

SEJARAH KESEHATAN NASIONAL INDONESIA

Jilid 2

KEMENKES RI

09

DITERBITKAN OLEH
DEPARTEMEN KESEHATAN RI 1980

KEMENKES RI

KEMENKES RI

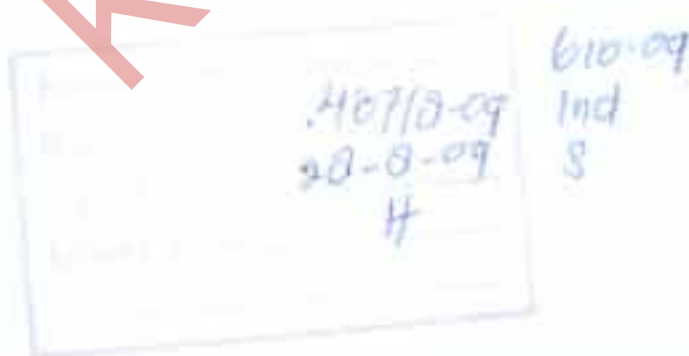
KEMENKES RI



610.09
Ind
S

SEJARAH KESEHATAN NASIONAL INDONESIA

Jilid 2



DITERBITKAN OLEH :
DEPARTEMEN KESEHATAN RI - 1980

KEMENKES RI

DAFTAR ISI JILID 2
BAB IV. MEMBANGUN KEMBALI
(MASA DEMOKRASI LIBERAL, 1950 — 1959)

A. PERALIHAN, PEMBINAAN,

1.	Masa RIS — RI	7
2.	Kebijaksanaan	9
3.	Organisasi dan Reorganisasi	15
4.	Pembagian Anggaran Belanja	18
5.	Pengadaan Sarana	18
6.	Pembinaan Tenaga	21
7.	Penelitian	25
8.	Peraturan Perundang-undangan	26

B. MENUJU KONSOLIDASI, KEGIATAN,

1.	Kesehatan Masyarakat Desa	29
2.	Perbaikan Gizi	35
3.	Kesehatan Ibu dan Anak	38
4.	Keluarga Berencana	39
5.	Kesehatan Perusahaan	40
6.	Pemberantasan Penyakit Menular	41
a.	Cacar	41
b.	Pes	43
c.	Kolera	45
d.	Poliomyelitis dan Diphtheria	46
e.	Malaria	46
f.	Framboesia	48
g.	Tuberkulosis	54
h.	Kusta	56
i.	Filariasis	59
j.	Penyakit Mata	61
k.	Penyakit Kelamin	62
7.	Usaha-usaha Preventif	65
a.	Usaha Teknik Penyehatan	66
b.	Air Minum	67
c.	Kesehatan Lingkungan	68
8.	Usaha Kuratif	68
a.	Pendahuluan	68

h.	Perkembangan Rumah Sakit dan Balai Pengobatan sejak tahun 1950	69
c.	Aktivitas Rumah-rumah Sakit dan Balai-balai Pengobatan	69
d.	Rehabilitasi	71
e.	Kesehatan Gigi	72
f.	Kesehatan Jiwa	73
g.	Pemeliharaan Kesehatan Jemaah Haji	74
h.	Transfusi Darah	75
i.	Peranan Radiologi dalam Bidang Kesehatan	77
j.	Pengobatan dan Obat-obatan Tradisionil	79

BAB V. MASA DEMOKRASI TERPIMPIN (1959 — 1965)

A.	PEMBINAAN	81
1.	Organisasi dan Struktur Departemen Kesehatan	81
2.	Kebijaksanaan	83
3.	Perundang-undangan	87
4.	Tenaga kerja kesehatan serta pendidikannya	98
5.	Farmasi, termasuk Obat Tradisionil	105
6.	Laboratorium	110
B.	KEGIATAN USAHA	111
1.	Pemberantasan Penyakit Menular	111
a.	Malaria	111
b.	Cacar	118
c.	Framboesia	119
d.	Penyakit Kelamin	120
e.	Kusta	123
f.	Tuberkulosis	124
g.	Sampar (Pes)	126
h.	Kolera	126
i.	Penyakit Mata	127
j.	Penyelidikan dalam bidang Penyakit Menular	127
2.	Usaha Preventif	128
a.	Karantina	128
b.	Higiene dan Sanitasi	129
c.	Penyediaan Air Minum	131
3.	Usaha Kuratif	131
4.	Kesehatan Ibu dan Anak	133
5.	Kesehatan Jiwa	134
6.	Kesehatan Gigi	136
7.	Rehabilitasi Penderita Cacat Tubuh	137
8.	Gizi	139

9. Kesehatan Masyarakat	141
10. Kesehatan Buruh	141
C. LAIN-LAIN	142
1. Jemaah Haji	142
2. Keluarga Berencana	145
3. Palang Merah Indonesia	148
KEPUSTAKAAN	149

LAMPIRAN-LAMPIRAN.

III.6. Tambahan Lampiran Jilid 1: Kenang-kenangan Dokter Sadikan — Dinas Kesehatan Kalimantan Barat selama pendudukan Jepang dan sesudahnya (tahun 1941 — 1948) —	151
IV.1. Keputusan-keputusan Konferensi Dinas Kesehatan tanggal 6-9 Februari 1952	157
IV.2a. Organisatieschema van het Departement van Gezondheid	161
IV.2b. Organisasi "Departement van Gezondheid" tahun 1949	162
IV.3. Peraturan Pemerintah No. 20 tahun 1952 tentang "Susunan dan Pimpinan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia"	163
IV.4. Bagan Organisasi Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 1952	166
IV.5. Susunan Kementerian Kesehatan tahun 1955	167
IV.6. Bagan Organisasi Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 1957	168
IV.7. Organisasi Kesehatan Propinsi/Daerah Tingkat I	169
IV.8. Organisasi DKK (Jawatan Kesehatan Kotapraja) Jakarta, Raya 1956	170
IV.9. Organisasi Kesehatan Keresidenan dan Kabupaten	171
IV.10. Anggaran Belanja Kementerian Kesehatan tahun 1958	172
IV.11. Jumlah dan Kapasitas Rumah-rumah Sakit tahun 1957	173
IV.12. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 55140/Kab., tanggal 11 Agustus 1954, tentang pembentukan Panitia Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Syara'	174
IV.13. Pendidikan Paramedik 1955	178
IV.14. Pendidikan Tenaga Kesehatan 1950 — 1955	179
IV.15. Tenaga yang lulus pada tahun 1958	180
IV.16. Ikhtisar Kemajuan KIA dari tahun 1951 sampai tahun 1960	181
IV.17. Reported Contagious Diseases in Java and Madura	182
IV.18. Pencacaran sampai akhir tahun 1958	183
IV.19. Daftar Pencacaran sejak tahun 1930	184
IV.20. TCPS, Coverage di Propinsi-propinsi di seluruh Indonesia sampai akhir tahun 1958	185

IV.21	Balai Pengobatan dan Pemberantasan Penyakit Paru-paru (BP4) dan Rumah Sakit Paru-paru sesudah tahun 1950	186
IV.22	Pemeriksaan Mantoux dengan Protein Purified Derivate 2 Tuberculine unit pada anak umur 1 — 6 tahun di Indonesia	187
IV.23	Rumah-rumah Sakit Mata dan Bagian Mata RSUP/RSU tahun 1958	188
IV.24	Lokasi Rumah-rumah Sakit Irwa	189
IV.25	Jumlah Rumah Sakit	190
IV.26	Jumlah Balai-balai Pengobatan	191
IV.27	Rumah Sakit kepunyaan Partikelir akhir tahun 1959	192
IV.28	Pendidikan yang diselenggarakan Kementerian Kesehatan 1950 — 1953	193
IV.29	Lulusan Jururawat AI dan Bidan, 1950 — 1953	196
IV.30	Kelahiran dan Kematian, Laporan tahunan tahun 1958	197
V.1	Denah Struktur Departemen Kesehatan Jaman Demokrasi Terpimpin, sesuai dengan Sk Menteri Muda Kesehatan No. 192700/Kab/221, tanggal 5 September. 1959	204
V.2	Wewenang dan kewajiban Departemen Kesehatan sesuai dengan Surat, Keputusan Menteri Muda Kesehatan No. 192700/Kab/221 tanggal 5 September 1959	205
V.3	Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 38559/KAB/197 tertanggal 1 Juli 1963 tentang Organisasi dan Tatakerja Departemen Kesehatan	213
V.4	Denah Struktur Departemen Kesehatan; menurut Keputusan Presiden tahun 1962	214
V.5	Tugas dan Tatacara para petugas dalam Departemen Kesehatan, menurut Surat Keputusan Presiden No. 94 tahun 1962	215
V.6	Daftar jumlah tenaga kesehatan 1959 — 1965 diperinci menurut jabatan	223
V.7	Salinan Surat Keputusan Bersama Menteri Muda Kesehatan, Menteri Muda Perhubungan Laut dan Menteri Muda Agama	225
V.8	Beberapa catatan kegiatan di bidang kesehatan dalam rangka mengisi "TRIKORA" Pembebasan Irian Barat	230

BAB IV
MEMBANGUN KEMBALI
(MASA DEMOKRASI LIBERAL, 1950 — 1959)

A. PERALIHAN, PEMBINAAN.

1. Masa RIS — RI.

Antara tahun 1950 dan tahun 1959 terbentang suatu masa yang sangat menarik dilihat dari segi permasalahannya. Dengan berakhirnya perang kemerdekaan yang disusul dengan adanya pengakuan kedaulatan Republik Indonesia oleh Belanda, tokoh-tokoh Pemerintah Republik Indonesia yang selama lima tahun bekerja secara darurat dalam daerah pedalaman, kembali ke Ibukota RI di Yogyakarta. Dengan terbentuknya negara Republik Indonesia Serikat (RIS), kemudian mereka menjadi pejabat pemerintah RIS.

Persetujuan Konferensi Meja Bundar antara Republik Indonesia dan Pemerintah Belanda yang ditandatangani di Den Haag menetapkan penyerahan aparatur pemerintah Belanda yang telah dibentuk oleh NICA (*Netherlands Indies Civil Administration*) kepada Pemerintah RIS. Berhubung dengan itu, maka Kementerian Kesehatan Pemerintah Belanda yang bernama "*Departement van Gezondheid*" di Jalan Prapatan 10 Jakarta diserahkan kepada Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Serikat.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia Serikat Dr. J. Leimena menemui kenyataan, bahwa sebagian besar dari pegawai teras *Departement van Gezondheid* bangsa Belanda telah meninggalkan Indonesia, pulang ke Nederland, sehingga tidak ada upacara penyerahan resmi. Namun demikian pejabat kesehatan terakhir NICA Dr. J. Karamoy sebagai *Secretaris van Staat. Houder van het Departement van Gezondheid* (Sekretaris Negara, Kepala Departemen Kesehatan) telah meninggalkan suatu dokumen penting yang memberi informasi tentang aparatur kesehatan yang telah diciptakan oleh Pemerintah Pendudukan Belanda. Dokumen tersebut yang berjudul "*Memorie van Overdracht*" memuat penjelasan mengenai sarana-sarana kesehatan yang penting seperti Lembaga-lembaga ilmiah Kesehatan, rumahsakit-rumahsakit umum di kota-kota besar serta lembaga-lembaga pemberantasan penyakit menular dan penyakit rakyat.¹⁾

Setelah terjadi penyerahan aparatur kesehatan dari Belanda kepada RIS, segera diselenggarakan inventarisasi semua sarana kesehatan yang ada. Selanjutnya disusun suatu organisasi Kementerian Kesehatan baru. Bentuk organisasi baru tersebut diharapkan mampu mengatasi masalah-masalah yang timbul.

Masalah utama yang dihadapi antara lain mengenai koordinasi antara Kemen-

1) Dr. J. Karamoy, *Memorie van Overdracht*, Batavia, 1949 halaman 3.

terian-kementerian Kesehatan dari 7 (tujuh) negara bagian dari Republik Indonesia Serikat, yang mempunyai pemerintahan sendiri-sendiri (Negara Sumatera Utara, Negara Sumatera Selatan, Negara Pasundan, Negara Jawa Timur, Negara Indonesia Timur, Negara Bangka Belitung, Negara Republik Indonesia) dan 9 daerah lainnya yang berstatus otonom. Untunglah usia Negara republik Indonesia Serikat tidak berlangsung lama, hanya delapan bulan, karena ternyata negara-negara bagian dan daerah-daerah otonom dalam konperensi di Yogyakarta telah bertekad bersatu kembali dalam lingkungan Negara Kesatuan Republik Indonesia (10 Agustus 1950). Dengan terbentuknya kembali Negara Kesatuan, maka kegiatan aparat pemerintahan tidak terpisah-pisah lagi. Dengan demikian Kementerian Kesehatan kemudian menyusun rencana kerja yang lebih sesuai dengan pola negara kesatuan Indonesia.

Karena ternyata tenaga kesehatan di seluruh Indonesia sangat sedikit jumlahnya dibanding dengan tugas-tugas yang dihadapi, maka masalah tenaga merupakan suatu masalah yang memerlukan pemecahan secara khusus. Kurang lebih 300 sampai 400 dokter Belanda dan ratusan tenaga paramedik telah meninggalkan Indonesia, sehingga menimbulkan kekosongan.

Kerjasama yang erat dengan Jawatan Kesehatan Angkatan Perang dan Palang Merah Indonesia, yang telah dirintis sejak masa perang kemerdekaan ternyata sangat bermanfaat, karena meringankan beban Kementerian Kesehatan, terutama dalam menanggulangi persoalan di pusat maupun di daerah.

Meskipun Negara Kesatuan sudah terbentuk, namun Konsitusi Republik Indonesia Serikat masih berlaku. Konstitusi yang hanya diroboh namanya menjadi "Konstitusi Sementara Republik Indonesia Kesatuan" berlaku hingga adanya Dekrit Presiden 5 Juli 1959.

Dr. Mohammad Hatta dalam suatu pidatonya di depan Mahasiswa Universitas Indonesia yang berjudul "*Menuju Negara Hukum*" mengatakan bahwa sehubungan dengan masih berlakunya Konstitusi Republik Indonesia Serikat, yang dikenal dengan nama "Konsituusi Sementara Republik Indonesia Kesatuan", maka berlaku pulalah suatu sistem Kabinet Parlementer, yang mengakibatkan adanya kabinet yang silih berganti menurut dominasi partai-partai politik.²⁾

Seirama dengan iklim politik di negara kita, maka Kementerian Kesehatan Indonesia berpindah-tangan beberapa kali dari satu pimpinan kepada pimpinan lainnya.³⁾ Adapun urutan-urutan nama para Menteri yang pernah memimpin Kementerian Kesehatan saat itu ialah:

- a. Dr J. Leimena (1950 — 1953);
- b. Dr Tobing (sebagai Menteri Penerangan sementara merangkap Menteri Kesehatan) (1 Agustus 1953 - 12 Oktober 1953);
- c. dr Lie Kiat Teng (1953 — 1955);
- d. Dr. J. Leimena (1955 — 1956);

2) Dr Mon. Hatta, "Majalah Purnawirawan, Tahun IV, Nomor 15, Nopember 1957, halaman 44.

3) Departemen Penerangan RI, Pudji Syukur, Jakarta, 17 September 1970, halaman 170 — 171.

- e. dr H. Sinaga (1956 — 1957);
- f. Kolonel dr Azis Saleh (1957 — 1959);

Para Menteri mengikuti program umum kabinet atau petunjuk dari partainya dalam melaksanakan kebijaksanaan-kebijaksanaan tertentu, sehingga kebijaksanaan umum di bidang kesehatan selalu berubah-ubah. Meskipun kebijaksanaan sering berubah, tetapi masih ada pegangan yang cukup kuat untuk mencegah perubahan kebijaksanaan yang terlalu besar, yaitu pasal 41 dan 42 Undang-undang Dasar Republik Indonesia Serikat, yang memberi garis besar tentang usaha-usaha perkembangan jasmani, rohani, kesehatan dan kebersihan rakyat.⁴⁾

Bagian-bagian teknik medik/kesehatan tetap dipegang oleh ahli-ahlinya di bidangnya masing-masing, seperti soal pemberantasan penyakit malaria, pemberantasan penyakit pas, tuberkulosa, kusta dan lain-lain.

Menteri Kesehatan pertama Dr. J. Leimena, yang duduk di Pemerintahan Republik Indonesia sejak tahun 1945, telah membuat konsep-konsep di bidang kesehatan masyarakat. Beliau juga banyak menulis. Kumpulan tulisannya telah diukuhkan dan diberi judul "*Ten Years Activities of the Ministry of Health August 1945 — August 1955*"⁵⁾ dan "*Pandangan dan Planning*"⁶⁾ mengenai kesehatan rakyat di Indonesia. Dokumen tersebut tentu saja sangat bermanfaat bagi khalayak perkembangan kesehatan di negara kita.

2. Kebijakan.

Perkembangan organisasi dan pengendalian dalam bidang kesehatan tidak banyak berubah, karena pola pembinaan kesehatan telah memiliki suatu patokan yang universal, yakni meliputi bidang-bidang administrasi dalam arti luas, kesehatan preventif, riset, kesehatan kuratif dan etik kesehatan.

Perkembangan baru dirintis oleh Dr Soeharso di Sala yang telah menyelenggarakan rehabilitasi bagi orang-orang cacat. Perkembangan baru lainnya ialah penggunaan tenaga atom seperti penyinaran sinar X, Cobalt 60 dan penggunaan zat-zat radio-aktif lainnya untuk terapi (isotop-isotop).

Kesehatan Ibu dan Anak (*Maternal and Child Health*), usaha-usaha Kesehatan Masyarakat Desa (*Rural Health*), serta usaha-usaha pembuatan obat-obatan, vaksin dan sera, merupakan sasaran utama pemerintah dalam periode 1950 — 1959.

Tak dapat pula dilupakan usaha-usaha perbaikan gizi (*nutrition*) dan pendidikan tenaga paramedik. Tenaga paramedik ini dibutuhkan untuk melayani kegiatan-kegiatan di bidang preventif, kuratif, rehabilitasi, riset dan pemberantasan penyakit menular serta "penyakit rakyat".

-
- 4) Prof. Dr R. Soeparto, *Undang-undang Dasar Sementara Republik Indonesia*, Noordhoff-Kali NV, Jakarta, 1950, hal. 63 — 64.
 - 5) Dr J. Leimena, *Ten Years Activities of the Ministry of Health*, Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Tahun V, Nomor 1, Maret 1956, hal. 5 — 12.
 - 6) Dr J. Leimena, *Kesehatan Rakyat Indonesia*, "Pandangan dan Planning" NV vrb Van Dorp & Co., Jakarta-Bandung-Semarang-Surabaya, 1955.

Dalam bidang perundang-undangan belum dapat dikatakan ada perubahan yang pokok. Yang diatur dengan keputusan Menteri Kesehatan terutama adalah pembatasan-pembatasan di bidang praktek dokter, pemberian izin mendirikan apotik dan distribusi tenaga kesehatan.

Selama Kementerian Kesehatan dipimpin oleh dr. Lie Kiat Teng telah dibentuk suatu *Magelis Kesehatan dan Syara'* serta diadakan pembaharuan gedung Kementerian Kesehatan di Jalan Prapatan 10.

Menteri Azis Saleh adalah Menteri Kesehatan pertama yang tidak ditempatkan oleh partai politik, tetapi ditunjuk oleh Presiden.

Kerjasama dengan organisasi internasional seperti: WHO (*World Health Organization*), UNICEF (*United Nation Children's Fund*), UNESCO (*United Nations Education and Science Organization*), FAO (*Food and Agricultural Organization*), USAID (*United States Agency for International Development*), telah dirintis sehingga kemudian memiliki pola yang mantap.

Banyak proyek di daerah dapat berjalan dengan baik, berkat bantuan dan kerjasama dengan badan-badan internasional tersebut, seperti: program Kesehatan Ibu dan Anak, pemberantasan penyakit demam berdarah dan malaria.

Hal-hal yang menghambat pembangunan kesehatan tahun 1950 — 1959 antara lain adalah:

- a). Gangguan keamanan di Indonesia yang disebabkan oleh pemberontakan APRS (Angkatan Perang Ratu Adil) di Jawa Barat, Andi Azis di Makassar RMS (Republik Maluku Selatan) di Maluku, DI/TII (Darul Islam/Tentara Islam Indonesia) di Jawa Barat dan DI Sulawesi Selatan, PRRI/PERMESTA (Pemerintah Republik Rakyat Indonesia/Pertahanan Rakyat Semesta) di Sumatera Utara, Tengah dan Menado, yang semuanya mempengaruhi perkembangan dinas-dinas kesehatan di daerah-daerah yang bersangkutan, sehingga terjadi diorganisasi personil dan sarana-sarana. Hal itu tentu saja merupakan hambatan utama untuk mengatasi keadaan yang demikian perlu adanya kerjasama dengan Jawatan Kesehatan Angkatan Darat dan Palang Merah Indonesia.
- b). Pemilihan Umum, yang sebagian besar biayanya dibebankan kepada pemerintah.
- c). Pemutusan hubungan dengan Nederland akibat persoalan Irian Barat, yang menyebabkan Kementerian Kesehatan mengambil alih perusahaan-perusahaan farmasi Belanda. Tugas tersebut dilakukan oleh BAPPHAR (Badan Pengawas Farmasi).
- d). Macetnya Konstituante, yang menimbulkan persoalan-persoalan politik yang gawat.

Masalah-masalah tersebut menghambat perkembangan pembangunan kesehatan secara umum. Namun demikian, berkat telah adanya landasan pengertian diantara tokoh-tokoh kesehatan baik di pusat maupun di daerah, dapat dijalin kerjasama dan hubungan yang cukup baik secara vertikal maupun horizontal. Kerjasama tersebut dapat berlangsung dengan baik, karena profesi yang sama.

Berdasarkan suatu konsep jangka panjang tentang pembangunan kesehatan



Poliklinik Parajadu, Kabupaten Ciamis, 1952. Bentuk bangunan sudah diperatapkan untuk dapat memberikan pelayanan lebih dari pengobatan saja, merupakan perintis Puskesmas.

yang integral, sebagai digambarkan oleh Dr. J. Leimena dalam apa yang beliau semula sebut "Bandung Plan" (tahun 1951), yang sebenarnya tidak lain dari pada Konsep Community Health yang dilaksanakan sekarang dengan Puskesmas-Puskesmas dan infrastruktur kesehatan lainnya, maka persiapan pengadaan "Kader Kesehatan" yang perlu untuk melaksanakan konsep tersebut segera diselenggarakan dengan pendidikan tenaga rendah, menengah, tinggi, spesialis, super-spesialis, medik maupun non-medik, baik di dalam maupun di luar negeri.

Pemanfaatan penemuan-penemuan ilmiah yang mutakhir memungkinkan kita mencapai hasil atau sasaran lebih cepat dan tepat, sehingga pendidikan tenaga yang diperlukan dapat dilakukan lebih terarah. Penemuan-penemuan antibiotika, alat-alat elektronika, sangat mempermudah usaha-usaha kesehatan di bidang kuratif.

Melalui kongres-kongres, seminar-seminar, baik regional maupun internasional dan dengan bantuan WHO, FAO, UNESCO dan UNICEF dapat dipercepat usaha-usaha di bidang preventif.

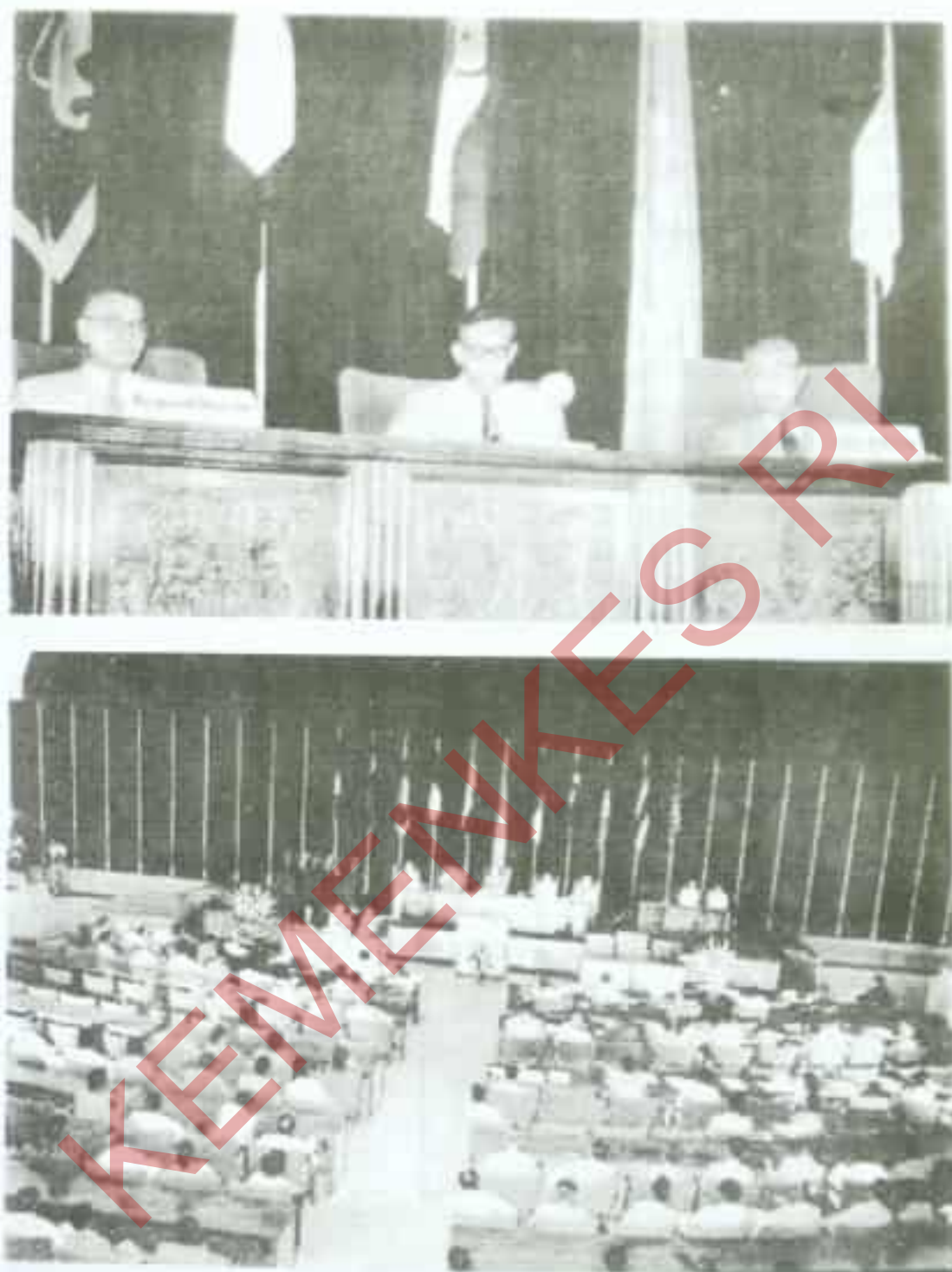
Pada tahun 1953 suatu *WHO Visiting Team*, yang terdiri dari ahli-ahli ternama Eropa dalam bidang penyakit dalam, penyakit anak, bedah jantung, anestesi dan radiologi, berkunjung ke Indonesia selama beberapa minggu. Kunjungan tersebut membuka prospek-prospek baru bagi perkembangan ilmu kedokteran di Indonesia. Konferensi-konferensi regional WHO di Asia Tenggara telah membahas persoalan-persoalan yang kita hadapai dan memberi kerungkinan-kerungkinan untuk mendatangkan ahli-ahli *malaria, tuberkulosa, epidemiologi dan rehabilitasi*. Bantuan mereka tentu saja menambah pengetahuan ahli di Indonesia. Kerjasama internasional tersebut adalah sejalan dengan isi pasal 41 dan pasal 42 Undang-undang Dasar Republik Indonesia Serikat yang mewajibkan pemerintah mengusahakan perkembangan jasmani dan rohani serta memajukan kebersihan umum dan kesehatan rakyat.

Program pembangunan kesehatan untuk periode 10 tahun (1950 - 1960) telah digariskan pada konferensi Kementerian Kesehatan tahun 1952 di Jakarta. Isi program tersebut mencakup kebijaksanaan umum dan khusus.⁷⁾ Kebijakan umum mencakup usaha-usaha kuratif dan preventif serta menyelenggarakan jawatan kesehatan yang baik guna menunjang pembangunan negara. Usaha-usaha kuratif dan preventif yang ditempuh adalah sesuai dengan perumusan WHO mengenai Kesehatan, yaitu: "*a state of complete physical, mental and social well being, and not merely the absence of disease or infirmity*".

Tujuan pemerintah adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat Indonesia untuk meningkatkan derajat kesehatan bangsa Indonesia agar memiliki kemampuan kerja semaksimal mungkin. Dengan terlaksananya pelayanan kesehatan secara baik bagi rakyat, maka akan tercipta kebahagiaan dan kegembiraan bagi rakyat.

Terselenggaranya suatu jawatan kesehatan yang baik dimaksudkan sebagai usaha pelayanan bagi masyarakat tanpa banyak memungut pembayaran dan melengkapi obat-obatan dengan harga yang terjangkau oleh rakyat. Titik-beratnya diletak

7) Laporan Konferensi Dinas Kementerian Kesehatan, Jakarta 6 - 9 Februari 1952, hal. 25.



Sidang World Helath Organization South East Asia Regional Committee, di Gedung Merdeka Bandung, September 1855.

Dari kiri ke kanan : Dr. Mani, Dr. J. Leimena, dr. R. Mochtar. (Foto atas).

kan pada usaha preventif (mencegah penyakit dan memperbaiki syarat-syarat kesehatan). Anggaran Belanja disusun berdasarkan angka-angka tahun 1951, tanpa hanya pos promemori. Dalam usaha melengkapi persediaan obat untuk masyarakat ditempuh cara-cara: pengadaan dan pembagian ke daerah. Dalam hal ini hubungan kerja yang harmonis antara kepala bagian farmasi dan inspektur kesehatan di daerah-daerah adalah sangat penting guna menghindarkan perbedaan kebijaksanaan. Masalah perundang-undangan, sarana transportasi serta urutan internasional merupakan urutan prioritas hasil konperensi kesehatan tahun 1952.

Kerjasama internasional dilakukan dengan WHO, UNESCO, ECA (*Economic Cooperation Agency*), INTERCROSS (*International Red Cross*), UNICEF (*United Nations Children's Fund*) dan lain-lain.

Rencana operasional, sesuai dengan keputusan konperensi, meliputi usaha-usaha pemberantasan penyakit menular dan penyakit rakyat, pendidikan kesehatan rakyat dan hygiene, mencukupi kebutuhan pegawai (ahli), serta mencukupi persediaan obat dan alat kesehatan.

Penyelidikan di balai-balai dan lembaga-lembaga ilmu pengetahuan, antara lain yang terpenting adalah penelitian gizi rakyat, pengembangan hygiene sosial, kesejahteraan ibu dan anak, dan kesehatan masyarakat desa. Dalam hal ini diadakan kerjasama dengan badan-badan internasional.

Rencana 10 Tahun (1950 – 1960) ⁸⁾

Tenaga dan sarana	Tahun 1950	Ratio	Ratio 10 tahun lagi (1960)	Harus ada 10 tahun lagi (1960)	Perlu tambahan tiap tahun
Rumah Sakit (tempat tidur)	60.000	0,08%	02%	160.000	10.000
Dokter	1.200	1:60.000	1:30.000	2.700	50.200
Mantri Juru Rawat	3.500	—	—	20.000	1.700
Bidan	1.466	1:50.000	1:20.000	4.000	250
As. Apoteker	650	—	—	2.000	140
Kontrol Kes	10	—	—	350	35
Analisis	30	—	—	500	50

Konperensi juga menghasilkan keputusan-keputusan pemberian wewenang (desentralisasi) kepada pemerintah daerah otonom. Keputusan-keputusan tersebut mempunyai arti penting, karena dengan adanya ketentuan pemberian wewenang secara otonom kepada daerah, maka menjadi jelaslah wewenang pusat dan daerah. Adapun jenis wewenang yang dilimpahkan kepada pemerintah daerah mencakup soal-soal pendidikan, kebidanan, honorarium seperti tarif visum dokter swasta,

8) Ibid, halaman 26.

ujian badan, serta tunjangan bidan tidak praktek. Wewenang pengeluaran oleh pemegang kas menjadi wewenang pemerintah daerah. Antara lain ditetapkan tarif visum dokter swasta sebesar Rp. 25,— honorarium ujian badan Rp. 10,— dan tunjangan bidan tidak praktek Rp. 75,— sedang batas wewenang pengeluaran oleh pemegang kas adalah sebesar Rp. 1.000,

Selanjutnya, guna meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, kepada pemerintah diusulkan supaya anggaran belanja Kementerian Kesehatan ditetapkan 10% dari seluruh Anggaran Belanja Negara.⁹⁾

3. Organisasi dan Reorganisasi.

Sejalan dengan organisasi pemerintahan, maka Kementerian Kesehatan struktur organisasinya terdiri dari Inspeksi Kesehatan / Dinas Kesehatan bagi Daerah Tingkat I dan Dinas Kesehatan Kabupaten bagi Daerah Tingkat II.

Dinas-dinas kesehatan di daerah tidak ditangani langsung oleh Kementerian Kesehatan, tetapi dibina oleh Gubernur dan Bupati. Dalam prakteknya karena adanya hal-hal yang berhubungan dengan segi-segi tehnik kesehatan, maka pemberian wewenang praktek dokter dan sarana-sarana kesehatan dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan. Disamping itu persoalan-persoalan kesehatan di daerah seringkali memerlukan perhatian dan pemecahan oleh Kementerian Kesehatan. Sebagai contoh dapat kita ambil penempatan dokter-dokter kabupaten di tempat-tempat terpencil, permintaan-permintaan untuk pendidikan spesialis serta pelaksanaan proyek-proyek yang mendapat bantuan luar negeri. Rumah sakit-rumah sakit yang biayanya tidak dapat dipikul oleh daerah serta rumah-rumah sakit khusus seperti Rumah Sakit Jiwa, Kusta dan Tuberkulose dikelola langsung oleh Kementerian Kesehatan, walaupun letaknya di daerah-daerah.

Organisasi Kementerian Kesehatan, sesuai dengan tugas nasional dan sifat-sifat multi-kompleksnya memerlukan tenaga-tenaga yang berpengalaman di bidang kepemimpinan dan pembinaan. Kerangka organisasinya mengambil pola dari *Departement van Gezondheid* Belanda, karena dianggap memenuhi kebutuhan.¹⁰⁾ Organisasi Kementerian Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 20 tahun 1952¹¹⁾

Susunan personalia Kementerian Kesehatan dan bagian organisasinya pada tahun 1952 adalah sebagai berikut: ¹²⁾

- Menteri Kesehatan: Dr J. Leimena.
- Sekretaris Jenderal: Dr M. Soerono.
- Kepala Administrasi: dr M. Soemohardjo Noer Soedomo.
- Kepala Bagian Kepegawaian: dr R. Pirmadi.

9) Tentang keputusan kongresenai lainnya, periksa Lampiran IV.1

10) Mengenai organisasi *Departement van Gezondheid* periksa Lampiran IV.2a dan IV.2b.

11) Periksa lebih lanjut Lampiran IV.3

12) Laporan Kongresenai Dinas Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 6 - 9 Pebruari 1952, hal. 52.

- Kepala Bagian Rumah-rumah Sakit dan Balai-balai Pengobatan : dr D. Sousia
- Kepala Bagian Kesehatan Sosial : dr. M.A. Hanafiah gelar Sutan Maharadja
- Kepala Bagian Pendidikan : dr Azir
- Kepala Bagian Tata Usaha Teknik Perbaikan Kesehatan : Ir KRT, Mertonegoro.
- Kepala Bagian Karantina : dr Makmun Al Rasjid, Koesoemadilaga,
- Kepala Bagian Pemberantasan Penyakit Menular : dr Mardjaban Poerwo-diredjo.
- Kepala Bagian Pendidikan Tenaga Kesehatan Preventif : Prof. dr R. Soemedi.
- Kepala Bagian Kedokteran Gigi : dr RM. Abdulkadir Mangkoesobroto.
- Kepala Jawatan Hygiene Umum : dr R. Mochtar.
- Kepala Bagian Internasional : Ny. Mr. Van Lonkhuyzen.
- Kepala Bagian Urusan Umum : Mr. JOC. Molenburg.
- Kepala Bagian Perancang Perundang-undangan : Mr. Soetjahjo.
- Kepala Bagian Keuangan : Sdr. Firdaus.
- Kepala Bagian Urusan Umum dan Perlengkapan Pemeliharaan Sosial Pegawai : Sdr. Roestam gelar Soetan Permansjah.
- Kepala Bagian Perpustakaan : dr Gremmee.
- Kepala Bagian Perlengkapan Kedokteran dan Obat-obatan : Drs. Hartono.
- Kepala Bagian Pemberantasan Penyakit Pes : dr Poerwosoewardjo.
- Kepala Bagian Laboratorium Pusat (Eckman) : Prof. Dr Abdoelrachman
- Pemimpin Pemberantasan Penyakit Kusta : dr R. Boenjamin.
- Pemimpin Pemberantasan Penyakit Malaria : dr M. Soeparno.
- Pemimpin Pemberantasan Penyakit Paru-paru : Honggopati Tjitrohoepojo.
- Pemimpin Pemberantasan Penyakit Paru-paru : dr Goenawan.
- Kepala Lembaga Pemberantasan Penyakit Rakyat : dr Kodijat.
- Kepala Lembaga Pemberantasan Penyakit Kelamin : Prof. dr Soetopo.
- Kepala Lembaga Pasteur : Prof. Djoehana.
- Kepala Bagian Kesejahteraan Ibu dan Anak : Ny. dr Soelianti.
- Kepala Rumah Sakit Umum Jakarta : dr Halim.
- Kepala Rumah Sakit Umum Semarang : dr Abubakar.
- Kepala Rumah Sakit Umum Surabaya : dr Soewandhie.
- Inspektur Kesehatan Jawa Barat : dr HA. Patah.
- Inspektur Kesehatan Jawa Tengah : dr. Soemadijono.
- Inspektur Kesehatan Jawa Timur : dr Saiful Anwar.
- Inspektur Kesehatan Sumatera Selatan : dr A. Hakim gelar Nageh.
- Inspektur Kesehatan Sumatera Tengah : dr Jazir Datoek Moeda.
- Inspektur Kesehatan Sumatera Utara : dr Soemarsono.
- Inspektur Kesehatan Kalimantan : dr Moersito.
- Inspektur Kesehatan Sulawesi : dr Ny. Toemangkeng Gerungan.
- Inspektur Kesehatan Maluku : dr K. Ch. Paaia.
- Inspektur Kesehatan Sunda Kecil : dr Soekardjo Mangoensoediro.
- Kepala Jawatan Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta : dr KRT Martohusodo.
- Kepala Jawatan Kesehatan Kota Jakarta Raya : dr M. Nazir.

Pada tahun 1955 diadakan penyempurnaan organisasi, karena dirasakan perlu koordinasi, untuk mana bagian-bagian yang sejenis dikelola oleh satu direktorat.

Direktorat Umum mencakup bagian-bagian yang berhubungan dengan bagian-bagian yang mengatur perundang-undangan, pengawasan dan perbekalan di bidang farmasi.

Inspektur Kepala mengawasi pekerjaan inspektur-inspektur kesehatan propinsi dan rumah-rumah sakit umum pusat (lihat lampiran IV.5.).

Menteri kesehatan dibantu oleh suatu Dewan Perencanaan (Planning Board) dan Kabinet Menteri yang juga mencakup Inspeksi Keuangan.

Pada tahun 1957 diadakan re-organisasi lagi (lihat Lampiran IV.6). Staf Departemen dibagi dua kelompok. Kelompok pertama mencakup : perencanaan, administrasi, pembinaan dan inspeksi keuangan. Kelompok kedua mencakup : kesehatan preventif, kesehatan kuratif dan farmasi. Kelompok pertama menjadi staf langsung dari Menteri Kesehatan dan Sekretaris Jendral.

Organisasi Kesehatan Daerah Tingkat I dan Tingkat II disesuaikan dengan organisasi Kementerian Kesehatan, hanya saja lebih disederhanakan. 13) Dari organisasi tingkat keresidenan dan kabupaten dapat segera kita lihat aktivitas-aktivitas lapangannya.

Selanjutnya dalam rangka terselenggaranya usaha kesehatan yang integratif atas prakarsa Menteri Leimena telah dilakukan percobaan yang intensif di sepuluh kecamatan kabupaten Bandung, yaitu dengan cara mendirikan rumah sakit, poliklinik-poliklinik dan balai-balai kesehatan ibu dan anak di setiap kecamatan. Apabila percobaan tersebut berhasil, maka menurut rencana pola tersebut akan diterapkan diseluruh tanah air.

Menteri Kesehatan berikutnya, dr. Lie Kiat Teng, membentuk Badan Pertimbangan Khusus. Badan ini berfungsi membantu pemerintah dalam melaksanakan kebijaksanaannya di bidang kesehatan.

Usaha-usaha yang telah dilaksanakan badan ini antara lain melakukan pendekatan melalui agama, sehingga masyarakat, khususnya masyarakat yang beragama Islam, tidak mengukuti kebijaksanaan Kementerian Kesehatan.

Pendekatan dilakukan melalui ayat suci Al Qur'an sehingga berhasil menyadarkan masyarakat, bahwa kebijaksanaan pemerintah di bidang kesehatan tidak bertentangan dengan agama. 14)

Untuk menjelaskan misi pemerintah di bidang kesehatan kepada masyarakat yang beragama Islam, maka diadakan kerjasama antara Kementerian Kesehatan de-

13) Badan perbandingan dapat dilihat dalam laporan Inspektur Kesehatan Jawa Tengah tahun 1959 dan laporan Dinas Kesehatan Kotapraja Jakarta Raya tahun 1956 serta bagan organisasi Dinas Kesehatan Keresidenan dan Kabupaten. Lihat Lampiran-lampiran IV.7, IV.8, IV.9.

14) Kesehatan dan Syara', Pengumuman Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Syara', Kementerian Kesehatan RI, No. 1, Jambatan, Jakarta, 1954, hal. 11 - 14.

ngan Kementerian Agama. Pada tahun 1954 sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 53140 terbentuklah "Majelis dan Syara'" yang terdiri dari ahli-ahli di bidang kesehatan dan pemuka-pemuka Islam. 15)

Majelis tersebut dalam kegiatannya antara tahun 1950 - 1959 telah menghasilkan konsensus dengan golongan Islam mengenai :

- a. Syarat-syarat yang diperlukan bagi anggota rombongan kesehatan Indonesia dan calon jemaah haji.
- b. Tuntutan rohaniyah agama Islam dalam perawatan orang sakit.
- c. Soal bedah mayat.

4. Pembagian Anggaran Belanja.

Anggaran belanja Kementerian Kesehatan pada tahun 1954 berjumlah Rp. 328.663.000,- atau 2,4% dari seluruh anggaran pemerintah. 16)

Dari jumlah tersebut pembelian obat-obatan menempati urutan prioritas pertama, karena menggunakan 30% dari seluruh budget. Prioritas kedua untuk biaya pengelolaan rumah-rumah sakit dan poliklinik-poliklinik. Menyusul prioritas selanjutnya pemberantasan pes, pendidikan kedokteran sosial, kesehatan gigi. Kemudian dengan adanya bantuan luar negeri maka beberapa bidang kesehatan telah mendapat perhatian yang lebih besar, antara lain : pemberantasan malaria, kesejahteraan ibu dan anak serta pendidikan tenaga paramedik.

5. Pengadaan Sarana.

Untuk pelaksanaan usaha-usaha kesehatan diperlukan aneka macam sarana berupa: gedung-gedung untuk kantor di Pusat, Daerah Tingkat I, Daerah Tingkat II, untuk Rumah-rumah Sakit, Balai-balai Pengobatan dan Balai-balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA) serta untuk Laboratoria dan Lembaga-lembaga Kesehatan. Sarana lain yang dibutuhkan ialah alat angkutan, yaitu: kendaraan biasa untuk angkutan personil, kendaraan untuk angkutan barang serta kendaraan untuk penderita. Tentu saja alat-alat kesehatan dan obat-obatan seperti: alat-alat kedokteran, kedokteran gigi, perawatan, pengobatan termasuk alat-alat rontgen, operasi, elektronika, vaksin, sera, darah dan komponen-komponennya termasuk juga sarana utama yang dibutuhkan.

Perkembangan pembangunan sarana kesehatan, dari tahun 1950 sampai tahun 1959 mengalami kemajuan pesat. BKIA-BKIA yang tadinya hanya ada 150 buah bertambah menjadi lebih kurang 3.000 buah. Jumlah poliklinik bertambah dari lebih kurang 3.000 sampai 3.800 buah. Rumah-rumah Sakit ada yang mengalami perbaikan, rehabilitasi, penambahan fasilitas dan perbaharuan. Selain itu juga dibangun beberapa rumah sakit antara lain: Rumah Sakit Palembang, Rumah Sakit Fatmawati, Rumah Sakit Denpasar (Sanglah). Di antara rumah-rumah sakit tersebut sampai tahun 1959 masih ada yang belum selesai.

15) Mengenai susunan Majelis tersebut lihat Lampiran IV.12.

16) Dr R. Soeharto, Kesehatan di Indonesia, Jakarta, 1954 hal. 8.



Surya Sangkala Gedung Departemen Kesehatan R.I. yang dibangun dalam tahun 1958.

Penjelasan tentang arti arca (relief) yang terdapat di tembok sebelah kanan bila kita memasuki gedung muka Departemen Kesehatan, dengan kata-kata:

KALA WINISESA BATARA SRI

Kalimat ini menuangkan arti arca dalam perkataan secara singkat.

Kalimat dibuat hanya terdiri dari empat kata, karena dimaksudkan menunjukkan pula angka tahun. Dalam kebudayaan Jawa dinamakan "Candra Sangkala", di sini lebih tepat "Surya Sangkala", karena menunjukkan tahun menurut hitungan jalannya matahari (Surya) bukannya bulan (Candra). Tiap kata mempunyai nilai angka menurut kode tertentu, dan harus dibaca dari kanan ke kiri. Kala mempunyai nilai 8, Winisesa 5, Batara 9 dan Sri 1 dengan demikian kalimat tersebut bermaksud menunjukkan tahun 1958.

Adapun terjemahan dari kalimat pendek tersebut di atas dalam bahasa Indonesia secara lebih lengkap adalah: "Kala Dikuasai (oleh) Batara (menghasilkan) Sri". Dijabarkan lebih lanjut: "Kala, yang digambarkan sebagai raksasa, dikuasai oleh Batara, di sini Batara Guru yang duduk di atas kepala Kala, menghasilkan Dewi Sri, yang keluar dari mulut Kala".

Kesemuanya ini merupakan bahasa simbolik atau lambang. Kala adalah dewa perusak, yang di sini melambangkan penyakit. Batara, di sini digambarkan Batara Guru, yang mempunyai fungsi mengatur kehidupan, duduk di atas kepala Kala (menguasai), melambangkan Departemen Kesehatan menguasai penyakit (apakah secara preventif ataukah kuratif tidak dipersoalkan). Dewi Sri, lambang kesejahteraan, yang dikeluarkan dari mulut Kala, melambangkan kesejahteraan sebagai hasil.

Hingga keseluruhannya melambangkan: Departemen Kesehatan yang menguasai penyakit akan menghasilkan kesejahteraan; dan gedung ini dibangun dalam tahun 1958

Lembaga-lembaga baru yang kemudian berdiri adalah: Lembaga-lembaga Malaria (di Lampung, Surabaya), Lembaga Pencegahan Pemberantasan dan Pembasmian Penyakit Kelamin (di Surabaya), Lembaga Kusta (di Tangerang), Lembaga Rehabilitasi Orthopedi (di Sala), serta Lembaga Gizi (di Bogor).

Sekolah-sekolah paramedik didirikan untuk jurusan-jurusan: gizi, penilik kesehatan, perawat gigi, bidan dan fisioterapi. Sekolah-sekolah tersebut berada di pusat maupun di daerah.

Telah didirikan pula *Proyek-proyek Percontohan Kesehatan Masyarakat Desa*. Proyek percontohan ini antara lain didirikan di Bekasi, Mojokari, Metro (Lampung).

Laboratorium yang baru adalah *Laboratorium Pharmacotherapie* yang digunakan untuk penelitian obat-obatan. Gedung ini dibangun dalam satu kompleks dengan gedung-gedung Farmasi.

Kantor Kementerian Kesehatan, kantor-kantor Inspeksi Kesehatan dibangun pula selama periode 1950 — 1959.

Sarana angkutan disesuaikan dengan kebutuhan. Ambulans-ambulans saat itu dirasa sangat kurang. Hal ini disebabkan karena pengamatannya belum diatur oleh Kementerian Kesehatan.

Jumlah pedagang Farmasi pada tahun 1953 adalah sebagai berikut: Pedagang besar Farmasi 107, Apotik 115, Apotik Dokter 87.

Pabrik Farmasi berupa: pabrik kina di Bandung (milik swasta), pabrik assembling Kementerian Kesehatan (di Manggarai), pabrik assembling Angkatan Darat (di Bandung), pabrik assembling Rathkamp serta beberapa lagi di Ibukota.

Rathkamp, Bavosta, Van Gorkom dan BKF adalah perusahaan farmasi Belanda yang mempunyai daerah distribusi terluas dan juga melakukan assembling obat-obatan (ampul, tablet dan lain-lain).

6. Pembinaan Tenaga.

Setelah pengakuan kedaulatan, terasa sekali kurangnya jumlah tenaga kesehatan, terutama tenaga dokter. Hal ini disebabkan karena banyaknya dokter bangsa Belanda kembali ke tanah airnya. Akibatnya beberapa pos penting yang tadinya di duduki oleh dokter-dokter Belanda menjadi lowong. Pos-pos penting, seperti Lembaga Pasteur, Lembaga Eykman dan Lembaga Gizi kemudian dikelola oleh dokter-dokter senior bangsa Indonesia.

Jumlah dokter, apoteker serta tenaga paramedik, menurut catatan pada tahun 1950¹⁷⁾ adalah sebagai berikut :

- Dokter	:	1.200
- Dokter Gigi	:	150
- Apoteker	:	80

17) *Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. No. 1, tahun V, Jakarta, Maret 1956, hal. 8.

- Asisten Apoteker	:	650
- Bidan	:	1.446
- Perawat (arti luas)	:	3.500
- Analis (Bakteriologi)	:	30

Jumlah tenaga terbatas tersebut harus melayani rakyat Indonesia yang pada waktu itu berjumlah 70 juta.

Pada tahun 1954 jumlah tenaga kesehatan telah bertambah, menjadi sebagai berikut :

- Dokter	:	1.504
- Dokter Gigi	:	260
- Apoteker	:	108
- Asisten Apoteker	:	1.074
- Bidan	:	1.838
- Perawat (arti luas)	:	6.727
- Analis	:	64
- Lain-lain	:	3.200

Kemudian sejak tahun 1959 di Jakarta mulai ada kenaikan jumlah lulusan dokter yang sangat menggembirakan, yakni 125 orang sekaligus, sehingga mereka dapat disebar ke daerah-daerah menggantikan tenaga-tenaga asing.

Pendidikan dokter setelah tahun 1950 dikelola oleh Kementerian Pendidikan, Pengajaran dan Kebudayaan (Kementerian PP dan K). Kementerian Kesehatan hanya berwenang menangani pendidikan tenaga paramedik.

Pendidikan tenaga paramedik ini sudah diselenggarakan sejak masa RIS, dilaksanakan oleh pemerintah Negara Bagian. Dengan terbentuknya Negara Kesatuan RI, maka dikeluarkan peraturan penyamaan ijazah. Sarana-sarana pendidikan untuk paramedik meliputi berbagai jurusan, yaitu: juru cacar, penyelidik malaria, juru rawat (AI), juru rawat (BI), perawat (B), bidan (C), asisten apoteker, asisten rontgen, analis dan ahli diit.

Khusus bagi pendidikan asisten rontgen dan ahli diit, karena belum ada pedomannya, kebijaksanaannya diserahkan kepada pemimpinnya masing-masing.

Pendidikan analis di Bandung dijalankan menurut peraturan *Chemische Vereniging* (Persimpunan Ahli Kimia). Pendidikan analis di Yogya ditiadakan karena tidak memenuhi syarat teknik, sehingga murid-muridnya dipindahkan ke Bandung.

Pada tahun 1951 diadakan 2 macam pendidikan baru yakni untuk juru penerangan pes dan untuk perawat gigi. Tahun berikutnya ditambah lagi dengan pendidikan untuk pengunjug rumah KIA, pengunjug rumah Tbc, mantri laboran, juru penerang makanan, mantri teknik kesehatan, juru teknik kesehatan, kontrolir kesehatan, guru perawat dan pendidikan hygiene. Pada tahun 1953 didirikan Sekolah Pengamat Hygiene. Setahun kemudian dibuka lagi Sekolah Guru Bidan dan Sekolah Pemeliharaan Kesehatan Rakyat (Public Health Nursing).

Disamping Kementerian Kesehatan, Angkatan Perang pun mengadakan pendidikan tenaga paramedik yang diselenggarakan oleh Jawatan Kesehatan Angkatan

Darat dan Jawatan Kesehatan Angkatan Laut. Pendidikan tersebut diakui oleh Kementerian Kesehatan. Kurikulumnya disesuaikan dengan peraturan-peraturan Kementerian Kesehatan, sedang murid-muridnya pada akhir pelajaran menempuh ujian Negara. Kepada mereka yang dinyatakan lulus diberi ijazah oleh Kementerian Kesehatan.

Sejak tahun 1950 Angkatan Darat memiliki 2 Sekolah Juru Rawat, yaitu di Ambon dan di Padang. Kemudian pada tahun 1952 bertambah menjadi 7 buah, tersebar di berbagai tempat: Jakarta, Cimahi, Magelang, Malang, Makassar. Di Magelang pada tahun 1953 oleh Angkatan Darat dibuka Sekolah Bidan. Angkatan Laut hanya memiliki 1 Sekolah Juru Rawat di Surabaya, yang diresmikan pada tahun 1952.

Pendidikan tenaga paramedik yang diselenggarakan oleh badan-badan swasta antara lain pendidikan: Juru-rawat, Perawat, Bidan serta Analis.

Sebagai persyaratan untuk dapat mengikuti pendidikan paramedik, para siswanya harus memiliki ijazah SMP. Selanjutnya guna memberi kesempatan lebih kepada beberapa golongan tenaga paramedik dalam kariernya, diadakan kursus-kursus lanjutan, seperti: pendidikan Pengamat Hygiene untuk para Pendidik Hygiene, pendidikan Perawat untuk para Juru Rawat berijazah SMP, pendidikan Guru Perawat untuk para Perawat yang berijazah A/B, pendidikan Guru Bidan untuk para Bidan, serta pendidikan pemeliharaan kesehatan rakyat (*public health nursing*) untuk para Perawat A/B, Bidan dan Juru Rawat yang mempunyai kedudukan sama dengan Perawat.

Ada beberapa macam pendidikan yang memerlukan pengetahuan khusus disamping pengetahuan umum, yakni: pendidikan untuk Ahli Diet, pendidikan untuk Juru Penerang Makanan, serta pendidikan untuk Juru Teknik Kesehatan.

Pedoman Pendidikan.

Pembuatan pedoman untuk pendidikan, yang aneka macam tersebut cukup sulit, karena harus didasarkan pada pengalaman dalam negeri dan norma-norma internasional. Selanjutnya agar bisa mendapatkan pola pendidikan yang serasi, maka pada tahun 1954 dibentuk suatu Sub-bagian teknik¹⁸⁾ dengan tugas khusus antara lain: memeriksa tempat-tempat pendidikan, mempelajari perpustakaan lembaga-lembaga pendidikan, mempelajari jumlah jam pelajaran dan bahan-bahan pelajaran pada pendidikan masing-masing, membuat pedoman-pedoman pendidikan, menterjemahkan buku-buku yang diperlukan, menilai diktat-diktat mana yang dapat atau tidak dapat dipakai, mempelajari pemakaian alat-alat pendidikan serta mengadakan penyelidikan tentang ujian-ujian dan sebagainya.

Pemecahan soal dualisme juru rawat - perawat.

Dalam jaman Belanda tugas merawat dilakukan oleh perawat yang disebut *zuster* dan yang hampir semuanya terdiri dari orang Belanda. Mantri juru-rawat atau juru rawat umumnya terdiri dari orang-orang pribumi. Setelah pengakuan kedaulatan, persoalan jabatan tersebut diperhatikan. Pendidikan perawat yang telah dimulai,

18) Ibid, halaman 91.

menciptakan tenaga-tenaga muda dengan dasar pengetahuan yang lebih tinggi dan mempunyai status kepegawaian yang lebih tinggi daripada juru-rawat. Di pihak lain umumnya pengalaman seorang juru-rawat senior jauh lebih banyak. Saat itu diputuskan untuk merubah sistim pendidikan, sehingga hanya ada dua macam tenaga yang berbeda tingkatannya. Pertama: tenaga perawat, dengan latar belakang pendidikan SMP maupun tenaga juru rawat berijazah ditambah dengan kursus-kursus aplikasi. Kedua: tenaga pembantu perawat, yang berijazah sekolah Rakyat dengan tambahan pendidikan selama 2 tahun.

Kebutuhan tenaga perawatan.

Kebutuhan penambahan tenaga perawatan sangat diperlukan sekali. Untuk pelayanan seluruh rumah-rumah sakit dengan kapasitas 85.000 tempat tidur dibutuhkan 42.000 tenaga perawatan, terdiri dari $\pm$ 14.000 perawat dan $\pm$ 28.000 pembantu. Belum terhitung keperluan untuk melayani 4.000 poliklinik yang membutuhkan 14.000 perawatan 8.000 pembantu.

Selain tenaga perawat dan pembantu perawat bagi pelayanan rumahsakit dan poliklinik maka diperlukan pula tenaga paramedik lainnya, seperti: juru patek, juru trachoom, juru cacar, juru kesehatan sekolah, juru lepra dan sebagainya.

Karena masalah penambahan tenaga demikian mendesak, maka oleh Menteri Kesehatan pada tanggal 29 — 31 September 1954 diadakan konperensi pendidikan guna menanggulangi masalah tersebut. Konperensi telah mengambil keputusan terdiri atas 5 pasal.¹⁹⁾

- 1) Perlu diadakan perbaikan cara pendidikan sedemikian rupa, sehingga memenuhi kebutuhan rakyat.
- 2) Memperluas usaha pendidikan dalam waktu sesingkat-singkatnya.
- 3) Memperbesar anggaran belanja pendidikan.
- 4) Memperkecil jumlah jenis pendidikan dengan mengindahkan latihan dasar (basic training) untuk macam-macam pendidikan.
- 5) Memberi kedudukan dan "uitloop" (pembinaan karier) sebaik-baiknya.

Sebagai tindak lanjut dari konperensi pendidikan, maka pada tanggal 13 November 1954 dibentuk *Panitia Pendidikan Kementerian Kesehatan*. Ketua dan anggotanya terdiri dari :

Dr J. Leimena	(Ketua)
dr. A. Patah	(Anggota)
dr. Soemadijono	(Anggota)
Let. Kol dr. Soemarno	(Anggota/Sekretaris)
dr Moersito	(Anggota)

Setelah bekerja, panitia telah berhasil merumuskan pola-pola pelaksanaan pendidikan.²⁰⁾

19) Ibid, Nomor 2, Tahun V, 1956, hal. 5.

20) Ibid, hal. 5.

Mengenai cara pendidikan perlu diadakan perbaikan-perbaikan dengan jalan meningkatkan mutu pendidikan seefisien mungkin, sehingga dapat tersedia cukup tenaga yang cakap untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Tenaga-tenaga tersebut tidak meminta imbalan terlalu mahal dari masyarakat. Dalam meningkatkan mutu pendidikan tidak diabaikan norma-norma nasional dan internasional. Perluasan pendidikan menurut hasil rumusan panitia tidak terlepas dari kemampuan pembiayaan. Oleh karena itu perlu diteliti lagi mengenai :

- a) Kebutuhan rakyat akan tiap jenis tenaga kesehatan.
- b) Lamanya pendidikan tiap tenaga.
- c) Berapa hasilnya setiap tahun.
- d) Berapa biayanya.

Panitia juga menyarankan agar diadakan pengurangan jumlah jenis pendidikan, untuk selanjutnya diadakan *basic medical training* sebagai dasar diferensiasi seluas mungkin. Sebenarnya tenaga paramedik terdiri dari 4 golongan tenaga yaitu: tenaga perawatan, kebidanan, preventif hygiene serta tenaga lain (farmasi, laboratorium dan sebagainya).

Selanjutnya karena tenaga kesehatan memiliki kekhususan dalam jabatannya, maka dalam skala gaji PGP (Peraturan Gaji Pegawai) disamping ada istilah-istilah jabatan umum, ditambah lagi dengan istilah jabatan kesehatan, sehingga terciptalah istilah-istilah jabatan sesuai dengan kepangkatannya sebagai berikut :

- 1). Untuk golongan II disebut : Juru.
- 2). Untuk golongan III disebut : Perakit — Pengamat.
- 3). Untuk golongan IV disebut : Pengatur — Pemeriksa.
- 4). Untuk golongan V disebut : Penata — Penilik.
- 5). Untuk golongan VI disebut : Ahli — Pengawas.

Istilah-istilah ini berlaku bagi semua golongan pegawai kesehatan. Mengenai kedudukan dan karier panitia menyarankan agar ada penyesuaian dengan Kementerian-kementerian lainnya.

Dalam saran-sarannya panitia juga menyadari bahwa faktor integrasi sangat penting, karena pada hakikatnya semuanya tertuju kepada hasil menyeluruh kesehatan rakyat, sehingga faktor preventif dan kuratif dapat serasi terlaksana. Dalam kurikulum kedua faktor tersebut harus diperhatikan. Untuk itu maka mata pelajaran ilmu *kemasyarakatan* dan etik perlu ditingkatkan. Kurikulum perlu disederhanakan. Panitia juga menyarankan agar tiap pendidikan dianggap sebagai *sekolah*, sehingga terhindar dari anggapan bahwa siswanya dianggap sebagai tenaga murah yang digunakan tenaganya di rumah-rumah sakit.

7. Penelitian

Sebelum Perang Dunia ke-II para ahli kedokteran bangsa Eropa dan bangsa Indonesia seperti Sardjito, A. Mochtar, Abdul Rachman telah mengembangkan penelitian mengenai penyakit-penyakit tropik seperti *malaria*, *dengue*, *filariasis* maupun mengenai penyakit-penyakit defisiensi, seperti: penyakit *beriberi*, *xerophthalmia*, *gondok*, dan *busung lapar*. Penelitian-penelitian dan percobaan-percobaan mengenai

macam-macam penyakit itu dilaksanakan di Sumatera dan di Jawa (Jakarta, Surabaya, Bandung dan di daerah-daerah pedesaan Banyumas).

Selama jaman Pendudukan Jepang dan Perang Kemerdekaan, kegiatan penelitian tidak dilakukan karena perhatian lebih banyak dicurahkan kepada usaha perjuangan.

Setelah tahun 1950 penelitian dilanjutkan, terutama di beberapa Laboratorium seperti Lembaga Pasteur, Lembaga L'Yknan dan Lembaga Makanan Rakyat. Disamping lembaga-lembaga tersebut di atas, penelitian dilakukan pula di daerah-daerah, umpamanya: penelitian busung lapar di daerah-daerah minus Wonogiri dan Wonosari, penyakit pes di tempat-tempat wabah (Boyolali), penyakit filariasis di daerah-daerah luar Jawa, serta penelitian mengenai hal-hal yang menyangkut kesehatan lingkungan di tempat-tempat sekitar daerah-daerah percontohan kesehatan masyarakat.

Beberapa Universitas seperti Universitas Gajah Mada, Universitas Airlangga dan Universitas Indonesia pun telah mengadakan kegiatan penelitian. Penelitian dilakukan di bidang kedokteran dan kesehatan masyarakat.²¹⁾

Karya-karya tulis kesehatan, walaupun tidak semua karangan merupakan hasil riset murni, dapat memberikan penerangan kepada masyarakat mengenai pengetahuan ilmu-ilmu kedokteran. Tulisan-tulisan tersebut umumnya mengenai bidang-bidang pre-klinik maupun bidang klinik serta kesehatan rakyat.

Hal-hal yang sangat menonjol untuk perkembangan kesehatan rakyat adalah hasil-hasil riset pada bidang-bidang: ilmu gizi, penyakit-penyakit endemik, seperti malaria, framboesia, tuberkulose, produksi vaksin dan sera, produksi obat-obatan, pola sosial masyarakat bhineka tunggal ika kita dari Sabang sampai Merauke dengan tujuan menjalankan program-program kesehatan yang menyeluruh. Telah dilakukan penelitian pula terhadap soal rehabilitasi orang sakit fisik dan mental agar mereka tidak menjadi beban masyarakat.

8. Peraturan Perundang-undangan.

Sebagian besar perundang-undangan yang berlaku di negara kita masih merupakan warisan pemerintah kolonial Belanda. Menurut ketentuan undang-undang, semua peraturan perundang-undangan lama yang dibuat oleh Belanda masih berlaku sebelum dicabut atau diganti dengan undang-undang atau peraturan yang baru. Berhubungan dengan itu untuk kesehatan masih tetap berlaku "*Reglement op den Dienst der Volksgezondheid*" dan peraturan-peraturan lain seperti "*Epidemie Ordonantie*", "*kankrozingen Reglement*" dan sebagainya.

Karena seringnya terjadi pergantian kabinet, maka antara tahun 1950 dan 1960 hanya dapat dihasilkan perubahan-perubahan undang-undang kesehatan. Perubahan-perubahan tersebut hanya sekedar untuk menyesuaikan diri dengan kondisi-kondisi waktu itu, seperti misalnya: Peraturan Menteri Kesehatan atau Peraturan Menteri Pertahanan berdasarkan keadaan darurat (SOB = *Staat van Oorlog en Beleg*), um-

21) Research di Indonesia 1945 - 1965 Bidang Kesehatan, Departemen Urusan Research Nasional Republik Indonesia, Jakarta, 1965.



*Pfrof. Dr. SARDJITO Mahaputera. Lulus STOVIA tahun 1915, mendapat gelar
Arta di negeri Belanda tahun 1923. Rektor Universitas Gajah Mada.*

pamanya yang mewajibkan dokter-dokter masuk dinas militer untuk 2 (dua) tahun (Wajib Militer Darurat).

Peraturan-peraturan penyesuaian sementara terdiri dari:

- Undang-undang No. 9/1951 : Undang-undang mencapai pembagian tenaga dokter, dokter gigi dan bidan secara rasionil ²²⁾
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 32810/UU tanggal 18 Oktober 1951. : Makassar tertutup untuk menjalankan praktek baru bagi dokter ²²⁾.
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 12850/Kab. 21 Maret 1953. : Jakarta, Bandung, Semarang, Surabaya, dan, Yogya, tertutup untuk apotik baru.
- Surat Keputusan No. 90112/Kab. 16 Desember 1954. : Palembang tertutup untuk praktek dokter baru.
- Surat Keputusan No. 3062/ 13 Januari 1955. : Tanjung Karang dan Pangkal Pinang tertutup untuk praktek dokter.
- Undang-undang Darurat No. 14/1955 : Tentang penunjukan bagian pembikinan sera dan vaksin Lembaga Pasteur menjadi perusahaan Negara dalam arti "*Indische Bedrijven Wet*" (Staatsblad 1927 No. 419) ²³⁾

Selain peraturan-peraturan penyesuaian sementara, maka telah banyak dikeluarkan surat keputusan Menteri Kesehatan mengenai pendidikan dan rumah sakit, misalnya:²⁴⁾

- 1) Surat Keputusan Menteri Kesehatan tanggal 31 Juli 1952, tentang pendidikan juru rawat dalam masa peralihan, diperbaiki dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan 31 Juli 1953, tentang meniadakan pendidikan juru rawat mulai tanggal 1 Januari 1954.
- 2) Surat Keputusan Menteri Kesehatan 31 Juli 1953, tentang Peraturan Pendidikan pembantu perawatan dalam perawatan umum dan penyakit jiwa.
- 3) Surat Keputusan Menteri Kesehatan 9 Oktober 1952, tentang Peraturan Penolong Beralin.
- 4) Surat Keputusan Menteri Kesehatan 21 Juli 1951, tentang Peraturan Pendidikan Bidan.
- 5) Surat Keputusan Menteri Kesehatan 31 Juli 1953, tentang Peraturan Pendidikan Perawat.
- 6) Surat Keputusan Menteri Kesehatan 8 Juli 1955, tentang Uang Saku Murid

22) Dr J. Leimena, *Memhangan Kesehatan Rakyat di Indonesia*, Noordhoff NV Jakarta, 1952, hal. 45 — 55.

23) Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Op. cit., hal. 60.

24) Dr J. Leimena, *Pedoman untuk Pengelolaan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Pemerintah*, Kementerian Kesehatan RI, 1956, hal 791 — 857.

Sekolah Paramedik.

- 7) Surat Keputusan Menteri Kesehatan 12 Januari 1953, tentang Status Murid-murid Ikatan Dinas.
- (8) Surat Keputusan Menteri Kesehatan 18 Juli 1952, tentang Peraturan Sementara Honorarium Pendidikan Tenaga Medik.
- (9) Surat Keputusan Menteri Kesehatan 3 Mei 1953, tentang Perubahan Honorarium.
- 10) Surat Keputusan Menteri Kesehatan 22 Desember 1954, idem.
- 11) Surat Keputusan Menteri Kesehatan 7 Februari 1955, tentang Uang Pakai.

B. MENUJU KONSOLIDASI, KEGIATAN.

1. Kesehatan Masyarakat Desa²⁵⁾

Pembangunan Masyarakat Desa bertujuan untuk meningkatkan taraf kehidupan masyarakat desa. Caranya adalah: aparatatur Pemerintah setempat menggerakkan masyarakat desa dengan petunjuk praktis dalam berswadaya. Dengan demikian diharapkan terdapat perbaikan keadaan ekonomi, sosial dan budaya masyarakat, sesuai dengan keadaan dan kondisi setempat. Dengan diikutsertakannya masyarakat melalui bimbingan teknis dan bantuan dari Pemerintah yang terkoordinasikan dengan baik, maka akan terangsanglah semangat gotong royong dan swadaya masyarakat.

Misi kesehatan dalam usaha pembangunan masyarakat desa ini berupa menyelenggarakan usaha kesehatan preventif dan pengobatan preventif pengobatan preventif adalah pengobatan yang diberikan pada waktu permulaan penyakit, agar supaya tidak lebih parah dan lebih sukar sembuh. Pekerjaan ini dilaksanakan oleh balaibalai pengobatan, di sekolah-sekolah dan oleh pembantu kesehatan desa, yang telah mendapat latihan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (PPPK) dan pengobatan sederhana.

Pemberantasan penyakit-penyakit endemik dan epidemik dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan dengan bantuan Dinas-dinas Kesehatan Daerah tingkat I dan II. Tenaga-tenaga khusus seperti juru cacar, mantri malaria, dan sebagainya dengan dibantu oleh tenaga-tenaga lainnya melaksanakan pemberantasan penyakit-penyakit endemik dan epidemik.

Usaha-usaha lain untuk memerangi penyakit tersebut ditempuh dengan mengadakan pendidikan kesehatan, melaporkan penderita penyakit menular; Serta tindakan-tindakan seperlunya guna mencegah menjalarnya penyakit menjadi wabah. Usaha Kesehatan di sekolah-sekolah meliputi program: hygiene lingkungan sekolah dan kebersihan, perbaikan gizi, pendidikan kesehatan, vaksinasi/immunisasi, pemeriksaan kesehatan, pengobatan ringan, pengobatan di rumahsakit jika dianggap perlu, dan kunjungan ke rumah anak yang sakit. Guru mempunyai peranan yang pen-

251. *Almanak Kesehatan, Yayasan Kesejahteraan Pegawai Departemen Kesehatan RI, Jakarta 1962, hal. 50.*

ting dalam pelaksanaan usaha kesehatan sekolah.

Selain untuk murid-murid sekolah, maka pendidikan kesehatan diberikan kepada rakyat dengan tujuan mengubah kebiasaan yang merugikan ditinjau dari sudut kesehatan dan menanamkan kebiasaan-kebiasaan yang baik. Dalam hal ini usaha-usaha tersebut dilakukan dengan mengikutsertakan masyarakat.

Kepada mereka diajarkan secara praktis kegunaannya menjaga kesehatan. Di desa-desa dibentuk panitia kesehatan dengan tugas mengumpulkan rakyat serta memberikan pendidikan kesehatan. Tugas mengajar tersebut dilaksanakan oleh seorang pembantu kesehatan desa (juru hygiene)

Pengetahuan kesehatan lingkungan diberikan pula sebagai pelajaran. Kepada mereka dijelaskan agar membiasakan diri menggunakan air bersih untuk minum, pembuangan kotoran manusia di kakus, serta pembuangan sampah yang tidak menyebabkan sarang lalat. Juga pembuatan kakus yang memenuhi syarat kesehatan dijelaskan kepada mereka.

Kesadaran masyarakat merupakan kunci dari suksesnya usaha. Karena pentingnya usaha penyuluhan kesehatan tersebut, maka tentu saja panitia kesehatan yang aktif sangat diperlukan.

Panitia kesehatan juga melakukan kunjungan ke rumah-rumah. Kunjungan ke rumah ini banyak manfaatnya, karena dengan demikian para petugas kesehatan yang bersangkutan mengetahui, melihat dan mendengar persoalan-persoalan yang nyata dari penduduk secara langsung. Selain itu mereka juga dapat mengetahui kondisi tempat, kemampuan orangnya, keadaan keluarganya dan lain-lain. Selanjutnya kepada penduduk diberikan petunjuk-petunjuk yang perlu dalam mengadakan makanan, minuman, kebersihan, pengobatan dan lain-lain. Apabila mungkin diusahakan bantuan bagi penduduk.

