



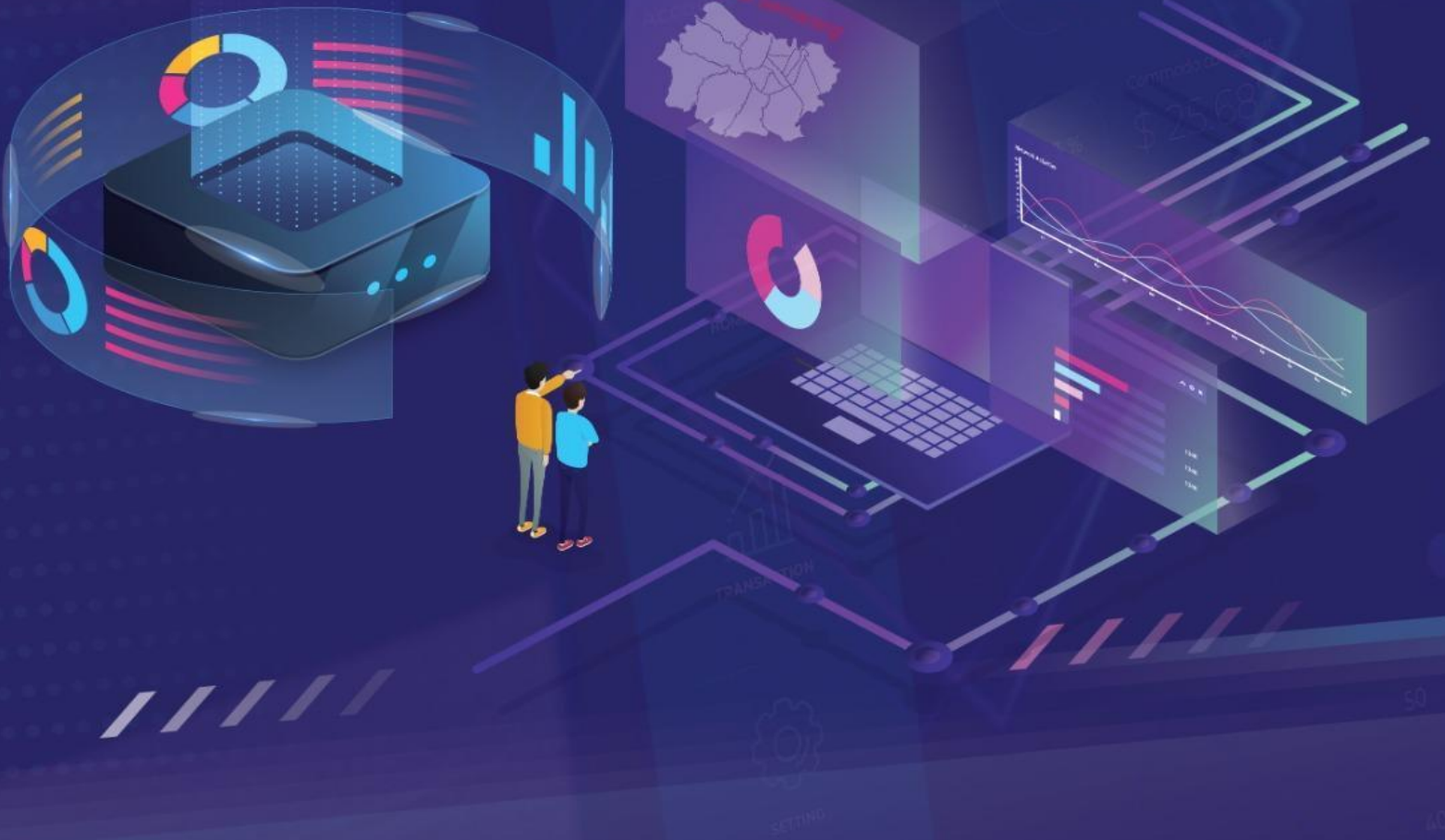
**DINKES**

Dinas Kesehatan Kota Semarang

# METADATA

Profil Kesehatan Kota Semarang

# 2024



## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI .....	i
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	2
BAB 2 DEMOGRAFI .....	4
BAB 3 SARANA KESEHATAN.....	6
3.1 Pusat Kesehatan Masyarakat .....	6
3.2 Rumah Sakit.....	8
3.3 Ketersediaan Obat dan Vaksin .....	13
3.4 Sarana Kefarmasian dan Alat Kesehatan .....	15
3.5 Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) .....	17
BAB 4 SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN .....	21
4.1 Sumber Daya Manusia Kesehatan .....	21
BAB 5 PEMBIAYAAN KESEHATAN .....	26
5.1 Pembiayaan Kesehatan.....	26
BAB 6 KESEHATAN KELUARGA .....	31
6.1 Kesehatan Ibu .....	32
6.2 Kesehatan Anak .....	53
6.3 GIZI .....	68
6.4 Kesehatan Usia Lanjut.....	75
BAB 7 PENGENDALIAN PENYAKIT .....	78
7.1 Penyakit Menular Langsung .....	79
7.2 Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) .....	93
7.3 Kejadian Luar Biasa.....	98
7.4 Penyakit Menular Bersumber Binatang .....	101
7.5 Penyakit Tidak Menular .....	106
BAB 8 KESEHATAN LINGKUNGAN.....	119
8.1 Kesehatan Lingkungan .....	119

# BAB I

# PENDAHULUAN

METADATA PROFIL KESEHATAN KOTA SEMARANG 2024

## A. Latar Belakang

Data kesehatan yang berkualitas sangat diperlukan dalam mendukung perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan di tingkat daerah. Namun, untuk memastikan bahwa data tersebut dapat dimanfaatkan secara optimal dan berkesinambungan, diperlukan sistem dokumentasi yang rapi, terstandar, dan dapat diakses oleh berbagai pemangku kepentingan. Salah satu bentuk pengelolaan data yang strategis adalah penyusunan **metadata kesehatan**.

Metadata kesehatan mencakup informasi penting mengenai indikator, konsep, definisi operasional, metode perhitungan, manfaat, sumber data, serta frekuensi pengumpulan data. Keberadaan metadata memungkinkan terjadinya konsistensi dalam pengumpulan dan interpretasi data di lintas waktu, lintas program, dan lintas institusi. Hal ini sangat penting dalam menjaga kesinambungan analisis, mencegah duplikasi, serta memfasilitasi integrasi data dari berbagai sistem informasi kesehatan yang ada.

Kota Semarang sebagai kota besar dengan kompleksitas permasalahan kesehatan yang beragam memerlukan pengelolaan data yang cermat. Dengan adanya metadata, setiap indikator kesehatan dapat dijelaskan secara rinci dan sistematis, sehingga meningkatkan keakuratan analisis dan relevansi kebijakan yang diambil. Metadata juga berperan sebagai panduan teknis bagi petugas di lapangan dan pemangku kebijakan dalam memahami indikator secara tepat dan seragam.

Dengan demikian, penyusunan metadata kesehatan tidak hanya menjadi alat bantu teknis, tetapi juga bagian penting dari tata kelola data yang baik (good data governance), yang mendukung pelayanan kesehatan yang lebih responsif dan akuntabel.

## **B. Tujuan**

Penyusunan metadata kesehatan di Kota Semarang merupakan langkah strategis dalam memperkuat sistem informasi kesehatan yang terarah, terpadu, dan berkelanjutan. Metadata bukan sekadar pelengkap dari data, melainkan elemen fundamental dalam menjelaskan makna, konteks, serta metode dari setiap indikator yang digunakan dalam sistem pelaporan dan analisis kesehatan. Tanpa metadata yang terdokumentasi dengan baik, data berisiko disalahartikan, sulit diintegrasikan, serta tidak dapat dimanfaatkan secara optimal untuk pengambilan keputusan. Tujuan penyusunan metadata sebagai berikut.

1. Menyediakan dokumentasi indikator kesehatan yang lengkap dan terstandar, meliputi definisi operasional, satuan ukur, metode pengumpulan, sumber data, dan frekuensi pelaporan.
2. Menjamin konsistensi dan interoperabilitas data kesehatan antar program dan antar sistem informasi di tingkat daerah maupun nasional.
3. Meningkatkan kualitas dan keandalan data sebagai dasar pengambilan kebijakan, perencanaan program, dan evaluasi capaian indikator kesehatan.
4. Mendukung transparansi dan akuntabilitas pelaporan, dengan metadata sebagai rujukan utama dalam menjelaskan sumber dan proses pembentukan data.

5. Mempermudah proses pembelajaran dan penguatan kapasitas SDM, terutama bagi petugas pelaporan dan pengelola data di lapangan, agar memiliki pemahaman yang seragam terhadap indikator yang digunakan.
6. Mendorong pengembangan sistem informasi kesehatan yang berkelanjutan dan responsif, melalui pemanfaatan metadata sebagai komponen inti dalam manajemen data kesehatan.
7. Membentuk landasan data yang kuat untuk pengambilan keputusan berbasis bukti (evidence-based policy), yang pada akhirnya bertujuan untuk meningkatkan efektivitas pelayanan dan intervensi kesehatan di Kota Semarang.

# BAB II

# DEMOGRAFI

METADATA PROFIL KESEHATAN KOTA SEMARANG 2024

Berdasarkan data gambaran umum, Kota Semarang memiliki luas 374 km<sup>2</sup> dengan 177 desa/kelurahan yang menjadi satuan wilayah administrasi. Desa merupakan kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas wilayah serta kewenangan untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal-usul, dan/atau hak tradisional yang diakui dalam sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia (Permendagri No. 20 Tahun 2018). Di dalam wilayah administratif desa terdapat kelurahan, yaitu wilayah kerja lurah sebagai perangkat daerah kabupaten/kota dalam wilayah kerja kecamatan.

Penduduk dalam wilayah tersebut dikelompokkan ke dalam satuan rumah tangga, yaitu individu atau sekelompok orang yang tinggal bersama di sebagian atau seluruh bangunan fisik dan berbagi konsumsi dari satu dapur. Kepadatan penduduk mengukur jumlah penduduk per kilometer persegi dan datanya dapat diperoleh dari BPS atau Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil, dengan tetap menjaga konsistensi antar variabel. Berdasarkan kelompok umur, jumlah penduduk dikelompokkan dalam interval 5 tahunan dan jenis kelamin. Misalnya, kelompok umur 0–4 tahun mencakup anak-anak sebelum genap berusia 5 tahun, di mana umur dinyatakan dengan pembulatan ke bawah.

Indikator demografi lainnya meliputi angka beban tanggungan, yaitu rasio antara penduduk usia non-produktif (di bawah 15 tahun dan di atas 64 tahun) terhadap penduduk usia produktif (15–64 tahun), serta rasio jenis kelamin yang membandingkan jumlah penduduk laki-laki dengan perempuan di suatu wilayah

pada waktu tertentu. Selain itu, data sosial penduduk juga mencakup tingkat melek huruf, yaitu kemampuan penduduk usia 15 tahun ke atas dalam membaca dan menulis kalimat sederhana dalam berbagai jenis huruf, serta status tamat sekolah, yang mengacu pada penyelesaian pendidikan pada jenjang tertentu dan telah mendapatkan ijazah meskipun belum mengikuti seluruh proses belajar di kelas tertinggi.

# BAB III

# SARANA KESEHATAN

METADATA PROFIL KESEHATAN KOTA SEMARANG 2024

Target	Indikator	
3.1 Pusat Kesehatan Masyarakat	3.1.1	Perkembangan Puskesmas Rawat inap dan Non rawat Inap, serta Rasio dan Akreditasi Puskesmas
3.2 Rumah Sakit	3.2.1	Jenis, Klasifikasi, dan Akreditasi Rumah Sakit
3.3 Ketersediaan Obat dan Vaksin	3.3.1	Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial dan Vaksin Imunisasi Dasar Lengkap (IDL)
3.4 Sarana Kefarmasian dan Alat Kesehatan	3.4.1	Sarana Produksi dan Distribusi Bidang Kefarmasian dan Alat Kesehatan
3.5 Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM)	3.5.1	Posyandu dan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM)

### 3.1 Pusat Kesehatan Masyarakat

Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengkoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif di wilayah kerjanya. Puskesmas mempunyai tugas menyelenggarakan dan mengkoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya.

<p><b>INDIKATOR 3.1.1</b></p> <p>Perkembangan Puskesmas Rawat inap dan Non rawat Inap, serta Rasio dan Akreditasi Puskesmas</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat. Puskesmas terbagi menjadi dua, yaitu puskesmas rawat inap dan puskesmas non rawat inap.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Puskesmas rawat inap</b> adalah puskesmas yang diberi tambahan sumberdaya untuk menyelenggarakan pelayanan rawat inap, sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan. Sedangkan, puskesmas</li> <li>2) <b>Puskesmas non rawat inap</b> adalah puskesmas yang tidak menyelenggarakan pelayanan rawat inap kecuali pertolongan persalinan normal.</li> </ol> <p>Berdasarkan Surat Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/651/2023 Tanggal 31 Juli 2023 tentang Perubahan atas Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/992 Tahun 2022 tentang Penetapan Kategori Unit Pelaksana teknis Dinas Pusat Kesehatan Masyarakat di Kota Semarang sejak tanggal 31 Juli 2023 jumlah puskesmas di Kota Semarang sebanyak 39 unit. Jumlah tersebut terdiri dari 10 unit puskesmas rawat inap dan 29 unit puskesmas non rawat inap.</p> <p>Rasio puskesmas digunakan untuk mengukur sejauh mana distribusi dan ketersediaan layanan kesehatan dasar yang disediakan oleh puskesmas di suatu daerah.</p> <p>Dari segi mutu pelayanan, seluruh puskesmas di Kota Semarang telah memenuhi standar akreditasi, yaitu sebanyak 38 puskesmas telah mencapai tingkat akreditasi paripurna dan 1 puskesmas berstatus akreditasi utama. Tidak ada puskesmas yang berstatus madya maupun dasar. Hal ini menunjukkan bahwa secara kualitas, puskesmas di Kota Semarang telah memenuhi standar pelayanan yang sangat baik, meskipun secara jumlah dan rasio masih perlu ditingkatkan.</p>
---	---

	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Rasio jumlah puskesmas merujuk pada perbandingan antara jumlah puskesmas yang ada dengan jumlah penduduk di suatu wilayah.</p>
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat puskesmas rawat inap adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan akses layanan kesehatan.</li> <li>2. Menurunkan angka kematian ibu dan bayi dengan menyediakan layanan persalinan normal dan PONED.</li> <li>3. Mengurangi beban rumah sakit.</li> </ol> <p>Manfaat puskesmas non rawat inap adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Efisiensi sumber daya.</li> <li>2. Pelayanan kesehatan yang dekat dengan masyarakat.</li> <li>3. Peningkatan kualitas layanan primer.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2024 Info Kesehatan Indonesia</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>

### 3.2 Rumah Sakit

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat selain upaya promotif dan preventif, diperlukan juga upaya kuratif dan rehabilitatif. Upaya kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif dapat diperoleh melalui rumah sakit yang juga berfungsi sebagai penyedia pelayanan kesehatan rujukan.

<p><b>INDIKATOR 3.1.1</b></p> <p>Jenis, Klasifikasi, dan Akreditasi Rumah Sakit</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara</p>
---	---

paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit dapat didirikan oleh Pemerintahan Pusat, Pemerintahan Daerah atau Swasta. Rumah sakit terdiri dari dua jenis, yaitu:

1. Rumah Sakit umum, yaitu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
2. Rumah Sakit khusus, yaitu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan, rumah sakit juga diklasifikasikan berdasarkan kemampuannya. Fasilitas RS dengan Kemampuan Pelayanan Gawat Darurat Level 1 yaitu ketentuan umum pelayanan gawat darurat level 1 mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.

Selain itu, indikator kematian juga menjadi bagian penting dalam evaluasi rumah sakit, seperti **Gross Death Rate (GDR)** dan **Net Death Rate (NDR)**. Gross Death Rate (GDR) adalah angka kematian umum untuk tiap-tiap 1.000 pasien keluar. Nilai GDR dari setiap RS dapat diperoleh dari pelaporan SIRS Online R.L. 1.2 dan 3.1. Net Death Rate (NDR) adalah angka kematian  $\geq$  48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1.000 pasien keluar.

Untuk mengevaluasi kinerja rumah sakit secara menyeluruh, terdapat berbagai indikator penting yang digunakan, terutama dalam aspek pelayanan rawat inap. Dalam hal ini dikenal istilah "jumlah hari perawatan" dan "jumlah lama dirawat". Jumlah hari perawatan adalah total hari rawat dari semua pasien yang dirawat selama satu tahun. Sedangkan, jumlah lama dirawat adalah total lama dirawat dari pasien sejak masuk sampai pulang, selama satu tahun Contoh: seorang pasien masuk RS tanggal 5 dan pulang tanggal 10 Maka hari

	<p>perawatan = tanggal 5, 6, 7, 8, 9, 10 = 6 hari Sedangkan lama dirawat = tanggal 10 - tanggal 5 = 5 hari. Terdapat beberapa indikator pelayanan kesehatan yang mencerminkan efisiensi dan efektivitas pelayanan rawat inap, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BOR (<i>Bed Occupancy Rate</i>)        Persentase pemakaian tempat tidur pada satu-satuan waktu tertentu. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85%. Nilai BOR dari setiap RS dapat diperoleh dari pelaporan SIRS Online R.L. 1.2 dan 3.1.</li> <li>2. BTO (<i>Bed Turn Over</i>)        Frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu (biasanya dalam periode 1 tahun). Nilai parameter BTO yang ideal adalah 40-50 kali dalam satu tahun. Nilai BTO dari setiap RS dapat diperoleh dari pelaporan SIRS Online R.L. 1.2 dan 3.1.</li> <li>3. TOI (<i>Turn Over Interval</i>)        Rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Nilai parameter TOI yang ideal pada kisaran 1-3 hari. Nilai TOI dari setiap RS dapat diperoleh dari pelaporan SIRS Online R.L. 1.2 dan 3.1.</li> <li>4. ALOS (<i>Average Length of Stay</i>)        Rata-rata lama rawat (dalam satuan hari) seorang pasien. Nilai parameter ALOS yang ideal adalah 6-9 hari. Nilai ALOS dari setiap RS dapat diperoleh dari pelaporan SIRS Online R.L. 1.2 dan 3.1.</li> </ol>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitas pelayanan kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat level 1 =</li> </ol>

$$\frac{\text{Jumlah RS yang mampu memberikan pelayanan gawat darurat level 1}}{\text{Jumlah Rumah Sakit di Kab/Kota}} \times 100\%$$

2. *Gross Death Rate (GDR)* =

$$\frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1.000\%$$

3. *Net Death Rate (NDR)* =

$$\frac{\text{Jumlah pasien mati} \geq 48 \text{ jam setelah dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1.000\%$$

4. *Bed Occupancy Rate (BOR)* =

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam setahun}} \times 100\%$$

5. *Bed Turn Over (BTO)* =

$$\frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$$

6. *Turn Over Interval (TOI)* =

$$\frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam setahun}) - \text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

7. *Average Length of Stay (ALOS)* =

Rata-rata lama rawat (dalam satuan hari) seorang pasien.

Nilai parameter ALOS yang ideal adalah 6-9 hari. Nilai ALOS

dari setiap RS dapat diperoleh dari pelaporan SIRS Online

R.L. 1.2 dan 3.1.

### **Manfaat**

Rumah sakit memiliki peran vital dalam menyediakan layanan kesehatan menyeluruh kepada individu, baik dalam kondisi biasa maupun darurat. Keberadaannya mendukung sistem pelayanan medis yang terstruktur dan terintegrasi, memungkinkan penanganan pasien dilakukan secara profesional sesuai dengan kebutuhan spesifik mereka, baik yang bersifat umum maupun khusus.

	<p>Klasifikasi rumah sakit berdasarkan jenis layanan dan kemampuan kegawatdaruratannya memastikan masyarakat dapat memperoleh pertolongan yang sesuai dengan tingkat keparahan kondisi kesehatan, termasuk dalam situasi kritis. Hal ini sangat penting untuk menjamin respons cepat dan tepat terhadap kejadian medis yang memerlukan intervensi segera.</p> <p>Manfaat lainnya terlihat dari indikator kinerja yang digunakan, seperti BOR, BTO, TOI, dan ALOS. Indikator tersebut memberikan gambaran efisiensi pengelolaan fasilitas serta kualitas pelayanan yang diberikan. Dengan adanya tolok ukur ini, rumah sakit dapat melakukan evaluasi berkala untuk meningkatkan mutu perawatan dan optimalisasi sumber daya.</p> <p>Indikator mortalitas seperti GDR dan NDR juga berguna sebagai acuan dalam menilai efektivitas prosedur medis dan keselamatan pasien selama masa perawatan. Hal ini mendukung pengawasan terhadap standar operasional yang berlaku, sehingga potensi risiko dapat diminimalisasi.</p> <p>Secara keseluruhan, pemahaman atas konsep serta pengukuran operasional rumah sakit memungkinkan pengelolaan yang transparan, akuntabel, dan adaptif terhadap tuntutan pelayanan kesehatan yang terus berkembang.</p>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b>          Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b>          Tahunan</p>

### 3.3 Ketersediaan Obat dan Vaksin

Obat dan vaksin memiliki peran penting dalam sistem Kesehatan Nasional. Pengelolaan obat dan vaksin bermanfaat dalam menjamin tersedianya obat serta vaksin yang berkualitas baik, tercukupi secara merata, jenis dan jumlah sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat di unit pelayanan kesehatan.

<b>INDIKATOR 3.3.1</b> Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial dan Vaksin [Kode SDS : 10410100]	<b>Konsep dan Definisi</b>  Obat esensial merupakan obat yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan masyarakat, mencakup upaya diagnosis, profilaksis, terapi, rehabilitasi dan tercantum dalam daftar obat esensial yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/6477/2021 tentang Daftar Obat Esensial Nasional. Sedangkan vaksin imunisasi dasar lengkap (IDL) merupakan pemberian seluruh jenis imunisasi pada bayi 0-11 bulan, yang terdiri dari vaksin Hepatitis B, BCG, DPT-HB-Hib, Polio, dan Campak/Campak Rubella. Pemantauan ketersediaan di kabupaten/kota dilakukan terhadap 5 item vaksin indikator yang merupakan vaksin pendukung program imunisasi dasar.  Pemantauan ketersediaan obat di Puskesmas dilakukan terhadap 40 item obat indikator yang mendukung Program Kesehatan Ibu dan Anak, Program Gizi, Program TB Paru, Program Malaria, serta obat pelayanan kesehatan dasar esensial yang tercantum dalam Formularium Nasional. Persentase Puskesmas yang memiliki ketersediaan minimal 80% dari 40 item obat indikator menjadi salah satu indikator penting dalam evaluasi pelayanan kesehatan di tingkat kota.
	<b>Metode Perhitungan</b>  1. Persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat esensial

	<p style="text-align: center;"><i><math>\frac{\text{Jumlah puskesmas yang memiliki minimal 80\% obat esensial}}{\text{jumlah puskesmas yang melapor}} \times 100\%</math></i></p> <p>2. Persentase ketersediaan obat esensial di kabupaten/kota</p> <p style="text-align: center;"><i><math>\frac{\text{Jumlah item obat esensial yang tersedia di kabupaten/kota}}{\text{Jumlah 40 item obat esensial yang seharusnya tersedia}} \times 100\%</math></i></p> <p>3. Persentase kabupaten/kota dengan ketersediaan vaksin IDL (Imunisasi Dasar Lengkap)</p> <p style="text-align: center;"><i><math>\frac{\text{Jumlah kabupaten/kota yang memiliki vaksin IDL}}{\text{Jumlah kabupaten/kota yang melapor}} \times 100\%</math></i></p>
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat Ketersediaan Obat Esensial dan Vaksin:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjamin keberhasilan terapi pasien, karena pengobatan yang tepat hanya bisa diberikan jika obat tersedia.</li> <li>2. Meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan, dengan meminimalkan rujukan akibat ketiadaan obat.</li> <li>3. Mendukung penanganan penyakit prioritas nasional, seperti Kesehatan Ibu dan Anak, Gizi, TB, dan Malaria.</li> <li>4. Menjadi indikator kesiapan sistem layanan kesehatan, dalam menghadapi kebutuhan masyarakat.</li> <li>5. Menunjukkan komitmen daerah dalam menjamin akses layanan kesehatan dasar yang bermutu.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024          Profil Kesehatan Kota Semarang 2023</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>

### 3.4 Sarana Kefarmasian dan Alat Kesehatan

Salah satu kebijakan pelaksanaan dalam Program Obat dan Perbekalan Kesehatan adalah pengendalian obat dan perbekalan kesehatan diarahkan untuk menjamin keamanan, khasiat dan mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan. Hal ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya penyalahgunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan atau penggunaan yang salah/tidak tepat serta tidak memenuhi mutu keamanan dan pemanfaatan yang dilakukan sejak proses produksi, distribusi, hingga penggunaannya di masyarakat.

