

Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit di Jawa pada Abad ke-19 dan Awal Abad Ke-20

Oleh:
Baha' Uddin¹

A. Pengantar

Walaupun usaha-usaha kesehatan telah dilakukan sejak masa VOC namun perhatian yang serius terhadap peningkatan kesehatan masyarakat baru terlihat secara nyata pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20.² Pada sekitar tahun 1600 VOC telah melakukan upaya-upaya kuratif untuk mengobati para serdadunya baik yang terluka akibat peperangan maupun terserang penyakit tropis (J.W. Tesch, 1941: 626). Namun kehadiran ilmu kedokteran modern/Barat tersebut hanya dinikmati oleh golongan mereka saja (militer dan pejabat sipil VOC) dan kegiatannya dipusatkan pada beberapa kesatuan militernya.

Politik diskriminasi dan kebijakan *profit oriented* kolonial tidak memungkinkan masyarakat pribumi kebanyakan untuk menikmati pelayanan kesehatan yang dibawa dari Barat ini. Pada perkembangan selanjutnya, status sosial sangat mempengaruhi seseorang untuk dapat menikmati fasilitas dan jasa kesehatan ini. Status sosial yang diterapkan oleh pemerintah kolonial Belanda mulai pertengahan abad ke-19 dengan berdasarkan pada perbedaan ras, telah menempatkan orang-orang pribumi di urutan paling bawah (W.F. Wertheim,

¹ Staf Pengajar Jurusan Sejarah, Fakultas Ilmu Budaya, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

² Peningkatan perhatian terhadap aspek kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah kolonial Belanda sebenarnya tidak terlepas dari perkembangan ilmu kesehatan yang terjadi di Barat. Dalam perkembangannya ilmu kesehatan dapat dibagi menjadi tiga periode, periode pertama disebut dengan *social era* yaitu ketika aspek-aspek lingkungan dan sosial dianggap sebagai penyebab terjadinya penyakit. Periode ini berkembang sejak zaman Yunani, Romawi, Abad Pertengahan sampai menjelang abad ke-19. Periode kedua adalah *the era of germ* yaitu ketika terjadi penemuan mikroorganisme dan implikasinya sebagai penyebab penyakit. Periode ini terjadi pada abad ke-19. Periode terakhir adalah *the social scientific era* yaitu ketika diyakini bahwa beberapa penyakit muncul tidak hanya disebabkan oleh faktor biologis (*non-biological causes of illnesses*). Lihat Andrew C. Twaddle & Richard M. Hessler, *A Sociology of Health* (New York: Macmillan Publishing Company, 1987), hlm. 7-13.

1999: 109). Dengan kondisi sosial tersebut ditambah dengan politik diskriminasi, maka praktis hanya golongan Eropa, pengusaha Cina dan Arab, serta elit pribumi saja yang bisa mendapatkan pelayanan dan jasa kesehatan modern pada saat itu.

Sementara bagi penduduk pribumi lainnya hanya bisa mengandalkan program-program bantuan kesehatan dari Dinas Kesehatan Rakyat Pemerintah Hindia Belanda (J.C. Breman, 1971: 46). Walaupun begitu, pelayanan kesehatan pada masa ini belum maksimal dilakukan karena sebagian besar tindakan medis yang diselenggarakan hanya bertujuan untuk pencegahan penularan penyakit dari masyarakat pribumi kepada orang-orang Eropa.

Fenomena sosial diatas terutama tercermin pada upaya-upaya preventif. Selain melakukan upaya kuratif, VOC juga telah berusaha melakukan upaya preventif dengan mendirikan tempat pengasingan bagi para penderita penyakit kusta yang disebut dengan *Leeprozerieen* di Kepulauan Seribu pada tahun 1655 (Satrio ed., 1978: 82). Pendirian *Leeprozerieen* ini hanya bertujuan untuk mencegah menularnya penyakit kusta dari masyarakat pribumi kepada orang-orang Eropa dan penampungan semata daripada sebuah tindakan medis yang sistematis untuk menanggulangi penyakit ini secara komprehensif.

Kebijakan pemerintah kolonial tersebut diatas ditambah dengan kondisi alam tropis Indonesia dan tingkat pengetahuan masyarakat yang minim mengenai kesehatan telah menyebabkan tingginya angka kematian yang disebabkan oleh penyakit-penyakit mematikan di Jawa pada awal abad ke-20. Laporan resmi pemerintah Hindia Belanda dari tahun 1916 sampai 1934 menunjukkan sebuah tingkat rata-rata kematian kasar di Pulau Jawa antara 17,3 dan 36,5 per seribu. Bahkan di beberapa kota-kota besar di Jawa angka kematian tersebut lebih tinggi. Di Batavia misalnya, antara tahun 1915-1928 tingkat rata-rata angka kematian mencapai 38 sampai 51 per seribu, dan di Surabaya mencapai 27 sampai 64 per seribu (Widjodjo Nitisastro, 1970: 102).

Penyebab utama dari tingginya angka kematian penduduk Jawa pada saat itu adalah kombinasi terjadinya epidemi dan endemi (Departement van Binnelandsch Bestuur, 1919: 5; R. Beaglehole, et.al., 1997: 163) penyakit ganas yang melanda Jawa pada saat itu. Beberapa penyakit epidemi yang terjadi pada masa itu antara lain kolera, influenza, malaria, dan pes. Penyakit-penyakit ini menyerang masyarakat Jawa di beberapa daerah berbeda pada waktu yang berbeda. Sementara beberapa penyakit endemi antara lain penyakit cacing tambang (*hookworm*), malaria, dan disentir (Peter Boomgaard, 1993: 80). Dalam konteks ini bayi merupakan kelompok umur yang paling rentan dan mudah terserang penyakit-penyakit tersebut. Pada tahun 1930-an seperempat bayi yang lahir meninggal dunia sebelum mencapai umur satu tahun (Widjodjo Nitisastro, 1970: 113). Dalam hal ini selain karena terserang penyakit-penyakit tersebut, tingginya angka kematian bayi ini juga disebabkan oleh kekurangan nutrisi, penggunaan air yang

kotor, sanitasi yang buruk serta ketiadaan fasilitas kesehatan secara umum (Susan Abeyasekere, 1986: 2).

Dalam hal kebijakan pemerintah Hindia Belanda dibidang kesehatan, terjadi perbedaan yang signifikan bila dibandingkan antara abad ke-19 dan 20 ini. Pada abad ke-19, pemerintah Hindia Belanda sangat lambat dalam merespon kasus-kasus epidemi dan endemi yang melanda masyarakat di Jawa. Selain itu pemerintah Hindia Belanda juga tidak memiliki kemampuan dalam memahami karakteristik penyakit-penyakit tropis dan yang lebih parah lagi adanya kecenderungan keengganan untuk mengeluarkan dana kesehatan.³

Sementara pada abad ke-20 pemerintah Hindia Belanda telah banyak memahami mengenai karakteristik penyakit tropis terutama mengenai hubungan kesehatan rakyat dengan sanitasi dan penyakit. Perkembangan ilmu kedokteran pada saat itu telah mampu melakukan upaya preventif yang lebih baik yaitu dengan dilakukannya vaksinasi secara intensif untuk beberapa penyakit seperti cacar dan kolera, walaupun sebenarnya aktivitas ini sudah dilakukan pada abad sebelumnya.

Kebijakan pemerintah Hindia Belanda pada abad ke-20 ini terkait dengan politik etis yang dalam konsepnya bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat, dalam hal ini adalah meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat pribumi. Bersamaan dengan faktor pendidikan, faktor peningkatan kesehatan ini bertujuan untuk meningkatkan stamina penduduk yang pada akhirnya dapat meningkatkan pendapatan perkapita (W.F. Wertheim, 1999: 76). Dengan dasar ini kemudian dilakukan beberapa perubahan kebijakan pemerintah Hindia Belanda yang berhubungan dengan aspek kesehatan masyarakat baik yang bersifat preventif maupun kuratif termasuk dalam hal ini adalah perubahan lembaga-lembaga kesehatan.

Upaya-upaya preventif yang dilakukan pada masa kolonial biasanya berhubungan erat dengan pemberantasan epidemi atau endemi suatu penyakit. Oleh karena itu selain berupa tindakan, upaya preventif juga dibarengi dengan pembentukan lembaga khusus yang menangani suatu penyakit dan pendidikan ilmu kedokteran modern terhadap para medis orang-orang pribumi yang nantinya akan menjadi ujung tombak upaya ini.