Usaha Kesehatan Masyarakat Desa meliputi pula upaya perbaikan makanan rakyat, yaitu antara lain dengan cara membantu ibu-ibu menyusun menu sehat menurut kemampuan rumah tangga masing-masing dengan petunjuk-petunjuk oleh ahli atau pembantu ahli gizi. Kepada setiap keluarga disarankan agar menggiatkan tanaman berguna di halaman rumah serta menggiatkan pemeliharaan unggas dan sumber protein hewani lainnya sesuai dengan keadaan lingkungan. Tugas tersebut dilaksanakan bersama dengan unsur-unsur jawatan pertanian dan kehewan.

Mengembangkan "kebun sekolah" sesuai dengan contoh merupakan tugas juru hygiene untuk menjelaskan kepada para pelajar. Penjelasan mengenai manfaat makanan sehat diberikan pula kepada para pelajar. Pelaksanaannya dibantu oleh unsur-unsur jawatan pertanian.

Pengumpulan data untuk penelitian.

Kegiatan pengumpulan data sebagai bahan penelitian memegang peranan sangat penting, karena dari kesimpulan hasil penelitian kemudian dibuat rencana operasi jangka pendek dan jangka panjang, sesuai dengan prioritas. Prioritas diberikan setelah dilakukan identifikasi masalah-masalah pokok dalam suatu daerah. Data yang dikumpulkan seringkali menyangkut bidang-bidang luar kesehatan seperti demografi,



Gerakan Kebersihan dan Kesehatan dalam Pekan Kerja Bakti di tahun 1957.

sosio-ekonomi, adat istiadat dan lain-lain. Data mengenai kesehatan masyarakat di desa sudah tentu sangat berguna sebagai bahan penelitian. Selain keterangan-keterangan rutin dari pamong-praja dapat dilakukan penyelidikan tertentu (*survey* dan *research*).

Kesehatan Masyarakat Desa membutuhkan pula sarana, yaitu: *Pusat Kesehatan Masyarakat* atau *Health Centre* di tiap kecamatan. Letak Poliklinik dan Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak dalam satu gedung atau berdekatan sangat penting artinya.

Untuk mematangkan tenaga-tenaga yang akan bertugas pada Kesehatan Masyarakat Desa diadakan pusat-pusat latihan khusus di Jawa, Sumatera, Kalimantan. Tempat-tempat latihan tersebut ialah: Percontohan Kesehatan Masyarakat Desa Pusat (di Bekasi, Kecamatan Cikarang), Mojosari di Jawa Timur, Salaman di Magelang, Bojongloa di Bandung, Kasemen di Den Pasar, Metro di Lampung, Indrapura di Sumatera Utara, Kotaraja di Banda Aceh, Godean di Sleman di Daerah Istimewa Yogyakarta, Barabai di Kalimantan Selatan. Sebelum diterjunkan ke tempat-tempat latihan khusus, para siswa calon juru penerang tersebut mengikuti kursus-kursus latihan kilat tentang PKR (Pendidikan Kesehatan pada Rakyat). Mata pelajaran PKR diberikan di semua sekolah tenaga kesehatan.

Usaha-usaha Kesehatan Masyarakat Desa pada hakekatnya adalah usaha meningkatkan kesehatan rakyat secara merata. Sebagian terbesar, yaitu 70% dari pada penduduk/rakyat Indonesia hidup di daerah pedesaan. Oleh karena itu usaha tersebut harus sejalan dengan usaha-usaha lain yang sejajar dalam menunjang perkembangan masyarakat desa tersebut, seperti perbaikan ekonomi, pendidikan umum, peningkatan kesempatan kerja dan hal-hal lain yang memungkinkan usaha-usaha kesehatan dapat terlaksana.

Jika masyarakat pada tingkat desa masih hidup miskin, kekurangan makan, kekurangan pakaian, tidak ada air minum yang baik, tidak ada air untuk mandi, mencuci dan sebagainya, maka pelajaran-pelajaran tentang hygiene, gizi, dan lain-lain tak dapat terlaksana. Karenanya kegiatan Kesehatan Masyarakat Desa erat hubungannya dengan unsur-unsur PMD (Pembangunan Masyarakat Desa), LSD (Lembaga Sosial Desa), dan di mana perlu dapat dibantu oleh aparatatur yang lebih tinggi, baik dari tingkat kecamatan, kabupaten, propinsi maupun dari pusat. Yang penting dalam kerjasama tersebut adalah koordinasi yang baik dengan semua unsur.

Berkat kemajuan dalam komunikasi (perbaikan jalan-jalan, siaran radio pedesaan dan lain-lain), maka bersamaan dengan perkembangan BKIA-BKIA, usaha Kesehatan Masyarakat Desa dapat pula mencapai rakyat banyak.

2. Perbaikan Gizi²⁶⁾

Ilmu Gizi adalah ilmu makanan yang dihubungkan dengan kesehatan. Masalah makanan dalam hal ini haruslah dipandang secara luas, mulai dari pada produksi, melalui pengolahan dan pemasaran sampai menjadi bahan makanan. Apa yang ke-

26) *Research di Indonesia 1945 — 1965, Bidang Kesehatan*, "Ilmu Gizi", Departemen Urusan Research Nasional Republik Indonesia, 1965, hal 467.

mutian dimakan oleh kita akan mempengaruhi kesehatan kita atau khusus keadaan gizi kita.

Ditinjau dari sudut pengabdian ilmu gizi kepada negara dan bangsa Indonesia, maka masalah pangan menduduki tempat yang penting sekali.

Dalam menguraikan perkembangan gizi perlu kita berpijak pada keadaan semula. Hasil penyelidikan gizi sebelum Indonesia merdeka oleh pemerintah penjajah tidaklah dipakai untuk memperbaiki gizi rakyat. Banyak hasil penyelidikan dirahasiakan, sehingga hanya merupakan dokumentasi ilmiah.

Setelah merdeka diperlukan banyak ahli gizi. Untuk keperluan tersebut diusahakan adanya tenaga gizi terdidik, yakni Ahli Diet, Nutrisi, dan Juru Penerang Makanan, yang bertugas menyebarkan ilmu gizi disamping menyelidiki masalah gizi. Tenaga-tenaga gizi tersebut merupakan tenaga inti untuk menyebarkan secara interaktif ilmu gizi melalui sekolah, kursus penyegaran pegawai, organisasi massa dan saluran komunikasi lain.

Mengingat kompleksnya masalah makanan dan kesehatan, maka perlu sekali diberikan dasar-dasar yang kuat dalam pendidikan nutrisi. Untuk dapat mengerti masyarakat dan mendapat kepercayaannya, sosiologi diajarkan dan dipraktekkan dengan mengirim para mahasiswa ke desa untuk tinggal beberapa waktu di sana sambil turut serta dalam berbagai aktivitas yang berguna, sehingga dengan demikian mereka tidak merupakan kelompok masyarakat yang memisahkan diri.

Praktek mengadakan penelitian, baik di laboratorium maupun di lapangan, mendidik mereka meninjau permasalahannya secara kritis, sehingga apabila membuat saran-saran perbaikan gizi dapat memberikan pertimbangan yang tidak terlampau jauh dari perkiraan. Penyelidikan gizi di lapangan, terutama di daerah pedesaan, banyak memberi bahan untuk penyelidikan bahan makanan. Dengan demikian analisa bahan makanan merupakan aktivitas yang terus-menerus dilakukan di laboratorium. Hasil analisa tersebut merupakan titik tolak untuk memberikan anjuran susunan makanan. Penelitian makanan yang bernilai gizi tinggi, serta pengembangan teknologi makanan merupakan usaha-usaha untuk mengatasi masalah kekurangan gizi.

Perhatian yang timbul terhadap teknologi makanan, yang mula-mula dipelopori oleh Lembaga Makanan Rakyat, terbukti dari pembentukan Lembaga Teknologi Makanan Departemen Pertanian di Pasar Minggu, Jurusan Teknologi Makanan di Fakultas Fakultas Pertanian maupun Fakultas Teknologi Makanan.

Penelitian-penelitian gizi selama Indonesia merdeka ini meliputi kegiatan-kegiatan:

- a) Penyempurnaan Daftar Analisa Bahan Makanan yang dilakukan oleh Lembaga Makanan Rakyat.
- b) Pengumpulan angka baku atau "*standard values*" mengenai keadaan gizi.
- c) Masalah gizi dan perbaikan gizi.

Sebelum kita merdeka, oleh "*Instituut voor de volksvoeding*" dikeluarkan daftar analisa bahan makanan atau *Voedings tabellen* (1940). Perkembangan ilmu gizi dan "*diet surveys*" memerlukan penyelidikan tambahan serta penyempurnaan daftar

tersebut. Dengan demikian berturut-turut ada beberapa edisi baru dari Daftar Bahan Makanan Rakyat (paling akhir tahun 1964).

Angka baku keadaan gizi meliputi ukuran-ukuran *somato-metrik*, *data klinik* dan *bio-kimiawi*. *Nutritional Standard Values* ini perlu untuk menentukan berbagai tingkat keadaan gizi dengan mempergunakan indeks. Dengan demikian dapat ditentukan keadaan gizi: a) kurang, b) minimal, c) normal atau "average" dan d) optimal. Golongan keadaan gizi "minimal" oleh Prof. Poerwo Soedarmo disebut golongan "tidak sakit tidak sehat" dan merupakan "border cases". Data golongan "optimal" dipakai sebagai angka anjuran atau "recommended values".

"Kwashiorkor" dan "Xerophthalmia" sebagai masalah gizi pada golongan anak prasekolah mendapat banyak perhatian. Selain dari penyelidikan secara mendalam, usaha-usaha perbaikan dilakukan melalui penyuluhan gizi dan penggalan sumber-sumber makanan bernilai gizi. Dalam usaha perbaikan gizi, Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak, yang tidak hanya diusahakan oleh Pemerintah, akan tetapi juga oleh masyarakat sendiri, merupakan pusat kegiatan, baik preventif maupun kuratif.

Sumber-sumber makanan yang mengandung kadar protein atau vitamin A tinggi seperti ikan, telur, kacang kedelai, hati ikan hiu, minyak kelapa sawit dan sebagainya merupakan proyek penelitian bersama dari berbagai lembaga kesehatan.

Dasar-dasar teknologi makanan diarahkan kepada masalah gizi tertentu. Tahap berikutnya baru merupakan fase pengembangan.

Ciri khas pada masyarakat Indonesia adalah rasa kekeluargaan dan gotong-royong, makanya pendidikan Ilmu Kesejahteraan Keluarga berhubungan erat dengan pendidikan gizi. Sebagai satuan masyarakat yang terkecil, keluarga merupakan saka guru dari masyarakat, keluarga-keluarga sejahtera akan membuahkan masyarakat sejahtera. Meningkatkan nilai gizi di lingkungan keluarga sebenarnya dapat dilaksanakan tanpa pengeluaran biaya banyak, yaitu dengan Cara swa-sembada menanam di pekarangan rumah tanaman yang bernilai gizi, seperti kacang-kacangan serta sayuran. Peternakan kecil seperti unggas, kelinci atau kolam ikan menghasilkan protein yang baik sekali.

Panitia perbaikan makanan rakyat daerah melaksanakan pendidikan gizi secara teori dan praktek. Panitia tersebut merupakan gabungan dari dinas-dinas pemerintah daerah dengan masyarakat. Adapun kegiatan di Pusat dalam rangka perbaikan gizi ditujukan kepada penentuan kebijaksanaan di bidang pangan yang memenuhi syarat-syarat gizi. Kegiatan ini dirintis sejak tahun 1951, setelah terbentuknya Panitia Negara Perbaikan Makanan dengan tugas memberikan nasehat dalam masalah makanan dan kesehatan. Panitia ini kemudian menjadi *Dewan Bahan Makanan* (DBM).

Walaupun berkedudukan setingkat dengan kementerian, namun DBM tidak menghasilkan kebijaksanaan di bidang pangan seperti yang diharapkan. Usahanya terutama di titik beratkan pada soal beras. Baru dalam perkembangan selanjutnya hasil-hasil penelitian gizi yang cukup lengkap dipergunakan sebagai bahan untuk kebijaksanaan pangan oleh Pemerintah.

Pendidikan Gizi.

Pendidikan Ahli Diet dan Juru Penerang Makanan diberikan di Sekolah Ahli Diet di Jakarta dan Sekolah Juru Penerang Makanan di Pasar Minggu, yang diselenggarakan oleh Lembaga Makanan Rakyat Kementerian Kesehatan. Calon siswa Sekolah Ahli Diet diambil dari lulusan Sekolah Guru Kepandaian Putri dengan masa pendidikan selama 1½ tahun, sedang siswa Sekolah Juru Penerang Makanan diambil dari lulusan Sekolah Kepandaian Putri. Pertimbangan untuk mendirikan kedua sekolah tersebut adalah karena kurangnya ahli gizi. Perbaikan gizi hanya dapat dijalankan oleh tenaga Indonesia yang memiliki cukup pengetahuan tentang masyarakat Indonesia dan kondisi sosial bangsa Indonesia. Untuk keperluan tersebut maka para calon tenaga gizi di dalam pendidikannya banyak diberi pelajaran praktek agar dapat mengenal masyarakat dari dekat. Mereka harus pula mampu menyelidiki masalah gizi, merencanakan usaha perbaikan gizi pada tingkat keluarga maupun masyarakat yang lebih luas. Ilmu kehidupan (kesejahteraan) keluarga merupakan salah satu pelajaran pokok. Pelopor dalam mengenalkan pendidikan Ilmu Kehidupan Keluarga adalah Prof. Poerwosoedarmo. Ilmu tersebut kemudian disebar-luaskan kepada Lembaga pendidikan lain. Lulusan Sekolah Ahli Diet dan Sekolah Juru Penerang Makanan merupakan tenaga pelopor. Mereka kemudian disebar ke pelbagai kementerian serta kelompok-kelompok masyarakat guna memberikan penerangan mengenai gizi.

Pendidikan gizi di bagi dalam: pendidikan tenaga gizi khusus, pendidikan gizi pada lembaga-lembaga pendidikan serta pendidikan gizi pada masyarakat umum.

Pada mulanya timbul anggapan, bahwa penempatan Ahli Diet di lingkungan Rumah Sakit adalah yang terbaik. Menurut Pengalaman tenaga mereka tidak saja dibutuhkan di rumah sakit, tetapi dibutuhkan pula pada tempat-tempat pelayanan kesehatan masyarakat.

Dengan semakin berkembangnya ilmu gizi maka para calon tenaga ahli gizi perlu menguasai ilmu eksakta, terutama ilmu kimia. Lulusan Sekolah Guru Kepandaian Putri dalam hal itu kurang memenuhi syarat tersebut. Disamping itu dirasakan, bahwa dengan adanya penambahan kurikulum, maka masa pendidikannya perlu diperpanjang.

Jalan yang kemudian ditempuh adalah merubah Sekolah Ahli Diet menjadi *Akademi Ilmu Gizi*. Akademi tersebut diresmikan pada tanggal 1 Maret 1957 dengan nama: *Akademi Pendidikan Nutritionis*. Untuk keperluan tersebut para calon siswa haruslah berijazah Sekolah Menengah Atas bagian B. Tempat kuliah dan asramanya berada di Bogor yang mulai ditempati pada tanggal 13 Mei 1957. Penyelenggaraan asramanya diserahkan kepada para mahasiswa sendiri. Dengan demikian mereka dapat mempraktekkan sendiri penyelenggaraan makanan. Waktu pendidikan diubah menjadi 3 tahun, meliputi pelajaran-pelajaran teori dan praktek. Kepada mereka yang lulus diberi hak memakai gelar Sarjana Muda (BSc. *) Dengan penyempurnaan lembaga pendidikan itu serta adanya kerjasama dengan Fakultas Pertanian dan Kehewanan di Bogor, maka kegiatan riset dapat diadakan. Adalah merupakan keuntungan besar dimasukkannya Ahli Pertanian dan Kehewanan sebagai staf pengajar Akademi

*) (Bachelor of Science)

Pendidikan *Nutritionis*, karena dengan demikian aspek produksi dalam usaha perbaikan gizi dapat dilengkapkan. Sebaliknya staf pengajar *Akademi Pendidikan Nutritionis* memperoleh Ilmu Gizi di kedua Fakultas tersebut.

Lulusan *Akademi Pendidikan Nutritionis* ditempatkan sebagai tenaga asisten. Mereka ditempatkan di Lembaga Makanan Rakyat, Dinas-dinas Kesehatan Propinsi maupun di Rumah Sakit Umum Pusat. Setelah bekerja beberapa tahun *Nutritionis* yang cukup diberi kesempatan mendapat tugas belajar di luar negeri untuk mencapai gelar M.Sc. *). Dengan demikian makin kuatlah staf lembaga Makanan Rakyat maupun *Akademi Pendidikan Nutritionis*.

Sekolah Juru Penerang Makanan adalah sekolah pada tingkat menengah lanjutan. Calon siswa Sekolah Juru Penerang Makanan adalah siswa lulusan sekolah Kepanduan Putri Jurusan Rumah Tangga. Mula-mula siswa dididik selama 1½ — 2 tahun dan setelah lulus menjahat pekerjaan sebagai Juru Penerang Makanan, membantu Ahli Diet di Rumah Sakit Besar atau ditempatkan di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Rumah Sakit Kecil. Calon siswanya sebagian besar dikirim oleh Kabupaten dan setelah mengakhiri pendidikan, mereka ditempatkan di daerah yang mengirimmkannya.

Kementerian Kesehatan merasakan perlu pula mengadakan keseragaman dalam pendidikan tenaga kesehatan sesuai dengan keperluannya. Sebagai akibatnya maka Sekolah Juru Penerang Makanan diubah nantinya menjadi *Sekolah Menengah Kesehatan Atas Jurusan Gizi* dengan masa pendidikan 3 tahun. Juru Penerang Makanan lulusan terdahulu berangsur-angsur dipanggil kembali untuk mendapatkan pendidikan tambahan selama setahun, sehingga disamakan kedudukannya sebagai Pengatur Gizi.

Tenaga lulusan *Sekolah Ahli Diet* (*Sekolah Menengah Kesehatan Atas Jurusan Gizi*) merupakan kader gizi yang memberi pelajaran di berbagai Sekolah Kementerian Kesehatan sendiri dan Kementerian lain; golongan Ahli Diet dan *Nutritionis* di Sekolah-sekolah tingkat Sekolah Lanjutan Atas, sedangkan Juru Penerang Makanan dan Pengatur Gizi di tingkat Sekolah Lanjutan Pertama. Mereka juga memberi pelajaran pada kursus pelayaran pegawai, terutama pada kursus guru dan kepada pegawai Kementerian Pertanian.

Pada tingkat perguruan tinggi, Ilmu Gizi diberikan oleh staf Sarjana Lembaga Makanan Rakyat dan *Akademi Pendidikan Nutritionis*. Di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Ilmu Gizi merupakan bagian tersendiri dengan Guru Besar khusus, dibantu oleh dosen tetap dan dosen luar biasa.

Pendidikan Gizi kepada Masyarakat Umum.

Sesuai dengan kebijaksanaan Kementerian Kesehatan yang memberi prioritas kepada usaha kesejahteraan Ibu dan Anak, maka pendidikan gizi disalurkan melalui Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak. Di tingkat Propinsi, *Nutritionis* bekerja sama dengan Bagian KIA, sedangkan di tingkat kabupaten Juru Penerang Makanan (Pengatur Gizi) mendampingi Bidan, khusus untuk pendidikan gizi pars ibu.

*) (Master of Science)

Penerangan kepada masyarakat dilaksanakan melalui kurnis yang diselenggarakan oleh berbagai organisasi maupun melalui media pers dan radio. Tiap tahun serentak diadakan Hari atau Pekan Gizi Nasional untuk mempopulerkan ilmu gizi, di mana masyarakat secara aktif diikuti-sertakan. Tema Hari Gizi Nasional ditetapkan oleh Lembaga Makanan Rakyat menurut masalah yang ada atau bertalian dengan aktivitas aktual seperti misalnya: Pekan Anak-anak, Hari Ibu, menghadapi Pekan Olahraga Nasional (PON), Asian Games dan Ganefo. Dalam hal ini dilakukan kerjasama dengan kementerian lain, seperti dengan Kementerian Pertanian untuk tema peningkatan produksi pangan melalui pameran atau gerakan massal.

Semboyan "empat sehat lima sempurna"; sesuai dengan pola makanan Indonesia, berhasil disebar-luaskan dan menjadi populer. Pengertian semboyan tersebut ternyata berhasil dihayati oleh masyarakat. Prof. Poerwosoedarmo telah memperkenalkan semboyan tersebut pada forum internasional, dengan cara menggunakan daftar requirements dicapkan dalam bahan makanan.

Usaha perbaikan makanan dan kebijaksanaan pangan (*food policy*).

Usaha perbaikan gizi tidak dapat lepas dari usaha perbaikan makanan, maka sebagaimana disinggung dalam kata pendahuluan, setelah kita merdeka diusahakan agar ditetapkan suatu kebijaksanaan di bidang pangan atau "food policy" yang memenuhi persyaratan gizi. Penyelidikan maupun pendidikan gizi direncanakan memenuhi sasaran tersebut. Penelitian gizi pada golongan masyarakat yang sehat bertujuan menetapkan angka baku gizi, nutrients, maupun requirements yang berhubungan dengan itu. Kebijaksanaan di bidang pangan memberikan landasan yang kuat bagi penyempurnaan makanan dan kesehatan secara integral.

Perluasan pengertian gizi pada masyarakat berjalan cepat berkat kerjasama yang erat dengan kementerian-kementerian lain melalui lembaga pendidikan, maupun dengan organisasi-organisasi masyarakat. Panitia-panitia perbaikan makanan rakyat di daerah merupakan organisasi yang aktif sekali dalam melaksanakan secara praktek penyuluhan gizi. Sebagaimana halnya di pusat, pendidikan kader merupakan sarana utama dalam usaha penyebaran pengetahuan gizi. Kader-kader tersebut diambil dari berbagai golongan yang banyak berpengaruh dalam masyarakat, seperti organisasi wanita, pegawai pemerintah daerah, pegawai sosial, guru dan sebagainya. Ilmu Kesejahteraan Keluarga dihubungkan dengan Ilmu Gizi ternyata dapat dipraktekkan dan membawa hasil yang nyata. Kerjasama yang baik dengan hasil yang memuaskan dalam usaha perbaikan makanan berhasil dilaksanakan di Jawa Tengah, sehingga dijadikan pilot project untuk Indonesia.

Soal protein diatasi dengan usaha mempergunakan susu kambing, kolam-kolam ikan di pekarangan rumah dan sekolah, pemeliharaan ternak kecil berupa ternak unggas, kelinci atau kambing.

Mengikut-sertakan masyarakat dalam usaha perbaikan makanan menimbulkan daya cipta dan potensi yang besar. Pemberian penerangan kepada masyarakat ditempuh dengan memberi pengertian dahulu kepada mereka dan baru kemudian membuka mata mereka terhadap masalah yang dihadapi. Daerah Giritontro di Kabupaten Wonogiri yang tadinya daerah bukit batu tandus, berkat adanya penerangan tentang

masalah gizi, berubah menjadi daerah makmur. Prakarsa untuk merubah daerah yang tandus menjadi makmur datangnya dari penduduk sendiri yang telah melaksanakan usaha gotong-royong.

Pada bukit-bukit dibuat teras bertingkat yang diberi tanah, sedangkan batu-batu dipakai sebagai tangkis untuk menahan hanyutnya tanah pada waktu hujan. Berhubung puncak bukit belum gundul sama sekali, maka pada waktu hujan turunlah pula tanah subur dari atas sehingga makin subur tanah yang sudah ada di teras. Tangkis di tepi tiap sungai perlu dipertinggi. Banyak sekali ditanami pisang dan kacang-kacangan yang tak banyak memerlukan rawatan. Tanaman lain seperti koro benguk produksinya melebihi keperluan penduduk. Disamping itu diadakan gerakan pemerah susu kambing oleh penduduk, gerakan tersebut telah menghasilkan susu yang diberikan kepada anak-anak maupun dipakai dalam makanan. Walaupun makanan utama daerah Giritontro adalah gaplek, tidak terdapat lagi masalah gangguan gizi pada anak-anak. Sebagai hasil usaha perbaikan makanan dengan mempertinggi produksi pangan, ekonomi rakyat daerah tersebut berkembang menjadi lebih baik. Secara gotong royong berhasil dibangun Sekolah-sekolah Dasar baru dan rumah pendidikan tuna netra.

Cara-cara pendidikan gizi di daerah pedesaan disesuaikan dengan adat kebiasaan setempat. Misalnya dengan cara lewat nyanyian dalam bahasa daerah yang isinya mengenai gizi, atau juga dimasukkan ke dalam berbagai hiburan rakyat seperti wayang kulit, sandiwara dan sebagainya.

Panitia Perbaikan Makanan Rakyat daerah Jawa Barat menitikberatkan usahanya pada pendidikan gizi dengan latihan selama sepuluh sampai empat-belas hari di pusat latihan. Ilmu gizi pada latihan tersebut diberikan secara luas dengan segala aspeknya. Di samping itu disajikan pula ilmu kesehatan, terutama mengenai Kesehatan ibu dan Anak, dan Ilmu Kesejahteraan Keluarga. Kesemuanya dilakukan dalam bentuk teori dan praktek. Pusat latihan gizi di daerah adalah penting sekali untuk menanam pengertian gizi, karena pelaksanaan perbaikan makanan dapat dinilai sendiri oleh masyarakat.

3. Kesehatan Ibu dan Anak.

Pada tahun 1962 mulai dikembangkan usaha untuk mensejahterakan ibu dan anak. Tujuannya untuk memperbaiki, memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan wanita hamil atau yang sedang menyusui bayi, bayi usia 0 — 1 tahun serta anak pra-sekolah (berusia 1 — 6 tahun).

Dengan usaha tersebut angka kematian bayi, anak dan ibu dapat diturunkan. Sebelum usaha ini diadakan, angka kematian anak dibawah usia 5 tahun di Indonesia adalah 50% — 60% dari kematian umum, sedang angka kematian bayi 100%—150% dan angka kematian ibu bersalin 0,7%²⁷⁾

Faktor-faktor penyebab kematian yang tinggi tersebut adalah kurangnya pengertian masyarakat tentang masalah kesehatan, penghasilan yang rendah, disamping

27) *Almanak Kesehatan*. Yayasan Kesejahteraan Pegawai Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta, 1962, hal. 39.

penyakit-penyakit infeksi dan defisiensi yang masih banyak terdapat di kalangan masyarakat.

Usaha-usaha guna meningkatkan kesejahteraan masyarakat umumnya, kesejahteraan Ibu dan anak khususnya, ditempuh dengan jalan memberikan pendidikan kepada masyarakat, memberi pertolongan dalam melahirkan anak serta mengawasi kesehatan ibu dan anak. Untuk memperlancar usaha-usaha ini dibentuklah Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA).

Balai-balai Kesejahteraan Ibu dan Anak ternyata sangat populer dan bermanfaat bagi rakyat di pedesaan maupun di kota. Para bidan, pembantu bidan dan juru rawat merupakan tenaga yang dekat ibu-ibu dan anak-anak untuk memberi penerangan, pengobatan atau vaksinasi.

Jumlah Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak meningkat cepat sekali, dari 387 dalam tahun 1951 menjadi 2.300 dalam tahun 1959. Letaknya tersebar di kecamatan-kecamatan. Pada permulaan salah satu faktor yang menarik para ibu dan anak untuk berkunjung ke Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak adalah adanya pembagian susu, sabun, vitamin, yang diberikan secara cuma-cuma. Susu dan obat-obatan itu adalah bantuan dari UNICEF.

BKIA-BKIA ini sebenarnya merupakan pelopor dari Pusat Kesehatan Masyarakat kemudian. Para petugas paramediknya giat melakukan pendidikan kesehatan yang ternyata dapat dihayati oleh rakyat desa.

Dukun-dukun bayi tradisional juga dilatih oleh mereka dalam soal-soal hygiene, sterilitas pada pertolongan persalinan. Dalam jangka waktu 10 tahun berhasil dilatih 12.896 dukun bayi tradisional oleh Bidan-bidan dari Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak.

Bidan-bidan yang telah mendapat kursus tambahan tersebar ke pelbagai pelosok, mendidik anak-anak prasekolah dan bidang gizi dengan cara-cara yang mudah dimengerti. Pendekatan juga dilakukan pada ibu-ibu yang sangat sederhana pendidikannya atau tidak pernah sekolah.

Kunjungan ibu-ibu ke Balai-balai Kesejahteraan Ibu dan Anak meningkat jumlahnya. Kalau pada tahun 1951 jumlahnya 37.000 orang, maka pada tahun 1959 meningkat menjadi 1,2 juta orang. Demikian pula kunjungan bayi berkisar dari 15.000 sampai 700.000, kunjungan anak dari 4.700 sampai 444.000. Hal ini berarti kenaikan rata-rata 18,1%, 19,8% dan 14,8% tiap tahunnya untuk ibu, bayi dan anak.

Balai-balai Kesejahteraan Ibu dan Anak inilah yang kemudian menjadi sarana utama untuk program keluarga berencana.

4. Keluarga Berencana

Pembatasan kelahiran telah lama dikenal orang di kalangan masyarakat Indonesia. Banyak obat-obatan asli berupa ramuan-ramuan untuk mencegah kehamilan, walaupun tak selalu berhasil dan tidak dikenal oleh semua orang. Pembatasan kelahiran secara modern dengan menggunakan kondom juga telah lama dikenal disamping *coitus interruptus*. Cara kalender menurut *Ogino Knaus* kurang populer, karena

sukar untuk sebagian besar anggota masyarakat.

Motivasi utama yang menghambat keluarga berencana adalah soal etik dan pandangan tradisional yang masih berakar di kalangan masyarakat, bahwa makin banyak anak makin banyak rezeki. Oleh karena itu usaha-usaha sebelum 1967 selalu mendapat rintangan. Bahkan Presiden Sukarno, yang menyadari persoalan kependudukan, hanya setuju dengan penjarangan kelahiran (*spacing*).

Kemudian beberapa tokoh wanita menyoroti masalah pembatasan kelahiran ditinjau dari sudut kesehatan ibu dan anak. Dengan motivasi ini mereka mendirikan *Yayasan Kesejahteraan Keluarga* pada tanggal 12 Nopember 1952 diketuai oleh Ny. Marsidah Suwito. Tujuan didirikannya *Yayasan Kesejahteraan Keluarga* adalah untuk mengatur kehamilan demi kesejahteraan Ibu dan Anak. Sikap demikian ternyata diterima oleh masyarakat, walaupun masih terbatas.

Klinik Yayasan Kesejahteraan Keluarga pertama didirikan di Yogyakarta (Jalan Gondolayu). Metode yang dipakai/dianjurkan adalah: pantang berkala, dan karet busa dicelup air garam.

Pada tahun 1958 Mrs Mc Kinnon dari *Pathfinder Fund*, diantar oleh dr Hurustiati Subandrio dan dr Yudono pergi ke Semarang untuk memberi ceramah tentang keluarga berencana kepada anggota-anggota IDI dan isteri-isteri dokter. Dokter Farida Heyder tertarik pada masalah ini dan kemudian menjadi promotor yang penting. Ia membuka klinik keluarga berencana di BKIA Pandanaran. Di Jakarta pun telah dimulai usaha keluarga berencana setahap demi setahap oleh dr Hurustiati Subandrio, yang selama berada di London dari tahun 1948 sampai 1953 merasa tertarik oleh usaha penerangan dari segi medik dan sosial. Dokter Hanafiah Wiknjosastro, ahli kebidanan yang mengikuti kuliah post-graduate di London tertarik pula oleh buku "*Birth Control Today*" oleh Marie Stope, sehingga ia dapat mendalami persoalannya. Ia kemudian menjadi salah satu promotor Keluarga Berencana di Indonesia. Dokter Soeharto yang mempunyai klinik bersalin mengeluarkan brosur untuk pasien-pasiennya mengenai peraturan kehamilan. Pada tahun 1956 di BKIA Jalan Tarakan Jakarta, dr Koen Martiono mulai mengadakan usaha pelayanan dalam menjarangkan kehamilan. Penggunaan karet busa yang dicelup air garam pada waktu itu adalah cara umum yang dipakai.

Penyebarluasan kampanye keluarga berencana ini dirintis oleh para sarjana wanita yang tersebar di beberapa tempat, seperti: dr. Ny. Z. Rachman Mansyur (di Bandung), Ny. Sumpto SH (di Sala), dr. Ny. Sumini (di Salatiga), dr. Farida Heyder (di Semarang).

5. Kesehatan Perusahaan

Usaha-usaha kesehatan perusahaan telah dimulai oleh Belanda di perkebunan-perkebunan Sumatera Utara. Banyak tindakan preventif dilakukan untuk memelihara kesehatan pekerja-pekerja yang didatangkan dari Jawa. Di lingkungan Kementerian Perburuhan pada tahun 1950 terdapat suatu *Jawatan Keselamatan Kerja dan Jawatan Pengawasan Keselamatan Kerja*.

Guna mengawasi keselamatan kerja maka dibentuk *Lembaga Hygiene Perusahaan* yang dipimpin oleh dr. Karimuddin dan kemudian diteruskan oleh dr. Sumakmur. Lembaga Hygiene perusahaan terdiri dari: bagian teknik, bagian kimia, bagian sanitair, bagian perawatan dan bagian statistik.

Bagian teknik tugasnya menyelenggarakan penelitian dalam perusahaan-perusahaan, apabila ada penyebab yang dapat mengganggu kesehatan buruh, misalnya debu, zat-zat berbahaya. Di samping itu bagian ini berkewajiban memberi nasehat kepada pimpinan pabrik untuk mencegah hal-hal yang dapat menimbulkan bahaya bagi pekerja seperti: saluran ventilasi, gangguan suara mesin serta pengamanan terhadap mesin di pabrik.

Bagian kimia melakukan analisa tentang bahan-bahan yang berbahaya, pemeriksaan kimia untuk penentuan adanya penyakit profesi (antara lain keracunan timah) serta percobaan-percobaan toksikologi.

Bagian sanitair untuk hygiene umum menangani sarana-sarana bagi buruh, seperti misalnya: banyaknya WC, tempat cuci, tempat makan. Pemeriksaannya berada di bawah pengawasan penilik kesehatan.

Bagian perawatan memerlukan tenaga perawat khusus untuk industri. Untuk itu kepada para perawat yang akan bertugas di perusahaan-perusahaan industri diberikan pengarahan dalam segi-segi: kesehatan perumahan, absensi/daftar sakit serta pendidikan kepada pekerja-pekerja tentang kesehatan.

Bagian statistik mencatat dan mengolah data untuk bahan pertimbangan dalam perbaikan kesehatan.

6. Pemberantasan Penyakit Menular

Penyakit menular sebagaimana diketahui adalah sangat berbahaya, oleh karenanya dikeluarkan peraturan untuk mencegah berjangkitnya. Berjangkitnya pelbagai jenis penyakit menular dapat digolongkan sebagai wabah atau epidemi, sehingga peraturan-peraturan karantina maupun peraturan tentang wabah (*epidemie ordonnantie*) dapat diperlakukan. Menurut angka-angka Statistik tahun 1959 maka jenis-jenis penyakit menular yang terpenting adalah: *pes*, *cacar*, *typhus abdominalis*, *paratyphus A*, *diphtheria* dan *dysentaria bacillaris*.²⁸⁾ Sampai dengan tahun 1957 yang sudah menurun hanya penyakit *pes*, sedangkan penyakit lainnya masih menjadi problem yang cukup besar.

a. Cacar (Variola)

Cacar termasuk dalam golongan penyakit menular karantina. Wabah cacar, yang selama 25 tahun tidak berjangkit, kembali melanda Indonesia pada tahun 1948, berasal dari Singapura/Malaka. Bencana itu telah menimbulkan banyak korban kematian di kalangan penduduk.

Wabah yang masuk ke Indonesia pada tahun 1948 menjalar dari Sumatera ke pulau-pulau Jawa, Kalimantan, Sulawesi dan Nusa Tenggara melalui lalu lintas laut

28) Mengenai angka Statistik penyakit menular tersebut, periksa Lampiran IV.17.

dan kemudian lalulintas darat.

Di pulau Jawa wabahnya paling hebat, kemudian Sumatera dan daerah lainnya. Pada tahun 1951 diadakan pencacaran massal, namun meninggalkan kantong-kantong infeksi di daerah-daerah yang pencacarannya baik massal maupun rutin tidak dapat dilakukan dengan sempurna.

Hasil pencacaran rutin anak-anak dibawah umur 1 (satu) tahun rata-rata kurang dari 80%. Di daerah-daerah yang angka pencacarannya rendah (hanya 50%), antar lain Jakarta dan Sulawesi, wabah cacar timbul kembali. Wabah di Makasar (Ujung Pandang), menurut penyelidikan menyerang anak-anak dibawah umur 10 tahun yang merupakan 90% dari seluruh penderita.

Tahun	Jumlah penderita	Meninggal
1950	76.146	13.611
1951	100.952	18.553
1952	9.819	679
1953	2.584	363
1954	1.878	277
1955	1.377	460
1956	4.441	2.154
1957	1.550	320
1958	3.202	767
1959	888	381

Vaksinasi ulangan terhadap anak-anak berusia lebih dari 6 tahun dan orang-orang dewasa (lebih dari 20 tahun) rata-rata memuaskan. Namun demikian masih ada tiga daerah yang menunjukkan angka kurang dari 10%, antara lain Jakarta dengan angka 4,6%. Antara penderita-penderita dalam wabah kecil (akhir 1950 dan awal 1959), angka-angka penderita anak dan dewasa hampir lama. Dari angka-angka yang tercantum di bawah ini dapat diketahui banyaknya korban akibat wabah cacar dan tahun 1950 sampai 1959.

Usaha pemberantasannya berupa penyelenggaraan vaksinasi teratur dan vaksinasi ulangan teratur dengan vaksin yang baik dan tahan lama. Karena pemberantasannya dilakukan di berbagai pelosok, maka vaksin tersebut kadang-kadang terpaksa diangkut dari pulau ke pulau. Pencacaran dilakukan oleh juru cacar di Balai Desa poliklinik-poliklinik, BKIA-BKIA dan rumah-rumah sakit. Mereka yang dicacar terdiri dari bayi yang baru umur 3 bulan. Revaksinasi dilakukan 5 tahun sekali, Sistem pencacaran diatur menurut rencana, yaitu tiap juru cacar setiap tahunnya berputar empat kali dalam wilayahnya.

Mengenai vaksin cacar, sebelum Perang Dunia ke-II sudah dimulai dengan digunakan vaksin kering disamping masih digunakan vaksin cacar basah. Sesudah Perang Dunia ke-II untuk vaksinasi massal dipakai vaksin kering saja. Prof. Dr Sardjito di laboratoriumnya di Klaten juga membuat vaksin kering yang dibagi-bagikan ke daerah-daerah.

Pembuatan vaksin cacar di Lembaga Pasteur semasa pendudukan Belanda dari tahun 1946 sampai 1950 adalah sebagai berikut:²⁹⁾

Tahun	Dosis Bibit kering	Dosis Bibit basah	Jumlah
1949 (6 Bulan)	819.425	860.000	1.679.425
1947	3.007.300	552.100	3.559.300
1948	10.109.550	5.769.200	15.878.750
1949	29.237.830	22.575.950	40.811.780
1950 (5 bulan)	13.352.830	6.398.100	19.750.930

(dari buku "Dry Lymph Vaccine" Otten, W.Q. Collier dan FH Mayer).

Pada tahun 1958 menurut laporan tahunan Departemen Kesehatan jumlah dosis vaksin cacar yang dikeluarkan oleh Lembaga Pasteur adalah sebanyak 20.347.150³⁰⁾ dari :

- (1) 133 kerbau dan 3 sapi telah diproduksi :
 - (a) 22.349 ampul @ 400 dosis.
 - (b) 13.891 ampul @ 200 dosis.
 - (c) 57.344 ampul @ 100 dosis.
 - (d) 29.665 ampul @ 50 dosis.
 - (e) 17.679 ampul @ 20 dosis.

(2) dan bibit basah 4.980 ampul.

b. Sampar/pes.³¹⁾

Penyakit pes masuk ke Indonesia pada akhir tahun 1910. Sejak itu sampai tahun 1952 selama ± 40 tahun telah menyerang ± 240.000 orang di Pulau Jawa atau setiap tahunnya ± 6.000 orang yang terserang. Jumlah penderita yang paling banyak tercatat pada tahun 1934, ialah sebanyak 23.275 orang. Mortalitas penyakit tersebut sangat tinggi dan beribu-ribu orang telah meninggal karena penyakit tersebut.

Cara masuknya ke Indonesia ialah lewat angkutan beras. Di dalam angkutan beras tersebut ikut pula tikus-tikus yang terjangkit penyakit pes. Dari pelabuhan Surabaya menyebar ke Malang, Kediri, Madiun, Surakarta dan Yogyakarta. Melalui pelabuhan Semarang pada tahun 1919 penyakit pes masuk pula dan merembes ke Ambarawa, Salatiga, Magelang, Wonosobo terus ke Banyumas dan Pekalongan me-

29) *Paper "Riwayat Pemberantasan Cacar di Indonesia"*, Dit. Jen. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular Departemen Kesehatan, Jakarta.

30) *Laporan tahunan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Tahun 1958*, halaman 295 — 297.

31) *Almanak Kesehatan*, Op. cit., halaman 113 — 119.

lahui Dieng. Tempat masuk ketiga ialah pelabuhan Tegal pada tahun 1922 dan dari sini pes merembes ke Bumiayu. Tempat masuk keempat adalah pelabuhan Cirebon pada tahun 1924. Selanjutnya melalui Kuningan dan Majalengka penyakit pes menjalar ke Bandung dan sekitarnya. Setelah Perang Dunia ke-II ada serangan pes di daerah sebelah barat Cirebon yaitu di Plumbon.

Usaha pemberantasannya, karena penyebab utamanya tikus dengan pinjalnya, maka tentu saja binatang tersebut harus dijauhkan dari manusia. Guna menghindarkan kemungkinan bersarangnya tikus, maka kondisi perumahan yang tidak memenuhi syarat harus diperbaiki. Perbaikan rumah rakyat dilakukan dengan macam-macam cara supaya tikus tidak dapat masuk rumah dan bersarang. Ternyata cara tersebut menemui kegagalan, karena apabila masih ada pes berjangkit, rumah-rumah tak boleh dibongkar, karena takut lebih menjalar lagi.

Vaksinasi telah diusahakan dari semula dengan vaksin *Haffkin*. Hasilnya ternyata tak memuaskan, kemudian Dr Otten menemukan "*penis Cwideoy*" yang ini rupakan jenis *avirulent*. Beliau kemudian membuat vaksin hidup yang memberi kekebalan selama 8 bulan sampai 1 tahun.

Pada tahun 1935 diadakan vaksinasi besar-besaran. Jumlah penderita berkurang tetapi penyakit tidak terbasmi. Pembasmian dilakukan pula dengan DDT. Usaha ini baru dapat dimulai pada tahun 1952 dengan jalan menyemprot rumah-rumah dengan DDT. Percohaan pertama dilakukan di Karesidenan Surakarta, yang sedang dilanda epidemi pes. Penyemprotan dilakukan di tempat-tempat yang biasa dipakai persembunian tikus. Tikus tersebut biasanya hidup di sela-sela kayu di bawah atap rumah. Lantai dan dinding juga disemprot untuk membunuh pinjal. Jika tikus menginjak DDT dan ia garuk-garuk, maka pinjalnya yang ada di antara bulu-bulu tikus akan segera mati.

Hasil penyemprotan dengan DDT ternyata memuaskan. Pes mennghilang dari rumah-rumah yang telah disemprot dan tidak kembali lagi. Sebagai gambaran tentang hasil pembasmian pes angka-angka di bawah ini dapat berbicara :

Tahun:	Jumlah Penderita:
1952	1.963 orang
1953	367 orang
1954	296 orang
1955	344 orang
1956	110 orang
1957	16 orang
1958	0 orang
1959	18 orang

Walaupun pes manusia sudah hilang pes tikus belum tentu telah terbasmi, mungkin masih ada tikus-tikus di lapangan yang berpinjal dan mengandung kuman pes (*pasteurella pestis*). Oleh karena itu di tempat-tempat di mana dulu ada penyakit pes diadakan penangkapan tikus-tikus dengan perangkap tikus. Di setiap rumah pasang satu perangkap tikus. Tiap hari perangkap tersebut dipindah dengan atau tan-

pa hasil. Perangkap-perangkap yang berisi tikus dimasukkan dalam peti besar sedemikian agar jangan ada pinjal yang keluar dari bulu tikus dan hilang. Pinjal-pinjal semuanya disisir keluar dari bulu tikus dan dihitung. Yang loncat ke dalam peti juga dihitung. Pinjal-pinjal yang tertangkap dalam satu hari dihancurkan dengan air garam 0,9% sampai halus dalam sebuah mortir obat. Tikus-tikusanya di bedah untuk diperiksa hati, limpa dan paru-parunya. Alat-alat tubuh tersebut juga dihancurkan dalam lumpang (mortir) obat dengan air garam 0,9% sampai halus. Kemudian dibuat sediaan (*smear*) langsung untuk dilihat adanya *Pasteurella pestis* atau tidak. Sebagaimana disuntikkan kepada marmut dan digosokkan pada kulit marmut yang gundul. Marmut-marmut diperiksa setiap hari. Jika marmut tersebut tetap sehat setelah masa tunas pes, maka hasil pooling test adalah negatif. Hasil menunjukkan gejala positif apabila: terdapat reaksi di tempat suntikan dan gosokan, serta marmut menjadi sakit dan kemudian mati. Sewaktu-waktu marmut dibunuh, untuk diperiksa bedah lebih teliti bagian-bagian tubuhnya, seperti: kelenjar-kelenjar, paru-paru, hati, limpa. Bagian tubuh marmut tersebut dapat pula diperiksa dengan membuat *preparat* langsung dengan kultur mikrobiologi. *Pasteurella pestis* menimbulkan kelompok-kelompok khusus (*koloni-koloni*), dan ada persamaannya dengan *pasteruella pseudo tb*. Dengan demikian maka pooling test dapat memberikan hasil-hasil penelitian mikro-biologi lebih mendalam.

Daftar berikut memberi gambaran tentang jumlah pinjal-pinjal pada tikus yang ditangkap.

Tabun	Tikus rumah	Tikus lain	Pinjal-pinjal <i>Xenopsylla cheap</i>	Pinjal Lain-lain.
1957	8.358	6.095	7.095	169
1958	13.398	126	7.257	163
1959	14.354	1.494	4.916	810

Pemberantasan penyakit pes diteruskan dengan intensif di daerah-daerah yang pernah terjangkit penyakit, dengan harapan dapat dilenyapkan sama sekali.

c. Kolera.

Sebenarnya sejak tahun 1928 kolera sudah lenyap dari Indonesia. Namun demikian ternyata bahwa ada suatu jenis *Vibrio Cholerae* yang tersimpan di Indonesia yakni *Vibrio El Tor*. Janis ini ditemukan pertama oleh *Tanamal* di Makasar pada tahun 1957. Dua peristiwa *enteritis choleroformis* di Jakarta pada tahun 1958 disusul oleh laporan-laporan serupa dari Semarang dan Medan.

Vibrio El Tor berasal dari negara Arab (Hejaz) dan bersifat *apathogen*, sedangkan di Makasar dan lain-lain tempat di Indonesia *vibrio* tersebut bersifat *pathogen*.

Vaksinasi rutin kepada anggota Angkatan Perang dan anak sekolah sejak tahun 1950 terdiri dari vaksin TCD (*typhus, cholera, dysentrie*) dan kemudian diubah men-

jadi vaksin CHOTYPA (*cholera, typhus, paratyphus A*), karena vaksinasi anti-dysenteric dinilai tak berguna.

d. Poliomyelitis dan Diphtheria.

Walaupun tidak begitu banyak kasus *poliomyelitis* terdapat di Indonesia dibandingkan dengan Eropa, namun terdapat juga. Antara tahun 1949 dan 1951 di Jakarta penyakit ini hampir menjadi wabah. Wabah penyakit *poliomyelitis* terjadi di Bandung pada tahun 1954, tetapi tidak berlangsung lama.

Poliomyelitis adalah salah satu penyebab cacat badan pada anak sehingga anak menjadi lumpuh. Untuk kasus-kasus tersebut diperlukan tempat-tempat perawatan dan rehabilitasi khusus. Di Indonesia hal itu dilaksanakan oleh YPAT (Yayasan Pemeliharaan Anak Cacat).

Penyebab penyakit anak lainnya ialah infeksi dengan basil *diphtheria*. Hal ini sering terjadi pada anak-anak tanpa gejala penyakit. Hanya dengan pemeriksaan di BKIA terdapat fakta infeksi tersebut dengan *Schick test*.

Vaksinasi anak-anak secara rutin terdiri dari vaksin *Diphtheria, Tetanus* dan *Pertussis*, sedang vaksin *Anti-Poliomyelitis* belum menjadi rutin.

e. Malaria.

Malaria adalah penyakit rakyat yang terbanyak penderitanya dan berjangkit di seluruh Indonesia. Angka *morbidity* (sakit) pada tahun 50-an diperkirakan $\pm 40\%$ dari jumlah penduduk atau ± 30 juta tiap tahun. Angka mortalitas (kematian) diperkirakan 6 atau 7% dari angka kematian seluruhnya atau 7% dari 2%, berarti 0,15% atau 120.000 orang tiap tahun. Angka *mortality* malaria sedunia adalah $\pm 1\%$ dari angka *morbidity*, jadi ± 300.000 untuk Indonesia. Keadaan 30 juta orang sakit dan 120.000 orang mati karena malaria adalah cukup gawat, karena tidak hanya merupakan kerugian jiwa, tetapi juga kerugian tenaga karena sakit ($30.000.0000 \times 5$ hari) = 150 juta hari sakit, berarti 150 juta hari tidak bekerja = 150 juta hari tidak mendapat upah³²⁾. Oleh karena itu perlu diselenggarakan usaha pemberantasan.

Sebelum perang titik berat usaha pemberantasan malaria adalah dengan sistem "assainering" dan "kininixasi", yaitu pemberantasan tempat-tempat nyamuk, baik dengan meniadakan air tergenang, atau menyemprot air tergenang dengan minyak tanah kasar (residu), atau memerangi jentik-jentik nyamuk secara biologik yaitu dengan ikan antara lain ikan kepala timah. Kininisasi adalah cara untuk suppressi.

Sesudah perang dunia ke-II terdapat obat baru yaitu DDT. DDT digunakan sebagai pembunuh serangga (*insecticide*) dengan sistem *penyemprotan rumah-rumah* ("residual house spraying"), suatu methode yang lebih cepat hasilnya, tanpa meniadakan methode-methode lama.

32) *Research di Indonesia 1943 — 1963 Bidang Kesehatan*, "Pemberantasan Penyakit Malaria Departemen Urusan Research Nasional RI 1965 hal. 487.

Berhubung dengan luasnya wilayah Indonesia, maka diadakan prioritas pemberantasan. Pelaksana pemberantasan malaria adalah Lembaga Malaria. Oleh Lembaga ini dikeluarkan petunjuk teknis dalam pemberantasan malaria bagi daerah-daerah antara lain: sedapat-dapatnya dari semua propinsi harus ada daerah, daerah yang mempunyai index limpa lebih dari 50% perlu didahulukan, daerah yang mempunyai proyek kemakmuran perlu diperhatikan/diamankan.

Hingga akhir 1952 telah diadakan penyemprotan di Jawa, Sumatera, Sulawesi, Nusa Tenggara, Maluku.³³⁾ Dari angka-angka di bawah ini dapat diketahui banyaknya penduduk yang dilindungi.

Propinsi	Daerah	Banyaknya jiwa
Sumatera Utara	Tapanuli	260.000
	Negara	15.000
Sumatera Tengah	Painan	210.000
Sumatera Selatan	Metro	333.000
Jawa Barat	Pasir Hayam	4.648
	Banten	65.000
	Pameungpeuk	4.054
	Cianjur	230.000
Jawa Tengah	Cilacap	56.884
	Nusakambangan	9.000
	Semarang	100.000
Jawa Timur	Surabaya	159.000
Sulawesi	Dumoga	40.000
	Bitung & Toli-toli	5.000
	Jeneponto	309.000
Nusa Tenggara	Flores	10.200
	Bali	2.000
Maluku	Ambon	5.868
	Seram	1.500
	Morotai	2.500
Jakarta	Marunda	506
	Cengkareng	5.535
	Jakarta	100.000
Jumlah		1.940.000

33) Dr J. Leimena, *Kesehatan Rakyat di Indonesia "Pandangan dan Planning"*, NV van GCT Van Dorp & Co, Jakarta-Bandung-Semarang-Surabaya, 1955, hal 38 — 39.

Hasil Penelitian (laporan tahun 1953).
Coverage + 2. juta penduduk.

Transmission Index *)	Sebelum disemprot	Sesudah disemprot
Infant Parasite Index.		
Lampung	29%	2,8%
Cengkareng	5,9%	0,5%
Pasir Hayam	32,7%	0%

f. Framboesia

Penyakit Framboesia (patek) pada masa sebelum perang maupun sesudah perang, masih merupakan suatu "penyakit rakyat" yang menjalar di Indonesia. Penyakit ini terdapat baik di daerah dataran rendah maupun di daerah pegunungan, umumnya pada golongan miskin dalam keadaan higiene yang kurang baik. Framboesia tersebar di seluruh kepulauan Indonesia dan menurut perkiraan menghinggapi 15% dari penduduk, 6% diantaranya dapat menular (*infectious*), dan 75% dari penderita yang menular ini adalah anak-anak berumur dibawah 18 tahun.

Sebelum perang dunia ke-II telah diadakan usaha memberantas penyakit ini dengan suntikan Neosalvarsan. Usaha tersebut dapat berhasil, jika semua orang yang menderita penyakit framboesia diobati sampai sembuh lama sekali dan semua sumber infeksi dapat dilenyapkan.

Dengan Cara tersebut Dr. Kodijat yang bekerja di Kediri, daerah yang saat itu banyak framboesianya, berhasil menurunkan tingkat infeksi dari 10% sampai 1% dan kurang dari 1%. Pekerjaan beliau tidak dapat dilanjutkan pada waktu pecah perang. Sesudah perang dunia ke-II, pemberantasan penyakit tersebut diteruskan, dengan bantuan dari badan-badan internasional, yakni WHO dan UNICEF, dengan menggunakan obat baru, yaitu penisilin, antibiotik yang pertama.

Program pemberantasan penyakit framboesia tersebut terkenal sebagai "TREPONEMATOSIS CONTROL PROGRAM" atau TCP dan dimulai pada bulan Juni 1950³⁴⁾. Pemberantasannya merupakan program nasional. Kementerian Kesehatan mengadakan persetujuan dengan WHO dan UNICEF. Ketiga pihak telah membuat rencana, yang telah disetujui dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan beserta aparatnya, WHO menilai segi tehnisnya, sedangkan UNICEF membantu dengan material seperti obat dan alat kedokteran, kendaraan dan sebagainya. Kementerian Kesehatan membiayai pegawai-pegawai pelaksanaanya.

*) Keterangan: Infant Parasite Index = prosentasi bayi yang terkena malaria.

34) Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, No. 1 Tahun VI, Kementerian Kesehatan, Jakarta, Maret 1957, Hal. 42.

Sistim TCP ini menggunakan team-team, yang masing-masing terdiri dari 6 juru rawat dan 2 tenaga administrasi dan dilengkapi dengan 2 mobil serta pengemudinya. Program dimulai di desa Gondang Nganjuk pada tanggal 5 Maret 1951. Sistim tersebut oleh Inspektur Kesehatan Jawa Timur dr. Saiful Anwar dinilai terlalu mahal dan kurang efisien. Oleh karena itu ia mengusulkan suatu perobahan dengan memakai tenaga khusus juru patek yang ditempatkan pada aparatur kesehatan yang telah ada di kabupaten-kabupaten. Mereka dijadikan pegawai dinas setempat, sehingga kontinuitas dan pengawasan pelayanannya mudah diawasi. Sistim ini disebut TCPS (*Treponematosia Control Program Simplified*). Sistim Kodiyat, yakni pemeriksaan seluruh penduduk untuk menetapkan jenis penderita, tetap dipegang teguh, tetapi diintegrasikan dengan kesehatan rakyat yang sudah berjalan. Semua pejabat kesehatan, yaitu: dokter Karesidenan, dokter Kabupaten, juru rawat poliklinik, berada di bawah pengawasan Inspektur Kesehatan. Mereka yang langsung melaksanakan tugas program TCPS diberi tunjangan khusus.

Hasil pemberantasan penyakit Framboesia.³⁵⁾

Pada akhir bulan Maret 1956 semua propinsi, termasuk juga Daerah Istimewa Yogyakarta, telah mengambil bagian dalam pemberantasan framboesia. Dari 164 kabupaten yang terdapat di propinsi-propinsi itu baru 113 buah atau 68,9% yang telah menyelenggarakan TCP atau TCPS. Di seluruh Indonesia terdapat 2.450 buah kecamatan. Jumlah kecamatan yang telah ikut serta dalam penyelenggaraan pemberantasan, baik secara TCP maupun secara TCPS, ada 843 atau 34,41%. Jumlah Kotapraja yang telah mempunyai TCPS 4 atau 10,25%. Jumlah penduduk dari 843 kecamatan ada 26.383.361 orang; ini merupakan 36,55% dari 72.185.635 orang penduduk semua kecamatan. Jumlah penduduk dari 4 kotapraja yang sudah menyelenggarakan TCPS adalah 1.696.324 atau 26,45% dari penduduk semua kotapraja, yang berjumlah 6.419.879 orang. Jadi pemberantasannya baru meliputi sepertiga (35,7%) dari seluruh rakyat Indonesia.

Banyaknya TCP ada 15, sedang TCPS di kabupaten-kabupaten berjumlah 795, di kotapraja-kotapraja 24. Keseluruhannya berjumlah 834 buah. Dari sebanyak TCP dan TCPS itu 636 terdapat di Jawa yang berpenduduk 51.637.552, dan 198 buah terdapat di propinsi-propinsi luar Jawa yang berpenduduk 26.967.962 orang. Jumlah TCP dan TCPS di Jawa adalah 3,2 kali jumlah yang terdapat di Luar Jawa. Akan tetapi dalam imbangannya terhadap jumlah penduduk dari masing-masing propinsi, kemajuan yang telah dicapai dalam penyelenggaraan TCPS/TCP menunjukkan urutan yang lain. Apabila kemajuan yang terbesar diberi nilai 100%, urutan prestasinya adalah sebagai berikut :

35) *Pedoman dan Berita Kesehatan*. "Pemberantasan Penyakit Framboesia di Indonesia" Nomor 2, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

No. Propinsi	Jumlah penduduk rata-rata untuk sebuah TCP/TCPS	Prosentase kemajuan dibandingkan dengan Maluku
1. Maluku	56.619	100%
2. Sumatera Selatan	64.406	87,91%
3. Jawa Timur	66.981	84,53%
4. Kalimantan	82.376	68,73%
5. Jawa Tengah	90.732	62,40%
6. Jawa Barat	92.440	61,25%
7. Nusa Tenggara	125.330	45,18%
8. Sumatera Utara	174.814	32,39%
9. Sumatera Tengah	240.039	23,59%
10. Sulawesi	701.683	8,07%

Adapun yang dimaksud dengan hasil pemberantasan di sini adalah merupakan suatu kumpulan proses hasil pemeriksaan penduduk, hasil pengobatan, hasil tindakan tingkat konsolidasi.

Karena tindakan-tindakan dalam tingkat konsolidasi baru dimulai di beberapa tempat, maka yang dapat dicapai hanya hasil pemeriksaan dan pengobatan.

Sejak awal pemberantasan, dalam bulan Juni 1950 sampai akhir tahun 1953 jumlah penduduk yang telah diperiksa ada 21.021.046 orang. Jumlah ini merupakan 26,74% dari penduduk Indonesia yang saat itu berjumlah 78.605.514 orang. Jumlah penduduk daerah yang akan diperiksa adalah 24.633.786 orang. Yang sudah diperiksa 85,3% dan dari kelompok ini 14.427.968 orang telah diperiksa lebih dari satu kali. Jumlah penderita yang ditemukan untuk pertama kali ada 3.406.286 orang atau 16,2% dari jumlah yang diperiksa untuk pertama kali. Dari 3.406.286 penderita, 177.845 orang (5,2%) ditemukan lagi dalam pemeriksaan-pemeriksaan ulangan, karena belum sembuh, mendapat residu atau mendapat reinfeksi. Perincian angka-angka untuk setiap propinsi dikhtisarkan dalam daftar lampiran.³⁶⁾

Hasil pengobatan hanya dapat dinyatakan dengan contoh-contoh (*samples*), karena bahan statistik terlalu banyak, sehingga tidak mungkin dibahas semuanya. Hasil cara pengobatan *Total Mass Treatment* belum dapat dinilai. Mengenai *Selective Mass Treatment* dapat dikemukakan experiment dokter Wasito dan Prof. Soetopo di Kecamatan Kedamean dan Loceret, yang mereka selenggarakan dalam tahun 1952. Dalam experiment itu mereka dengan menggunakan rombongan TCP yang terbaik melakukan pengobatan pada orang-orang yang telah bergaul dengan penderita. Pekerjaan yang harus mereka lakukan lebih sulit, memakan waktu yang lebih lama dan memerlukan penanganan administrasi yang lebih banyak seluk-beluknya. Di Ke-

36) Periksa Lampiran IV/20



Konferensi Framboesia di Bangkok, 1953. Cocktail-party di kementerian Kesehatan Thailand. Dari kiri ke kanan: Prof. Hiel, Prof. Soetopo, dr. R. Kadiyat, Dr. Wasito, dr. Lim Ek Quee, dr. Soedarsono.



Penyerahan Bintang Jasa kepada dokter Kodiyat oleh Menteri Kesehatan Mayjen dokter Satrio di istana Yogyakarta pada tanggal 28 Desember 1964



Dokter SAIFUL ANWAR

Mahaputera. Merintis dasar kerja sama dengan WHO dan negeri-negeri lain, guna mengatasi masalah kesehatan di Indonesia.

damean (Surabaya), frekwensi framboesia 18%. Hasil yang diperoleh tidak berbeda dari hasil pengobatan biasa. Di Loerret yang mempunyai frekwensi 28%, hasil pengobatannya lebih baik. Akan tetapi, meskipun memperoleh hasil yang jelas lebih baik, dinilai tidak seimbang dengan kesulitan-kesulitan yang harus diatasi, seperti: tambahan waktu yang diperlukan serta tambahan pekerjaan yang harus dilakukan.

Contoh-contoh berikut mengenai pengobatan yang diberikan kepada penderita saja, yaitu observasi selama lima tahun pada 1990 orang penderita menular dan 2.612 orang penderita tidak menular. Yang diobati dalam pemeriksaan pertama di Kecamatan Lendah menunjukkan, bahwa 14,8% dari golongan yang pertama dan 17,34% dari golongan yang kedua, di dalam pemeriksaan-pemeriksaan ulangan telah ditemukan gejala-gejala *reinfeksi* dan *residif*.

Dari 296 penderita framboesia menular, yang mendapat residif atau reinfeksi:

261 = 88,18% menunjukkan R/R = 1x

29 = 9,80% menunjukkan R/R = 2 x

6 = 2,03% menunjukkan R/R = 3 x

Dari 453 penderita tidak menular :

357 = 78,81% menunjukkan R/R = 1 x

67 = 14,79% menunjukkan R/R = 2 x.

26 = 5,74% menunjukkan R/R = 3 x.

3 = 0,66% menunjukkan R/R = 4 x.

Hasil pemeriksaan dan pengobatan pada umumnya boleh dikatakan memuaskan, jika diingat bahwa metode yang digunakan, dan terutama pelaksanaannya, jauh dari sempurna.

g. Tuberkulose ³⁷⁾

Penyakit Tuberkulose (Tb) di Indonesia termasuk salah satu penyakit rakyat dan banyak menelan korban. Keadaan Tuberkulose di Indonesia dapat disamakan dengan keadaan di Eropa dan Amerika 40 — 60 tahun yang lalu, di mana "*the white plague*" (pes putih) menunjukkan angka sakit (*morbidity*) dan angka kematian (*mortality*) yang sangat tinggi.

Penyelidikan-penyelidikan sebelum perang dunia sudah memberi petunjuk tentang merajalelanya tuberkulose dengan perkiraan angka kematian paling rendah 150 per 100.000 penduduk dan paling tinggi 400 per 100.000 penduduk. Jaman pendudukan Jepang disambung dengan masa perang kemerdekaan menambah lagi angka-angka *morbidity* dan *mortality* sampai ± 190 per 100.000 penduduk.

Untuk mendapatkan angka yang tepat, setelah perang dunia ke II diadakan penelitian dengan "*mass chest*", pemeriksaan Rontgen secara massal, dengan micro-film. Penelitian dilakukan di Jakarta, Surabaya, Sumatera Barat, Minahasa, Yogyakarta. Hasilnya adalah: Samallo menemukan 5,5% pada pria dan 4,5% pada wanita. Kelainan Röntgenologis jumlahnya meliputi 750.000 — 1.000.000 orang. Hal ini

37) Dr J. Leimena, *Kesehatan Rakyat Indonesia*, Pandangan dan Planning, hal. 53.

tentu raja merupakan suatu masalah serius.

Usaha pemberantasan Tuberkulose dalam zaman Belanda dilakukan pada tahun 1918 oleh *Stichting Centrale Vereniging voor de Tuberculose Bestrijding (SCVT)*, yakni suatu yayasan yang telah mendirikan 5 sanatorium dan 20 biro konsultasi. Jumlah sanatoria kemudian naik sampai 10 buah, dengan dana yang dikumpulkan sebesar F. 35.000.000,— Aktivitas yayasan tersebut sejak jaman Jepang diambil alih oleh pemerintah, sehingga setelah pengakuan kedaulatan merupakan beban yang cukup besar. *Stichting Centrale Vereniging voor de Tuberculose Bestrijding* kemudian dijadikan Yayasan P 6 (*Yayasan Perkumpulan Pusat Pemberantasan Penyakit Paru-paru*) di Jakarta. Beberapa yayasan sejenis kemudian didirikan di beberapa kota di Jawa, seperti: di Jember didirikan Yayasan Pemberantasan Penyakit Paru-paru, di Semarang Yayasan Sanatorium Kepolisian Jawa Tengah, di Cirebon Yayasan Pusat Pemberantasan Penyakit Paru-paru, di Jakarta Yayasan Rumah Sakit Tuberkulose anak-anak (Fatmawati). Pada tahun 1945 terdapat 15 sanatorium dengan kapasitas 1.537 tempat tidur dan 9 biro konsultasi.

Penyakit Tuberkulose berlatar belakang kondisi ekonomi sosial yang buruk, sehingga pemberantasannya harus disertai dengan perbaikan kondisi sosial ekonomi, yaitu menyangkut perbaikan perumahan, tempat kerja yang sehat, gizi dan lain-lain.

Tindakan-tindakan pencegahan awal antara lain dilaksanakan dengan memberikan penerangan untuk menimbulkan kesadaran tentang hygiene, proses penularan Tuberkulose, prevensinya, pengobatannya jangan terlambat dan seterusnya. Disamping usaha penerangan, maka diperjuangkan pula pembuatan peraturan-peraturan legislatif yang meringankan si penderita. Diusahakan pula kesempatan berobat secara mudah, murah dan rehabilitasi untuk dapat hidup terus dengan bekerja.

Pengobatannya sudah tentu memerlukan banyak uang, personil dan alat-alat (equipment) modern. Cara-cara pengobatannya ditempuh dengan perawatan di Sanatoria atau perawatan di Rumah Sakit Tuberkulose dengan terapi bedah paru-paru atau perawatan malam saja. Para penderita penyakit ada juga yang dirawat di perkampungan khusus, seperti *Tuberculosis homes* atau *Tuberculosis Village* (perkampungan khusus sistem dr. Trisulo). Pengobatan ini umumnya memerlukan biaya yang besar. Karena itu usaha-usaha pemerintah dititikberatkan kepada "prevention" (pencegahan).

Usaha-usaha preventif terdiri dari: vaksinasi BCG (*Bacil Calmette Guerin*), "case-finding centres" untuk menemukan kasus-kasus, sehingga penyakit dapat diisolasi atau setidaknya dikurangi penularannya. Pemeriksaan massal dengan *Rontgen* atau *Mass X-Ray Campaign* merupakan usaha pencegahan. Penggunaan vaksinasi BCG pada mulanya masih diragukan manfaatnya. Hal ini disebabkan karena ada hal-hal yang memberi perasaan kuatir kemungkinan komplikasi dari suntikan BCG tersebut. Mengenai suntikan BCG ini, *Pan Pacific Conference* di Manila, pada tanggal 18 April 1953 memberikan suatu kesimpulan:

- 1) BCG seyogyanya hanya diberikan kepada mereka yang negatif terhadap *Tuberculin test (Mantoux)*.
- 2) Jika angka Tuberkulose tinggi dan angka kematian juga tinggi, dan pengawasan

Tuberculosis yang baik tak mungkin, sebaiknya diadakan BCG vaksinasi massal.

- 3) Jika angka Tuberkulose tidak tinggi dan fasilitas pengawasan baik, vaksinasi BCG dapat dilakukan secara selektif untuk golongan-golongan yang diperkirakan peka.

Vaksin BCG yang digunakan didatangkan dari Manila dan memerlukan pengawasan yang baik. Komplikasi yang terlihat di Indonesia berhubungan dengan vaksinasi BCG terbukti tak seberapa serius.

Untuk *mass vaccination program* pemerintah menerima bantuan WHO dan Unicef. Sasaran dititikberatkan pada kota-kota besar, karena di situ terdapat kepadatan infeksi. Pelaksanaan vaksinasi ditugaskan kepada aparat kesehatan yang sudah ada, ditambah dengan tenaga-tenaga khusus. Vaksin gaya baru adalah "*freeze dried vaccin*", yang tahan lebih lama untuk distribusi di pulau-pulau seluruh Indonesia.

Sebelum Perang Dunia II tindakan terhadap penderita penyakit Tuberkulose merupakan usaha pengobatan non-spesifik. Dasar perawatan (pengobatan) penderita Tuberkulose pada waktu itu diusahakan agar penderita menghirup udara cuaca yang baik, diusahakan suasana yang menyenangkan, makan yang baik serta obat-obatan yang dapat menaikkan berat badan, diantaranya terkenal ialah minyak ikan.³⁸⁾

Perawatan penderita Tuberkulose paru-paru saat itu sangat mahal, hasilnya tidak menentu, sebab pada waktu itu belum ditemukan obat yang dapat membunuh kuman Tuberkulose. Baru sekitar tahun 1950 diketahui adanya vaksin yang dapat menimbulkan *kekebalan* terhadap Tuberkulose. Vaksin ini dapat digunakan sebagai alat pencegah Tuberkulose, yaitu vaksin BCG.

Berdasarkan persetujuan antara pemerintah Indonesia, WHO, dan UNICEF di Bandung pada Oktober 1952, dimulai suatu percontohan dan latihan pemberantasan Tuberkulose di Indonesia termasuk vaksinasi BCG. Dalam rangka pemberantasan penyakit Tuberkulose, pada bulan Juli 1953 diselenggarakan konferensi Pemberantasan Penyakit Paru-paru di Kaliurang Yogyakarta, yang telah meletakkan dasar bagi usaha pemberantasan Tuberkulose paru-paru. Vaksinasi BCG menurut keputusan konferensi merupakan salah satu usaha preventif yang penting. Dalam tindak selanjutnya kemudian Pemerintah beranggapan, bahwa vaksinasi BCG dianggap tindakan pencegahan penting dalam usaha pemberantasan Tuberkulose, meskipun belum masuk prioritas pertama.

Selama tahun 1953 - 1962 telah dilakukan *test tuberculin* pada 29.532.240 orang dan diadakan vaksinasi BCG pada 9.473.054 orang. Rangkaian kegiatan vaksinasi dan pengobatan yang dilancarkan oleh Lembaga Pemberantasan Penyakit Paruparu tersebut baru merupakan tindakan darurat.

h. Kusta³⁹⁾

Jumlah penderita penyakit kusta pada tahun 1950 — 1960 diperkirakan 0,1%

38) Dr R. Radjiwan, Pemberantasan Penyakit TBC di Indonesia.

39) Dr J. Leunena, Kesehatan Rakyat di Indonesia, Pandangan dan Planning, halaman 69.

dari seluruh penduduk Indonesia, berarti 75.000 sampai 80.000 orang. Dari jumlah tersebut yang terdaftar hanya 22.000 orang; 30% dari penderita atau 7.000 orang berada dalam keadaan menular (infectious). Mereka yang ditampung dalam rumah sakit kusta (leprosaria) hanya 5.000 orang, sehingga lebih dari 2.000 orang masih berada di tengah-tengah masyarakat.

Sebagaimana penyakit-penyakit lainnya, maka penyakit kusta bukan hanya masalah kesehatan, tetapi menyangkut aspek sosial-ekonomi. Menurut *WHO Expert Committee on Leprosy* dalam *Technical Report Series No. 71* tahun 1953 dijelaskan, bahwa penyakit kusta bukan penyakit yang berdiri sendiri, tetapi merupakan persoalan kesehatan masyarakat dari negara-negara di mana kusta bersifat endemik. Semua usaha peningkatan derajat kesehatan secara langsung atau tidak langsung, seperti usaha-usaha memperbaiki mutu makanan, perumahan dan sanitasi, membantu pemberantasan penyakit kusta. Pemberantasan penyakit kusta harus dilakukan dalam rangka keseluruhan usaha kesehatan rakyat, dan sesuai dengan kaidah-kaidah umum kesehatan masyarakat. Dalam usaha memberantasnya harus diberikan pengertian kepada masyarakat, bahwa usaha tersebut merupakan upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, sehingga tidak menimbulkan rasa kekhawatiran. Mitos yang mungkin masih melekat di kalangan masyarakat mengenai penyakit ini diusahakan untuk dihilangkan melalui penerangan.

