

PROFIL KESEHATAN



2017

dinas kesehatan
KOTA SEMARANG

www.dinkes.semarangkota.go.id

TIM PENYUSUN

Pengarah

Dr. Widoyono, MPH
Kepala Dinas Kesehatan

Ketua

Drg. Yuli Normawati
Kepala Bidang SDK

Redaktur

Dr. Sri Maharsi

Editor

Hanif Pandu S, SKM, M.Kom

Desain Grafis

Hanif Pandu S, SKM, M.Kom

Kesekretariatan

Triatmi, Nugraheni

Kontributor

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

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

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

KATA PENGANTAR

Kami panjatkan puji syukur *alhamdulillah* kehadirat Allah *Subhanahu wa ta'ala*, atas segala limpahan Rahmat dan Hidayah-Nya, akhirnya penyusunan Buku “Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2017” ini dapat kami selesaikan. Dan kami menyambut gembira dengan terbitnya buku profil ini untuk merespon tingginya kebutuhan akan data dan informasi, ditengah banyaknya tantangan yang dihadapi terkait pemenuhan data dan informasi sebagai landasan pengambilan keputusan yang *evidence-based*.

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

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

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

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

Semarang, Juni 2018

Kepala Dinas Kesehatan

dr. Widoyono, M.PH

NIP. 19630809 198801 1 001

DAFTAR ISI

Keterangan	Halaman
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Dasar	1
C. Visi dan Misi	3
D. Tujuan, dan Sasaran yang akan dicapai	4
E. Tujuan Penyusunan Profil Kesehatan Tahun 2017	7
F. Sistematika Penulisan	8
BAB II GAMBARAN UMUM DAN PERILAKU PENDUDUK KOTA SEMARANG	
A. Keadaan Geografis	9
B. Kependudukan	9
C. Sarana dan Prasarana Kesehatan	13
BAB III SITUASI DERAJAT KESEHATAN KOTA SEMARANG	
A. Umur Harapan Hidup	15
B. Mortalitas / Kematian	15
C. Status Gizi Bayi & Balita	21
D. Morbiditas	25
1. Pola 10 besar penyakit Puskesmas.....	25
2. Pola 10 besar penyakit RS	25
3. Penyakit menular	26
4. Penyakit PD3I	44
5. Penyakit bersumber binatang	46
6. Penyakit tidak menular	61
BAB IV SITUASI UPAYA KESEHATAN KOTA SEMARANG	
A. Pelayanan Kesehatan Dasar	65
1. Pelayanan KIA	65
2. Pelayanan Imunisasi	72
B. Pelayanan Kesehatan Rujukan	74
1. Kunjungan pelayanan kesehatan	74
2. Indikator pelayanan kesehatan di RS	74
3. Pelayanan kesehatan gigi & mulut	76
C. Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat	76
D. Perbaikan Gizi Masyarakat	81
E. Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut	83
F. Pelayanan Kesehatan Pekerja	84
G. Pelayanan Kesehatan khusus	85
H. Keadaan Kesehatan Lingkungan	85

		1. Sarana air bersih & air minum	85
		2. Sarana & akses terhadap sanitasi dasar	86
	I.	Keadaan Perilaku Masyarakat	88
BAB	V	SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN KOTA SEMARANG	
	A.	Sarana Kesehatan	91
	B.	Tenaga Kesehatan	92
	C.	Perbekalan Kesehatan	94
	D.	Pembiayaan Kesehatan	94
BAB	VI	KESIMPULAN	96
		LAMPIRAN-LAMPIRAN	

A. Latar Belakang

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

B. Dasar

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

1. Perikemanusiaan

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

2. Pemberdayaan dan Kemandirian

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

sedemikian rupa sehingga setiap individu, keluarga dan masyarakat dapat menolong dirinya sendiri.

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

3. Adil dan Merata

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

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

4. Pengutamaan dan Manfaat

Pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan atau kesehatan dalam kegiatan, proyek, program kesehatan harus mengutamakan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Kegiatan, proyek dan program kesehatan diselenggarakan agar memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan deajat kesehatan masyarakat. Kegiatan, proyek dan program kesehatan diselenggarakan dengan penuh tanggung jawab, sesuai dengan standar profesi dan peraturan perundang-

undangan yang berlaku serta mempertimbangkan dengan sungguh-sungguh kebutuhan dan kondisi spesifik daerah.

C. Visi dan Misi

1. Visi

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

Visi tersebut mengandung filosofi pokok yaitu Kesehatan adalah tanggungjawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apapun peran yang dimainkan oleh pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit hasil yang akan dapat dicapai. Perilaku masyarakat kota Semarang yang mandiri untuk hidup sehat diharapkan adalah yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Disamping itu semua lapisan masyarakat di Kota Semarang juga mempunyai akses dan mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu.

2. Misi

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

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

D. Tujuan, dan Sasaran yang Akan Dicapai

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

Misi 1.

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

Tujuan :

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

Sasaran :

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

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

Misi 2.

Meningkatkan Upaya Pencegahan Penyakit & Promosi Kesehatan

Tujuan :

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

Sasaran :

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

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

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

Sasaran :

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

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

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

Sasaran :

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

Dalam rangka memberikan gambaran situasi kesehatan di Kota Semarang Tahun 2017 perlu diterbitkan Buku Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2017. Buku Profil Kesehatan Kota Semarang merupakan salah satu sarana untuk menilai pencapaian kinerja pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan & mempertahankan Kota Semarang sebagai Kota Sehat.

Profil Kesehatan menyajikan berbagai data dan informasi diantaranya meliputi data kependudukan, fasilitas kesehatan, pencapaian program – program kesehatan, masalah kesehatan dan lain-lain. Tersusunnya Buku Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2017 didukung oleh pengelola data dan informasi Dinas Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas, Instalasi Farmasi, berbagai sarana pelayanan kesehatan, juga lintas sektor terkait (Badan Pusat Statistik, Dispendukcapil Kota Semarang, Diknas Kota Semarang BPJS, Bapermas & KB, POLRESTABES Semarang, dll).

E. Tujuan Penyusunan Profil Kesehatan Tahun 2017**1. Umum**

Tujuan disusunnya Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2017 adalah tersedianya data / informasi yang relevan, akurat, tepat waktu dan sesuai kebutuhan dalam rangka meningkatkan kemampuan manajemen kesehatan secara berhasilguna dan berdayaguna sebagai upaya menuju Kota Semarang yang Sehat.

2. Khusus

Secara khusus tujuan penyusunan Profil Kesehatan adalah :

- a. Diperolehnya data / informasi umum dan lingkungan yang meliputi lingkungan fisik dan biologi, perilaku masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat, data kependudukan dan sosial ekonomi;

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

F. Sistematika Penulisan

Untuk lebih menggambarkan situasi derajat kesehatan, peningkatan upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan di Kota Semarang pada Tahun 2017, maka diterbitkanlah Buku Profil Kesehatan Kota Semarang yang disusun dengan sistematika sebagai berikut :

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

GAMBARAN UMUM & PERILAKU PENDUDUK KOTA SEMARANG

BAB II

A. KEADAAN GEOGRAFIS

1. Letak

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

2. Luas Wilayah Kota Semarang

Dengan luas wilayah sebesar 373,67 km², dan merupakan 1,15% dari total luas daratan Provinsi Jawa Tengah. Kota Semarang terbagi dalam 16 kecamatan dan 177 kelurahan. Dari 16 kecamatan yang ada, kecamatan Mijen (57,55 km²) dan Kecamatan Gunungpati (54,11 km²), dimana sebagian besar wilayahnya berupa persawahan dan perkebunan. Sedangkan kecamatan dengan luas terkecil adalah Semarang Selatan (5,93 km²) dan kecamatan Semarang Tengah (6,14 km²), sebagian besar wilayahnya berupa pusat perekonomian dan bisnis Kota Semarang, seperti bangunan toko/mall, pasar, perkantoran dan sebagainya.



B. KEPENDUDUKAN

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

a. Jumlah dan Laju Pertumbuhan Penduduk

Jumlah penduduk Kota Semarang menurut Badan Pusat Statistik Kota Semarang sampai dengan akhir Desember tahun 2017 sebesar : 1.653.035 jiwa, terdiri dari 819.973 jiwa penduduk laki-laki dan 833.062 jiwa penduduk perempuan.

Tabel 2.1 : Indikator Perkembangan Penduduk Tahun 2010– 2016

Indikator Perkembangan Penduduk Kota Semarang Indicator of Population Growth of Semarang Municipality							
Uraian / Description	Unit	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. Jumlah Penduduk Population	Jiwa / people	1,527,433	1,544,358	1,559,198	1,572,105	1,584,906	1,595,187
2. Pertumbuhan Per Tahun Growth per Year	Persen / Percent	1.36	1.11	0.96	0.83	0.97	0.59
3. Kepadatan Density	Per Km ²	4,087	4,133	4,172	4,207	4,241	4,269
4. Jumlah Rumah Tangga Number of Households	Rumah Tangga Household	438,537	429,268	435,184	442,089	443,541	471,327
5. Rata-rata Anggota Rumah Tangga Average Household Member	Jiwa / people	3.48	3.60	3.58	3.56	3.57	3.38
6. Rasio Jenis Kelamin Sex Ratio	Per 100 Pddk Per 100 Population	99	99	99	99	99	99
7. Tingkat Kelahiran Kasar Crude Birth Rate	Per 1000 Pddk Per 1000 Population	14.98	16.09	15.23	15.18	15.63	14.22
8. Tingkat Kematian Kasar Crude Death Rate	Per 1000 Pddk Per 1000 Population	6.77	6.76	6.45	6.55	6.80	6.77
9. Tingkat Migrasi Masuk In Migration Rate	Per 1000 Pddk Per 1000 Population	26.46	28.44	27.19	19.40	21.03	20.50
10. Tingkat Migrasi Keluar Out Migration Rate	Per 1000 Pddk Per 1000 Population	24.50	26.21	27.09	19.47	20.36	21.59
11. TPAK Laki-laki Labor Force Participation (Male)	Persen / Percent	77.44	81.62	80.85	80.15	81.97	78.54
12. TPAK Perempuan Labor Force Participation (Female)	Persen / Percent	57.19	58.34	55.75	56.11	55.72	56.09

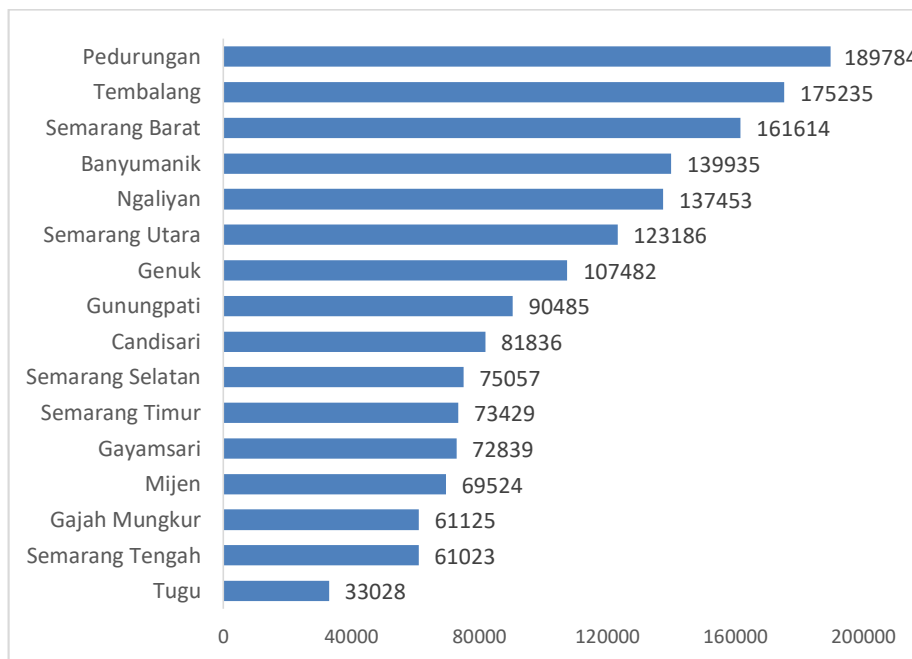
SUMBER : BPS KOTA SEMARANG

Source : Statistic of Semarang Municipality

Perkembangan dan pertumbuhan penduduk selama 6 tahun terakhir menunjukkan hasil yang bervariasi dengan tren semakin meningkat.

b. Persebaran dan Kepadatan Penduduk

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

Gambar 2.1 Jumlah penduduk menurut kecamatan Tahun 2017

Sumber : Badan Pusat Statistik Kota Semarang, 2017

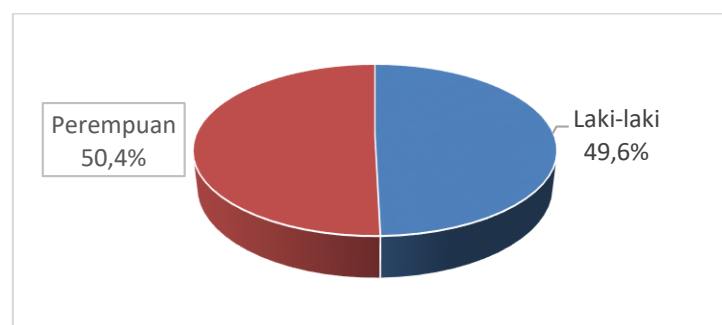
Sebagai salah satu kota metropolitan, Semarang boleh dikatakan belum terlalu padat. Pada tahun 2017 kepadatan penduduknya sebesar 4.424 jiwa per km² sedikit mengalami kenaikan bila dibandingkan dengan tahun 2016. Bila dilihat menurut Kecamatan terdapat 6 kecamatan yang mempunyai kepadatan di bawah angka rata-rata Semarang, sebagai berikut: Kecamatan Genuk (3924 jiwa/km²), Kecamatan Tembalang (3964 jiwa/km²), Kecamatan Gunungpati (1.672 jiwa/ km²), Kecamatan Mijen (1.208 jiwa/ km²), Kecamatan Ngaliyan (3618 jiwa/km²) dan Kecamatan Tugu sebesar 1039 jiwa per km². Dari keenam Kecamatan tersebut, dua diantaranya merupakan masih daerah pertanian dan perkebunan, sedangkan satu kecamatan lainnya merupakan daerah pengembangan industri.

Namun sebaliknya untuk Kecamatan-kecamatan yang terletak di pusat kota, dimana luas wilayahnya tidak terlalu besar tetapi jumlah penduduknya sangat banyak, kepadatan penduduknya sangat tinggi. Yang paling tinggi kepadatan penduduknya adalah Kecamatan Candisari 12.513 jiwa/km² , Semarang Selatan 12.678 jiwa/km², dan Kecamatan Gayamsari 11.786 jiwa/km². Secara umum ciri masyarakat Kota Semarang terbagi dua yaitu masyarakat dengan karakteristik perkotaan dan masyarakat dengan karakteristik pedesaan. Bila dikaitkan dengan banyaknya keluarga atau rumah tangga, maka dapat dilihat bahwa rata-rata setiap keluarga di Kota Semarang memiliki 4 (empat) anggota keluarga, dan kondisi ini terjadi pada hampir seluruh Kecamatan yang ada.

c. Komposisi Penduduk

Untuk dapat menggambarkan tentang keadaan penduduk secara khusus dapat dilihat dari komposisinya, salah satunya adalah penduduk menurut jenis kelamin. Menurut data dari dispendukcapil Kota Semarang Jumlah penduduk tahun 2017 sejumlah 1,653,035 jiwa, terdiri dari 819.973 jiwa penduduk laki-laki dan 833.062 jiwa penduduk perempuan. Indikator dari variabel jenis kelamin adalah rasio jenis kelamin yang merupakan angka perbandingan antara penduduk laki-laki dan perempuan.

Gambar. 2.2 Komposisi Penduduk Menurut Jenis Kelamin Tahun 2017



Sumber : Badan Pusat Statistik, 2017

d. Kelahiran, Kematian Penduduk

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

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

Selama periode 10 tahun terakhir perkembangan kelahiran dan kematian penduduk di Kota Semarang terlihat cukup berfluktuasi. Hal ini dilihat bahwa untuk CBR periode 2006 – 2017. Dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.2 Perkembangan Kelahiran dan Kematian Penduduk Kota Semarang Periode 2006 – 2017

Tahun	Jml Penduduk	CBR (/1000 pddk)	CDR (/1000 pddk)
2006	1.434.025	15,10	6,35
2007	1.454.594	16,06	7,04
2008	1.481.640	16,60	6,79
2009	1.506.924	17,01	6,98
2010	1.527.433	14,98	6,77
2011	1.544.358	16,09	6,76
2012	1.559.198	15,23	6,45
2013	1.575.068	15,18	6,5
2014	1.584.906	16,63	6,8
2015	1.595.267	14,22	6,7
2016	1.634.482	13,87	6,98
2017	1.653.035*		

Sumber data : BPS Kota Semarang – Profil Kependudukan

*Tahun 2017: Data dari Dispendukcapil Kota Semarang

Tabel 2.3 Jumlah Sarana dan Prasarana di Kota Semarang

C.	SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN	2014	2015	2016	2017
1.	Rumah Sakit Umum :				
	a. Rumah Sakit Swasta	12	12	12	13
	b. Rumah Sakit Umum Daerah	2	2	2	2
	c. Rumah Sakit Umum Pusat	2	2	2	1
	d. Rumah Sakit TNI / POLRI	3	2	2	2
	e. Rumah Sakit Khusus, terdiri dari :	9	9		
	- RS Jiwa	1	1	1	1
	- RS Bedah Plastik	1	0	0	0
	- RS Rehabilitasi Medik	0	1	1	1
	- Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA)	3	4	4	6
	- Rumah Sakit Bersalin (RSB)	2	2	2	0
2.	Rumah Bersalin (RB) / BKIA	6	6	0	0
3.	Puskesmas , terdiri dari :	37	37	37	37

C.	SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN	2014	2015	2016	2017
	a. Puskesmas Perawatan	11	11	11	11
	b. Puskesmas Non Perawatan	26	26	26	26
4.	Puskesmas Pembantu	35	35	35	37
5.	Puskesmas Keliling	37	37	37	37
6.	Posyandu yang ada	1.561	1.575	1.581	1.587
7.	Posyandu Aktif	1.214	1.219	1.205	1.587
8.	Apotik	401	401	397	406
9.	Laboratorium Kesehatan	30	28	26	26
10.	Klinik Spesialis / Klinik Utama	37	36	40	40
11.	Klinik 24 Jam	7	0	0	0
12.	Toko Obat	20	23	20	39
13.	BP Umum (Klinik Pratama)	83	92	161	170
14.	BP Gigi	8	0	0	0
16.	Dokter Umum Praktek Perorangan	1.798	1.940	2.143	2.304
17.	Dokter Spesialis Praktek	745	828	897	1.001
18.	Dokter gigi praktek	415	438	473	517
19.	Dokter gigi spesialis praktek	75	75	76	77

Sumber: Bidang Pelayanan Kesehatan & SDK, DKK Semarang

SITUASI DERAJAT KESEHATAN KOTA SEMARANG

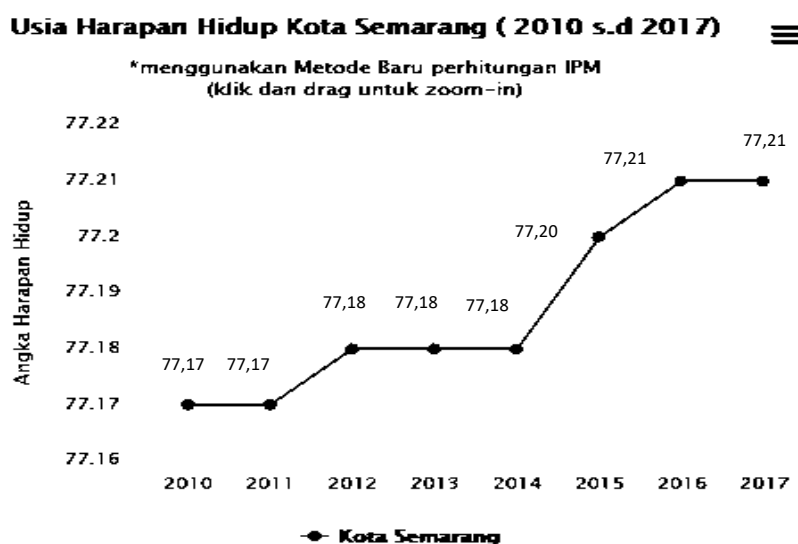
BAB III

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

A. UMUR HARAPAN HIDUP

Berdasarkan perhitungan IPM yang baru Umur Harapan Hidup (UHH) Kota Semarang mengalami kemandirian, pada tahun 2017 ini mencapai 77,21.

Gambar. 3.1 Perkembangan UHH Kota Semarang



Sumber data : BPS Kota Semarang – www.semarangkota.bps.go.id

B. MORTALITAS / KEMATIAN

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

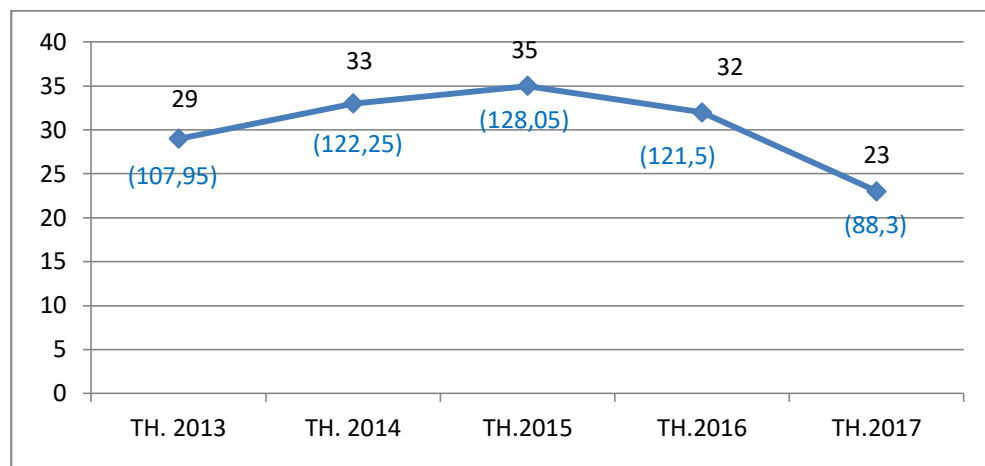
dan biologik secara tidak langsung. Selain itu dapat pula digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan kesehatan.

1. Kematian Ibu Maternal (AKI)

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

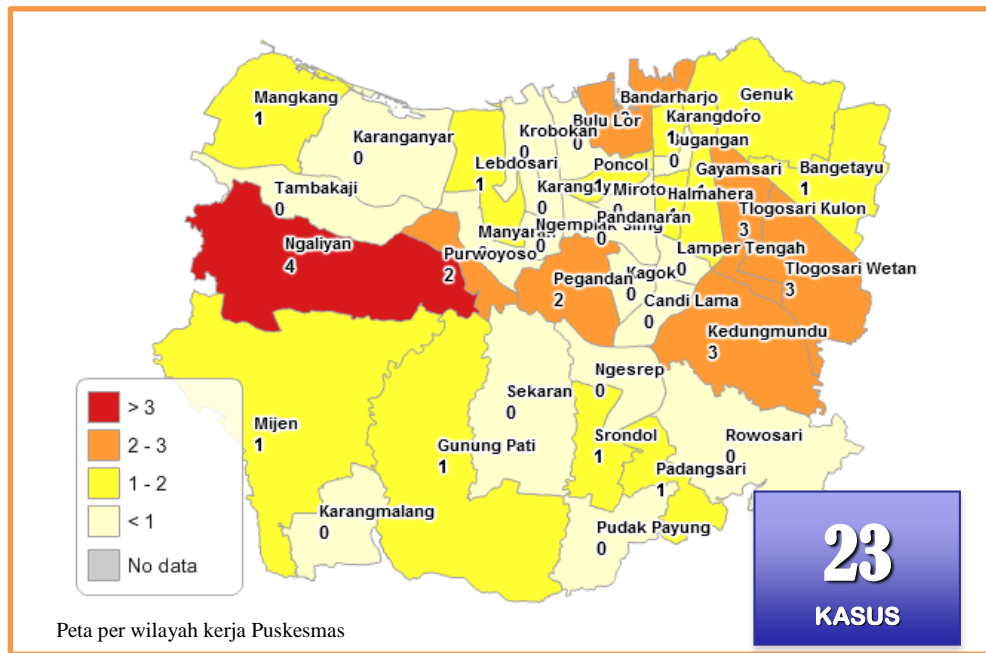
Berdasarkan laporan Puskesmas jumlah kematian ibu maternal di Kota Semarang pada tahun 2017 sebanyak 23 kasus dari 26.052 kelahiran hidup atau sekitar 88,3 per 100.000 KH. Angka kematian Ibu (AKI) mengalami penurunan dari tahun-tahun sebelumnya yaitu 121,5 per 100.000 KH pada tahun 2016 dan 128,05 per 100.000 KH pada tahun 2015. Jika dilihat dari jumlah kematian Ibu, juga terdapat penurunan kasus yaitu 32 kasus pada tahun 2016 menjadi 23 kasus di tahun 2017. Berikut grafik jumlah kematian ibu tahun 2013 – 2017.

Gambar 3.2 Grafik Jumlah & Angka kematian ibu maternal Kota Semarang Tahun 2013 – 2017

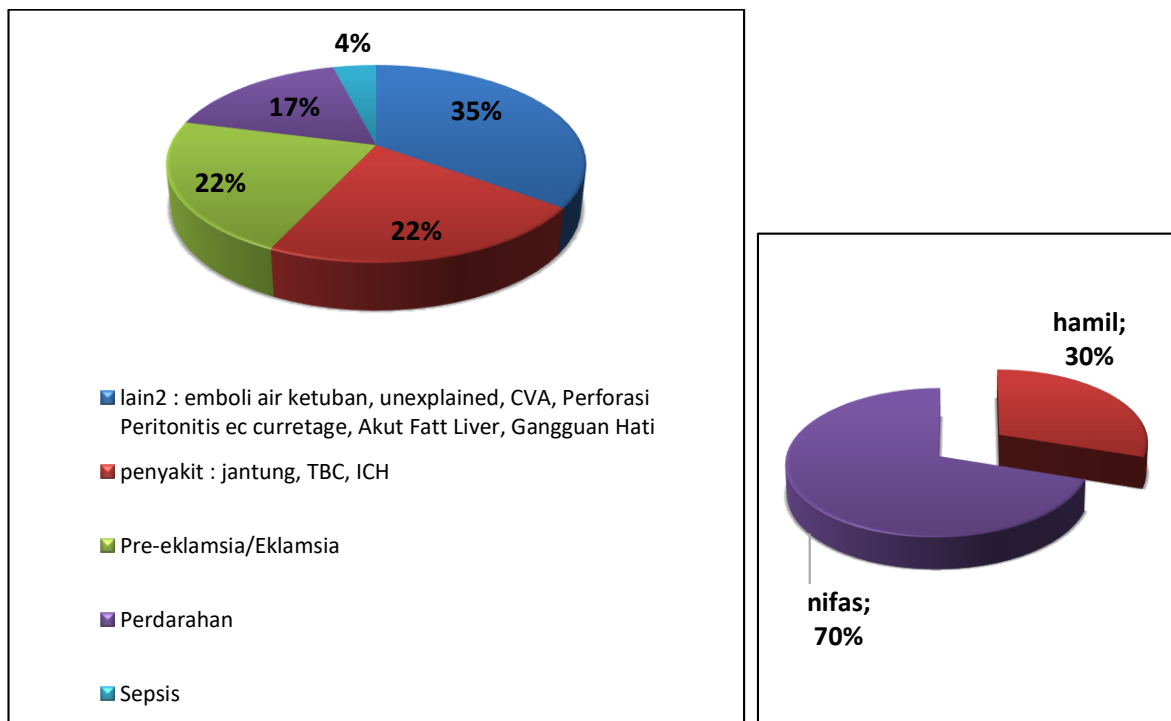


Sumber: Seksi KIA, Bidang Kesehatan Masyarakat

Gambar 3.3 Peta Sebaran Kasus Kematian Ibu Th 2017



Gambar 3.4 Grafik Penyebab & Waktu Kejadian Kematian Ibu Maternal tahun 2017



Sumber: Seksi KIA, Bidang Kesehatan Masyarakat

Kematian ibu tertinggi disebabkan oleh penyebab lain-lain (35%) yang meliputi Emboli Air Ketuban, Unexplained, CVA, Perforasi Peritonitis e.c Curretage, Acute Fatt Liver dan Gangguan Hati. Sedangkan sebab kematian ibu yang paling kecil adalah karena sepsis (4%).

Pada tahun 2017 kematian ibu disebabkan karena lain-lain mengalami peningkatan dari tahun 2016. Hal ini menunjukkan bahwa ibu hamil yang selama kehamilan, persalinan dan nifas tidak diketahui ada masalah bisa saja terjadi kematian secara mendadak tanpa terdeteksi sebelumnya, sehingga perlu adanya peningkatan kualitas deteksi dini sejak kehamilan hingga nifas. Penyebab kematian ibu karena preeklamsi/eklamsi, penyakit dan sepsis mengalami penurunan jika dibanding tahun 2016. Hal ini menunjukkan bahwa pengelolaan PEB oleh tenaga kesehatan semakin baik. Banyak kegiatan yang telah dilakukan untuk peningkatan kompetensi petugas dalam pengelolaan perdarahan dan preeklamsi, antara lain pelatihan pemberian MgSO₄ yang menggunakan anggaran APBD II ataupun sumber dana lain secara swadaya. Penanganan sepsis di fasilitas kesehatan juga semakin baik dengan semakin adekuatnya proses sterilisasi dan penanganan tindakan medis yang semakin berkualitas. Penanganan ibu hamil dengan penyakit dilakukan dengan deteksi dini penyakit dan penatalaksanaan yang tepat.

Sedangkan kondisi saat meninggal paling banyak masih terjadi pada masa nifas yaitu 70%. Namun demikian hal ini mengalami sedikit penurunan dari tahun 2016 yaitu 71,87%. Hal ini dapat menunjukkan keberhasilan upaya pendampingan ibu hamil selama masa nifas dan upaya promotif preventif selama kehamilan. Selama hamil, ibu dengan risiko tinggi mendapatkan edukasi dan pelayanan kesehatan yang adekuat untuk persiapan persalinan dan nifas.

Kematian ibu di kota Semarang masih perlu mendapatkan perhatian mengingat Kota Semarang sebagai Ibukota provinsi Jawa Tengah yang menjadi sorotan utama. Untuk itu, Pemerintah Kota Semarang melalui Dinas Kesehatan Kota Semarang berupaya dalam menurunkan Angka Kematian Ibu. Hal ini terwujud dengan adanya pembentukan puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Dasar) dan RS PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Komprehensif) di tahun 2013 serta upaya memaksimalkan fungsi dan tugas Puskesmas PONED dan RS PONEK secara nyata dan bertahap. Selain itu juga dilakukan peningkatan jejaring rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat dasar ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dengan Ambulan Hebat. Upaya lain yang telah dilakukan adalah terbentuknya kerja sama / MOU antara RS PONEK dengan Dinas Kesehatan dalam wadah IC PONEK, dimana RS PONEK selain sebagai tempat rujukan juga melakukan pembinaan ke Puskesmas PONED. Rumah Sakit PONEK dibina oleh RSUP dr. Kariadi. Mengadakan komitmen dengan organisasi profesi seperti POGI, IDI, IDAI, IBI dan juga melakukan pembinaan rumah sakit dan BPM. Selain itu di sektor hulu juga ada peran stakeholder yang

lain misalnya dari TP PKK , GOW, IIDl dan perguruan tinggi melakukan pendampingan ibu hamil risiko tinggi dan nifas. Dari segi regulasi telah ada Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2015 tentang Keselamatan Ibu dan Anak

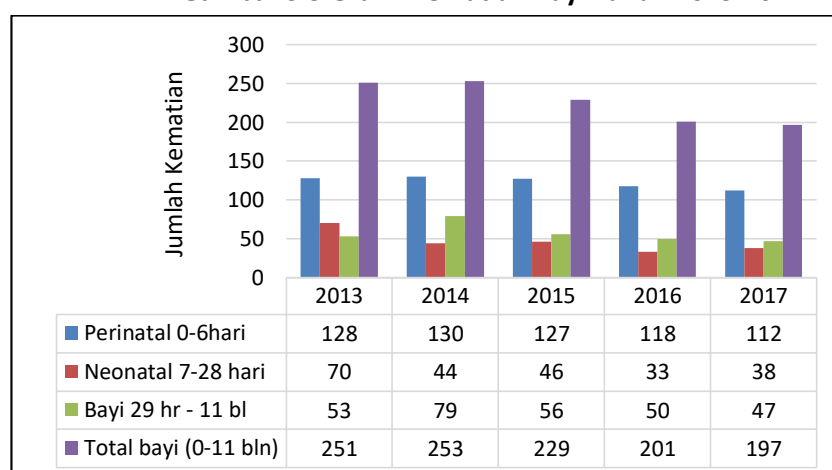
Di samping upaya-upaya tersebut juga sudah terbentuk Pokja KIA, Peraturan Daerah Kota Semarang No. 2 Tahun 2015 tentang Keselamatan Ibu dan Anak, kerja sama dengan perguruan tinggi dalam pendampingan ibu hamil resiko tinggi. Awal tahun 2015 Dinas Kesehatan Kota Semarang juga sudah merekrut tenaga kesehatan yang di kontrak selama setahun untuk pendataan dan pendampingan ibu hamil, yaitu Petugas Surveilans Kesehatan dimana petugasnya berlatar belakang pendidikan kesehatan. Sedangkan pada tahun 2016-2017 Dinas Kesehatan Kota Semarang merekrut tenaga surveilans kesehatan lagi namun lebih khusus, dimana tenaga yang direkrut harus berlatar belakang minimal D3 Kebidanan yang dikenal dengan sebutan GASURKES KIA (Kesehatan Ibu dan Anak).

2. Kematian Bayi dan Balita

Angka kematian bayi adalah jumlah penduduk yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Usia bayi merupakan kondisi yang rentan baik terhadap kesakitan maupun kematian.

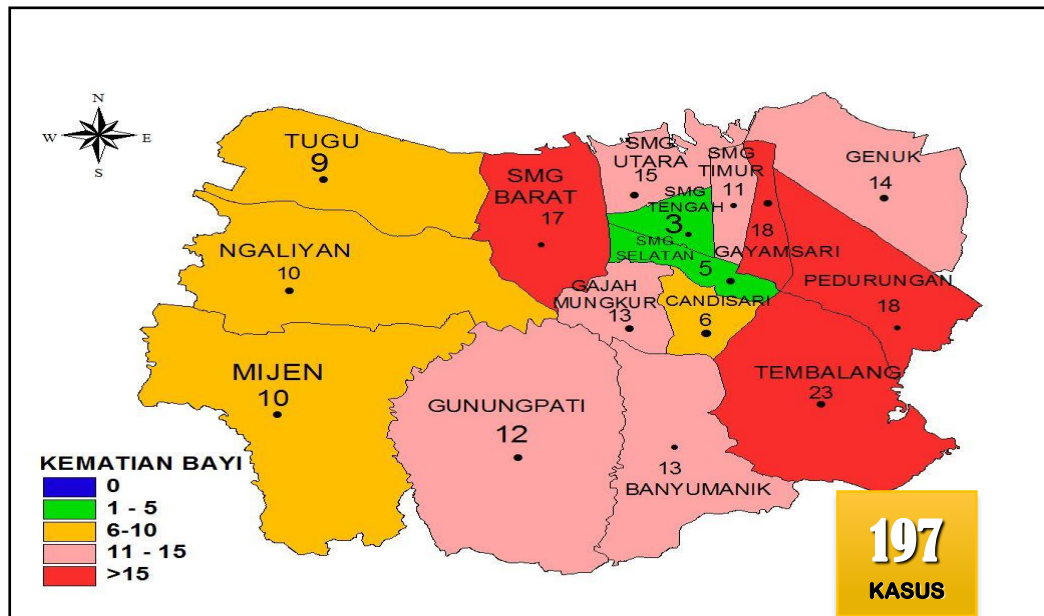
Berdasarkan hasil laporan kegiatan sarana pelayanan kesehatan, pada tahun 2017 jumlah kematian bayi yang terjadi di Kota Semarang sebanyak 197 dari 26.052 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 7,56 per 1.000 KH. Jumlah kematian bayi di Kota Semarang cenderung terjadi penurunan dalam lima tahun terakhir sebagaimana tersaji dalam grafik berikut.

