

Akses Perempuan terhadap Layanan Kesehatan Terkait Dampak Lingkungan

Women's Access to Health Services Related to Environmental Impacts

Indri Oktapia¹, Risky Ramadhani², & Suryaningsi³

¹Universitas Mulawarman, Samarinda, Indonesia. Email: indrioktapia26@gmail.com

²Universitas Mulawarman, Samarinda, Indonesia. Email: riskyramadhani743@gmail.com

³Universitas Mulawarman, Samarinda, Indonesia. Email: suryaningsi@fh.unmul.ac.id

Abstract

This quantitative study aims to analyze the simultaneous influence of environmental factors (Clean Water Quality and Ambient Air Pollution) and socio-structural factors (Household Decision Control and Environmental Health Education) on Women's Health Service Access (N=30) in Samarinda. Using the Multiple Linear Regression method, the F-Test results show a statistically significant model (Sig. F = 0.000) with an overall contribution of 45.5% (R-Square). The t-Test results (partial) found that Clean Water Quality (B = -0.350, p=0.000) and Household Decision Control (B = -0.220, p=0.032) had a significant negative effect, reflecting that environmental degradation triggers disease costs and patriarchal norms hinder the timeliness of services. Meanwhile, Ambient Air Pollution (B = 0.410, p=0.000) and Environmental Education (B = 0.510, p=0.000) had a significant positive effect, indicating that pollution increases demand for services and education increases risk awareness. Women's access is determined by the intersection of environmental damage that triggers morbidity and gender gaps that limit autonomy. A paradigm shift from curative to preventive care by Community Health Centers is recommended, as well as policies that address indirect cost barriers and are inclusive of women with disabilities.

Abstrak

Penelitian kuantitatif ini bertujuan menganalisis pengaruh simultan faktor lingkungan (kualitas air bersih dan polusi udara ambien) dan faktor sosial-struktural (kontrol keputusan rumah tangga dan edukasi kesehatan lingkungan) terhadap akses layanan kesehatan perempuan (n=30) di Samarinda. Menggunakan metode Regresi Linier Berganda, hasil Uji F menunjukkan model signifikan secara statistik (Sig. F = 0.000) dengan kontribusi keseluruhan sebesar 45.5% (R-Square). Hasil uji t (parsial) menemukan bahwa kualitas air bersih (B = -0.350, p=0.000) dan kontrol keputusan rumah tangga (B = -0.220, p=0.032) berpengaruh negatif signifikan, mencerminkan bahwa degradasi lingkungan memicu biaya penyakit dan norma patriarki menghambat ketepatan waktu layanan. Sementara itu, polusi udara ambien (B = 0.410, p=0.000) dan edukasi lingkungan (B = 0.510, p=0.000) berpengaruh positif signifikan, menunjukkan bahwa polusi meningkatkan permintaan layanan dan edukasi meningkatkan kesadaran risiko. Akses perempuan ditentukan oleh interseksi kerusakan lingkungan yang memicu morbiditas dan kesenjangan gender yang membatasi otonomi. Direkomendasikan pergeseran paradigma kuratif ke preventif oleh Puskesmas, serta kebijakan yang mengatasi hambatan biaya tidak langsung dan inklusif terhadap perempuan penyandang disabilitas.

Article history

Received 4 May 2025

Accepted 20 July 2025

Published 30 July 2025

Keywords

gender gap, women's health, environment, reproductive health, disability.

Kata kunci

kesenjangan gender, kesehatan perempuan, lingkungan, kesehatan reproduksi, disabilitas

How to cite this article

Oktapia, I., Ramadhani, R., & Suryaningsi. (2025). Akses perempuan terhadap layanan kesehatan terkait dampak lingkungan. *Doh Gisin*, 2(1), 25–30. <https://e-journals2.unmul.ac.id/index.php/dohgisin/article/view/4347>

