Jurnal Humanitas
Katalisator Perubahan dan Inovator Pendidikan
ISSN Print (2407-4411), ISSN Online (2502-406X)

Layanan Kesehatan Modern di Jawa sebagai Penyokong Kolonialisme, Penyebaran Agama dan Budaya, Abad XVII-XX

Dadan Adi Kurniawan,[1*] Ilham Putra Pratama[1]

[1]Program Studi Pendidikan Sejarah, Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan, Universitas Sebelas Maret, Indonesia
Email: dadan.adikurniawan@staff.uns.ac.id, ilhamputrapratama@student.uns.ac.id

[*]Korespondensi

Article History: Received: 03-01-2025, Revised: 12-02-2025, Accepted: 13-02-2025, Published: 31-03-2025

Abstrak

Penelitian ini mengkaji tentang perkembangan pusat-pusat pelayanan kesehatan modern di Jawa sebagai penyokong kolonialisme ekonomi, injilisasi, dan penyebaran budaya pada abad 17 hingga paruh pertama abad XX. Penelitian ini menggunakan metode sejarah yang terdiri dari lima langkah yaitu pemilihan topik, heuristik, kritik, interpretasi, dan historiografi. Sumber primer yang digunakan ialah *Memori Serah Jabatan* yang ditunjang dengan berbagai sumber sekunder kredibel dan relevan seperti jurnal, buku dan artikel ilmiah. Penelitian ini menggunakan pendekatan politik ekonomi dan politik budaya sebagai pisau analisis. Fokus utama penelitian ini meliputi: perkembangan pelayanan kesehatan prakolonial, jejak awal pelayanan kesehatan untuk kepentingan dagang-militer, pelayanan kesehatan sebagai penyokong kolonialisme ekonomi, pelayanan kesehatan sebagai media penyebaran agama dan budaya serta pola pengembangan dan pengorganisasian pelayanan kesehatan modern. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan di Jawa mengalami transformasi signifikan dari era prakolonial hingga masa kolonial, dimana layanan kesehatan tidak hanya berfungsi sebagai sarana penyembuhan fisik, tetapi juga menjadi instrumen strategis dalam menopang berbagai agenda kolonial, khususnya pada aspek ekonomi, sosio-religi, dan sosio-kultural. Layanan kesehatan di Jawa pada periode ini tidak hanya semata berfungsi sebagai penyokong kolonialisme ekonomi, tetapi juga sebagai medium penyebaran agama dan budaya yang meneguhkan pengaruh kolonial.

Keywords:
injilisasi, kolonialisme ekonomi, pelayanan kesehatan modern, penyebaran budaya

Abstract

This study examines the development of modern health service centers in Java as a supporter of economic colonialism, evangelism, and the spread of culture in the 17th century to the first half of the 20th century. This study uses a historical method consisting of five steps, namely topic selection, heuristics, criticism, interpretation, and historiography. The primary source used is the Memori Serah Jabatan which is supported by credible and relevant secondary sources such as journals, books and scientific articles. This study uses a political economy and political culture approach as an analytical tool. The main focus of this study includes: the development of pre-colonial health services, early traces of health services for trade-military interests, health services as a supporter of economic colonialism, health services as a medium for the spread of religion and culture and patterns of development and organization of modern health services. The results of the study show that health services in Java underwent a significant transformation from the pre-colonial era to the colonial period,

where health services not only functioned as a means of physical healing, but also became a strategic instrument in supporting various colonial agendas, especially in the economic, socio-religious, and socio-cultural aspects. Health services in Java during this period not only functioned as a supporter of economic colonialism but also as a medium for the spread of religion and culture that confirmed colonial influence.

Kata Kunci:
cultural dissemination; economic colonialism; evangelism; modern health services

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Pendahuluan

Kolonialisme merupakan sebuah usaha eksploitasi terhadap sumber daya manusia dan alam yang dilakukan oleh kelompok luar (Kohn & Reddy, 2023). Kolonialisme menempatkan pihak penjajah memonopoli kekuasaan politik di tanah koloni dan menganggap masyarakat yang ditaklukkan lebih rendah dalam aspek hukum, administratif, sosial, budaya, atau biologis (Go, 2024). Kolonialisme juga dapat berbentuk kolonialisme pemukim, di mana pemukim kolonial menyerbu serta menaklukkan wilayah untuk secara permanen menggantikan masyarakat pribumi dengan masyarakat penjajah, bahkan mengarah pada genosida penduduk local (Wolfe, 2006). Namun kolonialisme tidak hanya hadir melalui jalur peperangan (penaklukan) dan politik diplomasi (perjanjian) semata. Dalam prosesnya, banyak cara sekelompok penguasa dalam menjalankan praktik kolonialisme seperti melalui pendirian industri, perusahaan, pembangunan sarana dan prasarana perkotaan, pengembangan pertanian, pendirian lembaga pendidikan dan kebudayaan, hingga pendirian pusat-pusat pelayanan kesehatan modern.

Pelayanan kesehatan modern di Nusantara khususnya Jawa termasuk salah satu tema yang masih cukup jarang diteliti meskipun telah ada beberapa penelitian historis sebelumnya. Pendirian dan pemberian pelayanan kesehatan modern di Jawa sebagai salah satu pusat aktivitas utama pada era kolonial abad 17-20 perlu diperiksa secara lebih cermat dan runtut. Pendirian pusat-pusat pelayanan kesehatan modern yang diinisiasi dan banyak didirikan oleh pihak kolonialis Eropa tentu tidak bisa hanya dibaca secara sederhana sebagai fasilitas menyembuhkan penyakit fisik seseorang. Namun jauh daripada itu, perlu dipahami secara lebih mendalam mengenai berbagai maksud di balik pemberian layanan kesehatan yang secara biaya tidaklah murah tersebut. Baha Uddin (2006) dan Peter Boomgaard (1993) menyatakan bahwa esensi dasar kolonialisme adalah "keuntungan ekonomi". Menurut mereka, berbagai pranata pemerintahan, kemasyarakatan, pendidikan, kebijakan politik dan militer yang diberlakukan penguasa kolonial, semuanya tetaplah bermuara pada orientasi ekonomi sebagai tujuan utama sejak pertama kali datang. Berpijak dari pendapat tersebut, maka menarik untuk mencari keterkaitan antara pendirian pusat-pusat pelayanan kesehatan modern dan kepentingan-kepentingan yang mengintarinya, seperti apa pola kerja dan jariannya, serta pihak-pihak mana saja yang berkepentingan. Tidak kalah menarik untuk ditelusuri, apakah benar pendirian pusat-pusat fasilitas kesehatan modern di Jawa saat itu berkaitan dengan tujuan ekonomi semata, mengingat ada fasilitas-fasilitas kesehatan tersebut

juga didirikan oleh pihak organisasi sosial-keagamaan yang umumnya lebih mengusung misi kemanusiaan, agama dan kebudayaan.

Secara historiografi, studi tentang sejarah pelayanan kesehatan di Indonesia telah dilakukan oleh beberapa peneliti sebelumnya seperti yang dilakukan Baha Uddin (2010) dalam artikelnya yang berjudul *Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Pada Masa Kolonial*. Baha Uddin termasuk sejarawan pelopor dalam penulisan sejarah kesehatan di Indonesia. Peneliti lain setelahnya adalah Kurniarini dan kawan-kawan (2014) yang menulis artikel berjudul *Pelayanan dan Sarana Kesehatan di Jawa Abad XX*. Menyusul berikutnya artikel berjudul *Perkembangan Fasilitas Kesehatan Zending di Yogyakarta 1901-1942* yang ditulis Wulanadha dan Dwikurniarini (2016). Adapun dua penelitian yang terbilang cukup baru dilakukan oleh Hartono dan Fakih (2022) dengan judul *Kerja Sama Misionaris dan Perusahaan dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Jawa, 1900-1930,* serta tulisan berjudul *Rumah sakit Zending Mojowarno di Jombang 1894-1942* karya Kusuma dan Hudiyanto (2024).

