

PROFIL KESEHATAN 2016



dinas kesehatan
KOTA SEMARANG

www.dinkes.semarangkota.go.id

TIM PENYUSUN

Pengarah

Dr. Widoyono, MPH
Kepala Dinas Kesehatan

Ketua

Drg. Yuli Normawati
Kepala Bidang SDK

Redaktur

Dr. Sri Maharsi

Editor

Hanif Pandu S, SKM, M.Kom

Desain Grafis

Hanif Pandu S, SKM, M.Kom

Kesekretariatan

Triatmi, Nugraheni

Kontributor

Bidang Pencegahan & Pemberantasan Penyakit
Bidang Kesehatan Masyarakat
Bidang Pelayanan Kesehatan
Bidang Sumber Daya Kesehatan
Sekretariat
Badan Pusat Statistik Kota Semarang
Dispendukcapil Kota Semarang
Polrestabes Semarang
Rumah Sakit se – Kota Semarang

Email: dinkes@semarangkota.go.id ; dkksemarang@gmail.com ;
Profil kesehatan ini dapat diunduh di 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 2016” 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 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, Mei 2017

Kepala Dinas Kesehatan

dr. Widoyono, M.PH

NIP. 19630809 198801 1 001

DAFTAR ISI

Keterangan	Halaman
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Dasar	1
C. Visi dan Misi	3
D. Tujuan, dan Sasaran yang akan dicapai	4
E. Tujuan Penyusunan Profil Kesehatan Tahun 2016	7
F. Sistematika Penulisan	8
BAB II GAMBARAN UMUM DAN PERILAKU PENDUDUK KOTA SEMARANG	
A. Keadaan Geografis	9
B. Kependudukan	9
C. Sarana dan Prasarana Kesehatan	13
BAB III SITUASI DERAJAT KESEHATAN KOTA SEMARANG	
A. Umur Harapan Hidup	14
B. Mortalitas / Kematian	14
C. Status Gizi Bayi & Balita	20
D. Morbiditas	24
1. Pola 10 besar penyakit Puskesmas.....	24
2. Pola 10 besar penyakit RS	24
3. Penyakit menular	25
4. Penyakit PD3I	40
5. Penyakit bersumber binatang	43
6. Penyakit tidak menular	57
BAB IV SITUASI UPAYA KESEHATAN KOTA SEMARANG	
A. Pelayanan Kesehatan Dasar	60
1. Pelayanan KIA	60
2. Pelayanan KB	67
3. Pelayanan Imunisasi	68
B. Pelayanan Kesehatan Rujukan	71
1. Kunjungan pelayanan kesehatan	71
2. Indikator pelayanan kesehatan di RS	71
3. Pelayanan kesehatan gigi & mulut	72
C. Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat	73

	D.	Perbaikan Gizi Masyarakat	77
	E.	Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut	79
	F.	Pelayanan Kesehatan Pekerja	80
	G.	Pelayanan Kesehatan khusus	81
	H.	Keadaan Kesehatan Lingkungan	81
		1. Sarana air bersih & air minum	81
		2. Sarana & akses terhadap sanitasi dasar	82
	I.	Keadaan Perilaku Masyarakat	84
BAB	V	SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN KOTA SEMARANG	
	A.	Sarana Kesehatan	87
	B.	Tenaga Kesehatan	89
	C.	Perbekalan Kesehatan	89
	D.	Pembiayaan Kesehatan	90
BAB	VI	KESIMPULAN	92
		LAMPIRAN-LAMPIRAN	

A. Latar Belakang

Visi Kota Semarang yang ditetapkan adalah **“Semarang Kota Perdagangan dan Jasa Yang Hebat Menuju Masyarakat Semakin Sejahtera”**. Visi tersebut bermakna bahwa Semarang sebagai kota metropolitan berwawasan lingkungan akan menjadi kota yang handal dan maju dalam perdagangan dan jasa, dengan dukungan infrastruktur yang memadai serta tetap menjadi daerah yang kondusif untuk meningkatkan kesejahteraan warganya dengan dukungan pengembangan bidang politik, keamanan, sosial, ekonomi dan budaya. Dari definisi HEBAT dikandung pemahaman bahwa Visi tersebut ingin mewujudkan kondisi masyarakat yang semakin sejahtera dalam rangka mencapai keunggulan dan kemuliaan, serta kondisi perkotaan yang semakin kondusif dan modern dengan tetap memperhatikan lingkungan berkelanjutan demi kemajuan perdagangan dan jasa, dan hal ini tidak lepas dari masyarakat yang 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 deajat 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

Gambaran masyarakat Kota Semarang di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah **“TERWUJUDNYA PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT KOTA SEMARANG YANG TERBAIK SE-JAWA TENGAH TAHUN 2021 ”**.

Visi tersebut mengandung filosofi pokok yaitu 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, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan 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 teknis terhadap 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 administrasi pemerintahan, yaitu :

1. Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Dengan Sumber Daya Manusia Kesehatan Yang Handal Dan Berprestasi;
2. Meningkatkan Upaya Pencegahan Penyakit dan Promosi Kesehatan;
3. Mengembangkan Kemitraan Dan Menggerakkan Masyarakat Untuk Hidup Sehat;
4. Mengembangkan Keunggulan Teknologi Informasi;

D. Tujuan, dan Sasaran yang Akan Dicapai

Agar pembangunan kesehatan dapat diselenggarakan dengan berhasil-guna dan berdaya-guna, maka misi, tujuan, dan sasaran yang akan dicapai oleh Dinas Kesehatan sampai pada akhir tahun 2021 adalah :

Misi 1.

Meningkatkan Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Kesehatan yang handal & berprestasi.

Tujuan :

1. Meningkatkan sumber daya manusia kesehatan yang kompeten dan berkualitas.
2. Meningkatkan sarana dan prasarana fasilitas kesehatan yang terstandar.
3. Meningkatkan anggaran untuk pelayanan kesehatan.
4. Menyediakan fasilitas kesehatan yang terakreditasi.
5. Meningkatkan ketersediaan obat, vaksin dan perbekalan kesehatan dengan manajemen pengelolaan obat yang baik dan IF sesuai standar.
6. Menyelenggarakan pelayanan laboratorium kesehatan.
7. Pelayanan terstandar bagi masyarakat miskin
8. Peningkatan mutu dan pengendalian biaya JKN
9. Meningkatkan pelayanan kesehatan dalam upaya perbaikan gizi masyarakat
10. Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak
11. Meningkatkan pelayanan kegawatdaruratan medis (Ambulan Hebat)

Sasaran :

1. Meningkatnya kualitas sumber daya manusia kesehatan melalui diklat/kursus.
2. Meningkatnya kuantitas sumber daya manusia kesehatan melalui rekrutmen.
3. Meningkatnya sarana di fasilitas kesehatan.
4. Meningkatnya prasarana di fasilitas kesehatan (Puskesmas, Instalasi Farmasi, dan Laboratorium Kesehatan).
5. Terpenuhinya anggaran kesehatan
6. Terakreditasinya seluruh Puskesmas
7. Terpenuhinya ketersediaan obat, vaksin dan perbekalan kesehatan dengan manajemen pengelolaan obat yang baik dan IF sesuai standar

8. Terpenuhinya pelayanan laboratorium kesehatan
9. Terpenuhinya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
10. Terpenuhinya kapitasi berbasis komitmen pelayanan
11. Monitoring mutu dan pengendalian biaya JKN
12. Meningkatnya status gizi masyarakat
13. Terbentuknya Puskesmas sebagai Gizi Center
14. Meningkatkan pelayanan rumah gizi
15. Meningkatnya derajat kesehatan ibu
16. Meningkatnya derajat kesehatan anak
17. Terpenuhinya pelayanan kegawatdaruratan kesehatan

Misi 2.

Meningkatkan Upaya Pencegahan Penyakit & Promosi Kesehatan

Tujuan :

1. Meningkatkan cakupan pelayanan imunisasi dasar
2. Meningkatkan penemuan kasus TB & HIV
3. Meningkatkan penyuluhan kesehatan masyarakat
4. Meningkatkan media promosi kesehatan
5. Pendekatan keluarga sehat
6. Meningkatkan paradigma sehat dengan gerakan masyarakat hidup sehat (Germas)

Sasaran :

1. Tercapainya cakupan UCI Kelurahan 100%
2. Meningkatnya penemuan kasus TB
3. Meningkatnya penemuan kasus HIV/AIDS
4. Meningkatnya frekuensi penyuluhan kesehatan masyarakat
5. Meningkatnya media promosi kesehatan
6. Terinterfensi kesehatan berbasis resiko dan bina keluarga
7. Meningkatnya kesadaran dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup.

Misi 3.**Mengembangkan Kemitraan & Menggerakkan Masyarakat untuk Hidup Sehat****Tujuan :**

1. Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam gerakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.
2. Menciptakan lingkungan sehat.
3. Meningkatkan partisipasi pihak ketiga dan masyarakat dalam mendukung pelayanan kesehatan

Sasaran :

1. Meningkatnya pemetaan PHBS dari tingkat tatanan keluarga, tempat-tempat umum dan institusi.
2. Terwujudnya strata PHBS pada tatanan keluarga, tempat-tempat umum dan institusi.
3. Terwujudnya kota sehat swasti saba wistara
4. Terwujudnya kecamatan STMB dengan ODF / Stop BABS
5. Terwujudnya kualitas sarana sanitasi pada masyarakat
6. Meningkatnya peran serta pihak ketiga dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan
7. Terwujudnya pelayanan kesehatan lansia di Poksila

Misi 4.**Mengembangkan keunggulan teknologi Informasi****Tujuan :**

1. Menyediakan data dan informasi kesehatan yang berkualitas
2. Mewujudkan integrasi data kesehatan antara institusi pelayanan kesehatan dan lintas sector terkait
3. Mewujudkan system informasi kesehatan yang unggul dan berdaya guna

Sasaran :

1. Tersedianya data dan informasi kesehatan yang berkualitas
2. Meningkatnya akses terhadap data dan informasi kesehatan
3. Terwujudnya integrasi data kesehatan di sarana pelayanan kesehatan
4. Terwujudnya aplikasi system informasi kesehatan yang berdaya guna dan berkesinambungan.
5. Meningkatnya kualitas sarana & prasarana pendukung system informasi kesehatan.

Dalam rangka memberikan gambaran situasi kesehatan di Kota Semarang Tahun 2016 perlu diterbitkan Buku Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2016. Buku Profil Kesehatan Kota Semarang merupakan salah satu sarana untuk menilai pencapaian kinerja pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan & mempertahankan Kota Semarang sebagai Kota 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 2016 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).

E. Tujuan Penyusunan Profil Kesehatan Tahun 2016**1. Umum**

Tujuan disusunnya Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2016 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.

F. 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 km², 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 km²) dan Kecamatan Gunungpati (54,11 km²), dimana sebagian besar wilayahnya berupa persawahan dan perkebunan. Sedangkan kecamatan dengan luas terkecil adalah Semarang Selatan (5,93 km²) dan kecamatan Semarang Tengah (6,14 km²), 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 2016 sebesar : 1.634.482 jiwa, terdiri dari 811.661 jiwa penduduk laki-laki dan 822.821 jiwa penduduk perempuan.

Sedangkan data penduduk tahun 2016 berdasarkan BPS sampai buku profil ini dicetak belum ada rilis resmi dari BPS Kota Semarang.

Tabel 2.1 : Indikator Perkembangan Penduduk Tahun 2004 – 2016

INDIKATOR PERKEMBANGAN PENDUDUK KOTA SEMARANG								
URAIAN	SATUAN	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1. Jumlah Penduduk	Jiwa	1.527.433	1.544.358	1.559.198	1.572.105	1.584.906	1.595.187	
2. Pertumbuhan Per Tahun	Persen	1,36	1,11	0,96	0,83	0,97	0,59	
3. Kepadatan	Per Km2	4.087	4.133	4.172	4.207	4.241	4.269	
4. Jumlah Rumah Tangga	Rumah Tangga	438.537	429.268	435.184	442.089	443.541	471.327	
5. Rata-rata Anggota Rumah Tangga	Jiwa	3,48	3,60	3,58	3,56	3,57	3,38	
6. Rasio Jenis Kelamin	Per 100 Pddk	99	99	99	99	99	99	
7. Tingkat Kelahiran Kasar	Per 1000 Pddk	14,98	16,09	15,23	15,18	15,63	14,22	
8. Tingkat Kematian Kasar	Per 1000 Pddk	6,77	6,76	6,45	6,55	6,80	6,77	
9. Tingkat Migrasi Masuk	Per 1000 Pddk	26,46	28,44	27,19	19,40	21,03	20,50	
10. Tingkat Migrasi Keluar	Per 1000 Pddk	24,50	26,21	27,09	19,47	20,36	21,59	
11. TPAK Laki-laki	Persen	77,44	81,62	80,85	80,15	81,97	78,54	
12. TPAK Perempuan	Persen	57,19	58,34	55,75	56,11	55,72	56,09	

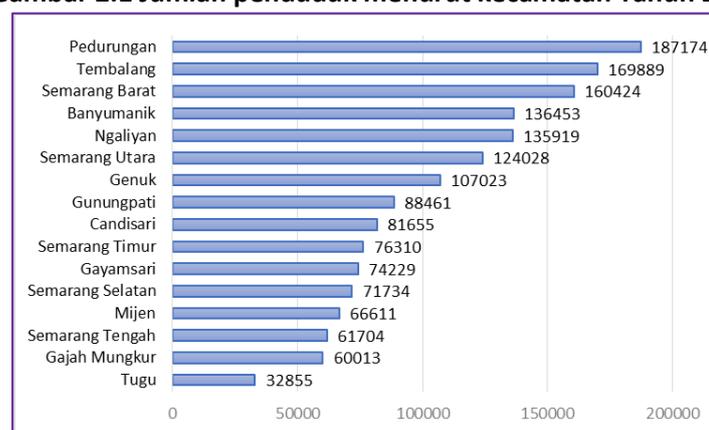
SUMBER : BPS KOTA SEMARANG
Keterangan: *) Tahun 2009 TPAK 15 th keatas

Perkembangan dan pertumbuhan penduduk selama 6 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.

Gambar 2.1 Jumlah penduduk menurut kecamatan Tahun 2016



Sumber : dispendukcapil 2016

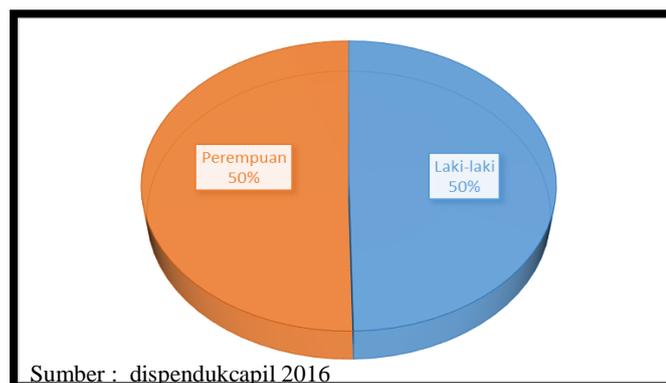
Sebagai salah satu kota metropolitan, Semarang boleh dikatakan belum terlalu padat. Pada tahun 2016 kepadatan penduduknya sebesar 4.374 jiwa per km² sedikit mengalami kenaikan bila dibandingkan dengan tahun 2015. Bila dilihat menurut Kecamatan terdapat 3 kecamatan yang mempunyai kepadatan di bawah angka rata-rata Semarang, sebagai berikut: Kecamatan Tugu sebesar 1034 jiwa per km², Kecamatan Mijen (1.157 jiwa/ km²), Kecamatan Gunungpati (1.634 jiwa/ km²). 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 Candisari 12.485 jiwa/km², Semarang Selatan 12.117 jiwa/km², dan Kecamatan Gayamsari 12.011 jiwa/km². Secara umum ciri masyarakat Kota Semarang terbagi dua yaitu masyarakat dengan karakteristik perkotaan dan masyarakat dengan karakteristik pedesaan. 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 Jumlah penduduk tahun 2016 sejumlah 1,634,482 jiwa, terdiri dari 811.661 jiwa penduduk laki-laki dan 822.821 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 2016



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 – 2016. Dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.2 Perkembangan Kelahiran dan Kematian Penduduk Kota Semarang Periode 2006 – 2016

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	1.595.267	14,22	6,7
2016	1.634.482		

Sumber data : BPS Kota Semarang – Profil Kependudukan

*Tahun 2016: Data dari Dispendukcapil Kota Semarang

Tabel 2.3 Jumlah Sarana dan Prasarana di Kota Semarang

A.	SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN	2014	2015	2016
1.	Rumah Sakit Umum :			
	a. Rumah Sakit Swasta	12	12	12
	b. Rumah Sakit Umum Daerah	2	2	2
	c. Rumah Sakit Umum Pusat	2	2	2
	d. Rumah Sakit TNI / POLRI	3	2	2
	e. Rumah Sakit Khusus, terdiri dari :	9	9	
	- RS Jiwa	1	1	1
	- RS Bedah Plastik	1	0	0
	- RS Rehabilitasi Medik	0	1	1
	- Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA)	3	4	4
	- Rumah Sakit Bersalin (RSB)	2	2	2
2.	Rumah Bersalin (RB) / BKIA	6	6	
3.	Puskesmas , terdiri dari :	37	37	37
	a. Puskesmas Perawatan	11	11	11
	b. Puskesmas Non Perawatan	26	26	26
4.	Puskesmas Pembantu	35	35	35
5.	Puskesmas Keliling	37	37	37
6.	Posyandu yang ada	1.561	1.575	1.581
7.	Posyandu Aktif	1.214	1.219	1.205
8.	Apotik	401	401	397
9.	Laboratorium Kesehatan	30	28	26
10.	Klinik Spesialis / Klinik Utama	37	36	40
11.	Klinik 24 Jam	7	-	-
12.	Toko Obat	20	23	20
13.	BP Umum (Klinik Pratama)	83	92	
14.	BP Gigi	8	-	
16.	Dokter Umum Praktek Perorangan	1.798	1.940	
17.	Dokter Spesialis Praktek	745		
18.	Dokter gigi praktek	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 2015 ini mencapai 77,18 berturut-turut dari tahun 2012. Sementara UHH tahun 2016 sejak buku ini terbit belum ada data resmi dari BPS.

Gambar. 3.1 Perkembangan UHH Kota Semarang



Sumber data : BPS Kota Semarang – Profil Kependudukan

B. MORTALITAS / KEMATIAN

Mortalitas dapat dijelaskan sebagai kejadian kematian pada suatu masyarakat dari waktu ke waktu dan tempat tertentu yang dapat menggambarkan status kesehatan

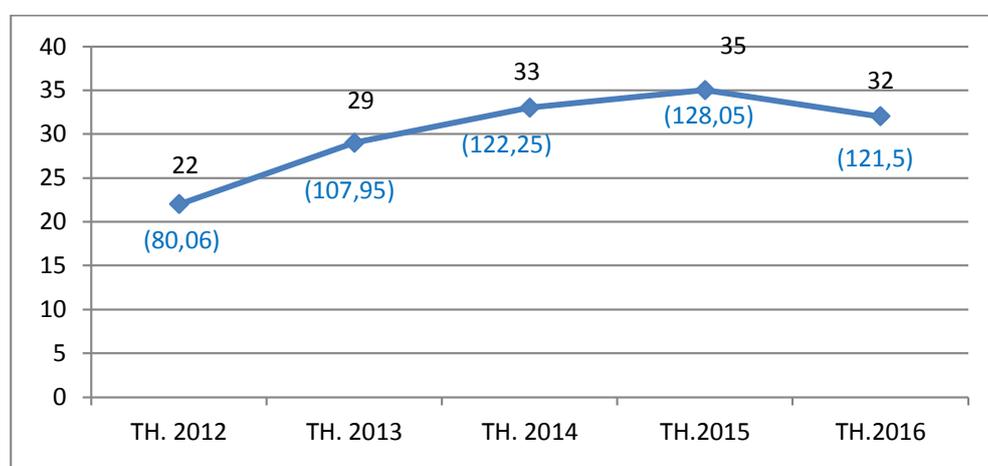
masyarakat secara kasar, kondisi/ tingkat permasalahan kesehatan, kondisi lingkungan fisik dan biologik secara tidak langsung. Selain itu dapat pula digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan kesehatan.

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 per 100.000 kelahiran hidup, 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. 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.

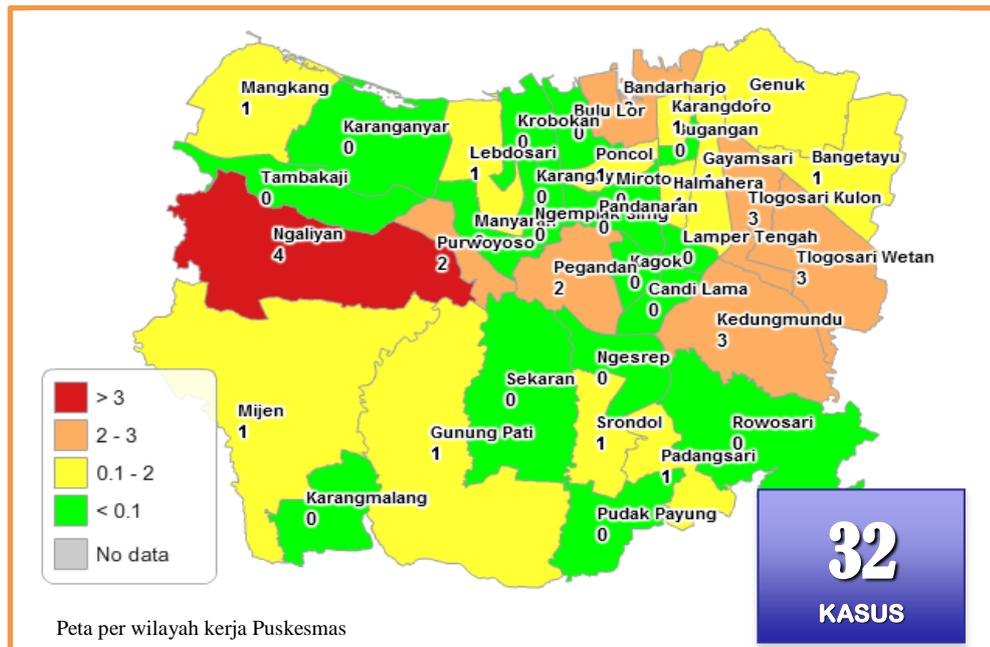
Berdasarkan laporan Puskesmas jumlah kematian ibu maternal di Kota Semarang pada tahun 2016 sebanyak 32 kasus dari 26.337 kelahiran hidup atau sekitar 121,5 per 100.000 KH. Angka kematian Ibu (AKI) mengalami penurunan dari tahun-tahun sebelumnya yaitu 128,05 per 100.000 KH pada tahun 2015 dan 122,25 per 100.000 KH pada tahun 2014. Jika dilihat dari jumlah kematian Ibu, juga terdapat penurunan kasus yaitu 35 kasus pada tahun 2015 menjadi 32 kasus di tahun 2016. Berikut grafik jumlah kematian ibu tahun 2012 – 2016.

Gambar 3.2 Grafik Jumlah & Angka kematian ibu maternal Kota Semarang Tahun 2012 – 2016



Sumber: Seksi Ibu & Lansia, Bidang Kesga

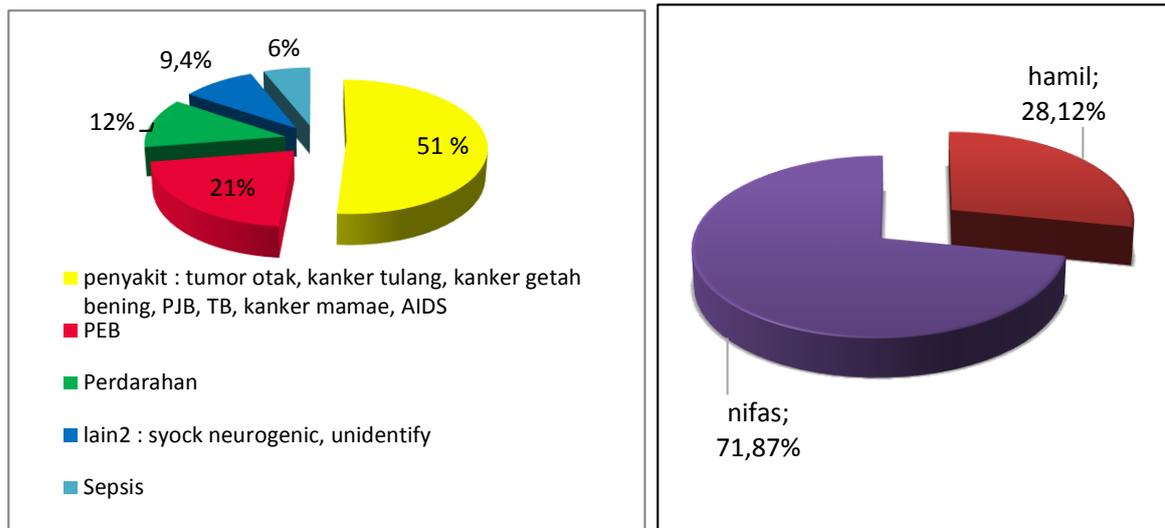
Gambar 3.3 Peta Sebaran Kasus Kematian Ibu Th 2016



Kematian ibu tertinggi adalah karena penyakit (51%), antara lain: tumor otak, kanker tulang, kanker getah bening, PJB, TB, kanker mammae dan AIDS. Penyebab lainnya adalah karena PEB (21%), perdarahan (12%), lain-lain (9,4%) dan sepsis (6%).

Sebagian besar ibu yang meninggal sudah memiliki faktor risiko dengan penyakit yang dideritanya, sedangkan kondisi kehamilan akan semakin menambah berat penyakitnya. Kematian karena preeklamsi dan perdarahan mengalami penurunan jika dibanding tahun 2015. Penyebab kematian karena preeklamsi pada tahun 2015 (34%) menjadi 21% pada tahun 2016 dan perdarahan dari 28% menjadi 12%. Sedangkan kondisi saat meninggal paling banyak pada masa nifas yaitu 71,87%, mengalami penurunan dari tahun 2015 yaitu sebanyak (74,29%).

Hal ini menunjukkan bahwa pengelolaan perdarahan dan PEB oleh tenaga kesehatan semakin baik. Terdapat kegiatan yang telah dilakukan untuk peningkatan kompetensi petugas untuk pengelolaan perdarahan dan preeklamsi, antara lain pelatihan pemberian MgSO₄ baik menggunakan anggaran APBD II ataupun sumber dana lain secara swadaya.

Gambar 3.4 Grafik Penyebab & Waktu Kejadian Kematian Ibu Maternal tahun 2016

Sumber: Seksi Ibu & Lansia Bidang Kesga

Pemerintah Kota Semarang melalui Dinas Kesehatan Kota Semarang terus berupaya dalam menurunkan Angka Kematian Ibu dengan adanya pembentukan puskesmas PONED (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 PONED 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 PONED. Rumah Sakit PONEK dibina oleh RSUP dr. Kariadi. Menjalani komitmen bersama dengan organisasi profesi seperti POGI, IDI, IDAI, IBI dan juga melakukan pembinaan rumah sakit dan BPM. Selain itu di sektor hulu juga ada peran stakeholder yang lain misalnya dari TP PKK, GOW, IIDI dan perguruan tinggi melakukan pendampingan ibu hamil risiko tinggi dan nifas. Dari segi regulasi telah ada Perda Nomor 2 tahun 2015 tentang Keselamatan Ibu dan Anak.

Upaya lain yang telah dilaksanakan adalah terbentuknya Pokja KIA, 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

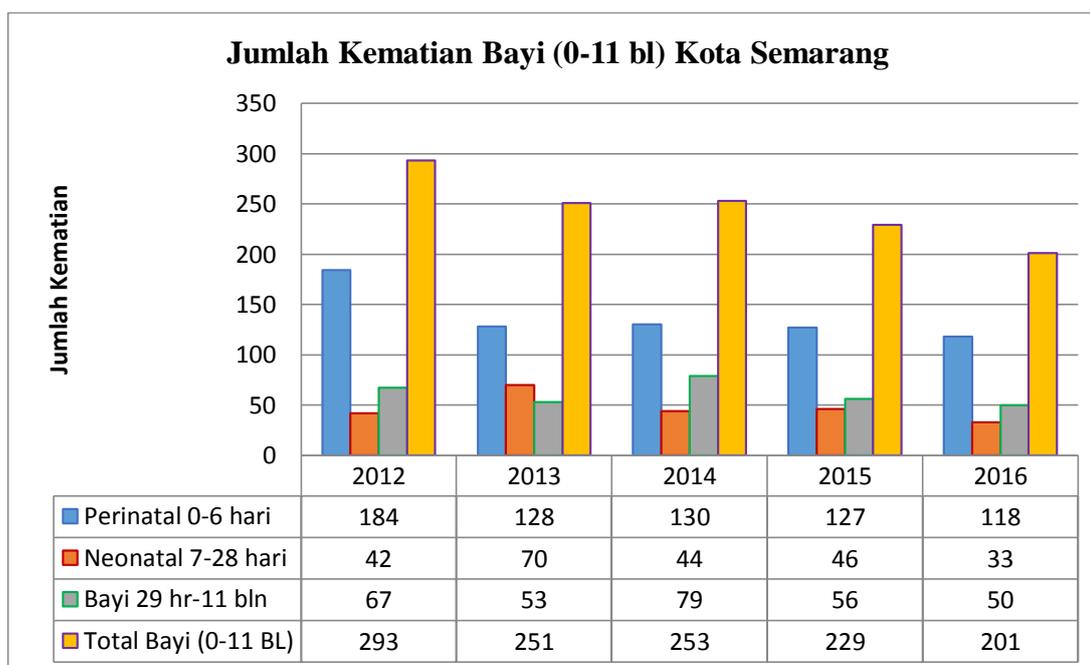
(Gasurkes). Dilanjutkan pada tahun 2016 yaitu dengan merekrut tenaga Gasurkes KIA, dimana semua petugasnya berlatarbelakang pendidikan bidan. Selain itu juga telah dilakukan kegiatan pendampingan ibu hamil sampai nifas oleh kader kesehatan.

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.

