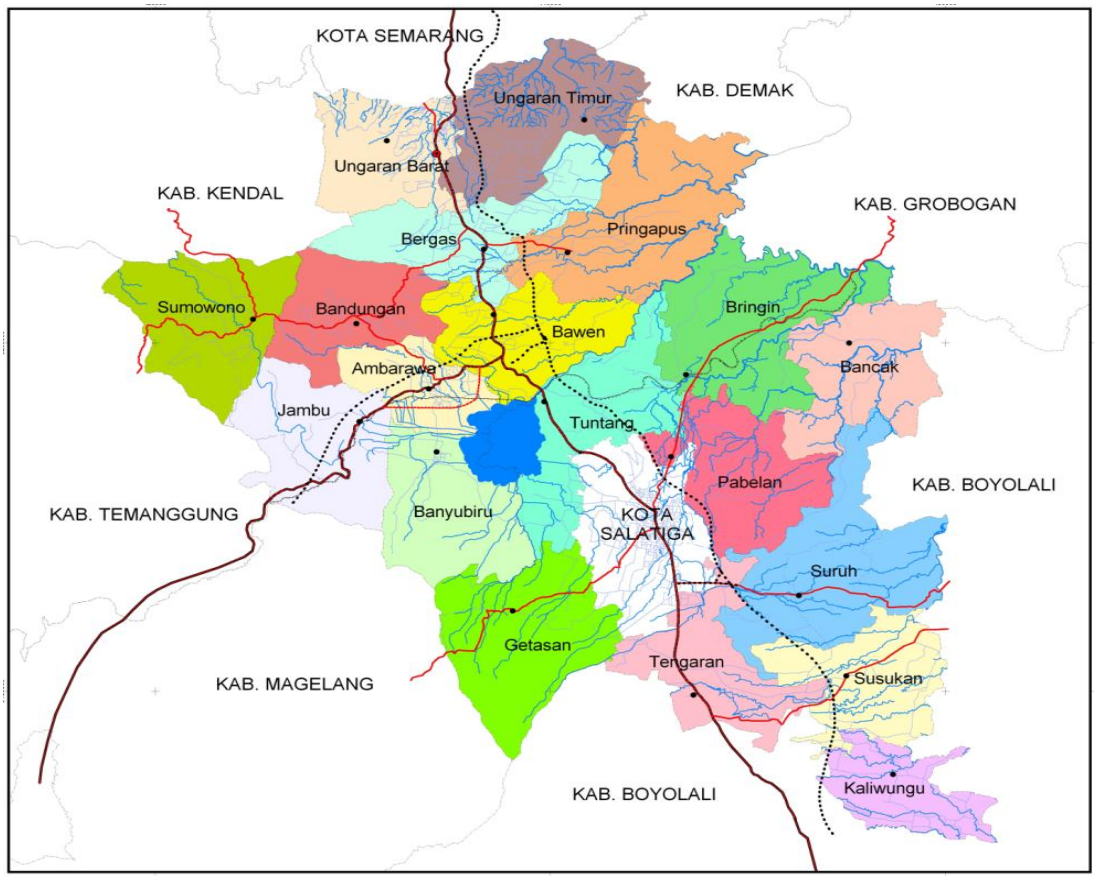
BAB I

DEMOGRAFI

Gambar 1.1 Peta Kabupaten Semarang



Kabupaten Semarang adalah salah satu Kabupaten otonom di Provinsi Jawa Tengah secara geografis terletak pada posisi 110º 14’ 54,75” - 110º 39” 3” Bujur Timur dan 7º 3 ’57 “ - 7º 30 ’0 “ Lintang Selatan, dengan batas-batas administratif sebagai berikut:

1. Sebelah Utara : Kota Semarang dan Kabupaten Demak
2. Sebelah Timur : Kabupaten Grobogan dan Kabupaten Boyolali
3. Sebelah Selatan : Kabupaten Boyolali dan Kabupaten Magelang
4. Sebelah Barat : Kabupaten Temanggung dan Kabupaten Kendal
5. Bagian Tengah : Terletak Kota Salatiga

Luas wilayah Kabupaten Semarang adalah 95.020,674 hektar atau sekitar 2,92% dari luas Provinsi Jawa Tengah. Secara administratif wilayah

Kabupaten Semarang terdiri dari 19 Kecamatan yang terdiri dari 208 desa dan 27 Kelurahan.

Kabupaten Semarang diuntungkan secara geografis mengingat posisinya yang strategis terletak di jalur-jalur penghubung segitiga pusat perkembangan wilayah Jogjakarta, Solo dan Semarang (Joglosemar). Posisi strategis tersebut merupakan kekuatan yang dapat dijadikan sebagai modal pembangunan daerah.

A. KEADAAN PENDUDUK

Berdasarkan data dari Disdukcapil Kabupaten Semarang semester I tahun 2025, Jumlah penduduk Kabupaten Semarang adalah 1.096.122 jiwa dengan perbandingan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 546.703 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 549.419 jiwa. Dari tahun ke tahun jumlah penduduk Kabupaten Semarang mengalami peningkatan yang dapat dilihat dalam tabel berikut:

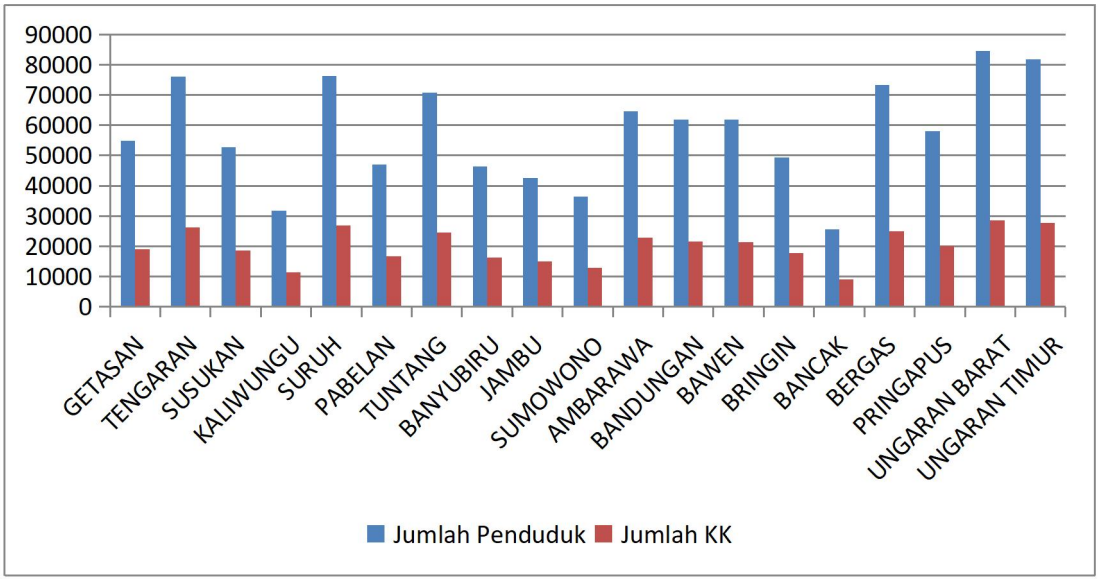
Tabel 1.1 Jumlah Penduduk Kabupaten Semarang Tahun 2021 – 2025

TAHUN	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	JUMLAH
2021	526.047	526.292	1.052.339
2022	527.721	529.244	1.056.965
2023	534.203	536.376	1.070.579
2024	541.447	543.749	1.085.196
2025	546.703	549.419	1.096.122

Sumber : - Disdukcapil Kabupaten Semarang Tahun 2021 – 2025

Berikut adalah sebaran penduduk berdasarkan Kecamatan yang ada di Kabupaten Semarang, dimana jumlah penduduk terbanyak ada di wilayah Kecamatan Ungaran Barat sebanyak 84.550 jiwa dan jumlah penduduk paling sedikit ada di Kecamatan Bancak sebanyak 25.582 jiwa.

Gambar 1.2 : Sebaran Penduduk berdasarkan Kecamatan tahun 2025

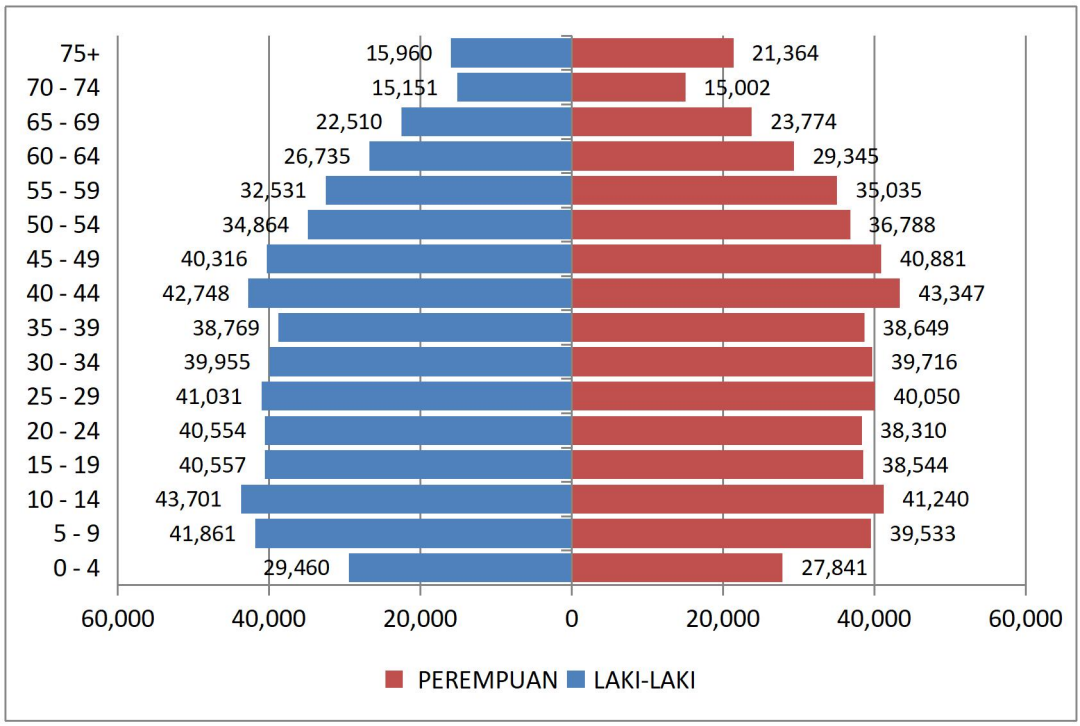


Sumber: Disdukcapil Kabupaten Semarang tahun 2025 Smt 1

Perbandingan antara jumlah penduduk laki-laki dengan perempuan dapat dilihat pada grafik piramida penduduk berdasarkan kelompok umur di bawah ini, dimana jumlah penduduk terbesar ada pada kelompok umur 40-44 tahun sebanyak 86.095 jiwa yang terdiri dari Jumlah laki-laki sebanyak 42.748 jiwa dan perempuan sebanyak 43.347 jiwa.

Rasio jenis kelamin di Kabupaten Semarang tahun 2025 adalah sebesar 99,51 yang berarti bahwa dalam 100 penduduk laki-laki terdapat 100 penduduk perempuan atau dapat diartikan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan sama. Sedangkan perbandingan antara jumlah penduduk usia produktif (usia 15 – 64) tahun dengan usia non-produktif (usia 0 – 14 dan ≥ 65) tahun menghasilkan Angka Beban Tanggungan (*Dependency Ratio*) sebesar 44,47. Angka Beban Tanggungan ini termasuk tinggi yang berarti bahwa setiap 100 penduduk usia produktif harus menanggung 44 penduduk usia non produktif.

Gambar 1.3. Piramida penduduk menurut jenis kelamin dan kelompok umur di Kabupaten Semarang Tahun 2025



Sumber: Disdukcapil Kabupaten Semarang

B. INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA (IPM)

IPM tersusun dari tiga aspek dasar pembangunan manusia yaitu aspek kesehatan yang bermakna mempunyai umur panjang diwakili oleh indikator harapan hidup, aspek pendidikan yang digambarkan oleh indikator harapan lama sekolah dan rata-rata lama sekolah serta dimensi perekonomian yang bermakna kehidupan yang layak digambarkan dengan kemampuan daya beli. Ketiga aspek tersebut dianggap mampu untuk merepresentasikan pembangunan manusia di suatu wilayah.

Perkembangan komponen kesehatan digambarkan dengan indikator angka harapan hidup. AHH adalah perkiraan banyaknya tahun yang dapat ditempuh oleh seseorang selama hidup. Pada tahun 2024 AHH Kabupaten Semarang meningkat menjadi 75,67 tahun dibandingkan tahun 2023 sebesar 75,13 tahun.

Perkembangan komponen pendidikan meliputi dua indikator yaitu Angka harapan lama Sekolah (HLS) didefinisikan sebagai lamanya sekolah (dalam tahun) yang diharapkan akan dirasakan oleh anak pada umur tertentu di masa mendatang. Sedangkan komponen kedua yaitu Rata-rata Lama sekolah yang didefinisikan sebagai jumlah tahun yang digunakan oleh penduduk untuk bersekolah formal. Nilai RLS Kabupaten semarang pada tahun 2024 adalah 8,16 tahun yang bermakna penduduk kabupaten Semarang usia 25 tahun ke atas hanya mampu bersekolah hingga menjelang kelas 8 (kelas 2 SMP). Sedangkan Nilai HLS pada tahun 2024 sebesar 13,06 yang menjelaskan bahwa anak-anak di Kabupaten Semarang yang baru duduk dibangku Sekolah dasar (SD) pada tahun 2024 diharapkan akan mampu terus bersekolah sampai jenjang perguruan tinggi semester 1.

Tabel 1.2 Perkembangan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kabupaten Semarang tahun 2023 - 2025

Indikator IPM	IPM Kabupaten Semarang		
	2023	2024	2025
Angka Harapan Hidup saat Lahir - AHH (Tahun)	75,95	76,15	76,45
Harapan Lama Sekolah - HLS (Tahun)	13,05	13,06	13,23
Rata-rata Lama Sekolah - RLS (Tahun)	8,07	8,16	8,17
Pengeluaran per Kapita Disesuaikan - PPP (Ribu Rupiah)	12.943	13.377	13.923
Indeks Pembangunan Manusia	75,13	75,67	76,40

Sumber : https://semarangkab.bps.go.id/id/statistics-table/2/ODIjMg==/ipm-kabupaten semarang.html

Perkembangan IPM Kabupaten Semarang setiap tahun meningkat yaitu pada tahun 2025 mencapai 76,40 dimana angka tersebut masuk dalam kategori Tinggi.

BAB II
FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DAN UKBM

A. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat dan/ atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan kepada perseorangan ataupun masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

Dalam pasal 165 Fasilitas Pelayanan Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan meliputi :

1. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, berupa Puskesmas, klinik pratama dan praktik mandiri tenaga medis atau tenaga kesehatan.
2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut, berupa Rumah Sakit, klinik utama, balai kesehatan dan praktik mandiri tenaga medis atau tenaga kesehatan
3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Penunjang

Berdasarkan pasal 165 Fasilitas Pelayanan Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan Masyarakat. Adapun kondisi ketersediaan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan menurut kepemilikan di Kabupaten Semarang adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Jumlah Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan
di Kabupaten Semarang tahun 2025

No	Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit Umum	6
2	Puskesmas	26
3	Klinik Pratama	61
4	Klinik Utama	11
5	Tempat Praktik Mandiri Dokter	114
6	Tempat Praktik Mandiri Dokter gigi	39
7	Tempat Praktik Mandiri Dokter Spesialis	8
8	Tempat Praktik Mandiri Bidan	113

No	Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah
9	Tempat Praktik Mandiri Perawat	21
10	Unit Pengelola Darah	1
11	Laboratorium Kesehatan	2
12	Industri Farmasi	1
13	Industri Obat Tradisional/Ekstrak bahan alam (IOT/IEBA)	2
14	Produksi Alat Kesehatan	1
15	Pedagang Besar Farmasi (PBF)	1
16	Apotek	149
17	Toko Obat	8
18	Toko Alkes	1

Sumber : Tim kerja Yanjamkes

B. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT

1. Akreditasi Puskesmas

Untuk mewujudkan penyelenggaraan kesehatan sesuai standar tersebut maka diadakanlah akreditasi. Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan kepada Fasilitas Kesehatan bahwa pelayanan yang diselenggarakan sudah sesuai dengan standar. Pelaksanaan akreditasi dilaksanakan setiap 5 (lima) tahun sekali oleh Lembaga Penyelenggaran akreditasi sebagai perpanjangan tangan dari Kementerian Kesehatan. Strata akreditasi, ditetapkan dalam beberapa kategori dengan urutan dari paling tinggi yaitu Paripurna, Utama, Madya, Dasar dan tidak terakreditasi.

Status akreditasi Puskesmas di Kabupaten Semarang di Tahun 2025 ini masih sama dengan status akreditasi yang dilakukan di tahun 2023. Pada tahun 2023 tersebut ada perubahan standar akreditasi yang semula 9 (Sembilan Bab) menjadi 5 (lima Bab). Telah dilakukan survey reakreditasi bagi 26 puskesmas yang ada di kabupaten Semarang menggunakan standar akreditasi yang baru dengan tingkat kelulusan 23 puskesmas lulus dengan status paripurna dan 3 puskesmas berstatus Utama sebagaimana tabel berikut :

Tabel 2.2 Tabel status Akreditasi Puskesmas di Kabupaten Semarang tahun 2023

No	Nama Puskesmas	Akreditasi sebelumnya	Akreditasi th. 2023
1	Getasan	Madya	Paripurna
2	Jetak	Madya	Paripurna
3	Tengaran	Utama	Paripurna
4	Susukan	Utama	Paripurna
5	Kaliwungu	Madya	Paripurna
6	Suruh	Paripurna	Paripurna
7	Dadapayam	Madya	Paripurna
8	Pabelan	Madya	Utama
9	Semowo	Madya	Paripurna
10	Bancak	Madya	Paripurna
11	Bringin	Madya	Paripurna
12	Tuntang	Madya	Paripurna
13	Banyubiru	Madya	Paripurna
14	Gedangan	Madya	Paripurna
15	Sumowono	Paripurna	Paripurna
16	Jambu	Madya	Paripurna
17	Ambarawa	Madya	Paripurna
18	Bawen	Dasar	Utama
19	Jimbaran	Madya	Paripurna
20	Duren	Madya	Paripurna
21	Bergas	Madya	Paripurna
22	Pringapus	Madya	Paripurna
23	Lerep	Utama	Paripurna
24	Leyangan	Madya	Utama
25	Kalongan	Madya	Paripurna
26	Ungaran	Utama	Paripurna

Sumber : Tim kerja Yanjamkes

2. Pemenuhan Sumber Daya Puskesmas

   Penyelenggaraan Puskesmas perlu penataan untuk meningkatkan aksesibilitas, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu, menjadi suatu hal yang penting bagi setiap Puskesmas untuk memenuhi standar agar pelayanan dapat dilakukan secara optimal. Pelayanan terstandar yang harus dilaksanakan oleh setiap Peraturan Menteri Kesehatan No. 19 tahun 2024 tentang Puskesmas adalah meliputi beberapa aspek yaitu :

   a. Lokasi

      Lokasi pendirian Puskesmas harus memenuhi persyaratan seperti geografis, akses transportasi menjangkau Puskesmas, fasilitas parkir dan keamanan, serta tidak didirikan di sekitar Saluran Udara Tegangan Tinggi (SUTT) dan Saluran Udara Tegangan Ekstra Tinggi (SUTET).

   b. Bangunan

      Puskesmas dikatakan memiliki pelayanan sesuai standar jika memiliki beberapa ruang/ruangan yang menunjang kerja Puskesmas. Bangunan-bangunan ini harus tersedia sehingga pelayanan Puskesmas berjalan secara optimal.

   c. Prasarana

      Puskesmas harus memiliki prasarana yang baik sehingga kegiatan operasional Puskesmas dapat berjalan dengan baik. Contoh prasarana yang harus dimiliki Puskesmas diantaranya sistem ventilasi, pencahayaan, sanitasi, listrik, komunikasi, gas medik, proteksi petir dan kebakaran, pengendalian bising, sistem transportasi vertical (untuk Puskesmas lebih dari 1 lantai), kendaraan Puskesmas keliling, dan ambulans. Keberadaan prasarana ini harus dilakukan perawatan, pemeliharaan, dan pengecekan secara berkala agar keberadaannya dapat dipastikan berfungsi dengan baik.

   d. Peralatan

      Penyelenggaraan Puskesmas perlu penataan untuk meningkatkan aksesibilitas, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu, menjadi suatu hal yang penting bagi setiap Puskesmas untuk memenuhi

standar agar pelayanan dapat dilakukan secara optimal. Pelayanan terstandar yang harus dilaksanakan oleh setiap Puskesmas yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 19 tahun 2024 tentang Puskesmas adalah meliputi beberapa aspek diantaranya adalah kelengkapan peralatan yang dimiliki Puskesmas.

Puskesmas harus memiliki peralatan lengkap dan harus memenuhi persyaratan standar mutu, kemanan, dan keselamatan, memiliki izin edar serta diuji dan dikalibrasi secara berkala.

Monitoring pemenuhan sarana prasarana dan alat Kesehatan dilakukan menggunaan aplikasi ASPAK dengan tingkat pemenuhann 60% dan divalidasi updating oleh dinas Kesehatan 100%. Kelengkapan kepemilikan Puskesmas pada tahun 2025 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.3 Kelengkapan Kepemilikan Sarana,Prasarana dan alat Kesehatan di Puskesmas tahun 2025

No	PUSKESMAS	KELENGKAPAN			Kumulatif
		Sarana	Prasarana	Alkes	
1	GETASAN	95,35	47,17	17,09	59,23
2	JETAK	85,71	37,74	13,95	52,21
3	TENGARAN	93,02	48,08	34,53	65,13
4	SUSUKAN	95,35	43,14	39,88	67,94
5	KALIWUNGU	58,14	39,62	52,41	53,99
6	SURUH	86,05	37,04	31,95	59,51
7	DADAPAYAM	64,29	50,98	45,26	55,34
8	PABELAN	95,35	50	37,31	67,6
9	SEMOWO	90,48	35,85	12,08	53,65
10	TUNTANG	71,43	42,59	36,64	54,63
11	GEDANGAN	85,71	46,3	35,8	61,81
12	BANYUBIRU	66,67	47,17	43,08	55,28
13	JAMBU	61,9	48,15	51,88	56,52
14	SUMOWONO	95,35	27,78	46,38	69
15	AMBARAWA	71,43	44,44	53,56	61,58
16	DUREN	85,71	39,62	42,23	63,71
17	BAWEN	85,71	40,74	34,4	60,69
18	JIMBARAN	71,43	37,04	27,02	50,23
19	BRINGIN	95,35	55,56	52,56	74,25
20	BANCAK	95,35	50	14,88	58,63
21	PRINGAPUS	80,95	50	63,75	70,98
22	BERGAS	92,86	48,15	33,06	64,47

No	PUSKESMAS	KELENGKAPAN			Kumulatif
		Sarana	Prasarana	Alkes	
23	LEYANGAN	69,05	37,04	35,41	52,39
24	LEREP	85,71	34,62	28,52	57,73
25	UNGARAN	71,43	38,18	34,99	53,53
26	KALONGAN	85,71	43,75	35,8	61,55

Sumber : Tim kerja Yanjamkes

e. Ketenagaan

Sumber daya manusia di Puskesmas terdiri dari tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Jumlah sumber daya manusia Puskesmas ditentukan berdasarkan analisis beban kerja, sesuai dengan jumlah pelayanan yang diberikan, jumlah penduduk di wilayah kerja, pembagian waktu kerja, dll. Tenaga kesehatan di Puskesmas harus bekerja sesuai standar profesi, standar pelayanan, standard prosedur operasional, etika profesi, menghormati hak pasien serta mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien dengan memperhatikan keselamatan dan kesehatan dirinya dalam bekerja.

f. Perizinan dan Registrasi

Puskesmas harus memiliki izin operasional yang dikeluarkan pemerintah daerah setempat dan masih berlaku. Puskesmas juga harus memiliki kode Puskesmas yang diberikan Pusat Data dan Teknologi Informasi (PUSDATIN) Kementrian Kesehatan Republik Indonesia setelah Puskesmas melakukan registrasi

g. Penyelenggaraan

Penyelenggaraan Puskesmas mengacu pada SOTK yang ditetapkan Kepala Dinas Kesehatan, meliputi PJ, Administrasi Manajemen, PJ Upaya Kesehatan Masyarakat, PJ Upaya Kesehatan Perorangan dan PJ Mutu dan Keselamatan Pasien. Dalam pelaksanaannya mengikuti regulasi terkait Puskemas dan standar akreditasi yang berlaku.