Tulisan ini berupaya untuk mengungkap beberapa permasalahan kesehatan masyarakat di Jawa yaitu bagaimana kebijakan pemerintah kolonial dalam bidang kesehatan masyarakat? Sejauhmana kebijakan-kebijakan tersebut dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat? dan sejauhmana rumah sakit seba-

³ Sebagian besar penyebab penyakit infeksi yang melanda di Jawa baru diketahui pada akhir abad ke-19, Malaria pada tahun 1882, Tipus tahun 1880, Kolera tahun 1883, dan Tetanus pada tahun 1884.

gai lembaga kesehatan mampu menjadi agen pemerataan pelayanan kesehatan kuratif bagi masyarakat luas di Jawa?

B. Dikotomi Pelayanan Kesehatan: Sipil-Militer

Selama abad ke-19, pelayanan kesehatan di wilayah Hindia Belanda 'dipercayakan' sepenuhnya kepada pelayanan kesehatan militer. Pelayanan ini dibentuk berdasarkan model yang ada di negeri Belanda yang dipelopori oleh S.J. Brugmans, seorang profesor dari Leiden yang telah berkecimpung dalam organisasi pelayanan kesehatan militer pada tahun 1795. Perhatiannya pertama kali ditujukan terhadap para ahli bedah (*surgeons*) yang direkrut dari tukang cukur, tukang patri, dan para tukang pengebiri babi, sehingga jelas sekali disini bahwa para *surgeon* yang diperkerjakan sangat terbatas kualifikasinya (A.H.M. Kerkhoff, 1989: 9).

Brugmans kemudian berusaha untuk memperbaiki hal ini dengan jalan memasukkan bidang keahlian pada ujian dalam perekrutan dan meningkatkan gaji dan status mereka. Dengan tindakan-tindakannya tersebut kemudian dia membentuk sebuah institusi khusus yang menangani pelatihan mereka. Di Leiden lembaga pelatihan khusus ini dibuka pada tahun 1802 sedangkan di Utrecht pada tahun 1822. Lebih jauh, Brugmans kemudian juga mencurahkan perhatiannya kepada organisasi rumah sakit. Dia memformulasikan beberapa peraturan mengenai hal-hal internal mengenai rumah sakit, nutrisi, perawatan medis dan khususnya kesehatan pribadi.

Ide dan model yang dikembangkan Brugmans inilah yang kemudian diadaptasi, dibawa kemudian diterapkan di Hindia Belanda oleh seorang dokter militer bernama J. Heppener. Heppener sendiri pernah menjadi murid Brugmans untuk beberapa tahun lamanya di militer Belanda, sebelum dia akhirnya menemani Herman Willem Daendels bertugas di Hindia Belanda.

Kebangkrutan yang kemudian disusul dengan pembubaran VOC pada akhir abad ke-18 telah meninggalkan sebuah kondisi kesehatan yang sangat memprihatinkan baik dari segi fasilitas maupun fungsinya. Oleh karena itulah segera setelah kedatangannya di Hindia Belanda, Daendels memutuskan bahwa semua personel militer akan biayai secara gratis dan mereka akan diberi akses yang baik untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari rumah sakit. Keputusan Daendels ini bertolak belakang dengan peraturan yang ditetapkan oleh VOC pada masa sebelumnya yang menyatakan bahwa seorang tentara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dari rumah sakit dengan syarat gajinya harus dipotong sebagai biaya ganti perawatan tersebut (A.H.M. Kerkhoff, 1989: 10).

Kemudian Daendels menempatkan semua tugas perawatan medis kepada sebuah organisasi yang dibentuk menjadi subdivisi dari militer. Pada bulan Juli tahun 1808 keluarlah sebuah peraturan yang membentuk sebuah institusi pertama

yang khusus menangani masalah kesehatan di Nusantara yaitu *Militair Geneeskundige Dienst* (MGD) atau Dinas Kesehatan Militer. Semua *surgeons* non-militer yang masih tinggal di Hindia Belanda pada waktu itu dapat masuk kedalam lembaga ini asalkan mengambil ujian yang diharuskan dan mendapatkan hasil yang bagus.

Seperti telah dijelaskan diatas bahwa lembaga ini sebenarnya menggunakan model yang ada di negeri Belanda oleh karena itu tipe tenaga kesehatan yang dikenalkan dalam lembaga ini juga sama seperti di Belanda yaitu berdasarkan pada tiga tingkatan. Tingkat yang paling rendah merupakan para *surgeons* yang masih dalam status magang atau pegawai kesehatan kelas tiga. Kemudian tingkat menengah ditempati oleh para asisten *surgeons* atau pegawai kesehatan kelas dua sedangkan tingkat yang paling atas ditempati oleh para *surgeons* utama atau pegawai kesehatan kelas satu (A.H.M. Kerkhoff, 1989: 11). Secara keseluruhan, jumlah *surgeon* yang dipekerjakan di MGD pada masa Daendels ini sejumlah 81 *surgeons*.

Sementara itu rumah sakit dalam sistem yang dikembangkan ini merupakan pilar kedua dalam organisasi ini. Mendasarkan pada pemikiran Brugmans, kemudian diambil keputusan untuk membentuk sebuah jaringan yang rumah sakit. Selain terdapat 3 rumah sakit besar di Batavia, Semarang dan Surabaya, di tiap garnisun juga terdapat rumah sakit khusus yang dipimpin oleh seorang bintara. Jumlah anggota yang harus dilayani sekitar 18450 orang. Jumlah tentara itu tidak hanya terdiri dari orang-orang Belanda saja melainkan juga tentara Belanda yang berasal dari orang-orang pribumi seperti dari Jawa, Madura, Ambon dan Minahasa. Sampai tahun 1818 hanya dengan ijin khusus pejabat sipil dapat mendapatkan perawatan di rumah sakit tentara tersebut.

Berbeda dengan kebijakan yang dilakukan oleh Daendels, Raffles yang berkuasa di Jawa sejak tahun 1811 tidak mendasarkan pelayanan kesehatan kepada kepentingan militer semata. Perbedaan yang mencolok dibandingkan dengan penguasa sebelumnya (VOC dan Daendels), Raffles justru sangat berkepentingan terhadap kondisi kesehatan penduduk pribumi. Orang Inggris inilah yang pertama kali mengajukan usulan mengenai perlunya dilakukan upaya-upaya kesehatan yang bersifat preventif yaitu vaksinasi. Namun sebelum semua agenda kesehatannya selesai dilaksanakan terjadi pergantian kekuasaan pada tahun 1816.

Raja Willem I kemudian mengirimkan seorang professor botani dari Amsterdam bernama C.G.C. Reinwardt untuk mengorganisasi pelayanan medis di Hindia Belanda. Berbeda dengan Happener, selain mampu dalam bidang pelayanan medis untuk kalangan militer, dia juga mempunyai perhatian terhadap pelayanan kesehatan untuk rakyat sipil, bahkan lebih dari itu dia juga mengagendakan untuk melakukan vaksinasi.

Sementara peraturan pemerintah pertama yang mengatur tentang masalah kesehatan sipil dikeluarkan pada tahun 1820 (Satrio ed., 1978: 29). Pada tahun yang sama reorganisasi institusi kesehatan dilakukan oleh Prof. C.G.C. Reinwardt dengan membentuk satu lagi institusi kesehatan untuk pelayanan masyarakat sipil yang disebut dengan *Burgelijke Geneeskundige Dienst* (BGD) atau Dinas Kesehatan Sipil dan dia sendiri yang memimpin institusi ini.

Perbedaan dua institusi kesehatan ini adalah bahwa kalau MGD dijalankan oleh pegawai kesehatan militer yang bertanggung jawab terhadap pengobatan tentara yang sakit dan situasi higienis di rumah-rumah sakit militer sedangkan BGD dijalankan oleh dokter-dokter kotapraja yang bertugas dan bertanggung jawab untuk memelihara kondisi sanitasi umum di kota-kota dan daerah sekitarnya serta melakukan pengobatan terhadap pasien sipil di rumah-rumah sakit sipil yang baru dibangun.

Namun pada kenyataannya BGD menjadi sub-ordinat dari MGD, oleh karena itu tentara tetap menjadi objek utama dalam pelayanan kesehatan sampai saat itu. Hal ini kemudian menyebabkan adanya pengabaian terhadap pelayanan kesehatan masyarakat sipil karena adanya anggapan bahwa pelayanan kesehatan sipil adalah kepentingan sekunder. Pada tahun 1827, Dinas Kesehatan Sipil dan Militer digabung dalam satu atap Dinas Kesehatan dibawah pimpinan Kepala Dinas Kesehatan Militer. Hanya di Kota Batavia, Surabaya dan Semarang saja yang tetap mempertahankan dokter kotapraja walaupun posisinya berada dibawah pejabat kesehatan militer setempat.

