

**RINGKASAN LAPORAN PENELITIAN PAYUNG 2014
PERKEMBANGAN PELAYANAN DAN SARANA KESEHATAN DI JAWA
ABAD KE-20**

**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 penduduk¹, 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 penyakit² Dokter-dokter Belanda di Hindia Belanda bekerja di kapal maupun di darat.

Setelah VOC mendirikan benteng di Batavia pada tahun 1612, barulah perawatan pasien dimulai dan pendirian rumah sakit pertama di daerah pantai pada tahun 1626.³ 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 kemanusiaan⁴ Faktor ini merupakan salah satu penyebab kenapa penduduk belum berobat ke dokter atau rumah sakit.

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

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

³*Ibid*, hlm. 24-25

⁴*Ibid*.

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 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 korban⁵. Dengan kata lain epidemi merupakan penyakit yang tidak secara tetap berjangkit disuatu daerah dan kadang disebut wabah⁶. 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”⁷. 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”*⁸

Oleh karena epidemi menyangkut penyakit yang menimpa manusia, maka epidemiologi juga berarti ilmu pengetahuan mengenai terjadinya penyakit pada populasi manusia⁹. Dengan

⁵Pengertian 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.

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

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

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

⁹R. 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,

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 penyakit¹⁰, 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*¹¹. 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 kejelasan yang terperinci dari fenomena yang akan diteliti maka konsep-konsep dan teori-teori ilmu sosial sangat mendukung¹². 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

1992), hlm. 1.

¹⁰*Ibid.*

¹¹*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.*

¹²Dengan 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.

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 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 penulisan¹³

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

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

penduduk, kelahiran, kematian, vaksinasi dan tenaga medis. Memori Serah Jabatan, Regering Almanak, Zieken-huis. Selain itu juga digunakan sumber artikel, buku-buku yang relevan dengan penelitian.

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

Langkah ketiga adalah inteptetasi, 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.

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 dipengaruhi oleh:

- Kebijakan pemerintah pada masanya (yaitu kolonial maupun pemerintah Indonesia);
- Perkembangan ilmu kedokteran (kesehatan) beserta penemuan-penemuan baru dan evolusinya;
- Upaya-upaya dari masyarakat pribumi Jawa dan peranan lembaga asing

A. KEBIJAKAN KESEHATAN ABAD KE-20

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 *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*). Yang berkaitan dengan pelayanan pes, misalnya, terbit laporan-laporan yang dicetak sebagai lampiran pada *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*.¹⁴

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

¹⁴ 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

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.¹⁵

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 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 kas¹⁶

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.¹⁷

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*

¹⁵ 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.

¹⁶ *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

¹⁷ 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

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 berupa perusahaan maupun organisasi –sosial dan keagamaan-, jenis rumah sakit yang tersebut kedua merupakan rumah sakit yang didirikan oleh pemerintah provinsi, kabupaten dan kotapraja.¹⁸

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

1. Subsidi yang diberikan pada tahap permulaan (*subsidiën in eens*), biasanya digunakan untuk pembiayaan pendirian rumah sakit swasta dan pengadaan peralatan pertama rumah sakit;
2. Subsidi yang diberikan pada setiap tahun (*jaarlijksche subsidiën*) 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 tijdstippen zijn gebonden*)¹⁹

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 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 Selatan²⁰. Kedelapan wilayah tersebut merupakan daerah percontohan sebuah proyek besar yang sekarang dikenal dengan nama pusat kesehatan masyarakat (puskesmas).

Dari berbagai catatan sejarah 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.

