

Kebijakan Kesehatan Pada Masa Orde Baru Dalam Perspektif Historis

Sitti Nurhalisah¹, Nadia², Rusmala Dewi Kabubu^{3*}

Program Studi Pendidikan Sejarah, Universitas Negeri Makassar

¹ nurhalisa170704@gmail.com, ² nadiaazulkar88@gmail.com, ^{3*} rusmala.dewi@unm.ac.id

Abstrak

Perkembangan kesehatan di Indonesia mengalami dinamika dari masa ke masa. Penelitian ini menggunakan metode penelitian sejarah dengan melalui empat tahapan, yaitu heuristik, kritik, interpretasi, dan historiografi. Pada masa kolonial, kesehatan difokuskan pada pejabat kolonial saja. Setelah kemerdekaan, Indonesia mulai membangun sistem kesehatan nasional yang menekankan pada kesehatan masyarakat. Program kesehatan pada masa Orde Baru adalah Keluarga Berencana (KB) dan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL). Program KB berkontribusi pada peningkatan kesehatan masyarakat, khususnya bagi para ibu, serta meningkatkan taraf hidup masyarakat, sedangkan IDL memiliki peran penting dalam pengurangan jumlah kematian bayi dan balita yang berasal dari penyakit menular dengan seharusnya bisa ditangani dengan imunisasi yang diberikan. Program kesehatan harus dibarengi dengan pelayanan kesehatan dari pemerintah. Pada masa Orde Baru, pelayanan kesehatan dimaksimalkan dengan membangun Puskesmas dan Posyandu untuk memfasilitasi program yang dibentuk. Di lain sisi, pada masa Orde Baru pemerintah dihadapkan pada permasalahan kesehatan yang sangat kritis. Pada masa ini terjadi wabah Pes. Indonesia menghadapi sejumlah persoalan kesehatan, salah satunya adalah munculnya wabah pes di Boyolali pada tahun 1968.

Kata Kunci: Kesehatan, Orde Baru, Perkembangan Kesehatan, Sejarah, Wabah Pes

PENDAHULUAN

Pembangunan selalu menjadi prioritas setiap era kepemimpinan di Indonesia, termasuk pada masa Orde Baru. Kepemimpinan Orde Baru berlangsung selama kurang lebih 32 tahun. Meskipun Soeharto baru resmi menjadi Presiden Indonesia pada tahun 1968, Orde Baru telah mulai memimpin pemerintahan sejak tahun sebelumnya (Dwi Wahyono Hadi; Gayung Kasum. 2012). Di awal kepemimpinannya, Orde Baru fokus menangani masalah ekonomi yang diwarisi dari pemerintahan sebelumnya. Upaya stabilisasi dan rehabilitasi ekonomi berhasil dilakukan, yang mampu menekan inflasi dan memulihkan kondisi perekonomian pada masa itu. Dengan berkuasanya presiden Soeharto 32 tahun menghasilkan berbagai kebijakan dan program yang berlandaskan pada konsep trilogi pembangunan, yang dianggap sebagai kerangka ideal bagi Indonesia. Trilogi pembangunan ini mencakup tiga pilar utama: (1) Pembangunan dilakukan pemerataan; (2) Ekonomi ditingkatkan agar mengalami pertumbuhan (3) Melakukan penstabilan nasional. Dengan tiga pilar itu menjadi pedoman dalam setiap pengambilan kebijakan. Salah satu wujud nyata dari program pemerintah adalah Rencana Pembangunan Lima Tahun (Repelita), yang dilaksanakan sejalan dengan visi trilogi pembangunan dan berlangsung selama era Orde Baru (Rahmawati, 2022).

Program Rencana Pembangunan Lima Tahun (Repelita) mencakup beragam kebijakan yang diterapkan di berbagai sektor. Repelita terdiri dari enam tahap, masing-masing dengan tujuan spesifik yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan prioritas pemerintah Orde Baru. Oleh karena itu, setiap tahap Repelita mengalami perubahan, baik dalam proses pelaksanaan maupun tujuannya (Booth, 1998). Repelita III resmi dimulai pada 1 April 1979, dengan fokus utama pada pemerataan pembangunan berdasarkan konsep trilogi pembangunan (Bappenas, 1981). Dalam Repelita III, pemerintah menetapkan delapan jalur pemerataan, yaitu: (1) Dilakukan pemerataan pemenuhan untuk kebutuhan dasar oleh rakyat; (2) Akses pendidikan dan layanan kesehatan ini dilakukan pemerataan yang sesuai; (3) Distribusi pendapatan dilakukan pemerataan (4) Kesempatan kerja juga dilakukan pemerataan (5) Peluang berusaha dilakukan pemerataan di masyarakat (6) Partisipasi didalam pembangunan dilakukan pemerataan (7) Dilakukan pemerataan pembangunan di wilayah; (8) Keadilan juga dilakukan pemerataan. Untuk mewujudkan jalur-jalur ini, pemerintah melaksanakan berbagai program yang mendukung masing-masing aspek pemerataan. Dalam bidang kesehatan, pemerintah memperluas layanan kesehatan melalui Proses diberantasnya penyakit yang menular dan penyakit yang terjadi di lingkungan sosial, gizi ditingkatkan, sanitasi di lingkungan masyarakat diperbaiki dari ancaman narkoba, obat-obatan didistribusikan diratakan agar masyarakat mudah mendapatkan obat, serta dilakukan penyediaan paramedis tenaga medis agar masyarakat tidak kesusahan (Suryadinata, 2015; Rahmawati, 2022).

