



# PROFIL KESEHATAN



**KOTA SEMARANG  
2015**

**dinas kesehatan**  
[dinkes.semarangkota.go.id](http://dinkes.semarangkota.go.id)

# TIM PENYUSUN

## **Pengarah**

Dr. Widoyono, MPH  
Kepala Dinas Kesehatan

## **Ketua**

A. Arief Pramudiyanto, SE  
Kepala Bidang PKPKL

## **Redaktur**

Endang S, SKM, M.Kes

## **Editor**

Hanif Pandu S, SKM, M.Kom

## **Desain Grafis**

Gatot Prayitno, SKM

## **Kesekretariatan**

Triatmi, Nugraheni

## **Kontributor**

Bidang Pencegahan & Pemberantasan Penyakit  
Bidang Kesehatan Keluarga  
Bidang Pelayanan Kesehatan  
Bidang Promosi Kesehatan, Pemberdayaan dan Kesehatan lingkungan  
Sekretariat  
Badan Pusat Statistik Kota Semarang  
Polrestabes Semarang  
Rumah Sakit se – Kota Semarang

Email: [dinkes@semarangkota.go.id](mailto:dinkes@semarangkota.go.id) ; [dkksemarang@gmail.com](mailto:dkksemarang@gmail.com) ;  
Profil kesehatan ini dapat diunduh di [www.dinkes.semarangkota.go.id](http://www.dinkes.semarangkota.go.id)

Dinas Kesehatan Kota Semarang  
Jl. Pandanaran 79 Telp. 024 8318070, 8415269, fax. (024) 8318771 Kode Pos 50241 SEMARANG

## KATA PENGANTAR

Kami panjatkan puji syukur *alhamdulillah* kehadirat Allah *Subhanahu wa ta'ala*, atas segala limpahan Rahmat dan Hidayah-Nya, akhirnya penyusunan Buku “Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2014” ini dapat kami selesaikan. Dan kami menyambut gembira dengan terbitnya buku profil ini untuk merespon tingginya kebutuhan akan data dan informasi, ditengah banyaknya tantangan yang dihadapi terkait pemenuhan data dan informasi sebagai landasan pengambilan keputusan yang *evidence-based*.

Profil Kesehatan Kota Semarang merupakan salah satu media yang dapat berperan dalam pemantauan dan evaluasi pencapaian hasil pembangunan kesehatan. Penyediaan data dan informasi dilaksanakan melalui serangkaian proses panjang mulai dari hulu sampai hilir. Proses pengelolaan data ini bersumber dari berbagai unit kerja baik di dalam maupun di luar sektor kesehatan. Agar data yang diperoleh relevan dan akurat, maka terhadap data yang berasal dari unit pelaksana teknis (Puskesmas, Instalasi Farmasi) maupun dari Rumah Sakit yang bersumber dari Sistem Pelaporan Rumah Sakit, telah dilakukan uji silang data dengan para pemegang program melalui mekanisme pemutakhiran data di tingkat Kota dan tingkat Provinsi termasuk melibatkan pula lintas sektoral yaitu Badan Pusat Statistik, dan lain-lain.

Penyusunan profil kesehatan dilaksanakan setiap tahun, maka berbagai perkembangan indikator yang digunakan dalam pembangunan kesehatan baik indikator masukan, proses maupun indikator keluaran, manfaat dan indikator dampak dapat diikuti secara cermat. Fakta ini merupakan bahan yang sangat berguna untuk melakukan analisa kecenderungan dalam konteks penentu strategi dan kebijakan kesehatan di masa yang akan datang.

Profil Kesehatan Kota Semarang ini disajikan dalam bentuk cetakan, dan *softcopy* serta juga dapat diunduh di website [www.dinkes.semarangkota.go.id](http://www.dinkes.semarangkota.go.id) sehingga memudahkan para pengguna (masyarakat) untuk mendapatkan publikasi ini.

Kami menyadari bukan hal yang mudah untuk dapat menyajikan data yang berkualitas, sesuai kebutuhan dan tepat waktu. Untuk meningkatkan mutu Profil Kesehatan Kota Semarang berikutnya diharapkan saran dan kritik yang membangun, serta partisipasi dari semua pihak. Kepada semua pihak yang telah menyumbangkan pikiran dan tenaganya dalam penyusunan Profil Kesehatan Kota Semarang, kami mengucapkan terima kasih.

Semarang, April 2015

Kepala Dinas Kesehatan

**dr. Widoyono, MPH**

NIP. 19630809 198901 1 001



# DAFTAR ISI

<b>Keterangan</b>	<b>Halaman</b>
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
<b>BAB I      PENDAHULUAN</b>	
A.      Latar Belakang .....	1
B.      Dasar .....	1
C.      Visi dan Misi .....	3
D.      Tujuan .....	6
E.      Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB II     GAMBARAN UMUM KOTA SEMARANG</b>	
A.      Keadaan Geografis .....	8
B.      Kependudukan .....	8
C.      Sarana dan Prasarana Kesehatan .....	12
<b>BAB III    SITUASI DERAJAT KESEHATAN DAERAH</b>	
A.      Umur Harapan Hidup .....	14
B.      Mortalitas / Kematian .....	14
C.      Status Gizi Bayi & Balita .....	18
D.      Morbiditas .....	20
1. Pola 10 besar penyakit Puskesmas.....	21
2. Pola 10 besar penyakit RS .....	21
3. Penyakit menular .....	22
4. Penyakit PD3I .....	37
5. Penyakit bersumber binatang .....	40
6. Penyakit tidak menular .....	55
<b>BAB IV    SITUASI UPAYA KESEHATAN</b>	
A.      Pelayanan Kesehatan Dasar .....	60
1. Pelayanan KIA .....	60
2. Pelayanan KB .....	66
3. Pelayanan Imunisasi .....	68
B.      Pelayanan Kesehatan Rujukan .....	70
1. Kunjungan pelayanan kesehatan .....	70
2. Indikator pelayanan kesehatan di RS .....	71
3. Pelayanan kesehatan gigi & mulut .....	72
C.      Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat .....	73

---

	D.	Perbaikan Gizi Masyarakat .....	76
	E.	Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut .....	79
	F.	Pelayanan Kesehatan Pekerja .....	79
	G.	Pelayanan Kesehatan khusus .....	80
	H.	Keadaan Kesehatan Lingkungan .....	80
		1. Sarana air bersih & air minum .....	80
		2. Sarana & akses terhadap sanitasi dasar .....	81
	I.	Keadaan Perilaku Masyarakat .....	83
BAB	V	SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN	86
	A.	Sarana Kesehatan .....	86
	B.	Tenaga Kesehatan .....	88
	C.	Perbekalan Kesehatan .....	88
	D.	Pembiayaan Kesehatan .....	89
BAB	VI	KESIMPULAN .....	91
		LAMPIRAN-LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL & GAMBAR

No	Keterangan Tabel & Gambar
2.1	Jumlah dan Pertumbuhan Penduduk Tahun 2004 - 2015
2.2	Komposisi Penduduk Menurut Jenis Kelamin Tahun 2015
2.3	Perkembangan Kelahiran dan Kematian Penduduk Kota Semarang Periode 2006 - 2015
2.4	Jumlah Sarana & Prasarana di Kota Semarang
3.1	Perkembangan UHH Kota Semarang
3.2	Grafik Jumlah & Angka Kematian Ibu Maternal Tahun 2011 - 2015
3.2	Peta Sebaran Kasus Kematian Ibu Tahun 2015
3.4	Grafik Penyebab & Waktu Kejadian Kematian Ibu Maternal
3.5	Grafik Kematian Bayi Tahun 2011 - 2015
3.6	Peta Sebaran Kematian Bayi 2015
3.7	Grafik Perkembangan AKB & AKBa di Kota Semarang tahun 2011- 2015
3.8	Grafik Cakupan D/S Kota Semarang Tahun 2011 - 2015
3.9	Grafik Status Gizi Balita Menurut BB/U Kota Semarang Tahun 2015
3.10	Grafik Trend Kasus Gizi Buruk di Kota Semarang Tahun 2011 - 2015
3.11	Peta Kasus Gizi Buruk Kota Semarang Tahun 2015
3.12	Grafik Penemuan Kasus TB Paru Kota Semarang Tahun 2011 - 2015
3.13	Grafik Penemuan Kasus TB Paru Kota Semarang Tahun 2011 - 2015
3.14	Grafik Kasus TB Paru Berdasarkan Jenis Kelamin & Kelompok Usia Tahun 2015
3.15	Grafik Angka Kesembuhan TB Paru BTA (+) Tahun 2010 - 2015
3.16	Grafik Angka Konversi TB BTA(+) Tahun 2011 - 2015
3.17	Angka Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Paru BTA (+) Kota Semarang Tahun 2010 - 2014
3.18	Grafik Tren Kumulatif Kasus HIV kota Semarang tahun 1995 - 2015
3.19	Grafik Kasus HIV Kota Semarang
3.20	Grafik Kasus HIV Berdasarkan Kelompok Umur
3.21	Peta Penemuan Kasus HIV Per Kecamatan 2015
3.22	Kumulatif Kasus AIDS Kota Semarang 1998 - 2015
3.23	Kumulatif Kasus AIDS Kota Semarang tahun 2007 – 2015 Berdasar Faktor resiko Penularan
3.24	Peta Kasus Penderita AIDS Per Kecamatan Tahun 2015
3.25	Grafik Kasus Pneumonia & Pneumoni Berat Tahun 2011 – 2015
3.26	Grafik Kasus Pneumonia Menurut Kelompok Umur & Jenis Kelamin
3.27	Grafik Penemuan Kusta Kota Semarang Tahun 2010 - 2015
3.28	Grafik Penemuan Kasus Kusta CDR Tahun 2010 - 2015
3.29	Grafik Kasus Kusta Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2015
3.30	Grafik Prosentase RFT Rate MB & PB Kusta tahun 2010 - 2015
3.31	Grafik Prosentase Cacat Tingkat 2 Tahun 2010 – 2015
3.32	Grafik Penderita Diare Menurut Kelompok Umur
3.33	Grafik Kasus Diare Kota Semarang Menurut Jenis Kelamin
3.34	Grafik Cakupan Imunisasi Bumil dan Persalinan Nakes
3.35	Kasus Difteri Kota Semarang Tahun 2009 - 2015
3.36	Grafik Kasus Campak

No	Keterangan Tabel & Gambar
3.37	Grafik Kasus AFP di Kota Semarang Tahun 2009 - 2015
3.38	Peta Kasus AFP Tahun 2015
3.39	Grafik Kasus Malaria Kota Semarang
3.40	Rafik Annual Paracite Incidence (API) Kota Semarang
3.41	Grafik Kasus & Kematian Malaria kota Semarang
3.42	Peta API Kota Semarang Tahun 2015
3.43	Grafik Kasus Malaria Menurut Jenis Plasmodium tahun 2015
3.44	Grafik Perkembangan IR – CFR DBD Tahun 1994 - 2015
3.45	IR DBD Kota Semarang
3.46	Grafik IR DBD Rate Kab/Kota Se-Jawa Tengah Tahun 2015
3.47	Grafik Proporsi Penderita DBD Menurut Jenis Kelamin Tahun 2015
3.48	Grafik Penderita DBD Menurut Kelompok Umur Tahun 2015
3.49	Grafik Bulanan Penderita DBD
3.50	Peta Kelurahan dengan Kasus DBD Tahun 2015
3.51	Peta Capaian IR DBD Tahun 2015
3.52	Grafik Kematian Akibat DBD Menurut Kelompok Umur Tahun 2015
3.53	Grafik Angka Bebas Jentik & Penderita DBD tahun 2010 - 2015
3.54	Grafik Kasus Chikungunya Kota Semarang
3.55	Grafik Kasus Chikungunya Berdasarkan Jenis Kelamin dan Golongan Umur
3.56	Grafik GHPR Kota Semarang Tahun 2011 - 2015
3.57	Grafik GHPR Menurut Jenis Kelamin & Kelompok Umur
3.58	Grafik Kasus Leptospirosis Kota Semarang Tahun 2007 - 2015
3.59	Peta Kasus Leptospirosis Kota Semarang Tahun 2015
3.60	Grafik Kasus Leptospirosis Kota Semarang Berdasarkan Jenis Kelamin & Golongan Umur
3.61	Grafik Kasus Flu Burung Kota Semarang
3.62	Grafik Distribusi Kasus Penyakit Tidak Menular Kota Semarang
3.63	Grafik Distribusi Kasus PTM Berdasarkan Kelompok Umur
4.1	Grafik Tren cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Tahun 2011 – 2015
4.2	Cakupan KF 1 Kota Semarang tahun 2011 - 2015
4.3	Cakupan KF 3 Kota Semarang Tahun 2011 - 2015
4.4	Cakupan KN Kota Semarang Tahun 2011 – 2015
4.5	Cakupan Kunjungan Bayi Kota Semarang Tahun 2015
4.6	Cakupan Pelayanan Anak Balita Kota Semarang Tahun 2011 - 2015
4.7	Grafik Penggunaan Kontrasepsi Pada Peserta KB Baru Tahun 2015
4.8	Grafik Penggunaan Kontrasepsi Pada Peserta KB Aktif Tahun 2015
4.9	Grafik Imunisasi TT1 – TT5 Pada Ibu Hamil Tahun 2011 – 2015
4.10	Grafik Pencapaian hasil Imunisasi Tahun 2015
4.11	Grafik FKTP yang Bekerjasama BPJS
4.12	Grafik Cakupan Kepersertaan JKN

No	Keterangan Tabel & Gambar
4.13	Grafik JKN Berdasarkan Fasilitas Kesehatan
4.14	Grafik Kunjungan Peserta JKN di FKTP
4.15	Grafik Pemanfaatan Utility Jamkesmaskot Kota Semarang
4.16	Grafik Kunjungan Jamkesmaskot
4.17	Grafik Tren Kunjungan Pasien Utility Anggaran Jamkesmaskot
4.18	Cakupan Fe30, Fe90 Ibu Hamil di Kota Semarang
4.19	Cakupan Pencapaian ASI Eksklusif di Kota Semarang Tahun 2015
4.20	Grafik Cakupan Upaya Kesehatan Kerja Kota Semarang
4.21	Grafik Pengguna Sarana Air Bersih Memenuhi Syarat Menurut Jenis Sarana
4.22	Grafik Cakupan TTU Yang Memenuhi Syarat Kesehatan
4.23	TPM Memenuhi Syarat Higiene
4.24	Grafik Perkembangan Strata PHBS Tatatan RT Kota Semarang
4.25	Grafik Perkembangan Strata Posyandu Kota Semarang
5.1	Kondisi bangunan & Sarana Pendukung Puskesmas
5.2	Grafik data Tenaga Kesehatan di Kota Semarang Tahun 2015
5.3	Grafik Perkembangan Alokasi Anggaran Dinas Kesehatan Kota Semarang & Rasio terhadap APBD



# PENDAHULUAN

## BAB I

### A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu komponen utama dalam Index Pembangunan Manusia (IPM) yang dapat mendukung terciptanya SDM yang sehat, cerdas, terampil dan ahli menuju keberhasilan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan merupakan salah satu hak dasar masyarakat yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan telah dilakukan perubahan cara pandang (*mindset*) dari paradigma sakit menuju paradigma sehat sejalan dengan Visi Indonesia Sehat.

Seiring dengan visi tersebut, maka Visi Pembangunan Kesehatan di Kota Semarang adalah ***“Terwujudnya Masyarakat Kota Semarang yang Mandiri untuk Hidup Sehat”***

### B. Dasar

Dasar pembangunan kesehatan adalah nilai kebenaran dan aturan pokok yang menjadi landasan untuk berfikir dan bertindak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Dasar-dasar berikut ini merupakan landasan dalam penyusunan visi, misi dan strategi serta sebagai petunjuk pokok pelaksanaan pembangunan kesehatan:

#### 1. Perikemanusiaan

Setiap kegiatan proyek, program kesehatan harus berlandaskan perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketakwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

#### 2. Pemberdayaan dan Kemandirian

Individu, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya bukan saja sebagai obyek namun sekaligus pula subyek kegiatan, proyek, program kesehatan. Segenap komponen bangsa bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya. Setiap kegiatan, proyek, program kesehatan harus mampu membangkitkan peran serta individu, keluarga dan masyarakat sedemikian rupa sehingga setiap individu, keluarga dan masyarakat dapat menolong dirinya sendiri.

Dengan dasar ini, setiap individu, keluarga dan masyarakat melalui kegiatan, proyek, program kesehatan difasilitasi agar mampu mengambil keputusan yang tepat ketika

membutuhkan pelayanan kesehatan. Warga masyarakat harus mau bahu membahu menolong siapa saja yang membutuhkan pertolongan agar dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang sesuai kebutuhan dalam waktu yang sesingkat mungkin. Di lain pihak, fasilitas pelayanan kesehatan yang ada perlu terus diberdayakan agar mampu memberikan pertolongan kesehatan yang berkualitas, terjangkau, sesuai dengan norma sosial budaya setempat serta tepat waktu.

### 3. Adil dan Merata

Setiap individu, keluarga dan masyarakat mempunyai kesempatan yang sama untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sehingga dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Kesempatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas, terjangkau dan tepat waktu, tidak boleh memandang perbedaan ras, golongan, agama, dan status sosial individu, keluarga dan masyarakat.

Pembangunan kesehatan yang cenderung *urban-based* harus terus diimbangi dengan upaya-upaya kesehatan yang bersifat rujukan, bersifat luar gedung maupun yang bersifat satelit pelayanan. Dengan demikian pembangunan kesehatan dapat menjangkau kantong-kantong penduduk beresiko tinggi yang merupakan penyumbang terbesar kejadian sakit dan kematian. Kelompok-kelompok penduduk inilah yang sesungguhnya lebih membutuhkan pertolongan karena selain lebih rentan terhadap penyakit, kemampuan membayar mereka jauh lebih sedikit.

### 4. Pengutamaan dan Manfaat

Pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan atau kesehatan dalam kegiatan, proyek, program kesehatan harus mengutamakan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Kegiatan, proyek dan program kesehatan diselenggarakan agar memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Kegiatan, proyek dan program kesehatan diselenggarakan dengan penuh tanggung jawab, sesuai dengan standar profesi dan peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mempertimbangkan dengan sungguh-sungguh kebutuhan dan kondisi spesifik daerah.

## C. Visi dan Misi

### 1. Visi

Dalam mewujudkan gambaran masyarakat Kota Semarang di masa depan maka Dinas Kesehatan Kota memiliki Visi "***Terwujudnya Masyarakat Kota Semarang yang Mandiri untuk Hidup Sehat***"

Visi tersebut mengandung filosofi pokok yang akan dilaksanakan perwujudannya, yaitu kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

Kesehatan adalah tanggungjawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apapun peran yang dimainkan oleh pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit hasil yang akan dapat dicapai. Perilaku masyarakat kota Semarang yang mandiri untuk hidup sehat diharapkan adalah yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Disamping itu semua lapisan masyarakat di Kota Semarang juga mempunyai akses dan mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu.

## 2. Misi

Misi mencerminkan peran, fungsi dan kewenangan seluruh jajaran organisasi kesehatan di seluruh wilayah Kota Semarang, yang bertanggung jawab secara teknisterhadap pencapaian tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan Kota Semarang. Untuk mewujudkan visi tersebut ditetapkan misi yang diemban oleh seluruh jajaran petugas kesehatan di masing-masing jenjang administarsi pemerintahan, yaitu :

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas,
2. Memberdayakan masyarakat untuk memiliki kemauan dan kemampuan hidup sehat

## 3. Tujuan

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat dan perorangan yang efektif dan efisien. (Misi 1)
- b. Meningkatkan kesiapan dan ketersediaan sumberdaya kesehatan dalam mendukung proses pelayanan kesehatan. (Misi 1)
- c. Mengembangkan kebijakan dan manajemen yang efektif dan efisien dalam pengelolaan pelayanan dan sumber daya kesehatan. (Misi 1)
- d. Meningkatkan pelayanan kefarmasian serta penyediaan obat perbekalan kesehatan yang memenuhi persyaratan mutu. (Misi 1)
- e. Meningkatkan perilaku dan peran aktif individu, keluarga dan masyarakat untuk memelihara dan melindungi kesehatan dan lingkungannya sendiri. (Misi 2)

#### 4. Sasaran

- a. Menurunnya angka kesakitan, kematian dan mencegah kecacatan akibat penyakit.
- b. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan penunjangnya.
- c. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan keluarga.
- d. Meningkatnya pelayanan gizi masyarakat serta kemandirian keluarga dalam upaya perbaikan gizi.
- e. Meningkatnya kualitas kesehatan lingkungan.
- f. Meningkatnya ketersediaan, kemampuan dan ketrampilan sumberdaya manusia kesehatan sehingga mampu menyelenggarakan upaya kesehatan yang optimal.
- g. Meningkatnya kualitas pengelolaan administrasi keuangan, ketatalaksanaan tugas umum dan rumah tangga.
- h. Meningkatnya kuantitas dan kualitas sarana prasarana pelayanan kesehatan
- i. Meningkatnya fungsi perencanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian pelaksanaan kegiatan serta tersedianya berbagai kebijakan kesehatan guna menjamin tercapainya kinerja secara efektif dan efisien.
- j. Mengembangkan system informasi kesehatan yang komprehensif, berhasilguna dan berdaya guna
- k. Meningkatkan ketersediaan dan mutu pengelolaan obat pelayanan kesehatan
- l. Meningkatnya kualitas makanan minuman produksi industri rumah tangga yang memnuhi syarat kesehatan
- m. Meningkatnya perilaku hidup bersih sehat dan berkembangnya upaya kesehatan bersumberdata masyarakat.

#### 5. Strategi Kebijakan

Program yang telah disusun dan ditetapkan sebagai strategi kebijakan Dinas Kesehatan Kota Semarang terdiri dari 12 (dua belas ) alternative startegi yang ditetapkan, antara lain

1. Mengoptimalkan pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dasar
2. Memanfaatkan secara optimal jejaring kerja yang ada

3. Menggerakkan sumber daya kesehatan secara efektif dengan melibatkan peran aktif masyarakat
4. Meningkatkan advokasi pembiayaan kesehatan pada pemegang kebijakan
5. Meningkatkan keterpaduan pelaksanaan program
6. Meningkatkan pengelolaan data dan informasi kesehatan berbasis teknologi informasi
7. Mengintensifkan promosi kesehatan melalui pemanfaatan teknologi informasi khususnya pada kelompok beresiko
8. Mengalokasikan sumber daya kesehatan yang ada pada kegiatan bersarna masyarakat miskin dan rentan.
9. Meningkatkan cakupan pemanfaatan pelayanan kesehatan
10. Mengembangkan dan memantapkan program jaminan mutu pada semua pelayanan
11. Meningkatkan kualitas manajemen kesehatan menuju pelayanan kesehatan yang akuntable, transparan dan berkinerja tinggi.
12. Meningkatkan jumlah tenaga kesehatan sesuai kompetensinya.

Dalam rangka memberikan gambaran situasi kesehatan di Kota Semarang Tahun 2015 perlu diterbitkan Buku Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2015. Media Profil Kesehatan Kota Semarang merupakan salah satu sarana untuk menilai pencapaian kinerja pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan Kota Semarang Sehat.

Profil Kesehatan menyajikan berbagai data dan informasi diantaranya meliputi data kependudukan, fasilitas kesehatan, pencapaian program – program kesehatan, masalah kesehatan dan lain-lain. Tersusunnya Buku Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2015 didukung oleh pengelola data dan informasi Dinas Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas, Instalasi Farmasi, berbagai sarana pelayanan kesehatan, juga lintas sektor terkait (Badan Pusat Statistik, Dispendukcapil Kota Semarang, Diknas Kota Semarang BPJS, Bapermas & KB, POLRESTABES Semarang, dll).



## D. Tujuan

### 1. Umum

Tujuan disusunnya Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2015 adalah tersedianya data / informasi yang relevan, akurat, tepat waktu dan sesuai kebutuhan dalam rangka meningkatkan kemampuan manajemen kesehatan secara berhasilguna dan berdayaguna sebagai upaya menuju Kota Semarang yang Sehat.

### 2. Khusus

Secara khusus tujuan penyusunan Profil Kesehatan adalah :

- a. Diperolehnya data / informasi umum dan lingkungan yang meliputi lingkungan fisik dan biologi, perilaku masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat, data kependudukan dan sosial ekonomi;
- b. Diperolehnya data / informasi tentang status kesehatan masyarakat yang meliputi angka kematian, angka kesakitan dan status gizi masyarakat;
- c. Diperolehnya data / informasi tentang upaya kesehatan, yang meliputi cakupan kegiatan dan sumber daya kesehatan.
- d. Diperolehnya data / informasi untuk bahan penyusunan perencanaan kegiatan program kesehatan;
- e. Tersedianya alat untuk pemantauan dan evaluasi tahunan program – program kesehatan;
- f. Tersedianya wadah integrasi berbagai data yang telah dikumpulkan oleh berbagai sistem pencatatan dan pelaporan yang ada di Puskesmas, Rumah Sakit maupun Unit-Unit Kesehatan lainnya;
- g. Tersedianya alat untuk memacu penyempurnaan sistem pencatatan dan pelaporan kesehatan.

### **E. Sistematika Penulisan**

Untuk lebih menggambarkan situasi derajat kesehatan, peningkatan upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan di Kota Semarang pada Tahun 2015, maka diterbitkanlah Buku Profil Kesehatan Kota Semarang yang disusun dengan sistematika sebagai berikut :

BAB	I	PENDAHULUAN
BAB	II	GAMBARAN UMUM & PERILAKU PENDUDUK KOTA SEMARANG
BAB	III	SITUASI DERAJAT KESEHATAN DAERAH
BAB	IV	SITUASI UPAYA KESEHATAN
BAB	V	SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN
BAB	VI	KESIMPULAN
LAMPIRAN		

# GAMBARAN UMUM & PERILAKU PENDUDUK KOTA SEMARANG

## BAB II

### A. KEADAAN GEOGRAFIS

#### 1. Letak

Kota Semarang terletak antara garis 6°50' - 7°10' Lintang Selatan dan garis 109°35' - 110°50' Bujur Timur. Dibatasi sebelah Barat dengan Kabupaten Kendal, sebelah Timur dengan Kabupaten Demak, sebelah Selatan dengan Kabupaten Semarang, dan sebelah Utara dibatasi oleh Laut Jawa dengan panjang garis pantai meliputi 13,6 Km. Ketinggian Kota Semarang terletak antara 0,75 sampai dengan 348,00 di atas garis pantai.

#### 2. Luas Wilayah Kota Semarang

Dengan luas wilayah sebesar 373,67 km<sup>2</sup>, dan merupakan 1,15% dari total luas daratan Provinsi Jawa Tengah. Kota Semarang terbagi dalam 16 kecamatan dan 177 kelurahan. Dari 16 kecamatan yang ada, kecamatan Mijen (57,55 km<sup>2</sup>) dan Kecamatan Gunungpati (54,11 km<sup>2</sup>), dimana sebagian besar wilayahnya berupa persawahan dan perkebunan. Sedangkan kecamatan dengan luas terkecil adalah Semarang Selatan (5,93 km<sup>2</sup>) dan kecamatan Semarang Tengah (6,14 km<sup>2</sup>), sebagian besar wilayahnya berupa pusat perekonomian dan bisnis Kota Semarang, seperti bangunan toko/mall, pasar, perkantoran dan sebagainya.



### B. KEPENDUDUKAN

#### 1. Pertumbuhan Penduduk, Persebaran dan Kepadatan Penduduk, Komposisi Penduduk, Kelahiran, Kematian dan Perpindahan

##### a. Jumlah dan Laju Pertumbuhan Penduduk

Jumlah penduduk Kota Semarang menurut Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Semarang sampai dengan akhir Desember tahun 2015 sebesar : 1.776.618 jiwa, terdiri dari 885.804 jiwa penduduk laki-laki dan 890.814 jiwa penduduk perempuan. Sedangkan

data penduduk tahun 2015 berdasarkan BPS sampai buku profil ini dicetak belum ada rilis resmi dari BPS Kota Semarang.

**Tabel 2.1 : Jumlah dan Pertumbuhan Penduduk Tahun 2004 - 2015**

Tahun	Jumlah Penduduk	Tingkat pertumbuhan Setahun ( % )
2004	1.399.133	1,52
2005	1.419.478	1,45
2006	1.434.132	1,02
2007	1.454.594	1,43
2008	1.481.640	1,86
2009	1.506.924	1,53
2010	1.527.433	1,41
2011	1.544.358	1,11
2012	1.559.198	0,96
2013	1.575.105	0,83
2014	1.584.906	0,97
2015	1.776.618*	

Sumber data : Kantor BPS Kota Semarang – Semarang Dalam Angka

\*)Sumber: Tahun 2015 dari Dispendukcapil Kota Semarang

Perkembangan dan pertumbuhan penduduk selama 12 tahun terakhir menunjukkan hasil yang bervariasi dengan tren semakin meningkat.

#### **b. Persebaran dan Kepadatan Penduduk**

Penyebaran penduduk yang tidak merata perlu mendapat perhatian karena berkaitan dengan daya dukung lingkungan yang tidak seimbang. Secara geografis wilayah Kota Semarang terbagi menjadi dua yaitu daerah dataran rendah ( Kota Bawah ) dan daerah perbukitan (Kota Atas). Kota Bawah merupakan pusat kegiatan pemerintahan, perdagangan dan industri, sedangkan Kota Atas lebih banyak dimanfaatkan untuk perkebunan, persawahan, dan hutan.

Sedangkan ciri masyarakat Kota Semarang terbagi dua yaitu masyarakat dengan karakteristik perkotaan dan masyarakat dengan karakteristik pedesaan.

Sebagai salah satu kota metropolitan, Semarang boleh dikatakan belum terlalu padat. Pada tahun 2013 kepadatan penduduknya sebesar 4.207 jiwa per km<sup>2</sup> sedikit mengalami kenaikan bila dibandingkan dengan tahun 2012. Bila dilihat menurut Kecamatan terdapat 3 kecamatan yang mempunyai kepadatan di bawah angka rata-rata Semarang, sebagai berikut: Kecamatan Tugu sebesar 984 jiwa per km<sup>2</sup>, Kecamatan Mijen (1.006 jiwa/ km<sup>2</sup>), Kecamatan Gunungpati (1.402 jiwa/ km<sup>2</sup>). Dari ketiga Kecamatan tersebut, dua diantaranya merupakan daerah pertanian dan perkebunan, sedangkan satu kecamatan lainnya merupakan daerah pengembangan industri.

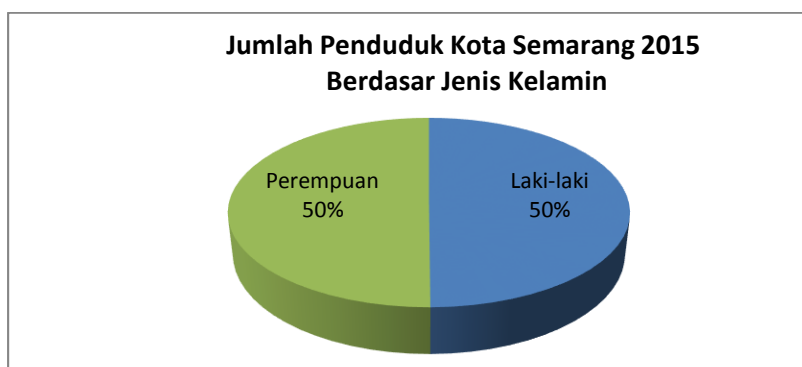
Namun sebaliknya untuk Kecamatan-Kecamatan yang terletak di pusat kota, dimana luas wilayahnya tidak terlalu besar tetapi jumlah penduduknya sangat banyak, kepadatan penduduknya sangat tinggi. Yang paling tinggi kepadatan penduduknya adalah Kecamatan Semarang Selatan 13.882 jiwa/km<sup>2</sup>, kemudian Kecamatan Candisari 12.187 jiwa/km<sup>2</sup>, dan Kecamatan Gayamsari 11.939 jiwa/km<sup>2</sup>.

Bila dikaitkan dengan banyaknya keluarga atau rumah tangga, maka dapat dilihat bahwa rata-rata setiap keluarga di Kota Semarang memiliki 4 (empat) anggota keluarga, dan kondisi ini terjadi pada hampir seluruh Kecamatan yang ada .

### c. Komposisi Penduduk

Untuk dapat menggambarkan tentang keadaan penduduk secara khusus dapat dilihat dari komposisinya, salah satunya adalah penduduk menurut jenis kelamin. Menurut data dari dispendukcapil Kota Semarang dari 1.776.618 penduduk Kota Semarang pada tahun 2015 terdiri dari 885.804 jiwa penduduk laki-laki dan 890.814 jiwa penduduk perempuan. Indikator dari variabel jenis kelamin adalah rasio jenis kelamin yang merupakan angka perbandingan antara penduduk laki-laki dan perempuan.

**Gambar. 2.2 Komposisi Penduduk Menurut Jenis Kelamin Tahun 2015**



Sumber data : Dispendukcapil Kota Semarang



#### d. Kelahiran, Kematian Penduduk

Potensi permasalahan jumlah penduduk yang besar dipengaruhi oleh tingkat pertumbuhan penduduk yang dimiliki. Bila jumlah penduduk yang besar sedangkan tingkat pertumbuhannya tinggi, maka beban untuk mencukupi kebutuhan pangan, sandang, perumahan, pendidikan, kesehatan dan sebagainya menjadi sangat berat.

Tingkat pertumbuhan penduduk dibedakan atas tingkat pertumbuhan alamiah dan tingkat pertumbuhan karena migrasi. Tingkat pertumbuhan alamiah secara sederhana dihitung dengan membandingkan jumlah penduduk yang lahir dan mati. Pada periode waktu tertentu digambarkan dengan Angka Kelahiran Kasar atau *Crude Birth Rate* ( CBR ) dan Angka Kematian Kasar atau *Crude Death Rate* ( CDR ) yang merupakan perbandingan antara jumlah kelahiran dan kematian selama 1 tahun dengan jumlah penduduk pertengahan tahun.

Selama periode 10 tahun terakhir perkembangan kelahiran dan kematian penduduk di Kota Semarang terlihat cukup berfluktuasi. Hal ini dilihat bahwa untuk CBR periode 2006 – 2015. Dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 2.3 Perkembangan Kelahiran dan Kematian Penduduk Kota Semarang Periode 2006 – 2015**

Tahun	Jml Penduduk	CBR (/1000 pddk)	CDR (/1000 pddk)
2006	1.434.025	15,10	6,35
2007	1.454.594	16,06	7,04
2008	1.481.640	16,60	6,79
2009	1.506.924	17,01	6,98
2010	1.527.433	14,98	6,77
2011	1.544.358	16,09	6,76
2012	1.559.198	15,23	6,45
2013	1.575.068	15,18	6,5
2014	1.584.906	16,63	6,8
2015	1.776.618*		

Sumber data : BPS Kota Semarang – Profil Kependudukan

\*Tahun 2015: Data dari Dispendukcapil Kota Semarang

**C. SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN****Tabel 2.4 Jumlah Sarana dan Prasarana di Kota Semarang**

<b>A.</b>	<b>SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
1.	Rumah Sakit Umum :			
	a. Rumah Sakit Swasta	10	12	12
	b. Rumah Sakit Umum Daerah	2	2	2
	c. Rumah Sakit Umum Pusat	1	2	2
	d. Rumah Sakit TNI / POLRI	3	3	2
	e. Rumah Sakit Khusus, terdiri dari :	9	9	9
	- RS Jiwa	1	1	1
	- RS Bedah Plastik	1	1	0
	- RS Rehabilitasi Medik	0	0	1
	- Rumah Sakit Ibu dan Anak ( RSIA )	3	3	4
	- Rumah Sakit Bersalin ( RSB )	2	2	2
2.	Rumah Bersalin ( RB ) / BKIA	6	6	6
3.	Puskesmas , terdiri dari :	37	37	37
	a. Puskesmas Perawatan	12	11	11
	b. Puskesmas Non Perawatan	25	26	26
4.	Puskesmas Pembantu	35	35	35
5.	Puskesmas Keliling	37	37	37
6.	Posyandu yang ada	1.559	1.561	1.575
7.	Posyandu Aktif	1.202	1.214	1.219
8.	Apotik	406	401	401
9.	Laboratorium Kesehatan	34	30	28
10.	Klinik Spesialis / Klinik Utama	36	37	36
11.	Klinik 24 Jam	7	7	-
12.	Toko Obat	23	20	23
13.	BP Umum (Klinik Pratama)	80	83	92
14.	BP Gigi	25	8	-
16.	Dokter Umum Praktek Perorangan	1.640	1.798	1.940
17.	Dokter Spesialis Praktek	730	745	
18.	Dokter gigi praktek	393	415	438

Sumber: Bidang Pelayanan Kesehatan DKK Semarang

# SITUASI DERAJAT KESEHATAN KOTA SEMARANG

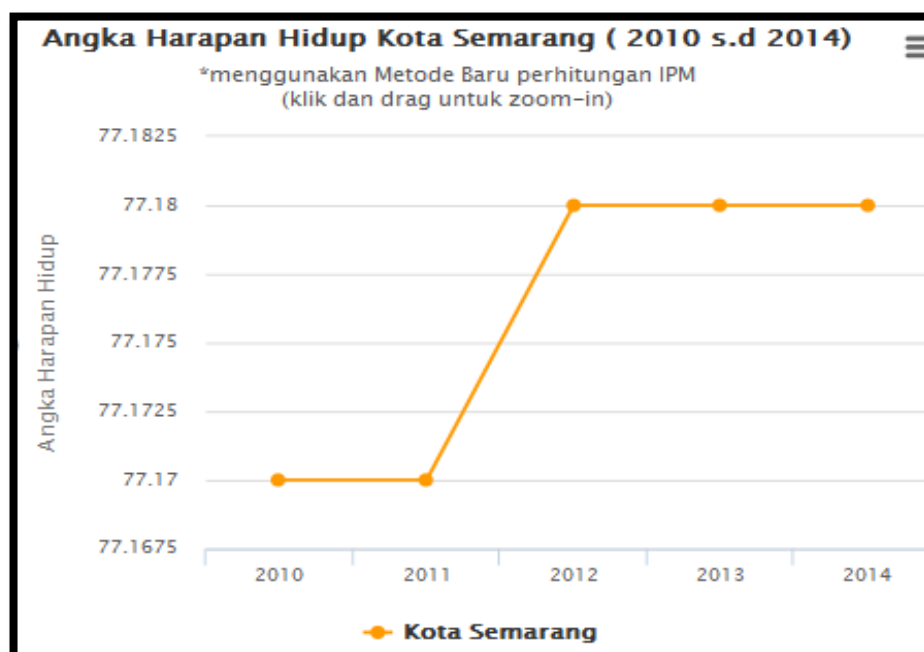
## BAB III

Terdapat beberapa indikator yang mencerminkan kondisi untuk menilai derajat kesehatan masyarakat, yaitu mortalitas (kematian), status gizi dan morbiditas (kesakitan). Pada bagian ini, derajat kesehatan masyarakat di Indonesia digambarkan melalui Angka Mortalitas; terdiri atas Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), dan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Morbiditas; angka kesakitan beberapa penyakit serta Status Gizi pada balita dan dewasa.