Dengan penggabungan dua institusi kesehatan ini kemudian memberikan dua pilihan kepada semua dokter sipil yang ada pada saat itu dan yang bekerja pada BGD. Pilihan itu adalah mereka harus menjadi petugas militer atau menjalankan praktek pribadi dan menjadi pegawai swasta. Dengan kata lain, pilihan kedua ini mengharuskan mereka keluar dari kepegawaian pemerintah. Sebagian besar dari dokter sipil tersebut kemudian banyak yang memilih alternatif pertama karena merasa kesejahteraannya lebih baik jika menjadi pegawai pemerintah (Rosalia Scortiono, 1999: 12).

Pro dan kontra mengenai penggabungan dan pemisahan antara kedua institusi kesehatan sipil dan militer ini tidak berhenti sampai di situ. Pada tahun 1882 muncul usulan untuk memisahkan kembali keduanya namun tetap berada dalam satu pimpinan yaitu Kepala Dinas Kesehatan Militer. Kondisi ini mirip dengan kondisi sebelum keduanya digabung menjadi satu institusi. Namun yang harus diketahui bahwa walaupun pada waktu itu pelayanan kesehatan sipil sudah mulai dirintis keberadaannya, tetapi petugas atau paramedis yang melakukan pelayanan sebagian besar masih berasal dari dokter-dokter militer (Rosalia Scortiono, 1999: 12). Selain itu sampai tahun 1890, Dinas Kesehatan Sipil belum melakukan aktivitas dibidang kesehatan masyarakat yang berarti karena pada waktu itu hanya mampu melakukan upaya preventif berupa vaksinasi cacar.

Pemisahan yang nyata diantara kedua institusi kesehatan ini baru terjadi pada tahun 1911 yang diatur dalam *Staatsblaad* tahun 1910 Nomor 648 (Peter Boomgaard, 1993: 87). BGD kemudian dijadikan bagian tersendiri dibawah *Departement van Onderwijs en Eerendienst*. Dalam dinas ini terdiri dari seorang kepala yang berpangkat Inspektur Kepala dibantu oleh seorang Inspektur sebagai wakil kepala, 3 orang Inspektur dan 5 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 menangani masalah Farmasi.

Menurut De Vogel, Inspektur Kepala BGD pada waktu itu, tugas berat yang diemban oleh lembaga yang dipimpinnya adalah:

1. Melakukan penelitian tentang keadaan kesehatan masyarakat luas disertai dengan penentuan perbaikan praktek pelayanan kesehatan dalam menangani berbagai macam kasus penyakit yang terjadi.
2. Mempertahankan adanya undang-undang dan peraturan pemerintah yang mengatur mengenai kesehatan masyarakat umum.

Dalam menjalankan kegiatannya BGD mengemban tugas yang sangat berat terutama dalam memecahkan permasalahan kesehatan masyarakat di Nusantara. Hal tersebut terjadi dikarenakan, secara objektif BGD merupakan institusi kesehatan yang diadopsi dari Belanda dan secara otomatis juga menggunakan model Barat dalam menangani permasalahan kesehatan masyarakat yang muncul. Sementara objek yang menjadi sasarannya berbeda dengan di Barat yaitu masyarakat Indonesia yang hidup di iklim tropis. Oleh karena itulah lembaga ini sebenarnya keberadaannya benar-benar efektif baru pada awal abad ke-20, karena pada masa sebelumnya lembaga ini 'kebingungan' dalam menghadapi penyakit-penyakit tropis yang khas dan hal itu tidak pernah mereka temui di negara mereka sendiri.

Mengingat tugas berat yang ditanggungnya itu dan didorong adanya perkembangan ilmu kedokteran, maka pada tahun 1925 BGD diperluas peranan dan jangkauan sasarannya dalam bidang kesehatan rakyat. Seiring dengan reorganisasi itu dipandang perlu untuk mengubah nama lembaga kesehatan ini menjadi *Dienst der Volksgezondheid* (DVG) atau Dinas Kesehatan Rakyat. Perubahan nama, tugas, struktur dan tujuan lembaga Dinas Kesehatan pada masa kolonial ini diatur dalam *Staatblaad* tahun 1925 Nomor 758.

Dengan adanya reorganisasi ini, DVG hampir menjadi suatu "negara dalam negara". Dengan begitu gencar, dinas ini melancarkan kampanye dan propaganda untuk memberantas penyakit-penyakit yang sering melanda rakyat pribumi baik secara endemis maupun epidemis. Selain itu DVG mempunyai wewenang yang besar dan jauh melebihi wewenang para dokter Eropa.

Disamping itu DVG dituntut untuk dapat mengorganisir beberapa pekerjaan antara lain (Peter Boomgaard, 1993: 80):

- a. Tindakan-tindakan karantina,
- b. Manajemen rumah sakit umum dan klinik rawat jalan,
- c. Merencanakan program kesehatan secara intensif,
- d. Penelitian obat dan nutrisi
- e. Pelatihan dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, vaksinator dan paramedis lainnya, serta
- f. Produksi vaksin
- g. Pengumpulan semua laporan statistik kesehatan di seluruh wilayah Indonesia.

Pada masa akhir pemerintahan Hindia Belanda struktur organisasi DVG sebagai berikut:

- Di tingkat pusat duduk seorang Kepala Dinas Kesehatan Rakyat yang dibantu oleh beberapa kepala bagian dan lembaga-lembaga khusus yang menangani bidang-bidang kesehatan berbeda seperti bagian sanitasi, karantina, pemberantasan malaria, pemberantasan sampar, propaganda, hygiene, instituit pasteur, dan lembaga pembuatan vaksin cacar, laboratorium pusat kesehatan, urusan pendidikan, rumah sakit umum pusat dan rumah-rumah sakit jiwa.
- Di setiap propinsi ditugaskan seorang Inspektur Kesehatan dengan dokter-dokter karesidenan yang mengepalari usaha-usaha pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten/kotapraja dengan pembantu-pembantunya. Pimpinan dari dinas-dinas ini terdiri dari orang-orang Belanda dengan beberapa pengecualian misalnya Inspektur Kesehatan yang berasal dari orang pribumi hanya terdapat dua orang saja yaitu Dr. Mangkoewinoto di Palembang dan Dr. Soesilo di Banjarmasin.

Sementara itu setelah dilakukan pemisahan pada tahun 1911, MGD kemudian dipimpin oleh seorang Inspektur Mayor Jenderal dan berpusat di Bandung. Dibawah komando dia terdapat 15 korps militer dan lebih kurang 150 pegawai kesehatan dibawahnya. Dinas ini mengorganisasi sejumlah rumah sakit militer modern dan sejumlah bangsal perawatan di setiap garnisun militer, sebuah labortaorium medis di Weltevreden, dan sebuah laboratorium kimia di Bandung. Hampir semua dokter yang bekerja di dinas ini dikirim langsung dari Belanda. Sebelum mereka bertugas secara resmi, mereka diharuskan untuk mengikuti kursus mengenai penyakit tropis dan hygiene selama 5 bulan di *Militair Hygienisch Instituut* di Weltevreden (Peverelli, 1936: 86).

Secara periodik, dinas ini melakukan kontrol internal terhadap kesehatan tentara Belanda terutama mengenai pemeriksaan dan vaksinasi penyakit cacing tambang dan cacar. Pada tahun 1915 MGD melakukan vaksinasi penyakit kolera dan tipus terhadap tentara Belanda. Kemudian pada tahun 1930 dilakukan hal

yang sama terhadap penyakit disentri dan penyakit tetanus-anatoxine pada tahun 1935 (Peverelli, 1936: 86).

Sementara itu dalam MGD pada tanggal 1 September 1922 juga dilakukan reorganisasi intern dengan tujuan semakin memperluas dan mengintensifkan pelayanan kesehatan kepada para anggota militer dalam rangka mendukung perang. Perluasan ini dengan jalan membentuk semacam seksi pelayanan kesehatan pada setiap tingkat batalion yang disebut dengan *hulpverbandplaatsen* (W. Van Der Veer, 1936: 209). Di dinas ini pada waktu itu terdiri 4 brigade di Jawa kemudian dihapus dan diganti dengan 2 divisi militer.

