



**PROFIL
KESEHATAN
KOTA
SEMARANG
2017**



<https://semarangkota.bps.go.id>

PROFIL KESEHATAN KOTA SEMARANG TAHUN 2017

ISBN	:	978-623-95793-2-6
No. Publikasi	:	33740.1828
Katalog	:	4201003.3374
Ukuran Buku	:	14,8 x 21 cm
Jumlah Halaman	:	viii + 39 halaman

Naskah :

Badan Pusat Statistik Kota Semarang

Penyunting :

Badan Pusat Statistik Kota Semarang

Desain Kover Oleh :

Badan Pusat Statistik Kota Semarang

Penerbit :

© BPS Kota Semarang

Pencetak :

BPS

Dilarang mengumumkan, mendistribusikan, mengomunikasikan dan/atau menggandakan sebagian atau seluruh isi buku ini untuk tujuan komersial tanpa izin tertulis dari Badan Pusat Statistik.


KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkat dan limpahan rahmatNya, publikasi Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2017 dapat terwujud.

Publikasi ini menggunakan data yang bersumber dari hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), antara lain mengenai kesehatan masyarakat secara umum, dan data-data yang berkaitan dengan status kesehatan, pelayanan kesehatan, serta penyediaan fasilitas air bersih dan sanitasi layak. Selain itu, untuk melihat perubahan dari tahun ke tahun disajikan pula data hasil Susenas 2016.

Dengan terbitnya publikasi ini diharapkan sebagian kebutuhan data, khususnya yang terkait dengan kesehatan masyarakat dapat dipenuhi. Kepada semua pihak yang telah ikut berpartisipasi dalam mengusahakan terwujudnya publikasi ini diucapkan terima kasih.

Semarang, 4 Desember 2018
Kepala Badan Pusat Statistik
Kota Semarang



ERISMAN, M.Si

DAFTAR ISI

	<u>hal</u>
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
Daftar Tabel	v
Daftar Gambar.....	vii
I. Pendahuluan	1
II. Konsep dan Definisi.....	4
III. Potret Kesehatan Kota Semarang.....	10
3.1. Angka Kesakitan.....	10
3.2. Lamanya Sakit.....	12
3.3 . Kunjungan ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	14
3.4. Penggunaan Jaminan Kesehatan.....	18
3.5. Penolong Kelahiran	20
3.6. Pemberian ASI	23
3.7. Pemberian Imunisasi.....	27
3.8. Kebiasaan Merokok.....	29
3.9. Penggunaan Air Minum Bersih.....	33
3.10. Sanitasi yang Layak.....	35
3.11. Keberadaan Rumah Tangga Kumuh.....	37
Daftar Pustaka.....	39

DAFTAR TABEL

	<u>Hal</u>	
Tabel 1	Persentase Penduduk yang Menderita Sakit menurut Lamanya Sakit dalam Satu Bulan Terakhir Kota Semarang, 2016-2017	13
Tabel 2	Persentase Penduduk yang Berobat Jalan dalam Satu Bulan Terakhir menurut Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kota Semarang, 2016-2017	15
Tabel 3	Persentase Penduduk yang Berobat Jalan dalam Satu Bulan Terakhir menurut Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017	16
Tabel 4	Persentase Penduduk yang Mengalami Keluhan Kesehatan dan Tidak Berobat Jalan dalam Satu Bulan Terakhir menurut Alasan Tidak Berobat Jalan dan Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017	18
Tabel 5	Persentase Penduduk yang Memiliki Jaminan Kesehatan menurut Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017	19
Tabel 6	Persentase Perempuan Berumur 15-49 Tahun yang Pernah Kawin menurut Daerah Tempat Tinggal dan Penolong Kelahiran Anak Terakhir Kota Semarang, 2017	21
Tabel 7	Persentase Perempuan Berumur 15-49 Tahun yang Pernah Kawin menurut Daerah Tempat Tinggal dan Tempat Kelahiran Anak Terakhir Kota Semarang, 2017	22

Tabel 8	Persentase Balita yang Pernah Diberi Imunisasi menurut Jenis Imunisasi Kota Semarang, 2016-2017	29
Tabel 9	P. Persentase Penduduk yang Merokok Tembakau dalam Sebulan Terakhir menurut Jumlah Batang Rokok yang Dihisap per Minggu Kota Semarang, 2016-2017	32

<https://semarangkota.bps.go.id>

DAFTAR GAMBAR

	<u>Hal</u>
Gambar 1	10
Persentase Penduduk yang Mengalami Keluhan Kesehatan dalam Satu Bulan Terakhir dan Angka Kesakitan menurut Jenis Kelamin di Kota Semarang, 2017	
Gambar 2	11
Angka Kesakitan menurut Jenis Kelamin dan Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017	
Gambar 3	24
Persentase Anak Umur Kurang dari 2 Tahun (Baduta) yang Pernah Diberi ASI menurut Jenis Kelamin dan Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017	
Gambar 4	26
Lama Pemberian ASI (Bulan) Anak Umur Kurang dari 2 Tahun (Baduta) menurut Daerah Tempat Tinggal dan Jenis Kelamin Kota Semarang, 2017	
Gambar 5	28
Persentase Balita yang Pernah Diberi Imunisasi menurut Jenis Kelamin dan Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017	
Gambar 6	31
Persentase Penduduk yang Merokok Tembakau dalam Sebulan Terakhir menurut Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017	
Gambar 7	34
Persentase Rumah Tangga yang Menggunakan Sumber Air Minum Bersih dan Memiliki Akses terhadap Air Minum Layak menurut Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017	
Gambar 8	36
Persentase Rumah Tangga yang Menggunakan Sanitasi Layak menurut Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017	

Gambar 9	Persentase Rumah Tangga Kumuh menurut Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017	38
----------	---	----

<https://semarangkota.bps.go.id>

BAB I

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hal penting bagi kesejahteraan masyarakat. Kesehatan yang dimiliki seseorang tidak hanya ditinjau dari segi kesehatan fisik semata melainkan bersifat menyeluruh, yaitu kesehatan jasmani dan rohani. Kesehatan juga merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia, disamping sandang, pangan, dan papan yang sering dikaitkan sebagai salah satu bagian dari hak asasi manusia, hal ini telah ditegaskan dalam Pasal 4 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Undang-Undang Kesehatan) yaitu: *“Setiap orang berhak atas kesehatan”*.

Setiap masyarakat berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Mewujudkan derajat kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan keadaan kesehatan yang lebih baik dari sebelumnya. Upaya meningkatkan derajat kesehatan berawal dari upaya penyembuhan penyakit, berkembang pada upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pemerintah melalui program kesehatan mengharapkan agar seluruh masyarakat dapat hidup sehat. Indikator keberhasilan peningkatan kualitas hidup adalah tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang memadai. Upaya tersebut harus

didukung oleh ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai, biaya kesehatan yang murah dan dapat dijangkau seluruh lapisan masyarakat terutama lapisan yang tidak mampu, sehingga masyarakat mendapatkan manfaatnya secara merata dan tepat sasaran. Beberapa cara yang dilakukan antara lain dengan menyediakan pelayanan kesehatan di tempat yang mudah dijangkau, dengan biaya yang relatif murah dan adil bagi setiap lapisan masyarakat.

Upaya yang telah dilakukan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah adalah melalui peningkatan dan penyempurnaan sarana dan prasarana kesehatan, dengan mendekatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu, mudah dan terjangkau bagi seluruh golongan masyarakat, antara lain melalui Puskesmas keliling, penugasan dokter/bidan di seluruh desa/kelurahan, kepemilikan jaminan kesehatan bagi masyarakat, perbaikan gizi keluarga, peningkatan kesehatan gizi ibu dan anak, imunisasi maupun penyediaan fasilitas air bersih. Dalam memonitor dan mengevaluasi pencapaian target kebijakan di bidang kesehatan diperlukan data dan statistik kesehatan yang akurat sebagai faktor penunjang dalam pembangunan kesehatan. Data tersebut diperlukan untuk menentukan arah dan kebijakan pembangunan serta untuk memantau dan menilai hasil-hasil pembangunan di bidang kesehatan. Salah satu survei yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan dirancang untuk dapat memenuhi kebutuhan yang

berkaitan dengan pembangunan SDM, khususnya kesehatan, adalah Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas). Melalui publikasi Profil Kesehatan 2017 yang bersumber dari data Susenas Tahun 2017, disajikan statistik dan indikator di bidang kesehatan, antara lain angka kesakitan, kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan, jaminan kesehatan, penolong persalinan, pemberian ASI, dan kebiasaan merokok serta fasilitas air minum bersih. Penyajian data hingga tingkat kabupaten dan kota secara sederhana dan informatif dengan analisis deskriptif dilengkapi grafik-grafik.

