

STRATEGI PROMOSI KESEHATAN DALAM MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN BALITA DI PROVINSI GORONTALO TAHUN 2017

STRATEGY OF HEALTH PROMOTION IN REDUCING MORTALITY RATE OF TODDLER IN GORONTALO PROVINCE IN 2017

Rahmi Yuningsih

(Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI, Nusantara II, Lantai 2, DPRRI, Jl. Jend. Gatot Subroto, Senayan, Jakarta 10270, Indonesia; email: rahmi.yuningsih@yahoo.com)

Naskah Diterima: 28 Juli 2017, direvisi: 11 Agustus 2017,
disetujui: 30 September 2017

Abstract

Environment is one determinant of public health. Gorontalo as Indonesia's province with its best environmental quality has not been balanced with its optimal public health status. Mortality as one indicator of public health still a problem in the Province, especially concerning the death of children under five year. This research uses a qualitative approach. Data were collected through in-depth interviews with related informants. The results showed that the main cause of child mortality rate in the Gorontalo Province is communicable disease which is closely related to environmental factors and health behavior. This means that the child mortality rate can be decreased through the implementation of the Community-Based Total Sanitation program which combines environmental approach and health promotion. There are obstacles, nevertheless, in the implementation of the program in the Province. Therefore, its optimalization is required through health promotion strategies such as advocacy, social support and community empowerment to reduce child mortality rate in the Gorontalo Province.

Keywords: infant mortality rate, child mortality rate, toddler, health promotion, Gorontalo Province

Abstrak

Lingkungan merupakan salah satu determinan kesehatan masyarakat. Provinsi Gorontalo termasuk provinsi dengan kualitas lingkungan hidup terbaik di Indonesia, namun belum diimbangi dengan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Mortalitas atau kematian sebagai salah satu indikator derajat kesehatan masyarakat masih menjadi masalah di Provinsi Gorontalo terutama kematian balita. Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kualitatif. Data dikumpulkan melalui kegiatan wawancara mendalam kepada informan terkait. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab utama kematian balita di Provinsi Gorontalo adalah penyakit menular yang erat kaitannya dengan faktor lingkungan dan perilaku kesehatan. Angka kematian balita dapat diturunkan melalui implementasi program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang memadukan pendekatan lingkungan dengan promosi kesehatan. Optimalisasi program tersebut dapat dilakukan melalui penguatan strategi promosi kesehatan seperti upaya advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat.

Kata Kunci: angka kematian bayi, angka kematian balita, promosi kesehatan, Provinsi Gorontalo

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia sebagaimana tertera dalam Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) yang berbunyi setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Oleh karenanya menjadi kewajiban pemerintah untuk memenuhi hak asasi manusia tersebut sebagaimana tertera dalam Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 yang berbunyi negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Aspek kesehatan mempunyai pengaruh penting pada pembangunan nasional suatu bangsa. Pembangunan

kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Sasaran pembangunan kesehatan pada tahun 2025 adalah meningkatnya umur harapan hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) serta menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita. AKB dan AKI merupakan ukuran mortalitas atau tingkat kematian yang sering digunakan untuk mengevaluasi upaya pembangunan kesehatan yang telah dilakukan oleh pemerintah.

Tabel 1. Capaian dan Target Angka Kematian Balita, Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Neonatal

Mortalitas (per 1.000 kelahiran hidup)	Capaian							Target		
	1991	1995	1999	2003	2007	2012	2015	MDGs 2015	RPJMN 2015 - 2019	SDGs 2030
AKABA	97	81	58	46	44	40	26,2	32	24	25
AKB	68	57	46	35	34	32	22,23	23	Menurun	Menurun
AKN	32	30	26	20	19	19	-	Menurun	9	12

Sumber: Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia Tahun 2014, Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016 dan Dokumen SDGs.

Kematian di tahun pertama seseorang atau AKB merupakan indikator yang perlu mendapat perhatian serius dari pemerintah. Kematian bayi mencerminkan kombinasi pengaruh dari pembangunan ekonomi, teknologi, intervensi kesehatan secara keseluruhan dan perubahan lingkungan sosial dan budaya.¹² Selain itu, AKB juga menjadi salah satu indikator global *Sustainable Development Goals* (SDGs). Tujuan SDGs nomor tiga yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan bagi seluruh penduduk di semua usia. AKB menyumbang tingginya angka kematian anak usia dibawah lima tahun atau balita (AKABA). Seperti diketahui bahwa AKABA meliputi AKB dan Angka Kematian Neonatal (AKN) atau kematian bayi yang berumur kurang dari empat minggu. Selama ini indikator AKB, AKABA dan AKN digunakan untuk mengetahui derajat kesehatan masyarakat suatu wilayah dalam suatu periode waktu tertentu. Hal ini dikarenakan kematian balita merupakan respon terhadap keadaan lingkungan tempat tinggal sekitar anak yang tidak mendukung hidup sehat.

Secara nasional, indikator AKABA, AKB dan AKN cenderung menurun dalam dua puluh tahun terakhir. Pada tahun 1991, AKABA sebesar 97 per 1.000 kelahiran hidup, AKB sebesar 68 per 1.000 kelahiran hidup dan AKN sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan pada tahun 2015, AKABA sebesar 26,2 per 1.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup. Adapun data AKN pada tahun 2015 belum tersedia namun kecenderungan menurun yaitu tahun 2012 sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Data AKABA, AKB dan AKN tahun 2015 tersebut jika dibandingkan dengan target MDGs 2015, RPJMN 2015-2019 maupun SDGs 2030 dapat dikatakan sudah tercapai. Di bawah ini merupakan data capaian AKABA, AKB dan AKN dari tahun 1991 hingga tahun 2015 dan target AKABA, AKB dan AKN untuk tahun 2015 dan 2030:

Tidak dapat dipungkiri penyebab menurunnya indikator kematian anak tersebut merupakan kerja sama pemerintah, tenaga kesehatan, masyarakat dan pihak lainnya. Kerja sama dilakukan dalam upaya penanganan komplikasi neonatal, pelayanan neonatal, imunisasi dasar, program gizi seperti inisiasi menyusui dini, pemberian ASI eksklusif, pemberian vitamin A pada balita dan pemantauan gizi balita. Upaya penanganan tersebut sebagian besar fokus pada intervensi bayi baru lahir. Hal ini dikarenakan 59% kematian bayi merupakan kematian neonatal atau kematian pada usia 0 hingga 28 hari.³ Penyebab langsung kematian neonatal adalah prematuritas, infeksi berat seperti pneumonia, tetanus, diare dan asfiksia. Sedangkan penyebab kematian anak secara umum adalah penyakit infeksi seperti diare, pneumonia, meningitis, demam berdarah, campak, tuberkulosis dan malaria.⁴ Selain faktor penyebab langsung kematian anak tersebut, berbagai studi mengaitkan faktor penyebab tidak langsung kematian anak adalah faktor lingkungan. Lingkungan yang tidak mendukung untuk hidup sehat dapat memengaruhi keberlangsungan hidup anak dan memungkinkan untuk terjadinya terinfeksi suatu penyakit menular kronis yang dapat menyebabkan kematian pada anak. Hal ini dikarenakan sebagian besar waktu anak-anak berada di dalam rumah tinggal mereka, di samping sedikit waktu di sekolah atau lingkungan tempat mereka bermain.⁵ Oleh karenanya, kualitas lingkungan hidup yang baik diperlukan untuk mendukung kondisi sehat sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal serta terhindar dari penyakit infeksi yang dapat menyebabkan kematian.

³ Kementerian Kesehatan RI, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2017, hlm. 125.

⁴ Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2014*, Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), 2015, hlm. 24-26.

⁵ Supraptini dan Tin Afifah, "Kondisi Kesehatan Lingkungan di Indonesia dan Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Anak Balita serta Angka Kematian Balita Menurut Data Susenas 1998, 2001, dan 2003," *Jurnal Ekologi Kesehatan*, Vol. 5, No. 3, hlm. 455.

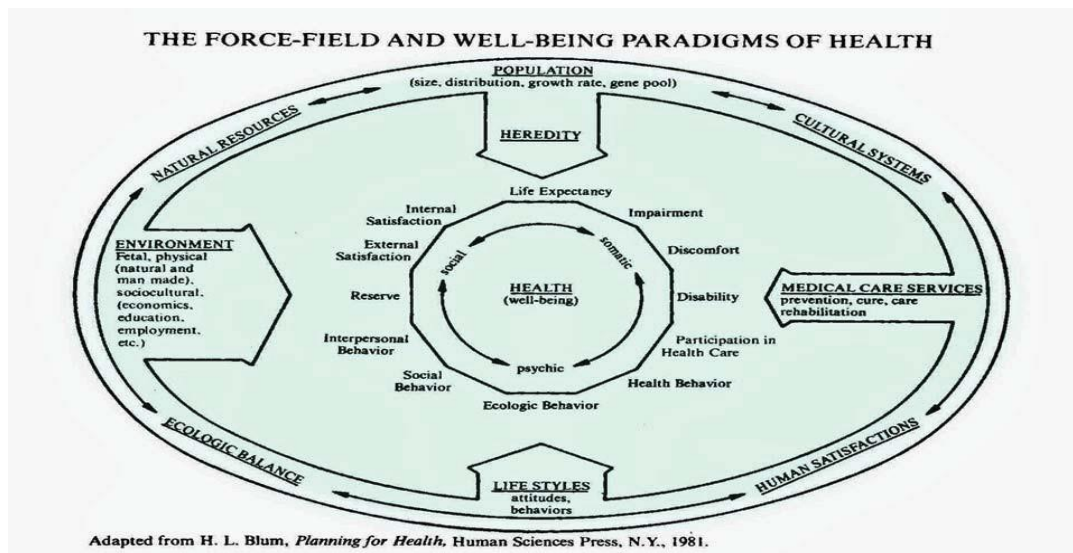
¹ Sandra Gijzen, dkk, "Child Mortality in the Netherlands in the Past Decade: An Overview of External Causes and The Role of Public Health Policy," *Journal of Public Health Policy*, Vol. 35, No. 1, hlm. 43-59.

