

**LAPORAN PENELITIAN MELIBATKAN MAHASISWA**



**PELAYANAN DAN SARANA KESEHATAN DI JAWA  
ABAD XX**

**Oleh:**

**Dina Dwi Kurniarini, M.Hum.**

**Ririn Darini, M.Hum**

**Ita Mutiara Dewi, M.Si.**

**Alfian Wulananda**

**Diana Wulansari**

**PENELITIAN INI DIBIYAI DENGAN DANA DIPA  
FAKULTAS ILMU SOSIAL UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA  
SK DEKAN FIS UNY NOMOR: TAHUN 2014, TANGGAL  
SURAT PERJANJIAN PELAKSANAAN PENELITIAN  
NOMOR: TANGGAL**

**FAKULTAS ILMU SOSIAL  
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA**

**2014**

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**LAPORAN HASIL PENELITIAN MELIBATKAN MAHASISWA**  
**FAKULTAS ILMU SOSIAL TAHUN ANGGARAN 2013**

1. Judul Penelitian : Perkembangan Fasilitas dan Sarana Kesehatan Di Jawa Pada Abad Ke-20
2. KetuaPeneliti
  - a. Nama : Dina Dwi Kurniarini, M.Hum.
  - b. NIP/NIDN :
  - c. Pangkat/Jabatan :
  - d. Jurusan/Prodi : Pendidikan Sejarah / Ilmu Sejarah
  - e. Alamat Rumah :  
 No HP :  
 e-mail :
3. Bidang Keilmuan : Ilmu Sejarah
4. Anggota Peneliti

No	Nama & Gelar	NIP	Jabatan	Bidang Keahlian
1	Dina Dwi Kurniarini, M.Hum			
2	Ririn Darini, M.Hum.			
3	Ita Mutiara Dewi, M.Si.	198103212003122001	Lektor	Sejarah Sosial Politik

5. Mahasiswa yang terlibat

No	Nama Mahasiswa	NIM	Prodi/Jurusan
1	Alfian Wulananda		Ilmu Sejarah / Pendidikan Sejarah
2	Diana Wulansari		Ilmu Sejarah / Pendidikan Sejarah

6. Lokasi Penelitian : Jawa
7. Biaya kegiatan yang diusulkan : Rp. 10.000.000,00
8. Jangka Waktu Pelaksanaan: 6 bulan

Mengetahui,  
 Ketua Jurusan Pend. Sejarah

Yogyakarta, 24 Oktober 2014  
 Peneliti,

M. Nurrohman, M.Pd  
 NIP. 196608221992031001

Dina Dwi Kurniarini, M.Hum.  
 NIP.

Mengetahui:  
 Dekan FIS UNY

Prof. Dr. Ajat Sudrajat  
 NIP. 196203211989031001

## **KATA PENGANTAR**

Segala Puji Syukur kami panjatkan kehadirat Alloh Swt. yang telah melimpahkan karunia yang tiada terhingga kepada penulis. Salah satu karunia tersebut berupa kesempatan kepada kami untuk melakukan penelitian dan menyusun laporan penelitian yang berjudul Pelayanan dan Sarana Kesehatan Di Jawa Abad XX.

Kami berharap bahwa laporan penelitian ini dapat memberikan manfaat kepada semua pihak yang memiliki minat dan ketertarikan pada ilmu sejarah. Kami menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak kekurangan dalam laporan penelitian ini, untuk itu kami akan berusaha memperbaiki laporan ini agar lebih baik. Kami berharap ada masukan dari para pembaca agar pada kesempatan lain tulisan/laporan penelitian ini dapat lebih baik.

Yogyakarta, 24 Oktober 2014

Penyusun

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR GRAFIK .....</b>	<b>viii</b>
<b>RINGKASAN PENELITIAN .....</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRAK PENELITIAN .....</b>	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang Masalah .....</b>	<b>1</b>
<b>B. Rumusan Masalah .....</b>	<b>2</b>
<b>C. Tujuan Penelitian .....</b>	<b>2</b>
<b>D. Manfaat Penelitian .....</b>	<b>3</b>
<b>E. Kajian Teori dan Historiografi yang Relevan .....</b>	<b>6</b>
<b>F. Metode Penelitian .....</b>	<b>7</b>
<b>BAB II FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAYANAN DAN SARANA KESEHATAN DI JAWA PADA ABAD KE-20</b>	<b>8</b>
<b>A. Kebijakan Kesehatan Abad Ke-20.....</b>	<b>8</b>
<b>B. Perkembangan Ilmu Kedokteran (Kesehatan).....</b>	<b>16</b>
<b>BAB III PELAYANAN DAN SARANA KESEHATAN DI JAWA PADA ABAD KE-20 .....</b>	<b>19</b>
<b>A. Tenaga Medis dan Pendidikannya .....</b>	<b>19</b>
<b>B. Rumah Sakit Sebagai Fasilitas Kesehatan Utama .....</b>	<b>24</b>
<b>C. Fasilitas Kesehatan Selain Rumah Sakit .....</b>	<b>28</b>

<b>BAB IV DAMPAK PELAYANAN DAN SARANA KESEHATAN DI JAWA</b>	
<b>PADA ABAD KE-20 .....</b>	<b>30</b>
<b>A. Peningkatan Taraf Kesehatan Masyarakat.....</b>	<b>30</b>
<b>B. Wabah Penyakit Teratasi .....</b>	<b>31</b>
<b>C. Peningkatan Jumlah Penduduk .....</b>	<b>37</b>
<b>BAB V KESIMPULAN .....</b>	<b>40</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>41</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>44</b>

## **DAFTAR TABEL**

<b>Tabel 2.1. Perubahan Pola Pembiayaan Kesehatan Di Indonesia .....</b>	<b>15</b>
<b>Tabel 2.2. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat .....</b>	<b>35</b>
<b>Tabel 3.1. Perkembangan Pendidikan Dokter Jawa .....</b>	<b>20</b>
<b>Tabel 3.2. Murid Sekolah Dokter Jawa .....</b>	<b>20</b>
<b>Tabel 3.3 Tenaga Kesehatan Pada tahun 1909 .....</b>	<b>21</b>
<b>Tabel 3.4. Perkembangan Jumlah Tenaga Kesehatan yang menangani Masyarakat Umum .....</b>	<b>21</b>
<b>Tabel 3.5. Rumah Sakit Umum pada tahun 1909 .....</b>	<b>26</b>

## DAFTAR BAGAN

<b>Bagan 3.1. Perkembangan Pendidikan Keperawatan .....</b>	<b>22</b>
---	-----------

## **DAFTAR GRAFIK**

<b>Grafik 4.1. Peningkatan Jumlah Penduduk 1971 – 2010 .....</b>	<b>39</b>
--	-----------



## **RINGKASAN PENELITIAN**

Penelitian ini membahas tentang “Perkembangan Pelayanan dan Fasilitas di Jawa pada Abad ke-20”. Bab pertama menguraikan tentang latar belakang masalah yaitu gambaran kesejahteraan dan kesehatan penduduk di masa kolonial. Penelitian ini bertujuan mengungkap faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada abad ke-20, mengetahui perkembangan pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada abad ke-20, dan mengetahui dampak dari pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada. Manfaat penelitian yaitu memperkaya khasanah sejarah kesehatan masyarakat Indonesia terutama ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan masyarakat di Jawa. Kajian teori membahas tentang epidemi, sedangkan historiografi yang relevan mencakup berbagai referensi yang mengungkap sejarah kesehatan khususnya abad ke-20. Metode penelitian yang mencakup langkah-langkah penulisan sejarah yaitu heuristik, kritik sumber dan interpretasi,

Bab kedua menguraikan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada abad ke-20 yaitu kebijakan kesehatan dan perkembangan ilmu kedokteran (kesehatan)..

Bab ketiga menguraikan tentang perkembangan pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada abad ke-20 yang mencakup pembahasan tentang tenaga medis dan pendidikannya, rumah sakit dan berbagai fasilitas kesehatan lain.

Bab keempat menguraikan tentang dampak perkembangan pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada abad ke-20 yaitu peningkatan taraf kesehatan, wabah penyakit teratasi dan peningkatan angka kelahiran. Sedangkan bab terakhir atau kelima menguraikan tentang kesimpulan dari keseluruhan bab tersebut.

## **ABSTRAK PENELITIAN**

Penelitian tentang Pelayanan dan Sarana Kesehatan di Jawa Abad XX ini berusaha untuk menguraikan faktor-faktor perkembangan dan dampak dari keberadaan pelayanan dan sarana kesehatan tersebut. Metode penelitian yang digunakan yaitu metode penelitian sejarah dengan langkah-langkah penelitian yaitu heuristik, kritik sumber dan intepretasi dengan kajian teori yang digunakan yaitu tentang epidemiologi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor-faktor yang menyebabkan perkembangan fasilitas dan sarana kesehatan di Jawa pada abad XX terutama yaitu kebijakan pemerintah pada masanya (baik masa kolonial maupun kemerdekaan) dan perkembangan ilmu kedokteran atau kesehatan. Perkembangan pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa dapat ditelusuri dari keberadaan tenaga kesehatan dan pendidikannya serta rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan utama. Sedangkan dampak dari perkembangan pelayanan dan fasilitas kesehatan yaitu wabah penyakit yang dapat teratasi dan meningkatnya pertumbuhan penduduk sebagai akibat dari sedikit meningkatnya taraf kesehatan masyarakat Indonesia

Kata Kunci: kesehatan, pelayanan, sarana

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Pada masa kolonial, tingkat kesejahteraan penduduk bumiputra sangat memprihatinkan termasuk kondisi kesehatannya, karena sarana dan prasarana yang belum memadai. Buruknya kesejahteraan disebabkan keadaan ekonomi yang uruk, sehingga menyebabkan berjangkitnya penyakit-penyakit menular, antara lain: malaria, pes, kolera dan cacar. Akibatnya banyak kematian pada penduduk terutama disebabkan kondisi sarana dan prasarana kesehatan dan pelayanan yang kurang baik.

Biarpun perawatan kesehatan untuk daerah jajahan Belanda sudah dimulai sejak Politik Etis namun kualitas kesehatan masyarakat masih rendah. Perkembangan perekonomian Hindia Belanda hanya menggambarkan keberhasilan Belanda dalam misinya mendapatkan keuntungan besar. Tujuan Pemerintah Belanda di Indonesia meliputi *dual mandate* yang berupa pengembangan sumber daya alam atau *La richessenaturalle*, tetapi pemerintah Belanda juga mempunyai konsekuensi terhadap orang-orang taklukannya untuk mengembangkan *La richevace* atau kesejahteraan penduduk<sup>1</sup>, seperti dalam layanan pemerintah untuk membantu pertanian pribumi, perawatan kesehatan masyarakat, pendidikan, kegiatan misi dan sebagainya. Kebijakan tersebut memaksa pengusaha terutama pengusaha perkebunan untuk memperhatikan kesehatan pekerjanya sesuai dengan misi Belanda.

Sarana kesehatan yang tersedia belum mencukupi, karena terapi medis Barat mulai masuk nusantara bersamaan dengan kedatangan VOC yang melakukan perdagangan di wilayah ini. Spesialis medis yang dibawa ke Indonesia adalah ahli bedah yang dapat mengobati penyakit<sup>2</sup> Dokter-dokter Belanda di Hindia Belanda bekerja di kapal maupun di darat.

Setelah VOC mendirikan benteng di Batavia pada tahun 1612, barulah

---

<sup>1</sup>J.S. Furnivall. *Nederlands Indie A Study of Plural Economy* (Chambridge: University Press, 1967), hlm. 346

<sup>2</sup>Peter Boomgard, et al. *Health Care in Java Past and Present*, (Leiden: KITLV Press, 1996), hlm. 24.

perawatan pasien dimulai dan pendirian rumah sakit pertama di daerah pantai pada tahun 1626.<sup>3</sup> Bentuk pelayanan kesehatan kompeni ini menyebar ke kepulauan Nusantara mengikuti meluasnya teritorial perdagangan kompeni. Bangunan rumah sakit dari bambu dan batu didirikan di tempat pemukiman atau markas utama VOC. Dokter dan rumah sakit mengutamakan pelayanan kesehatan bagi pegawai VOC yang harus segera disembuhkan agar dapat bekerja kembali.

Untuk mempergunakan jasa rumah sakit, pasien harus membayarnya kecuali pegawai VOC dibayarkan oleh VOC. Oleh karena penduduk yang sakit tidak mampu bayar, maka rumah sakit hanya dimanfaatkan oleh VOC, sehingga rumah sakit hanya berlatar belakang ekonomi bukan kemanusiaan<sup>4</sup> Faktor ini merupakan salah satu penyebab kenapa penduduk belum berobat ke dokter atau rumah sakit.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan gambaran di atas, penelitian ini akan membahas keadaan kesehatan masyarakat di Jawa, dengan permasalahan pokok meliputi:

1. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada abad ke-20?
2. Bagaimana perkembangan pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada abad ke-20?
3. Bagaimana dampak dari pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada abad ke-20?

## **C. Tujuan Penelitian**

1. mengungkap faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada abad ke-20
2. mengetahui perkembangan pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada abad ke-20
3. mengetahui dampak dari pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa pada

---

<sup>3</sup> *Ibid*, hlm. 24-25

<sup>4</sup> *Ibid*.

abad ke-20.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Untuk memperkaya khasanah sejarah kesehatan masyarakat Indonesia terutama ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan masyarakat di Jawa.