Pada periode kedua era Orde Baru, kebijakan kesehatan bersifat sentralistik karena Indonesia masih fokus membangun infrastruktur dan layanan kesehatan dasar di seluruh wilayah. Kebijakan kesehatan yang terpusat ini memiliki keunggulan dalam hal pengendalian pelaksanaan. Bukti nyata dari kebijakan ini adalah program pembangunan Puskesmas secara besar-besaran di seluruh Indonesia hingga akhir 1980-an. Selain itu, pemerintah juga mempromosikan pembentukan

komunitas kesehatan di daerah melalui sosialisasi dan program gotong royong untuk mendukung layanan kesehatan. Sejak dimulainya program pembangunan Puskesmas pada tahun 1968, hingga tahun 1993, jumlah Puskesmas di Indonesia mencapai 6.749 unit. Pencapaian ini sejalan dengan paradigma pembangunan (developmentalism) yang menjadi prioritas Orde Baru. Pembangunan infrastruktur layanan kesehatan dasar berupa Puskesmas di seluruh wilayah Indonesia pada masa itu menjadi fondasi bagi sistem jaminan kesehatan yang inklusif (Brian Azeri, Wahyu Pratama Tamba. 2025).

Tulisan ini berfokus pada bagaimana masalah perkembangan kesehatan di Indonesia pada masa Orde Baru, dengan melihat permasalahan, program, dan pelayanan kesehatan pada masa itu. Dari studi literatur yang dilakukan penulis, sejarah kesehatan selama ini lebih banyak ditulis oleh penulis di luar *backgroud* sejarah. Sejauh ini, dari penelusuran penulis, menemukan beberapa tulisan tentang sejarah kesehatan yang diterbitkan di jurnal sejarah, antara lain: Tulisan tentang kesehatan dari perspektif historis di tulis oleh Imas Emalia (2023) dengan judul *Kesehatan dan Lingkungan dalam Perspektif Sejarah: Perkembangan Baru Historiografi Indonesia*. Tulisan ini membahas dan membuka perspektif baru dalam historiografi tentang sejarah kesehatan memasuki awal tahun 2000-an. Selanjutnya tulisan dari Rendy Kurniawan dan Rahmawati Agustia (2018) tentang *Transformasi lembaga medis di Hindia Belanda: potret sejarah kesehatan di Indonesia dalam perspektif politik (1850-1942)*. Tulisan ini membahas perjalanan sejarah kesehatan di Indonesia pada masa kolonial dengan berfokus pada lembaga medis pada masa itu. Tulisan lain dari Aditya Indrawan (2021) dengan judul *Pelayanan Kesehatan: Dinamika Penyelenggaraan Sarana Kesehatan di Kota Surabaya tahun 1924-1938*. Fokus tulisan ini pada perkembangan sarana kesehatan di kota Surabaya dalam rentang tahun 1924-1938. Dari ketiga tulisan tentang kesehatan dari perspektif historis di atas, belum ada yang membahas pada masa Orde Baru. Tulisan ini hadir untuk melihat bagaimana kondisi dan perkembangan kesehatan pada masa itu dengan melihat juga kebijakan pemerintah yang mempengaruhi program kesehatan. Adapun tujuan dari kajian ini, untuk melihat dan mengetahui bagaimana perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia pada masa Orde Baru, melihat program kesehatan apa saja yang ada pada masa itu, permasalahan kesehatan seperti apa, dan pelayanan kesehatan masyarakat.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian sejarah dengan empat tahapan. Pada tahap pertama dilakukan pengumpulan sumber (heuristik). Tahapan heuristik dilakukan dengan menghimpun berbagai sumber primer maupun sekunder yang relevan, sebagaimana ditegaskan oleh Kuntowijoyo (1995) bahwa pengumpulan data merupakan langkah awal yang krusial dalam membangun fondasi penelitian sejarah yang solid. Sumber diperoleh dengan melakukan literatur review, yaitu membaca, dan menemukan sumber yang diperlukan. Setelah terkumpul, penulis memasuki tahap kedua, yaitu kritik sumber. Tahapan ini sejalan dengan pandangan Gottschalk (1986) bahwa seorang sejarawan harus mempertanyakan keaslian dokumen serta keandalannya sebelum digunakan sebagai bahan analisis. Karena yang digunakan adalah sumber sekunder, maka kritik terhadap penulis sumber dan isi sumber sangat diperlukan dalam penelitian ini. Tahap ketiga adalah interpretasi, penelitian berpegang pada pendekatan pemikiran E. H. Carr (1961) bahwa fakta sejarah tidak berbicara sendiri, melainkan harus diinterpretasikan oleh sejarawan dalam kerangka hubungan sebab-akibat yang koheren. Setelah fakta sejarah ditemukan dari kritik sumber, interpretasi dibutuhkan untuk menghubungkan antar fakta satu dengan fakta lainnya. Tahap keempat sekaligus tahap terakhir dalam metode sejarah adalah historiografi. Sebagaimana ditegaskan oleh Ahmadin (2016), yang menekankan perlunya integrasi antara fakta, analisis, dan argumentasi ilmiah dalam menghasilkan narasi sejarah yang komprehensif dan dapat dipertanggungjawabkan. Dengan keempat tahapan dalam metode sejarah ini, dihasilkan satu tulisan sejarah dengan judul “Kebijakan Kesehatan pada Masa Orde Baru”

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pemerintahan Soeharto berusaha keras mengendalikan angka kelahiran untuk menanggulangi pertumbuhan penduduk yang pesat di Indonesia. Program Keluarga Berencana (KB) dijalankan melalui penggunaan alat kontrasepsi untuk mencegah pembuahan antara sel sperma dan ovum. Selain KB, pada tahun 1984, pemerintah Soeharto juga meluncurkan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), yang mencakup program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), KB, dan imunisasi. Meskipun Soeharto lengser, program KB dan Posyandu tetap dilanjutkan hingga kini. Kondisi kesehatan masyarakat Indonesia pasca-Orde Baru menunjukkan kemajuan yang signifikan, mencerminkan keberhasilan pemerintahan Soeharto dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, yang berdampak positif pada pemerintahan berikutnya.

