

PERAN PEMERINTAH DAERAH MEWUJUDKAN KOTA SEHAT (Inisiasi Membangun Kota Sehat di Semarang)

Indra Kertati

Staf Pengajar Magister Ilmu Administrasi Publik dan Kepala Pusat Studi Gender dan Anak
Universitas 17 Agustus 1945 Semarang

Abstract

Healthy city is a dream for every citizen. To gain longer life and reaching happiness in life is not naive. To achieve a city with no health dimension is not easy. There are key indicators, main indicators and operational indicators to be met. Hence, to reach a healthier city could not be able to be fed by the government itself. Healthy cities should be done by multi stakeholders, communities, business owners, religious leaders, community leaders, and the government should work together to make this happen. The city of Semarang has proved its recognition by the Ministry of Health of the Republic of Indonesia with a healthy city award with a classification of "Padapa" or a healthy city award in the consolidation of the Ministry of Health.

Keywords: Healthy City, Semarang City, Healthy City Indicator

Abstrak

Kota sehat merupakan impian bagi setiap warga negara. Hidup lebih panjang, menuai kebahagiaan dalam kehidupan bukan hal yang naif. Untuk mencapai kota berdimensi kesehatan tidaklah mudah. Ada indikator pokok, indikator utama dan indikator operasional yang harus dipenuhi. Bukan hanya itu, mencapai kota sehat tidak akan dapat ditumpukan kepada pemerintah saja. Kota sehat harus dilakukan multi stakeholder, masyarakat, dunia usaha, para tokoh agama, tokoh masyarakat, dan pemerintah bahu membahu mewujudkan hal tersebut. Kota Semarang telah membuktikan dengan diakuinya oleh Kementerian Kesehatan RI penghargaan kota sehat dengan klasifikasi Padapa atau penghargaan Kota Sehat dalam pemantapan dari Kementerian Kesehatan.

Kata kunci : Kota Sehat, Kota Semarang, indikator Kota Sehat

Pendahuluan

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah memberikan ruang yang luas kepada pemerintah daerah untuk melakukan inovasi dalam mewujudkan kesejahteraan bagi warganya. Secara komprehensif, undang-undang ini mendesain kesejahteraan masyarakat dimulai dari kerangka logis perencanaan penganggaran hingga mekanisme evaluasi penyelenggaraan pemerintahan yang akuntabel dengan mendorong partisipasi masyarakat. Pada BAB XXI

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 secara khusus mengatur inovasi daerah yaitu pasal 386 yang berbunyi : (1) Dalam rangka peningkatan kinerja penyelenggaraan pemerintahan daerah, pemerintah daerah dapat melakukan inovasi; (2) Inovasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah semua bentuk pembaharuan dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah. Selanjutnya pasal 387 menyatakan dalam merumuskan kebijakan inovasi, pemerintahan daerah mengacu pada prinsip: peningkatan efisiensi; perbaikan

efektivitas; perbaikan kualitas pelayanan; tidak ada konflik kepentingan; berorientasi kepada kepentingan umum; dilakukan secara terbuka; memenuhi nilai-nilai kepatutan; dan dapat dipertanggungjawabkan hasilnya tidak untuk kepentingan diri sendiri. Pasal 388 selanjutnya mengatur bagaimana inovasi yang dijalankan dan siap yang harus menjalankan inovasi tersebut.

Amanah ini mencerminkan bagaimana pemerintah daerah menjamin kesejahteraan bagi rakyatnya melalui penyediaan layanan publik yang murah, mudah dan terjangkau. Richard M. Walker dan Andrews Rhys¹ menyatakan pemerintah daerah memainkan peran penting dalam memberikan layanan kepada publik. Selama beberapa dekade terakhir para ilmuwan telah mulai secara empiris memeriksa hubungan antara manajemen dan kinerja pemerintah daerah, menemukan hal ini dalam kerangka teoritis berbasis ekonomi, kontinjensi, dan sumber daya. Bukti menunjukkan efek kinerja positif yang kuat yang dihasilkan dari kualitas staf, stabilitas personil, perencanaan, dan dukungan moderat untuk keuntungan jaringan, birokrasi perwakilan, dan konten strategi. Ini menunjukkan pemerintah daerah memiliki kekuatan untuk membangun kesejahteraan masyarakat melalui kinerja yang saling menguatkan antar dimensi tata kelola pemerintahan.

Salah satu upaya yang gencar dilakukan adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sebagaimana diketahui upaya pencapaian kesehatan masyarakat ini bukan persoalan sederhana. Hasil evaluasi MDGs 2015 menunjukkan kegagalan pemerintah daerah dalam menangani kematian ibu

melahirkan. Target tahun 2015 yang ditetapkan dalam MDGs sebesar 110 per 100.000 kelahiran hidup, baru tercapai di angka 305 tahun 2015, dan memerlukan kerja keras. Prevalensi HIV/AIDS ditargetkan melawan penyebaran, Indonesia masih berada di angka 5,3 per 100.000 penduduk dengan kondisi meningkat. Jumlah kumulatif infeksi HIV dari tahun 1987 sampai dengan Desember 2016 sebanyak 232.323 orang, untuk AIDS sebanyak 86.780 orang. Melihat kondisi yang demikian, pemerintah memberikan prioritas bagi pencapaian upaya kesehatan yang lebih baik.

Kota Semarang memiliki masalah dalam hal kematian ibu melahirkan. Tercatat pada tahun 2014, jumlah kematian ibu mencapai 33 kasus dan meningkat menjadi 35 kasus pada tahun 2015. Angka kematian ibu di Kota Semarang menduduki ranking 4 tertinggi di Jawa Tengah sebagai angka yang patut untuk diperhatikan.