<https://semarangkota.bps.go.id>

BAB II

KONSEP DAN DEFINISI

1. Tipe Daerah (Daerah Tempat Tinggal), untuk menentukan apakah suatu desa/kelurahan tertentu termasuk daerah perkotaan atau perdesaan digunakan suatu indikator komposit (indikator gabungan) yang skor atau nilainya didasarkan pada skor atau nilai-nilai tiga buah variabel kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan akses fasilitas umum. Jumlah skor dari ketiga variabel tersebut kemudian digunakan untuk menentukan apakah suatu desa termasuk daerah perkotaan atau perdesaan. Desa dengan skor gabungan 9 atau kurang digolongkan sebagai desa perdesaan, sedangkan desa dengan skor gabungan mencapai 10 atau lebih digolongkan sebagai desa perkotaan.

Perkotaan adalah status suatu wilayah administrasi setingkat desa/kelurahan yang memenuhi kriteria wilayah perkotaan. Wilayah perkotaan, apabila dari kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki mempunyai total nilai/skor 10 (sepuluh) atau lebih.

Perdesaan adalah status suatu wilayah administrasi setingkat desa/kelurahan yang belum memenuhi kriteria klasifikasi wilayah perkotaan. Wilayah perdesaan, apabila dari kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki mempunyai total nilai/skor di bawah 10 (sepuluh).

2. Rumah tangga (biasa) adalah seorang atau sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan fisik atau sensus dan

biasanya tinggal bersama serta makan dari satu dapur atau pengurusan kebutuhan bersama sehari-hari di bawah satu pengelolaan. Sedangkan orang-orang yang tinggal di asrama, lembaga pemasyarakatan, panti asuhan, rumah tahanan dan sejenisnya dimana pengurusan kebutuhan sehari-hari diatur oleh suatu lembaga, badan, yayasan dan sebagainya; atau sekelompok orang yang mondok dengan makan (indekos) yang berjumlah lebih besar atau sama dengan 10 orang dikategorikan sebagai rumah tangga khusus.

3. **Anggota rumah tangga**, semua orang yang biasanya tinggal di suatu tempat atau rumah tangga selama 6 bulan atau lebih, atau yang belum 6 bulan namun berniat untuk menetap. Untuk selanjutnya anggota rumah tangga dalam publikasi ini akan disebut juga penduduk.
4. **Umur penduduk**, dihitung dalam tahun dengan pembulatan ke bawah atau umur pada waktu ulang tahun yang terakhir.
5. **Keluhan kesehatan**, keadaan seseorang yang mengalami gangguan kesehatan atau kejiwaan, baik karena gangguan/penyakit yang sering dialami penduduk seperti panas, pilek, diare, pusing, sakit kepala, maupun karena penyakit akut, penyakit kronis (meskipun selama sebulan terakhir tidak mempunyai keluhan), kecelakaan, kriminalitas atau keluhan lainnya.
6. **Sakit**, suatu kondisi dimana seseorang mengalami keluhan kesehatan sehingga tidak dapat melakukan kegiatan secara normal (bekerja, sekolah, kegiatan sehari-hari) sebagaimana biasanya.
7. **Berobat jalan**, kegiatan atau upaya penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan untuk memeriksakan diri dan mendapatkan pengobatan dengan mendatangi tempat-tempat pelayanan

kesehatan modern atau tradisional tanpa menginap, termasuk mendatangkan petugas kesehatan ke rumah.

8. **Mengobati sendiri**, upaya penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan untuk melakukan pengobatan dengan menentukan sendiri jenis obatnya tanpa saran/resep dari tenaga kesehatan/batra.
9. **Rata-rata Lama Sakit (RLS)**, jumlah orang-hari penduduk yang menderita sakit dibagi jumlah penduduk yang sakit. Indikator ini menggambarkan tingkat intensitas penyakit yang dialami penduduk. Semakin besar RLS semakin tinggi tingkat intensitas penyakit yang diderita penduduk dan semakin besar kerugian yang dialami.
10. **Jaminan kesehatan**, program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan dalam bentuk kartu atau apapun yang dapat digunakan untuk pembiayaan kesehatan bila nama yang tertera dalam kartu atau lainnya melakukan perawatan kesehatan seperti ke dokter, puskesmas, rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya.
11. **Penolong proses persalinan**, penolong terakhir dalam proses persalinan yang pernah melahirkan hidup dalam 2 tahun terakhir, termasuk bayi yang saat pencacahan masih hidup maupun yang sudah meninggal.
12. **Proses kelahiran**, proses lahirnya janin dari dalam kandungan ke dunia luar, dimulai dengan tanda-tanda kelahiran (rasa mules yang berangsurangsur makin sering, makin lama dan makin kuat, disertai keluarnya lendir, darah dan air ketuban), lahirnya bayi, pemotongan tali pusat dan keluarnya plasenta.
13. **Rata-rata lama pemberian ASI**, perbandingan jumlah bulan dalam pemberian ASI dibandingkan jumlah bayi yang diberi ASI.
14. **Pemberian ASI Eksklusif**, pemberian ASI kepada bayi tanpa makanan tambahan apapun sejak bayi lahir sampai dengan bayi berusia 6 bulan. Indikator ini merupakan persentase balita yang diberi ASI

saja (tanpa makanan tambahan) sewaktu berusia kurang dari 6 bulan. Indikator ini dapat digunakan untuk menggambarkan tingkat kesadaran orang tua terhadap pemberian ASI yang benar (*exclusively breastfeeding*).

15. **Imunisasi/Vaksinasi**, memasukkan kuman atau racun penyakit tertentu yang sudah dilemahkan (vaksin) ke dalam tubuh dengan cara disuntik atau diminum (diteteskan dalam mulut) dengan maksud untuk meningkatkan kekebalan tubuh terhadap penyakit tersebut.
16. **Balita yang diimunisasi lengkap**, jumlah anak umur kurang dari 5 tahun yang sudah diimunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak/Morbili, Hepatitis B).
17. **BCG (*Bacillus Chalmette Guerin*)**, vaksinasi untuk mencegah penyakit TBC, diberikan pada bayi baru lahir atau umur 1 bulan, dengan suntikan pada kulit pangkal lengan atas. Suntikan BCG diberikan kepada anak sebanyak 1 kali.
18. **DPT (*Difteri, Pertusis, Tetanus*)**, vaksin untuk mencegah penyakit Difteri, Pertusis, dan Tetanus yang diberikan kepada bayi berumur 2, 3, dan 4 bulan sebagai imunisasi dasar dan dilanjutkan dengan booster 1 kali dengan jarak 1 tahun setelah DPT3, dengan suntikan pada paha, diulang 1 bulan dan 2 bulan kemudian. Suntikan imunisasi DPT lengkap pada balita diberikan sebanyak 3 kali (kadang-kadang selang waktu antar suntikan bisa lebih dari 1 bulan).
19. **Polio**, vaksin untuk mencegah penyakit Polio yang diberikan 4 kali pada bayi umur 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan guna mencegah lumpuh layu, dengan memberikan 3 tetes cairan vaksin berwarna merah muda atau putih ke dalam mulut anak.

