

Analisis Pengaruh Pelaksanaan Program Kota Layak Anak Klaster Kesehatan terhadap Pelayanan Kesehatan Anak Usia 0-59 Bulan

Samsuddin^{1*}

¹Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Kendari, Indonesia: syamlaiwoi@gmail.com

*(Korespondensi e-mail: syamlaiwoi@gmail.com)

ABSTRAK

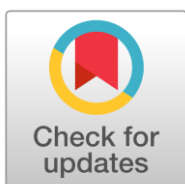
Program kota layak anak berfokus pada 4 upaya utama: Kesehatan Anak, pendidikan anak, perlindungan anak, dan partisipasi anak. Kendari adalah salah satu kota yang memiliki komitmen untuk melakukan program ini. Untuk memperkuat pengelolaan kota sesuai bagi anak program pemerintah Kendari melalui badan perencanaan keluarga dan pemberdayaan perempuan telah membentuk gugus tugas kota yang cocok untuk anak yang melibatkan seluruh pemangku kepentingan khususnya Dinas Kesehatan. Penelitian ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi efek dari kota cocok untuk anak program kesehatan cluster pada anak Layanan Kesehatan U 0-59 Mounth di Kendari. Ini adalah penelitian non-eksperimental dengan pendekatan komparatif deskriptif dan desain retrospektif kohor kuantitatif. Hal itu dilakukan di tiga kecamatan di Kendari pada bulan Januari sampai Februari 2015 dengan sampel 381 responden menggunakan instrumen 2007 RISKESDAS kuesioner dan lembar evaluasi KLA dari 2013. T tes dipasangkan menunjukkan bahwa selama pelaksanaan kota cocok untuk program anak ada beberapa variabel indikator meningkatkan kesehatan anak perbaikan termasuk cakupan layanan imunisasi dengan nilai p 0,04 di 2014 untuk 2015, K4 cakupan layanan dengan nilai p 0,02 di 2014 untuk 2015 dan susu payudara eksklusif dengan nilai p dari 0,02 di 2013 untuk 2014. Ada peningkatan status kesehatan anak selama pelaksanaan kota cocok untuk program anak terutama dalam cakupan imunisasi dan ASI eksklusif.

Kata kunci: Kota layak anak, Layanan kesehatan, Status kesehatan anak

Abstract

City fit for children program focuses on 4 main efforts: children health, children education, children protection, and children participation. Kendari is one of cities having commitment to do the program. To strengthen management of city fit for children program Kendari government through Family Planning and Women Empowerment Agency have established task force of city fit for children involving all stakeholders particularly Health office. This research was intended to identify effect of city fit for children program Health cluster on children health service U 0-59 Mounth in Kendari. This was non-experimental research with descriptive comparative approach and quantitative cohort retrospective design. It was conducted in three subdistricts in Kendari in January to February 2015 with sample of 381 respondents using instrument of 2007 Riskesdas questionnaire and KLA evaluation sheet of 2013. Paired t test indicated that during implementation of city fit for children program there is some indicator variable of increasing children health improvement including immunization service coverage with p value of 0.04 in 2014 to 2015, K4 service coverage with p value of 0.02 in 2014 to 2015 and exclusive breast milk with p value of 0.02 in 2013 to 2014. There is increase in children health status during implementation of city fit for children program particularly in immunization coverage and exclusive breast milk.

Keywords: Children health status, City fits for children, Health service



PENDAHULUAN

Indonesia bersama negara-negara didunia sepakat untuk menempatkan kepentingan terbaik bagi anak dengan memenuhi hak-hak anak melalui suatu forum internasional yang mendeklarasikan "*World Fit for Children*". Deklarasi ini dilakukan pada tanggal 20 November 1989 di Amerika Serikat dan kemudian disahkan pada tanggal 2 September 1990 oleh PBB. Pemerintah RI meratifikasi program ini sejak tahun 2006 dalam bentuk program pengembangan Kabupaten/Kota Layak Anak (KLA).¹ Unicef sebagai badan PBB mengelaborasi program *World Fit for Children* di seluruh dunia dengan mengintegrasikan tujuan program ini dalam *Millennium Development Goals* (MDGs). Dari laporan Unicef 2007 menunjukkan bahwa terjadi penurunan angka kematian balita untuk dunia dari 93/1000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 72/1000 kelahiran hidup pada tahun 2006 dan ditargetkan terjadi penurunan sampai tahun 2015 sebesar 9,4% setiap tahunnya.²