Kota Semarang merupakan kota dengan prevalensi HIV/AIDS tertinggi di Jawa Tengah. Tahun 2014 jumlah penderita HIV/AIDS sebanyak 249 kasus, tahun 2015 mencapai 706 kasus, dengan angka paling banyak pada ibu rumah tangga yakni 199 kasus, laki-laki 189 kasus dan pekerja seks komersial 152 kasus. Data di atas bukan satu-satunya persoalan yang dihadapi Kota Semarang. Terdapat tiga fokus permasalahan kesehatan yang menjadi prioritas yaitu kematian ibu dan anak, penderita demam berdarah dengue, dan penderita HIV/AIDS.

Menciptakan kota sehat menjadi impian untuk menyelesaikan permasalahan tersebut. Inisiasi yang dibutuhkan adalah *good will* pemerintah daerah dan partisipasi aktif warga dalam mewujudkan derajat kesehatan yang komprehensif. Inisiasi ini pada akhirnya akan bermuara pada kesejahteraan sebagaimana impian semua warga.

¹ Richard M. Walker, Rhys Andrews Local Government Management and Performance: A Review of Evidence, 2013
J Public Adm Res Theory (2015) 25 (1): 101-133.
DOI:https://doi.org/10.1093/jopart/mut038

Konsep Kota Sehat

Kota Sehat menurut Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 Nomor: 1138/Menkes/Pb/Viii/2005 Tentang Penyelenggaraan Kabupaten/ Kota Sehat pasal 1 (3) yaitu suatu kondisi kabupaten/ kota yang bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni penduduk, yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan beberapa tatanan dan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah. Selanjutnya pada pasal 2 dinyatakan (1) penyelenggaraan kabupaten/ Kota Sehat dilakukan melalui berbagai kegiatan dengan memberdayakan masyarakat yang difasilitasi oleh pemerintah kabupaten/ kota untuk mewujudkan kabupaten/ kota sehat; (2) penyelenggaraan kabupaten/kota sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui forum dan atau memfungsikan lembaga masyarakat yang ada.

Merunut peraturan bersama tersebut maka setiap kabupaten kota wajib menjamin kesehatan masyarakat melalui berbagai upaya termasuk gerakan masyarakat untuk mandiri menciptakan kesehatan. Menurut WHO sehat adalah *a state of complete physical, mental, and social well being, and not merely the absence of disease or infirmity* (suatu keadaan yang lengkap meliputi kesejahteraan fisik, mental, sosial, dan bukan hanya bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan mengamatkan bahwa kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang menyeluruh oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan

masyarakat secara terarah, terpadu dan berkesinambungan, adil dan merata, serta aman, berkualitas, dan terjangkau oleh masyarakat. Selanjutnya pada pasal 1 (4) yaitu upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh Pemerintah dan/atau masyarakat.

Persoalan kesehatan masyarakat bukan persoalan sederhana, ini menyangkut peran para pihak, bukan hanya pemerintah maupun pemerintah daerah, masyarakat, petugas kesehatan namun menyangkut pula industri farmasi, bahkan industri makanan. Kesehatan masyarakat memainkan peranan penting karena disanalah interaksi sosial terbangun antara individu dalam menetapkan pilihan sehat dengan peran pemerintah dalam menyediakan sarana dan prasarana kesehatan. Inilah yang oleh John Krabs² dikatakan sebagai dilema etika sentral, dalam kesehatan masyarakat, yaitu menyeimbangkan penghormatan terhadap kebebasan individu dengan tanggung jawab pemerintah untuk memberi warganya tingkat perlindungan tertentu dalam kaitannya dengan kesehatan. Kebijakan perlindungan kesehatan bagi warga negara juga menjadi pertimbangan penting bagi negara maju. Banyak pertanyaan utama mengenai kebijakan kesehatan masyarakat khususnya yang terkait dengan "faktor gaya hidup" yang mempengaruhi risiko pembunuh utama seperti penyakit jantung dan kanker. Pilihan gaya hidup sering dibatasi oleh tindakan orang lain, seperti industri dan pemerintah, dan oleh faktor sosial

² John Krebs, WGO,
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-052431/en/>

ekonomi, lingkungan dan genetik. Oleh karena itu, John Krebs menekankan justifikasi etis untuk intervensi pemerintah untuk mempromosikan kesehatan masyarakat patut dicermati. Pemerintah tidak boleh memaksa atau membatasi kebebasan masyarakat terhadap pilihan sehat, namun pemerintah memiliki tanggung jawab untuk menyediakan kondisi di mana orang dapat menjalani kehidupan yang sehat, melindungi warganya dari bahaya yang disebabkan oleh orang lain, dan memiliki tanggung jawab khusus untuk mengurangi ketidaksetaraan kesehatan dan melindungi kesehatan kelompok rentan seperti anak-anak.³

WHO mencatat pentingnya etika kesehatan masyarakat bukan hanya menyangkut bagaimana pola hidup masyarakat, namun peran penting pemerintah dalam mewujudkan kesehatan secara global. Negara maju memiliki kewajiban untuk membantu pengembangan, misalnya dalam hal meningkatkan kapasitas surveilans, pada saat yang sama, negara-negara berkembang memiliki kewajiban untuk bekerja sama dengan upaya pengawasan dan pengendalian internasional, walaupun dengan jelas persyaratan kerja sama memerlukan pengawasan ketat.⁴ Etika kesehatan masyarakat penting untuk tiga alasan utama: (i) isu mendasar yang diangkat dalam kesehatan masyarakat mengenai peran pemerintah; (ii) kekurangan model bioetika yang ada untuk mengatasi masalah tersebut; dan (iii) relevansi global kesehatan dan kesehatan masyarakat yang membuat isu-isu ini begitu penting.⁵