- 20. Campak/Morbili**, merupakan vaksin untuk mencegah penyakit Campak/Morbili, yang diberikan pada bayi berumur 9 sampai 12 bulan, dengan suntikan di bawah kulit paha sebanyak 1 kali.
- 21. Hepatitis B**, suntikan secara *intramuscular* (suntikan ke dalam otot) biasanya di paha yang diberikan pada bayi untuk mencegah penyakit Hepatitis B. Suntikan ini diberikan 4 kali. Suntikan pertama diberikan pada bayi baru lahir untuk mencegah penularan Hepatitis B dari ibu ke anak pada proses kelahiran, karena tidak semua ibu tahu apakah dirinya terinfeksi Hepatitis B atau tidak. Suntikan kedua sampai keempat yang biasanya digabungkan dengan pemberian DPT (dikenal dengan sebutan kombo), diberikan saat usia 2, 3, dan 4 bulan.
- 22. Merokok**, aktivitas membakar tembakau kemudian menghisap asapnya, baik menggunakan rokok maupun pipa pada sebulan terakhir sampai saat pencacahan. Terdapat 2 (dua) cara merokok yang umum dilakukan, yaitu pertama menghisap lalu menelan asap rokok ke dalam paru-paru dan dihembuskan; kedua hanya menghisap sampai mulut lalu dihembuskan melalui mulut atau hidung.
- 23. Dulu pernah merokok**, apabila penduduk pernah merokok sekurangkurangnya 1 (satu) batang setiap hari, namun sebulan terakhir sampai saat pencacahan tidak lagi merokok.
- 24. Air minum bersih**, air minum yang bersumber dari air kemasan bermerk, air isi ulang, air leding, sumur bor/pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung. Khusus untuk air minum yang bersumber dari sumur bor/pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung harus memiliki jarak ≥ 10 meter dari penampungan akhir tinja terdekat.

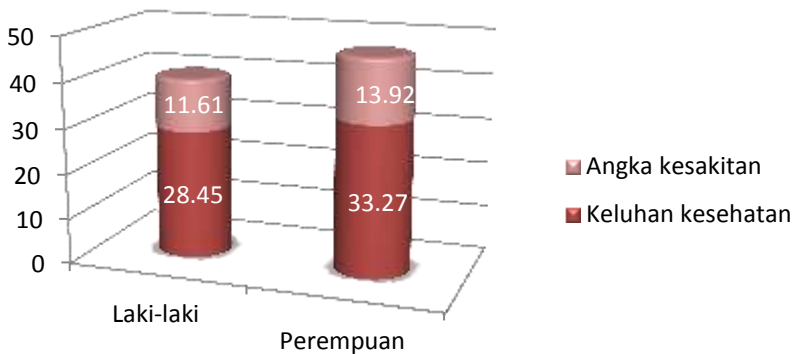
- 25. Air minum layak** adalah air minum yang bersumber dari air leding, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan. Khusus untuk air minum yang bersumber dari sumur bor/pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung harus memiliki jarak ≥ 10 meter dari penampungan akhir tinja terdekat.
- 26. Akses air layak**, apabila sumber air minum yang digunakan berasal dari leding; air terlindung (pompa/sumur bor, sumur terlindung, mata air terlindung) dengan jarak ≥ 10 m dari penampungan kotoran/limbah; dan air hujan. Kemudian digabungkan dengan penggunaan air mandi/cuci yang bersumber dari air terlindung (leding meteran, leding eceran, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan) bila sumber air minum menggunakan air kemasan/isi ulang dan air tidak terlindungi (air terlindungi dengan jarak < 10 m dan air tidak terlindungi).
- 27. Sanitasi layak** adalah rumah tangga yang memiliki fasilitas buang air besar sendiri atau bersama, dengan jenis kloset leher angsa, kloset plengsengan dengan tutup, dan tangki, serta SPAL (Sistem Pembuangan Air Limbah) sebagai tempat pembuangan akhir tinja.
- 28. Rumah tangga kumuh**, rumah tangga yang tidak memiliki akses air minum layak, akses sanitasi layak, ruang huni yang cukup (*sufficient living area*), dan bangunan tempat tinggal yang kokoh (*durability of housing*). Jika nilai hitung rumah tangga kumuh dari 4 kategori tersebut bernilai $\leq 35\%$, maka rumah tangga tersebut dianggap bukan rumah tangga kumuh. Sebaliknya, jika nilai hitung rumah tangga kumuh $> 35\%$, maka rumah tangga tersebut dinyatakan sebagai rumah tangga kumuh.

BAB III
POTRET KESEHATAN KOTA SEMARANG

3.1 Angka Kesakitan

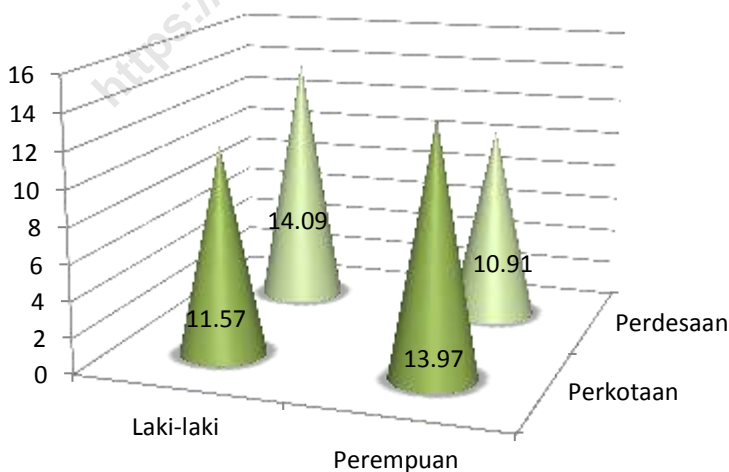
Tingkat kesehatan penduduk dapat terlihat dari banyaknya penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dan menderita sakit. Penduduk dikatakan menderita sakit jika mengalami keluhan kesehatan hingga terganggu aktifitasnya dan ditunjukkan dengan Angka Kesakitan. Semakin banyak penduduk yang mengalami gangguan kesehatan dan memiliki angka kesakitan yang tinggi berarti semakin rendah derajat kesehatan di wilayah tersebut.

Gambar 1. Persentase Penduduk yang Mengalami Keluhan Kesehatan dalam Satu Bulan Terakhir dan Angka Kesakitan menurut Jenis Kelamin di Kota Semarang, 2017



Hasil Susenas 2017 menunjukkan bahwa persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dalam satu bulan terakhir sebesar 30,91 persen. Penduduk laki-laki yang mempunyai keluhan kesehatan dalam satu bulan terakhir sebesar 28,45 persen lebih rendah jika dibandingkan penduduk perempuan yang mempunyai keluhan kesehatan dalam satu bulan terakhir sebesar 33,27 persen. Penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dan terganggu aktivitasnya atau lebih dikenal angka kesakitan sebesar 12,79 persen. Angka kesakitan perempuan lebih tinggi (13,92 persen) dibandingkan angka kesakitan untuk laki-laki (11,61 persen) (Gambar 1).

Gambar 2. Angka Kesakitan menurut Jenis Kelamin dan Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017



Berdasarkan daerah tempat tinggal, angka kesakitan di perkotaan lebih besar dibandingkan angka kesakitan di perdesaan, yaitu 12,80 persen di perkotaan dan 12,54 persen di perdesaan. Angka kesakitan laki-laki di daerah perdesaan (14,09 persen) lebih tinggi jika dibandingkan angka kesakitan laki-laki di daerah perkotaan (11,57 persen). Sebaliknya, angka kesakitan perempuan di daerah perdesaan (10,91 persen) lebih rendah jika dibandingkan angka kesakitan perempuan di daerah perkotaan (13,97 persen) (Gambar 2).

3.2 LAMANYA SAKIT

Tingkat kesehatan penduduk juga dapat terlihat dari banyaknya penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dan Angka kesakitan. Semakin banyak penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dan angka kesakitan yang tinggi berarti semakin rendah derajat kesehatan di wilayah tersebut. Penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dan menderita sakit dapat diasumsikan cukup serius jika dapat memengaruhi produktivitas penduduk dalam lamanya sakit (hari). Semakin lama (hari) penduduk yang terganggu aktivitasnya akibat menderita sakit, maka produktivitasnya akan semakin menurun.

