

Dekolonialisasi Sistem Kesehatan Nasional Indonesia, 1945-1960

Baha Uddin

Departemen Sejarah, Fakultas Ilmu Budaya, Universitas Gadjah Mada
Jl. Sosiohumaniora Bulaksumur, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta - Indonesia

Penulis korespondensi: bahauddin@ugm.ac.id
DOI: <https://doi.org/10.14710/jscl.v10i2.79592>

Diterima/ *Received*: 24 November 2025; Direvisi/ *Revised*: 27 Januari 2026; Disetujui/ *Accepted*: 28 Januari 2026

Abstract

This article is motivated by the limited research examining the transformation of the Indonesian medical profession, especially in the early period of Indonesian independence. The position of Indonesian doctors during that period was very important, both nationally and in the development of the national health system. Therefore, the main issue of this study is the dynamics of the decolonization of the Indonesian national health system in the early period of independence. This study aims to contribute to the historiography of health history in Indonesia during the early period of independence. The method used is the historical method with several stages, namely heuristics, verification, interpretation, and historiography. During this period, there was a need to form a new identity as an independent nation. Therefore, decolonization was carried out, covering institutions, educational institutions, medical professional organizations, and the health system. This process was hampered by the revolution (1945-1949) and only began in the 1950s. Indonesian doctors played a central role in this decolonization process. They were able to transform the discriminatory, racist, and curative colonial health system into a holistic national health system oriented toward improving the quality of health for the Indonesian people.

Keywords: *Decolonisation; Indonesian Doctors; Health System; Transformation.*

Abstrak

Artikel ini dilatarbelakangi oleh masih terbatasnya penelitian yang mengkaji mengenai transformasi profesi dokter Indonesia terutama pada awal kemerdekaan Indonesia. Posisi dokter Indonesia pada periode itu sangat penting baik kebangsaan maupun dalam pembangunan sistem kesehatan nasional. Oleh karenanya, permasalahan utama kajian ini adalah mengenai dinamika dekolonialisasi sistem kesehatan nasional Indonesia pada awal kemerdekaan. Kajian ini bertujuan memberi kontribusi terhadap historiografi sejarah kesehatan di Indonesia pada masa awal kemerdekaan. Metode yang digunakan adalah metode sejarah dengan beberapa tahapan, yaitu, heuristik, verifikasi, interpretasi, dan historiografi. Pada periode ini terdapat kebutuhan untuk membentuk identitas baru sebagai bangsa yang merdeka. Oleh karena itu dilakukan dekolonialisasi yang meliputi kelembagaan, lembaga pendidikan, organisasi profesi dokter, dan sistem kesehatan. Proses ini sempat terhambat karena terjadinya revolusi (1945-1949), dan baru berjalan pada 1950an. Dokter Indonesia menempati posisi sentral dalam proses dekolonialisasi ini. Mereka mampu melakukan transformasi sistem kesehatan kolonial yang diskriminatif, rasialis dan kuratif menjadi sistem kesehatan nasional yang holistik dan berorientasi pada peningkatan mutu kesehatan rakyat Indonesia.

Kata Kunci: *Dekolonialisasi; Dokter Indonesia; Sistem Kesehatan; Transformasi.*

Pendahuluan

Pada masa awal kemerdekaan, dokter Indonesia merupakan profesi yang paling siap menghadapi perubahan politik yang terjadi akibat proklamasi kemerdekaan. Pengalaman berkolaborasi, berkontestasi, dan berkompetisi dalam ruang negara kolonial, membuat kalangan dokter ini

mampu mengambil posisi kunci ketika harus berhadapan dengan pihak Belanda pada masa revolusi kemerdekaan (*Nieuwe Courant* 1947). Oleh karena itu, jika dibandingkan dengan profesi lainnya, dokter Indonesia merupakan kalangan elite nasional yang paling solid secara organisasi dan idealisme kebangsaan (*Nasional* 1948). Faktor itulah yang menyebabkan pada setiap episode dan

puzzle peristiwa pada masa revolusi ini, yang menyangkut masalah kebangsaan, dokter Indonesia selalu hadir (ANRI 1948).

Sistem kesehatan yang berlaku di Indonesia pada periode ini masih melanjutkan apa yang diberlakukan oleh pemerintah kolonial Belanda. Namun pada masa pendudukan Jepang, sudah mulai terjadi nasionalisasi sektor kesehatan ketika posisi dokter Eropa mulai digantikan oleh dokter Indonesia. Hampir sebagian besar direktur rumah sakit utama di Jawa, seperti Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) di Jakarta, Semarang, dan Surabaya, diambilalih pengelolaannya oleh dokter Indonesia. Pasca proklamasi kemerdekaan, secara kelembagaan, Jawatan Kesehatan Rakyat, DVG (*Dienst der Volksgezondheid*) bertransformasi menjadi Kementrian Kesehatan, namun strukturnya masih melanjutkan sistem kolonial. Beberapa lembaga yang mempunyai kedudukan penting dalam struktur kesehatan negara, pengelolaannya juga diambilalih oleh dokter Indonesia. Pengambilalihan ini terjadi di lembaga Institut Pasteur, Institut Eykman, dan Laboratorium Kedokteran, baik yang ada di Jakarta maupun di Semarang, Medan, Surabaya, dan Makassar (*De Indische Courant* 1937).

Posisi dokter Indonesia semakin menguat pada periode 1950-1960an. Jika pada masa kolonial posisi mereka sebagai aktor sejarah hanya sebagai pelaksana kebijakan kesehatan yang diputuskan oleh pemerintah kolonial, maka pada periode ini mereka menjadi pengambil kebijakan kesehatan. Oleh karena itu, mereka mencoba mendesain kebijakan kesehatan yang paling cocok dengan kondisi sosial dan geografis masyarakat Indonesia (Acemoglu, Robinson, and Johnson 2003, 398). Berbagai paradigma baru yang merupakan pemikiran dokter Indonesia untuk mewujudkan rakyat Indonesia yang sehat mendapatkan momentumnya. Sebaliknya kebijakan kesehatan kolonial yang diskriminatif dan rasial, yang hanya untuk kepentingan kesehatan kalangan Eropa, mulai disingkirkan.

Periode ini merupakan bagian penting dalam menentukan arah kebijakan kesehatan di Indonesia karena terjadi proses dekolonilisasi dalam wacana kebijakan kesehatan dilakukan (Neelakantan 2017, 72). Konsep dekolonialisasi dalam hal ini bisa dipahami sebagai kebijakan

kesehatan yang anti-kolonial seiring dengan penguatan peran dan struktur negara nasional (Vickers 2008, 67). Intinya, bagaimana negara dengan segala fungsi dan perangkatnya memandang dan menerapkan kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik masyarakatnya dan mengurangi semaksimal mungkin warisan kolonial. Puncak proses dekolonialisasi mutu dan sistem kesehatan nasional Indonesia adalah ketika penerapan UU No. 9 Tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan yang menggantikan kedudukan *Het Reglement op de Dienst der Volksgezondheid* (*Staatsblad van Nederlandsch Indie* No. 97 Tahun 1882).

Menurut Vivek Neelakantan, dekolonialisasi ini bukan sekadar pemutusan hubungan dengan sistem kolonial Belanda, melainkan upaya untuk membangun model kesehatan mandiri yang holistik, meskipun sering kali terhambat oleh ketergantungan pada bantuan internasional di tengah dinamika Perang Dingin (Neelakantan 2017, 57). Sepaham dengan Neelakantan, Hans Pols menggambarkan dekolonialisasi sebagai proses transisi yang penuh tantangan, di mana dokter mundur dari peran vanguard politik untuk menjaga otonomi profesi di tengah instabilitas revolusi dan ideologi. Mereka terlibat dalam pembangunan ulang sistem kesehatan nasional dengan bantuan internasional, namun menghadapi keterbatasan seperti kekurangan tenaga medis, malnutrisi, dan wabah penyakit (Pols 2018, 79). Berbeda dengan dua pendapat sebelumnya, Fratz Fanon menyatakan bahwa pada periode awal kemerdekaan, tubuh rakyat pribumi tidak lagi jadi objek disiplin kolonial, melainkan subjek revolusi. Praktik kesehatan dilepaskan dari logika rasial yang segregasionis. Sementara dokter Indonesia berhasil membalik relasi kuasa, dari dokter kolonial yang dimarjinalkan menjadi dokter revolusioner yang melayani rakyat (Fanon 1959, 135).

Proses dan dinamika dekolonialisasi bidang kesehatan di negara-negara Asia dan Afrika pasca kolonial ini, menurut Seye Abimbola dan Madhukar P merupakan bagian dari gerakan yang lebih luas, yaitu *decolonising global health*. Proses ini bertujuan menghapus warisan kolonial dalam sistem kesehatan, yang selama era kolonial lebih dirancang untuk mengendalikan populasi terjajah

dan mendukung kepentingan ekonomi kolonial. Oleh karena itu, dekolonisasi sebagai perjuangan melawan supremasi struktural (*power asymmetry*, *epistemic injustice*, dan neokolonialisme dalam pengetahuan, dana, dan *governance*). Mereka menekankan perlunya pergeseran mindset dari "reformasi" ke transformasi radikal, termasuk redistribusi kekuasaan nyata dan pengakuan pengetahuan non-Barat (Abimbola dan Madukar 2020, 1627-1628). Dalam konteks Afrika, pandangan ini menekankan *self-decolonization* agar Afrika tidak hanya menjadi objek, tapi subjek utama dalam kesehatan global (Ssenyonjo, et al. 2023, 358-359).

Sementara dalam konteks Asia Tenggara, menurut Tim Harper dan Sunil Amrith bahwa pasca-1945, pendirian WHO dan pengaruh organisasi internasional lainnya, membawa standar kesehatan global ke Asia Tenggara. Pengalaman kesehatan di Asia Tenggara selalu bersifat transnasional, dipengaruhi oleh migrasi, perdagangan, kolonialisme, dan institusi internasional. Namun, negara pascakolonial (seperti Indonesia, Vietnam, Malaysia) tidak sekadar penerima pasif. Negara-negara ini secara aktif menggunakan forum internasional itu untuk menegaskan kedaulatan dan agenda nasional. Internasionalisasi menjadi alat bagi negara baru untuk membangun kapasitas kesehatan domestik yang sering kali bergantung pada bantuan lembaga-lembaga eksternal (Harper and Amrith 2014).

Artikel ini mengangkat permasalahan utama mengenai proses dan dinamika dekolonisasi sistem kesehatan Indonesia yang terjadi pada awal kemerdekaan. Oleh karena itu, terdapat beberapa pertanyaan penelitian; Mengapa dilakukan dekolonisasi sistem kesehatan di Indonesia? Bagaimana tahapan dilakukannya proses dekolonisasi sistem kesehatan di Indonesia? Siapa saja dokter Indonesia yang mempunyai paradigma baru yang dikembangkan dalam sistem kesehatan nasional Indonesia? Batasan awal kajian ini adalah periode 1945 yang merujuk pada peristiwa Proklamasi Kemerdekaan sebagai awal dekolonisasi dan berakhir pada 1960 yang merujuk pada pemberlakuan UU No. 9 Tahun 1960 tentang pokok-pokok kesehatan.