Program Kota Layak Anak terfokus pada 4 upaya pokok yaitu, kesehatan anak, pendidikan anak, perlindungan anak dan partisipasi anak. Dalam bidang kesehatan ini mencakup Pelayanan yang holistik, pelayanan untuk ibu hamil, ibu hamil dengan komplikasi, ibu, neonatal, *Universal Child Immunization* (UCI), pelayanan balita, pelayanan gizi buruk, pelayanan untuk anak terjangkit penyakit, seperti TBC, hepatitis, HIV/AIDS dan lain sebagainya. Selain itu pelayanan posyandu dan tempat penitipan anak juga menjadi bagian yang tak terpisahkan dalam pelayanan kesehatan pada anak untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak.³

Masalah kesehatan anak di Indonesia masih merupakan yang tertinggi di bandingkan dengan beberapa Negara asia lainnya, dimana keadaan mortalitas pada anak meliputi Angka Kematian Bayi (AKB) sebanyak 32/1000 kelahiran hidup, Angka Kematian Balita (AKABA) sebesar 40/1000 kelahiran hidup dan Angka

Kematian Neonatal (AKN) sebesar 19/1000 kelahiran hidup.⁴ Sedangkan untuk morbiditas dapat diketahui dari prevalensi gizi buruk sebanyak 5,7/1000 dan gizi kurang 13,0/1000, prevalensi ISPA 25,0/1000, prevalensi diare 7,0/1000, prevalensi preumonia 18,5/1000, ketersediaan air bersih pada rumah tangga sebesar 66,8% dan akses kefasilitas kesehatan yang baru dapat diakses penduduk sebesar 65,6%.⁴ Khususnya propinsi Sulawesi Tenggara AKN sebesar 40/1000 kelahiran hidup, AKB sebesar 45/1000 kelahiran hidup dan AKABA sebesar 55/1000 kelahiran hidup. Cakupan pelayanan neonatus sebesar 91,26%, cakupan imunisasi dasar sebesar 86,3%, cakupan pelayanan ibu hamil K4 sebesar 80,30%.⁵

Khususnya Kota Kendari AKN sebesar 37/1000 kelahiran hidup, AKB sebesar 40/1000 kelahiran hidup dan AKABA sebesar 49/1000 kelahiran hidup. Cakupan pelayanan neonatus sebesar 97,26%, cakupan imunisasi dasar sebesar 96,3%, cakupan pelayanan ibu hamil K4 sebesar 92,30%. Penyakit terbesar bagi anak masih ditempati oleh ISPA dengan 12.403 kasus dan Diare 6769 kasus serta masih adanya kasus campak sebanyak 87 kasus.⁶

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimental dengan pendekatan *descriptive comparative* dan desain *quantitative cohort retrospective*, dilaksanakan di 3 kecamatan di Kota Kendari yaitu Mandonga, Kadia dan Kendari Barat pada bulan Januari - Februari 2015. Populasi penelitian ini adalah anak usia 0 sampai dengan 19 tahun yang berada di Kecamatan Mandonga sebesar 15.863 anak, Kecamatan Kendari Barat sebesar 18.536 dan Kecamatan Kadia sebesar 16.696 anak. Sampel diambil dengan menggunakan metode *multistage proportional cluster random sampling* dengan 3 wilayah *cluster* dengan 4 kelompok umur dari 0 sampai 19 tahun dengan besar sampel yang diambil sebesar

381 sampel dengan masing-masing Kecamatan Mandonga 118 sampel, Kecamatan Kadia 125 sampel, Kecamatan Kendari Barat 138 sampel.

Variabel independen penelitian ini adalah pelaksanaan program Kota Layak Anak (KLA) yang terdiri dari regulasi, koordinasi, pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi, variabel dependen adalah indikator status kesehatan anak yang terdiri dari AKN, AKB dan cakupan pelayanan KIA, imunisasi, dan variabel *compounding* adalah faktor yang mempengaruhi kesehatan anak yaitu pendidikan keluarga, sosial ekonomi keluarga, tipe keluarga dan umur ibu saat menikah.

Data sekunder tentang indikator status kesehatan berupa angka morbiditas,

mortalitas, cakupan pelayanan kesehatan anak baik di ambil pada dinas kesehatan kota maupun puskesmas kecamatan. Data primer diambil pada responden terkait kesehatan anak pada orangtua balita dan anak remaja yang menjadi sampel menggunakan Kuesioner Riskesdas 2007. Selanjutnya observasi dokumen pada penanggungjawab KLA di Kota Kendari untuk menguatkan data kuantitatif sesuai dengan indikator kota layak anak pada bidang kesehatan menggunakan Formulir Evaluasi KLA 2013. Data hasil penelitian di analisis dengan distribusi frekuensi, uji *crosstab* dan selanjutnya uji komparasi dengan menggunakan *uji paired t test*.

