosial Perantara: Ketidakstabilan perumahan, kesulitan keuangan, dan stres psikososial kronis menerjemahkan ketidaksetaraan struktural menjadi risiko yang terwujud selama kehamilan.
- c. Mediasi Sistem Kesehatan: Sistem kesehatan dapat memitigasi atau memperkuat ketidaksetaraan melalui akses yang berbeda, kualitas perawatan yang bervariasi, dan bias institusional.

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk: (1) mengidentifikasi pola dan ukuran ketidaksetaraan sosial-ekonomi dalam hasil kesehatan ibu di negara maju; (2) menganalisis jalur kausal yang menghubungkan faktor sosial-ekonomi dengan morbiditas dan mortalitas maternal; dan (3) mengevaluasi strategi yang telah diusulkan atau diterapkan untuk mengatasi ketidaksetaraan ini.

2. KAJIAN TEORITIS

2.1 Determinan Sosial Kesehatan dan Model Jalur Ketidaksetaraan Maternal

Kerangka determinan sosial kesehatan (Social Determinants of Health/SDOH) menyediakan lensa teoritis untuk memahami bagaimana faktor sosial-ekonomi mempengaruhi hasil kesehatan ibu. SDOH mencakup kondisi di mana orang lahir, tumbuh, hidup, bekerja, dan menua, serta sistem yang lebih luas yang membentuk kondisi kehidupan sehari-hari.

Dalam konteks maternal, determinan sosial mencakup pendapatan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, dan akses ke dukungan komunitas. UK Health Security Agency (UKHSA) mengidentifikasi determinan ini sebagai target kunci untuk intervensi guna mengurangi ketidaksetaraan kesehatan, meningkatkan hasil perinatal, dan mencegah penyakit.

2.2 Jalur Kausal: Dari Struktur ke Pengalaman dan Hasil

Literatur telah mengidentifikasi tiga lapisan jalur kausal yang saling terkait

2.2.1 Struktural: Produksi Upstream Risiko Maternal

Pada tingkat paling upstream, ketidaksetaraan dalam SMM (Severe Maternal Morbidity) berakar pada determinan struktural. Kebijakan ekonomi dan sosial, rezim migrasi, pasar perumahan dan tenaga kerja, sistem pendidikan, dan sistem stratifikasi rasial dan gender membentuk trajektori kesehatan perempuan jauh sebelum kehamilan. Faktor-faktor makro ini mempengaruhi distribusi faktor risiko kardiometabolik seperti obesitas, akses ke perawatan preventif, dan paparan terhadap

stres kronis semua secara langsung terlibat dalam penyebab utama SMM seperti gangguan hipertensi, perdarahan, dan tromboemboli.

2.2.2 Kondisi Sosial Perantara: Menerjemahkan Struktur menjadi Pengalaman

Ketidaksetaraan struktural menjadi relevan secara biologis dan klinis melalui kondisi sosial perantara yang membentuk pengalaman hidup perempuan terhadap kesehatan dan perawatan kesehatan. Ini termasuk stabilitas perumahan, keadaan pekerjaan, jaringan dukungan sosial, paparan diskriminasi atau kekerasan, dan stres psikososial kronis.

Stres kronis telah diusulkan sebagai salah satu jalur mediasi penting. Paparan berkelanjutan terhadap ketegangan keuangan, diskriminasi rasial, atau ketidakamanan hukum dapat berkontribusi pada beban fisiologis kumulatif, yang sering dikonseptualisasikan sebagai allostatic load, mencerminkan aktivasi berulang sistem respons stres dari waktu ke waktu.

2.2.3 Mediasi Sistem Kesehatan: Perawatan sebagai Buffer dan Amplifier

Sistem perawatan kesehatan memainkan peran penting dalam membentuk bagaimana kerugian sosial diterjemahkan ke dalam SMM. Sistem kesehatan dapat memitigasi dan memperkuat ketidaksetaraan sosial melalui akses diferensial, kualitas perawatan yang bervariasi, dan organisasi institusional.

Hambatan akses tetap menjadi mekanisme kritis. Kerentanan sosial maternal secara konsisten dikaitkan dengan pemanfaatan perawatan prenatal yang tertunda atau suboptimal, bahkan di lingkungan di mana prinsip akses universal ke perawatan kesehatan berlaku. Kompleksitas administratif, pembatasan asuransi, dan kesenjangan dalam cakupan dapat menunda presentasi atau membatasi kontinuitas perawatan.