### A. UMUR HARAPAN HIDUP

Berdasarkan perhitungan IPM yang baru Umur Harapan Hidup (UHH) Kota Semarang Tahun 2014 ini mencapai 77,18 berturut-turut dari tahun 2012. Sementara UHH tahun 2015 sejak buku ini terbit belum ada data resmi dari BPS.

**Gambar. 3.1 Perkembangan UHH Kota Semarang**



### B. MORTALITAS / KEMATIAN

Mortalitas dapat dijelaskan sebagai kejadian kematian pada suatu masyarakat dari waktu ke waktu dan tempat tertentu yang dapat menggambarkan status kesehatan masyarakat secara kasar, kondisi/ tingkat permasalahan kesehatan, kondisi lingkungan fisik

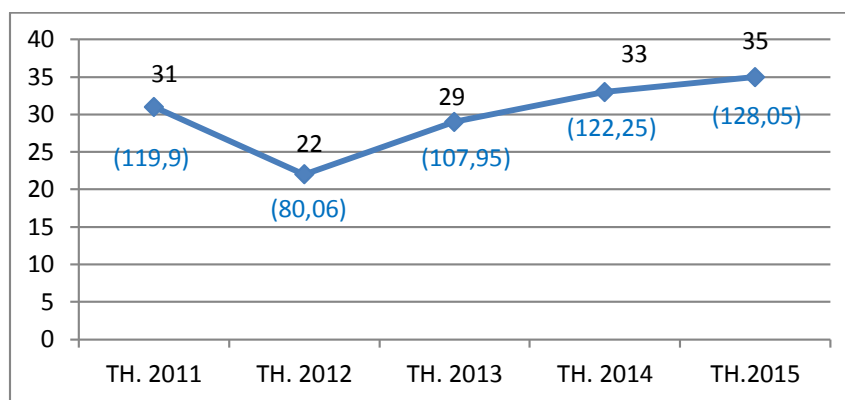
dan biologik secara tidak langsung. Selain itu dapat pula digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan kesehatan.

### 1. Kematian Ibu Maternal (AKI)

Angka Kematian Ibu (AKI) juga menjadi salah satu indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. AKI juga dapat digunakan dalam pemantauan kematian terkait dengan kehamilan. Indikator ini dipengaruhi status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Sensitivitas AKI terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikannya indikator keberhasilan pembangunan sektor kesehatan.

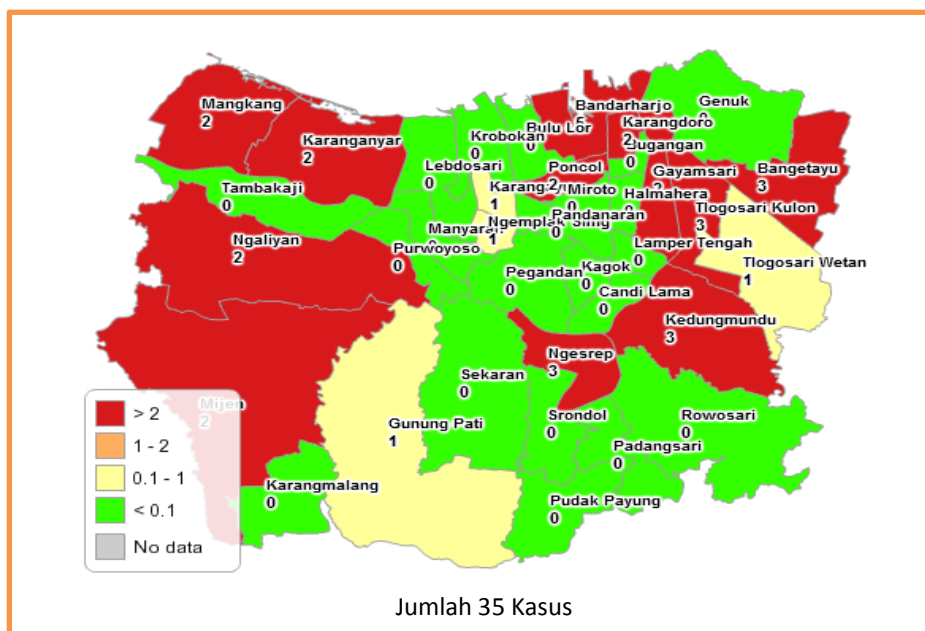
Berdasarkan laporan Puskesmas jumlah kematian ibu maternal di Kota Semarang pada tahun 2015 sebanyak 35 kasus dari 27.334 jumlah kelahiran hidup atau sekitar 128,05 per 100.000 KH. Angka kematian Ibu (AKI) mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya, yaitu 107,95 per 100.000 KH pada tahun 2013, dan 122,25 per 100.000 KH pada tahun 2014. Jika dilihat dari jumlah kematian Ibu, juga terdapat peningkatan yaitu 33 kasus pada tahun 2014 menjadi 35 kasus di tahun 2015. Berikut grafik jumlah kematian ibu tahun 2011 – 2015.

**Gambar 3.2 Grafik Jumlah & Angka kematian ibu maternal Kota Semarang Tahun 2011 – 2015**



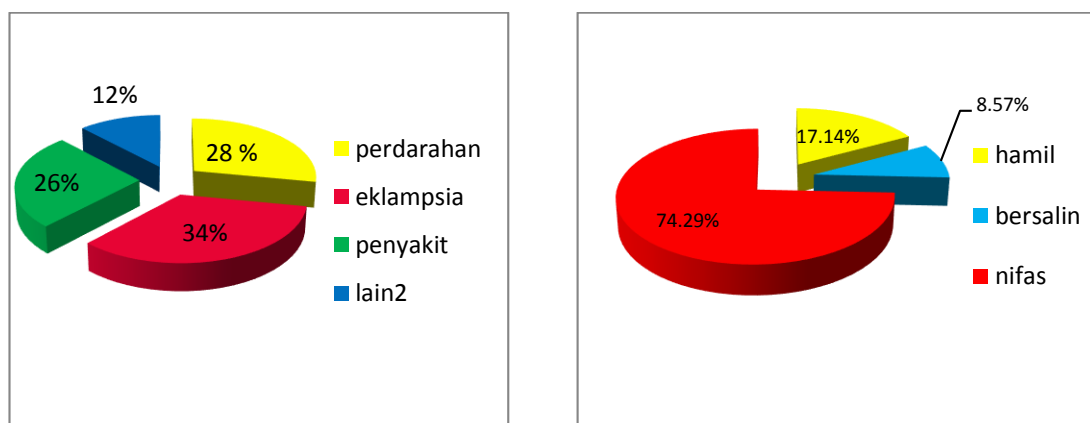
Sumber: Seksi Ibu & Lansia, Bidang Kesga

**Gambar 3.3 Peta Sebaran Kasus Kematian Ibu Th 2015**



Kematian ibu tertinggi adalah karena eklampsia (34%), Penyebab lainnya adalah karena perdarahan (28%), disebabkan karena penyakit sebesar 26%, dan lain-lain sebesar 12%, dengan kondisi saat meninggal paling banyak pada masa nifas yaitu 74,29% diikuti waktu hamil (17,14%). Hal ini juga dibarengi dengan jumlah ibu hamil dan nifas risiko tinggi yang meningkat menjadi 46%. Kematian ibu tahun 2015 dalam kondisi hamil sebesar 17,14% menurun dibanding tahun 2014 yaitu 18,18%.

**Gambar 3.4 Grafik Penyebab & Waktu Kejadian Kematian Ibu Maternal**



Sumber: Seksi Ibu & Lansia Bidang Kesga



Angka Kematian Ibu di Kota Semarang yang cenderung meningkat dan perlu mendapat perhatian khusus. Sehubungan dengan hal tersebut, Pemerintah Kota Semarang melalui Dinas Kesehatan Kota Semarang berupaya dalam menurunkan Angka Kematian Ibu dengan adanya pembentukan puskesmas PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Dasar) dan RS PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Komprehensif) di tahun 2013 serta upaya memaksimalkan fungsi dan tugas Puskesmas PONEK dan RS PONEK secara nyata dan bertahap. Selain itu juga dilakukan peningkatan jejaring rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat dasar ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dengan SIJARIEMAS. Upaya lain yang telah dilakukan adalah terbentuknya kerja sama / MOU antara RS PONEK dengan Dinas Kesehatan dalam wadah IC PONEK, dimana RS PONEK selain sebagai tempat rujukan juga melakukan pembinaan ke Puskesmas PONEK. Rumah Sakit PONEK dibina oleh RSUP dr. Kariadi.

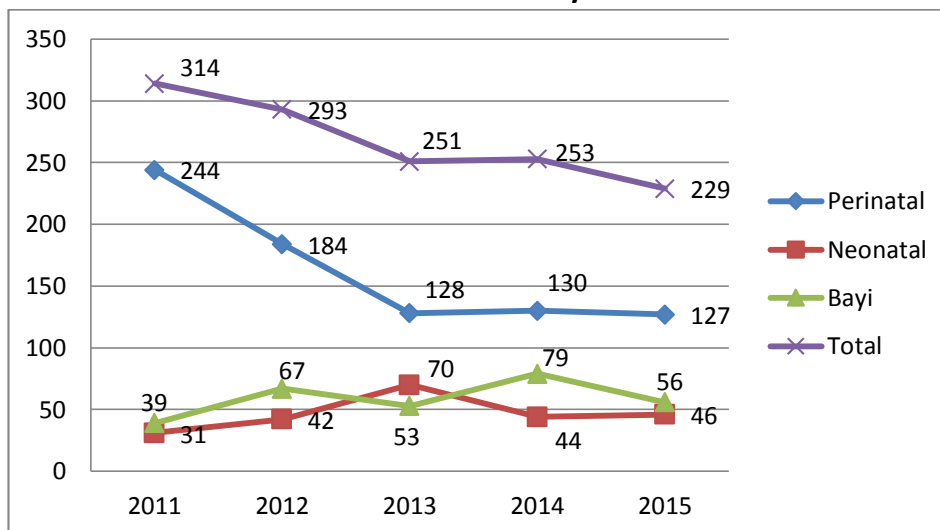
Upaya lain yang telah dilaksanakan adalah terbentuknya Pokja KIA, Perda Keselamatan Ibu dan Anak, kerja sama dengan perguruan tinggi dalam pendampingan ibu hamil resiko tinggi. Awal tahun 2015 Dinas Kesehatan Kota Semarang juga sudah merekrut tenaga kesehatan selama setahun untuk pendataan dan pendampingan ibu hamil, yaitu Petugas Surveilans Kesehatan (Gasurkes). Selain itu juga telah dilakukan kegiatan pendampingan ibu hamil sampai nifas oleh kader kesehatan.

## **2. Kematian Bayi dan Balita**

Angka kematian bayi adalah jumlah penduduk yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Usia bayi merupakan kondisi yang rentan baik terhadap kesakitan maupun kematian. Angka kematian bayi merupakan salah satu Indikator dari tujuan MDG's 2015 yang ke 4.

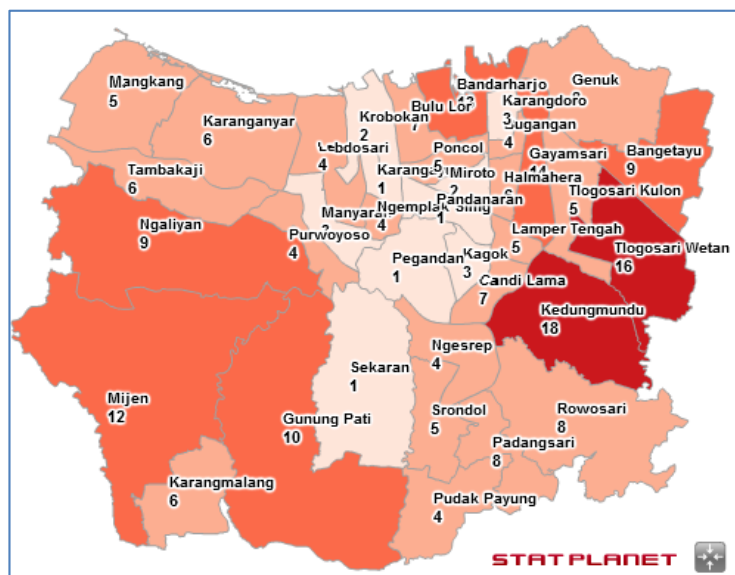
Berdasarkan hasil laporan kegiatan sarana pelayanan kesehatan, pada tahun 2015 jumlah kematian bayi yang terjadi di Kota Semarang sebanyak 229 dari 27.344 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 8,38 per 1.000 KH. Jumlah kematian bayi di Kota Semarang terjadi penurunan sejak tahun 2011 sampai 2015 yaitu berturut-turut 314 kasus kematian bayi pada tahun 2011, 293 kasus kematian bayi pada tahun 2012, 251 kasus kematian bayi pada tahun 2013, 253 kasus kematian bayi pada tahun 2014 dan 229 kasus kematian bayi pada tahun 2015. Jika dibandingkan dengan target MDGs yang menetapkan bahwa pada tahun 2015 target AKB di bawah 23 per 1.000 KH, maka AKB Kota Semarang telah mencapai target.

**Gambar 3.5 Grafik Kematian Bayi Tahun 2011-2015**



Sumber: Seksi Anak & Remaja Bidang Kesga

**Gambar 3.6 Peta Sebaran Kematian Bayi 2015**

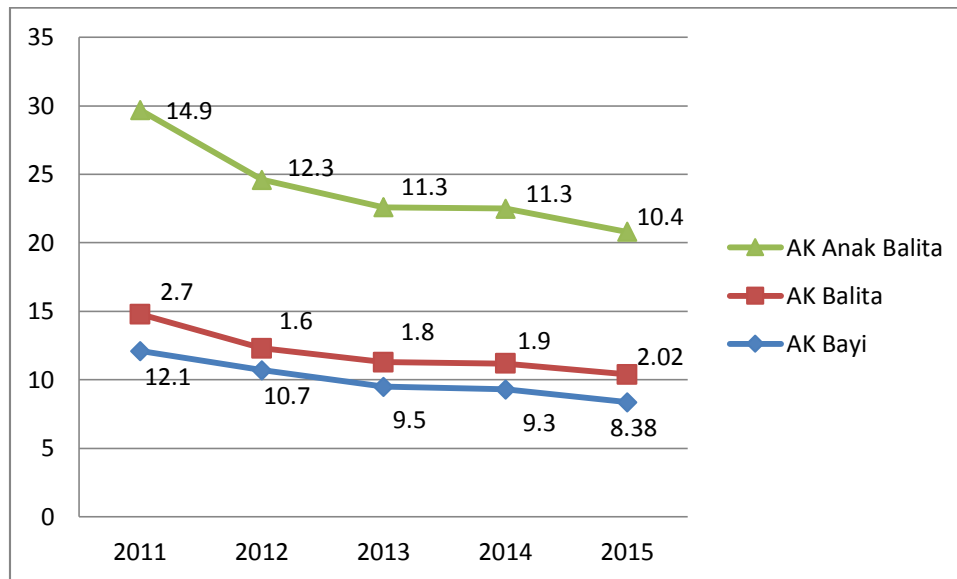


Sumber: Seksi Anak & Remaja, Bidang Kesga

Angka Kematian Balita (AKBa) adalah jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun yang dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. AKBa merepresentasikan risiko terjadinya kematian pada fase antara kelahiran dan sebelum umur 5 tahun. Berdasarkan data kasus kematian Anak Balita di Kota Semarang, Jumlah Kematian Balita di Kota Semarang tahun 2015 adalah sebanyak 283 kasus dari 27.334 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Balita (AKABA) Kota Semarang sebesar 10,4 per 1.000

kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan target MDGs yang menetapkan bahwa AKBa tahun 2015 dibawah 32 per 1.000 KH, maka AKBa Kota Semarang telah mencapai target.

**Gambar 3.7 Grafik Perkembangan AKB & AKBa Kota Semarang Tahun 2011 - 2015**



Sumber: Seksi anak & remaja Bidang Kesga

Berbagai faktor dapat menyebabkan adanya penurunan AKB & AKBa, di antaranya pemerataan pelayanan kesehatan berikut fasilitasnya. Hal itu disebabkan AKB & AKBa sangat sensitif terhadap perbaikan pelayanan kesehatan. Selain itu, perbaikan kondisi ekonomi yang tercermin dengan pendapatan masyarakat yang meningkat juga dapat berkontribusi melalui perbaikan gizi yang berdampak positif pada daya tahan bayi terhadap infeksi penyakit.

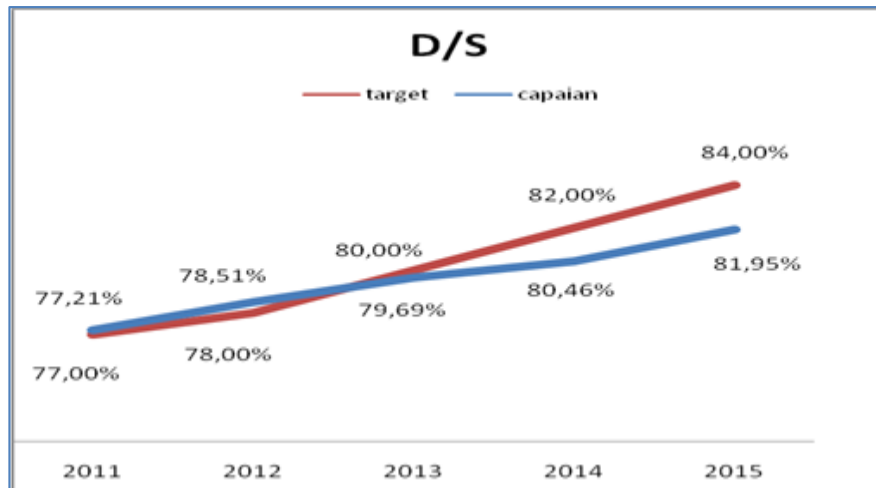
### C. STATUS GIZI BAYI & BALITA

Perkembangan keadaan gizi masyarakat dapat dipantau melalui hasil pencatatan dan pelaporan program perbaikan gizi masyarakat yang tercermin dalam hasil penimbangan bayi dan balita setiap bulan di posyandu. Menurut laporan puskesmas pada tahun 2015 di Kota Semarang menunjukkan jumlah Bayi Lahir Hidup sebanyak 27.334 bayi dan jumlah Balita yang ada (S) sebesar 106.867 anak.

Untuk kasus bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) pada tahun 2015 yaitu sebanyak 311 bayi (1,2%) yang terdiri dari 142 bayi laki-laki dan 169 bayi perempuan. Upaya masyarakat untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi salah satunya dengan penimbangan bayi dan balita di Posyandu. Jumlah Balita yang datang dan ditimbang (D) di

Posyandu dari seluruh balita yang ada yaitu sejumlah 87.577 balita (81,9%) dengan rincian jumlah balita yang naik berat badannya sebanyak 71.611 anak (81,8%) dan Bawah Garis Merah (BGM) sebanyak 646 anak (0,7%).

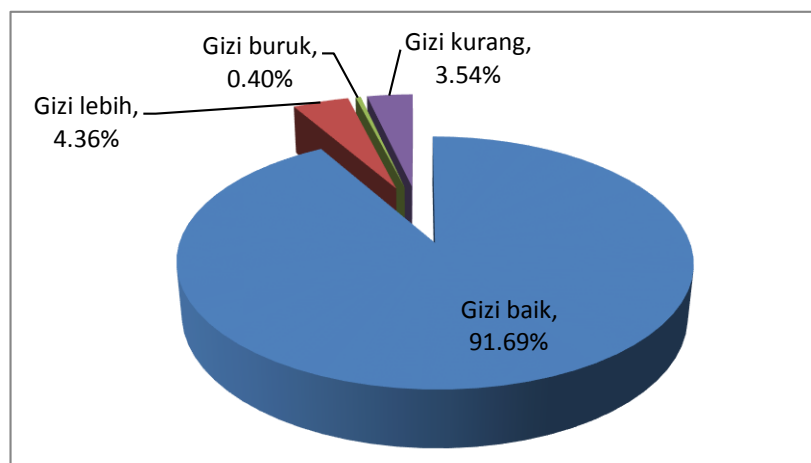
**Gambar 3.8 Grafik Cakupan D/S Kota Semarang 2011 - 2015**



Gambar 3.8 menunjukkan adanya peningkatan Cakupan D/S di Kota Semarang sejak tahun 2011 hingga tahun 2015. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan partisipasi masyarakat dalam upaya pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita sehingga apabila ada masalah dalam pertumbuhan dapat terdeteksi sejak dini dan segera ditangani.

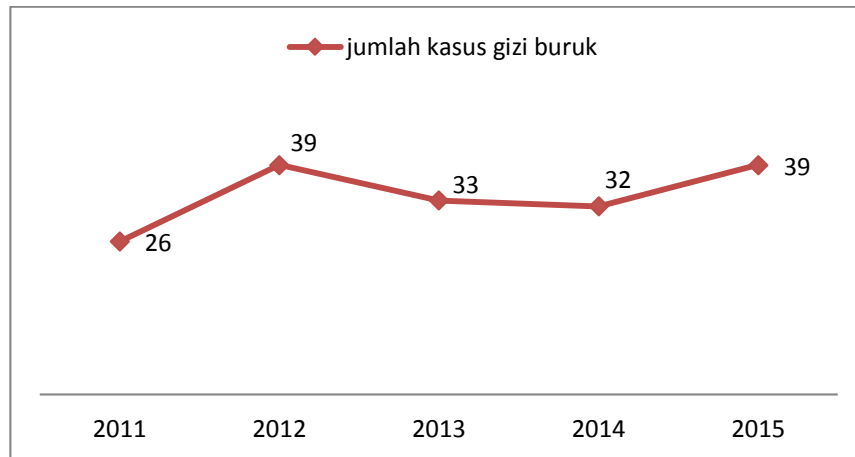
Permasalahan gizi yang masih tetap ada dan jumlahnya cenderung bertambah adalah masalah gizi kurang dan gizi buruk. Prevalensi status gizi balita menurut BB/U pada tahun 2015 dapat dilihat pada gambar 3.9 berikut.

**Gambar 3.9 Grafik Status Gizi Balita menurut BB/U Kota Semarang 2015**



Gizi buruk terjadi bukan hanya karena permasalahan-permasalahan kurangnya konsumsi gizi dan atau ada infeksi atau penyakit. Kurang konsumsi gizi di sebabkan karena sosial ekonomi yang kurang dan pengetahuan tentang gizi yang masih minim. Sedangkan penyebab infeksi karena lingkungan yang kurang sehat. Berikut tren kasus gizi buruk di Kota Semarang tahun 2011-2015.

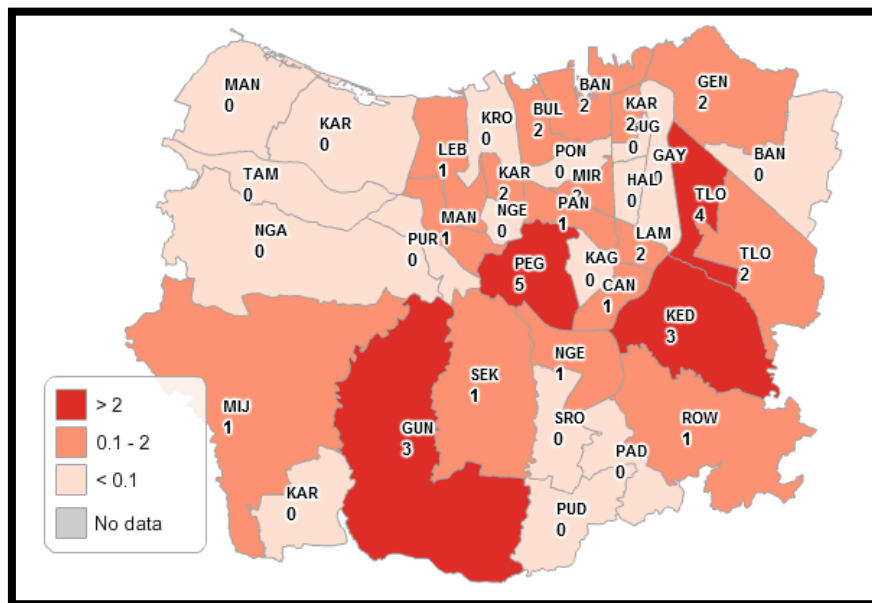
**Gambar 3.10 Grafik Trend Kasus Gizi Buruk Kota Semarang 2011 - 2015**



Dari gambar 3.10 dapat diketahui bahwa pada tahun 2015 kasus gizi buruk ditemukan sebanyak 39 kasus, mengalami kenaikan dari tahun 2014 yang berjumlah 32 kasus. Jumlah tersebut semua mendapat perawatan (100%) yang meliputi pemeriksaan gizi buruk secara komprehensif, program ini merupakan upaya perbaikan status gizi pada balita gizi buruk yang telah di pusatkan di Rumah Gizi Jl. Nusa Indah No.12 Banyumanik Semarang. Pada penanganan gizi buruk dilakukan bersama dengan lintas sektoral, lintas program, organisasi profesi dan LSM (Dinas Kelautan dan Perikanan, Kantor Ketahanan Pangan, BAPPEDA, Bidang P2P DKK, BKPM, RSDK, IDAI, IFI, Laboratorium Prodia, Tim Penggerak PKK Kota Semarang, Rumah Zakat, PKPU, Aisyiah, WKRI).



Gambar 3.11 Peta Kasus Gizi Buruk Kota Semarang 2015



Sumber: Seksi Gizi, Bidang Kesga

#### D. MORBIDITAS

Morbidity is a measure of disease burden, which can be expressed as the number of incident cases or the number of prevalent cases of a disease. Morbidity illustrates the occurrence of disease in a population and over a certain period of time. Morbidity also plays a role in the assessment of the health status of the community in a certain area.

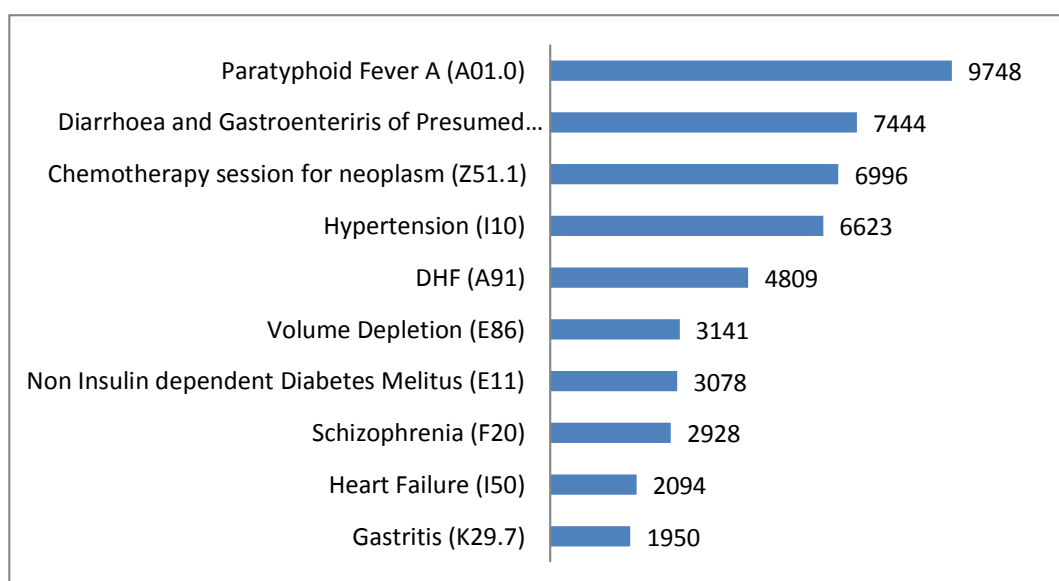
##### 1. Pola 10 Besar Penyakit Puskesmas

No	Jenis Penyakit	Kode ICD	Jumlah
1.	Infeksi saluran nafas atas akut pada banyak tempat tidak dapat dispesifikasi	J06	104.303
2.	Faringitis akut	J02	60.344
3.	Hipertensi esensial (primer)	I10	58.730
4.	Gastritis dan duodenitis	K29	24.444
5.	Diabetes melitus tidak tergantung insulin	E11	23.043
6.	Gangguan-gangguan otot yang lain	M62	22.759

7.	Sindrom nyeri kepala lainnya	G44	20.294
8.	Penyakit pulpa dan periapikal (jaringan sekitar akar gigi)	K04	20.175
9.	Penelitian dan pemeriksaan umum terhadap orang tanpa keluhan dan laporan diagnosis	Z00	15.490
10.	Diare dan gastroenteritis oleh penyebab infeksi tertentu	A09	14.003

Sumber: Laporan SIMPUS

## 2. Pola 10 Besar Penyakit Rumah Sakit



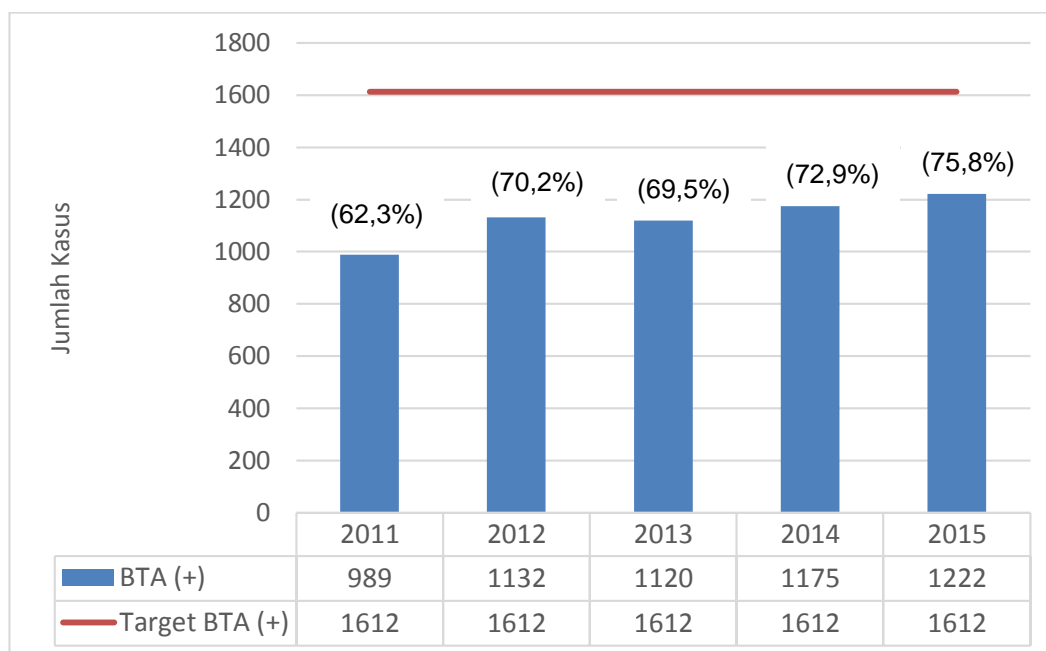
## 3. Penyakit Menular

### a. Tuberkulosis Paru

#### Kasus Penderita

Cakupan CDR Kota Semarang dalam kurun waktu 5 tahun terakhir terus mengalami peningkatan cakupan. Dalam 4 tahun terakhir target cakupan berada di atas 70% meski pada tahun 2013 mengalami penurunan menjadi 69,5%. Cakupan CDR kota Semarang tertinggi dicapai pada tahun 2015 di atas target cakupan nasional, yaitu 75,8% (1.222 kasus dari 1.612 kasus BTA (+) yang ditargetkan).

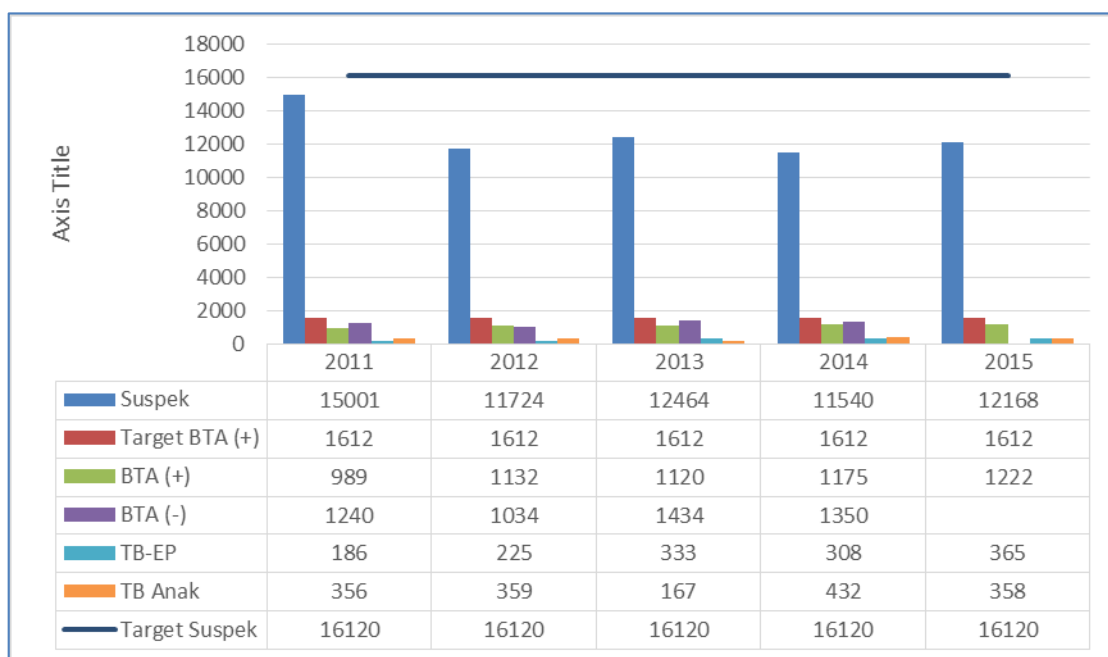
**Gambar 3.12 Grafik Penemuan kasus TB Paru Kota Semarang th 2011 s.d 2015**



Sumber: Seksi P2ML, Bidang P2P

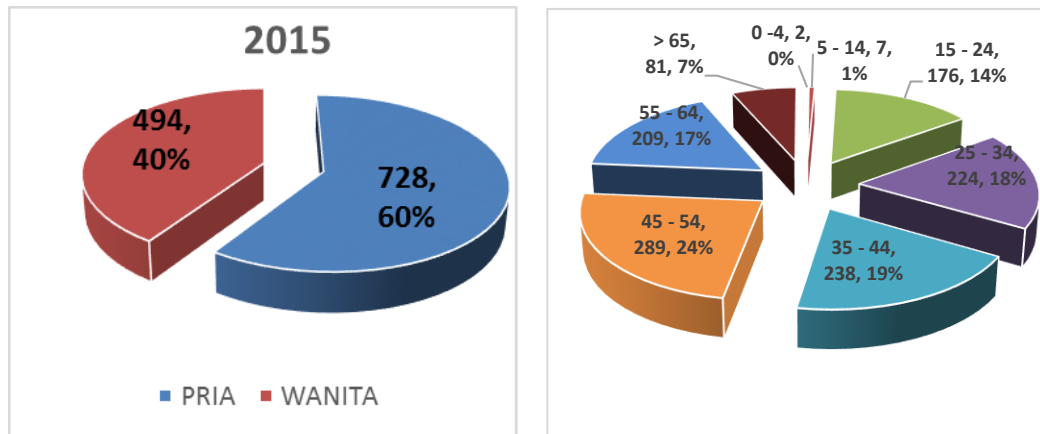
Penemuan suspek tahun 2015 sebesar 12.168 orang, mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2014. Sedangkan penemuan penderita TB Paru BTA (+) tahun 2015 sebesar 1.222 kasus.

**Gambar 3.13 Grafik Penemuan kasus TB Paru Kota Semarang th 2011 s.d 2015**



Sedangkan penemuan kasus TB Anak di tahun 2015 sejumlah 356 kasus, jumlah tersebut jauh mengalami penurunan dibandingkan dengan penemuan kasus di tahun 2014.

**Gambar 3.14 Grafik Kasus TB Paru berdasarkan Jenis Kelamin & Kelompok Usia Tahun 2015**



Penderita TB BTA Positif pada tahun 2015 sejumlah 1222 kasus, jenis kelamin laki-laki sebanyak 728 kasus (59%) dan jenis kelamin perempuan sebanyak 494 kasus (41%). Hal ini disebabkan karena (fakta kualitatif) pada laki-laki lebih sering kontak dengan faktor risiko dan kurang peduli terhadap aspek pemeliharaan kesehatan individu dibandingkan dengan wanita. Penderita TB terbanyak pada kelompok umur 45 – 54 tahun sebanyak 289 kasus (24%), pada kelompok umur 35 – 44 tahun sebanyak 238 kasus (19%), dan pada kelompok umur 25 – 34 tahun sebanyak 224 kasus (18%). Pada grafik 3.14 menunjukkan bahwa penularan TB terjadi disegala umur, dan 61% terjadi pada kelompok usia produktif.

#### **TB Paru MDR (Multiple Drug Resistant)**

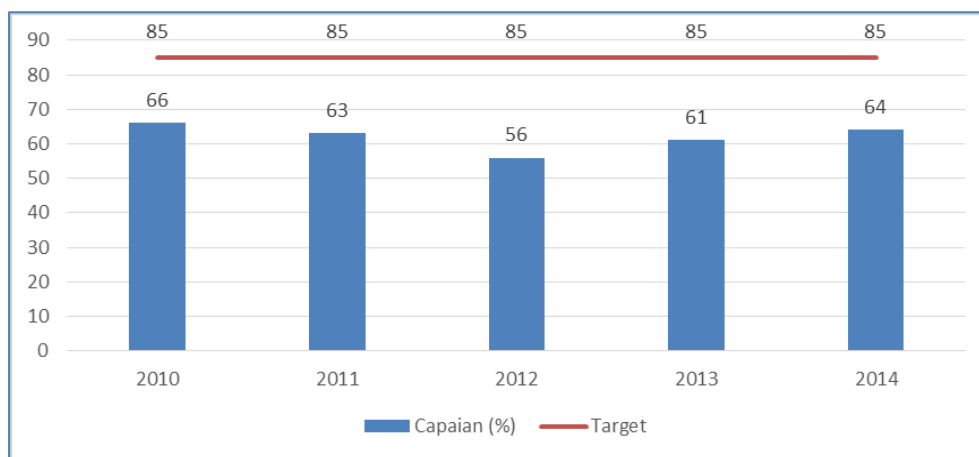
Tahun 2015 di Kota Semarang telah tercatat 21 kasus TB-Paru MDR (13 pria, 8 wanita), angka ini sama dengan tahun 2014, hal ini disebabkan sebagian besar karena ketidak teraturan dalam pengobatan sehingga menimbulkan resisten.