Gambar 3.5 Grafik Kematian Bayi Tahun 2013-2017



Sumber: Seksi KIA, Bidang Kesehatan Masyarakat

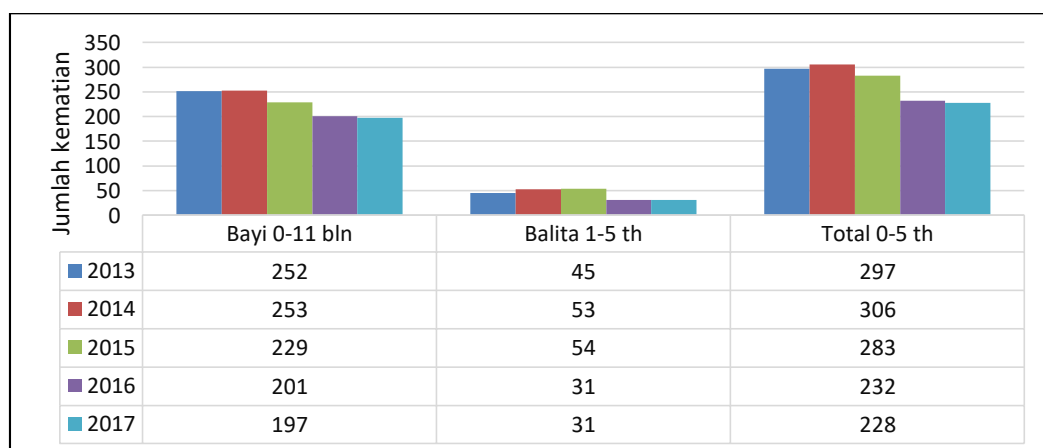
Gambar 3.6 Peta Sebaran Kematian Bayi 2017

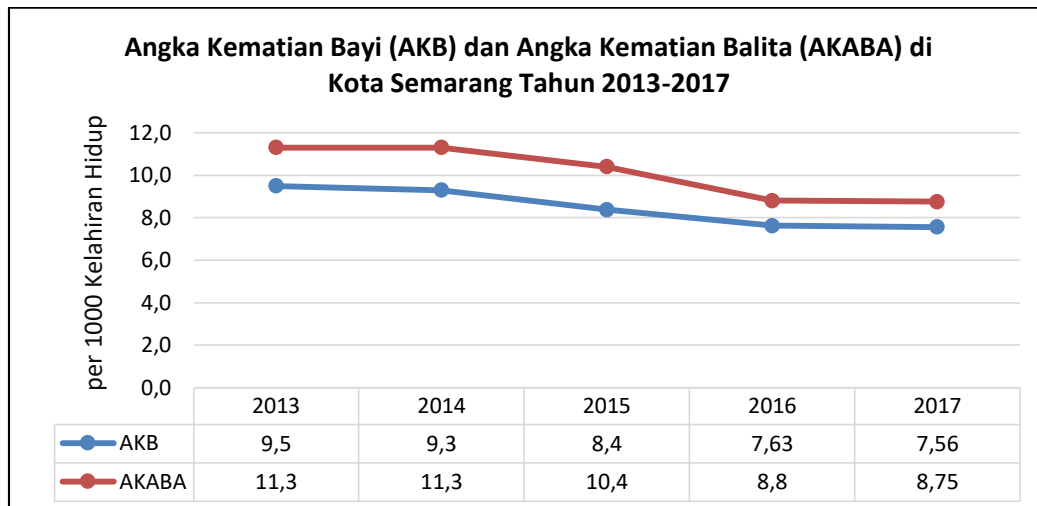


Sumber: Seksi KIA, Bidang Kesehatan Masyarakat

Angka Kematian Balita (AKABA) adalah jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun yang dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. AKABA merepresentasikan risiko terjadinya kematian pada fase antara kelahiran dan sebelum umur 5 tahun. Berdasarkan data kasus kematian Anak Balita di Kota Semarang, Jumlah Kematian Balita di Kota Semarang tahun 2017 adalah sebanyak 228 kasus dari 26.052 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Balita (AKABA) Kota Semarang sebesar 8,75 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu sebesar 8,81 per 1000 KH.

Gambar 3.7 Grafik Jumlah Kasus Kematian Balita dan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Kota Semarang Tahun 2013-2017





Sumber: Seksi KIA, Bidang Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan penyebab, kematian balita terbanyak 52 % disebabkan karena penyakit. Penyebab lainnya yaitu Diare, ISPA dan DBD masing-masing sebesar 16%. Hal ini dikarenakan Kota Semarang merupakan daerah endemis DBD. Berbagai faktor dapat menyebabkan adanya penurunan AKB & AKABA, di antaranya pemerataan pelayanan kesehatan berikut fasilitasnya. Hal itu disebabkan AKB & AKABA sangat sensitif terhadap perbaikan pelayanan kesehatan. Selain itu, perbaikan kondisi ekonomi yang tercermin dengan pendapatan masyarakat yang meningkat juga dapat berkontribusi melalui perbaikan gizi yang berdampak positif pada daya tahan bayi terhadap infeksi penyakit.

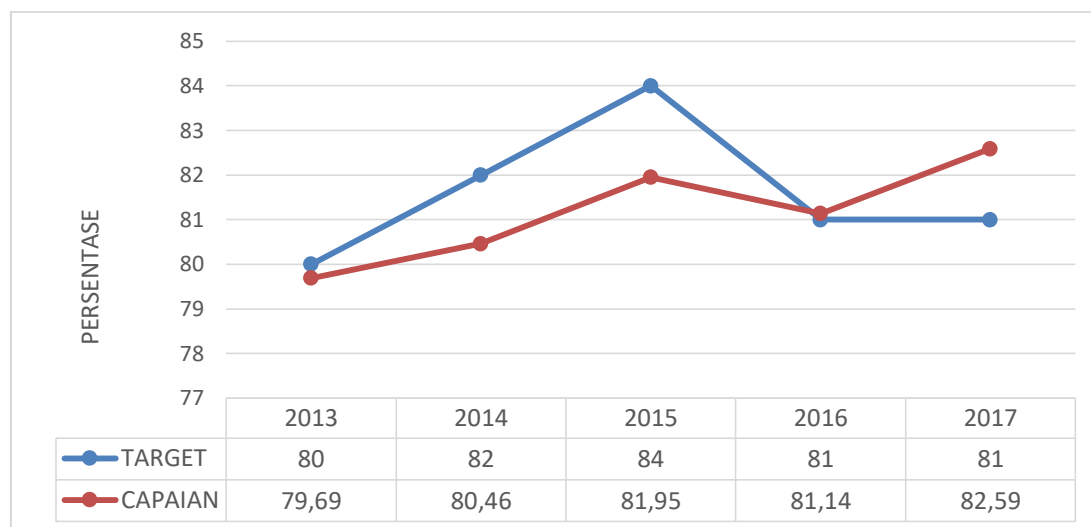
C. STATUS GIZI BAYI & BALITA

Perkembangan keadaan gizi masyarakat dapat dipantau melalui hasil pencatatan dan pelaporan program perbaikan gizi masyarakat yang tercermin dalam hasil penimbangan bayi dan balita setiap bulan di posyandu. Menurut laporan puskesmas pada tahun 2016 di Kota Semarang menunjukkan jumlah Bayi Lahir Hidup sebanyak 26.052 bayi dan jumlah Balita yang ada (S) sebesar 107.846 anak.

Untuk kasus bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) pada tahun 2017 yaitu sebanyak 584 bayi (2,2%) yang terdiri dari 309 bayi laki-laki dan 275 bayi perempuan. Upaya masyarakat untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi salah satunya dengan penimbangan bayi dan balita di Posyandu. Jumlah Balita yang datang dan ditimbang (D) di Posyandu dari seluruh balita yang ada yaitu sejumlah 89.070 balita (82,6%) dari 107.846 balita yang dilaporkan. Jumlah balita yang naik berat badannya sebanyak 72.468 anak

(82,59%) dari balita yang ditimbang dan Bawah Garis Merah (BGM) sebanyak 967 anak (1,1%).

Gambar 3.8 Grafik Cakupan D/S Kota Semarang 2013 – 2017

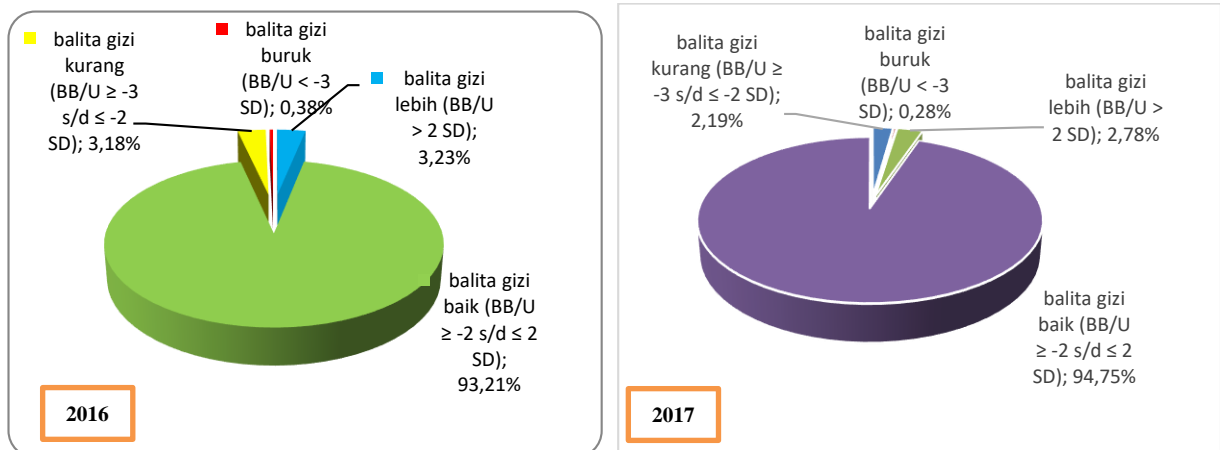


Sumber: Bidang Kesehatan Masyarakat

Gambar 3.8 menunjukkan Cakupan D/S di Kota Semarang cenderung meningkat dalam lima tahun terakhir. Namun demikian, jika dilihat dari pencapaian target cakupan, selama 2013-2015 menunjukkan hasil yang kurang dari target, hal ini dimungkinkan terlalu tinggi dalam penentuan target. Oleh karena itu dilakukan evaluasi sehingga target Renstra 2016-2020 ditetapkan target D/S tahun 2016 sebesar 81%. Hal inipun sesuai dengan teori pada Pedoman Penatalaksanaan Gizi Buruk Depkes RI yaitu “Bahwa apabila 80% dari balita ditimbang berat badannya maka dapat mencegah 20% kejadian gizi buruk.”. Cakupan D/S pada tahun 2016 sudah memenuhi target yaitu sebesar 82,59%. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tingginya partisipasi masyarakat dalam penimbangan di Posyandu. Dengan demikian akan lebih banyak balita yang terpantau pertumbuhannya sehingga apabila terjadi masalah dalam proses pertumbuhan dapat segera ditangani. Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan D/S antara lain dengan kegiatan sosialisasi dan promosi di Posyandu, pemenuhan sarana antropometri Posyandu, meningkatkan kemampuan kader dalam pemantauan pertumbuhan dengan KMS, dan pembinaan kader Posyandu yang bekerja sama dengan lintas sektor terkait.

Permasalahan gizi yang masih ada adalah masalah gizi kurang dan gizi buruk. Prevalensi status gizi balita menurut BB/U pada tahun 2017 dapat dilihat pada gambar 3.9 berikut.

Gambar 3.9 Grafik Status Gizi Balita menurut BB/U Kota Semarang Tahun 2016 dan 2017



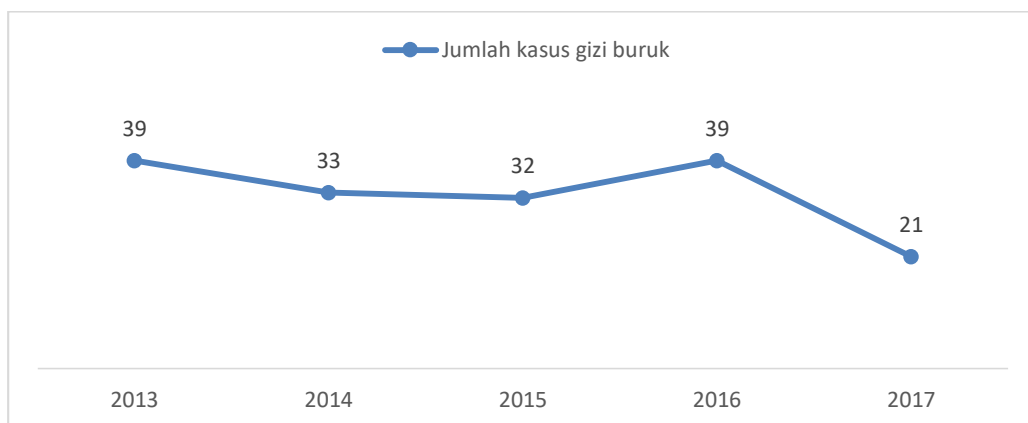
Sumber: Seksi Gizi, Bidang Kesehatan Masyarakat

Prevalensi status gizi balita menurut Berat Badan/Usia bila dilihat di tahun 2016 dan 2017 diperoleh hasil sebagai berikut :

- Balita gizi buruk 0,38% di tahun 2016 menjadi 0,28% di tahun 2017
- Balita gizi kurang 3,18% di tahun 2016 menjadi 2,19% di tahun 2017
- Balita gizi baik 93,21% di tahun 2016 menjadi 94,75% di tahun 2017
- Balita gizi lebih 3,23% di tahun 2016 menjadi 2,78% di tahun 2017

Gizi buruk terjadi bukan hanya karena permasalahan-permasalahan kurangnya konsumsi gizi namun bisa disebabkan karena adanya infeksi atau penyakit. Kurang konsumsi gizi di sebabkan karena sosial ekonomi yang kurang dan pengetahuan tentang gizi yang masih minim. Sedangkan penyebab infeksi karena lingkungan yang kurang sehat. Berikut tren kasus gizi buruk di Kota Semarang tahun 2013-2017.

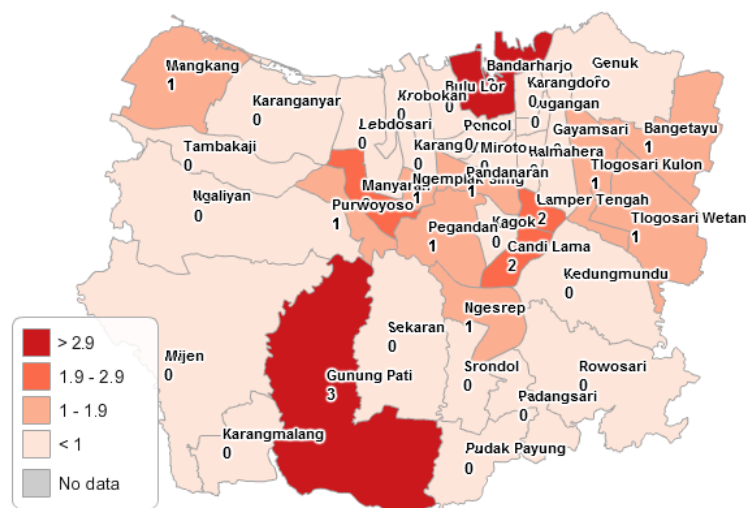
Gambar 3.10 Grafik Trend Kasus Gizi Buruk Kota Semarang 2013 - 2017



Sumber: Seksi Gizi, Bidang Kesehatan Masyarakat

Dari gambar 3.10 dapat diketahui bahwa pada tahun 2017 kasus gizi buruk ditemukan sebanyak 21 kasus. Jumlah tersebut semua mendapat perawatan (100%) yang meliputi pemeriksaan gizi buruk secara komprehensif. Sejak tahun 2014, Kota Semarang telah mempunyai “Rumah Gizi” yang difungsikan antara lain untuk penanganan balita gizi buruk secara komprehensif dengan rawat jalan. Perawatan gizi buruk secara komprehensif meliputi pengukuran antropometri dan penentuan status gizi, pemeriksaan laboratorium dan rontgen, pemeriksaan dokter, deteksi tumbuh kembang balita, pelayanan fisioterapi, pelayanan konseling gizi, pemberian PMT dan paket F100 selama minimal 6 bulan, pemerian vitamin, penyuluhan, serta pendampingan oleh tenaga kesehatan dan kader. Program ini merupakan upaya perbaikan status gizi pada balita gizi buruk yang telah di pusatkan di Rumah Gizi Jl. Nusa Indah No.12 Banyumanik Semarang. Pada penanganan gizi buruk dilakukan bersama dengan lintas sektoral, lintas program, organisasi profesi dan LSM (Dinas Kelautan dan Perikanan, Dinas Ketahanan Pangan, BAPPEDA, Bidang P2P DKK, BKPM, RSDK, IDAI, IFI, Laboratorium Prodia, Tim Penggerak PKK Kota Semarang, Rumah Zakat, PKPU, Aisyiah, dan WKRI).

Gambar 3.11 Peta Kasus Gizi Buruk Kota Semarang 2017



Sumber: Seksi Gizi, Bidang Kesga

21
kasus

D. MORBIDITAS

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

1. Pola 10 Besar Penyakit Puskesmas

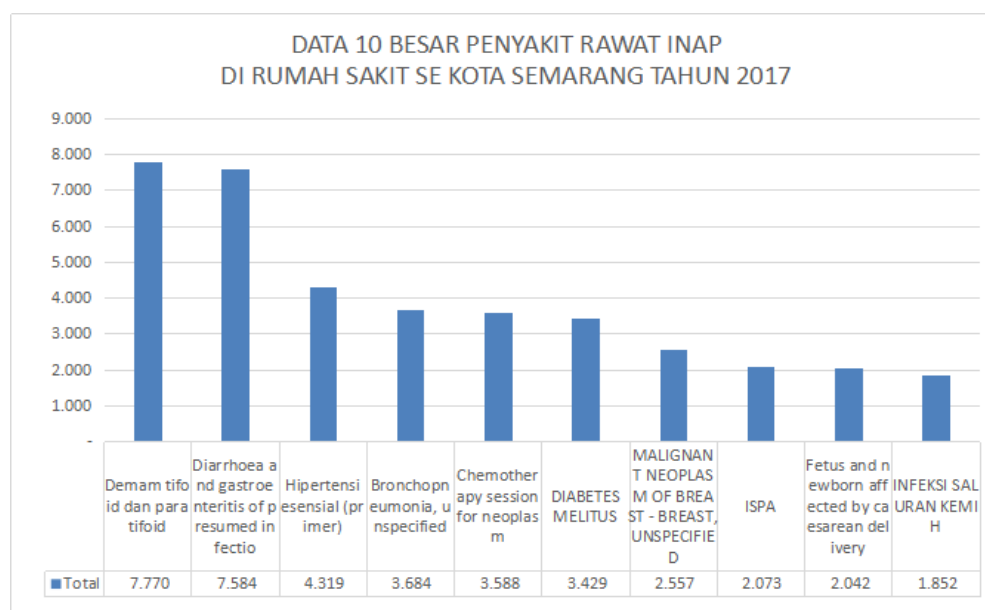
Tabel 3.1 Sepuluh Besar Penyakit Puskesmas Tahun 2017

No	Jenis Penyakit	Kode ICD	Jumlah
1.	Infeksi saluran nafas atas akut pada banyak tempat tidak dapat dispesifikasi	J06	91.971
2.	Faringitis akut	J02	86.748
3.	Hipertensi esensial (primer)	I10	62.912
4.	Gastritis dan duodenitis	K29	28.904
5.	Diabetes melitus tidak tergantung insulin	E11	25.608
6.	Penyakit Pulpa & Periapikal	K04	23.830
7.	Gangguan Otot Lain	M62	19.346
8.	Sindrom Nyeri Kepala lainnya	G44	18.836
9.	Arthritis lainnya	M13	16.208
10.	Diare dan gastroenteritis oleh penyebab infeksi tertentu	A09	14.918

Sumber: Laporan SIMPUS 2017

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

Tabel 3.2 Sepuluh Besar Penyakit Rumah Sakit Tahun 2017



Sumber: Seksi Pelayanan Rujukan, Bidang pelayanan kesehatan

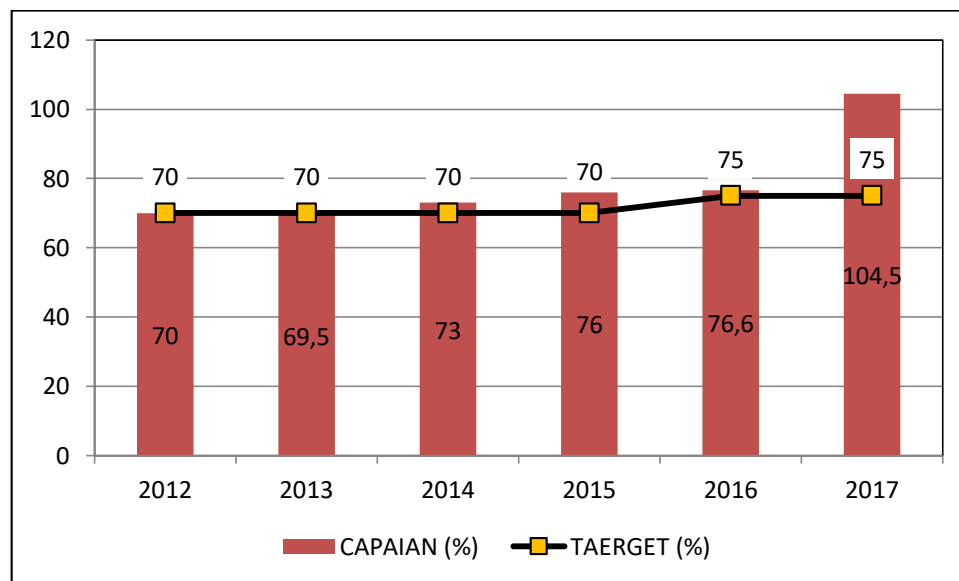
3. Penyakit Menular

a. Tuberkulosis Paru

Kasus Penderita

Cakupan CDR Kota Semarang dalam kurun waktu 5 tahun terakhir terus mengalami peningkatan cakupan. Bahkan di tahun 2017 dengan peningkatan target cakupan 75% angka temuan kasus dapat dicapai dengan angka 104,5%. Dengan demikian CDR kasus TB di tahun 2016 adalah 29,5% diatas target. Hal ini terjadi karena peningkatan kinerja seluruh pengelola program P2TB yang didukung oleh semua pihak terkait, sehingga di tahun-tahun mendatang hal ini perlu dipertahankan dan bahkan ditingkatkan.

Gambar 3.12 Grafik Penemuan kasus (CDR) TB Paru BTA (+) Kota Semarang tahun 2012 s.d 2017

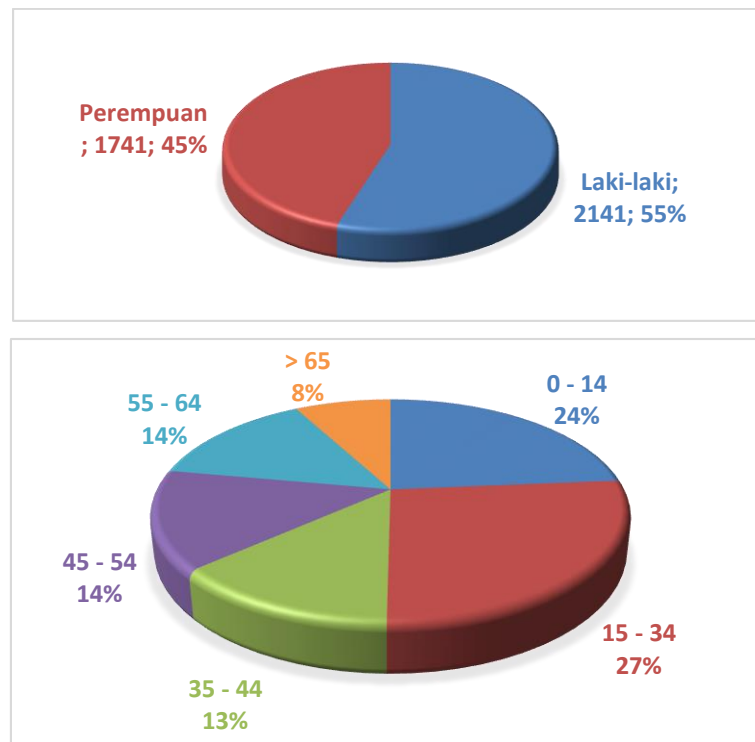


Sumber: Seksi P2ML, Bidang P2P

Angka penjarangan suspek adalah jumlah suspek yang diperiksa dahaknya diantara 100.000 penduduk pada suatu wilayah tertentu. Angka ini digunakan untuk mengetahui upaya penemuan pasien dalam suatu wilayah tertentu dengan memperhatikan kecenderungan dari waktu ke waktu (triwulan atau tahunan). Penemuan suspek tahun 2017 sebanyak 943/100.000 penduduk. Jika dibandingkan dengan penemuan tahun sebelumnya telah terjadi peningkatan sebesar 79/100.000 penduduk.

Sedangkan penemuan kasus TB Anak di tahun 2017 sejumlah 916 kasus, jumlah tersebut mengalami peningkatan yang cukup tinggi dibandingkan dengan penemuan kasus di tahun 2016 yaitu sebesar 496 kasus.

Gambar 3.13 Grafik Kasus TB Paru BTA (semua tipe) berdasarkan Jenis Kelamin & Kelompok Usia Tahun 2017



Sumber: Seksi P2ML, Bidang P2P

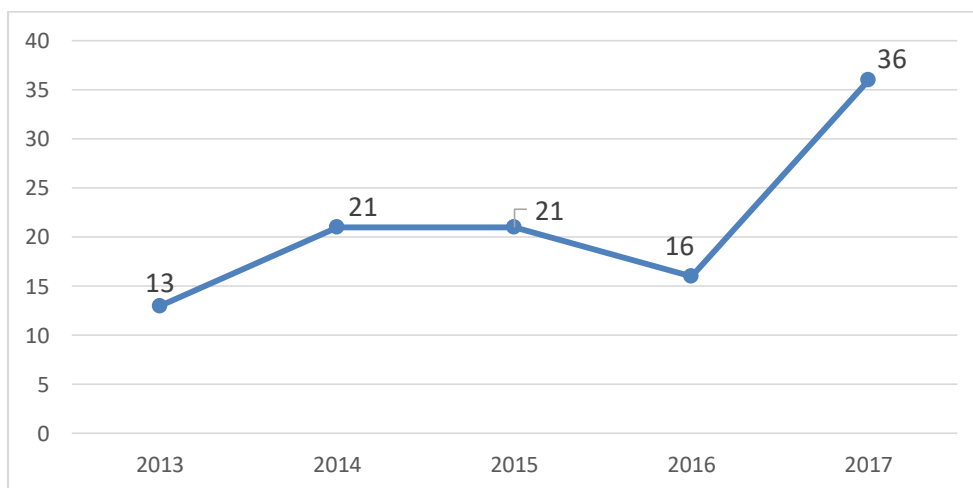
Penderita TB BTA (semua tipe) pada tahun 2017 sejumlah 3.882 kasus, dengan persentase TB Semua Tipe pada laki-laki sebanyak 2.141 kasus (55%) lebih besar dari pada perempuan sebanyak 1.741 kasus (45%). Hal ini disebabkan karena (fakta kualitatif) pada laki-laki lebih intens kontak dengan faktor risiko dan kurang peduli terhadap aspek pemeliharaan kesehatan individu dibandingkan dengan wanita. Penderita TB semua tipe kelompok usia bayi dan anak sebanyak 916 kasus (24%), kelompok usia 15-34 sebanyak 1030 kasus (27%), kelompok usia 55-64 sebanyak 553 kasus (14%) dan kelompok usia >65 tahun sebanyak 310 kasus (8%). Meskipun kasus TB semua tipe banyak terjadi pada kelompok usia produktif, upaya serius dalam pencegahan dan pengobatan tetap harus dilakukan karena dapat menularkan pada segala kelompok umur.

TB Paru MDR (*Multiple Drug Resistant*)

Total kasus TB-MDR dari tahun 2013 s.d tahun 2017 sebanyak 107 kasus. Dikaitkan dengan proporsi kejadian TB-MDR pada kasus TB Baru dan TB Kambuh di tahun 2017 terdapat 36 kasus baru TB-MDR, sehingga CDR pada TB-MDR tahun 2017 sebesar 82% dari target nasional (44 kasus, dengan cakupan penemuan 70%). Jika dibandingkan dengan CDR TB-MDR tahun 2016 menunjukkan peningkatan sebesar 225% dan meningkat 171% dibandingkan CDR tahun 2014 dan 2015 (CDR TB-MDR tahun 2014 : 70%).

Indonesia telah memulai program MTPTRO (Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat) sejak tahun 2009 dan di kembangkan secara bertahap ke seluruh wilayah Indonesia sehingga seluruh pasien TB-MDR dapat mengakses penatalaksanaan TB-MDR yang terstandar dan cepat. Sedangkan di Kota Semarang g telah memulai program MTPTRO pada tahun 2013. Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 13/MENKES/PER/II/2013 program MTPTRO merupakan bagian intergal dari Program Pengendalian TB Nasional.

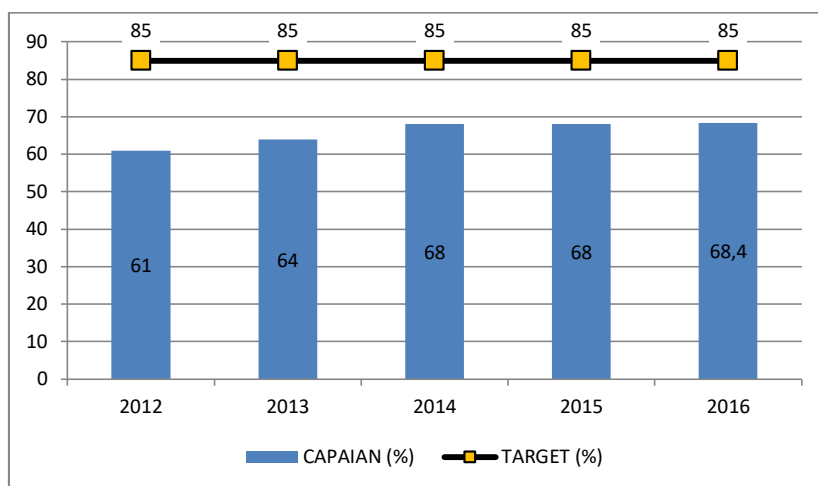
Gambar 3.14 Grafik Jumlah Kasus TB-MDR di Kota Semarang Tahun 2013 – 2017



Sumber: Seksi P2ML, Bidang P2P

Angka kesembuhan (Cure Rate)

Angka kesembuhan Kota Semarang dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terakhir tidak pernah mencapai target nasional, yang tertinggi sebesar 68,4 % CR di tahun 2016, yang terendah sebesar 61 % di tahun 2012 sedangkan ditahun 2013 sebesar 64 % dan meningkat 4 % di tahun 2014 yaitu sebesar 68 %. Rata-rata pencapaian CR pertahunnya baru sebesar 19,12 %.

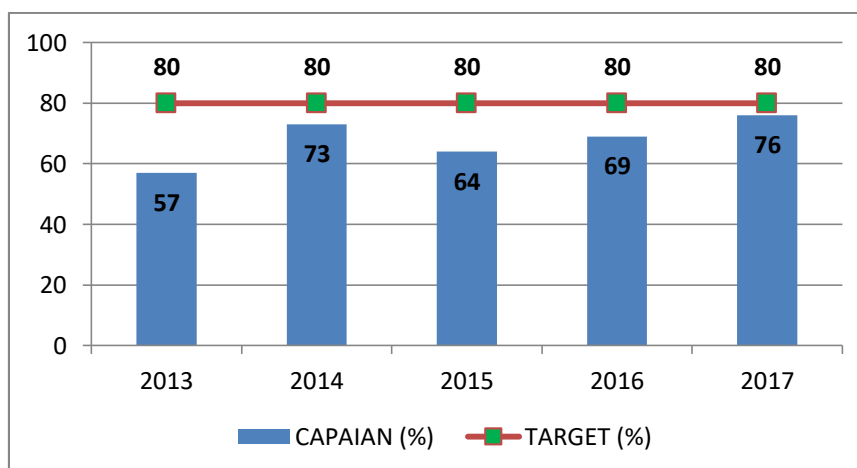
Gambar 3.15 Grafik Angka kesembuhan TB Paru BTA (+) Tahun 2010 – 2016

Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Angka Konversi

Angka konversi adalah prosentase pasien baru TB Paru BTA (+) yang mengalami perubahan menjadi BTA (-) setelah menjalani masa pengobatan intensif. Indikator ini berguna untuk mengetahui secara cepat hasil pengobatan dan untuk mengetahui apakah pengawasan langsung menelan obat dilakukan dengan benar. Angka konversi secara nasional adalah 80 %.

Angka Konversi pasien TB Paru BTA (+) dalam 5 tahun terakhir masih berada di bawah target nasional 80%. Secara gradual 5 tahun berjalan mengalami penurunan rata-rata sebesar 12,2% dari target nasional. Pada tahun 2017 terjadi kenaikan dari 69% di tahun 2016 menjadi 76%.

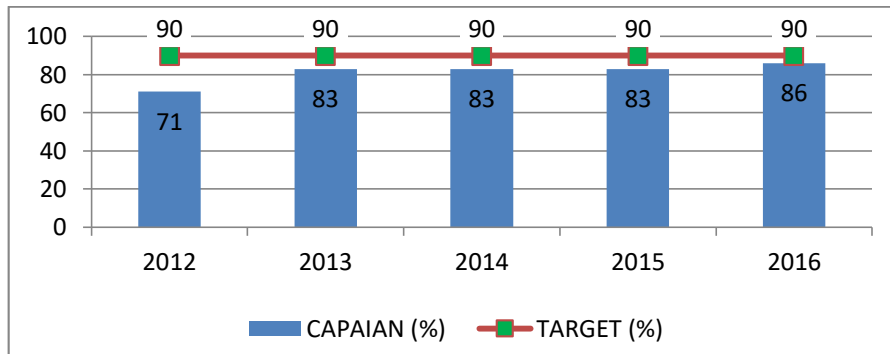
Gambar 3.16 Grafik Angka konversi TB BTA (+) tahun 2013 – 2017

Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Angka Keberhasilan Pengobatan (Success Rate)

Salah satu upaya untuk mengendalikan TB yaitu dengan pengobatan. Indikator yang digunakan untuk evaluasi pengobatan yaitu angka keberhasilan pengobatan. Angka keberhasilan pengobatan adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB Paru BTA (+) yang menyelesaikan pengobatan (sembuh dan pengobatan lengkap).