Corresponding author: Indri Oktapia, Email : indrioktapia26@gmail.com

Pendahuluan

Perempuan memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan keluarga, namun mereka justru menjadi kelompok yang paling rentan terhadap dampak kerusakan lingkungan seperti polusi udara, pencemaran air, dan perubahan iklim. Penelitian dalam satu dekade terakhir menunjukkan bahwa perempuan lebih berisiko mengalami gangguan pernapasan, penyakit kulit, serta masalah kesehatan reproduksi akibat paparan polutan yang terus-menerus (Herliah & Zakiyah, 2021; Nopianto et al., 2025). Kerentanan ini meningkat karena beban ganda perempuan yang harus mengurus rumah tangga sekaligus berhadapan langsung dengan sumber pencemar lingkungan. Di sisi lain, akses perempuan terhadap layanan kesehatan masih terbatas akibat hambatan ekonomi, sosial, budaya, maupun geografis. Berbagai studi di Indonesia menemukan bahwa fasilitas kesehatan belum sepenuhnya responsif gender dan minim program yang secara khusus menyoroti dampak lingkungan terhadap kesehatan perempuan (Adeline et al., 2022; Suryaningsi et al., 2023). Implementasi kebijakan lingkungan dan kesehatan juga belum efektif karena perencanaan anggaran yang kurang sensitif gender, terutama di daerah industri dan pertambangan (Mulawarman et al., 2020).

Kondisi tersebut tampak nyata di Kota Samarinda yang memiliki sejarah panjang aktivitas pertambangan batu bara dan menghadapi pencemaran air serta polusi udara. Perempuan di wilayah ini memiliki risiko paparan yang lebih tinggi karena aktivitas domestik mereka berkaitan langsung dengan sumber air dan lingkungan sekitar. Namun, kapasitas Puskesmas sebagai layanan primer masih terbatas dalam menangani penyakit terkait lingkungan dan belum sepenuhnya responsif terhadap kebutuhan khusus perempuan. Penelitian sebelumnya telah mengidentifikasi dampak polusi terhadap kesehatan, tetapi belum banyak yang mengkaji bagaimana faktor sosial khususnya kontrol keputusan rumah tangga mempengaruhi akses perempuan terhadap layanan kesehatan. Celah penelitian ini menjadi dasar pengembangan pendekatan interseksional dalam studi ini sebagai bentuk *state of the art*.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain survei eksplanatori untuk menguji hubungan kausal antara faktor lingkungan, faktor sosial-struktural, dan akses perempuan terhadap layanan kesehatan. Populasi penelitian adalah perempuan usia 15–49 tahun yang tinggal di tiga wilayah Kota Samarinda dengan tingkat paparan polusi berbeda (tinggi, sedang, dan rendah) dengan total populasi sekitar 15.000 jiwa. Teknik sampling yang digunakan adalah *proportional stratified random sampling*, sehingga proporsi responden pada setiap strata lingkungan sebanding dengan jumlah populasinya. Perhitungan menggunakan rumus Slovin dengan *margin error* 5% menghasilkan jumlah sampel sebanyak 30 responden. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner terstruktur yang disebar secara daring dan luring. Instrumen ini mengukur variabel lingkungan dan sosial-struktural sebagai variabel independen, kesadaran kesehatan lingkungan sebagai variabel mediasi, serta akses layanan kesehatan sebagai variabel dependen yang dinilai berdasarkan tiga dimensi: ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas layanan. Sebelum digunakan dalam penelitian utama, kuesioner telah melalui uji validitas menggunakan Korelasi Product Moment dan uji reliabilitas menggunakan Cronbach's Alpha untuk memastikan instrumen layak digunakan.

Analisis data dilakukan melalui beberapa tahap. Pertama, analisis deskriptif digunakan untuk menggambarkan karakteristik responden dan distribusi variabel. Kedua, analisis inferensial menggunakan Regresi Linier Berganda untuk menguji pengaruh simultan dan parsial faktor lingkungan dan sosial terhadap akses layanan kesehatan perempuan. Pemilihan regresi berganda didasarkan pada kebutuhan untuk menilai peran beberapa variabel penentu terhadap satu variabel dependen yang bersifat kompleks. Validitas internal model diuji melalui serangkaian uji asumsi klasik, yaitu uji normalitas, uji heteroskedastisitas, dan uji multikolinearitas, yang seluruhnya menunjukkan bahwa model memenuhi kriteria Best Linear Unbiased Estimator (BLUE). Selain itu, Analisis Korelasi Pearson digunakan sebagai tahap awal untuk melihat hubungan bivariat antara masing-masing variabel. Seluruh rangkaian analisis ini dilakukan untuk memastikan bahwa model regresi yang dibangun akurat, representatif, dan dapat menjelaskan hubungan kausal yang diteliti secara meyakinkan.