² Mariam Claeson, dkk, "Reducing Child Mortality in India in the New Millenium," *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 78, No. 10, hlm. 1192.

Ulasan tersebut menyiratkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan balita adalah kualitas lingkungan hidup. Hal ini sesuai dengan teori Blum yang menyatakan bahwa derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh determinan yang saling berkaitan satu sama lain yaitu determinan lingkungan, perilaku kesehatan, genetik dan akses fasilitas pelayanan kesehatan. Kualitas lingkungan hidup semakin lama semakin menurun sebagai dampak dari adanya pembangunan dan perkembangan era globalisasi. Dampak tersebut sebagai ancaman tradisional yang sejak dahulu erat berhubungan dengan faktor kemiskinan dan keterbelakangan pembangunan yang meliputi keterbatasan persediaan air minum yang aman, keterbatasan persediaan fasilitas sanitasi dasar di rumah dan lingkungan masyarakat, adanya polusi udara yang berasal dari dalam rumah dan kurangnya fasilitas pembuangan sampah. Di samping itu, juga adanya ancaman modern yang mencakup polusi air dari industri dan pertanian intensif, polusi udara perkotaan dari kendaraan bermotor, tenaga batu bara dan industri, perubahan cuaca, penipisan lapisan ozon stratosfir dan polusi lintas batas.⁶ Berbagai perubahan lingkungan tersebut mempengaruhi kesehatan masyarakat terutama balita sebagai kelompok yang rentan terhadap perubahan lingkungan sekitar.

Gorontalo sebesar 78,10 sedangkan indeks nasional sebesar 65,76. Sedangkan tahun 2014 IKLH Provinsi Gorontalo sebesar 75,52 sedangkan indeks nasional sebesar 63,42.⁷ Namun kualitas lingkungan hidup yang tinggi tersebut belum diimbangi dengan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Mortalitas atau kematian balita masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Provinsi Gorontalo. Hal ini dapat dilihat dari jumlah kematian balita pada tahun 2016 sebanyak 262 balita. Sebagian besar penyebabnya adalah penyakit yang berhubungan dengan lingkungan seperti penyakit diare dan infeksi saluran pernapasan.

Berdasarkan uraian sebelumnya, kualitas lingkungan hidup yang baik belum menjamin derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Sehingga yang menjadi pertanyaan pada penelitian ini adalah bagaimana mortalitas balita di Provinsi Gorontalo? bagaimana kaitan mortalitas balita dengan determinan lingkungan dan perilaku di Provinsi Gorontalo? serta bagaimana upaya menurunkan angka mortalitas balita melalui pendekatan strategi promosi kesehatan? Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kondisi mortalitas balita di Provinsi Gorontalo, kaitan mortalitas balita dengan determinan lingkungan dan perilaku di Provinsi Gorontalo, dan upaya menurunkan angka mortalitas balita melalui strategi promosi kesehatan. Hasil



Sumber: Teori Blum dalam Adik Wibowo, 2014.

Gambar 1. Determinan Kesehatan dalam Teori Blum

Saat ini kualitas lingkungan hidup dihitung dalam suatu indeks yaitu Indeks Kualitas Lingkungan Hidup (IKLH). IKLH digunakan untuk mengukur kualitas lingkungan berdasarkan kualitas air sungai, udara dan tutupan lahan. Provinsi Gorontalo termasuk provinsi dengan IKLH yang tinggi. Tahun 2011, IKLH Provinsi

penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pada upaya menurunkan kasus kematian balita di Provinsi Gorontalo.

⁶ Ibid.

⁷ Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan RI, *Indeks Kualitas Lingkungan Hidup Indonesia Tahun 2014*, Jakarta: Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan RI, 2015, hlm. 12 dan 21.

Menurut Achmadi, kesehatan masyarakat adalah semua upaya yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dengan menggunakan serangkaian upaya yang sekurang-kurangnya terdiri dari unsur-unsur berbasis masyarakat, berorientasi pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan, dilaksanakan secara lintas disiplin atau bekerja sama dengan sektor non-kesehatan, adanya keterlibatan masyarakat atau partisipasi masyarakat dan terorganisir dengan baik.⁸ Masalah kesehatan masyarakat adalah suatu masalah yang sangat kompleks yang saling berkaitan dengan masalah-masalah lain di luar kesehatan. Hendrik L. Bloom menyatakan secara ringkas faktor yang mempengaruhi kesehatan antara lain faktor genetik, pelayanan kesehatan, perilaku kesehatan dan lingkungan baik lingkungan fisik, sosial, ekonomi, maupun budaya. Di bawah ini merupakan gambar determinan kesehatan menurut Hendrik L. Blum:⁹

Berdasarkan gambar 1, masalah kesehatan masyarakat terdiri dari banyak penyebab yang saling berkaitan satu sama lain. Dengan demikian solusi dalam penanganan masalah kesehatan masyarakat juga melibatkan banyak pihak dan multidisiplin. Oleh karena itu, kesehatan masyarakat sebagai seni atau praktik mempunyai bentangan keilmuan yang sangat luas. Semua kegiatan baik yang langsung maupun tidak langsung untuk mencegah penyakit (preventif), meningkatkan kesehatan (promotif), terapi atau kuratif (fisik, mental dan sosial), maupun pemulihan kesehatan atau rehabilitatif (fisik, mental dan sosial) merupakan upaya kesehatan masyarakat.¹⁰ Namun Holtz menambahkan determinan sosial (terlepas dari determinan lingkungan) sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan. Analisis kesehatan tidak mungkin dilakukan tanpa melihat situasi dan konteks sosial. Kondisi sosial ekonomi mempunyai akibat terhadap timbulnya kejadian penyakit dan gangguan kesehatan. Sehingga upaya penanggulangan akan efektif jika dilakukan melalui pendekatan sosial dan kesehatan.¹¹ Hal ini sesuai dengan ruang lingkup kesehatan masyarakat yang fokus pada intervensi suatu kelompok, keluarga, masyarakat maupun komunitas tertentu.

Dengan kata lain, tujuan umum kesehatan masyarakat adalah terciptanya keadaan lingkungan yang sehat, terberantasnya penyakit menular, meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang prinsip-prinsip kesehatan perseorangan, tersedianya

berbagai usaha kesehatan yang dibutuhkan masyarakat yang terorganisir dan terlibatnya badan-badan kemasyarakatan dalam usaha kesehatan. Sedangkan tujuan akhirnya adalah terciptanya jaminan bagi tiap individu masyarakat untuk mencapai suatu derajat hidup yang cukup guna untuk mempertahankan kesehatan.¹² Termasuk jaminan bagi bayi baru lahir melalui serangkaian upaya kesehatan masyarakat agar terhindar dari risiko kesehatan yang dapat membahayakan jiwa bayi bahkan menyebabkan kematian bayi. Secara teori, kematian bayi dapat dibedakan menjadi dua berdasarkan penyebabnya, yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung kematian bayi dipengaruhi oleh faktor-faktor yang di bawa anak sejak lahir, dan berhubungan langsung dengan status kesehatan bayi. Penyebab langsung kematian bayi antara lain berat bayi lahir rendah, tetanus neonatorum, hipotermia dan asfiksia. Sedangkan kematian bayi oleh penyebab tidak langsung dipengaruhi oleh lingkungan luar dan aktivitas ibu ketika hamil, seperti faktor sosial ekonomi, pelayanan kesehatan, keadaan ibu selama kehamilan, dan pengaruh lingkungan. Yang termasuk dalam faktor fisik antara lain cuaca, musim, keadaan geografis suatu daerah, sanitasi, keadaan rumah baik dari struktur bangunan, ventilasi, cahaya dan kepadatan hunian, serta radiasi. Kondisi fisik rumah dapat secara tidak langsung dapat menunjukkan kualitas kesehatan suatu keluarga. Secara teori, rumah yang tidak memenuhi kriteria tidak sehat akan menjadi tempat berkembangbiaknya bibit penyakit atau kontaminan biologi. Lingkungan fisik dalam penelitian ini adalah kondisi rumah dan lingkungan di sekitar rumah yang dapat menjadi salah satu faktor penyebab tidak langsung dari kematian bayi.¹³

Promosi kesehatan sebagai salah satu perspektif pemecahan masalah kesehatan masyarakat dapat digunakan untuk merubah perilaku masyarakat dan merubah lingkungan agar mendukung hidup sehat. Guna mewujudkan promosi kesehatan secara efektif dan efisien, diperlukan cara dan pendekatan yang strategis. Berdasarkan rumusan WHO, strategi promosi kesehatan secara global terdiri dari tiga hal yaitu advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat.¹⁴ Ketiga hal tersebut dapat memperkuat upaya promosi kesehatan yang telah dilakukan guna

⁸ Umar Fahmi Achmadi, *Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*, Jakarta: Rajawali Pers, 2013, hlm. 10.