<p><b>INDIKATOR 3.4.1</b></p> <p>Sarana Produksi dan Distribusi Bidang Kefarmasian dan Alat Kesehatan</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Industri Farmasi adalah perusahaan berbentuk badan hukum yang memiliki izin untuk melakukan kegiatan produksi atau pemanfaatan sumber daya produksi, penyaluran obat, bahan obat, dan fitofarmaka, melaksanakan pendidikan dan pelatihan, dan/atau penelitian dan pengembangan.</p> <p>Cakupan sarana produksi bidang kefarmasian dan alat kesehatan menggambarkan tingkat ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang melakukan upaya produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan. Produksi Alat Kesehatan adalah badan usaha yang memproduksi alat kesehatan dan telah memiliki sertifikat produksi. Berikut adalah jenis badan usaha yang memproduksi alat kesehatan, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Usaha Kecil Obat Tradisional (UKOT) adalah usaha yang membuat semua bentuk sediaan obat tradisional, kecuali bentuk sediaan tablet, efervesen, suppositoria dan kapsul lunak.</li><li>2. Usaha Mikro Obat Tradisional (UMOT) adalah usaha yang hanya membuat sediaan obat tradisional dalam bentuk param, tapel, pilis, cairan obat luar, dan rajangan.</li></ol>
---	--

	<p>Cakupan sarana distribusi bidang kefarmasian dan alat kesehatan menggambarkan tingkat ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang melakukan upaya distribusi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan. Apotek merupakan sarana pelayanan kefarmasian tempat dilakukan praktik kefarmasian oleh Apoteker (termasuk Apotek PRB). Toko Obat adalah orang atau badan hukum Indonesia yang memiliki izin untuk menyimpan obat-obat bebas terbatas (daftar W) untuk dijual secara eceran di tempat tertentu sebagaimana tercantum dalam surat izin. Sementara itu, Toko Alat Kesehatan (Toko Alkes) adalah unit usaha yang diselenggarakan oleh perorangan atau badan untuk melakukan pengadaan, penyimpanan, dan penyaluran alat kesehatan tertentu secara eceran sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>-</p>
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Sarana produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan berfungsi untuk memastikan tersedianya produk kesehatan yang aman, bermutu, dan berkhasiat. Industri farmasi, Usaha Kecil Obat Tradisional (UKOT), dan Usaha Mikro Obat Tradisional (UMOT) memiliki peran penting dalam menghasilkan sediaan farmasi dan obat tradisional sesuai standar mutu, mulai dari tahap bahan baku, proses produksi, hingga produk akhir. Selain itu, sarana produksi juga berperan dalam mendukung kegiatan pendidikan, pelatihan, serta penelitian dan pengembangan di bidang kefarmasian sebagai bagian dari peningkatan kualitas layanan kesehatan secara berkelanjutan.</p> <p>Sementara itu, sarana distribusi seperti apotek, toko obat, dan toko alat kesehatan memiliki fungsi utama dalam menjamin ketersediaan dan aksesibilitas produk kesehatan di tengah</p>

	<p>masyarakat. Sarana-sarana ini bertugas menyalurkan sediaan farmasi dan alat kesehatan dari produsen ke konsumen dengan memperhatikan aspek legalitas, mutu, serta ketepatan penggunaan. Dengan pengawasan yang baik, distribusi yang dilakukan melalui sarana resmi dapat mencegah penyalahgunaan dan peredaran produk yang tidak memenuhi standar. Keberadaan sarana distribusi yang merata dan terkelola dengan baik menjadi bagian penting dalam sistem pelayanan kesehatan untuk menunjang perlindungan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.</p>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b> Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b> Tahunan</p>

### 3.5 Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM)

Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) merupakan bentuk partisipasi aktif masyarakat dalam pembangunan kesehatan, baik melalui tenaga, pendanaan, kegiatan, maupun kelembagaan.

<p><b>INDIKATOR 3.5.1</b> Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) [Kode SDS : 10410055]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Unit Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UBKM) memiliki dua bentuk utama yang berperan penting dalam layanan kesehatan dasar yaitu Posyandu dan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Menular (Posbindu PTM).</p> <p><b>1. Posyandu</b></p> <p>Posyandu dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat guna memberdayakan masyarakat dan</p>
---	--

memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu, bayi, dan balita. Posyandu mengembangkan kegiatan tambahan kesehatan minimal satu kegiatan (misalnya Pos PAUD, kesehatan reproduksi remaja/Posyandu Remaja, kesehatan usia kerja/Pos UKK, kesehatan lanjut usia/Posyandu Lansia, Tanaman Obat Keluarga (TOGA), Bina Keluarga Balita (BKB), Posbindu PTM, Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, pos malaria desa (posmaledes), kelompok pemakai dan pecinta air bersih (pokmair), dsbnya).

Posyandu dikatakan aktif ketika memenuhi beberapa kriteria sebagai berikut:

- a. Melakukan kegiatan rutin posyandu minimal 8 kali/tahun yaitu melakukan kegiatan hari buka layanan posyandu minimal 8 kali/tahun dalam bulan berbeda, baik hari buka posyandu maupun kunjungan rumah/kegiatan mandiri/janji temu ke fasyankes.
- b. Posyandu memiliki kader minimal 5 orang disahkan dengan surat keputusan Kepala Desa/Lurah.
- c. Sebanyak 3 dari 4 layanan di posyandu memenuhi cakupan minimal 50% sasaran sebanyak 8 bulan dalam satu tahun, yaitu gizi, KIA, KB, dan imunisasi.
- d. Setiap posyandu memiliki alat pertumbuhan (alat ukur panjang badan bayi, alat ukur tinggi badan, timbangan bayi, timbangan dacin, timbangan dewasa, dan perlengkapannya) dan perkembangan (sesuai panduan di dalam buku KIA).

## **2. Posbindu PTM**

	<p>Posbindu PTM merupakan Upaya kesehatan berbasis bersumberdaya masyarakat (UKBM) dalam pencegahan dan pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) melalui kegiatan skrining kesehatan/deteksi dini faktor risiko PTM, intervensi/modifikasi faktor risiko PTM serta monitoring dan tindak lanjut faktor risiko PTM bersumber daya masyarakat secara rutin dan berkesinambungan.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persentase Posyandu aktif</li> </ul> $\frac{\text{Jumlah Posyandu Aktif di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh posyandu yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Keberadaan ribuan Posyandu aktif dan peningkatan jumlah Posbindu PTM telah menunjukkan peran signifikan UKBM dalam meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di tingkat masyarakat.</li> <li>2. Mempercepat deteksi dini Penyakit Tidak Menular (PTM).</li> <li>3. Meningkatkan cakupan imunisasi di berbagai kelompok usia.</li> <li>4. Mendukung pemantauan tumbuh kembang balita.</li> <li>5. Mendorong pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).</li> <li>6. Berperan dalam pencapaian Indikator Keluarga Sehat.</li> <li>7. Berkontribusi pada upaya penurunan stunting.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024          Profil Kesehatan Kota Semarang 2023</p>

	<b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b> Tahunan
--	--

# BAB IV

## SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

METADATA PROFIL KESEHATAN KOTA SEMARANG 2024

Target	Indikator	
4.1 Sumber Daya Manusia Kesehatan	4.1.1	Jumlah Tenaga Kesehatan, Distribusi Sembilan Tenaga Kesehatan, dan Rasio Tenaga Kesehatan

### 4.1 Sumber Daya Manusia Kesehatan

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Sumber Daya Kesehatan merupakan individu yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik melalui jalur pendidikan formal maupun nonformal, yang dalam jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Penyelenggaraan subsistem sumber daya manusia kesehatan mencakup aspek perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.

INDIKATOR 4.1.1	Konsep dan Definisi
Jumlah Tenaga Kesehatan [Kode SDS : 10410072], Distribusi Sembilan Tenaga Kesehatan, dan Rasio Tenaga Kesehatan	Tenaga Kesehatan sendiri didefinisikan sebagai setiap orang yang mengabdikan diri di bidang kesehatan dengan sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan tinggi. Undang-undang ini mengelompokkan tenaga kesehatan ke dalam beberapa rumpun dan subrumpun, yaitu tenaga medis, tenaga kesehatan (yang terdiri dari tenaga psikologi klinis, keperawatan, kebidanan, kefarmasian, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi, keterampilan fisik, keteknisian medis, teknis biomedika, kesehatan tradisional, dan lainnya), serta tenaga

penunjang atau pendukung kesehatan.

Tenaga medis meliputi dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis, yang merupakan lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi dari dalam atau luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia. Dalam pelaksanaannya, tenaga medis dapat memberikan pelayanan kesehatan di berbagai fasilitas, seperti Puskesmas, Rumah Sakit, klinik, tempat praktik mandiri, laboratorium kesehatan, dan unit transfusi darah. Untuk mengukur ketersediaan layanan, digunakan indikator rasio tenaga medis per 100.000 penduduk di suatu wilayah, yang mencakup dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis.

Selain itu, tenaga keperawatan terdiri dari perawat lulusan pendidikan tinggi keperawatan, dengan spesialisasi antara lain perawat kesehatan masyarakat, perawat anak, maternitas, medikal bedah, geriatri, dan kesehatan jiwa. Tenaga kebidanan diwakili oleh bidan, yakni perempuan yang telah lulus pendidikan kebidanan dan teregistrasi sesuai ketentuan perundang-undangan.

Rumpun tenaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiolog kesehatan, promotor kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga. Sementara itu, tenaga kesehatan lingkungan mencakup bidang sanitasi lingkungan, entomologi kesehatan, dan mikrobiologi kesehatan. Di bidang gizi, tenaga kesehatan dibagi menjadi nutrisisionis dan dietisien. Masing-masing kelompok ini juga dinilai berdasarkan rasio per 100.000 penduduk, mengacu pada keberadaan mereka di Puskesmas, Rumah Sakit, maupun sarana pelayanan kesehatan lainnya.

Tenaga ahli teknologi laboratorium medik merupakan individu yang memiliki kompetensi dalam menganalisis cairan dan jaringan tubuh manusia untuk menghasilkan informasi kesehatan.

Sedangkan tenaga teknik biomedika lainnya mencakup profesi seperti radiografer, elektromedis, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik. Tenaga keterampilan fisik terdiri dari fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur, sementara tenaga keteknisan medis meliputi perekam medis, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, serta audiologis.

Keseluruhan tenaga kesehatan ini disebar di berbagai fasilitas layanan, baik Puskesmas, Rumah Sakit, maupun sarana pelayanan kesehatan lainnya di wilayah kabupaten/kota. Untuk mendukung evaluasi dan perencanaan sumber daya kesehatan, digunakan indikator rasio tiap jenis tenaga kesehatan per 100.000 penduduk. Data rasio ini menjadi dasar dalam merumuskan kebijakan distribusi, peningkatan kualitas, dan penyediaan tenaga kesehatan yang merata dan berkualitas di seluruh Indonesia.

### Metode Perhitungan

#### 1. Rasio Dokter per 100.00 Penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah dokter yang memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

#### 2. Rasio Dokter Spesialis per 100.000 Penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah dokter spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

#### 3. Rasio Dokter Gigi per 100.000 Penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

#### 4. Rasio Tenaga Keperawatan per 100.000 Penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah tenaga keperawatan yang memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

5. Rasio Tenaga Kebidanan per 100.000 Penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah bidan yang memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

6. Rasio tenaga kesehatan masyarakat per 100.000 penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah tenaga kes.masyarakat yang memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, RS dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

7. Rasio tenaga kesehatan lingkungan per 100.000 penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah tenaga kesehatan lingkungan hidup yang memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, RS dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

8. Rasio tenaga gizi per 100.000 penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah tenaga gizi yang memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, RS dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

9. Rasio tenaga ahli laboratorium per 100.000 Penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah tenaga ahli lab.medik memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, RS dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

10. Rasio tenaga teknik biomedika per 100.000 Penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah tenaga teknik biomedika selain ahli lab.medik memberikan pelayanan kes.di pusk, RS dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

11. Rasio tenaga keterampilan fisik per 100.000 Penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah tenaga keterampilan fisik memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, RS dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

12. Rasio tenaga keteknisan medika per 100.000 Penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah tenaga keteknisan medis memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, RS dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

13. Rasio apoteker per 100.000 Penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah apoteker yang memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

#### 14. Rasio tenaga teknis kefarmasian per 100.000 Penduduk

$$= \frac{\text{Jumlah tenaga teknis kefarmasian yang memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, Rumah Sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan tahun yang sama}} \times 100.000$$

#### **Manfaat**

Manfaat dari Jumlah Tenaga Kesehatan, Distribusi Sembilan Tenaga Kesehatan, dan Rasio Tenaga Kesehatan sebagai berikut:

1. Menjamin pemerataan layanan kesehatan.
2. Mengidentifikasi ketimpangan layanan kesehatan.
3. Mendukung perencanaan dan evaluasi layanan kesehatan.
4. Menentukan kebutuhan intervensi.
5. Menjamin ketersediaan tenaga pada setiap lini layanan.

#### **Sumber dan Cara Pengumpulan Data**

Profil Kesehatan Kota Semarang 2023

Profil Kesehatan Kota Semarang 2024

#### **Frekuensi Waktu Pengumpulan Data**

Tahunan

# BAB V

# PEMBIAYAAN KESEHATAN

METADATA PROFIL KESEHATAN KOTA SEMARANG 2024

Target	Indikator	
5.1 Pembiayaan Kesehatan	5.1.1	Anggaran Kesehatan Kota Semarang dan Anggaran Kesehatan Per Kapita (Perencanaan, Keuangan)
	5.1.2	Jaminan Kesehatan Nasional (Jamkes)

## 5.1 Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan diatur sebagai bagian dari pendanaan Puskesmas. Pendanaan ini mencakup sumber dana dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).

<p><b>INDIKATOR 5.1.1</b></p> <p>Anggaran Kesehatan Kota Semarang dan Anggaran Kesehatan Per Kapita (Perencanaan, Keuangan)</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Anggaran kesehatan merupakan dana yang dialokasikan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan melalui APBD kabupaten/kota, yang mencakup pula anggaran kesehatan pemerintah per kapita per tahun yakni total dana dari APBN, APBD, dan PHLN (tidak termasuk belanja tidak langsung) yang digunakan untuk pelayanan kesehatan per individu setiap tahunnya. Pendanaan ini juga bersumber dari Dana Alokasi Khusus (DAK) yang berasal dari pendapatan APBN dan ditujukan untuk mendanai kegiatan khusus sesuai prioritas nasional. DAK terbagi menjadi fisik (reguler, penugasan, afirmasi) dan nonfisik (BOK, akreditasi, jampersal). Selain itu, terdapat pula Dana Dekonsentrasi yang berasal dari APBN dan dilaksanakan oleh gubernur sebagai wakil pemerintah pusat, yang</p>
---	---

mencakup seluruh penerimaan dan pengeluaran dalam pelaksanaan dekonsentrasi, tidak termasuk dana untuk instansi vertikal.

Anggaran kesehatan per kapita merujuk pada jumlah total pengeluaran untuk kebutuhan kesehatan setiap individu. Anggaran ini meliputi biaya layanan kesehatan, termasuk pengadaan obat-obatan, alat medis, dan penyediaan fasilitas kesehatan.

### **Metode Perhitungan**

1. Persentase Anggaran Kes Dalam APBD Kab/Kota

$$= \frac{\text{Jumlah alokasi APBD Kabupaten/Kota untuk kesehatan dalam 1 tahun}}{\text{"Total anggaran APBD pada tahun yang sama"}} \times 100\%$$

2. Anggaran Kesehatan Pemerintah per Kapita per tahun (rupiah)

$$= \frac{\text{Jumlah alokasi anggaran kesehatan pemerintah dalam 1 tahun (rupiah) di wilayah tertentu}}{\text{Jumlah penduduk pada wilayah dan tahun yang sama}}$$

### **Manfaat**

Manfaat Anggaran Kesehatan dalam Pembangunan Kesehatan Daerah:

1. Mendukung perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif).
2. Meningkatkan mutu layanan Puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya.
3. Memperkuat sistem surveilans kesehatan untuk deteksi dan respons penyakit.
4. Memenuhi standar akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan.
5. Menunjukkan komitmen dan efisiensi pembiayaan layanan kesehatan melalui peningkatan alokasi per kapita.
6. Menjadi dasar evaluasi kecukupan dana terhadap cakupan

	<p>dan kualitas layanan.</p> <p>7. Mendukung penyusunan program Jaminan Kesehatan Daerah.</p> <p>8. Memfasilitasi pembelian obat, alat kesehatan, dan pengembangan SDM kesehatan.</p> <hr/> <p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p> <hr/> <p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 5.1.1</b></p> <p>Jaminan Kesehatan Nasional</p> <p>[Kode SDS : 10610031]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program strategis nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, sebagai bentuk pelaksanaan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yang menegaskan bahwa negara bertanggung jawab untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat melalui sistem jaminan sosial. JKN memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh masyarakat Indonesia agar dapat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.</p> <p>Peserta JKN diklasifikasikan ke dalam beberapa kelompok.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerima Bantuan Iuran (PBI): Masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibiayai oleh Pemerintah Pusat melalui APBN.</li> <li>2. Pekerja Penerima Upah (PPU): Meliputi PNS, TNI/ POLRI, Pejabat Negara, dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri yang iurannya dibiayai oleh pemberi kerja dan peserta yang bersangkutan.</li> <li>3. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau peserta mandiri</li> </ol>

	<p>yang bekerja sendiri dan membayar iuran secara mandiri.</p> <p>4. Bukan Pekerja (BP): Meliputi investor, pensiunan, veteran, perintis kemerdekaan, dan lainnya, yang juga membayar iuran secara pribadi.</p> <p>Bagian dari peserta JKN berasal dari populasi penduduk miskin dan rentan, yaitu kelompok 40% terbawah dalam distribusi pendapatan, yang menjadi peserta jaminan kesehatan melalui SJSN Bidang Kesehatan dan dikelola oleh BPJS.</p> <p>Perlindungan ini diberikan kepada peserta melalui mekanisme pembayaran iuran yang memungkinkan mereka memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan serta perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Cakupan <span style="float: right;">JKN</span></p> $= \frac{\text{Jumlah penduduk yang menjadi peserta JKN di satu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh penduduk di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat dari program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjamin akses pelayanan kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat tanpa diskriminasi.</li> <li>2. Melindungi kelompok rentan, seperti masyarakat miskin dan tidak mampu, melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI).</li> <li>3. Mencakup layanan kesehatan lengkap.</li> <li>4. Menurunkan beban pengeluaran langsung (out-of-pocket) masyarakat terhadap biaya kesehatan.</li> <li>5. Meningkatkan pencapaian indikator kesehatan daerah, termasuk derajat kesehatan masyarakat.</li> </ol>

	6. Memperkuat sistem kesehatan daerah, terutama dalam pelayanan dasar dan rujukan melalui integrasi dengan UHC.
	<b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b> Profil Kesehatan Kota Semarang 2024
	<b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b> Tahunan

# BAB VI

# KESEHATAN KELUARGA

METADATA PROFIL KESEHATAN KOTA SEMARANG 2024

Target	Indikator	
6.1 Kesehatan Ibu	6.1.1	Angka Kematian Ibu
	6.1.2	Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil
	6.1.3	Pelayanan Imunisasi Tetanus Difteri bagi Wanita Usia Subur (WUS)
	6.1.4	Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin
	6.1.5	Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas
	6.1.6	Pelayanan Komplikasi Kebidanan
	6.1.7	Pelayanan Kontrasepsi
6.2 Kesehatan Anak	6.2.1	Pelayanan Kesehatan Neonatal (KIA)
	6.2.2	Pelayanan Kesehatan Bayi, Anak Balita, dan Prasekolah (KIA/PMG)
	6.2.3	Imunisasi (P2TMS)
	6.2.4	Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah
6.3 Gizi	6.3.1	Status Gizi Balita
	6.3.2	Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian ASI Eksklusif
	6.3.3	Pemberian Kapsul Vitamin A Balita Usia 6-59 Bulan

	6.3.4	Penimbangan Balita
6.4 Kesehatan Usia Lanjut	6.4.1	Kesehatan Lanjut Usia

## 6.1 Kesehatan Ibu

Kesehatan ibu adalah kondisi kesehatan perempuan selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan disebutkan bahwa upaya Kesehatan Ibu merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu melalui deteksi dini risiko, pemantauan kehamilan, pelayanan persalinan yang aman, serta pelayanan pasca persalinan.

<p><b>INDIKATOR 6.1.1</b> Angka Kematian Ibu [10410009]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Kelahiran seorang bayi, tanpa memperhitungkan lamanya berada dalam kandungan, dianggap sah apabila menunjukkan tanda-tanda kehidupan seperti bernapas, adanya denyut jantung, atau gerakan otot. Namun, di sisi lain, proses kehamilan dan persalinan masih menyimpan risiko tinggi terhadap keselamatan ibu.</p> <p><b>Kematian Ibu</b> adalah kematian perempuan selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan, bencana, cedera atau bunuh diri.</p> <p>Penyebab kematian Ibu adalah penyebab kematian perempuan selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat</p>
---	---

	<p>oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan, bencana, cedera atau bunuh diri. Jenis penyebab kematian ibu dapat dikelompokkan menjadi perdarahan, gangguan hipertensi, infeksi, kelainan jantung dan pembuluh darah, gangguan autoimun, gangguan serebrovaskular, COVID-19, komplikasi pasca keguguran (abortus), dan penyebab lainnya.</p> <p>AKI dihitung sebagai jumlah kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Indikator ini sensitif terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, pendidikan, dan status kesehatan umum.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup =</p> $\frac{\text{Jumlah kematian ibu di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100.000$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat dari mengetahui angka kematian ibu (AKI) adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau kematian yang terkait dengan kehamilan, persalinan, dan masa nifas.</li> <li>2. Mengevaluasi efektivitas sistem pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan melahirkan.</li> <li>3. Menjadi indikator untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat.</li> <li>4. Memberikan dasar bagi perumusan kebijakan kesehatan ibu yang lebih tepat.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024          Profil Kesehatan Kota Semarang 2023          Badan Pusat Statistik</p>

	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 6.1.2</b></p> <p>Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), dan Pemeriksaan Hepatitis B pada Ibu Hamil</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>A. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil</p> <p>Pelayanan kesehatan ibu hamil merupakan pelayanan yang didapatkan setiap ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, dan diberikan sejak masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan. Pelayanan ini bertujuan agar setiap ibu hamil dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan pengalaman positif serta melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Pelayanan kesehatan ibu hamil ini dikelompokkan sesuai usia kehamilan, yaitu di trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Standar kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan</li> <li>2. Pengukuran tekanan darah;</li> <li>3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA);</li> <li>4. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);</li> <li>5. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toxoid sesuai status imunisasi;</li> <li>6. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;</li> <li>7. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);</li> <li>8. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk KB pasca persalinan);</li> <li>9. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya);</li> </ol>

	<p>10. Tatalaksana kasus sesuai indikasi.</p> <p>Selain 10T standar kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil diatas, Kota Semarang juga telah menyediakan pemeriksaan USG di trimester 1 dan trimester 3 yang dilakukan oleh Puskesmas.</p> <p>Berdasarkan PMK No. 21 tahun 2021, Pelayanan kesehatan ibu hamil harus memenuhi frekuensi minimal 6 kali selama masa kehamilan, yaitu 1 kali pada trimester 1 (0-12 minggu), 2 kali pada trimester 2 (&gt;12-24 minggu), dan 3 kali pada trimester 3 (&gt;24 minggu sampai kelahiran). Standar frekuensi pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan.</p> <p>Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dilakukan dengan melihat cakupan K1, K4, dan K6. Indikator yang digunakan untuk menggambarkan akses ibu hamil terhadap pelayanan masa hamil adalah cakupan K1 (kunjungan pertama). Sedangkan indikator untuk menggambarkan kualitas layanan adalah cakupan K4-K6 (kunjungan ke-4 sampai ke-6) dan kunjungan selanjutnya apabila diperlukan.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya sebelum minggu ke-8. Cakupan kunjungan ibu hamil K-1 adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal sesuai standar (10T) oleh tenaga kesehatan pada masa kehamilan trimester pertama di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.</li></ol>
--	---

2. K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 4 kali, dengan distribusi waktu yaitu 1 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester 2, dan 2 kali pada trimester 3. Cakupan kunjungan ibu hamil K-4 adalah cakupan Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar (10T) paling sedikit empat kali, dengan distribusi pemberian pelayanan yang dianjurkan adalah minimal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga umur kehamilan.
3. K6 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama masa kehamilannya minimal 6 kali, dengan distribusi waktu yaitu 1 kali pada trimester 1, 2 kali pada trimester 2, dan 3 kali pada trimester 3 serta minimal 2 kali diperiksa oleh dokter umum atau dokter spesialis di trimester 1 dan trimester 3. Cakupan kunjungan ibu hamil K-6 adalah cakupan Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar (10T) paling sedikit enam kali, dengan distribusi pemberian pelayanan yang dianjurkan adalah minimal satu kali pada trimester pertama, dua kali pada trimester kedua dan tiga kali pada trimester ketiga dengan paling sedikit 2 kali oleh dokter pada trimester pertama dan ketiga. Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan program yang fokus pada perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi pada ibu hamil, ibu bersalin, dan nifas. P4K ini

	<p>merupakan salah satu upaya dalam percepatan penurunan AKI dan AKB melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan.</p> <p>P4K ini difasilitasi oleh puskesmas maupun bidan dalam rangka peran aktif suami, keluarga dan masyarakat untuk persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir. Puskesmas melaksanakan orientasi P4K adalah puskesmas yang melaksanakan Orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).</p> <p>Selain itu, puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil adalah puskesmas yang minimal 50% desa/kelurahan di wilayah kerjanya melaksanakan kelas ibu hamil dalam kurun waktu 1 tahun. Kelas Ibu Hamil merupakan kegiatan yang dapat mendukung P4K ini, karena dapat digunakan sebagai tempat belajar tentang kesehatan bagi ibu hamil. Adanya Kelas Ibu Hamil ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas hingga perawatan bayi baru lahir.</p> <p><b>B. Pemeriksaan Hepatitis B pada Ibu Hamil</b></p> <p>Hepatitis B adalah penyakit menular dalam bentuk peradangan hati yang disebabkan oleh virus Hepatitis B. Deteksi Dini Hepatitis B pada Ibu Hamil dilakukan melalui pemeriksaan HbsAg. HBsAg (Hepatitis B Surface Antigen) merupakan antigen permukaan yang ditemukan pada virus hepatitis B yang memberikan arti adanya infeksi hepatitis B Saat ini Program pemerintah untuk Deteksi Dini Hepatitis B menggunakan Rapid Diagnostic Test (RDT) HbsAg. Jumlah ibu hamil diperiksa HBsAg yaitu semua ibu hamil yang diperiksa HBsAg, baik</p>
--	---

menggunakan RDT HBsAg dari Kementerian Kesehatan maupun daerah termasuk metode lainnya seperti Elisa dalam kurun satu tahun. Hasil dianggap reaktif jika semua ibu hamil yang diperiksa HBsAg, baik menggunakan RDT HBsAg dari Kementerian Kesehatan maupun daerah termasuk metode lainnya seperti Elisa dengan hasil Reaktif atau Positif dalam kurun satu tahun. Sedangkan dianggap non reaktif jika semua ibu hamil yang diperiksa HBsAg, baik menggunakan RDT HBsAg dari Kementerian Kesehatan maupun daerah termasuk metode lainnya seperti Elisa dengan hasil Non Reaktif Negatif dalam kurun satu tahun.

