



PROFIL kesehatan

KOTA SEMARANG 2014



dinas kesehatan
www.dinkes-kotasemarang.go.id
2015

TIM PENYUSUN

Pengarah

Dr. Widoyono, MPH
Kepala Dinas Kesehatan

Ketua

A. Arief Pramudiyanto, SE
Kepala Bidang PKPKL

Redaktur

Endang S, SKM, M.Kes

Editor

Hanif Pandu S, SKM, M.Kom

Desain Grafis

Gatot Prayitno, SKM

Kesekretariatan

Triatmi, Nugraheni

Kontributor

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

Email: dinkes@semarangkota.go.id ; dkksemarang@gmail.com ;
Profil kesehatan ini dapat diunduh di www.dinkes-kotasemarang.go.id

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

KATA PENGANTAR

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

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

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

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

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

Semarang, April 2015

Kepala Dinas Kesehatan

TTD

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

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

PENDAHULUAN

BAB I

A. Latar Belakang

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

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

B. Dasar

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

1. Perikemanusiaan

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

2. Pemberdayaan dan Kemandirian

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

Dengan dasar ini, setiap individu, keluarga dan masyarakat melalui kegiatan, proyek, program kesehatan difasilitasi agar mampu mengambil keputusan yang tepat ketika membutuhkan pelayanan kesehatan. Warga masyarakat harus mau bahu membahu menolong siapa saja yang membutuhkan pertolongan agar dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang sesuai kebutuhan dalam waktu yang sesingkat mungkin. Di lain pihak, fasilitas pelayanan kesehatan yang ada perlu terus diberdayakan agar mampu memberikan pertolongan kesehatan yang berkualitas, terjangkau, sesuai dengan norma sosial budaya setempat serta tepat waktu.

3. Adil dan Merata

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

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

4. Pengutamaan dan Manfaat

Pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan atau kesehatan dalam kegiatan, proyek, program kesehatan harus mengutamakan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Kegiatan, proyek dan program kesehatan diselenggarakan agar memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan 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

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

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

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

2. Misi

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

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

3. Tujuan

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat dan perorangan yang efektif dan efisien. (Misi 1)
- b. Meningkatkan kesiapan dan ketersediaan sumberdaya kesehatan dalam mendukung proses pelayanan kesehatan. (Misi 1)
- c. Mengembangkan kebijakan dan manajemen yang efektif dan efisien dalam pengelolaan pelayanan dan sumber daya kesehatan. (Misi 1)

- d. Meningkatkan pelayanan kefarmasian serta penyediaan obat perbekalan kesehatan yang memenuhi persyaratan mutu. (Misi 1)
- e. Meningkatkan perilaku dan peran aktif individu, keluarga dan masyarakat untuk memelihara dan melindungi kesehatan dan lingkungannya sendiri. (Misi 2)

4. Sasaran

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

5. Strategi Kebijakan

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

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

Dalam rangka memberikan gambaran situasi kesehatan di Kota Semarang Tahun 2013 perlu diterbitkan Buku Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2013. Media Profil Kesehatan Kota Semarang merupakan salah satu sarana untuk menilai pencapaian kinerja pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan Kota Semarang Sehat.

Profil Kesehatan menyajikan berbagai data dan informasi diantaranya meliputi data kependudukan, fasilitas kesehatan, pencapaian program – program kesehatan, masalah kesehatan dan lain-lain. Tersusunnya Buku Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2014 didukung oleh pengelola data dan informasi Dinas Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas, Instalasi Farmasi, berbagai sarana pelayanan kesehatan, juga lintas sektor terkait (Badan Pusat Statistik, Dispendukcapil Kota Semarang, Diknas Kota Semarang BPJS, Bapermas & KB, POLRESTABES Semarang, dll).

D. Tujuan

1. Umum

Tujuan disusunnya Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2014 adalah tersedianya data / informasi yang relevan, akurat, tepat waktu dan sesuai kebutuhan dalam rangka meningkatkan kemampuan manajemen kesehatan secara berhasilguna dan berdayaguna sebagai upaya menuju Kota Semarang yang Sehat.

2. Khusus

Secara khusus tujuan penyusunan Profil Kesehatan adalah :

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

E. Sistematika Penulisan

Untuk lebih menggambarkan situasi derajat kesehatan, peningkatan upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan di Kota Semarang pada Tahun 2014, 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 2014 sebesar : 1.575.068 jiwa, terdiri dari 773.764 jiwa penduduk laki-laki dan 801.304 jiwa penduduk perempuan.

Sedangkan data penduduk tahun 2014 berdasarkan BPS sampai buku profil ini dicetak belum ada rilis resmi dari BPS Kota Semarang.

Tabel 2.1 : Jumlah dan Pertumbuhan Penduduk Tahun 2004 - 2014

Tahun	Jumlah Penduduk	Tingkat pertumbuhan Setahun (%)
2004	1.399.133	1,52
2005	1.419.478	1,45
2006	1.434.132	1,02
2007	1.454.594	1,43
2008	1.481.640	1,86
2009	1.506.924	1,53
2010	1.527.433	1,41
2011	1.544.358	1,11
2012	1.559.198	0,96
2013	1.575.105	0,83
2014	1.761.414*	

Sumber data : Kantor BPS Kota Semarang – Semarang Dalam Angka

*)Sumber: Tahun 2014 dari Dispendukcapil Kota Semarang

Perkembangan dan pertumbuhan penduduk selama 7 tahun terakhir menunjukkan hasil yang bervariasi dengan tren semakin meningkat.

b. Persebaran dan Kepadatan Penduduk

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

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

Sebagai salah satu kota metropolitan, Semarang boleh dikatakan belum terlalu padat. Pada tahun 2013 kepadatan penduduknya sebesar 4.207 jiwa per km² sedikit

mengalami kenaikan bila dibandingkan dengan tahun 2012. Bila dilihat menurut Kecamatan terdapat 3 kecamatan yang mempunyai kepadatan di bawah angka rata-rata Semarang, sebagai berikut: Kecamatan Tugu sebesar 984 jiwa per km², Kecamatan Mijen (1.006 jiwa/ km²), Kecamatan Gunungpati (1.402 jiwa/ km²). Dari ketiga Kecamatan tersebut, dua diantaranya merupakan daerah pertanian dan perkebunan, sedangkan satu kecamatan lainnya merupakan daerah pengembangan industri.

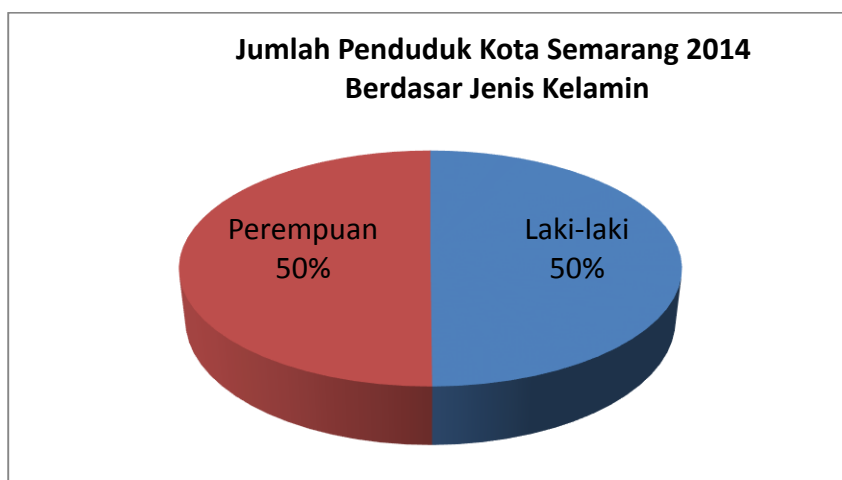
Namun sebaliknya untuk Kecamatan-Kecamatan yang terletak di pusat kota, dimana luas wilayahnya tidak terlalu besar tetapi jumlah penduduknya sangat banyak, kepadatan penduduknya sangat tinggi. Yang paling tinggi kepadatan penduduknya adalah Kecamatan Semarang Selatan 13.882 jiwa/km², kemudian Kecamatan Candisari 12.187 jiwa/km², dan Kecamatan Gayamsari 11.939 jiwa/km².

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

c. Komposisi Penduduk

Untuk dapat menggambarkan tentang keadaan penduduk secara khusus dapat dilihat dari komposisinya, salah satunya adalah penduduk menurut jenis kelamin. Menurut data dari dispendukcapil Kota Semarang dari 1.761.414 penduduk Kota Semarang pada tahun 2014 terdiri dari 879.030 jiwa penduduk laki-laki dan 882.380 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 2014



Sumber data : Dispendukcapil Kota Semarang

d. Kelahiran, Kematian Penduduk

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

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

Selama periode 9 tahun terakhir perkembangan kelahiran dan kematian penduduk di Kota Semarang terlihat cukup berfluktuasi. Hal ini dilihat bahwa untuk CBR periode 2006 – 2014. Dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.3 Perkembangan Kelahiran dan Kematian Penduduk Kota Semarang Periode 2006 – 2014

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	1.761.414 *		

Sumber data : BPS Kota Semarang – Profil Kependudukan

*Tahun 2014: Data dari Dispendukcapil Kota Semarang

C. SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN

Tabel 2.4 Jumlah Sarana dan Prasarana di Kota Semarang

A.	SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN	2012	2013	2014
1.	Rumah Sakit Umum :			
	a. Rumah Sakit Swasta	10	10	12
	b. Rumah Sakit Umum Daerah	2	2	2
	c. Rumah Sakit Umum Pusat	1	1	2
	d. Rumah Sakit TNI / POLRI	3	3	3
	e. Rumah Sakit Khusus, terdiri dari :	9	9	9
	- RS Jiwa	1	1	1
	- RS Bedah Plastik	1	1	1
	- Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA)	3	3	3
	- Rumah Sakit Bersalin (RSB)	3	2	2
2.	Rumah Bersalin (RB) / BKIA	6	6	6
3.	Puskesmas , terdiri dari :	37	37	37
	a. Puskesmas Perawatan	12	12	12
	b. Puskesmas Non Perawatan	25	25	25
4.	Puskesmas Pembantu	35	35	35
5.	Puskesmas Keliling	37	37	37
6.	Posyandu yang ada	1.556	1.559	1.561
7.	Posyandu Aktif	1.150	1.202	1.214
8.	Apotik	403	406	401
9.	Laboratorium Kesehatan	32	34	30
10.	Klinik Spesialis / Klinik Utama	31	36	37
11.	Klinik 24 Jam	9	7	
12.	Toko Obat	12	23	20
13.	BP Umum (Klinik Pratama)	72	80	83
14.	BP Gigi	25	25	8
16.	Dokter Umum Praktek Perorangan	1.512	1.640	1.798
17.	Dokter Spesialis Praktek	691	730	745
18.	Dokter gigi praktek	358	393	415

Sumber: Bidang Pelayanan Kesehatan DKK Semarang

SITUASI DERAJAT KESEHATAN KOTA SEMARANG

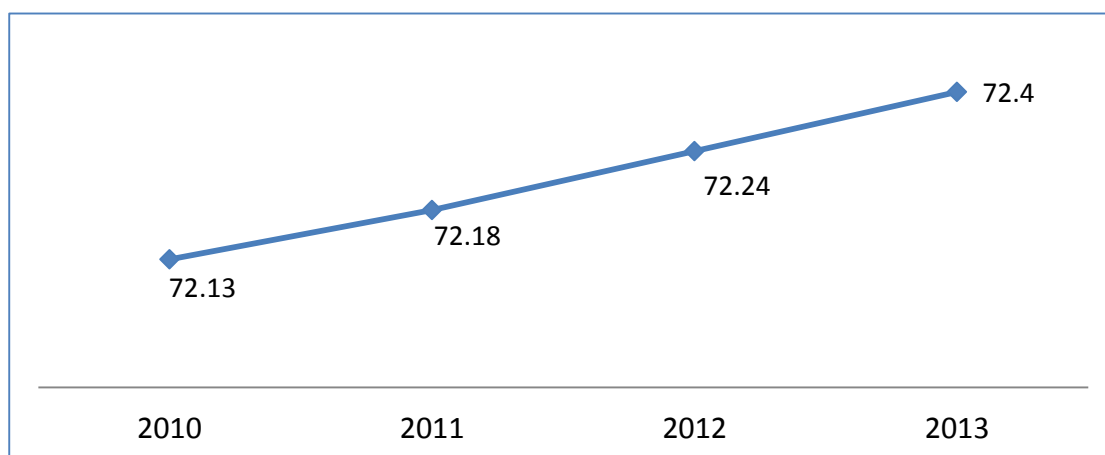
**BAB
III**

Untuk menilai derajat kesehatan masyarakat, digunakan beberapa indikator yang mencerminkan kondisi 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

Umur Harapan Hidup Kota Semarang Tahun 2013 ini mencapai 72,4 mengalami peningkatan dari tahun 2012 yaitu 72,24 dan tahun 2011 yaitu 72,18. Sementara UHH tahun 2014 sejak buku ini terbit belum ada data resmi dari BPS.

Gambar. 3.1 Perkembangan UHH Kota Semarang



B. MORTALITAS / KEMATIAN

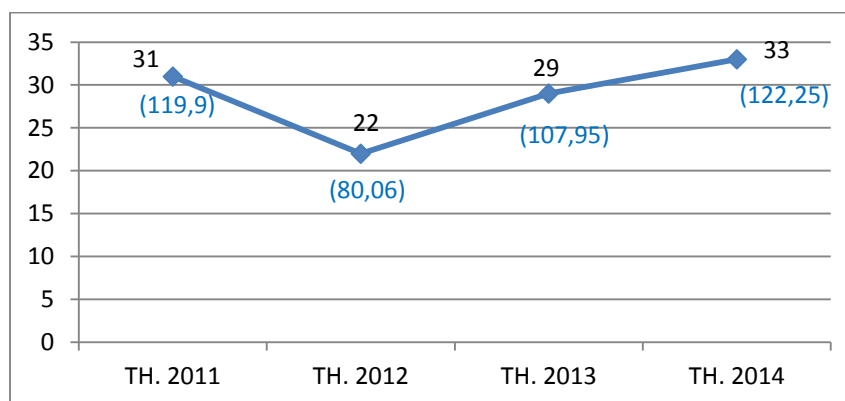
Mortalitas dapat dijelaskan sebagai kejadian kematian pada suatu masyarakat dari waktu ke waktu dan tempat tertentu yang dapat menggambarkan status kesehatan masyarakat secara kasar, kondisi/ tingkat permasalahan kesehatan, kondisi lingkungan fisik dan biologik secara tidak langsung. Selain itu dapat pula digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan kesehatan.

1. Kematian Ibu Maternal (AKI)

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

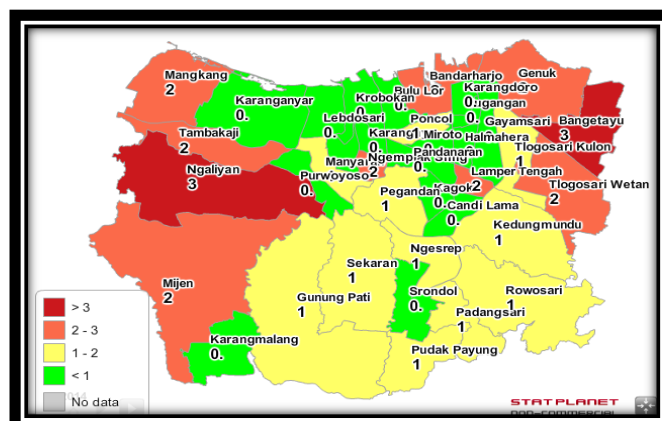
Berdasarkan laporan Puskesmas jumlah kematian ibu maternal di Kota Semarang pada tahun 2014 sebanyak 33 kasus dari 26.992 jumlah kelahiran hidup atau sekitar 122,25 per 100.000 KH naik jika dibandingkan dengan tahun 2013 yaitu 29 kasus dari 26.547 jumlah kelahiran hidup atau sekitar 109,2 per 100.000.

Gambar 3.2 Grafik Jumlah & Angka kematian ibu maternal Kota Semarang Tahun 2011 – 2014



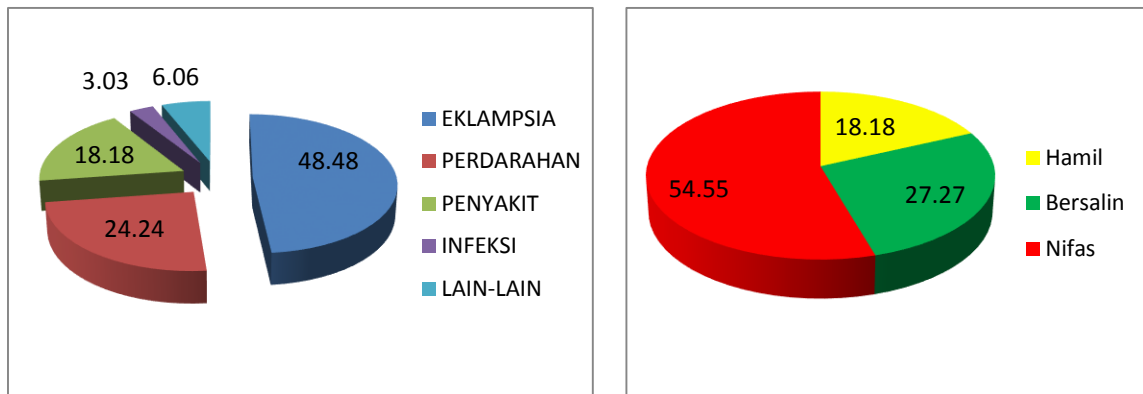
Sumber: Seksi Ibu & Lansia, Bidang Kesga

Gambar 3.3 Peta Sebaran Kasus Kematian Ibu Th 2014



Kematian ibu tertinggi adalah karena eklampsia (48,48%), Penyebab lainnya adalah karena perdarahan (24,24%), disebabkan karena penyakit sebesar 18,18%, Infeksi sebesar 3,03% dan lain-lain sebesar 6,06%, dengan kondisi saat meninggal paling banyak pada masa nifas yaitu 54,55% diikuti waktu bersalin (27,2%).

Gambar 3.4 Grafik Penyebab & Waktu Kejadian Kematian Ibu Maternal



Sumber: Seksi Ibu & Lansia Bidang Kesga

Sebagai upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), telah dilaksanakan berbagai pelatihan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak diantaranya Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) yang merupakan standar pertolongan persalinan dan pendampingan persalinan dukun bayi oleh tenaga kesehatan, Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) serta yang lainnya.

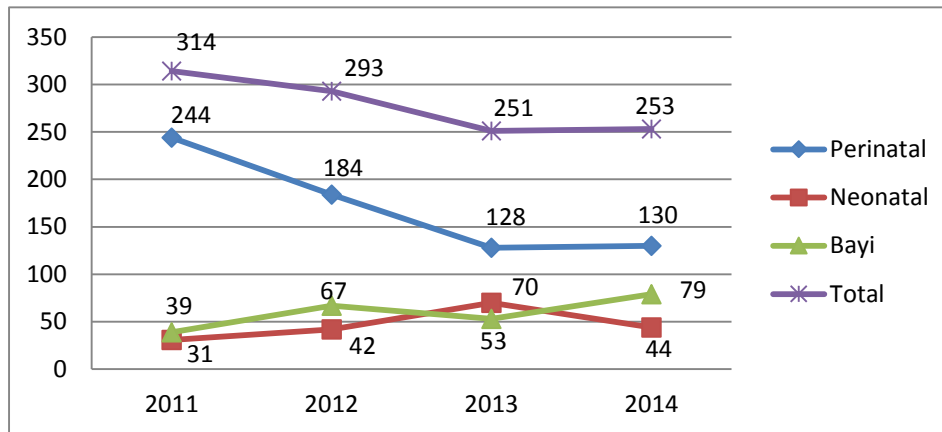
2. Kematian Bayi dan Balita

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. Pada satu sisi angka kematian bayi merupakan salah satu Indikator dari tujuan MDGs 2015 yang ke 4.

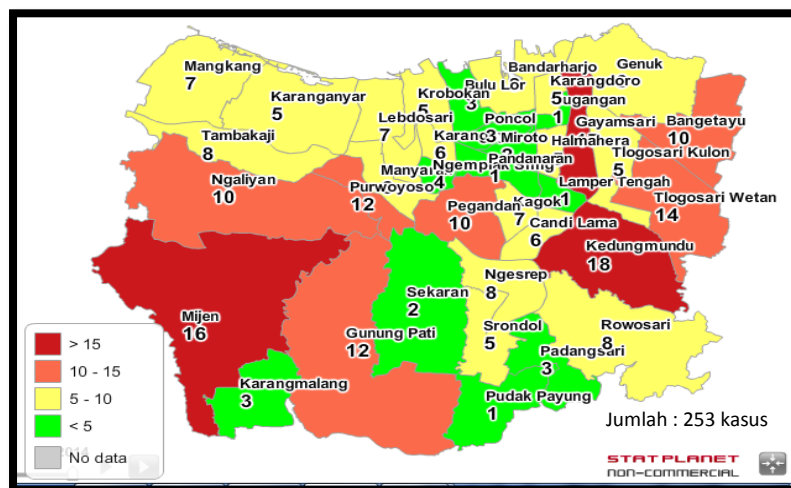
Berdasarkan hasil laporan kegiatan sarana pelayanan kesehatan, Tahun 2014, jumlah kematian bayi yang terjadi di Kota Semarang sebanyak 253 dari 26.992 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 9,37 per 1.000 KH. Berdasarkan pencapaian tersebut maka terdapat penurunan dari tahun sebelumnya. Jumlah kematian bayi di Kota Semarang terjadi penurunan sejak tahun 2011 sampai 2013 yaitu berturut turut

314 kasus kematian bayi pada tahun 2011, 293 kasus kematian bayi pada tahun 2012, 251 kasus kematian bayi pada tahun 2013. Jika dibandingkan dengan target MDGs dimana tahun 2015 target AKB sebesar 23 per 1.000 KH, maka AKB Kota Semarang telah dibawah target.

Gambar 3.5 Grafik Kematian Bayi 2011 s/d 2014



Gambar 3.6 Peta Sebaran Kematian Bayi 2014

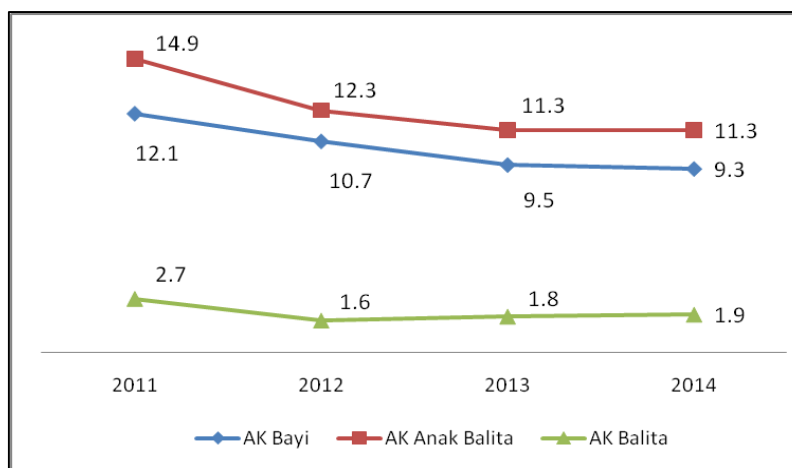


Sumber: Seksi Anak & Remaja, Bidang Kesga

Angka Kematian Balita (AKBa) adalah jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun yang dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. AKBa merepresentasikan risiko terjadinya kematian pada fase antara kelahiran dan sebelum umur 5 tahun. Berdasarkan data kasus kematian Anak Balita di Kota Semarang Jumlah Kematian Balita di Kota Semarang tahun 2014 adalah sebanyak 306 kasus dari 26.992 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Balita (AKABA) Kota Semarang sebesar 11,34 per 1.000

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

Gambar 3.7 Grafik Perkembangan AKB & AKBa Kota Semarang



Berbagai faktor dapat menyebabkan adanya penurunan AKB & AKBa, di antaranya pemerataan pelayanan kesehatan berikut fasilitasnya. Hal itu disebabkan AKB & AKBa sangat sensitive 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.

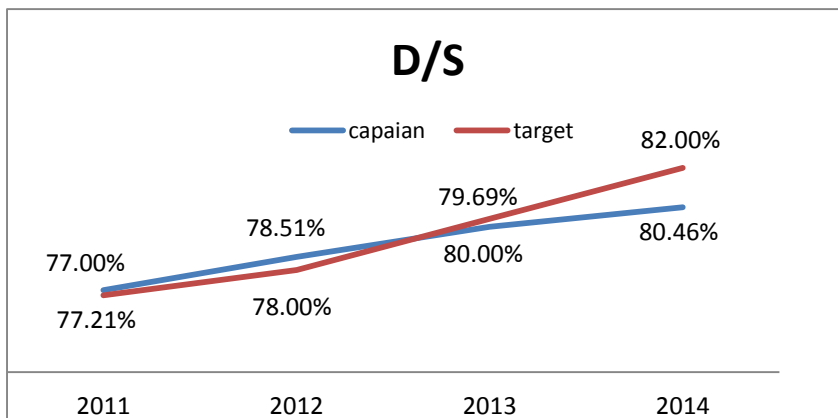
C. STATUS GIZI BAYI & BALITA

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 2014 di Kota Semarang menunjukkan jumlah Bayi Lahir Hidup sebanyak 26.992 bayi dan jumlah Balita yang ada (S) sebesar 104.351 anak.

Untuk kasus bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) pada tahun 2014 yaitu sebanyak 277 bayi (1,0%) yang terdiri dari 102 bayi laki-laki dan 175 bayi perempuan.

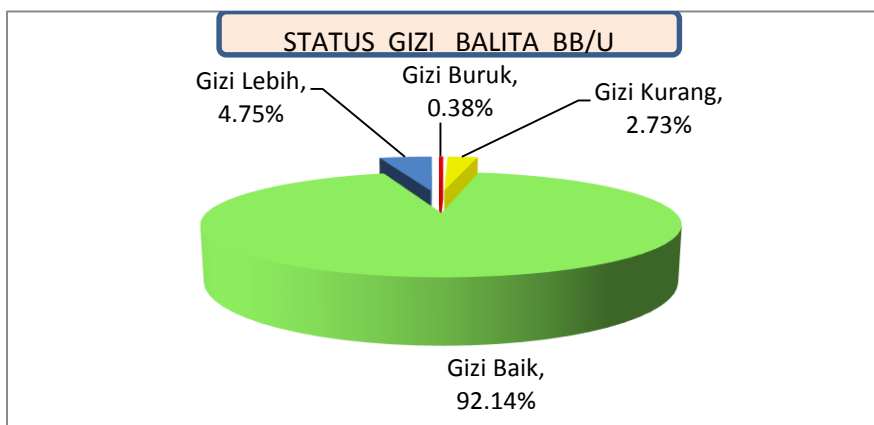
Sedangkan jumlah Balita yang datang dan ditimbang (D) di posyandu dari seluruh balita yang ada yaitu sejumlah 83.958 balita (80,5%) dengan rincian jumlah balita yang naik berat badannya sebanyak 67.895 anak (80,9%) dan Bawah Garis Merah (BGM) sebanyak 1.257 anak (1,5%), data selengkapnya pada tabel 47.

Gambar 3.8 Grafik Cakupan D/S Kota Semarang 2011 - 2014



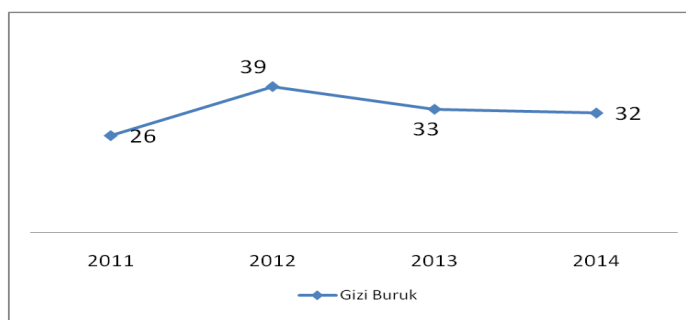
Permasalahan gizi yang masih tetap ada dan jumlah cenderung bertambah adalah masalah gizi kurang dan gizi buruk. Kurang gizi sangat dipengaruhi oleh pengetahuan masyarakat yang kurang, keadaan sosial ekonomi dan kejadian penyakit.

Gambar 3.9 Grafik Status Gizi Balita menurut BB/U Kota Semarang 2014



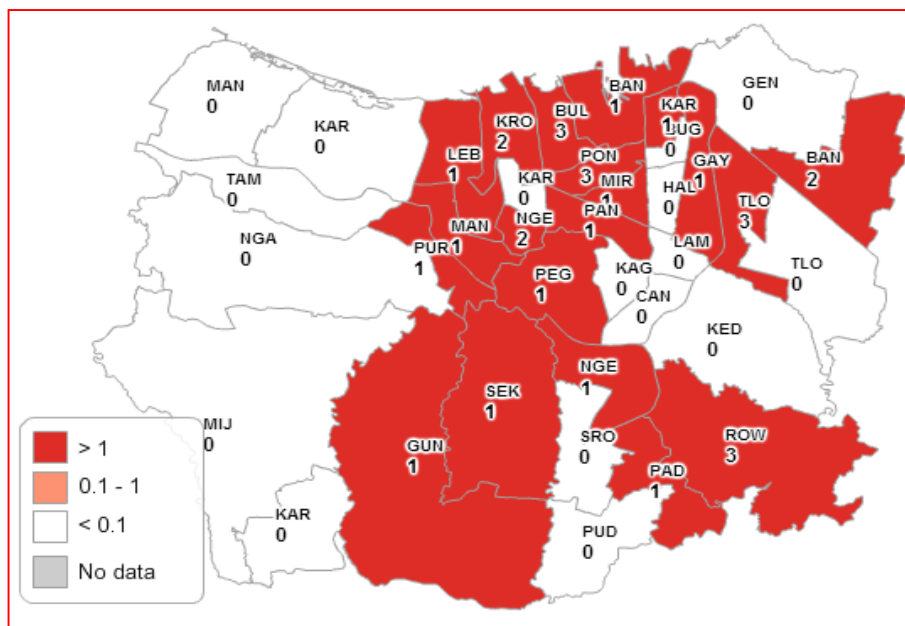
Dari tabel diatas tahun 2014 kasus gizi buruk ditemukan sebanyak 33 kasus, mengalami penurunan dari tahun lalu yang berjumlah 32 kasus.

Gambar 3.10 Grafik Trend Kasus Gizi Buruk Kota Semarang 2011 - 2014



Semua balita gizi buruk mendapat perawatan (100%) yang meliputi pemeriksaan gizi buruk secara komprehensif. Program ini merupakan upaya perbaikan status gizi pada balita gizi buruk yang telah di pusatkan di Rumah Gizi Jl. Nusa Indah No.12 Banyumanik Semarang, dan dilakukan perawatan serta pengobatan baik di puskesmas maupun di Rumah Sakit dengan bantuan dana program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin)/JAMKESMAS dan APBD II.