#### **E. Kajian Teori Dan Historiografi Yang Relevan**

Untuk mengkaji sejarah kesehatan di Jawa diperlukan pemahaman akan konsep kesehatan secara jelas. Konsep kesehatan diperlukan untuk mengungkap wabah atau epidemi yang melanda wilayah di Jawa. Epidemi merupakan penyakit menular yang berjangkit dengan cepat di daerah yang luas dan menimbulkan banyak korban<sup>5</sup>. Dengan kata lain epidemi merupakan penyakit yang tidak secara tetap berjangkit disuatu daerah dan kadang disebut wabah<sup>6</sup>. Epidemik suatu penyakit dapat mempengaruhi sejumlah besar individu di beberapa kawasan. Proporsi penduduk yang diserang disebut “ambang epidemik” dan jika kasusnya melampaui ambang epidemik maka disebut telah terjadi suatu “epidemik”<sup>7</sup>. Apabila seluruh dunia ikut mengalaminya maka disebut “pandemik”.

Ilmu yang mempelajari epidemi adalah epidemiologi, secara bebas epidemiologi diterjemahkan sesuatu yang melanda rakyat. Epidemiologi baru berkembang sebagai ilmu yang berdiri sendiri sejak akhir abad 19 dan dapat diartikan sebagai :

*“A picture of the occurrence, the distribution and the types of the diseases of mankind, in distinct epoch of time, and at various points of the earth’s surface an account of the relations of those diseases to the external conditions”*<sup>8</sup>

Oleh karena epidemi menyangkut penyakit yang menimpa manusia, maka

---

<sup>5</sup>Pengertian penyakit menular saat ini adalah penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan melakukan imunisasi atau vaksinasi pada waktu tertentu, lihat Sri Kardjati, dkk. *Aspek Kesehatan Dan Gizi Anak Balita*. (Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 1985), hlm. 43.

<sup>6</sup>*Kamus Besar Bahasa Indonesia* (Jakarta: Balai Pustaka, 1995), hlm. 267.

<sup>7</sup>*The Encyclopedia Americana* Vol. 10 (Donbury: Grolier in Corporation, 1829), hlm. 506.

<sup>8</sup>Koentjaraningrat, A.A. Loedin, *Ilmu-Ilmu Sosial Dalam Pembangunan Kesehatan* (Jakarta: PT. Gramedia, 1985), hlm. 24-25.

epidemiologi juga berarti ilmu pengetahuan mengenai terjadinya penyakit pada populasi manusia<sup>9</sup>. Dengan demikian, epidemiologi meneliti mengenai kejadian kesakitan terutama pada penyakit menular. Penyakit menular merupakan ancaman terbesar manusia terutama jika kondisi kesehatan tidak baik. Distribusi dalam konsep epidemiologi menyangkut orang, tempat, dan waktu, maka orang yang kontak dengan penduduk yang sakit sering menjadi sakit dan mereka yang sembuh jarang sakit kembali. Hal itu berkaitan dengan penularan dan kekebalan penyakit<sup>10</sup>, sehingga dipakai sebagai cara untuk mencegah penyakit bahkan sebelum mikro organisme dan anti bodi ditemukan.

Konsep sakit dalam istilah bahasa Inggris dibedakan antara *disease, illness, sickness*<sup>11</sup>. Dengan demikian maka wabah penyakit yang menimbulkan kematian pada manusia dapat didekati melalui aspek medis maupun aspek sosial.

Untuk mengkaji sejarah kesehatan di Jawa diperlukan pemahaman akan konsep kesehatan secara jelas. Dalam kaitan dengan penelitian ini lebih menyangkut wabah penyakit atau epidemi, sehingga konsep epidemi mempunyai peran yang penting untuk mengungkap kondisi kesehatan di Jawa.

Penelitian ini semata-mata bukan hanya membicarakan wabah penyakit di Jawa, akan tetapi lebih diarahkan pada faktor-faktor yang melatarbelakangi sehingga wabah itu terjadi. Pendekatan historis menjadi penting karena akan lebih mampu mengungkap latar belakang, kausalitas, korelasi, kecenderungan maupun pola-pola perkembangan fenomena sejarah dari sudut sosial, budaya, ekonomi dan lingkungan. Apabila menelaah kembali latar belakang masalah, nampak bahwa timbulnya wabah penyakit di Jawa disebabkan faktor lingkungan, sosial ekonomi dan budaya yang mempengaruhi kesehatannya secara umum. Untuk mendapat

---

<sup>9</sup>R. Beaglehole et al. *Basic Epidemiology* (Geneva: World Health Organization, 1993), 3; Anders Ahlton dan Steffan Novel. *Pengantar Epidemiologi Modern* (Tanpa Kota Terbit: Yayasan Essentia Medica, 1992), hlm. 1.

<sup>10</sup>*Ibid.*

<sup>11</sup>*Disease*, berarti kondisi tidak sehat dengan parameter biologis, *illness*, berarti sakit pada individu yaitu apa yang dirasakan oleh individu kalau ia merasa tidak enak badan biarpun tidak ada penyakit, *sickness*, artinya status sosial yang diberikan orang yang secara sosial sakit atau terkena penyakit. Orang sakit adalah mereka yang dirawat atau diperlakukan sebagai penderita penyakit atau rasa tidak enak badan, lihat Andrew Twaddle & Richard M. Hessler, *loc. cit.*

kejelasan yang terperinci dari fenomena yang akan diteliti maka konsep-konsep dan teori-teori ilmu sosial sangat mendukung<sup>12</sup>. Seperti untuk memahami demografi, kelahiran, kematian penduduk, dan berbagai masalah sosial yang menyangkut kehidupan penduduk.

Buku-buku dan tulisan lain yang digunakan, pertama, *Children of the Colonial State: Population Growth and Economics Development in Java, 1795-1880*, merupakan disertasi yang ditulis Peter Boomgard mengenai penduduk di Indonesia. Boomgard menggambarkan bahwa penduduk Jawa miskin, tetapi tingkat pertumbuhan penduduknya pesat yaitu 2,2 % - 2,3 % per tahun. Tingkat kelahiran di Jawa sangat tinggi, dalam pengertian demografis termasuk penduduk usia muda. Data-data kependudukannya sangat lengkap baik dari arsip Belanda maupun Inggris dan juga dari data statistik Indonesia. Disertasi Boomgard itu sangat membantu untuk mengenal keadaan kesehatan penduduk Indonesia masa kolonial.

Kedua, masih karya Peter Boomgaard, et al., *Health Care in Java Past and Present*, membahas pemikiran tradisional mengenai kesehatan dan sakit juga perawatan kesehatan masa sekarang. Karya medis mengenai masa kolonial melibatkan spektrum perspektif dan pengalaman praktis yang luas. Mulai tahun 1860an pemerintah kolonial Belanda harus semakin langsung berhadapan dengan penduduk dan pada tahun 1906 sudah ada kira-kira 160 pejabat kesehatan militer yang dikirim ke kepulauan Nusantara. Mulai pertengahan abad XIX sistem itu diperluas dengan adanya dokter Jawa lulusan sekolah medis di Jawa. Buku ini menjelaskan mengenai kebijaksanaan kesehatan masyarakat dan beberapa mengenai masuk akal atau tidaknya rawatan kesehatan tradisional.

Ketiga, Norman G Owen, *Death and Disease in South East Asia: Explorations in Social Medical and Demographic History*. Buku ini berisi karya-karya antara lain Peter Boomgard, yang menggambarkan tingkat kematian penduduk Jawa dan Asia Tenggara di abad XIX-XX, yang disebabkan penyakit

---

<sup>12</sup> Dengan bantuan teori-teori ilmu sosial dapat menunjukkan hubungan antara berbagai faktor termasuk yang menyebabkan epidemi di Karesidenan Banyumas, lihat F.R. Ankersmit. *Refleksi Tentang Sejarah: Pendapat-pendapat Modern tentang Filsafat Sejarah*. (Jakarta: PT. Gramedia, 1987), hlm. 246-247.

seperti kolera, perang, malaria, desentri juga disebabkan faktor alam dan manusianya. Faktor manusia menyangkut kesadaran mengelola lingkungan.

Keempat, karya P. Peverelli, *De Zorg voor De Volksgezondheid in Nederlandsch-Indie*. Dalam tulisannya itu Peverelli mengungkapkan antara lain pengaruh daerah-daerah tropis terhadap penyakit penduduk dan epidemi yang berjangkit di Hindia Belanda. Diuraikan juga penanganan yang telah dilakukan pemerintah Belanda (dari pendirian Rumah Sakit, penyediaan tenaga medis, memberikan vaksinasi dan pengobatan penyakit). Penyakit-penyakit masa kolonial yang muncul meliputi kolera, typhus, desentri, cacar, malaria, frambosia, cacing, lepra, kebutaan, TBC. Bagaimana pemerintah Belanda memberi pendidikan kesehatan kepada masyarakat untuk menjaga kesehatan dan mengatasi wabah penyakit yang melanda masyarakat. Disinggung juga mengenai organisasi kesehatan yang dibentuk, kepercayaan penduduk pengobatan barat, pengobatan tradisional dan pengobatan cara Cina.

Kelima, merupakan karya yang membahas masalah kependudukan. Selain *Statistical Pocket Book* juga tulisan Bram Peper, *Jumlah Dan Pertumbuhan Penduduk Asia Di Jawa Dalam Abad Kesembilanbelas. Suatu pandangan lain, Khususnya Mengenai Masa 1800-1850*, memuat data-data kependudukan di Jawa Abad 18 yang meliputi fertilitas dan mortalitas. Masalah kesehatan dan cara mengatasi epidemi juga diungkapkan dalam buku itu, sehingga buku itu cukup mendukung dalam penelitian ini. *Djawa Pertumbuhan Penduduk dan Struktur Demografis*, tulisan J. C. Breman, Djakarta: Bhratara, 1971, mengungkap struktur penduduk dan pertumbuhan penduduk di Jawa. Karya lain dari J. van Gelderen, et al. Jakarta: Bhratara, 1974 berjudul *Tanah Dan Penduduk Di Indonesia*. Disertasi Djoko Suryo, Sejarah Sosial Pedesaan Karesidenan Semarang 1830-1900, dalam salah satu babnya membahas "Masalah Kesehatan di Pedesaan" dari bagian ini diungkap kondisi kesehatan masyarakat desa. Tulisan lain yang berisi data-data kependudukan di Indonesia ditulis oleh Widjaja Nitisastro, *Population Trends In Indonesia*, sedangkan Peter Boomgard, membahas lebih lengkap lagi dari data Widjaja Nitisastro yaitu *Populations Trends 1795-1742* sangat mendukung untuk pembahasan demografis Banyumas.



## F. Metode Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan prosedur dan kaidah-kaidah yang berlaku dalam penelitian sejarah. Langkah-langkah dalam penelitian sejarah meliputi *heuristik*, kritik, interpretasi dan penulisan<sup>13</sup>

Langkah pertama adalah *heuristik*, yaitu mengumpulkan sumber yang memuat informasi berkaitan dengan topik penelitian. Sumber berupa surat-surat (*missiven*) dari pejabat pemerintah Hindia Belanda mengenai keadaan penduduk dan kesehatan yang dilengkapi tabel jumlah penduduk, kelahiran, kematian, vaksinasi dan tenaga medis. Memori Serah Jabatan, Regering Almanak, Ziekenhuis. Selain itu juga digunakan sumber artikel, buku-buku yang relevan dengan penelitian.

Setelah sumber terkumpul, langkah berikutnya adalah kritik sumber, yaitu upaya mempermasalahkan kesejatan sumber untuk memperoleh otentisitas sumber melalui kritik ekstern maupun dari segi isinya untuk memperoleh kredibilitas sumber melalui kritik intern.

Langkah ketiga adalah interpretasi, yaitu mengangkat fakta-fakta sejarah dan mencari saling hubungan antar fakta sehingga terlihat gerak sejarahnya. Untuk memperoleh analisa digunakan pendekatan sosial budaya dan ekonomi. Tahap terakhir adalah mendeskripsikan secara logis dan sistematis data-data yang telah diolah ke dalam bentuk tulisan.

---

<sup>13</sup>Louis Gottschalk, *Mengerti Sejarah*, terjemahan Nugroho Notosusanto (Jakarta: UI Press, 1983), hlm.