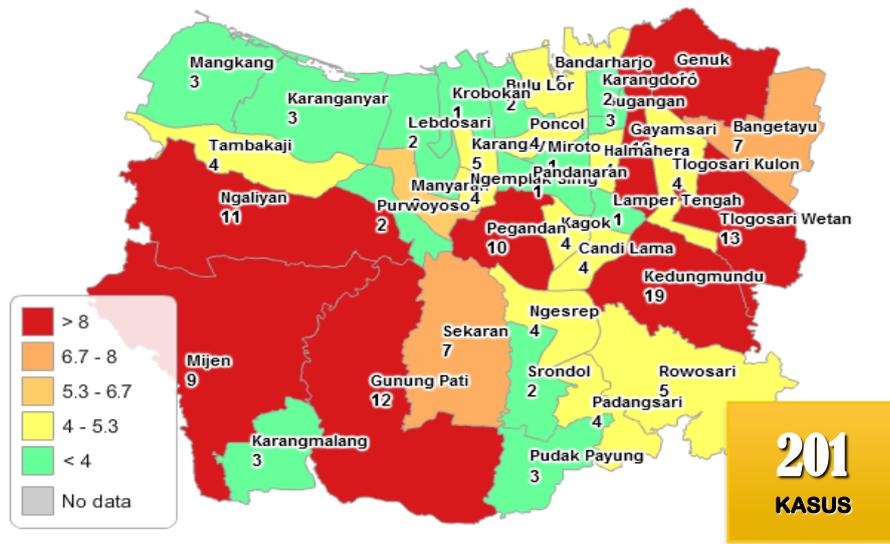
Berdasarkan hasil laporan kegiatan sarana pelayanan kesehatan, pada tahun 2016 jumlah kematian bayi yang terjadi di Kota Semarang sebanyak 201 dari 26.337 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 7,63 per 1.000 KH. Jumlah kematian bayi di Kota Semarang terjadi penurunan sejak tahun 2012 sampai 2016 yaitu berturut-turut 293 kasus kematian bayi pada tahun 2012, 251 kasus kematian bayi pada tahun 2013, 253 kasus kematian bayi pada tahun 2014, 229 kasus kematian bayi pada tahun 2015 dan 201 kasus pada 2016.

Gambar 3.5 Grafik Kematian Bayi Tahun 2012-2016



Sumber: Seksi Anak & Remaja Bidang Kesga

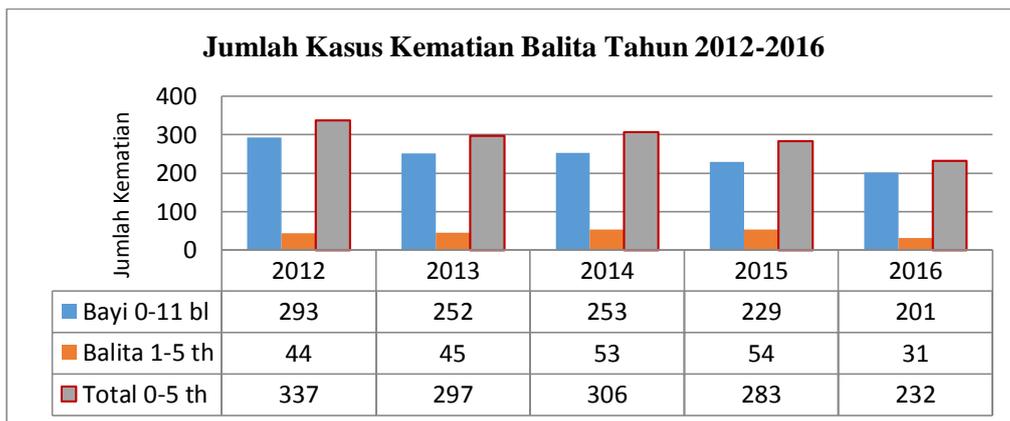
Gambar 3.6 Peta Sebaran Kematian Bayi 2016

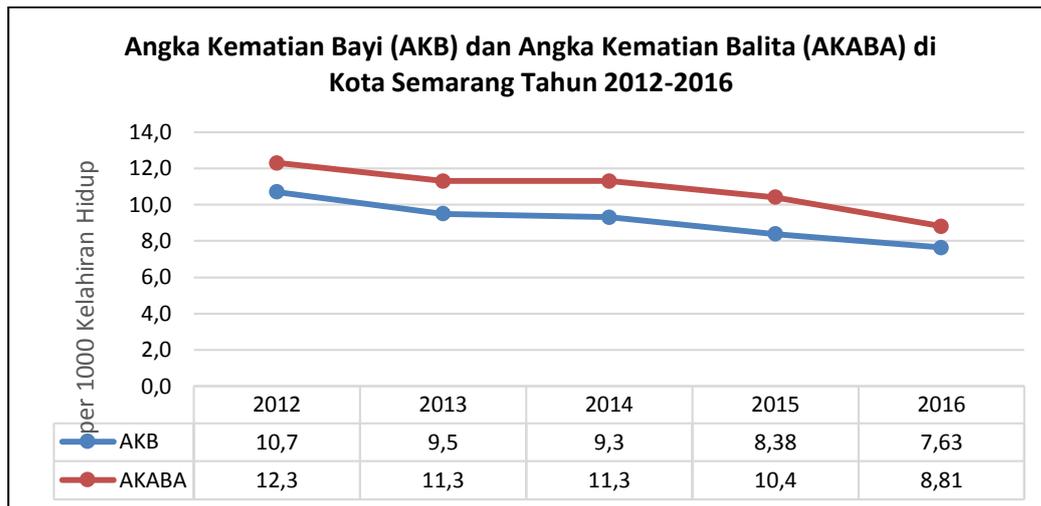


Sumber: Seksi Anak & Remaja, Bidang Kesga

Angka Kematian Balita (AKABA) adalah jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun yang dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. AKABA 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 2016 adalah sebanyak 232 kasus dari 26.337 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Balita (AKABA) Kota Semarang sebesar 8,81 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu sebesar 10,4 per 1000 KH.

Gambar 3.7 Grafik Jumlah Kasus Kematian Balita dan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Kota Semarang Tahun 2012-2016





Sumber: Seksi Anak & Remaja Bidang Kesga

Berdasarkan penyebab, kematian balita terbanyak 42 % disebabkan karena penyakit, diantaranya Broncopneumonia, Meningitis, Other Shock, Tetralogi of fallot, Kerusakan otak, Malnutrisi, Kejang demam, Morbili, Leukemia dan Oedem Pulmo. Penyebab terbanyak kedua yaitu Diare 23%, ISPA 19% dan penyebab karena DBD 16%. Hal ini dikarenakan Kota Semarang merupakan daerah endemis DBD. Berbagai faktor dapat menyebabkan adanya penurunan AKB & AKABA, di antaranya pemerataan pelayanan kesehatan berikut fasilitasnya. Hal itu disebabkan AKB & AKABA 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.

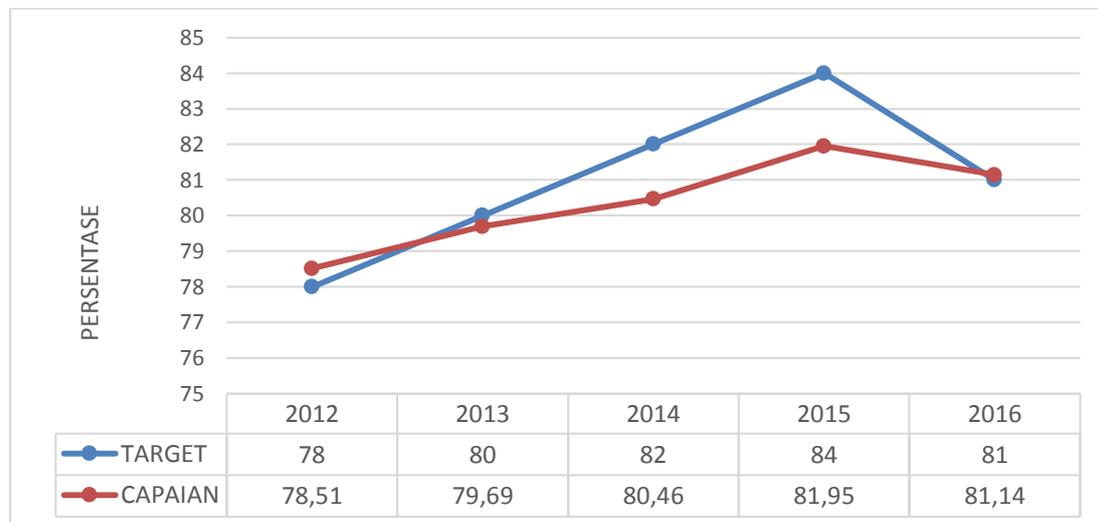
C. STATUS GIZI BAYI & BALITA

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 2016 di Kota Semarang menunjukkan jumlah Bayi Lahir Hidup sebanyak 26.337 bayi dan jumlah Balita yang ada (S) sebesar 107.389 anak.

Untuk kasus bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) pada tahun 2016 yaitu sebanyak 509 bayi (1,9%) yang terdiri dari 260 bayi laki-laki dan 249 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 87.134 balita (81,14%) dari 107.389 balita yang dilaporkan. Jumlah balita yang naik berat badannya sebanyak 69.688 anak (80%) dari balita yang ditimbang dan Bawah Garis Merah (BGM) sebanyak 1.026 anak (1,2%).

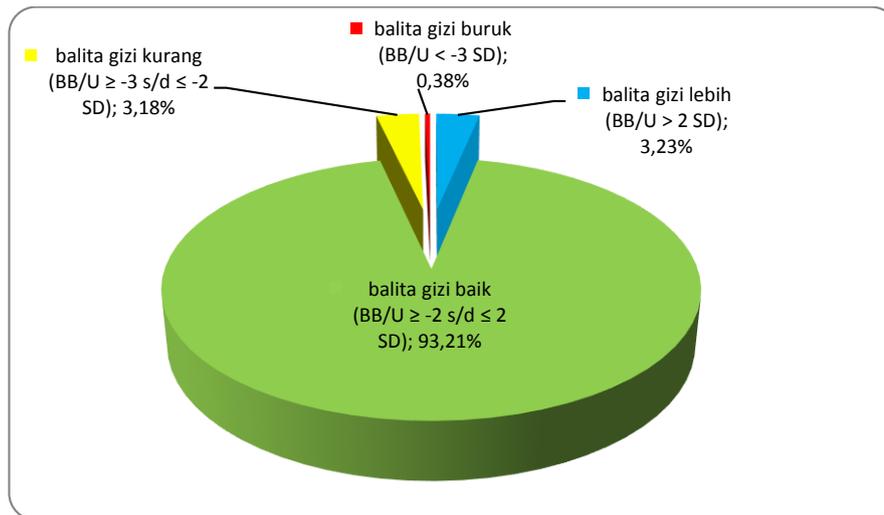
Gambar 3.8 Grafik Cakupan D/S Kota Semarang 2012 – 2016



Sumber: Seksi Gizi Bidang Kesga

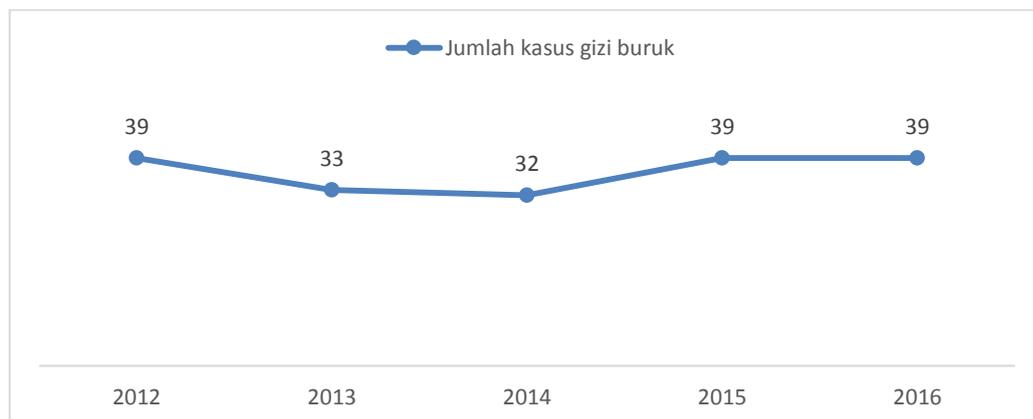
Gambar 3.8 menunjukkan adanya peningkatan Cakupan D/S di Kota Semarang sejak tahun 2012 hingga tahun 2015 dan terjadi penurunan pada tahun 2016. Namun demikian, jika dilihat dari pencapaian target cakupan, selama 2013-2015 menunjukkan hasil yang kurang dari target, hal ini dimungkinkan terlalu tinggi dalam penentuan target. Oleh karena itu dilakukan evaluasi sehingga target Renstra 2016-2020 ditetapkan target D/S tahun 2016 sebesar 81%. Hal inipun sesuai dengan teori pada Pedoman Penatalaksanaan Gizi Buruk Depkes RI yaitu “Bahwa apabila 80 % dari balita ditimbang berat badannya maka dapat mencegah 20 % kejadian gizi buruk.”. Cakupan D/S pada tahun 2016 sudah memenuhi target yaitu sebesar 81,14%.

Permasalahan gizi yang masih ada adalah masalah gizi kurang dan gizi buruk. Prevalensi status gizi balita menurut BB/U pada tahun 2016 dapat dilihat pada gambar 3.9 berikut.

Gambar 3.9 Grafik Status Gizi Balita menurut BB/U Kota Semarang 2016

Sumber: Seksi Gizi Bidang Kesga

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 2012-2016.

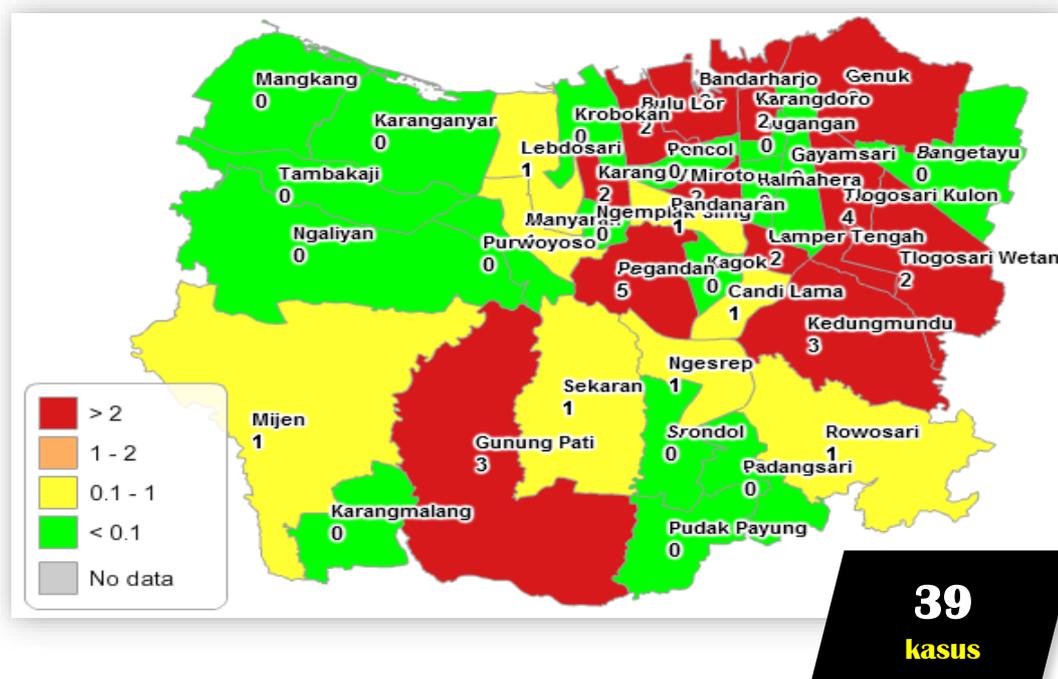
Gambar 3.10 Grafik Trend Kasus Gizi Buruk Kota Semarang 2012 - 2016

Sumber: Seksi Gizi Bidang Kesga

Dari gambar 3.10 dapat diketahui bahwa pada tahun 2016 kasus gizi buruk ditemukan sebanyak 39 kasus. Jumlah tersebut semua mendapat perawatan (100%) yang meliputi pemeriksaan gizi buruk secara komprehensif. Perawatan gizi buruk secara komprehensif meliputi pengukuran antropometri dan penentuan status gizi, pemeriksaan

laboratorium dan rontgen, pemeriksaan dokter, deteksi tumbuh kembang balita, pelayanan fisioterapi, pelayanan konseling gizi, pemberian PMT dan vitamin, pemberian obat yang diperlukan, serta pendampingan oleh tenaga kesehatan. 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 2016



Sumber: Seksi Gizi, Bidang Kesga

D. MORBIDITAS

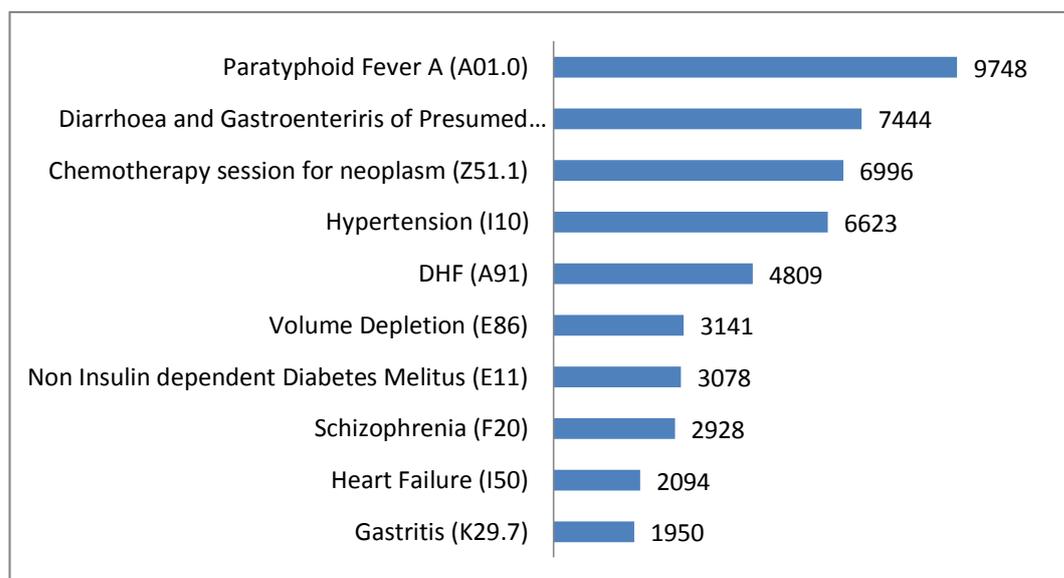
Morbidity is the number of cases, can be a number of incidence or even the number of prevalence of a disease. Morbidity describes the occurrence of disease in a population and at a certain time. Morbidity also plays a role in the assessment of the level of health of the community in a region.

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	82.307
2.	Faringitis akut	J02	56.868
3.	Hipertensi esensial (primer)	I10	44.878
4.	Gastritis dan duodenitis	K29	22.238
5.	Diabetes melitus tidak tergantung insulin	E11	18.390
6.	Penyakit Pulpa & Periapikal	K04	18.127
7.	Penelitian dan pemeriksaan umum terhadap orang tanpa keluhan dan laporan diagnosis	Z00	17.048
8.	Sindrom Nyeri Kepala	G44	10.193
9.	Gangguan Oto Lain	M62	15.466
10.	Pengawasan Kehamilan Normal	Z34	14.375

Sumber: Laporan SIMPUS 2016

2. Pola 10 Besar Penyakit Rumah Sakit (Kasus Rawat Inap)



Sumber: Seksi Pelayanan Rujukan

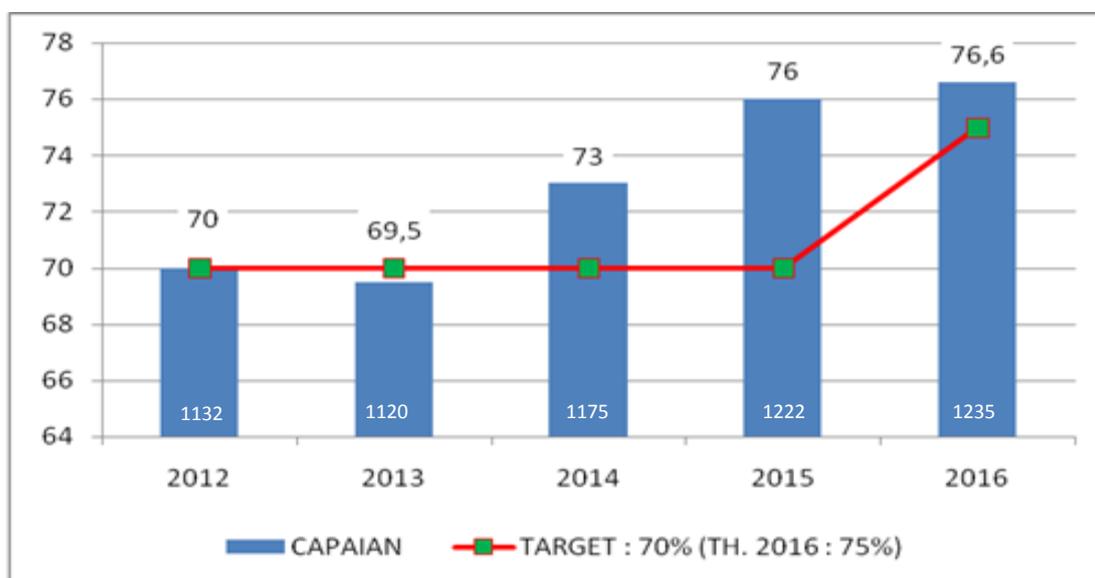
3. Penyakit Menular

a. Tuberkulosis Paru

Kasus Penderita

cakupan CDR Kota Semarang dalam kurun waktu 5 tahun terakhir terus mengalami peningkatan cakupan. Bahkan di tahun 2016 dengan peningkatan target cakupan 75 % angka temuan kasus dapat dicapai dengan angka 76.6 % . Dengan demikian CDR kasus TB di tahun 2016 adalah 1.6 % diatas target. Hal ini terjadi karena peningkatan kinerja seluruh pengelola program P2TB yang didukung oleh semua pihak terkait, sehingga di tahun-tahun mendatang hal ini perlu dipertahankan dan bahkan ditingkatkan.

Gambar 3.12 Grafik Penemuan kasus (CDR) TB Paru BTA (+) Kota Semarang tahun 2010 s.d 2016

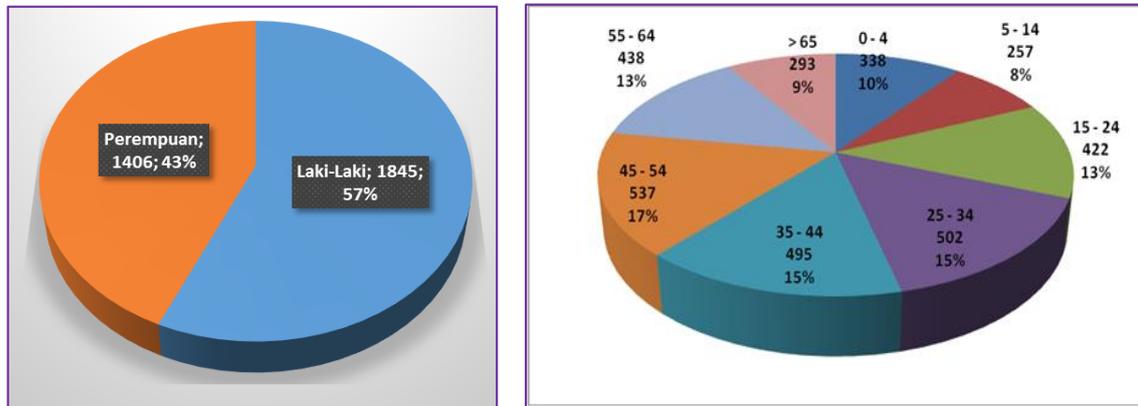


Sumber: Seksi P2ML, Bidang P2P

Penemuan suspek tahun 2016 sebanyak 864/100.000 penduduk. Jika dibandingkan dengan penemuan tahun sebelumnya telah terjadi peningkatan sebesar 38/100.000 penduduk.

Sedangkan penemuan kasus TB Anak di tahun 2016 sejumlah 496 kasus, jumlah tersebut jauh mengalami peningkatan dibandingkan dengan penemuan kasus di tahun 2015.

Gambar 3.13 Grafik Kasus TB Paru BTA (semua tipe) berdasarkan Jenis Kelamin & Kelompok Usia Tahun 2016

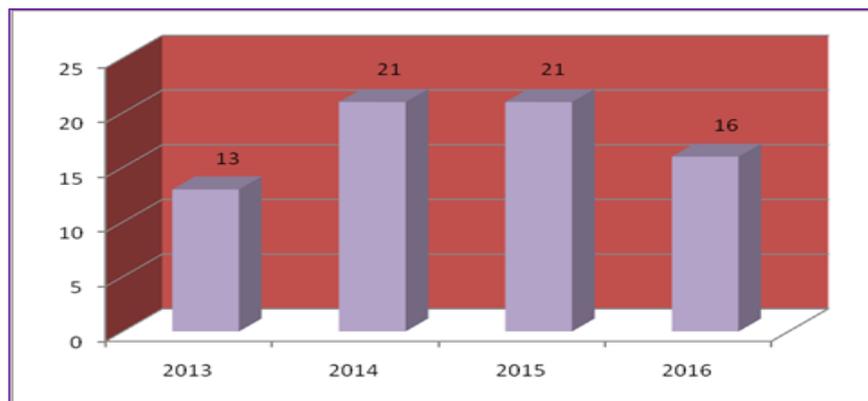


Sumber: Seksi P2ML, Bidang P2P

Penderita TB BTA (semua tipe) pada tahun 2016 sejumlah 3.251 kasus, dengan persentase TB Semua Tipe pada laki-laki sebanyak 1.845 kasus (57 %) lebih besar dari pada perempuan sebanyak 1.406 kasus (43 %). Hal ini disebabkan karena (fakta kualitatif) pada laki-laki lebih intens kontak dengan faktor risiko dan kurang peduli terhadap aspek pemeliharaan kesehatan individu dibandingkan dengan wanita. penderita TB semua tipe terbanyak pada kelompok usia produktif : 15-55 tahun sebanyak 60 % kasus, pada kelompok usia bayi dan anak : 0-14 tahun sebanyak 18 % kasus, dan pada kelompok usia lansia : > 56 tahun sebanyak 22 % kasus.

TB Paru MDR (Multiple Drug Resistant)

Total kasus TB-MDR dari tahun 2013 s.d tahun 2016 sebanyak 71 kasus. Insiden kasus tahun 2014 dan 2015 menunjukkan angka yang sama yaitu sebesar 29.6 % dari total kasus. Dikaitkan dengan proporsi kejadian TB-MDR pada kasus TB Baru dan TB Kambuh di tahun 2016 terdapat 16 kasus baru TB-MDR, sehingga CDR pada TB-MDR tahun 2016 sebesar 50 %, tahun 2015 sebesar 68 %. Jika dibandingkan dengan CDR TB-MDR tahun 2014 menunjukkan penurunan masing-masing sebesar 20 % dan 2 % (CDR TB-MDR tahun 2014 : 70 %).

Gambar 3.14 Grafik Angka kesembuhan TB MDR Tahun 2010 - 2016

Sumber: Seksi P2ML, Bidang P2P

Angka kesembuhan (Cure Rate)

Angka kesembuhan Kota Semarang dalam kurun waktu 6 (enam) tahun terakhir tidak pernah mencapai target nasional, yang tertinggi yang tertinggi sebesar 68 % CR di tahun 2016 dan 2015, yang terendah sebesar 56 % di tahun 2012 sedangkan ditahun 2013 sebesar 61 % dan meningkat 3 % di tahun 2014 yaitu sebesar 64 %. Rata-rata pencapaian CR pertahunnya baru sebesar 63,33,6 %.

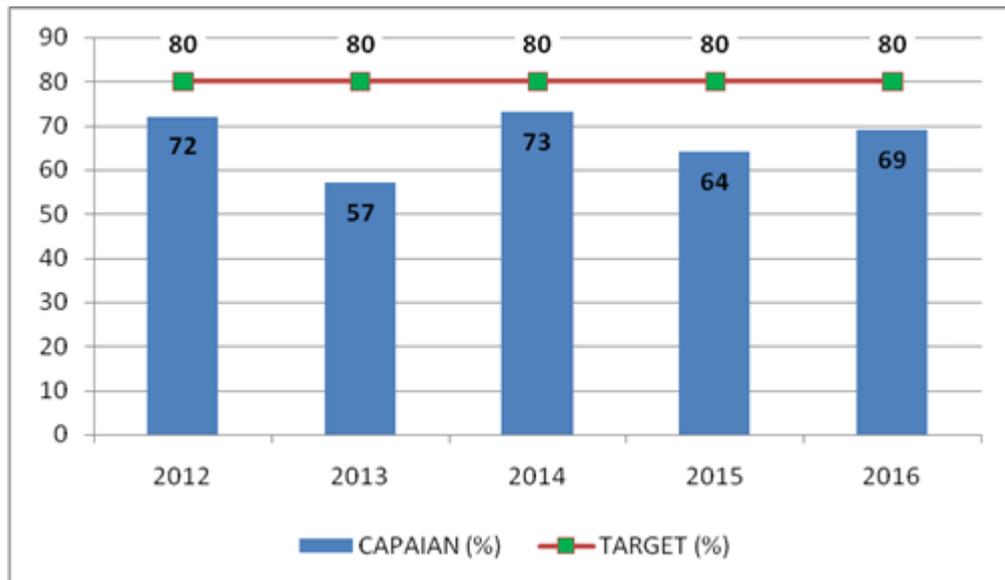
Gambar 3.15 Grafik Angka kesembuhan TB Paru BTA (+) Tahun 2010 - 2016

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 2016 terjadi kenaikan dari 64% di tahun 2015 menjadi 69%.