Pedoman yang digunakan dalam pemberantasan penyakit kusta adalah sebagai berikut:

- 1) Diagnosa dini.
- 2) Sedapat-dapatnya perawatan di lingkungan rumah tangga sendiri (secara poli-klinik).
- 3) Yang masih menular ditempatkan di leproseri-leproseri.
- 4) Yang sudah tidak menular lagi dikeluarkan dari leproseri dan diusahakan re-habilitasi.
- 5) Penerangan/pendidikan kepada masyarakat.
- 6) Pendidikan tenaga ahli.
- 7) Penelitian (*research*).
- 8) Usaha-usaha sosial untuk meringankan beban penderita.

JUMLAH PENDERITA PENYAKIT KUSTA PADA TAHUN 1954. ⁴⁰⁾

Propinsi	Penduduk	Penderita yang tercatat	Dokter	Juru rawat	Pem-Juru rawat	Pem-Pem-rawat
1	2	3	4	5	6	7
Jakarta Raya	3.000.000	2.031	3	18	46	5
Jawa Barat	14.142.452	1.729	-	6	2	—
Jawa Tengah	17.200.014	2.175	2	11	2	2

40) Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No. 4 Tahun III, April 1954, hal. 132.

1	2	3	4	5	6	7
Jawa Timur	17.749.842	2.985	—	10	—	1
Sumatera Utara	4.798.750	2.710	—	2	16	—
Sumatera Tengah	3.714.137	949	—	2	—	—
Sumatera Selatan	3.092.602	486	—	—	4	—
Kalimantan	3.586.439	985	—	1	—	—
Sulawesi	5.930.251	3.095	—	8	9	2
Maluku	683.416	1.365	—	10	5	—
Sunda Kecil	5.128.444	3.500	—	4	5	8
Jumlah	79.025.881	22.000	5	72	89	18

Jumlah Rumah Sakit Kusta (Leprosaria) termasuk Kampung Lepra di seluruh Indonesia ada 52 buah dengan kapasitas $\pm$ 5.000 tempat tidur, 48 di antaranya di bina oleh Pemerintah, 4 dibina oleh Bala Keselamatan dengan subsidi pemerintah.

Jumlah penderita yang ditampung dalam Leprosaria ada 4.426 orang, sedangkan yang tinggal di rumahnya sendiri secara terpisah ada 850 orang. Jumlah pengunjung poliklinik lepra 4.700 orang jumlah poliklinik lepra keseluruhannya ada 46 buah.

Para penderita ada yang berobat di Rumah Sakit Umum atau poliklinik umum atau pada dokter swasta. Dari $\pm$ 22.000 orang penderita kusta, baru 9.976 orang yang dapat diobati secara teratur. Hambatan utama yang dihadapi ialah kurangnya tenaga dokter ahli. Tenaga dokter ahli pada waktu itu hanya ada 5 orang, yakni 3 orang di Jakarta dan 2 orang di Semarang. Juru rawat dari berbagai leproseri yang sudah dilatih di Lembaga Kusta selama 3 bulan berjumlah 72 orang. Pembantu juru rawat 89 orang, juru penerang 18 orang. Hal ini berarti untuk 22.000 penderita hanya tersedia 161 orang petugas tenaga perawatan atau 1 berbanding 136. Dokter khusus yang tersedia adalah 1 berbanding 4.000, sedang menurut norma internasional seharusnya ada 1 dokter ahli merawat 200 penderita.

Lembaga Kusta Kementerian Kesehatan bertugas melaksanakan penelitian, pendidikan dan mengkoordinasikan usaha serta mencari cara-cara pemberantasan yang tepat menurut pengetahuan mutakhir. Lembaga tersebut meliputi Laboratorium, klinik, poliklinik pusat dan 7 poliklinik pembantu, leproseri Tangerang dan Lenteng Agung, serta Pusat Epidemiologi di desa Wates (Bekasi). Satu-satunya propinsi yang pada waktu itu sudah mempunyai Dinas Pemberantasan Kusta ialah Jawa Tengah, dengan 2 orang dokter di Semarang. Menurut rencana di tiap propinsi hanya ada satu dokter lepra yang memimpin pekerjaan pemberantasan penyakit kusta keseluruhannya.

Prinsip pemberantasan penyakit kusta dirumuskan oleh "Expert Committee on Leprosy" WHO tahun 1952 sebagai berikut: "Leprosy is not a disease apart; it is a general public health problem in the countries where it is endemic. All measures which raise the public health standards are likely to help in the control of leprosy, whether they are directed against specific infections or concerning the improvement

of nutrition, sanitation, or housing. Leprosy is an infectious disease spread principally by direct contact."

Keadaan kita kurang menguntungkan karena sukar mencari tenaga yang mau terjun di lapangan ini.

Pengobatan dengan obat-obat *sulphon* cukup berhasil dan karena itu diberi prioritas, agar penderita yang bacil-positif menjadi bacil-negatif. Hal tersebut memerlukan suatu penanganan yang sistematis dan terus-menerus, terutama di desa-desa yang banyak penderitanya.

Mantri-mantri lepra yang terlatih bekerja di Jakarta, Semarang, Lamongan, Madura, Gorontalo dan lain-lain. Mereka menggunakan obat-obat *sulphon* antara lain: *promin*, *diazone*, *sulphetrone*, *diamino-diphenyl-sulphone* (DDS).

Poliklinik-poliklinik lepra disamping tugas pengobatan mempunyai fungsi-fungsi: mencatat semua penderita kusta dan orang-orang kontak serumah, memeriksa orang-orang kontak di poliklinik atau rumah, mengobati penderita di kampung, memberi penerangan, mengirimkan ke leproseri orang-orang yang dianggap perlu, menganjurkan isolasi di rumah atau kamar sendiri, menganjurkan pemisahan anak-anak yang baru lahir dari penderita serta memikirkan pertolongan sosial.

Isolasi bagi penderita kusta ada tiga kemungkinan, yaitu di leproseri, di rumah (*domiciliary isolation*), atau di kampung lepra (*village settlement*).

Pengasingan dalam leproseri sebenarnya hanya perlu untuk mereka yang digolongkan bacil-positif. Akan tetapi dalam prakteknya mereka yang digolongkan bacil-negatif terpaksa ikut masuk, karena di kampungnya terlantar. Di leproseri masih banyak yang badannya kuat, sehingga kepada mereka diberi pelajaran ketrampilan kerajinan tangan. Di tempat pengasingan juga diberikan tempat untuk beribadat, olah raga dan sebagainya.

Isolasi di rumah memerlukan kamar tersendiri atau gubug di samping rumah. Yang perlu dihindarkan adalah kontak dengan anak-anak.

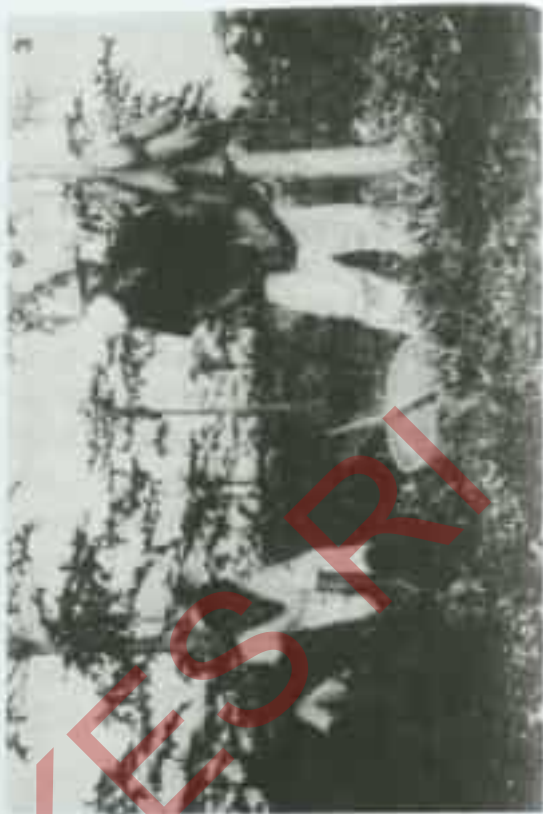
Kampung lepra memberi tempat kepada penderita berasal dari kampung yang berdekatan. Makanan dan pakaian diberi oleh keluarga. Pemerintah dalam hal ini juga memberi sokongan. Pengobatan dilakukan oleh pemerintah. Perkampungan bagi penderita lepra terdapat di Bali dan Aceh.

Di rumah-rumah sakit besar seperti RSUP, RSU di beberapa tempat diadakan ruangan khusus untuk penderita kusta.

Leprosi Tangerang (sekarang Pusat Rehabilitasi Kusta Sitanala), kecuali menampung penderita-penderita kusta juga mengadakan usaha pemisahan bayi yang baru lahir dari penderita kusta. Mereka diobservasi selama 5 — 6 tahun. Lagi pula anak-anak kontak yang lepromin negatif divaksinasi dengan vaksin BCG sampai reaksi lepromin menjadi positif. Angka-angka dari Brasil menunjukkan adanya perlindungan oleh vaksinasi BCG terhadap kasus-kasus kontak dengan kusta.

i. Filariasis.

Salah satu penyakit yang ternyata terdapat di banyak tempat adalah *filariasis* yang dalam stadium lanjutnya menyebabkan gejala *kaki gajah* atau *elephantiasis*. Pe-



*Kegiatan di Rumah Sakit Kusta Sitanala,
Tangerang dalam tahun 1959 di bawah
pimpinan dr. Bunyamin*

1. Pemeriksaan penderita wanita oleh Dokter.
2. Pertukaran sepatu dan penganyaman tikar.
3. Perkebunan (memetik hasil).

nyakit ini tidak hanya terdapat di pulau Jawa tetapi juga di Sumatera, Flores, Timor, Kalimantan dan lain-lain. Penyebabnya ialah *Wuchereria bancrofti* dan *Brugia malayi*. Cacing dewasa sering ditemukan di kelenjar limfe dan funiculus spermaticus, sedangkan microfilaria terdapat dalam darah dan ditularkan kepada orang lain oleh nyamuk *Culex*. Untuk *W. bancrofti* oleh *Culex pipiens fatigans* (*Culex quinquefasciatus*); untuk *W. malayi* oleh *Mansonia annulata*, *M. annulifera*, *M. Longipalpis*, *M. uniformis* dan *Anopheles barbirostris*.

Di daerah Jakarta *W. bancrofti* menurut penyelidikan Lie Kian Joe terdapat dalam frekwensi 6 — 27%; di kabupaten Ciamis, kecamatan Banjar 2,1%; di Bengkulu, 4,3%; di kecamatan Talang 33% - 44%. Walaupun tidak berbahaya untuk jiwa, namun penyakit ini mengurangi kemampuan kerja dan dalam stadium lanjut sangat mengganggu.

j. Penyakit Mata.

Dari hasil pemeriksaan dan penelitian yang telah dilakukan sebelum perang dunia ke-II, ternyata bahwa di antara penyakit-penyakit mata, penyakit *trachoma* lah yang diderita oleh sebagian besar rakyat Indonesia. Penyakit tersebut sangat mengganggu kesehatan dan mengurangi produktivitas. Dalam suatu permusyawaratan ahli-ahli mata pemerintah disimpulkan, bahwa di Indonesia ada beberapa daerah yang merupakan tempat sarang penyakit *trachoma*, yaitu daerah-daerah antara Jakarta dan Tangerang, antara Cirebon dan Semarang, serta antara Surabaya dan Gresik.

Di daerah-daerah tersebut beberapa desa mempunyai angka kejangkitan yang tinggi, yaitu 50 sampai 75%, sedang di tempat-tempat lain angka tersebut jauh lebih rendah. *Trachoma* yang terdapat di pulau Jawa umumnya berjangkit di kalangan anak-anak sekolah. Angka kejangkitan umum adalah 40 — 50%. Di luar pulau Jawa *trachoma* terdapat di Sumatera Selatan, Sulawesi Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Barat, Maluku Utara. Sebagai diketahui *Trachoma* adalah penyebab utama dari kebutaan. Di Indonesia penyebab kebutaan lainnya ialah *Xerophthalmia* dan *Blennorrhoea*.

Angka kebutaan di Indonesia menurut catatan termasuk tinggi, mungkin tertinggi di dunia, sebelum perang dunia ke-II di Indonesia terdapat ± 250.000 orang yang menderita kebutaan. Penyakit mata merupakan penyakit rakyat yang dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial, ekonomi dan *hygiene*.

Sesuai dengan kesimpulan permusyawaratan para ahli mata Indonesia ditetapkan usaha-usaha untuk pemberantasan penyakit mata. Jalan yang ditempuh ialah dengan cara perluasan usaha-usaha pemberantasan penyakit mata pada anak-anak, khususnya di sekolah-sekolah. Para ahli mata menyarankan supaya dibentuk pilot project sebagai sarana untuk melakukan penyelidikan yang lebih mendalam, pengobatan dan hal-hal lain yang perlu diselenggarakan. Pemberantasan penyakit mata bertujuan menjaga kesehatan secara umum serta memberantas *trachoma* pada khususnya. Untuk ini dibutuhkan tenaga-tenaga medik dan paramedik khusus, yang diperoleh melalui pendidikan. Makanya perlu diselenggarakan kerjasama yang erat dengan Fakultas-fakultas Kedokteran dan instansi lain. Perlu diberikan pula pedoman umum untuk pemberantasan penyakit mata oleh daerah-daerah, yang dikoordinasi oleh pusat. Para

ahli mata menyarankan kepada pemerintah agar diadakan Jawatan Kesehatan Mata.

Suatu "Initial anti-trachoma project" diadakan di daerah-daerah dengan bantuan WHO dan UNICEF. Wilayah-wilayah proyek meliputi: Tangerang, Cirebon, Gresik dan Lampung.

k. Penyakit Kelamin.

Angka-angka tentang penderita penyakit kelamin di poliklinik-poliklinik pelabuhan di Jakarta, Semarang, Surabaya dan kota-kota besar seperti Bandung menurut Vasil penelitian selama tahun 1937 sampai tahun 1941 dan tahun 1950 cukup tinggi.

Antara penyakit-penyakit venerik, yang berbahaya adalah Syphilis. Menurut penyelidikan Dr. Soetopo pada tahun 1953 jumlahnya rata-rata berkisar antara 5%-10% dari penduduk setempat. Karena penyakit venerik merupakan suatu masalah yang kompleks, maka diperlukan suatu pusat penelitian khusus untuk meneliti penyakit tersebut. Untuk itu kemudian didirikan Lembaga Pusat Penyelidikan dan Pemberantasan Penyakit Kelamin (LPPPK) di Surabaya dipimpin oleh Prof. Soetopo.

Lembaga Pusat Penyelidikan dan Pemberantasan Penyakit Kelamin bertugas memberi petunjuk-petunjuk kepada jawatan/dinas kesehatan daerah-daerah tingkat I dan II mengenai penyempurnaan diagnostik penyakit kelamin dengan perlengkapan alat-alat di rumah sakit, termasuk suatu laboratorium kecil dan sederhana untuk *micro test*. Kepada para penderita dibuka kesempatan melakukan pengobatan secara sempurna. Dalam rangka pemberantasan penyakit ini dilakukan screening terhadap alat-alat negara, pegawai, mahasiswa, pelajar, karyawan pabrik dan perusahaan. Pengawasan atas kesehatan wanita-wanita tuna susila yang terdaftar diperketat, dengan pemberian suntikan penicillin sekali seminggu terus-menerus agar mereka tidak *infectious*, karena selalu mendapat reinfeksi.

Pemberantasan penyakit-penyakit venerik dititikberatkan pada penyakit syphilis, mengingat akibat-akibatnya terhadap masyarakat (*Lues Congenitalis*).

LP4K memberi pula petunjuk-petunjuk secara teliti tentang pengobatan penyakit-penyakit venerik, yang meliputi: syphilis (semua stadia), *gonorrhoe*, *ulcus molle* dan *lymphopatia venereum*.

Pada tahun 1958 dibentuk "Team Penasihat Pemberantasan Penyakit Kelamin" di tingkat daerah, yang bertugas mendatangi kota-kota di pulau Jawa dan pulau-pulau lainnya, di mana dianggap perlu diadakan Pemberantasan Penyakit Kelamin. Team juga bertugas memberi saran-saran kepada Dinas Kesehatan Daerah serta memberi bantuan berupa alat-alat, tenaga, pendidikan, obat-obatan dan memberi petunjuk teknis/medis.

LP4K telah mengadakan beberapa penelitian, yang disertai dengan pengobatan. Dalam kegiatannya selama tahun 1951 - 1952 telah diperiksa 3.054 anggota kepolisian di Surabaya dengan hasil 72% bebas dari penyakit venerik, 21,5% menderita salah satu penyakit kelamin, 6,3% menderita penyakit framboesia. Diantara penyakit venerik tersebut 78% adalah *Syphilis latent*. Dalam tahun 1955, 1956, 1957, dari hasil pemeriksaan terhadap 4.570 orang anggota Angkatan Darat ternyata 33% di antaranya menderita salah satu penyakit kelamin. Yang terbanyak ditemukan adalah



Lay-out Gedung Lembaga Kesehatan Nasional, Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan di Surabaya, semula sebagai Rumah Sakit Pusat Penyelidikan dan Pemberantasan Penyakit Kelamin, mulai dibangun dalam tahun 1954.

syphilis latent. Karena pengaruh framboesia latent, menurut pengalaman separuh dari angka tersebut diperkirakan adalah betul-betul syphilis. Terhadap buruh berbagai industri di Surabaya diadakan pula pemeriksaan darah. Sampai tahun 1957 diperiksa 2.847 orang. Dari hasil pemeriksaan darah tersebut, 20,3% menunjukkan STS (Serology Test for Syphilis) positif. Rakyat biasa di kampung Pegirian kota Surabaya, dari hasil penelitian antara tahun 1956 dan tahun 1957 terhadap 8.744 orang penduduk, menunjukkan angka 18,4% STS positif. Ibu-ibu hamil di Surabaya yang diperiksa di BKIA antara 1951 - 1956 menunjukkan angka Serologik positif antara 11 - 16%. Penelitian para mahasiswa Universitas Airlangga, dari 1.801 orang yang diperiksa darahnya pada tahun 1957, menghasilkan 1,61% serologik positif. Selanjutnya pemeriksaan terhadap 670 wanita tuna Susila pada tahun 1954 (klinik, serologik, laboratorium) memberi hasil sebagai berikut:

Syphilis bentuk memular	11,4%
Syphilis bentuk latent	39,3%
Gonorrhoea	19,7%
"Soft chancre"	1,3%
Tidak dapat ditentukan pasti	12,8%
Bebas dari gejala penyakit venerik	13,4%
	97,9%

Melihat prosentase yang bebas dari gejala penyakit venerik 13,4%, maka jelas bahwa frekwensi penyakit kelamin di antara WTS adalah 86,6%, sehingga dapat diambil kesimpulan, bahwa sumber utama penularan penyakit kelamin adalah Wanita Tuna Susila.

Angka-angka dari daerah lain, yang bersumber pada laporan rumah-rumah sakit dan balai-balai pengobatan, memberi gambaran sebagai berikut:

	Jawa	Luar Jawa
1950	15.710	3.490
1952	15.587	1.662
1953	12.840	1.696
1954	28.864	1.200
1955	10.090	476
1956	39.062	10.211

Kesimpulan dari penelitian tersebut adalah bahwa penyakit kelamin bersarang di kota-kota besar.

Akibat penyakit kelamin syphilis pada susunan syaraf diteliti dalam tahun 1955, 1956, 1957, dengan memeriksa "*Liquor Cerebrospinalis*". Dari 355 liquor yang diperiksa dengan VDRL dan CFT terdapat 67 positif atau 18,8%.

Di Rumah Sakit Mata Undaan di Surabaya, Lembaga P4K memeriksa darah

2.017 penderita penyakit mata dengan STS. Ternyata yang STS positif ada 1.163 orang atau 57%, di antaranya terdapat penderita

<i>Keratitis punctata profunda</i>	12 orang
<i>Iritis nodosa</i>	9 orang
<i>Argyll Robertson pupil</i>	20 orang
<i>Primary optic atrophy</i>	59 orang
<i>Pepper and salt funds</i>	10 orang
Jumlah	110 orang

Kesimpulannya adalah bahwa 5,4% dan 2.017 penderita penyakit mata tersangka akibat syphilis.

Tentang pengobatan dengan antibiotika, pada tahun 1951 Lembaga P4K menganjurkan untuk pengobatan gonorrhoea, dosis 300.000 IU dan pada tahun 1965 dosis 900.000 IU. Pengobatan dengan penicillin selama 1953-1956 menunjukkan "side effects" dalam jumlah 0,09%, berupa eksema dan *anaphylaxis*.

Pada tahun 1959 diadakan gerakan anti penyakit kelamin. Gerakan ini dilakukan dengan mendatangi 24 kota-kota besar. Dari hasil pemeriksaan darah terhadap 24.228 orang dalam 6 kota ternyata 12,8% menunjukkan sero-positif, sedangkan suntikan yang telah diberikan terhadap para WTS di 13 kota adalah sebanyak 3.848.

Di Surabaya angka penderita pada tahun 1959 adalah sebagai berikut:

Syphilis menular	657
Syphilis congenitalis	11
Gonorrhoea	4.056

Dengan pengobatan teratur lewat BKIA-BKIA penyakit syphilis dapat ditekan, sedangkan pemberantasan gonorrhoea hasilnya memuaskan.

7. Usaha-usaha Preventif.

Anggapan masyarakat pada umumnya mengenai istilah pemeliharaan kesehatan ialah pemberian obat untuk menyembuhkan sesuatu penyakit. Hal ini terbukti pula di mana seorang dukun atau dukun sakti adalah merupakan seseorang yang dapat menyembuhkan seorang penderita dengan mantra-mantra, ramuan atau upaya gaib dan sakti.

Hippocrates, bapak Ilmu Kedokteran dari jaman Yunani, mencoba menetralkan cara-cara tertentu dalam hal pemeriksaan pasien, penentuan diagnosis dan pemberian terapi serta menciptakan Kode Etik Kedokteran. Sejak saat itu ilmu kedokteran berkembang secara universal, setelah ada penemuan-penemuan di bidang *anatomi*, *fisiologi*, *diagnostik*, terapi, baik dengan ramuan obat-obatan maupun dengan tindakan pembedahan. Semua ini merupakan usaha-usaha pengobatan secara repressip.

Sejak diketemukannya penyebab-penyebab penyakit berupa kuman-kuman yang dapat menular melalui macam-macam medium perantara, maka timbullah pemikiran untuk mengadakan pencegahan penyakit. Hal ini sesuai dengan peribahasa:

"Prevention is better than cure" (mencegah itu adalah lebih baik dari menyembuhkan).

Sejak diketemukannya vaksin cacar untuk mencegah penyakit cacar yang sangat menular itu, maka pemerintah Hindia Belanda telah mulai melaksanakan usaha preventif dengan melakukan pencacaran terhadap personil militernya, pegawai dan sebagian rakyat.

Usaha-usaha karantina di Sumatera Utara dimaksudkan untuk mencegah masuknya penyakit kolera yang menimbulkan wabah dengan angka kematian yang tinggi.

Slogan peribahasa: *"Prevention is better than cure"* makin dihayati oleh para pejabat yang menentukan kebijaksanaan dan perencanaan di bidang kesehatan. Namun karena bangsa Indonesia tidak henti-hentinya mengalami penderitaan selama jaman Jepang serta disambung lagi pada masa perang kemerdekaan, maka faktor-faktor kelaparan, kekurangan obat, kekurangan pakaian, merupakan hal yang biasa. Baru sejak tahun 1950 pemerintah mencurahkan perhatiannya di bidang kesehatan. Prioritas pertama diberikan guna rehabilitasi fisik, yaitu dengan jalan mencukupi kebutuhan obat-obatan, agar kesehatan masyarakat Indonesia yang terlantar dapat dipulihkan kembali. Namun demikian soal-soal yang menyangkut kesehatan preventif dengan menggunakan pengetahuan ilmu kedokteran dan penemuan-penemuan yang mutakhir tidak diabaikan.

Usaha-usaha yang segera dilaksanakan yang bersifat preventif, atau yang mengandung segi preventif, adalah: peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, penerangan kesehatan ke desa-desa (kesehatan masyarakat desa), pemberantasan penyakit-penyakit menular dan penyakit-penyakit rakyat. Jenis penyakit yang berjangkit pada saat itu adalah penyakit menular seperti: penyakit cacar, pes, kolera, typhus serta penyakit rakyat berupa: penyakit *framboesia*, penyakit mata (*trachoma*), penyakit *tuberculosis*. Disamping itu terdapat pula penyakit malaria dan penyakit kelamin, yang semuanya sudah dipaparkan di muka.

Disamping itu direncanakan pula perbaikan lingkungan hidup. Usaha ini memerlukan investasi modal yang cukup besar dan jangka waktu yang lama, karena menyangkut pemecahan berbagai masalah, seperti: air minum, tata kota menurut dalil-dalil teknik penyehatan, pembuangan kotoran dan sampah.

a. Usaha teknik penyehatan.⁴¹⁾

Salah satu usaha di bidang pencegahan penyakit atau kesehatan preventif adalah kesehatan lingkungan. Instansi yang menangani masalah kesehatan lingkungan adalah Bagian Teknik Penyehatan. Ruang lingkup tugasnya menangani masalah-masalah: pembuangan kotoran manusia, kotoran-kotoran lain baik cair (air buangan) maupun padat (sampah), meneliti air minum yang memenuhi syarat-syarat kesehatan, merencanakan model perumahan yang memenuhi persyaratan kesehatan, memeriksa dan memberi izin beredar bahan makanan dan minuman, memberikan penyuluhan tentang kebersihan atmosfir, memeriksa kebersihan pabrik-pabrik dan tempat-

41) *Almanak Kesehatan*, op.cit. hal. 88.

tempat kerja, menyelenggarakan usaha pemberantasan serangga dan hewan-hewan seperti: tikus dan lain-lain penyebar penyakit.

Usaha-usaha tersebut erat hubungannya dengan pencegahan penyakit-penyakit menular. Penularan penyakit dapat berlangsung melalui makanan dan minuman (penyakit-penyakit saluran pencernaan), sehingga menyebabkan penyakit-penyakit: kolera, typhus, dysentri, cacing dan lain-lain. Melalui udara dapat ditimbulkan penyakit-penyakit: th, influenza, pneumonia dan lain-lain. Melalui kontak dalam keadaan hygiene yang buruk, dapat ditimbulkan penyakit: *trachoma*, *framboesia*, cacing dan lain-lain. Melalui serangga dapat ditimbulkan penyakit seperti: malaria, pes dan lain-lain.

Tugas pokok Bagian Teknik Penyehatan terutama adalah: memberi pertimbangan teknis, merencanakan peraturan-peraturan dan proyek-proyek untuk seluruh Indonesia tentang instalasi-instalasi kesehatan, termasuk air minum, menyelenggarakan kursus-kursus, seminar-seminar dan lain-lain, serta melakukan kerjasama dengan badan-badan internasional seperti: WHO, UNICEF dan lain-lain.

b. Air Minum.

Salah satu sumber hayati yang sangat dibutuhkan dalam hidup adalah air minum. Air minum diperoleh dari tiga sumber, yaitu: air dari angkasa misalnya air hujan, air dari permukaan tanah misalnya air sungai, serta air dari dalam tanah, seperti mata air, sumur artesis dan sebagainya.

Lebih dari 90% perusahaan-perusahaan air minum pada permulaan tahun 50-an mempergunakan sumber air dari dalam tanah. Dengan meningkatnya kebutuhan air minum dan penambahan penduduk di kota-kota, maka dipergunakan air dari permukaan tanah, yaitu dari sungai dan rawa. Setelah melalui proses pembersihan termimi, barulah air tersebut dipersiapkan untuk persediaan air minum. Proses pembersihannya dilakukan dengan cara mengendapkan, menyaring, serta membubuhi bahan kimiawi, antara lain *chloronisasi* dengan *Kaporit*. Tentu saja methoda-methoda penyaringan tersebut memerlukan investasi modal cukup besar, tetapi hal itu memang perlu dilaksanakan untuk mengimbangi perkembangan kota.

Guna mengetahui lebih lanjut mengenai sumber-sumber air minum, maka Ir. Mertonegoro telah membuat peta tentang sumber-sumber air minum di Indonesia pada tahun 1956.

Mengenai mutu air minum di desa-desa, rakyat pedesaan pada umumnya masih sangat kekurangan air minum sehat. Pengadaan air minum sehat untuk daerah pedesaan dilaksanakan dengan berbagai cara antara lain: memasak air apa saja, mengambil air dari sumur terbuka, atau dari pompa yang tidak dalam (≈ 10 m), dari pompa dalam (deep well 30 — 100 m), air artesis (dari kedalaman 300 m atau lebih).

Instalasi air minum telah dibangun di Jakarta, dengan sistem penyaringan air sungai yang kemudian disusul oleh Semarang, Surabaya, Bandung serta tempat lain. Pompa-pompa air untuk sumur dalam (deep well) dibuat di daerah-daerah kering seperti: Gunung Kidul, Wonogiri dan sebagainya dengan menggunakan tenaga angin. Pompa-pompa dari UNICEF disebarkan ke daerah-daerah Pusat Kesehatan Masyarakat Percontohan. Usaha-usaha untuk menggunakan bambu sebagai pengganti pipa

leding untuk desa-desa di pegunungan dilaksanakan antara jarak 5 — 8 km.

c. Kesehatan Lingkungan.

Usaha-usaha dalam teknik penyehatan tidak dapat dipisahkan dari usaha-usaha perbaikan kesehatan lingkungan (*environmental hygiene*) dan tidak hanya menjadi tanggung jawab dari Departemen Kesehatan dan eselon-eselon bawahannya. Kebersihan kota pada hakekatnya tergantung dari perencanaan, pemeliharaan dan disiplin warga kota tersebut, baik mengenai soal pembuangan air kotor, pemakaian air minum, maupun masalah sampah. Sumber-sumber sampah adalah pasar, jalan, rumah-rumah dan sebagainya.

Masalah pengelolaan kota dan desa, termasuk usaha-usaha pemeliharaan kesehatan, pemberantasan serangga, tikus, dan lain-lain penyebar penyakit, adalah usaha bersama yang saling berkaitan satu sama lain. Sudah tentu untuk mengelola kesehatan diperlukan tenaga-tenaga kesehatan dalam jumlah yang memadai. Sarjanasarjana teknik penyehatan diperlukan di Departemen Kesehatan dan Kantor Inspeksi Kesehatan. Penilik-penilik kesehatan diperlukan di tingkat kabupaten, sedangkan di tingkat kecamatan sementara diperlukan pembantu penilik kesehatan atau juru *hygiene* untuk perencanaan aktivitas-aktivitas di bidang kesehatan lingkungan, termasuk kebersihan, air minum, pembuangan kotoran, sampah perumahan, dan lain-lain.

Kampanye pengadaan jamban sehat yang dimulai oleh Dr. Heydrick dan dr. Mochtar tetap berlangsung, meskipun belum mencapai sasarnya.

Jumlah penilik kesehatan pada tahun 1955 terdiri dari 11 orang dan pada tahun 1959 berjumlah 103 orang, sedangkan jumlah pembantu penilik dari 26 orang pada tahun 1955 bertambah menjadi 70 orang pada tahun 1959.

Kemajuan dalam bidang ini tidak begitu pesat, karena tugas tersebut tidak dapat dijalankan hanya oleh dinas kesehatan.

8. Usaha-usaha Kuratif.

a. Pendahuluan.

Fasilitas pengobatan adalah suatu usaha yang lebih dirasakan langsung manfaatnya, karena orang yang sedang sakit segera memerlukan pertolongan. Ketika Belanda berkuasa di Indonesia fasilitas pengobatan diutamakan untuk kelompok mereka sendiri, seperti untuk personil militernya dan pegawai-pegawai sipilnya dan baru pada abad ke-XX mulai diperhatikan fasilitas kesehatan untuk rakyat.

Di samping adanya *Geneeskundige Hoogeschool* (Sekolah Tinggi Kedokteran), sekolah dokter STOVIA di Jakarta (sampai tahun 1934) dan NIAS di Surabaya menghasilkan dokter-dokter bergelar Indisch Arts yang ditempatkan di tempat-tempat terpencil. Mereka melayani rakyat maupun pegawai-pegawai pemerintah dan kadang-kadang anggota militer yang ditempatkan di situ. Dalam jaman Jepang hanya ada satu Perguruan Tinggi Kedokteran, yaitu *IKADAIGAKU* di Jakarta. Setelah merdeka, sekolah tersebut hijrah ke Klaten, Jawa Tengah, dan kemudian dilebur masuk dalam lingkungan Universitas Gajah Mada.

Keadaan rumah-rumah sakit dan poliklinik-poliklinik sebagai akibat pendu-

dukan Jepang dan perang kemerdekaan berada dalam keadaan yang tidak teratur lagi. Oleh karenanya perlu diadakan *rehabilitasi, perbaikan, penumbuhan dan modernisasi*.

b. Perkembangan Rumah Sakit dan Balai Pengobatan sejak tahun 1950⁽⁴²⁾

Sejak tahun 1950 Pemerintah telah mendirikan dan memperluas pelbagai rumah sakit baik umum maupun khusus di seluruh Indonesia. Kesemuanya berjumlah 69 buah. Perinciannya adalah sebagai berikut:

- Rumah Sakit Umum (baru)	10
- Rumah Sakit Umum (perluasan)	24
- Rumah Sakit Istimewa (baru)	13
- Rumah Sakit Istimewa (perluasan)	22

Pada akhir bulan Juli 1953 terdapat tiga golongan rumah sakit apil sebagai berikut:

- 412 rumah sakit pemerintah (umum dan khusus), dengan jumlah tempat tidur 35.016
- 123 rumah sakit partikelir (umum dan khusus) yang digunakan oleh pemerintah, dengan jumlah tempat tidur 11.190.
- 145 rumah sakit (umum dan khusus) partikelir penuh, dengan jumlah tempat tidur 16.222.

Dengan demikian jumlah seluruhnya ada 680 rumah sakit dengan kapasitas 62.428 tempat tidur. Ini berarti tersedia 8 tempat tidur bagi 10.000 penduduk (0,8%. Sebagai perbandingan angka ratio ini terdapat di: Ceylon 2%, Jepang 3,5%, India 0,24%.

Jumlah Balai Pengobatan pada akhir tahun 1953 terdapat: Poliklinik kepunyaan Pemerintah 2.894 dan Poliklinik kepunyaan Partikelir 240. Keseluruhannya berjumlah 3.134.

Pada akhir tahun 1954 Balai Pengobatan berjumlah 3.153, terdiri dari Balai Pengobatan Pemerintah 2.908 dan Balai Pengobatan Partikelir 245.

Jumlah rumah-rumah sakit pada tahun 1959 adalah: Rumah Sakit Umum 620 dengan kapasitas 55.568 tempat tidur, Rumah Sakit Khusus 202 dengan kapasitas 19.080 tempat tidur.

c. Aktivitas Rumah-rumah Sakit dan Balai-balai Pengobatan.

Rumah-rumah sakit Pemerintah melayani masyarakat umum dan pegawai-pegawai negeri serta polisi negara. Demikian pula Balai-balai pengobatan Pemerintah tersebar di seluruh wilayah Indonesia, hampir ada di setiap distrik (kawedanan).

Para penderita penyakit tb, kusta, mata, jiwa, diberi pelayanan dalam Rumah-rumah sakit khusus. Ada pula rumah sakit dan rumah bersalin yang umumnya didirikan oleh yayasan-yayasan dan usaha-usaha swasta. Rumah rumah sakit swasta milik Dewan Gereja Protestan (Zending) dan misi-misi Katholik, melayani masyarakat yang mampu membayar dan tidak mampu membayar. Rumah-rumah sakit tersebut umumnya terletak di daerah di mana tidak ada Rumah Sakit Pemerintah.

(42) Dr J. Leimena, Op. cit., hal 25 — 31.



Pembangunan Rumah Sakit Umum Pusat Palembang tahun 1959.

Beban Rumah Sakit dan Balai Pengobatan cukup besar. Sebagai ilustrasi keadaan suatu RSUP dapat disajikan laporan dari RSUP Semarang, yang pada tahun 1958 mempunyai kapasitas 800 tempat tidur, 150 pegawai intern, dan mendidik 300 murid perawat.

d. Rehabilitasi.

Rehabilitasi adalah suatu pengertian dan usaha yang baru timbul setelah perang dunia ke-II. Dalam masa perang kemerdekaan banyak korban pertempuran yang menderita cacat badan, seperti kehilangan tangan, lengan, kaki, karena terpaksa diamputasi.

Dr Soeharso, seorang ahli bedah di Sala, pada waktu itu mendapat ilham untuk membuat prothese. Beliau melangsungkan percobaannya di garasi Rumah Sakit Umum Jebres Sala. Pada mulanya dicoba membuat kaki buatan primitif, dengan pertolongan seorang ahli teknik menengah yaitu saudara Soeroto, dengan menggunakan kayu waru yang cukup ringan dan mudah digarap. Pada tahun 1950 dr Soeharso mempelajari lebih dalam lagi mengenai masalah bedah orthopedi dan pembuatan prothese serta rehabilitasi penderita cacat.

Pada tahun 1951 beliau mendirikan RC (*Rehabilitation Centre*) di tempat bekas Rumah sakit penyakit cacar di belakang RS Jebres. Usaha-usahanya mendapat sambutan dan bantuan besar dari masyarakat, Kementerian Sosial, Angkatan Darat serta Lembaga-lembaga Luar Negeri, antara lain dari *World Veterans Federation*. Ahli-ahli orthopedi dari luar negeri didatangkan untuk membantu mengembangkan Rumah Sakit Orthopedi di Sala dan ahli-ahli *physiotherapie* dan rehabilitasi diperbantukan oleh *World Veterans Federation* kepada RC Sala.

Yang sangat menarik di RC Sala adalah dijumpainya suatu proses yang menyeluruh untuk menggarap orang penderita cacat, mulai masuk dalam keadaan depresif, melalui perawatan *orthopedi*, *penggarapan mental*, *pemberian prothese*, *latihan bergerak*, *latihan bekerja*, *sampai bekerja di suatu perusahaan*. Dengan demikian sipenderita cacat berubah sama sekali Mental dan fisik, dan dapat hidup seperti orang biasa lagi. Di antaranya ada yang menonjol sampai dapat main olah raga, main musik, dan setelah mengalami proses rehabilitasi dapat mencari nafkah menurut bakat dan ketrampilannya.

Bantuan PBB dan Federasi Veteran Sedunia berupa satu tim lengkap ahli orthopedi, perawat orthopedi, fisioterapist serta ahli latihan kerja. Mereka bekerja di RS Orthopedi, yang baru selesai dibangun pada tahun 1955. RC tersebut seluruhnya terdiri dari: RS Orthopedi lengkap dengan perumahan pegawai, kamar-kamar bedah orthopedi dengan alat-alat lengkap, bagian Fisioterapi, bagian Prothese, bagian Poliklinik dan bagian Latihan Kerja, Sekolah Fisioterapi serta "*sheltered workshop*", di mana para penderita cacat, yang telah selesai mendapat penyantunan, dapat bekerja membuat barang-barang yang dapat dijual. Ahli Rehabilitasi terkenal Dr. Kessler dari *Kessler Institute* di Washington DC telah banyak memberi inspirasi dan petunjuk-petunjuk kepada RC Sala.

Kecuali RC Sala-tersebut, tumbuh pula Yayasan-yayasan Pemeliharaan Anak-anak Cacat yang menampung korban-korban penyakit poliomyelitis, yang kemudian

mempunyai cabang-cabang di Jakarta, Medan, Makasar dan lain-lain kota.

e. Kesehatan Gigi.

Sebelum perang dunia ke-II tidak ada suatu dinas kesehatan gigi sebagai suatu bagian tertentu dari organisasi kesehatan negara. Yang ada hanya poliklinik-poliklinik gigi di rumah-rumah sakit yang besar dan suatu poliklinik khusus dari Sekolah Dokter Gigi di Surabaya (STOVIT = *School tot Opleiding Voor Indische Tandartsen*). Kepala Bagian Kedokteran Gigi pada Sekolah Dokter di Jakarta dan Rumah Sakit Umum Pusat adalah seorang dokter yang menjadi spesialis di bidang kedokteran gigi dan penyakit mulut. Mereka adalah dr Ouw Eng Liang dan dr Abdul Kadir.

Setelah tahun 1950 diadakan bagian kesehatan gigi pada Kementerian Kesehatan dibawah pimpinan dr Abdul Kadir. Kesehatan gigi mencakup penerangan: pemeliharaan kesehatan gigi, pelayanan untuk penderita-penderita penyakit gigi, penerangan dan pendidikan tentang kesehatan gigi serta research.

Setiap daerah mengembangkan dinas kesehatan gigi untuk menangani masalah kesehatan gigi baik secara preventif maupun kuratif. Pemeliharaan kesehatan gigi secara preventif harus dimulai pada anak-anak, baik melalui sekolah maupun pada poliklinik atau BKIA. Penerangan dan pendidikan tentang kesehatan gigi diberikan kepada wanita hamil, anak sekolah, dan juga kepada guru, perawat, bidan dan lain-lain. Penyelidikan dilakukan untuk mencari penyebab penyakit gigi.

Untuk memberikan gambaran tentang kurangnya perhatian terhadap bidang kesehatan gigi, kita ambil angka-angka pada tahun 1950 sebagai berikut :

- Jumlah dokter umum	: 1.200
- Jumlah dokter gigi	: 150
- Jumlah perawat gigi	: 0

Sebagian besar dokter gigi adalah swasta. Oleh karena itu segera diperlukan pendidikan perawat gigi, dan penempatan dokter-dokter gigi pemerintah pada dinas-dinas kesehatan daerah.

Pada tahun 1954 diadakan penelitian tentang keadaan kesehatan gigi pada anak-anak sekolah berumur 6 - 16 tahun di 15 kota untuk menjajagi adanya kelainan-kelainan/penyakit-penyakit gigi. Dari hasil penelitian ini diketahui:43)

- 1) Dari 20.385 anak sekolah, angka DMF (*Decayed, Missing, Filled* = berlubang, copot, ditambah) di kota-kota tersebut adalah berbeda-beda:
Rata-rata DMF pada umur 6 tahun : 0,54%
pada umur 16 tahun : 3,80%
Pada anak perempuan lebih tinggi dari pada anak laki-laki.
- 2) 84% dari anak-anak memerlukan pengobatan gigi susu dan gigi tetap.
- 3) Lebih dari 60% memerlukan pengobatan pada gigi tetap.
- 4) 4,4% gigi berlubang telah ditambah.

43) *A General Outline of Public Health Care in Indonesia*, Department of Health Republic of Indonesia, Jakarta, 1964, hal. 42.

- 5) 90% memerlukan penambalan.
- 6) 9% memerlukan pencabutan.

Pada tempat lain dilakukan penelitian terhadap anak sekolah di pedesaan sekitar usia 6-15 tahun. Hasilnya kira-kira 40% dari anak-anak tersebut bebas *Caries* (bebas DMF), sedangkan di Jakarta angka tersebut hanya 16,5%. Lebih lanjut diketemukan:

- Mal-occlusio terdapat 80% pada 3.345 anak sekolah.
- 60% termasuk variasi yang tidak perlu dibetulkan.
- 20% memerlukan pengobatan orthodontic.

Keadaan klinik-klinik gigi pada tahun 1955 adalah sebagai berikut:

- Jumlah klinik gigi	: 45
- Jumlah dokter gigi	: 63
- Jumlah pasien	: 152.133
- Ekstraksi	: 119.994
- Amalgam filling	: 22.321
- Silicate filling	: 5.452
- Pengobatan akar	: 11.717

Keadaan pada tahun 1958:

- Jumlah klinik gigi	: 72
- Jumlah dokter gigi	: 87

Pada tahun 1958 terdapat DKGS (Divas Kesehatan Gigi Sekolah) di 26 kota dengan 57 perawat gigi. Di Jawa Barat, Jawa Timur, Jakarta, Jawa Tengah, DKGS sudah berkembang baik, sedangkan di propinsi-propinsi lain baru dimulai. Tugas DKGS sudah berkembang baik, sedangkan di propinsi-propinsi lain baru dimulai. Tugas DKGS adalah menyelenggarakan pendidikan kesehatan gigi, pengobatan dan pengawasan secara teratur. DKGS dipimpin oleh seorang dokter gigi.

Sekolah Perawat Gigi menerima tamatan SMP bagian B, dengan umur serendah-rendahnya 16 tahun. Pada sekolah ini diberi pelajaran-pelajaran mengenai: *dental health education*, penambalan dan pengobatan sederhana serta kesehatan mulut (*oral hygiene*). Hasil lulusannya pada tahun 1953 dan 1954 sebanyak 37 orang. Hingga tahun 1958 jumlah tamatan Sekolah Perawat Gigi bertambah 100 orang lagi. Umumnya perawat gigi yang lebih memenuhi harapan adalah perawat gigi wanita.

E. Kesehatan Jiwa

Pada tahun 1951 didirikan Jawatan Rumah-rumah Sakit Jiwa berkedudukan di Jalan Cilendek 76 Bogor, dengan tugas mengawasi pekerjaan Rumah-rumah Sakit Jiwa di seluruh Indonesia yang berjumlah 24. Jadi sebenarnya kantor tersebut adalah Kantor Inspeksi dari Rumah-rumah Sakit Jiwa.

Pengawasan di bidang tata usaha meliputi soal-soal: keuangan, kepegawaian, eksploitasi Rumah-rumah sakit dan sebagainya, sedangkan pengawasan di bidang perawatan meliputi masalah masuk/keluar para penderita.

Di bidang kepegawaian, pada mulanya keputusan tentang pegawai rendah

dibina oleh Jawatan Kesehatan Jiwa, tetapi kemudian diserahkan kepada Kementerian Kesehatan Bagian Urusan Pegawai.

Sejak 8 Oktober 1955 Jawatan Rumah-rumah Sakit Jiwa menjadi Bagian Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan dan dipindah ke Jakarta.

Pengaturan terhadap para penderita penyakit jiwa masih berlandaskan pada peraturan lama, yaitu "*Reglement op het Krankzinnigenwezen 1897*", yang sebenarnya sudah tidak sesuai lagi dengan alam kemerdekaan.

Rumah Sakit Jiwa berjumlah 24, langsung dibawah Bagian Penyakit Jiwa. Ada pula Rumah Sakit Jiwa yang dibina oleh Pemerintah Daerah yaitu: RS Lembek Ingatan "LALI JIWO" di Pakem Yogyakarta, RS Jiwa "Pegirian" di Surabaya, RS Jiwa "Kubu" di Bali dan RS Jiwa "Seluhung Porong" di Lombok.

Pada tahun 1956 sampai 1958, 3 buah RS Jiwa Pusat langsung berada di bawah pimpinan Bagian Penyakit Jiwa, yaitu: Bogor, Magelang, dan Lawang.

Kapasitas Rumah Sakit Jiwa berbeda-beda, antara 35 sampai 1.750 tempat tidur, sedang kapasitas seluruhnya 7.722 tempat tidur. Kapasitas tersebut tidak sesuai dengan banyaknya penderita jiwa sehingga banyak yang belum tertampung.

g. Pemeliharaan Kesehatan Jemaah Haji.

Sejak zaman penjajahan Belanda jumlah bangsa Indonesia penganut agama Islam yang memerlukan ke Mekkah untuk menunaikan ibadah haji setiap tahun berkisar sekitar 3.000 sampai 4.000 orang. Para jemaah dari Indonesia diangkut oleh kapal-kapal niaga Belanda "Kelompok Kongsi Tiga" dari Jakarta ke Jedah, pelabuhan laut Arab Saudi. Pelayaran waktu itu memerlukan kurang lebih 18 hari sampai 3 minggu.

Sebelum ke Mekkah mereka tinggal di Jedah selama 2-3 hari. Di Mekkah berkumpul dengan jemaah haji negara-negara lain. Jumlah keseluruhannya kadang-kadang mencapai 500.000 sampai 700.000 orang. Dari Mekkah mereka menuju ke Madinah, dan melakukan kewajiban di padang pasir Arafah, untuk kemudian kembali ke Mekkah dan akhirnya kembali ke Indonesia.

Sejak tahun 1950, urusan haji mendapat perhatian khusus dari pemerintah. Pada Konsulat RIS di Mekkah di tempatkan seorang dokter khusus, untuk mengawasi kesehatan para jemaah haji dari Indonesia sewaktu musim haji serta orang-orang Indonesia yang menetap di Mekkah. Sebelum berangkat ke Mekkah dokter tersebut ditempatkan di Lembaga Eykman selama 3 bulan untuk mempelajari soal-soal bakteriologi, karena kemungkinan adanya wabah kolera di Mekkah. Jawatan Kesehatan Arab Saudi dianggap belum cukup mampu menghadapi epidemi semacam itu.

Diadakan pula Rombongan Kesehatan Indonesia atau RKI yang terdiri dari 12 orang, ialah: 3 orang dokter, 6 juru rawat pria dan 3 juru rawat wanita. Jumlah anggota RKI kemudian ditambah setiap tahun.

Penyelenggaraan jemaah haji kemudian diperbaiki dengan membentuk PHI (*Panitia Haji Indonesia*) dan MPH (*Majelis Pimpinan Haji*). Dokter pertama yang ditempatkan di Mekkah adalah dr Ali Akbar, yang telah menguraikan masalah-masalah

serta kesulitan-kesulitan yang dihadapinya kepada Majelis Kesehatan dan Syara' 44)

Beberapa masalah yang perlu ditanggulangi adalah keadaan tempat tinggal/penginapan yang padat dan tidak sehat kondisinya, sedang obat-obatan yang diberikan kepada RKI kurang. Disamping itu banyak pula penyakit yang belum dikenal, seperti: "heat stroke" "heat stress". Hal lain adalah kurangnya koordinasi dan kerjasama antara pejabat di KBRI dan di Jakarta.

Angka kematian pada tahun 1950 adalah 3,3% antara lain karena suhu yang tinggi (35° sampai 42°C) dan angin panas serta kelembaban diatas 90%.

Pada musim haji tahun 1951 Kementerian Agama gagal untuk mencharter kapal-kapal nasional dan di Yaman ada epidemi penyakit pes. Jumlah jemaah ada 2.000 orang. Anggota-anggota RKI yang berjumlah 13 orang sangat kurang persiapannya untuk tugas khusus di Mekkah. Mereka tidak mendapat penerangan tentang iklim, suasana serta macam penyakit di Arab Saudi. Selain itu ada di antaranya yang tidak mengetahui tentang manasik (tata cara ibadah haji). Karena tempatnya di kapal kurang baik serta obat-obatan kurang lengkap, hampir semuanya diserang "penyakit panas". Di Mekkah hanya ada satu poliklinik kecil, serta tidak ada tempat perawatan. Dalam musim haji 1952 angka kematian jemaah haji Indonesia naik menjadi 3,8%.

RKI jumlahnya pada tahun 1953 sudah 24 orang dan 25 orang pada tahun 1954, yang melayani 10.000 jemaah haji Indonesia. Obat-obatan sudah dicukupi. Kecuali itu telah dikirim 1 sedan, 1 pick-up dan ambulans oleh Kementerian Kesehatan. Tetapi meskipun demikian masih tetap ada kekurangan-kekurangan, yakni masalah hygiene dan kekurangan tempat di Mekkah, Medinah dan Mina. Lain dari pada itu di antara para jemaah haji banyak yang sudah lanjut usia (lebih dari 60 tahun) disamping banyak pula yang menderita penyakit berat seperti tb, ascites, diabetes, nephritis, hipertensi, sakit jantung, yang berarti tidak memenuhi syarat "berbadan sehat". Bahkan di antara jemaah wanita ternyata ada yang hamil tua. Angka kematian adalah 2,2% (220 orang).

Poliklinik di Mekkah hanya mampu melayani 300 orang pasien tiap hari. Jenis-jenis penyakit yang berjangkit antara lain: *tuberculosis*, *disentri*, *bronchitis*, *beriberi*, *heat stroke*, *malaria*, *asthma* dan lain-lain.

Kementerian Kesehatan memberikan perhatian khusus kepada persoalan pemeliharaan kesehatan dan organisasi RKI dengan mengajukan persoalan tersebut kepada Majelis Kesehatan dan Syara'.

h. Transfusi darah.

Transfusi darah secara insidental telah dilakukan sebelum perang dunia ke-II, akan tetapi dinas transfusi darah secara khusus baru diadakan sesudah perang selesai. Untuk menolong para korban di Eropa dan Pasifik, Amerika dan Kanada telah mengumpulkan lebih dari satu juta botol darah.

44) *Kesehatan dan Syara'*, Pengumuman Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Syara', Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jambatan, Jakarta, No. 3, 1954 hal. 6.

Tentara Serikat yang masuk di Indonesia pada tahun 1945 lambat laun juga mendirikan dinas transfusi darah, khususnya Palang Merah Belanda, yang selalu mengikuti gerakan-gerakan tentara Belanda. Palang Merah Belanda, *Nederlandse Rode Kruis Afdeling Indonesia (NERKAI)*, antara lain membuat dinas transfusi darah di Kramat Raya 101 Jakarta. Pada tahun 1950 NERKAI diserahkan kepada Palang Merah Indonesia (PMI) dan pada 1 Juni 1950 "*Bloedtransfusie dienst*" Kramat Raya 101 diserahkan pula kepada Palang Merah Indonesia dan seorang dokter Belanda yakni dr O. Spruyt. Di belakang Gedung Dinas Transfusi Darah tersebut ada laboratorium transfusi darah yang sebelumnya telah diserahkan kepada Kementerian Kesehatan oleh "*Departement van Gezondheid*". Laboratorium tersebut dipimpin oleh dr Soetarnan.

Karena transfusi darah saat itu masih merupakan masalah bagi para pemuka agama Islam, yaitu menyangkut masalah perpindahan darah dari orang yang berlainan agama, maka secara medik oleh para pejabat Palang Merah dan Kementerian Kesehatan, dijelaskan betapa pentingnya transfusi darah itu untuk menyelamatkan jiwa seorang penderita yang memerlukan bantuan mutlak tambah darah. Namun demikian hal ini baru terselesaikan setelah keluarnya fatwa dari *Majelis Kesehatan dan Syara'* pada tahun 1956 berdasarkan hukum-hukum Islam. Anggapan bahwa transfusi darah bertentangan dengan agama dapat dihilangkan dari masyarakat.

Kecuali dr O. Spruyt yang pada tahun 1955 meninggalkan Indonesia dan diganti oleh dr Hillburn dan dr Varoki (tenaga bantuan dari Kementerian Kesehatan), ada pula sukarelawan-sukarelawan dan sukarelawati-sukarelawati yang membantu PMI, khususnya dalam mengumpulkan donor, antara lain Ny. Beach dari Kedutaan Besar Amerika Serikat.

Untuk melancarkan tugas pengumpulan darah, PMI mulai tahun 1954 menggunakan sistem "regu keliling" ("*mobile unit*"). Kendaraan dan peralatannya adalah sumbangan dari Palang Merah Amerika Serikat kepada Palang Merah Indonesia. Regu keliling tersebut bergerak mengumpulkan darah di Tangerang, Serpong, Balaraja, Tambun, Bogor, dan tempat-tempat lainnya.

Untuk meningkatkan pengetahuan petugas dinas transfusi darah, pada tahun 1956 dikirim 3 orang ke Amerika Serikat, sehingga kembalinya ke tanah air dapat bekerja lebih terarah dan terampil.

Pada tahun 1959 Yayasan Dana Bantuan Departemen Sosial membangun sebuah gedung untuk 1 Dinas Transfusi Darah. Menurut rencana akan dibangun lima tingkat, tetapi karena kebutuhan mendesak walaupun baru selesai dua tingkat langsung digunakan.

Karena Dinas Transfusi Darah sebelumnya belum pernah kita miliki, maka tidaklah mudah untuk melaksanakan tugasnya dengan baik. Tenaga ahli belum ada, pegawai-pegawai belum terdidik, sehingga diusahakan pengerahan tenaga dari semua instansi. Sebagai modal Dinas Transfusi Darah memerlukan donor-donor, dan donor-donor tersebut harus dicatat secara teratur dan tertib dengan sistem kartu yang rapi. Pada mulanya para donor terdiri dari para pegawai bekas instansi-instansi pemerintah dan swasta Belanda. Mereka umumnya sudah terdaftar sebelumnya, umpamanya

pegawai *Javasche Bank, Nederlandse Handels Bank, Escomto, Nederlandse Loyd*, Perusahaan-perusahaan "Big Five" Belanda, yaitu : *Lindeteves, Jacobson van den Berg, Borsumy, Van Gorkam dan Geowehry* dan lain-lain.

Masyarakat pribumi umumnya belum siap menjadi donor, karena belum menyadari keperluannya. Sebagai perintis motivator donor darah, dapat disebut nama Djen Muhammad, Kepala Polisi Jakarta Raya, Komandan Brimob Soetjipto Danoe-koesoemo, Kepala Jawatan Zeni Angkatan Darat, Komandan Pengawal Istana, yang telah mengerahkan anggota-anggota kesatuannya menjadi donor.

Menurut laporan tahun 1957 Dinas Transfusi Darah Jakarta menerima donor sebanyak 6.316 orang, terdiri dari : orang Indonesia 4.937 orang, orang Cina 1.010 orang dan orang Eropa 369 orang.

i. Peranan Radiologi dalam Bidang Kesehatan 45)

Sebelum Perang Dunia ke II kita sudah mengenal penggunaan alat-alat Rontgen untuk pemeriksaan dan ahli pertama dalam bidang ini adalah almarhum Prof. Johannes.

Pada waktu Belanda menyerahkan Rumahsakit-Rumahnya Sipil dan Militer kepada RI telah ada beberapa alat Rontgen yang baru, antara lain alat pemeriksaan massal (*Mass Chest X-ray*) dan alat-alat untuk terapi dengan menggunakan tegangan tinggi. Di samping itu diserahkan pula sejumlah radium untuk penyinaran *tumor* wanita (*uterus*). Dr Siwabessy yang menggantikan Prof. Johannes sebagai Kepala Bagian Radiologi Rumah Sakit Umum Pusat di Jakarta mendalami ilmu sinar tersebut hingga mencakup semua hal yang berhubungan dengan tenaga atom. Beliau kemudian diberi tugas untuk merintis membangun Badan Tenaga Atom Nasional (BATAN).

Radiologi sendiri mencakup ilmu-ilmu fisika, biologi, diagnostik dan terapi dengan sinar-sinar aneka macam seperti: sinar matahari, sinar infra merah, sinar ultra pendek dan diatenni, sinar ultra violet, sinar rontgen, sinar gama dari radium dan bahan radioaktif lain serta sinar kosmik. Sinar-sinar tersebut di atas terdiri dari getaran-getaran *elektro magnetik*.

Sinar-sinar yang terdiri atas bagian-bagian atom disebut sinar *korpuskuler*, antara lain sinar beta terdiri dari *elektron-elektron*, sinar alfa terdiri dari *neutron atom helium*, sinar neutron serta sinar deuteron dan sebagainya. Radio-aktifitas yang terjadi karena ledakan bom atom terdiri atas sinar-sinar *gamma*, alfa dan *betaneutron*.

Perkembangan radiologi di Indonesia sebelum Prof. Johannes dipelopori oleh Prof. Knoch dan Prof. Van der Plaats. Alat-alat yang dipergunakan oleh kedua Profesor tersebut ialah alat-alat rontgen yang mempunyai tegangan tinggi terbuka dengan kabel-kabel tak berisolasi. Tabung rontgennya pun mula-mula tak ada proteksinya yang memadai. Antara tahun 1930 sampai 1940 hal ini mulai diperbaiki dengan proteksi tabung-tabung yang lebih baik dan diadakan alat pengukur intensitas sinar Rontgen buatan beliau sendiri yang sampai sekarang masih digunakan sebagai stan-

45) *Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, "Pembangunan Radiologi di Indonesia", No. 4 Jakarta., 1954, hal. 183.

dard tropik untuk peneraan *dosimeter-dosimeter* asal impor. Murid-murid prof. Belanda tersebut antara lain : Prof. Johannes dan Dr R.M. Notokworo. Yang terakhir bekerja di Rumah Sakit Umum Pusat Surabaya dan Prof. Johannes kemudian menggantikan Prof. Van der Plaats. Beliau lah yang meletakkan dasar-dasar bagi perkembangan radiologi selanjutnya.

Jika semula alat rontgen hanya ada di bagian Rontgen, maka setelah Perang Dunia ke-II bagian-bagian bedah, bagian gigi, juga menggunakan alat-alat rontgen sendiri.

Radium digunakan di bagian gynaecology oleh ahli penyakit kandungan. Bahkan untuk *fisioterapi* dengan sinar-sinar *infra merah*, gelombang *ultra pendek* (UKG = *ultrakorte golf*), *faradisasi* dan lain-lain diadakan alat-alatnya di bagian fisioterapi oleh ahli fisioterapi.

Untuk klinik pengobatan paru-paru digunakan alat Rontgen kecil dengan kekuatan 10 - 20 inA. Bagi Rumah Sakit sedang dengan ahli bedah dan ahli penyakit dalam disediakan alat Rontgen dengan kekuatan 100 - 200 mA ditambah dengan alat Bucky-Blonde dan kaset. Pada rumah-rumah sakit paru-paru dengan spesialis biasanya ditambahkan alat-alat untuk *tomografi*.

Rumah Sakit Umum Pusat dan Rumah-rumah sakit besar lainnya memakai alat-alat yang lebih kuat, sampai 500 - 1000 mA, berhubungan dengan pekerjaan-pekerjaan yang berat, seperti : *pyelografi*, *hystero-salpingografi*, *placentografi*, *pelvimetri*, dan lain-lain. Ahli-ahli *neurochirurgie* dan ahli bedah jantung memerlukan *encephalografi*, *cysternografi*, *angiocardiografi*, *teleradiografi*, *bronchrografi* dan lain-lain. Alat-alat terapi hanya dapat digunakan oleh seorang ahli radiologi.

Atas persetujuan Prof. Van der Plaats dan Prof. Sarwono., dr Siwabessy mengadakan paviliun radium di Jakarta dengan kira-kira 675 mg radium terbagi atas beberapa macam kekuatan.

Alat-alat radioaktif buatan sendiri terdiri dari: *Phosphor 32*, *Iodium 131*, *Cobalt 60* dan sebagainya. Alat-alat fisioterapinya terdiri atas: gelombang ultra pendek (UKG), *diathermi*, *infra merah*, *solux*, *ultra violet* dan *ultra-schall*. Disamping alat radio-aktif dan fisioterapi, diperlukan alat-alat pembantu dan kimia untuk foto-foto kontras seperti: *pyelosil*, *dijodono*, *pyelombrine*, *perabrodil*, *uroselectan* dan lain-lain, yang digunakan untuk *pyelografi*, *arteriografi* dan lain-lain, demikian pula film-film Rontgen.

Selain alat-alat pembantu digunakan pula alat-alat proteksi. Alat-alat ini perlu guna mencegah penyinaran pada petugas. Perlengkapannya terdiri dari: "*schort*" dari karet berisi timah, sarung tangan karet timah, pelat-pelat timah, kursi-kursi khusus dan lain-lain. Adapun untuk terapi dipergunakan alat-alat: *dosimeter*, *victoreen dosimeter*, *universal dosimeter* dan *hammer dosimeter*. Dosimetri hanya dapat dilakukan oleh ahli fisika radiologi atau *radiolog* yang dapat mengukur *dosis toleransi*. Dosis maksimal yang ditetapkan oleh Kongres Internasional di London dan Kopenhagen ialah 0,3 r seminggu. Kecuali dosimeter diperlukan pula *oscillograf* untuk memeriksa aliran listrik dan ukuran-ukuran listrik Ampere, Volt, Ohm dan sebagainya. Yang lazim dipakai sekarang adalah *Geiger Mueller Counter*.

Untuk menjalankan Radiologi yang baik diperlukan ahli-ahli Radiologi, Radio-

fisika serta perawat/asisten Rontgen yang terdidik.

j. Pengobatan dan Obat-obatan Tradisional.

Di samping penggunaan obat-obatan penemuan ahli-ahli *farmakoterapi* yang mutakhir dan alat-alat elektronika, masih digunakan jamu-jamu dan cara-cara pengobatan tradisional seperti *kerok* dan sebagainya. Disamping apotik-apotik masih terdapat banyak penjual jamu.

Ditinjau dari potensi produksi ramuan, baik dari daun, batang, akar, buah, biji maupun hasil laut, tidak disangkal lagi bahwa Indonesia memang kaya akan bahan ramuan obat tradisional. Hal ini dibuktikan dari karya orang Belanda yang telah mengumpulkan data secara teliti dari sumber alam Indonesia, antara lain dalam buku berjudul: *De Nuttige Planten van Indonesia* (artinya: tanaman-tanaman yang berkhasiat dari Indonesia) oleh K. Heyne dan buku dari *Kloppenburger Versteegh* yang sudah terkenal. Lebih tua lagi adalah buku yang ditulis oleh G.E. Rumphius (1715).

Pengetahuan tradisional tentang ramuan ini sangat menonjol terpeliharanya di Jawa Tengah dan di Ambon, misalnya jamu gendong, jamu cap jago dari Jawa Tengah dan jamu Kainama dari Ambon.

Pada masa pendudukan Jepang persediaan obat-obat impor sangat kurang, bahkan di beberapa tempat tidak ada sama sekali. Hal ini mendorong orang untuk memanfaatkan obat-obat tradisional baik atas nasihat dokter, ataupun usaha sendiri.

Setelah merdeka, obat-obat asli tersebut dikembangkan pemakaiannya dan di samping itu diadakan usaha-usaha penelitian. Prakarsa penelitian dimulai setelah berdirinya *Laboratorium Kimia dan Farmakoterapi* di Klaten. Dengan menggunakan kebun percobaan tanaman obat-obatan, ("*Hortus Medicus*") di Tawangmangu pada tahun 1947, dimulailah usaha penelitian.

Banyak dari hasil karya ilmiah tentang obat-obatan tradisional yang hilang atau tak sempat dibukukan.

Di Jakarta dan Bogor dilakukan pula penelitian obat-obat asli oleh Grevenstuck. Laporan yang dibuatnya pada tahun 1949 memuat daftar obat asli antara lain: *Johar* (*Cassia siamea*) dapat memberi *chrysarobine*, *Kecubung* (*Brugmansia spec*) dapat menggantikan *Atropa Belladonna*, *Upas Raja* (*Strychnos tiiute*) dapat menggantikan *Strychnos nux vomica* yang dapat menghasilkan *strychnine*, *Kembang sunsang* (*Gloriosa superba*) dapat menghasilkan *colchicine*, *Kendali* (*Isostoma longiflora*) sebagai penghasil *lobeline*, *Lidah buaya* (*Aloe spec*) untuk mendapatkan *Extr. Aloes*, *Sidaguri* (*Sida rhombifolia*) yang mengandung *ephedrine*.

Pada tahun 1950 didirikan suatu kelompok kerja untuk meneliti tanam-tanaman berkhasiat. Kelompok ini terdiri dari ahli-ahli kimia, farmasi dan farmakologi. Mereka telah menyelidiki *Pyrethrum*, yang mengandung *pyrethrinum*, *Brugmansia candida*, *Anamirta cocculus* (akar tuba) yang mengandung *picrotoxin*, *Areacatechu* (pinang) yang mengandung *arecoline*. Kelompok kerja tersebut mengusulkan pembentukan lembaga khusus untuk menyelidiki obat-obat asli.

Komisi Farmakoterapi Kementerian Kesehatan, yang telah dibentuk pada tahun 1950, setahun kemudian ditingkatkan menjadi *Komisi Interdepartemental Farma-*

koterapi. Tugasnya adalah melengkapi persediaan obat-obatan dengan menggunakan bahan-bahan dari Indonesia. Kementerian Pertanian membentuk pula *Balai Tanaman Obat-obatan*.

Pada tahun 1954 didirikan *Lembaga Farmakoterapi* di Jakarta dengan tugas: memeriksa obat-obatan dan bahan obat (*drug control*), menyelidiki tanaman berkhasiat, mengusahakan *Hortus Medicus Tawangmangu*, dan menyelidiki jamu-jamu. Penyelidikan tanaman berkhasiat, terutama mengenai *botanik* dan *kultur teknik*nya, dilakukan di Tawangmangu. Selain obat-obat asli, ditanam pula tanam-tanaman dari luar negeri antara lain: *Digitalis purpurea*, *Digitalis lanata*, *Thymus vulgaris*, *Thymus serpyllum*, *Atropa belladonna*, *Papaver somniferum*, *Rauwolfia serpentina*.

Penyelidikan *fitokimia* dari tanaman yang berkhasiat, dilakukan di Bogor oleh Bissel dan Tjan Gwan Hien.

Dengan demikian maka tanaman di Indonesia yang bermanfaat tidak hanya *Cinchona* untuk menghasilkan *kinine*, tetapi banyak tanaman lain yang bermanfaat.

Pemanfaatan obat-obat asli, disamping membantu penduduk desa yang jauh dari fasilitas kesehatan modern, dengan berkembangnya industri obat tradisional, juga membuka lapangan kerja baru.

Sebagian dari obat-obatan tersebut merupakan pelengkap bagi pengobatan farmakokimia, seperti: *Daun kumis kucing* (*Orthosiphon grandiflora*) untuk batu ginjal, *Rauwolfia* untuk *hypertensi*, dan jambu monyet (*Anacardium occidentale*) untuk *tranquilizer*. *Daun sembung* mempunyai efek menurunkan suhu badan (*anti-pyretic*), *Curcuma aeruginosa* (*Temu ireng*) untuk cacing tanah. Ramuan yang mempunyai khasiat *stimulasi produksi susu ibu*, *kontraseptif*, *antihistaminik*, *antimikrobia*, kesemuanya masih perlu diteliti manfaatnya.

Jika dibandingkan dengan pengobatan tradisional di RRC, maka potensi Indonesia cukup mempunyai prospek baik dalam pengembangan obat-obatan tersebut. Mengingat bahwa penemuan antibiotika yang dipelopori Alexander Flemming bersumber pada cendawan *Penicillium notatum* dan *Penicillium chrysogenum*, maka ilmu ini sama pentingnya dengan penggunaan petrokimia untuk farmasi.

BAB V

MASA DEMOKRASI TERPIMPIN (1959 — 1965)

A. PEMBINAAN

1. Organisasi dan Struktur Departemen Kesehatan.

Dengan adanya Dekrit Presiden 5 Juli 1959, maka pada tanggal 10 Juli 1959 dibentuklah Kabinet Kerja Pertama dengan *Kolonel Prof. dr Satrio* sebagai Menteri Muda Kesehatan.

Pada tanggal 5 September 1959 dengan Surat Keputusan Menteri Muda Kesehatan No. 192700/KAB/221. *) ditentukan susunan dan struktur Departemen Kesehatan.

Di Pusat Menteri Kesehatan di dampingi oleh para penasihat. Kelompok penasihat ini disebut "*Kabinet Menteri*".

Di bawah Menteri ada seorang *Sekretaris Jenderal*, yang menangani semua masalah kesehatan dan merupakan orang kedua di Departemen Kesehatan. Sekretaris Jenderal membawahi 3 orang Direktur, yaitu: *Direktur I: Umum, Direktur II: Khusus, Direktur III: Pengawasan.*

Direktur I Umum membawahi: *Asisten Penelitian, Asisten Organisasi/Pendidikan, Asisten Urusan Personil, Asisten Urusan Logistik.*

Direktur II Khusus membawahi: *Asisten Prer'entif, Asisten Kuratif, Asisten Farmasi.*

Departemen Kesehatan mengelola lembaga-lembaga, sekolah-sekolah, kursus-kursus, *Jawatan Perlengkapan, Bapphar***), dinas-dinas, rumah-rumah sakit, balai-balai pengobatan.

Adapun Lembaga-lembaga yang terdapat pada waktu itu ialah: *Lembaga Eklonan di Jakarta, Lembaga Pasteur di Bandung, Lembaga Pemberantasan Penyakit Malaria di Jakarta, Lembaga Pemberantasan Penyakit Kusta di Jakarta, Lembaga Pemberantasan Penyakit Kelamin di Surabaya, Lembaga Pemberantasan Penyakit Rakyat di Yogyakarta, Lembaga Pemberantasan Penyakit Pes di Bandung, Lembaga Pemberantasan Penyakit Mata di Semarang, Lembaga Pemberantasan Penyakit TBC di Bandung, Lembaga Makanan Rakyat di Jakarta, Lembaga Pharmacotherapy di Jakarta, Lembaga Cardiologi di Surabaya, Lembaga Orthopaedi dan Prothese di Surakarta, Laboratorium Ilmu Kesehatan di Bandung, Pabrik Farmasi di Jakarta.*

Di tingkat propinsi, Urusan Kesehatan dilaksanakan oleh *Inspektur Kesehatan*, yang juga merangkap sebagai *Kepala Dinas Kesehatan Daerah Tingkat I*. Struktur

*) Periksa Lampiran V.2.

**) Bapphar = Badan pengawas perusahaan-perusahaan farmasi.



Dewan Pelindung Etik Kedokteran. Pelantikan pada tanggal 28 Nopember 1959. Ketua, dokter Dadi Tjokrodipo, sedang menyambut. (Tidak semua anggota tampak dalam gambar).

Organisasi di tingkat Propinsi, disesuaikan dengan keadaan di Pusat.