⁹ Adik Wibowo, *Kesehatan Masyarakat di Indonesia: Konsep, Aplikasi dan Tantangan*, Jakarta: Rajawali Pers, 2014.

¹⁰ Soekidjo Notoatmodjo, *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*, Jakarta: Rineka Cipta, 2007, hlm. 17.

¹¹ Adik Wibowo, *Op. Cit.*, hlm. 49.

¹² Dhani Ramadani, "Definisi Kesehatan Masyarakat", (online), (https://www.academia.edu/8278738/Definisi_Kesehatan_Masyarakat), diakses 3 Maret 2017).

¹³ Arinta Riza Andriani, dkk, "Faktor Penyebab Kematian Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Ngombol Kabupaten Purworejo (Studi Kasus Tahun 2015)," *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, Vol. 4, No. 1, hlm. 23.

¹⁴ Soekidjo Notoatmodjo, *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*, Jakarta: Rineka Cipta, 2005, hlm. 32.

menciptakan hidup sehat yang terhindar dari risiko kesehatan.

METODE PENELITIAN

Data dalam tulisan ini berasal dari kegiatan penelitian kelompok mengenai “Telaah Terhadap Indikator Kesejahteraan Sosial dalam Bidang Lingkungan” yang dilaksanakan oleh Tim Peneliti bidang Kesejahteraan Sosial Pada Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI pada tanggal 17 hingga 23 April 2017 di Provinsi Gorontalo. Data dikumpulkan melalui metode wawancara dengan pihak dan instansi terkait seperti pegawai bidang pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan, bidang kesehatan keluarga dan bidang promosi kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo. Wawancara juga dilakukan kepada pegawai Dinas Lingkungan Hidup dan Kehutanan Provinsi Gorontalo dan pegawai Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang Provinsi Gorontalo. Selain itu, data juga dikumpulkan melalui studi pustaka beserta dokumen pemerintah, telaah peraturan perundang-undangan terkait, pencarian jurnal di situs *proquest* dan pencarian artikel di internet. Penelitian ini menitikberatkan kaitan determinan perilaku dan lingkungan hidup terhadap mortalitas balita. Sedangkan determinan genetik dan akses pelayanan kesehatan tidak dibahas dalam penelitian ini dikarenakan keterbatasan ruang lingkup penelitian kelompok.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Angka Kematian Balita di Provinsi Gorontalo

Untuk dapat melihat suatu derajat atau status kesehatan masyarakat dapat digunakan indikator mortalitas (kematian), morbiditas (kesakitan) dan status gizi balita. Hal ini dikarenakan sensitifitasnya terhadap perubahan lingkungan dan pelayanan kesehatan baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. WHO mendefinisikan kematian sebagai suatu peristiwa menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen yang bisa terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup. Kematian adalah peristiwa menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen yang bisa terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup. Kematian hanya bisa terjadi kalau sudah terjadi kelahiran hidup. Kelahiran hidup adalah peristiwa keluarnya hasil konsepsi dari rahim seorang ibu secara lengkap dengan disertai tanda-tanda hidup seperti denyut jantung, denyut tali pusat atau gerakan-gerakan otot tanpa memandang apakah tali pusat sudah dipotong atau belum.¹⁵

Dari definisi di atas tersirat ada perbedaan antara lahir hidup dengan lahir mati. Lahir mati adalah peristiwa menghilangnya semua tanda kehidupan pada hasil konsepsi sebelum hasil konsepsi tersebut dikeluarkan dari rahim. Jadi data mortalitas tidak termasuk peristiwa kematian di dalam rahim seperti peristiwa keguguran dan aborsi. Secara umum indikator mortalitas yang sering digunakan untuk mengukur tingkatan dan besarnya kecenderungan mortalitas adalah:

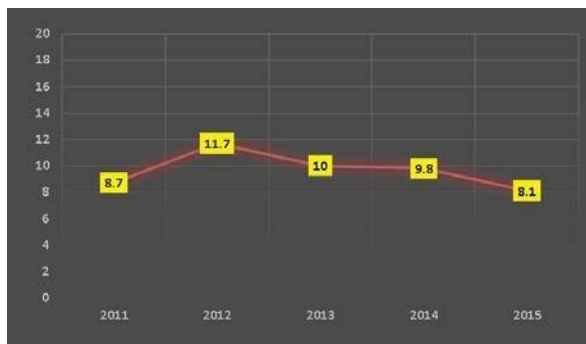
- Angka kematian kasar adalah angka yang menunjukkan jumlah seluruh kematian secara umum dalam suatu populasi dalam suatu periode waktu tertentu, yang dihitung dalam per seribu penduduk.
- Angka kematian menurut umur adalah angka yang menunjukkan jumlah kematian berdasarkan kelompok umur dalam suatu populasi dalam suatu periode waktu tertentu dari seribu penduduk.
- Angka kematian neonatal adalah jumlah kematian bayi yang berumur kurang dari empat minggu atau 28 hari per seribu penduduk dalam suatu periode waktu tertentu dari seribu penduduk.
- Angka kematian bayi adalah jumlah bayi yang meninggal antara fase kelahiran hingga bayi umur kurang dari satu tahun di suatu wilayah pada periode waktu tertentu dari seribu penduduk.
- Angka kematian balita adalah jumlah balita sampai dengan usia 59 bulan (bayi dan anak balita) yang meninggal di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu dalam seribu kelahiran hidup di wilayah dan pada periode waktu yang sama.
- Angka kematian ibu adalah angka yang menunjukkan jumlah kematian ibu dikarenakan faktor yang berhubungan dengan proses kehamilan, kelahiran dan nifas dalam suatu periode waktu tertentu dari seribu penduduk Provinsi Gorontalo terdiri dari satu kota dan lima kabupaten yakni Kota Gorontalo, Kabupaten Gorontalo, Kabupaten Boalemo, Kabupaten Puhwato, Kabupaten Bone Bolango dan Kabupaten Gorontalo Utara. Luas wilayah Provinsi Gorontalo mencapai 12.215,44 km², dengan jumlah penduduk sebesar 1.150.765 jiwa. Dari jumlah tersebut, jenis kelamin laki-laki sebanyak 576.525 jiwa dan perempuan sebanyak 574.240 jiwa.¹⁶ Pembangunan kesehatan merupakan salah satu visi dan misi Provinsi Gorontalo Tahun 2012-2017. Visi antara lain terwujudnya percepatan pembangunan berbagai

¹⁵ Achmad Faqih, *Kependudukan: Teori, Fakta dan Masalah*, Yogyakarta: Dee Publish, 2010, hlm. 103.

¹⁶ Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo, *Profil Kesehatan Provinsi Gorontalo Tahun 2016*, Gorontalo: Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo.

bidang serta peningkatan ekonomi masyarakat yang berkeadilan di Provinsi Gorontalo. Sedangkan salah satu misinya adalah meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui pendekatan kesesuaian keahlian serta pemenuhan mutu kualitas penyelenggaraan pendidikan dan kesehatan. Data kematian anak di Provinsi Gorontalo terbagi menjadi tiga yaitu AKN, AKB dan AKABA.

AKN cenderung mengalami fluktuasi dari tahun 2011 hingga tahun 2015. Pada tahun 2011 AKN sebesar 8,7 per 1.000 kelahiran hidup. Angka tersebut naik pada tahun 2012 menjadi 11,7 per 1.000 kelahiran hidup. Kemudian menurun pada tahun 2013 hingga tahun 2015 yaitu berturut-turut menjadi 10 per 1.000 kelahiran hidup, 9,8 per 1.000 kelahiran hidup dan 8,1 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.



Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Gorontalo Tahun 2016.

Grafik 1. Angka Kematian Neonatal Provinsi Gorontalo Tahun 2011–2015

Jumlah kematian neonatal jika dilihat tiap kabupaten/kota di Provinsi Gorontalo, maka Kota Gorontalo merupakan daerah dengan kematian neonatal terbesar yaitu 38 disusul dengan Kabupaten Gorontalo sebanyak 34 kematian, Kabupaten Boalemo sebanyak 34 kematian, Kabupaten Bone Bolango sebanyak 26, Kabupaten Gorontalo Utara sebanyak 26 dan Kabupaten Pohuwato sebanyak 8 kematian. Di bawah ini merupakan grafik jumlah dan AKN tiap kabupaten/kota di Provinsi Gorontalo:



Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Gorontalo Tahun 2016.