Gambar 3.17 Angka Keberhasilan Pengobatan Pasien TB Paru BTA (+) di Kota Semarang Tahun 2012 s.d 2016



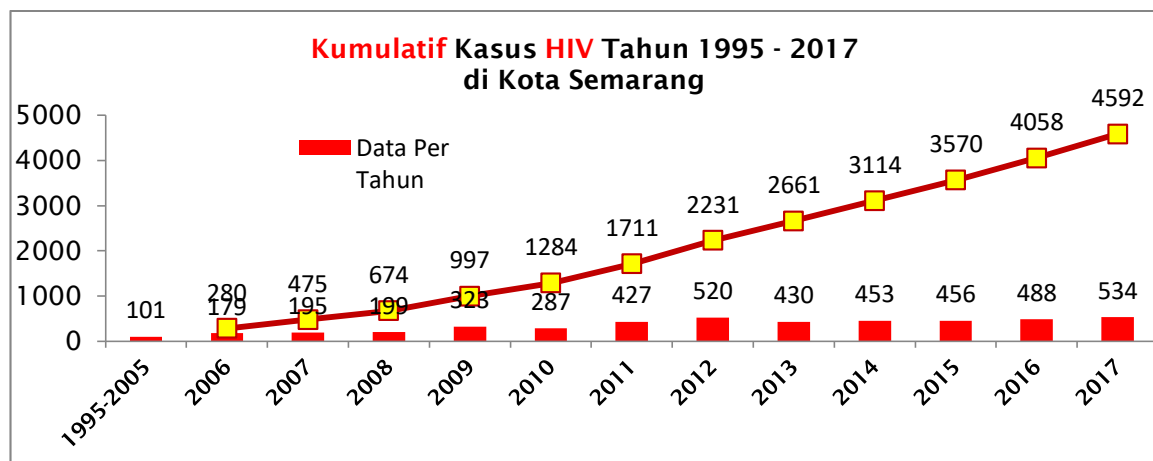
Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

b. HIV / AIDS

HIV

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

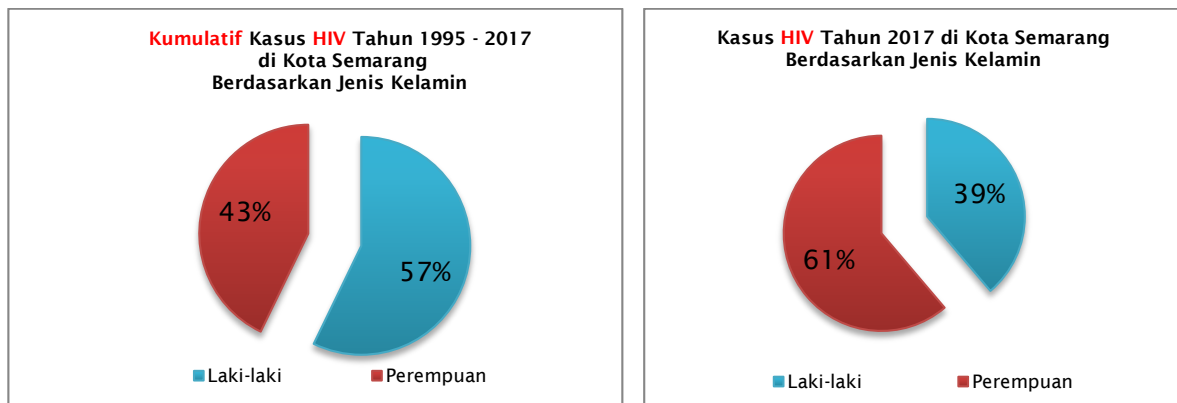
Gambar 3.18 Grafik Tren Kumulatif Kasus HIV Kota Semarang 1995 – 2017



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik di atas kasus HIV mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2016. Jumlah penemuan kasus pada tahun 2017 yaitu sebesar 534 kasus (8,6%). Data diatas merupakan data kasus HIV yang ditemukan di Kota Semarang dari laporan klinik VCT, sehingga bukan hanya warga Kota Semarang namun juga luar wilayah Kota Semarang. Sedangkan data untuk kasus HIV tahun 2017 untuk Kota Semarang saja sebanyak 198 orang, dengan kondisi 33 orang sudah pada stadium AIDS.

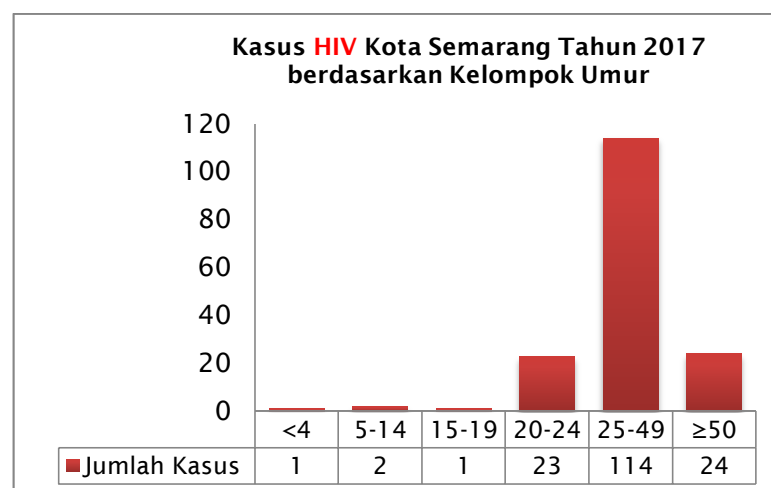
Gambar 3.19 Kasus HIV Berdasar Jenis Kelamin Kota Semarang

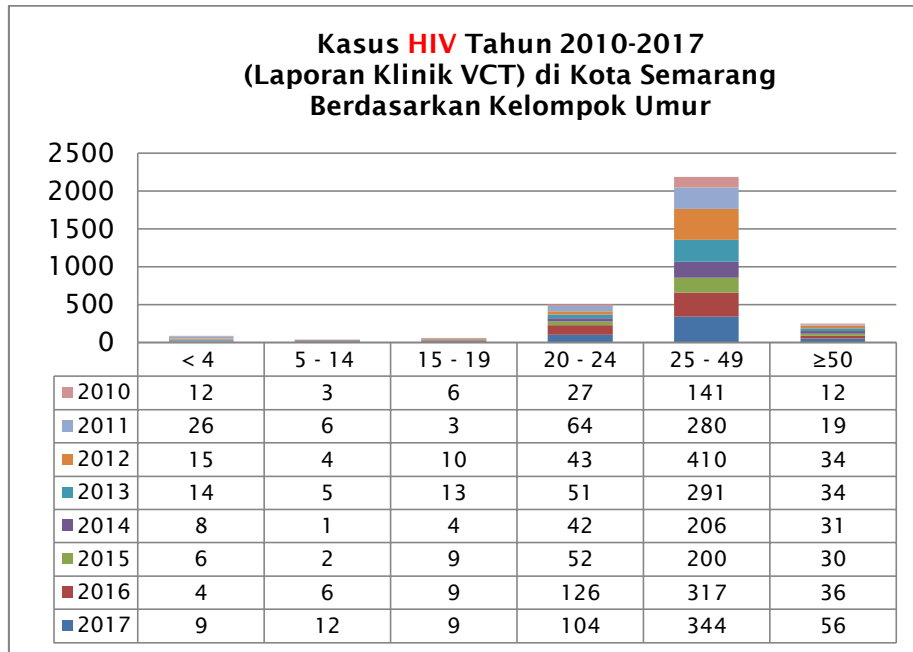


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik di atas terlihat bahwa selama tahun 1995 – 2017 kasus HIV lebih banyak diderita oleh laki-laki yaitu sebesar 57% dibandingkan dengan perempuan. Hal ini kemungkinan disebabkan karena mobilitas laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan sehingga risiko untuk terinfeksi HIV lebih besar. Sedangkan untuk tahun 2017, antara laki-laki dan perempuan yang terinfeksi HIV dengan perbandingan 63% dan 37%.

Gambar 3.20 Kasus HIV Berdasar Kelompok Umur Kota Semarang

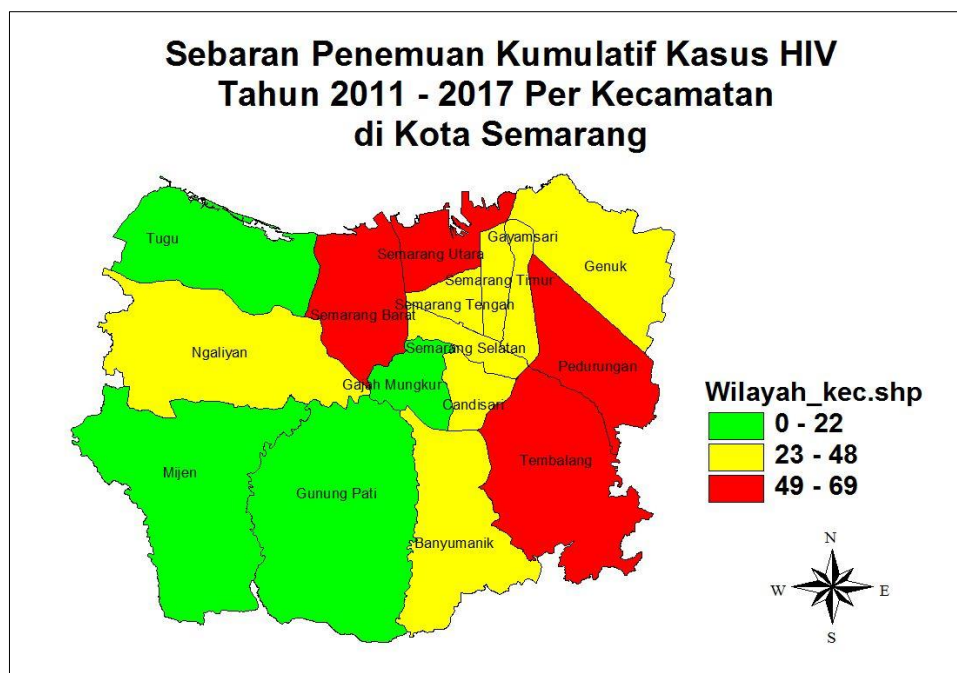




Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui selama tahun 2010–2017 kelompok umur 25-49 tahun paling besar terinfeksi HIV dengan total 2.189 kasus (69,6%) dan yang terendah adalah kelompok umur 5 – 14 tahun yaitu sebanyak 39 kasus (1,3%).

Gambar 3.21 Peta Penemuan Kasus HIV Per Kecamatan Tahun 2017

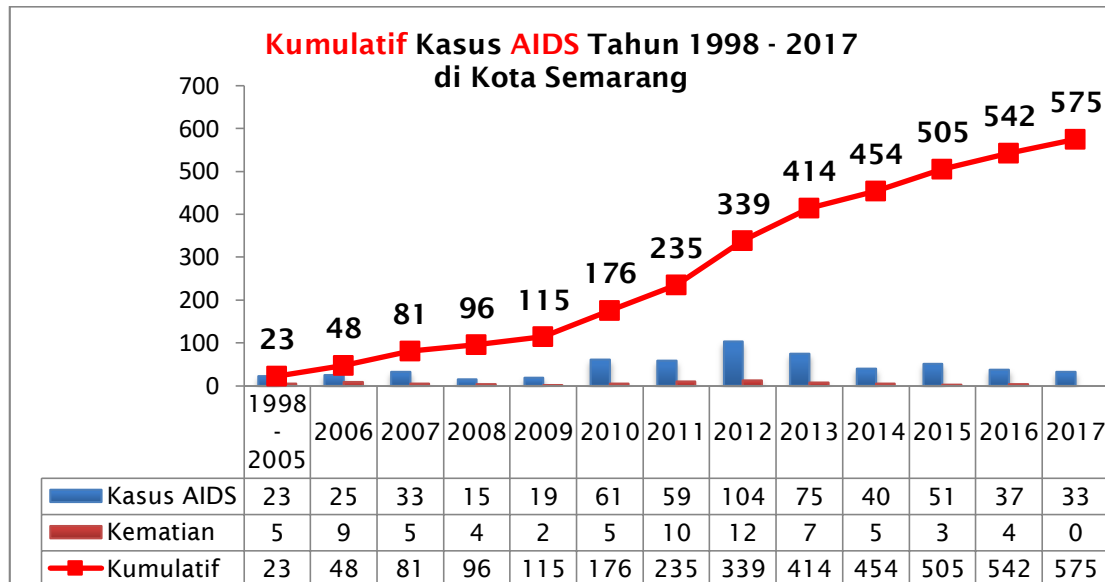


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan gambar peta diatas dapat diketahui sebaran kasus HIV di Kota Semarang tahun 2016, kecamatan tertinggi jumlah kasus HIV adalah Kecamatan Semarang Utara sebanyak 69 kasus, sedangkan kecamatan dengan kasus terendah yaitu Kecamatan Tugu sebanyak 12 kasus

AIDS

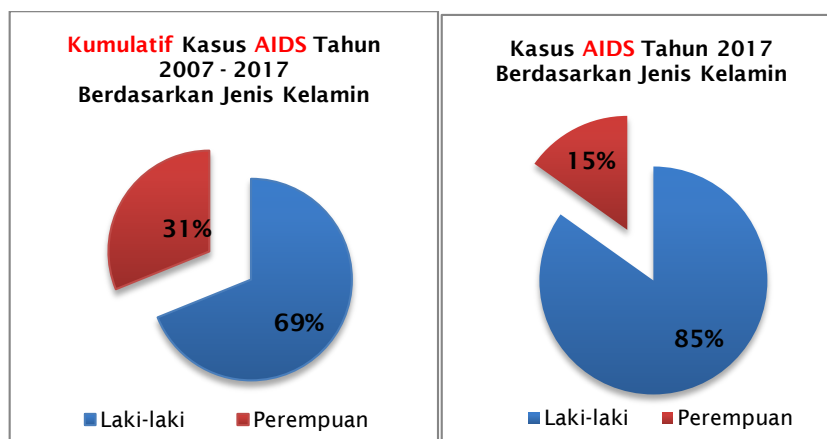
Gambar 3.22 Kumulatif Kasus AIDS Kota Semarang Tahun 1998 – 2017

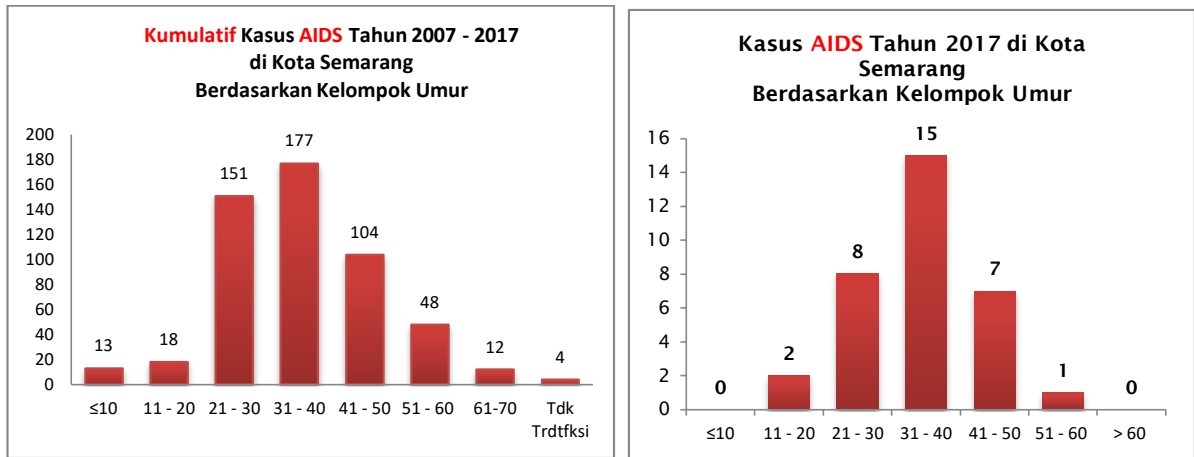


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui pada tahun 2017 jumlah kasus AIDS di Kota Semarang yaitu sebanyak 33 kasus, menurun dibandingkan tahun 2016 sebesar 37 kasus, dan tidak ada kasus kematian karena AIDS. Sedangkan kumulatif kasus AIDS dari tahun 1998 sampai dengan tahun 2016 yaitu sebanyak 575 kasus.

Gambar 3.23 Kasus AIDS Berdasar Jenis Kelamin & Kelompok Umur Kota Semarang

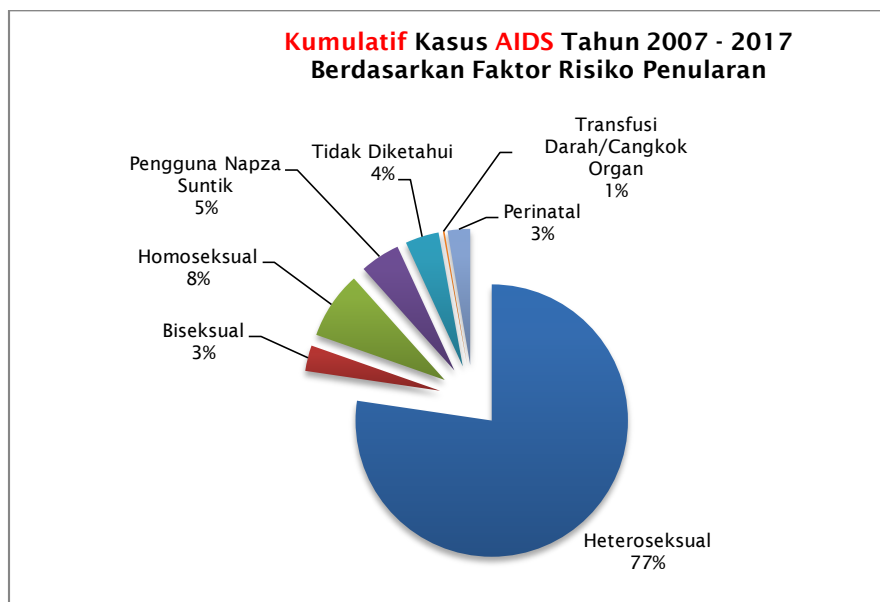


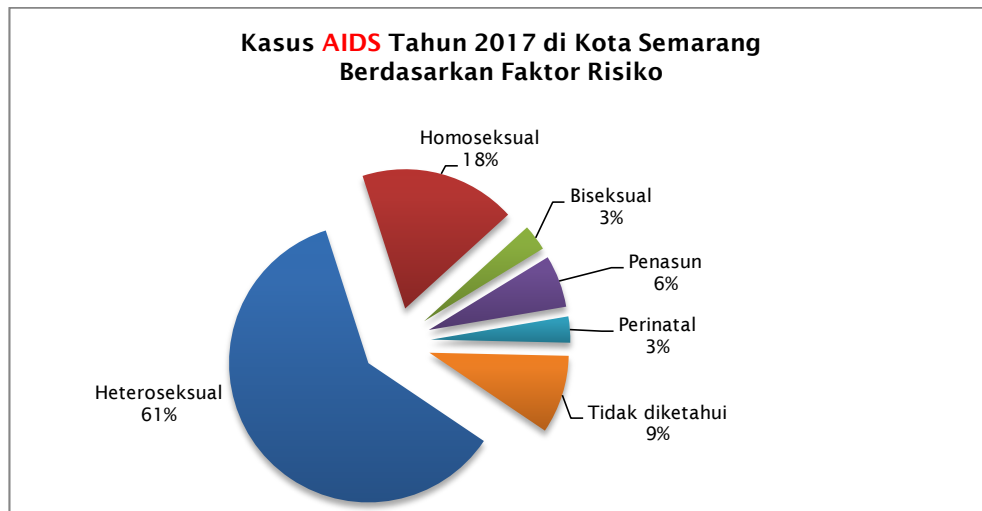


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui kumulatif kasus AIDS tahun 2007-2017 lebih banyak terjadi oleh laki-laki (69%), begitu pula tahun 2017 saja ditemukan kasus AIDS pada laki-laki lebih banyak yaitu sebesar 85%. Kumulatif kasus AIDS tahun 2007-2017 paling banyak terjadi pada kelompok umur 31-40 tahun (177 kasus), demikian juga pada tahun 2017 yaitu 15 kasus. Adapun faktor risiko penularan pada kasus AIDS tertinggi pada tahun 2017 yaitu heteroseksual sebesar 61%.

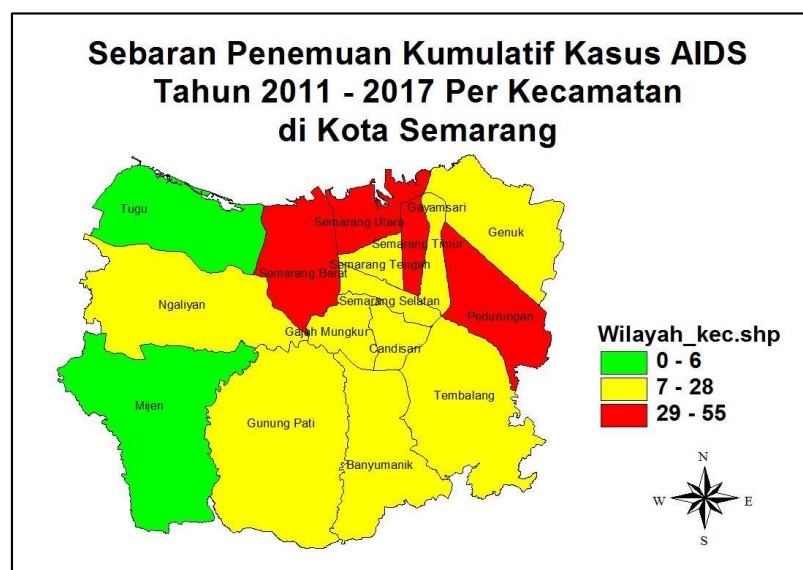
Gambar 3.24 Kasus AIDS Berdasarkan Faktor Risiko Penularan di Kota Semarang





Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Gambar 3.25 Peta Kasus Penderita AIDS Per Kecamatan Tahun 2017

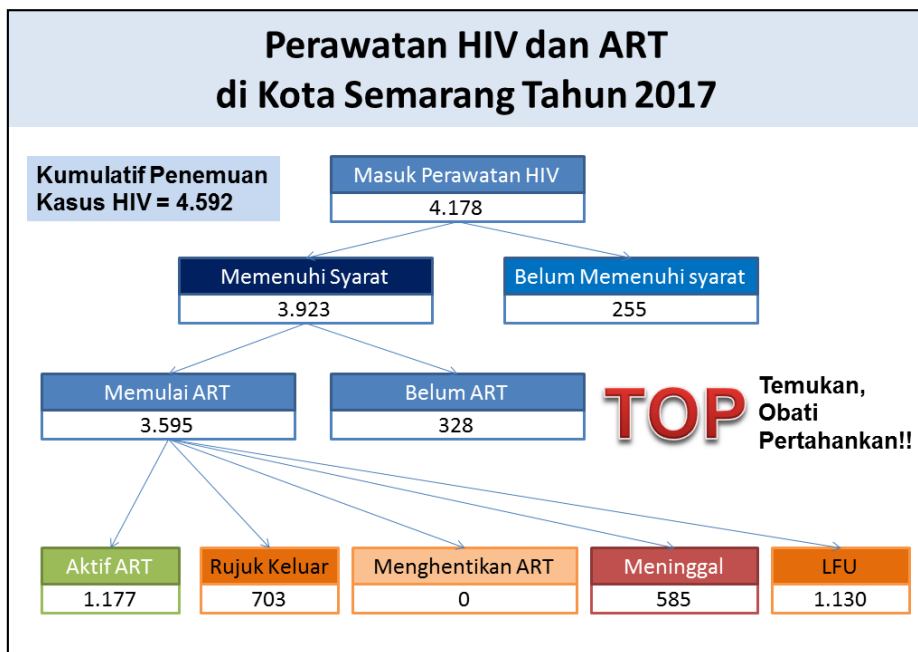


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Peta diatas menunjukkan penyebaran kasus AIDS di Kota Semarang. Pada tahun 2017 tidak ditemukan kasus AIDS baru di Kecamatan Semarang Barat, Tembalang dan Mijen. Sedangkan kecamatan yang memiliki kasus AIDS tertinggi tahun 2017 yaitu Kecamatan Pedurungan dan Banyumanik yaitu masing-masing sebanyak 5 kasus AIDS.

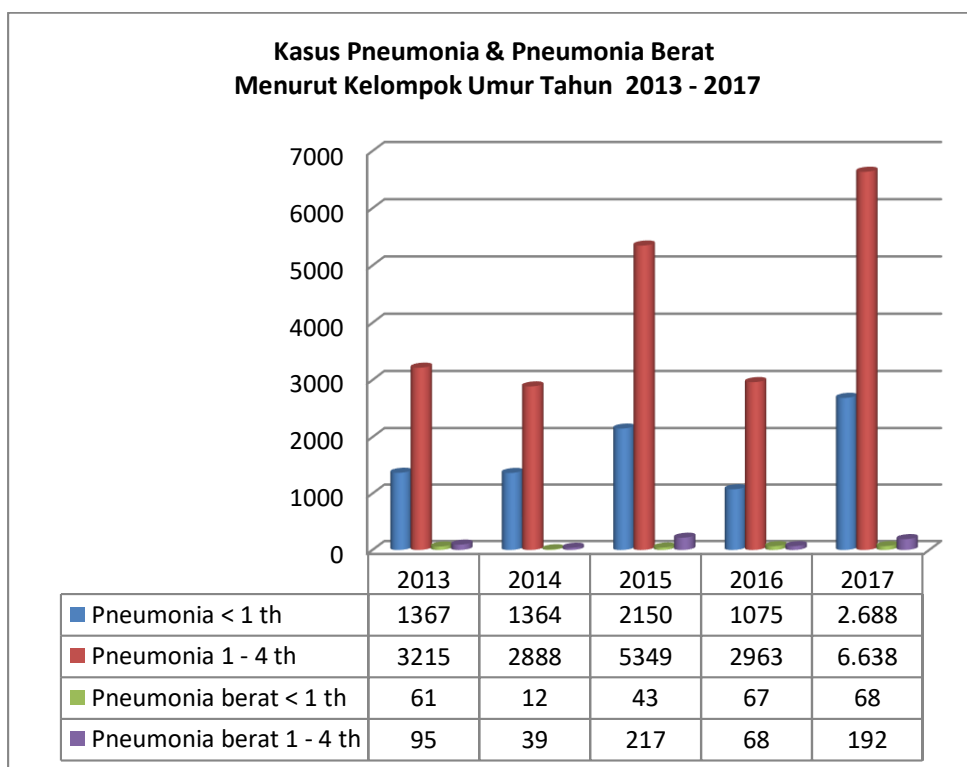
Berbagai upaya penanganan terhadap kasus HIV / AIDS di Kota Semarang telah dilakukan. Jumlah kumulatif ODHA yang masuk perawatan Tahun 2017 sebesar 4.178 orang. Sedangkan jumlah ODHA yang masih minum obat sampai akhir bulan Desember sebanyak 1.177 orang dan ODHA rujuk keluar sebanyak 703 orang. Sehingga persentase ODHA yang on ART di Kota Semarang Tahun 2017 sebesar 45%. Gambar berikut menunjukkan data cascade Perawatan HIV dan ART di Kota Semarang.

Gambar 3.25 Perawatan HIV dan ART di Kota Semarang Tahun 2017



c. Pneumonia

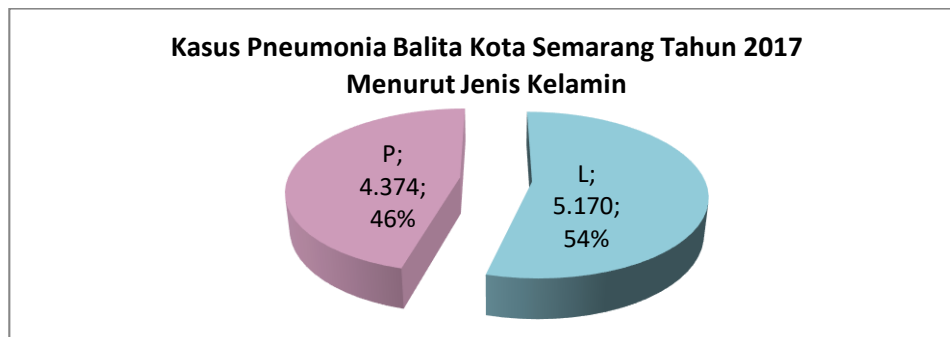
Gambar 3.26 Kasus Pneumonia & Pneumonia Berat Menurut Kelompok Umur Tahun 2013 – 2017



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Jumlah kasus pneumonia dan pneumonia berat berdasarkan umur penderita mengalami peningkatan pada tahun 2017.

Gambar 3.27 Grafik Kasus Pneumonia Menurut Jenis Kelamin



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Pada tahun 2017 kasus pneumonia balita banyak terjadi pada kelompok umur 1 – 5 tahun, sejumlah 6.830 kasus (20%), pada kelompok umur < 1 tahun sejumlah 2.756 kasus (51%), selebihnya 29% sekitar 3.882 kasus terjadi pada kelompok usia > 5 tahun. Menurut jenis kelamin kasus Pneumonia Balita di Kota Semarang tahun 2017 tampak bahwa kasus pneumonia balita pada perempuan (46%) lebih sedikit dibanding dengan kasus pneumonia balita pada laki – laki (54%).

Angka kesakitan (IR = *Incidence Rate*) pneumonia adalah jumlah penderita pneumonia balita per jumlah balita kali 10.000. IR pneumonia pada tahun 2017 sebesar 542 per 10.000 balita meningkat dibanding tahun 2016. Peningkatan IR pneumonia menunjukkan jumlah penderita pneumonia dan pneumonia berat yang ditemukan semakin banyak, hal ini dipengaruhi oleh peran serta aktif masyarakat untuk mau membawa balitanya berobat ke Puskesmas lebih dini ketika sakit, juga peran aktif petugas Puskesmas serta kader kesehatan memberikan penyuluhan di masyarakat sehingga pengetahuan tentang pencegahan pneumonia meningkat.

Cakupan penemuan penderita adalah jumlah penderita pneumonia dan pneumonia berat yang ditemukan dibagi dengan jumlah sasaran. Cakupan penemuan penderita pneumonia dan pneumonia berat yang berobat ke Puskesmas di tahun 2017 sebesar 150% mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2016 (111%).

Angka kematian (CFR) akibat pneumonia dan pneumonia berat di Kota Semarang berdasarkan data dari RS tahun 2017 sebesar 0,06 %, tahun 2016 sebesar 0.02 % sedangkan

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

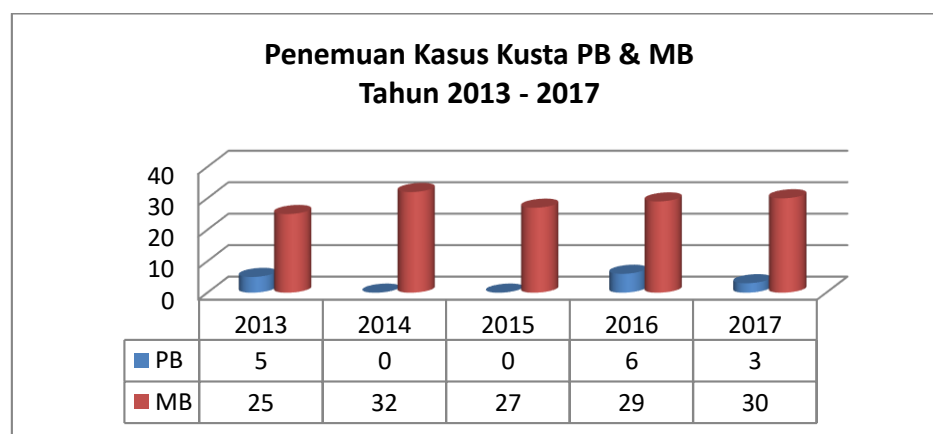
d. Kusta

Capaian kusta di Kota Semarang tahun 2017 sebagai daerah low endemik :

Prevalensi : 0,22 (target nasional : < 1 / 10.000 penduduk)

CDR : 2,19 (target nasional : < 5 / 100.000 penduduk)

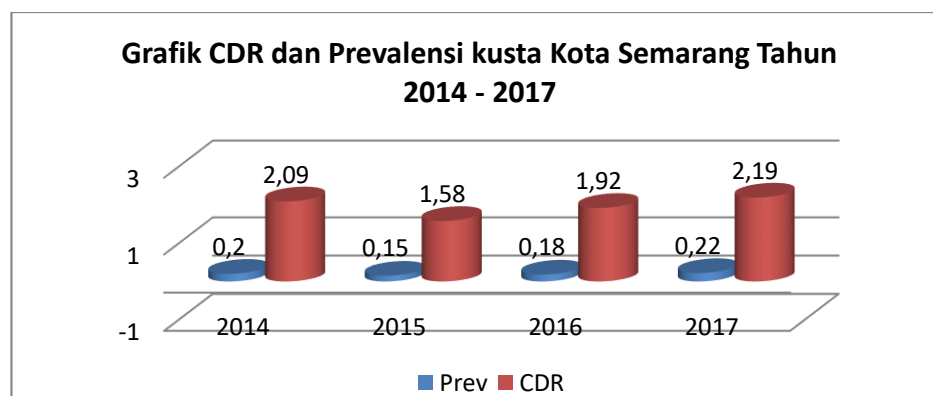
Gambar 3.28 Grafik Penemuan Kusta Kota Semarang th 2013 – 2017



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik di atas penemuan kasus baru kusta di Kota Semarang tahun 2017 berjumlah 33, mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 2016 sebanyak 35. Kasus kusta terdiri dari kusta tipe PB 3 kasus (9%), dan kusta tipe MB 30 kasus (91%). Prosentase kasus MB lebih besar dari kasus PB sebagaimana tahun-tahun sebelumnya hal ini menunjukkan bahwa masih ada sumber penularan.

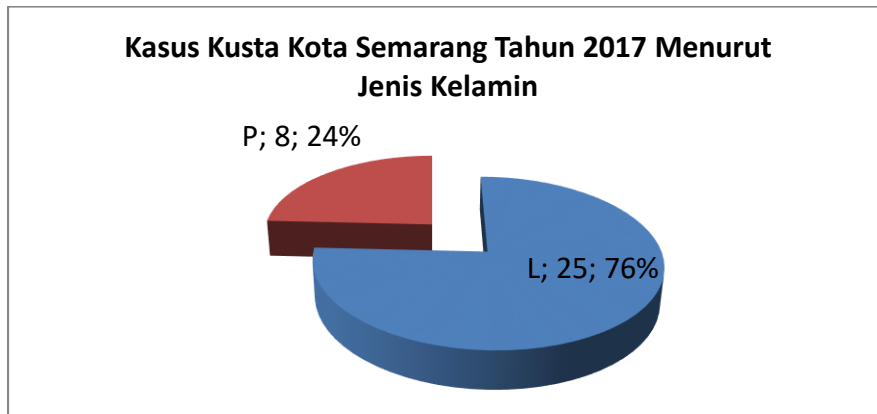
Gambar 3.29 Grafik CDR Kasus Kusta Kota Semarang th 2014 – 2017



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan grafik di atas, CDR kasus kusta tahun 2017 mengalami peningkatan sebesar 0.27/100.000 penduduk dibanding tahun 2016, sedangkan prevalensi meningkat sebesar 0,4% dari tahun sebelumnya sebagaimana terlihat pada grafik di atas.

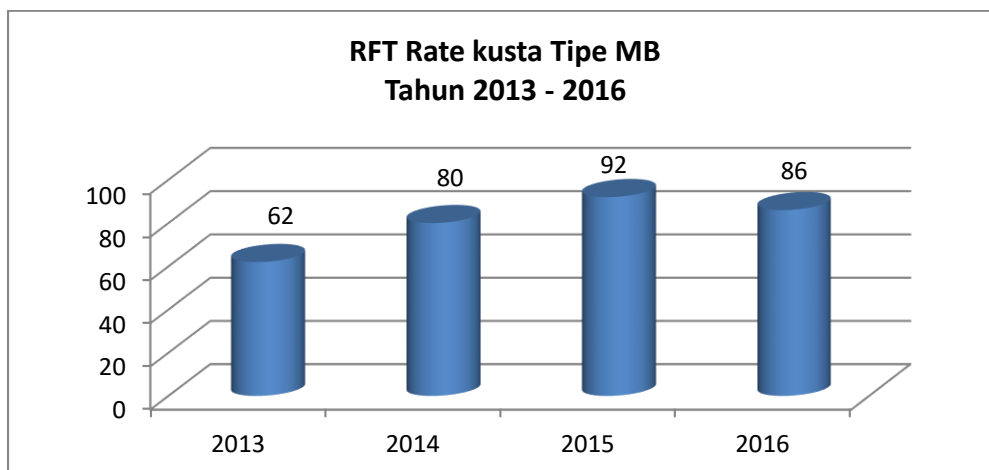
Gambar 3.30 Grafik Kasus Kusta Berdasar Jenis Kelamin Th 2017



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Berdasarkan jenis kelamin, kasus kusta tahun 2017 lebih didominasi oleh laki-laki, 25 dari total 33 kasus (76%).

Gambar 3.31 Grafik Prosentase RFT Rate MB Kusta Th 2013 – 2016



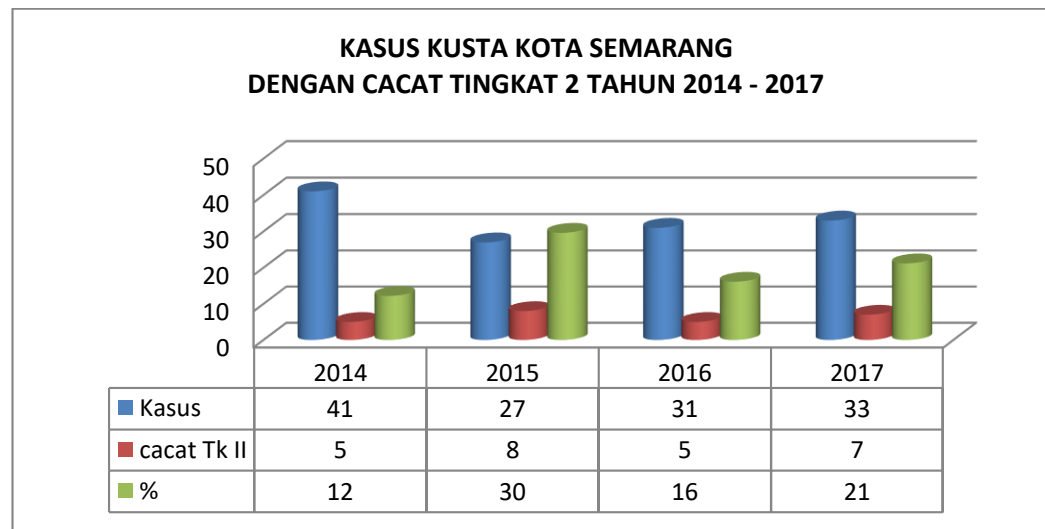
Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Sebagaimana grafik di atas RFT Rate Kusta Tipe MB semenjak tahun 2012 hingga tahun 2015 terus meningkat namun mengalami penurunan pada 2016. keteraturan pengobatan pasien kusta dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya adalah kemauan untuk

sembuh dari penderita itu sendiri, dukungan dari keluarga, lingkungan serta motivasi dari petugas terutama dalam tatalaksana dan pemberian nasihat.