Gambar 3.11 Peta Kasus Gizi Buruk Kota Semarang 2014



Sumber: Seksi Gizi, Bidang Kesga

D. MORBIDITAS

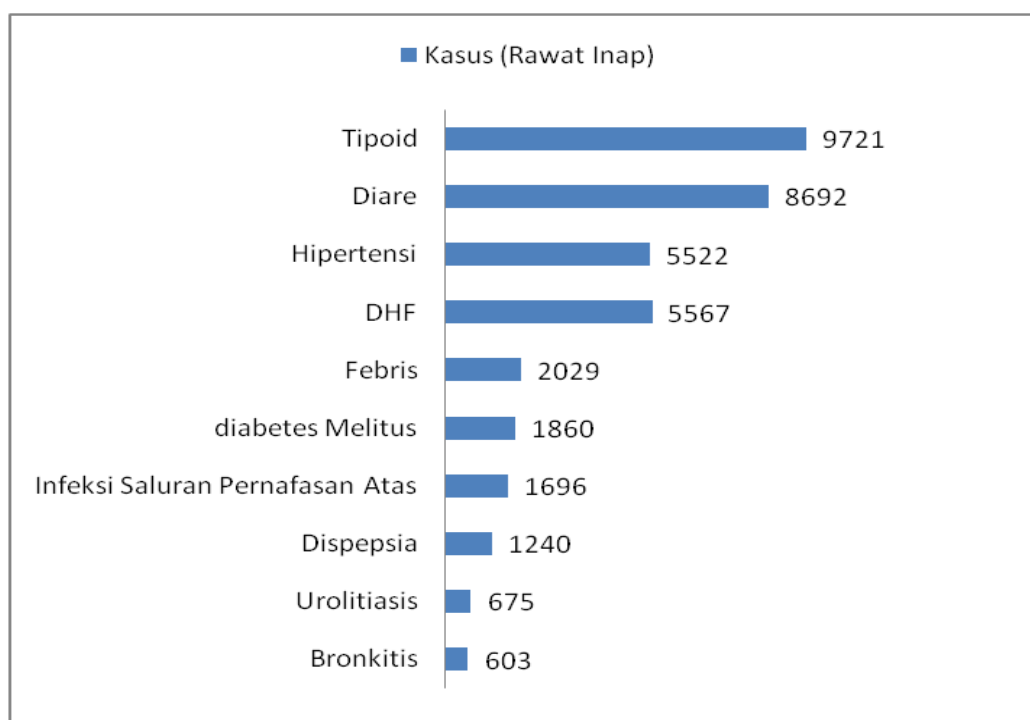
Morbidity is the number of illnesses, which can be expressed as the number of incidence or the number of prevalence of a disease. Morbidity describes the occurrence of disease in a population and at a certain time. Morbidity also plays a role in the assessment of the health status of the community in 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	J.06	56.376
2.	Hipertensi Esensial	I.10	26.597
3.	Pharingitis Akut	J.02	22.541
4.	Gastritis dan Duodenitis	K.29	11.339
5.	Diabetes Melitus yang tidak tergantung Insulin	E.11	11.307
6.	Gangguan Otot yg Lain	M.62	11.189
7.	Dermatitis Kontak Alergik	L23	6.632
8.	Diare dan Gastroenteritis oleh Penyebab Infeksi Tertentu	A.09	6.547
9.	Arthritis lainnya	M13	5.731
10.	Gangguan Jaringan Lunak lainnya, NOS	M79	4.869

Sumber: bidang pelayanan kesehatan DKK

2. Pola 10 Besar Penyakit Rumah Sakit



Sumber: bidang pelayanan kesehatan DKK

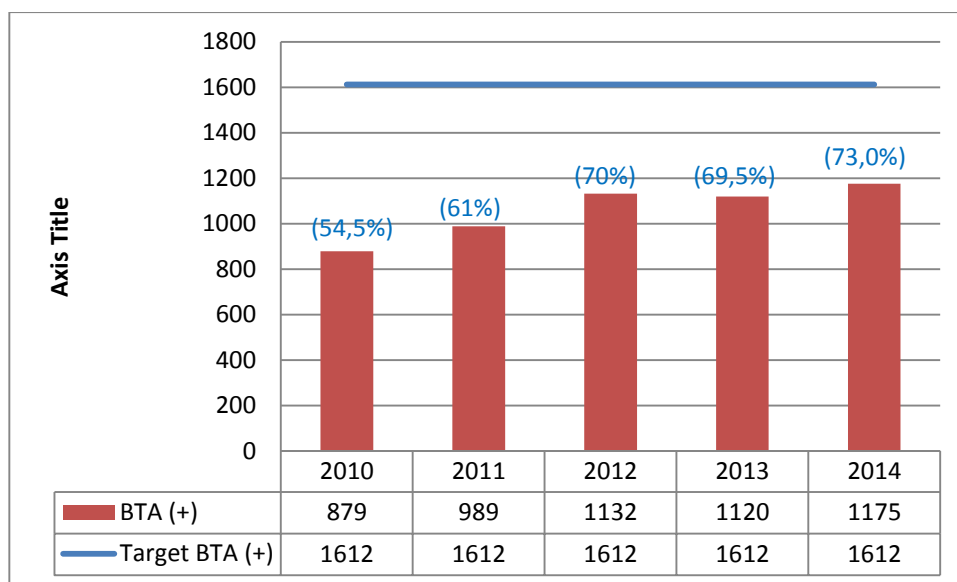
3. Penyakit Menular

a. Tuberkulosis Paru

Kasus Penderita

Cakupan CDR Kota Semarang dalam kurun waktu 5 tahun terakhir terus mengalami peningkatan cakupan. Bahkan dalam waktu 3 tahun terakhir target cakupan 70 % dapat dipertahankan, meskipun di tahun 2013 terjadi penurunan sebesar 0,5 %. Puncaknya di tahun 2014, CDR Kota Semarang diatas target cakupan nasional, yaitu sebesar 73 % (1.175 kasus dari 1.612 kasus BTA (+) yang ditargetkan).

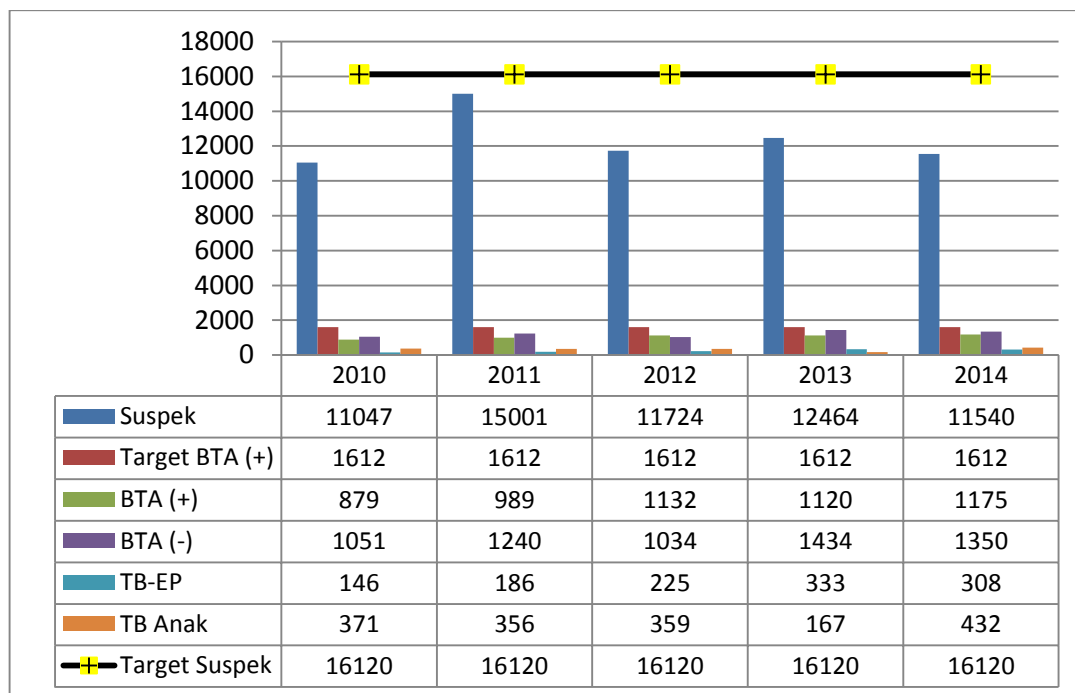
Gambar 3.12 Grafik Penemuan kasus TB Paru Kota Semarang th 2010 s.d 2014



Sumber: Seksi P2ML, Bidang P2P

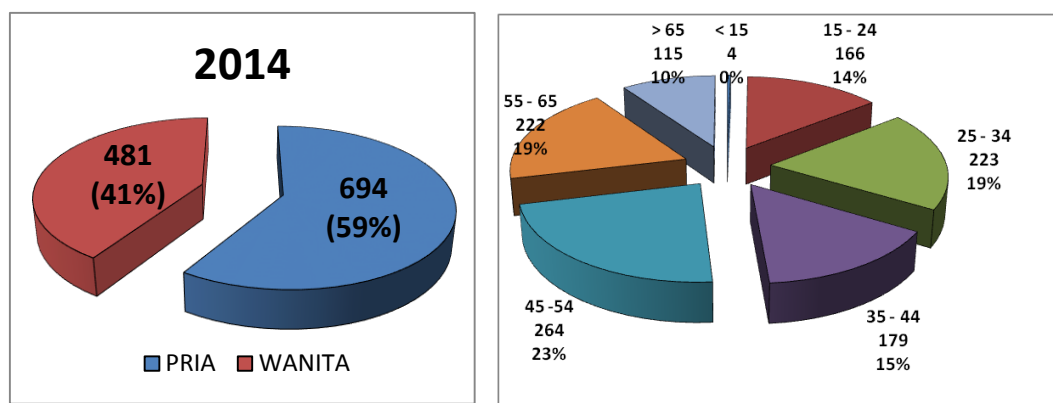
Penemuan suspek tahun 2014 sebesar orang 72 % dari target, artinya mengalami penurunan sebesar 5 % bila dibandingkan dengan penemuan suspek tahun 2013. Sedangkan penemuan penderita TB Paru BTA (+) tahun 2014 sebesar 73 %, dan ini mengalami peningkatan kasus sebesar 3,5 % bila dibandingkan tahun 2013. Hal tersebut diikuti dengan peningkatan penemuan kasus TB pada anak sebanyak 265 kasus dibandingkan dengan tahun 2013. Disisi lain di beberapa kriteria mengalami penurunan penemuan kasus, misalnya untuk kasus TB ekstra paru dan TB BTA (-) rongent (+) masing-masing mengalami penurunan sebanyak 25 kasus untuk TB ekstra paru dan 84 kasus untuk TB BTA (-) rongent (+).

Gambar 3.13 Grafik Penemuan kasus TB Paru Kota Semarang th 2010 s.d 2014



Sedangkan penemuan kasus TB Anak di tahun 2014 sejumlah 432 kasus, jumlah tersebut jauh lebih tinggi dibandingkan dengan penemuan kasus di tahun 2013.

Gambar 3.14 Grafik Kasus TB Paru berdasarkan Jenis Kelamin & Kelompok Usia Tahun 2014



Persentase TB-Paru pada laki-laki (59 %) lebih besar dari pada perempuan (41 %). 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 terbanyak pada golongan umur 45-54 tahun sebanyak 23 % , golongan umur 25-34 tahun sebanyak 19 % , golongan umur 35-44 tahun sebanyak 15 % hal ini menunjukkan bahwa penularan TB masih berlangsung disegala usia.

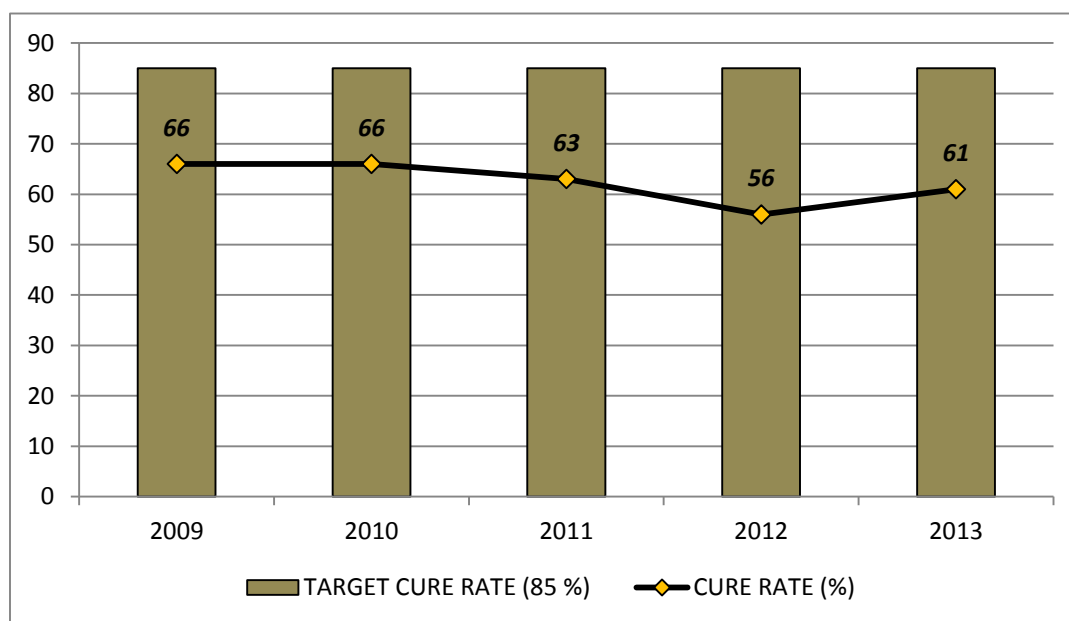
TB Paru MDR (Multiple Drug Resistant)

Tahun 2014 di Kota Semarang telah tercatat 21 kasus TB-Paru MDR (13 pria, 8 wanita), terjadi peningkatan kasus sebanyak 5 (31%) dibandingkan tahun 2013, hal ini disebabkan sebagian besar karena ketidak teraturan dalam pengobatan sehingga menimbulkan resisten.

Angka kesembuhan (Cure Rate)

Angka kesembuhan Kota Semarang dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir tidak pernah mencapai target nasional, yang tertinggi sebesar 66 % CR di tahun 2009 dan 2010, yang terendah sebesar 56 % di tahun 2012 sedangkan ditahun 2013 sebesar 61 % (680 kasus dinyatakan sembuh dari total kasus 1.122 yang diobati). Rata-rata pencapaian CR pertahunnya sebesar 22,6 % dan masih di bawah target CR nasional. Hal ini disebabkan masih ada follow up akhir pengobatan yang tidak dilakukan oleh petugas kesehatan, yang sebagian besar adalah kasus TB yang diobati di Rumah sakit.

Gambar 3.15 Grafik Angka kesembuhan TB Paru BTA (+) Tahun 2010 - 2014

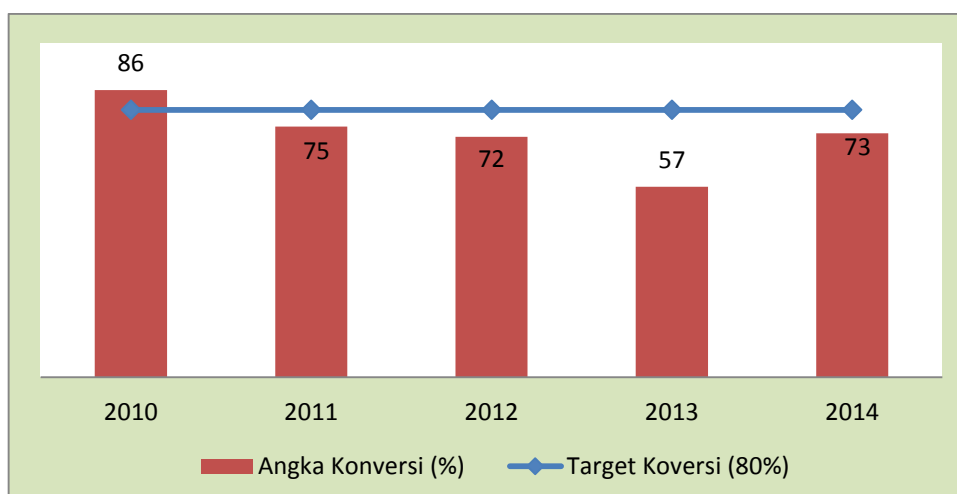


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Angka Konversi

Angka konversi pasien TB Paru BTA(+) di tahun 2010 mencapai angka 86 %, dimana angka ini 6 % diatas target nasional. Secara gradual 4 (empat) tahun berjalan mengalami penurunan rata-rata sebesar 6,6 % dari angka nasional. Penurunan yang paling tajam terjadi di tahun 2013 yaitu sebesar 23 % dari angka nasional., hal ini dikarenakan penderita yang diobati teratur minum obat dan pemeriksaan follow up bulan ke dua belum dilaksanakan secara teratur.

Gambar 3.16 Grafik Angka konversi TB BTA (+) tahun 2010 - 2014

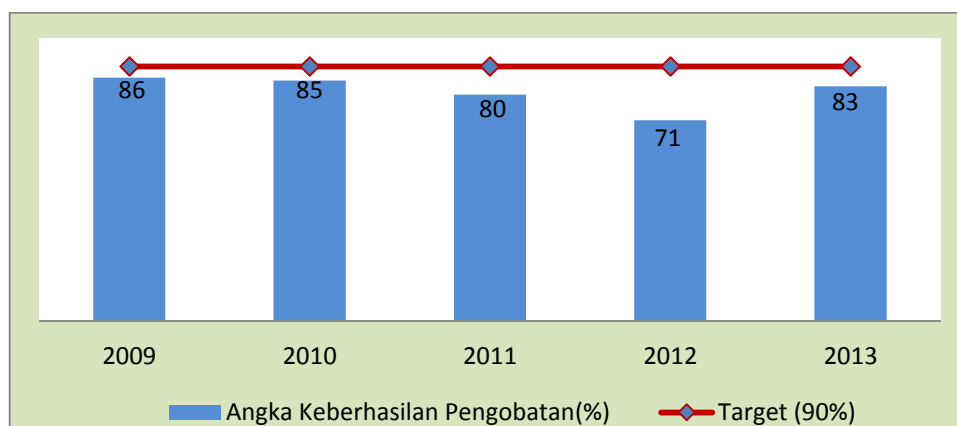


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Angka Keberhasilan Pengobatan (sukses rate)

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

Gambar 3.17 Angka Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Paru BTA (+) di Kota Semarang Tahun 2009 s.d 2013

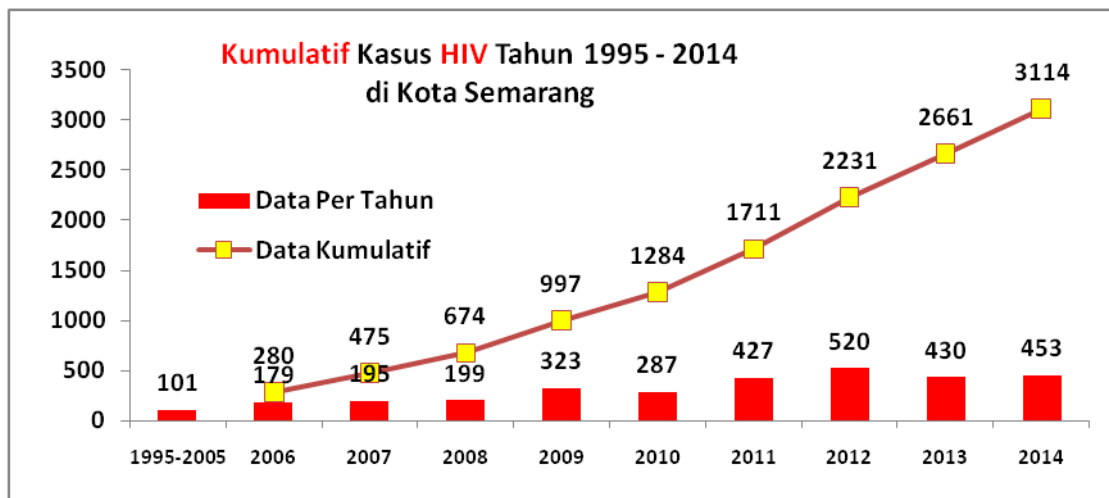


b. HIV / AIDS

HIV

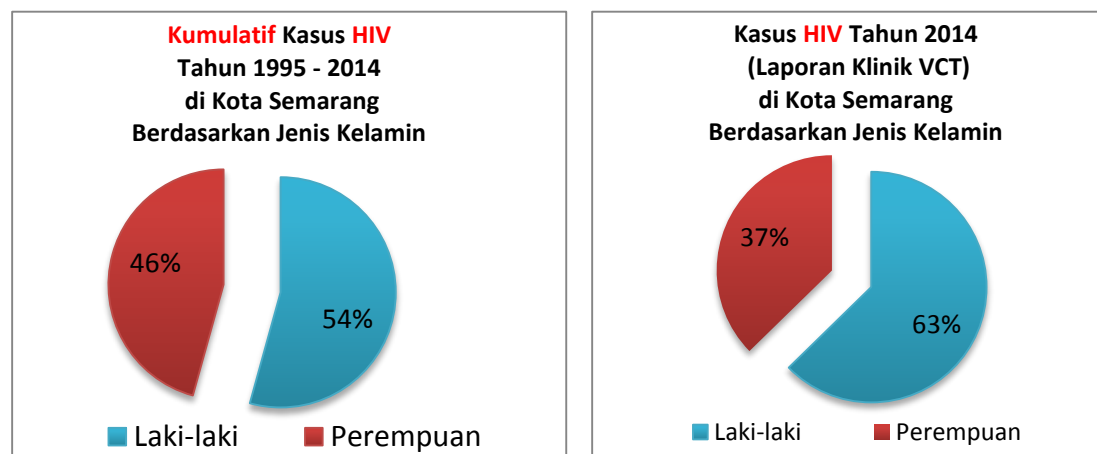
Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dulu dinyatakan sebagai HIV positif. Jumlah HIV positif yang ada di masyarakat dapat diketahui melalui 3 metode, yaitu pada layanan Voluntary, Counseling, and Testing (VCT), sero survey, dan survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP).

Gambar 3.18 Grafik Tren Kumulatif Kasus HIV Kota Semarang 1995 - 2014



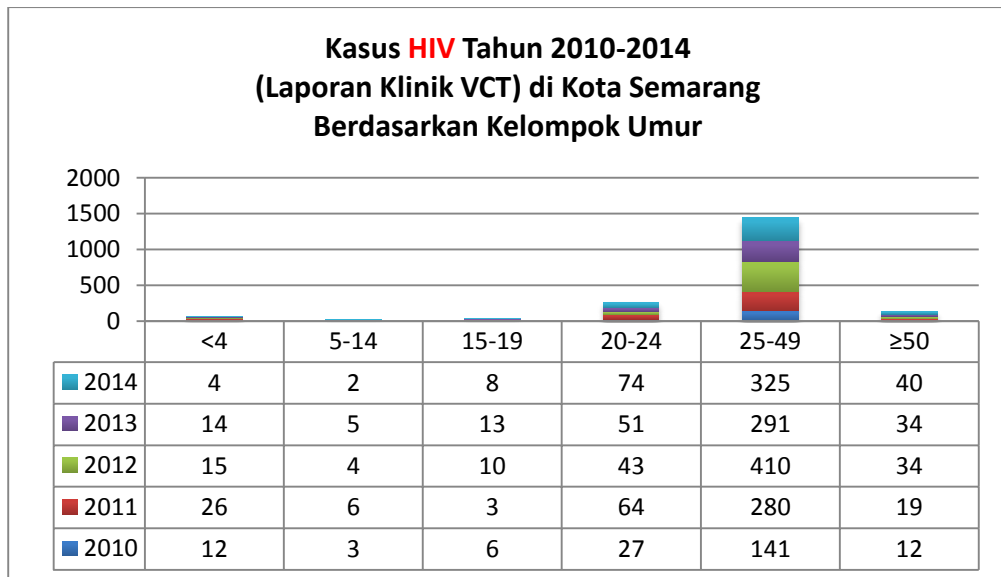
Berdasarkan grafik di atas kasus HIV mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2013. Jumlah penemuan kasus pada tahun 2014 yaitu sebesar 453 kasus (5,3%). Data diatas merupakan data kasus HIV yang ditemukan di Kota Semarang dari laporan klinik VCT, sehingga bukan hanya warga Kota Semarang namun juga luar wilayah Kota Semarang. Sedangkan data untuk kasus HIV tahun 2014 untuk Kota Semarang saja sebanyak 142 orang, dengan kondisi 40 orang sudah pada stadium AIDS.

Gambar 3.19 Grafik Kasus HIV Kota Semarang



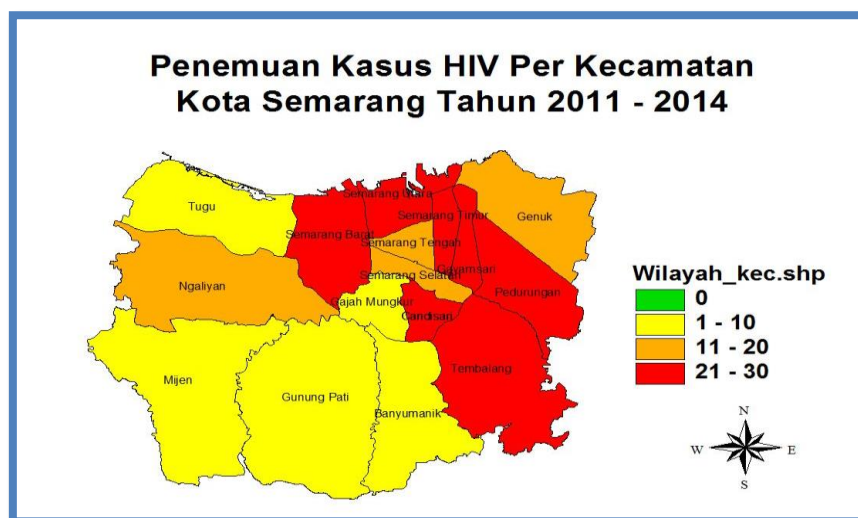
Berdasarkan grafik pie diatas terlihat bahwa selama tahun 1995 – 2014 kasus HIV lebih banyak diderita oleh laki-laki yaitu sebesar 54% dibandingkan dengan perempuan. Namun demikian antara laki-laki dan perempuan yang terinfeksi HIV perbandingannya adalah 63% dan 37%. Artinya bahwa kasus HIV juga sudah banyak menyerang kaum perempuan, terutama ibu-ibu rumah tangga sehingga perlu perhatian khusus karena ibu hamil yang terinfeksi HIV dapat menularkan kepada anaknya.

Gambar 3.20 Grafik Kasus HIV Berdasar Kelompok Umur



Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui selama tahun 2010 – 2014 kelompok umur 25-49 tahun paling besar terinfeksi HIV dengan total sebanyak 1.447 kasus dan yang terendah adalah kelompok umur 5 – 14 tahun.

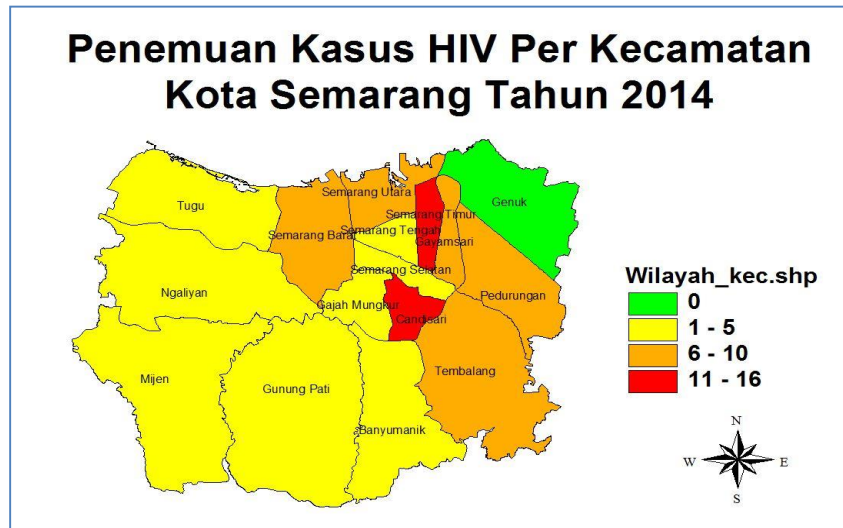
Gambar 3.21 Peta Penemuan Kasus HIV Per Kecamatan 2011 -2014



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan gambar peta diatas dapat diketahui sebaran kasus HIV selama tahun 2011-2014 di Kota Semarang sudah tersebar di seluruh kecamatan, berdasarkan data Kecamatan tertinggi kasus HIV adalah Kecamatan Semarang Barat yaitu sebanyak 30 kasus, sedangkan kasus terendah di Kecamatan Tugu yaitu sebanyak 3 kasus.

Gambar 3.22 Peta Penemuan Kasus HIV Per Kecamatan 2011 -2014

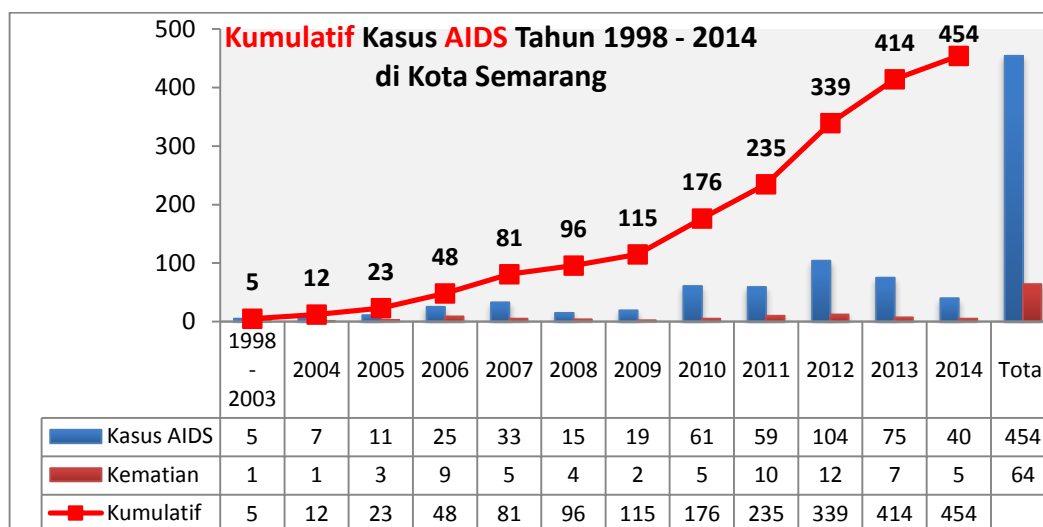


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan gambar peta diatas dapat diketahui sebaran kasus HIV di Kota Semarang tahun 2014, kecamatan tertinggi jumlah kasus HIV adalah Kecamatan Semarang Timur sebanyak 16 kasus, sedangkan kecamatan dengan kasus terendah yaitu Kecamatan Genuk sebanyak 0 kasus.