Grafik 2. Jumlah dan Angka Kematian Neonatal Kabupaten / Kota Provinsi Gorontalo Tahun 2015

Penyebab kematian neonatal tertinggi adalah asfiksia sebanyak 60 kasus kematian (36,14%). Asfiksia merupakan suatu keadaan dimana bayi

baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur. Penyebab kematian tertinggi selanjutnya yakni Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 58 kematian (34,94%). BBLR dapat disebabkan karena kondisi kesehatan ibu pada saat hamil tidak optimal terutama pada ibu yang mengalami masalah gizi dan penyakit degeneratif pada ibu hamil. Penyebab kematian neonatal lainnya yaitu kelainan kongenital sebanyak 13 kematian (7,83%). Kematian neonatal yang disebabkan oleh sepsis sebanyak 7 kematian (4,24%) dapat memberikan gambaran masih kurangnya ketaatan petugas didalam pencegahan infeksi pada saat pertolongan persalinan dan perawatan bayi baru lahir. Kematian neonatal yang disebabkan oleh penyebab lainnya sebanyak 28 kematian (16,87%).

Seperti halnya AKN, data AKB di Provinsi Gorontalo dalam kurun waktu lima tahun terakhir mengalami fluktuasi. Tahun 2011 capaian AKB mencapai 18 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan di tahun 2012 dengan capaian 20 per 1.000 kelahiran hidup. Tahun 2013, AKB mengalami penurunan yang signifikan hingga mencapai 15 per 1.000 kelahiran hidup tetapi mengalami peningkatan ditahun 2014 yakni 15,3 per 1.000 kelahiran hidup dan menurun kembali di tahun 2015 yakni 11,5 per 1.000 kelahiran hidup. Berikut ini AKB di Provinsi Gorontalo dalam lima tahun terakhir:



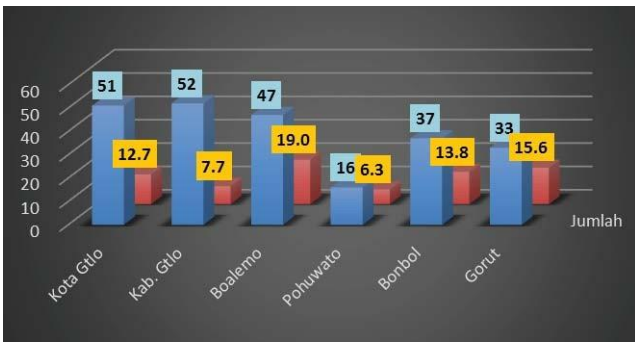
Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Gorontalo Tahun 2016.

Grafik 3. Angka Kematian Bayi Provinsi Gorontalo Tahun 2011–2015

AKB Provinsi Gorontalo dalam kurun waktu lima tahun sudah mencapai target nasional (23 per 1.000 kelahiran hidup) maupun target RPJMD 2012-2017 (15 per 1.000 kelahiran hidup tahun 2015). Namun demikian jika dilihat dari jumlahnya, dapat dikatakan tinggi di setiap kabupaten/kota.

Jumlah kematian bayi jika dilihat tiap kabupaten/kota di Provinsi Gorontalo, maka Kabupaten Gorontalo merupakan daerah dengan kematian bayi tertinggi yaitu 52 kematian. Selanjutnya Kota Gorontalo sebanyak 51 kematian, Kabupaten Boalemo sebanyak 47 kematian, Kabupaten Bone Bolango sebanyak 37, Kabupaten Gorontalo Utara sebanyak 33 dan Kabupaten Pohuwato sebanyak 16

kematian. Di bawah ini merupakan grafik jumlah dan AKN tiap kabupaten/kota di Provinsi Gorontalo:

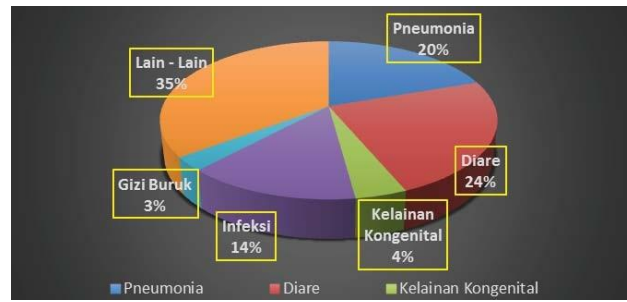


Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Gorontalo Tahun 2016.

Grafik 4. Jumlah dan Angka Kematian Bayi Menurut Kabupaten / Kota Provinsi Gorontalo Tahun 2015

Jika grafik jumlah kematian neonatal (grafik 2) dibandingkan dengan grafik jumlah kematian bayi (grafik 4), penyumbang terbesar kematian bayi adalah kematian neonatal. Hal ini sesuai dengan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 yang menyatakan bahwa hampir sebanyak 60% kematian bayi terjadi pada usia neonatal atau usia bayi kurang dari empat minggu dan 80% kematian balita terjadi pada usia 0-11 bulan.¹⁷ Oleh karena itu, AKN harus diturunkan dengan upaya meningkatkan kesehatan ibu hamil dan menjamin pertolongan persalinan serta penanganan risiko terhadap bayi dan neonatal.

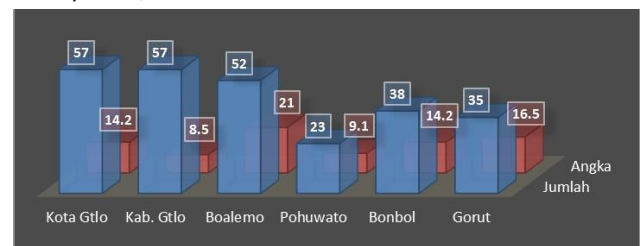
Penyebab kematian tertinggi pada bayi adalah penyakit diare sebesar 24% atau sebanyak 17 bayi. Selanjutnya penyebab tertinggi adalah penyakit pneumonia sebesar 20% atau sebanyak 14 bayi dan penyebab kematian karena infeksi yakni sebesar 14% atau sebanyak 10 bayi. Ketiga penyebab tertinggi kematian bayi di atas adalah penyebab yang dapat dicegah. Pencegahan kesakitan dan kematian bayi dapat dilakukan dengan cara yang sederhana oleh tenaga kesehatan melalui Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). MTBS adalah suatu pendekatan yang terintegrasi atau terpadu dalam tata laksana balita sakit dengan fokus pelayanan kesehatan anak pada usia 0-5 tahun. Jika kegiatan MTBS dilaksanakan dengan baik, upaya ini tergolong lengkap untuk mengantisipasi penyakit-penyakit yang menyebabkan kematian bayi dan balita. Data cakupan program MTBS tahun 2015 menunjukkan dari 16.206 balita sakit yang datang berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan hanya 7.729 balita atau 47,7% yang terparap MTBS.



Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Gorontalo Tahun 2016.

Grafik 5. Persentase Penyebab Kematian Bayi Provinsi Gorontalo Tahun 2015

Seperti halnya AKB, AKABA ini juga dapat memberikan gambaran status kelangsungan hidup di suatu wilayah. AKABA dalam kurun waktu lima tahun yakni di tahun 2011 capaian 17,8 per 1.000 kelahiran hidup. Capaian ini meningkat di tahun 2012 menjadi 20,9 per 1.000 kelahiran hidup. Tahun 2013 AKABA mengalami penurunan yang signifikan yakni 15,2 per 1.000 kelahiran hidup dan tahun 2014 menjadi 15,3 per 1.000 kelahiran hidup. Tahun 2015 terjadi penurunan AKB menjadi 12,8 per 1.000 kelahiran hidup. Capaian ini sudah melebihi target yang telah ditentukan di tahun 2015 yakni target nasional 32 per 1.000 kelahiran hidup dan target RPJMD 17,40 per 1.000 kelahiran hidup. Berikut ini jumlah AKABA di kabupaten/kota tahun 2015 :



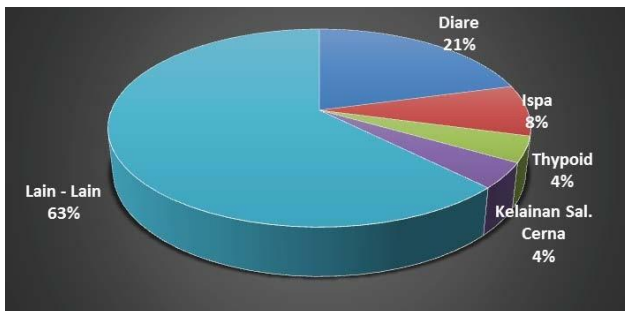
Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Gorontalo Tahun 2016.