Peringatan WHO mengingatkan bersama akan sebuah kota yang harus memiliki kesadaran bersama untuk meningkatkan kualitas hidup warganya. Konsep kota sehat bukan hanya lingkungan yang aman, menyenangkan, dan hijau, tapi juga yang menciptakan dan mempertahankan kesehatan dengan menangani kondisi sosial, ekonomi, dan politik. Ini menggambarkan kolaborasi antara perencanaan kota dan kesehatan masyarakat yang menciptakan konsep kontemporer tentang tata kelola kota - sebuah proses yang mendapat informasi secara demokratis yang mencakup nilai-nilai seperti keadilan. Model, kritik, dan contoh global menggambarkan perubahan institusional, masukan masyarakat, penilaian yang ditargetkan, dan cara lain untuk mengatasi tantangan kesehatan perkotaan yang telah berlangsung lama. Kota-kota yang sehat berakar kuat dalam gerakan global menuju urbanisasi seimbang dan berkelanjutan, dikembangkan untuk tidak menyamarkan atau menyingkirkan masalah kesehatan dan sosial yang mengakar, namun mendorong solusi melalui peran koalisi kebijakan dalam memahami partisipasi masyarakat. Kota Sehat akan menarik minat dan menginspirasi tokoh masyarakat, aktivis, politisi, ilmuwan dan profesional dan pengusaha yang bekerja untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di tingkat lokal.⁶

Indikator Kota Sehat

Tujuan kota sehat adalah tercapainya kondisi kabupaten/kota untuk hidup dengan bersih, nyaman,

³ *Public health: ethical issues*. London: Nuffield Council on Bioethics; 2007. Available from: <http://www.nuffieldbioethics.org/go/ourwork/publichealth/introduction> [accessed on 3 July 2008].

⁴ *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: WHO; 2000.

⁵ Jochelson K. *Nanny or steward? The role of government in public health*. London: King's Fund; 2005

⁶ de Leeuw, **Evelyne**, Simos, Jean (Eds.) *Healthy Cities The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, Springler, 2017,

aman dan sehat untuk dihuni dan sebagai tempat bekerja bagi warganya dengan cara terlaksananya berbagai program-program kesehatan dan sektor lain, sehingga dapat meningkatkan sarana dan produktivitas dan perekonomian masyarakat. Dalam lampiran Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 Nomor: 1138/Menkes/Pb/Viii/2005 Tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat telah dirumuskan indikator kota sehat mencakup indikator pokok, umum, dan khusus. Indikator pokok merupakan indikator yang harus dapat dipenuhi oleh kabupaten kota, yaitu (a) belajar 9 Tahun; (2) angka melek huruf; (3) pendapatan perkapita domestik; (4) angka kematian bayi per-1.000 kh; (5) angka kematian balita per-1.000 kh; (6) angka kematian ibu melahirkan per-100.000 kh (7) adanya RUTRK (Rencana Detail Tata Ruangan Kota); dan (8) program dana sehat dan jaminan sosial nasional bagi masyarakat miskin. Indikator umum mencakup: (1) adanya dukungan pemda; (2) adanya program pendukung di sektor; (3) berfungsinya tim pembina kab/ kota dan kecamatan; (4) berfungsinya forum kan/ kota; (5) adanya sekretariat forum; (6) berfungsinya forum komunikasi desa/ kelurahan; (7) berfungsinya pokja kelurahan/desa (8.) adanya kesepakatan masyarakat dan pemda tentang pilihan tatanan dan kegiatan (9) adanya perencanaan forum yang disepakati masyarakat dan pemda; dan (10) adanya kegiatan yang dilaksanan oleh masyarakat melalui forum/ forum komunikasi/ pokja.

Secara khusus indikator kota sehat mencakup komponen : (1) kawasan permukiman, sarana dan prasarana umum; (2) kawasan sarana lalu lintas tertib dan pelayanan transportasi; (3) kawasan industri dan perkantoran yang sehat; (4) kawasan kawasan pariwisata sehat; (5) kawasan

pertambangan sehat; (6) kawasan hutan sehat; (7) kehidupan masyarakat sehat yang mandiri; (8) ketahanan pangan dan gizi; dan (9) kehidupan sosial yang sehat. Seluruh komponen tersebut telah dirumuskan dalam peraturan bersama sebagaimana tersebut diatas yang dirinci dalam indikator *out put* yang dapat dijalankan oleh kabupaten kota. Indikator yang dimuat dalam pedoman merupakan daftar pilihan yang dapat dipilih oleh Forum bersama-sama dengan pemerintah daerah dan sektor terkait. Besar indikator yang hendak dicapai oleh masing - masing kabupaten/ kota dengan mempertimbangkan kondisi dan potensi dari masing kabupaten/kota di provinsi yang bersangkutan. Penilaian terhadap indikator adalah untuk mengetahui tingkat keberhasilan atau pencapaian kegiatan dari segi jangkauan dan *output*. Sumber data untuk menilai keberhasilan ini adalah daftar masalah yang dapat diatasi dari daftar yang disusun pada lokakarya perencanaan.

Metoda

Metode yang digunakan dalam inisiasi kota sehat Semarang ini adalah pendampingan dan penguatan kelembagaan. Pendampingan merupakan tindakan sosial dimana penduduk sebuah komunitas mengorganisasikan diri dalam membuat perencanaan dan tindakan kolektif untuk memecahkan masalah sosial atau memenuhi kebutuhan sosial sesuai dengan kemampuan dan sumberdaya yang dimilikinya. Proses ini tidak muncul secara otomatis, melainkan tumbuh dan berkembang berdasarkan interaksi masyarakat setempat dengan pihak luar atau para pekerja sosial baik yang bekerja berdasarkan dorongan karitatif maupun perspektif profesional. Pendampingan merupakan interaksi dinamis antara kelompok dan pendampingl secara bersama-sama menghadapi beragam tantangan seperti;

(a) merancang program perbaikan kehidupan sosial ekonomi, (b) memobilisasi sumber daya setempat (c) memecahkan masalah sosial, (d) menciptakan atau membuka akses bagi pemenuhan kebutuhan, dan (e) menjalin kerjasama dengan berbagai pihak yang relevan dengan konteks pemberdayaan masyarakat.