HASIL

Tabel 1. Karakteristik Keluarga Responden

No	Karakteristik	Jumlah	Persentasi	<i>p-value</i>
1.	Pekerjaan orangtua			
	PNS /TNI/Polri	145	38,1 %	0,00
	Swasta	183	48 %	
Buruh	53	13,9%		
2	Tipe keluarga			
	Keluarga besar	48	12,6%	0,008
	Keluarga inti	322	84,5 %	
Single parent	11	2,9 %		
3	Pendapatan keluarga			
	< 1 juta rupiah	34	8,9 %	0,00
	1 – 3 juta rupiah	219	57,5 %	
> 3 juta rupiah	125	33,6 %		
4	Umur ibu saat menikah			
	< 20 tahun	125	32,8 %	0,003
	> 21 tahun	256	67,2%	
5	Pendidikan KK			
	Sarjana/magister	87	22,8 %	0,00
	D III	45	11,8 %	
	SMA/SMU/SMK	243	63,8 %	
SMP	6	1,6%		

Sumber data: uji statistik data penelitian

Dari karakteristik responden memberikan gambaran bahwa pekerjaan orangtua anak di Kota Kendari sebagian besar adalah swasta dengan persentase 48,0% disusul PNS/TNI/Polri sebanyak 38,1% dan sisanya adalah buruh sebanyak 13,9%. Tipe keluarga inti sebesar 84,5%, tipe keluarga besar semakin sedikit yaitu 12,6% dan keluarga single parent hanya

2,9%. Tingkat pendapatan antara 1 – 3 juta rupiah sebanyak 57,5% dan di atas 3 juta rupiah sebanyak 33,6 %. hanya 8,9 % saja yang memiliki penghasilan kurang dari 1 juta rupiah. Usia pernikahan > 21 tahun sebesar 67,2% dan < 20 tahun hanya 32,8%. Orangtua berpendidikan SMA/SMU/SMK sebesar 63,8%, sarjana/magister 22,8% dan

diploma 3 sebanyak 11,8%, sedangkan lulusan SMP hanya 1,6% saja.

Pelaksanaan Program Kota Layak Anak

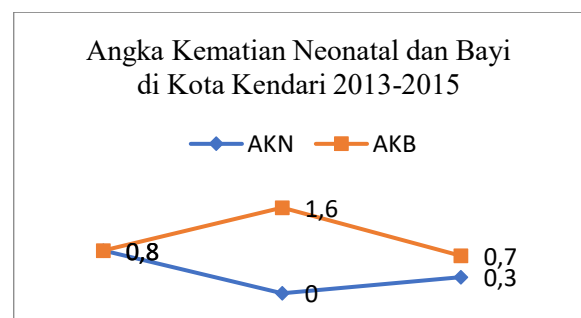
Regulasi pelaksanaan KLA di Kota Kendari antara lain:a) Perda Kota Kendari No. 04 tahun 2010; b) Perda Kota Kendari No. 9 Tahun 2009; c) Perda Kota Kendari No. 13 Tahun 2008; d) Perda Kota Kendari No. 8 Tahun 2013. Selain Peraturan Daerah (Perda) juga terdapat peraturan lain berupa Keputusan Walikota dan Peraturan Walikota, antara lain:a)Peraturan Walikota Kendari No. 11/4 Tahun 2010; b) Peraturan Walikota Kendari No. 4 Tahun 2011; c)Peraturan Walikota Kendari No. 70 Tahun 2008; d).Peraturan Walikota Kendari No. 17 Tahun 2008; e).Keputusan Walikota Kendari No. 893 Tahun 2012; f) Keputusan Walikota Kendari No. 896 Tahun 2012; g) Keputusan Walikota Kendari No. 1666 Tahun 2011; h). Keputusan Walikota Kendari No. 599 Tahun 2011.