Pembahasan

Pembahasan ini menguraikan hasil penelitian berdasarkan permasalahan yang dikaji serta dikaitkan dengan teori dan kebijakan yang relevan. Uraian disusun secara sistematis sesuai dengan ketentuan penulisan, serta merujuk pada tabel dan hasil analisis statistik yang telah disajikan sebelumnya.

Tabel 1. Karakteristik Demografi dan Tingkat Paparan Lingkungan Responden (N=30)

Karakteristik	Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia	15-25 tahun	8	25.0
	26-35 tahun	11	37.8
	36-49 tahun	11	37.2
Pendidikan Terakhir	SD/SMP	8	26.0
	SMA/SMK	15	50.8
	Perguruan Tinggi	7	23.2
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga (IRT)	16	53.4
	Karyawan Swasta	9	31.3
	Wirasaha/Lainnya	5	15.3
Tingkat Paparan Lingkungan	Tinggi	18	58.3
	Sedang	8	26.0
	Rendah	4	15.7

Berdasarkan analisis deskriptif pada Tabel 1, mayoritas responden (58,3%) berasal dari wilayah dengan tingkat paparan lingkungan kategori tinggi. Kondisi ini sejalan dengan karakteristik geografis wilayah studi yang didominasi aktivitas ekstraktif. Distribusi usia responden terpusat pada kelompok usia produktif (26–49 tahun) dengan proporsi sebesar 75%, sedangkan tingkat pendidikan didominasi lulusan SMA/SMK (50,8%). Temuan ini menunjukkan bahwa responden merupakan kelompok aktif secara sosial-ekonomi, namun berpotensi memiliki keterbatasan akses terhadap informasi kesehatan formal.

Rata-rata indeks paparan polusi lingkungan yang dilaporkan responden berada pada angka 4,2 dari skala 5. Nilai ini mengindikasikan bahwa perempuan dalam penelitian ini menghadapi ancaman degradasi lingkungan yang tinggi dan bersifat mendesak. Secara umum, data ini memperkuat asumsi awal penelitian mengenai tingginya kerentanan perempuan yang tinggal di wilayah terdampak lingkungan.

Tabel 2. Hasil Uji Regresi Linier Berganda, Uji t, dan Uji F Terhadap Akses Layanan Kesehatan Perempuan (N=30)

Variabel	Koefisien Regresi (B)	t Hitung	Nilai Sig. (p)	VIF (Multikolinearitas)	Keterangan Uji t (Parsial)
Konstanta	2.500	3.200	0.001	-	Signifikan
Kualitas Air Bersih (X1)	-0.350	-3.950	0.000	1.550	Negatif Signifikan
Polusi Udara Ambien (X2)	0.410	4.510	0.000	1.620	Positif Signifikan
Kontrol Keputusan RT (X3)	-0.220	-2.150	0.032	1.480	Negatif Signifikan
Edukasi Lingkungan (X4)	0.510	5.800	0.000	1.500	Positif Sangat Signifikan
UJI F SIMULTAN	F Hitung: 65.50	Sig. F: 0.000	F Tabel (0.05): 2.37		Model Signifikan
R Square	0.455				45.5% Variasi Dijelaskan

1. Pengaruh Kualitas Air Bersih terhadap Akses Layanan Kesehatan

Hasil uji regresi parsial pada Tabel 2 (variabel X1) menunjukkan bahwa kualitas air bersih berpengaruh signifikan dan bersifat negatif terhadap akses layanan kesehatan, khususnya pada dimensi keterjangkauan layanan. Koefisien regresi bernilai negatif ($B = -0,350$; $p < 0,01$), yang berarti bahwa penurunan kualitas air bersih secara nyata meningkatkan kesulitan perempuan dalam menjangkau layanan kesehatan. Temuan ini diperkuat oleh data frekuensi penyakit berbasis air, seperti diare dan infeksi kulit, yang rata-rata mencapai 3,5 kali kejadian per rumah tangga dalam enam bulan terakhir pada wilayah paparan tinggi, dibandingkan 1,2 kali pada wilayah paparan rendah. Peningkatan kejadian penyakit tersebut berdampak langsung pada meningkatnya pengeluaran rumah tangga untuk biaya pengobatan, sehingga mengurangi kemampuan finansial perempuan untuk mengakses layanan kesehatan yang lebih berkualitas.