Metode

Metode penelitian yang digunakan dalam kajian ini adalah metode sejarah. Pada proses heuristik dikumpulkan berbagai sumber baik primer maupun sekunder yang disimpan di lembaga-lembaga terpercaya, seperti ANRI, Koninklijke Bibliotheek, WHO, KITLV, dan sebagainya. Beragamnya sumber yang digunakan cukup memudahkan untuk mendapatkan fakta historis dengan melakukan triangulasi atas data yang didapatkan dari berbagai sumber tersebut. Dari fakta historis inilah kemudian disusun narasi dan analisis terhadap peristiwa yang berhubungan dengan tema kajian ini.

Sementara sumber penelitian yang digunakan dalam kajian ini berasal dari sumber arsip, dokumen, jurnal, buku, koran sezaman dan berbagai sumber primer dan sekunder lainnya. Arsip yang digunakan berupa koleksi ANRI, WHO, sumber buku sezaman; majalah dan surat kabar sezaman antara lain *Berita Republik Indonesia* dan sumber lain berupa buku, biografi dan otobiografi dokter, dan artikel.

Dekolonialisasi dan Fondasi Sistem Kesehatan Nasional

Selama periode awal revolusi kemedekaan hingga Agresi Militer Belanda I, pemerintah Indonesia mendirikan beberapa kementerian, termasuk Kementerian Kesehatan beserta menteri dan sekretaris jenderal. Beberapa layanan dan departemen (pendidikan, rumah sakit, poliklinik, institut, infrastruktur medis, inspektorat kesehatan) juga didirikan. Beberapa layanan (departemen) dievakuasi ke Yogyakarta dan Jawa Tengah dikarenakan kondisi keamanan Jakarta yang tidak kondusif. Selama periode ini, beberapa laboratorium dipindahkan dari lokasi awal, yaitu 1). Institut Pasteur di Klaten; 2). Laboratorium Bakteriologi dan Kimia di Klaten; 3). Laboratorium Penelitian Medis di Pasuruan dan Malang (Leimena 1956, 5).

Institut Pasteur berhasil memproduksi vaksin yang cukup untuk penyakit cacar, TCD, pes, dan jenis vaksin lainnya, termasuk vaksin anti-rabies. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan dapat melaksanakan kegiatan pencegahan (vaksinasi TCD, cacar, dan pes). Selain itu, obat-

obatan dan alat-alat medis dapat diproduksi secara lokal, misalnya *Eter* di Yogyakarta dan Klaten; kina di Leles, Lawang, dan Madiun; yodium di Mojokerto; soda di Surakarta, *catgut*, sarung tangan, dan alat-alat bedah-ginekologi di Klaten.

Dalam menjalankan tugasnya, Kementerian Kesehatan harus berjuang karena keterbatasan tenaga kerja dan bahan. Pada waktu itu di Indonesia hanya mempunyai 830 dokter, termasuk dokter militer (Het Vrije Volk, 1952). Kekurangan bahan terutama dirasakan dalam layanan preventif. Sebagian obat-obatan diperoleh dari bantuan organisasi Palang Merah asing (India, Australia, Mesir, Malaya). Sejak awal, masalah pelatihan tenaga medis telah mendapat perhatian, baik untuk dokter maupun tenaga medis non-dokter (perawat, bidan, analis, higienis).

Setelah proklamasi kemerdekaan, *Djakarta Ika Daigaku* (Pendidikan Tinggi Kedokteran masa penjajahan Jepang) diambilalih oleh Kementerian Kesehatan dan diubah namanya menjadi Perguruan Tinggi Kedokteran (PTK). Pada 19 Agustus 1945, dr. Sarwono Prawirohardjo dibantu oleh dr. Soetomo Tjokronegoro dan Sudiman Kartodihardjo menjadi pendiri Balai Pengajaran Tinggi RI. Institusi ini dibentuk untuk melanjutkan pendidikan tinggi di tengah kekosongan pasca-penjajahan Jepang. Didalamnya terdapat beberapa fakultas yaitu Fakultas Sastra, Farmasi, Hukum, dan Kedokteran. Fakultas Kedokteran yang menjadi bagian dari lembaga ini adalah Perguruan Tinggi Kedokteran (PTK) (Safwan dan Haris 1986).

Pada 14 November 1945, atas izin Kementerian Kesehatan, pimpinan PTK memberi kesempatan kepada para mahasiswa tingkat IV untuk menjalankan praktik di RSUP Salemba, setelah mahasiswa tingkat V menyelesaikan pendidikannya pada Desember 1945. Kebijakan ini dilakukan, karena tenaga dokter sangat dibutuhkan negara, sehingga diharapkan dapat mempercepat kelulusan para mahasiswa (*Berita Repoebluk Indonesia* 14 Nov 1945).

Ketika pemerintah RI memindahkan ibukotanya ke Yogyakarta pada Januari 1946, tindakan serupa dilakukan oleh pengurus PTK, yang juga memindahkan kampusnya ke beberapa wilayah yaitu Klaten, Surakarta, dan Malang. Selama revolusi kemerdekaan, pembelajaran di

PTK tidak dapat berjalan efektif, karena mahasiswanya tergabung dalam laskar-laskar rakyat dan ikut berjuang melawan Belanda (*Berita Repoebluk Indonesia* 1 Feb 1945).

Dikarenakan keterbatasan ruang yang tersedia, maka PTK yang direncanakan dibuka di Yogyakarta akhirnya dipindahkan ke Klaten. Asrama mahasiswanya menempati Laboratorium Higienis, sedangkan perkuliahan dimulai pada tanggal 5 Maret 1946. Sementara bagian II dari PTK yang ada di Surakarta, perkuliahan dimulai pada tanggal 4 Maret 1946 berlokasi di rumah sakit Jebres. Para mahasiswanya sementara ditampung di Gedung Palang Merah Indonesia Cabang Surakarta (*Nieuwe Courant* 1946).

Untuk memperkuat lembaga PTK, pada 3 Mei 1946 Menteri Kesehatan, mengangkat beberapa pengajarnya menjadi guru besar. Mereka adalah dr. Wilhelmus Zakaria Johannes sebagai guru besar dalam bidang radiologi, Dr. Mas Sardjito sebagai guru besar dalam ilmu bakteriologi, dan dr. R. Mohamad Djoehana Wiradikarta sebagai guru besar dalam ilmu bakteriologi ((*Berita Repoebluk Indonesia* 1 Jul 1946). Kemudian pada 1 Oktober 1946 Menteri Kesehatan mengangkat Dr. S.M. Zainal sebagai guru besar dalam ilmu penyakit dalam di PTK Malang. Dr. C.R.N.F van Joost juga diangkat sebagai guru besar dalam penyakit tuberkulosis pada PTK Malang (*Berita Repoebluk Indonesia* 30 Nov 1946). Demikian halnya ketika PTK Jakarta membutuhkan seorang guru besar dalam ilmu bedah, Menteri Kesehatan pada 25 Januari 1947 kemudian mengangkat pimpinan rumah sakit rakyat Semarang, R. Margono Soekarjo, sebagai guru besar dan diberi gelar profesor (*Berita Repoebluk Indonesia* 15 Jan 1947).

Sementara itu, untuk menambah tenaga pengajar terutama untuk bagian anak-anak, karena kurangnya asisten profesor dalam bidang tersebut di PTK Jakarta, terhitung mulai 1 Maret 1947 berdasarkan Keputusan No. 657/Peg., Menteri Kesehatan mengangkat dokter R. Soedjono Djoened Poesponegoro, yang bekerja di rumah sakit Kardinah Tegal sebagai asisten profesor di PTK Jakarta bagian klinik anak-anak (*Berita Repoebluk Indonesia* 15 Mar 1947).

Kedudukan PTK yang tersebar di beberapa daerah menyulitkan Departemen Kesehatan dalam

melakukan koordinasi dan komunikasi di antara dewan guru besar yang ada di lembaga tersebut. Oleh karena itulah kemudian dibentuk sebuah Dewan Guru Pusat yang diwajibkan untuk melaporkan segala kebijakan dan keputusannya kepada Departemen Kesehatan. Ketua Dewan Guru Pusat ini adalah Prof. dr. R. Sarwono Prawirohardjo, pemimpin Balai Pengajaran Tinggi Jakarta, sedangkan wakilnya adalah Prof. Dr. R. Asikin Widjajakoesoema, pemimpin PTK di Surakarta (Berita Repoebliek Indonesia 1 Oktober 1946).

Pasca-revolusi kemerdekaan, lembaga PTK kemudian masuk kedalam universitas-universitas negeri yang baru didirikan dan kemudian menjadi Fakultas Kedokteran. Seiring dengan hal itu, terjadi transisi proses pembelajaran dan kurikulum di lembaga pendidikan tinggi kedokteran pasca kemerdekaan. Pada masa revolusi proses pembelajaran dan kurikulum di PTK di Klaten, Surakarta, dan Malang masih menggunakan sistem peninggalan Belanda namun pengajarnya bukan lagi para dokter Belanda, melainkan dokter Indonesia lulusan STOVIA (*School tot Opleiding voor Indische Artsen*), NIAS (*Nederlandsch-Indische Artsen School*), dan GHS (*Geneeskundige Hoogeschool*).

Fakultas Kedokteran dan Generasi Baru Dokter Indonesia

Ketika di Yogyakarta didirikan Universitas Negeri Gadjah Mada (UNGJ) pada 19 Desember 1949 (Suryo, Purwanto, dan Padmo 1999), PTK yang ada di Klaten kemudian meleburkan diri dan menjadi Fakultas Kedokteran, Kedokteran Gigi, dan Farmasi (Emalia 2017, 36). Seiring dengan penyerahan kekuasaan dari Belanda kepada pemerintah Indonesia pasca perjanjian KMB, CBZ di Jakarta diambilalih oleh dr. R. Iman Slamet Santoso dari Kolonel Drost dan de Mol van Otterloo pada minggu pertama bulan Januari 1950 (Oemardjati 1992, 197-198). Pada Februari 1950 nama Universitas van Indonesia diubah namanya menjadi Universitas Indonesia. Menyusul kemudian pada April 1950 *Geneeskundige Faculteit, Nood-Universiteit van Indonesie* juga diserahkan kepada pihak Indonesia dan kemudian

bersama dengan PTK Jakarta disatukan menjadi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Pada 10 November 1954, di Surabaya didirikan Universitas Airlangga. Lembaga pendidikan ini merupakan gabungan dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang ada di Surabaya, beberapa perguruan tinggi, fakultas-fakultas lain, seperti cabang Bagian Hukum, Fakultas Hukum, Ekonomi, Sosial, dan Politik Universitas Gadjah Mada. Selain itu, Sekolah Tinggi Keguruan dan Ilmu Pendidikan di Malang juga digabungkan kedalam Universitas Airlangga (*Indische Courant voor Nederland* 1954).

Pada 1950-1960an terjadi transformasi dan perubahan dalam proses pembelajaran dan kurikulum baru di Fakultas Kedokteran universitas-universitas tersebut. Pada awal-awal pembentukannya, Fakultas Kedokteran menggunakan bahasa pengantar Bahasa Indonesia dan Inggris, meskipun masih banyak dosen orang Belanda. Ketika terjadi perselisihan politik antara pemerintah Indonesia dengan Belanda, ketika pemerintah Indonesia membatalkan KMB terkait dengan masalah pengembalian Irian, sebagai dampaknya semua dosen-dosen orang Belanda meninggalkan Indonesia. Untuk mengatasi hal ini, mahasiswa-mahasiswa senior diangkat menjadi asisten dosen untuk mengajar mahasiswa pada tingkat rendah.