Kabupaten Semarang memiliki 68 puskesmas pembantu dan semua puskesmas di Kabupaten Semarang memiliki layanan puskesmas keliling, tetapi hanya 12 puskesmas yang memiliki armada puskesmas keliling, selebihnya memanfaatkan *ambulance* sebagai sarana puskesmas keliling.

3. Perkembangan Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap

   Berdasarkan Keputusan Bupati Nomor: 445/0750/2018 tentang Kategori Puskesmas di Kabupaten Semarang Berdasarkan Karakteristik wilayah Kerja dan kemampuan Penyelenggaraan, Puskesmas Non rawat inap yang ada di Kabupaten Semarang sebanyak 15 Puskesmas.

   Pada tahun 2023, ada 10 puskesmas rawat inap dan 16 puskesmas non rawat inap dikarenakan 1 puskesmas telah berganti status kemampuan penyelenggaraannya.

   Di tahun 2024, 1 puskesmas rawat inap yaitu Puskesmas Pringapus berganti status kemampuan penyelenggaraannya dari Puskesmas rawat inap menjadi Puskesmas non rawat inap. Sehingga total puskesmas di Kabupaten Semarang yaitu sejumlah 9 Puskesmas rawat inap dan 17 Puskesmas non rawat inap.

   Selain klasifikasi puskesmas berdasarkan kemampuan penyelengaraannya, Puskesmas juga dibagi berdasarkan karakteristik wilayah kerjanya yaitu Puskesmas Pedesaan, Perkotaan, terpencil dan sangat terpencil. Di Kabupaten Semarang kategori Puskesmas hanya terbagi menjadi 2 (dua) yaitu Puskesmas Pedesaan sebanyak 22 puskesmas dan Puskesmas perkotaan sebanyak 4 Puskesmas.

Tabel 2.4 Puskesmas Berdasarkan Karakteristik Wilayah Kabupaten Semarang tahun 2025

No	Puskesmas Pedesaan	Puskesmas Perkotaan
1	Puskesmas Getasan	Puskesmas Ambarawa
2	Puskesmas Jetak	Puskesmas Bergas
3	Puskesmas Tengaran	Puskesmas Bawen
4	Puskesmas Susukan	Puskesmas Ungaran
5	Puskesmas Kaliwungu	
6	Puskesmas Suruh	
7	Puskesmas Dadapayam	
8	Puskesmas Pabelan	
9	Puskesmas Semowo	
10	Puskesmas Tuntang	

No	Puskesmas Pedesaan	Puskesmas Perkotaan
11	Puskesmas Gedangan	
12	Puskesmas Banyubiru	
13	Puskesmas Jambu	
14	Puskesmas Sumowono	
15	Puskesmas Duren	
16	Puskesmas Jimbaran	
17	Puskesmas Bringin	
18	Puskesmas Bancak	
19	Puskesmas Pringapus	
20	Puskesmas Kalongan	
21	Puskesmas Lerep	
22	Puskesmas Leyangan	

Sumber : Tim kerja Yanjamkes

4. Puskesmas dengan Upaya Kesehatan Kerja dan Olah Raga

Upaya Kesehatan Kerja (UKK) adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk melindungi dan meningkatkan derajat kesehatan pekerja agar mampu bekerja secara optimal tanpa mengorbankan kesehatan dan keselamatannya.

Pelaksanaan Upaya Kesehatan Kerja di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang meliputi :

1. Pemeriksaan kesehatan PTM dengan bekerjasama lintas program Tim Kerja Pencegahan Penyakit Tidak Menular, Identifikasi bahaya dan penilaian risiko di tempat kerja (lingkungan dinas kesehatan) selain itu juga melaksanakan penilaian risiko di beberapa Institusi Kabupaten Semarang,
2. Penyuluhan dan Pendidikan Kesehatan Kerja yang dikemas dalam pertemuan edukatif kepada seluruh karyawan di tingkat dinas dan tingkat puskesmas
3. Pemeliharaan fasilitas sistim proteksi kebakaran seperti inspeksi APAR
4. Pembinaan Upaya Kesehatan Kerja (UKK) di sektor informal merupakan salah satu strategi dalam meningkatkan derajat kesehatan pekerja di

masyarakat, khususnya pada kelompok usaha informal yang memiliki keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan kerja. Pos UKK berperan sebagai wadah pemberdayaan masyarakat pekerja dalam upaya promotif dan preventif di bidang kesehatan kerja. Pada tahun 2025, jumlah Pos UKK di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang tercatat sebanyak 72 Pos UKK aktif, dimana 53 Pos UKK di antaranya telah mendapatkan pembinaan dari puskesmas. Pembinaan ini dilakukan secara berkelanjutan melalui pendampingan teknis, peningkatan kapasitas kader, serta pemantauan pelaksanaan kegiatan di lapangan. Kegiatan yang telah berjalan di Pos UKK meliputi pemeriksaan kesehatan bagi pekerja, yang bertujuan untuk mendeteksi dini faktor risiko penyakit, khususnya penyakit tidak menular. Selain itu, juga dilaksanakan penyuluhan dan edukasi kesehatan kerja, yang mencakup materi tentang keselamatan kerja, penggunaan alat pelindung diri (APD), serta perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan kerja. Melalui kegiatan tersebut, diharapkan Pos UKK dapat menjadi sarana efektif dalam meningkatkan kesadaran dan kemandirian pekerja sektor informal dalam menjaga kesehatan dan keselamatan kerja, serta mendukung terciptanya lingkungan kerja yang aman, sehat, dan produktif.

5. Pembinaan di Sektor Formal

   Selain pembinaan pada sektor informal melalui Pos UKK, Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang juga melaksanakan pembinaan di sektor formal dengan sasaran utama pekerja, khususnya pekerja perempuan, melalui program Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP). Program ini merupakan salah satu upaya strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan pekerja perempuan sekaligus mendukung peningkatan produktivitas kerja.

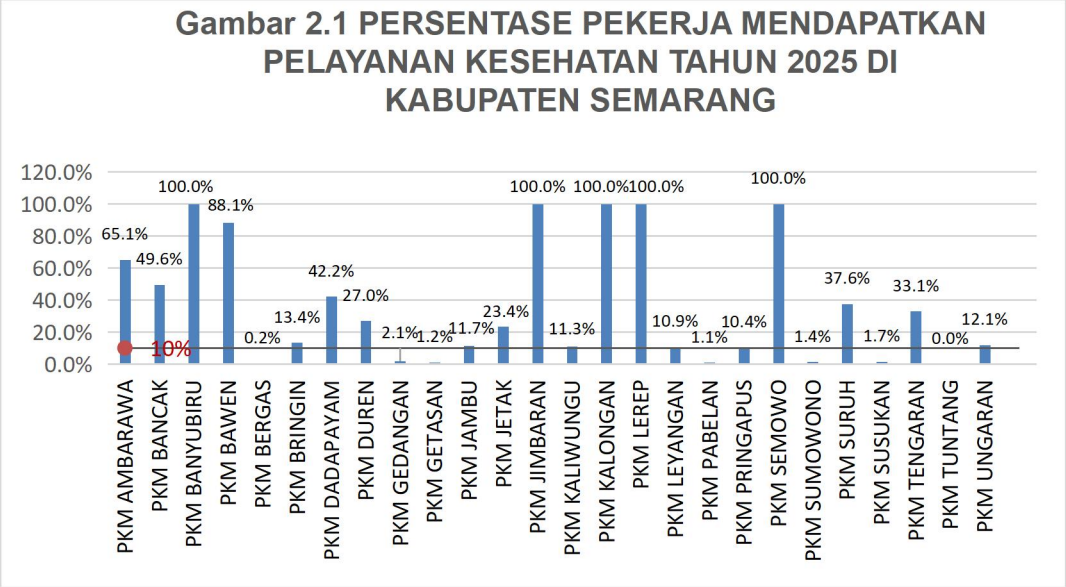
   GP2SP merupakan gerakan yang melibatkan berbagai pihak, antara lain pemerintah, masyarakat, pemberi kerja, serta serikat pekerja/serikat buruh, untuk bersama-sama meningkatkan kepedulian terhadap kesehatan pekerja perempuan. Program ini berfokus pada upaya promotif dan preventif, seperti peningkatan status gizi, kesehatan reproduksi, pencegahan penyakit tidak menular, serta pembudayaan perilaku hidup

sehat di lingkungan kerja. Dengan pelaksanaan program ini, diharapkan dapat terwujud pekerja perempuan yang sehat, produktif, serta mampu mendukung kualitas generasi penerus.

Di Kabupaten Semarang, implementasi GP2SP telah dilaksanakan sejak tahun 2010 oleh perusahaan-perusahaan yang menjadi binaan Dinas Kesehatan. Keberlanjutan program ini menunjukkan adanya komitmen dari berbagai pihak dalam mendukung kesehatan pekerja perempuan. Pada tahun 2025, telah dilakukan tinjauan ulang (monitoring) terhadap 10 perusahaan guna mengevaluasi penerapan program GP2SP, meliputi aspek kebijakan perusahaan, pelaksanaan kegiatan kesehatan, serta keterlibatan pekerja dalam program tersebut. Melalui kegiatan pembinaan dan monitoring ini, diharapkan perusahaan dapat terus meningkatkan kualitas pelaksanaan GP2SP, sehingga tercipta lingkungan kerja yang sehat, aman, dan mendukung kesejahteraan pekerja perempuan secara berkelanjutan.

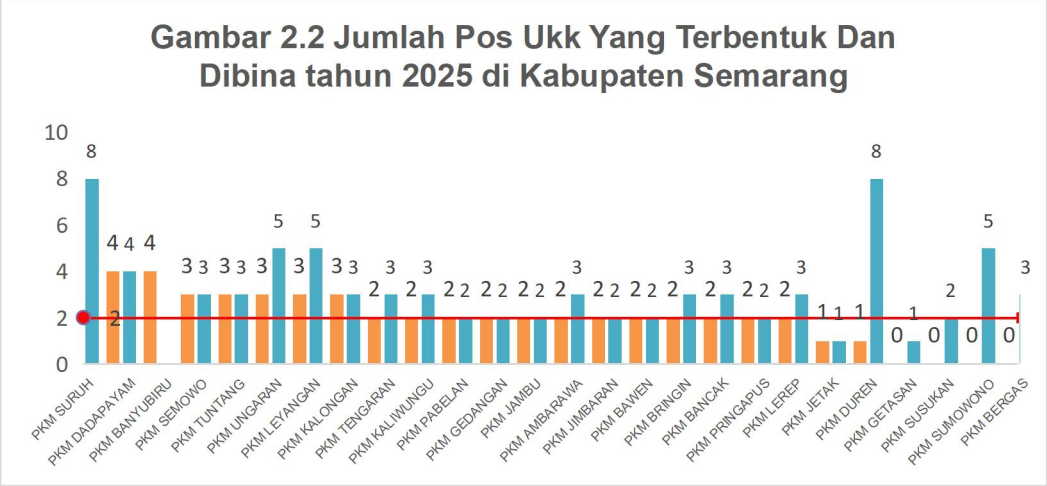
6. Identifikasi bahaya dan penilaian risiko di tempat kerja.
7. Penyuluhan dan Pendidikan Kesehatan Kerja
8. Pengawasan lingkungan kerja (fisik, kimia, biologi, ergonomi).

   Melakukan Self Assment K3 di Institusi yaitu dilaksanakannya inspeksi Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) sesuai dengan instrumen masing-masing. Untuk Perkantoran menggunakan instrumen K3 Perkantoran, sedangkan untuk Puskesmas/Fasyankes menggunakan instrumen Self Assesment K3 Fasyankes yang sudah disesuaikan berdasarkan laporan pada Aplikasi microsite.kemkes.



Sumber: Tim kerja PL&Kerjaor

Pada tahun 2025 persentase pekerja mendapatkan pelayanan kesehatan kerja dari 26 puskesmas terdapat 19 Puskesmas yang sudah mencapai nilai minimal (puskesmas melaksanakan pelayanan kesehatan pada pekerja minimal 10% dari total seluruh pekerja formal & informal di wilayah kerja puskesmas).

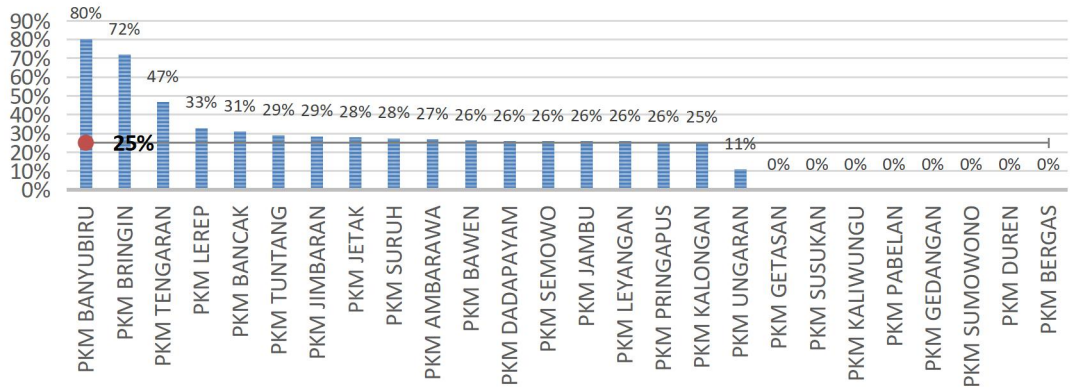


Sumber: Tim kerja PL&Kesjaor

Pada tahun 2025 pembinaan Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) yang terbentuk dan terbina dari 26 Puskesmas terdapat 20 Puskesmas yang

sudah memenuhi kriteria minimal (puskesmas melaksanakan pembinaan/pembentukan Pos UKK minimal 2 Pos).

Gambar 2.3 Persentase Tempat Kerja Formal Melaksanakan Kesehatan Kerja tahun 2025 di Kabupaten Semarang



Sumber: Tim kerja PL&Kerjaor

Pada tahun 2025 persentase tempat kerja formal yang melaksanakan kesehatan kerja dari 26 Puskesmas terdapat 17 Puskesmas yang sudah memenuhi kriteria minimal (puskesmas melaksanakan pembinaan tempat kerja formal minimal 25% dari total tempat kerja formal yang ada di wilayah puskesmas).

Tabel 2.5 Data Dokter terlatih Penyakit Akibat Kerja tahun 2025 di Kabupaten Semarang

No	Nama Puskesmas	Pelayanan Penyakit Akibat Kerja	
		Pelaporan	Dokter Terlatih Pak
1	Getasan	√	-
2	Jetak	√	-
3	Tengaran	√	√
4	Susukan	√	-
5	Kaliwungu	√	-
6	Suruh	√	-
7	Dadapayam	√	√
8	Pabelan	√	-

No	Nama Puskesmas	Pelayanan Penyakit Akibat Kerja	
		Pelaporan	Dokter Terlatih Pak
9	Semowo	√	√
10	Bancak	√	-
11	Bringin	√	√
12	Tuntang	√	√
13	Banyubiru	√	√
14	Gedangan	√	-
15	Sumowono	√	-
16	Jambu	√	-
17	Ambarawa	√	√
18	Bawen	√	-
19	Jimbaran	√	-
20	Duren	√	-
21	Bergas	√	-
22	Pringapus	√	-
23	Lerep	√	√
24	Leyangan	√	-
25	Kalongan	√	-
26	Ungaran	√	-

Sumber: Tim kerja PL&Kerjaor

Pada tahun 2025 pelayanan penyakit akibat kerja dari 26 Puskesmas terdapat 9 Puskesmas yang sudah memenuhi syarat kriteria minimal (Terdapat Dokter yang sudah pernah mengikuti pelatihan Penyakit Akibat Kerja atau Dokter dengan SKDI lulusan diatas tahun 2012). 17 Puskesmas yang belum tersedia dokter terlatih PAK hanya bisa melakukan screening penyakit akibat kerja dengan diagnosa “terduga” dan tidak bisa merujuk ke tahap selanjutnya.

Dari pelaporan diatas masih ada beberapa puskesmas yang belum memenuhi syarat, hal ini disebabkan karena pada tahun 2025 sedang ada sinkronisasi dari Aplikasi SITKO ke Aplikasi Microsite sehingga pengisian masih ada beberapa kendala.

Upaya Kesehatan Olahraga (UKOR) adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kebugaran, mencegah penyakit, dan mendukung performa fisik masyarakat melalui aktivitas fisik dan olahraga yang terencana dan teratur.

Program ini bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui aktivitas fisik, mencegah penyakit tidak menular (PTM) seperti diabetes, hipertensi, dan obesitas, Selain itu program ini mendukung tumbuh kembang anak, produktivitas remaja dan dewasa, serta kesehatan lansia.

Program yang dilaksanakan pada tahun 2025 meliputi

1. Penyuluhan manfaat aktivitas fisik dan olahraga.

   Penyuluhan manfaat aktifitas fisik dan olahraga dilaksanakan secara daring dan luring untuk tingkatan puskesmas kepada kelompok olahraga yang dibina, masyarakat sampai dengan tingkat Sekolah Dasar yang dikemas menjadi satu dengan Pengukuran Kebugaran Jasmani.
2. Senam

   Pelaksanaan kegiatan senam dan peregangan dilakukan secara rutin setiap hari Jumat (1 kali dalam satu minggu) sebagai bagian dari upaya peningkatan kebugaran jasmani pegawai. Kegiatan ini dilaksanakan secara terkoordinasi baik di tingkat Dinas Kesehatan maupun di seluruh Puskesmas di wilayah Kabupaten Semarang. Senam dan peregangan bertujuan untuk menjaga kesehatan fisik, meningkatkan produktivitas kerja, serta mengurangi risiko penyakit tidak menular akibat kurangnya aktivitas fisik. Selain itu, kegiatan ini juga menjadi sarana untuk mempererat kebersamaan dan meningkatkan semangat kerja antar pegawai.Pemeriksaan kebugaran jasmani secara berkala.
3. Pengukuran Kebugaran Jasmani

   Pengukuran kebugaran jasmani masyarakat, calon jamaah haji, karyawan dan tes kebugaran jasmani anak sekolah tingkat Sekolah Dasar. Pada tahun 2025 terdapat 26 Puskesmas dari 26 Puskesmas di wilayah Kabupaten semarang melaksanakan program Kesehatan Olahraga (SIPGAR 2025).

C. KLINIK

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialistik. Berdasarkan jenis pelayanannya klinik terbagi menjadi klinik pratama dan klinik utama. Klinik Pratama adalah klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus, sedangan klinik utama adalahklinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialistik atau pelayanan medik dasar dan spesialistik.

Pada tahun 2025, di Kabupaten Semarang terdapat 71 klinik dengan rincian 10 klinik utama dan 61 klinik Pratama.

D. RUMAH SAKIT

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit dapat berbentuk rumah sakit statis, rumah sakit bergerak atau rumah sakit Lapangan. Rumah sakit statis adalah Rumah Sakit yang didirikan di suatu lokasi dan bersifat permanen untuk jangka waktu lama dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawatdaruratan.

Di Kabupaten Semarang terdapat 6 (enam) buah Rumah sakit yang seluruhnya adalah berbentuk Rumah Sakit statis dan memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit (rumah sakit umum). Berdasarkan kelas Rumah sakit, di Kabupaten Semarang ada 4 rumah sakit dengan kelas Rumah Sakit C yaitu RSUD dr. Gondo Suwarno, RSUD dr Gunawan Mangunkusumo, RSU Ken Saras dan RS Attiin Hospital . Terdapat 2 RS tipe D yaitu RS Bina Kasih dan RS Kusuma Ungaran. Semua rumah sakit di wilayah kabupaten Semarang sudah terakreditasi rumah sakit dengan status akreditasi paripurna. Jumlah Rumah Sakit berdasarkan Jenis, jumlah tempat tidur kelas dan status akreditasi Tahun 2025 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.6 Rumah Sakit berdasarkan Jenis, Jumlah Tempat Tidur, Kelas dan Status Akreditasi tahun 2025

No	Rumah Sakit	Jenis Rumah Sakit	Jumlah Tempat Tidur	Kelas Rumah Sakit	Status Akreditasi
1	RSUD dr. Gondo Suwarno	Umum	188	C	Paripurna
2	RSUD dr. Gunawan mangunkusumo	Umum	244	C	Paripurna
3	RSU Ken Saras	Umum	199	C	Paripurna
4	RSU Bina Kasih	Umum	65	D	Paripurna
5	RSU Kusuma	Umum	50	D	Paripurna
6	RS At-Tin	Umum	100	C	Paripurna

Sumber : Tim kerja Yanjamkes

E. UNIT TRANSFUSI DARAH (UTD)

Unit Transfusi Darah (UTD) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan donor darah, penyediaan darah, dan pendistribusian darah. Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) adalah suatu unit pelayanan di Rumah Sakit yang bertanggung jawab atas tersedianya darah untuk transfusi yang aman, bermutu, dan dalam jumlah yang cukup untuk mendukung pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Dalam pemenuhan kebutuhan darah di Kabupaten Semarang terdapat satu Unit Tranfusi Darah (UTD) yaitu PMI cabang Kabupaten Semarang, dan 2 (dua) bank Darah yaitu di RSUD GondoSuwarno dan RSUD Gunawan Mangunkusumo.

F. UPAYA KESEHATAN BERSUMBER DAYA MASYARAKAT (UKBM)

1. Posyandu

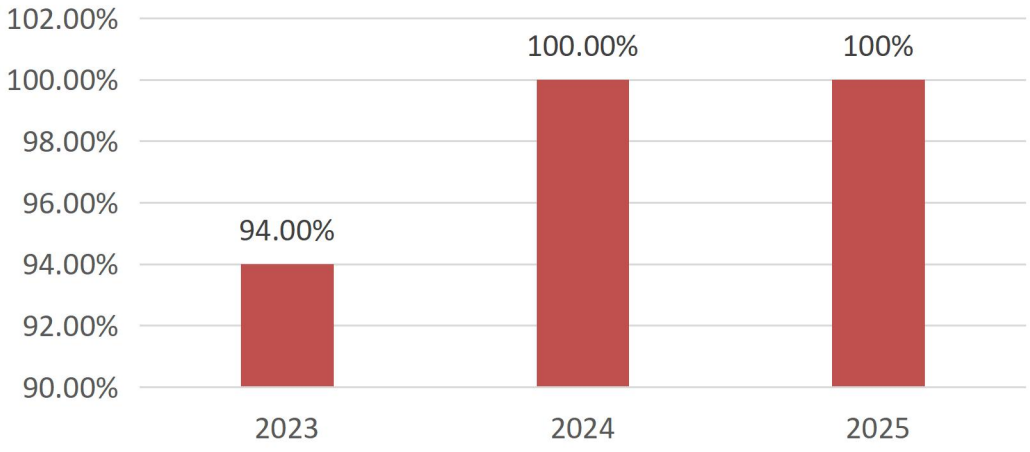
Posyandu pada awalnya merupakan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar, sosial dasar, untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB. Saat ini telah dikeluarkan Permendagri nomor 13 Tahun 2024 tentang Pos Pelayanan Terpadu. Disebutkan dalam Permendagri ini bahwa posyandu merupakan bagian dari lembaga kemasyarakatan desa/ lembaga kemasyarakatan kelurahan sebagai wadah partisipasi masyarakat yang merupakan mitra pemerintah desa/ kelurahan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan pembangunan serta meningkatkan pelayanan desa. Tugas posyandu juga tidak terbatas hanya kesehatan namun terdapat 6 standar pelayanan minimal bidang pendidikan; kesehatan; pekerjaan umum; perumahan rakyat; ketentraman, ketertiban umum dan perlindungan masyarakat; dan sosial.