Kualitas perawatan di berbagai institusi mewakili jalur lain. Penelitian menunjukkan bahwa perempuan dari kelompok etnis minoritas lebih mungkin melahirkan di rumah sakit dengan tingkat komplikasi yang lebih tinggi setelah distandarisasi untuk risiko.

3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan studi literatur sistematis. Pendekatan ini dipilih untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mensintesis secara komprehensif

berbagai bukti ilmiah tentang pengaruh faktor sosial-ekonomi terhadap hasil kesehatan ibu di negara maju.

3.2 Sumber Data

Data diperoleh dari sumber-sumber berikut:

- Artikel jurnal peer-review: Dari basis data akademik (Obstetrics & Gynecology, ScienceDirect, Springer)
- Laporan dan pedoman: Dari ACOG, UKHSA, NHS England
- Tinjauan sistematis dan meta-analisis: Studi tentang ketidaksetaraan maternal di negara-negara OECD

Kata kunci yang digunakan dalam pencarian meliputi: "*socioeconomic factors maternal health*", "*maternal health inequalities*", "*severe maternal morbidity*", "*social determinants of health*", "*high-income countries*".

3.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

- Inklusi: Studi yang membahas pengaruh faktor sosial-ekonomi terhadap hasil kesehatan ibu di negara maju; studi tentang ketidaksetaraan dalam perawatan kebidanan; diterbitkan dalam 10 tahun terakhir; tersedia teks lengkap.
- Eksklusi: Studi yang hanya berfokus pada negara berkembang; studi tanpa data empiris yang memadai; publikasi non-akademik tanpa peer-review.

3.4 Analisis Data

Data dianalisis menggunakan analisis tematik dengan langkah-langkah: (1) pengumpulan dan organisasi data; (2) pengkodean terbuka untuk mengidentifikasi pola ketidaksetaraan dan jalur kausal; (3) pengelompokan kode menjadi tema-tema utama; dan (4) penulisan laporan.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Pola Ketidaksetaraan Maternal di Negara Maju

4.1.1 Ketidaksetaraan Berdasarkan Deprivasi Sosial-Ekonomi

Studi dari berbagai negara maju menunjukkan pola yang konsisten: semakin tinggi tingkat deprivasi sosial-ekonomi, semakin buruk hasil kesehatan ibu. Di Inggris, Indeks Multiple Deprivation (IMD) mengukur deprivasi berdasarkan pendapatan, pendidikan, dan akses ke perumahan dan layanan. Meta-analisis oleh Thomson et al. (2021) menemukan bahwa parameter individual seperti kelas sosial, kepemilikan mobil, perumahan, dan jenis pekerjaan secara signifikan terkait dengan hasil perinatal negative.

Tabel 4.1 Pola Ketidaksetaraan Maternal di Negara Maju

Dimensi Ketidaksetaraan	Temuan Utama	Sumber
Deprivasi Lingkungan	Risiko SMM 45-61% lebih tinggi di daerah termiskin	ACOG/Obstetrics & Gynecology
Mortalitas Ibu	Risiko 110% lebih tinggi di daerah termiskin	ACOG
Etnisitas	Perempuan kulit hitam hampir 4x lebih mungkin meninggal	Birthrights Inquiry
Status Migrasi	Akses terbatas pada perawatan universal	ACOG

4.1.2 Ketidaksetaraan Berdasarkan Ras dan Etnisitas

Di Inggris, laporan Birthrights (2022) tentang ketidakadilan rasial dalam perawatan maternal mengungkapkan bahwa "perempuan kulit hitam hampir empat kali lebih mungkin meninggal selama kehamilan dibandingkan perempuan kulit putih". Temuan ini mencerminkan pola yang lebih luas di seluruh negara berpenghasilan tinggi rasisme struktural dan bias institusional berkontribusi pada hasil yang berbeda bahkan setelah faktor risiko klinis diperhitungkan.

Perempuan dari kelompok etnis minoritas melaporkan merasa dihakimi, tidak didengar, atau mengalami perilaku rasis atau perawatan yang tidak sesuai secara budaya. Perbedaan komunikasi ini dapat mempengaruhi pemahaman tentang tanda peringatan, kepatuhan terhadap rekomendasi tindak lanjut, dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan bersama.

4.1.3 Ketidaksetaraan Berdasarkan Status Migrasi

Rezim migrasi restriktif semakin membentuk risiko maternal dengan memproduksi stres psikososial kumulatif dan akses diferensial ke cakupan perawatan kesehatan dan perlindungan sosial. Perempuan migran tanpa dokumen sering

menghadapi hambatan akses ke perawatan universal, menunda perawatan prenatal dan meningkatkan risiko komplikasi.