RFT Rate Kusta tipe PB tahun 2013 100%, 2014 dan 2015 tidak ada kasus, tahun 2016 mencapai 89 % dan tahun 2017 100%. RFT Rate Kusta tipe PB mencapai 100% artinya seluruh kasus kusta tipe PB sudah menyelesaikan 6 dosis pengobatannya dalam waktu 6 – 8 bulan.

Gambar 3.33 Grafik Prosentase Kasus Kusta Cacat Tingkat 2 Th 2014 – 2017

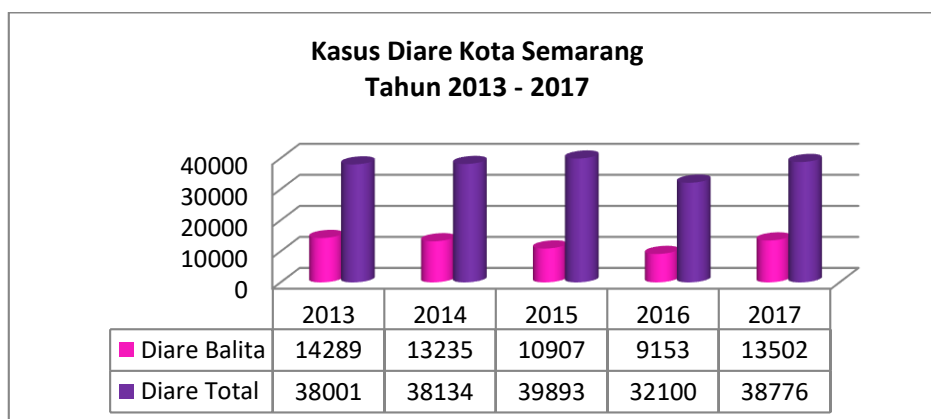


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Kecacatan pada penderita kusta di Kota Semarang pada tahun 2017 adalah berikut : Cacat Tk.2 : 21% (7 kasus dari total 33 kasus). Pasien dengan cacat tingkat 2 tersebut semua sudah dalam keadaan cacat pada saat berobat di Puskesmas. Kasus cacat yang datang ke Puskesmas sebelumnya sudah pernah mendapatkan pengobatan di rumah sakit namun tidak menggunakan paket MDT. Kecacatan sudah dialami pasien lebih dari 6 bulan, sehingga kecacatan sudah bersifat permanen dan tidak memungkinkan dikoreksi dengan menggunakan terapi Prednison, namun dimungkinkan masih bisa dilakukan tindakan rehabilitasi.

e. Diare

Gambar 3.34 Grafik Penderita Diare Kota Semarang tahun 2013 - 2017



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

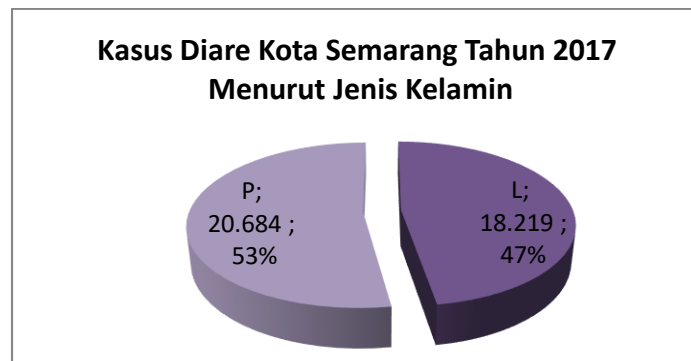
Tabel 3.3 Tabel Kasus Penderita Diare

Tahun	2013	2014	2015	2016	2017
< 1 th	4.462	3.780	3.164	2.792	4.372
1-4 th	9.827	9.455	7.762	6.361	9.130
> 5 th	23.712	24.899	19796	16.823	25.578
Total Kasus Diare Balita	14.289	13.235	10.926	9.153	13.502
Total Kasus Diare	38.001	38.134	35281	32.100	38.766
IR/ 1.000 pddk	20.74	25	20	21	26
Pdrt ditlg kader	47	346	-	-	-
Pdrt berobat jln di Pusk	30.167	37.788	25.823	26.253	26.067
Pdrt rawat inap & rawat jalan di RS	7.834	13.071	9.452	5.847	13.013
Cakupan Penemuan (%)	42	34	98	105	119
Angka kematian /10,000 pddk	0,07	0,10	0,02	0,06	0,4
Kualitas tata laksana (%)	100	100	100	100	100

Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Penderita Diare dari tahun 2013 – 2016 cenderung mengalami penurunan namun naik di tahun 2017, tahun 2017 dengan total kasus diare sebanyak 38.766 dengan jumlah kasus terbanyak pada kelompok umur > 5 tahun sebanyak 25.578 kasus dan terendah pada kelompok umur < 1 tahun sejumlah 4.372 kasus.

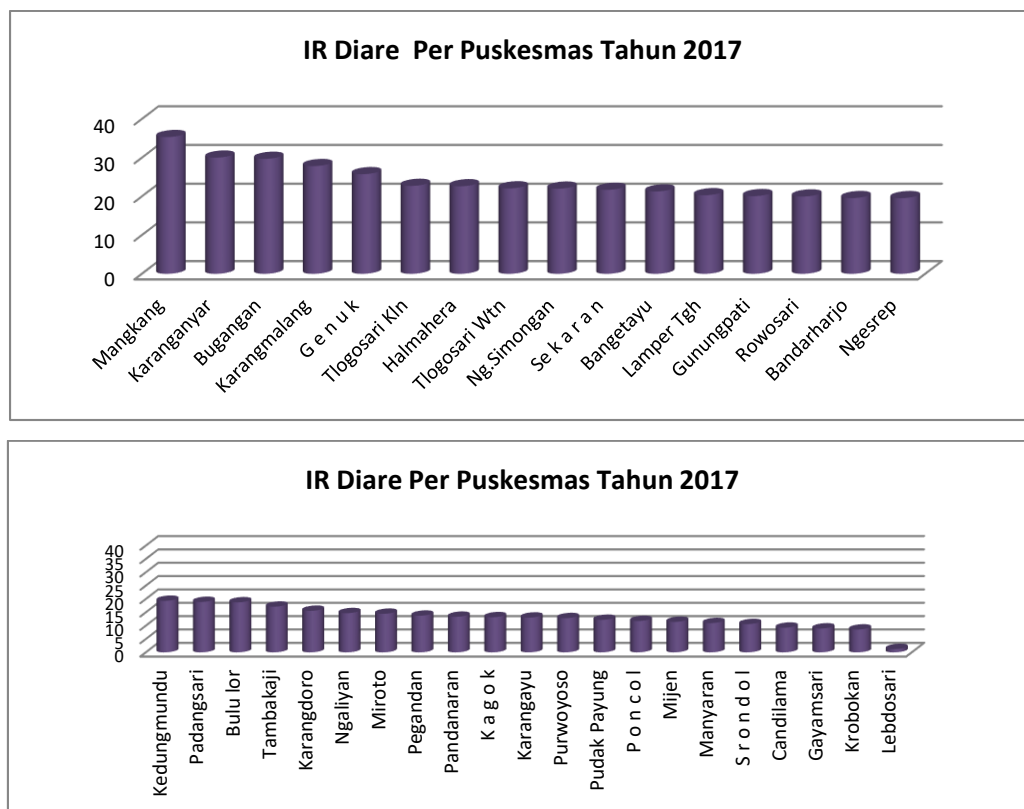
Gambar 3.35 Grafik Kasus Diare Kota Semarang Menurut Jenis Kelamin Th 2017



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Menurut Jenis Kelamin kasus Diare di Kota Semarang tahun 2017 tampak bahwa kasus diare pada perempuan 53% lebih banyak dibanding pada laki – laki 47%.

Gambar 3.36 IR Diare per Puskesmas th 2017

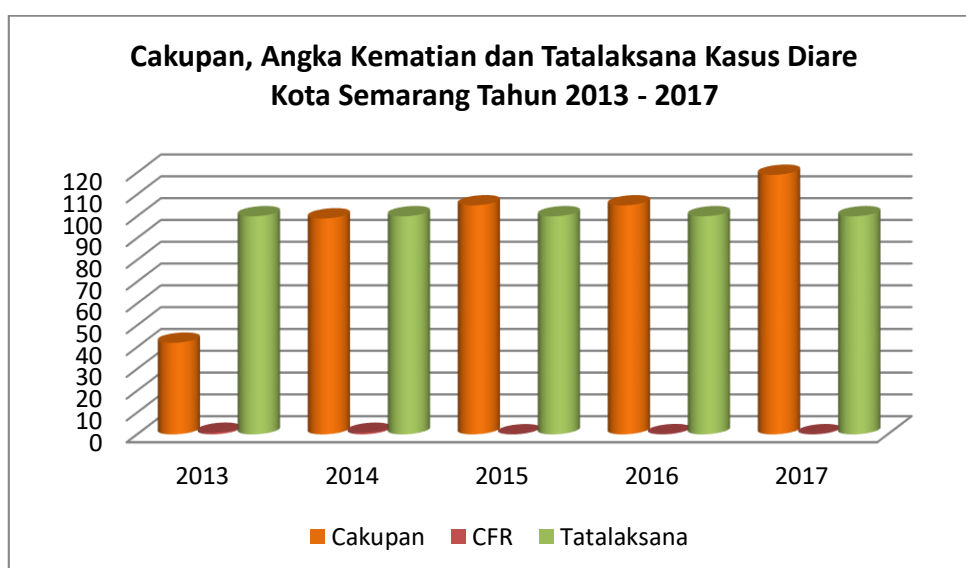


Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

Dari 37 Puskesmas di Kota Semarang yang IR nya mencapai angka 20/1000 penduduk) ada 16 puskesmas dan Puskesmas yang IR nya kurang dari 20/1000 penduduk ada 22 Puskemas ini menunjukkan bahwa penemuan kasus diare di beberapa puskesmas masih rendah.

Angka kematian (CFR) dihitung berdasarkan jumlah penderita yang meninggal akibat penyakit diare yang berobat di Rumah Sakit sebesar 0,4 per 1000 penduduk (0,006) dan berdasarkan data yang masuk dapat diketahui dari tahun 2005–2017 tidak ada laporan mengenai penderita diare yang meninggal di Puskesmas, ini menunjukkan bahwa sistem rujukan penderita diare ke Rumah sakit sudah berjalan dengan baik.

Gambar 3.37 Grafik Cakupan Pelayanan, Kualitas Tata Laksana



Sumber: Seksi P2ML Bidang P2P

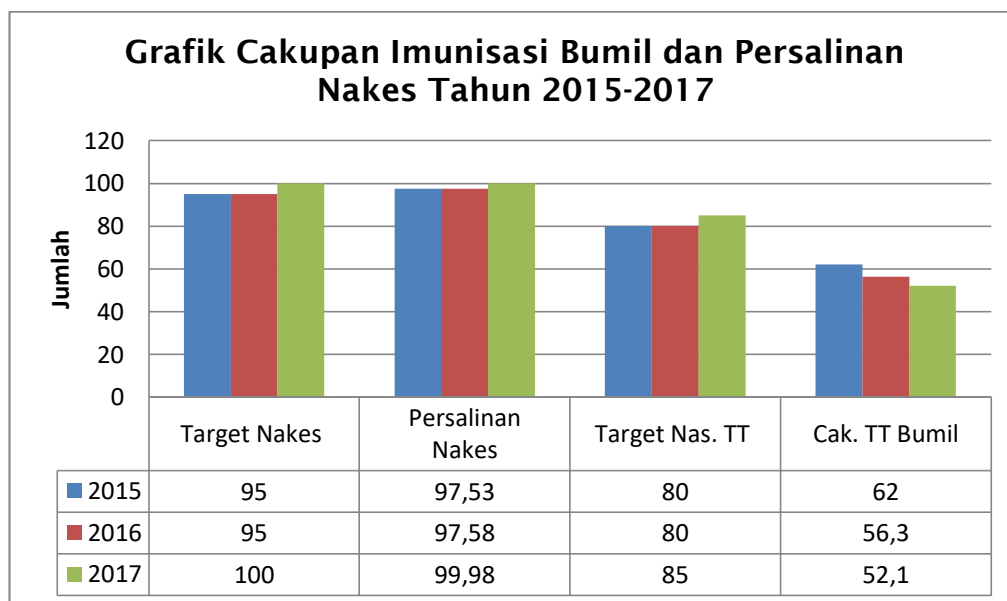
Cakupan pelayanan penderita diare diketahui dengan menghitung jumlah penderita baru dibagi jumlah penduduk dikalikan 1.000. Cakupan pelayanan penderita diare tahun 2017 sebesar 119%, menurun dibandingkan dengan tahun 2016. Hal ini kemungkinan hasil dari program cuci tangan pakai sabun (CTPS) yang sudah diterapkan dalam kegiatan sehari-hari dan penyuluhan yang diberikan bisa meningkatkan pengetahuan masyarakat. Kualitas tata laksana penderita diare adalah jumlah penderita yang diberi oralit dibagi dengan jumlah penderita. Kualitas tata laksana penderita diare pada tahun 2017 sudah 100%, berarti kinerja petugas diare Puskesmas bisa dikatakan baik karena kualitas tata laksana dalam hal ini adalah pelayanan pengobatan terhadap penderita diare ke Puskesmas terlayani dengan baik dan mendapatkan pengobatan yang sesuai.

4. Penyakit PD3I

a. Tetanus

Kasus Tetanus Neonatorum (TN) di kota Semarang Tahun 2017 tidak ditemukan .

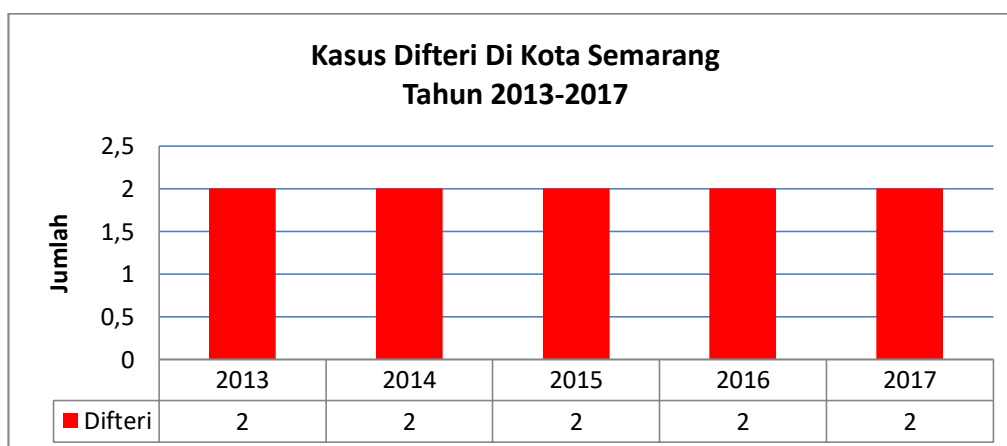
Gambar 3.38 Grafik Cakupan Imunisasi Bumil dan Persalinan Nakes Th 2015 – 2017



b. Difteri

Kasus difteri sejak 2013 hingga 2017 mengalami persamaan yaitu ditemukan sebanyak 2 kasus tiap tahunnya.

Gambar 3.39 Kasus Difteri Kota Semarang Th 2013 – 2017



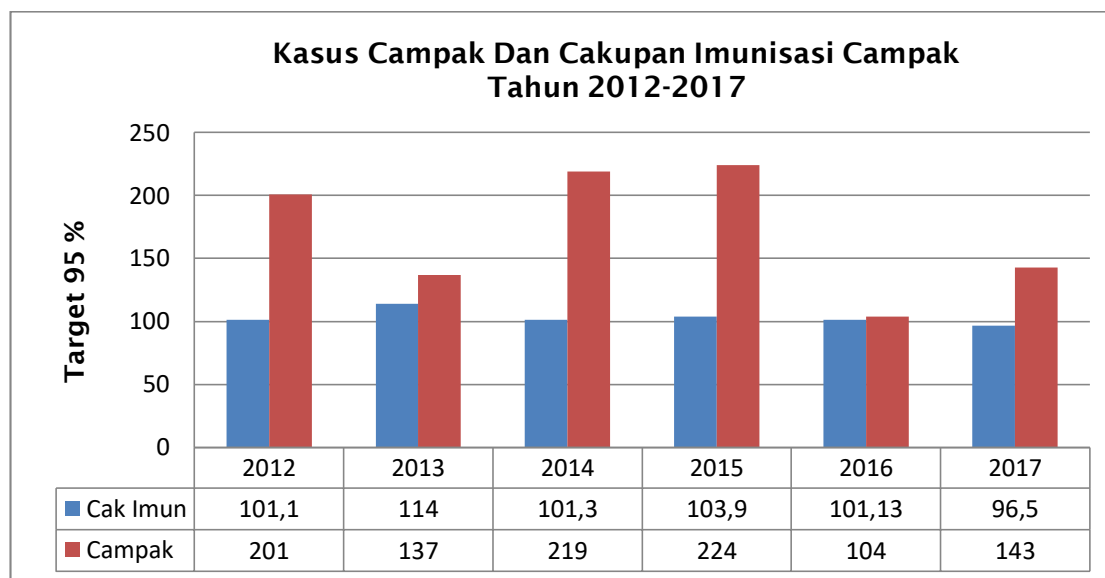
Sumber: Seksi P2TMS Bidang P2P

c. Campak

Gambaran secara umum untuk kasus campak dari tahun 2012–2017 dari hasil laporan mingguan (W2) puskesmas maupun rumah sakit mengalami fluktuatif. Pada tahun

2017 kasus Campak berjumlah 143 kasus mengalami kenaikan dibanding tahun 2016. Kasus Campak yang ditemukan merupakan kasus Campak klinis (belum dengan pemeriksaan laboratorium). Cakupan imunisasi campak sudah diatas Target Nasional (95%), seperti terlihat pada grafik berikut :

Gambar 3.40 Grafik Kasus Campak & Cakupan Imunisasi Campak 2012 – 2017

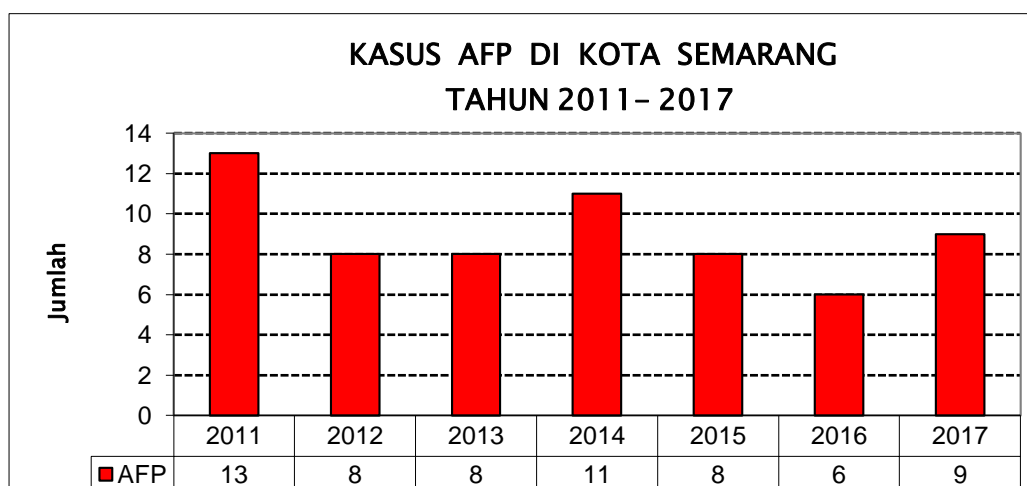


Sumber: Seksi P2TMS Bidang P2P

d. Polio

Hasil surveilans *Acute Flaccid Paralysis* (AFP) di Kota Semarang dari tahun 2011 sampai tahun 2017 selalu ditemukan kasus AFP. Hal ini disebabkan karena surveilans aktif yang sudah berjalan cukup baik. Kasus AFP di tahun 2017 sebanyak 9 kasus.

Gambar 3.41 Grafik Kasus AFP Di Kota Semarang th 2011 – 2017



Sumber: Seksi P2TMS Bidang P2P

Kasus AFP di kota Semarang pada tahun 2017 berada di wilayah kerja Puskesmas Ngaliyan, Sekaran, Srandol, Ngemplak Simongan, Tlogosari Wetan, Mijen dan Puskesmas Manyaran.

Gambar 3.42 Peta Kasus AFP Tahun 2017



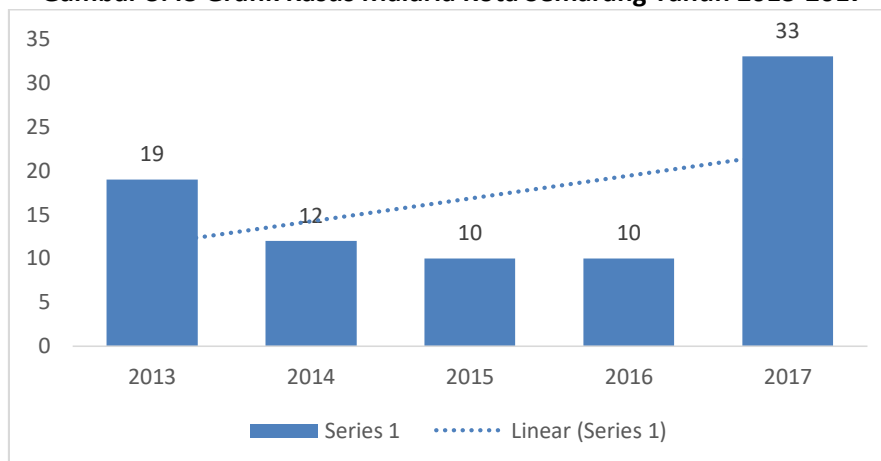
Sumber: Seksi P2TMS Bidang P2P

Kasus AFP yang ditemukan di kota Semarang tahun 2017 sebanyak 9 kasus, yang terdiri dari laki-laki sebanyak 5 (60%) orang dan perempuan 4 (40%) orang. Hal ini berbeda dibandingkan dengan tahun 2016 dimana laki-laki 50% dan perempuan 50%.

5. Penyakit Bersumber Binatang

a. Malaria

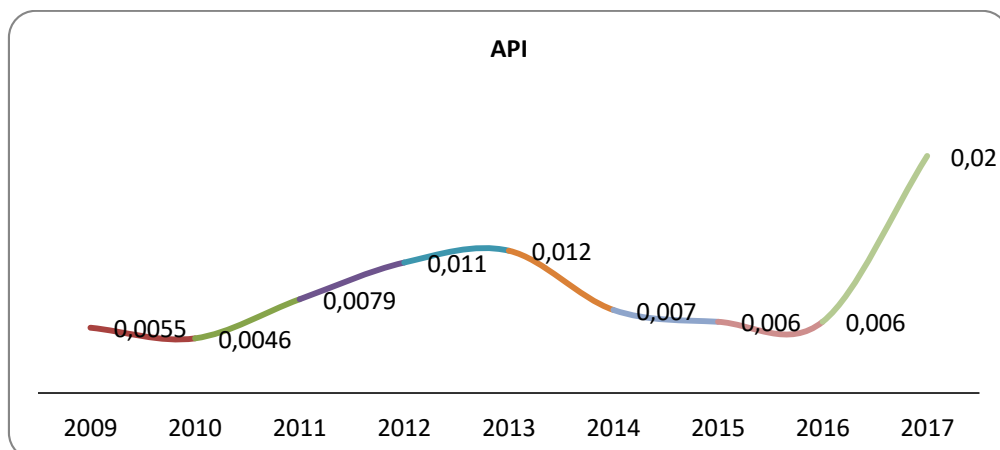
Situasi angka kesakitan malaria selama tahun 2013 – 2017 relatif cenderung naik, kasus tertinggi terjadi pada tahun 2017 yaitu 33 kasus. Jika dibandingkan kasus malaria tahun 2016 dengan tahun 2017 terjadi kenaikan kasus, sebagaimana dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

Gambar 3.43 Grafik Kasus Malaria Kota Semarang Tahun 2013-2017

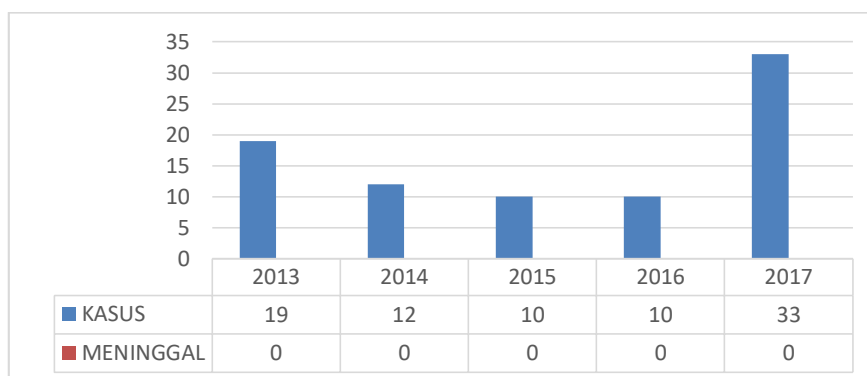
Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Selama delapan tahun terakhir (2010-2017) kasus malaria kota Semarang sebanyak 100% adalah kasus import, karena hasil penyelidikan epidemiologi malaria, sebelum sakit kasus pernah tinggal/bekerja di daerah endemis malaria (Kalimantan, Papua).

Penemuan penderita malaria di wilayah kecamatan kota Semarang menggunakan indikator *Annual Paracite Incidence* (API) atau angka parasite malaria per 1.000 penduduk. pada tahun 2017 API kota Semarang sebesar 0,02 meningkat bila dibandingkan dengan API tahun 2016; (API : 0,006) sebagaimana dapat dilihat pada grafik berikut:

Gambar 3.44 Grafik Annual Paracite Incidence (API) Kota Semarang

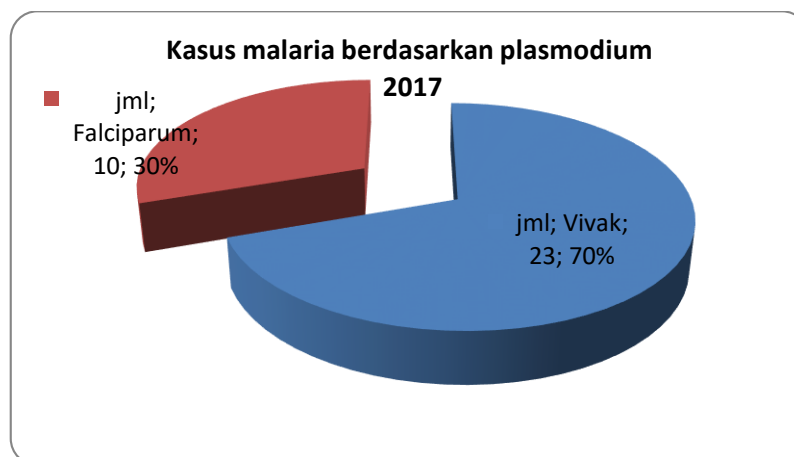
Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Gambar 3.45 Grafik Kasus & Kematian Malaria Kota Semarang

Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Dari Grafik di atas kasus malaria tidak terdapat kasus meninggal tahun 2013 – 2017, sedangkan semua kasus berhasil disembuhkan.

Dari 33 kasus malaria import kota Semarang tahun 2017 menurut jenis plasmodium setelah dilakukan pemeriksaan sediaan darah sebanyak 10 kasus (30%) plasmodium falciparum, sebanyak 23 kasus (70%) plasmodium vivax.

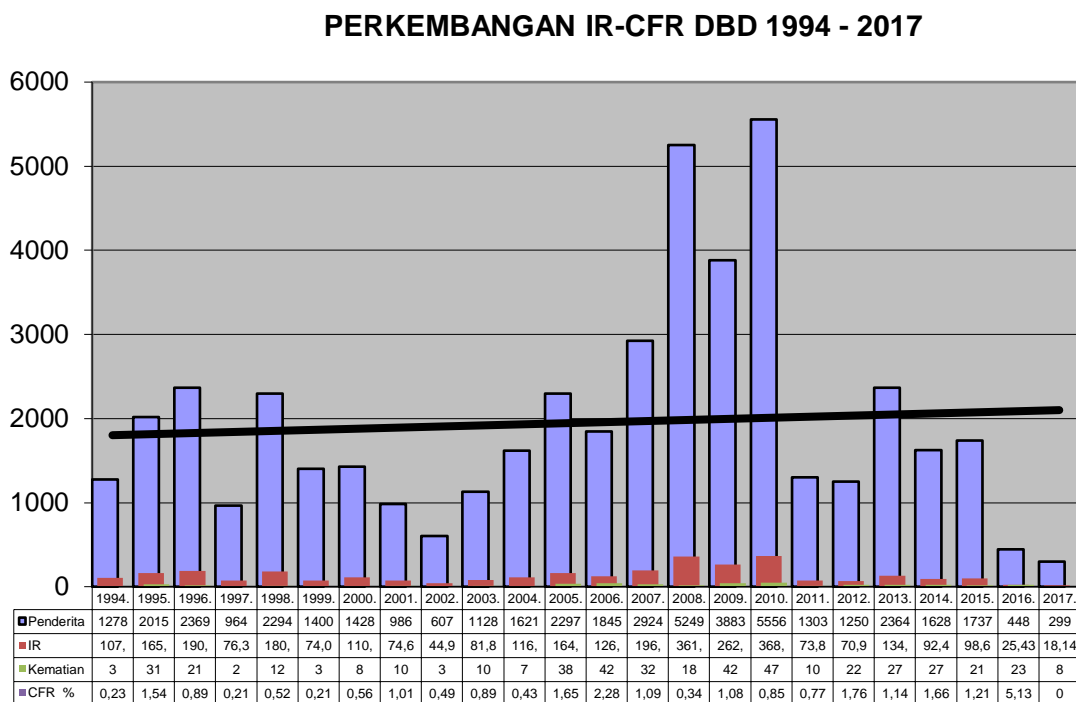
Gambar 3.46 Grafik kasus malaria menurut jenis plasmodium tahun 2017

Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

b. Demam Berdarah

Pada jumlah penderita DBD Tahun 2017 turun menjadi 299 kasus dari 448 kasus pada tahun sebelumnya. Tahun 2017 merupakan tahun dengan jumlah kasus terendah sejak tahun 1994. Incidence Rate juga terjadi penurunan yang signifikan dari yang sebelumnya (tahun 2016) 25,22 menjadi 18,14 pada tahun 2017. CFR Tahun 2017 menurun, dari 5,13 pada Tahun 2016 menjadi 2,7 pada tahun 2017.

Gambar 3.47 Grafik Perkembangan IR-CFR DBD Th 1994 – 2017

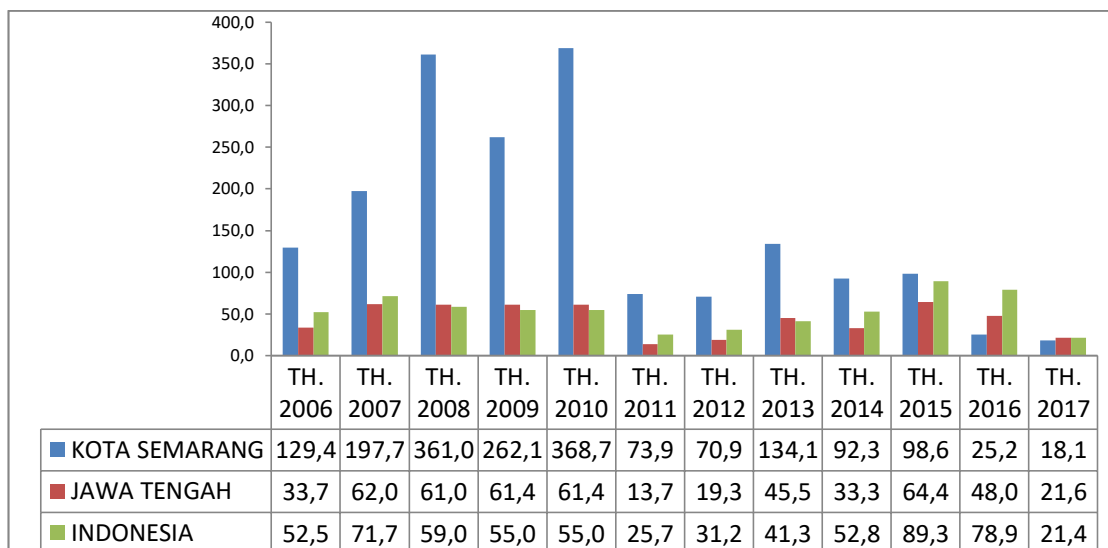


Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Sejak Tahun 1994 sampai dengan 2016 jumlah kasus dan kematian tertinggi pada Tahun 2010 yaitu 5.556 kasus dan 47 meninggal. IR tertinggi juga pada Tahun 2010 yaitu 368,7 per 100.000 dan CFR tertinggi pada Tahun 2016 yaitu 5,13%.

Incidence Rate (IR) DBD Kota Semarang dari Tahun 2006 sampai dengan Tahun 2015 selalu jauh lebih tinggi dari IR DBD Jawa Tengah dan IR DBD Nasional. Mulai Tahun 2016 sampai 2017 IR DBD Kota Semarang lebih rendah dari IR DBD Jawa Tengah bahkan nasional.

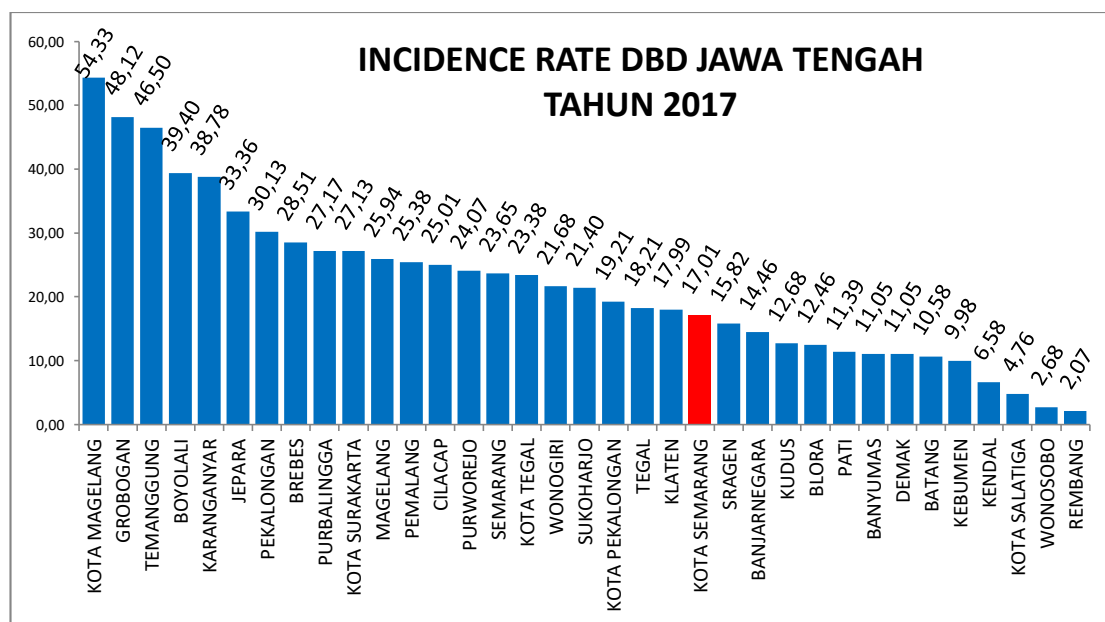
Gambar 3.48 IR DBD Kota Semarang, Jateng, dan Indonesia



Tabel 3.4 Rangkaing IR DBD Kota Semarang di Jawa Tengah Tahun 2010 - 2017

Tahun	Rangkaing DBD
2010	1
2011	1
2012	2
2013	3
2014	1
2015	3
2016	29
2017	22

Incidence Rate DBD Kota Semarang menduduki peringkat ke-22 IR DBD. Penegakan Diagnosa DBD Jawa Tengah telah mengacu pada definisi operasional dari Komisi Ahli DBD (Komli DBD) Jawa Tengah di Tahun 2017 berdasar pada kriteria WHO Tahun 1997. Perbedaan IR DBD versi Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah disebabkan oleh perbedaan sumber data penduduk. Dinas Kesehatan Kota Semarang menggunakan jumlah penduduk bersumber data Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Semarang, Sedangkan Dinas Kesehatan Propinsi menggunakan sumber data BPS.