Tugas posyandu dalam bidang kesehatan meliputi dukungan pelaksnaan posyandu seluruh siklus hidup. Penjabaran tugas posyandu bidang kesehatan meliputi dukungan: penggerakan kunjungan posyandu bagi sasaran ibu, bayi, balita, anak usia pra sekolah, usia sekolah remaja, dewasa dan lanjut usia; penyuluhan kesehatan dan gizi ibu, bayi, balita, anak usia pra sekolah, usia sekolah remaja, dewasa dan lanjut usia; deteksi dini masalah kesehatan ibu, bayi, balita, anak usia pra sekolah, usia sekolah remaja, dewasa dan lanjut usia ; rujukan ke unit kesehatan desa/ kelurahan atau pusat kesehatan masyarakat bagi ibu, bayi, balita, anak usia pra sekolah, usia sekolah remaja, dewasa dan lanjut usia; pemantauan perilaku kepatuhan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan minimal, melaksanakan pengobatan hipertensi, diabetes, tuberculosis dan gangguan jiwa serta menjaga kesehatan lingkungan rumah; dan penjangkauan akses imunisasai, vitamin A, dan tablet tambah darah. Menurut Permendagri nomor 13 tahun 2024, Pembina posyandu

adalah Tim Pembina Posyandu. Di Kabupaten Semarang, tim pembina posyandu masih Tim pokjanal posyandu berdasarkan Keputusan Bupati Semarang nomor 400.10.3.1/0031/2024 tentang Perubahan atas Keputusan Bupati nomor 411.4/0154/2023 tentangPembentukan Kelompok Kerja Opersional Pos Pelayanan Terpadu di Kabupaten Semarang. Posyandu tidak lagi dkategorikan dalam strata pratama, madya, purnama dan mandiri namun hanya dikategorikan menjadi posyandu aktif dan posyandu tidak aktif. Berdasarkan Pedoman pengelolaan posyandu bidang kesehatan tahun 2023, pemantauan pelaksanaan posyandu dilakukan berdasarkan indikator keberhasilan untuk mencapai tujuan posyandu aktif dan terintegrasi. Posyandu dikatakan aktif jika memenuhi kriteria: melakukan kegiatan rutin posyandu minimal 1 kali dalam satu bulan; memberikan pelayanan kesehatan minimal untuk ibu hamil dan atau balita dan atau remaja dan atau usia dewasa dan atau usia lanjut; serta memiliki minimal 5 orang kader.

Capaian Posyandu Aktif Kabupaten Semarang tahun 2023 – 2025 dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

Gambar 2.4 Persentase Posyandu Aktif Kabupaten Semarang Tahun 2023-2025



Sumber: Tim Kerja Promkes dan Pemberdayaan Masyarakat

Diketahui bahwa capaian posyandu aktif mengalami peningkatan dalam tiga tahun terakhir. Pada tahun 2023 kriteria posyandu aktif yaitu posyandu strata purnama dan mandiri sedangkan mulai tahun 2024 kriteri

posyandu aktif mengacu pada pedoman posyandu bidang kesehatan diatas. Capaian posyandu aktif mengalami peningkatan kemungkinan karena adanya peningkatan pembinaan lintas sektor dan lintas program terhadap pelaksanaan program posyandu. Pembinaan lintas sektor dari TP PKK, Dispermasdes, serta Dinas Kesehatan. Pada tahun 2025 Dinas Kesehatan melakukan pembinaan serta evaluasi melalui lomba posyandu serta pendampingan Integrasi Layanan Primer di posyandu dengan melibatkan Tim Pembina Posyandu Kabupaten Semarang.

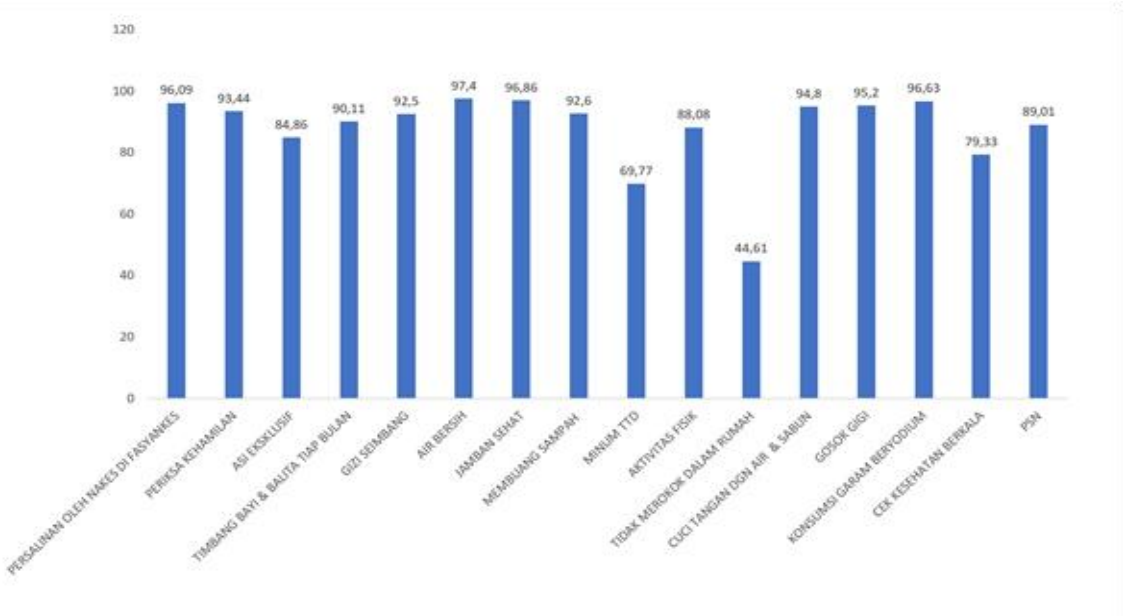
Saat ini posyandu melaksanakan layanan seluruh siklus hidup yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Bupati Semarang secara bertahap mulai 2024 sampai dengan 2026. Penetapan posyandu ILP bidang kesehatan tahun 2025 berdasarkan Keputusan Bupati Semarang nomor 400.7.27/0002/2025 tentang Penetapan Puskesmas, Puskesmas pembantu/ pos kesehatan desa dan posyandu ILP Bidang Kesehatan Tahun 2025. Hal ini dimaksud agar ada dukungan dari pemerintah desa/ kelurahan yang diwujudkan dalam bentuk dukungan dana desa untuk kader posyandu, alat tulis, kartu pencatatan, peralatan posyandu, pemberian makan tambahan, serta peningkatan kapasitas kader posyandu. Sistem pelaporan yang terintegrasi dalam aplikasi komdat Kesmas Kemenkes juga memungkinkan posyandu terus terpantau.

2. PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)

PHBS di Tatanan Rumah Tangga adalah upaya untuk menyadarkan keluarga dan masing masing anggota keuarga agar memilki kemaunan dan kemampuan dalam mempraktikkan PHBS. Sehingga keluarga dan seluruh anggota keluarga dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya, mencegah resiko terjadinya penyakit dan melindungi diri dari ancaman penyakit serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Dinas kesehatan Kabupaten Semarang melalui 26 Puskesmas pada tahun 2025 telah melakukan pendatan PHBS ditatanan rumah tangga, persentase hasil PHBS Rumah tangga pada tahun 2025 meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2024. Dimana Tahun 2024 prosentase sebesar 94,22%, sedangkan pada tahun 2025 naik menjadi

95,65%. Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang PHBS didukung dengan banyaknya kegiatan edukasi dan pembudayaan PHBS dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas). Hasil pendataan PHBS Rumah Tangga tahun 2025 sebagai berikut:

Gambar 2.5 Persentase Pendataan PHBS Rumah Tangga Tahun 2025 di Kabupaten Semarang



Sumber: Tim Kerja Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Berdasarkan hasil rekapitulasi 16 indikator PHBS rumah tangga di Kabupaten Semarang tahun 2025, ada penyesuaian 3 indikator baru antara lain: konsumsi tablet tambah darah, konsumsi garam beryodium, dan melakukan cek kesehatan berkala dimana ketiga indikator ini tidak ada di tahun 2024. Berdasarkan hasil pemantauan, capaian indikator tidak merokok di dalam rumah masih tergolong rendah. Masih ditemukan kebiasaan merokok di dalam rumah, baik di ruang tamu, kamar, maupun dapur, dengan alasan kenyamanan atau kebiasaan lama. Kondisi ini menyebabkan anggota keluarga menjadi perokok pasif yang berisiko mengalami infeksi saluran pernapasan, asma, penyakit jantung, hingga gangguan tumbuh kembang pada anak.

Rendahnya capaian indikator ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain kurangnya kesadaran tentang bahaya asap rokok, budaya permisif

terhadap kebiasaan merokok, serta belum adanya komitmen bersama dalam keluarga untuk menciptakan rumah tanpa asap rokok.

Oleh karena itu, diperlukan upaya edukasi yang lebih intensif, pendekatan persuasif kepada kepala keluarga, serta dukungan lintas sektor dan tokoh masyarakat untuk mendorong terbentuknya komitmen Rumah Tangga Tanpa Asap Rokok. Dengan meningkatnya kesadaran dan perubahan perilaku, diharapkan kualitas kesehatan keluarga dapat lebih terjaga dan risiko penyakit akibat paparan asap rokok dapat ditekan, namun masih sangat perlu dukungan lebih, khususnya ditingkat pengambil kebijakan tertinggi di kabupaten.

BAB III
SDM KESEHATAN

Berdasarkan Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah seseorang yang bekerja secara aktif dibidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak, yang untuk jenis tertentu memiliki kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Berdasarkan Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023 Pasal 197 Sumber daya manusia kesehatan terdiri atas :

1. Tenaga Medis

Tenaga medis adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi yang memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya Kesehatan.

2. Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan.

3. Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan

Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan adalah orang yang bekerja pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau institusi lain di bidang Kesehatan. Pengelompokan tenaga kesehatan berdasarkan rumpun dan jenisnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3.1 Tenaga Kesehatan Berdasarkan Rumpun Ketenagaan Dan Jenisnya

No	Rumpun Ketenagaan	Jenis Tenaga Kesehatan
1	Tenaga Medis	Dokter, Dokter gigi, Dokter Spesialis, Dokter gigi spesialis
2	Tenaga Psikologi klinis	Psikologi Klinis

No	Rumpun Ketenagaan	Jenis Tenaga Kesehatan
3	Tenaga Keperawatan	Semua jenis perawat
4	Tenaga Kebidanan	Bidan
5	Tenaga Kefarmasian	Apoteker, Tenaga Teknis Kefarmasian
6	Tenaga Kesehatan Masyarakat	Epidemiologi kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga
7	Tenaga Kesehatan Lingkungan	Sanitasi Lingkungan, Entomolog Kesehtaan , mikrobiologi kesehatan
8	Tenaga Gizi	Nutrisionis dan dietisien
9	Tenaga Keterapian fisik	Fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara dan akupuntur
10	Tenaga Keteknisian medis	Perekam medis dan informasi kesehatan,teknik kardiovaskuler,teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut dan audiologis.
11	Tenaga Teknik Biomedika	Radiographer,elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis dan ortotik prostetik.
12	Tenaga Kesehatan Tradisional	Tenaga kesehatan tradisional ramuan, tenaga kesehatan tradisional ketrampilan
13	Tenaga Kesehatan lainnya	Ditetapkan oleh menteri

Sumber. UU no. 17 tahun 2023 tentang tenaga kesehatan

Berdasarkan program inisiasi yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam kegiatan transformasi kesehatan yang mencakup 6 jenis transformasi yaitu transformasi Layanan Primer, Layanan Rujukan, Sistem Ketahanan

Kesehatan, Sistem Pembiayaan Kesehatan, SDM Kesehatan, dan Teknologi Kesehatan. Pada pilar ke lima dalam transformasi kesehatan Indonesia, Transformasi SDM Kesehatan berfokus pada pemerataan distribusi para tenaga kesehatan di seluruh pelosok tanah air Indonesia. Adapun kondisi ketersediaan SDM Kesehatan di Kabupaten Semarang adalah sebagai berikut :

Tabel. 3.2 Jumlah Ketersediaan Tenaga SDM Kesehatan Berdasarkan Per 1000 Penduduk Di Kabupaten Semarang Tahun 2025

No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah Tenaga	Rasio (per 1000 penduduk) th 2025	Target rasio	Prosentase ketersediaan SDM Kesehatan
1.	Dokter Spesialis				
	a. Spesialis Anak	15	0.014	0.024	57%
	b. Spesialis Penyakit Dalam	24	0.02	0.03	73%
	c. Spesialis Obstetri dan Ginekologi	18	0.016	0.02	82%
	d. Spesialis Bedah	13	0.01	0.02	59%
	e. Spesialis Anastesi	14	0.01	0.02	64%
	f. Spesialis Patologi Klinik	9	0.008	0.01	82%
	g. Spesialis Radiologi	13	0.01	0.02	59%
	h. Spesialis Patologi anatomi	3	0.003	0.01	27%
	i. Spesialis Bedah Torak Kardio dan vaskuler	1	0.001	0.002	46%
	j. Spesialis Paru	6	0.005	0.013	42%
	k. Spesialis Urologi	3	0.0027	0.0037	74%

No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah Tenaga	Rasio (per 1000 penduduk) th 2025	Target rasio	Prosentase ketersediaan SDM Kesehatan
	l. Spesialis saraf	11	0.01	0.01	100%
	m. Spesialis bedah saraf	2	0.0018	0.0022	83%
	n. Spesialis jantung Paru	4	0.004	0.01	36%
2.	Dokter Gigi Spesialis	9	0,01		
3.	Dokter Sub Spesialis	11	0,01		
4.	Dokter Umum	357	0,33	1	33
5.	Dokter Gigi	108	0,1	0,2	49
6.	Perawat	1255	1,1	2,4	48
7.	Bidan	743	0,7	2	34
8.	Apoteker	286	0,26	0,91	29
9.	Tenaga Vokasi Kefarmasian	264	0,2	1	24
10	Tenaga Kesehatan Masyarakat	152	0,1	0,3	33
11	Tenaga Sanitarian/ Kesehatan Lingkungan	52	0,05	0,21	23
12	Gizi	90	0,08	0,354	23
13	Keterapisan Fisik	41	0,04		
	a. Fisioterapis	32	0,029	0,14	21
	b. Okupasi Terapis	5	0,005	0,015	30
	c. Terapis Wicara	4	0,004	0,015	24
	d. akupunktur	0	0		
14	Keteknisan Medis	223	0,2		
	a. Perekam Medis	113	0,10	0,11	91

No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah Tenaga	Rasio (per 1000 penduduk) th 2025	Target rasio	Prosentase ketersediaan SDM Kesehatan
	b. Teknisi Pelayanan darah	6	0,005	0,01	50
	c. Refraksionis Optisien	13	0,01	0,03	33
	d. Terapis gigi dan Mulut	78	0,07	0,15	47
	e. Penata Anestesi	13	0,01	0,03	33
	f. Teknik Kardiovaskuler	0	0		
	h. Audiologis	0	0		
15	Tenaga Teknik Biomedik	249	0,2		
	a. Elektromedis	16	0,015	0,04	38
	b. Radiografer	58	0,05	0,18	28
	c. Fisikawan Medik	6	0,005	0,001	
	d. Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM)	169	0,154	0,35	44
	e. Ortotik Prostetik	0	0		
	f. Radioterapis	0	0		
16	Psikolog Klinis	2	0,002	0,01	20
Jumlah		4062			

Sumber : aplikasi SISDMK per Desember 2025

Jumlah penduduk di Kabupaten Semarang sejumlah 1.096.122 jiwa. Hal ini penting untuk menghitung rasio ketersediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Kbaupaten Semarang. Berdasarkan tabel di atas prosentase ketersediaan SDM Kesehatan di Kabupaten Semarang sebagian besar belum tercukupi sesuai target. Jenis tenaga medis dan tenaga kesehatan yang sudah terpenuhi adalah dokter spesialis syaraf sedangkan jenis Tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya masih kurang dari 100%.

BAB IV
PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN KETERSEDIAAN OBAT

A. ANGGARAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN SEMARANG

Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Semarang pada tahun 2025 bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), dana transfer pemerintah pusat, serta sumber pembiayaan sah lainnya. Dukungan anggaran ini diarahkan untuk menjamin keberlangsungan pelayanan kesehatan yang merata, bermutu, dan berkesinambungan bagi seluruh masyarakat.

Total anggaran kesehatan yang dialokasikan sebesar Rp 594.701.140.200,- dengan realisasi sebesar Rp 563.190.220.983,- atau sekitar 94,70% dari pagu anggaran. Capaian ini menunjukkan tingkat penyerapan anggaran yang baik dalam mendukung pelaksanaan program dan kegiatan kesehatan.

Apabila dibandingkan dengan total APBD Kabupaten Semarang sebesar Rp 2.786.690.103.854,-, alokasi anggaran kesehatan mencapai sekitar 21,34% dari total APBD. Persentase tersebut mencerminkan komitmen Pemerintah Kabupaten Semarang dalam memprioritaskan sektor kesehatan sebagai urusan wajib pelayanan dasar.

Pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui Dinas Kesehatan didukung oleh fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah daerah yang meliputi 2 Rumah Sakit Umum Daerah, 26 Puskesmas dan 1 Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda). Seluruh fasilitas tersebut berperan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP), baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif.

Anggaran kesehatan dimanfaatkan untuk mendukung berbagai program prioritas, antara lain:

1. Pelayanan kesehatan ibu, bayi, dan balita.
2. Percepatan penurunan stunting.
3. Pengendalian penyakit menular dan tidak menular.
4. Peningkatan cakupan imunisasi dan penguatan surveilans epidemiologi.
5. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.

6. Pengadaan obat, vaksin, alat kesehatan, serta peningkatan sarana dan prasarana kesehatan.

Selain itu, pembiayaan juga digunakan untuk mendukung operasional fasilitas pelayanan kesehatan, peningkatan kompetensi sumber daya manusia kesehatan, serta penguatan sistem manajemen dan tata kelola kesehatan daerah.

Pengelolaan anggaran dilaksanakan berdasarkan prinsip transparansi, akuntabilitas, efektivitas, dan efisiensi, dengan monitoring dan evaluasi secara berkala guna memastikan pencapaian indikator kinerja dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Dengan dukungan pembiayaan yang memadai serta jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersebar di wilayah Kabupaten Semarang, diharapkan akses dan mutu pelayanan kesehatan semakin meningkat serta target pembangunan kesehatan daerah dapat tercapai secara optimal dan berkelanjutan.

Tabel 4.1 Anggaran Kesehatan Kabupaten Semarang Tahun 2025

Komponen	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Persentase (%)
Pendapatan Daerah	364.927.986.900	364.942.355.787	100
Belanja Kesehatan	594.701.140.200	563.190.220.983	94,70
Total Belanja APBD Kab. Semarang	2.786.690.103.854	2.640.807.618.010	94,77
% Belanja Kesehatan Terhadap APBD	21,34		

Sumber : APBD Kabupaten Semarang Tahun 2025

B. JAMINAN KESEHATAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan Sejahtera.

Dengan menjadi peserta JKN, masyarakat mendapatkan perlindungan untuk pemeliharaan kesehatan dan ketika membutuhkan pelayanan kesehatan.

Dalam pelaksanan JKN sendiri diupayakan untuk dapat mewujudkan jaminan kesehatan semesta (Universal health Coverage). UHC adalah salah satu bentuk perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang layak melalui penerapan sistem kendali biaya dan kendali mutu, dan diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas bagi seluruh penduduk di wilayah Republik Indonesia.

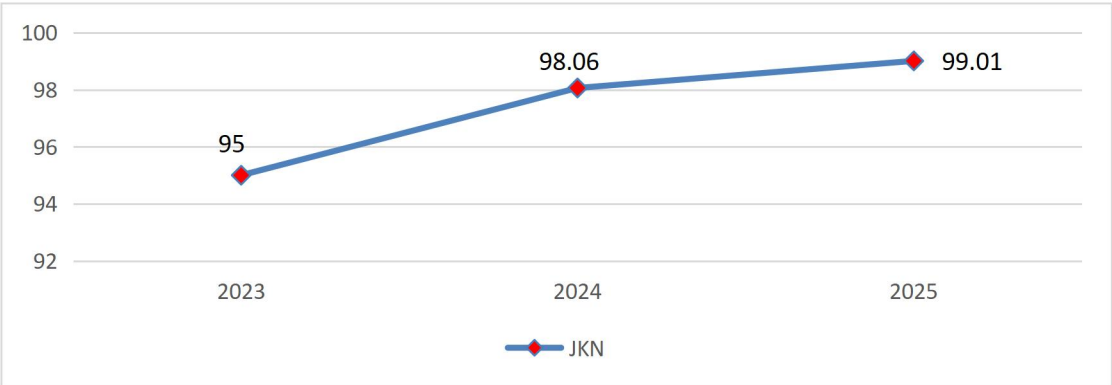
Pada bulan Oktober 2023, Kabupaten Semarang telah mencapai UHC (Universal Health Coverage) dengan cakupan sebesar 95,65% dari 1.070.579 penduduk telah menjadi peserta JKN/KIS. Hal ini sudah sesuai dengan target pemerintah bahwa seluruh penduduk atau setidaknya 95% penduduk menjadi peserta JKN/KIS untuk mencapai UHC. Hal ini dapat terjadi karena adanya peran dari berbagai sektor.

Pada tahun 2024, Kepesertaan JKN/KIS di Kabupaten Semarang terus mengalami peningkatan dengan jumlah penduduk 1.085.196 jiwa dan peserta JKN/KIS sebesar 1.064.183 atau setara 98,06%.

Pada tahun 2025, Kepesertaan JKN/KIS di Kabupaten Semarang dengan jumlah penduduk 1.096.122 jiwa dan peserta JKN/KIS sebesar 1.085.261 atau setara 99,01%.

Cakupan Peserta JKN/KIS Kabupaten Semarang Tahun 2023–2025 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

Gambar 4.1 Cakupan Peserta JKN/KIS Kabupaten Semarang Tahun 2023-2025



Sumber : Tim kerja Yanjamkes

Jika dirincikan berdasarkan segmentasi kepesertaan JKN/KIS, maka dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.2 Segmentasi Kepesertaan JKN

NO	JENIS KEPESERTAAN	PESERTA AKTIF JAMINAN KESEHATAN	
		JUMLAH	%
1	*2*	*3*	*4*
PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI)			
1	PBI APBN	369.396	0,3
2	PBI APBD	186.133	0,2
SUB JUMLAH PBI		555.529	0,5
NON PBI			
1	Pekerja Penerima Upah (PPU)	395.852	0,4
2	Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)/mandiri	111.459	0,1
3	Bukan Pekerja (BP)	22.421	0,0
SUB JUMLAH NON PBI		529.732	0,5
CAKUPAN JKN		1.085.261	1,0

C. KETERSEDIAAN OBAT ESSENSIAL

Obat esensial adalah komoditi kesehatan yang merupakan salah satu kebutuhan dasar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sehingga perlu dijamin ketersediaannya dalam upaya pemenuhan pelayanan kesehatan. Tingkat ketersediaan obat esensial di instalasi farmasi kabupaten mencerminkan tingkat ketersediaan obat untuk pelayanan kesehatan dasar, dimana obat dan perbekalan kesehatan yang dikelola di instalasi farmasi

kabupaten dipergunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas.