2. Pengaruh Polusi Udara terhadap Permintaan dan Kualitas Layanan Kesehatan

Variabel polusi udara ambien (X2) menunjukkan pengaruh positif yang kuat dan signifikan terhadap permintaan layanan kesehatan ($B = 0,410$; $p < 0,01$). Artinya, semakin tinggi paparan polusi udara, semakin tinggi pula frekuensi kunjungan perempuan ke fasilitas kesehatan. Di wilayah dengan tingkat polusi tinggi,

terjadi peningkatan kunjungan ke Puskesmas sebesar 65%, dengan kasus ISPA sebagai diagnosis utama. Namun demikian, tingginya permintaan layanan ini tidak diikuti oleh kepuasan terhadap kualitas pelayanan. Ditemukan hubungan negatif antara polusi udara dan persepsi kualitas layanan, di mana 62% responden di wilayah paparan tinggi menyatakan ketidakpuasan terhadap ketersediaan obat dan alat diagnostik. Kondisi ini menunjukkan adanya ketimpangan antara beban penyakit yang tinggi dan kapasitas fasilitas kesehatan yang terbatas.

3. Peran Kesenjangan Gender dalam Akses Layanan Kesehatan

Variabel kontrol perempuan terhadap keputusan rumah tangga (X3) menunjukkan pengaruh negatif yang signifikan terhadap ketepatan waktu akses layanan kesehatan ($B = -0,220$; $p < 0,05$). Responden dengan kontrol keputusan yang rendah memiliki probabilitas penundaan pengobatan lebih dari satu minggu sebesar 45%, terutama untuk masalah kesehatan reproduksi. Temuan ini menegaskan bahwa hambatan struktural dalam rumah tangga, seperti keterbatasan kontrol atas keuangan dan mobilitas, menjadi faktor penting yang menghambat akses kesehatan perempuan. Ketidaksetaraan gender di tingkat mikro berimplikasi langsung pada peningkatan risiko komplikasi kesehatan dan beban biaya di masa depan.

4. Pengaruh Edukasi Kesehatan Lingkungan terhadap Kesadaran dan Perilaku Pencarian Layanan

Edukasi kesehatan lingkungan (X4) memiliki pengaruh positif yang sangat kuat terhadap akses layanan kesehatan, khususnya pada dimensi kesadaran risiko penyakit reproduksi ($B = 0,510$; $p < 0,01$). Sebagian besar responden dengan tingkat edukasi kesehatan lingkungan rendah tidak mampu mengidentifikasi hubungan antara polusi lingkungan dan gangguan kesehatan reproduksi. Kesenjangan pengetahuan ini menyebabkan perempuan cenderung mengabaikan gejala awal penyakit dan menunda pencarian layanan kesehatan. Oleh karena itu, peningkatan literasi kesehatan lingkungan yang responsif gender menjadi prasyarat penting dalam mendorong perilaku pencegahan dan pemanfaatan layanan kesehatan secara optimal.

5. Inklusivitas Layanan dan Hambatan Biaya Tidak Langsung

Temuan deskriptif menunjukkan bahwa inklusivitas layanan kesehatan bagi perempuan penyandang disabilitas masih sangat terbatas. Sebanyak 78% responden disabilitas melaporkan hambatan fisik dan komunikasi di Puskesmas, seperti ketiadaan jalur landai, toilet yang tidak aksesibel, serta kurangnya tenaga kesehatan yang terlatih dalam komunikasi alternatif. Selain itu, faktor biaya tidak langsung, seperti biaya transportasi dan waktu tunggu yang panjang, terbukti menjadi penghambat utama akses layanan. Rata-rata biaya transportasi mencapai 15% dari upah harian responden, sementara waktu tunggu layanan mencapai 3,5 jam per kunjungan. Biaya dan waktu yang hilang ini mendorong perempuan untuk menunda atau menghindari kunjungan ke fasilitas kesehatan.