Seksi kesehatan, kesatuan per batalion, dilakukan reorganisasi dengan dibentuknya bagian *hulpverbandplaatsen*, pada waktu itu terdapat 4 seksi perawat (1 seksi per brigade) direorganisasi menjadi 2 *hoofdverbandplaatsafdelingen* (1 per divisi). Dari 2 *Hoofdverbandplaatsafdelingen* ini kemudian dilakukan pembagian kedalam 3 bagian *verbandplaatsafdelingen* tersebut. Pembagian ini menjadi 3 *verbandplaatsafdelingen* ini didasarkan pada jumlah resimen dari divisi yang bersangkutan (W. Van Der Veer, 1936: 210).

C. Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

Dalam ilmu kedokteran dan kesehatan masyarakat terdapat beberapa batasan mengenai arti dan makna rumah sakit antara lain (Azrul Azwar, 1996: 82-83):

1. Menurut *American Hospital Association*, rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan yang diderita oleh pasien.
2. Menurut *Association of Hospital Care*, rumah sakit adalah pusat pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran yang diselenggarakan.
3. Wolper dan Pena menyatakan bahwa yang dimaksud dengan rumah sakit adalah tempat orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan.

Seperti telah disinggung diatas bahwa pengobatan modern/Barat mulai dikenal di Indonesia ketika VOC (*Vereenigde Oost-Indische Compagnie*) mempekerjakan *surgeons* (ahli bedah) dalam aktivitas perdagangannya. *Surgeons* inilah yang mempraktekkan metode pengobatan Barat di seluruh wilayah yang menjadi monopoli perdagangannya, baik di darat maupun di kapal. Dilihat dari siapa yang dipekerjakan oleh VOC ini dapat kita simpulkan bahwa tidak ada tujuan tertentu VOC untuk memperkenalkan pengobatan modern ini, melainkan demi kepentingan militernya.

Praktek pelayanan kesehatan yang lebih “sistematis” terlaksana ketika VOC mendirikan sebuah rumah sakit di Batavia pada tanggal 1 Juli 1626 (D. Schoute, 1936: 28). Pembangunan rumah sakit pertama di Indonesia ini memungkinkan dilakukannya pengobatan medis *offshore* terhadap penderita. Namun sejauh itu hanya golongan tertentu saja (terutama kalangan militer) yang dapat menikmati atau menggunakan jasa rumah sakit ini. Selain itu fungsinya juga sebatas pada pencegahan semata.

Rumah sakit pertama yang didirikan di Batavia ini dibangun dengan menggunakan dinding bambu dan atapnya terbuat dari dedaunan yang kering. Perbaikan konstruksi dilakukan setelah penyerangan dan pengepungan kedua Batavia oleh pasukan Mataram yang dipimpin oleh Sultan Agung pada tahun 1629. Konflik antara VOC dengan Mataram dan juga Banten, serta perkembangan Batavia yang cepat menjadi sebuah pusat perdagangan kemudian memaksa VOC untuk membangun beberapa rumah sakit baru untuk kepentingan militernya. Pada tahun 1640 telah terdapat beberapa buah rumah sakit di Batavia baik yang terdapat di dalam atau diluar benteng (D. Schoute, 1936: 28).

Ketika sistem pengobatan modern ini diperkenalkan di Nusantara terjadilah interaksi antara dua masyarakat yang masing-masing mempunyai sistem pengobatan. Bahkan lebih dari itu, beberapa elit pribumi secara khusus menginginkan keberadaan ahli medis yang berasal dari barat ini. Hal itu dapat dilihat ketika pada tahun 1638, Sultan Banten tertarik pada pelayanan medis yang dibawa oleh VOC ini. Dia kemudian mengangkat seorang dokter ahli bedah Belanda dan dipekerjakan di istananya, bahkan lebih dari itu sultan memberinya hadiah seorang istri kepdanya.

Pada tahun 1669, pemerintah Kerajaan Sukadana mengajukan permintaan kepada pihak VOC seorang dokter ahli bedah untuk mengobati Ratu Agung. Demikian juga halnya dengan Susuhunan Mataram dan anak keduanya yang pernah dirawat oleh seorang ahli bedah VOC didekat pantai Tegal pada tahun 1677 (D. Schoute, 1936: 72). Sampai sekitar tahun 1800-an, pelayanan kesehatan modern masih merupakan kesempatan yang hanya dimiliki oleh golongan pribumi tertentu, terutama elit pemerintah lokal.

Meningkatnya aktivitas VOC di kepulauan Nusantara secara tidak langsung memaksa organisasi dagang ini membangun beberapa perkampungan-perkampungan bagi para pegawainya dan disamping itu juga sarana-sarana pelayanan kesehatannya. Oleh karena itu disamping rumah sakit tersebut VOC kemudian mendirikan dua rumah sakit lagi di kawasan Batavia yaitu rumah sakit militer di Bogor pada 1779 dan di Weltevreden pada 1800. Sementara itu di kota-kota dagang Jawa seperti di Surabaya, Semarang, Cirebon, dan Banten, VOC mendirikan semacam institusi yang dapat melakukan perawatan bagi orang sakit. Di luar Jawa (*buitenbezittingen*) pelayanan kesehatan lebih terbatas dengan kapasitas kurang dari 50 tempat tidur. Di Sumatera, khususnya Padang dan Palembang,

terdapat semacam pos-pos bagi pelayanan medis. Fenomena yang sama juga tampak di Makassar pada sekitar tahun 1715. Sementara di Maluku, tepatnya di Ambon pada tahun 1648 dan kemudian juga di Ternate pada 1711 didirikan sebuah rumah sakit (D. Schoute, 1936: 85-90). Walaupun tidak terdapat keterangan yang jelas, kemungkinan besar bangsal-bangsal perawatn militer juga terdapat pada dua garnisun VOC yang terletak di Menado dan Gorontalo.

Sementara rumah sakit sipil pertama yang didirikan adalah rumah sakit Cina di Batavia pada tahun 1640. Pendirian rumah sakit Cina ini, dan juga pada perkembangan selanjutnya, memang merupakan sebuah kebijakan dari VOC dan juga pemerintah Hindia Belanda yang berusaha menggiring mereka untuk mendirikan rumah sakit tersendiri. Namun akibat dari kebijakan ini ilmu kedokteran dan pengobatan tradisional Cina tidak terpengaruh oleh terapeetik dan farmakologis Barat (Laksono Trisnantoro, 2004: 5).

Pada pertengahan abad ke-18 fungsi rumah sakit sebagai sarana pencegahan penyebaran penyakit belum berubah. Pada tahun 1751 VOC kembali membangun sebuah rumah sakit di Batavia yang dinamakan Rumah Sakit Moorish (D. Schoute, 1936: 69). Tujuan pembangunan rumah sakit ini adalah untuk mendapatkan kontrol yang lebih baik terhadap para pelaut (pedagang) pribumi yang dilaporkan sakit ketika mereka tiba di Batavia. Sebelum mereka membaaur dalam masyarakat, para pedagang ini diharuskan untuk memeriksakan dirinya ke rumah sakit untuk mengetahui kemungkinan dirinya terinfeksi penyakit yang diakibatkan interaksi dengan orang luar.

Pada masa inilah untuk pertama kalinya dilakukan pengobatan terhadap penyakit dalam yang dipercayakan kepada *surgeon* pribumi. *Surgeon* pribumi ini direkrut dari masyarakat umum yang dididik di rumah sakit dalam benteng VOC ketika mereka melakukan pengobatan penyakit luar seperti luka tembak atau borok. Sebenarnya dalam rumah sakit di dalam benteng, mereka dipekerjakan sebagai pembantu *surgeon* Eropa. Jadi sebenarnya tidak ada pendidikan khusus *surgeon* bagi para *surgeon* pribumi yang ditugasi untuk melakukan pemeriksaan kesehatan terhadap para pelaut tersebut.

Kebijakan VOC untuk mendirikan sejumlah rumah sakit khususnya di Batavia tidak dapat dilepaskan dari fenomena tingginya angka mortalitas orang Eropa di kota itu⁴ Oleh karena itulah Gubernur Jenderal Mossel pada paruh kedua abad ke-18 melakukan beberapa tindakan untuk memperbaiki lingkungan ke-

⁴ Oud Batavia, pusat pemerintahan VOC atau benteng Batavia terletak di tepi timur sungai Ciliwung, yang dibangun di atas tanah bekas rawa-rawa menebarkan angin busuk serta menimbulkan banyak penyakit terutama penyakit malaria dan kolera. Akibat dari lingkungan hidup yang buruk serta belum ditemukannya obat yang mampu mengobati penyakit tersebut menyebabkan tingginya angka kematian di kota Batavia, khususnya di kalangan masyarakat Belanda dan Eropa, bahkan kota Batavia mendapat julukan sebagai makam bagi orang-orang Eropa.

sehatan di kota itu. Namun minimnya pengalaman mereka dalam menangani permasalahan kesehatan pada iklim tropis menyebabkan tindakan-tindakan mereka itu banyak yang berakhir dengan kegagalan.