Gambar 3.49 IR DBD Kab/Kota se-Jateng Tahun 2017

Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Jumlah penderita DBD laki-laki tahun 2017 adalah 161 kasus atau 53,8%, sisanya 138 kasus 46,2% adalah perempuan. Dilihat dari proporsi menurut jenis kelamin pada penderita DBD tidak terlalu signifikan.

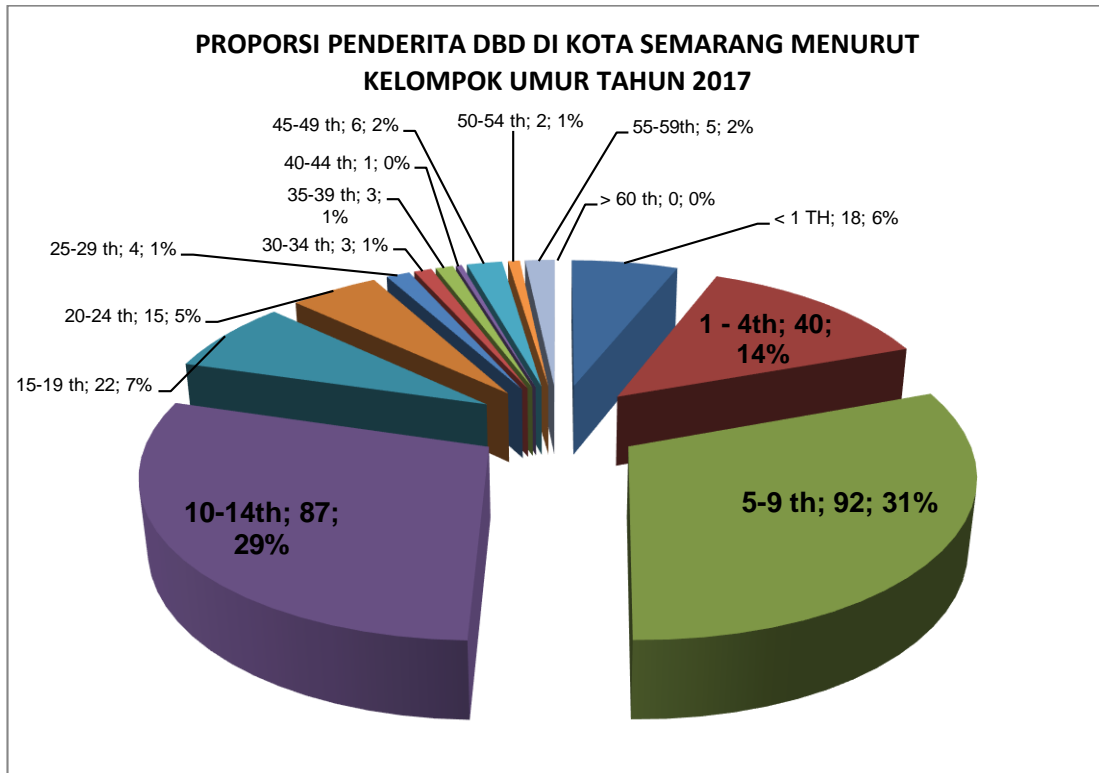
Gambar 3.50 Grafik Proporsi Penderita DBD Menurut Jenis Kelamin Tahun 2017



Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

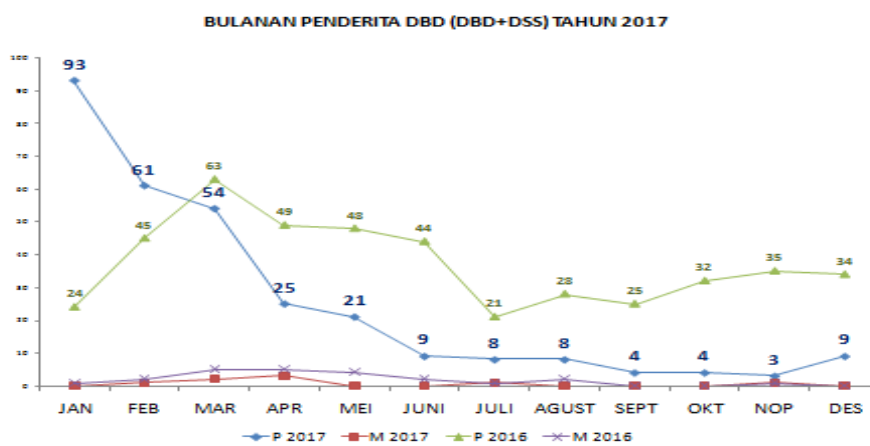
Kasus DBD berdasarkan golongan umur terbanyak pada golongan umur 5 – 9 tahun yaitu sebanyak 92 kasus atau 31% dan terendah pada golongan umur 40 s.d 44 tahun, sebanyak 1 kasus atau 0,3%. Jika dilihat dari sudut lebih luas lagi maka golongan usia balita dan usia sekolah (0-14 tahun) merupakan proporsi paling banyak yaitu mencapai 73%. Proporsi seperti ini berlangsung hampir setiap tahun, sehingga perlu penelitian lebih lanjut apa yang mendasari kelompok umur balita dan anak sekolah selalu lebih dominan dari kelompok umur lain.

Gambar 3.51 Proporsi Penderita DBD di Kota Semarang Menurut Umur Th 2017



Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Gambar 3.52 Grafik Bulanan Penderita DBD

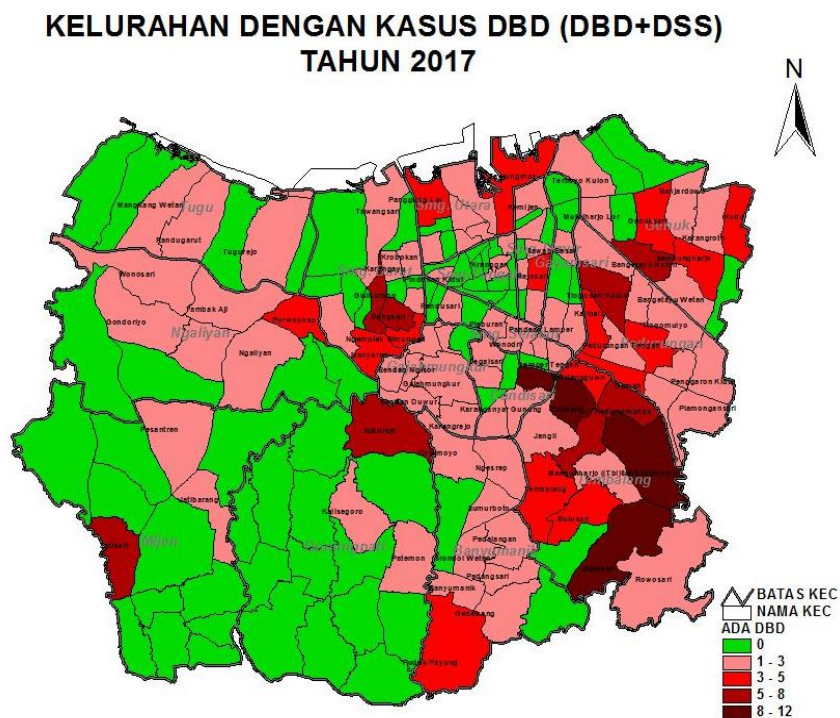


Sumber : Seksi P2TVZ Bidang P2P

Dari grafik di atas terlihat bahwa pada Bulan Januari dan Februari 2017 jumlah kasus DBD melebihi jumlah kasus DBD pada bulan yang sama Tahun 2016, selanjutnya jumlah kasus DBD selalu jauh lebih rendah dari bulan bulan di Tahun 2016. Puncak kasus DBD

Tahun 2017 terjadi di bulan Januari dengan 93 kasus, sedangkan Tahun 2016 pada Bulan Maret 63 kasus. Jika dilihat dari data Bulanan tersebut di atas, berdasarkan kriteria Kejadian Luar Biasa DBD yang digunakan dalam Perda Kota Semarang Tahun 2010, terjadi KLB tingkat Kota pada Desember Tahun 2017. Jumlah kasus terendah Tahun 2017 terjadi di Bulan Nopember 2017 dengan 3 kasus. Sedangkan Tahun lalu kasus terendah terjadi di Bulan Juli dengan 21 kasus. Rata-Rata jumlah penderita DBD Tahun 2017 sebanyak 25 kasus per bulan sedangkan tahun lalu mencapai 37 kasus per bulan.

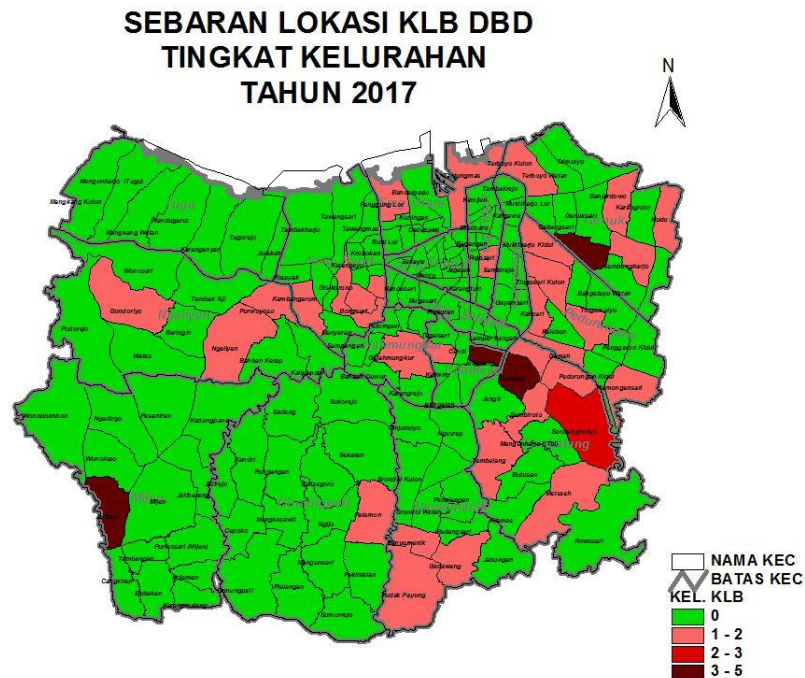
Gambar 3.53 Peta Kelurahan dengan kasus DBD Th 2017



Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Tahun 2017 ada 103 kelurahan (58,2%) yang pernah ada kasus DBD di wilayahnya dan 74 kelurahan (41,8%) di Kota Semarang tidak pernah terjadi kasus DBD di wilayahnya sepanjang Tahun 2017.

Gambar 3.54 Peta Lokasi KLB DBD tahun 2017



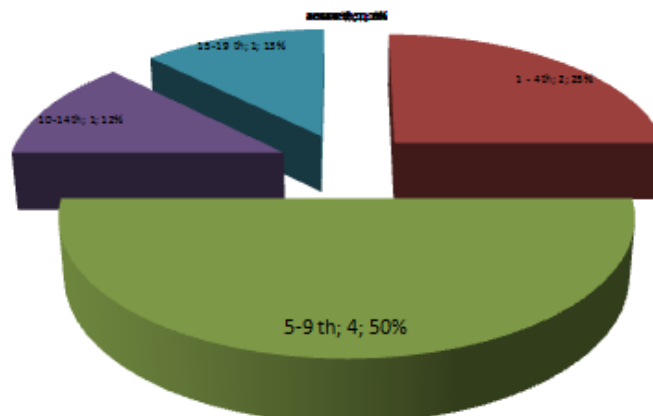
Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Tiga puluh tujuh kelurahan atau 20,9% kelurahan di Kota Semarang pernah mengalami KLB DBD Tahun 2017.

Angka Kematian

Gambar 3.55 Grafik Kematian Akibat DBD Menurut Kelompok Umur th 2017

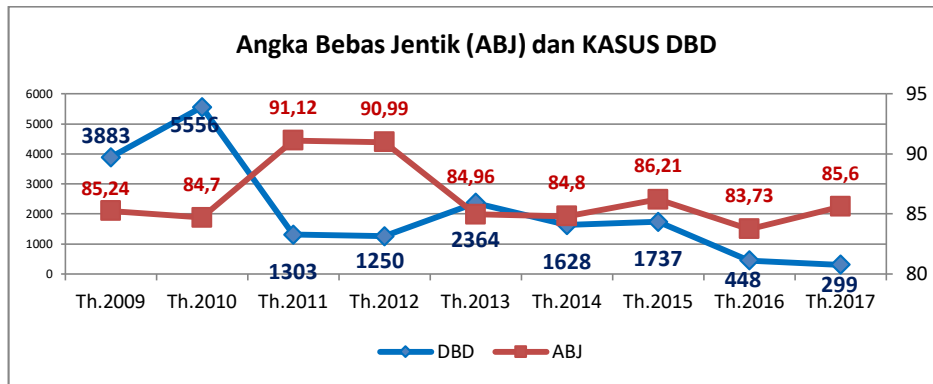
**PROPORSI KEMATIAN AKIBAT DBD DI KOTA SEMARANG TAHUN 2017
MENURUT KELOMPOK UMUR**



Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Kematian akibat penyakit DBD Kota Semarang berdasarkan golongan umur terbanyak pada golongan umur 5 s.d. 9 tahun dengan 4 Kematian atau 50% dari total kematian yang terjadi di Tahun 2017. Kelompok usia balita dan anak sekolah masih merupakan kelompok usia dominan dalam hal kematian.

Gambar 3.56 Grafik Angka Bebas Jentik & Kasus DBD Tahun 2009 s.d 2017

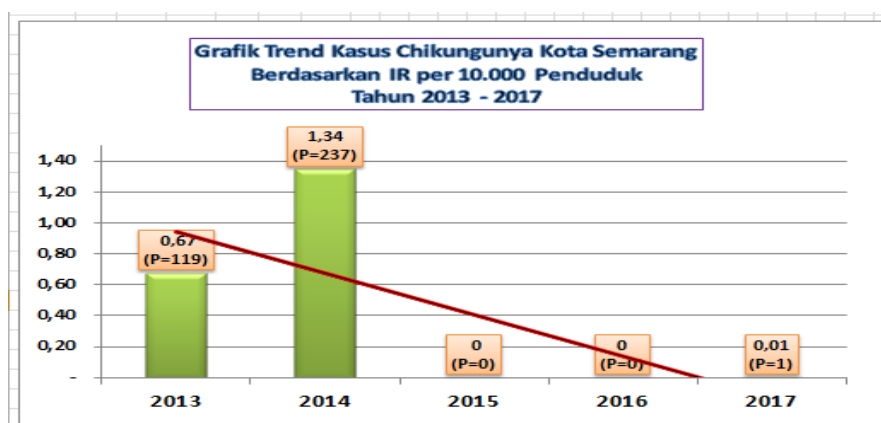


Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Dari gambaran grafik di atas terlihat secara umum bahwa ABJ yang meningkat dapat menurunkan kasus DBD, akan tetapi analisis tersebut harus ditunjang oleh analisis statistik yang mendalam. Tidak dapat dipastikan setiap ABJ yang kurang selalu berhubungan dengan peningkatan kasus. Hubungan sebab akibat tersebut tidak dapat dihubungkan secara langsung karena masih ada beberapa kondisi yang harus terjadi sebelum seseorang dinyatakan menderita DBD. Setidaknya harus ada empat kondisi yang harus ada pada penderita DBD, yaitu adanya nyamuk Aedes betina, Virus Dengue, gigitan dan daya tahan tubuh yang lemah. Hal tersebut memberikan gambaran hubungan curah hujan dan DBD.

c. Chikungunya

Gambar 3.57 Grafik Kasus Chikungunya Kota Semarang

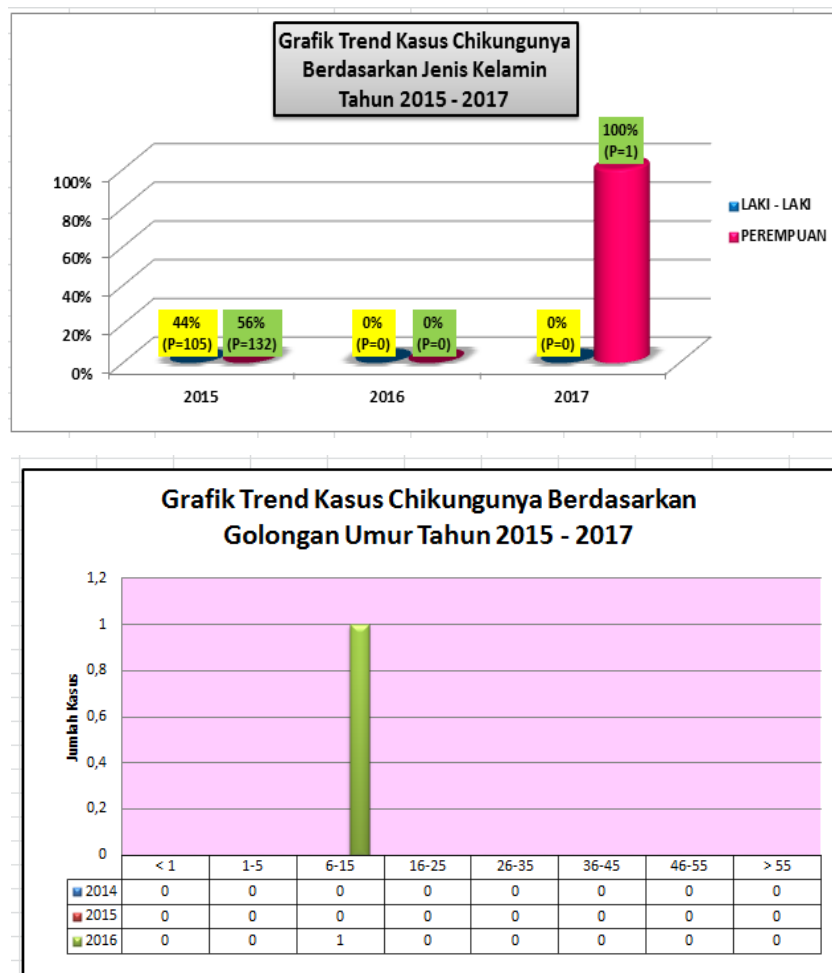


Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa *Incidence Rate* (IR) kasus Chikungunya di Kota Semarang dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2017 cenderung mengalami penurunan walaupun pada tahun 2014 mengalami kenaikan. Rata – rata IR kasus Chikungunya dalam 5 tahun terakhir (tahun 2013– 2017) adalah 0,41 per 10.000 penduduk. Kasus tertinggi terjadi pada tahun 2014 dengan IR 1,26 per 10.000 penduduk (237 kasus). Sedangkan pada tahun 2017 terdapat 1 laporan kasus Chikungunya, setelah selama 2 tahun sebelumnya tidak ada laporan kasus.

Dari tahun 2015 – 2017, kasus Chikungunya lebih banyak menyerang perempuan, hal ini kemungkinan disebabkan karena perempuan lebih banyak tinggal di rumah dibandingkan dengan laki-laki. Selain itu didukung nyamuk *Aedes* sebagai vector Chikungunya, memiliki kebiasaan menggigit manusia pada pagi dan sore hari atau pada saat suasana tidak terlalu panas (di sekitarrumah).

Gambar 3.58 Grafik Kasus Chikungunya Kota Semarang Berdasar Jenis Kelamin & Umur



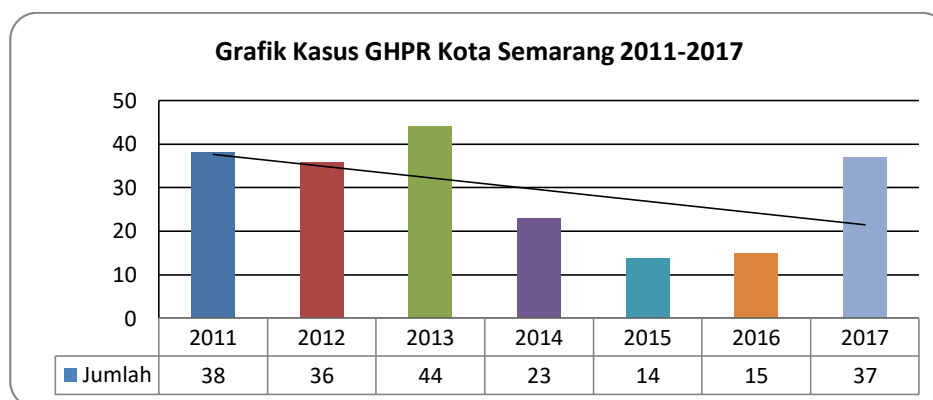
Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Pada tahun 2015 dan 2016 tidak ada laporan mengenai kasus Chikungunya, sedangkan pada tahun 2017 terdapat 1 kasus chikungunya yang terjadi di wilayah Kecamatan Tembalang yaitu di Kelurahan Sambiroto.

d. Rabies

Selama tujuh tahun terakhir (2011-2017) angka GHPR (Gigitan Hewan Penular Rabies) kota Semarang mengalami penurunan, namun jika dibandingkan GHPR tahun 2016 dengan tahun 2017 terdapat peningkatan kasus sebagaimana dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

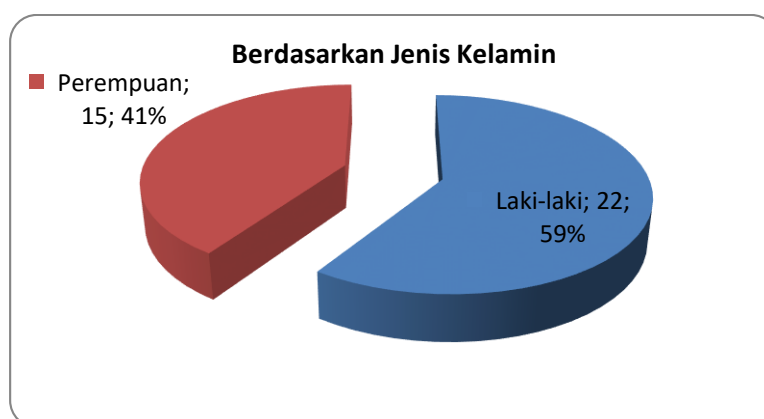
Gambar 3.59 Grafik GHPR Kota Semarang Th 2011 – 2017

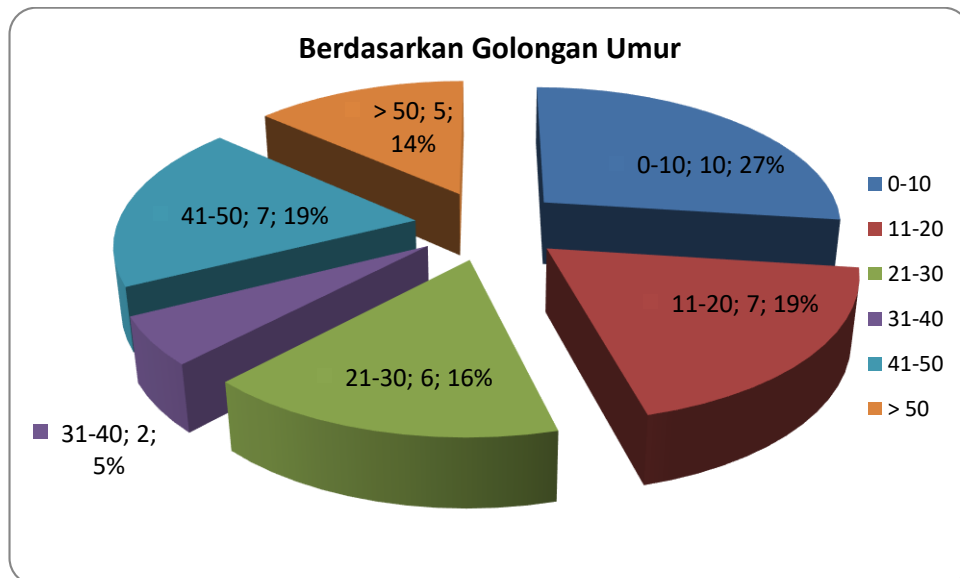


Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Kasus GHPR Kota Semarang tahun 2017 menurut jenis kelamin laki-laki sebanyak 22 (59%), sedang perempuan sebanyak 15 (41%). Menurut golongan umur, kasus terbanyak adalah pada golongan umur 0-10 tahun (27%) dan paling sedikit adalah pada golongan umur 31-40 tahun (5%) seperti dalam diagram berikut.

Gambar 3.60 Grafik GHPR Menurut Jenis Kelamin & Kelompok umur

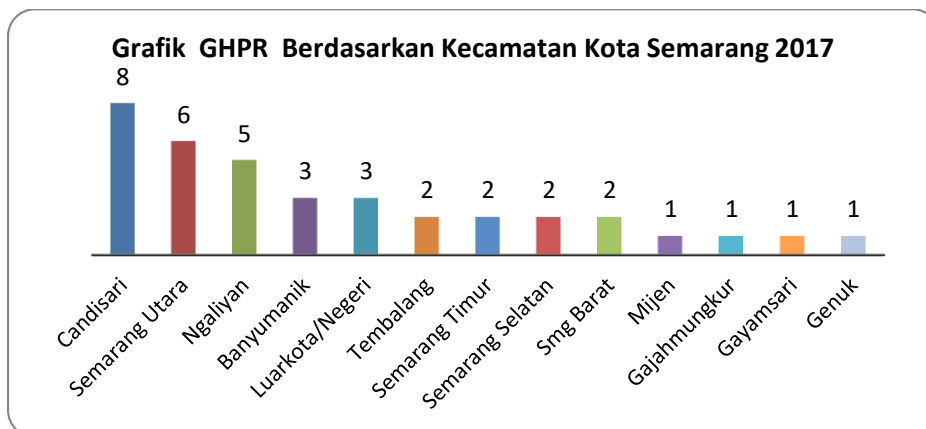




Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Kasus GHPR Kota Semarang menurut kecamatan tahun 2017 terdapat 13 kecamatan yang terdapat kasus.

Gambar 3.61 Grafik GHPR Menurut Wilayah Kasus Th 2017



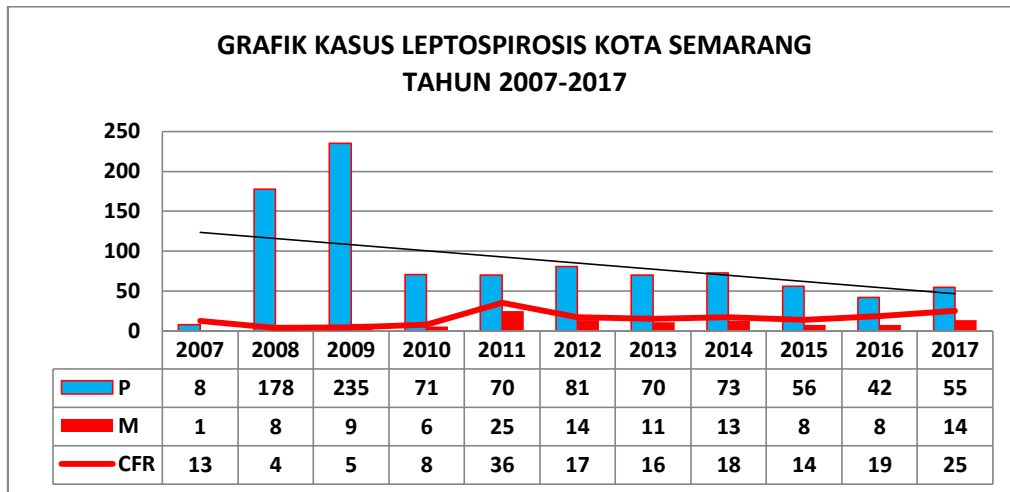
GHPR Kota Semarang tahun 2017 total sebanyak 37; sebanyak 30 (81%) kasus GHPR digigit oleh anjing, sebanyak 4 (11%) digigit oleh kucing, dan sebanyak 3 (8%) kasus GHPR diakibatkan oleh gigitan kera. Berdasarkan anggota badan yang digigit pada kasus GHPR di Kota Semarang tahun 2017, gigitan pada bagian kaki sebanyak 17 (47%), pada bagian tangan 15 (42%), pada bagian muka 2 (5%), dan pada bagian pantat 2 (6%).

e. Leptospirosis

Kasus Leptospirosis di Kota Semarang sepuluh tahun terakhir (2010 – 2017) mengalami penurunan, kasus tertinggi pada tahun 2009 sebanyak 235 kasus ,sedangkan

angka kematian mengalami kenaikan, tertinggi pada tahun 2011 (CFR 36%) hal ini kemungkinan disebabkan karena ketidaktahuan penderita atau pengetahuan masyarakat tentang penyakit Leptospirosis sehingga terjadi keterlambatan dalam membawa penderita ke sarana kesehatan.

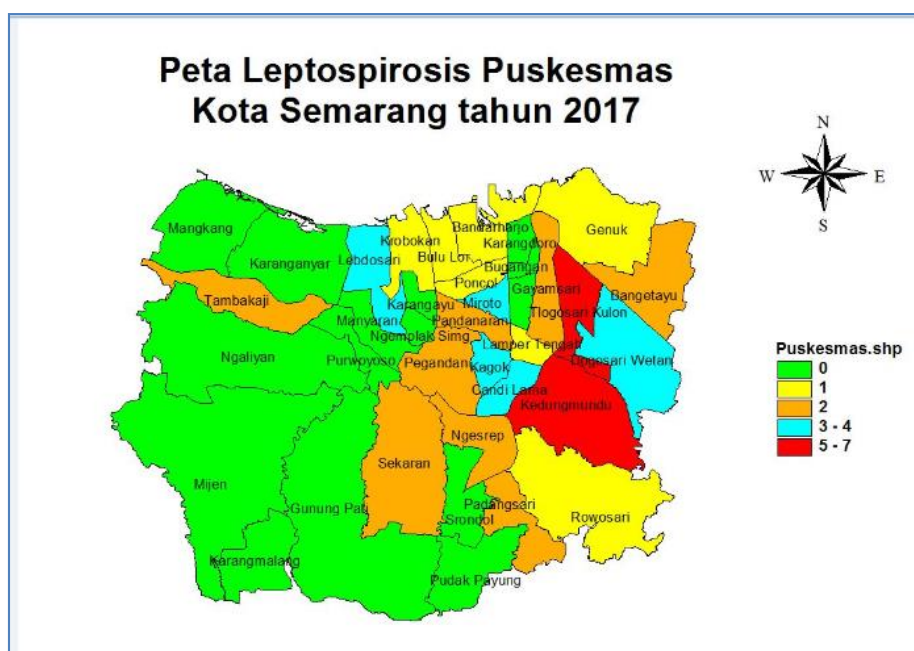
Gambar 3.62 Grafik Kasus Leptospirosis Kota Semarang Th 2007 – 2017



Sumber: Seksi P2B2 Bidang P2P

Kasus Leptospirosis di Kota Semarang pada Tahun 2017 sebanyak 55 kasus, mengalami peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya. Angka kematian (CFR) juga mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2016 yaitu dari 19% menjadi 25%.

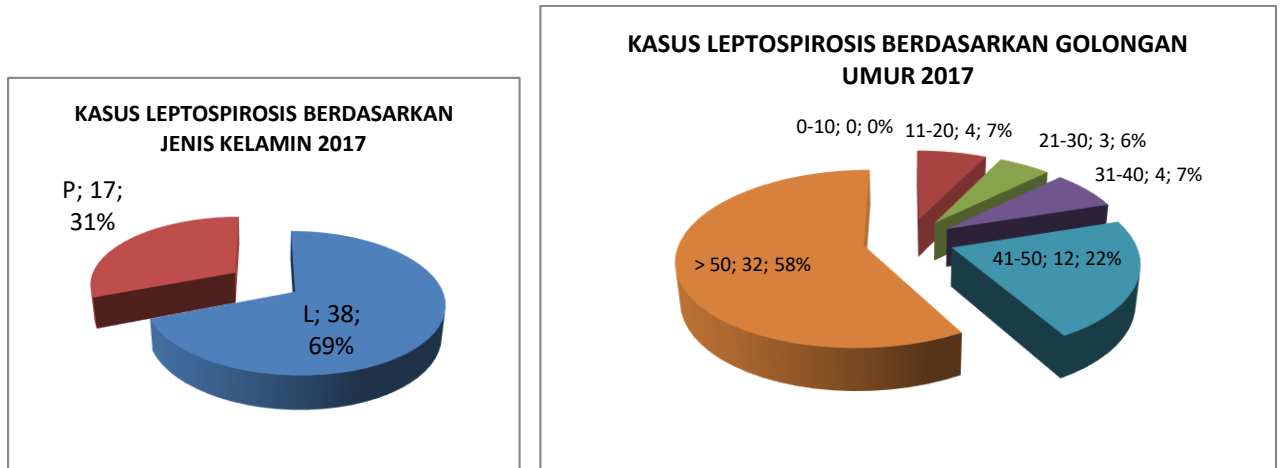
Gambar 3.63 Peta Kasus Leptospirosis Kota Semarang Th 2017



Sumber: Seksi P2TVZ Bidang P2P

Kasus leptospirosis di kota Semarang menyebar di 23 Puskesmas dari 37 Puskesmas yang ada (62,16%), untuk lebih jelasnya disajikan pada grafik di atas. Puskesmas yang tidak melaporkan adanya kasus leptospirosis di wilayahnya tahun 2017 ada 14 puskesmas.

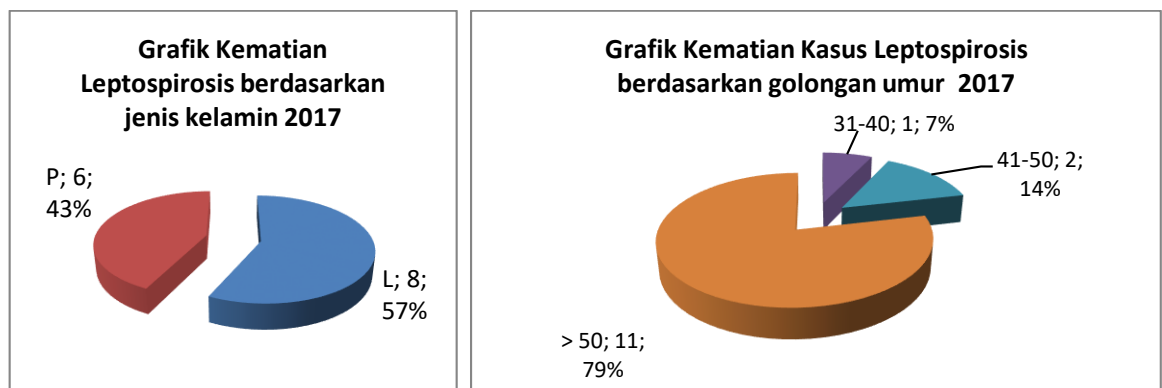
Gambar 3.64 Grafik Kasus Leptospirosis Kota Semarang Berdasar Jenis Kelamin & Golongan Umur Tahun 2017



Sumber : Seksi P2TVZ Bidang P2P

Kasus leptospirosis berdasarkan jenis kelamin tahun 2017 laki-laki yaitu sebanyak 38 kasus (69%) dan perempuan 17 kasus (31%). Proporsi kasus menurut kelompok umur pada tahun 2016, kasus tertinggi pada kelompok umur > 50 th, yaitu 58%, sedangkan terendah pada kelompok umur 21-30 tahun yaitu sebanyak 3 kasus (6%). Hal ini menunjukkan bahwa penyakit Leptospirosis dapat menyerang segala umur bahkan anak – anak.