Tatakerja dan organisasi tersebut di atas berjalan sampai dengan 1 Juli 1963. Dengan datangnya *Surat Keputusan Presiden No. 94 tahun 1962*, yang kemudian oleh Menteri Kesehatan ditetapkan menjadi *Peraturan Menteri Kesehatan* dengan surat tanggal 1 Juli 1963 No. 38559/KAB/197*), maka surat keputusan Menteri Muda Kesehatan sebelumnya dinyatakan tidak berlaku mulai tanggal 1 Juli 1963.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan yang terakhir jabatan Sekretaris Jenderal dihapuskan. Menteri Kesehatan memimpin langsung Departemen Kesehatan dibantu oleh 3 orang Pembantu Menteri. Para pembantu Menteri tersebut terdiri dari

- 1). *Pembantu Menteri Kesehatan Urusan Teknis Kesehatan*, yang melakukan koordinasi antara Kepala Direktorat Urusan Preventif, Kepala Direktorat Urusan Kuratif dan Kepala Direktorat Urusan Farmasi. Di bawah Kepala Direktorat direktorat tersebut terdapat Bagian-bagian yang selanjutnya mempunyai Seksi-seksi.
- 2). *Pembantu Menteri Kesehatan Urusan Khusus*, melakukan koordinasi antara Kepala Biro Perundang-undangan, Kepala Biro Hubungan Luar Negeri, Kepala Biro Hubungan Masyarakat.
- 3). *Pembantu Menteri Kesehatan Urusan Administrasi* membawahi Biro-biro dan selanjutnya Biro-biro membawahi Bagian-bagian.

Menteri Kesehatan memimpin langsung *Badan Perlengkapan Farmasi/Alat-alat kesehatan*, *Badan Pimpinan Umum Farmasi Negara*, dan *Komando Pembasmian Malaria (KOPEM)*.

Hal-hal yang bersifat pekerjaan pribadi Menteri Kesehatan dilaksanakan oleh Kabinet Menteri Kesehatan, sedang pengelolaan tata usaha kantor pusat diselenggarakan oleh Bagian *Rumah Tangga*, *Bagian Kepaniteraan* dan *Bagian Hukum*.

Disamping hal-hal tersebut di atas Menteri Kesehatan membentuk *Pembantu Penasehat Menteri* dan *Badan-badan Interdepartemental*.

Badan Pembantu/ Penasehat Menteri terdiri dari Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Syarat, Dewan Pelindung, *Susila Kedokteran*, *Dewan Pembangunan Farmasi*.

Badan-badan Interdepartemental terdiri dari *Panitia Haji*, *Dewan Bahan Makanan Rakyat*, *Panitia Koordinasi Bantuan Luar Negeri*.

2. Kebijakan.

Hasil sensus penduduk tahun 1960 menunjukkan bahwa penduduk Indonesia berjumlah 97.058.354. Rata-rata sejak tahun 1958 hingga tahun 1961 tambahan penduduk setiap tahun sebesar 2,5%. Penambahan terbesar terutama terjadi pada

*) Periksa : Lampiran V.5.

**) Periksa : Lampiran V.6.



DWIKORA

Suasana di pangkalan udara Kemayoran, sewaktu pemberangkatan dokter-dokter sukarelawan ke perbatasan, diantar oleh Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat (Moeljadi Djodjomartono) dan Menteri Muda Kesehatan (Prof. dr. Satrio) di tahun 1964.



Kolonel Dokter BEN MBOI, MPH.

Satu-satunya dokter, yang diterjunkan di Irian Barat, dalam rangka TRIKORA, sebagai Perwira Kesehatan dari Pasukan Khusus dalam operasi "NAGA" (24 Juni 1964).

golongan muda. Menurut taksiran pada akhir tahun 1960, penduduk Indonesia pada akhir tahun 1961 akan menjadi 109.000.000.

Sebagai gambaran mengenai jumlah penduduk dalam kaitannya dengan kelahiran dan kematian, dapat dilihat angka-angka statistik kesehatan sampai akhir tahun 1960 sebagai berikut:

Angka kelahiran umum: 40 per 1.000 penduduk; angka kematian umum: 17 per 1.000 penduduk; angka kematian bayi: 110 per 1.000 kelahiran hidup; angka lahir mati: 20 per 1.000 kelahiran; angka kematian ibu yang melahirkan: 4 per 1.000 penduduk.

Prinsip kebijaksanaan kesehatan pada masa Demokrasi Terpimpin ditujukan kepada usaha-usaha:*)

1. Memberi landasan hukum yang lebih kuat bagi segenap peraturan-peraturan kesehatan.
2. Memperbanyak pendidikan tenaga kesehatan baik dokter maupun tenaga paramedik.
3. Menyelenggarakan pembaharuan kebijaksanaan perumahan, balai-balai pengobatan dan BKIA-BKIA.
4. Menentukan kebijaksanaan mengenai farmasi, menggiatkan penggunaan obat-obatan asli serta pendirian pabrik-pabrik obat nasional, seperti: *ABDI, PAPHROS*.
5. Pembasmian malaria dengan membentuk *KOPEM*.
6. Mengintensifkan pemberantasan penyakit *Framboesia*.
7. Menuntjang penyelesaian *TRIKORA* dan *DWIKORA* **) dengan menyediakan tenaga medik, paramedik dan peralatan.
8. Perbaikan gizi masyarakat melalui *Revolusi Makanan Rakyat* dan *Operasi Komando Buta Gizi*.
9. Penyelenggaraan *Rombongan Kesehatan Indonesia (RKI)* untuk pemeliharaan kesehatan jemaah Haji.
10. Pembinaan usaha-usaha kesehatan swasta.
11. Pembentukan *Badan Pelindung Suxila Kedokteran*.
12. Perkembangan Kesehatan Olah Raga, berhubung dengan akan adanya Asian Games dan *GANEFO (Game of the New Emerging Forces)*.

Dalam rangka pembinaan, pelaksanaan kebijaksanaan tersebut dapat dikelompokkan menurut bidangnya sebagai berikut: meninjau pelbagai masalah Perundang-undangan, menggiatkan kesehatan preventif dan kuratif (pengobatan dan perawatan), menyempurnakan *perlengkapan* kesehatan (farmasi & alat-alat kesehatan), mening-

*) Piagam Tumpah Darah Menteri Kesehatan Prof. R. Sutrisno kepada Prof. G.A. Swahessy.

**) *TRIKORA* = trikomando rakyat untuk menegakkan Irian Barat.

DWIKORA = dwikomando rakyat untuk konfrontasi dengan Malaysia.

katkan pendidikan tenaga kesehatan dan pendidikan kesehatan pada masyarakat serta membangun proyek-proyek kesehatan.

Perundang-undangan.

Kerjasama dengan lembaga legislatif (DPR-GR*) telah berhasil menyelesaikan undang-undang yang fundamental bagi pembangunan kesehatan rakyat. Adapun undang-undang yang berhasil ditetapkan dari tahun 1959 - 1966, ialah: Undang-undang No. 9 tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan; Undang-undang No. 1. tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana; Undang-undang No. 1 tahun 1962 tentang Karantina Laut; Undang-undang No. 2 tahun 1962 tentang Karantina Udara; Undang-undang No. 6 tahun 1962 tentang Wabah; Undang-undang No. 11 tahun 1962 tentang Hygiene Untuk Usaha-usaha Umum; Undang-undang No. 6 tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan; Undang-undang No. 7 tahun 1963 tentang Farmasi; Undang-undang No. 18 tahun 1964 tentang Wajib Kerja Paramedik; Undang-undang No. 3 tahun 1965 tentang Kesehatan Jiwa; Undang-undang No. 2 tahun 1966 tentang Hygiene, yang masing-masing nanti akan diuraikan.

Kesehatan preventif.

Usaha-usaha kesehatan preventif meliputi :

1. Pembuatan vaksin BCG di laboratorium PN Bio Farma (*Institut Pasteur*) Bandung dengan hasil yang cukup baik.
2. Peningkatan produksi vaksin lain-lain untuk pencegahan penyakit: cacar, kolera, typhus, difteri, kinkhoest (*pertussis*), rabies (*penyakit anjing gila*), dan lain-lain.
3. Meningkatkan pemberantasan malaria menjadi pembasmian malaria di Jawa, Madura, Bali, Lampung, sedang di lain-lain daerah dalam persiapan.
4. Usaha-usaha lanjutan pemberantasan penyakit-penyakit *framboesia*, *kusta*, *tbc mata* dan lain-lain di seluruh kepulauan Indonesia.
5. Peningkatan persediaan air minum dengan intensifikasi kontrol dan pembuatan instalasi-instalasi air minum.
6. Usaha-usaha pembersihan kota dan desa-desa.
7. Pencegahan penyakit busung lapar dan defisiensi-defisiensi lain (*avitaminosis* dan lain-lain), dengan intensifikasi penerangan tentang susunan makanan sehat (*nutrition education*) dan perbaikan menu.
8. Membantu Departemen Jalan Lintas Sumatera mempersiapkan rencana kesehatan.
9. Membantu Departemen Urusan Haji.

Kesehatan kuratif

Usaha kesehatan kuratif meliputi :

1. Peningkatan mutu pengobatan di RSUP-RSUP**), di Jakarta, Surabaya, Sema-

*) DPRGR = Dewan Perwakilan Rakyat Gotong Royong.

**) RSUP = Rumah Sakit Umum Pusat.

- rang, Bandung dan lain-lain Ibukota Daerah Tingkat I, dan tempat-tempat pendidikan dokter.
2. Pembangunan Rumahsakit-rumahsakit baru, antara lain: Rumah Sakit Kanker Serta Rumah-rumah Sakit Swasta yang diselenggarakan oleh berbagai organisasi.
 3. Pembuatan isotop-isotop untuk terapi.
 4. Penyebaran tenaga dokter, dokter gigi, apoteker ke seluruh Indonesia.
 5. Penggunaan obat-obatan asli dan tradisional Asia untuk melengkapi cara-cara pengobatan.
 6. Penggunaan sumber-sumber air panas.

Perlengkapan.

Disamping meningkatkan usaha-usaha kesehatan preventif dan kuratif, maka masalah perlengkapan kesehatan mendapat perhatian dari pimpinan Kementerian Kesehatan.

Semua hal-hal mengenai import, produksi, dan distribusi yang tadinya dikelola oleh Kementerian Perdagangan dan Perindustrian diserahkan wewenang pengurusan nya kepada Kementerian Kesehatan.

Usaha pembinaan eksteren antara lain ditempuh dengan menyelenggarakan hubungan yang lebih erat antara Perusahaan-perusahaan Negara Farmasi dengan Perusahaan Swasta. Selanjutnya guna menjaga stabilitasi harga obat-obatan, maka stock Kementerian Kesehatan di mana perlu dipergunakan. Pemanfaatan obat-obatan tradisional diselenggarakan dengan menanam pohon-pohon yang mengandung obat-obatan di Jawa Timur dan Jawa Barat. Agar penggunaan sumber alam lebih dihayati maka diselenggarakan *Seminar Pengerahan Sumber Alam Indonesia untuk Farmasi*, di Yogyakarta.

Usaha-usaha intensifikasi dengan bahan baku dalam negeri antara lain ditempuh dengan mengintensifkan produksi kinine dan rehabilitasi kebun-kebun kina. Selain itu diadakan pula usaha produksi *pharmaceutica* dengan menggunakan bahan baku dalam negeri.

Produksi alat-alat kesehatan dalam negeri juga dirangsang agar lebih berkembang.

Usaha pemanfaatan sumber alam tidak akan berhasil tanpa melalui proses penelitian. Karenanya penelitian tentang tanaman-tanaman berkhasiat Indonesia di giatkan.

Ekspor bahan-bahan obat seperti: *kinine, temulawak, kumis kucing, rauwolfi* dan lain-lain mulai dilaksanakan.

Pendidikan.

Pendidikan kader tinggi (dokter, dokter-gigi, apoteker) diintensifkan. Kepada mereka diberikan latihan tambahan sebelum bekerja selama sebulan.

Pendidikan untuk para-medik lebih dikembangkan; hal ini akan diuraikan lebih lanjut di bab pembinaan tenaga kesehatan.

Mengenai pendidikan kesehatan kepada masyarakat disebar-luaskan secara teratur melalui sarana mass media, seperti: RRI, TVRI, majalah-majalah dan lain-lain. Demikian pula penerangan kesehatan di sekolah lebih ditingkatkan. Usaha penerangan lewat BKIA ditingkatkan. Selama periode ini terdapat $\pm$ 4.000 BKIA di seluruh Indonesia.

Penerangan/latihan kesehatan dilaksanakan pula melalui organisasi Sukarelawan dan Hansip (Pertahanan Sipil).

Pada setiap kesempatan, seperti peringatan Hari Kesehatan Nasional, diselenggarakan pameran-pameran, ceramah-ceramah Berta kegiatan-kegiatan lainnya (a), di bidang Hygiene, Immunisasi dan Gizi). Tujuannya adalah menanamkan kesadaran tentang kesehatan.

Pembangunan proyek-proyek kesehatan.

Pembangunan proyek kesehatan sesuai dengan ketetapan MPRS*) tahun 1960 tidak dapat berjalan, karena tidak adanya biaya. Hanya rumah-rumah sakit yang telah dimulai pembangunannya sebelum tahun 1960 dapat dilanjutkan pembangunannya dengan biaya terbatas. Proyek-proyek baru praktis sama sekali tidak dapat dimulai.

Pembangunan RSUP Padang, Palembang, Tanjung Karang dan Den Pasar dilanjutkan, sekalipun dalam tempo yang lambat karena kurangnya biaya. Pembangunan rumah-rumah sakit di Kabupaten dan pusat-pusat kesehatan di daerah Kecamatan terhenti sama sekali karena ketiadaan biaya. Namun demikian dengan usaha Swadaya Daerah, BKIA-BKIA**) dan Poliklinik-poliklinik berlipat ganda jumlahnya, BKIA dari 2.000 menjadi 4.000, sedang poliklinik dari 3.000 meningkat menjadi 5.000.

Penyebaran tenaga kesehatan terutama dokter-dokter berjalan lancar, berkat adanya Undang-undang Wajib Kerja Sarjana dan Wajib Kerja Militer. Demikian pula Trikora dan Dwikora memungkinkan penyebaran tenaga medik dan paramedik ke seluruh pelosok atas biaya Koti/Kogam***) disertai prioritas pengangkutan.

Usaha-usaha dalam bidang kesehatan gigi mendapat kemajuan pesat, karena tiap tahun dokter-gigi baru yang lulus dari Fakultas-fakultas Kedokteran Gigi bertambah banyak, sehingga sampai terjadi disparitas antara jumlah tenaga dengan alat-alat kedokteran gigi yang diperlukan. Usaha-usaha berdikari) dengan Unit-unit Dwikora dan Unit-unit Ampera belum berhasil secara memuaskan.

Pembinaan dalam bidang kesehatan jiwa dititik-beratkan kepada perubahan integral mengenai pandangan cara terapi dan rehabilitasi para penderita, sehingga para pasien benar-benar mendapat pertolongan secara maksimal. Meskipun menggunakan norma-norma modern, tetapi tidak meninggalkan corak masyarakat Indonesia.

Hambatan utama yang dirasakan oleh Dinas-dinas Kesehatan Daerah tingkat Satu adalah masalah komunikasi. Guna mengatasi hal tersebut, maka upaya desentra-

*) MPRS = Majelis Permusyawaratan Rakyat Sementara.

**) BKIA = Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak.

*** *) KOTI = Komando Tertinggi, KOGAM = Komando Gabungan Militer.

****) Berdikari = Berdiri di atas kaki sendiri.



Wajib Militer Angkatan ke III (1961). Jenderal A.H. Nasution, didampingi WK. Dir. Kesehatan Angkatan Darat dan Komandan Pusdiklat Angkatan Darat, di tengah-tengah para dokter baru yang telah menyelesaikan persiapannya untuk Wajib Militer.

lisasi lebih bermanfaat.

Pimpinan kementerian kesehatan beranggapan bahwa setiap bentuk sentralisasi yang kurang perlu harus dihindarkan dan dilaksanakan desentralisasi sebanyak mungkin, terutama mengenai segi-segi: pelaksanaan kebijaksanaan kesehatan, pembinaan personil, pemberantasan penyakit, pendidikan tenaga paramedik.

Kursus penyegaran bagi para pimpinan Dinas Kesehatan Daerah telah dilaksanakan, meskipun belum sesuai dengan rencana. Program kesehatan dalam menunjang perjuangan mengembalikan Irian Barat serta program Dwikora dapat berjalan dengan lancar meskipun kekurangan alat-alat dan obat-obatan.

Di bidang kesejahteraan, dalam rangka usaha meringankan beban hidup para karyawan sebagai akibat pelaksanaan ekonomi terpimpin yang telah menimbulkan inflasi, maka didirikan Yayasan Kesejahteraan Pegawai. Yayasan tersebut mempunyai unit-unit pada instansi-instansi di lingkungan Departemen Kesehatan, seperti: KOPEM, BAPERKES, BUKP, Teknik Umum, PN-PNfarmasi dan lain-lain.

Di bidang pembinaan mental, agar bisa ditimbulkan rasa korps yang manunggal di antara para Karyawan Departemen Kesehatan dari bermacam unit, maka perayaan hari-hari besar tertentu diselenggarakan di Departemen dan unit-unitnya secara serentak. Hari-hari besar tersebut adalah hari-hari Raya Keagamaan, seperti: Idul Fitri, Maulid Nabi, Hari Natal, Paskah dan lain-lain.

Dalam rangka ini telah dibentuk Persatuan Wanita Kesehatan, Badan Persatuan Istri Karyawan Kesehatan, Persatuan Istri Karyawan Kopem, Ikatan Karyawan Wanita Kopem. Sesuai dengan iklim politik konfrontasi pada waktu itu maka mereka mendapatkan latihan-latihan militer. Mereka berstatus sebagai sukarelawati. Dengan terbentuknya organisasi-organisasi wanita dan diselenggarakannya latihan militer bersama, maka terciptalah rasa kekeluargaan diantara para karyawan.

Setelah peristiwa pengkhianatan G 30S/PKI, sebagaimana terjadi pada Departemen lain, Departemen Kesehatan juga mengalami aneka macam gangguan. Dengan perhatian sepenuhnya dari pimpinan Departemen dibantu oleh team screening yang diketuai oleh Brig. Jen. dr Azil Widjajakusuma, maka pengamanan dapat dilaksanakan dengan baik.

Tindakan pengamanan tersebut didasarkan atas pertimbangan-pertimbangan team screening dan peraturan-peraturan yang dikeluarkan oleh KOTI/KOGAM/PEPELRADA/TEPERDA.*) Dalam mempertimbangkan tindakan administratif terhadap mereka yang terlibat atau diduga terlibat dalam gerakan tersebut, team screening berpegangan pula pada norma-norma kemanusiaan.

Para karyawan kesehatan meskipun berstatus sebagai pegawai negeri, mereka juga ikut memperhatikan masalah-masalah sosial yang timbul dan ikut berpartisipasi di dalamnya. Guna menampung suara-suara yang timbul di antara organisasi karyawan telah dibentuk Badan Musyawarah Ormas-ormas**) Kesehatan yang diketuai

*) PEPELRADA = Pembantu Pelaksana Pemeriksa Daerah

TEPERDA = Team Pemeriksa Daerah

**) Ormas = Organisasi massa.

oleh dr Marsaid.

Di bidang kesehatan, untuk memberikan pertimbangan-pertimbangan mengenai beberapa hal yang khusus, maka telah dibentuk berbagai badan-badan dan dewan-dewan. Badan-badan dan dewan-dewan tersebut terdiri dari: Dewan Pelindung Susila Kedokteran, Badan Perancang Pembangunan Kesehatan, Dewan Farmasi Nasional, Majelis Pertimbangan Penggunaan De visa untuk pengobatan di luar negeri, Dewan Pertimbangan Pegawai, Dewan Kesehatan Gigi. Kesemuanya itu dikoordinasikan oleh dr Mohammad Tarekat Prawirowijoto.

3. Perundang-undangan

peraturan Peralihan pasal II Undang-undang Dasar 1945 menyebutkan antara lain: "Segala Undang-undang dan peraturan-peraturan yang ada, masih langsung berlaku selama belum diadakan yang baru, selama undang-undang dan peraturan-peraturan tersebut belum dicabut atau diubah oleh undang-undang atau ketentuanketentuan lain".

Sebagai dasar hukum bagi usaha di bidang kesehatan maka dipergunakanlah "*flat Reglement op den Dienst der Volksgezondheid*" dari jaman Belanda. Dalam pada itu perhatian mengarah kepada suatu saduran dan penjelasan daripada DVG Reglement yang disesuaikan dengan keadaan baru (*Konsep Friis-Besier*).

Dalam mengatur penyelenggaraan kesehatan rakyat dirasakan perlu adanya landasan hukum yang baru. Berhubung dengan itu maka dalam periode ini telah disusun suatu Undang-undang Pokok Kesehatan yang dapat dipergunakan sebagai landasan hukum bagi segala usaha kesehatan. Intisari daripada Undang-undang Pokok Kesehatan ini mengandung makna, bahwa seluruh rakyat Indonesia secara merata dapat menikmati pelayanan kesehatan. Cita-cita ini tidak akan tercapai apabila hanya dengan peraturan-peraturan atau usaha-usaha dari pihak Pemerintah saja. Partisipasi masyarakat secara aktif disertai keinsyafan dan semangat gotong-royong adalah merupakan syarat mutlak. Keinsyafan ini harus dibangkitkan dengan memberikan penerangan dan pendidikan secara teratur kepada seluruh lapisan masyarakat.

Untuk mengikutsertakan masyarakat dalam usaha-usaha kesehatan terutama dikerahkan potensi masyarakat untuk menyelenggarakan usaha di bidang swasta, seperti dalam bidang Palang Merah, pembuatan dan penyelenggaraan balai-balai pengobatan, rumah-rumah sakit, rumah-rumah bersalin, serta usaha-usaha dalam bidang produksi dan distribusi obat-obat dan alat-alat kesehatan. Penyelenggaraan kesehatan oleh badan-badan swasta tersebut harus mementingkan fungsi sosialnya dan tidak bekerja semata-mata berdasarkan motif komersial. Sifat badan-badan usaha kesehatan swasta tersebut harus sesuai dengan prinsip gotong-royong dan menyesuaikan dengan kondisi masyarakat. Pada hakekatnya usaha-usaha swasta ini lebih banyak bergerak dalam bidang kuratif dan farmasi daripada di bidang preventif. Memang pada umumnya penyelenggaraan kesehatan preventif di samping memerlukan biaya yang besar seringkali memerlukan wewenang dan kewibawaan Pemerintah.

Undang-undang Pokok Kesehatan ini memuat dasar yang sesuai dengan hasil-hasil ilmu pengetahuan yang luas dan memberi kemungkinan untuk perkembangan lebih lanjut. Di samping itu tidak dilupakan soal obat-obat Indonesia asli dan pengo-

batan atas dasar ilmu kebatinan (psychosomatic).

Dalam mengatur penggunaan tenaga ahli dan kejuruan, serta produksi dan distribusi ataupun impor obat-obat dan alat-alat kesehatan dipergunakan azas demokrasi dan ekonomi terpimpin.

Di samping teknik modern yang dipergunakan, seperti tenaga atom, pembedahan mayat dan perubahan-perubahan yang sesuai dengan nilai-nilai internasional, nilai-nilai kerokhanian dalam bentuk susila kedokteran dan unsur-unsur keagamaan mendapat perhatian pula.

Urutan-urutan mengenai masalah-masalah yang dimaksudkan di dalam rancangan Undang-undang Pokok Kesehatan diselaraskan dengan derajat kepentingannya bagi masyarakat. Hal-hal yang menyangkut kepentingan masyarakat luas lebih diutamakan dalam arti kata disebut terlebih dahulu daripada hal-hal yang berhubungan dengan golongan yang lebih kecil ataupun perorangan. Maka hal-hal pencegahan penyakit yang menjadi tugas Pemerintah serta menyangkut seluruh lapisan masyarakat urutan prioritasnya berada dalam pasal-pasal pertama. Dalam organisasi kesehatan modern, urusan preventif lebih diutamakan dan dilaksanakan dengan intensif. Pelaksanaannya ditunjang dengan peraturan yang imperatif dan mengandung ancaman hukuman.

Urusan-urusan kuratif yang pada waktu itu masih sangat dirasakan sehari-hari oleh rakyat karena kekurangan tenaga ahli, rumah-rumah sakit dan obat-obatan, mendapat prioritas dalam pasal-pasal berikutnya.

Prioritas berikutnya adalah masalah penerangan dan pendidikan kepada masyarakat tentang cara-cara hidup sehat, sebagai usaha untuk menjamin pelaksanaan program kesehatan dengan jalan keinsyafan dan keyakinan. Beberapa pasal mencerminkan perhatian khusus yang dicurahkan pada bidang-bidang kepegawaian dan perburuhan serta perkembangan jaminan kesehatan secara iuran, semacam "health insurance", yang berbentuk kerja-sama antara Pemerintah, badan-badan swasta maupun perorangan.

Sesudah pasal-pasal mengenai tenaga dan perbekalan, dicantumkan pasal mengenai penyelidikan, termasuk penyelidikan-penyelidikan dalam bidang statistik, laboratorium, antara lain mengenai bahan-bahan beracun, bahan-bahan radioaktif untuk kedokteran kehakiman. Kesemuanya ditujukan untuk menyelamatkan masyarakat dari bahaya yang mengancamnya.

Pelaksanaan kebijaksanaan-kebijaksanaan tersebut selanjutnya dijelaskan dalam beberapa undang-undang.

Dalam periode ini telah dihasilkan undang-undang, yang bertalian dengan usaha kesehatan, sebagai berikut :

1) Undang-undang No. 9 tahun 1960 tentang pokok-pokok kesehatan.

Dalam undang-undang ini telah ditetapkan tugas-tugas umum Departemen Kesehatan di bidang kesehatan. Pemerintah cq Departemen Kesehatan bertugas memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan rakyat dengan menyelenggarakan dan menggiatkan usaha-usaha dalam bidang-bidang: pencegahan dan pemberantasan pe-

nyakit, pelayanan kesehatan dalam bidang preventif dan kuratif, penerangan dan pendidikan kesehatan kepada masyarakat, pendidikan tenaga kesehatan, perlengkapan obat-obat dan alat kesehatan, penyelidikan-penyelidikan, pengawasan dan lain-lain usaha kesehatan yang diperlukan.

2) Undang-undang No. 8 tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana.

Dalam undang-undang ini dijelaskan bahwa yang disebut Sarjana adalah tiap warga negara baik pria maupun wanita yang memperoleh ijazah ujian penghabisan pada Perguruan Tinggi Negara, tidak termasuk Akademi, serta yang memperoleh Ijazah Ujian penghabisan pada Perguruan Tinggi Swasta, yang ditunjuk oleh Menteri yang diserahi urusan Perguruan Tinggi. Mereka semuanya wajib bekerja pada Pemerintah atau pada perusahaan-perusahaan yang ditunjuk oleh Pemerintah, sekurang-kurangnya selama 3 tahun berturut-turut.

Kekecualian diberikan kepada mereka yang sedang menyelesaikan thesis untuk mendapatkan gelar Doktor dan mereka yang berumur lebih dari 50 tahun.

Pelaksanaan undang-undang ini diserahkan kepada Menteri Perburuhan, Menteri Pendidikan dan Menteri Pengajaran dan Kebudayaan serta Menteri Perguruan Tinggi dan Ilmu Pengetahuan.

Penempatan mereka diatur oleh Dewan Penempatan Sarjana yang berkedudukan langsung di bawah dan diketuai oleh Menteri Perburuhan.

Pelanggaran terhadap undang-undang ini dikenakan sanksi hukum selama-lamanya 9 bulan atau denda seratus ribu rupiah.

3) Undang-undang No. 1 tahun 1962 tentang Karantina Laut.

Didalam undang-undang ini ditetapkan kebijaksanaan umum Departemen Kesehatan di bidang Karantina Laut, ialah:

Menteri Kesehatan menetapkan dan mencabut penetapan terjangkitnya penyakit karantina di sesuatu pelabuhan yang diumumkan dalam berita negara. Yang dimaksudkan dengan penyakit karantina adalah pes, kolera, demam kuning, cacar, typhus, demam bolak-balik.

Departemen Kesehatan menetapkan penggolongan kapal, sehubungan dengan kemungkinan adanya penyakit karantina, ke dalam golongan: kapal sehat, kapal terjangkit, atau kapal tersangka.

Selanjutnya untuk pemeriksaan kesehatan dan pelaksanaan tindakan karantina diadakan penggolongan pelabuhan-pelabuhan Indonesia dalam:

- a. *Pelabuhan Karantina Kelas I*, di mana dokter pelabuhan dapat menyelenggarakan tindakan karantina sepenuhnya.
- b. *Pelabuhan Karantina Kelas II*, di mana dokter pelabuhan dapat menyelenggarakan sebagian dari tindakan karantina.
- c. *Pelabuhan bukan pelabuhan karantina*, dimana sama sekali tidak dapat diselenggarakan tindakan karantina.

Tiap kapal yang datang dari luar negeri berada dalam karantina dan untuk ini

kapal tersebut dikenakan pemeriksaan kesehatan dengan cara mengisi satu keterangan kesehatan maritim yang harus diberikan kepada dokter pelabuhan oleh nakhoda. Isi keterangannya menjelaskan mengenai keadaan kesehatan di kapal.

4) Undang-undang No. 2 tahun 1962, tentang Karantina Udara.

Pada dasarnya kebijaksanaan yang diambil Departemen Kesehatan di bidang karantina udara sama dengan yang di bidang karantina laut, yaitu hanya mengenai kapal udara yang datang dari dan pergi ke luar negeri melalui lapangan udara di Indonesia.

5) Undang-undang No. 6 tahun 1962, tentang wabah.

Undang-undang ini menetapkan kebijaksanaan umum Departemen Kesehatan di bidang pencegahan, pengawasan dan usaha mengatasi meluarnya serta memberantas wabah. Yang dimaksudkan dengan istilah "wabah" ialah penularan suatu penyakit dengan cepat di suatu daerah tertentu, sehingga dalam waktu singkat harus dibatasi dengan isolasi si penderita dari orang-orang lain sekitarnya. Adapun penyakit-penyakit wabah ini meliputi: penyakit karantina, typhus perut, paratyphus A, B dan C, disentri basilar, radang hati menular, parakolera eltor, difteri, kejang tengkuk, lumpuh anak-anak, serta penyakit-penyakit lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Menteri Kesehatan menetapkan dan mencabut penetapan suatu daerah sebagai daerah wabah dan di dalam hal ini dapat didelegasikan kepada penguasa tertinggi di daerah Tingkat I.

Jika di suatu daerah berjangkit atau tersangka berjangkit wabah, maka penguasa tertinggi di daerah Tingkat I dapat mengambil segala tindakan yang diperlukan untuk mengatasi wabah tersebut termasuk penutupan daerah wabah.

Dalam keadaan darurat, penguasa tertinggi di daerah tingkat II atau bawahannya dapat mengambil tindakan-tindakan sementara dengan ketentuan, sesudah mendengar saran dari para tenaga kesehatan setempat.

Di dalam pelaksanaan tindakan untuk mengatasi wabah, sedapat mungkin diikutsertakan masyarakat setempat.

6) Undang-undang Hygiene untuk usaha-usaha Bagi Umum (Undang-undang No. 11 tahun 1962).

Di dalam undang-undang ini ditetapkan kebijaksanaan umum Departemen Kesehatan di bidang Hygiene Umum.

Tujuan undang-undang ini ialah untuk melindungi, memelihara dan mempertinggi kesehatan masyarakat yang mempergunakan tempat atau hasil usaha-usaha bagi umum, yaitu usaha-usaha yang dilakukan oleh badan-badan Pemerintah, swasta maupun perseorangan yang menghasilkan sesuatu untuk atau yang langsung dapat dipergunakan oleh umum.

Yang dimaksudkan dengan hygiene ialah usaha untuk memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan. Hygiene untuk usaha-usaha bagi umum meliputi: hygiene

air, susu, makanan dan minuman untuk konsumsi bagi umum, hygiene perusahaan-perusahaan, hygiene bangunan umum, hygiene tempat pemandian umum, hygiene alat-alat pengangkutan umum serta usaha-usaha umum lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan

Usaha-usaha Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam rangka pelaksanaan undang-undang ini ialah: menyelenggarakan penerangan dan pendidikan mengenai hygiene, memberikan bimbingan dalam bidang hygiene untuk usaha-usaha bagi umum, pengawasan dan pemeriksaan atas keadaan hygiene lingkungan pada usaha-usaha bagi umum, pengawasan dan pemeriksaan hasil produksi dan proses produksi air, makanan dan minuman untuk konsumsi umum, pengawasan dan pemeriksaan atas bangunan, benda-benda dan alat-alat, yang dapat membahayakan kesehatan dan usaha-usaha lain yang dianggap perlu.

Dalam pelaksanaan usaha hygiene tersebut, Pemerintah Pusat maupun Daerah perlu mengikutsertakan masyarakat.

7) Undang-undang No. 7 tahun 1963, tentang Farmasi

Di dalam undang-undang ini ditetapkan kebijaksanaan umum di bidang kefarmasian, yang meliputi :

Keperluan rakyat akan perbekalan kesehatan di bidang farmasi meliputi obat, bahan obat, obat dan bahan obat asli Indonesia, alat kesehatan dan obat kecantikan.

Usaha-usaha dalam bidang produksi, termasuk penggalian kekayaan alam, penanaman tumbuh-tumbuhan, pemeliharaan dan pengembangan binatang yang berguna untuk farmasi, pembuatan obat-obat sintetis, pembuatan obat jadi, pembuatan alat-alat kesehatan dan lain-lain.

Bidang distribusi oleh Pemerintah maupun swasta, yang dilakukan melalui apotik, rumah obat, toko penyalur obat dan lain-lain.

Penyelidikan oleh Lembaga Farmasi Nasional, Universitas-universitas dan lain-lain.

Pengawasan oleh Pemerintah Pusat maupun Daerah.

Pengawasan perbekalan kesehatan di bidang farmasi yang dianggap berbahaya baik dipandang dari sudut kesehatan maupun kemajuan umum, ditetapkan dengan Peraturan Perundang-undangan.

Pendayagunaan obat-obat asli juga mendapat perhatian. Menteri Kesehatan mengutamakan adanya penyelidikan tentang cara pembuatan dan penggunaan serta khasiatnya, adanya standardisasi dalam pemakaiannya, adanya pencarian sumber-sumber baru, serta menyelenggarakan pertukaran pengalaman dengan ahli-ahli luar negeri.

Pihak swasta yang bergerak di bidang farmasi juga diawasi. Badan-badan swasta diberi kesempatan melakukan usaha-usaha di lapangan farmasi, terutama di bidang produksi. Mereka harus mendapat izin dari Menteri Kesehatan.

Disamping berbagai undang-undang seperti tersebut, dalam periode ini telah dikeluarkan Peraturan-peraturan Departemen Kesehatan berupa keputusan-keputusan Menteri Kesehatan, antara lain:

Keputusan Menteri Kesehatan No. 15137 (Bispa) tentang pengambilan selaput

bening mata (cornea). Pengambilan selaput bening mata dari tubuh mayat diperbolehkan dalam keadaan darurat untuk digunakan bagi seorang penderita penyakit mata. Tindakan tersebut harus seizin ahli waris yang meninggal dunia.

Keputusan Menteri Kesehatan tanggal 21 Nopember 1963 No. 67781/RI mengatur ketentuan-ketentuan mengenai rumah-sakit swasta. Yang dimaksud dengan rumah sakit swasta dalam peraturan ini ialah rumah rumah sakit yang diselenggarakan oleh suatu organisasi swasta berbadan hukum, atau diselenggarakan sebagai usaha perorangan. Penyelenggaraannya bukan dengan maksud mencari keuntungan semata-mata, tetapi berfungsi sosial.

Berdasarkan pasal 14 ayat (1) Undang-undang Pokok Kesehatan, maka untuk mendirikan dan menyelenggarakan rumah sakit swasta harus diperolehkan izin dari Menteri Kesehatan. Pimpinan dan penanggung jawab rumah sakit swasta harus seorang dokter yang bekerja penuh pada rumah sakit swasta tersebut. Apabila Menteri Kesehatan menganggap perlu, ia dapat memberikan perkecualian daripada ketentuan dalam ayat (1).

Susunan organisasi rumah sakit swasta harus berpedoman pada susunan rumah sakit Pemerintah. Peraturan-peraturan yang ditetapkan oleh pihak swasta bagi tenaga kesehatan yang dipekerjakan pada rumah sakitnya, harus sesuai dengan Undang-undang Pokok Kesehatan dan Undang-undang Tenaga Kesehatan.

Ditentukan bahwa pemeriksaan, pengobatan dan perawatan kepada umum di rumah sakit dilakukan tanpa membedakan kebangsaan, keagamaan, kepertaian politik, kesukuan, kedudukan sosial dan sebagainya.

Dalam pelaksanaan ketentuan pasal 9 yang menyangkut penyelenggaraan rumah sakit swasta, sekurang-kurangnya seperempat dari keseluruhan jumlah tempat perawatan disediakan untuk pegawai negeri, orang-orang yang kurang mampu, atau orang-orang yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Bagi pemeriksaan, pengobatan dan perawatan mereka yang kurang mampu, dapat diberikan sokongan oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Dengan keputusan Menteri Kesehatan, rumah sakit swasta dapat menyelenggarakan pendidikan tenaga para-medik. Pendidikan yang diselenggarakan berdasarkan peraturan pendidikan tenaga kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Mengenai kewajiban dokter kepala rumah sakit swasta, ia diharuskan memberikan laporan berkala kepada Menteri Kesehatan, melalui Kepala Daerah Tingkat I, mengenai penyelenggaraan rumah sakit swasta yang berada di bawah pimpinannya. Kepala Daerah Tingkat I melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan rumah sakit swasta.

Pelayanan kesehatan pada jemaah haji mendapat perhatian dari Pemerintah. Pada tahun 1960 diadakan pernyataan bersama antara Menteri Muda Kesehatan dan Menteri Muda Perhubungan Laut serta Menteri Muda Agama yang mencakup persyaratan-persyaratan kapal yang akan mengangkut jemaah haji serta mengenai akomodasi dan personalia yang akan melakukan perawatan jemaah haji.

4. Tenaga Kerja Kesehatan serta Pendidikannya.

Jumlah tenaga kerja kesehatan sangat erat hubungannya dengan usaha pendidikan tenaga tersebut, karena pendidikan merupakan sumber pokok dari tenaga kerja. Gambaran tentang keadaan tenaga kesehatan pada periode ini dapat dilihat dari hasil lulusan dari fakultas-fakultas, akademi-akademi dan sekolah-sekolah, yang tersedia bagi masing-masing golongan.

Menurut catatan, jumlah tenaga dokter sampai tanggal 1 Januari 1964 adalah 1.323 orang, sedang pada permulaan tahun 1960 hanya tercatat sebanyak 976 orang. Dalam tahun 1961 oleh semua Fakultas Kedokteran Pemerintah di Indonesia dihasilkan lulusan dokter sebanyak 319 orang, sedang dalam tahun 1962 dihasilkan 342 orang dan pada tahun 1963 meningkat menjadi 434 orang. Angka-angka jumlah lulusan itu menunjukkan suatu kemajuan, akan tetapi jika disusun suatu daftar kebutuhan menurut propinsi, kota besar dan kabupaten atau kota kecil, maka jelas tampak bahwa bagi seluruh Indonesia, perbandingan jumlah dokter dan jumlah penduduk masih mengalami kepincangan, karena seorang dokter masih harus melayani 50.000 orang. Bahkan di Jawa Barat perbandingan tersebut adalah 1 dokter untuk 150.000 orang penduduk. Begitu pula di Nusa Tenggara Barat dan Timur, Kalimantan Tengah dan Daerah Istimewa Yogyakarta.

Mengenai jumlah dokter gigi menurut catatan sampai tanggal 1 Januari 1964 ada 254 orang.

Pembinaan tenaga para-medik telah mencapai tahap perkembangan yang mengesankan. Di samping memperbanyak jumlah tempat-tempat pendidikan yang ada, didirikan pula macam-macam sekolah lain untuk memenuhi "rising demand".

Tenaga ahli farmasi (*apotheker*), setelah kemerdekaan hanya tercatat 27 orang, mereka umumnya bukan bangsa Indonesia. Pada tanggal 1 Januari 1964 telah ada 162 orang apotheker. Penambahan tersebut merupakan suatu hasil yang mengesankan, mengingat kondisi yang ada pada waktu itu.

Dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan tanggal 24 Agustus 1964, No. 4268/Birpu telah dibentuk suatu Dewan Farmasi, yang ditugaskan untuk memecahkan persoalan-persoalan yang timbul di bidang farmasi. Di samping dewan tersebut terdapat pula Lembaga Farmasi Nasional (National Institute of Pharmacy) dengan tugas pokok mengadakan penelitian dan penyelidikan obat-obat.

Di samping mengusahakan menambah jumlah tenaga sarjana kesehatan, dipikirkan pula usaha meningkatkan pengetahuannya dengan mengirimkan mereka ke luar negeri. Usaha lain ditempuh dengan mendatangkan para ahli dalam berbagai bidang dari luar negeri, terutama dari negara sahabat.

Mengenai pelaksanaan pendidikan tenaga kesehatan selama tahun 1959 - 1965 maka perlu diperhatikan 2 (dua) segi, yaitu kuantitas dan kualitas tenaga yang dihasilkan.

Ditingkatkannya mutu pendidikan perawat dimaksudkan untuk memperkecil jarak penguasaan ilmu antara dokter dengan perawat. Bila di zaman kolonial hanya ada sekolah-sekolah perawat dengan latar belakang pendidikan siswanya hanya sekolah rakyat saja, maka setelah merdeka bukan hanya taraf pelajarannya ditingkat-

kan dengan menerima para calon siswanya berpendidikan Sekolah Menengah Pertama, tetapi diadakan pula sekolah-sekolah dengan dasar Sekolah Menengah Atas. Juga kemungkinan peningkatan para perawat diadakan, misalnya *Sekolah Penata Perawat* yang setingkat dengan Akademi. Perawat-perawat yang cakap diberi kesempatan bersekolah lagi untuk menjadi seorang guru dalam bidang perawatan atau menambah pengetahuannya dalam salah satu bidang spesialisasi, misalnya: *Sekolah Penata Rawat Anak*, *Penata Rawat Anestesi*, *Penata Rawat Matd* dan sebagainya. Perkembangan ini sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran, di mana para perawat mendapatkan dasar pengetahuan yang lebih tinggi.

Perkembangan dalam periode ini adalah sebagai berikut.

Sekolah Kader Hygiene ditambah dengan *Akademi Pemilik Kesehatan*, didirikan di Surabaya pada tahun 1961, dan *Sekolah Sanitarian* di Jakarta pada tahun 1961, yang siswanya semua lulusan SMA.

Sekolah Kader Perawatan ditambah dengan berdirinya Akademi Perawatan di Jakarta pada tahun 1962 dengan siswanya lulusan SMA, *Sekolah Perawatan Anak* pada tahun 1962, *Sekolah Perawatan Anestesi* pada tahun 1962, *Akademi Perawatan Fisioterapi*, pada tahun 1964, *Akademi Perawatan Jurusan Kebidanan, Perawatan dan Kesehatan Masyarakat*, pada tahun 1966 di Bandung.

Beberapa Akademi yang telah ada sebelumnya, seperti

Akademi Perawatan, Nutrition, Pemilik kesehatan berjalan dengan baik.

Selain pendidikan tingkat Akademi, mulai dirintis pula pembentukan *Fakultas Kesehatan Masyarakat*.

Pendidikan para-medik didecentralisasikan Daerah Tingkat I dan Daerah Tingkat II ikut menyelenggarakannya, dengan demikian maka kebutuhan tenaga dapat dipenuhi.

Bila dalam tahun 1955 jumlah paramedik hanya berjumlah kira-kira 15.000 orang, setengahnya tidak berjabar, maka dalam periode ini jumlah perawat seluruhnya telah melebihi 47.000 orang. Jumlah ini masih jauh dari mencukupi karena meluasnya lapangan yang harus dikerjakan, meliputi bidang kuratif dan preventif, sehingga jumlah tenaga para-medik harus diperbanyak. Dengan bertambahnya tenaga perawat, berarti meningkatnya taraf pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Animo para muda-mudi untuk menjadi perawat sangat besar. Apabila di tahun 1950 dengan susah payah dicari calon-calon siswa perawat lulusan SMP, maka dalam periode ini arus pelamar demikian besarnya, sehingga perlu dibatasi penerimaannya dengan menyelenggarakan seleksi yang ketat. Dalam tingkat perguruan tinggi (akademi-akademi) terdapat gejala yang sama.

Pendidikan para-medik dengan dasar SD dan SMP.

Kalau dibandingkan jumlah lulusan dan sekolah-sekolah yang ada pada waktu tahun 1954 dengan jumlah pada akhir tahun 1963 maka dapat dilihat perkembangannya, bahwa Sekolah Juru Kesehatan bertambah banyak. Pada akhir tahun 1963 seluruhnya berjumlah 112 buah; 30 buah diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan, 20 buah oleh Angkatan Perang, 45 buah oleh Pemerintah Daerah dan 17 buah

oleh Swasta. Juru Kesehatan yang dihasilkan berjumlah 7.948 orang. Angka ini tidak lengkap dan boleh dikatakan rendah, oleh karena pelaporan baik mengenai jumlah siswa yang terdaftar maupun jumlah yang lulus tiap-tiap tahun, tidak lengkap. Apabila jumlah 7.948 ini memang angka yang sebenarnya dan kita bandingkan dengan jumlah yang direncanakan oleh Panitia pendidikan yang harus dicapai pada tahun 1960 ialah 52.500, maka rencana tersebut meleset.

Adapun perkembangan masing-masing sekolah adalah sebagai berikut:

- 1) Sekolah Pengamat Kesehatan Ijazah A/B.
Sekolah yang ada jumlahnya 11 buah terbagi atas: Jurusan Enviromental Sanitation 1 buah, Jurusan Kusta 1 buah, Jurusan Pemberantasan Penyakit Tbc 3 buah, Jurusan Malaria 5 buah.
Jumlah tenaga yang dihasilkan seluruhnya 2.210 orang, sedang yang direncanakan bagi jurusan Enviromental saja 18.000 orang, ditambah dengan 14.000 orang untuk jurusan preventif lainnya.
- 2) Sekolah Pengamat Kesehatan Ijazah C.
Jumlah sekolah 96 buah. Penyelenggaraan dilakukan oleh Departemen Kesehatan 11 buah, Angkatan Perang 10 buah, Swasta 17 buah dan Pemerintah Daerah 48 buah.
- 3) Sekolah Pengamat Ijazah Kesehatan D.
Berjumlah 7 buah sekolah. Banyaknya tenaga Pengamat Kesehatan Ijazah C dan D seluruhnya ada 18.942 orang, sedangkan yang direncanakan 22.500 orang. Mungkin dari angka 18.942 itu termasuk jumlah Mantri Jururawat. Jadi jumlah tenaga yang ada dibandingkan dengan angka yang direncanakan tidak berapa banyak berbeda.
- 4) Sekolah Pengamat Kesehatan Ijazah E.
Pada akhir tahun 1963 berjumlah 20 buah sekolah. Banyaknya jumlah tenaga yang dihasilkan 1.807 orang. Jumlah tenaga yang direncanakan untuk tahun 1960 adalah 1.200 orang.
- 5) Sekolah Pengamat Kesehatan Ijazah F. Ada 3 bulan, yang menghasilkan tenaga sebanyak 510 orang. Jumlah Pengamat Kesehatan Ijazah F yang direncanakan adalah 1.000 orang.

Kalau kita berpegang kepada jumlah yang direncanakan oleh Panitia Pendidikan untuk tahun 1960, maka dari tenaga para-medik dengan pendidikan dasar Sekolah Rakyat, ialah Juru Kesehatan dan Pengamat Kesehatan Ijazah A/B & E, masih dibutuhkan banyak sekali.

Jumlah Sekolah Perawat A pada akhir tahun 1963 ada 37 buah dan telah menghasilkan 2.724 orang, sedang yang direncanakan adalah 5.520 orang perawat.

- *) Ijazah A/B = Ijazah bidang sanitasi.
Ijazah C = Ijazah bidang perawatan umum.
Ijazah D = Ijazah bidang perawatan jiwa.
Ijazah E = Ijazah bidang kebidanan.
Ijazah F = Ijazah bidang laboratorium.

Sekolah Bidan berjumlah 41 buah dengan tenaga yang dihasilkan 4.445 orang, sedang yang direncanakan 7.500 orang.

Sekolah -Asisten Apoteker, berjumlah 17 buah, dengan tenaga yang dihasilkan 3.067 orang, sedangkan yang direncanakan 3.200 orang.

Pendidikan dengan dasar SMA atau sederajat.

Beberapa akademi atau pendidikan yang sederajat dengan akademi telah didirikan selama periode ini.

Akademi Perawatan dibuka pada tanggal 10 Nopember 1962. Yang diterima ialah tamatan SMA-B atau C. Lamanya pendidikan 3 tahun. Para tamatan akademi ini bertugas dalam bidang perawatan.

Sekolah Penata Anastesi dibuka pada akhir Nopember 1962. Para siswanya terdiri dari para perawat, baik yang berijazah SMP maupun yang tidak, sekurang-kurangnya sudah bekerja selama 3 tahun. Tamatan sekolah ini bertugas dalam bidang persiapan penderita sebelum operasi, pemberian anastesi dan kemudian perawatan sesudah dioperasi.

Sekolah Penata Rawat Anak dibuka akhir tahun 1962. Siswanya terdiri dari para perawat yang sudah mempunyai pengalaman bekerja 3 tahun atau lebih. Lamanya pendidikan 3 tahun. Setelah selesai, mereka akan bertugas dalam bidang perawatan anak.

Selain yang sudah disebutkan di atas, perbandingan antara keadaan pada akhir 1963 dengan yang direncanakan adalah sebagai berikut :

	Yang ada:	Yang direncanakan
Perawat Gigi	191 orang	200 orang
Perawat Fisioterapi	104 orang	400 orang
Analisis	741 orang	500 orang
Asisten Rontgen	233 orang	250 orang
Pencrangs Makanan Rakyat	185 orang	450 orang
Sanitarian (Pembantu Pemilik Hygiene)	200 orang	?
Kontrolir Kesehatan	204 orang	200 orang
Ahli Gizi (<i>Nutritionist</i>)	150 orang	200 orang
Guru Perawat	118 orang	250 orang
Guru Bidan	106 orang	225 orang
Pemelihara Kesehatan Rakyat (<i>Public Health Nurse</i>)	119 orang	200 orang
Bidan		4.445 orang
Perawat		2.724 orang
Pengamat Kesehatan C + Mantri Jururawat		18.942 orang
Pengamat Kesehatan A/B (Sanitation)		2.210 orang
Pengamat Kesehatan E (untuk persalinan)		1.807 orang
Pengamat Kesehatan F (laboratorium)		510 orang
Asisten Apoteker		3.067 orang

Dari tenaga-tenaga dengan dasar pendidikan SMP dan SMA sampai akhir tahun 1963 sudah dihasilkan 50% dari apa yang direncanakan. Beberapa jenis tenaga melebihi yang direncanakan, misalnya: Analis, Kontrolir kesehatan.

Kalau diperhitungkan kenaikan jumlah penduduk dari $\pm 95.000.000$ pada tahun 1960 menjadi $\pm 99.000.000$ pada akhir tahun 1963 dan kenaikan jumlah tempat tidur di rumah-rumah sakit, bertambahnya balai-balai pengobatan, maka jelaslah bahwa kekurangan akan tenaga kesehatan para-medik lebih besar.

Sekolah para-medik selain oleh Departemen Kesehatan diselenggarakan juga oleh Pemerintah Daerah, Angkatan Bersenjata maupun swasta.

Kwalitas para lulusan sekolah tersebut pada umumnya tergantung pada beberapa faktor yang mempengaruhinya, antara lain: dasar kemampuan yang telah dimilikinya, pendidikan yang diberikannya; baik teori maupun praktek, alat-alat dan buku pelajaran, tenaga pengajar serta keadaan lingkungan. Proses penerimaan siswa dari sekolah-sekolah tersebut dilakukan atas dasar nilai ijazah terakhir, di samping faktor tempat asal pelamar. Meskipun nilainya kurang memenuhi syarat yang telah ditentukan, tetapi jika seorang calon berasal dari daerah yang sangat kekurangan tenaga, ada kemungkinan pelamar itu diterimanya. Hanya beberapa sekolah melakukan pemilihan dengan jalan ujian.

Yang menentukan dapat-tidaknya seseorang diterima ialah sebuah panitia, yang beranggotakan Pimpinan sekolah, Wakil Kantor Inspeksi Kesehatan atau Dokter Kabupaten, serta anggota panitia lainnya. Panitia ini dibentuk secara resmi dengan surat keputusan atau secara informal. Di dalam ketentuan mengenai pendidikan yang diselenggarakan di lingkungan Departemen Kesehatan, memang tidak ada ketentuan yang mengatur penerimaan murid-murid oleh suatu panitia. Dalam kisah suka-dukaanya, panitia atau orang-orang yang bertanggung jawab dalam penerimaan kadang-kadang mengalami suatu kesulitan, berupa desakan dari orang-orang yang berkuasa atau terkemuka di daerah itu, yang meminta supaya calonnya yang tidak memenuhi syarat penerimaan dapat diterima. Dengan mengadakan pemilihan melalui ujian masuk dan kalau mungkin kemudian disusul dengan suatu wawancara dapat dihasilkan calon siswa yang baik.

Setiap sekolah sudah memiliki pedoman pendidikan sesuai dengan kondisinya. Karena pedoman tersebut disesuaikan dengan kemampuan sekolah yang bersangkutan, maka sudah barang tentu ada pedoman pendidikan yang sudah dianggap lengkap atau kurang. Di antaranya ada pedoman pendidikan yang sudah berusia lebih dari 10 tahun, tetapi belum pernah mengalami peninjauan kembali apakah perlu diubah ditambah atau dikurangi, sesuai dengan perkembangan kemajuan dalam ilmu kesehatan.

Dalam penyelenggaraan sekolah-sekolah atas dasar pedoman pendidikan tersebut tidak ada keseragaman. Masing-masing pimpinan sekolah dan gurunya memberikan pelajaran atas dasar pedoman yang sesuai dengan tafsirannya. Di antara para pengajar kadang-kadang diadakan rapat "Dewan Guru" untuk membicarakan pelajaran-pelajaran yang sudah diberikan, atau yang akan diubah. Karena banyaknya pekerjaan para pengajar, maka rapat tersebut jarang diselenggarakan.

Pengawasan dalam pelajaran praktek di bangsal umumnya dinilai belum memuaskan, oleh karena kurangnya tenaga yang mempunyai pendidikan dan pengalaman. Kadang-kadang terdapat juga kerja-sama yang kurang baik di antara, guru yang memberi teori dengan orang yang mengawasi praktek. Hal ini disebabkan karena latar belakang pendidikan yang berbeda.

Alat-alat peraga sebagai bahan pelajaran terdiri dari gambar dan model-model anatomi. Buku-buku pelajaran pada umumnya masih kekurangan. Bantuan alat peraga serta gambar anatomi pada mulanya diterima dari UNICEF. Selanjutnya karena kemudian kita keluar dari PBB, maka kebutuhan model-model anatomi harus dibeli oleh bagian pendidikan. Kesulitan keuangan, karena tersedianya anggaran yang terbatas, menyebabkan buku-buku pelajaran harus dibeli sendiri oleh para siswa. Bantuan buku pelajaran hanya dapat diberikan oleh pemerintah 50% dari pada kebutuhan. Akibatnya tentu saja menyulitkan para siswa dalam mengikuti pelajaran.

Mengenai tenaga pengajar, pada akhir tahun 1963 apabila jumlah guru perawat dan guru bidan, yang terdiri dari 118 orang guru perawat dan 106 guru bidan, dibandingkan dengan jumlah sekolah dalam bidang perawatan dan kebidanan sebanyak 93 buah Sekolah Pengamat Kesehatan C/D, 38 Sekolah Perawat, 20 buah Sekolah Pengamat Kesehatan E dan 41 Sekolah Bidan, maka jelas masih sangat kekurangan tenaga guru. Meskipun dibandingkan dengan keadaan pada tahun 1950-1955 sudah terdapat kemajuan. Lebih dari 50% dari Sekolah Pengamat Kesehatan C dan D belum mempunyai seorang guru perawat dan hanya beberapa Sekolah Juru Kesehatan dipimpin oleh seorang guru perawat. Dapat dikatakan bahwa pada setiap Sekolah Bidan sudah ada sekurang-kurangnya seorang Guru Bidan.

Kadang-kadang unsur lingkungan memberikan pengaruh yang kurang baik kepada pendidikan calon perawat, tekanan ekonomi pada para petugas di bangsal, yang memberi contoh kepada para siswa, dapat mempengaruhi mutu perawatan. Para petugas umumnya menunjukkan sikap kurang disiplin dalam pekerjaan. Gejala buruk lainnya ialah banyaknya barang yang hilang serta sering terjadinya obat atau injeksi yang tidak diberikan kepada penderita. Semuanya ini membawa pengaruh yang kurang baik terhadap para siswa yang sedang dalam pendidikan.

Segi lain yang memberikan pengaruh langsung kepada para siswa ialah masalah anggaran belanja makan di asrama yang tidak disesuaikan dengan meningkatnya harga bahan makanan, sehingga mutu makanan yang dapat diberikan kepada para siswa kurang baik. Akibatnya berpengaruh buruk pada prestasi belajar dan kerja mereka.

Hal lain yang memberikan pengaruh buruk terhadap para siswa ialah sangat terbatasnya uang saku yang diterima para siswa. Akibatnya mereka sebagai siswa sering melakukan hal-hal yang kurang terpuji, seperti misalnya mengambil obat suntikan untuk menyuntik orang di luar rumah-sakit agar dapat uang atau meminta imbalan pada seorang penderita, hal yang sudah menjadi tugas kewajibannya.

**JUMLAH DAN JENIS SEKOLAH PARAMEDIK
PADA AKHIR TAHUN 1963**

Jenis Sekolah	Jumlah	Jumlah kumulatif tenaga yang dihasilkan
Dengan Dasar S R :		
Sekolah Juru Kesehatan	112	7.948
Sekolah Pengamat Kesehatan A/B	11	2.210
Sekolah Pengamat Kesehatan C	86	6.843
Sekolah Pengamat Kesehatan D	7	18.942
Sekolah Pengamat Kesehatan E	20	1.807
Sekolah Pengamat Kesehatan F	3	510
Sekolah Pengunjung Rumah KIA	2	513
Kursus Juru Cacar	11	652
Dengan Dasar SMP/SKP :		
Sekolah Bidan	41	4.445
Sekolah Perawat A (Umum)	37	2.724
Sekolah Perawat B (Jiwa)	2	243
Sekolah Perawat Gigi	1	191
Sekolah Perawat Fisioterapi	1	104
Sekolah Analis	3	741
Sekolah Asisten Apoteker	17	3.067
Sekolah Asisten Rontgen	2	233
Sekolah Menengah Kesehatan Atas		
Jurusan Gizi	1	185
Dengan Dasar SMA atau yang sederajat:		
Akademi Kontrolir Kesehatan	2	204
Akademi Nutritionis	1	150
Akademi Perawatan	1	--
Sekolah Guru Perawat	1	118
Sekolah Guru Bidan		106
Sekolah Pemeliharaan Kesehatan Rakyat	1	119
Sekolah Penata Anastesi	1	--
Sekolah Penata Rawat Anak	1	--
Sekolah Pemhantu Penilik Hygiene	1	12

Pendidikan Kedokteran.

Bila setelah pengakuan kedaulatan, kita hanya memiliki 3 buah Fakultas Kedokteran (umum dan gigi) di Jakarta, Yogya dan Surabaya, maka pada tahun 1960 telah bertambah menjadi 8 buah yakni: di Bandung (Universitas Pajajaran), di Semarang (Universitas Diponegoro), di Medan (Universitas Sumatera Utara), di Padang

(Universitas Andalas), di Ujungpandang (Universitas Hasanuddin), di samping yang lama.

Walaupun belum semua fakultas pada saat itu menghasilkan dokter karena pendidikan dokter membutuhkan waktu sekarang-kurangnya 6 tahun, tetapi tujuan agar di tahun 1963 dapat dihasilkan 400 orang dokter setahun telah dapat dicapai.

Penambahan tenaga guru besar mengalami kemajuan pesat. Apabila pada masa awal kemerdekaan hanya ada dua orang asisten profesor (kira-kira sama tingkatnya sekarang dengan seorang lektor kepala), maka pada tahun 1963 terdapat 111 guru besar terdiri dari 53 guru besar biasa dan 58 guru besar luar biasa serta sejumlah staf pengajar pada berbagai fakultas kedokteran dengan jumlah tidak kurang dari 1.849 orang.

Bila pada saat pengakuan kedaulatan kita hanya mempunyai kira-kira 750 orang dokter dan 100 orang dokter gigi Indonesia, maka pada tahun 1963 kita memiliki 1.225 orang dokter dan 225 dokter gigi.

Dilihat dari jumlah penduduk Indonesia, ini berarti bahwa seorang dokter rata-rata melayani 70.600 orang. Akan tetapi karena penyebarannya tidak merata, untuk dapat melayani masyarakat secara merata masih banyak lagi tenaga dokter diperlukan. Jumlah dokter gigi sebanyak 225 orang pada tahun 1963 masih jauh berada di bawah kebutuhan.

5. Farmasi, termasuk Obat tradisional.

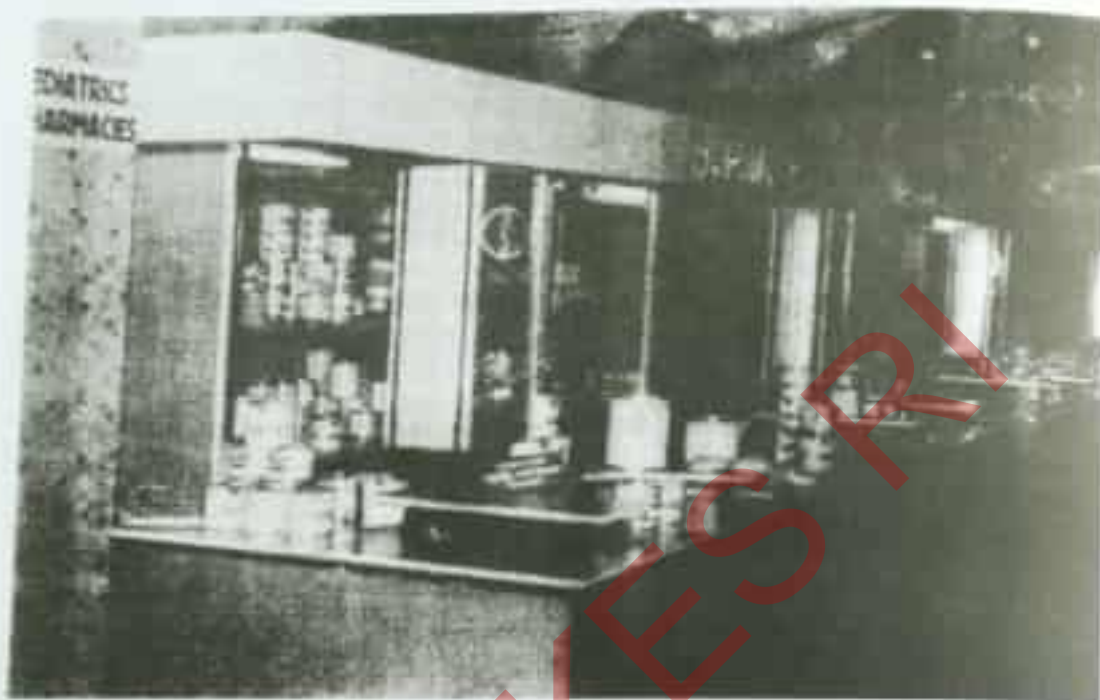
Pada tahun 1953 Fakultas Farmasi Universitas Gajah Mada menghasilkan ahli farmasinya yang pertama, sedang Fakultas Farmasi Bandung pada tahun 1955. Sejak tahun 1960 tiap tahun dihasilkan oleh kedua Fakultas tersebut 100 ahli farmasi. Ahli-ahli farmasi muda inilah yang kemudian memimpin pabrik-pabrik dan laboratorium serta apotik-apotik. Fakultas farmasi yang pada tahun 1955 hanya ada 2 buah kini telah berkembang menjadi 10 buah.

Pada masa konfrontasi dengan Belanda memperjuangkan pembebasan Irian Barat, semua ahli farmasi asing, yang merupakan 60% dari jumlah keseluruhannya, telah meninggalkan Indonesia. Semua pos yang kosong ternyata dapat diisi oleh ahli farmasi Indonesia. Sejak tahun 1957 Pemerintah Indonesia tidak lagi menggunakan ahli farmasi asing, dan sejak itu pula kita dapat mencukupi kebutuhan sendiri dalam bidang farmasi.

Pada tahun 1965 telah terdapat 191 ahli farmasi dan 90% dari mereka adalah lulusan Indonesia. Mengenai kegiatan para ahli farmasi selama masa ini, antara lain telah berhasil menyusun buku "*Farmakope Indonesia*" jilid I dan II, yang masing-masing terbit pada tahun 1962 dan 1965. Kecuali merupakan karya yang membanggakan, Farmakope Nasional ini penting, karena sepenuhnya mengganti Farmakope Belanda, yang sebelumnya selalu digunakan sebagai patokan.

Seminar Nasional Penggalan sumber Alam Indonesia untuk farmasi diselenggarakan di Yogyakarta, pada bulan Nopember-Desember 1964. Seminar ini didahului dengan suatu musyawarah kerja pendahuluan, yang diselenggarakan pada bulan Maret 1964 di Bandung.

Kongres Nasional sarjana Farmasi Seluruh Indonesia diselenggarakan pada bulan Pebruari 1965. Di samping bertujuan menggalang tenaga sarjana farmasi, baik



Pameran Farmasi Negara di Hotel Indonesia, Tahun 1964.

yang apoteker maupun yang non-apoteker, kongres juga membahas masalah pembangunan farmasi sebagai pelaksanaan prinsip berdiri di atas kaki sendiri.

Beberapa Pemerintah Daerah ternyata menaruh perhatian dalam usaha menggalang sumber obat-obat asli. Partisipasi pemerintah daerah diwujudkan dalam bentuk kerjasama dengan ahli farmasi untuk melakukan inventarisasi, penelitian serta menggalang kekayaan alam daerahnya. Maka terbentuklah Yayasan Materia Medica Jawa Timur, Lembaga Materia Medica Jawa Tengah, dan Komando Pelaksanaan untuk Penggalan Sumber Alam Jawa Barat bagi Farmasi.

Kegiatan-kegiatan ini sekaligus merupakan pengintegrasian dana dan tenaga daerah dengan fasilitas penelitian yang terdapat pada lembaga-lembaga perguruan tinggi di daerah masing-masing.

Pendidikan tenaga menengah, Asisten Farmasi, lamanya 3 tahun sudah SMP. Sampai dengan awal tahun 1965 terdapat 16 buah Sekolah Asisten Apoteker, 7 buah diurus oleh Departemen Kesehatan yang menghasilkan 400 Asisten Apoteker - tiap tahun, 75% dari mereka adalah wanita. Sebelum tahun 1945 jumlah Asisten Apoteker kurang dari 1.000 orang, sedang sampai awal tahun 1965 telah mencapai jumlah 5.000 orang.

Pengambil-alihan perusahaan-perusahaan farmasi Belanda serta pemusatan urusan produksi, impor dan distribusi pada Departemen Kesehatan sejak tahun 1959 sangat berpengaruh terhadap sektor produksi dalam negeri. Sejak tahun 1959 itu dimulailah pelaksanaan rencana 5 tahun Departemen Kesehatan. Menurut rencana, selambat-lambatnya awal tahun 1965 impor obat paten (obat jadi) akan dihentikan. Sambil menunggu dibangunnya industri kimia dasar, bahan baku untuk industri "processing" masih perlu diimpor dari luar negeri.

Dengan ini dimulailah babak baru dalam bidang farmasi, di mana sektor produksi, khususnya industri, mulai berkembang. Hal ini berpengaruh langsung pada bidang penelitian dan pendidikan serta perkembangan ilmu farmasi. Teknologi farmasi mulai berkembang dan menemukan bentuk-bentuknya yang khas Indonesia.

Meningkatnya produksi dalam negeri berakibat makin bertambahnya kegiatan penyelidikan dan penelitian analisa kimia farmasi yang dilakukan di pabrik-pabrik dan lembaga-lembaga pemerintah, yang sangat penting dalam rangka "drug control" pengawasan obat. Penelitian kimia analisa farmasi, yang bertujuan menemukan metode yang sesuai dengan peralatan dan kondisi Indonesia, banyak pula dilakukan.

Di Indonesia produksi obat dilaksanakan oleh pabrik pemerintah serta perusahaan negara dan swasta. Sebagian besar dari pabrik-pabrik ini hanya melaksanakan assembling, karena bahan pokoknya didatangkan dari luar negeri. Pabrik obat Pemerintah di Manggarai membuat obat-obat untuk keperluan rumah-rumah sakit dan balai-balai pengobatan Pemerintah. Ada 6 Perusahaan Negara yang memproduksi obat, yaitu :

1) PN. Pharmasi Bhinneka Kina Pharma.

Pabrik ini telah berdiri sejak jaman Belanda dan merupakan satu-satunya pabrik yang menghasilkan kina dan yodium. Di samping kedua hasil tersebut, pabrik ini

juga menghasilkan tablet-tablet, pil-pil, vaksin dan serum. Hasil kina kecuali digunakan untuk keperluan dalam negeri juga diekspor ke Jepang, Jerman Barat, USA, Belgia, RRC, Perancis, Bulgaria. Pada tahun 1958 ekspor kina hanya 10 ton, akan tetapi pada tahun 1964 telah meningkat menjadi 71 ton.

2) PN. Biopharma.

Sebelum perang PN Biopharma disebut Institut Pasteur, yang membuat serum dan vaksin. Hasil-hasil yang paling penting dari PN Biopharma ialah: Vaksin-vaksin cacar, rabies, kholera, tetanus, difteri, dan serum anti bisa ular. Pada tahun 1964 Biopharma menghasilkan vaksin cacar kering secara pembekuan, test-serum untuk golongan darah dan vaksin pertussis. Mulai tahun 1965 diadakan penyelidikan-penyelidikan untuk membuat vaksin influenza dan vaksin anti-polio.

3) PN. Pharmasi Nakula Pharma, 4) Nurani Pharma dan 5) Raja Pharma.

PN-PN ini di samping memiliki pabrik-pabrik juga memiliki apotik-apotik yang tersebar di Indonesia.

6) PN. Sari Husada.

Pabrik ini berhasil membuat makanan bayi SCM serta membuat makanan-makanan yang tidak bersifat obat, misalnya saridele dan beras carusia yang dibuat dari jagung.

Mengenai perusahaan swasta, pada tahun 1945 hanya ada 3 pabrik farmasi swasta. Pada tahun 1965 jumlahnya telah mencapai 70. Umumnya terdiri dari pabrik-pabrik yang didirikan di kota-kota besar misalnya : di Medan, Palembang, Jakarta, Bandung, Semarang dan Surabaya. Mereka hanya melaksanakan assembling. Namun demikian, mereka telah memberi sumbangan yang besar, dalam arti ikut menghemat devisa; di antaranya yang perlu disebut adalah *Kasa Husada*, dan pabrik pembalut di Lawang, yang telah berhasil membuat alat-alat pembalut dan plester.

Ada 3 jenis distributor obat, yaitu: pedagang besar, apotik dan toko obat. Pemerintah mengusahakan agar di tiap Kabupaten sedikitnya ada satu apotik. Hal ini tergantung dari banyaknya dokter praktek. Jika dianggap perlu, seorang dokter dapat mendirikan sebuah apotik dokter.

Sejak tahun 1964 jumlah apotik mengalami penambahan antara 40-50 buah tiap tahunnya. Apotik-apotik pada umumnya diorganisir oleh PN Pharmasi, Raja Pharma, Nakula Pharma dan Nurani Pharma.

Obat-obat asli Indonesia dibuat oleh pabrik Jago Pharma yang dulu bernama Jamu Cap Jago. Pabrik ini telah berjalan dengan baik sejak lama. Di samping pabrik obat asli Indonesia, ada perusahaan-perusahaan kecil, yang hasilnya diedarkan oleh para penjual jamu wanita sebagai jamu gendong.

Beberapa perusahaan membuat obat asli dalam bentuk modern, seperti tablet temulawak, tablet galian singlet dan sebagainya.

Seperti telah dikemukakan terdahulu, pembuatan obat di Indonesia dilakukan oleh pemerintah, perusahaan negara maupun perusahaan swasta.

Daftar di bawah ini menunjukkan produksi beraneka obat dalam bentuknya, yang dihasilkan oleh pabrik-pabrik pemerintah, perusahaan negara dan swasta.

Produksi dari pabrik-pabrik pemerintah

Tahun	1959	1960	1961	1962	1963
Ampul	1.342	2.925	3.977	2.189	2.023
Tablet	207	337	545	495	307
Lain-lain	18	7	37	—	3

Catatan : Ampul dalam jumlah ribuan, Tablet dalam jumlah jutaan, lain-lain (termasuk Bedak, Sabun, Minyak rambut) dalam jumlah ton.

Produksi Perusahaan Negara.

Tahun	1959	1960	1961	1962	1963
Tablet/pil	901	1.132	1.029	1.839	1.134
Ampul	4	5	8	6	3,3
Salep	7	9	32	35	524
Lain-lain	739	672	964	651	1.591

Catatan : Tablet/pil dalam jumlah ribuan, Ampul dalam jumlah ribuan, Salep dalam jumlah ton, Lain-lain dalam jumlah ton. Dalam lain-lain termasuk: bedak, sabun dan minyak rambut (wangi).

Produksi obat-obat Perusahaan swasta.

Tahun	1961	1962	1963
Tablet/pil	2.600	2.212	1.887 (ribu)
Cairan	646	820	201 (ribuan liter)
Puder	419	226	64 (ton)
Salep	69	80	42 (ton)
Ampul	6,8	13	14 (ribu)
Kapsul	9,2	2,5	4 (ribu)

Perkembangan jumlah pabrik obat (Pemerintah, Perusahaan Negara, Perusahaan Swasta) adalah sebagai berikut : 1959: 27, 1960: 31, 1961: 34, 1962: 63, 1963: 67, 1964: 72.