Grafik 6. Jumlah dan Angka Kematian Balita Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Gorontalo Tahun 2015

Grafik di atas menunjukkan jumlah dan angka kematian pada balita di kabupaten/kota Provinsi Gorontalo. Jumlah kematian balita tertinggi di Provinsi Gorontalo tahun 2015 terdapat di Kabupaten Gorontalo dan Kota Gorontalo dengan 57 kematian balita sedangkan jumlah kematian balita terendah terdapat di Kabupaten Pohuwato dengan 23 kematian balita. AKABA tertinggi di Provinsi Gorontalo tahun 2015 terdapat di Kota Gorontalo dengan 14,2 per 1.000 kelahiran hidup dan terendah di Kabupaten Gorontalo dengan 8,5 per 1.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian balita tertinggi disebabkan oleh penyakit diare sebanyak 21%, selanjutnya dikarenakan infeksi saluran pernafasan atas sebesar 8%, penyakit tipoid sebanyak 4%, kelainan saluran cerna sebanyak 4% dan penyebab lain-lain sebanyak 63%. Diperlukan upaya-upaya pencegahan dan penanganan khususnya untuk

¹⁷ BKKBN, BPS dan Kementerian Kesehatan, *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*.

penyakit-penyakit, perlu kerja sama lintas sektor untuk dapat menjangkau pelayanan kesehatan hingga seluruh anak dapat terpantau kesehatannya. Berikut ini proporsi penyebab AKABA di Provinsi Gorontalo:



Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Gorontalo Tahun 2016.

Grafik 7. Persentase Penyebab Kematian Balita Provinsi Gorontalo Tahun 2015

Kasus kematian bayi dan balita di Provinsi Gorontalo antara lain disebabkan oleh penyakit yang berhubungan dengan masalah perilaku dan lingkungan selain masalah akses terhadap pelayanan kesehatan dan faktor genetik. Perilaku masyarakat seperti tidak sadar akan kebersihannya, tidak melakukan kegiatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), tidak rutin melakukan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Buang Air Besar Sembarang (BABS). Sedangkan kondisi lingkungan yang buruk seperti sulitnya mengakses air bersih dan air minum. Perilaku yang tidak sehat tersebut ditambah dengan kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan masyarakat mengalami masalah kesehatan yang kompleks seperti rentan terhadap penularan penyakit diare, anak-anak bisa menjadi *stunting* dan mengalami gizi buruk, ibu hamil menjadi kekurangan gizi dan anemia bahkan ibu hamil dan anak-anak rentan terhadap penyakit menular yang pada akhirnya akan menyebabkan kematian maternal dan kematian bayi dan anak-anak.¹⁸ Sehingga solusi yang efektif adalah upaya preventif dan promotif terhadap permasalahan lingkungan dan perubahan perilaku. PHBS merupakan upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku melalui pendekatan advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat.¹⁹ Dengan demikian masyarakat dapat mengenali dan mengatasi masalah kesehatannya sendiri.

¹⁸ Disarikan dari hasil wawancara dengan pegawai Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo pada Tanggal 19 April 2017.

¹⁹ Anik Maryunani, *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*, Jakarta: CV. Trans Info Media, 2013, hlm. 27.

Determinan Lingkungan dan Perilaku yang Mempengaruhi Kematian Balita di Provinsi Gorontalo

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa dalam teori Blum, determinan lingkungan dapat mempengaruhi kondisi kesehatan seseorang. Walaupun determinan tersebut tidak dapat berdiri sendiri melainkan saling mempengaruhi. Lingkungan menjadi hal yang penting dikarenakan manusia hidup di dalam lingkungan sekitar sehingga status kesehatannya ditentukan dari kondisi lingkungan sekitar. Terdapat berbagai jenis penyakit menular yang ditularkan melalui kondisi lingkungan yang tidak sehat seperti penyakit diare, tuberkulosis, pneumonia dan lainnya. Penyakit tersebut merupakan penyebab langsung kematian balita.

Saat ini, mortalitas erat dikaitkan dengan perubahan iklim. Berbagai penyakit infeksi akibat perubahan iklim merupakan salah satu penyebab atau pemberi kontribusi terhadap kematian balita. Kematian balita merupakan akibat lebih jauh dari kejadian sakit. Penyebab utama mortalitas di Indonesia masih didominasi oleh penyakit menular, berkenaan dengan determinan utama kemiskinan dan sanitasi lingkungan yang buruk. Diare dan penyakit infeksi merupakan penyebab utama kematian balita. Semua penyebab kematian tersebut dapat dicegah dengan penyediaan air bersih, rumah sehat, dan sanitasi dasar lainnya.²⁰

Untuk mengatasi masalah lingkungan dalam mendukung hidup sehat, pemerintah membuat program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Program tersebut juga meliputi strategi promosi kesehatan dalam merubah perilaku masyarakat untuk hidup bersih dan sehat. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), yang dimaksud dengan STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemucuan. Penyelenggaraan STBM bertujuan untuk mewujudkan perilaku yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam pelaksanaan STBM berpedoman pada lima pilar yaitu stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS), cuci tangan pakai sabun, pengelolaan air bersih dan makanan rumah tangga, pengamanan sampah rumah tangga, dan pengamanan limbah cair rumah tangga.

Program STBM saat ini sudah dinilai berjalan dengan baik dan mampu meningkatkan cakupan sanitasi di Indonesia. MDGs menargetkan cakupan

²⁰ Umar Fahmi Achmadi, *Kesehatan Masyarakat dan Globalisasi*, Jakarta: Rajawali Pers, 2014, hlm. 159.

sarana sanitasi di Indonesia sebesar 62,41%. Walaupun belum mencapai target MDGs tersebut, program STBM telah mampu meningkatkan cakupan sanitasi hingga mencapai 55,6%. Keberhasilan program STBM tidak dapat dipisahkan dari adanya pendidikan mengenai perilaku hidup bersih dan sehat pada masyarakat. Sarana sanitasi yang telah dibangun dan disediakan tidak akan memberikan efek perubahan baik dalam menurunkan penyakit maupun penyehatan lingkungan jika masyarakat belum memiliki perilaku sehat. Dari studi yang dilakukan oleh Universitas Indonesia bahwa kurang dari 15% ibu yang menyatakan mencuci tangan dengan sabun setelah BAB, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi anak dan sebelum makan. Perilaku ini akan mempengaruhi tingkat efektifitas sarana sanitasi sebagai pencegah penularan penyakit.²¹ Oleh karenanya, upaya perbaikan kondisi lingkungan hidup sejalan dengan perubahan perilaku bersih dan sehat masyarakat.

STBM dicapai dengan enam upaya yaitu a) penciptaan lingkungan yang kondusif dalam meningkatkan dukungan pemerintah dan pemangku kepentingan; b) peningkatan kebutuhan untuk membentuk perilaku masyarakat yang sadar akan higienis dan saniter; c) peningkatan penyediaan sarana sanitasi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat; d) pengelolaan pengetahuan untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat dalam sanitasi total; e) pembiayaan secara menyeluruh dalam menyediakan sarana sanitasi dasar; f) pemantauan dan evaluasi program dengan melibatkan partisipasi aktif masyarakat. Dari keenam upaya tersebut, tiga upaya pertama merupakan upaya pokok yang dirumuskan menjadi komponen sanitasi total. Dalam upaya tersebut terdapat peran pemerintah daerah seperti menciptakan permintaan untuk terjadinya perubahan perilaku higienis dan sanitasi yang sehat dari masyarakat, mengembangkan kapasitas sektor swasta dalam penyediaan produk dan pelayanan sanitasi, menetapkan target lokal untuk mencapai tujuan SDGs bidang kesehatan dan sanitasi serta memantau kemajuan dan dampak kegiatan pada masyarakat setempat.²² Dengan adanya peran pemerintah daerah ini, upaya perubahan lebih terarah pada kebutuhan di daerah masing-masing.

STBM di Provinsi Gorontalo pada tahun 2015 baru mencapai 42,8%. Capaian tersebut menurun jika dibandingkan tahun sebelumnya yang sebesar 60,4%. Rendahnya capaian STBM dikarenakan

kurangnya kesadaran dan partisipasi masyarakat untuk mendukung program pemerintah yang berupa program pemberdayaan masyarakat. Hal ini dikarenakan masyarakat cenderung lebih bergantung pada bantuan secara fisik yang diberikan oleh pemerintah dari pada upaya pemberdayaan. Selain itu, kendala juga berasal dari ketidaksiapan sumber daya yang ada di wilayah kabupaten/kota.²³

Berdasarkan kebijakan STBM yang telah disebutkan di atas, salah satu pilar STBM adalah stop BABS. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo, persentase desa stop BABS tahun 2015 sebesar 7,38%. Persentase tersebut menurun jika dibandingkan tahun sebelumnya yang sebesar 9,7%. Sedangkan kondisi kepemilikan jamban sehat (jenis kloset leher angsa atau plengsengan dengan tutup) sampai dengan tahun 2017 sebesar 58,6%. Artinya, belum semua masyarakat Provinsi Gorontalo memiliki jamban sehat di rumahnya baik untuk penggunaan sendiri maupun komunal. Perilaku BABS masyarakat masih terjadi di sembarang tempat misalnya di sungai. Selain masalah perilaku yang sudah menjadi kebiasaan dan turun-menurun, BABS juga disebabkan oleh keterbatasan air bersih dari PDAM yang tersedia di rumah-rumah masyarakat. Ada juga masyarakat yang memiliki jamban di rumahnya namun pembuangannya langsung ke sungai dan tidak ditampung di tangki septik.²⁴ Justru kondisi tersebut membuat air sungai tercemar oleh limbah kotoran manusia. Apabila air sungai tersebut dikonsumsi maka dapat berisiko menyebabkan berbagai penyakit menular seperti diare. Berdasarkan data kebiasaan BABS tertinggi berada di kawasan timur Indonesia.²⁵ Angka-angka kesakitan akibat kebiasaan BABS didominasi oleh penduduk kawasan timur Indonesia.