## **BAB II**

### **FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAYANAN DAN SARANA KESEHATAN DI JAWA PADA ABAD KE-20**

Pada abad ke-20, pelayanan dan sarana kesehatan di Jawa antara lain dipengaruhi oleh:

- Kebijakan pemerintah pada masanya (yaitu kolonial maupun pemerintah Indonesia);
- Perkembangan ilmu kedokteran (kesehatan) beserta penemuan-penemuan baru dan evolusinya;

#### **A. Kebijakan Kesehatan Abad Ke-20**

Hampir semua pengamat sependapat bahwa tidak ada upaya kesehatan yang sistematis dan terencana dengan baik yang dilakukan oleh pemerintah Hindia Belanda pada abad ke-19 ini kecuali vaksinasi. Jika pada sekitar tahun 1800, epidemi cacar bisa menyebabkan 40 kematian per seribu orang, maka menjelang tahun 1870 proporsi tersebut berkurang sampai dengan 1 per seribu menjelang tahun 1870. Menurut Boomgaard, penurunan yang luar biasa dalam jumlah kematian karena penyakit cacar ini umumnya disebabkan oleh dilaksanakannya vaksinasi.<sup>14</sup>

Namun Peper dan Widjojo tidak sependapat dengan Boomgaard, menurut mereka kampanye vaksinasi yang dikerahkan oleh penguasa kolonial tidak mungkin efektif karena pada waktu itu persyaratan organisasi dan ilmiah supaya langkah-langkah itu berhasil masih kurang sekali. Paling tidak ada dua alasan penting mengapa mereka menyangsikan keberhasilan vaksinasi tersebut. *Pertama* bahwa mustahil vaksinasi bisa mencapai seluruh penduduk. *Kedua* walaupun misalnya semua orang telah berhasil divaksinasi, vaksin yang digunakan sering

---

<sup>14</sup> Peter Boomgaard, “*Morbidity and Mortality in Java, 1820-1880: Changing Pattern of Disease and Death*” dalam Norman G. Owen (ed.), *Death and Disease in Southeast Asia: explorations in Social, Medical, and Demographic History* (Singapore: Oxford University Press, 1987)

telah mati, karena sampai akhir abad ke-19 sarana untuk menjaga agar vaksin itu tetap aktif tidak ada.<sup>15</sup>

Perubahan-perubahan dalam kebijakan pelayanan kesehatan antara abad ke-19 dan awal abad ke-20 dipengaruhi oleh beberapa faktor:

1. Pemahaman pemerintah kolonial Hindia Belanda yang lebih baik mengenai aspek sosial masyarakat pribumi dan karakteristik penyakit tropis yang ada di Indonesia;
2. Kemajuan teknologi kedokteran yang sangat pesat terutama mengenai produksi vaksin;
3. Adanya peningkatan anggaran dana untuk pelayanan kesehatan masyarakat;
4. Kondisi yang relatif aman pada awal abad ke-20 sangat mendukung keberhasilan kebijakan pelayanan kesehatan pemerintah kolonial.

Sejak awal abad ke-20 perhatian pemerintah kolonial Belanda meningkat dalam mengontrol penyakit epidemik seperti kolera dan pes. Terutama karena pes, pemerintah kolonial mengintensifkan kegiatannya dalam bidang kesehatan umum dan higienitas. Terdapat dua perkembangan penting dalam perbaikan ini. Pertama, perkembangan pesat dalam ilmu medis yang memungkinkan memutuskan sebab beberapa penyakit tropis dan mengambil tindakan preventif atau melakukan tindakan-tindakan kuratif. Kedua, perubahan bertahap dalam ideologi kolonial yang dikenal dengan sebutan Politik Etis yang menghasilkan kebijakan yang lebih humanis terhadap penduduk pribumi. Ini berarti bahwa lebih banyak uang dikeluarkan untuk kesejahteraan. Dalam bidang kesehatan publik hasil dari kebijakan baru ini cukup nyata. Terdapat dua lembaga yang secara institusional diberi tanggung jawab langsung mengenai masalah kesehatan. Kedua lembaga tersebut adalah *Burgerlijk Geneeskundige Dienst* (BGD - Layanan Kesehatan Sipil) dan *Dienst der Volksgezondheid* (DVG – Layanan Kesehatan Publik). Lembaga-lembaga ini selain melakukan tindakan-tindakan kesehatan kuratif dan preventif, juga menerbitkan publikasi-publikasi. Publikasi-publikasi itu antara lain *Mededeelingen van den Burgerlijk Geneeskundigen Dienst* (Komunikasi-komunikasi Layanan Pengobatan Sipil terutama dipublikasikan dalam

---

<sup>15</sup> Baha'uddin, Kondisi Kesehatan Masyarakat Jawa pada Abad ke-19,

*Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*). Yang berkaitan dengan pelayanan pes, misalnya, terbit laporan-laporan yang dicetak sebagai lampiran pada *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*.<sup>16</sup>

Kebijakan kesehatan yang berkaitan dengan peningkatan kesejahteraan penduduk adalah dengan menambah personel kesehatan baik yang terlibat dalam upaya preventif maupun dalam tindakan kuratif. Menurut Boomgaard, paling tidak terdapat dua kebijakan kesejahteraan yang mempunyai dampak besar bagi tingkat kualitas kesehatan penduduk Jawa pada masa itu. *Pertama*, menjelang tahun 1930-an, kebijakan peningkatan kesejahteraan telah didesain dengan pendekatan yang sinergis untuk sejumlah permasalahan sekaligus. Maksudnya satu kebijakan mempunyai beberapa sasaran kesejahteraan sekaligus, misalnya mengenai proyek pembangunan irigasi yang mempunyai dampak positif baik bagi sektor pertanian maupun dalam sektor kesehatan masyarakat. Hal tersebut bisa terjadi karena dengan pembangunan saluran irigasi yang baik di satu sisi akan meningkatkan produksi pertanian sementara pada satu sisi lainnya dapat mengendalikan pengembangbiakan larva nyamuk yang menyebabkan penyakit malaria. *Kedua*, bahwa solusi kekurangan dana telah dapat diselesaikan dengan penggunaan teknologi modern pada awal abad ke-20. Beberapa percobaan yang dilakukan pada masa itu dengan obat-obatan yang digunakan untuk tanaman dan hama sawah (tikus) secara tidak langsung telah membantu menjaga kesehatan manusia. Sesudah perang dunia I, DDT sering digunakan dalam keperluan di atas.<sup>17</sup>

Kebijakan yang mempunyai dampak besar bagi perluasan pelayanan kesehatan adalah pemberian subsidi kesehatan kepada rumah sakit Hindia Belanda. Tujuan kebijakan ini agar pelayanan kesehatan tidak hanya dinikmati

---

<sup>16</sup> Mumuh Muhsin Z., *Bibliografi Sejarah Kesehatan Pada Masa Pemerintahan Hindia Belanda*, Paramita, Jurnal Sejarah dan Pembelajaran Sejarah Vol. 22, No. 2 - Juli 2012, hlm. 9

<sup>17</sup> Peter Boomgaard, “*Upliftment down the drain? Effect of Welfare Measures in Late Colonial Indonesia*”, dalam Jan-Paul Dirkse, Frans Husken and Mario Rutten (ed.) *Development and Social Welfare: Indonesia’s Experiences under the New Order*, (Leiden: KITLV Press, 1993), hlm. 253.

oleh golongan tertentu, seperti yang terjadi pada masa-masa sebelumnya, namun juga dapat dinikmati oleh semua lapisan masyarakat yang membutuhkan.

Sampai awal abad ke-19, pendanaan rumah sakit diperoleh dari subsidi penguasa dan dana yang diambil dari pasien. Pada saat itu juga telah berkembang pemberian pelayanan rumah sakit yang tergantung kepada kebutuhan dan kemampuan pasien, terutama yang berhubungan dengan diet yang diterima pasien. Sementara rumah sakit swasta, seperti rumah sakit milik perkebunan atau pertambangan dan rumah sakit keagamaan, harus membiayai sendiri semua kebutuhannya. Namun sejak tahun 1906 pemerintah kemudian memberikan subsidi secara teratur kepada rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta dalam bentuk bantuan tenaga, peralatan, obat-obatan maupun dana kas<sup>18</sup>

Sejak tahun 1906 kebijakan subsidi kesehatan mulai dilakukan secara teratur dengan peraturan-peraturan yang lebih jelas bila dibandingkan masa sebelumnya. Selain itu, pada kurun waktu tersebut merupakan pertama kali dilakukan klasifikasi dan kategorisasi terhadap keberadaan rumah sakit swasta. Secara garis besar subsidi kesehatan yang diberikan pemerintah tersebut dapat berupa dana kas, obat-obatan, peralatan rumah sakit, maupun berupa gaji dokter dan paramedis yang bekerja pada sebuah rumah sakit swasta.<sup>19</sup>

Pada *Staatsblad van Nederlandsch-Indie* (SBNI) No. 276 Tahun 1906 dijelaskan bahwa rumah sakit swasta yang berhak menerima subsidi kesehatan adalah rumah sakit swasta pribumi (*het particuliere inlandsche ziekenhuizen*) dan rumah sakit swasta pembantu (*inlandsche hulpziekenhuizen*). Selain rumah sakit tersebut, subsidi kesehatan juga diberikan kepada rumah sakit daerah. Jika jenis rumah sakit yang tersebut pertama biasanya didirikan oleh pihak swasta baik

---

<sup>18</sup> *Staatsblad van Nederlandsch Indie No. 276 Tahun 1906* dalam Baha'uddin, *Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Pada Masa Kolonial*, t.t. t.p., diakses dari [https://www.academia.edu/4598877/Pelayanan\\_Kesehatan\\_Rumah\\_Sakit\\_Pada\\_Masa\\_Kolonial](https://www.academia.edu/4598877/Pelayanan_Kesehatan_Rumah_Sakit_Pada_Masa_Kolonial)

<sup>19</sup> Baha'uddin, *Politik Etis Dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Jawa Pada Awal Abad XX: Studi Kebijakan Kesehatan Pemerintah Kolonial Hindia Belanda*, Makalah Konferensi Nasional Sejarah VIII, 14 – 17 November 2006, hlm.7

berupa perusahaan maupun organisasi –sosial dan keagamaan-, jenis rumah sakit yang tersebut kedua merupakan rumah sakit yang didirikan oleh pemerintah provinsi, kabupaten dan kotapraja.<sup>20</sup>

Terdapat tiga jenis subsidi kesehatan yang dapat diberikan kepada rumah sakit swasta, yaitu:

1. Subsidi yang diberikan pada tahap permulaan (*subsidien in eens*), biasanya digunakan untuk pembiayaan pendirian rumah sakit swasta dan pengadaan peralatan pertama rumah sakit;
2. Subsidi yang diberikan pada setiap tahun (*jaarlijksche subsidien*) digunakan untuk gaji dokter dan paramedis, biaya perawatan pasien, pemeliharaan gedung, dan perawatan peralatan rumah sakit;
3. Subsidi yang tidak ditentukan waktu pemberiannya (*subsidie, welke niet aan bepaalde tijdvakken zijn gebonden*)<sup>21</sup>

Dari berbagai catatan sejarah dapat disimpulkan bahwa pada masa penjajahan, pembiayaan kesehatan pemerintah Hindia Belanda pada waktu itu bersumber dari pajak dan hasil bumi yang dihasilkan dari bumi Indonesia. Kebijakan pembiayaan kesehatan masyarakat sepenuhnya berada dalam kendali penuh pemerintah Hindia Belanda, warga Indonesia yang sedang terjajah tidak bisa ikut berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan, akses masyarakat pribumi terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang dimiliki pemerintah Hindia Belanda juga dibatasi. Warga pribumi hanya berperan sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah Hindia Belanda. Pada masa ini Pemerintah Hindia Belanda tidak dapat menjamin pelayanan kesehatan berbasis kemasyarakatan yang bisa memberikan jaminan bahwa setiap penduduk memiliki status kesehatan yang baik. Pemerintah Hindia Belanda hanya mementingkan pelayanan kesehatan bagi para pegawai pemerintah Hindia Belanda, Militer belanda dan pegawai perusahaan milik pemerintah pada masa itu.

Salah satu perkembangan penting bidang kesehatan pada masa kemerdekaan adalah konsep Bandung ( *Bandung Plan* ) pada tahun 1951 oleh dr. J. Leimena

---

<sup>20</sup> *Ibid*

<sup>21</sup> *Ibid*, hlm. 8

dan dr. Patah. Konsep ini memperkenalkan bahwa dalam pelayanan kesehatan masyarakat, aspek kuratif dan rehabilitatif tidak bisa dipisahkan. Tahun 1956, dr. J. Sulianti mengembangkan konsep baru dalam upaya pengembangan kesehatan masyarakat yaitu model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat pedesaan di Indonesia. Konsep ini memadukan antara pelayanan medis dengan pelayanan kesehatan masyarakat pedesaan. Proyek ini dilaksanakan di beberapa seperti Sumatera Utara, Lampung, Jawa Barat, Jawa Tengah, Yogyakarta, Jawa Timur, Bali dan Kalimantan Selatan<sup>22</sup>. Kedelapan wilayah tersebut merupakan daerah percontohan sebuah proyek besar yang sekarang dikenal dengan nama pusat kesehatan masyarakat (puskesmas).