Pada abad ke-19, pengaruh kebijakan Daendels yang berorientasi terhadap pelayanan kesehatan militer, juga berpengaruh terhadap perkembangan rumah sakit. Wilayah pulau Jawa ini kemudian dibagi menjadi 3 bagian yaitu Jawa Barat, Tengah, dan Timur dengan Batavia, Semarang, dan Surabaya sebagai ibu kotanya. Di setiap ibu kota tersebut terdapat satu rumah sakit besar dengan seorang *Chief Surgeon* sebagai pemimpinnya (D. Schoute, 1936: 100). Konsep rumah sakit dibawah kekuasaan Daendels ini merupakan gabungan dua konsep rumah sakit yaitu rumah sakit yang dipahami oleh VOC dan konsep rumah sakit yang lebih modern seperti dirumuskan oleh Brugmans. Kombinasi antara keduanya kemudian menghasilkan sebuah konsepsi rumah sakit yang diidealkan pada waktu itu.

Brugmans yang mempunyai perhatian khusus mengenai sanitasi dan hygiene kemudian membuat kebijakan terutama yang berhubungan dengan konstruksi rumah sakit. Konstruksi sebuah rumah sakit disyaratkan harus memenuhi beberapa ketentuan standar kesehatan seperti harus banyak mendapatkan cahaya matahari, ventilasi udara yang bagus, terdapat jarak atau ruang yang cukup diantara tempat tidur (terutama *single bed*). Sementara dari konsep VOC bahwa rumah sakit harus menyediakan tempat khusus untuk mengisolasi pasien yang menderita penyakit menular. Hal lain yang disyaratkan adalah bahwa setiap kasus penyakit dokter militer diharuskan mendokumentasikannya dalam daftar yang detil dan harus selalu dilakukan *up-to-date* dari waktu ke waktu (A.H.M. Kerkhoff, 1989: 11).

Pengambilalihan kendali kekuasaan dari VOC kepada pemerintah Belanda pada tahun 1800 ini juga mewariskan kondisi keuangan negara yang kritis. Demikian juga halnya yang terjadi pada pelayanan kesehatan, oleh karena itulah secara institusional rumah sakit tetap dipertahankan keberadaannya namun dengan kondisi manajemen yang sangat lemah, selain disebabkan oleh dana yang minim juga diakibatkan oleh suplai obat-obatan dan keperluan medis yang kurang serta tidak terkecuali mengenai paramedis didalamnya. Bahkan fenomena yang banyak terjadi di beberapa rumah sakit, untuk menanggulangi kekurangan tenaga medis ini, para pasien yang telah sembuh dari penyakitnya dipekerjakan sebagai juru rawat di rumah sakit setempat (D. Schoute, 1936: 140).

Orientasi kebijakan Daendels dibidang kesehatan yang lebih mementingkan militer itu kemudian mengakibatkan dia membuat peraturan yang membagi 2 macam kelas dalam rumah sakit. Kelas pertama (*the first class*) adalah diperuntukkan sebagai rumah sakit militer yang hanya merawat para tentara dan pelaut, orang sipil hanya diterima di tempat ini jika dia mampu membayar akomodasi yang ditentukan. Sementara kelas kedua (*the second class*) menerima pa-

sien orang Eropa dan pribumi pada rumah sakit yang sama hanya tempatnya dipisahkan dengan kelas pertama.

Mengenai 3 rumah sakit besar di Jawa, dengan alasan bahwa tempat yang dijadikan sebagai bangunan rumah sakit di Batavia tidak sehat, maka pada tanggal 4 April 1808, Daendels memindahkan rumah sakit tersebut keluar benteng. Untuk rumah sakit besar Semarang hanya diperluas dan diperbaiki bangunannya. Sementara rumah sakit di Surabaya yang letaknya didalam kota terlalu kecil maka Daendels kemudian membangun sebuah rumah sakit baru yang terletak di daerah Simpang. Disamping ketiga rumah sakit besar tersebut, Daendels kemudian juga tetap memelihara atau membangun sebuah rumah sakit di setiap garnisun militernya. Beberapa garnisun militer kota yang memiliki rumah sakit kecil antara lain Gresik, Yogyakarta, Surakarta, Cirebon dan Bogor (D. Schoute, 1937: 101). Lebih dari itu disetiap detasemen terdapat dibangun sebuah bangsal perawatan untuk para tentara.

Sementara itu perhatian Daendels terhadap rumah sakit Cina di Batavia cukup baik karena menurut Daendels mereka tidak pernah menimbulkan banyak masalah meskipun dia tidak memberikan bantuan keuangan terhadap institusi tersebut. Seluruh biaya yang diperlukan oleh rumah sakit Cina di Batavia sejak dari pendirian, pemeliharaan dan pelayanan kesehatannya diperoleh dari kalangan masyarakat Cina melalui pajak festival, pemakaman, permainan, dan denda. Ketika terjadi pergantian dari Daendels ke Raffles maka kebijakan mengenai rumah sakit juga berubah. Seperti dalam bidang organisasi pelayanan kesehatan, antara Daendels dan Raffles mempunyai orientasi kebijakan yang berlawanan dalam hal ini. Jika Daendels mempunyai Brugmans dan Happener yang bertugas sebagai konseptor dalam pelayanan kesehatan di Hindia Belanda, maka Raffles mempunyai William Hunter dan Robertson untuk menangani bidang tersebut.

Untuk mengetahui kondisi kesehatan dan fasilitasnya yang sebenarnya di Pulau Jawa dan Madura Hunter kemudian melakukan perjalanan keliling ke dua pulau tersebut. Mengenai rumah sakit besar yang ada di Batavia dia menyatakan bahwa sebagai rumah sakit milik negara kondisi lembaga tersebut sangat terabaikan. Hal tersebut disebabkan tidak adanya perhatian yang memadai ditengah-tengah waktu yang penuh dengan ketegangan, perang dan terlalu banyaknya pekerjaan pelayanan kesehatan yang harus dilakukannya. Dalam inspeksinya tersebut, di beberapa rumah sakit diluar benteng dia menemukan sebanyak 600 tempat tidur yang menurut dia sudah cukup dalam kondisi waktu yang biasa, namun untuk menerima orang sakit dan tentara yang terluka tembak akibat pertempuran yang terjadi pada tanggal 12, 13 dan 26 Agustus 1812 jumlah itu tidak mencukupi karena jumlah pasien Eropa saja diatas 800 orang (D. Schoute, 1937: 104).

Berbeda dengan Daendels yang tidak memberi bantuan terhadap rumah sakit Cina di Batavia, melihat kondisi fisik rumah sakit itu yang atapnya bocor, sejumlah jendela kacanya pecah, saluran airnya tersumbat, lantainya yang basah

dan kotor. Maka Raffles kemudian berencana untuk melakukan renovasi total rumah sakit tersebut namun karena terhambat masalah dana dia kemudian hanya melakukan beberapa perbaikan pada kondisi-kondisi yang sudah para diatas sehingga pelayanan rumah sakit ini dapat tetap berlangsung bahkan lebih baik.

Seiring dengan pembentukan BGD yang dipelopori oleh Reinwardt, pelayanan rumah sakit terhadap masyarakat umum menunjukkan beberapa peningkatan. Pada waktu itu di Batavia banyak ditemukan orang sipil yang sakit akibat luka tembak dan tidak mendapatkan perawatan apapun. Dengan dasar fakta itu maka Redisen Batavia P.H. van Lawick van Pabst menganggarkan dana sebesar f 1000 untuk mendirikan sebuah bangsal perawatan yang bisa memuat 15 orang sakit akibat luka tembak dari kalangan sipil (D. Schoute, 1937: 116).