Berbagai penelitian di atas memiliki perbedaan dengan penelitian penulis. Secara umum, penelitian ini tidak berorientasi pada kebaruan sumber sejarah, melainkan pada kebaruan peta spesifikasi tema kajian, sistematika dan keruntutan penulisan. Ini tidak lain dikarenakan kajian-kajian yang sudah ada di atas cenderung parsial (terpisah-pisah) dan disajikan dengan format yang agak loncat-loncat (kurang runtut), sehingga menjadikan pembaca cukup sulit menemukan pemahaman yang lebih holistik (utuh). Tidak hanya masalah tipikal tulisan yang cenderung loncat-loncat, meskipun sebagian tulisan disusun dengan sumber-sumber primer yang kaya, tetapi penyajian di dalamnya kurang terpetakan secara tematis ke dalam sub-subtema yang lebih spesifik dan uraiannya kronologis. Namun demikian, berbagai penelitian yang sudah ada tersebut sangat membantu penulis dalam menunjang penulisan artikel ini, terutama dari segi penyediaan sumber dan fakta. Sehingga posisi akademis tulisan ini bukan sebagai tulisan baru yang bersifat dekonstruksionis, melainkan "tulisan pelengkap" sekaligus "tulisan alternatif" yang bertujuan memudahkan dalam aspek pembacaan dan pemahaman mengenai asal-usul dan perkembangan pusat-pusat pelayanan kesehatan modern di Jawa abad 17 sampai pertengahan abad XX.

Dengan latar belakang tersebut, penelitian ini fokus pada lima pokok kajian utama yaitu: (1) seperti apa pelayanan kesehatan tradisional Jawa pada era prakolonial, baik di era klasik maupun era Islam; (2) seperti apa jejak awal munculnya pusat-pusat pelayanan kesehatan modern di Jawa; (3) bagaimana pelayanan kesehatan modern dijadikan sebagai penyokong kolonialisme ekonomi; (4) bagaimana pusat-pusat pelayanan kesehatan modern dijadikan sebagai media atau alat penyebaran agama dan budaya; serta (5) seperti apa pola pengembangan dan pengorganisasian pelayanan kesehatan modern di Jawa terutama sejak memasuki periode awal abad XX. Urgensi dari penelitian ini ialah mempermudah pembaca (penyuka sejarah, pengajar sejarah ataupun peneliti sejarah) dalam memahami jejak pusat-pusat pelayanan kesehatan di Jawa dan berbagai motif serta kepentingan yang mengelilinginya, yang selama ini masih cukup jarang diajarkan di instansi-instansi jurusan pendidikan sejarah maupun di jurusan ilmu sejarah murni sekalipun. Tidak hanya itu, penelitian ini juga diharapkan menjadi bahan pertimbangan bagi pemerintah atau pihak-pihak yang berkepentingan dalam membuat kebijakan strategis di bidang kesehatan yang lebih inklusif, humanis dan berbasis pada kebutuhan masyarakat luas.

Metode

Tulisan ini merupakan jenis penelitian sejarah yang mengkaji tentang munculnya pusat-pusat pelayanan kesehatan modern di Jawa pada abad 17 sampai paruh pertama abad XX dan kaitannya dengan tujuan kolonialisme ekonomi, penyebaran agama (Injilisasi) dan penyebaran budaya Barat. Penelitian ini menggunakan *historical method* (metode sejarah) dalam cara kerjanya. Menurut Gottschalk (1986), metode Sejarah bertujuan untuk menguji, menganalisis dan menuliskan secara kritis berbagai rekaman dan peninggalan masa lalu ke dalam sebuah tulisan berdasarkan fakta yang didapat. Sementara menurut Ismaun (2005), metode sejarah merupakan pendekatan dalam penelitian sejarah yang bertujuan untuk mengkaji dan menguji validitas rekaman serta peninggalan masa lalu melalui analisis kritis terhadap bukti dan data yang tersedia. Selain itu, metode ini juga mencakup proses pengkajian, penjelasan, serta penganalisisan terhadap sumber sejarah guna memperoleh pemahaman yang akurat mengenai peristiwa lampau (Sjamsuddin, 2007). Dengan demikian, metode historis dapat dipahami sebagai suatu prosedur sistematis dalam meneliti sumber sejarah melalui evaluasi kritis dan penyusunan hasil penelitian berbasis fakta. Metode sejarah yang digunakan dalam tulisan ini terdiri dari lima tahap ala Kuntowijoyo (2013) yaitu *pemilihan topik*, *heuristik* (pengumpulan sumber), *verifikasi* (kritik sejarah atau kebasahan sumber), *interpretasi* (analisis dan sintesis), dan *historiografi* (penulisan). Teknik pengumpulan data menggunakan studi literatur (studi pustaka) sejarah dengan memanfaatkan berbagai sumber berupa jurnal, buku, dan artikel yang relevan serta kredibel. Sumber-sumber yang dipakai merujuk pada banyak tulisan para pakar di bidang sejarah kesehatan, baik sejarawan Indonesia maupun sejarawan asing. Sumber-sumber tertulis tersebut diperoleh secara *online* dan *offline* di beberapa tempat. Kritik sumber lebih ditekankan pada "kritik internal" yakni mengecek keabsahan isi atau informasi dengan cara membandingkan data antarsumber yang diperoleh. Penelitian ini menggunakan pendekatan politik terutama politik ekonomi dan budaya (termasuk agama di dalamnya). Pendekatan "politik ekonomi" sangat penting untuk melihat sejauh mana pusat-pusat pelayanan kesehatan didirikan dalam rangka menunjang agenda-agenda kapital terselubung sebagai sebuah kongsi dagang dan negara kolonial. Adapun pendekatan "politik budaya (dan agama)" sangat penting untuk melihat sejauh mana hubungan antara pendirian pusat-pusat pelayanan kesehatan modern dengan agenda-agenda yang dibawa oleh negara dan organisasi sosial-keagamaan utamanya zending dan misionaris. Pendirian rumah sakit dan klinik yang membutuhkan biaya besar asumsinya tidaklah gratis melainkan terdapat misi dan tujuan tertentu di belakangnya.

Hasil dan Pembahasan

Pelayanan Kesehatan Tradisional (Pra-Kolonial)

Pada masa kuno, penyakit sering dikaitkan dengan fenomena supranatural, seperti hukuman dari roh jahat atau pengaruh kekuatan magis. Pengobatan dan penyembuhan dilakukan melalui ritual keagamaan, interaksi dengan dunia gaib atau yang berbau mistis. Tradisi pengobatan yang demikian di Nusantara diyakini berkembang sebelum pengaruh budaya India. Salah satu yang menonjol dalam khasanah layanan kesehatan tradisional Nusantara adalah adanya peran 'dukun'

dalam menangani hal-hal yang yang berbau magis (Kasiyati, 2008). Kedatangan Hindu-Budha ke Nusantara membawa pengaruh dalam sistem perawatan kesehatan yang lebih terorganisasi. Profesi kesehatan seperti *Walyan, Kdi, Janggan*, dan *Acaraki* muncul sebagai penyembuh dan pembuat obat. *Walyan* bertindak sebagai 'tabib' yang memadukan kekuatan gaib dan pengetahuan herbal, sementara *Kdi* membantu persalinan, dan *Acaraki* memproduksi serta menjual obat (Kasiyati, 2008). Tabib atau dokter dipandang sebagai golongan cendekiawan yang dihormati, dengan istilah "*waidya*" yang berasal dari kata Sanskerta "*veda*," merujuk pada kitab suci Hindu (Zoetmulder, 1995).

Pada era Hindu-Buddha, tabib atau 'dokter' memiliki dimensi sakral, seperti terlihat dalam kisah Jivaka, dokter pribadi Sang Buddha. JIvaka mendapat penghormatan istimewa karena perannya dalam menjaga kesehatan dan menerima pengajaran langsung dari Buddha (Hardnaulee & Chatnarat, 2020). Profesi tabib juga tercatat dalam berbagai prasasti dan relief, yang menunjukkan *Walyan* sebagai abdi raja dengan gaji dari pajak rakyat (Boechari, 2012). Relief Candi Borobudur menggambarkan praktik kedokteran, termasuk persalinan dan pijat (Kasiyati, 2008). Sisi lain dari praktik tabib ternyata juga kerap dianggap kontroversial. Selain bertugas menyembuhkan, mereka juga diduga mampu menyebarkan penyakit, sehingga kerajaan mengatur etika profesi ini secara ketat. Dalam naskah agama (kitab) *Kutaramanawa dharmacastra* yang berasal dari masa Rajasanagara misalnya, disebutkan kewajiban pasien membayar jasa dokter secara kontan (Muljana, 1967). Jika dokter gagal menyembuhkan hingga menyebabkan kematian, mereka dikenai denda satu *laksa*, dan jika pasien adalah brahmana, dokter dapat dijatuhi hukuman mati (Kasiyati, 2008).