Pelaksanaan KLA sampai di level kelurahan di Kota Kendari didukung payung hukum antara lain:a).Terbentuknya forum anak melalui SK Walikota No. 1666 Tahun 2011; b).Pembentukan tim pelaksana perlindungan perempuan, anak korban kekerasan dan anak berkebutuhan khusus melalui SK Walikota No. 894 Tahun 2012; c). Pembentukan gugus tugas KLA melalui SK Walikota No. 599 Tahun 2011; d). Ketersediaan dana dalam mendukung program KLA sampai di kelurahan melalui APBD Kota Kendari yang dianggarkan setiap tahun; e). Pembentukan kelompok lembaga masyarakat disetiap kecamatan yang memberikan layanan tumbuh kembang dan perlindungan anak melalui SK Walikota No. 599 Tahun 2011 antara lain : Kecamatan Kadia 6 kelompok, Kecamatan Mandonga 4 kelompok dan Kecamatan Kendari Barat 8 kelompok. Sampai dengan tahun 2014 pelaksanaan kota layak anak, pemerintah Kota Kendari telah membentuk 66 kelompok layanan tumbuh kembang anak, 6 pojok ASI, 40 kelompok layanan kesehatan reproduksi remaja, pusat rehabilitasi narkoba 1 buah, sekolah ramah anak 11

sekolah, Puskesmas ramah anak 2 buah, permukiman percontohan ramah anak 1 perumahan, dan 1 pasar percontohan ramah anak yaitu *Paddys Market*. Selain itu pemerintah Kota Kendari telah menetapkan 44 kawasan umum sebagai kawasan bebas asap rokok melalui SK Walikota No. 70 Tahun 2013 juga menyediakan taman kota sebagai taman bermain bagi anak-anak.

Pengawasan Program KLA tertuang pada Rencana Aksi Daerah (RAD) melalui SK Walikota No. 1667 Tahun 2011 tentang Rencana Aksi Daerah Kota Layak Anak periode 2011-2015 serta telah dimasukkan pada RPJMD 2013-2017 yang di awasi dan di evaluasi oleh Badan KBPP Kota Kendari.

Capaian Indikator Status Kesehatan Anak Angka Kematian Neonatal, Bayi dan Balita



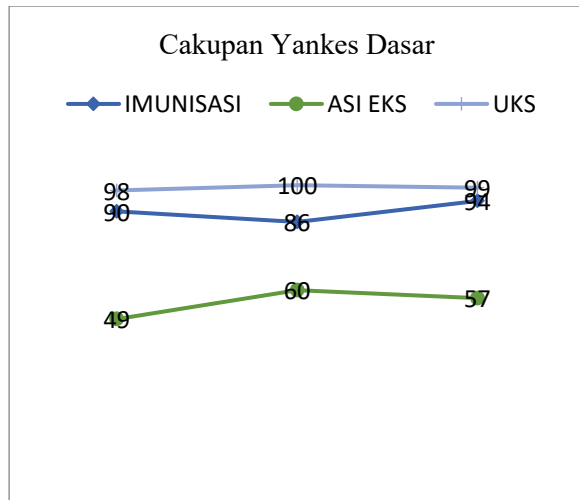
Gambar 1. Angka Kematian Neonatal (AKN) dan Angka Kematian Bayi (AKB) pada 3 (Tiga) Wilayah Kecamatan di Kota Kendari Tahun 2013-2015

Tahun 2013 kematian neonatal terjadi di kecamatan mandonga sebanyak 2 neonatus pada tahun 2014 tidak ada dan pada tahun 2015 terjadi di kecamatan kadia pada sebanyak 1 kematian neonatal.⁷ Data tersebut bila dibandingkan dengan angka kelahiran di 3 (tiga) wilayah kecamatan menunjukkan bahwa terjadi penurunan AKN dari tahun 2012 menjadi 0,3 atau 1/1000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Tahun 2013 kematian bayi terjadi sebanyak 2 bayi yaitu di Kecamatan Mandonga sebanyak 1 bayi dan Kecamatan Kadia sebanyak 1 bayi, pada tahun 2014 sebanyak 4 bayi yaitu di Kecamatan Kadia

dan pada tahun 2015 terjadi di kecamatan kadia pada sebanyak 2 kematian neonatal.