Bangsral ini kemudian ditempatkan dibawah administrasi dokter kota-praja dengan beberapa staf pribumi. Bangsral perawatan ini jugalah yang kemudian pada perkembangan selanjutnya berkembang menjadi apa yang disebut sebagai *stadsverbandhuis* atau tempat perawatan luka tembak kota praja. Bangsral ini sempat berubah nama menjadi *stadverband* pada tahun 1819. Sementara *stadsverband* di Semarang baru didirikan antara tahun 1840 dan 1850 dan di Surabaya antara tahun 1820 dan 1823. Bangsral-bangsral perawatan inilah yang pada abad ke-20 kemudian menjadi cikal bakal dari apa yang disebut sebagai *Centrale Burgelijke Zikeninrichting* (CBZ) atau Rumah Sakit Umum Pusat.⁵

Ketika perang terjadi rumah sakit selalu disibukkan dengan pekerjaan ekstra karena banyaknya korban yang diakibatkan oleh luka tembak. Begitu juga ketika terjadi Perang Jawa (*Java Oorlog*) pada tahun 1825-1830. Selain harus melakukan perawatan regulér terhadap pasien akibat penyakit, pada kurun waktu itu rumah sakit di Jawa terutama di bagian tengah mempunyai pekerjaan ekstra. Pada bulan Februari 1827 sebanyak 2000 orang Eropa harus masuk ke rumah sakit karena terserang penyakit tropis dan terluka akibat perang tersebut. Kemudian pada bulan April 1828 15 orang pejabat, 5075 orang Eropa dan 249 prajurit pribumi harus dirawat di beberapa rumah sakit di Jawa. Diantara korban perang tersebut, 63 diantaranya adalah para medis baik yang bekerja di MGD ataupun BGD (D. Schoute, 1936: 130).

Dimulainya pendidikan Dokter Djawa pada pertengahan abad ini harus diakui semakin meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat umum. Walaupun kedudukan mereka berada dibawah dokter Eropa namun mereka inilah (dengan dibantu para mantri kesehatan) yang kemudian menjadi agen terhadap pemberantasan penyakit pada tingkat desa-desa di Jawa. Selama periode 1850-1880, rumah sakit militer di Hindia Belanda di bagi menjadi 3 kelompok dan beberapa kelas. Pembagian ini didasarkan pada jumlah rata-rata pasien

⁵ Ketiga rumah sakit ini sekarang masing-masing menjadi RS Cipto Mangunkusumo di Salemba, Jakarta, RS Dr. Karyadi Semarang, dan RS Dr. Soetomo Surabaya.

setiap hari di rumah sakit tersebut. Menurut pembagian tersebut rumah sakit militer di Batavia, Surabaya, dan Semarang merupakan rumah sakit militer kelompok pertama dengan jumlah rata-rata pasien setiap hari masing-masing sebanyak 743, 434, dan 424 pasien. Rumah sakit militer Batavia dalam kelompok ini merupakan kelas 1 sementara rumah sakit militer Semarang dan Surabaya adalah kelas 2.

Rumah sakit garnisun yang tersebar di seluruh wilayah Hindia Belanda merupakan rumah sakit militer kelompok kedua. Pada kelompok 2 ini terdapat 3 kelas rumah sakit berdasarkan jumlah rata-rata pasien setiap hari. Pada kelompok kedua ini terdapat 34 rumah sakit garnisun dengan jumlah rata-rata pasien setiap hari terendah 21 orang (di RS Garnisun Martapura) dan tertinggi mencapai 160 orang (di Plantungan). Sementara kelompok ketiga merupakan rumah/bangsral pengobatan yang biasanya terletak didalam benteng dengan maksimal jumlah rata-rata pasien setiap hari paling tinggi 20 pasien (di Siak) dan minimal 3 pasien (terjadi di beberapa tempat) (D. Schoute, 1936: 1159). Pada kelompok ketiga ini terdapat 4 kelas. Di seluruh wilayah Hindia Belanda, rumah sakit militer pada kurun waktu itu jumlah pasien rata-rata setiap tahunnya mencapai 4000 pasien, baik akibat penyakit ataupun korban perang, yang didistribusikan mencakup 80 rumah sakit. (Lebih lanjut lihat tabel 1).

Sementara dari segi fisik bangunan, pada periode ini terdapat perbaikan dengan adanya pembangunan rumah sakit militer dengan menggunakan sistem paviliun. Selain hanya menggunakan satu tingkat bangunan rumah sakit ini juga dihubungkan dengan koridor yang beratap antara bangunan satu dengan bangunan yang lain. Rumah sakit ini juga dilengkapi dengan taman yang luas. Kondisi yang tergambar diatas merupakan hasil dari renovasi yang dilakukan pada rumah sakit garnisun di Malang. Namun kondisi bangunan rumah sakit militer yang lebih modern baik dari segi pertimbangan kesehatan bangunan maupun fasilitasnya adalah terdapat di rumah sakit militer Weltevreden, Semarang, dan Surabaya.

Untuk mengurangi beban yang harus dilakukan rumah sakit militer di Batavia kemudian dibangun rumah sakit militer kedua di kota tersebut diluar rumah sakit garnisun dan bangsal pengobatan militer yang terletak di dekat Meester Cornelis. Sementara untuk memperluas jangkauannya pengawasan kemudian dibangun semacam *health resort* untuk ketiga kota besar Jawa. Di Semarang dibangun di Unarang setelah tahun 1849. Sementara untuk Surabaya tempat yang sama dibangun di dekat Malang pada tahun 1853 dan untuk Batavia *health resort*-nya dibangun di Kampung Makassar pada tahun 1869 (D. Schoute, 1936: 162).

Walaupun sudah ada beberapa perbaikan dalam pelayanan medis untuk masyarakat umum namun jika dibandingkan dengan pelayanan medis militer masih dibawah standarnya, meskipun itu adalah rumah sakit umum pusat yang terdapat di tiga kota besar Jawa. Selain respek yang kurang dari masyarakat sen-

diri, pada beberapa hal juga terdapat ketidakcocokan dalam tindakan tenaga kesehatan yang menyebabkan terhambatnya upaya perluasan pelayanan medis untuk masyarakat sipil. Selain itu tidak cukupnya otoritas untuk mengorganisasi pelayanan ini pada tingkat kotapraja juga menjadi faktor permasalahan diatas.

Tabel 1
Jumlah rata-rata Pasien setiap hari
pada Rumah Sakit Militer di Jawa Tahun 1867

Jenis RS Militer	Kelas	Lokasi	Jumlah rata-rata pasien/hari
RS Militer Besar	1	Weltevreden	743
	2	Surabaya	434
	2	Semarang	424
RS Garnisun	1	Pelantungan	160
	1	Cilacap	141
	1	Surakarta	106
	2	Salatiga	96
	2	Unarang	86
	2	Willem I	82
	2	Yogyakarta	59
	2	Ngawi	59
	2	Magelang	54
	2	Kedung Kebo	53
	2	Malang	52
	3	Gombong	43
	3	Onrust	36
	3	Serang	25
Bangsal Pengobatan	1	Bogor	19
	2	Klaten	12
	3	Anyer	8
	3	Bancalangi	8
	3	Palimanan	5
	4	Kediri	4
	4	Besuki	4
	4	Banyuwangi	4

Sumber: D. Schoute, *De Geneeskundige in Nedeerlandsch-Indie gedurende de negentiende eeuw*, (Batavia: G.Kolff & Co., 1936), hlm. 278-279.

Seperti telah disinggung diatas, bahwa sebenarnya apa yang disebut sebagai rumah sakit sipil (*stadverbandhuis*) untuk dekade ini tidak lebih dari sebuah rumah yang diperuntukkan sebagai tempat membalut orang-orang sipil

yang terluka tembak. Sebelum didirikan *stadverband* ini orang-orang sipil yang terluka ini banyak ditemukan disepanjang jalan dikota-kota tersebut. Selain untuk merawat orang sipil yang terluka akibat perang, sesungguhnya *stadsverband* juga menerima para pelacur yang terinfeksi penyakit kelamin. Dalam konteks ini apa yang dikemukakan oleh Michel Foucault bahwa rumah sakit merupakan penjara bagi orang-orang gila adalah sebuah fakta yang tidak terbantahkan. Bagi pemerintah Hindia Belanda, semua orang pribumi yang diperkirakan atau diyakini mengidap penyakit menular yang dapat membahayakan diri mereka dan komunitasnya maka tidak ada kebijakan lain kecuali “memenjarakan” mereka dalam *stadsverband*.

Tabel 2
Jumlah orang sakit yang dirawat
oleh Dokter Kotapraja di Batavia pada tahun 1837

Institusi/pasien	Pada 1 Januari	Pasien baru	Pasien sembuh	Meninggal	Pada 31 Desember
RS Cina	174	287	154	146	161
Penjara	7	275	138	31	13
Rumah Miskin	3	94	90	2	5
Tempat orang Hukuman	22	385	291	60	56
Stadverband	11	302	237	52	24
Orang Miskin	6	41	35	6	6

Sumber: D. Schoute, *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three Centuries of Netherlands Settlement (1600-1900)*, (Batavia: G. Kolff & Co., 1937), hlm 163.