Ketika Nusantara mulai memasuki masa Islam, pemahaman tentang asal-usul penyakit masih dipengaruhi pandangan supranatural, seperti keyakinan pada takdir ilahi, gangguan roh jahat, santet, dan guna-guna. Penyembuhan dilakukan melalui metode tradisional dengan ritual sakral seperti mengusir roh jahat melalui kentongan malam, memasang boneka penolak bala, atau membaca doa untuk pasien (Kusuma & Hudiyanto, 2024). Pada masa ini juga marak praktik perdukunan. Dukun di masa prakolonial didefinisikan sebagai dokter, ahli bedah, atau apoteker yang citranya jauh dari konotasi negatif seperti masa-masa kemudian (Bowrey, 1701; Nourse, 2013). Munculnya praktik kedokteran modern ala Barat (Eropa) yang secara metodologis berkebalikan ini mengakibatkan citra dukun di Jawa bergeser menjadi "*cenayang,* ahli sihir, atau okultis" (Dennys, 1894; Nourse, 2013). Meskipun demikian, eksistensi dukun di Jawa tetap terus ada bahkan sampai sekarang.

Hingga awal abad XIX, dukun tetap menjadi figur sentral karena dipercaya memiliki kekuatan supranatural melalui mantra magis dan racikan herbal (Jamu) (Kusuma & Hudiyanto, 2024). Sebagian dukun menggunakan cara yang lebih rasional berupa ramuan minum jamu. Media penyembuhan seperti jamu juga menjadi pengobatan utama karena keterbatasan pengetahuan medis. Informasi tentang bahan herbal diwariskan secara lisan, dengan penekanan pada harmoni manusia dan lingkungan, sebagaimana tercermin dalam *primbon* Jawa. Penyakit dipahami sebagai ketidakseimbangan dengan lingkungan, sehingga penyembuhan mencakup doa, ritual, dan penggunaan jamu. Resep jamu dipercaya berasal dari wahyu mistis yang diterima dukun melalui meditasi, menjadikan praktik ini perpaduan mistisisme dan sihir (Fibiona et.al, 2015).

Pada masa Kerajaan Mataram Islam, pengetahuan tentang jamu mulai menyebar dari keraton ke masyarakat luas. Peracik jamu mengajarkan resep mereka secara lisan, dan *wiku* (ahli herba) menjual ramuan keliling. Praktik ini menjadi dasar pengobatan tradisional Nusantara hingga abad ke-19 dan ke-20, bersaing dengan pengobatan *Ayurvedic, Cina*, dan *Unani* (Boomgaard, 1993). Keluarga Eurasia dan Eropa di Indonesia lebih memilih jamu daripada obat Eropa yang dianggap asing. Masyarakat pribumi juga enggan menggunakan dokter Eropa karena faktor ekonomi, jarak layanan medis, dan hambatan psikologis, seperti meninggalkan keluarga dan kepercayaan pada dokter asing. Selain itu, jamu juga dianggap oleh sebagian masyarakat lebih efektif dalam menangani berbagai penyakit dan vaksinasi, seperti cacar pada awal 1900-an (Breitenstein, 1900; Boomgaard, 1993; Kusuma & Hudiyanto, 2024).

Pada pertengahan abad XIX sampai awal abad XX, pandangan masyarakat terhadap cara-cara tradisional mulai berubah di sebagian kalangan masyarakat. Orang Eropa menggunakan istilah dukun berulang kali di forum publik seperti surat kabar, mendesak pemerintah kolonial untuk membawa pelayanan kesehatan Barat ke penduduk desa di kepulauan Nusantara. Mereka berpendapat bahwa "pribumi dikekang" oleh dukun tradisional mereka dengan praktik dan omong kosong *takhayul* (Nourse, 2013). Dalam perkembangannya, pandangan masyarakat modern terhadap faktor-faktor penyebab dan cara mengobati penyakit mulai bergeser. Masyarakat mulai mengaitkannya dengan faktor yang lebih ilmiah, rasional dan modern.

Jejak Awal Pelayanan Kesehatan Modern di Bidang Dagang dan Militer

Munculnya pusat-pusat pelayanan kesehatan (rumah sakit, poliklinik, klinik, balai pengobatan, dan institusi-institusi kesehatan lainnya) yang bersifat modern/Barat di Jawa maupun di Nusantara tidak bisa dilepaskan dari peranan bangsa luar yang datang secara reguler ke tanah Nusantara sejak awal abad XVII sampai sekitar pertengahan abad XX. Perkembangan pusat pelayanan kesehatan modern di Nusantara pertama kali didirikan oleh VOC *Vereenigde Oost-Indische Compagnie*) yang bertempat di Batavia (Jakarta) pada 1 juli 1626 (Schoute, 1937; Uddin & Purwanto, 2006). Pendirian rumah sakit pertama era VOC ini dibangun di tepi pantai atau area pelabuhan Batavia. Setelah di Batavia, pendirian rumah sakit (dalam arti sederhana) berkembang di kota-kota besar lainnya. Rumah sakit untuk konteks periode awal waktu itu bukanlah rumah sakit yang mewah dan lengkap seperti sekarang, melainkan tempat pengobatan yang masih sederhana dan cenderung bersifat semi permanen yang terbuat dari batu dan bambu. Para dokter didatangkan dari Belanda. Mereka bekerja di darat dan di kapal-kapal (Kurniarini et al., 2014).

Tujuan utama pendirian pusat-pusat pelayanan kesehatan modern di Jawa pada awalnya adalah untuk keperluan militer yaitu untuk mengobati para tentara militer VOC yang terluka akibat peperangan. Dalam sejarah Indonesia, VOC tercatat banyak terlibat dalam urusan monopoli ekonomi dan campur tangan politik di wilayah kekuasaan lokal bumiputera. VOC merupakan sebuah kongsi dagang yang terdiri dari gabungan 6 perusahaan dagang di Belanda/Eropa. Meski berstatus sebagai kongsi dagang, tetapi VOC kerap disebut sebagai "negara" atau "negara dalam negara" karena memiliki *hak oktroi* (hak istimewa) layaknya sebuah negara berdaulat seperti diperbolehkan memiliki pasukan dan armada militer, mengerahkan

serdadu, mendirikan benteng, memiliki mata uang sendiri, mengadakan perjanjian, dan mengangkat hakim (Nurjaman, 2019; Sinaga et al., 2024). Dengan modal dana dan kekuatan yang sedemikian besar, VOC banyak terlibat perang dan perjanjian di Nusantara, baik yang sifatnya 'alami' (keinginan sendiri) maupun yang bersifat 'diundang' (*invented colonialism*) yakni ketika dimintai bantuan oleh pihak penguasa lokal yang sedang berkonflik (Resink, 2012). Apapun itu, sebagai sebuah kongsi dagang (perusahaan), orientasi VOC yang utama tetaplah keuntungan ekonomi. Di balik orientasi ekonomi tersebut, terdapat sekian banyak pasukan militer VOC yang terluka akibat perang.

Karena aktivitas ekonomi dan perang yang dilakukan tentara VOC terjadi di berbagai wilayah di Nusantara, untuk itu pula rumah sakit juga didirikan di berbagai wilayah yang tersebar di kota-kota tersebut. Artinya, pola pendirian pusat-pusat pelayanan kesehatan abad XVII-XVIII mengikuti meluasnya teritorial perdagangan VOC (Kurniarini et al., 2014). Pendirian pusat-pusat pelayan kesehatan tidak hanya akibat luka perang tetapi juga karena faktor sakit disebabkan kelelahan dalam pelayaran jauh, adaptasi iklim yang berbeda dan adanya berbagai penyakit menular yang muncul saat itu (Trisnantoro, 2015). Pusat-pusat pelayanan kesehatan tersebut berfungsi dalam mengambil tindakan *preventif* (pencegahan) maupun *kuratif* (penyembuhan). Dalam beberapa sumber yang ada, diketahui bahwa dalam keberjalanannya pusat-pusat pelayanan kesehatan juga tidak hanya diperuntukkan bagi tentara (pasukan militer) saja, tetapi juga untuk pejabat, pegawai, pelaut, pekerja, dan orang-orang yang dianggap penting dan menguntungkan secara ekonomi bagi VOC. Seiring waktu berjalan, para pekerja VOC tidak hanya orang kulit putih Eropa melainkan juga merekrut orang Jawa, Cina, dan Malaya (Hartono & Fakih, 2022; Uddin & Purwanto, 2006).

Sampai akhir abad XVIII, pusat-pusat pelayanan kesehatan modern yang didirikan VOC bersifat ekslusif (khusus dan terbatas). Hanya orang-orang Eropa atau non-Eropa yang berkaitan dengan kepentingan dagang VOC saja yang diperbolehkan mengaksesnya. Bagi pekerja VOC yang bukan berkulit putih (non-Eropa), mereka diwajibkan membayar biaya pelayanan rumah sakit (Yulifah & Romadi, 2020; Kurniarini et al., 2014). Menurut Purwanto yang dikutip Trisnantoro, meski orang-orang non-Eropa yang terbatas tersebut diperbolehkan mengakses pelayanan kesehatan, tetapi tetap memperoleh perbedaan perlakuan baik dari segi tempat, fasilitas dan pelayanan kesehatan. Bahkan khusus orang-orang Cina didorong penguasa VOC untuk mendirikan rumah sakit sendiri yang akhirnya terealisasi pada tahun 1640 di Batavia. Sampai akhir abad XIX, dunia pengobatan orang-orang Cina di Hindia Belanda bisa dikatakan sangat minim dari pengaruh terapeutik dan farmakologis Barat/Belanda (Trisnantoro, 2015).