Pilar STBM lainnya adalah pengelolaan air bersih. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo, cakupan air bersih sampai dengan tahun 2016 sebesar 72,09%. Namun pemeliharaan sarana air bersih dapat dikatakan masih kurang. Salah satu program untuk meningkatkan akses layanan air minum dan sanitasi bagi masyarakat miskin perdesaan adalah Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (Pamsimas). Melalui program tersebut, dibangun sarana air minum komunal. Sumber air dapat dikatakan bagus dan

²¹ Adik Wibowo, *Op. Cit.*, hlm. 47-48.

²² Bambang Hartono, *Promosi Kesehatan: Sejarah dan Perkembangannya di Indonesia*, Jakarta: Rineka Cipta, 2011, hlm. 221.

²³ Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo, *Profil Kesehatan Provinsi Gorontalo Tahun 2016*, Gorontalo: Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo.

²⁴ Disarikan dari hasil wawancara dengan pegawai Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo pada Tanggal 19 April 2017.

²⁵ Umar Fahmi Achmadi, *Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*, Jakarta: Rajawali Pers, 2013.

tidak tercemar kontaminasi namun penampungan air bersih dari Badan Peningkatan Penyelenggaraan Sistem Penyediaan Air Minum (BPPSPAM) tidak berjalan sebagaimana mestinya. Terdapat kendala dalam pelaksanaannya, salah satunya kendalanya adalah masalah pendanaan seperti terhambatnya pengumpulan iuran atau retribusi air bersih.²⁶ PDAM hanya melayani tingkat kabupaten/kota saja dan tidak sampai ke daerah pedalaman. Selain itu, masyarakat Provinsi Gorontalo masih menggunakan sumur pompa untuk mendapatkan air bersih. Hanya saja sumur gali bersifat terbuka dan rentan terkontaminasi kotoran hewan yang dapat menyebabkan penyakit infeksi.

Air bersih merupakan sumber air yang layak untuk dikonsumsi dan baik untuk kesehatan manusia, juga dapat digunakan untuk kegiatan sehari-hari seperti mandi, mencuci dan lainnya. Yang digolongkan ke dalam sumber air bersih adalah air leding, air hujan, sumur pompa, sumur terlindungi, mata air terlindung dengan jarak lebih dari 10 meter dari penampungan limbah kotoran.²⁷ Presentase air bersih di Provinsi Gorontalo sebesar 66,47%. Adapun daerah dengan presentase air bersih tertinggi adalah Kota Gorontalo sebesar 83,16% sedangkan terendah adalah Kabupaten Bone Bolango sebesar 55,88%.²⁸

Selain itu, pilar STBM pengamanan sampah dan limbah cair rumah tangga menjadi masalah di Provinsi Gorontalo. Penyakit infeksi berbasis lingkungan juga dapat bersumber dari sampah dan limbah rumah tangga. Masih terdapat genangan air kotor di perumahan-perumahan yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan vektor penyakit. Di Provinsi Gorontalo, masih terdapat masyarakat yang menggunakan rumah adat yaitu rumah pitate.²⁹ Penggunaan rumah adat ini erat kaitannya dengan kotoran atau sampah yang menyebabkan penyakit yang ada di rumah. Lantai rumah adat berupa tanah sehingga rentan mengalami penyakit seperti cacangan yang dapat memicu kompleksitas status gizi anak yang pada akhirnya membuat daya tahan tubuh anak menjadi lebih rentan terhadap infeksi penyakit menular. Dinding rumah adat yang terbuat dari bambu apabila tidak sering dibersihkan dapat

menyebabkan penyakit menular tuberkulosis dan infeksi saluran pernapasan. Penyakit tersebut rentan menyerang anak-anak dan dapat menimbulkan komplikasi penyakit infeksi lainnya.

Persentase pelayanan persampahan tertinggi di Provinsi Gorontalo terdapat di Kota Gorontalo sebesar 40,69% sedangkan terendah di Kabupaten Gorontalo sebesar 6,84%. Persentase pelayanan air limbah rumah tangga tertinggi (baik tangki septik individu, instalasi pembuangan air limbah komunal dan kawasan), di Provinsi Gorontalo terdapat di Kabupaten Pohuwato sebesar 88,79 persen dan terendah di Kabupaten Boalemo sebesar 42,5%.³⁰

Strategi Promosi Kesehatan dalam Menurunkan Angka Kematian Balita

Berdasarkan uraian sub-bab sebelumnya, bahwa kematian bayi di Provinsi Gorontalo mayoritas disebabkan oleh penyakit infeksi seperti pneumonia dan penyakit diare. Penyakit tersebut merupakan penyakit yang umum menyerang anak yang memiliki daya tahan tubuh rendah. Faktor lingkungan yang tidak sehat meningkatkan risiko anak terinfeksi penyakit tersebut. Terlebih sistem kekebalan tubuh anak yang belum sempurna memungkinkan memperberat infeksi sehingga mengakibatkan kematian.

Masalah kematian balita dengan penyebab tidak langsung faktor lingkungan dapat dilakukan melalui penerahan sumber daya yang ada di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama misalnya puskesmas melalui peningkatan manajemen kesehatan. Manajemen pelayanan kesehatan masyarakat adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan non-petugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan.³¹ Mengerahkan sumber daya yang ada di tingkat puskesmas untuk terjun di masyarakat melakukan promosi kesehatan dan memberdayakan komunitas yang ada di wilayah untuk aktif menjaga lingkungan sekitar. Sejatinya fokus kesehatan masyarakat adalah komunitas atau masyarakat. Upaya yang dilakukan oleh puskesmas lebih banyak berorientasi kepada masyarakat. Dengan demikian program-program promosi kesehatan kepada masyarakat mestinya banyak dilakukan. Seperti promosi ke sekolah-sekolah untuk tidak BABS dan cuci tangan memakai sabun. Promosi juga dilakukan di tingkat komunitas seperti pengajian dengan materi bahaya BABS, pengelolaan air minum rumah tangga, pengelolaan

²⁶ Disarikan dari hasil wawancara dengan pegawai Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo pada Tanggal 19 April 2017.

²⁷ Disarikan dari hasil wawancara dengan pegawai Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang Provinsi Gorontalo pada Tanggal 19 April 2017.

²⁸ Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang Provinsi Gorontalo, *Profil Infrastruktur Keciaptakarya di Provinsi Gorontalo*, Gorontalo: Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang, 2017.

²⁹ Disarikan dari hasil wawancara dengan pegawai Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo pada Tanggal 19 April 2017.

³⁰ Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang Provinsi Gorontalo, *Op. Cit.*

³¹ Soekidjo Notoatmodjo, *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni, Op. Cit.*, hlm. 83.

sampah rumah tangga dan pengelolaan limbah cair rumah tangga. Upaya tersebut mendukung program STBM. Promosi juga dilakukan kepada tingkatan keluarga. Keluarga membutuhkan informasi kesehatan untuk membuat keputusan yang tepat mengenai kesehatan anak. Dan tidak jarang juga digunakan untuk memutuskan kebiasaan yang sudah turun menurun yang merugikan kesehatan bayi.³² Upaya promosi kesehatan yang dilakukan baik di fasilitas kesehatan seperti puskesmas, fasilitas pendidikan seperti sekolah serta langsung ke keluarga dan masyarakat membuat materi yang disampaikan dapat langsung dimengerti dan dipahami untuk selanjutnya diimplementasikan oleh masyarakat. Sehingga dapat terwujud perubahan perilaku di masyarakat yang mendukung hidup bersih dan sehat. Dengan demikian upaya preventif dan promotif terkait faktor lingkungan dapat dilakukan melalui pendekatan promosi kesehatan.

Nigeria berhasil mengurangi angka kematian balita dengan jumlah yang signifikan. Tahun 1998, angka kematian balita sebesar 226 per 1.000 kelahiran hidup sedangkan tahun 2009 sebesar 128 per 1.000 kelahiran hidup. Hal ini dikarenakan adanya tiga strategi yaitu meningkatkan akses pelayanan kesehatan anak, menggunakan promosi kesehatan dan meningkatkan program gizi anak. Promosi kesehatan dilakukan melalui kampanye mempromosikan vaksin campak, penggunaan kelambu berlapis insektisida dan vitamin A.³³ Selain Nigeria, WHO mencanangkan upaya untuk menurunkan angka kematian balita melalui strategi promosi kesehatan yang secara global terdiri dari tiga hal yaitu advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat.³⁴ Mengingat masalah kematian anak masih menjadi masalah di Provinsi Gorontalo, maka dapat dilakukan upaya penguatan promosi kesehatan melalui strategi promosi kesehatan. Strategi tersebut meliputi advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat terhadap program STBM yang selama ini telah dijalankan di Provinsi Gorontalo.