Salah satu parameter kualitas pelayanan yaitu mutu pelayanan kefarmasian di puskesmas adalah ketersediaan obat yang diresepkan digunakan untuk memenuhi kebutuhan pasien akan obat.

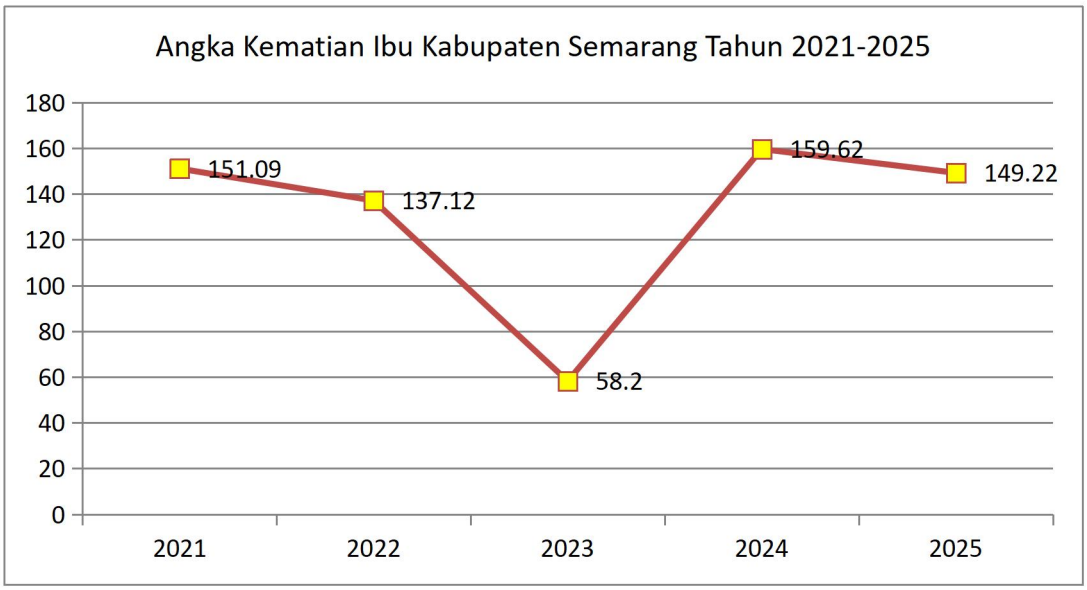
Berdasarkan data yang ada, ketersediaan obat yaitu 40 obat esensial di 26 puskesmas wilayah Kabupaten Semarang periode tahun 2025 yang dilaporkan melalui aplikasi SELENA adalah 100%. Target nasional indikator ketersediaan 40 obat esensial di puskesmas adalah 90%, sehingga dari data yang ada ketersediaan obat esensial di Kabupaten Semarang memenuhi target nasional yaitu 100%

BAB V
KESEHATAN KELUARGA

A. KESEHATAN IBU

1. Angka Kematian Ibu (AKI)

Gambar 5.1 Angka Kematian Ibu Kabupaten Semarang Tahun 2021-2025



Sumber : Tim Kerja Kesga dan Gizi

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator kinerja utama yang digunakan untuk mengukur keberhasilan penyelenggaraan pembangunan kesehatan daerah, khususnya dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu. Indikator ini dihitung berdasarkan jumlah kematian ibu akibat kehamilan, persalinan, dan nifas per 100.000 kelahiran hidup dalam satu tahun. Pada tahun 2025 Angka Kematian Ibu (AKI) ditargetkan sebesar 113 per 100.000 KH dan terealisasi sebesar 149,22 per 100.000 KH dengan tingkat ketercapaian 67,95%. Jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2025 sebanyak 15 kasus, mengalami penurunan 2 kasus dibanding tahun 2024 yang mencapai 17 kasus. Meskipun terjadi penurunan jumlah kasus, capaian indikator belum memenuhi target yang ditetapkan sehingga diperlukan penguatan intervensi yang lebih terarah.

Berdasarkan analisis penyebab, kematian ibu tahun 2025 didominasi oleh komplikasi non obstetrik sebanyak 7 kasus, diikuti perdarahan obstetrik 5

kasus, infeksi terkait kehamilan 2 kasus, dan komplikasi obstetrik lainnya 1 kasus. Dominasi komplikasi non obstetrik menunjukkan bahwa penyakit kronis dan kondisi medis yang telah ada sebelum kehamilan menjadi faktor risiko utama yang memperberat kondisi ibu selama kehamilan, persalinan, dan nifas, serta berkontribusi segnifikan terhadap kematian maternal. Kondisi tersebut mengindikasikan bahwa upaya penurunan AKI memerlukan penguatan intervensi yang lebih komprehensif, terutama pada deteksi dini faktor risiko, penanganan penyakit penyerta, peningkatan mutu pelayanan obstetri, dan optimalisasi sistem rujukan maternal.

Permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian penurunan AKI, antara lain:

a. Tingginya proporsi komplikasi non obstetrik akibat penyakit kronis ibu yang telah ada sebelum kehamilan dan diperberat oleh proses kehamilan;
b. Keterlambatan akses layanan kesehatan, ditandai dengan ibu datang ke fasilitas kesehatan dalam kondisi klinis yang sudah mengalami perburukan;
c. Belum optimalnya komunikasi dan kesinambungan pelayanan *Antenatal Care* (ANC). Khususnya pada ibu hamil yang memeriksakan kehamilan di rumah sakit lintas wilayah, sehingga informasi risiko kehamilan tidak terdokumentasi lengkap dalam Buku KIA.
d. Mutu pelayanan ANC belum sepenuhnya memenuhi standar, terutama pemenuhan minimal 6 kali kunjungan, pemeriksaan USG oleh dokter pada K1 dan K5, serta pelaksanaan pemeriksaan triple eliminasi;
e. Lemahnya skrining preeklampsia yang ditunjukkan dengan masih banyaknya lembar skrining preeklampsis pada Buku KIA yang tidak terisi lengkap;
f. Skrining layak hamil pada Wanita Usia Subur (WUS) belum optimal, sehingga masih ditemukan kehamilan pada ibu yang tidak layak hamil serta kehamilan yang tidak terdeteksi sejak dini;
g. Stabilisasi pra rujukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) belum dilaksanakan secara optimal;

h. Keterbatasan ketersediaan darah di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), termasuk adanya pembatasan penggunaan darah di rumah sakit;
i. Masih ditemukannya ibu dengan penyakit kronis yang tidak ber-KB.

Upaya perbaikan yang telah dilakukan untuk meningkatkan kinerja sebagai berikut:

a. Peningkatan edukasi dan literasi kesehatan maternal kepada ibu, keluarga, dan masyarakat mengenai pentingnya skrining layak hamil;
b. Penguatan deteksi dini ibu hamil dengan resiko tinggi agar mendapatkan pendampingan medis lebih awal;
c. Peningkatan kedisiplinan pencatatan dan kelengkapan Buku KIA melalui penyeliaan fasilitatif dan supervisi program KIA;
d. Pelaksanaan *Audit Maternal Perinatal Surveilans dan Respons* (AMPSR) secara berkelanjutan dengan fokus pada surveilans dan respon cepat kasus;
e. Advokasi dan pembinaan ke rumah sakit terkait tata kelola pelayanan PONEK;
f. Koordinasi dengan PMI terkait penyediaan darah darurat untuk kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal;
g. Koordinasi dengan DP3AKB dalam pendampingan keluarga WUS tidak layak hamil agar ber-KB;
h. Koordinasi dengan Disnaker dalam mendukung pemberian izin pelayanan ANC terpadu bagi wanita pekerja;
i. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, melalui:
    1) Workshop penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal;
    2) Refreshing tindakan pra rujukan pada kegawatdaruratan maternal perinatal;
    3) Pelatihan pelayanan ANC, persalinan, nifas dan SHK bagi bidan;
    4) Pelatihan pelayanan kontrasepsi bagi dokter dan bidan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Faktor pendukung dalam pencapaian kinerja, antara lain:

a. Tersedianya mekanisme audit kematian maternal melalui AMPSR yang terstandar;

b. Peran aktif Puskesmas dalam skrining kesehatan, KIE dan pemantauan wilayah;
c. Sistem pencatatan dan pelaporan kematian maternal yang responsif dan tepat waktu;
d. Sistem rujukan terintegrasi berbasis komunikasi cepat (grup WA Gateway) antar fasilitas kesehatan;
e. Pemanfaatan Buku KIA sebagai instrumen komunikasi dan pemantauan kesehatan ibu.

2. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga melahirkan. Pelayanan Kesehatan Masa Hamil dilakukan paling sedikit 6 (enam) kali selama masa kehamilan meliputi:

a. 1 (satu) kali pada trimester pertama;
b. 2 (dua) kali pada trimester kedua; dan
c. 3 (tiga) kali pada trimester ketiga

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dan paling sedikit 2 (dua) kali oleh dokter atau dokter spesialis kebidanan dan kandungan pada trimester pertama dan ketiga termasuk pelayanan Ultrasonografi (USG).

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil wajib dilakukan melalui pelayanan antenatal sesuai standar dan secara terpadu Yang meliputi: a. pengukuran berat badan dan tinggi badan; b. pengukuran tekanan darah; c. pengukuran lingkar lengan atas (LiLA); d. pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri); e. penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin; f. pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi; g. pemberian tablet tambah darah minimal 90 (sembilan puluh) tablet; h. tes laboratorium; i. tata laksana/penanganan kasus; dan j. temu wicara (konseling) dan penilaian kesehatan jiwa.

a. Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K1

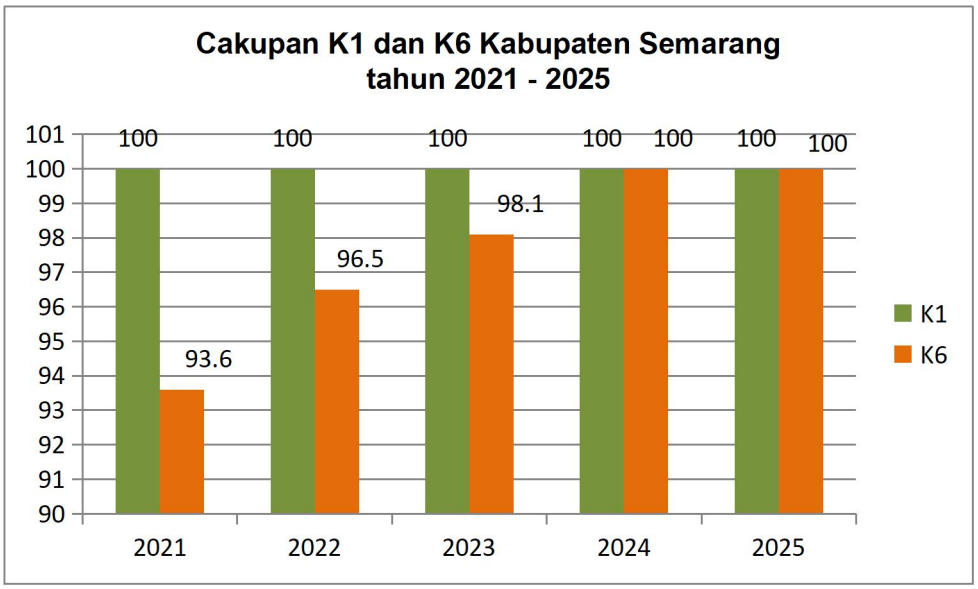
Cakupan kunjungan ibu hamil K1 adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja, yang digunakan untuk mengetahui jangkauan

pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat. Pada tahun 2025 persentase cakupan kunjungan ibu hamil K-1 di Kabupaten Semarang sebesar 100 %, hal ini sama dengan persentase cakupan kunjungan ibu hamil K-1 pada tahun 2024 sama yaitu 100 % karena memang seharusnya setiap ibu hamil mempunyai akses ke tenaga kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ibu hamil.

b. Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K-6

K6 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar, selama kehamilannya minimal 6 kali dengan distribusi waktu: 1 kali pada trimester ke-1 (0-12 minggu), 2 kali pada trimester ke-2 (>12 minggu-24 minggu), dan 3 kali pada trimester ke-3 (>24 minggu sampai kelahirannya). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Ibu hamil harus kontak dengan dokter minimal 2 kali, 1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3. Pelayanan ANC oleh dokter pada trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama, dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk di dalamnya pemeriksaan ultrasonografi (USG). Pelayanan ANC oleh dokter pada trimester 3 (tiga) dilakukan perencanaan persalinan, termasuk pemeriksaan ultrasonografi (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan. Cakupan K6 tahun 2025 sebesar 100% sama dengan tahun 2024 yaitu sebesar 100%.

Gambar 5.2 Cakupan K1 dan K6 Kabupaten Semarang Tahun 2021-2025



Sumber : Tim Kerja Kesga dan Gizi

2. Pelayanan Imunisasi Tetanus Toksoid Difteri

Imunisasi Program adalah Imunisasi yang diwajibkan kepada seseorang sebagai bagian dari masyarakat dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi. Imunisasi Program terdiri atas Imunisasi rutin, Imunisasi tambahan, dan Imunisasi khusus.

Imunisasi Tetanus Toksoid Difteri (Td) pada wanita usia subur dan ibu hamil merupakan imunisasi lanjutan. Batasan Wanita Usia Subur (WUS) yang menjadi sasaran imunisasi adalah usia antara 15 – 49 tahun. Imunisasi yang diberikan pada WUS / ibu hamil diberikan sebanyak 5 (lima) kali dengan masa perlindungan tertentu.

Tabel. 5.1 Imunisasi Lanjutan pada Wanita Usia Subur (WUS)

Status Imunisasi	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	-
T2	4 minggu setelah T 1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 Tahun
T5	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun

Sumber : Juknis pelayanan Imunisasi

Imunisasi Td2+ Wanita Usia Subur pada tahun 2025 di Kabupaten Semarang pada ibu hamil sejumlah 10.975 dengan prosentase sebesar 95,6%

3. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

   Pelayanan Kesehatan Masa Melahirkan, yang selanjutnya disebut Persalinan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu sejak dimulainya persalinan hingga 6 (enam) jam sesudah melahirkan. Setiap persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Tenaga Penolong minimal 2 orang yang terdiri dari dokter dan bidan, 2 orang bidan atau bidan dan perawat. Persalinan dilakukan sesuai dengan standar Persalinan Normal (APN).

   Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dari tahun 2017 sampai dengan tahun 2025 mengalami peningkatan begitupun cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan. Dari grafik dapat digambarkan bahwa pada tahun 2025 semua persalinan sudah dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan terlatih. Semua persalinan wajib dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, keseluruhan persalinan di Kabupaten Semarang sudah dilakukan di Fasilitas pelayanan kesehatan (100%).

   Upaya yang sudah dilakukan antara lain penjelasan tanda-tanda persalinan melalui kelas Ibu Hamil, Sosialisasi melalui PKK dan organisasi kemasyarakatan yang lain tentang pentingnya bersalin di tenaga kesehatan dan di fasilitas kesehatan, konseling pada setiap ibu hamil saat pemeriksaan kehamilan agar bersalin dengan tenaga kesehatan dan mengupayakan jaminan (pembiayaan persalinan) bagi ibu hamil.

4. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

   Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu mulai 6 jam – 42 hari setelah melahirkan. Kunjungan nifas (KF) minimal dilakukan sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu kunjungan nifas pertama (KF-1) pada masa 6 jam – 3 hari pasca persalinan, kunjungan nifas kedua (KF-2) dalam waktu 2 minggu (8-14 hari) setelah persalinan

dan kunjungan nifas ketiga (KF-3) dalam waktu 6 minggu (36-42 hari) setelah persalinan.

Cakupan pelayanan nifas KF4 (KF Lengkap) tahun 2025 sebesar 97,5 %, sama dengan tahun 2024 sebesar 97,5%. Sedangkan cakupan pemberian Vitamin A pada ibu nifas tahun 2024 sebesar 97,6 %.

Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan capaian kunjungan nifas antara lain dengan penyuluhan yang intensif kepada masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan setelah melahirkan dan pelayanan nifas melalui kunjungan rumah. Selain itu juga dilakukan pembinaan kepada bidan desa dalam rangka mengoptimalkan pencatatan dan pelaporan (kohort) ibu hamil dan bidan desa bertanggung jawab melakukan kunjungan rumah pada ibu nifas.

5. Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

   Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) adalah kegiatan yang di fasilitasi oleh bidan dalam rangka meningkatkan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan dalam menghadapi kemungkinan terjadinya komplikasi pada saat hamil, bersalin dan nifas, termasuk perencanaan menggunakan metode Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan dengan menggunakan stiker P4K sebagai media pencatatan sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Depkes RI, 2009).

   Kelas Ibu hamil adalah kelompok belajar yang diikuti ibu-ibu hamil dengan jumlah peserta maksimal 10 orang untuk meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat, persalinan aman, nifas nyaman, ibu selamat, bayi sehat, pencegahan penyakit fisik dan jiwa, gangguan gizi dan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas.

   Seluruh Puskesmas di Kabupaten Semarang sudah melaksanakan Kelas Ibu Hamil yang diselenggarakan minimal 1 kelas ibu hamil di tiap desa. Begitu pula dengan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan

Komplikasi (P4K), semua Puskesmas sudah melaksanakan program ini dengan melibatkan lintas sektor terkait.

6. Pelayanan Kontrasepsi

   Pelayanan KB merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu melalui: 1. Mengatur waktu, jarak dan jumlah kehamilan 2. Mencegah atau memperkecil kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin selama kehamilan, persalinan dan nifas. 3. Mencegah atau memperkecil terjadinya kematian pada seorang perempuan yang mengalami komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.

   Peranan KB sangat diperlukan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, unsafe abortion dan komplikasi yang pada akhirnya dapat mencegah kematian ibu. Selain itu, Keluarga Berencana merupakan hal yang sangat strategis untuk mencegah kehamilan “Empat Terlalu” (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering dan terlalu banyak)

   KB Pasca Persalinan adalah Pelayanan KB yang diberikan setelah persalinan sampai kurun waktu 42 hari. Cakupan peserta KB pasca persalinan sebanyak masih rendah. Hal ini memperlihatkan bahwa partisipasi ibu dalam penggunaan KB pasca salin masih rendah, hal ini disebabkan bahwa ibu lebih memilih menggunakan alat kontrasepsi setelah masa nifas selesai. Capaian KB Pasca Persalinan pada tahun 2025 sebesar 96,4%. Metode kontrasepsi yang banyak dipilih pada KB pasca salin adalah dengan menggunakan metode menggunakan metode MAL/Maetode amenorea Laktasi (67,4%) yang paling sedikit digunakan adalah MOP/Metode Operasi Pria sebesar 0,09%.

.

B. KESEHATAN ANAK

1. Pelayanan Kesehatan Neonatal (0-28 hari)

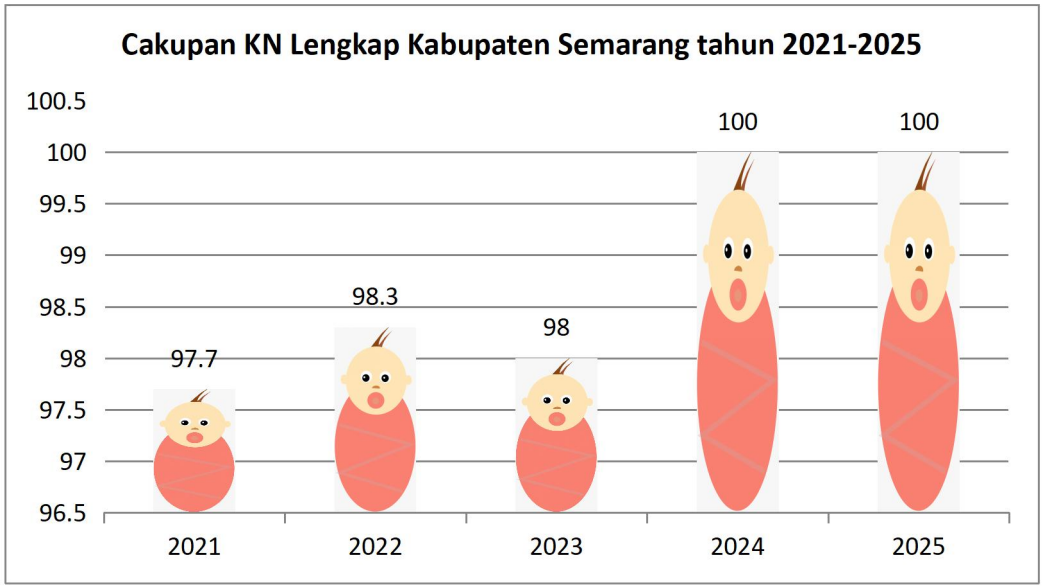
Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan neonatal essensial sesuai standar yaitu standar kuantitas dan standar kualitas.

Standar Kuantitas yaitu kunjungan minimal 3 kali selama periode neonatal yaitu Kunjungan Neonatal 1 (KN1) 6 – 48 jam, kunjungan neonatal 2 (KN2) 3-7 hari dan kunjungan neonatal 3 (KN3) 8-28 hari.

Standar Kuantitas yaitu kunjungan minimal 3 kali selama periode neonatal yaitu Kunjungan Neonatal 1 (KN1) 6 – 48 jam, kunjungan neonatal 2 (KN2) 3-7 hari dan kunjungan neonatal 3 (KN3) 8-28 hari.

Standar kualitas yaitu pelayanan neonatal essensial saat lahir (0-6jam) meliputi pemotongan dan perawatan tali pusat, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), Injeksi vitamin K1, Pemberian salep/tetes mata antibiotic, pemberian Imunisasi Vaksin Hb0. Pelayanan Neonatal essensial setelah lahir (6 jam – 28 hari) meliputi konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI ekslusif, memeriksa kesehatan dengan menggunakan pendekatan MTBM, pemberian vitamin K1 bagi yang lahir tidak di fasilitas pelayanan kesehatan atau belum mendapatkan injeksi vitamin K1, imunisasi hepatitis B injeksi untuk bayi usia < 24 jam yang lahir tidak ditolong tenaga kesehatan dan penanganan rujukan kasus neonatal komplikasi.

Gambar 5.3 Cakupan KN Lengkap Kabupaten Semarang tahun 2021-2025



Cakupan Kunjungan Neonatus (KN Lengkap) di Kabupaten Semarang tahun 2025 yaitu 100 %. Pencapaian ini merupakan hasil dari perbaikan sistem pencatatan dan pelaporan dengan menggunakan register kohort ibu dan bayi sebagai data dasar.

Bayi baru lahir yang dilakukan skrining Hipotiroid Kongenital sebanyak 6.842 BBL (68,1%).

2. Pelayanan Kesehatan Bayi, Anak Balita dan Presekolah
   a. Angka Kematian Bayi (AKB) per 1000 KH

Gambar 5.4. Angka Kematian Bayi Kabupaten Semarang Tahun 2021-2025

Sumber : Tim Kerja Kesga dan gizi

Angka Kematian Bayi (AKBb) merupakan indikator kinerja utama yang digunakan untuk mengukur keberhasilan penyelenggaraan pembangunan kesehatan daerah, khususnya dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak. Indikator ini dihitung berdasarkan jumlah kematian bayi usia 0-11 bulan per 1000 kelahiran hidup dalam satu tahun. Pada tahun 2025 Angka Kematian Bayi (AKB) ditargetkan sebesar 8,33 per 1000 KH dan terealisasi sebesar 9,78 per 1000 KH dengan tingkat ketercapaian 81,75%. Jumlah kasus kematian bayi pada tahun 2025 sebanyak 99 kasus, mengalami penurunan 21 kasus dibanding tahun 2024 yang mencapai 120 kasus. Meskipun terjadi penurunan jumlah kasus, capaian

indikator belum memenuhi target yang ditetapkan sehingga diperlukan penguatan intervensi yang lebih terarah.