Transformasi ini tidak dapat dilepaskan dari proses dekolonisasi. Sebagai alternatif untuk pengembangan kelembagaan lebih lanjut, pada tahun 1952 mulai dijajagi kerjasama antara University of California San Fransisco (UCSF) untuk merombak kurikulum di Fakultas Kedokteran dari kurikulum Belanda menjadi kurikulum Amerika. Kerjasama ini terwujud pada tahun 1954 antara UCSF dengan Fakultas Kedokteran Unair (Djojosugito 2021).

Untuk memenuhi kebutuhan akan profesi dokter di Indonesia, lulusan ketiga Fakultas Kedokteran ini kemudian terlibat aktif dalam mengembangkan ilmu kedokteran di Indonesia dengan turut serta mendirikan berbagai fakultas kedokteran diberbagai universitas negeri, yang didirikan pada tahun 1950 dan 1960-an di Indonesia. Lembaga pendidikan dokter tersebut antara lain Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, Medan (1952), FK Universitas

Hasanuddin, Makassar (1956), FK Universitas Padjajaran, Bandung (1957), FK Universitas Sam Ratulangi, Manado (1959), FK Universitas Diponegoro, Semarang (1961), FK Universitas Sriwijaya, Palembang (1962), FK Universitas Udayana (1962), FK Universitas Brawijaya Malang (1963) dan sebagainya.

Gagasan dan Pemikiran Membangun Sistem Kesehatan Nasional

Selama periode revolusi kemerdekaan, perang dan pertempuran antara militer Indonesia dan Belanda disertai dengan tindakan bumi hangus, telah mengakibatkan berbagai kerusakan. Tidak terkecuali terhadap sarana dan prasarana layanan kesehatan rakyat. Oleh karena itu banyak rumah sakit, poliklinik, klinik, dan institusi medis mengalami kerusakan parah pada masa revolusi ini (Het Nieuwsblad voor Sumatra 1949).

Perundingan KMB yang berujung dengan penyerahan kedaulatan pada 27 Desember 1949, telah membawa Indonesia memasuki tahap baru perjuangan pasca revolusi. Tahap ini dapat disebut periode rekonstruksi atau pembangunan. RIS saat itu mewarisi warisan yang mengenaskan dari masa kolonial Belanda, terutama dari sudut pandang ekonomi-keuangan. Wakil Presiden Moh. Hatta dalam pidato radio pada 12 Juli 1951 menyatakan bahwa bangsa Indonesia telah merebut kembali kedaulatan dan wilayah, namun dalam keadaan kacau dan di ambang kebangkrutan (Provinciale Drentsche en Asser Courant 1951).

Selain itu, masa pemerintahan RIS (27 Desember 1949 - 17 Agustus 1950) merupakan periode dimana pola dan sistem koordinasi dan komunikasi yang tidak jelas antara pemerintah pusat dan negara-negara federal. Pada saat itu terdapat tujuh negara federal dengan Kementerian Kesehatannya masing-masing, sehingga koordinasi dan efisiensi komunikasi masih mencari formatnya (De Maasbode 1950). Hal ini menjadi tanggung jawab badan pengawas Kementerian Kesehatan RIS. Penyelidikan jumlah tenaga kesehatan dan inventarisasi persediaan medis menunjukkan kekurangan yang sangat besar, yang hampir tidak dapat memenuhi kebutuhan populasi Indonesia yang mencapai 75 juta jiwa (Trouw 1952). Pada masa itu, Kementerian Kesehatan RIS memiliki 1.200 dokter (dokter sipil dan militer), 150 dokter

gigi, 80 apoteker, 650 asisten apoteker, 1.446 bidan, 3.500 perawat, dan 30 analis bakteriologi. Jumlah tempat tidur, baik di rumah sakit umum maupun khusus, milik pemerintah maupun swasta, totalnya 60.000 tempat tidur (Leimena 1956, 7).

Pasca-pengembalian Indonesia ke bentuk Negara Kesatuan, Kementerian Kesehatan kemudian segera merumuskan beberapa Program Darurat yang mencakup: (a). pengendalian penyakit menular (cacar, tifus, kolera, disentri, pes); (b). pengendalian penyakit endemik (perawatan pencegahan dan pengobatan) seperti frambusia, tuberkulosis, *venereal disease* (penyakit kelamin), trachoma, lepra (Java Bode 1956); (c). pendidikan kesehatan masyarakat; (d). perluasan kegiatan perawatan kuratif dengan meningkatkan jumlah tempat tidur rumah sakit dan poliklinik, termasuk poliklinik mobile (kendaraan bermotor atau kapal); (e). pelatihan tenaga kesehatan; (f). peningkatan pasokan medis (termasuk obat-obatan); (g). kelanjutan penelitian; (h). dimulainya higiene sosial, termasuk higiene industri; (i). perluasan kegiatan kesehatan ibu dan anak; (j). pengembangan layanan kesehatan pedesaan intensif yang bertanggung jawab atas kegiatan perawatan kuratif dan preventif, dengan demikian dapat ditemukan dasar yang sehat untuk kegiatan kesehatan masyarakat secara umum (*Bandung Plan*, Magelang, Yogyakarta) (Het Nieuwsblad voor Sumatra 1951); (k). kegiatan di bidang perbaikan gizi (pembentukan Dewan Gizi Nasional); (l). Menjalinkan kerjasama dengan lembaga internasional (WHO, UNICEF, FAO, ICA); dan; (m). Penerbitan undang-undang (Preanger Bode 1952).

Secara umum, berbagai kebijakan Kementerian Kesehatan mulai dilakukan secara bertahap pada periode ini. Kesadaran dan perhatian masyarakat terhadap masalah kesehatan mulai meningkat. Permintaan masyarakat telah melebihi jumlah tenaga kesehatan dan pasokan medis yang tersedia. Kegiatan kesehatan disertai dengan koordinasi yang bertahap. Tingkat kelahiran yang tetap tinggi (sekitar 35%), tingkat kematian yang cenderung menurun (sekitar 15%), dibandingkan dengan angka sebelum revolusi kemerdekaan. Tingkat kematian di beberapa wilayah sudah mulai menurun, misalnya Jawa Tengah (De Locomotief 1955).

Meskipun kegiatan kesehatan tidak dapat memenuhi kebutuhan masyarakat, namun dapat dikatakan bahwa beberapa kemajuan konkrit telah dicapai. Misalnya pada periode itu tidak ada lagi wabah penyakit yang melanda Indonesia secara luas dan mematikan (De Locomotief 1953). Namun masih terdapat beberapa kasus yang terjadi secara sporadis seperti cacar, tifus, dan disentri bakteri. Jumlah korban pes (pada tahun 1951 dan 1952 mencapai 2.000-3.000) berkurang (pada tahun 1954 hanya mencapai 119). Jumlah wilayah yang terkena pes juga berkurang dibandingkan pada 1950 dan 1951 (WHO 1952).

Pengendalian penyakit endemik berjalan lancar. Sebagaimana sudah dijelaskan pada bagian sebelumnya, dengan bantuan organisasi internasional seperti UNICEF dan WHO, berbagai program pengendalian penyakit endemis seperti frambusia, BCG, malaria, trachoma, penyakit kelamin, dan lepra, mengalami kemajuan. Sementara program untuk peningkatan gizi diperkuat dengan pendirian Sekolah Ahli Gizi dan Asisten Ahli Gizi serta penyelenggaraan lokakarya. Kemajuan yang signifikan telah dicapai di bidang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Sejak 1949, pekerjaan persiapan dilakukan di Yogyakarta. Proyek ini dimulai dengan skala kecil, yang kemudian dengan bantuan dari UNICEF dan WHO berkembang menjadi proyek berskala nasional dengan sekitar 1.100 pusat kesehatan ibu dan anak (MCH) (De Nieuwsgier 1954).

Jumlah tempat tidur rumah sakit meningkat melalui perbaikan rumah sakit yang sudah ada atau pendirian rumah sakit baru. Pada akhir 1954, tercatat 63.080 tempat tidur rumah sakit (baik di rumah sakit pemerintah maupun swasta). Jumlah poliklinik (di luar rumah sakit) ditingkatkan. Pada akhir 1954, terdapat 3.153 poliklinik, sebagian besar dimiliki oleh pemerintah (2.908). Dengan didirikannya Institut Ortopedi dan Prostetik, masalah rehabilitasi bagi penyandang disabilitas mendapat perhatian yang layak (Leimena 1956, 8).

Pada periode ini Bagian Farmasi Kementerian Kesehatan belum berhasil mencapai tujuannya, yaitu mendistribusikan obat-obatan secara merata di kalangan masyarakat dengan harga serendah mungkin, tetapi dengan alokasi devisa yang tersedia, pasokan obat-obatan yang dibeli dari luar negeri atau diproduksi sendiri sudah

cukup memadai. Misalnya, pada 1953 dan 1954, alokasi dana masing-masing sebesar Rp 122 juta dan Rp 93 juta. Kementerian Kesehatan telah mulai mengoperasikan Pusat Farmasi di Jakarta, yang terdiri dari pabrik, laboratorium, dan departemen penyimpanan. Institut Farmakoterapi bertugas melakukan penelitian obat-obatan sesuai dengan undang-undang farmasi, penyelidikan spesialisasi, dan kegiatan farmasi lainnya. Distribusi obat-obatan dilakukan ke daerah-daerah melalui pendirian depot dan sub-depot (De Nieuwsgier 1955).

Pada bidang pelatihan, terdapat perluasan jumlah sekolah untuk tenaga paramedis (bidan, perawat, mantri, asisten apoteker, analis, asisten perawat, asisten bidan, pendidik higiene, teknisi malaria, pengunjung rumah tangga, dan sebagainya). Oleh karena itu, terdapat peningkatan jumlah tenaga tersebut setiap tahun. Selain itu, terdapat pelatihan untuk jenis tenaga kesehatan lain seperti: ahli gizi, asisten ahli gizi, guru perawat, perawat kesehatan masyarakat, perawat gigi, perawat mata, asisten radiologi, dan sebagainya.

Jumlah tenaga kesehatan sampai tahun 1954 dibandingkan dengan awal proklamasi jauh lebih besar; bahkan melebihi angka sebelum perang. Sumber daya manusia kesehatan yang ada di Indonesia sampai dengan tahun 1954 adalah: dokter 1504 (pemerintah: 896), dokter gigi 260 (pemerintah: 144), apoteker 108 (pemerintah: 4), asisten apoteker 1174 (pemerintah: 232), bidan 1838 (pemerintah: 835), perawat 727 (pemerintah: 570), mantri 6000 (pemerintah: 5500), analis 64 (pemerintah: 55), dietisien 14 (pemerintah: 14), tenaga medis lainnya 3200 (Leimena 1956, 9).

Pada periode inilah muncul gagasan-gagasan penting mengenai *masterplan* pembangunan kesehatan bangsa Indonesia. Misalnya Darmasetiawan Notohatmodjo (Menteri Kesehatan kedua RI) pernah melontarkan gagasan dalam Konferensi Kesehatan di Malang pada 1947, bahwa seharusnya negara menyediakan 10% dari anggarannya sebagai *mandatory spending* atau belanja wajib (Notohatmodjo 1947, 200-206). Sayangnya wacana yang digagas oleh Darmasetiawan ini tidak pernah menjadi perbincangan utama dalam berbagai kebijakan pemerintah Indonesia.