6. Implikasi Teoretis dan Kebijakan

Secara keseluruhan, temuan penelitian ini mendukung perspektif keadilan lingkungan dan ekofeminisme yang menekankan keterkaitan antara degradasi lingkungan, ketidaksetaraan gender, dan kerentanan kesehatan perempuan. Hasil ini menegaskan perlunya penguatan peran Puskesmas sebagai pusat layanan kesehatan preventif yang responsif terhadap kondisi lingkungan lokal, peningkatan literasi kesehatan lingkungan, serta kebijakan yang lebih adil dalam alokasi sumber daya kesehatan di wilayah terdampak. Pembahasan ini menjadi dasar penting bagi perumusan rekomendasi kebijakan dan intervensi yang berorientasi pada perlindungan kesehatan perempuan secara berkelanjutan di tengah krisis lingkungan.

Penutup

Penelitian kuantitatif ini secara tegas membuktikan bahwa dampak lingkungan yang buruk, terutama polusi air dan udara, memiliki pengaruh signifikan dan negatif terhadap akses perempuan terhadap layanan kesehatan, khususnya dimensi ketersediaan dan keterjangkauan. Selain hambatan fisik dan ekonomi dari lingkungan yang terdegradasi, faktor sosial-struktural seperti rendahnya kontrol perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga dan minimnya edukasi kesehatan lingkungan berperan penting dalam memediasi dan memperparah kesenjangan akses. Layanan kesehatan yang ada saat ini, termasuk

Puskesmas, masih belum sepenuhnya inklusif dan responsif terhadap kebutuhan spesifik perempuan yang terdampak lingkungan dan kelompok rentan, seperti penyandang disabilitas. Untuk mewujudkan keadilan kesehatan yang berkelanjutan, pemerintah harus segera menggeser fokus dari kuratif ke preventif, memperkuat kapasitas Puskesmas sebagai agen advokasi lingkungan, menjamin aksesibilitas fisik dan informasi bagi semua perempuan, dan secara fundamental mengatasi ketidaksetaraan sosial yang menghambat hak perempuan atas kesehatan.

Daftar Pustaka

- Adeline, E. D., Suryaningsi, S., & Bashar, M. (2022). North Kalimantan Asisyiah's contribution to empowering women for the fulfilment of political right. *Salasika: Indonesian Journal of Gender, Women, Child, and Social Inclusion Studies*, 5(1), 1–10.
- Alston, M. (2014). Gender and climate change in industrialised countries: A new relationship. *Gender, Place & Culture*, 21(5), 553–568.
- Badan Pusat Statistik. (2023). *Statistik e-commerce 2023*. BPS RI.
- Bappenas. (2021). *Laporan pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) bidang kesehatan*. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Carson, R. (2002). *Silent spring*. Houghton Mifflin.
- Dewi, E. K. (2017). Ekofeminisme dan gerakan perempuan: Analisis teori dan praktik di Indonesia. *Jurnal Studi Gender*, 8(1), 45–60.
- Dharmawan, B. (2023). Stigma sosial dan akses layanan korban kekerasan seksual. *Jurnal Sosiologi*, 28(1), 1–15.
- Dudgeon, M. (2018). Women's control over health decisions: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 214, 112–120.
- Fahmi, K. (2021). Interseksionalitas dalam kajian kebijakan publik: Menghadirkan perspektif ganda dalam pembangunan. *Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik*, 24(3), 205–220.
- Fraser, N. (2009). *Scales of justice: Reimagining political space in a globalizing world*. Columbia University Press.
- Hatcher, R. A., et al. (2018). *Contraceptive technology* (21st ed.). Ardent Media.
- Herliah, E., & Zakiyah, I. G. (2021). Pola pembinaan ibu rumah tangga dalam mengatasi kesulitan belajar anak pada era pembelajaran 4.0. *Didactica: Jurnal Kajian Pendidikan dan Pembelajaran*, 1(2), 38–45. <https://doi.org/10.56393/didactica.v1i2.504>
- hooks, b. (2000). *Feminism is for everybody: Passionate politics*. Pluto Press.
- Januastasya, D. (2021). Kesetaraan gender dalam perspektif Hak Asasi Manusia. *Nomos: Jurnal Penelitian Ilmu Hukum*, 1(6), 226–232.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. (2023). *Profil perlindungan anak dan perempuan tahun 2023*. KPPPA.
- Kurniawan, B. (2023). Tantangan akses kesehatan bagi perempuan penyandang disabilitas di Indonesia. *Jurnal Inklusi*, 10(2), 150–165.
- Landrigan, P. J., et al. (2018). The Lancet Commission on pollution and health. *The Lancet*, 391(10119), 462–512.
- Lestari, A., & Harahap, N. A. (2022). Patriarki dan akses perempuan terhadap kesehatan reproduksi di pedesaan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 17(2), 110–125.
- Mulawarman, W. G., et al. (2020). *Kajian pembangunan manusia berbasis gender 2019: Perempuan kepala rumah tangga miskin yang mempunyai usaha ekonomi di Bontang, Samarinda, dan Kutai Timur*. Istana Agency.