AIDS

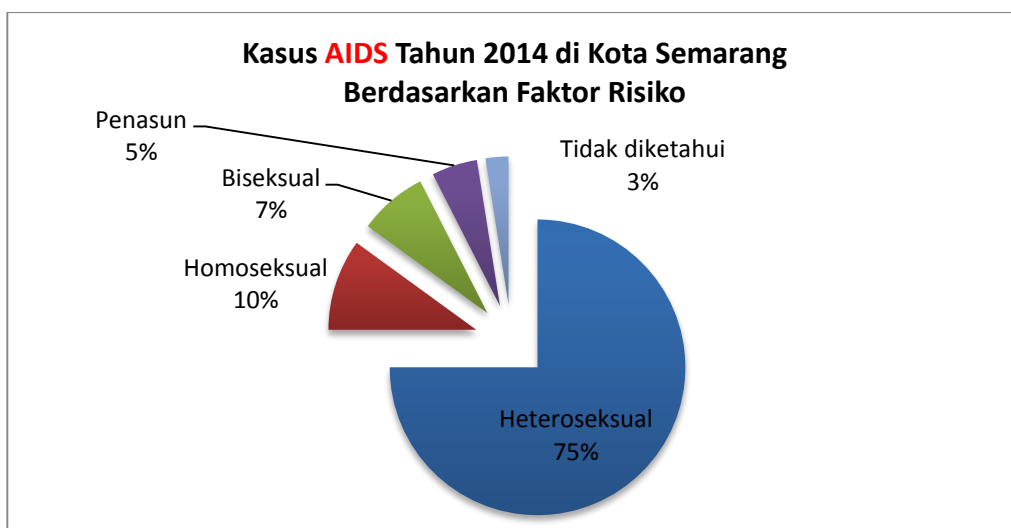
Gambar 3.23 Kumulatif Kasus AIDS Kota Semarang 1995 - 2014



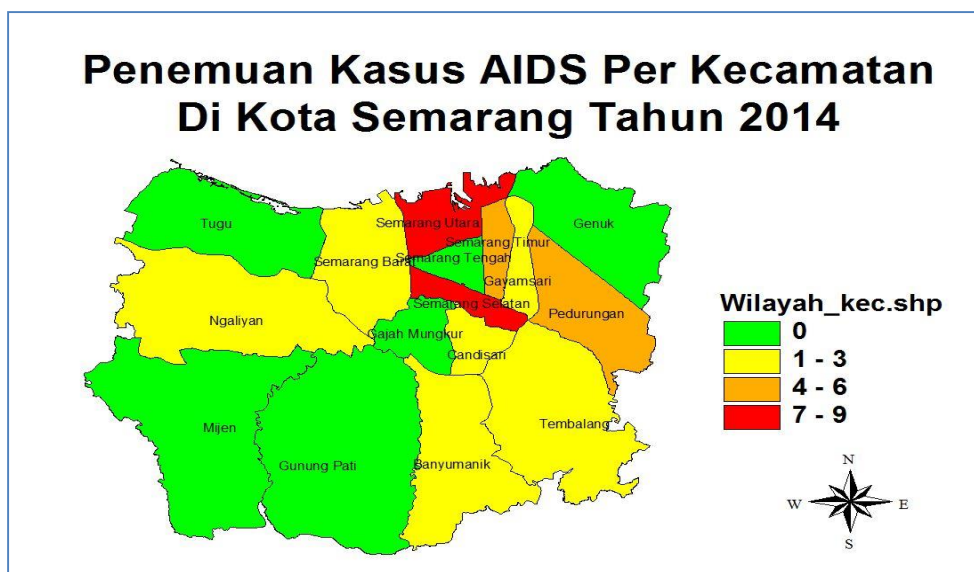
Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui pada tahun 2014 jumlah kasus AIDS di Kota Semarang yaitu sebanyak 40 kasus, menurun dibandingkan tahun 2013 sebesar 75 kasus, dan meninggal sebanyak 5 orang. Dapat diketahui jumlah kematian akibat AIDS pada tahun 2014 mengalami penurunan yaitu 5 orang, dibanding tahun 2013. Sedangkan kumulatif kasus AIDS dari tahun 1998 sampai dengan tahun 2014 yaitu sebanyak 454 kasus.

Adapun faktor risiko penularan pada kasus AIDS tertinggi pada tahun 2014 yaitu sebesar 75% sedangkan faktor risiko terkecil adalah Pengguna Napza Suntik sebanyak 2 kasus.

Gambar 3.24 Kumulatif Kasus AIDS Kota Semarang 1995 - 2014



Gambar 3.25 Peta Kasus Penderita AIDS Per Kecamatan Tahun 2014



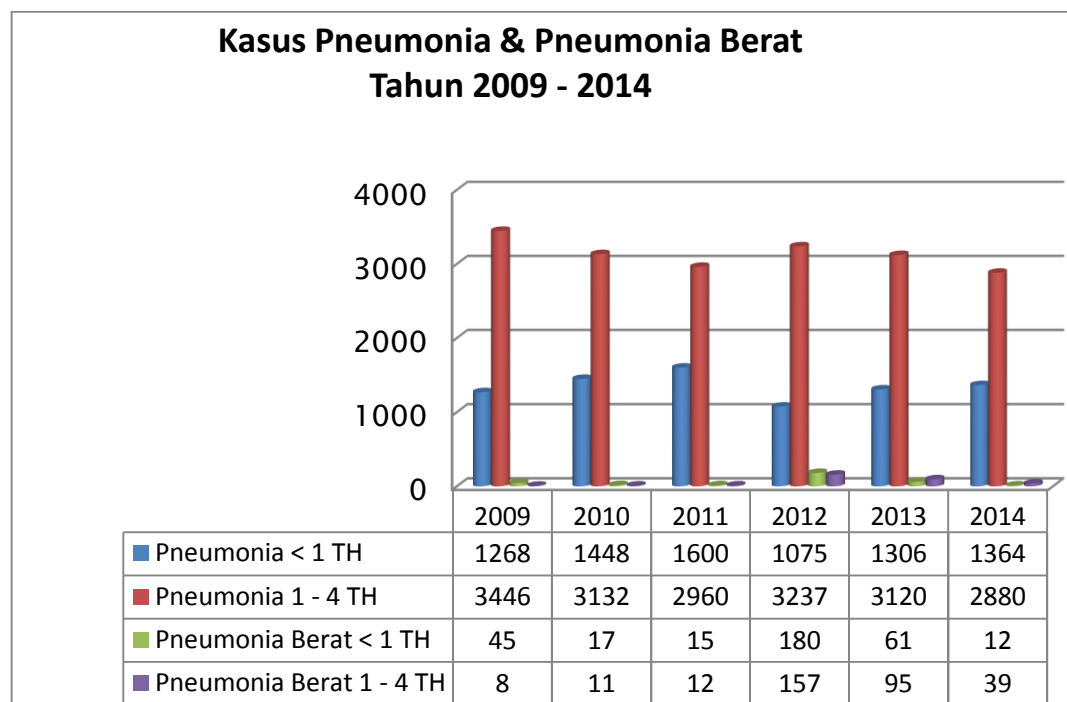
Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Peta diatas menunjukkan penyebaran kasus AIDS di Kota Semarang. Pada tahun 2014 tidak ditemukan kasus AIDS baru di Kecamatan Tugu, Mijen, Gunungpati, Gajahmungkur, Semarang tengah, Genuk, Kecamatan yang mempunyai kasus rendah (1 – 3) yaitu; Kec. Ngaliyan, Semarang Barat, Gayamsari, Banyumanik, Tembalang, Candisari. . Sedangkan kecamatan yang memiliki kasus AIDS yang tinggi yaitu Kecamatan Semarang Utara,dan Kecamatan Semarang Selatan.

Berbagai upaya penanganan terhadap kasus HIV / AIDS di kota semarang telah dilakukan. Berkaitan dengan penanganan ODHA jumlah ODHA yang memenuhi syarat ARV Tahun 2014 sebesar 2.360 orang. Sedangkan kumulatif ODHA yang pernah diberi ARV di Kota Semarang sampai tahun 2014 sebanyak 2.151 orang. Persentase ODHA yang mendapatkan layanan CST sebesar 91,14%.

c. Pneumonia

Gambar 3.26 Grafik Kasus Pneumoni & Pneumoni Berat th 2009 - 2014

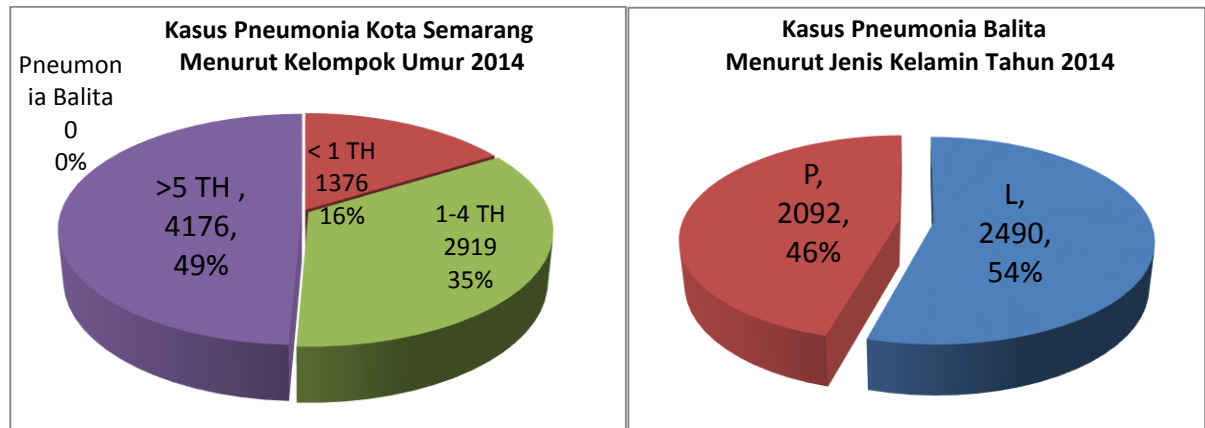


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Jumlah penderita pneumonia <1 th pada tahun 2014 ini mengalami peningkatan 58 kasus dari 1306 menjadi 1364, jumlah penderita pneumonia 1-4 th sebanyak 2880 menurun sebanyak 240 kasus dibanding tahun 2013, penderita pneumonia berat umur < 1

tahun sebanyak 12 balita menurun sebanyak 49 dari tahun sebelumnya dan jumlah pneumonia berat umur 1-4 tahun sebanyak 39 kasus balita.

Gambar 3.27 Grafik Kasus Pneumonia Menurut Kelompok Umur



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Pada tahun 2014 kasus pneumonia balita banyak terjadi pada kelompok umur 1 – 4 tahun, sejumlah 2.919 kasus (35%), pada kelompok umur < 1 tahun sejumlah 1.376 kasus (16%), selebihnya 49% terjadi pada kelompok usia > 5 tahun. Sedangkan menurut jenis kelamin kasus Pneumonia Balita di Kota Semarang tahun 2014 tampak bahwa kasus pneumonia balita pada perempuan lebih sedikit dibandingkan dengan kasus pneumonia balita pada laki – laki.

IR pneumonia pada tahun 2014 sebesar 285 per 10.000 balita meningkat dibanding tahun 2013 yaitu sebesar 258 per 10.000 balita. Peningkatan IR pneumonia berarti jumlah penderita pneumonia dan pneumonia berat yang ditemukan semakin meningkat, hal ini dipengaruhi oleh peran serta aktif masyarakat untuk mau membawa balitanya berobat ke Puskesmas dan juga peran aktif petugas Puskesmas serta kader kesehatan di masyarakat dalam rangka menemukan penderita pneumonia balita di masyarakat.

Cakupan penemuan penderita pneumonia dan pneumonia berat yang berobat ke Puskesmas di tahun 2014 sebesar 57% mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun sebelumnya yaitu sebesar 26% pada tahun 2013.

Angka kematian (CFR) akibat pneumonia dan pneumonia berat di Kota Semarang berdasarkan data dari RS tahun 2012 sebesar 0.40% (19/4649), sedangkan di Puskesmas tidak ada kasus pneumonia maupun pneumonia berat yang meninggal (CFR 0%).

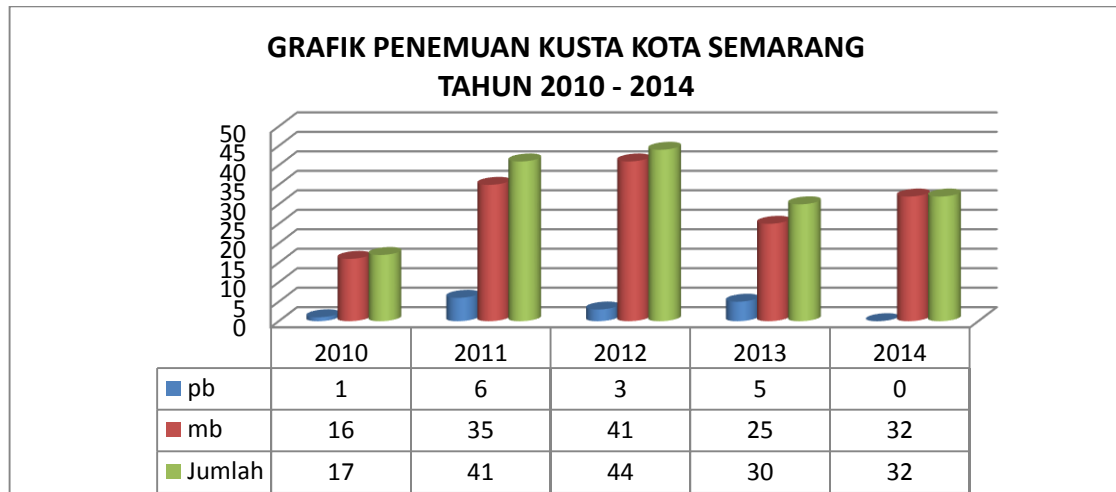
d. Kusta

Capaian kusta di Kota Semarang tahun 2014 sebagai daerah low endemik :

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

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

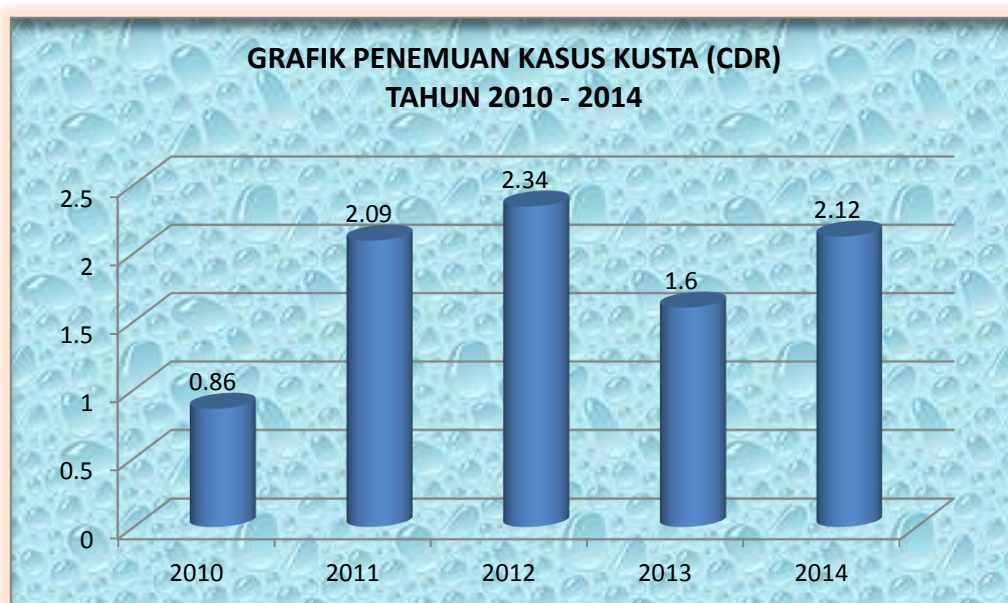
Gambar 3.28 Grafik Penemuan Kusta Kota Semarang th 2010 – 2014

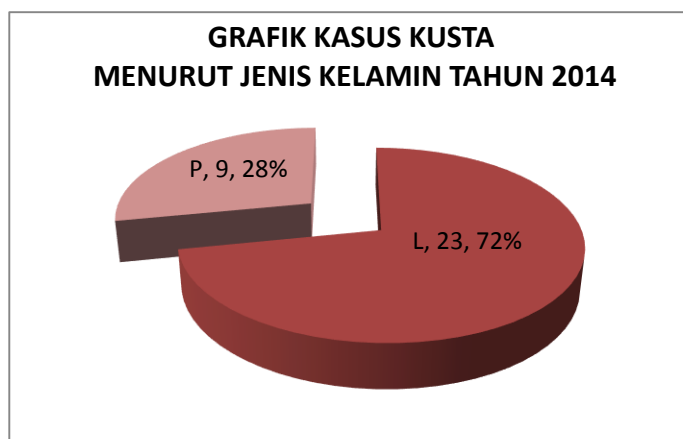


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik di atas penemuan kusta di Kota Semarang tahun 2014 berjumlah 32 meningkat dibandingkan dengan tahun 2013 yang terdiri dari kusta tipe PB 0 kasus (0 %), dan kusta tipe MB 32 kasus (100 %). Prosentase kasus MB lebih besar dari kasus PB sebagaimana tahun-tahun sebelumnya.

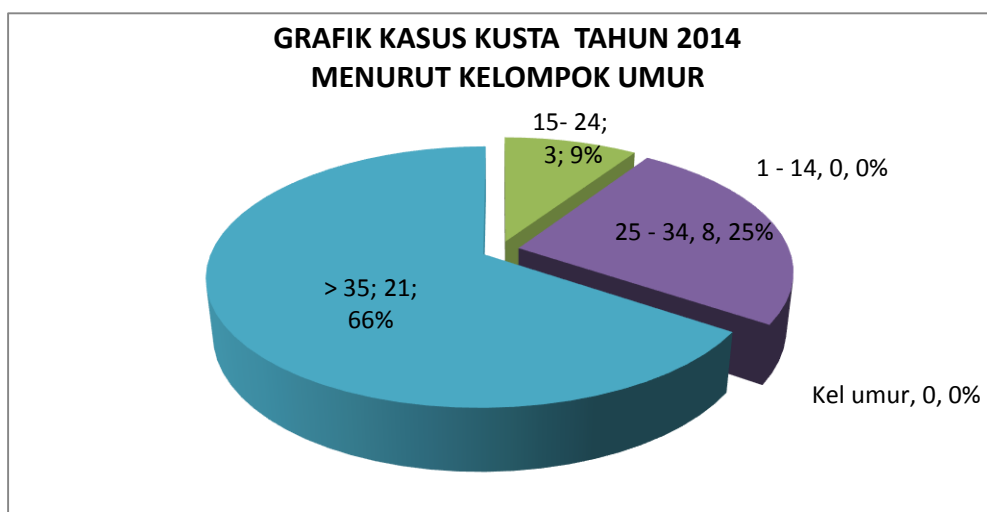
Gambar 3.29 Grafik CDR Kasus Kusta Kota Semarang th 2010 - 2014



Gambar 3.30 Grafik Kasus Kusta Berdasar Jenis Kelamin Th 2014

Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

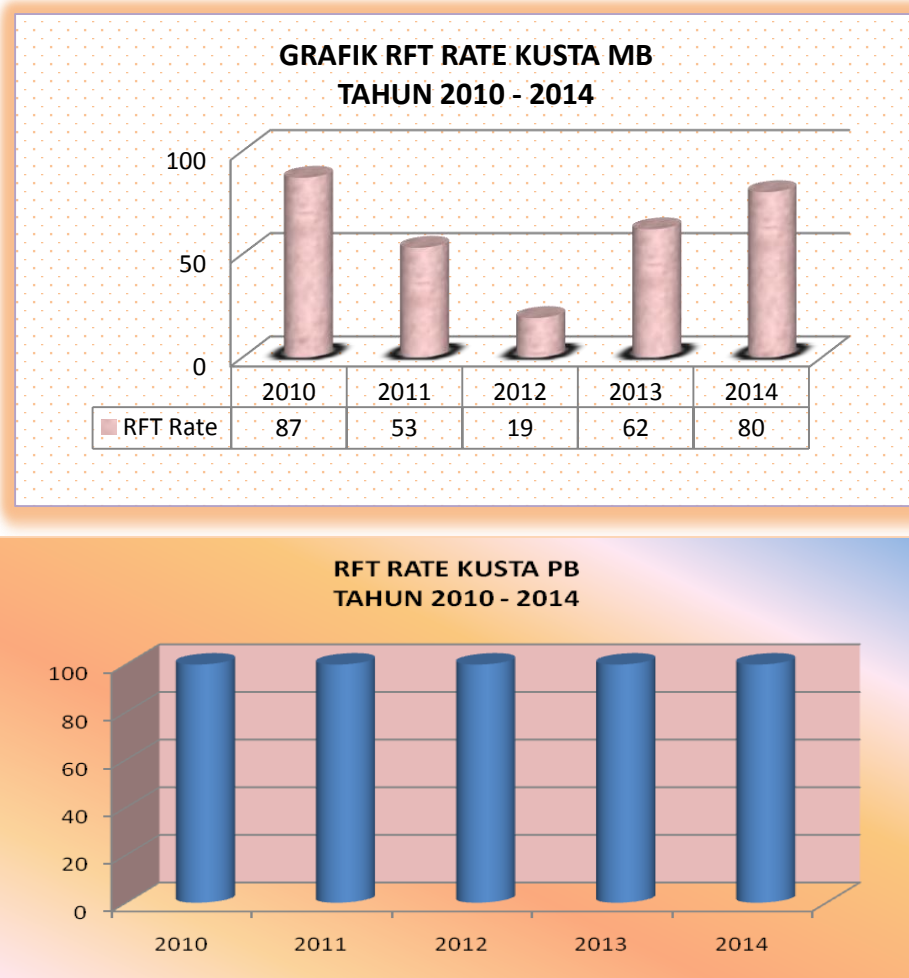
Berdasarkan jenis kelamin, kusta terdiri atas laki-laki (72 %) dan perempuan (28 %).

Gambar 3.31 Grafik Kasus Kusta Berdasarkan Kelompok Umur Th 2014

Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan kelompok umur kasus kusta di Kota Semarang tahun 2014 sebagai berikut : tertinggi adalah kategori umur > 35 tahun (66%), 25 - 34(25%) dan 9% pada kelompok usia 15 – 24 tahun, ini menunjukkan bahwa Kusta di Kota Semarang lebih banyak terdapat pada kelompok usia produktif. RFT Rate MB Kusta semenjak tahun 2010 hingga tahun 2014, mengalami fluktuatif. Tahun 2014 : 80%

Gambar 3.32 Grafik Prosentase RFT Rate MB & PB Kusta Th 2010 - 2014

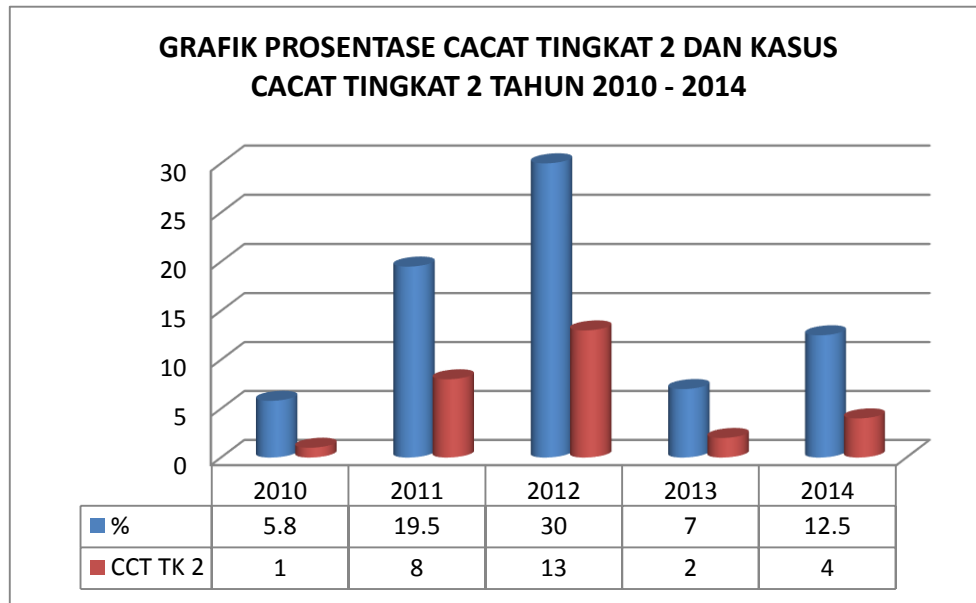


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

RFT Rate Kusta tipe PB tahun 2010 sampai 2013 mencapai 100 % artinya seluruh kasus kusta tipe PB sudah menyelesaikan 6 dosis pengobatannya dalam waktu 6 – 8 bulan.

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

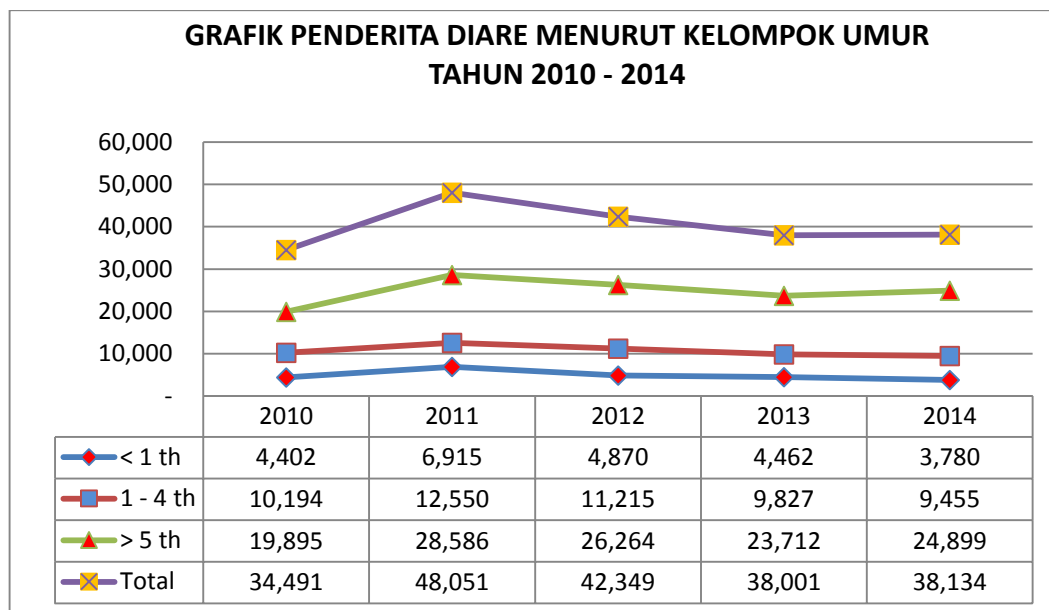
Gambar 3.33 Grafik Prosentase Cacat Tingkat 2 Th 2010 - 2014



Kecacatan pada penderita kusta di Kota Semarang pada Kecacatan pada penderita kusta di Kota Semarang pada tahun 2014 adalah berikut : Cacat Tk.2 : 12,5% (4/32), cacat Tk. I : 15.6% (5/32). 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

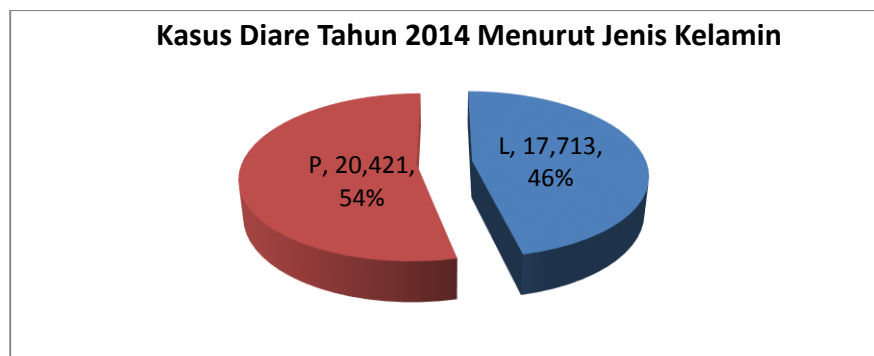
Gambar 3.34 Grafik Penderita Diare Menurut Kelompok Umur



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Penderita Diare dari tahun 2010 – 2014 terus meningkat namun pada tahun 2014 mengalami penurunan, hal ini disebabkan program cuci tangan pakai sabun (CTPS) yang sudah di canangkan sudah diterapkan dalam kegiatan sehari hari. Tahun 2014 kasus diare menurut golongan umur banyak ditemukan pada golongan umur >5 tahun sebanyak 24.899 kasus ((65 %) dan terendah pada kelompok umur < 1 tahun sejumlah 3.780 kasus (10 %).

Gambar 3.35 Grafik Kasus Diare Kota Semarang Menurut Jenis Kelamin



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik di atas, kasus Diare di Kota Semarang tahun 2014 pada perempuan lebih banyak dibandingkan pada laki - laki.

Cakupan pelayanan penderita diare diketahui dengan menghitung jumlah penderita baru dibagi jumlah penduduk dikalikan 1.000. Pada tahun 2014 IR (Incidence Rate) sebesar 25 per 1.000 penduduk, hal ini berarti terjadi peningkatan dibandingkan dengan tahun sebelumnya.

Angka kematian (CFR) dihitung berdasarkan jumlah penderita yang meninggal akibat penyakit diare yang berobat di Rumah Sakit sebesar 0,68 per 1000 penduduk (26/38.134) dan berdasarkan data yang masuk dapat diketahui dari tahun 2005–2012 tidak ada laporan mengenai penderita diare yang meninggal di Puskesmas, berarti penderita diare yang berobat ke Puskesmas dan yang ditolong kader tidak ada yang meninggal.

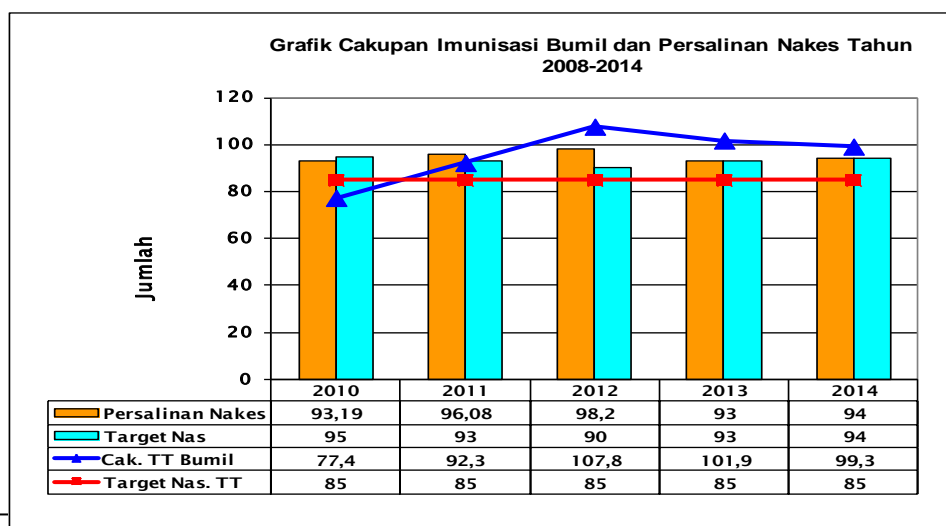
Cakupan pelayanan penderita diare tahun 2013 sebesar 42% menurun dibandingkan tahun 2012 namun pada tahun 2014 meningkat 57%. Hal ini bisa diartikan kinerja petugas Puskesmas semakin baik, penyuluhan yang diberikan bisa meningkatkan pengetahuan dan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan puskesmas. Kualitas tata laksana penderita diare pada tahun 2014 sudah 100%, berarti kinerja petugas diare Puskesmas bisa dikatakan baik karena kualitas tata laksana dalam hal ini adalah pelayanan pengobatan terhadap penderita diare ke Puskesmas terlayani dengan baik dan mendapatkan pengobatan yang sesuai.

4. Penyakit PD3I

a. Tetanus

Kasus Tetanus Neonatorum (TN) di kota Semarang Tahun 2014 Tidak ditemukan. Meskipun Cakupan persalinan nakes dan Cakupan TT Bumil sudah melebihi target, tetapi masih ada sebagian masyarakat yang tidak mau di Imunisasi.