#### **Angka kesembuhan (Cure Rate)**

Angka kesembuhan Kota Semarang dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir tidak pernah mencapai target nasional, yang tertinggi sebesar 66 % CR di tahun 2009 dan 2010,

yang terendah sebesar 56 % di tahun 2012 sedangkan ditahun 2013 sebesar 61 % dan meningkat menjadi 64% pada tahun 2015 (754 kasus dinyatakan sembuh dari total kasus 1.175 yang diobati). Rata-rata pencapaian CR pertahunnya sebesar 22,6 % dan masih di bawah target CR nasional.

**Gambar 3.15 Grafik Angka kesembuhan TB Paru BTA (+) Tahun 2010 - 2015**

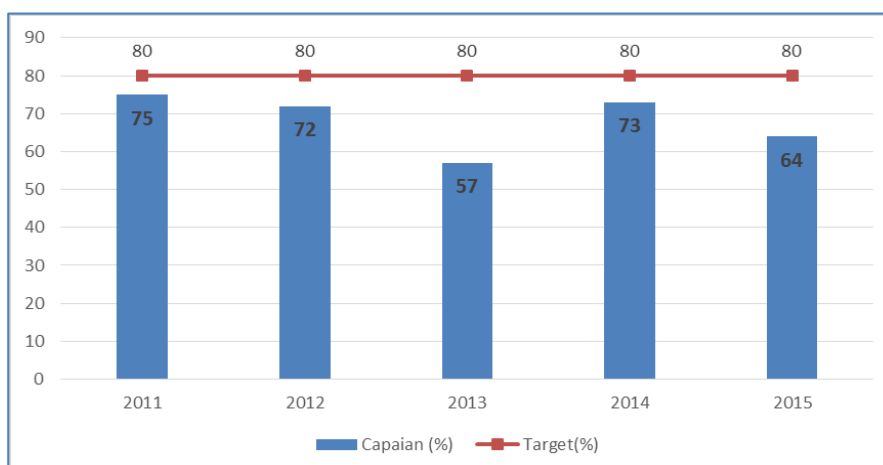


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

### Angka Konversi

Angka Konversi pasien TB Paru BTA (+) dalam 5 tahun terakhir masih berada di bawah target nasional 80%. Secara gradual 5 tahun berjalan mengalami penurunan rata-rata sebesar 11,8% dari target nasional. Pada tahun 2015 terjadi penurunan dari 73% di tahun 2014 menjadi 64%.

**Gambar 3.16 Grafik Angka konversi TB BTA (+) tahun 2011 - 2015**

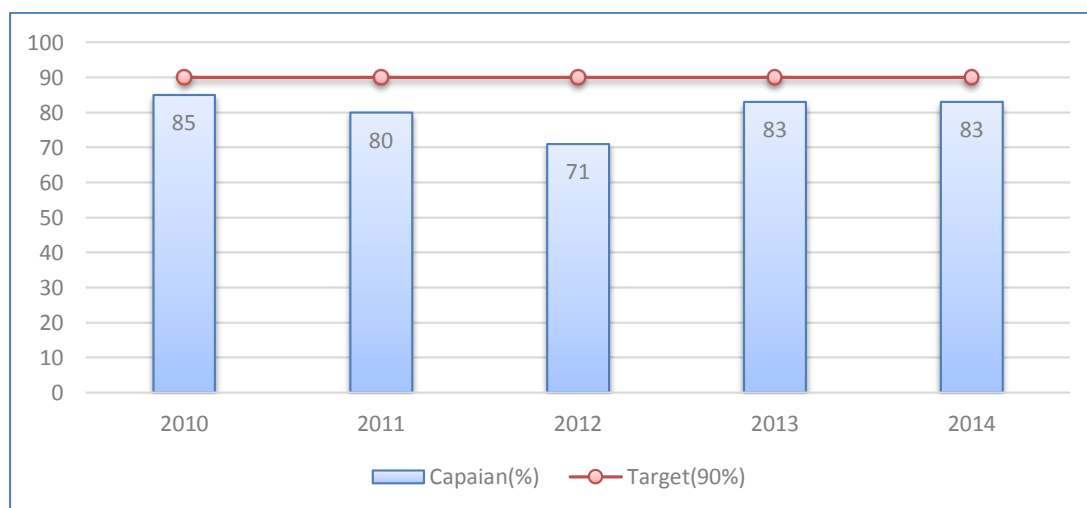


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

### Angka Keberhasilan Pengobatan ( sukses rate )

Angka keberhasilan pengobatan adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB Paru BTA (+) yang menyelesaikan pengobatan (sembuh dan pengobatan lengkap).

**Gambar 3.17 Angka Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Paru BTA (+)  
di Kota Semarang Tahun 2010 s.d 2014**

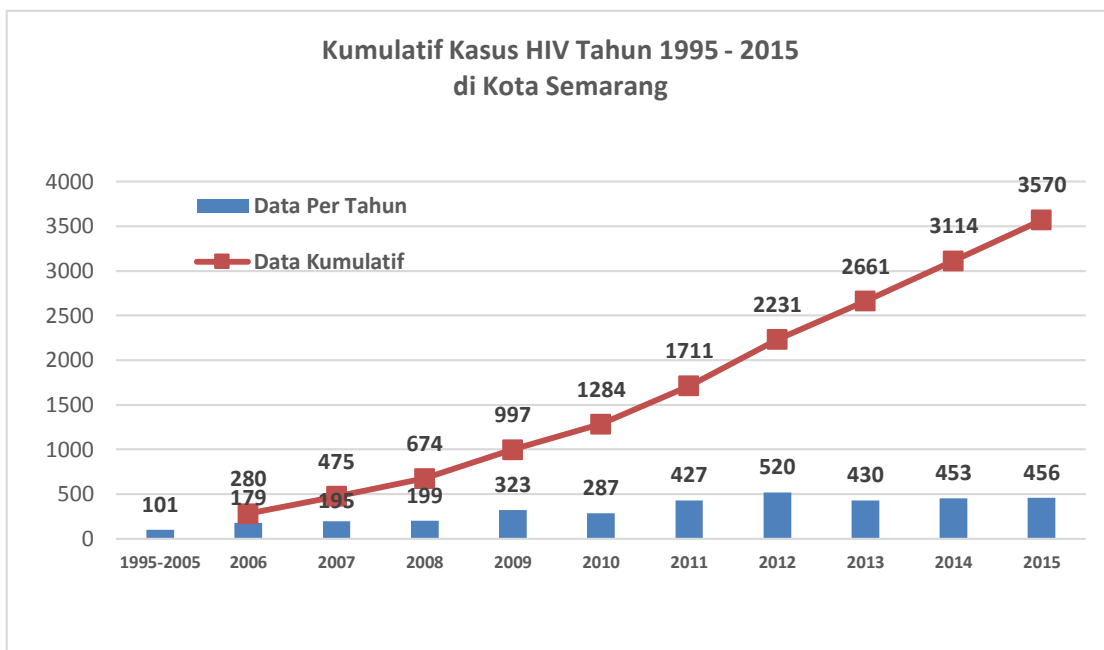


### b. HIV / AIDS

#### HIV

Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dulu dinyatakan sebagai HIV positif. Jumlah HIV positif yang ada di masyarakat dapat diketahui melalui 3 metode, yaitu pada layanan Voluntary, Counseling, and Testing (VCT), sero survey, dan survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP).

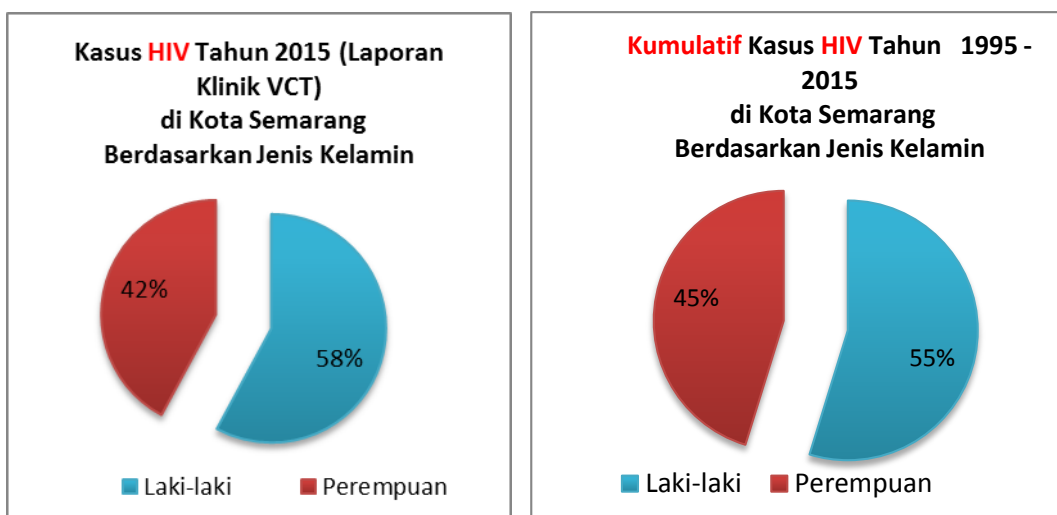
**Gambar 3.18 Grafik Tren Kumulatif Kasus HIV Kota Semarang 1995 – 2015**



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

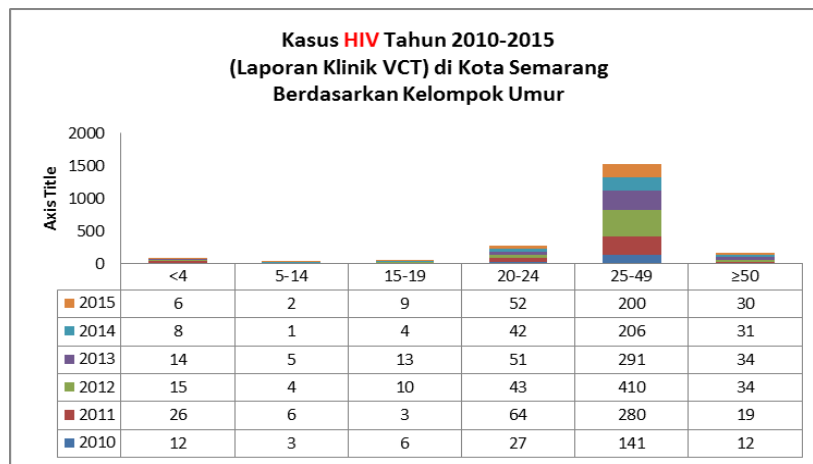
Berdasarkan grafik di atas kasus HIV mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2014. Jumlah penemuan kasus pada tahun 2015 yaitu sebesar 456 kasus (0,66%). Data diatas merupakan data kasus HIV yang ditemukan di Kota Semarang dari laporan klinik VCT, sehingga bukan hanya warga Kota Semarang namun juga luar wilayah Kota Semarang. Sedangkan data untuk kasus HIV tahun 2015 untuk Kota Semarang saja sebanyak 151 orang, dengan kondisi 51 orang sudah pada stadium AIDS.

**Gambar 3.19 Grafik Kasus HIV Kota Semarang**



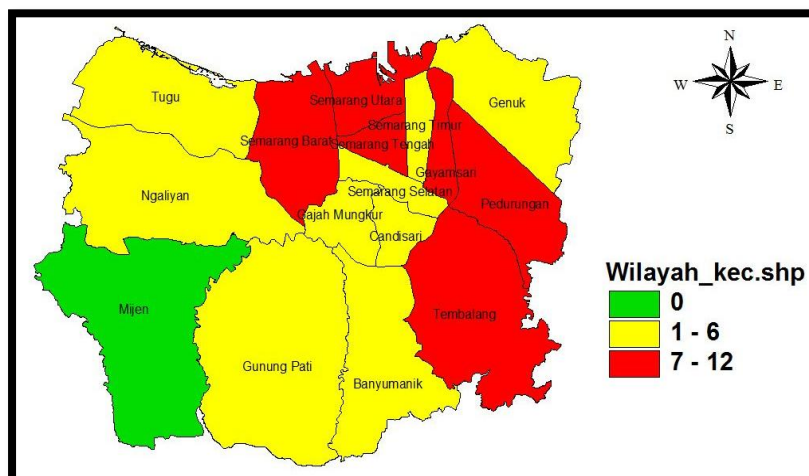
Berdasarkan grafik pie diatas terlihat bahwa selama tahun 1995 – 2015 kasus HIV lebih banyak diderita oleh laki-laki yaitu sebesar 55% dibandingkan dengan perempuan. Hal ini kemungkinan disebabkan karena mobilitas laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan sehingga resiko untuk terinfeksi HIV lebih besar sedangkan untuk tahun 2015, antara laki-laki dan perempuan yang terinfeksi HIV dengan perbandingan 58% dan 42%.

**Gambar 3.20 Grafik Kasus HIV Berdasar Kelompok Umur**



Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui selama tahun 2010 – 2015 kelompok umur 25-49 tahun paling besar terinfeksi HIV dengan total sebanyak 1.528 kasus (72,28%) dan yang terendah adalah kelompok umur 5 – 14 tahun yaitu sebanyak 21 kasus (0,99%).

**Gambar 3.21 Peta Penemuan Kasus HIV Per Kecamatan 2015**



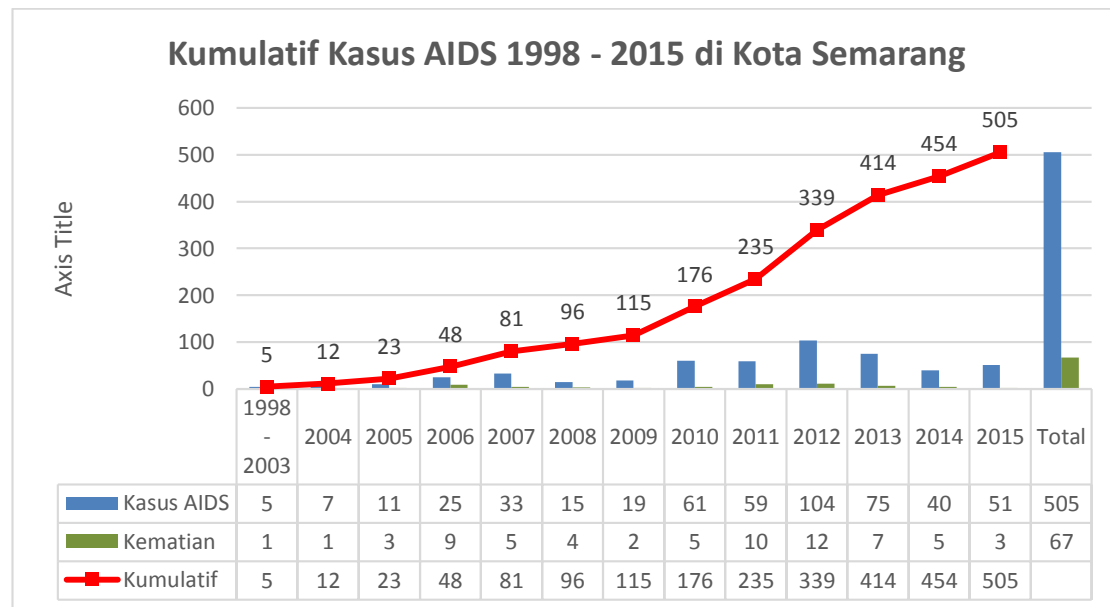
Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P



Berdasarkan gambar peta diatas dapat diketahui sebaran kasus HIV di Kota Semarang tahun 2015, kecamatan tertinggi jumlah kasus HIV adalah Kecamatan Semarang Utara dan Tembalang masing-masing sebanyak 12 kasus, sedangkan kecamatan dengan kasus terendah yaitu Kecamatan Mijen sebanyak 0 kasus.

## AIDS

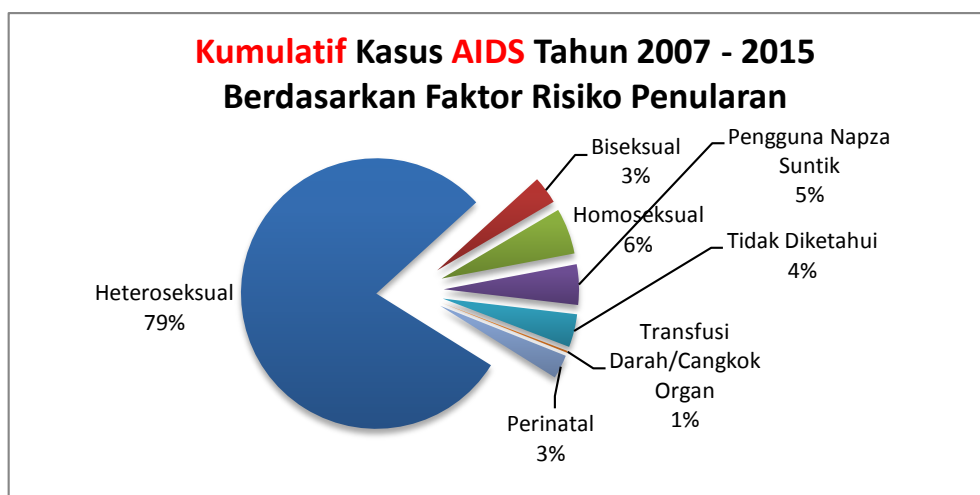
**Gambar 3.22 Kumulatif Kasus AIDS Kota Semarang 1998 - 2015**



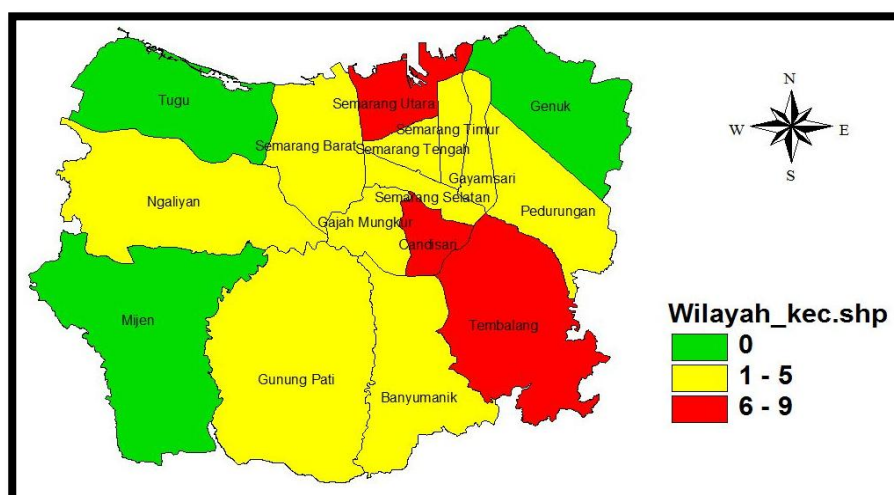
Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui pada tahun 2015 jumlah kasus AIDS di Kota Semarang yaitu sebanyak 51 kasus, meningkat dibandingkan tahun 2014 sebesar 40 kasus, dan meninggal sebanyak 3 orang. Dapat diketahui jumlah kematian akibat AIDS pada tahun 2014 mengalami penurunan yaitu 3 orang, dibanding tahun 2014. Sedangkan kumulatif kasus AIDS dari tahun 1998 sampai dengan tahun 2015 yaitu sebanyak 505 kasus.

Adapun factor risiko penularan pada kasus AIDS tertinggi pada tahun 2015 yaitu heteroseksual sebesar 79% sedangkan faktor risiko terkecil adalah transfusi darah/cangkok organ sebesar 1%.

**Gambar 3.23 Kumulatif Kasus AIDS Kota Semarang Tahun 2007 – 2015 Berdasarkan Faktor resiko penularan**



**Gambar 3.24 Peta Kasus Penderita AIDS Per Kecamatan Tahun 2015**



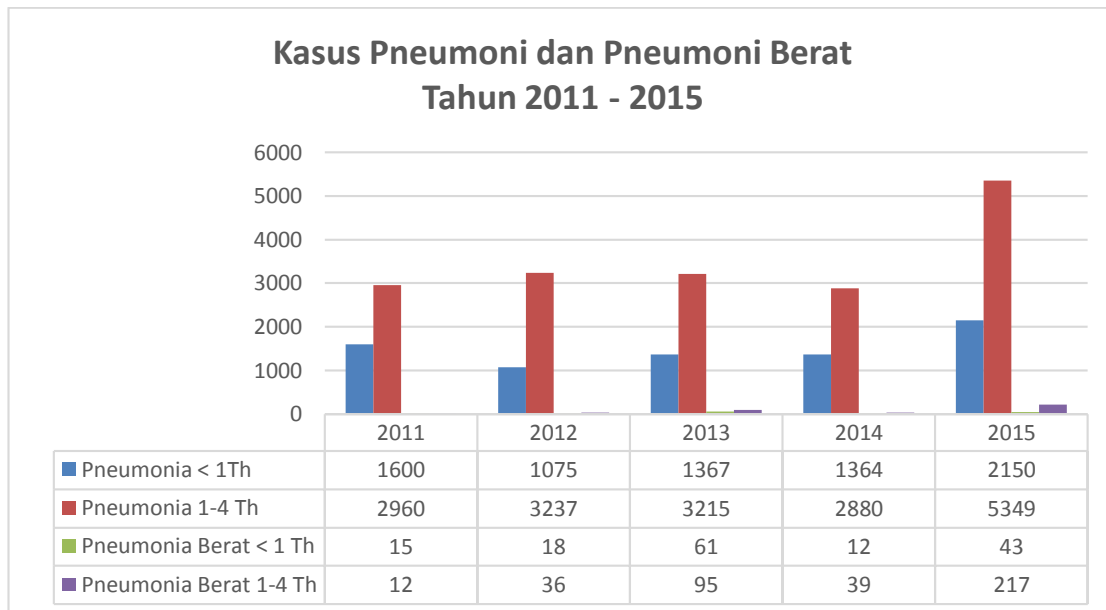
Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Peta diatas menunjukkan penyebaran kasus AIDS di Kota Semarang. Pada tahun 2015 tidak ditemukan kasus AIDS baru di Kecamatan Tugu, Mijen, Genuk. Sedangkan kecamatan yang memiliki kasus AIDS yang tinggi berturut-turut yaitu Kec Semarang Utara, Kec Tembalang dan Kec Candisari.

Berbagai upaya penanganan terhadap kasus HIV / AIDS di Kota Semarang telah dilakukan. Jumlah ODHA yang memenuhi syarat ARV tahun 2015 sebesar 2.926 orang. Sedangkan ODHA yang masih minum obat sampai akhir bulang Desember sebanyak 987 orang. Sehingga presentase ODHA yang on ART di Kota Semarang 2015 sebesar 33,73%

### c. Pneumonia

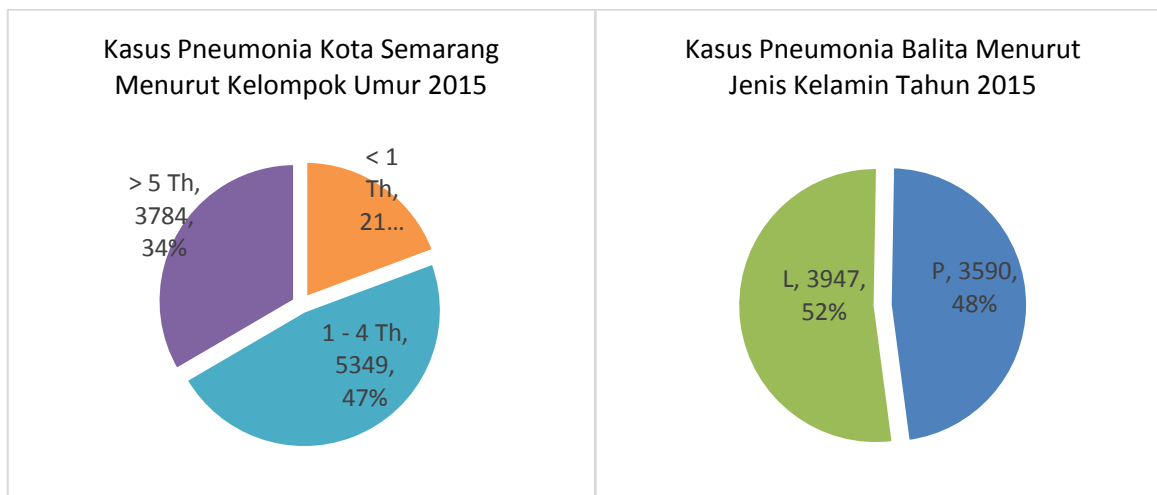
**Gambar 3.25 Grafik Kasus Pneumoni & Pneumoni Berat th 2011 - 2015**



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Jumlah penderita pneumonia <1 th pada tahun 2015 ini mengalami peningkatan 786 kasus (58%) dari 1364 menjadi 2150, jumlah penderita pneumonia 1-4 th 5349 balita (86%) meningkat sebanyak 2469 kasus dibanding tahun 2014, penderita pneumonia berat umur < 1 tahun ditemukan 43 balita meningkat 31 kasus (258%) dari tahun sebelumnya dan jumlah pneumonia berat umur 1-4 tahun sejumlah 217 kasus meningkat sejumlah 178 balita (456%).

**Gambar 3.26 Grafik Kasus Pneumonia Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin**



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Pada tahun 2015 kasus pneumonia balita banyak terjadi pada kelompok umur 1 – 4 tahun, sejumlah 5.349 kasus (47%) pada kelompok umur < tahun sejumlah 2.188 kasus (19%), selebihnya 33% sekitar 3784 kasus terjadi pada kelompok umur > 5 tahun. Sedangkan menurut jenis kelamin kasus pneumonia Balita di Kota Semarang tahun 2015 tampak bahwa kasus pneumoni balita perempuan lebih sedikit dibanding dengan kasus pneumonia balita laki-laki.

IR pneumonia pada tahun 2015 sebesar 472 per 10.000 balita meningkat dibanding tahun 2014 yaitu sebesar 285 per 10.000 balita. Peningkatan IR pneumonia berarti jumlah penderita pneumonia dan pneumonia berat yang ditemukan semakin meningkat, hal ini dipengaruhi oleh peran serta aktif masyarakat untuk mau membawa balitanya berobat ke Puskesmas dan juga peran aktif petugas Puskesmas serta kader kesehatan di masyarakat dalam rangka menemukan penderita pneumonia balita di masyarakat.

Cakupan penemuan penderita adalah jumlah penderita pneumonia dan pneumonia berat yang ditemukan dibagi dengan jumlah sasaran. Cakupan penemuan penderita pneumonia dan pneumonia berat yang berobat ke Puskesmas di tahun 2015 sebesar 131% mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2014.

Angka kematian (CFR) akibat pneumonia dan pneumonia berat di Kota Semarang berdasarkan data dari RS tahun 2015 sebesar 0.02% (7/10.296), tahun 2013 0,5% dan tahun 2014 sebesar 0.76 % sedangkan di Puskesmas tidak ada kasus pneumonia maupun pneumonia berat yang meninggal (CFR 0%), hal ini menunjukkan bahwa sistem rujukan sudah dilaksanakan dengan baik.

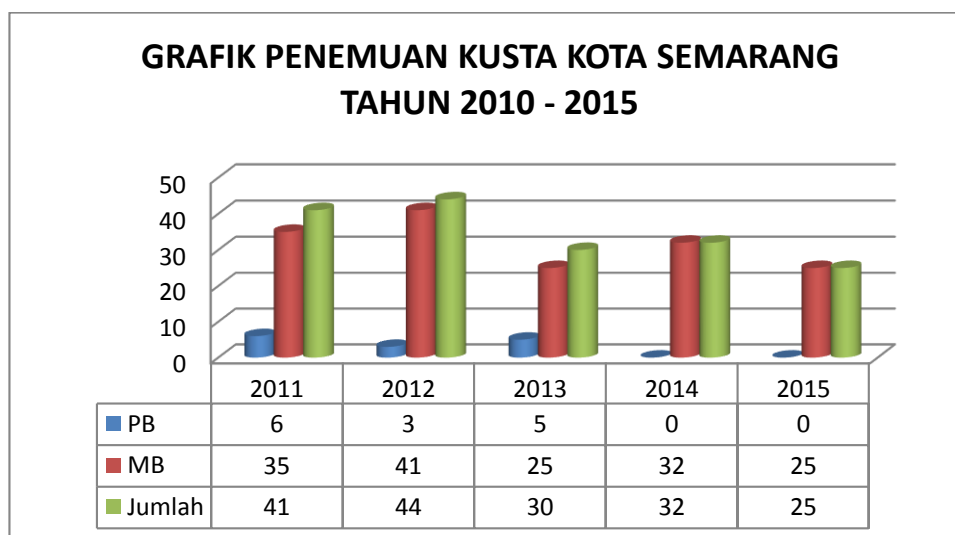
#### **d. Kusta**

Capaian kusta di Kota Semarang tahun 2015 sebagai daerah low endemic :

Prevalensi : 0,2 ( target nasional : < 1 / 10.000 penduduk)

CDR : 2.12 ( target nasional : < 5 / 100.000 penduduk)

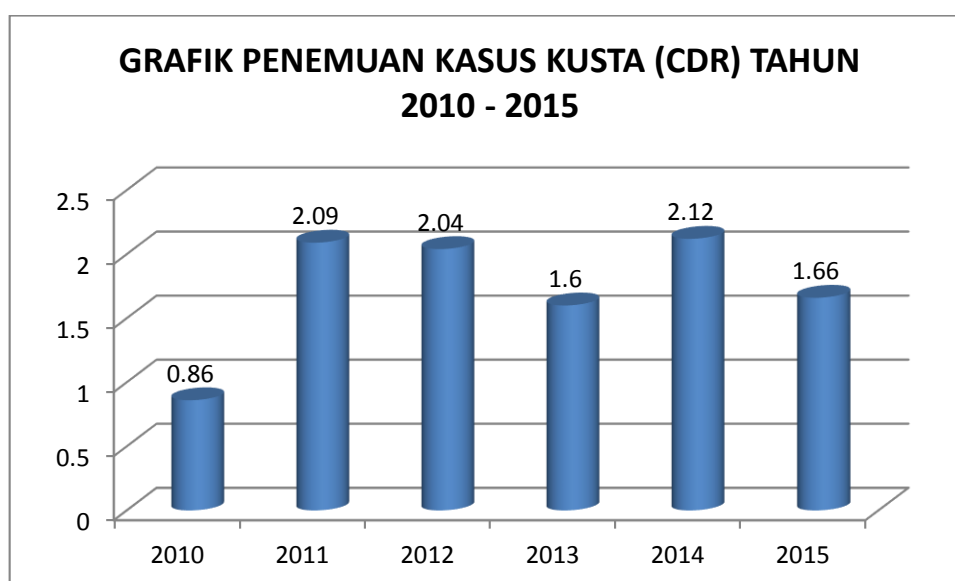
Gambar 3.27 Grafik Penemuan Kusta Kota Semarang th 2011 – 2015



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

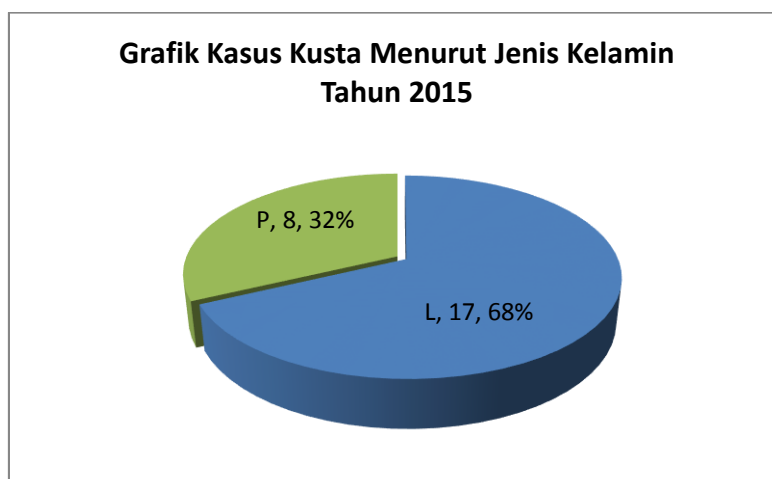
Berdasarkan grafik di atas penemuan kasus di kota Semarang tahun 2015 berjumlah 25 kasus, mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 2014 sebanyak 32 kasus. Kasus kusta pada tahun 2015 terdiri dari kusta tipe PB 0 kasus (0%), dan kusta tipe MB 25 kasus (100%). Prosentase Kusta MB lebih besar dari pada kusta PB sebagaimana tahun-tahun sebelumnya.

Gambar 3.28 Grafik CDR Kasus Kusta Kota Semarang th 2010 - 2015



Berdasarkan grafik di atas, CDR kasus kusta tahun 2014 sebesar 2,12 pada tahun 2015 mengalami penurunan menjadi 1,66 sebagaimana terlihat pada grafik di atas.

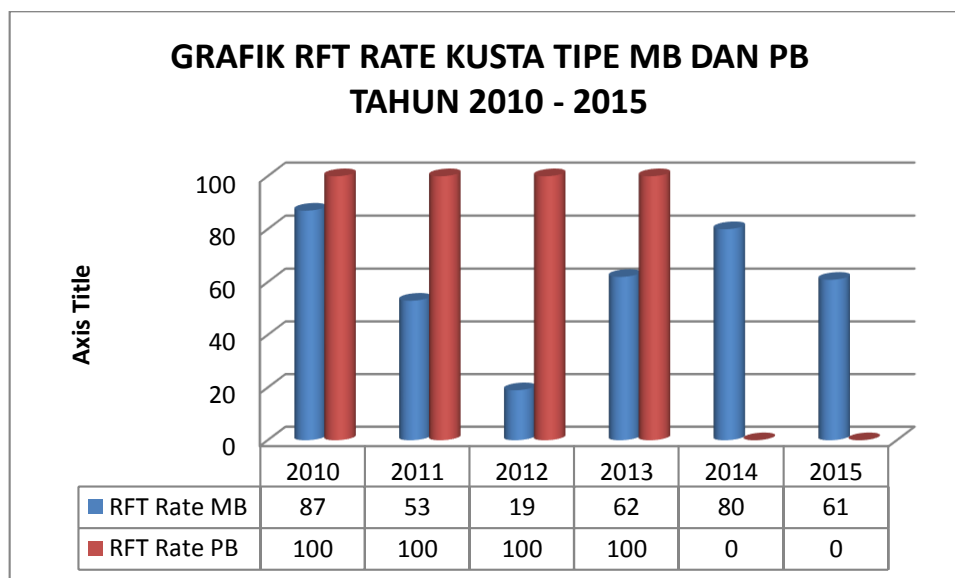
**Gambar 3.29 Grafik Kasus Kusta Berdasar Jenis Kelamin Th 2015**



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan jenis kelamin, kasus kusta terdiri atas 17 kasus dengan jenis kelamin laki-laki ( 68 % ) dan 8 kasus dengan jenis kelamin perempuan ( 32 %).

**Gambar 3.30 Grafik Prosentase RFT Rate MB & PB Kusta Th 2010 – 2015**

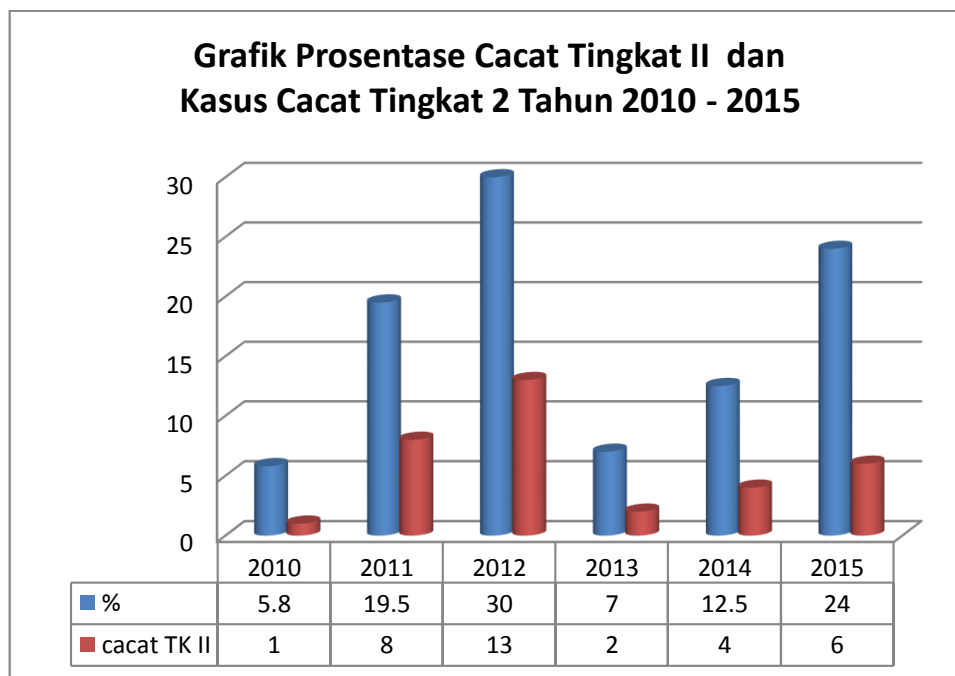


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Grafik di atas menggambarkan RFT Rate MB Kusta semenjak tahun 2010 hingga tahun 2015, mengalami fluktuatif. Tahun 2014 sebesar 80% dan di tahun 2015 mengalami penurunan menjadi 61%. RFT Rate Kusta tipe PB tahun 2010 sampai 2013 mencapai 100 % artinya seluruh kasus kusta tipe PB sudah menyelesaikan 6 dosis pengobatannya dalam waktu 6 – 8 bulan. Pada tahun 2014 dan 2015 0% karena tidak ditemukan kasus kusta tipe PB.

Diagnosa dan pengobatan dini dapat mencegah sebagian besar cacat fisik. Sebagaimana tujuan utama terapi medik yaitu pengobatan dengan menggunakan MDT sesuai tipe. Terjadinya cacat pada kusta disebabkan kerusakan fungsi saraf tepi, baik karena kuman kusta maupun karena peradangan sewaktu keadaan reaksi.