Kondisi ekonomi dan keuangan pada periode awal kemerdekaan amat buruk, hal ini disebabkan antara lain oleh ; (1) Tingkat inflasi yang sangat tinggi yang disebabkan karena beredarnya lebih dari satu mata uang secara tidak terkendali ; (2) adanya blokade ekonomi oleh Belanda sejak bulan Nopember 1945 yang menutup pintu perdagangan luar negeri Indonesia ; (3) kosongnya kas negara ; (4) eksploitasi besar-besaran dimasa penjajahan. Kondisi ini membuat pemerintahan pada masa tersebut mengambil kebijakan yang kurang menitikberatkan pada sektor kesehatan. Pemerintahan pada masa awal kemerdekaan dan orde lama pembangunannya lebih dititik beratkan pada peningkatan ekonomi, pemerintah belum memiliki kebijakan kesehatan nasional yang jelas. Pada masa itu pemerintah sempat menjalankan program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin tetapi belum berhasil dengan baik karena pelayanan yang kurang merata dan belum mampu menjangkau seluruh masyarakat Indonesia, selain itu juga dikembangkan model sistem asuransi kesehatan tetapi masih terbatas pada kalangan pejabat pemerintahan saja<sup>23</sup>

Saat masa kemerdekaan, juga dikenal masa demokrasi liberal ( periode tahun 1950-1957 ) dimana pengaruh politik pada masa ini sistem ekonomi Indonesia menggunakan prinsip-prinsip liberal dimana perekonomian sepenuhnya

---

<sup>22</sup> Soekidjo Notoatmodjo , 2005, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Penerbit Rineka Cipta Jakarta

<sup>23</sup> *Ibid*

diserahkan kepada pasar. Hal ini membuat pengusaha pribumi yang masih lemah menjadi kalah bersaing dengan pengusaha non pribumi terutama pengusaha Tionghoa. Sistem perekonomian liberal ini akhirnya memperburuk kondisi perekonomian di Indonesia. Pemerintah pada masa itu mengambil berbagai macam kebijakan untuk mengatasi masalah perekonomian negara yaitu ; (1) Pemotongan nilai mata uang pada tahun 1950 yang dikenal dengan istilah *gunting Syarifuddin* ; (2) program Benteng pada masa kabinet Natsir dengan upaya menumbuhkan jumlah wiraswasta pribumi dan mendorong importer nasional agar mampu bersaing dengan importir asing ; (3) nasionalisasi De Javache Bank menjadi Bank Indonesia pada 15 Desember 1951 melalui UU Nomor 24 tahun 1951 ; (4) penerepan sistem ekonomi Ali Baba pada masa kabinet Ali Sostroamijoyo yang menggalakan program kerjasama antara pengusaha pribumi dan pengusaha Tionghoa; (5) pembatalan sepihak hasil Konfrensi Meja Bundar yang isinya cenderung tidak menguntungkan Indonesia sehingga banyak pengusaha Belanda yang menjual perusahaannya<sup>24</sup>

Pada periode ini juga dikenal masa demokrasi terpimpin ( periode tahun 1959-1967), masa ini diawali dengan keluarnya Dekrit Presiden pada tanggal 5 Juli 1959 sehingga Indonesia menjalankan sistem Demokrasi Terpimpin dan sistem perekonomian Indonesia menjurus pada sistem etatisme ( semua kebijakan diatur oleh pemerintah ) dengan harapan akan membawa kemakmuran dalam bidang sosial, ekonomi dan politik, akan tetapi kebijakan yang diambil ersebut belum mampu memperbaiki kondisi perekonomian Indonesia. Beberapa kebijakan yang diambil pemerintahan pada masa itu antara lain ; (1) kebijakan devaluasi mata uang yang diumumkan pada 25 Agustus 1959 yang menurunkan nilai beberapa jenis uang ; (2) pembentukan deklarasi ekonomi untuk pencapaian tahap ekonomi sosialis Indonesia, tetapi hal ini tidak berefek sama sekali karena pada tahun 1961-1962 harga barang-barang melonjak drastic mencapai 400% ; (3) devaluasi mata uang pada 13 Desember 1965 yang menjadikan nilai uang 1000 rupiah menjadi hanya bernilai 1 rupiah, kebijakan ini menaikkan tingkat inflasi negara.

---

<sup>24</sup> Ahmad Erani Yustika. 2002. *Pembangunan dan Krisis, Memetakan Perekonomian Indonesia*. Jakarta : PT. Grasindo



Banyaknya kegagalan dalam berbagai kebijakan ekonomi yang terjadi pada masa ini juga diperparah karena pemerintah tidak mampu melakukan penghematan dalam belanja negara, banyak proyek-proyek mercusuar yang dilaksanakan pemerintah. Pengaruh politik dapat terlihat karena pada masa ini pemerintah Indonesia terlibat konfrontasi dengan Malaysia dan negara-negara barat. Hal ini merupakan imbas dari sistem demokrasi terpimpin.

Dari berbagai catatan sejarah diatas dapat disimpulkan bahwa pada masa kemerdekaan dan orde lama, pembiayaan kesehatan pemerintah pada waktu itu bersumber hampir seluruhnya dari anggaran pemerintah. Kebijakan pembiayaan kesehatan masyarakat sepenuhnya berada dalam kendali penuh pemerintahan Presiden Soekarno.

**Tabel 2.1. Perubahan Pola Pembiayaan Kesehatan Di Indonesia**

<b>Komponen yang dikaji</b>	<b>Masa Kolonial</b>	<b>Masa Kemerdekaan dan Orde Lama</b>
Jumlah Anggaran	Tidak diketahui	Tidak diketahui
Sistem Perencanaan Anggaran	Diatur Pemerintah Hindia Belanda	Berubah seiring perubahan peta politik
Pengambil Keputusan	Pemerintah Hindia Belanda	Pemerintah Orde Lama
Pengaruh Politik	Kerajaan Belanda Berkuasa penuh	Sering berubah
Kebijakan Pembiayaan Kesehatan	Pelatihan Dukun Bayi, pendirian STOVIA dan sekolah dokter lainnya	Konsep Bandung Plan (cikal bakal puskesmas), laboratorium kesehatan
Sasaran Utama	Warga Belanda, Militer Belanda	Pejabat pemerintah, sebagian rakyat
Kondisi Keuangan Negara	Sangat miskin	Miskin

Sumber : Diolah dari berbagai sumber.

## **B. Perkembangan Ilmu Kedokteran (Kesehatan)**

Dunia kedokteran atau kesehatan di Indonesia dapat dikategorikan dalam bentuk pengobatan tradisional dan modern. Pengobatan asli dari Indonesia dapat dikatakan sebagai pengobatan tradisional. Sedangkan pengobatan Belanda disebut sebagai pengobatan modern.

Ilmu kedokteran yang seperti dipraktekkan pada masa kini berkembang pada akhir abad ke-18 dan awal abad ke-19 di Inggris (oleh William Harvey, abad ke-17), Jerman (Rudolf Virchow) dan Perancis (Jean-Martin Charcot, Claude Bernard). Ilmu kedokteran modern, kedokteran "ilmiah" (di mana semua hasil-hasilnya telah diujicobakan) menggantikan tradisi awal kedokteran Barat, herbalisme dan semua teori pra-modern. Pusat perkembangan ilmu kedokteran berganti ke Britania Raya dan Amerika Serikat pada awal tahun 1900-an (oleh William Osler, Harvey Cushing).

Obat-obat asli atau jamu-jamu di Indonesia merupakan unsur penting dalam kehidupan masyarakat dan sampai sekarang masih digunakan di samping obat-obat modern; penjual jamu gendong tidak hanya terdapat di desa-desa, tetapi banyak terlihat di kota. Selain penjual jamu gendong tersebut terdapat ahli-ahli patah tulang, ahli-ahli pijat dan toko-toko obat tradisional baik yang menjual obat-obat asli Indonesia, obat-obat asli Cina maupun asli India.

Pengobatan tradisional melalui jamu dapat dikatakan pula sebagai tonggak kebangkitan pengobatan Eropa:

*The trade in herbs and spices, which started in the sixteenth century, made the European diet much tastier. It also provided physicians with substances they could use in the treatment of disease. In fact, the Renaissance of European medicine in the seventeenth century was mostly based on the herbs and spices and on the medical insights of traditional healers from India and the Indonesian archipelago.<sup>25</sup>*

Namun menurun sejak adanya penemuan modern seperti teori Pasteur, pembedahan dan teknologi sinar X.

*However, the interest of European physicians and pharmacists in Indonesian herbal medicine decreased significantly after 1900, after several new discoveries*

---

<sup>25</sup> Hans Pols, *The Triumph of Jamu*, Inside Indonesia 100: Apr-Jun 2010, hlm. 5

*and technological breakthroughs had been made, such as Pasteur's germ theory, a-septic surgery and the X-ray machine. When western medicine appeared to become successful, physicians no longer looked for alternatives. Instead, they wanted to spread western medical insights to the East.*<sup>26</sup>

Pada zaman penjajahan Belanda ilmu kedokteran dari Eropa dibawa ke Indonesia oleh dokter-dokter yang didatangkan untuk melayani kesatuan-kesatuan militer Belanda dan dipergunakan pula untuk pegawai-pegawai sipil mereka. Kekhawatiran tentang penularan penyakit cacar yang sangat berbahaya mendesak Belanda untuk mendidik tenaga pembantu untuk melaksanakan vaksinasi cacar, yakni "vaccinateur" atau juru-cacar. Menurut sejarah pendidikan dokter, yang pertama dididik dalam apa yang disebut "dokter djawa school" atau sekolah dokter jawa adalah "vaccinateur". Vaccinateur tersebut diberi pendidikan sederhana untuk pengobatan orang sakit, sehingga ia dapat pula berfungsi sebagai "dokter jawa".

Perkembangan ilmu kedokteran dan evolusinya dapat dikaitkan dengan ruang lingkup kesehatan masyarakat, sehingga nantinya perkembangan tenaga medis dan pendidikannya pelayanan, sarana prasarana atau fasilitas kesehatan sangat berkaitan dengan factor tersebut. Secara umum perkembangan kesehatan masyarakat mencakup lima tahapan yaitu zaman kesehatan empiris, zaman ilmu dasar, zaman ilmu klinis, zaman ilmu kesehatan masyarakat dan zaman ilmu politik, sebagai berikut:

---

<sup>26</sup> *Ibid*, hlm. 6

**Tabel 2.2. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat**

<b>Unsur Pengembangan</b>	<b>Empirical Health Era &lt; 1850</b>	<b>Basic Science Era (1850-1900)</b>	<b>Clinical Science Era (1900-1950)</b>	<b>Public Health Science Era (1950-1900)</b>	<b>Political Science Era &gt; 1900</b>
<b>Titik Berat Pelayanan</b>	<i>Gejala-Gejala Penyakit</i>	<i>Bakteri &amp; Penyakit</i>	<i>Pasien (Penderita)</i>	<i>Masyarakat/ penduduk</i>	<i>Masyarakat dan Lingkungan Kesehatan</i>
<b>Cara Penyelenggaraan Pendidikan</b>	<i>Mengikuti petunjuk secara mutlak dari pengajar</i>	<i>Diagnosa Laboratorium</i>	<i>Poliklinik/ Balai Pengobatan sebagai tempat praktik</i>	<i>Klinik &amp; balai Kesehatan Masyarakat dan masyarakat sebagai tempat praktik</i>	<i>RS Pendidikan dan daerah lokasi praktik</i>
<b>Penelitian dan Pengembangan</b>	<i>Pengalaman Empiris (historical)</i>	<i>Pengembangan Laboratorium</i>	<i>Pengembangan Iptek Kedokteran</i>	<i>Pengembangan masyarakat dan dengan pengembangan tolok ukur dan kriteria-kriteria</i>	<i>Selain pengembangan Iptek Kedokteran dan masy, juga dikembangkan bidang ilmu yang lain seperti ekonomi, sosial dan politik.</i>

Sumber: Basavanthappa (2008: 35)

## **BAB III**

### **PELAYANAN DAN SARANA KESEHATAN ABAD KE-20**

#### **A. Tenaga Medis dan Pendidikannya**

Tenaga medis merupakan aktor yang terlibat langsung dalam pelayanan kesehatan. Kebijakan pemerintah kolonial diorientasikan untuk memfasilitasi pendidikan para tenaga medis misalnya melalui pelatihan bidan atau dukun bayi, pendirian STOVIA dan sekolah dokter lainnya.

Sampai pertengahan abad ke-19, praktis pelayanan kesehatan modern di Indonesia mutlak milik orang Eropa terutama kalangan militer. Masyarakat pribumi baru mulai berperan dalam pelayanan kesehatan ketika pemerintah Belanda menyadari keterbatasan sumber daya manusia medis yang dimilikinya. Kondisi tersebut paling tidak terjadi pada dua keadaan, *pertama* pada suatu kondisi ketika terjadi wabah suatu penyakit di daerah tertentu yang membutuhkan penanganan cepat sedangkan dokter yang dimiliki oleh pemerintah sangat terbatas. *Kedua*, mobilisasi dokter Belanda sangat terbatas di daerah perkotaan saja sedangkan biasanya sebagian besar wabah penyakit terjadi di wilayah pedesaan. Oleh karena itulah untuk pemerintah Hindia Belanda dengan terpaksa membuat kebijakan untuk mencetak profesi baru di kalangan masyarakat pribumi dalam bidang kesehatan yaitu Dokter Jawa dan mantri kesehatan. Jika Dokter Jawa harus dicetak melalui pendidikan formal sedangkan mantri kesehatan cukup dengan pelatihan-pelatihan khusus sesuai dengan bidang penyakit atau aspek kesehatan lain yang menjadi tanggung jawabnya.

Adapun perkembangan pendidikan dokter Jawa pada abad ke-19 dan ke-20 dapat diamati pada tabel 3.1. sedangkan murid sekolah dokter Jawa dapat diamati pada table 3.2. Tenaga kesehatan pada tahun 1909 dapat diamati pada tabel 3.3. tabel 3.4. menunjukkan perkembangan jumlah tenaga kesehatan pada tahun 1920 – 1933. Sedangkan perkembangan pendidikan keperawatan secara lebih mendetail dapat diamati pada bagan 3.1.