Bahan obat-obat Indonesia (Materia Medica) termasuk ramuan-ramuan yang biasa dipergunakan dalam rumah-rumah tangga terdiri lebih dari 1.000 jenis. Banyak dari tumbuh-tumbuhan yang disebut dalam beberapa buku, farmakope ; tumbuh di sini.

Kebanyakan tumbuh-tumbuhan yang dipergunakan untuk obat itu termasuk dalam golongan; *Labiatae*, *Compositae*, *Rubiaceae*, *Umbelliferae*, *Solanaceae*, *Apo-cyanaceae* dan *Euphorbiaceae*.

Jenis-jenis obat di Indonesia yang sejak beberapa abad sampai sekarang masih dipergunakan tidak terhitung banyaknya. Pada kenyataannya dari ramuan-ramuan asli ini masih harus diketemukan bagian-bagian tertentu yang dapat dipergunakan dalam obat modern. Hal ini hanya dimungkinkan bila kita dapat memisahkan unsur-unsur farmakologinya.

Semenjak dimulainya pekerjaan ini, beberapa tumbuh-tumbuhan yang dianggap berkhasiat telah diperiksa oleh para ahli. Sebagian dari tumbuh-tumbuhan ini telah terbukti berfaedah dan telah dipergunakan. Kebanyakan dari jenis tumbuh-tumbuhan tersebut tumbuh liar dan beberapa ada yang telah dipelihara.

Jenis-jenis dari tumbuhan ini ialah: *Alstonia scholaris* (kulit), *Ammonium cardamomum* (buah), *Acorus calamus* (akar batang), *Alpinia galanga* (akar barang), *Blumea balsamifera* (daun), *Brugmansia saaviolens* (daun dan bunga), *Capsicum annuum* (buah), *Cola nitida* (buah biji), *Ciccamomum zeylanicum* (kulit), *Coriandrum sativum* (buah), *Cucurbita moschata* (benih), *Curcuma xanthorrhiza* (akar batang), *Eugenia caryophyllata* (buah) *Faeniculum vulgate* (buah-minyak), *Myristica fragrans* (buah), *Orthosiphon stamineus* (daun), *Punica granatum* (kulit); *Tamarindus indica* (buah-daging), *Shorea species* (minyak), *Strobilanthus crispus* (daun), *Symplocos odoratissima* (daun), *Zingiber officinale* (akar batang), *Clausena anisata* (daun-minyak), *Rauwolfia serpentina* (kulit), *Rauwolfia verticellata* (kulit), *Digitalis purpurea* (daun), *Digitalis lata* (daun), *Thymus vulgaris* (rumput), *Melauca leucodendron* (daun-minyak), *Valeriana officinalis* (akar batang).

6. Laboratorium.

Laboratorium merupakan salah satu sarana terpenting dalam bidang kesehatan. Selain untuk membantu diagnostik, laboratorium besar memeriksa makanan/minuman dan air minum untuk umum, membuat vaksin, serum, antitoksin dan bahan-bahan biologis, pula mengadakan penyelidikan-penyelidikan yang diperlukan pada pemberantasan penyakit, baik yang menular maupun yang tidak menular. Hal yang tersebut di belakang ini belum banyak dilaksanakan, karena belum lengkapnya alat-alat laboratorium serta kurangnya tenaga terlatih yang melayani alat-alat tersebut. Meskipun demikian, beberapa usaha pantas disebutkan.

Di dalam hal pengiriman faeces dengan dikeringkan pada kertas saringan, telah dicapai basil yang baik dalam metode pemeriksaan terhadap hasil disentri dan basil typhus serta paratyphus berdasarkan hasil penelitian *Lie Kian Joe*. *Gan Khoen Han* cs telah pula mencoba mengirim darah & empedu guna pemeriksaan typhus serta paratyphus dengan cara pengeringan. Sebuah cara pewarnaan cepat kuman tuberkulosis telah diajukan oleh *Tan Thian Hok* cs, disertai suatu ikhtiar mengenai cara-cara

pemeriksaan dahak terhadap kuman tuberkulosis. *Lie Khing Ting* pada tahun 1959 telah mencoba membuat diagnosa poliomyelitis dengan biakan jaringan. *Lo Siaw Goen* telah berusaha mempertinggi mutu vaksin antirabies pada tahun 1959, ia telah berhasil membuat serum anti-rabies. Serum anti bisa ular telah dapat dititrasi sejak tahun 1959 oleh Nasution. Kecepatan rusak anti-toksin difteri diselidiki oleh Koes-darminta.

B. KEGIATAN USAHA

1. Pemberantasan Penyakit Menular

a. Malaria

Penyakit malaria adalah penyakit rakyat yang selalu berkembang dengan subur di Indonesia. Diperkirakan bahwa angka kematian yang disebabkan malaria mencapai 120.000 tiap tahun. Malaria menyerang rakyat di daerah-daerah produktif, karenanya kerugian yang diakibatkan penyakit ini antara lain berupa kerugian jam kerja, biaya pengobatan dan lain-lain yang menelan biaya banyak. Pada tahun 1958 kerugian akibat penyakit ini diperkirakan sebesar Rp. 3.500.000.000,

Kegiatan penanggulangan malaria telah dilaksanakan dalam 3 (tiga) tahap, yaitu:

1. Sampai tahun 1952, berupa usaha penanggulangan malaria terbatas.
2. Periode tahun 1952-1959, melaksanakan pemberantasan malaria dengan insektisida.
3. Dalam tahun 1959 dimulai dengan pembasmian malaria di Jawa, Bali dan Lampung.

Usaha-usaha pembasmian malaria yang dijalankan dari tahun 1959 hingga tahun 1963 memang efektif, tetapi karena kemudian mengalami kesulitan keuangan serta bantuan luar negeri, maka usaha-usaha tersebut dilanjutkan secara terbatas.

Meskipun demikian, teknik pemberantasan tetap disesuaikan dengan prosedur pembasmian, yakni meliputi usaha-usaha persiapan, penyemprotan serta pencarian penderita (*surveillance*) di seluruh Jawa dan Bali. Pemberantasan wabah yang dilaksanakan di Jawa berhasil dengan baik. Keberhasilan tersebut disebabkan karena faktor-faktor komunikasi yang baik serta tersedianya tenaga terdidik yang cukup. Di daerah luar Jawa dan Bali usaha pemberantasannya belum dapat berhasil dengan baik.

Kesulitan timbul dengan kebalnya *A. sudaicus* di pantai utara terhadap DDT, demikian juga *A. aconitus* di pantai utara terhadap Dieldrin dan DDT.

Di luar Jawa dilakukan usaha-usaha survey & penanggulangan wabah di daerah-daerah yang banyak hubungannya dengan proyek-proyek ekonomi, transmigrasi dan pariwisata.

Mengenai Sejarah permulaan dan perkembangan usaha pembasmian malaria dapat dituturkan sebagai berikut.

Melihat usaha yang berhasil dalam upaya memberantas malaria dengan insektisida, maka pemerintah mempertimbangkan, apakah sifat pemberantasan malaria

(*malaria control*), yang hingga waktu itu masih dilaksanakan, dapat dirobah dijadikan pembasmian malaria (*malaria eradication*). Pembasmian malaria berarti melenyapkan malaria dari seluruh penjuru tanah air.

Berdasarkan hasil penyelidikan serta pengalaman yang diperoleh, dapat disimpulkan bahwa penyakit malaria di Indonesia dapat dilenyapkan. Untuk mencapai itu, maka cara kerja harus dirobah dan diperbaharui sama sekali.

Lembaga Malaria dengan dibantu oleh ICA dan WHO menyiapkan rencana untuk pembasmian malaria. Rencana tersebut pada tanggal 17 September 1958 telah disetujui oleh Dewan Menteri.

Dengan demikian, maka mulai saat itu cara kerja yang dijalankan oleh Lembaga Malaria berubah sifatnya. Pekerjaan operasional menjadi meluas dan usaha penyelidikan menjadi agak terdesak.

Berhubung dengan semakin luasnya pekerjaan operasional, maka diperlukan suatu bagian yang khusus bertugas di lapangan. Oleh karenanya dikeluarkan surat keputusan Menteri Kesehatan No. 57335/UP/Kab tertanggal 13 Maret 1959, yang mengatur pembentukan Dinas Pembasmian Malaria dilingkungan Lembaga Malaria. Dinas tersebut bertugas menyelenggarakan pekerjaan operasional. Kemudian, karena beberapa pertimbangan, maka dengan surat keputusan Menteri Kesehatan No. 199441/UP/Kab tanggal 12 September 1959 ditetapkan bahwa Dinas Pembasmian Malaria ditempatkan langsung di bawah pimpinan dan pengawasan Menteri Kesehatan. Dengan surat keputusan itu, maka mulai tanggal 17 September 1959 Dinas Pembasmian Malaria secara organisatoris dan administratif lepas dari Lembaga Malaria, menjadi instansi yang berdiri sendiri. Ini berarti bahwa mulai saat itu pekerjaan operasional sudah dilepaskan dari Lembaga Malaria, dan tugas Lembaga Malaria hanya terbatas pada bidang penyelidikan.

Meskipun secara organisatoris dan administratif Dinas Pembasmian Malaria sudah terpisah dari Lembaga Malaria, akan tetapi tugas kewajiban yang harus dijalankan oleh kedua instansi itu mempunyai kaitan yang erat satu dengan lainnya. Lembaga Malaria mempunyai tugas membantu Dinas Pembasmian Malaria dengan pekerjaan-pekerjaan di laboratorium.

Pada bulan Januari 1959 telah ditandatangani persetujuan pembasmian malaria yang ditangani secara bersama oleh Pemerintah, WHO dan USAID. Direncanakan dalam tahun 1970 malaria akan terbasmi, hilang dari bumi Indonesia. Program tersebut pada mulanya dilaksanakan di Jawa, Bali dan Lampung; tahap berikutnya baru diarah lainnya.

Kegiatan pembasmian meliputi :

- penyemprotan rumah di seluruh Jawa, Bali dan Lampung selama *tahap attack*.
- penemuan penderita secara aktif & pasif dan pengobatan radikal terhadap yang positif pada bagian akhir tahap *attack* & tahap konsolidasi.
- penyelidikan entomologi.
- penataran tenaga.

Dinas Pembasmian Malaria (DPM) yang dibentuk tanggal 12 September 1959



*Operasi Pembasmian Malaria di Lampung Selatan.
1. Uraian oleh Menteri Kesehatan Prof. dr. Satrio.
2. Pasukan Penyemprot DDT.*

12 Nopember 1960

berdasarkan suatu keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, kemudian dirobah menjadi *Kornando Operasi Pembasmian Malaria (KOPEM)*, pada tanggal 1 Januari 1963 (lihat gambar organisasi KOPEM terlampir). Menteri Kesehatan Republik Indonesia menjabat sebagai "Direktur Umum" dengan dibantu oleh 2 orang Direktur, seorang dalam bidang teknis dan seorang dalam bidang eksekutif.

KOPEM merupakan suatu "task force" dari Departemen Kesehatan dengan tugas khusus membasmi penyakit malaria. Tugas tersebut sesuai dengan perintah Presiden, bahwa Indonesia harus dibebaskan dari penyakit malaria dalam waktu singkat.

Karena sifat kegiatannya operasional, maka operasi yang dijalankan agak bersifat "semi-militer". Bentuk dan struktur organisasinya pun menyerupai "poly militer" yang bergerak khusus membasmi musuh rakyat, yakni penyakit malaria.

Dalam kegiatannya, KOPEM berprinsip mencapai suatu "total coverage" yaitu menyemprot seluruh bangunan yang didiami manusia.

Usaha mulai dengan didahulukan daerah-daerah yang terpadat penduduknya ialah: Jawa, Bali dan Lampung. Luas area yang dibasmi dibagi dalam "daerah" (Daswati I), "zone" (satu atau beberapa Daswati II) dan "sektor" sebagai unit operasional.

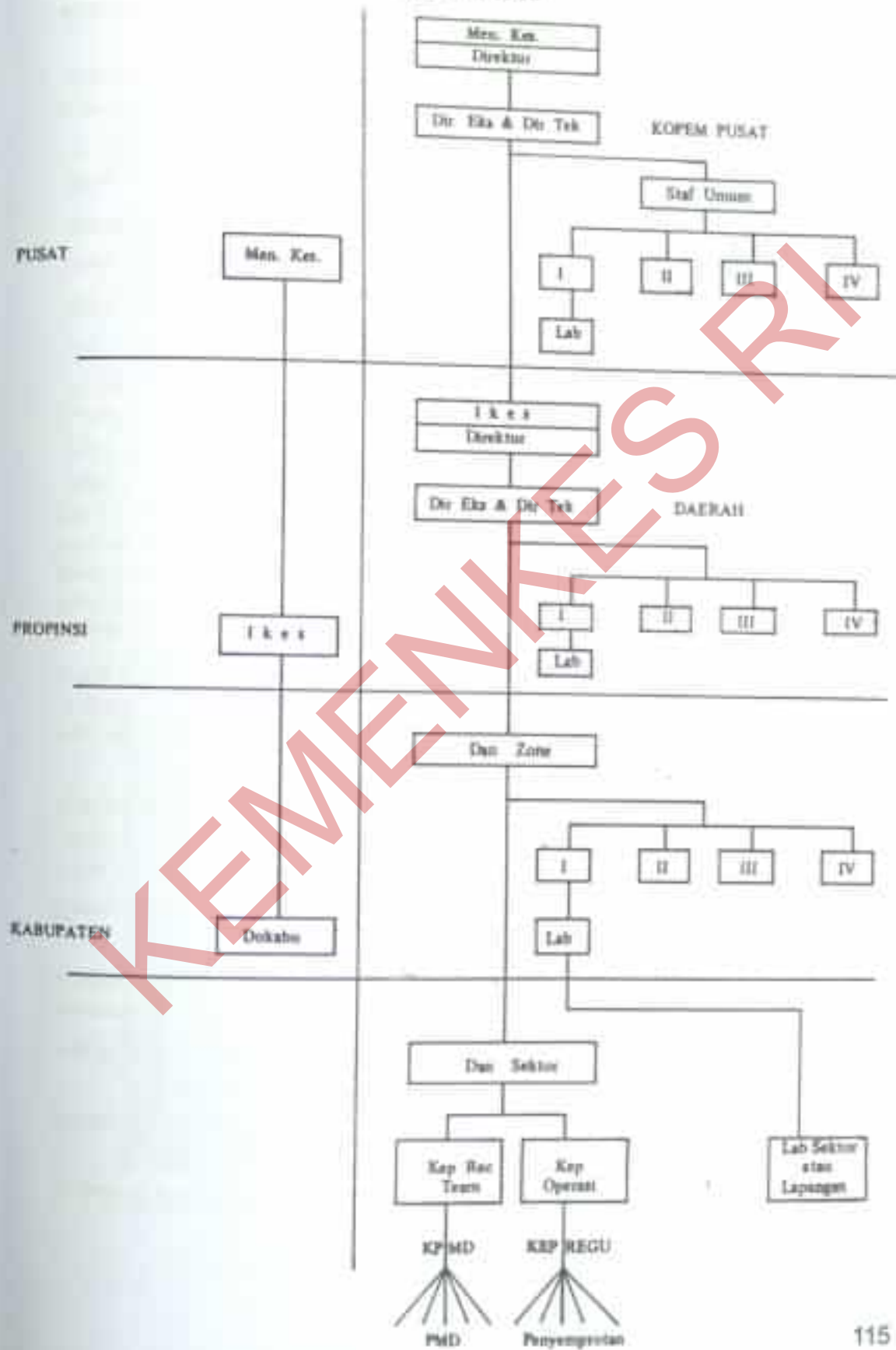
Sampai tahun 1960 di Jawa, Bali dan Lampung telah 64,5 juta penduduk mendapat perlindungan. Hal ini berarti pula bahwa luas pembasmian telah mencakup areal seluas 169.785 kilometer persegi, yang didiami oleh lebih kurang 70% penduduk Indonesia, kira-kira meliputi 25.000 perkampungan/pedesaan. Di daerah pedesaan indeks parasit anak dari 22,12% turun menjadi 0,21418% setelah diadakan penyemprotan. Jumlah tenaga yang dikerahkan untuk penyemprotan sebanyak 36.000 orang.

Tenaga-tenaga KOPEM ini tersebar di seluruh pelosok di mana aktivitas dijalankan. Mereka ini sudah terlatih dan terdidik, bukan hanya dalam bidang operasi malaria saja, tetapi juga dalam bidang kesehatan rakyat. Mereka juga merupakan tenaga kader pembangunan serba guna. Hal ini dibuktikan dengan partisipasi mereka dalam operasi pencegahan wabah cacar, operasi buta gizi dan penyakit-penyakit rakyat lainnya. Sebagai akibat dari hasil gemilang yang telah dicapai dalam usaha pembasmian malaria, maka pergutuan tinggi mengalami kesulitan memberikan pelajaran klinik kepada mahasiswanya, karena penderita penyakit ini hampir tidak pernah dijumpai lagi.

Pada akhir tahun 1963, dalam rangka pembasmian malaria dengan racun serangga DDT, telah dijalankan penyemprotan rumah-rumah di seluruh Jawa, Bali dan Lampung, sehingga ± 64,5 juta penduduk telah mendapat perlindungan dari kemungkinan serangan malaria.

Usaha dilanjutkan dengan kegiatan "surveillance" dalam 33 zone dari jumlah 42 zone, yang berhasil memastikan menurunkan "parasite index" dengan cepat yaitu dari 15% menjadi di bawah 2%. Pemberantasan penyakit malaria ternyata tidak dapat diteruskan sesuai dengan sistem "malaria eradication programme" karena tiadanya biaya serta ICA tidak lagi memberikan bantuannya berupa DDT/Dieldrin

ORGANISASI "KOMANDO OPERASI PEMBIASMIAN MALARIA" (KOPEM) 1959 s/d 1968



serta alat perlengkapan lainnya. Kegiatan pembasmian malaria nampak menurun, penyemprotan tidak dapat berjalan sebagaimana mestinya. Penyelidikan epidemiologi sangat jarang dilakukan. Usaha pembasmian malaria di Jawa dan Bali tidak terlindung dari "kemasukan penderita malaria dari luar" (*imported cases*).

Jumlah penduduk yang dilindungi dengan penyemprotan ialah sebagai berikut:

Tahun	Jumlah
1960	14.092.645 orang
1961	34.140.513 orang
1962	41.470.195 orang
1963	61.540.546 orang
1964	63.091.650 orang
1965	2.300.000 orang

Dari data tersebut di atas terlihat bahwa hasil terbaik tercapai pada tahun 1964. Sesudah tahun tersebut angka malaria terus meningkat karena beberapa sebab, yaitu: biaya operasi dari pemerintah berkurang dan adanya peristiwa G30/S/PKI yang menyebabkan program-program terbengkelai, kendaraan tidak terpelihara, karena tidak adanya fasilitas serta terlambatnya laporan yang diterima. Di samping itu penyebab lainnya ialah penghentian bantuan dari USAID yang berupa DDT, obat anti-malaria, "sprayers", kendaraan dan lain-lain, serta pengurangan bantuan tenaga expert WHO.

Problema teknis yang dihadapi pada saat ini ialah: meluasnya daerah di mana vector *A. aconitus* menjadi kebal terhadap DDT dan/atau Dieldrin di Jawa Tengah & Jawa Timur; resistensi *P. falciparum* dan *P. malariae* terhadap Pyrethramine dan Proguanil serta meningkatnya toleransi *P. vivax* terhadap Primaquine.

Dalam pada itu Lembaga Malaria mendapat tugas tambahan, ialah melakukan penelitian ilmiah pada bidang penyakit yang disebarkan oleh serangga. Untuk jelasnya, tugas kewajiban Lembaga Malaria selanjutnya meliputi hal-hal sebagai berikut:

- 1) Menjalankan pemeriksaan bahan-bahan dalam lapangan malaria yang datang dari daerah-daerah.
- 2) Menjalankan penyelidikan-penyelidikan experimental dalam lapangan malaria dan penyakit-penyakit lainnya, yang sifatnya bersamaan atau hampir bersamaan.
- 3) Mengadakan penilaian terhadap barang-barang dan bahan-bahan yang diterima dari luar negeri yang akan digunakan dalam pembasmian malaria.
- 4) Membantu memberantas penyakit malaria di daerah-daerah yang belum masuk dalam program pembasmian malaria.
- 4) Memperkembangkan Lembaga Malaria ke arah pembentukan lembaga penyakit-penyakit yang disebarkan oleh serangga.
- 6) Mengadakan publikasi-publikasi dalam lapangan pekerjaannya.

Cacar di Wonogiri, 15 Desember 1960.



*Saridi umur 20 tahun ds. Ngredjosari Kl. Ngredjosari Ass. Djatisrono
diperiksa tanggal 19 Nopember 1960.*

Tugas kewajiban Lembaga Malaria dititik-beratkan pada pekerjaan penyelidikan. Lembaga ini juga selalu siap sedia menerima laporan masalah-masalah dalam lapangannya dari siapa pun untuk diselidiki lebih lanjut.

b. Cacar

Seperti telah diketahui, pola pemberantasan penyakit cacar hingga kini berupa diselenggarakannya vaksinasi rutin dan penanggulangan wabah, dalam waktu mana diadakan vaksinasi massa serta pemeliharaan para penderita yang dikumpulkan di tempat-tempat perawatan darurat. Vaksinasi rutin adalah tugas dan dibiayai oleh Pemerintah Daerah Swatantra tingkat I, dan kapan dan dimana ada wabah, Pemerintah Pusat cq Departemen Kesehatan memberikan bantuannya. Vaksin cacar harus dibeli oleh Pemerintah Daswati I dari PN Biopharma, hal mana membuat pelaksanaan di daerah-daerah tidak sama. Hambatan-hambatan lain pun ada saja, misalnya: Mantri cacar tidak sepenuhnya menjalankan tugasnya karena gaji dan uang jalan tidak mencukupi; daerah-daerah yang keamanannya terganggu sukar dimasuki, hingga ada rakyat setempat yang tidak mendapatkan vaksinasi kurang lebih lima tahun. Sedang pada dasarnya hasil baik hanya dapat diperoleh, apabila sekurang-kurangnya 80% dari seluruh penduduk dicacar dan 100% dari bayi yang berumur 3 (tiga) bulan sampai 1 (satu) tahun mendapat pencacaran pertama (*primair*). Untuk koordinasi, maka pada tahun 1963 diusahakan memasukkan semua tindakan ke dalam apa yang dinamakan "Rencana 5 tahun pemberantasan cacar", dengan mengikutsertakan KOPEM, yang organisasinya sudah masuk ke pelosok-pelosok desa.

Program pemberantasan penyakit cacar sesuai dengan yang telah dikemukakan oleh Pemerintah Indonesia dalam *Technical Discussion during the Seventeenth Session of the WHO Regional Committee* di New Delhi pada tahun 1964, di mana Indonesia telah menguraikan rencananya tentang lima tahun pemberantasan cacar, yang dimulai tahun 1963. Rencana tersebut dibagi dalam 2 tahap sebagai berikut :

Tahap pertama selama 3 tahun, di mana diusahakan untuk menyerang dan menghilangkan daerah-daerah endemik yang dianggap sebagai sumber-sumber penularan, di samping memperkuat kekebalan rakyat yang tinggal di daerah-daerah perbatasan dengan daerah-daerah endemik.

Tahap kedua selama 2 tahun. Dalam tahap ini tindakan-tindakan lanjutan akan dilakukan untuk mengkonsolidasi hasil-hasil yang telah dicapai dalam tahap pertama. Tindakan-tindakan lanjutan ini sangat penting mengingat pertambahan bayi yang baru lahir dan pertambahan penduduk baru sebagai akibat pindahan. Bagi daerah-daerah di mana cacar tidak endemik, suatu program tersendiri telah direncanakan, untuk memperbaiki vaksinasi rutin dengan coverage yang cukup, yang berarti paling sedikit 80% dari penduduk, untuk mempertahankan tingkat kekebalan.

Dalam gerakan pemberantasan cacar, di samping juru-juru cacar telah diikutsertakan pula lain-lain tenaga para-medik atau pun non-medik, seperti perawat-perawat, petugas-petugas malaria, sukarelawan-sukarelawan dari Palang Merah, guru-guru, pramuka dan mahasiswa.

Setiap propinsi menyusun organisasinya sendiri, masing-masing disesuaikan dengan keadaan setempat, tetapi berdasarkan satu dasar umum yang telah diberikan

oleh Departemen Kesehatan yang disebut: "Komando Pemberantasan Cacar". Komando ini mempunyai bentuk dan azas yang berlainan dengan usaha vaksinasi rutin. Kalau vaksinasi rutin adalah tanggungjawab dan kewajiban dari Dinas Kesehatan saja, maka Komando Pemberantasan Cacar tidak demikian halnya, sebab sesuai dengan bunyi Undang-undang Wabah 1962 maka Pemerintah berikut semua instansinya bertanggungjawab atas pemberantasan wabah.

Dalam program pembasmian ini suatu cara gerakan vaksinasi baru telah dicoba, yaitu dengan mengikutsertakan KOPEM dalam pemberantasan cacar. Untuk ini telah dipilih dua daerah di Jawa Barat sebagai "pilot project".

Hasil coverage memuaskan, tetapi menelan biaya yang besar. Karena KOPEM terpaksa harus mengurangi kegiatannya sendiri di lapangan sejak tahun 1965 sehubungan kekurangan biaya dan sarana, maka kemudian Komando Pemberantasan Cacar terpaksa dilaksanakan tanpa mengikutsertakan dinas tersebut.

Gerakan satu kali vaksinasi dalam tahap pertama yang berlangsung dari tahun 1963 — 1965 telah dilaksanakan di propinsi-propinsi: Jawa Barat,) Jakarta Raya, o) dan Sumatera Selatan*), dalam tahun 1963, pada tahun 1964 di Sumatera Barat*), Jawa Timur) Sumatera Utara, o) dan Jawa Barat*), pada tahun 1965 di Jawa Tengah, *) Jawa Timur dan Madura, *) serta Sumatera Barat*).

(Catatan: *) = daerah endemik, o) = daerah berbatasan dengan daerah endemik).

Pemberian vaksinasi tidak dapat dilaksanakan secara merata di semua daerah endemik atau daerah-daerah yang berbatasan dengan daerah endemik, karena kekurangan biaya. Hal ini terjadi di daerah luar Jawa.

Pelaksanaan vaksinasi tahap kedua dilaksanakan pada tahun 1966 hanya berlangsung di Jawa Tengah, Jawa Timur dan Madura. Di Madura pelaksanaannya berhasil dengan baik sekali.

c. Framboesia

Seperti telah diutarakan di muka, pemberantasan penyakit framboesia sudah dirintis oleh dokter Kodiyat sewaktu jaman kolonial. Dalam tahun 1950 usaha yang terhenti itu dimulai lagi di bawah pimpinan beliau dalam rangka "Treponematoses Control Program" di seluruh dunia bekerja-sama dengan WHO dan UNICEF. Dalam pada itu, metode khas dari dokter Kodiyat tetap dipertahankan di Indonesia, yang terkenal dengan nama "TCPS" (*Treponematoses Control Program Simplified*), yang melaksanakan operasinya tahap demi tahap dengan pembentukan unit-unit TCPS.

Dalam periode ini kegiatan TCPS berupa lanjutan dari apa yang dilaksanakan sebelumnya, ialah pembentukan unit-unit TCPS baru dan mengkosolidasi daerah-daerah yang telah selesai digarapnya.

Angka-angka di bawah ini menggambarkan keadaan dalam periode ini.

Banyaknya kecamatan yang telah memiliki TCPS sampai akhir tahun 1963 dengan jumlah penduduknya.

	Jawa	Luar Jawa	Jumlah di Indonesia.
Banyaknya semua kecamatan	1.462	1.212	2.674
Jumlah penduduk	63.059.575	34.025.773	97.085.348
Kecamatan yang mempunyai TCPS	1.417	640	2.057
Jumlah penduduk	57.601.908	= 16.375.252	74.057.160
Prosentase (%) kecamatan	96,23	52,80	76,95
Jumlah penduduk	91,34	48,16	76,28
Banyaknya TCPS	1.459	999	2.125

Hasil pekerjaan yang telah dicapai dari pertengahan Tahun 1950 sampai 1 Desember 1963.

	Jawa	Luar Jawa	Jumlah di Indonesia
Banyaknya penduduk yang diperiksa I	38.425.734	14.547.306	72.973.040
Frekwensi pemeriksaan seorang demi seorang, ulangan	226.866.645	18.782.992	245.649.637
Frekwensi pemeriksaan I dan ulangan	285.292.379	33.330.298	318.622.677
Banyaknya penderita yang ditemukan dalam pemeriksaan I	6.304.694	2.305.089	8.609.783
Frekwensi pemeriksaan yang ditentukan lagi penderita lama yang sakit lagi (relapse, reinfection)	876.081	255.627	1.131.708
Frekwensi pemeriksaan yang ditemukan penderita baru dan lama	1.180.775	2.560.716	9.741.491

d. Penyakit Kelamin.

Perluasan pemberantasan penyakit kelamin, yang sudah dirintis di Surabaya, berlandaskan pada hasil percobaan tahun 1957 dan 1958. Sejak bulan Nopember



*Patung Mahaputra Dr. Raden Kodyat
Pencipta dasar-dasar pembrantasan penyakit Framboesia seluruh Indonesia. Menerima Magsay-say Award pada tanggal 22 September 1961. (patung dibuat oleh dr. Soedarsono dalam tahun 1967; patung yang asli berada di Yogyakarta.*

1958 mulailah diperkenalkan cara pemberantasan tersebut oleh suatu team dari Lembaga P4K (Penyelidikan, Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Kelamin) dengan mengunjungi kota-kota dan daerah-daerah, untuk menyarankan Dinas Kesehatan setempat melaksanakannya di daerahnya masing-masing. Prioritas ditujukan pada kota-kota pelabuhan seperti Jakarta, Makasar, Medan serta kota-kota tertentu lainnya seperti Bandung, Surakarta, Yogyakarta. Berdasarkan catatan yang ada pada Bagian Statistik Lembaga P4K, tempat-tempat tersebut menunjukkan angka penyakit kelamin yang tinggi, bila dibandingkan dengan kota-kota lainnya. Hingga tahun 1963 usaha pemberantasan penyakit kelamin di daerah-daerah menunjukkan perkembangan sebagai berikut :

Tahun	Jumlah kota yang telah di datang	Screening Treatment Surveys			Penyuntikan Pelacur	
		Jumlah kota	Jumlah pemeriksaan darah	Jumlah Sero positif	Jumlah	Jumlah Suntikan yang telah diberikan.
1958	8	—	—	—	—	—
1959	24	6	24.228	12,8%	13	3.848
1960	34	9	24.778	11,2%	15	16.373
1961	52	12	41.232	8,0%	25	87.057
1962	57	17	33.982	13,4%	33	143.189
1963	64	64	34.684	8,03%	33	243.141

Dari angka-angka penyakit kelamin yang dapat dikumpulkan dari laporan-laporan yang diterima dari rumah-rumah sakit dan balai-balai pengobatan di Indonesia, terlihat adanya jumlah penurunan dari tahun ke tahun. Jumlah penurunan ini belum tentu benar, mengingat diagnosa penyakit kelamin di balai pengobatan belum tentu tepat, karena tidak selalu dilakukan oleh seorang dokter. Di bawah ini disajikan angka-angka penyakit kelamin dari kota besar Surabaya, di mana diagnosanya ditentukan secara teliti.

Penyakit Kelamin di kota Surabaya

Tahun	Syphilis Menular	Syphilis Congenitalis	Gonorrhoea
1959	657	11	4.056
1960	669	11	4.836
1961	635	3	4.416
1962	543	1	4.270
1963	506	2	4.332

Dari angka-angka di atas terbukti bahwa dengan "screening treatment surveys" angka penyakit syphilis dalam masyarakat tertentu dapat ditekan, khususnya lewat BKIA-BKIA, di mana sedapat mungkin juga suami-suami dari ibu-ibu hamil yang kedapatan sero-positif diperiksa dan diobati kalau perlu. Dengan demikian dapat pula diberantas syphilis congenitalis.

Mengenai angka untuk gonorrhoea tidak ada suatu perubahan yang nyata. Hal ini adalah sesuai dengan pendapat "WHO Expert Panel on Venereal Diseases", bahwa hingga kini syphilis dapat dikuasai tetapi gonorrhoea belum.

e. Kusta (Lepra).

Selama periode ini pemberantasan penyakit kusta berturut-turut berada di bawah pimpinan dr M. Arif (1959-1962) dan dr M. Soeparmo (1962-1966).

Seperti telah diketahui, pemberantasan penyakit kusta sudah lama dimulai sejak jaman kolonial, dalam waktu mana titik-berat diletakkan pada isolasi. Dalam perkembangan selanjutnya secara singkat dapat dicatat peristiwa-peristiwa sebagai berikut.

Mulai tahun 1945 diperkenalkan obat-obat baru yang lebih berkhasiat, seperti: Promine, Dasaine, Solphetrone, Diaminodiphenysulphone (DDS), yang menimbulkan harapan baik dapat menyembuhkan penyakit lepra dalam waktu 2-3 tahun. Pemberantasan dititik-beratkan pada pengobatan.

Mulai tahun 1950 diusahakan merubah pandangan dan pendirian masyarakat terhadap penyakit kusta dengan memberikan pendidikan dan penerangan, termasuk melalui mass media dan radio. Usaha ini merupakan prioritas utama antara 1950-1955.

Dalam tahun 1955 titik-berat pemberantasan dialihkan kepada eksplorasi berencana secara intensif, mengikuti pola WHO, yang pada dasarnya tidak berbeda dari pola yang dicetuskan oleh Dr J.B. Sitanala dalam tahun 1932. Tujuannya untuk menemukan penderita sebanyak-banyaknya dan dalam tingkat permulaan. Dalam hal ini perubahan pandangan masyarakat dapat sangat membantu.

Kemudian, pada permulaan periode yang menjadi pembicaraan ini, usaha rehabilitasi dimulai. Cita-cita rehabilitasi timbul dari kenyataan, bahwa banyak bekas penderita kusta, yang sembuh dari pengobatannya dengan obat-obat baru yang berkhasiat, tetap tinggal cacat. Dengan kemajuan ilmu bedah plastik, cacat morfologik-anatomik (kosmetik) dapat ditangani, dengan demikian perangai penderita diperbaiki. Dengan berkembangnya ilmu bedah ortopedi cacat seperti kontraktur jari tangan dan kaki, paresis facialis, dropfoot, dapat diperbaiki, hingga daya kerja penderita dapat dipulihkan atau ditingkatkan. Usaha rehabilitasi fisik ini dirintis oleh Menteri Kesehatan Prof. Satrio dengan merubah Rumah Sakit Sewan Tangerang menjadi "Pusat Rehabilitasi Sitanala". Mereka yang sembuh tanpa cacat, langsung dikembalikan ke lingkungannya; mereka yang sembuh dengan cacat berat, tinggal dulu di pusat rehabilitasi dan diberi pendidikan, ketrampilan, agar kemudian hari tidak menggantungkan hidupnya pada belas kasihan masyarakat. Beberapa orang anak yang telah sembuh dapat melanjutkan pendidikannya ke sekolah-sekolah lanjutan, bank umum maupun kejuruan, bahkan ada yang sampai pada perguruan tinggi. Kira-kira 200 orang yang telah memperoleh latihan ketrampilan, dapat dipekerjakan dalam pelbagai bidang, seperti pertanian, peternakan, pertukangan, administrasi dan sebagainya. Dengan demikian bekas penderita kusta bukan lagi warga negara yang harus hidup dari hadiah dan sumbangan masyarakat semata-mata.

Dalam pada itu, sejak tahun 1959, di Fakultas Kedokteran Universitas Indo-

nesia, ilmu penyakit kusta dimasukkan dalam mata pelajaran yang diuji, sedang sampai tahun 1965 telah dihasilkan 150 orang Pengamat Kesehatan Kusta, yang pendidikannya mulai diadakan dalam tahun 1956.

Adapun pada akhir tahun 1963 tercatat ada 29.241 orang penderita yang telah langsung mendapat pengobatan intensif, yang dilaksanakan di Jakarta, Bekasi, Blora, Surabaya, Bali, Sumatera Utara, Sumatera Selatan dan Sulawesi Selatan. Di daerah-daerah di mana belum diadakan eksplorasi, terdaftar 13.678 orang penderita. Dalam tahun 1965 angka jumlah penderita kusta sekitar 50.000.

f. Tuberkulosis

Pemberantasan penyakit tuberkulosis meliputi segi preventif dan kuratif. Usaha preventif dititik-beratkan pada pemberian kekebalan dengan suntikan vaksin BCG, sedang usaha kuratif dilaksanakan melalui BP4 (Balai Pemberantasan Penyakit Paru-paru), di samping perawatan di rumah-sakit apabila perlu.

Vaksinasi BCG massa dimulai pada tahun 1952. Vaksin yang digunakan berasal dari Alabang, Filipina. Vaksin ini ternyata amat lemah, tidak tahan panas dan kekuatannya hanya sampai 2 — 3 hari. Agar dapat bertahan lama, vaksin yang didatangkan dengan pesawat terbang itu harus dimasukkan ke dalam thermos yang berisi es. Dalam prakteknya, karena daya tahannya singkat, vaksin Alabang ini sulit sekali untuk dipergunakan di luar Jawa; lagi pula setelah diadakan evaluasi, ternyata vaksin ini menimbulkan kelenjar-kelenjar dan hasil vaksinasinya tidak memuaskan. Karena itu mulai bulan September 1963 vaksin cair Alabang diganti dengan vaksin kering yang dapat bertahan udara panas dan lembab, berasal dari Tokio.

Suntikan vaksin BCG diberikan dengan mengadakan "Mantoux test" terlebih dahulu. Hanya mereka yang menunjukkan reaksi Mantoux negatif, yaitu yang indurasinya kurang dari 10 mm diameter, diberi suntikan vaksin BCG. Adapun yang diperiksa dengan Mantoux test adalah seluruh penduduk, mulai dari bayi sampai dewasa.

Pada tahun 1962 gerakan vaksinasi BCG dilakukan di 137 Kabupaten dari 160 Kabupaten di seluruh Indonesia, berarti meliputi 71,6% luas daerah tanah-air, bila dihitung menurut jumlah penduduknya sebanyak 76.300.000 orang, berarti meliputi 76,3% dari seluruh penduduk Indonesia.

Dalam pada itu, antara tahun 1953 dan 1963, seluruhnya ada 30,9 juta orang telah dites; 77% dari padanya kembali untuk dapat dibaca reaksinya, dari sejumlah 23,8 juta orang ini terdapat 11 juta orang yang dapat dinyatakan baik untuk diberi vaksin BCG, berarti 47%.

Antara September 1963 dan akhir tahun 1965 sebanyak 2,5 juta orang telah dites; 1,4 juta orang berarti 54% mendapat vaksinasi (sudah dengan vaksin Tokio). Setelah diadakan evaluasi, konperensi BCG di Yogyakarta bulan Desember 1958 memutuskan untuk melanjutkan vaksinasi massa, akan tetapi hanya di daerah-daerah yang kepadatan penduduknya 10.000 orang atau lebih setiap km persegi, dengan memberikan perhatian khusus kepada anak-anak sekolah. Vaksinasi massa ini dilanjutkan sampai tahun 1962, sesudah mana dipelihara dengan tindakan konsolidasi, berupa pemberian vaksinasi kepada golongan-golongan penduduk tertentu yang

dianggap akan mudah ketularan tuberkulosis, seperti anak-anak sekolah, anak-anak bayi, anak-anak belum sekolah, dan kelompok-kelompok masyarakat tertentu seperti pekerja-pekerja suatu pabrik, orang-orang yang tinggal di asrama-asrama dan sebagainya, sedang pelaksanaannya diintegrasikan dalam kegiatan Puskesmas (Pusat "Kesehatan Masyarakat").

Usaha Kuratif dititik-beratkan pada obat jalan di Balai-balai Pemberantasan Penyakit Paru-paru. BP4 yang pertama didirikan di Yogyakarta pada tahun 1951. Kini pada akhir periode yang dibicarakan telah ada:

BP4 Pusat: di Jakarta, Bandung, Yogyakarta, Semarang, Surabaya, Medan, Bukittinggi, Palembang, Ujungpandang, Banjarmasin;

BP4 Cabang: di Pontianak, Manado, Denpasar, Ambon, Garut, Gambir, Purwakarta, Sukabumi, Krawang, Tegal, Pati, Purwodadi, Ambarawa, Salatiga, Magelang, Surakarta, Purwokerto, Malang, Madiun, Pasuruan, Jember;

BP4 Ranting: 4 buah di sekitar Yogyakarta dan 4 buah dalam kota Jakarta.

Di samping berobat jalan yang dilayani oleh BP4, dengan minum obat INH sekurang-kurangnya selama satu tahun, penderita yang memerlukan dirawat di rumah sakit. Untuk ini fasilitas rumah-rumah sakit paru-paru, rumah-rumah perawatan yang sudah ada, mendapat perbaikan; sesuai dengan kebijaksanaan yang diambil, sanatoria baru tidak dibangun.

Tugas BP4 tidak hanya mengobati penderita semata-mata. Dalam rangka pemberantasan, BP4 mengadakan kunjungan rumah untuk memberi penyuluhan, mengusut orang-orang yang dekat hubungannya dengan penderita ("*contact tracing*") dan untuk menemukan penderita baru ("*case finding*"). Kepada "*contact persons*" diberikan vaksinasi BCG, kepada mereka yang menunjukkan tanda-tanda infeksi diberikan "*prophylactic*", rumah penderita tuberkulosis yang menular diisolasi; keadaan lingkungan pun mendapat perhatian.

Jumlah pengunjung BP4 Pusat mencapai 50.000 — 100.000 orang setahun, BP4 Cabang sekitar 10.000 — 40.000 orang setahun, dan BP4 Ranting 5.000 — 10.000 orang setahun.

Dari 141.061 orang penderita penyakit tuberkulosis paru-paru yang terdaftar, terdapat angka sakit dan angka kematian yang tertinggi pada golongan umur yang paling produktif, yaitu antara 25 — 50 tahun, dan dalam golongan buruh dan pegawai.

Dalam pada itu, jumlah dokter ahli penyakit paru-paru dan dokter umum yang bekerja di lapangan pemberantasan tuberkulosis hanya ada 40 orang, sehingga masih banyak dibutuhkan untuk mengisi BP4 tersebut. Pada waktu itu masih kekurangan 50 orang dokter ahli paru-paru.

Penelitian hasil pengobatan yang diadakan BP4 Yogyakarta menunjukkan, bahwa jumlah penderita tuberkulosis paru-paru yang aktif dan menular dalam tahun 1952 tercatat 52,9% dan dalam tahun 1962 sudah menurun menjadi 15,3%, sedang penderita baru yang aktif dan menular dalam tahun 1953 sebanyak 52,1% menurun menjadi 15,7% dalam tahun 1962. Hal ini menunjukkan, bahwa BP4 merupakan salah satu alat penting dari pemberantasan tuberkulosis, tetapi dipandang dari sudut

keseluruhan jelas masih banyak penderita yang masih berada di luar jangkauan BP4.

Assessment team WHO yang menilai tenaga-tenaga yang melaksanakan vaksinasi BCG di Indonesia berpendapat, bahwa hasilnya tidak banyak berbeda daripada basil mereka sendiri. Assessment team juga mengambil kesimpulan, karena Indonesia mempunyai *prevalensi* yang tinggi, maka seharusnya vaksinasi BCG mencapai sedikitnya 75% dari penduduk untuk mendapatkan hasil yang baik dan secara operasional dapat dipertanggung-jawabkan. Khususnya anak-anak sampai umur 5 tahun harus mendapatkan perlindungan.

Penyelidikan diadakan oleh WHO dan UNICEF bersama-sama dengan Lembaga Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis Paru-paru, yang berkedudukan di Yogyakarta dan di bawah pimpinan Prof. Dr Samalo. Penyelidikan yang dimulai pada bulan Juli 1961 dan berlangsung selama tiga tahun ini meliputi banyak sekali segi, antara lain: analytic review vaksinasi BCG sejak 1952 hingga 1965, *post-vaccination allergy*, *tuberculin sensitivity*, pengobatan jalan dengan INH yang memakan waktu lama, kekebalan terhadap INH, perbedaan perimbangan antara orang-orang dengan kelainan X-ray di paru-paru yang terdapat di pedesaan dan di kota, dan lain-lain segi. Adapun maksud tujuan penyelidikan adalah untuk mencari sistem yang sebaik-baiknya guna: menemukan penderita sebanyak-banyaknya secara merata, mudah dan murah; pengobatan jalan dan di rumah secara teratur dan berdaya-guna serta murah; pencegahan tuberkulosis dengan INH bagi anak-anak yang terancam; pengintegrasian vaksinasi BCG dalam tugas Puskesmas; mengikutsertakan masyarakat; memperkembangkan pemberantasan tuberkulosis paru-paru secara nasional, yang seimbang dengan kemampuan dan keadaan daerah masing-masing, pendidikan dan latihan.

g. Sampar (Pes)

Pemberantasan penyakit pes dengan mempergunakan racun serangga berupa "DDT Spraying" dimulai pada tahun 1952 dan telah membawa hasil yang sangat memuaskan.

Pengawasan dilanjutkan dengan sistem "*pooling test*", yaitu di daerah-daerah di mana pernah terdapat penyakit pes diadakan penangkapan tikus secara periodik. Ginjalnya diperiksa apakah masih ada yang mengandung basil pes.

Dalam periode ini pes berjangkit di daerah Boyolali pada akhir tahun 1960, dan sejak tahun 1961 tidak lagi dilaporkan adanya kasus pes.

h. Kolera

Pemberantasan penyakit kolera (di Indonesia dari jenis Cholera Eltor) belum berhasil sepenuhnya. Pada mulanya penyakit ini hanya terdapat di sekitar Makasar dan beberapa tempat di Sulawesi, tetapi sesudah tahun 1961 terdapat pula di beberapa bagian lain dari Indonesia. Wabah pertama berjangkit antara bulan Mei — September tahun 1961 di Semarang dengan jumlah korban 289 orang penderita, di antaranya 72 meninggal.

Pada tahun 1962 penyakit cholera eltor dimasukkan ke dalam *Undang-undang*

No. 6/1962 tentang Wabah, yang berarti bahwa penyakit tersebut harus diberantas dengan segera bila terjadi wabah.

Tempat-tempat di mana penyakit cholera eltor terdapat endemik adalah di pulau Jawa, hampir semua kota-kota besar seperti: Jakarta, Bogor, Bandung, Semarang, Surakarta, Surabaya, Kediri, di pulau Bali, Lombok Timur dan Sumbawa (Nusa Tenggara Timur) pernah juga terjangkit wabah.

i. Penyakit Mata.

Mulai tahun 1957 diadakan pilot project pemberantasan trachoma, yang diketahui di beberapa daerah mempunyai prevalens tinggi, sampai ada yang mencapai 52%. Pemberantasannya dilakukan dengan cara pengobatan massal dengan obat antibiotik (Achromycine) bantuan dari UNICEF. Hasilnya tidak begitu memuaskan.

Dalam periode ini trachoma tidak dianggap masalah utama sebagai penyebab kebutaan di samping gonoblenorrhoea, xerophthalmia, interstitial keratitis. Klinik-klinik mata yang ada masih berjalan terus.

j. Penyelidikan dalam bidang Penyakit Menular.

Penyelidikan tentang adanya *Microfilaria* di dalam darah manusia dan tubuh nyamuk dimulai lagi oleh Lie Kian Joe cs di Jakarta, Tangerang dan Bengkulu. Antara lain diketemukan penderita filariasis yang termuda adalah bayi yang berusia 6 bulan.

Talogo cs, Jo Kian Tjay cs, Liam Hok Nio cs, mengadakan penyelidikan di bidang Paracholera Eltor. Antara lain dapat dinyatakan, bahwa makan di luar rumah merupakan faktor yang erat hubungannya dengan frekwensi penyakit; pengaruhnya lebih banyak daripada minum air yang buruk mutunya. Manfaat vaksin *Chotypa* guna pencegahan Paracholera Eltor agak meragukan. Vaksinsi dengan vaksin *Chotypa* mungkin dapat menyebabkan turunnya daya tahan seseorang terhadap penyakit infeksi lain.

Warau dan Soemiatno menyatakan, bahwa berhasilnya pemberantasan penyakit pes, selain berkat penyemprotan dengan DDT atau Dieltrin, juga karena tidak adanya reservoir pes alam di pulau Jawa.

Epidemiologi keratitis sawah (Westhoff) diselidiki oleh Gan Koen Han cs. Oey Khoen Lian mengemukakan kesimpulan, bahwa blennorrhoea dan avitaminosis A merupakan sebab utama kebutaan di Jawa Tengah, sedang Seniman di Bandung menemukan pula, bahwa sebab utama kebutaan adalah makanan yang rendah mutunya dan penyakit mata yang menular. Penyelidikan penyakit trachoma di desa dibahas oleh Kodiyat, dan cara pemberantasannya diuraikan oleh Hadibroto. Kegagalan pemberantasan trachoma dengan antibiotika dilaporkan oleh Oey Khoen Lian.

Pemeriksaan serologik terhadap penyakit poliomyelitis dilakukan oleh Lie Kheng Ting, pada orang dewasa (1959) dan pada anak-anak (1961). Diketemukan pada orang dewasa, *persentase*, yang mengandung zat penangkis (netralisasi) terhadap virus poliomyelitis tipe I, II dan III, masing-masing adalah 94,0%, 99,0% dan 99,0%. Pada

kanak-kanak diketemukan 50% mengandung zat penangkis (netralisasi) terhadap virus poliomyelitis tipe I sesudah berumur 3 tahun, tipe II sesudah berumur 3 tahun, dan tipe III sesudah berumur 1 tahun. Pada usia 6 tahun hampir semua anak mempunyai zat penangkis (netralisasi) terhadap semua tipe virus. Dalam pada itu Makmoen telah membahas vaksin Salk dan faedahnya.

Penyakit berak-berak pada bayi dan kanak-kanak, yang merupakan salah satu sebab kematian yang penting (di Jakarta seperlima dari semua kematian di bawah umur 5 tahun), mendapat banyak perhatian. *Lie Kian Joe* cs menyelidiki etiologi penyakit berak-berak pada bayi dan kanak-kanak berumur 0 - 2 tahun (1960 - 1963). Diketemukan, bahwa basil *Coli* patogen merupakan sebab utama. *Rukmono* cs berusaha mengadakan klasifikasi patogenitas basil *Coli*, dan menemukan ada tiga golongan. *Rustamadji* membandingkan frekwensi penyakit berak antara bayi yang minum air susu ibu dan yang tidak. Percobaan *Soetedjo* cs untuk mencegah penyakit berak-berak pada orok (*nemati*) di rumah sakit dengan pemberian chloramphenicol tidak memberikan basil yang baik; penyebaran penyakit berak-berak masih terjadi juga. *Gambiro* menyelidiki penyakit berak-berak di daerah pedesaan di Jawa Tengah, dan menemukan *Shigella* sebagai sebab utama, apabila dibandingkan dengan *Salmonella*, hal mana sesuai dengan penyelidikan di Jakarta sebelum perang dunia kedua.

2. Usaha Preventif.

Usaha-usaha preventif, sehubungan dengan sifatnya, sebagian sudah tercakup dalam pemberantasan penyakit-penyakit menular. Yang bertalian dengan lalu lintas ke luar negeri masuk dalam urusan karantina, yang bersifat umum akan disajikan dalam usaha hygiene dan sanitasi serta penyediaan air minum.

a. Karantina.

Sampai tahun 1962 usaha Karantina dilaksanakan berdasarkan Ordonansi Karantina (Lembaran Negara No. 277 tahun 1911), yang dianggap tidak sesuai lagi dengan perkembangan jaman. Maka dikeluarkan Undang-undang No. 1 tahun 1962 tentang Karantina Laut dan Undang-undang No. 2 tahun 1962 tentang Karantina Udara.

Dalam pelaksanaannya, urusan karantina masuk dalam tugas Dinas Kesehatan Pelabuhan, baik Laut maupun Udara. Sesuai pula dengan "*International Sanitary Regulation*" dari WHO, tindakan urusan karantina mencakup :

- 1) Pemeriksaan awak kapal dan penumpang dari kapal laut dan kapal udara, yang datang dari luar negeri dan dari pelabuhan-pelabuhan yang ketularan.
- 2) Dalam rangka pembasmian tikus, inspeksi terhadap kapalnya sendiri dan mengasapi kapal, disertai dengan pemberian "*Deratting Certificate*" atau "*Deratting Exemption Certificate*", sesuai dengan kenyataan.
- 3) Melakukan "*disinfection*" pada kapal laut atau kapal udara, sebagian atau seluruhnya.
- 4) Mengadakan "*disinsection*" dalam rangka pembasmian serangga, serta melaksanakan peraturan-peraturan karantina lain-lain.
- 5) Memberikan imunisasi kepada awak kapal (*crew*), penumpang dan karyawan di pelabuhan.

- 6) Meneliti dokumen-dokumen kesehatan dari kapal laut dan kapal udara yang akan berangkat serta penumpangnya.
- 7) Mencegah kemungkinan masuknya penyebab infeksi atau vektor penyakit karantina ke dalam kapal laut atau kapal udara, serta mencegah masuknya orang yang ketularan.

Disamping itu, sudah barang tentu Dinas Kesehatan Pelabuhan bertugas pula memelihara sanitasi daerah pelabuhan, mencegah dan membauni infeksi penyakit yang berasal dari tikus, serangga, air dan bahan makanan. Dalam pada itu guna mencukupi tenaga yang diperlukan, pada tahun 1960 diadakan pendidikan singkat untuk para Kontrolir Kesehatan Karantina.

Dalam periode ini yang merupakan Pelabuhan Udara Internasional adalah pelabuhan-pelabuhan udara - Kemayoran (Jakarta), Polonia (Medan), Tuban (Bali) Kupang dan Biak.

Karantina laut Tingkat I ada di pelabuhan-pelabuhan : Belawan (Deli), Tanjung Priok (Jakarta), Tanjung Perak (Surabaya), Makasar (sekarang Ujungpandang), Bitung.

Karantina Laut Tingkat II ada di: Sabang, Sibolga, Pekanbaru, Tanjungpinang, Telukbayur, (Padang), Jambi, Palembang, Pangkalpinang, Tanjungpandan, Panjang (Telukbetung), Pasarikan (Jakarta), Cirebon, Cilacap, Semarang, Pontianak, Sampit, Banjarmasin, Balikpapan, Samarinda, Tarakan, Dongala, Manado, Gorontalo, Buleleng, Benoa (Denpasar), Ampenan, Kupang, Ambon, Ternate, Kotabaru.

b. Higiene dan Sanitasi

Untuk menunjang usaha higiene dan sanitasi dikeluarkan Undang-undang No. 11 tahun 1962 sebagai landasan hukum, yang mengatur ketentuan-ketentuan higiene bagi usaha dan hasil usaha yang dipergunakan untuk umum.

Banyak pihak yang menangani masalah higiene, tidak hanya Departemen Kesehatan, terutama mengenai higiene lingkungan. Departemen Pekerjaan Umum dan Tenaga listrik dalam hal perumahan dan pembuangan kotoran, Departemen Perindustrian mengenai higiene perusahaan, Departemen Pertanian dalam hal-hal yang bertalian dengan makanan. Dalam lingkungan Departemen Kesehatan sendiri bagian-bagian yang mengambil bagian adalah: Lembaga Ilmu Kesehatan Teknik, Bagian Teknik Penyehatan, Bagian Pendidikan/Penyuluhan Kesehatan kepada Rakyat, sedang segi higiene yang sehubungan dengan pemberantasan penyakit menular, ditangani oleh pihak masing-masing yang bersangkutan, seperti "*insect control, rodent control*", dan sebagainya.

Bagian Penyuluhan Kesehatan kepada Rakyat Departemen Kesehatan memberi pendidikan dan penerangan melalui ceramah-ceramah, demonstrasi-demonstrasi, pemutaran film dan sebagainya. Hal-hal yang mendapat prioritas adalah: pembuangan kotoran, persediaan air, higiene perorangan, higiene perumahan, higiene makanan, higiene udara, pemberantasan vektor, higiene perusahaan.

Tenaga-tenaga inti dalam usaha ini, seperti *sanitary engineer, public health*



Panampungan air sumber di daerah Surakarta, 1960. (dibangun sekitar tahun 1955)

doctor, public health nurse, kontrolir kesehatan, pengamat kesehatan A/B, masih dirasakan kurang jumlahnya. Dalam pada itu, di tahun 1965 dibuka sebuah Fakultas Kesehatan Masyarakat.

c. Penyediaan Air Minum.

Penyediaan air minum yang bersih, aman bebas dari penyebab penyakit, merupakan usaha kesehatan preventif yang penting. Dalam periode ini di seluruh Indonesia ada 186 kota yang mempunyai instalasi air minum. Sumber air instalasi-instalasi tersebut ada yang berupa mata air, sumur artesis, sumur air permukaan tanah (sedalam sampai 15 meter), telaga atau sungai.

Dalam pembuatan instalasi-instalasi itu, termasuk penyelidikan dalam persiapannya, yang terlibat dalam pengurusannya adalah: Jawatan Geologi dan Jawatan Teknik Penyehatan Departemen Pekerjaan Umum dan Tenaga, Lembaga Kesehatan Teknik dan Bagian Teknik Penyehatan Departemen Kesehatan. Pembuatannya sendiri dapat dikerjakan oleh pihak swasta. Pengawasan mutu air selanjutnya menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan setempat.

Selain instalasi-instalasi di kota, di pedesaan penyediaan air minum dalam bentuk sederhana diperluas dengan pengadaan sumur-sumur pompa; bantuan UNICEF dalam hal ini sangat bermanfaat.

3. Usaha Kuratif

Usaha kuratif diselenggarakan melalui rumah-rumah sakit dan balai-balai pengobatan, umum dan khusus. Yang khusus meliputi pengobatan/perawatan penderita penyakit jiwa, kusta, paru-paru, mata, kelamin, dan pertolongan bersalin.

Kebijaksanaan pemerintah yang ditempuh dalam periode ini adalah mengusahakan agar tersedia satu tempat tidur per 1000 orang penduduk, dan adanya sekurang-kurangnya satu rumah sakit di tiap daerah tingkat II. Dalam usaha mendirikan rumah-rumah sakit dan balai-balai pengobatan ini nampak besar sekali bantuan dan partisipasi masyarakat.

Pada tahun 1959 tercatat :

Diselenggarakan oleh	RSUP	Temp tidur	RSU	Temp tidur	R S khu	Temp tidur	Jumlah	
							RS	Ti
Pemerintah	7	5369	462	33555	137	16186	606	55110
Swasta	—	—	130		107		237	19529
Jumlah	7	5369	592	33555	244	16186	843	74639

Pada tahun 1964/1965 tercatat

Diselenggarakan oleh	RSUP	Temp tidur	RSU	Temp tidur	R.S khu	Temp tidur	Jumlah	
							RS	Ti
Pemerintah	7	6042	517	39607	126	16481	650	62130
Swasta	—	—	120	15606	153	4004	273	19610
Jumlah	7	6042	637	55213	279	20485	923	81740

Mengenai jumlah balai pengobatan, pada tahun 1959 tercatat yang diusahakan oleh Pemerintah ada 3497 dan swasta 446; pada tahun 1960 masing-masing menjadi 3719 dan 546; sedang pada tahun 1964 telah bertambah lagi masing-masing menjadi 3968 dan 920. Dari daftar berikut dapat dilihat pertumbuhannya di masing-masing daerah swatantra tingkat I.

No	Daerah I :	1960		1964	
		Pemerintah	Swasta	Pemerintah	Swasta
1.	Jakarta Raya	46	155	56	17
2.	Jawa -Barat	708	70	714	109
3.	Jawa Tengah	557	73	761	75
4.	Yogyakarta	66	12	73	12
5.	Jawa Timur	613	104	598	127
6.	Sumatera Selatan	245	17	166	11
7.	Sumatera Barat	159	2	61	2
8.	Riau	42	—	60	12
9.	Jambi	37	1	42	2
10.	Sumatera Utara	319	44	231	23
11.	Aceh	75	—	98	2
12.	Kalimantan Selatan	90	4	126	11
13.	Kalimantan Tengah	89	—	99	9
14.	Kalimantan Barat	76	2	72	10
15.	Kalimantan Timur	68	1	99	7
16.	Sulawesi Selatan	118	8	134	8
17.	Sulawesi Utara	178	36	180	36
18.	Bali	92	3	99	6
19.	Nusa Tenggara Barat	30	—	44	2
20.	Nusa Tenggara Timur	53	—	90	16
21.	Maluku	55	—	68	2
22.	Irian Barat	3	—	97	21
Jumlah		3.719	546	3.968	920

Dalam pada itu, karena lajunya pertambahan penduduk, pengharapan memper-

baik ratio tempat tidur / penduduk tidak tercapai, keadaan tetap pada 0.8 tempat tidur per 1000 orang penduduk.

Pemerintah memberikan subsidi kepada usaha kuratif swasta; pada tahun 1959 subsidi ini berjumlah Rp. 16.373.395,-, pada tahun 1960 sebanyak Rp. 18.000.000,- dan pada tahun 1965 sebanyak Rp. 37.000.000,-.

4. Kesehatan Ibu dan Anak

Program Kesehatan Ibu dan Anak terutama mempunyai corak usaha kesehatan preventif perorangan. Dalam rangka kerjasama internasional, kegiatan dalam bidang ini sudah dimulai dalam tahun 1950. Tujuannya adalah untuk menurunkan angka kematian ibu yang bersalin serta kematian bayi dan anak di bawah umur 5 tahun; kegiatannya dilakukan melalui BKIA (Balai Kesehatan Ibu dan Anak), baik berdiri sendiri maupun merupakan bagian dari suatu Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat).

Usaha Kesehatan Ibu dan Anak meliputi: pengawasan bayi sebelum lahir yang berarti pula pengawasan wanita hamil, pertolongan pada waktu bayi lahir, pengawasan bayi sampai umur 1 tahun diteruskan anak umur 1 tahun sampai masuk sekolah, memberikan imunisasi terhadap penyakit-penyakit cacar, tuberkulosis, difteri, tetanus, pertussis, kolera, tifus dan paratifus. Di samping itu memberi penyuluhan dan nasehat kepada para ibu tentang: kebersihan untuk dirinya sendiri serta lingkungannya, minuman dan makanan bayi, pertumbuhan anak mengenai segi jasmani, rohani dan sosial, dan tentang penyakit atau kelainan pada tingkat permulaan.

Dalam usaha ini para dukun bayi dilibatkan; mereka mendapatkan latihan. Pada tahun 1960 tercatat 13.541 orang dukun bayi telah terlatih.

Adapun jumlah BKIA, yang dimulai dengan 350 buah pada tahun 1950, pada akhir tahun 1959 menjadi 2.300; 1960: 2.552; 1961: 2.389; 1962: 3.332; 1963: 3.626; 1964: 4.269.

Perkembangan usaha KIA antara 1960 s/d 1964 dapat diikhtisarkan dalam tabel seperti berikut.

IKHTISAR KEMAJUAN KIA DARI TAHUN 1960 S/D TAHUN 1964:

TAHUN	1960	1964	Keterangan
Jumlah BKIA	2.552	4.269	
Jumlah bidan	1.428	2.228	
Jumlah dukun dilatih	13.541	16.642	
Jumlah dukun lulus	2.457	4.429	
Jumlah bidan KTB *)	94	95	
Berapa kali diadakan	6 X	4 X	

*) KTB = Kursus Tambahan Bidan

TAHUN	1960	1964	Keterangan
Jumlah kunjungan baru/ pertama			
wanita	850.456	1.123.285	
bayi	557.489	798.715	
anak	366.772	578.924	
Jumlah semua kunjungan baru dan lama :			
wanita	3.266.532	4.874.667	
bayi	2.781.980	5.084.330	
anak	1.689.668	4.071.043	

KENAIKAN RATA-RATA DALAM PROSENTASI

TAHUN	1960/1961		1963/1964	
Kunjungan baru (First visits)				
Wanita	92.519	(13,2%)	17.006	(1,85%)
Bayi	69.003	(15,5%)	99.764	(13,19%)
Anak	77.932	(28,0%)	126.499	(23,56%)
Kunjungan baru dan lama (total visits) :				
Wanita	477.977	(19,9%)	1.250.937	(34,82%)
Bayi	268.152	(12,4%)	847.148	(19,99%)
Anak	264.491	(22,1%)	928.023	(29,53%)

Dalam tahun 1964 Balai-balai Kesehatan Ibu dan Anak mengalami kesulitan karena hubungan dengan UNICEF terputus (bertalian dengan keluarnya RI dari PBB), sehingga bantuan, yang berupa obat-obat, alat-alat dan susu bubuk untuk bayi, semuanya terhenti. Hal ini mengakibatkan berkurangnya jumlah pengunjung, terutama bertalian dengan tidak diterimanya lagi susu bubuk.

5. Kesehatan Jiwa

Sebelum perang dunia kedua masalah kesehatan jiwa belum mendapat perhatian; yang ditangani adalah penderita penyakit jiwa semata-mata, inipun apabila sudah jelas kelihatan oleh awam. Pada permulaannya, usaha terutama ditujukan kepada isolasi para penderita di rumah-rumah sakit jiwa, - pengobatan pada tempat kedua -, karena mereka berbahaya bagi masyarakat sekelilingnya dan bagi dirinya sendiri. Pengobatannya terdiri dari pemberian sedativa dan "shock therapy". Pada tahun 1930, sebagai usaha rehabilitasi, dimulai dengan terapi kerja bagi mereka yang sudah dapat diatur, berupa kerajinan tangan dan

pertanian. Sesudah perang dunia kedua, pandangan dan cara pendekatan masalah berubah; hal ini tidak sedikit dipengaruhi oleh penemuan obat-obat baru, yang bersifat "physicochemical". Perubahan pandangan ini tercermin pada perkembangan pengurusannya oleh Departemen Kesehatan. Jawatan Urusan Penyakit Jiwa pada tahun 1959 diganti dengan Bagian Penyakit Jiwa, dan pada tahun 1960 menjadi Bagian Kesehatan Jiwa, yang pada tahun 1966 ditingkatkan menjadi Direktorat Kesehatan Jiwa. Jangkauannya meningkat, dari Penyakit Jiwa menjadi Kesehatan Jiwa, yang meliputi lain-lain segi "psikodinamika", dan mempersoalkan pula masalah-masalah kenakalan remaja, ketergantungan pada narkotika, gelandangan, lemah ingatan, perselisihan dalam rumah tangga, dan sebagainya. Sedang kegiatannya meliputi usaha-usaha preventif, kuratif, rehabilitasi, di samping menyelenggarakan pendidikan tenaga paramedik yang diperlukan. Dengan demikian pada dasarnya dimulai usaha, yang sambung-menyambung antara lingkungan rumah sakit jiwa (*intra-mural*) dengan di luar rumah sakit (*extra-mural*), hingga rumah sakit jiwa dibebaskan dari belenggu isolasinya.

Kerjasama dengan masyarakat sekeliling rumah sakit jiwa dan dengan Fakultas Kedokteran Universitas Negara, khususnya dengan FKU (bagian Psikiatri, dimulai dan diperkembangkan. Klinik-klinik swasta mulai didirikan pada tahun 1961.

Landasan hukum, "*Reglement op het Krankzinnigenwezen 1897*" yang dianggap tidak sesuai lagi dengan perkembangan jaman, belum sampai pada taraf penggantian.

Dalam periode ini tercatat ada 23 Rumah Sakit Jiwa yang diurus oleh Pemerintah Pusat ex Departemen Kesehatan (lihat daftar) dan ada 4 rumah sakit yang diurus oleh Pemerintah Daerah, ialah: Rumah Sakit Lemah Ingatan "Lali Jiwo" di Pakem Yogyakarta; Rumah Sakit Jiwa "Pegirian" di Surabaya; Rumah Sakit Jiwa "Kubu" di Bali; Rumah Sakit Jiwa "Selubung Porong" di Lombok.

Jumlah seluruh tempat tidur ada 7.954, tenaga dokter ada 34 orang, paramedik 3.048 orang, administrasi 1.035 orang.

Dalam kenyataannya rumah-rumah sakit jiwa ini selalu penuh pemulangan kembali para penderita yang tidak lagi memerlukan perawatan di rumah sakit menghadapi hambatan, karena pada umumnya keluarga penderita enggan menerima mereka kembali mengingat kesulitan-kesulitan yang telah mereka alami sebelumnya, sedang lembaga-lembaga penampungan untuk menyalurkan mereka sekedar guna melanjutkan bimbingan belum ada.

Dalam tahun 1963 di Jakarta dimulai suatu pilot project, dengan Rumah Sakit Jiwa Jakarta sebagai pusatnya, yang menangani masalah klinik-klinik untuk berobat jalan, peningkatan pengobatan preventif, pemeliharaan lanjutan para penderita yang sudah keluar dari rumah sakit jiwa, sedang rehabilitasi berupa latihan kerja dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Bogor.

Pada hakekatnya kesehatan jiwa merupakan masalah masyarakat yang besar. Sebelum dinyatakan menjadi sakit, banyak sekali orang yang menderita ketegangan dan gangguan pikiran, yang memerlukan pertolongan dari dan dapat di-

tolong oleh para ahli. Masalah ini belum sampai dapat digarap, tidak karena tidak mau tahu, akan tetapi karena masih banyaknya hal-hal lain yang lebih mendasak.

RUMAH-RUMAH SAKIT JIWA DALAM PERIODE 1959 — 1966

No.	Nama dan Alamat tempat perawatan	Kapasitas	Banyaknya dokter yang bekerja	Keterangan
1	2	3	4	5
1.	RSDP "Sumberporong" LAWANG	2.000	3	(a) Dirangkap
2.	RSDP "Kramat" MAGELANG	1.100	3	oleh dokter
3.	RSDP "Cilendek" BOGOR	1.465	5	RSD
4.	RSD "Grogol" JAKARTA	300	5	Bandung
5.	RSD "Tawang" SEMARANG	305	2	(b) Dokter tenaga
6.	RSD "Mangunjayan" SOLO	187	1	part timer dari
7.	RSD Menado	250	1	RSU.
8.	RSD MAKASAR	200	1	(c) Dirangkap
9.	RSD MEDAN	200	1	oleh dokter
10.	RSD BANDUNG	35	(a)	RSD di Solo.
11.	RSD CIMAH	100	1	(d) Dokter dari
12.	RSD PALEMBANG	120	1	RSD Jakarta.
13.	RSD PADANG	100	1	
14.	RPSD KUTARAJA	80	1	
15.	RPSD PONTIANAK	80	1	
16.	RPSD BANJARMASIN	100	1	
17.	RPSD SAMARINDA	80	1	
18.	RPSD MENTOK	40	1	
19.	RPSD BANG LI	150	1	
20.	KOSD "Tamban" BANJARMASIN	60	(b)	
21.	KOSD "Pelenggahan" SINGKAWANG	70		
22.	KOSD "Wedi" KLATEN	80	(c)	
23.	KOSD "Lentengagung" PASAR MINGGI	350	(d)	
	JUMLAH	7452	32	

6. Kesehatan Gigi

Dalam periode ini masalah kesehatan gigi mendapat perhatian khusus dari pemerintah. Jangkauan usaha, yang tadinya bersifat kuratif semata-mata, ditingkatkan, menjadi masalah kesehatan gigi dalam keseluruhan. Sebagai langkah pertama maka diselenggarakan seminar yang membahas masalah kesehatan gigi di Cimacan dari tanggal 26 s/d 31 Januari 1959. Seminar telah berhasil memecahkan beberapa persoalan pokok di lingkungan Dinas Kesehatan Gigi. Dinas Kesehatan Gigi berusaha mengadakan pendekatan bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya. Seminar juga telah memutuskan akan menyelenggarakan kursus penataran bagi para dokter gigi daerah dalam bidang kesehatan gigi masyarakat (dental public health).

Adapun pokok-pokok kesimpulan seminar itu ialah:

- 1) Usaha Kesehatan gigi bagi masyarakat adalah merupakan suatu bagian yang tidak dapat dipisahkan dari program kesehatan masyarakat. Oleh karenanya usaha kesehatan gigi masyarakat hendaknya diintegrasikan dan dikoordinasikan dengan usaha kesehatan lainnya.
- 2) Usaha kesehatan gigi masyarakat harus dititikberatkan pada usaha-usaha preventif dengan tidak mengabaikan usaha-usaha kuratif yang sebaik-baiknya dan seluas-luasnya.

Seminar menganggap perlu adanya tenaga pembantu (perawat gigi) untuk melaksanakan program kesehatan masyarakat. Sumbangan yang dapat diberikan oleh para perawat gigi meliputi usaha-usaha pencegahan, pengobatan, pengulatan gigi dengan *fluoride* dan penyuluhan.

Langkah awal dalam rangka pelaksanaan kesehatan gigi masyarakat dilakukan kepada murid-murid sekolah dalam rangka Dinas Kesehatan Gigi Sekolah, berupa pengulatan gigi dengan *fluoride*, pengobatan kelainan-kelainan, dan memberi penyuluhan menjaga kesehatan gigi.

7. Rehabilitasi Penderita Cacat tubuh

Usaha rehabilitasi penderita cacat tubuh mempunyai corak khas. Tumbuhnya dirintis oleh Dokter Soeharto sewaktu perang kemerdekaan, terus berkembang sesudah 1950, dan berada di bawah pembinaan beliau sampai wafatnya pada 1 Maret 1973.

Usaha ini berpusat di Solo dan dalam perkembangannya merupakan kerjasama antara pelbagai departemen, di samping ikutsertanya masyarakat dalam bentuk yayasan-yayasan, ditambah lagi dengan kerjasama dengan badan-badan internasional.