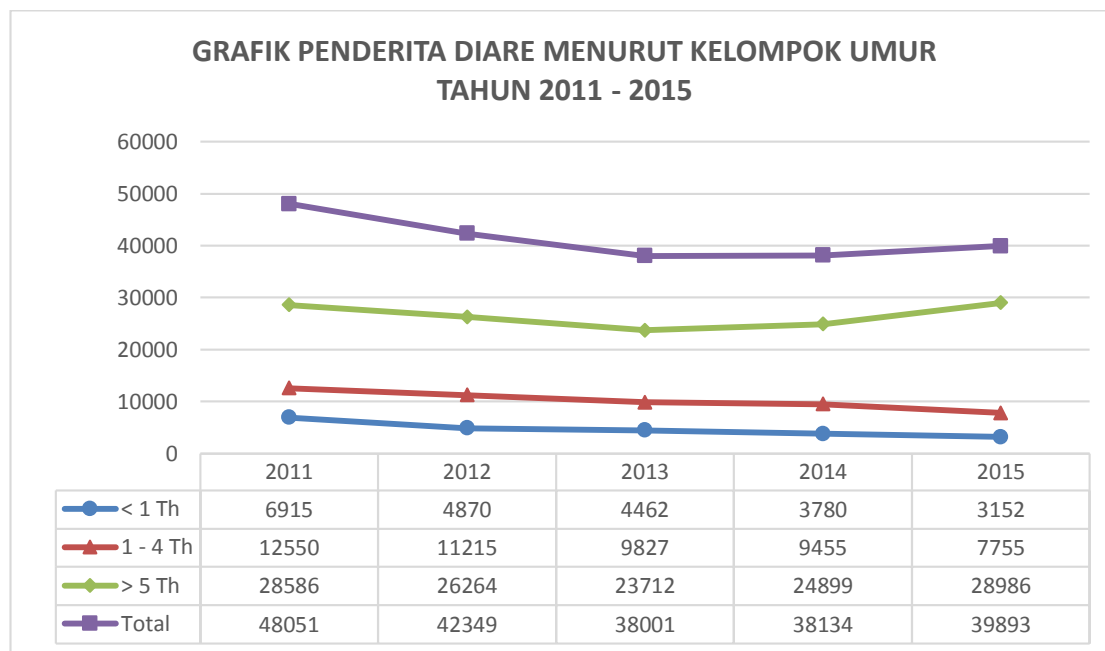
**Gambar 3.31 Grafik Prosentase Cacat Tingkat 2 Th 2010 – 2015**



Kecacatan pada penderita kusta di Kota Semarang pada tahun 2015 adalah berikut : Cacat Tk.2 : 24% (6 kasus dari total 25 kasus). Pasien dengan cacat tingkat 2 tersebut semua sudah dalam keadaan cacat pada saat berobat di Puskesmas. kasus cacat yang datang ke puskesmas sebelumnya sudah pernah mendapatkan pengobatan di rumah sakit namun tidak menggunakan paket MDT. Kecacatan sudah dialami pasien lebih dari 6 bulan , sehingga kecacatan sudah bersifat permanen dan tidak memungkinkan dikoreksi dengan menggunakan terapi Prednison, namun dimungkinkan masih bisa dilakukan tindakan rehabilitasi.

## e. Diare

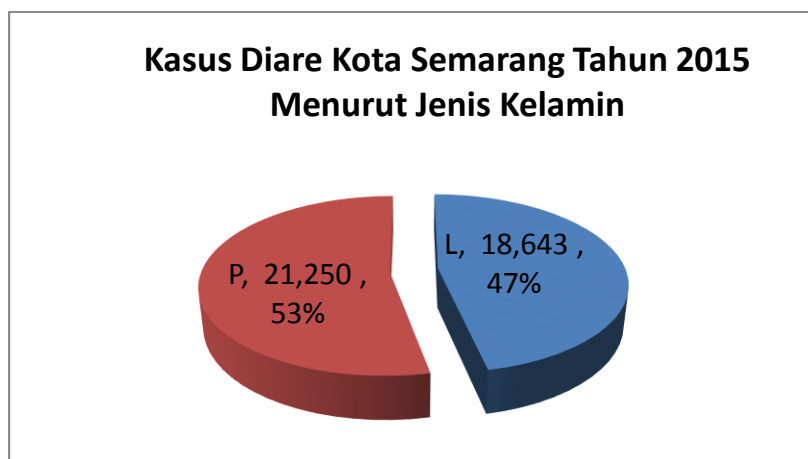
Gambar 3.32 Grafik Penderita Diare Menurut Kelompok Umur



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Penderita Diare dari tahun 2010 – 2015 cenderung mengalami penurunan, kejadian terendah pada tahun 2013 dengan total kasus sebanyak 38.001 namun pada tahun 2014 hingga tahun 2015 mengalami peningkatan. Pada tahun 2015 total kasus diare sebanyak 39.893 kasus, dengan jumlah kasus terbanyak pada kelompok umur > 5 tahun sebanyak 28.986 kasus (72%) dan terendah pada kelompok umur < 1 tahun sejumlah 3.152 kasus (7%).

Grafik 3.33 Grafik Kasus Diare Kota Semarang Menurut Jenis Kelamin



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P



Berdasarkan grafik di atas, kasus Diare di Kota Semarang tahun 2015 pada perempuan lebih banyak dibandingkan pada laki - laki. Dengan jumlah kasus pada perempuan sebanyak 21.250 (53%) dan pada laki-laki sebanyak 18.643 (47%).

Cakupan pelayanan penderita diare diketahui dengan menghitung jumlah penderita baru dibagi jumlah penduduk dikalikan 1.000. Pada tahun 2015 IR (Incidence Rate) sebesar 23 per 1.000 penduduk, hal ini berarti terjadi penurunan dibandingkan dengan tahun sebelumnya.

Angka kematian (CFR) dihitung berdasarkan jumlah penderita yang meninggal akibat penyakit diare yang berobat di Rumah Sakit sebesar 0,02 per 1000 penduduk ( 6/39.893) dan berdasarkan data yang masuk dapat diketahui dari tahun 2005–2015 tidak ada laporan mengenai penderita diare yang meninggal di Puskesmas, berarti penderita diare yang berobat ke Puskesmas dan yang ditolong kader tidak ada yang meninggal.

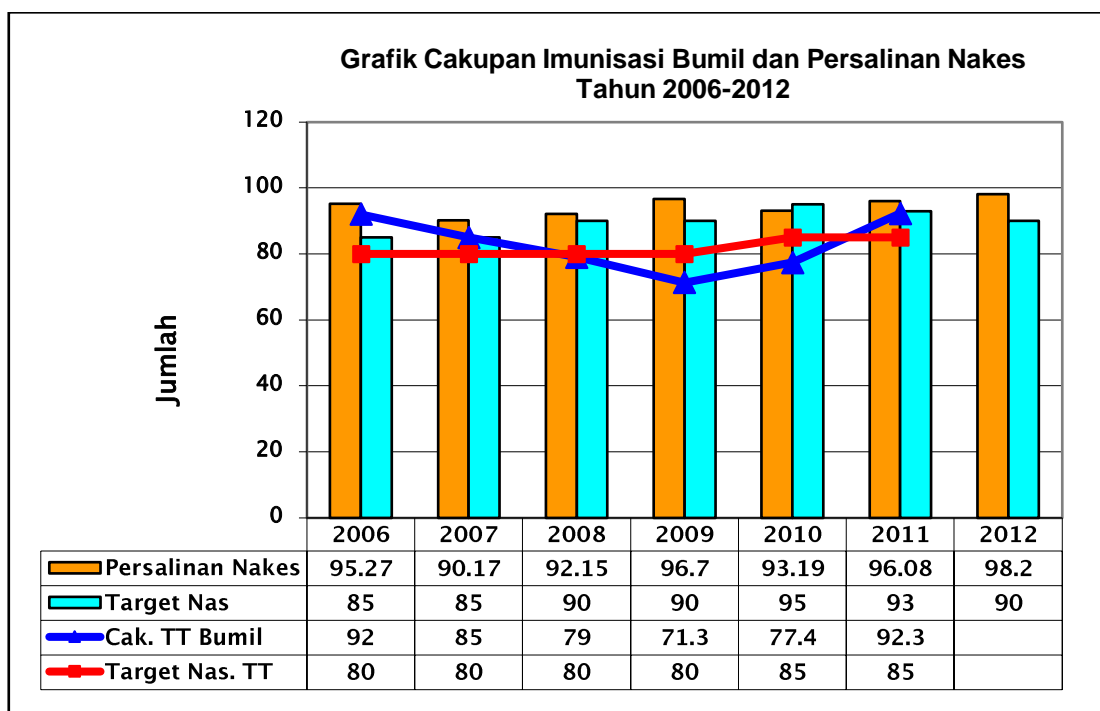
Cakupan pelayanan penderita diare dalam 3 tahun terakhir meningkat sejak tahun 2013 sebesar 42% pada tahun 2014 meningkat menjadi 99%. Pelayanan penderita diare tahun 2015 sebesar 105% meningkat dibandingkan tahun 2014, Hal ini bisa diartikan kinerja petugas Puskesmas semakin baik, penyuluhan yang diberikan bisa meningkatkan pengetahuan dan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan puskesmas. Kualitas tata laksana penderita diare pada tahun 2014 sudah 100%, berarti kinerja petugas diare Puskesmas bisa dikatakan baik karena kualitas tata laksana dalam hal ini adalah pelayanan pengobatan terhadap penderita diare ke Puskesmas terlayani dengan baik dan mendapatkan pengobatan yang sesuai.

#### **4. Penyakit PD3I**

##### **a. Tetanus**

Kasus Tetanus Neonatorum (TN) di kota Semarang Tahun 2015 Tidak ditemukan . Meskipun Cakupan persalinan nakes dan Cakupan TT Bumil sudah melebihi target, tetapi masih ada masyarakat yang tidak pernah memeriksakan kehamilan dan persalinan ke nakes, melainkan ke dukun.

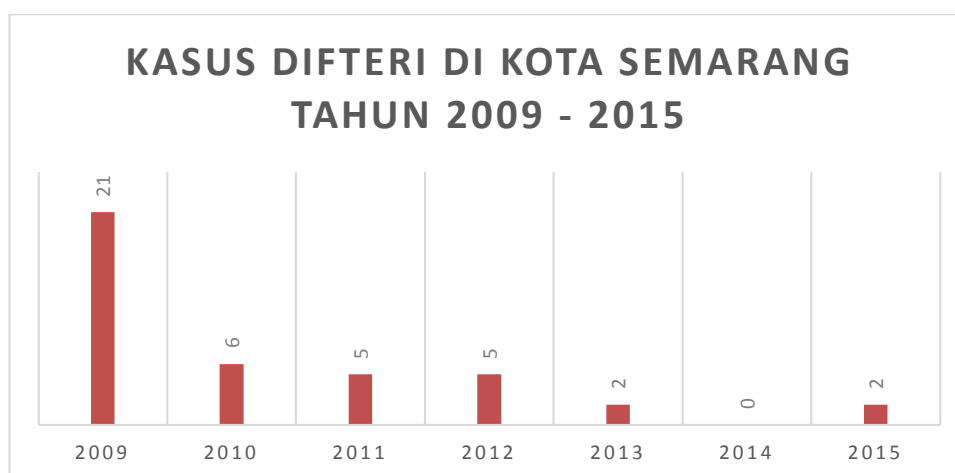
Gambar 3.34 Grafik Cakupan Imunisasi Bumil &amp; Persalinan Nakes



#### b. Difteri

Tahun 2015 ditemukan 2 penderita kasus difteri dengan 1 orang meninggal dunia. Hal ini menunjukkan perlunya peningkatan peran aktif semua pihak untuk Sosialisasi/ Penyuluhan tentang difteri di masyarakat dan Peningkatan Supervisi di Bidan Praktek Mandiri ( BPM ) Pemantauan untuk suhu Vaksin dalam Chold Chain, Dimana Penyakit ini dapat dicegah dengan Imunisasi.

Gambar 3.35 Kasus Difteri Kota Semarang Th 2009 – 2015

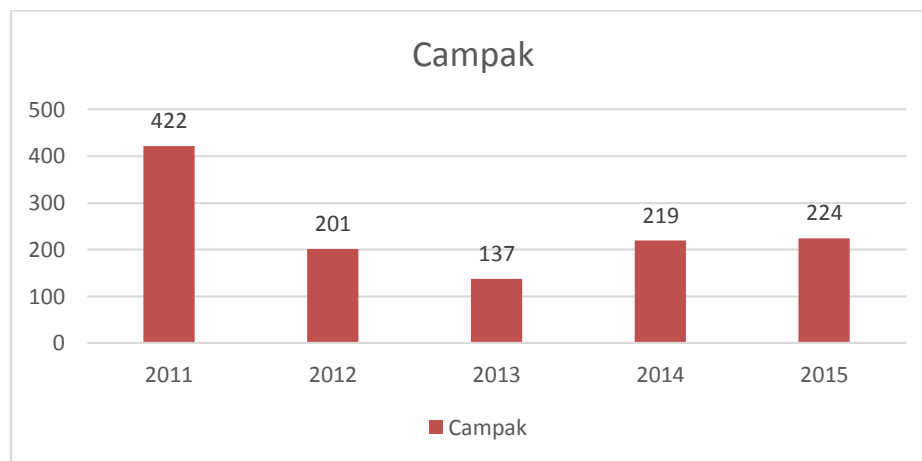


Sumber: Seksi PP Bidang P2

### c. Campak

Gambaran secara umum untuk kasus campak dari tahun 2011-2015 dari hasil laporan mingguan (W2) Puskesmas maupun Rumah Sakit mengalami fluktuatif. Pada tahun 2015 kasus Campak berjumlah 224 kasus mengalami peningkatan dibanding tahun 2013 dan 2014. Kasus Campak yang ditemukan merupakan kasus Campak klinis (belum dengan pemeriksaan laboratorium). Cakupan imunisasi Campak sudah diatas Target Nasional ( 90 % ), seperti terlihat pada grafik dibawah ini :

**Gambar 3.36 Grafik Kasus Campak Tahun 2011 - 2015**

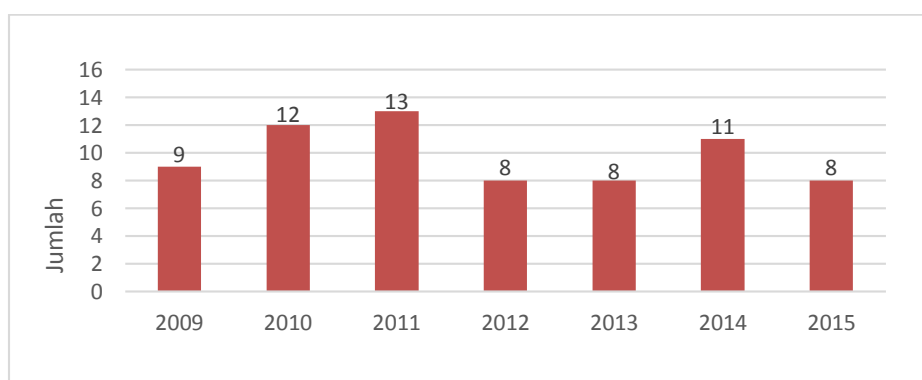


Sumber: Seksi PP Bidang P2P

### d. Polio

Hasil surveilans Acute Flaccid Paralysis ( AFP ) di Kota Semarang dari tahun 2008 sampai tahun 2014 selalu ditemukan kasus AFP. Hal ini disebabkan karena surveilans aktif yang sudah berjalan cukup baik. Kasus AFP di tahun 2015 sebanyak 8 kasus.

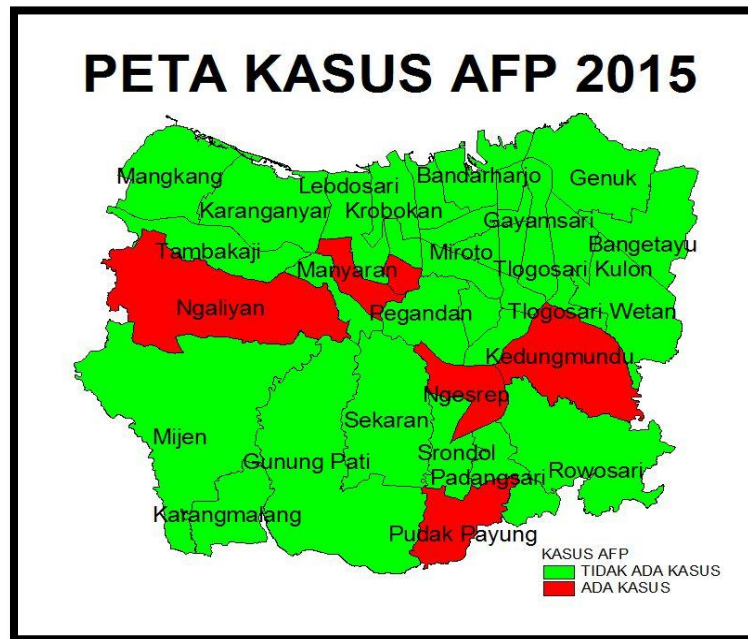
**Gambar 3.37 Grafik Kasus AFP Di Kota Semarang th 2009 – 2015**



Sumber: Seksi PP Bidang P2P

Kasus AFP di kota Semarang pada tahun 2015 berada di wilayah kerja Puskesmas Manyaran, Ngaliyan, Ngemplak Simongan, Ngesrep, Pudak Payung, dan Puskesmas Kedung Mundu.

Gambar 3.38 Peta Kasus AFP Tahun 2015

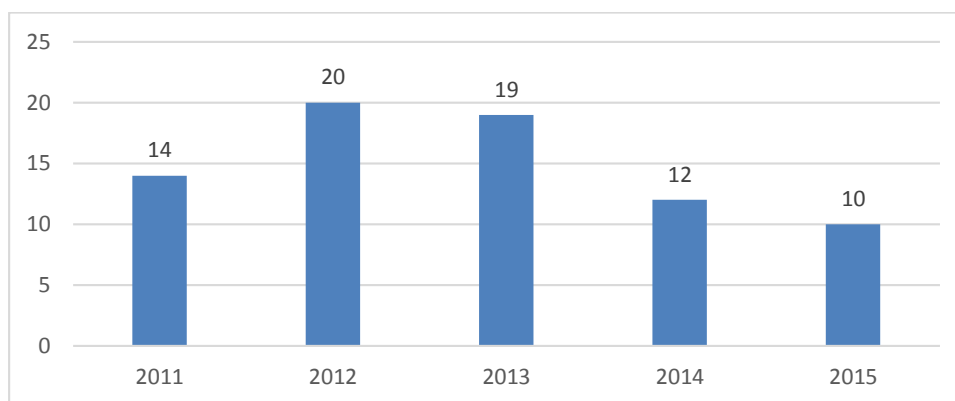


Kasus AFP yang ditemukan di kota Semarang tahun 2015 sebanyak 8 kasus, yang terdiri dari laki-laki sebanyak 4 orang (50%) dan perempuan 4 orang (50%). Hal ini berbeda dibandingkan dengan tahun 2014 dimana laki-laki sebanyak 8 kasus dan Perempuan 3 Kasus. Dan yang terbanyak pada golongan umur golongan umur 1-5 tahun sebanyak 6 orang (75%).

## 5. Penyakit Bersumber Binatang

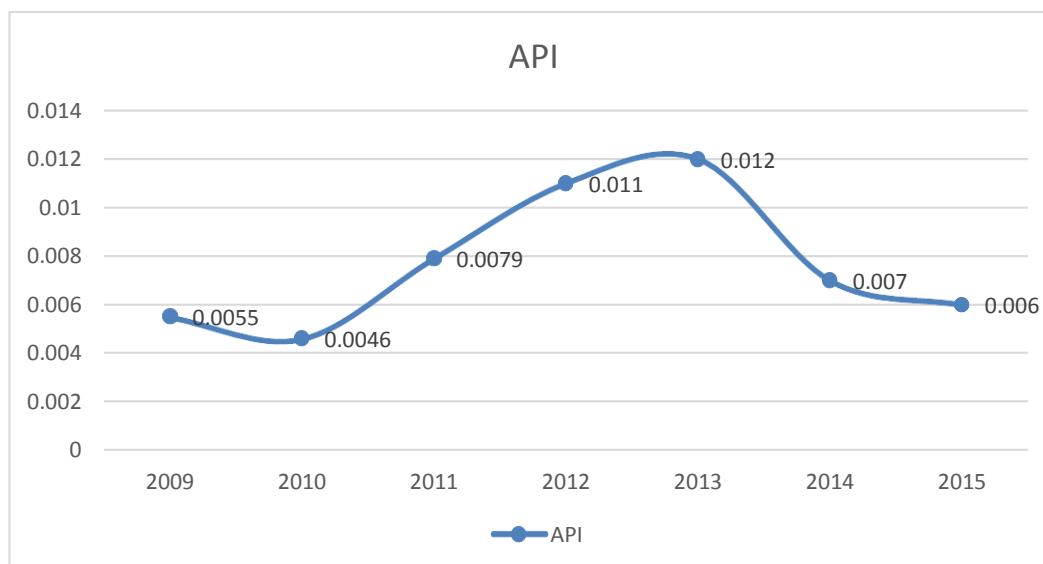
### a. Malaria

Situasi angka kesakitan malaria selama tahun 2011-2015 relatif cenderung turun, tahun 2011 sebanyak 14 kasus, sempat mengalami kenaikan pada tahun 2012 menjadi 20 kasus, tahun 2013 mengalami penurunan sebanyak 19 kasus sedangkan tahun 2014 sebanyak 12 kasus, dan pada tahun 2015 sebanyak 10 kasus, jika tahun 2014 dibandingkan dengan tahun 2015 terjadi penurunan sebesar 16,7%, sebagaimana dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

**Gambar 3.39 Grafik Kasus Malaria Kota Semarang**

Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Penemuan penderita malaria diwilayah kecamatan kota Semarang menggunakan indicator Annual Paracite Incidence (API) atau angka parasite malaria per 1.000 penduduk. pada tahun 2015 API kota Semarang sebesar 0,006 atau turun 0,001 bila dibandingkan dengan API tahun 2014; (0,007) sebagaimana dapat dilihat pada grafik berikut:

**Gambar 3.40 Grafik Annual Paracite Incidence (API) Kota Semarang**

Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Selama tiga tahun terakhir (2012-2015) kasus malaria kota Semarang sebanyak 100% adalah kasus import, karena hasil penyelidikan epidemiologi malaria, sebelum sakit kasus pernah tinggal/bekerja di daerah endemis malaria (Kalimantan, Papua).

**Gambar 3.41 Grafik Kasus & Kematian Malaria Kota Semarang**

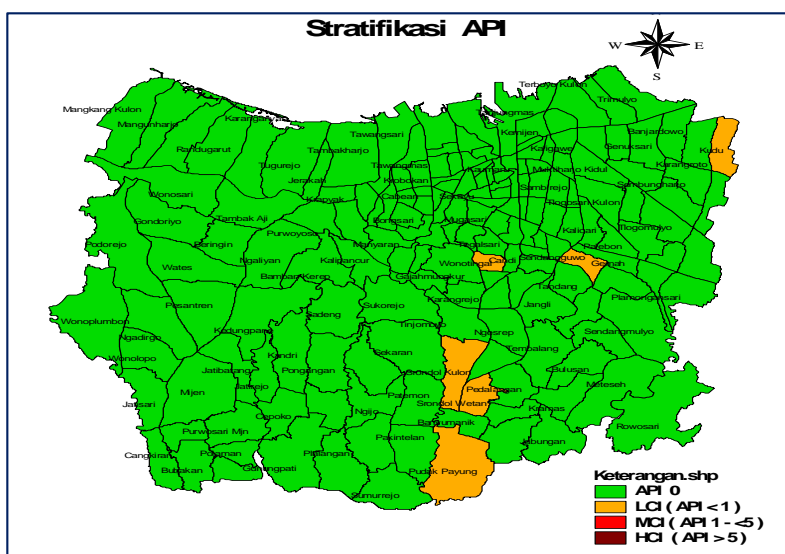


Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Dari Grafik diatas kasus malaria meninggal tahun 2011 - 2015 sebanyak 1 kasus, yaitu pada tahun 2011, Sedangkan rata-rata kasus malaria selama tahun 2011-2015 sebanyak 13,6 kasus pertahun. Sedangkan semua kasus berhasil disembuhkan.

Pada tahun 2014 tidak ada atau 0% kelurahan/desa dengan stratifikasi MCI/HCI, dan kelurahan dengan stratifikasi LCI (API<1‰) sebanyak 12 kelurahan (6,7%) pada tahun 2015 juga tidak ada atau 0% kelurahan dengan stratifikasi MCI/HCI, dan kelurahan dengan stratifikasi LCI sebanyak 5 kelurahan (2,8%) sebagaimana dapat dilihat pada peta diatas.

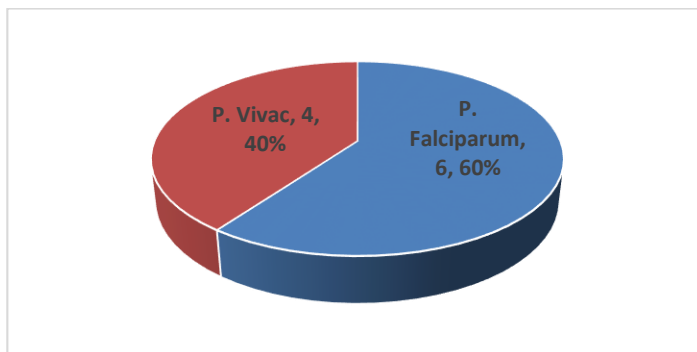
**Gambar 3.42 Peta API Kota Semarang tahun 2015**



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Dari 10 kasus malaria import kota Semarang tahun 2015 menurut jenis plasmodium setelah dilakukan pemeriksaan sediaan darah sebanyak 6 kasus (60%) berplasmodium falciparum dan sebanyak 4 kasus (40%) berplasmodium Vivak.

**Gambar 3.43 Grafik kasus malaria menurut jenis plasmodium tahun 2015**

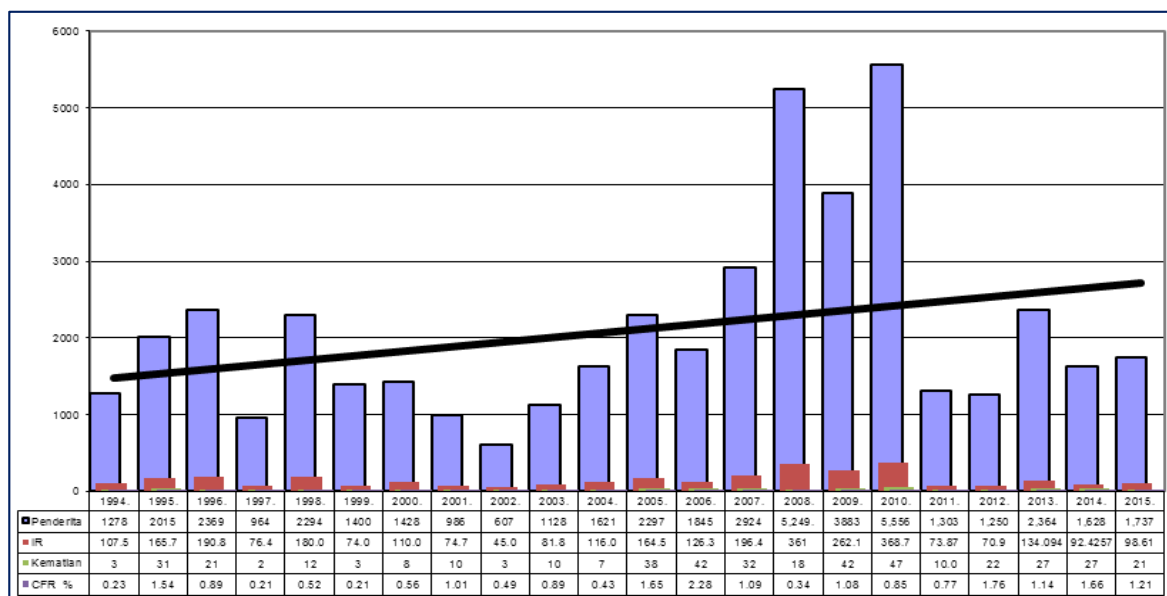


Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

**b. Demam Berdarah**

Pada Tahun 2015 terjadi peningkatan jumlah penderita, Incidence Rate (IR) dan Case Fatality Rate (CFR). Jumlah kasus DBD sejumlah Tahun 2014 meningkat 6,7% menjadi 1.737 penderita pada Tahun 2015. Incidence Rate (IR) Tahun 2015 meningkat 6,7% dari sebelumnya 92,45 menjadi 98,61 jumlah penderita DBD yang meninggal dari 27 orang pada Tahun 2014 menjadi 21 orang pada Tahun 2015.

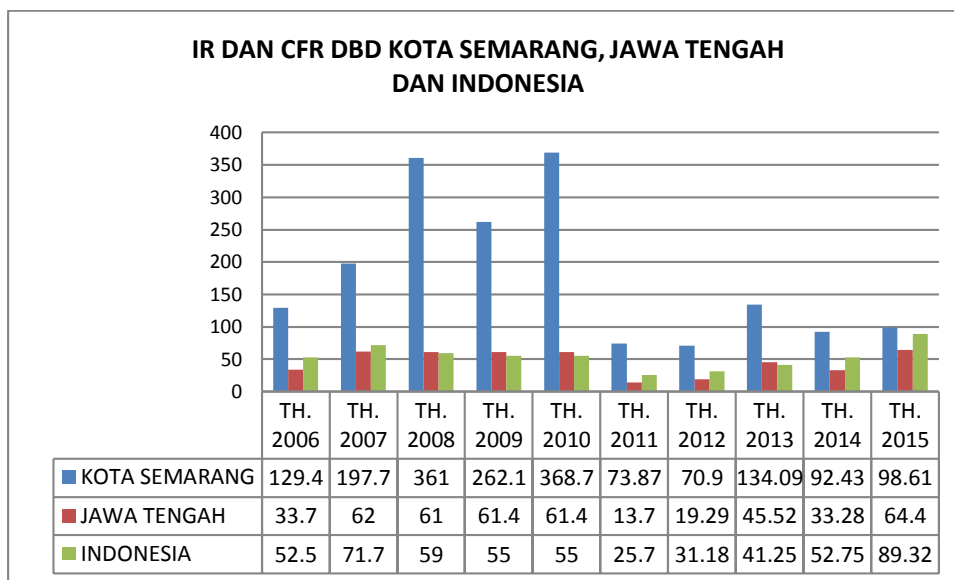
**Gambar 3.44 Grafik Perkembangan IR-CFR DBD Th 1994 – 2015**



Sejak Tahun 1994 sampai dengan 2015 jumlah kasus dan kematian tertinggi pada Tahun 2010 yaitu 5.556 kasus dan 47 meninggal. IR tertinggi juga pada Tahun 2010 yaitu 368,7 per 100.000 dan CFR tertinggi pada Tahun 2006 yaitu 2,28%.

Incidence Rate (IR) DBD Kota Semarang dari Tahun 2006 sampai dengan Tahun 2015 selalu jauh lebih tinggi dari IR DBD Jawa Tengah dan IR DBD Nasional. Target Nasional pencapaian incidence rate DBD adalah  $\leq 51$  per 100 ribu penduduk.

**Gambar 3.45 IR DBD Kota Semarang**



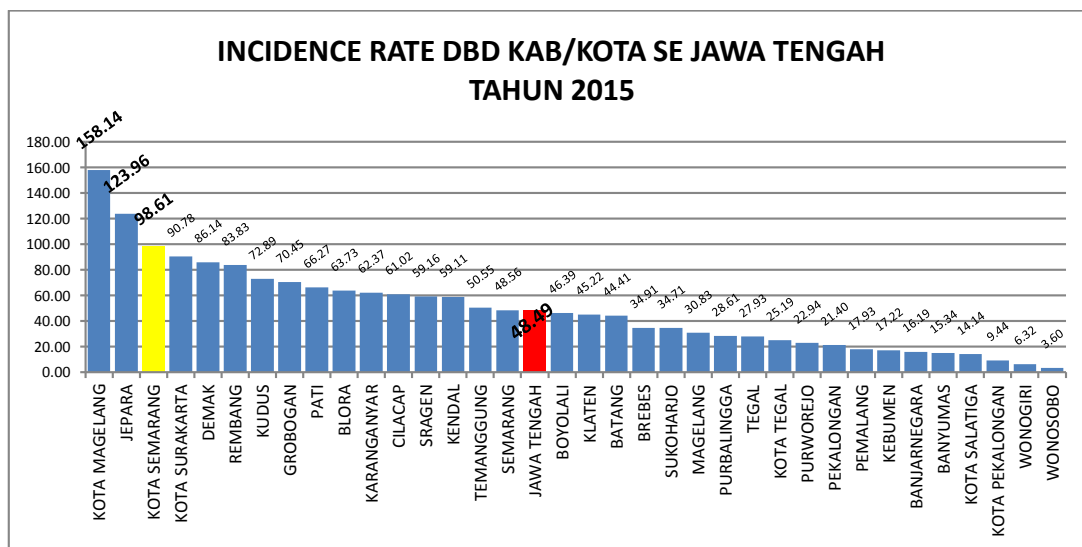
Rangking IR DBD Kota Semarang di Jawa Tengah  
tahun 2010 - 2014

tahun	rangking DBD
2010	1
2011	1
2012	2
2013	3
2014	1
2015	3

Incidence Rate DBD Kota Semarang tahun 2015 menduduki peringkat ketiga IR DBD Jawa Tengah setelah kota Magelang dan Kabupaten Jepara.

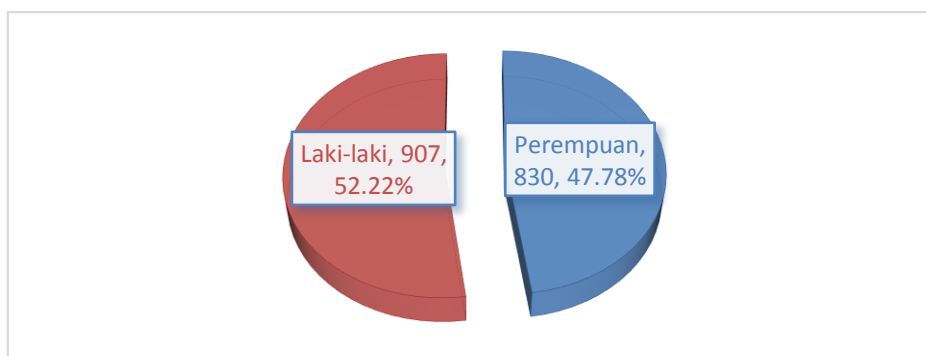


**Gambar 3.46 Grafik IR DBD Rate Kab/Kota Se Jawa Tengah Tahun 2015**



Jumlah Penderita DBD Laki-laki Tahun 2015 adalah 907 kasus atau 52,22%, sisanya atau 830 (47,78%) adalah Perempuan. Proporsi menurut jenis kelamin pada penderita DBD tidak terlalu signifikan.

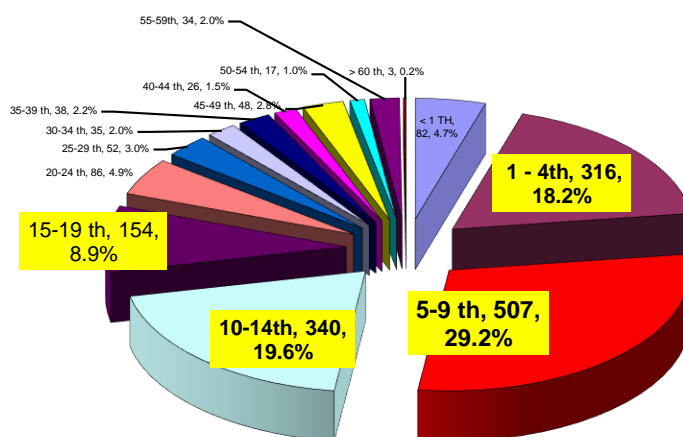
**Gambar 3.47 Grafik Proporsi Penderita DBD Menurut Jenis Kelamin Tahun 2015**



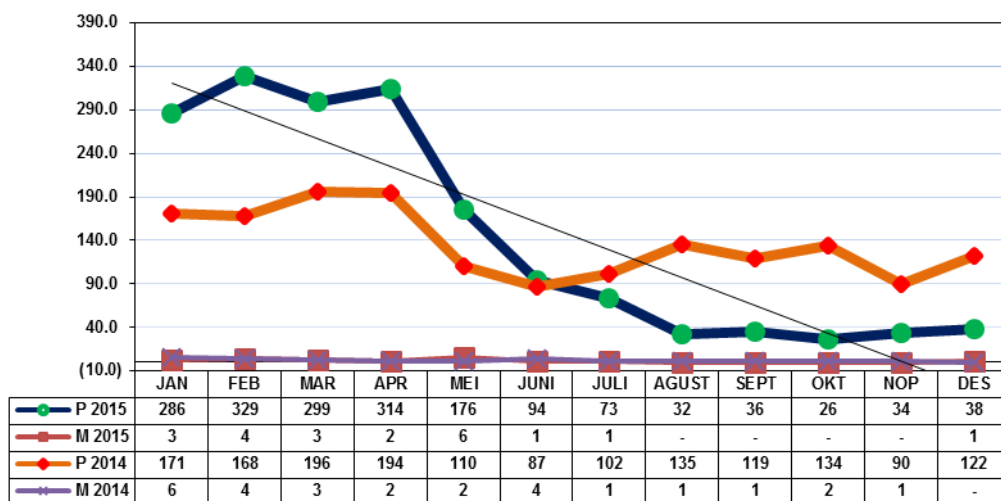
Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Kasus DBD berdasarkan golongan umur terbanyak pada golongan umur 5 – 9 tahun yaitu sebanyak 507 kasus atau 29,2% dan terendah pada golongan umur > 60 th, sebanyak 3 kasus atau 0,2%. Jika dilihat dari sudut lebih luas lagi maka golongan usia balita dan usia sekolah paling dominan. Proporsi seperti ini berlangsung hampir setiap tahun, sehingga perlu penelitian lebih lanjut apa yang mendasari kelompok umur balita dan anak sekolah selalu lebih dominan dari kelompok umur lain.