Soekarno dan Leimena sepakat bahwa untuk membangun Indonesia, yang harus didahulukan adalah membangun kesehatan rakyatnya terlebih dahulu (*health-first development*). Dari ringkasan pemikiran holistiknya yang berasal dari berbagai pidatonya, Soekarno mengatakan bahwa *Bangsa yang Besar adalah Bangsa yang Sehat, Cerdas, dan Sejahtera*. Sehat, cerdas, dan sejahtera menjadi tiga pilar utama dalam Trisakti dan Manipol-USDEK (Kristianto 2023). Menurut Soekarno dalam tubuh yang sehat adalah jiwa revolusi yang kuat (Utomo 2023, 63). Hal ini dapat dicontohkan kebijakan gerakan massal vaksinasi cacar dan penanggulangan terhadap malaria pada tahun 1960an. Setelah menyetatkan rakyat barulah dapat dilakukan mencerdaskan kehidupan bangsa melalui pendidikan yang anti kolonial (Soekarno 1945). Dengan kesehatan dan kecerdasan, rakyat Indonesia dapat meraih kesejahteraan sosial. Gagasan Soekarno ini cukup visioner, namun kurang terukur mengingat kemampuan finansial negara yang kurang mendukung. Oleh karena itu pemikiran Soekarno ini lebih mencerminkan semangat revolusioner daripada sebuah indikator pembangunan yang terukur dan berkelanjutan (Soekarno 1952).

Sementara gagasan Leimena dalam konteks ini adalah pembangunan manusia seutuhnya. Leimena (sebagaimana fotonya pada Gambar 1) merupakan orang pertama yang merumuskan konsep sehat sebagai investasi nasional, bukan hanya kuratif. Bagi Leimena kesehatan adalah hak asasi manusia dan bukan *privilege*. Oleh karena itu pendekatan kebijakan Leimena mengintegrasikan preventif dan promotif. Leimena juga menempatkan pendidikan kesehatan sebagai bagian integral dari pembangunan. Dengan modal kesehatan dan pendidikan, maka rakyat Indonesia dapat meningkatkan produktivitasnya, yang berdampak terhadap kesejahteraannya (Leimena 1956, 15).

Jika dihubungkan dengan perspektif teoritis yang dikembangkan oleh Fratz Fanon, terdapat perubahan yang signifikan antara masa kolonial dengan masa awal kemerdekaan dalam memandang kedudukan rakyat (pribumi). Pemikiran Soekarno dan Leimena menempatkan rakyat sebagai subjek revolusi. Oleh karena itu Soekarno memandang bahwa kesehatan rakyat

harus menjadi prioritas dalam pembangunan nasional. Sementara Leimena menyatakan bahwa kesehatan bagi rakyat merupakan hak asasi dan oleh karena itu kebijakan kesehatan yang diterapkan harus bersifat holistik (kuratif, preventif, dan promotif). Hal ini tentu sangat berbeda dengan yang terjadi pada masa kolonial di mana pemerintah kolonial menjadikan kebijakan kesehatan sebagai alat untuk melanggengkan kekuasaannya. Artinya sistem kesehatan kolonial bermuka dua, pada satu sisi merupakan alat penindasan kalangan rakyat pribumi, sedangkan pada sisi yang lain merupakan alat perlindungan terhadap kalangan Eropa.



Gambar 1. Foto Dr. Johannes Leimena.
Sumber: De Volksrant, 11 Februari 1963.

Gagasan Leimena itu kemudian diimplementasikan dalam bentuk kebijakan kesehatan yang kemudian dikenal dengan *Bandung Plan*, sebuah *pilot project* tentang kesehatan masyarakat dengan pendekatan holistik antara kuratif dan preventif. Dalam *Bandung Plan* dibangun layanan kesehatan masyarakat di setiap kecamatan di Kabupaten Bandung. Kebijakan ini diimplementasikan antara tahun 1951-1953 (Leimena 1956, 19). Setelah penerapan *Bandung*

Plan dianggap berhasil, konsep *health center* ini kemudian diperluas dan diterapkan di beberapa daerah lainnya.

Pada 1954, *Bandung Plan* disempurnakan menjadi *Leimena Plan* yang kemudian diimplementasikan di berbagai daerah. Rencana Leimena mencakup dua prinsip pokok yaitu *pertama* penggabungan usaha preventif dan kuratif dan *kedua* perimbangan antara daerah pedesaan (*rural areas*) dan daerah perkotaan (*urban areas*). Rencana Leimena ini akhirnya diperluas penerapannya di wilayah Yogyakarta yang mencakup tujuh kecamatan, dan juga di Magelang, Jawa Tengah (Silas 2007, 96).

Pada tahapan selanjutnya, dipilih delapan wilayah pengembangan kesehatan masyarakat, yaitu di Indrapura (Sumatera Utara), Metro (Lampung), Bojong Loa (Jawa Barat), Salaman (Jawa Tengah), Godean (Yogyakarta), Mojosari (Jawa Timur), Kesiman (Bali) dan Barabai (Kalimantan Selatan) (Notoatmodjo 2005, 24). Di delapan wilayah tersebut dibangun pusat pelayanan kesehatan masyarakat perdesaan yang merupakan cikal bakal dari Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Selain pelaksanaan program kesehatan di beberapa daerah, sebuah program kesehatan pada tahun 1950an yang berhasil memadukan layanan kuratif dan preventif dan menekankan partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan adalah pemberantasan penyakit frambusia yang dipelopori dr. Kodijat, dengan bantuan WHO dan UNICEF (Soebagjo 1983).

Sementara untuk menciptakan identitas dokter nasional, organisasi profesi dokter pada 1950 dibentuk, dengan melebur PDI dan Pertabin, yang dianggap masih berbau kolonial. Kehadiran IDI yang baru saja didirikan itu berdampak sangat besar terhadap keberadaan *Vereeniging tot Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indië* di Indonesia. Dalam Anggaran Dasarnya, dijelaskan bahwa salah satu tujuan pendirian IDI adalah mengembangkan ilmu kedokteran di Indonesia (Soeharto 1984, 22-23). Padahal satu-satunya lembaga yang secara eksklusif mempunyai tujuan ilmiah pengembangan ilmu kedokteran di Indonesia sejak masa kolonial adalah *Vereeniging tot Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indië*. Oleh

karena itu, lembaga ini sadar bahwa perubahan politik kekuasaan dan kedaulatan yang terjadi di Indonesia yang secara langsung telah berpengaruh terhadap tujuan keberadaannya.

Kehadiran IDI telah mengambillah tujuan pengembangan ilmu kedokteran di Indonesia. Maka sejak akhir tahun 1950 *Vereeniging tot Bevordering der Geneeskundige Wetenschappen in Nederlandsch-Indië* kemudian menghentikan kegiatannya di Indonesia, termasuk dalam mengemban tanggung jawab, mengumpulkan dan menerbitkan materi ilmu kedokteran dalam *Medisch Maandblad* (Gispem 1950). Sejak saat itu, tanggung jawab dalam menerbitkan substansi yang berhubungan dengan perkembangan ilmu kedokteran diambilalih oleh IDI. Setahun setelah pendiriannya pada 1951 IDI kemudian menerbitkan *Majalah Kedokteran Indonesia* (MKI) sebagai jurnal atau majalah ilmiah yang menerbitkan mengenai materi ilmu kedokteran di Indonesia secara berkala. MKI terbit setiap bulan dan pada periode awal dipimpin redaksinya oleh Prof. Dr. Soedjono D. Poesponegoro.

Pada awal 1959, Indonesia menghadapi dinamika politik dan ekonomi dengan dilakukannya Dekrit Presiden pada Juli 1959. Ketika konstitusi kembali kepada UUD 1945. Dalam bidang ekonomi, langkah-langkah diambil untuk memperlambat inflasi yang meningkat. Dengan kembali ke UUD 1945, dua perkembangan besar terjadi, *pertama* adalah desentralisasi sebagian wewenang Pemerintah Pusat dan pendelegasiannya kepada badan-badan otonom di tingkat provinsi dan kabupaten, *kedua* adalah pembentukan Dewan Perencanaan Nasional yang bertugas menyusun rencana pembangunan lima tahun.

Reorganisasi Kementerian Kesehatan belum selesai dilakukan sampai waktu itu, tetapi banyak kemajuan yang telah dicapai dalam menciptakan pola administratif baru. Berbagai divisi telah digabungkan kembali, dan pejabat koordinator serta direktur pada tingkat atas telah ditunjuk. Pola baru sedang dibentuk pada tingkat provinsi; tanggung jawab yang lebih besar telah diberikan kepada direktur kesehatan provinsi, yang kini menjadi pejabat eksekutif di wilayahnya.

Meskipun sebagian besar provinsi belum memiliki staf yang cukup untuk melaksanakan

semua fungsi mereka, para direktur kesehatan provinsi semakin menyadari tugas yang dihadapinya dan kebutuhan untuk membangun organisasi yang memadai. Kementerian Kesehatan, yang bertanggung jawab atas kesehatan negara, melaksanakan fungsi pengawasan dan memberikan bimbingan teknis dan profesional. Sementara dinas kesehatan provinsi melaksanakan pekerjaan pengembangan dan pemeliharaan layanan kesehatan baru.

Pada periode ini banyak dokter Indonesia yang menduduki jabatan strategis dalam pemerintahan Indonesia. Selain menjadi menteri, beberapa dokter Indonesia tercatat menjadi diplomat, duta besar, Wakil Perdana Menteri, Perdana Menteri, anggota Konstituante dan anggota DPR. Johannes Leimena tercatat dokter yang menduduki jabatan sebagai Menteri Kesehatan paling lama dalam sejarah RI. Selain J. Leimena, dokter yang menjadi Menteri Kesehatan pada periode ini antara lain Boentaran Martoadmodjo, Darmasetiawan Notohatmodjo, Azis Saleh, Lie Kiat Teng, Soetopo, dan Satrio. Beberapa dokter Indonesia yang lain bahkan menjadi perdana menteri, seperti Abdul Halim dan Soekiman Wirjosandjojo.

Selain mempunyai posisi penting dalam bidang eksekutif, beberapa dokter Indonesia pada periode ini juga menjadi anggota Konstituante hasil Pemilihan Umum 1955. Dari anggota Konstituante yang berjumlah 514 orang (Komisi Pemilihan Umum 2024), 18 anggota berlatar belakang profesi dokter. Di antara mereka adalah M. Goenawan Partowidigdo (IPKI), R.V. Soedjito Dwidjoatmodjo (Partai Katholik), Soekiman Wirjosandjojo (Masyumi), J. Leimena (Parkindo), A.K. Gani (PNI), dan R. Roestamadji (PRI) (ANRI 1960). Sementara untuk anggota DPR hasil Pemilihan Umum 1955 berjumlah 257 orang, 6 anggota berprofesi sebagai dokter. Mereka adalah Ambio dan R. Soeatmadji (PNI), Ali Akbar dan Soekiman Wirjosandjojo (Masyumi), J. Leimena (Parkindo), dan R. Roestamadji (PRI) (Komisi Pemilihan Umum 2024).

Beberapa dokter Indonesia, khususnya lulusan GHS, pada periode tahun 1950-1960an merupakan panggung internasional bagi mereka. Mereka banyak terlibat dan mempunyai posisi strategis internasional baik dalam konteks politik

maupun kesehatan. Darmasetiawan yang berkedudukan sebagai sekretaris jenderal Kementerian Luar Negeri pada 1950-1952, selalu terlibat aktif dalam setiap perundingan-perundingan internasional yang dilakukan pada periode itu terutama dengan Belanda, Jepang dan juga di PBB. Keanggotaan Indonesia dalam UNICEF tidak dapat dilepaskan dari kedudukan Darmasetiawan sebagai Sekjen Kementerian Luar Negeri pada saat itu. Hal yang kurang lebih sama juga diperankan oleh J. Leimena, Soebandrio, dan R. Soeharto. Khusus dalam bidang kesehatan dunia, Julie Sulianti Saroso memegang peran kunci dalam berbagai kebijakan yang diambil oleh WHO terkait dengan penanganan penyakit menular di Asia (Aini 2024).