Ife (1995)⁷ mengungkapkan keberhasilan pendampingan tergantung dari peran pendamping. Ada tiga peran utama pendamping yaitu: fasilitator, pendidik, perwakilan masyarakat, dan peran-peran teknis bagi yang didampinginya. Sebagai fasilitator peran yang dimainkan adalah berkaitan dengan pemberian motivasi, kesempatan, dan dukungan bagi masyarakat. Beberapa tugas yang berkaitan dengan peran ini antara lain menjadi model, melakukan mediasi dan negosiasi, memberi dukungan, membangun konsensus bersama, serta melakukan pengorganisasian dan pemanfaatan sumber.

Sebagai pendidik, pendamping berperan aktif sebagai agen yang memberi masukan positif dan direktif berdasarkan pengetahuan dan pengalamannya serta bertukar gagasan dengan pengetahuan dan pengalaman masyarakat yang didampinginya. Membangkitkan kesadaran masyarakat, menyampaikan informasi, melakukan konfrontasi, menyelenggarakan pelatihan bagi masyarakat adalah beberapa tugas yang berkaitan dengan peran pendidik. Sebagai perwakilan masyarakat, peran yang dilakukan adalah berkaitan dengan interaksi antara pendamping dengan lembaga-lembaga eksternal atas nama dan demi kepentingan masyarakat dampungannya. Pendamping dapat mencari sumber-sumber, melakukan

pembelaan, menggunakan media, meningkatkan hubungan masyarakat, dan membangun jaringan kerja. Sebagai pelaksana peran-peran teknis, pendamping dituntut tidak hanya mampu menjadi "manajer perubahan" yang mengorganisasi kelompok, melainkan pula mampu melaksanakan tugas-tugas teknis sesuai dengan berbagai keterampilan dasar, seperti; melakukan analisis sosial, mengelola dinamika kelompok, menjalin relasi, bernegosiasi, berkomunikasi, memberi konsultasi, dan mencari serta mengatur sumber dana.

Metode lainnya adalah penguatan kelembagaan forum. Penguatan kelembagaan adalah metode menginisiasi terbentuk dan berfungsinya lembaga forum kota sehat sesuai dengan ketentuan yang ada. Ada empat hal yang dapat dilakukan dalam pengembagangan kelembagaan yaitu : (1) inovasi, sebuah upaya menemukan cara, aktivitas, atau program baru yang kemudian diimplementasikan dalam kenyataan; (2) kemitraan yaitu menumbuhkan kekuatan mitra kerja sama sebagai jejaring pelaksana dalam menjalankan program dari mencapai tujuan organisasi; (3) aliansi adalah kerjasama dalam mewujudkan persamaan menjadi kegunaan melampaui perbedaan yang dimiliki; dan (4) transformasi nilai yaitu kerangka dasar dalam mencapai tujuan organisasi. Perwujudan masyarakat, berkepedulian, memerlukan prasyarat tersebut nilai-nilai kepedulian di tengah-tengah masyarakat. Organisasi yang kuat didukung oleh para personilnya yang telah memahami dan mengimplementasikan nilai kepedulian menjadi sikap dan perilaku sehari-hari.⁸

⁷ Ife, Jim. (1995). *Community Development: Creating Community Alternatives, Vision, Analysis and Practice*, Longman Australia.

⁸ Ahmad Juwaini, *Social Enterprise, Jakarta: Expose, 2011* Halaman: 71-74.

Pencapaian Inisiasi

Capaian indikator makro pembangunan kesehatan dalam mencapai kota sehat di Kota Semarang adalah sebagai berikut :

1. Angka Harapan Hidup

Angka harapan hidup (AHH) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk menilai derajat kesehatan penduduk. Berdasarkan perhitungan indeks pembangunan manusia (IPM), AHH Kota Semarang pada tahun 2012 mengalami peningkatan dari 77,17 tahun pada tahun 2011 menjadi 77,18 tahun pada tahun 2012-2014, tahun 2015 baru meningkat menjadi 77,20.

2. Angka Kematian Bayi

Sejak tahun 2011 jumlah kematian bayi di Kota Semarang mengalami penurunan. Pada tahun 2011 terdapat 314 kasus kematian bayi, kemudian terjadi penurunan menjadi 293 kasus kematian bayi pada tahun 2012. Pada tahun 2013 terjadi penurunan lagi hingga hanya ada 251 kasus kematian bayi saja. Tahun 2014 jumlah kematian bayi ada 253 kasus, dan kembali mengalami penurunan pada tahun 2015 menjadi 229 kasus kematian bayi.

Jumlah kematian bayi tahun 2015 di Kota Semarang sebanyak 229 kasus dari 27.344 kelahiran hidup, sehingga didapatkan angka kematian bayi (AKB) sebesar 8,38 per 1.000 KH. Jika dibandingkan dengan target MDGs yang menetapkan bahwa pada tahun 2015 target AKB di bawah 23 per 1.000 KH, maka AKB Kota Semarang telah mencapai target.

Angka kematian balita (Akaba) adalah jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun yang dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. Gambar 1.3

merupakan gambar perkembangan Akaba Kota Semarang sejak tahun 2011 sampai tahun 2015. Akaba merepresentasikan risiko terjadinya kematian pada fase antara kelahiran dan sebelum umur 5 tahun. Berdasarkan data kasus kematian anak balita di Kota Semarang, Jumlah kematian balita di Kota Semarang tahun 2015 adalah sebanyak 283 kasus dari 27.334 kelahiran hidup, sehingga didapatkan angka kematian balita (Akaba) Kota Semarang sebesar 10,4 per 1.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan target MDGs yang menetapkan bahwa Akaba tahun 2015 dibawah 32 per 1.000 KH, maka Akaba Kota Semarang telah mencapai target.