Gambar 3.16 Grafik Angka konversi TB BTA (+) tahun 2010 - 2016

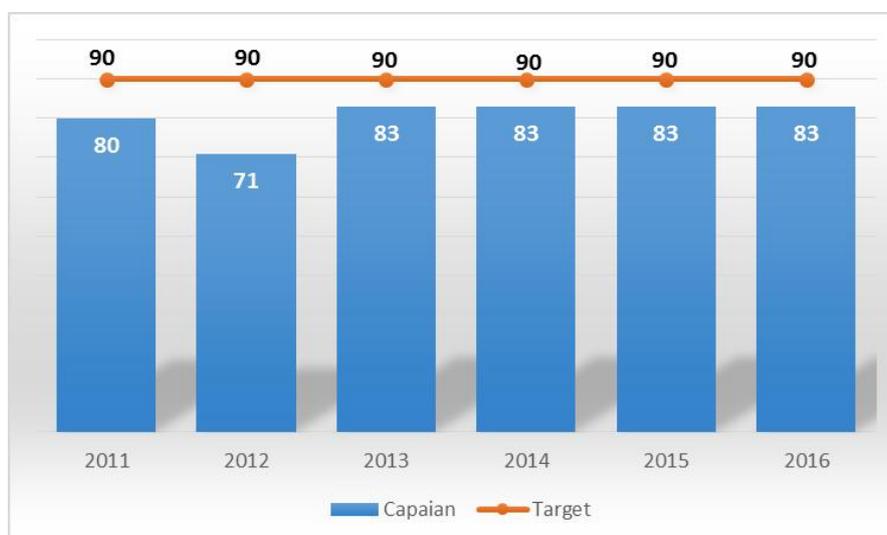


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Angka Keberhasilan Pengobatan (*success rate*)

Salah satu upaya untuk mengendalikan TB yaitu dengan pengobatan. Indikator yang digunakan untuk evaluasi pengobatan yaitu angka keberhasilan pengobatan. 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 2011 s.d 2016



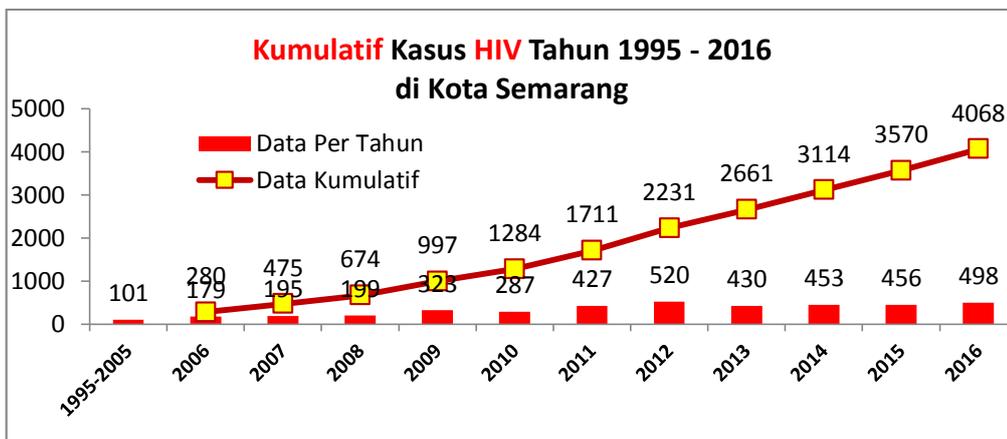
Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

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).

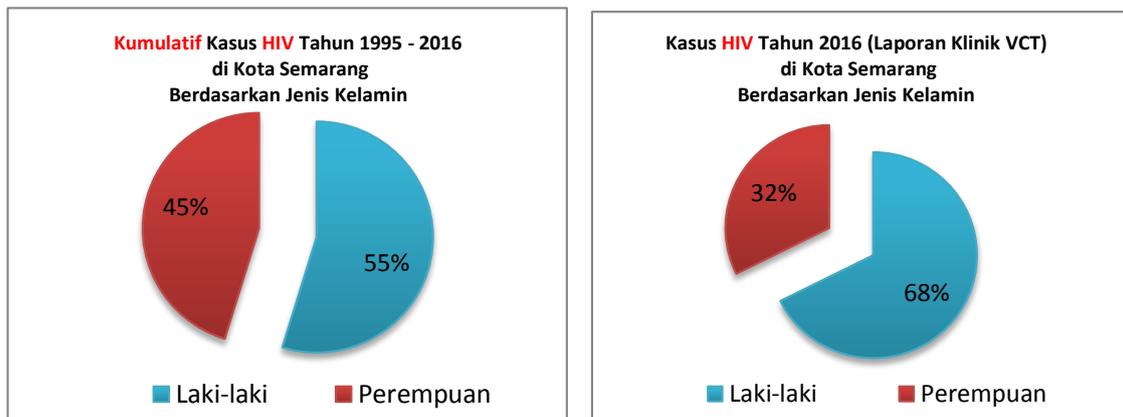
Gambar 3.18 Grafik Tren Kumulatif Kasus HIV Kota Semarang 1995 – 2016



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik di atas kasus HIV mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2015. Jumlah penemuan kasus pada tahun 2016 yaitu sebesar 498 kasus (9,2%). 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 156 orang, dengan kondisi 37 orang sudah pada stadium AIDS.

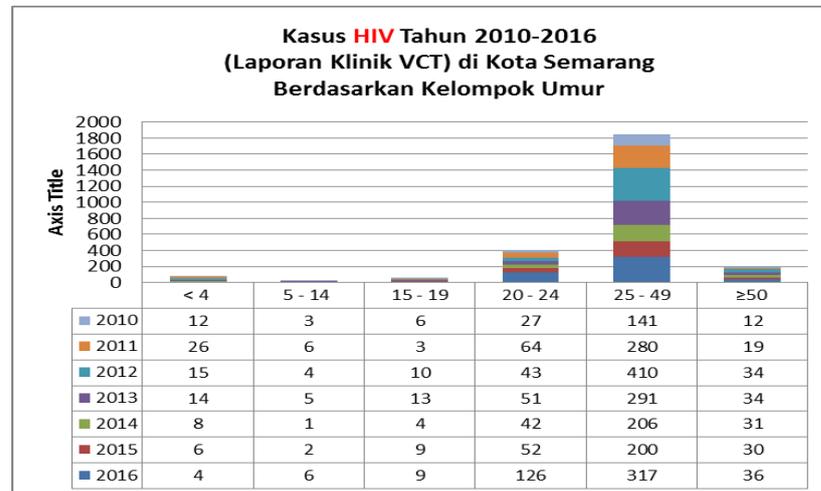
Gambar 3.19 Grafik Kasus HIV Kota Semarang



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik pie diatas terlihat bahwa selama tahun 1995 – 2016 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 risiko untuk terinfeksi HIV lebih besar sedangkan untuk tahun 2016, antara laki-laki dan perempuan yang terinfeksi HIV dengan perbandingan 68% dan 32%.

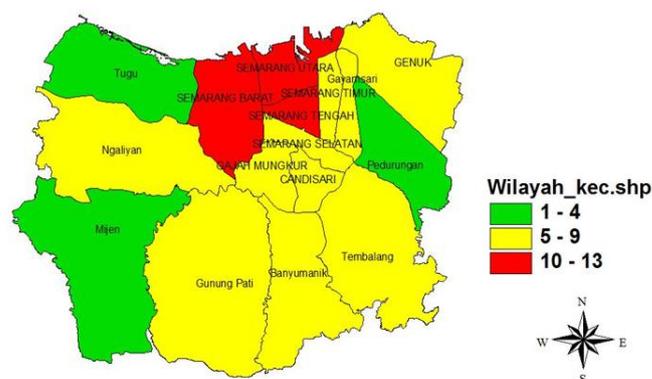
Gambar 3.20 Grafik Kasus HIV Berdasar Kelompok Umur



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui selama tahun 2010 – 2016 kelompok umur 25-49 tahun paling besar terinfeksi HIV dengan total 1.845 kasus (70,6%) dan yang terendah adalah kelompok umur 5 – 14 tahun yaitu sebanyak 27 kasus (1,03%).

Gambar 3.21 Peta Penemuan Kasus HIV Per Kecamatan 2015

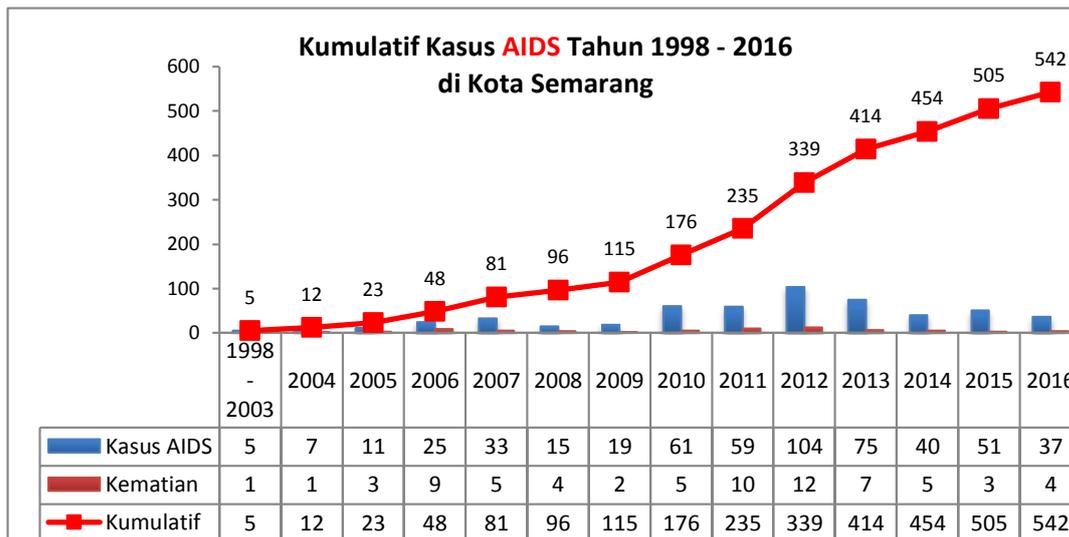


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan gambar peta diatas dapat diketahui sebaran kasus HIV di Kota Semarang tahun 2016, kecamatan tertinggi jumlah kasus HIV adalah Kecamatan Semarang Utara sebanyak 13 kasus, sedangkan kecamatan dengan kasus terendah yaitu Kecamatan Mijen sebanyak 2 kasus

AIDS

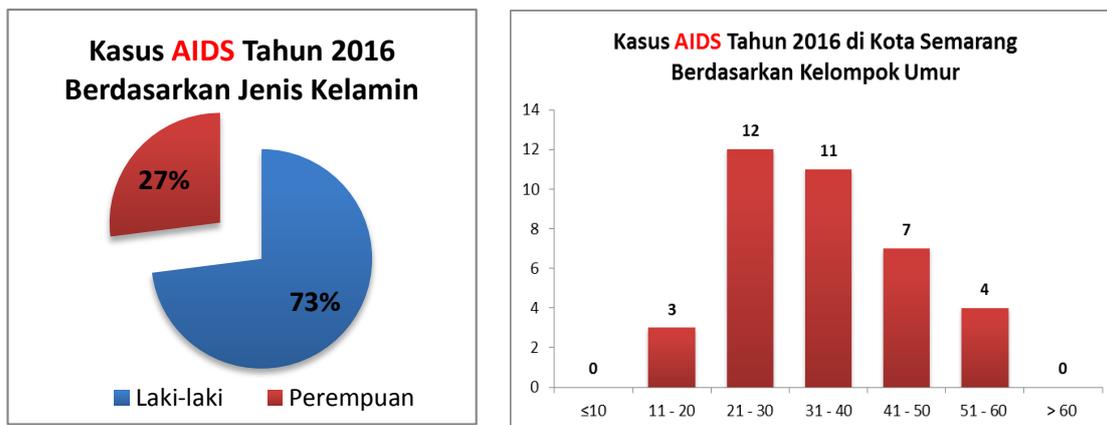
Gambar 3.22 Kumulatif Kasus AIDS Kota Semarang 1998 - 2016



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui pada tahun 2016 jumlah kasus AIDS di Kota Semarang yaitu sebanyak 37 kasus, menurun dibandingkan tahun 2015 sebesar 51 kasus, dan meninggal sebanyak 4 orang. Sedangkan kumulatif kasus AIDS dari tahun 1998 sampai dengan tahun 2016 yaitu sebanyak 542 kasus.

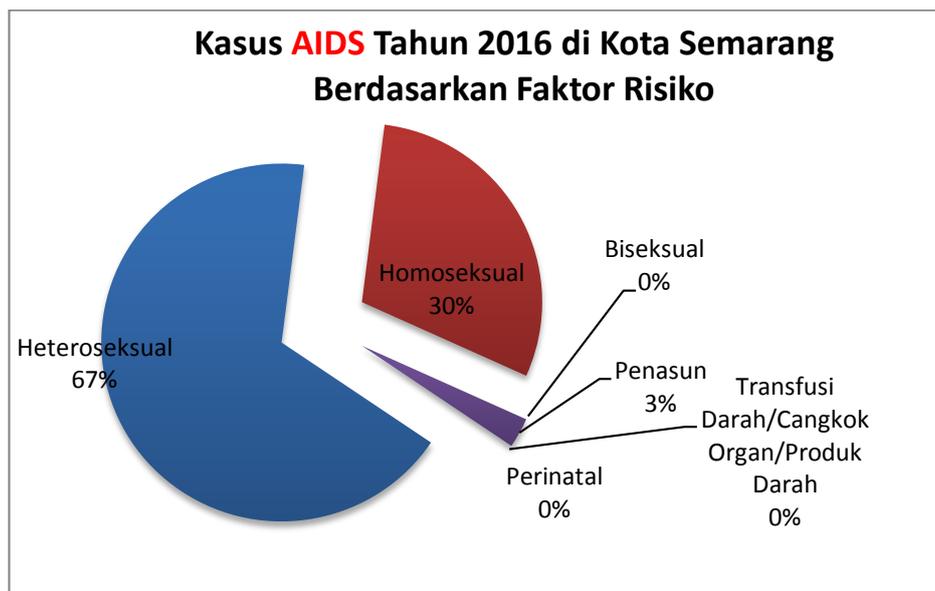
Gambar 3.23 Kasus AIDS Berdasar Jenis Kelamin & Kelompok Umur Th 2016



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

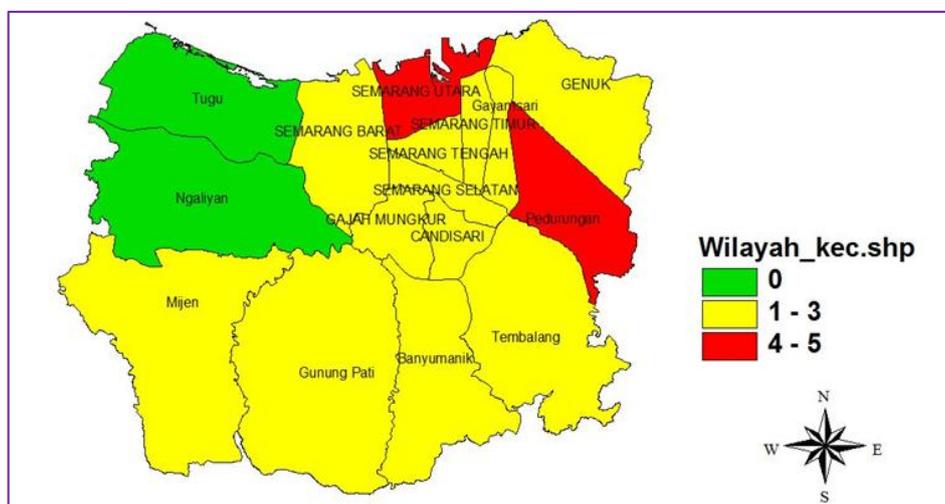
Pada tahun 2016 ditemukan kasus AIDS pada laki-laki lebih banyak yaitu sebesar 73%. diketahui kasus AIDS paling banyak terjadi pada kelompok umur 31 – 40 tahun yaitu 162 kasus, dan terendah pada kelompok umur 61 – 70 tahun sebanyak 12 kasus. Adapun factor risiko penularan pada kasus AIDS tertinggi pada tahun 2016 yaitu heteroseksual sebesar 67% sedangkan faktor risiko terkecil adalah transfusi darah/cangkok organ sebesar 1%.

Gambar 3.24 Kumulatif Kasus AIDS Kota Semarang Tahun 2016 Berdasarkan Faktor resiko penularan



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Gambar 3.25 Peta Kasus Penderita AIDS Per Kecamatan Tahun 2016

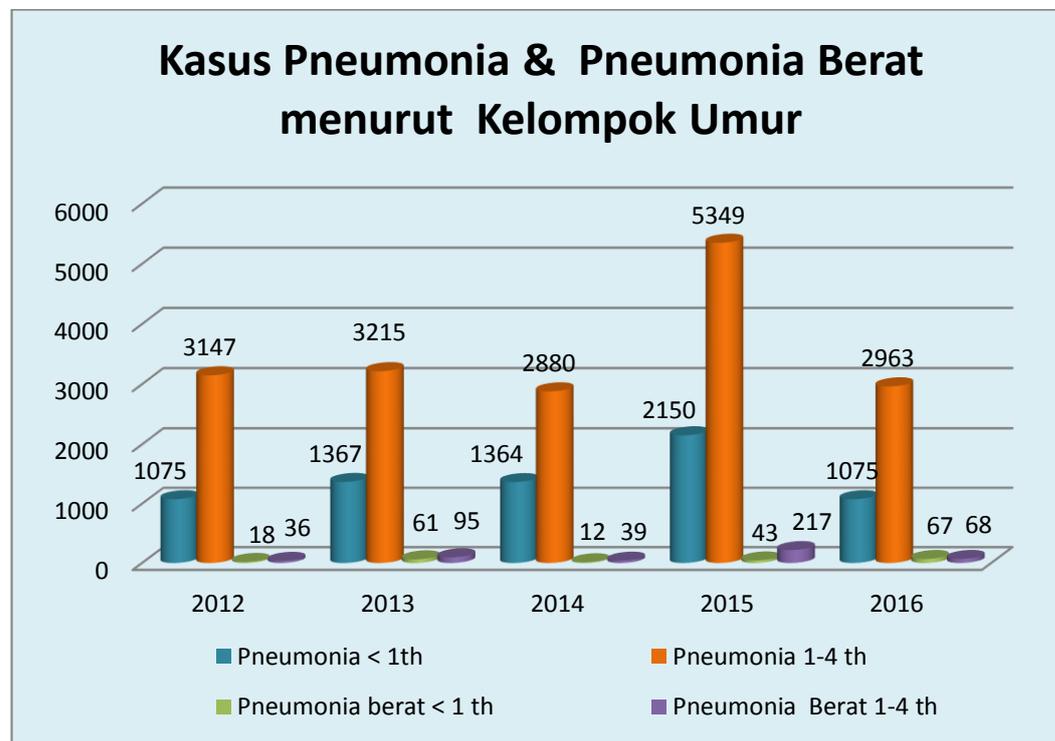


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Peta diatas menunjukkan penyebaran kasus AIDS di Kota Semarang. Pada tahun 2016 tidak ditemukan kasus AIDS baru di Kecamatan Tugu, dan Ngaliyan. Sedangkan kecamatan yang memiliki kasus AIDS tertinggi tahun 2016 yaitu Kecamatan Semarang Utara sebanyak 5 kasus AIDS. Berbagai upaya penanganan terhadap kasus HIV / AIDS di Kota Semarang telah dilakukan. Data menunjukkan jumlah kumulatif ODHA yang memenuhi syarat ARV Tahun 2016 sebesar 3.438 orang. Sedangkan jumlah ODHA yang masih minum obat sampai akhir bulan Desember sebanyak 1.070 orang. Sehingga persentase ODHA yang on ART di Kota Semarang Tahun 2015 sebesar 40,8%.

c. Pneumonia

Gambar 3.26 Grafik Kasus Pneumoni & Pneumoni Berat th 2011 - 2016

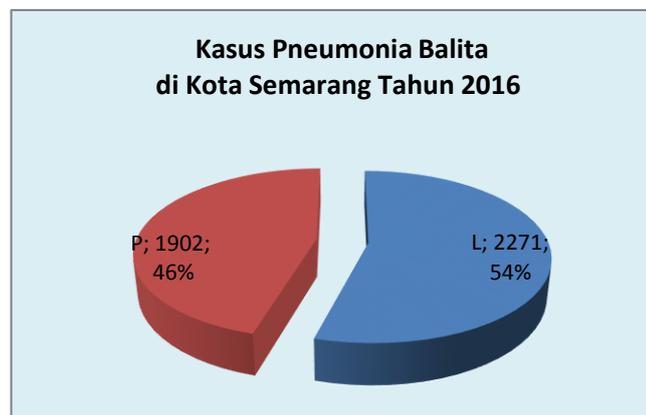


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Jumlah penderita pneumonia <1 th pada tahun 2016 ini mengalami penurunan kasus sekitar 50% dari 2.150 menjadi 1.075, penderita pneumonia 1-4 th 2.963 balita menurun sebanyak 2.386 (44%) kasus dibanding tahun 2015, penderita pneumonia berat umur < 1 tahun ditemukan 67 balita meningkat 34 kasus (79%) dari tahun sebelumnya dan

jumlah pneumonia berat umur 1-4 tahun sejumlah 68 kasus menurun sejumlah 149 balita (68%).

Gambar 3.27 Grafik Kasus Pneumonia Menurut Jenis Kelamin



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Pada tahun 2016 kasus pneumonia balita banyak terjadi pada kelompok umur 1 – 4 tahun, sejumlah 2.963 kasus (36,5%), pada kelompok umur < 1 tahun sejumlah 1.075 kasus (13,5%), selebihnya 50% sekitar 4.104 kasus terjadi pada kelompok usia > 5 tahun. Menurut jenis kelamin kasus Pneumonia Balita di Kota Semarang tahun 2016 tampak bahwa kasus pneumonia balita pada perempuan (46%) lebih sedikit dibanding dengan kasus pneumonia balita pada laki – laki (54%).

IR pneumonia pada tahun 2016 sebesar 399 per 10.000 balita menurun dibanding tahun 2015. Penurunan IR pneumonia berarti jumlah penderita pneumonia dan pneumonia berat yang ditemukan semakin rendah, hal ini dipengaruhi oleh peran serta aktif masyarakat untuk mau membawa balitanya berobat ke Puskesmas lebih dini ketika sakit, juga peran aktif petugas Puskesmas serta kader kesehatan memberikan penyuluhan di masyarakat sehingga pengetahuan tentang pencegahan pneumonia meningkat .

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 2016 sebesar 111% mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 2015.

Angka kematian (CFR) akibat pneumonia dan pneumonia berat di Kota Semarang berdasarkan data dari RS tahun tahun 2016 sebesar 0,02 % sama dengan tahun 2015, tahun 2013 0,5% dan tahun 2014 sebesar 0.76 % sedangkan dipuskesmas tidak ada kasus

pneumonia maupun pneumonia berat yang meninggal (CFR 0%), hal ini menunjukkan bahwa sistem rujukan sudah dilaksanakan dengan baik.

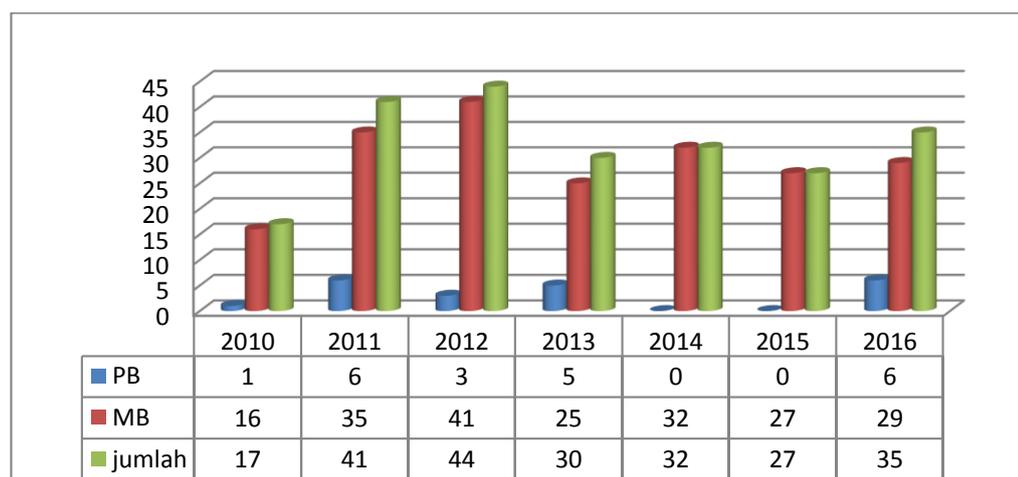
d. Kusta

Capaian kusta di Kota Semarang tahun 2016 sebagai daerah low endemik :

Prevalensi : 0,21 (target nasional : < 1 / 10.000 penduduk)

CDR : 2,26 (target nasional : < 5 / 100.000 penduduk)

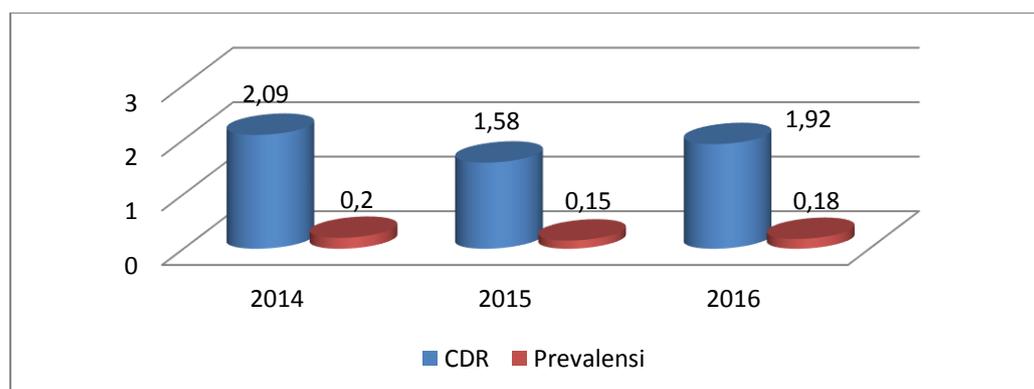
Gambar 3.28 Grafik Penemuan Kusta Kota Semarang th 2010 – 2016



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik di atas penemuan kasus di kota Semarang tahun 2016 berjumlah 35 kasus, mengalami kenaikan dibandingkan dengan tahun 2015 sebanyak 27 kasus. Kasus kusta terdiri dari kusta tipe PB 6 kasus (18%), dan kusta tipe MB 29 kasus (82%). Prosentase Kusta MB lebih besar dari pada kusta PB sebagaimana tahun-tahun sebelumnya.

Gambar 3.29 Grafik CDR Kasus Kusta Kota Semarang th 2014 - 2016



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik di atas, CDR kasus kusta tahun 2016 mengalami peningkatan sebesar 0.34/100.000 penduduk dibanding tahun 2015, sedangkan prevalensi meningkat sebesar 0,3% dari tahun sebelumnya sebagaimana terlihat pada grafik di atas.

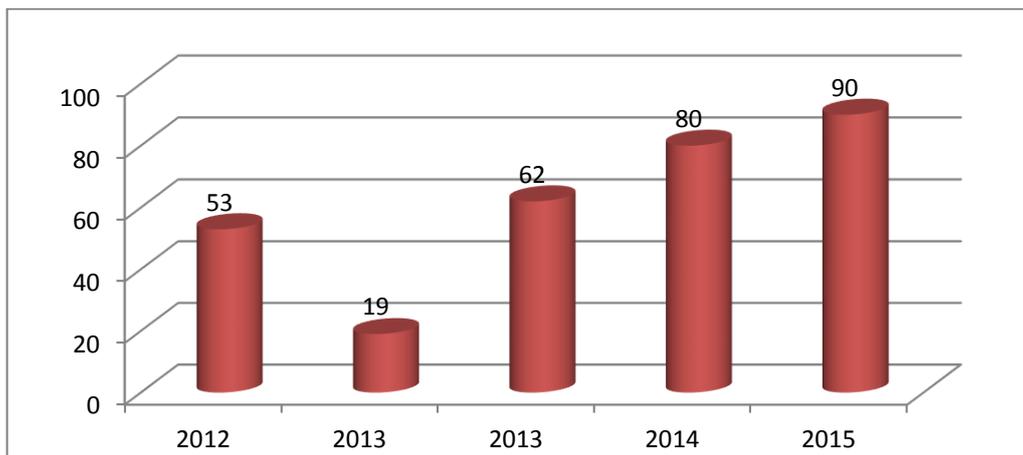
Gambar 3.30 Grafik Kasus Kusta Berdasar Jenis Kelamin Th 2016



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan jenis kelamin, Kasus kusta tahun 2016 lebih didominasi oleh perempuan, dari 35 kasus 21 kasus (62%) adalah perempuan sementara 13 kasus (38%) adalah laki-laki.

Gambar 3.31 Grafik Prosentase RFT Rate MB Kusta Th 2012 – 2015

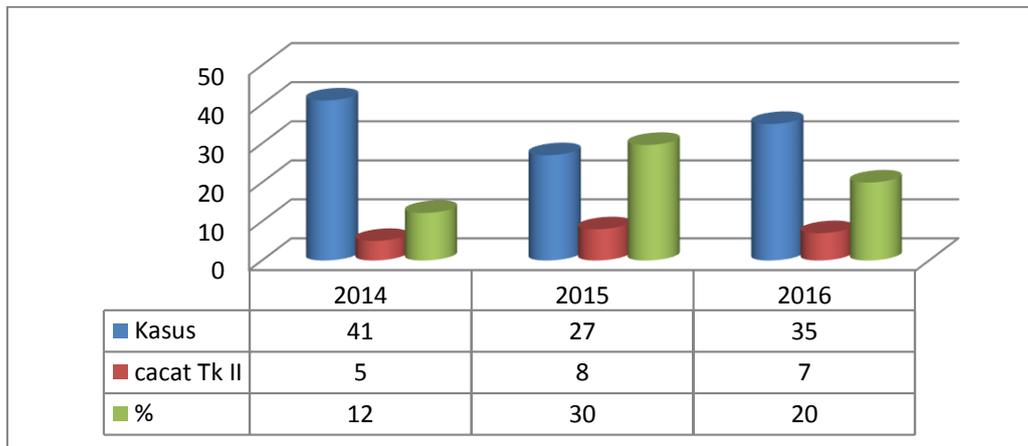


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Sebagaimana grafik di atas RFT Rate MB Kusta semenjak tahun 2012 hingga tahun 2015 terus meningkat ini menunjukkan bahwa keteraturan pengobatan pasien kusta semakin membaik, hal ini berkaitan dengan meningkatnya kinerja petugas puskesmas terutama dalam tatalaksana dan pemberian nasihat.

RFT Rate Kusta tipe PB tahun 2012 sampai 2014 mencapai 100 % artinya seluruh kasus kusta tipe PB sudah menyelesaikan 6 dosis pengobatannya dalam waktu 6 – 8 bulan.