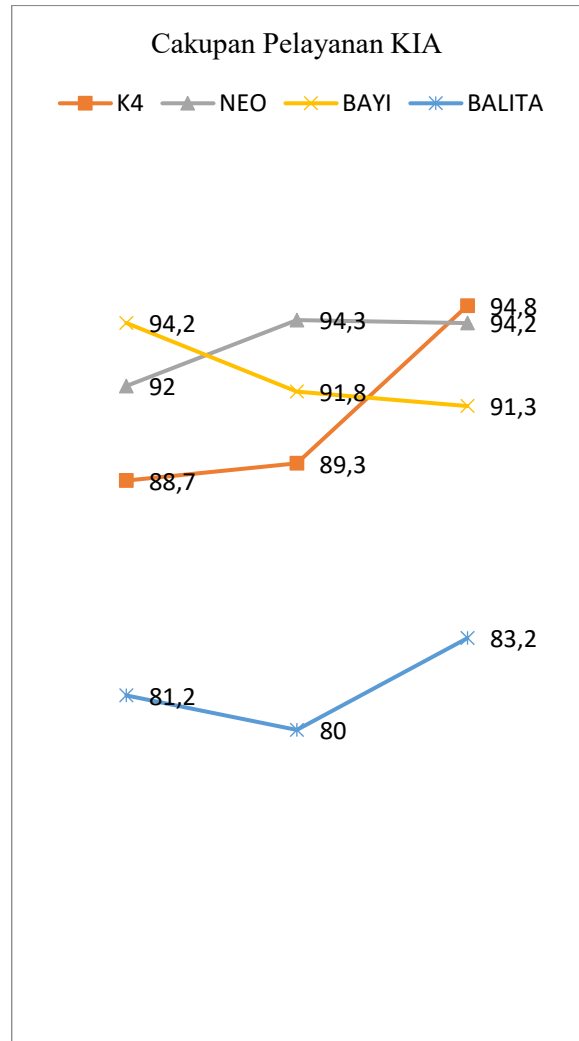
Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Anak



Gambar 2. Capaian imunisasi dasar, ASI Eksklusif dan UKS pada 3 (Tiga) Wilayah Kecamatan di Kota Kendari Tahun 2013-2015

Angka cakupan pelayanan imunisasi di 3 kecamatan di Kota Kendari yaitu tahun 2013 sebesar 90 % tahun 2014 sebesar 86 % dan tahun 2015 sebesar 94 %. Imunisasi dasar disebut lengkap apabila anak telah mendapatkan BCG 1 kali, Pentavalen 3 kali, polio 4 kali dan campak 1 kali. Angka cakupan pencapaian ASI Eksklusif di 3 kecamatan di Kota Kendari yaitu tahun 2013 sebesar 49,3 % tahun 2014 sebesar 60 % dan tahun 2015 sebesar 57,2%. Angka cakupan pelayanan Unit Kesehatan Sekolah (UKS) di 3 kecamatan di Kota Kendari yaitu tahun 2013 sebesar 98,7 % tahun 2014 sebesar 99,5 % dan tahun 2015 sebesar 99,2%. Secara umum dari tahun 2013-2015 terjadi peningkatan pelayanan UKS di 3(tiga) kecamatan wilayah penelitian.

Cakupan Pelayanan Kunjungan Ibu dan Anak



Gambar 3. Cakupan Pelayanan Kunjungan Ibu dan Anak pada 3 (Tiga) Wilayah Kecamatan di Kota Kendari Tahun 2013-2015.

Angka cakupan pelayanan K4 di Kecamatan Kadia, Mandonga dan Kendari Barat Kota Kendari tahun 2013 yaitu sebesar 88,7 %, tahun 2014 sebesar 89,6 % dan tahun 2015 sebesar 94,8%. cakupan pelayanan kunjungan neonatus tahun 2013 sebesar 92 %, tahun 2014 sebesar 94,3 % dan tahun 2015 sebesar 94,2%. cakupan pelayanan kunjungan bayi tahun 2013 sebesar 94,2 %, tahun 2014 sebesar 91,8 % dan tahun 2015 sebesar 91,3% dan cakupan pelayanan kunjungan balita tahun 2013 sebesar 81,2 %, tahun 2014 sebesar 80 % dan tahun 2015 sebesar 83,2%.