3. Angka Kematian Ibu (AKI)

AKI di Kota Semarang pada tahun 2016 sebanyak 32 kasus atau sekitar 121,5 per 100.000 KH. Angka kematian ibu (AKI) mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya, yaitu 128,50 per 100.000 KH pada tahun 2015. Jika dilihat dari jumlah kematian Ibu, juga terdapat penurunan yaitu dari 35 kasus pada tahun 2015 menjadi 32 kasus di tahun 2016.

Kematian ibu hamil terbanyak terjadi pada saat ibu nifas. Kematian terjadi diseluruh kecamatan, dengan jumlah kematian tertinggi di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu dan Ngesrep. Kematian ibu di Kota Semarang terjadi pada fase nifas sebesar 71,87% dan pada fase saat kehamilan sebesar 28,12%. Kondisi ini menandakan bahwa dari aspek tenaga kesehatan kurang teliti dalam melakukan pelayanan pasca melahirkan (nifas) dan kurang pahaman ibu hamil dan keluarga menjaga kesehatan pasca melahirkan atau nifas.

4. Pelaksanaan Olahraga Bersama Masyarakat

Dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat, masyarakat bersama pemerintah kota melaksanakan gerakan bersama dengan berolahraga. Gerakan olahraga rutin dimasyarakat dilaksanakan setiap hari Jumat, Sabtu dan Minggu.

5. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Pada tahun 2015 persentase rumah tangga yang telah melakukan PHBS meningkat 395.169 rumah (1,02 %) jika dibanding dengan tahun 2014. Survei PHBS tatanan rumah tangga tahun 2015 diperoleh hasil strata utama sebanyak 255.413 (64,63%) dan strata paripurna sebanyak 103.953 (26,3%), sehingga untuk strata PHBS tingkat kota adalah paripurna dengan nilai sebesar 90,94 % sedangkan target nasional sebesar 60%. Dalam rangka meningkatkan angka cakupan rumah tangga yang tidak merokok dirumah, Kota Semarang telah memiliki Perda No. 3 Tahun 2013 tentang kawasan tanpa rokok. Kawasan tanpa rokok ini meliputi 7 area yaitu area pelayanan kesehatan, area proses belajar mengajar, area tempat bermain anak, area tempat ibadah, area angkutan umum, area tempat-tempat umum, dan area tempat kerja. Pada tahun 2014 telah tersusun Peraturan Walikota Nomor 29 A Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Perda Nomor 3 Tahun 2013. Pada tahun 2015 telah terbit SK Nomor 440/423/2015 tentang Kawasan

Tanpa Rokok di Kota Semarang. Pada tahun 2015 SK Walikota Nomor 440/501/2015 tentang Pembentukan Tim Supervisi Kawasan Tanpa Rokok di Kota Semarang masa bakti 2015 – 2016.

Penderita diare dari tahun 2010 – 2016 cenderung mengalami penurunan, namun pada tahun 2014 hingga tahun 2015 mengalami peningkatan. Pada tahun 2015 total kasus diare sebanyak 39.893 kasus, dan pada tahun 2016 mengalami penurunan menjadi 32.100 kasus dengan jumlah kasus terbanyak pada kelompok umur > 1 tahun sebanyak 23.184 kasus (89,25%) dan terendah pada kelompok umur < 1 tahun sejumlah 2.792 kasus (10,75%). Pada tahun 2016 IR (Incidence Rate) sebesar 21 per 1.000 penduduk. Hal ini berarti terjadi penurunan dibandingkan dengan tahun sebelumnya IR tahun 2015 sebanyak 23 per 1.000 penduduk.

Angka kematian (CFR) dihitung berdasarkan jumlah penderita yang meninggal akibat penyakit diare yang berobat di rumah sakit sebesar 0,02 per 1000 penduduk (6/39.893). Berdasarkan data yang masuk dapat diketahui dari tahun 2005–2016 tidak ada laporan mengenai penderita diare yang meninggal di puskesmas, berarti penderita diare yang berobat ke puskesmas dan yang ditolong kader tidak ada yang meninggal.

Jumlah penderita pneumonia <1 th pada tahun 2015 ini mengalami peningkatan 786 kasus (58%) dari 1364 kasus (tahun 2014) menjadi 2150 kasus. Jumlah penderita

pneumonia 1-4 th sejumlah 5349 kasus balita (86%) meningkat sebanyak 2.469 kasus dibanding tahun 2014 (2880 kasus). IR pneumonia pada tahun 2015 sebesar 472 per 10.000 balita meningkat dibanding tahun 2014 yaitu sebesar 285 per 10.000 balita. Peningkatan IR pneumonia berarti jumlah penderita pneumonia dan pneumonia berat yang ditemukan semakin meningkat. Hal ini dipengaruhi oleh peran serta aktif masyarakat untuk mau membawa balitanya berobat ke puskesmas dan juga peran aktif petugas puskesmas serta kader kesehatan di masyarakat dalam rangka menemukan penderita pneumonia balita di masyarakat.

6. Tempat-tempat Umum

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

Semarang dilakukan pemeriksaan rutin setiap tahun. Pada tahun 2015 seluruh hotel yang diperiksa telah laik sehat. Restoran/rumah makan yang laik sehat sebesar 86,54%.

Pengawasan sanitasi tempat umum meliputi sarana pendidikan, sarana kesehatan, hotel, dan tempat umum lain. Pada tahun 2015 pengawasan sanitasi tempat umum dilakukan pada 1.086 TTU (95,3%) dari 1.139 TTU yang ada, sedangkan pada tahun 2016 yang memenuhi syarat 1.029 TTU (87,9%) dari 1170 jumlah TTU yang diperiksa. Sedangkan pengawasan tempat pengelolaan makanan meliputi Jasa boga, rumah makan/restoran, depot air minum, dan makanan jajanan. TPM yang memenuhi syarat higiene sanitasi sejumlah 2.070 (86,54%) dari 2.392 TPM yang ada, sedangkan pada tahun 2016 TPM yang memenuhi syarat sebanyak 1715 (87%) dari 1967 TPM yang diperiksa.