Semua pasien tersebut “dibawa” oleh para polisi masuk ke *stadsverbandhuis*. Perawatan semua pasien di *stadverbadhuis* ini dipercayakan kepada dokter BGD. Dokter tersebut juga merawat para pelacur yang mengidap penyakit kelamin namun ditempatkan pada bangunan khusus didalam rumah sakit tersebut. Sementara perawatan terhadap penyakit orang-orang hukuman (yang dirantai), baik dalam penjara maupun rumah yatim piatu⁶ juga merupakan wewe-

⁶ Rumah Yatim Piatu ini didirikan oleh gereja dengan alasan untuk merawat anak-anak ditinggalkan orang Eropa dengan para *nyai*. Ketika orang-orang Eropa pulang ke Belanda atau pindah ke tempat yang jauh maka anak-anak tersebut ditinggal begitu saja dan mereka minta kepada gereja untuk membaptisnya dengan harapan ketika ditinggalkan gereja yang akan merawatnya. Rumah Yatim Piatu yang pertama didirikan di Semarang pada tahun 1809, kemudian Batavia 1856, Surabaya 1862. Periode berikutnya berturut-turut dibuka di Bogor, Magelang, Malang, dan Madiun. Lihat Soegijanto Padmo, *Bunga Rampai Sejarah Sosial-Ekonomi Indonesia*, (Yogyakarta: Aditya Media, 2004), hlm. 27.



nang dari dokter pemerintah kotapraja. Mengenai jumlah pasien orang sipil yang dirawat di beberapa tempat pengobatan di Batavia, Semarang dan Surabaya dapat dilihat pada tabel 2,3, dan 4.

Fenomena baru dari perkembangan rumah sakit ini mulai terlihat sejak pertengahan abad ke-19 dan kemudian berkembang pesat pada abad ke-20 adalah ketika golongan missionaris dan zending mendirikan beberapa rumah sakit swasta sebagai media penyebaran agamanya. Selain itu para pengusaha perkebunan dan pertambangan juga mendirikan beberapa rumah sakit dalam areal perusahaannya untuk memelihara kesehatan para pekerjanya. Sementara pelayanan rumah sakit swasta (perkebunan dan pertambangan) secara tidak langsung lebih didasari oleh kepentingan ekonomi disamping juga termotivasi oleh ideologi kemanusiaan. Dalam artian bahwa dengan memberikan pengobatan yang efektif diharapkan bahwa penderita penyakit akan dapat kembali melaksanakan tugas-tugasnya secepat mungkin.

Tabel 3
Jumlah orang sakit yang dirawat
oleh Dokter Kotapraja di Semarang pada tahun 1839

Institusi/pasien	Pasien dirawat	Pasien sembuh	Meninggal
Panti Jompo	100	92	8
Rumah Yatim Piatu Protestan	225	216	9
Rumah Yatim Piatu Katholik	290	275	15
Penjara didalam benteng	155	149	6
Penjara diluar benteng	760	638	79

Sumber: D. Schoute, *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three Centuries of Netherlands Settlement (1600-1900)*, (Batavia: G. Kolff & Co., 1937), hlm 163.

Fenomena ini jelas sangat terlihat dari maksud pendirian rumah sakit di perkebunan. Para pengusaha perkebunan berharap para buruh perkebunan dapat bekerja lebih keras dan meningkatkan produktivitas dengan jalan mendirikan rumah sakit sebagai sarana untuk menjaga dan memelihara kesehatan para buruhnya. Jadi pendirian rumah sakit merupakan investasi yang diharapkan kembali dengan peningkatan produktivitas para buruh. Walaupun disamping itu pasien juga masih diharuskan untuk membayar ongkos pengobatan dengan jalan pemotongan gaji mereka (D. Schoute, 1937: 35).

Tidak semua pekerja atau buruh perkebunan yang sakit bisa mendapatkan pelayanan kesehatan dari rumah sakit ini, melainkan dia harus mendapatkan

rekomendasi *landswege* terlebih dahulu. Pada awal abad ke-20, ongkos perawatan per hari yang harus dibayar oleh seorang buruh untuk mendapatkan pengobatan dengan injeksi adalah *f* 1,50, dan *f* 1,00 tanpa injeksi. Pertimbangan untung-rugi selalu dijadikan dasar pemikiran bagi pemilik perusahaan dalam mengambil kebijakan mengenai kesehatan para pekerjanya ini. Selain pemotongan ongkos pengobatan atas gaji mereka, makanan yang didapat buruh yang sedang dirawat di rumah sakit juga dianggap sebagai hutang yang harus dibayar pada saat mereka menerima gaji. Pada tindakan yang ekstrim, pemilik perusahaan tidak segan-segan memulangkan para buruh atau kuli yang sudah dikontrak jika diindikasikan mereka mengidap penyakit yang menyebabkan produktifitasnya rendah. Menurut pandangan para pengusaha, para buruh tersebut hanya akan membuat pengeluaran besar untuk biaya perawatan mereka di rumah sakit (Isti Yunaida, 1999)

Sementara munculnya rumah sakit keagamaan, terutama zending, tidak dapat dilepaskan dari jaringan zending yang ada di negeri Belanda. Terdapat 3 rumah sakit zending di Jawa yang menjadi pioner berkembangnya rumah sakit jenis ini pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20. Rumah sakit pertama adalah *Het Zendingziekenhuis Petronella* di Yogyakarta dan kedua adalah *Het Zendingziekenhuis Mojowarno* di Jombang dan yang ketiga adalah *Het Zendingziekenhuis Immanuel* di Bandung. Rumah sakit pertama diprakarsai oleh dr. J.C. Scheurer, yang kedua oleh dr. Bervoets dan ketiga oleh Zending Alkema dan Iken. Kedua rumah sakit ini kemudian menciptakan jaringan pelayanan kesehatan zending dengan membentuk rumah-rumah sakit pembantu dan poliklinik masing-masing di wilayah Yogyakarta dan Jawa Tengah, Jawa Timur serta Jawa Barat (Sugiarti Siswadi, 1989: 78-100; D. Heijman, 1928; J.E. Siregar, 1978: 175-201).

Tabel 4
Jumlah orang sakit yang dirawat
oleh Dokter Kotapraja di Surabaya pada tahun 1844

Institusi/pasien	Pasien dirawat	Pasien sembuh	Meninggal	Dalam Perawatan
Penjara didalam & diluar benteng	186	137	32	14
Tempat orang Hukuman	402	318	42	42
Stadverband	58	40	10	8
RS Wanita	379	332	1	40
Polisi	3	3	-	-

Sumber: D. Schoute, *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three Centuries of Netherlands Settlement (1600-1900)*, (Batavia: G. Kolff & Co., 1937), hlm 163.

Rumah sakit zending ini membawa perbedaan dalam pelayanan kesehatan terhadap masyarakat sipil. Menurut Groot, dengan dasar tujuan diatas, rumah sakit zending merupakan rumah sakit yang terbuka dan tidak mengenal perbedaan-perbedaan yang sebelumnya justru menjadi dasar klasifikasi yang dilakukan oleh pemerintah Hindia Belanda. Maka rumah sakit ini menerima pasien dari semua golongan dalam masyarakat Islam atau Kristen, Animis atau Budhis, orang Timur atau Barat dan Jawa ataupun Cina (K.P. Groot, 1936: 237)

Selain zending Protestan, missionaris Katholik kemudian juga membangun rumah sakit dengan tujuan yang sama. Bahkan pada perkembangan selanjutnya organisasi sosial-keagamaan Muhammadiyah juga mendirikan rumah sakit dalam bentuk Pelayanan Kesehatan Umum (PKU) di Yogyakarta dan memberikan pelayanan rumah sakit untuk penduduk pribumi (Laksono Trisnantoro, 2004: 5). Sementara itu rumah sakit khusus yang menangani satu macam penyakit saja juga merupakan fenomena baru dari perkembangan institusi ini pada awal abad ke-20.

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
Vaksinator	411	390	394	395
Calon Vaksinator	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 GTNI 1936*, hlm. 188.