Gambar 3.65 Grafik Kasus Kematian Leptospirosis Kota Semarang Berdasar Jenis Kelamin & Golongan Umur Tahun 2017



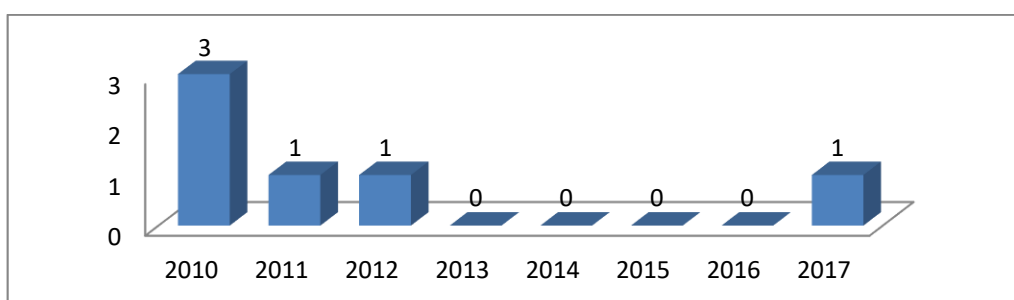
Sumber : Seksi P2TVZ Bidang P2P

f. Flu Burung (H5N1)

Kota Semarang tahun 2017 tidak ditemukan adanya komfirm flu burung tetapi ada beberapa wilayah kelurahan yang melaporkan tentang adanya unggas yang mati dan setelah dilakukan pemeriksaan rapid hasilnya ada yang positif dan negatif H5N1.

Suspec flu burung di Kota Semarang selama tahun 2010 - 2017 terjadi penurunan, tahun 2010 sebanyak 3 suspec, tahun 2011 dan 2012 masing-masing sebanyak 1 suspec, tahun 2013 sampai tahun 2016 tidak ditemukan adanya suspec, sedangkan tahun 2017 terdapat 1 suspek, seperti tampak pada grafik berikut:

Gambar 3.66 Grafik Suspec Flu Burung Kota Semarang Tahun 2010-2017



Sumber : Seksi P2TVZ Bidang P2

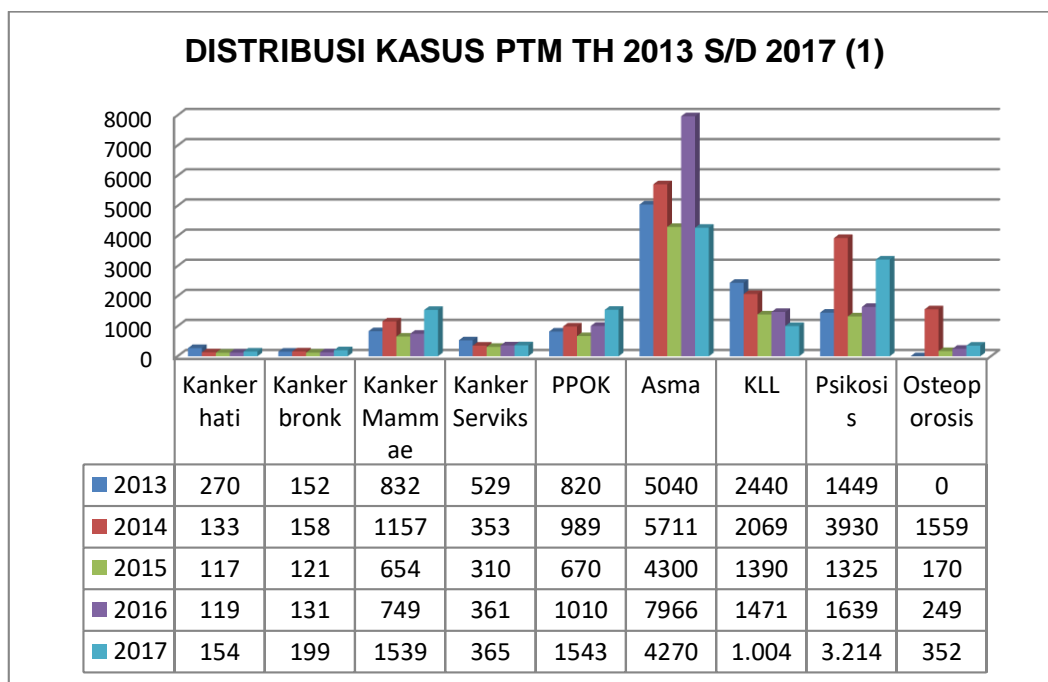
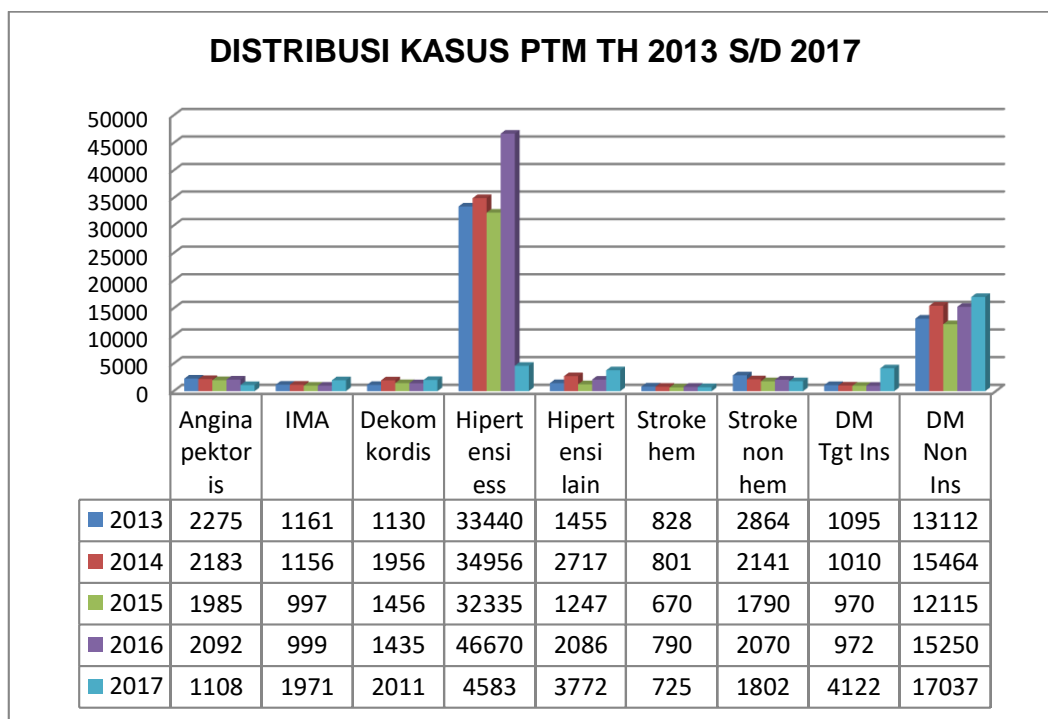
6. Penyakit Tidak Menular

Perhatian terhadap penyakit tidak menular semakin meningkat seiring meningkatnya frekuensi kejadian penyakit di masyarakat. Di Indonesia terjadi perubahan pola penyakit yaitu dari penyakit menular ke penyakit tidak menular, yang dikenal sebagai **transisi epidemiologi**. Terjadinya perubahan pola penyakit dari penyakit menular menuju penyakit tidak menular berkaitan dengan beberapa hal, yaitu:

- Perubahan struktur masyarakat yaitu dari agraris ke industri,
- Perubahan struktur penduduk yaitu penurunan anak usia muda dan peningkatan jumlah penduduk usia lanjut karena keberhasilan KB,
- Perbaikan dalam sanitasi lingkungan untuk menurunkan penyebaran penyakit menular,
- Peningkatan tenaga kerja wanita karena emansipasi,
- Peningkatan pelayanan kesehatan dalam memberantas penyakit infeksi,
- Selama ini sebagian fokus pemberantasan lebih mengarah pada penyakit menular.

Penyakit tidak menular antara lain penyakit jantung dan pembuluh darah yang utama adalah penyakit hipertensi, stroke dan diabetes mellitus. Penyakit tidak menular termasuk penyakit yang dapat dicegah dengan mengendalikan faktor resikonya.

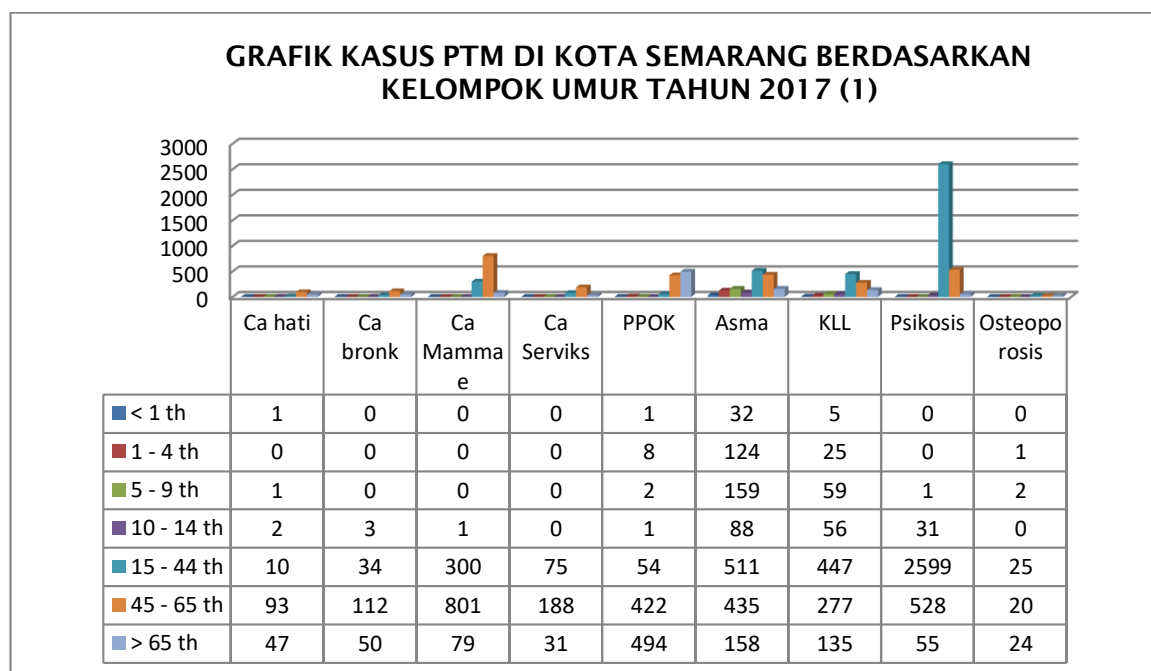
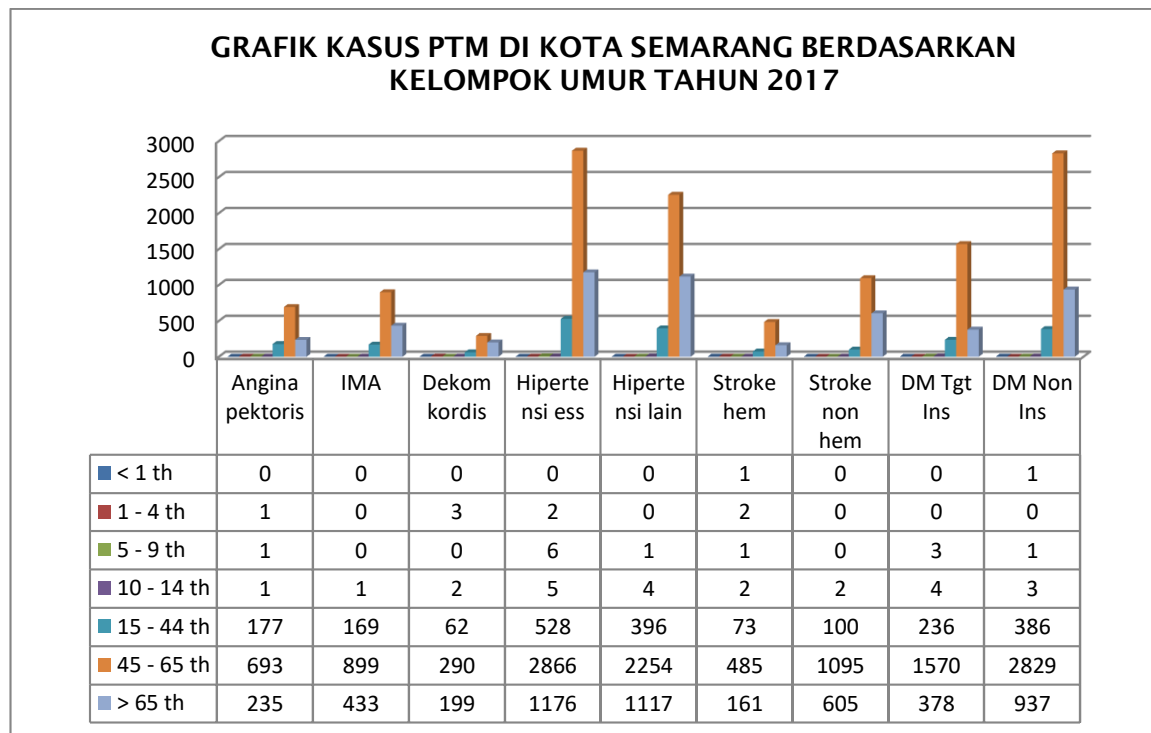
Gambar 3.67 Grafik Distribusi Kasus Penyakit Tidak Menular Kota Semarang



Sumber : Seksi P2TMS Bidang P2P

Tahun 2017 Kasus PTM tertinggi pada penyakit Diabetes mellitus yaitu sebanyak 17.037 kasus, dan terendah pada penyakit kanker hati (154 kasus). Pada tahun 2013 sampai tahun 2017 terjadi peningkatan kasus pada penyakit IMA (1971 kasus), penyakit Kanker Mammae (1539 kasus) dan Psikosis (3214 kasus). Sedangkan kasus yang mengalami penurunan dari tahun sebelumnya adalah penyakit Hipertensi sebanyak 4583 kasus.

Gambar 3.68 Grafik Kasus Penyakit Tidak Menular Berdasar Kelompok Umur



Sumber: Seksi P2PTMS Bidang P2P

Berdasarkan kelompok umur, kasus penyakit tidak menular banyak terjadi pada penderita golongan umur 45 – 65 tahun. Hal ini dikarenakan pada umur tersebut seseorang banyak melakukan aktivitas namun tidak diimbangi oleh pola hidup sehat, seperti : mengkonsumsi makanan sehat, membiasakan periksa kesehatan secara berkala, olah raga secara rutin dan teratur, menjauhi rokok dan asap rokok.

SITUASI UPAYA KESEHATAN KOTA SEMARANG

BAB IV

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

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

Berikut ini diuraikan upaya kesehatan yang dilakukan selama tahun 2017

A. PELAYANAN KESEHATAN DASAR

1. Pelayanan KIA

a. Pelayanan Kesehatan Antenatal

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

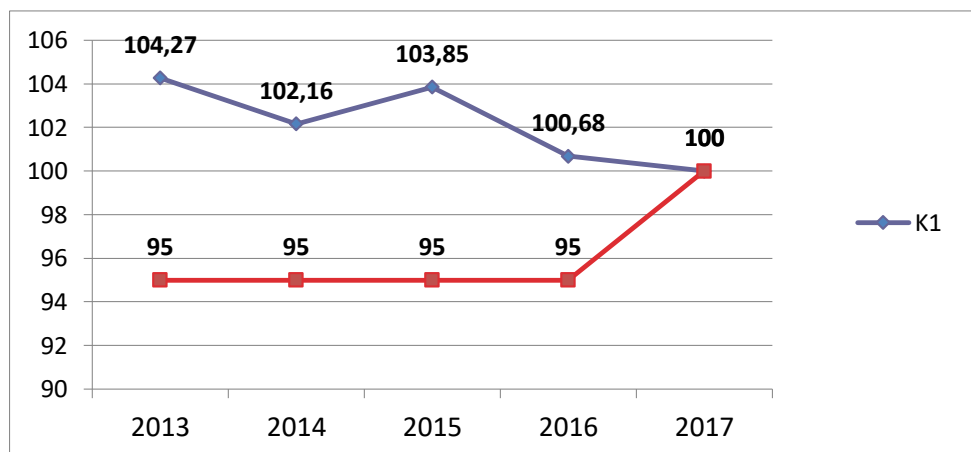
Cakupan K1 sebagai indikator akses pelayanan antenatal pertama pada ibu hamil di suatu wilayah, sedangkan cakupan K4 digunakan untuk mengetahui cakupan pelayanan

antenatal secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan) yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil dan keberlangsungan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

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

Cakupan kunjungan ibu hamil K1 Kota Semarang pada tahun 2017 adalah 100 % (28.758 kunjungan).

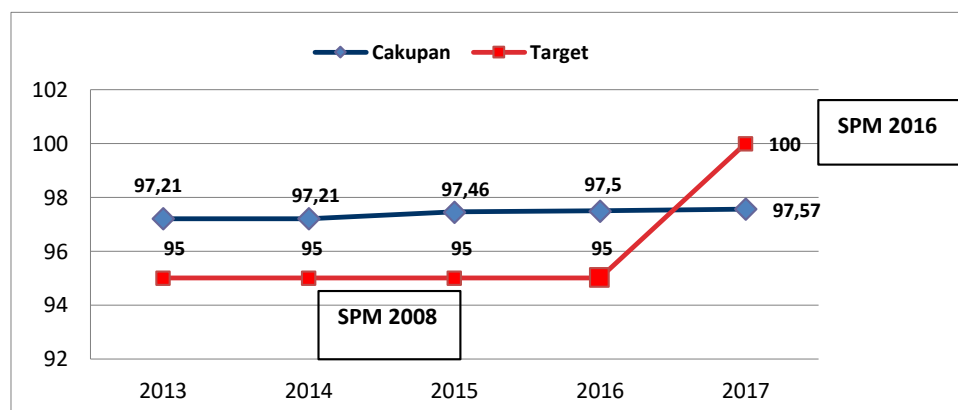
Tabel 4.1 Cakupan K1 Kota Semarang Tahun 2013-2017



Sumber : Seksi KIA Bidang Kesmas

Cakupan kunjungan K4 Kota Semarang pada tahun 2017 adalah 97,57% (28.060 kunjungan) mengalami peningkatan dibanding dengan tahun 2016 yaitu 97,5% (29.069 kunjungan bumil). Angka tersebut sudah mencapai target SPM tahun 2017 yaitu 100%.

Tabel 4.2 Cakupan K4 Kota Semarang Tahun 2013-2017



Sumber : Seksi KIA Bidang Kesmas

Faktor pendukung dalam hal ini antara lain oleh karena meningkatnya kesadaran ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke sarana pelayanan kesehatan dan adanya dukungan peningkatan kualitas pelayanan ANC oleh petugas kesehatan.

b. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

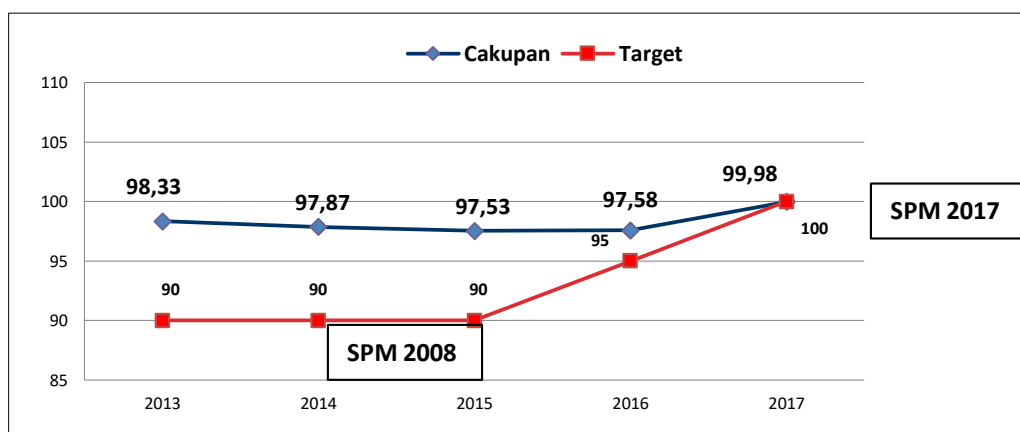
Pertolongan Persalinan

Upaya untuk menurunkan Angka Kematian Bayi dan Ibu Maternal, salah satunya melalui persalinan yang sehat dan aman, yaitu persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan). Proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan juga menggambarkan kemampuan manajemen KIA dalam pertolongan KIA sesuai standar.

Jumlah persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan di Kota Semarang pada tahun 2017 adalah 26.148 (100%) dari 26.148 persalinan. Angka ini sudah melampaui tahun 2016 yaitu 97,58% dan target SPM tahun 2017 (100%). Hal ini dikarenakan adanya dukungan dari program jamkesmaskot/UHC, masyarakat sudah lebih baik perilakunya untuk mencari penolong persalinan yaitu ke petugas kesehatan dan juga adanya pendampingan oleh tenaga Gasurkes.

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

Gambar 4.3 Tren Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan di Kota Semarang Tahun 2013-2017



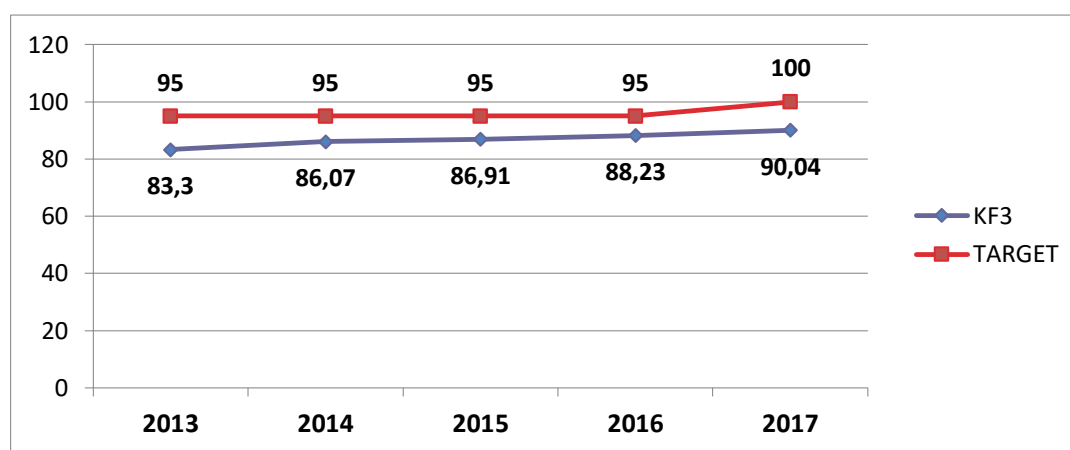
Sumber : Seksi KIA Bidang Kesmas

c. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

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

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

Gambar 4.4 Cakupan KF3 Kota Semarang Tahun 2013 – 2017



Sumber : seksi KIA Bidang Kesmas

Pada gambar 4.3 menunjukkan bahwa cakupan KF3 mengalami kenaikan sejak tahun 2013 sampai dengan tahun 2017 namun masih di bawah target. Cakupan KF3 sejak tahun 2013 sampai dengan tahun 2017 cenderung mengalami kenaikan, hal ini menunjukkan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya melakukan pemeriksaan pada masa nifas. Selain itu, adanya peningkatan cakupan KF dikarenakan adanya kunjungan petugas Puskesmas dengan menggunakan dana BOK dan pendampingan ibu hamil oleh Gasurkes dan kader kesehatan.

d. Pelayanan Komplikasi Maternal

Kehamilan dapat memungkinkan seorang ibu mengalami komplikasi selama masa kehamilannya. Yang dimaksud dengan komplikasi kebidanan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/atau bayi dalam

kandungan. Pada tahun 2017 jumlah kasus komplikasi yang ditangani sebesar 1.098 kasus. Adapun jumlah total ibu hamil adalah 28.758 orang.

e. Pelayanan Neonatal Komplikasi

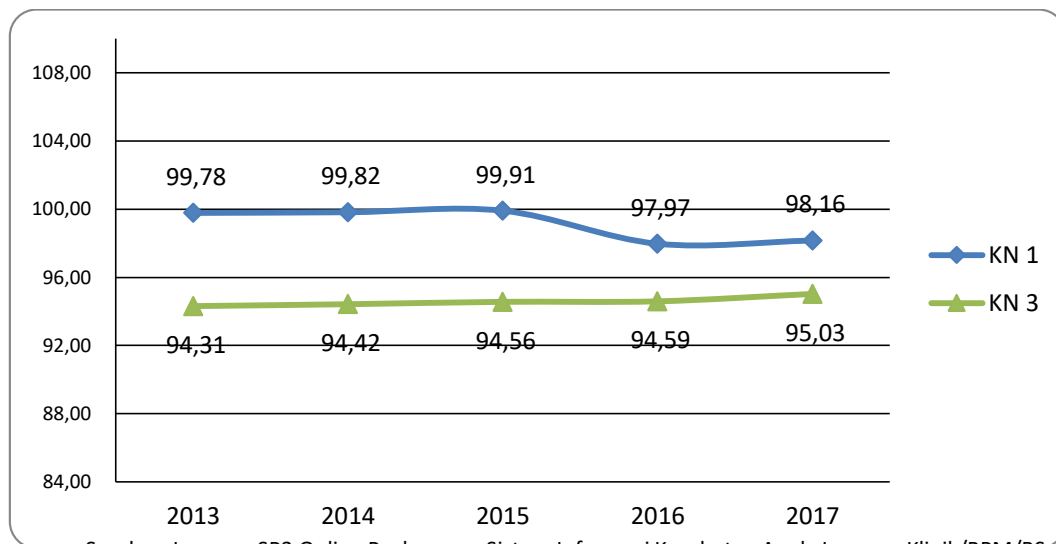
Penanganan Neonatus Komplikasi bila dilakukan dengan baik, maka akan dapat menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian Neonatal. Neonatal komplikasi adalah bayi baru lahir dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan, dan kematian. Neonatus dengan komplikasi seperti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

Pada tahun 2017 jumlah neonatal risti yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan sebesar 3.253 kasus atau 83,2% dari total perkiraan 3.908 neonatal risti. Jumlah ini sedikit mengalami penurunan dari tahun 2016 yaitu jumlah neonatal risti yang ditangani sebesar 3.304 kasus atau 83,6%.

f. Kunjungan Neonatal

Neonatus adalah bayi usia 0 – 28 hari, dimana usia ini masuk dalam kategori usia rawan, sehingga perlu dilakukan pemantauan secara intensif, Cakupan Kunjungan Neonatus dipantau dari cakupan Kunjungan Neonatus 1 (KN1: 6-48 jam), Kunjungan Neonatus 2 (KN2: 3-7 hari) dan Kunjungan Neonatus 3 (KN3: 8-28 hari).

Cakupan KN 1 adalah cakupan neonatus yang telah memperoleh 1 kali pelayanan Kunjungan Neonatal pada 6-48 jam, setelah lahir sesuai standar di satu wilayah kerja pada satu tahun. Cakupan kunjungan neonatus (KN 1) tingkat Kota Semarang tahun 2017 adalah 25.573 (98,2%) dari 26.052 bayi lahir hidup, Capaian cakupan KN1 Tahun 2017 sebesar 98,16%, cakupan tersebut belum mencapai target SPM sebesar 100%, namun capaian KN1 sudah melebihi target RENSTRA (96%), sedangkan KN3 tahun 2017 adalah 24.756 (95,03%).

Gambar 4.5 Cakupan KN Kota Semarang Tahun 2013 – 2017

Sumber : seksi KIA bidang Kesmas

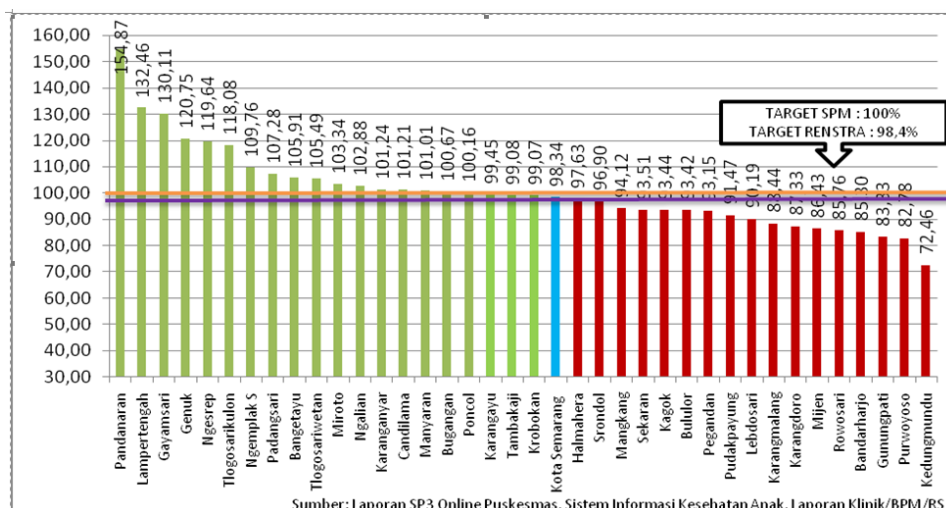
KN Lengkap Tahun 2017 mencapai cakupan sebesar 95,03%, cakupan tersebut belum mencapai target SPM (100%), namun sudah melebihi target Renstra (94,7%). Cakupan KN Lengkap di tahun 2017 mengalami peningkatan sebesar 0,37% bila dibandingkan dengan tahun 2016 (94,66%). Usaha dalam upaya untuk selalu meningkatkan kesadaran masyarakat akan kesehatan neonatus harus terus digalakkan, antara lain peningkatan pelayanan kesehatan terutama kesehatan anak (neonatus, bayi, balita) di Puskesmas, dan adanya pemeriksaan kunjungan ke rumah oleh tenaga kesehatan bagi neonatus yang tidak dapat berkunjung ke Puskesmas serta sistem pencatatan dan pelaporan (PWS KIA) yang baik.

g. Pelayanan Kesehatan Bayi

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

Cakupan Kunjungan Bayi di Kota Semarang tahun 2017 adalah sebesar 25.619 kunjungan 98,1% dari 26.107 bayi yang ada. Dibandingkan tahun 2016, dengan 26.602 kunjungan atau 98,1% dari 27.107 bayi yang ada, artinya jumlah ini mengalami peningkatan dan sudah di atas target Renstra Kota Semarang yaitu 95,5 %.

Gambar 4.6 Cakupan Kunjungan Bayi Kota Semarang Tahun 2017



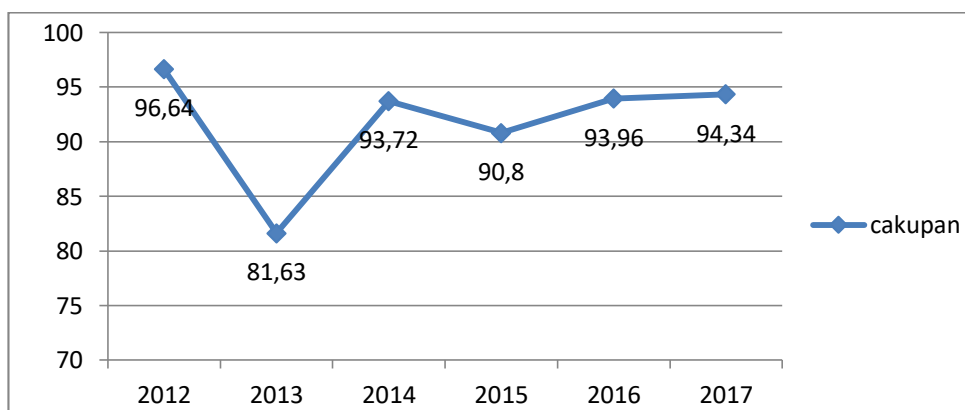
Sumber : Seksi KIA Bidang Kesmas

h. Pelayanan Kesehatan Balita

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

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

Gambar 4.7 Cakupan Pelayanan Anak Balita Kota Semarang Tahun 2012 - 2017



Sumber : Seksi Anak Bidang Kesmas

Hasil pelayanan kesehatan balita minimal 8 kali di peroleh cakupan tahun 2017 adalah sebanyak 81.577 balita atau 94,34% dari total 86.468 balita yang ada. Angka ini mengalami kenaikan dari tahun 2016 (93,34%). Adapun jumlah balita yang ditimbang bulan ini dikurangi dengan balita yang ditimbang bulan ini tetapi tidak datang pada bulan sebelumnya(D') adalah 79.915. Dari angka tersebut sebanyak 72.468 (90,7%) balita dengan BB naik. Sedangkan yang mengalami BGM adalah 967 (1,1%). Data secara terperinci dapat dilihat pada tabel 46 dan 47.

i. Pelayanan Kesehatan pada siswa SD

Pelayanan kesehatan pada siswa SD kelas 1 dan sederajat yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di tingkat puskesmas diperoleh hasil sebanyak 26.049 murid SD atau 100% dari 26.049 murid SD keseluruhan. Dari capaian ini dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan pada siswa SD kelas 1 sudah optimal.

2. Pelayanan Imunisasi

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

Dengan sasaran bayi sejumlah 26.100 anak, cakupan bayi yang diimunisasi DPT3 + HB3 pada tahun 2017 sebesar 26.865 (103%) sedikit bertambah jika dibanding tahun 2016 sebesar 27.463 (101%). Cakupan imunisasi campak tahun 2017 sebesar 24.859 (95,25 %) sedikit bertambah dari tahun 2016 yaitu 27.411 (101,13%).

Program imunisasi dapat berjalan secara efektif dan memberikan dampak penurunan kejadian penyakit apabila kelengkapan imunisasi telah terlaksana dan mutu pelayanan imunisasi diterapkan sesuai standar, terutama dalam penanganan *cool chain*. Strategi operasional pencapaian cakupan tinggi dan merata dapat dilihat dari pencapaian *Universal Child Immunization* (UCI) desa/kelurahan. Tahun 2017 jumlah desa/kelurahan yang sudah mencapai UCI dengan kriteria cakupan DPT 3, polio dan Campak $\geq 80\%$,

sebanyak 177 kelurahan (100%) dari 177 kelurahan yang ada. Jumlah ini masih sama sejak tahun 2013.

Selain pada bayi, imunisasi juga dilakukan pada ibu yaitu imunisasi TT. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil sebanyak 5 dosis dengan interval tertentu (yang dimulai saat dan atau sebelum kehamilan) yang berguna bagi kekebalan seumur hidup. Hasil imunisasi TT 1 sampai TT 5 ibu hamil pada tahun 2012 sampai 2017 dapat dilihat pada tabel berikut.

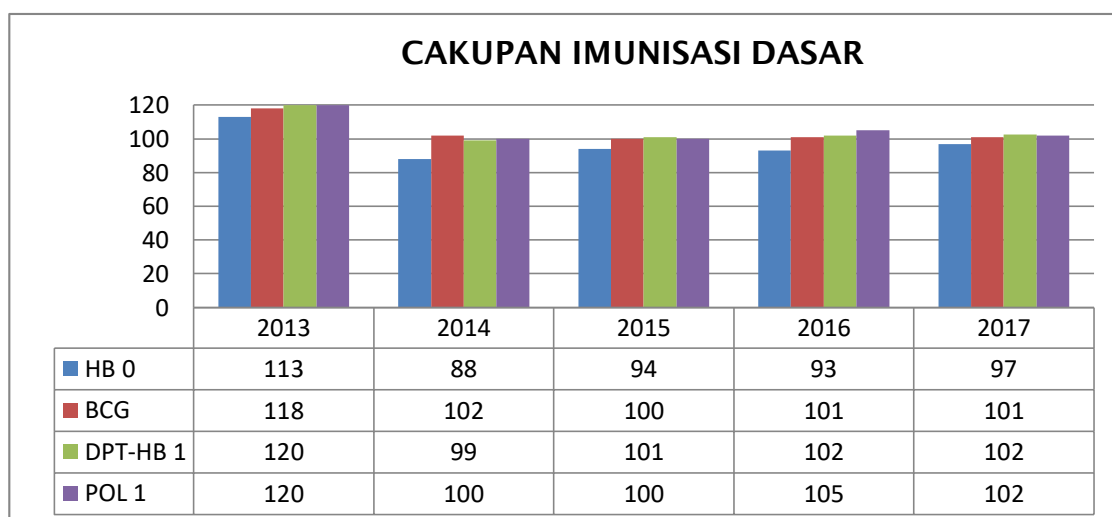
Tabel. 4.1 Hasil imunisasi TT1, TT2, TT3, TT4, dan TT5 tahun 2012 – 2017

TAHUN	TT 1		TT 2		TT 3		TT 4		TT 5	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
2012	15.969	56,2	14.653	51,6	39.32	13,8	20.84	7,3	12.87	4,6
2013	16015	55,8	13244	46,1	4083	14,2	2171	7,6	1387	4,8
2014	22935	56,2	17486	47,1	5178	14,4	2590	8,2	1606	5,1
2015	19304	37,5	15537	36,6	4548	13,4	2836	8,3	1976	6,0
2016	17466	53,4	14702	45	4879	14,9	3193	0,9	1943	0,6
2017	7964	27,7	7328	25,5	3566	12,4	2397	8,3	1464	5,1

Imunisasi kontak Lengkap

Secara umum cakupan Imunisasi kontak 1 tahun 2012-2017 telah mencapai target, cakupan HB 0 – 7 hr dapat mencapai 97 % dengan target 90 %. Hal ini disebabkan karena semakin baiknya Koordinasi dengan unit Pelayanan Swasta dalam pemberian HB 0-7 hr.