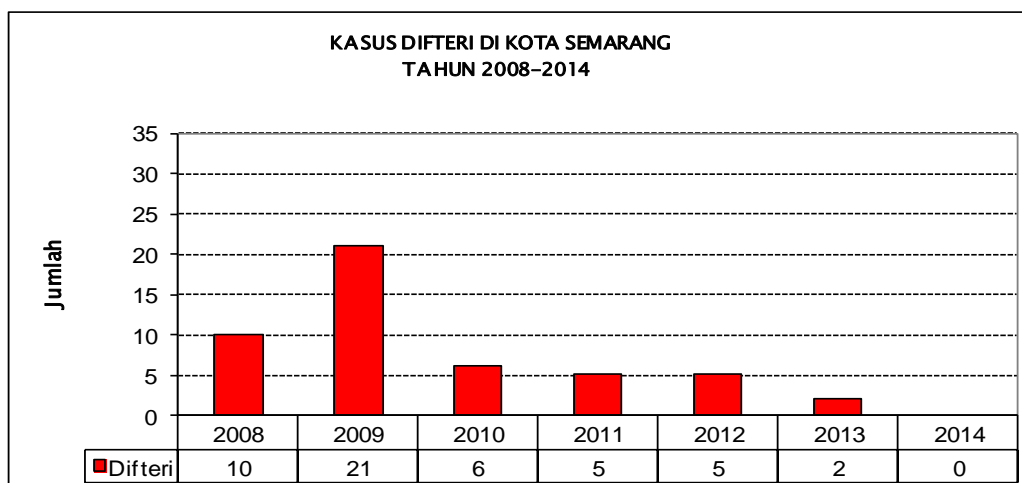
Grafik 3.36 Grafik Cakupan Imunisasi Bumil & Persalinan Nakes



b. Difteri

Tahun 2014 kasus difteri tidak ditemukan penderita, penyakit Difteri sudah tidak ditemukan Kasusnya di Tahun 2014, Baik itu di Rumah Sakit ataupun Puskesmas Hal ini disebabkan kerja keras semua pihak untuk Sosialisasi/ Penyuluhan tentang difteri di masyarakat dan Peningkatan Supervisi di Bidan Praktek Mandiri (BPM) Pemantauan untuk suhu Vaksin dalam Chold Chain, Dimana Penyakit ini dapat dicegah dengan Imunisasi.

Gambar 3.37 Kasus Difteri Kota Semarang Th 2008 – 2014

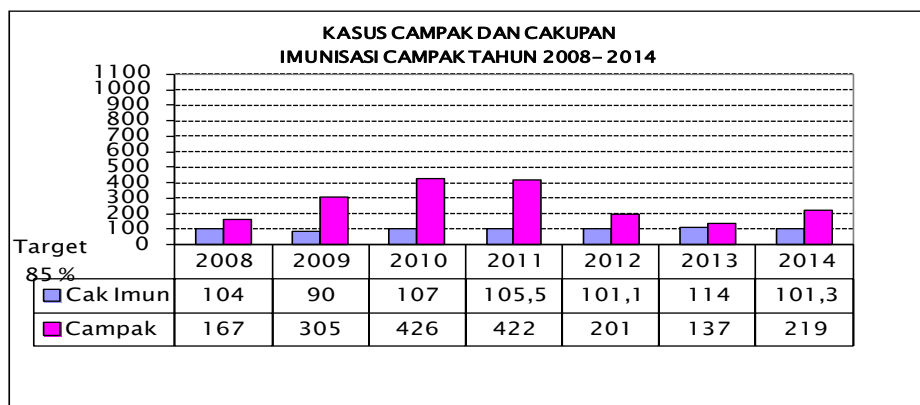


Sumber: Seksi PP Bidang P2

c. Campak

Gambaran secara umum untuk kasus campak dari tahun 2008–2014 dari hasil laporan mingguan (W2) Puskesmas maupun Rumah Sakit mengalami fluktuatif. Pada tahun 2014 kasus Campak berjumlah 219 kasus mengalami peningkatan dibanding tahun 2013. 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 :

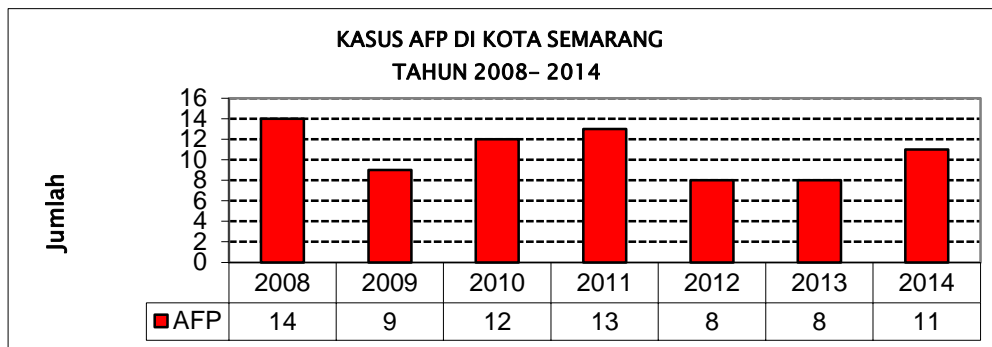
Gambar 3.38 Grafik Kasus Campak & Cakupan Imunisasi



d. Polio

Hasil surveilans Acute Flaccid Paralysis (AFP) di Kota Semarang dari tahun 2008 sampai tahun 2014 selalu ditemukan kasus AFP. Hal ini disebabkan karena surveilans aktif yang sudah berjalan cukup baik .Kasus AFP di tahun 2014 sebanyak 11 kasus.

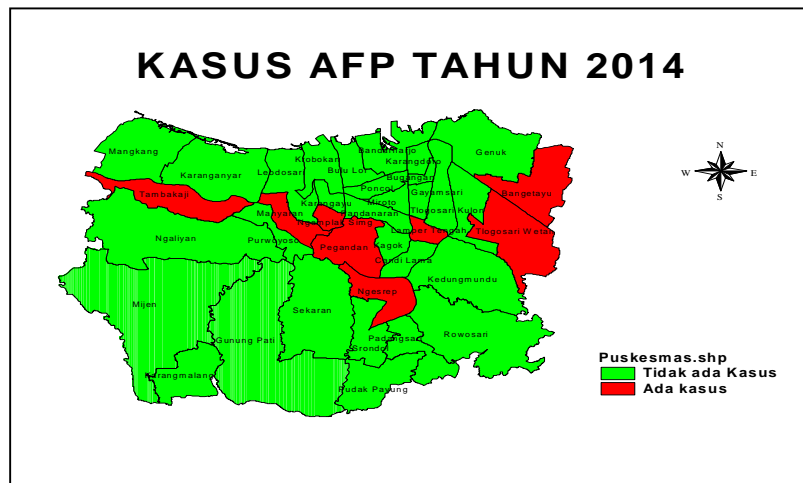
Gambar 3.39 Grafik Kasus AFP Di Kota Semarang th 2008 - 2014



Sumber: Seksi PP Bidang P2P

Kasus AFP di kota Semarang pada tahun 2014 berada di wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Wetan, Lamper Tengah, Tambakaji, Pegandan, Ngemplak Simongan, Ngesrep, Bangetayu, dan Puskesmas Manyaran.

Gambar 3.40 Peta Kasus AFP Tahun 2014



Sumber: Seksi PP Bidang P2P

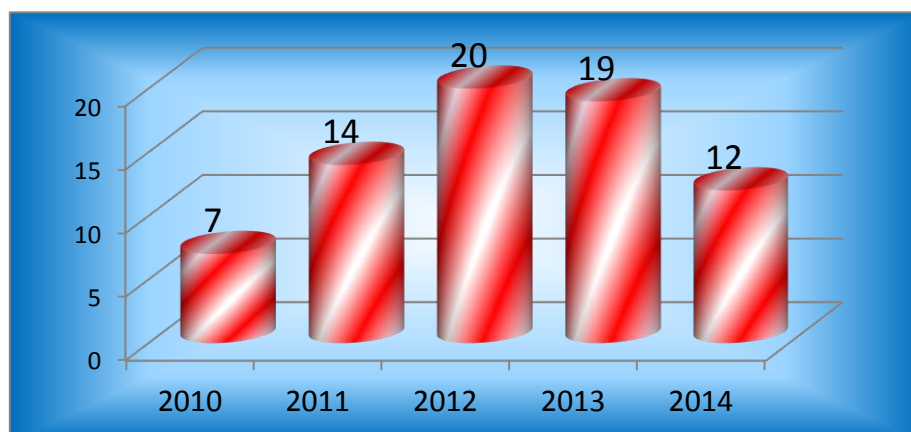
Kasus AFP yang ditemukan di kota Semarang tahun 2014 sebanyak 11 kasus, yang terdiri dari laki-laki sebanyak 8 (73%) orang dan perempuan 3 (27%) orang. Hal ini berbeda dibandingkan dengan tahun 2013 dimana laki-laki sebanyak 4 kasus dan Perempuan 4 Kasus. Dan yang terbanyak pada golongan umur golongan umur 1-5 tahun sebanyak 6 orang (54%).

5. Penyakit Bersumber Binatang

a. Malaria

Situasi angka kesakitan malaria selama tahun 2012 – 2014 relatif cenderung turun, tahun 2012 sebanyak 20 kasus, tahun 2013 sebanyak 19 kasus sedangkan tahun 2014 sebanyak 12 kasus, jika tahun 2013 dibandingkan dengan tahun 2014 terjadi penurunan sebesar 36,8%, sebagaimana dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

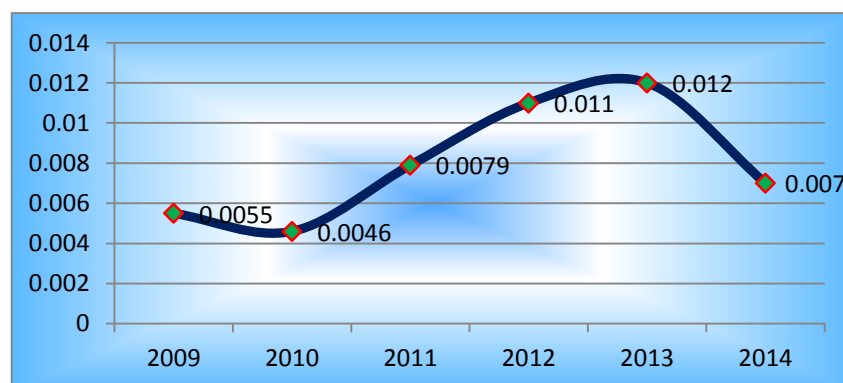
Gambar 3.41 Grafik Kasus Malaria Kota Semarang



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 2014 API kota Semarang sebesar 0,007 atau turun 0,005 bila dibandingkan dengan API tahun 2013; (0,012) sebagaimana dapat dilihat pada grafik berikut:

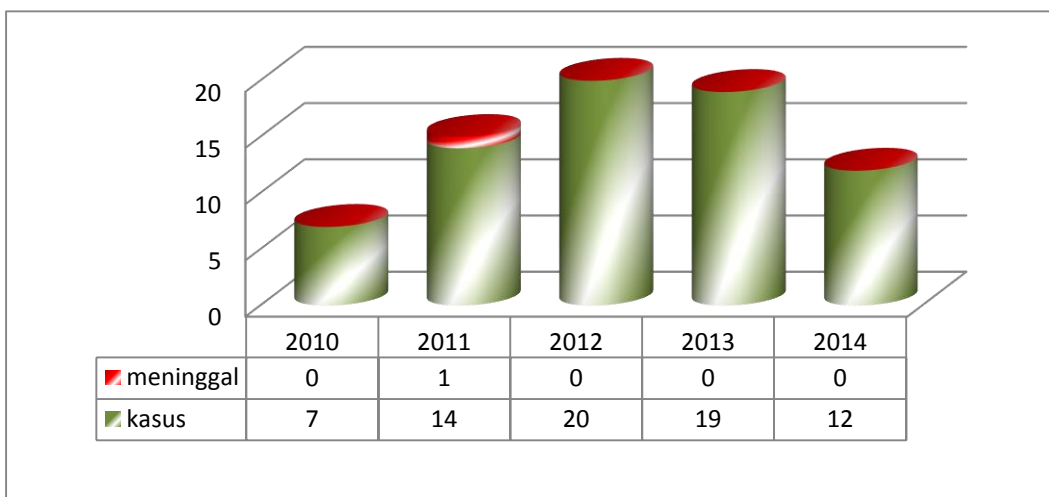
Gambar 3.42 Grafik Annual Paracite Incidence (API) Kota Semarang



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Selama tiga tahun terakhir (2012-2014) 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 3.43 Grafik Kasus & Kematian Malaria Kota Semarang

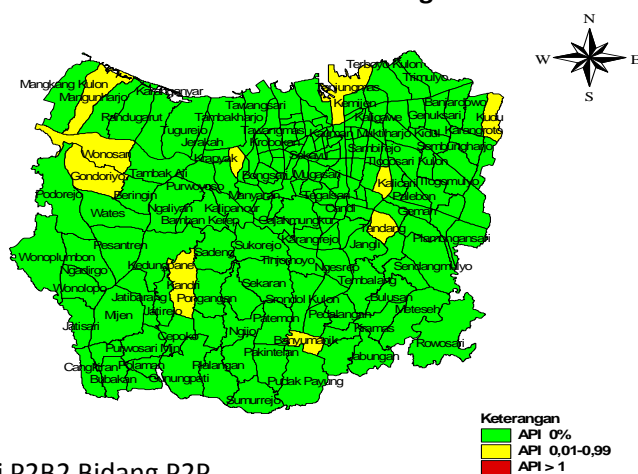


Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Dari Grafik diatas kasus malaria meninggal tahun 2010 - 2014 sebanyak 1 kasus, yaitu pada tahun 2011, Sedangkan rata-rata kasus malaria selama tahun 2010-2014 sebanyak 14,4 kasus pertahun. Sedangkan semua kasus berhasil disembuhkan.

Pada tahun 2014 semua kelurahan di Kota Semarang 100% API ≤ 1 sebagaimana dapat dilihat pada peta dibawah ini:

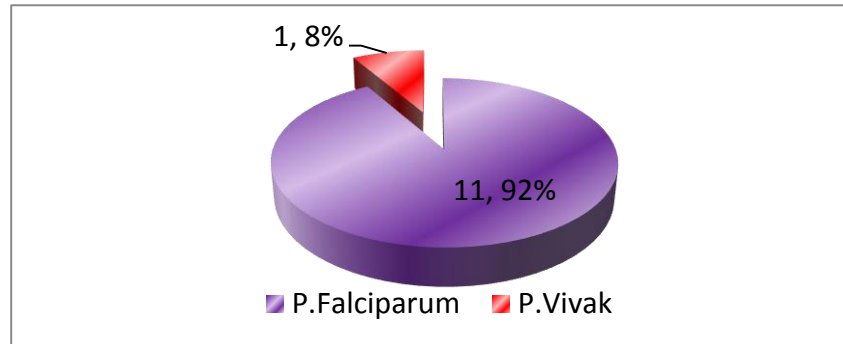
Gambar 3.41 Peta API Kota Semarang tahun 2013



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Dari 12 kasus malaria import kota Semarang tahun 2014 menurut jenis plasmodium setelah dilakukan pemeriksaan sediaan darah sebanyak 11 kasus (91,7%) berplasmodium falciparum dan sebanyak 1 kasus (8,3%) berplasmodium Vivak.

Gambar 3.42 Grafik kasus malaria menurut jenis plasmodium tahun 2014

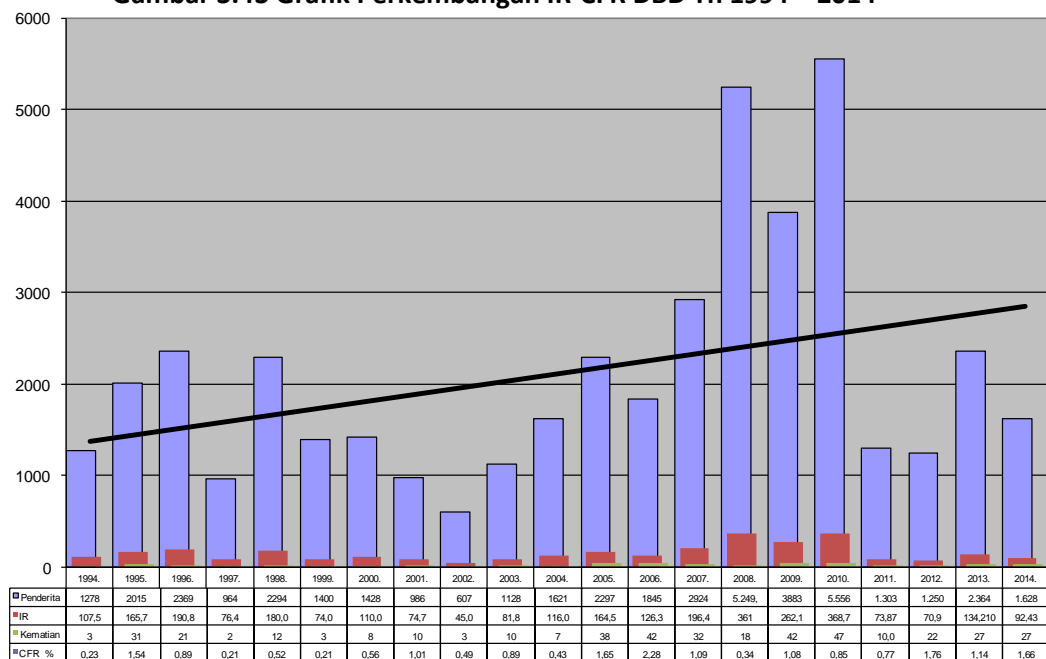


Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

b. Demam Berdarah

Tahun 2014 jumlah kasus DBD sejumlah 1.628 kasus atau turun 31,13% dari 2.364 kasus pada Tahun 2013. Sedangkan IR DBD Tahun 2013 yang semula 134,09 turun menjadi 92,43 atau turun 41,47 % pada tahun 2014. Jumlah Kematian pada Tahun 2014 27 kasus atau tetap sama dari Tahun 2013 yang berjumlah 27 kasus.

Gambar 3.43 Grafik Perkembangan IR-CFR DBD Th 1994 – 2014



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Kasus DBD dari Tahun 1994 sampai dengan 2014 yang digambarkan lewat garis linear trendnya naik. Tahun 2013 jumlah kasus DBD sejumlah 2.364 turun menjadi 1.628 pada Tahun 2014 atau turun 31,13%. IR DBD Tahun 2013 yang semula 134,09 turun menjadi 92,43 atau turun 41,47 %. Jumlah Penderita DBD yang meninggal Tahun 2014 tetap sama dengan tahun tahun 2013 yaitu sejumlah 27 kematian. CFR DBD dari pada Tahun 2013 sebesar 1,14% naik menjadi 1,66% pada Tahun 2012 atau naik 0,54 %. Sejak Tahun 1994 sampai dengan 2014 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%. Sedangkan target angka kesakitan DBD tahun 2014 adalah di bawah 220 per 100.000 penduduk dan CFRnya di bawah 1,6%.

Incidence Rate (IR) DBD Kota Semarang dari Tahun 2006 sampai dengan Tahun 2014 selalu jauh lebih tinggi dari IR DBD Jawa Tengah dan IR DBD Nasional. Tahun 2014 IR DBD Kota Semarang 3 kali lebih tinggi dari IR DBD Jawa Tengah. Sampai laporan ini kami susun, Incidence Rate nasional belum dipublikasikan. Target Nasional pencapaian incidence rate DBD adalah ≤ 51 per 100 ribu penduduk.

Gambar 3.44 IR & CFR DBD Kota Semarang



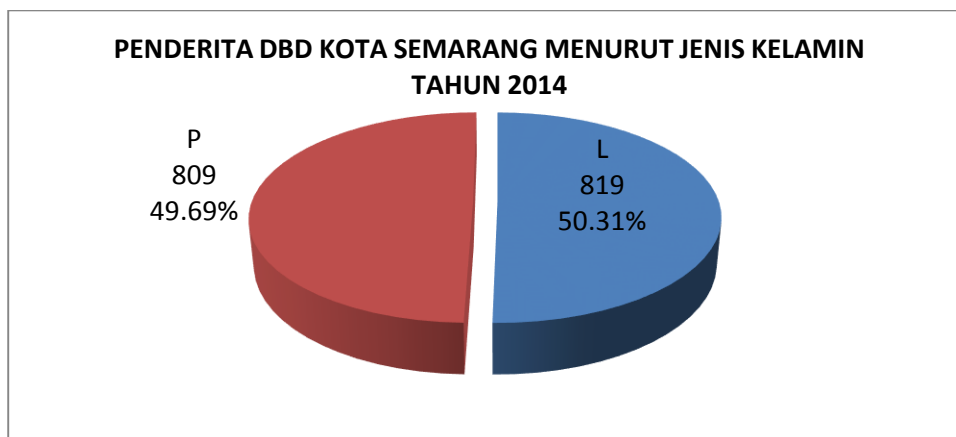
Rangking IR DBD Kota Semarang di Jawa Tengah
tahun 2010 - 2014

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

Incidence Rate DBD Kota Semarang menduduki peringkat Pertama IR DBD Jawa Tengah diikuti Kabupaten Jepara dan Sragen.

Jumlah Penderita DBD Laki-laki Tahun 2014 adalah 819 kasus atau 50,31%, sisanya atau 809 (49,69%) adalah Perempuan. Proporsi menurut jenis kelamin pada penderita DBD tidak terlalu signifikan.

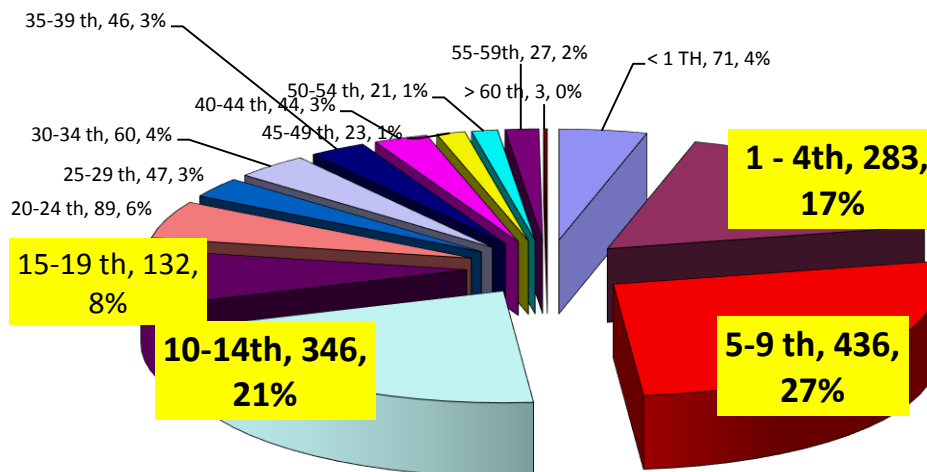
Gambar 3.45 Grafik Penderita DBD Menurut Jenis Kelamin



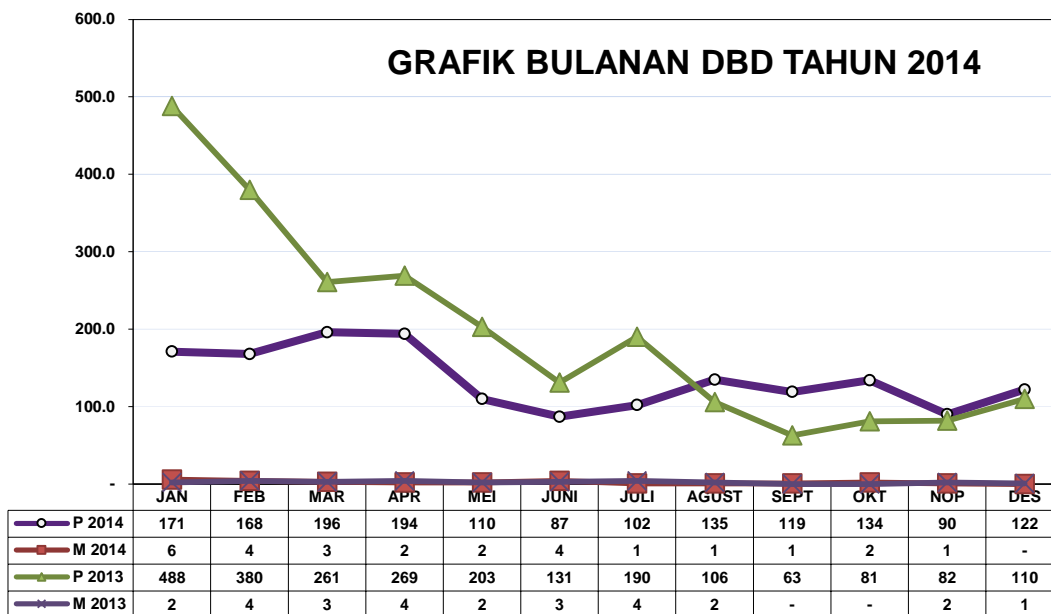
Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Kasus DBD berdasarkan golongan umur terbanyak pada golongan umur 5–9 tahun yaitu sebanyak 436 kasus atau 27% dan terendah pada golongan umur > 60 th, sebanyak 3 kasus atau 0,3%. Jika dilihat dari sudut lebih luas lagi maka golongan usia balita dan usia sekolah paling dominan.

Gambar 3.46 Grafik Penderita DBD Menurut Kelompok Umur Th 2014



Gambar 3.47 Grafik Bulanan Penderita DBD

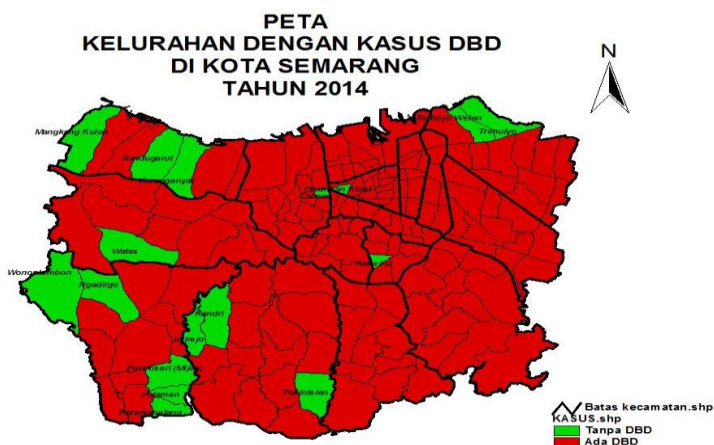


Seksi P2B2 Bidang P2P

Dari grafik di atas terlihat bahwa Kasus DBD Kota Semarang pada Tahun 2014 sebanyak 1.628 kasus. Jumlah tersebut turun jika dibandingkan Tahun 2013. Jumlah kasus DBD Tahun 2013 sejumlah 2.364 turun 1.628 pada Tahun 2014 atau turun 31,13%.

Jumlah Penderita DBD yang meninggal tahun 2014 Jika dilihat dari waktu kejadian peningkatan kasus DBD Tahun 2014 ada di tribulan pertama (Januari, Februari, Maret), kemudian kembali turun di tribulan kedua hingga keempat.

Gambar 3.48 Peta Kelurahan dengan kasus DBD Th 2014



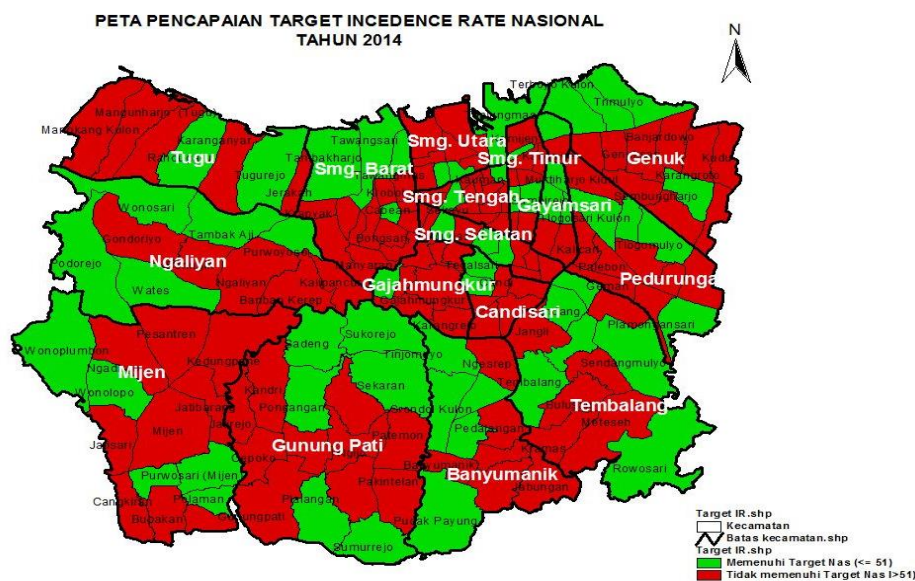
Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Tahun 2014 hanya 17 atau 9,6 % kelurahan yang tidak ada kejadian DBD. Kelurahan tersebut adalah Trimulyo, Wates, Karanganyar, Ngadirgo, Terboyo Wetan. Pindrikan Kidul, Wonoplumbon, Randugarut, Pakintelan, Mangkang Kulon, Kaliwiru, Cabean, Purwosari (Mijen), Jatirejo, Kandri, Karang Malang, dan Polaman. Kecamatan Mijen merupakan kecamatan dengan kelurahan terbanyak yang tidak ada kasus DBD, yaitu 5 kelurahan.

Incidence Rate Kecamatan Tembalang DBD 166,89/100.000 penduduk menduduki peringkat IR DBD Kecamatan Tertinggi Kota Semarang. Pada urutan kedua Kecamatan Genuk 126,12/100.000 dan Kecamatan Ngaliyan diurutan ketiga dengan IR DBD 106,10/100.000. Kecamatan dengan IR terendah adalah Kecamatan Tugu dengan IR 43,37/100.000.

Target incidence rate (IR) DBD nasional Tahun 2014 adalah ≤ 51 per 100.000 penduduk, sedangkan semarang ≤ 220 (berdasarkan renstra Dinas Kesehatan Kota Semarang). Empat kelurahan atau 2,3% kelurahan tidak mencapai target IR DBD Kota Semarang yaitu Ngaliyan, Bulusan, Bangunharjo dan Banjardowo. Untuk target IR DBD nasional ada 118 kelurahan atau 66,7% kelurahan di Kota Semarang yang tidak memenuhi target nasional. Sebaran kelurahan yang memenuhi dan tidak memenuhi target IR Nasional dapat disajikan pada peta di bawah ini.