Pelayanan Kesehatan Sebagai Penyokong Kolonialisme Ekonomi

Pasca VOC bubar pada 1799 sampai pertengahan abad XIX, belum banyak studi atau catatan yang merekonstruksi secara jelas dan detail tentang perkembangan dunia pelayanan kesehatan di Jawa maupun di Nusantara. Beberapa studi sejarah menunjukkan bahwa pada kurun waktu tersebut pelayanan kesehatan masih didominasi oleh dan untuk kepentingan militer dan bersifat eksklusif. Bahkan sebagian studi menyebutkan bahwa eksklusivitas, diskriminasi dan militersentris fasilitas pelayanan kesehatan ini berlaku sampai akhir abad XIX atau awal abad XX. Setidaknya ini bisa dilihat dari dominasi militer terhadap ilmu pengetahuan

kesehatan, kewenangan terhadap dokter dan keperuntukan pelayanan kesehatan (Lutfia, 2023; Kurniarini et al., 2014).

Terdapat beberapa catatan penting terkait perkembangan pelayanan kesehatan di sepanjang abad XIX. Pertama bahwa sejak VOC bubar, rumah sakit tersebut diambil alih oleh pihak militer atas nama pemerintah (negara kolonial). Pada tahun 1808 yakni pada era kepemimpinan Willem Deandels, dibentuk Dinas Kesehatan Militer atau *Militair Geneeskundigen Dienst* (MGD) yang hanya difungsikan sebagai pelayanan militer atau kebutuhan perang (Yulifah & Romadi, 2020). Deandels juga menginstruksikan pembangunan rumah sakit garnisun di dalam atau di dekat tangsi militer (Kurniarini et al., 2014). Deandels juga membuat gebrakan untuk menyebarkan vaksin cacar melalui jalan raya pos (*De Grote Postweg*). Pada tahun 1820, atas perintah raja Belanda, Reinwardt mulai membentuk *Burgerlijk Geneeskundige Dienst* (BGD) atau semacam Dinas Kesehatan Sipil di Hindia Belanda. Namun BDG (sipil) dan MGD (militer) digabung di bawah kepemimpinan MGD (Lestari, 2020). Sampai di periode ini, pelayanan kesehatan terhadap masyarakat sipil bumiputera bukanlah prioritas karena yang utama adalah kepentingan militer. Perhatian kesehatan pada pasukan militer di era kolonial muaranya tetap untuk mengamankan "keuntungan ekonomi".

Pendirian pusat-pusat pelayanan kesehatan untuk menyokong kolonialisme ekonomi semakin terlihat seiring adanya perubahan formulasi aturan agraria di Hindia Belanda menjelang akhir abad XIX. Lahirnya *Agrarische Wet* atau Undang-Undang Agraria tahun 1870 memiliki banyak pengaruh baik di sektor ekonomi, sosial, politik maupun budaya. Dengan disahkannya undang-undang tersebut maka pada dasarnya telah membuka era baru di mana "kran kapitalisme" secara intens mulai masuk ke Hindia Belanda utamanya Jawa. Undang-undang tersebut diperuntukkan bagi para pemodal swasta asing yang ingin menanamkan modalnya terutama di sektor perkebunan (Basundoro, 2009). Dalam keberlanjutannya, dengan dibukanya lahan perkebunan (tebu, kopi, kakau, teh, dan lainnya), maka mau tidak mau pabrik-pabrik industri untuk mengolah hasil perkebunan mulai dibangun untuk hasilnya diekspor ke luar negeri terutama ke pasaran Eropa. Untuk mengangkut berbagai hasil perkebunan maupun pertambangan menuju pabrik-pabrik maka haruslah dibangun pula sarana dan prasarana transportasi yang memadahi. Dari situ jalan-jalan yang menghubungkan satu wilayah dengan wilayah lainnya, dari kota satu ke kota lainnya mulai dibangun.

Dengan kondisi sosial ekonomi Jawa yang semakin maju dan berkembang maka dalam konteks itulah dibutuhkan pula banyak pekerja buruh yang kebanyakan ditempatkan di lapangan (di lahan-lahan perkebunan maupun di bagian pabrik). Banyak masyarakat bumiputera berdatangan dari luar daerah luar provinsi yang berdatangan ke Surakarta, Yogyakarta, Surabaya, Malang, Semarang, dan Kediri. Mereka datang untuk mengadu nasib sebagai buruh kolonial maupun swasta terutama di pabrik-pabrik gula (Lindblad, 2001). Mayoritas para buruh ditempatkan di bagian pekerjaan kasar dan bukan di bagian yang secara jabatan lebih tinggi semisal direktur, personalia, mandor atau sejenisnya. Mereka yang bisa menempati jabatan yang cukup tinggi jumlahnya terbatas. Fenomena ini disebabkan oleh beberapa faktor. *Pertama,* faktor pendidikan, bahwa rata-rata buruh bumiputera tidak atau belum memiliki pendidikan yang tinggi sehingga keahliannya masih terbatas pada hal-hal yang bersifat fisik. *Kedua*, faktor kebijakan politik, bahwa pemerintah Belanda sengaja merekrut para buruh hanya untuk ditempatkan pada posisi paling

bawah (kasar). Sebagian yang berhasil menduduki jabatan yang cukup tinggi karena faktor relasi seperti petinggi keraton, bupati, pengusaha tenar dan mahir yang sudah eksis sebelumnya, atau memiliki hubungan tertentu yang dianggap khusus bagi Belanda.

Pekerjaan paling berat yang cenderung menggantungkan fisik berimplikasi pada kesehatan para buruh bumiputera yang rentan terserang penyakit. Untuk menanggulangi hal itu, pihak perusahaan menyiasati dengan mendirikan pusat pelayanan kesehatan terutama yang bersifat *kuratif* (pengobatan). Semenjak 1870 sampai awal abad XX, pendirian pusat-pusat pelayanan kesehatan di Hindia Belanda dilakukan oleh empat pihak yaitu (1) pemerintah kolonial, (2) pemodal swasta yaitu para pengusaha perkebunan dan pertambangan; (3) golongan zending dan misionaris, dan (4) terakhir adalah golongan etnis Cina. Pusat-pusat pelayanan kesehatan dalam konteks ini dimaknai sebagai pelayanan kesehatan yang lebih modern ala Eropa, bukan bersifat tradisional seperti ramu-ramuan, dukun (*magic*), herbal, maupun terapi yang sifatnya individual seperti yang sudah umum dilakukan oleh masyarakat Jawa sebelum bangsa kolonial datang (Uddin, 2010).

Pusat-pusat pelayanan kesehatan yang didirikan oleh perusahaan swasta seperti para pengusaha perkebunan, pertanian, industri dan pertambangan, umumnya bersifat *eksklusif* yang hanya diperuntukkan bagi buruh pekerja di perusahaan tersebut. Artinya buruh-buruh dari perusahaan lain apalagi berbeda jenis usaha, tidak diperbolehkan untuk berobat. Tidak heran apabila beberapa rumah sakit didirikan di dalam kawasan perusahaan. Pendirian pusat-pusat pelayanan kesehatan buruh tersebut mempertimbangkan apsek untung-rugi. Motif ekonomi dari pendirian pusat-pusat pelayanan kesehatan bisa diketahui dengan mudah. Para pemilik modal swasta membangun fasilitas pelayanan kesehatan supaya kesehatan (kebugaran) badan para pekerjanya tetap terjamin. Kualitas kesehatan yang baik merupakan "mesin produksi" yang sangat diandalkan dalam meningkatkan produksi pertanian, perkebunan, pertambangan dan pembangunan (Muhsin, 2012). Sebaliknya jika pekerja banyak yang sakit dan tidak masuk kerja, maka produktivitas dan keuntungan perusahaan mulai menurun bahkan rugi. Untuk itulah dalam kelanjutannya mulai dibangun beberapa rumah sakit, klinik maupun sejenisnya di areal perusahaan sebagai tempat pelayanan berobat para buruh perusahaan.