Analisis Komparatif Indikator Kesehatan Anak dari Tahun 2013-2015

Tabel 2. Analisis Komparatif Indikator Status Kesehatan Anak

No.	Status Kesehatan Anak	Capaian indikator sebelumnya	Capaian Indikator tahun 2015	<i>p-value (sign)</i>
1	Angka kematian neonatal	2/1000	1/1000	0,36
2	Angka kematian bayi	4/1000	1/1000	0,17
3	Angka kematian balita	0/1000	0/1000	
4	Angka cakupan imunisasi	90%	94%	0,04
5	Angka cakupan K4	88,7%	94,8%	0,02
6	Angka Cakupan pelayanan neonatus	92%	94,2%	0,44
7	Angka cakupan pelayanan bayi	94,2%	91,3 %	0,40
8	Angka cakupan pelayanan balita	81,2%	83,2%	0,49
9	Angka pencapaian ASI Eksklusif	49,3%	57,2%	0,02
10	Angka pelayanan UKS	98,7%	99,2%	0,36

Sumber data: hasil uji statistik data penelitian

Dari hasil uji analisis *paired t test* untuk melihat perbandingan dari tahun 2013 sampai tahun 2015 selama pelaksanaan program kota layak anak terdapat beberapa variabel indikator peningkatan kesehatan anak yang berpengaruh yaitu angka cakupan pelayanan imunisasi dengan *p-value* 0,04, angka cakupan pelayanan K4 dengan *p-value* 0,02 serta ASI Eksklusif dengan *p-value* 0,02.

Indikator status kesehatan anak di Kota Kendari yang dipengaruhi oleh program kota layak anak hanya ada 3 indikator yaitu cakupan imunisasi, pelayanan K4 dan cakupan ASI Eksklusif. Hal tersebut bahwa indikator utama yaitu angka kematian neonatal, angka kematian bayi dan balita walaupun terjadi penurunan tetapi secara statistik tidak terpengaruh pada program ini. Hal ini bisa disebabkan oleh faktor-faktor pelayanan kesehatan dalam Puskesmas ataupun faktor lain yang masih harus diteliti.

PEMBAHASAN

Keberhasilan pelaksanaan program kota layak anak dan program-program lain yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan memberikan dampak pada Angka Kematian Neonatus (AKN). Hal ini terlihat pada penelitian ini dimana terjadi penurunan AKN di Kota Kendari dari 39/1000 kelahiran hidup menjadi 0/1000 kelahiran

hidup di 3 (tiga) kecamatan yang jadi fokus program kota layak anak. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Luque. AL, et al.¹⁰ dengan judul “*evaluation risk new born in prespective health public policy*” di Sao Paulo, menunjukkan bahwa program kesehatan yang strategis, terencana dengan komitmen tinggi dari pengambil kebijakan memberikan dampak positif bagi kesehatan dan *survivenya* bayi baru lahir baik yang normal maupun beresiko. Upaya Pemda Kota Kendari yang telah dilakukan sejak program Kota Layak Anak di gulirkan untuk mendukung penurunan AKN ini adalah program Jampersal, menggratiskan pemeriksaan ibu hamil, sosialisasi suami siaga dan lain lain.

Kematian bayi menurut Mosley and Chen cit Ashani dan Rofi,¹¹ banyak dipengaruhi oleh faktor endogen atau ibu seperti umur paritas dan umur menikah, dan faktor eksogen atau luar seperti ketersediaan sarana pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan yang tersedia, asupan gizi, lingkungan yang sehat, udara yang sehat dan keadaan sosial ekonomi keluarga. Penelitian Gopalan G, et al,¹² menyatakan bahwa anak-anak dalam keluarga yang sejahtera lebih mendapatkan perawatan kesehatan dan memiliki kesehatan mental yang lebih baik. Kota Kendari sebagai kota pendidikan memberikan andil pada usia pernikahan warganya. Dari hasil penelitian ini

menunjukkan bahwa usia pernikahan > 21 tahun sebesar 67,2% dan < 20 tahun hanya 32,8%. Usia pernikahan ibu sangat mempengaruhi tingkat kesehatan bayi dan ibunya. Kecenderungan masyarakat perkotaan dibandingkan masyarakat pedesaan dapat terlihat dari usia saat menikah dimana masyarakat perkotaan akan menunda pernikahan karena alasan pendidikan dan alasan kesibukan pekerjaan. Pada penelitian ini bila dilihat, 3 (tiga) kecamatan yang menjadi tempat penelitian merupakan letak pusat pemerintahan baik Pemda Kota maupun Pemda Propinsi oleh karenanya rumah-sakit besar terletak di tempat ini selain itu pula pusat ekonomi juga terletak di 3(tiga) kecamatan ini sehingga masyarakat memiliki tingkat ekonomi yang lebih baik serta mudah mendapatkan akses pelayanan baik di puskesmas maupun rumah sakit. Angka kematian balita (AKABA) di 3 kecamatan di Kota Kendari yang menjadi tempat penelitian sepanjang tahun 2013 sampai tahun 2015 sebanyak 0 /1000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan AKABA di Kota Kendari menurut hasil Riskesdas 2013 adalah 40/1000 kelahiran hidup. Dari hasil penelitian di atas sangat kontras perbedaannya dimana di wilayah kecamatan tempat penelitian ini tidak ada kematian balita selama pelaksanaan program kota layak anak yang tercatat di puskesmas. Hal tersebut menunjukkan bahwa upaya pelayanan kesehatan anak pada daerah ini sangat baik.