7. Penyediaan Air Bersih

Air adalah salah satu sumber kehidupan, dan setiap manusia memerlukan air bersih. Oleh karena itu air bersih harus selalu tersedia dalam jumlah yang cukup dan memenuhi syarat kesehatan (syarat fisik, kimiawi, dan bakteriologi). Cakupan penyediaan air bersih pada tahun 2015 adalah 97,25%. Terjadi Peningkatan jumlah pelanggan PDAM: 126.749 pelanggan (2009), 134.617 pelanggan (2010), 138.775 pelanggan (2011), 141.563 pelanggan (2012), dan 144.626 pelanggan (2013), 145.638 (2014). Pada tahun 2015

mengalami penurunan menjadi 129.507 pelanggan.

Standar Kualitas Air Minum Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 492/Menkes/Per/IV/2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum. Dalam rangka untuk menjaga kualitas air yang digunakan masyarakat maka dilakukan pemeriksaan laboratorium pada pelanggan sebanyak 1.000 sampel/tahun sebagai bagian dari kontrol kualitas air.

8. Kesehatan Keluarga dan Kesehatan Reproduksi

Indikator pada kesehatan keluarga dan kesehatan reproduksi adalah menurunnya angka kematian ibu, berkembangnya kelompok masyarakat, reproduksi KB peduli dalam pelayanan kesehatan, tersedianya fasilitas pelayanan, konseling remaja dan terlaksananya pemeriksaan kesehatan pada siswa SD oleh tenaga kesehatan terlatih/guru UKS. Dalam upaya peningkatan kesehatan ibu, pemerintah juga mengadakan pendidikan dan pelatihan teknis kesehatan ibu, pelayanan ibu dan KB. Berdasarkan laporan puskesmas jumlah kematian ibu maternal di Kota Semarang pada tahun 2016 sebanyak 32 kasus dari 26.334 jumlah kelahiran hidup atau sekitar 121,5 per 100.000 KH menurun jika dibandingkan dengan tahun 2015 yaitu 35 kasus dari 27.334 jumlah kelahiran hidup atau sekitar 128,05 per 100.000. Penyebab kematian pada ibu hamil terbesar adalah eklampsia sebesar 51%. Penyebab yang lain adalah pendarahan, dan

penyakit. Angka kematian ibu pada tahun 2016 yaitu 121,5 per 100.000 KH. Jumlah persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan di Kota Semarang pada tahun 2016 adalah sejumlah 97,58%. Angka ini mengalami sedikit peningkatan jika dibandingkan tahun 2015 yaitu sebanyak 97,53%.

Pelayanan kesehatan pada siswa SD kelas I & sederajat yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di tingkat puskesmas diperoleh hasil sebanyak 26.582 murid SD atau 100% dari 26.582 murid SD keseluruhan. Dari capaian ini dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan pada siswa SD kelas I sudah optimal.

9. Imunisasi

Pelayanan imunisasi menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan bayi serta anak balita. Oleh karena itu, perlu dilaksanakan program imunisasi untuk penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) seperti penyakit TBC, difteri, pertusis, tetanus, hepatitis B, polio dan campak. Idealnya bayi harus mendapat imunisasi dasar lengkap terdiri dari BCG 1 kali, DPT 3 kali, polio 4 kali, HB 3 kali dan campak 1 kali. Program imunisasi cukup berjalan secara efektif dalam menurunkan kejadian penyakit. Pelaksanaan keberhasilan imunisasi dapat dilihat dari capaian cakupan kelurahan dengan UCI (*Universal Child Immunization*). Tahun 2015 jumlah desa/kelurahan yang sudah mencapai UCI dengan kriteria cakupan DPT 3, polio dan campak $\geq 80\%$, sebanyak

177 kelurahan (100%) dari 177 kelurahan yang ada. Sejak Tahun 2013-2016 cakupan UCI sudah 100%.

10. Pelayanan, Pengobatan Dan Perawatan

Indikator Kota Sehat pada pelayanan, pengobatan dan perawatan adalah meningkatnya penggunaan posyandu purnama dan mandiri, meningkatnya penggunaan rumah sakit, tersedianya pelayanan kesehatan di rumah sakit bagi keluarga miskin (gakin) dan meningkatnya pemanfaatan puskesmas oleh masyarakat. Dalam rangka peningkatan pelayanan pengobatan dan perawatan selain dilakukan di puskesmas juga dilakukan di tingkat posyandu. Jumlah posyandu di Kota Semarang dari tahun ke tahun selalu meningkat. Pada tahun 2015 jumlah posyandu tercatat 1.575 buah dengan posyandu aktif sejumlah 1.219 buah, mengalami kenaikan jumlah dibandingkan tahun 2014 dengan jumlah posyandu adalah 1.561 buah. Cakupan posyandu purnama tahun 2014 sebesar 699 (55,78%) dan sedikit menurun pada tahun 2015 menjadi sebesar 679 (43,11%). Hal ini dikarenakan beberapa posyandu purnama yang menjadi posyandu mandiri. Posyandu mandiri mengalami peningkatan di tahun 2014 dan tahun 2015 yaitu berturut-turut 515 (32,99%) menjadi 540 (34,29%). Pada tahun 2015 total kunjungan tingkat Kota Semarang pada unit rawat jalan sebesar 3.360.901 kunjungan, sedangkan untuk kunjungan rawat inap pada tahun 2015 sebesar 226.191 kunjungan.