Pertama, advokasi merupakan pendekatan yang dilakukan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor untuk mendapat dukungan terhadap program kesehatan. Advokasi bergerak dari landasan asumsi bahwa

perubahan sistem dan struktur kemasyarakatan yang lebih luas dan menyeluruh dapat dilakukan melalui perubahan-perubahan bertahap maju dan semakin membaik dalam berbagai kebijakan pemerintah.³⁵ Pelaksanaan STBM untuk menciptakan lingkungan dan perilaku yang sehat memerlukan advokasi dari berbagai pemangku kepentingan. Di Provinsi Gorontalo, kegiatan advokasi telah dilakukan oleh dinas kesehatan kepada kepala-kepala puskesmas yang ada di Provinsi Gorontalo agar kepala puskesmas tersebut melakukan advokasi kepada pemerintah kabupaten/kota setempat agar menggunakan dana desa untuk kegiatan penyehatan lingkungan seperti jambanisasi.³⁶ Jambanisasi merupakan upaya membangun jamban sehat di rumah masyarakat baik yang dipergunakan secara sendiri ataupun komunal untuk mengurangi kebiasaan BABS masyarakat. Dalam Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 22 Tahun 2016 tentang Penetapan Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2017, dana desa adalah dana yang bersumber dari APBN yang diperuntukkan bagi desa yang ditransfer melalui APBD kabupaten/kota dan digunakan untuk mendanai penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan, pembinaan kemasyarakatan dan pemberdayaan masyarakat. Kegiatan pembangunan desa yang dapat dibiayai dana desa antara lain kegiatan pengadaan, pembangunan, pengembangan dan pemeliharaan sarana dan prasarana kesehatan terkait sanitasi yang meliputi penyediaan air bersih, sanitasi lingkungan, jambanisasi, mandi cuci kakus, dan lainnya. Pada tahun 2016, total alokasi dana desa Provinsi Gorontalo sebesar Rp. 403,677 miliar untuk diberikan kepada 657 desa. Alokasi dana terbesar diberikan kepada Kabupaten Gorontalo yaitu sebesar Rp. 117,55 miliar dengan jumlah desa sebanyak 191. Sedangkan alokasi dana desa terendah diberikan kepada Kabupaten Boalemo sebesar Rp. 52,216 miliar dengan jumlah desa sebanyak 82 desa.³⁷ Dana sebesar itu akan sangat besar artinya bagi pemberdayaan masyarakat desa. PHBS dan pengembangan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat akan lebih mungkin diupayakan di tingkat rumah tangga di desa.³⁸

³² Shams El Arifeen, "Child Health and Mortality," *Journal of Health Population and Nutrition*, Vol. 26, No. 3, hlm 273-279.

³³ Agbessi Amouzou, dkk, "Reduction in Child Mortality in Niger: A Countdown to 2015 Country Case Study," *The Lancet*, Vol. 380, hlm 1169-1178.

³⁴ Soekidjo Notoatmodjo, *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*, Op. Cit, hlm. 32.

³⁵ Dumilah Ayuningtyas, *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*, Jakarta: Rajawali Pers, 2014, hlm. 152.

³⁶ Disarikan dari hasil wawancara dengan pegawai Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo pada Tanggal 19 April 2017.

³⁷ "Dana Desa Gorontalo Mengalami Peningkatan Tahun 2016", (online), (<http://www.antaragorontalo.com/berita/19131/dana-desa-gorontalo-mengalami-peningkatan-tahun-2016> diakses tanggal 31 Agustus 2017).

³⁸ Kementerian Kesehatan RI, *Perencanaan dan Pelaporan Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat dan Promosi Kesehatan melalui Dana Desa*, Jakarta: Kementerian Kesehatan, hlm. 4.

Advokasi penggunaan dana desa untuk kegiatan penyehatan lingkungan dengan cara mengurangi kebiasaan BABS penting dilakukan mengingat masih banyak desa yang belum menggunakan dana desa di bidang kesehatan. Pembiayaan secara menyeluruh dalam menyediakan sarana sanitasi dasar merupakan salah satu upaya STBM.

Kegiatan advokasi juga telah dilakukan kepada kepala-kepala desa yang ada di Provinsi Gorontalo untuk membuat kebijakan-kebijakan tertentu terkait penyehatan lingkungan. Kebijakan tersebut seperti adanya persyaratan memiliki jamban di rumah untuk dapat memperpanjang KTP. Namun, ketika ada pergantian kepala daerah, kebijakan tersebut tidak diimplementasikan kembali sehingga masyarakat kembali berperilaku BABS.³⁹ Di sini intervensi kepala daerah menjadi penting untuk keberlangsungan kebijakan kesehatan. Selain itu, advokasi juga dilakukan kepada para kepala sekolah agar menerapkan STBM di sekolah masing-masing melalui program cuci tangan pakai sabun. Promosi kesehatan yang dilakukan sejak dini seperti kepada anak sekolah merupakan upaya yang efektif dalam menanamkan perubahan perilaku yang mendukung hidup bersih dan sehat. Ke depannya, advokasi lebih intens dapat dilakukan dinas kesehatan kepada pihak terkait seperti Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang Provinsi Gorontalo mengenai sinergitas program-program sanitasi. Selama ini program di kedua dinas tersebut berjalan belum bersinergi secara optimal.⁴⁰

Kedua, adanya dukungan sosial dari para tokoh masyarakat. Tujuannya agar tokoh masyarakat setempat dapat menjadi jembatan informasi program-program kesehatan yang mendukung STBM antara pihak dinas kesehatan dengan masyarakat. Pada dasarnya kegiatan ini merupakan kegiatan sosialisasi program kesehatan agar masyarakat mau menerima dan berpartisipasi dalam program kesehatan melalui pemicuan dengan tokoh masyarakat setempat. Di Provinsi Gorontalo, dukungan sosial telah dilakukan melalui upaya pemicuan seperti mengumpulkan masyarakat untuk dilakukan sidak kepemilikan jamban.⁴¹ Terdapat sanksi sosial seperti malu dan berdosa jika tidak memiliki jamban di rumah. Melalui sanksi sosial ini masyarakat menjadi tergerak untuk membuat jamban di rumahnya. Dukungan

sosial juga didapat melalui kerja sama dengan lembaga pendidikan kesehatan seperti Poltekkes dan lembaga pendidikan kesehatan lainnya. Seperti adanya kurikulum praktik lapangan pada mahasiswa kebidanan berupa program pendampingan ibu hamil yang berisiko tinggi seperti tugas mahasiswa tersebut mencari ibu hamil dengan risiko tinggi dan mendampingi selama masa kehamilan, melahirkan, nifas hingga bayi berusia sembilan bulan. Kegiatan ini menggunakan anggaran dari APBD provinsi.⁴² Melalui upaya pendampingan tersebut, pengetahuan ibu hamil mengenai kehamilan, gizi balita, kesehatan anak dan kesehatan keluarga menjadi meningkat sehingga dapat menurunkan angka kematian balita.

Dukungan sosial juga didapat dengan adanya kader kesehatan. Kader merupakan ujung tombak terdepan dalam upaya kesehatan berbasis masyarakat yang memegang peranan penting untuk mengerakkan partisipasi masyarakat supaya hidup bersih dan sehat. Salah satu tugas kader adalah bisa memberdayakan pola hidup bersih dan sehat dalam tatanan rumah tangga di lingkungan sekitar. Kader kesehatan memiliki peran menyampaikan pesan-pesan kesehatan karena mereka sering berhubungan dengan masyarakat. Dengan demikian kader perlu terlebih dahulu memahami peran dan fungsinya di tengah masyarakat. Peran kader antara lain melakukan pendataan, pendekatan, pemberdayaan, pengembangan dan pemantauan.⁴³ Program promosi kesehatan di Provinsi Gorontalo juga melibatkan para kader kesehatan seperti kader posyandu.⁴⁴ Banyak anak yang tidak dapat menjangkau tenaga kesehatan maupun fasilitas pelayanan kesehatan sehingga peran kader menjadi perantara puskesmas dengan masyarakat. Kader melapor adanya kejadian penyakit yang ada di masyarakat. Selain itu, kader juga melakukan pemicuan terhadap rumah tangga yang belum memiliki jamban dengan mengadakan arisan jamban.

Ke depannya, dukungan sosial juga bisa banyak didapat melalui kegiatan tanggung jawab sosial perusahaan yang ada di Provinsi Gorontalo. Seperti pada tahun 2015, di Provinsi Gorontalo pernah dilakukan kegiatan tanggung jawab sosial perusahaan oleh TNI Angkatan Darat melalui Komando Distrik Militer 1304 Gorontalo dengan membangun sedikitnya 2.000 unit jamban yang

³⁹ Disarikan dari hasil wawancara dengan pegawai Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo pada Tanggal 19 April 2017.

⁴⁰ Disarikan dari hasil wawancara dengan pegawai Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang Provinsi Gorontalo pada Tanggal 19 April 2017.

⁴¹ *ibid.*

⁴² *ibid.*

⁴³ Anik Maryunani, *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*, Jakarta: CV. Trans Info Media, 2013, hlm. 129-134.