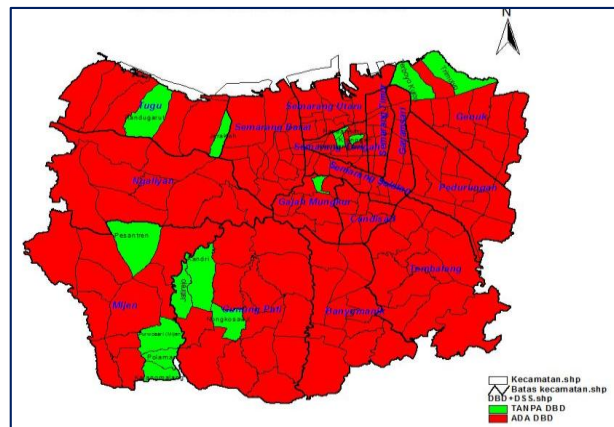
**Gambar 3.48 Grafik Penderita DBD Menurut Kelompok Umur Th 2015**



**Gambar 3.49 Grafik Bulanan Penderita DBD**



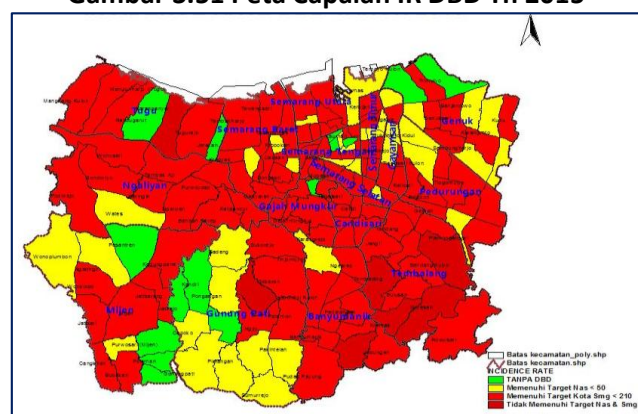
Dari grafik di atas terlihat bahwa jumlah penderita DBD Kota Semarang pada Januari sampai Juni 2015 lebih banyak dibanding bulan yang sama Tahun 2014. Baru mulai Juli sampai Desember kondisinya terbalik, jumlah penderita DBD Tahun 2015 selalu lebih sedikit dari Tahun 2014. Jika dilihat pada grafik di atas, pada semester awal 2015 penderita DBD Kota Semarang tinggi sekali dan baru mulai teratasi pada semester kedua. Peningkatan dua kali lipat atau lebih terjadi pada Desember 2014 ke Januari 2015. Untuk jumlah kematian peningkatan dua kali atau lebih terjadi pada April 2015 ke Mei 2015. Puncak kasus DBD Tahun 2015 terjadi di Bulan Februari. Jika dilihat lebih luas maka tingginya kejadian DBD pada Tahun 2014 dan 2015 terjadi pada periode Januari sampai April.

**Gambar 3.50 Peta Kelurahan dengan kasus DBD Th 2015**

Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Tahun 2015 hanya 15 atau 8,5 % kelurahan yang tidak ada kejadian DBD. Kelurahan tersebut adalah Jerakah, Randugarut, Kranggan, Kembang Sari, Pandansari, Pesantren, Purwosari (Mijen), Karangmalang, Polaman, Nongkosawit, Jatirejo, Kandri, Terboyo Kulon, Trimulyo, Bendungan. Kecamatan Mijen merupakan kecamatan dengan kelurahan terbanyak yang tidak ada kasus DBD, yaitu 4 kelurahan. Semarang Tengah yang merupakan Kecamatan di Tengah Kota dengan kepadatan penduduk tinggi memiliki 3 kelurahan tanpa penderita DBD dan Kecamatan Genuk yang sebelumnya menduduki peringkat kedua tertinggi di Kota Semarang memiliki dua kelurahan tanpa kejadian DBD.

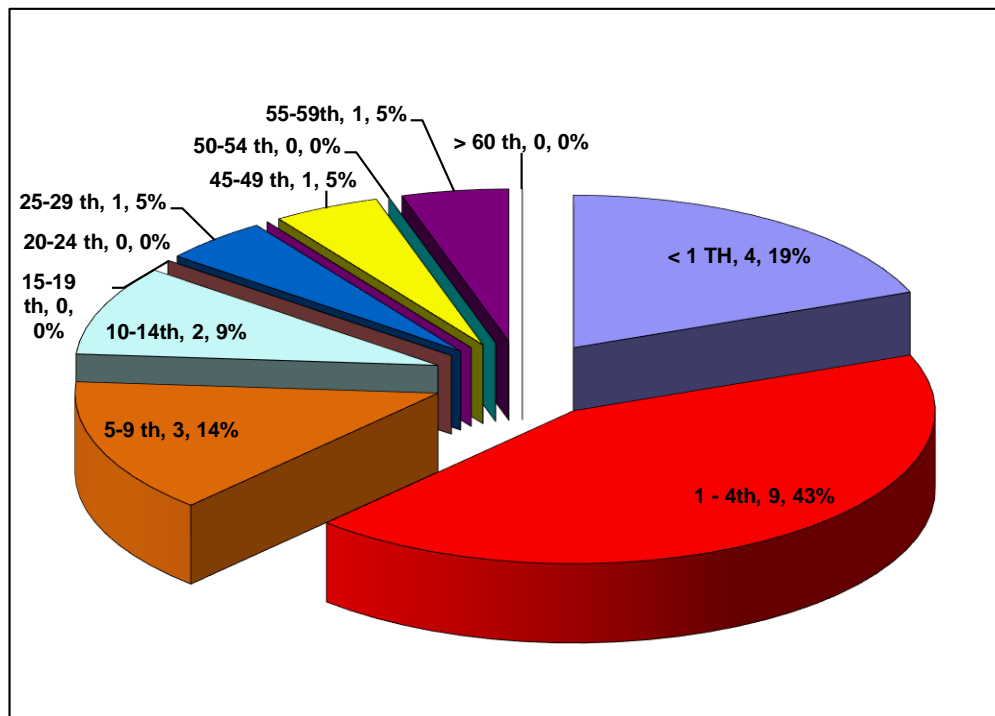
Incidence Rate DBD per 100.000 tertinggi Tahun 2015 adalah Kelurahan Pesantren sebesar 376,92/100.000 penduduk. Enam dari 10 besar IR DBD tingkat kelurahan adalah kelurahan di Kecamatan Tembalang.

**Gambar 3.51 Peta Capaian IR DBD Th 2015**

Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

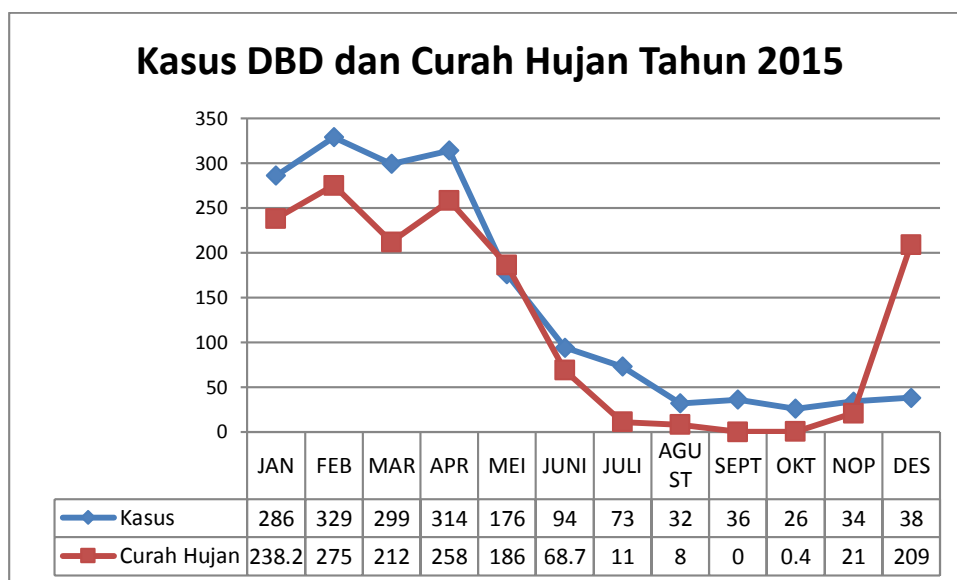
Angka Kematian

Gambar 3.52 Grafik Kematian Akibat DBD Menurut Kelompok Umur th 2015



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

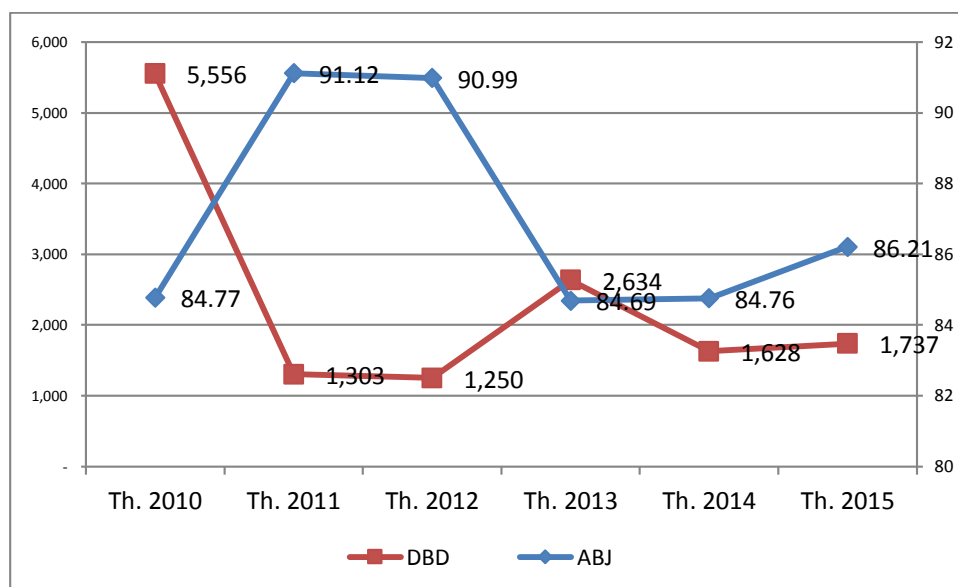
Kematian akibat penyakit DBD Kota Semarang berdasarkan golongan umur terbanyak pada golongan umur 1 s.d. 4 tahun dengan 9 Kematian atau 43%.Kelompok usia balita dan anak sekolah masih merupakan kelompok usia dominan dalam hal kematian.



Grafik di atas memperlihatkan pola curah hujan dan kasus DBD Tahun 2015. Di Tahun tersebut pola curah hujan dan penderita DBD terlihat berbanding lurus. Dari mulai Januari sampai Nopember 2015 nampak pola yang sama antara curah hujan dan penderita DBD. Hanya pada Bulan Desember curah hujan meningkat tajam tetapi tidak setajam kenaikan penderita DBD. Curah hujan tinggi pada Bulan Februari dan turun terus tinggi sampai dengan april kemudian berangsur angsur turun. Sementara Kasus DBD Tahun 2014 puncak juga pada Bulan Februari dan tetap tinggi sampai dengan April 2015, juga terus terus sampai dapat Desember 2015.

Disatu sisi bahwa ABJ yang meningkat dapat menurunkan kasus DBD. Hal tersebut jelas berhubungan sangat signifikan karena DBD hanya dapat ditularkan melalui nyamuk, sehingga ABJ merupakan salah satu indikator yang paling valid untuk menggambarkan trend DBD. Dengan demikian validitas ABJ dapat memprediksi perkembangan kasus DBD.

**Gambar 3.53 Grafik Angka Bebas Jentik & Penderita DBD Tahun 2010 s.d 2015**



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

## c. Chikungunya

Gambar 3.54 Grafik Kasus Chikungunya Kota Semarang

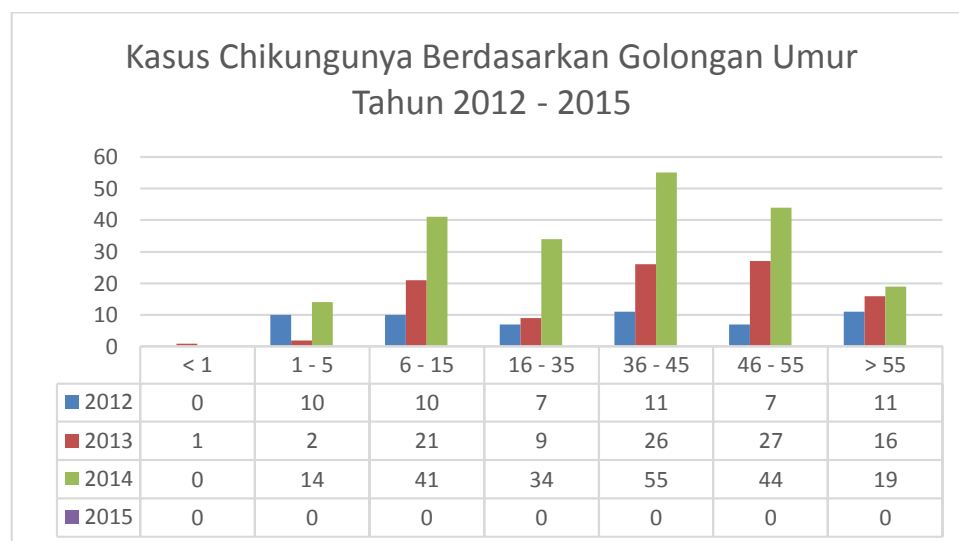
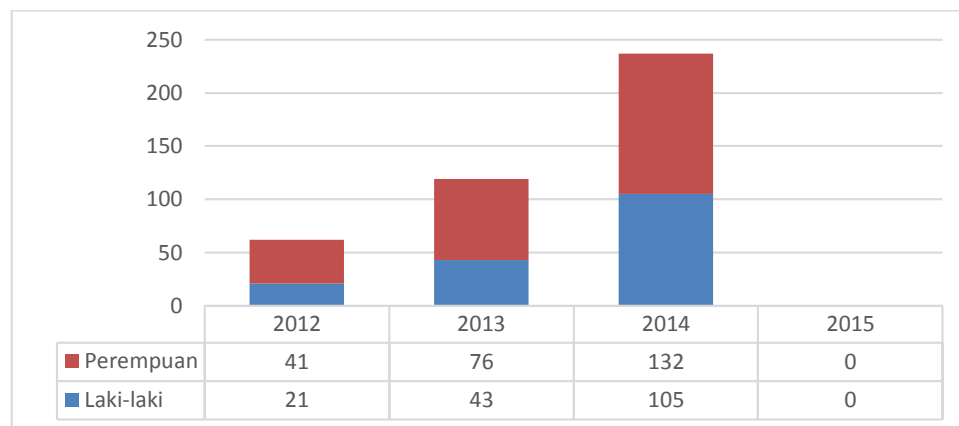


Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa Incidence Rate (IR) kasus Chikungunya di Kota Semarang dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 cenderung mengalami penurunan walaupun pada tahun 2014 mengalami kenaikan. Rata – rata IR kasus Chikungunya dalam 5 tahun terakhir (tahun 2011– 2015) adalah 0,61 per 10.000 penduduk. Kasus tertinggi terjadi pada tahun 2014 dengan IR 1,26 per 10.000 penduduk (237 kasus). Sedangkan pada tahun 2015 tidak ada laporan kasus Chikungunya.

Dari tahun 2011–2014, kasus Chikungunya lebih banyak menyerang perempuan, hal ini kemungkinan disebabkan karena perempuan lebih banyak tinggal di rumah dibandingkan dengan laki-laki. Disamping itu kasus ini banyak menyerang golongan usia produktif, yaitu usia 16 – 55 tahun.

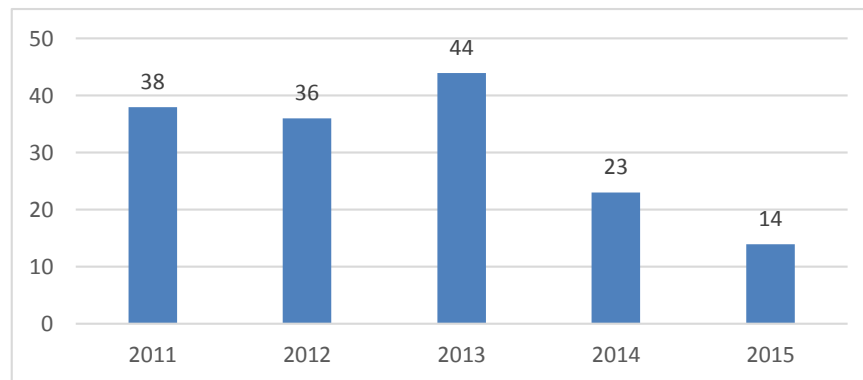
**Gambar 3.55 Grafik Kasus Chikungunya Kota Semarang Berdasar Jenis Kelamin & Golongan Umur Tahun 2012 - 2015**



Pada tahun 2015 tidak ada laporan mengenai kasus Chikungunya. Hal ini sangat berbeda dengan distribusi kasus Chikungunya pada tahun 2014. Pada tahun 2014 kasus Chikungunya terjadi di 32 kelurahan, 20 Puskesmas, 11 kecamatan.

#### d. Rabies

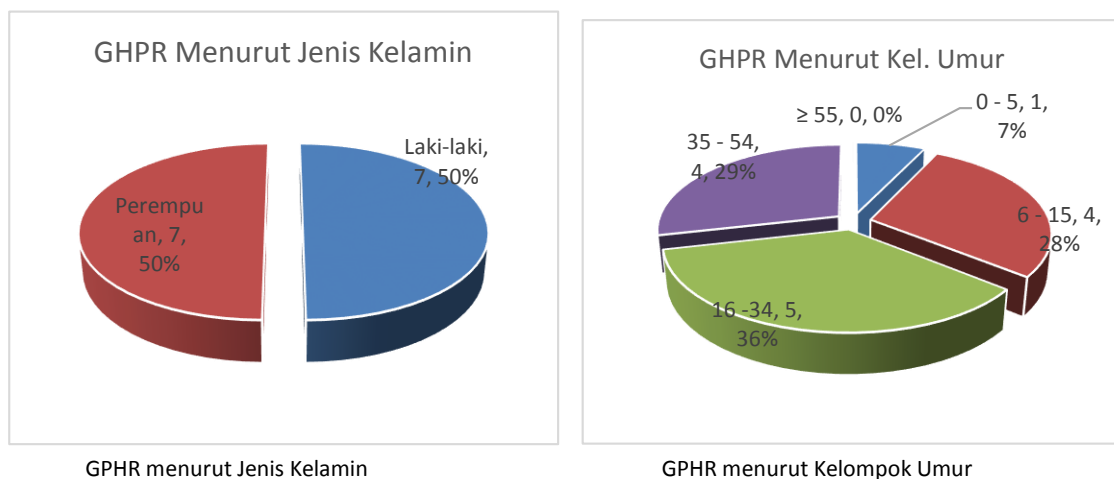
Selama lima tahun terakhir (2011-2015) angka GHPR (Gigitan Hewan Penular Rabies) kota Semarang mengalami penurunan, tahun 2011 sebanyak 38 kasus, tahun 2012 sebanyak 36 kasus dan tahun 2013 sebanyak 44 kasus, tahun 2014 sebanyak 23 kasus sedang tahun 2015 sebanyak 14 kasus. Jika dibandingkan GHPR tahun 2014 dengan tahun 2015 terdapat penurunan kasus sebanyak 9 (39,13%) sebagaimana dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

**Gambar 3.56. Grafik GHR Kota Semarang Th 2011 – 2015**

Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

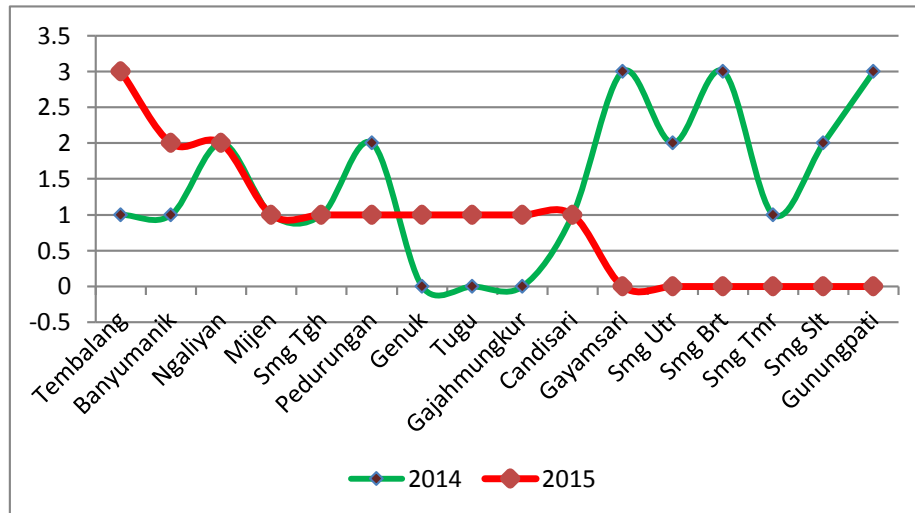
Kasus GHR Kota Semarang tahun 2015 menurut jenis kelamin sebagaimana pada grafik dibawah ini, laki-laki sebanyak 7 (50%), sedang perempuan sebanyak 7 (50%). Dari grafik juga dapat dilihat kasus GHR kota Semarang tahun 2015 menurut golongan umur, tertinggi kasus 16 - 34 tahun sebanyak 5 kasus (36%), sedang kasus GHR berumur 6 - 15 tahun sebanyak 4 kasus (28%), kelompok umur 35-54 tahun sebanyak 4 (28%).

kasus berumur 0-5 tahun sebanyak 1 kasus (7%), umur 6-15 tahun sebanyak 4 kasus (28%), umur 16-34 tahun sebanyak 5 kasus; (36%) sedang kelompok umur 35-54 tahun sebanyak 4; (29%).

**Gambar 3.57. Grafik GHR Menurut Jenis Kelamin & Kelompok umur**



Kasus GHPR Kota Semarang menurut kecamatan tahun 2014 dan 2015 terdapat 4 kecamatan yang mengalami peningkatan kasus pada tahun 2015 yaitu kecamatan Tembalang terdapat peningkatan 200%, sedang kecamatan Banyumanik, Genuk dan Tugu terdapat peningkatan masing-masing 100%.

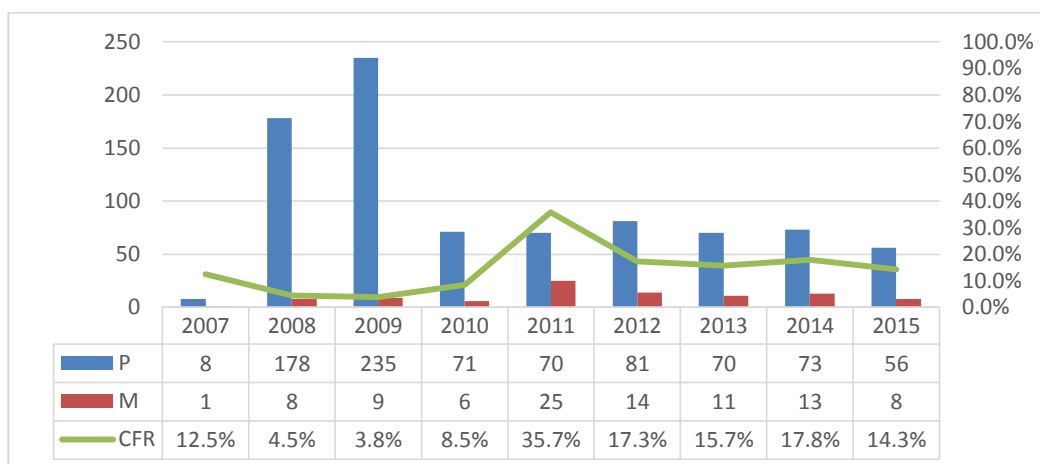


GHPR Kota Semarang tahun 2015 sebanyak 11 kasus (79%) kasus GHPR digigit oleh anjing, sebanyak 2 kasus (14%) digigit oleh kera, dan sebanyak 1 kasus (7%) kasus GHPR diakibatkan oleh gigitan kucing.

#### e. Leptospirosis

Kasus Leptospirosis di Kota Semarang meningkat dari tahun 2007 sampai dengan 2009, terjadi penurunan pada tahun 2010 dan 2011, kasus meningkat kembali pada tahun 2012, untuk tahun 2013 kasus menurun, dan kembali sedikit meningkat di tahun 2014, sedangkan untuk tahun 2015 jumlah penderita kembali menurun. Angka kematian mengalami peningkatan yang cukup tinggi dari tahun 2010 ke tahun 2011, dan kembali menurun pada tahun 2012 sampai dengan tahun 2015, hal ini kemungkinan disebabkan karena ketidaktahuan penderita atau pengetahuan masyarakat tentang penyakit Leptospirosis sehingga terjadi keterlambatan dalam membawa penderita ke sarana kesehatan.

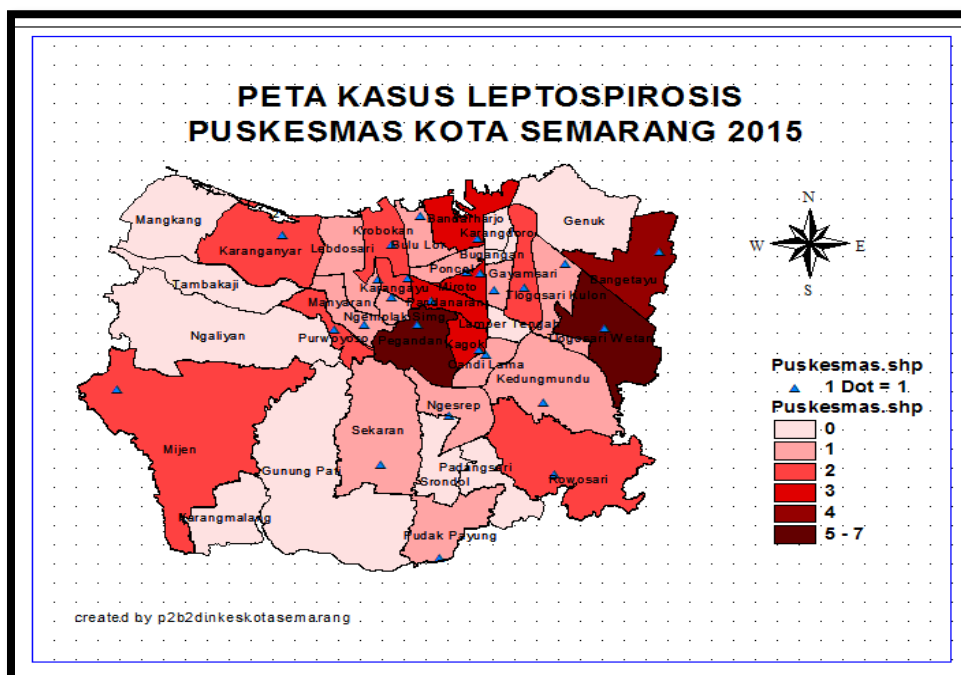
**Gambar 3.58 Grafik Kasus Leptospirosis Kota Semarang Th 2007 – 2015**



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

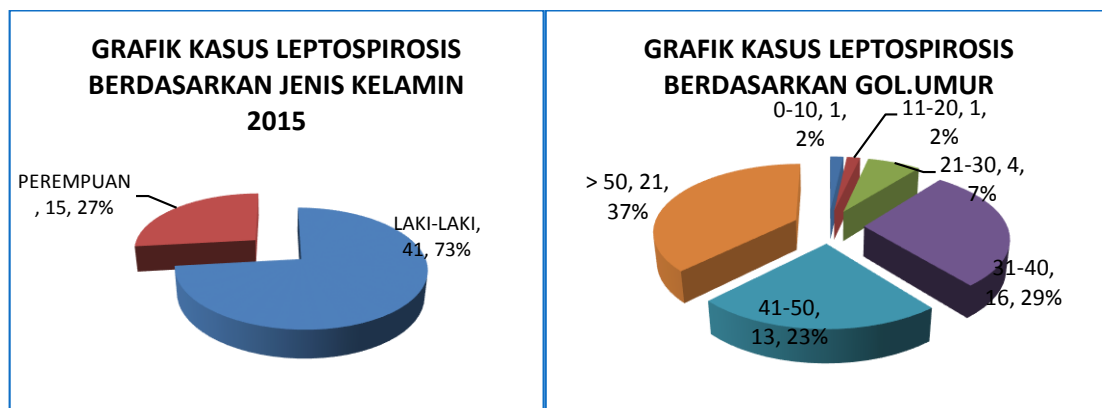
Kasus leptospirosis di kota Semarang menyebar di 26 Puskesmas dari 37 Puskesmas yang ada ( 70 %), untuk lebih jelasnya disajikan pada grafik diatas. Puskesmas yang tidak melaporkan adanya kasus leptospirosis tahun 2015 ada 11 antara lain, Puskesmas lamper Tengah, Puskesmas Gunungpati, Puskesmas Ngalian, Puskesmas Genuk, Puskesmas Bugangan, Puskesmas Karangdoro, Puskesmas Padangsari, Puskesmas Srandol, Puskesmas karang Malang, Puskesmas tambak Aji, dan Puskesmas Mangkang.

**Gambar 3.59 Peta Kasus Leptospirosis Kota Semarang Th 2015**



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

**Gambar 3.60 Grafik Kasus Leptospirosis Kota Semarang Berdasar Jenis Kelamin & Golongan Umur Tahun 2015**



Sumber : Seksi P2B2 Bidang P2P

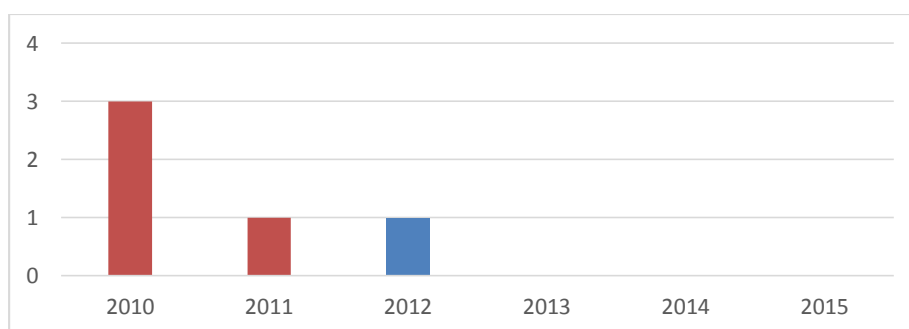
Kasus leptospirosis berdasarkan jenis kelamin tahun 2015 laki-laki yaitu sebanyak 41 kasus ( 73 %) dibandingkan perempuan 15 kasus ( 27 % ). Proporsi kasus menurut kelompok umur pada tahun 2015, kasus tertinggi pada kelompok umur > 50 th, yaitu 21 kasus ( 37 %), sedangkan terendah pada kelompok umur 0 - 10 tahun yaitu sebanyak 1 kasus ( 1 %). Hal ini menunjukkan bahwa penyakit Leptospirosis dapat menyerang segala umur bahkan anak - anak, seperti terlihat pada grafik di atas.

#### f. Flu Burung

Kota Semarang tahun 2015 tidak ditemukan adanya konfirmasi flu burung tetapi ada beberapa wilayah kelurahan yang melaporkan tentang adanya unggas yang mati dan setelah dilakukan pemeriksaan rapid hasilnya negatif H5N1.

Suspek flu burung di Kota Semarang selama tahun 2011-2015 terjadi penurunan, tahun 2011 sebanyak 1 suspek dan tahun 2012 sebanyak 1 suspek dan tahun 2013 sampai dengan tahun 2015 tidak ditemukan suspek flu burung, seperti tampak pada grafik berikut:

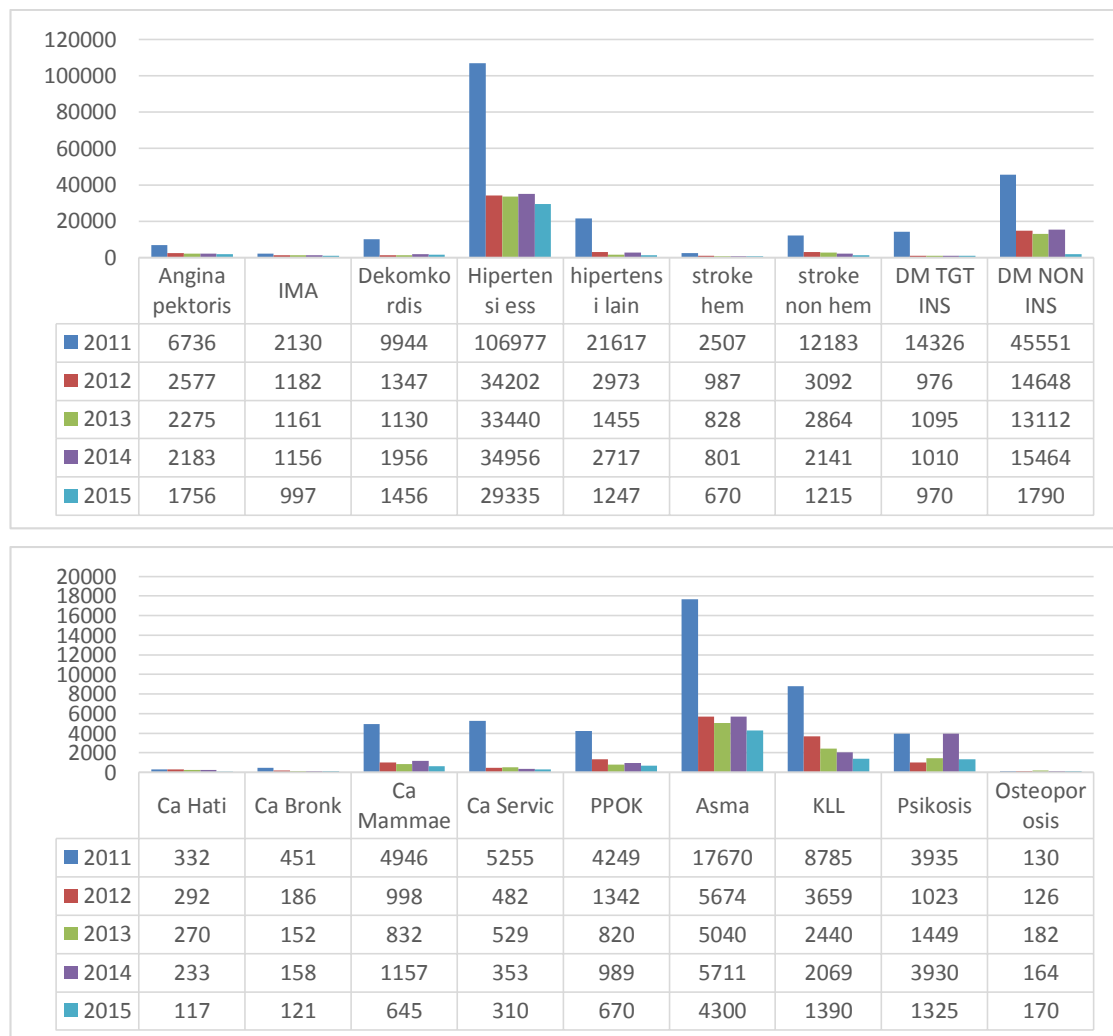
**Gambar 3.61 Grafik Kasus Flu Burung Kota Semarang**



## 6. Penyakit Tidak Menular

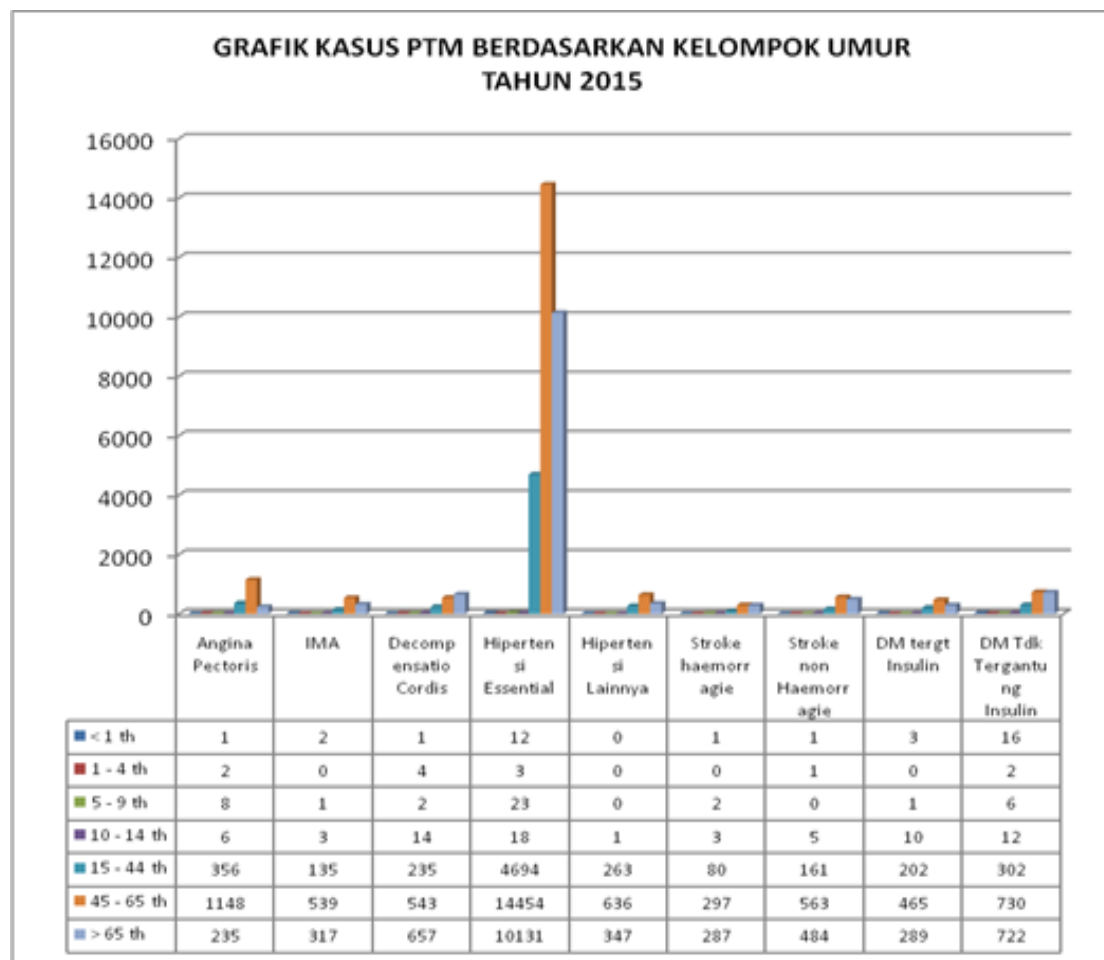
Perhatian terhadap penyakit tidak menular semakin meningkat seiring meningkatnya frekuensi kejadian penyakit di masyarakat. Di Indonesia terjadi perubahan pola penyakit yaitu dari penyakit menular ke penyakit tidak menular, yang dikenal sebagai **transisi epidemiologi**. Penyakit tidak menular yang utama adalah penyakit jantung termasuk kardiovaskuler, paru-paru terutama yang kronis, stroke dan kanker, dan angka penyakit tidak menular di Indonesia ini terus meningkat. Penyakit tidak menular antara lain adalah penyakit Jantung dan Pembuluh Darah yang utama adalah penyakit Hipertensi, stroke dan Diabetes Mellitus. Pada Tahun 2010 kematian akibat penyakit tidak menular sebesar 907 kasus, Tahun 2011 sebesar 1077 kasus, Tahun 2012 sebesar 2084 kasus, tahun 2013 sebesar 2725 kasus, tahun 2014 sebesar 2462 kasus dan tahun 2015 menurun menjadi 980 kasus

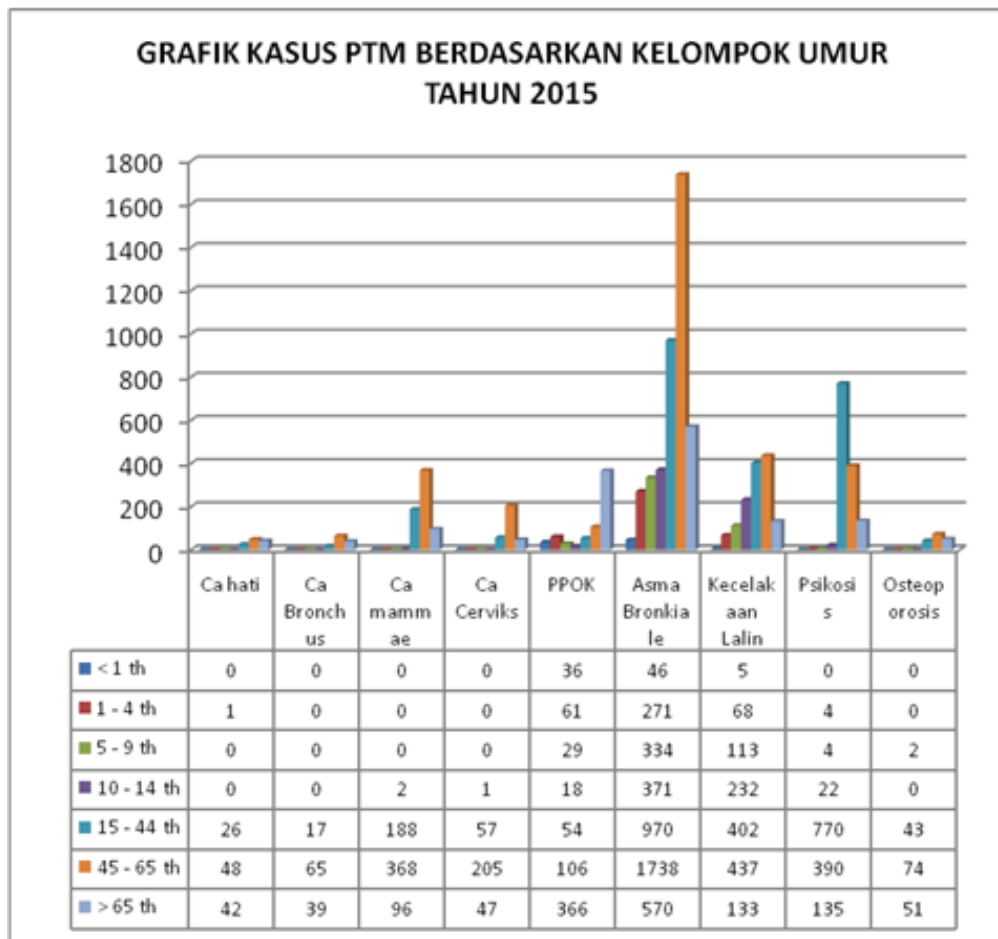
**Gambar 3.62 Grafik Distribusi Kasus Penyakit Tidak Menular Kota Semarang**



Tahun 2015 Kasus PTM tertinggi pada penyakit Hipertensi dan Diabetes Mellitus yaitu Kasus Hipertensi sebanyak 29335 kasus dan Diabetes Mellitus sebanyak 1790 kasus. Jumlah kasus Hipertensi Tahun 2015 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2014 yaitu pada tahun 2014 jumlah kasus Hipertensi sebanyak 34956 kasus sedangkan Tahun 2015 kasus Hipertensi sebanyak 29335 kasus. Kasus Diabetes Mellitus Tahun 2015 mengalami peningkatan dibanding tahun 2014 yaitu pada tahun 2014 jumlah kasus Diabetes Mellitus sebanyak 15464 kasus sedangkan Tahun 2015 kasus Diabetes Mellitus sebanyak 1790 kasus.