Departemen Kesehatan mendapat bagian berbentuk *Lembaga Orthopaedcy & Prothesis*, yang memberikan pertolongan operasi orthopaedik, *physiotherapy*, *occupational therapy*, dan menyediakan prothese serta alat-alat *orthopaedy*.

Lembaga Rehabilitasi Penderita Cacat Tubuh dari Departemen Sosial memberikan perawatan, penyantunan/penyuluhan pemilihan jabatan dan latihan kerja.

Saham Departemen Perburuhan terletak dalam bidang penempatan khusus bagi para penderita cacat dalam pekerjaan.

Departemen Pertahanan dan Keamanan melalui Depot Subsistensi RC dari Ajudan Jenderal Angkatan Darat mengatur segala sesuatu yang menyangkut kepentingan khusus para penderita cacat tentara selama dalam proses rehabilitasi.

Yayasan-yayasan yang herkaitan adalah:

Yayasan Pemeliharaan Anak-anak Cacat, yang memberikan perawatan, pendidikan, pertolongan kedokteran dan social kepada anak-anak cacat umur 2 s/d 14 tahun. Yayasan ini berpusat di Solo dan dalam periode ini mempunyai cabang-cabangnya di: Jakarta, Bandung, Semarang, Surabaya, Malang, Jember, Pangkalpinang, Palembang, Ternate, Makasar dan Medan.



*Kegiatan Rehabilitasi Medik dan Fisioterapi di Lembaga Ortopedik Dokter
Suharso, Solo Foto tahun 1964*

- Yayasan Sheltered Workshop "Dokter Soeharno", yang memberikan penampungan bagi sejumlah lulusan dari Pusat Rehabilitasi Penderita Cacat Tubuh di Solo.
- Yayasan Penampungan Penderita Cacat, yang mempunyai tujuan yang sama seperti YSW, antara lain dengan penampungan di Perusahaan "Prothorto".

Dalam pada itu, oleh Perserikatan Bangsa-bangsa ditentukan Pusat Rehabilitasi di Solo ini sebagai Pilot Centre untuk Asia Tenggara, dengan disertai bantuan berupa ahli-ahli, alat-alat dan beasiswa untuk pendidikan berbagai keahlian yang berhubungan dengan *orthopaedy*, *prothesis* dan *rehabilitasi*.

Tiap tahun diadakan pertemuan internasional untuk tukar-menukar pengalaman dan menambah pengetahuan tentang rehabilitasi.

Adanya Pusat Rehabilitasi di Solo telah memberi inspirasi kepada tokoh-tokoh yang memperhatikan penderita cacat golongan lain. Maka berdirilah Pusat Rehabilitasi Penderita Tuberkulosis di Bandung (Brigjen Wonoyudo), Pusat Rehabilitasi Sitanala di Tangerang bagi cacat disebabkan penyakit kusta (Menteri Kesehatan Prof. Satrio), dan Tempat Pendidikan Orang Buta "Dristarastra" di Pemalang untuk menjadi juru pijat (Departemen Sosial).

Dengan dibangunnya Rumah Sakit Ortopedi di Solo pada tahun 1957, maka mutu rehabilitasi dapat ditingkatkan. Pada tahun 1961 Rumah Sakit Ortopedi telah mulai dengan perawatan penderita paraplegia, dengan bangsal untuk 24 orang. Apabila pertolongan mediknya sudah selesai, perawatan diteruskan dengan rehabilitasi, agar mereka secepat mungkin dapat masuk kembali ke masyarakat. Yang sudah keluar, sekurang-kurangnya satu kali tiap enam bulan disuruh memeriksakan diri di rumah sakit untuk kontrol. Cita-cita untuk mendirikan suatu "paraplegic home" belum dapat terlaksana.

Sekolah Asisten Fisioterapi. — yang didirikan dalam tahun 1956 —, pada tahun 1964 ditingkatkan menjadi Akademi Fisioterapi.

8. Gizi.

Bertalian dengan usaha meningkatkan gizi rakyat, dalam periode ini digerakkan "Operasi Makmur" dengan "Korwando Buta Gizi", yang bersama-sama diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan, Departemen Pertanian, Departemen Agama, Departemen Pertahanan dan sebagainya. Maksudnya adalah mengusahakan penambahan dan perbaikan produksi, lancarnya distribusi, mendapatkan cara-cara pengawetan bahan makanan, di samping penggunaan makanan menurut pola "Empat Sehat, Lima Sempurna". Pada hakekatnya saham Departemen Kesehatan terletak pada pemberian penyuluhan, yang dilaksanakan oleh para Nutrisionis dan Juru Penerang Makanan. Masalah yang terutama perlu mendapatkan perhatian adalah: defisiensi kalori dan protein, defisiensi vitamin A dan defisiensi yodium.

Untuk meningkatkan produksi diadakan ekstensifikasi dan intensifikasi, yang meliputi: pembukaan tanah baru (daerah pasang-surut, daerah rawa), per-



Usaha Perbaikan Makanan di daerah Surakarta, sekitar tahun 1963.

baikan pengairan, penggunaan pupuk, penggunaan bibit unggul, pemberantasan hama dan didirikan "Padi centra". Peningkatan produksi tidak hanya ditujukan pada beras, tetapi juga pada jagung dan palawija.

Pemberantasan defisiensi vitamin A dilakukan di Jawa Tengah dengan pemberian minyak kelapa sawit (Oei Khoen Lian). Lauw Tjin Giok telah memeriksa kanak-kanak umur 1 — 4 tahun para nelayan penangkap ikan serta makanannya; tidak ditemukan Kwashiorkor, karena protein cukup, walaupun jumlah kalori kurang dalam makanan.

9. Kesehatan Masyarakat

Faham usaha kesehatan masyarakat adalah menyangkut pengertian, bahwa semua komponen usaha bagi kesehatan masyarakat dalam suatu daerah kecil (satu kecamatan misalnya) diintegrasikan ke dalam satu unit, yang perwujudannya berupa Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat), baik yang mengenai segi preventif, kuratif maupun pemberantasan penyakit. Dalam pelaksanaannya, sistem rujukan (*referral system*) dengan bagian-bagian yang khusus menangani suatu masalah tertentu mempunyai peranan penting. Mengenai usaha kuratif, yang tidak dapat diselesaikan oleh Puskesmas, diadakan rujukan dengan rumah sakit. Usaha-usaha preventif dan pemberantasan penyakit, yang telah disebutkan di muka, dalam pelaksanaannya mengikutsertakan Puskesmas.

Meskipun konsepsi ini sudah hidup dalam angan-angan, tetapi dalam periode ini belum sampai berkembang. Perkembangan pembentukan Puskesmas-puskesmas secara nyata baru terlaksana nanti dalam periode "orde baru". Akan tetapi rintisan sudah nampak. Rintisan pertama adalah pengintegrasian pemberantasan framboesia ke dalam fungsi Balai Pengobatan, yang sudah dimulai dalam tahun 1950. Adapun dalam periode sekarang ini ada satu daerah percontohan yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan di Bekasi (Jawa Barat), dan tiga diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah, yaitu di Jawa Tengah, Jawa Timur dan Lampung.

Segi penting dalam sistem ini adalah pendidikan/penyuluhan kesehatan kepada masyarakat. Yang tadinya ditangani oleh masing-masing bagian yang bersangkutan, sehubungan dengan masalah tertentu yang merupakan tugasnya, maka dalam rangka Puskesmas hal ini dapat dikoordinir dan dilaksanakan bersama.

10. Kesehatan Buruh.

Pada tahun 1958 didirikan Lembaga Kesehatan Buruh, yang kemudian diperluas menjadi *Lembaga Kesehatan dan Keselamatan Buruh*.

Dalam bidang ini beberapa penyelidikan telah dilakukan, antara lain: *Karimuddin* *cs* menemukan adanya *Silicosis* di perusahaan tambang emas Cikotok, *Sumakonur* *cs* menyelidiki penyakit *Byssinosis* di perusahaan benang di Cilacap; *Karimuddin* *cs* mengadakan survey tentang kecelakaan kecil pada perusahaan-perusahaan serta sebab-sebabnya.

C. LAIN — LAIN

1. Kesehatan Jemaah Haji

Sejak tahun 1950 jemaah haji didampingi oleh Rombongan Kesehatan Indonesia (RKI), yang ditangani oleh Departemen Kesehatan. Para anggotanya berstatus sebagai tenaga yang diperbantukan pada Departemen Agama, kemudian diperbantukan pada Duta Besar Republik Indonesia di Saudi Arabia. Tim tersebut melaksanakan tugasnya di bawah pimpinan dokter Kedutaan yang sudah ada di sana.

Penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan para jemaah haji dibagi atas dua kelompok, yaitu: kelompok pertama, terdiri dari Rombongan Kesehatan Indonesia (RKI) yang khusus bertugas di daratan Saudi Arabia, dan kelompok kedua terdiri dari tenaga kesehatan yang bertugas di kapal-kapal laut. Mereka yang bertugas di Saudi Arabia, diberangkatkan dengan pesawat terbang, satu minggu sebelum jemaah haji dengan kapal laut tiba. Tenaga kesehatan yang melaksanakan tugasnya di kapal laut menjadi tanggung jawab pihak perumahan perkapalan.

Jumlah jemaah haji pada tahun 1956 berkisar antara 10.000 — 12.000 orang, dengan rata-rata angka kematian 2 — 2,5%. Pada musim haji tahun 1957 - 1958 angka kematian meningkat menjadi 3,7% dan pada tahun 1958 — 1959 meningkat lagi menjadi 3,8%. Masalah meningkatnya kematian para jemaah haji telah menimbulkan pertanyaan di Parlemen, apa yang menjadi penyebab banyaknya kematian tersebut.

Kematian jemaah pada tahun 1957 disebabkan adanya wabah influenza yang melanda hebat di seluruh dunia, termasuk di Saudi Arabia. Jawaban Pemerintah dalam Parlemen disampaikan oleh Menteri Kesehatan dr Azis Saleh; beliau mengakui adanya kekurangan tenaga yang merawat kesehatan di Saudi Arabi di samping kurang sempurnanya perlengkapan yang ada di sana.

Berdasar atas gejala tiap tahun meningkatnya angka kematian, maka pada tahun 1958 dikirim suatu tim yang terdiri dari dr Kusnadi dan Soetjahjo SH dengan tugas mengadakan penyelidikan tentang pelayanan haji di Saudi Arabia. Tim ini menghasilkan beberapa rekomendasi antara lain menyangkut perbaikan perumahan jemaah haji. Disarankan agar jemaah haji yang selama itu hanya di beri ruangan seluas 1½ meter, diberi ruangan dua kali lipat menjadi 3 meter persegi. Di samping itu disarankan agar kepada setiap jemaah diberi satu tempat tidur, sehingga barangnya dapat diletakkan di bawah tempat tidurnya. Kebutuhan air untuk keperluan mandi dan minum disarankan agar dicukupi. Tentang susunan RKI juga diusulkan agar diadakan perubahan, dengan ketentuan untuk tiap 1.00 orang jemaah haji diperbantukan seorang dokter.

Pada tahun 1959 menurut peraturan yang berlaku di dalam kapal setiap jemaah hanya diberi ruangan 1½ meter persegi atau 1,2 meter persegi. Mereka tidur dilantai yang bertikai bersama-sama dengan barang-barang dan kadang-kadang bersama dengan binatang yang diangkut oleh kapal tersebut. Pada waktu itu kapal "Gunung Jati" dinilai sebagai kapal yang terbaik dari maskapai pela-

garan "*Blue Funnel-Line*". Berdasar atas pengalamannya, maka dr Kusnadi diberi tugas mempelajari masalah-masalah yang berkaitan dengan perkapalan dan akomodasi para jemaah haji pada maskapai perkapalan tersebut. Hasil laporannya kemudian dituangkan dalam suatu peraturan bagi kapal yang mengangkut jemaah haji, bahwa setiap orang jemaah diberi tempat minimal seluas 2 meter persegi untuk akomodasi di kapal. Di samping itu jumlah kamar kecil dan kamar mandi disesuaikan dengan jumlah jemaah.

Berdasar atas peraturan termaksud, maka dibuatlah jenis kapal laut untuk mengangkut jemaah haji. Di luar musim haji kapal-kapal tersebut digunakan untuk angkutan "*inter-insular*" bahkan dapat dipergunakan untuk pengangkutan samudera. Adapun kapal-kapal yang dipakai untuk mengangkut para jemaah haji saat itu adalah kapal "*Husni Thamrin*", "*Setia Budi*" dan "*Tjokroaminoto*".

Pada tahun 1960 di lingkungan Departemen Kesehatan dibentuk Seksi Haji di bawah pimpinan dr Kusnadi sebagai Kepala Seksi yang termasuk dalam lingkungan "*Biro Hubungan Luar Negeri*" di bawah pimpinan dr Hurustiati Subandrio. Pada tahun itu dikeluarkan suatu pernyataan bersama yang menyangkut masalah haji oleh tiga Menteri Muda, yaitu: Menteri Muda Agama, Menteri Muda Kesehatan, Menteri Muda Perhubungan. Pernyataan bersama tersebut menyangkut syarat-syarat bagi kapal haji yang harus dipenuhi. Dalam pernyataan tersebut ditetapkan ketentuan mengenai jumlah tenaga kesehatan yang ditempatkan di kapal, serta mengenai obat-obat dan alat-alat yang diperlukan di kapal. Hal ini dianggap perlu, karena peraturan yang berlaku dalam "*Pelgrim Ordonnantie*" tahun 1922 dianggap tidak sesuai lagi dengan keadaan. Yang terpenting dari pernyataan bersama tiga Menteri Muda ini ialah, bahwa untuk tiap jemaah haji di kapal laut harus disediakan tempat 2 meter persegi. Kepada mereka juga harus disediakan tempat tidur, mushola di dek, sedangkan di palkah harus ada "*blower*" dan "*exhauster*". Ditentukan jumlah air yang harus disediakan guna keperluan mandi dan minum. Menu makanan harus diatur pula.

Sebagai tindakan realisasi pernyataan bersama tiga Menteri Muda tersebut, maka pada tahun 1961 kapal-kapal yang akan mengangkut jemaah haji diperiksa ditempat asalnya terlebih dahulu.

Menjelang akhir tahun 1963 timbul perubahan besar dalam pengangkutan jemaah haji. Bila semula semua pemberangkatan jemaah haji diurus oleh Departemen Agama saja, kemudian dilimpahkan kepada "*Panitia Perbaikan Perjalanan Haji*" (PPPH) di bawah pimpinan Menteri Koordinator (Menko) Sosial. Demikian juga mengenai ketentuan yang menyangkut RKI. Sejak tahun 1963/1964 itu, semua tenaga kesehatan yang tergabung dalam RKI menjadi beban dari Panitia Perbaikan Perjalanan Haji dan dibiayai oleh Departemen Agama dari uang Ongkos Naik Haji (ONH).

Peraturan yang berlaku, tentang jumlah dokter dan tenaga perawatan yang diperlukan untuk tiap-tiap kapal, tetap dipegang teguh. Demikian juga lain-lain ketentuan yang telah dicetuskan oleh tiga Menteri tetap dilaksanakan, walaupun tidak seluruhnya. RKI diubah menjadi —Tim Kesehatan Haji Indonesia" (TKHI). Jumlah anggotanya bertambah dan pada tahun 1964 dokternya ada 18 orang, perawatnya 92 orang, sehingga jumlah seluruhnya 110 orang.

Jumlah jumlah haji dan TKHI, serta jumlah angka kematian
serta prosentasinya dari tahun 1958 sampai 1965

Tahun	Jumlah Jemaah	TKHI		Angka kematian	Presentase	Keterangan
		Dokter	Perawat	Jumlah pria/wanita		
1958/1959	10.168	6	29	35	3,7 %	1949/1950 sampai tahun
1959/1960	10.318	4	30	34	2 %	1962/1963 semua anggota
1 960/1961	11.613	4	30	34	2,7 %	RKI terdiri dari tenaga-
1961/1962	7.820	3	25	28	1,6 %	tenaga medik & paramedik
1962/1963	10.003	4	30	34	0,7 %	pria saja.
1963/1964	15.039	18	92	110	1 %	1957/1958 Departemen Ke-
1964/1965	15.004	16	92	108	0,7 %	sehatan mengirim ambulans
						(3), klinik mobil dan jeep (4)
						jeep kembali karena tidak
						dizinkan masuk. Juga dikir-
						imkan tenaga sopir dan
						tukang masak. Mulai tahun
						1963/1964 ditangani oleh
						PPPH dan jumlah anggota
						TKHI mencapai seratus lebih.

2. Keluarga Berencana.

Dalam periode ini program Keluarga Berencana belum ditangani oleh Pemerintah, tetapi sudah dirintis. Semula oleh "Yayasan Kesejahteraan Keluarga" (YKK), yang dibentuk dalam tahun 1952 diketuai oleh Ny. Marsidah Soewito, kemudian disusul oleh "Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia" (PKBI), yang didirikan pada tanggal 23 Desember tahun 1957. Dokter Suharto, yang menjabat sebagai ketua PKBI pertama, pada tahun 1962 diganti oleh dr Hurustiati Subandrio.

Memang pada waktu itu sikap Pemerintah tidak menguntungkan bagi gerakan Keluarga Berencana, Presiden Sukarno tidak setuju dengan pembatasan kelahiran yang berdasar atas pertimbangan kependudukan. (Ganjilnya dr Suharto adalah dokter pribadi Presiden Sukarno). Meskipun demikian, faham "keluarga berencana" dapat ditinamkan, dan PKBI tumbuh dengan pesat. Hubungan dengan badan-badan luar negeri, c.q. *"The Pathfinder Fund"*, *"International Planned Parenthood Federation" (IPPF)* dan *"Population Council"*, tidak sedikit memberi pengaruh kepada perkembangannya, bertalian dengan bantuannya.

Pada tahun 1958 dr Hurustiati Subandrio, dr Judono dan Mrs Mc Kinnon (dari *the Pathfinder Fund*) berkunjung ke Semarang untuk memberi ceramah kepada anggota Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan isteri-isteri dokter. Pada tahun 1960 dr Farida B. Hyder membuka klinik Keluarga Berencana di BKIA Pandanaran dengan bantuan dr Liem Thay Sien dan bidan Ny. Sugito, dan dengan persetujuan Ikes dr Marsaid.

Pada tahun 1959 dr Wasito, dari Lembaga Kesehatan Nasional Surabaya, ikut serta dalam konperensi internasional tentang keluarga berencana di New Delhi. Sekembalinya di Indonesia, bersama dengan dr Pardoko, mulai mengadakan ceramah-ceramah tentang keluarga berencana secara diam-diam. Pada tahun 1961 Lembaga Kesehatan Nasional mulai ikut aktif dalam penelitian masalah Keluarga Berencana, dengan melaksanakan "Project Cerme" (Cerme adalah suatu kecamatan) dengan bantuan Population Council, di mana untuk pertama kalinya di Indonesia diadakan *KAP Study*, mempelajari pengetahuan (*knowledge*) sikap (*attitude*) dan praktek (*practice*), mengenai keluarga berencana. Pada tahun 1962 Mrs Mc Kinnon dari *the Pathfinder Fund* berkunjung ke Surabaya. Setelah mengadakan tukar pikiran dengan Ikes dr Saiful Anwar, akhirnya disetujui untuk memberikan pelayanan keluarga berencana di BKIA-BKIA atas dasar kesehatan. Pada tahun 1962 dr Kartini dan bidan Ny. Pesik serta seorang staf dari Lembaga Kesehatan Nasional Surabaya dikirim ke Training Centre di Singapore atas biaya IPPF.

Pada tahun 1962 dibuka klinik keluarga berencana yang pertama di Surabaya di bawah pimpinan dr. Kartini dengan supply kontrasepsi dari PKBI. Dan meskipun pada waktu itu keluarga berencana belum merupakan program Pemerintah, akan tetapi RRI Surabaya telah dapat dipakai untuk keperluan penerangan keluarga berencana.

Perkembangan keluarga bereneana di luar Jawa adalah sebagai berikut.

Pada tahun 1959 di Bali didirikan cabang PKBI dengan ketua Ny. Sutedja, isteri Gubernur Bali. Usaha keluarga berencana banyak mendapat bantuan tokoh-tokoh di Bali seperti Gubernur Bali sendiri, Ikes dr Djelantik dan Ny. Wiriati Wedastera. Bertindak sebagai Ketua bagian medik dr Esther Wowor, kepala bagian kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Di bagian inilah dimulai percobaan-percobaan obat-obat kontrasepsi dan tekniknya dengan *Murgulies coil*, *Lippes loop*.

Pada tahun 1962 di Palembang, perintisan keluarga berencana dilakukan oleh Ny. Gupito, Ny. Luki Irsan dan Ny. Bambang Utoyo. Bagian medik ditangani oleh Kwik Kim Swie.

Pada tahun 1963 di Medan sebagai ketua PKBI yang pertama adalah dr. Supadmi Sutjipto, sehingga banyak memperoleh fasilitas dari dr Sutjipto, yang pada waktu itu menjabat sebagai Inspektur Kesehatan Sumatera Utara.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan oleh PKBI sebagai pelopor keluarga berencana pada waktu itu mendapat banyak kemajuan berhubung dr Hurustiati Subandrio menduduki tempat yang penting dalam Departemen Kesehatan, dan yang sebelum mengganti dr Suharto sebagai ketua sudah menjabat sebagai wakil ketua PKBI. Dengan bantuan dr Hurustiati Subandrio tersebut banyaklah proyek-proyek keluarga berencana dilakukan berupa mendirikan klinik-klinik keluarga berencana di beberapa tempat, antaranya: 5 di Jakarta, 2 di Bandung, 1 di Semarang, 1 di Yogyakarta, 1 di Surabaya dan 1 di Denpasar, yang seluruhnya berjumlah 11 poliklinik.

Di samping itu banyak kegiatan baik di dalam maupun di luar negeri yang dilakukan, berupa seminar dan konperensi-konperensi. Tahun 1963 Prof. Hanifah mengikuti Konperensi Internasional IPPF di Singapura dan tahun 1964 di New York, di mana dapat diberitakan tentang pengalaman dan pemasangan IUD.

Kerjasama dengan the Pathfinder Fund terwujud dengan dibiayainya dua orang utusan PKBI mengikuti Konperensi IPPF South East Region, yang diselenggarakan di Singapura tahun 1959, yaitu Ny. Untung dan dr Koen S. Martiono. Pada tahun 1961 dr Koen S. Martiono menghadiri seminar di Singapura lagi bersama dengan dr Soebagio Prawirodihardjo dari Departemen Kesehatan bagian Kesejahteraan Ibu dan Anak. Demikian pula pada tahun 1963 pada Konperensi Internasional IPPF berikutnya, PKBI mengirimkan utusannya terdiri dari Prof. Hanifah Wiknyosastro dan Ny. Sriamin serta Ny. Hutasoit dan lain-lain.

Di dalam negeri pada tahun 1963 diadakan seminar di Jakarta, yang dipimpin oleh Ny. Hutasoit SH pada bulan Pebruari dan ternyata mendapat perhatian yang besar, dihadiri kira-kira oleh 3.000 orang. Demikian pula di tempat lain diadakan beberapa seminar. Di Bandung dipimpin oleh dr Z. Rachman Mansur dihadiri 1.000 orang, di Semarang dipimpin oleh dr. Farida Hyder dihadiri oleh 300 orang, di Bali dipimpin oleh dr Esther Wowor dihadiri oleh 500 orang pengunjung, di Yogyakarta dipimpin oleh Prof. Judono dihadiri oleh 500 orang, di Surabaya di bawah pimpinan Ny. Prayitno dihadiri oleh 1.000 pengunjung, dan di perkebunan karat Subang dipimpin oleh Ny. Djuwari es. dihadiri oleh 300 orang.

Pada tahun 1963 pemakaian alat-alat kontrasepsi menunjukkan angka-angka sebagai berikut :

50 % foaming tablets.

30 % condoms.

10 % diaphragma, jelly, paste.

4 % intra-uterine devices (IUD).

Untuk mempelajari secara seksama pemakaian obat-obat dan teknik kontrasepsi, telah dibentuk suatu proyek research "Proyek Balai Keluarga Berencana Seksi Research" diketuai oleh Prof. Hanifah Wiknyosastro dan sekretaris dr Harun Harahap. Pemasangan IUD pada umumnya waktu itu dilakukan oleh ahli kebidanan di Jakarta, Bandung dan Surabaya.

Dalam menyesuaikan diri dengan program Pemerintah pada waktu itu yang berdasar atas azas "berdikari", maka seksi research menyelidiki tanam-tanaman dan akar-akaran, yang mungkin dapat dipergunakan untuk mencegah kehamilan, diusahakan bersama dengan Institut Farmasi Nasional, yang diketuai oleh dr Zainal Arifin.

Pada tahun 1964 telah tercatat 59 klinik Keluarga Berencana dengan 28 dokter sebagai penasehat dan 60 bidan sebagai asisten, dengan pengunjung sebanyak 4.980 orang. Pada tahun itu juga bulan Oktober di New York diselenggarakan konperensi tentang penggunaan IUD oleh Population Council. Indonesia mengirimkan Prof. Hanifah Wiknyosastro, dr Liek Khe Leon dan Ny. Djoewari. Segala pengalaman tentang penggunaan IUD dibicarakan sepulang dari konperensi tersebut, dengan membawa 2.000 IUD sebagai sumbangan dari Population Council.

Pada tahun 1965 dimulai dengan 2 macam proyek yakni:

- a. mengintensifkan penggunaan IUD, dan
- b. mengadakan klinik pengobatan kemandulan.

Beberapa tokoh Population Council pada tahun 1965 itu mengunjungi Indonesia untuk memberi ceramah-ceramah tentang penggunaan IUD. Akhirnya beberapa dokter umum dilatih selama dua minggu oleh ahli-ahli kebidanan tentang pemasangan IUD, sehingga dengan begitu pemakaian IUD di Indonesia menjadi lebih meluas. Pada tahun 1965 itu juga Prof. Hanifah Wiknyosastro dan dr Gunawan diutus menghadiri Konperensi IUD di Jenewa.

Angka-angka jumlah klinik Keluarga Berencana maupun penggunaan alat-alat kontrasepsi pada tahun 1965 sudah cukup meyakinkan, sehingga sebetulnya situasi telah 'mengijinkan' untuk mengintegrasikan program Keluarga Berencana dalam kegiatan BKIA.

Berhubung dengan timbulnya Gerakan Tiga Puluh September (G30.S) PKI, maka beberapa hambatan telah dirasakan dalam perkembangan kegiatan-kegiatan di bidang Keluarga Berencana di Indonesia.

3. Palang Merah Indonesia.

Meskipun peranan PMI (Palang Merah Indonesia) dalam sejarah kesehatan Indonesia akan diuraikan nanti dalam Bab VII secara menyeluruh, tetapi bertalian dengan peristiwa-peristiwa khas dalam periode ini dikemukakan kegiatan-kegiatannya sebagai berikut.

Tahun :

- 1961 Menangani urusan pensiun warga negara Belanda.
Membantu korban-korban bencana alam: banjir di Jawa Barat, angin, puyuh di Savanlaki, letusan gunung Merapi di Jawa Tengah.
- 1962 Menangani penyelesaian warga negara Belanda.
- 1963 Workshop dengan Wakil Palang Merah USA, Bill Case, tentang Public Relations.
Membantu korban-korban bencana alam: banjir di Jakarta, Indramayu, Panunukan; letusan gunung Gamalama (Ternate), letusan gunung Agung (Bali.).
- 1964. Membantu bencana-bencana alam berupa : banjir, angin tofan, tanah longsor, kebakaran, kelaparan, wabah cacar.

KEPUSTAKAAN
BAB IV dan BAB V

1. *A General Outline of Public Health Care in Indonesia*; Department of Health; Djakarta, 1964.
2. *Almanak Kesehatan 1962*; Yayasan Kesejahteraan Pegawai Departemen Kesehatan RI; Djakarta 1962.
3. Bagiastra, I. Made; *Pendidikan tenaga paramedik di Indonesia*; Departemen Kesehatan RI; Djakarta, 1964.
4. *Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Tahun ke-3, No. 4*; Djakarta, 1954.
5. *Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Tahun ke-4, No. 1*; Djakarta, 1955.
6. *Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Tahun ke-5, No. 1 dan 2*; Djakarta, 1956.
7. *Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Tahun ke-8, No. 1*; Djakarta, 1959.
8. *Berita Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Tahun ke-10, No. 1*; Djakarta, 1961.
9. *Di Pintu Gerbang Pelaksanaan Pembangunan Semesta*; Departemen Penerangan; Djakarta,
10. Karamoy, Y.E.; *Memorie van Overdracht*, Batavia, 1949.
11. *Kebijaksanaan Umum dan Pelaksanaan Program Kesehatan dalam PELITA (1969/1970) — 1970/1971*; Bagian Penerbitan dan Perpustakaan Biro V Departemen Kesehatan; Djakarta, 1971.
12. *Laporan Departemen Kesehatan Tahun 1958*.
13. *Laporan Djawatan Kesehatan Djawa Tengah Tahun 1958*.
14. *Laporan Konperensi Dinas Kementerian Kesehatan Republik Indonesia di Djakarta, 6 — 9 Pebruari, 1952*.
15. *Laporan Tahunan Djawatan Kesehatan Kotapradja Djakarta Raya, 1956*.
16. *Laporan Tahunan Rumah Sakit / Balai Pengobatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia*, Djakarta, 1958.
17. Leimena, J.; *Kesehatan Rakyat di Indonesia, Pandangan dan Planning*; Djakarta, 1955.
18. Leimena, J.; *Membangun Kesehatan Rakyat di Indonesia*; Noordhoff-Kolf; Djakarta, 1952.

19. Leimena, J.; Pedoman untuk Pengelolaan Rumah-rumah Sakit Umum Pemerintah dan Rumah-rumah Sakit Istimewa; Djakarta, 1956.
 20. Majalah Kesehatan dan Syara', No. 1 dan No. 3; Kementerian Kesehatan; Djakarta, 1954.
 21. Majalah Purnawirawan, Tahun ke-4, No. 15; Pengurus Besar PEPABRI Jakarta, 1975.
 22. Mengisahkan 20 Tahun Merdeka dalam bidang Kesehatan; Departemen Kesehatan, Djakarta, 1970.
 23. Pedoman dan Berita Departemen Kesehatan, No. 3 - 4; Djakarta, 1965.
 24. Pedoman dan Berita Kesehatan, No. 2; Bagian Penerbitan dan Perpustakaan Biro V Departemen Kesehatan RI; Djakarta, 1970.
 25. Pembangunan Lima Tahun (PELITA) di bidang Pembangunan Kesehatan Rakyat; Bagian Penerbitan dan Perpustakaan Biro V Departemen Kesehatan; Djakarta, 1954.
 26. Pudji Sukur 25 Tahun Indonesia Merdeka; Departemen Penerangan Republik Indonesia; Djakarta, 1970.
 27. Radjiwan, R.; Pemberantasan Tuberkulose Nasional di Indonesia; Departemen Kesehatan RI; Jakarta, 1972.
 28. Research di Indonesia 1945 — 1965 bidang Kesehatan; Departemen Research Republik Indonesia; Djakarta, 1965.
 29. Riwayat Pemberantasan Cacar di Indonesia; P3M, Djakarta,
 30. Soeharto, R.; Kesehatan di Indonesia, 1954.
 31. Soepomo, R.; Undang-undang Dasar Sementara Republik Indonesia; Noor dhoff-Kolf; Djakarta, 1950.
 32. Statistical Pocketbook of Indonesia 1959; Biro Pusat Statistik; Djakarta, 1959.
 33. Statistical Pocketbook of Indonesia 1961; Biro Pusat Statistik; Djakarta, 1961.
 34. Statistik Indonesia 1964 -- 1967; Biro Pusat Statistik; Djakarta, 1968.
 35. Statistik Indonesia 1968 — 1969; Biro Pusat Statistik; Djakarta, 1971.
-

KENANG-KENANGAN DOKTER SALEKAN.

**Dinas Kesehatan Kalimantan Barat
Selama pendudukan Jepang dan sesudahnya (tahun 1941 - 1948)**

Pendahuluan.

Sebelum tentara Jepang menduduki daerah Kalimantan Barat pada perang dunia ke II, di tiap-tiap Daerah Gezaghebber ditempatkan 1 dokter daerah, yang pekerjaannya diatur dan diawasi oleh seorang Residentie Arts yang berkedudukan di kota Pontianak. Dokter-dokter daerah terdapat di: Pontianak, Singkawang, Sintang, Ketapang, Mempawah, Sambas, Sanggau, Nanga Pinoh dan Putus Sibau; sedangkan seorang Mantri-verpleger ditempatkan di: Anjungan, Mandar, Karangan, Ngabang, Nyerungkan, Sanggau Ledo, Bengkayang dan lain-lain.

Fasilitas pengobatan terdiri dari rumah sakit umum, rumah sakit khusus dan poliklinik-poliklinik. Rumah Sakit Umum terdapat di Pontianak (+ 200 tempat tidur), Singkawang (100 tt), Sambas (60 tt), Sintang (+ 50 tt), Sanggau (+ 60 tt), Nanga Pinoh (+ 50 tt), Bengkayang (+ 30 tt), Ketapang (+ 60 tt). Rumah-rumah Sakit Khusus adalah: Rumah Sakit Jiwa di Pontianak, Koloni orang sakit jiwa di Petengahan (Singkawang) dan Leprosieri di Singkawang. Poliklinik-poliklinik yang dipimpin oleh mantri-verpleger terdapat pula di tempat-tempat tersebut di atas. Di samping fasilitas kesehatan sipil masih ada fasilitas-fasilitas yang khusus melayani angkatan bersenjata pemerintah kolonial Belanda.

Setelah Jepang masuk dan Pemerintah Belanda meninggalkan daerah Kalimantan Barat, maka susunan petugas-petugas kesehatan mengalami beberapa perubahan, di antaranya karena sebagian dari tenaga kesehatan, terutama dokter-dokternya, diwajibkan masuk militer dan karena sebagian besar dari tenaga dokter ditempatkan di kota Pontianak, Singkawang dan Ketapang. Yang ditempatkan di pedalaman tinggal 2 orang dokter, yaitu dr Soedarso di Sanggau dan dr Salekan di Sintang.

Pada permulaan jaman Jepang, setelah keributan sewaktu pendaratan tentara Jepang di berbagai tempat di Kalimantan Barat dan penduduk mulai tenang kembali, pekerjaan di bidang kesehatan berjalan seperti biasa; perbedaannya hanya pasien tidak begitu ramai mengunjungi fasilitas-fasilitas pengobatan seperti dulu. Pimpinan Kesehatan pada permulaan di pegang oleh Sdr. dr Roebini dengan jabatannya sebagai Eiseikakanco. Atas pimpinan dr Roebini, mulailah pekerjaan-pekerjaan disesuaikan dengan ketentuan-ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pendudukan Jepang Rikugun dan dalam keadaan yang jauh berbeda daripada waktu masih di bawah Pemerintahan Hindia Belanda. Rumah-rumah sakit, Poliklinik-poliklinik dibuka lagi dan dimulai lagi *tourne-tourne* ke daerah-daerah. Yang benar-benar menjadi kesulitan adalah bahwa persediaan obat-obatan untuk poliklinik dan rumah sakit lekas menipis, sedangkan obat-obatan yang dimasukkan tidak ada. Kira-kira 1 tahun kemudian barulah ada penambahan obat-obatan berasal dari Jepang, di antaranya

obat Salversan yang sangat dibutuhkan oleh rakyat Kalimantan Barat untuk pemberantasan penyakit Framboesia.

Tenaga Kesehatan.

Dengan penyerbuan balatentara Jepang ke daerah Kalimantan Barat dan di tinggalkannya daerah tersebut oleh Pemerintah kolonial Hindia Belanda, maka susunan kepegawaian Dinas Kesehatan menjadi kacau. Sebelum pecah perang, semua tenaga kesehatan diatur oleh Pemerintah Daerah dan dikepalai oleh seorang Residentie Arts yang berkedudukan di Pontianak. Pada tahun 1941, menjelang pendudukan oleh Jepang, yang memegang pimpinan Kesehatan adalah seorang dokter tentara Hindia Belanda (KNIL), yang dipimpin dan diawasi oleh seorang *Inspecteur vd Dienst der Volksgezondheid* yang berkedudukan di Banjarmasin. Pada waktu itu yang berfungsi sebagai *Inspecteur* adalah Dr Soesilo, seorang malariolog.

Susunan tenaga dokter sesaat sebelum pendudukan Jepang, Residentie Arts di Pontianak membawahi dokter-dokter daerah di tempat-tempat sebagai berikut:

- | | | | |
|----|-------------|---|--|
| 1. | Pontianak | : | dr Roebini |
| 2. | Singkawang | : | seorang dokter militer Belanda, yang mempunyai tugas rangkap, yaitu untuk tentara dan daerah Singkawang. |
| 3. | Sambas | : | dr Ismail |
| 4. | Sintang | : | seorang dokter militer Belanda |
| 5. | Putus Sibau | : | dr Achmad Diponegoro. |
| 6. | Sanggau | : | dr Soedarso. |
| 7. | Ketapang | : | dr Soeharso. |
| 8. | Mempawah | : | dr Salekan. |

dan beberapa dokter yang ditempatkan di kota Pontianak, seperti dr Soenarjo, dr Luhulima dan dokter partikelir dr Agusdjam.

Waktu Jepang menyerang Pearl Harbour sebagai tanda permulaan perang di Asia, oleh pemerintah Hindia Belanda di Kalimantan Barat diadakan perubahan dalam penempatan dokter-dokter. Tenaga-tenaga dokter dipusatkan di kota Pontianak, sedangkan yang ada di luar hanya di: Sintang, Sanggau, Ketapang, Putus Sibau dan Singkawang. Akan tetapi nampaknya setelah Jepang menduduki daerah Kalimantan Barat, hampir semua dokter dipanggil ke Pontianak, dengan tidak diketahui sebabnya. Mungkin hal ini terjadi karena akibat dari mundurnya tentara KNIL dari Sanggau Ledo di mana semua kekuatan militer dipusatkan pada waktu mulai pecah perang. Sebagian dari tentara KNIL mengundurkan diri ke hutan dan melanjutkan perjalanannya mundur melalui hutan-hutan sampai ke Sintang dan akhirnya ke Banjarmasin. Akan tetapi sebagian yang terbesar telah menyerah di daerah perbatasan antara Serawak dan Kalimantan Barat dan mereka ditawan di Kuching.

Setelah Pemerintah Tentara Jepang (Gunkanseibu) menguasai seluruh daerah Kalimantan Barat, maka dokter yang bekerja di luar kota Pontianak tinggal 3 orang, yaitu di Sintang, Sanggau dan Ketapang, sedangkan di Singkawang kemudian ditempatkan seorang dokter Jepang.

Pada permulaan pemerintahan pendudukan Jepang tidak terasa adanya sesuatu keraguan dan kekhawatiran tentang tugas-tugas kesehatan. Semua tenaga kesehatan menjalankan kewajibannya dengan tidak banyak kesulitan, kecuali kurangnya alat-alat dan obat-obatan, akan tetapi lambat laun ternyata bahwa ada sesuatu yang mungkin direncanakan sebelumnya dan kemudian dilaksanakan, yaitu penangkapan-penangkapan penduduk, terutama orang-orang yang mempunyai kedudukan dan pengaruh pada masyarakat, ialah orang-orang yang berpangkat, seperti Kepala-kepala daerah, Sultan Pontianak dan semua Penembahan yang ada di daerah Kalimantan Barat, orang-orang yang kaya, dan lain-lain orang yang tidak diketahui fungsinya dalam masyarakat.

Dokter-dokter yang pada waktu itu berada di Pontianak tidak luput dari rencana Gunkanseibu dan mereka ditangkap tanpa satu alasan yang diketahui oleh penduduk. Dengan tidak diketahui alasan-alasannya dan melihat banyaknya jumlah orang yang ditangkap dari segala golongan masyarakat, maka timbullah perasaan takut dan gelisah pada penduduk, yang merasa sewaktu-waktu bisa ditangkap untuk tidak kembali lagi. Dari tenaga dokter yang ikut menjadi korban adalah dr Roebini, dr Ismail, dr Achmad Diponegoro, dr Soenarjo dan dr Agusdjam, sedangkan dr Soedarso sebelumnya sempat meninggalkan Ketapang untuk pergi ke Jawa dan digantikan oleh dr Agusdjam, yang pada waktu itu berstatus dokter partikelir. Pada waktu diadakan razia terhadap dokter-dokter di Kalimantan Barat, di mana dr Agusdjam ikut terkena, maka dr Luhulima dikirim ke Ketapang sebagai penggantinya.

Formasi dokter untuk Dinas Kesehatan Kalimantan Barat pada waktu itu tinggal 3 orang, yaitu: dr Luhulima di Ketapang, dr Soedarso di Sanggau, dan dr Salekan di Sintang. Tenaga-tenaga tersebut mengisi formasi kesehatan untuk daerah-daerah hulu, sedangkan untuk daerah hilir (tepi laut) ditempatkan dokter-dokter Jepang. Akan tetapi nampaknya dirasa jumlah dokter terlalu sangat kurang, sehingga dianggap perlu untuk mendatangkan 1 dokter (mungkin dari Banjarmasin), yaitu dr Noto Soenarjo. Dengan kedatangan dokter tersebut, maka oleh pemerintah pendudukan sekaligus diadakan mutasi-mutasi, yaitu: dr Noto Soenarjo untuk seluruh daerah Hulu Kapuas dan berkedudukan di Sintang, dr Luhulima untuk daerah Hulu Selatan dan berkedudukan di Ketapang, dr Soedarso di Singkawang dan dr Salekan di Samhas, sedangkan di Pontianak ada dokter-dokter Jepang. Status ini berlangsung sampai habis perang. Adapun sejawat-sejawat yang ditahan oleh tentara Jepang (Kenpeitai) tidak kembali lagi dan dikabarkan telah terbunuh semua. Untuk itu kita semua yang masih ada di Kalimantan Barat mengenang teman-teman sejawat yang sudah menjadi korban, yaitu almarhum dokter-dokter Roebini, Achmad Diponegoro, Agusdjam, Ismail dan Soenarjo.

Mengenai tenaga-tenaga paramedik tidak terdengar adanya banyak korban, kecuali beberapa tenaga rendahan yang juga tidak diketahui alasan-alasannya.

Dengan demikian Dinas Kesehatan harus bekerja dengan tenaga yang sangat terbatas dan dengan fasilitas-fasilitas, alat-alat dan obat-obatan yang sangat kurang. Di daerah Kalimantan Barat peranan agama Katolik dalam pelayanan kesehatan rakyat penting sekali. Rumah-rumah sakit yang besar seperti di Pontianak, Singkawang,

Sambas, Sintang dan lain-lain diselenggarakan oleh misi. Beberapa poliklinik di luar kota-kota pun ada hubungannya dengan misi. Pada umumnya tenaga mereka sangat baik. Berkurangnya tenaga dokter kemudian disusul pula oleh berkurangnya tenaga perawatan dari yaitu para "zuster non", karena dimasukkan dalam tawanan. Yang dikecualikan dari tawanan adalah para zuster-non yang bekerja di Leprozerie dan mereka bekerja terus sampai habis perang.

Tugas Dinas Kesehatan Kalimantan Barat selama pendudukan.

Pekerjaan-pekerjaan rutin di poliklinik dan rumah sakit dijalankan terus, dan setelah suasana mulai tenang, pasien-pasien secara berangsur-angsur berdatangan ke poliklinik dan rumah sakit. Dokter mulai diminta datang ke rumah-rumah untuk memberikan pertolongan, terutama untuk persalinan. Perintah tertentu dari pemerintah Jepang untuk kesehatan tidak ada. Turne ke daerah belum dapat dilaksanakan, oleh karena belum adanya pengangkutan melalui daratan maupun sungai, dan belum adanya persediaan obat yang cukup, terutama Salversan (peramberantasan penyakit Framboesia). Demikian pula vaksinasi dan revaksinasi cacar oleh para vaccinateur belum dapat dilaksanakan.

I. Perjalanan kerja (turne).

Pada umumnya perjalanan di daerah Kalimantan Barat dapat diadakan melalui daratan dan sebagian besar melalui sungai. Sampai tempat-tempat yang jauh di pedalaman dapat dicapai dengan perahu, walaupun jaraknya sejauh beratus-ratus kilometer sampai lebih 1000 km. Jalan di darat ada yang dapat ditempuh dengan mobil atau sepeda, tetapi sebagian besar harus ditempuh dengan jalan kaki. Waktu pendudukan, mobil preman tidak ada, sepeda jarang dan perahu-perahu yang besar (kapal motor atau kapal api) tidak ada, sehingga perjalanan harus dilaksanakan dengan perahu-perahu sampan, jalan kaki dan kadang-kadang dengan sepeda. Turne pada waktu itu memerlukan beberapa hari atau beberapa minggu untuk mencapai tempat yang jauhnya 50 km — 100 km melalui hutan sepanjang jalan atau sungai. Perjalanan-kerja/turne dimaksud untuk mengunjungi poliklinik-poliklinik di daerah dan memberikan pemeriksaan dan pengobatan, dengan berhenti di tempat-tempat yang tidak ada poliklinik untuk mengadakan poliklinik-poliklinik darurat dan memberikan pertolongan. Yang merupakan pekerjaan utama pada tiap dokter berhenti selama perjalanan adalah pemberian suntikan untuk Framboesia dengan obat Salversan, lebih-lebih di tempat-tempat yang banyak penduduknya asli (Dayak). Penyakit-penyakit yang ditemukan pada penduduk di pedalaman biasanya penyakit kulit dan cacing, seperti *taenia imbricata*, *scabies*, *ascariasis*, *ankylostomiasis*, disamping *bronchitis* dan lain-lain. Obat-obatan yang dipergunakan adalah sangat sederhana dan dengan jumlah yang kecil, karena selama pendudukan masuknya obat-obatan ada sulit dan jarang sekali.

Yang mengesankan dalam perjalanan kerja pada waktu itu adalah banyaknya suntikan Salversan yang harus diberikan, berhubung banyaknya Framboesia yang menghinggapi penduduk asli, di samping penyakit kurap yang sudah menjadi penyakit umum.

Perjalanan kerja ke kampung-kampung Dayak, yang tidak dilakukan tiap minggu atau tiap bulan akan tetapi tiap tahun atau 1 tahun, berhubungan dengan letaknya yang sulit untuk dicapai, merupakan pekerjaan yang menarik. Pada kesempatan semacam itu dapat dilihat cara hidup mereka di tengah-tengah hutan. Mereka hidup bersama dalam satu rumah yang panjang dan tinggi yang biasanya disebut kampung. Satu kampung terdiri dari 100 — 150 jiwa yang dibagi-bagi menjadi kelompok-kelompok keluarga yang mendiami satu kamar yang cukup besar dan yang diatur bergandengan yang memanjang, sedangkan di muka kamar-kamar tersebut ada satu ruangan yang panjang pula untuk dipakai sebagai tempat bekerja dan ber kumpul. Untuk tempat penginapan para tamu dibuatkan bilik-bilik kecil di ruangan muka yang biasanya dihiasi dengan macam-macam benda, di antaranya tulang-tulang dari binatang-binatang yang mereka tangkap. Hidangan kepada para tamu yang mereka sajikan berbentuk bahan mentah dan terdiri dari beras, telur atau ayam dengan maksud untuk dimasak sendiri oleh tamu tadi. Sebagai balasan, kepada tuan rumah diberikan garam dan tembakau. Penyakit-penyakit yang ditemukan pada penduduk asli pada umumnya terdiri dari penyakit kulit (*Tinea imbricata*, *Scabies*, *Framboesia*), penyakit caceng dan penyakit malaria.

2. Vaksinasi - revaksinasi.

Di tiap-tiap daerah Panembahan ditempatkan beberapa juru cacar (*vaccinateur*), 2 — 3 orang, tergantung dari besarnya daerah. Mereka mengadakan perjalanan dinas terus-menerus untuk memberi pencacaran kepada anak-anak dan orang dewasa (*vaksinasi* dan *revaksinasi*). Dengan adanya sistim pencacaran yang sifatnya terus-menerus di seluruh daerah, maka ternyata penyakit cacar dapat ditekan.

3. Pemberantasan penyakit Malaria

Titik berat dari usaha ini diletakkan pada mencari tempat-tempat yang dihinggapi oleh nyamuk *Anopheles*. Seorang mantri malaria, yang ditugaskan, mengadakan penelitian di berbagai tempat di satu daerah pemberantasan tentang adanya nyamuk-nyamuk malaria. Jika ada wabah malaria dan perlu diadakan penekanan dengan obat kinine, maka tempat-tempat tersebut sudah dikenal oleh Dinas Kesehatan, sehingga pelaksanaannya dapat direncanakan sebelumnya.

4. Pemberantasan penyakit Framboesia

Framboesia di daerah Kalimantan Barat pada waktu itu merupakan penyakit rakyat yang terbesar dan memberikan penderitaan yang cukup berat kepada penduduk. Di seluruh daerah dapat ditemukan segala macam corak (*stadium 1 s/d stadium 3*) dan penjangkitan secara berulang-ulang. Cara pemberantasannya terdiri dari penyuntikan *Salversan* secara terus-menerus pada waktu-waktu diadakan perjalanan dinas oleh dokter.

5. Pelayanan Kuratif

Tugas ini meliputi pemberian pelayanan orang-orang sakit di poliklinik-poliklinik dan yang dirawat di rumah-rumah sakit. Berhubung dengan jumlah dokter ku-

rang sekali (biasanya untuk 2 - 3 daerah Panembahan hanya 1 dokter), maka pelayanan tidak dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya dan banyak hal dalam perawatan dan pengobatan diserahkan kepada perawat, sedang dokter hanya sebagai pengawas. Sebaliknya kepada dokter diberikan wewenang yang sangat luas; mereka diperkenankan menjalankan profesi dokter yang mencakup semua bidang.

KEMENKES RI

**Keputusan-Keputusan Konperensi Dinas Kesehatan
Tanggal 6 — 9 Pebruari 1952.**

Delegasi wewenang

- 1) Kepada para Inspektur Kesehatan dan kepada Kepala RSUP didelegasikan kekuasaan Menteri Kesehatan untuk mengangkat pegawai-pegawai dalam golongan I s/d III A.
- 2) Kepada para Inspektur Kesehatan diberikan kuasa untuk mengangkat "pegawai baru" dalam golongan IV; untuk menaikkan pegawai dari golongan III A ke-golongan IV harus ada persetujuan terlebih dahulu dari Menteri Kesehatan.

Panitia Kebidanan:

- 3) Harus dibentuk suatu panitia yang ditugaskan mempelajari soal kebidanan secara integral dan juga soal bidan "*Balige*" (Dr Azit)
- 4) Bidan "*Balige*" harus bekerja di bawah supervisi dokter atau bidan, kepada mereka tidak diberikan izin untuk berpraktek.

Desentralisasi:

- 5) Setelah desentralisasi laboratorium malaria tetap di bawah Bagian Pemberantasan Penyakit Malaria di Pusat.
- 6) Setelah desentralisasi dinas karantina hierarchies langsung tetap di bawah pusat, yang mengadakan koordinasi dengan Inspektur Kesehatan yang bersangkutan.
- 7) Setelah desentralisasi, rumahsakit-rumahsakit jiwa, "*doorgangshuizen*" (= tempat penampungan), "*verpleegthuizen*" (= tempat perawatan) tetap pada pusat; koloni-koloni diserahkan kepada daerah, kecuali kalau daerah otonom tak sanggup membiayainya.
- 8) Setelah desentralisasi usaha-usaha kuratif (leproseri-leproseri dan poliklinik-poliklinik) dan pada pemberantasan kusta diserahkan kepada daerah otonom, kecuali leproseri Lenteng Agung, Tangerang dan kalau daerah otonom tak sanggup membiayainya usaha-usaha tetap di Pusat.
- 9) Setelah desentralisasi sanatorium-sanatorium tuberculose yang besar tetap di Pusat.
- 10) Setelah desentralisasi pemberantasan penyakit pes tetap pada pusat, penyelenggaraannya dapat diserahkan kepada daerah, sedangkan biayanya dipikul oleh Pusat.
- 11) Setelah desentralisasi M.C.H. pusat bertugas "*advixerend*", "*stimulerend*"

"coördinerend", "controlerend". Pendidikan adalah tugas Pusat. Pekerjaan M.C.H. diselenggarakan oleh daerah.

Kalau di dalam suatu daerah diadakan suatu usaha, dan daerah itu tidak dapat membiayainya, maka daerah itu dianggap suatu daerah percontohan dan biayanya dipikul oleh pusat.

- 12) Setelah desentralisasi usaha dinas pencacaran diserahkan kepada pemerintah daerah, pemberantasan wabah cacar adalah beban pusat.
- 13) Setelah desentralisasi usaha-usaha hygiene umum diserahkan kepada daerah otonom. Pusat bertugas "adviseurend", "stimulerend", "coördinerend", dan "controlerend" dalam arti kata memberi "pimpinan teknis".
- 14) Setelah desentralisasi, kedokteran gigi diserahkan kepada daerah otonom. Pusat bertugas "adviseurend", "stimulerend", "coördinerend" dan "controlerend".

Delegasi:

- 15) Pengawasan Undang-undang di lapangan farmasi dalam prinsipnya dipegang oleh Pusat. Inspektur Farmasi dapat mendelegasikan kekuasaannya kepada inspeksi daerah otonom, yang bertindak atas nama Menteri Kesehatan.
- 16) "Pendidikan tenaga farmasi", "pembagian obat", dan "pemberian surat izin kepada apoteker" tetap pada pusat.
- 17) Usaha Laboratorium kesehatan untuk sementara waktu dipegang oleh Pusat.
- 18) Rumahsakit-rumahsakit umum diserahkan kepada daerah, kecuali RSUP dijalankan oleh Pusat.
- 19) Subsidi kepada rumahsakit-rumahsakit partikulier tetap diberikan oleh Pusat.
- 20) Masalah mengadakan klasifikasi terhadap rumahsakit-rumahsakit perlu diselidiki lebih lanjut.
- 21) Memberhentikan pegawai dengan predikat "tidak dengan hormat" termasuk kompetensi Menteri Kesehatan.
- 22) Penempatan tenaga bangsa asing sedapat-dapatnya terlebih dahulu di kota-kota besar untuk dapat menyesuaikan diri dengan keadaan di luar.

Ikas dan Gubernur.

- 23) Inspektur Kesehatan tidak dapat merobah atau membatalkan sesuatu pengangkatan oleh Gubernur.
- 24) Kepada Inspektur Kesehatan dan Pimpinan RSUP diberikan kuasa memberi perlop hamil kepada pegawai kesehatan di lingkungan kekuasaannya.
- 25) Obat-obat yang diminta oleh jawatan lain, harus dibayar oleh jawatan itu.

Tunjangan bidan yang tidak praktek.

- 26) Kepada K.U.P. akan diajukan, supaya tunjangan bidan yang tidak praktek

ditetapkan Rp. 75,-

- 27) Seorang murid juru rawat yang dalam pekerjaannya mendapat tuberculose harus dirawat dengan percuma sampai ia sembuh (atau meninggal dunia).
- 28) Dalam hal pendidikan pegawai paramedik harus ada "*uniformiteit*" dan "*koordinasi*".
- 29) Inspektur Kesehatan dapat mengusulkan supaya kepada pegawai diberikan berbagai-bagai tugas yang dijalankannya dengan baik, diberikan penghargaan, (*honorarium*, *toelage*, dsb).
- 30) Uang jalan mantri cacar didasarkan prinsip "*ongkos perjalanan*" (*reisdeclaratie*).
- 31) Tanah di Palembang yang tidak jadi dipakai buat Rumah Sakit Umum, diperbolehkan digunakan buat Rumah Sakit Jiwa.
- 32) Inspektur Kesehatan yang berhasrat mendirikan Mess, harus memasukkan rancangan anggaran belanjanya kepada Kementerian Kesehatan.

Tarif visum.

- 33) Tarif membuat visum repertum oleh dokter partikular tetap sebesar Rp. 25,-
- 34) Terhadap perbaikan rumah-rumah pada pemberantasan penyakit pes akan dilakukan penyelidikan lebih lanjut.

Pendidikan.

- 35) Biaya pendidikan dipisahkan dari biaya rumahsakit dengan demikian rumahrumahsakit dapat mudah diserahkan kepada daerah otonom, sedangkan pendidikan tetap dipegang oleh propinsi.
- 36) "*Vooropleiding*" murid-murid juru rawat adalah pendidikan yang bulat. Pada "*vooropleiding*", itu mesti ada "*uitloop*" ke pendidikan di rumah sakit-rumah sakit besar.
- 37) Sebuah panitia dan kepala bagian pendidikan pada Kementerian Kesehatan menyelidiki soal mempersingkat waktu pendidikan.
- 38) Juru rawat yang berjazah B diperbolehkan kembali ke rumah sakit-rumah sakit jiwa, kalau mereka tidak mau, mereka tak dapat dipaksa.
- 39) Nama Inspektur Kesehatan dapat dirobah dengan nama yang lebih baik.
- 40) Inspektur Kesehatan Jawa Barat dan Jawa Timur akan membuat nota tentang minimum formasi atau standard formasi Inspeksi.
- 41) Tarif mantri cacar di luar dinas akan diselidiki lebih lanjut.
- 42) Untuk mengatur penerimaan penderita dalam rumah sakit di Ibukota Jakarta Raya harus dibentuk panitia.
- 43) Antara dokter pelabuhan di Tanjung Priok dan Jawatan Kesehatan Kota harus ada koordinasi.

- 44) Terserah kepada kebijaksanaan pemimpin yang bersangkutan untuk memberikan kesempatan kepada pegawai teknis yang tidak berdiploma dan telah berkeluarga, buat mengikuti kursus untuk memperoleh ijazah dengan tetap berstatus pegawai.
- 45) Sebuah panitia pendidikan bertugas menyelidiki masalah pendidikan juru rawat 6 bulan yang semata-mata ditujukan kepada pengetahuan teori dan tak mengerjakan pekerjaan dalam rumah sakit.
- 46) Pegawai medis teknis juga berhak mendapat uang lembur.
- 47) Para ahli yang bersangkutan menyelidiki masalah apakah dysentric vaccin dapat terus dipergunakan atau tidak.

Panitia wajib kerja bidan.

- 48) Suatu panitia mempelajari "harus kerja" terhadap bidan. Honorarium keuring
- 49) Honorarium untuk keuring menjadi Rp.10,

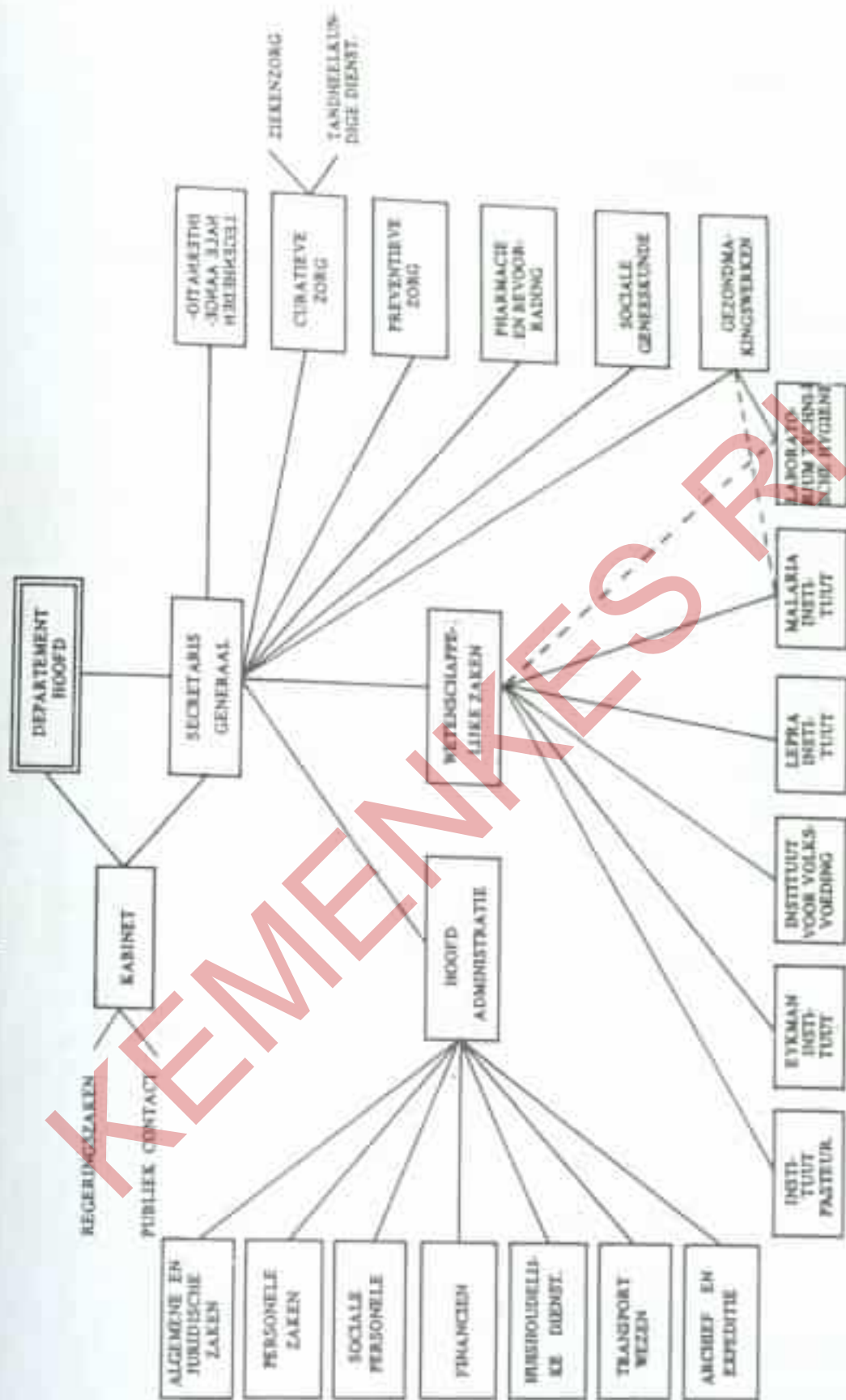
Batas Kas.

- 50) Kekuasaan untuk membeli barang untuk para pemegang kas yang harus dipertanggung jawabkan dengan tak seizin Pusat dinaikkan dari Rp. 500,- menjadi Rp. 1000,-
- 51) Soal penambahan kendaraan diajukan oleh Menteri Kesehatan sendiri dalam sidang Dewan Menteri.
- 52) Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan mengeluarkan "Instruksi bersama" untuk Inspektur Kesehatan Daerah Otonom.

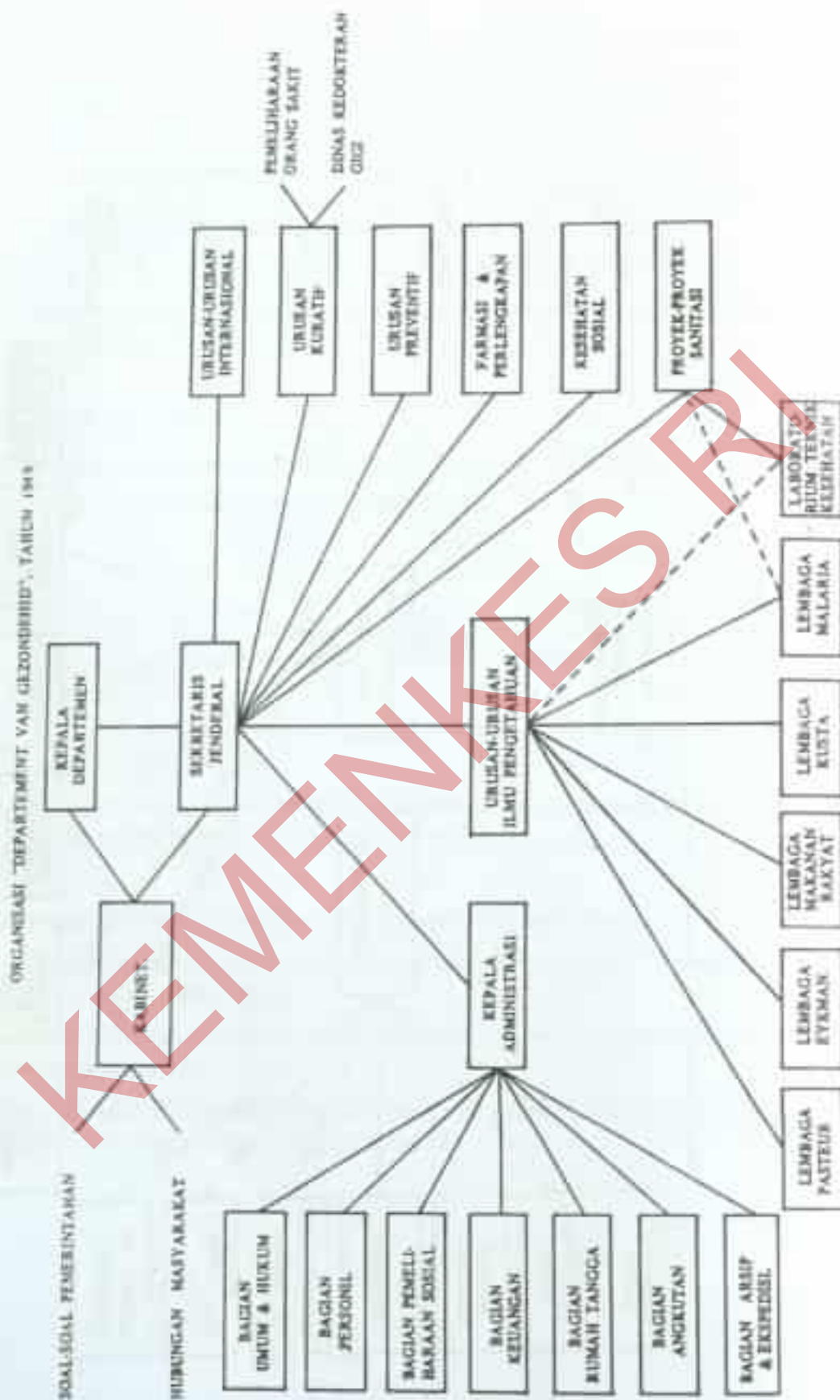
Usul Anggaran Belanja Kesehatan 10% Anggaran Belanja Negara.

- 53) Anggaran Belanja Kementerian Kesehatan hendaknya 10% daripada seluruh Anggaran Belanja Negara.
- 54) Karena mempunyai fonds sendiri, staf "K" (= Keamanan) harus membayar Obat-obatannya sendiri.
- 55) Orang sakit dari MOBRIG dapat dirawat di asrama MOBRIG sendiri, asal saja asrama itu mempunyai ruang sakit sendiri.

ORGANISATIESCHEMA VAN HET DEPARTEMENT VAN GEZONDHEID.



Sambit : Dr. J.L. Kalmoudy, Minister Van Oorpractis, Sabas 1949 (Bijlage I).

Sumber : Dr. J.E. Kruiswijk, *Monografie Van Oost-Indische Geneeskunde*, 1948, halaman 98.

**PERATURAN PEMERINTAH NO. 20 TAHUN 1952
TENTANG
SUSUNAN DAN PIMPINAN KEMENTERIAN-KEMENTERIAN
REPUBLIK INDONESIA**

SUSUNAN KEMENTERIAN

Pasal 1

Susunan Kementerian ditetapkan dengan persetujuan Dewan Menteri oleh Presiden atas usul Menteri yang bersangkutan, berdasarkan peraturan ini sebagai pedoman.

Pasal 2

Kementerian terdiri dari:

- A. Pusat Kementerian, dan menurut luas tugas kewajibannya.
- B. Jawatan-jawatan dan organisasi lain yang berdiri sendiri.

PUSAT KEMENTERIAN

Pasal 3

1. Pusat Kementerian terdiri dari bagian yang mengurus pekerjaan tata usaha (kepegawaian, keuangan, arsip, ekspedisi, umum dan rumah tangga) dan bagian-bagian yang mengurus pekerjaan lain, yang khusus mempunyai lapangan pekerjaan kementerian masing-masing, dan yang banyaknya diatur sekecil-kecilnya.
2. Bagian-bagian termaksud dalam ayat 1 berada di bawah pimpinan Sekretaris Jenderal.

ORGANISASI-ORGANISASI DALAM KEMENTERIAN

Pasal 4

1. Jawatan adalah organisasi dari Kementerian yang berdiri sendiri, menjalankan suatu rangkaian pekerjaan yang bulat, mempunyai anggaran belanja sendiri dan mempunyai susunan vertikal atau mengerjakan pekerjaan di luar.
2. Organisasi lain-lainnya dari Kementerian di luar Pusat Kementerian, yang sedikit-tidaknya teknis berdiri sendiri, tidak mempunyai susunan vertikal, melainkan mempunyai tugas yang penting, disebut: Kantor, Balai, Badan, dan sebagainya.

SUSUNAN JAWATAN-JAWATAN

Pasal 5.

1. Kantor pusat Jawatan mempunyai:
 - a. satu bagian tata usaha, yang meliputi kepegawaian, keuangan, arsip/ekspedisi, umum dan rumah tangga, yang penyelenggaraannya dapat diserahkan kepada Seksi-seksi.
 - b. beberapa bagian khusus lainnya, yang jumlah dan namanya ditetapkan menurut kepentingan jawatan.
2. Susunan tersebut ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 6.

Susunan vertikal dari suatu jawatan ditetapkan oleh Menteri yang bersangkutan dengan persetujuan Dewan Menteri. Susunan vertikal itu hanya diadakan, jika ternyata bahwa tugas yang harus diselenggarakan di daerah itu tidak dapat diserahkan kepada instansi yang ada di daerah itu, walaupun dengan memperkuat instansi itu dengan tenaga-tenaga khusus yang dipandang perlu.

Pasal 7.

Menteri Dalam Negeri mengatur, agar nama-nama yang diperlukan dalam susunan kementerian-kementerian tersebut di atas tidak dipergunakan oleh daerah otonom.

PIMPINAN

Pasal 8.

1. Berdasarkan politik pemerintah, Menteri menentukan dalam garis besar politik kementeriannya.
2. Sekretaris Jenderal adalah pegawai tertinggi di bawah Menteri, membantu Menteri dalam menjalankan pimpinan kementerian seluruhnya dan melakukan pimpinan harian dari Kementerian seluruhnya dan melakukan pimpinan harian dari pusat Kementerian.
3. Tiap-tiap kali dan selama Menteri berhalangan, ia diwakili oleh Sekretaris Jenderal, kecuali jika pemerintah menunjuk seorang Menteri lain.
4. Kepala jawatan-jawatan dan organisasi-organisasi lain tersebut pada pasal 4 bertanggungjawab kepada Menteri dan berkewajiban memberitahukan segala sesuatu kepada Sekretaris Jenderal, kecuali jika Menteri menetapkan lain.

PERATURAN PERALIHAN

Pasal 9.

Tiap-tiap Menteri wajib menyampaikan rancangan keputusan Presiden kepada Dewan Menteri untuk menyesuaikan susunan kementerian dengan peraturan pemerintah ini.

Pasal 10.

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Pemerintah ini atau yang perlu menyimpang dari peraturan itu, dapat diputus oleh Dewan Menteri.

Pasal 11.

Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku pada hari diundangkan.

Agar supaya setiap orang dapat mengetahuinya memerintahkan pengundangan peraturan pemerintah ini dengan penempatan dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta.

Pada tanggal 22 Februari 1952.

Presiden Republik Indonesia.

ttd.

Soekarno.

Diundangkan:

Pada tanggal 4 Maret 1952.

Menteri Kehakiman,

ttd.

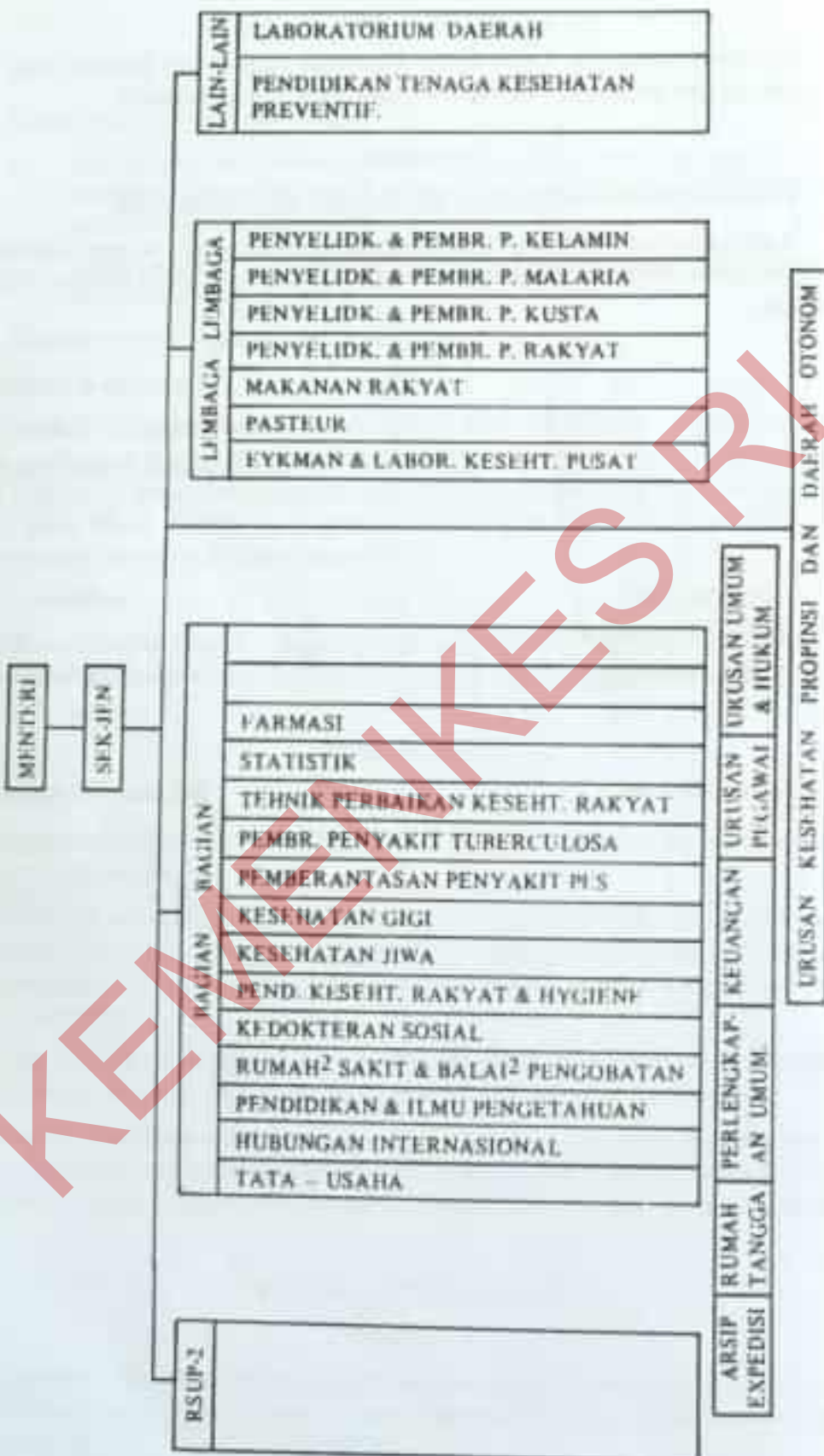
Perdana Menteri.

ttd.