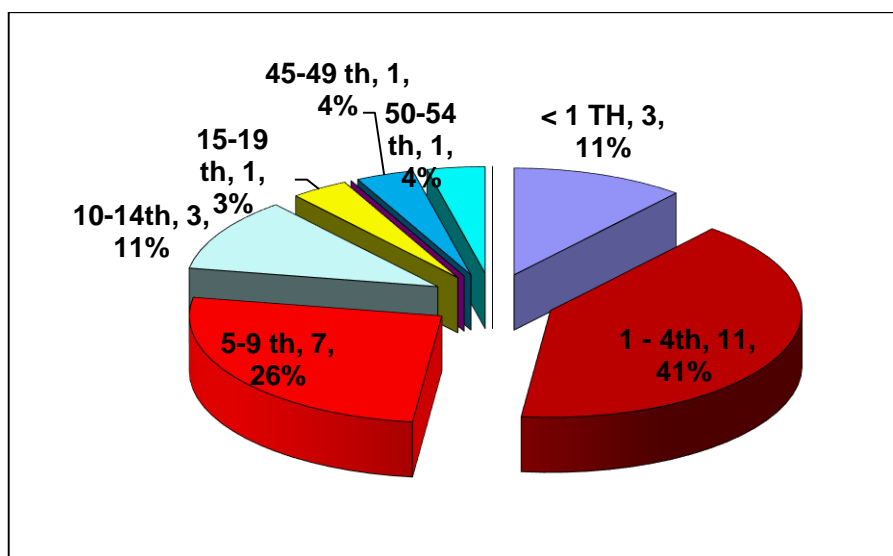
Gambar 3.49 Peta Capaian IR DBD Th 2014



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Angka Kematian

Gambar 3.50 Grafik Kematian Akibat DBD Menurut Kelompok Umur th 2014



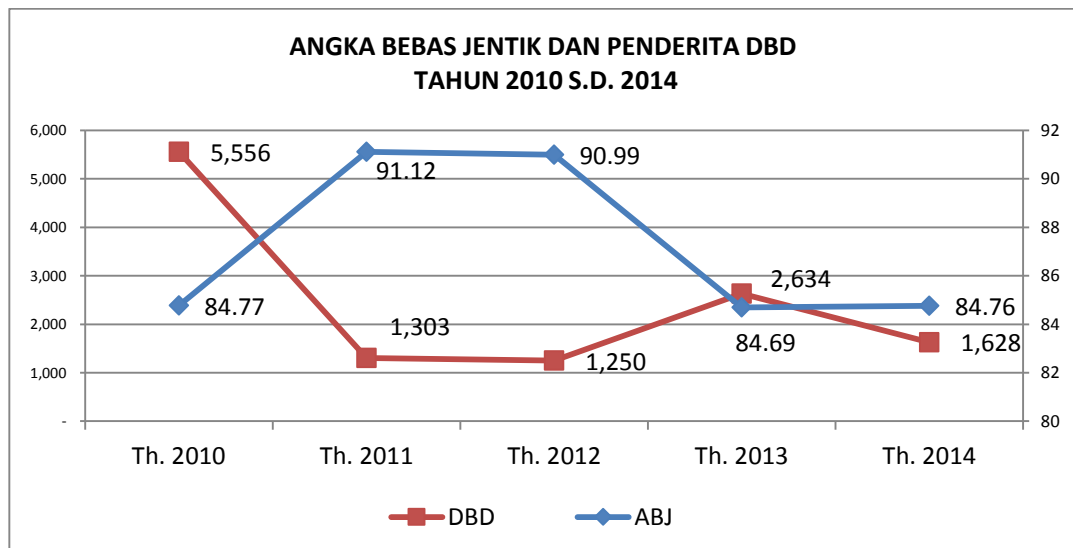
Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Kematian akibat penyakit DBD Kota Semarang berdasarkan golongan umur terbanyak pada golongan umur 1 s.d. 4 tahun dengan 11 Kematian atau 41% dan kelompok usia 5 s.d. 9 yaitu 7 kematian atau 26%. Kelompok usia balita dan anak sekolah masih merupakan kelompok usia dominan dalam hal kematian.

Di Tahun 2014 terlihat mulai banyak tidak terlihat hubungan antara kenaikan curah hujan dengan kejadian DBD. Curah hujan tinggi pada awal tahun dan turun terus sampai dengan april kemudian naik lagi fluktuatif sampai dengan Agustus dan mulai konsisten naik Bulan September sampai Desember. Sementara Kasus DBD Tahun 2014 puncak kasus justru ada di Bulan Maret sampai April dimana justru curah hujan turun di level yang amat rendah, keadaan yang kurang lebih sama pada bulan Agustus, September dan Oktober.

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 3.51 Grafik Angka Bebas Jentik & Penderita DBD



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

c. Chikungunya

Gambar 3.52 Grafik Kasus Chikungunya Kota Semarang



Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa Incidence Rate (IR) kasus Chikungunya di Kota Semarang dari tahun 2010 sampai dengan tahun 2014 cenderung mengalami penurunan walaupun pada tahun 2014 mengalami kenaikan. Rata – rata IR kasus Chikungunya dalam 5 tahun terakhir (tahun 2010– 2014) adalah 1,07 per 10.000 penduduk. Kasus tertinggi terjadi pada tahun 2010 dengan IR 2,9 per 10.000 penduduk (345 kasus).

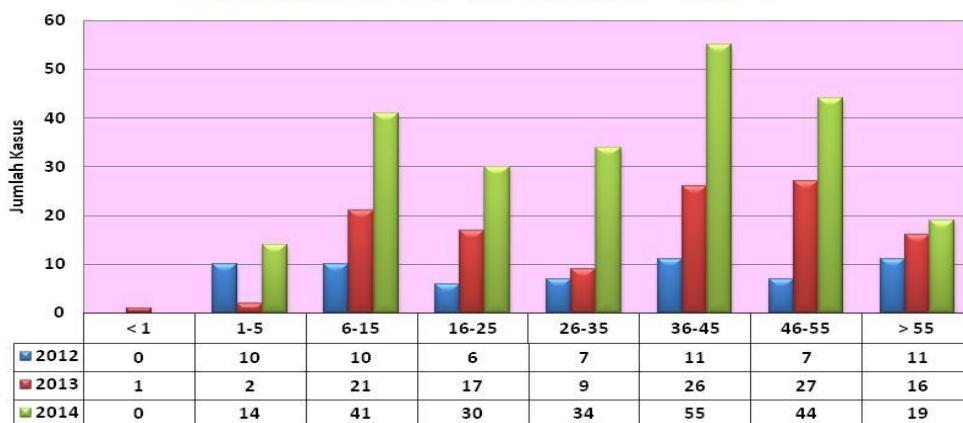
Sedangkan pada tahun 2014 mengalami kenaikan IR yang signifikan dari tahun 2013 yaitu sebesar 99,2% dengan IR 1,26 per 10.000 penduduk (237 kasus).

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

Gambar 3.53 Grafik Kasus Chikungunya Kota Semarang Berdasarkan Jenis Kelamin



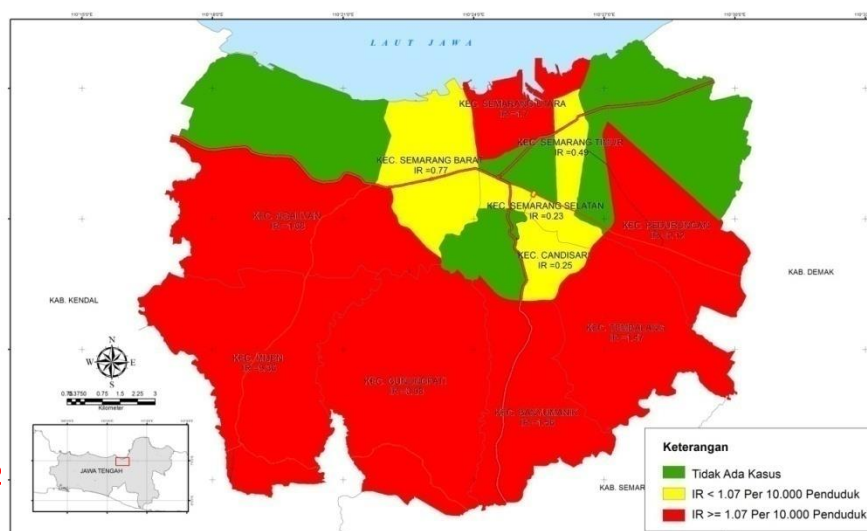
Grafik Trend Kasus Chikungunya Berdasarkan Golongan Umur Tahun 2012 - 2014



Distribusi kasus Chikungunya pada tahun 2014 terjadi di 11 kecamatan. IR tertinggi terjadi di Kecamatan Mijen (IR = 9,36 per 10.000 penduduk) dan yang terendah di Kecamatan Semarang Selatan (IR = 0,23 per 10.000 penduduk). Dari 11 kecamatan terdapat 4 Kecamatan yang IR – nya di bawah IR Chikungunya Kota Semarang di tahun 2014, yaitu

Kecamatan Semarang Barat, Semarang Timur, Candisari dan Semarang Selatan. Sedangkan 7 kecamatan lainnya di atas IR Kota Semarang.

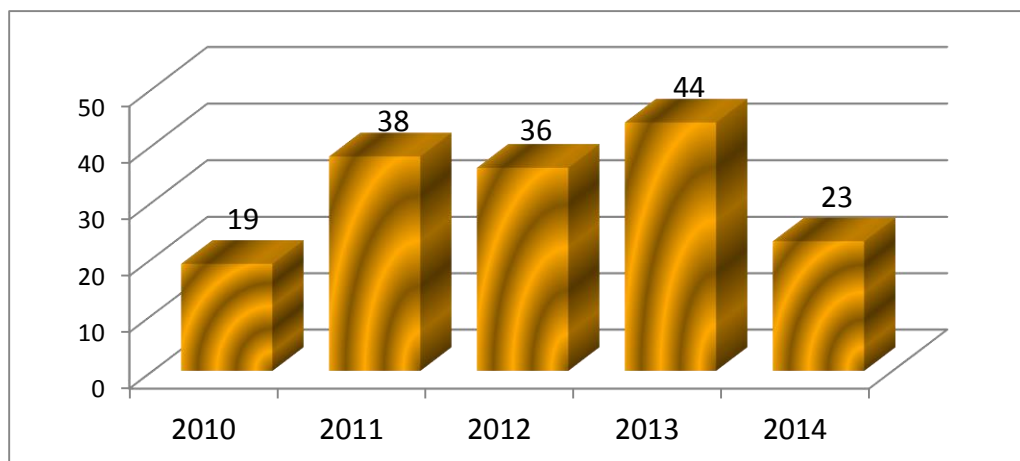
Gambar 3.54 Peta Kasus Chikungunya Kota Semarang Th 2014
DISTRIBUSI KASUS CHIKUNGUNYA PER KECAMATAN
TAHUN 2014



Dari peta di atas dapat dilihat bahwa kecamatan yang memiliki IR Chikungunya di atas rata – rata IR Kota Semarang letaknya saling berdekatan (Ngaliyan, Mijen, Gunungpati, Banyumanik, Tembalang dan Pedurungan). Kasus Chikungunya terjadi di 11 kecamatan, munculnya Chikungunya di kecamatan yang sebelumnya tidak ada kasus harus diwaspadai. Terutama di kecamatan yang berdekatan atau berbatasan langsung dengan kecamatan lain yang sudah ditemukan kasus Chikungunya, seperti pada Kecamatan Semarang Tengah.

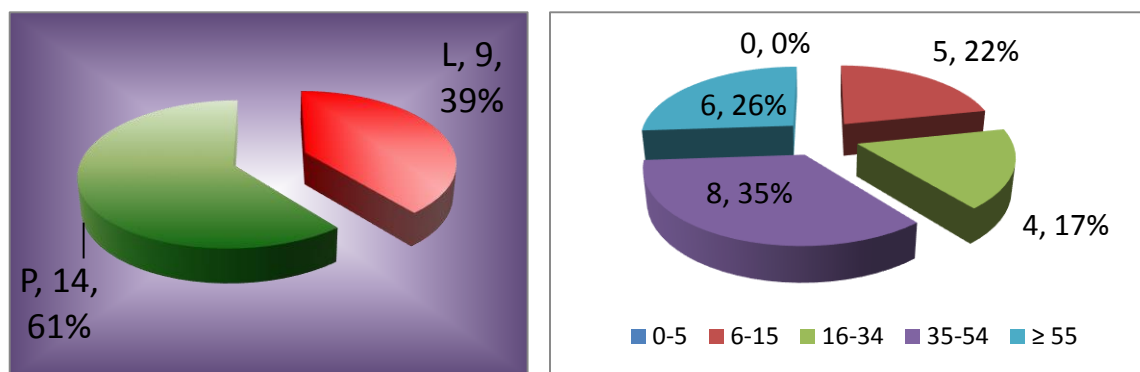
d. Rabies

Selama empat tahun terakhir (2010-2014) angka GHPR kota Semarang mengalami peningkatan, tahun 2010 kasus GHPR sebanyak 19 kasus, tahun 2011 sebanyak 38 kasus, tahun 2012 sebanyak 36 kasus dan tahun 2013 sebanyak 44 kasus, sedangkan tahun 2014 sebanyak 23 kasus. Jika dibandingkan GHPR tahun 2013, tahun 2014 terdapat penurunan kasus sebanyak 21 (47,7%) sebagaimana dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

Gambar 3.55. Grafik GHPR Kota Semarang Th 2010 - 2014

Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Kasus GHPR Kota Semarang tahun 2014 menurut jenis kelamin sebagaimana pada grafik dibawah ini, laki-laki sebanyak 9;(39%), sedang perempuan sebanyak 14; (61%). Dari grafik juga dapat dilihat kasus GHPR kota Semarang tahun 2014 menurut golongan umur, tertinggi kasus 35-54 tahun sebanyak 8 kasus (35%), sedang kasus GHPR berumur 16-34 tahun sebanyak 4 kasus (17%).

Gambar 3.56. Grafik GHPR Menurut Jenis Kelamin & Kelompok umur

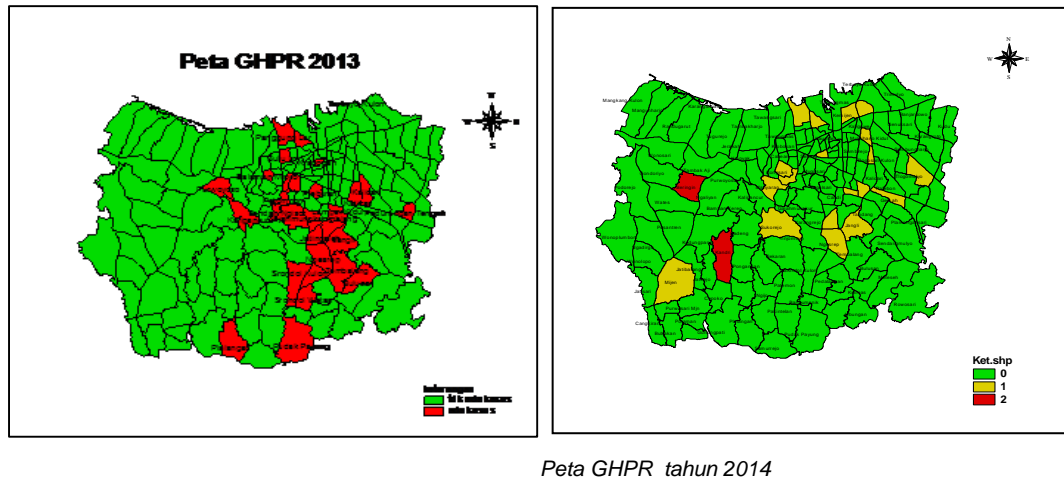
GHPR menurut Jenis Kelamin

GHPR menurut Kelompok Umur

Kasus GHPR Kota Semarang perkecamatan tahun 2014 berasal dari 13 Kecamatan, tertinggi kasus adalah kecamatan Gayamsari, Gunungpati, dan Semarang Barat masing-masing sebanyak 4 kasus, sedangkan terendah yaitu kecamatan Tembalang, Semarang Timur, Semarang Tengah, Mijen, Candisari dan Banyumanik masing-masing 1 kasus. Menurut pemetaan diatas distribusi kasus GHPR dikota Semarang tahun 2013 dan tahun 2014

terdapat pengelompokan kasus yaitu diwilayah tengah Kota Semarang, dimana diwilayah tersebut merupakan tempat hunian padat dan banyak yang memelihara hewan penular rabies (Anjing, kera dan kucing).

Gambar 3.57. Peta Kejadian GHPR Kota Semarang



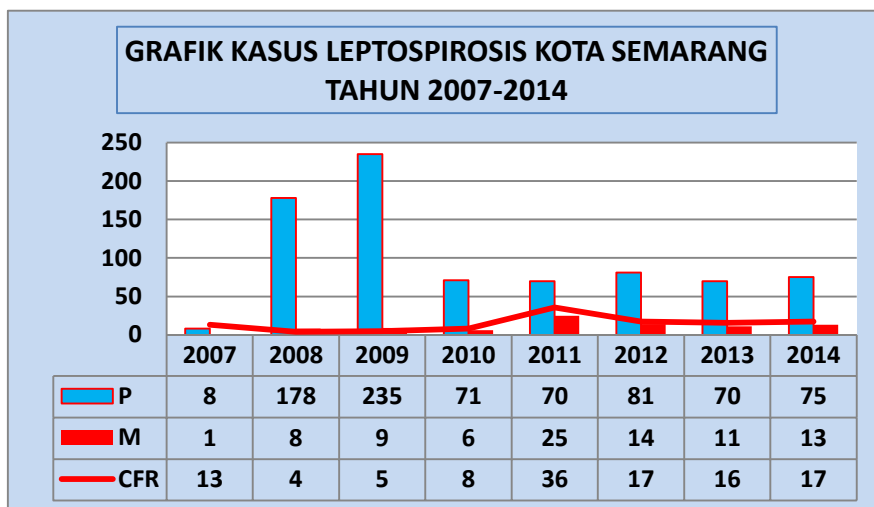
Peta GHPR tahun 2014

Kasus GHPR Kota Semarang tahun 2014 sebanyak 18; (78,3%) kasus GHPR digigit oleh anjing, sebanyak 2;(8,7%) digigit oleh kucing, dan sebanyak 2;(8,7%) kasus GHPR diakibatkan oleh gigitan kera sedangkan sebanyak 1;(4,3%) kasus digigit oleh luwak.

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 angka kematian mengalami peningkatan yang cukup tinggi dari tahun 2010 ke tahun 2011, dan kembali menurun pada tahun 2012 sampai dengan tahun 2014, hal ini kemungkinan disebabkan karena ketidaktahuan penderita atau pengetahuan masyarakat tentang penyakit Leptospirosis sehingga terjadi keterlambatan dalam membawa penderita ke sarana kesehatan.

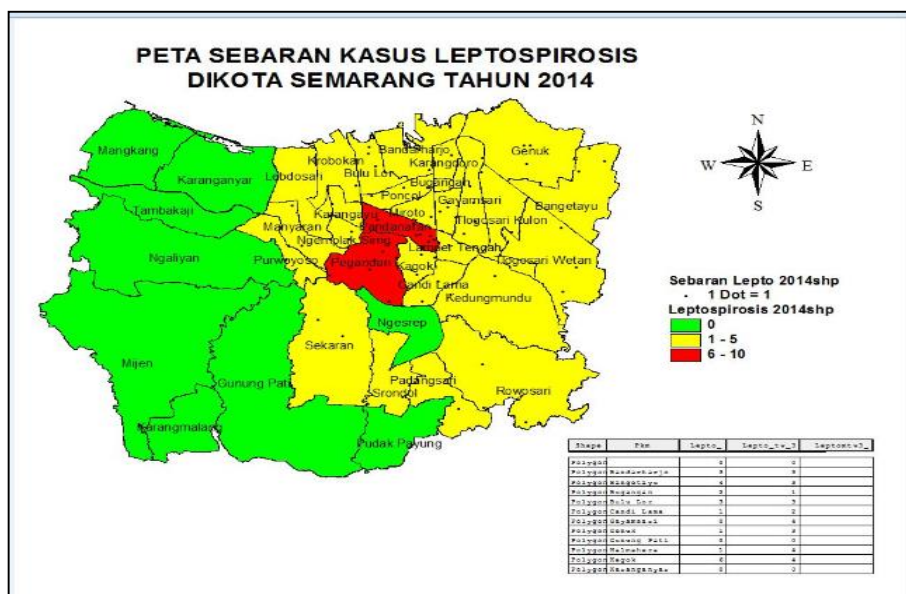
Gambar 3.58 Grafik Kasus Leptospirosis Kota Semarang Th 2007 - 2014



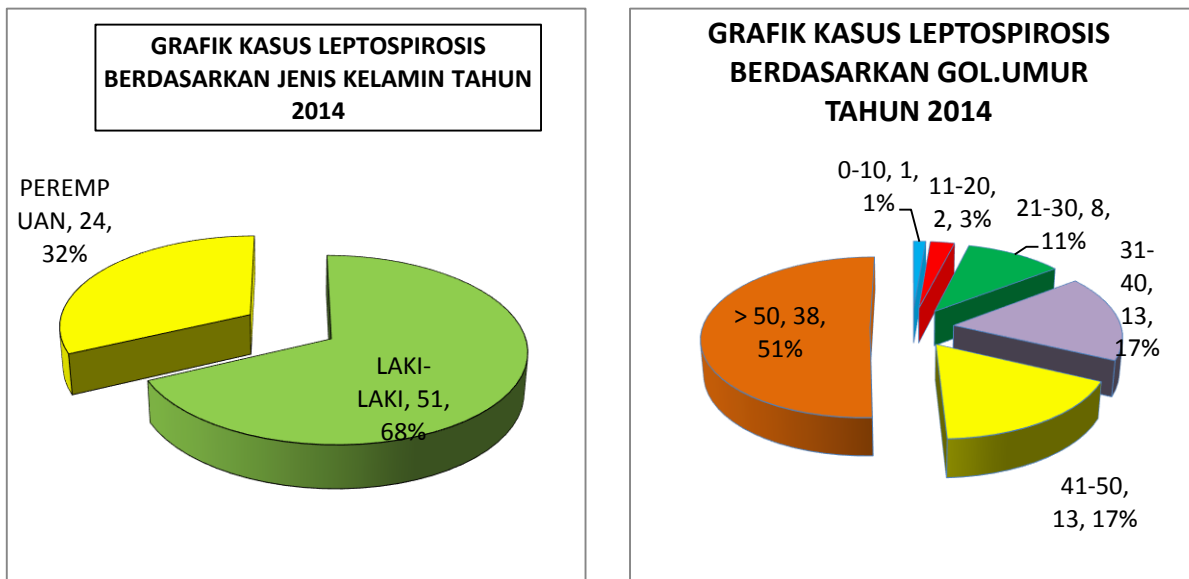
Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Kasus leptospirosis di kota Semarang menyebar di 28 Puskesmas dari 37 Puskesmas yang ada (75,67 %).

Gambar 3.59 Peta Kasus Leptospirosis Kota Semarang Th 2014



Gambar 3.60 Grafik Kasus Leptospirosis Kota Semarang Berdasar Jenis Kelamin & Golongan Umur Tahun 2014



Kasus leptospirosis berdasarkan jenis kelamin pada tahun 2013 lebih banyak laki-laki yaitu sebanyak 51 kasus (68 %) dibandingkan perempuan 24 kasus (32 %).

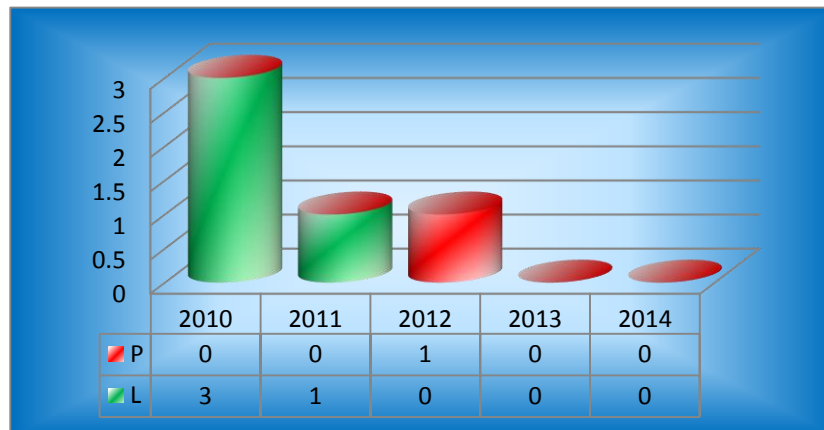
Pada tahun 2014 kasus tertinggi pada kelompok umur > 50 th, yaitu 38 kasus (51 %), sedangkan terendah pada kelompok umur 0 - 10 tahun yaitu sebanyak 1 kasus (1 %). Hal ini menunjukkan bahwa penyakit Leptospirosis dapat menyerang segala umur bahkan anak - anak.

f. Flu Burung

Tahun 2014 di Kota Semarang tidak ditemukan adanya konfirm flu burung, tetapi ada beberapa wilayah kelurahan yang melaporkan tentang adanya unggas yang mati dan setelah dilakukan pemeriksaan rapid hasilnya negatif H5N1 sedang yang dicurigai suspek flu burung 1 orang.

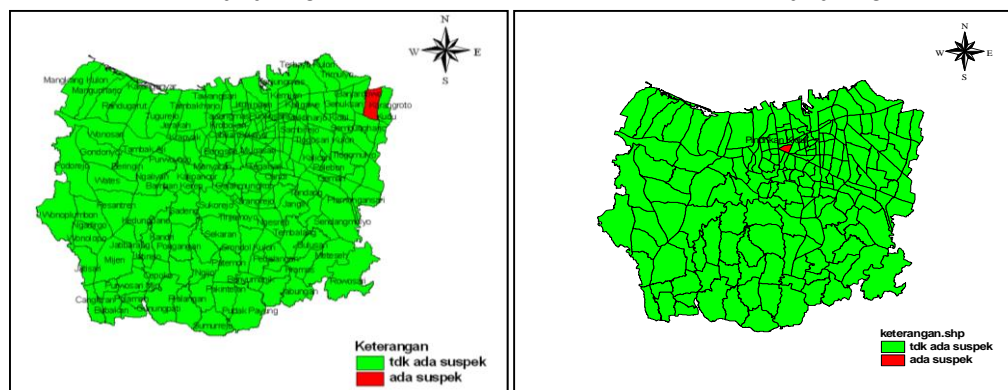
Suspec flu burung di Kota Semarang selama tahun 2011-2014 terjadi penurunan, tahun 2011 sebanyak 1 suspec dan tahun 2012 sebanyak 1 suspek dan tahun 2013 & 2014 tidak ditemukan suspek flu burung, seperti tampak pada grafik berikut:

Gambar 3.61 Grafik Kasus Flu Burung Kota Semarang



Suspek flu burung tahun 2011-2013 sebanyak 2 suspek, sedangkan distribusi suspek tahun 2011 berasal dari kecamatan Genuk 1 suspek, tahun 2012 kecamatan Semarang Tengah 1 suspek, sedangkan tahun 2014 tidak ada suspek.

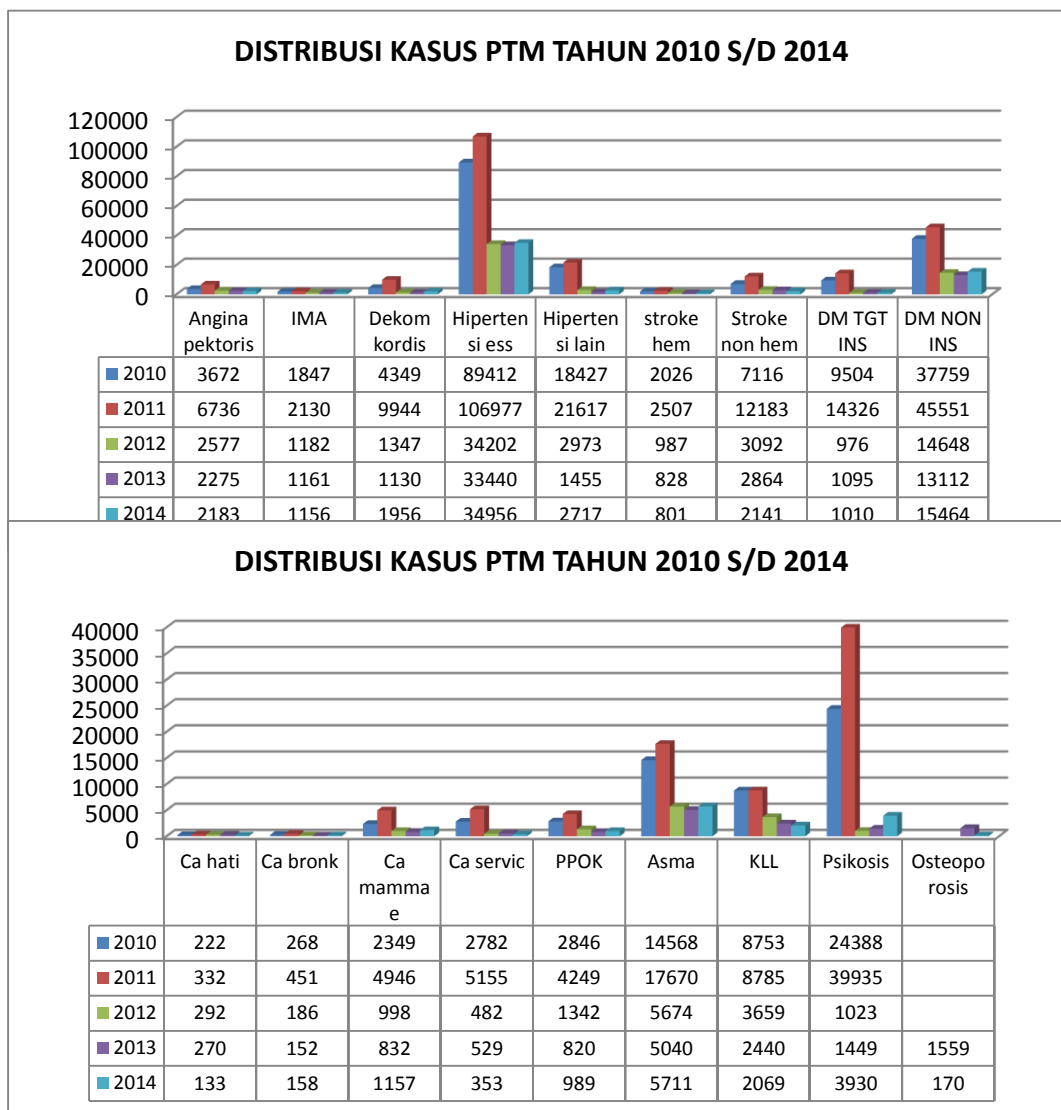
Gambar 3.62 Peta kasus suspek flu burung kota Semarang tahun 2011-2012
Tahun 2011



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.

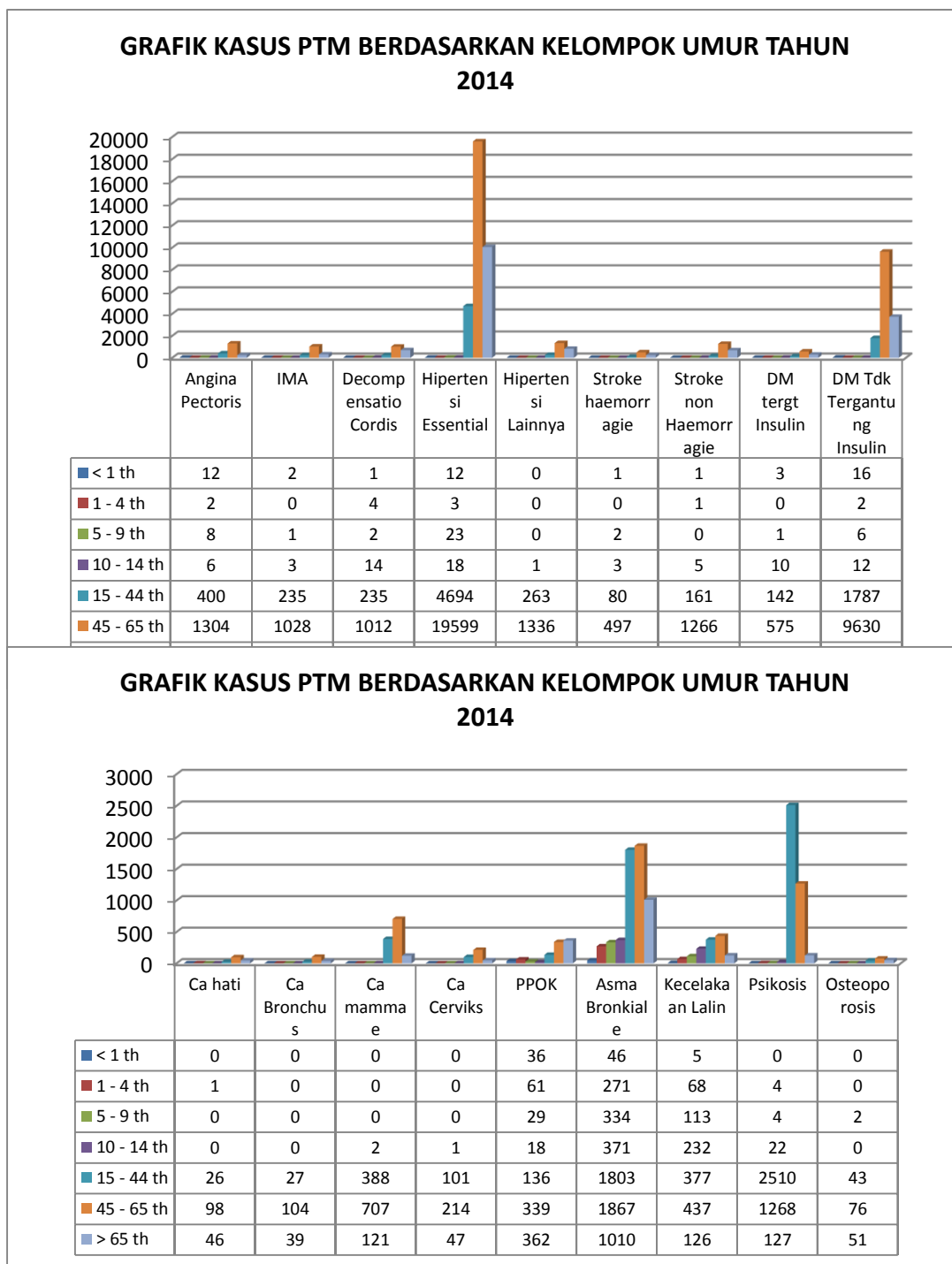
Gambar 3.63 Grafik Distribusi Kasus Penyakit Tidak Menular Kota Semarang



Sumber : Seksi P2ML Bidang P2P

Selama tahun 2010 – 2014 grafik kasus PTM ditunjukkan oleh grafik di atas. Pola beraturan serta berulang, di mana angka tertinggi selama lima tahun tersebut terdapat pada kasus Hipertensi dan Diabetes mellitus. Persentase kedua penyakit tersebut sebagai berikut : Tahun 2010 Hipertensi 46,8% ; Diabetes mellitus 20,5 %. Tahun 2011 Hipertensi 42,4 % ; Diabetes mellitus 19,7% ; Tahun 2012 Hipertensi 49,1% ; Diabetes 20,7% ; Tahun 2013 Hipertensi 50,5%, Diabetes mellitus 20,6% ; dan Tahun 2014 Hipertensi 21,637%, Diabetes Mellitus 9,461%.