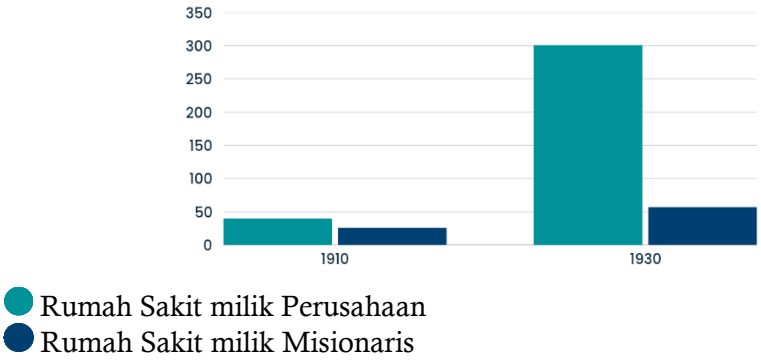
Meski diperuntukkan untuk buruh, tetapi tidak semua pekerja atau buruh tersebut bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang disediakan oleh perusahaan. Mereka harus mendapatkan rekomendasi *landswege* terlebih dahulu. Pada awal abad XX, para pekerja atau buruh tersebut harus membayar ongkos perawatan sebesar f 1,50 dengan pengobatan injeksi dan f 1,00 tanpa pengobatan injeksi. Pembayaran bisa secara langsung atau pun lewat pemotongan upah kerja. Jika buruh memiliki penyakit yang parah dan sering sakit-sakitan sehingga berpeluang merugikan perusahaan karena tingkat produktivitasnya rendah maka pihak perusahaan tidak segan-segan untuk memutuskan kontrak kerja (Uddin, 2010). Dari sini kita bisa melihat bahwa konsep pelayanan kesehatan untuk buruh di era kolonial begitu mempertimbangkan faktor untung rugi sebagai dasar pengambilan kebijakan selanjutnya.

Pada tahun 1890, pemerintah kolonial melalui Menteri Pendidikan, Agama, dan Industri mengeluarkan surat edaran yang mengharuskan perusahaan swasta di luar Batavia, Semarang, dan Surabaya memiliki pelayanan kesehatannya sendiri (Hartono & Fakih, 2022). Namun sejak awal abad XX, pemilik perusahaan mulai

bekerja sama antar sesama pemilik perusahaan maupun dengan pihak pemerintah kolonial. Sebagai contoh di wilayah *Vorstenlanden*, sebuah parik gula di Barongan (kini masuk wilayah Bantul, Yogyakarta) bekerja sama dengan pihak perusahaan perkebunan *Klatenche Cultuur Maatchappij*. Pabrik gula tersebut juga mendirikan rumah sakit pembantu di Patalan pada 1914 (Siswadi, 1989). Kerja sama antarpabrik juga dilakukan oleh pabrik-pabrik yang berlokasi di sekitar Pantura (pantai utara Jawa) demi menghemat pengeluaran biaya (Hartono & Fakih, 2022).

Selain bekerja sama dengan pemerintah dan sesama perusahaan, pemilik perusahaan juga menggandeng *zending* (agen penyebaran agama Kristen) dan *misionaris* (agen penyebaran agama Katolik) dalam menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan. Kasus seperti ini bisa dijumpai di Yogyakarta di mana para pemilik Perusahaan bekerja sama dengan para misionaris dari Rumah Sakit Petronella. Pihak perusahaan memberi bantuan dana kepada zending dan misionaris. Sebaliknya, *zending* dan *misionaris* memberi pelatihan pengetahuan dan keterampilan medis kepada para pekerja. Kerjasama ini menghasilkan untung di masing-masing pihak. Perusahaan lebih mudah mendapatkan pegawai dan pekerja yang sehat dan produktif (nilai ekonomis). Adapun penyediaan bantuan medis kepada masyarakat (terutama dalam keadaan sulit) merupakan salah satu cara efektif untuk berinteraksi dengan masyarakat (pekerja) sehingga bisa mempromosikan agama mereka dan memperoleh jemaat (Hartono & Fakih, 2022).

Memasuki dekade-dekade paruh pertama abad XX, jumlah industri gula semakin meningkat dan perkembangan misionaris semakin luas. Sampai tahun 1910, rumah sakit perusahaan di seluruh Hindia-Belanda berjumlah sekitar 40 tempat. 20 tahun kemudian tercatat menjadi 301 rumah sakit perusahaan pada tahun 1930. Adapun rumah sakit milik misionaris berjumlah 26 pada 1910 dan meningkat dua kali lipat lebih menjadi 57 rumah sakit pada tahun 1930 (Hartono & Fakih, 2022). Jumlah jemaat Nasrani naik dua kali lipat sejak tahun 1920an sampai 1942. Secara keseluruhan, politik etis yang digulirkan sejak awal abad XX telah membawa keuntungan tersendiri bagi para pemilik perusahaan swasta dan para zending-misionaris (Uddin, 2010).



Gambar 1. Perbandingan jumlah rumah sakit Perusahaan dan Misionaris (1910 dan 1930)
Sumber: Data diolah dari Hartono & Fakih (2022)

Pelayanan Kesehatan Sebagai Media Penyebaran Agama dan Budaya

Selain perusahaan swasta dan pemerintah kolonial, terdapat kelompok lain yang turut menyemarakkan pendirian pusat-pusat pelayanan kesehatan di Jawa. Kelompok tersebut adalah para *zending* (Kristen) dan *misionaris* (Katolik) yang terorganisasi di bawah jaringan negeri induk di Eropa. Zending dan misionaris inilah yang justru menjadi pelopor pendirian pusat-pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat bumiputera sejak paruh kedua abad XIX (Trisnantoro, 2015; (Yulifah & Romadi, 2020). Sejak politik etis, zending dan misionaris semakin memperoleh kelonggaran dalam beraktivitas di Hindia Belanda, termasuk dalam pendirian fasilitas pelayanan kesehatan. Pendirian rumah sakit menjadi penyokong *Injilisasi* (penyebaran agama Nasrani) selain yang utama adalah pendirian sekolah dan gereja. Pendirian pelayanan kesehatan dinilai memberi peluang yang lebih mudah dalam pengkabaran Injil. Pemerintah kolonial Belanda juga mendapat keuntungan karena berkat pelayanan kesehatan ini membuat kehidupan masyarakat bumiputera menjadi lebih teratur (Wulanadha & Dwikurniarini, 2016).

Meski zending dan misionaris ini memiliki visi dan misi keagamaan yang berbeda, tetapi salah satu pola dan media penyebaran agamanya menggunakan cara yang sama yaitu sama-sama mendirikan pusat-pusat jasa pelayanan kesehatan bagi masyarakat Hindia Belanda. Para zending dan misionaris ini lambat laun gencar dalam mendirikan rumah sakit di berbagai wilayah. Sebagai tahap awal, umumnya mereka mendirikan rumah sakit induk yang berdiri di tempat-tempat setrategis seperti di kota-kota besar, semisal Bandung, Yogyakarta, Surakarta, Jombang, Surabaya, dan Semarang. Di Pulau Jawa, terdapat *Nederlandsche Zending Vereeniging* (NZV) di wilayah barat dan *Nederlandsche Zending Genootchap* (NZG) di sebelah timur yang merupakan dua penggerak dari kegiatan zending (Kusuma & Hudiyanto, 2024).

Tahap selanjutnya, secara lambat laun para zending dan misionaris juga mendirikan rumah sakit pembantu yang didirikan di wilayah-wilayah lebih pelosok. Antara rumah sakit induk dengan rumah sakit pembantu memiliki hubungan yang erat karena saling bekerja sama dalam memberi pelayanan kesehatan terhadap masyarakat baik dari golongan pekerja maupun dari berbagai kelas sosial lainnya (Siregar, 1980). Kelompok zending dan misionaris ini lebih dekat sebagai kelompok *filantropi* yang memberikan jasa layanan kesehatan bagi masyarakat secara lebih humanis tanpa memandang status sosial. Inklusifitas pelayanan kesehatan ini tidak lain karena orientasi mereka adalah penyebaran agama dan kebudayaan.

Perkembangan pelayanan kesehatan (utamanya rumah sakit) yang diusahakan oleh zending dan misionaris berperan sangat penting terhadap pertumbuhan jemaat Nasrani. Pelayanan konsultasi kesehatan, adanya simbol-simbol, ciri khas dan kegiatan rohani di rumah sakit dalam bentuk doa bersama tiap hari minggu, merupakan sekian cara dalam upaya penyebaran agama Nasrani. Wilayah persebaran jemaat Nasrani lebih banyak tumbuh di tempat-tempat bekas persebaran fasilitas kesehatan yang dibangun oleh zending dan misionaris. Banyak gereja yang kemudian dibangun di tempat-tempat yang menjadi fokus kegiatan pelayanan kesehatan oleh organisasi zending dan misionaris (Wulanadha & Dwikurniarini, 2016).