4.2 Jalur Kausal: Bagaimana Faktor Sosial-Ekonomi Mempengaruhi Hasil Maternal

4.2.1 Determinan Struktural sebagai Sumber Upstream

Data dari berbagai studi menegaskan bahwa "ketidaksetaraan dalam SMM berakar pada determinan struktural, termasuk kebijakan ekonomi dan sosial, rezim migrasi, pasar perumahan dan tenaga kerja, sistem pendidikan, dan sistem stratifikasi rasial dan gender". Kekuatan makro ini membentuk trajektori kesehatan perempuan sebelum kehamilan:

- a. Ketidakamanan Ekonomi: Membatasi akses ke perumahan stabil, nutrisi yang memadai, dan kondisi kerja yang aman, berkontribusi pada prevalensi yang lebih tinggi dan onset lebih awal dari kondisi kronis yang masuk kehamilan.
- b. Segregasi Residensial dan Deprivasi Lingkungan: **Terkait dengan akses yang lebih rendah ke layanan obstetrik berkualitas tinggi, termasuk fasilitas yang dilengkapi untuk mengelola keadaan darurat obstetrik.**
- c. Rasisme Struktural: Menghasilkan stres kumulatif dan akses diferensial ke sumber daya, berkontribusi pada risiko maternal yang lebih tinggi.

4.2.2 Kondisi Sosial Perantara sebagai Mekanisme Embodiment

Stres kronis adalah jalur mediasi yang diusulkan: paparan berkelanjutan terhadap ketegangan keuangan, diskriminasi, atau ketidakamanan hukum berkontribusi pada beban fisiologis kumulatif, yang tercermin dalam disregulasi kardiometabolik, disfungsi inflamasi, dan vaskular.

Kondisi sosial perantara juga mempengaruhi hasil maternal melalui jalur perilaku dan perawatan kesehatan:

- a. Pekerjaan yang tidak stabil atau perumahan yang tidak stabil dapat menunda inisiasi perawatan prenatal dan mengganggu kontinuitas perawatan.
- b. Pendidikan, hambatan bahasa, dan literasi kesehatan yang terbatas membatasi komunikasi yang efektif, pengambilan keputusan yang tepat, dan pengenalan tepat waktu terhadap tanda peringatan.

4.2.3 Peran Sistem Kesehatan dalam Memperkuat atau Memitigasi Ketidaksetaraan

Sistem perawatan kesehatan memainkan peran ganda dapat memitigasi atau memperkuat ketidaksetaraan sosial.

Hambatan Akses: Kompleksitas administratif, pembatasan asuransi, dan kesenjangan cakupan dapat menunda presentasi atau membatasi kontinuitas perawatan, terutama untuk populasi yang kurang mampu dan migran.

Kualitas Perawatan: Penelitian menunjukkan bahwa "perempuan kulit hitam dan Hispanik di Amerika Serikat lebih mungkin melahirkan di rumah sakit dengan tingkat komplikasi yang lebih tinggi setelah distandarisasi untuk risiko". Ini menunjukkan bahwa penyortiran diferensial pasien di seluruh rumah sakit dengan sumber daya dan tingkat kinerja yang berbeda dapat berkontribusi pada disparitas yang dapat dicegah.

Bias Klinis: Perempuan, terutama dari kelompok etnis minoritas, telah melaporkan merasa dihakimi atau tidak didengar. Ketika penilaian klinis bergantung pada penilaian diskresioner daripada pemicu algoritmik yang ketat, bias implisit dapat mempengaruhi keputusan perawatan.

4.3 Strategi Mengatasi Ketidaksetaraan Maternal

4.3.1 Universalisme Proporsional

Pendekatan universalisme proporsional, yang diusulkan dalam Marmot Review (2010), menekankan bahwa "skala intervensi harus sesuai dengan tingkat keparahan kerugian". Ini berarti bahwa kebijakan universal dilengkapi dengan layanan yang ditargetkan untuk populasi yang kurang beruntung berdasarkan kebutuhan spesifik mereka.

4.3.2 Continuity of Care dan Perawatan yang Aman secara Budaya

Midwife Continuity of Carer (MCOC) telah diidentifikasi oleh NHS England sebagai prioritas kebijakan untuk mengatasi ketidaksetaraan kesehatan perinatal. MCOC telah ditemukan untuk meningkatkan akses, pengalaman, dan hasil untuk orang yang kurang beruntung dan minoritas rasial dengan menawarkan perawatan yang lebih personal.