¹⁸ *Ibid*

¹⁹ *Ibid*, hlm. 8

²⁰ Notoatmojo, *op. cit.*

Tabel 2.1. Perubahan Pola Pembiayaan Kesehatan Di Indonesia

Komponen yang dikaji	Masa Kolonial	Masa Kemerdekaan dan Orde Lama
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)

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, humorlasime Yunani 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.²¹

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 and technological breakthroughs had been made, such as Pasteur's germ theory, a-septic surgery and the X-ray

²¹ Hans Pols, The Triumph of Jamu, *Inside Indonesia* 100: Apr-Jun 2010, hlm. 5

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.²²

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 secara umum yang mencakup lima tahapan yaitu zaman kesehatan empiris, zaman ilmu dasar, zaman ilmu klinis, zaman ilmu kesehatan masyarakat dan zaman ilmu politik, sebagai berikut:

Tabel 2.2. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

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

Sumber: Basavanthappa (2008: 35)

C. UPAYA MASYARAKAT PRIBUMI DAN PERANAN LEMBAGA DONOR ASING

Pada masa kolonial, Volksraad merupakan salah satu wahana masyarakat pribumi Jawa dalam memperbaiki kebijakan pemerintah kolonial. Sebagai contoh Dalam pertemuan Volksraad pada tanggal 23 Juni 1923, Dr. Abdul Rivai, seorang dokter Jawa, mendesak pemerintah Hindia Belanda di Batavia untuk menjelaskan keputusan Menteri Simon De Graff yang menolak tawaran dari Rockefeller Foundation. Dr. Abdul Rivai menilai bahwa keputusan itu merupakan cerminan dari kurangnya perhatian pemerintah Belanda terhadap perbaikan tingkat kesehatan masyarakat pribumi baik yang ada di Suriname maupun di Hindia Belanda.

Pada masa orde lama, masyarakat Indonesia sudah mulai dilibatkan dan ikut berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan, akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang dimiliki pemerintah mulai dibuka. Pada masa ini Pemerintah orde lama belum

²² *Ibid*, hlm. 6

mampu menjamin pelayanan kesehatan berbasis kemasyarakatan yang bisa memberikan jaminan bahwa setiap penduduk memiliki status kesehatan yang baik.

BAB III PELAYANAN DAN SARANA KESEHATAN ABAD XX

1. 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 sbb: Tabel 3.1. 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 5
Perkembangan Jumlah Tenaga Kesehatan
yang menangani Masyarakat Umum

Tenaga Kesehatan	1920	1925	1930	1933
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: P. Peverelli, "De Ontplooiing van den Burgelijken Geneeskundigen Dienst" dalam *Feestbundel Geneeskundige Tijdschrift Nederlansch-Indie 1936*, hlm. 188.

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.²³

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.²⁴

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:²⁵

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

²³ *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia*, (Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 1980), hlm. 98.