Berdasarkan analisis penyebab, kematian bayi tahun 2025 didominasi oleh gangguan sistem pernafasan sebanyak 21 kasus, diikuti kelainan bawaan 19 kasus, dan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 17 kasus. Pola penyebab tersebut mengindikasikan bahwa faktor determinan utama masih berkaitan dengan kondisi ibu hamil berisiko, mutu pelayanan neonatal esensial, serta kesiap siagaan penanganan kegawatdaruratan bayi baru lahir, termasuk ketersediaan sarana rujukan neonatal.

Permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian penurunan AKB, antara lain:

a. Masih tingginya kematian bayi yang terjadi diluar wilayah Kabupaten Semarang, sehingga pengendalian faktor risiko sejak masa kehamilan hingga pasca persalinan belum dapat dimonitor secara berkelanjutan;
b. Dominasi penyebab kematian bayi akibat gangguan pernafasan dan BBLR yang berkaitan dengan kondisi ibu hamil berisiko dan mutu pelayanan neonatal;
c. Masih ditemukan bayi yang lahir dari ibu hamil berisiko tinggi yang belum terdeteksi dan tertangani secara optimal sejak masa prakonsepsi;
d. Rendahnya kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada WUS, termasuk calon pengantin yang berkontribusi pada kejadian BBLR;
e. Pemanfaatan Buku KIA oleh tenaga kesehatan dan keluarga belum optimal. Informasi risiko tidak terdokumentasi dan ditindaklanjuti secara memadai;
f. Pendampingan ibu hamil dan bayi berisiko oleh tenaga kesehatan dan Tim Pendamping Keluarga belum terkoordinasi dengan baik;
g. Pemanfaatan kanal komunikasi rujukan dan rujuk balik berbasis WA Gateway belum merata terutama pada rumah sakit jejaring;
h. Belum optimalnya pelatihan dan drilling kegawatdaruratan neonatal bagi tenaga kesehatan di FKTP dan FKTRL;

i. Keterbatasan sarana dan prasarana pelayanan neonatal, termasuk ketersediaan ruang PICU/NICU tersegmentasi dan alat resusitasi bayi baru lahir.

Upaya perbaikan yang telah dilakukan untuk meningkatkan kinerja sebagai berikut:

b. Pelaksanaan AMPSR secara berkelanjutan dengan fokus pada surveilans dan respon cepat kasus;
c. Koordinasi dengan fasilitas kesehatan lintas wilayah untuk penelusuran penyebab kematian bayi;
d. Pelaksanaan skrining kesehatan bagi calon pengantin dan ibu hamil berisiko sebagai upaya pencegahan BBLR dan komplikasi neonatal;
e. Penguatan kelas ibu balita serta optimalisasi pemanfaatan Buku KIA sebagai instrument deteksi risiko;
f. Pemantauan sasaran prioritas oleh Puskesmas;
g. Penguatan komunikasi rujukan dan rujuk balik dengan rumah sakit jejaring, termasuk perluasan kanal komunikasi grup WA Gateway;

Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, melalui:

1. Pelatihan pelayanan ANC, persalinan, nifas dan SHK bagi bidan;
2. Pelatihan pelayanan kontrasepsi bagi dokter dan bidan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Faktor pendukung dalam pencapaian kinerja, antara lain:

a. Tersedianya mekanisme AMPSR yang terstandar;
b. Peran aktif Puskesmas dalam skrining kesehatan dan pemantauan wilayah;
c. Sistem pencatatan dan pelaporan kematian bayi yang responsif;
d. Sistem rujukan yang terintegrasi dengan WA Gateway;
e. Pemanfaatan Buku KIA sebagai komunikasi kesehatan ibu dan bayi.

Faktor penghambat dalam pencapaian kinerja, antara lain:

1. Belum optimalnya kepatuhan pengisian dan pemanfaatan Buku KIA;
2. Belum meratanya kompetensi tenaga kesehatan dalam manajemen kegawatdaruratan neonatal di FKTP dan FKRTL;
3. Sarana dan prasarana pelayanan neonatal yang belum sepenuhnya memenuhi standar klinis.

Sebagai tindak lanjut atas hasil evaluasi kinerja, langkah strategis tahun 2026 difokuskan pada:

a. Pemerataan skrining kelayakan hamil dan penyakit penyerta bagi calon pengantin dan WUS berisiko;
b. Penguatan konseling dan pemantauan kontrasepsi pada WUS berisiko dan usia > 35 tahun;
4. Edukasi keluarga melalui kunjungan rumah dan kelas ibu untuk pencegahan BBLR dan komplikasi neonatal;
5. Koordinasi rutin pendampingan ibu hamil, bayi dan balita berisiko antara tenaga kesehatan dan Tim Pendamping Keluarga;
6. Perluasan pemanfaatan grup WA Gateway sebagai kanal komunikasi rujukan dan rujuk balik;
7. Peningkatan kepatuhan pemanfaatan Buku KIA sebagai instrument utama pemantauan
8. Pelaksanaan pelatihan dan drilling kegawatdaruratan neonatal secara berkala;
9. Advokasi dan pemenuhan ruang PICU/NICU yang tersegmentasi dan sarana resusitasi neonatal esensial.

Pada tahun 2025, target persentase pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar ditetapkan sebesar 100%. Berdasarkan hasil pengukuran kiinerja, realisasi capaian tahun 2025 mencapai 100,03%,

C. Angka Kematian Balita (AKABA)

Tabel 5.2 Angka Kematian Balita (AKABA)
Kabupaten Semarang tahun 2021-2025

TAHUN	AKABA (12 -59 BULAN)	AKABA (0-59 BULAN)
2021	0,8 per 1000 KH	9,8 per 1000 KH
2022	0,9 per 1000 KH	10,2 per 1000 KH
2023	0,7 per 1000 KH	10,89 per 1000 KH
2024	1,0 per 1000 KH	12,30 per 1000 KH
2025	1,19 per 1000 KH	10,96 per 1000 KH

Sumber : Seksi Kesga dan Gizi

Pada tahun 2025, jumlah kematian balita sebanyak 111 kasus, terdiri dari 99 kasus kematian bayi usia 0-1 tahun dan 12 kasus kematian balita usia 1-5 tahun. Dibandingkan dengan target tahun 2025 sebesar 130 kasus, capaian indikator ini mencapai 114,62%. Kematian bayi usia 0-1 tahun didominasi oleh gangguan sistem pernafasan, kelainan bawaan, dan BBLR, disertai masih ditemukannya kematian akibat infeksi, sepsis, asfiksia, serta penyakit menular seperti Demam Berdarah. Sementara itu, kematian balita usia 1-5 tahun didominasi oleh penyakit jantung, keganasan, dan penyakit pernafasan. Pola penyebab tersebut menunjukkan bahwa faktor risiko sejak masa prakonsepsi, kualitas pelayanan kehamilan dan neonatal, serta kesiapsiagaan pelayanan rujukan anak masih menjadi determinan utama kematian balita.

Pada tahun 2025, target persentase pelayanan kesehatan balita sesuai standar ditetapkan sebesar 100%. Berdasarkan hasil pengukuran kiinerja, realisasi capaian tahun 2025 mencapai 100%, sehingga tingkat capaian kinerja juga sebesar 100%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan balita telah dilaksanakan sesuai standar.

Permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian kinerja, antara lain:

a. Kunjungan balita ke Posyandu belum maksimal, terutama pada balita dengan ibu bekerja sehingga pengasuhan dilakukan oleh selain ibu. Kondisi ini berdampak pada kurang optimalnya pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita secara rutin;
b. Rendahnya pengisian dan pemanfaatan Buku KIA oleh ibu dan keluarga menyebabkan informasi kesehatan balita dan riwayat pelayanan belum terdokumentasi secara lengkap;
c. Partisipasi pengasuh non ibu dalam kegiatan Posyandu masuh terbatas sehingga kesinambungan pemantauan tumbuh kembang belum optimal;
d. Kualitas pencatatan hasil penimbangan dan pengukuran di sebagian Posyandu masih perlu ditingkatkan untuk menjamin akurasi data;

Upaya perbaikan yang telah dilakukan untuk meningkatkan capaian kinerja pada tahun 2025 sebagai berikut:

a. Pelaksanaan sweeping balita dengan ibu bekerja oleh kader melalui kunjungan rumah untuk memastikan balita tetap memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar;
b. Penguatan pengisian Buku KIA pleh keluarga, khususnya melalui kegiatan kelas ibu balita sebagai sarana edukasi mengenai pentingnya pencatatan perkembangan balita dan pemanfaatan Buku KIA sebagai media komunikasi pelayanan;
c. Peningkatan kapasitas kader dalam pengukuran antropometri dan pelaksanaan SDIDTK guna menjamin kualitas pemantauan tumbuh kembang;
d. Koordinasi lintas program dalam integrasi pelayanan gizi, imunisasi dan stimulasi perkembangan di Posyandu.

Faktor pendukung dalam pencapaian kinerja, antara lain:

a. Adanya kunjungan balita ke Posyandu secara rutin oleh sebagian besar keluarga maupun pengasuh;
b. Meningkatnya pemahaman keluarga mengenai pentingnya pemantauan tumbuh kembang balita;
c. Peran aktif kader, tenaga kesehatan, dan Tim Pendamping Keluarga (TPK) dalam pelaksanaan pelayanan balita;
e. Ketersediaan Buku KIA sebagai media komunikasi dan pencatatan pelayanan.

Faktor penghambat yang mempengaruhi pencapaian kinerja, antara lain:

a. Masih banyak balita yang belum berkunjung ke Posyandu secara rutin, terutama pada keluarga dengan ibu bekerja;
b. Pengisian Buku KIA oleh ibu, keluarga, pengasuh dan kader belum optimal, sehingga informasi perkembangan balita belum terdokumentasi secara lengkap;
c. Keterbatasan waktu pengasuh non-ibu untuk membawa balita ke Posyandu;
d. Variasi kualitas pencatatan dan pengukuran antropometri di tingkat Posyandu.

Sebagai tindak lanjut evaluasi kinerja, pada tahun 2026 akan dilaksanakan langkah strategis sebagai berikut:

a. Penguatan pelaksanaan kelas ibu balita untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan keluarga dalam pemantauan tumbuh kembang balita, termasuk pemanfaatan Buku KIA;
b. Peningkatan kunjungan rumah oleh kader guna menjangkau balita yang belum rutin hadir ke Posyandu;
c. Penguatan koordinasi dengan DP3AKB dalam rangka optimalisasi peran Tim Pendamping Keluarga (TPK) untuk pendampingan balita, khususnya pada keluarga berisiko;
e. Peningkatan kapasitas kader dalam pelaksanaan SDIDTK dan pengukuran antropometri yang terstandar;
f. Optimalisasi pencatatan dan pelaporan pelayanan balita melalui aplikasi Sigizi KIA dan terintegrasi dengan sistem informasi gizi untuk mendukung pengambilan keputusan berbasis data.

D. Imunisasi

a. Imunisasi dasar bagi Bayi

   Imunisasi dasar pada bayi (0-11 bulan) yang menjadi indikator kinerja program imunisasi tahun 2025 yaitu capaian Imunisasi Bayi Lengkap. Tahun 2025 capaian imunisasi bayi lengkap di Kabupaten Semarang masih dapat dipertahankan 100% (sesuai dengan target). Hal ini didukung oleh ketersediaan vaksin rutin (non antigen baru) yang cukup untuk seluruh sasaran bayi, monitoring stok dan ketersediaan vaksin pada aplikasi SMILE (Sistem Monitoring Imunisasi dan Logistik secara Elektronik), serta upaya mengoptimalkan penggunaan register imunisasi di tingkat desa / Kelurahan untuk melaksanakan pemantauan imunisasi individu.

b. Desa/Kelurahan UCI (Universal Child Immunization)

   Tabel 5.3 Pencapaian UCI Kabupaten Semarang Tahun 2021 – 2025

TAHUN	UCI Desa
2021	100 %
2022	93,6 %
2023	100 %

TAHUN	UCI Desa
2024	100 %
2025	100 %

Sumber : Tim Kerja Surveilans dan imunisasi

Kabupaten Semarang telah berhasil mempertahankan capaian 100% UCI desa/Kelurahan di tahun 2025. Keberhasilan pencapaian 100% UCI desa/Kelurahan ini didukung oleh pemanfaatan kohort/register imunisasi di tiap desa untuk mengetahui riwayat imunisasi tiap sasaran. Sehingga apabila ada sasaran yang belum lengkap status imunisasi dasarnya dapat segera dilengkapi

c. Imunisasi Lanjutan pada Anak Baduta (bawah dua tahun)

Imunisasi lanjutan pada baduta (12-23 bulan) yang menjadi indikator kinerja program imunisasi tahun 2025 yaitu capaian Imunisasi Baduta Lengkap. Tahun 2025 capaian imunisasi baduta lengkap di Kabupaten Semarang meningkat dibandingkan dengan tahun 2024. Tahun 2025 Imunisasi Baduta Lengkap telah mencapai 100% (sesuai dengan target). Capaian imunisasi DPT-HB-Hib 4 dan MR 2 sebagai pembentuk status Imunisasi Baduta Lengkap juga meningkat dibandingkan dengan tahun 2024 yang telah mencapai 100% pada tahun 2025. Hal ini didukung oleh upaya pemberian edukasi kepada orangtua sasaran tentang imunisasi lanjutan setelah usia 9 bulan dan upaya mengoptimalkan peran kader sebagai reminder jadwal imunisasi kepada orangtua.

d. Imunisasi Anak Usia Sekolah Dasar

Imunisasi anak usia sekolah dasar dilaksanakan dalam bentuk kegiatan BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah). Tahun 2025 imunisasi BIAS terdiri dari imunisasi MR dan DT untuk murid kelas 1, imunisasi Td untuk murid kelas 2 dan kelas 5, serta imunisasi HPV untuk murid perempuan kelas 5. Capaian imunisasi anak usia sekolah dasar yang menjadi indikator kinerja program imunisasi pada tahun 2025 menurun

jika dibandingkan dengan tahun 2024 (99,37%). Hal ini disebabkan karena jumlah orangtua murid yang menolak imunisasi BIAS meningkat dibandingkan dengan tahun 2024.

e. Imunisasi Antigen Baru

Imunisasi antigen baru yang menjadi indikator kinerja program imunisasi tahun 2025 menggunakan angka capaian imunisasi PCV 2 pada bayi usia 0-11 bulan. Tahun 2025 imunisasi PCV 2 Kabupaten Semarang mencapai 97,3% dari target 100%. Hal ini disebabkan salah satunya adalah ketersediaan vaksin PCV yang belum optimal serta masih ada kekhawatiran dari orangtua sasaran terhadap imunisasi ganda (vaksin PCV diberikan bersamaan dengan vaksin DPT-HB-Hib).

f. Imunisasi 14 Antigen

Imunisasi 14 antigen yang menjadi indikator kinerja program imunisasi tahun 2025 terbentuk dari rata-rata persentase cakupan imunisasi antigen Hepatitis B 0, BCG, Polio 1, DPT-HB-Hib 1, IPV 1, Rotavirus 1, PCV 1, MR 1 dan HPV 1. Tahun 2025 imunisasi 14 antigen telah mencapai 98,3% dari target 97,51%.

E. Pelayanan Kesehatan Anak Usia pendidikan dasar

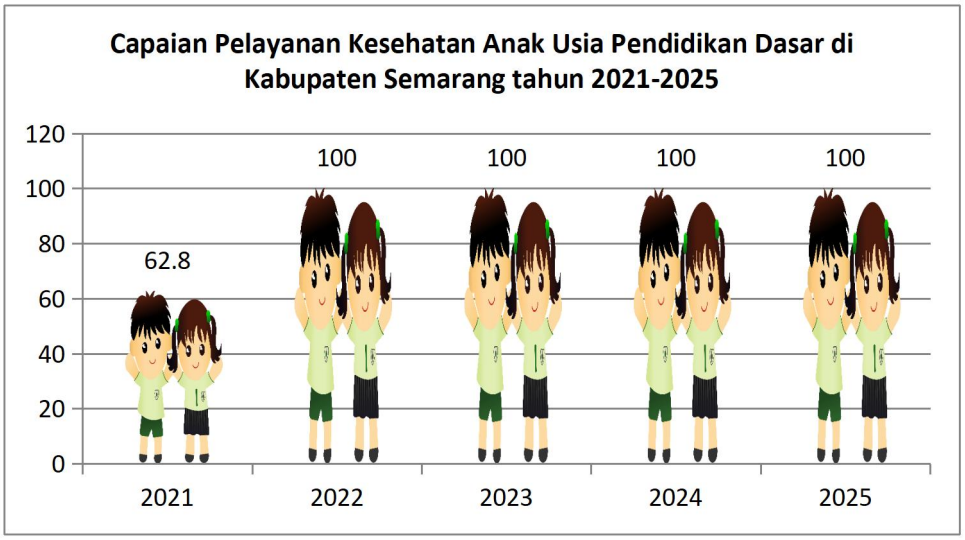
Negara menjamin hak setiap warga negara untuk mewujudkan kehidupan yang baik, sehat, serta sejahtera lahir dan batin demi tercapainya tujuan nasional dalam melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia untuk memajukan kesejahteraan umum sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Pemerintah Daerah menerapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang kesehatan untuk pemenuhan Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasar yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal, yang diprioritaskan bagi warga negara yang berhak memperoleh Pelayanan Dasar secara minimal sesuai dengan Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasarnya.

Mekanisme pelaksanaan dengan penetapan sasaran anak setingkat usia pendidikan SD/MI, SMP/MTS dan pondok pesantren atau kelas 1-9 (7 sampai dengan 15 tahun) dan di luar satuan pendidikan dasar seperti di panti/LKSA, lapas/LPKA, posyandu remaja dan lainnya di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini benar dengan mempertimbangkan estimasi dari hasil survei/ riset yang terjamin validitasnya yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.

Capaian pelayanan kesehatan sesuai standar pada anak usia pendidikan dasar di dalam dan luar satuan pendidikan dasar di wilayah kerja kabupaten/kota dalam kurun waktu Tahun 2021 – 2025 pada tabel dibawah ini:

Gambar 5.5 Capaian Pelayanan Kesehatan Anak Usia Pendidikan Dasar di Kabupaten Semarang tahun 2021-2025



Sumber data : Laporan capaian IKPD (Indikator Kinerja Perangkat Daerah) Tahun 2025

Pada Tahun 2021 pelayanan kesehatan bagi anak didik usia pendidikan dasar sebesar 62,8%, hal ini belum berjalan secara optimal mengingat pada tahun tersebut masih dalam dampak masa pandemi COVID-19, pembatasan kegiatan di sekolah, prioritas tenaga kesehatan pada penanganan pandemi, keterbatasan akses pelayanan kesehatan, terbatasnya koordinasi program dengan sekolah.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan pada anak usia pendidikan dasar pada tahun 2022 telah meningkat mencapai cakupan sebesar 100% di wilayah

kerja kabupaten/kota. Kegiatan ini diawali dengan tahapan koordinasi antara tenaga kesehatan puskesmas dengan pihak sekolah untuk menyepakati jadwal pelaksanaan, sasaran kegiatan, serta mekanisme pelayanan kesehatan yang akan dilakukan kepada siswa.

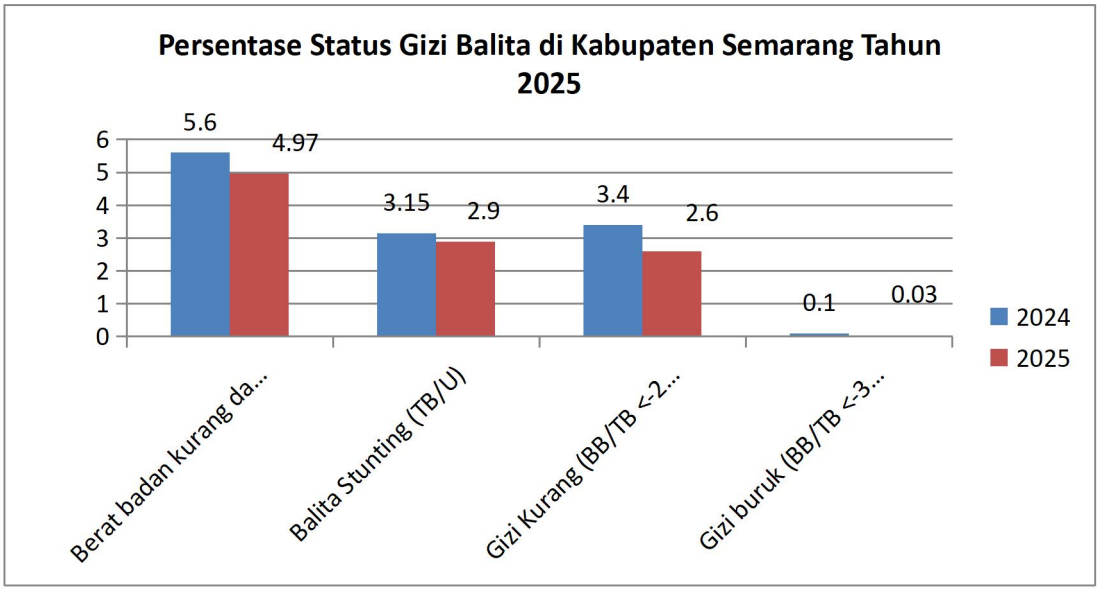
F. KESEHATAN USIA LANJUT

Pelayanan Kesehatan usia lanjut adalah pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat usia 60 tahun ke atas sesuai standar meliputi edukasi perilaku hidup bersih dan sehat dan skrining faktor resiko penyakit menular dan penyakit tidak menular. Skrining faktor resiko dilakukan minimal 1 kali dalam setahun yang terdiri dari pengukuran tinggi badan, berat badan, lingkar perut, lingkar lengan atas, pengukuran tekanan darah, pemeriksaan laboratorium glukosa darah dan kolesterol, gangguan mental, gangguan kognitif, tingkat kemandirian usia lanjut dan anamnesa perilaku berisiko menggunakan lembar instrument maupun kuesioner yang berlaku serta pemeriksaan Skrining Lansia Sederhana (SKILAS). Hasil cakupan pelayanan kesehatan usia lanjut sesuai standar di tahun 2025 sebesar 100 % sesuai yang ditargetkan dan hasil cakupan ini sama dengan di tahun 2024 yang juga mencapai 100 %.

G. GIZI

Penilaian status gizi balita dilakukan dengan membandingkan hasil pengukuran Berat Badan dan Panjang / Tinggi Badan dengan standar antropometri penilaian status gizi balita usia 0 – 60 bulan. Penilaian status gizi balita berdasar pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020.