⁴⁴ Disarikan dari hasil wawancara dengan pegawai Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo pada Tanggal 19 April 2017.

tersebar di Provinsi Gorontalo pada tahun 2015.⁴⁵ Kegiatan tanggung jawab sosial diarahkan kepada upaya-upaya perbaikan sanitasi yang mendukung hidup bersih dan sehat.

Ketiga, pemberdayaan masyarakat untuk secara aktif dan sukarela melakukan program STBM. Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu proses membangun manusia atau masyarakat melalui pengembangan kemampuan masyarakat, perubahan perilaku, dan pengorganisasian masyarakat.⁴⁶ Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah untuk mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan dirinya. Contoh kegiatan pemberdayaan masyarakat yang dilakukan di Kabupaten Bone Bolango Provinsi Gorontalo seperti kegiatan bernama mutiara berlian. Melalui kegiatan tersebut, setiap masyarakat dianjurkan untuk memberikan infak sebanyak seribu rupiah setiap hari untuk ibu hamil yang tidak mampu. Tujuannya agar ibu hamil memiliki akses secara finansial untuk memperbaiki kualitas hidupnya pada saat hamil hingga masa nifas. Sehingga diharapkan dapat melahirkan bayi yang sehat dan terhindar dari infeksi penyakit dan malnutrisi. Di Kabupaten Gorontalo terdapat program pekan sayang ibu dan anak yang salah satu programnya adalah melakukan pencatatan dan penimbangan pada balita setiap bulan. Balita harus mendapatkan semua imunisasi dasar untuk dapat sertifikat lulus imunisasi sebagai salah satu persyaratan untuk masuk ke sekolah pendidikan anak usia dini. Melalui program ini, capaian imunisasi dan kunjungan ke posyandu di Kabupaten Gorontalo meningkat.⁴⁷ Berbagai upaya pemberdayaan masyarakat dilakukan guna menumbuhkan kemandirian masyarakat untuk lebih memperhatikan kelompok yang rentan terhadap masalah kesehatan seperti kelompok ibu hamil, bayi dan balita. Pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui kegiatan pembuatan jamban sendiri guna mendukung STBM.

PENUTUP

Kematian balita mencerminkan derajat kesehatan masyarakat di suatu wilayah karena erat kaitan antara daya tahan tubuh balita yang masih

lemah dalam merespon perubahan lingkungan hidup dengan kesakitan hingga menimbulkan kematian. Penyebab kematian balita di Provinsi Gorontalo adalah penyakit menular seperti diare dan infeksi saluran pernapasan. Penyakit tersebut dapat dikurangi penularannya melalui perubahan perilaku masyarakat yang mendukung hidup bersih dan sehat serta melalui perwujudan lingkungan yang sehat. Untuk mengatasi masalah tersebut, pemerintah membuat program STBM yang terdiri dari stop BABS, cuci tangan pakai sabun, serta pengelolaan air bersih, sampah dan limbah cair rumah tangga. Pelaksanaan STBM di Provinsi Gorontalo mengalami beberapa kendala seperti BABS yang sudah menjadi kebiasaan, keterbatasan ketersediaan air bersih di jamban sehat milik masyarakat, pembayaran iuran air bersih yang tidak rutin, dan lainnya. Optimalisasi implementasi program STBM di Provinsi Gorontalo dijalankan melalui pendekatan strategi promosi kesehatan untuk mendapatkan dukungan dari pihak-pihak terkait dan masyarakat. Strategi tersebut antara lain upaya advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat. Salah satu upaya advokasi yang dilakukan adalah dengan mendesak pemerintah kabupaten/kota agar menggunakan dana desa untuk pemberdayaan masyarakat hidup bersih dan sehat seperti pembuatan jamban sehat dan pembuatan penampungan air bersih. Hal ini mengingat salah satu upaya STBM adalah melalui pembiayaan dalam menyediakan sarana sanitasi dasar di masyarakat. Dukungan sosial didapat dari lembaga pendidikan kesehatan dan juga pembinaan kader kesehatan. Sedangkan pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui menghimpun sumber daya yang ada di masyarakat untuk mandiri seperti program mutiara berlian dan program pekan sayang ibu dan anak.

Implementasi program STBM yang memadukan pendekatan penyehatan lingkungan dengan promosi kesehatan memerlukan upaya pengawasan dari semua pihak terkait termasuk DPR RI. Pengawasan dilakukan agar pemerintah daerah memastikan selalu tersedianya air bersih untuk keperluan sehari-hari termasuk keperluan jamban sehat guna meminimalkan terinfeksi penyakit menular pada balita. Pengawasan juga diperlukan dalam penggunaan dana desa oleh pemerintah daerah mengingat dana desa dapat dipergunakan untuk pembangunan sarana dan prasarana kesehatan terkait sanitasi seperti penyediaan air bersih, sanitasi lingkungan, jambanisasi, dan lainnya. Dengan dilakukannya upaya pengawasan terhadap program-program pemerintah daerah tersebut, implementasi upaya menurunkan kasus kematian balita melalui pendekatan penyehatan lingkungan dan promosi kesehatan dapat dilakukan dengan optimal.

⁴⁵ "Kodim 1304 Gorontalo Bangun 2.000 Jamban", (online), (<https://gorontalo.antaranews.com/berita/28997/kodim-1304-gorontalo-bangun-2000-jamban>, diakses 3 Maret 2017).

⁴⁶ Hapsara Habib Rachmat, *Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan di Indonesia*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2016, hlm. 60.

⁴⁷ Disarikan dari hasil wawancara dengan pegawai Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo pada Tanggal 19 April 2017.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Achmadi, Umar Fahmi. (2013). *Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Achmadi, Umar Fahmi. (2014). *Kesehatan Masyarakat dan Globalisasi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Adisasmita, Wiku. (2013). *Perancangan Naskah Akademik dan Kebijakan Kesehatan*. Jakarta: UI Pers.
- Ayuningtyas, Dumilah. (2014). *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Rajawali Pers.
- BKKBN, BPS dan Kementerian Kesehatan, *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo. (2016). *Profil Kesehatan Provinsi Gorontalo Tahun 2015*. Gorontalo: Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo.
- Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo. (2017). *Profil Kesehatan Provinsi Gorontalo Tahun 2016*. Gorontalo: Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo.
- Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang Provinsi Gorontalo. (2017). *Profil Infrastruktur Keciptakaryaannya di Provinsi Gorontalo*. Gorontalo: Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang.
- Faqih, Achmad. (2010). *Kependudukan: Teori, Fakta dan Masalah*. Yogyakarta: Dee Publish.
- Hartono, Bambang. (2011). *Promosi Kesehatan: Sejarah dan Perkembangannya di Indonesia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). (2015). *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2014*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS).
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. -. *Perencanaan dan Pelaporan Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat dan Promosi Kesehatan melalui Dana Desa*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Kesehatan dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan RI. (2015). *Indeks Kualitas Lingkungan Hidup Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan RI.
- Maryunani, Anik. (2013). *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rachmat, Hapsara Habib. (2016). *Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Wibowo, Adik. (2014). *Kesehatan Masyarakat di Indonesia: Konsep, Aplikasi dan Tantangan*. Jakarta: Rajawali Pers.

Jurnal

- Gijzen, Sandra., dkk. (2014). Child Mortality in the Netherlands in the Past Decade: An Overview of External Causes and The Role of Public Health Policy, *Journal of Public Health Policy*, Vol. 35, No. 1, hal 43-59, Februari.
- Amouzou, Agbessi. (2012). Reduction in Child Mortality in Niger: A Countdown to 2015 Country Case Study, *The Lancet*, Vol. 380, September.
- Andriani, Arinta Riza., Dkk. (2016). Faktor Penyebab Kematian Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Ngombol Kabupaten Purworejo (Studi Kasus Tahun 2015), *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, Vol. 4, No. 1, Januari.
- Arifeen, Shams El. (2008). Child Health and Mortality, *Journal of Health Population and Nutrition*, Vol. 26, No. 3, September.
- Supraptini dan Tin Afifah. (2006). Kondisi Kesehatan Lingkungan di Indonesia dan Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Anak Balita serta Angka Kematian Balita Menurut Data Susenas 1998, 2001, dan 2003, *Jurnal Ekologi Kesehatan*, Vol. 5, No. 3, Desember.

Peraturan Perundang-Undangan

Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 22 Tahun 2016 tentang Penetapan Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2017.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

Undang-Undang Dasar Negara RI 1945.

Artikel di Internet

Dana Desa Gorontalo Mengalami Peningkatan Tahun 2016, (*online*), (<http://www.antaragorontalo.com/berita/19131/dana-desa-gorontalo-mengalami-peningkatan-tahun-2016> diakses tanggal 31 Agustus 2017).

Dhani Ramadani, Definisi Kesehatan Masyarakat, (*online*), (https://www.academia.edu/8278738/Definisi_Kesehatan_Masyarakat, diakses 3 Maret 2017).

Kodim 1304 Gorontalo Bangun 2.000 Jamban, (*online*), (<https://gorontalo.antaranews.com/berita/28997/kodim-1304-gorontalo-bangun-2000-jamban>, diakses 3 Maret 2017).