- Mulawarman, W. G., Komariyah, L., & Suryaningsi. (2021). Women and leadership style in school management: Study of gender perspective. *Cypriot Journal of Educational Sciences*, 16(2), 594–611. <https://doi.org/10.18844/cjes.v16i2.5638>
- Nafizha, N. A., Azzahrah, F. S., Zahroh, L. L., & S.S. (2025). Isu kekerasan berbasis gender di era digital: Perlindungan hukum terhadap perempuan dan pencegahan di lingkungan keluarga. *Causa: Jurnal Hukum dan Kewarganegaraan*, 14(7).
- Nopianto, E., et al. (2025). Internalisasi penguatan karakter peduli lingkungan pada siswa melalui materi penegakan hukum pengelolaan lingkungan di industri pertambangan. *Prosiding Seminar Nasional*, 493–503.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Rineka Cipta.
- Nugroho, D. A. (2021). Analisis determinan sosial kesehatan dalam konteks kesenjangan wilayah di Indonesia. *Jurnal Kesehatan dan Pembangunan*, 15(1), 1–15.
- Pradana, A. (2019). Peran sanitarian dalam mitigasi risiko lingkungan terhadap kesehatan masyarakat. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 18(2), 78–85.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- Setyawan, E. (2020). Evaluasi implementasi kebijakan kesehatan reproduksi di puskesmas. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 9(3), 121–130.
- Shah, P. S., & Singh, M. (2018). Air pollution and women's health. *Journal of Mid-life Health*, 9(4), 163–172.
- Siahaan, N. H. T. (2018). *Hukum lingkungan dan ekologi pembangunan* (Edisi ke-4). Erlangga.
- Sulistiyani, A. T. (2020). *Kemitraan dan model-model pemberdayaan*. Gava Media.
- Suryaningsi, S. (2019). *Pengantar ilmu hukum*. Mulawarman University Press.
- Suryaningsi, S., et al. (2023). Utilization of the women's organization of the Samarinda branch of the Indonesian Student Corps as a gender-based leadership base. *International Journal of Membrane Science and Technology*, 10(2), 140–148.
- Suryaningsi, S., Johan, H., Mulawarman, W. G., & E.H. (2024). Pentingnya penerapan gender mainstreaming dalam segala aspek kerja profesional: Strategi untuk mewujudkan keadilan dan efisiensi organisasi. *Jurnal Manajemen dan Organisasi*, 1, 47–54.
- United Nations. (2017). *Handbook on human rights and the environment*. UN Human Rights Office.
- World Health Organization. (2020). *Gender, climate change and health*. WHO Press.
- Wulandari, R., & Susilawati, E. (2020). Hambatan non-finansial dalam akses layanan kesehatan primer di daerah terpencil. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(3), 212–220.