Gambar 3.64 Grafik Distribusi Kasus Penyakit Tidak Menular Kota Semarang

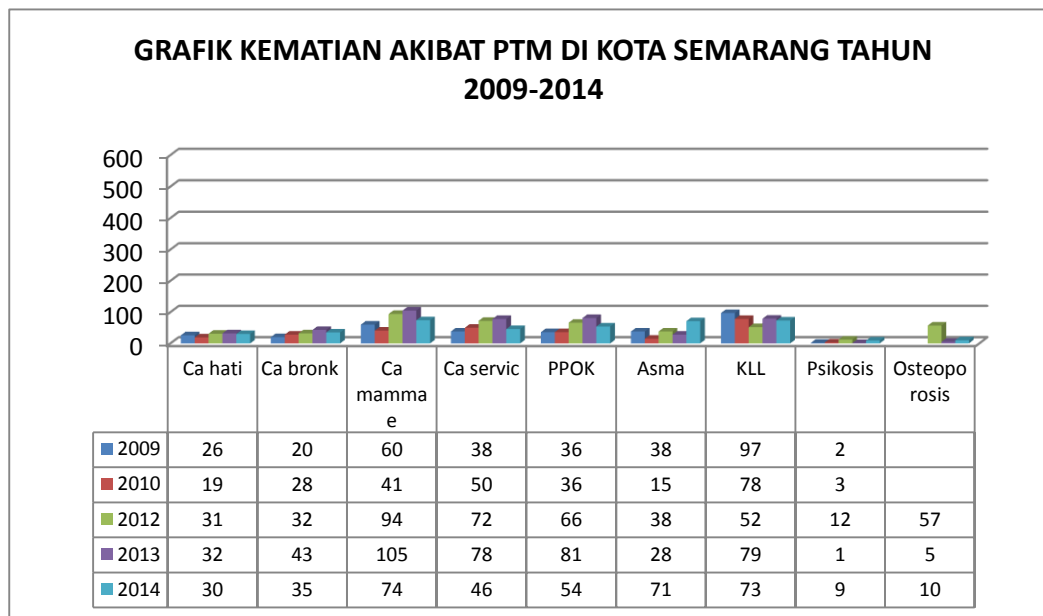
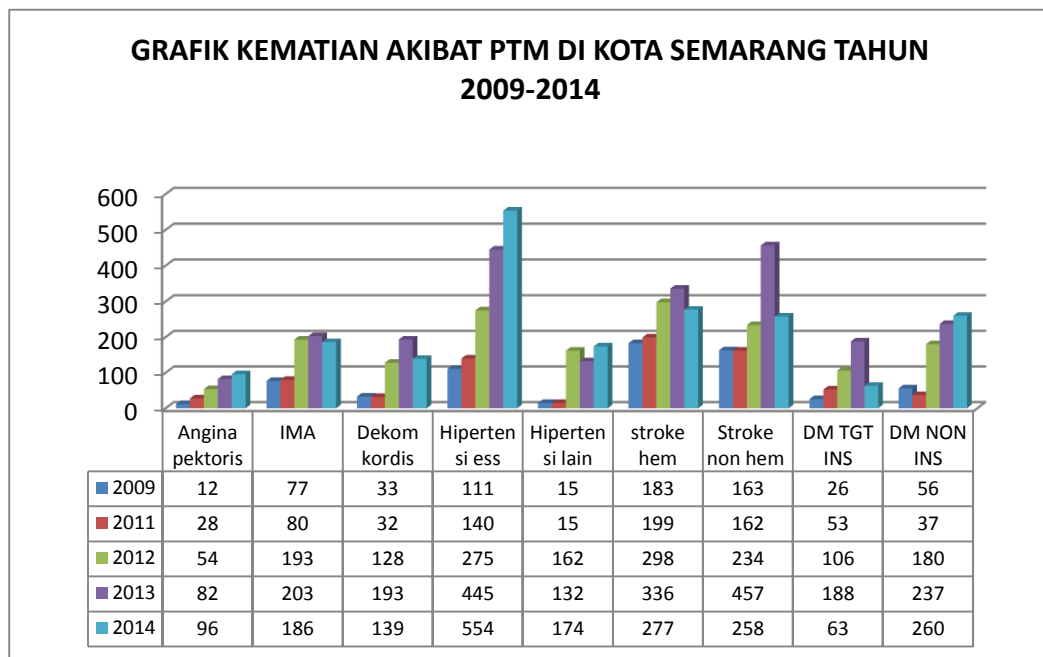


Sumber: Seksi PP Bidang P2P

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 :

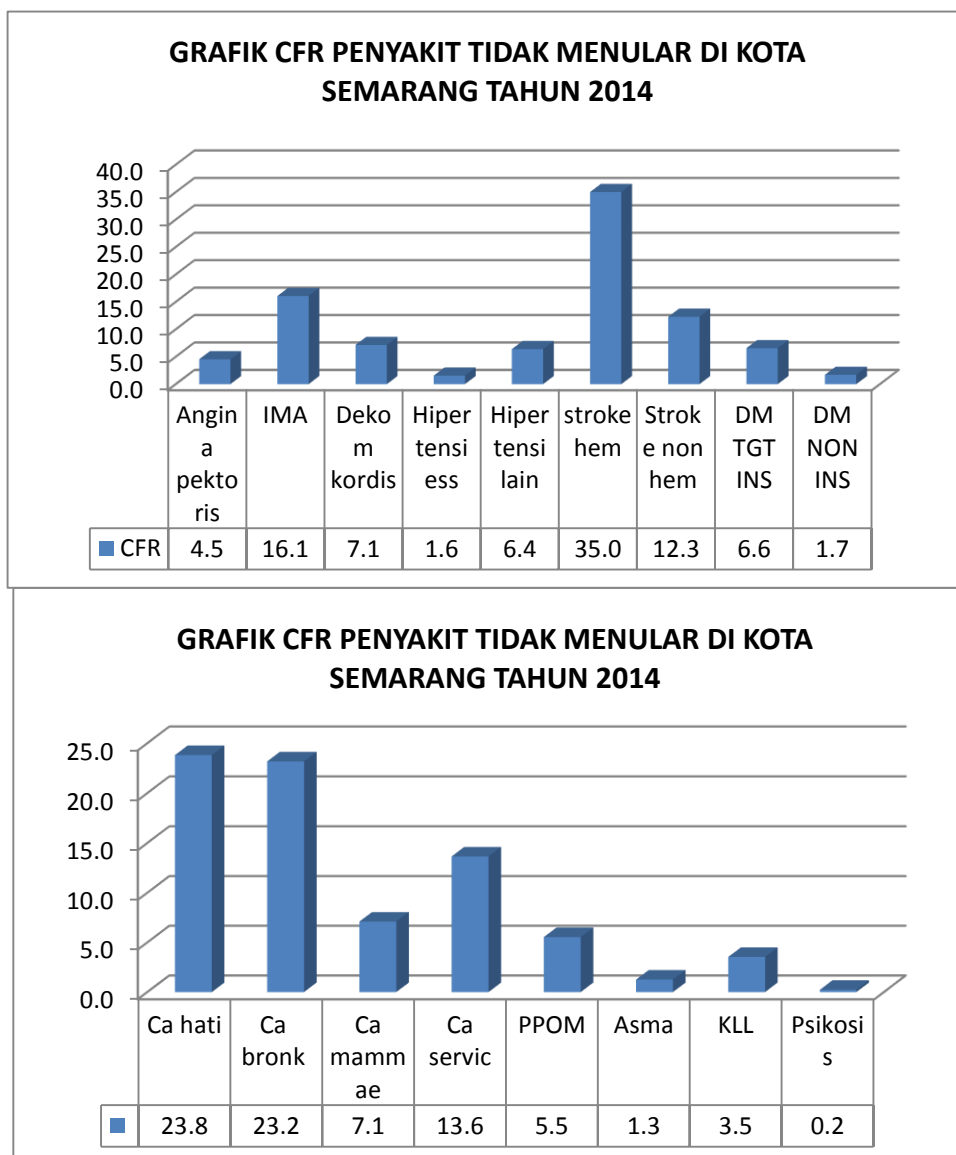
mengonsumsi makanan sehat, membiasakan periksa kesehatan secara berkala, olah raga secara rutin dan teratur, menjauhi rokok dan asap rokok. Golongan usia lanjut (> 65 tahun) mengalami penurunan kasus, bisa diasumsikan dengan penurunan kondisi tubuh seseorang disertai dengan kematian. Sedangkan untuk usia (< 5 tahun) lebih didominasi oleh penyakit pernapasan seperti Asma bronkial dan PPOK. Kasus usia muda dengan penyakit jantung dan pembuluh darah (Hipertensi, Stroke, angina, Dekompensasi kordis, Diabetes mellitus) kemungkinan disebabkan karena kasus bawaan lahir atau diturunkan oleh orang tuanya.

Gambar 3.65 Grafik Distribusi Kematian PTM Kota Semarang



Berdasar grafik kematian tahun 2014, urutan kematian karena penyakit tidak menular adalah : Hipertensi sebanyak 423, Diabetes mellitus sebanyak 187, kanker 42, kecelakaan lalu lintas 67, PPOK 22, Asma 37, dan psikosis sebanyak 5.

Gambar 3.66 Grafik CFR Penyakit Tidak Menular Kota Semarang



Berdasarkan grafik CFR PTM Kota Semarang di atas, urutan kematian PTM pertama dan kedua adalah penyakit stroke haemorrhagie dan kanker bronkus dan hati.

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 2014

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 paling sedikit empat kali (K4) dengan distribusi sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga.

Pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan pada ibu hamil yang berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan atau antenatal care (ANC) meliputi penimbangan berat

badan, pemeriksaan kehamilannya, pemberian tablet besi, pemberian imunisasi TT dan konsultasi.

Cakupan kunjungan ibu hamil K4 Kota Semarang pada tahun 2014 adalah 28.215 (97,2%) tidak mengalami perubahan berarti dibanding dengan tahun 2013 adalah 27.910 bumil (97,2%). Faktor pendukung dalam hal ini dapat disebabkan oleh meningkatnya kesadaran ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke sarana pelayanan kesehatan yang ada dan adanya dukungan peningkatan kualitas pelayanan ANC oleh petugas puskesmas. Cakupan K4 Puskesmas dari rentang antara yang terendah adalah Puskesmas Purwoyoso (84,3%) dan yang tertinggi adalah Puskesmas Bangetayu (119,3%), data selengkapnya di tabel 29.

b. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

Pertolongan Persalinan

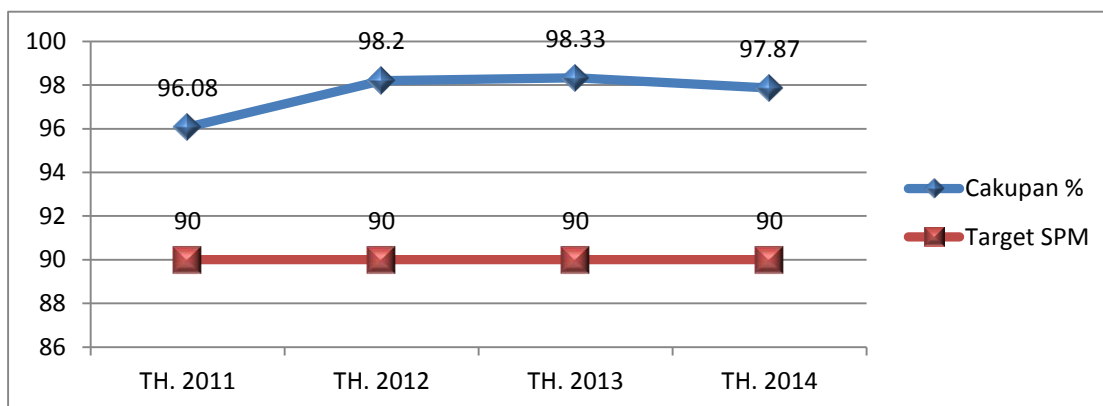
Upaya untuk menurunkan Angka Kematian Bayi dan Ibu Maternal, salah satunya melalui persalinan yang sehat dan aman, yaitu persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan, dan perawat bidan).

Jumlah persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan di Kota Semarang pada tahun 2014 adalah 27.117 (97,9%) dari 27.706 ibu bersalin. Hal ini berarti sedikit menurun jika dibanding dengan tahun 2013 sejumlah 26.949 (98,3%) dari 27.406 total persalinan. Meskipun ada penurunan dibanding tahun sebelumnya namun cakupan tersebut sudah melampaui target SPM tahun 2015 (90%) dan target tahun 2014 (90%).

Pencapaian ini didukung dengan tersedianya Bidan di seluruh Puskesmas dengan perbandingan Puskesmas dan Bidan yaitu 1 : 4. Disamping itu jumlah Rumah Sakit dan Rumah Bersalin di Kota Semarang yang telah mencukupi. Namun di beberapa wilayah, tidak semua persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten (dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan).

Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan juga menggambarkan kemampuan manajemen KIA dalam pertolongan KIA sesuai standar. Gambaran pencapaian persalinan oleh tenaga kesehatan di Kota Semarang dalam jangka waktu 4 (empat) tahun berturut-turut dapat dilihat pada gambar berikut :

Gambar 4.1 Grafik tren Cakupan Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kota Semarang Tahun 2011-2014

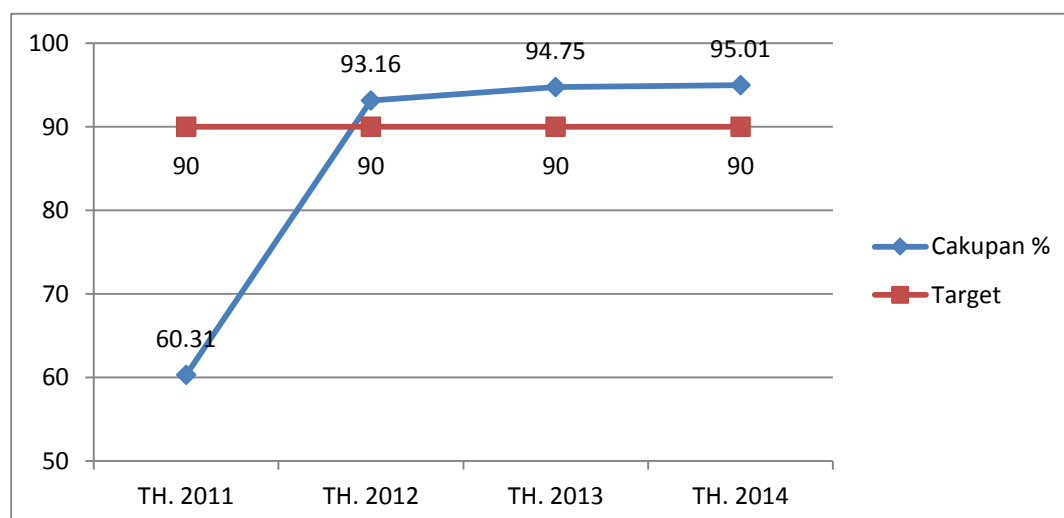


c. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

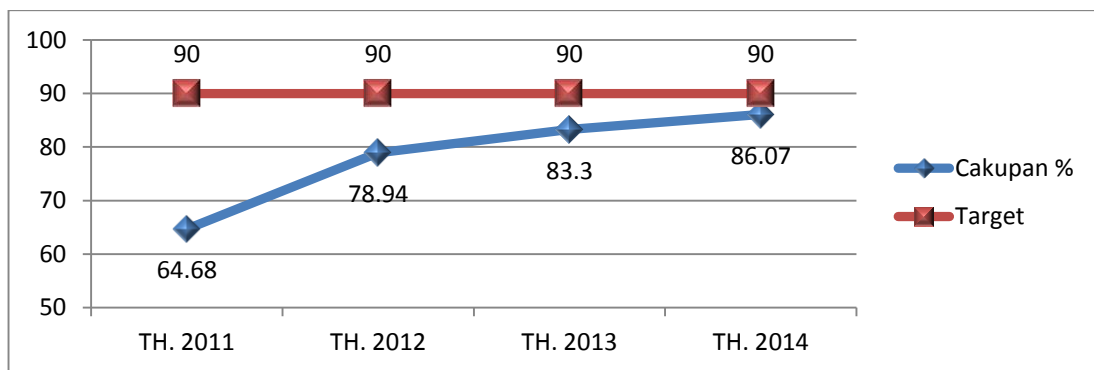
Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan pemeriksaan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu :

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

Gambar 4.2. Cakupan KF1 Kota Semarang Tahun 2011 – 2014



Sumber : seksi Ibu & Lansia Bidang Kesga

Gambar 4.3. Cakupan KF3 Kota Semarang Tahun 2011 – 2014

Sumber : seksi Ibu & Lansia Bidang Kesga

Pada gambar di atas menunjukkan bahwa cakupan KF3 mengalami kenaikan sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2014 namun masih di bawah target. Cakupan KF1 dan KF3 sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2014 mengalami kenaikan. Hal ini menunjukkan semakin meningkatnya pengetahuan masyarakat akan pentingnya melakukan pemeriksaan pada masa nifas. Selain itu, adanya peningkatan cakupan KF dikarenakan adanya kunjungan petugas puskesmas dengan menggunakan dana BOK.

d. Pelayanan Komplikasi Maternal

Yang dimaksud dengan risiko tinggi pada ibu hamil adalah keadaan ibu hamil yang mengancam kehidupannya maupun janinnya, misalnya umur, paritas, interval dan tinggi badan. Prosentase sasaran ibu hamil risiko tinggi adalah 20% dari ibu hamil yang ada di masyarakat. Pada tahun 2014 jumlah Kebidanan/komplikasi yang ditangani sebesar 2.904 kasus atau 100% dari total 2.904 komplikasi kebidanan. Adapun jumlah ibu hamil adalah 29.026 orang.

e. Pelayanan Neonatal Komplikasi

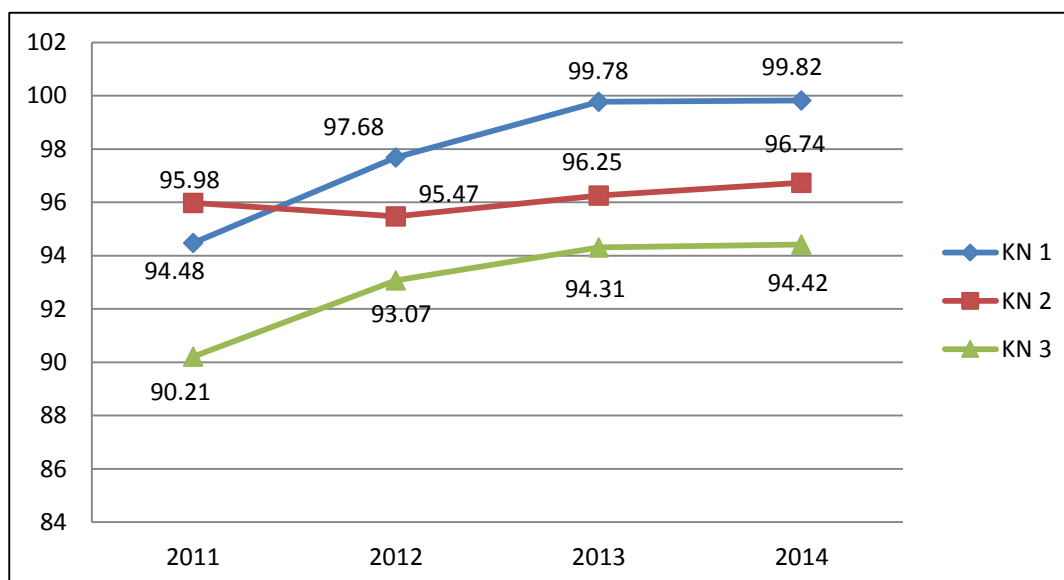
Pada tahun 2014 jumlah neonatal risti yang ditangani sebesar 3.350 kasus atau 82,7% dari total perkiraan 4.049 neonatal risti, meningkat dari tahun 2013 jumlah neonatal risti yang ditangani sebesar 2.980 kasus atau 74,8 % dari total perkiraan 3.982 neonatal risti.

f. Kunjungan Neonatal

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

Cakupan kunjungan neonatus (KN 1) tingkat Kota Semarang tahun 2014 adalah 26.944 atau (99,8%) dari 26.992 bayi lahir hidup, sedikit mengalami kenaikan jika dibanding tahun 2013 sebesar 26.285 atau (99%) dari 26.547 bayi lahir hidup. Sedangkang KN3 tahun 2014 adalah 25.487 (94,4%) sedikit mengalami kenaikan jika dibanding tahun 2013 yaitu sebesar 24.884 (93,7%).

Gambar 4.4. Cakupan KN Kota Semarang Tahun 2011 – 2014



Capaian cakupan KN Lengkap Tahun 2014 sebesar 94,31% sudah mencapai target baik tingkat kota Semarang 94% maupun Provinsi Jawa Tengah sebesar 88%. Hal ini bisa dikarenakan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) terutama diprioritaskan untuk Kunjungan Neonatal.

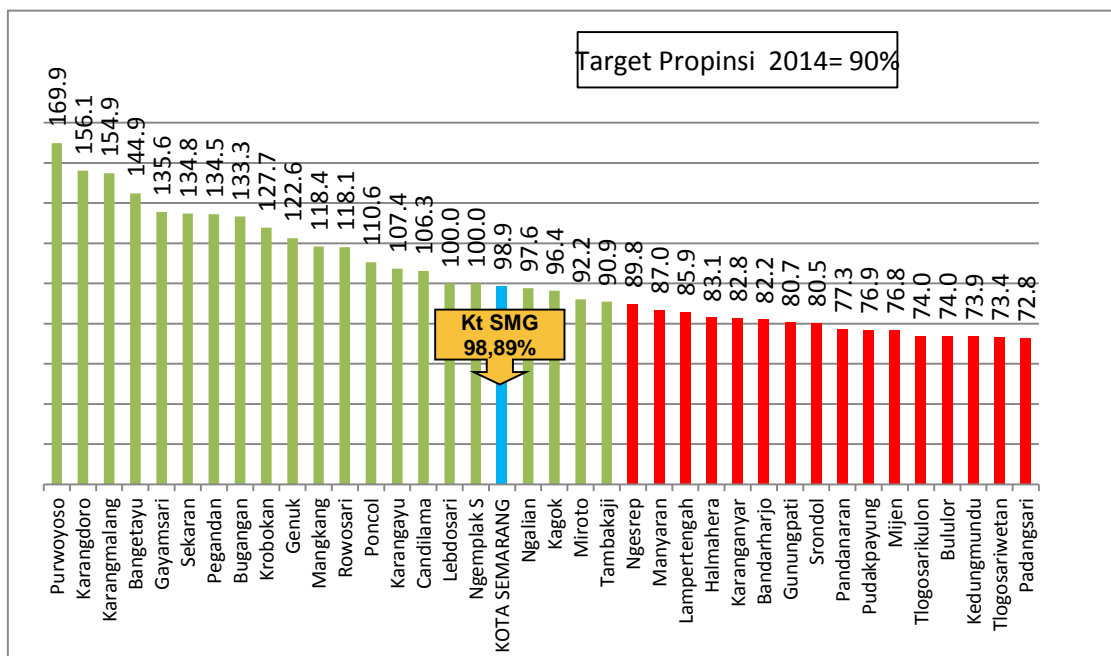
Kondisi ini harus terus digalakkan dalam upaya untuk selalu meningkatkan kesadaran masyarakat akan kesehatan neonatus, peningkatan pelayanan kesehatan terutama kesehatan anak (neonatus, bayi, balita) di Puskesmas, dan adanya pemeriksaan kunjungan ke rumah oleh tenaga kesehatan bagi neonatus yang tidak dapat berkunjung ke puskesmas serta sistem pencatatan dan pelaporan (PWS KIA) yang sudah berjalan dengan baik, untuk lebih jelasnya dapat dilihat di tabel lampiran 38.

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 2014 adalah sebesar 26.692 kunjungan 98,89 % dari 26.992 bayi yang ada. Dibandingkan tahun 2013, dengan 25.767 kunjungan atau 97,1 % dari 26.547 bayi yang ada, artinya jumlah ini mengalami kenaikan 0,17 %, dan sudah diatas target Resntra Kota Semarang yaitu 94 %.

Gambar 4.5. Cakupan Kunjungan Bayi Kota Semarang Tahun 2014

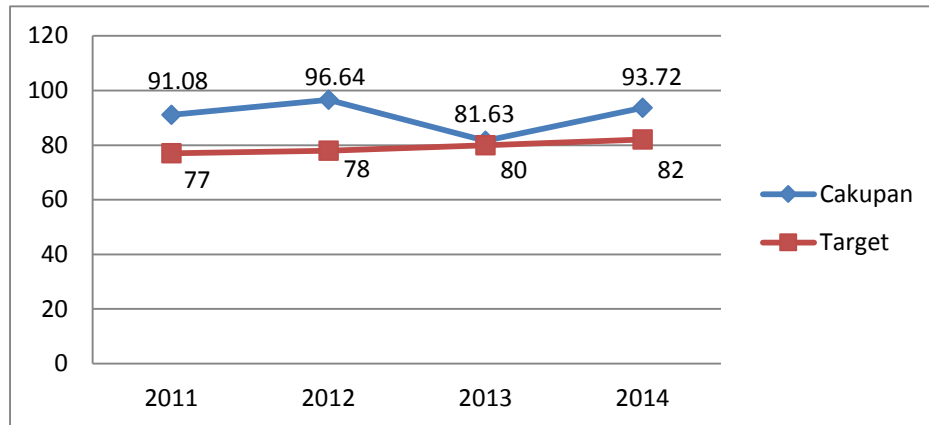


h. Pelayanan Kesehatan Balita

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

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

Gambar 4.6. Cakupan Pelayanan Anak Balita Kota Semarang Tahun 2011 - 2014



Hasil pelayanan kesehatan balita minimal 8 kali di peroleh cakupan tahun 2014 adalah 98.921 atau (93,7 %). Sedangkan hasil cakupan deteksi dini tumbuh kembang (DDTK) anak balita tingkat Kota Semarang pada tahun 2014 sebanyak 83.958 (80,5%) bayi ditimbang dari 104.351 total balita yang dilaporkan.

Adapun jumlah balita yang ditimbang bulan ini dikurangi dengan balita yang ditimbang bulan ini tetapi tidak datang pada bulan sebelumnya (D') adalah 75.621. Dari angka tersebut sebanyak 67.895 (80,5%) balita dengan BB naik. Sedangkan yang mengalami BGM adalah 1.257 (1,5%). Data secara terperinci dapat dilihat pada tabel 46 dan 47.

i. Pelayanan Kesehatan pada siswa SD

Pelayanan kesehatan pada siswa SD kelas 1 & sederajat yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di tingkat puskesmas diperoleh hasil sebanyak 25.996 murid SD atau 100% dari 56.996 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).

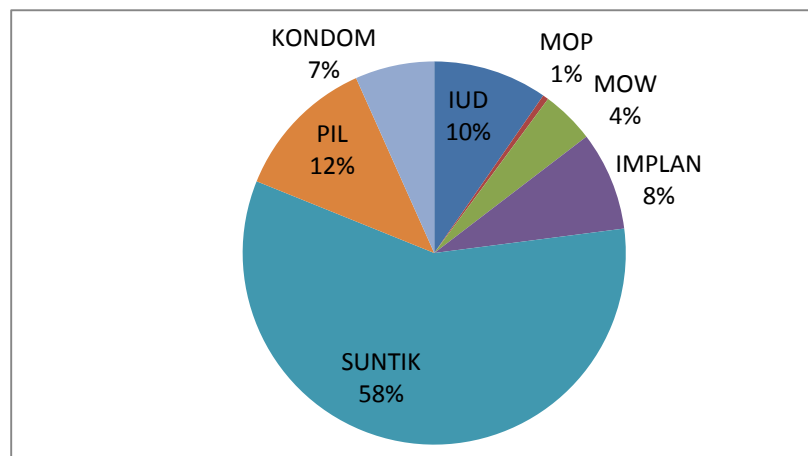
a. Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS)

Pada tahun 2014, jumlah PUS yang berhasil didata oleh Puskesmas sebanyak 265.216, angka ini mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2013, yaitu sebanyak 163.862. Yang menjadi peserta KB baru sebanyak 36.370 orang (13,7%) dengan jumlah peserta KB aktif yang dibina sebesar 203.328 orang (76,7%).

b. Peserta KB Baru

Dari 19.551 peserta KB Baru, secara rinci mix kontrasepsi yang digunakan adalah sebagai berikut :

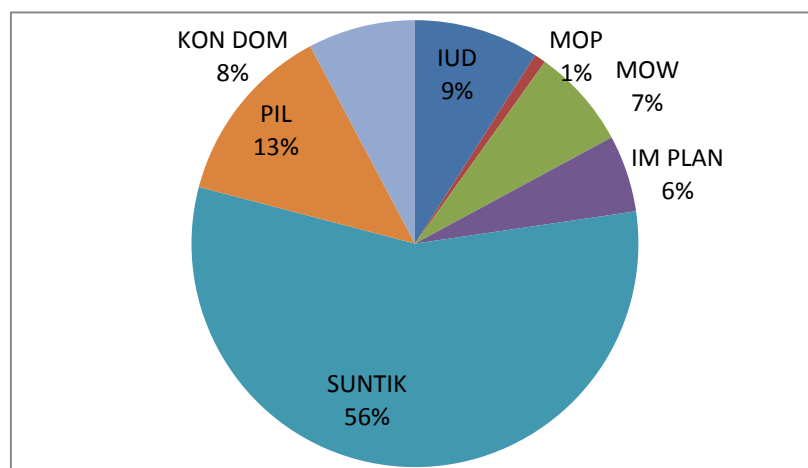
Gambar 4.7 Grafik Penggunaan Kontrasepsi Th 2014



c. Peserta KB Aktif

Hasil pembinaan peserta KB Aktif selama tahun 2014 sebesar 203.327 dengan mix kontrasepsi sebagai berikut :

Gambar 4.8 Grafik Penggunaan Kontrasepsi Th 2014



Dari data diatas menunjukkan bahwa selama tahun 2014, pemakaian kontrasepsi suntik merupakan yang tertinggi karena sifatnya yang praktis dan juga cepat dalam mendapatkan pelayanannya. Apabila dibandingkan dengan data tahun 2013, kontrasepsi

suntik juga masih menduduki peringkat teratas, sedangkan kontrasepsi pria merupakan yang paling sedikit digunakan yaitu kondom dan 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 2014 sebesar 76,67% meningkat dari tahun-tahun sebelumnya yaitu pada tahun 2013 sebesar 76,46%, tahun 2012 sebesar 75,03 % dan tahun 2011 sebesar 76,02%, meski pada tahun 2012 terjadi penurunan namun masih di atas target SPM yaitu 70%.