Tabel 1 menunjukkan distribusi penduduk yang menderita sakit yaitu yang mempunyai keluhan kesehatan sampai mengakibatkan pekerjaan, sekolah, atau kegiatan sehari-hari terganggu dalam satu

bulan terakhir menurut lamanya hari terganggu. Menurut hasil Susenas 2017, penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan sebesar 30,91 persen. Jika dilihat dari lamanya terganggu, lebih dari separuh penduduk yang menderita sakit (58,14 persen) mengalami sakit selama kurang dari 4 hari, sedangkan yang mengalami sakit antara 4-7 hari sebesar 28,62 persen. Sementara itu, penduduk yang menderita sakit dan melakukan berobat jalan sebesar 44,38 persen.

Tabel 1. Persentase Penduduk yang Menderita Sakit menurut Lamanya Sakit dalam Satu Bulan Terakhir Kota Semarang, 2016-2017

Lamanya Sakit	2016	2017
<4 hari	49,26	58,14
4-7 hari	33,32	28,62
8-14 hari	8,43	6,00
15-21 hari	3,05	1,57
22-30 hari	5,94	5,67
Banyaknya keluhan	30,87	30,91
Berobat jalan	50,97	44,38

Dibandingkan tahun 2016, rata-rata lamanya sakit menurun di tahun 2017. Sedangkan banyaknya keluhan kesehatan sedikit meningkat yaitu 30,87 persen untuk tahun 2016 menjadi 30,91 persen pada tahun 2017. Untuk penanganan keluhan tersebut, sekitar 44,38 persen

penderita keluhan kesehatan pada tahun 2017 yang melakukan pengobatan dengan perawatan jalan di fasilitas kesehatan lebih rendah jika dibandingkan tahun 2016 yaitu sebesar 50,97 persen.

3.3 KUNJUNGAN KE FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Keinginan semua orang untuk hidup sehat merupakan hal utama yang tidak mengenal usia, baik orang tua maupun oleh anak-anak. Berbagai cara dan upaya dilakukan sehingga orang agar tetap dalam kondisi sehat, seperti melakukan olah raga maupun memeriksakan kesehatan pada petugas kesehatan. Ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan bagi masyarakat diharapkan akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di sekitarnya. Dengan adanya fasilitas kesehatan yang lengkap dan memadai, maka masyarakat akan dengan mudah dan cepat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Di tahun 2017, sebanyak 44,38 persen penduduk yang mengalami kesehatan memilih untuk berobat jalan ke fasilitas kesehatan dalam satu bulan terakhir. Tabel 2 menggambarkan persentase penduduk yang berobat jalan dalam satu bulan terakhir ke fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil Susenas 2017, persentase fasilitas pelayanan kesehatan yang paling sering dikunjungi oleh masyarakat sebagai berikut: Klinik/praktik dokter bersama (27,18 persen), Praktik Dokter/Bidan (25,89 persen), dan Puskesmas/Pustu (24,93 persen). Sedangkan fasilitas kesehatan yang paling sedikit dikunjungi yaitu UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya

Masyarakat seperti Poskesdes, Polindes, Posyandu dan Balai pengobatan) sebesar 0,94 persen.

Tabel 2. Persentase Penduduk yang Berobat Jalan dalam Satu Bulan Terakhir menurut Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kota Semarang, 2016-2017

Fasilitas pelayanan kesehatan	Persentase	
	2016	2017
RS pemerintah	6,77	8,86
RS swasta	8,68	13,37
Praktik dokter/bidan	44,28	25,89
Klinik/praktik dokter bersama	20,08	27,18
Puskesmas/pustu	18,29	24,93
UKBM*)	1,85	0,94
Praktek pengobatan tradisional/ alternatif	1,27	1,37
lainnya	0,34	0,36

)UKBM) = Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (Poskesdes, Polindes, Posyandu, Balai Pengobatan)

Persentase masyarakat yang berobat ke fasilitas kesehatan di tahun 2017 memiliki pola yang tidak berbeda jauh dengan tahun 2016. Jumlah kunjungan ke Praktik Dokter/Bidan menurun di tahun 2017 (25,89 persen) dibanding tahun 2016 (44,28 persen). Sementara itu, kunjungan masyarakat ke Klinik/praktik dokter bersama meningkat,

yaitu sebesar 20,08 persen di tahun 2016 menjadi 27,18 persen di tahun 2017. Masyarakat yang berkunjung ke Klinik/praktik dokter juga mengalami peningkatan dari 18,29 persen di tahun 2016 menjadi 24,93 persen di tahun 2017.

Tabel 3. Persentase Penduduk yang Berobat Jalan dalam Satu Bulan Terakhir menurut Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017

Fasilitas pelayanan kesehatan	Persentase	
	Perkotaan	Perdesaan
RS pemerintah	8,94	0,00
RS swasta	13,32	18,80
Praktik dokter/bidan	25,44	77,80
Klinik/praktik dokter bersama	27,35	8,10
Puskesmas/pustu	25,07	8,26
UKBM*)	0,95	0,00
Praktek pengobatan tradisional/ alternatif	1,30	9,83
lainnya	0,36	0,00

Jika dilihat berdasarkan daerah tempat tinggal, persentase masyarakat perkotaan paling banyak berobat jalan dalam satu bulan terakhir ke klinik/praktik dokter bersama (27,35 persen), ke praktik dokter/bidan (25,44 persen), dan ke Puskesmas/Pustu (25,07 persen). Sedangkan masyarakat yang tinggal di perdesaan paling banyak berobat

jalan ke Praktik Dokter/Bidan (77,80 persen), ke RS swasta (18,80 persen), dan ke praktek pengobatan tradisional/alternatif (9,83 persen). Beralihnya Persentase masyarakat di perdesaan yang berobat ke RS Swasta lebih tinggi dibandingkan masyarakat di perkotaan. Hal ini dapat mencerminkan akses penduduk perdesaan terhadap fasilitas kesehatan yang semakin baik. Sedangkan untuk fasilitas RS pemerintah persentasenya lebih tinggi di perkotaan. Hal ini kemungkinan disebabkan karena keberadaan RS pemerintah berada di daerah perkotaan.

Sebanyak 44,38 persen penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dan terganggu aktivitasnya memilih untuk berobat jalan. Untuk itu, perlunya mengetahui berbagai macam alasan dari 55,62 persen penduduk yang tidak berobat jalan tetapi mengalami keluhan kesehatan selama sebulan terakhir untuk mengetahui faktor-faktor penyebab kengganan berkunjung ke fasilitas kesehatan. Jika dilihat berdasarkan alasan masyarakat yang mengalami keluhan kesehatan dan tidak berobat jalan dalam sebulan terakhir, persentase paling besar adalah mengobati sendiri sebesar 67,37 persen. Semakin banyaknya obat yang dijual secara bebas dan mudah untuk diperoleh, menyebabkan masyarakat memilih untuk mengobati sendiri terlebih dahulu sebelum berkunjung ke fasilitas kesehatan. Sementara itu, masyarakat yang merasa tidak perlu berobat jalan juga memiliki

persentase yang besar yaitu 29,76 persen. Alasan lainnya masyarakat memilih untuk tidak berobat jalan adalah tidak punya biaya berobat (0,54 persen), tidak ada biaya transportasi (0,28 persen), tidak ada sarana transportasi (0,08 persen), waktu tunggu pelayanan lama (0,70 persen), tidak ada yang mendampingi (0,08 persen) dan lainnya (1,19 persen).

Tabel 4. Persentase Penduduk yang Mengalami Keluhan Kesehatan dan Tidak Berobat Jalan dalam Satu Bulan Terakhir menurut Alasan Tidak Berobat Jalan dan Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017

Alasan Tidak Berobat Jalan	Perkotaan	Perdesaan	Perkotaan + Perdesaan
Tidak Punya Biaya Berobat	0,55	0,00	0,54
Tidak ada biaya transportasi	0,29	0,00	0,28
Tidak ada sarana transportasi	0,08	0,00	0,08
Waktu tunggu pelayanan lama	0,72	0,00	0,70
Mengobati sendiri	67,75	51,19	67,37
Tidak ada yang mendampingi	0,08	0,00	0,08
Merasa tidak perlu	29,31	48,81	29,76
Lainnya	1,22	0,00	1,19
Total	100,00	100,00	100,00

3.4. PENGGUNAAN JAMINAN KESEHATAN

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah dalam memenuhi hak setiap warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak. Hambatan utama pelayanan kesehatan

masyarakat miskin adalah masalah pembiayaan kesehatan. Untuk menjamin kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan, pemerintah telah berupaya menyediakan jaminan kesehatan bagi penduduk miskin dan tidak mampu.