Perkembangan Kesehatan

Perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia telah melalui berbagai tahapan dan perubahan yang mencerminkan transformasi sosial, ekonomi, dan politik di negara ini. Pada masa kolonial, upaya kesehatan lebih difokuskan pada perlindungan pejabat kolonial dan tentara Belanda, sementara masyarakat pribumi sering kali tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai (Rendy & Rahmawati Agustia. 2018). Setelah proklamasi kemerdekaan pada tahun 1945, Indonesia mulai membangun sistem kesehatan nasional yang menekankan pada kesehatan masyarakat. Upaya dilakukan untuk meningkatkan akses layanan kesehatan, menurunkan angka kematian ibu dan anak, serta meningkatkan status gizi masyarakat (Astiannis & Didin Saripudin. 2018). Dalam Undang-Undang Dasar 1945 juga menjamin hak atas kesehatan bagi seluruh warga negara. Namun, pada akhir 1990-an, krisis ekonomi menyebabkan pengurangan dana untuk

kesehatan masyarakat, yang berdampak pada penurunan kualitas pelayanan dan akses terhadap perawatan medis. Kebijakan otonomi daerah yang diterapkan pada tahun 2001 berupaya meningkatkan pelayanan kesehatan dan tanggung jawab pemerintah daerah. Setiap provinsi dan kabupaten/kota diberikan kewenangan untuk mengelola dan mengalokasikan anggaran kesehatan sesuai kebutuhan lokal.

Pada abad ke-21, fokus kesehatan masyarakat semakin beralih ke pencegahan dan promosi kesehatan. Program-program gizi, vaksinasi, dan penyuluhan kesehatan diperluas untuk mencakup lebih banyak populasi. Pemerintah juga aktif menangani masalah kesehatan masyarakat, seperti penyakit tidak menular, HIV/AIDS, serta pengendalian wabah penyakit menular. Indonesia terus beradaptasi dengan tantangan global, termasuk pandemi seperti COVID-19. Dalam menghadapi pandemi ini, pemerintah dan lembaga kesehatan bekerja keras untuk mengatasi penyebaran virus dan memperkuat kapasitas sistem kesehatan masyarakat. Perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia adalah hasil dari upaya berkelanjutan pemerintah dan berbagai pemangku kepentingan untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Meskipun telah mencapai kemajuan yang signifikan, masih terdapat tantangan, seperti kesenjangan akses kesehatan antara daerah perkotaan dan pedesaan, serta perlunya peningkatan kualitas layanan kesehatan bagi semua lapisan masyarakat yang perlu diatasi (Mubarak Dadang et al., 2024).

Program Kesehatan Pada Masa Orde Baru

Upaya mengatasi masalah pertumbuhan jumlah penduduk dengan melaksanakan program transmigrasi, pemerintah Orde Baru juga menjalankan program keluarga berencana (KB). Salah satu alasan mendukung program KB adalah kenyataan bahwa memindahkan penduduk dari satu daerah ke daerah lain tidak secara signifikan mengurangi jumlah populasi. Jumlah kelahiran bayi dalam satu tahun biasanya lebih tinggi daripada jumlah penduduk yang dipindahkan. Selain itu, program KB berkontribusi pada peningkatan kesehatan masyarakat, khususnya bagi para ibu, serta meningkatkan taraf hidup masyarakat (Kusumaningrum, 2019). Pada Januari 1967, di Bandung diselenggarakan sebuah simposium mengenai kontrasepsi yang turut melibatkan masyarakat melalui media massa. Selanjutnya, pada Februari tahun yang sama, Kongres Pertama Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) digelar dengan harapan agar pemerintah segera mengimplementasikan program keluarga berencana secara resmi. Pada April 1967, Gubernur DKI Jakarta, Ali Sadikin, mengumumkan dimulainya secara resmi program keluarga berencana di Jakarta melalui peluncuran proyek KB DKI Jakarta. Pidato kenegaraan pada 16 Agustus 1967 kemudian menjadi titik awal bagi babak baru dalam sejarah gerakan keluarga berencana di Indonesia. Pada masa Orde Lama, inisiatif keluarga berencana dijalankan secara tertutup oleh para relawan karena tidak mendapat dukungan dari pemimpin negara saat itu. Sebaliknya, di era Orde Baru, program keluarga berencana mendapat legitimasi dan menjadi bagian dari kebijakan resmi pemerintah. Hal ini ditandai dengan pembentukan Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) pada Oktober 1968, yang bersifat semi-pemerintah dan berada di bawah koordinasi Menteri Negara Kesejahteraan Rakyat. Komitmen pemerintah terhadap program ini juga ditunjukkan dengan dimasukkannya keluarga berencana ke dalam Rencana Pembangunan Lima Tahun (Repelita) pertama. Namun, upaya tersebut masih menghadapi hambatan hukum, seperti Pasal 283 KUHP, yang membatasi penyebaran informasi mengenai keluarga berencana dan membatasi ruang gerak pelayanan serta edukasi publik (Hull & Mosley, 2009).