Beberapa dokter Indonesia lainnya melanjutkan karirnya pada dunia akademik dan pengembangan ilmu pengetahuan di Indonesia. Di antara mereka kemudian menjadi tokoh kunci dalam pendirian beberapa universitas negeri dan pembukaan fakultas-fakultas kedokteran di berbagai universitas negeri. Mereka kemudian juga menjadi rektor di berbagai universitas negeri tersebut dan memimpin lembaga pengembangan ilmu pengetahuan di Indonesia. Mereka adalah Prof. dr. Sarwono Prawirohardjo, Ketua Balai Perguruan Tinggi Kedokteran (1945-1950), Prof. Dr. M. Sardjito, M.PH., Rektor UGM (1949-1961), Prof. Dr. Bahder Djohan, Rektor UI (1954-1958), Prof. Dr. Raden Soedjono Djoened Peospongoro, Rektor UI (1958-1962), dr. Zainal Abidin Sutan Kumala Pontas, Rektor USU (1958-1962).

Sementara itu, setelah selesai menjabat sebagai Ketua IDI periode 1950-1951, Prof. dr. Sarwono Prawirohardjo (Gambar 2) ditunjuk sebagai Ketua Komisi untuk Pendirian Akademi Ilmu Pengetahuan Nasional oleh pemerintah pada tahun 1951. Sarwono memimpin tim untuk menyusun struktur organisasi, merekrut anggota, dan merumuskan visi lembaga ini sebagai wadah kolaborasi ilmuwan nasional (Merdeka 1951). Pada tahun 1956, MIPI resmi berdiri berdasarkan Undang-Undang No. 6 Tahun 1956 yang ditandatangani Presiden Soekarno, dengan Sarwono sebagai Ketua Pertama MIPI. Di bawah kepemimpinannya, MIPI menjadi platform utama

untuk diskusi dan penelitian lintas disiplin (Neelakantan 2017, 195).



Gambar 2. Foto Prof. dr. Sarwono Prawirohardjo (paling kiri bertoga).
Sumber: Java Bode, 13 Maret 1953.

Pada 1962, saat pembentukan Departemen Urusan Research Nasional (Durenas), Sarwono diangkat sebagai Pembantu Menteri Urusan Kebijakan, di mana ia mengintegrasikan MIPI ke dalam kebijakan nasional untuk mendukung riset strategis. Pasca-peristiwa G30S 1965, Durenas dibubarkan, dan MIPI bergabung dengan Lembaga Research Nasional (LRN) untuk membentuk Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI) pada tahun 1967. Sarwono memainkan peran kunci dalam proses penggabungan ini, memastikan aset, personel, dan program MIPI terintegrasi dengan baik ke LIPI. Pada periode 1969–1973, Sarwono menjabat sebagai Kepala LIPI, di mana ia memimpin pengembangan lembaga ini menjadi pusat riset nasional (Adam 2009).

UU No. 9 Tahun 1960 dan Puncak Dekolonialisasi Kesehatan

Untuk menjamin pelayanan kesehatan dan pengawasannya terlaksana dengan baik, pemerintah Hindia Belanda membuat seperangkat hukum berupa undang-undang yaitu *Het Reglement op de Dienst der Volksgezondheid* (Staatsblad van Nederlandsch Indie No. 97 Tahun

1882) tentang Peraturan Layanan Medis. Undang-undang ini merupakan salah satu bentuk intervensi pertama pemerintah kolonial dalam pelayanan kesehatan di Hindia Belanda dengan melakukan kontrol atau pengawasan terhadap praktik kedokteran dan layanan medis. Situasi di negara kolonial ini mengikuti apa yang diterapkan di negeri induknya. Mengingat prinsip administrasi tidak langsung, adalah logis bagi pemerintah kolonial untuk mengontrol pasar medis di Hindia Belanda.

Aspek-aspek kesehatan yang termasuk dalam pengawasan medis negara adalah; (1) penyelidikan keadaan kesehatan masyarakat, dan penunjukan sarana untuk perbaikan serta promosi penerapan sarana kesehatan; (2) penegakan hukum dan peraturan yang ditetapkan untuk kepentingan kesehatan masyarakat. Pejabat pemerintah yang bertanggung jawab terhadap pengawasan medis negara adalah Direktur van Onderwijs, Eeredienst en Nijverheid (DOEN). Lembaga ini kemudian secara hirarkhis mendelegasikan wewenang pengawasannya kepada; (1) Kepala dinas kesehatan, dibantu oleh para perwira kesehatan di tiga divisi militer (di Jawa dan Madura); pimpinan dan pejabat kesehatan (diluar Jawa dan Madura); (2) Inspektur dinas kesehatan sipil Jawa dan Madura; (3) kepala pemerintahan wilayah dan daerah; (4) dewan medis (Staatsblad 1882/97,1-2).

Direktur DOEN memastikan bahwa praktik medis, pengobatan, kebidanan, pertanian, dan kefarmasian hanya dilakukan oleh orang yang berwenang. Dia mengusulkan kepada Gubernur Jenderal, langkah-langkah yang diperlukan untuk memelihara praktik kedokteran yang baik dan memadai dalam semua aspeknya dengan tujuan akhir untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

Pengawas pelayanan kesehatan sipil di Jawa dan Madura berada langsung di bawah Kepala Layanan Kesehatan. Kepala layanan kesehatan ini dilarang melakukan praktik kedokteran. Larangan ini, tidak termasuk pemberian bantuan gratis atas dasar prinsip kemanusiaan, serta pengamatan konsultasi di luar tiga ibu kota di Jawa (Batavia, Semarang, dan Surabaya), atau pelaksanaan operasi bedah penting. Kepala layanan kesehatan tidak menduduki posisi lain tanpa persetujuan sebelumnya dari pemerintah.

Kepala pemerintah daerah melakukan pengawasan langsung terhadap pelayanan kesehatan dan rumah sakit yang ada di wilayahnya. Mereka memberikan perhatian khusus pada keadaan kesehatan penduduk, berkonsultasi dengan dokter kota dan lokal, mengambil tindakan yang diperlukan untuk meningkatkan keadaan kesehatan masyarakat secara umum. Dalam hal terjadi wabah penyakit epidemis dan penyakit menular, kepala pemerintah daerah harus segera memberitahukan kepada pejabat kesehatan, yang wilayah hukumnya berada di bawah pengelolaannya, dan kepada Direktur DOEN.

Dokter kotapraja dan dokter lokal, tunduk pada kemandirian mereka sebagai dokter yang mempunyai kompetensi mengobati, berada di bawah kepala dinas medis dan petugas kesehatan di departemen militer dalam semua hal yang berkaitan dengan bagian ilmiah murni dari layanan medis, dan untuk kepala pemerintahan daerah dalam segala hal (*Staatsblad* 1882/97, 8). Sementara Konsil Kedokteran berkedudukan di tiga ibu kota Jawa (Batavia, Semarang, dan Surabaya). Atas rekomendasi Direktur DOEN, dewan-dewan tersebut dapat dibentuk oleh Gubernur Jenderal ditempat lain. Anggota dan wakil anggota dewan medis diangkat oleh Gubernur Jenderal setiap kali untuk jangka waktu tiga tahun (*Staatsblad* 1882/97, 12).

Sebagaimana dijelaskan sebelumnya bahwa sistem pemerintahan kolonial Belanda di Hindia Belanda menganut prinsip pemerintahan tidak langsung, hal itu juga diterapkan dalam bidang medis. Salah satu dampaknya adalah bahwa kompetensi tenaga medis di Hindia Belanda mengacu pada kompetensi tenaga medis yang diterapkan di Belanda. Oleh karena itu mereka yang mempunyai wewenang untuk melakukan praktik kedokteran di Belanda juga berwenang untuk melakukan praktik kedokteran di seluruh wilayah Hindia Belanda. Profesi yang termasuk dalam kategori ini adalah dokter, dokter gigi, apoteker atau juru tulis apoteker, dan bidan (*Staatsblad* 1882/97, 15). Sementara izin untuk melakukan praktik kedokteran secara keseluruhan, atau kedokteran gigi, atau dokter persiapan sebagai apoteker atau asisten apoteker, atau kebidanan sebagai bidan, juga dapat diperoleh di Hindia Belanda dengan lulus sertifikat yang ditentukan

dalam ujian praktik yang diatur oleh undang-undang.

Dalam *Staatsblad van Nederlandsch Indie No. 97 tahun 1882* pasal 41 dijelaskan bahwa yang dimaksud dengan praktik kedokteran adalah pemberian bantuan medis, bedah, gigi atau kebidanan, sebagai suatu profesi, yang hanya diperbolehkan bagi mereka yang berwenang untuk itu. Pemberian bantuan medis dengan memberi obat-obatan herbal terhadap apa yang disebut penyakit negara bukanlah latihan kedokteran. Pemberian bantuan medis dengan mengeluarkan obat-obatan dari penduduk pribumi (jamu atau herbal) terhadap penyakit yang dianggap mitos bukanlah praktik kedokteran (*Staatsblad* 1882/97, 41). Dengan dasar ini, pemerintah Hindia Belanda dengan tegas menyatakan bahwa apa yang dipraktikkan oleh para *dukun* di Hindia Belanda pada waktu itu, tidak termasuk dalam kategori praktik kedokteran.

Hanya dokter yang telah dianugerahi gelar dokter oleh universitas Belanda, atau yang telah memperoleh gelar dokter pada universitas asing, oleh universitas Belanda, diakui menurut *Staatsblad Nederlandsch Indie No. 97 tahun 1882* pasal 8, dapat menyandang gelar dokter. Sebelum melakukan praktik, dokter gigi, dan bidan memiliki sertifikat kompetensi yang disahkan oleh kepala pemerintah daerah di daerah tempat mereka praktik. Praktik kedokteran yang dilakukan oleh dokter yang tidak mempunyai akta pengakuan berdasarkan kompetensi yang disyaratkan oleh undang-undang dapat dipidana berupa hukuman penjara tiga bulan sampai satu tahun dan denda 75 - 300 gulden (*Staatsblad* 1882/97, 86).

Staatsblad van Nederlandsch Indie No. 97 Tahun 1882 dengan jelas menggambarkan bahwa negara (pemerintah) mempunyai kedudukan yang sangat kuat dalam pengawasan praktik kedokteran sejak perizinan, ujian kompetensi sampai operasional di lapangan. Semua proses dalam praktik kedokteran menjadi tanggung jawab secara langsung Direktur DOEN secara bersama-sama dengan Gubernur Jenderal. Oleh karena itu kedua pejabat negara itu dapat melakukan intervensi layanan kesehatan masyarakat tanpa ada halangan dari pihak manapun. Negara kolonial dengan mudah melakukan pengawasan praktik kedokteran

karena secara politik otorisasi dan kewenangan yang mereka miliki bersifat mutlak.