Jaminan kesehatan yang paling banyak dimiliki masyarakat adalah BPJS Kesehatan (58,73 persen). Jaminan kesehatan lainnya adalah Jamkesda (9,66 persen), Perusahaan/kantor (9,16 persen), dan Asuransi Swasta (2,98 persen). Sebaliknya, masih ada sekitar 25,29 persen masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan.

Tabel 5. Persentase Penduduk yang Memiliki Jaminan Kesehatan menurut Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017

Jaminan Kesehatan	Perkotaan	Perdesaan	Perkotaan + Perdesaan
BPJS Kesehatan	58,48	73,59	58,73
Jamkesda	9,76	3,65	9,66
Asuransi Swasta	2,96	3,91	2,98
Perusahaan/Kantor	9,31	0,24	9,16
Tidak punya	25,30	24,88	25,29

*1) BPJS Kesehatan terdiri dari PBI dan non PBI, PBI = Penerima Bantuan Iuran

Berdasarkan daerah tempat tinggal, jaminan kesehatan berupa Jamkesda dan jaminan dari perusahaan/kantor paling banyak dimiliki masyarakat perkotaan dibanding masyarakat di perdesaan. Sedangkan

jaminan kesehatan berupa BPJS lebih banyak dimiliki masyarakat perdesaan dibanding daerah perkotaan.

3.5. PENOLONG KELAHIRAN

Salah satu cara untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah dengan meningkatkan pertolongan kelahiran oleh tenaga medis dan meningkatkan pelayanan neonatal, karena dapat memengaruhi keselamatan ibu dan bayinya. Pemerintah telah berusaha untuk meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas dan sarana kesehatan melalui penyediaan pelayanan persalinan. Hal tersebut harus disertai dengan upaya peningkatan penyediaan pelayanan persalinan oleh tenaga medis yang telah menerapkan proses persalinan yang memenuhi standar kesehatan. Penolong kelahiran secara langsung sangat memengaruhi derajat kesehatan ibu dan anak pada tahun-tahun pasca kelahiran. Proses persalinan akan lebih aman jika dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter atau bidan atau tenaga paramedis lainnya) dan tenaga non kesehatan yang sudah terlatih dibandingkan dengan tenaga non kesehatan yang sifatnya masih tradisional seperti dukun bersalin. Tenaga kesehatan tersebut diharapkan dapat memperkecil resiko kematian maternal. Hal ini bertujuan untuk mendeteksi lebih dini jika kemungkinan terjadi adanya komplikasi akibat gangguan kelahiran dan selanjutnya dapat segera tertangani.

Tabel 6. Persentase Perempuan Berumur 15-49 Tahun yang Pernah Kawin menurut Daerah Tempat Tinggal dan Penolong Kelahiran Anak Terakhir Kota Semarang, 2017

Penolong Kelahiran Anak Terakhir	Perkotaan	Perdesaan	Perkotaan + Perdesaan
Dokter kandungan	61,71	43,48	61,44
Dokter umum	1,47	0,00	1,44
Bidan	36,82	56,52	37,12
Perawat	0,00	0,00	0,00
Tenaga kesehatan lainnya	0,00	0,00	0,00
Dukun beranak/paraji	0,00	0,00	0,00
Lainnya	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00

Berdasarkan data Susenas 2017, sebagian besar kelahiran di Kota Semarang ditolong oleh dokter kandungan yaitu sebesar 61,44 persen, sedangkan kelahiran yang ditolong oleh bidan sebesar 37,12 dan oleh dokter umum sebesar 1,44 persen. Menurut hasil Susenas 2017, daerah perdesaan maupun perkotaan di Kota Semarang sudah tidak ada kelahiran dengan penolong dukun beranak/paraji. Akses ke fasilitas kesehatan yang sudah memadai dan seiring dengan majunya teknologi menyebabkan masyarakat di Kota Semarang lebih memilih tenaga medis untuk penolong kelahiran.

Jika dilihat dari daerah tempat tinggal, kelahiran yang ditolong oleh bidan di daerah perdesaan sebanyak 56,52 persen lebih banyak dibanding di daerah perkotaan sekitar 36,82 persen. Di sisi lain, lebih dari separuh penduduk di perkotaan melahirkan ditolong oleh dokter kandungan (61,71 persen), sedangkan di daerah perdesaan hanya sebesar 43,48 persen.

Tabel 7. Persentase Perempuan Berumur 15-49 Tahun yang Pernah Kawin menurut Daerah Tempat Tinggal dan Tempat Kelahiran Anak Terakhir Kota Semarang, 2017

Tempat Kelahiran Anak Terakhir	Perkotaan	Perdesaan	Perkotaan + Perdesaan
RS pemerintah/swasta/RSIA/ RS Bersalin/Klinik	92,38	43,47	91,64
Puskesmas /pustu	3,13	44,40	3,75
Praktik nakes	4,49	12,13	4,61
Polindes/puskesdes	0,00	0,00	0,00
Rumah	0,00	0,00	0,00
Lainnya	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00

Tabel 7 memperlihatkan bahwa sebagian besar masyarakat memilih tempat kelahiran anak terakhir di RS Pemerintah/RS Swasta/RSIA/Rumah Bersalin/Klinik yaitu sebesar 91,64 persen, sedangkan di Puskesmas/Pustu dan Praktik Nakes masing-masing sebesar 3,75 persen

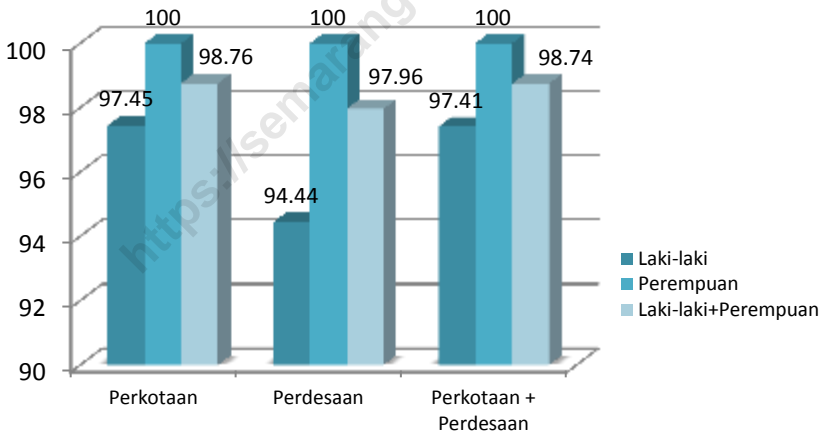
dan 4,61 persen. Sebagian besar perempuan berumur 15-49 tahun yang pernah kawin di daerah perkotaan memilih untuk melahirkan di RS Pemerintah/ RS Swasta/RSIA/Rumah Bersalin/Klinik sekitar 92,38 persen, dan 43,47 persen untuk di perdesaan. Sementara itu, penduduk perdesaan yang memilih untuk melahirkan di Puskesmas/Pustu sebesar 44,40 persen, jauh lebih tinggi dibandingkan di daerah perkotaan sebanyak 3,13 persen. Begitupun dengan penduduk perdesaan yang memilih untuk melahirkan di Praktik Nakes lebih banyak dibanding di perkotaan.