Pemerintah Indonesia telah menjalankan Program Keluarga Berencana Nasional melalui beberapa tahap kebijakan, dimulai tahun 1970 – 1980 dikenal dengan *Management For The People*. Tahap ini Pemerintah cenderung mengambil lebih banyak inisiatif karena partisipasi masyarakat sangat minim, sehingga terlihat kurang demokratis, dan terkesan terdapat elemen pemaksaan karena berfokus pada pencapaian target (Hull, 1987; Suryono, 2005). Tahap selanjutnya tahun 1989 – 1990 terjadi perubahan pola menjadi *Management With The People*. Tahap ini pemaksaan diminimalkan dan program Safari KB dimulai pada awal 1980-an (Adioetomo & Pardede, 2018). Menurut Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Kesejahteraan Keluarga, program Keluarga Berencana (KB) didefinisikan sebagai suatu upaya untuk mendorong kepedulian dan keterlibatan aktif masyarakat dalam berbagai aspek seperti pendewasaan usia pernikahan, pengaturan kelahiran anak, penguatan ketahanan keluarga, serta peningkatan kesejahteraan keluarga kecil yang harmonis dan sejahtera. Program KB merupakan bagian tak terpisahkan dari pembangunan nasional, yang bertujuan menciptakan kesejahteraan secara ekonomi, spiritual, dan sosial budaya bagi rakyat Indonesia, guna menjaga keseimbangan antara jumlah penduduk dan kapasitas produktif bangsa. Sejak pelaksanaan Repelita V, program ini mengalami transformasi menjadi Gerakan Keluarga Berencana Nasional. Gerakan ini bersifat partisipatif, melibatkan seluruh elemen masyarakat, dan bertujuan menanamkan serta membudayakan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) guna meningkatkan kualitas sumber daya manusia Indonesia. Sejumlah negara turut memberikan dukungan terhadap pelaksanaan program Keluarga Berencana (KB), salah satunya Amerika Serikat yang menyumbangkan dana sebesar kurang lebih 500 juta dolar AS untuk mendukung program tersebut. Selain itu, beberapa negara donor lainnya juga menyatakan kesediaan memberikan bantuan atau pinjaman dengan ketentuan bahwa Indonesia harus menjalankan program KB secara menyeluruh di tingkat nasional (Robinson & Ross, 2007). Pada tahun 1967, Gubernur DKI Jakarta saat itu, Ali Sadikin, menetapkan program KB sebagai agenda utama pemerintah daerah, yang kemudian berhasil menurunkan tingkat pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 2% per tahun. (Kusumaningrum, 2019).

Selain KB, Salah satu program kesehatan unggulan yang dijalankan pada masa Orde Baru adalah Program Imunisasi Dasar Lengkap (IDL). Program ini memiliki peran penting dalam pengurangan jumlah kematian bayi dan balita yang berasal dari penyakit menular dengan seharusnya bisa ditangani dengan imunisasi yang diberikan. Diluncurkan secara nasional pada akhir 1970-an dan terus diperluas pada dekade 1980-an dan 1990-an, IDL merupakan bagian dari strategi promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan melalui Puskesmas, Posyandu, serta kampanye nasional seperti Bulan Imunisasi Anak Nasional (BIAN). IDL ditujukan kepada bayi dan balita untuk mendapatkan

perlindungan dari enam jenis penyakit menular utama, yaitu: Tuberkulosis (dengan vaksin BCG), Difteri, Pertusis (batuk rejan), Tetanus (vaksin DPT), Poliomieltis (vaksin Polio oral), Campak, dan Hepatitis B. Pemerintah mengatur agar setiap bayi menerima semua jenis vaksin tersebut dalam jangka waktu tertentu sesuai jadwal imunisasi nasional yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Vaksinasi ini diberikan secara gratis sebagai bagian dari hak dasar anak atas kesehatan. Pencapaian signifikan dapat dilihat pada peningkatan cakupan imunisasi. Menurut data UNICEF dan WHO, pada tahun 1980 cakupan imunisasi dasar di Indonesia berada di bawah 20%. Namun, dengan dukungan lembaga internasional dan penguatan sistem kesehatan primer, cakupan ini meningkat menjadi lebih dari 75% pada pertengahan 1990-an. Peningkatan ini memberikan kontribusi besar didalam pengurangan jumlah yang sakit serta kematian dikarenakan penyakit penyakit tersebut (Bellamy, 1998).

Pelaksanaan IDL tidak lepas dari dukungan sistem Puskesmas dan peran kader Posyandu yang secara sukarela membantu proses penyuluhan, pencatatan, serta pelaksanaan imunisasi di tingkat desa. Posyandu menjadi lokasi utama pemberian imunisasi secara massal, terutama di daerah pedesaan dan terpencil. Kegiatan imunisasi sering dikaitkan dengan penimbangan balita dan pemeriksaan pertumbuhan anak, sehingga pelaksanaannya lebih efektif dan efisien. Selain pemberian imunisasi, pemerintah juga aktif mengedukasi masyarakat mengenai pentingnya vaksinasi melalui media cetak, siaran radio, penyuluhan lapangan, dan kurikulum pendidikan. Strategi komunikasi ini bertujuan mengatasi resistensi atau keraguan masyarakat terhadap imunisasi, yang sering kali dipengaruhi oleh mitos atau kurangnya pemahaman tentang manfaat vaksin. Program IDL di era Orde Baru merupakan cerminan komitmen negara dalam memenuhi hak anak atas kesehatan, serta menjadi bukti keberhasilan kolaborasi antara pemerintah pusat, daerah, dan masyarakat. Keberhasilan program ini kemudian menjadi landasan bagi program imunisasi lanjutan di era reformasi, seperti introduksi vaksin HiB, Pneumokokus, dan vaksin COVID- 19 di masa kontemporer.

Pelayanan Kesehatan Pada Masa Orde Baru

Masa Orde Baru menjadi momentum bagi upaya kesehatan masyarakat. Berdasarkan Instruksi Presiden (Inpres) No. 5 tahun 1982, Puskesmas resmi diakui sebagai sistem kesehatan dasar. Ini merupakan implementasi dari konsep Patah-Leimena yang diusulkan dalam Bandung Plan tahun 1951. Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah lembaga pelaksana yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pembinaan partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan, serta penyedia layanan kesehatan tingkat pertama. Kegiatan yang dilakukan di Puskesmas bersifat menyeluruh, terpadu, dan berkelanjutan untuk masyarakat yang berada di wilayah tertentu. Bandung Plan menjadi tonggak penting dalam perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia setelah diperkenalkan oleh dr. J. Leimena dan dr. Abdoel Patah. Konsep ini menekankan bahwa pelayanan kesehatan, baik yang bersifat kuratif maupun preventif, harus terintegrasi, baik di Rumah Sakit maupun di Puskesmas. Oleh karena itu, integrasi pelayanan kesehatan menjadi fokus utama. Konsep Patah-Leimena mulai diterapkan dalam kurikulum pendidikan kedokteran di Indonesia sejak tahun 1952 (Ferizal, 2022).