Pola misi sosial keagamaan yang dirintis *zending* dan *misionaris* ini ternyata diikuti oleh organisasi keagamaan Islam *Muhammadiyah* (Trisnantoro, 2015; Yulifah & Romadi, 2020). Organisasi yang lahir pada 1912 dan berpusat di Yogyakarta ini

dalam perjalannya juga mendirikan pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat sebagai salah satu corong dakwah dan misi sosial kemanusiaan. Pada tahun 1923, Muhammadiyah mendirikan PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) yang kemudian di tahun 1962 berubah nama menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat) (Uddin, 2010). Pola pergerakan Muhammadiyah saat itu mirip dengan yang dilakukan para zending dan misionaris Eropa yang mana menggunakan media pelayanan kesehatan dan pendidikan sebagai salah satu penopang penyebaran agama dan budaya, dalam konteks ini adalah misi penyebaran agama dan budaya Islam ala Muhammadiyah.

Dalam konteks budaya, banyaknya kasus wabah penyakit membuat orang Eropa akhirnya membentuk dinas kesehatan yang bertugas mensosialisasikan "ideologi sehat" guna mengedukasi kaum bumiputera yang dianggap memiliki "ideologi sakit" (Basundoro, 2009). Persepsi negatif terhadap bumiputra berkembang di kalangan Eropa karena perbedaan budaya, di mana mereka dinilai jorok, tidak tertata, dan terlalu pasrah dengan keadaan. Sebagai contoh, masyarakat bumiputra sangat bergantung pada sungai untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, seperti mandi, buang air, mencuci, hingga mendapatkan air minum. Bahkan, buang hajat dan sampah sering kali dibuang ke sungai dengan keyakinan bahwa sampah tersebut akan terurai secara alami (Geertz, 2013). Sebaliknya, masyarakat Eropa memandang sungai hanya sebagai sumber air yang harus dimasak atau disterilkan sebelum digunakan. Kebiasaan bumiputra yang menjadikan sungai sebagai tempat untuk berbagai aktivitas dianggap tidak sehat dan mencemari lingkungan.

Stereotip budaya bumiputra yang malas juga memengaruhi kebijakan kolonial, yang percaya bahwa kebiasaan bumiputra hanya bisa diubah melalui paksaan dan intervensi, agar mereka mengikuti standar Eropa. Pandangan ini semakin diperkuat dengan merebaknya wabah kolera di Nusantara pada awal abad XIX. Setelah John Snow di Inggris membuktikan bahwa penyebaran kolera di London pada pertengahan abad XIX berasal dari saluran air minum dan sanitasi yang buruk, perbaikan sistem sanitasi publik dan penyediaan air bersih menjadi metode yang dianggap efektif untuk mencegah meluasnya wabah. Langkah preventif dipandang sebagai pilihan paling rasional, mengingat keterbatasan dunia medis saat itu belum memiliki kapasitas untuk menakomodir dalam menyembuhkan seluruh pasien yang terkena wabah kolera (Achdian, 2020). Sebagai respons terhadap situasi ini, pemerintah kolonial menyusun berbagai rencana untuk memperkenalkan standar budaya kebersihan ala Eropa kepada masyarakat bumiputra. Salah satu adalah adalah mengampanyekan propaganda *Medisch Hygienische Propaganda* (Departemen Kesehatan RI, 1978). Dalam menyebarkan "ideologi bersih dan sehat" sesuai standar Eropa ini dilakukan kolaborasi antara Dinas Kebersihan, Dinas Kesehatan, dan Dinas Pendidikan (Memori Serah Jabatan, 1977; Bergen et al., 2019).

Upaya pertama dalam menyebarkan ideologi dan budaya sehat ini dilakukan melalui pendidikan. Pendidikan menjadi sarana utama untuk menyosialisasikan kebiasaan baru, terutama di sekolah-sekolah bumiputra. Pelajaran kebersihan, seperti buang air pada tempatnya, mandi dengan sabun, memasak air sebelum diminum, dan membuang sampah pada tempatnya, diajarkan kepada siswa sejak dini ("Memori Serah Jabatan," 1977). Selain melalui pendidikan formal, kampanye budaya menjaga kebersihan juga dilakukan di kampung-kampung bumiputra melalui penyuluhan yang melibatkan Dinas Kebersihan dan Dinas Kesehatan (Bergen et al., 2019). Meskipun telah dilakukan selama bertahun-tahun, perubahan pola

kebudayaan masyarakat bumiputra tetap menghadapi banyak hambatan. Pemerintah kolonial merasa bahwa upaya ini belum sepenuhnya berhasil, terutama di bumiputera kalangan bawah yang dianggap memiliki kebiasaan jorok, kotor, dan tidak mencerminkan budaya hidup sehat serta higienis seperti yang diinginkan oleh pemerintah kolonial.

Pola Pengembangan dan Pengorganisasian Pelayanan Kesehatan di Jawa

Dunia pelayanan kesehatan di Jawa (dan di Hindia Belanda pada umumnya) mengalami perkembangan secara signifikan sejak diberlakukannya Politik Etis (*Etische Politiek*) pada 1901 (Kusuma & Hudiyanto, 2024). Politik ini tidak hanya berfokus pada masalah pendidikan, irigasi dan transmigrasi, tetapi juga beberapa masalah lainnya, termasuk masalah kesehatan. Kesehatan termasuk hal yang sangat diperhatikan pemerintah kolonial Belanda saat itu disebabkan banyaknya wabah penyakit seperti cacar, kolera, typus, malaria, disentri, kusta, dan pes. Sebagian penyakit tersebut telah banyak memakan korban sejak pertengahan abad XIX sampai awal abad XX. Akibatnya angka mortalitas (kematian) menjadi tinggi (Uddin, 2006). Wabah penyakit menular yang awalnya banyak menjangkiti masyarakat bumiputera di wilayah pedesaan pada akhirnya juga berdampak ke sebagian pemukiman masyarakat kulit putih Eropa. Kondisi yang demikian menjadikan masyarakat kulit putih Eropa banyak yang gelisah bahkan ketakutan karena bayang-bayang wabah endemi yang ganas tersebut.

Berpijak dari banyaknya kasus wabah penyakit di berbagai daerah Jawa saat itu, membuat pemerintah kolonial mengambil sekian kebijakan dalam kurun waktu 1906 sampai 1930an. *Pertama*, sejak tahun 1906 melalui *Staatsblad van Nederlandsch-Indie* No. 276, pemerintah kolonial memutuskan memberikan subsidi (bantuan) kepada rumah sakit swasta baik yang dikelola perusahaan (perkebunan, pertanian, pertambangan) maupun organisasi sosial-keagamaan seperti zending dan misionaris. Subsidi tersebut dalam bentuk bantuan pembangunan rumah sakit, pemeliharaan, perawatan pasien, tenaga medis, gaji dokter dan tenaga medis, peralatan, obat-obatan maupun dana kas. Besaran subsidi yang diberikan berbeda-beda tergantung jenis dan besar rumah sakit (Uddin & Purwanto, 2006; Kurniarini et al., 2014). Tiga jenis subsidi kesehatan yang diberikan kepada rumah sakit swasta, yaitu: (1) subsidi pada tahap permulaan, (2) subsidi setiap tahun, dan (3) subsidi yang insidental (Uddin, 2006).

Kedua, pada tahun 1911, pemerintah kolonial menjadikan *Burgerlijke Geneeskundige Dienst* (Dinas Kesehatan Sipil) yang sebelumnya dibawah dominasi kontrol Dinas Kesehatan Militer (*Militair Geneeskundigen Dienst*) menjadi lembaga independen dan terpisah. Pemisahan sipil-militer ini dikarenakan masalah kesehatan sipil tidak bisa disamakan militer, kepentingan militer sebelumnya terlalu dominan sehingga kebutuhan sipil kurang diperhatikan, pemanfaatan dana yang tidak efektif dan efisien. *Ketiga*, pada tahun 1925, *Burgerlijke Geneeskundige Dienst* berubah nama menjadi *Dienst voor de Volksgezondheid* (Jawatan Kesehatan Masyarakat) yang berimplikasi pada perubahan regulasi seperti soal perawatan kesehatan, pemeriksaan status kesehatan, pengajuan langkah-langkah untuk peningkatan kesehatan masyarakat dan penerapan pengendalian hukum tentang higienitas. Keempat, pada tahun 1937, *Dienst voor de Volksgezondhei* (DVG) menerapkan sistem desentralisasi (pelimpahan wewenang) medis dari tingkat pusat ke daerah-daerah terkait masalah

kesehatan sesuai dengan permasalahan, kondisi, dan penanganannya (Hartono & Fakih, 2022; Kusuma & Hudiyanto, 2024).