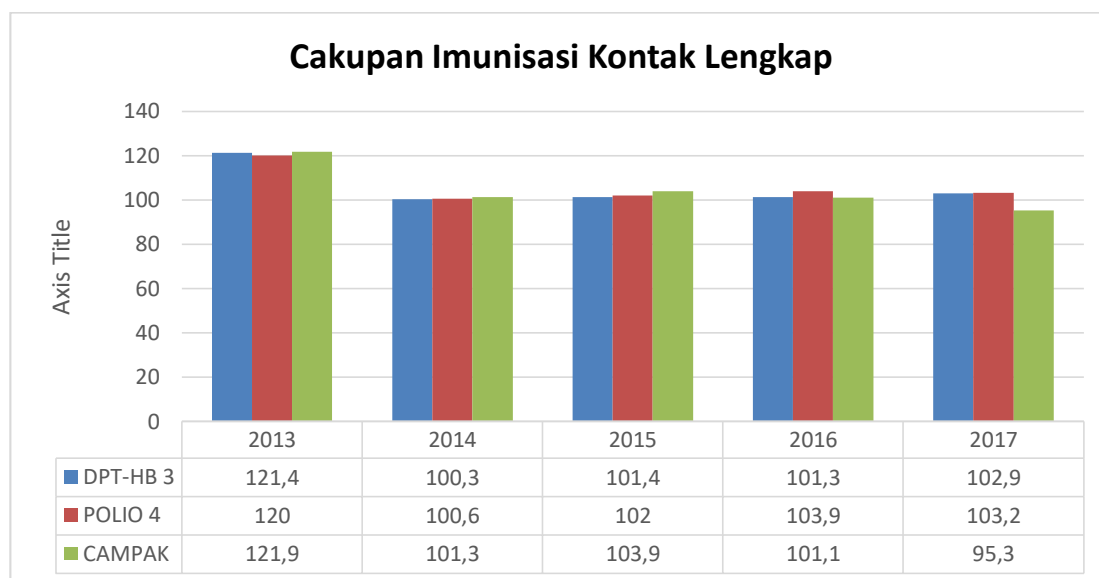
Gambar 4.8 Grafik Cakupan Imunisasi Dasar Th 2013 – 2017



Sumber : Seksi P2TMS Bidang P2P

Pencapaian hasil Imunisasi kontak lengkap di Kota Semarang mulai tahun 2017 sudah mencapai target minimal yaitu 90%.

Gambar 4.9 Grafik Cakupan Imunisasi Lengkap Th 2013 – 2017



Sumber : Seksi P2TMS Bidang P2P

B. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

1. Kunjungan Pelayanan Kesehatan

Cakupan kunjungan pelayanan kesehatan oleh penduduk dapat diperoleh dari data kunjungan di sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas & Rumah Sakit) baik kunjungan rawat jalan dan rawat inap. Pada tahun 2017 total kunjungan pasien rawat jalan di saryankes mencapai 2.800.835 kunjungan. Untuk kunjungan rawat inap mencapai 276.874

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

2. Indikator Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

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

- a. **Bed Occupation Rate (BOR)**, standar yang ideal untuk suatu Rumah Sakit adalah antara 70% s.d 80%. Manfaat Angka Penggunaan Tempat Tidur (BOR) adalah untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur Rumah Sakit. Berdasarkan data yang

dilaporkan prosentase BOR yang digunakan oleh penderita Rawat Inap di Rumah Sakit se- Kota Semarang pada tahun 2017 adalah 57,8 %. Adapun jumlah tempat tidur yang tersedia di tahun 2017 sebanyak sebesar sebanyak 5.051 buah. Capaian angka ini belum dapat mencapai standar yang ideal untuk Rumah Sakit. Hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatan tempat tidur pada Rumah Sakit di Kota Semarang belum dimanfaatkan secara optimal dan masih terdapat Rumah Sakit yang belum bisa mengirimkan datanya sampai dengan tanggal yang telah ditentukan.

b. Length Of Stay (LOS) adalah rata-rata dalam 1 (satu) tempat tidur dihuni oleh 1 (satu) penderita rawat inap yang dihitung dalam hari dengan standar ideal antara 6 – 9 hari. Manfaat LOS adalah untuk mengukur efisiensi pelayanan Rumah Sakit, dan untuk mengukur mutu pelayanan Rumah Sakit apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Berdasarkan data yang dilaporkan pencapaian LOS RS tahun 2017 adalah 5,1 hari. Cakupan pencapaian tersebut dapat diartikan bahwa penggunaan tempat tidur di RS di Kota Semarang untuk tahun 2017 belum memenuhi standar ideal.

c. Turn of Interval (TOI) adalah rata-rata tempat tidur tidak ditempati dengan standar ideal antara 1 – 3 hari. TOI untuk Kota Semarang pada tahun 2017 adalah 3,7. Angka ini dapat diartikan bahwa pemakaian tempat tidur di Rumah Sakit pada tahun ini belum optimal.

d. Gross Death Rate (GDR), adalah angka kematian untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar maksimum adalah 45. Manfaat GDR (Gross Death Rate) untuk mengetahui mutu pelayanan / perawatan Rumah Sakit. Angka ini bisa untuk menilai mutu pelayanan jika angka kematian kurang dari 48 jam rendah. Berdasarkan data yang dilaporkan GDR Kota Semarang pada tahun 2017 adalah 5,6 %.

e. Net Death Rate (NDR), manfaat NDR adalah untuk mengetahui mutu pelayanan / perawatan Rumah Sakit. Semakin rendah NDR suatu Rumah Sakit, berarti bahwa mutu pelayanan / perawatan Rumah Sakit makin baik. NDR yang masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000 penderita keluar. Pencapaian NDR di Kota Semarang pada tahun 2017 adalah 2,3 %. Namun demikian secara keseluruhan pelayanan rumah sakit di Kota Semarang masih tergolong baik.

3. Pelayanan Kesehatan Gigi & Mulut

Kegiatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dilaksanakan di sarana pelayanan kesehatan pada tahun 2017 meliputi pelayanan tumpatan gigi tetap sejumlah 7.888 kasus, pencabutan gigi tetap 8.813 kasus, dengan rasio untuk tumpatan/pencabutan dibandingkan pencabutan gigi sebesar 0,9 hal ini sama dari tahun 2016 sebesar 0,9.

Berdasarkan data yang ada, upaya pelayanan UKGS di sekolah dasar, telah dilaksanakan pemeriksaan kesehatan gigi terhadap 26.049 siswa (100%), dari total 26.049 anak SD/MI. Dari jumlah tersebut terdapat 24.476 siswa perlu perawatan. Berkaitan dengan kegiatan sikat gigi massal, diperoleh hasil sejumlah 599 SD/MI (100%) telah melakukan kegiatan tersebut dari total 599 SD/MI yang dilaporkan. Namun demikian sudah 100 % SD/MI mendapat pelayanan kesehatan gigi.

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

C. PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Sebagaimana yang diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar 1945 dan regulasi yang ada, pelaksanaan Jaminan Kesehatan secara nasional didasarkan pada beberapa dasar hukum yang ada. Pada perubahan keempat Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, tujuan Negara untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat semakin dipertegas yaitu dengan mengembangkan system jaminan social bagi kesejahteraan seluruh rakyat. Tujuan tersebut diimplementasikan dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan sejak 1 Januari 2014 program tersebut telah diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

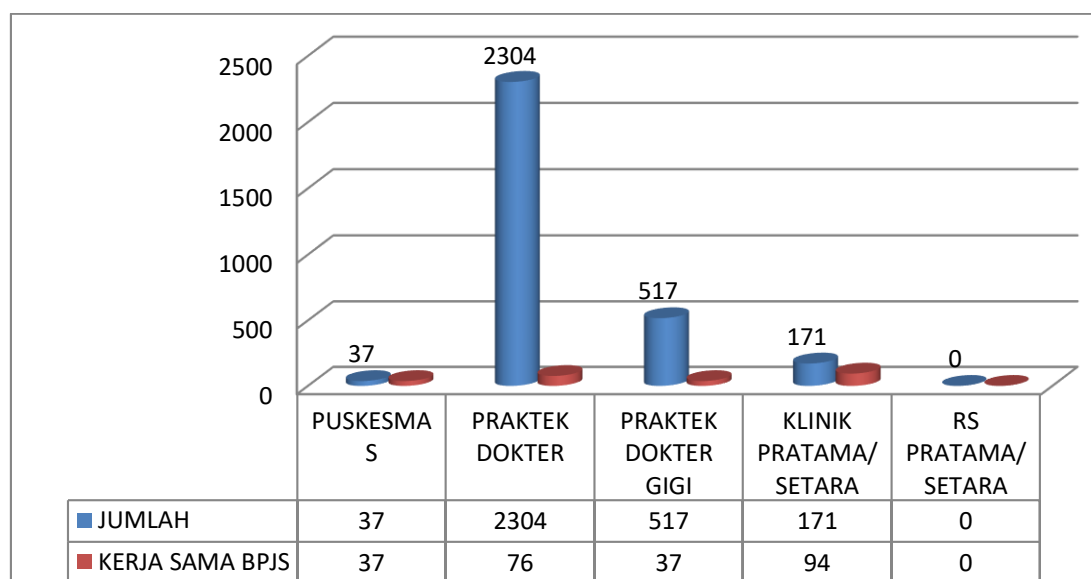
Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi

kesehatan sosial yang bersifat wajib (Maandatory) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial nasional dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilaksanakan dengan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati hatian, akuntabilitas, portabilitas, bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar besarnya untuk kepentingan peserta. Sebagaimana yang diamanatkan dalam Peraturan Presiden (PERPRES) Nomor 12 tahun 2013 dan PERPRES Nomor 111 tahun 2013 sebagai perubahan atas peraturan presiden nomor 12 tahun 2013 kepesertaan JKN dilaksanakan secara bertahap.

Fasilitas Kesehatan yang dapat memberikan Pelayanan Kesehatan untuk peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama baik milik pemerintah maupun non pemerintah dan Fasilitas Kesehatan tingkat Lanjutan. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang ada di Kota Semarang sebanyak 2906 (dua ribu Sembilan ratus enam ribu) unit. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Cabang Utama Semarang sebanyak 244 fasilitas kesehatan tingkat pertama, untuk jelasnya dapat dilihat pada grafik berikut ini :

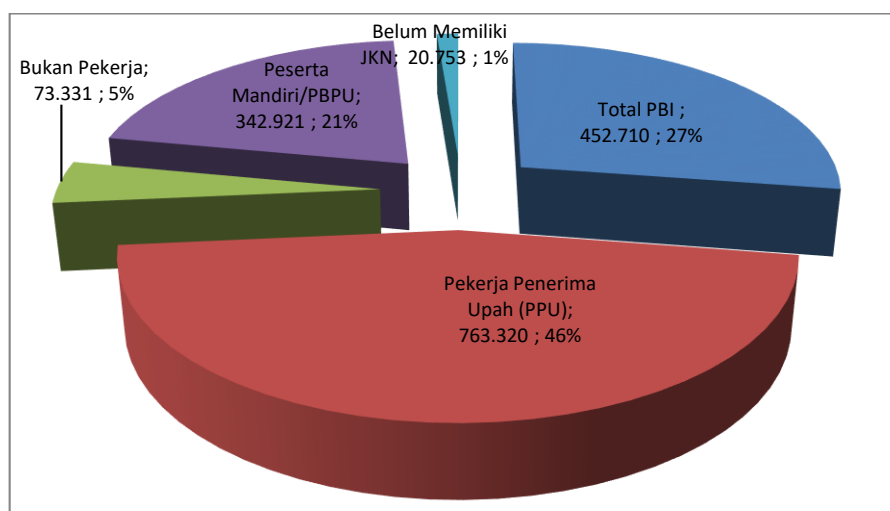
Gambar 4.10 Grafik FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kota Semarang Tahun 2017



Sumber : Bidang Yankes

Pada tahap awal peserta JKN adalah peserta PBI, Askes PNS, Peserta TNI, POLRI, dan Peserta JPK Jamsostek. Dalam perkembangannya, mulai pengembangan segmen kepesertaan dari sektor lainnya. Jumlah penduduk Kota Semarang tahun 2017 (Sumber ; Dispendukcapil) adalah 1.653.035 jiwa, penduduk yang telah terdaftar dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN-KIS) BPJS Kesehatan sebanyak 1.632.282 jiwa atau sebesar 98,74%. Gambaran kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Kota Semarang tahun 2017 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

Gambar 4.11 Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN-KIS) Tahun 2017



Sumber data: BPJS Kesehatan KCU Semarang

Adanya Perubahan kebijakan Pemerintah Kota Semarang terkait dengan Program Jaminan Kesehatan Kota Semarang berupa Integrasi Jamkesmaskot ke Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)-KIS BPJS Kesehatan pada bulan Maret 2017 dengan target mendaftarkan 50.000 (lima puluh ribu) orang penduduk miskin dan tidak mampu Kota Semarang menjadi peserta JKN-KIS BPJS Kesehatan. Melalui Peraturan Walikota Semarang Nomor 43 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Kota Semarang, Pemerintah Kota Semarang mencanangkan Program Universal Health Coverage (UHC) dengan mendaftarkan penduduk Kota Semarang menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI) BPJS Kesehatan.

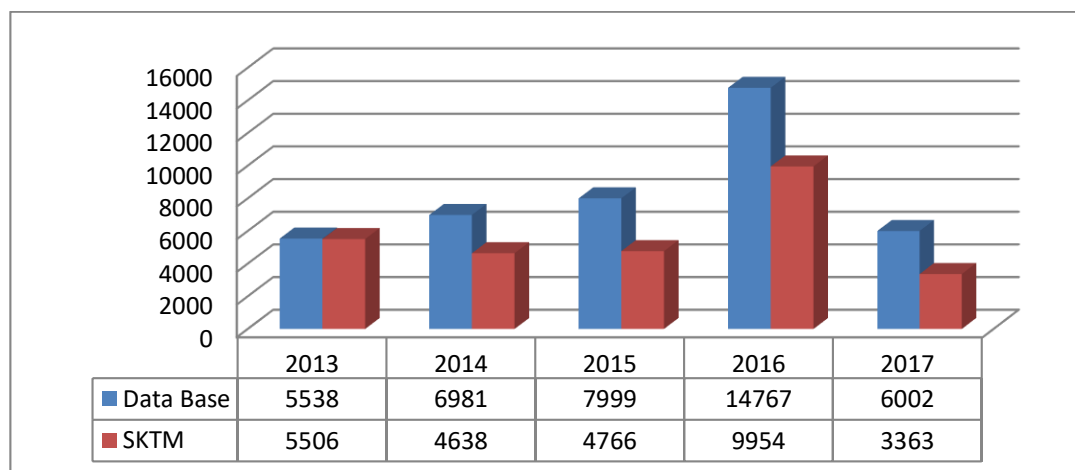
Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Semarang (Jamkesmaskot).

Kota Semarang merupakan salah satu daerah otonomi di Provinsi Jawa Tengah yang telah mengembangkan sistem jaminan sosial bagi masyarakatnya. Sistem jaminan kesehatan di Kota Semarang terbentuk dengan terbitnya Peraturan Walikota Semarang Nomor 28

Tahun 2009 yang dikenal dengan nama Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Semarang (Jamkesmaskot). Sistem Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Semarang yang dibentuk oleh Pemerintah Kota Semarang bertujuan untuk memfasilitasi masyarakat miskin Kota Semarang yang tidak masuk ke dalam kepesertaan Jamkesmas untuk memperoleh pelayanan gratis

Pemanfaatan (utility) pelayanan kesehatan Jamkesmaskot oleh warga miskin di kota Semarang tahun 2017 sebanyak 9.365 orang yang terdiri dari warga miskin yang masuk data base sebanyak 6.002 orang (64,08 %) dan yang menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) sebanyak 3.363 orang (35,91%). Pemanfaatan pelayanan kesehatan Jamkesmaskot tahun 2017 bila dibandingkan dengan tahun 2016 mengalami penurunan hal ini dimungkinkan banyaknya peserta JKN-KIS yang mengakses ke JKN KIS. Gambaran pemanfaatan pelayanan kesehatan Jamkesmaskot lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

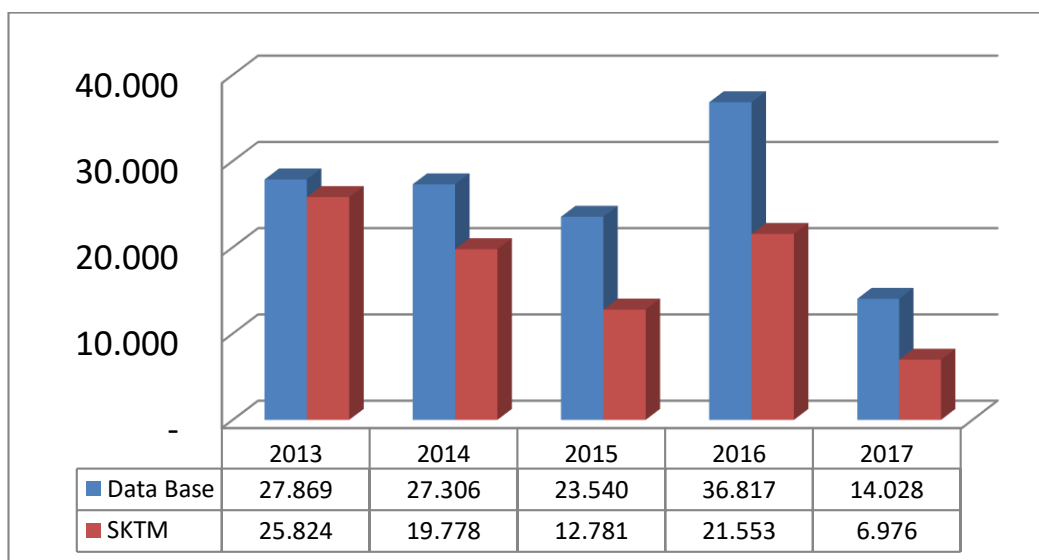
Gambar 4.12 Grafik Pemanfaatan Utility Jamkesmas Kota Semarang



Sumber : Seksi Jaminan & Kemitraan Bidang Yankes

Cakupan kunjungan pelayanan jamkesmaskot bagi warga miskin Kota Semarang tahun 2017 sebanyak 21.004 kunjungan, yang terdiri dari kunjungan warga miskin yang masuk data base sebanyak 14.024 kunjungan (66,78 %) dan yang menggunakan SKTM sebanyak 6.976 kunjungan (33,21 %). Kunjungan pelayanan kesehatan ini bila dibandingkan jumlah warga miskin yang memanfaatkan (utility) maka rata – rata per orang memanfaatkan 2 kali kunjungan per tahun.

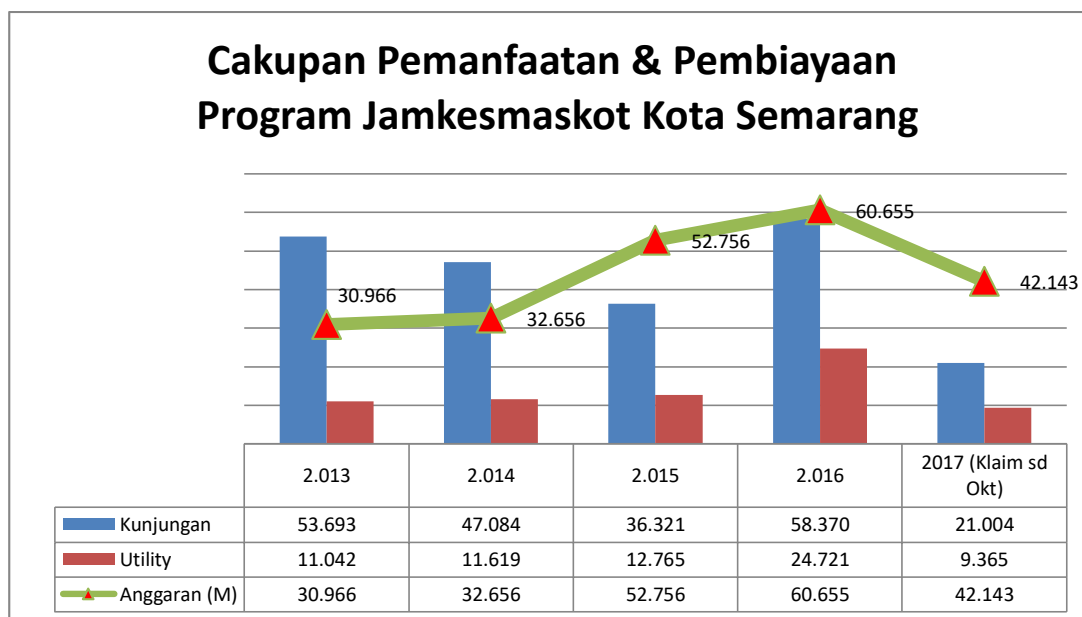
Gambar 4.13 Grafik Kunjungan Jamkesmas Kota Semarang



Sumber : Seksi Jaminan & Kemitraan Bidang Yankes

Model pembiayaan tahun 2008 sampai dengan 2016 menggunakan tariff Fee for Service (Tarif RS), sedangkan tahun 2017 menggunakan tariff INA CBG. Cakupan kunjungan pelayanan jamkesmaskot tahun 2017 sebanyak 21.004 kunjungan, hal ini disebabkan karena perubahan kebijakan dengan adanya integrasi Jamkesmaskot ke program JKN KIS pada maret dan penganangan *Universal Helath Coverage (UHC)* bulan November 2017.

Gambar 4.14 Grafik Tren Kunjungan Pasien, Utility dan Anggaran Jamkesmaskot



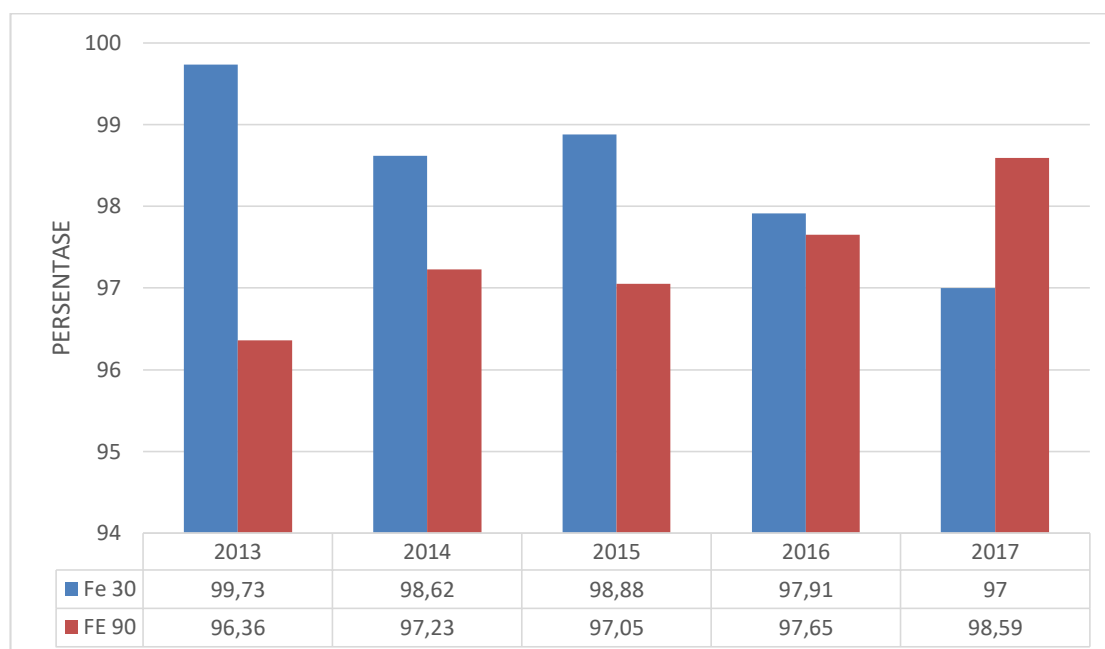
Sumber: Seksi Jaminan & Kemitraan Bidang Yankes

D. PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

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

Pemberian tablet Fe pada ibu hamil merupakan upaya penanggulangan anemia gizi besi yang diberikan pada trimester I sampai dengan trimester III yang meliputi Fe 30 tablet, Fe 90 tablet. Cakupan ibu hamil mendapat tablet Fe 30 dan Fe 90 di Kota Semarang tahun 2013 - 2017 dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 4.15 Cakupan Fe30, Fe90 Ibu Hamil di Kota Semarang Tahun 2013 – 2017



Sumber : Seksi Gizi Bidang Kesga

Cakupan pemberian Fe30 pada ibu hamil di tahun 2017 sebesar 97% dari jumlah total ibu hamil, angka ini mengalami penurunan dibandingkan pencapaian tahun 2016 sebesar 97,91%. Cakupan pemberian Fe90 pada ibu hamil di tahun 2017 sebesar 98,59% dari jumlah total ibu hamil, mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2016 sebesar 97,65%.

Penurunan angka cakupan Fe30 disebabkan karena tidak semua ibu hamil memeriksakan kehamilannya di Puskesmas di wilayah tempat tinggalnya. Ibu hamil yang memeriksakan kehamilan di luar Puskesmas sebagian tidak melaporkan karena kurang tertibnya pengiriman laporan ke Puskesmas dari Bidan Praktik Mandiri, RS, RSB, RSIA ke Puskesmas. Keadaan ini bisa menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya anemia pada ibu hamil dan berdampak terhadap berat badan bayi lahir rendah, perdarahan dan menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu.

2. Pemberian Kapsul Vitamin A

Salah satu upaya program penanggulangan kekurangan vitamin A adalah pemberian suplementasi vitamin A dosis tinggi (200.000 SI) pada ibu nifas. Dosis yang diberikan sebanyak 2 kapsul. Pencapaian pemberian vitamin A ibu nifas di Kota Semarang tahun 2017 sebanyak 27.415 ibu nifas (104,8%) mengalami kenaikan dari tahun 2016 sebesar 108,9%.

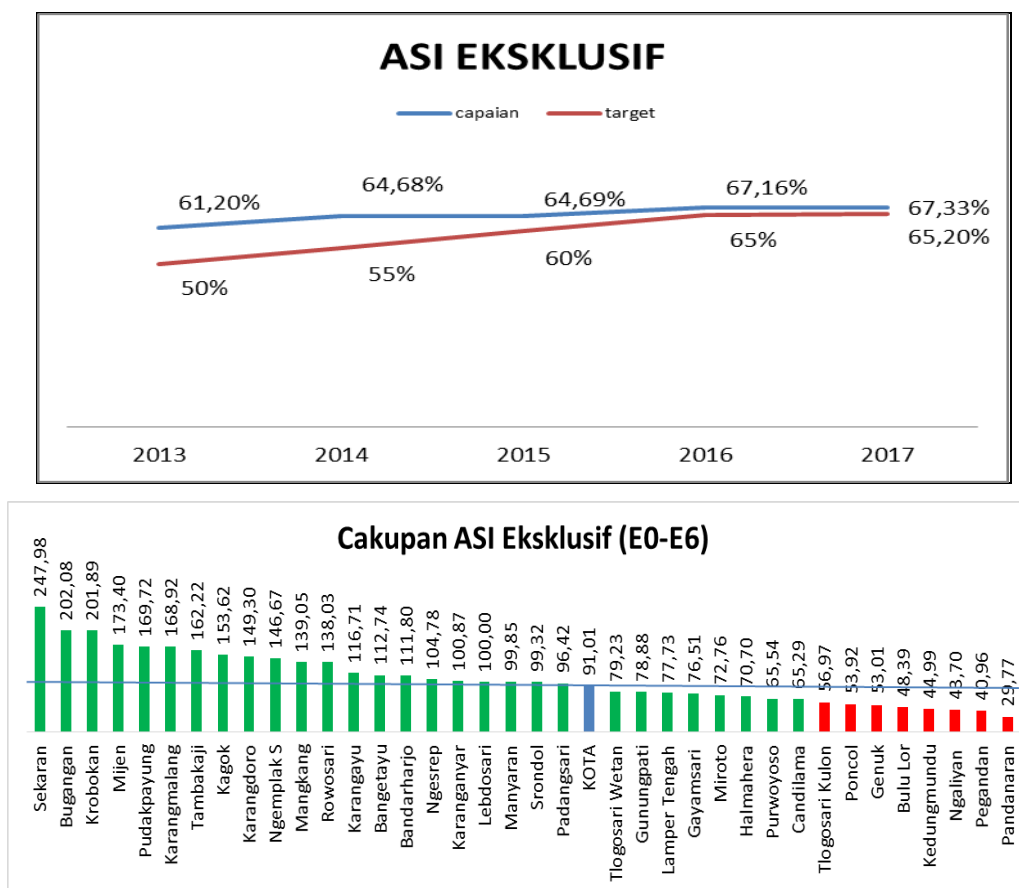
Berdasarkan data yang dilaporkan oleh Puskesmas diperoleh bahwa cakupan pemberian vitamin A pada bayi umur 6-11 bulan sebesar 100% dari 12.707 bayi yang ada. Sedangkan cakupan pemberian vitamin A yang diberikan 2 kali kepada anak balita (1-4 tahun) sebesar 100,01% atau 87.088 anak dari 87.083 sasaran anak balita yang ada.

3. Pemberian ASI Eksklusif

Pemberian ASI sangat perlu diberikan secara eksklusif sampai umur 6 (enam) bulan dan dapat dilanjutkan sampai anak berumur 2 (dua) tahun. ASI (Air Susu Ibu) merupakan salah satu makanan yang sempurna dan terbaik bagi bayi karena mengandung unsur-unsur gizi yang dibutuhkan oleh bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi guna mencapai pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal. Walaupun demikian masih terdapat kendala dalam pemantauan pemberian ASI Eksklusif karena belum ada sistem yang dapat diandalkan. Selama ini pemantauan tingkat pencapaian ASI Eksklusif dilakukan melalui laporan puskesmas yang diperoleh dari hasil wawancara pada waktu kunjungan bayi di Puskesmas.

Berdasarkan hasil laporan puskesmas tahun 2017, pemberian ASI Eksklusif pada bayi umur 0-6 bulan sejumlah 12.707 bayi atau 100 %. Pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan di Kota Semarang telah mencapai target Renstra Kota Semarang (65%). Sedangkan bila dibandingkan dengan pencapaian tahun 2016 ada peningkatan dari 67,16% menjadi 67,33 % pada tahun 2017, hal ini disebabkan karena adanya komitmen petugas kesehatan untuk membantu ibu yang mengalami kesulitan dalam menyusui, ada peningkatan pengetahuan ibu tentang manfaat menyusui dan cara menyusui yang tepat dan dukungan dari keluarga, serta dengan adanya sosialisasi terkait Peraturan Walikota Semarang (Perwal) No. 7 Tanggal 16 Januari 2013 tentang Program Peningkatan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Semarang.

Gambar 4.16 Cakupan Pencapaian ASI eksklusif di Kota Semarang Tahun 2017



Sumber : Seksi Gizi Bidang Kesga

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

E. PELAYANAN KESEHATAN USIA LANJUT (USILA)

Pelayanan kesehatan usila yang dimaksudkan adalah penduduk usia 60 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar oleh tenaga kesehatan baik di Puskesmas maupun di Posyandu Kelompok Usia Lanjut (Poksila). Cakupan kegiatan pelayanan kesehatan Usila di Kota Semarang pada tahun 2017 sebesar 102,96 % atau 189.699 orang dari 184.249 lansia yang ada, hal ini meningkat dari tahun 2016 sebesar 56,35%. Peningkatan ini disebabkan karena berkembangnya poksila aktif yang memberikan pelayanan kesehatan bagi lansia, berkembangnya jenis pelayanan konseling pada poksila aktif, meningkatnya

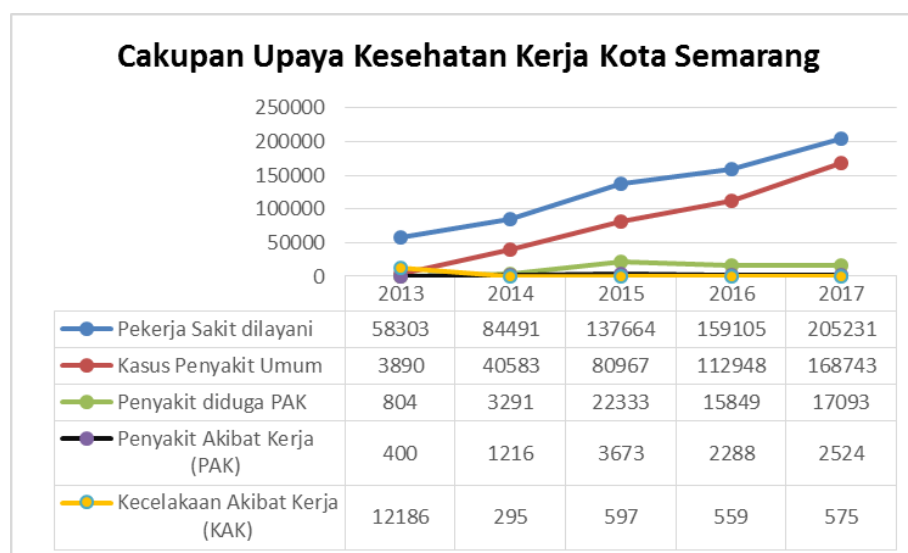
peran petugas puskesmas dan kemampuan kader poksila aktif dalam pemberdayaan masyarakat untuk mendukung kegiatan poksila aktif dan meningkatnya sosialisasi masyarakat lansia dengan berkembangnya jumlah organisasi masyarakat lansia.

F. PELAYANAN KESEHATAN PEKERJA

Berdasarkan UU nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan bab XII Kesehatan Kerja menyatakan bahwa kesehatan kerja bertujuan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan. Upaya Kesehatan Kerja sebagaimana dimaksud meliputi sektor formal dan informal.

Dari hasil laporan Puskesmas yang terdata Cakupan pelayanan kesehatan pekerja baik sektor formal maupun informal yang dilayani di Kota Semarang pada tahun 2017 sebanyak 205.231 terdiri dari kasus penyakit umum pada pekerja sebesar 168.743 (82,22%), kasus diduga karena penyakit akibat kerja pada pekerja sebesar 17.093 (8,33%), Kasus penyakit akibat kerja sebesar 2.524 (1,23%), kasus kecelakaan kerja sebesar 575 (0,28%) dan kasus lainnya sebesar 16.296 (7,94%). Gambaran cakupan pelayan kesehatan kerja dapat dilihat pada gambar 3.88.

Gambar 4.17 Cakupan Pelayanan Kesehatan Pekerja



Sumber Bidang Kesmas

G. PELAYANAN KESEHATAN KHUSUS

1. Sarana Kesehatan dengan Kemampuan Gawat Darurat

Sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat yang dapat diakses oleh masyarakat di Kota Semarang pada tahun 2017 sebanyak 37 sarana kesehatan (97,37%) yaitu 19 Rumah Sakit Umum (100%), 1 RS Jiwa (100%), 7 RS Khusus (87,5%) dan 11 puskesmas perawatan (100%).

2. Pelayanan Kesehatan Jiwa

Selain menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara umum, sarana kesehatan yang ada juga memberikan pelayanan terhadap kesehatan jiwa. Berdasarkan data yang berhasil didapat, pelayanan kesehatan jiwa pada Puskesmas dan Rumah Sakit di Kota Semarang pada tahun 2017 yang diwakili dengan jumlah kunjungan gangguan jiwa menunjukkan 30.834 kunjungan pasien. Namun demikian angka ini juga termasuk kunjungan gangguan jiwa bagi warga di luar Kota Semarang yang mendapatkan pelayanan di sarana kesehatan Kota Semarang dan belum semua sarana pelayanan kesehatan melaporkan data kasusnya.