Pada tahun 1967, diadakan seminar untuk membahas dan merumuskan program kesehatan masyarakat yang terintegrasi, yang disesuaikan dengan kondisi masyarakat Indonesia. Dari seminar tersebut, dicapai kesepakatan mengenai sistem Puskesmas yang terbagi menjadi tiga tipe: Puskesmas tipe A, tipe B, dan tipe C. Setelah pergantian kekuasaan, gagasan Leimena dan Abdoel Patah kembali diangkat oleh Gerrit Augustinus Siwabessy (1914–1982), seorang dokter asal Ambon yang menjabat sebagai Menteri Kesehatan di awal pemerintahan Orde Baru (Astiannis, 2018; Kementerian Kesehatan RI, 2014). Pada tahun 1968, Menteri Kesehatan Indonesia, Gerrit Augustinus Siwabessy, mengajukan usulan kepada Presiden Soeharto untuk membangun Puskesmas di setiap kecamatan di Indonesia, berdasarkan ide yang diajukan oleh Dr. Johannes Leimena dan Dr. Abdoel Patah (Hidayat, 2020). Masa jabatan Gerrit Augustinus Siwabessy sebagai Menteri Kesehatan Indonesia berlangsung cukup lama, dari 28 Juli 1966 hingga 29 Maret 1978. Pada tahun 1968, ia kembali mempresentasikan gagasan Bandung Plan, dan usulan untuk pembangunan Puskesmas diterima oleh Soeharto, menjadi bagian dari program Pembangunan Lima Tahun (Pelita) Orde Baru (Kementerian Kesehatan RI, 2014; Hidayat, 2020). Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) di Indonesia dicetuskan oleh Dr. Johannes Leimena dan Dr. Abdoel Patah pada tahun 1951 melalui “Bandung Plan.” Inisiatif ini bertujuan untuk menyediakan layanan kesehatan yang lebih mudah dijangkau oleh masyarakat. Pada tahun 1968, Menteri Kesehatan Gerrit Augustinus Siwabessy mengusulkan untuk membangun Puskesmas di setiap kecamatan di Indonesia, dengan harapan dapat meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan (Astiannis, 2018; Hidayat, 2020). Meskipun Puskesmas digagas pada masa Presiden Soekarno, pelaksanaannya dilakukan pada era Presiden Soeharto. Gagasan Leimena dan Patah ini diteruskan dalam pemerintahan Orde Baru di bawah kepemimpinan Soeharto (Kementerian Kesehatan RI, 2014; Hidayat, 2020).

Puskesmas menjadi dasar utama dalam penyediaan layanan kesehatan dasar bagi masyarakat. Konsep Puskesmas pertama kali diperkenalkan pada tahun 1968 melalui Rapat Kerja Nasional (Rakernas) di Jakarta. Dalam rapat tersebut, dibahas langkah-langkah untuk merancang sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, karena pelayanan kesehatan tingkat pertama pada waktu itu dinilai kurang efisien. Kegiatan seperti BKIA, BP, dan P4M masih dilakukan secara terpisah tanpa adanya koordinasi. Dari hasil Rakernas ini, muncul gagasan untuk mengintegrasikan semua pelayanan kesehatan dasar dalam satu wadah yang dinamakan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), yang pada waktu itu dibagi menjadi empat tingkat, yaitu Puskesmas tingkat Desa, Puskesmas tingkat Kecamatan, Puskesmas tingkat Kawedanan, dan Puskesmas tingkat Kabupaten.

Pada tahun 1968, Rapat Kerja Nasional (Rakernas) diselenggarakan di Jakarta guna merumuskan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Pada masa itu, pelayanan kesehatan tingkat pertama dianggap belum efektif karena program-program seperti BKIA, BP, dan P4M masih berjalan secara terpisah tanpa koordinasi yang baik. Dari pertemuan tersebut, muncul gagasan untuk menyatukan seluruh layanan kesehatan dasar dalam satu sistem terpadu yang kemudian dikenal dengan nama Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas pun ditetapkan sebagai unit pelayanan kesehatan yang

menyediakan layanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh, dan mudah diakses oleh masyarakat di tingkat kecamatan atau sebagian kecamatan dalam wilayah kabupaten/kota (Ferizal, 2022).