### Metode Perhitungan

1. Cakupan kunjungan Ibu Hamil K-1/K-4/K-6 =

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal K1/K4/K6 sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh ibu hamil di wilayah dan dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

2. Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil =

$$\frac{\text{Jumlah puskesmas yang minimal 50% desa/kelurahan di wilayah kerjanya melaksanakan kelas ibu hamil dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah puskesmas di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

3. Puskesmas Melaksanakan Orientasi P4K =

$$\frac{\text{Jumlah puskesmas yang melaksanakan orientasi P4K di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah puskesmas di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

4. Persentase bumil diperiksa =

$$\frac{\text{Jumlah Ibu hamil diperiksa dalam kurun satu tahun}}{\text{Jumlah ibu hamil dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

5. Persentase Bumil reaktif =

$$\frac{\text{Jumlah Ibu Hamil Terdeteksi HBsAg Reaktif dalam kurun satu tahun}}{\text{Jumlah Ibu hamil diperiksa HBsAg}} \times 100\%$$

### Manfaat

Manfaat pelayanan kesehatan ibu hamil adalah sebagai berikut:

1. Menjaga kesehatan ibu dan janin sejak masa konsepsi hingga

	<p>persalinan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mendeteksi dan menangani risiko atau komplikasi secara dini.</li> <li>3. Penerapan standar pelayanan kehamilan.</li> <li>4. Peningkatan cakupan kunjungan pelayanan kehamilan (K1, K4, K6).</li> <li>5. Penyelenggaraan Kelas Ibu Hamil.</li> <li>6. Pelaksanaan Program P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi).</li> <li>7. Deteksi dini hepatitis B melalui tes HBsAg.</li> <li>8. Mendukung penurunan angka kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB).</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024          Profil Kesehatan Kota Semarang 2023</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 6.1.3</b></p> <p>Pelayanan Imunisasi Tetanus Difteri bagi Wanita Usia Subur (WUS)          [Kode SDS : 10410016]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Cakupan Imunisasi Td pada Ibu hamil adalah cakupan (jumlah dan persentase) ibu hamil yang mendapatkan imunisasi Td (Tetanus difteri) dengan interval tertentu (yang dimulai saat dan atau sebelum kehamilan) dengan memperhatikan hasil skrining dan status T. Rincian cakupannya adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Td 1, adalah cakupan (jumlah dan persentase) ibu hamil yang mendapatkan imunisasi Td dosis pertama</li> <li>2. Td 2, adalah cakupan (jumlah dan persentase) ibu hamil yang mendapatkan imunisasi Td dosis kedua dengan interval minimal 4 minggu setelah Td 1</li> </ol>

3. Td 3, adalah cakupan (jumlah dan persentase) ibu hamil yang mendapatkan imunisasi Td dosis ketiga dengan interval minimal 6 bulan setelah Td 2
4. Td 4, adalah cakupan (jumlah dan persentase) ibu hamil yang mendapatkan imunisasi Td dosis keempat dengan interval minimal 1 tahun setelah Td 3
5. Td 5, adalah cakupan (jumlah dan persentase) ibu hamil yang mendapatkan imunisasi Td dosis kelima dengan interval minimal 1 tahun setelah Td 4

Setiap ibu hamil yang akan diimunisasi Td harus dilakukan skrining terlebih dahulu dengan melihat interval minimal. Hasil skrining akan menentukan pemberian dosis imunisasi Td berikutnya pada ibu hamil.

Cakupan Imunisasi Td pada WUS tidak hamil adalah cakupan (jumlah dan persentase) WUS tidak hamil berusia 15-39 tahun yang mendapatkan imunisasi Td dengan interval tertentu dengan memperhatikan hasil skrining dan status T. Rincian cakupannya adalah sebagai berikut:

1. Td 1, adalah cakupan (jumlah dan persentase) WUS tidak hamil yang mendapatkan imunisasi Td dosis pertama
2. Td 2, adalah cakupan (jumlah dan persentase) WUS tidak hamil yang mendapatkan imunisasi Td dosis ke dua dengan interval minimal 4 minggu setelah Td 1
3. Td 3, adalah cakupan (jumlah dan persentase) WUS tidak hamil yang mendapatkan imunisasi Td dosis ke tiga dengan interval minimal 6 bulan setelah Td 2
4. Td 4, adalah cakupan (jumlah dan persentase) WUS tidak hamil yang mendapatkan imunisasi Td dosis ke empat dengan interval minimal 1 tahun setelah Td 3

	<p>5. Td 5, adalah cakupan (jumlah dan persentase) WUS tidak hamil yang mendapatkan imunisasi Td dosis ke lima dengan interval minimal 1 tahun setelah Td 4</p> <p>Setiap WUS tidak hamil yang akan diimunisasi Td harus dilakukan skrining terlebih dahulu dengan melihat interval minimal. Hasil skrining akan menentukan pemberian dosis imunisasi Td berikutnya pada WUS tidak hamil.</p> <p>Cakupan Imunisasi Td pada WUS hamil dan tidak hamil adalah cakupan (jumlah dan persentase) WUS (wanita usia subur) baik hamil maupun tidak hamil, berusia 15-39 tahun yang mendapatkan imunisasi Td dengan interval tertentu, dengan memperhatikan hasil skrining dan status T. Rincian cakupannya adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Td 1, adalah cakupan (jumlah dan persentase) WUS yang mendapatkan imunisasi Td dosis pertama.</li> <li>2. Td 2, adalah cakupan (jumlah dan persentase) WUS yang mendapatkan imunisasi Td dosis ke dua dengan interval minimal 4 minggu setelah Td 1.</li> <li>3. Td 3, adalah cakupan (jumlah dan persentase) WUS yang mendapatkan imunisasi Td dosis ke tiga dengan interval minimal 6 bulan setelah Td 2.</li> <li>4. Td 4, adalah cakupan (jumlah dan persentase) WUS yang mendapatkan imunisasi Td dosis ke empat dengan interval minimal 1 tahun setelah Td 3.</li> <li>5. Td 5, cakupan (jumlah dan persentase) WUS yang mendapatkan imunisasi Td dosis ke lima dengan interval minimal 1 tahun setelah Td 4.</li> </ol>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cakupan Td1/Td2/Td3/Td4/Td5 =</li> </ol>

	<p>Jumlah ibu hamil yang mendapatkan imunisasi Td1/Td2/Td3/Td4/Td5 pada wilayah dan kurun waktu tertentu  <math display="block">\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang mendapatkan imunisasi Td1/Td2/Td3/Td4/Td5 pada wilayah dan kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah ibu hamil pada wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math></p> <p>2. Cakupan Td2 =</p> <p>Jumlah ibu hamil yang mendapatkan imunisasi Td2+Td3+Td4+Td5 pada wilayah dan kurun waktu tertentu  <math display="block">\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang mendapatkan imunisasi Td2+Td3+Td4+Td5 pada wilayah dan kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah ibu hamil pada wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math></p> <p>3. Cakupan Td1/Td2/Td3/Td4/Td5 WUS tidak hamil =</p> <p>Jumlah WUS tidak hamil yang mendapatkan imunisasi Td1/Td2/Td3/Td4/Td5 pada wilayah dan kurun waktu tertentu  <math display="block">\frac{\text{Jumlah WUS tidak hamil yang mendapatkan imunisasi Td1/Td2/Td3/Td4/Td5 pada wilayah dan kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah WUS tidak hamil pada wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math></p> <p>4. Cakupan Td1/Td2/Td3/Td4/Td5 Pada WUS hamil dan tidak hamil =</p> <p>Jumlah WUS hamil dan tidak hamil yang mendapatkan imunisasi Td1/Td2/Td3/Td4/Td5 pada wilayah dan kurun waktu tertentu  <math display="block">\frac{\text{Jumlah WUS hamil dan tidak hamil yang mendapatkan imunisasi Td1/Td2/Td3/Td4/Td5 pada wilayah dan kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah WUS hamil dan tidak hamil pada wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math></p>
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat imunisasi Tetanus Difteri (Td) pada ibu hamil dan wanita usia subur (WUS) adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah infeksi tetanus pada ibu hamil dan bayi baru lahir.</li> <li>2. Mencegah tetanus neonatorum pada bayi.</li> <li>3. Memberikan kekebalan dasar bagi wanita usia subur (WUS).</li> <li>4. Mendukung penurunan angka kematian ibu dan bayi.</li> <li>5. Menjadi bagian dari strategi kesehatan masyarakat.</li> <li>6. Cakupan imunisasi mencerminkan tingkat perlindungan populasi wanita.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 6.1.4</b></p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p>

<p>Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin</p>	<p>Pelayanan kesehatan ibu bersalin secara standar tidak hanya di fasilitas kesehatan saja namun juga dilihat dari penolong persalinan. Penolong persalinan sesuai standar terdiri dari 1 dokter dengan bidan dan perawat, atau 1 dokter dengan 2 bidan. Namun apabila dalam keterbatasan akses persalinan di fasilitas kesehatan, persalinan tanpa komplikasi dapat dilakukan oleh 2 bidan atau 1 bidan dan perawat saja. Cakupan pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan adalah indikator yang menunjukkan persentase ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Cakupan pertolongan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan =</p> $\frac{\text{Jumlah ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah ibu bersalin di wilayah dan dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pelayanan kesehatan ibu bersalin adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan kematian neonatal.</li> <li>2. Menjamin keselamatan ibu dan bayi saat persalinan.</li> <li>3. Meminimalkan risiko komplikasi saat persalinan.</li> <li>4. Menjamin mutu pelayanan persalinan.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 6.1.5</b></p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p>

<p>Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas</p>	<p>Kematian ibu di Kota Semarang paling banyak terjadi pada masa nifas, sehingga perhatian untuk pelayanan kesehatan ibu nifas perlu dioptimalkan, salah satunya dengan pendampingan ibu nifas baik yang normal maupun risiko tinggi oleh Puskesmas. Pelayanan kesehatan ibu nifas sesuai standar dilakukan paling sedikit 4 (empat) kali pada waktu berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kunjungan pertama (KF1) pada 6 jam sampai 2 hari pasca persalinan</li> <li>b. Kunjungan kedua (KF2) pada 3 sampai 7 hari pasca persalinan</li> <li>c. Kunjungan ketiga (KF3) pada 8 sampai 28 hari pasca persalinan</li> <li>d. Kunjungan keempat (KF Lengkap) pada 29 sampai 42 hari pasca persalinan</li> </ol> <p><b>Cakupan Pelayanan Nifas KF1</b> adalah pelayanan kepada ibu nifas sesuai standar pada 6 - 48 jam setelah persalinan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Sedangkan, <b>cakupan Pelayanan Nifas KF Lengkap</b> adalah Cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 4 kali dengan distribusi waktu 6 jam sampai hari ke-2 (KF1), hari ke-3 sampai hari ke-7 (KF2), hari ke 8 sampai ke-28 (KF3) dan hari ke-29 sampai ke-42 (KF4) setelah bersalin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.</p> <p>Selain kunjungan dan pemantauan kesehatan, ibu nifas juga perlu diberi vitamin A. Ibu yang baru melahirkan atau nifas yang mendapatkan kapsul vitamin A 200.000 SI sehingga bayinya akan memperoleh vitamin A melalui ASI di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Ibu baru melahirkan sampai hari ke-42 yang mendapat 2 kapsul vitamin A yang mengandung vitamin A dosis 200.000 Satuan Internasional (SI), satu kapsul diberikan segera</p>
--------------------------------------	--

	<p>setelah melahirkan dan kapsul kedua diberikan minimal 24 jam setelah pemberian pertama.</p> <p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>1. Cakupan pelayanan ibu nifas KF1/KF Lengkap =</p> $\frac{\text{Jumlah ibu nifas mendapatkan vitamin A di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh ibu nifas di wilayah dan dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$ <p>2. Cakupan ibu nifas mendapat vitamin A =</p> $\frac{\text{Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh pelayanan nifas sesuai standar KF1/KF Lengkap di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh ibu nifas di wilayah dan dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$ <p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pelayanan kesehatan ibu nifas adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deteksi dan penanganan dini komplikasi pasca persalinan seperti perdarahan, infeksi, dan gangguan psikologis.</li> <li>2. Pemantauan pemulihan kondisi fisik dan mental ibu.</li> <li>3. Peningkatan keberhasilan menyusui dan pemberian ASI eksklusif.</li> <li>4. Edukasi perawatan bayi baru lahir dan konseling KB pasca persalinan.</li> </ol> <p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024 Permenkes RI No. 97 Tahun 2014</p> <p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 6.1.6</b> Pelayanan Komplikasi Kebidanan</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Komplikasi kebidanan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/atau bayi. Penanganan komplikasi kebidanan adalah ketika ibu hamil, bersalin</p>

	<p>dan nifas dengan komplikasi mendapatkan pelayanan sesuai standar pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Komplikasi kebidanan dapat dikelompokkan menjadi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurang Energi Kronis (KEK)</li> <li>2. Anemia</li> <li>3. Perdarahan yang terdiri dari perdarahan &lt; 20 minggu, perdarahan &gt; 20 minggu, dan perdarahan pasca salin</li> <li>4. Tuberkulosis</li> <li>5. Malaria</li> <li>6. Infeksi lainnya seperti HIV, Sifilis, dan Hepatitis B</li> <li>7. Preeklamsia/eklamsia</li> <li>8. Diabetes Melitus</li> <li>9. Jantung</li> <li>10. COVID-19</li> <li>11. Penyebab lainnya seperti : obesitas, sepsis, hipertensi, penyakit autoimun, pertumbuhan janin terhambat, kelainan kongenital janin dan penyebab komplikasi kebidanan lainnya.</li> </ol> <p>Pelayanan kebidanan menjadi bagian penting yang berfokus pada wanita sepanjang siklus kehidupannya. Diperkirakan 20 persen ibu hamil akan mengalami komplikasi kebidanan. Oleh karena itu semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi dan ditangani. Pelayanan komplikasi kebidanan adalah pelayanan untuk memberikan perlindungan dan penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cakupan Ibu Hamil dengan komplikasi kebidanan yang ditangani =</li> </ol>

	<p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah ibu hamil dengan komplikasi kebidanan yang mendapat penanganan definitif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Perkiraan Jumlah Ibu hamil Dengan Komplikasi Kebidanan di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </p> <p>2. Perkiraan Ibu Hamil dengan Komplikasi Kebidanan = Jumlah Sasaran Ibu Hamil x 20 x 100%</p>
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat Pelayanan Komplikasi Kebidanan adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pencegahan kematian ibu dan bayi melalui penanganan cepat dan sesuai standar terhadap komplikasi yang mengancam jiwa.</li> <li>2. Deteksi dini gangguan kehamilan dan persalinan yang tidak selalu bisa diprediksi, sehingga intervensi dapat dilakukan sebelum kondisi memburuk.</li> <li>3. Pengelolaan penyakit penyerta secara terpadu, termasuk penyakit menular (seperti HIV, Hepatitis B, dan sifilis) dan tidak menular (seperti hipertensi dan diabetes).</li> <li>4. Peningkatan keselamatan dan kualitas hidup ibu dan bayi, dengan memberikan layanan kesehatan yang berkelanjutan selama masa hamil hingga nifas.</li> <li>5. Pemberdayaan fasilitas pelayanan kesehatan dasar dalam memberikan pertolongan pertama serta rujukan yang cepat dan tepat.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 6.1.7</b> Pelayanan Kontrasepsi</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Program KB merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4T yaitu Terlalu muda</p>

melahirkan (di bawah usia 20 tahun), Terlalu sering melahirkan, Terlalu dekat jarak melahirkan, dan Terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun). Selain itu, program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tentram, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin. Pelayanan KB meliputi penyediaan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi keluarga untuk dapat merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak.

Melalui tahapan konseling pelayanan KB, Pasangan Usia Subur (PUS) dapat menentukan pilihan kontrasepsi sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya berdasarkan informasi yang telah mereka pahami, termasuk keuntungan dan kerugian, serta risiko metode kontrasepsi dari petugas kesehatan. **PUS** adalah pasangan suami-istri yang terikat dalam perkawinan yang sah, yang istrinya berumur antara 15 sampai dengan 49 tahun. PUS memiliki kategori yang digunakan untuk mengidentifikasi kelompok PUS yang memerlukan perhatian khusus dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana (KB), yaitu:

1. **PUS dengan 4T (4 Terlalu)** adalah Pasangan Usia Subur (PUS) dimana istrinya memenuhi minimal salah satu kriteria 4 Terlalu (4T), yaitu : 1) berusia kurang dari 20 tahun; 2) berusia lebih dari 35 tahun; 3) telah memiliki anak hidup lebih dari 3 orang; atau 4) jarak kelahiran antara satu anak dengan lainnya kurang dari 2 tahun. **PUS dengan 4T Menjadi Peserta KB Aktif** adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang istrinya memenuhi minimal salah satu kriteria "4 Terlalu" yang saat ini sedang memakai alat dan obat kontrasepsi (alokon) untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan, dan masih terlindungi oleh alokon.

2. **PUS dengan ALKI (Anemia, LiLa<23,5, Penyakit Kronis, dan IMS)** adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang istrinya mengalami salah satu dari gejala: anemia, LiLa <23,5, penyakit kronis, atau Infeksi Menular Seksual (IMS). Penyakit kronis yang dimaksud terdiri dari Diabetes Melitus, Hipertensi, jantung, ginjal, auto imun, Hepatitis B, Thyroid, TORCH, hiperkoagulasi, stroke, Thalasemia, Hemofilia, kanker, masalah kesehatan jiwa, HIV, TBC, dan Malaria. **PUS dengan ALKI Menjadi Peserta KB Aktif** adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang istrinya mengalami salah satu dari gejala: anemia, LiLa <23,5, penyakit kronis, atau IMS, yang saat ini sedang memakai alat dan obat kontrasepsi (alokon) untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan, dan masih terlindungi oleh alokon.

PUS yang menggunakan alat kontrasepsi tanpa sedang hamil, termasuk dalam kategori KB Aktif. Sementara bagi ibu yang ber-KB setelah melahirkan hingga 42 hari dikategorikan dalam KB Pasca Salin. **Peserta KB Aktif Metode Modern (mCPR)** adalah peserta KB baru dan lama yang masih aktif memakai kontrasepsi terus-menerus dengan metode modern (kondom, suntik, pil, AKDR, MOW, MOP, Implan, MAL) untuk menunda, menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan. Sedangkan **Peserta KB Pasca Persalinan** adalah Pasangan usia subur yang mulai menggunakan alat kontrasepsi segera setelah melahirkan (0-42 hari pasca melahirkan) dengan semua

metode modern. Berikut adalah keterangan dari metode tersebut:

1. Kondom - Peserta KB aktif yang metode kontrasepsinya menggunakan kondom
2. Suntik - Peserta KB aktif yang metode kontrasepsinya menggunakan suntik

3. Pil - Peserta KB aktif yang metode kontrasepsinya menggunakan pil
4. AKDR - Peserta KB aktif yang metode kontrasepsinya menggunakan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)
5. MOW - Peserta KB aktif yang metode kontrasepsinya menggunakan Metode Operasi Wanita (MOW) atau tubektomi
6. MOP - Peserta KB aktif yang metode kontrasepsinya menggunakan Metode Operasi Pria (MOP) atau vasektomi
7. Implan - Peserta KB aktif yang metode kontrasepsinya menggunakan Implan
8. MAL - Peserta KB aktif yang metode kontrasepsinya menggunakan Metode Amenore Laktasi (MAL)

Namun, dalam praktiknya, penggunaan alat kontrasepsi dapat menimbulkan efek samping. Peserta KB Aktif yang mengalami efek samping yang tidak diinginkan akibat penggunaan alat kontrasepsi tetapi tidak menimbulkan akibat yang serius, contohnya:

1. Perubahan pola menstruasi, antara lain menstruasi lebih sedikit atau lebih pendek, menstruasi jarang, menstruasi tidak teratur, dan tidak menstruasi.
2. Menstruasi memanjang Kram dan nyeri perut
3. Anemia
4. Pasangan dapat merasakan benang AKDR copper T saat senggama
5. Nyeri hebat di perut bawah (curiga penyakit radang panggul)
6. Jerawat
7. Nyeri Kepala
8. Nyeri atau nyeri tekan payudara
9. Mual, Kembung atau rasa tidak nyaman di perut
10. Peningkatan berat badan
11. Pusing
12. Perubahan suasana hati

13. Sakit kepala biasa (bukan migraine)

14. Perubahan mood dan aktivitas seksual

Selain efek samping, terdapat pula kemungkinan terjadinya komplikasi dalam penggunaan kontrasepsi. Komplikasi Ber-KB adalah peserta KB Aktif yang mengalami gangguan kesehatan mengarah pada keadaan patologis, sebagai akibat dari proses tindakan/ pemberian/ pemasangan alat kontrasepsi yang digunakan seperti: perdarahan, infeksi/abses, fluor albus bersifat patologis, perforasi, translokasi, hematoma, tekanan darah meningkat, perubahan HB, ekspulsi Komplikasi yang terjadi dalam satu periode satu tahun kalender dihitung satu kali. Dihitung per metode kondom, suntik, pil, AKDR, implan, MOW, MOP, MAL).

Di sisi lain, terdapat juga kejadian kegagalan Ber-KB, yaitu kasus terjadinya kehamilan pada peserta KB aktif yang pada saat tersebut menggunakan metode kontrasepsi. Sementara itu, drop Out Ber-KB adalah peserta KB Aktif yang tidak melanjutkan penggunaan kontrasepsi (drop out) dalam satu tahun kalender dibandingkan jumlah peserta aktif di wilayah kerja tertentu. Kasus DO tidak termasuk mereka yang ganti cara.

#### **Metode Perhitungan**

1. Cakupan Peserta KB Metode Modern (mCPR) =

$$\frac{\text{Jumlah peserta KB aktif dengan metode modern di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah pasangan usia subur (PUS) di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

2. Cakupan Efek Samping Ber-KB =

$$\frac{\text{Jumlah Peserta KB Aktif yang mengalami Efek Samping di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah Peserta KB Aktif Metode Modern di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

3. Cakupan Komplikasi Ber-KB =

	<p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah Peserta KB Aktif yang Kompilikasi di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah Peserta KB Aktif Metode Modern di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </p> <p>4. Cakupan Kegagalan Ber-KB =</p> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah Peserta KB Aktif yang mengalami Kegagalan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah Peserta KB Aktif Metode Modern di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </p> <p>5. Cakupan Drop Out Ber-KB =</p> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah Peserta KB Aktif yang Drop Out di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah Peserta KB Aktif Metode Modern di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </p> <p>6. Persentase PUS 4T =</p> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah PUS dengan 4T di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran PUS di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </p> <p>7. Cakupan PUS 4T Ber-KB =</p> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah PUS dengan 4T menjadi peserta KB Aktif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran PUS dengan 4T di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </p> <p>8. Persentase PUS ALKI =</p> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah PUS dengan ALKI di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran PUS di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </p> <p>9. Cakupan PUS ALKI Ber-KB =</p> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah PUS dengan ALKI menjadi peserta KB Aktif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran PUS dengan ALKI di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </p> <p>10. Cakupan Peserta KB Pasca Persalinan =</p> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah peserta KB pasca persalinan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu bersalin di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </p> <p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat Pelayanan Kontrasepsi adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menghindari kehamilan berisiko tinggi, yang dapat berdampak buruk terhadap kesehatan ibu dan bayi, termasuk</li> </ol>
--	--

	<p>risiko stunting pada anak.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengatur jarak kelahiran secara ideal, sehingga ibu memiliki waktu untuk pulih secara fisik dan mental sebelum kehamilan berikutnya.</li> <li>3. Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, yang sering kali berkaitan dengan peningkatan risiko stunting akibat kurangnya kesiapan ekonomi dan gizi keluarga.</li> <li>4. Mendukung kesiapan keluarga dalam merawat anak, sehingga anak mendapat perhatian dan asupan gizi yang cukup dari orang tua yang siap secara fisik, emosional, dan sosial.</li> <li>5. Meningkatkan partisipasi pria dalam program kesehatan keluarga, melalui metode seperti vasektomi atau peran serta dalam pengambilan keputusan keluarga berencana.</li> <li>6. Menjamin hak atas kesehatan reproduksi, termasuk akses terhadap informasi dan pelayanan yang berkualitas, aman, dan sesuai kebutuhan.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b>          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b>          Tahunan</p>

## 6.2 Kesehatan Anak

Kesehatan anak mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif terhadap neonatal, bayi, balita, dan anak-anak. Upaya Kesehatan Anak adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menjamin anak tumbuh dan berkembang secara optimal, sehat, dan berkualitas, serta terlindung dari penyakit dan kematian.