Sampai awal abad XX banyak rumah sakit telah berdiri di berbagai wilayah di pulau Jawa seperti di Jakarta, Bogor, Semarang, Surabaya, Yogyakarta, Surakarta, Cirebon, Banten, Kediri, Lumajang, Jombang, dan wilayah-wilayah lainnya. Secara umum rumah sakit besar masa kolonial yang terdapat di banyak kota di Jawa berawal dari pusat-pusat pelayanan kesehatan yang sederhana semacam klinik atau poliklinik yang hanya menyediakan ruang tunggu dan ruang periksa. Namun dalam keberjalanannya, klinik atau poliklinik tersebut berubah menjadi rumah sakit yang memiliki beberapa bangsal baik untuk pria maupun wanita, ruang operasi, ruang periksa, ruang tunggu, ruang obat, dan kantor pengelola. Rumah sakit yang kian besar dan lengkap umumnya menjadi rumah sakit pusat. Setiap rumah sakit pusat didukung oleh beberapa rumah sakit yang lebih kecil, poliklinik dan klinik. Tujuannya untuk pemerataan yakni supaya lebih mudah diakses masyarakat di berbagai sudut wilayah atau kota (Wulanadha & Dwikurniarini, 2016). Pola pengorganisasian ini menganut *Djocja-System* yang terdiri dari *hulphospital*, *polikliniek*, dan *kliniek* sebagai kepanjangan tangan rumah sakit pusat. *Djocja-System* sendiri merupakan sistem yang pertama kali terbentuk di wilayah Yogyakarta di mana rumah sakit Petronella (Bethesda) menjadi pusatnya dalam melakukan desentralisasi ke rumah sakit, poliklinik dan klinik-klinik di bawahnya. Keberhasilaan pengorganisasian layanan kesehatan di Yogyakarta ini akhirnya menjadi percontohan di kota-kota lain di Jawa (Hartono & Fakih, 2022).

Penyakit-penyakit yang tarafnya masih ringan ditangani di level klinik dan poliklinik, adapun penyakit yang lebih parah dipondokkan di rumah sakit pembantu. Rumah sakit pusat diutamakan bagi penyakit-penyakit berat yang secara fasilitas dan kapasitas dokter tidak dimiliki di level bawahnya. Sebagian rumah sakit besar memfasilitasi adanya poliklinik keliling agar lebih menjangkau masyarakat secara luas. Poliklinik keliling ini menggunakan mobil ambulan di beberapa titik kota disertai beberapa perawat. Sebagian perawat didatangkan dari Eropa, tetapi sejak awal abad XX, sudah mulai banyak perawat-perawat dari kalangan bumiputera. Asrama para pekerja (perawat) umumnya berdekatan dengan rumah sakit (Wulanadha & Dwikurniarini, 2016).

Munculnya banyak dokter, bidan, mantri atau perawat dari kalangan bumiputera di dunia kesehatan Jawa saat itu tidak lain disebabkan karena krisis dokter dan tenaga medis dalam menangani jumlah pasien yang semakin banyak dan membutuhkan respon cepat untuk diobati. Di sisi lain, dokter-dokter asal Belanda jumlahnya terbatas dan lebih terkonsentrasi di perkotaan. Ini berkebalikan dengan realita di lapangan bahwa wabah penyakit menular lebih banyak menjangkiti di daerah pedesaan yang minim tenaga medis modern (Kurniarini et al., 2014). Pada akhirnya beberapa lembaga pendidikan dan pelatihan kesehatan dibuka untuk masyarakat bumiputera. Salah satu lembaga pendidikan kesehatan yang terkenal di Pulau Jawa adalah Sekolah Dokter Djawa (1851) di Batavia yang kemudian beralih menjadi sekolah dokter untuk kaum bumiputera atau lebih dikenal STOVIA (1902) (Lutfiana, 2023). Dalam perkembangannya di dalam rumah sakit pusat atau pembantu juga terselengara pendidikan kepelatihan juru rawat dan kebidanan. Lewat pendidikan kepelatihan ini, mereka memperoleh materi dan pengetahuan tentang anatomi, fisiologi, perawatan luka, pertolongan pertama kecelakaan, persalinan, dan ilmu kesehatan lainnya (Kusuma & Hudiyanto, 2024).

Dunia pelayanan kesehatan semakin berkembang ketika pemerintah kolonial Belanda juga secara perlahan mendirikan beberapa laboratorium kesehatan di beberapa tempat, sanatorium (pusat perawatan khusus seperti kusta) dan menyusun berbagai publikasi atau preferensi mengenai perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan. Tidak hanya itu, rumah sakit-rumah sakit negeri dan swasta juga menjalin kerja sama dengan organisasi swasta seperti *Stichting Central Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose* yakni semacam lembaga pusat pemberantasan TBC (Muhsin, 2012; (Kusuma & Hudiyanto, 2024). ndisi pelayanan kesehatan di Jawa sempat mengalami penurunan kuantitas dan kualitas sejak terjadinya krisis *malaise* sekitar tahun 1930an, yang tidak hanya berdampak pada sektor ekonomi tetapi juga sektor bidang kesehatan. Subsidi pemerintah mengalami penurunan bahkan berhenti yang berdampak pada tutupnya sebagian rumah sakit pembantu di beberapa kota di Jawa (Wulanadha & Dwikurniarini, 2016).

Kesimpulan

Perkembangan pusat-pusat pelayanan kesehatan di Jawa pada abad XVII hingga paruh pertama abad XX mencerminkan dinamika kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai motif baik politik, ekonomi, sosial, agama, maupun budaya. Pada era kuno hingga Islam, pelayanan kesehatan merefleksikan perpaduan kepercayaan supranatural dengan pendekatan alamiah yang diwarnai oleh budaya lokal dan pendatang. Pada masa kuno (klasik), pengobatan dipengaruhi tradisi Hindu-Buddha dengan pengorganisasian profesi kesehatan seperti tabib dan *Acaraki* yang mengintegrasikan kekuatan supranatural dan pengetahuan herbal. Era Islam menekankan kepercayaan pada takdir ilahi, namun tetap mempertahankan penggunaan jamu dan resep herbal sebagai praktik dominan. Memasuki era masuknya VOC, pendirian rumah sakit dan klinik kesehatan tidak lepas dari kebutuhan militer dan kepentingan ekonomi dagang. Pelayanan kesehatan abad XVII-XIX bersifat militeristik dan diskriminatif, mencerminkan hierarki sosial dan ekonomi kolonial. Memasuki awal abad XX, sejak politik Politik Etis digulirkan, terjadi perkembangan signifikan di dunia pelayanan kesehatan modern di Jawa. Pusat-pusat pelayanan kesehatan modern semakin banyak didirikan dan dibuka untuk masyarakat luas. Hal ini tidak lain karena munculnya sejumlah kebijakan strategis seperti pemberian subsidi dari pemerintah, pemisahan lembaga kesehatan militer dan sipil, desentralisasi layanan kesehatan hingga pelosok desa, dan pendirian lembaga pendidikan medis yang semakin banyak melibatkan tenaga medis dari kalangan bumiputra. Secara keseluruhan, perkembangan pelayanan kesehatan modern di Jawa selama periode ini mencerminkan berbagai motif yang saling berkelindan, mulai dari upaya menjaga produktivitas ekonomi hingga kontrol sosial dan penyebaran ideologi. Meski semakin terbuka, tetapi akses kesehatan bagi masyarakat bumiputra sebenarnya masih cukup terbatas. Ini menegaskan adanya bias kolonial yang menitikberatkan pada kepentingan penguasa daripada kesejahteraan masyarakat lokal. Fenomena ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan bukan hanya masalah medis, tetapi juga arena politik, ekonomi, sosial dan budaya yang kompleks, dengan berbagai aktor berbeda baik dari kalangan swasta kapitalis, organisasi sosial-keagamaan, maupun pemerintah kolonial.

Referensi

Achdian, A. (2020). Politik Air Bersih: Kota Kolonial, Wabah, dan Politik Warga Kota. *Jurnal Sejarah*, *3*(1), 98-104. https://doi.org/10.26639/js.v3i1.255.

Basundoro, P. (2009). *Dua Kota Tiga Zaman Surabaya dan Malang: Sejak Kolonial sampai Kemerdekaan*. Yogyakarta: Ombak.

Bergen, L. van., Hesselink, L., & Verhave, J. P. (2019). *Gelanggang riset kedokteran di bumi Indonesia: Jurnal kedokteran Hindia-Belanda 1852–1942*. Jakarta: AIPI.