Sistem Puskesmas disetujui untuk dibagi menjadi dua jenis, yaitu tipe A yang dipimpin oleh seorang dokter, dan tipe B yang dijalankan oleh tenaga paramedis. Selama periode 1969–1974, yang dikenal sebagai masa Pelita I, implementasi program Puskesmas mulai dilakukan di sejumlah kecamatan di seluruh provinsi. Menurut Hidayat (2020), kebijakan ini merupakan fase awal modernisasi layanan kesehatan primer yang menekankan pemerataan tenaga medis di tingkat kecamatan. Dalam Rapat Kerja Nasional (Rakernas) II tahun 1969, diajukan klasifikasi Puskesmas menjadi tiga tipe, yaitu Puskesmas tipe A yang sepenuhnya dikelola oleh seorang dokter, Puskesmas tipe B yang dipimpin oleh dokter namun tidak secara penuh, dan Puskesmas tipe C yang dikelola oleh tenaga paramedis. Astiannis (2018) mencatat bahwa pembagian ini dibuat untuk menyesuaikan kemampuan daerah dalam menyediakan sumber daya kesehatan, terutama di wilayah yang kekurangan dokter. Pada tahun 1970, dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional (Rakerkesnas), sistem klasifikasi Puskesmas berdasarkan jenis tenaga pelaksana dinilai kurang efektif. Pembagian menjadi tipe A, B, dan C menimbulkan hambatan karena banyak Puskesmas tipe B dan C tidak memiliki dokter, sehingga menyulitkan pengembangan layanan. Kementerian Kesehatan RI (2014) menjelaskan bahwa evaluasi tersebut mendorong perubahan kebijakan menuju model Puskesmas tunggal yang lebih operasional dan adaptif. Oleh karena itu, mulai tahun 1970, diputuskan untuk menerapkan satu jenis Puskesmas yang beroperasi di tingkat kecamatan dengan cakupan wilayah berpenduduk antara 30.000 hingga 50.000 jiwa. Konsep ini dikenal sebagai pendekatan wilayah kerja dan tetap dipertahankan hingga akhir masa Pelita II pada 1979. Reformasi ini dianggap menjadi tonggak penting pembentukan sistem pelayanan kesehatan primer nasional yang masih bertahan hingga kini (Hidayat, 2020; Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Selain Puskesmas, pada masa Orde Baru juga dibentuk suatu layanan yang disebut Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Layanan kesehatan ini merupakan salah satu inovasi penting dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia pada masa Orde Baru. Posyandu dikembangkan sebagai bagian dari strategi desentralisasi pelayanan kesehatan dasar dengan pendekatan berbasis komunitas. Gagasan ini berakar pada kebutuhan untuk memperluas jangkauan layanan kesehatan secara merata hingga ke desa-desa dan wilayah terpencil, serta mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam menjaga kesehatan lingkungannya.

Posyandu merupakan layanan kesehatan masyarakat yang dikelola dan dilaksanakan oleh masyarakat dengan dukungan teknis dari tenaga medis Puskesmas. Program Posyandu pertama kali diperkenalkan secara nasional pada awal 1980-an, seiring dengan meningkatnya kebutuhan akan layanan terpadu yang mencakup lima kegiatan utama, yang dikenal dengan sebutan "lima meja": (1) pendaftaran, (2) penimbangan, (3) pencatatan, (4) penyuluhan mengenai gizi dan kesehatan, serta (5) pelayanan kesehatan, seperti imunisasi dan distribusi vitamin A (Hasnidar et al., 2020; Sasongko, 1998). Dalam konteks pembangunan kesehatan nasional, Posyandu memiliki fungsi strategis sebagai ujung tombak pelayanan promotif dan preventif. Fokus utamanya adalah ibu dan anak, karena kelompok ini merupakan kelompok rentan yang paling membutuhkan pelayanan dasar secara berkala (Mubarak & Chayatin, 2009). Oleh karena itu, di Posyandu dilakukan pemantauan perkembangan balita, penyuluhan mengenai kesehatan reproduksi bagi ibu, serta pemberian imunisasi untuk anak. Selain itu, Posyandu juga menjadi lokasi pelaksanaan program Keluarga Berencana (KB), yang mencakup penyuluhan dan distribusi alat kontrasepsi. Secara kuantitatif, pertumbuhan jumlah Posyandu berlangsung sangat pesat. Dari hanya beberapa ribu di awal pembentukannya, jumlah Posyandu mencapai lebih dari 250.000 unit pada pertengahan 1990-an, tersebar hampir di seluruh pelosok Indonesia. Capaian ini sangat signifikan dalam mendekatkan pelayanan kesehatan ke tingkat keluarga dan rumah tangga. Selain itu, keberadaan Posyandu di berbagai desa memungkinkan masyarakat untuk memperoleh layanan kesehatan dasar tanpa harus menempuh perjalanan jauh ke Puskesmas atau rumah sakit (Soerachman et al., 2013).

Keberhasilan Posyandu juga terlihat dalam peningkatan indikator kesehatan masyarakat. Beberapa studi menunjukkan bahwa wilayah dengan aktivitas Posyandu yang aktif mengalami penurunan angka malnutrisi dan peningkatan cakupan imunisasi balita. Selain itu, Posyandu menjadi titik masuk penting bagi pelaksanaan program nasional seperti imunisasi, perbaikan gizi, dan pencegahan penyakit menular. Namun, keberhasilan Posyandu juga menghadapi berbagai tantangan, terutama dalam hal keberlanjutan dan kualitas layanan. Masalah yang kerap muncul adalah kurangnya dukungan logistik, terbatasnya pelatihan berkelanjutan bagi kader, serta rendahnya insentif bagi para relawan. Selain itu, terdapat disparitas kualitas antara Posyandu di kota besar dengan yang berada di daerah terpencil atau tertinggal. Meskipun demikian, Posyandu adalah warisan penting dari era Orde Baru dalam sistem pelayanan kesehatan Indonesia. Konsep ini masih bertahan hingga hari ini dan terus dikembangkan melalui berbagai inovasi seperti Posyandu Remaja dan Posyandu Lansia. Dengan pendekatan yang mengedepankan masyarakat sebagai pelaku utama, Posyandu menjadi simbol penting dari pemberdayaan komunitas dalam bidang kesehatan Masyarakat. Posyandu bukan hanya tempat layanan kesehatan, tetapi juga wadah pendidikan kesehatan masyarakat dan sarana pemberdayaan perempuan serta komunitas desa dalam pembangunan kesehatan nasional.

Permasalahan Kesehatan pada Masa Orde Baru

Pada awal masa pemerintahan Orde Baru, Indonesia menghadapi sejumlah persoalan kesehatan, salah satunya adalah munculnya wabah pes di Boyolali pada tahun 1968. Penyakit pes merupakan jenis zoonosis yang melibatkan hewan pengerat seperti tikus sebagai sumber utama, serta pinjal sebagai media penyebarannya. Tanpa penanganan cepat, penyakit ini berpotensi menimbulkan wabah besar. Masa pemerintahan Suharto juga ditandai dengan membaiknya hubungan diplomatik antara Indonesia dan Amerika Serikat. Pemulihan hubungan tersebut memiliki pengaruh penting terhadap arah kebijakan politik dalam negeri, termasuk dalam penanganan wabah pes di Boyolali pada tahun tersebut (Zubaidah et al., 2021).