<p><b>INDIKATOR 6.2.1</b></p> <p>Pelayanan Kesehatan Neonatal</p> <p>[Kode SDS : 10410095]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Pelayanan Kesehatan Neonatal (KIA) merupakan bagian integral dari upaya peningkatan kualitas kesehatan ibu dan anak yang berkualitas, merata, dan adil, sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 serta tujuan pembangunan kesehatan nasional. Pelayanan ini berfokus pada pemenuhan kebutuhan kesehatan bayi baru lahir untuk memastikan tumbuh kembang yang optimal dan menurunkan angka kematian neonatal.</p> <p>Neonatal atau bayi baru lahir adalah bayi yang berusia 0–28 hari, sebuah periode kritis di mana terjadi transisi besar dari kehidupan di dalam rahim ke lingkungan luar, termasuk proses pematangan organ pada hampir seluruh sistem tubuh. Masa neonatal merupakan fase kehidupan dengan risiko gangguan kesehatan tertinggi, di mana berbagai masalah seperti gangguan pernapasan, infeksi, atau ketidakstabilan suhu tubuh dapat muncul.</p> <p>Pemerintah Indonesia, melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, menetapkan bahwa seluruh (100%) bayi baru lahir wajib mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar yang bertujuan untuk memberikan perlindungan maksimal bagi bayi baru lahir agar dapat tumbuh dan berkembang dengan baik serta terhindar dari risiko gangguan kesehatan yang dapat mengancam nyawa mereka.</p> <p>Salah satu tantangan utama dalam pelayanan neonatal adalah penanganan komplikasi yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan, hingga kematian. Komplikasi neonatal meliputi kondisi seperti berat badan lahir rendah (BBLR) di bawah</p>
--	---

	<p>2.500 gram, asfiksia, infeksi, tetanus neonatorum, kelainan kongenital, infeksi COVID-19, serta kondisi lain seperti ikterus, hipotermia, trauma lahir, dan sindrom gangguan pernapasan. Berdasarkan standar perhitungan dari Kementerian Kesehatan, estimasi sasaran bayi dengan komplikasi neonatal diperkirakan sebesar 15% dari total bayi lahir hidup.</p> <p>Pelayanan kesehatan bayi baru lahir yang bermutu bukan hanya soal kecukupan jumlah kunjungan, tetapi juga tentang kualitas intervensi yang diberikan. Pelayanan dikatakan memenuhi standar kualitas apabila fasilitas kesehatan memberikan pelayanan neonatal esensial, melakukan skrining bayi baru lahir, serta menyampaikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga. Pelayanan neonatal esensial diberikan sejak 0–6 jam setelah bayi lahir (dikenal sebagai Kunjungan Neonatal 1 atau KN1), dan dilanjutkan hingga usia 28 hari. Seorang bayi dikategorikan menerima Kunjungan Neonatal Lengkap (KN Lengkap) jika telah memperoleh pelayanan neonatal pada dua tahap tersebut. Hal ini bertujuan memastikan bayi mendapatkan perlindungan maksimal sejak awal kehidupannya.</p> <p>Kasus kematian neonatal merupakan kematian yang terjadi pada bayi usia 0 sampai dengan 28 hari tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan, bencana, cedera atau bunuh diri. Sedangkan kasus kematian post neonatal merupakan Kematian yang terjadi pada bayi usia 29 hari sampai dengan 11 bulan tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan, bencana, cedera atau bunuh diri.</p> <p><b>Metode Perhitungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase Komplikasi pada Neonatus <p style="text-align: center;"><i><math>\frac{\text{Jumlah komplikasi pada neonatus pada wilayah dan kurun waktu tertentu}}{15\% \text{ dari jumlah bayi lahir hidup pada wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math></i></p> </li> <li>2. Angka Kematian Neonatal per 1000 Kelahiran Hidup</li> </ol>
--	---

$$\frac{\text{Jumlah bayi usia 0 – 28 hari yang meninggal di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 1.000$$

### 3. Angka Kematian Post Neonatal per 1000 Kelahiran Hidup

$$\frac{\text{Jumlah bayi usia 0 – 11 bulan yang meninggal di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 1.000$$

#### **Manfaat**

Manfaat dari pelayanan kesehatan neonatal diantaranya:

1. Menurunkan angka kematian bayi baru lahir melalui layanan yang tepat dan tepat waktu sejak lahir hingga usia 28 hari.
2. Memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi secara berkala.
3. Meningkatkan cakupan imunisasi dan pemberian vitamin A untuk bayi.
4. Mendeteksi dini komplikasi kesehatan pada bayi.
5. Memberdayakan keluarga dalam menjaga kesehatan ibu dan anak.
6. Meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya kesehatan bayi.
7. Meningkatkan kualitas layanan kesehatan neonatal melalui pelatihan tenaga kesehatan dan penyediaan fasilitas yang memadai.
8. Memberikan panduan praktis melalui Buku KIA agar orang tua dapat memantau kesehatan bayi secara mandiri.

#### **Sumber dan Cara Pengumpulan Data**

Profil Kesehatan Kota Semarang 2024

Profil Kesehatan Kota Semarang 2023

#### **Frekuensi Waktu Pengumpulan Data**

Tahunan

<p><b>INDIKATOR 6.2.2</b></p> <p>Pelayanan Kesehatan Bayi, Anak Balita, dan Prasekolah</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Pelayanan kesehatan bagi bayi, balita, dan anak prasekolah merupakan bagian penting dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Anak pada usia dini berada dalam fase pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat, sehingga memerlukan perhatian khusus dari sisi gizi, imunisasi, dan pemantauan tumbuh kembang secara berkala. Intervensi sejak dini dapat mencegah dampak jangka panjang, seperti gangguan pertumbuhan dan perkembangan hingga risiko kematian.</p> <p>Pelayanan kesehatan untuk bayi mencakup minimal empat kali kunjungan, yaitu satu kali pada usia 29 hari–2 bulan, 3–5 bulan, 6–8 bulan, dan 9–11 bulan. Layanan tersebut meliputi imunisasi dasar lengkap (BCG, DPT/HB/HiB, Polio, Campak), pemantauan pertumbuhan, penyuluhan ASI eksklusif dan MP-ASI, serta pemberian kapsul vitamin A dosis 100.000 SI bagi bayi usia 6–11 bulan.</p> <p>Pada anak balita (0–59 bulan), pemantauan tumbuh kembang menjadi indikator penting. Pemantauan dilakukan dengan cara penimbangan minimal 8 kali dalam setahun, pengukuran panjang atau tinggi badan minimal 2 kali, serta pemantauan perkembangan minimal 2 kali dalam satu tahun menggunakan Buku KIA, KPSP, atau instrumen baku lainnya. Anak balita juga dilayani dengan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) secara berkala—setiap 3 bulan untuk usia 0–24 bulan dan setiap 6 bulan untuk usia 24–72 bulan—oleh tenaga kesehatan. Sementara itu, pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) diberikan kepada balita yang datang berobat ke Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun.</p> <p>Kepemilikan Buku KIA juga menjadi bagian penting, karena menjadi alat pemantauan pertumbuhan dan perkembangan. Meskipun hanya berdasarkan pengakuan orang tua, kepemilikan</p>
--	---

Buku KIA menunjukkan kesadaran akan pentingnya pemantauan tumbuh kembang. Upaya komprehensif ini bertujuan menjamin bahwa setiap anak mendapatkan haknya atas layanan kesehatan yang layak sejak dini.

### Metode Perhitungan

#### 1. Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi

$$\frac{\text{Jumlah bayi (umur 29 hari – 11 bulan) yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar minimal 4 kali yaitu satu kali pada umur 29 hari – 2 bulan, 1 kali umur 3 – 5 bulan, 1 kali umur 6 bulan, dan 1 kali umur 9 – 11 bulan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh bayi di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

#### 2. Persentase bayi mendapat kapsul vitamin A

$$\frac{\text{Jumlah bayi 6 – 11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A}}{\text{Jumlah bayi 6 – 11 bulan}} \times 100\%$$

#### 3. Balita Memiliki Buku KIA

$$\frac{\text{Jumlah balita yang memiliki Buku KIA} \times 100\%}{\text{Jumlah sasaran balita usia 12 – 59 bulan di wilayah kerja pada kurun waktu tahun yang sama}}$$

#### 4. Balita dipantau Pertumbuhan dan Perkembangan

$$\frac{\text{Jumlah balita yang di pantau pertumbuhan dan perkembangannya (menggunakan buku KIA/KSP/Instrumen baku lainnya)} \times 100\%}{\text{Jumlah sasaran balita usia 0 – 59 bulan di wilayah kerja tertentu pada kurun waktu satu tahun yang sama}}$$

#### 5. Balita dilayani SDIDTK

$$\frac{\text{Jumlah balita dipantau tahapan perkembangan menggunakan instrument KPSP atau instrumen lainnya dalam SDIDTK sesuai jadwal berdasar kelompok umur oleh tenaga kesehatan dalam kurun waktu 1 tahun} \times 100\%}{\text{Jumlah balita usia 12 – 59 bulan di wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun yang sama}}$$

#### 6. Balita dilayani MTBS

$$\frac{\text{Jumlah balita sakit yang datang berobat ke Puskesmas dilayani dengan pendekatan MTBS dalam kurun waktu 1 tahun} \times 100\%}{\text{Jumlah balita sakit yang datang berobat ke Puskesmas di wilayah kerja pada kurun waktu satu bulan yang sama}}$$

### Manfaat

Manfaat Pelayanan KIA/PMG adalah sebagai berikut:

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan tumbuh kembang anak yang optimal sejak usia dini.</li> <li>2. Mendeteksi dini masalah kesehatan anak melalui pencatatan dan pemantauan rutin.</li> <li>3. Meningkatkan kelangsungan hidup anak dengan intervensi tepat waktu.</li> <li>4. Mencegah stunting dan wasting pada bayi dan balita.</li> <li>5. Memperkuat peran keluarga dalam menjaga kesehatan anak, dengan panduan dari Buku KIA.</li> <li>6. Meningkatkan cakupan imunisasi dan pemantauan status gizi anak.</li> <li>7. Mendukung perkembangan anak menjadi individu yang sehat dan produktif.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2023          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 6.2.3</b></p> <p>Imunisasi          [Kode SDS : 10410094]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Undang - Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan. Imunisasi dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit yang dapat dicegah melalui imunisasi. Pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap pada setiap bayi dan anak. Penyelenggaraan imunisasi ini tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 yang diundangkan tanggal 11 April 2017.</p> <p>Beberapa penyakit menular yang termasuk ke dalam</p>

	<p>Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) antara lain TBC, Difteri, Tetanus, Hepatitis B, Pertusis, Campak, Polio, radang selaput otak, dan radang paru-paru. Anak yang telah diberi imunisasi akan terlindungi dari berbagai penyakit berbahaya tersebut, yang dapat menimbulkan kecacatan atau kematian.</p> <p>Imunisasi dikelompokkan menjadi imunisasi program dan imunisasi pilihan. Imunisasi program adalah imunisasi yang diwajibkan kepada seseorang sebagai bagian dari masyarakat dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Sedangkan imunisasi pilihan adalah imunisasi yang dapat diberikan kepada seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dari penyakit tertentu.</p> <p>Pelaksanaan program Imunisasi bayi termasuk mendapatkan imunisasi dasar lengkap jika bayi (0-11 bulan) terpenuhi imunisasinya terdiri dari H0 1 Kali, BCG 1 kali, DPT-HB-Hib 3 kali, Polio 4 kali, IPV 1 kali dan MR 1 kali. Selanjutnya pada usia balita dikategorikan dalam Imunisasi Balita Lengkap yaitu jika usia 18 bulan-23 bulan mendapatkan imunisasi booster DPT-HB-Hib 1 kali dan MR 1 kali. Untuk imunisasi anak sekolah terdiri dari imunisasi MR Kelas 1 SD/MI sederajat, imunisasi DT Kelas 1 SD/MI sederajat, Imunisasi Td Kelas 2 SD/MI sederajat, Imunisasi Td Kelas 5 SD/MI sederajat dan Imunisasi HPV Kelas 5 dan 6 SD/MI sederajat. Jenis imunisasi program yang dilaksanakan saat ini sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HBO &lt;24 jam : Cakupan (jumlah dan persentase) bayi usia &lt;24 jam mendapatkan 1 dosis imunisasi Hepatitis B.</li> <li>2. HBO 1-7 hari : Cakupan (Jumlah dan persentase) bayi usia 1-7 hari yang mendapatkan 1 dosis imunisasi Hepatitis B.</li> <li>3. HBO Total : Cakupan (Jumlah dan persentase) bayi usia 0 - 7 hari yang mendapatkan 1 dosis imunisasi Hepatitis.</li> <li>4. Cakupan Imunisasi BCG : Cakupan (Jumlah dan persentase)</li> </ol>
--	---

	<p>bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan 1 dosis imunisasi BCG.</p> <p>5. Cakupan Imunisasi DPT-HB-Hib3 : Cakupan (Jumlah dan persentase) bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan 1 dosis imunisasi DPT-HB-Hib dosis ke 3.</p> <p>6. Cakupan Imunisasi Polio 4* : Cakupan (Jumlah dan persentase) bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi bOPV (Polio tetes/polio oral) dosis ke 4*.</p> <p>7. Cakupan Imunisasi Campak Rubela : Cakupan (Jumlah dan persentase) bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan 1 dosis imunisasi campak Rubela.</p> <p>8. Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap : Cakupan (Jumlah dan persentase) bayi usia 0-11 bulan yang telah mendapatkan 1 dosis imunisasi Hepatitis B0, 1 dosis imunisasi BCG, 3 dosis DPT-HB-HIB, 4 dosis imunisasi bOPV (Polio tetes/polio oral) (3 dosis imunisasi IPV di Provinsi DIY), 1 dosis imunisasi IPV (Polio suntik), dan 1 dosis imunisasi campak Rubela.</p> <p><b>NB : Khusus untuk provinsi DIY, diisi dengan cakupan (Jumlah dan persentase) bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi IPV dosis ke 3.</b></p> <p>9. Cakupan Imunisasi DPT-HB-Hib4 : Cakupan (Jumlah dan persentase) Anak Usia 18-24 bulan yang mendapatkan 1 dosis imunisasi DPT-HB-Hib dosis ke-4.</p> <p>10. Cakupan Imunisasi Campak Rubela 2 : Cakupan (Jumlah dan persentase) Anak Usia 18-24 bulan yang mendapatkan 1 dosis imunisasi Campak Rubela dosis ke-2.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>1. HBO &lt;24 Jam atau HBO 1-7 hari</p> $\frac{\text{Jumlah bayi usia 0 – 11 bulan yang mendapatkan imunisasi HBO < 24 jam atau 1 – 7 hari pada kurun waktu dan wilayah tertentu}}{\text{Jumlah bayi lahir hidup pada kurun waktu dan wilayah yang sama}} \times 100\%$

	<p>2. HBO Total</p> $\frac{\text{Jumlah bayi usia 0 – 11 yang mendapatkan imunisasi HBO 0 – 7 hari pada kurun waktu dan wilayah tertentu}}{\text{Jumlah bayi lahir hidup pada kurun waktu dan wilayah yang sama}} \times 100\%$ <p>3. Cakupan Imunisasi BCG</p> $\frac{\text{Jumlah bayi usia 0 – 11 bulan yang mendapatkan imunisasi BCG pada kurun waktu dan wilayah tertentu}}{\text{Jumlah bayi lahir hidup pada kurun waktu dan wilayah yang sama}} \times 100\%$ <p>4. Cakupan Imunisasi DPT-HB-Hib3/Polio*4/Campak Rubela</p> $\frac{\text{Jumlah bayi usia 0 – 11 bulan yang mendapat imunisasi DPT – HB – HiB3/POLIO4*/Campak Rubela di satu wilayah tertentu selama satu periode}}{\text{Jumlah surviving infant pada wilayah dan periode yang sama}} \times 100\%$ <p>5. Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap</p> $\frac{\text{Jumlah bayi yang mendapat imunisasi dasar lengkap di satu wilayah tertentu selama satu periode}}{\text{Jumlah surviving infant pada wilayah dan periode yang sama}} \times 100\%$ <p>6. Cakupan imunisasi DPT-HB-Hib4/Campak Rubela 2</p> $\frac{\text{Jumlah anak usia 18 – 24 bulan yang mendapat imunisasi DPT – HB – HiB4/Campak Rubela 2 di satu wilayah tertentu selama satu periode}}{\text{Jumlah anak usia 12 – 24 bulan lalu pada wilayah dan periode yang sama}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat Program Imunisasi oleh Seksi P2TMS Kota Semarang:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) seperti campak, polio, difteri, dan hepatitis B.</li> <li>2. Melindungi individu dari penyakit menular secara langsung.</li> <li>3. Membentuk kekebalan kelompok (herd immunity) untuk mencegah wabah.</li> <li>4. Menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular.</li> <li>5. Mengurangi kasus penyakit seperti campak dan difteri melalui cakupan imunisasi yang tinggi.</li> <li>6. Memperkuat sistem kesehatan masyarakat melalui</li> </ol>

	<p>pengecehan berbasis komunitas.</p> <p>7. Meningkatkan kolaborasi antara pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat dalam menjaga kesehatan bersama.</p> <hr/> <p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2023</p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p> <hr/> <p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 6.2.4</b></p> <p>Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Pelayanan kesehatan melalui penjarangan merupakan bagian penting dari upaya promotif dan preventif di lingkungan satuan pendidikan. Program ini dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bekerja sama dengan kader kesehatan sekolah, dan menysar siswa dari tingkat dasar hingga menengah atas. Pemeriksaan bertujuan untuk mendeteksi secara dini gangguan kesehatan yang mungkin dialami peserta didik sehingga dapat segera ditindaklanjuti. Adapun cakupan pelayanan penjarangan kesehatan meliputi sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Pelayanan Kesehatan (Penjarangan) Siswa SD/MI :</b> Pemeriksaan kesehatan terhadap peserta didik kelas 1 SD atau MI yg dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama kader kesehatan sekolah minimal pemeriksaan status gizi (TB,BB), pemeriksaan gigi, tajam penglihatan dan tajam pendengaran.</li> <li>2. <b>Pelayanan Kesehatan (Penjarangan) Siswa SMP/MTs :</b> Pemeriksaan kesehatan terhadap peserta didik kelas 7 SMP atau MTs yg dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama</li> </ol>

	<p>kader kesehatan sekolah minimal pemeriksaan status gizi (TB, BB), pemeriksaan gigi, tajam penglihatan dan tajam pendengaran.</p> <p>3. <b>Pelayanan Kesehatan (Penjaringan) Siswa SMA/MA :</b> Pemeriksaan kesehatan terhadap peserta didik kelas 10 SMA atau MA yg dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama kader kesehatan sekolah minimal pemeriksaan status gizi (TB, BB), pemeriksaan gigi, tajam penglihatan dan tajam pendengaran.</p> <p>4. <b>Pelayanan Kesehatan (Penjaringan) SD/MI :</b> Pemeriksaan kesehatan yang dilakukan di SD atau MI oleh tenaga kesehatan bersama kader kesehatan sekolah minimal pemeriksaan status gizi (TB, BB), pemeriksaan gigi, tajam penglihatan dan tajam pendengaran.</p> <p>5. <b>Pelayanan Kesehatan (Penjaringan) SMP/MTs :</b> Pemeriksaan kesehatan yang dilakukan di SMP atau MTs oleh tenaga kesehatan bersama kader kesehatan sekolah minimal pemeriksaan status gizi (TB, BB), pemeriksaan gigi, tajam penglihatan dan tajam pendengaran.</p> <p>6. <b>Pelayanan Kesehatan (Penjaringan) SMA/MA :</b> Pemeriksaan kesehatan yang dilakukan di SMA atau MA oleh tenaga kesehatan bersama kader kesehatan sekolah minimal pemeriksaan status gizi (TB, BB), pemeriksaan gigi, tajam penglihatan dan tajam pendengaran.</p> <p>7. <b>Pelayanan Kesehatan Usia Pendidikan Dasar</b> Pelayanan kesehatan usia pendidikan dasar sesuai standar meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Skrining Kesehatan</li> <li>b. Tindak Lanjut Hasil Skrining Kesehatan</li> </ol> <p>Pelayanan kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian dari upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif yang</p>
--	--

	<p>bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 89 Tahun 2015 tentang Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut, pelayanan ini mencakup berbagai kegiatan seperti pemeriksaan, pengobatan, pencabutan gigi tetap atau gigi sulung, penambalan gigi tetap atau sementara, perawatan pulpa, pembersihan karang gigi, serta pembuatan gigi tiruan lepasan. Di fasilitas pelayanan primer seperti puskesmas, indikator layanan ini meliputi jumlah tumpatan gigi tetap yang selesai dalam satu tahun, jumlah pencabutan gigi tetap, total kunjungan pasien baru dan lama, serta jumlah kasus gigi dan mulut yang dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut.</p> <p>Upaya Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) merupakan bagian integral dari program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang berfokus pada pelayanan gigi dan mulut bagi peserta didik, terutama siswa Sekolah Dasar (SD). Kegiatan ini mengutamakan pendekatan promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan tindakan kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan UKGS dilakukan secara terencana dan berkesinambungan dengan tujuan mendeteksi serta menangani masalah kesehatan gigi dan mulut sedini mungkin.</p> <p>Bentuk kegiatannya meliputi pemeriksaan gigi murid SD/MI secara langsung di sekolah, identifikasi siswa yang memerlukan perawatan lanjutan, serta pemberian tindakan perawatan di sekolah atau rujukan ke puskesmas. Perawatan tersebut dapat berupa tindakan preventif seperti pemberian topical fluoride, pelapisan permukaan gigi (fissure sealant), dan perawatan restoratif atrumatik (ART), maupun tindakan kuratif seperti penambalan dan pencabutan gigi sulung atau tetap.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p>

1. Cakupan Pelayanan Kesehatan Peserta Didik SD/MI

$$\frac{\text{Jumlah peserta didik kelas 1SD/MI yang diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah peserta didik kelas 1 SD/MI di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

2. Cakupan Penjangkaran di SD/MI

$$\frac{\text{Jumlah SD/MI yang peserta didiknya diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah SD/MI di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

3. Cakupan Pelayanan Kesehatan Peserta Didik SMP/MTs

$$\frac{\text{Jumlah peserta didik kelas 7 SMP/MTs yang diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah peserta didik kelas 7 SMP/MTs di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

4. Cakupan Penjangkaran di SMP/MTs

$$\frac{\text{Jumlah SMP/MTs yang peserta didiknya diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah SMP/MTs di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

5. Cakupan Pelayanan Kesehatan Peserta Didik SMA/MA

$$\frac{\text{Jumlah peserta didik kelas 10 SMA/MA yang diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah peserta didik kelas 10 SMA/MA di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

6. Cakupan Penjangkaran di SMA/MA

$$\frac{\text{Jumlah SMA/MA yang peserta didiknya diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah SMA/MA di wilayah kerja dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

7. Persentase anak usia pendidikan dasar (Kelas 1 sampai dengan 9) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar

$$\frac{\text{Jumlah anak usia pendidikan dasar (Kelas 1 sampai dengan 9) yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar yang ada di wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun ajaran}}{\text{Jumlah semua anak usia pendidikan dasar (Kelas 1 sampai dengan 9) yang ada di wilayah kerja kabupaten/kota tersebut dalam kurun waktu satu tahun ajaran yang sama}} \times 100\%$$

8. Rasio Gigi Tumpatan /Pencabutan Gigi Tetap

$$\frac{\text{Jumlah gigi tetap yang ditambal atau ditumpat di suatu wilayah pada periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah gigi tetap yang dicabut pada wilayah dan periode waktu yang sama}}$$

9. % Kasus Dirujuk

	$\frac{\text{Jumlah kasus gigi dirujuk di suatu wilayah pada periode tertentu}}{\text{Jumlah seluruh kasus gigi pada wilayah dan periode waktu yang sama}} \times 100\%$ <p>10. Murid SD Mendapat Perawatan</p> $\frac{\text{Jumlah murid SD yang mendapat perawatan dari hasil pemeriksaan UKGS}}{\text{Jumlah murid SD yang memerlukan perawatan}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah diantaranya:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendukung tumbuh kembang anak secara optimal dari aspek fisik, mental, dan sosial.</li> <li>2. Mencegah penyakit dan mendeteksi dini gangguan kesehatan pada anak usia sekolah.</li> <li>3. Membentuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sejak dini.</li> <li>4. Meningkatkan kesadaran kesehatan di kalangan siswa.</li> <li>5. Menurunkan angka kasus penyakit gigi, gangguan penglihatan, dan status gizi kurang.</li> <li>6. Memberikan dampak jangka panjang terhadap peningkatan kualitas sumber daya manusia.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2023          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>

### 6.3 GIZI

Gizi adalah proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses pencernaan, penyerapan, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat gizi untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal organ tubuh. Gizi memegang peran penting dalam tumbuh kembang anak, daya tahan tubuh, pencegahan penyakit, produktivitas kerja.