3.6. PEMBERIAN ASI

Air Susu Ibu (ASI) merupakan satu-satunya makanan terbaik bagi bayi sebagai sumber nutrisi yang paling sesuai dan memiliki komposisi gizi yang paling lengkap yang berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. ASI memberikan manfaat pada bayi karena mudah dicerna apabila ketika pencernaannya belum begitu sempurna (di bawah umur 6 bulan). Selain membantu pencernaan, ASI mengandung zat kekebalan yang memberikan perlindungan terhadap berbagai penyakit. Di dalam ASI mengandung berbagai nutrisi dan juga faktor-faktor yang memperkuat sistem pertahanan (imun) tubuh bayi guna mendukung tumbuh-kembangnya. Kesehatan ibu dan balita sangat menentukan kelangsungan dan kualitas hidup di masa yang akan datang. Secara biologis dan psikologis antara ibu dan balita sangat dekat, karena

hubungan antara keduanya sangat erat sejak dalam kandungan hingga dilahirkan dan diberi ASI. Kesehatan balita merupakan salah satu indikator yang mencerminkan tingkat kesejahteraan masyarakat. Balita yang sehat merupakan aset yang besar dalam kelangsungan masa depan bangsa.

Gambar 3. Persentase Anak Umur Kurang dari 2 Tahun (Baduta) yang Pernah Diberi ASI menurut Jenis Kelamin dan Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017



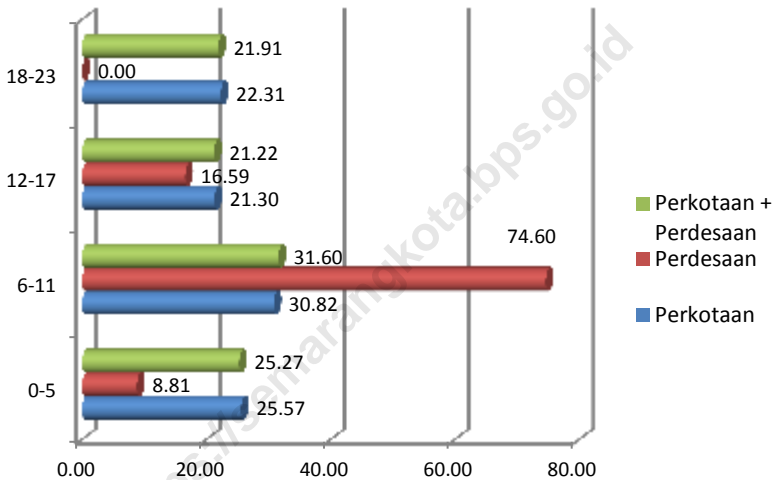
Pemberian ASI bagi anak umur kurang dari 2 tahun (baduta) di Jawa Tengah sudah sangat baik, hal ini ditunjukkan dengan besarnya persentase baduta yang pernah diberi ASI yaitu sebesar 98,74 persen dimana persentase untuk anak perempuan sebanyak 100 persen dan

laki-laki sebanyak 97,96 persen. Jika dilihat berdasarkan daerah tempat tinggal, baduta di daerah perkotaan lebih banyak menerima ASI dibandingkan baduta yang ada di daerah perdesaan yaitu masing-masing sebesar 98,76 persen di daerah perkotaan dan 97,96 persen untuk di daerah perdesaan. (Gambar 3)

Kandungan gizi pada ASI sangat lengkap, antara lain protein, enzim, elektrolit, lemak, dan hormon. Selain itu, enzim dalam ASI membantu pertumbuhan otak, pembentukan tulang serta mencegah penyakit dan infeksi pada bayi. Tingkat kecerdasan anak dipengaruhi oleh kualitas makanan yang diberikan pada saat anak berusia balita dan lamanya pemberian ASI. Pola dan lama pemberian ASI memberikan pengaruh yang sangat positif pada kondisi kesehatan dan proses tumbuh kembang balita secara optimal.

Berdasarkan hasil Susenas tahun 2017, terlihat bahwa rata-rata lama pemberian ASI anak baduta di Kota Semarang sekitar 10 bulan. Untuk daerah perkotaan rata-rata lama pemberian ASI sekitar 10,96 bulan, sedikit lebih tinggi dibandingkan di daerah perdesaan yaitu 9,72 bulan.

Gambar 4. Lama Pemberian ASI (Bulan) Anak Umur Kurang dari 2 Tahun (Baduta) menurut Daerah Tempat Tinggal dan Jenis Kelamin Kota Semarang, 2017



Sejak diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 15 tahun 2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/atau Memerah Air Susu Ibu, kini sangat mudah ditemukannya ruang ASI di tempat umum sehingga memudahkan para ibu untuk menyusui atau memerah ASI. Hal ini menyebabkan ibu-ibu yang tinggal di daerah perkotaan yang cenderung lebih banyak waktunya untuk bekerja di luar rumah dapat memiliki kesempatan yang sama dalam memberikan ASI dengan ibu-ibu di daerah perdesaan yang

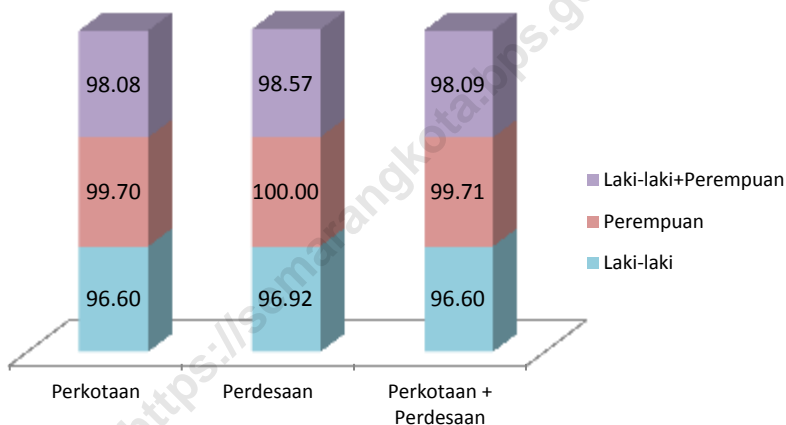
mempunyai banyak waktu di rumah. Pemerintah menganjurkan agar seorang ibu dapat memberikan ASI eksklusif kepada bayi sejak dilahirkan sampai 6 bulan ke depan, tanpa menambahkan atau mengganti dengan makanan/minuman lain. Pemberian ASI eksklusif dipercaya karena mempunyai manfaat yang sangat besar baik bagi ibu sebagai suatu bentuk wujud kasih sayang maupun bagi bayi untuk kesehatannya. Selanjutnya setelah bayi berumur 6 bulan ke atas dapat dilanjutkan pemberian makanan tambahan bersama dengan ASI hingga umur 2 tahun. Pemberian makanan tambahan tersebut diharapkan dapat mendukung pertumbuhan bayi dan memenuhi kebutuhan gizi sesuai dengan perkembangan dan usianya.

3.7. PEMBERIAN IMUNISASI

Berdasarkan program pemerintah, melalui Kementerian Kesehatan tentang Program Pengembangan Imunisasi (PPI) menganjurkan agar semua anak mendapatkan imunisasi terhadap enam jenis penyakit utama anak yang dapat dicegah dengan imunisasi, yakni tuberkulosis, difteri, pertusis, tetanus, polio dan campak. Imunisasi merupakan suatu upaya dengan memberikan kekebalan bayi dan anak sehingga terhindar terhadap penyakitpenyakit tertentu sesuai dengan jenis imunisasi yang diberikan. Pemberian imunisasi tersebut diharapkan

dapat menjadikan bayi dan anak kebal dari berbagai penyakit sehingga bayi dan anak dapat tetap tumbuh dalam keadaan sehat.

Gambar 5. Persentase Balita yang Pernah Diberi Imunisasi menurut Jenis Kelamin dan Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017



Berdasarkan hasil Susenas 2017, balita yang pernah diberi imunisasi sebesar 98,09 persen, dengan pemberian imunisasi yang balita laki-laki (96,60 persen) dan balita perempuan (99,71 persen). Jika diamati berdasarkan daerah tempat tinggal, persentase balita di daerah perdesaan yang pernah diberi imunisasi lebih banyak dibandingkan dengan balita di daerah perkotaan. Di daerah perdesaan ada sebanyak 98,57 persen balita yang pernah diberi imunisasi sedikit lebih tinggi bila dibandingkan dengan balita di daerah perkotaan yaitu 98,08 persen.