Pes merupakan penyakit infeksius yang berpotensi menimbulkan wabah berskala endemik maupun pandemi. Penyebab utama penyakit ini adalah bakteri *Yersinia pestis*, yang menyebar melalui kutu atau parasit yang berasal dari hewan pengerat, terutama tikus (Pollitzer, 1954). Jenis kutu yang paling sering menjadi perantara penularan adalah *Xenopsylla cheopis*. Namun, wabah pes yang terjadi pada tahun 1968 di Boyolali tidak hanya melibatkan *X.cheopis*, tetapi juga spesies kutu lainnya seperti *S. cognatus*, *N. sondaica*, serta hewan-hewan inang lain yang berfungsi sebagai reservoir penyakit pes (Hadikusumo, 1971). Penting untuk memahami bahwa penyakit ini tidak hanya terbatas pada satu jenis vektor, melainkan melibatkan berbagai spesies yang dapat memperluas penyebarannya. Selain itu, faktor lingkungan dan interaksi antara hewan inang dan kutu juga berperan dalam dinamika epidemiologi penyakit ini (WHO, 2008).

Wabah pes yang terjadi di Boyolali pada tahun 1968 bersifat endemik, sehingga penyebarannya terbatas dan tidak mengancam wilayah lain. Kasus-kasus infeksi terutama ditemukan di dua kecamatan, yaitu Cepogo dan Selo. Laporan pertama muncul pada 12 Januari 1968, ketika seorang warga Desa Genting di Kecamatan Cepogo teridentifikasi mengidap pes. Dalam beberapa waktu, jumlah kasus bertambah dan menyebar ke berbagai lokasi di kedua kecamatan tersebut. Dari total 23 desa di wilayah Cepogo dan Selo, sembilan desa tercatat terdampak, yaitu Ngilentjoh, Samiran, Selo, Tarubatang, Senden, Suroteleng, Genting, Wonodojo, dan Sukabumi. Meskipun tergolong serius, pemerintah pusat di bawah kepemimpinan Soeharto segera merespons dengan langkah-langkah penanganan yang sigap dan terorganisir. Penanganan wabah ini menjadi salah satu respons krisis kesehatan pertama di masa awal Orde Baru. Untuk mengatasi situasi tersebut, tim ahli dari United States Public Health (USPH) datang ke Indonesia dan bekerja sama dengan tenaga medis lokal yang dipimpin oleh dr. Chin. Kerja sama ini mencakup edukasi kesehatan bagi masyarakat, pengendalian vektor penular seperti tikus dan kutu, serta pelayanan medis bagi para pasien. Seluruh upaya tersebut diarahkan untuk menghentikan penyebaran wabah dan melindungi kesehatan masyarakat. Keberhasilan penanganan ini menjadi salah satu contoh efektif dalam pengelolaan wabah di Indonesia, khususnya pada masa awal pemerintahan Soeharto (Zubaidah et al., 2021). Indonesia dan Amerika Serikat melakukan hubungan kerja sama di bidang kesehatan yang tentunya memberikan dampak pengaruh besar bagi Indonesia. Kolaborasi ini tidak hanya memungkinkan penanganan cepat terhadap wabah pes, tetapi juga membuka akses terhadap teknologi medis mutakhir serta pertukaran pengetahuan di bidang kesehatan. Hubungan yang sempat memburuk pada masa pemerintahan Presiden Soekarno berhasil dipulihkan dan diperkuat melalui kerja sama ini, menciptakan sinergi yang lebih harmonis antara kedua negara.

Selain berdampak secara teknis dan diplomatik, kerja sama ini juga berpengaruh terhadap persepsi masyarakat Indonesia, khususnya warga di daerah seperti Boyolali. Pada masa Soekarno, sentimen anti-Barat cukup kuat, sebagaimana tercermin dalam slogan populer, “Inggris kita linggis, Amerika kita sertika,” yang menggambarkan penolakan terhadap negara-negara kapitalis, termasuk Amerika Serikat (Ricklefs, 2008). Namun, dengan hadirnya tim medis Amerika di Boyolali, persepsi tersebut mulai bergeser. Dalam pandangan penulis, langkah Soeharto mengundang bantuan dari Amerika juga dapat dipahami sebagai strategi politik untuk memperbaiki citra Amerika Serikat di mata masyarakat akar rumput (Leifer, 1983; Zubaidah et al., 2021).

KESIMPULAN

Pada masa Orde Baru, sektor kesehatan mendapatkan perhatian besar dari pemerintah sebagai bagian dari pembangunan nasional yang sejalan dengan trilogi pembangunan: pemerataan, pertumbuhan, dan stabilitas. Pemerintah tidak hanya membangun infrastruktur kesehatan, tetapi juga mengembangkan berbagai program untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh dan berkelanjutan. Salah satu kebijakan paling menonjol adalah pendirian Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dasar di setiap kecamatan, yang dilandasi konsep pelayanan terpadu dan preventif. Keberadaan Puskesmas diperkuat dengan pengembangan Posyandu sebagai pelayanan berbasis masyarakat yang fokus pada ibu dan anak, imunisasi, gizi, dan penyuluhan. Program Keluarga Berencana (KB) juga menjadi kebijakan penting yang mampu menekan laju pertumbuhan penduduk secara signifikan sekaligus meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya perencanaan keluarga. Imunisasi Dasar Lengkap juga menjadi program kesehatan unggulan yang berhubungan dengan anak. Pemerintahan Orde Baru yakin bahwa kualitas kesehatan akan berpengaruh terhadap SDM dan harus dibenahi sejak masa kanak-kanak. Di bidang pemberantasan penyakit, pemerintah sukses melaksanakan kerjasama dengan Amerika Serikat untuk masalah wabah Pes yang terjadi pada masa itu.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah memberikan dukungan dalam proses penulisan artikel ini. Terima kasih kepada para sejarawan kesehatan, akademisi, dan peneliti yang karyanya menjadi dasar penting dalam memahami perkembangan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Penghargaan dan apresiasi juga penulis sampaikan kepada para tenaga medis yang telah melayani dengan sangat baik dan menjadi inspirasi bagi penulis. Semoga artikel ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan kajian sejarah kesehatan dan memperkaya pemahaman mengenai perjalanan pelayanan kesehatan di Indonesia dari masa ke masa.