Gambar 5.6 Persentase Status Gizi Balita di Kabupaten Semarang Tahun 2025



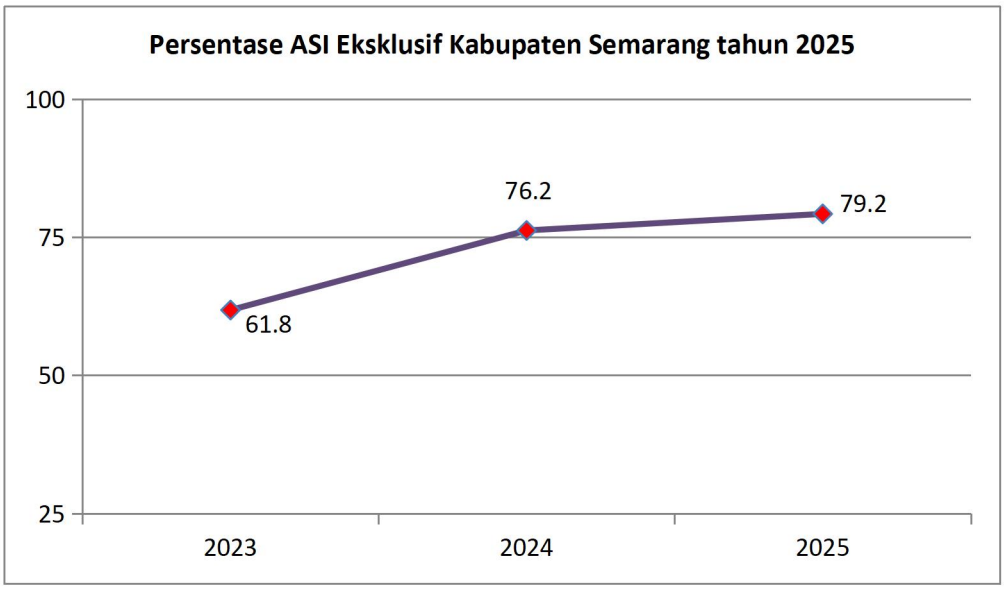
Sumber : Tim Kerja Kesga gizi

Berdasarkan gambar di atas dapat dilihat bahwa Balita Berat badan kurang dan sangat kurang berdasar pengukuran berat badan menurut umur (BB/U) sebesar 4,97 % menurun dari tahun 2024 yaitu 5,6 %. Balita status gizi pendek berdasarkan pengukuran tinggi badan/panjang badan berbanding umur (TB/U) sebesar 2,9 % menurun dari tahun 2024 yaitu 3,15 %. Sedangkan Balita gizi kurang (BB/TB <-2 s.d -3SD) sebesar 2,6 % menurun dari tahun 2024 yaitu 3,4 % dan Balita Gizi buruk (BB/TB < -3 SD) sebesar 0,03 % menurun dari tahun 2024 yaitu 0,1 %. Upaya yang sudah dilakukan dalam rangka menurunkan status gizi kurang dan berat badan kurang / sangat kurang antara lain dengan :

1. pemberian PMT (Pemberian Makanan tambahan) berupa susu (PDK / Pangan Diit Khusus),
2. Pemberian Makanan Tambahan Lokal bagi balita dan ibu hamil KEK,
3. Sosialisasi ASI Ekslusif,
4. Sosialisasi PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak) bagi kader dan tenaga kesehatan,

5. Kegiatan CFC (Community Feeding Center) di 4 (empat) lokasi puskesmas se Kabupaten Semarang yaitu Puskesmas Tengaran, Puskesmas Bringin, Puskesmas Sumowono dan Puskesmas Bergas,
6. Peningkatan pemberian Makanan Pendamping ASI dengan protein hewani, pemantauan status gizi buruk dan status gizi kurang secara rutin. Sedangkan upaya untuk menurunkan status gizi pendek dan sangat pendek (Stunting) yaitu Sosialisasi 1000 hari pertama kelahiran dan pemberian tablet Fe pada remaja putri.

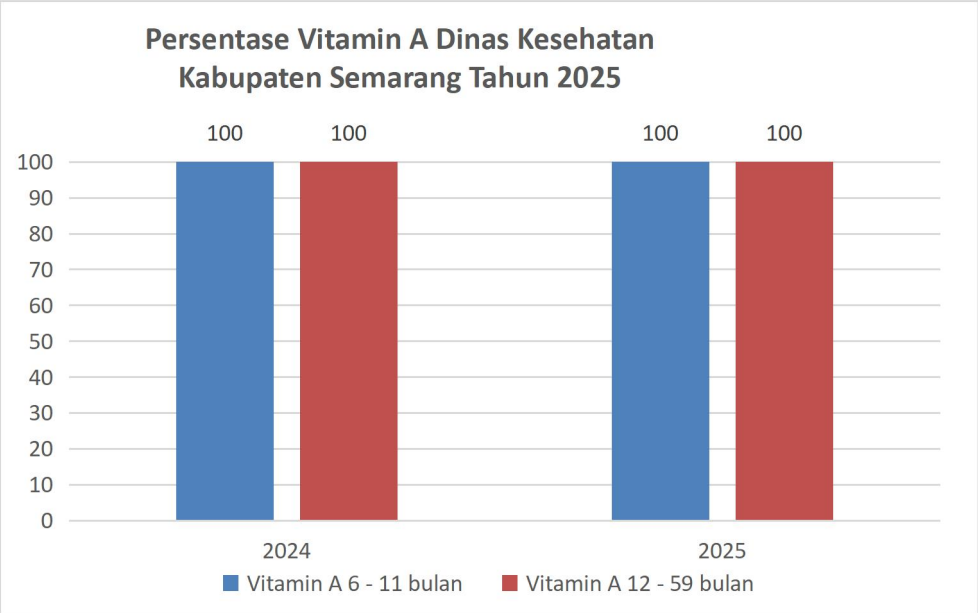
Gambar 5.7 Persentase ASI Eksklusif Kabupaten Semarang tahun 2025



Sumber : Tim Kerja Kesga gizi

Bayi usia 0-6 bulan yang mendapatkan ASI ekslusif, sebesar 79,2 % meningkat dibandingkan tahun 2024 yaitu 76,2 %. Hal ini karena sudah dilakukan inisiasi Menyusu Dini (IMD) bagi ibu melahirkan dan meningkatnya peran ibu dalam memberikan ASI Ekslusif karena adanya Sosialisasi ASI Ekslusif. Selain itu adanya PERDA ASI nomor 5 tahun 2014, program inovasi yang berkaitan dengan ASI eksklusif seperti ojek ASI, Penitipan ASI dan pemberian penghargaan bagi ibu yang menyelesaikan ASI Ekslusif selama 6 bulan. Peningkatan cakupan ASI terus dilakukan dengan penyuluhan atau sosialisasi baik oleh konselor ASI maupun motivator yang sudah mendapatkan pelatihan/sosialisasi IMD dan ASI Ekslusif serta PMBA di masyarakat.

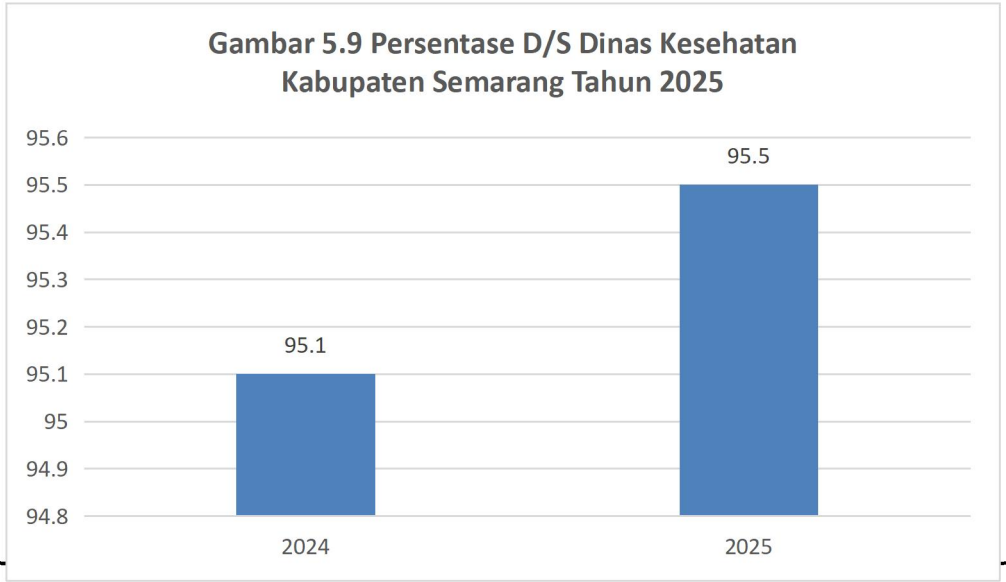
Gambar 5.8 Persentase Vitamin A Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang Tahun 2025



Sumber: Tim Kerja Kesga Gizi

Pemberian vitamin A pada bayi usia 6-11 bulan dan Balita 12-59 bulan pada tahun 2024 sudah sesuai target yaitu 100%. Pemberian Vitamin A dilakukan Bulan Februari dan Agustus, Jika Balita tidak datang maka petugas mengunjungi Balita secara proaktif agar target tercapai. Selain itu dilakukan penyuluhan dan penyebarluasan informasi mengenai manfaat vitamin A bagi Balita pada Masyarakat.

Gambar 5.9 Persentase D/S Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang Tahun 2025



Penimbangan Balita dilakukan di Posyandu setiap bulan. Cakupan penimbangan Balita tahun 2025 sebesar 95,5 % meningkat dibandingkan tahun 2024 yaitu 95,1 %. Hal ini terjadi karena semakin meningkatnya kesadaran dan partisipasi orang tua untuk membawa balitanya ke posyandu.

BAB VI
PENGENDALIAN PENYAKIT

A. Penyakit Menular Langsung

1. Tuberculosis

Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri Mycobacterium tuberculosis (M.tb). Penyakit ini masih menjadi permasalahan kesehatan di skala global. Berdasarkan data WHO dalam Global TB Report tahun 2024, Indonesia menduduki peringkat kedua dengan jumlah kasus TBC terbanyak di dunia setelah India. Insidensi TBC di Indonesia diperkirakan sebesar 387 per 100.000 penduduk atau sekitar 1.090.000 orang sakit TBC. Berdasarkan data Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) tahun 2023, cakupan penemuan kasus TBC mencapai 77% atau sebanyak 821.200 kasus, yang merupakan notifikasi kasus tertinggi dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Laporan WHO juga memperkirakan angka kematian akibat TBC di Indonesia sebesar 44 per 100.000 penduduk atau sekitar 125.000 kematian setiap tahunnya.

Kabupaten Semarang telah memenuhi target standar pelayanan minimal (SPM) dengan capaian 100% orang mendapatkan pelayanan terduga TBC sesuai dengan standar. Namun begitu, capaian tersebut belum selaras dengan Angka Notifikasi Kasus (CNR) atau angka insidensi tuberkulosis. CNR menunjukkan jumlah semua kasus tuberkulosis yang terlaporkan di antara 100.000 penduduk yang ada di suatu wilayah tertentu. Insidensi TBC di Kabupaten Semarang Tahun 2025 sebesar 109 per 100.000 penduduk. Angka tersebut jauh di bawah target yang ditetapkan utnuk Kabupaten Semarang sebesar 223 per 100.0000 penduduk. Adapun cakupan penemuan kasus TBC atau treatment coverage (TC) merupakan jumlah kasus TBC yang ditemukan dan dilaporkan di antara estimasi jumlah kasus TBC di suatu wilayah. TC di Kabupaten Semarang mencapai 65.2% dari target 90% kasus yang harus ditemukan.

Capaian insidensi tuberkulosis dan capaian TC Kabupaten Semarang yang tidak sesuai dengan target dapat mengindikasikan kemungkinan

adanya kasus yang belum ditemukan maupun belum terlaporkan. Hal ini berkaitan dengan masih adanya stigma di masyarakat bahwa penyakit TBC adalah penyakit kutukan, sehingga masyarakat malu untuk memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan karena takut ketika nanti terdiagnosis TBC akan dikucilkan oleh masyarakat. Selain itu, belum optimalnya pelaksanaan skrining aktif TBC oleh faskes maupun kesadaran diri skrining TBC mandiri oleh masyarakat juga berpengaruh dalam capaian penemuan kasus TBC di Kabupaten Semarang.

Selaras dengan End TB Strategy yang telah menjadi komitmen global, pemerintah Indonesia menjadikan program penanggulangan TBC sebagai program prioritas nasional dan masuk dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Capaian indikator SPM menjadi salah satu ukuran keberhasilan pembangunan kesehatan di tingkat nasional maupun daerah. Hal tersebut tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020–2024 serta diperkuat melalui Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis.

Strategi Nasional Penanggulangan TBC di Indonesia tahun 2020–2024 berfokus pada penyelesaian berbagai permasalahan utama tuberkulosis melalui enam strategi utama, yaitu penguatan komitmen dan kepemimpinan pemerintah pusat maupun daerah, peningkatan akses layanan tuberkulosis yang bermutu dan berpusat pada pasien, optimalisasi upaya promosi dan pencegahan, pemberian terapi pencegahan tuberkulosis serta pengendalian infeksi, pemanfaatan hasil riset dan teknologi, peningkatan peran komunitas dan multisektor, serta penguatan manajemen program melalui penguatan sistem kesehatan.

Di tingkat daerah, Kabupaten Semarang juga berkomitmen mendukung percepatan eliminasi TBC melalui berbagai kegiatan program seperti penemuan kasus secara aktif (Active Case Finding), investigasi kontak, skrining TBC pada kelompok berisiko, peningkatan kolaborasi lintas sektor, serta penguatan layanan diagnosis dan pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pada tahun 2025, Kabupaten Semarang berhasil mencapai capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) TBC lebih dari 100%, yang

menunjukkan keberhasilan dalam upaya penemuan dan penanganan kasus TBC di masyarakat.

Capaian tersebut tidak terlepas dari berbagai strategi inovatif yang dilakukan, antara lain integrasi skrining TBC dalam kegiatan Cek Kesehatan Gratis (CKG), penguatan peran kader kesehatan dalam penjaringan suspek TBC di masyarakat, serta peningkatan pelaksanaan investigasi kontak pada pasien TBC untuk menemukan kasus secara lebih dini. Meskipun demikian, upaya penanggulangan TBC masih menghadapi berbagai tantangan seperti potensi pasien lost to follow up (LTFU), keterlambatan diagnosis, serta masih adanya stigma terhadap pasien TBC di masyarakat.

Mengatasi hal tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang telah berupaya dengan memfasilitasi pelaksanaan kegiatan active case finding (ACF) atau skrining aktif TBC menggunakan mobile X-Ray pada kontak serumah dan kontak erat pasien TBC di semua puskesmas. Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang juga memfasilitasi untuk koordinasi lintas program dan penguatan lintas sektoral yang melibatkan jejaring FKTP, FKRTL, OPD, mitra, maupun komunitas Lembaga Swadaya Masyarakat dalam program penanggulangan TBC. Selain itu Dinas Kesehatan Kabupate Semarang juga telah melaksanakan pembinaan teknis kepada petugas kesehatan di berbagai level fasyankes.

Angka keberhasilan pengobatan (Treatment Success Rate/TSR) sebesar 87.7 % dari target nasional 90%. Tingkat keberhasilan pengobatan yang belum mencapai target ini mengindikasikan perlu adanya peningkatan kesadaran pasien penderita TBC untuk menjalani pengobatan sampai dengan tuntas sesuai dengan standar pengobatan TBC. Pengobatan TBC yang tidak tuntas dapat mengakibatkan bakteri tuberkulosis menjadi kebal terhadap obat anti tuberkulosis sehingga dibutuhkan waktu pengobatan yang lebih lama dengan dosis obat yang lebih tinggi dan efek samping obat yang lebih keras.

Tidak tuntasnya pengobatan TBC juga turut serta dalam memperpanjang mata rantai penularan TBC yang berkepanjangan di masyarakat. Tantangan yang ditemui di lapangan menunjukkan pasien TBC yang jenuh

dalam pengobatan TBC karena waktu pengobatan dinilai cukup lama yaitu minimal 6. Selain itu, mobilitas pasien TBC yang cukup tinggi dengan sering berpindah tempat tinggal atau tempat bekerja dan tidak melakukan konfirmasi pindah tempat pengobatan juga menjadi tantangan dalam keberhasilan pengobatan TBC. Hal tersebut sebenarnya sudah diantisipasi dengan melakukan edukasi oleh tenaga kesehatan, dukungan berupa pendampingan oleh kader komunitas, serta dukungan keluarga yang berperan sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO). Akan tertapi dalam keberjalanannya masih kurang optimal dan komprehensif.

2. HIV/AIDS

Penemuan kasus HIV / AIDS adalah fenomena gunung es. Kasus yang ditemukan hanya sebagian kecil dari keseluruhan kasus yang belum ditemukan. Sampai dengan saat ini masih merupakan fase pencarian atau penemuan kasus. Proporsi kasus baru HIV berdasar kelompok usia paling banyak pada usia 25 – 49 tahun dan terjadi pada laki laki.

Data menunjukkan bahwa kasus HIV di Kabupaten Semarang terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, yaitu 122 kasus pada 2023, naik menjadi 128 kasus pada 2024, dan melonjak signifikan menjadi 150 kasus pada 2025. Namun, terdapat perkembangan positif dalam penanganan, yaitu peningkatan jumlah Orang dengan HIV (ODHIV) baru yang segera mendapat terapi antiretroviral (ARV). Pada 2023 terdapat 72% ODHIV baru yang mendapat ARV, naik menjadi 85% pada 2024 dan 87% pada 2025, hal ini menunjukkan adanya perbaikan akses layanan kesehatan dan kepatuhan terhadap standar terapi, akan tetapi lonjakan kasus tetap menjadi alarm bahwa edukasi pencegahan, deteksi dini, serta pengurangan stigma sosial harus terus diperkuat.

Dengan seringnya dilakukan penyuluhan oleh petugas kesehatan diharapkan mampu meningkatkan kesadaran masyarakat untuk datang dan periksa ke klinik VCT. Belum optimalnya penemuan kasus masih disebabkan adanya rasa takut bila hasil pemeriksaan ternyata reaktif akan dikucilkan oleh keluarga dan masyarakat, hal tersebut disebabkan masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV-AIDS. Terhadap

mereka yang sudah positif menderita HIV / AIDS juga tetap dilakukan penyuluhan dan pendampingan agar mereka teratur minum obat seumur hidup. Sedangkan bagi mereka dengan perilaku yang beresiko tertular HIV / AIDS juga dilakukan penyuluhan agar menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), mau memeriksakan diri ke klinik VCT terdekat, menggunakan obat Pre-Exposure Prophylaxis (PREP) atau Profilaksis Pra (sebelum) Pajanan.

Dengan kombinasi strategi pencegahan yang lebih intensif dan keberlanjutan akses ARV, diharapkan tren kasus baru dapat ditekan sekaligus meningkatkan kualitas hidup ODHIV.

3. Pneumonia

   Pneumonia adalah infeksi saluran pernafasan akut yang menyebabkan peradangan atau cairan di paru-paru yang menyebabkan sulit bernafas dan membatasi asupan oksigen. Pda anak-anak bakteri penyebab pneumonia yang paling umum adalah pneumokokus dan Haemophilus influenza tipe b (Hib).

   Gejala pneumonia termasuk panas tinggi disertai batuk, kesulitan bernafas, pernafasan cepat, tarikan dinding dada ke dalam (chest indrawing) dan atau mengi.

   Cakupan penemuan kasus pneumonia di tahun 2025 sebanyak 1865 Balita (85.2%).

   Kondisi ini terjadi karena adanya peningkatan Ketrampilan Tenaga Kesehatan dan kesadaran masyarakat untuk segera periksa fasilitas kesehatan

   .

4. Diare

   Penyakit Diare masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Negara berkembang seperti Indonesia karena tingkat morbiditas dan moratlitasnya yang masih tinggi. Kasus diare yang ditemukan di Kabupaten Semarang pada tahun 2025 sebanyak 9673 kasus (82.5%) pada kategori semua umur dari estimasi sasaran semua umur sebesar 11.720 sedangkan kasus diare pada Balita dapat ditemukan sebanyak

2544 kasus (85.0%) dari estimasi sasaran Balita 2.994 kasus. Kasus yang ditemukan sudah ditangani dan mendapatkan oralit dan juga tablet zinc untuk Balita.

Meningkatnya kesadaran masyarakat untuk periksa dan berobat sedini mungkin agar lebih cepat tertangani dan lekas sembuh, karna apabila tidak segera ditangani akan berbahaya dan besar kemungkinan menyebabkan kematian, sehingga kewaspadaan dini dalam penemuan dan penanganan diare sangat dibutuhkan.

5. Kusta

Penemuan kasus baru kusta pada tahun 2025 di Kabupaten Semarang sebanyak 4 (empat) kasus kusta kering dan 11 (sebelas) kasus kusta basah sedangkan pada anak usia 0 – 14 tidak ditemukan kasus kusta dan angka cacat tingkat 0 sebanyak 2 kasus, angka cacat tingkat 2 sebanyak 3 kasus Kondisi ini menggambarkan bahwa di Kabupaten Semarang masih berpotensi ditemukan kasus kusta lainnya.

Penularan penyakit kusta sangatlah spesifik yaitu dengan adanya sentuhan kulit dengan penderita yang terjadi berulang-ulang dan dalam waktu lama, baik sentuhan kulit langsung maupun lewat pakaian atau handuk yang digunakan bergantian oleh anggota keluarga maupun orang yang tinggal satu rumah. Oleh karena itu masyarakat selalu diberikan penyuluhan dan himbauan agar menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam kehidupannya sehari-hari untuk dapat mengurangi resiko penularan berbagai macam penyakit.

Angka kesembuhan penderita kusta yang mencapai 100 % menggambarkan adanya peningkatan kesadaran penderita yang kooperatif untuk melakukan pengobatan sampai tuntas.

6. Hepatitis B

Hepatitis B adalah infeksi hati yang disebabkan oleh virus Hepatitis B (HBV). Penyakit ini dapat menyebabkan peradangan hati akut atau kronis. Hepatitis B menyebar melalui kontak dengan darah, cairan tubuh, atau penggunaan alat yang terkontaminasi, seperti jarum suntik. Penularannya juga dapat terjadi dari ibu ke bayi saat persalinan atau melalui hubungan seksual tanpa pelindung.

Penularan Hepatitis B dari ibu ke anak, yang dikenal sebagai transmisi vertikal, memiliki peluang yang sangat tinggi. Berdasarkan data, bayi yang lahir dari ibu dengan Hepatitis B memiliki risiko sekitar 90-95% untuk terinfeksi virus yang sama jika tidak ada intervensi. Oleh karena hal itu dilakukan deteksi dini Hepatitis B pada ibu hamil.

Deteksi dini Hepatitis B pada ibu hamil di Kabupaten semarang tahun 2025 sejumlah 85,8% dari total ibu hamil yang di temukan. Diharapkan semua ibu hamil dapat melakukan deteksi dini Hepatitis B pada kunjungan prenatal pertama sehingga infeksi dapat diidentifikasi lebih awal, sehingga langkah pencegahan seperti pemberian vaksin Hepatitis B dan Imunoglobulin pada bayi dapat dilakukan segera setelah lahir. Hepatitis B sering kali tidak menunjukkan gejala pada tahap awal, namun pada beberapa kasus dapat menimbulkan gejala seperti kelelahan, mual, muntah, demam ringan, nyeri perut, atau kulit dan mata yang menguning (jaundice). Infeksi kronis dapat meningkatkan risiko kerusakan hati serius, seperti sirosis atau kanker hati.

Data menunjukkan adanya penurunan kasus Hepatitis B pada ibu hamil di Kabupaten Semarang dari 130 orang pada tahun 2024 menjadi 100 orang pada tahun 2025. Penurunan ini mencerminkan adanya perbaikan dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular, khususnya pada kelompok rentan seperti ibu hamil. Faktor yang berkontribusi terhadap penurunan kasus antara lain peningkatan kesadaran masyarakat akan pentingnya pemeriksaan kesehatan kehamilan, perluasan akses vaksinasi hepatitis, serta penguatan program skrining dini di fasilitas kesehatan. Dari perspektif kesehatan masyarakat, penurunan ini merupakan indikator positif yang menunjukkan efektivitas intervensi kesehatan, meskipun tetap diperlukan pengawasan berkelanjutan agar tren penurunan dapat dipertahankan. Selain itu, edukasi mengenai pola hidup sehat dan pencegahan penularan hepatitis harus terus ditingkatkan untuk memastikan ibu hamil terlindungi dan bayi yang dilahirkan memiliki peluang tumbuh sehat tanpa risiko infeksi.

B. Penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

Penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi (PD3I) Penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi dan saat ini menjadi imunisasi wajib adalah untuk mencegah penyakit tetanus neonatorum, hepatitis, difteri, pertussis, polio dan Campak. Pada tahun 2024 di Kabupaten Semarang kasus Campak ditemukan sebanyak 147 kasus dengan 1 kasus positif Rubella dan 21 Kasus AFP. Kabupaten Semarang telah mencapai target penemuan kasus PD3I khususnya Campak dan AFP yang ditargetkan oleh DirSurkaskes Kementerian Kesehatan. Adapun target dari Kemenkes adalah Campak sebanyak 46 kasus dan AFP sebanyak 15 kasus. Harapan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang adalah penemuan kasus Campak Klinis dan AFP Adalah merata di semua puskesmas dan RS. Untuk kedepan Dinas kesehatan akan memanfaatkan laporan langsung dari Masyarakat dengan pendekatan Surveilans Berbasis Masyarakat

Kejadian Luar Biasa yang ditangani kurang dari 24 jam sejumlah 16 kasus. Hal ini menunjukkan bahwa sinergitas Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Rumah Sakit berjalan dengan baik. Kabupaten Semarang dalam melaksanakan laporan SKDR mencapai target yang diberikasn Kementrian Kesehatan. Untuk Ketepatan Laporan adalah 100 % dan Kelengkapan Laporan 100%.

C. Penyakit Tular Vektor dan Zoonosis

1. Demam Berdarah Dengue (DBD)

   Angka Kesakitan (Incident Rate/IR) Demam Berdarah dengue per 100.000 penduduk mengalami penurunan yang signifikan bila dibandingkan Tahun 2024. IR DBD pada Tahun 2025 sebesar 5,3 per 100.000 penduduk dari 58 kasus DBD yang ditemukan dan ditangani, angka ini jauh lebih kecil dibandingkan dengan IR DBD 2024 yang sebesar 20,7 per 100.000 penduduk dari 225kasus DBD yang ditemukan dan ditangani. Meskipun begitu, angka kematian (Case Fatality Rate/CFR) Tahun 2025 mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan Tahun 2024, Dimana CFR Tahun 2025 sebesar 3,4% dan Tahun 2024 sebesar 0,88% Dimana pada Tahun 2025 terdapat 2 kematian di wilayah Puskesmas Leyangan dan Puskesmas Suruh.

Menurunnya kasus DBD pada Tahun 2024 dipengaruhi beberapa faktor, seperti meningkatnya system surveilans, pelaporan dan pencatatan kasus DBD, musim hujan yang tidak sepanjang Tahun 2024 serta meningkatnya kesadaran Masyarakat terkait bahaya DBD, sehingga jika terdapat gejala infeksi dengue di Masyarakat, maka akan segera dilaporkan ke fasyankes, dan kasus dapat segera ditindaklanjuti.

Kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan gerakan 3M plus. Program PSN 3M Plus, yaitu: 1) Menguras, adalah membersihkan tempat yang sering dijadikan tempat penampungan air seperti bak mandi, ember air, tempat penampungan air minum, penampung air lemari es dan lain-lain 2) Menutup, yaitu menutup rapat-rapat tempat-tempat penampungan air seperti drum, kendi, toren air, dan lain sebagainya; dan 3) Memanfaatkan kembali atau mendaur ulang barang bekas yang memiliki potensi untuk jadi tempat perkembangbiakan nyamuk penular Demam Berdarah Plus pemakaian Repelent yaitu obat atau bahan yang mampu mengusir nyamuk dan fogging focus (pengasapan) bagi kasus DBD yang hasil penyelidikan epidemiologinya positif. Penggunaan RDT NS-1 Dengue di puskesmas juga sangat membantu agar kasus DBD dapat dideteksi secara dini sehingga dapat segera ditangani dan terhindar dari kematian akibat keterlambatan penanganan

2. Malaria

Kasus malaria yang ditemukan di Kabupaten Semarang mulai tahun 2014 merupakan kasus mulai terjangkitnya didapat dari luar Kabupaten Semarang saat yang bersangkutan bekerja boro (kasus import). Jumlah kasus malaria yang ditemukn pada Tahun 2025 sebanyak 6 kasus, hal ini menurun bila dibandingkan dengan Tahun 2024 sebanyak 7 kasus yang ditemukan.

Angka kesakitan (Annual Parasite Incident/API) malaria pada Tahun 2025 sebesar 0,0054 per 1000 penduduk, dan positivity rate sebesar 0,27% dari 2.206 suspek yang dilakukan pemeriksaan menggunakan RDT dan Malaria.

Tabel 6.1 Angka Kesakitan Malaria di Kabupaten Semarang
Tahun 2021- 2025

TAHUN	Angka Kesakitan Malaria (per 1.000 pddk)
2021	0,001
2022	0,00475
2023	0,00378
2024	0,0065
2025	0,0054

Sumber : Tim Kerja P2PM

3. Filariasis

Kasus Filariasis di Kabupaten Semarang tahun 2025 terdapat 13 kasus kronis Filariasis yang tercatat, dimana 10 kasus masih hidup dan 3 kasus telah meninggal dunia. Tidak ada pertambahan Kasus Kronis Filariasis di Kabupaten Semarang pada Tahun 2025. Kabupaten Semarang oleh Kementerian Kesehatan telah dinyatakan sebagai daerah endemis filariasis, sehingga seluruh penduduk Kabupaten Semarang yang berumur 2 – 70 tahun harus minum obat filariasis setahun sekali berturut-turut selama 5 tahun. Program pemberian obat masal pencegahan filariasis ini dimulai tahun 2017 sampai tahun 2021. Dengan program tersebut memperkecil kemungkinan penularan penyakitnya terhadap warga sekitar. Terhadap warga masyararakat juga dilakukan penyuluhan terus - menerus karena filariasis dapat ditularkan lewat gigitan nyamuk. Penularan filariasis dapat ditekan dengan meningkatan kesadaran masyarakat untuk menerapkan PHBS dalam kehidupan sehari-hari.

Kabupaten Semarang dinyatakan telah lulus evaluasi TAS 1 2023, dan pada Tahun 2025 telah dilaksanakan TAS 2 dengan hasil seluruh sampel yang diperiksa negatif, sehingga Kabupaten Semarang akan masuh ke tahap TAS 3 pada Tahun 2027.

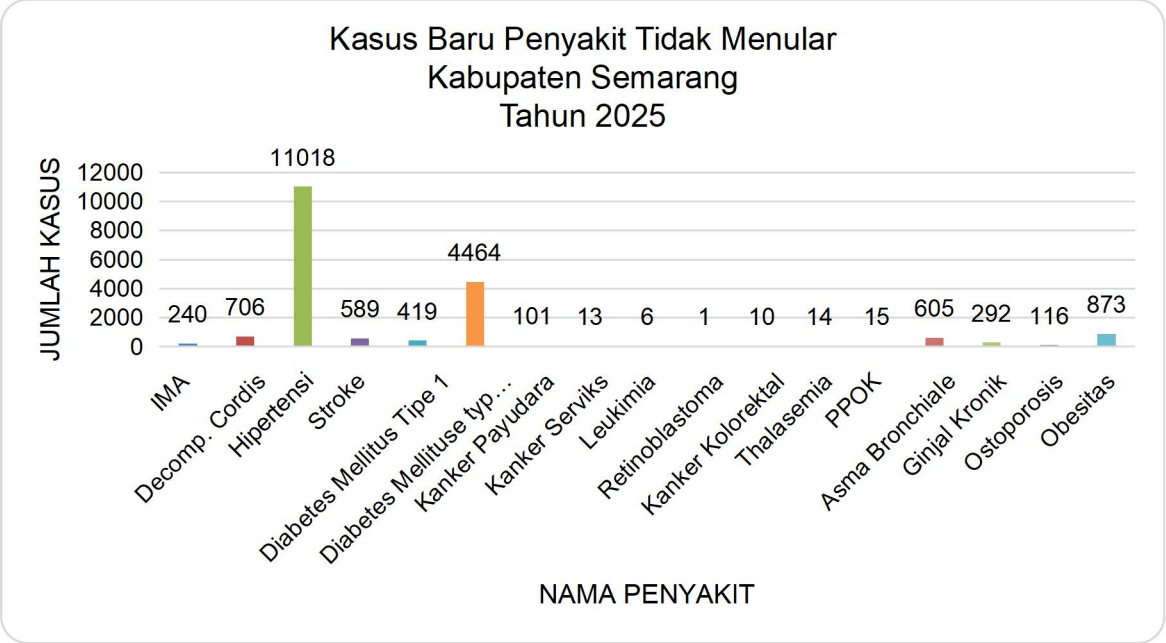
D. Penyakit Tidak Menular

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit yang tidak dapat ditularkan dari satu individu ke individu lainnya dan umumnya berkembang secara perlahan dalam jangka waktu yang panjang (kronis). Sebagian besar PTM sering tidak terdeteksi pada tahap awal karena tidak menimbulkan

gejala yang jelas sehingga penderita sering datang berobat pada kondisi yang sudah lanjut. Hal ini menyebabkan PTM menjadi salah satu penyebab utama kesakitan, kecacatan, serta kematian dini di masyarakat. Secara global maupun nasional, beban PTM terus mengalami peningkatan seiring dengan perubahan pola hidup masyarakat, urbanisasi, serta meningkatnya faktor risiko seperti merokok, kurang aktivitas fisik, pola makan tidak sehat, dan obesitas.

Trend Kasus Penyakit Tidak Menular Tahun 2025 disajikan pada grafik berikut :

Gambar 6. 1 Kasus Baru Penyakit Tidak Menular
Kabupaten Semarang Tahun 2025



Sumber : Timker P2PTM & Kesehatan Jiwa, 2025

Berdasarkan data laporan kasus baru Penyakit Tidak Menular (PTM) di Kabupaten Semarang, hipertensi masih menjadi kasus PTM tertinggi dibandingkan jenis PTM lainnya setiap tahunnya. Jumlah kasus hipertensi tercatat sebanyak 11.401 kasus pada tahun 2023, meningkat menjadi 11.778 kasus pada tahun 2024, dan sedikit menurun pada tahun 2025 menjadi 11.018 kasus. Meskipun terjadi penurunan pada tahun 2025, hipertensi tetap mendominasi kasus PTM yang dilaporkan. Kondisi ini menunjukkan bahwa hipertensi masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang memerlukan

perhatian dalam upaya pengendalian faktor risiko serta peningkatan deteksi dini.

Kasus Diabetes Melitus tipe 2 juga menunjukkan jumlah yang cukup tinggi dan cenderung meningkat dalam tiga tahun terakhir. Pada tahun 2023 tercatat sebanyak 4.094 kasus, meningkat pada tahun 2024 menjadi 4.222 kasus, dan kembali meningkat pada tahun 2025 menjadi 4.464 kasus. Tren peningkatan ini menunjukkan bahwa diabetes melitus masih menjadi salah satu penyakit kronis yang perlu mendapatkan perhatian khusus, terutama dalam upaya pengendalian faktor risiko seperti pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, dan obesitas. Sementara itu, Diabetes Melitus tipe 1 menunjukkan kecenderungan fluktuatif dengan jumlah kasus 1.062 kasus pada tahun 2023, kemudian menurun pada tahun 2024 menjadi 778 kasus, dan kembali menurun pada tahun 2025 menjadi 419 kasus. Penurunan ini dapat dipengaruhi oleh perbedaan pencatatan kasus maupun jumlah penderita yang terdeteksi di fasilitas pelayanan kesehatan.

Beberapa jenis PTM lainnya seperti stroke, penyakit jantung koroner (decompensatio cordis), asma bronkial, dan obesitas juga menunjukkan variasi jumlah kasus selama periode tersebut. Kasus stroke mengalami penurunan dari 323 kasus pada tahun 2023 menjadi 663 kasus pada tahun 2024, kemudian sedikit menurun menjadi 589 kasus pada tahun 2025. Sementara itu, asma bronkial menunjukkan peningkatan dari 391 kasus pada tahun 2023 menjadi 490 kasus pada tahun 2024 dan kembali meningkat menjadi 605 kasus pada tahun 2025. Kasus obesitas juga menunjukkan kecenderungan meningkat dibandingkan tahun 2023, yaitu dari 1.157 kasus pada tahun 2023, menurun pada tahun 2024 menjadi 767 kasus, kemudian meningkat kembali pada tahun 2025 menjadi 873 kasus. Kondisi ini menggambarkan bahwa faktor risiko PTM seperti obesitas masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang perlu dikendalikan.

Jenis PTM lainnya seperti kanker payudara, kanker serviks, kanker kolorektal, leukemia, talasemia, PPOK, dan penyakit ginjal kronik memiliki jumlah kasus yang lebih rendah dibandingkan hipertensi dan diabetes melitus, namun tetap memerlukan perhatian melalui peningkatan deteksi dini dan penguatan

pelayanan kesehatan. Secara umum, data kasus PTM menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskular dan metabolik masih mendominasi, khususnya hipertensi dan diabetes melitus. Kondisi ini sejalan dengan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 yang menunjukkan tingginya prevalensi kedua penyakit tersebut pada penduduk dewasa. Oleh karena itu, diperlukan penguatan upaya pengendalian PTM melalui peningkatan kegiatan promotif dan preventif, terutama skrining faktor risiko PTM, edukasi perilaku hidup sehat, serta optimalisasi pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Upaya tersebut juga sejalan dengan pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) yang bertujuan meningkatkan deteksi dini faktor risiko dan penyakit tidak menular sehingga penanganan dapat dilakukan lebih cepat dan tepat.

E. Pelayanan Kesehatan pada Usia Produktif

Pada tahun 2025 jumlah sasaran penduduk usia produktif (15–59 tahun) di Kabupaten Semarang sebanyak 503.101 jiwa, yang terdiri dari 177.386 jiwa laki-laki dan 325.715 jiwa perempuan. Seluruh sasaran usia produktif tersebut diharapkan dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar sebagai upaya deteksi dini faktor risiko penyakit.

Berdasarkan capaian pelayanan kesehatan, jumlah penduduk usia produktif yang mendapatkan pelayanan skrining kesehatan sesuai standar pada tahun 2025 tercatat sebanyak 598.012 jiwa atau 118,9% dari total sasaran. Capaian tersebut terdiri dari 214.756 jiwa laki-laki dan 383.256 jiwa perempuan. Persentase capaian yang melebihi 100% menunjukkan bahwa pelayanan tidak hanya diberikan kepada penduduk sasaran di wilayah tersebut, tetapi juga kepada penduduk dari luar wilayah yang memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Dari jumlah penduduk usia produktif yang telah mendapatkan pelayanan skrining, sebanyak 87.120 jiwa (14,6%) terdeteksi memiliki faktor risiko kesehatan, dengan rincian 33.843 jiwa laki-laki dan 53.277 jiwa perempuan. Jumlah tersebut mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2024 yang tercatat sebanyak 78.340 jiwa (13,4%). Peningkatan ini menunjukkan semakin meningkatnya temuan faktor risiko melalui kegiatan skrining kesehatan pada usia produktif, sehingga diharapkan dapat segera dilakukan

tindak lanjut penanganan untuk mencegah terjadinya penyakit yang lebih berat.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, pemerintah daerah wajib memberikan pelayanan kesehatan kepada penduduk usia produktif (15–59 tahun) sesuai standar minimal satu kali dalam satu tahun melalui kegiatan skrining kesehatan. Pelayanan tersebut meliputi deteksi faktor risiko penyakit tidak menular dan penyakit menular, pemeriksaan status gizi dan tekanan darah, pemeriksaan gula darah bagi kelompok tertentu, pemeriksaan indera, kesehatan jiwa, kesehatan reproduksi, serta skrining kanker pada kelompok sasaran tertentu.

Capaian pelayanan kesehatan usia produktif yang melampaui target menunjukkan bahwa implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) sesuai Permenkes Nomor 6 Tahun 2024 telah berjalan dengan baik dalam meningkatkan akses skrining kesehatan masyarakat. Pelaksanaan skrining faktor risiko pada kelompok usia produktif juga sejalan dengan upaya pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) yang menekankan deteksi dini dan pencegahan sejak dini. Selain itu, kegiatan tersebut semakin diperkuat melalui Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) yang bertujuan memperluas jangkauan pemeriksaan kesehatan bagi masyarakat sehingga faktor risiko maupun penyakit dapat ditemukan lebih awal. Dengan sinergi antara pemenuhan SPM, pelaksanaan skrining PTM, dan program CKG, diharapkan upaya promotif dan preventif dapat semakin optimal dalam menekan peningkatan kasus PTM serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat usia produktif.

F. HIPERTENSI

Jumlah penduduk usia ≥15 tahun yang terdata menderita hipertensi di Kabupaten Semarang awal tahun 2025 sebanyak 23.444 jiwa, dengan rincian 7.360 jiwa laki-laki dan 16.084 jiwa perempuan. Data penderita hipertensi tersebut diperoleh dari laporan pengelola Program Penyakit Tidak Menular (PTM) di 26 Puskesmas. Dari jumlah penderita yang terdata tersebut, sebanyak 26.641 jiwa atau 113,6% telah mendapatkan pelayanan kesehatan

sesuai standar tahun 2025, dengan rincian 8.654 jiwa laki-laki dan 17.987 jiwa perempuan. Capaian pelayanan yang melebihi 100% menunjukkan bahwa pelayanan tidak hanya diberikan kepada penderita yang sudah terdata saja, tetapi juga kepada penderita baru yang diperoleh dari data kasus baru Hipertensi di fasilitas kesehatan.

Jumlah penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan pada tahun 2025 mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2024. Peningkatan ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain meningkatnya kegiatan skrining dan deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular, sehingga ditemukan lebih banyak kasus hipertensi baru yang kemudian ditindaklanjuti melalui pelayanan kesehatan di Puskesmas maupun fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP).

Pelayanan kesehatan bagi penderita hipertensi diberikan sesuai standar yang meliputi pengukuran tekanan darah secara rutin minimal satu kali setiap bulan di fasilitas pelayanan kesehatan, pemberian edukasi mengenai perubahan gaya hidup sehat serta kepatuhan dalam mengonsumsi obat, serta pemberian terapi farmakologi oleh dokter apabila hasil pengukuran tekanan darah menunjukkan tekanan darah sistolik ≥140 mmHg. Selain itu, pasien juga dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan apabila diperlukan.

Upaya pengendalian hipertensi sejalan dengan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024, yang menekankan pentingnya pelayanan kesehatan bagi penderita hipertensi melalui pemantauan dan penatalaksanaan secara rutin di fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, kegiatan skrining faktor risiko PTM di masyarakat serta pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) turut mendukung peningkatan deteksi dini kasus hipertensi sehingga penderita dapat segera memperoleh penanganan yang tepat. Dengan optimalnya pelaksanaan skrining, pemantauan rutin, serta edukasi perubahan gaya hidup sehat, diharapkan kejadian komplikasi akibat hipertensi dapat ditekan dan kualitas hidup masyarakat dapat meningkat.

G. DIABETES MELITUS

Jumlah penduduk usia ≥15 tahun yang terdata menderita Diabetes Mellitus di Kabupaten Semarang pada tahun 2025 sebanyak 8.693 jiwa. Dari jumlah tersebut, sebanyak 9.699 jiwa (112%) telah mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Capaian pelayanan yang melebihi 100% menunjukkan bahwa pelayanan tidak hanya diberikan kepada penderita yang terdata pada tahun berjalan, tetapi juga kepada penderita lama serta penderita baru yang ditemukan melalui kegiatan skrining dan penemuan kasus baru PTM di fasilitas pelayanan kesehatan.

Jumlah penderita Diabetes Mellitus yang mendapatkan pelayanan pada tahun 2025 mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2024 yang tercatat sebanyak 9.542 jiwa, hal ini menunjukkan peningkatan deteksi kasus serta akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Dari jumlah tersebut, pelayanan pada penyandang DM terkendali tercatat sebanyak 9.699 jiwa atau 100%.

Pelayanan kesehatan bagi penderita Diabetes Mellitus diberikan sesuai standar yang meliputi pemantauan kadar gula darah secara berkala minimal satu kali setiap bulan, edukasi mengenai perubahan gaya hidup dan pengaturan nutrisi, serta pemberian terapi farmakologi oleh dokter apabila diperlukan. Capaian pelayanan serta pengendalian Diabetes Mellitus tersebut menunjukkan bahwa upaya deteksi dini dan pemantauan penderita melalui skrining PTM, pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama, serta dukungan Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) berperan penting dalam meningkatkan penemuan kasus dan pengendalian penyakit sehingga dapat menekan risiko komplikasi akibat Diabetes Mellitus di masyarakat.

H. KANKER LEHER RAHIM DAN KANKER PAYUDARA

Pelaksanaan deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara di Kabupaten Semarang pada tahun 2025 telah dilaksanakan di 26 Puskesmas melalui pemeriksaan IVA dan DNA HPV (co-testing) untuk Kanker Leher Rahim serta pemeriksaan SADANIS untuk deteksi dini Kanker Payudara. Sasaran perempuan usia 30–50 tahun sebanyak 160.621 jiwa. Cakupan deteksi dini kanker leher rahim dengan pemeriksaan IVA tercatat sebanyak

7.645 jiwa (4,8%), sedangkan deteksi dini kanker payudara dengan pemeriksaan SADANIS sebanyak 26.987 jiwa (16,8%) dari total sasaran.

Hasil pemeriksaan IVA menunjukkan sebanyak 266 jiwa (3,5%) terdeteksi IVA positif dan 15 jiwa (0,2%) dicurigai kanker leher rahim. Tindak lanjut yang dilakukan meliputi krioterapi pada 12 jiwa (4,5%) serta rujukan pada 24 jiwa (8,9%) ke fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan untuk pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut. Sementara itu, hasil deteksi dini kanker payudara melalui pemeriksaan SADANIS menemukan tumor atau benjolan pada 88 jiwa (0,3%) dan curiga kanker payudara pada 14 jiwa (0,1%). Dari temuan tersebut, sebanyak 84 jiwa (82,4%) telah dirujuk untuk pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan lebih lanjut.

Selain pemeriksaan IVA, deteksi dini kanker leher rahim juga diperkuat melalui pemeriksaan DNA HPV. Pada tahun 2025 jumlah perempuan yang menjalani pemeriksaan DNA HPV sebanyak 4.767 orang, dengan hasil 305 orang (6,4%) terdeteksi positif dan 4.462 orang (93,6%) negatif. Dari hasil positif tersebut ditemukan beberapa subtipe HPV risiko tinggi, antara lain subtipe 16 sebanyak 24 kasus, subtipe 18 sebanyak 26 kasus, subtipe 52 sebanyak 1 kasus, serta subtipe risiko tinggi lainnya sebanyak 32 kasus. Hasil co-testing IVA dan DNA HPV menunjukkan 18 orang dengan IVA positif dan DNA HPV positif, 258 orang IVA negatif namun DNA HPV positif, 192 orang IVA positif namun DNA HPV negatif, serta 3.914 orang dengan hasil IVA negatif dan DNA HPV negatif. Temuan ini menunjukkan bahwa pemeriksaan DNA HPV mampu mendeteksi infeksi HPV risiko tinggi pada kelompok yang tidak teridentifikasi melalui pemeriksaan IVA, sehingga meningkatkan sensitivitas skrining dalam menemukan risiko kanker leher rahim secara lebih dini.