H. KEADAAN KESEHATAN LINGKUNGAN

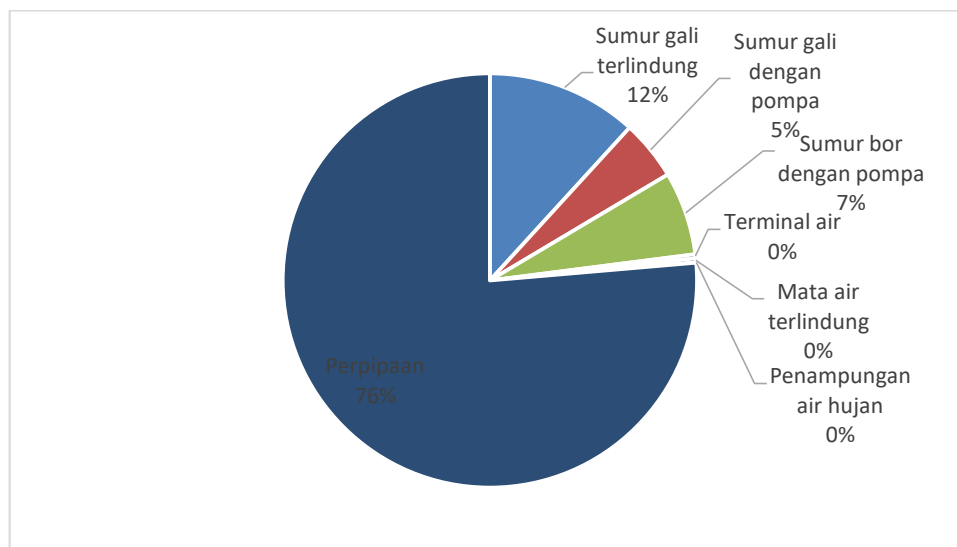
Lingkungan merupakan salah satu variabel yang perlu mendapat perhatian khusus dalam menilai kondisi kesehatan masyarakat. Bersama dengan faktor perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik, lingkungan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Untuk menggambarkan keadaan lingkungan, akan disajikan indikator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

1. Sarana Air Bersih dan Akses Air Mimum Berkualitas

a. Penduduk dengan akses berkelanjutan dengan air layak

Air adalah salah satu sumber kehidupan, dan setiap manusia memerlukan air bersih. Oleh karena itu air bersih harus selalu tersedia dalam jumlah yang cukup dan memenuhi syarat kesehatan (syarat fisik, kimiawi, dan bakteriologi). Tahun 2017 jumlah penduduk yang memiliki akses air minum sebesar 74,42%. Adapun cakupan prosentase air bersih menurut jenis sarananya adalah sebagai berikut:

Gambar 4.18 Grafik Pengguna Sarana Air Bersih Memenuhi syarat Menurut Jenis Sarana



Sumber: Seksi Kesling & Promkes Bidang Kesmas

Dari data yang ada, suplai air bersih rumah tangga terbesar di Kota Semarang berasal dari jalur perpipaan 76%, diikuti oleh sumur Gali terlindungi 12%.

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

b. Kualitas Air Minum di Penyelenggara Air Minum

Tahun 2017 jumlah sampel yang diperiksa dari penyelenggara air minum adalah 356 buah dari 358 penyelenggara air minum. Dari data tersebut yang memenuhi syarat fisik, bakteriologi, dan kimia sejumlah 387 unit (84,87%).

2. Sarana dan Akses Terhadap Sanitasi Dasar

a. Rumah Sehat

Rumah adalah kebutuhan dasar manusia, dan lingkungan yang sehat dapat berawal dari rumah yang sehat. Rumah tidak hanya sebatas tempat berteduh semata, rumah juga salah satu pembentuk karakter individu untuk berperilaku sehat. di Kota Semarang pada tahun 2017, jumlah rumah yang dibangun memenuhi syarat adalah 77,54% dari 88.350 rumah dibangun, dari jumlah tersebut diperoleh jumlah rumah yang sehat adalah 53,75 %.

b. Keluarga dengan Jamban Sehat

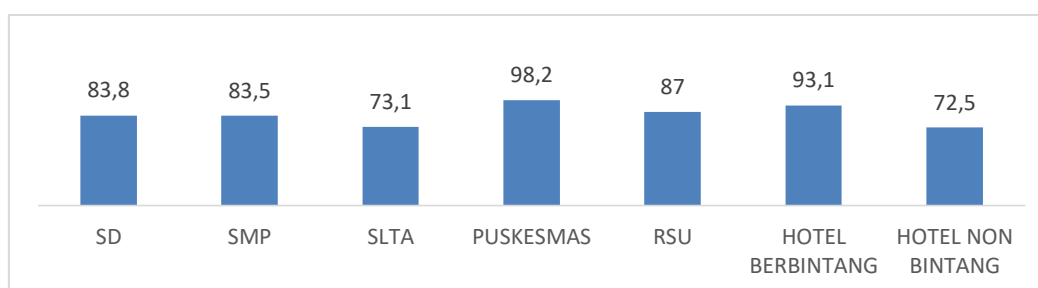
Jamban Sehat adalah salah satu syarat rumah sehat. Pengelolaan sebuah jamban yang memenuhi syarat kesehatan diperlukan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit. Berdasarkan laporan puskesmas, Jumlah penduduk dengan akses sanitasi layak sejumlah 1.221.200 atau 73,8%, dengan jumlah masing-masing sarana yang memenuhi syarat sebagai berikut; Jamban Komunal 1.847, Jamban Leher Angsa 306.887, Plengsengan 7.624, dan Jamban Cemplung 5.550.

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

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

Pengawasan sanitasi tempat umum meliputi sarana pendidikan, sarana kesehatan, hotel, dan tempat umum lain dilakukan sejumlah 1.087 TTU (97,8%) dari 1.112 TTU yang ada. Adapun yang memenuhi syarat kesehatan dapat digambarkan sebagai berikut;

Gambar 4.19 Grafik Cakupan TTU Yang Memenuhi Syarat Kesehatan Tahun 2017

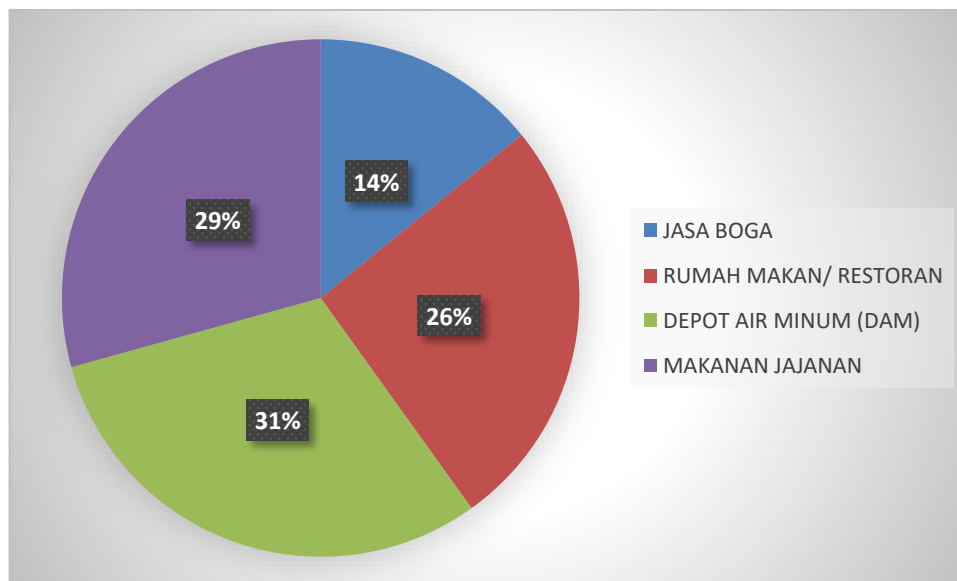


Sumber: Seksi Kesling & Promkes Bidang Kesmas

Sedangkan pengawasan tempat pengelolaan makanan meliputi Jasa boga, rumah makan/restoran, depot air minum, dan makanan jajanan. TPM yang memenuhi syarat

higiene sanitasi sejumlah 1.307 (83,78%) dari 1.560 TPM yang ada, dengan komposisi sebagai berikut,

Gambar 4.20 TPM Memenuhi Syarat Higiene Tahun 2017



Sumber: Seksi Kesling & Promkes Bidang Kesmas

I. KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT

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

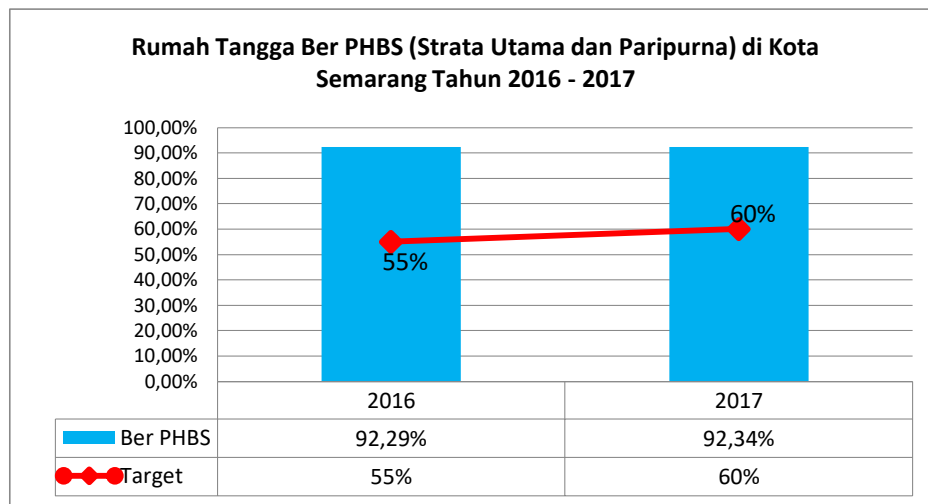
Perilaku masyarakat adalah faktor penyebab utama permasalahan kesehatan, sehingga masyarakat sendiri yang dapat menyelesaikan masalahnya dengan pendampingan/bimbingan pemerintah. Keterbatasan sumberdaya pemerintah dalam mengatasi permasalahan kesehatan semakin kompleks sedangkan masyarakat mempunyai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

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

Jumlah rumah tangga yang dilakukan survei PHBS tatanan rumah tangga tahun 2017 dilakukan pada 404.765 rumah tangga meningkat 0,68% jika dibandingkan dengan survey PHBS tahun 2016 sebanyak 402.035 rumah tangga. Survei PHBS tatanan rumah tangga tahun

2017 diperoleh hasil strata utama sebanyak 253.685 (71,08%) dan strata paripurna sebanyak 120.087 (29,67%), sehingga untuk strata PHBS tingkat kota adalah paripurna dengan nilai sebesar 92,34% sedangkan target nasional sebesar 60%. Perkembangan jumlah rumah tangga yang dilakukan survei PHBS dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 4.21 Rumah Tangga ber PHBS Kota Semarang



Sumber : Seksi Kesling & Promkes Bidang Kesmas

Dari data tersebut, target Kota Semarang sudah melebihi target nasional. Indikator PHBS yang menjadi permasalahan adalah : Kebiasaan merokok (46,54%), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (87,05%), ASI Eksklusif (79,39%), Aktifitas Fisik (81,42%) dan Timbang Balita (84,76%).

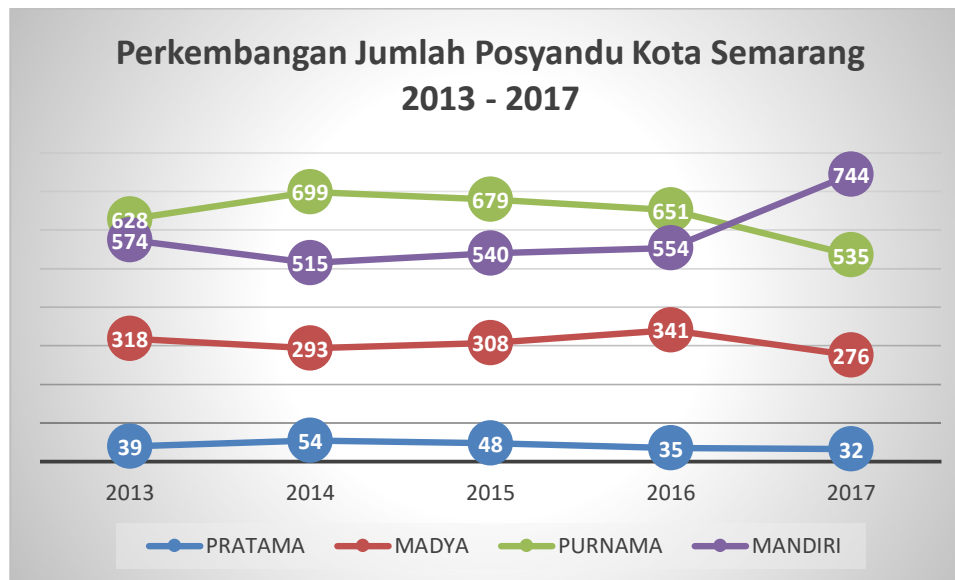
2. Posyandu Purnama dan Mandiri

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

Perkembangan Jumlah posyandu di Kota Semarang pada tahun 2017 sebanyak 1.587 posyandu bertambah 6 Posyandu sejak tahun pada tahun 2016, dengan posyandu aktif sejumlah 1.587 buah, Cakupan Posyandu Purnama tahun 2017 sebesar 33,71% (535) ,

Sedangkan Posyandu Mandiri di tahun 2017 adalah 46,88% (744) mengalami peningkatan dari pada Tahun 2016 yaitu 35,04% (554). Gambaran perkembangan strata posyandu terlihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 4.22 Grafik Perkembangan Strata Posyandu Kota Semarang



Sumber: Seksi Pemberdayaan Masyarakat & Gizi Bidang Kesmas

SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN KOTA SEMARANG

BAB V

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

A. SARANA KESEHATAN

Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat perlu didukung oleh adanya sarana kesehatan yang memadai dan memiliki kualitas pelayanan yang baik. Sarana kesehatan dasar yang ada di Kota Semarang pada tahun 2017 terdiri dari :

Tabel 5.1 Sarana Kesehatan Dasar di Kota Semarang

URAIAN	TAHUN				
	2013	2014	2015	2016	2017
1. RUMAH SAKIT UMUM:	15	15	18	19	19
2. RUMAH SAKIT KHUSUS	8	8	8	7	7
3. RUMAH BERSALIN	6	6	0	0	0
4. PUSKESMAS	37	37	37	37	37
Terdiri dari :					
a. PUSKESMAS PERAWATAN	12	12	12	11	11
b. PUSKESMAS NON PERAWATAN	25	25	25	26	26
5. PUSKESMAS PEMBANTU	35	35	35	35	37
6. LABORATORIUM KLINIK	34	30	28	26	26
7. KLINIK UTAMA	36	37	36	40	40
8. KLINIK PRATAMA	28	64	114	161	170
9. TOKO OBAT	23	20	23	20	39
10. INSTALASI FARMASI (IF)	1	1	1	1	1
11. SARANA REHABILITASI KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOBA	1	1	1	1	1
12. DOKTER UMUM PRAKTEK *	1.644	1.798	1.940	2.143	2.304
13. DOKTER SPESIALIS PRAKTEK*	730	745	828	897	1001
14. DOKTER GIGI PRAKTEK *	393	415	438	473	517
15. APOTEK	398	414	413	417	406

Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Laboratorium Kesehatan dan 4 spesialis dasar.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat, telah terdapat beberapa sarana pelayanan kesehatan yang telah dilengkapi oleh fasilitas laboratorium kesehatan dan 4 (empat) spesialis dasar. Kondisi yang ada di Kota Semarang pada tahun 2017, diketahui bahwa sarana kesehatan yang memiliki laboratorium kesehatan sebanyak 59 buah (100%) dan yang memberikan pelayanan 4 spesialis dasar sebesar 15 buah (93,75%). Sarana kesehatan tersebut terdiri dari : 16 Rumah Sakit Umum dengan fasilitas laboratorium kesehatan dan 4 spesialis dasar; 5 buah Rumah Sakit Khusus yang memiliki laboratorium kesehatan, 1 Rumah Sakit Jiwa, serta 37 puskesmas se-Kota Semarang telah seluruhnya dilengkapi oleh fasilitas laboratorium kesehatan sederhana

Sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat yang dapat diakses oleh masyarakat di Kota Semarang pada tahun 2017 sebanyak 37 sarana kesehatan (100%) yaitu 18 Rumah Sakit Umum (100%), 1 RS Jiwa (100%), 7 RS Khusus (87,5%) dan 11 puskesmas perawatan (100%).

Desa Siaga, merupakan desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan secara mandiri. Sebuah desa dikatakan menjadi desa siaga apabila desa tersebut telah memiliki minimal sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Jumlah desa/kelurahan siaga yang ada di Kota Semarang Tahun 2017 sebanyak 177 Kelurahan, artinya semua kelurahan di Kota Semarang telah menjadi kelurahan siaga.

Tabel 5.2 Kondisi bangunan & sarana pendukung puskesmas Kota Semarang tahun 2017

No	Sarana	Jumlah	Kondisi			
			Baik	Rusak ringan	Rusak sedang	Rusak berat
1	Puskesmas	37	34	0	3	0
2	Puskesmas pembantu	37	26	5	3	3
3	Rumah dinas (nakes)	46	14	11	4	17
4	Pusling roda 4	37	35	2	0	0

Sumber: Data Dasar Puskesmas

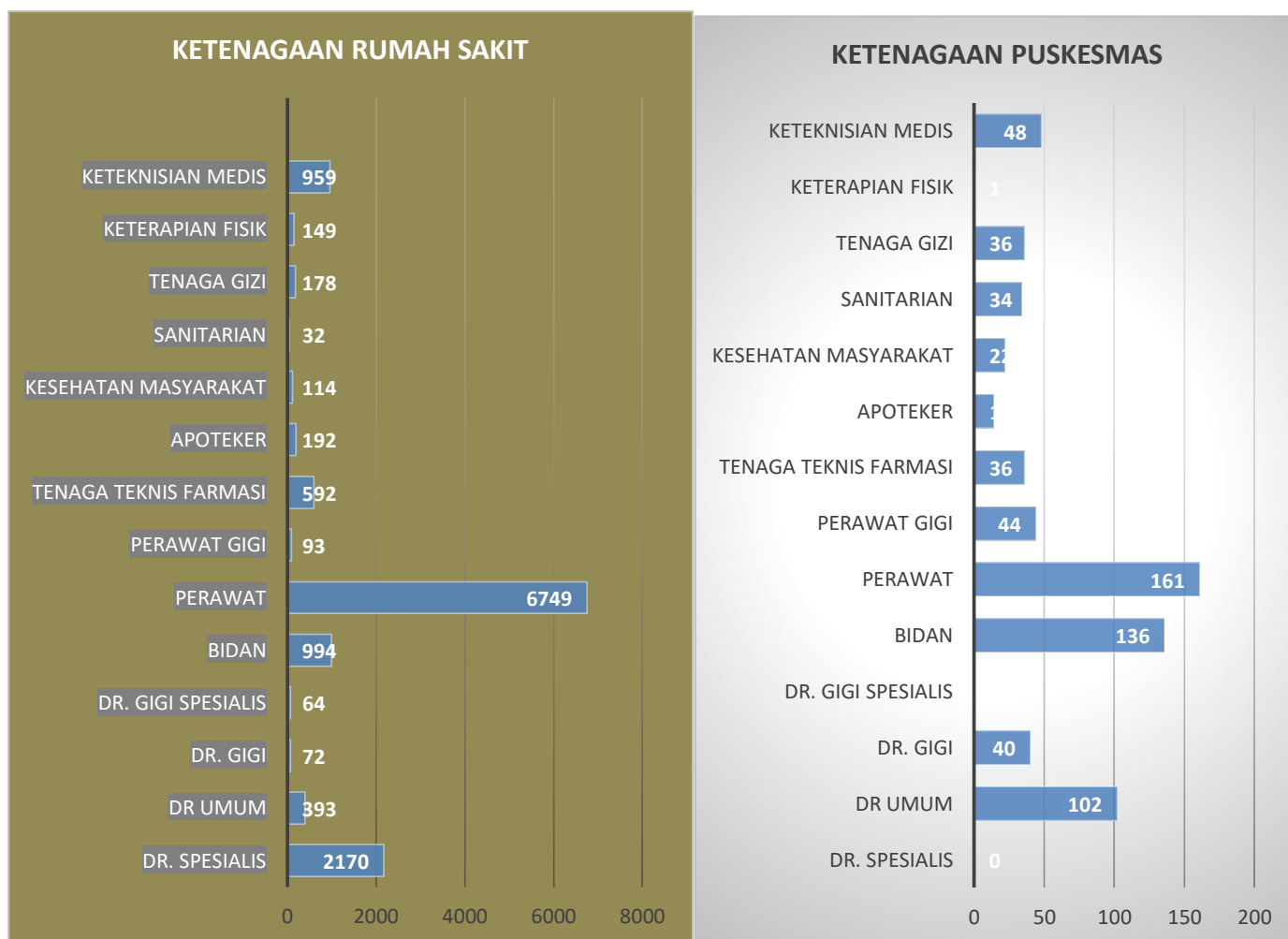
B. TENAGA KESEHATAN

Peningkatan kuantitas dan kualitas sumber daya manusia (SDM) dibidang kesehatan sangat diperlukan agar penyelenggaraan upaya kesehatan dapat berjalan dengan baik. Oleh

karena itu diperlukan, yang diharapkan mampu bekerja secara profesional dan selalu berusaha untuk mengembangkan kemampuan secara keilmuan dan ketrampilannya dalam rangka memberikan pelayanan yang optimal kepada masyarakat.

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

Gambar 5.1 : Grafik Data Tenaga Kesehatan di Kota Semarang Tahun 2017



Sumber : Sub Bag Umum Kepegawaian dan Bidang SDK

C. PERBEKALAN KESEHATAN

Ketersediaan Obat

Tingkat ketersediaan obat pada Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Tahun 2017 adalah 109 %. Angka tersebut diperoleh dari hasil pembagian antara jumlah persediaan obat dari seluruh sumber anggaran Tahun 2017 sebesar Rp. 10.218.528.827,00 dengan jumlah pemakaian obat selama Tahun 2017 sebesar Rp. 11.135.730.358,72. Perencanaan dan pengadaan obat di Kota Semarang tahun 2017 seluruh jenis obatnya adalah obat esensial dan generik sesuai dengan Pedoman Pengadaan Obat dari Kemenkes RI.

Tabel. 5.3 Tabel Ketersediaan Obat Tahun 2010 - 2017

No	Tahun	Pemakaian obat Puskesmas (Rp.)	Persediaan Obat (Rp.)	Ketersediaan Obat (%)
1	2010	4.937.400.129	7.124.472.650	144
2	2011	5.335.760.964,21	9.149.159.943	171
3	2012	6.086.186.497,81	9.633.264.965	158
4	2013	7.808.560.371,11	8.339.021.677	107
5	2014	9.688.802.285,02	10.679.726.524,96	110
6	2015	10.218.528.827,00	11.135.730.358,72	109
7	2016	17.473.069.713,33	25.645.507.843,33	147
8	2017	11.135.730.358,72	37.315.543.184,66	133

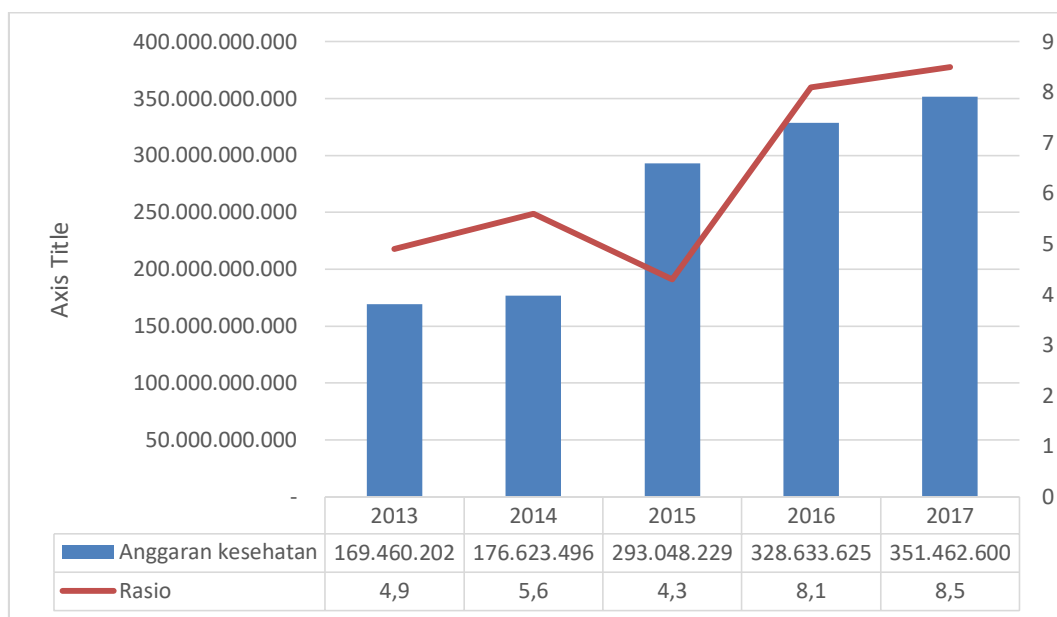
Sumber: Instalasi Farmasi

Sedangkan jumlah kunjungan resep seluruh Puskesmas tahun 2017 adalah 1.092.127 lembar, dengan rata-rata tiap bulan adalah 91.011 lembar.

D. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Tren alokasi anggaran Dinas Kesehatan Kota Semarang menunjukkan angka yang fluktuatif dari tahun 2013 s/d 2017 sebagai berikut:

Gambar 5.2 Grafik Perkembangan Alokasi Anggaran Dinas Kesehatan Kota Semarang & Rasio terhadap APBD Kota Semarang Tahun 2013 s/d 2017



Sumber: Subbag Perencanaan & Evaluasi

Alokasi anggaran kesehatan Kota Semarang pada tahun 2017 sebesar 351.462.600.397,- jika dibanding dengan anggaran tahun 2016 yang sebesar Rp. 328.633.625.527,- hal ini menunjukkan ada peningkatan. Alokasi dana ini terbagi atas: sumber APBD Kota Semarang sebesar Rp.321.377.144.397,- (91,44%); sumber APBN sebesar Rp. 30.085.456.000,- (8,56 %). Apabila dibandingkan dengan total APBD Kota Semarang yang sebesar Rp. 3.425.203.229.000,- terhadap total anggaran kesehatan bersumber APBD pada dinas Kesehatan adalah 9,38 %. Data secara lengkap dapat dilihat pada lampiran tabel 81.

KESIMPULAN

BAB VI

Berbagai upaya yang telah dilaksanakan dalam pembangunan kesehatan, antara lain upaya peningkatan dan perbaikan terhadap derajat kesehatan masyarakat, upaya pelayanan kesehatan, sarana kesehatan dan sumber daya kesehatan. Hasil-hasil kegiatan pembangunan kesehatan di semua wilayah kerja Puskesmas yang tersebar di 16 kecamatan di Kota Semarang selama periode 1 (satu) tahun tergambar dalam Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2017.

Secara umum upaya-upaya yang telah dilakukan dalam pembangunan kesehatan telah menunjukkan hasil yang cukup baik, namun masih ada beberapa program kesehatan yang belum mencapai hasil yang optimal. Keberhasilan maupun kekurangan dalam pencapaian upaya-upaya pembangunan kesehatan di Kota Semarang selama tahun 2017 adalah sebagai berikut :

1. **Jumlah kematian Ibu maternal**, berdasarkan laporan Puskesmas dan Rumah Sakit pada tahun 2017 sebanyak 23 kasus dengan jumlah kelahiran hidup (KH) sebanyak 26.052 orang atau 88,3 per 100.000 KH.
2. **Jumlah Kematian Bayi**, berdasarkan hasil laporan berbagai sarana pelayanan kesehatan yang terjadi di Kota Semarang Tahun 2017 sebanyak 197 dari 26.052 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 7,56 per 1.000 KH.
3. **Jumlah Kematian Balita** di Kota Semarang Tahun 2017 sebanyak 228 anak dari 26.052 kelahiran hidup sehingga Angka Kematian Balita (AKABA) Kota Semarang diperoleh sebesar 8,75 per 1.000 KH.
4. **Jumlah kasus bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR)** tahun 2017 sebesar 584 bayi (2,2%)
5. **Jumlah Balita dengan status bawah garis merah (BGM)** sebanyak 967 anak (1,1%) dari 89.070 balita yang datang dan ditimbang (D) di posyandu.
6. **Jumlah kasus gizi buruk balita** yang ditemukan tahun 2017 sejumlah 21 kasus.
7. **Jumlah penderita TB Paru** semua tipe yang ditemukan tahun 2017 sebesar 3.882 orang, kasus TB anak sejumlah 916 kasus. Angka kesembuhan tahun 2016 sebesar 68,4%.
8. **Jumlah kasus HIV** yang ditemukan tahun 2017 sebesar 534 orang, sedangkan jumlah kasus **AIDS** pada tahun 2017 sebanyak 33 orang, dan tidak ada kasus yang meninggal.

9. **Jumlah kasus pneumonia** umur < 1 th tahun 2017 adalah 2.688 orang, umur 1 - 4 th sebanyak 6.638. Sedangkan untuk kasus pneumonia berat umur < 1 th sebesar 68 balita, dan umur 1-4 tahun sebanyak 192 anak.
10. **Jumlah penderita kusta** yang ditemukan tahun 2017 adalah 33 kasus, dengan tipe kusta PB ada 3 kasus (9%) dan tipe MB ada 30 kasus (91%).
11. **Jumlah kasus diare**, tahun 2017 sebanyak 38.766 kasus, untuk penderita umur <1 tahun sebesar 4.372 kasus, umur 1-4 tahun sebesar 9.130 kasus, umur > 5 tahun sebesar 25.578 kasus.
12. **Jumlah kasus tetanus neonatorum (TN)**, tidak ditemukan kasus pada tahun 2017. Dengan cakupan TT bumil tahun 2016 sebanyak 52,1%.
13. **Jumlah kasus difteri** tahun 2017 sebanyak 2 kasus, dan tidak ditemukan penderita yang meninggal.
14. **Jumlah kasus campak** yang ditemukan pada tahun 2017 sejumlah 143 kasus.
15. **Jumlah kasus polio**, dengan kasus AFP tahun 2017 sejumlah 9 kasus.
16. **Jumlah kasus malaria**, tahun 2017 sebesar 33 kasus, dengan API sebesar 0,02.
17. **Jumlah kasus demam berdarah** pada tahun 2017 sebanyak 299 kasus dengan jumlah meninggal 8 orang. IR DBD adalah 18,14 ‰ dan CFR DBD adalah 0 %.
18. **Jumlah kasus Chikungunya** yang terjadi pada tahun 2017 sebesar 1 kasus.
19. **Jumlah kasus Rabies (GHPR)** yang terjadi di tahun 2017 sebanyak 37 kasus.
20. **Jumlah kasus leprospirosis** yang terjadi pada tahun 2017 sebesar 55 kasus dengan jumlah kematian 14 kasus, angka CFR adalah 25%.
21. **Jumlah kasus flu burung** yang terjadi pada tahun 2017 ditemukan 1 suspek flu burung.
22. **Jumlah Kasus Penyakit tidak menular** tertinggi pada penyakit DM sebesar 17.037 kasus.
23. **Cakupan kunjungan ibu hamil K4** Kota Semarang pada tahun 2017 adalah 28.060 (97,57%).
24. **Jumlah persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan** di Kota Semarang pada tahun 2017 adalah 26.148 (100%) dari 26.148 ibu bersalin.
25. **Jumlah pelayanan ibu nifas yang mendapat pelayanan kesehatan** adalah pada tahun 2017 adalah 26.148 orang atau 99,98% dari total ibu nifas yang berjumlah 26.154 orang.
26. **Jumlah pelayanan komplikasi maternal**, pada tahun 2017 jumlah kasus komplikasi yang ditangani sebesar 1.098 kasus.
27. **Pelayanan Neonatal komplikasi yang dilayani/ditangani** pada tahun 2017 sebesar 3.253 kasus atau 83,2 % dari total perkiraan 3.908 perkiraan neonatal risti.

28. **Cakupan kunjungan neonatus (KN 1)** tingkat Kota Semarang tahun 2017 adalah 25.573 atau (98,2%) dari 26.052 bayi lahir hidup.
29. **Cakupan kunjungan bayi** di Kota Semarang pada tahun 2017 adalah 25.619 atau 98,1% dari 26.107 bayi yang ada.
30. **Pelayanan kesehatan balita minimal 8 kali** di peroleh cakupan tahun 2017 adalah 81.577 atau (94,34%) dari 86.468 balita yang ada.
31. **Cakupan deteksi dini tumbuh kembang (DDTK) anak balita** tingkat Kota Semarang pada tahun 2017 sebanyak 81.577 (94,34%) bayi ditimbang dari total balita yang dilaporkan berjumlah 86.468 balita.
32. **Pelayanan kesehatan pada siswa SD kelas 1 dan sederajat** yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di tingkat puskesmas pada tahun 2017 diperoleh hasil sebanyak 26.049 murid SD atau 100% dari 26.049 murid SD yang dilaporkan.
34. **Cakupan bayi yang diimunisasi DPT3 + HB3** pada tahun 2017 sebesar 26.865 (103%), dengan Cakupan imunisasi campak sebesar 24.859 (95,25%).
35. **Cakupan kunjungan pelayanan kesehatan** pada tahun 2017 total kunjungan tingkat Kota Semarang pada unit rawat jalan Puskesmas & RS sebesar 2.800.741 kunjungan, sedangkan untuk kunjungan rawat inap sebesar 276.874 kunjungan.
36. **Pencapaian hasil kinerja Rumah Sakit** di Kota Semarang meliputi : BOR (57,8%) ; LOS (5,1 hari) ;TOI (3,7 hari) ; GDR (5,6 %) ; NDR (2,3 %) dari data yang ada.
37. **Pelayanan kesehatan gigi dan mulut** yang dilaksanakan di puskesmas pada tahun 2017 meliputi pelayanan tumpatan gigi tetap sejumlah 7.888 kasus, pencabutan gigi tetap 8.813 kasus, dengan rasio untuk tumpatan/pencabutan dibandingkan pencabutan gigi sebesar 0,9.
38. **Pelayanan UKGS di sekolah dasar**, dilaksanakan pemeriksaan kesehatan gigi terhadap 26.049 siswa (100%), dari total 26.049 anak SD/MI. Dari jumlah tersebut terdapat 26.474 siswa perlu perawatan. Berkaitan dengan kegiatan sikat gigi massal, diperoleh hasil sejumlah 599 SD/MI telah melakukan kegiatan tersebut dari total 599 SD/MI yang dilaporkan.
39. **Jumlah pelayanan kesehatan masyarakat miskin**, melalui program Jamkesmaskot pemanfaatan (utility) pelayanan sebanyak 9.365 orang, miskin data base 6.002 orang (64,08%) miskin non data base 3.363 orang (35,91%), dengan jumlah kunjungan 21.004.
40. Cakupan pemberian Fe30 bumil sebesar 97 % , dan Fe 90 sebesar 98, 59 % dari sasaran bumil yang ada.

41. Cakupan pemberian vitamin A pada bayi umur 6-11 bulan sejumlah 12.707 bayi atau sebesar 100% dari 12.707 bayi yang ada. Sedangkan cakupan pemberian vitamin A yang diberikan 2 kali kepada anak balita (1-4 tahun) 87.088 anak atau 100.01% dari 87.083 sasaran anak balita yang ada. Bagi ibu nifas diperoleh cata cakupan pemberian vitamin A sebesar 104,8% atau sebanyak 27.415 ibu nifas.
42. Cakupan pemberian ASI Eksklusif pada bayi umur 0-6 bulan sejumlah 12.707 bayi atau 100% dari 12.707 bayi yang ada.
43. **Cakupan pelayanan kesehatan Usila** di Kota Semarang pada tahun 2017 sejumlah 189.699 (102,96%) dari 184.249 usila yang ada.
44. **Cakupan pelayanan kesehatan pekerja** baik sektor formal maupun informal yang dilayani di Kota Semarang pada tahun 2017 sebanyak 205.231 orang.
45. **Jumlah sarana kesehatan yang memiliki laboratorium** kesehatan sebanyak 59 buah (100%) dan yang memberikan pelayanan 4 spesialis dasar sebesar 15 buah (93,75%).
46. **Sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat** yang dapat diakses oleh masyarakat di Kota Semarang pada tahun 2017 sebanyak 37 sarana kesehatan (100%).
47. **Jumlah desa/kelurahan siaga** yang ada di Kota Semarang Tahun 2017 sebanyak 177 Kelurahan.
48. **Jumlah PHBS tatanan rumah tangga** dengan strata utama 253.685 (71,08%), strata paripurna 120.087 (29,67%).
49. **Jumlah Posyandu** tahun 2017 1.587 buah, dengan strata posyandu purnama 535 (33,71%), posyandu mandiri 744 (46,88%).
50. **Tingkat ketersediaan obat** sesuai dengan Pelayanan Kesehatan dasar di Puskesmas tahun 2017 adalah 109%.
51. **Alokasi anggaran kesehatan Kota Semarang** pada tahun 2017 sebesar Rp. 351.462.600.397,- dengan rasio terhadap APBD Kota Semarang sebesar 9,38%.

--@@--

Lampiran Tabel Profil

A w