Pemanfaatan (*utility*) pelayanan kesehatan jamkesmas oleh warga miskin di Kota Semarang tahun 2015 sebanyak 12.765 orang yang terdiri dari warga miskin yang masuk *data base* sebanyak 7.999 orang (62,66%) dan yang menggunakan surat keterangan tidak mampu (SKTM) sebanyak 4.766 orang (37,34%). Pemanfaatan pelayanan kesehatan jamkesmas tahun 2015 bila dibandingkan dengan tahun 2014 mengalami kenaikan, hal ini dikarenakan jumlah kuota jamkesmas Kota Semarang menurun sekitar 12% sehingga cakupan jamkesmas menjadi meningkat. Dalam rangka pencapaian *universal coverage*, anggaran yang disediakan oleh Pemerintah Kota Semarang untuk pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin melalui program jamkesmas sedikit mengalami kenaikan untuk tahun 2015. Pada tahun 2015 disediakan anggaran Rp 39.900.000.000,- pada tahun 2016 anggaran jamkesmas adalah Rp 44.000.000.000,-.

11. Pemberantasan Penyakit Malaria

Penyakit malaria merupakan penyakit yang ditularkan oleh *vector*. Jumlah kasus malaria di Kota Semarang pada tahun tahun 2014 sebanyak 12 kasus lebih rendah dibanding dengan kondisi pada 2013 dengan 19 kasus. Pada tahun 2015 kasus malaria sebanyak 10 kasus, jika dibandingkan dengan tahun 2014 maka telah terjadi penurunan sebesar 16,7%. Kasus malaria yang ditemukan di Kota Semarang penularnya tidak terjadi di kota Semarang, semua

kasus tergolong kasus impor, didapatkan dari daerah yang endemis malaria seperti Kalimantan dan Papua, setelah dilakukan penyelidikan epidemiologi kasus pernah melakukan perjalanan dari daerah endemis atau orang dari daerah endemis yang tinggal di Kota Semarang karena bekerja atau sekolah.

Penemuan penderita malaria diwilayah kecamatan Kota Semarang menggunakan indikator *annual paracite incidence* (API) atau angka parasite malaria per 1.000 penduduk. Pada tahun 2015 API Kota Semarang sebesar 0,006 atau turun 0,001 bila dibandingkan dengan API tahun 2014 (0,007). Pada tahun 2016 besarnya API malaria sama dengan tahun 2015 yaitu 0,006.

12. Pemberantasan Penyakit DBD

Incident rate (IR) DBD Kota Semarang dari tahun 2006 – 2015 selalu lebih tinggi IR DBD Jawa Tengah dan IR DBD Nasional. *Incidence rate* (IR) DBD Kota Semarang tahun 2016 yaitu 25,20, hal ini mengalami penurunan dari IR DBD Kota Semarang tahun 2015 sebesar 98,61. Target nasional pencapaian *incidence rate* DBD adalah ≥ 51 per 100.000 penduduk.

Incidence rate DBD Kota Semarang menduduki peringkat ketiga IR DBD Jawa Tengah setelah Kota Magelang dan Kabupaten Jepara. Tahun 2015 Kota Semarang terdapat 15 atau 8,5 % kelurahan yang tidak ada kejadian DBD, kelurahan tersebut adalah Jragung,

Randugarut, Kraggan, Kembanghari, Pandansari, Pesantren, Purwosari (Mijen), Karangmalang, Polaman, Nongkosawit, Jatirejo, Kandri, Terboyo Kulon, Trimulyo, Bendungan. Pada tahun 2016 Kota Semarang menduduki peringkat ke 29 di Jawa Tengah, kondisi ini merupakan prestasi yang luar biasa dengan berbagai program. Bahkan pada tahun 2017 telah diluncurkan program baru yaitu Si Cantik yaitu yaitu siswa pemantau jentik.

13. Pemberantasan Penyakit Leptospirosis

Penyakit leptospirosis masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Kota Semarang. Dari tahun 2007 sampai tahun 2015 masih ditemukan kasus leptospirosis. Pada tahun 2014 terdapat 73 kasus dengan jumlah meninggal 13 orang (CFR 17 %), tahun 2015 terdapat 56 kasus dengan jumlah meninggal 8 orang (CFR 14,3%) sedangkan tahun 2016 terdapat 8 orang meninggal (CFR 19%) sehingga kasus leptospirosis masih perlu mendapat perhatian yang serius.

14. Pencegahan Penyakit Degeneratif

Indikator pada pencegahan degeneratif adalah meningkatnya kelompok jantung sehat, kelompok anti diabetes, kelompok sehat pencegahan osteoporosis. Tersedianya informasi risiko dan upaya pencegahan penyakit jantung dan tekanan darah tinggi, kencing manis dan kanker, meningkatnya upaya pengawasan berkala jantung

sehat melalui kelompok jantung sehat.

Tahun 2015 kasus penyakit degeneratif tertinggi adalah penyakit hipertensi dan diabetes mellitus. Jumlah kasus hipertensi sebanyak 29.335 kasus dan diabetes mellitus sebanyak 1.790 kasus. Jumlah kasus hipertensi tahun 2015 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2014 yaitu pada tahun 2014 jumlah kasus hipertensi sebanyak 34.956 kasus sedangkan tahun 2015 kasus hipertensi sebanyak 29.335 kasus. Kasus diabetes mellitus tahun 2015 mengalami peningkatan dibanding tahun 2014 yaitu pada tahun 2014 jumlah kasus diabetes mellitus sebanyak 15.464 kasus sedangkan tahun 2015 kasus diabetes mellitus sebanyak 1.790 kasus.

15. HIV AIDS

Jumlah penemuan kasus laporan dari klinik VCT pada tahun 2016 yaitu sebesar 498 kasus (9,2%). Kasus penduduk Kota Semarang saja pada tahun 2016 HIV sebanyak 156 orang, dengan kondisi AIDS sebanyak 37 orang. Berdasarkan jenis kelamin penderita HIV kumulatif dari tahun 1995 – 2016, 55% adalah laki-laki. Hal ini kemungkinan disebabkan karena mobilitas laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan sehingga resiko untuk terinfeksi HIV lebih besar. Sedangkan untuk kasus HIV tahun 2016 persentase laki-laki lebih banyak (68%) dibandingkan dengan perempuan (32%).