Pada masa awal kemerdekaan, Indonesia masih mewarisi sistem dan prasarana kesehatan kolonial. Minimnya anggaran negara dan kondisi perang kemerdekaan yang terjadi antara 1945-1949 mengakibatkan memburuknya kondisi kesehatan rakyat. Beberapa penyakit yang berhasil dikendalikan oleh pemerintah kolonial Belanda, muncul dan berkembang lagi pada periode ini. Sementara lembaga pendidikan dokter, Perguruan Tinggi Kedokteran, tidak dapat menjalankan aktivitas akademiknya secara efektif karena kondisi yang tidak stabil. Pada tahun 1950, organisasi profesi dokter yang baru didirikan dengan nama Ikatan Dokter Indonesia (IDI) (Soeharto 1984, 85).

Masa pemerintahan Soekarno terutama setelah 1950 merupakan bagian penting dalam menentukan arah kebijakan kesehatan di Indonesia, karena pada periode inilah terjadi proses dekolonisasi dalam wacana kebijakan kesehatan (Neelakantan 2017, 72). Konsep dekolonisasi dalam hal ini bisa dipahami sebagai kebijakan kesehatan yang anti kolonial, seiring dengan muncul semakin menguatnya peran dan struktur negara nasional (Vikers 2008, 67). Intinya, bagaimana negara dengan segala fungsi dan perangkatnya memandang dan menerapkan kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik masyarakatnya.

Namun pada sisi yang lain, kekuatan ekonomi negara tidak cukup mampu untuk merealisasikan gagasan dan ide modernisasi dalam bidang kesehatan ini. Pada sisi ekonomi, negara tidak saja harus menghadapi perekonomian yang mengalami turbulensi akibat perang dan revolusi, tapi juga dibebani warisan hutang yang besar, serta tidak mampu menyelenggarakan pemungutan pajak yang efektif (Anderson 1983, 477-496). Sampai pertengahan tahun 1950an, perekonomian Indonesia masih dikuasai oleh perusahaan-perusahaan besar milik Belanda, *The Big Five*. Hal ini menjadi salah satu penyebab berbagai program modernisasi dalam bidang kesehatan tidak dapat direalisasikan sesuai rencana.

Pasca tahun 1950an, pemikiran kebijakan yang muncul adalah bagaimana sistem kesehatan yang ideal dan fungsi negara dalam memelihara dan

meningkatkan kesehatan masyarakat (Hull 2005, 78). Tidak banyak kondisi kesehatan yang berubah di Indonesia pada periode ini jika dibandingkan dengan masa kolonial. Sarana dan prasarana kesehatan Indonesia pasca kemerdekaan hampir semuanya merupakan warisan dari pemerintah kolonial Belanda. Bahkan peraturan mengenai kesehatan hasil pemerintah kolonial Belanda *Staatsblad Nederlandsch Indie No 97 Tahun 1882* masih dijadikan dasar hukumnya.

Undang-undang kolonial tersebut baru dicabut ketika pemerintah Indonesia mengesahkan Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan pada 6 September 1960. Terdapat dua pertimbangan dalam penyusunan undang-undang ini yaitu: 1). kesehatan rakyat adalah salah satu modal pokok dalam rangka pertumbuhan dan kehidupan bangsa, dan mempunyai peranan penting dalam penyelesaian revolusi nasional dan penyusunan masyarakat sosialis Indonesia; 2). Kesejahteraan umum termasuk kesehatan, harus diusahakan sebagai pelaksanaan cita-cita bangsa Indonesia yang tercantum dalam mukadimah Undang-undang Dasar (UU No.9, 1960).

Selain itu, penyusunan undang-undang ini juga didasari adanya pengakuan bahwa kesehatan rakyat merupakan modal pokok untuk pertumbuhan dan kehidupan bangsa, serta memiliki peran penting dalam penyelesaian revolusi nasional dan pembentukan masyarakat Indonesia yang adil dan makmur. Selain itu, undang-undang ini dibuat untuk mencabut secara bertahap peraturan kesehatan era kolonial, *Het Reglement op de Dienst der Volksgezondheid* (Staatsblad 1882 No. 97), yang dianggap tidak lagi sesuai dengan semangat revolusi nasional Indonesia.

Oleh karena itu diperlukan sebuah dasar hukum untuk usaha kesejahteraan rakyat, khususnya dalam bidang kesehatan, agar dapat diselenggarakan secara menyeluruh dan sesuai cita-cita bangsa. Kesehatan tidak hanya dilihat sebagai bebas dari penyakit, tetapi mencakup aspek badan, rohani (mental), dan sosial, dengan tujuan mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya bagi setiap warga negara. Partisipasi rakyat dalam usaha kesehatan pemerintah, termasuk pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, pendidikan

kesehatan, serta pemenuhan kebutuhan pokok seperti sandang, pangan, dan perumahan.

Undang-undang ini juga didasarkan pada Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 20 ayat (1) UUD 1945, serta Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang Nomor 10 Tahun 1960, dengan penekanan pada tanggung jawab pemerintah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan melalui berbagai mekanisme, seperti pendidikan tenaga kesehatan dan pengawasan obat-obatan. Secara keseluruhan, penyusunan UU ini bertujuan membangun fondasi hukum yang mendukung pembangunan nasional di bidang kesehatan, sejalan dengan norma sosial masyarakat Indonesia.

Dalam undang-undang No. 9 Tahun 1960, peran dan wewenang pemerintah juga begitu dominan karena mengatur dan mengawasi masalah kesehatan dari hulu sampai hilir. Dengan jelas undang-undang ini menyatakan bahwa masalah kesehatan masyarakat Indonesia merupakan tugas pemerintah. Namun sudah memberi kesempatan pihak swasta untuk ikut menyelenggarakan pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit dan perusahaan farmasi (UU No. 9, 1960). Hal ini sebenarnya bukanlah sebuah hal yang istimewa karena pada masa kolonial, kebijakan serupa sudah diimplementasikan oleh pemerintah kolonial.

Meskipun begitu, terdapat perbedaan yang sangat mendasar dalam UU No. 9 Tahun 1960 ini jika dibandingkan dengan Staatsblad 1882 No. 97. Undang-undang ini menekankan kesehatan sebagai keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial. Aspek kesehatan yang dimuat dalam Staatsblad 1882 No. 97, hanya merujuk pada kesehatan fisik saja, tanpa mencakup kesehatan mental dan sosial. Hal ini dapat dimengerti karena berbagai pemahaman baru mengenai kesehatan secara global sangat dipengaruhi oleh kehadiran WHO, terutama konstitusinya yang ditandatangani pada 1946 (WHO 1946).

UU No. 9 Tahun 1960 ini merupakan undang-undang pertama di Indonesia pasca-kemerdekaan yang secara khusus mengatur prinsip-prinsip dasar kesehatan masyarakat. Meskipun UU ini tidak secara eksplisit merujuk pada Konstitusi WHO, namun substansinya menunjukkan pengaruh yang signifikan, terutama dalam definisi kesehatan, pengakuan hak atas kesehatan, dan kerangka tugas pemerintah.

Definisi kesehatan dalam UU No. 9/1960 hampir identik dengan yang tercantum dalam Pembukaan (Preamble) Konstitusi WHO. Konstitusi WHO mendefinisikan kesehatan sebagai "keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara lengkap, bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan" (*a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*). Sementara UU No. 9/1960 pada Pasal 2 menyatakan: "kesehatan dalam Undang-undang ini ialah yang meliputi kesehatan badan, rohani (mental) dan sosial, dan bukan hanya keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan". Definisi ini menjadi fondasi bagi kebijakan kesehatan Indonesia yang lebih komprehensif, selaras dengan visi WHO untuk kesehatan sebagai hak asasi manusia.

Konstitusi WHO menekankan bahwa "kenikmatan standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai adalah salah satu hak dasar setiap manusia tanpa diskriminasi" (*the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being*). Prinsip ini tercermin dalam UU No. 9/1960 pada Pasal 1 yang menyatakan: "Tiap-tiap warganegara berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dan perlu diikutsertakan dalam usaha-usaha kesehatan pemerintah". Pasal ini merupakan pengakuan pertama dalam hukum Indonesia pasca-1945 bahwa kesehatan adalah hak warga negara, bukan sekadar layanan pemerintah. Pengaruh ini juga terlihat dalam konteks historis, UU 9/1960 dibuat di tengah semangat revolusi nasional, dimana Indonesia sebagai anggota WHO mulai mengintegrasikan standar internasional untuk mendukung pembangunan bangsa.

Bab II Konstitusi WHO (Pasal 1-2) menetapkan tujuan utama WHO sebagai pencapaian tingkat kesehatan tertinggi bagi semua orang, dengan fungsi-fungsi seperti pencegahan penyakit, promosi kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan, penelitian, dan pengawasan obat-obatan. Struktur ini tercermin dalam Bab II UU No. 9/1960 (Pasal 4-12), yang menguraikan tugas pemerintah secara paralel, 1) Pencegahan dan pemberantasan penyakit 2) Pemulihan dan perawatan kesehatan, 3) Pendidikan dan kesadaran masyarakat, 4) Pendidikan tenaga kesehatan dan pengawasan obat, dan 5) Penyelidikan dan

pengawasan. Selain itu, Pasal 3 UU 9/1960 menekankan pentingnya pertumbuhan anak dan kesadaran masyarakat, yang langsung mencerminkan prinsip-prinsip dasar dalam Preamble WHO tentang perkembangan anak dan kooperasi publik.

Konstitusi WHO mempengaruhi substansi UU No. 9 Tahun 1960 secara mendalam, terutama dalam membentuk fondasi holistik kesehatan sebagai hak dan tanggung jawab negara. Pengaruh ini membantu Indonesia selaras dengan standar global, meskipun diimplementasikan dengan nuansa lokal untuk mendukung pembangunan bangsa. Namun UU No.9/1960 ini juga mengakar pada konteks nasional, seperti penekanan pada revolusi nasional dan gotong royong (Pasal 1, Menimbang). Aspek ini jelas merujuk pada kemandirian nasional yang sangat kuat digaungkan pada era Soekarno. Pengaruh ini lebih bersifat adaptasi prinsip universal ke dalam kerangka konstitusional Indonesia (UUD 1945, yang menekankan kesejahteraan umum).

Dengan analisis di atas maka semakin jelas perbedaan antara *Het Reglement op de Dienst der Volksgezondheid* (Staatsblad 1882 No. 97) dan Undang-Undang No. 9 Tahun 1960. Jika *Het Reglement op de Dienst der Volksgezondheid*, merupakan peraturan yang bersifat administratif dan preventif, dengan fokus utama pada pengendalian penyakit menular, sanitasi dasar, vaksinasi, serta pembentukan infrastruktur kesehatan sederhana seperti rumah sakit dan tenaga medis, semata-mata untuk mendukung kepentingan kolonial seperti menjaga ketertiban dan produktivitas tenaga kerja. Maka UU No.9/1960 mendefinisikan kesehatan secara holistik sebagai keadaan seimbang fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit, tetapi juga mendukung kesejahteraan secara keseluruhan. Tujuannya adalah meningkatkan derajat kesehatan rakyat sebagai modal pembangunan nasional, dengan penekanan pada hak warga negara dan tanggung jawab pemerintah.

Perbedaan signifikan antara keduanya mencerminkan transisi dari sistem kolonial yang otoriter dan terbatas, menjadi sistem nasional yang inklusif dan berorientasi pada kesehatan rakyat.