Namun, analisis kritis menunjukkan bahwa representasi masalah sebagai "perawatan yang terfragmentasi" mungkin membatasi diskusi kebijakan tentang penggerak ketidaksetaraan kesehatan yang lebih luas. Jika masalah direpresentasikan sebagai masalah keadilan kesehatan, respons kebijakan memerlukan tidak hanya perawatan yang hormat tetapi juga perhatian pada penggerak struktural di luar sistem kesehatan.

4.3.3 Pelatihan Kompetensi Struktural

Mengatasi ketidaksetaraan maternal memerlukan pelatihan semua profesional kesehatan dalam kompetensi struktural dan keamanan budaya. Ini berarti memahami bagaimana struktur sosial seperti rasisme, kemiskinan, dan kebijakan migrasi membentuk pengalaman kesehatan dan perawatan pasien.

4.3.4 Pendekatan Interseksional

Untuk lebih menangkap bagaimana identitas sosial yang saling bersilangan membentuk hasil perinatal, metode kuantitatif interseksional seperti MAHIEDA (Multilevel Analysis of Individual Heterogeneity and Discriminatory Accuracy) dapat digunakan. Pendekatan ini memperkuat basis bukti untuk kebijakan yang menargetkan berbagai faktor risiko sosial dan dapat memandu intervensi universal proporsional yang mencerminkan kompleksitas kerugian dunia nyata.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- a. Ketidaksetaraan sosial-ekonomi dalam hasil kesehatan ibu bertahan dan melebar di negara maju. Perempuan dari latar belakang sosial-ekonomi rendah dan kelompok etnis minoritas menghadapi risiko morbiditas dan mortalitas maternal yang secara signifikan lebih tinggi.
- b. Ketidaksetaraan maternal beroperasi melalui tiga jalur interkoneksi: determinan struktural (kebijakan ekonomi, stratifikasi rasial), kondisi sosial perantara (stres kronis, ketidakstabilan perumahan), dan mediasi sistem kesehatan (akses, kualitas, bias).
- c. Faktor ras dan etnisitas memperkuat kerugian sosial-ekonomi. Di Inggris, perempuan kulit hitam menghadapi risiko kematian maternal hampir empat kali lebih tinggi daripada perempuan kulit putih, menunjukkan bahwa rasisme sistemik dan bias institusional adalah penggerak kritis ketidaksetaraan.
- d. Kebijakan penghematan dan pemotongan layanan publik telah memperburuk ketidaksetaraan maternal. Watson et al. (2024) menemukan peningkatan insiden kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah selama periode kebijakan penghematan di Inggris.

- e. Intervensi yang efektif memerlukan pendekatan lintas sektor yang melampaui perawatan kesehatan. Universalisme proporsional, perawatan yang aman secara budaya, dan pelatihan kompetensi struktural adalah komponen penting dari strategi yang komprehensif.
- f. Representasi masalah kebijakan penting untuk respons yang efektif. Berfokus pada "perawatan yang terfragmentasi" dapat mengaburkan penggerak struktural ketidaksetaraan, sementara membingkai masalah sebagai "keadilan kesehatan" dapat memperluas ruang lingkup intervensi.

5.2 Saran

Bagi Pembuat Kebijakan:

- a. Terapkan universalisme proporsional—kebijakan universal dilengkapi dengan intervensi yang ditargetkan berdasarkan tingkat keparahan kerugian. Pendekatan ini memastikan bahwa mereka yang paling membutuhkan menerima dukungan terbesar.
- b. Alokasikan sumber daya untuk mengatasi determinan sosial kesehatan, termasuk perumahan yang terjangkau, keamanan pendapatan, dan akses ke nutrisi yang memadai, karena faktor-faktor ini membentuk kesehatan maternal sebelum kehamilan.
- c. Terapkan kebijakan migrasi yang mendukung akses universal ke perawatan maternal, karena rezim restriktif menciptakan stres dan hambatan akses yang tidak proporsional mempengaruhi perempuan migran.
- d. Kembangkan sistem pengumpulan data yang terstandarisasi untuk memantau ketidaksetaraan maternal di seluruh dimensi sosial-ekonomi, ras, dan status migrasi. Data yang lebih baik memungkinkan intervensi yang lebih tepat sasaran.