Gambar 3.33 Grafik Prosentase Kasus Kusta Cacat Tingkat 2 Th 2014 – 2016

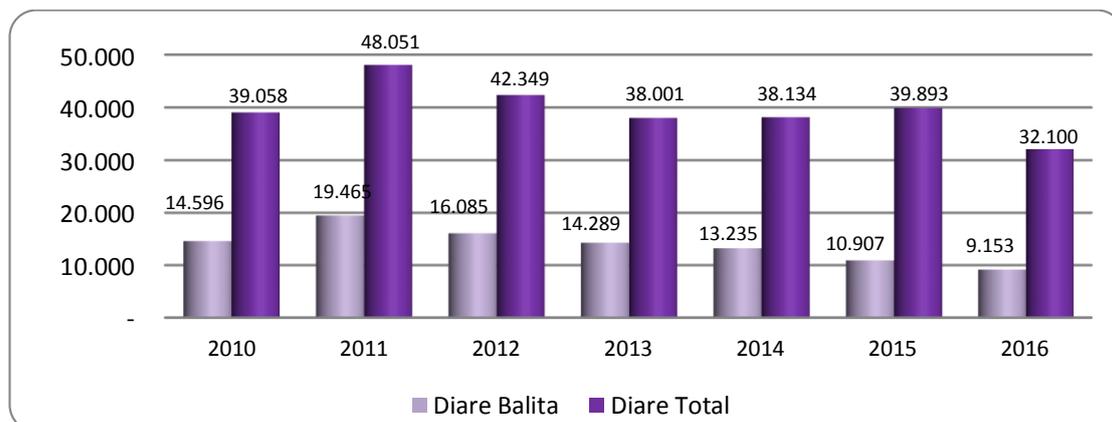


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Kecacatan pada penderita kusta di Kota Semarang pada tahun 2015 adalah berikut : Cacat Tk.2 : 20% (7 kasus dari total 35 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 3.34 Grafik Penderita Diare Kota Semarang tahun 2010 - 2016



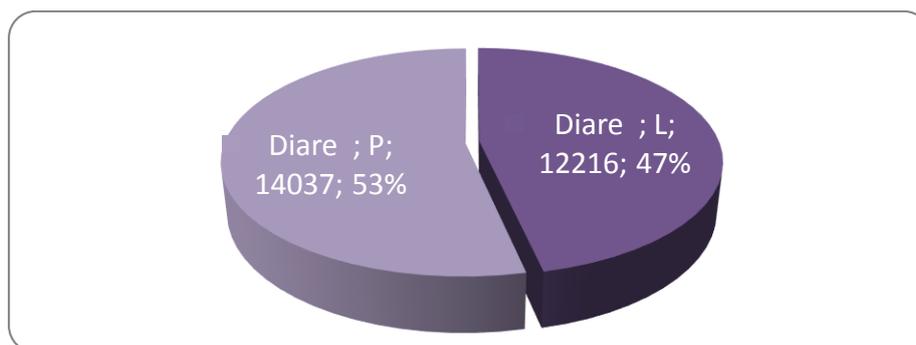
Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Gambar 3.35 Tabel Kasus Penderita Diare

Tahun	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
< 1 th	4.402	6.915	4.870	4.462	3.780	3.164	2.792
1-4 th	10.194	12.550	11.215	9.827	9.455	7.762	6.361
> 5 th	19.895	28.586	26.264	23.712	24.899	19.796	16.823
Total Kasus Diare Balita	14.596	19.465	16.085	14.289	13.235	10.926	9.153
Total Kasus Diare	39.058	48.051	42.349	38.001	38.134	35.281	32.100
IR/ 1.000 pddk	24	32	23	20.74	25	20	21
Pdrt ditlg kader	129	520	131	47	346	-	-
Pdrt berobat jln di Pusk	34.593	25.832	31.955	30.167	37.788	25.823	26.253
Pdrt rawat inap & rawat jalan di RS	4.336	21.699	10.263	7.834	13.071	9.452	5.847
Cakupan Penemuan (%)	6	31	55	42	34	98	105
Angka kematian /10,000 pddk	2	2	0,01	0,07	0,10	0,02	0,06
Kualitas tata laksana (%)	100	100	100	100	100	100	100

Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Penderita Diare dari tahun 2010 – 2016 cenderung mengalami penurunan, kejadian terendah pada tahun 2016 dengan total kasus sebanyak 32.100 dengan jumlah kasus terbanyak pada kelompok umur > 5 tahun sebanyak 16.823 kasus dan terendah pada kelompok umur < 1 tahun sejumlah 2.792 kasus.

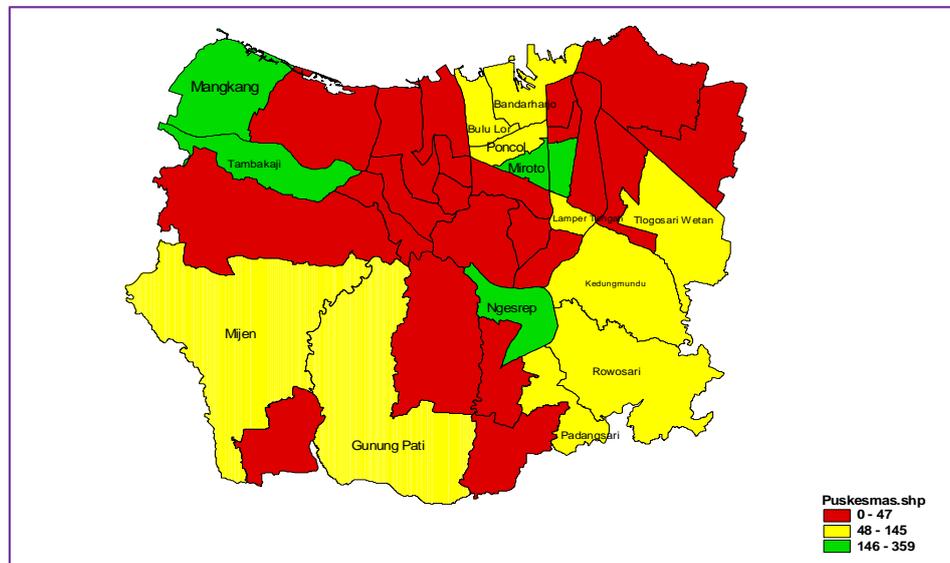
Grafik 3.36 Grafik Kasus Diare Kota Semarang Menurut Jenis Kelamin Th 2016

Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Menurut Jenis Kelamin kasus Diare di Kota Semarang tahun 2016 tampak bahwa kasus diare pada perempuan 53% lebih banyak dibanding pada laki – laki 47%.

Cakupan pelayanan penderita diare diketahui dengan menghitung jumlah penderita baru dibagi jumlah penduduk dikalikan 1.000.

Gambar 3.37 Peta Cakupan Pelayanan Penderita Diare th 2016



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Dari peta diatas dapat kita ketahui bahwa dari 37 Puskesmas di Kota Semarang yang IR nya < 171/1000 penduduk) ada 21 puskesmas, yang IR nya 172 – 299/1000 penduduk sejumlah 3 puskesmas dan puskesmas dengan IR >300/1000 penduduk ada 13 puskesmas , Semakin besar IR berarti semakin banyak kasus diare yang ada diwilayahnya.

Angka kematian (CFR) dihitung berdasarkan jumlah penderita yang meninggal akibat penyakit diare yang berobat di Rumah Sakit sebesar 0,02 per 1000 penduduk (0,006) dan berdasarkan data yang masuk dapat diketahui dari tahun 2005–2016 tidak ada laporan mengenai penderita diare yang meninggal di Puskesmas, ini menunjukkan bahwa sistim rujukan penderita diare ke Rumah sakit sudah berjalan dengan baik.

Gambar 3.38 Grafik Cakupan Pelayanan, Kualitas Tata Laksana



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

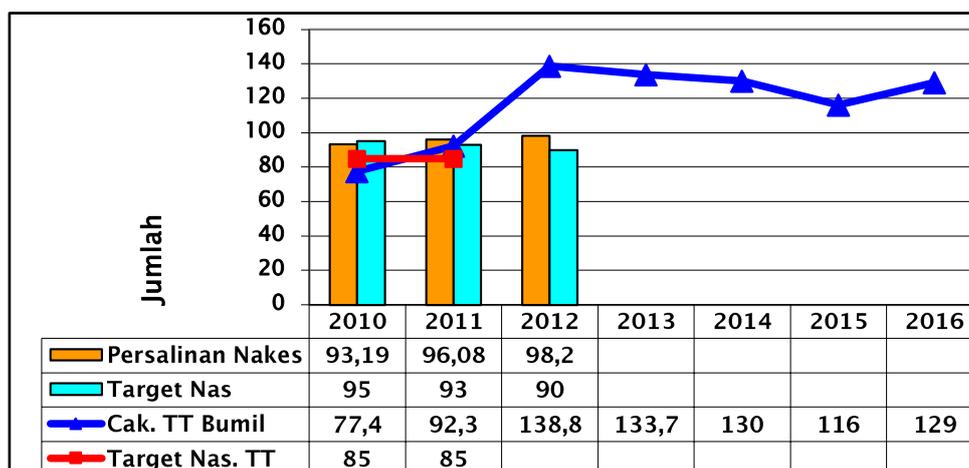
Cakupan pelayanan penderita diare tahun 2016 sebesar 105% sama dengan tahun 2015, Hal ini bisa diartikan kinerja petugas Puskesmas semakin baik, penyuluhan yang diberikan bisa meningkatkan pengetahuan dan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan puskesmas. Kualitas tata laksana penderita diare adalah jumlah penderita yang diberi oralit dibagi dengan jumlah penderita. Kualitas tata laksana penderita diare pada tahun 2016 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 2016 tidak ditemukan .

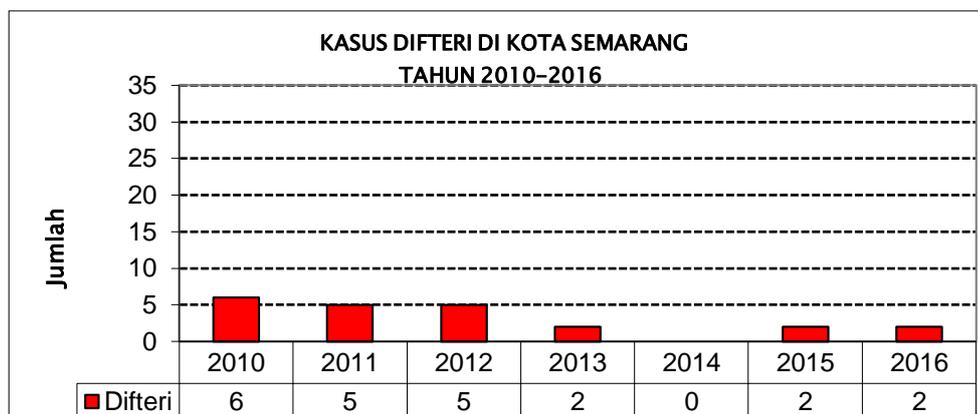
Gambar 3.39. Grafik Cakupan Imunisasi Bumil dan Persalinan Nakes Th 2010 - 2016



b. Difteri

Tahun 2016 kasus difteri sebanyak 2 kasus, dari tahun kemarin mengalami persamaan Tahun 2015 ditemukan kasus difteri sebanyak 2 kasus.

Gambar 3.40 Kasus Difteri Kota Semarang Th 2010 – 2016

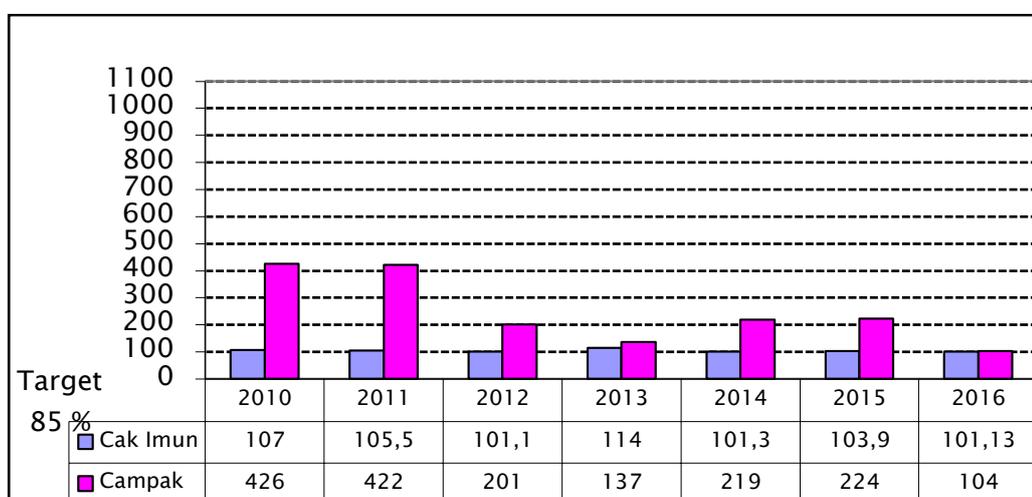


Sumber: Seksi PP Bidang P2

c. Campak

Gambaran secara umum untuk kasus campak dari tahun 2010–2016 dari hasil laporan mingguan (W2) puskesmas maupun rumah sakit mengalami fluktuatif. Pada tahun 2016 kasus Campak berjumlah 104 kasus mengalami penurunan dibanding tahun 2015. 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 3.41 Grafik Kasus Campak & Cakupan Imunisasi Campak 2010 - 2016

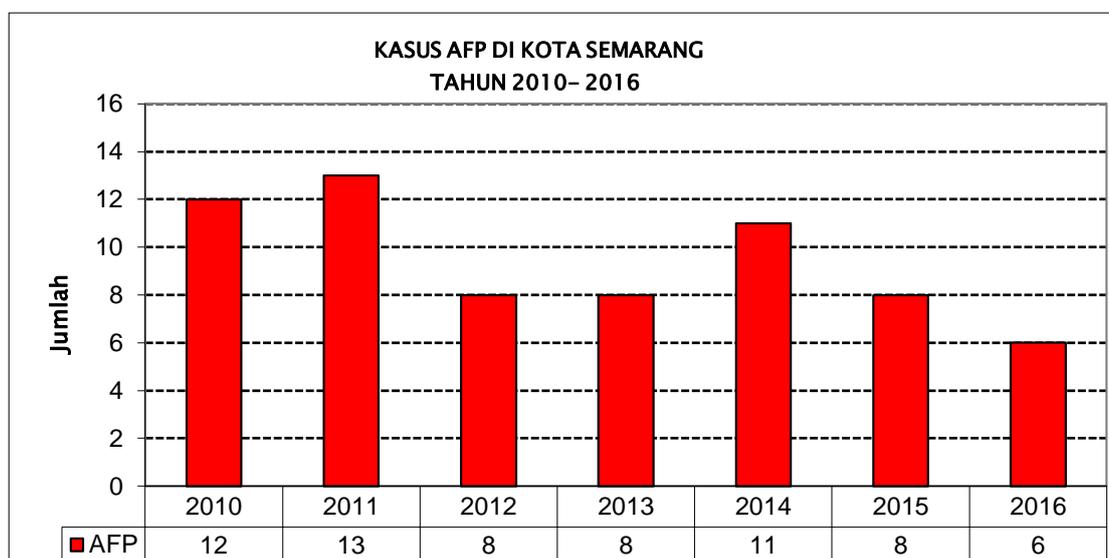


Sumber: Seksi PP Bidang P2P

d. Polio

Hasil surveilans Acute Flaccid Paralysis (AFP) di Kota Semarang dari tahun 2010 sampai tahun 2016 selalu ditemukan kasus AFP. Hal ini disebabkan karena surveilans aktif yang sudah berjalan cukup baik. Kasus AFP di tahun 2016 sebanyak 6 kasus.

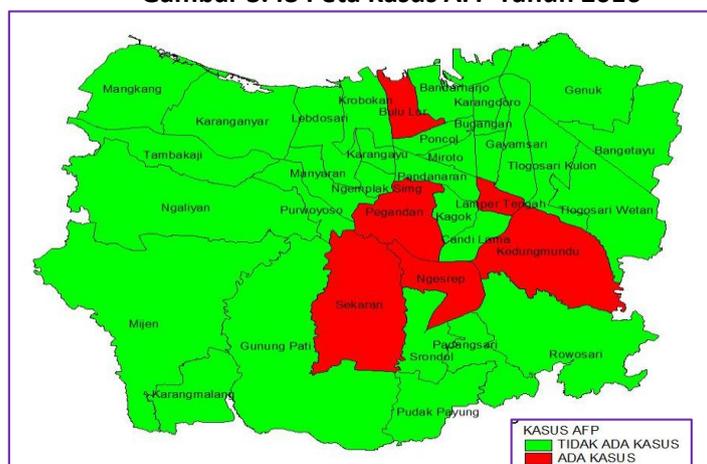
Gambar 3.42 Grafik Kasus AFP Di Kota Semarang th 2010 – 2016



Sumber: Seksi PP Bidang P2P

Kasus AFP di kota Semarang pada tahun 2016 berada di wilayah kerja Puskesmas Ngesrep, Bulu Lor, Lamper Tengah, Sekaran, Pegandan, dan Puskesmas Kedung Mundu.

Gambar 3.43 Peta Kasus AFP Tahun 2016



Sumber: Seksi PP Bidang P2P

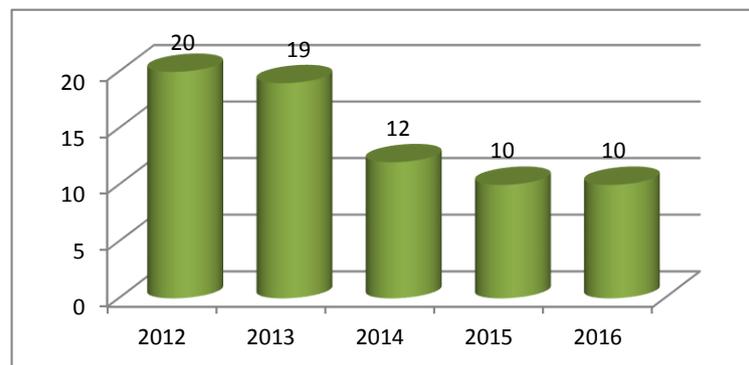
Kasus AFP yang ditemukan di kota Semarang tahun 2016 sebanyak 6 kasus, yang terdiri dari laki-laki sebanyak 3 (50%) orang dan perempuan 3 (50%) orang. Hal ini berbeda dibandingkan dengan tahun 2015 dimana laki-laki 27% dan perempuan 73%.

5. Penyakit Bersumber Binatang

a. Malaria

Situasi angka kesakitan malaria selama tahun 2012 – 2016 relatif cenderung turun, tahun 2012 sebanyak 20 kasus, tahun 2013 sebanyak 19 kasus, tahun 2014 sebanyak 12 kasus, tahun 2015 sebanyak 10 kasus dan tahun 2016 sebanyak 10 kasus, sedangkan jika dibandingkan kasus malaria tahun 2015 dengan tahun 2016 tidak terjadi perubahan, sebagaimana dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

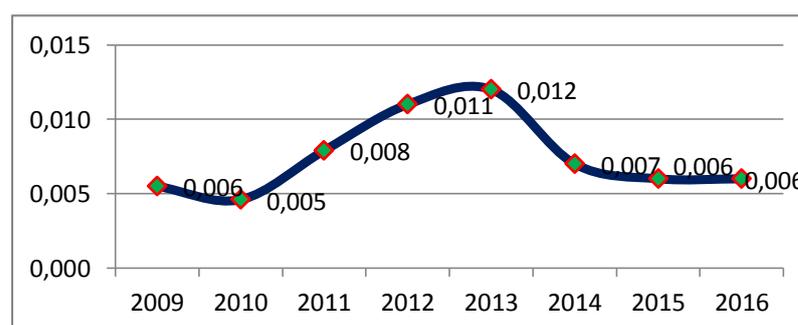
Gambar 3.44 Grafik Kasus Malaria Kota Semarang



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 2016 API kota Semarang sebesar 0,006 atau masih tetap bila dibandingkan dengan API tahun 2015; (0,006) sebagaimana dapat dilihat pada grafik berikut:

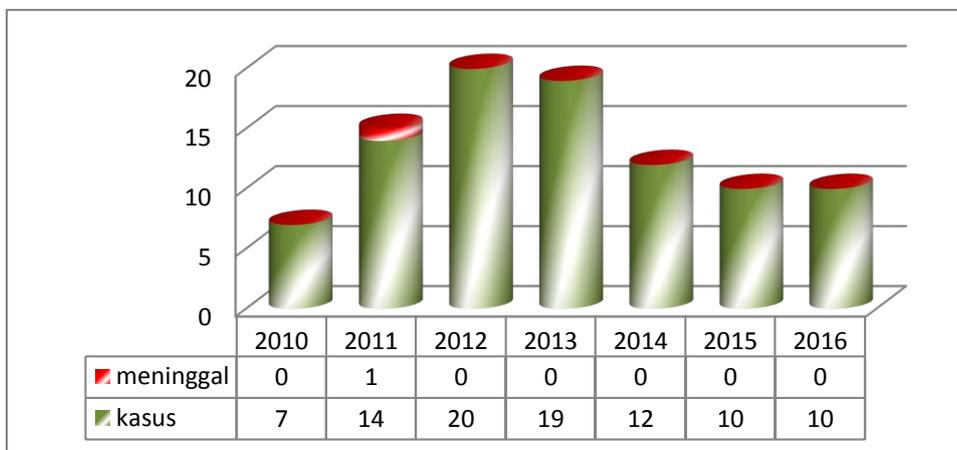
Gambar 3.45 Grafik Annual Paracite Incidence (API) Kota Semarang



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Selama tiga tahun terakhir (2012-2016) 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).

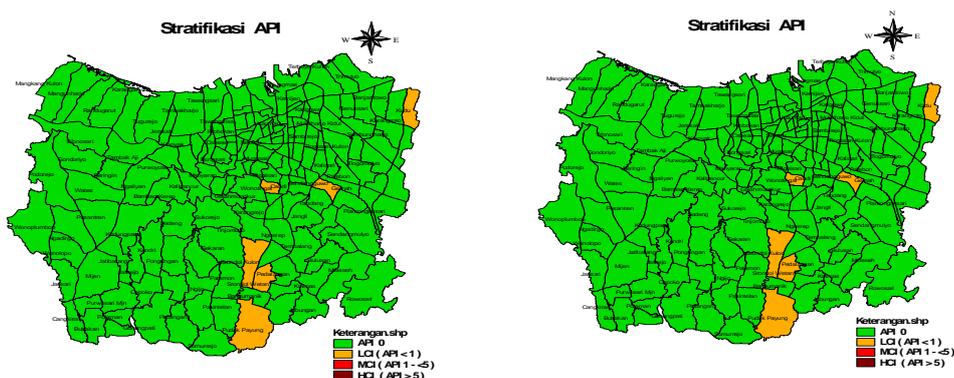
Gambar 3.46 Grafik Kasus & Kematian Malaria Kota Semarang



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Dari Grafik diatas kasus malaria meninggal tahun 2010 - 2016 sebanyak 1 kasus, yaitu pada tahun 2011, Sedangkan rata-rata kasus malaria selama tahun 2010-2016 sebanyak 13,1 kasus pertahun. Sedangkan semua kasus berhasil disembuhkan. Pada tahun 2015 tidak ada atau 0% kelurahan/desa dengan stratifikasi MCI/HCI, dan kelurahan/desa dengan stratifikasi LCI (API<1%) sebanyak 12;(6,7%) sedangkan tahun 2016 juga tidak ada atau 0% kelurahan/desa dengan stratifikasi MCI/HCI, dan kelurahan/desa dengan stratifikasi LCI sebanyak 5;(2,8%) sebagaimana dapat dilihat pada peta dibawah.

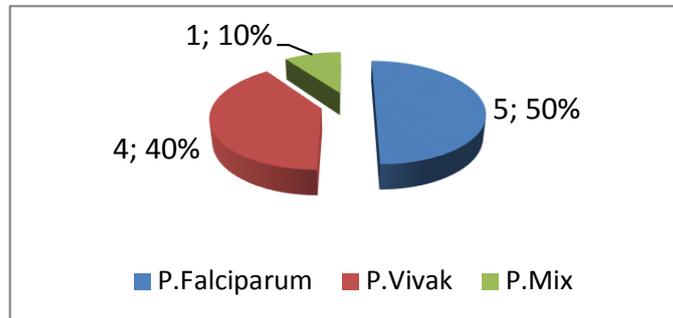
Gambar 3.47 Peta API Kota Semarang tahun 2015 & 2016



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Dari 10 kasus malaria import kota Semarang tahun 2016 menurut jenis plasmodium setelah dilakukan pemeriksaan sediaan darah sebanyak 5 kasus (50%) plasmodium falciparum, sebanyak 4 kasus (40%) plasmodium Vivak dan sebanyak 1 kasus (10%) Mix.

Gambar 3.48 Grafik kasus malaria menurut jenis plasmodium tahun 2016



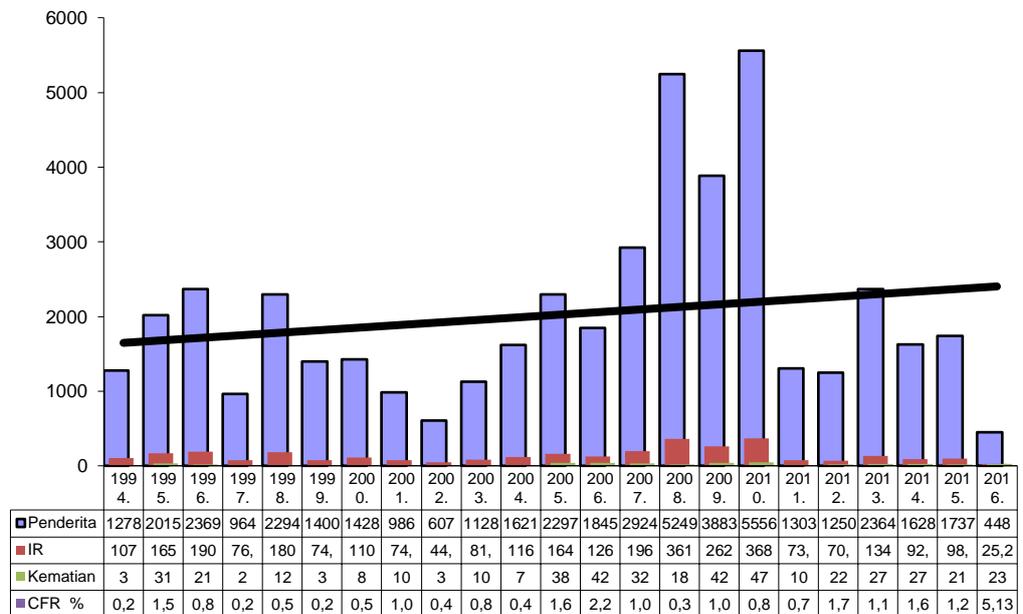
Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

b. Demam Berdarah

Pada Jumlah Penderit DBD Tahun 2016 turun menjadi 448 kasus dari yang 1.737 kasus pada tahun sebelumnya. Incidence Rate juga terjadi penurunan yang signifikan dari yang sebelumnya (tahun 2015) 98,61 menjadi 25,22 pada tahun 2016. CFR Tahun 2016 meningkat, dari 1,2 pada Tahun 2015 menjadi 5,12 pada tahun 2016.

Gambar 3.49 Grafik Perkembangan IR-CFR DBD Th 1994 – 2015

PERKEMBANGAN IR-CFR DBD 1994 - 2016

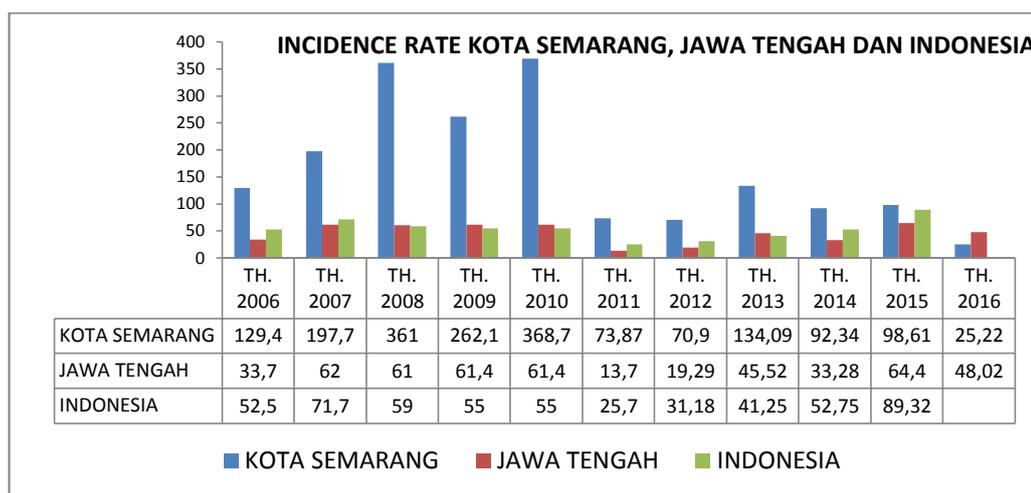


Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Sejak Tahun 1994 sampai dengan 2016 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 2016 selalu jauh lebih tinggi dari IR DBD Jawa Tengah dan IR DBD Nasional. Tahun 2016 IR DBD Kota Semarang 25,22 per 100.000 penduduk atau 47,5% lebih rendah dari IR DBD Jawa Tengah yang mencapai 48,22 per 100.000 penduduk. Target Nasional pencapaian incidence rate DBD adalah ≤ 51 per 100 ribu penduduk.