²⁴ *Ibid.*

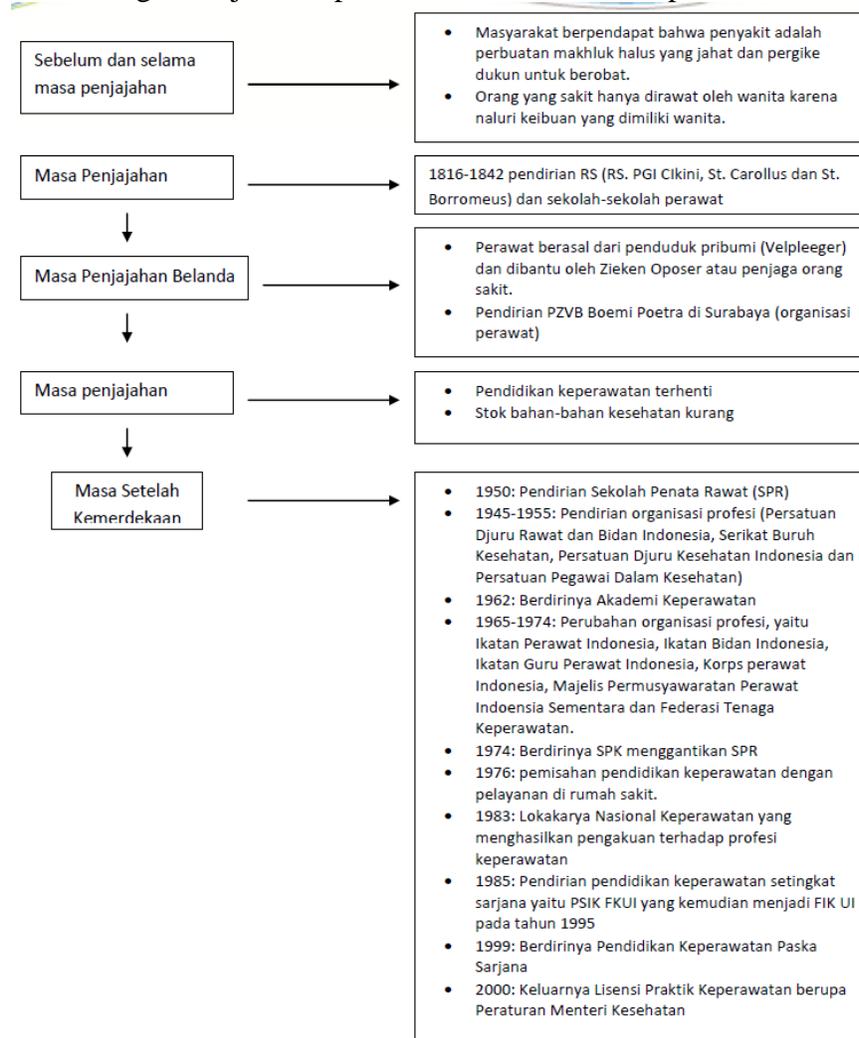
²⁵ *Ibid.*, hlm. 99

7. Akademi Perawatan Jurusan Kebidanan, Perawatan, dan Kesehatan Masyarakat tahun 1966 di Bandung
8. Akademi Perawatan, Nutrition, Penilik Kesehatan
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.²⁶ 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.²⁷

Sedangkan sejarah keperawatan di Indonesia dapat diamati sbb:



²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*, hlm. 105.

2. 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.²⁸

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 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.²⁹

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)³⁰ 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 militer³¹ dan rumah sakit penjara *stadsverband* di Glodok³² dipindahkan ke CBZ.³³

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 spesialisistik 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

²⁸ Samsi Jacobalis, *Rumah Sakit Indonesia dalam Dinamika Sejarah, Transformasi, Globalisasi, dan Krisis Nasional*, (Jakarta: IDI, 2000), hlm. 5-6.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Sekarang RSUP Dr Cipto Mangunkusumo

³¹ Sekarang RSPAD Gatot Subroto

³² Sekarang sudah tidak ada lagi

³³ *Ibid.*, hlm. 11

atau tekanan yang terjadi karena perubahan dalam lingkungan social-ekonomi dan kependudukan, lingkungan kesehatan, dan lingkungan global.³⁴

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.³⁵

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
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 luarnya³⁶

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

Pada masa penjajahan, 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 1937.³⁷

Era demokrasi dipimpin 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

³⁴ *Ibid.*, hlm. 15

³⁵ *Ibid.*, hlm. 62.

³⁶ *Ibid.*, hlm. 106

³⁷ Soekidjo Notoatmodjo , 2005, Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi, Penerbit Rineka Cipta Jakarta

(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

BAB IV

DAMPAK PELAYANAN DAN SARANA KESEHATAN PADA ABAD KE-20

- A. Peningkatan Taraf Kesehatan Masyarakat
- B. Wabah Penyakit Teratasi
- C. Peningkatan Jumlah Penduduk

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 berkait dengan kesehatan di satu daerah dengan daerah lain dalam periode yang berbeda.³⁸

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.

DAFTAR PUSTAKA

A Seno Sastroamidjojo. *Obat Asli Indonesia*. Jakarta: Dian Rakyat, 1988

Baha'uddin, "Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pada Masa Kolonial", *Lembar Sejarah Vol. 2, No.*

³⁸ Kuntowijoyo, 2003, *Metodologi Sejarah*, Yogyakarta: Tiara Wacana, hlm. xviii

2, 2000

_____, "Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit di Jawa pada Abad ke-19 dan Awal Abad ke-20, ", *Lembar Sejarah Vol. 7, No. 1, 2004*

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.

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

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

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

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

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

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.

Supardjijanto, 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.