3. Pelayanan Imunisasi

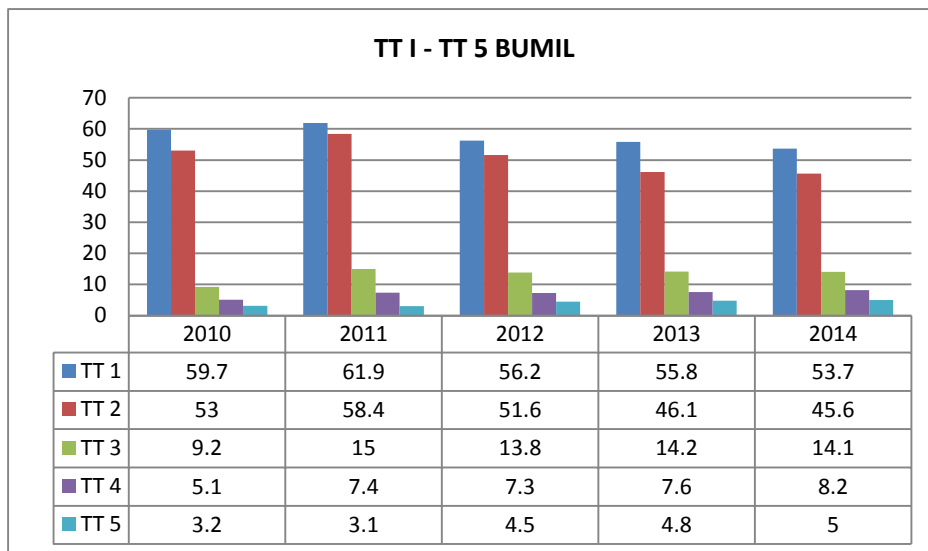
Untuk menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan bayi serta anak balita perlu dilaksanakan program imunisasi untuk penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) seperti penyakit TBC, Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B, Polio dan campak. Idealnya bayi harus mendapat imunisasi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

Dengan sasaran bayi sejumlah 26.388 anak, cakupan bayi yang diimunisasi DPT3 + HB3 pada tahun 2014 sebesar 26.171 (99%) sedikit berkurang jika dibanding tahun 2013 sebesar 30.077 (115,2%). Cakupan imunisasi campak sebesar 26.721 (101,26 %) sedikit menurun dari tahun 2013 yaitu 30.402 (116,5%). Adapun DO Rate yang didapat selama tahun 2014 adalah -0,2 dari batasan $-5 > 0 > 5$, hal ini berarti masih baik. Dari data tersebut maka cakupan imunisasi di Kota Semarang pada bayi telah dilaksanakan secara lengkap dan memenuhi target yang ada.

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 2014 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 sama dari Tahun 2013 dan tahun 2012 yaitu 177 kelurahan (100%).

Hasil imunisasi TT 1 ibu hamil pada tahun 2014 sebesar 15.420 (53,1%) dengan target 85 %, TT 2 sebesar 13.088 (45,1%), TT3 sebesar 4.037 (13,9%), TT4 sebesar 2.341 (8,1%) dan TT5 sebesar 1.448 (5,0%). Hasil imunisasi TT 2 + ibu hamil pada tahun 2014 sebesar 28.710 (66,1) TT 2 + bumil 85 % masih dibawah target yang diinginkan, dikarenakan tidak semua bumil mendapatkan TT .

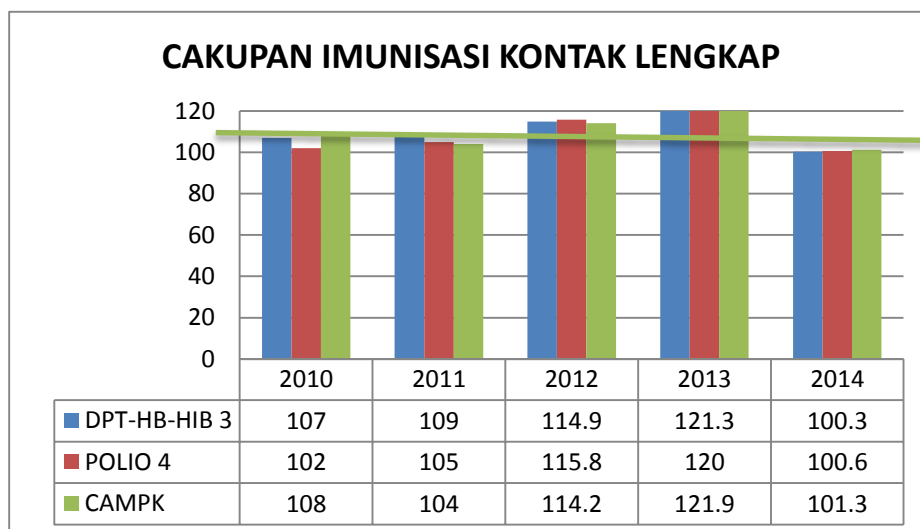
Gambar 4.9 Grafik Imunisasi TT 1 TT5 Bumil Th 2014



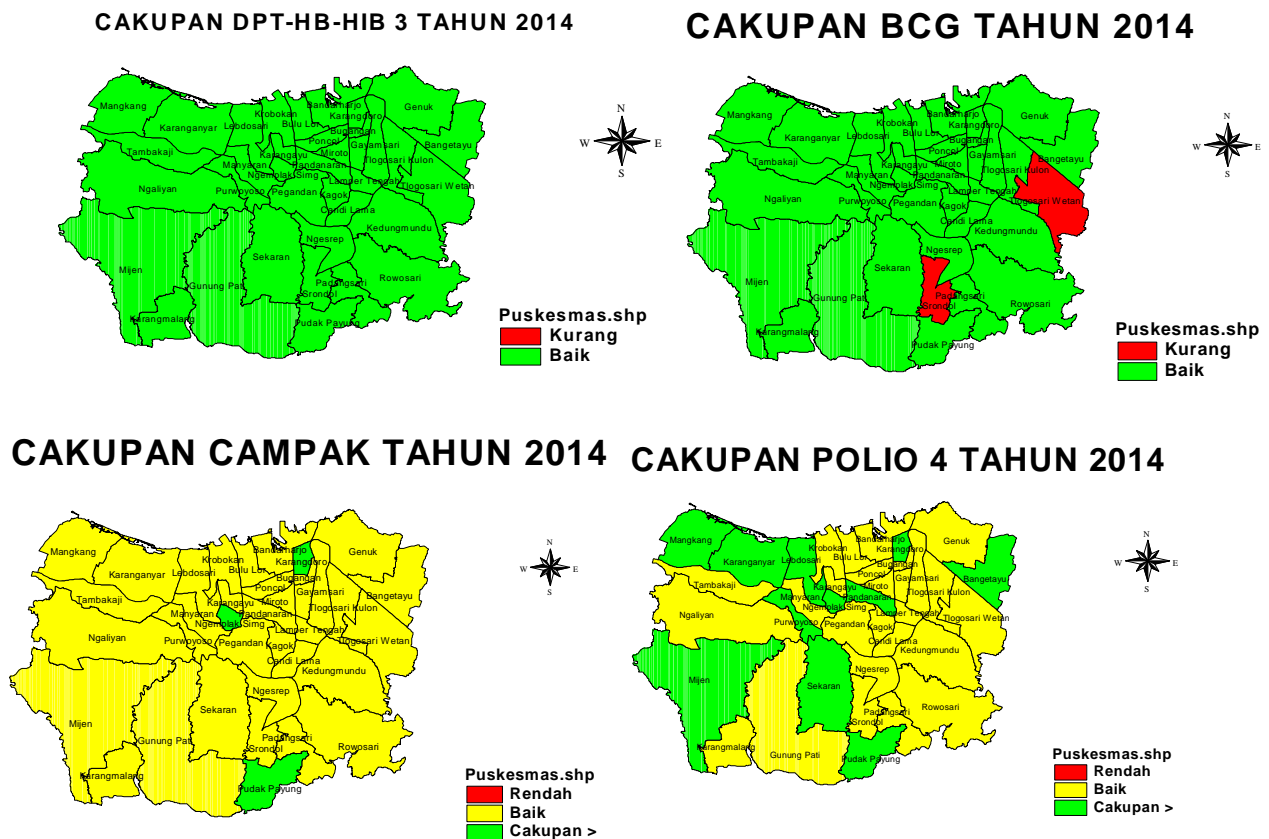
Imunisasi kontak Lengkap

Pencapaian hasil Imunisasi kontak lengkap di Kota Semarang mulai tahun 2008 sudah mencapai target minimal yaitu 95%. Dibandingkan dengan tahun 2013, cakupan imunisasi kontak lengkap tahun 2014 meningkat.

Gambar 4.10 Grafik Pencapaian Hasil Imunisasi Th 2014



Gambar 4.11 Peta Cakupan imunisasi Th 2014



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 2014 total kunjungan pasien rawat jalan di saryankes mencapai 2.641.100 kunjungan. Untuk kunjungan rawat inap mencapai 202.349.

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 2014 adalah 56,5 %, sedangkan tahun 2013 mencapai 70,7 %, dan tahun 2012 sebesar 73,7%. Adapun jumlah tempat tidur yang tersedia di tahun 2014 sebanyak sebesar sebanyak 4.957 buah. Capaian angka ini belum dapat mencapai standar yang ideal untuk Rumah Sakit. Hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatan tempat tidur pada Rumah Sakit di Kota Semarang belum dimanfaatkan secara optimal dan masih terdapat Rumah Sakit yang belum bisa mengirimkan datanya sampai dengan tanggal yang telah ditentukan.

b. **Length Of Stay (LOS)** adalah rata-rata dalam 1 (satu) tempat tidur dihuni oleh 1 (satu) penderita rawat inap yang dihitung dalam hari dengan standar ideal antara 6 – 9 hari. Manfaat LOS adalah untuk mengukur efisiensi pelayanan Rumah Sakit, dan untuk mengukur mutu pelayanan Rumah Sakit apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Berdasarkan data yang dilaporkan pencapaian LOS RS tahun 2014 adalah 5,3 hari, mengalami kenaikan dari pada tahun 2013 yang sebesar 6,3 hari, dan tahun 2012 adalah 5,6 hari. Cakupan pencapaian tersebut dapat diartikan bahwa penggunaan tempat tidur di RS di Kota Semarang untuk tahun 2014 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 2014 adalah 9,4 hari, untuk tahun 2013 sebesar 2,6 hari, dan tahun 2012 sebesar 2,0 hari. 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 2014 adalah 3,4 % mengalami peningkatan dari tahun 2013 yang sebesar 4,1.

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 2014 adalah 2,0 % sedikit mengalami peningkatan jika dibanding dengan tahun 2013 sebesar 3,3. 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 2014 meliputi pelayanan tumpatan gigi tetap sejumlah 6.616 kasus, pencabutan gigi tetap 7.837 kasus, dengan rasio untuk tumpatan/pencabutan dibandingkan pencabutan gigi sebesar 0,8 hal ini sama dari tahun 2013 sebesar 0,8.

Berdasarkan data yang ada, upaya pelayanan UKGS di sekolah dasar, telah dilaksanakan pemeriksaan kesehatan gigi terhadap 46.092 siswa (31%), dari total 148.789 anak SD/MI. Dari jumlah tersebut terdapat 11.477 siswa perlu perawatan dan yang telah mendapatkan perawatan sebanyak 5.510 siswa (48%). Berkaitan dengan kegiatan sikat gigi massal, diperoleh hasil sejumlah 515 SD/MI (86%) telah melakukan kegiatan tersebut dari total 599 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.

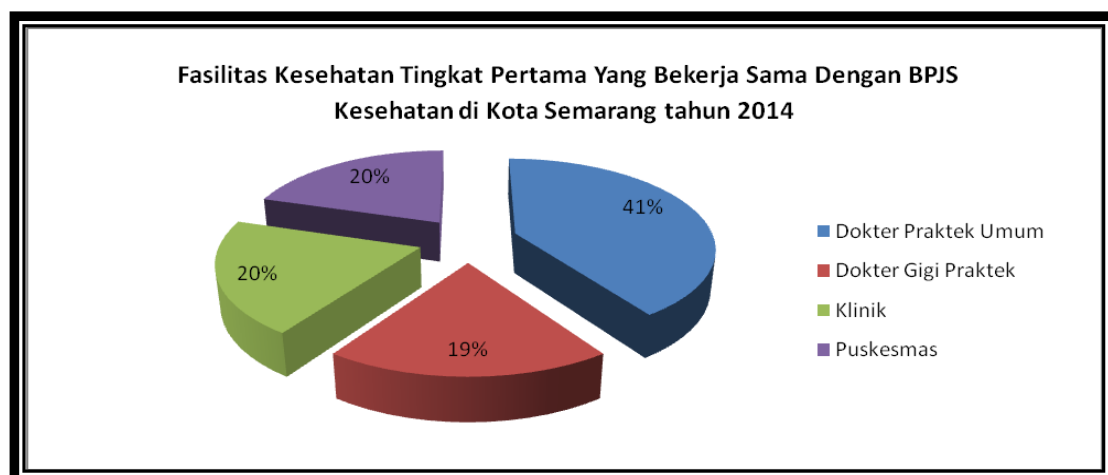
C. PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

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 Caban Utama Semarang sebanyak 183 sarana kesehatan, yang terdiri dari Dokter Praktek Umum 74 (41%), Dokter Gigi 35 (19%), Klinik 37 (20%) dan Puskesmas 37 (20%).

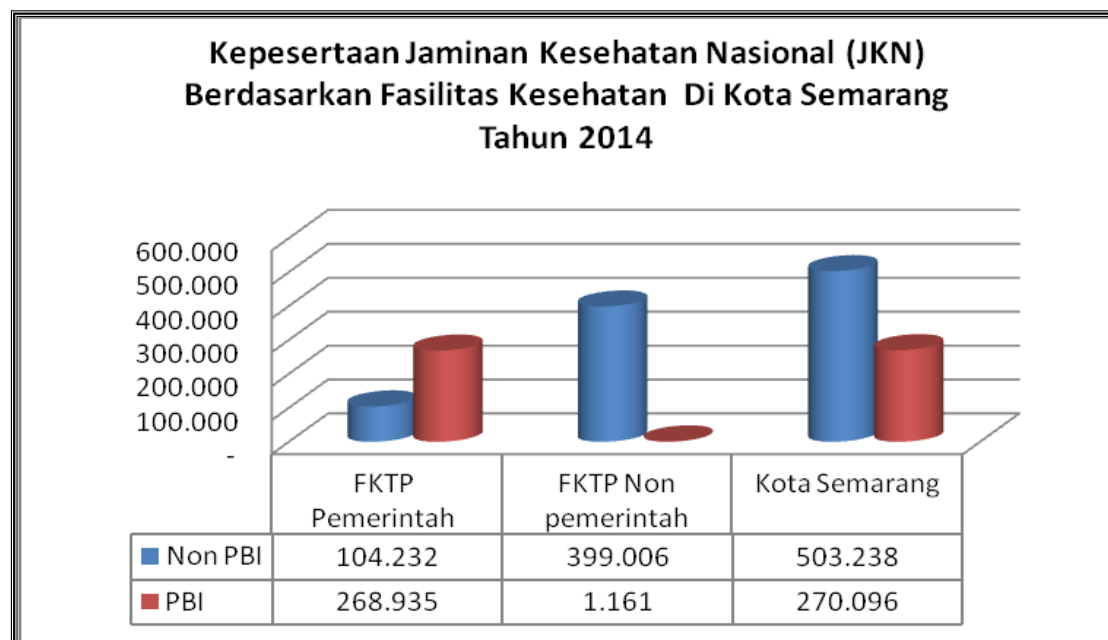
Gambar 4.12 Grafik FKTP yang bekerjasama BPJS



Pada tahap awal peserta JKN adalah peserta PBI, Askes PNS, Peserta TNI, POLRI, dan Peserta JPK Jamsostek. Dalam perkembangannya, minat masyarakat luas untuk ikut JKN cukup besar

untuk gambaran kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kota Semarang tahun 2014 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

Gambar 4.12 Grafik JKN berdasarkan fasilitas kesehatan



Kunjungan Rawat jalan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Kota Semarang tahun 2014 terus meningkat. Kunjungan peserta ke Dokter Praktek Umum selama 1 (satu) tahun sebanyak 445.608 kunjungan (44%) dengan rata rata 502 kunjungan setiap bulannya. Untuk kunjungan di Klinik sebanyak 253.662 kunjungan (25%) dengan rata rata 571 kunjungan/bulan sedangkan di Puskesmas sebanyak 263.572 kunjungan (26%) dengan rata rata 594 kunjungan/bulan.

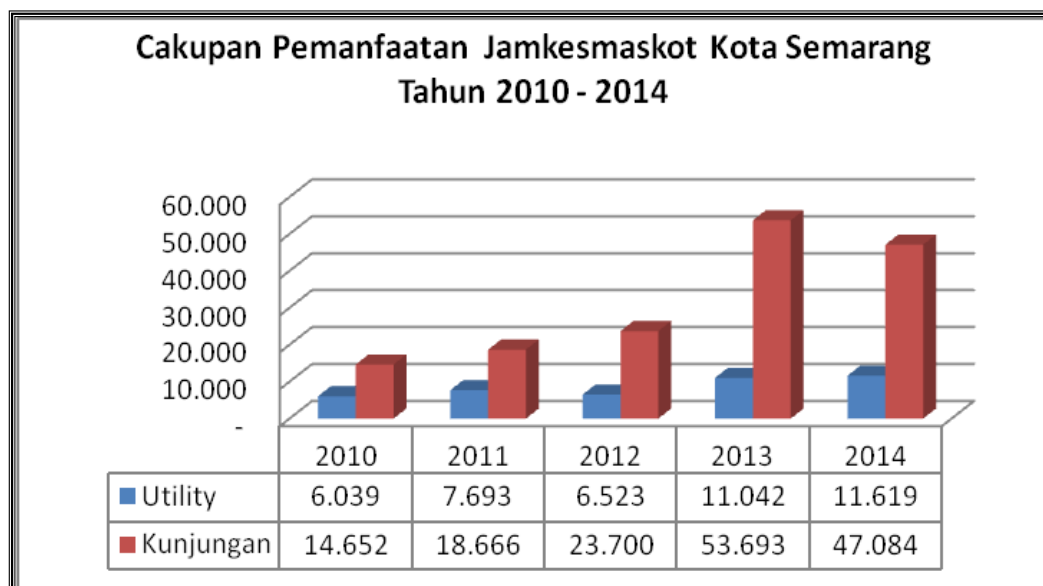
Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Semarang (Jamkesmaskot).

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 2014 sebanyak 11.619 orang yang terdiri dari warga miskin yang masuk data base sebanyak 6.981 orang (60,08 %) dan yang menggunakan Surat Keterangan Tidak

Mampu (SKTM) sebanyak 4.638 orang (39,91 %). Cakupan utility peserta yang memanfaatkan pelayanan kesehatan Jamkesmaskot tahun 2014 bila dibandingkan dengan tahun 2013 mengalami kenaikan, terutama peserta yang telah terdaftar dalam data kemiskinan masyarakat miskin Kota Semarang 10.22% hal ini karena diterbitkannya Kartu Identitas Miskin (KIM) Kota Semarang sebagai hasil Validasi dan verifikasi Masyarakat miskin oleh Tim Penanggulangan Kemiskinan Daerah tahun 2013.

Gambar 4.13 Grafik Pemanfaatan Jamkesmas Kota Semarang

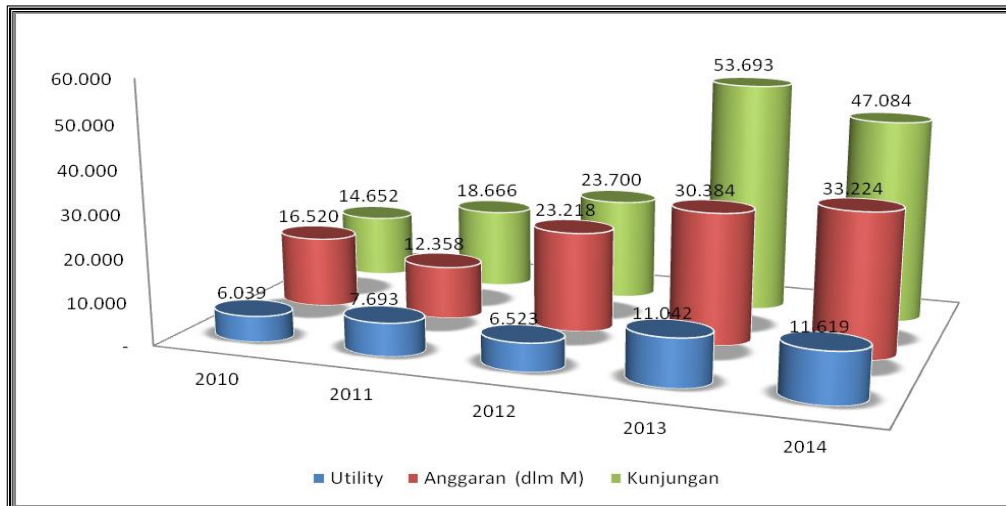


Cakupan kunjungan pelayanan jamkesmaskot bagi warga miskin Kota Semarang tahun 2014 sebanyak 47.084 kunjungan turun 12,31% jika dibandingkan dengan kunjungan tahun 2013, yang terdiri dari kunjungan warga miskin yang masuk data base sebanyak 27.306 kunjungan (57,99 %) dan yang menggunakan SKTM sebanyak 19.778 kunjungan (42,01 %). Kunjungan pelayanan kesehatan ini bila dibandingkan jumlah warga miskin yang memanfaatkan (utility) maka rata – rata per orang memanfaatkan 3 - 4 kali kunjungan per tahun.

Dalam rangka pencapaian Universal Coverage, anggaran yang disediakan oleh Pemerintah Kota Semarang untuk pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin melalui program Jamkesmaskot sedikit mengalami penurunan untuk tahun ini. Sebagai gambaran tahun 2014 disediakan anggaran Rp 35 M turun jika dibandingkan dengan anggaran tahun 2013 sebesar Rp. 44,7 M sedangkan pada tahun 2012 sebesar 25 M dan 2011 hanya disediakan Rp 13 M.

Penyerapan anggaran tahun 2014 khusus untuk pembayaran klaim Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebesar Rp. 33,244 M atau 96,21 % dari anggaran yang disediakan. Tren penyerapan anggaran meningkat signifikan dengan cakupan kunjungan warga miskin yang menggunakan Jamkesmaskot. Lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 4.14 Grafik Tren Kunjungan Pasien, Utility dan Anggaran Jamkesmaskot



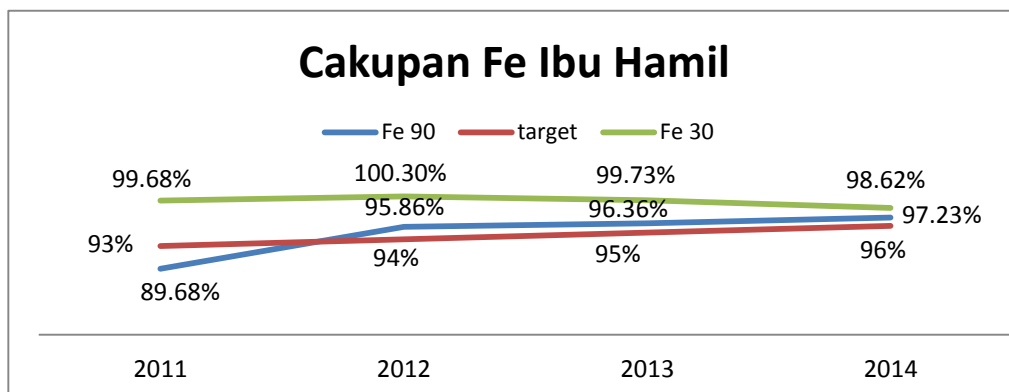
Sumber: Seksi Pemberdayaan & Pembiayaan Kesehatan

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 - 2014 dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 4.15. Cakupan Fe30, Fe90 Ibu Hamil di Kota Semarang Tahun 2011 – 2014



Cakupan pemberian Fe30 pada ibu hamil di tahun 2014 sebesar 98,62% mengalami penurunan dibandingkan dengan pencapaian tahun 2012 (100,30%) dan 2013 (99,73%) namun masih memenuhi target Renstra Kota Semarang (96%).

Pencapaian pemberian Fe90 pada ibu hamil di tahun 2014 sebesar 97,23% menunjukkan peningkatan dari tahun 2011–2014 dan sudah mencapai target Renstra Kota Semarang (96%), sedangkan berdasarkan cakupan di Puskesmas sebagian besar sudah mencapai target yaitu sebanyak 19 Puskesmas (51,35%), sedangkan yang belum mencapai target 18 Puskesmas (48,65%). Puskesmas yang belum mencapai target cakupan Fe 30 maupun Fe 90 disebabkan karena tidak semua ibu hamil memeriksakan kehamilannya di Posyandu atau Puskesmas. Ibu hamil yang memeriksakan kehamilan di luar Puskesmas dan Posyandu 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 vitamin A ibu nifas di Kota Semarang tahun 2014 sebesar 107,86% naik dibandingkan tahun 2013 (100,05%) serta memenuhi target Renstra Kota Semarang (90%).

Dari data yang dilaporkan oleh puskesmas diperoleh bahwa cakupan pemberian vitamin A pada bayi umur 6-11 bulan sejumlah 12.611 bayi atau sebesar 100,4% dari 12.560 bayi yang ada. Sedangkan cakupan pemberian vitamin A yang diberikan 2 kali kepada anak balita (1-4 tahun) sebesar 84.842 anak atau 100,68% dari 84.269 sasaran anak balita yang ada. Data lebih lengkap dapat dilihat pada lampiran tabel 44.

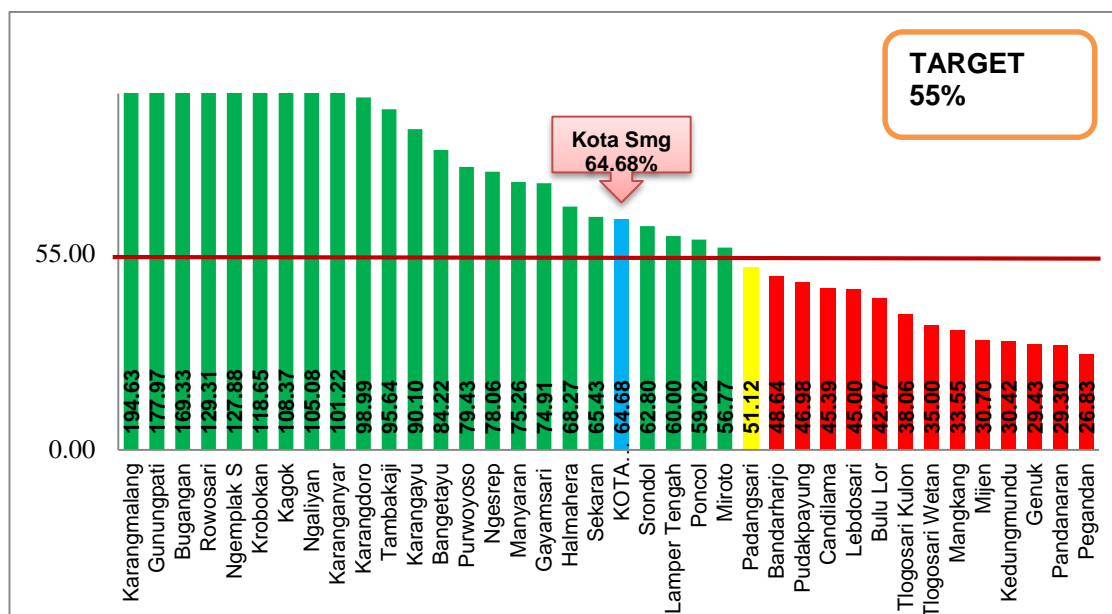
3. Pemberian ASI Eksklusif

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 2014, pemberian ASI Eksklusif pada bayi umur 0-6 bulan sejumlah 8.536 bayi atau 64,7 % dari 13.195 bayi. Pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan di Kota Semarang telah mencapai target Renstra Kota Semarang (55%). Sedangkan bila dibandingkan dengan pencapaian tahun 2013 ada peningkatan dari 61,20% menjadi 64,68% pada tahun 2014, 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 4.16. Cakupan Pencapaian ASI eksklusif di Kota Semarang Tahun 2014



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)

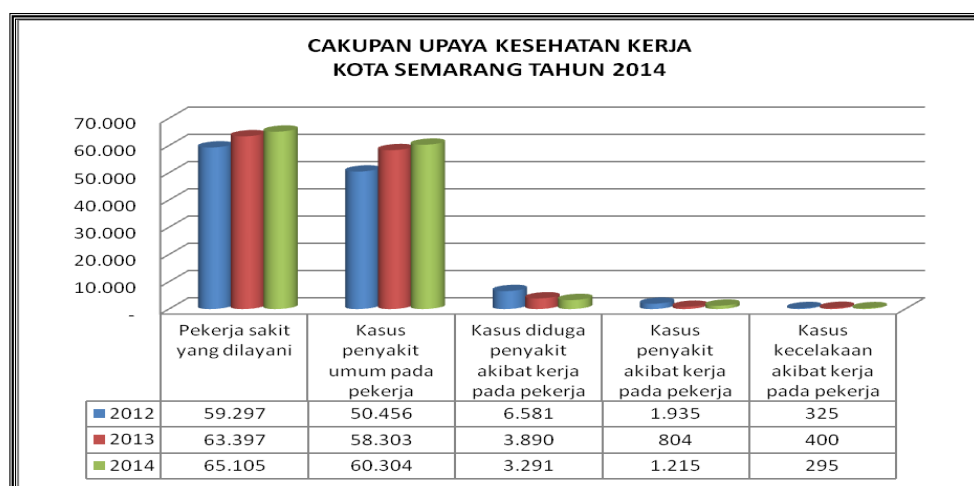
Pelayanan kesehatan usila yang dimaksudkan adalah penduduk usia 60 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar oleh tenaga kesehatan baik di puskesmas maupun di Posyandu Kelompok Usia Lanjut (Poksila). Hasil kegiatan pelayanan kesehatan Usila di Kota Semarang pada tahun 2014 sejumlah 36.620 (64,83%) dari 56.483 usia yang ada, atau mengalami peningkatan dari tahun 2013 yang sebesar 39.478 (64,76%) dari 60.965 usia yang ada

Namun demikian keaktifan petugas puskesmas dalam melakukan pembinaan dan pelayanan di dalam dan luar gedung terhadap kelompok usia lanjut sangat mendukung pencapaian indikator tersebut.