**Gambar 3.63 Grafik Distribusi Kasus PTM Berdasar kelompok Umur**





Sumber: Seksi PP Bidang P2P

Berdasarkan kelompok umur, kasus penyakit tidak menular banyak terjadi pada penderita golongan umur 45 – 65 tahun. Hal ini dikarenakan pada umur tersebut seseorang banyak melakukan aktivitas namun tidak diimbangi oleh pola hidup sehat, seperti : mengkonsumsi makanan sehat, membiasakan periksa kesehatan secara berkala, olah raga secara rutin dan teratur, menjauhi rokok dan asap rokok. Sedangkan untuk usia (< 5 tahun) lebih didominasi oleh penyakit pernapasan seperti Asma bronkial dan PPOK. Kasus usia muda dengan penyakit jantung dan pembuluh darah (Hipertensi, Stroke, angina, Dekompensasi kordis, Diabetes mellitus) kemungkinan disebabkan karena kasus bawaan lahir atau diturunkan oleh orang tuanya.

# SITUASI UPAYA KESEHATAN KOTA SEMARANG

## BAB IV

Secara umum upaya kesehatan terdiri dari atas dua unsur utama, yaitu upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan. Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. Upaya kesehatan masyarakat mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, kesehatan jiwa, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan penggunaan zat adiktif dalam makanan dan minuman, pengamanan narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan.

Upaya kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan. Upaya kesehatan perorangan mencakup upaya-upaya pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan terhadap perorangan.

Berikut ini diuraikan upaya kesehatan yang dilakukan selama beberapa tahun terakhir, pada tahun 2015

## **A. PELAYANAN KESEHATAN DASAR**

### **1. Pelayanan KIA**

#### **a. Pelayanan Kesehatan Antenatal**

Cakupan pelayanan antenatal dapat dipantau melalui pelayanan kunjungan baru ibu hamil K1 untuk melihat akses dan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar, yaitu paling sedikit empat kali (K4) dengan distribusi sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga.

Cakupan K1 sebagai indikator akses pelayanan antenatal pertama pada ibu hamil di suatu wilayah, sedangkan cakupan K4 digunakan untuk mengetahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang

ditetapkan) yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil dan keberlangsungan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan pada ibu hamil yang berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan atau *antenatal care* (ANC) meliputi penimbangan berat badan, pengukuran tekanan darah, pengukuran tinggi fundus uteri, pemeriksaan kehamilannya, pemberian tablet besi, pemberian imunisasi TT, pemeriksaan Hb, konsultasi, dan pemeriksaan lain sesuai dengan keadaan ibu hamil.

Cakupan kunjungan ibu hamil K4 Kota Semarang pada tahun 2015 adalah 97,5% (28.741 kunjungan) tidak mengalami perubahan berarti dibanding dengan tahun 2014 yaitu 97,2% (28.215 kunjungan bumil). Angka tersebut sudah mencapai target SPM tahun 2015 yaitu 95%. Faktor pendukung dalam hal ini antara lain oleh karena meningkatnya kesadaran ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke sarana pelayanan kesehatan dan adanya dukungan peningkatan kualitas pelayanan ANC oleh petugas kesehatan.

Cakupan K4 Puskesmas yang terendah adalah Puskesmas Candilama (87,62%) dan yang tertinggi adalah Puskesmas Padangsari (118,95%). Masih terdapat beberapa Puskesmas yang belum mencapai target SPM (95%). Hal ini disebabkan sebagian ibu hamil yang mendekati masa bersalin tidak memeriksakan kehamilannya, mereka memilih pulang ke kampung halaman, dan belum semua laporan kunjungan ibu hamil (K4) yang berada di BPM dan RS dilaporkan.

#### b. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

##### Pertolongan Persalinan

Upaya untuk menurunkan Angka Kematian Bayi dan Ibu Maternal, salah satunya melalui persalinan yang sehat dan aman, yaitu persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan).

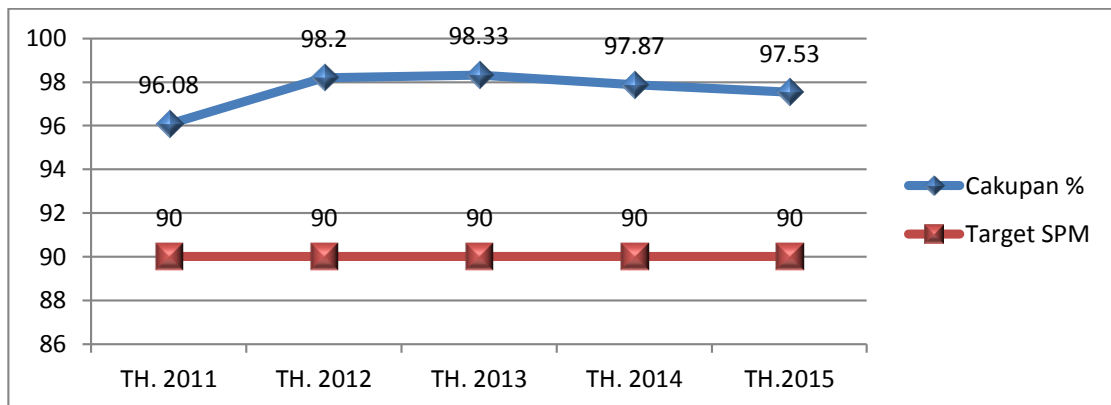
Jumlah persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan di Kota Semarang pada tahun 2015 adalah 27.454 (97,5%) dari 28.149 persalinan. Angka ini mengalami sedikit penurunan jika dibandingkan tahun 2014 yaitu sebanyak 27.117 (97,9%) dari 27.706 total persalinan. Meskipun ada penurunan dibanding tahun sebelumnya namun cakupan tersebut sudah melampaui target SPM tahun 2015 (90%).

Disamping itu jumlah Rumah Sakit dan Rumah Bersalin di Kota Semarang yang telah mencukupi. Namun di beberapa wilayah, tidak semua persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten (dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan).



Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan juga menggambarkan kemampuan manajemen KIA dalam pertolongan KIA sesuai standar. Gambaran pencapaian persalinan oleh tenaga kesehatan di Kota Semarang dalam jangka waktu 5 (lima) tahun berturut-turut dapat dilihat pada gambar berikut :

**Gambar 4.1 Grafik tren Cakupan Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kota Semarang Tahun 2011-2015**

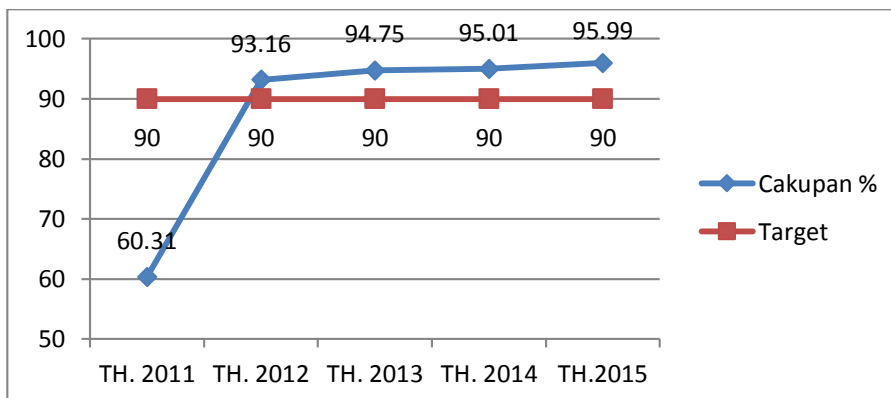


c. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

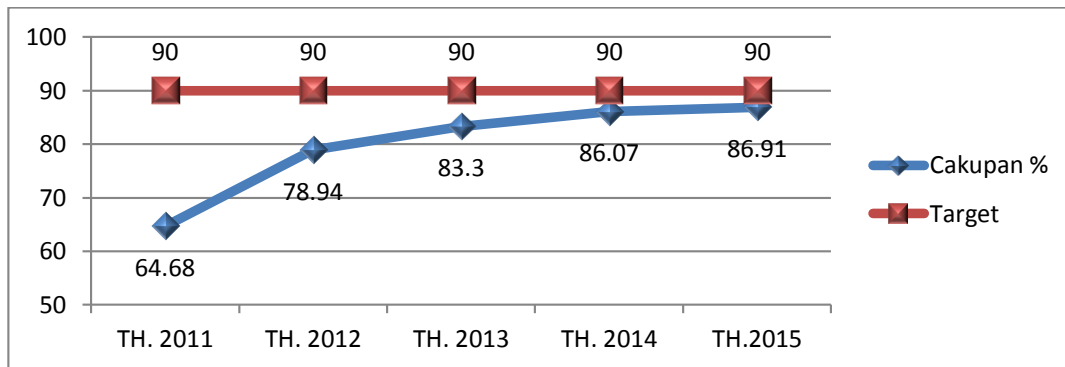
Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan pemeriksaan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu :

1. Kunjungan pertama (KF1) : 6 jam – 3 hari setelah persalinan
2. Kunjungan kedua (KF2) : 8 - 14 hari setelah persalinan
3. Kunjungan ketiga (KF3) : 30 - 42 hari setelah persalinan

**Gambar 4.2. Cakupan KF1 Kota Semarang Tahun 2011 – 2015**



Sumber : seksi Ibu & Lansia Bidang Kesga

**Gambar 4.3. Cakupan KF3 Kota Semarang Tahun 2011 – 2015**

Sumber : seksi Ibu & Lansia Bidang Kesga

Pada gambar 4.3 menunjukkan bahwa cakupan KF3 mengalami kenaikan sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 namun masih di bawah target (90%). Cakupan KF1 dan KF3 sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 cenderung mengalami kenaikan, hal ini menunjukkan semakin meningkatnya pengetahuan masyarakat akan pentingnya melakukan pemeriksaan pada masa nifas. Selain itu, adanya peningkatan cakupan KF dikarenakan adanya kunjungan petugas Puskesmas dengan menggunakan dana BOK dan pendampingan ibu hamil oleh Gasurkes dan kader kesehatan.

#### d. Pelayanan Komplikasi Maternal

Kehamilan dapat memungkinkan seorang ibu mengalami komplikasi selama masa kehamilannya. Yang dimaksud dengan komplikasi kebidanan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/atau bayi dalam kandungan. Komplikasi kehamilan yang sering dialami oleh ibu hamil antara lain pre eklamsia dan eklamsia, penyakit kronis, dan jenis komplikasi yang lain. Disamping itu, ibu hamil memiliki kondisi yang dapat berisiko memperberat kehamilannya, misalnya usia ibu terlalu tua (>35 tahun), usia ibu terlalu muda (< 20 tahun), jarak kehamilan terlalu dekat (< 2 tahun), terlalu sering melahirkan (jumlah anak > 3), Kurang Energi Kronis (KEK), anemia, dan lain-lain. Target sasaran ibu hamil risiko tinggi adalah 20% dari ibu hamil yang ada di masyarakat. Pada tahun 2015 jumlah kasus komplikasi yang ditangani sebesar 3.495 kasus atau 58,1% dari total 6.018 komplikasi kebidanan. Adapun jumlah total ibu hamil adalah 29.490 orang.

e. Pelayanan Neonatal Komplikasi

Neonatal komplikasi adalah bayi baru lahir dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan, dan kematian. Neonatus dengan komplikasi seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR (berat badan lahir rendah <2500 gr), sindroma gangguan pernafasan, kelainan kongenital, dan lain-lain.

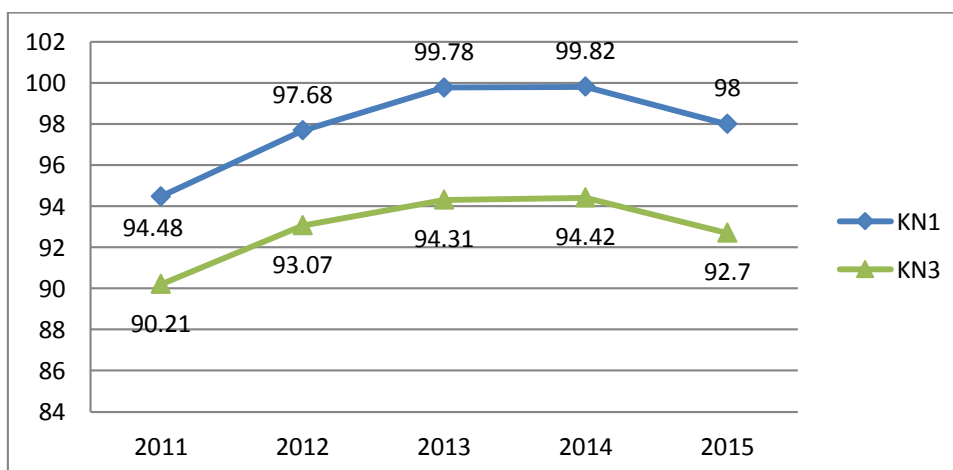
Pada tahun 2015 jumlah neonatal risti yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan sebesar 3.332 kasus atau 81,3% dari total perkiraan 4.100 neonatal risti. Jumlah ini mengalami penurunan dari tahun 2014 yaitu jumlah neonatal risti yang ditangani sebesar 3.350 kasus atau 82,7% dari total perkiraan 4.049 neonatal risti.

f. Kunjungan Neonatal

Neonatus adalah bayi usia 0 – 28 hari, dimana usia ini masuk dalam kategori usia rawan, sehingga perlu dilakukan pemantauan secara intensif, Cakupan Kunjungan Neonatus dipantau dari cakupan Kunjungan Neonatus 1 (KN1), Kunjungan Neonatus 2 (KN2) dan Kunjungan Neonatus 3 (KN3).

Cakupan kunjungan neonatus (KN 1) tingkat Kota Semarang tahun 2015 adalah 26.786 atau (98%) dari 27.334 bayi lahir hidup, sedikit mengalami penurunan jika dibandingkan tahun 2014 adalah 26.944 atau (99,8%) dari 26.992 bayi lahir hidup. Sedangkan KN3 tahun 2015 adalah 25.351 (92,7%) juga mengalami penurunan dibanding tahun 2014 yaitu sebesar 25.487 (94,4%).

**Gambar 4.4. Cakupan KN Kota Semarang Tahun 2011 – 2015**



Capaian cakupan KN Lengkap Tahun 2015 sebesar 92,7% belum mencapai target di tingkat Kota Semarang 95% namun sudah mencapai target Provinsi Jawa Tengah yaitu sebesar 90%. Hal ini bisa dikarenakan data laporan dari BPM dan RS belum semua terlaporkan secara akurat.

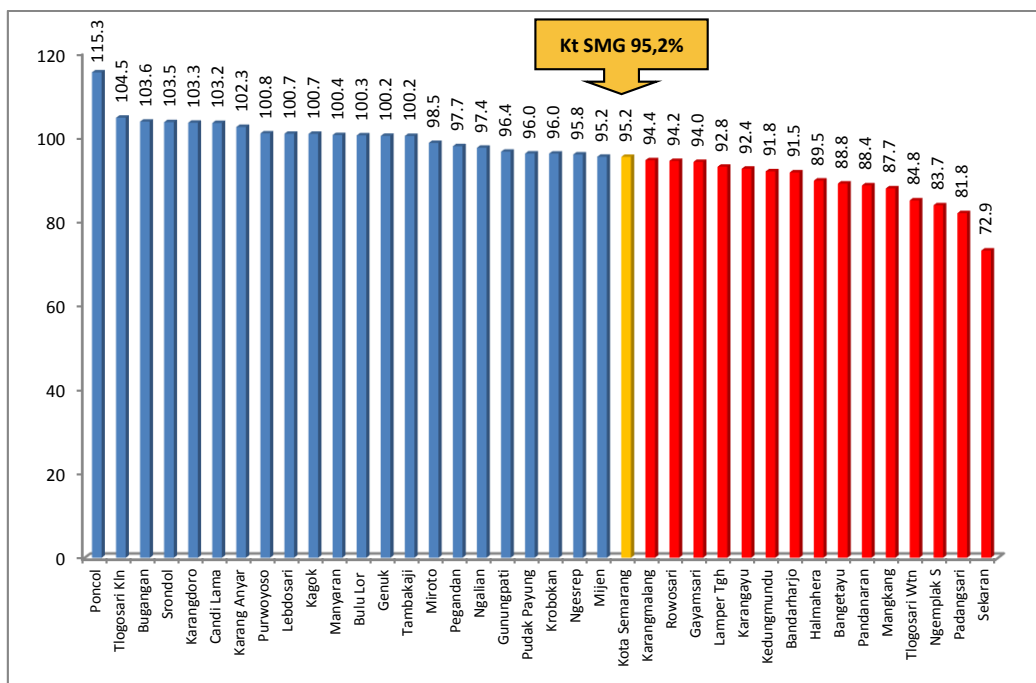
Usaha dalam upaya untuk selalu meningkatkan kesadaran masyarakat akan kesehatan neonatus harus terus digalakkan, antara lain peningkatan pelayanan kesehatan terutama kesehatan anak (neonatus, bayi, balita) di Puskesmas, dan adanya pemeriksaan kunjungan ke rumah oleh tenaga kesehatan bagi neonatus yang tidak dapat berkunjung ke Puskesmas serta sistem pencatatan dan pelaporan (PWS KIA) yang baik.

g. Pelayanan Kesehatan Bayi

Dalam rangka menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) maka diperlukan pemantauan secara intensif oleh petugas kesehatan sebanyak 4 kali, yaitu : 1 kali pada umur 29 hari – 2 bulan, 1 kali pada umur 3 – 5 bulan, 1 kali pada umur 6 – 8 bulan, dan 1 kali pada umur 9 – 11 bulan.

Cakupan Kunjungan Bayi di Kota Semarang tahun 2015 adalah sebesar 26.281 kunjungan 95,2% dari 27.607 bayi yang ada. Dibandingkan tahun 2014, dengan 26.692 kunjungan atau 98,89 % dari 26.992 bayi yang ada, artinya jumlah ini mengalami penurunan 3,69%, dan sudah diatas target Resntra Kota Semarang yaitu 94 %.

**Gambar 4.5. Cakupan Kunjungan Bayi Kota Semarang Tahun 2015**

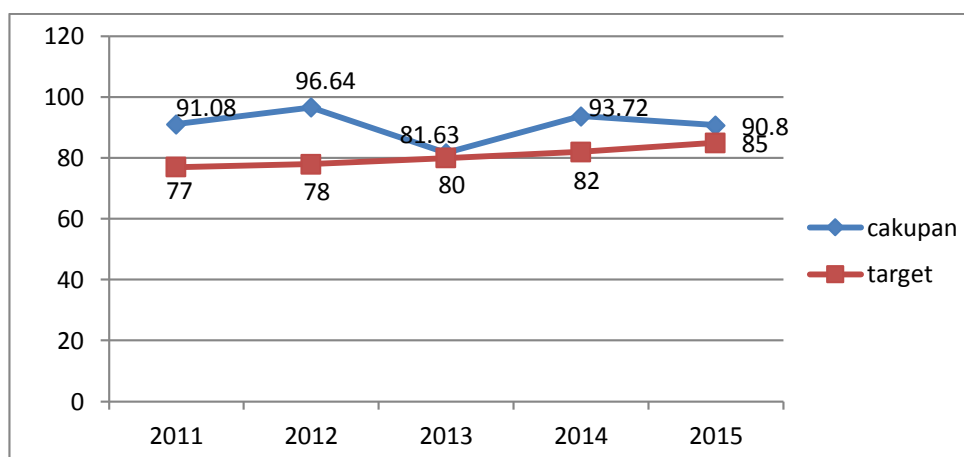


#### h. Pelayanan Kesehatan Balita

Deteksi Dini Tumbuh Kembang (DDTK) anak balita dan pra sekolah adalah anak umur 1 – 6 tahun yang dideteksi dini tumbuh kembang sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan, paling sedikit 2 kali. Pelayanan DDTK anak balita dan prasekolah meliputi kegiatan deteksi dini masalah kesehatan anak menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), monitoring pertumbuhan menggunakan Buku KIA/KMS dan pemantauan perkembangan (motorik kasar, motorik halus, bahasa dan sosialisasi dan kemandirian), penanganan penyakit sesuai MTBS, penanganan masalah pertumbuhan, stimulasi perkembangan anak balita dan prasekolah, pelayanan rujukan ke tingkat yang lebih mampu.

Cakupan Pelayanan kesehatan Anak Balita di Kota Semarang sudah mencapai target. Seperti terlihat gambar dibawah ini :

**Gambar 4.6. Cakupan Pelayanan Anak Balita Kota Semarang Tahun 2011 - 2015**



Hasil pelayanan kesehatan balita minimal 8 kali di peroleh cakupan tahun 2015 adalah 76.382 atau (90,8%). Sedangkan hasil cakupan deteksi dini tumbuh kembang (DDTK) anak balita tingkat Kota Semarang pada tahun 2014 sebanyak 87.577 (81,9%) bayi ditimbang dari 106.867 total balita yang dilaporkan.

Adapun jumlah balita yang ditimbang bulan ini dikurangi dengan balita yang ditimbang bulan ini tetapi tidak datang pada bulan sebelumnya(D') adalah 77.908. Dari angka tersebut sebanyak 71.611 (81,8%) balita dengan BB naik. Sedangkan yang mengalami BGM adalah 646 (0,7%). Data secara terperinci dapat dilihat pada tabel 46 dan 47.

i. Pelayanan Kesehatan pada siswa SD

Pelayanan kesehatan pada siswa SD kelas 1 & sederajat yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di tingkat puskesmas diperoleh hasil sebanyak 26.582 murid SD atau 100% dari 26.582 murid SD keseluruhan. Dari capaian ini dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan pada siswa SD kelas 1 sudah optimal.

## 2. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Sebagai upaya mengendalikan jumlah kelahiran dan mewujudkan keluarga kecil yang sehat dan sejahtera, pemerintah melakukan konsep pengaturan jarak kelahiran atau pembatasan kelahiran dengan program Keluarga Berencana (KB).

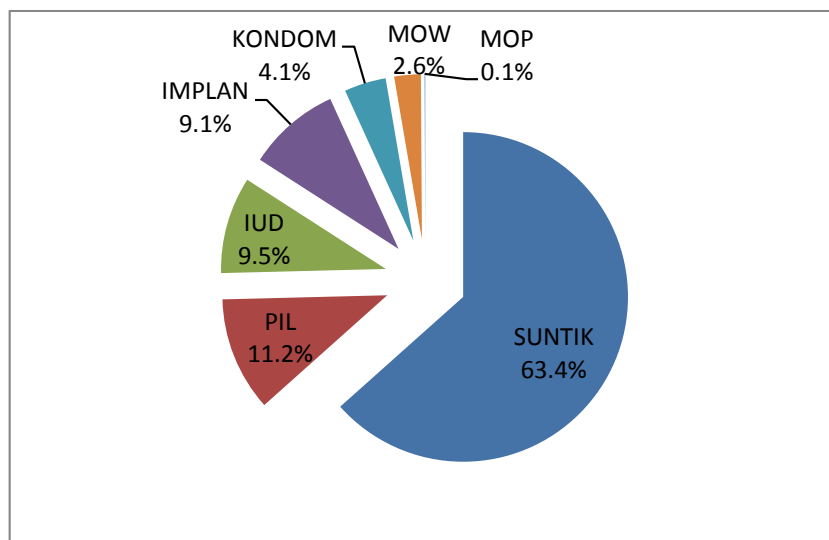
a. Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS)

Pada tahun 2015, jumlah PUS yang berhasil didata oleh Puskesmas sebanyak 262.780, angka ini mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2014, yaitu sebanyak 265.216. Yang menjadi peserta KB baru sebanyak 14.117 orang (5,4%) dengan jumlah peserta KB aktif yang dibina sebesar 200.235 orang (76,2%).

b. Peserta KB Baru

Dari 14.117 peserta KB Baru, secara rinci mix kontrasepsi yang digunakan adalah sebagai berikut :

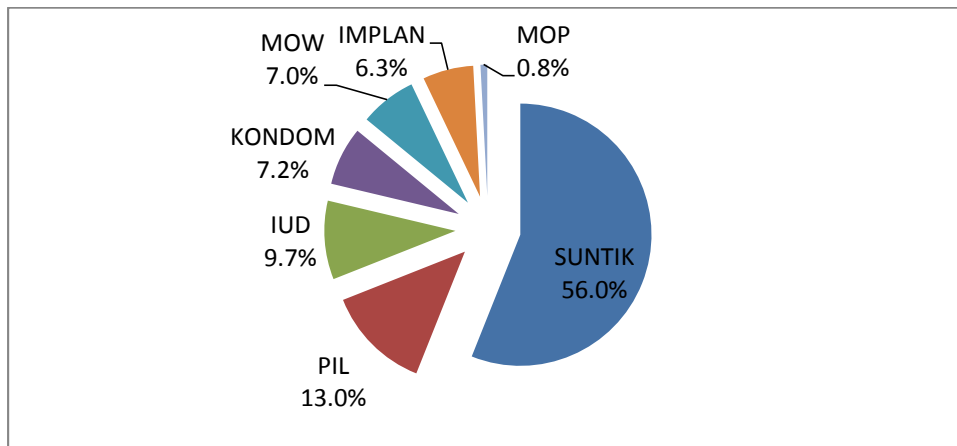
**Gambar 4.7 Grafik Penggunaan Kontrasepsi pada Peserta KB Baru Th 2015**



### c. Peserta KB Aktif

Hasil pembinaan peserta KB Aktif selama tahun 2015 sebesar 200.235 dengan mix kontrasepsi sebagai berikut :

**Gambar 4.8 Grafik Penggunaan Kontrasepsi pada Peserta KB Aktif Th 2015**



Gambar 4.8 menunjukkan bahwa selama tahun 2015, suntik masih menjadi metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh masyarakat Kota Semarang karena sifatnya yang praktis dan juga cepat dalam mendapatkan pelayanannya. Apabila dibandingkan dengan data tahun 2014, kontrasepsi suntik juga masih menduduki peringkat teratas, sedangkan kontrasepsi pria merupakan yang paling sedikit digunakan yaitu MOP. Hal ini disebabkan banyak suami masih menganggap bahwa istri saja yang mempunyai kewajiban untuk menggunakan kontrasepsi sebagai upaya pengaturan kelahiran.

Angka cakupan peserta KB aktif pada tahun 2015 sebesar 76,2%, angka ini mengalami sedikit penurunan dari tahun 2014 yaitu sebesar 76,67%. Jika dibandingkan data tahun-tahun sebelumnya, angka cakupan KB aktif tahun 2015 adalah yang paling rendah. Angka cakupan KB aktif tahun 2013 sebesar 76,46% dan tahun 2012 sebesar 75,03%. Meskipun pada tahun 2015 mengalami penurunan, namun masih di atas target SPM yaitu 70%.

### 3. Pelayanan Imunisasi

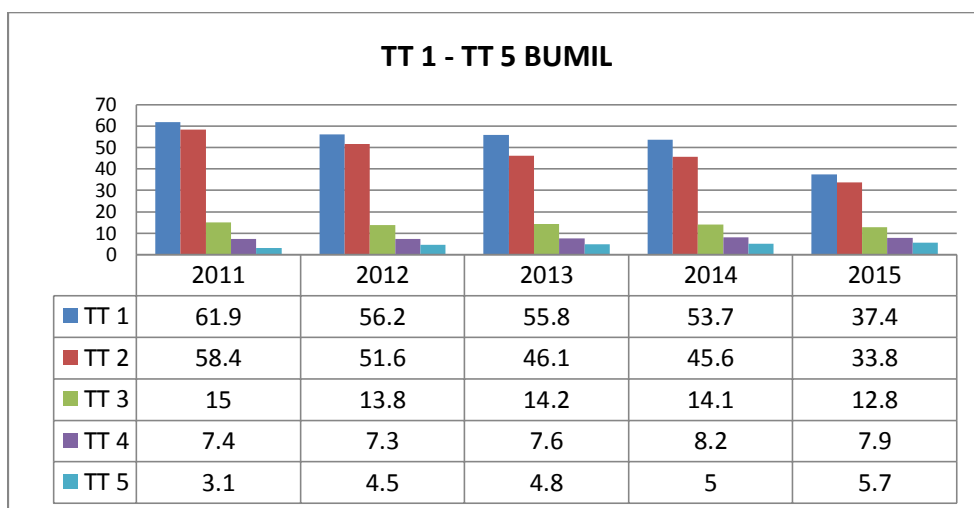
Untuk menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan bayi serta anak balita perlu dilaksanakan program imunisasi untuk penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) seperti penyakit TBC, Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B, Polio dan campak. Idealnya bayi harus mendapat imunisasi dasar lengkap terdiri dari BCG 1 kali, DPT 3 kali, Polio 4 kali, HB 3 kali dan campak 1 kali. Untuk menilai kelengkapan imunisasi dasar bagi bayi, biasanya dilihat dari cakupan imunisasi DPT3 + HB, Polio 4 dan Campak  $\geq 80\%$ .

Dengan sasaran bayi sejumlah 26.308 anak, cakupan bayi yang diimunisasi DPT3 + HB3 pada tahun 2015 sebesar 26.252 (100%) sedikit bertambah jika dibanding tahun 2014 sebesar 26.171 (99%). Cakupan imunisasi campak sebesar 26.778 (101,79%) sedikit bertambah dari tahun 2014 yaitu 26.721 (101,26 %).

Program imunisasi dapat berjalan secara efektif dan memberikan dampak penurunan kejadian penyakit apabila kelengkapan imunisasi telah terlaksana dan mutu pelayanan imunisasi diterapkan sesuai standar, terutama dalam penanganan *cool chain*. Strategi operasional pencapaian cakupan tinggi dan merata dapat dilihat dari pencapaian *Universal Child Immunization* (UCI) desa/kelurahan. Tahun 2015 jumlah desa/kelurahan yang sudah mencapai UCI dengan kriteria cakupan DPT 3, polio dan Campak  $\geq 80\%$ , sebanyak 177 kelurahan (100%) dari 177 kelurahan yang ada. Jumlah ini masih sama sejak tahun 2013.

Selain pada bayi, imunisasi juga dilakukan pada ibu yaitu imunisasi TT. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil sebanyak 5 dosis dengan interval tertentu (yang dimulai saat dan atau sebelum kehamilan) yang berguna bagi kekebalan seumur hidup. Hasil imunisasi TT 1 ibu hamil pada tahun 2015 sebesar 11.019 (37,4%) dengan target 85 %, TT 2 sebesar 9.975(33,8%), TT3 sebesar 3.788 (12,8%),TT4 sebesar 2.344 (7,9%) dan TT5 sebesar 1.683(5,7%). Sedangkan ibu hamil yang telah mempunyai status imunisasi TT2 sampai dengan TT5 (TT 2+) pada tahun 2015 sebesar 17.790 (60,3%). Cakupan imunisasi TT 2+ pada ibu hamil masih dibawah target yang diinginkan, dikarenakan tidak semua bumil mendapatkan imunisasi TT.

**Gambar 4.9 Grafik Imunisasi TT1 - TT5 pada Ibu Hamil Tahun 2011-2015**

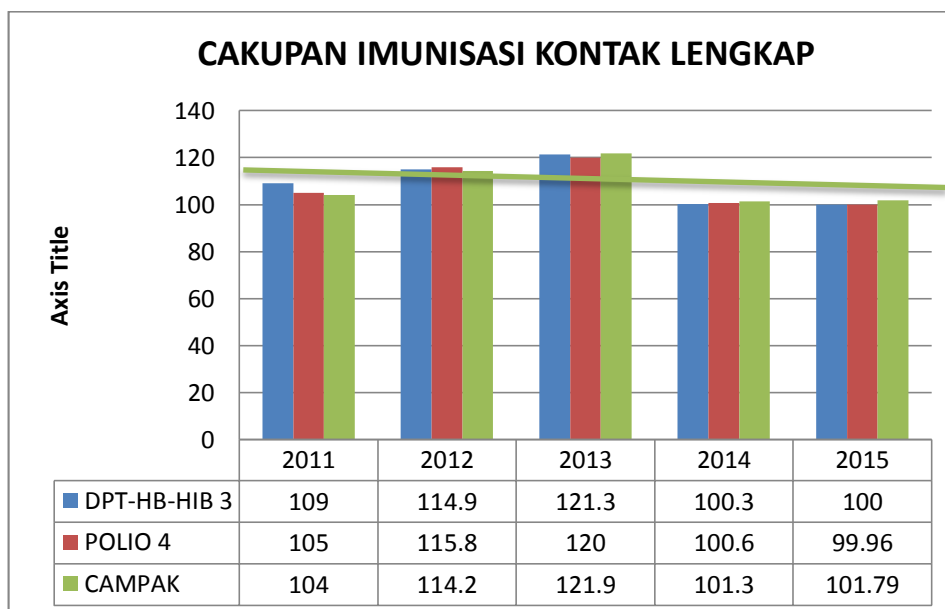




### Imunisasi kontak Lengkap

Pencapaian hasil Imunisasi kontak lengkap di Kota Semarang mulai tahun 2008 sudah mencapai target minimal yaitu 95%. Dibandingkan dengan tahun 2014, cakupan imunisasi kontak lengkap tahun 2015 meningkat.

**Gambar 4.10 Grafik Pencapaian Hasil Imunisasi Th 2015**



## B. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

### 1. Kunjungan Pelayanan Kesehatan

Cakupan kunjungan pelayanan kesehatan oleh penduduk dapat diperoleh dari data kunjungan di sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas & Rumah Sakit) baik kunjungan rawat jalan dan rawat inap. Pada tahun 2015 total kunjungan pasien rawat jalan di saryankes mencapai 3.360.901 kunjungan. Untuk kunjungan rawat inap mencapai 226.191.

Namun demikian kunjungan pasien di pelayanan kesehatan ini belum bisa menunjukkan kunjungan khusus warga Kota Semarang karena berbagai macam faktor, dan belum sarana pelayanan kesehatan di Kota Semarang. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada lampiran tabel 54.