Gambar 3.50 IR DBD Kota Semarang, Jateng, dan Indonesia



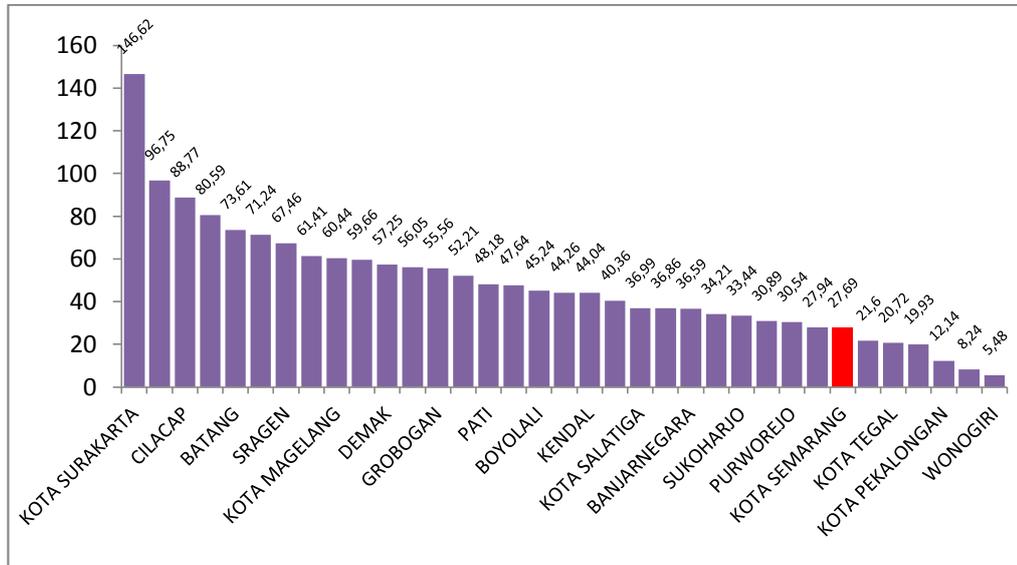
**Rangking IR DBD Kota Semarang di Jawa Tengah
tahun 2010 - 2014**

tahun	rangking DBD
2010	1
2011	1
2012	2
2013	3
2014	1
2015	3
2016	29

Incidence Rate DBD Kota Semarang menduduki peringkat ke-29 IR DBD. Terjadi perubahan definisi operasional kasus DBD mulai 1 Oktober 2016 yang mengakibatkan perubahan jumlah penderita DBD secara keseluruhan. Perbedaan yang terjadi pada keharusan syarat hemakonsentrasi yang harus > 20 dan hasil pemeriksaan Serologi tidak diperhitungkan. Pada masa sebelumnya disepakati bahwa hemakonsentrasi ditolelir > 10 dan atau adanya hasil pemeriksaan (+) pada pemeriksaan IgG dan IgM. Validasi dilakukan

pada akhir tahun pada penderita DBD sejak Januari 2016. Pergeseran tersebut mengakibatkan kasus yang semula didiagnosa DBD menjadi Demam Dengue (DD).

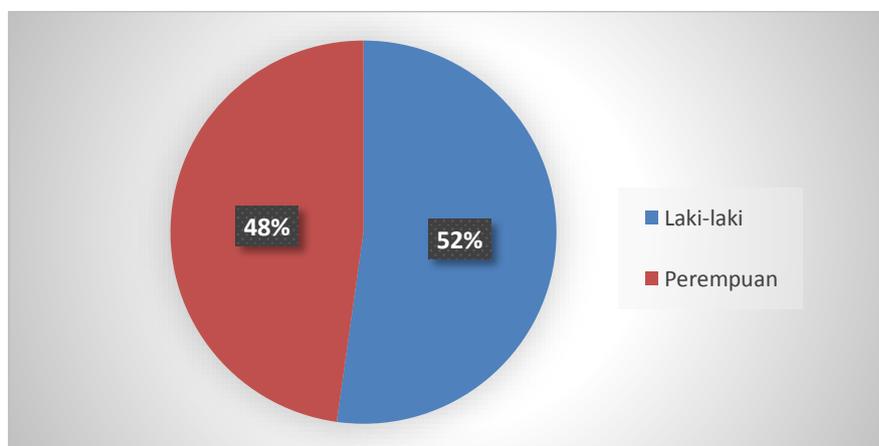
Gambar 3.51 IR DBD Kab/Kota se-Jateng Tahun 2016



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

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

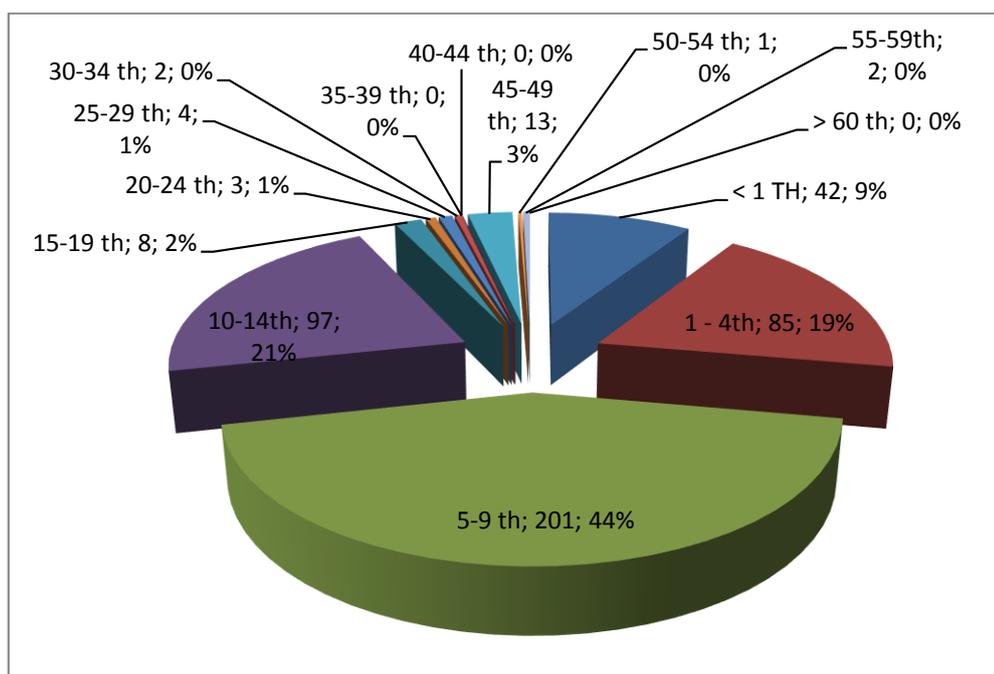
Gambar 3.52 Grafik Proporsi Penderita DBD Menurut Jenis Kelamin Tahun 2016



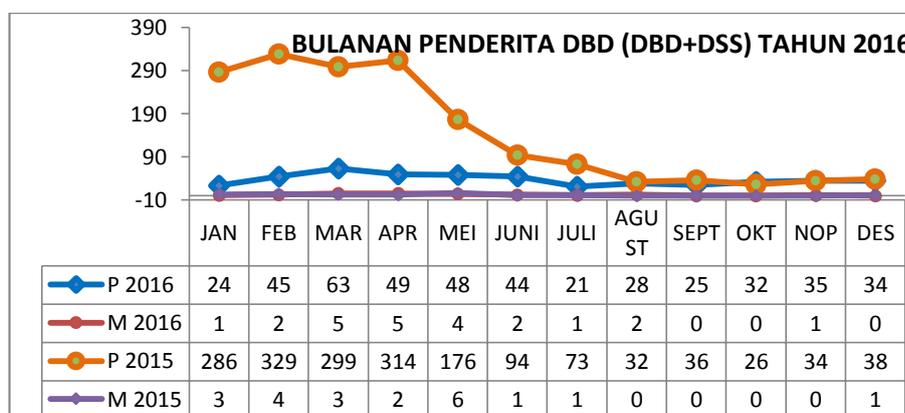
Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

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 3.53 Proporsi Penderita DBD di Kota Semarang Menurut Umur Th 2016



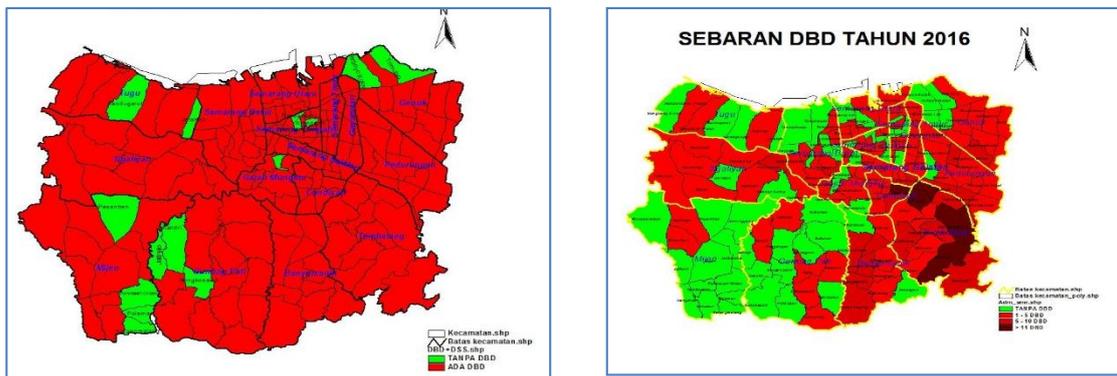
Gambar 3.54 Grafik Bulanan Penderita DBD



Seksi P2B2 Bidang P2P

Dari grafik di atas terlihat bahwa hanya di Bulan Oktober dan Nopember 2016 jumlah penderita DBD Kota Semarang melebihi jumlah penderita yang sama pada Tahun 2015. Puncak kasus DBD pTahun 2016 terjadi di bulan Maret dengan 63 kasus, sedangkan tahun lalu pada Bulan Februari dengan 329 kasus. Jika dilihat dari data Bulanan tersebut di atas, berdasarkan kriteria Kejadian Luar Biasa DBD yang digunakan dalam Perda Kota Semarang Tahun 2010, tidak ada KLB tingkat Kota pada Tahun 2016. Jumlah kasus terendah Tahun 2016 terjadi di Bulan Juli 2017 dengan 21 kasus. Sedangkan Tahun lalu kasus terendah terjadi di Bulan Oktober dengan 26 kasus. Rata-Rata jumlah penderita DBD Tahun 2016 sebanyak 37 orang per bulan sedangkan tahun lalu mencapai 145 kasus per bulan.

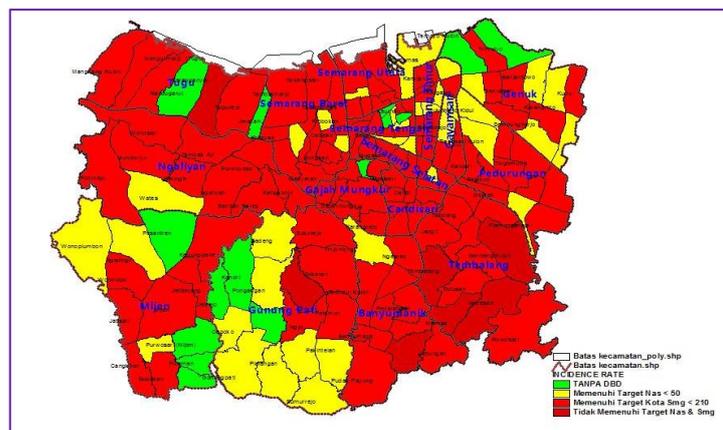
Gambar 3.55 Peta Kelurahan dengan kasus DBD Th 2015 & 2016



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Tahun 2016 ada 65,5% kelurahan yang pernah ada kasus DBD di wilayahnya. 35,5% kelurahan di Kota Semarang tidak ada kasus DBD di wilayahnya sepanjang Tahun 2016.

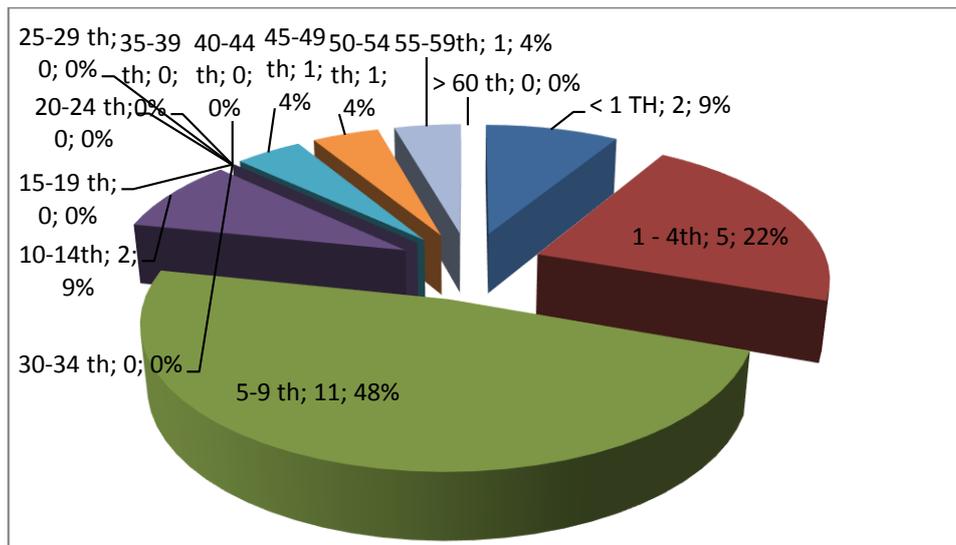
Gambar 3.56 Peta Capaian IR DBD Th 2016



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Angka Kematian

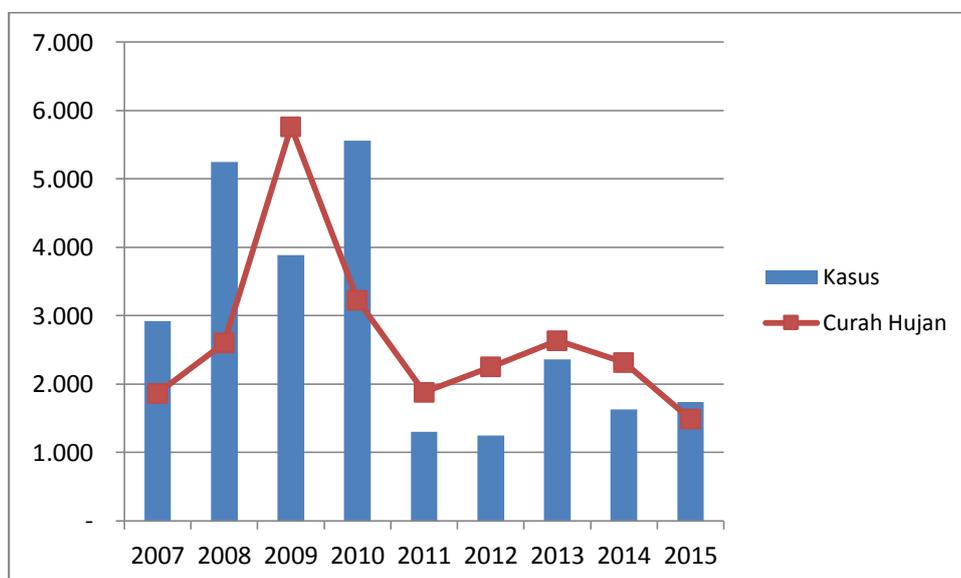
Gambar 3.57 Grafik Kematian Akibat DBD Menurut Kelompok Umur th 2016



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.

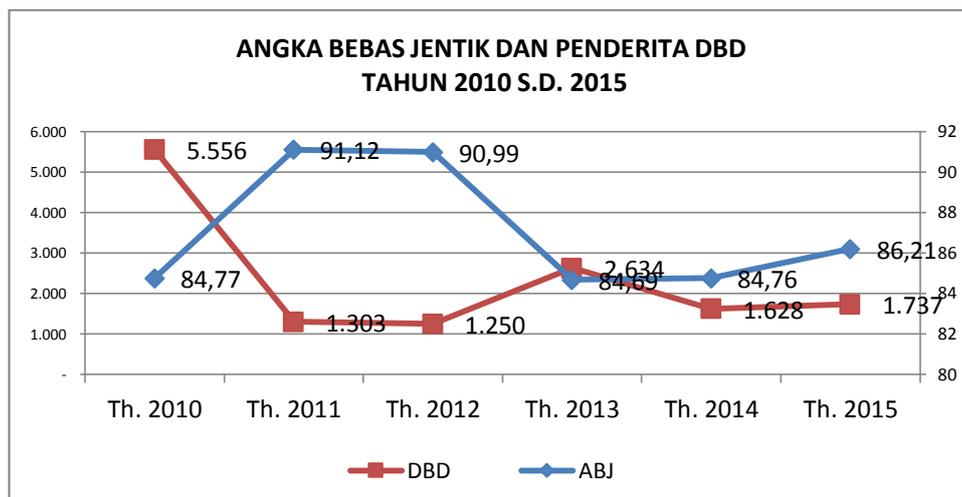
Gambar 3.58 Grafik Perbandingan Kasus dan Curah Hujan th 2007 - 2015



Melihat grafik di atas kita akan membandingkan curah hujan dengan kasus DBD per tahun, secara umum terlihat bahwa kenaikan curah hujan akan meningkatkan kasus DBD. Tetapi jika dicermati maka ada beberapa tahun yang kondisinya berlawanan. Perlu analisis statistik mendalam untuk menghubungkan curah hujan dengan tingginya kejadian DBD di Kota Semarang.

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.

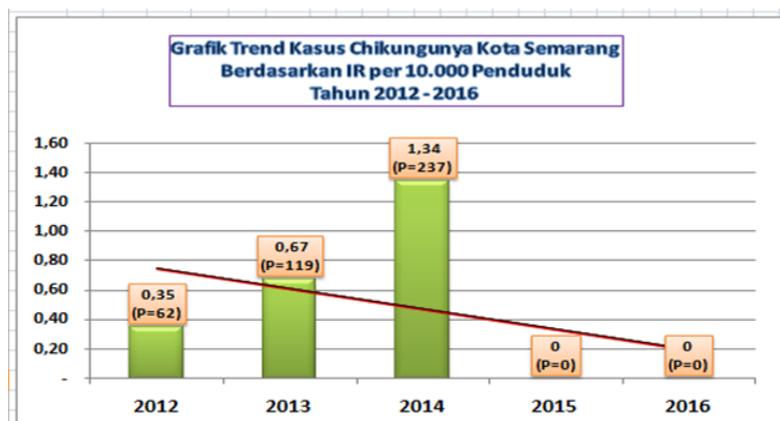
Gambar 3.59 Grafik Angka Bebas Jentik & Penderita DBD Tahun 2010 s.d 2016



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

c. Chikungunya

Gambar 3.60 Grafik Kasus Chikungunya Kota Semarang

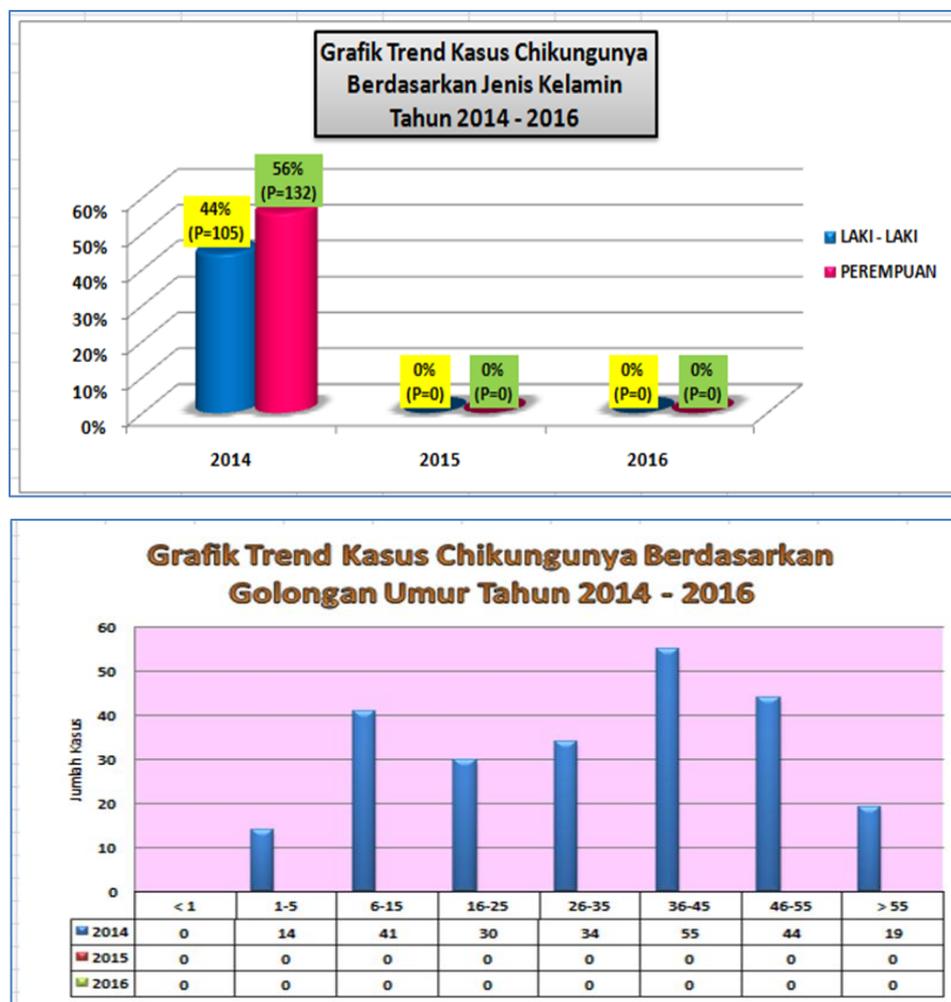


Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa Incidence Rate (IR) kasus Chikungunya di Kota Semarang dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2016 cenderung mengalami penurunan walaupun pada tahun 2014 mengalami kenaikan. Rata – rata IR kasus Chikungunya dalam 5 tahun terakhir (tahun 2012 – 2016) adalah 0,47 per 10.000 penduduk. Kasus tertinggi terjadi pada tahun 2014 dengan IR 1,26 per 10.000 penduduk (237 kasus). Sedangkan pada tahun 2016 tidak ada laporan kasus Chikungunya.

Dari tahun 2014 – 2016, kasus Chikungunya lebih banyak menyerang perempuan, hal ini kemungkinan disebabkan karena perempuan lebih banyak tinggal di rumah dibandingkan dengan laki-laki. Selain itu didukung nyamuk Aedes sebagai vektor Chikungunya, memiliki kebiasaan menggigit manusia pada pagi dan sore hari atau pada saat suasana tidak terlalu panas (di sekitar rumah).

Gambar 3.61 Grafik Kasus Chikungunya Kota Semarang Berdasar Jenis Kelamin & Umur



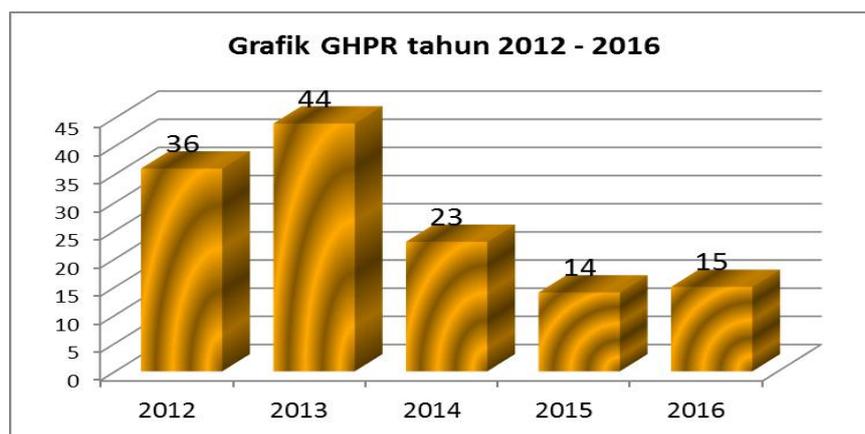
Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Pada tahun 2016 dan 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 (2012-2016) angka GHPR (Gigitan Hewan Penular Rabies) kota Semarang mengalami penurunan, sebagaimana dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

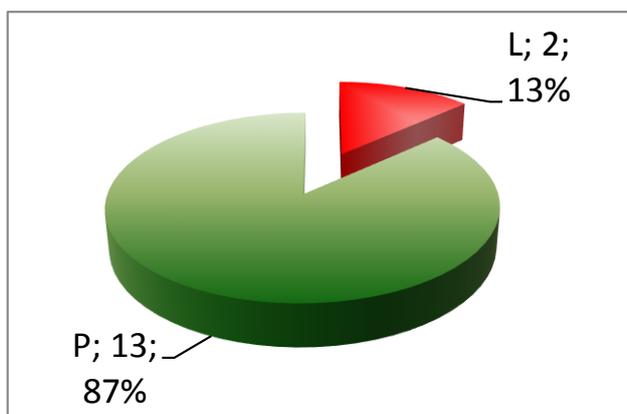
Gambar 3.62 Grafik GHPR Kota Semarang Th 2010 – 2015



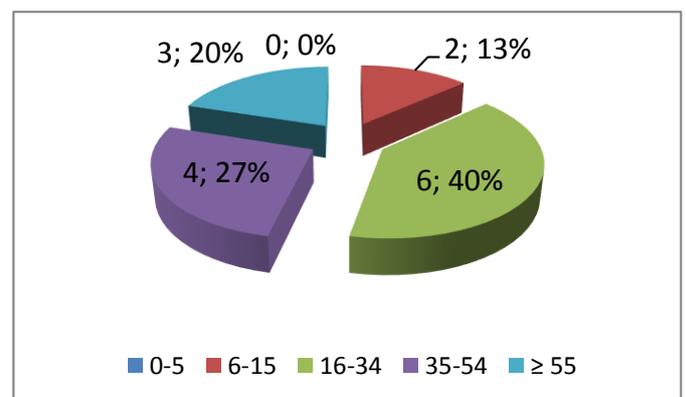
Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Kasus GHPR Kota Semarang tahun 2016 menurut jenis kelamin laki-laki sebanyak 2;(13%), sedang perempuan sebanyak 13; (87%). Menurut golongan umur, kasus berumur 0-5 tahun sebanyak 0 kasus (0%), umur 6-15 tahun sebanyak 2 kasus (13%), umur 16-34 tahun sebanyak 6 kasus; (40%) sedang kelompok umur 35-54 tahun sebanyak 3; (20%).

Gambar 3.63 Grafik GHPR Menurut Jenis Kelamin & Kelompok umur



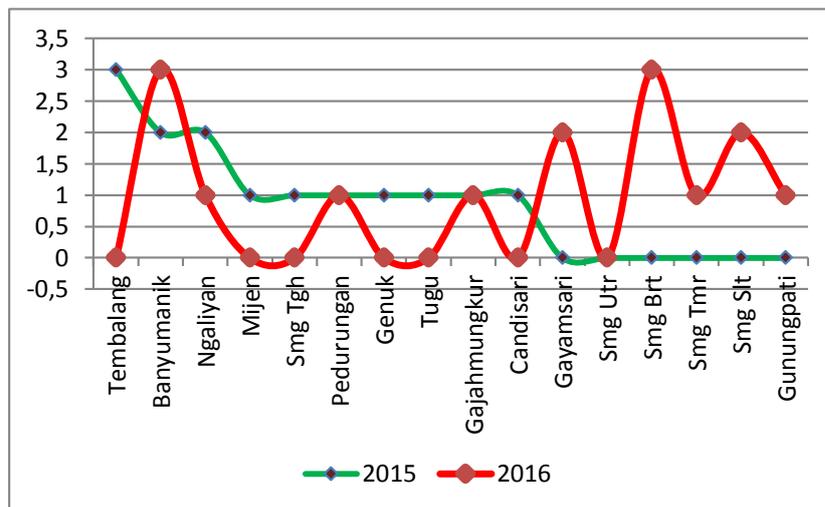
GPHR menurut Jenis Kelamin



GPHR menurut Kelompok Umur

Kasus GHPR Kota Semarang menurut kecamatan tahun 2016 terdapat 7 kecamatan yang mengalami peningkatan kasus yaitu kecamatan Banyumanik (2015;0 kss, 2016:3 kss), Ngaliyan (2015;0 kss, 2016;1 kss), Gayamsari (2015;0 kss, 2016;2 kss), Semarang brt (2015;0 kss, 2016;3 kss), Semarang tmr (2015;0 kss, 2016; 1 kss), Semarang slt (2015;0 kss, 2016; 2 kss) dan Gunungpati (2015;0 kss, 2016; 1 kss).

Gambar 3.64 Grafik GHPR Menurut Wilayah Kasus Th 2016 & 2015

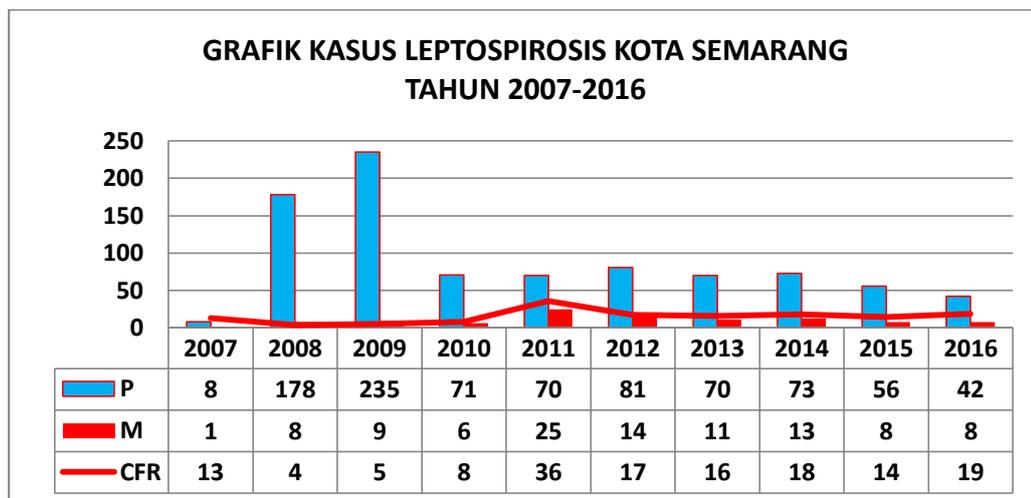


GHPR Kota Semarang tahun 2016 sebanyak 12; (80%) kasus GHPR digigit oleh anjing, sebanyak 2;(13%) digigit oleh kucing, dan sebanyak 1;(7%) kasus GHPR diakibatkan oleh gigitan kera.

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 2016, hal ini kemungkinan disebabkan karena ketidaktahuan penderita atau pengetahuan masyarakat tentang penyakit Leptospirosis sehingga terjadi keterlambatan dalam membawa penderita ke sarana kesehatan.