Upaya yang telah dilakukan oleh Pemda Kota Kendari yang terintegrasi dengan program KLA yaitu pengembangan puskesmas Poned, pengembangan Pustu, program suami siaga, program jampersal, imunisasi gratis pada bumil, program kelas bumil, kunjungan neonatus dan kemitraan bidan dan dukun beranak. Penelitian ini sesuai dengan pernyataan bahwa kebijakan kesehatan yang diterapkan secara baik dimana anak-anak bermukim, penegakan aturan yang ketat, koordinasi antar instansi pemerintah terhadap lingkungan kesehatan akan meningkatkan status kesehatan anak-

anak, dan menurunkan kadar timbal pada darah anak-anak.¹³

Dalam usaha mengefektifkan program KLA, pemerintah daerah perlu bersinergi secara nyata dengan berbagai komponen masyarakat dan stakeholder serta lintas sektoral yang memegang peranan penting dalam pembangunan karena akan secara nyata berpengaruh pada peningkatan status kesehatan warga masyarakat dan terutama anak-anak. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan bahwa kesenjangan pelayanan kesehatan perlu diatasi oleh pemerintah daerah secara efektif dengan kebijakan lintas sektor yang melibatkan seluruh komponen masyarakat dan pemerintah setempat. Tata kelola kebijakan kesehatan harus relevan dengan program yang telah ada untuk mengorganisir regulasi pelayanan dan efektifitas lintas sektoral dan partisipatif. Keberagaman peraturan Negara dan pemerintah daerah memiliki kekuatan untuk menghadapi kesenjangan pelayanan kesehatan. Interaksi antar pemegang kepentingan seperti sektor perencanaan kota, budaya, rekreasi, pendidikan, lingkungan, pelayanan kesehatan, pelayanan sosial dan pembangunan permukiman memberikan dampak yang nyata pada kesehatan masyarakat.¹⁴

Menurut Vagues, MP, et al,¹⁴ bahwa kebijakan kesehatan atau program kota sehat harus dititikberatkan pada upaya” *determinant causes of the causes*” oleh karenanya perlu melibatkan lintas sektoral, komunitas masyarakat, sosial politik dan keberpihakan pada masyarakat miskin dan rentan miskin. Dukungan anggaran Pemda Kota Kendari untuk program KLA telah khusus dimasukkan dalam setiap APBD sejak tahun 2013 dan meningkat setiap tahun. Untuk dana penguatan program KLA pada tahun 2013 sebesar 89.024.000 rupiah meningkat menjadi 592.000.000 rupiah pada tahun 2015, untuk kesehatan dasar dari 3,3 milyar rupiah pada tahun 2014 menjadi 9,1 milyar rupiah pada tahun 2015. Hal ini menunjukkan bahwa Pemda Kota Kendari mendukung pendanaan semaksimal

mungkin pelaksanaan KLA. Penguatan anggaran dalam program kesehatan *Maternal, Child and Adolescent* dapat memberikan kekuatan dan eksistensi pelaksana kesehatan di tingkat daerah serta berhubungan dengan tingkat kesehatan ibu, anak dan remaja.¹⁵

KESIMPULAN DAN SARAN

Program kota layak anak (KLA) berpengaruh dalam meningkatkan indikator status kesehatan anak terutama indikator cakupan imunisasi, ASI eksklusif dan pelayanan K4, Akses anak pada air bersih di Kota Kendari cukup baik, Anak dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan mudah dan terjangkau, Peran serta orang tua dalam tumbuh kembang anak serta perlindungan anak sebagian besar sangat terlibat aktif, Dukungan Pemda Kota dan stakeholder pada pelaksanaan program KLA sangat baik dengan peningkatan jumlah peraturan dan dukungan dana yang cukup.