**Tabel 3.1. Perkembangan Pendidikan Dokter Jawa**

Tahun	Lama Studi	Syarat Masuk	Bhs Pengantar	Lulusan/Gelar
1851	2 tahun	Bisa menulis dan bicara bhs Melayu	Bhs Melayu	Vaccinateur/Dokter Jawa
1863	3 tahun	sda	Bhs Melayu	Dokter dgn pengawasan/Dokter Jawa
1875	7 tahun	sda	Bhs Belanda	sda
1881	8 tahun	Lulus ELS	Bhs Belanda	sda
1898	Nama sekolah diganti dengan <i>School tot Opleiding van Inlandsche Geneeskundigen</i>			
1902	Nama sekolah diganti dengan STOVIA			
1902	9 tahun	Lulus ELS	Bhs Belanda	Inlandsch Arts
1913	10 tahun	Lulus ELS	Bhs Belanda	Indisch Arts
1913	Di Surabaya di buka NIAS dg kurikulum 10 tahun			
1924	8,5 tahun	Lulus MULO	Bhs Belanda	Indisch Arts
1927	Di buka GHS di Batavia			
1927	6 tahun	AMS	Bhs Belanda	Artsen

Sumber: Hesselink, 2009

**Tabel 3.2. Murid Sekolah Dokter Jawa**

Golongan Masy.	Periode 1875 - 1884		Periode 1885 – 1894		Periode 1894-1904		Jmlh
	Siswa	%	Siswa	%	Siswa	%	
Tinggi	10	7	46	18	90	27	146
Menengah	22	15	97	38	159	48	278
Rendah	115	78	112	44	83	25	310
Jumlah	147	100	255	100	332	100	734

Sumber: Hesselink, 2009

**Tabel 3.3 Tenaga Kesehatan Pada tahun 1909**

<b>Kind of personnel</b>	<b>Java &amp; Madura</b>	<b>Outer Provinces</b>	<b>Total</b>
<b>Civil physicians</b>	57	8	65
<b>Officers of health</b>	17	32	49
<b>Private practitioners</b>	65	33	98
<b>Total number of European physicians</b>	<b>139</b>	<b>73</b>	<b>212</b>
<b>Dokters Djawa</b>	<b>93</b>	<b>58</b>	<b>151</b>
<b>Pupils Stovia</b>			134
<b>European midwives</b>	46	3	49
<b>Native midwives</b>	68	51	119
<b>Pupil midwives</b>	45	19	64
<b>Vaccinators</b>	276	149	425
<b>Pupil vaccinators</b>	84	64	148

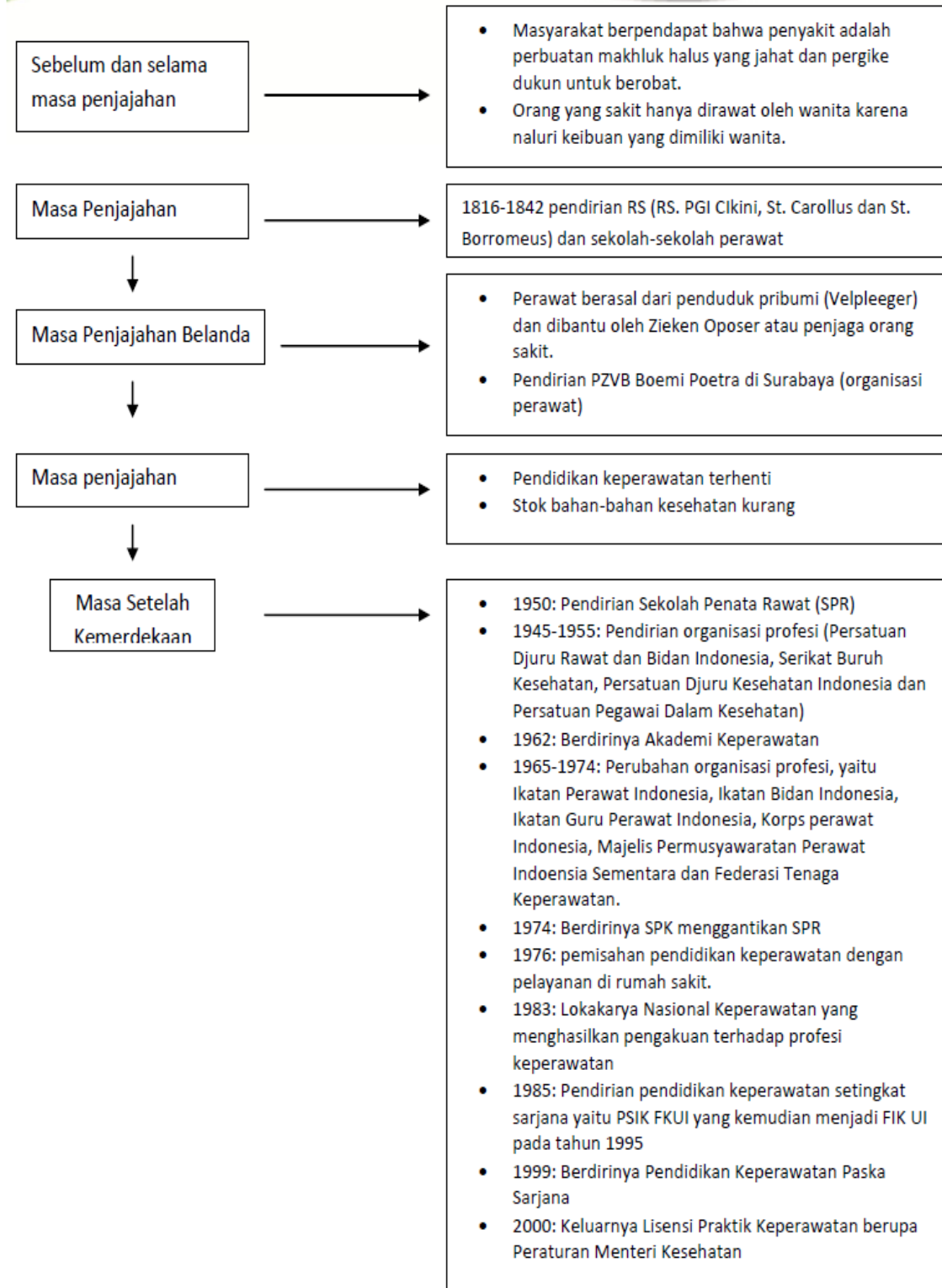
Sumber: Zondervan, 2014

**Tabel 3.4. Perkembangan Jumlah Tenaga Kesehatan yang menangani Masyarakat Umum**

<b>Tenaga Kesehatan</b>	<b>1920</b>	<b>1925</b>	<b>1930</b>	<b>1933</b>
Dokter Pemerintah	65	127	153	110
Dokter Pribumi Negeri	171	179	231	230
Personel Kesehatan lainnya	51	31	22	22
Dokter Umum	87	57	56	30
Pegawai Kesehatan yang dibebankan pada DVG	-	63	66	65
Dokter Gigi	-	2	3	3
Apoteker	-	3	8	6
Asisten Apoteker	-	13	20	22
Perawat berijazah Eropa	83	133	195	143
Perawat berijazah Pribumi	161	562	979	1077
Vaccinator	411	390	394	395
Calon Vaccinator	57	56	60	60
Bidan	58	49	91	102
Teknisi	28	21	10	7

Sumber: Peverelli, 1936:188.

### Bagan 3.1. Perkembangan Pendidikan Keperawatan



Sumber: HPEQ, 2011



Jumlah tenaga kerja kesehatan sangat erat hubungannya dengan usaha pendidikan tenaga tersebut, karena pendidikan merupakan sumber pokok dari tenaga kerja. Menurut catatan, sampai tanggal 1 Januari 1964 jumlah dokter 1.323 orang. Dari jumlah tersebut secara keseluruhan perbandingan jumlah dokter dan jumlah penduduk masih mengalami kepincangan, karena satu dokter harus melayani 50.000 orang. Bahkan di Jawa Barat perbandingan tersebut adalah 1 dokter untuk 150.000 orang.<sup>27</sup>

Pembinaan tenaga para medis telah mencapai tahap perkembangan yang mengesankan. Di samping memperbanyak jumlah tempat pendidikan yang ada, didirikan pula berbagai macam sekolah lainnya untuk memenuhi “*rising demand*”. Tenaga ahli farmasi (apoteker) setelah kemerdekaan hanya tercatat 27 orang yang pada umumnya merupakan orang asing. Pada 1 Januari 1964 telah ada 162 orang apoteker. Hal ini merupakan hasil yang mengesankan mengingat kondisi yang ada pada waktu itu.<sup>28</sup>

Mutu tenaga kesehatan terus ditingkatkan dengan diselenggarakannya berbagai macam pendidikan bagi tenaga kesehatan. Beberapa perkembangan sampai dengan tahun 1965 terkait sekolah kesehatan adalah sebagai berikut:<sup>29</sup>

1. Sekolah Kader Hygiene, ditambah dengan berdirinya Akademi Penilik Kesehatan didirikan di Surabaya pada tahun 1961
2. Sekolah sanitarian di Jakarta tahun 1961
3. Sekolah Kader Perawatan dan Akademi Perawatan di Jakarta tahun 1962
4. Sekolah Perawatan Anak tahun 1962
5. Sekolah Perawatan Anastesi tahun 1962
6. Sekolah Perawatan Fisioterapi tahun 1964
7. Akademi Perawatan Jurusan Kebidanan, Perawatan, dan Kesehatan Masyarakat tahun 1966 di Bandung
8. Akademi Perawatan, Nutrition, Penilik Kesehatan

---

<sup>27</sup> *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia*, (Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 1980), hlm. 98.

<sup>28</sup> *Ibid.*

<sup>29</sup> *Ibid.*, hlm. 99

## 9. Fakultas Kesehatan Masyarakat

Pada periode 1965 jumlah perawat telah mencapai 47.000 orang, bila sebelumnya pada tahun 1955 hanya berjumlah sekitar 15.000 orang yang setengahnya tidak berijazah.<sup>30</sup> Meskipun demikian jumlah tersebut masih jauh dari cukup karena luasnya lapangan yang harus dikerjakan.

Dalam bidang pendidikan kedokteran, setelah pengakuan kedaulatan hanya terdapat 3 buah Fakultas Kedokteran di Jakarta, Yogyakarta, dan Surabaya. Pada tahun 1960 jumlah tersebut bertambah menjadi 8 buah yaitu di Bandung, Semarang, Medan, Padang, Ujungpandang. Pada tahun 1963 telah berhasil meluluskan 400 orang dokter. Secara keseluruhan pada tahun 1963 telah ada 1.225 dokter umum dan 225 dokter gigi.<sup>31</sup>

## **B. Rumah Sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Utama**

Rumah sakit pertama di Indonesia dibangun oleh VOC. Pada tahun 1641 VOC mendirikan bangunan rumah sakit permanen di kawasan Jakarta kota sekarang. Rumah sakit juga dibangun di pos-pos perdagangan di luar (*buitenposten*). Sebelumnya rumah sakit hanya menjadi tempat untuk mengisolasi pekerja yang jatuh sakit dan mendapat cedera. Di rumah sakit ini tidak ada perawatan dalam arti sesungguhnya. VOC juga menunjang dan memberi subsidi guna pembangunan rumah sakit pertama untuk masyarakat Cina di Jakarta, terutama untuk menampung mereka yang terlantar dan para pecandu madat.<sup>32</sup>

Setelah VOC mengalami kebangkrutan rumah sakit tersebut diambil alih oleh pihak militer. Selanjutnya mulailah sejarah pengembangan dan pembangunan jaringan rumah sakit militer pada masa pemerintahan Daendels untuk merawat tentara colonial yang sakit atau terluka dalam pertempuran. Di Jakarta, Semarang, dan Surabaya dibangun *Groot-Militaire Hospitalen*. Rumah sakit garnisun dibangun di dalam atau di dekat tangsi militer di kota-kota lebih kecil di Jawa, Maluku, dan pos-pos luar lainnya. Rumah sakit militer ini dibangun dengan

---

<sup>30</sup> *Ibid.*

<sup>31</sup> *Ibid.*, hlm. 105.

<sup>32</sup> Samsi Jacobalis, *Rumah Sakit Indonesia dalam Dinamika Sejarah, Transformasi, Globalisasi, dan Krisis Nasional*, (Jakarta.: IDI, 2000), hlm. 5-6.

ketentuan: bangunan luas, mudah dimasuki udara, ventilasi dan plafon bangsal, jarak penempatan tempat tidur yang cukup jauh, baju pasien dan perlengkapan tempat tidur harus sering diganti, bangsal harus bersih, makanan baik, dan pasien dipisahkan menurut jenis penyakitnya.<sup>33</sup>

Sejalan dengan perkembangan perusahaan perkebunan pada masa Sistem Tanam Paksa, pemerintah Kolonial mulai membangun sarana dan prasarana pendukungnya. Di antaranya adalah dibangunnya rumah sakit perusahaan perkebunan, pertambangan, dan pelayaran untuk memeriksa kesehatan tenaga kerja. Selama era politik etis, di Jakarta dibangun Centraal Burgerlijk Ziekenhuis (CBZ)<sup>34</sup> yang selesai dibangun tahun 1919, disusul dengan pembangunan rumah sakit umum pemerintah di kota-kota lain. Pendidikan praktek mahasiswa kedokteran (STOVIA, kemudian *Geneeskundige Hoge School*) yang sebelumnya dilaksanakan di rumah sakit militer<sup>35</sup> dan rumah sakit penjara *stadsverband* di Glodog<sup>36</sup> dipindahkan ke CBZ.<sup>37</sup>

Perkembangan rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan utama pada masa kolonial paling tidak dapat dikategorikan dalam tiga periodisasi yaitu:

- a. Periode 1890 – 1910, merupakan masa transisi supremasi militer dalam pelayanan kesehatan oleh Militaire Geneeskundige Dienst (MGD) yang mulai digantikan oleh pelayanan kesehatan sipil oleh Burgerlijke Geneeskundige Dienst (BGD). Pemisahan yang nyata di antara kedua institusi kesehatan ini baru terjadi pada tahun 1911 yang diatur dalam *Staatsblad* tahun 1910 Nomor 648. BGD kemudian dijadikan bagian tersendiri di bawah *Departement van Onderwijs en Eerendienst*. Dalam dinas ini terdiri dari seorang kepala yang berpangkat inspektur kepala dibantu oleh seorang inspektur sebagai wakil kepala, tiga orang inspektur dan lima orang ajun inspektur untuk menangani masalah kesehatan rakyat di Pulau Jawa dan Madura serta Bali dan Lombok, seorang inspektur lagi untuk daerah luar Jawa dan seorang inspektur yang