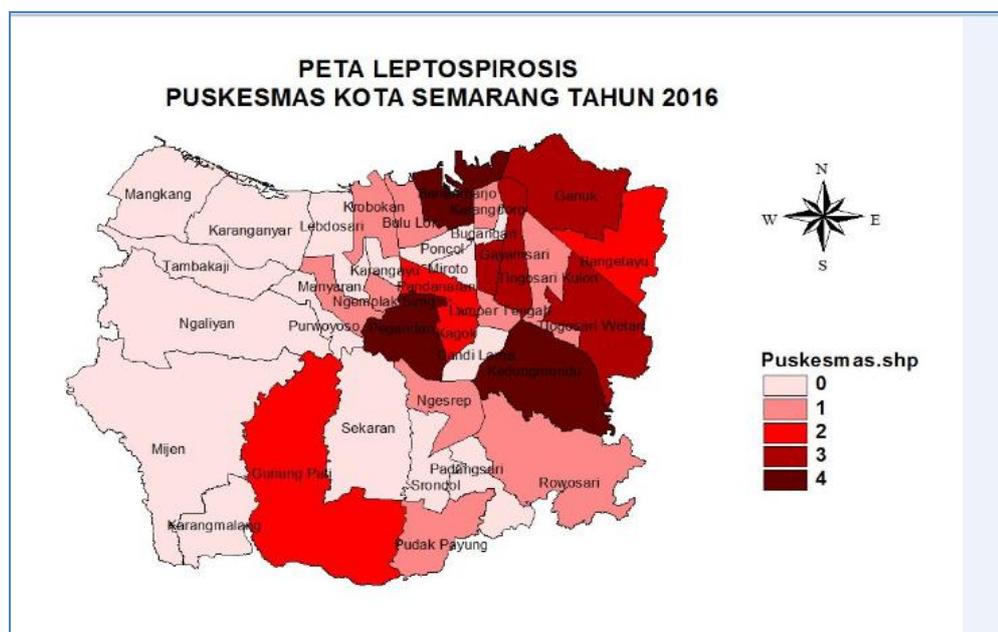
Gambar 3.65 Grafik Kasus Leptospirosis Kota Semarang Th 2007 – 2015



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Kasus Leptospirosis di Kota Semarang pada Tahun 2016 sebanyak 42 kasus, mengalami penurunan sebesar 23,21 % dibandingkan tahun sebelumnya jumlahnya sebanyak 56 kasus. Untuk angka kematian meningkat 5 % dibanding tahun lalu, dari 14 % di tahun 2015 menjadi 19 % di tahun 2016.

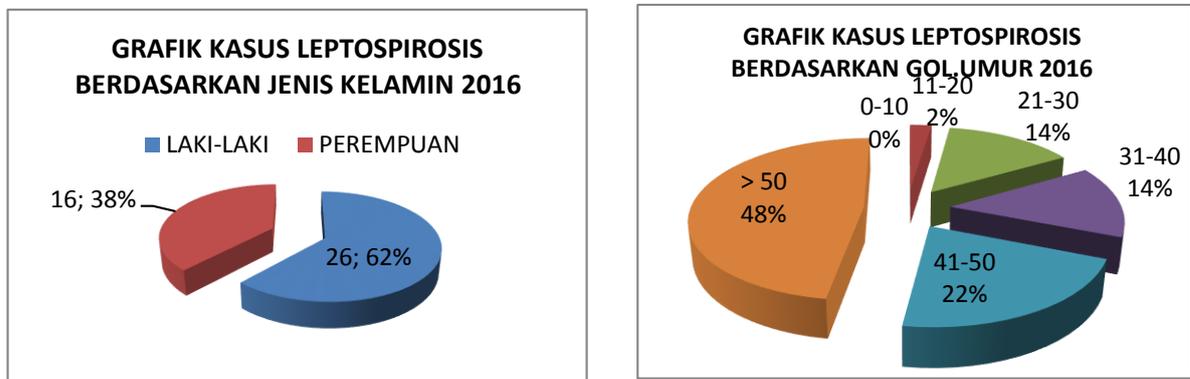
Gambar 3.66 Peta Kasus Leptospirosis Kota Semarang Th 2016



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Kasus leptospirosis di kota Semarang menyebar di 21 Puskesmas dari 37 Puskesmas yang ada (56,76 %), untuk lebih jelasnya disajikan pada grafik diatas. Puskesmas yang tidak melaporkan adanya kasus leptospirosis tahun 2016 ada 16 puskesmas.

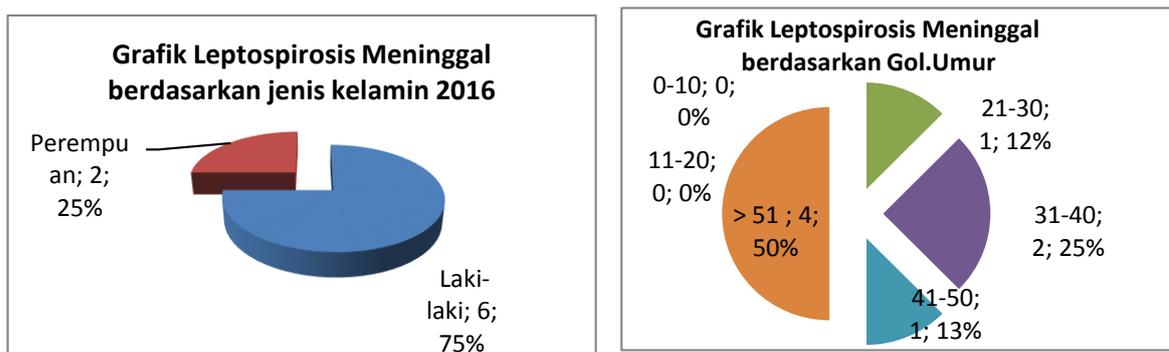
Gambar 3.67 Grafik Kasus Leptospirosis Kota Semarang Berdasar Jenis Kelamin & Golongan Umur Tahun 2016



Sumber : Seksi P2B2 Bidang P2P

Kasus leptospirosis berdasarkan jenis kelamin tahun 2015 laki-laki yaitu sebanyak 16 kasus (38 %) dibandingkan perempuan 26 kasus (62 %). Proporsi kasus menurut kelompok umur pada tahun 2016, kasus tertinggi pada kelompok umur > 50 th, yaitu 48 %. sedangkan terendah pada kelompok umur 0 - 10 tahun yaitu sebanyak 1 kasus (2 %). Hal ini menunjukkan bahwa penyakit Leptospirosis dapat menyerang segala umur bahkan anak – anak.

Gambar 3.68 Grafik Kasus Kematian Leptospirosis Kota Semarang Berdasar Jenis Kelamin & Golongan Umur Tahun 2016



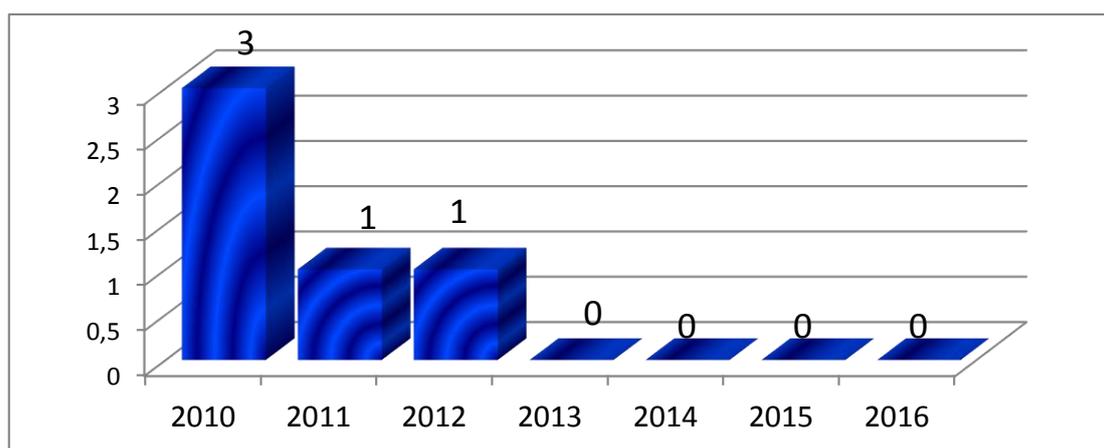
Sumber : Seksi P2B2 Bidang P2P

f. Flu Burung

Kota Semarang tahun 2016 tidak ditemukan adanya komfirm 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 2011-2016 terjadi penurunan, tahun 2011 sebanyak 1 suspec dan tahun 2012 sebanyak 1 suspek dan tahun 2013 sampai dengan tahun 2015 tidak ditemukan suspek flu burung, seperti tampak pada grafik berikut:

Gambar 3.69 Grafik Kasus Flu Burung Kota Semarang

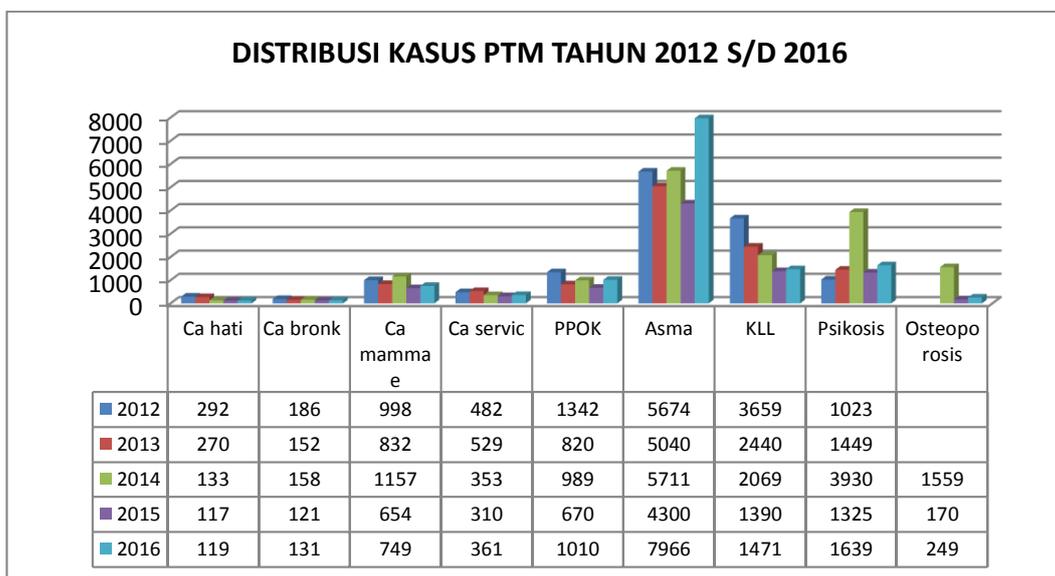
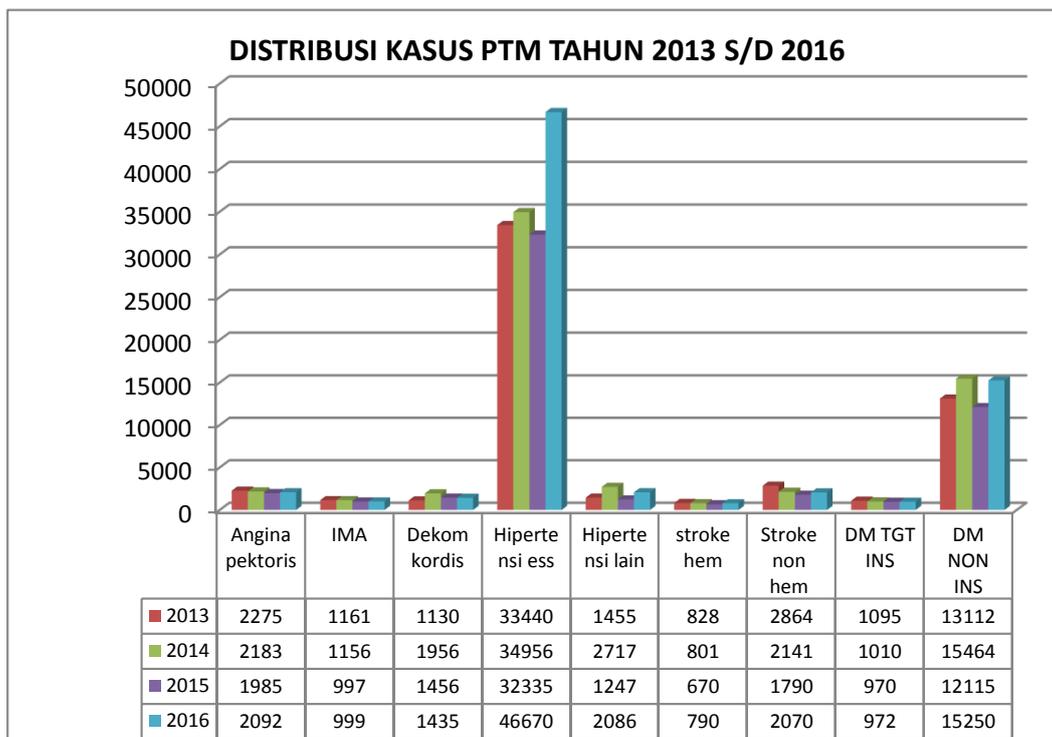


Sumber : Seksi P2B2 Bidang P2

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

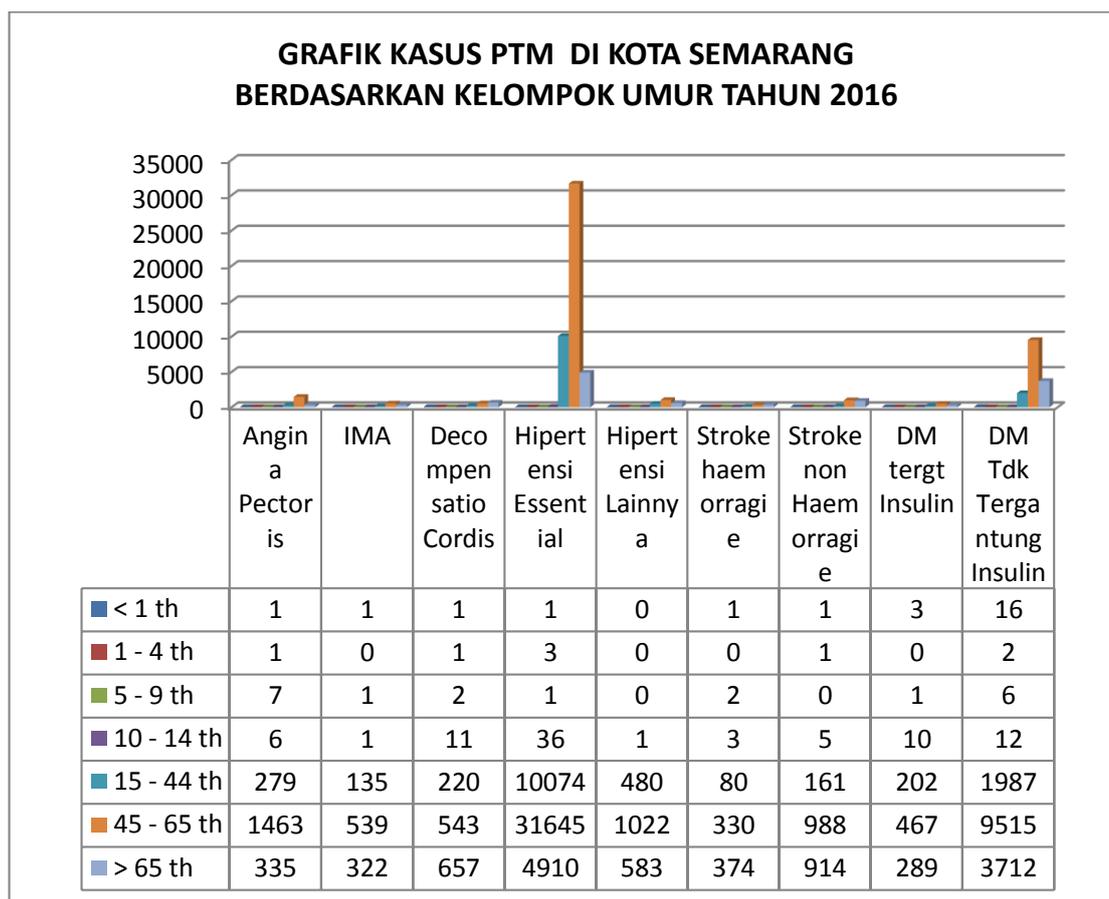
Gambar 3.70 Grafik Distribusi Kasus Penyakit Tidak Menular Kota Semarang



Sumber : Seksi P2ML Bidang P2P

Tahun 2016 Kasus PTM tertinggi pada penyakit Hipertensi dan Diabetes Mellitus. Kasus Hipertensi sebanyak 46.670 kasus dan Diabetes Mellitus sebanyak 15.250 kasus.

Gambar 3.71 Grafik Kasus Penyakit Tidak Menular 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.

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 2016

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 K1 Kota Semarang pada tahun 2016 adalah 100,7% (30.018 kunjungan) dan cakupan kunjungan K4 Kota Semarang pada tahun 2016 adalah 97,5% (29.069 kunjungan) mengalami peningkatan dibanding dengan tahun 2015 yaitu 97,46% (28.741 kunjungan bumil). Angka tersebut sudah mencapai target SPM tahun 2016 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.

b. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

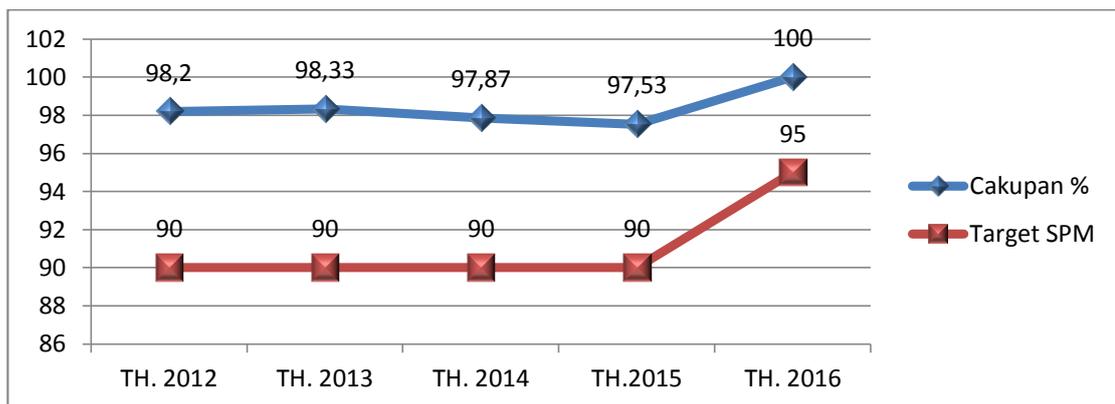
Pertolongan Persalinan

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). Proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan juga menggambarkan kemampuan manajemen KIA dalam pertolongan KIA sesuai standar.

Jumlah persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan di Kota Semarang pada tahun 2016 adalah 26.444 (100%) dari 26.444 persalinan. Angka ini sudah melampaui target SPM tahun 2016 (95%). Hal ini dikarenakan adanya dukungan dari program jamkesmaskot, masyarakat sudah lebih baik perilakunya untuk mencari penolong persalinan yaitu ke petugas kesehatan dan juga adanya pendampingan oleh tenaga Gasurkes.

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 2012-2016



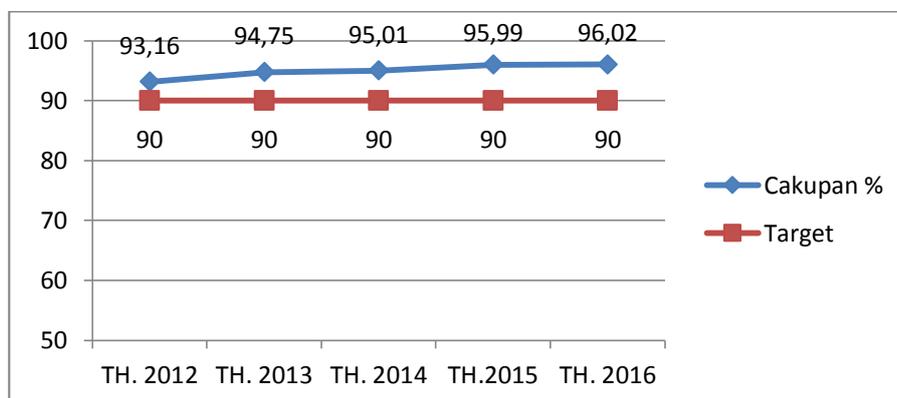
Sumber : Seksi Ibu Bidang Kesga

c. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

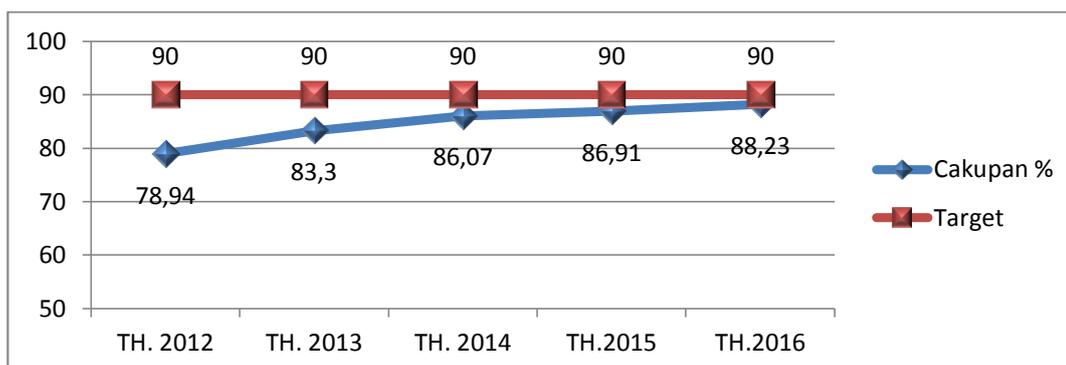
Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan pemeriksaan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu :

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 2012 – 2016



Sumber : seksi Ibu & Lansia Bidang Kesga

Gambar 4.3. Cakupan KF3 Kota Semarang Tahun 2012 – 2016

Sumber : seksi Ibu & Lansia Bidang Kesga

Pada gambar 4.3 menunjukkan bahwa cakupan KF3 mengalami kenaikan sejak tahun 2012 sampai dengan tahun 2016 namun masih di bawah target (90%). Cakupan KF1 dan KF3 sejak tahun 2012 sampai dengan tahun 2016 cenderung mengalami kenaikan, hal ini menunjukkan semakin meningkatnya kesadaran 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. Pada tahun 2016 jumlah kasus komplikasi yang ditangani sebesar 7.700 kasus atau 129 % dari total 5.963 perkiraan komplikasi kebidanan. Adapun jumlah total ibu hamil adalah 29.814 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.

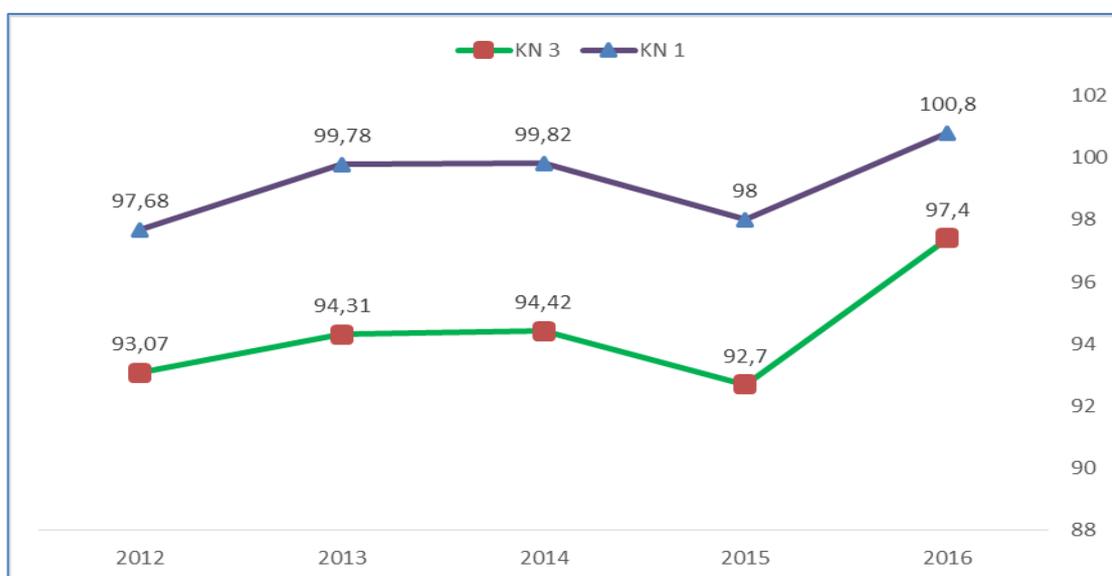
Pada tahun 2016 jumlah neonatal risti yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan sebesar 3.304 kasus atau 83,6% dari total perkiraan 3.951 neonatal risti. Jumlah ini mengalami penurunan dari tahun 2015 yaitu jumlah neonatal risti yang ditangani sebesar 3.332 kasus atau 81,3% dari total perkiraan 4.100 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: 6-48 jam), Kunjungan Neonatus 2 (KN2: 3-7 hari) dan Kunjungan Neonatus 3 (KN3: 8-28 hari).

Cakupan kunjungan neonatus (KN 1) tingkat Kota Semarang tahun 2016 adalah 26.556 (100,8%) dari 26.337 bayi lahir hidup, sedangkan KN3 tahun 2016 adalah 25.660 (97,4%).

Gambar 4.4. Cakupan KN Kota Semarang Tahun 2012 – 2016



Sumber : seksi Ibu & Lansia Bidang Kesga

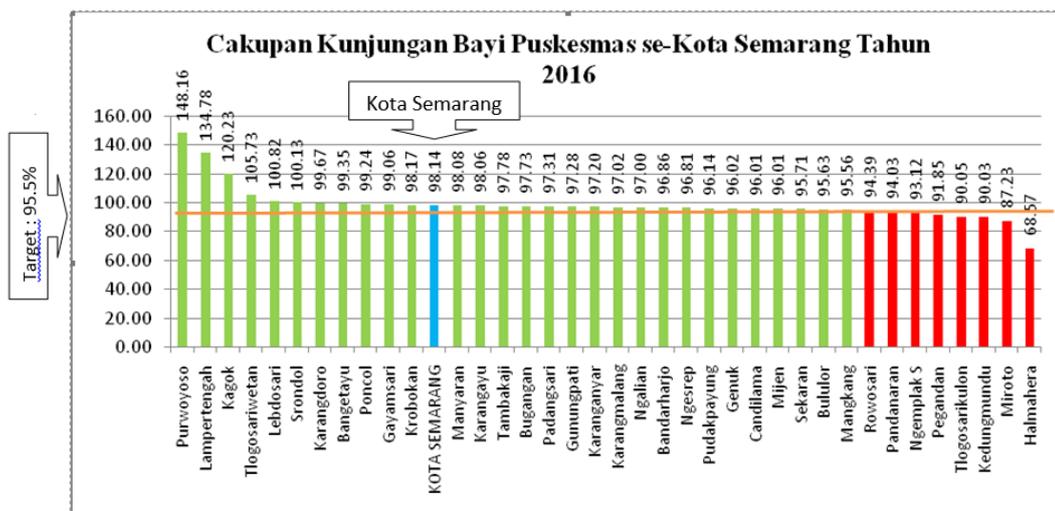
Capaian cakupan KN Lengkap Tahun 2016 sebesar 100,8% hal ini terjadi kemungkinan karena kelemahan menentukan sasaran. Usaha dalam upaya untuk selalu meningkatkan kesadaran masyarakat akan kesehatan neonatus harus terus digalakkan, antara lain peningkatan pelayanan kesehatan terutama kesehatan anak (neonatus, 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 2016 adalah sebesar 26.602 kunjungan 98,1% dari 27.107 bayi yang ada. Dibandingkan tahun 2015, dengan 26.281 kunjungan atau 95,2% dari 27.601 bayi yang ada, artinya jumlah ini mengalami peningkatan dan sudah di atas target Renstra Kota Semarang yaitu 95,5 %.

Gambar 4.5. Cakupan Kunjungan Bayi Kota Semarang Tahun 2016



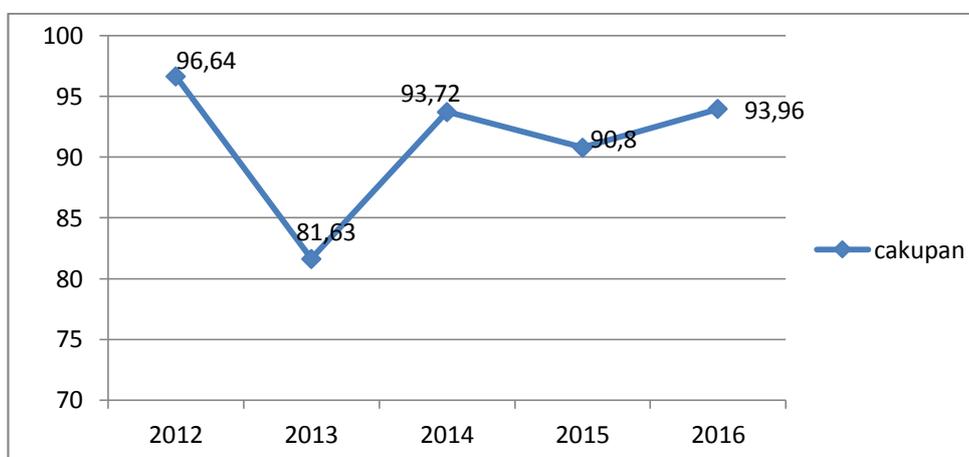
Sumber : Seksi Anak Bidang Kesga

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 2012 - 2016



Sumber : Seksi Anak Bidang Kesga

Hasil pelayanan kesehatan balita minimal 8 kali di peroleh cakupan tahun 2016 adalah sebanyak 101.859 balita atau 93,96% dari total 108.412 balita yang ada. Angka ini mengalami kenaikan dari tahun 2015 yaitu sebanyak 76.382 atau (90,8%). Adapun jumlah balita yang ditimbang bulan ini dikurangi dengan balita yang ditimbang bulan ini tetapi tidak datang pada bulan sebelumnya(D') adalah 77.759. Dari angka tersebut sebanyak 69.688 (80%) balita dengan BB naik. Sedangkan yang mengalami BGM adalah 1.026 (1,2%). Data secara terperinci dapat dilihat pada tabel 46 dan 47.

i. Pelayanan Kesehatan pada siswa SD

Pelayanan kesehatan pada siswa SD kelas 1 dan sederajat yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di tingkat puskesmas diperoleh hasil sebanyak 26.302 murid SD atau 100% dari 26.302 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).