Tabel 8. Persentase Balita yang Pernah Diberi Imunisasi menurut Jenis Imunisasi Kota Semarang, 2016-2017

Jenis Imunisasi	Persentase	
	2016	2017
BCG	97,80	96,91
DPT	90,15	93,33
Polio	95,22	95,24
Campak	77,56	75,12
Hepatitis B	93,91	94,83

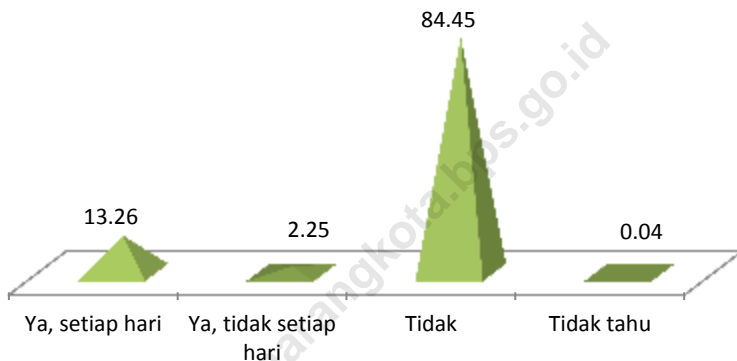
Persentase balita yang pernah diberikan imunisasi BCG pada tahun 2017 sebanyak 96,91 persen; lebih rendah dibanding tahun sebelumnya yaitu 96,91 persen. Untuk imunisasi DPT, sebesar 93,33 persen balita yang pernah mendapatkan imunisasi di tahun 2017, naik dari tahun sebelumnya (90,15 persen). Untuk jenis imunisasi polio, campak dan hepatitis B persentase tahun 2017 lebih tinggi dari pada tahun sebelumnya yaitu masing-masing sebesar 95,24 persen, 75,12 persen dan 94,83 persen.

3.8. KEBIASAAN MEROKOK

Rokok merupakan produk yang mengandung bahan kimia yang cukup berbahaya bagi kesehatan tubuh manusia. Kebiasaan merokok ini sudah menjadi hal umum di masyarakat. Tanpa disadari zat yang dikandung dalam rokok yang selalu dihisap dapat membuat rasa ketagihan dan candu yang sangat sulit untuk berhenti. Meskipun bahaya merokok sudah diketahui sejak lama oleh masyarakat, akan tetapi merokok dianggap lumrah dan menjadi suatu kebutuhan pokok yang harus terpenuhi di setiap harinya bagi perokok.

Perokok sendiri dari berbagai kalangan usia, baik tua maupun muda, termasuk usia anak sekolah. Banyak anak yang belum cukup umur sudah membiasakan diri untuk mengonsumsi rokok. Hal ini diakibatkan lingkungan sekitar mereka yang menjadi perokok aktif sehingga menimbulkan rasa ingin mencoba untuk merokok. Terlepas dari itu, rokok juga sangat berbahaya bagi kesehatan para perokok pasif. Perokok pasif adalah seseorang yang tidak merokok secara langsung namun menghirup asap rokok dari orang-orang yang merokok di sekitarnya seperti di rumah maupun di lingkungan kerja. Asap rokok yang dihirup oleh perokok pasif yang memiliki berbagai senyawa kimia yang berbahaya, maka perokok pasif tentu saja berpotensi mendapatkan risiko gangguan kesehatan. Meski tidak secara langsung merokok, perokok pasif bisa terkena dampak buruknya juga.

Gambar 6. Persentase Penduduk yang Merokok Tembakau dalam Sebulan Terakhir menurut Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017



Gambar 6 menunjukkan persentase penduduk yang memiliki kebiasaan merokok, baik setiap hari maupun tidak setiap hari, masing-masing sebesar 13,26 persen dan 2,25 persen. Sementara itu, penduduk yang tidak merokok sebesar 84,45 persen. Hal ini menunjukkan masih banyak penduduk yang memiliki kesadaran untuk tidak merokok. Berdasarkan Tabel 9, tahun 2017 penduduk yang merokok tembakau dalam sebulan terakhir paling banyak menghisap rokok tembakau lebih dari 59 batang rokok per minggu yaitu sebesar 44,03 persen. Penduduk yang merokok sebanyak 30-59 batang rokok dan 15-29 batang rokok masing-masing sebesar 29,20 persen dan 13,36 persen. Sementara itu, penduduk yang merokok sebanyak 7-14 batang dan 1-6 batang per

minggu masing-masing hanya sekitar 9,84 persen dan 3,57 persen. Rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap sebanyak 62,67 batang rokok per minggu.

Tabel 9. Persentase Penduduk yang Merokok Tembakau dalam Sebulan Terakhir menurut Jumlah Batang Rokok yang Dihisap per Minggu Kota Semarang, 2016-2017

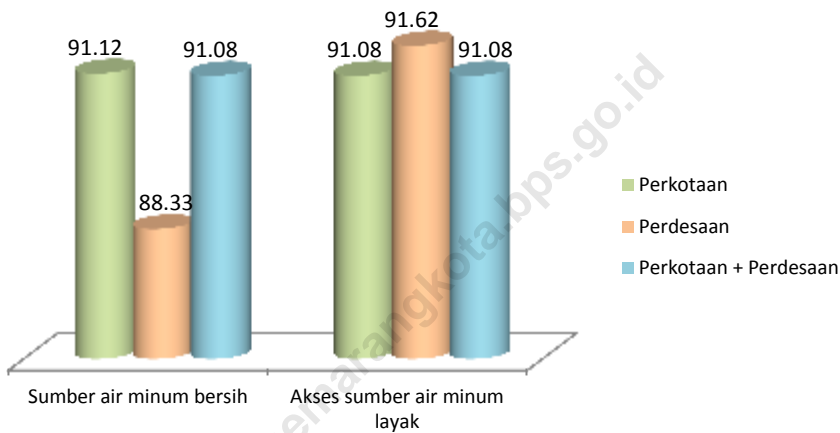
Jumlah batang rokok	Persentase	
	2016	2017
1-6	3,72	3,57
7-14	9,36	9,84
15-29	12,66	13,36
30-59	21,86	29,20
>59	52,40	44,03
Total	100,00	100,00
Rata-rata	69,90	62,67

Jika dibandingkan dengan tahun 2016, persentase penduduk yang merokok tembakau mengalami peningkatan di jumlah batang 7-14, 15-29 dan 30-59. Sedangkan untuk jumlah batang yang dihisap 1-6 dan diatas 59 batang persentasenya menurun. Namun jika dilihat secara rata-rata, mengalami penurunan dari 69,90 batang menjadi 62,67 batang.

3.9. PENGGUNAAN AIR MINUM BERSIH

Air adalah sumber kehidupan. Air merupakan kebutuhan dasar untuk manusia guna memenuhi kehidupannya sehari-hari, terutama untuk digunakan sebagai air minum, memasak makanan, mencuci, mandi dan kakus. Namun, air yang bersih yang dibutuhkan sebagai sumber kehidupan yang baik dan layak bagi manusia untuk melangsungkan hidupnya. Air dinyatakan bersih jika memenuhi persyaratan bagi sistem penyediaan air minum. Adapun persyaratan yang dimaksud adalah persyaratan dari segi kualitas air yang meliputi kualitas fisik, kimia, biologi, dan radiologis, sehingga apabila dikonsumsi tidak menimbulkan efek samping. Air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari akan menjadi air minum setelah dimasak terlebih dahulu. Ketersediaan sistem penyediaan air bersih seharusnya mendapatkan perhatian dari pemerintah untuk memenuhi kebutuhan masyarakat baik yang bertempat tinggal di daerah perkotaan maupun perdesaan. Akan tetapi, pemanfaatan sumber air minum bersih di berbagai daerah belum optimal. Hal ini disebabkan masih terbatasnya penyediaan sarana air bersih maupun kurangnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya mengkonsumsi air bersih bagi kesehatan. Semakin tinggi persentase rumah tangga yang menggunakan air bersih di suatu daerah menunjukkan semakin baiknya kondisi kesehatan rumah tangga di daerah tersebut.