---

<sup>33</sup> *Ibid.*

<sup>34</sup> Sekarang RSUP Dr Cipto Mangunkusumo

<sup>35</sup> Sekarang RSPAD Gatot Subroto

<sup>36</sup> Sekarang sudah tidak ada lagi

<sup>37</sup> *Ibid.*, hlm. 11

menangani masalah farmasi. melakukan pelayanan sebagian besar masih berasal dari dokter-dokter militer. Periode ini juga dicirikan dari kebijakan *batig slot* ke politik etis. Sehingga memunculkan fenomena baru: rumah sakit mulai banyak dikelola swasta terutama perkebunan dan misionaris. Adapun jumlah rumah sakit pada tahun 1909 yaitu sebagai berikut:

**Tabel 3.5. Rumah Sakit Umum pada tahun 1909**

Description	Java & Madoera	Outer Provinces	Total
Military hospitals	13	17	30
Civil Government hospitals	10	1	11
Native hospitals	28	37	65
Mission hospitals	21		21
Company hospitals	10	30	40
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>85</b>	<b>167</b>

Sumber: Zondervan, 2014

b. Periode 1910 sampai 1930

Setelah terjadi perubahan dan BGD mulai tertata, perkembangan rumah sakit sipil berkembang pesat. Politik etis cukup berpengaruh dan pemerintah Hindia Belanda cukup terlibat aktif dalam pendirian dan pendanaan rumah sakit umum maupun memberikan subsidi pada rumah sakit swasta. Sejumlah usaha dilakukan dalam melakukan pelatihan terhadap pegawai rumah sakit. Periode ini dicirikan perkembangan yang pesat dalam jumlah rumah sakit umum negeri maupun swasta

c. Periode 1930 sampai 1942

Depresi ekonomi mendorong pemerintah memotong anggaran pendanaan public. Terdapat usaha untuk melakukan desentralisasi perawatan rumah sakit dan perusahaan swasta maupun yayasan mengambil alih beban finansial pelayanan kesehatan. Pemerintah mengurangi subsidi terhadap rumah sakit. Sebagai konsekuensi logis atas hal ini, jumlah rumah sakit menurun dan beberapa organisasi atau yayasan mengalami masalah dana.

Pada era Jepang, pelayanan kesehatan kepada rakyat jauh lebih buruk daripada sebelumnya, dikarenakan situasi perang dan kelangkaan sumber daya di segala bidang. Pada masa perang kemerdekaan masih dalam situasi konflik

sehingga masalah kesehatan belum terlalu mendapatkan perhatian. Di daerah-daerah yang dikuasai republic kesulitan utama rumah sakit adalah kelangkaan dokter, kekurangan perawat, kekurangan sumber dana, dan kekurangan perbekalan kesehatan secara umum.

Periode 1970an merupakan masa konsolidasi umum dan pembangunan nasional di segala bidang. Langkah-langkah strategis yang diterapkan antara lain pengembangan puskesmas, peningkatan peran serta masyarakat, dan pengembangan system rujukan. Rumah sakit dijadikan system rujukan medis spesialisik dan subspecialistik khususnya dalam masalah penyembuhan dan pemulihan kesehatan perorangan. Pembangunan rumah sakit merupakan bagian dari rencana strategis pembangunan kesehatan nasional, di samping sebagai akibat dari berbagai dorongan atau tekanan yang terjadi karena perubahan dalam lingkungan social-ekonomi dan kependudukan, lingkungan kesehatan, dan lingkungan global.<sup>38</sup>

Rumah sakit swasta umumnya masih melanjutkan tradisi lama memberikan pelayanan sosial, sambil berusaha mempertahankan eksistensi dengan donasi dari golongan-golongan masyarakat yang mampu. Rumah sakit swasta yang ada merupakan warisan sebelum perang, umumnya didirikan oleh yayasan atau perkumpulan social dengan latar belakang etnis atau agama, atau didirikan sebagai unsure dari misi agama-agama tertentu. Pembangunan rumah sakit swasta yang baru dalam decade 1950-an masih sangat langka. Sampai tahun 1974 tercatat ada 588 rumah sakit yang berada dalam tanggung jawab lembaga-lembaga pemerintah dan 92 yang ada di bawah lembaga masyarakat.<sup>39</sup>

Misi rumah sakit saat ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Memberikan pelayanan yang memenuhi kebutuhan, tuntutan, dan harapan yang meningkat tentang pemeliharaan kesehatan pada individu dan masyarakat yang sudah berubah dalam berbagai aspek. Artinya member pelayanan yang berfokus pada konsumen atau pasien

---

<sup>38</sup> *Ibid.*, hlm. 15

<sup>39</sup> *Ibid.*, hlm. 62.

2. Memberdayakan sumber kesehatan yang terbatas secara efisien dan efektif untuk memenuhi kebutuhan, tuntutan, dan harapan yang meningkat itu
  3. Membuat rumah sakit tangguh bersaing dalam alam pasar bebas global
- Paradigma baru rumah sakit Indonesia dirumuskan dengan landasan fenomena penting yang terjadi dalam lingkungan kesehatan sebagai dampak dari perubahan-perubahan yang terjadi di luarnya<sup>40</sup>
1. Tekanan demografi dan epidemiologi yang berat
  2. Keterbatasan sumber daya untuk memenuhi kebutuhan kesehatan
  3. Pasar bebas, komersialisasi, dan persaingan global dalam sector jasa kesehatan
  4. Konsep lapisan ganda pelayanan rumah sakit
  5. Misi baru rumah sakit

### **3. Fasilitas Kesehatan Selain Rumah Sakit**

Selain mendirikan rumah sakit, pada masa kolonial, pemerintah Hindia Belanda juga mendirikan berbagai fasilitas kesehatan diberbagai daerah di Indonesia seperti Laboratorium Eykman di Bandung tahun 1888 yang juga berdiri di Medan, Makassar, Surabaya dan Yogyakarta. Saat wabah penyakit Pes masuk ke Indonesia pada tahun 1922 dan menjadi epidemik tahun 1933-1935 terutama di pulau Jawa, pemerintah Hindia Belanda melakukan penanggulangan dengan melakukan penyemprotan dengan DDT terhadap semua rumah penduduk dan vaksinasi masal. Begitupun saat terjadi wabah penyakit Kolera pada tahun 1927 dan 1937.<sup>41</sup>

Pada zaman Jepang, fasilitas kesehatan selain rumah sakit, kurang atau tidak berkembang. Jepang lebih tertarik pada pengobatan tradisional atau jamu. Pada bulan Juni 1944, Jepang mendukung berdirinya Komite Pengobatan Tradisional di Indonesia di bawah pengawasan Prof. Dr. Sato, pimpinan departemen kesehatan Jepang. Komite tersebut selanjutnya menunjuk ketua

---

<sup>40</sup> *Ibid.*, hlm. 106

<sup>41</sup> Notoatmodjo, *op. cit.*

asosiasi tabib Indonesia untuk berkoordinasi dengan para pembuat obat tradisional. Pengobatan tradisional banyak digunakan pada masa kemerdekaan disebabkan sedikitnya pasokan obat modern.<sup>42</sup>

Pada era demokrasi terpimpin di Indonesia ditandai dengan dikeluarkannya Dekrit Presiden 5 Juli 1959. Dengan adanya dekrit tersebut, pada 10 Juli 1959, Kabinet Kerja Pertama dibentuk dengan Kolonel Prof. Dr. Satrio sebagai Menteri Muda Kesehatan. Pada era ini, berbagai lembaga kesehatan terutama di bidang pemberantasan penyakit telah berdiri dan tersebar di beberapa daerah di Indonesia. Lembaga-lembaga tersebut antara lain, Lembaga Eijkman (Jakarta), Lembaga Pasteur (Bandung), Lembaga Pemberantasan Penyakit Malaria (Jakarta), Lembaga Pemberantasan Penyakit Kelamin (Surabaya), Lembaga Pemberantasan Penyakit Rakyat (Yogyakarta), Lembaga Pemberantasan Penyakit Pes (Bandung) serta Lembaga Pemberantasan Penyakit Mata (Semarang). Dengan adanya lembaga tersebut, maka departemen kesehatan bertugas mengelola termasuk mengelola sekolah dan kursus kesehatan, jawatan perlengkapan, badan pengawas perusahaan farmasi (Bapphar), kedinasan, rumah sakit, serta balai pengobatan.

---

<sup>42</sup> Susan Jane Beers, 2001, *Jamu: The Ancient of Herbal Healing*, Singapore: Periplus Editions, hlm.21

**BAB IV**  
**DAMPAK PELAYANAN DAN SARANA KESEHATAN DI JAWA**  
**PADA ABAD KE-20**

**A. Peningkatan Taraf Kesehatan Masyarakat**

Pelayanan kesehatan kolonial pada awal abad ke-20, terutama untuk pelayanan kuratif sangat diskriminatif. Hanya sebagian kecil dari rakyat pribumi yang bisa mendapatkan akses pelayanan kesehatan ini. Ketika politik etis digulirkan, fokus perhatian pemerintah kolonial Belanda adalah bagaimana pelayanan kesehatan kolonial dapat dinikmati oleh masyarakat secara meluas. Dengan dasar pemikiran tersebut, kemudian muncul kebijakan subsidi kesehatan yang pada dekade 1910 -1920 berorientasi kepada perluasan pelayanan kesehatan kuratif dengan mendirikan banyak rumah sakit baik di Jawa maupun di luar Jawa, baik rumah sakit milik pemerintah maupun rumah sakit milik swasta.<sup>43</sup> Hal ini menunjukkan bahwa pada dasarnya taraf kesehatan meningkat namun hanya untuk kalangan tertentu seperti para elit di Jawa, pekerja perkebunan, pegawai Belanda maupun masyarakat Belanda yang tinggal di Indonesia. Meskipun masyarakat pribumi Jawa mendapatkan penyuluhan kesehatan khususnya higienis dan sanitasi maupun mendapatkan vaksinasi cacar, namun belum menjangkau keseluruhan masyarakat secara luas.

Pada zaman Jepang, pelayanan dan sarana kesehatan cukup terbatas, masyarakat lebih banyak menggunakan obat tradisional sehingga taraf kesehatan pun bisa dikatakan tidak mengalami peningkatan atau tetap sama. Sedangkan pada zaman kemerdekaan Indonesia terutama sejak demokrasi terpimpin, pelayanan dan sarana kesehatan mulai berkembang pesat selaras dengan prinsip-prinsip kebijakan kesehatan.

Prinsip kebijakan kesehatan pada masa Demokrasi ditujukan pada beberapa usaha, yaitu:

---

<sup>43</sup> Baha'uddin, Politik Etis Dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Jawa Pada Awal Abad XX: Studi Kebijakan Kesehatan Pemerintah Kolonial Hindia Belanda, Makalah Konferensi Nasional Sejarah VIII, 14 – 17 November 2006, hlm. 1



1. Memberi landasan hukum yang lebih kuat bagi peraturan-peraturan kesehatan;
2. Memperbanyak pendidikan tenaga kesehatan, maupun tenaga paramedik;
3. Menyelenggarakan pembaharuan kebijaksanaan perumahsakitannya, balai pengobatan, dan sejumlah BKIA
4. Menentukan kebijaksanaan mengenai kefarmasian menggiatkan penggunaan obat-obatan asli serta pabrik-pabrik obat nasional, seperti ABDI, PAPHROS
5. Pembasmian malaria dengan membentuk KOPEM
6. Mengintensifkan pemberantasan penyakit Frambusia
7. Menunjang penyelesaian Trikora dan Dwikora dalam menyediakan tenaga medik, paramedik, dan peralatan
8. Perbaikan gizi masyarakat melalui Revolusi Mak dan Operasi Komando Buta Gizi;
9. Penyelenggaraan Rombongan Kesehatan Indonesia untuk pemeliharaan kesehatan jemaah haji;
10. Pembinaan usaha-usaha kesehatan swasta;
11. Pembentukan Badan Pelindung Susila Kedokteran
12. Perkembangan Kesehatan Olah Raga, berhubungan akan adanya Asian Games dan *Game of the New Force* (GANEFO).<sup>44</sup>

## **B. Wabah Penyakit Teratasi**

Usaha penanggulangan dan pemberantasan penyakit sangat beragam mengingat jenis penyakit tropis yang berkembang di Indonesia pada waktu itu juga sangat beragam. Beberapa penyakit yang sering melanda masyarakat antara lain pes, lepra, cacar, malaria, sampar, dan lain-lain. Usaha untuk menanggulangi sumber penyakit antara lain dengan memberi penyadaran kepada penduduk agar berperilaku sehat dan bersih. Untuk keperluan tersebut pemerintah membentuk lembaga propaganda kesehatan yang bernama *Medisch Hygienische*

---

<sup>44</sup> Departemen Kesehatan RI, *Sejarah Pemberantasan Penyakit di Indonesia*, (Jakarta: Depkes RI, 2001) hlm. 22

*Propaganda*.<sup>45</sup> Selain itu juga dilakukan perbaikan lingkungan dan perumahan yang disinyalir menjadi sarang penyakit. Kawasan yang tergenang air sebisa mungkin dikeringkan dengan cara diurug, rumah-rumah yang menjadi sarang tikus diperbaiki dinding dan atapnya. Untuk keperluan ini maka pada tahun 1914 dikeluarkan Besluit No. 36 dari Gubernur Jenderal tanggal 6 Juli 1914 yang dimuat dalam *Staatsblad* No. 486<sup>46</sup>. Satu tahun kemudian terbit aturan tentang prinsip-prinsip pendirian gedung dan bangunan lainnya agar jangan sampai menjadi sarang tikus.<sup>47</sup> Sedangkan kebijakan pemberantasan penyakit meliputi berbagai tindakan untuk penyembuhan dengan melakukan pengobatan pada pasien-pasien yang terserang penyakit tertentu.