### 2. Indikator Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Indikator pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat dilihat dari angka BOR, LOS, TOI, GDR, dan NDR. Adapun data pemanfaatan Rumah Sakit di Kota Semarang dapat dilihat dari beberapa indikator kinerja sebagai berikut:

a. **Bed Occupation Rate (BOR)**, standar yang ideal untuk suatu Rumah Sakit adalah antara 70% s.d 80%. Manfaat Angka Penggunaan Tempat Tidur (BOR ) adalah untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur Rumah Sakit. Berdasarkan data yang dilaporkan prosentase BOR yang digunakan oleh penderita Rawat Inap di Rumah Sakit se- Kota Semarang pada tahun 2015 adalah 51,3 %, sedangkan tahun 2014 mencapai 56,5 %, dan tahun 2013 sebesar 70,7%. Adapun jumlah tempat tidur yang tersedia di tahun 2015 sebanyak sebesar sebanyak 4.957 buah. Capaian angka ini belum dapat mencapai standar yang ideal untuk Rumah Sakit. Hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatan tempat tidur pada Rumah Sakit di Kota Semarang belum dimanfaatkan secara optimal dan masih terdapat Rumah Sakit yang belum bisa mengirimkan datanya sampai dengan tanggal yang telah ditentukan.

b. **Length Of Stay ( LOS)** adalah rata-rata dalam 1 (satu) tempat tidur dihuni oleh 1 (satu) penderita rawat inap yang dihitung dalam hari dengan standar ideal antara 6 – 9 hari. Manfaat LOS adalah untuk mengukur efisiensi pelayanan Rumah Sakit, dan untuk mengukur mutu pelayanan Rumah Sakit apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Berdasarkan

data yang dilaporkan pencapaian LOS RS tahun 2015 adalah 5,1 hari, mengalami kenaikan dari pada tahun 2014 yang sebesar 5,3 hari. Cakupan pencapaian tersebut dapat diartikan bahwa penggunaan tempat tidur di RS di Kota Semarang untuk tahun 2015 telah memenuhi standar ideal.

c. **Turn of Interval (TOI)** adalah rata-rata tempat tidur tidak ditempati dengan standar ideal antara 1 – 3 hari. TOI untuk Kota Semarang pada tahun 2015 adalah 4,8 hari, untuk tahun 2014 sebesar 9,4 hari, dan tahun 2013 sebesar 2,6 hari. Angka ini dapat diartikan bahwa pemakaian tempat tidur di Rumah Sakit pada tahun ini belum optimal.

### 3. Pelayanan Kesehatan Gigi & Mulut

Kegiatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dilaksanakan di sarana pelayanan kesehatan pada tahun 2015 meliputi pelayanan tumpatan gigi tetap sejumlah 8.769 kasus, pencabutan gigi tetap 8.976 kasus, dengan rasio untuk tumpatan/pencabutan dibandingkan pencabutan gigi sebesar 1,0 hal ini meningkat dari tahun 2014 sebesar 0,8.

Berdasarkan data yang ada, upaya pelayanan UKGS di sekolah dasar, telah dilaksanakan pemeriksaan kesehatan gigi terhadap 26.582 siswa (100%), dari total 26.582 anak SD/MI. Dari jumlah tersebut terdapat 12.484 siswa perlu perawatan dan yang telah mendapatkan perawatan sebanyak 1.803 siswa (14,4%). Berkaitan dengan kegiatan sikat gigi massal, diperoleh hasil sejumlah 434 SD/MI (72%) telah melakukan kegiatan tersebut dari total 597 SD/MI yang dilaporkan. Namun demikian sudah 100 % SD/MI mendapat pelayanan kesehatan gigi.

Berdasarkan data yang ada kesehatan gigi dan mulut masih belum menjadi alasan penting masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Selain itu pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan gigi dan mulut masih belum terlaksana dengan baik sehingga sering terjadi keterlambatan dalam pelaporannya. Untuk itu perlu adanya peningkatan pelayanan kesehatan gigi mulut khususnya pada upaya kesehatan secara promotif dan preventif, peningkatan kemampuan tenaga kesehatan serta peningkatan kualitas pencatatan dan pelaporan yang ada.

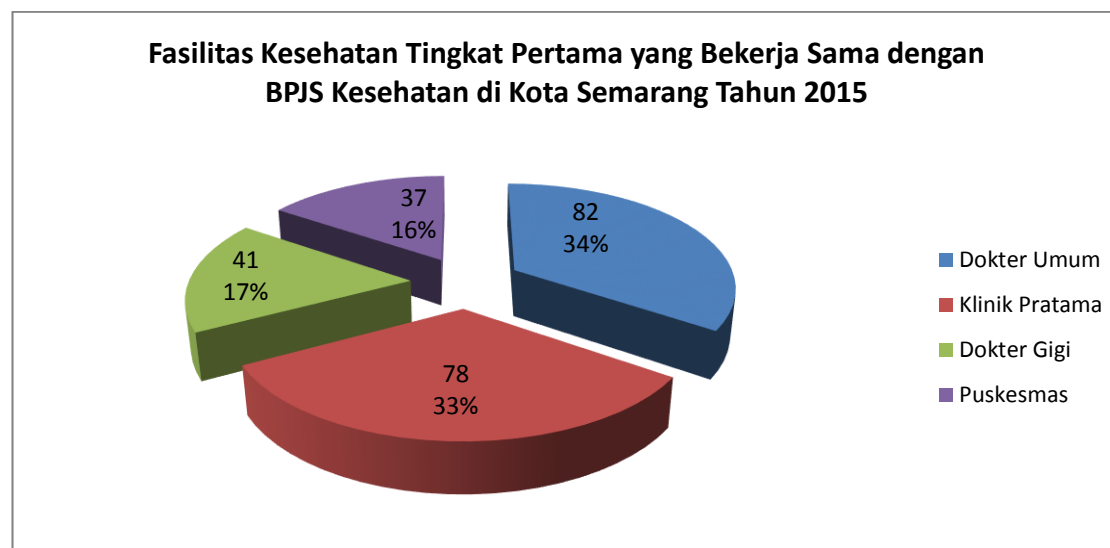
### C. PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

#### Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Sebagaimana yang diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar 1945 dan regulasi yang ada, pelaksanaan Jaminan Kesehatan secara nasional didasarkan pada beberapa dasar hukum yang ada. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan sejak 1 Januari 2014 program tersebut telah diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (Maandatory). Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilaksanakan dengan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati hatian, akuntabilitas, portabilitas, bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar besarnya untuk kepentingan peserta.

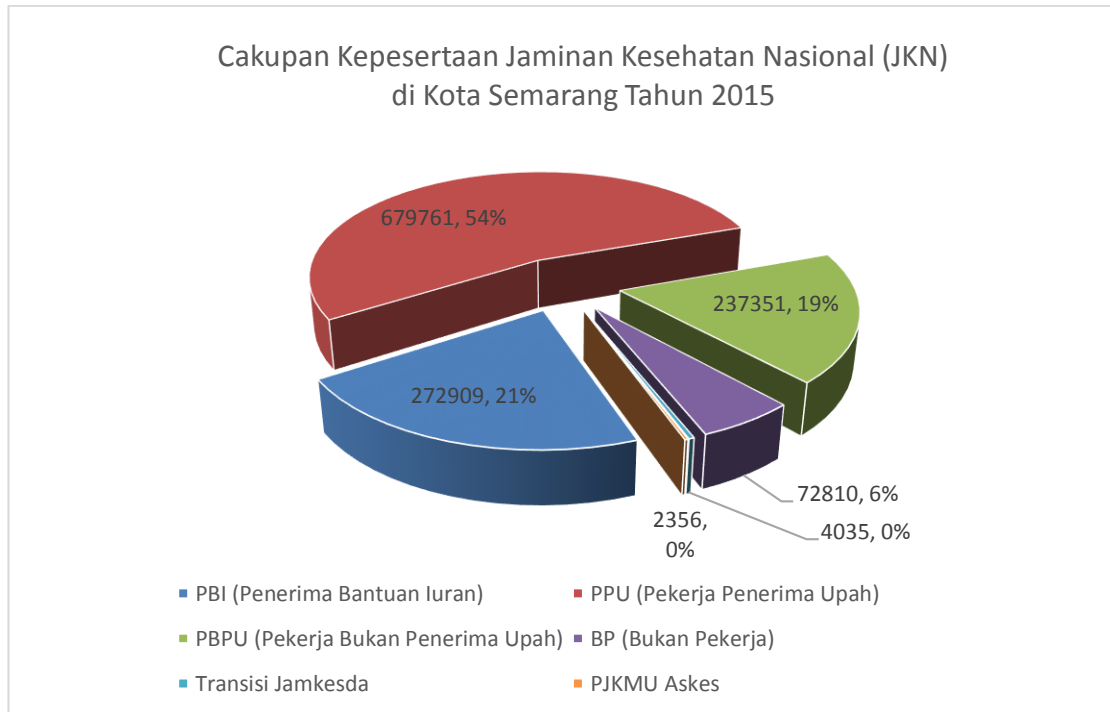
Fasilitas Kesehatan yang dapat memberikan Pelayanan Kesehatan untuk peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama baik milik pemerintah maupun non pemerintah dan Fasilitas Kesehatan tingkat Lanjutan. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Cabang Utama Semarang sebanyak 238 sarana kesehatan, dengan komposisi sebagai berikut:

**Gambar 4.11 Grafik FKTP yang bekerjasama BPJS**



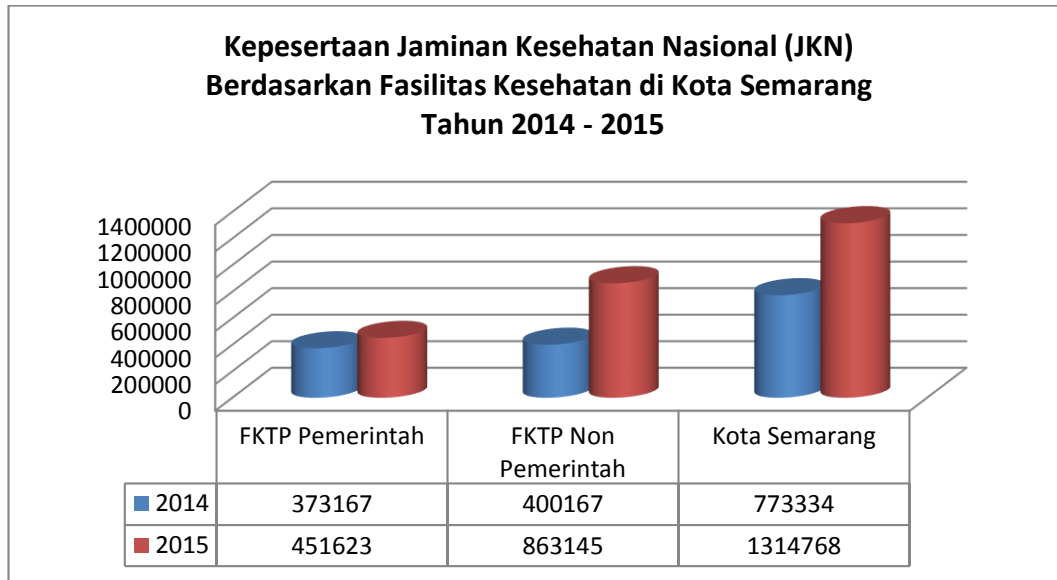
Pada tahap awal peserta JKN adalah peserta PBI, Askes PNS, Peserta TNI, POLRI, dan Peserta JPK Jamsostek. Dalam perkembangannya, minat masyarakat luas untuk ikut JKN cukup besar untuk gambaran kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kota Semarang tahun 2015 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

**Gambar 4.12 Grafik Cakupan Kepesertaan JKN**



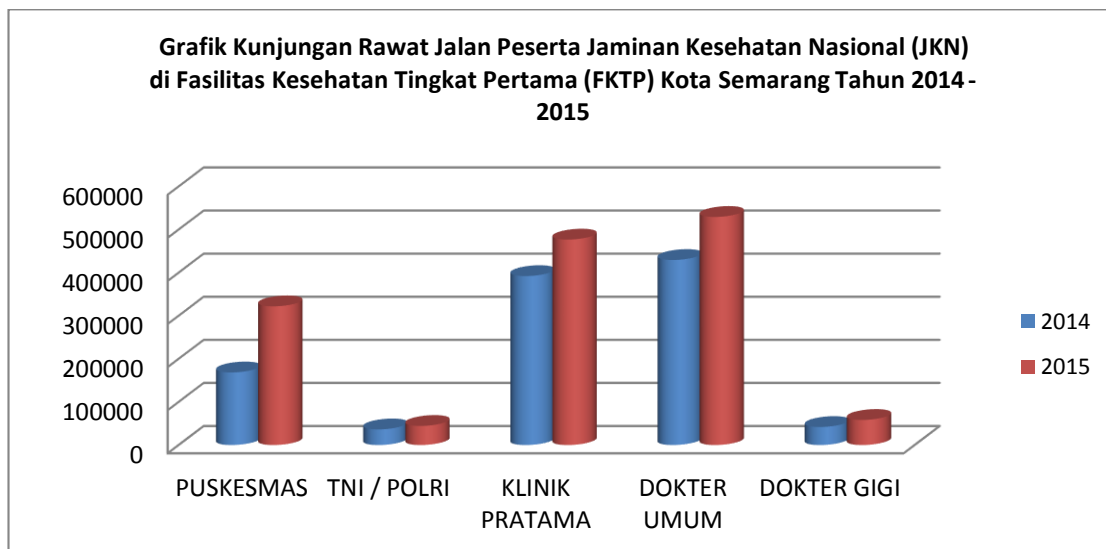
Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berdasarkan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kota Semarang dibagi menjadi 2 (dua) yaitu FKTP Pemerintah dan FKTP Non Pemerintah. Perkembangan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Tahun 2014 sampai dengan Tahun 2015 di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama baik Pemerintah dan Non Pemerintah di Kota Semarang sebagai berikut:

**Gambar 4.13 Grafik JKN berdasarkan fasilitas kesehatan**



Kunjungan Rawat jalan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Kota Semarang tahun 2015 terus meningkat.

**Gambar 4.14 Grafik kunjungan Peserta JKN di FKTP**



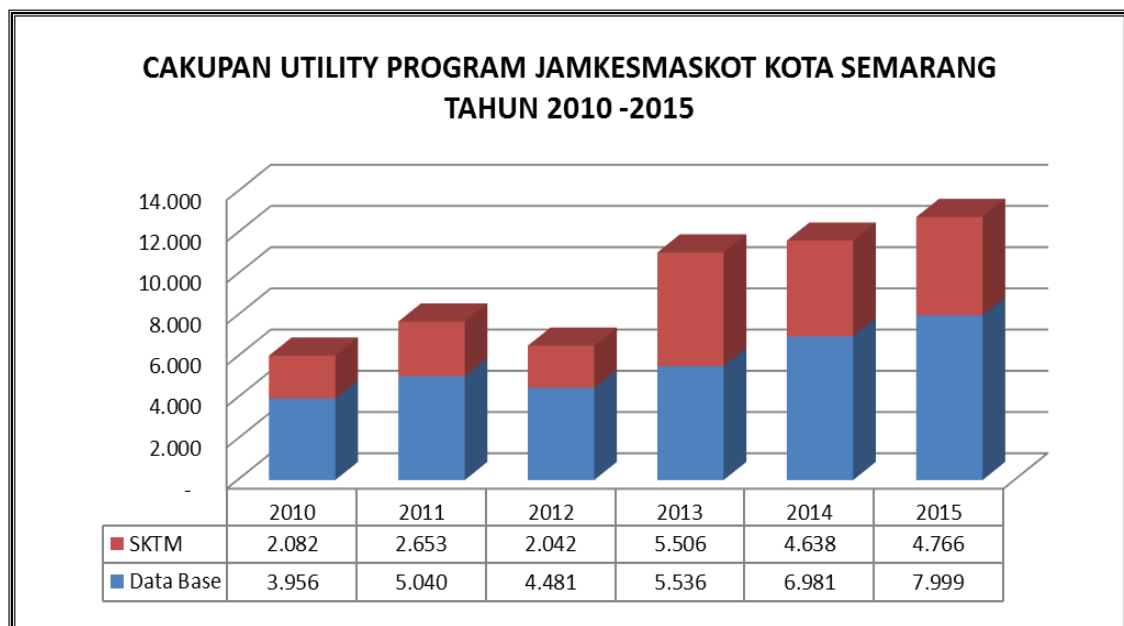
#### **Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Semarang (Jamkesmaskot).**

Kota Semarang merupakan salah satu daerah otonomi di Provinsi Jawa Tengah yang telah mengembangkan sistem jaminan sosial bagi masyarakatnya. Sistem jaminan kesehatan di Kota Semarang terbentuk dengan terbitnya Peraturan Walikota Semarang Nomor 28 Tahun 2009 yang dikenal dengan nama Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Semarang (Jamkesmaskot). Sistem Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Semarang yang dibentuk oleh

Pemerintah Kota Semarang bertujuan untuk memfasilitasi masyarakat miskin Kota Semarang yang tidak masuk ke dalam kepesertaan Jamkesmas untuk memperoleh pelayanan gratis

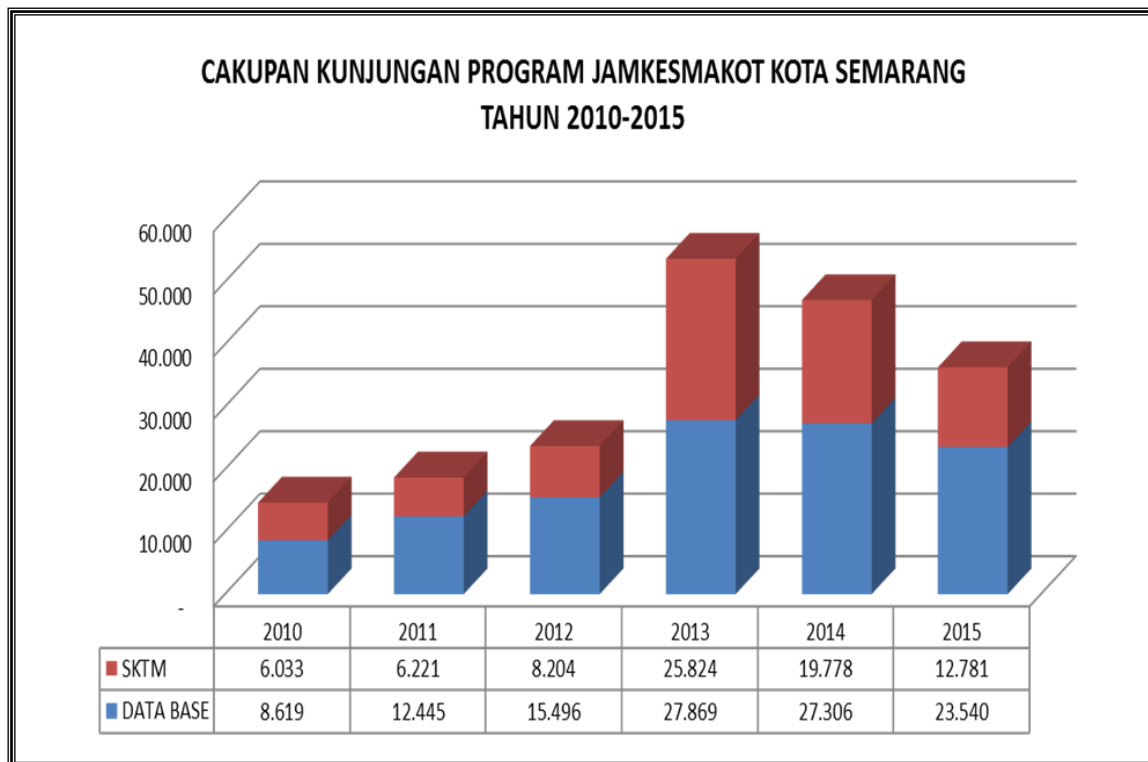
Pemanfaatan (utility) pelayanan kesehatan Jamkesmaskot oleh warga miskin di kota Semarang tahun 2015 sebanyak 12.765 orang yang terdiri dari warga miskin yang masuk data base sebanyak 7.999 orang (62,66%) dan yang menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) sebanyak 4.766 orang (37,34%). Pemanfaatan pelayanan kesehatan Jamkesmaskot tahun 2015 bila dibandingkan dengan tahun 2014 mengalami kenaikan, hal ini dikarenakan jumlah kuota Jamkesmas Kota Semarang menurun sekitar 12% sehingga cakupan Jamkesmaskot menjadi meningkat. Gambaran pemanfaatan pelayanan kesehatan Jamkesmaskot lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

**Gambar 4.15 Grafik Pemanfaatan Utility Jamkesmas Kota Semarang**



Cakupan kunjungan pelayanan jamkesmaskot bagi warga miskin Kota Semarang tahun 2015 sebanyak 36.321 kunjungan, yang terdiri dari kunjungan warga miskin yang masuk data base sebanyak 23.540 kunjungan (64,81%) dan yang menggunakan SKTM sebanyak 12.781 kunjungan (35,19%). Kunjungan pelayanan kesehatan ini bila dibandingkan jumlah warga miskin yang memanfaatkan (utility) maka rata – rata per orang memanfaatkan 4,8 kali kunjungan per tahun.

**Gambar 4.16 Grafik Kunjungan Jamkesmas Kota Semarang**

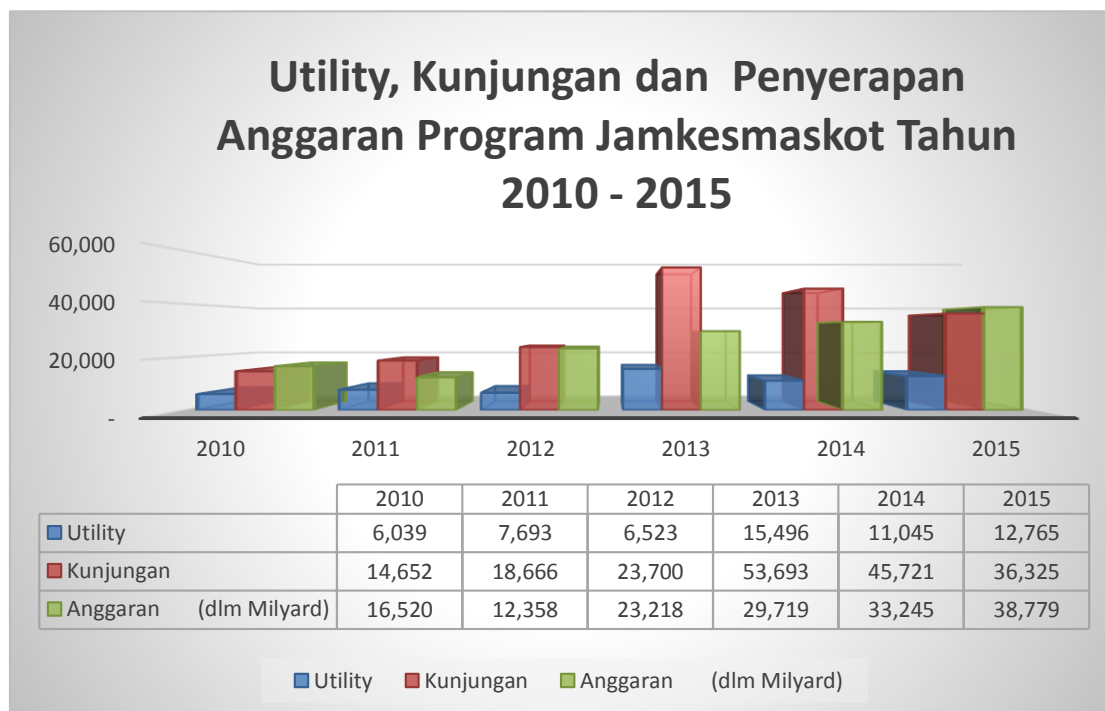


Dalam rangka pencapaian Universal Coverage, anggaran yang disediakan oleh Pemerintah Kota Semarang untuk pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin melalui program Jamkesmaskot sedikit mengalami kenaikan untuk tahun ini. Sebagai gambaran tahun 2015 disediakan anggaran Rp 39,9 M turun jika dibandingkan dengan anggaran tahun 2014 sebesar Rp. 35 M.

Penyerapan anggaran tahun 2015 khusus untuk pembayaran klaim Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebesar Rp. 38,779 M atau 97,19 % dari anggaran yang disediakan. Tren penyerapan anggaran meningkat signifikan dengan cakupan kunjungan warga miskin yang menggunakan Jamkesmaskot. Lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik dibawah ini.



**Gambar 4.17 Grafik Tren Kunjungan Pasien, Utility dan Anggaran Jamkesmaskot**



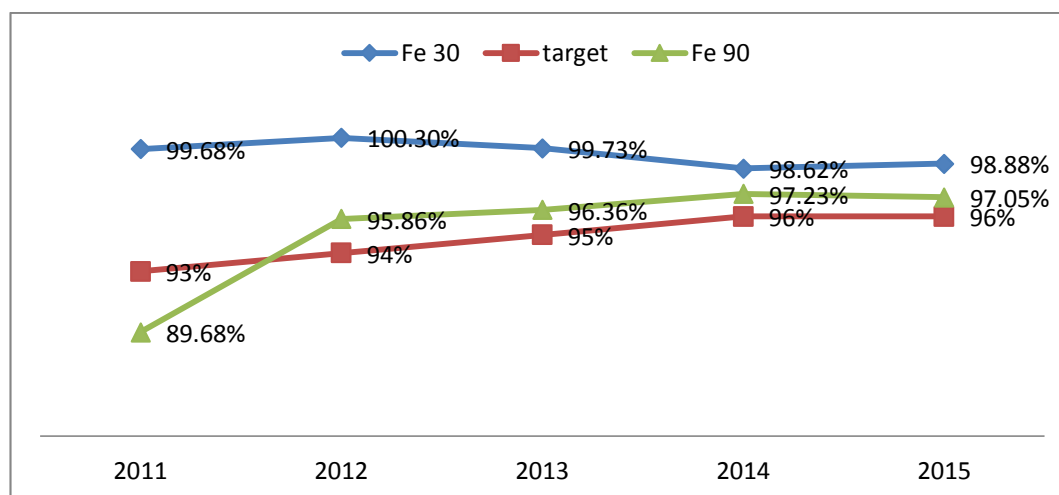
Sumber: Seksi Pemberdayaan & Pembiayaan Kesehatan

#### D. PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

##### 1. Pemberian Tablet Tambah Darah Pada Ibu Hamil (Fe)

Pemberian tablet Fe pada ibu hamil merupakan upaya penanggulangan anemia gizi besi yang diberikan pada trimester I sampai dengan trimester III yang meliputi Fe 30 tablet, Fe 90 tablet. Cakupan ibu hamil mendapat tablet Fe 30 dan Fe 90 di Kota Semarang tahun 2011 - 2015 dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

**Gambar 4.18. Cakupan Fe30, Fe90 Ibu Hamil di Kota Semarang Tahun 2011 – 2015**



Cakupan pemberian Fe30 pada ibu hamil di tahun 2015 sebesar 98,99% mengalami peningkatan dibandingkan dengan pencapaian tahun 2014 (98,52%), dan telah mencapai target Renstra Kota Semarang (96%). Cakupan pemberian Fe90 pada ibu hamil di tahun 2015 sebesar 97,05% menunjukkan penurunan dari tahun 2014 namun sudah mencapai target Renstra Kota Semarang (97%).

Berdasarkan data selama tahun 2015, sebanyak 21 Puskesmas (56,8%) telah mencapai target untuk pemberian Fe30, dan 12 Puskesmas yang telah mencapai target cakupan pemberian Fe90. Puskesmas yang belum mencapai target cakupan Fe30 maupun Fe90 disebabkan karena tidak semua ibu hamil memeriksakan kehamilannya di Puskesmas di wilayah tempat tinggalnya. Ibu hamil yang memeriksakan kehamilan di luar Puskesmas sebagian tidak melaporkan karena kurang tertibnya pengiriman laporan ke Puskesmas dari Bidan Praktik Mandiri, RS, RSB, RSIA ke Puskesmas. Keadaan ini bisa menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya anemia pada ibu hamil dan berdampak terhadap berat badan bayi lahir rendah, perdarahan dan menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu.

## **2. Pemberian Kapsul Vitamin A**

Salah satu upaya program penanggulangan kekurangan vitamin A adalah pemberian suplementasi vitamin A dosis tinggi (200.000 SI) pada ibu nifas. Dosis yang diberikan sebanyak 2 kapsul. Pencapaian pemberian vitamin A ibu nifas di Kota Semarang tahun 2015 sebesar 100,1% dari 28.149 ibu nifas, mengalami penurunan dari tahun 2014 yaitu sebesar 107,86% dari 27.706 orang ibu nifas. Angka ini sudah memenuhi target Renstra Kota Semarang (90%).

Berdasarkan data yang dilaporkan oleh Puskesmas diperoleh bahwa cakupan pemberian vitamin A pada bayi umur 6-11 bulan sebesar 100% dari 14.053 bayi yang ada. Sedangkan cakupan pemberian vitamin A yang diberikan 2 kali kepada anak balita (1-4 tahun) sebesar 101.3% atau 86.745 anak dari 85.650 sasaran anak balita yang ada.

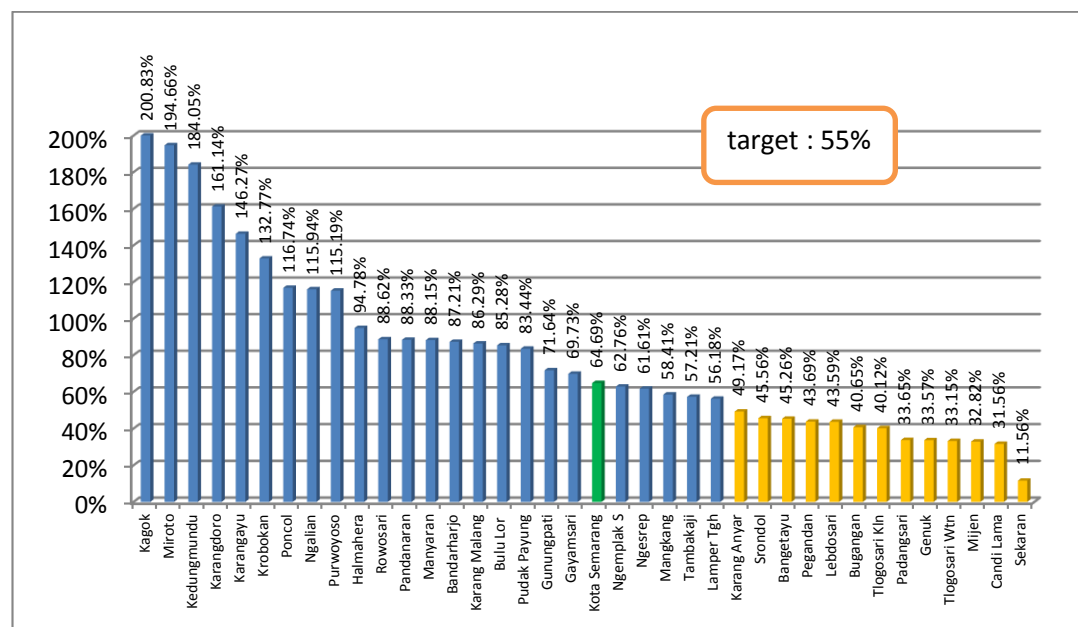
## **3. Pemberian ASI Eksklusif**

Pemberian ASI sangat perlu diberikan secara eksklusif sampai umur 6 (enam) bulan dan dapat dilanjutkan sampai anak berumur 2 (dua) tahun. ASI (Air Susu Ibu) merupakan salah satu makanan yang sempurna dan terbaik bagi bayi karena mengandung unsur-unsur gizi yang dibutuhkan oleh bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi guna mencapai pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal. Walaupun demikian masih terdapat

kendala dalam pemantauan pemberian ASI Eksklusif karena belum ada sistem yang dapat diandalkan. Selama ini pemantauan tingkat pencapaian ASI Eksklusif dilakukan melalui laporan puskesmas yang diperoleh dari hasil wawancara pada waktu kunjungan bayi di Puskesmas.

Berdasarkan hasil laporan puskesmas tahun 2015, pemberian ASI Eksklusif pada bayi umur 0-6 bulan sejumlah 10.625 bayi atau 64,69% dari 16.425 sasaran bayi. Pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan di Kota Semarang sudah mencapai target Renstra Kota Semarang (55%). Sedangkan bila dibandingkan dengan pencapaian tahun 2014 terjadi peningkatan dalam jumlah balita yang diberi ASI eksklusif yaitu dari 8.536 bayi menjadi 10.625 bayi. Hal ini disebabkan karena adanya komitmen petugas kesehatan untuk membantu ibu yang mengalami kesulitan dalam menyusui, ada peningkatan pengetahuan ibu tentang manfaat menyusui dan cara menyusui yang tepat dan dukungan dari keluarga, serta dengan adanya sosialisasi terkait Peraturan Walikota Semarang (Perwal) No. 7 Tanggal 16 Januari 2013 tentang Program Peningkatan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Semarang.

**Gambar 4.19. Cakupan Pencapaian ASI eksklusif di Kota Semarang Tahun 2015**



Pencapaian dalam program ASI Eksklusif ini harus mendapatkan perhatian khusus dan memerlukan pemikiran dalam mencari upaya-upaya terobosan serta tindakan nyata yang harus dilakukan oleh provider di bidang kesehatan dan semua komponen masyarakat dalam rangka penyampaian informasi maupun sosialisasi guna meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat.

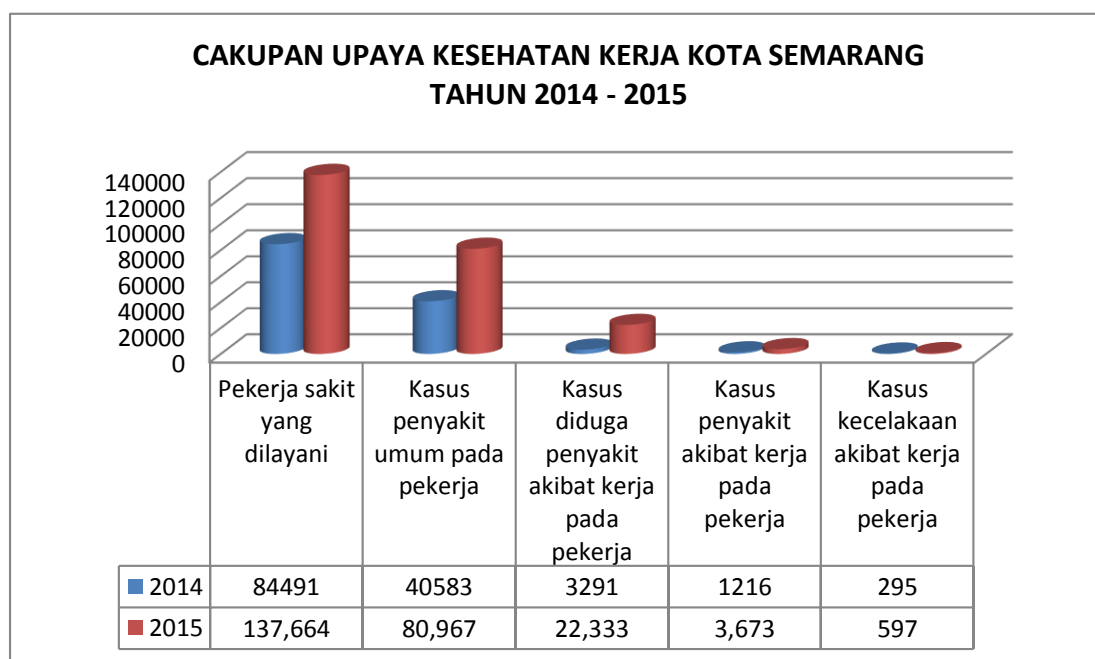
### E. PELAYANAN KESEHATAN USIA LANJUT (USILA)

Pelayanan kesehatan usila yang dimaksudkan adalah penduduk usia 60 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar oleh tenaga kesehatan baik di Puskesmas maupun di Posyandu Kelompok Usia Lanjut (Poksila). Cakupan kegiatan pelayanan kesehatan Usila di Kota Semarang pada tahun 2015 sebesar 64,76% atau sejumlah 41.212 orang sudah mendapat pelayanan dari 63.642 usila yang ada. Angka ini mengalami penurunan dari tahun 2014 yaitu sebesar 64,83% atau 36.620 usila dari 56.483 usila yang ada. Penurunan ini disebabkan karena tidak semua lansia bisa mendapatkan akses pelayanan kesehatan karena keterbatasan fisik. Namun demikian keaktifan petugas Puskesmas dalam melakukan pembinaan dan pelayanan di dalam dan luar gedung terhadap kelompok usia lanjut sangat mendukung pencapaian indikator tersebut.

### F. PELAYANAN KESEHATAN PEKERJA

Dari laporan Puskesmas yang terdata Cakupan pelayanan kesehatan pekerja baik sektor formal maupun informal yang dilayani di Kota Semarang pada tahun 2015 meningkat 62,93% jika dibandingkan tahun 2014 (84491) yaitu sebanyak 137664 orang, yang terdiri dari kasus penyakit umum pada pekerja sebesar 80967 (58,81%), kasus diduga karena penyakit akibat kerja pada pekerja sebesar 22333 (16,22%), Kasus penyakit akibat kerja sebesar 3673 (2,67%) dan kasus kecelakaan kerja sebesar 597 (0,43%). Gambaran cakupan pelayan kesehatan kerja dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

**Gambar 4.20 Grafik Cakupan Upaya Kesehatan Kerja Kota Semarang**



## G. PELAYANAN KESEHATAN KHUSUS

### 1. Sarana Kesehatan dengan Kemampuan Gawat Darurat

Sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat yang dapat diakses oleh masyarakat di Kota Semarang pada tahun 2015 sebanyak 37 sarana kesehatan (97,37%) yaitu 18 Rumah Sakit Umum (100%), 1 RS Jiwa (100%), 7 RS Khusus (87,5%) dan 11 puskesmas perawatan (100%).

### 2. Pelayanan Kesehatan Jiwa

Selain menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara umum, sarana kesehatan yang ada juga memberikan pelayanan terhadap kesehatan jiwa. Berdasarkan data yang berhasil didapat, pelayanan kesehatan jiwa pada Puskesmas dan Rumah Sakit di Kota Semarang pada tahun 2015 yang diwakili dengan jumlah kunjungan gangguan jiwa menunjukkan 50.965 kunjungan pasien. Namun demikian angka ini termasuk kunjungan gangguan jiwa bagi warga di luar Kota Semarang yang mendapatkan pelayanan di sarana kesehatan Kota Semarang dan belum semua sarana pelayanan kesehatan melaporkan data kasusnya.