F. PELAYANAN KESEHATAN PEKERJA

Dari laporan Puskesmas yang terdata Tahun 2014 Cakupan pelayanan kesehatan kerja naik sebesar 16%, dengan jumlah pekerja yang dilayani sebesar 65.105 pekerja. hal ini karena pemahaman pemegang program kesehatan kerja terhadap beberapa indikator kesehatan kerja semakin baik dan masuknya kegiatan Upaya Kesehatan Kerja dalam kegiatan inovatif pada penilaian kinerja di Puskesmas Kota Semarang. Adapun Gambaran cakupan pelayan kesehatan kerja sejak tahun 2012 sampai 2014 dapat dilihat pada grafik dibawah ini;

Gambar 4.17 Grafik Cakupan Upaya Kesehatan Kerja Kota Semarang



G. PELAYANAN KESEHATAN KHUSUS

1. Sarana Kesehatan dengan Kemampuan Gawat Darurat

Sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat yang dapat diakses oleh masyarakat di Kota Semarang pada tahun 2014 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 2014 yang diwakili dengan jumlah kunjungan gangguan jiwa menunjukkan 28.040 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.

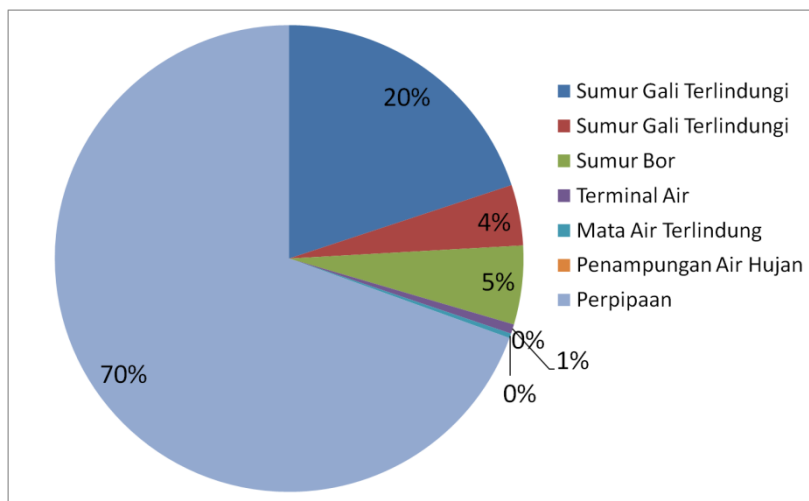
H. KEADAAN KESEHATAN LINGKUNGAN

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 2014 jumlah penduduk yang memiliki akses air minum sebesar 65,85%. Adapun cakupan prosentase air bersih menurut jenis sarananya adalah sebagai berikut:

Gambar 4.18 Grafik Penggunaan Air Bersih Menurut Jenis Sarana

Sumber: Seksi PAL Bidang PKPKL

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

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

b. Kualitas Air Minum di Penyelenggara Air Minum

Tahun 2014 jumlah sampel yang diperiksa dari penyelenggara air minum adalah 422 buah (67,2%) dari 628 penyelenggara air minum. Dari data tersebut yang memenuhi syarat fisik, bakteriologi, dan kimia sejumlah 394 unit (93,36%).

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 2014, jumlah rumah yang dibangun memenuhi syarat adalah 63,99% dari 17.585 rumah dibangun, dari jumlah tersebut diperoleh jumlah rumah yang sehat adalah 83%.

b. Keluarga dengan Jamban Sehat

Jamban Sehat adalah salah satu syarat rumah sehat. Pengelolaan sebuah jamban yang memenuhi syarat kesehatan diperlukan sebagai upaya untuk mencegah terjadinya penularan penyakit. Berdasarkan laporan puskesmas, Jumlah penduduk dengan akses sanitasi layak sejumlah 1.312.427 atau 74,5%, dengan masing-masing pengguna sanitasi yang memenuhi syarat sebagai berikut: jamban komunal 82,72 %, Jamban leher angsa 89,81 %.

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. Adapun yang memenuhi syarat kesehatan dapat digambarkan sebagai berikut;

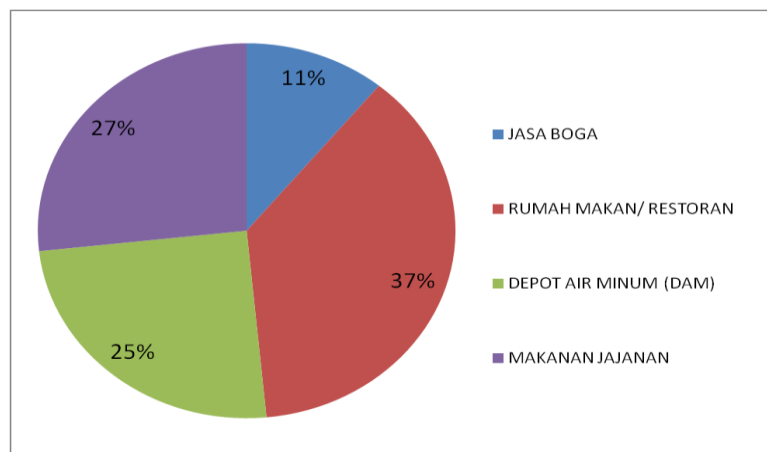
Gambar 4.19 Grafik Cakupan TTU Yang Memenuhi Syarat Kesehatan



Sumber: Seksi PAL Bidang PKPKL

Sedangkan pengawasan tempat pengelolaan makanan meliputi Jasa boga, rumah makan/restoran, depot air minum, dan makanan jajanan. TPM yang memenuhi syarat higiene sanitasi sejumlah 1.840 (86,26%) dari 2.133 TPM yang ada.

Gambar 4.20 TPM Memenuhi Syarat Higiene



Sumber: Seksi PAL Bidang PKPKL

I. KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT

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

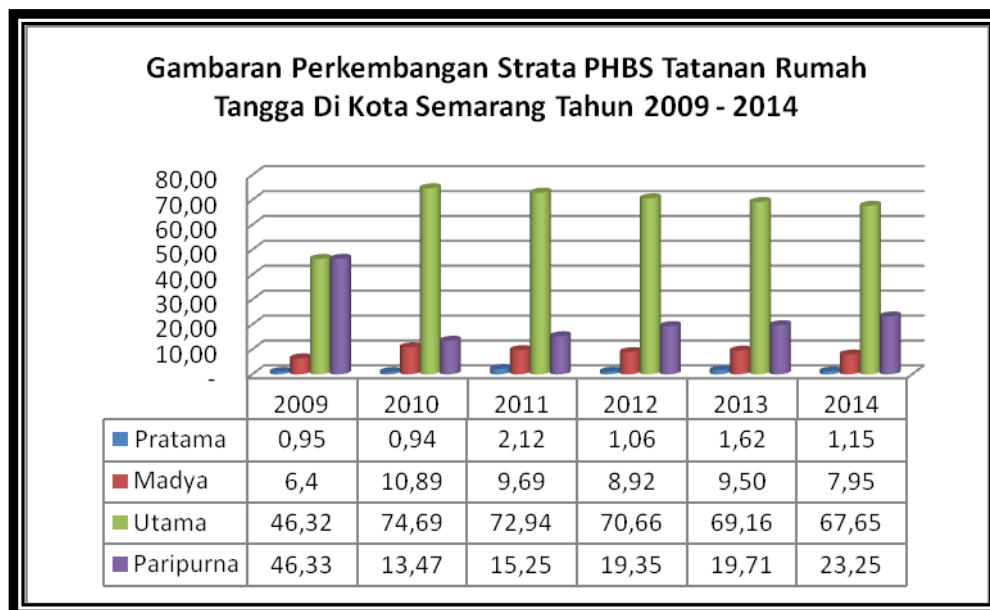
Perilaku masyarakat adalah faktor penyebab utama permasalahan kesehatan, sehingga masyarakat sendiri yang dapat menyelesaikan masalahnya dengan pendampingan/bimbingan pemerintah. Keterbatasan sumberdaya pemerintah dalam mengatasi permasalahan kesehatan semakin kompleks sedangkan masyarakat mempunyai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

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

Jumlah rumah tangga yang dilakukan survei PHBS tatanan rumah tangga tahun 2014 dilakukan pada 381.683 rumah tangga meningkat 3,2% jika dibandingkan dengan survey PHBS tahun 2013 sebanyak 369.980 rumah tangga.

Survei PHBS tatanan rumah tangga tahun 2014 diperoleh hasil strata utama sebanyak 258.218 (67,65 %) dan strata paripurna sebanyak 88.741 (23,25%), sehingga untuk strata PHBS tingkat kota adalah paripurna dengan nilai sebesar 90,90% sedangkan target nasional sebesar 60%. Dari data tersebut, target Kota Semarang sudah melebihi target nasional. Perkembangan strata PHBS Kota Semarang dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 4.21 Grafik Perkembangan Strata PHBS Tatatan RT Kota Semarang



Sumber: Seksi Pemberdayaan & Pembiayaan Kesehatan Bidang PKPKL

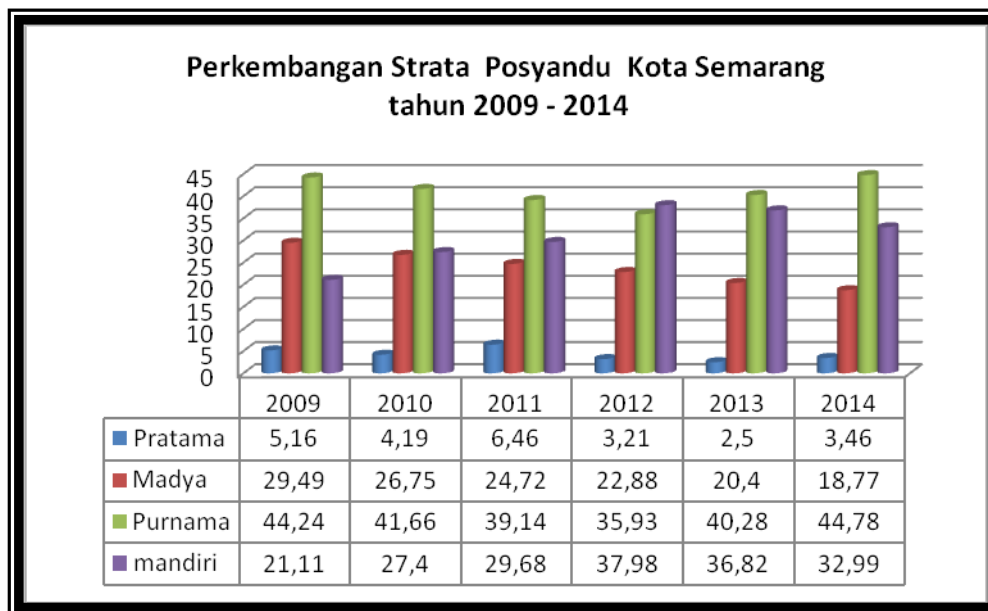
2. Posyandu Purnama dan Mandiri

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

Jumlah posyandu di Kota Semarang dari tahun ke tahun selalu meningkat, pada tahun 2013 jumlah posyandu tercatat 1.559 buah dengan posyandu aktif sejumlah 1.202 buah, sedangkan di tahun 2014 jumlah Posyandu adalah 1.561 buah, meningkat 2 posyandu. Cakupan posyandu purnama tahun 2013 sebesar 40,28% (628) dan tahun 2014 meningkat menjadi sebesar 44,78% (699), hal ini karena ada beberapa posyandu madya menjadi

purnama. Sedangkan posyandu mandiri mengalami penurunan di tahun 2013 dan tahun 2014 yaitu berturut-turut 36,82% (574) menjadi 32,99% (515). Gambaran perkembangan strata posyandu terlihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 4.22 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 2014 terdiri dari :

No	Nama	2012	2013	2014
1	Rumah sakit umum pemerintah	5	5	7
2	Rumah sakit umum swasta	9	10	14
3	Rumah sakit jiwa	1	1	1
4	Rumah sakit ibu dan anak	3	3	3
5	Rumah sakit bersalin	3	2	1
6	Puskesmas	37	37	37
	- Puskesmas perawatan	12	12	12
	- Puskesmas non perawatan	24	25	25
	- Puskesmas pembantu	35	35	35
	- Puskesmas keliling	37	37	41
7	Rumah bersalin	6	6	6
8	Balai pengobatan umum	72	80	122
9	Balai pengobatan gigi	25	6	8
10	Klinik 24 Jam	9	7	7
11	Klinik utama	31	36	37
12	Apotek	403	406	401
13	Dokter umum praktek perorangan	1512	1640	1798

14	Dokter spesialis praktek	691	730	745
15	Dokter gigi praktek	358	393	415

Data secara lengkapnya dapat dilihat pada tabel 70.

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 2014, 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 2014 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 2014 sebanyak 177 Kelurahan, artinya semua kelurahan di Kota Semarang telah menjadi kelurahan siaga.

Tabel 5.1 Kondisi bangunan & sarana pendukung puskesmas Kota Semarang tahun 2014

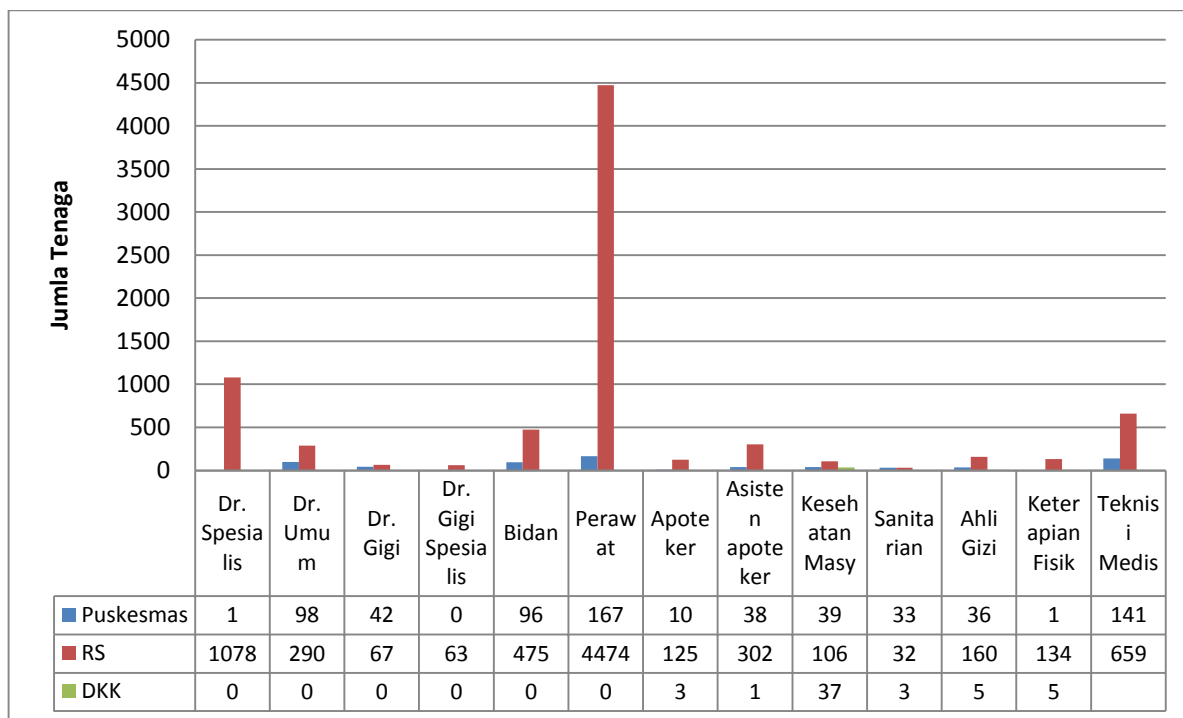
No	Sarana	Jumlah	Kondisi			
			Baik	Rusak ringan	Rusak sedang	Rusak berat
1	Puskesmas	37	31	6	0	0
2	Puskesmas pembantu	33	16	10	9	0
3	Rumah dinas (dokter)	14	1	6	4	3
4	Pusling roda 4	37	10	12	6	9

B. TENAGA KESEHATAN

Penyelenggaraan upaya kesehatan tidak akan berjalan dengan baik jika tidak didukung oleh ketersediaan sumber daya manusia yang berkualitas. Oleh karena itu diperlukan peningkatan kuantitas dan kualitas sumber daya manusia (SDM) dibidang kesehatan, 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 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 sebagai berikut:

Gambar 5.1 : Grafik Data Tenaga Kesehatan di Kota Semarang Tahun 2014



Sumber : Sub Bag Umum Kepegawaian dan Bidang Yankes

C. PERBEKALAN KESEHATAN

Ketersediaan Obat

Tingkat Ketersediaan obat sesuai dengan Pelayanan Kesehatan Dasar di puskesmas tahun 2014 adalah 110%. Angka ini diperoleh dari jumlah persediaan obat dari seluruh

sumber anggaran tahun 2014 yaitu Rp. 10.410.077.808,- dibagi dengan jumlah pemakaian obat selama tahun 2014 sebesar Rp. 9.688.802.285,-.

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

No	Tahun	Pemakaian obat Puskesmas (Rp.)	Persediaan Obat (Rp.)	Ketersediaan Obat (%)
1	2009	4.297.138.293	6.972.699.466	162
2	2010	4.937.400.129	7.124.472.650	144
3	2011	5.335.760.964	9.149.159.943	171
4	2012	6.086.186.497	9.633.264.965	158
5	2013	7.808.560.371	8.339.021.677	107
6	2014	9.688.802.285,02	10.679.726.524,96	110

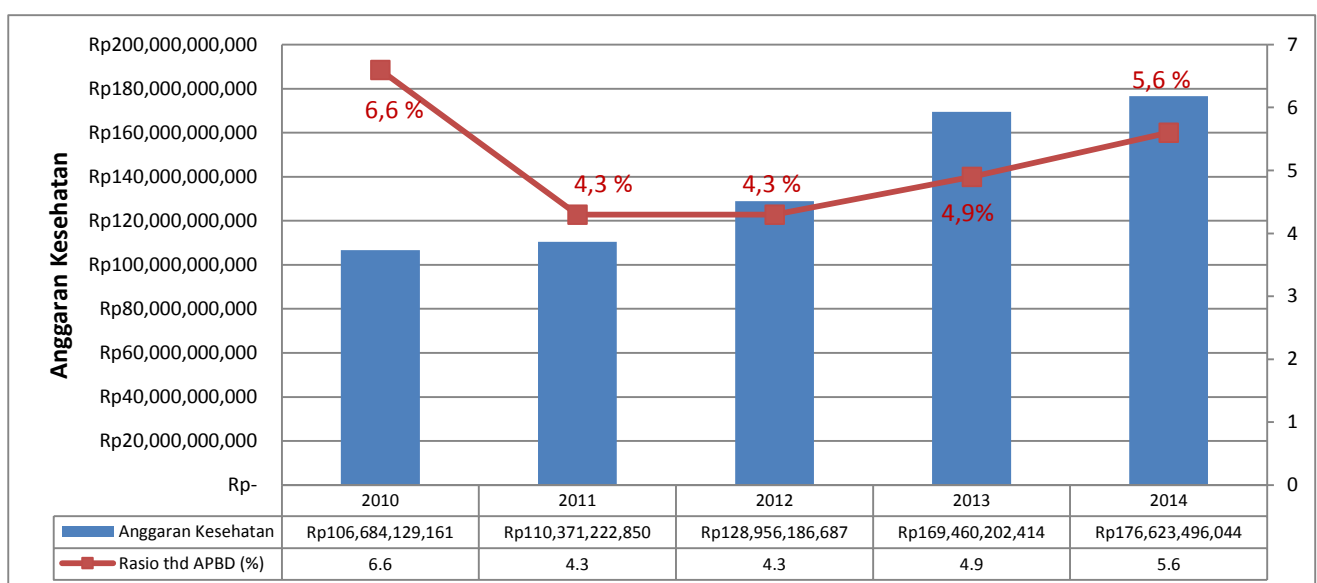
Sumber: Seksi Farmamin Bidang Yankes & Instalasi Farmasi

Sedangkan jumlah kunjungan resep seluruh Puskesmas adalah 1.153.061 lembar, dengan rata-rata tiap bulan adalah 96.088 lembar.

D. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Tren alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kota Semarang menunjukkan angka yang fluktuatif dari tahun 2010 s/d 2014 sebagai berikut:

Gambar 5.1 Grafik Perkembangan Alokasi Anggaran Dinas Kesehatan Kota Semarang & Rasio terhadap APBD Kota Semarang Tahun 2010 s/d 2014



Sumber: Subbag Perencanaan & Evaluasi

Alokasi anggaran kesehatan Kota Semarang pada tahun 2014 sebesar Rp. 176.623.496.044,- hal ini menunjukkan peningkatan dari tahun 2013 sebesar Rp. 169.460.202.414,-. Alokasi dana ini terbagi atas: sumber APBD Kota Semarang sebesar Rp. 161.952.510.000,- (91,69%) dengan rincian belanja langsung Rp. 102.650.606.000,- dan belanja tidak langsung Rp. 59.301.904.000,- ; sumber APBD Propinsi Rp. 5.000.000.000,- (2,83 %); sumber APBN sebesar Rp. 8.751.675.620,- (4,95%), pinjaman/hibah luar negeri sebesar Rp. 919.310.424 (0,52%), dan sumber pemerintah lain sebesar Rp.0,- (0 %).

Jika dibandingkan dengan total APBD Kota Semarang yang sebesar Rp. 2.865.509.578.000,- terhadap total APBD dinas Kesehatan adalah 5,65 %. 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 2014.

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 2014 adalah sebagai berikut :

1. **Jumlah kematian Ibu maternal**, berdasarkan laporan Puskesmas dan Rumah Sakit pada tahun 2014 sebanyak 33 kasus dengan jumlah kelahiran hidup (KH) sebanyak 26.992 orang atau 122,25 per 100.000 KH.
2. **Jumlah Kematian Bayi**, berdasarkan hasil laporan berbagai sarana pelayan kesehatan yang terjadi di Kota Semarang Tahun 2014 sebanyak 253 dari 26.992 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 9,37 per 1.000 KH.
3. **Jumlah Kematian Balita** di Kota Semarang Tahun 2014 sebanyak 306 anak dari 26.992 kelahiran hidup sehingga Angka Kematian Balita (AKABA) Kota Semarang diperoleh sebesar 11,34 per 1.000 KH.
4. **Jumlah kasus bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR)** tahun 2014 sebesar 277 bayi (1 %)
5. **Jumlah Balita dengan status bawah garis merah (BGM)** sebanyak 1.257 anak (1,5%) dari 83.958 balita yang datang dan ditimbang (D) di posyandu.
6. **Jumlah kasus gizi buruk balita** yang ditemukan tahun 2014 sejumlah 33 kasus.
7. **Jumlah penderita TB Paru** yang ditemukan tahun 2014 dengan status supek sebesar 11.540 orang, penderita BTA (+) sebesar 1.175 orang, kasus TB anak sejumlah 432 kasus. Angka kesembuhan tahun 2013 sebesar 61%.
8. **Jumlah kasus HIV** yang ditemukan tahun 2014 sebesar 453 orang, sedangkan jumlah kasus **AIDS** pada tahun 2014 sebanyak 40 orang, dan yang meninggal adalah 5 orang.

9. **Jumlah kasus pneumonia** umur < 1 th tahun 2014 adalah 1.364 orang, umur 1 - 4 th sebanyak 2.880. Sedangkan untuk kasus pneumonia berat umur < 1 th sebesar 12 balita, dan umur 1-4 tahun sebanyak 39 anak.
10. **Jumlah penderita kusta** yang ditemukan tahun 2014 adalah 32 kasus, dengan tipe kusta PB ada 0 kasus dan tipe MB ada 32 kasus (100%).
11. **Jumlah kasus diare**, tahun 2014 untuk penderita umur <1 tahun sebesar 3.780 kasus, umur 1-4 tahun sebesar 9.455 kasus, umur > 5 tahun sebesar 24.899 kasus, dengan total kasus adalah 38.134 kasus.
12. **Jumlah kasus tetanus neonatorum (TN)**, tidak ditemukan kasus pada tahun 2014. Dengan cakupan TT bumil tahun 2014 sebanyak 99,3%.
13. **Jumlah kasus difteri** tahun 2014 sebanyak 0 kasus, dan tidak ditemukan penderita yang meninggal.
14. **Jumlah kasus campak** yang ditemukan pada tahun 2014 sejumlah 219 kasus.
15. **Jumlah kasus polio**, dengan kasus AFP tahun 2014 sejumlah 11 kasus.
16. **Jumlah kasus malaria**, tahun 2014 sebesar 12 kasus, dengan API sebesar 0,007.
17. **Jumlah kasus demam berdarah** pada tahun 2014 sebanyak 1.628 kasus dengan jumlah meninggal 27 orang. IR DBD adalah 92,43 % dan CFR DBD adalah 1,6 %.
18. **Jumlah kasus Chikungunya** yang terjadi pada tahun 2014 sebesar 237 kasus dengan IR 1,26 per 10.000 penduduk.
19. **Jumlah kasus Rabies** yang terjadi di tahun 2014 sebanyak 23 kasus.
20. **Jumlah kasus leprosirosis** yang terjadi pada tahun 2014 sebesar 75 kasus dengan jumlah kematian 13 kasus, angka CFR adalah 17 per 100.000 penduduk.
21. **Jumlah kasus flu burung** yang terjadi pada tahun 2014 tidak menemukan adanya konfirmasi kasus, maupun suspek flu burung.
22. **Jumlah Kasus Penyakit tidak menular** , jumlah kematian tahun 2014 sebesar 2.409 kasus dengan, urutan berdasarkan jumlah kematian karena penyakit tidak menular adalah : Hipertensi (423 kasus), DM (187 kasus), kanker (42 kasus).
23. **Cakupan kunjungan ibu hamil K4** Kota Semarang pada tahun 2014 adalah 28.215 (97,2%) meningkat jika dibanding dengan tahun 2013 yaitu 27.910 bumil (97,2%).
24. **Jumlah persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan** di Kota Semarang pada tahun 2014 adalah 27.117 (97,9,3%) dari 27.706 ibu bersalin.
25. **Jumlah pelayanan ibu nifas yang mendapat pelayanan kesehatan** adalah pada tahun 2014 adalah 27.706 orang atau 100% dari total ibu nifas yang berjumlah 27.706 orang.

26. **Jumlah pelayanan komplikasi maternal**, pada tahun 2014 jumlah neonatal risti yang ditangani sebesar 2.904 kasus atau 100% dari total 2.904 komplikasi kebidanan.
27. **Pelayanan Neonatal komplikasi yang dilayani/ditangani** pada tahun 2014 sebesar 3.350 kasus atau 82,7 % dari total perkiraan 4.049 neonatal risti.
28. **Cakupan kunjungan neonatus (KN 1)** tingkat Kota Semarang tahun 2014 adalah 26.944 atau (99,8%) dari 26.992 bayi lahir hidup.
29. **Cakupan kunjungan bayi** di Kota Semarang pada tahun 2014 adalah 26.692 atau 98,89% dari 26.992 bayi yang ada.
30. **Pelayanan kesehatan balita minimal 8 kali** di peroleh cakupan tahun 2014 adalah 98.921 atau (93,7 %).
31. **Cakupan deteksi dini tumbuh kembang (DDTK) anak balita** tingkat Kota Semarang pada tahun 2013 sebanyak 86.515 (79,7%) bayi ditimbang dari total balita yang ada berjumlah 108.570 anak.
32. **Pelayanan kesehatan pada siswa SD kelas 1 & sederajat** yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di tingkat puskesmas diperoleh hasil sebanyak 25.996 murid SD atau 100% dari 26.996 murid SD keseluruhan.
33. **Jumlah pasangan usia subur (PUS)** yang berhasil didata oleh Puskesmas sebanyak 265.216, dengan jumlah peserta KB baru sebesar 36.370 orang (13,7%) dengan jumlah peserta KB aktif yang dibina sebesar 203.328 orang (76,7%).
34. **Cakupan bayi yang diimunisasi DPT3 + HB3** pada tahun 2014 sebesar 26.171 (99%), dengan Cakupan imunisasi campak sebesar 26.721 (101,26%). Adapun DO Rate yang didapat selama tahun 2014 adalah -0,2 dari batasan $-5 > 0 > 5$, hal ini berarti masih baik.
35. **Cakupan kunjungan pelayanan kesehatan** pada tahun 2014 total kunjungan tingkat Kota Semarang pada unit rawat jalan sebesar 2.641.100 kunjungan, sedangkan untuk kunjungan rawat inap pada tahun 2014 sebesar 202.349 kunjungan
36. **Pencapaian hasil kinerja Rumah Sakit** di Kota Semarang meliputi : BOR (56,5%) ; LOS (5,3 hari) ;TOI (9,4 hari) ; GDR (3,4 %) ; NDR (2,0 %) dari data yang ada.
37. **Pelayanan kesehatan gigi dan mulut** yang dilaksanakan di puskesmas pada tahun 2014 meliputi pelayanan tumpatan gigi tetap sejumlah 6.616 kasus, pencabutan gigi tetap 7.837 kasus, dengan rasio untuk tumpatan/pencabutan dibandingkan pencabutan gigi sebesar 0,8.
38. **Pelayanan UKGS di sekolah dasar**, dilaksanakan pemeriksaan kesehatan gigi terhadap 46.092 siswa (31%), dari total 148.789 anak SD/MI. Dari jumlah tersebut terdapat

- 11.477 siswa perlu perawatan dan yang telah mendapatkan perawatan sebanyak 5.510 siswa (48%). Berkaitan dengan kegiatan sikat gigi massal, diperoleh hasil sejumlah 515 SD/MI (86%) telah melakukan kegiatan tersebut dari total 599 SD/MI yang dilaporkan.
39. **Jumlah pelayanan kesehatan masyarakat miskin**, melalui program Jamkesmaskot pemanfaatan (utility) pelayanan sebanyak 11.619 orang, miskin data base 6.981 orang (60,08%) miskin non data base 4.638 orang (39,91%), dengan jumlah kunjungan 47.084.
 40. **Cakupan pemberian Fe30 bumil** sebesar 98,62% , dan Fe 90 sebesar 97,23%.
 41. **Cakupan pemberian vitamin A** pada bayi umur 6-11 bulan sejumlah 12.611 bayi atau sebesar 100,4% dari 12.560 bayi yang ada. Sedangkan cakupan pemberian vitamin A yang diberikan 2 kali kepada anak balita (1-4 tahun) 84.842 anak atau 100,68% dari 84.269 sasaran anak balita yang ada. Bagi ibu nifas diperoleh cata cakupan pemberian vitamin A sebesar sebesar 29.885 ibu nifas (107,9%) dari 27.706 ibu nifas.
 42. **Cakupan pemberian ASI Eksklusif** pada bayi umur 0-6 bulan sejumlah 8.536 bayi atau 64,7% dari 13.195 bayi.
 43. **Cakupan pelayanan kesehatan Usila** di Kota Semarang pada tahun 2014 sejumlah 36.620 (64,83%) dari 56.483 usila yang ada.
 44. **Cakupan pelayanan kesehatan pekerja** baik sektor formal maupun informal yang dilayani di Kota Semarang pada tahun 2014 sebanyak 65.105 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 2014 sebanyak 37 sarana kesehatan (97,37%).
 47. **Jumlah desa/kelurahan siaga** yang ada di Kota Semarang Tahun 2014 sebanyak 177 Kelurahan.
 48. **Jumlah PHBS tatanan rumah tangga** dengan strata utama 258.218 (67,65%), strata paripurna 88.741 (23,25%).
 49. **Jumlah Posyandu** tahun 2014 1.561 buah, dengan strata posyandu purnama 699 (44,78 %), posyandu mandiri 515 (32,99%).
 50. **Tingkat ketersediaan obat** sesuai dengan Pelayanan Kesehatan dasar di Puskesmas tahun 2014 adalah 110%.
 51. **Alokasi anggaran kesehatan Kota Semarang** pada tahun 2014 sebesar Rp. 176.623.496.044,- dengan rasio terhadap APBD Kota Semarang sebesar 5,6 %.

--@@--

Lampiran Tabel Profil