Perbedaan ini tidak hanya bersifat formal, tetapi juga substantif, di mana *Het Reglement op de Dienst der Volksgezondheid 1882* lebih sebagai alat kontrol kolonial, sedangkan UU No. 9/1960 menandai komitmen Indonesia untuk membangun kesehatan sebagai hak asasi manusia yang inklusif. Perubahan ini juga tercermin dalam evolusi lebih luas, di mana kesehatan masa kolonial hanya untuk kelompok elite, sementara pasca-kemerdekaan menekankan pemerataan akses kesehatan yang lebih luas.

Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 merupakan tonggak sejarah pertama dalam regulasi kesehatan nasional Indonesia pada masa awal kemerdekaan (secara rinci, lihat Tabel 1 mengenai perbandingan antara *Reglement op de Dienst der Volksgezondheid 1882* dengan UU No.9 Tahun 1960). Disusun pada era Demokrasi Terpimpin di bawah Presiden Soekarno, undang-undang ini lahir dari kebutuhan mendesak untuk membangun fondasi hukum yang mandiri, bebas dari warisan kolonial Belanda. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa UU No.9/1960 merupakan puncak dekolonialisasi yang menyorot pada peraturan hukum yang dijadikan dasar untuk membangun sistem kesehatan nasional.

UU ini kemudian menjadi dasar bagi regulasi turunannya, seperti UU No. 6 Tahun 1963 tentang Kesehatan (yang mengatur tenaga kesehatan) dan Peraturan Pemerintah No. 26 Tahun 1960 tentang Sumpah Dokter, yang menekankan etika profesi berbasis perikemanusiaan. Penyusunan UU ini bukan hanya respons teknis terhadap masalah kesehatan yang dihadapi oleh Indonesia pada tahun 1950an, melainkan bagian dari agenda nasionalisasi dan dekolonialisasi pada sektor kesehatan yang sudah dimulai prosesnya. Penerbitan UU ini juga dapat dimaknai sebagai upaya dekolonialisasi sektor kesehatan yang paling mendasar, karena mengganti peraturan yang digunakan sebagai dasar hukum untuk menentukan kebijakan kesehatan di Indonesia. UU ini mengintegrasikan prinsip hak asasi manusia atas kesehatan, dengan pendekatan kolektif, yang menuntut pemerintah wajib menyediakan layanan dasar seperti sandang, pangan, perumahan, dan pencegahan penyakit.

Tabel 1. Perbandingan Antara Reglement op de Dienst der Volksgezondheid 1882 dengan UU No.9 Tahun 1960.

Aspek Perbandingan	Het Reglement op de Dienst der Volksgezondheid, 1882	Undang-Undang No. 9 Tahun 1960
Pendekatan Umum	Kolonial dan otoriter: Fokus pada kepentingan penjajah (misalnya, kesehatan pekerja perkebunan Eropa dan pribumi terbatas), tanpa partisipasi masyarakat.	Nasional dan demokratis: Berorientasi pada kesejahteraan rakyat sebagai hak dasar, dengan keterlibatan pemerintah pusat, daerah, dan masyarakat dalam upaya kesehatan.
Cakupan dan Upaya Kesehatan	Terbatas pada pencegahan dasar (sanitasi, vaksinasi, pengendalian wabah) dan layanan kuratif minimal; tidak mencakup rehabilitasi atau promosi kesehatan.	Komprehensif: Meliputi upaya promotif (pendidikan kesehatan), preventif (imunisasi, hygiene lingkungan), kuratif (pengobatan), dan rehabilitatif (pemulihan); juga mengatur tenaga kesehatan, sarana (rumah sakit, puskesmas), dan komoditas kesehatan.
Hak dan Kewajiban	Tidak ada pengakuan eksplisit atas hak individu; prioritas pada kewajiban pemerintah kolonial untuk menjaga ketertiban, dengan akses kesehatan diskriminatif (lebih baik untuk orang Eropa).	Mengakui hak konstitusional warga negara atas derajat kesehatan tertinggi yang merata dan nondiskriminatif; pemerintah wajib menyediakan fasilitas, sementara masyarakat wajib ikut serta
Struktur Organisasi	Sederhana dan hierarkis: Berbasis pemerintah kolonial dengan lembaga terpusat seperti DVG, tanpa otonomi daerah atau pengawasan masyarakat.	Kompleks dan terdesentralisasi: Membagi tanggung jawab antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan swasta; termasuk pengawasan etik dan perencanaan sumber daya manusia kesehatan.
Konteks Historis	Dibuat untuk mendukung eksploitasi kolonial; gagal menangani kebutuhan luas rakyat pribumi, sehingga dianggap peraturan hukum yang usang pasca-kemerdekaan.	Dibentuk sebagai respons atas terbentuknya negara nasional; menjadi fondasi bagi undang-undang selanjutnya (UU 23/1992 dan UU 36/2009), menekankan kesetaraan dan pembangunan.

Sumber: Diolah dari *Staatsblad van Nederlandsch-Indie 1882 No. 97* dan UU No.9 Tahun 1960.

Inisiatif penyusunan UU berasal dari Kementerian Kesehatan di bawah kepemimpinan Dr. Satrio (Gambar 3), Menteri Kesehatan yang menjabat antara tahun 1959 hingga 1966 (Depkes 1978). Sebagai dokter militer, dr. Satrio memimpin tim internal Kementerian Kesehatan untuk merumuskan rancangan undang-undang ini. RUU ini disusun berdasar kajian atas peraturan hukum kesehatan kolonial yang sudah sangat usang dan masukan dari beberapa ahli kesehatan nasional. Pertimbangan utama termasuk kebutuhan dasar-dasar hukum untuk usaha kesejahteraan rakyat khusus dalam bidang kesehatan dan penyesuaian dengan kemajuan ilmu pengetahuan (Depkes 1978, 60-65).

RUU itu kemudian diajukan ke DPR-GR berdasarkan Perpu No. 10 Tahun 1960, yang

memberikan dasar darurat untuk percepatan legislasi. DPR-GR lalu membahas RUU dalam sidang-sidang khusus. Pembahasan difokuskan pada substansi seperti hak warga atas derajat kesehatan tertinggi (Pasal 1), kewajiban pemerintah dalam pemeliharaan, pencegahan, penyembuhan, dan pemulihan (Pasal 3), serta pengaturan tenaga kesehatan (Pasal 10).

Proses ini berlangsung relatif cepat, karena dipengaruhi dinamika politik pasca-Dekrit Presiden 5 Juli 1959, di mana DPR-GR lebih sebagai "pengesah" daripada pembuat kebijakan. UU disahkan oleh DPR-GR dan diundangkan pada Lembaran Negara Tahun 1960 No. 131. dr. Satrio, sebagai Menteri Kesehatan bertanggung jawab atas implementasi awal, termasuk pembentukan struktur kesehatan nasional. Satrio adalah tokoh

sentral dalam penyusunan UU ini (Lohanda 1986).



Gambar 3. Foto Mayjen Dr. Satrio.
Sumber: Koleksi Perpunas RI.

Sebagai Menteri Kesehatan pertama pada masa Demokrasi Terpimpin, ia mampu "melahirkan" undang-undang pertama yang mengatur tentang kesehatan di Indonesia (Madijah 1986). Organisasi profesi IDI secara kolektif terlibat melalui fatwa etik dan masukan profesi (PB IDI 2010, 62). Beberapa dokter lain yang pada saat itu menjabat dalam birokrasi di Kementerian Kesehatan juga terlibat dalam penyusunan UU ini. Mereka adalah Hidajat, Azil Wijayakusuma, J.B. Sitanala, dan R. Kodijat. UU No. 9/1960 ini merupakan warisan visioner Satrio, yang menjadi fondasi hak kesehatan universal di Indonesia.

Sebagai Kepala Planning Board di Kementerian Kesehatan, Julie Sulianti Saroso juga banyak memberi masukan mengenai kebijakan kesehatan nasional yang dimuat dalam UU ini. Selain menjabat sebagai Kepala Planning Board, Julie Suliantie pada saat bersamaan juga menjabat sebagai Kepala Bagian Hubungan Luar Negeri, oleh karena itu tidak mengherankan jika UU No. 9/1960 ini mengadopsi berbagai ide penting yang ada dalam Konstitusi WHO. Selain itu sebagai

anggota Expert Advisory Panel on Maternal and Child Health, WHO, pemikiran Sulianti dengan jelas mewarnai UU ini terutama mengenai pendekatan kesehatan yang holistik dan penekanan pada masalah Kesehatan Ibu dan Anak (WHO 1959). Artinya pemikiran untuk melahirkan generasi baru Indonesia yang sehat dalam sistem kesehatan nasional menjadi salah satu fokus dalam UU ini (WHO 1960). Topik yang tidak pernah muncul dalam peraturan hukum di negara kolonial.

Sebagai puncak dari proses dekolonisasi kesehatan di Indonesia, UU No. 9 Tahun 1960 merupakan wujud transformasi sistem kesehatan kolonial menuju sistem kesehatan nasional. Oleh karena itu, semua perspektif dan pendekatan kesehatan yang digunakan dalam penyusunan UU ini merupakan gagasan dan pemikiran dokter Indonesia yang bertujuan untuk menyehatkan rakyatnya. Pemberlakuan UU ini pada 30 Oktober 1960 sekaligus juga dapat dilihat sebagai dimulainya Indonesia berdaulat dalam bidang kesehatan, ketika semua penyusunnya merupakan dokter Indonesia, perspektif yang digunakan menggunakan Indonesia-centris, dan bertujuan untuk menyehatkan rakyat Indonesia. Selain itu, UU ini menjamin semua warga negara berhak untuk sehat secara fisik, mental, dan spiritual serta negara bertanggung jawab untuk memastikan bahwa rakyat Indonesia memiliki akses yang sama terhadap layanan kesehatan. Hal ini sebenarnya dicita-citakan para dokter Indonesia sejak masa kolonial, namun karena relasi kuasa, baru dapat diwujudkan pada ruang negara nasional.

Simpulan

Periode awal kemerdekaan Indonesia menandai terjadinya transformasi mendalam dalam profesi dokter, dari masa kolonial yang didominasi oleh dokter Eropa dan Jepang, dimana dokter Indonesia berada pada posisi subordinat dengan akses terbatas, menuju profesi nasional yang mandiri, berorientasi pada pembangunan bangsa, dan berbasis pada identitas Indonesia. Transformasi ini didorong oleh semangat kesadaran kebangsaan, kebutuhan akan sumber daya kesehatan nasional, dan upaya dekolonisasi sistem kesehatan nasional. Profesi dokter tidak hanya berubah dalam

hal organisasi dan pendidikan, tetapi juga dalam kedudukan sosial-politiknya, dari pelayan kolonial menjadi agen utama pembangunan nasional.

Proses transformasi sistem kesehatan di Indonesia pascakemerdekaan dapat dibagi menjadi 3 tahap. Tahap I terjadi antara 1945 -1950 merupakan masa transisi dan konsolidasi bagi para dokter Indonesia. Tahap II, terjadi antara tahun 1950-1955 merupakan masa pembentukan institusi nasional. Tahap III terjadi antara 1955-1960, ketika dilakukan penguatan kelembagaan dan ekspansi berbagai program. Sebagai puncak dekolonialisasi kesehatan, pada tahap ini terjadi ketika dirumuskan dan diberlakukannya UU No. 9 Tahun 1960 tentang Pokok-Pokok Kesehatan yang sekaligus menggantikan *Reglement van DVG tahun 1882* yang sudah tidak sesuai digunakan dalam ruang nasional.