Penelitian tentang wabah penyakit, penyebab, dan cara menanggulangnya pun sangat berkembang pada masa kolonial dan sesudahnya. Pemerintah kolonial Belanda menaruh perhatian yang sangat serius terhadap terjangkitnya penyakit tertentu di suatu wilayah. Biasanya mereka akan melakukan penelitian mendalam terhadap wilayah yang terjangkit penyakit. Sebagai contoh misalnya, pada tahun 1936 dilakukan penelitian mengenai terjangkitnya penyakit lepra di Kabupaten Gresik yang dilakukan oleh Dr. J.F. Tumbelaka bersama Dr. Tielung (diganti Dr. Darwis) dan seorang mantra bernama Martinus Wasito Soedirowijoto. Penelitian tersebut meliputi kajian laboratorium, kajian klinis dan terapi, mencatat dan mencatat seluruh kasus lepra, pengumpulan data endemik lepra, dan melakukan tindakan yang tepat kepada pasien<sup>48</sup>

Pada masa kolonial hingga kemerdekaan, pemberantasan penyakit menular dilakukan sebagai upaya preventif dan kuratif antara lain sbb:

1. Cacar

---

<sup>45</sup> Departemen Kesehatan RI, *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia Jilid 1*, (Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 1978), hlm. 13

<sup>46</sup> *Besluit van den Gouverneur-Generaal van 6 Juli 1914 No. 36* dalam *Staatsblad van Nederlands-Indie No. 486* Tahun 1914

<sup>47</sup> *Extracts uit het register der Besluiten van den Chef van den Dienst der Perbestrijding No. 425, Maart 1915*

<sup>48</sup> *Orienterend onderzoek naar het voorkomen van Lepra in het Regentschap Grisse (oost-Java) 1936*

Pada tahun 1896 didirikan *Parc Vaccinogen Instituut Pasteur*, Bandung. Dengan berdirinya institut tersebut, maka di tahun 1918, lembaga pembuatan vaksin cacar dipindahkan ke Bandung, bersatu dengan *Instituut Pasteur*, dan berubah nama menjadi *Landskoepok Inrichting en Instituut Pasteur*. Seiring dengan perkembangan pembuatan vaksin, di tahun 1926, Dr. L. Otten berhasil menyempurnakan pembuatan vaksin, dari larutan dalam gliserin menjadi vaksin kering *in vacuo*. Dengan ditemukannya vaksin cacar, maka pada tahun 1972, Pemerintah Indonesia berhasil membasmi penyakit tersebut. Dengan keberhasilan itu, di tahun 1974, Indonesia dinyatakan bebas cacar oleh WHO.

## 2. Kusta atau lepra

Pada tahun 1932, peraturan pengasingan paksa di *leprozerie* dihapus oleh Dr. J. B. Sitanala, yang saat itu menjabat sebagai Kepala Dinas Pemberantasan Kusta. Ia bertindak atas referensi pemberantasan penyakit kusta di Norwegia. Pertimbangan lainnya, penerapan sistem tersebut di Filipina dan Hindia Barat tidak membawa hasil memuaskan. Sebagai gantinya, Dr. J. B. Sitanala menerapkan sistem "tiga langkah" sebagai upaya pemberantasan kusta, yaitu eksplorasi, pengobatan, dan pemisahan. Antara tahun 1950 – 1960, sekitar 80 ribu penduduk Indonesia diperkirakan menderita penyakit kusta. Dari jumlah tersebut, hanya lima ribu orang yang di rawat di rumah saki kusta, sedangkan sisanya masih berada di tengah-tengah masyarakat. Meski penyakit Kusta tidak menyebabkan kematian, namun penyakit ini cukup menimbulkan dampak sosial, karena menimbulkan *leprofobia* di kalangan masyarakat. Untuk mengatasinya, maka didirikan rumah sakit khusus kusta, sebagai upaya pemberantasan dengan pola perawatan penderita. Saat itu telah terdapat 52 rumah sakit kusta (Leprosaria), termasuk kampung lepra, di seluruh Indonesia, dengan kapasitas sekitar lima ribu tempat tidur, yang dibina oleh pemerintah dan Balai Keselamatan (dengan subsidi pemerintah). Dalam usaha pemberantasan kusta, Lembaga Kusta Kementerian Kesehatan melakukan penelitian, pendidikan, usaha koordinasi, serta

mencari cara pemberantasan yang tepat. Lembaga tersebut meliputi laboratorium, klinik, poliklinik pusat dan poliklinik pembantu, Leprosieri Tangerang dan Lenteng Agung, serta Pusat Epidemiologi di Desa Wates Bekasi. Saat itu, Jawa Tengah merupakan satu-satunya provinsi yang telah memiliki Dinas Pemberantasan Kusta, dengan dua orang dokter di Semarang. Pelatihan juga diberikan kepada para mantri lepra, yang kemudian ditugaskan di Jakarta, Semarang, Lamongan, Madura, Gorontalo, dan daerah lainnya. Mereka bertugas mengobati para penderita dengan menggunakan obat-obatan *sulphon*, antara lain *promin*, *diazone*, *sulphetrone*, *diamino-diphenyl-sulphone (DDS)*.

### 3. Malaria

Menyadari bahwa penyakit malaria telah menjadi ancaman kesehatan rakyat di beberapa wilayah, maka di tahun 1911, Jawatan Kesehatan Sipil didirikan sebagai bentuk upaya penyelidikan dan pemberantasan penyakit malaria. Dari waktu ke waktu, lingkup kerja Jawatan Kerja Sipil semakin meluas. Untuk itu, pada tahun 1924, Biro Malaria Pusat (*Centrale Malaria Bureau*) didirikan. Dalam menjalankan fungsinya, Biro Malaria Pusat selalu bekerja sama dengan Bagian Penyehatan Teknik (*Gezondmakingswerken*). Pada tahun 1929, Biro Malaria Pusat mulai mendirikan cabang di Surabaya, dengan fokus pelayanan kepulauan bagian timur. Sedangkan untuk wilayah seluruh Sumatera, pelayanan dilakukan oleh cabang Medan. Dalam upaya pemberantasan, para mantri malaria ditugaskan untuk menentukan jenis nyamuk dan jentik, memeriksa persediaan darah, mengadakan pembedahan lambung nyamuk, serta membuat peta wilayah. Penerapan riset sebagai upaya pemberantasan malaria juga dilakukan dengan beberapa cara, antara lain mematikan dan mencegah berkembangnya jentik di sarang-sarang; mematikan nyamuk dewasa dengan asap, obat nyamuk, dan sebagainya; penggunaan kelambu/kasa nyamuk pencegah kontak antara manusia dengan nyamuk; serta kininisasi dalam epidemi. Dengan penerapan riset yang berdasarkan

penyelidikan yang tepat terhadap biologi nyamuk penyebab malaria, maka dapat ditemukan berbagai pola pemberantasannya.

Malaria dikenal sebagai penyakit yang berjangkit secara endemic di daerah tropis. Penyakit ini merupakan penyakit rakyat yang paling banyak penderitanya dan berjangkit di seluruh wilayah Indonesia. Sebelum Perang Dunia II, usaha pemberantasan Malaria dilakukan dengan sistem pemberantasan sarang nyamuk, dengan membersihkan genangan air atau menyemprot air dengan minyak tanah. Seusai Perang Dunia II, ditemukan obat DDT yang dapat digunakan sebagai pembunuh serangga (insektisida dengan sistem penyemprotan rumah-rumah). Pemberantasan malaria dilakukan dengan dua upaya, yaitu preventif dengan pengendalian vektor penyakit (nyamuk) dan pengobatan penderita sebagai upaya kuratif, dan sampai saat ini untuk memberantas penyakit malaria belum diketemukan vaksinnnya, sehingga penyakit ini menjadi salah satu penyakit menular yang sulit diberantas. Pada era 1950, Pemerintah Indonesia bekerjasama dengan Pemerintah Amerika, melalui Basmi Malaria (KOPEM). Pada Januari 1959, Pemerintah Indonesia, WHO dan USAID menandatangani Persetujuan Pembasmian Malaria.

Tujuannya, agar penyakit malaria berhasil terbasmi dari wilayah Indonesia pada tahun 1970. Pemberantasan ditandai dengan dilakukannya penyemprotan DDT pertama oleh Presiden Soekarno pada 12 November 1959, di Daerah Istimewa Yogyakarta. Kegiatan pembasmian ini, meliputi:

1. Penyemprotan rumah di seluruh Jawa, Bali, dan Lampung, selama tahap *attack*;
2. Penemuan penderita secara aktif dan pasif serta pengobatan terhadap penderita malaria pada bagian akhir tahap *attack* dan tahap konsolidasi;
3. Penyelidikan entomologi
4. Penataran tenaga.

Dengan demikian, 12 November ditetapkan sebagai Hari Kesehatan Nasional.

#### 4. Sampar atau Pes

Pada Maret 1911, kasus sampar pertama ditemukan di daerah Malang. Penemuan ini memperkuat dugaan adanya penyakit sampar di Jawa Timur, yang ternyata benar. Penyakit sampar telah meluas di Kabupaten Malang, kemudian menjalar ke barat melalui Kediri, Blitar, Tulungagung, dan Madiun. Saat itu rantai penularan antara tikus, pinjal, dan manusia masih berupa hipotesis. Dengan bukti yang cukup, diketahui hubungan antara sampar tikus dan sampar manusia. Pemberantasan difokuskan pada pemutusan jarak hubungan/kontak antara manusia dengan tikus. Pada tahun 1915, Dinas Pemberantasan Pes dibentuk. Dinas tersebut melakukan perbaikan perumahan dan pembinaan dalam mengurus rumah tangga, hingga tidak ada lagi tempat bersarang. Di tahun 1922, penyakit ini masuk ke Bumiayu melalui Pelabuhan Tegal. Dua tahun kemudian, penyakit ini menyebar ke wilayah Jawa Barat melalui Pelabuhan Cirebon. Di tahun 1927, penyakit pes mewabah di daerah Pasuruan, dengan jumlah korban yang cukup besar. Pemberantasan penyakit pes menggunakan racun serangga berupa "DDT Spraying" mulai dilakukan tahun 1952 dan membawa hasil yang sangat memuaskan. Di akhir tahun 1960 dan di tahun 1961 tidak lagi dilaporkan adanya kasus pes.

#### 5. Paru-paru

Pada Oktober 1918, didirikan suatu badan swasta berbentuk yayasan, yang mendapat bantuan tenaga dan keuangan dari Pemerintah kolonial. Yayasan itu bernama "*Stichting der Centrale Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose*" (SCVT). Rencananya, yayasan ini akan mendirikan sanatoria, mengusahakan perawatan penderita di rumah, dan hygiene sekolah sebagai upaya pemberantasan penyakit ini. Sampai dengan tahun 1930, belum ada langkah sistematis sebagai upaya pemberantasan tuberkulosis. Kegiatan mulai terlihat ketika SCVT mulai banyak mendirikan poliklinik penyakit paru di kota-kota besar. Sistem penyebaran poliklinik ("*Consultatie Bureau*") juga dilakukan sehingga mempermudah pencarian kontak penderita tuberkulosis, serta pengobatan difokuskan pada

gejala (*simtomatis*) dan perbaikan gizi penderita. Sampai akhir penjajahan Belanda, telah tersebar poliklinik paru di 20 ibu kota karesidenan. Pada era 1950, diketahui adanya vaksin yang dapat memberikan kekebalan tubuh terhadap kuman penyakit penyebab tuberkolosis. Vaksin tersebut adalah vaksin BCG. Dengan adanya vaksin itu, pada Oktober 1952, Pemerintah Indonesia, WHO, dan UNICEF menandatangani persetujuan untuk memulai program percontohan dan latihan pemberantasan penyakit tuberkulosis. Pada Juli 1953, diadakan konferensi pertama pemberantasan penyakit paru-paru. Rekomendasi dari konferensi ini dipergunakan sebagai dasar upaya pemberantasan penyakit tuberkolosis paru-paru, dengan vaksinasi BCG sebagai salah satu upaya preventif yang penting.

### **C. Peningkatan Jumlah Penduduk**

Motif terbesar orang-orang Eropa umumnya dan Belanda khususnya datang ke wilayah Nusantara adalah motif ekonomi. Mereka mencari dan mengusahakan komoditas pertanian yang laku di pasar Eropa. Guna mengoptimalkan hasil-hasil produksi baik secara kuantitas maupun kualitas selain dilakukan melalui perluasan area tanam dan memperbesar modal, juga yang tidak kalah penting adalah meningkatkan jumlah tenaga kerja. Hal yang terakhir ini merupakan faktor produksi yang sangat penting saat itu karena proyek-proyek kolonial lebih mengandalkan padat karya (*labour intensive*) daripada padat modal.