<p><b>INDIKATOR 6.3.1</b> Status Gizi Balita [Kode SDS : 10420084]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>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. <b>Balita yang ada (S)</b> adalah jumlah anak usia 0-59 bulan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Upaya masyarakat untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi salah satunya dengan penimbangan bayi dan balita di Posyandu. <b>Balita ditimbang (D)</b> adalah balita yang ditimbang berat badannya di sarana pelayanan kesehatan termasuk di posyandu dan tempat penimbangan lainnya.</p> <p>Masalah gizi dikategorikan berdasarkan indikator antropometri dan nilai Z-scorenya. <b>Z score</b> adalah nilai simpangan berat badan atau tinggi badan dari nilai berat badan atau tinggi badan normal menurut baku pertumbuhan WHO. Berikut adalah pengkategorian atau jenis status gizi balita berdasarkan hal tersebut:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Balita Berat Badan Kurang</b> adalah anak umur 0 sampai 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut umur (BB/U) memiliki Z score kurang dari -2 SD.</li></ol>
--	--

2. **Balita Pendek** adalah anak umur 0 sampai 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut umur (TB/U) memiliki Z score kurang dari -2 SD.
3. **Balita Gizi Kurang** adalah anak umur 0 sampai 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z score kurang dari -2 SD sampai dengan -3 SD.
4. **Balita Gizi Buruk** adalah anak umur 0 sampai 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z score kurang dari -3 SD. Gizi buruk terjadi bukan hanya karena permasalahan-permasalahan kurangnya konsumsi gizi namun bisa disebabkan karena adanya infeksi atau penyakit. Kurang konsumsi gizi disebabkan karena sosial ekonomi yang kurang dan pengetahuan tentang gizi yang masih minim. Sedangkan penyebab infeksi karena lingkungan yang kurang sehat.

#### **Metode Perhitungan**

1. Persentase Balita Ditimbang =

$$\frac{\text{Jumlah balita ditimbang di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah balita pada wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

2. Persentase Balita Berat Badan Kurang =

$$\frac{\text{Jumlah balita berat badan kurang}}{\text{Jumlah balita yang ditimbang berat badan}} \times 100\%$$

3. Persentase balita pendek =

$$\frac{\text{Jumlah balita pendek}}{\text{Jumlah balita yang diukur panjang/tinggi badan}} \times 100\%$$

	<p>4. Persentase balita gizi kurang =</p> $\frac{\text{Jumlah balita gizi kurang}}{\text{Jumlah balita yang diukur berat badan dan panjang/tinggi badan}} \times 100\%$ <p>5. Persentase balita gizi buruk =</p> $\frac{\text{Jumlah balita gizi buruk}}{\text{Jumlah balita yang diukur berat badan dan panjang/tinggi badan}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pelayanan status gizi balita adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan pertumbuhan balita sesuai standar usia.</li> <li>2. Mendeteksi dini permasalahan gizi seperti stunting, wasting, dan gizi buruk.</li> <li>3. Mencegah gangguan kesehatan akibat kekurangan gizi.</li> <li>4. Menjadi dasar untuk intervensi gizi yang tepat.</li> <li>5. Mendukung peningkatan kualitas sumber daya manusia sejak dini.</li> <li>6. Menurunkan angka kesakitan dan kematian pada balita.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 6.3.2</b></p> <p>Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian ASI Eksklusif [Kode SDS : 10410089]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Kelahiran seorang bayi, tanpa memperhitungkan lamanya dalam kandungan, dianggap sah apabila menunjukkan tanda-tanda kehidupan seperti bernapas, adanya denyut jantung, atau gerakan otot. Setelah kelahiran, penting untuk memastikan bayi mendapatkan asupan nutrisi terbaik guna mendukung pertumbuhan dan perkembangannya secara optimal. Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan yang paling sempurna bagi bayi karena mengandung seluruh unsur gizi yang dibutuhkan.</p>

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. Pemantauan Pemberian ASI Eksklusif dilaksanakan melalui sistem pelaporan elektronik berbasis website yaitu e-PPGBM.

**Bayi mendapat ASI eksklusif** adalah bayi usia 0 bulan sampai 5 bulan 29 hari yang diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin, dan mineral berdasarkan recall 24 jam. Sedangkan, **Bayi baru lahir mendapat IMD** adalah proses menyusui yang dimulai segera setelah lahir dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dengan ibunya dan berlangsung minimal 1 (satu) jam.

#### Metode Perhitungan

1. Persentase jumlah bayi baru lahir mendapat IMD = 
$$\frac{\text{Jumlah bayi baru lahir hidup yang mendapat IMD}}{\text{Jumlah seluruh bayi baru lahir hidup}} \times 100\%$$
2. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif = 
$$\frac{\text{Jumlah bayi kurang dari 6 bulan masih mendapat ASI eksklusif}}{\text{Jumlah bayi kurang dari 6 bulan yang dilakukan recall}} \times 100\%$$

#### Manfaat

Manfaat inisiasi menyusui dini (IMD) adalah sebagai berikut:

1. Merangsang refleks menyusui alami bayi.
2. Memperkuat ikatan emosional antara ibu dan bayi.
3. Membantu bayi memperoleh kolostrum yang kaya antibodi dan zat gizi penting.

	<p>Manfaat ASI eksklusif adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan perlindungan optimal terhadap infeksi seperti diare dan pneumonia.</li> <li>2. Mengandung semua nutrisi yang dibutuhkan bayi tanpa tambahan lain.</li> <li>3. Nutrien mudah diserap dan dicerna oleh sistem pencernaan bayi.</li> <li>4. Mendukung perkembangan kognitif anak.</li> <li>5. Menurunkan risiko penyakit kronis di masa depan.</li> </ol> <p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b> Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p> <p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b> Bulanan dan Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 6.3.3</b> Pemberian Kapsul Vitamin A Balita Usia 6-59 Bulan</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Suplementasi Vitamin A merupakan program intervensi kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk menanggulangi masalah Kekurangan Vitamin A (KVA) yang masih cukup tinggi pada balita. Program ini menysasar anak usia 6 hingga 59 bulan dengan pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi sebanyak dua kali dalam setahun, yaitu pada bulan Februari dan Agustus.</p> <p>Terdapat dua jenis kapsul vitamin A yang diberikan: kapsul berwarna biru dengan kandungan 100.000 IU untuk bayi usia 6–11 bulan, dan kapsul berwarna merah dengan kandungan 200.000 IU untuk anak usia 12–59 bulan. Pelaporan cakupan pemberian vitamin A pada bayi usia 6–11 bulan dilakukan dengan menjumlahkan hasil distribusi pada bulan Februari dan Agustus, sedangkan untuk anak usia 12–59 bulan menggunakan data dari bulan Agustus.</p>

	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>1. Persentase anak balita 12 – 59 bulan mendapat kapsul vitamin A</p> $\frac{\text{Jumlah anak balita 12-59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A}}{\text{Jumlah anak balita 12-59 bulan}} \times 100\%$ <p>2. Persentase balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A</p> $\frac{\text{Jumlah balita 6-59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A}}{\text{Jumlah balita 6-59 bulan}} \times 100\%$ <p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pemberian kapsul vitamin A bagi balita meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah kebutaan akibat KVA, terutama pada anak usia dini.</li> <li>2. Meningkatkan sistem imun, sehingga anak lebih tahan terhadap infeksi seperti campak dan diare.</li> <li>3. Mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak, baik secara fisik maupun kognitif.</li> <li>4. Menurunkan angka kesakitan dan kematian balita, terutama di daerah rawan gizi.</li> </ol> <p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2023  Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p> <p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 6.3.4</b></p> <p>Penimbangan Balita</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita usia 0–59 bulan merupakan bagian penting dari upaya deteksi dini masalah kesehatan anak. Balita dikatakan telah dipantau apabila ditimbang berat badannya sedikitnya 8 kali dalam setahun, diukur</p>

panjang badan atau tinggi badannya minimal 2 kali setahun, serta dipantau perkembangan secara psikososial menggunakan ceklis Buku KIA, Kuesioner Pra-Skrining Perkembangan (KPSP), atau instrumen baku lainnya sebanyak sedikitnya 2 kali dalam satu tahun.

Jumlah balita yang ada (S) mencerminkan total anak usia 0-59 bulan dalam suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Sementara itu, balita ditimbang (D) adalah anak-anak yang telah ditimbang berat badannya di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk posyandu dan tempat penimbangan lainnya.

Penimbangan berkala ini juga menjadi dasar dalam pemberian intervensi, seperti Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan rujukan lanjutan bagi balita bermasalah gizi.

Hasil dari pemantauan pertumbuhan ini mencakup deteksi balita dengan gizi kurang dan balita pendek (stunting). Balita dengan berat badan kurang adalah anak usia 0-59 bulan yang memiliki Z-score BB/U < -2 SD, sedangkan balita pendek adalah yang memiliki Z-score PB/U atau TB/U < -2 SD, sesuai indikator status gizi yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Pemantauan ini penting untuk mendukung intervensi gizi dan tumbuh kembang anak secara optimal.

### Metode Perhitungan

1. Balita dipantau pertumbuhan dan perkembangan

$$\frac{\text{Jumlah balita yang di pantau pertumbuhan dan perkembangannya (menggunakan Buku KIA/KSP/Instrumen baku lainnya)} \times 100\%}{\text{Jumlah sasaran balita usia 0- 59 bulan di wilayah kerja tertentu pada kurun waktu satu tahun yang sama}}$$

2. Persentase Balita ditimbang

$$\frac{\text{Jumlah balita ditimbang di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah balita pada wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

3. Persentase Balita Berat Badan Kurang

	$\frac{\text{Jumlah balita berat badan kurang}}{\text{Jumlah balita yang ditimbang berat badan}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat Penimbangan Balita Secara Rutin adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan tumbuh kembang anak berlangsung optimal.</li> <li>2. Mendeteksi dini gangguan pertumbuhan seperti gizi kurang, gizi buruk, atau stunting.</li> <li>3. Menjadi dasar pengambilan keputusan intervensi gizi, seperti PMT, rujukan medis, atau edukasi kepada orang tua.</li> <li>4. Mendukung pencapaian target penurunan stunting.</li> <li>5. Menjadi indikator keberhasilan program kesehatan anak di wilayah.</li> <li>6. Meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya pemantauan tumbuh kembang balita.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2023          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>

## 6.4 Kesehatan Usia Lanjut

Kesehatan usia lanjut adalah kondisi fisik, mental, dan sosial yang memungkinkan seseorang yang berusia 60 tahun ke atas tetap aktif, mandiri, produktif, dan berkualitas hidup baik.

<p><b>INDIKATOR 6.4.1</b></p> <p>Kesehatan Usia Lanjut</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Pelayanan kesehatan usia lanjut (Usila) merupakan upaya sistematis untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan penduduk usia 60 tahun ke atas. Layanan ini mencakup edukasi dan skrining faktor risiko penyakit secara menyeluruh yang dilaksanakan minimal satu kali dalam setahun. Skrining meliputi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengukuran tinggi badan, berat badan, lingkar perut</li> <li>2. Pengukuran tekanan darah</li> <li>3. Pemeriksaan kadar gula darah</li> <li>4. Pemeriksaan gangguan mental dan kognitif</li> <li>5. Pemeriksaan tingkat kemandirian usia lanjut</li> <li>6. Anamnesa perilaku berisiko.</li> </ol>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Persentase warga negara usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar</p> $\frac{\text{Jumlah warga negara berusia 60 tahun atau lebih yang mendapat skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 kali yang ada di suatu wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah semua warga negara berusia 60 tahun atau lebih yang ada di suatu wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan angka kejadian (insidensi), prevalensi, morbiditas, dan mortalitas akibat penyakit menular maupun tidak menular.</li> <li>2. Meningkatkan kualitas hidup lansia melalui layanan kesehatan yang terarah.</li> <li>3. Mendeteksi dini risiko penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, gangguan kognitif, dan gangguan mental emosional.</li> <li>4. Mencegah komplikasi penyakit kronis dan penurunan fungsi fisik maupun psikososial.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Memberikan edukasi pola hidup sehat dan pengendalian penyakit.</li> <li>6. Meningkatkan akses terhadap layanan rehabilitatif dan perawatan lanjut.</li> <li>7. Mendorong kemandirian dan produktivitas lansia, serta meningkatkan usia harapan hidup yang lebih berkualitas.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2023          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>

# BAB VII

## PENGENDALIAN PENYAKIT

METADATA PROFIL KESEHATAN KOTA SEMARANG 2024

Target	Indikator	
7.1 Penyakit Menular Langsung	7.1.1	Tuberkulosis
	7.1.2	Pneumonia
	7.1.3	HIV ( <i>Human Immunodeficiency Virus</i> )
	7.1.4	Diare
	7.1.5	Kusta
	7.1.6	<i>Coronavirus Disease</i> (COVID-19)
7.2 Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)	7.2.1	Polio dan AFP
	7.2.2	Difteri
	7.2.3	Tetanus Neonatorum
	7.2.4	Campak
7.3 Kejadian Luar Biasa	7.3.1	Kejadian Luar Biasa
7.4 Penyakit Menular Bersumber Binatang	7.4.1	Demam Berdarah Dengue (DBD)
	7.4.2	Malaria
	7.4.3	Filariasi

7.5 Penyakit Tidak Menular	7.5.1	Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi)
	7.5.2	Pelayanan Skrining Usia Produktif
	7.5.3	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus
	7.5.4	Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Kanker Payudara
	7.5.5	Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat

## 7.1 Penyakit Menular Langsung

Penyakit menular langsung merupakan penyakit infeksius yang ditularkan dari satu orang ke orang lain tanpa perantara melalui kontak langsung fisik misalnya bersalaman, percikan droplet dari batuk atau bersin, kontak dengan luka terbuka atau cairan tubuh seperti darah, air liur, dsb.

<p><b>INDIKATOR 7.1.1</b></p> <p>Tuberkulosis</p> <p>[Kode SDS : 10410170]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Terduga tuberkulosis adalah orang yang mempunyai gejala utama pasien TB paru adalah batuk selama 2 minggu atau lebih dimana yang dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Pada pasien dengan HIV positif, batuk sering kali bukan merupakan gejala TB yang khas, sehingga gejala batuk tidak harus selalu selama 2 minggu atau lebih. Terduga tuberkulosis yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dengan penegakan diagnosis tuberkulosis melalui Pemeriksaan klinis (tanda dan gejala tuberkulosis), pemeriksaan bakteriologis dan pemeriksaan penunjang lainnya, edukasi perilaku berisiko dan</p>
--	---

dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut serta dilakukan pengobatan sesuai standar jika dinyatakan tuberkulosis (Register Terduga Tuberkulosis-TBC.06) yang mendapatkan pelayanan sesuai standar. Kasus tuberkulosis terbagi menjadi beberapa kategori, yaitu:

1. Pasien tuberkulosis yang terkonfirmasi bakteriologis, yaitu pasien tuberkulosis yang terbukti positif pada hasil pemeriksaan contoh uji biologinya (sputum dan jaringan) melalui pemeriksaan mikroskopis langsung, Tes Cepat Molekuler (TCM) tuberkulosis, atau biakan.
2. Pasien tuberkulosis terdiagnosis secara klinis yaitu pasien yang tidak memenuhi kriteria terdiagnosis secara bakteriologis tetapi didiagnosis sebagai pasien tuberkulosis aktif oleh dokter, dan diputuskan untuk diberikan pengobatan tuberkulosis.

Dengan demikian, semua kasus tuberkulosis merujuk kepada kasus tuberkulosis (berdasarkan definisi dan klasifikasi) yang ditemukan dan diobati. Adapun kasus tuberkulosis anak adalah kasus tuberkulosis pada anak usia 0-14 tahun.

Selanjutnya, untuk mengukur capaian pengendalian tuberkulosis, digunakan indikator cakupan penemuan dan pengobatan kasus tuberkulosis (Treatment Coverage TBC), yaitu jumlah semua kasus tuberkulosis yang ditemukan dan diobati di antara perkiraan jumlah semua kasus tuberkulosis (insiden tuberkulosis). Perkiraan jumlah semua kasus tuberkulosis dihitung dengan menggunakan pemodelan mathematic. Secara khusus, cakupan penemuan kasus tuberkulosis anak merupakan jumlah seluruh kasus tuberkulosis anak yang ditemukan di antara perkiraan jumlah kasus tuberkulosis anak yang ada disuatu wilayah dalam periode tertentu. Perkiraan jumlah kasus tuberkulosis anak adalah 8,3% dari perkiraan jumlah semua kasus tuberkulosis (insiden

	<p>tuberkulosis) yang ada di masing-masing kabupaten/kota.</p> <p>Lebih lanjut, kasus Tuberkulosis paru terkonfirmasi bakteriologis yang ditemukan dan diobati merupakan pasien tuberkulosis yang terbukti positif pada hasil pemeriksaan contoh uji biologinya (sputum dan jaringan) melalui pemeriksaan mikroskopis langsung, Tes Cepat Molekuler (TCM) tuberkulosis, atau biakan yang mendapatkan pengobatan. Semua kasus Tuberkulosis ditemukan dan diobati adalah Semua pasien tuberkulosis yang mendapatkan pengobatan dengan Obat Anti Tuberkulosis (OAT)</p> <p>Untuk menilai keberhasilan pengobatan, digunakan beberapa indikator penting, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kasus Tuberkulosis sembuh adalah pasien tuberkulosis paru dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif pada awal pengobatan yang hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan menjadi negatif dan pada salah satu pemeriksaan sebelumnya.</li> <li>2. Pengobatan Lengkap adalah Pasien tuberkulosis yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dimana pada salah satu pemeriksaan.</li> <li>3. Angka keberhasilan pengobatan (Success Rate) semua pasien tuberkulosis adalah jumlah pasien tuberkulosis semua kasus yang sembuh dan pengobatan lengkap diantara semua kasus tuberkulosis yang ditemukan dan diobati.</li> <li>4. Pasien tuberkulosis meninggal adalah Jumlah pasien tuberkulosis yang meninggal oleh sebab apapun selama masa pengobatan tuberkulosis.</li> </ol> <p><b>Metode Perhitungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase orang terduga tuberkulosis mendapatkan pelayanan tuberkulosis sesuai standar =</li> </ol>
--	--

$$\frac{\text{Jumlah orang terduga tuberkulosis yang mendapatkan pelayanan tuberkulosis sesuai standar di fasyankes dalam kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah orang terduga tuberkulosis yang ada di wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun yang sama}} \times 100\%$$

2. Cakupan penemuan kasus tuberkulosis =

$$\frac{\text{Jumlah semua kasus tuberkulosis yang ditemukan dan diobati}}{\text{perkiraan jumlah semua kasus tuberkulosis}} \times 100\%$$

3. Cakupan penemuan kasus tuberkulosis anak =

$$\frac{\text{Jumlah semua kasus tuberkulosis anak yang ditemukan dan diobati}}{\text{Perkiraan jumlah kasus tuberkulosis anak}} \times 100\%$$

4. Angka kesembuhan pasien tuberkulosis (Cure Rate) =

$$\frac{\text{Jumlah kasus tuberkulosis paru terkonfirmasi bakteriologis yang sembuh}}{\text{Jumlah kasus Tuberkulosis Paru terkonfirmasi bakteriologis yang ditemukan dan diobati pada kohort yang sama}} \times 100\%$$

5. Angka pengobatan lengkap (Complete Rate) pasien tuberkulosis =

$$\frac{\text{Jumlah semua kasus tuberkulosis yang mendapat pengobatan lengkap}}{\text{Jumlah semua kasus tuberkulosis yang ditemukan dan diobati pada kohort yang sama}} \times 100\%$$

6. Angka keberhasilan pengobatan (Success Rate/SR) pasien tuberkulosis semua kasus =

$$\frac{\text{Jumlah semua kasus tuberkulosis yang sembuh dan pengobatan lengkap}}{\text{Jumlah semua kasus tuberkulosis yang ditemukan dan diobati pada kohort yang sama}} \times 100\%$$

7. Kematian Tuberkulosis selama masa Pengobatan tuberkulosis =

$$\frac{\text{Jumlah pasien tuberkulosis yang meninggal oleh sebab apapun selama masa pengobatan tuberkulosis}}{\text{Jumlah semua kasus tuberkulosis yang ditemukan dan diobati pada kohort yang sama}} \times 100\%$$

### Manfaat

Manfaat pengendalian tuberkulosis (TB) adalah sebagai berikut:

1. Menurunkan angka penularan dan kematian akibat TB.
2. Memungkinkan deteksi dini dan pengobatan lebih cepat.
3. Meningkatkan keberhasilan pengobatan dan mencegah penularan lanjutan.
4. Mengurangi komplikasi, kecacatan, dan kematian akibat TB.
5. Mempercepat pemulihan dan mengembalikan produktivitas pasien.
6. Mengurangi beban sosial dan ekonomi akibat biaya

	<p>pengobatan dan kehilangan produktivitas kerja.</p> <p>7. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b>          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024          Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021</p> <p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b>          Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 7.1.2</b>           Pneumonia</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p><b>Pneumonia</b> adalah balita mengalami batuk dan atau kesukaran bernapas dan hasil perhitungan napas, usia 0-&lt;2 bulan <math>\geq 60</math> kali/menit, usia 2-&lt;12 bulan <math>\geq 50</math> kali/menit, usia 12-59 bulan <math>\geq 40</math> kali/menit. Balita dianggap mengalami <b>Pneumonia berat</b> jika tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK) atau saturasi oksigen <math>&lt; 90</math>. Sedangkan dianggap Batuk bukan pneumonia jika tidak ada TDDK dan tidak ada napas cepat. Perkiraan Pneumonia Balita dinyatakan dengan jumlah perkiraan Pneumonia Balita yang diperoleh dari penghitungan prevalensi Pneumonia pada Balita terhadap jumlah seluruh Balita pada wilayah dan kurun waktu tertentu. Penghitungan berbeda untuk setiap provinsi, sesuai modeling hasil riskesdas 2013 yang dijustifikasi berdasarkan 3 faktor risiko yaitu BBLR, status gizi, dan status Imunisasi.</p> <p>Puskesmas yang melakukan tatalaksana standar minimal 60% dinyatakan dengan jumlah puskesmas yang melakukan tatalaksana standar terhadap minimal 60% balita yang berkunjung dengan keluhan batuk atau kesukaran bernapas. Misanya, jika di kabupaten/kota terdapat 10 puskesmas dan yang melaksanakan tatalaksana standar minimal 60% ada 5 puskesmas, maka jumlah puskesmas yang melakukan tatalaksana standar adalah 5</p>

	<p>puskesmas.</p> <hr/> <p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Penemuan penderita pneumonia Balita =</p> $\frac{\text{Jumlah penderita Pneumonia Balita yang ditangani dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah perkiraan penderita Pneumonia Balita di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}} \times 100\%$ <hr/> <p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pengendalian pneumonia pada balita adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat pneumonia.</li> <li>2. Mencegah komplikasi serius jika pneumonia tidak segera diobati.</li> <li>3. Mengurangi risiko penularan ke individu lain.</li> <li>4. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi dan gizi anak.</li> <li>5. Mendukung pemantauan kesehatan rutin balita.</li> <li>6. Meningkatkan daya tahan tubuh anak melalui imunisasi dan gizi yang baik.</li> <li>7. Mendorong peningkatan layanan dan kapasitas fasilitas kesehatan.</li> <li>8. Memberikan edukasi kepada orang tua tentang gejala dan penanganan pneumonia.</li> </ol> <hr/> <p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p> <hr/> <p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 7.1.3</b></p> <p>HIV (<i>Human Immunodeficiency</i></p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>HIV (Human Immunodeficiency Virus) adalah seseorang yang hasil</p>

<p><i>Virus)</i></p>	<p>pemeriksaannya HIV positif dengan pemeriksaan 3 reagen rapid test. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus HIV adalah pelayanan kesehatan sesuai standar kepada setiap orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (<i>Human Immunodeficiency Virus</i> = HIV) yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularan</li> <li>2. Skrining dilakukan dengan pemeriksaan tes cepat HIV minimal 1 kali dalam setahun</li> </ol> <p>Berikut adalah orang dengan risiko terinfeksi virus HIV, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ibu hamil</li> <li>2) Pasien TBC</li> <li>3) Pasien Infeksi Menular Seksual (IMS)</li> <li>4) Penjaja seks,</li> <li>5) Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL)</li> <li>6) Transgender/Waria,</li> <li>7) Pengguna napza suntik (penasun)</li> <li>8) Warga Binaan Pemasyarakatan</li> </ol> <p>ODHIV Baru adalah Orang yang berisiko terinfeksi HIV mengetahui status terinfeksi HIV (penetapan diagnose) dan baru ditemukan. Selain itu, ODHIV Baru mendapatkan ARV adalah ODHIV baru yang ditemukan (terdiagnosa) diberikan pengobatan ARV.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporsi HIV per kelompok umur = <math display="block">\frac{\text{Jumlah kasus HIV per kelompok umur}}{\text{Jumlah kasus HIV seluruh kelompok umur}} \times 100\%</math> </li> <li>2. Persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar = <math display="block">\frac{\text{Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV dikab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama}} \times 100\%</math> </li> <li>3. Persentase ODHIV Baru mendapatkan Pengobatan =</li> </ol>

	<p style="text-align: center;"><math>\frac{\text{Jumlah ODHIV baru ditemukan dan mendapat pengobatan}}{\text{Jumlah ODHIV baru ditemukan}} \times 100\%</math></p> <hr/> <p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pengendalian HIV adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendeteksi dini infeksi HIV melalui tes rutin, minimal setahun sekali.</li> <li>2. Memungkinkan terapi antiretroviral (ARV) diberikan lebih awal.</li> <li>3. Menekan jumlah virus dalam tubuh hingga tidak terdeteksi.</li> <li>4. Meningkatkan kualitas dan harapan hidup penderita HIV.</li> <li>5. Mengurangi risiko penularan HIV kepada orang lain.</li> <li>6. Mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV.</li> </ol> <hr/> <p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p> <hr/> <p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 7.1.4</b></p> <p>Diare</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Penderita diare Balita yang dilayani adalah jumlah penderita diare Balita (umur &lt; 5 Tahun) yang datang dan dilayani di sarana kesehatan di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun. Penderita diare semua umur yang dilayani adalah jumlah penderita diare semua umur yang datang dan dilayani di sarana kesehatan di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun. Penderita diare semua umur yang mendapat oralit adalah jumlah penderita diare semua umur mendapat oralit yang datang dan dilayani di sarana kesehatan di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun.</p> <p>Sementara itu, Penderita diare Balita yang mendapat oralit adalah</p>

jumlah penderita diare Balita (umur < 5 Tahun) mendapat oralit yang datang dan dilayani di sarana kesehatan di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun. Penderita diare Balita yang mendapat Zinc adalah jumlah penderita diare Balita (umur < 5 Tahun) mendapat Zinc yang datang dan dilayani di sarana kesehatan di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun.