Boechari. (2012). "Manfaat Studi Bahasa dan Sastra Jawa Kuno ditinjau dari Segi Sejarah dan Arkeologi" dalam A. Griffiths, N. Susanti, H. Djafar, dan E. Wurjantoro (Ed.), *Melacak Sejarah Kuno Indonesia Lewat Prasasti, Tracing Ancient Indonesian History through Inscriptions*. Jakarta: Kepustakaan Populer Gramedia.

Boomgaard, P. (1993). The development of colonial health care in Java; An exploratory introduction. Bijdragen Tot de Taal-, Land- En Volkenkunde/ *Journal of the Humanities and Social Sciences of Southeast Asia*, *149*(1), 77–93. https://doi.org/10.1163/22134379-90003137.

Bowrey, T. (1701). *A dictionary, English and Malayo, Malayo and English*. London: Sam. Bridge.

Breitenstein, H. (1900). *21 Jahre in Indien; Aus dem Tagebuche eines Militararztes. Theil II: Java*. Leipzig: Grieben.

Dennys, N. B. (1894). *A descriptive dictionary of British Malaya*. London: London and China Telegraph Office.

Departemen Kesehatan RI. (1978). *Sejarah kesehatan nasional Indonesia Jilid 1*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Fibiona., I. & Lestari., N.L. (2015). Rivalitas Jamu Jawa dan Obat Tradisional Cina Abad XIX- Awal Abad XX. *PATRAWIDYA seri penerbitan penelitian sejarah dan budaya*. 16 (4), 485-496. https://doi.org/10.52829/pw.82.

Geertz, C. (2013). *Agama Jawa: Abangan, santri, priayi dalam kebudayaan Jawa*. Depok: Komunitas Bambu.

Go, J. (2024). Reverberations of Empire: How the Colonial Past Shapes the Present. *Social Science History*, *48*(1), 1–18. https://doi.org/10.1017/SSH.2023.37

Gottschalk, L. (1986). *Mengerti Sejarah*. Jakarta: UI Press.

Hardnaulee, D. M., & Chatnarat, P. (2020). The Traditional Studies of Jīvaka Komārabhacca, The Buddha's Doctor in Theravada and Bhaiṣajyaguru, The Medicine Buddha in Vajrayāna. *The Journal of International Buddhist Studies College (JIBSC)*, *6*(1), 93–110. https://doi.org/10.1086/598230.

Hartono, F. P., & Fakih, F. (2022). Kerja Sama Misionaris dan Perusahaan dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Jawa, 1900– 1930. *Lembaran Sejarah*, *18*(2), 146–157. https://doi.org/10.22146/LEMBARAN-SEJARAH.66949.

Ismaun. (2005). *Pengantar Belajar Sejarah Sebagai Ilmu dan Wahana Pendidikan*. Bandung: Historia Utama Press.

Kasiyati, W. (2008). Jenis Dan Bentuk Pengobatan Pada Relief Candi Borobudur. *Jurnal Konservasi Cagar Budaya*, *2*(1), 25–29. https://doi.org/10.33374/JURNALKONSERVASICAGARBUDAYA.V2I1.54.

Kohn, M., & Reddy, K. (2023). *Colonialism (Stanford Encyclopedia of Philosophy/Summer 2024 Edition)*. https://plato.stanford.edu/archives/sum2024/entries/colonialism/.

Kuntowijoyo. (2013). *Pengantar Ilmu Sejarah*. Yogyakarta: Tiara Wacana.

Kurniarini, D. D., Darini, R., & Dewi, I. M. (2014). Pelayanan dan Sarana Kesehatan di Jawa Abad XX. *MOZAIK: Jurnal Ilmu-Ilmu Sosial Dan Humaniora*, *7*(1). https://doi.org/10.21831/MOZ.V7I1.6186.

Kusuma, A. D., & Hudiyanto, R. R. (2024). Rumah sakit Zending Mojowarno di Jombang 1894-1942. *Historiography: Journal of Indonesian History and Education*, *4*(1), 93–110. https://doi.org/10.17977/UM081V4I12024P93-110.

Lestari, F. (2020). Perilaku Sehat Masyarakat Priangan Tahun 1911-1942. *Historia Madania*, *4*(2), 233–246. https://doi.org/ttps://doi.org/10.15575/hm.v4i2.9500.

Lindblad, T. (2001). *Sejarah Ekonomi Modern Indonesia: Berbagai Tantangan Baru (terj.)*. Jakarta: LP3ES.

Lutfiana, H. N. (2023). Soehadi Prijonegoro: Dokter Jawa Pertama di Sragen. *Journal of Indonesian History*, *11*(2), 35–45. https://doi.org/10.15294/JIH.V11I2.71947.

Memori Serah Jabatan. (1977).

Muhsin, M. (2012). Bibliografi Sejarah Kesehatan Pada Masa Pemerintahan Hindia Belanda. *Paramita: Historical Studies Journal*, *22*(2), 131–248. https://doi.org/10.15294/PARAMITA.V22I2.2119.

Muljana, S. (1967). *Perundang-undangan Madjapahit*. Jakarta: Bhratara.

Nourse, J. W. (2013). The meaning of dukun and allure of Sufi healers: How Persian cosmopolitans transformed Malay-Indonesian history on JSTOR. *Journal of Southeast Asian Studies*, *44*(33), 400–422. https://www.jstor.org/stable/43863213.

Nurjaman, J. (2019). Jaringan Informasi dan Komunikasi Organisasi VOC di Sulawesi (Makasar) 1735-1737: Studi Kasus Arsip Overgekomen Brieven en Papieren (OBP) sebagai Penghubung Vital Komunikasi VOC. *Khazanah: Jurnal Pengembangan Kearsipan*, *12*(1), 69–99. https://doi.org/10.22146/KHAZANAH.47711.

Resink, G. J. (2012). *Bukan 350 tahun indonesia dijajah*. Depok: Komunitas Bambu.

Schoute, D. (1937). *Occidental therapeutics in the Netherlands East Indies during three centuries of Netherlands settlement (1600–1900)*. The Hague: Netherlands Indian Public Health Service.

Sinaga, R., Pakpahan, P., Natasha, K. N., & Sibarani, T. R. (2024). Hak Oktroi VOC

di Nusantara (Indonesia). *AR-RUMMAN: Journal of Education and Learning Evaluation*, *1*(2), 612–618. https://doi.org/10.57235/ARRUMMAN.V1I2.4213

Siregar, J. E. (1980). *"Riwayat Hidup rumah sakit Immanuel" dalam Satrio, dkk. (1980). Sejarah Kesehatan Indonesia Jilid 3*. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Siswadi, S. (1989). *Rumah Sakit Bethesda: Dari masa ke masa*. Yogyakarta: Andi Offset.

Sjamsuddin, H. (2007). *Metodologi Sejarah*. Yogyakarta: Ombak.

Trisnantoro, L. (2015). *Memahami penggunaan ilmu ekonomi dalam manajemen rumah sakit*. Yogyakarta: UGM Press.

Uddin, B. (2006). *Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Pada Masa Kolonial*. https://www.academia.edu/4598877/Pelayanan_Kesehatan_Rumah_Sakit_Pada_Masa_Kolonial

Uddin, B. (2010). "Perubahan dan Keberlanjutan Pelayanan Kesehatan Swasta di Jawa sejak Kolonial sampai Pasca Kemerdekaan" dalam Sri Margana & M. Nursam (ed.). (2010). *Kota-Kota di Jawa: Identitas, Gaya Hidup dan Permasalahan Sosial*. Yogyakarta: Ombak

Uddin, B., & Purwanto, B. (2006). Kebijakan subsidi kesehatan kolonial di Jawa pada awal abad ke-20. *Jurnal Humanika*, *19*(2), 139-161.

Wolfe, P. (2006). Settler Colonialism and the Elimination of the Native. *Journal of Genocide Research*, *8*(4), 387–409. https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14623520601056240.

Wulanadha, A., & Dwikurniarini, D. (2016). Perkembangan Fasilitas Kesehatan Zending di Yogyakarta 1901-1942. *MOZAIK: Jurnal Ilmu-Ilmu Sosial Dan Humaniora*, *2*(2), 1–15. https://journal.student.uny.ac.id/ilmu-sejarah/article/view/5776

Yulifah, N., & Romadi. (2020). Sejarah Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Dan Perananya Bagi Masyarakat Pada Tahun 1986-2018. *Journal of Indonesian History*, *9*(1), 1–9. https://doi.org/10.15294/JIH.V9I1.40490

Zed, M. (2008). *Metode penelitian kepustakaan*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.

Zoetmulder, P. J. (1995). *Kamus Jawa Kuno-Indonesia*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.