Secara umum, pelaksanaan skrining kanker leher rahim dan kanker payudara di Kabupaten Semarang telah dilaksanakan di seluruh Puskesmas, namun cakupan pemeriksaan masih relatif rendah dibandingkan jumlah sasaran, sehingga perlu ditingkatkan melalui penguatan edukasi, peningkatan akses skrining, serta kolaborasi dengan berbagai sektor di masyarakat. Pemanfaatan metode co-testing IVA dan DNA HPV menjadi strategi penting dalam meningkatkan deteksi dini kanker serviks, karena dapat

mengidentifikasi infeksi HPV risiko tinggi sebelum terjadi perubahan sel yang berkembang menjadi kanker.

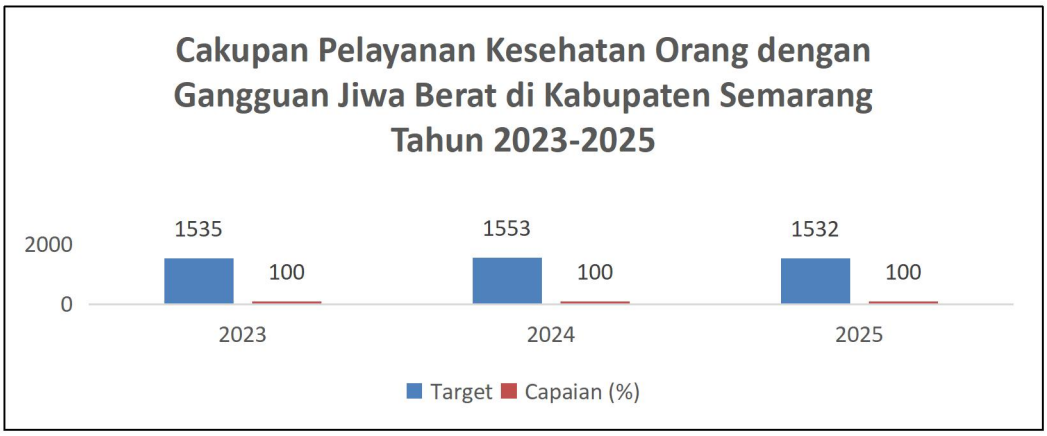
Hasil skrining tersebut menunjukkan bahwa pendekatan deteksi dini yang lebih komprehensif melalui kombinasi pemeriksaan IVA dan DNA HPV sangat penting dalam pengendalian kanker leher rahim, mengingat sebagian kasus infeksi HPV risiko tinggi tidak selalu terdeteksi melalui pemeriksaan IVA saja. Oleh karena itu, penguatan program skrining, peningkatan cakupan pemeriksaan pada kelompok sasaran, serta tindak lanjut yang cepat terhadap kasus positif menjadi langkah strategis dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat kanker serviks, sekaligus mendukung upaya eliminasi kanker leher rahim di Indonesia melalui deteksi dini dan penanganan yang lebih efektif.

I. PELAYANAN KESEHATAN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA BERAT

Kesehatan jiwa merupakan kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Upaya Kesehatan jiwa diselenggarakan untuk menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu Kesehatan jiwa dan menjamin setiap orang dapat mengembangkan berbagai potensi kecerdasan dan potensi psikologis lainnya. Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat merupakan individu yang mengalami gangguan mental dengan gejala psikotik yang berat dan menetap sehingga memengaruhi kemampuan berpikir, emosi, perilaku, serta fungsi sosial dalam kehidupan sehari-hari. Gangguan jiwa berat umumnya bersifat kronis dan memerlukan penanganan jangka panjang melalui pelayanan kesehatan, pengobatan teratur, rehabilitasi psikososial, serta dukungan keluarga dan masyarakat.

Berdasarkan data laporan puskesmas, pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat pada 3 tahun terakhir dapat dilihat pada grafik di bawah ini:

Gambar 6.2 Cakupan Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa Berat di Kabupaten Semarang Tahun 2023-2025



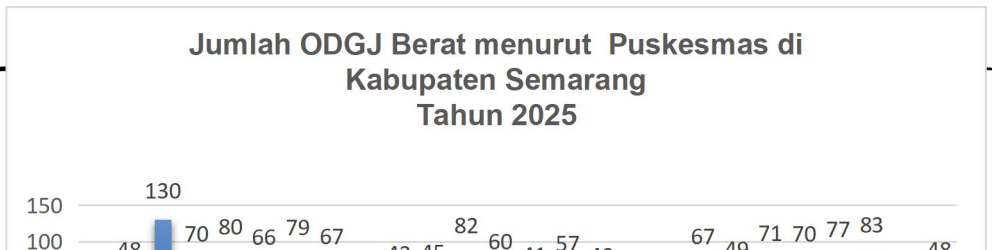
Sumber : Tim Kerja PTM & Kesehatan Jiwa, 2025

Masalah kesehatan jiwa yang tidak terdeteksi sehingga tidak tertangani akan dapat berlanjut menjadi gangguan jiwa. Beberapa gangguan jiwa yang dapat terjadi yaitu depresi, gangguan afektif bipolar, skizofrenia dan psikosis lainnya, demensia, cacat intelektual, dan gangguan perkembangan termasuk autisme. Masalah kesehatan jiwa ataupun gangguan tersebut dapat dialami oleh orang dewasa lansia dan juga anak remaja. Hal ini dapat menimbulkan beban masalah kesehatan jiwa yang berdampak terhadap kesehatan secara umum dan konsekuensi sosial, hak asasi manusia dan ekonomi.

Berdasarkan data laporan Puskesmas di Kabupaten Semarang, ODGJ berat yang tercatat terdiri dari kasus lama yang masih dalam pemantauan pengobatan serta kasus baru yang ditemukan melalui pelayanan kesehatan maupun pelacakan kasus di masyarakat. Sebagian besar kasus gangguan jiwa berat yang ditemukan merupakan gangguan psikotik kronis seperti skizofrenia, yang membutuhkan pengobatan jangka panjang dan pemantauan secara berkala untuk mencegah kekambuhan.

Berikut ini adalah data jumlah orang dengan gangguan jiwa berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan di 26 puskesmas di Kabupaten Semarang pada tahun 2025:

Gambar 6.3 Jumlah ODGJ Berat menurut Puskesmas di Kabupaten Semarang Tahun 2025



Sumber : Tim Kerja PTM & Kesehatan Jiwa, 2025

Dari segi karakteristik demografi, ODGJ berat di Kabupaten Semarang umumnya berada pada kelompok usia produktif, yang menunjukkan bahwa gangguan jiwa berat dapat berdampak pada kemampuan individu dalam menjalankan fungsi sosial dan ekonomi. Selain itu, sebagian besar pasien masih memerlukan pendampingan keluarga dalam menjalani pengobatan dan aktivitas sehari-hari. Berikut ini adalah data jumlah orang dengan gangguan jiwa berat berdasarkan golongan umur yang mendapatkan pelayanan kesehatan di 26 puskesmas di Kabupaten Semarang pada tahun 2025:

Tabel 6.2 Jumlah Orang dengan Gangguan Jiwa berat berdasarkan golongan umur yang mendapatkan pelayanan kesehatan 26 puskesmas di Kabupaten Semarang Tahun 2025

NO	PUSKESMAS	SKIZOFRENIA			PSIKOTIK AKUT			TOTAL			MENDAPAT PELAYANAN KESEHATAN
		0-14 th	15 - 59 th	> 60 th	0-14 th	15 - 59 th	> 60 th	0-14 th	15 - 59 th	> 60 th	
1	GETASAN	0	28	6	0	0	0	0	28	6	34
2	JETAK	0	42	6	0	0	0	0	42	6	48
3	TENGARAN	0	108	11	0	11	0	0	119	11	130
4	SUSUKAN	0	67	3	0	0	0	0	67	3	70
5	KALIWUNGU	0	50	11	0	13	6	0	63	17	80
6	SURUH	0	49	5	0	12	0	0	61	5	66
7	DADAPAYAM	0	75	4	0	0	0	0	75	4	79
8	PABELAN	0	59	8	0	1	0	0	59	8	67
9	SEMOWO	0	32	0	0	0	0	0	32	0	32

NO	PUSKESMAS	SKIZOFRENIA			PSIKOTIK AKUT			TOTAL			MENDAPAT
10	TUNTANG	2	33	8	0	0	0	2	33	8	43
11	GEDANGAN	1	37	6	0	1	0	1	38	6	45
12	BANYUBIRU	0	57	9	0	7	0	0	73	9	82
13	JAMBU	0	44	4	0	2	0	0	56	4	60
14	SUMOWONO	0	42	3	0	0	0	0	38	3	41
15	AMBARAWA	0	52	5	0	0	0	0	52	5	57
16	DUREN	0	33	7	0	0	0	0	33	7	40
17	JIMBARAN	0	25	2	0	2	0	0	27	2	29
18	BAWEN	0	32	0	0	0	0	0	32	0	32
19	BRINGIN	0	63	4	0	0	0	0	63	4	67
20	BANCAK	0	46	3	0	0	0	0	46	3	49
21	BERGAS	0	62	9	0	0	0	0	62	9	71
22	PRINGAPUS	0	53	3	0	6	2	0	65	5	70
23	UNGARAN	0	58	19	0	1	0	0	58	19	77
24	LEREP	0	77	6	0	0	0	0	77	6	83
25	LEYANGAN	0	22	4	0	6	0	0	28	4	32
26	KALONGAN	0	45	3	0	0	0	0	45	3	48
JUMLAH (KAB/KOTA)		3	1291	149	0	62	8	3	1375	157	1532

Upaya Kesehatan jiwa diberikan secara proaktif, terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan manusia bagi Orang yang Berisiko, ODGJ, dan masyarakat. Upaya Kesehatan jiwa diselenggarakan melalui upaya yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitif yang dilaksanakan di lingkungan keluarga, masyarakat, tempat kerja, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Lembaga/institusi, media komunikasi. Penanganan ODGJ berat sebagai bagian dari upaya pelayanan kesehatan jiwa dilaksanakan melalui fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, terutama Puskesmas. Kegiatan pelayanan meliputi deteksi dini, pelayanan pengobatan, pemantauan kepatuhan minum obat, kunjungan rumah, serta rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan apabila diperlukan. Selain itu, pencatatan dan pelaporan kasus ODGJ dilakukan

melalui sistem pencatatan program kesehatan jiwa (SIMKESWA) di Puskesmas dan sistem informasi kesehatan jiwa yang terintegrasi (ASIK).

Upaya penanganan ODGJ berat di Kabupaten Semarang juga dilakukan melalui pendekatan berbasis masyarakat dengan melibatkan kader kesehatan, pemerintah desa/kelurahan, serta berbagai pemangku kepentingan lainnya. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan deteksi dini, memastikan keberlanjutan pengobatan, serta mengurangi stigma terhadap penderita gangguan jiwa di masyarakat. Meskipun berbagai upaya telah dilakukan, penanganan ODGJ berat masih menghadapi beberapa tantangan, antara lain kepatuhan pengobatan yang belum optimal, keterbatasan dukungan keluarga pada beberapa kasus, serta stigma sosial yang masih melekat di masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan penguatan koordinasi lintas sektor serta peningkatan peran masyarakat dalam mendukung upaya pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Semarang.

BAB VII
KESEHATAN LINGKUNGAN

A. SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT

Desa STBM adalah desa yang telah mencapai 100 % penduduk melaksanakan 5 pilar STBM. Sedangkan STBM adalah pendekatan yang dilakukan untuk mengubah perilaku hygiene dan sanitasi masyarakat dengan menerapkan 5 pilar yaitu tidak buang air besar sembarangan (BABS), mencuci tangan pakai sabun (CTPS), mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar dan mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan.

Pada tahun 2018, Kabupaten Semarang telah menjadi Kabupaten ODF (Open Defecation Free) dimana semua desa di Kabupaten Semarang (235 Desa/Kelurahan) sudah stop BABS (100%), Untuk dapat mencapai pilar – pilar yang lain, perlu adanya pemicuan yang berkelanjutan dan kerja sama lintas program dan lintas sektor.

Dari data capaian 5 pilar STBM dari masing-masing Puskesmas didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 7.1. Data Capaian 5 Pilar STBM Kabupaten Semarang Tahun 2024 dan 2025

No.	Pilar STBM	Tahun		Keterangan
		2024	2025	
1.	BABS	100%	100%	Bertahan
2.	CTPS	96,29%	95,69%	Turun 0,6%
3.	Pengolahan air minum dan makanan rumah tangga	97,07%	97,33%	Naik 0,26%
4.	Pengelolaan sampah rumah tangga	87,76%	86,71%	Turun 1,05%
5.	Pengelolaan air limbah domestik rumah tangga	85,90%	85,82	Turun 0,08%

Pada tahun 2025 (381.060 KK) terjadi penambahan jumlah kepala keluarga sebesar 9.806 kepala keluarga. Penambahan jumlah kepala keluarga ini berarti ada kepala keluarga yang baru, yang kemungkinan belum terpapar dengan pengetahuan program STBM sehingga agak terjadi penurunan pada

pilar CTPS, pengelolaan sampah rumah tangga dan pengelolaan air limbah domestik rumah tangga.

Kegiatan CTPS (cuci tangan pakai sabun) merupakan penerapan higiene perorangan yang sederhana yang harus menjadi kebiasaan untuk dilakukan tetapi juga sangat mudah untuk dilupakan atau ditinggalkan dalam kegiatan sehari-hari.

Setiap rumah tangga pasti akan menghasilkan sampah rumah tangga, dengan penambahan jumlah rumah tangga baru yang kemungkinan belum mengetahui tentang progran STBM kemungkinan menjadi penyebab turunnya kegiatan pengelolaan sampah rumah tangga.

Penambahan jumlah kepala keluarga biasanya juga diikuti dengan penambahan jumah rumah yang ada. Jumlah rumah baru yang ada kemungkinan belum menerapkan pengelolaan air limbah domestik rumah tangga. Hal ini yang kemungkinan menyebabkan turunnya prosentase pilar pengelolaan air limbah domestik rumah tangga.

Oleh sebab itu perlu dilakukan kegiatan penyuluhan secara berkelanjutan oleh petugas Puskesmas yang didukung oleh desa/kelurahan setempat, yang dapat meningkatkan kesadaran masyarakat dalam hal penerapan indikator 5 (lima) pilar STBM

B. AIR MINUM

Air Minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum

Jumlah penyelenggara sarana air minum yang memenuhi syarat kesehatan pada tahun 2022 sebanyak 817 (57,41%) sarana air minum dari 1.423 sarana yang diperiksa dan diambil sampelnya. Pada tahun 2023 sebanyak 1.420 sarana air minum dan sebanyak 899 (63,10%) memenuhi syarat kesehatan. Pada tahun 2024 sebanyak 371 sarana air minum yang diawasi dan diambil sampel sebanyak 283 (76,28%) memenuhi persyaratan kesehatan aman. Capaian 76,28% sesuai dengan target capaian Nasional Pengawasan kualitas sarana air minum dari Kementrerian Kesehatan sebesar minimal 76% sarana diawasi dan memenuhi persyaratan aman.

Dari tahun 2023 dan 2024 terjadi penurunan sarana air minum yang diawasi. Hal ini dikarenakan pengawasan hanya dilakukan pada sarana PAMSIMAS

saja sementara sarana lainnya tidak dilakukan. Hal ini mengingat keterbatasan anggaran dan dana pengawasan.

Pada tahun 2025 kegiatan pengawasan sarana air minum difokuskan terhadap sarana air minum PAMSIMAS dan PDAM (Perusahaan Daerah Air Minum) Kabupaten Semarang. Hal ini mengingat sarana PAMSIMAS dan PDAM merupakan jaringan air minum perpipaan yang sesuai dengan kriteria penyediaan air minum aman bagi masyarakat.

Pada tahun 2025 dilakukan pengambilan sampel di sarana air secara sampling yaitu pengambilan sampel dengan tidak semua sarana yang ada diawasi, tetapi hanya sejumlah sarana tertentu saja. Hal ini mengingat keterbatasan anggaran kegiatan.

Pada tahun 2025 dilakukan kegiatan pengambilan sampel di 146 sarana Pamsimas dan PDAM dengan hasil 103 sarana memenuhi syarat (70,55%) yang berarti melampaui sasaran dalam RPJM 2025-2029 yang disebutkan capaian sasaran layanan air minum aman sebesar 43%. Capaian 70,55% marupakan langkah lanjutan untuk mencapai target capaian layanan air minum aman 100% di tahun 2030 seseuai rencana SDGs 2030.

C. AKSES TERHADAP FASILITAS SANITASI

Pada tahun 2024 akses terhadap fasilitas sanitasi terdiri dari 3 (tiga) kriteria indikator yaitu akses sanitasi aman, akses sanitasi layak dan akses belum layak.

Tabel 7.2 Data capaian Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi
Kabupaten Semarang Tahun 2024 dan 2025

No.	Kriteria Fasilitas Sanitasi	Tahun		Keterangan
		2024	2025	
1.	Sanitasi Layak	344.844 (92,93%)	365.812 (95,99%)	Naik 3,06%
2.	Sanitasi belum layak	5.709 (1,54%)	7.729 (2,03%)	Naik 0,95%
3.	Sanitasi Aman	20.612 5,55%)	7.519 (1,79%)	Turun 3,76%

Pada Tahun 2025 dengan penambahan jumlah kepala keluarga dibandingkan tahun 2025 akan diikuti dengan penambahan jumlah rumah, hal ini dapat dikaitkan dengan kenaikan sarana sanitasi yang ada. Pada tahun 2025 terjadi kenaikan jumlah sarana sanitasi layak sebesar 3,06% dibandingkan tahun 2024. Kenaikan jumlah sarana sanitasi layak menunjukkan kesadaran dari masyarakat untuk menyediakan dan menggunakan sarana sanitasi yang sesusai dengan persyaratan kesehatan.

Peningkatan layanan sanitasi yang aman disebabkan karena adanya kesadaran masyarakat dalam memiliki sarana sanitasi yang aman dan hal ini juga dukung oleh adanya bantuan pembangunan sarana sanitasi aman dari berbagai sektor seperti Pemerintah desa, Dinas Pekerjaan umum dan sektor swasta melalui kerjasama CSR.

Untuk sanitasi belum layak pada tahun 2025 terjadi kenaikan sebesar 0,49% dibandingkan tahun 2024, hal ini disebabkan karena peningkatan jumlah kepala keluarga dari tahun 2024 ke tahun 2025. Keberadaan kepala keluarga yang baru ini kemungkinan belum terpapar dengan pengetahuan tentang pentingnya penggunaan sarana sanitasi yang layak.

Sanitasi aman juga mengalami penurunan hal ini kemungkinan disebabkan dengan penambahan jumlah sarana sanitasi yang ada pada tahun 2025 dibandingkan dengan tahun 2024, sementara kepala keluarga baru banyak yang menggunakan saraa sanitasi yang belum aman.

D. TEMPAT DAN FASILITAS UMUM (TFU) YANG MEMENUHI SYARAT KESEHATAN

Pengawasan tempat dan fasilitas umum dilakukan pada sarana sekolah (SD dan SMP), Puskesmas dan Pasar.

Tabel. 7.3 Data Capaian Pengawasan Fasilitas Tempat Umum Kabupaten Semarang Tahun 2024 dan 2025

No.	Kriteria Fasilitas Tempat Umum	Tahun		Keterangan
		2024	2025	
1.	TFU yang dilakukan Pengawasan sesuai Standar (IKL)	(96,46%)	(76,27%)	Naik 3,14 %

Capaian prosentase kegiatan pengawasan tempat fasilitas umum sesuai standar (IKL) pada tahun 2025 sebesar 76,27%, hal ini menunjukkan penurunan angka capaian dibandingkan tahun 2024 sebesar 96,46%,

Penurunan capaian ini disebabkan karena terjadinya penambahan sarana fasilitas umum yang ada dimana pada tahun 2024 tercatat ada 833 fasilitas umum sementara pada tahun 2025 ada sebanyak 1007 fasilitas sehingga ada selisih sebesar 174 fasilitas umum.

Fasilitas umum baru sebanyak 174 ini yang kemungkinan belum dilakukan upaya penyuluhan sehinga berperan dalam menurunkan angka capaian fasilitas umum yang memenuhi persyaratan . Oleh karena itu kegiatan penyuluhan terus menerus perlu dilakukan. Adanya kegiatan lain yang seperti kota sehat yang salah satu tatanan yang dinilai adalah permukiman dan fasilitas umum juga memberikan stimulan bagi peningkatan tempat umum yang memenuhi persyaratan. Kerja sama dengan asosiasi / paguyuban juga menjadi salah satu upaya yang dilakukan untuk menjaga persyaratan tempat umum memenuhi persyaratan.

E. TEMPAT PENGELOLAAN PANGAN (TPP)

Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) terdiri dari Jasa Boga, Restoran, TPP tertentu, Depot air Minum, Rumah Makan, Kelompok Gerai Pangan Jajanan dan Sentra Pangan Jajanan/Kantin.

Tabel 7.4 Data Capaian Pengawasan Tempat Pengelolaan Pangan Kabupaten Semarang Tahun 2024 dan 2025

No.	Kriteria Fasilitas Tempat Pengelolaan	Tahun				Keterangan
		2024		2025		
		Jumlah	Memenuhi	Jumlah	Memenuhi	

	Pangan	Terdaftar	Syarat	Terdaftar	Syarat	
1.	Jumlah / Memenuhi Syarat	1279	678 (53,01%)	968	596 (61,57%)	Naik

Tempat jumlah Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) di Kabupaten Semarang pada tahun 2024 sebanyak 1279 TPP terdaftar dan TPP yang memenuhi syarat hygiene sanitasi dalam pengelolaan makanan sebanyak 678 (53,01%) TPP.

Pada tahun 2025 di Kabupaten Semarang terdapat sebanyak 968 TPP yang terdaftar dan dari TPP yang terdaftar tersebut sebanyak 596 (61,57%) memenuhi persyaratan Kesehatan

Dari data terlihat terjadi penurunan jumlah TPP terdaftar dari tahun 2024 ke tahun 2025. Hal ini kemungkinan disebabkan adanya Tempat Pengelolaan Pangan yang tidak melanjutkan usahanya lagi (tutup) sehingga mempengaruhi prosentase TPP yang terdaftar.

Pada tahun 2025 angka capaian TPP memenuhi persyaratan prosentasenya lebih tinggi dibandingkan dengan pada tahun 2024. Hal ini menunjukkan kegiatan sosialisasi perijinan laik higiene dan sanitasi bagi pelaku usaha sudah berjalan dan masyarakat sudah mengetahui akan pentingnya perijinan SLHS ini bagi perkembangan usahanya.

Dalam rangka peningkatan pengetahuan dan kesadaran tentang pentingnya menjaga hygiene sanitasi maka telah diadakan kegiatan kursus penjamah makanan untuk menambah pengetahuan pengelola / penjamah makanan dalam menjamin kualitas makanan yang dikelola, sehingga dapat terhindar dari kejadian keracunan makanan sebagai akibat dari buruknya kondisi sanitasi.

Kegiatan dalam upaya pembinaan untuk TPP di Kabupaten Semarang khususnya Dinas Kesehatan yaitu melakukan Kunjungan Inspeksi Kesehatan Lingkungan dan Pengambilan sampel makanan serta air sebagai syarat dasar dalam pembuatan Surat Rekomendasi ke DPMPTSP yang dalam hal ini sebagai Dinas terkait dalam Penerbitan Sertifikat Laik Higiene Sanitasi bagi rumah makan, catering / jasa boga.

Kegiatan yang lain adalah pemberian stikerisasi pada warung makan, gerai pangan jajanan dan sentra makanan jajanan / Kantin di sekolah atau kantin institusi . Untuk kantin yang kerjasama dengan industri sebagai supplier makanan untuk karyawan diwajibkan juga untuk kepemilikan sertifikat ijin laik sehat. Hal tersebut dapat memberikan andil yang besar pada peningkatan jumlah TPP yang memenuhi syarat.