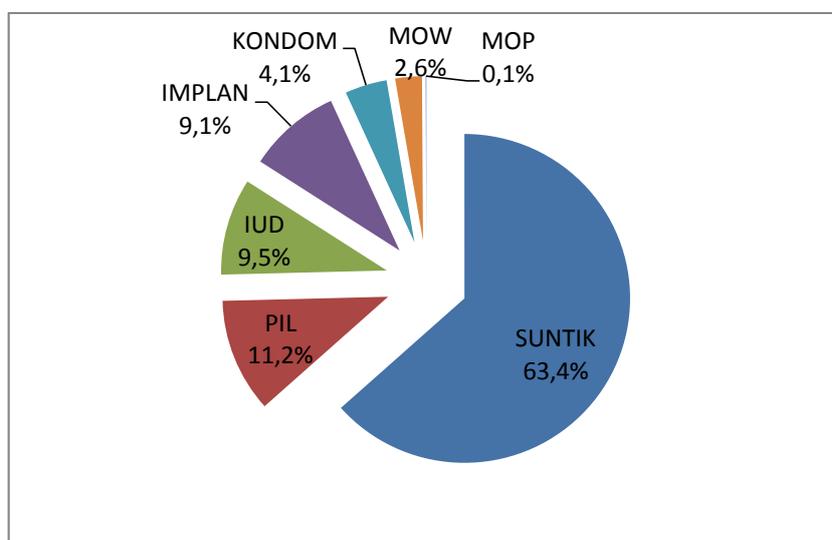
a. Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS)

Pada tahun 2016, jumlah PUS yang berhasil didata oleh Puskesmas sebanyak 263.373, angka ini mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2015, yaitu sebanyak 262.780. Peserta KB baru sebanyak 14.117 orang (5,4%) dengan jumlah peserta KB aktif yang dibina sebesar 203.751 orang (77,4%).

b. Peserta KB Baru

Dari 30.513 peserta KB Baru, secara rinci mix kontrasepsi yang digunakan adalah sebagai berikut :

Gambar 4.7 Grafik Penggunaan Kontrasepsi pada Peserta KB Baru Th 2016

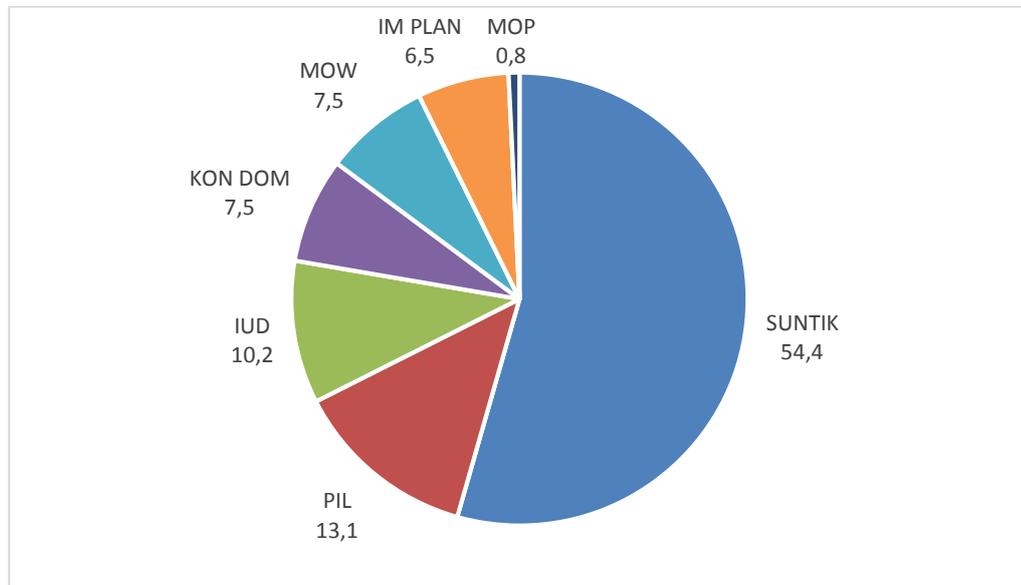


Sumber : Seksi ibu Bidang Kesga

c. Peserta KB Aktif

Hasil pembinaan peserta KB Aktif selama tahun 2016 sebesar 203.751 dengan mix kontrasepsi sebagai berikut :

Gambar 4.8 Grafik Penggunaan Kontrasepsi pada Peserta KB Aktif Th 2016



Sumber : Seksi Ibu Bidang Kesga

Gambar 4.8 menunjukkan bahwa selama tahun 2016, 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 2015, 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 2016 sebesar 77,4%, angka ini mengalami sedikit kenaikan dari tahun 2015 yaitu sebesar 76,2% dan 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 2016 sebesar 27.463 (101%) sedikit bertambah jika dibanding tahun 2015 sebesar 26.252 (100%). Cakupan imunisasi campak tahun 2016 sebesar 27.411 (101,13%) sedikit bertambah dari tahun 2015 yaitu 26.778 (101,79%).

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 2016 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 sampai TT 5 ibu hamil pada tahun 2012 sampai 2016 dapat dilihat pada tabel berikut,

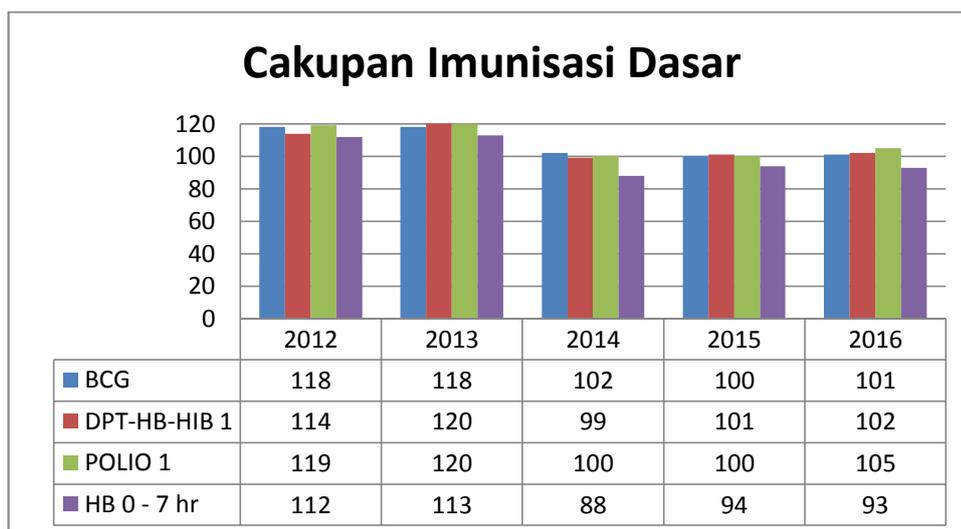
Tabel. 4.1 Hasil imunisasi TT1, TT2, TT3, TT4, dan TT5 tahun 2012 – 2016

TAHUN	TT 1		TT 2		TT 3		TT 4		TT 5	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
2012	15.969	56,2	14.653	51,6	39.32	13,8	20.84	7,3	12.87	4,6
2013	16015	55.8	13244	46.1	4083	14.2	2171	7.6	1387	4.8
2014	22935	56,2	17486	47,1	5178	14,4	2590	8,2	1606	5,1
2015	19304	37,5	15537	36,6	4548	13,4	2836	8,3	1976	6,0
2016	17466	53,4	14702	45	4879	14,9	3193	0,9	1943	0,6

Imunisasi kontak Lengkap

Secara umum cakupan Imunisasi kontak 1 tahun 2012-2016 telah mencapai target, cakupan HB 0 – 7 hr dapat mencapai 93 % dengan target 90 %. Hal ini disebabkan karena semakin baiknya Koordinasi dengan unit Pelayanan Swasta dalam pemberian HB 0-7 hr.

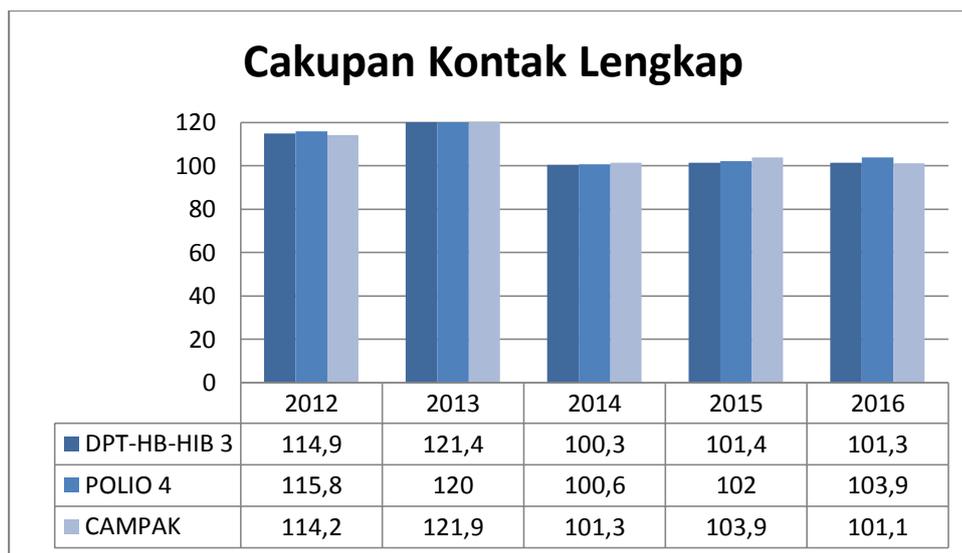
Gambar 4.10 Grafik Cakupan Imunisasi Dasar Th 2012 - 2016



Sumber : Seksi Ibu Bidang Kesga

Pencapaian hasil Imunisasi kontak lengkap di Kota Semarang mulai tahun 2016 sudah mencapai target minimal yaitu 95% dibandingkan dengan tahun 2015.

Gambar 4.11 Grafik Cakupan Imunisasi Lengkap Th 2012 - 2016



Sumber : Seksi Ibu Bidang Kesga

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 2016 total kunjungan pasien rawat jalan di saryankes mencapai 2.298.741 kunjungan. Untuk kunjungan rawat inap mencapai 245.682.

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 2016 adalah 59,3 %. Adapun jumlah tempat tidur yang tersedia di tahun 2016 sebanyak sebesar sebanyak 5.326 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 2016 adalah 4,9 hari. Cakupan

pencapaian tersebut dapat diartikan bahwa penggunaan tempat tidur di RS di Kota Semarang untuk tahun 2016 belum 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 2016 adalah 3,45. Angka ini dapat diartikan bahwa pemakaian tempat tidur di Rumah Sakit pada tahun ini belum optimal.

d. **Gross Death Rate (GDR)**, adalah angka kematian untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar maksimum adalah 45. Manfaat GDR (Gross Death Rate) untuk mengetahui mutu pelayanan / perawatan Rumah Sakit. Angka ini bisa untuk menilai mutu pelayanan jika angka kematian kurang dari 48 jam rendah. Berdasarkan data yang dilaporkan GDR Kota Semarang pada tahun 2016 adalah 3,2 %.

e. **Net Death Rate (NDR)**, manfaat NDR adalah untuk mengetahui mutu pelayanan / perawatan Rumah Sakit. Semakin rendah NDR suatu Rumah Sakit, berarti bahwa mutu pelayanan / perawatan Rumah Sakit makin baik. NDR yang masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000 penderita keluar. Pencapaian NDR di Kota Semarang pada tahun 2016 adalah 1,9 %. Namun demikian secara keseluruhan pelayanan rumah sakit di Kota Semarang masih tergolong baik.

3. Pelayanan Kesehatan Gigi & Mulut

Kegiatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dilaksanakan di sarana pelayanan kesehatan pada tahun 2016 meliputi pelayanan tumpatan gigi tetap sejumlah 8.379 kasus, pencabutan gigi tetap 9.529 kasus, dengan rasio untuk tumpatan/pencabutan dibandingkan pencabutan gigi sebesar 0,9 hal ini meningkat dari tahun 2015 sebesar 0,9.

Berdasarkan data yang ada, upaya pelayanan UKGS di sekolah dasar, telah dilaksanakan pemeriksaan kesehatan gigi terhadap 26.302 siswa (100%), dari total 26.302 anak SD/MI. Dari jumlah tersebut terdapat 12.147 siswa perlu perawatan dan yang telah mendapatkan perawatan sebanyak 12.013 siswa (98,9%). Berkaitan dengan kegiatan sikat gigi massal, diperoleh hasil sejumlah 535 SD/MI (91%) telah melakukan kegiatan tersebut dari total 589 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.

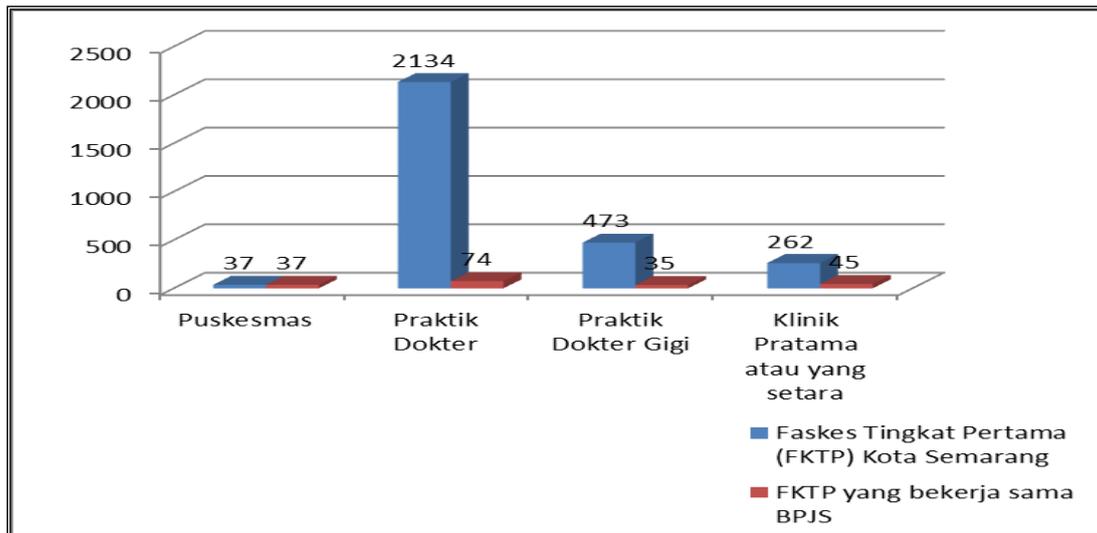
C. PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

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, tercantum dalam table sebagai berikut:

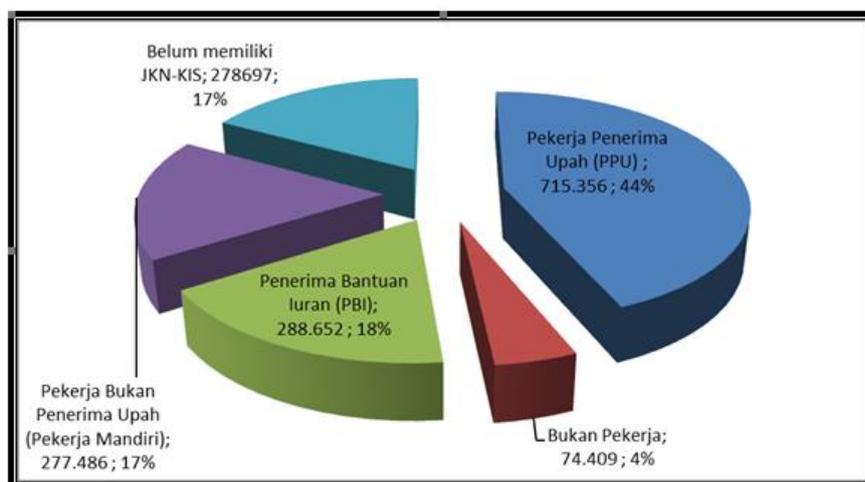
Gambar 4.12 Grafik FKTP yang bekerjasama BPJS



Sumber : Seksi Pemberdayaan dan Pembiayaan Bidang PKPKL

Pada tahap awal peserta JKN adalah peserta PBI, Askes PNS, Peserta TNI, POLRI, dan Peserta JPK Jamsostek. Dalam perkembangannya, mulai pengembangan segmen kepesertaan dari sektor lainnya. Jumlah penduduk Kota Semarang tahun 2016 (Sumber ; Dispendukcapil) adalah 1.634.600 jiwa, penduduk yang telah terdaftar dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN-KIS) BPJS Kesehatan sebanyak 1.355.903 jiwa atau sebesar 82,95%. Gambaran kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kota Semarang tahun 2016 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

Gambar 4.13 Grafik Cakupan Kepesertaan JKN 2016



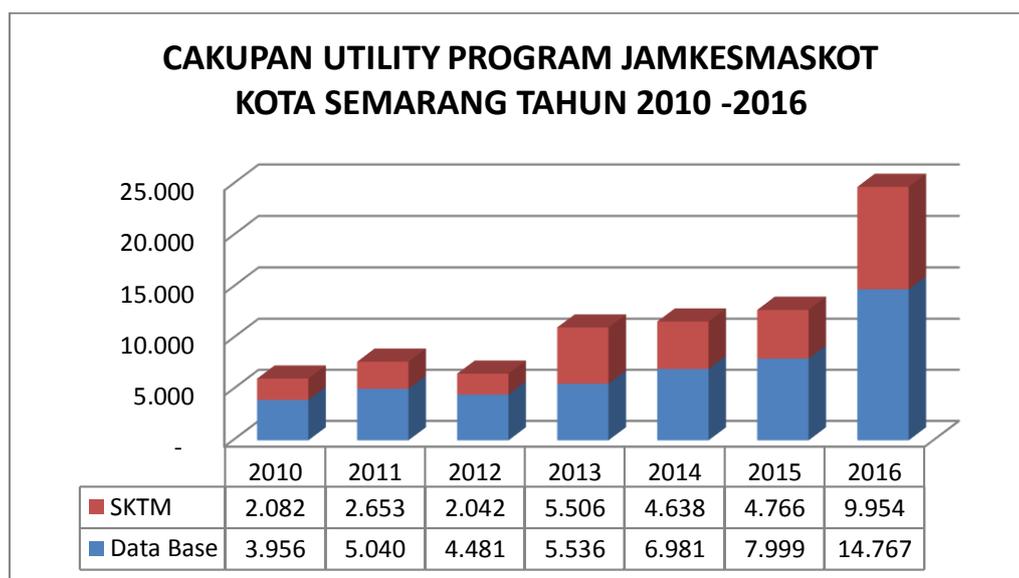
Sumber : BPJS KCU Semarang

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 2016 sebanyak 24.721 orang yang terdiri dari warga miskin yang masuk data base sebanyak 14.767 orang (59,73 %) dan yang menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) sebanyak 9.954 orang (40,27%). Pemanfaatan pelayanan kesehatan Jamkesmaskot tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015 mengalami kenaikan 48,36% , hal ini dimungkinkan banyaknya peserta JKN-KIS yang menunggak mengakses ke program Jamkesmaskot. Gambaran pemanfaatan pelayanan kesehatan Jamkesmaskot lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 4.14 Grafik Pemanfaatan Utility Jamkesmas Kota Semarang

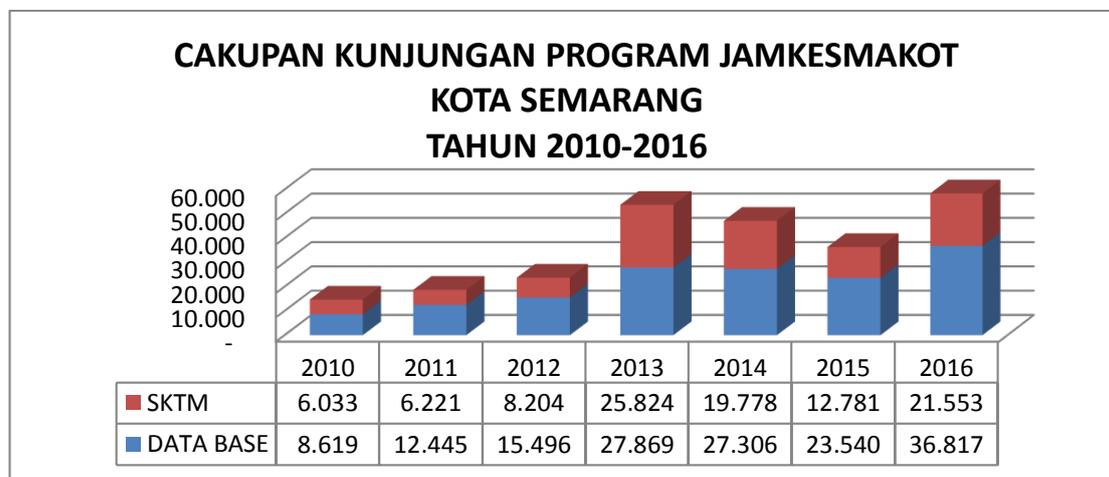


Sumber : Seksi Pemberdayaan dan Pembiayaan Bidang PKPKL

Cakupan kunjungan pelayanan jamkesmaskot bagi warga miskin Kota Semarang tahun 2016 sebanyak 58.370 kunjungan, yang terdiri dari kunjungan warga miskin yang masuk data

base sebanyak 36.817 kunjungan (63,08 %) dan yang menggunakan SKTM sebanyak 21.553 kunjungan (36,92 %). Kunjungan pelayanan kesehatan ini bila dibandingkan jumlah warga miskin yang memanfaatkan (utility) maka rata – rata per orang memanfaatkan 2 kali kunjungan per tahun.

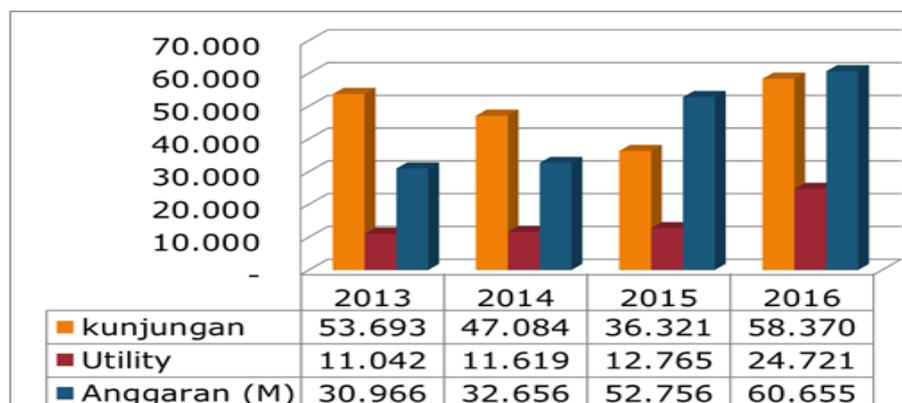
Gambar 4.15 Grafik Kunjungan Jamkesmas Kota Semarang



Sumber : Seksi Pemberdayaan dan Pembiayaan Bidang PKPKL

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 2016 disediakan anggaran Rp 60 M ada kenaikan jika dibandingkan dengan anggaran tahun 2015 sebesar Rp. 52 M.

Gambar 4.16 Grafik Tren Kunjungan Pasien, Utility dan Anggaran Jamkesmaskot



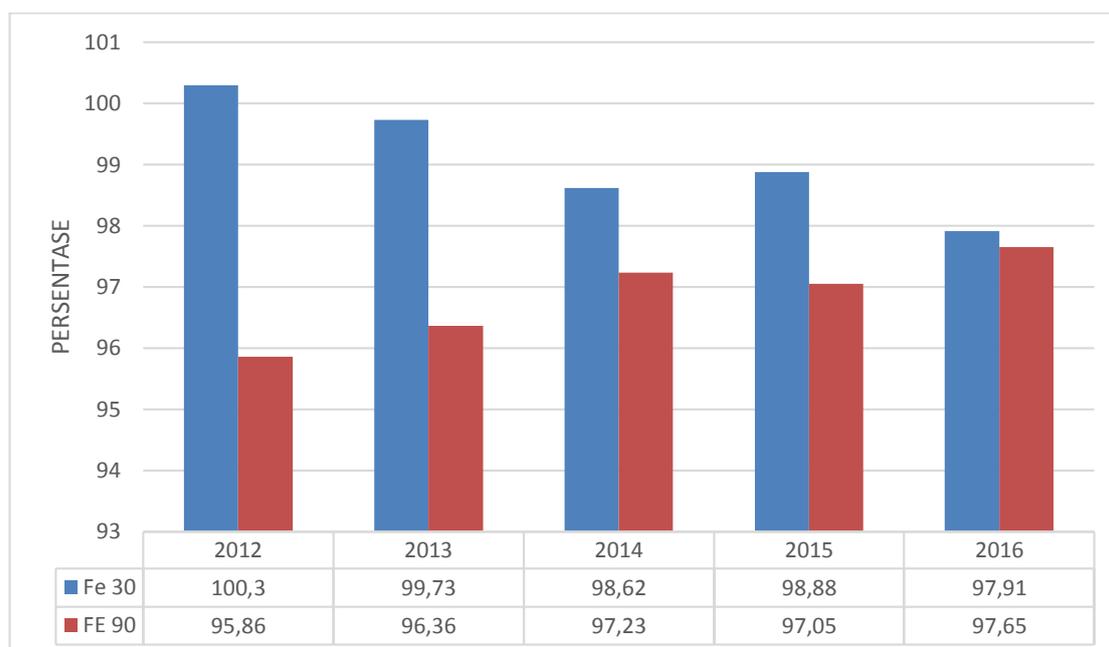
Sumber: Seksi Pemberdayaan & Pembiayaan Kesehatan

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 4.17. Cakupan Fe30, Fe90 Ibu Hamil di Kota Semarang Tahun 2012 – 2016



Sumber : Seksi Gizi Bidang Kesga

Cakupan pemberian Fe30 pada ibu hamil di tahun 2016 sebesar 97,91% dari jumlah total ibu hamil, angka ini mengalami penurunan dibandingkan pencapaian tahun 2015 sebesar 98,99%. Cakupan pemberian Fe90 pada ibu hamil di tahun 2016 sebesar 97,65% dari jumlah total ibu hamil, mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2015 sebesar 97,05%.

Penurunan angka cakupan Fe30 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 2016 sebanyak 28.792 ibu nifas (108,9%) mengalami kenaikan dari tahun 2015 sebesar 100,1%.

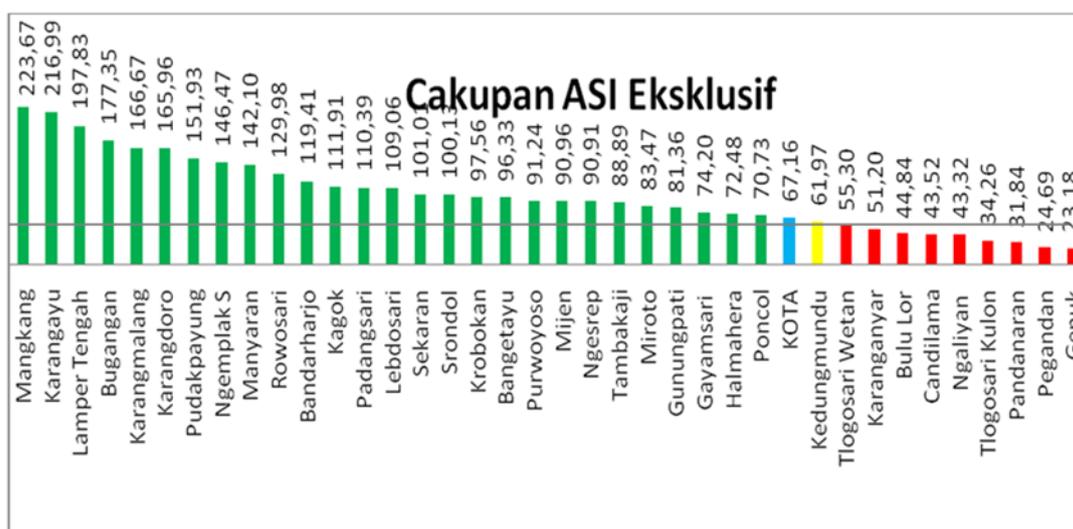
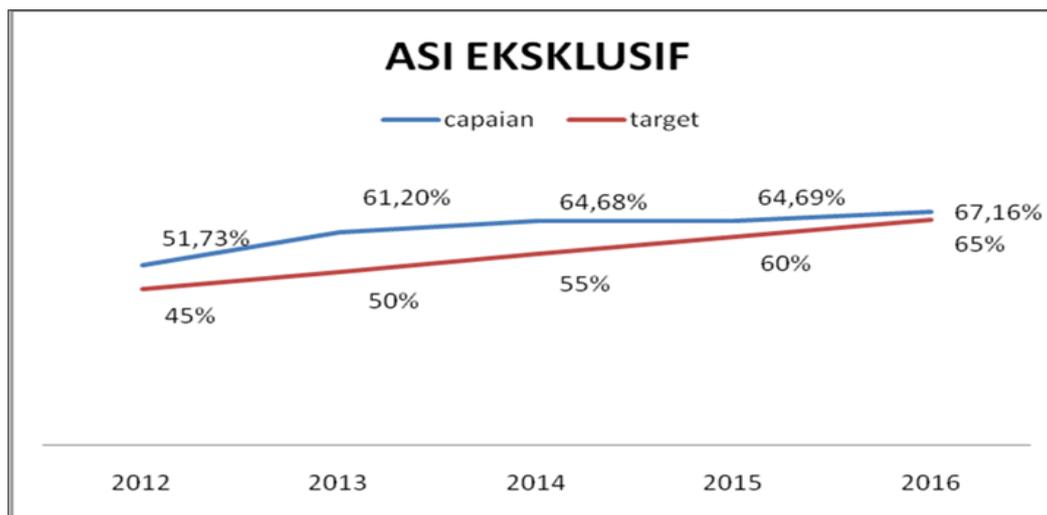
Berdasarkan data yang dilaporkan oleh Puskesmas diperoleh bahwa cakupan pemberian vitamin A pada bayi umur 6-11 bulan sebesar 100% dari 19.798 bayi yang ada. Sedangkan cakupan pemberian vitamin A yang diberikan 2 kali kepada anak balita (1-4 tahun) sebesar 100,01% atau 128.746 anak dari 128,728 sasaran 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 2016, pemberian ASI Eksklusif pada bayi umur 0-6 bulan sejumlah 10.756 bayi atau 67,16 %. Pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan di Kota Semarang telah mencapai target Renstra Kota Semarang (65%). Sedangkan bila dibandingkan dengan pencapaian tahun 2015 ada peningkatan dari 64,69% menjadi 67,16% pada tahun 2016, 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 4.18. Cakupan Pencapaian ASI eksklusif di Kota Semarang Tahun 2016



Sumber : Seksi Gizi Bidang Kesga

Namun demikian 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 2016 sebesar 56,35% sejumlah 72.558 orang sudah mendapat pelayanan dari 128.826 usila yang ada. Peningkatan ini disebabkan karena berkembangnya poksila aktif yang memberikan pelayanan kesehatan bagi lansia, berkembangnya jenis pelayanan konseling pada poksila aktif, meningkatnya peran petugas puskesmas dan kemampuan kader poksila aktif dalam pemberdayaan masyarakat untuk mendukung kegiatan poksila aktif dan meningkatnya sosialisasi masyarakat lansia dengan berkembangnya jumlah organisasi masyarakat lansia.