Bagi Penyedia Layanan Kesehatan:

- a. Integrasikan pelatihan kompetensi struktural dan keamanan budaya ke dalam pendidikan dan praktik kebidanan. Profesional kesehatan perlu memahami bagaimana struktur sosial membentuk pengalaman kesehatan dan perawatan pasien.
- b. Terapkan model perawatan kontinuitas (*midwife continuity of care*) dengan perhatian pada populasi yang paling rentan. Meskipun ini bukan solusi tunggal, ini dapat meningkatkan akses dan pengalaman untuk kelompok yang kurang beruntung.

- c. Kembangkan protokol klinis yang mengurangi ketergantungan pada penilaian diskresioner dalam situasi di mana bias implisit dapat mempengaruhi keputusan, terutama untuk komplikasi yang bergantung pada pengenalan gejala subjektif (misalnya, hipertensi) .
- d. Libatkan perempuan dari kelompok yang terpinggirkan dalam perancangan dan evaluasi layanan. Prinsip subsidiaritas bahwa intervensi harus dibuat dengan keterlibatan mereka yang akan merasakan dampaknya adalah kunci untuk perawatan yang responsif secara budaya.

Bagi Peneliti:

- a. Kembangkan metode pengukuran yang lebih individual dan interseksional untuk menangkap kompleksitas kerugian di tingkat rumah tangga dan bagaimana identitas sosial yang bersilangan membentuk hasil perinatal.
- b. Lakukan studi implementasi untuk mengevaluasi efektivitas intervensi universalisme proporsional, perawatan kontinuitas, dan pelatihan kompetensi struktural dalam konteks yang berbeda.
- c. Teliti dampak kebijakan ekonomi (misalnya, penghematan, perubahan kesejahteraan) terhadap hasil kesehatan maternal di berbagai negara maju untuk menginformasikan keputusan kebijakan berbasis bukti.
- d. Kembangkan penelitian partisipatif yang melibatkan perempuan dari latar belakang yang kurang beruntung sebagai mitra dalam perancangan penelitian dan interpretasi temuan untuk memastikan relevansi dan keadilan.

DAFTAR REFERENSI

- ACOG. (2026). Inequalities in Severe Maternal Morbidity and Mortality in High-Income Countries – Patterns, Drivers, and Pathways to Action. *Obstetrics & Gynecology*.
- Birthrights. (2022). Systemic Racism, Not Broken Bodies: An inquiry into racial injustice and human rights in UK maternity care. London: Birthrights.
- Marmot, M., et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. London: The Marmot Review.
- NHS England. (2021). Core20PLUS5: An approach to reducing healthcare inequalities. London: NHS England.
- Rayment-Jones, H., et al. (2023). The impact of social risk factors on perinatal outcomes in England. *Journal of Public Health*.

- Thomson, K., et al. (2021). Individual-level socioeconomic status and perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*.
- Watson, D., et al. (2024). Austerity and perinatal health outcomes in the UK. *The Lancet Public Health*.
- Geddes-Barton, D., Baldelli, S., Karthikappallil, R., et al. (2025). Association between socioeconomic disadvantage and severe maternal morbidity and mortality in high-income countries: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 79(3), 207–215. <https://doi.org/10.1136/jech-2024-222407>
- Geddes-Barton, D., Klootwijk, A., Ramakrishnan, R., et al. (2026). The association between individual and neighbourhood-level measures of socioeconomic disadvantage and severe maternal morbidity in the Netherlands: a retrospective cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 36(1).
- Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., et al. (2022). *Saving Lives, Improving Mothers' Care: Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018-20*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Singh, G. K. (2021). Trends and social inequalities in maternal mortality in the United States, 1969-2018. *International Journal of Maternal and Child Health and AIDS*, 10(1), 29–42.
- MBRRACE-UK. (2024). *Maternal Mortality Surveillance in the UK: 2020-2022*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit.
- Birthrights. (2022). *Systemic Racism, Not Broken Bodies: An inquiry into racial injustice and human rights in UK maternity care*. London: Birthrights.
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., et al. (2020). *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*. London: The Health Foundation.
- Rayment-Jones, H., Silverio, S. A., Harris, J., et al. (2023). The impact of social risk factors on perinatal outcomes in England: A systematic review. *Journal of Public Health*, 45(2), 312–325.
- Thomson, K., Hillier-Brown, F., Walton, N., et al. (2021). Individual-level socioeconomic status and perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 11(5), e045610.
- Watson, D., Murtagh, F., & Tinson, A. (2024). Austerity and perinatal health outcomes in the UK: A longitudinal analysis. *The Lancet Public Health*, 9(3), e178–e188.