Khususnya untuk tenaga kesehatan pada puskesmas baik perawat maupun bidan perlu meningkatkan upaya penyuluhan kesehatan khususnya kesehatan anak mulai saat kehamilan ibu sampai usia balita terutama ASI Eksklusif, imunisasi dasar dan gizi balita serta meningkatkan upaya kunjungan rumah pada anak dari bayi sampai remaja. untuk Pemda Kota Kendari perlu memperhatikan pekerjaan dan pendapatan keluarga yang dapat mempengaruhi kesehatan anak oleh karena itu Pemda Kota selain meningkatkan pelayanan kesehatan juga perlu meningkatkan lapangan kerja untuk meningkatkan ekonomi dan taraf hidup bagi masyarakat dan untuk penelitian selanjutnya perlu meneliti beberapa variabel pada KLA yang belum dapat di teliti seperti upaya perlindungan anak, sistem pendidikan inklusi bagi penyandang disabilitas dan lain sebagainya untuk dapat di lanjutkan oleh peneliti lain.

DAFTAR PUSTAKA

1. Irmawati N, 2009. *Responsivitas Pemerintah Kota Surakarta terhadap*

perlindungan anak menuju Solo Kota Layak Anak (KLA). Digilib.uns.ac.id, diakses tanggal 14 mei 2014.

2. Unicef, 2007. *Progress for Children, World fit for Children Statistical Review*. Unicef. New York. USA
3. Djustiana dan Pratiwi, 2012. *Pengembangan Kabupaten/Kota Layak Anak Di Jawa Barat*. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gender dan Anak. Bandung
4. BPS, Kemenkes dan BKKBN, 2013. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Measure DHS ICF International. Jakarta
5. Dinkes Prop.Sultra. 2013. *Profil Kesehatan Propinsi Sulawesi Tenggara*. Kendari.
6. BPS dan Kemenkes. 2013. *Riset Kesehatan Daerah (Riskesda) 2012*. Jakarta
7. Dinkes Kota Kendari, 2015. *Laporan Profil Puskesmas 2014*. Kendari
8. Brian E, Mijanovich T, Abrams C, Cantor J, Dunn L, Nonas C, Cappola K, Onufrak S, Park S. 2015. *A Water Availability Intervention in New York City Public Schools: Influence on Youths' Water and Milk Behaviors*. American Journal of Public Health. Vol.105. No.2.
9. Hiscock H, Bayer JK, Price A, Ukoumunne OC, Rogers S, Wake M, 2008. *Universal parenting programme to prevent early childhood behavioural problems: cluster randomised trial*. BMJ, 336(7639):318–321. London. UK.
10. Luque AL, Garcia CM, Carvalhaes MA, Tonete VL, Parada CM. 2011. *Evaluation of Care for at risk newborn from the perspective of a public health policy*. Rev. Latino Evermagem Journal. Brasil.
11. Ashani dan Rofi, 2012. *Kematian Bayi Menurut Karakteristik Demografi dan Sosial Ekonomi Rumah Tangga di Propinsi Jawa Barat (Analisis Data KOR SDKI 2007)*. Jurnal Bumi Indonesia. Vol. 1, No.3. Tahun 2012. <http://www.lib.geo.ugm.ac.id>
12. Gopalan G, Bannon W, Assael KD, Fuss A, Gardner L, Barbera B, McKay M. 2014. *Multiple Family Groups: An Engaging Intervention for Child Welfare-Involved Families*. Child Welfare Journal. Vol.190.
13. Korfmacher, Ayoob M, and Morley R. 2012. *Rochester's Lead Law: evaluation of a local environmental Health Policy Innovation*. Environmental Health Perspectives • volume 120 | number 2. Children's health research. USA.

14. Vagues MP, Dies E, Morisson J, Nicas SS, Hofmann R, Burstrom B, Dijk V P, Borrel C, 2014. *Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: a scoping review*. BMC Public Health journal. UK www.biomedcentral.com.
15. Issel M, Olorunsaiye, Snebold L, Handler A, 2015. *Relationships among providing maternal, child and adolescent health services : implementing various financial strategy respons and performance of local health departement* . American Journal of Public Health Health. Supplement 2, Vol 105, No. S2.

INFORMASI TAMBAHAN

Lisensi

Hakcipta © Samsuddin. Artikel akses terbuka ini dapat disebarakan seluas-luasnya sesuai aturan [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) dengan catatan tetap menyebutkan penulis dan penerbit sebagaimana mestinya.

Catatan Penerbit

Polekkes Kemenkes Kendari menyatakan tetap netral sehubungan dengan klaim dari perspektif atau buah pikiran yang diterbitkan dan dari afiliasi institusional manapun.

DOI

<https://doi.org/10.36990/hijp.v9i1.64>