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 2016 sebanyak 159.105 terdiri dari kasus penyakit umum pada pekerja sebesar 112.948 kasus, kasus diduga karena penyakit akibat kerja pada pekerja sebesar 15.849 kasus, Kasus penyakit akibat kerja sebesar 2288 kasus, kasus kecelakaan kerja sebesar 559 kasus. Gambaran cakupan pelayan kesehatan kerja dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 4.19 Grafik Cakupan Upaya Kesehatan Kerja Kota Semarang



Sumber : Seksi Pemberdayaan & Pembiayaan Bidang PKPKL

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 2016 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 2016 yang diwakili dengan jumlah kunjungan gangguan jiwa menunjukkan 33.248 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

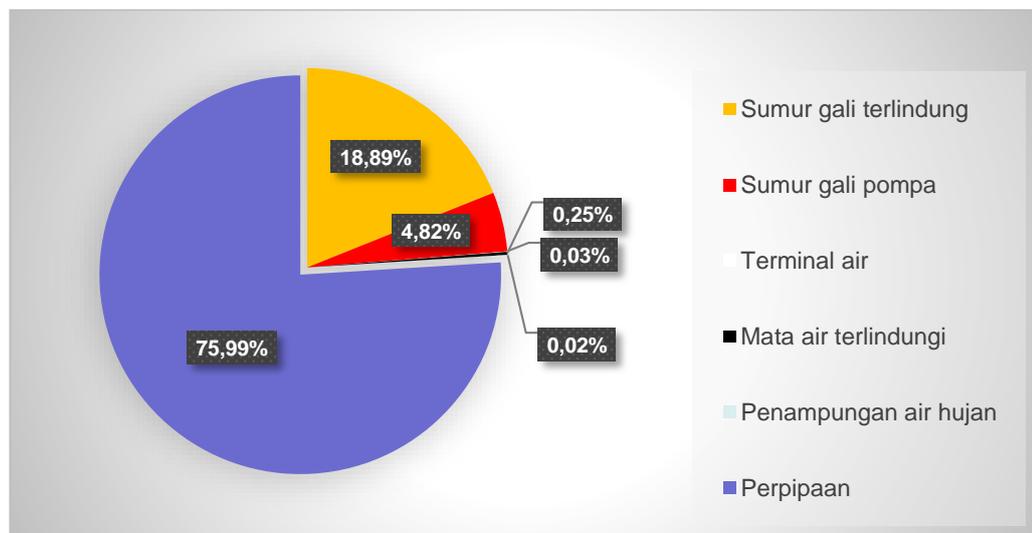
Lingkungan merupakan salah satu variabel yang perlu mendapat perhatian khusus dalam menilai kondisi kesehatan masyarakat. Bersama dengan faktor perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik, lingkungan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Untuk menggambarkan keadaan lingkungan, akan disajikan indikator -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 2016 jumlah penduduk yang memiliki akses air minum sebesar 95,07%. Adapun cakupan prosentase air bersih menurut jenis sarananya adalah sebagai berikut:

**Gambar 4.20 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 77%, diikuti oleh sumur Gali terlindungi 18%.

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 362 buah (63,29%) dari 572 penyelenggara air minum. Dari data tersebut yang memenuhi syarat fisik, bakteriologi, dan kimia sejumlah 347 unit (95,86%).

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 2016, jumlah rumah yang dibangun memenuhi syarat adalah 68,74% dari 75.395 rumah dibangun, dari jumlah tersebut diperoleh jumlah rumah yang sehat adalah 74,44%.

b. Keluarga dengan Jamban Sehat

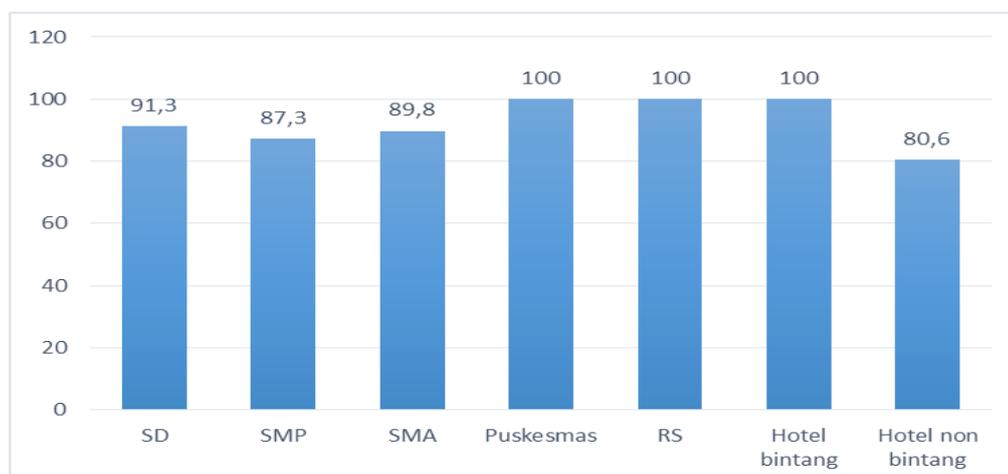
Jamban Sehat adalah salah satu syarat rumah sehat. Pengelolaan sebuah jamban yang memenuhi syarat kesehatan diperlukan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit. Berdasarkan laporan puskesmas, Jumlah penduduk dengan akses sanitasi layak sejumlah 1.365.527 atau 88,5%, dengan masing-masing pengguna sanitasi yang memenuhi syarat sebagai berikut: jamban komunal 80,39 %, Jamban leher angsa 91,03 %.

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 dialkukan sejumlah 1.036 TTU (89,4%) dari 1.159 TTU yang ada. Adapun yang memenuhi syarat kesehatan dapat digambarkan sebagai berikut;

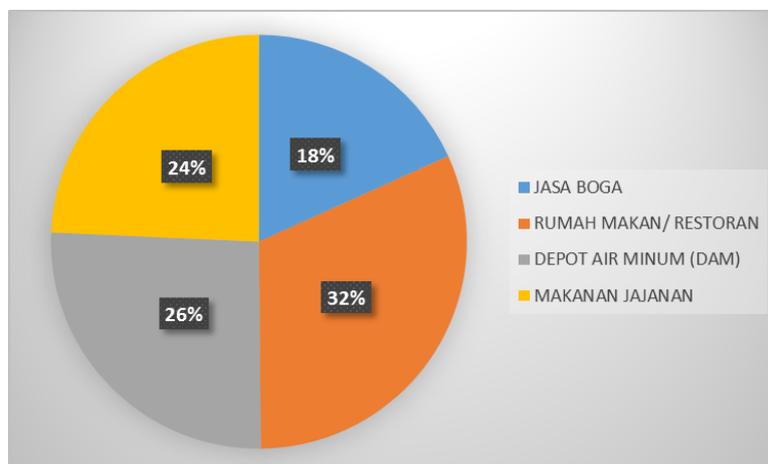
Gambar 4.21 Grafik Cakupan TTU Yang Memenuhi Syarat Kesehatan Tahun 2016



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 1.713 (86,95%) dari 1.970 TPM yang ada, dengan komposisi sebagai berikut,

Gambar 4.22 TPM Memenuhi Syarat Higiene Tahun 2016



Sumber: Seksi PAL Bidang PKPKL

I. KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT

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

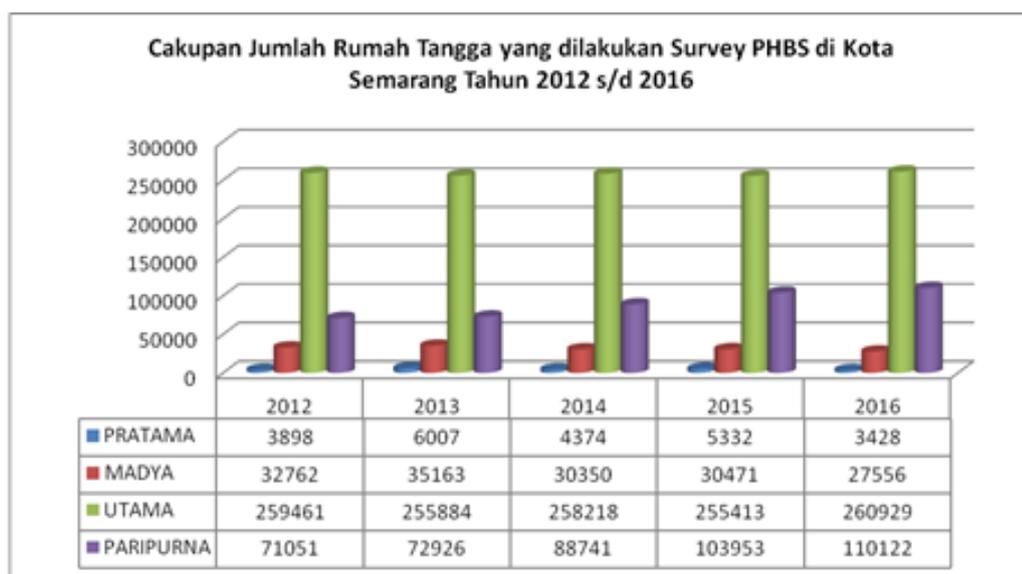
Perilaku masyarakat adalah faktor penyebab utama permasalahan kesehatan, sehingga masyarakat sendiri yang dapat menyelesaikan masalahnya dengan pendampingan/bimbingan pemerintah. Keterbatasan sumberdaya pemerintah dalam mengatasi permasalahan kesehatan semakin kompleks sedangkan masyarakat mempunyai 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 2016 dilakukan pada 402.035 rumah tangga meningkat 1,02% jika dibandingkan dengan survey PHBS tahun 2015 sebanyak 395.169 rumah tangga.

Jumlah rumah tangga yang dilakukan survei PHBS tatanan rumah tangga tahun 2016 dilakukan pada 402.035 rumah tangga meningkat 1,74% jika dibandingkan dengan survey PHBS tahun 2015 sebanyak 395.169 rumah tangga. Perkembangan jumlah rumah tangga yang dilakukan survei PHBS dapat dilihat pada grafik dibawah ini

Gambar 4.23 Grafik Perkembangan Strata PHBS Tatatan RT Kota Semarang



Sumber : Seksi Pemberdayaan & Pembiayaan Bidang PKPKL

Survei PHBS tatanan rumah tangga tahun 2016 diperoleh hasil strata utama sebanyak 260.929 (64,90 %) dan strata paripurna sebanyak 110.122 (27,39%), sehingga untuk strata PHBS tingkat kota adalah paripurna dengan nilai sebesar 92,29% sedangkan target nasional sebesar 60%. Dari data tersebut, target Kota Semarang sudah melebihi target nasional. Indikator PHBS yang menjadi permasalahan adalah : Kebiasaan merokok (52,86%), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (74,38%), Asi Eksklusif (86,13%), Aktifitas Fisik (90,38%) dan Timbang Balita (91,36%).

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.

Perkembangan Jumlah posyandu di Kota Semarang pada tahun 2016 sebanyak 1.581 posyandu bertambah 6 Posyandu sejak tahun pada tahun 2015, dengan posyandu aktif sejumlah 1.205 buah, mengalami penurunan jumlah dibandingkan tahun 2014 dengan jumlah Posyandu adalah 1.219 buah. Cakupan Posyandu Purnama tahun 2015 sebesar 43,11% (679) dan tahun 2016 menurun menjadi sebesar 41,18% (651), hal ini karena ada beberapa Posyandu Purnama meningkat stratanya menjadi Mandiri. Sedangkan Posyandu Mandiri di tahun 2015 34,29% (540) mengalami peningkatan pada Tahun 2016 menjadi 35,04% (554). Gambaran perkembangan strata posyandu terlihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 4.24 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 2016 terdiri dari :

No	Nama	2013	2014	2015	2016
1	Rumah sakit umum pemerintah	5	7	6	6
2	Rumah sakit umum swasta	10	12	12	12
3	Rumah sakit jiwa	1	1	1	1
4	Rumah sakit ibu dan anak	3	3	4	4
5	Rumah sakit bersalin	2	1	1	2
6	Puskesmas	37	37	37	37
	- Puskesmas perawatan	12	11	11	11
	- Puskesmas non perawatan	25	26	26	26
	- Puskesmas pembantu	35	35	35	35
	- Puskesmas keliling	37	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	40

13	Apotek	406	401	401	397
14	Dokter umum praktek perorangan	1.640	1.798	1.940	
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 2016, 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 2016 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 2016 sebanyak 177 Kelurahan, artinya semua kelurahan di Kota Semarang telah menjadi kelurahan siaga.

Tabel 5.1 Kondisi bangunan & sarana pendukung puskesmas Kota Semarang tahun 2016

No	Sarana	Jumlah	Kondisi			
			Baik	Rusak ringan	Rusak sedang	Rusak berat
1	Puskesmas	37	22	11	4	0
2	Puskesmas pembantu	35	20	3	10	2
3	Rumah dinas (dokter)	49	17	15	0	17
4	Pusling roda 4	37	35	2	0	0

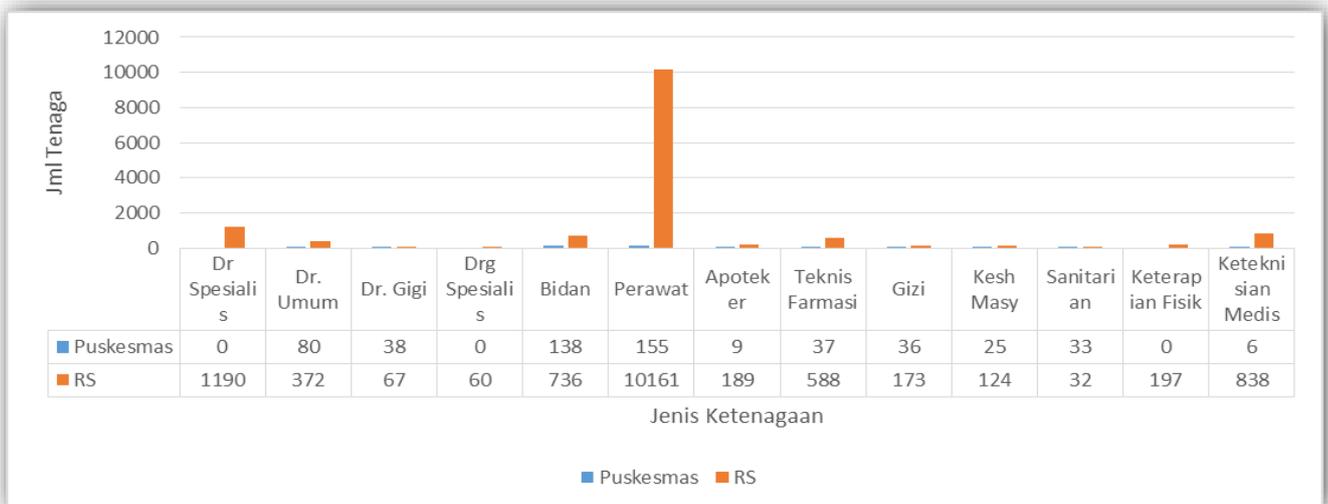
Sumber: Data Dasar Puskesmas

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 5.1 : Grafik Data Tenaga Kesehatan di Kota Semarang Tahun 2016



Sumber : Sub Bag Umum Kepegawaian dan Bidang Yankes

C. PERBEKALAN KESEHATAN

Ketersediaan Obat

Tingkat Ketersediaan obat sesuai dengan Pelayanan Kesehatan Dasar di puskesmas tahun 2016 adalah 147%. Angka ini diperoleh dari jumlah persediaan obat dari seluruh sumber anggaran tahun 2016 yaitu Rp. 25.645.507.843,33 dibagi dengan kebutuhan obat selama tahun 2016 sebesar Rp. 17.473.069.713,33,-.

Perencanaan dan pengadaan obat di Kota Semarang tahun 2016 seluruh jenis obatnya adalah obat esensial dan generik sesuai dengan Pedoman Pengadaan Obat dari Kemenkes RI.

Tabel. 5.2 Tabel Ketersediaan Obat Tahun 2010 - 2016

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
7	2016	17.473.069.713,33	25.645.507.843,33	147

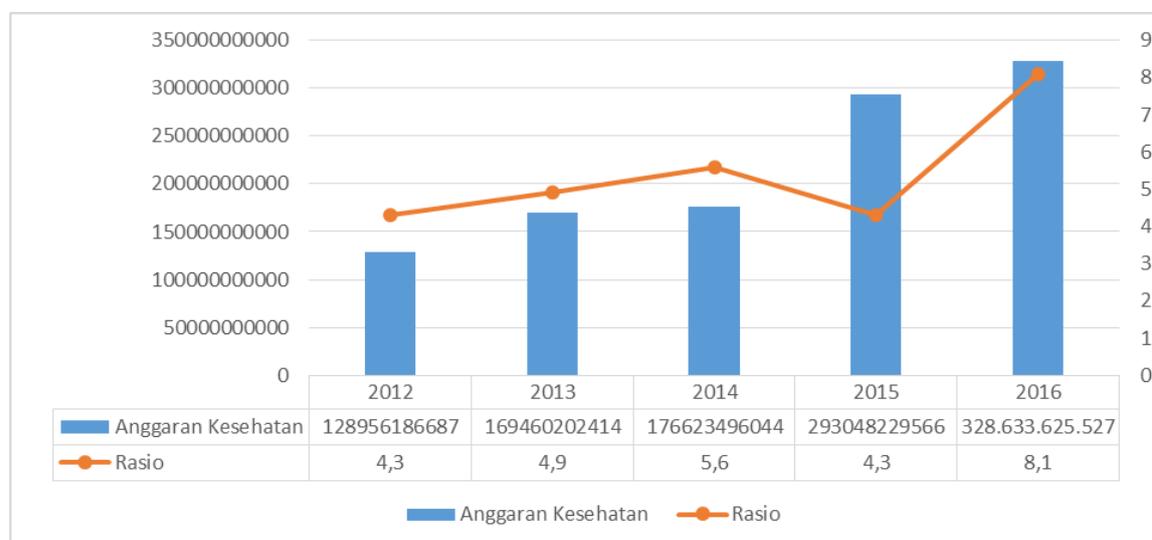
Sumber: Instalasi Farmasi

Sedangkan jumlah kunjungan resep seluruh Puskesmas tahun 2016 adalah 1.122.857 lembar, dengan rata-rata tiap bulan adalah 93.571 lembar.

D. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Tren alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kota Semarang menunjukkan angka yang fluktuatif dari tahun 2012 s/d 2016 sebagai berikut:

Gambar 5.2 Grafik Perkembangan Alokasi Anggaran Dinas Kesehatan Kota Semarang & Rasio terhadap APBD Kota Semarang Tahun 2012 s/d 2016



Sumber: Subbag Perencanaan & Evaluasi

Alokasi anggaran kesehatan Kota Semarang pada tahun 2016 sebesar Rp. 328.633.625.527,- jika dibanding dengan anggaran tahun 2015 yang sebesar Rp. 293.048.229.566,- hal ini menunjukkan ada peningkatan. Alokasi dana ini terbagi atas: sumber APBD Kota Semarang sebesar Rp.277.782.652.027,- (84,53%); sumber APBN sebesar Rp. 50.850.972.500,- (15,47 %). Apabila dibandingkan dengan total APBD Kota Semarang yang sebesar Rp. 3.425.203.229.000,- terhadap total anggaran kesehatan bersumber APBD pada dinas Kesehatan adalah 8,11 %. 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 2016.

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 2016 adalah sebagai berikut :

1. **Jumlah kematian Ibu maternal**, berdasarkan laporan Puskesmas dan Rumah Sakit pada tahun 2016 sebanyak 32 kasus dengan jumlah kelahiran hidup (KH) sebanyak 26.337 orang atau 121,5 per 100.000 KH.
2. **Jumlah Kematian Bayi**, berdasarkan hasil laporan berbagai sarana pelayan kesehatan yang terjadi di Kota Semarang Tahun 2016 sebanyak 201 dari 26.337 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 7,63 per 1.000 KH.
3. **Jumlah Kematian Balita** di Kota Semarang Tahun 2019 sebanyak 232 anak dari 26.337 kelahiran hidup sehingga Angka Kematian Balita (AKABA) Kota Semarang diperoleh sebesar 8,81 per 1.000 KH.
4. **Jumlah kasus bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR)** tahun 2016 sebesar 509 bayi (1,9 %)
5. **Jumlah Balita dengan status bawah garis merah (BGM)** sebanyak 1.026 anak (1,2%) dari 87.134 balita yang datang dan ditimbang (D) di posyandu.
6. **Jumlah kasus gizi buruk balita** yang ditemukan tahun 2016 sejumlah 39 kasus.
7. **Jumlah penderita TB Paru** semua tipe yang ditemukan tahun 2016 sebesar 3.251 orang, penderita BTA baru (+) sebesar 1.235 orang, kasus TB anak sejumlah 496 kasus. Angka kesembuhan tahun 2016 sebesar 68 %.
8. **Jumlah kasus HIV** yang ditemukan tahun 2016 sebesar 498 orang, sedangkan jumlah kasus **AIDS** pada tahun 2014 sebanyak 537 orang, dan yang meninggal adalah 4 orang.

9. **Jumlah kasus pneumonia** umur < 1 th tahun 2016 adalah 1.075 orang, umur 1 - 4 th sebanyak 2.963. Sedangkan untuk kasus pneumonia berat umur < 1 th sebesar 67 balita, dan umur 1-4 tahun sebanyak 68 anak.
10. **Jumlah penderita kusta** yang ditemukan tahun 2016 adalah 35 kasus, dengan tipe kusta PB ada 6 kasus (18%) dan tipe MB ada 29 kasus (82%).
11. **Jumlah kasus diare**, tahun 2016 sebanyak 32.100 kasus, untuk penderita umur <1 tahun sebesar 2.792 kasus, umur 1-4 tahun sebesar 6.361 kasus, umur > 5 tahun sebesar 16.823 kasus.
12. **Jumlah kasus tetanus neonatorum (TN)**, tidak ditemukan kasus pada tahun 2016. Dengan cakupan TT bumil tahun 2016 sebanyak 129%.
13. **Jumlah kasus difteri** tahun 2016 sebanyak 2 kasus, dan tidak ditemukan penderita yang meninggal.
14. **Jumlah kasus campak** yang ditemukan pada tahun 2016 sejumlah 104 kasus.
15. **Jumlah kasus polio**, dengan kasus AFP tahun 2016 sejumlah 6 kasus.
16. **Jumlah kasus malaria**, tahun 2016 sebesar 10 kasus, dengan API sebesar 0,006.
17. **Jumlah kasus demam berdarah** pada tahun 2016 sebanyak 448 kasus dengan jumlah meninggal 21 orang. IR DBD adalah 25,22 ‰ dan CFR DBD adalah 5,12 %.
18. **Jumlah kasus Chikungunya** yang terjadi pada tahun 2016 sebesar 0 kasus.
19. **Jumlah kasus Rabies (GHPR)** yang terjadi di tahun 2016 sebanyak 15 kasus.
20. **Jumlah kasus leprospirosis** yang terjadi pada tahun 2016 sebesar 42 kasus dengan jumlah kematian 8 kasus, angka CFR adalah 19 per 100.000 penduduk.
21. **Jumlah kasus flu burung** yang terjadi pada tahun 2016 tidak temukan adanya konfirmasi kasus, maupun suspek flu burung.
22. **Jumlah Kasus Penyakit tidak menular** tertinggi pada penyakit Hipertensi sebesar 46.670 kasus dan DM sebesar 15.250 kasus.
23. **Cakupan kunjungan ibu hamil K4** Kota Semarang pada tahun 2016 adalah 29.069 (97,5%).
24. **Jumlah persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan** di Kota Semarang pada tahun 2016 adalah 26.444 (100%) dari 26.444 ibu bersalin.
25. **Jumlah pelayanan ibu nifas yang mendapat pelayanan kesehatan** adalah pada tahun 2016 adalah 26.444 orang atau 100% dari total ibu nifas yang berjumlah 26.444 orang.
26. **Jumlah pelayanan komplikasi maternal**, pada tahun 2016 jumlah ibu risti yang ditangani sebesar 7.700 kasus atau 26.1% dari total 29.490 perkiraan komplikasi kebidanan.

27. **Pelayanan Neonatal komplikasi yang dilayani/ditangani** pada tahun 2016 sebesar 3.304 kasus atau 83,6 % dari total perkiraan 3.951 perkiraan neonatal risti.
28. **Cakupan kunjungan neonatus (KN 1)** tingkat Kota Semarang tahun 2016 adalah 26.556 atau (100,8%) dari 26.337 bayi lahir hidup.
29. **Cakupan kunjungan bayi** di Kota Semarang pada tahun 2016 adalah 26.602 atau 98,1% dari 27.107 bayi yang ada.
30. **Pelayanan kesehatan balita minimal 8 kali** di peroleh cakupan tahun 2016 adalah 101.859 atau (93,96%).
31. **Cakupan deteksi dini tumbuh kembang (DDTK) anak balita** tingkat Kota Semarang pada tahun 2016 sebanyak 87.134 (81.1%) bayi ditimbang dari total balita yang dilaporkan berjumlah 107.389 balita.
32. **Pelayanan kesehatan pada siswa SD kelas 1 dan sederajat** yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di tingkat puskesmas pada tahun 2016 diperoleh hasil sebanyak 26.302 murid SD atau 100% dari 26.302 murid SD yang dilaporkan.
33. **Jumlah pasangan usia subur (PUS)** yang berhasil didata oleh Puskesmas sebanyak 263.373, dengan jumlah peserta KB baru sebesar 14.117 orang (5.4%) dengan jumlah peserta KB aktif yang dibina sebesar 203.751 orang (77,4%).
34. **Cakupan bayi yang diimunisasi DPT3 + HB3** pada tahun 2015 sebesar 27.463 (101%), dengan Cakupan imunisasi campak sebesar 27.411 (101,13%).
35. **Cakupan kunjungan pelayanan kesehatan** pada tahun 2016 total kunjungan tingkat Kota Semarang pada unit rawat jalan Puskesmas & RS sebesar 2.298.741 kunjungan, sedangkan untuk kunjungan rawat inap sebesar 245.682 kunjungan
36. **Pencapaian hasil kinerja Rumah Sakit** di Kota Semarang meliputi : BOR (59,3%) ; LOS (4,9 hari) ;TOI (3,45 hari) ; GDR (3,2 %) ; NDR (1,9 %) dari data yang ada.
37. **Pelayanan kesehatan gigi dan mulut** yang dilaksanakan di puskesmas pada tahun 2016 meliputi pelayanan tumpatan gigi tetap sejumlah 8.379 kasus, pencabutan gigi tetap 9.529 kasus, dengan rasio untuk tumpatan/pencabutan dibandingkan pencabutan gigi sebesar 0,9.
38. **Pelayanan UKGS di sekolah dasar**, dilaksanakan pemeriksaan kesehatan gigi terhadap 26.302 siswa (100%), dari total 26.302 anak SD/MI. Dari jumlah tersebut terdapat 12.147 siswa perlu perawatan dan yang telah mendapatkan perawatan sebanyak 12.013 siswa (98,9%). Berkaitan dengan kegiatan sikat gigi massal, diperoleh hasil

sejumlah 535 SD/MI telah melakukan kegiatan tersebut dari total 589 SD/MI yang dilaporkan.

39. **Jumlah pelayanan kesehatan masyarakat miskin**, melalui program Jamkesmaskot pemanfaatan (utility) pelayanan sebanyak 24.721 orang, miskin data base 14.767 orang (59,73%) miskin non data base 9.954 orang (40,27%), dengan jumlah kunjungan 58.370.
40. Cakupan pemberian Fe30 bumil sebesar 97,91% , dan Fe 90 sebesar 97,65% dari jumlah bumil yang ada.
41. Cakupan pemberian vitamin A pada bayi umur 6-11 bulan sejumlah 19.798 bayi atau sebesar 100% dari 19.798 bayi yang ada. Sedangkan cakupan pemberian vitamin A yang diberikan 2 kali kepada anak balita (1-4 tahun) 128.746 anak atau 100.01% dari 128.728 sasaran anak balita yang ada. Bagi ibu nifas diperoleh cata cakupan pemberian vitamin A sebesar 108,9% atau sebanyak 28.792 ibu nifas.
42. Cakupan pemberian ASI Eksklusif pada bayi umur 0-6 bulan sejumlah 10.765 bayi atau 67,1% dari 16.039 sasaran bayi.
43. **Cakupan pelayanan kesehatan Usila** di Kota Semarang pada tahun 2016 sejumlah 72.558 (56,35%) dari 128.826 usila yang ada.
44. **Cakupan pelayanan kesehatan pekerja** baik sektor formal maupun informal yang dilayani di Kota Semarang pada tahun 2016 sebanyak 159.105 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 2016 sebanyak 37 sarana kesehatan (97,37%).
47. **Jumlah desa/kelurahan siaga** yang ada di Kota Semarang Tahun 2016 sebanyak 177 Kelurahan.
48. **Jumlah PHBS tatanan rumah tangga** dengan strata utama 260.929 (64,90%), strata paripurna 110.122 (27,39%).
49. **Jumlah Posyandu** tahun 2015 1.581 buah, dengan strata posyandu purnama 561 (41,18%), posyandu mandiri 554 (35,04%).
50. **Tingkat ketersediaan obat** sesuai dengan Pelayanan Kesehatan dasar di Puskesmas tahun 2016 adalah 147%.
51. **Alokasi anggaran kesehatan Kota Semarang** pada tahun 2016 sebesar Rp. 328.633.625.527,- dengan rasio terhadap APBD Kota Semarang sebesar 8,1 %.

--@@--

Lampiran Tabel Profil



GERMAS

Gerakan Masyarakat
Hidup Sehat



Copyright ©
DINAS KESEHATAN
KOTA SEMARANG
2017