## H. KEADAAN KESEHATAN LINGKUNGAN

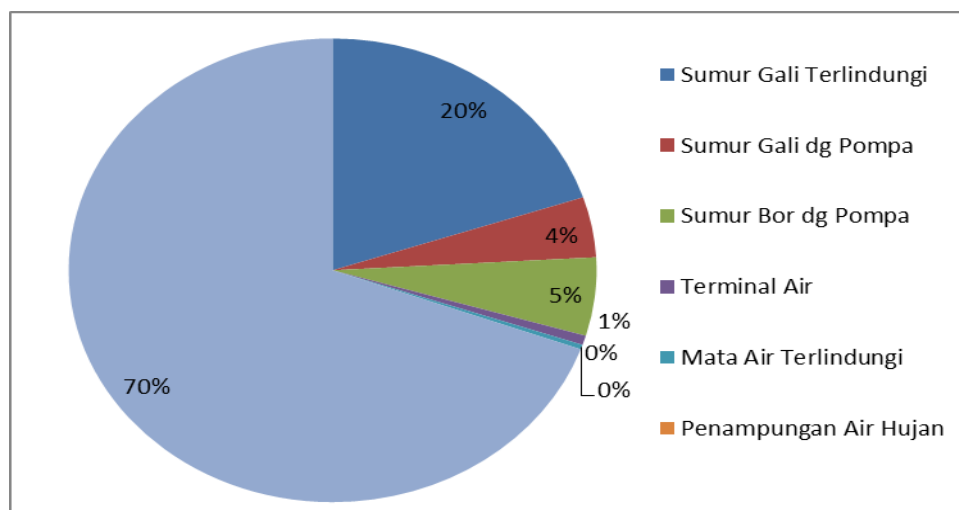
Lingkungan merupakan salah satu variabel yang perlu mendapat perhatian khusus dalam menilai kondisi kesehatan masyarakat. Bersama dengan faktor perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik, lingkungan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Untuk menggambarkan keadaan lingkungan, akan disajikan indikator -indikator seperti: akses terhadap air bersih dan air minum berkualitas dan akses terhadap sanitasi layak.

### 1. Sarana Air Bersih dan Akses Air Mimum Berkualitas

#### a. Penduduk dengan akses berkelanjutan dengan air layak

Air adalah salah satu sumber kehidupan, dan setiap manusia memerlukan air bersih Oleh karena itu air bersih harus selalu tersedia dalam jumlah yang cukup dan memenuhi syarat kesehatan (syarat fisik, kimiawi, dan bakteriologi). Tahun 2015 jumlah penduduk yang memiliki akses air minum sebesar 97,25%. Adapun cakupan prosentase air bersih menurut jenis sarananya adalah sebagai berikut:

**Gambar 4.21 Grafik Pengguna Sarana Air Bersih Memenuhi syarat Menurut Jenis Sarana**



Sumber: Seksi PAL Bidang PKPKL

Dari data yang ada, suplai air bersih rumah tangga terbesar di Kota Semarang berasal dari jalur perpipaan 70%, diikuti oleh sumur Gali terlindungi 20%.

Upaya peningkatan kualitas air bersih akan meningkat apabila diikuti upaya perbaikan sanitasi (sarana pembuangan kotoran manusia, sampah, air limbah). Selain itu adanya peran serta dan kesadaran sektor swasta penyedia air bersih yang meningkat berkenaan dengan kualitas air bersih.

#### b. Kualitas Air Minum di Penyelenggara Air Minum

Tahun 2015 jumlah sampel yang diperiksa dari penyelenggara air minum adalah 417 buah (66,83%) dari 624 penyelenggara air minum. Dari data tersebut yang memenuhi syarat fisik, bakteriologi, dan kimia sejumlah 397 unit (95,20%).

## 2. Sarana dan Akses Terhadap Sanitasi Dasar

### a. Rumah Sehat

Rumah adalah kebutuhan dasar manusia, dan lingkungan yang sehat dapat berawal dari rumah yang sehat. Rumah tidak hanya sebatas tempat berteduh semata, rumah juga salah satu pembentuk karakter individu untuk berperilaku sehat. Di Kota Semarang pada tahun 2015, jumlah rumah yang dibangun memenuhi syarat adalah 67,21% dari 11.819 rumah dibangun, dari jumlah tersebut diperoleh jumlah rumah yang sehat adalah 86,77%.

#### b. Keluarga dengan Jamban Sehat

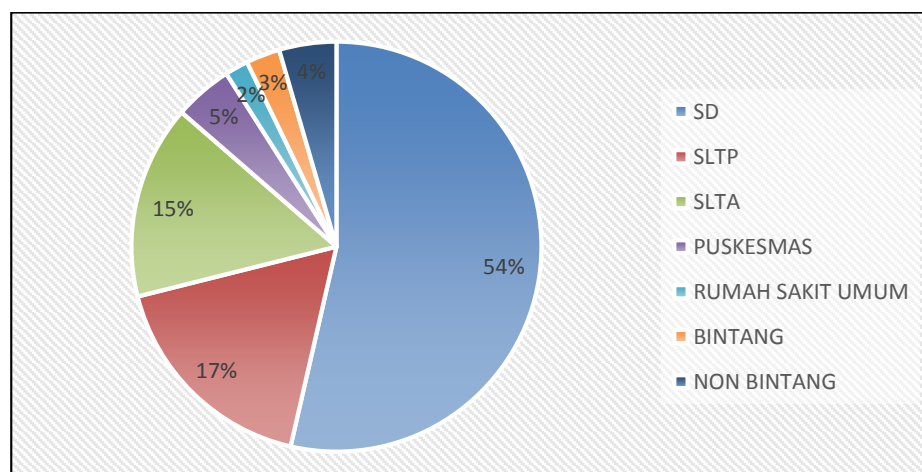
Jamban Sehat adalah salah satu syarat rumah sehat. Pengelolaan sebuah jamban yang memenuhi syarat kesehatan diperlukan sebagai upaya untuk mencegah terjadinya penularan penyakit. Berdasarkan laporan puskesmas, Jumlah penduduk dengan akses sanitasi layak sejumlah 1.326.945 atau 90,9%, dengan masing-masing pengguna sanitasi yang memenuhi syarat sebagai berikut: jamban komunal 82,72 %, Jamban leher angsa 83,56 %.

#### c. Tempat – Tempat Umum dan Tempat Pengelolaan Makanan (TTU dan TUPM)

Pengawasan sanitasi tempat umum bertujuan untuk mewujudkan kondisi tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan agar masyarakat pengunjung terhindar dari kemungkinan bahaya penularan penyakit serta tidak menjadi sarang vektor penyakit yang dapat menimbulkan menyebabkan gangguan terhadap kesehatan masyarakat di sekitarnya. Tempat-tempat umum merupakan tempat kegiatan bagi umum yang disediakan oleh badan – badan pemerintah, swasta atau perorangan yang langsung digunakan oleh masyarakat yang mempunyai tempat dan kegiatan tetap, memiliki fasilitas sanitasi (jamban, tempat pembuangan sampah dan limbah) untuk kebersihan dan kesehatan di lingkungan. Tempat-tempat umum yang sehat berpengaruh cukup besar di masyarakat karena masyarakat menggunakan fasilitas umum tersebut untuk berbagai kepentingan.

Pengawasan sanitasi tempat umum meliputi sarana pendidikan, sarana kesehatan, hotel, dan tempat umum lain dilakukan sejumlah 1.086 TTU (95,3%) dari 1.139 TTU yang ada. Adapun yang memenuhi syarat kesehatan dapat digambarkan sebagai berikut;

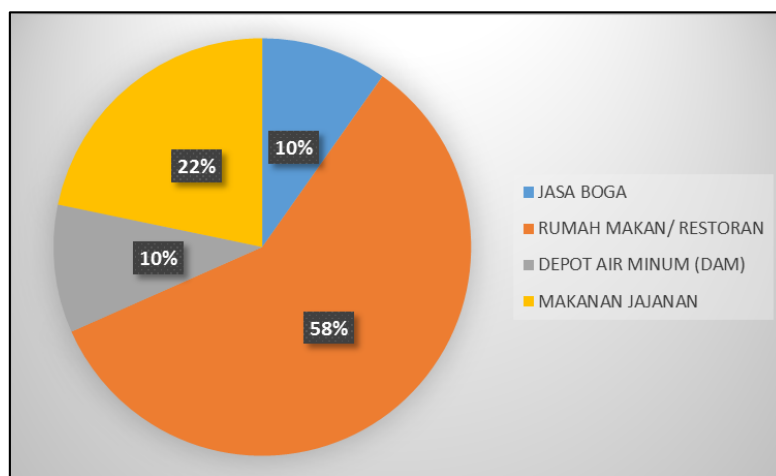
**Gambar 4.22 Grafik Cakupan TTU Yang Memenuhi Syarat Kesehatan**



Sumber: Seksi PAL Bidang PKPKL

Sedangkan pengawasan tempat pengelolaan makanan meliputi Jasa boga, rumah makan/restoran, depot air minum, dan makanan jajanan. TPM yang memenuhi syarat higiene sanitasi sejumlah 2.070 (86,54%) dari 2.392 TPM yang ada, dengan komposisi sebagai berikut

**Gambar 4.23 TPM Memenuhi Syarat Higiene**



Sumber: Seksi PAL Bidang PKPKL

## I. KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT

### 1. Rumah Tangga Ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Perilaku masyarakat adalah faktor penyebab utama permasalahan kesehatan, sehingga masyarakat sendiri yang dapat menyelesaikan masalahnya dengan pendampingan/bimbingan pemerintah. Keterbatasan sumberdaya pemerintah dalam mengatasi permasalahan kesehatan semakin kompleks sedangkan masyarakat mempunyai potensi cukup besar untuk dimobilisasi dalam upaya pencegahan di wilayahnya.

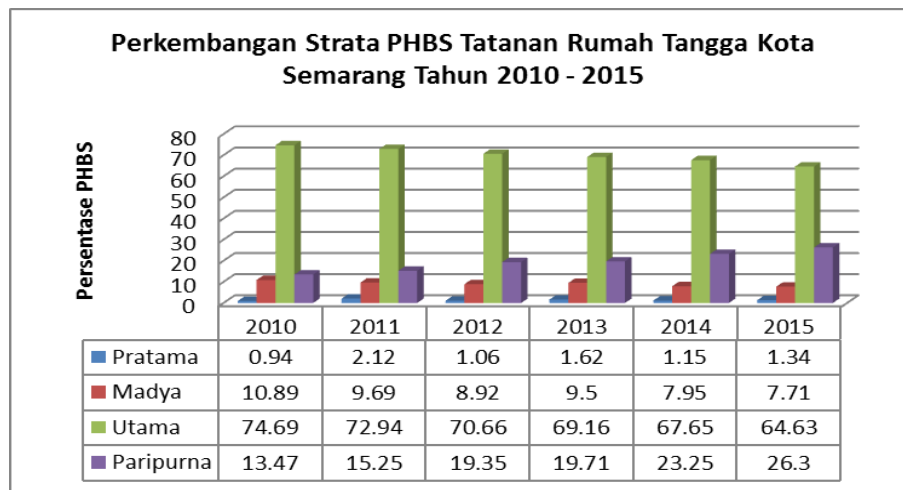
Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang atau keluarga dapat menolong diri sendiri di bidang kesehatan dan berperan-aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakatnya. Upaya pencegahan lebih efektif dan efisien dibanding upaya pengobatan, masyarakat mempunyai kemampuan melakukan upaya pencegahan apabila melalui upaya pemberdayaan masyarakat terutama untuk ber-perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Jumlah rumah tangga yang dilakukan survei PHBS tatanan rumah tangga tahun 2015 dilakukan pada 395.169 rumah tangga meningkat 1,02% jika dibandingkan dengan survey PHBS tahun 2014 sebanyak 381.683 rumah tangga.



Survei PHBS tatanan rumah tangga tahun 2015 diperoleh hasil strata utama sebanyak 255.413 (64,63%) dan strata paripurna sebanyak 103.953 (26,3%), sehingga untuk strata PHBS tingkat kota adalah paripurna dengan nilai sebesar 90,94% sedangkan target nasional sebesar 60%. Dari data tersebut, target Kota Semarang sudah melebihi target nasional. Perkembangan strata PHBS Kota Semarang dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

**Gambar 4.24 Grafik Perkembangan Strata PHBS Tatatan RT Kota Semarang**



Sumber: Seksi Pemberdayaan & Pembiayaan Kesehatan Bidang PKPKL

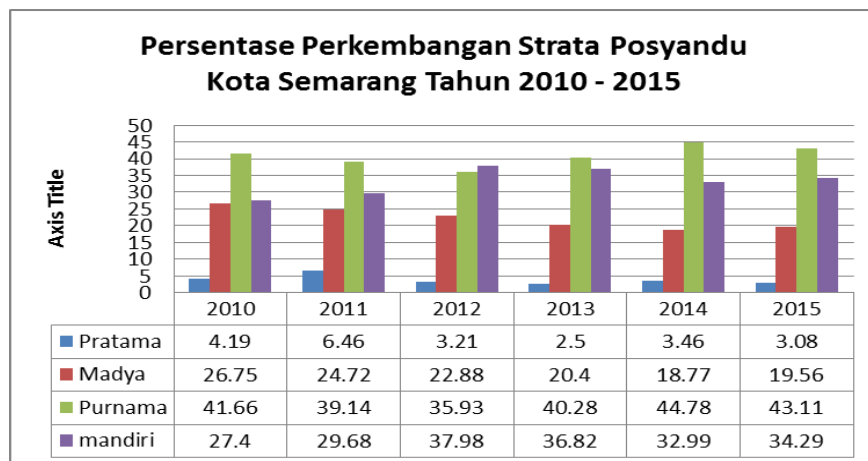
## 2. Posyandu Purnama dan Mandiri

Posyandu memiliki peran yang sangat penting dalam sistem penyelenggaraan pelayanan kebutuhan dasar dalam rangka meningkatkan kualitas sumber daya manusia secara dini serta merupakan lini terdepan dari deteksi dini di bidang kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat. Agar posyandu dapat melakukan fungsi dasarnya, dimana posyandu mempunyai daya ungkit yang sangat besar terhadap penurunan Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Balita dan Angka Kematian Ibu, maka perlu adanya upaya untuk memantau dan mendorong tingkat perkembangan posyandu.

Jumlah posyandu di Kota Semarang dari tahun ke tahun selalu meningkat, pada tahun 2015 jumlah posyandu tercatat 1.575 buah dengan posyandu aktif sejumlah 1.219 buah, mengalami kenaikan jumlah dibandingkan tahun 2014 dengan jumlah Posyandu adalah 1.561 buah. Cakupan posyandu purnama tahun 2014 sebesar 55,78% (699) dan tahun 2015 turun sedikit menjadi sebesar 43,11% (679), hal ini karena ada beberapa posyandu purnama menjadi mandiri. Sedangkan posyandu mandiri mengalami penurunan di tahun 2014 dan

tahun 2015 yaitu berturut-turut 32,99% (515) menjadi 34,29% (540). Gambaran perkembangan strata posyandu terlihat pada grafik dibawah ini.

**Gambar 4.25 Grafik Perkembangan Strata Posyandu Kota Semarang**



Sumber: Seksi Pemberdayaan & Pembiayaan Kesehatan Bidang PKPKL

Untuk lebih lengkap dapat dilihat pada lampiran tabel 72.

## SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN KOTA SEMARANG

### BAB V

Sumber daya kesehatan merupakan salah satu faktor pendukung dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas, yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada bab ini, sumber daya kesehatan diulas dengan menyajikan gambaran keadaan sarana kesehatan, tenaga kesehatan, perbekalan kesehatan dan pembiayaan kesehatan.

#### A. SARANA KESEHATAN

Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat perlu didukung oleh adanya sarana kesehatan yang memadai dan memiliki kualitas pelayanan yang baik. Sarana kesehatan dasar yang ada di Kota Semarang pada tahun 2015 terdiri dari :

No	Nama	2013	2014	2015
1	Rumah sakit umum pemerintah	5	7	6
2	Rumah sakit umum swasta	10	12	12
3	Rumah sakit jiwa	1	1	1
4	Rumah sakit ibu dan anak	3	3	4
5	Rumah sakit bersalin	2	1	1
6	Puskesmas	37	37	37
	- Puskesmas perawatan	12	11	11
	- Puskesmas non perawatan	25	26	26
	- Puskesmas pembantu	35	35	35
	- Puskesmas keliling	37	37	37
7	Rumah bersalin	6	6	
8	Balai pengobatan umum	80	122	-
9	Balai pengobatan gigi	6	8	-
10	Klinik 24 Jam	7	7	-
11	Klinik Pratama	80	83	92
12	Klinik utama	36	37	36
13	Apotek	406	401	401

14	Dokter umum praktek perorangan	1640	1798	1940
15	Dokter spesialis praktek	730	745	
16	Dokter gigi praktek	393	415	438

**Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Laboratorium Kesehatan dan 4 spesialis dasar.**

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat, telah terdapat beberapa sarana pelayanan kesehatan yang telah dilengkapi oleh fasilitas laboratorium kesehatan dan 4 (empat) spesialis dasar. Kondisi yang ada di Kota Semarang pada tahun 2015, diketahui bahwa sarana kesehatan yang memiliki laboratorium kesehatan sebanyak 59 buah (100%) dan yang memberikan pelayanan 4 spesialis dasar sebesar 15 buah (93,75%). Sarana kesehatan tersebut terdiri dari : 16 Rumah Sakit Umum dengan fasilitas laboratorium kesehatan dan 4 spesialis dasar; 5 buah Rumah Sakit Khusus yang memiliki laboratorium kesehatan, 1 Rumah Sakit Jiwa, serta 37 puskesmas se-Kota Semarang telah seluruhnya dilengkapi oleh fasilitas laboratorium kesehatan sederhana

**Sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat** yang dapat diakses oleh masyarakat di Kota Semarang pada tahun 2015 sebanyak 37 sarana kesehatan (100%) yaitu 18 Rumah Sakit Umum (100%), 1 RS Jiwa (100%), 7 RS Khusus (87,5%) dan 11 puskesmas perawatan (100%).

**Desa Siaga**, merupakan desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan secara mandiri. Sebuah desa dikatakan menjadi desa siaga apabila desa tersebut telah memiliki minimal sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Jumlah desa/kelurahan siaga yang ada di Kota Semarang Tahun 2015 sebanyak 177 Kelurahan, artinya semua kelurahan di Kota Semarang telah menjadi kelurahan siaga.

**Tabel 5.1 Kondisi bangunan & sarana pendukung puskesmas Kota Semarang tahun 2015**

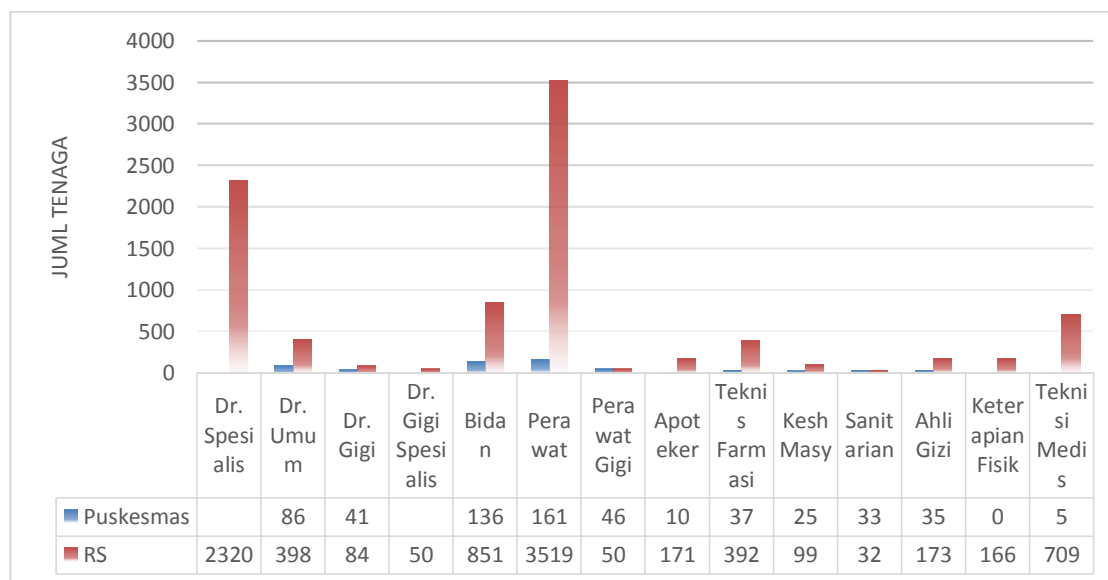
No	Sarana	Jumlah	Kondisi			
			Baik	Rusak ringan	Rusak sedang	Rusak berat
1	Puskesmas	37	14	20	3	0
2	Puskesmas pembantu	33	16	10	9	0
3	Rumah dinas (dokter)	14	1	6	4	3
4	Pusling roda 4	37	37	0	0	0

## B. TENAGA KESEHATAN

Peningkatan kuantitas dan kualitas sumber daya manusia (SDM) dibidang kesehatan sangat diperlukan agar penyelenggaraan upaya kesehatan dapat berjalan dengan baik. Oleh karena itu diperlukan, yang diharapkan mampu bekerja secara profesional dan selalu berusaha untuk mengembangkan kemampuan secara keilmuan dan ketrampilannya dalam rangka memberikan pelayanan yang optimal kepada masyarakat.

Informasi tenaga kesehatan diperlukan bagi perencanaan dan pengadaan tenaga serta pengelolaan kepegawaian. Kesulitan memperoleh data ketenagaan yang mutakhir disebabkan antara lain karena sifat data ketenagaan yang selalu berubah terus-menerus dan melibatkan lintas organisasi sehingga sistem pencatatan dan pelaporan belum dapat ditampilkan secara lengkap, akurat dan sistematis. Sebaran tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan, Rumah Sakit, dan Dinas Kesehatan Kota Semarang berdasarkan laporan yang masuk adalah sebagai berikut:

**Gambar 5.2 : Grafik Data Tenaga Kesehatan di Kota Semarang Tahun 2015**



Sumber : Sub Bag Umum Kepegawaian dan Bidang Yankes

## C. PERBEKALAN KESEHATAN

### Ketersediaan Obat

Tingkat Ketersediaan obat sesuai dengan Pelayanan Kesehatan Dasar di puskesmas tahun 2015 adalah 109%. Angka ini diperoleh dari jumlah persediaan obat dari seluruh

sumber anggaran tahun 2015 yaitu Rp. 11.135.730.358,72,- dibagi dengan jumlah pemakaian obat selama tahun 2015 sebesar Rp. 10.218.528.827,-.

Perencanaan dan pengadaan obat di Kota Semarang tahun 2014 seluruh jenis obatnya adalah obat esensial dan generik sesuai dengan Pedoman Pengadaan Obat dari Kemenkes RI.

No	Tahun	Pemakaian obat Puskesmas (Rp.)	Persediaan Obat (Rp.)	Ketersediaan Obat (%)
1	2010	4.937.400.129	7.124.472.650	144
2	2011	5.335.760.964,21	9.149.159.943	171
3	2012	6.086.186.497,81	9.633.264.965	158
4	2013	7.808.560.371,11	8.339.021.677	107
5	2014	9.688.802.285,02	10.679.726.524,96	110
6	2015	10.218.528.827,00	11.135730.358,72	109

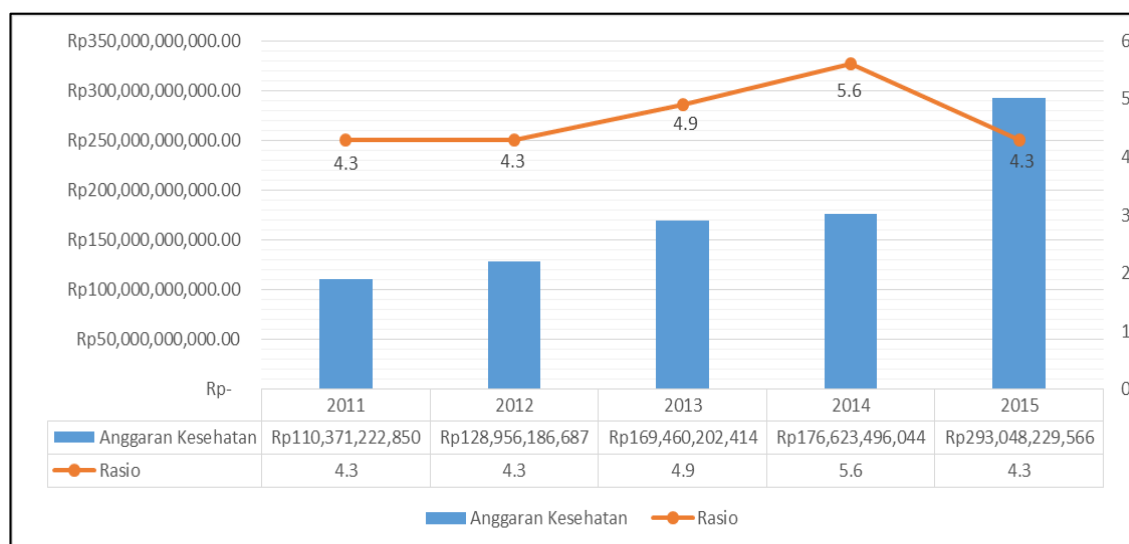
Sumber: Instalasi Farmasi

Sedangkan jumlah kunjungan resep seluruh Puskesmas adalah 1.131.590 lembar, dengan rata-rata tiap bulan adalah 94.299 lembar.

#### D. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Tren alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kota Semarang menunjukkan angka yang fluktuatif dari tahun 2011 s/d 2015 sebagai berikut:

**Gambar 5.3 Grafik Perkembangan Alokasi Anggaran Dinas Kesehatan Kota Semarang & Rasio terhadap APBD Kota Semarang Tahun 2011 s/d 2015**



Sumber: Subbag Perencanaan & Evaluasi

Alokasi anggaran kesehatan Kota Semarang pada tahun 2015 sebesar 293.048.229.566,- jika dibanding dengan anggaran tahun 2014 yang sebesar Rp. 176.623.496.044,- hal ini menunjukkan ada peningkatan. Alokasi dana ini terbagi atas: sumber APBD Kota Semarang sebesar Rp. 185.625.962.345,- (63,34%) dengan rincian belanja langsung Rp. 113.450.245.000,- dan belanja tidak langsung Rp. 72.175.717.345.000,- ; sumber APBD Propinsi Rp. 35.204.800,- (0,01 %); sumber APBN sebesar Rp. 106.570.665.845,- (36,37%), pinjaman/hibah luar negeri sebesar Rp. 816.396.576 (0,28%), dan sumber pemerintah lain sebesar Rp.0,- (0 %). Peningkatan tahun 2015 ini di dapat dari sumber dana APBN.

Jika dibandingkan dengan total APBD Kota Semarang yang sebesar Rp. 4.358.328.271.526,- terhadap total anggaran kesehatan bersumber APBD pada dinas Kesehatan adalah 4,25 %. Data secara lengkap dapat dilihat pada lampiran tabel 81.

# KESIMPULAN

## BAB VI

Berbagai upaya yang telah dilaksanakan dalam pembangunan kesehatan, antara lain upaya peningkatan dan perbaikan terhadap derajat kesehatan masyarakat, upaya pelayanan kesehatan, sarana kesehatan dan sumber daya kesehatan. Hasil-hasil kegiatan pembangunan kesehatan di semua wilayah kerja Puskesmas yang tersebar di 16 kecamatan di Kota Semarang selama periode 1 (satu) tahun tergambar dalam Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2015.

Secara umum upaya-upaya yang telah dilakukan dalam pembangunan kesehatan telah menunjukkan hasil yang cukup baik, namun masih ada beberapa program kesehatan yang belum mencapai hasil yang optimal. Keberhasilan maupun kekurangan dalam pencapaian upaya-upaya pembangunan kesehatan di Kota Semarang selama tahun 2015 adalah sebagai berikut :

1. **Jumlah kematian Ibu maternal**, berdasarkan laporan Puskesmas dan Rumah Sakit pada tahun 2015 sebanyak 35 kasus dengan jumlah kelahiran hidup (KH) sebanyak 27.334 orang atau 128,05 per 100.000 KH.
2. **Jumlah Kematian Bayi**, berdasarkan hasil laporan berbagai sarana pelayan kesehatan yang terjadi di Kota Semarang Tahun 2015 sebanyak 229 dari 27.344 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 8,37 per 1.000 KH.
3. **Jumlah Kematian Balita** di Kota Semarang Tahun 2015 sebanyak 283 anak dari 27.334 kelahiran hidup sehingga Angka Kematian Balita (AKABA) Kota Semarang diperoleh sebesar 10,4 per 1.000 KH.
4. **Jumlah kasus bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR)** tahun 2015 sebesar 311 bayi (1,2 %)
5. **Jumlah Balita dengan status bawah garis merah (BGM)** sebanyak 646 anak (0,7%) dari 87.577 balita yang datang dan ditimbang (D) di posyandu.
6. **Jumlah kasus gizi buruk balita** yang ditemukan tahun 2015 sejumlah 39 kasus.
7. **Jumlah penderita TB Paru** yang ditemukan tahun 2015 dengan status supek sebesar 12.168 orang, penderita BTA (+) sebesar 1.222 orang, kasus TB anak sejumlah 358 kasus. Angka kesembuhan tahun 2015 sebesar 22,6 %.
8. **Jumlah kasus HIV** yang ditemukan tahun 2015 sebesar 456 orang, sedangkan jumlah kasus **AIDS** pada tahun 2014 sebanyak 51 orang, dan yang meninggal adalah 3 orang.



9. **Jumlah kasus pneumonia** umur < 1 th tahun 2015 adalah 2.150 orang, umur 1 - 4 th sebanyak 5.349. Sedangkan untuk kasus pneumonia berat umur < 1 th sebesar 43 balita, dan umur 1-4 tahun sebanyak 217 anak.
10. **Jumlah penderita kusta** yang ditemukan tahun 2015 adalah 25 kasus, dengan tipe kusta PB ada 0 kasus dan tipe MB ada 25 kasus (100%).
11. **Jumlah kasus diare**, tahun 2015 sebanyak 39.893 kasus, untuk penderita umur <1 tahun sebesar 3.152 kasus, umur 1-4 tahun sebesar 7.755 kasus, umur > 5 tahun sebesar 28.986 kasus.
12. **Jumlah kasus tetanus neonatorum (TN)**, tidak ditemukan kasus pada tahun 2015.
13. **Jumlah kasus difteri** tahun 2015 sebanyak 2 kasus, dan tidak ditemukan penderita yang meninggal.
14. **Jumlah kasus campak** yang ditemukan pada tahun 2015 sejumlah 224 kasus.
15. **Jumlah kasus polio**, dengan kasus AFP tahun 2015 sejumlah 8 kasus.
16. **Jumlah kasus malaria**, tahun 2015 sebesar 10 kasus, dengan API sebesar 0,006.
17. **Jumlah kasus demam berdarah** pada tahun 2015 sebanyak 1.737 kasus dengan jumlah meninggal 21 orang. IR DBD adalah 98,61 ‰ dan CFR DBD adalah 1,21 %.
18. **Jumlah kasus Chikungunya** yang terjadi pada tahun 2015 sebesar 0 kasus.
19. **Jumlah kasus Rabies** yang terjadi di tahun 2014 sebanyak 14 kasus.
20. **Jumlah kasus leprospirosis** yang terjadi pada tahun 2015 sebesar 56 kasus dengan jumlah kematian 8 kasus, angka CFR adalah 14,3 per 100.000 penduduk.
21. **Jumlah kasus flu burung** yang terjadi pada tahun 2015 tidak menemukan adanya konfirmasi kasus, maupun suspek flu burung.
22. **Jumlah Kasus Penyakit tidak menular** , jumlah kematian tahun 2015 sebesar 980 kasus.
23. **Cakupan kunjungan ibu hamil K4** Kota Semarang pada tahun 2015 adalah 28.741 (97,5%) meningkat jika dibanding dengan tahun 2013 yaitu 28.215 bumil (97,2%).
24. **Jumlah persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan** di Kota Semarang pada tahun 2015 adalah 27.454 (97,5%) dari 28.149 ibu bersalin.
25. **Jumlah pelayanan ibu nifas yang mendapat pelayanan kesehatan** adalah pada tahun 2015 adalah 28.149 orang atau 100% dari total ibu nifas yang berjumlah 28.149 orang.
26. **Jumlah pelayanan komplikasi maternal**, pada tahun 2015 jumlah neonatal risti yang ditangani sebesar 3.495 kasus atau 58.1% dari total 6.018 komplikasi kebidanan.
27. **Pelayanan Neonatal komplikasi yang dilayani/ditangani** pada tahun 2015 sebesar 3.332 kasus atau 81.3 % dari total perkiraan 4.100 neonatal risti.

28. **Cakupan kunjungan neonatus (KN 1)** tingkat Kota Semarang tahun 2015 adalah 26.786 atau (98%) dari 27.334 bayi lahir hidup.
29. **Cakupan kunjungan bayi** di Kota Semarang pada tahun 2015 adalah 26.281 atau 95,2% dari 27.607 bayi yang ada.
30. **Pelayanan kesehatan balita minimal 8 kali** di peroleh cakupan tahun 2015 adalah 7.382 atau (90,8 %).
31. **Cakupan deteksi dini tumbuh kembang (DDTK) anak balita** tingkat Kota Semarang pada tahun 2015 sebanyak 87.577 (81.9%) bayi ditimbang dari total balita yang dilaporkan berjumlah 106.867 balita.
32. **Pelayanan kesehatan pada siswa SD kelas 1 dan sederajat** yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di tingkat puskesmas pada tahun 2015 diperoleh hasil sebanyak 26.582 murid SD atau 100% dari 26.582 murid SD keseluruhan.
33. **Jumlah pasangan usia subur (PUS)** yang berhasil didata oleh Puskesmas sebanyak 262.780, dengan jumlah peserta KB baru sebesar 1.117 orang (5.4%) dengan jumlah peserta KB aktif yang dibina sebesar 20.235 orang (76,2%).
34. **Cakupan bayi yang diimunisasi DPT3 + HB3** pada tahun 2015 sebesar 26.252 (100%), dengan Cakupan imunisasi campak sebesar 26.778 (101,79%).
35. **Cakupan kunjungan pelayanan kesehatan** pada tahun 2015 total kunjungan tingkat Kota Semarang pada unit rawat jalan sebesar 3.360.901 kunjungan, sedangkan untuk kunjungan rawat inap pada tahun 2015 sebesar 226.191 kunjungan
36. **Pencapaian hasil kinerja Rumah Sakit** di Kota Semarang meliputi : BOR (51,3%) ; LOS (5,1 hari).
37. **Pelayanan kesehatan gigi dan mulut** yang dilaksanakan di puskesmas pada tahun 2015 meliputi pelayanan tumpatan gigi tetap sejumlah 8.769 kasus, pencabutan gigi tetap 8.976 kasus, dengan rasio untuk tumpatan/pencabutan dibandingkan pencabutan gigi sebesar 1,0.
38. **Pelayanan UKGS di sekolah dasar**, dilaksanakan pemeriksaan kesehatan gigi terhadap 26.582 siswa (100%), dari total 26.582 anak SD/MI. Dari jumlah tersebut terdapat 12.484 siswa perlu perawatan dan yang telah mendapatkan perawatan sebanyak 1.803 siswa (14,4%). Berkaitan dengan kegiatan sikat gigi massal, diperoleh hasil sejumlah 434 SD/MI (72%) telah melakukan kegiatan tersebut dari total 597 SD/MI yang dilaporkan.

39. **Jumlah pelayanan kesehatan masyarakat miskin**, melalui program Jamkesmaskot pemanfaatan (utility) pelayanan sebanyak 12.765 orang, miskin data base 7.999 orang (62,66%) miskin non data base 4.766 orang (37,34%), dengan jumlah kunjungan 36.321.
40. **Cakupan pemberian Fe30 bumil** sebesar 98,99% , dan Fe 90 sebesar 97,05%.
41. **Cakupan pemberian vitamin A** pada bayi umur 6-11 bulan sejumlah 14.053 bayi atau sebesar 100% dari 14.053 bayi yang ada. Sedangkan cakupan pemberian vitamin A yang diberikan 2 kali kepada anak balita ( 1-4 tahun ) 86.745 anak atau 101.3% dari 85.650 sasaran anak balita yang ada. Bagi ibu nifas diperoleh cata cakupan pemberian vitamin A sebesar 100,1% dari 28.149 ibu nifas.
42. **Cakupan pemberian ASI Eksklusif** pada bayi umur 0-6 bulan sejumlah 10.625 bayi atau 64,69% dari 16.425 sasaran bayi.
43. **Cakupan pelayanan kesehatan Usila** di Kota Semarang pada tahun 2015 sejumlah 41.212 (64,76%) dari 56.483 usila yang ada.
44. **Cakupan pelayanan kesehatan pekerja** baik sektor formal maupun informal yang dilayani di Kota Semarang pada tahun 2015 sebanyak 137.664 orang.
45. **Jumlah sarana kesehatan yang memiliki laboratorium** kesehatan sebanyak 59 buah (100%) dan yang memberikan pelayanan 4 spesialis dasar sebesar 15 buah (93,75%).
46. **Sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat** yang dapat diakses oleh masyarakat di Kota Semarang pada tahun 2015 sebanyak 37 sarana kesehatan (97,37%).
47. **Jumlah desa/kelurahan siaga** yang ada di Kota Semarang Tahun 2015 sebanyak 177 Kelurahan.
48. **Jumlah PHBS tatanan rumah tangga** dengan strata utama 255.413 (64,63%), strata paripurna 103.953 (26,3%).
49. **Jumlah Posyandu** tahun 2015 1.575 buah, dengan strata posyandu purnama 679 (43,11%), posyandu mandiri 540 (34,29%).
50. **Tingkat ketersediaan obat** sesuai dengan Pelayanan Kesehatan dasar di Puskesmas tahun 2015 adalah 109%.
51. **Alokasi anggaran kesehatan Kota Semarang** pada tahun 2015 sebesar Rp. 293.048.229.566,- dengan rasio terhadap APBD Kota Semarang sebesar 4,25 %.

--@@--

# Lampiran

# Tabel Profil



Sumber: Urban-sketcherindonesia