Dari semua tahapan tersebut, dokter Indonesia menjadi aktor utama yang menjadi inisiator, fasilitator, dan kolaborator yang mentransformasikan sistem kesehatan kolonial menjadi sistem kesehatan nasional. Minimal terdapat 3 agen yang terlibat dalam proses itu, yaitu pertama adalah dokter Indonesia sebagai individu, kedua organisasi profesi, dalam hal ini adalah IDI, dan ketiga adalah institusi negara dan lembaga internasional (Kementerian Kesehatan, lembaga pendidikan kedokteran (terutama UGM, UI, dan Unair), dan WHO, UNESCO, dan UNICEF).

Hasil transformasi ini antara lain adalah terbentuknya lembaga pendidikan yang mampu memproduksi dokter dengan kemampuan dan integritas yang unggul dan berdedikasi dalam pembangunan nasional. Kemudian juga berhasil didirikannya organisasi profesi dokter (IDI), yang keilmuan dan profesionalitasnya diakui secara internasional, sebuah capaian yang tidak pernah terjadi pada masa kolonial. Meskipun belum dapat memenuhi kebutuhan dan pemerataan distribusi tenaga kesehatan, para dokter, melalui lembaga pendidikan kedokteran, telah mampu berkontribusi pada berbagai program kesehatan nasional dan berhasil mengurangi ketergantungan terhadap dokter asing. Diberlakukannya UU No. 9 Tahun 1960, menjadi dasar bagi regulasi kesehatan modern dan menjadi tonggak kedaulatan hukum yang mendasari sistem kesehatan nasional.

Meskipun telah dicabut secara formal, warisan dekolonialisasi kesehatan berupa UU No. 9/1960, menjadi fondasi yang penting karena prinsip-prinsip dasarnya diadopsi, dikembangkan, dan disesuaikan dalam undang-undang berikutnya, UU No. 23/1992 dan UU No. 36/2009. UU No. 9/1960 berfungsi sebagai fondasi karena meletakkan landasan filosofis, definisi, dan prinsip dasar kesehatan nasional yang kemudian dikembangkan secara berkelanjutan dalam UU No. 23/1992 dan UU No. 36/2009. Tanpa fondasi ini, legislasi kesehatan Indonesia tidak akan memiliki kerangka historis dan konseptual yang kuat.

Sementara dalam konteks profesi dokter, selain secara kelembagaan dokter Indonesia sudah mendirikan IDI, namun secara keprofesian, para dokter juga melakukan dekolonialisasi yang tercermin pada 3 dimensi. Pertama, pada aspek epistemologis, para dokter pada awal kemerdekaan menciptakan sistem kesehatan yang holistik (Bandung Plan, Leimena Plan) dan meninggalkan sistem kesehatan kolonial yang hanya menekankan tindakan kuratif. Kedua, pada aspek struktural, para dokter meninggalkan struktur kelembagaan DVG menjadi Kementerian Kesehatan pada tahun 1950an. Ketiga, pada aspek identitas, para dokter tidak lagi menjadi agen kolonial yang harus setia melayani negara kolonial, pada pasca kemerdekaan mereka menjadi agen pembangunan nasional yang melayani kesehatan rakyat Indonesia.

Referensi

- Abimbola, Seye and P, Madhukar. 2020. "The art of medicine Will global health survive its decolonisation?", *www.thelancet.com*, Vol 396 November 21. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32417-X
- Acemoglu, Daron. Robinson, James and Johnson, Simon. 2003. "Disease and Development in Historical Perspective", *Journal of the European Economic Association*, Vol. 1, No. 2/3.
<https://www.jstor.org/stable/40005189>
- Anderson, Bennedict. 1983. "Old State New Society: Indonesia's New Order in Comparative Historical Perspective," dalam *Journal of Asian Studies*, Vol. XLIII, No. 3.
<https://doi.org/10.2307/2055514>

- Aris Heru Utomo, et al. 2023. *Menemukan Kembali Api Pancasila Melalui Pidato-pidato Bung Karno*. BPIP.
- Asvi Warman Adam. 2009. *Sarwono Prawirohardjo: Pembangun Institusi Ilmu Pengetahuan di Indonesia*. LIPI Press.
- Berita Repoeblrik Indonesia*, No. 28 Tahun I, 14 November 1945.
- Berita Repoeblrik Indonesia*, Tahun II No. 15-16, 1 Juli 1946.
- Berita Repoeblrik Indonesia*, Tahun II No. 25, 16 dan 30 Nopember 1946.
- Berita Repoeblrik Indonesia*, Tahun II No. 6, 1 Februari 1945.
- Berita Repoeblrik Indonesia*, Tahun II, No. 22-23, 1-15 Oktober 1946.
- Berita Repoeblrik Indonesia*, Tahun III No. 2, 15 Januari 1947.
- Berita Repoeblrik Indonesia*, Tahun III No. 33, 15-31 Maret 1947.
- Boen S. Oemarjati (Ed.). 1992. *Warna-Warni Pengalaman Hidup R. Slamet Iman Santoso*. UI Press.
- Constitution of the World Health Organization, 1946, diakses melalui <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/E N/constitution-en.pdf>, pada 15 Agustus 2025.
- Daftar Riwayat Hidup Anggota Konstituante, *Inventaris Arsip Konstituante (1956 - 1960) No. 10, Koleksi ANRI*.
- Darmasetiawan Notohatmodjo 1947. "Rede uitgesproken op den ontmoetingsavond ter opening van de dienstconferentie van het Ministerie van Volksgezondheid op 22 Mei 1947", *Medisch Maanblad*, No. 11.
- De Indische Courant*, 18 Augustus 1937.
- De Locomotief*, 22 February 1955.
- De Locomotief*, 29 April 1953.
- Delegasi Indonesia dari Panitia Keamanan: Surat, tentang anggota TNI yang masih berada dalam tawanan Belanda, 27 April 1948, *Inventaris Arsip Delegasi Indonesia (1947 - 1951) No. 265, Koleksi ANRI*.
- De Maasbode*, 15 April 1950.
- De Nieuwsgier*, 21 July 1954.
- De Nieuwsgier*, 31 August 1955.
- De Preangerbode*, 21 August 1952.
- De Volksrant*, 11 February 1963.
- Departemen Kesehatan. 1978. *Sejarah Kesehatan Indonesia Jilid II*. Depkes.
- Djoko Suryo, Bambang Purwanto, dan Soegijanto Padmo. 1999. *Dari Revolusi ke Reformasi, 50 Tahun Universitas Gadjah Mada*. UGM Press.
- Fanon, Frantz. 1959. *A Dying Colonialism*. Grove Press.
- Gispen, R. 1950. "Termination of The Activities of The Society for the Furthering of Medical Sciences in Indonesia", *O.S.R.-News* 2, 11.
- Harper, Tim and S. Amrith, Sunil. 2014. *Histories of Health in Southeast Asia: Perspectives on the Long Twentieth Century*. Indianapolis: Indiana University Press.
- Hasto Kristianto. 2023. *Geopolitik Bung Karno Progressive Coexistence*. Unhan Press.
- Het Nieuwsblad voor Sumatra*, 30 Maart 1951.
- Het Nieuwsblad voor Sumatra*, 20 December 1949.
- Het Vrije Volk*, 04 Maart 1952.
- Komisi Pemilihan Umum. 2024. "Pemilu 1955." Diakses 25 Juli 2024. <https://www.kpu.go.id/page/read/8/pemi-lu-1955>.
- Hull, Terence H. 2005. *People, Population, and Policy in Indonesia*. Equinox.
- Indische Courant voor Nederland*, 17 November 1954.
- Indische Courant voor Nederland*, 24 Augustus 1956.
- Leimena, J. 1956. "Ten years of the Ministry of Health (Aug. 1945-Aug. 1955)", *Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, No. 1 Tahun V.
- Leimena, J. 1956. *Public Health in Indonesia: Problem and Planning*. Lembaga Kebudayaan Indonesia.
- Java Bode*, 13 Maart 1953.
- Java Bode*, 05 Maart 1956.
- M. Ahmad Djojosugito. 2021. "Sejarah Kedokteran Indonesia (Nasionalisme, Pengabdian dan Pendidikannya)", dalam *Diskusi Sejarah dan Permuseuman; Museum Kebangkitan Nasional*.
- Mardanas Safwan dan Thawaluddin Haris. 1986. *Prof. Dr. Sarwono Prawirohardjo: Riwayat Hidup dan Pengabdiannya*. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.

- Matia Madijah. 1986. *Kisah Seorang Dokter Gerilya Dalam Revolusi Kemerdekaan di Banten*. PT Pustaka Sinar Harapan.
- Merdeka, 21 Agustus 1951.
- Mona Lohanda. 1986. *Perjuangan dan Pengabdian: Mosaik kenangan Prof. Dr. Satrio 1916-1986*. ANRI.
- Nasional, 19 Djanuari 1948.
- Neelakantan, Viveek. 2017. *Science, Public Health, and Nation-Building in Soekarno-Era Indonesia* Cambridge Schoolar Publishing.
- Nieuwe Courant, 03 July 1946.
- Nieuwe Courant, 26 Maart 1947.
- Notoatmodjo. 2005. *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta.
- Ova Emalia et al. 2017. *Sejarah Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada 1946-2016*. Fakultas Kedokteran UGM.
- PB IDI. 2010. *60 Tahun Ikatan Dokter Indonesia: Rekam Jejak, Pandangan dan Harapan*. YP IDI.
- Pidato Soekarno di Gedung Fakultas Pertanian UI, tanggal 27 April 1952 terkait Revolusi Pembangunan.
<https://perpusbungkarno.perpusnas.go.id/>, diakses pada 25 Juli 2025.
- Pols, Hans. 2018. *Nurturing Indonesia: Medicine and Decolonisation in the Dutch East Indies*. Gramedia.
- Provinciale Drentsche en Asser courant, 09 Augustus 1951.
- Soeharto, R. 1984. *Saksi Sejarah: Mengikuti Perjuangan Dwitunggal*. Purnawiasta Offset.
- Ssenyonjo, Alysius, et al. 2023. "The Decolonization of global health Agenda in Africa: Harnessing synergies with the continent's strategic aspirations", *The European Journal of Public Health*, 33 (3).
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad056>
- Silas Laurens Leimena. 2007. "Dari Bandung Plan ke Rencana Leimena" dalam Victor Silaen et al, *Dr. Johannes Leimena: Negarawan Sejati & Politisi Berhati Nurani*. BPK Gunung Mulia.
- Staatsblad van Nederlandsch Indie No. 97 Tahun 1882.
- Subagyo, W. 1983. *Dr. R. Kodijat: Hasil Karya dan Pengabdian*. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.
- Syarifah Aini. 2024. *Sulianti Saroso: Dari Kesehatan Reproduksi Ibu Hingga Kesehatan Anak Indonesia*. Yogyakarta: Matapadi.
- Trouw, 04 Maart 1952.
- Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan.
- Vickers, Adrian. 2008. "Mengapa tahun 1950-an penting bagi Kajian Sejarah Indonesia", dalam Henk Schulte Nordholt (ed.), *Perspektif Baru Penulisan Sejarah Indonesia*. KILTV-YOI
- World Health Organization. "Appointments to Expert Advisory Panels and Committees", *Executive Board Twenty-Fifth Session*, Eb25/37, 15 December 1959.
- World Health Organization. "Appointments to Expert Advisory Panels and Committees", *Executive Board, Twenty-sixth Session*, EB26/13, 6 October 1960.
- World Health Organization. Executive Board, Regional Committee for South-East Asia, Fifth Report, 17 November 1952, *Koleksi Arsip WHO No. E11/17*.