Peta di atas menunjukkan penyebaran kasus AIDS di

Kota Semarang tahun 2016 hampir mencapai seluruh kecamatan di Kota Semarang. Pada tahun 2016 tidak ditemukan kasus AIDS baru di Kecamatan Tugu dan Ngaliyan. Sedangkan Kecamatan yang mempunyai kasus rendah (1-3 kasus) adalah, Kec. Mijen, Kec. Semarang Barat, Kec. Semarang Timur, Kec. Semarang Tengah, Kec. Semarang Selatan, Kec. Gayamsari, Kec. Gajah Mungkur, Kec. Candisari, Kec. Genuk, Kec. Tembalang, Kec. Banyumanik, Kec. Gunungpati. Kecamatan yang memiliki kasus AIDS yang tinggi (4-5 kasus) yaitu Kecamatan Semarang Utara dan Kec. Pedurungan. Kota Semarang telah memiliki Perda Penanggulangan HIV yaitu Perda Nomor 4 Tahun 2013 dan Perwal nomor 40 tahun 2016 tentang Petunjuk pelaksanaan Perda Nomor 4 Tahun 2013.

16. Gizi

Indikator pada peningkatan gizi masyarakat adalah adanya kegiatan kelompok masyarakat dalam upaya penanggulangan masalah gizi, meningkatkan KEP pada ibu hamil, menurunnya penderita kretin baru, menurunnya ibu hamil yang anemia dan kekurangan yodium, menurunnya masyarakat kekurangan vitamin A, penurunan kasus gizi berlebih, Kecamatan bebas rawan gizi, menurunnya berat bayi lahir rendah (BBLR).

Kasus gizi buruk di Kota Semarang mengalami peningkatan. Jumlah bayi gizi kurang pada tahun 2013

adalah 33 bayi kemudian mengalami penurunan pada tahun 2014 menjadi 32 bayi. Selanjutnya pada tahun 2015 terjadi peningkatan menjadi 39 bayi, dan pada tahun 2016 kasus gizi buruk masih tetap 39 bayi. Kecamatan dengan kasus gizi buruk yang banyak adalah Kec. Gunungpati (10), Kec. Semarang Barat (6), Kec. Genuk (5), Kec. Banyumanik (5), Kec. Semarang Utara (3), Kecamatan Semarang Selatan (3), Kecamatan Candisari (2), Kec. Mijen (2), Kec. Semarang Timur (1), Kec. Gajahmungkur (1) dan Kec. Pedurungan (1).

Bayi lahir dengan berat badan rendah pada tahun 2013 adalah 0,6% (165 bayi), mengalami kenaikan pada tahun 2014 menjadi 1% (277 bayi). Pada tahun 2015 kembali terjadi peningkatan menjadi 1,2% (311 bayi).

Pada tahun 2016 cakupan pemberian ASI eksklusif sebanyak 67,16%. Pemberian ASI eksklusif di Kota Semarang telah melampaui target renstra Kota Semarang (65%). Hal ini disebabkan karena adanya komitmen petugas kesehatan untuk membantu ibu yang mengalami kesulitan dalam menyusui, ada peningkatan pengetahuan ibu tentang manfaat menyusui dan cara menyusui yang tepat dan dukungan dari keluarga, serta dengan adanya sosialisasi terkait Peraturan Walikota Semarang (Perwal) No. 7 Tanggal 16 Januari 2013 tentang Program Peningkatan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Semarang.

Cakupan pemberian vitamin A pada bayi umur 6-11 bulan sejumlah 14.053 bayi atau sebesar 100% dari 14.053 bayi yang ada. Sedangkan cakupan pemberian vitamin A yang diberikan 2 kali kepada anak balita (1-4 tahun) 86.745 anak atau 101.3% dari 85.650 sasaran anak balita yang ada. Bagi ibu nifas diperoleh cata cakupan pemberian vitamin A sebesar 102,15% dari 28.149 ibu nifas.

Kesimpulan

Kota Sehat merupakan kondisi kabupaten/kota yang bersih aman dan sehat untuk dihuni penduduk yang dicapai melalui terselenggarakannya penerapan beberapa tatanan dengan kegiatan yang terintegrasi yang dapat disepakati masyarakat, stakeholder dan pemerintah daerah. Tujuannya agar masyarakat dapat hidup bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni.

Capaian Kota Sehat bukan semata-mata untuk memperoleh penghargaan namun yang sangat penting adalah bagaimana menciptakan masyarakat yang sadar akan pentingnya menjaga kesehatan, dan bagaimana pemerintah daerah memberikan layanan terbaik bagi masyarakatnya. Atas upaya keras tersebut Pemerintah Kota Semarang memperoleh penghargaan di tingkat nasional, berupa predikat sebagai Kota Sehat dengan klasifikasi Padapa atau penghargaan Kota Sehat dalam pemantapan dari Kementerian Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Juwaini, Ahmad. *Social Enterprise, Jakarta: Expose, 2011.*
- De Leeuw, Evelyne, Simos, Jean (Eds.) *Healthy Cities The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning, Springles, 2017.*
- Ife, Jim. (1995). *Community Development: Creating Community Alternatives, Vision, Analysis and Practice, Longman Australia.*
- Richard M. Walker, Rhys Andrews *Local Government Management and Performance: A J Public Adm Res Theory (2015) 25 (1): DOI:https://doi.org/10.1093/jopart/mut038*
- John Krebs, WGO, <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-052431/en/> *Review of Evidence, 2013*
- Public Health: Ethical Issues. London: Nuffield Council on Bioethics; 2007. Available from: <http://www.nuffieldbioethics.org/gourwork/publichealth/introduction> [accessed on 3 July 2008].
- The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2000.
- Jochelson K. *Nanny or Steward? The Role of Government in Public Health. London: King's Fund; 2005*
- Kota Semarang dalam Angka, BPS 2016
Profil Kesehatan Tahun 2015, Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2016