Moh. Nasroen.

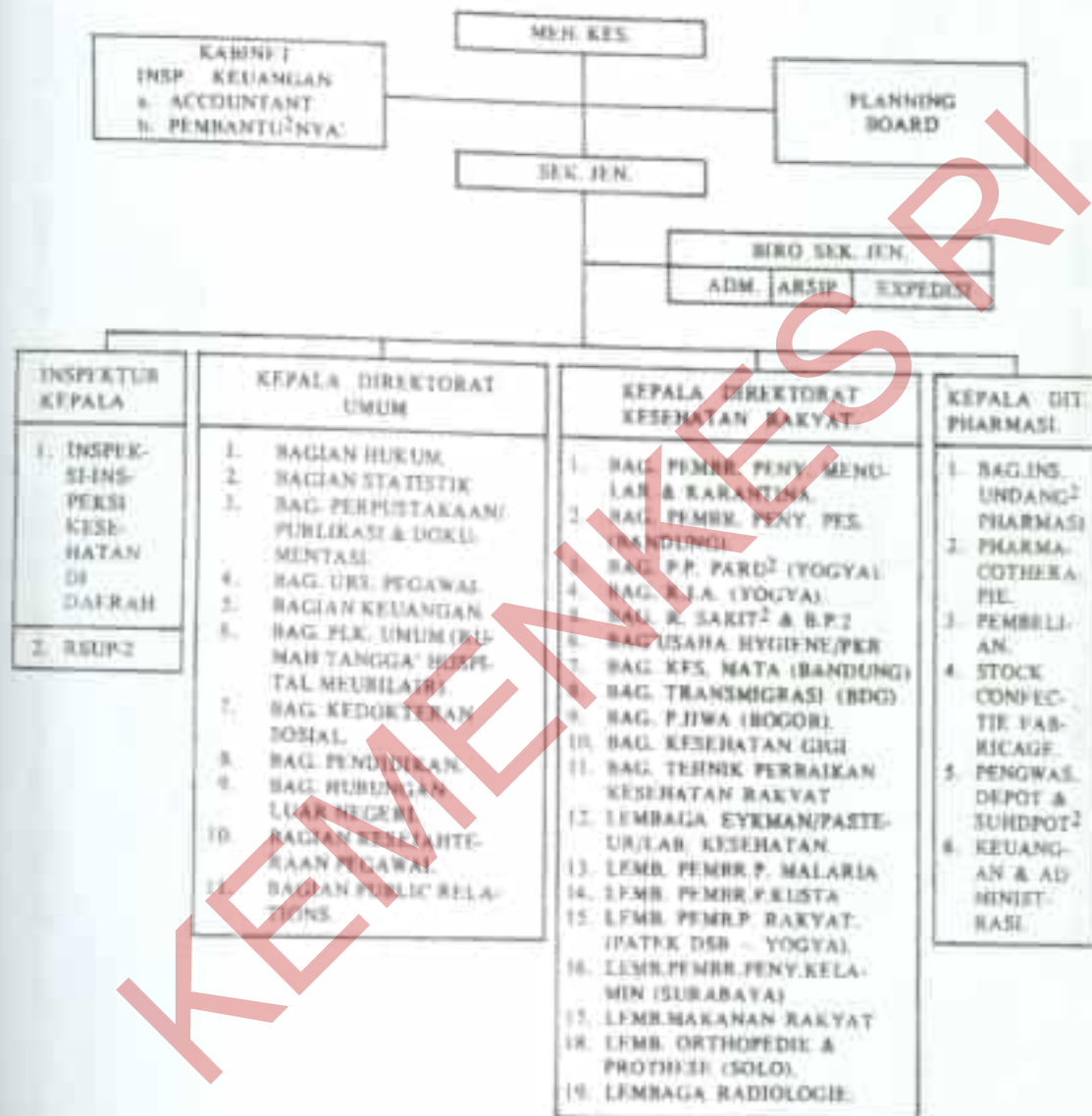
Sukiman Wirjosandjojo.

BAGAN ORGANISASI
DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TAHUN 1952



Sumber : Laporan Komptensi Dinas Kementerian Kesehatan R.I., Jakarta, 6-9 Februari 1952, halaman: 38-39.

SUSUNAN KEMENTERIAN KESEHATAN
TAHUN 1955.



KET. = (P.K. R. = PEMELIHARAAN KESEHATAN RAKYAT)

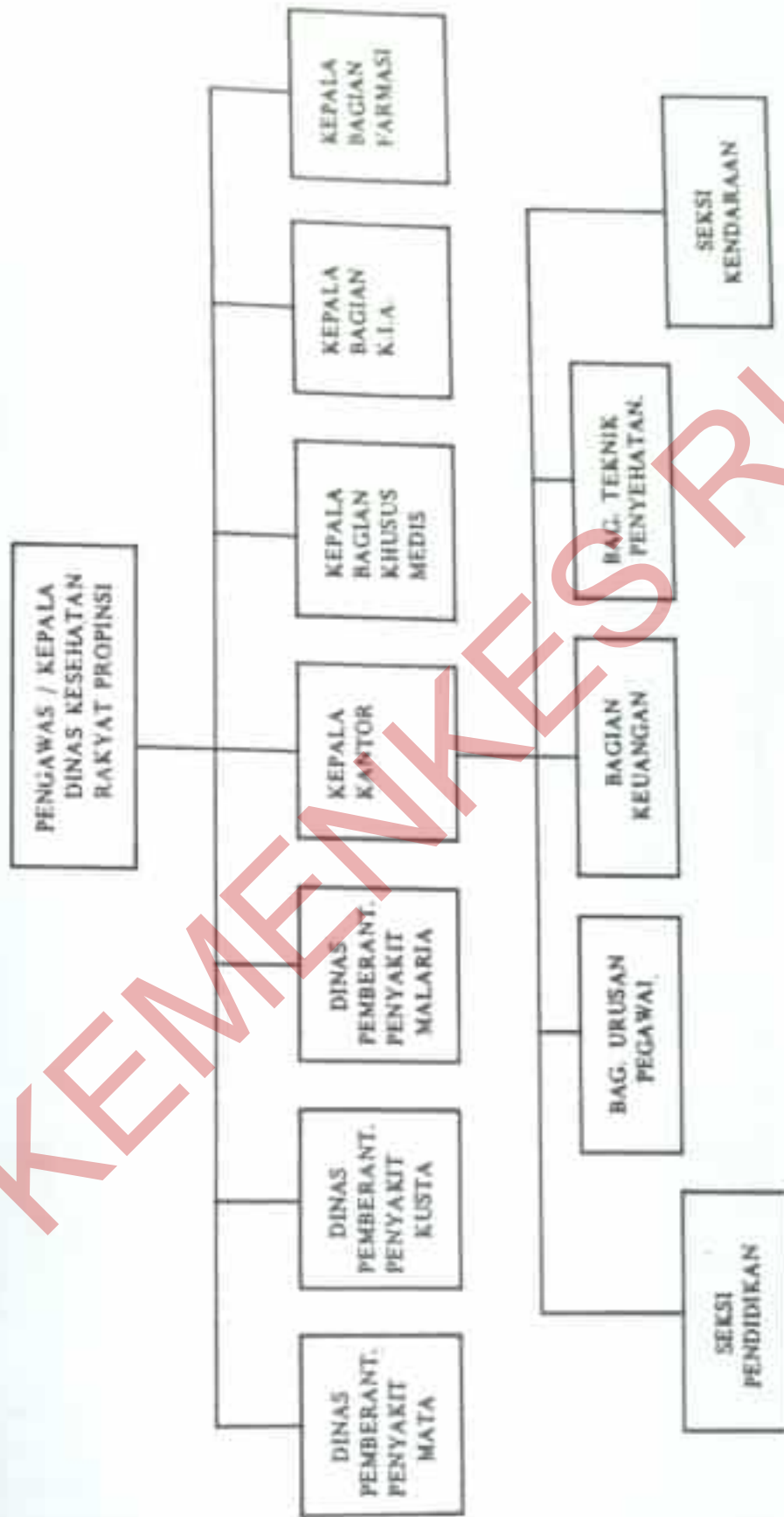
Sumber : Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 1, Jakarta,
Agustus 1955, halaman 40.

BAGAN ORGANISASI
DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TAHUN 1957

Lampiran IV.6.

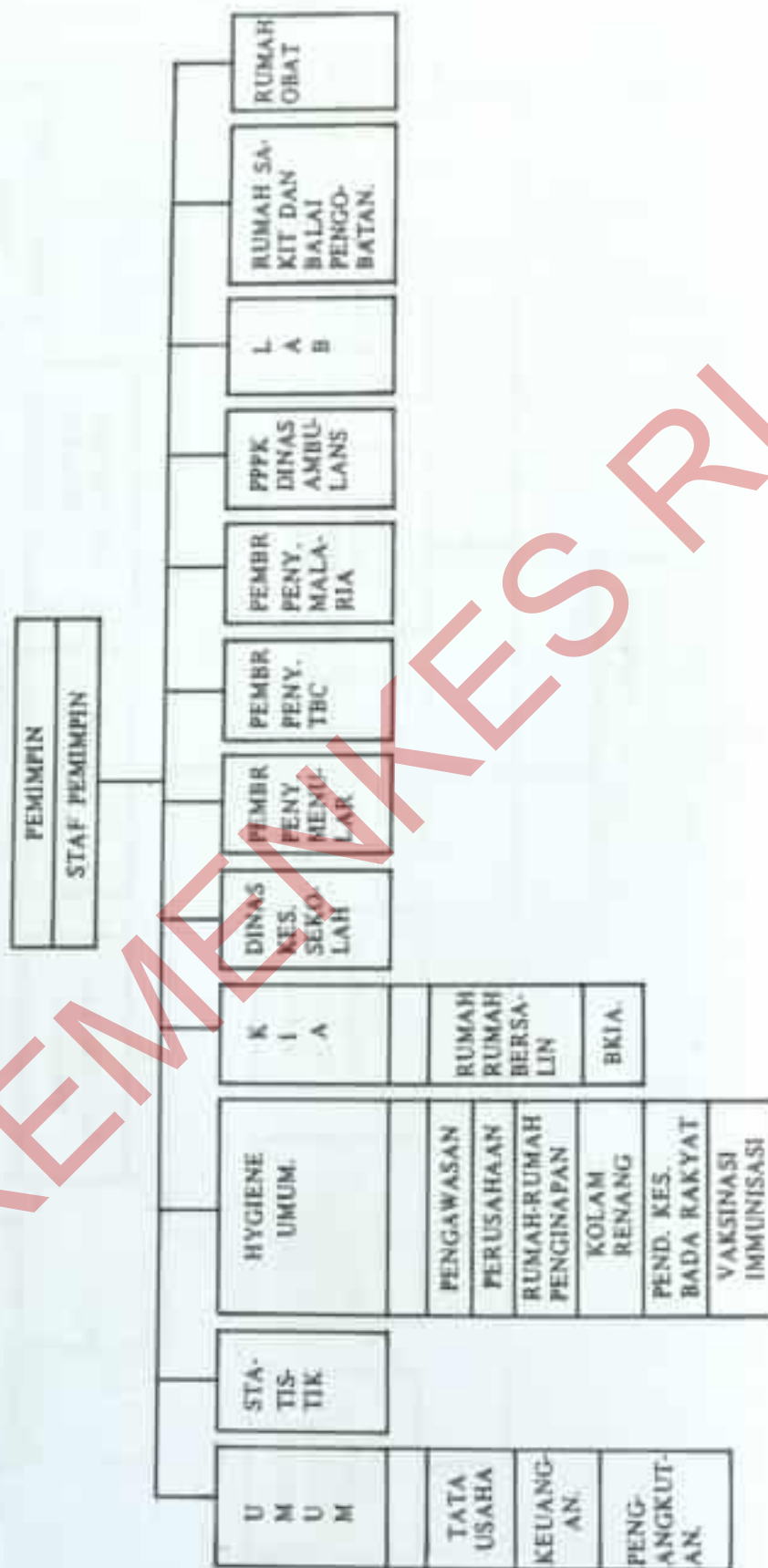


Sumber : Dr. Soewondo (ex. Asisten Preventif Departemen Kesehatan tahun 1957), hasil wawancara, Jakarta Februari 1976.



Sumber : Laporan Jawatan Kesehatan Jawa Tengah, tahun 1959, halaman III.

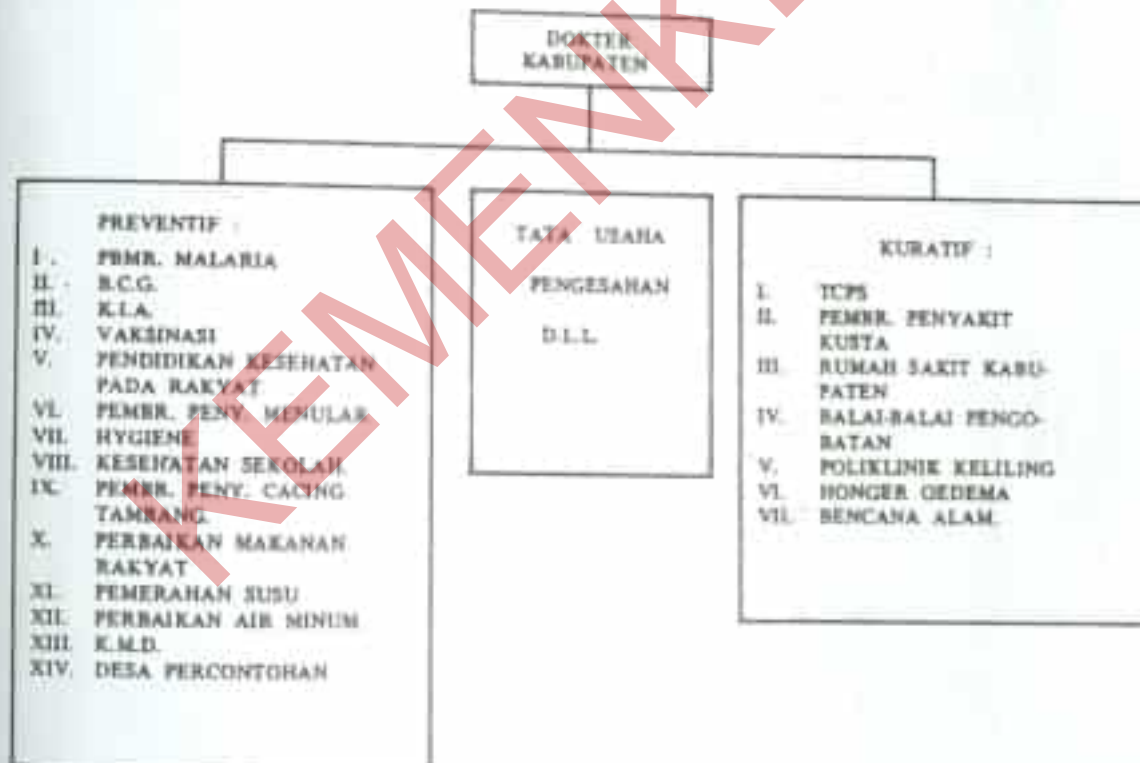
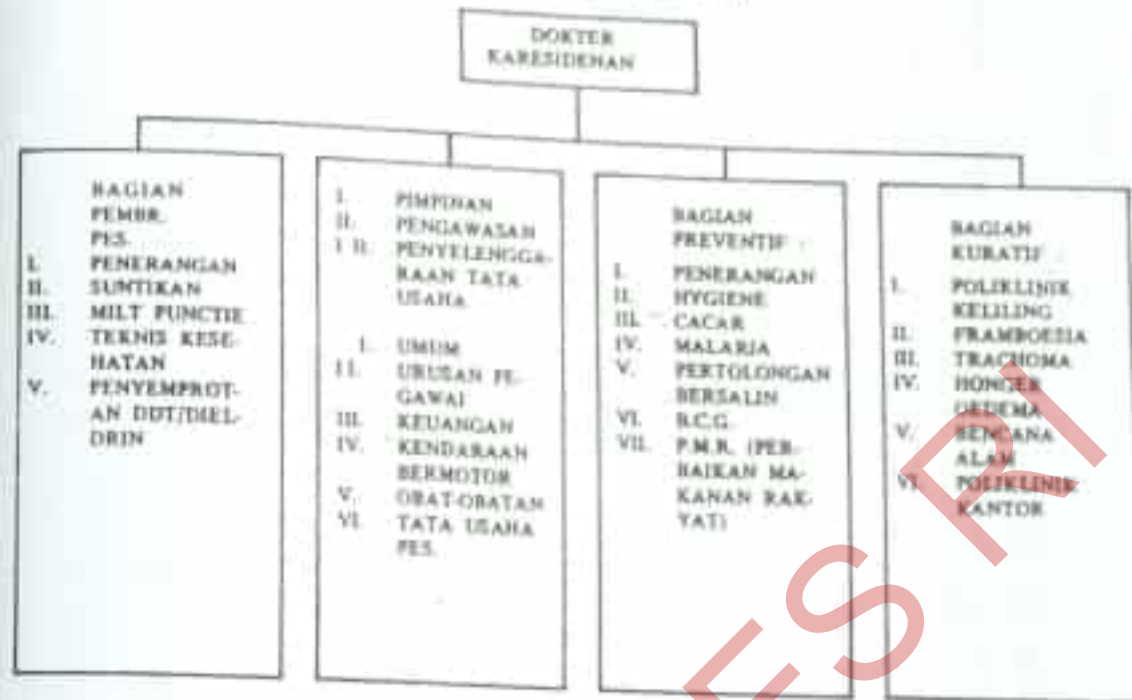
ORGANISASI D.K.K. (JAWATAN KESEHATAN KOTAPRAJA) JAKARTA RAYA, 1956.



Sumber : Laporan Tahunan Jawatan Kesehatan Kotapraja Jakarta Raya, tahun 1956, halaman 7.

ORGANISASI KESEHATAN
KABUPATEN DAN KABUPATEN

Lampiran IV.9



Sumber : Laporan Jawatan Kesehatan Jawa Tengah, tahun 1928, halaman (v).

ANGGARAN BELANJA KEMENTERIAN KESEHATAN TAHUN 1958.

Pos.	Induk	Tambahan		Jumlah	Otorisasi.
		I.	II.		
11.1.	Kementerian + Pengl. Umum	19.238.000	13.450.400	93.094.900	86.719.999
11.2.	Luas Negeri	6.226.500	37.049.700	68.390.200	55.590.536
11.3.	Pendidikan	13.960.000	610.900	38.971.300	27.497.112
11.4.	Rumah-rumah Sakit + R.P.2.	17.724.000	3.000.000	67.286.000	49.193.321
11.5.	K.M.D. + P.K.R.	5.401.600	4.700.000	1.601.600	1.194.905
11.6.	Penyakit Jiwa.	4.693.400	1.876.700	28.000.100	22.937.481
11.7.	Epidemiologi + Karantina	4.858.500	1.000.000	5.212.500	1.304.680
11.8.	Kesehatan Transmigrasi	125.000	-	125.000	40.637
11.9.	Kesejahteraan Ibu dan Anak.	452.000	5.000	499.000	264.840
11.10.	Kesehatan Gigi.	2.320.000	-	3.165.000	1.999.187
11.11.	Teknik Penyakit.	110.000	202.000	352.000	311.236
11.12.	Insp. Farmasi.	59.593.000	61.050.000	156.003.000	118.266.102
11.13.	Lembaga-lembaga.	75.560.000	1.425.000	92.689.100	73.492.969
11.14.	Laboratoria.	748.000	-	1.998.000	920.110
11.15.	Subsidi dan Bantuan.	12.750.000	1.331.500	15.281.500	15.270.518
11.16.	Pengeluaran tak terangka.	2.000.000	10.000	3.790.000	1.398.060
		127.844.000	114.792.000	576.479.200	456.359.093
				Sisa =	120.120.107

Sumber : Laporan Departemen Kesehatan, Tahun 1958., halaman 220.

JUMLAH DAN KAPASITAS RUMAH-RUMAH SAKIT TAHUN 1957.*

Jenis Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit		Jumlah	Kapasitas		Jumlah
	Pemerintah	Swasta		Pemerintah	Swasta	
1. Rumah Sakit Umum Pusat	6		6	4.587		4.587
2. Rumah Sakit Umum	454	131	585	32.396	15.662	48.058
3. Rumah Sakit Khusus	23	3	26	4.419	700	5.119
4. Rumah Sakit TBC + Sanatorium	14	5	19	1.250	340	1.590
5. Rumah Sakit Mata	4	3	7	346	450	796
6. Rumah Sakit Jiwa	26	2	28	7.950	94	8.044
7. Rumah Sakit Bersalin	18	69	87	584	1.742	2.326
8. Rumah Sakit kelainan	1		1	240		240
Jumlah tahun 1957	580	213	793	51.772	18.968	70.760
Jumlah tahun 1956	534	176	710	50.157	17.458	67.615
Jumlah tahun 1955	510	164	674	46.441	17.255	63.696
Jumlah tahun 1940	203	407	610	21.943	38.671	60.614

Sumber : Statistical Pocketbook of Indonesia, Biro Pusat Statistik, Jakarta 1959, halaman 35.

No. 53140/Kab.

Surat-Keputusan Menteri Kesehatan

Jakarta, 11 Agustus 1954.

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Menimbang :

bahwa perlu sekali mengadakan suatu Panitia yang dapat memberikan pertimbangan-pertimbangan, kupasan-kupasan, keputusan-keputusan dan fatwa dalam soal-soal kesehatan yang berhubungan atau pun bersangkutan pula, dengan Hukum Sjara', kepada Menteri Kesehatan.

bahwa Saudara-saudara yang disebutkan namanya di dalam keputusan di bawah ini dianggap memenuhi syarat-syarat yang diperlukan untuk di dudukkan sebagai anggota Panitia tersebut;

Mengingat pasal 42, dari Undang-undang Dasar Sementara R.I. (Lembaga Negara No. 56 Tahun 1950);

MEMUTUSKAN:

- PERTAMA :** Dibentuk "Panitia Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Sjara'" terdiri dari :
- a. Dr. med. Ahmad Ramali gelar Sutan Lembang Alam, Pemimpin R.S.U. Mampang dan Penasehat Kem. Kesehatan, Gondangdia Lama 37, sebagai Ketua merangkap Anggota
 - b. 1. Kiai Haji Mohamad Sjukri ; anggota
 2. Kiai Haji Mohammad Sadri, anggota Masjumi, Pegawai. Biro Peradilan Agama, Jl. Kemakmuran Gedung P.H.I.
 3. Kiai Haji Mohammad Sapari, anggota P.S.I.I. Pegawai dp. Jawatan Penerangan Agama, Jalan Cemara 42;
 4. Kiai Haji Mohamad Saleh Suaidy, anggota Masjumi, Kepala Bah. Penjiaran Jawatan Penerangan Agama, Jalan Cemara 42,
 5. Nasaruddin Latif, anggota Masjumi, Kepala Kantor Urusan Agama Kotapraja Jakarta Raya, Jl. Pintu Air 1;

6. Abdullah Aidid, anggota P.S.I.L Kepala Jawatan Penerangan Agama, Jl. Cemara 42;
7. Mohammad Ali Al-Hamidy, anggota Masjumi, Ulama, partikelir, Matraman Dalam II No. 56.
8. Salim Fachri, anggota Masjumi, Pegawai dp. Kementerian Agama-khusus untuk mengohattat Qur'an - Pusaka, Hotel Jawa Jl. Asem Lama 162;
9. Mohamad Zain Hassan, tidak berpartai, Pegawai Kementerian Luar Negeri, Direktorat Afrika, Inter Hotel, Gunung Sahari;
10. Fuad Mohammad Fachruddin, anggota Masjumi, Pegawai Kementerian Luar Negeri, Direktorat Asia, Gg. Maphar I No. 58;
11. Mohammad Nur Asjik, tidak berpartai, Pegawai Jawatan Pendidikan Agama, Hotel Royal, Jl. Nusantara dan
12. Danial Ajub, anggota Perti, Pegawai Biro Peradilan Agama, Jl. Kemakmuran, Gedung P.H.I. sebagai anggota.

KEDUA

: Panitia tersebut diberi tugas, mengupas, membahas, mempertimbangkan dan memberikan fatwa kepada Menteri Kesehatan tentang soal-soal Kesehatan yang bersangkutan paut dengan Hukum Sjara'.

KETIGA

: Kepada tiap-tiap anggota diberi uang duduk Rp. 30,- (tiga puluh rupiah) sekali sidang setiap anggota yang menghadiri sidang.

KEEMPAT

: Biaya dari Panitia ini diberatkan pada anggaran Belanja Kem. Kesehatan tahun 1954 atas mata anggaran 11.1.18.14 dan untuk biaya pertama kali disediakan sejumlah Rp. 25.000,— (duapuluh lima ribu rupiah).

KELIMA

: Penyelenggaraan sesuatunya yang berhubungan dengan tata-usaha Panitia tersebut diserahkan kepada Sekretaris Panitia.

SALINAN Surat Keputusan ini dikirimkan kepada :

1. Semua Kementerian;
2. Dewan Pengawas Keuangan di Bogor;
3. Semua Jawatan/Lembaga/Bahagian Kem. Kesehatan;
4. Semua Inspektur Kesehatan;
5. Pemimpin R.S.U.P. di Jakarta, Semarang dan Surabaya;
6. Kantor Pusat Perbendaharaan di Jakarta;
7. Yang berkepentingan untuk diketahui dan dijalankan seperlunya.

(Dr. Lie Kiat Teng)

PEMBAGIAN KERJA

Untuk menyempurnakan hasil-kerja, maka Panitia Majelis dibagi atas beberapa Sub-Panitia dan seksi, sebagai berikut :

- I. Sekretariat, termasuk Perpustakaan, dipimpin oleh dr. H. Ali Akbar, sebagai Ketua.
- II. Subpanitia Hukum, terdiri dari 12 orang anggota:
Ketua Umum : KH. Mohd. Sjukri.
Sub-panitia ini terbagi atas 3 seksi dengan mempunyai ketua masing-masing.
 - A. Seksi Qur'an dengan anggota-anggota :
Mohd. Ali Alhamidy
H. Mohd. Salim Fachry.
H. Abdullah Aidid.
H. Mohd. Saleh Suaidy.
Ketua bergiliran dan buat pertama kali di pilih : H. Abdullah Aidid.
 - B. Seksi Hadis dengan anggota-anggota :
Nasaruddin Latif.
H. Mohd. Zein Hassan
H. Fuad Mohd. Fachruddin
K.H. Sapari.
Ketua ialah KH. Sapari.
 - C. Seksi Fikih dengan anggota-anggota :
H. Danial Ajjub
H. Mohd. Nur Asjik
K.H. Mohd. Sjukri.
K.H. Mohd. Sadri.
Ketua ialah KH. Mohd. Sadri.
- III. Subpanitia Kesehatan dengan anggota-anggota :
Dr. Med. A. Ramali
dr. H. Ali Akbar.
Ketua ialah Dr. med. A. Ramali.
- IV. Sub. panitia Redaksi dengan anggota-anggota:
Dr. Med. A. Ramali
Nasaruddin Latif

H. Abdullah Aidid

H. Fuad Mohd. Fachruddin

H. Mohd. Saleh Suaidy

H.M. Zein Hassan

Ketua ialah Dr. Med. A. Ramali.

V. Subpanitia Dokumentasi dengan anggota-anggota :

dr. H. Ali Akbar

H. Mohd. Salim Fachri

Mohd. Ali Alhamidy

Ketua ialah dr. H. Ali Akbar.

Sumber : Buku Kesehatan Dan Sjar' Pengumuman Majelid Pertimbangan Kesehatan Dan Sjar', Kementerian Kesehatan R.I., No. 1, Jambatan Jakarta, 1954, halaman 11 s/d 16.

Pendidikan Paramedik 1955

[illegible]

Sumber : Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, "Sistem baru dari Pendidikan tenaga paramedic, khusus dengan dasar Sekolah Rakyat" Nomor 2, Tahun V, Jakarta, 1956, halaman 16.

PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN 1950 - 1955

		6 th.	3 th.	3 th.	7 th.
1. Dokter	SEKOLAH RAKYAT	/	S. M. A.	S. M. P.	KEAMLIAN
2. Apoteker					
3. Dokter Gigi					
4. Ahli Diet					
5. Kontrolir Kesehatan					
6. Guru Perawat					
7. Guru Bidan					
8. Guru Pend. Kesht. Masyarakat					
9. Analis					
10. Perawat A/B					
11. Bidan					
12. Asisten Rontgen					
13. Perawat Gigi					
14. Asisten Apoteker					
15. Juru Rawat A/B					
16. Juru Penerang					
17. Juru Teknik Kesehatan					
18. Pengamat Hygiene					
19. Mantri Laboran					
20. Penyelidik Maleria					
21. Pembantu Perawatan A/B					
22. Pencolong Bersalin					
23. Pendidik Hygiene					
24. Mantri Teknik Kesehatan					
25. Juru Hygiene Desa					
26. Juru Cacar					
27. Juru Patek					
28. Pengunjung Rumah					

Sumber: Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, "Sistem baru dari pendidikan tenaga paramedis, khusus dengan dasar Sekolah Rakyat" Nomor 2. Tahun V, Jakarta, 1956, halaman 15.

TENAGA YANG LULUS PADA TAHUN 1958.

1.	Perawat (Ijazah A)	207
2.	Perawat Gigi	15
3.	Bidan	250
4.	Juru Rawat (Ijazah A)	479
5.	Pengamat Kesehatan (Ijazah A/B)	79
6.	Pengamat Kesehatan (Ijazah C)	113
7.	Pengamat Kesehatan (Ijazah F)	48
8.	Penyelidik Malaria	13
9.	Pendidikan Hygiene	15
10.	Pembantu Perawatan Umum (Ijazah A)	870
11.	Pembantu Perawatan Jiwa (Ijazah B)	18
12.	Penolong Bersalin	17
13.	Juru Kesehatan	350
14.	Guru Perawat	10
15.	Pengamat Kesehatan (Ijazah E)	42
16.	Asisten Apoteker	233
17.	Guru Bidan	12
18.	Pemeliharaan Kesehatan Rakyat	18
19.	Analisis	25
20.	Kursus Pegawai Statistik	19
21.	Mantri Laboran	23
22.	Nutrisionis (Ahli Gizi)	19
23.	Juru Penerang makanan	16
24.	Juru Teknik Kesehatan	25

Sumber : Laporan Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 1958, Jakarta, 1959, halaman 214.

IKHTISAR KEMAJUAN K.I.A. DARI TAHUN 1951 SAMPAI TAHUN 1960.

Lampiran IV.16.

	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Jumlah B.K.I.A.	387	748	951	1102	1337	1660	1897	2095	2300	2552
Jumlah Bidan K.I.A.	?	?	?	?	785	905	978	1063	1300	1428
Jumlah Dukun dilatih	1455	1455	4892	5577	8600	10984	11494	11544	12896	13541
Jumlah Dukun lulus	135	135	1000	1163	2078	3367	4783	2822	2340	2457
Jumlah Bidan K.T.B.	?	101	86	102	111	120	130	117	90	-
Jumlah Kunjungan Baru :										
Wanita	37399	129178	428983	338270	461672	525943	1528988	986689	1194779	1606851
Bayi	15151	63147	53031	207867	235373	266789	1805827	698350	718426	1029958
Anak	4742	24550	133993	87733	146019	409751	214487	444475	465732	562817
Jumlah Kun. Baru dan Lama :										
Wanita	117602	442238	904520	1153836	1552743	634532	2180613	2398411	2772561	2670739
Bayi	58142	251644	602555	872220	1172206	824129	1799195	2159795	2652229	1605081
Anak	13891	67668	166189	263834	505920	337062	278021	298757	3164019	391539

	1955/1956 :	1956/1957 :	1957/1958 :	1958/1959 :	1959/1960 :
Kenaikan W.	64271 (13,9%);	108589 (20,6%);	63818 (10,5%);	20076 (2,5%);	311532 (43,4%);
Kunjungan B.	101689 (43,2%);	72689 (21,5%);	34724 (10,4%);	21257 (2,8%);	97083 (20,9%);
Baru A.	68468 (46,8%);	52302 (24,3%);	11232 (4,2%);	20736 (7,4%);	92782 (31,1%);
Kunjungan W.	253084 (16,3%);	374786 (20,7%);	217798 (9,8%);	281889 (15,6%);	391458 (14,1%);
Lama dan B.	356782 (30,4%);	270207 (17,6%);	360600 (20,6%);	329196 (22,8%);	18510 (0,7%);
Baru A.	318209 (62,9%);	162260 (19,7%);	207990 (21,5%);	229759 (34,5%);	1770 (0,1%);

Kenaikan rata-rata tiap tahun masing-masing 18,1% (Wanita), 19,8% (Bayi), 14,8% (Anak).

Sumber : Almanak Kesehatan, Yayasan Kemitraan Pegawai Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 1962, halaman 46.

REPORTED CONTAGIOUS DISEASES IN JAVA AND MADURA

Year	PLAGUE		SMALLPOX		TYPHUS ABDOMINALIS		PARA TYPHUS A		DIPHTHERIE		BACILLAR DYSENTRIE	
	Cases	+	Cases	+	Cases	+	Cases	+	Cases	+	Cases	+
1938	2.107	2.083	9	2	4.625	747	708	37	882	81	2.507	354
1939	1.558	1.541	1	-	3.773	589	650	23	786	106	5.031	536
1940	396	396	-	-	4.269	756	635	30	1.006	125	1.403	264
1951	5.183	2.277	100.952	18.553	4.090	461	611	32	374	83	3.354	110
1952	1.965	1.049	9.819	679	5.792	437	845	19	968	155	5.774	357
1953	366	260	2.584	363	5.272	425	745	19	972	159	8.487	507
1954	301	123	1.878	277	6.223	508	1.021	22	1.170	177	8.799	554
1955	354	61	1.377	460	6.081	460	965	31	1.001	193	6.660	319
1956	113	28	2.817	2.078	6.106	433	899	13	1.001	168	3.320	163
1957	17	7	1.550	320	6.850	570	962	22	1.250	276	3.831	243

Sumber : Statistical Pocketbook of Indonesia, Biro Pusat Statistik, Jakarta, 1959, halaman 36.

PENCACARAN SAMPAI AKHIR TAHUN 1958

Daerah Tk. I.	Jumlah Jiwa	Cacaran I		Cacaran Utangan		Jumlah		Pemeriksaan Hasil Vaksinasi		
		Banyaknya	%	Banyaknya	%	Banyaknya	%	Jumlah yg diperiksa	Jadi	%
1. Jakarta	2.185.400	48.431	2,21	349.303	15,98	397.734	18,19	—	—	—
2. Jawa Barat	16.610.539	499.300	3,00	2.111.641	12,71	2.610.941	15,71	274.387	259.000	93,97
3. Jawa Tengah	16.313.068	527.324	3,23	2.342.176	14,35	2.869.500	17,58	349.943	326.948	93,39
4. D.I. Yogyakarta	2.030.762	60.950	3,00	178.024	—	238.974	—	26.599	25.302	95,00
5. Jawa Timur	19.016.607	540.506	2,84	2.979.345	15,66	3.519.851	18,50	366.385	329.345	90,39
	56.156.376	1.676.511	2,98	7.960.489	14,17	9.637.000	17,16	1.017.514	940.595	93,79
6. Sum. Utara	5.030.506	100.289	1,99	466.491	9,27	566.780	11,26	68.186	58.214	86,50
7. Sum. Tengah	3.477.884	39.537	1,10	122.685	3,52	162.222	4,62	28.270	25.994	92,85
8. Sum. Selatan	3.100.000	57.402	1,85	237.539	7,66	294.941	9,51	43.625	39.896	93,07
9. Kalimantan	3.783.035	72.393	1,91	404.349	10,68	476.742	12,59	49.594	43.092	86,12
10. Sulawesi	5.900.000	59.058	1,00	488.122	8,27	547.180	9,27	42.155	39.294	93,22
11. Maluku	800.000	9.092	1,11	73.855	9,23	82.947	10,34	7.198	5.441	75,59
12. Nusa Tenggara	4.900.000	82.074	1,67	264.919	5,40	346.993	7,07	46.593	43.086	92,27
	26.991.425	419.845	1,55	2.057.960	7,62	2.477.805	9,17	285.721	255.017	88,80
Indonesia	83.147.801	2.096.356	2,26	10.018.449	10,59	12.114.805	13,16	1.303.235	1.195.612	91,29

Sumber : Laporan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 1958, halaman 71 - 72.

DAFTAR PENCACARAN SEJAK TAHUN 1930.

Tahun	Jumlah jiwa c = sensus e = estimate	Jumlah kela- hiran yang dilaporkan.	Cacaran Pertama (Pri- mary Vaccination).		Cacaran Ulangan (Revaccination)	
			Jumlah	%	Jumlah	%
1930 (c)	40.784.500	(1.631.380)	1.676.084	102,7	3.265.918	8
1931 (e)	41.504.000	(1.660.160)	1.712.966	103,3	3.308.342	7,42
1932 (")	42.127.000	1.184.251 (1.685.080)	1.859.038	156,9	4.871.645	11,56
1933 (")	42.759.000	1.171.297 (1.710.360)	1.836.439	156,7	5.753.640	13,45
1934 (")	43.400.000	1.166.590 (1.736.000)	1.883.870	161,4	6.016.399	13,86
1935 (")	44.051.000	1.101.115 (1.762.040)	1.849.539	167,9	5.160.664	11,71
1936 (")	44.712.000	1.162.923 (1.788.480)	1.878.646	115,3	5.853.462	13,09
1937 (")	45.383.000	1.285.659 (1.815.320)	1.670.530	129,9	5.400.569	11,89
1938 (")	46.064.000	1.285.659 (1.842.560)	1.942.721	155,7	6.409.675	13,91
1939 (")	46.735.000	1.376.450 (1.870.200)	2.101.669	152,6	5.694.199	12,17
Setelah 1950 :						
1951 (")	51.212.000	(2.048.480)	1.377.149	67,2	14.301.091	27,9
1952 (")	51.961.000	(2.079.240)	1.453.392	69,9	6.982.125	13,4
1953	52.807.000	(2.112.280)	1.565.890	74,1	7.845.370	14,8
1954	53.642.000	(2.145.800)	1.769.169	82,4	8.715.172	16,2
1955	54.450.000	(2.178.000)	1.635.789	75,1	9.194.480	16,8
1956 (x)	51.973.901	(878.956)	633.220	72,0	5.109.132	23,2
1957 (xx)	1.945.883	(77.835)	35.803	45,9	729.463	37,4

(") Yang dikurang ialah angka pedoman, berdasar kepada kelahiran 4% setahun.

x) Tahun 1956 baru dari Jakarta Raya, Jawa Timur dan Yogyakarta.

xx) Tahun 1957 baru dari Jakarta Raya saja.

Sumber: Paper "Riwayat Pemberantasan Cacar di Indonesia", Dit. Jen. P.I.M. Departemen Kesehatan, Jakarta.

T. C. P. S.
 COVERAGE DI PROPINSI-PROPINSI DI SELURUH INDONESIA
 SAMPAI AKHIR TAHUN 1958

Propinsi (daerah tk. I)	Jumlah Kec. / Pend.		Telah mempunyai TCPS Kec. / Pend.		% Coverage	
					Kec.	Pend.
1. Jawa Timur	517	19.600.000	353	11.382.894	68,28	58,08
2. Jawa Tengah	560	18.900.000	501	15.565.124	89,46	82,36
3. Jawa Barat	381	17.500.000	266	10.372.465	69,82	59,27
4. Sum. Selatan	134	3.840.000	91	2.521.665	67,91	65,67
5. Sum. Tengah	166	4.080.000	27	815.220	16,27	19,98
6. Sum. Utara	279	15.880.000	66	1.632.518	23,66	27,76
7. Kalimantan	205	3.700.000	107	2.142.031	52,20	57,89
8. Sulawesi	479	6.500.000	20	387.024	4,18	5,93
9. Maluku	32	800.000	23	680.025	71,88	85
10. Nusa Tenggara	126	5.500.000	71	2.908.908	56,35	52,89
Jumlah	2.879	86.300.000	1.525	48.407.874	52,97	56,09
Jawa	1.458	56.000.000	1.120	37.320.483	76,82	66,64
Ekst. Jawa	1.421	30.300.000	405	11.087.391	28,50	36,59

Sumber : Laporan Departemen Kesehatan tahun 1958, halaman 88.

**BALAI PENGCIPTAAN DAN PEMBIANTARAN PENYAKIT PARU PARU (HP.4) DAN RUMAH SAKIT PARU-PARU
SESUDAH TAHUN 1950**

No.	Daerah	HP.4.			Dokter			R.S. Paru-paru			Tempat tidur			Dokter		
		Pem.	Swi.	Jml.	Pem.	Swi.	Jml.	Pem.	Swi.	Jml.	Pem.	Swi.	Jml.	Pem.	Swi.	Jml.
1.	D.K.I. Jakarta	7	1	8	7	1	8	2	1	3	214	7	214	5	2	6
2.	Prop. Jawa Barat	8	-	8	6	-	6	4	1	5	430	140	590	2	1	3
3.	Prop. Jawa Tengah	12	-	12	13	-	13	6	1	7	400	25	425	-	-	-
4.	D.I. Yogyakarta	4	-	4	5	-	5	2	-	2	50	-	50	-	-	-
5.	Prop. Jawa Timur	4	1	5	7	1	8	3	1	4	200	7	200	-	-	-
6.	Prop. Bali	1	-	1	2	-	2	1	-	1	7	7	7	1	-	1
7.	Prop. Aceh	2	-	2	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.	Prop. Sum. Utara	1	-	1	2	-	2	1	-	1	200	-	200	-	-	-
9.	Prop. Sum. Barat	1	-	1	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.	Prop. Sum. Selatan	1	-	1	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11.	Kal. Selatan	4	-	4	4	-	4	-	1	1	-	30	30	-	-	-
12.	Kal. Barat	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13.	Sul. Selatan	2	-	2	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14.	Sul. Utara	2	-	2	2	-	2	1	-	1	300	-	200	-	-	-
15.	Maluku	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16.	Irian Barat	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jumlah		52	2	54	57	2	59	20	5	25	1.694	215	1.909	8	2	10

Sumber : Dr. R. Radjiwun, Pemberantasan Penyakit TBC di Indonesia.

Pemeriksaan Mantoux dengan Protein Purified Derivate 2 Tuberculine Unit
pada Anak Umur 1 - 6 Tahun di Indonesia/

M a s a	D i t e s t	K e m b a l i	P o s i t i f	%	S e l i s i h
1952 / 1953	60.854	31.536	10.150	32,1	-
1954	270.594	195.999	72.427	37,4	+ 5,3 ± 0,11
1955	532.645	396.877	112.740	28,3	- 9,1 ± 0,11
1956	862.143	601.493	140.777	23,3	- 5,0 ± 0,09
1957	496.396	644.819	142.021	22,1	- 1,2 ± 0,09
1958	756.737	483.590	105.747	21,7	- 0,4 ± 0,08
1959	509.085	294.922	63.280	21,6	- 0,1 ± 0,10
1960	490.617	288.655	59.899	20,8	- 0,8 ± 0,10
1961	421.903	273.201	54.362	19,9	- 0,9 ± 0,10
1962	239.699	180.160	42.532	23,6	+ 3,7 ± 0,13

Sumber : Dr. R. Radjiwan, *Pemberantasan Penyakit TBC di Indonesia*.

RUMAHSAKIT-RUMAHSAKIT MATA DAN BAGIAN MATA
R.S.U.P. / R.S.U. TAHUN 1958

1.	R.S. Cicendo, Bandung (dr. Sudiro es)	200	tempat	tidur
2.	R.S. Mata Palembang (dr. Tjoa Sin Ho)	40	"	"
3.	R.S. Tanjung Karang (dr. Batke)	10	"	"
4.	R.S. Sumatera Utara (Prof. Maas)		"	"
5.	R.S. Sulawesi (Prof. S. J. Warouw)	20	"	"
6.	R.S. Tondano (Prw. G.P. Parengkuan)		"	"
7.	R.S.U.P. Semarang (dr. Soerjatin)	60	"	"
8.	R.S.U. Mangkubumen Solo (dr. Ariotedjo)	20	"	"
9.	R.S. Mata "Dr. YAP" Yogya (dr. Yap Kie Tiong)	100	"	"
10.	R.S.U. Cilaket Malang (dr. Biedermann)	20	"	"
11.	R.S.P.A.D. Jakarta (Kol. dr. Marsetyo)		"	"
12.	R.S.U. Den Pasar, Bali (dr. J. Diehn)	10	"	"
13.	R.S.U. Ulin Banjarmasin (dr. J.H. B. Kunde)	10	"	"
14.	R.S. Mata Undaan, Surabaya (dr. Basuki)	100	"	"
15.	R.S. Mata Tanjung Priok, Jakarta (dr. H. Laufer)		"	"
16.	R.S. Mata Jln. Tarakan, Jakarta (dr. H. Laufer)		"	"
17.	R.S.U. Kesambi, Cirebon (dr. Mas Hardadi)		"	"
18.	R.S.U. Pontianak, Kal. Barat (dr. Wagener)		"	"

Rumah Sakit Khusus untuk penyakit mata ada 6 buah :

- 3 buah kepunyaan pemerintah dengan kapasitas 325 tempat tidur,
- 3 buah kepunyaan swasta dengan kapasitas 450 tempat tidur, sehingga seluruhnya berjumlah 775 tempat tidur.

Sumber : Laporan Departemen Kesehatan Tahun 1958, halaman 126.

LOKASI RUMAH—RUMAH SAKIT JIWA

Nomor Urut	Nama dan letak Rumah Sakit	Kapasitas tempat tidur
1.	R.S. Jiwa Pusat Bogor	1.465
2.	R.S. Jiwa Pusat Magelang	1.100
3.	R.S. Jiwa Pusat Lawang	2.000
4.	R.S. Jiwa Jakarta	300
5.	R.S. Jiwa Semarang	305
6.	R.S. Jiwa Surakarta	187
7.	R.S. Jiwa Manado	250
8.	R.S. Jiwa Makasar	200
9.	R.S. Jiwa Medan	200
10.	R.S. Jiwa Bandung	35
11.	R.S. Jiwa Cimahi	100
12.	R.S. Jiwa Padang	100
13.	R.S. Jiwa Palembang	120
14.	R.S. Jiwa Kutaraja	80
15.	R.S. Jiwa Pontianak	80
16.	R.S. Jiwa Banjarmasin	100
17.	R.S. Jiwa Samarinda	80
18.	R.S. Jiwa Muntok	80
19.	R.S. Jiwa Bangli (Bali)	150
20.	K.O.S. (Koloni Orang Sakit) Jiwa "Tamban" Banjarmasin	60
21.	K.O.S. Jiwa "Pelengahan" Singkawang	70
22.	K.O.S. Jiwa "Wedi" Klaten	80
23.	K.O.S. Jiwa "Lenteng Agung"	350
24.	R.S. Jiwa Lali Jiwo Paken Yogya	280
25.	R.S. Jiwa Kubu (Bali)	70
26.	R.S. Jiwa Selubung Porong Lombok	150

Sumber: *A General Outline of Public Health Care in Indonesia*, Departement of Health Republic of Indonesia, Jakarta, 1964, halaman 39.

JUNLAH RUMAH SAKIT - RUMAH SAKIT

Macamnya Rumah Sakit	1956			1957			1958			Keterangan
	Pemerintah		Partikelir	Pemerintah		Partikelir	Pemerintah		Partikelir	
	Jml.	Cap.		Jml.	Cap.		Jml.	Cap.		
R.S.U.P. 2 :										
Jakarta	1	1.580	-	1	1.580	-	1	1.580	-	1)
Bandung 1)	1	735	-	1	904	-	1	904	-	
Semarang	1	852	-	1	933	-	1	1.300	-	
Surabaya	1	1.300	-	1	1.300	-	1	1.300	-	
Palem bang 2)	1	-	-	1	60)	-	1	80)	-	
Padang 3)	-	-	-	1	253)	-	1	253)*)	-	2)
Denpasar 4)	-	-	-	1	-	-	1	234)	-	
Rumah Sakit Umum	422	30.817	128	423	31.037	128	423	31.037	131	
Rumah Sakit Jiwa	26	7.660	-	26	7.660	-	28	7.786	-	
Rumah Sakit Kusta	46	4.197	3	46	4.197	3	57	4.696	9	
Rumah Sakit Paru 2	14	1.390	5	14	1.390	5	14	1.309	5	
Rumah Sakit Mata	3	325	3	3	325	3	3	325	3	
Rumah Sakit Bersalin	16	566	37	16	566	37	16	566	43	
Rumah Sakit Kelamin	1	240	-	1	240	-	1	240	-	*)
	533	49.662	176	536	50.445	176	549	51.243	191	

Sumber : Laporan Tahunan Rumah Sakit/Balai Pengobatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 1959, hal.22

JUMLAH BALAI-BALAI PENGobatan

Daerah Swatantra	Jumlah Balai-balai Pengobatan menurut catatan yang telah diterbitkan pada akhir tahun 1958		Balai Pengobatan Yang didirikan/dibuka dalam tahun 1959		Jumlah Balai-balai Pengobatan akhir tahun 1959	
	Pemerintah	Partikelir	Pemerintah	Partikelir	Pemerintah	Partikelir
Jakarta	42	71	1	2	43	73
Jawa Barat	704	66	3	2	707	68
Jawa Tengah	621	69	-	7	621	76
Jawa Timur	501	102	2	1	503	103
Sumatera Selatan	212	17	5	-	217	17
Sumatera Barat	158	1	-	1	158	2
Sumatera Utara	310	44	7	-	317	44
Aceh	75	-	-	-	75	-
Riau	38	-	-	-	38	-
Jambi	30	1	5	-	35	1
Kalimantan Selatan	81	3	5	1	86	4
Kalimantan Tengah	74	-	10	-	84	-
Kalimantan Barat	66	1	6	-	72	1
Kalimantan Timur	64	1	1	-	65	1
Sulawesi	242	39	4	-	246	39
Bali	58	3	14	-	92	3
Nusa Tenggara Barat	30	1	-	-	30	1
Nusa Tenggara Timur	53	9	-	-	53	9
Maluku	50	4	2	-	52	4
Irian Barat	3	-	-	-	3	-
	3.412	432	65	14	3.497	446
						3.943

Sumber : Laporan Tahunan Rumah Sakit/Balai-Balai Pengobatan Dep. Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 1959, hal. 24.

RUMAH SAKIT KEPUNYAAN PARTIKELIR AKHIR TAHUN 1959

Derwati tingkat I	Jum lah	K h u s u s						Capasi- teit.
		Umum	Mata	Bersa- lin	Paru- paru	Buta	Kusta	
Kotap. Jakarta	30	7	—	23	—	—	—	1.737
Jawa Barat	24	12	—	10	1	1	—	2.011
Jawa Tengah	31	8	1	21	—	—	1	1.326
D.I. Yogyakarta	8	5	1	1	1	—	—	1.214
Jawa Timur	31	16	1	14	—	—	—	2.491
Sum. Selatan	14	9	—	3	1	—	1	1.470
Sum. Barat	—	—	—	—	—	—	—	—
Jambi	3	1	—	2	—	—	—	73
Riau	10	10	—	—	—	—	—	346
Sum. Utara	44	37	—	7	—	—	—	6.365
D.I. Aceh	1	—	—	1	—	—	—	20
Sulawesi	12	5	—	6	1	—	—	1.428
Kal. Selatan	6	6	—	—	—	—	—	153
Kal. Barat	3	2	—	1	—	—	—	91
Kal. Timur	5	5	—	—	—	—	—	309
Kal. Tengah	—	—	—	—	—	—	—	—
Bali	5	—	—	5	—	—	—	39
N.T. Barat	2	1	—	—	—	—	1	69
N.T. Timur	6	6	—	—	—	—	—	336
Maluku	2	—	—	2	—	—	—	51
Irian Barat	—	—	—	—	—	—	—	—
Jumlah	237	130	3	96	4	1	3	19.529

Keterangan : RSU-BPM Tarakan diserahkan kepada Pemerintah, terhitung tanggal 8 Juli 1959.

Sumber : Laporan Tahunan Rumah Sakit/Hala Pengobatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia Jakarta, 1959, halaman 20.

PENDIDIKAN YANG DISELENGGARAKAN KEMENTERIAN KESEHATAN

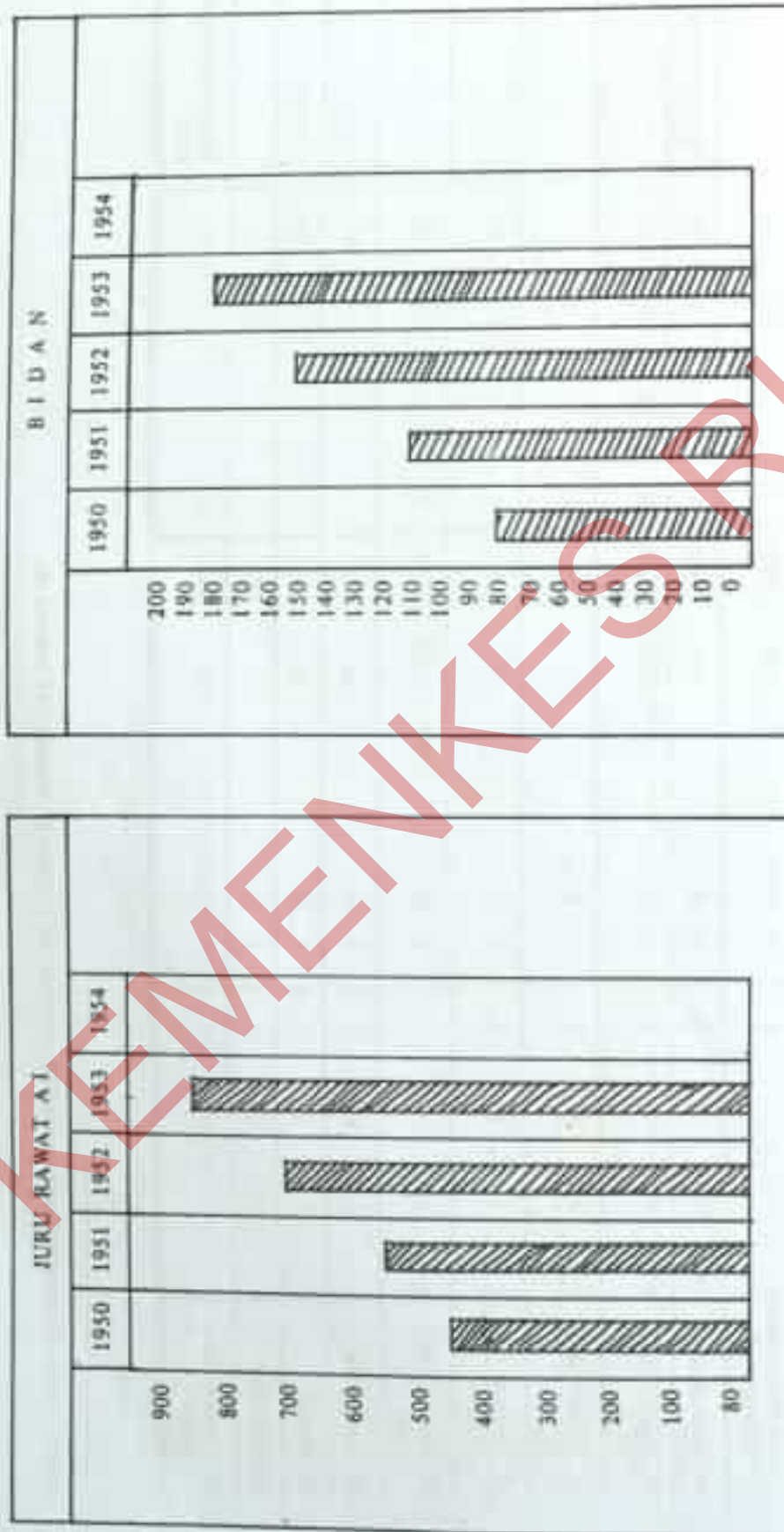
Macam Pendidikan	Jumlah Pendidikan				Jumlah Murid				Had				Penambahan	
	1950	1951	1952	1953	Pend.	1950	1951	1952	1953	1950	1951	1952		1953
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Juru Cair	1	1	1	1	4	11	..	..	..	59	49	64	33	
1. Juru Penerang dan Pes	1	2	2	2	1	11	..	40	62	..	33	43	22	
3. Mantri Teknik Kesehatan	1	1	1	1	1	11	..	..	..	..	49	..	19	
4. Pengunjung Rumah KIA (Konsultansi dan Anak)	..	..	8	11	1	11	..	..	..	81	..	..	41	
5. Pendidikan Malakia	4	4	4	4	11	11	..	..	75	28	36	41	37	
6. Juru Teknik Kesehatan	..	..	1	1	1	11	..	..	..	..	..	..	..	
7. Juru Penerang dan Makanan Rakyat	..	..	1	1	1	11	..	..	27	..	..	..	..	Telah berhad; tercapai belum ada laporan masuk

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
8. Pendidikan Guru Perawat	-	-	1	1	1	10	-	10	9	-	-	-	-	-
9. Pendidikan Guru Bidan	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	Akasi ditinjau tahun 1954
10. Pemeliharaan Kesehatan Rakyat	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Pengunjing Rumah TB	-	-	1	1	1	10	-	21	-	-	-	-	-	Mulai berkegiatan tahun 1954
12. Pendidikan Hygiene	-	-	2	2	2	10	-	117	208	2	31	8	4	-
13. Mantri Laboran	-	-	2	2	2	10	-	-	44	-	-	-	13	-
14. Penolong Bersalin	-	-	1	1	1	10	-	-	40	-	-	-	-	Tahun 1953 mendapat dengan 4 tempat pendidikan
15. Pengamat Hygiene (Status Pendidikan Hygiene)	-	-	-	-	1	10	-	-	17	-	-	-	-	Medal berkegiatan tahun 1954
16. Pembantu Perawatan	-	-	-	-	-	2	10	-	-	-	-	-	-	Pada 1-3-1954 RSU Rajah-puram mendapat tempat P.P.
17. Juruawat (Jumlah A) Perawatan Umum	58	19	72	36	4	10	± 4500	± 5000	± 5360	428	545	738	827	-

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
18. Juruawat (Jazab B) Perawatan Penyakit Jera	5	5	5	6	4 th	..	..	212	±225	15	6	28	38	
19. Bidan (Jazab C)	23	23	26	27	3 th	..	..	765	±800	92	113	166	187	Mar 1954 = 28
20. Perawat (Jazab A)	6	6	8	9	3 th	..	..	168	±200	45	29	13	13	
21. Perawat (Jazab B)	2	2	2	2	3 th	..	..	7	24	..	..	..	..	
22. Pembantu Ahli Kimia	1	1	1	1	3 th	..	..	..	17	..	3	7	16	
23. Pembantu Ahli Oka	4	5	5	7	3 th	..	±140	±125	±150	90	90	198	166	
24. Perawat Gigi	..	1	1	2	3 th	..	..	30	62	..	..	..	12	
25. Analis	1	2	3	3	4 th	..	..	70	99	..	2	6	10	
26. Ahli Obat	1	1	1	1	3 th	..	..	15	29	..	..	10	3	
27. Kontrol Kesehatan	..	..	1	1	3 th	..	..	42	87	..	..	..	..	Mulai berhafl tahun 1955.

Sumber : Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, No. 4 Tahun III, Jakarta, 1954, halaman 98.

LULUSAN SEKOLAH-SEKOLAH TAHUN 1950 - 1954



Sumber : Berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, No. 4 Tahun III, Jakarta, 1954, halaman 102.

KELAHIRAN DAN KEMATIAN
LAPORAN TAHUNAN TAHUN 1958

Daerah	Jumlah penduduk permulaan tahun menurut laporan	Jumlah penduduk yang tinggal pada saat menghitung nilai kelahiran/kematian/kematian bayi	Kelahiran hidup		Kematian		Sisa kelahiran		Mati karena bertalin		Lahir mati		Kematian bayi	
			Per 1000 penduduk per tahun	Ba-nyak per 1000 penduduk per tahun	Per 1000 penduduk per tahun	Ba-nyak per 1000 penduduk per tahun	Per 1000 kelahiran Lh. Lm. +	Ba-nyak per 1000 kelahiran Lh. Lm. +	Per 1000 kelahiran Lh. Lm. +	Ba-nyak per 1000 kelahiran Lh. Lm. +				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
PROP. JAWA BARAT,														
Kares. BANTEN :														
Kab. Serang	662.101	665.636	13.096	19,7	6.026	9,1	7.070	10,6	7	0,5	300	22,4	602.46,0	
Kab. Pandeglang	361.967	364.264	7.704	21,1	3.110	8,5	4.594	12,6	-	-	175	22,2	452.58,7	
Kab. Lebak	361.488	364.012	8.013	22,0	2.966	8,1	5.049	13,9	-	9	93	11,5	421.52,5	
Kares. PRIANGAN :														
Kl.Pr. Bandung	913.528	923.643	29.295	31,7	9.065	9,8	20.230	21,9	45	1,5	363	12,2	2.912.99,4	
Kb. Bandung	1.351.011	1.364.250	43.133	31,6	16.654	12,2	26.479	19,4	34	0,8	105	2,4	2.933.68,0	
Kab. Sukarejo	494.316	499.575	15.492	31,0	4.974	10,0	10.518	21,4	14	0,9	65	4,2	853.55,1	
Kab. Tasikmalaya	939.924	950.886	29.930	31,5	8.005	8,4	21.925	23,1	22	0,7	26	0,9	1.179.39,4	
Kab. Cianjur	928.038	936.304	25.544	27,3	9.011	9,6	16.533	17,7	28	1,1	59	2,3	926.36,3	
Kab. Garut	850.504	852.630	10.017	11,7	5.765	6,8	4.252	5,0	2	0,2	56	5,6	914.71,3	

I	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Kares. CIREBON														
Kt. pr. Cirebon	128.124	129.207	3.754	29,1	1.988	15,4	1.766	13,7	-	-	-146	37,4	599	159,6
Kab. Cirebon	843.02	849.645	26.028	30,6	13.342	15,7	12.686	14,9	32	1,2	628	23,6	3.072	118,0
Kb. Kuningan	541.868	546.636	17.250	31,6	7.714	14,1	9.536	17,4	17	1,0	244	13,9	1.121	65,0
Kab. Indramayu	792.177	795.119	18.486	23,2	12.601	15,8	5.885	7,4	48	2,5	516	27,2	2.301	124,5
Kab. Majalengka	598.840	604.311	19.513	32,3	8.579	14,2	10.943	18,1	15	0,8	104	5,3	1.460	74,8
Kares. BOGOR :														
Kt.pr. Bogor	117.886	118.628	2.877	24,3	1.392	11,7	1.485	12,5	-	-	18	6,2	239	83,1
Kab. Bogor	1.122.193	1.127.350	18.705	16,6	8.390	7,4	10.315	9,1	2	0,1	129	6,8	646	34,5
Kt.pr. Sukabumi	71.740	72.647	2.561	35,3	746	10,3	1.815	25,0	5	1,9	16	6,2	109	42,6
Kab. Sukabumi	793.907	797.310	10.281	12,9	3.474	4,4	6.807	8,5	11	1,1	31	3,0	219	21,3
Kab. Cianjur	742.634	748.847	16.647	22,2	4.221	5,6	12.436	16,6	14	0,8	31	1,9	499	30,0
Kares. JAKARTA :														
Kab. Purwakarta	949.062	953.001	17.446	18,3	9.568	10,0	7.878	8,3	5	0,3	243	13,7	2.345	134,4
Kb. Krawang	709.041	711.154	12.712	17,9	8.485	11,9	4.227	5,9	-	-	96	7,5	1.971	155,1
Kab. Tangerang	724.851	727.354	9.594	13,2	4.587	6,3	5.007	6,9	12	1,2	45	4,7	480	50,0
Kab. Bekasi	586.548	588.159	7.173	12,2	3.950	6,7	3.223	5,5	6	0,8	35	4,9	410	57,2
DL JAKARTA RAYA														
Kt.pr. Jakarta Raya	2.025.289	2.036.294	48.530	23,8	26.520	13,0	22.010	10,8	109	2,2	1.598	31,9	8.278	170,6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
PROP. JAWA TENGAH														
Karna. PEKALONGAN :														
Ki.pr. Pekalongan	94.766	95.615	2.889	30,2	1.190	12,4	1.699	17,8	7	2,4	9	3,1	211	73,0
Kab. Pekalongan	800.391	808.097	31.498	39,0	16.085	19,9	15.413	19,1	72	2,3	129	4,1	3.391	107,7
Ki.pr. Tegal	85.790	86.503	2.778	32,1	1.352	15,6	1.426	16,5	4	1,4	7	2,5	341	122,8
Kab. Tegal	717.785	725.893	29.302	40,4	13.055	18,0	16.217	22,3	45	1,5	178	6,0	2.768	94,5
Kab. Pemalang	667.573	674.239	25.398	37,7	12.055	17,9	13.333	19,8	39	1,5	159	6,2	2.718	107,1
Kab. Brebes	837.938	846.510	31.466	37,2	14.322	16,9	17.144	20,3	49	1,5	214	6,8	2.988	95,0
Karna. BANYUMAS :														
Kab. Banyumas	847.984	857.841	31.877	37,2	12.162	14,2	19.715	23,0	81	2,5	331	7,2	2.068	64,9
Kab. Purbalinggo	496.807	491.931	19.802	40,3	9.553	19,4	10.249	20,8	77	3,9	198	9,9	1.896	95,7
Kab. Cilacap	787.466	795.060	25.650	32,3	10.462	13,2	15.188	19,1	92	3,6	242	9,3	2.076	80,9
Kab. Banjarnegara	478.068	483.912	18.782	38,8	7.093	14,7	11.689	24,2	110	5,8	240	12,6	726	38,7
Karna. KEDU :														
Ki.pr. Magelang	78.295	79.525	3.274	41,2	814	10,2	2.460	30,9	7	2,1	43	13,0	210	64,1
Kab. Magelang	658.814	665.177	34.115	36,2	9.388	14,1	14.727	22,1	136	5,6	303	12,4	2.149	89,1
Kab. Temanggung	339.156	343.568	13.692	39,9	4.867	14,2	8.925	25,7	87	6,2	316	22,6	1.595	116,5
Kab. Wonosobo	382.805	388.588	19.840	51,1	8.274	21,3	11.566	29,8	111	5,5	420	20,7	2.938	140,1
Kab. Kebumen	763.760	773.019	27.945	36,2	9.426	12,2	18.519	24,0	51	1,6	168	6,0	2.034	70,6
Kab. Purworejo	513.063	519.550	20.616	39,7	7.641	14,7	12.975	25,0	109	5,2	218	10,5	2.062	180,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Kares. SEMARANG :														
Kl.pr. Semarang	411.922	416.668	16.041	38,5	6.549	15,7	9.492	22,8	50	3,0	497	30,1	1.617	100,8
Kab. Semarang	522.135	530.138	22.474	42,4	6.467	12,2	16.007	30,2	62	2,7	176	7,8	1.983	88,2
*)														
Kl.pr. Sologito	460.776	467.872	20.140	43,1	6.348	13,6	13.792	29,5	44	2,2	239	11,7	1.586	78,7
Kab. Kendal	408.220		xx)											
Kab. Demak			xx)											
Kab. Grobogan														
Kares. PATTI :														
Kab. Pati	616.614	623.649	21.058	33,8	6.967	11,2	14.071	22,6	64	3,0	173	8,1	1.385	65,8
Kab. Kudus	325.472	329.084	10.879	33,1	3.655	11,1	7.224	22,0	32	2,9	36	3,3	997	91,6
Kab. Rembang	264.507	267.530	9.760	36,5	3.713	13,9	6.047	22,6	41	4,2	51	5,2	1.059	108,5
Kab. Blora	447.394	452.226	14.700	32,5	5.036	11,1	9.664	21,4	43	2,9	81	5,5	1.103	75,0
Kab. Jepara	430.989	435.104	12.591	28,9	4.361	10,0	8.230	18,9	15	1,2	58	4,6	812	64,5
D.I. YOGYAKARTA.														
Kl.pr. Yogyakarta	289.422	293.140	9.676	33,0	2.240	7,6	7.436	25,4	12	1,2	71	7,3	438	45,3
Kab. Gunungkidul	513.777	519.694	15.269	29,4	3.454	6,6	11.835	22,8	36	2,3	96	6,2	577	37,7
Kab. Kulonprogo	331.962	335.420	9.851	29,4	2.934	8,7	6.917	20,6	24	2,4	66	6,7	506	51,4
Kab. Bantul	454.135	459.936	15.888	34,5	4.286	9,3	11.602	25,2	38	2,4	87	5,4	885	55,7
Kab. Sleman	493.743	499.795	17.406	34,8	5.302	10,6	12.104	24,2	48	2,7	107	6,1	1.019	59,1
Kares SURABAYA :														
Kl.pr. Surakarta	393.547	397.130	11.651	29,3	4.484	11,3	7.167	18,0	10	0,8	228	19,2	1.009	65,8

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Kab. Klaten	783.353	791.451	27.678	35,0	11.551	14,6	16.136	20,4	74	2,6	363	12,9	2.861	103,3
Kab. Sukoharjo	377.457	381.740	13.047	34,2	4.481	11,7	8.565	22,4	35	2,7	90	6,9	838	64,2
Kab. Karanganyar	389.127	394.149	14.759	37,4	4.715	12,0	10.044	25,5	61	4,1	226	15,1	1.281	86,8
Kab. Boyolali	557.993	564.470	20.315	36,0	7.361	13,0	12.954	22,9	79	3,8	334	16,2	1.681	82,7
Kab. Sragen	482.806	488.205	15.721	32,2	4.923	10,1	10.798	22,1	57	3,6	69	4,4	964	81,3
Kab. Wonogiri	815.642	824.643	25.533	31,0	7.531	9,1	18.002	21,8	109	4,2	233	9,0	1.563	61,2
PROP. JAWA TIMUR														
Kares. SURABAYA														
Kopr. Surabaya	903.074	909.470	21.314	23,4	8.521	9,4	12.793	14,1	19	0,9	581	26,3	3.802	178,4
Kab. Surabaya	589.910	596.255	19.210	32,1	6.520	10,9	12.690	21,3	33	1,7	233	12,0	756	39,4
Kopr. Mojokerto	50.622	51.007	1.136	22,3	365	7,2	771	15,1	9	7,8	19	16,5	51	44,9
Kab. Mojokerto	442.861	447.320	13.284	29,7	4.366	9,8	8.918	19,9	28	2,1	190	14,1	929	69,9
Kab. Sidoarjo	462.035	467.234	14.522	31,1	4.121	8,8	10.399	22,3	40	2,7	95	6,5	771	53,1
Kab. Jombang	614.777	620.873	18.025	29,0	5.833	9,4	12.192	19,6	44	2,4	136	7,5	1.121	62,2
Kares. BOJONEGORO														
Kab. Bojonegoro	614.462	619.099	14.701	23,7	5.427	8,8	9.274	15,0	55	3,7	100	6,8	970	66,0
Kab. Lamongan	700.319	(8)	(8)											
Kab. Tuban	553.203	556.907	17.122	30,7	7.714	13,9	9.408	16,9	52	3,0	249	14,3	1.888	110,3
Kares. MADIUN														
Kopr. Madiun	90.778	91.602	2.388	26,1	340	8,1	1.648	18,0	2	0,8	20	8,3	142	39,5

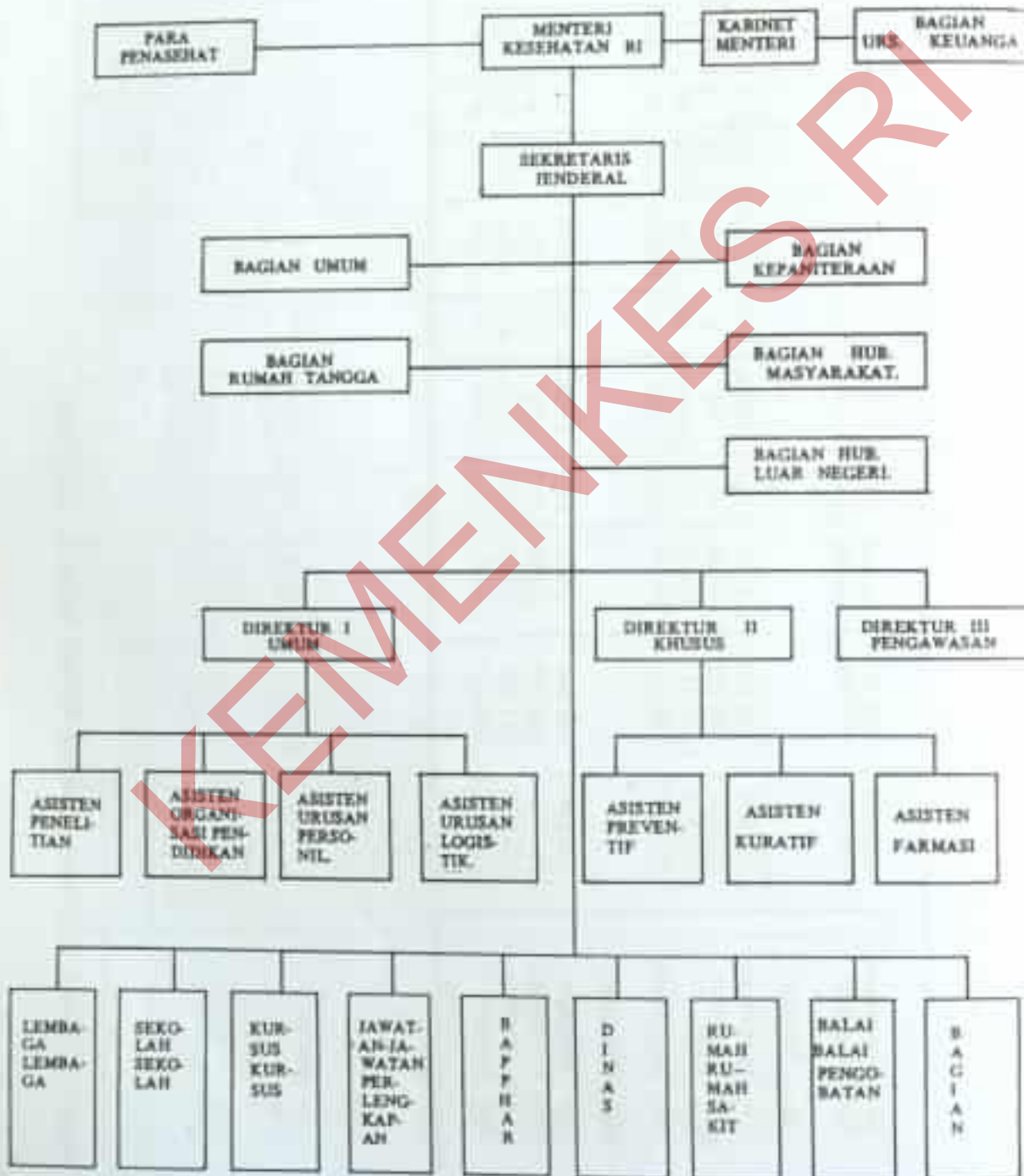
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Kab. Madiun	480.307	484.848	12.184	25,1	3.302	7,2	8.682	17,9	24	2,0	99	6,1	662	94,3
Kab. Ngawi	524.437	531.095	17.969	33,8	4.652	8,8	13.317	25,1	37	2,0	139	7,7	934	52,0
Kab. Ponorejo	658.901	666.085	20.755	31,2	6.386	9,6	14.369	21,6	58	2,8	247	11,8	1.408	67,8
Kab. Pacitan	398.486	402.991	12.528	31,1	3.677	9,1	8.851	22,0	46	3,6	282	22,0	834	66,6
Kab. Magetan	473.871	478.207	14.332	30,0	5.660	11,8	8.672	18,1	42	2,9	157	10,8	1.454	101,5
Kares. MALANG :														
Kt.pr. Malang	262.222		x)											
Kab. Malang	1.306.016	1.315.604	35.265	27,6	16.928	12,9	19.337	14,7	87	2,3	921	24,8	4.141	114,2
Kt.pr. Pasuruhan	50.096	50.405	1.374	27,3	756	15,0	618	12,3	3	2,1	66	45,8	215	156,5
Kab. Pasuruhan	631.338	636.855	20.807	32,7	9.772	15,3	11.035	17,3	38	1,8	516	24,2	2.560	133,0
Kab. Lumajang	581.524	584.876	13.948	23,8	7.243	12,4	6.705	11,6	-	-	418	29,1	1.791	128,4
Kt.pr. Probolinggo	64.256	64.490	1.064	16,5	598	9,3	466	7,2	4	3,7	19	17,5	167	157,0
Kab. Probolinggo	624.436		x)											
Kares. KEDIRI :														
Kt.pr. Kediri	146.768	148.083	4.395	29,7	1.764	11,9	2.631	17,8	15	3,4	70	15,7	437	99,4
Kab. Kediri	835.180	842.538	24.606	29,3	9.890	11,7	14.716	17,5	76	3,0	480	19,1	2.112	85,8
Kt.pr. Blitar	60.096	60.451	1.040	17,2	331	5,5	709	11,7	1	0,9	14	13,3	56	53,8
Kab. Blitar	757.302	764.760	21.842	28,6	6.925	9,1	14.917	19,5	248	10,7	1.438	61,8	1.280	58,6
Kab. Nganjuk	638.975	643.988	16.546	25,7	6.520	10,1	10.026	15,6	53	3,1	317	15,1	1.603	96,9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Kab. Tulungagung	618.870	624.543	18.267	29,2	6.777	10,9	11.490	18,4	39	2,1	255	13,8	1.498	82,0
Kb. Trenggalek	396.700	401.758	14.058	35,0	3.941	9,8	10.117	25,2	34	2,4	203	14,2	882	62,7
Kares. BESUKI :														
Kab. Bondowoso	458.653	459.830	5.771	12,6	3.417	7,4	2.354	5,1	7	1,2	100	17,0	408	70,7
Kab. Pamarukan	387.664	389.122	6.290	16,2	3.373	8,7	2.917	7,5	10	1,6	125	19,5	443	70,4
Kab. Jember	1.358.439	1.363.352	24.427	17,9	10.600	7,8	13.827	10,1	80	3,2	409	16,3	1.442	59,0
Kab. Banyuwangi	957.219	968.204	30.719	31,7	8.349	9,0	21.970	22,7	78	2,5	254	8,2	2.018	65,7
Kares. MADURA :														
Kab. Bangkalan	503.496	505.464	7.661	15,2	3.724	7,4	3.937	7,8	17	2,2	164	21,0	804	104,9
Kab. Pamekasan	341.742	343.092	5.944	17,3	3.244	9,5	2.700	7,9	34	5,8	106	17,5	716	120,5
Kab. Sampang	429.857	432.039	6.478	15,0	2.113	4,9	4.365	10,1	30	4,5	131	19,8	342	52,8
Kab. Sumenep	613.364	615.531	8.881	14,1	4.547	7,4	4.334	7,0	28	3,1	48	5,4	487	54,8

Sumber : Laporan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, tahun 1958.