DAFTAR PUSTAKA

- Adioetomo, S. M., & Pardede, E. M. (2018). *Sejarah Kependudukan dan Kebijakan Keluarga Berencana di Indonesia*. BKKBKBN. Jakarta
- Ahmadin. (2016). *Metodologi sejarah: Teori, metode, dan pendekatan*. Ombak. Yogyakarta
- Astiannis, R & Didin Saripudin. (2018). Kiprah Dr. Johannes Leimena sebagai Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun 1946–1956. *FACTUM*. Volume 7, N0.2, hlm. 203-214
- Bappenas. (1981). *Repelita III: Rencana Pembangunan Lima Tahun Ketiga 1979–1984*. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Bellamy, C. (1998). *The State of the World ' S the State of the World ' S Children*. Oxford University press. United Kingdom
- Brian Azeri & Wahyu PratamaTamba, R. A. S. (2025). Realisasi Progresif Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Kartu Indonesia Sehat Brian. *Pancasila: Jurnal Keindonesiaan*, 5(1), 135– 152.
- Booth, A. (1998). *The Indonesian Economy in the Nineteenth and Twentieth Centuries: A History of Missed Opportunities*. Palgrave Macmillan. Inggris
- Carr, E. H. (1961). *What is history?* Cambridge University Press.
- Dadang, Abdulah Mubarak, et.al. (2024). *Kesehatan Masyarakat*. Adab. Indramayu.
- Emalia, Imas. (2023). Kesehatan dan Lingkungan dalam Perspektif Sejarah: Perkembangan Baru Historiografi Indonesia. *Jurnal Sejarah Indonesia*. Vol. 6. No. 2. (2023). 105-120
- Ferizal. (2022). *Sejarah Lahirnya Puskesmas, ASN, BKN, Kementerian PANRB, KORPRI, KUA Dan Akreditasi Puskesmas*. CV Jejak (Jejak Publisher). Sukabumi
- Gottschalk, L. (1986). *Mengerti sejarah* (Nugroho Notosusanto, Ed.; Mastuti, Trans.). Universitas Indonesia Press.
- Hadikusumo, I. (1971). Plague in Central Java, Indonesia. *WHO Chronicle*, 25(3), 115–121. World Health Organization.
- Hidayat, M. (2020). *Pengembangan model peningkatan mutu berkelanjutan layanan kesehatan primer di Indonesia* (Disertasi, Universitas Hasanuddin). Universitas Hasanuddin. Makassar
- Hull, T. H., & Mosley, H. (2009). *Demographic Transition and Family Planning in Indonesia*. In G. Jones (Ed.), *Fertility Decline in Asia*. Routledge.
- Indrawan, Aditya & Rojil Nugroho Bayu Aji. (2021). Pelayanan Kesehatan: Dinamika Penyelenggaraan Sarana Kesehatan di Kota Surabaya tahun 1924-1938. *AVATARA, e-Journal Pendidikan Sejarah*. Volume 11, No. 2.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *100 Tahun Prof. Dr. G. A. Siwabessy*. Kementerian Kesehatan RI
- Kuntowijoyo. (1995). *Pengantar ilmu sejarah*. Bentang Budaya. Sleman
- Kurniawan, Rendy; Rahmawati Agustia. (2018). Transformasi lembaga medis di Hindia Belanda: potret sejarah kesehatan di Indonesia dalam perspektif politik (1850-1942). *Historiography: Jurnal of Indonesian History and Education*. Vol 1. No.3. hlm. 246-258.
- Kusumaningrum, A. (2019). *Program Pembangunan Orde baru*. PT Maraga Borneo Tarigas. Singkawang
- Leifer, M. (1983). *Indonesia's Foreign Policy*. London: Allen & Unwin.
- Mubarak, W. I., & Chayatin, N. (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Salemba Medika. Jakarta.
- Pollitzer, R. (1954). *Plague*. World Health Organization Monograph Series No. 22. WHO.

- Rahmawati, R. (2022). Repelita : Sejarah Pembangunan Nasional Di Era Orde Baru. *ETNOHISTORI: Jurnal Ilmiah Kebudayaan Dan Kesenjaraan*, IX(2), 36–42.
- Ricklefs, M. C. (2008). *A History of Modern Indonesia Since c. 1200* (4th ed.). Stanford University Press.
- Robinson, W. C., & Ross, J. (2007). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. The World Bank.
- Sasongko, A. (1998). Pengembangan Posyandu dalam Program Kesehatan Nasional. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 3(2), 22–30.
- Soerachman, R., Titaley, C. R., & Rukmini, M. (2013). *Evaluasi Peran Posyandu dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu dan Anak di Indonesia*. Jakarta: Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan RI.
- Suryadinata, L. (2015). *Indonesia's Population Policies and Programmes*. ISEAS Publishing.
- World Health Organization. (2008). *Interregional meeting on prevention and control of plague*. WHO Press.
- Zubaidah, I., Pratiwi, R., & Fauzi, M. H. (2021). Diplomasi kesehatan: kerjasama indonesia dan amerika serikat dalam menangani wabah pes di boyolali 1968. *Historiography*, 1(3), 352–360. <https://doi.org/10.17977/um081v1i32021p352-360>