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 (SBNI 1907 No. 276)

Dari semua jenis rumah sakit pada awal abad ke-20 ini secara kuantitas mengalami penambahan yang signifikan. Pada tahun 1910 di seluruh wilayah Hindia Belanda terdapat 22 rumah sakit militer, kemudian 163 rumah sakit milik pemerintah dan 78 rumah sakit milik swasta. Pada tahun 1922 sudah terdapat 61 rumah sakit militer, 118 rumah sakit negara (*Burgelijke dan Centrale Burgelijke Ziekeninrichtingen*), 91 rumah sakit pemerintah yang mendapat subsidi dan 184 rumah sakit pemerintah yang tidak mendapatkan subsidi. Sementara itu pada tahun 1934 fasilitas kesehatan yang menjadi tanggung jawab pemerintah pusat (DVG) melingkupi:

- a. 3 rumah sakit umum pusat (*Centrale Burgerlijke Ziekeninrichtingen*) dengan kapasitas sebanyak 2641 tempat tidur;
- b. 61 rumah sakit sipil (*Burgerlijke Ziekeninrichtingen*) dengan kapasitas 3509 tempat tidur;
- c. 2 tempat perawatan penderita lepra (*Leprozerien*) dengan kapasitas 332 tempat tidur;
- d. Sebuah tempat perawatan penderitanya penyakit mata (*Ooglijdersgestich*) dengan kapasitas 166 tempat tidur;
- e. 4 rumah sakit jiwa (*Krankzinningengestichten*) dengan kapasitas 7937 tempat tidur;
- f. 11 tempat sementara untuk perawatan penderita penyakit jiwa dengan kapasitas 1361 tempat tidur;

Sementara fasilitas kesehatan yang menjadi tanggung jawab pemerintah tingkat propinsi meliputi:

- a. 7 rumah sakit umum dengan kapasitas 1128 tempat tidur;
- b. 8 rumah sakit kotapraja yang mendapatkan subsidi dengan kapasitas 948 tempat tidur dan sebuah rumah sakit jenis yang sama tetapi tidak mendapatkan subsidi dengan kapasitas 15 tempat tidur;

Pada daerah otonom fasilitas kesehatan yang menjadi tanggung jawabnya meliputi 57 rumah sakit umum dengan kapasitas 1642 tempat tidur dan 23 tempat perawatan penderita penyakit lepra dengan kapasitas 1225 tempat tidur, keduanya tidak mendapatkan subsidi.

Untuk fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh swasta meliputi:

- a. 89 rumah sakit swasta yang mendapatkan subsidi (*Particuliere Gesubsidieerde Ziekeninrichtingen*) dengan kapasitas 6347 tempat tidur;
- b. 15 tempat perawatan penderita lepra dengan kapasitas 2439 tempat tidur;
- c. 3 tempat perawatan penderita penyakit mata dengan kapasitas 358 tempat tidur;
- d. 4 sanatorium penderita paru-paru dengan kapasitas 269 tempat tidur.

Sementara terdapat 35 rumah sakit yang dimiliki oleh perusahaan dengan kapasitas 5154 tempat tidur. Kemudian sebanyak 175 rumah sakit swasta yang lain dengan kapasitas 17615 tempat tidur (Peverelli, 1947: 194).

D. Penutup

Dalam bidang pelayanan kesehatan masyarakat terjadi perubahan kebijakan pemerintah kolonial yang signifikan antara abad ke-19 dan awal abad ke-20. Pada abad ke-19 selain pelayanan kesehatan masih diprioritaskan kepada golongan militer juga masih terdapat ketidakmampuan pemerintah—sebagai penanggungjawab kesehatan masyarakat—dalam melakukan tindakan baik yang bersifat preventif maupun kuratif. Hal ini kemudian mengakibatkan tingkat kematian yang tinggi dikalangan penduduk pribumi di Jawa. Sebenarnya fenomena historis ini tetap berlanjut pada awal abad ke-20 khususnya ketika terjadi kasus-kasus luar biasa seperti epidemi Pes dan Influenza yang memakan banyak korban di hampir semua wilayah di Jawa.

Tinggak peningkatan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat pribumi terjadi ketika dilakukan pemisahan antara pelayanan kesehatan terhadap militer dan sipil yang terjadi pada tahun 1911. Selain itu reorganisasi Dinas Kesehatan Rakyat pada tahun 1925 telah menjadikan institusi ini menjadi lebih independen dan mempunyai kewenangan yang lebih luas dalam melakukan penanganan kesehatan rakyat.

Maraknya perkembangan rumah sakit pada periode tahun 1920-an kemudian mengubah pola penanganan kesehatan terhadap masyarakat. Pada periode ini pemerintah kemudian menyerahkan penanganan pelayanan kesehatan kuratif kepada rumah sakit-rumah sakit tersebut dan pemerintah kolonial berkonsentrasi terhadap pelayanan preventif dan pemberantasan penyakit dalam kapasitas yang besar. Maraknya perkembangan rumah sakit pada periode ini tidak dapat dilepaskan dari pihak swasta dan kebijakan subsidi kesehatan kepada pihak rumah sakit. Tujuan utama dari pemberian subsidi ini adalah pemerataan dan perluasan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat luas dan kemudian masyarakat miskin.

DAFTAR PUSTAKA

- Abeyasekere, Susan, 1986 "Health as a Nationalist Issue in Colonial Indonesia" dalam David P. Chandler and M.C. Ricklefs, *Nineteenth and Twentieth Century Indonesia*. Victoria: Southeast Asian Studies, Monash University.
- Azrul Azwar. 1996. *Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Beaglehole, R. et.al., 1997. *Dasar-dasar Epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Boomgaard, Peter, 1993. "The Development of Colonial Health Care in Java: An exploitative introduction" dalam *Bijdragen tot de Taal, Land en Volkenkunde*.
- Breman. J.C, 1971. *Djawa: Pertumbuhan Penduduk dan Struktur Demografis*. Djakarta: Bhratara.
- Departement van Binnenlandsch Bestuur, 1919. *Handeling van Landsche Bestuursambtenaren; Epidemi - Ordonantie en Untsmetingreglement*. Weltevreden: Landsdukkerij.
- Der Veer, W. Van. "De Militaire Geneeskundige Dienst van 1911-1935" dalam *Feestbundel Geneeskundige Tijdschrift voor Nederlansch-Indie 1936*.
- Groot. K.P. "De Medische Zending in Nederlansch-Indie" dalam *Feestbundel Geneeskundige Tijdschrift voor Nederlansch-Indie 1936*.
- Heijman, D, 1928. "De Medische Zending op Oost-Java" dalam Majalah *Onze Ziekenhuisbode*.
- Isti Yunaida, 1999. "Penyakit-penyakit yang menyerang Kuli-kuli perkebunan di Sumatera Timur (1931-1938), skripsi S-1, tidak diterbitkan, Fakultas Sastra UGM.
- Kerkhoff, A.H.M., 1989. "The Organization of the Military and Civil Medical Service in the Nineteenth Century", dalam A.M. Luyendijk-Elshout, *Dutch Medicine in the Malaya Archipelago 1816-1942*. Amsterdam: Rodopi.

- Laksono Trisnantoro, 2004. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Peverelli, P. "De Ontplooing vand den Burgelijken Geneeskundigen Dienst" dalam *Feestbundel Geneeskundige Tijdschrift voor Nederlansch-Indie 1936*.
- _____, 1947. *De Zorg voor de Volksgezondheid in Nederlandsch-Indie*. 'S-Gravenhage: W. Van Hoeve.
- Satrio et al, 1978. *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia Jilid I*. Jakarta: Depkes RI.
- Schoute. D, 1936. *De Geneeskundige in Nederlandsch Indie gedurende de negentiende eeuw*. Weltevreden, DVG.
- _____, 1937. *Occidental Therapeutics in the Netherlands East Indies During three Centuries of Netherlands Settlement (1600-1900)*. The Hague: Netherlands Indian Public Health Service.
- Scortiono, Rosalia, 1999. *Menuju Kesehatan Madani*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Soegijanto Padmo, 2004. *Bunga Rampai Sejarah Sosial-Ekonomi Indonesia*. Yogyakarta: Aditya Media.
- Sugiarti Siswadi, 1989. *Rumah Sakit Bethesda: dari masa ke masa*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Tesch. J.W, 1941. "De Ontwikkeling van de Zorg voor de Volksgezondheid in Nederlandsch-Oost-Indie" dalam *Kolonial Studien*.
- Twaddle Andrew C. & Richard M. Hessler, 1987. *A Sociology of Health*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Wertheim, W.F. 1999. *Masyarakat Indonesia dalam Transisi: studi perubahan sosial*, Yogyakarta: Tiara Wacana.
- Widjodjo Nitisastro.1970. *Population Trend in Indonesia*, Ithaca: Cornell University Press.