Target Penemuan Diare:

1. Semua Umur

Perkiraan jumlah penderita diare semua umur yang datang ke sarana kesehatan sebesar 10% dari angka kesakitan x. Jumlah penduduk disuatu wilayah kerja dalam waktu satu tahun. Angka kesakitan nasional hasil Survei Morbiditas Diare semua umur tahun 2015 yaitu sebesar 270/1.000 penduduk. Jika terdapat angka kesakitan kabupaten/kota terkini, maka angka kesakitan tersebut dapat digunakan.  $10\% \times 270/1.000 \times \text{Jumlah Penduduk}$ .

2. Balita

Perkiraan jumlah penderita diare Balita yang datang ke sarana kesehatan dan kader sebesar 20% dari angka kesakitan x jumlah Balita di satu wilayah kerja dalam waktu satu tahun. Angka kesakitan nasional hasil Survei Morbiditas Diare Balita tahun 2015 yaitu sebesar 843/1.000 penduduk. Jika terdapat angka kesakitan kabupaten/kota terkini, maka angka kesakitan tersebut dapat digunakan  $20\% \times 843/1.000 \times \text{Jumlah Balita}$ .

**Metode Perhitungan**

1. Penderita diare Balita dilayani =

$$\frac{\text{Jumlah penderita diare Balita yang datang dan dilayani di sarana kesehatan di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun}}{\text{Jumlah target penemuan penderita diare Balita pada satu wilayah tertentu dalam waktu yg sama (20% dari angka kesakitan diare x jumlah Balita)}} \times 100\%$$

2. Penderita diare Semua Umur dilayani =

$$\frac{\text{Jumlah penderita diare semua umur yang datang dan dilayani di sarana kesehatan di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun}}{\text{Jumlah target penemuan penderita diare semua umur pada satu wilayah tertentu dalam waktu yang sama (10% dari angka kesakitan diare x jumlah penduduk)}} \times 100\%$$

3. Penderita diare Balita mendapat oralit =

$$\frac{\text{Jumlah penderita diare Balita mendapat oralit yang datang dan dilayani di sarana kesehatan di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun}}{\text{Jumlah penderita diare Balita dilayani pada satu wilayah tertentu dalam waktu yang sama}} \times 100\%$$

4. Penderita diare semua umur mendapat oralit =

$$\frac{\text{Jumlah penderita diare semua umur mendapat oralit yang datang dan dilayani di sarana kesehatan di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun}}{\text{Jumlah penderita diare semua umur dilayani pada satu wilayah tertentu dalam waktu yang sama}} \times 100\%$$

5. Penderita diare Balita mendapat Zinc =

$$\frac{\text{Jumlah penderita diare Balita mendapat Zinc yang datang dan dilayani di sarana kesehatan di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun}}{\text{Jumlah penderita diare Balita dilayani pada satu wilayah tertentu dalam waktu yg sama}} \times 100\%$$

### Manfaat

Manfaat dari pelayanan dan pengendalian diare secara efektif adalah sebagai berikut:

1. Mencegah komplikasi serius akibat dehidrasi, khususnya pada balita yang rentan terhadap kehilangan cairan.
2. Mempercepat penyembuhan dan mengurangi risiko kekambuhan melalui pemberian zinc yang mendukung fungsi usus.
3. Mengurangi angka kesakitan dan risiko kematian akibat diare dengan tata laksana yang sesuai standar.
4. Memberikan edukasi langsung kepada masyarakat mengenai pencegahan dan penanganan diare yang benar.
5. Mendorong perubahan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) terutama dalam hal sanitasi, kebersihan makanan, dan air minum.
6. Mengurangi beban layanan kesehatan dan biaya pengobatan akibat penanganan dini yang efektif.
7. Meningkatkan produktivitas masyarakat karena penderita dapat segera kembali beraktivitas setelah sembuh.

	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b>          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p> <p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b>          Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 7.1.5</b>          Kusta          [Kode SDS : 10410185]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b>          Penderita kusta adalah seseorang yang mempunyai satu atau lebih tanda utama kusta, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelainan kulit/lesi dapat berbentuk bercak putih atau kemerahan yang mati rasa.</li> <li>2. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf. Gangguan fungsi saraf bisa berupa gangguan fungsi sensoris, gangguan fungsi motoris, atau gangguan fungsi otonom.</li> <li>3. Adanya basil tahan asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (slit skin smear)</li> </ol> <p>Terdapat 2 tipe kusta, yaitu tipe PB dan tipe MB. Berikut adalah perbedaannya:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penderita tipe PB adalah penderita kusta yang mempunyai tanda utama seperti berikut :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jumlah bercak kusta 1-5</li> <li>b. Jumlah penebalan saraf tepi disertai gangguan fungsi hanya 1 saraf</li> <li>c. Hasil pemeriksaan kerokan jaringan kulit negatif Basil Tahan Asam (BTA)</li> </ol> </li> <li>2. Penderita MB adalah penderita kusta yang mempunyai tanda utama seperti berikut :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jumlah bercak kusta &gt;5</li> <li>b. Jumlah penebalan saraf tepi disertai gangguan fungsi lebih dari 1 saraf</li> <li>c. Hasil pemeriksaan kerokan jaringan kulit positif</li> </ol> </li> </ol>

### Basil Tahan Asam (BTA)

Angka penemuan kasus baru kusta (NCDR/New Case Detection Rate) adalah jumlah kasus kusta baru yang ditemukan dalam suatu periode tertentu per 100.000 penduduk. Pada kasus kusta, derajat kecacatan pasien dibedakan menjadi beberapa tingkat. Cacat tingkat 0 adalah kondisi di mana kasus kusta baru tidak menunjukkan adanya kelainan sensorik maupun anatomis. Sementara itu, cacat tingkat 2 adalah kondisi di mana terdapat kelainan anatomis pada mata, tangan, atau kaki. Cacat pada tangan dan kaki dapat berupa ulkus, jari kiting, atau semper, sedangkan pada mata dapat berupa lagoptalmus atau gangguan penglihatan berat.

Angka cacat tingkat 2 dihitung sebagai jumlah kasus baru dengan kecacatan tingkat 2 yang ditemukan dalam satu tahun per 1.000.000 penduduk. Selain itu, kasus kusta juga dikategorikan berdasarkan usia. Penderita kusta anak adalah kasus kusta baru yang terjadi pada anak usia 0 hingga kurang dari 15 tahun. Jika anak-anak ini mengalami kecacatan tingkat 2, mereka tercatat sebagai penderita kusta anak dengan cacat tingkat 2. Kasus kusta terdaftar pun dibedakan berdasarkan usia, yaitu kasus kusta terdaftar pada anak-anak usia 0 sampai kurang dari 15 tahun, serta kasus kusta terdaftar pada dewasa yang berusia 15 tahun ke atas.

Selanjutnya, RFT PB (Release From Treatment) adalah Jumlah kasus kusta baru PB dari periode kohort satu tahun yang sama yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (6 blister dalam 6-9 bulan). Penderita kusta baru PB diambil dari penderita kusta baru PB yang masuk dalam kohort yang sama 1 tahun sebelumnya, misalnya: untuk mencari RFT rate PB tahun 2021, maka dapat dihitung dari penderita baru PB tahun 2020 yang menyelesaikan pengobatan

tepat waktu. Sedangkan, RFT MB adalah Jumlah kasus kusta baru MB dari periode kohort satu tahun yang sama yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (12 blister dalam 12-18 bulan). Penderita kusta MB merupakan penderita pada kohort yang sama, yaitu diambil dari penderita baru MB yang masuk dalam kohort yang sama 2 tahun sebelumnya, misalnya: untuk mencari RFT rate tahun 2021, maka dapat dihitung dari penderita baru tahun 2019 yang menyelesaikan pengobatan (Multi Drug Therapy/MDT) tepat waktu.

### Metode Perhitungan

1. NCDR =

$$\frac{\text{Jumlah kasus kusta yang baru ditemukan pada kurun waktu tertentu di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100.000$$

2. % kasus kusta baru tanpa cacat (cacat tingkat 0) =

$$\frac{\text{Jumlah penderita kusta baru tanpa cacat yang ditemukan (cacat tingkat 0) pada wilayah dan waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh penderita kusta (PB+MB) baru yang ditemukan pada wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

3. % cacat tingkat 2 =

$$\frac{\text{Jumlah penderita kusta baru dengan cacat tingkat 2 pada wilayah dan waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh penderita kusta (PB+MB) baru yang ditemukan pada wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

4. % penderita kusta <15 tahun

$$\frac{\text{Jumlah penderita kusta baru (PB+MB) yang berusia <15 tahun pada wilayah dan waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh penderita kusta (PB+MB) baru yang ditemukan pada wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

5. Angka cacat tingkat 2 per 1.000.000 penduduk =

$$\frac{\text{Jumlah penderita kusta baru dengan cacat tingkat 2 pada wilayah dan waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk pada wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 1000.000$$

6. RFT rate PB =

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru PB yang menyelesaikan pengobatan 6 blister dalam 6-9 bulan}}{\text{Jumlah seluruh kasus baru PB yang mulai MDT pada periode kohort yang sama}} \times 100\%$$

7. RFT rate MB =

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru MB yang menyelesaikan pengobatan 12 blister dalam 12-18 bulan}}{\text{Jumlah seluruh kasus baru MB yang mulai MDT pada periode kohort yang sama}} \times 100\%$$

**Manfaat**

Manfaat pengendalian kusta adalah sebagai berikut:

1. Deteksi dini dan pencegahan kecacatan, mengenali tanda awal kusta mencegah kerusakan saraf yang tidak bisa dipulihkan.
2. Penentuan pengobatan yang tepat, membantu membedakan tipe PB dan MB untuk menentukan jenis dan durasi terapi.
3. Pemantauan tingkat penularan, melalui angka NCDR, diketahui seberapa aktif penularan kusta di masyarakat.
4. Perencanaan program kesehatan, menentukan kebutuhan obat, tenaga medis, dan prioritas wilayah intervensi.
5. Evaluasi keberhasilan eliminasi kusta, menilai kemajuan program eliminasi dan memperbaiki strategi jika diperlukan.
6. Mengurangi stigma, edukasi masyarakat tentang kusta dapat mengurangi ketakutan dan diskriminasi terhadap penderita.

**Sumber dan Cara Pengumpulan Data**

Profil Kesehatan Kota Semarang 2024

**Frekuensi Waktu Pengumpulan Data**

Tahunan

## 7.2 Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) merupakan penyakit infeksius yang penularannya dapat dicegah atau dikendalikan melalui pemberian imunisasi, baik imunisasi dasar maupun lanjutan. Imunisasi merangsang sistem kekebalan tubuh untuk membentuk antibodi terhadap penyakit tertentu, sehingga tubuh terlindungi jika suatu saat terpapar penyakit tersebut.

<p><b>INDIKATOR 7.2.1</b></p> <p>Polio dan AFP</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Polio merupakan penyakit yang sangat menular dan disebabkan oleh virus yang menyerang sistem saraf, sehingga dapat menyebabkan kelumpuhan total hanya dalam hitungan jam. Penularannya terutama terjadi dari orang ke orang melalui jalur fekal-oral. Gejala awal yang umum muncul antara lain demam, kelelahan, sakit kepala, muntah, kekakuan pada leher, dan nyeri pada tungkai. Dari setiap 200 infeksi, satu kasus dapat menyebabkan kelumpuhan permanen—biasanya pada tungkai dan dari jumlah tersebut, sekitar 5 hingga 10 persen dapat berakhir dengan kematian akibat kelumpuhan pada otot-otot pernapasan.</p> <p>Dalam upaya global untuk memberantas penyakit ini, World Health Assembly (WHA), sebagai forum tertinggi yang diselenggarakan oleh World Health Organization (WHO), mengeluarkan resolusi pada Mei 1988 untuk membasmi polio dari dunia. Indonesia berhasil mencapai tonggak penting dengan memperoleh sertifikasi bebas polio pada 27 Maret 2014 bersama negara-negara lain dalam kawasan South East Asia Region (SEARO).</p> <p>Meskipun Indonesia telah dinyatakan bebas polio, sistem surveilans tetap diperlukan untuk mendeteksi kemungkinan adanya kasus baru. Salah satu komponen utama dalam sistem ini adalah surveilans <i>Acute Flaccid Paralysis</i> (AFP), yaitu pengamatan terhadap semua kasus kelumpuhan mendadak yang bersifat layuh</p>
--	--

	<p>pada anak usia di bawah 15 tahun yang bukan disebabkan oleh trauma. AFP merupakan indikator sensitif dalam mendeteksi kemungkinan adanya virus polio liar di masyarakat.</p> <p>Surveilans AFP dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium terhadap sampel tinja dari setiap kasus lumpuh layuh akut. Hal ini tidak hanya berguna untuk mendeteksi transmisi virus polio liar, tetapi juga menjadi syarat penting dalam pembuktian tidak adanya virus polio liar guna memperoleh atau mempertahankan sertifikasi bebas polio. Kasus AFP yang pada awalnya diduga sebagai polio, namun kemudian terbukti bukan melalui hasil laboratorium, disebut sebagai <i>non-polio AFP</i>.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p><i>Non Polio Acute Flaccid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk usia &lt;15 tahun</i></p> $\frac{\text{Jumlah kasus AFP Non Polio pada penduduk < 15 tahun di satu wilayah kerja pada satu kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk usia < 15 tahun di wilayah kerja pada kurun waktu yang sama}} \times 100.000$
	<p><b>Manfaat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deteksi Dini dan Pemantauan Transmisi Virus Polio.</li> <li>2. Pemenuhan Syarat Sertifikasi Bebas Polio.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2023 Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 7.2.2</b> Difteri</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Difteri adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh kuman <i>Corynebacterium Diphtheria</i> ditandai dengan adanya peradangan</p>

	<p>pada tempat infeksi, terutama pada selaput bagian dalam saluran pernapasan bagian atas, hidung, dan juga kulit.</p> <p>Difteri merupakan penyakit menular yang penyebarannya terjadi melalui droplet, yaitu percikan cairan dari mulut atau hidung saat penderita batuk, bersin, muntah, atau melalui penggunaan alat makan bersama. Penularan juga dapat terjadi melalui kontak langsung dengan lesi pada kulit penderita. Penyakit ini terutama rentan menyerang individu yang belum memiliki kekebalan, khususnya anak-anak usia 1 hingga 10 tahun. Jika tidak segera ditangani, difteri memiliki risiko kematian yang cukup tinggi, yaitu sekitar 50% pada individu tanpa kekebalan. Namun, dengan penanganan medis yang tepat, angka kematian dapat ditekan hingga sekitar 10% (CDC, 2017). Berdasarkan data CDC (2016), tingkat kematian akibat difteri rata-rata berkisar antara 5–10% pada anak usia di bawah 5 tahun, dan meningkat hingga 20% pada orang dewasa berusia di atas 40 tahun.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p><i>Case Fatality Rate</i> (difteri/ t.neonatorum)</p> $\frac{\text{Jumlah penderita (difteri/t. neonatorum) yang meninggal pada wilayah dan periode tertentu}}{\text{Jumlah penderita (difteri/t. neonatorum) pada wilayah dan periode yang sama}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat dari imunisasi difteri antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah penyakit menular.</li> <li>2. Melindungi kelompok rentan (anak-anak usia 1-10 tahun).</li> <li>3. Memutus rantai penularan.</li> <li>4. Menekan angka kematian.</li> <li>5. Mendukung herd immunity</li> </ol>

	<p>6. Mengurangi beban sosial dan ekonomi.</p>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b>          Profil Kesehatan Kota Semarang 2023          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b>          Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 7.2.3</b>          Tetanus Neonatorum</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus (0-28 hari) yang disebabkan oleh Clostridium tetani, yaitu kuman yang mengeluarkan toksin (racun) dan menyerang sistem saraf pusat.</p> <p>Tetanus Neonatorum umumnya terjadi pada bayi yang baru lahir. Tetanus Neonatorum menyerang bayi yang baru lahir karena dilahirkan di tempat yang tidak bersih dan steril, terutama jika tali pusar terinfeksi.</p> <p>Tetanus neonatorum merupakan salah satu penyebab kematian pada bayi yang masih banyak dijumpai di negara berkembang. Sebaliknya, di negara maju yang memiliki standar kebersihan dan teknik persalinan yang lebih baik, angka kematian akibat infeksi tetanus dapat diminimalkan.</p> <p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Jumlah kasus tetanus neonatorum</p> <p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat dari pencegahan tetanus neonatorum adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melindungi bayi baru lahir dari infeksi mematikan.</li> <li>2. Meningkatkan keselamatan ibu dan bayi.</li> <li>3. Mendorong persalinan bersih dan aman.</li> <li>4. Menurunkan angka kematian bayi.</li> </ol>

	<p>5. Meningkatkan kualitas layanan kesehatan ibu dan anak.</p> <p>6. Mendukung pembangunan kesehatan jangka panjang.</p>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p>
	<p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p>
	<p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 7.2.4</b></p> <p>Campak</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Penyakit yang sangat menular (infeksius) disebabkan oleh virus RNA dari genus Morbillivirus, dari keluarga Paramyxoviridae yang mudah mati karena panas dan cahaya. Campak ditularkan melalui udara yang terkontaminasi droplet dari hidung, mulut, atau tenggorokan orang terinfeksi. Gejala klinis campak adalah demam (panas) dan ruam (rash) ditambah dengan batuk/pilek atau mata merah.</p> <p>Campak berat mungkin terjadi pada anak-anak yang menderita kurang gizi, terutama pada mereka yang kekurangan vitamin A, atau yang sistem kekebalan tubuhnya telah dilemahkan oleh penyakit lain. Komplikasi yang paling serius termasuk kebutaan, ensefalitis (infeksi yang menyebabkan pembekakan ota), diare berat dan dehidrasi, serta infeksi pernapasan berat seperti pneumonia. Seseorang yang pernah menderita campak akan mendapatkan kekebalan terhadap penyakit tersebut seumur hidupnya.</p> <p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Incidence Rate suspek campak (per 100.000 penduduk)</p> $\frac{\text{Jumlah kasus suspek campak di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di suatu wilayah pada kurun waktu yang sama}} \times 100.000$ <p><b>Manfaat</b></p>

	<p>Manfaat Imunisasi campak adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah penyebaran penyakit campak</li> <li>2. Melindungi individu dari infeksi virus campak melalui peningkatan kekebalan tubuh.</li> <li>3. Membantu membentuk kekebalan kelompok (<i>herd immunity</i>) yang juga melindungi mereka yang tidak dapat divaksinasi.</li> <li>4. Menurunkan angka kasus campak dan rubella</li> <li>5. Mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan jangka panjang melalui pencegahan wabah.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2023          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>

### 7.3 Kejadian Luar Biasa

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 1501/Menkes/Per/X/2010 Tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu yang dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangannya, Kejadian Luar Biasa (KLB) merupakan peningkatan kejadian penyakit yang secara signifikan melebihi jumlah kasus yang diperkirakan di suatu wilayah dan waktu tertentu, termasuk munculnya kasus penyakit baru, atau penyakit yang pernah ada tapi muncul kembali.

<p><b>INDIKATOR 7.3.1</b></p> <p>Kejadian Luar Biasa</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Kejadian luar biasa merupakan munculnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan/atau kematian yang bermakna secara epidemiologi pada suatu daerah dalam kurun</p>
--	---

	<p>waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah. Penanganan terhadap KLB harus dilakukan dalam waktu kurang dari 24 jam sejak laporan awal (W1) diterima, baik melalui formulir resmi, facsimile, maupun telepon. Salah satu langkah utama dalam respon ini adalah penyelidikan epidemiologi, yaitu serangkaian kegiatan untuk mengidentifikasi penyebab, sifat, sumber, cara penularan, dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi timbulnya penyakit.</p> <p>Penanggulangan KLB mencakup berbagai upaya terintegrasi, mulai dari pemeriksaan, pengobatan, perawatan, isolasi penderita, hingga tindakan pencegahan seperti imunisasi, karantina, pemusnahan sumber penyakit, penanganan jenazah, serta penyuluhan kepada masyarakat. Di tingkat desa atau kelurahan, kemampuan untuk menanggulangi KLB dalam waktu kurang dari 24 jam menjadi indikator penting dalam sistem kewaspadaan dini dan tanggap darurat. Penanganan yang cepat dan tepat ini sangat penting untuk memutus rantai penularan, menekan risiko meluasnya wabah, dan melindungi kesehatan masyarakat secara menyeluruh.</p> <p>Untuk mengukur tingkat keparahan dan risiko KLB, digunakan indikator <i>Attack Rate</i> dan <i>Case Fatality Rate (CFR)</i>. <i>Attack Rate</i> merupakan angka pengukuran yang dipakai untuk menghitung insidens kasus baru selama kejadian KLB terhadap populasi yang berisiko, sementara <i>CFR</i> menunjukkan persentase penderita yang meninggal karena suatu penyakit terhadap seluruh kasus penyakit tersebut. Kedua indikator ini menjadi parameter penting dalam menilai efektivitas penanggulangan dan dampak dari suatu KLB.</p> <p><b>Metode Perhitungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase Kejadian Luar Biasa (KLB) di desa/kelurahan yang ditanggulangi &lt;24 jam</li> </ol>
--	--

	<p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah KLB di desa/kelurahan yang ditanggulangi} &lt; 24 \text{ jam pada periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah KLB yang terjadi pada wilayah desa/kelurahan pada periode waktu yang sama}} \times 100\%</math> </p> <p>2. Attack Rate</p> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah penderita baru akibat penyakit dalam periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk terancam dalam periode waktu yang sama}} \times 100\%</math> </p> <p>3. CFR</p> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah kematian akibat suatu penyakit dalam periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah kasus penyakit (yang sama) yang terdiagnosa dalam periode waktu yang sama}} \times 100\%</math> </p>
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah penyebaran penyakit lebih lanjut dan meminimalkan risiko kematian melalui penanganan cepat dan terkoordinasi.</li> <li>2. Meningkatkan efektivitas sistem kewaspadaan dini dan respons kesehatan di tingkat daerah.</li> <li>3. Menunjukkan keberhasilan koordinasi lintas sektor, khususnya dalam keamanan dan sanitasi pangan.</li> <li>4. Melindungi masyarakat dari lebih dari 200 penyakit yang dapat ditularkan melalui makanan.</li> <li>5. Berkontribusi pada stabilitas sosial dan ekonomi masyarakat melalui pencegahan krisis kesehatan publik.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2023          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>

## 7.4 Penyakit Menular Bersumber Binatang

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 82 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Penyakit Menular, penyakit menular bersumber binatang merupakan bagian dari penyakit menular yang berpotensi menyebabkan wabah dan memerlukan pengendalian lintas sektor, termasuk bidang peternakan, lingkungan, dan kesehatan masyarakat.