Dalam konteks seperti itulah pemerintah kolonial menerapkan politik demografis yang sangat pro-natalis. Yang jadi orientasi tidak hanya meningkatkan angka pertumbuhan penduduk melalui fertilitas, tapi juga menurunkan angka kematian (mortalitas). Jumlah penduduk dengan kualitas kesehatannya yang baik merupakan mesin produksi yang sangat diandalkan untuk meningkatkan produksi pertanian, perkebunan, dan pembangunan-pembangunan infrastruktur yang

dibutuhkan. Di sinilah awal keterlibatan langsung dan intensif pemerintah kolonial dalam masalah kesehatan penduduk.<sup>49</sup>

Pihak Belanda telah meningkatkan anggaran belanja untuk proyek kesehatan umum sebesar hampir sepuluh kali lipat antara tahun 1900 dan 1930. Dilakukannya program vaksinasi, kampanye anti malaria, dan perbaikan kesehatan, barangkali menyebabkan turunnya angka kematian (dan dengan demikian juga bertambahnya jumlah penduduk), walaupun angka-angka statistiknya masih diragukan. Apapun alasannya, angka kematian masih tetap tinggi.<sup>50</sup>

Angka kematian tertinggi tahun 1918 yang memakan korban puluhan ribu jiwa. Pertumbuhan penduduk yang cepat mulai terjadi setelah 1920 disebabkan telah teratasinya berbagai wabah penyakit. Sejak 1920, sebagian besar wilayah Jawa dapat terbebas dari epidemi cacar dan setelah 1928 terbebas dari wabah kolera.

Pada zaman sebelum kemerdekaan Indonesia, pengumpulan data jumlah penduduk yang lebih seksama mencakup seluruh wilayah Indonesia dilaksanakan untuk pertama kali pada tahun 1920 yang dikenal sebagai *Sensus Penduduk 1920*. Sesudah itu berlangsung lima kali pengumpulan data penduduk melalui sensus yaitu satu kali sebelum Indonesia merdeka pada tahun 1930, dan empat kali setelah Indonesia merdeka masing-masing pada tahun 1961, 1971, 1980, dan 1990. Data jumlah penduduk dari keempat sumber ini cukup dapat dipercaya.

Dalam masa 60 tahun terakhir antara 1930-1990 jumlah penduduk Indonesia hampir menjadi tiga (3) kali lipat. Suatu percepatan perkembangan penduduk telah terjadi di Indonesia dalam jangka waktu lima (5) dekade terakhir hingga tahun 1980. Namun pada periode 1980-1990 rata-rata perkembangan penduduk Indonesia secara keseluruhan telah menurun menjadi sekitar 2,0 persen per tahun. Rata-rata perkembangan penduduk tahunan yang sedang berlangsung

---

<sup>49</sup> Muhsin, *op.cit.* hlm. 4

<sup>50</sup> M.C. Ricklefs, 2001, *A History of Modern Indonesia since c.12, Third Edition*, Hampshire: Palgrave, hlm. 198

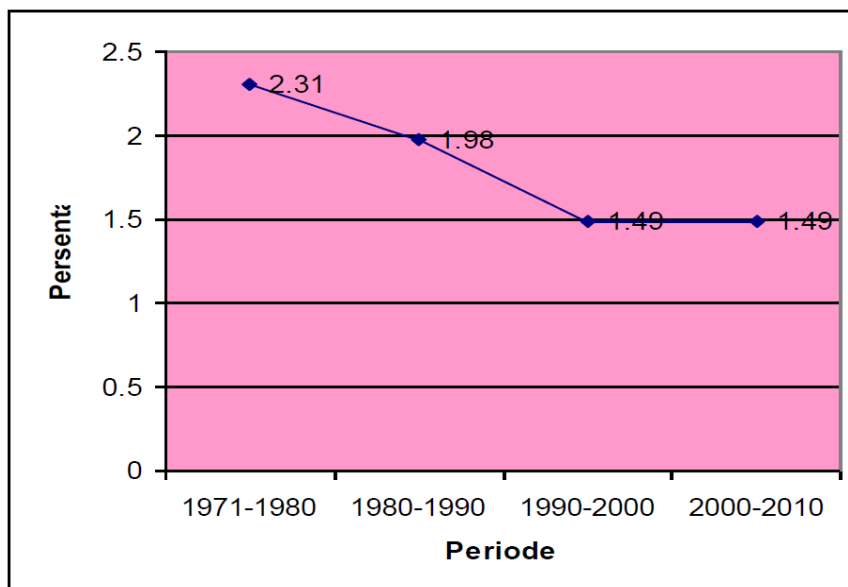


dewasa ini lebih rendah di Jawa dibandingkan dengan kebanyakan pulau-pulau lain di luar Jawa.

Pada tahun 1920, jumlah penduduk asli Jawa dan Madura mencapai sekitar 28,4 juta jiwa. Pada tahun 1930 jumlah penduduk asli Jawa dan Madura sudah mencapai 34,4 juta jiwa dan tahun 1930 menunjukkan 40,9 juta jiwa.<sup>51</sup>

Angka pertumbuhan penduduk Indonesia mengalami kenaikan pada periode 1965 hingga 1970, puncaknya yaitu pada tahun periode 1971 hingga 1980, dimana angka pertumbuhan penduduk sebesar 2,31% dengan total penduduk 119.208.229 jiwa. Setelah periode ini, angka pertumbuhan penduduk Indonesia terus menurun hingga pada sensus 2010 angka pertumbuhan penduduk mencapai 1,49%.<sup>52</sup> Angka dari sensus penduduk pertama pada zaman orde baru yaitu tahun 1971 secara tidak langsung menunjukkan bahwa angka kematian cenderung menurun sebagai pengaruh peningkatan taraf kesehatan masyarakat Indonesia.

**Grafik 4.1. Peningkatan Jumlah Penduduk 1971 - 2010**



**Sumber: HPEQ (2011 : 1)**

<sup>51</sup> Ricklefs, *op.cit.*, hlm. 197

<sup>52</sup> HPEQ, *Potret dan Ketersediaan Tenaga Keperawatan*, Jakarta: Ditjen Dikti Kemendikbud, 2011, hlm. 1

## **BAB V**

### **KESIMPULAN**

Pelayanan dan sarana kesehatan pada abad ke-20 tentunya terus meningkat dan berkembang dari tahun ke tahun seiring dengan bertambahnya jumlah penduduk Indonesia pada masa kolonial, kemerdekaan dan pasca kemerdekaan. Semakin beragamnya jenis penyakit khususnya yang berbentuk epidemi dan wabah seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan khususnya kedokteran, keperawatan dan farmasi modern dalam mengatasi penyakit tersebut pun berkontribusi dalam perkembangan sarana dan prasarana kesehatan. Kebijakan pemerintah pun terus mengalami dinamika sesuai dengan problematika kesehatan pada masanya.

Rumah sakit dan berbagai fasilitas kesehatan lain dengan tenaga medis yang terus berkembang tentunya muncul untuk mengatasi problematika kesehatan yang semakin beragam tersebut dengan harapan berdampak untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat sesuai dengan kepentingan pemerintah masa kolonial (yaitu ketersediaan tenaga kerja pertanian, perkebunan dan pembangunan infrastruktur) maupun benar-benar untuk kepentingan kesehatan masyarakat secara luas pada masa kemerdekaan dan pasca kemerdekaan.

Dengan memahami perjalanan sejarah kesehatan itu banyak manfaat yang bisa diambil. Beberapa di antaranya adalah:

1. Dapat diketahui hal-hal yang relatif tetap karena terjadi kesinambungan di satu sisi dan aspek-aspek yang berubah dari waktu ke waktu di sisi lain;
2. Teridentifikasinya kesejajaran ilmu kesehatan masa kini dengan masa lalu;
3. Diperoleh pengetahuan perbandingan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan di satu daerah dengan daerah lain dalam periode yang berbeda.<sup>53</sup>

Ketiga hal itu bermuara pada manfaat praktis yakni semakin meningkatkan perkembangan dan kemajuan ilmu kesehatan pada masa kini dan masa mendatang serta tidak mengulangi kesalahan atau kegagalan masa lalu.

---

<sup>53</sup> Kuntowijoyo, 2003, *Metodologi Sejarah*, Yogyakarta: Tiara Wacana, hlm. xviii

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Erani Yustika. *Pembangunan dan Krisis, Memetakan Perekonomian Indonesia*. Jakarta : PT. Grasindo, 2002.
- A Seno Sastroamidjojo. *Obat Asli Indonesia*. Jakarta: Dian Rakyat, 1988
- Baha'uddin, "Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pada Masa Kolonial", *Lembar Sejarah Vol. 2, No. 2, 2000*
- \_\_\_\_\_, "Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit di Jawa pada Abad ke-19 dan Awal Abad ke-20, ", *Lembar Sejarah Vol. 7, No. 1, 2004*
- \_\_\_\_\_, "Politik Etis Dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Jawa Pada Awal Abad XX: Studi Kebijakan Kesehatan Pemerintah Kolonial Hindia Belanda", Makalah Konferensi Nasional Sejarah VIII, 14 – 17 November 2006
- \_\_\_\_\_, "Kondisi Kesehatan Masyarakat Jawa pada Abad ke-19, t.t. t.p.
- Basavanthappa, BT. *Community Health Nursing*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publisher, 2008
- Beers, Susan Jane. *Jamu: The Ancient of Herbal Healing*. Singapore: Periplus Editions, 2001
- Besluit van den Gouverneur-Generaal van 6 Juli 1914 No. 36 dalam Staatsblad van Nederlands-Indie No. 486 Tahun 1914*
- Boeke, J.H., *Prakapitalisme Di Asia*. Jakarta: Sinar Harapan, 1983
- Boomgaard, Peter and A.J. Gooszen, A.J, "Population Trends 1795-1942" dalam *Changing Economy in Indonesia* Volume 11. Amsterdam: Royal Topical Institut (KIT), 1991
- \_\_\_\_\_, et. al. Health Care in Java Past and Present", Leiden: KITLV Press, 1996.
- \_\_\_\_\_, "Upliftment down the drain? Effect of Welfare Measures in Late Colonial Indonesia", dalam Jan-Paul Dirkse, Frans Husken and Mario Rutten (ed.) *Development and Social Welfare: Indonesia's Experiences under the New Order*, (Leiden: KITLV Press, 1993
- Departemen Kesehatan RI, *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia Jilid 1*, (Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 1978

*Extracts uit het register der Besluiten van den Chef van den Dienst der Perbestrijding No. 425, Maart 1915*

Gottschalk, Louis, *Mengerti Sejarah*, terjemahan Nugroho Notosusanto, Jakarta: UI Press, 1983

Groot, K.P., *Rumah Sakit Zending "Petronela"; Pekerjaan di Rumah Sakit Petronela dengan 22 Cabang*, Yogyakarta: Bethesda, 1936.

Hans Pols. "The Triumph of Jamu", *Inside Indonesia 100: Apr-Jun 2010*

Hesselink, Liesbeth. *Genezers op de koloniale markt : inheemse dokters en vroedvrouwen in. Nederlandsch Oost-Indië 1950-1915*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 2009

HPEQ, *Potret dan Ketersediaan Tenaga Keperawatan*, Jakarta: Ditjen Dikti Kemendikbud, 2011

Koentjaraningrat, A.A. Loedin, *Ilmu-Ilmu Sosial Dalam Pembangunan Kesehatan Jakarta*: PT. Gramedia, 1985.

Kuntowijoyo, 2003, *Metodologi Sejarah*, Yogyakarta: Tiara Wacana

Mumuh Muhsin Z., "Bibliografi Sejarah Kesehatan Pada Masa Pemerintahan Hindia Belanda", *Paramita, Jurnal Sejarah dan Pembelajaran Sejarah Vol. 22, No. 2 - Juli 2012*

*Orienterend onderzoek naar het voorkomen van Lepra in het Regentschap Grisse (oost-Java) 1936*

Peper, Bram., *Pertumbuhan Penduduk Jawa* (Jakarta: Bhratara, 1975

Reid, Anthony "Inside Out The Colonial Displacement of Sumatra's Population" dalam Peter Boomgaard et al., eds. *Paper Landscapes, Exploration in the Environmental History of Indonesia*. Leiden: KITLV Press, 1997

Ricklefs, M.C, *A History of Modern Indonesia since c.12, Third Edition*, Hampshire: Palgrave. 2001

Samsi Jacobalis, "Kumpulan Tulisan Terpilih Tentang Rumah Sakit Indonesia" dalam *Dinamika Sejarah, Transformasi, Globalisasi dan Krisis Nasional*, Jakarta: Yayasan Penerbit IDI, 2000.

Sartono Kartodirdjo. *Pengantar Sejarah Indonesia Baru: 1500-1900 I*. Jakarta: PT. Gramedia, 1987

- Satrio, et. al. *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia II, III*, Jakarta: DEPKES RI, 1980. .
- Soegeng Reksodihardjo, dkk., *Pengobatan Tradisional Pada Masyarakat Pedesaan Daerah Jawa Tengah*. Jakarta: Depdikbud, 1991
- Soekidjo Notoatmodjo , 2005, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Penerbit Rineka Cipta Jakarta
- Sri Kardjati, dkk. *Aspek Kesehatan Dan Gizi Anak Balita*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 1985.
- Sugiarti Siswadi, *Rumah Sakit Bethesda dari Masa ke Masa*, Yogyakarta: Bethesda, 1989.
- Supardijanto, dkk. *Kenangan Delapan Windu Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta 1929-1993*, Yogyakarta: Panitia Pesta Emas Rumah Sakit Panti Rapih, 1993.
- Widjajo Nitisastro. *Population Trends in Indonesia*, London: Cornell University Press, 1970.