JAMAN DEMOKRASI TERPIMPIN (ORDE LAMA).

DENAH : STRUKTUR DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.
(Sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Muda Kesehatan
No. 192700/KAB/221 Tanggal 2 September 1959).



**WEWENANG DAN KEWAJIBAN DEPARTEMEN KESEHATAN SESUAI
DENGAN SURAT KEPUTUSAN MENTERI MUDA KESEHATAN
No. 192700/Kab/221 TANGGAL 5 SEPTEMBER 1959**

A. Departemen Kesehatan Pusat:

I. Bagian Hukum:

1. menyusun peraturan-peraturan hukum mengenai urusan kesehatan.
2. mengurus segala sesuatu dalam soal kesehatan yang bersangkutan dengan hukum.
3. mengurus segala sesuatu dalam soal kesehatan yang bersangkutan dengan desentralisasi.
4. mengurus soal-soal umum yang telah menjadi tugas bagian lain.

II. Bagian Rumah Tangga.

1. mengatur segala usaha untuk menjaga tata-tertib dan kebersihan kantor Departemen.
2. mengurus penerimaan tamu dan menyiapkan rapat kantor Departemen.
3. menyediakan dan melengkapi barang-barang yang dibutuhkan dan semua bagian yang terdapat di kantor Departemen.
4. menyelenggarakan administrasi, dan mengawasi pemakaian alat-alat dan barang-barang inventaris kantor Departemen.
5. mengurus pengangkutan dan perjalanan serta perumahan dan penempatan pegawai atau tamu kantor Departemen.
6. Menyelenggarakan administrasi kepegawaian terhadap pegawai.
7. mengurus pengobatan dan perawatan pegawai.
8. memelihara hubungan yang baik antara pegawai kantor Departemen dan keluarganya serta memupuk jiwa kekeluargaan.
9. mengurus soal-soal perburuhan di kantor Departemen dan mengawasi pelaksanaan penyelesaiannya.
10. mengurus pembayaran gaji, restribusi, pengobatan, perawatan dan biaya perjalanan pegawai.
11. mengurus pembayaran-pembayaran lain atas beban kantor Departemen.
12. mengurus penerimaan uang dan kas kantor Departemen dan bertanggung jawab atas pengeluaran-pengeluarannya.

III. Bagian Kepaniteraan.

1. mengatur dan mengawasi serta bertanggungjawab atas kelancaran tata persuratan.
2. mendaftar, membagi dan menyimpan surat-surat dinas masuk dan keluar secara lancar dan efisien.
3. menentukan penggolongan pokok-pokok surat.
4. mengerjakan pengetikan dan penstensilan surat-surat dinas daripada semua bagian kantor Departemen.
5. menyelenggarakan pengiriman surat-surat keluar dari bertanggungjawab atas kelancaran dan keberesannya.
6. memelihara dan mengatur susunan arsip lama dan mengawasi pergeserannya.
7. menolong pegawai kantor Departemen dalam hubungannya dengan pos.
8. membantu kepala Sekretariat dalam meneliti putusan-putusan surat-surat lain yang dikeluarkan oleh Sekretariat dari sudut juridis.
9. meneliti rencana peraturan-peraturan tata usaha yang menjadi wewenang bagian Kepaniteraan.
10. memelihara peraturan-peraturan yang berhubungan dengan wewenang bagian Kepaniteraan.

IV. Bagian Hubungan Masyarakat:

1. memelihara hubungan pimpinan Departemen ke dalam dengan pegawai dan keluar dengan masyarakat.
2. memberi penerangan kepada masyarakat mengenai hal-hal yang tidak merupakan tugas khusus dari pada bagian lain.
3. mengatur dan menyelenggarakan dokumentasi Departemen kecuali yang ditetapkan untuk diselenggarakan sendiri oleh bagian lain.
4. mendatangkan majalah dan bacaan yang berguna bagi Departemen dan pegawainya.
5. menerbitkan majalah dan bacaan yang berguna bagi Departemen dan pegawainya.
6. menyelenggarakan dan memelihara perpustakaan Departemen.
7. mengadakan dan mengisi taman bacaan yang berguna bagi dinas pegawainya.

V. Bagian Hubungan Luar Negeri:

1. mengurus hal-hal yang bersangkutan dengan badan-badan internasional (WHO, ICA dan lain-lain).

2. menyelenggarakan urusan yang berkenaan dengan Palang Merah Indonesia dan Internasional.
3. mengurus pengiriman tenaga-tenaga ke luar negeri, baik untuk menambah pengetahuannya maupun untuk mewakili Pemerintah dalam Konferensi ataupun untuk tugas lain.
4. mengurus hal-hal yang ada hubungannya dengan luar negeri, kecuali yang sudah menjadi tugas bagian lain.
5. menghubungkan Departemen dengan badan-badan luar negeri dari Departemen Luar Negeri.
6. mengurus, mendatangkan tenaga-tenaga ahli dalam rangka bantuan Luar Negeri.
7. menyelenggarakan pemasukan dan pembagian bantuan Luar Negeri, kecuali obat-obat dan alat-alat kedokteran/gigi.

VI. Bagian Urusan Keuangan:

1. mengurus segala sesuatu mengenai keuangan, menyusun anggaran belanja, surat-surat otorisasi, perbendaharaan umum, mengawasi formasi, pembukuan pengeluaran penerimaan.
2. menyusun angka-angka sementara dan perhitungan anggaran.
3. menyelenggarakan perangkaan, pemeriksaan keuangan dan pertanggungjawaban dari pada bagian-bagian, jawatan-jawatan, lembaga-lembaga dan badan-badan lain dalam lingkungan Departemen.

B. Lembaga-lembaga:

1. Lembaga Etykan:

1. menyelenggarakan segala pemeriksaan mengenai hygiene, mikrobiologi, dan kimia untuk Pemerintah sebagai pekerjaan sehari-hari (*routine-work*) dan penyelidikan (*research*).
2. memeriksa klinis-diagnotis untuk rumah-rumah sakit Pemerintah/Partikelir dan dokter-dokter partikelir sebagai pekerjaan sehari-hari dan penyelidikan.
3. memeriksa serologic untuk rumah-rumah sakit Pemerintah/Partikelir dan dokter-dokter partikelir, KIA, pemberantasan penyakit kelamin, framboesia dan dinai pemindahan darah dari pada P.M.I.
4. menyelenggarakan pemeriksaan darah yang bersangkutan dengan pengadilan (*medis forensis*) untuk membantu Lembaga Kriminologi.
5. memeriksa bahan-bahan pengobatan secara bakteriologi-kimia untuk Jawatan Farmasi.

6. memeriksa bahan-bahan dari Pusat Lembaga Pemindahan Darah (P.L.P.D) secara bakteriologi-kimia.
7. memeriksa air minum dan bahan-bahan pengobatan untuk D.K.K.
8. memeriksa bahan-bahan makanan untuk Tentara.
9. memeriksa tikus-tikus berhubungan dengan pemberantasan penyakit pes.
10. membuat *diagnosticum Typhus/Para-typhus* dan *Vlektyphus*.
11. mengkoordinasi dan membantu:
 - a. Laboratorium Kesehatan Daerah di Medan yang menyelenggarakan pula pemeriksaan *pathologic anatomic*.
 - b. Laboratorium Kesehatan Daerah di Palembang yang sedang berada dalam taraf permulaan.
 - c. Laboratorium Kesehatan Daerah di Yogya yang mengawasi pula pemeriksaan laboratorium hortus botanicus Tawangmangu dari Jawatan Farmasi.
 - d. Laboratorium Kesehatan Daerah di Semarang yang menyelenggarakan pemeriksaan mengenai hygiene pemberantasan penyakit menular, microbiologi, serologi dan kimia sebagai pekerjaan sehari-hari dan penyelidikan, jika mungkin pemeriksaan medis-forensia.
 - e. Laboratorium Kesehatan Daerah Surabaya.
 - f. Laboratorium Kesehatan Daerah Makassar.
 - g. Laboratorium Kesehatan Daerah Denpasar.
 - h. Laboratorium Kesehatan Daerah Banjarmasin.

Menambah untuk no. 5 membantu P.M.I. dalam pemeriksaan darah dari dermawan (donors) dan memberikan suntikan-suntikan penyakit rabies, mendidik tenaga-tenaga laboratorium (tinggi, menengah, dan rendah).

II. Lembaga Pasteur:

1. membuat dan menyediakan bermacam-macam anti sera dan vaccin.
2. menyelenggarakan pengobatan orang-orang yang digigit anjing (tersangka) menderita penyakit rabies.
3. mengadakan penyelidikan dalam lapangan yang berhubungan dengan hal-hal yang tersebut di atas.
4. menyelenggarakan pemeriksaan mengenai hygiene, microbiologi, dan kimia sebagai pekerjaan sehari-hari dan penyelidikan.
5. menyelenggarakan pendidikan juru cacar.

III. Lembaga Pemberantasan Penyakit Malaria:

1. menyelenggarakan penyelidikan tentang penyakit malaria serta cara pencegahan dan pemberantasannya.
2. mengawasi keadaan malaria di daerah-daerah seluruh Indonesia.
3. memberi nasehat-nasehat dan petunjuk dan bantuan dan mengawasi penyelenggaraan pemberantasan malaria di seluruh Indonesia.
4. mendidik tenaga teknis para medis dalam lapangan malaria.

IV. Lembaga Pemberantasan Penyakit Kusta:

1. mengadakan penyelidikan dalam laboratorium, klinik dan poliklinik Lembaga Kusta, juga terhadap buffel-lepra dalam hubungan dengan human-lepra.
2. mengadakan penyelidikan epidemiologis (fieldwork dan pilot project).
3. mendidik para mahasiswa kedokteran dan melatih para dokter dan pegawai-pegawai para medis dalam pekerjaan kusta dan mengadakan penertihan.
4. merancang undang-undang dan peraturan-peraturan yang berhubungan dengan penyakit kusta.
5. merencanakan tindakan-tindakan yang bijaksana dalam pekerjaan kusta dan mengawasi pemberantasan kusta di daerah-daerah.
6. mengawasi laboratorium-laboratorium, rumah sakit kusta, dan balai-balai pengobatan kusta.
7. menyelenggarakan penerangan, pendaftaran dan statistik.
8. mengusahakan kesejahteraan penderita kusta.
9. mengadakan perhubungan dengan luar negeri untuk tukar menukar pengetahuan.

V. Lembaga Pemberantasan Penyakit Kelamin:

1. mempelajari dan menyelidiki segala urusan yang berhubungan dengan pencegahan dan pemberantasan penyakit kelamin.
2. mengadakan hubungan dengan instansi-instansi lain yang berkepentingan dalam hal ini.

VI. Lembaga Pemberantasan Penyakit Rakyat:

(Framboesia dan lain-lain).

1. menyelenggarakan penyelidikan cara-cara pemberantasan penyakit rakyat, yang penyelidikannya tidak termasuk tugas bagian atau lembaga lain.

2. merancang, mencoba dan kemudian menganjurkan cara-cara pemberantasan itu kepada badan/organisasi kesehatan yang berkewajiban menjalankan pemberantasan penyakit tersebut.
3. memberi bantuan dalam penyelenggaraan pemberantasan itu (nasihat dan contoh mendidik tenaga yang dibutuhkan), dan mengawasi jalannya pemberantasan penyakit tersebut.

VII. Lembaga Pemberantasan Penyakit Pes :

1. mengurus segala sesuatu berkenaan dengan pencegahan dan pemberantasan penyakit pes (penyelidikan, penyuntikan anti pembersihan dan perbaikan rumah pembasmian hama)
2. mendidik dan mengarahkan tenaga teknis dalam lapangan ini

VIII. Lembaga Pemberantasan Penyakit Tbc:

1. mengurus segala sesuatu berkenaan dengan penyelidikan pencegahan dan pemberantasan penyakit Tbc.
2. mengadakan pilot project.
3. mengawasi sanatoria (rumah-rumah sakit) dan biro-biro konsultasi (Tb-center), penyelidikan di daerah-daerah.

IX. Lembaga Pemberantasan Penyakit Mata:

1. memberikan pertolongan ophthalmologi kepada rakyat seluas-luasnya.
2. memberantas penyakit-penyakit mata yang berbahaya secara sistimatis, khususnya trachoma, gonoblenorrhoe dan xerophth mia.
3. menyelenggarakan segala yang diperlukan mengenai masalah ke butuhan.

X. Lembaga Makanan Rakyat:

1. menyelenggarakan penyelidikan dalam hal makanan rakyat.
2. mengasahakan perbaikan makanan rakyat.
3. mendidik tenaga ahli gizi dan guru penerangan makanan.
4. mengadakan koordinasi dengan Kementerian-kementerian/Jawat Pemerintah yang berkepentingan.

XI. Lembaga Pharmaco Therapi:

1. memeriksa obat-obat dan bahan-bahan obat berhubung dengan undang-undang farmasi.
2. menyelidiki tanam-tanaman dan bahan-bahan lain yang mengandung zat-zat berkhasiat.
3. menyelidiki jamu-jamu.

XII. Lembaga Cardiologi:

1. melakukan penyelidikan dalam bidang penyakit jantung dan pembuluh darah, baik mengenai sebab, maupun kemungkinan pencegahan (preventif).
2. memberi konsultasi kepada badan-badan kesehatan yang membutuhkannya di lapangan penyakit jantung dan pembuluh darah.
3. berusaha kejurusan pembedahan jantung.

XIII. Lembaga Radiologi:

1. menyelenggarakan pimpinan terhadap urusan radiologi umumnya dan di Indonesia khususnya, memberi pertolongan radiologi di dalam bentuk *radiodiagnostik*, *radiotherapi*, *physiotherapi* umumnya dan untuk rakyat Indonesia khususnya.
2. menyelidiki serta mencegah dan mengobati bahaya radio-aktif dari sudut manapun juga.
3. membantu daerah-daerah otonom dan organisasi-organisasi partikelir dalam usaha-usahnya, terutama mengenai pemeriksaan paru-paru dan kanker, baik dengan petunjuk-petunjuk dan nasehat maupun dengan peralatan, kepegawaian dan keuangan.
4. membantu segala usaha di lapangan pengetahuan radiologi, khususnya mengenai rontgen diagnostik dan radio therapi serta physiotherapi.
5. mengadakan perhubungan internasional untuk mempertinggi mutu pekerjaan radiologi di Indonesia.
6. mengadakan research di lapangan penyakit paru-paru serta kanker dan radio-physica, radio-biologi dan pathologi.
7. mengadakan laboratorium dan bengkel-bengkel untuk menjamin service dan reparasi semua alat-alat radiologi Pemerintah di Indonesia.
8. membeli dan membagi alat-alat radiologi, accessoir dan sebagainya untuk badan-badan Departemen Kesehatan dan memberi petunjuk serta menetapkan syarat-syarat untuk pembelian alat-alat itu oleh Daerah-daerah Otonomi.
9. mengadakan gudang-gudang atas dasar keahlian untuk menampung alat-alat radiologi dengan alat-alat accessoirnya bersama dengan spare-partsnya.
10. mengadakan peraturan-peraturan untuk pemakai alat-alat radiologi di Indonesia guna mencegah bahaya-bahayanya yang timbul karena sinar panas.
11. mendidik tenaga-tenaga radiologi, radio-physicus, rontgen-technicus dan coassistenten.

XIV. Lembaga Orthopaedie dan Prothese:

1. mengawasi pekerjaan-pekerjaan khusus mengenai pertolongan medis dan penyelenggaraan prothese (*medical service*), serta physio-therapi dalam hubungan cacat.
2. mendidik tenaga ahli dan juru dalam lapangan ortho-paedie dan physio-therapi.
3. menyelenggarakan kerja-sama dengan Kementerian-kementerian/ jawatan-jawatan yang berkepentingan (Sosial, Perburuhan dan sebagainya).

XV. Lembaga Laboratorium Ilmu Kesehatan Teknik:

1. menyelenggarakan pemeriksaan air minum.
2. memberi nasehat tentang pembuatan saluran air minum, tempat pemandian umum, pembuangan air kotor, (*afvalwater*).
3. mengadakan pemeriksaan pada pabrik pembuatan es, limonade, air soda, dan sebagainya.

XVI. Pabrik Farmasi, p.m.:

1. membikin obat-obat yang dapat dikerjakan di Indonesia dari bahan-bahan asli.
 2. memberi bentuk pada obat-obat yang di import secara bahan.
-

**SURAT KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA NO. 38559/KAB/197
TERTANGGAL 1 JULI 1963**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MENIMBANG : a) bahwa organisasi dan tata-kerja Departemen Kesehatan perlu segera ditetapkan;
b) belum adanya penetapan dari Presiden R.I. mengenai Rancangan Keputusan Presiden tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.

MENGINGAT : 1. Peraturan Presiden No. 5 Tahun 1963 tentang Pedoman Kerja Administratif (Peraturan Tata-tertib) Aparatur Pemerintahan Negara pada Tingkat Tertinggi (Disempurnakan);
2. Keputusan Presiden Republik Indonesia No. 94 Tahun 1962; Surat Wakil Menteri Pertama Bidang Kesejahteraan Rakyat, No. Kkr/VIII/28/49 tanggal 29 Maret 1962;

MEMUTUSKAN:

PERTAMA : sementara menetapkan Rancangan Keputusan Presiden tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan terlampir, sebagai

KEDUA : "PERATURAN MENTERI KESEHATAN".
surat keputusan ini mulai berlaku pada hari ditetapkan.

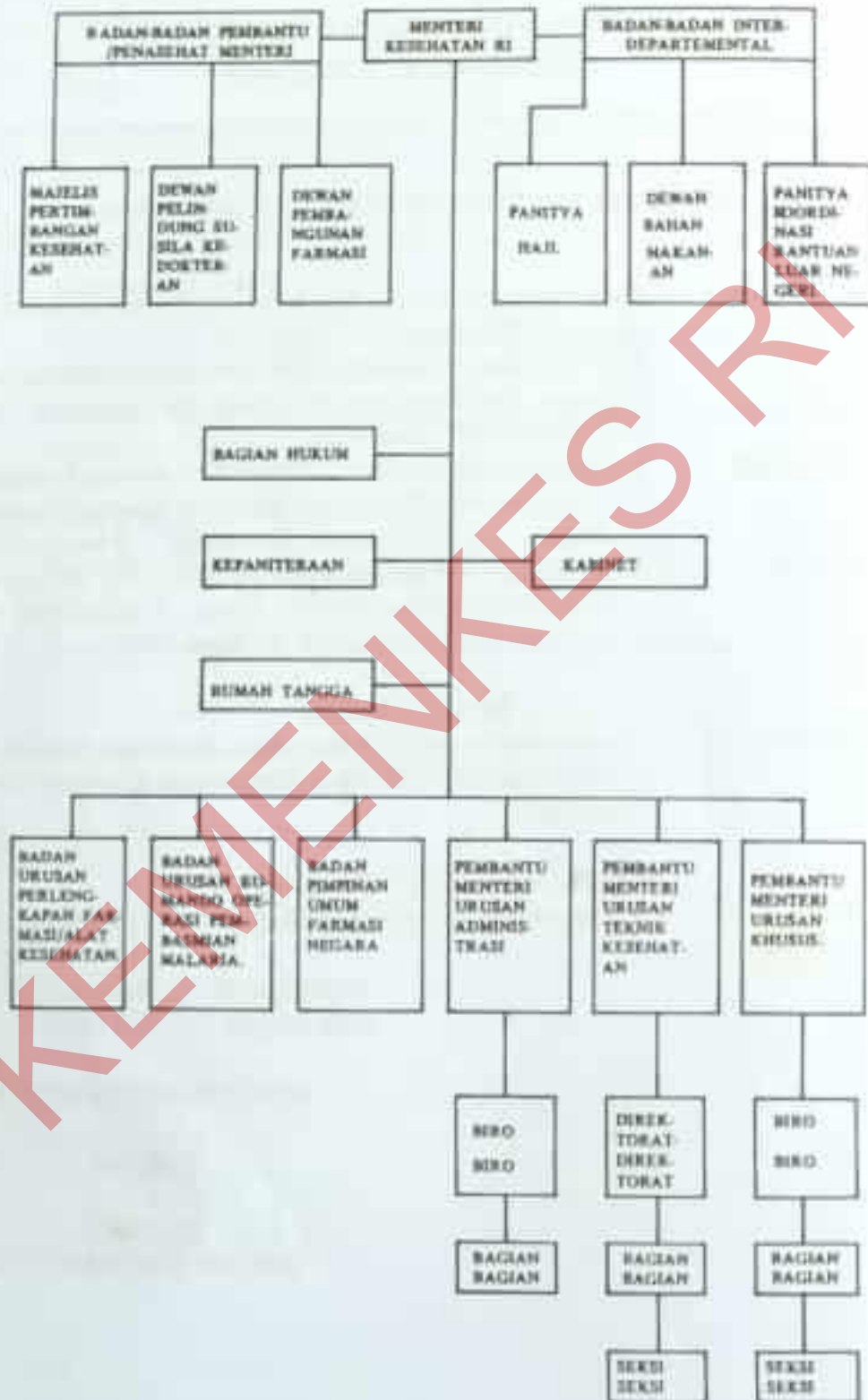
Ditetapkan di : Jakarta.
Pada tanggal : 1 Juli 1963.

MENTERI KESEHATAN RI

Cap. /ttd

(SATRIO)
MAYOR JENDERAL TNI

REKAM : STRUKTUR DEPARTEMEN KESEHATAN
(Menurut Keputusan Presiden Tahun 1962)



**TUGAS DAN TATA CARA PARA PETUGAS DALAM DEPARTEMEN
KESEHATAN MENURUT SURAT KEPUTUSAN PRESIDEN NO. 94
TAHUN 1962 ADALAH SEBAGAI BERIKUT :**

Pembantu Menteri Kesehatan untuk urusan Administrasi melakukan koordinasi antara:

1. Kepala Biro Personil
2. Kepala Biro Materiel/Keuangan, dan
3. Kepala Biro Statistik.

Pembantu Menteri Kesehatan untuk urusan teknis kesehatan melakukan koordinasi antara :

1. Kepala Direktorat Urusan Kesehatan Preventif.
2. Kepala Direktorat Urusan Kuratif, dan
3. Kepala Direktorat Urusan Farmasi.

Pembantu Menteri Kesehatan untuk urusan khusus melakukan koordinasi antara:

1. Kepala Biro Perundang-undangan.
 2. Kepala Biro Hubungan Luar Negeri.
 3. Kepala Biro Hubungan Masyarakat, dan
 4. Kepala Biro Hubungan Lembaga Negara.
- (1). Menteri Kesehatan memimpin langsung: a.
b. Badan Perlengkapan Farmasi/alat Kesehatan,
c. Badan Pemimpin Umum Farmasi Negara.
 - (2) Untuk menampung pekerjaan Menteri Kesehatan yang bersifat pribadi dibentuklah Kabinet Menteri Kesehatan.
 - (3) Untuk menyelenggarakan tata-usaha kantor pusat Departemen Kesehatan di bentuk :
a. Rumah Tangga, dan
b. Kepaniteraan.
 - (4). Rumah Tangga meliputi kepegawaian, perbekalan dan keuangan kantor Pusat Departemen Kesehatan serta urusan penerimaan tamu-tamu, urusan perjalanan pegawai-pegawai, dan urusan rapat-rapat dan pertemuan-pertemuan.
 - (5). Kepaniteraan meliputi arsip, ekspedisi dan tata usaha surat menyurat serta dokumentasi dan perpustakaan kantor Pusat Departemen Kesehatan.
- Biro Personil terdiri atas :
1. Bagian perencanaan personil
 2. Bagian penempatan personil

3. Bagian pengawasan personil, dan
4. Bagian pendidikan personil.

Biro Materiil/Keuangan terdiri atas :

1. Bagian perencanaan materiil
2. Bagian teknik umum
3. Bagian anggaran belanja
4. Bagian keuangan, dan
5. Bagian pengawasan materiil/keuangan.

Biro Statistik terdiri atas :

1. Bagian biostatistik, dan
2. Bagian statistik umum.

Direktorat urusan Kesehatan Preventif terdiri atas :

1. Bagian pencegahan penyakit dan karantina
 2. Bagian pemberantasan penyakit
 3. Bagian laboratoria kesehatan
 4. Bagian kesehatan anak dan remaja
 5. Bagian latihan/pendidikan kesehatan masyarakat, dan
 6. Bagian makanan rakyat.
- (1) Bagian pencegahan penyakit dan karantina meliputi :
- a. Seksi Teknik penyehatan
 - b. Seksi epidemiologi dan karantina, dan
 - c. Seksi imunisasi.
- (2) Bagian pemberantasan penyakit meliputi :
- a. Inspeksi pemberantasan penyakit patek
 - b. Inspeksi pemberantasan penyakit kusta
 - c. Inspeksi pemberantasan penyakit kelamin
 - d. Inspeksi pemberantasan penyakit paru-paru
 - e. Inspeksi pemberantasan penyakit mata.
- (3) Bagian kesehatan anak dan remaja meliputi :
- a. Seksi kesehatan ibu dan anak
 - b. Seksi kesehatan sekolah, dan
 - c. Seksi kesehatan olah raga.
- (4) Bagian latihan/pendidikan kesehatan masyarakat meliputi :
- a. Seksi latihan kesehatan masyarakat, dan
 - b. Seksi pendidikan kesehatan masyarakat.
- (5) Bagian makanan rakyat meliputi :
- a. Seksi perbaikan makanan rakyat, dan
 - b. Seksi pendidikan gizi.

Direktorat Urusan Kesehatan Kuratif terdiri atas :

1. Bagian rumah-rumah sakit dan balai pengobatan.

2. Bagian kesehatan gigi,
 3. Bagian kesehatan jiwa
 4. Bagian perawatan, dan
 5. Bagian laboratoria pengobatan.
- (1) Bagian rumah-rumah sakit dan balai-balai pengobatan meliputi :
- a. Seksi urusan rumah-rumah sakit umum pusat,
 - b. Seksi urusan balai-balai pengobatan,
 - c. Seksi urusan pusat-pusat rehabilitasi, dan
 - d. Seksi pengobatan karyawan.
- (2) Bagian kesehatan gigi meliputi:
- a. Seksi pengobatan/perawatan gigi, dan
 - b. Seksi kesehatan gigi anak sekolah.
- (3) Bagian kesehatan jiwa meliputi :
- a. Seksi pengobatan/perawatan penyakit jiwa, dan
 - b. Seksi bimbingan kesehatan jiwa.
- (4) Bagian radiologi meliputi:
- a. Seksi radiologi
 - b. Seksi radiotherapi dan diagnostik, dan
 - c. Seksi radiofisika.

Direktorat urusan farmasi terdiri atas :

1. Bagian pengawasan farmasi
2. Bagian pemberian izin farmasi
3. Bagian obat-obat asli, dan
4. Bagian penelitian farmasi.

Biro perundang-undangan terdiri atas :

1. Bagian perancang perundang-undangan, dan Bagian hukum.

Biro Hubungan Luar Negeri terdiri atas :

1. Bagian hubungan luar negeri, dan
2. Bagian bantuan luar negeri.

(1) Bagian hubungan luar negeri meliputi:

- a. Seksi organisasi-organisasi internasional,
- b. Seksi kerja lama luar negeri, dan
- c. Seksi kesehatan jemaah haji.

(2) Bagian bantuan luar negeri meliputi:

- a. Seksi organisasi-organisasi Perserikatan Bangsa-Bangsa, dan
- b. Seksi bantuan luar P.B.B.

Biro Hubungan Masyarakat terdiri atas :

1. Bagian penerangan dan penyiaran, dan

2. Bagian penerbitan.

Biro Hubungan Lembaga Negara terdiri atas:

1. Bagian urusan Kabinet, DPR-GR dan antar Departemen.
2. Bagian urusan MPR, Depernas, DPA.

TENTANG TATA KERJA

- (1) Menteri Kesehatan ialah pembantu Presiden.
- (2) Menteri Kesehatan mempersiapkan, menentukan dan mengembangkan kebijaksanaan Pemerintah di bidang kesehatan rakyat.
- (3) Menteri Kesehatan melakukan tugasnya sebagai tertera dalam pasal 7 dan dalam ayat (1) dan ayat (2) pasal 20 dengan mengindahkan sepenuhnya ketentuan-ketentuan yang tertera dalam pasal 7 "Peraturan Presiden No. 5 tahun 1962 (disempurnakan)".
- (1) Pembantu Menteri Kesehatan urusan administratif bertugas:
 - a. membantu Menteri Kesehatan dalam merencanakan, mengatur, membimbing dan mengawasi pelaksanaan tugas pokok Departemen Kesehatan di bidang tenaga manusia, perbekalan dan keuangan.
 - b. mengkoordinir dan membimbing kepala biro personil, kepala biro materiil/keuangan dan kepala biro statistik.
 - c. menjalankan tugas-tugas khusus dalam lapangan administrasi yang diserahkan kepadanya oleh Menteri Kesehatan.
- (2) Pembantu Menteri Kesehatan untuk urusan teknis kesehatan bertugas:
 - a. membantu Menteri Kesehatan dalam merencanakan, mengatur dan mengawasi pelaksanaan tugas pokok Departemen Kesehatan di bidang kesehatan preventif, kesehatan kuratif dan farmasi.
 - b. mengkoordinir dan membimbing Kepala Direktorat urusan kesehatan preventif, Kepala Direktorat urusan kesehatan kuratif dan Kepala Direktorat urusan farmasi.
 - c. menjalankan tugas-tugas khusus dalam lapangan teknis kesehatan yang diserahkan kepadanya oleh Menteri Kesehatan.
- (3) Pembantu Menteri Kesehatan untuk urusan khusus bertugas:
 - a. membantu Menteri Kesehatan dan merencanakan, mengatur, membimbing dan mengawasi pelaksanaan tugas pokok Departemen Kesehatan di bidang perundang-undangan, Hubungan Luar Negeri, Hubungan Masyarakat dan Hubungan Lembaga-lembaga Negara.
 - b. mengkoordinir dan membimbing Kepala Biro Perundang-undangan, Kepala Biro Hubungan Luar Negeri, Kepala Biro Hubungan Masyarakat dan Kepala Biro Hubungan Lembaga-lembaga Negara.

- c. menjalankan tugas-tugas khusus di luar lapangan administrasi dan lapangan teknis kesehatan yang diserahkan kepadanya oleh Menteri Kesehatan.
- (4) Para Pembantu Menteri Kesehatan bertanggungjawab kepada Menteri Kesehatan dalam melaksanakan tugasnya masing-masing seperti tersebut dalam pasal 21.
- (1) Biro Personil bertugas:
 - a. merencanakan segala hal mengenai jumlah, jenis, penempatan, pendidikan, kesejahteraan personil.
 - b. mengusulkan, menyiapkan dan melaksanakan penempatan dan pemberhentian personil.
 - c. mengawasi kegiatan (*konduite*) personil.
 - d. melaksanakan pendidikan personil.
- (2) Biro Materiil/Keuangan bertugas:
 - a. merencanakan seluruh keperluan materiil dan keuangan Departemen Kesehatan, serta melaksanakan pembagiannya dan penyebarannya.
 - b. mengawasi seluruh perbekalan dan keuangan Departemen Kesehatan.
- (3) Biro Statistik Bertugas:
 - a. mengumpulkan secara aktif bahan-bahan statistik dari semua segi kegiatan Departemen Kesehatan dan membuat laporan periodik kepada Menteri Kesehatan dengan memberi penilaiannya.
 - b. memberi pedoman-pedoman tentang soal-soal statistik kepada semua satuan-satuan organisasi Departemen Kesehatan, dan.
 - c. mengumpulkan segala angka biostatistik.
- (4) Biro personil, Biro Materiil/Keuangan, Biro Statistik masing-masing dipimpin oleh seorang Kepala Biro Personil, seorang Kepala Biro Materiil/Keuangan dan seorang Kepala Biro Statistik, yang dalam tugasnya masing-masing bertanggungjawab kepada Menteri Kesehatan melalui Pembantu, Menteri Kesehatan Urusan Administratif.
- (1) Direktorat Urusan Kesehatan Preventif bertugas:
 - a. merencanakan, mengatur dan melaksanakan pencegahan penyakit dengan cara epidemiologis, karantina dan immunisasi serta dengan cara mengusahakan meluasnya kesehatan lingkungan di kalangan masyarakat termasuk kebersihan umum.
 - b. merencanakan, mengatur dan melaksanakan pemberantasan penyakit menular di kalangan rakyat, terutama penyakit patak, penyakit kusta, penyakit kelamin, penyakit paru-paru dan penyakit mata.

- c. merencanakan, mengatur dan menyelenggarakan laboratoria kesehatan dalam jumlah yang cukup untuk seluruh tanah air.
 - d. merencanakan, mengatur dan menyelenggarakan badan-badan guna memelihara kesehatan anak dan remaja sesuai dengan pertumbuhan generasi baru yang sempurna.
 - e. merencanakan, mengatur dan menyelenggarakan latihan-latihan kesehatan masyarakat di Pusat dan daerah serta pendidikan kesehatan rakyat.
 - f. mengusahakan perbaikan makanan rakyat dengan jalan pendidikan gizi kepada rakyat, usaha penyempurnaan gizi serta penelitian tentang gizi dan susunan makanan rakyat.
- (2) Direktorat Urusan Kesehatan Kuratif bertugas menyelenggarakan dan mengawasi pengobatan, perawatan dan rehabilitasi fisik, mental dan sosial, baik oleh Pemerintah maupun juga oleh Swasta, baik dengan cara-cara ilmu kedokteran maupun juga dengan cara-cara lain dengan:
- a. merencanakan, mengatur dan menyelenggarakan rumah-rumah sakit umum pusat, rumah-rumah sakit lainnya, balai-balai pengobatan, pusat-pusat, rehabilitasi dan pengobatan karyawan.
 - b. merencanakan, mengatur dan menyelenggarakan pengobatan dan perawatan gigi untuk umum dan anak-anak sekolah.
 - c. merencanakan, mengatur dan menyelenggarakan pengobatan, perawatan dan rehabilitasi orang sakit jiwa serta bimbingan masyarakat untuk menghindari penyakit jiwa.
 - d. merencanakan, mengatur dan menyelenggarakan pengobatan dan pemeriksaan badan dengan mempergunakan sinar X dan tenaga atom.
 - e. merencanakan, mengatur dan menyelenggarakan perawatan orang sakit.
 - f. merencanakan, mengatur dan menyelenggarakan laboratoria pengobatan.
- (3) Direktorat Urusan Farmasi bertugas:
- a. melaksanakan pengawasan di bidang farmasi, terutama tentang mutu bahan-bahan dan obat-obatan, serta tentang kegiatan-kegiatan produksi dan distribusi obat-obatan.
 - b. mempersiapkan izin-izin mengenai produksi, import dan distribusi di bidang farmasi.
 - c. melaksanakan penyesuaian perkembangan farmasi kepada ilmu pengetahuan (barat dan timur).
 - d. menyelenggarakan penelitian di bidang farmasi.
- (4) Direktorat Urusan Kesehatan Preventif, Direktorat Urusan Kesehatan Kuratif dan Direktorat Urusan Farmasi masing-masing dipimpin oleh seorang Kepala Direktorat Urusan Kesehatan Preventif, seorang Kepala Direktorat Urusan Kesehatan Kuratif dan seorang Kepala Direktorat Urusan Farmasi yang dalam

tugasnya masing-masing bertanggungjawab kepada Menteri Kesehatan melalui Pembantu Menteri Kesehatan Urusan Teknis Kesehatan.

- (1) Biro Perundang-undangan bertugas:
 - a. menyelenggarakan perancangan perundang-undangan dalam bidang kesehatan.
 - b. mengadakan kodifikasi segala peraturan-peraturan medis juridis.
 - c. mengadakan pengawasan terhadap pelaksanaan peraturan-peraturan medis juridis.
 - d. menyelenggarakan pekerjaan-pekerjaan juridis baik yang mengenai hukum tata negara, hukum sipil, hukum kriminal dan ketentaraan.
- (2) Biro Hubungan Luar Negeri bertugas:
 - a. melaksanakan hubungan dengan instansi-instansi luar negeri dalam rangka kerja sama dengan lain negara dan dalam urusan organisasi-organisasi internasional baik yang termasuk lingkungan Perserikatan Bangsa-Bangsa maupun juga organisasi internasional lainnya yang berkisar pada soal-soal kesehatan.
 - b. menyelenggarakan perancangan bantuan luar negeri bagi Departemen Kesehatan serta mengkoordinasikannya lain-lain badan Pemerintahan.
 - c. menyelenggarakan pengiriman ke luar negeri perutusan-perutusan dan petugas-petugas dengan tugas belajar dan tugas kerja dari Departemen Kesehatan.
- (3) Biro Hubungan Masyarakat bertugas:
 - a. menyelenggarakan hubungan dengan masyarakat dengan maksud mengikutsertakan rakyat dalam pelaksanaan rencana-rencana dan peraturan-peraturan kesehatan.
 - b. menyelenggarakan penerangan seluas-luasnya di kalangan masyarakat dengan segala cara yang berlaku mengenai rencana-rencana peraturan-peraturan kesehatan.
- (4) Biro Hubungan Lembaga Negara bertugas:
 - a. menyelenggarakan hubungan dengan Kabinet, DPR, Departemen-departemen lainnya, MPR, Depernas, DPA dan lain-lainnya.
 - b. memelihara dan mengolah segala keputusan-keputusan MPR, Depernas, DPA, dan lain-lain Lembaga Negara Tertinggi untuk keperluan tugas Departemen Kesehatan.
 - c. mengadakan pengawasan terhadap pelaksanaan keputusan-keputusan tersebut.
- (5) Biro Perundang-undangan, Biro Hubungan Luar Negeri, Biro Hubungan Masyarakat dan Biro Hubungan Lembaga Negara masing-masing dipimpin oleh seorang Kepala Biro Perundang-undangan, seorang Kepala Biro Hubungan Luar

Negeri, seorang Kepala Biro Hubungan Masyarakat, seorang Kepala Biro Hubungan Lembaga Negara yang dalam tugasnya masing-masing bertanggungjawab kepada Menteri Kesehatan melalui Pembantu Menteri Kesehatan Urusan Khusus.

TENTANG KETENTUAN-KETENTUAN DAN PENUTUP

Soal-soal organisasi dan tata-kerja satuan-satuan organisasi Departemen Kesehatan yang belum diatur dalam Keputusan Presiden ini atau memerlukan pengaturan lebih lanjut akan diatur oleh Menteri Kesehatan.

- (1) Surat Keputusan Menteri Muda Kesehatan No. 192700/Kab/221 tanggal 5 September 1959 tidak berlaku lagi terhitung mulai hari tanggal berlakunya Keputusan Presiden ini.
- (2) Keputusan Presiden ini mulai berlaku pada hari ditetapkan.

DAFTAR JUMLAH TENAGA KESEHATAN 1959 - 1965
DIPERINCI MENURUT JABATAN

No	Jabatan	Keadaan tiap 1 April						
		1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965
I.	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Dokter	954	976	1.004	1.114	1.215	1.323	1.517
2.	Bidan & sejenis Peng- Rawat, Perk. Rawat	1.885	2.105	2.433	2.725	2.838	3.278	3.359
3.	Pemb. Rawat & sejenisnya	18.527	16.010	17.751	21.835	23.285	23.936	16.100
II.	1. Dokter Gigi	120	162	185	193	225	254	268
2.	Peng. Rawat Gigi	118	127	138	122	104	104	99
III.	1. Apotheker	35	37	54	85	131	162	191
2.	Apoth. Praktek-Pharma- cials	38	39	42	47	-	-	-
3.	Apoth. Analisa	464	557	642	648	760	834	832
4.	Juru Obat	159	185	196	210	212	166	171
IV.	1. Penata Diet	35	33	47	70	105	123	124
2.	Perk. Bimbingan Makanan Rakyat	56	77	95	94	91	90	90
V.	1. Ahli Bacteriology	22	25	24	26	27	27	12
2.	Ahli Hygiene	4	4	7	6	6	6	5
3.	Ahli Kimia	16	16	16	16	16	16	16

1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.	Akhi/Ilmu Alam	11	12	12	13	3	2	1
5.	Penata & Pengasah							
6.	Analisis	145	176	246	283	409	464	399
7.	Perakit/Mandiri							
	Laborasi	53	71	89	111	152	168	177
	Pengatur Rontgen	53	71	89	111	152	168	177
VI.								
1.	Akhi Malaria							
2.	Perawat Malaria	32	40	39	39	41	114	109
3.	Penyelidik Malaria	421	437	438	395	392	288	288
VII.								
1.	Penyelidik Kesehatan	103	108	123	154	195	218	266
2.	Perawat Hygiene	35	12	62	66	24	65	66
3.	Pendidik Hygiene	325	346	313	323	296	242	242
4.	Perk/Jum Teknik Pos	1.002	1.261	1.232	946	937	908	926
5.	Manti/Jutu Cacat	738	717	701	646	643	649	956
VIII.								
1.	Orthopaedis	1						
2.	Technicians							
	Massagists							
IX.								
1.	Juru Penerangan & Palek							
	Information Aids	295	289	282	273	269	256	252
2.	Pengunjung Rumah TBC	294	198	199	184	186	180	181
3.	Propagandis	1						
	JUMLAH TOTAL	23.269	24.455	31.784	31.096	33.002	34.348	27.135

Memo : Sumber dari Departemen Kesehatan

- 1) Termasuk Co-workers.
- 2) Laporan yang diterima tidak lengkap tanpa semestral.

SALINAN

**SURAT KEPUTUSAN BERSAMA MENTERI MUDA KESEHATAN, MENTERI
MUDA PERHUBUNGAN LAUT DAN MENTERI MUDA AGAMA**

No. 20747/UISH/40.

**MENTERI MUDA KESEHATAN, MENTERI MUDA PERHUBUNGAN
LAUT DAN MENTERI MUDA AGAMA**

Menimbang : bahwa untuk menyempurnakan pengangkutan jemaah haji melalui laut perlu ditentukan syarat-syarat yang lebih sesuai dipandang dari sudut kesehatan dan pelayaran;

bahwa ketentuan mengenai pengangkutan jemaah haji pada pokoknya telah diatur dalam pelgrimsordonantie 1922 dan Pelgrims verordening 1938;

bahwa oleh karena keadaan yang mendesak, sambil menunggu adanya peraturan yang berubah dan menambah ketentuan-ketentuan dalam Pelgrimsordonantie dan Pelgrims-verordening tersebut dan dengan tidak mengurangi ketentuan-ketentuan lainnya dalam peraturan-peraturan itu, sebagai instansi yang langsung bertanggungjawab atas penyelenggaraan pengangkutan jemaah haji memandang perlu untuk mengeluarkan suatu keputusan bersama mengenai penyempurnaan bagi syarat-syarat bagi pengangkutan jemaah haji melalui laut yang lebih sesuai dipandang dari sudut kepentingan kesehatan dan pelayaran;

Menimbang : Pelgrims-ordonantie 1922 (Stbl. 1922 No. 698) dan Pelgrims-verordening 1938 (Stbl. 1938 No. 6709) seperti telah diubah dan ditambah;

Memutuskan:

Dengan mendahului peraturan yang mengubah dan menambah ketentuan-ketentuan dalam Pelgrims-ordonantie (Stbl. 1922 No. 698) dan Pelgrims-verordening (Stbl. 1938 No. 6709) seperti telah diubah dan telah ditambah dan dengan tidak mengurangi ketentuan-ketentuan lainnya dalam kedua peraturan tersebut.

Menetapkan: Surat keputusan bersama tentang penyempurnaan syarat-syarat bagi pengangkutan jemaah haji.

Panitia Pemeriksa

Pasal 1.

- (1) Panitia pemeriksa kapal terdiri dari
seorang wakil dari Departemen Kesehatan;
seorang wakil dari Departemen Perhubungan Laut
seorang wakil dari Departemen Agama.
- (2) Waktu pemeriksaan dilakukan di pelabuhan haji pertama sesuai dengan pasal 17 dst. *Pelgrims-ordonantie*.
- (3) Menteri Muda Perhubungan Laut, dapat mengadakan kebijaksanaan agar pemeriksaan berjalan dengan lancar secara mengirimkan Panitia Pemeriksaan ke tempat asal kapal-kapal masing-masing pada saat kapal-kapal tersebut siap atas ongkos *maatschappij* pelayaran yang bersangkutan.

Pasal 2.

Rencana perbaikan kapal harus dimajukan oleh pemilik kapal 50 hari sebelum kapal berangkat, kepada Panitia tersebut dalam ayat (1).

Syarat-syarat kapal haji.

Pasal 3.

- (1) Syarat-syarat umum:
 - a. Kecepatan kapal sedikit-dikitnya 10 mil sejam.
 - b. Isi bruto sedikit-dikitnya 2.500 m³.
 - c. Kapal api atau motor.
 - d. Cukup alat pertolongan.
 - e. Destiller instal capaitetnya cukup untuk kebutuhan minimal air tawar jemaah (10 liter per orang/sehari).
 - f. Vrieskamer cukup besar untuk menjamin bahan makanan yang segar dan baik selama perjalanan.
 - g. Alat-alat telecommunicatie baik.
 - h. Lain-lain hal yang termasuk alat navigatie sesuai dengan *Schepen-ordonantie* 1935.
- (2) Ruang tempat tinggal jemaah:
 - a. Ruang cabin cukup baik.
 - b. Ruang palka rata-rata 2½ M² per jemaah haji dalam ruangan tidur dan 0,56 M² di dek atas untuk perangan dan tinggi palka sedikit-

dikitnya 1,80 M dan tempat tidur tidak bertingkat maksimum berangkai empat.

- c. Palka terendah tak boleh di bawah air.
- d. Ventilasi-exhauster dan blower serta kielzeil harus cukup menjamin suhu panas dalam palka yang baik bagi jemaah haji dan exhauster dan blower terjamin tidak rusak;
- e. Dicukupkan taps untuk air tawar, sehingga jemaah haji tak antri air tawar (tiap 100 orang 3 taps).
- f. Latrine harus dapat ditutup dari dalam (tiap 100 jemaah atau bagian dari itu: 3 buah) dan dibagi untuk kaum wanita dan pria.
- g. Dalam kamar mandi ada douche (sedikitnya tiap 100 orang).
- h. Disediakkannya sekurang-kurangnya air tawar 50 liter seorang sehari.
- i. Ada ruangan mushollah.

(3) Ruangan untuk rumah sakit dan sebagainya:

- a. Harus ada rumah sakit dan rumah sakit darurat.
 - 1. Untuk tiap 100 orang jemaah atau bagian dari itu disediakan 4 tempat tidur.
 - 2. Untuk tiap orang sakit ruangan 3 M³.
 - 3. Rumah sakit tetap mempunyai 1/3 banyaknya tempat dari persediaan rumah sakit dan rumah sakit darurat.
 - 4. Sedapat mungkin rumah sakit harus di bagian tengah kapal.
- b. Harus ada ruangan untuk apotik.
- c. Harus ada ruangan untuk balai pengobatan bagi laki-laki dan perempuan sedapat mungkin tersendiri dan jika perlu ruangan ini dapat dijadikan kamar operasi darurat.
- d. Ada ruangan untuk Laboratorium.
- e. Ada ruangan kamar isolasi, sedikitnya 2 tempat (1 wanita dan 1 pria).
- f. Rumah sakit harus mempunyai sanitair sendiri.
- g. Ada ruangan kamar mati dengan ada jalan air keluar untuk mensucikan mayat.

Formasi Petugas Kesehatan.

Pasal 4.

(1) Formasi petugas-petugas kesehatan adalah sebagai berikut :

Jemaah.	Dokter.	Jururawat	Pembantu Rumah Sakit
1.000	1	4 (1 Polikl.) (3 Zaal)	4 (1 Wanita Zaal). (3 Laki-laki Zaal)

0 — 2.000	2	6 (1 Wanita) (2 Polikl.) (1 Laki-laki, 1 Wanita) (4 Zaal, 3 laki-laki, 1 wanita).	4 (1 Wanita Zaal). (33 Laki-laki Zaal).
2.000 lebih	3	6 (idem).	4 (idem).

- (2) Di tiap kapal harus ada sedikit-dikitnya seorang dokter Indonesia.

Kesehatan

Pasal 5.

Tugas kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Menjamin kesehatan bagi jemaah haji sebaik mungkin dan menghasilkan kesembuhan dalam waktu singkat mungkin dengan obat-obat yang terbaik.
2. Balai pengobatan dibuka pagi dan sore untuk laki/perempuan sendiri.
3. Keliling dalam palkah 2 x sehari (pagi sore) untuk meyakinkan diri tak ada yang sakit keras dalam palkah.
4. Tanggungjawab atas bahan makanan dan air. Perlu diusahakan agar jemaah tak perlu antri makan.
5. Buku-buku yang harus diisi:
 - a. buku harian kesehatan
 - b. buku laporan
 - c. buku sakit
 - d. buku kesehatan dan lain-lain.
6. Pada akhir perjalanan dokter kapal harus membikin laporan rangkap dua kepada Departemen Kesehatan melalui dokter-dokter Pelabuhan Tanjung Priok.

Pasal 6.

Alat dan obat-obatan yang harus disediakan; ditetapkan menurut daftar terlampir.

Ketentuan-ketentuan lain.

Pasal 7.

Pekerjaan lain yang bersifat routine pada waktu berangkat dan kembali dari Saudi Arabia dikerjakan berdasarkan Pilgrims-ordonantie 1922 dengan ketegasan, bahwa tiap jemaah hanya diperkenankan membawa bagage paling banyak 0,3 M dan paling

tinggi 30 cm, diletakkan di bawah tempat tidur dan bagage selebihnya harus dimasukkan dalam palkah yang digunakan untuk barang-barang.

Jakarta, 1 Pebruari 1960,—
MENTERI MUDA KESEHATAN,

ttid.

Prof. dr. Satrio
Brig. Jend. Nrp. 14199

MENTERI MUDA PERHUBUNGAN LAUT,

ttid.

Ir. Abdulmuttalip.

MENTERI MUDA AGAMA.,

ttid.

K.H. Wahid Wahab.

BEBERAPA CATATAN KEGIATAN DI BIDANG KESEHATAN DALAM RANGKA MENGISI "TRIKORA" PEMBEBASAN IRIAN BARAT

(Dituturkan oleh dr Boedihartono)

Seperti pada kejadian-kejadian penting lainnya yang menyangkut perjuangan bangsa dan negara, bidang kesehatan atau tepatnya tenaga-tenaga kesehatan tidak ketinggalan untuk ikut pula mengisi bahkan dapat dikatakan mempelopori menyumbangkan darma-baktinya di bidang kemanusiaan. Darma-bakti ini pun ternyata dapat disumbangkan secara memuaskan dalam perjuangan bangsa Indonesia membebaskan Irian Barat.

Pembebasan Irian Barat di "komandokan" pada tanggal 19 Desember 1961 dengan sebutan "Tri Komando Rakyat (TRIKORA)" langsung di bawah perintah Presiden Sukarno, yang melibatkan semua unsur baik sipil maupun militer untuk sekuat tenaga berusaha memasukkan daerah Irian Barat ke dalam pangkuan Indonesia.

Di dalam bidang Militer dibentuk Komando Mandala di mana markas-besarnya berkedudukan di Ujung Pandang (Makassar) sedangkan di bidang pemerintahan sipil dibentuk pemerintah Daerah Tingkat I ("Bayangan") Irian Barat, di mana wilayah yang diberikan ialah sebagian dari wilayah Daerah Tingkat I Maluku, tepatnya meliputi wilayah pulau Tidore dan wilayah Tengah pulau Halmahera dengan penduduk kurang lebih 100.000 orang. Ibu-kotanya berkedudukan di Soa-Siu, yang dahulu menjadi tempat kedudukan dan ibu-kota Kasultanan Tidore. Sudah barang tentu secara politis wilayah ini menjangkau dan meliputi juga wilayah dataran Irian Barat walaupun dalam prakteknya sangat sulit dilaksanakan. Agaknya wilayah dan ibu-kota yang dipilih pemerintah pada waktu itu sangat mirip dengan wilayah serta kedudukan Kesultanan Tidore pada jaman yang lalu. Yang menjadi Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Irian Barat adalah bekas Sultan Tidore, jabatan mana dipangkuannya sampai dengan tahun 1961.

Dengan ditetapkan dibentuknya Pemerintahan Bayangan Propinsi Irian Barat, maka harus juga dibentuk Dinas-dinas yang akan mengurus berbagai kegiatan di dalam suatu Daerah Tingkat I termasuk Dinas Kesehatan Propinsi Irian Barat.

Oleh karena lahirnya Propinsi ini dalam suasana perjuangan, maka secara politis dan hierarkis Propinsi ini langsung bertanggung jawab kepada Presiden lewat KOTI (Komando Tertinggi). Akibat dari garis komando ini maka segala pembiayaan diatur secara khusus.

Seperti daerah-daerah lain di kawasan Maluku, rakyat pada umumnya hidup dari sagu dan ikan laut. Penduduk sangat jarang yang melakukan cocok tanam seperti umumnya di daerah Jawa. Sarana-sarana pemerintahan sangat minim, demikian pula keadaan perhubungannya.

Dalam keadaan seperti ini, maka Menteri Kesehatan Prof. dr Satrio telah

diperintahkan untuk segera menyusun Dinas Kesehatan Propinsi Irian Barat dengan petunjuk, bahwa Dinas Kesehatan ini pun harus disiapkan sebagai inti dan embrio dari Dinas Kesehatan Propinsi Irian Barat setelah dibebaskan dari pemerintahan Belanda.

Segala persiapan dibuat dan sebagai Pengawas Kepala Dinas Kesehatan pertama ditunjuk dokter Sartono Hardjosarwono, yang tadinya bekerja di Palang Merah Indonesia Sala. Di tingkat Pusat yaitu di Departemen dibentuk satu unit kerja khusus, yang disertai tugas mengatur dan mengurus masalah Propinsi Irian Barat. Unit kerja ini dipimpin oleh dokter Mohammad Tarekat Prawiowijoto. Dengan pengarahan dari Menteri Kesehatan dan petunjuk-petunjuk pelaksanaan dari dokter Tarekat maka dimulailah kegiatan secara intensif, terutama persiapan "recruitment" tenaga-tenaga kesehatan, penyediaan alat-alat kesehatan dan obat-obatan secara khusus dan pengenalan medan di daerah yang baru.

Dengan semangat yang tinggi diberangkatkan team kesehatan di bawah pimpinan dokter Sartono yang terdiri dari tenaga paramedik dan tenaga tata-usaha untuk ditugaskan mendirikan dan menyusun Dinas Kesehatan Propinsi Irian Barat, berkedudukan di Soa-Siu di pulau Tidore. Jumlah tenaga meliputi kurang lebih 40 orang, yang sebagian besar berasal dari daerah Jawa Tengah beserta keluarganya. Berkat dedikasi yang tinggi dari tenaga-tenaga kesehatan ini di bawah pimpinan dokter Sartono, Dinas Kesehatan Propinsi Irian Barat dapat segera dibentuk dengan jaringan pelayanan kesehatan yang meliputi dua buah rumah-sakit, yaitu satu di Soa-Siu dengan 75 tempat tidur dan satu lagi di Weda (Halmahera) dengan 30 tempat tidur, selain didirikan pula Balai-balai Pengobatan baru sebanyak 7 buah dan Balaibalai Kesejahteraan Ibu dan Anak.

Dengan modal ini dan semangat yang tinggi pelayanan kesehatan diberikan hingga di sebelah timur mencapai batas perbatasan dengan Belanda yaitu di pulau Gebe. Oleh karena baik untuk kantor Dinas Kesehatan Propinsi maupun untuk perumahan pegawai belum ada, maka dibangunlah kantor baru dan perumahan pegawai di Soa-Siu. Demikian juga dirintis dan dimulai pembangunan baru rumah-sakit di pulau Tidore, yang direncanakan mempunyai kapasitas 100 tempat tidur. Sayangnya pembangunan rumah-sakit ini tidak dilanjutkan karena alasan-alasan yang kurang jelas.

Masalah kesehatan yang utama dihadapi adalah incidence yang tinggi dari penyakit malaria, framboesia, penyakit saluran pencernaan makanan dan saluran pernapasan. Sebagian besar dari tenaga kesehatan yang berasal dari Jawa terserang penyakit malaria termasuk dokter Sartono. Oleh karena penyakit malaria ini dokter Sartono harus dirawat di RSUP Jakarta dan kemudian setelah beberapa lama dirawat meninggal dunia. Departemen Kesehatan sangat kehilangan salah satu dokternya yang mempunyai dedikasi yang sangat tinggi untuk memperjuangkan kembalinya Irian Barat. Sayang almarhum dokter Sartono tidak dapat melihat sebagian hasil perjuangan beliau di bidang kesehatan. Untuk ini pemerintah telah menganugerahkan Satya Lencana Kebaktian Sosial secara anumerta.

Beberapa lama sebelum dokter Sartono wafat, oleh Departemen Kesehatan telah disiapkan untuk ditempatkan di Soa-Siu seorang dokter muda yang lulus

tahun 1960 yaitu dokter Boedihartono.

Menginjak tahun 1962 sifat dan corak perjuangan untuk mengembalikan Irian Barat memasuki babak baru, di mana tahap perjuangan pada tahun itu tidak lagi dipusatkan pada perjuangan fisik bersenjata, akan tetapi sudah memasuki tahap perjuangan politis. Telah disetujui oleh pemerintah Indonesia dan Belanda, bahwa pengembalian Irian Barat harus diawasi oleh PBB. Dengan pengaturan ini selama satu tahun Irian Barat akan di bawah pemerintahan PBB, yang dilaksanakan oleh UNTEA, singkatan dari *United Nations Temporary Executive Authority*.

Dimulailah secara nyata pengiriman tenaga-tenaga Departemen Kesehatan untuk mengisi kekosongan tempat-tempat yang ditinggalkan oleh tenaga dokter dan paramedik Belanda.

Di tingkat Departemen Kesehatan pengaturan soal Irian Barat masih diurus oleh satu unit kerja khusus yang dipimpin oleh dokter Mohamad Tarekat Prawidrowijoto, seorang pegawai tinggi diperbantukan pada Menteri Kesehatan dengan dibantu oleh staf kecil yang tidak jemu-jemu selalu kelihatan di lapangan terbang untuk mengantarkan petugas-petugas kesehatan yang dikirimkan ke dataran Irian Barat. Biasanya keberangkatan mereka ini pada pagi hari jam 4.00 dengan pesawat Electra GLIA atau Hercules dari AU RI.

Setiap petugas yang berangkat ke Irian Barat diurus oleh SEKKIB (Sektor Khusus Irian Barat Departemen Dalam Negeri), yang memberikan kepada mereka sebelum berangkat satu stel pakaian tugas, dan juga bekal tas dokter dengan isinya bagi para dokter.

Semangat yang ditunjukkan tenaga-tenaga kesehatan ini sangat tinggi oleh karena mereka insaf, bahwa mereka mengemban tugas berat demi menjaga nama bangsa dan negara. Kenyataan menunjukkan bahwa petugas-petugas kesehatan inilah yang pertama kali kelihatan di tempat-tempat terpencil di Irian Barat. Umpamanya saja dokter dan perawat atau bidan yang dikirim ke Merauke, Tanah Merah, Mindiptana, Wamena di daerah pegunungan yang tinggi dan dingin, Serui, Fak Fak, pokoknya hampir semua tempat, di mana tadinya terdapat dokter-dokter Belanda dan tenaga paramedik lainnya, diisi oleh tenaga-tenaga muda bangsa Indonesia.

Sebagai pemimpin team kesehatan pertama ditunjuk dokter Walter M. Tambunan, seorang ahli bedah dari RSUP Jakarta, kemudian diganti oleh dokter Wasito MPH dari Surabaya. Yang tersebut terakhir ini kemudian menjabat sebagai Assistant Director of Public Health di bawah Pemerintahan UNTEA, sedang Directornya adalah seorang dokter Filipina.

Seorang dokter senior lain yang juga diberangkatkan ke Irian Barat, ialah dokter Goenawan, bekas dokter tentara yang menjabat Kepala Sanatorium Cisarua, dikirim dengan tugas khusus, ialah menjadi Kepala RSU di Hollandia (Ibukota yang namanya berturut-turut mengalami perubahan menjadi Kotabaru, Sukarnopura dan Jayapura). Dari dr Goenawan diharapkan dapat mengatasi masalah-masalah transisi, terutama menghadapi tenaga asing (paramedik dan tata-usaha), yang dalam periode UNTEA masih bertugas di sana. Untuk membantu dr Goenawan ditugaskan pula dr Soegondo (Bagian Paru-paru), dr Oetoyo Soekaton (Bagian Penyakit Da-

lam), dr Gambiro (Bagian Penyakit Anak), dan dr Soemarsono (bagian Bedah).

Setelah penyerahan pemerintahan dari UNTEA ke Pemerintahan RI yang terjadi di tahun 1963, dokter Wasito menjabat sebentar sebagai Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Irian Barat, kemudian diganti oleh Penulis catatan ini sampai tahun 1967. Selama proses pengalihan pemerintahan di dataran Irian Barat, dipindahkan secara berangsur-angsur tenaga-tenaga kesehatan dari Soa-Siu ke Irian Barat melalui laut, yang kadang-kadang menimbulkan masalah tersendiri.

Menteri Kesehatan Prof. dr Satrio, Direktur Komando Pembasmian Malaria dr Azil dan Direktur RSUP Jakarta dr Djaka Sutadiwiria berkunjung ke Irian pada tahun 1963, disertai rombongan besar untuk melihat sendiri perkembangan dan memberikan pengarahan yang perlu.

DAFTAR

Pegawai Departemen Kesehatan, yang dikirim ke Soa-Siu, Ibukota Propinsi Irian Barat (Gaya Baru) dalam rangka Trikormando Rakyat, dengan tugas pembentukan Dinas Kesehatan Tingkat I, dan yang setelah perjuangan fisik beralih ke perjuangan politis (UNTEA), seluruhnya dipindahkan ke daratan Irian Barat.

Dokter

1. dr Sartono Hardjosarwono
2. dr Boedihartono

Bidan

1. Ny. Soebinem
2. Nn. Soemarti Soetopo
3. Ny. Ruslina Toguba
4. Ny. Rumaini
5. Ny. Mijatin

Perawat

1. T.N. Lolala
2. Darmanto Dipoarono
3. Sabar Tarigan Sibero
4. Joferus Mangangue
5. E. Dongsir
6. Mohammad Mochtar
7. Ny. Persiti
8. Djoemadi
9. Mohammad Afel
10. Frits Killis
11. Abubakar Hadji
12. Frans Mulo
13. Titus Maresjembun

Administrasi/Tata Usaha

1. G.R. a. Koesmaknowijah
2. Manus
3. Hidajatullah
4. Doelah Pontjosoetirto (meninggal)
5. Soegiarno
6. S. Hartono
7. Soekanto
8. Senen Suwardi
9. Soekirno
10. Narjo
11. Jonathan
12. Sarkam
13. Tohiran
14. Soemardjo
15. Kamali
16. Satinah
17. Soeharno
18. Parno
19. Slamet
20. Soemarno
21. Iskandar
22. Martikam
23. Sainu
24. Maridhi

14. Sujudi
15. Dahomi

25. Sakim
26. Marsudi
27. Soemanto
28. Soeparto
29. Soemijo
30. Poerwoto
31. Ny. Siti Murnijati
32. Soemardi
33. Mardjo
34. Soetarmin
35. Hasjim
36. Siradjuddin

Catatan :

Karena dokumen-dokumen tidak dapat ditemukan kembali, maka ada kemungkinan nama-nama yang ketinggalan.

DAFTAR

Pegawai Departemen Kesehatan / FKUI, yang diperbantukan "UNTEA" di Irian Barat / Jaya.

Dokter

1. dr W.M. Tambunan
2. dr J. Soengondho
3. dr R. Mochtar Martadibrata
4. dr Gambiro
5. dr Oetoyo Soekaton
6. dr Soemarsono
7. dr Wasito
8. dr Boedihartono
9. dr Ny. J.A. Tumanken Gerungan
10. dr R. Adjidarmo
11. dr Gochawan
12. dr R. Soetoso Tjokroadiredjo
13. dr Soegianto
14. dr Hendro Juwono
15. dr H.S. Kuddah
16. dr Rusli Dharma
17. dr Agus Dinata (dr. Ong Liong Tien)
18. dr Karel Hermawan (dr. Tjia King Po)
19. dr Tarnizi (dr. Tan Soen Hoey)
20. dr So Kiem Ho
21. dr Suriadi Gunawan (dr. Thio Kim Liong)

Dokter Gigi

1. drg. Agoes Garmana
2. drg. Poetoe Soenoe
3. drg Tedjasukmana
4. drg Waras Soegianto
(meninggal di Fak Fak).

Apotheker

1. Drs Agoes Carmana
2. Drs Soemarno Ma'sum

Bidan

1. Soemardinah
2. Soemarsini
3. Boedi Artanti
4. Soepardini
5. Siti Wardani
6. Tri Sukanti
7. Nurlela
8. Soemijatun
9. Ny. W. Soegijanto
10. Danimar

22. dr Soebarkad
23. dr Suwarna
24. dr Loekito Setiabudi (dr. Lie Hap Sie)
25. dr Oey Keng Hie
26. dr Ong Han Wie
27. dr Bob Prabowo
28. dr B.P. Ritonga
29. dr Soepardiman
30. dr Tan Sing Liang
31. dr Oman Danumihardja
32. dr Tan Hoan Seng
33. dr Sismadi Partodimoeljo

Asisten Apoteker

1. Sarwoto

Analisis

1. Tri Hastuti
2. Hasibuan
3. Atta Na'im
4. Ismet
5. Otay

Penilik Kesehatan

1. Harjoto BSc
2. Wasito BSc
3. R. Sinulingga BSC
4. Harjoto Sidik BSc

Sanitasi

1. O. Haning
2. Suwardi
3. Toeko

Asisten Rontgen

1. Kadir
2. Soeken Soediman

Catatan :

1. Karena dokumen-dokumen tidak dapat ditemukan kembali, maka ada kemungkinan nama-nama yang ketinggalan

Perawat

1. Udin Nazaruddin Pasha
2. Udin Sjamsoeddin
3. Abdul Rachman
4. Suhjo Darsono
5. Machmud
6. Victor Hendrikus Massa
7. Husen
8. Etje Effendi
9. Pardede
10. Toto Soeharto
11. Zr Tjoe (Pirianti)
12. Siti Koesmah
13. Umie Samekto
14. Ny. Rundeg (meninggal di Jayapura thn. 1965).

Administrasi/Tata Usaha

1. Clem Soehardjo (meninggal di Jayapura thn 1972).
2. C.J.L. Wattimena
3. R. Darjoko Tirtonoto
4. George Logor
5. Sri Hardono
6. S. Sumono
7. S.J. Siahainenia
8. Rusman Rusli
9. Kiman
10. Hadi Putranto
11. R.A.B. Ranti
12. Supangat.
- 1

Pengemudi

1. Sukanda.

- 2 Jumlah dokter yang diperbantukan jauh lebih banyak daripada jumlah para-medik maupun tenaga administrasi, karena di Irian Barat sudah cukup tenaga pribumi yang tentunya tidak perlu diganti.

KEMENKES RI

KEMENKES RI

KEMENKES RI

KEMENKES RI



PERPUSTAKAAN
DEPARTEMEN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA



002002358

KEMENKES RI

Diperbanyak Oleh:
PUSAT KOMUNIKASI PUBLIK
SEKRETARIAT JENDERAL - DEPARTEMEN KESEHATAN RI
Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9 Jakarta 12950
Telp. 021 - 52907416-9, Fax. 021 - 522 3002