<p><b>INDIKATOR 7.4.1</b></p> <p>Demam Berdarah Dengue (DBD)</p> <p>[Kode SDS : 10410011]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit menular yang tergolong dalam kelompok Penyakit Tular Vektor dan Zoonosis (P2TVZ), yaitu penyakit yang ditularkan melalui vektor seperti nyamuk <i>Aedes aegypti</i> betina. Penyakit ini disebabkan oleh virus dengue dan bersifat endemis di wilayah tropis serta subtropis, termasuk Indonesia. DBD berpotensi menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) apabila tidak tertangani dengan cepat dan tepat. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Epidemiologi, DBD dikategorikan sebagai penyakit yang wajib di surveilans secara ketat karena tingkat penularannya yang tinggi serta kemungkinannya menyebabkan kematian, terutama pada kelompok anak-anak.</p> <p>Secara klinis, DBD ditandai oleh penderita yang mengalami demam mendadak selama 2–7 hari dengan suhu tinggi yang terus menerus, disertai manifestasi perdarahan, baik yang terjadi secara spontan seperti petekie, purpura, ekimosis, epistaksis (mimisan), perdarahan gusi, hematemesis (muntah darah), dan/atau melena (buang air besar berdarah), maupun hasil uji tourniquet yang positif. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan adanya trombositopenia (trombosit <math>\leq 100.000/\text{mm}^3</math>), serta kebocoran plasma (plasma leakage) akibat peningkatan permeabilitas vaskular. Kondisi ini ditandai dengan satu atau lebih gejala, seperti peningkatan hematokrit/hemokonsentrasi sebesar <math>\geq 20\%</math> dari nilai baseline atau</p>
---	---

	<p>penurunan sebesar itu pada fase konvalesens, efusi pleura, asites, serta hipoalbuminemia atau hipoproteinemia.</p> <p>Untuk mengukur beban penyakit ini, digunakan indikator seperti angka insidens (<i>Incidence Rate</i>) yaitu jumlah kasus per 100.000 penduduk per tahun, dan <i>Case Fatality Rate (CFR)</i> yang menunjukkan persentase kematian akibat DBD dari total kasus yang dilaporkan.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>1. Angka Kesakitan DBD (<i>Incidence Rate</i>)</p> $\frac{\text{Jumlah kasus baru DBD pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah populasi pada kurun waktu yang sama}} \times 100.000$ <p>2. <i>Case Fatality Rate</i> DBD</p> $\frac{\text{Jumlah kematian yang disebabkan DBD pada kurun waktu tahun tertentu}}{\text{Jumlah penderita penyakit DBD yang ditemukan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pengendalian dan pemantauan DBD adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat DBD.</li> <li>2. Menekan angka insidens dan mempertahankan <i>Case Fatality Rate (CFR)</i> serendah mungkin.</li> <li>3. Meningkatkan literasi kesehatan masyarakat.</li> <li>4. Meningkatkan cakupan pemantauan jentik nyamuk.</li> <li>5. Memperkuat koordinasi lintas sektor.</li> <li>6. Mencegah penyebaran DBD dan memitigasi risiko pada kelompok rentan.</li> <li>7. Mendukung pencapaian ketahanan masyarakat secara berkala.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p>

	Profil Kesehatan Kota Semarang 2023 Profil Kesehatan Kota Semarang 2024
	<b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b> Tahunan
<b>INDIKATOR 7.4.2</b> Malaria [Kode SDS : 10410172]	<b>Konsep dan Definisi</b> <p>Malaria merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi parasit <i>Plasmodium</i>, yang ditularkan melalui gigitan nyamuk <i>Anopheles</i> betina. Penyakit ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di beberapa wilayah Indonesia, termasuk Kota Semarang, meskipun wilayah ini tidak tergolong daerah endemik tinggi. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 293/Menkes/Per/III/2009 tentang Penanggulangan Malaria, malaria termasuk dalam kategori penyakit menular yang wajib dilaporkan dan menjadi prioritas dalam program eliminasi nasional. Empat jenis <i>Plasmodium</i> yang dapat menginfeksi manusia adalah <i>Plasmodium falciparum</i>, <i>Plasmodium vivax</i>, <i>Plasmodium malariae</i>, dan <i>Plasmodium ovale</i>. Setiap jenis memiliki karakteristik klinis dan tingkat keparahan berbeda, dengan <i>P. falciparum</i> dikenal paling berbahaya karena dapat menyebabkan komplikasi berat dan kematian jika tidak segera ditangani.</p> <p>Secara epidemiologis, seseorang dikategorikan sebagai suspek malaria apabila mengalami demam atau memiliki riwayat demam dalam jangka waktu tertentu, tergantung pada status endemisitas wilayah. Di daerah endemik, setiap individu yang mengalami demam atau anemia dalam 48 jam terakhir wajib diduga malaria, tanpa mengesampingkan kemungkinan penyebab lain. Sedangkan di daerah non-endemik seperti Kota Semarang, individu dengan demam dalam 7 hari terakhir dan memiliki risiko tertular—baik karena bepergian ke daerah endemik maupun</p>

kontak dengan orang dari wilayah tersebut juga wajib diduga menderita malaria. Konfirmasi diagnosis dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium, baik secara mikroskopis maupun melalui *Rapid Diagnostic Test* (RDT). Kasus malaria positif kemudian dibedakan menjadi kasus indigenous (penularan lokal) dan impor (penularan dari luar daerah). Perbedaan ini penting dalam menentukan strategi pengendalian dan mempertahankan status eliminasi malaria secara nasional maupun regional.

### Metode Perhitungan

1. Konfirmasi laboratorium

$$\frac{\text{Jumlah sediaan darah yang dikonfirmasi laboratorium di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah suspek di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

2. % Pengobatan standar

$$\frac{\text{Jumlah kasus malaria positif yang diobati sesuai standar program di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah kasus malaria positif di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

3. Angka Kesakitan (API)

$$\frac{\text{Jumlah kasus malaria positif (dengan konfirmasi laboratorium) dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 1.000$$

4. Case Fatality Rate (CFR)

$$\frac{\text{Jumlah kasus meninggal karena malaria di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah kasus malaria positif di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

### Manfaat

Manfaat pemantauan dan pengendalian malaria adalah sebagai berikut:

1. Mencegah penularan lokal malaria di wilayah non-endemik.
2. Mempertahankan status eliminasi malaria.
3. Memantau tren kasus malaria.
4. Memperkuat upaya deteksi dini, pengobatan tepat waktu, dan pemantauan kelompok berisiko.
5. Mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti.

	<p>6. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pencegahan penyakit tular vektor.</p> <p>7. Memperkuat sistem kewaspadaan dan respons terhadap penyakit menular lain.</p> <p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b>          Profil Kesehatan Kota Semarang 2023          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p> <p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b>          Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 7.4.3</b>          Filariasis</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Filariasis merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh cacing filaria dan ditularkan melalui gigitan nyamuk. Penderita filariasis kronis biasanya menunjukkan gejala klinis seperti limfedema pada tungkai atau lengan, pembesaran payudara, dan hidrokela. Kasus baru filariasis didefinisikan sebagai penderita dengan gejala kronis yang baru teridentifikasi.</p> <p>Selain itu, dilakukan rapat koordinasi lintas sektor apabila ditemukan kasus baru, pengobatan dengan regimen DEC dan parasetamol sesuai kondisi penderita, serta perawatan limfedema yang melibatkan edukasi kebersihan, penggunaan salep, pengangkatan tungkai, dan aktivitas fisik. Sosialisasi kepada petugas surveilans dan pemegang program P2TVZ di Puskesmas juga dilakukan secara berkala guna meningkatkan kapasitas dalam deteksi dan penanganan filariasis secara komprehensif.</p> <p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Jumlah kasus kronis filariasis</p> <p>= Jumlah akumulasi kasus kronis filariasis (kasus baru dan lama) - kasus pindah dan meninggal pada periode tertentu</p>

	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pengendalian filariasis adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah kecacatan permanen.</li> <li>2. Meningkatkan kualitas hidup penderita.</li> <li>3. Meningkatkan produktivitas masyarakat.</li> <li>4. Mengurangi beban ekonomi.</li> <li>5. Mengurangi stigma sosial terhadap penderita.</li> <li>6. Memberikan dampak positif pada aspek sosial dan ekonomi.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>

## 7.5 Penyakit Tidak Menular

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit yang bukan disebabkan oleh infeksi dan tidak menular dari orang ke orang, tetapi disebabkan oleh faktor risiko seperti gaya hidup tidak sehat, lingkungan, dan genetika.

<p><b>INDIKATOR 7.5.1</b></p> <p>Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi) [Kode SDS : 10410163]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyakit tidak menular dengan kasus yang terus meningkat. Pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penderita hipertensi usia 15 tahun ke atas merupakan bagian dari upaya pencegahan sekunder yang dilaksanakan secara berkesinambungan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan ini mencakup pengukuran tekanan darah minimal satu kali setiap bulan serta edukasi mengenai perubahan gaya hidup sehat dan/atau peningkatan</p>
--	--

	<p>kepatuhan konsumsi obat antihipertensi. Upaya ini bertujuan untuk mencegah komplikasi serius seperti stroke, penyakit jantung, dan gagal ginjal. Berdasarkan pedoman Kementerian Kesehatan RI, estimasi jumlah penderita hipertensi di kabupaten/kota dihitung menggunakan prevalensi hipertensi dari data Riskesdas terbaru.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar</p> $= \frac{\text{Jumlah penderita hipertensi usia } \geq 15 \text{ tahun yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah estimasi penderita hipertensi berusia } \geq 15 \text{ tahun berdasarkan angka prevalensi kab/kota dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pelayanan kesehatan bagi penderita hipertensi antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendeteksi dini dan mengendalikan tekanan darah.</li> <li>2. Meningkatkan pemahaman dan kepatuhan penderita.</li> <li>3. Mengurangi beban penyakit tidak menular di masyarakat.</li> <li>4. Menekan angka kesakitan dan meningkatkan kualitas hidup.</li> <li>5. Meningkatkan akses layanan kesehatan yang merata dan berkelanjutan.</li> <li>6. Menurunkan risiko komplikasi jangka panjang.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>

<p><b>INDIKATOR 7.5.2</b></p> <p>Pelayanan Skrining Usia Produktif</p> <p>[Kode SDS : 10410120]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Pelayanan kesehatan pada usia produktif ditujukan untuk memastikan setiap warga negara berusia 15 hingga 59 tahun mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, yang meliputi edukasi dan skrining kesehatan di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan tersebut mencakup edukasi kesehatan, termasuk tentang keluarga berencana, serta skrining faktor risiko penyakit menular dan tidak menular. Edukasi kesehatan dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan/atau Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).</p> <p>Sementara itu, skrining faktor risiko dilakukan minimal satu kali dalam setahun, meliputi pengukuran tinggi badan, berat badan, lingkar perut, tekanan darah, pemeriksaan gula darah, serta anamnesa perilaku berisiko. Penduduk usia 15–59 tahun yang ditemukan memiliki faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) dikategorikan sebagai penduduk usia produktif berisiko dan menjadi sasaran prioritas dalam pelayanan kesehatan tersebut.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>1. Persentase penduduk usia 15-59 tahun mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar</p> $= \frac{\text{Jumlah orang usia 15-59 tahun di kab/kota mendapat pelayanan skrining kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah orang usia 15-59 tahun di kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama}} \times 100\%$ <p>2. Persentase penduduk usia 15-59 tahun berisiko</p> $= \frac{\text{Jumlah orang usia 15-59 tahun yang ditemukan faktor risiko PTM}}{\text{Jumlah orang usia 15-59 tahun yang mendapat skrining kesehatan sesuai standar}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pelayanan kesehatan skrining usia produktif adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendeteksi dini faktor risiko penyakit menular.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Meningkatkan kesadaran kesehatan masyarakat usia produktif.</li> <li>3. Memfasilitasi intervensi kesehatan lebih awal.</li> <li>4. Menurunkan angka kesakitan dan komplikasi/</li> <li>5. Meningkatkan kualitas hidup dan produktivitas penduduk usia 15-59 tahun.</li> <li>6. Mendukung pencapaian tujuan program pencegahan penyakit tidak menular.</li> <li>7. Memperkuat pelayanan kesehatan berbasis masyarakat</li> </ol> <p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b> Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p> <p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b> Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 7.5.3</b> Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) yang ditandai dengan kadar glukosa darah yang tinggi akibat gangguan dalam produksi atau kerja insulin di dalam tubuh. Berdasarkan pedoman Kementerian Kesehatan RI, penanganan DM dilakukan melalui upaya pencegahan sekunder yang mencakup pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penderita usia 15 tahun ke atas. Pelayanan tersebut meliputi pengukuran kadar gula darah minimal satu kali sebulan di fasilitas pelayanan kesehatan, edukasi mengenai perubahan gaya hidup sehat dan pola makan, serta rujukan ke layanan spesialisik apabila diperlukan. Jika hasil pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS) melebihi 200 mg/dl, maka penderita juga mendapatkan terapi farmakologi. Estimasi jumlah penderita DM di kabupaten/kota dihitung berdasarkan prevalensi yang diperoleh dari data Riskesdas terbaru.</p>

	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Persentase penyandang DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar</p> $= \frac{\text{Jumlah penderita DM usia } \geq 15 \text{ tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah penderita DM usia } \geq 15 \text{ tahun yang berada di wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kabupaten/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pelayanan kesehatan bagi penderita DM adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau kadar gula darah secara berkala untuk deteksi dini hiperglikemia dan komplikasi.</li> <li>2. Meningkatkan pengetahuan dan mendorong perubahan gaya hidup sehat.</li> <li>3. Memberikan akses terapi farmakologi yang tepat bagi penderita dengan GDS <math>\geq 200</math> mg/dl.</li> <li>4. Menjamin rujukan ke layanan spesialisik untuk penanganan lanjutan yang sesuai.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 7.5.4</b></p> <p>Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Kanker Payudara</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Deteksi dini faktor risiko kanker leher rahim dan kanker payudara merupakan langkah penting dalam upaya pencegahan dan penanganan kanker pada perempuan. Program ini menyoasar perempuan usia 30–50 tahun yang memiliki riwayat hubungan seksual, dengan target cakupan minimal 80% dari populasi sasaran di suatu wilayah. Deteksi dini kanker leher rahim dilakukan melalui</p>

metode IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat), yaitu pemeriksaan visual pada leher rahim yang telah dipulas dengan asam asetat 3–5%. Bila ditemukan bercak putih (acetowhite epithelium), hasil IVA dinyatakan positif dan mengindikasikan adanya lesi pra-kanker. Jika tampak pertumbuhan massa seperti kembang kol yang mudah berdarah atau luka bernanah, kondisi tersebut dicurigai sebagai kanker leher rahim. Lesi pra-kanker dapat ditangani dengan krioterapi, yaitu terapi dengan menggunakan suhu dingin dari gas CO<sub>2</sub> atau N<sub>2</sub>O cair untuk membekukan dan mematikan jaringan abnormal.

Sementara itu, deteksi dini kanker payudara dilakukan dengan metode SADANIS, yaitu pemeriksaan payudara secara manual oleh tenaga kesehatan terlatih. Pemeriksaan ini juga dapat dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, baik di dalam maupun di luar gedung. Adanya benjolan tidak normal, kulit payudara bertekstur seperti kulit jeruk, puting mengeluarkan darah, retraksi puting (puting tertarik ke dalam), atau munculnya lesung pada payudara menjadi indikator kecurigaan terhadap kanker payudara. Perempuan yang menunjukkan hasil IVA positif dan dicurigai menderita kanker leher rahim, maupun mereka yang memiliki tumor atau benjolan dan dicurigai menderita kanker payudara berdasarkan pemeriksaan SADANIS, akan dirujuk ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penanganan lebih lanjut.

**Metode Perhitungan**

1. Cakupan pemeriksaan leher rahim (IVA) dan payudara (Sadanis)

$$= \frac{\text{Jumlah perempuan usia 30-50 tahun yang dilakukan deteksi dini kanker leher rahim (IVA) dan kanker payudara (Sadanis) di suatu wilayah pada periode tertentu (kumulatif 3 tahunan)}}{\text{Jumlah perempuan usia 30-50 tahun pada wilayah dan periode waktu yang sama}}$$

2. Persentase IVA positif

$$= \frac{\text{Jumlah perempuan usia 30 – 50 tahun dengan IVA positif di suatu wilayah pada periode tertentu (kumulatif 3 tahunan)}}{\text{Jumlah perempuan usia 30 – 50 tahun yang dilakukan deteksi dini kanker leher rahim (IVA) dan kanker payudara (Sadanis) pada wilayah dan periode waktu yang sama}}$$

### 3. Persentase Krioterapi

$$= \frac{\text{Jumlah klien IVA positif yang mendapatkan krioterapi di suatu wilayah pada periode tertentu (kumulatif 3 tahunan)}}{\text{Jumlah klien IVA positif pada wilayah dan periode waktu yang sama}}$$

### 4. Persentase Curiga Kanker Leher Rahim

$$= \frac{\text{Jumlah klien yang dicurigai kanker leher rahim di suatu wilayah pada periode tertentu (kumulatif 3 tahunan)}}{\text{Jumlah perempuan usia 30-50 tahun yang dilakukan deteksi dini kanker leher rahim (IVA) dan kanker payudara (Sadanis) pada wilayah dan periode waktu yang sama}}$$

### 5. Persentase IVA positif dan curiga kanker leher rahim dirujuk

$$= \frac{\text{Jumlah klien yang dirujuk di suatu wilayah pada periode tertentu (kumulatif 3 tahunan)}}{\text{Jumlah klien IVA positif yang tidak dapat dikrioterapi dan klien yang dicurigai kanker leher rahim pada wilayah dan periode waktu yang sama}}$$

### 6. Persentase tumor/benjolan

$$= \frac{\text{Jumlah perempuan usia 30-50 tahun yang ditemukan tumor/benjolan pada payudara di suatu wilayah pada periode tertentu (kumulatif 3 tahunan)}}{\text{Jumlah perempuan usia 30-50 tahun yang dilakukan deteksi dini kanker leher rahim (IVA) dan kanker payudara (Sadanis) pada wilayah dan periode waktu yang sama}}$$

### 7. Persentase Curiga Kanker Payudara

$$= \frac{\text{Jumlah klien yang dicurigai kanker payudara di suatu wilayah pada periode tertentu (kumulatif 3 tahunan)}}{\text{Jumlah perempuan usia 30-50 tahun yang dilakukan deteksi dini kanker leher rahim (IVA) dan kanker payudara (Sadanis) pada wilayah dan periode waktu yang sama}}$$

### 8. Persentase Tumor dan Curiga Kanker Payudara Dirujuk

$$= \frac{\text{Jumlah klien yang dirujuk di suatu wilayah pada periode tertentu (kumulatif 3 tahunan)}}{\text{Jumlah klien dengan benjolan dan klien yang dicurigai kanker leher rahim pada wilayah dan periode waktu yang sama}}$$

## Manfaat

Manfaat Deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan peluang kesembuhan dengan menemukan kanker pada stadium awal.
2. Mencegah komplikasi dan menekan biaya pengobatan

	<p>dengan penanganan lebih sederhana.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Meningkatkan kesadaran dan partisipasi perempuan dalam pemeriksaan kesehatan reproduksi.</li> <li>4. Memperkuat sistem rujukan dan layanan kesehatan terpadu untuk penanganan lebih cepat dan tepat.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b>          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b>          Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 7.5.5</b>          Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ) merupakan individu yang mengalami gangguan mental serius seperti skizofrenia dan psikosis akut. Skizofrenia adalah gangguan jiwa kompleks dengan gejala yang bervariasi, baik dalam bentuk gejala positif seperti waham, halusinasi, dan perilaku tidak terorganisasi; gejala negatif seperti anhedonia, afek tumpul, dan gangguan interaksi sosial; gejala afektif seperti kecemasan dan mood depresif; serta gejala kognitif seperti gangguan memori, perhatian, dan fungsi eksekutif. Skizofrenia dikatakan terjadi apabila gejala-gejala tersebut berlangsung lebih dari 30 hari, sedangkan psikosis akut menunjukkan gejala serupa namun berlangsung kurang dari 30 hari. Diagnosis ODGJ berat ditetapkan oleh dokter, psikolog klinis, atau psikiater.</p> <p>Pelayanan kesehatan jiwa bagi ODGJ berat dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, klinik, rumah sakit umum dengan layanan kesehatan jiwa, atau rumah sakit jiwa (RSJ). Layanan yang diberikan meliputi pemeriksaan kesehatan jiwa melalui wawancara psikiatrik dan pemeriksaan status mental,</p>

	<p>edukasi dan informasi tentang kondisi pasien, tatalaksana pengobatan, serta rujukan jika diperlukan. Standar pelayanan mensyaratkan minimal satu orang dokter umum atau spesialis kedokteran jiwa, serta satu orang perawat atau perawat spesialis keperawatan jiwa. Penetapan sasaran pelayanan ODGJ berat dilakukan oleh kepala daerah berdasarkan data terbaru dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Persentase ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar</p> $= \frac{\text{Jumlah Penderita ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah estimasi penderita ODGJ berat di wilayahnya berdasarkan angka prevalensi Riskesdas terbaru dalam kurun waktu satu tahun yang sama}} \times 100$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pelayanan kesehatan jiwa adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kualitas hidup ODGJ melalui pengelolaan gejala dan dukungan sosial.</li> <li>2. Mengurangi stigma dan meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap ODGJ.</li> <li>3. Memperluas akses layanan kesehatan jiwa melalui Puskesmas.</li> <li>4. Meningkatkan cakupan layanan, termasuk di wilayah dengan kasus tinggi seperti Pedurungan.</li> <li>5. Mendukung upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif nasional.</li> <li>6. Meningkatkan efektivitas dan koordinasi penanganan ODGJ melalui standar pelayanan dan jejaring fasilitas kesehatan.</li> </ol>

	<b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b> Profil Kesehatan Kota Semarang 2024
	<b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b> Tahunan

# BAB VIII

## KESEHATAN LINGKUNGAN

METADATA PROFIL KESEHATAN KOTA SEMARANG 2024

Target	Indikator	
8.1 Kesehatan Lingkungan	8.1.1	Air Minum
	8.1.2	Akses Sanitasi yang Layak
	8.1.3	Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)
	8.1.4	Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang Dilakukan Pengawasan Sesuai Standar
	8.1.5	Tempat Pengelolaan Pangan (TPP)

### 8.1 Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan merupakan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan manusia melalui pengelolaan faktor lingkungan yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan.