Gambar 7. Persentase Rumah Tangga yang Menggunakan Sumber Air Minum Bersih dan Memiliki Akses terhadap Air Minum Layak menurut Daerah Tempat Kota Semarang, 2017



Berdasarkan Gambar 7, rumah tangga yang menggunakan sumber air minum bersih di Kota Semarang tahun 2017 sudah mencapai 91,08 persen, 91,12 persen di perkotaan dan 88,33 persen di perdesaan. Keadaan ini menggambarkan bahwa pelayanan air bersih sudah dapat dinikmati oleh lebih dari sebagian besar masyarakat baik di perkotaan maupun di perdesaan. Namun kemampuan masyarakat untuk mendapatkan akses ke sarana penyediaan air bersih yang memenuhi syarat masih terbatas, sehingga masih ada masyarakat yang menggunakan air sungai, danau, dan sumber-sumber air lainnya.

Rumah tangga dianggap menggunakan sumber air minum layak jika air minum yang digunakan bersumber dari air leding, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan, dengan ketentuan air minum yang bersumber dari sumur bor/pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung harus memiliki jarak ≥ 10 meter dari penampungan akhir tinja terdekat. Hal ini yang membedakan dengan penggunaan sumber air minum bersih, dimana rumah tangga yang menggunakan air kemasan bermerk dan air isi ulang dianggap menggunakan sumber air minum bersih.

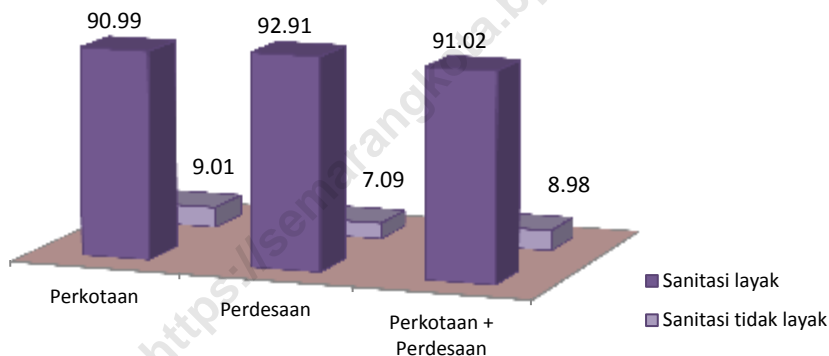
Persentase rumah tangga yang memiliki akses air layak sebesar 91,08 persen, 91,08 persen di perkotaan, dan 91,62 persen di perdesaan. Indikator akses air layak yang dimiliki rumah tangga mencakup air minum utama dan air yang digunakan untuk memasak/mandi/cuci/dll. Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap air yang dianggap layak dapat pula digunakan untuk menunjukkan tingkat kesejahteraan. Semakin tinggi persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap air yang dianggap layak di suatu daerah menunjukkan semakin baik pula derajat kesehatan rumah tangga di daerah tersebut.

3.10 SANITASI YANG LAYAK

Fasilitas sanitasi yang bersih dan sehat sangat diperlukan bagi masyarakat. Keberadaan sanitasi yang layak dapat menunjukkan bahwa

rumah tangga tersebut peduli pada kesejahteraan anggota rumah tangganya. Sebaliknya, sanitasi yang tidak layak dan tidak terawat dapat menyebabkan masalah kesehatan.

Gambar 8. Persentase Rumah Tangga yang Menggunakan Sanitasi Layak menurut Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017



Gambar 8 menunjukkan rumah tangga yang menggunakan sanitasi layak sebanyak 91,02 persen. Rumah tangga di perkotaan yang menggunakan sanitasi layak sebesar 90,99 persen, lebih sedikit dibandingkan rumah tangga di perdesaan sebesar 92,91 persen. Hal ini kemungkinan disebabkan karena kepadatan penduduk yang lebih tinggi di perkotaan, yang berdampak pada jarak antara saluran pembuangan dan sumber air minum (sumur) kurang dari standar kelayakan yaitu 10 meter.

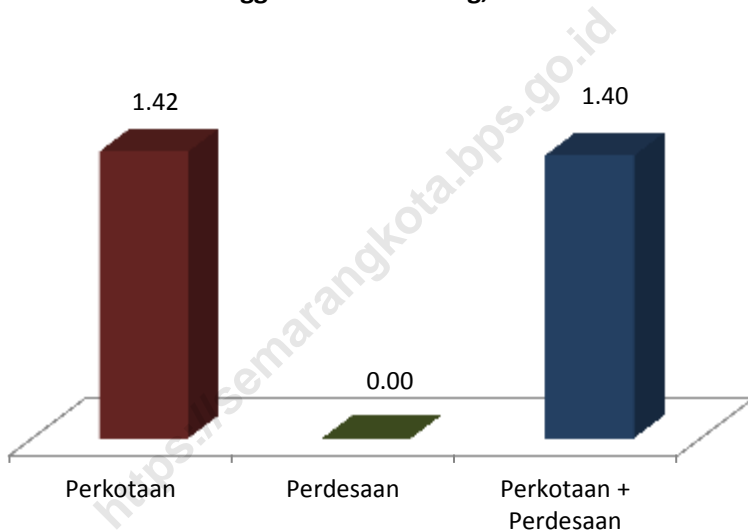
3.11. KEBERADAAN RUMAH TANGGA KUMUH

Rumah adalah sebagai tempat perlindungan untuk menikmati kehidupan, beristirahat dan bersuka ria bersama keluarga. Rumah tinggal bukan hanya sebuah bangunan melainkan juga sebagai tempat kediaman yang memenuhi syarat-syarat kehidupan yang layak, dipandang dari berbagai segi kehidupan. Secara garis besar, rumah harus memiliki fungsi pokok sebagai tempat tinggal yang layak dan sehat bagi setiap manusia yang menempatinnya. Rumah tinggal dapat terhindar dari kondisi kumuh dan tidak layak huni jika memiliki dan menerapkan persyaratan rumah sehat. Tempat tinggal yang kumuh dengan lingkungan yang tidak sehat dapat membahayakan dan menimbulkan berbagai ancaman penyakit. Rumah dikatakan kumuh jika rumah tangga tidak memiliki akses air minum layak, akses sanitasi layak, ruang huni yang cukup (*sufficient living area*), dan bangunan tempat tinggal yang kokoh (*durability of housing*).

Berdasarkan Gambar 9, masih terdapat 1,40 persen rumah tangga kumuh. Keberadaan rumah tangga kumuh di Kota Semarang terdapat di daerah perkotaan yaitu sebesar 1,42 persen, sedangkan di perdesaan tidak terdapat rumah tangga kumuh. Tumbuhnya kawasan kumuh terjadi karena tidak terbendungnya arus urbanisasi. Hal ini tentu saja dapat terlihat dari besarnya persentase rumah tangga di perkotaan dibandingkan di perdesaan. Penduduk perkotaan yang semakin

meningkat dan terlalu padat tetapi lahan untuk pemukiman tidak mencukupi.

Gambar 9. Persentase Rumah Tangga Kumuh menurut Daerah Tempat Tinggal Kota Semarang, 2017



Pertumbuhan penduduk dan urbanisasi secara langsung akan berdampak kepada meningkatnya kebutuhan akan tempat tinggal. Kegagalan dalam penyediaan hunian yang layak bagi warga kota tentunya akan berdampak kepada keberlanjutan pembangunan kota dan menimbulkan berbagai masalah perkotaan seperti kemacetan hingga permukiman kumuh.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik Kota Semarang. 2018. *Kota Semarang Dalam Angka 2018*. Semarang
- Badan Pusat Statistik Jawa Tengah. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2017*. Semarang.
- Badan Pusat Statistik Jawa Tengah. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2016*. Semarang.
- Permenkes. 2009. *Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*.

<https://semarangkota.bpptgo.id>

DATA

MENCERDASKAN BANGSA



**BADAN PUSAT STATISTIK
KOTA SEMARANG**

*Jalan Inspeksi no. 1 Semarang
Telp/fax (024) 3546413
email : bps3374@bps.go.id
Website: <http://semarangkota.bps.go.id>*

ISBN 978-623-95793-2-6