<p><b>INDIKATOR 8.1.1</b></p> <p>Air Minum</p> <p>[Kode SDS : 10420168]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Air minum menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 492/Menkes/Per/IV/2010 mendefinisikan air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum. Penyelenggara penyedia air minum wajib menjamin air minum yang dikonsumsi aman bagi kesehatan. Air minum yang aman bagi kesehatan apabila memenuhi persyaratan fisik, mikrobiologi,</p>
---	---

	<p>kimiawi dan radioaktif yang termuat dalam parameter wajib dan parameter tambahan. Parameter wajib itu sendiri adalah persyaratan yang harus dipenuhi oleh seluruh penyelenggara air minum sedangkan parameter tambahan dapat ditambahkan sesuai dengan kondisi kualitas lingkungan daerah masing-masing. Air minum yang memenuhi persyaratan secara fisik, mikrobiologis, kimia, dan radioaktif adalah air minum yang aman (layak) bagi kesehatan. Secara fisik, air minum yang sehat adalah tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna serta memiliki total zat padat terlarut, kekeruhan, dan suhu sesuai ambang batas yang ditetapkan. Secara mikrobiologis, air minum yang sehat harus bebas dari bakteri E.Coli dan total bakteri koliform. Secara kimiawi, zat kimia yang terkandung dalam air minum seperti besi, aluminium, klor, arsen, dan lainnya harus di bawah ambang batas yang ditentukan. Secara radioaktif, kadar gross alpha activity tidak boleh melebihi 0,1 becquerel per liter (Bq/l) dan kadar gross beta activity tidak boleh melebihi 1 Bq/l.</p> <p>Untuk menjaga kualitas air minum yang dikonsumsi masyarakat, diperlukan pengawasan kualitas air minum baik secara eksternal maupun internal. Pengawasan kualitas air minum aman adalah upaya yang dilakukan untuk mengawasi kualitas air minum dari pelaksana penyelenggara air minum baik secara internal maupun eksternal terhadap air yang dihasilkan dan harus memenuhi syarat secara fisik, kimia, maupun mikrobiologi. Setiap pelaksana penyelenggara air minum wajib menjamin air minum yang diproduksinya aman bagi kesehatan. Oleh karena itu pengawasan kualitas air minum, baik oleh internal maupun eksternal diperlukan agar masyarakat mendapatkan air minum yang tidak hanya layak, namun juga aman untuk dikonsumsi. Berikut adalah sarana air minum yang memiliki Penyelenggara air minum:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. BUMN/BUMD (misal PDAM) yang bergerak dalam bidang air</li></ol>
--	---

	<p>minum perpipaan,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. UPT/UPTD yang bergerak dalam bidang air minum perpipaan,</li> <li>3. DAM, Pengelola Permukiman, Pengelola Rumah Susun,</li> <li>4. Kelompok Pengelola Sarana Air Minum (KPSAM) pedesaan/PAMSIMAS,</li> <li>5. BUMDes yang bergerak dalam bidang air minum perpipaan,</li> <li>6. Pengelola Kawasan Khusus, dan</li> <li>7. Pengelola Air Minum Untuk Kebutuhan Sendiri (BUKS).</li> </ol> <p>Sarana air minum diawasi /diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar (aman) adalah Pengawasan eksternal yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kepada sarana air minum yang diperiksa kualitasnya dan memenuhi syarat di antara seluruh jumlah sarana air minum yang ada. Berikut adalah sarana air minum yang diawasi /diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar (aman) yang menjadi prioritas pengawasan eksternal :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perumda Air Minum Tirta Moedal Kota Semarang</li> <li>2. Kelompok Pengelola Sarana Air Minum (KPSAM)/PAMSIMAS,</li> <li>3. Depot Air Minum,</li> <li>4. Surveilans Kualitas Air Minum Rumah Tangga</li> </ol>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Persentase sarana air minum diawasi/diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar (aman) =</p> $\frac{\text{Jumlah sarana air minum yang diawasi/diperiksa kualitas air minumnya yang memenuhi standar (aman)}}{\text{Jumlah sarana air minum yang ada di wilayah dan waktu yang sama}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat pengawasan kualitas air minum adalah sebagai berikut:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjamin bahwa air yang dikonsumsi masyarakat telah memenuhi standar kesehatan, sehingga aman dari kontaminasi berbahaya yang dapat memicu penyakit.</li> <li>2. Membantu melindungi masyarakat dari potensi wabah yang bersumber dari air tercemar seperti diare, kolera, dan penyakit lainnya.</li> <li>3. Dengan adanya regulasi dan pemantauan yang ketat, penyelenggara air minum terdorong untuk menjaga kualitas layanan serta mematuhi ketentuan yang berlaku.</li> <li>4. Membantu menekan risiko pencemaran lingkungan dan meningkatkan kesadaran penyedia layanan serta masyarakat akan pentingnya menjaga kualitas air minum.</li> <li>5. Pengawasan berkala menjadi dasar dalam pengambilan keputusan dan kebijakan pemerintah terkait perbaikan infrastruktur sanitasi dan kesehatan lingkungan secara menyeluruh.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b>          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b>          Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 8.1.2</b>          Akses Sanitasi yang Layak          [Kode SDS : 10710009]</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b>          Akses sanitasi layak merupakan fasilitas sanitasi yang memenuhi syarat kesehatan, antara lain kloset menggunakan leher angsa, tempat pembuangan akhir tinja menggunakan tangki septik atau sistem pengolahan air limbah (SPAL) / Sistem Terpusat. Sanitasi yang baik merupakan elemen penting yang menunjang kesehatan manusia. Definisi sanitasi dari WHO merujuk kepada penyediaan sarana dan pelayanan pembuangan limbah kotoran manusia seperti urine dan feses. Istilah sanitasi juga mengacu kepada</p>

	<p>pemeliharaan kondisi higienis melalui upaya pengelolaan sampah dan pengolahan limbah cair. Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buruknya kondisi sanitasi akan berdampak negatif di banyak aspek kehidupan, mulai dari turunnya kualitas lingkungan hidup masyarakat, tercemarnya sumber air minum bagi masyarakat, meningkatnya jumlah kejadian diare dan munculnya beberapa penyakit.</p> <p>Akses Sanitasi Aman adalah kondisi di mana pengguna fasilitas sanitasi rumah tangga milik sendiri menggunakan kloset leher angsa yang memiliki tangki septik dan telah disedot setidaknya sekali dalam 3-5 tahun terakhir atau terhubung ke Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL). Akses Sanitasi Layak Sendiri merujuk pada pengguna fasilitas sanitasi rumah tangga milik sendiri yang menggunakan kloset leher angsa dengan tangki septik yang belum pernah disedot di daerah perkotaan, atau menggunakan kloset leher angsa dengan lubang tanah atau cubluk di daerah pedesaan. Akses Sanitasi Layak Bersama (Sharing) adalah kondisi di mana pengguna fasilitas sanitasi bersama dengan rumah tangga lain tertentu, menggunakan kloset leher angsa dengan tangki septik yang belum pernah disedot di perkotaan, atau menggunakan kloset leher angsa dengan lubang tanah atau cubluk di pedesaan.</p> <p>Akses Belum Layak mencakup pengguna fasilitas sanitasi rumah tangga sendiri atau bersama rumah tangga lain tertentu, di mana kloset menggunakan leher angsa dengan lubang tanah atau cubluk di perkotaan, menggunakan plengsengan dengan tutup dengan lubang tanah atau cubluk di pedesaan, atau menggunakan fasilitas umum seperti pasar atau masjid yang sudah memenuhi syarat</p>
--	---

	<p>memiliki tangki septik. BABS Tertutup adalah penggunaan fasilitas sanitasi yang memiliki bangunan atas seperti atap dan dinding, atau bangunan tengah menggunakan kloset leher angsa atau plengsengan dengan tutup, atau fasilitas umum yang tempat pembuangan akhirnya berupa kolam, sawah, sungai, danau, laut, pantai, tanah lapang, kebun, atau lainnya. Sedangkan BABS Terbuka adalah kondisi di mana tidak memiliki fasilitas sanitasi rumah tangga, atau memiliki fasilitas tetapi tidak digunakan, sehingga masih berperilaku buang air besar sembarangan di tempat terbuka.</p> <p>KK SBS (Kepala Keluarga Stop Buang Air Besar Sembarangan) adalah kepala keluarga yang tidak lagi melakukan perilaku buang air besar sembarangan yang berpotensi menyebarkan penyakit, dengan pembuangan akhir yang tidak mencemari lingkungan, mencakup kriteria sanitasi aman, sanitasi layak sendiri, sanitasi layak bersama, dan akses belum layak. Kepala Keluarga dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi yang Layak adalah kepala keluarga yang memiliki akses terhadap sanitasi layak bersama, sanitasi layak sendiri, dan sanitasi aman. Sedangkan Kepala Keluarga dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi yang Aman adalah kepala keluarga yang menggunakan fasilitas sanitasi rumah tangga milik sendiri dengan kloset leher angsa dan tangki septik yang disedot setidaknya sekali dalam 3-5 tahun terakhir atau terhubung ke Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL).</p> <p>Menurut Panduan 5 Pilar STBM untuk Masyarakat, jamban sehat adalah jamban yang memenuhi kriteria bangunan dan persyaratan kesehatan. Persyaratan kesehatan yang dimaksud adalah tidak mengakibatkan terjadinya penyebaran bahan-bahan yang berbahaya bagi manusia akibat pembuangan kotoran manusia dan</p>
--	---

	<p>dapat mencegah vektor pembawa untuk menyebarkan penyakit pada pemakai dan lingkungan sekitarnya.</p> <p>Bangunan jamban disebut sehat apabila memenuhi kriteria bangunan jamban sehat yang terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bangunan atas jamban (dinding dan/atau atap) Bangunan atas jamban berfungsi untuk melindungi pengguna dari gangguan cuaca dan gangguan lainnya.</li> <li>2. Bangunan tengah jamban Lubang pembuangan kotoran berbentuk leher angsa. Pada daerah sulit air, lubang dapat dibuat tanpa kontruksi leher angsa tetapi harus diberi tutup. Lantai jamban terbuat dari bahan kedap air, tidak licin, dan memiliki saluran pembuangan air bekas ke system pembuangan air limbah (SPAL).</li> <li>3. Bangunan bawah Bangunan bawah sebagai penampung, pengolah, dan pengurai kotoran/tinja. Bangunan bawah dapat berupa tangki septik dan cubluk. Cubluk hanya boleh digunakan di pedesaan dengan kepadatan penduduk rendah dan sulit air.</li> </ol>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase KK SBS = <math display="block">\frac{\text{Jumlah KK dengan akses sanitasi aman, sanitasi layak sendiri, sanitasi layak bersama, dan sanitasi belum layak}}{\text{Jumlah KK di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </li> <li>2. Persentase KK dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi yang Layak = <math display="block">\frac{\text{Jumlah KK dengan akses sanitasi aman, sanitasi layak sendiri, dan sanitasi layak bersama}}{\text{Jumlah KK di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </li> <li>3. Persentase KK dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi yang Aman =</li> </ol>

	$\frac{\text{Jumlah KK dengan akses sanitasi aman}}{\text{Jumlah KK di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat sanitasi yang layak adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah pencemaran tanah dan air yang dapat menularkan penyakit (diare, cacingan, kolera, dll).</li> <li>2. Memutus rantai penyebaran vektor penyakit seperti lalat dan kecoa.</li> <li>3. Menyediakan ruang buang air yang aman, bersih, dan nyaman, sehingga meningkatkan kualitas hidup.</li> <li>4. Menurunkan pengeluaran kesehatan keluarga akibat berkurangnya kejadian penyakit.</li> <li>5. Meningkatkan ketahanan terhadap krisis kesehatan lingkungan.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 8.1.3</b></p> <p>Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b></p> <p>Pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan. Perilaku yang digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan STBM meliputi 5 pilar yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT), Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT). Ketentuan lebih rinci mengenai pilar STBM mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 Tentang STBM.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) Kondisi ketika setiap KK dalam desa/kelurahan tidak lagi melakukan perilaku buang air besar sembarangan yang berpotensi menyebarkan penyakit.</li> <li>2. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) Kondisi ketika setiap KK dalam desa/kelurahan memiliki sarana CTPS dengan air mengalir dan sabun, dapat mempraktikkan dan mengetahui waktu kritis CTPS serta mengetahui waktu kritis CTPS.</li> <li>3. Pengelolaan Air Minum dan Makanan di Tingkat Rumah Tangga (PAMMRT) Kondisi ketika setiap KK dalam desa/kelurahan melakukan pengolahan air minum, penyimpanan air minum, penyimpanan peralatan pengolahan pangan dengan aman dan menjaga kebersihannya, dan penyajian makanan dan minuman dengan baik dan benar.</li> <li>4. Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT) Kondisi ketika setiap KK dalam desa/kelurahan sudah tidak ada sampah berserakan di lingkungan sekitar rumah, memiliki tempat sampah yang tertutup, kuat dan mudah dibersihkan, melakukan perlakuan yang aman (tidak dibakar) untuk sampah rumah tangga dan telah melakukan pemilahan sampah rumah tangga.</li> <li>5. Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT) Kondisi ketika setiap KK dalam desa/kelurahan sudah tidak ada genangan air di sekitar rumah, memiliki saluran pembuangan limbah cair rumah tangga yang kedap dan tertutup, dan terhubung dengan sumur resapan dan atau sistem pengolahan limbah.</li> </ol> <p>Lima Pilar STBM adalah kondisi ketika satu tingkatan komunitas telah menyatakan 100% Kepala Keluarga (KK) Stop Buang Air Besar</p>
--	--

	<p>Sembarangan (SBS) dan minimal 50% KK telah melaksanakan pilar Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT), dan Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT). Pengelolaan Kualitas Udara dalam Rumah Tangga (PKURT) adalah kondisi ketika setiap KK mengupayakan terjadinya pertukaran udara yang sehat dengan memaksimalkan penggunaan ventilasi, memaksimalkan cahaya matahari masuk ke dalam rumah, serta memastikan tidak ada asap rokok dan tidak ada asap dapur di dalam rumah.</p> <p>Rumah Sehat adalah kondisi ketika setiap KK telah melakukan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT), Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT), serta Pengelolaan Kualitas Udara dalam Rumah Tangga (PKURT). Desa atau Kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) adalah desa atau kelurahan yang seluruh penduduknya tidak lagi melakukan praktik buang air besar sembarangan melalui proses verifikasi.</p> <p>KK Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) adalah KK yang sudah memiliki sarana CTPS dengan air mengalir dan sabun, dapat mempraktikkan dan mengetahui waktu kritis CTPS. KK Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT) adalah KK yang sudah menerapkan pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga. KK Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT) adalah KK yang sudah menerapkan pengelolaan sampah rumah tangga. KK Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT) adalah KK yang sudah menerapkan pengelolaan limbah cair rumah tangga.</p>
--	--

Desa atau Kelurahan 5 Pilar STBM adalah desa atau kelurahan yang seluruh KK-nya tidak lagi melakukan praktik buang air besar sembarangan dan minimal 50% KK-nya telah melaksanakan pilar-pilar CTPS, PAMMRT, PSRT, dan PLCRT. KK Pengelolaan Kualitas Udara dalam Rumah Tangga (PKURT) adalah KK yang sudah menerapkan pengelolaan kualitas udara dalam rumah tangga. Sedangkan KK Akses Rumah Sehat adalah KK yang telah melakukan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT), Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT), Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT), dan Pengelolaan Kualitas Udara dalam Rumah Tangga (PKURT).

#### **Metode Perhitungan**

1. Persentase Desa/Kelurahan Stop BABS (SBS) =

$$\frac{\text{Jumlah desa/kelurahan stop BABS (SBS)}}{\text{Jumlah desa/kelurahan di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

2. Persentase Desa/Kelurahan 5 Pilar STBM =

$$\frac{\text{Jumlah desa/kelurahan 5 pilar STBM}}{\text{Jumlah desa/kelurahan di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

3. Persentase KK melaksanakan Pengelolaan Kualitas Udara Dalam Rumah Tangga (PKURT) =

$$\frac{\text{Jumlah KK melaksanakan Pengelolaan Kualitas Udara Dalam Rumah Tangga (PKURT)}}{\text{Jumlah KK di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

4. Persentase KK memiliki akses Rumah Sehat =

$$\frac{\text{Jumlah KK memiliki akses Rumah Sehat}}{\text{Jumlah KK di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

#### **Manfaat**

Manfaat sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah sebagai berikut:

1. Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS): Menciptakan lingkungan bebas kontaminasi tinja dan menurunkan risiko penyakit berbasis air.

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS): Mencegah penyebaran kuman dan menurunkan angka penyakit menular.</li> <li>3. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga (PAMMRT): Menjamin kualitas konsumsi air dan makanan untuk mendukung kesehatan dan ketahanan gizi.</li> <li>4. Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (PSRT): Menjaga kebersihan lingkungan dan mengurangi potensi vektor penyakit.</li> <li>5. Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT): Mencegah pencemaran dan genangan melalui pengelolaan limbah cair yang aman.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b>          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b>          Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 8.1.4</b>          Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang Dilakukan Pengawasan Sesuai Standar</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b>          Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) merupakan lokasi, sarana, dan prasarana yang meliputi fasilitas kesehatan, fasilitas pendidikan, tempat ibadah, hotel, rumah makan dan usaha lain yang sejenis, sarana olahraga, sarana transportasi darat, laut, udara, dan kereta api, stasiun dan terminal, pasar dan pusat perbelanjaan, pelabuhan, bandar udara, dan pos lintas batas darat negara, dan tempat dan fasilitas umum lainnya. TFU yang terdaftar pada juknis ini meliputi sekolah, puskesmas, dan pasar. Tempat dan Fasilitas Umum yang sehat berpengaruh cukup besar di masyarakat karena masyarakat menggunakan fasilitas umum tersebut untuk berbagai kepentingan.          Pengawasan Kualitas Kesehatan Lingkungan Tempat dan Fasilitas Umum bertujuan untuk mewujudkan kondisi Tempat Fasilitas</p>

	<p>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 dan Fasilitas Umum dilakukan pengawasan sesuai standar (IKL) meliputi sekolah, puskesmas, dan pasar.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasar yang dimaksud adalah pasar rakyat yang terdaftar di Kementerian Perdagangan/Dinas perdagangan Kabupaten/kota. Pasar Rakyat adalah tempat usaha yang ditata, dibangun dan dikelola, oleh pemerintah, pemerintah daerah, swasta, badan usaha milik negara, dan atau badan usaha milik daerah dapat berupa toko/kios, los, dan tenda yang dimiliki/dikelola oleh pedagang kecil dan menengah, swadaya masyarakat, atau koperasi serta UMKM dengan proses jual beli barang melalui tawar menawar. Ketentuan mengenai pasar rakyat diatur dalam Peraturan Menteri Perdagangan Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Pedoman Pembangunan dan Pengelolaan Sarana Perdagangan.</li> <li>2. Sekolah yang dimaksud adalah sekolah SD/MI dan SMP/MTs yang terdaftar di Kemendikbud/Dinas Pendidikan dan Kebudayaan dan Kantor Kementerian Agama Kabupaten/Kota</li> <li>3. Puskesmas yang dimaksud adalah puskesmas yang terdaftar (terregistrasi) di Kemenkes</li> </ol> <p>Hasil Pengawasan sesuai standard (IKL) adalah berupa Rekomendasi TFU yang telah dilakukan pengawasan sesuai standar tersebut Memenuhi Syarat kesehatan lingkungan (MS) atau Tidak Memenuhi Syarat kesehatan lingkungan (TMS) yang direkomendasikan oleh puskesmas/dinas kesehatan kabupaten/kota kepada penyelenggara/pengelola TFU.</p>
--	---

	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase SD/MI yang dilakukan pengawasan sesuai standar (IKL) = <math display="block">\frac{\text{Jumlah SD/MI yang dilakukan pengawasan sesuai standar (IKL)}}{\text{Jumlah SD/MI di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </li> <li>2. Persentase SMP/MTS yang dilakukan pengawasan sesuai standar (IKL) = <math display="block">\frac{\text{Jumlah SMP/MTS yang dilakukan pengawasan sesuai standar (IKL)}}{\text{Jumlah SMP/MTS di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </li> <li>3. Persentase Puskesmas yang dilakukan pengawasan sesuai standar (IKL) = <math display="block">\frac{\text{Jumlah Puskesmas yang dilakukan pengawasan sesuai standar (IKL)}}{\text{Jumlah Puskesmas di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </li> <li>4. Persentase pasar yang dilakukan pengawasan sesuai standar (IKL) = <math display="block">\frac{\text{Jumlah pasar yang dilakukan pengawasan sesuai standar (IKL)}}{\text{Jumlah pasar di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </li> <li>5. Persentase TFU yang dilakukan pengawasan sesuai standar (IKL) = <math display="block">\frac{\text{Jumlah total TFU yang dilakukan pengawasan sesuai standar (IKL)}}{\text{Jumlah TFU di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%</math> </li> </ol> <p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang memenuhi standar kesehatan lingkungan adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah penyebaran penyakit menular dan paparan faktor risiko kesehatan.</li> <li>2. Menyediakan sanitasi dasar yang memadai, seperti jamban, sistem limbah, dan pengelolaan sampah.</li> <li>3. Mendukung terciptanya lingkungan bersih, aman, dan sehat secara berkelanjutan.</li> <li>4. Meningkatkan kualitas hidup masyarakat pengguna TFU.</li> <li>5. Mendorong kesadaran masyarakat akan pentingnya kebersihan lingkungan.</li> </ol>
--	---

	<p>6. Menjadi bagian penting dalam mewujudkan kota yang sehat dan layak huni.</p>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b>          Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b>          Tahunan</p>
<p><b>INDIKATOR 8.1.5</b>          Tempat Pengelolaan Pangan (TPP)</p>	<p><b>Konsep dan Definisi</b>          Tempat Pengelolaan Pangan (TPP), yaitu tempat Pengelolaan Pangan olahan siap saji yang selanjutnya disebut TPP adalah sarana produksi untuk menyiapkan, mengolah, mengemas, menyimpan, menyajikan dan/atau mengangkut pangan olahan siap saji baik yang bersifat komersial maupun non komersial. TPP yang menjadi sasaran prioritas pengawasan dan pembinaan adalah TPP komersial. TPP komersial adalah usaha penyediaan pangan siap saji yang memperdagangkan produknya secara rutin, yaitu jasa boga/katering, restoran, TPP tertentu, depot Air Minum (DAM), rumah makan, gerai pangan jajanan, gerai pangan jajanan keliling, dapur gerai pangan jajanan, dan sentra gerai pangan jajanan/kantin. Jenis TPP mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 Tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan. Jumlah TPP yaitu TPP yang terdaftar di wilayah kerja kabupaten/kota dan kantor kesehatan pelabuhan.          Program Higiene dan Sanitasi Sarana pengolahan Pangan bertujuan melindungi masyarakat melalui pengurangan atau menghilangkan bahaya mikroba patogen serta meningkatkan mutu dan masa simpan produk serta estetika. Pengawasan kualitas tempat pengolahan pangan bertujuan untuk menjamin kualitas makanan yang dikonsumsi aman untuk masyarakat.</p>

	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Jasaboga/katering adalah Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang produknya siap dikonsumsi bagi umum di luar tempat usaha atas dasar pesanan dan tidak melayani makan di tempat usaha (dine in).</li><li>2. Restoran adalah Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang produknya siap dikonsumsi bagi umum di dalam tempat usaha/melayani makan di tempat (dine in) serta melayani pesanan di luar tempat usaha.</li><li>3. TPP Tertentu adalah TPP yang produknya memiliki umur simpan satu sampai kurang dari tujuh hari pada suhu ruang.</li><li>4. Depot air minum adalah usaha industri yang melakukan proses pengolahan air baku menjadi air minum dalam bentuk curah dan menjual langsung kepada konsumen.</li><li>5. Rumah makan adalah Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang produknya siap dikonsumsi bagi umum di dalam tempat usaha/melayani makan di tempat (dine in) dan melayani pesanan di luar tempat usaha yang dapat menggunakan dapur rumah tangga dengan bangunan permanen, semipermanen atau bangunan sementara seperti warung tenda.</li><li>6. Kelompok gerai pangan jajanan Terdiri dari gerai pangan jajanan, gerai pangan jajanan keliling dan dapur gerai pangan jajanan.<ol style="list-style-type: none"><li>a. Gerai pangan jajanan adalah TPP yang produknya siap dikonsumsi (tanpa pengolahan) bagi umum dan dikelola menggunakan perlengkapan permanen maupun semipermanen seperti tenda, gerobak, meja, kursi, keranjang, kendaraan dengan atau tanpa roda atau dengan sarana lain yang sesuai. TPP ini tidak memiliki proses pemasakan,</li></ol></li></ol>
--	--

	<p>tetapi hanya menjual pangan yang sudah siap dikonsumsi (contoh: menjual nasi uduk, atau snack).</p> <p>b. Dapur Gerai Pangan Jajanan adalah TPP yang menyediakan/mengolah pangan bagi gerai pangan jajanan atau gerai pangan jajanan keliling yang berbeda lokasi dengan penjualan baik dalam satu wilayah kerja maupun berbeda lokasi (puskesmas/kabupaten/kota/provinsi).</p> <p>c. Gerai Pangan Jajanan Keliling adalah TPP yang produknya siap dikonsumsi bagi umum dengan ataupun tanpa proses pemasakan yang dikelola menggunakan perlengkapan semipermanen yang bergerak/berkeliling seperti gerobak/pikulan/kendaraan/alat angkut dan sejenisnya dengan atau tanpa roda atau dengan sarana lain yang sesuai.</p> <p>7. Sentra pangan jajanan/kantin adalah TPP bagi sekumpulan gerai pangan jajanan dengan ataupun tanpa proses pemasakan yang dikelola oleh pemerintah/pemerintah daerah/swasta/ institusi lain dan memiliki struktur pengelola/penanggung jawab. Contoh sentra pangan jajanan/kantin di pusat perbelanjaan, perkantoran, institusi, kantin satuan pendidikan dan sentra Usaha Mikro Kecil Menengah (UMKM).</p> <p>Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) memenuhi syarat higiene sanitasi pangan (Laik HSP) apabila TPP tersebut memenuhi persyaratan higiene sanitasi dan mencapai minimal nilai standar kesehatan dengan nilai hasil Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) sebesar <math>\geq 80</math>. Persentase Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang memenuhi syarat higiene sanitasi pangan (Laik HSP) dihitung sebagai proporsi TPP yang memenuhi persyaratan higiene sanitasi dan mencapai</p>
--	---

	<p>minimal nilai standar kesehatan terhadap jumlah TPP yang terdaftar. Kewajiban memiliki Sertifikat Laik Higiene Sanitasi (SLHS) berlaku untuk jasa boga, restoran, TPP tertentu, dan Depot Air Minum (DAM). Sedangkan kewajiban label pengawasan atau pembinaan diterapkan untuk rumah makan, kelompok gerai pangan jajanan, serta sentra pangan jajanan atau kantin.</p>
	<p><b>Metode Perhitungan</b></p> <p>Persentase Tempat Pengelolaan Pangan/TPP (jasa boga, restoran, TPP tertentu, depot air minum, rumah makan, kel. gerai pangan jajanan, dan sentra pangan jajanan/kantin) memenuhi syarat kesehatan =</p> $\frac{\text{Jumlah Tempat Pengelolaan Pangan/TPP memenuhi syarat kesehatan}}{\text{Jumlah Tempat Pengelolaan Pangan/TPP di wilayah dan kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
	<p><b>Manfaat</b></p> <p>Manfaat Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjamin keamanan pangan yang dikonsumsi masyarakat.</li> <li>2. Mencegah penularan penyakit akibat pangan yang tidak higienis.</li> <li>3. Meningkatkan mutu, masa simpan, dan estetika makanan.</li> <li>4. Mendukung konsumsi makanan yang aman, bersih, dan layak.</li> <li>5. Menjadi dasar perlindungan masyarakat dari risiko penyakit bawaan makanan.</li> <li>6. Mewujudkan pola konsumsi sehat melalui standar higiene dan sanitasi.</li> </ol>
	<p><b>Sumber dan Cara Pengumpulan Data</b></p> <p>Profil Kesehatan Kota Semarang 2024</p>
	<p><b>Frekuensi Waktu Pengumpulan Data</b></p> <p>Tahunan</p>

# FOLLOW US ON SOCIAL MEDIA



@dkksemarang



HELPDESK DKK SEMARANG  
0895376860088



Dinkes Kota Semarang



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